

## بررسی اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانه‌های خشم مبتلایان

## به سوگ پیچیده

## Evaluate the efficacy of psychotherapy based on the improve quality of life in reducing anger symptoms in patients with complicated grief

Narges Yousfpoor\*

Lecturer, Department of Psychology and Education,  
PayamNoor Kashmar

Elahe Ahangri

Lecturer, Department of Psychology and Education,  
PayamNoor Kashmar

Mohammad Tahan

Young Researchers and Elite Club, Birjand Branch,  
Islamic Azad University

نرگس یوسف پور (نویسنده مسئول)

مدرس، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور کاشمر

الهه آهانگری

مدرس، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور کاشمر

محمد طحان

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی

## Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of psychotherapy based on improving quality of life on reduction of anger symptoms in complicated patients. In this research, an experimental design with pretest-posttest and control group was performed. The sample group was selected from all the individuals referred to the counseling centers of Kashmar who, based on DSM-V criteria, have diagnosis of complicated mourning symptoms. Were given, were selected. Among the referrals, 30 men (male) were available and randomly assigned into two groups of control and experiment. Both groups responded to the Ziegler multi-dimensional anger questionnaire (pre-test). Then, the experimental group received 8 sessions of psychotherapy based on improving quality of life (Freysh, 2006), while the control group received no previous treatment for this period. Subjects in both groups were then subjected to post-test. For data analysis, covariance analysis was used. The results of covariance analysis showed that after intervention, there was a significant difference between the experimental and control groups in reducing anger symptoms ( $p < 0.01$ ). Regarding Eta squared, 28% of the variance in the post-test scores of anger syndrome was related to the effect of intervention. Improvement in quality of life based psychotherapy has a positive effect on the reduction of anger symptoms in people with complex mourning and this therapy can be used to help people's mental health.

**Keywords:** Anger, Complicated grief, Psychotherapy based on the quality improvement of life

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانه‌های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده انجام شد. در این پژوهش که به روش تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با گمارش تصافی انجام شد گروه نمونه از بین کلیه افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر که بر اساس ملاک‌های DSM-V دارای نشانه‌های سوگ پیچیده تشخیص داده شدند، انتخاب شدند. از بین مراجعه کنندگان به صورت دردسترس ۳۰ نفر (مرد زن) انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار داده شدند. هر دو گروه به پرسشنامه خشم چند بعدی زیگل پاسخ دادند (پیش آزمون). سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۶) قرار گرفتند در حالیکه گروه کنترل در این مدت درمان قبلی خود را بدون تغییر دریافت کردند. سپس آزمودنی‌های هر دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله، تفاوت معنی داری بین گروه آزمایشی و کنترل در کاهش نشانه‌های خشم به وجود آمده بود ( $p < 0.01$ ). با توجه به مجذور اتا بدست آمده ۲۸ درصد از واریانس نمرات پس آزمون نشانگان خشم مربوط به تاثیر مداخله بوده است. روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانه‌های خشم افراد مبتلا به سوگ پیچیده تاثیر مثبت دارد و می‌توان از این شیوه درمانی برای کمک به سلامت و بهداشت روانی افراد استفاده نمود.

