

واکاوی عوامل شروع پویا در همسران شهدای مدافع حرم

معصومه زیبایی نژاد^{*}، احمد برجلی^{**}، معصومه اسمعیلی^{***}

آتوسا کلانتر هرمزی^{****}، محمد عسگری^{*****}

چکیده

سوگ یکی از همگانی‌ترین واکنش‌های انسانی است که در همه‌ی فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی در پاسخ به انواع مختلف فقدان به‌خصوص مرگ یک عزیز اتفاق می‌افتد. از این رو بررسی مسائل مربوط به سوگ اهمیت دارد. پژوهش حاضر از نوع کیفی و هدف آن استخراج عوامل شروع پویا در همسران شهدای مدافع حرم استان تهران با ارائه‌ی یک مدل کیفی است. در این پژوهش، ۲۱ نفر از همسران شهدای مدافع حرم استان تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته بود و داده‌ها به روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل شدند. براساس کدها و طبقات به دست آمده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته‌ی همسران شهدای مدافع حرم شهر تهران ۲ طبقه کلی (شناختی و رفتاری - عاطفی) برای شروع پویا به دست آمده است. طبقه‌ی شناختی از ۷ زیر طبقه (ایمان، توکل و اعتماد به خداوند، تسلیم، رضا و اعتقاد به قضا و قدر الهی، اعتقاد به آزمایش الهی، اعتقاد به ارزش شهادت (به‌عنوان هدیه‌ای از جانب خداوند)، اعتقاد به زنده بودن شهید بر اساس کلام خداوند در قرآن کریم، نگرش مثبت به زندگی و پذیرش واقعیت‌های دنیا) و طبقه‌ی رفتاری - عاطفی از ۱۱ زیر طبقه (تخلیه‌ی هیجانی، توجه به معنویت، الگوگیری از معصومین، صبر و بردباری، شرکت در جلسات و برنامه‌های فرهنگی، صله‌ی رحم و رابطه با بستگان و دوستان، هم‌اندیشی و هم‌نشینی با همسران شهدا، حمایت نهادهای مربوطه، رفتن به مزار شهید، ازدواج مجدد و ادامه‌ی زندگی و فعالیت‌های روزمره) تشکیل شده است. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان گفت، عوامل شناختی و رفتاری - عاطفی مهم‌ترین موارد شروع پویا در همسران شهدای مدافع حرم هستند؛ بنابراین طراحی برنامه‌های مداخله‌ای با توجه به این عوامل و زیرطبقه‌های آنها و همچنین اجرای برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی و برگزاری کارگاه می‌تواند به شروع پویا و بازگشت به زندگی این افراد کمک کند.

واژگان کلیدی

حل مسائل سوگ، شروع پویا، همسران شهدا، مدافعان حرم، مدل کیفی.

*. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (aminz854@gmail.com)

** دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (borjali@atu.ac.ir)

*** دانشیار، گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (masemaaily@yahoo.com)

**** استادیار، گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (at.kalantar@yahoo.com)

***** استادیار، گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (Drmasgari423@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۵

۱- مقدمه و بیان مسئله

از مهم‌ترین مشکلاتی که بیشتر خانواده‌های شهدای مدافع حرم درگیر آن هستند، سوگ یا غم از دست دادن عزیز خود است. در خانواده‌ی شهدا، عمدتاً نقش محوری بر عهده‌ی زنان است. تحت فشار بودن عضوی از خانواده که نقش محوری دارد، بیش از سایرین سلامتی، رفاه و فضای تربیتی خانواده را متأثر می‌کند (پرنده، سیرتی نیر، خاقانی‌زاده و کریمی زرچی، ۱۳۸۶). خانواده‌های شهدا و جانبازان خانواده‌هایی خاص با استرس‌هایی ویژه هستند که روزبه‌روز بر شمار و حجم استرس‌های آن افزوده می‌شود. در این خانواده‌ها زنان مرکز ثقل فشارهای روانی هستند که هم خود آنها و هم فرزندان‌شان در معرض خطرند و به تبع آن جامعه نیز از عوارض آن بی‌نصیب نمی‌ماند (مجاهد و همکاران، ۱۳۹۰). به دلیل اینکه سلامت زنان، مطمئن‌ترین راه برای رسیدن به زندگی باکیفیت برای همگان است، در نتیجه ظرفیت‌سازی و توانمندسازی آنها برای مشارکت، پیش‌نیازهای اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه است (پوراسلامی، ۱۳۸۲). از طرفی، پدر نقش مهمی در خانواده داشته و حضور وی در رشد عاطفی-اجتماعی کودکان بسیار مؤثر است. پدرانی که ارتباط مثبت و مؤثری با کودکان‌شان داشته، زمان بیشتری را با آنها می‌گذرانند و ارتباط گرم و نزدیک با آنها دارند، فرزندان با مشکلات رفتاری کمتر، رفتار اجتماعی مقبول‌تر و احساس کفایت تحصیلی و پیشرفت تحصیلی بالاتری دارند؛ بنابراین از دست دادن پدر می‌تواند لطمات جبران‌ناپذیری بر سلامت روانی کودکان وارد کند؛ بنابراین می‌توان گفت که این مسئله کارکرد طبیعی و بهنجار خانواده را تهدید می‌کند. در خانواده‌ای که پدر وجود ندارد، فرزندان تصویر درستی از پدر ندارند تا خود را با آن همانند (جعفری هرنی و رجایی موسوی، ۱۳۹۸). با توجه به نقش پدر در خانواده و نقش ویژه‌ی همسران شهدا در غیاب شوهر و همچنین معضلاتی همچون آمادگی نداشتن و به‌نوعی غافلگیری خانواده‌ها، همگانی نبودن این شرایط برای کل جامعه و احساس تنهایی کردن خانواده‌ها در این مصیبت (برخلاف دوران دفاع مقدس)، متهم شدن این شهدا از جانب عده‌ای غافل یا مغرض به اینکه این شهدا به خاطر موهبات مادی این راه را انتخاب کرده‌اند و ناپسند دانستن سوگواری برای شهدا در پاره‌ای از خانواده‌ها (درحالی‌که ظرفیت همه‌ی انسان‌ها یکسان نیست و عزاداری یکی از مراحل بیرون آمدن از سوگ است) خانواده شهدای مدافع حرم ممکن است در معرض آسیب‌های ناشی از سوگ قرار گیرند. همچنین ویژگی‌های درمان در این خانواده‌ها از سایر خانواده‌ها متفاوت است. مشاوران بر این باورند که قدرت درمان‌بخشی در وجود تمام افراد است که با حمایت خانواده، دوستان و یا یک مشاور آموزش‌دیده می‌توانند راه‌های جدید تفکر در مورد تجربه‌ی استرس‌زا

را به دست آورند و درک متفاوتی نسبت به آن پیدا کنند (کازمیان، ۱۳۹۵). به طور کلی، نوع نگاه افراد (جهان‌بینی) در همه‌ی شئون زندگی ایشان مؤثر است. پژوهش‌های زیادی نیز درباره‌ی اثر مذهب در سلامت روان انجام شده است و نتایج بیشتر آنها نشان‌دهنده‌ی اثر مثبت مذهب در سازگاری، بهداشت روانی و کاهش نشانه‌های منفی بیماری بوده است (شهبازی، ۱۳۷۶ به نقل از Wintrobe, W.M, 1980). سالسمن، ترامانا، برچتینگ و کارلسون^۱ رابطه‌ی مثبت بین مذهب و معنویت و سازگاری روان‌شناختی را نشان دادند. از طرفی، مرگ آگاهانه، مرگ انتخابی و درنهایت مفهوم شهادت مختص دیدگاه‌های مذهبی و اسلامی است. مرگ انتخابی و یا مفهوم شهادت نگرش تازه‌ای به بازماندگان می‌دهد و آن اینکه مرگ دیگر یک حقیقت جاری و همیشگی و بسیار معمول چون دیگر حقایق عالم است. این نگاه به مرگ که از نوع ایدئولوژی افراد نسبت به زندگی ناشی می‌شود، بسیار در درمان افراد مبتلا به وضعیت نابهنجار به‌موجب مرگ یکی از اعضای خانواده تأثیرگذار است. در کل، تجربه‌ی سوگ فرایندی چندبعدی است و از لحاظ شناختی، هیجانی، رفتاری و زیستی در فرد سوگوار اثرات جامعی دارد. خانواده‌های شهدا در مواجهه با سوگ وضعیت متفاوتی دارند. می‌توان ادعا کرد به دلیل وضعیت مذهبی آنها اگر سوگ به‌خوبی مدیریت و مسائل مربوط به آن حل‌وفصل شود، عملکرد این خانواده‌ها ارتقاء می‌یابد. از این رو سؤال اصلی این پژوهش این است که الگوی شروع پویا^۲ در همسران شهدای مدافع حرم از چه مؤلفه‌هایی تشکیل شده است؟

۲- پیشینه‌ی پژوهش

پژوهش گلوس ورسی و کوپل با هدف شناسایی ابعاد معنوی و مذهبی در درمان داغ‌دیدگی و سوگ نشان داد نقش باورهای معنوی و مذهبی در رابطه‌ی درمانی با افراد داغ‌دیده نقش مهمی دارد. این پژوهش که با روش کیفی تحلیل پدیدارشناسی از طریق مصاحبه‌ی عمیق با ۱۲ درمانگر انجام شده است، نشان می‌دهد این باورها و توجه به آنها می‌تواند به بهبود و ارتقای رابطه‌ی درمانی و در نهایت اثربخشی درمانی بهتر منجر شود (Golsworthy, R & Coyle, A, 2001).

