

بررسی مرگ از دیدگاه قرآن و روانشناسی

عادل اکبری^۱ و بهنام مکوندی^۲

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات اهواز

۲- دکترای روانشناسی، گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، ایران

چکیده

هدف این مقاله، بررسی و مقایسه شباهت ها و تفاوت های دو دیدگاه قرآن و روانشناسی در باره مرگ، مواجهه، اهداف درمانی و رویکردهای درمانی- مراقبتی با بیماران در حال مرگ و سوگ پس از مرگ می باشد. مرگ مفهوم پیچیده ای دارد که می تواند با درد و رنج زیادی همراه باشد. مقایسه این دو دیدگاه، روانشناسان در باره مرگ و نحوه مواجهه و مقابله با درد و رنج مرگ، با قرآن کریم که به اعتقاد مسلمانان توصیف کننده جامع ترین (مأنده/۳) و معتدل ترین (بقره/۱۴۳) روش زندگی است که اصول اساسی تمامی ادیان الهی را تایید می نماید (نساء/۱۶۲)، بسیار قابل توجه خواهد بود. با این مهم این پژوهش، با هدف به بررسی مرگ از دیدگاه قرآن و روانشناسی و اینکه چه عواملی در ایجاد و کاهش ترس و اضطراب از مرگ تاثیر گذار است؟ پرداخته است. روش این پژوهش، توصیفی - تحلیلی است که سعی نموده با محور قرار دادن آیات و روایات موجود و نظر روانشناسی درباره مرگ دست یابد. نتایج نشان داد که هر دو دیدگاه بر تمایل انسان به جاودانگی و ترس از مرگ تاکید می کنند و توافق دارند که نوع واکنش های هیجانی افراد در مواجهه با مرگ و پذیرش آن، بستگی به رفتار، ساختار شخصیتی و توان مقابله ای او با مسائل و مشکلات گذشته در طول حیات دارد. اما مهمترین تفاوت این دو دیدگاه در اعتقاد یا عدم اعتقاد به حیات پس از مرگ است که باعث تفاوت در تعریف عملیاتی کیفیت مرگ، اهداف درمانی و نوع مواجهه با مرگ و داغ دیدگی می شود.

واژگان کلیدی: روان شناسی مرگ، ماهیت مرگ، اضطراب و ترس از مرگ، مفهوم مرگ (فوت، موت، استیفا)، توان مقابله ای

مقدمه

مرگ، مفهوم پیچیده‌ای دارد که می‌تواند با درد و رنج زیادی همراه باشد. مقایسه دیدگاه روانشناسان درباره نحوه مواجهه و مقابله با درد و رنج مرگ، با قرآن کریم که به اعتقاد مسلمان توصیف کننده جامعترین (مائده، ۳) و (معتدل ترین) بقره، ۱۴۳ (روش زندگی است که اصول اساسی تمامی ادیان الهی را تأیید می‌نماید) (نساء، ۱۶۲)، بسیار قابل توجه خواهد بود. و با این هدف به بررسی و مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌های دو دیدگاه قرآن و روانشناسی درباره شیوه‌های مواجهه، اهداف درمانی و رویکردهای درمانی - مراقبتی با بیماران در حال مرگ پرداخته است.

روش تحقیق: این مقاله با روش کتابخانه‌ای به بررسی مرگ از دیدگاه روان‌شناسی پرداخته است و در قرآن نیز، با روش تحلیل محتوایی و استفاده از سایر منابع در این زمینه، کلمات بسیاری مورد بررسی قرار گرفت، مانند مرگ، فوت، موت، حیات، و... که پس از جمع‌آوری و تلخیص تا آنجا که زمان و استعداد اجازه می‌داد، به این موضوع پرداخته شد و فهم ظاهری کلمات که موافق نظر اکثر مترجمین بود ملاک قرار گرفت و فقط به ترجمه آیات اکتفا شد.

یافته‌ها: مسئله مرگ از جمله مسائلی است که بشر از ابتدای تاریخ حیات با آن مواجه بوده است و شاید بتوان گفت که هیچ انسانی نیست که به این اتفاق محتوم در زندگی خویش نیندیشیده باشد. اما به نظر می‌رسد که رفتار انسان در قبال مسئله مرگ در طی تاریخ دچار تغییراتی شده است. در سال ۱۹۹۵ م جفری گورر جامعه جدید غرب را به این متهم کرد که از اعتراف به واقعیت مرگ خود داری می‌کند. از نظر وی، در جامعه جدید غرب مرگ امری ممنوعه تلقی می‌شود، یعنی چیزی که باید از انظار مخفی نگاه داشته شود و از آرای عمومی زوده شود و از آن بحثی به میان نیاید. این نوع نگرش نسبت به مرگ و تابو دانستن آن تا بدان جا رسیده بود که در بسیاری از کشورهای پیشرفته، والدین به پرسش‌های فرزندان خود در مورد رابطه جنسی بسیار راحت‌تر پاسخ می‌دادند تا به سوال‌های آنها در مورد مسائل مربوط به مرگ و مردن. در این شرایط بود افرادی مانند کوبلر راس در تغییر این نوع نگرش کوشیدند و بیشترین تاثیر را در تغییر نگرش جوامع مدرن نسبت به مرگ داشتند. به عقیده وی این طرز فکر باید تغییر کند و انکار مرگ باید جای خود را به پذیرش و قبول مرگ بدهد. از نظر وی، انسان در فرایند مردن باید آگاهانه مرگ خویش را بپذیرد تا از این طریق بتواند به نوعی جاودانگی تجربی دست یابد. به همین سبب کوبلر راس می‌کوشد تا فرهنگ انکار مرگ را تغییر دهد تا افراد بتوانند با ترس کمتر و خرد پذیری بیشتری با مرگ خود روبرو شوند. امروزه روان‌کاوان نیز معتقدند که انکار مرگ، تاثیر روانی مخربی بر انسان دارد. یالوم بر این باور است که انسان با انکار مرگ، بهای گزافی می‌پردازد که از جمله آنها تنگ کردن عرصه حیات درونی ما، تیره و تار کردن بصیرت ما و کند کردن عقلانیت ماست که سرانجام آن خود فریبی است (ملا یوسفی، ۱۳۹۵). کوبلر راس (Kubler_Ross) پزشک و روانپزشک که همه آن را به نام مرگ‌شناس می‌شناسند، در کتاب معروف خویش به عنوان در باب مرگ و مردن که در سال ۱۹۶۹ انتشار یافت با استناد به مشاهدات تجربی، نظریه‌ای را در باب نحوه مواجهه با مرگ مطرح می‌کند و با مصاحبه با بیماران رو به مرگ، یک توالی منظم و مشترکی از پاسخ‌های هیجانی را در بین آنها مشاهده کرد که عبارتند از: انکار و انزوا (Denial and isolation)، خشم (Anger)، معامله و چانه زدن (Bargaining)، افسردگی (Depression) و پذیرش (Acceptance). همچنین او یک پاسخ هیجانی ششمی را نیز در بیماران رو به مرگ تشخیص داد که در تمام پنج مرحله مردن، ظهور و وجود دارد و آن پاسخ هیجانی «امید» است. کوبلر راس معتقد است، ضروری است که امید بیماران رو به مرگ به هر صورت و شکلی حفظ شود، حتی اگر امید به شکلی خیال پردازیه‌ها و تصورات یک مرگ با عظمت باشد. در اثر کوشش‌های کسانی چون کوبلر راس، امروزه نگرش جوامع غربی به پدیده مرگ دچار تغییرات گسترده‌ای شده است و پذیرش مرگ به مرور جای خود را به انکار مرگ داده است. (کوبلر راس، مترجم بهرامی ۱۳۸۶، ص ۴۷-۱۴۲). روانشناسی مرگ، علم زندگی خوب، زندگی مشارکتی و زندگی معنادار می‌باشد (سلیگمن، ۲۰۰۲ به نقل از قاسمی نیا، ۱۳۹۶). مرگ، توقف کامل و بی بازگشت اعمال حیاتی است (پور جواهری، ۱۳۸۷ به نقل از ایمانی فر ۱۳۹۰). شناخت مرگ، از نظر روانی برای انسان مشکل است زیرا به معنای ترس‌های اصلی است. طبق گفته (رییمان به نقل از قاسمی نیا، ۱۳۹۶) چهار نوع