**واژگان کلیدی:** خشم، سوگ پیچیده، روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

سوگ واکنش‌های رفتاری، شناختی، روانی و احساسی مختلف به فقدان است و سوگواری شیوه‌ای فرهنگی است که سوگ و غم و اندوه از طریق آن بیان می‌شود (براون و گودمان، ۲۰۰۵). سوگ واکنش پیچیده‌ای است که پس از تجربه‌ی جدایی و مرگ یک عزیز به وجود می‌آید. سوگ از دیدگاه بالینی تلاشی است در جهت برقراری پیوند مجدد، و بهایی است که برای دوست داشتن پرداخته می‌شود (وردن، ۲۰۰۹). سوگ، سوگواری و داغدیدگی اصطلاحاتی هستند که به واکنش‌های روانی بازماندگان یک فقدان بزرگ اطلاق می‌شوند. ابراز سوگ بسته به هنجارها و توقعات فرهنگی و شرایط فقدان (مرگ غیرمنتظره در برابر مرگ قابل انتظار) طیف وسیعی از هیجانات را در بر (سازمان بهداشت روانی، ۲۰۰۸). فرایند سوگ طبیعی توسط احساساتی چون غم و اندوه و خشم فراوان و نشانه‌های جسمی مانند کاهش وزن و بی‌خوابی و یک درگیری ذهنی با مرگ مشخص می‌شود (هورث، ۲۰۱۱). سوگ طبیعی شامل سازش است و این سازش از طریق وظایف خاصی که در طی سوگ اتفاق می‌افتد حاصل می‌شود. این وظایف عبارتند از: پذیرش واقعیت، تجربه کامل دردی که با فقدان در ارتباط است، تنظیم زندگی بدون عزیز از دست رفته، یکپارچه‌سازی نموده‌های عزیز از دست رفته با هویت خود، تبدیل رابطه از یک فعل در حال انجام به یک خاطره، کشف معنی مرگ عزیز، رجوع دوباره به روابط جدید با دیگران (کوهن، ماناریو و کنودسن، ۲۰۰۴). مراحل سوگ طبیعی عبارتند از: ۱- شوک و ناباوری (چند دقیقه تا چند روز یا هفته) رفتارهای جستجو، گریه و زاری، اعتراض ۲- ناراحتی حاد (چند هفته تا چند ماه): ناراحتی‌های جسمی، کناره‌گیری، اشتغال ذهنی، خشم، احساس گناه، بی‌قراری، سراسیمگی، بی‌هدفی، بی‌انگیزشی، همانندسازی با فرد متوفی ۳- (ماه‌ها تا سال‌ها): بازگشت به کار (سازمان بهداشت روانی، ۲۰۰۸).

اگر چه بیشتر مردم قادرند با فرایند سوگ کنار بیایند و به زندگی رو به جلو خود ادامه دهند اما برخی قادر نیستند این امر را با موفقیت سپری کنند، زمانی که فرد سوگوار از انجام درست وظایفش بازداشته می‌شود فرایند سوگ طبیعی پایان می‌یابد و واکنش سوگ دردناک‌تر و ناتوان‌کننده‌تر می‌شود و ممکن است سوگ پیچیده گسترش یابد (مایو، ۲۰۰۷). در واقع در روانپزشکی، سوگ پیچیده به اختلالی گفته می‌شود که علائم غم و اندوه برای حداقل یک ماه پس از شش ماه از سوگ در فرد باقی می‌ماند و در عملکرد وی به طور قابل توجهی اختلال ایجاد می‌کند (شییر، سیمون، وال، زیسوک، نیمیر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). سوگی، سوگ پیچیده در نظر گرفته می‌شود که توانایی فرد را برای از سرگیری فعالیت‌ها و مسئولیت‌های طبیعی به طور مستمر فراتر از شش ماه از سوگ مختل کند. نقطه مناسب برای اختلال سوگ پیچیده ۶ ماه در نظر گرفته شده چرا که مطالعات نشان داده‌اند که اکثر افراد در این مدت قادر به یکپارچه‌سازی سوگ در زندگی خود هستند (دیوائول و زیسوک، ۱۹۷۶؛ بونانو، ورتمن و لهمان، ۲۰۰۲؛ دیوائول، زیسوک و فاسچینگبائور، ۱۹۷۹؛ زیسوک، شوچتر و شوچتر، ۱۹۸۵؛ دوپسون و هارپر، ۱۹۸۳). معیارهای تشخیصی سوگ پیچیده شامل افکار نا سازگارانه و رفتارهای مرتبط با مرگ و با مرحوم، اختلال مستمر در نظم عاطفی در مورد مرگ، انزوای اجتماعی و افکار خودکشی می‌باشد (شییر و همکاران، ۲۰۱۱). سوگ پیچیده ممکن است به اشکال گوناگونی تظاهر کند. افرادی که بیشتر در معرض خطر واکنش سوگ پیچیده قرار دارند عبارتند از: کسانی که به طور ناگهانی یا از طریق حوادث وحشت‌ناک با فقدان مواجه شده‌اند، افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، کسانی که خود را مسئول (واقعی یا خیالی) مرگ می‌دانند، افرادی که سابقه‌ی فقدان‌های آسیب‌زا دارند و کسانی که رابطه‌ای وابسته یا همراه با دوگانگی احساس با شخص از دست رفته داشته‌اند (سازمان بهداشت روانی، ۲۰۰۸). در واقع سوگ پیچیده زمانی روی می‌دهد که برخی وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید، خصوصیات سایکوتیک پیدا می‌کند (فرامرزی، عسگری و تقوی، ۲۰۱۲).

