Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 1/ No. 2/ Autumn 2014
Page: 40-46

Complicated grief: A descriptive cross-sectional prevalence study from Iran

Marziyeh Assare[1], Mahbobeh Firouz Kohi Moghadam[2], Maryam karimi[3], Monire Hosseini[4]

ABSTRACT

Introduction: The ability of people to accept grief has a wide range from acceptance of grief to development of serious complications. The prevalence and complications of grief vary due to the differences in social norms and cultural expectations.

Objective: We aimed to assess the point prevalence of complicated grief in one of western provinces of Iran.

Methods: This study was performed as a cross-sectional survey of 751 subjects who attended an outpatient psychiatry center in Kermanshah from July to December 2012. The main symptoms and signs of complicated grief as well as presence and severity of depression were assessed using especial questionnaires.

Results: Among all assessed referees, 63 were diagnosed to have an experience of recent grief (33 men and 30 women) with the overall prevalence of 8.4%. Among those with recent experience of grief, only 28 had complicated grief with the overall prevalence of 3.73% among which, 3.06% had chronic grief and 0.67% suffered from delayed grief. Many cases were wrongly diagnosed to have other psychological disturbances such as depression or anxiety. The final diagnosis of major depressive disorder grief was confirmed only in 33.4% of complicated grief cases based on BDI II score and psychiatrist judgment in our assessment.

Conclusion: The complicated grief has a comparable prevalence to previous reported figures in western Iran. Conspicuous number of those who were affected by complicated grief was wrongly diagnosed as other psychological conditions such as depression or anxiety in this study. This fact probably indicates necessity of training programs for primary health care service of this region for getting familiar with manifestations of complicated grief and correct diagnosis of this condition.

Key word: complicated grief, prevalence, depression, anxiety

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال اول، شماره ۲، پاییز/ ۱۳۹۳
صفحات: ۴۶-۴۰

سوگ پیچیده: مطالعه شیوع شناسی توصیفی مقطعی در ایران

دکتر مرضیه عصاره[۱]، دکتر محبوبه فیروزکوهی مقدم[۲]، مریم کریمی[۳]، منیره حسینی[٤]

۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی البرز- بیمارستان باهنر- ایران- کرج

۲- استادیار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان- ایران

۳- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده- دفتر مرکزی مشاوره وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور (مولف مسئول)

۴- دانشجوی دکترای روانشناسی، بیمارستان فارابی- دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

مقدمه : توانایی افراد در پذیرش سوگ در طیف گسترده‌ای از - پذیرش سوگ تا ایجاد عواقب جدی - قرار دارد. شیوع و عواقب سوگ به تفاوت‌های موجود در هنجارهای اجتماعی و انتظارات فرهنگی متفاوت است.

هدف: هدف پژوهش حاضر ارزیابی شیوع مقطعی سوگ بغرنج (پیچیده) در یکی از استان‌های غربی ایران است.

روش: این مطالعه به شیوه زمینه‌یابی مقطعی و در ۷۵۱ آزمودنی مراجعه‌کننده به یک مرکز روانپزشکی سرپایی کرمانشاه در بازه زمانی تیر تا آذرماه سال ۱۳۹۱ انجام گردید. نشانه و علائم اصلی سوگ بغرنج (پیچیده)، وجود و شدت افسردگی با استفاده از چک لیست سنجش نشانه‌ها و علائم انواع سوگ، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، ابزار سنجش نشانه‌های سوگ ارزیابی گردید.

یافته‌ها: از بین افراد ارجاعی ارزیابی شده، ۶۳ نفر تجربه اخیر سوگ را داشته‌اند (۳۳ مرد و ۳۰ زن) که شیوع کلی آن ۸/۴٪ بود. از این تعداد ۲۸ نفر سوگ بغرنج (پیچیده) داشتند و شیوع کلی آن برابر ۳/۷۳٪ بود. همچنین ۳/۰۶٪ از سوگ مزمن و ۰/۶۷٪از سوگ تاخیری رنج می‌بردند. بسیاری از این افراد اشتباهاً تشخیص‌های احتمالی روانشناختی دیگری از قبیل اضطراب و افسردگی دریافت کرده بودند. بر اساس نمره‌های پرسشنامه افسردگی بک II و قضاوت روانپزشک، تشخیص نهایی اختلال افسردگی ناشی از سوگ تنها در ۳۳/۴٪ از افرادی که سوگ پیچیده (بغرنج) داشتند، تایید شد.