ترس وجود دارد: ترس از دست دادن هویت، ترس از تنهایی، ترس از تغییرات اجتناب ناپذیری. می توان شاهد ترس از مرگ به عنوان نوع چهارم باشد، جایی که ترس از تغییرات اساسا به عنوان ترس از مجهولات و اغلب همراه با ترس از درد شناخته می شود. موقعیت های فوق شامل تمام این ترس هاس انسان می شود (مور ۲۰۰۲، به نقل از قاسمی نیا ۱۳۹۶). اریکسون آخرین مرحله ی رشد من (Ego) را یکپارچگی من در برابر نا امید می نامید. نا امید می، بحرانی است که در مقابل با مرگ ایجاد می شود. شکست اتحاد و یکپارچگی قبلی من، می تواند ترس از مرگ را شدت ببخشد و یک نگرش شکست و نا امید می را جایگزین نماید (اریکسون، ۱۹۵۹، به نقل از قاسمی نیا). بیماران درمان ناپذیری که در آستانه مرگ قرار دارند همزمان دو نوع درد را تجربه می کنند؛ درد جسمانی و درد روان شناختی که اولی را درد و دومی را رنج می نامند (ایمانی فر، ۱۳۹۰). گلاسر و استراس با ارائه تئوری بافت آگاهی با رویکرد جامعه شناختی به تجزیه و تحلیل بافت آگاهی افراد در حال مرگ در موقعیتهای بیمارستانی پرداختند و چهار بافت آگاهی را بین کارمندان و بیماران تشخیص دادند که عبارتند از: آگاهی محدود، آگاهی تردید، تظاهر متقابل و آگاهی گشوده (ایمانی فر، ۱۳۹۰). پاتیسون با ارائه تئوری دامنه مرگ و زندگی معتقد بود که همه انسان ها یک خط سیر بر اساس تجربیات و اعمالشان برای زندگی خود تصور می کنند. اما وقتی که یک بحران مثل آگاهی از مرگ، رخ می دهد، این خط سیر تغییر می کند. بحران آگاهی از مرگ، از سه مرحله حاد (Acute)، مزمن (Chronic) و پایانی (Terminal) عبور می کند (پاتیسون، ۱۹۹۷، به نقل از فروغان ۱۳۸۷، ص ۵۷۱). کر (Corr) با رویکرد مبتنی بر تکلیف برای مقابله با مردن، مدلی را بر اساس چهار بعد فیزیکی؛ بر طرف کردن نیازهای فیزیکی و کاهش درد- بعد روانشناختی؛ حد اکثر رساندن امنیت و استقلال روان شناختی و پر بار کردن زندگی- بعد اجتماعی و بعد معنوی، انرژی های معنوی، نیاز به هویت و رشد و مورد تایید قرار گرفتن ارائه کرد (کر ۲۰۱۳، به نقل از فیروز بخت، ص ۶۹۵). فرد در حال مرگ امید می به بهبودی ندارد، از این رو نگرش ها، راهبرد های روان درمانی، اهداف و ساختار و فرایند درمان با توجه به نیازها و شرایط بیمار رو به مرگ باید تغییر نماید (کالکین، ۲۰۰۲، به نقل از ایمانی فر ۱۳۹۰). هدف درمان روان پویایی با بیماران در حال مرگ، به دلیل محدودیت زمانی، ایجاد بینش نمی باشد. درمان گر با قبول وضعیت دفاعی بیمار، برای غلبه بر نتایج خود شکننده این مکانیسم ها تلاش می کند. در فلسفه وجود گرایان آگاهی از مرگ، به هستی انسان، کمال و معنی می بخشد (کاستن باو ۱۹۹۸، به نقل از ایمانی فر ۱۳۹۰). هدف درمان انسان گرایی، کمک برای چگونگی زندگی کردن است نه چگونه مردن (لشان ۱۹۶۹، به نقل از ایمانی فر ۱۳۹۰). و همچنین در بسیج کردن میل بیمار برای زندگی، تشویق و تلاش برای بیان خود، رشد خود و تسهیل خود شکوفایی است (کالکین، ۲۰۰۲، به نقل از ایمانی فر ۱۳۹۰). نشانگان بیماران در حال مرگ از طریق بعضی از تکنیک های رفتاری، نیز قابل مدیریت است. مثلا آرامش آموزی و حساسیت زدایی در کمک به تسکین ترس و تنش، فوق العاده کمک کننده می باشد. همچنین مهارت های خود مدیریتی، پسخوراند زیستی و خود هیپنوتیزمی در کنترل آشفتگی هیجانی بیماران مفید هستند. خانواده درمانی می تواند ارتباطات موثر تر و گشوده تری را ایجاد نماید. مکانیسم های دفاعی اعضاء خانواده می تواند مشکلات بیشتری همچون انکار حقیقت و ایجاد خشم را برای بیمار در حال مرگ ایجاد نماید (هرز ۱۹۸۰، به نقل از ایمانی فر ۱۳۹۰). در زمینه روش های مراقبت از بیماران در حال مرگ تئوری مدیریت وحشت بیان میدارد که موجود انسان توانایی مقابله با وحشت و پذیرش و قبول مرگ را دارد همچنین جوامعی که اعمال مذهبی بیشتری انجام می دهند و انگیزه مذهبی درونی دارند، اضطراب به مرگ کمتری دارند (مسعود زاده، ۱۳۸۷، به نقل از ایمانی فر ۱۳۹۰). از نظر روان شناسان، تمایل انسان به جاودانگی، فرد در حال مرگ را دچار آسیب های زیادی می کند. ترس از مرگ همراه با نشانگان جسمی و فیزیکی و نگرانی های روان شناختی، طی مراحل مرگ هست. زیرا مرگ، روبرو شدن با بزرگترین مشکل و حادثه زندگی و پذیرش اجباری آن است (کوبلر راس ۲۰۰۹، به نقل از قاسمی نیا ۱۳۹۶). بل سکی، ترس از مرگ را افکار، ترس ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایانی زندگی و فراتر از حالت طبیعی می داند. هارمون جونز، نیز آن را ترس آگاهانه و ناآگاهانه از مرگ یا مردن می داند. و از طرفی

اضطراب مرگ، مفهومی پیچیده است که به سادگی قابل توضیح نیست و به طور کلی مشتمل بر مفاهیم ترس از مرگ خود و دیگران است (جبر^۲، ۲۰۰۲، به نقل از قاسمی نیا ۱۳۹۶). مشیری (۱۳۷۸، ص ۱۶۸۵) "مرگ را قطع حیات و از بین رفتن زندگی می داند. اما در مورد موت گامی فراتر از مرگ برمی دارد و موت را از بین رفتن صفات ذمیمه بشریت می داند و اشاره می کند که موت عبارت است از قمع و ریشه کن کردن هوای نفس است، زیرا حیات نفس به هواهای نفسانی است و به واسطه آن امیال شهوانی لذت خود را دریابد و کسی که بمیرد از هواهای نفسانی خود زنده می شود به هدایت حق. و موت بعد از حیات حسرت است و حیات بعد از مرگ حیرت است، و مراد از موت جهل است و مراد از حیات علم است. او در یک تقسیم بندی دیگر برای موت اشاره می کند که موت ممکن است به صورت موت ابیض، موت احمر، موت اخضر، موت اسود، موت طبیعی موت اختیاری که در شرح موت اختیاری می گوید "قمع هوای نفس و اعراض از لذت است که سبب معرفت است که مخصوص نشات انسان است و انسان در راه نیل به مطلوب و مقصود خود باید تمام موانع را دور کند تا به محبوب خود برسد. تئوری های مختلفی در مورد مرگ و مراحل آن از لحاظ هیجاناتی که بر فرد در حال مرگ وارد می شود، ارائه شده است: مرگ در مفهوم قرآنی به معنای فوت و نیستی نیست بلکه توفی و وفات است. وفات به معنای گرفتن است و توفی به معنی گرفتن کامل و بی نقص چیزی می باشد. این گرفتن به معنای انتقال از جهانی به جهانی دیگر و از حالتی به حالتی کامل تر است. از نظر قرآن، مرگ نه تنها در پایان زندگی بلکه در هر دم اتفاق می افتد و انسان هر دم جامه ای را می کند و جامه نویی از زندگی می پوشد. از این رو خداوند هر دم در شانی و شئوناتی آفریده ای خویش است و آنان را به سوی کمال رهنمون می سازد. و از نظر قرآنی به معنای انتقال از مقامی به مقام دیگر است، و به هر شکلی اتفاق بیافتد انتقال است. (منصوری، خلیل ۱۳۹۱). در گلستان سعدی در قالب یک حکایت چگونگی اجل افراد و پس و پیش نیا فتادن مرگ را اینگونه حکایت می کند: شخصی همه شب بر سر بیمار گریست چون روز آمد بمرد و بیمار بزیست (حکیمی، محمود ۳۷۵، ص ۱۴۴). مرگ از نظر اجتماعی فرهنگی؛ همه ی فرهنگها نگاه خاص خود را دارند. در برخی فرهنگ ها موهای خود را می کنند (لويس، ۲۰۱۳ به نقل از فیروز بخت، ص ۶۸۴). ملاتریایی ها اصطلاح MATE را دارند که به معنای خیلی مریض، خیلی پیر و مرگ است و اصطلاح TOA را دارند که به همه آدم های زنده دیگر اشاره دارد (کانتز و کانتز^۳، ۱۹۸۵، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۴). دیگر فرهنگ های جنوب اقیانوس آرام معتقدند نیروی زندگی، بدن را در حین خواب یا بیماری ترک می کند؛ آنها خواب، بیماری و مرگ را با هم در نظر می گیرند. بنابراین آدم ها، قبل از «مرگ نهایی» بارها «می میرند». مردم غنا اگر شخص در حال مرگ، همه ی کارهایش را تمام کند و با دیگران آشتی کند، مرگ آرام و خوبی را خواهد داشت و به معنای رضایت دادن به مرگ است (ون در گریست^۴، ۲۰۰۴ به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۴). امروزه مقبول ترین ملاک ها، ملاک های مرگ کل مغز است که عبارتند از: (۱) عدم حرکت خود انگیزته در پاسخ به هیچ محرکی (۲) عدم تنفس خود انگیزته حد اقل به مدت یک ساعت (۳) عدم پاسخ دهی به حتی درد ناک ترین محرک ها (۴) حرکت نکردن چشم ها، پلک نزدن یا عدم پاسخ دهی مردمک چشم (۵) عدم تغییر حالت بدن، عدم بلع، عدم خمیازه و صدا در آوردن (۶) نبود رفلکس های حرکتی (۷) الکتروانسفالوگرام صاف برای حد اقل ده دقیقه (۸) عدم تغییر هر یک از این ملاک ها در معاینه مجدد ۲۴ ساعت بعد (سونگ و گریب^۵، ۲۰۱۱، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۶). مرگ مغزی از منظر برخی دیدگاه های دینی هم بحث بر انگیز است که برخی از محققان اسلامی می گویند مرگ مغزی، مرگ کامل نیست؛ مرگ کامل باید شامل قطع تنفس باشد (بدیر و اکسوی^۶، ۲۰۱۱، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۶). کسی متوفی اعلام می شود باید همه ی هشت ملاک را داشته باشد، و حالات دیگر باید رد شود. سر انجام اینکه طبق نظر اکثر بیمارستان ها، فقدان فعالیت مغزی هم باید در ساقه ی مغز رخ دهد که کارکرد های نباتی، مثل ضربان قلب و