کرستین، براهler، گلیه سمر و واگنر<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای میزان شیوع سوگ پیچیده پس از داغدیدگی اساسی ۶/۷٪ و شیوع سوگ پیچیده در جمعیت عمومی را ۳/۷٪ گزارش کرده‌اند. همچنین عصاره، فیروزکوهی مقدم، کریمی و حسینی (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای میزان شیوع کلی سوگ پیچیده را ۳/۷۳٪ برآورد کردند و نیز نشان دادند بین سوگ پیچیده و دیگر اختلال‌های روانشناختی از قبیل افسردگی

1 - Brown & Goodman

2 - Worden

3 - Mental Health Department

4 - Howarth

5 - Cohen, Mannarino & Knudsen

6 - Mayo

7 - Shear, Simon, Wall, Zisook & Neimeyer

8 - DeVaul & Zisook

9 - Bonanno, Wortman & Lehman

1 - Faschingbauer 0

1 - Zisook, Shuchter & Schuckit 1

1 - Dopson & Harper 2

1 - Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner

و اضطراب رابطه وجود دارد. در تحقیق آنها ۶۰/۷٪ از افراد دارای سوگ پیچیده، مبتلا به اختلال افسردگی بودند. تومیتا و کیتامورا<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) نیز نشان دادند که بسیاری از افراد داغیده در معرض خطر نشانگان افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری‌های جسمی، بدکارکردی سیستم ایمنی، قرار دارند. آوارز (۲۰۱۱) معتقد است که نشانه‌های هیجانی سوگ شامل افسردگی، اضطراب، گنجی، ترس، خشم و ... می‌باشد. برون، آمایاجکسون، کوهن، هندل، بوکانیگرا و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی خشم را به عنوان اولین هیجان ناشی از سوگ معرفی کردند.

خشم یکی از هیجان‌های طبیعی انسان است که در مؤلفه‌های هیجانی دارای جایگاه خاصی است. خشم واکنشی مرتبط با تنیدگی و خصومت است که با قرار گرفتن در موقعیت‌های گوناگونی از ناکامی‌های واقعی یا خیالی، آسیب‌ها، تحقیرها، تهدیدها یا بی‌عدالتی‌ها برانگیخته می‌شود و ممکن است به پاسخ‌های غیرارادی مانند افزایش فشار خون، ضربان قلب، تعریق و افزایش قندخون منجر شود. خشم به طور معمول به یک هدف بیرونی منتقل می‌شود. همچنین واکنش‌های رفتاری می‌تواند طیفی از اجتناب از منشأ خشم تا خشونت کلامی یا رفتاری را در برگیرد (کورسینی، ۱۹۹۹) خشم را یک احساس، حالت ذهنی، روانی و درونی همراه با الگوی تحرکی و فیزیولوژیکی و روان شناختی تعریف می‌کنند (فرهادی، ۲۰۰۹). اسپیلبرگر، ریتربند، سیندمن، ریبر و آنگر<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) خشم را حالت هیجانی روانی زیستی تعریف می‌کنند که با تنش ماهیچه‌ای و برانگیختگی سیستم عصبی خودکار همراه است. خشم یک پاسخ هیجانی شدید به محرومیت و تحریک شدگی است که با افزایش برانگیختگی خودکار و تغییر فعالیت سیستم عصبی مرکزی مشخص می‌شود (کندال، ۲۰۰۰).