نتیجه‌گیری: شیوع سوگ پیچیده با آمارهای حاصل از گزارش‌های قبلی در غرب ایران قابل مقایسه است. در مطالعه حاضر تعداد قابل ملاحظه‌ایی از افرادی که از سوگ بغرنج رنج می‌برند، به اشتباه تشخیص اختلال‌های روانشناختی از قبیل افسردگی یا اضطراب دریافت کرده بودند. این واقعیت بیانگر لزوم برنامه‌های آموزشی برای خدمات مراقبتی بهداشتی اولیه در این منطقه است تا درمانگران با تظاهرات و جلوه‌های سوگ پیچیده آشنا شوند و این اختلال به درستی تشخیص داده شود.

کلید واژه: سوگ پیچیده، شیوع شناسی، افسردگی، اضطراب

.

مقدمه

سوگ تجربه‌ایی اجتناب‌ناپذیر در زندگی هر فرد است. با این وجود، توانایی افراد در پذیرش سوگ در طیف گسترده‌ایی از پذیرش سوگ تا به وجود آمدن عواقب جدی قرار دارد (۱). در بسیاری از موارد، دورهٔ سوگواری به طور طبیعی توسط فرد داغدیده به عنوان یک واقعیت زندگی سپری می‌شود (۲). با این وجود، موارد نادری در این دوره به برخی از مشکلات روانشناختی و جسمی شدید منتهی می‌گردند. با توجه به این موضوع، فرد داغدیده احساس تنهایی، خستگی مزمن و حتی شوک روانشناختی را تجربه می‌کند(۳). علاوه بر نشانه‌های روانپزشکی، برخی تظاهرات جسمی از قبیل حساسیت نسبت به صدا، کوتاه شدن تنفس، ضعف عضلانی و ضعف عمومی ممکن است ظاهر شود (۴). همچنین به دنبال تجربه سوگ ممکن است بهم خوردگی در خواب و اشتها، انزوا و بدکارکردی اجتماعی روی دهد (۴). اگرچه طول مدت و شدت پاسخ‌دهی به داغدیدگی به ناگهان بودن مرگ و ویژگی‌های فرهنگی فرد بستگی دارد اما نشانه‌های بهنجار سوگ به تدریج کاهش می‌یابند و نباید بیش از ۶ ماه در طول یک سال تداوم داشته باشند (۵). با این وجود، سیر سوگ ممکن است در برخی از افراد نابهنجار باشد و بنابراین نشانه‌ها و رفتارهای همراه با سوگ ممکن است در دوره طولانی‌تری تداوم داشته باشد و مداخلات روانپزشکی جدی لازم باشد (۶).

شیوع سوگ و پیامدهای آن به دلیل تفاوت‌های موجود در هنجارهای اجتماعی و انتظارات فرهنگی متفاوت است (۶). تعریف مراحل، طول مدت و پیچیدگی‌های سوگ به دلیل این تفاوت‌های فردی و فرهنگی، نه تنها دشوار است بلکه شیوع و ویژگی‌های این اختلال نیز در فرهنگ و جوامع مختلف یکسان نیست (۷). مطالعات قبلی پیرامون شیوع سوگ پیچیده، دامنهٔ گسترده‌ایی از آمارها که بین ۲۰ تا ۴۰ درصد قرار دادند را گزارش کرده‌اند (۸). به نظر می‌رسد که نسبت و شدت سوگ پیچیده به طور مستقیم تحت تأثیر دلبستگی هیجانی و ویژگی‌های فرهنگی است. تجارب ما نشان می‌دهد که نسبت و شدت بالای سوگ پیچیده در مناطق غربی ایران به گونه‌ای است که در برخی از این مناطق، افراد خود را از پوشیدن لباس‌های روشن، شرکت در مهمانی‌ها و فعالیت‌های تفریحی برای مدت طولانی محروم می‌سازند. با وجود شیوع بالا و آشکار سوگ پیچیده در جمعیت ایران، به ویژه در مناطق غربی، همراه با نگرش‌های فرهنگی متفاوت نسبت به سوگ، پژوهشی که میزان شیوع سوگ پیچیده را تعیین کرده باشد، وجود ندارد. بنابراین هدف مطالعهٔ حاضر ارزیابی شیوع مقطعی سوگ پیچیده در یک کلینیک سرپایی یکی از استان‌های غربی کشور می‌باشد.