2- Gire

3- Counts and counts

4- Van der geest

5- Sung and Greet

6- Bedir and Aksoy

تنفس را در بر میگیرد، هم در قشر مخ که مسئول فعالیت های عالی مثل تفکر است (سونگ و گریپر ۲۰۱۱)، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۶). بالاخره مرگی خوب است که بستگان آن را بپذیرند. و نیز مراسم عزاداری و حالات داغدیدگی در فرهنگ های مختلف نیز متفاوت است (لی، ۲۰۱۰؛ نورتون و گینو، ۲۰۱۴، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۴). برخی فرهنگ ها دوره هایی دارند که در آن دوره ها، یک رشته نیایش ها یا مراسم خاص برگزار می شود. یهودیهای ارتودوکس بعد از مرگ یک عزیز، مراسم دعا خوانی از بردارند و همه آیین های خانه را می پوشانند. مردها هم به نشانه های فقدان، کراوات های خود را پاره می کنند (همر^۸، ۲۰۱۰، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۵). مراسم قبیله موسکویی کریک شامل کندن قبر با دست و «دست دادن به نشانه های وداع» از طریق ریختن چند مشت خاک در قبر قبل از پوشاندن آن است (واکر و باک^۹، ۲۰۰۷، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۵). در احکام اسلام بنا بر احتیاط واجب باید محتضر را به پشت بخوابانند - و پای او را به طرف قبله کنند، خواه مرد باشد یا زن، بزرگ باشد یا کوچک؛ و اگر خواباندن او به این صورت کاملا ممکن نیست، بنا بر احتیاط واجب، آن مقدار که ممکن است به این دستور عمل کنند، و اگر ممکن نشد رو به قبله بنشانند؛ و اگر هم ممکن نیست به پهلو راست، یا به پهلو چپ رو به قبله بخوابانند. و همچنین برای کفن و دفن نیز دستوراتی چون غسل میت، و دستورات احکام کفن کردن، احکام حنوط، نماز میت و دستورات آن و احکام دفن، نماز وحشت، احکام نبش قبر و احکامی مربوط به شهید آمده است (شیرازی ۱۳۹۶، ص ۹۲-۱۱). بخش مهمی از مراسم در سوگواری در بسیاری از فرهنگ های آسیایی دعای درگذشتگان، احترام عمیق به درگذشتگان خانواده یا کسی است که برای خانواده مهم بوده است (راسکو^{۱۰}، ۲۰۱۰، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۵). مرگ واقعا می تواند یک تجربه میان فرهنگی باشد. در سوگواری بین المللی مرگ آدم هایی که از آنها شناخت شخصی نداریم می تواند ما را تحت تاثیر قرار دهد تفاوت نگاه به مرگ را می توان در تنوع و تفاوت مراسم تشیع جنازه دید (فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۸۵). در بیان ترس از مرگ، به گذشته که می نگریم و اقوام و فرهنگ های کهن را مطالعه می کنیم، می بینیم آدمی همیشه مرگ را سخت ناخوش می دانسته است و به احتمال زیاد در آینده نیز چنین خواهد بود. از دیدگاه روان پزشکان این پدیده قابل درک و طبیعی است و با توجه به دانش بنیادین، در زمینه ذهنیت انسان شاید بهترین توجیه این واکنش انسان نسبت به مرگ این باشد که که آدمی در عمق ناخود آگاه خود مرگ خویش را غیر ممکن می بیند، که این دیگرانند که می میرند نه من. ناخود آگاهی انسان، مرگ را هرگز باور نمی کند و چنانچه قرار باشد زندگی ما روزی به پایان برسد، یافتن آن را همیشه به مداخله بدخواهانه کس دیگری نسبت می دهیم که بیرون از وجود خودمان است. به بیان ساده تر، در ذهن ناخود آگاه انسان، انسان را تنها می توان به قتل رساند. انسان باور نمی کند که روزی پیری یا به دلیل طبیعی بمیرد. از این رو به خودی خود تداعی کننده کاری بد و حادثه ای ترسناک است، چیزی که به خودی خود مستحق مجازات و عذاب است. و به نظر می رسد هرچه بیشتر در قلمرو علوم به پیش می رویم، بیشتر از واقعیت مرگ می هراسیم و آن را انکار می کنیم (کوبلر راس، مترجم بهرامی ۱۳۸۶). یکی از عوامل تاثیر گذار بر انکار مرگ در جوامع غربی، تضعیف باورهای دینی به موازات پیشرفت مدرنیته است. جوامع مدرن به طرز فزاینده ای به لحاظ دینی سکولار شده اند و مردم در این جوامع پدیده های زندگی را در چار چوب دینی تفسیر نمی کنند. در گذشته سنت یهودی- مسیحی حاکم بر این جوامع، تفسیری همراه با رستاخیز و رستگاری از مرگ را در ذهن مردم ترسیم می نمود که اعمال و رفتار مردم تحت این تعالیم شکل می گرفت. بدون حضور چنین تعالیمی از حیات پس از مرگ، مرگ دیگر به عنوان یکی از تجارب زندگی شناخته نمی شود، بلکه پایان تجارب و انتهای حیات است. روشن است که چنین برداشتی از مرگ، جامعه را به سمت انکار مرگ فرا می خواند، چرا که مرگ پایان بی ثمر تمامی تلاش های انسان است (والتر^{۱۱}، تونی، ص ۱۴ به نقل از ملا یوسفی، ۱۳۹۵).

7- Lee, Norton and Gino

8- Hemer

9 Walker and balk

10- raszko

11- Walter, Tony

اگر چه بسیاری باور به بقای روح و یا زندگی پس از مرگ را نیز نوعی انکار مرگ می شمارند، اما بر این امر صحنه می گذارند که هدف مند بودن زندگی در چار چوب جهان پس از مرگ، مایه ی امید و کاهش اضطراب در باره مرگ می شود، در حالی که انکار مرگ در چار چوب جامعه، تنها سبب بالا رفتن اضطراب آدمی شده است (کوبلر راس ترجمه بهرامی ۱۳۸۶، ص ۲۶). در مورد ترس از مرگ هم نظرات مختلفی آمده است در این مورد رسول خدا می فرماید: اگر چهار پایان آنچه را که شما از مرگ می دانید؛ می دانستند، هرگز شما حیوان فربه‌ی از آنان نمی خوردید. یا حضرت صادق (ع) فرمود: پدرم از پدرش نقل فرمود که حسن بن علی بن ابی طالب همیشه چون یاد مرگ می کرد، می گریست. در جایی دیگر آمده است، یکی از انصار به رسول خدا (ص) عرض کرد: چرا من مرگ را دوست ندارم؟ فرمود: آیا مال و ثروت داری؟ گفت: بلی ای رسول خدا. فرمود: مالت را قبل از خودت بفرست، زیرا دل آدمی همیشه همراه مالش می باشد، اگر آن را از پیش بفرستد دوست دارد به او ملحق شود، و اگر به جای مانده باشد، دوست دارد خودش هم همراه مال بماند. اما حقیقت مرگ را از حضرت جواد الائمه (س) جویا شدند. و ایشان فرمودند: مرگ همان خوابی است که هر شب سراغ شما می آید، جز این که مدتش طولانی است و انسان از آن تا روز قیامت بیدار نمی شود. هر کسی در خوابش آن اندازه از انواع خوشحالی ها و اقسام وحشت ها می بیند که نمی تواند به حساب آورد. پس حال خوشی و ترس در خواب چگونه است؟ این همان مرگ است. بنابراین برای آن آماده شوید (شعبانی مفرد ۱۳۸۹، ص ۵-۶۵۴). در روانشناسی دیدگاه نظریه دلبستگی، بهترین رویکرد برای فهم نحوه ی برخورد بزرگسالان با مرگ و احساس سوگ پیامد آن است. در این دیدگاه واکنش های شخص، پیامد طبیعی شکل گیری و از بین رفتن دلبستگی ها هستند (مرکز ۲۰۱۱، استروب^{۱۳}، اسخوت و استروب، ۲۰۰۵؛ به نقل از فیروزبخت، ص ۹۶۴). مسائلی که لازم است مورد بحث قرار گیرد تا آنکه مسائل زندگی جاوید و حیات اخروی، از نظر اسلام روشن شود اموری مانند ماهیت مرگ، زندگی پس از مرگ، عالم برزخ، قیامت کبری، رابطه و پیوستگی زندگی دنیا با زندگی پس از مرگ، تجسم و جاویدانی اعمال و آثار و مکتسبات انسان، وجوه مشترک و وجوه متفاوت زندگی این جهان و زندگی آن جهان، استدلالهای قرآن در باره جهان دیگر است. ابتدا به ماهیت مرگ از دیدگاه اسلام می پردازیم، که آیا مرگ نیستی و نابودی و فنا و انهدام است یا تحول و تطور و انتقال از جایی و از جهانی به جهانی؟ این پرسش همیشه برای بشر مطرح بوده است و هست. و هرکسی مایل است پاسخ آن را پیدا کند. ما مسلمانان به حکم قرآن پاسخ آن را از قرآن می گیریم. قرآن کریم تعبیر خاصی در باره ماهیت مرگ دارد و در این مورد کلمه توفی را به کار برده است و مرگ را توفی خوانده است. توفی و استیفا به معنی دریافت چیزی به کمال و تمام و بدون کسر و کم است و در ۱۴ آیه در قرآن کریم این تعبیر در مورد مرگ آمده است. از همه آنها چنین استنباط می شود که مرگ از نظر قرآن تحویل گرفتن است یعنی انسان در حین مرگ، به تمام شخصیت و واقعیتش در تحویل مأموران الهی قرار می گیرد و آنان انسان را تحویل می گیرند و از این تعبیر استنباط می شود که مرگ نیستی و نابودی نیست، و انتقال از عالمی به عالم دیگر است و همچنین استنباط می شود آنچه شخصیت واقعی انسان را تشکیل می دهد و "من" واقعی او محسوب می شود، بدن و جهازات بدنی و هرچه از توابع بدن به شمار می رود نیست، زیرا بدن و جهازات آن به جایی تحویل نمی شوند و در همین جهان به تدریج منهدم می شوند آن چیزی که شخصیت واقعی ما را تشکیل می دهد و "من" واقعی ما محسوب می شود همان است که در قرآن از آن به "نفس" و احیانا به "روح" تعبیر شده است با مرگ، روح یا نفس به نشئه ای که از سنخ و نشئه روح است منتقل می شود و به تعبیر دیگر هنگام مرگ آن حقیقت مافوق مادی باز ستانده و تحویل گرفته می شود. مسئله روح و نفس و بقاء روح پس از مرگ از امهات معارف اسلامی است. نیمی از معارف اصیل غیر قابل انکار اسلامی بر اصالت روح، و استقلال آن از بدن و بقاء بعدالموت آن استوار است. همچنانکه انسانیت و ارزش های واقعی انسانی برای این حقیقت استوار است و بدون آن، همه آنها موهوم محض است. قرآن روح را واقعیتی مستقل از بدن و باقی از فنای بدن می داند (مطهری، ۱۳۸۶، ص ۶۹۰-۵۰۰). از نظر قرآن کریم، عالم پس از مرگ، یعنی در فاصله مرگ تا قیامت کبری در خاموشی و بی حسی فرو