اگرچه خشم هیجانی طبیعی و گاهی مفید است، ولی خطرهایی نیز به همراه دارد. وقتی خشم خارج از کنترل و مخرب باشد، می‌تواند به مشکلاتی در کار، روابط بین‌فردی و کیفیت کلی زندگی، منجر شود (شکوهی‌یکتا، به‌پژوه، غباری‌بناب، زمانی و پرند، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که خشم ابراز نشده، خصومت را در درون فرد افزایش می‌دهد و به عملکرد او در موقعیت‌های بین‌فردی، اجتماعی و سازگاری با دیگران، دستیابی به اهداف زندگی، خانوادگی و موقعیت شغلی آسیب می‌رساند (دلوسچنو و اولیرت، ۲۰۰۳). با توجه به عوارض منفی و مخرب فردی و اجتماعی خشم در جایگاه یکی از هیجان‌های منفی، مسئله مهم، مدیریت خشم است. در پژوهش‌های اخیر به هیجان خشم، سنجش و درک پیامدهای خشم و تأثیر مداخلات آموزشی مختلفی توجه شده است (نواکو، رام و بلک، ۲۰۰۰). چنانچه نواکر (۱۹۷۵، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵) به نقل از شکوهی‌یکتا و همکاران، (۲۰۰۹) برنامه آموزش مدیریت استرس را طراحی کرد تا افراد با آن بتوانند برانگیختگی خود را در موقعیت‌های خشم‌انگیز مدیریت کنند. آموزش مدیریت خشم، نوعی رویکرد رفتار درمانی شناختی، با هدف ایجاد تغییر در شناخت و رفتار افراد است، و مولفه‌های تأثیرگذار در روابط بین‌فردی را شامل می‌شود (استرن، ۱۹۹۹). شکوهی‌یکتا، زمانی، محمودی، پورکریمی و اکبری زردخانه (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که مداخلات شناختی رفتاری بر کنترل خشم دانش‌آموزان موثر است. نتایج پژوهش کابوسی و قربانی (۲۰۱۶) نیز حاکی از آن بود که آموزش کنترل خشم به شیوه شناختی رفتاری در کاهش نشانه‌های خشم موثر بوده است. مطالعه اسخودولسکی (۲۰۰۳) نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های کنترل خشم منجر به کنترل خشم می‌گردد. همچنین دوستی، غلامی و ترابیان (۲۰۱۶) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت آزمودنی‌ها موثر است. کاظمینی، قنبری‌هاشم‌آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی زاده (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش خشم تأثیرگذار است. شکیبایی، تهران‌دوست، شهریور و آثاری (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مدیریت خشم موثر است.

تأکید همه مداخلات مدیریت خشم بر تعدیل شدت، طول مدت و فراوانی بیان خشم و افزایش پاسخ‌های غیر پرخاشگرانه در روابط بین‌فردی است. در این آموزش‌ها مهارت‌هایی برای چالش و تغییر رفتارها و تفکرات بیهوده و مهار پاسخ‌های هیجانی شدید با روش

1 - Tomita & Kitamura

2 - Alvarez

3 - Brown, Amaya-Jackson, Cohen, Handel & Bocanegra

4 - Corsini

5 - Spielberger, Ritterband, Syndeman, Reheiser & Unger

6 - Kendall

7 - Delvecchio & Oleiri

8 - Novaco, Ramm & Black

9 - Stern

1 - Suchodolsky

کنترل خود مد نظر است (فیندر و ویسنر، ۲۰۰۶) و کمتر به رضایت از زندگی و کیفیت زندگی افراد توجه شده است. در صورتی که هدف روان‌درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی است. در کیفیت زندگی درمانی مراقبت از خود معادل غنای درونی است و به احساس آرامش عمیق، راحتی، تمرکز، محبت، هشیاری و آمادگی برای رویارویی با چالش‌های روزانه و زندگی و مراقبت از خود به شیوه‌ای اندیشمندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف شده است (فریش، ۲۰۰۶). این رویکرد درمانی بر اساس یک الگوی ۵ راهه اصول و مهارت‌هایی را در حوزه‌های مهم و بارز زندگی آموزش می‌دهد که عبارتند از: شرایط زندگی، نگرش‌ها، معیارهای خرسندی، ارزیابی حیطه‌های رضایت‌مندی بر حسب اهمیت، و رضایت کلی از زندگی (فریش، ۲۰۱۱). این الگو با تغییر این پنج ریشه به مراجعین کمک می‌کند رضایت و شادمانی خود را افزایش دهند. همچنین این روش به ارائه اصولی جهت افزایش شادی می‌پردازد. این اصول از مفاهیم، نگرش‌ها، مهارت‌ها، نقاط قوت و طرح‌واره‌ها یا باورهای مثبت تشکیل می‌شود که به بهبود شادمانی و رضایت‌مندی پایدار از زندگی کمک می‌کند (پاداش، فتحی‌زاده و عابدی، ۲۰۱۱).