روش بررسی

مطالعه کنونی به شیوه زمینه‌یابی مقطعی و به منظور تعیین شیوع سوگ پیچیده در بین ۷۵۱ آزمودنی که از تیر تا آذر سال ۱۳۹۱ به یک مرکز روانپزشکی سراپایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه کرده بودند، انجام شد. بیماران دارای شکایات روانپزشکی، از نقاط مختلف شهر کرمانشاه به این کلینیک ارجاع داده شده بودند. در طول انجام این پژوهش، یک روز در هفته به طور تصادفی انتخاب شد و تمامی بیمارانی که در این روزها به مرکز مراجعه می‌کردند توسط یک روانشناس آموزش دیده به منظور غربال‌گری سابقهٔ تجربه سوگ مورد ارزیابی قرار گرفتند. تمامی بیماران که در طی ۱۴ ماه گذشته سوگ را تجربه کرده بودند، واجد شرایط لازم برای ارزیابی‌های بعدی بودند. بیمارانی که برای شرکت در پژوهش رضایت نداشتند، کنار گذاشته شدند. داده‌ها با توجه به سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل بیماران جمع‌آوری گردید.

ابزارهای پژوهش

بیماران انتخاب شده به منظور دارا بودن ملاک‌های سوگ پیچیده و اختلال‌های روانپزشکی دیگر ارزیابی شدند. ابزارهای بکارگرفته شده در این مطالعه چک

لیست سنجش نشانه‌ها و علائم انواع سوگ، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، ابزار سنجش نشانه‌های سوگ بودند.

۱- ابزار سنجش نشانه‌های سوگ

نشانه‌های اصلی سوگ پیچیده با استفاده از پرسشنامه ساختاریافته ۱۰ سوالی انتخاب شد و مبتنی بر ۳ مقیاس خاص در ارزیابی سوگ بود که شامل پرسشنامه ویرایش شده سوگ تکزاس[1] (TRIG) (۹)، مقیاس‌های ارزیابی سوگ[2] (GMS) (۱۰) و نسخه غیر بیمار DSM-III- R (۱۱) بودند. این پرسشنامه‌ها بر اساس دقت بالای سوال‌ها و متناسب بودن با فرهنگ و توافق محققان انتخاب شدند. بر اساس این ابزار جدید و همچنین ملاک‌های قبلی، وجود حداقل ۳ نشانه به عنوان معیاری برای تشخیص این اختلال در نظر گرفته می‌شود. ضریب توافقی کاپا برای این ابزار ۰/۶۷ بود. حساسیت و اختصاصی بودن این ابزار نیز به ترتیب ۸۶/۱۴٪ و ۸۵/۲۹٪ بود. اعتبار محتوایی این ابزار توسط ۲ متخصص روانپزشکی تأیید گردید.

۲- پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)

این پرسشنامه، ابزار خودگزارشی ۲۱ سوالی است که هدف آن ارزیابی وجود و شدت نشانه‌های افسردگی بر اساس راهنمای تشخیصی- آماری اختلال‌های روانی است. نمره‌گذاری هر سوال بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای است که بین ۰ تا ۳ قرار دارد. نمره بین ۰ تا ۱۳ در طبقه فقدان افسردگی، نمره ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و نمره ۶۳-۲۹ افسردگی شدید می باشد. در مطالعات متعددی ضریب اعتبار این پرسشنامه ۰/۸۷ برآورد شده است. ضریب همبستگی آن با دیگر ابزارهای افسردگی ۰/۷۶ است. در مطالعه حاضر، حساسیت و اختصاصی بودن این مقیاس به ترتیب ۱۰۰٪ و ۸۵/۳٪ درصد بود (۱۲).

۳- چک لیست سنجش نشانه‌ها و علائم انواع سوگ

این ابزار شامل تمامی نشانه‌ها و علائم انواع متفاوت سوگ است که بر اساس ملاک‌های DSM_IV می‌باشد و شامل ۱۴ سوال است. ۴ سوال مربوط به نوع مزمن سوگ، ۷ سوال مربوط به سوگ تأخیری و ۳ سوال برای سوگ روانپریش‌گونه است. حساسیت این پرسشنامه برای انواع متفاوت سوگ ۱۰۰٪ و اختصاصی بودن آن در طیف ۸۵٪ تا ۹۸٪ قرار داشت.