کریر و همکاران تعامل بین داغ‌دیدگی، مذهب و رشد پس از آسیب را در میان افرادی که طی ۲ سال گذشته به دلیل از دست دادن یکی از عزیزان سوگ‌دار شده‌اند، بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد، باورهای مذهبی و معنوی می‌تواند به سازگاری بهتر و تجربه‌ی کمتر استرس

1- Salsman, Tramana, Brechting & Carlson (2005).

2- Dynamic Initiation

منجر شود. همچنین افرادی که تجربه‌های معنوی بیشتری را در طول روز گزارش می‌کنند، رشد بعد از آسیب بیشتری را گزارش می‌کنند (Karier & et al, 2013).

پژوهش پارک با بررسی ۱۶۹ نفر از دانش‌آموزان داغ‌دیده نشان داد، باورهای مذهبی و معنوی می‌تواند در مهارت‌های مقابله‌ای مثبت در مواجهه با حالت‌های هیجانی پس از فقدان اثرگذار باشد. همچنین این پژوهش نشان داد، سازگاری و باورهای مذهبی با هم رابطه‌ی مثبتی دارند. به‌طوری‌که باورهای مذهبی می‌تواند به سازگاری بهتر پس از فقدان منجر شود (Park, 2005). استروب با مروری بر ادبیات پژوهشی نشان داد، باورهای مذهبی و تقدیرگرایی می‌تواند به کنار آمدن با شرایط از دست دادن کمک‌کننده باشد. همچنین این پژوهش نشان داد، پژوهش‌های این حوزه برای شناسایی مکانیزه‌ای مرتبط با این فرایند نیاز به پژوهش‌های بیشتر دارد تا بتوان به درک بهتری از چگونگی نقش باورهای مذهبی در سازگاری بهتر با سوگ و داغ‌دیدگی داشت (Stroab, 2004).

بارنادی و رابینز در پژوهش خود وضعیت زنانی که به دلیل از دست دادن همسر داغ‌دیده شده‌اند و زنانی که وضعیت با ثبات در روابط با همسران خود دارند را مقایسه کرده و نشان دادند از دست دادن همسران در مقایسه با جدا شدن می‌تواند اثر طولانی‌مدتی در وضعیت عملکرد زیستی روانی و اجتماعی افراد داشته باشد (Bar-Nadav, & Rubin, 2016).

پژوهش فرامرزی و همکاران که با هدف تأثیر درمان شناختی - رفتاری در میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ ناپه‌نجا انجام شد، نشان داد درمان شناختی - رفتاری در درمان سوگ ناپه‌نجا اثربخشی مناسبی دارد. این پژوهش که در میان ۲۸ دانش‌آموز دبیرستانی دختر و پسر انجام شد نشان داد، اثربخشی این درمان در خرده‌مقیاس سازگاری فردی در مقایسه با گروه کنترل کارآمدی بهتری داشته است (فرامرزی، عسگری و تقوی، ۱۳۹۱).

یوسف‌پور و همکاران در پژوهشی نشان دادند، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، در اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه‌دار اثر دارد. این پژوهش که در میان ۳۰ نفر افراد سوگ‌دار انجام شد، نشان داد این مداخله‌ی ۸ جلسه‌ای در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد (یوسف‌پور، آهی و نصری، ۱۳۹۴).

نعمتی و گلزاری با هدف بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه‌ی گروهی در ارتقای سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده‌ی فرزند نشان دادند، این روش اثربخشی

مناسبی دارد و می‌تواند منجر به کاهش داغ‌دیدگی و کیفیت زندگی مادران منجر شود. این برنامه‌ی ۱۰ جلسه‌ای نشان می‌دهد مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی در ارتقای سطح کیفیت زندگی مادران داغ‌دیده مؤثر است (نعمتی و گلزاری، ۱۳۹۴).

پژوهش قرایی و همکاران با بررسی اثر بازی‌درمانی گروهی در نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه‌ی زلزله در کودکان ۳ تا ۶ سال که با ۱۲ جلسه مداخله درمانی همراه بود نشان داد، بازی‌درمانی گروهی متمرکز بر نشانه‌های سوگ و آسیب می‌تواند در کاهش نشانه‌های رفتاری و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه‌ی زلزله مؤثر باشد (قرایی و همکاران، ۱۳۸۵). همان‌طور که در مبانی نظری و پیشینه‌ی این پژوهش مشخص است، بیشتر پژوهش‌ها درمان سوگ را بررسی کرده‌اند. بسیاری از درمانگران برای درمان آن از روش‌های غربی استفاده کرده‌اند. این در حالی‌ست که همسران شهدا و به‌خصوص شهدای مدافع حرم با سوگ و داغ‌دیدگی مواجه‌اند و تاکنون هیچ مدل و الگویی برای این گروه طراحی و تدوین نشده است. بنابراین در این پژوهش برای حل مسئله‌ی سوگ و شروع پویا برای زندگی پس از هم‌صحبتی با این افراد الگویی تهیه و طراحی شد که یک الگوی کاملاً بومی و بر اساس فرهنگ ایرانی-اسلامی است. از این‌رو اهداف پژوهش به شرح زیر آمده‌اند.

۳- ملاحظات نظری

محققان کیفی برخوردار از چارچوب نظری از قبل تعیین شده را برای تحقیق مضر می‌دانند، زیرا ممکن است محقق را بسیار محدود کرده و موجب غفلت او از دیدگاه افراد مورد مطالعه در باره‌ی آنچه در حال وقوع است، شود (رضاپور، ۱۳۹۹: ۹۴). بنابراین با توجه به انجام این پژوهش با روش کیفی، محققان خود را با مبنای نظری از پیش تعیین شده محدود نکرده‌اند.

به اعتقاد مالکینسون سوگ^۱ یکی از همگانی‌ترین واکنش‌های انسانی است که در همه‌ی فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی در پاسخ به انواع مختلف فقدان، به‌خصوص مرگ یک عزیز اتفاق می‌افتد. وقتی فرد، عزیزی را از دست می‌دهد، با سوگ پاسخ خود را می‌دهد (Malkinson, 2001). همچنین کاپلان و سادوک معتقدند سوگ در اصطلاح ناراحتی جسمانی و روانی شدید است و به احساس ذهنی ناشی از مرگ عزیزان گفته می‌شود. حال آنکه سوگواری به مفهوم دقیق‌تر به فرایند انحلال سوگ اطلاق می‌شود (وقتی می‌گوییم کسی سوگوار است منظورمان این است که کل وجود او متأثر شده است. آنها بر این باورند که چون سوگ می‌تواند جانکاه باشد، فرهنگ‌های

مختلف روش‌هایی را ابداع کرده‌اند تا به اعضای خود کمک کنند تا سوگ را پشت سر گذاشته و به تغییرات زندگی که مرگ فرد عزیز آن را ایجاد کرده، بپردازند (Kaplan & Sadock, 2003). افزون بر آن برک سوگواری را چگونگی ابراز افکار و احساسات فرد داغ‌دیده دانسته که از فرهنگی به فرهنگ دیگر تفاوت دارد، اما هدف مشترک همه‌ی آنها این است که به افراد کمک کنند تا سوگ خود را پشت سر بگذارند و در دنیای بدون متوفی با زندگی کنار بیایند (Berck, 2007). سوگ نوعی احساس پایداری است که می‌تواند در نتیجه‌ی شکست خانواده و همچنین فقدان عضوی که با دیگر افراد رابطه دوطرفه و مراقبتی داشته، اتفاق بیفتد (Robbins & Bader, 2001). فرد خیلی ناگهانی عزیزی را که مراقبش بوده، از دست می‌دهد و رابطه پایان می‌یابد (Mitiguy, 1990)، در نتیجه سوگ برای او با سختی همراه است، زیرا همراه زندگی خود را از دست داده است. گاهی فرد مجبور است این سوگواری را به‌تنهایی تحمل کند (Zeigler, 1987). از این‌رو، بسته به ماهیت تجربه سوگ ادامه می‌یابد، زیرا اعضای خانواده در وضعیت نامشخصی منتظر بهبود کامل هستند در حالی که لازم است متوجه شوند که باید تا آخر عمر با این تجارب جسمی یا روانی متفاوت زندگی کنند. سوگ به شکل‌های مختلف رخ می‌دهد؛ گاهی سوگ حاد و یک‌باره است، این نوع سوگ چندین مرحله دارد:

الف) شوک (ضربه): در این مرحله، تمرکز فرد بر زمان گذشته است و از خصوصیات آن می‌توان به هراس و انکار اشاره کرد.