-12 Mercer

13 - SC hut, and Stroebe Stroebe

نمی رود. انسان بلافاصله پس از مرگ وارد مرحله دیگری از حیات می گردد که همه چیز را حس می کند و از چیزهایی لذت می برد و از چیزهایی رنج، و این لذت و رنج بستگی به اعمال و اخلاق در این دنیا دارد تا آنگاه که قیامت کبری به پا شود و قرآن فاصله مرگ و قیامت کبری را برزخ می نامد (مومنون آیه ۱۰۰). مرحله دوم حیات جاوید، قیامت کبری برخلاف عالم برزخ - که مربوط به فرد است و هر فردی بلافاصله وارد آن می شود - مربوط است به جمع یعنی به همه افراد همه عالم. حادثه ای است که همه اشیاء و همه انسانها را در بر می گیرد و واقعه ای است برای کل جهان رخ می دهد، کل جهان وارد مرحله ی جدید و حیات جدید می گردد. مطلب بسیار مهمی که کتب آسمانی ما را بدان توجه داده اند پیوستگی این دو زندگی است. این دو حیات از یکدیگر جدا نیستند، در آن حیات و در این حیات به دست خود انسان تعیین می گردد و از نظر قرآن نه تنها انسان باقی است و جاوید می ماند، اعمال و آثار انسان نیز به نحوی ضبط و نگهداری می شود و از بین نمی رود و انسان در نشئه قیامت تمام اعمال و آثار گذشته خود را "مصور" و "مجسم" می بیند و مشاهده می کند (مطهری، ۱۳۸۶، صص ۵۰۳-۵۰۶). مرگ از نظر قرآن کریم به عنوان یک موضوع محوری، مورد توجه بوده است. هیچکس نمی تواند مرگ را انکار کند (آل عمران/۱۶۸) فلسفه مرگ و زندگی که از مخلوقات خدا است برای آزمایش انسان می باشد که کدام شخص عملش بهتر است (بقره/۲۵۸ و ۲۵۹). در فرهنگ قرآن کریم انواع متفاوتی از مرگ، بر اساس رفتارها و اعتقادات فرد در طول حیاتش، بیان شده است و برای هر گروه نیز ویژگی های عاطفی و هیجانی متفاوتی قائل شده است که به اختصار عبارتند از: مردن در حال کفر (آل عمران/۹۱)، مرگ طبیعی در راه خدا (حج/۵۸)، مرگ با ترس (بقره/۲۴۳)، مرگ با شداوند و سختی (بقره/انعام/۹۳)، مرگ فاسق (توبه/۸۴)، مرگ در زمان معصیت (نساء/۱۸)، مرگ با غیظ و خشم (آل عمران/۱۱۹)، درخواست مرگ به خاطر سختی های دنیا (مریم/۲۳)، مرگ ظالم و غیرظالم (انعام/۹۳)، مرگ با سلام (مریم/۳۳)، واستقبال از مرگ با تمنا و آرامش (بقره/۹۴)، (ایمانی فر، ۱۳۹۰). قرآن به مراحل مرگ و موقعیت فرد محتضر اشاره می کند و نگاه های آکنده از دلسوزی و آمیخته با ترس و هراس اطرافیان به محتضر را توصیف می کند و این در حالی است که محتضر با زبان حال و قال از آنان یاری و کمک برای رهایی می طلبد، و در این حالت است که قرآن بیان می کند که خداوند از اطرافیان محتضر به وی نزدیکتر است تا هم عجز انسان و حتی همه زندگی پیرامون محتضر را بنمایاند و هم قدرت الهی را نشان دهد و به مرحله نامیدی اشاره می کند و "خویشاوندان و دوستان محتضر که اطراف وی هستند از روی ناامیدی می گویند چه کسی می تواند او را شفا و درمان کند (قیامت آیه ۲۸) و نیز به مرحله پذیرش اشاره می کند که در این هنگام که از هر گونه شفا و درمان نا امید می شود این گمان در وی تقویت می شود که مرگ را گریزی نیست و در نهایت وقتی چشم او بر برزخ و جهان دیگر گشوده می شود و به سختی بهشت و یا دوزخ رامی نگرد یقین می کند که دیگر راه بازگشتی نیست (قیامت آیه ۲۷). مرگ گاه به شکل دفعی و گاه به شکل تدریجی اتفاق می افتد که از آن به دم احتضار به زبان عربی یاد می شود (قرآن کریم). احتضار واژه ای است که از حضر به معنای غایب نبودن گرفته شده است. "جان کندن و حضور مرگ را احتضار می گویند" (مکارم شیرازی ۱۳۹۵، صص ۹۲-۱۱۱). زیرا مرگ به عنوان آفریده ای بر سر بالین انسان می آید و او را به جهانی دیگر می برد. در قرآن به مسئله احتضار اشاره شده اما از واژه احتضار برای بیان این معنا استفاده نشده است و به جای آن اصطلاح سكرات مرگ (ق آیه ۱۹)، غمرات مرگ (انعام آیه ۳۹) و حضور مرگ (نساء آیه ۱۸) و آمدن مرگ (انعام آیه ۶۱) و رسیدن جان به گلو (واقعه آیه ۸۳) و توفی به معنی گرفتن و نگه داشتن روح (نحل آیه ۳۲) و مانند آن به کار رفته است (منصوری، ۱۳۹۱). با وجود شباهت دیدگاه قرآن کریم و روان شناسی بر اهمیت و عظمت مرگ در زندگی انسان و تمایل او بر جاودانگی و ترس از نیستی و قبول تنوع واکنش های هیجانی متناسب با اعمال و رفتارها و افکار قبل از زمان مرگ، مهمترین تفاوت این دو دیدگاه در اعتقاد یا عدم اعتقاد به حیات پس از مرگ است که باعث تفاوت در اهداف درمانی، کیفیت مرگ و ایجاد سردر گمی و نبود یک فلسفه کامل و قانع کننده در روبرو شدن با پدیده مرگ از دیدگاه روان شناسی است. ظاهرا استدلالات و اعمالی که برای تسکین ترس از مرگ از دیدگاه روان شناسی ارائه می شود با رنج روان شناختی حاصل از نبودن بعد از حیات و بدبختی موجود که بیماران رو به مرگ با آن روبرو می شوند، با یکدیگر تضاد داشته و برای فرد در حال مرگ غیر قابل باور هستند و از قطعیت لازم بر خوردار نمی باشند (باتون، ۲۰۰۹، به نقل از ایمانی

فر، ۱۳۹۰). هدف مقایسه دیدگاه روانشناسی درباره نحوه مواجهه و مقابله با درد و رنج مرگ، با قرآن کریم که به اعتقاد مسلمانان توصیف کننده جامع ترین (ماید/۳) و معتدل ترین (بقره/۱۴۳) روش زندگی است که اصول اساسی تمامی ادیان الهی را تایید می نماید (نساء/۱۶۲)، بسیار قابل توجه خواهد بود. اما در معانی و مفاهیم مرگ از دیدگاه های مختلف به نکات قابل تاملی بر می خوریم همان طور که از نظر قرآن مطالبی را یادآور شدیم روانشناسان و عرفا از مرگ برداشت های متفاوت دارند. بعضی از افراد با نگرش به مرگ و مردن متفاوت از مرگ و یا ایجاد طرح الگو هایی از مرگ، تقسیم بندی مرگ، انواع مرگ، شرایط متفاوت مرگ و... به مسئله مرگ می نگرند و یا به واکنش های هیجانی بازماندگان در قالب سوگ و داغ دیدگی می پردازند. همانطور که قبلا ذکر شد در قرآن کریم سوره "ق" (آیه ۱۹) در باره سکرات مرگ می فرماید: "و جاءت سكرة الموت بالحق ذلک ما کنتم منه تحید" و سکرات و بیهوشی مرگ، حق را (که همه واقعیات جهان پس از مرگ است) می آورد و به محتضر می گوید: این همان چیزی است که از آن می گریختی. پیامبر خدا فرمود: سوگند به خدایی که جانم به دست اوست، هیچ روحی از بدنی جدا نشود، تا آنکه از میوه های بهشتی یا از درخت زقوم بخورد. و آن گاه که فرشته مرگ را می بیند، من و علی و فاطمه و حسن و حسین را می بیند. پس اگر ما را دوست داشته باشد، گویم: ای فرشته مرگ با او مدارا کن که من و اهل بیتم را دوست دارد و اگر با ما دشمن باشد، گویم: ای فرشته مرگ بر او سخت بگیر، چرا که با من و اهل بیتم دشمنی می کرد (شعبانی مفرد ۱۳۸۹، ص ۵۹-۶۵). اگر چه تعریف و اندازه گیری اضطراب مرگ سخت است ولی اکثر آدم ها قدری اضطراب مرگ دارند. متغیر های مرتبط با تفاوت های فردی عبارتند از: جنسیت، تدین، سن، قومیت و شغل. اضطراب مرگ؛ احساس اضطراب و ترس از مرگ و مردن است (برک، مارتنز و فوشر^{۱۴}، ۲۰۱۰، تم، ۲۰۱۳ به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۹۶). اضطراب مرگ می تواند فوایدی هم داشته باشد و این موضوع باعث می شود طبق نظریه وحشت، اقدامات مفصل تری برای اطمینان از زنده ماندن خود انجام دهیم (برک و دیگران، ۲۰۱۰، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۶۹۷). نقش اضطراب و ارتباط استرس با بیماری، بخش ابتدایی تر مغز مسئولیت تنظیم درجه حرارت بدن، ضربان قلب و اندازه آدرنالین و کورتیکو استروئید را تنظیم می کند، همه ی این ها در کار حمله اضطراب دخالت دارند بخش حاشیه ای مغز اطلاعات دریافتی از حواس پنجگانه را در خود نگاه می دارد این بخش برخی از اطلاعات در باره آنچه می بینیم، می شنویم، می چشیم، و احساس می کنیم را به کورتکس می فرستد تا بتوانیم تفسیرهای مستدل و منطقی داشته باشیم. اما بخش اعظم این اطلاعات به هیپوتالاموس فرستاده می شود. وقتی هیپو تالاموس از بخش حاشیه ای مغز نشانه خطری را دریافت می کند، از جمله؛ غدد بزاقی را خشک می کند و به معده دستور می دهد که محتویات خود را تخلیه کند. پس از آنکه بخش حاشیه ای خطر را احساس می کند، هیپو تالاموس در ربع ثانیه یا نیم ثانیه دستور واکنش جنگ و گریز را صادر می کند. اگر با بیماری تهدید کننده ای روبرو هستید احتمالا به خود حق می دهید که نگران شوید، تشخیص سرطان، حمله قلبی، زخم معده، یا مرض قند هر کسی را نگران می کند. حتی ممکن است این را بدانید که اضطراب بر شدت بیماری شما می افزاید. در شرایط اضطراب شدید بخش حاشیه ای مغز، هیپو تالاموس بدن را فعال می کند. هیپو تالاموس با صدور واکنش جنگ یا گریز سیستم دفاعی و ایمنی بدن را از کار می اندازد. در این شرایط، امکان تکثیر سلول های سرطانی بیشتر می شود. در نظریه کل نگر پزشکان به این نتیجه رسیده اند که در شرایط استرس هیپو تالاموس سیستم دفاعی بدن را به هم می ریزد و شرایطی فراهم می سازد تا نشانه ای جسمانی اضطراب شکل خارجی پیدا کنند. آنها معتقدند اگر بتوان شرایطی فراهم ساخت که بخش حاشیه ای مغز هیپو تالاموس را فعال نکند بسیاری از بیماری ها به سادگی بیشتری بر طرف می گردد یونانیان قدیم معتقد بودند با مثبت اندیشی جسم به راحتی بیشتری التیام می یابد (روبرت هندلی^{۱۵}، مترجم قراچه داغی ۱۳۸۶). چند راه برای کنار آمدن با اضطراب مرگ وجود دارد. تمام و کمال زیستن، تامل شخصی و تعلیم و تربیت، شواهد نشان می دهد تعلیم و تربیت در زمینه مرگ بسیار موثر است (کالیس ۱۹۸۷، ۱۶۸۴ به نقل از فیروز بخت، ص ۶۹۷). در پژوهشی که توسط شفایی و همکاران (۱۳۹۵) انجام شد نتایج آن