در مرحله بعد و بر اساس نتایج ارزیابی، کلیه شرکت کنندگان توسط یک روانپزشک ویزیت شدند و به منظور بررسی هرگونه اختلال روانپزشکی دیگر تحت مصاحبه بالینی و ارزیابی جامع تشخیصی قرار گرفتند. به منظور ارزیابی سوگ پیچیده به عنوان پیامد اولیه با درجه اطمینان ۵٪، حجم نمونه محاسبه شده ۳۸۵ نفر بود که برای افزایش دقت نتایج و ملاحظات مربوطه خروج احتمالی آزمودنی‌ها از تحقیق، ۷۵۱ نفر به عنوان حجم نمونه هدف در نظر گرفته شد. نتایج حاصل از داده‌های گردآوری شده به صورت میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای کمی و از طریق فروانی مطلق و درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی گزارش شده است.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه: از بین ۷۵۱ آزمودنی که در ابتدا مورد ارزیابی قرار گرفتند، ۳۲۶ نفر (۴۳/۴۱٪) مرد و ۴۲۵ نفر زن (۵۶/۵۹٪) بودند. ۱۷۱ نفر از آزمودنی‌ها (۲۲/۸٪) بی‌سواد، ۳۲۷ نفر (۴۳/۵٪) تحصیلات ابتدایی، ۱۹۲ نفر (۲۵/۶٪) تحصیلات متوسطه و ۶۱ نفر (۸/۱٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۱۶۸ نفر (۲۲/۴٪) از آزمودنی‌ها جوان‌تر از ۲۰ سال، ۱۹۷ نفر (۲۶/۲٪) در دامنه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال، ۱۷۰ نفر (۲۲/۶٪) در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۲۸ نفر (۱۷٪) بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۸۸ نفر (۱۱/۸٪) بیشتر از ۵۱ سال سن داشتند. از لحاظ وضعیت تأهل، ۳۰۲ نفر (۴۰/۲٪) مجرد و ۴۴۹ نفر (۵۹/۸٪) متأهل بودند.

ویژگی افراد دارای سابقه تجربه سوگ: از بین تمام کسانی که برای ارزیابی ارجاع داده شده بودند، ۶۳

1. Texas Revised Inventory of Grief
2. Grief Measurement Scales

نفر (۳۰ نفر زن و ۳۰ نفر مرد)، دارای تجربه اخیر سوگ بودند که شیوع کلی آن برابر با ۸/۴٪ بود. ویژگی‌های جمعیت شناختی این زیر گروه از جمعیت مورد مطالعه در جدول ۱ خلاصه شده است. تقریباً دو سوم از این شرکت کنندگان (n=۴۱) متأهل بودند. اکثر این بیماران در دامنه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال قرار داشتند. دو سوم دارای تحصیلات سطح ابتدایی تا متوسطه بودند و ۱۷/۵٪ تحصیلات ابتدایی داشتند.

در جدول شماره یک، ویژگی‌های افراد با تشخیص سوگ پیچیده نیز ارائه شده است. از بین افرادی که تجربه سوگ اخیر را داشته‌اند، ۲۸ نفر به دارای سوگ پیچیده تشخیص داده شدند که شیوع آن ۳/۷۳٪ بود. از این تعداد ۳/۰۶٪ تشخیص سوگ مزمن و ۰/۶۷٪ تشخیص سوگ تأخیری را دریافت نمودند. بر اساس سابقه پزشکی که از بیماران دارای تشخیص نهایی سوگ پیچیده گرفته شد، ۱۷ مورد به اشتباه تشخیص اختلال‌های روانی متفاوتی از قبیل افسردگی (۶۰/۷ ٪) و اختلال اضطراب (۱۸٪) دریافت نموده بودند. با این وجود، بر اساس نمرات پرسشنامه افسردگی بک و قضاوت روانپزشک، ۳۳/۴٪ از آزمودنی‌ها به طور همزمان از افسردگی و سوگ پیچیده رنج می‌بردند. عمده‌ترین دلیل ایجاد سوگ پیچیده، مرگ فرد محبوب (n=۲۶، ۹۳٪) بود و سپس مرگ همسر (n=۶، ۲۱٪)، مرگ فرزند (n=۶، ۲۱٪)، مرگ والدین (n=۳، ۱۱٪)، مرگ برادر (n=۴، ۱۴٪) ، مرگ خواهر (n=۵، ۱۸٪) و مرگ بستگان درجه ۲ (n=۳، ۷٪) بود.