ب) واقعیت‌گرایی: در این مرحله، تمرکز فرد بر زمان حال است و از مشخصه‌های آن می‌توان انکار ادواری، رفتار جست‌وجوگرانه، اشتغال ذهنی، همانندسازی با شیء از دست‌رفته، آرمان‌گرایی، خشم، گریه، علائم بدنی، افسردگی، درماندگی، احساس گناه و شرمندگی را نام برد.

ج) یکپارچگی: در این مرحله، تمرکز فرد بر زمان آینده است و از مشخصه‌های این مرحله پذیرش واقعیت و بازگشت به سلامتی جسمی و اجتماعی است (Stewart, & Shields, 1985).

افزون بر آن سوگ معمولاً شامل عناصری از حسرت، اشتیاق، غم و اندوه و خاطرات فرد متوفی است، البته کیفیت و شدت این افکار و احساسات متفاوت است (Shear, 2015). سوگ می‌تواند مسیر نابهنجاری را طی کند. در سوگ نابهنجار شدت ماتم به‌اندازه‌ای است که فرد به رفتارهای غیر تطابقی پناه می‌برد یا آنکه مدتی طولانی اسیر ماتم می‌ماند، بدون آنکه با گذشت زمان فراگشت ماتم پایان پذیرد. احتمال بروز واکنش ماتم نابهنجار در برخی افراد بیشتر است؛ کسانی که مرگ عزیز آنها ناگهانی و یا در یک شرایط هولناک رخ داده است؛ کسانی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند؛ کسانی که خود را مسئول مرگ متوفی می‌دانند (چه خیالی و

چه واقعی؛ کسانی که تاریخچه‌ای از فقدان‌ها یا مرگ‌های آسیب‌آفرین را پشت سر گذاشته‌اند؛ و کسانی که رابطه‌ای به‌شدت وابسته یا دوگانه از لحاظ احساسی با متوفی داشته‌اند (معمدی، ۱۳۸۷). غم و اندوه ناشی از فقدان یک عزیز را نمی‌توان نشانه‌ی بیماری یا اختلال حساب کرد، اما اگر مرحله‌ی سوگواری و داغداری طولانی شود و از زمان منطقی و طبیعی خود فراتر رود، آنگاه باید به وجود علائم افسردگی و بیمارگونه در فرد شک کرد. در واقع وضعیت طبیعی سوگ حالت اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص یا عقیده و فکری خاص است. نوعی سوگ عمیق‌تر و پیچیده‌تر هم وجود دارد که اگر فرایند سوگ به‌درستی طی نشود، به سراغ آدمی می‌آید، یعنی اگر فرد در یکی از مراحل سوگ باقی بماند یا اینکه مراحل را به‌کندی طی کند و یا شدت واکنش‌هایش بیش‌ازحد معمول باشد، در اصطلاح مبتلا به سوگ پیچیده شده است. در سوگ پیچیده مشکلاتی در زندگی معمولی شخص به وجود آمده و در عملکرد او تأثیر می‌گذارد. در صورت حل سوگ و گذشتن از این مراحل فرد قادر خواهد بود که به جامعه بازگشته و زندگی عادی خود را از سر بگیرد (محمدی‌اصل، ۱۳۸۷: ۴۸ و ۴۹). از این‌رو حل مسئله سوگ امری مهم قلمداد شده است. به این معنی که بسیاری از جوامع این مهم را پذیرفته‌اند که باید برای افراد و خانواده‌های داغ‌دیده برنامه‌های درمانی تدارک دید و به آنها در بهبود یافتن از احساس فقدان و سوگ یاری رساند (Malkinson, 2010:289-305).

۱۶۹

شی‌یر، الن و فوا دریافته‌اند که نشانگان داغ‌دیدگی به دارودرمانی یا روان‌درمانی سنتی جواب نمی‌دهد (Shear, Ellen & Foa, 2001:1506-1508). در درمان سوگ نیز باید به این نکته توجه داشت که فرهنگ‌های مختلف، روش‌های متفاوتی را برای درک مفاهیم زندگی، مرگ و مراحل پس از آن دارند و به‌ویژه، نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی سهم بسزایی در جهت‌گیری افراد نسبت به مسئله‌ی فقدان و داغ‌دیدگی دارد (Wuthnow, Christiano & Kuzlowski, 2010: 408-422). در خصوص همسران و کلاً خانواده‌ی شهدا پژوهش‌های محدودی انجام شده است، لیکن درباره‌ی خانواده‌ی شهدای مدافع حرم و به تبع آن همسران ایشان که موضوع سال‌های اخیر است تقریباً هیچ کاری انجام نشده است. در مطالعه‌ای که روشن و شاکری میزان افسردگی همسران شهید استان تهران را بررسی کرده‌اند. از بین ۶۶۰ همسر شهید نزدیک به ۵۰ درصد از همسران نمره‌ی بالاتر از میانگین در افسردگی کسب کردند (روشن و شاکری، ۱۳۸۹: ۵۹-۵۰). در مطالعه‌ی دیگری که انتصار فومنی و صالحی میزان سلامت روانی همسران شهدا، فرزندان شهدا و همسران ایثارگران را بررسی کردند، به این نتایج دست یافتند که سلامت روانی در بین همسران شهید و ایثارگر متفاوت است. به این معنی که همسران شهدا سلامت روانی پایین‌تری را نسبت به

همسران ایثارگران گزارش کرده‌اند (انتصار فومنی و صالحی، ۱۳۸۹: ۱۹-۱). همچنین احمدی و فتحی آشتیانی در پژوهشی نشان دادند که میزان شیوع علائم اختلالات سوگ در بین فرزندان شهدا در مقایسه با فرزندان متوفیان تفاوت معناداری وجود دارد و بر این اساس میزان شیوع علائم اختلال در بین فرزندان متوفیان بیشتر از فرزندان شاهد است (احمدی و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۲: ۲۸۳-۲۷۷). بر مبنای تحقیقات کوبلر راس دوران سوگ مراحل مختلفی دارد. این مراحل عبارتند از: مرحله‌ی انکار و دوری‌گزینی (در این مرحله ممکن است، فرد ابتدا وقوع چنین فاجعه‌ای را انکار کند. در این مرحله، فرد اغلب گوشه‌گیر شده و خود را از روابط خانواده کنار می‌کشد)؛ خشم (در این مرحله فرد مصیبت‌دیده نسبت به خود، فرد از دست‌رفته، خانواده یا همه‌ی جهان احساس خشم و عصبانیت می‌کند)؛ چانه‌زنی (و میل به دیدار یا جست‌وجوی فرد از دست‌رفته)؛ افسردگی (در این مرحله اندوه و مصیبت ممکن است به‌صورت احساس افسردگی، بی‌تفاوتی و کرحتی در فرد ظاهر شود) و پذیرش (زمانی است که از ماتم، خشم و اندوه فرد به تدریج کاسته می‌شود و او شروع به پذیرش واقعیت موجود می‌کند). این مراحل به نظر بسیاری از روان‌شناسان در خصوص افراد سوگوار نیز مصداق دارد (Kubler, 1969).

۱۷۰

شروع و برگشت به روال عادی زندگی پس از سوگ یک عنصر کلیدی در نظر گرفته شده است که کوبلر راس در مرحله‌ی پذیرش به آن اشاره کرده است. توان‌سازی یا قدرت انطباق یکی از صفات برجسته‌ی انسان‌هاست که در طول عمر به کرات و اغلب در سخت‌ترین شرایط زندگی به یاری انسان‌ها می‌شتابد. چنانچه مراحل سوگ به‌خوبی طی شود، پس از گذشتن فرد سوگوار از مرحله‌ی آخر می‌توان به شروعی پویا امیدوار بود. در واقع شروع پویا خود فرایندی از مراحل سوگ است. به عبارت بهتر، منظور از شروع پویا مدیریت مرحله انطباق در راستای گذار به بهترین نحو است (کاظمیان، ۱۳۹۵). همان‌طور که اشاره شد، شروع پویا همان مدیریت بهینه‌ی مرحله‌ی انطباق و حتی مراحل گذار است.