14- Burke, Martens and Faucher

15- Robert Handly

نشان داد که بیمارانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، کیفیت زندگی مطلوب تری را گزارش داده بودند و نیز زنان نسبت به مردان اضطراب مرگ بیشتری را تجربه کرده بودند. در خصوص بررسی ارتباط اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز تحقیقی توسط (شفایی و همکاران، ۱۳۹۵) انجام شد و به این نتیجه رسیدند که هر چند پژوهش نتوانسته است ارتباط معنی داری بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شناسایی کند اما بین ابعاد مختلف زندگی بیماران مانند "دیدگاه کلی در مورد کیفیت زندگی" و "علائم جسمانی" با اضطراب مرگ ارتباط معنی داری پیدا کردند. اضطراب مرگ را می توان از لحاظ درجه شدت و با توجه به اثرات آن در رابطه با محیط به چهار سطح تقسیم کرد: (۱) اضطراب خفیف؛ که با تنش های روزانه زندگی همراه است، در این مرحله هوشیار است و حوزه ادراکی او به طور فزاینده ای گسترش می یابد که باعث برانگیختگی و خلاقیت در فرد می شود. (۲) اضطراب متوسط که حوزه ادراکی فرد تا حدودی محدود می گردد. (۳) اضطراب شدید که حوزه ادراکی شدیداً کاهش می یابد، فرد به جزئیات امور توجه دارد و واکنش های او متناسب با محرک های بیرونی نیست. (۴) اضطراب وحشت زدگی که با حیرت و رعب و وحشت همراه است فرد کنترل خود را بر رفتار خویش از دست می دهد و ممکن است به از هم پاشیدگی منجر شود. در درمانگری اضطراب در سطح اول با مداخله شیمیایی و دارویی و غدد و اعصاب وارد می شوند، در سطح دوم با مداخله های بدنی رفتاری به مهار اضطراب می پردازند و با مداخله های شناختی در سطح سوم برای درمان اقدام می کنند. در تحقیق که توسط (Robert S. Wyer Jr, ۲۰۱۵) در مورد فکر کردن در باره مرگ انجام شد به این نتیجه رسیدند افکار درباره مرگ نه تنها باعث اضطراب مرگ می شود، بلکه مفاهیم معنایی مربوط به مرگ را نیز فعال می کند. این اثرات مرگ و میر ناشی از آگاهی پیامدهای مختلفی برای قضاوت و رفتار دارد. چهار آزمایش نشان داد که اضطراب ناشی از تفکر در مورد مرگ خود، انتخاب های مختلف شرکت کنندگان را در موقعیت تصمیم گیری مرتبط با چندین انتخابی کاهش داد، در حالی که فعال سازی مفاهیم معنایی مرگ بدون اضطراب باعث افزایش آن شد. علاوه بر این، القاء بار شناختی، تأثیر اضطراب ناشی از مرگ و میر را کاهش داد، و منجر به تأثیر مفهوم فعال سازی آن بر غلبه بر آن شد. دستیابی به مفاهیم معنایی مرتبط با مرگ به طور خودبخشی، یک سبک پردازش جهانی را ایجاد می کند که طیف وسیعی از گزینه های انتخابی قابل قبول را در وظیفه جستجو متنوع افزایش می دهد و این اتفاق می افتد بدون توجه به اینکه چگونه میزان مرگ و میر ناشی می شود. با این حال، تأثیر القاء اضطراب مرگ، که توسط تمایل به ثبات رانده می شود، ممکن است اثر تأثیر مفهومی معنایی را در هنگام شرکت در مورد مرگ خود در نظر بگیرد. و حال برای کاهش اضطراب و ترس از مرگ و رو آوردن به انواع درمانگری های ۱- رفتاری مانند حساسیت زدایی، آموزش غلبه بر اضطراب، روی آوری الگو گیری، درمانگری های خود تنظیم جویی، درمان با پس خوراند زیستی، مراقبه متعالی، تنش زدایی تدریجی عضلانی و ۲- نظریه های شناختی رفتاری کرامولتز، لازاروس، بندورا، مایشن بام وماهونی بر تقویت رفتار، بازسازی شناختی و اهداف خاص مراجع تاکید می کنند (لازاروس ۱۹۸۴، به نقل از جان بزرگی ۱۳۸۲). مطالب دقیق و حساب شده ای در باره ارزش انطباقی انکار بخصوص در شرایط غیر قابل کنترل نوشته شده است، دیدگاه تعاملی وی تحمل و با حتی پرورش فرایند انکار را راهبرد آموزشی مفیدی تلقی می کند. انکار می تواند به عنوان یک وسیله خود حمایتی و تسهیل کننده برای رویارویی تدریجی با یک عامل تنیدگی زا باشد. در چنین موقعیت هایی انکار به شکل حفظ فاصله، دلیل تراشی یا خود فریب دهی می تواند به افراد کمک کند تا احساس بهتری داشته باشند و امید و خود ارزنده سازی را حفظ کنند همانطور که لازاروس توجه نمود انکار می تواند به صورت ارزش سازنده ای به افراد کمک کند که آشفته نشوند و همچنین آنها را آماده کند تا در فرصت کافی از منابع مقابله ای دیگری استفاده کنند (جان بزرگی، ۱۳۸۸). ۳- از جمله درمانگری دیگر می توان به دیدگاه عقلانی- هیجانی - رفتاری ایس اشاره کرد. به عقیده ایس اختلال هیجانی و بخصوص آنچه امروز نوروتیک یا روان آزرده نامیده می شود، خواستگاه های متعدد شناختی، هیجانی و رفتاری دارد که نه تنها از شناخت و تفکر ناشی می شود بلکه به طور عمده تحت تاثیر آن است. او معتقد است که انسان اساساً آسیب پذیر متولد می شود و به مرور زمان در محیط فیزیکی و اجتماعی زندگی او رفتار سالم و ناسالم از تعامل بین آمادگی های ذاتی و محیط بیرونی به ویژه محیط اجتماعی شکل می گیرد. (۴) روش