جدول ۱: ویژگیهای جمعیت شناختی افراد دارای تجربه اخیر سوگ و افراد دارای تشخیص سوگ پیچیده

مشخصه		افراد داری تجربه اخیر سوگ		افراد با تشخیص سوگ پیچیده	
		فراوانی مطلق	درصد فراوانی	فراوانی مطلق	درصد فروانی
	تعداد	**۶۳**	**۸,۷**	**۲۸**	۳,۷
جنسیت	مرد	۳۰	۴۷,۶	۱۰	**۳۵,۷**
	زن	۳۳	۵۲,۴	۱۸	**٦٤,۳**
وضعیت تاهل	مجرد	۲۲	۳۴,۹	۸	**۲۸,٦**
	متاهل	۴۱	۶۵,۱	۲۰	**۲۰,٤**
سن	کمتر از ۲۰ سال	۵	۷,۹	۱	**۳,٦**
	۲۱ تا ۳۰ سال	۲۳	۳۶,۵	۱۰	**۳۵,۷**
	۳۱ تا ۴۰ سال	۱۶	۲۵,۴	۸	**۲۸,٦**
	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۲	۱۹	۴	**۱٤,۳**
	۵۱ تا ۶۰	۷	۱۱,۱	۵	**۱۷,۸**

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، دو یافته بالقوه داشت. نخست از نظر شیوع سوگ پیچیده، شیوع کلی این اختلال در جمعیت مورد مطالعه این پژوهش ۳/۷۳٪ برآورد شد. مرور مطالعات قبلی در زمینه سوگ پیچیده آمارهای متفاوتی از نرخ شیوع را گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط کرستین و همکاران[1] (۱۳) انجام شد، میزان شیوع سوگ پیچیده پس از داغدیدگی اساسی ۶/۷٪ و شیوع سوگ پیچیده در جمعیت عمومی ۳/۷٪ بود. در مطالعه آنها، تعیین کننده‌های اصلی برای ایجاد سوگ پیچیده شامل جنسیت مونث، سطح درآمد پایین، سن بالا، از دست دادن فرزند یا همسر، یا سرطان منجر به فوت بودند. در مطالعه پیپر و همکاران[2]، در حدود یک سوم از بیمارانی که به دلیل تجربه اخیر یک یا چند فقدان مهم از طریق مرگ به کلینیک مراجعه کرده بودند، ملاک‌های سوگ پیچیده متوسط یا شدید را برآورد کردند (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر که توسط نیوسون و همکاران[3] انجام شد، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۸/۴٪ بود و بالاترین میزان سوگ پیچیده در جمعیت سالمندان، افراد دارای تحصیلات پایین و افراد دارای نواقص و اختلال‌های شناختی بودند (۱۵). در مطالعه‌ای که در کشور ژاپن توسط فوجی ساوا[4] انجام شد، ۲/۴٪ از شرکت کنندگان دارای سوگ پیچیده بودند و شیوع سوگ پیچیده با موارد زیر همراه بود؛ از دست دادن همسر، از دست دادن فردی محبوب به طور غیر منتظره، از دست دادن فردی محبوب به علت سکته یا بیماری قلبی، از دست دادن فرد محبوب در آسایشگاه، مراکز مراقبتی یا در خانه، یا سپری کردن زمان با فرد متوفی در روزهای آخر زندگی او بود (۱۶). بنابراین، می‌توان این گونه خلاصه کرد که میزان شیوع سوگ پیچیده در مطالعات قبلی بین ۲/۴٪ تا ۶/۷٪ قرار داشته است. میزان شیوع سوگ پیچیدهٔ در مطالعهٔ حاضر نیز در این محدوده قرار داشت. همچنین تمامی مطالعات نشان داده‌اند که سن بالا، از دست دادن فرد محبوب و سطح اجتماعی- اقتصادی پایین پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی سوگ پیچیده هستند. در نتیجه شیوع سوگ پیچیده در منطقهٔ مورد مطالعه در این پژوهش مشابه آمارهای گزارش شده در کشورها دیگر است. یافتهٔ دیگر در این مطالعه تعامل بین تشخیص سوگ پیچیده و دیگر اختلال‌های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب بود. در این مطالعه در ۶۰/۷٪ از افراد دارای سوگ پیچیده، ابتدا اختلال افسردگی تشخیص داده شد. در حالی که تنها برای نیمی از آنها تشخیص افسردگی تأیید شد. از سوی دیگر، تشخیص افسردگی در نیمی از افراد دارای سوگ به اشتباه برجسته شده بود. به نظر می‌رسد بکارگیری نادرست ملاک‌های تشخیصی افسردگی و درک نادرست ویژگی‌های سوگ پیچیده می‌تواند مهمترین دلایل در تشخیص‌های اشتباه در این بیماران باشد. نیوسون و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که میزان بالایی از افسردگی و اضطراب در افراد دارای سوگ پیچیده به اثبات رسیده است اما تعداد قابل ملاحظه‌ای از این افراد تشخیص اختلال‌های همبود را دارا نیستند. برخی از مولفان معتقدند که اضطراب، افسردگی، بدکارکردی‌های اجتماعی، شغلی و خانوادگی و همچنین برخی از رفتارهای مخرب برای سلامتی به عنوان پیامدهای بالینی سوگ پیچیده هستند و به عنوان اختلال‌های همبود با سوگ پیچیده در نظر گرفته نمی‌شوند (۱۷). در واقع، اضطراب و افسردگی نه تنها پیامد سوگ هستند بلکه همزمان با آن نیز می‌توانند روی دهند.