از مهم‌ترین عناوین مرتبط با این مفهوم می‌توان به تاب‌آوری^۱ فرد و یا خانواده‌ی داغ‌دیده اشاره کرد. در فرهنگ لغت، این کلمه به خاصیت کش‌سانی، بازگشت‌پذیری و ارتجاعی معنا شده است، ولی در متون بهداشت روانی تاب‌آوری معادل گویاتری است. ریشه‌ی تاب‌آوری از علم فیزیک گرفته شده و به معنی جهیدن به عقب است. تاب‌آوری به معنای توانایی مقابله با شرایط دشوار و پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی روزانه است. تاب‌آوری، استرس را محدود نمی‌کند،

مشکلات زندگی را پاک نمی‌کند، بلکه به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیشرو مقابله‌ی سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند. به بیان دیگر، فرد تاب‌آور یعنی کسی که در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط دشوار توانمند است. البته معنای تاب‌آوری فقط این نیست که در انسان‌ها برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده پایدار بمانند و در روبه‌رو شدن با شرایط خطرناک حالتی انفعالی داشته باشند، بلکه در عمق معنای آن شرکت و حضور فعال و سازنده‌ی افراد در محیط پیرامونشان نیز مدنظر است. توانایی اجرای این «جادوی رایج» (Masten, 2001) اغلب در حوزه‌ی علوم اجتماعی به‌عنوان انعطاف‌پذیری یا تاب‌آوری نام دارد. تاب‌آوری در علوم اجتماعی «فرایند کش‌سانی و واکنش در مقابل ناملایمات فرض می‌شود (Hanter, 2001). کاتر تاب‌آوری را روشی برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و عواملی که سلامت روان فرد را تهدید می‌کند، تعریف کرده است (Connor, 2006). افراد تاب‌آور رفتارهای خودشکنا نه ندارند. از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند. بونا راه‌های به دست آوردن تاب‌آوری را داشتن سرسختی، خوددافزایی، مقابله‌ی سرکوب‌گرایانه، داشتن خلق‌وخو و احساسات مثبت می‌داند (Bonanno, 2006). برای درک تفاسیر و روش‌های مرتبط با تاب‌آوری ممکن است به تمایز بین احتمال خطر و مصادیق تاب‌آوری نیاز باشد.

۱۷۱

۴- روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات کیفی است که به روش تحلیل محتوا انجام شد. جامعه‌ی پژوهش حاضر، همسران شهدای مدافع حرم استان تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. پس از انجام یک مصاحبه‌ی مقدماتی (شامل توضیح اهداف پژوهش و بررسی مقدماتی رضایت فرد از ابراز خود به‌عنوان همسر شهید) از بین کسانی که همسر شهید مدافع حرم بوده و داوطلب حضور در پژوهش بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، نمونه‌گیری آغاز شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در مجموع ۲۱ نفر از همسران شهدای مدافع حرم در این پژوهش شرکت کردند. علت انتخاب ۲۱ نفر در این پژوهش با توجه به داوطلبانه بودن در پژوهش و همچنین رسیدن پژوهش به یک نقطه‌ی اغنا بوده است.

در پژوهش حاضر، مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته‌ای طراحی شد که سؤالات آن با بررسی پیشینه‌ی نظری و پژوهشی مرتبط با موضوع پژوهش از بین کتب و مجلات داخلی و خارجی مربوط به شهدا و خانواده‌های شهدای مدافع حرم در سال‌های اخیر و همچنین مستندات موجود در پایگاه‌های علمی با توجه به کلیدواژه‌های سوگ، داغ‌دیدگی، شهید، شهدا، خانواده‌ی شاهد،

مدافعین حرم جست‌وجو شد و با هدف بررسی حل مسائل سوگ و پیامدهای آن تهیه و تنظیم شده است. پس از آن سؤالات مصاحبه‌ها با نظرات متخصصان حوزه‌ی تعلیم و تربیت و روان‌شناسی و مشاوره ارزیابی، تصحیح و تأیید شد. در ادامه، مصاحبه‌ها با اجازه‌ی مشارکت‌کنندگان ضبط شد. تحلیل داده‌ها نیز در طول جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. برای تحلیل و کدگذاری هر مصاحبه، ابتدا مصاحبه تایپ‌شده چندین بار با دقت مطالعه و مفاهیم اصلی در قالب کدهای اولیه مشخص شد و سپس با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های کدهای مشخص شده، کدهای مشابه ادغام و زیرطبقه‌ها تشکیل شد. در مرحله‌ی بعد، دوباره با بررسی تشابهات و تفاوت‌ها زیرطبقه‌های مشخص شده در طبقات مجزا دسته‌بندی شد. چند نفر از متخصصان کدگذاری‌ها و طبقه‌بندی‌ها را بازبینی کردند و پس از تطبیق با پیشینه‌ی نظری و پژوهشی تحقیق و اعمال تغییرات لازم، کدگذاری و طبقه‌بندی نهایی انجام شد.

برای بررسی اعتبار الگوی حل مسائل سوگ بر شروع پویا در میان همسران شهدای مدافع حرم از متخصصان نظرخواهی شد. برای این منظور میزان CVR بررسی شد. ۵ نفر از متخصصان به‌عنوان داور درباره‌ی مدل پژوهش اظهارنظر کردند که از این تعداد ۲ نفر موافق بوده، ۲ نفر با اعمال برخی اصلاحات نیز توافق خود را اعمال کرده و ۱ نفر مخالف بود. درباره‌ی قابلیت اعتماد مدل، ضریب توافق بالاتر به معنی قابلیت بالاتر است. برای سنجش توافق متخصصان از ضریب کاپا استفاده شد. با توجه با آنچه از نتایج CVR و ضریب توافق کاپا به دست آمده است، می‌توان گفت مدل مفهومی حل مسائل سوگ بر شروع پویا در میان همسران شهدای مدافع حرم استان تهران اعتبار مقبولی دارد.

۵- یافته‌های پژوهش

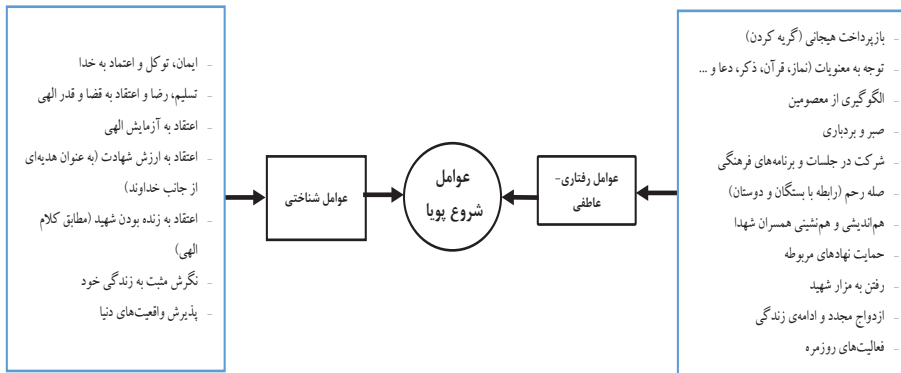
جدول شماره‌ی ۱ مشخصات جمعیتی مشارکت‌کنندگان براساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد. سن زنان پاسخ‌گو در مراکز بهداشت از ۲۶ تا ۵۵ سال متغیر بوده و بیشتر پاسخ‌گویان در فاصله‌ی سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار داشتند. در جدول زیر لیست افراد مصاحبه‌شونده ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات مصاحبه‌شوندگان پژوهش

ردیف	اسامی	سال شهادت همسر	سن
۱	ثریا	۱۳۹۲	۴۰
۲	فرزانه	۱۳۹۵	۴۰

ردیف	اسامی	سال شهادت همسر	سن
۳	پروین	۱۳۹۲	۳۸
۴	فاطمه	۱۳۹۳	۳۰
۵	شیما	۱۳۹۶	۳۸
۶	مریم	۱۳۹۴	۲۶
۷	نسرين	۱۳۹۶	۲۶
۸	پری	۱۳۹۲	۳۴
۹	پروانه	۱۳۹۴	۳۵
۱۰	زهرا	۱۳۹۳	۲۶
۱۱	معصومه	۱۳۹۴	۵۵
۱۲	مریم	۱۳۹۶	۵۰
۱۳	راضیه	۱۳۹۶	۳۲
۱۴	زهرة	۱۳۹۶	۴۸
۱۵	شیما	۱۳۹۵	۳۲
۱۶	ساره	۱۳۹۱	۵۰
۱۷	عصمت	۱۳۹۴	۴۵
۱۸	حمیده	۱۳۹۵	۴۵
۱۹	سمانه	۱۳۹۵	۳۸
۲۰	لیلا	۱۳۹۵	۴۰
۲۱	زینب	۱۳۹۵	۳۲