درمانگری چند بعدی لازاروس به روانشناس بالینی امکان می دهد تا طیف وسیعی از راهبردها را به شیوه ای انعطاف پذیر و منطقی برای مقابله با تنیدگی بکار ببرد. لازاروس هفت بعد با وجه مختلف را برای درمان برگزیده که به اعتقاد او هفت بعد شخصیت را پوشش می داد، این هفت بعد عبارت بودند از رفتار، عاطفه (احساس)، دریافت حسی، تصویر پردازی یا تجسم ذهنی، شناخت (فکر)، روابط بین فردی و بعد زیست شناختی (جان بزرگی، ۱۳۸۸). در فرایند مردن، چند دیدگاه را از نظر می گذرانیم ابتدا دیدگاه کوبلر راس را در این باره مرور می کنیم. کوبلر راس در فرایند مردن پنج مرحله را مشخص کرد که زنجیره ی آن ثابت نیست پنج مرحله ای که کوبلر راس مشخص کرد عبارتند از انکار، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش. (کوبلر راس ۱۹۷۴ به نقل از فروغان ۱۳۸۷، ص ۵۶۹). انکار توام با اضطراب که بیمار با شنیدن تشخیص از خود نشان داده است بیشتر مشخصه ی بیمارانی است که پیش از وقت، شتاب زده و ناگهانی از بیماری خود مطلع شده اند. انکار تنها شیوه تدافعی است که بزودی جای خود را به پذیرش ناقص می دهد. چیزی که می خواهیم بر آن تاکید کنیم این است که در همه بیماران گهگاه نیاز به به انکار وجود دارد، اما این نیاز در آغاز ابتلاء به بیماری بیشتر است تا زمانی که بیمار به مرگ نزدیک شده است. و زمانی که انکار، کارایی خود را از دست بدهد، آن وقت است که مرگ را به مبارزه می طلبیم و تلاش می کنیم بر او چیره و مسلط شویم. در پایان مرحله نخست که دیوار انکار فرو می ریزد، انکار جای خود را به خشم، حسادت می دهد. پرسش بعدی این است که چرا من؟ مرحله خشم، بر خلاف انکار مرحله ای است که کادر درمانی بیمارستان و خانواده بیمار به سختی می توانند با بیمار کنار بیایند. علت این است که این خشم به همه جهات رو می کند و اغلب با فراقنی بیمار بدون هیچ نظم و قاعده ای متوجه محیط زندگی بیمار می شود. در نتیجه پاسخ خانواده بیمار یا به صورت غصه و گریستن تجلی می کند، یا به صورت احساس گناه و احساس خجلت و یا خود داری از ملاقات بیمار، که این نیز صرفا سبب تشدید خشم و ناراحتی بیمار می شود. اما باید بیاموزیم بیمار با ابراز خشم خود تسکین پیدا می کند و در نتیجه بهتر می تواند واپسین ساعت های عمر خود را بپذیرد. البته ثروتمندان و اشخاص موفق و شخصیت های بسیار مهمی که همیشه همه چیز در اختیار آنها بوده است، احتمالا در این شرایط از دیگران درمانده ترند و اداره اینگونه بیماران برای مشاوران، روانپزشکان کشیشان، یا کادر درمانی بیمارستان بسیار مشکل است (کوبلر راس، مترجم بهرامی ۱۳۸۶). مرحله سوم، یعنی چانه زدن (معامله)، مرحله چندان شناخته شده ای نیست، اما کاملا به حال بیمار مفید است، اگرچه این دوره بسیار کوتاه باشد. چنانچه در مرحله ی نخست موفق نشده باشیم و اقعیت های غم انگیز را هضم کنیم و در مرحله دوم بر خدا و آدمی هر دو خشم گرفته باشیم، آن گاه به خود می گوئیم شاید بتوانیم به نوعی توافق برسیم بلکه این واقعیت محتوم به تعویق بیافتد. اگر خداوند بر آن است تا مرا از زمین بردارد و به درخواست های خشم آلود من پاسخی نمی دهد، پس با زبان خوش پیش می روم بلکه ترتیب اثر داد. این چانه زدن ها در واقع تلاشی است برای به تعویق انداختن آن سر نوشت محتوم، در این معامله باید پاداشی "برای خوش رفتاری" وجود داشته باشد؛ بعلاوه چانه زدن "ضرب الاجلی" برای خود تعیین می کند و قول ضمنی می دهد و عهد می کند اگر همین یک دفعه خواست او که به تعویق انداختن است، بر آورده شود، چیز دیگری نخواهد. اما هیچ کدام از بیماران به عهد خود وفا نکردند. در مرحله چهارم، زمانی که بتدریج نشانه های بیشتری از بیماری در وی ظاهر می شود و بیمار پیوسته ضعیف تر می شود، آن وقت است که بیمار دیگر نمی تواند با لبخندی، بیماری را از سر وا کند. دیری نمی گذرد که کرختی و شکیبایی، خشم و غضب او جای خود را به احساس دیگری می دهد، احساس فقدان، احساس اینکه چیز بزرگی را از دست می دهد. در مرحله پنجم (پذیرش) بیمار به سوگ همه ی مکان ها و همه کسانی می نشیند که برایش ارزشمند بوده اند و بزودی آنها را از دست می دهد و با انتظاری آرام- کم و بیش آرام- به پایان محتوم خود می اندیشد. اکنون بیشتر خسته است و در بیشتر موارد از پا در آمده است و اکنون بیمار بیشتر به چرت زدن و خوابیدن نیاز دارد، آن هم به فاصله های کوتاه، اما این نیاز به خواب با نیازی که در دوران افسردگی به خواب داشت، متفاوت است. این خواب اما خواب اجتناب نیست، این خواب برای استراحت یا برای رهایی از درد و ناراحتی و خارش نیست. این پذیرش بیمار از سر «تسلیم»، نومیدانه و دست بسته نیست، «چه فایده ای دارد» نیست. «دیگر نای جنگیدن ندارم» نیست. هر چند این جمله ها را گهگاه از زبان بیمار می شنویم. اما نقش امید در این

مراحل را نباید فراموش کرد تا اینجا از مراحل گفته ایم که هر کس به هنگام روبرو شدن با خبر های مصیبت بار از آنمی گذرد. مکانسیم های دفاعی در چارچوب روانپزشکی، مکانسیم های کنار آمدن با شرایط سخت. این وسائل تا چند دوره ی مختلف زمانی ادامه پیدا می کند و جانشین یکدیگر می شوند و گاه گاهی نیز با هم تداخل کرده، دوش به دوش هم عمل می کنند. تنها یک چیز است که در همه مراحل پای می فشرد، و آن امید است. همیشه وقتی به بیمارانی گوش می دهیم که بیماری پایانی دارند، چیزی سخت انسان را متأثر می کند و آن اینکه پذیرنده ترین و واقع بین ترین بیماران هم روزنه ای برای امید باز گذاشته اند. (کوبلر راس، مترجم بهرامی ۱۳۸۶، ص ۴۷-۱۴۲). چندین نقد و نکته برجسته در نظریه کوبلر راس وجود دارد که در این راستا در تحقیقی تحت عنوان "انسان جدید و مسئله مرگ با نگاهی نقادانه به نظریه الیزابت کوبلر راس" که توسط ملا یوسفی (۱۳۹۵) انجام شد به این نتیجه رسید که عده ای از خوانندگان کتاب کوبلر راس فرض می کنند که مطالعات مربوط به مرگ و مردن با کتاب وی آغاز شده است در حالی که چنین نیست و به گفته خود کوبلر راس کارهای جدی چندی در این خصوص از سال ۱۹۵۵ صورت گرفته بود (سینگلمن، ۲۰۱۰، به نقل از ملا یوسفی ۱۳۹۵). نقد دوم اینکه عده ای معتقدند که استفاده از مراحل در این نظریه، به معنای وجود مجموعه ای منظم از حالات و احساسات است، که دقیقاً بر تمام بیماران این مراحل صدق می کند، در صورتی که بسیاری از بیماران ممکن است مراحل را تجربه کنند که در تئوری کوبلر راس ذکر نشده است (دیکسی، ۲۰۰۹، به نقل از ملا یوسفی ۱۳۹۵). استفاده از روش مصاحبه توسط کوبلر راس تا حد زیادی وابسته به رابطه پرسشگر و بیمار است و بهتر می بود از روش های دیگر استفاده می کرد. کوبلر راس در تحقیقات خود بیماران مختلفی را نشان می دهد که در یکی از این مراحل پنجگانه قرار دارند، ولی بیماری را نشان نمی دهد که به صورت پیوسته از این مراحل عبور کرده باشد. بنابراین او تنها می تواند مدعی شود که چنین مرحله ای در بیماران مختلف وجود دارد در حالی که کوبلر راس مدعی است بیماران با عبور از مراحل پنجگانه از مرحله انکار شروع می کنند و به مرحله پذیرش می رسند (ساکسون، ۲۰۰۹، به نقل از ملا یوسفی ۱۳۹۵). در این نظریه به تفاوت های فردی و نحوه زندگی افراد توجه زیادی نشده است در واقع باید دقت کرد که نه تنها هر فرد شخصیت یگانه و منحصر به فردی دارد، بلکه نحوه زندگی و مسائل و عقاید هر شخص نیز متفاوت از دیگران است برای نمونه شخصی ممکن است به مرگ به عنوان مجازات گناهش نگاه کند، در صورتی که شخصی دیگر مرگ را پلی برای وصال عزیز از دست رفته خود تلقی می کند و به طور حتم این دو نوع فرایند متفاوتی را در پذیرش مرگ طی خواهند کرد (ایکن، ۲۰۰۰، به نقل از ملا یوسفی). و نقد دیگر اینکه در این نظریه به نقش محیط بر حالات و واکنش های بیمار در مواجهه با مرگ توجهی نشده است، در حالی که محیط بیمار می تواند تاثیر بسزایی در نحوه مواجهه وی با مرگ داشته باشد. آخر اینکه در نظریه کوبلر راس به نظر می رسد که مرحله پذیرش به عنوان مرحله ای ارزشمند در نظر گرفته شده است. این امر چه بسا موجب شود بیماری که در شرف مردن است، در صورت آشنایی با این نظریه برای عبور از این مراحل تعجیل نماید. این امر ممکن است سبب شود که بیمار به جای مبارزه با بیماری خود، آنرا به راحتی بپذیرد و تلاشی در جهت نجات خود انجام ندهد (فیبس، ۱۹۸۷، به نقل از ملا یوسفی ۱۳۹۵). اما پاتیسون فرایند مردن را به گونه ای متفاوت (خط سیر زیستن - مردن) ارائه نمود. او گفت همه ما خط سیری شامل طول عمر پیش بینی شده معین را برای حیات خود در نظر می گیریم و سعی می کنیم به فعالیتها و زندگی مان در آن مدت سر و سامان دهیم سپس ناگهان با یک بحران روبرو می شویم - بحران آگاهی از مرگ. فاصله بحران و آگاهی از مرگ، تا «لحظه» مرگ، فاصله زیستن - مردن است. این فاصله به سه مرحله تقسیم می شود (۱) مرحله بحران حاد. (۲) مرحله زیست و مردن دیر پا. (۳) مرحله پایانی. اعضای خانواده می توانند فرد را در پاسخ گویی به بحران حاد یاری دهد، به طوری که به فرو پاشی پر هرج و مرج زندگی اش در مرحله زیستن - مردن دیر پا منتهی نشود. و آخرین مرحله اعضای خانواده آرامش دادن و حمایت از بیمار در مسیر حرکت اجتناب ناپذیر او به سوی مرحله انتهایی است. همچنین پاتیسون پنج الگوی متفاوت مرگ را بیان می کند. در الگوی اول، مرحله پایانی وقتی آغاز می شود که فرد از زندگی دست می کشد. در ابتدا هنوز اندکی امید به زندگی دارد، ولی رفته رفته دیگران خود را از او کنار می کشند (مرگ جامعه شناختی). بیمار به مرگ کردن می نهد (مرگ روانی). مغز از فعالیت باز می ایستد (مرگ بالینی). و بالاخره جسم نیز می میرد (مرگ