این مطالعه میزان شیوع سوگ پیچیده را در یک جمعیت ایرانی با ویژگی‌های اجتماعی- فرهنگی خاص که از حجم نمونه قابل قبول و درستی برخوردار بود، گزارش کرد. همچنین اشاره شد که یک اشتباه تشخیصی رایج در موردهای بالینی سوگ پیچیده، تشخیص‌گذاری اشتباه آنها به عنوان اختلال افسردگی اساسی، اختلال‌های اضطرابی است. با این وجود، لحاظ

1. Kersting and colleagues
2. Piper et al
3. Newson et al
4. Fujisawa et al

کردن توصیف‌های جامع‌تری از ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه و تحلیل جامعی از ارتباط بین این ویژگی‌ها و شیوع سوگ پیچیده می‌تواند ارزش یافته‌های این مطالعه را که می‌تواند مبنایی برای مطالعات آتی باشد بالا ببرد.

تقدیر و تشکر

از همکاران بیمارستان فارابی کرمانشاه که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند سپاسگزاری می کنیم.

References:

1. Prigerson, HG. Maciejewski, PK. (2008). Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6): 435-437.
2. Kowalski, SD. Bondmass, MD. (2008). Physiological and psychological symptoms of grief in widows. *Research in nursing & health*, 31(1):23-30.
3. Machin, L. Spall, B.(2004). Mapping grief: A study in practice using a quantitative and qualitative approach to exploring and addressing the range of responses to loss. *Counseling and Psychotherapy Research*, 4(1): 9-17.
4. Worden, JW.(2009). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner: springer publishing Company.
5. Rubin, SS. Malkinson, R. Witztum, E. Stroebe, M. Hansson, R. (2008). Clinical aspects of a DSM complicated grief diagnosis: Challenges, dilemmas, and opportunities. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*.187-206.
6. First, M. Pies, R. Zisook, S.(2011) Depression or bereavement? Defining the Distinction. *Medscape*.19.
7. Shear, MK. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*. 14(2): 119.
8. Kristjanson, L. Lobb, E. Aoun, S. Monterosso, L. (2006). A systematic review of the literature on complicated grief. *Department of health and ageing, Australian Government*.
9. Faschingbauer, T. Zisook, S. DeVaul, R. (1987). The Texas revised inventory of grief. *Bio psychosocial aspects of bereavement*.111-124.
10. Prigerson, HG. Maciejewski, PK. Reynolds, III CF. Bierhals, AJ. Newsom, JT. Fasiczka, A. Frank, E. Doman, J. Miller, M. (1995) Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*. 59(1): 65-79.
11. Spitzer R, Williams J, Gibbon M, First M: Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1.0) American Psychiatric Press. *Washington, DC* 1990.
12. Beck, AT. Steer, RA.Brown, G. (2004). Beck Depression Inventory.
13. Kersting, A. Brähler, E. Glaesmer, H. Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*. 131(1):339-343.
14. Piper, WE. Ogrodniczuk, JS. Azim, HF. Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*. 52(8): 1069-1074.
15. Prigerson, HG. Frank, E., Kasl, SV. Reynolds, CF. Anderson, B. Zubenko, GS. Houck, PR. George, CJ. Kupfer, DJ.(1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*. 152(1):22-30.
16. Fujisawa, D.Miyashita, M. Nakajima, S. Ito, M. Kato, M. Kim, Y.(2010) Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of affective disorders*. 127(1):352-358.
17. Jacobs, S. Kim, K. (1990.) Psychiatric complications of bereavement. *Psychiatric Annals*.