براساس معیار اشباع نظری، پس از انجام ۲۱ مصاحبه با مشارکت کنندگان، فرایند جمع‌آوری داده‌ها متوقف شد. ابتدا مطالب حاصل از مصاحبه‌های ضبط شده مکتوب شد و برای اطمینان از فهم درست اظهارات مشارکت کنندگان، چندین بار مطالعه شدند. کدهای حاصل از تجزیه و تحلیل اولیه‌ی مصاحبه جداگانه یادداشت و به صورت دسته‌هایی سازماندهی شد و کدهای مختلف برای تشکیل دسته‌های کلی‌تر درهم ادغام شدند، به طوری که ضمن داشتن حالت انتزاعی، به‌طور کامل بازگوکننده‌ی مفاهیم حاصل از مطالعه نیز باشند. چند نفر از متخصصان روان‌شناسی کدگذاری‌ها و طبقه‌بندی‌ها را بازبینی کردند و پس از تطبیق با پیشینه‌ی نظری و پژوهشی تحقیق و اعمال تغییرات لازم، کدگذاری و طبقه‌بندی نهایی انجام شد. پس از تحلیل و بررسی داده‌ها، ۱۸ زیرطبقه و ۲ طبقه‌ی اصلی شناسایی شد که در ادامه تحلیل آنها ارائه می‌شود.



شکل ۱: عوامل شروع پویای همسران شهدای مدافع حرم

همان‌گونه که در شکل شماره‌ی ۱ آمده است، مجموعه‌ای از عوامل شناختی و رفتاری/عاطفی در شروع پویای همسران شهدای مدافع حرم نقش داشته است که در ادامه تمام هیجده عنوان فوق با توجه به نتایج حاصل از تحلیل محتوای انجام شده بر مصاحبه با همسران شهدای مدافع حرم، تشریح می‌شوند.

۱۷۴

۵-۱- عوامل شناختی

منظور از عوامل شناختی مجموعه فرایندهای درون روانی است که با استفاده از سازوکارهای بهبود شناخت و آگاه‌سازی، روابط بین هیجان‌ها، انگیزش‌ها و کنش‌های رفتاری را تنظیم کرده و به سمت بهبود کارکردهای شخصی جهت‌دهی می‌کند.

۵.۱.۱. ایمان، توکل و اعتماد به خداوند: اولین زیرطبقه‌ی استخراج شده از عوامل شناختی، ایمان، توکل و اعتماد به خداوند است. این زیرطبقه، مبنایی‌ترین نگرش مذهبی است که بر سایر عوامل شناختی هم اثرگذار است. بسیاری از مصاحبه‌شونده‌ها این مقوله را از عوامل اصلی آرامش خود معرفی کرده‌اند: برای نمونه مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۲ بیان کرده است: «توکل به خداوند مرا آرام می‌کرد». مشارکت‌کننده‌ی دیگری نیز اظهار داشت: «وقتی اعتقادات و باورهایم قوی تر شد، انرژی بیشتری گرفتم و به زندگی ادامه دادم».

۵.۱.۲. تسلیم، رضا و اعتقاد به قضا و قدر الهی: تسلیم و رضا نتیجه‌ی عملی ایمان، توکل و اعتماد به خداوند و اعتقاد به آزمایش الهی است. در واقع، این نوع نگرش و اعتقاد مذهبی خود موجب تسکین و رضا می‌شود و هرچه میزان ایمان و اعتقاد مذهبی بالاتر باشد، رضایت به رضای الهی - که موجب آرامش و تسکین می‌شود- بیشتر می‌شود و آمادگی برای شروع پویا را افزایش

می‌دهد. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ بیان کرده است: «من گفتم راضی‌ام به رضای خدا، اگر شما این راه را انتخاب کردی خدا هم راضی است».

۵. ۱. ۳. اعتقاد به آزمایش الهی: یکی دیگر از مقولات تأثیرگذار شناختی در شروع پویا که از مصاحبه با همسران شهدای مدافع حرم استخراج شد، اعتقاد به آزمایش الهی است. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۶ بیان کرده است: «زندگی کردن ما کلاً آزمایش است».

۵. ۱. ۴. اعتقاد به ارزش شهادت (به عنوان هدیه‌ای از جانب خداوند): زیرطبقه‌های اعتقاد به ارزش شهادت به عنوان هدیه‌ای از جانب خداوند، اعتقاد به زنده بودن شهید بر اساس کلام خداوند در قرآن کریم یکی از وجوه تمایز همسران شهدای مدافع حرم از سایر افراد سوگ‌دیده، مرگ با عزت عزیزان آنهاست و این ویژگی باعث دلگرمی بیشتر آنها و پذیرش بهتر مصیبت وارده و آمادگی بیشتر برای شروع پویا در این جامعه‌ی هدف شده است. مقام شهادت و شهید در راه خدا به حدی بالاست که امیرالمؤمنین (ع) در خطبه‌ی ۲۳ نهج‌البلاغه می‌فرماید: «از خداوند جایگاه شهیدان و زندگی با سعادت‌مندان و همراهی با پیامبران را طلب می‌کنم» و این اعتقاد به جایگاه رفیع شهید برای بازماندگان شهید بسیار آرامش‌بخش و تسکین‌دهنده است. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ بیان کرده است: «وقتی فکر می‌کنیم با شهادت رفته است آدم به آرامش می‌رسد که جایش خوب است و خیال ما راحت است».

۵. ۱. ۵. اعتقاد به زنده بودن شهید (مطابق کلام الهی): خالق حکیم در قرآن کریم به صراحت در آیه‌ی ۱۶۹ سوره‌ی آل عمران تأکید به زنده بودن شهید می‌کند و اعتقاد به این مسئله موجب تسکین خانواده‌ی شهید و حتی مدد گرفتن از روح با عظمت شهیدشان در سختی‌های زندگی می‌شود. این مقوله نیز به کرات در سخنان مصاحبه‌شونده‌ها مشهود بود و استخراج شد. مصاحبه‌شونده‌ای بیان می‌کند: «می‌دانم او زنده هست و خودش مرا آرام می‌کرد».

۵. ۱. ۶. نگرش مثبت به زندگی خود: مقولات قبلی که منبعث از نگرش‌های مذهبی هستند، موجب تسکین مصیبت‌دیده‌ها و نگرش مثبت به زندگی و پذیرش بهتر واقعیت‌های دنیا می‌شوند. در واقع، دو مقوله‌ی نگرش مثبت و پذیرش واقعیت‌های دنیا خود متأثر از مقولات قبلی هستند. تکنیک‌های مثبت‌اندیشی یکی از توصیه‌های همیشگی روان‌شناسان در برخورد با مشکلات و مصائب بوده و بسیاری از همسران شهدای مدافع حرم در این تحقیق به دلیل داشتن نگرش‌های مذهبی، زمینه‌ی خوبی برای مثبت‌اندیشی داشتند. مصاحبه‌شونده‌ی ۳ بیان کرده است: «بعد از یک ماه دارو را رها کردم، گفتم باید خودم باشم و روی پایم بلند شوم».

۵.۱.۷. پذیرش واقعیت‌های دنیا: ایستگاه آخر عوامل شناختی، پذیرش واقعیت‌های پیش آمده و آمادگی برای شروعی دوباره و پویاست. عوامل شناختی قبلی در پذیرش بهتر و آسان تر و سریع تر واقعیت‌های زندگی بسیار مؤثرند. مصاحبه‌شونده‌ای بیان می‌کند: «الان در کارم دوباره همان قبلی شدم چون پذیرفتم که همسرم شهید شده است». مشارکت‌کننده‌ی دیگری اظهار داشت: «این هدیه را به خدا دادیم و منتظر بازگشتش هم نیستیم»

۵-۲- عوامل عاطفی/رفتاری

بر اساس مصاحبه‌های انجام شده، طبقه‌ای با عنوان عاطفی - رفتاری برای شروع پویا استخراج شده است. عوامل عاطفی - رفتاری مجموعه فرایندهایی است که به‌منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی (تنظیم هیجانی) به کار می‌رود. در متون روان‌شناختی این مفهوم بیشتر به‌منظور توصیف فرایند تعدیل عاطفه‌ی منفی به کار رفته است.

۵.۲.۱. بازپرداخت هیجانی (گریه کردن): یکی از بهترین شیوه‌های تنظیم هیجان‌ات و به‌خصوص انطباق با هیجان‌ات منفی، اظهار و بازبینی مجدد آنها در قالب سازوکارهای مناسب است که از آن به عنوان بازپرداخت هیجانی^۱ یاد می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره اظهار داشت: «دائم به یادش گریه می‌کنم و براش نامه می‌نویسم و حتی گاهی باهاش حرف می‌زنم. این باعث میشه که آرام بشم».