فیزیولوژیکی). در الگوی دوم، مدت ها قبل از آن که مرگ واقع شود، دیگران فرد را طرد می کنند و از او کناره می گیرند(مرگ جامعه شناختی) این شرایط سبب مرگ روانی شده و نهایتا به مرگ بالینی و فیزیولوژیکی منجر می شود. در الگوی سوم، هم بیمار و هم دیگران از پذیرش مرگ قریب الوقوع سر باز می زنند. به طوری که وقتی، مرگ از راه می رسد سبب بروز واکنش شوک می شود. همین وضعیت در مواردی که سیر رو به تباهی ناگهانی و مرگ غیر منتظره است، نیز رخ می دهد. در الگوی چهارم، بیمار از زندگی سر باز می زند و به مرگ روانی دچار می شود. این حالت با عدم تایید اجتماعی و تلاش خانواده و دوستان برای برانگیختن فرد به ادامه ی زندگی روبرو می شود. و در نهایت در الگوی پنجم، این واقعیت که مرگ روانی و مرگ بالینی رخ داده با انکار اجتماعی روبرو می شود. و زندگی فیزیولوژیکی بیمار به وسیله ابزار مصنوعی حفظ می شود (پاتیسون، ۱۹۹۷ به نقل از فروغان، ۱۳۸۷، ص ۵۶۹). افراد رو به مرگ درست مثل همه ی ما، نیازهایی دارند، شامل نیاز به غذا، لباس، سر پناه، استراحت، و گرما، خلاصی از درد دارند. و نیز نیاز دارند یقین حاصل کنند که دوستان نزدیک و خویشاوندان نخواهند گذاشت تنها بمیرد(کالیش، ۱۹۸۵ به نقل از فروغان، ص ۵۷۱). تعیین زمان مرگ کار ساده ای نیست. بین مرگ فیزیولوژیکی و مرگ بالینی افتراق قائل می شوند. در مرگ فیزیولوژیکی، تمام اندام های حیاتی از فعالیت باز می مانند و موجود زنده دیگر قادر به ادامه حیات، در هیچ معنای این واژه نیست. سلول های بدن بر اثر محرومیت از اکسیژن و مواد غذایی رفته رفته می میرند. مرگ بالینی به توقف کلیه فعالیت های مغز اطلاق می شود که فقدان امواج مغزی شاخص اصلی آن است. در این وضعیت، هوشیاری و آگاهی دیگر مفهومی ندارد. مرگ سیماهای دیگری نیز دارد. مرگ جامعه شناختی به معنی کناره جویی دیگران و دوری گزینی آنان از بیمار است. این حالت ممکن است هفته ها قبل از خاتمه زندگی پیش بیاید. و یا مرگ روانی، وقتی رخ می دهد که فرد مرگ را می پذیرد و به درون خود واپس می نشیند. این حالت معمولا مدت ها قبل از وقوع مرگ فیزیولوژیکی رخ می دهد. پذیرش روانی مرگ می تواند حقیقتا سبب مرگ شود، مرگ از نیروی تلقین حاصل می شود چون اراده زنده ماندن از میان رفته است(فروغان، ۱۳۸۷، صص ۵۶۶-۵۶۷). در ارتباط با نگرش گروه های مختلف سنی به مرگ(۴۵ تا ۵۴ سال؛ ۵۵ تا ۶۴ سال؛ و ۶۵ تا ۷۴ سال) بنگستون؛ کوئلار و راگان^{۱۶}(۱۹۷۷ به نقل از فروغان ۱۳۸۷) در گروه های مختلف به این نتیجه رسیدند که پاسخ دهندگان میان سال ۴۵ تا ۵۴ سال بیشترین، و ۶۵ تا ۷۴ سال کمترین میزان ترس از مرگ را نشان دادند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که میان سالان به دلیل گذر از بحران میان سالی و آگاهی متناهی بودن زندگی خود از مرگ بیشتر وحشت دارند. همچنین نگرش به مرگ تا حدودی با نگرش به زندگی مربوط است. (کیت ۱۹۷۹ به نقل از فروغان، ص ۵۶۷) در کار پژوهشی خود به این نتیجه رسید که افرادی که از زندگی زناشویی پایدار، سلامت کافی عضویت در کلیسا، و تماس های اجتماعی غیر رسمی با اعضای خانواده و دوستان برخوردار بودند، به زندگی و مرگ نگاهی مثبت داشتند. مسئله مرگ را نباید برای همه بیماران با رویکردی مشابه و شیوه ای واحد بازگو کرد. هدف اصلی باید یاری رسانی به بیمار، و نه آزار دادن او، باشد. مسئله اصلی در این موارد، مراقبت از بیمار و آرامش دادن به اوست (پاتیسون، ۱۹۹۷ به نقل از فروغان ۱۳۸۷، ص ۵۷۲). برخی از افراد مطلقا نمی خواهند بدانند که می میرند و برخی دیگر از شوک دانستن آن عملا می میرند. هدف آسان تر کردن فرایند مردن است، نه کار برد اصل جزمی گفتن همیشگی حقیقت و بیماران باید از اهمیت بیماری خود آگاه باشند و برای سازش با موقعیت خود یاری شوند. احترام به احساسات آنها و کاربرد تدبیر بسیار اهمیت دارد. اما بعد از متوفی مسئله ای دیگر مطرح است به نام داغدیدگی و سوگ بعد از مرگ. در باب داغدیدگی و واکنش هاس سوگ نیز داغدیدگی را از دست دادن عزیزان که یکی از استرس زا ترین رویدادهای زندگی است را فقدان، یا دوره ای از سوگواری برای متوفی و ماتم برای در گذشته دنبال می شود را در دوره هایی که ممکن است کوتاه یا پایان ناپذیر باشد می داند(فروغان، ۱۳۸۷، ص ۵۷۹). و نیز سوگ دارای واکنش ها ی چهار گانه ای است که در چهار سطح ۱- فیزیولوژیکی ۲- هیجانی ۳- عقلی ۴- جامعه شناختی خود را نشان می دهد اما در سطح فیزیولوژیکی که شامل بیخوابی، از دست دادن اشتها یا پر خوری، ناراحتی معده، یبوست یا اسهال، خستگی، سردرد، تنگی نفس، تعریق شدید، و دوار سر و سبب کاهش کارایی سیستم ایمنی بدن

شده و مقاومت داغدیده را در برابر عفونت و بیماری کاهش می دهد(نوریس^{۱۷} و مورل، ۱۹۸۷، به نقل از فروغان ۱۳۸۷، ص ۵۷۹). و سوگ در سطح واکنش های هیجانی خود را به صورت افسردگی، نوامیدی، گریه، شوک و ناباوری، خشم، گناه، اضطراب، تحریک پذیری، اشتغال خاطر با فکر متوفی، احساس درماندگی، اشکال در تمرکز، بی احساسی، عدم تصمیم گیری، و کناره گیری از دیگران یا احساس تنهایی که در این میان گفتگو در باره متوفی و احساس درماندگی رایجترین واکنش ها بوده اند، نشان می دهد(له ریو^{۱۸} و لی مایورو، ۱۹۸۲، به نقل از فروغان ۱۳۸۷، ص ۵۷۹). اما سوگ در ارتباط با واکنش های عقلی خود را به صورت تلاش برای توجیه و پذیرش علل مرگ متوفی و گاه دلیل تراشی یا تلاش برای درک دلایل مرگ است و علت و معنی مرگ را برای خود در میابد که یکی از واکنش های عقلی به داغدیدگی آرمانی کردن است که به معنی تلاش برای تطهیر خاطره ی فرد در گذشته از طریق حذف ذهنی ویژگی های منفی او است. اما داغدیدگی طولانی می تواند حاصل سبک زندگی احساساتی، اندوه بار و توام با حسرت گذشته باشد. واکنش های جامعه شناختی یکی دیگر از واکنش های به سوگ است که شامل تلاش خانواده و دوستان برای اتحاد با یکدیگر و سهیم شدن در این تجربه، و پشتیبانی و همیاری یکدیگر است. و می تواند کلیه تلاش هایی را که به منظور بازسازی زندگی فرد پس از مرگ او به عمل آید. مانند ساماندهی امور مالی، خوگیری خانواده و جامعه با نقش های تازه، بازگشت به کار و از سر گیری فعالیتهای اجتماعی و ارتباط با جامعه را شامل شود(فروغان، ۱۳۸۷، صص ۵۷۹-۵۸۰). همچنین سوگ علاوه بر داشتن واکنش، دارای سه مرحله است (هیلتز ۱۹۷۸، به نقل از فروغان، ۱۳۸۷، ص ۵۸۰). نخستین مرحله، دوره کوتاه مدت شوک است که در طی آن اعضای بازمانده ی خانواده بر اثر سوگ و ناباوری بهت زده و فاقد توانایی عکس العمل اند که اغلب می گیرند و به آسانی هیجان زده می شوند و تا چند روز ادامه می یابد و دومین مرحله، دوره رنج کشیدن شدید است که در طی آن افراد نشانه های فیزیکی و هیجانی اختلالی بسیار شدید را نشان می دهند. تمنای دردناک برای دیدار مجدد با متوفی، شامل مرور خاطرات و تجسم بصری او، حالت اندوه، بیخوابی، تحریک پذیری و بی قراری در این مرحله دیده می شود. این مرحله بین هفته دوم تا چهارم به اوج می رسد و هرچند گاه یک الی دو سال طول می کشد و توانایی گفتگو در باره در گذشته به بازماندگان کمک می کند سریعتر بر سوگ خود غلبه کنند(روزن بلت و الد، ۱۹۹۰، به نقل از فروغان، ۱۳۸۷، ص ۵۸۱). و در طی مرحله سوم، رفته رفته علاقه به زندگی از نو بیدار می شود که ظرف یک سال پس از مرگ پدیدار می شود و دارای ویژگیهایی مانند از سر گیری فعالیتهای عادی، افزایش احتمال یادآوری خاطرات خوشایند مربوط به متوفی، و برقراری مجدد روابط تازه با دیگران (فروغان، ۱۳۸۷، ص ۵۸۱). واکنش سوگ ممکن است در پی سقط جنین، زایمان نوزاد مرده، حاملگی نابه جا یا مرگ نوزاد بسیار شدید باشد(دی فرین^{۱۹}؛ ۱۹۹۱، به نقل از فروغان ۱۳۸۷، ص ۵۷۲). زنان در اکثر موارد، سوگ خود را ابراز می کنند، در حالی که مردان آن را پنهان می کنند(استیمسون^{۲۰} و همکاران، ۱۹۹۲، به نقل از فروغان ۱۳۸۷، ص ۵۷۲). واکنش های روان شناختی به مرگ، در مواردی که مرگ در سنین کودکی یا کم و بیش جوانی رخ داده باشد، بسیار شدید تر است(واس و کور^{۲۱}؛ ۱۹۸۴، به نقل از فروغان ۱۳۸۷، ص ۵۷۲). اما سوگ نیز دارای فرایندی است؛ فرایند سوگواری غالباً مضامین و مسائلی را منعکس می کند که آدم ها با آنها روبرو هستند و از طریق مراسم ابراز می شوند(نورتن و گینو، ۲۰۱۴، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۷۰۶). سوگواری؛ مثل فرایند مردن، مراحل خیلی مشخصی ندارند که بتوان آنها را در یک توالی مشخص جا داد، اگر چه مردم با برخی مسائل روبرو می شوند و شبیه مسائل آدم های در حال مرگ هستند. وقتی یکی از نزدیکان ما می میرد، باید زندگی خود را دوباره سازماندهی کنیم، الگو های جدید رفتاری در پیش بگیریم و رابطه خود با خانواده و دوستان را باز تعریف کنیم. به راستی (اتیگ^{۲۲}؛ ۱۹۹۶، ص ۲۲)