۵.۲.۲. توجه به معنویات (نماز، قرآن، ذکر، دعا و ...): نگرش دینی و مذهبی مصاحبه‌شونده‌ها موجب توجه آنها به معنویات و الگو گرفتن از معصومین (ع) می‌شود که این مقولات خود از عوامل رفتاری مؤثر در شروع پویا هستند. در قرآن کریم هم استعانت از صبر و صلاة (نماز و روزه) در مشکلات توصیه شده است. در واقع ذکر الهی موجب آرامش می‌شود و مصاحبه‌شونده‌های این تحقیق نیز به دلیل داشتن نگرش مذهبی از معنویات برای کسب آرامش بهره می‌گیرند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۷ بیان می‌کند: قرآن زیاد می‌خواندم و این به آرامشم کمک کرد».

۵.۲.۳. الگوگیری از معصومین: ذکر مصائب معصومین (ع) تسکین‌دهنده‌ی داغ‌دیدگان است. بیشتر همسران شهدای مدافع حرم در این تحقیق نیز به این مقوله اشاره کردند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۶ بیان کرده است: «خودم را با مصیبت ائمه مقایسه می‌کنم خجالت می‌کشم چیزی بگویم».

۵. ۲. ۴. صبر و بردباری: در واقع عوامل قبلی موجب می‌شوند که صبر برای مصیبت‌دیده گوارتر شود. مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرده است: «باید صبر کرد، ما که از ائمه (ع) بالاتر نیستیم». مشارکت‌کننده‌ی دیگری اظهار داشت: «خود صبر می‌دهد از مصیبتش، صبر را می‌دهد»

۵. ۲. ۵. برنامه‌های فرهنگی: شرکت در برنامه‌های فرهنگی نیز موجب فاصله گرفتن از غم و غصه ناشی از تنهایی می‌شود، علاوه بر آن موجب حضور بیشتر در جمع و در نتیجه آرامش بیشتر افراد سوگ‌دیده می‌شود. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳ بیان داشته است: «کلاس‌های اخلاقی و احکام را خیلی دوست داشتیم، همین که آرامش می‌گرفتمم برایم خوب بود».

۵. ۲. ۶. صله‌ی رحم (رابطه با بستگان و دوستان): صله‌ی رحم و رابطه با بستگان و دوستان هم همان آثار شرکت در برنامه‌های فرهنگی را دارد با این تفاوت که اگر دوست و فامیل درک مناسبی از فرد داغ‌دیده داشته باشند، در کمک به وی برای مقابله با سوگ و شروع پویا بسیار مؤثر خواهند بود. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۱ بیان کرده است: «یک خواهر از خودم بزرگتر دارم خیلی حرف‌هایش به من کمک می‌کند خیلی امیددهنده است». مشارکت‌کننده‌ی دیگری اظهار داشت: «با خانواده‌ی همسر رفت‌وآمد خوبی دارم. معتقدم رحم فرزندانم هستند و از این رفت‌وآمد روحیه گرفتم».

۵. ۲. ۷. هم‌اندیشی و هم‌نشینی همسران شهدا: هم‌نشینی با افرادی که مصیبت مشابهی را تجربه کرده‌اند، علاوه بر تشریک مساعی و اشتراک تجارب موجب می‌شود که بهتر با این سوگ کنار آمده و به کمک هم بر مصائب و مشکلات غلبه کنند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ بیان داشته است: «کسانی که زودتر همسرشان شهید شده است، تجربه‌هایشان را به من می‌گویند و مشورت با آنها واقعاً باعث آرامش من است».

۵. ۲. ۸. حمایت نهادهای مربوطه: بیشتر همسران شهدای مدافع حرم در زمان حیات همسرشان نیز کمتر از حضور عزیزشان بهره‌مند شده‌اند و با از دست دادن عزیزشان برای امنیت این مرز و بوم، مسئولیت جامعه و حاکمیت را برای رسیدگی و توجه به آنها بیشتر می‌کند و برای اینکه بازماندگان این شهدای عزیز بتوانند در ادامه رسالتی که برعهده دارند نقش فعال و اثرگذاری در جامعه ایفا کنند، لازم است نهادهای مربوطه به این عزیزان برای رویارویی بهتر با سوگ و داغ و مصیبت وارده کمک کنند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۶ بیان کرده است: «برای همسران شهدای مدافع حرم و سایر همسران شهدا یک دوره‌ای در مشهد گذاشتند که به‌نظرم خوب بود».

۵. ۲. ۹. رفتن به مزار شهید: در بسیاری از تحقیق‌های مربوط به عوامل مقابله با سوگ، رفتن به مزار عزیز از دست‌رفته و گریه و اشک بر مصیبت موجب تخلیه‌ی هیجانی و تسکین و آرام شدن

بیشتر مصیبت دیده می‌شود. در این تحقیق نیز مصاحبه‌شونده‌ها بر این واقعیت صحنه گذاشته‌اند. گریه کردن همواره موجب تخلیه‌ی هیجانات و تسکین داغ‌دیده می‌شود. گریه آبی است بر آتش درون و بسیاری از مصاحبه‌شونده‌های این تحقیق نیز با این روش به آرامش خود کمک کرده‌اند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۱۳ بیان داشته است: «مدام گریه می‌کردم تا آرام‌تر شوم». در کتب شیعی روایات متعددی درباره‌ی تشویق به زیارت قبور وجود دارد. در این روایات، مباحثی در خصوص استحباب زیارت قبور، متوجه شدن و شاد شدن روح میت نسبت به زیارت رفتن و... برداشت می‌شود. همچنین این موضوع موجب تسکین بازماندگان می‌شود. در این تحقیق نیز برخی از مصاحبه‌شونده‌ها به آثار تسکینی رفتن به مزار شهیدشان اشاره کرده‌اند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ بیان می‌کند: «یک روزهایی شاید سر مزار می‌روم خیلی آرام می‌شوم».

۵. ۲. ۱۰. ازدواج مجدد و ادامه زندگی: ازدواج مجدد برای افرادی که همسرشان را از دست داده‌اند، شروع یک زندگی دیگر است. برخی از همسران شهدای مدافع حرم نیز با ازدواج دوم، شروع زندگی جدیدی را تجربه کردند و برخی که هنوز ازدواج نکرده‌اند نیز به این مقوله نگاه مثبتی داشتند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۳ بیان می‌کند: «من به خدا هم می‌گویم من می‌خواهم زندگی کنم می‌خواهم با یک مرد زندگی کنم».

۵. ۲. ۱۱. فعالیت‌های روزمره: طبق اظهار مصاحبه‌شونده‌ها مشغول شدن به کارهای روزمره موجب می‌شود تا از غم و غصه بیرون آمده و آرامش بیشتری داشته باشند. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵ بیان کرده است: «گاهی اوقات برای اینکه از این حال دربیایم می‌روم خرید می‌کنم».

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

بنا بر آنچه آمد، در درمان سوگ باید به این نکته توجه داشت که فرهنگ‌های مختلف، روش‌های متفاوتی را برای درک مفاهیم زندگی، مرگ و مراحل پس از آن دارند؛ به‌ویژه، نگرش‌ها و اعتقادات مذهبی سهم بسزایی در جهت‌گیری افراد نسبت به مسئله‌ی فقدان و داغ‌دیدگی دارد. در خصوص همسران و کلاً خانواده‌ی شهدا پژوهش‌های محدودی انجام شده است لیکن درباره‌ی خانواده شهدای مدافع حرم و به تبع آن همسران ایشان که موضوع سال‌های اخیر است، تقریباً هیچ کاری انجام نشده است. از این رو، توجه به این قشر علاوه بر اینکه یک وظیفه‌ی انسانی و دینی است، در حل معضلات اجتماعی مرتبط با آنها نیز نقش بسزایی دارد.

شروع و برگشت به روال عادی زندگی عنصر کلیدی پس از سوگ در نظر گرفته شده است که کویلر راس در مرحله‌ی پذیرش به آن اشاره کرده است. توان سازگاری یا قدرت انطباق یکی

از صفات برجسته‌ی انسان‌هاست که در طول عمر به کرات و اغلب در سخت‌ترین شرایط زندگی به یاری‌شان می‌شتابد. چنانچه مراحل سوگ به‌خوبی طی شود، پس از گذشتن فرد سوگوار از مرحله‌ی آخر می‌توان به شروعی پویا امیدوار بود. در واقع، شروع پویا خود فرایندی از مراحل سوگ است. به عبارت بهتر منظور از شروع پویا مدیریت مرحله‌ی انطباق در راستای گذار به بهترین نحو است. شروع پویا همان مدیریت بهینه‌ی مرحله‌ی انطباق و حتی مراحل گذار است. بر مبنای تحقیقات کوبلر راس، مراحل دوران سوگ عبارت از انکار و دوری‌گزینی، خشم، افسردگی، بی‌تفاوتی و پذیرش است. این مراحل به نظر بسیاری از روان‌شناسان در خصوص افراد سوگوار نیز مصداق دارد.

یافته‌های پژوهش چه در عوامل شناختی و چه در عوامل رفتاری همگی به فرد کمک می‌کند تا از مراحل چهارگانه‌ی دوری‌گزینی، خشم، افسردگی و بی‌تفاوتی خارج شده و پس از پذیرش به زندگی عادی و روال طبیعی خود بازگردند. توجه فرد به مباحثی چون اعتقاد به قضا و قدر الهی، اعتقاد به آزمایش الهی، اعتقاد به شهادت به عنوان یک ارزش والای انسانی و عوامل رفتاری چون صله‌ی رحم، هم‌نشینی با دیگر خانواده‌ی شهدا (به‌خصوص افراد موفق در شروع پویا) و ... همگی تسهیل‌کننده و تسریع‌کننده‌ی فرایند پذیرش و شروع پویا هستند.

برخی از پژوهش‌های انجام شده نشان دادند که افراد با اعتقادات معنوی و مذهبی بهتر می‌توانند فرایند سوگ را پشت سر بگذارند. مذهب و به‌طور کلی اعتقاد و ایمان به وجود خداوند خالق مدبر و حکیم، نقش مؤثر و بی‌بدیلی بر پشت سر گذاشتن فرایند سوگ و شروع پویا در میان افراد دارد. همچنین در مداخلات، متغیرهای معنوی با ایجاد معنا برای افراد و بازسازی ارزش‌ها باعث می‌شوند مراجعان نتایج بهتری کسب کنند. بررسی متون اسلامی نشان می‌دهد که در بطن اعتقادات اسلامی مبانی، شناخت‌ها و راهبردهای مقابله‌ای متعددی وجود دارد که می‌تواند در کار با مراجعان داغ‌دیده استفاده شود. برخی از این اصول و راهبردها مختص مقوله‌ی داغ‌دیدگی‌اند و برخی دیگر به‌صورت عام به مقابله با مصیبت‌ها اشاره می‌کند.

بنابراین لازم است درمانگران ایرانی به مفاهیم و آموزه‌های اسلامی در روان‌درمانی توجه کنند. آموزه‌های اسلامی نه‌تنها برای کار روی شناخت مراجعان مطالب ارزنده‌ای را بیان کرده، بلکه تکنیک‌های رفتاری را نیز به خوبی ارائه داده است. دین، نظامی مرجع برای تفسیر وقایع زندگی است که افراد از آن برای فهم مسائل هستی، پیش‌بینی و مهار وقایع و حفظ حرمت خود استفاده می‌کنند؛ از این‌رو می‌تواند با ارائه‌ی تفسیر مثبت از رویدادها نقش فعال و مؤثری در مقابله با

تنیدگی‌ها داشته باشد. در همین راستا به استخراج آموزه‌های اسلامی و استفاده از عناصر مذهبی و اعتقادی در کمک به داغ‌دیدگان مسلمان توجه ویژه شده است.

این پژوهش برای اولین بار مقوله‌ی شروع پویا در میان همسران شهدای مدافع حرم را بررسی می‌کند. مقوله‌ی شروع پویا در میان افراد داغ‌دیده سابقه‌ی به نسبت طولانی دارد و پروتکل‌ها و روش‌های درمانی شناخته شده‌ای نیز برای آن موجود است، لیکن پژوهش حاضر با تمرکز بر جامعه‌ی آماری با شرایط خاص و ویژگی‌های متفاوت و منحصر به فرد به دنبال یافتن مهم‌ترین عوامل تسهیل فرایند شروع پویا برای افراد داغ‌دیده با شرایط فوق است. در پژوهش حاضر عواملی که به شروع پویا کمک می‌کنند، به دو طبقه‌ی عوامل شناختی و عوامل رفتاری - عاطفی دسته‌بندی شده‌اند. افراد بررسی شده در جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر در عوامل رفتاری - عاطفی، با دیگر تجربیات و نتایج تحقیقات در جوامع آماری مختلف شباهت‌هایی دارند و از طرفی با پژوهش‌ها و تجربیات فوق در بخش قابل توجهی از عوامل شناختی تفاوت‌هایی دارد. به عبارت بهتر، در پژوهش حاضر زیر طبقه‌ی عوامل رفتاری - عاطفی، در میان افراد داغ‌دیده مشترک بوده و بخش بسیاری از زیرطبقه‌ی عوامل شناختی وجه تمایز افراد جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر با دیگر افراد جامعه است. بر اساس زیرطبقه‌هایی که در زیرمجموعه‌ی عوامل شناختی و عوامل رفتاری - عاطفی شروع پویا استخراج شده است، می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین عواملی که به شروع پویا در افراد سوگ‌دیده کمک می‌کند نگرش و اعتقادات مذهبی است، مؤلفه‌هایی چون ایمان، توکل و اعتماد به خداوند؛ تسلیم، رضا و اعتقاد به قضا و قدر الهی؛ اعتقاد به آزمایش الهی؛ توجه به معنویت و الگوگیری از معصومین (ع) از جمله زیرمؤلفه‌هایی هستند که به نگرش و اعتقاد مذهبی مرتبط است. موارد فوق از جمله مهم‌ترین تفاوت‌های شروع پویا در میان افراد پژوهش حاضر با دیگر افراد داغ‌دیده هستند.

عامل دیگر که به خانواده‌های سوگ‌دیده تسکین داده و به شروع پویای آنها کمک می‌کند، نوع مرگ عزیزانشان است. و به نظر ایشان یکی از بهترین و بالاترین مقام‌ها و موهبت‌ها در دین اسلام تعریف شده است و این نوع نگاه به ارزش شهادت و مقام شهید عامل بسیار مؤثری در درمان سوگ و شروع پویای همسران شهدای مدافع حرم است. اعتقاد به ارزش شهادت به عنوان هدیه‌ای از جانب خداوند و اعتقاد به زنده بودن شهید بر اساس کلام خداوند در قرآن کریم از زیرطبقه‌هایی است که به ارزش شهادت و شهید مرتبط است. شهادت که نوعی مرگ آگاهانه بوده، اصلی‌ترین تفاوت شروع پویا برای افراد داغ‌دیده به حساب می‌آید.

عامل دیگر کمک کننده به شروع پویای همسران شهدای مدافع حرم، کمک و حمایت دوستان، بستگان و نهادهای مربوطه و تعامل و همدردی با دیگران است. شرکت در جلسات و برنامه‌های فرهنگی؛ صله‌ی رحم و رابطه با بستگان و دوستان؛ هم‌اندیشی و همنشینی با همسران شهدا و حمایت نهادهای مربوطه از زیرطبقه‌های این دسته محسوب می‌شوند. به طور کلی موارد مذکور در میان تمام افراد داغ‌دیده می‌تواند وجه مشترکی به حساب آید.

عامل چهارم، پرداخت هیجانی است. تخلیه‌ی هیجانی و رفتن به مزار شهید از جمله مؤلفه‌های این عامل هستند. در واقع انکار نکردن سوگ و گریه کردن به فرد سوگ‌دیده در پذیرش سوگ بسیار کمک می‌کند. پرداختن صحیح به هیجانات ناشی از داغ نیز از موارد مشترک میان تمام افراد داغ‌دیده به حساب می‌آید.

سایر عوامل شروع پویا تکمیل‌کننده‌ی عوامل ۴گانه‌ی قبلی است. در واقع، عواملی چون نگرش مثبت به زندگی؛ پذیرش واقعیت‌های دنیا؛ صبر و بردباری؛ فعالیت‌های روزمره و (پذیرش زندگی مجدد) و ازدواج مجدد و ادامه زندگی همه مؤلفه‌هایی هستند که در ادامه‌ی عوامل قبلی (نگرش و اعتقادات مذهبی؛ توجه به ارزش شهادت و مقام شهید؛ کمک و حمایت دوستان، وابستگان و نهادهای مربوطه و پرداخت هیجانی) بروز می‌کند.