17-Norris and Murrell

18- Lerea and Li mauro

19 - De Frain

20- Stimson

21- Wass and corr

22- Attig

نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶، ص ۷۰۶) یکی از بهترین توصیف ها را از سوگ می دهد وقتی مینویسد سوگ، فرایندی است که از آن طریق بار دیگر دنیا را یاد می گیریم. سوگ بر خلاف داغ دیدگی که هیچ کنترلی بر آن نداریم، فرایندی است که در آن گزینه های کنار آمدن وجود دارد- از روبرو شدن با واقعیت و هیجانات تا استفاده از دین برای کاهش رنج خود (ایوان کوویچ و ونگ، ۲۰۰۸؛ نورتین و گینو ۲۰۱۴، به نقل از فیروز بخت، ص ۷۰۷). از این دیدگاه، سوگ فرایند فعالی است که شخص باید در آن چند کار انجام دهد (وردن، ۲۰۰۸، به نقل از فیروز بخت، ص ۷۰۷). (۱) تصدیق واقعیت سوگ (۲) تصدیق در خصوص آشوب هیجانی (۳) ساز گارشدن با محیطی که شخص متوفی دیگر در آن حضور ندارد (۴) حل کردن پیوند های خود با متوفی. این مفهوم که سوگ یک فرایند کنار آمدن فعالانه است، بر این نکته تاکید دارد که بازماندگان باید علاوه بر جایگاه معنوی چیزها، مکان و رویدادها در دنیا ی فیزیکی آنها را هم بپذیرند. همچنین باید دنیای میان فردی تعاملات با خانواده و دوستان، شخص متوفی و (در برخی موارد خدا) و جنبه های خویشتن درونی و تجارب شخصی آنها را بپذیرند (ایوانکوویچ و ونگ، ۲۰۰۸، به نقل از فیروز بخت ۱۳۹۶). با این اوصاف و از آنچه گذشت متوجه می شویم که هردو دیدگاه بر تمایل انسان به جاودانگی و ترس از مرگ تاکید می کنند و توافق دارند که نوع واکنش های هیجانی افراد در مواجهه با مرگ و پذیرش آن، بستگی به رفتار، ساختار شخصیتی و توان مقابله ای او با مسائل و مشکلات گذشته در طول زمان حیات دارد. اما مهمترین تفاوت این دو دیدگاه در اعتقاد یا عدم اعتقاد به حیات پس از مرگ است که باعث تفاوت در تعریف عملیاتی کیفیت مرگ، اهداف درمانی، و نوع مواجهه با مرگ می شود.

نتیجه :

روان شناسی با تکنیک های مختلف روان شناختی و توصیه به کاهش سطح هوشیاری و مراقبت های تسکینی موقتی، در کاهش درد و رنج بیماران در حال مرگ تلاش می نماید، هر چند در کاهش درد جسمانی موفق بوده اند، اما در کاهش رنج روان شناختی به دلیل نداشتن نظریه هایی برای حمایت جاوید، همیشه با مشکل مواجه بوده اند. در مقابل؛ قرآن کریم ضمن موافقت با مراقبت های تسکینی برای کاهش درد جسمانی، به نظریه پردازی برای حیات جاوید پرداخته است و با وجود آنکه کاهش درد و رنج بیماران را در مقایسه با عظمت جهان آخرت (زمر، ۱۳)، از درجه چندم اهمیت بر خوردار می داند و هدف اصلی کار با بیماران در حال مرگ را با - توصیه به وصیت و انجام معوقات شرعی - آماده کردن آنها برای سفر آخرت می داند، قادر است، در کاهش رنج روان شناختی بهتر از دیدگاه های روان شناسی معاصر که بر اساس اصل لذت گرایی و فرهنگ سکولار بنا شده اند، عمل کند.

منابع :

- قرآن کریم
- الیزابت کوبلر راس (۱۳۸۶). پایان راه، (پیرامون مرگ و مردن)، ترجمه علی اصغر بهرامی. (چاپ اول)، تهران انتشارات رشد.
- ایمانی فر، بستانی، قاسم، دودمان، فرح و روح الله ریسی (شهریور، ۱۳۹۰)، مواجهه با مرگ از دیدگاه قرآن و روان شناسی، دو فصلنامه تخصصی پژوهش های میان رشته ای قرآن کریم سال دوم، شماره چهارم، صص ۶۵-۷۲.
- جان بزرگی، مسعود و نوری ناهید (۱۳۸۸). شیوه های درمان گری، اضطراب و تنیدگی. (چاپ دوم). تهران: انتشارات سمت.
- حکیمی، محمود (۱۳۷۸). گزیده ی حکایات و اشعار گلستان سعدی. تهران: نشر قو.
- رابرت وی، کایل و جان سی، کاوانا (۱۳۹۶) روانشناسی رشد. ترجمه مهرداد فیروز بخت. (چاپ اول). تهران: انتشارات رسا.
- روبرت، هندلی (۱۳۸۶). روان شناسی اضطراب. ترجمه مهدی قراچه داغی (چاپ هفتم). تهران: نشر دایره.
- <https://health.abzums.ac.ir> **سوگ و داغ دیدگی در بلا یای طبیعی** قابل دسترس در آدرس.
- شعبانی مفرد، محمد جواد (۱۳۸۹). زیبایی مگ در کلام عارفان. (چاپ اول). قم: انتشارات موج علم.
- شیرازی، مکارم (۱۳۸۷). رساله ی توضیح المسائل. (چاپ هفتاد و یکم). قم: انتشارات امام علی (ع).

- شفایی، محیا، پیامی میترا، امینی کورش وهمکاران(۱۳۹۵)، بررسی اضطراب بین مرگ و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز، مجله دانشکده پرستاری و ماما ییدانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۲۲، شماره ۴، صص ۲۳۸-۲۵.
- ف. فیلیپ رایس(۱۳۸۷). روانشناسی رشد از تولد تا مرگ. ترجمه مهشید فروغان. (چاپ دوم). تهران: انتشارات ارجمند.
- قاسمی نیا، پریسا و نسرین سادات رنجبر مقدم(تیر ۱۳۹۶)، روان شناسی مرگ، مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره نهم، صص ۵۰-۶۳.
- مطهری، مرتضی(۱۳۸۶). مقدمه ای بر جهان بینی اسلامی. قم: انتشارات صدرا.
- مشیری، مهشید(۱۳۷۸). فرهنگ فارسی. تهران: نشر پیکان.
- ملا یوسفی، مجید، و باقری محمد رضا پاییز و زمستان، ۱۳۹۵، انسان جدید و مسئله مرگ: نگاهی به نظریه الیزابت کوبلر راس، دو فصلنامه علمی پژوهشی ادیان، سال دهم، شماره بیستم.
- منصور، خلیل(۵ مرداد، ۱۳۹۱)، حالات زمان مرگ از نگاه قرآن، قابل دسترس در آدرس www.parsian.com

منابع لاتین

- Diverging effects of mortality salience on variety seeking: The different roles of death anxiety and semantic concept activation Zhongqiang (Tak) Huang, Robert S. Wyer Jr. Psychology , olume 58, May 2015, Pages 112–123 Journal of Experimental Social: **Journal**

Investigating death from the viewpoint of the Quran and psychology

Adel Akbari 1 and Behnam Makvandi 2

1 Ph.D. student of public psychology, Islamic Azad University, Ahwaz Research Center

2 PhD in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahwaz Branch, Iran

Abstract

The purpose of this article is to examine and compare the similarities and differences between the two perspectives of the Quran and psychology about death, exposure, therapeutic goals, and therapeutic-care approaches to dying patients and death mourns. Death has a complex concept that can be associated with a lot of pain and suffering. Comparing these two views, psychologists on death and how to deal with the pain and suffering of death, with the Holy Qur'an, which is believed by Muslims to be the most comprehensive (Ma'edah / 3) and moderate (Baqar / 143) method of life, which is the basic principles It will be remarkable for all divine religions (Nisaa / 162). With this in mind, this study aims to investigate death from the point of view of the Quran and psychology, and what factors affect the creation and reduction of fear and anxiety from death. The method of this research is an analytical descriptor that attempts to focus on the existing verses and traditions and the psychological viewpoint of death. The results showed that both views emphasize human desire for immortality and fear of death, and agree that the type of emotional reactions of individuals in the face of death and its acceptance depends on their behavior, personality structure and coping ability with issues and problems The past has life. But the main difference between these two views is the belief in or lack of belief in post-mortem life, which makes a difference in the definition of the operational quality of death, the therapeutic goals, and the type of exposure to death and death.

Key words: Death Psychology, Death, Anxiety and Fear of the Moon, Death (Death, Death, Stefa), Coping Power