نتایج حاصل از پژوهش بیانگر آن است که مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی و بافتی در شروع پویای همسران مدافع حرم مؤثر است. از این‌رو با توجه به برجسته بودن نقش سوگ و درمان آن پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی و جلسات آموزشی و مشاوره‌ی گروهی با محوریت شروع پویا برای همسران شهدای مدافع حرم در نظر گرفته شود تا ضمن ایجاد فضای رشدی و حمایتی و اشتراک تجارب معنادار روند شروع پویا تسهیل شود. همچنین با توجه به اهمیت بافت خانوادگی در شروع پویا، پیشنهاد می‌شود که بر پژوهش مشابهی روی سایر افراد داغ‌دیده و سوگوار مرتبط با شهدا مانند خانواده‌های شهدا (پدر، مادر، فرزند و) اجرا و با نتایج این تحقیق مقایسه شود. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که نقش شروع پویا و تجربه‌ی سوگ در کنار متغیرهای مختلف دیگر مانند تاب‌آوری، سلامت روانی، احساس تنهایی و... بررسی شوند تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود.

لازم به ذکر است، در اجرای پژوهش حاضر محقق با برخی از محدودیت‌ها مواجه شد که از این میان می‌توان به محدود بودن نمونه‌ها به همسران شهدا، محدود بودن قلمرو مکانی پژوهش به استان تهران و نیز محدودیت‌های موجود در ارائه‌ی اطلاعات از سوی همسران شهدا اشاره کرد.

منابع

- ◀ قرآن کریم.
- ◀ احمدی، خدابخش و علی فتحی آشتیانی، (۱۳۸۲). «مقایسه مشکلات روان‌شناختی فرزندان شهدا و فرزندان متوفیان سپاهی»، *طب نظامی*، ۵، ش ۴.
- ◀ انتصار فومنی، غلامحسین و جواد صالحی، (۱۳۸۹). «بررسی میزان سلامت روانی همسران شهدا، فرزندان شهدا و همسران ایثارگران»، *همایش ملی فرهنگ ایثار و شهادت دانشگاه زنجان*.
- ◀ پرنده، اکرم، مسعود سیرتی نیر، مرتضی خاقانی‌زاده و علی اکبر کریمی زرچی، (۱۳۸۶). «مقایسه تاثیر دو روش حل تعارض و آرام سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با اختلال افسردگی اساسی». *مجله اصول بهداشت روانی*، ش ۳۴ و ۳۳.
- ◀ پوراسلامی، محمد، (۱۳۸۲). *توانمندسازی در ارتقای سلامت، فصلنامه طب و تزکیه*، د ۱۲، ش ۱.
- ◀ جاویدی، طاهره، (۱۳۸۷). «جایگاه اجتماعی همسران شاهد (شهر نیشابور)». *مجموعه مقالات همایش ملی ایثار و شهادت فرصت‌ها و چالش‌ها در حوزه فرهنگ، اقتصاد و سیاست*، دانشگاه مازندران.
- ◀ جعفری هرندی، رضا و سیده فاطمه رجایی موسوی، (۱۳۹۸). *رابطه بلوغ عاطفی، حمایت اجتماعی ادراک شده و جو عاطفی خانواده در بین دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر قم*، فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی، د ۱۵، ش ۲.
- ◀ حیدری، عبدالکریم و زهرا محمدی، (۱۳۹۰). «ضرورت وجود الگو برای زنان مسلمان». *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، د ۴، ش ۸.
- ◀ خاکرند، شکراله، (۱۳۹۵). «مفهوم و جایگاه حرم در فرهنگ اسلامی»، *فرهنگ رضوی*، د ۴، ش ۴.
- ◀ رضاپور، داریوش و آسیه اسمعیلی فرد، (۱۳۹۹). «تجربه‌ی زیسته‌ی زنان از سبک زندگی خانه‌داری»، *مطالعات راهبردی زنان*، د ۲۲، ش ۸۷.
- ◀ روشن، رسول و رضا شاکری، (۱۳۸۹). «بررسی میزان افسردگی همسران شهید استان تهران با استفاده از مقیاس ویژه سنجش افسردگی همسران شهید»، *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی گناباد*، د ۱۶، ش ۱.
- ◀ زرگر، فاطمه و حمیدطاهر نشاط‌دوست، (۱۳۸۶). «بررسی عوامل مؤثر در بروز طلاق در شهرستان فلاورجان»، *خانواده‌پژوهی*، د ۳، ش ۱۱.
- ◀ ظهیری، هوشنگ، (۱۳۸۷). «نگرش فرزندان شاهد و ایثارگر به فرهنگ شهادت»، *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، د ۲، ش ۱.

◀ فتاحی، راضیه و مهرداد کلانتری، (۱۳۹۶). روان‌درمانی سوگ و داغ‌دیدگی با رویکرد اسلامی، تهران: آفتاب توسعه.

◀ فتاحی، راضیه، مهرداد کلانتری و حسین مولوی، (۱۳۹۳). «مقایسه اثربخشی سوگ درمانی اسلامی با برنامه سوگ درمانی گروهی با مشکلات بیرون‌سازی دختران نوجوان داغ‌دیده»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۸، ش ۱۵.

◀ فرامرزی، سالار، کریم عسگری و فاطمه تقوی، (۱۳۹۱). «تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر میزان سازگاری دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به سوگ نابهنجار»، تحقیقات علوم رفتاری، د ۱۰، ش ۵.

◀ کاظمیان، سمیه، (۱۳۹۵). توان‌بخشی و مشاوره خانواده. تهران: نشر دانژه.

◀ مجاهد، عزیز الله، مهرداد کلانتری، حسین مولوی، حمیدطاهر نشاط دوست و منصور، (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای وضعیت سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان شهر زاهدان، افق دانش، ۱۷، ش ۳.

◀ محمدی‌اصل، عباس، (۱۳۸۷). «کارکردهای اجتماعی سوگ»، گزارش، ۱۷ (۲۰۴).

◀ معتمدی، غلامحسین، (۱۳۸۷). انسان و مرگ، تهران: مرکز.

◀ نیری، محمد یوسف و سیدمهدی خیراندیش، (۱۳۸۴). «شهید و شهادت در عرفان اسلامی»، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۲، ش ۱.

◀ هدایتی، برات‌محمد، (۱۳۸۹). «روش‌های مقابله با تنیدگی از منظر قرآن و حدیث»، سفیر، ۱۴.

◀ یوسف‌پور، نرگس، قاسم آهی و مریم نصری، (۱۳۹۴). «بررسی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه دار»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۲، ش ۲.

► Bader, J. L & Robbins, R (2001). Good grief. Helping Families Cope. Washington, D, C, City. St: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard Of Hearing. Inc.

► Bader, J. L., & R. Robbins, (2001). "Good grief! Helping families cope", *Volta Voices*, 8(4).

► Bar-Nadav, O., & Rubin, S. S. (2016). Love and bereavement: Life functioning and relationship to partner and spouse in bereaved and nonbereaved young women. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 74(1), 62-79.

► Berk, L. (2007). *Development Through the Lifespan*(v II). Translated by Seyed Mohamadi (2014). Tehran: Arasbaran. Twenty-fifth edition.

► Bonanno, G. A., & Jost, J. T. (2006). Conservative shift among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attacks. *Basic and Applied Social Psychology*, 28(4), 311-323.

- ▶ Connor K M, Zhang W (2006). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. 11: 5- 12.
- ▶ Golsworthy, R., & Coyle, A. (2001). Practitioners' accounts of religious and spiritual dimensions in bereavement therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(3), 183-197.
- ▶ Hunter, A. J. (2001). A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(3), 172-179.
- ▶ Kaplan, H. I., & B. J. Sadock, (2003). *Synopsis of psychiatry, Williams and Wilkins*.
- ▶ Malkinson R. (2001). "Cognitive-behavioral therapy of grief: A review and application", *Research on Social Work Practice*, 6(11)).
- ▶ Malkinson, R. (2010). "Cognitive-behavioral grief therapy: The ABC model of rational-emotion behavior therapy", *Psihologijske time*, 19(2).
- ▶ Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227-40.
- ▶ Mitiguy, J. S. (1990). "Coping with survival", *The Brain Injury Magazine*, 1(2).
- ▶ Shear, M. K. (2015). "Clinical practice. Complicated grief", *New England Journal of Medicine*, 372(2).
- ▶ Shear, M. K., F. Ellen, E., Foa, & et al (2001), "Traumatic grief treatment: a pilot study", *The American Journal of Psychiatry*, 158(9).
- ▶ Stewart, T., & C. R. Shields, (1985). "Grief in chronic illness: assessment and management", *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 66(7).
- ▶ Stroebe, M. S. (2004). Commentary: Religion in coping with bereavement: Confidence of convictions or scientific scrutiny? *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14(1), 23-36.
- ▶ Wuthnow, R., K., Christiano, & J. Kuzlowski, (2010). "Religion and bereavement: A conceptual framework", *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19(3).
- ▶ Zeigler, E.A (1987). "Spouses of persons who are injured: Overlooked victims". *Journals of Rehabilitation*, 53.