فریش معتقد است تجربه‌ی درونی از شادمانی پایدار و رضایت‌مندی می‌تواند اعتماد به نفس، خوش بینی و خودکار آمدی، تفسیر مثبت از دیگران و خوش برخورد بودن، خون گرمی، فعالیت و انرژی، رفتارهای هماهنگ با جامعه، امنیت و سلامت جسمانی، انطباق موثر با چالش‌ها و فشارها، ابتکار، انعطاف‌پذیری و رفتارهای هدفمند را افزایش دهد. همچنین وی معتقد است که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی مانند روان‌درمانی‌های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقای شادی و بهزیستی انسانها از طریق کشف توانمندی و کیفیت زندگی برتر است (فریش، ۲۰۰۶).

از طرفی نتایج تحقیقات حاکی از اثربخشی این رویکرد درمانی در مطالعات مختلف است. برای نمونه خادمی و عابدی (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سلامت روان و کاهش افسردگی تاثیرگذار است. سین و لیوبومیرسکی<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) در تحقیقی نشان دادند که روان‌درمانی‌های مثبت در افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌ها موثر است. شریعتی، ایزدی‌خواه، مولوی و صالحی (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی توانسته‌اند در مرحله‌ی پس‌آزمون به طور معنی‌داری نمرات خودکارآمدی معتادان را نسبت به گروه کنترل افزایش دهد. بولن و وان دن بوت<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم مرتبط با سوگ پیچیده و آسیب‌شناسی روانی نسبت به مشاوره حمایتی موثرتر است. اسلاد<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی بر روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کنار خدمات مرتبط با پزشکی و آموزش برای کارمندان شاغل تاکید می‌کند. پاداش و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی زنان و مردان متأهل موثر است. گرانت، سالسد، هینان<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) در مطالعه‌ای نشان دادند درمان مبتنی بر کیفیت زندگی کاهش میزان افسردگی، افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی موثر است. مرو، مندلوویز، موری و استین<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) نیز نشان دادند که کیفیت زندگی در پیشگیری و درمان اختلالات اضطرابی موثر است.

این در صورتی است که مبتلایان به سوگ پیچیده همواره با مشکلاتی مانند استرس جدایی، اشتغال ذهنی درباره شخص از دست رفته، احساس بی‌هدفی درباره آینده، بی‌حسی، تلخی، مشکل در پذیرش از دست دادن و مشکل در ادامه دادن بدون فرد از دست رفته دست به‌گیریانند و از طرفی سوگ پیچیده با اختلال پس از سانحه، افسردگی، کاهش سلامت روانی-جسمانی، خشم و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است (اسپویج، لاندن‌هویبرتز و بویلین، ۲۰۱۳) و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از جمله درمان‌هایی است که توانایی حل و فصل بسیاری از مسائل و مشکلات روانی را دارد. لذا با توجه به مطالب بیان شده و کمبود تحقیقات داخلی در ارتباط با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانه‌های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانگان خشم مبتلایان به سوگ پیچیده موثر است؟

## روش

<sup>1</sup> - Feindler & Weisner

<sup>2</sup> - Sin & Lyubomirsky

<sup>3</sup> - Boelen & van den Bout

<sup>4</sup> - Slade

<sup>5</sup> - Grant, Salced & Hynan

<sup>6</sup> - Mauro, Mendlowicz, Murray & Stein

<sup>7</sup> - Spuij, Londen-Huiberts & Boelen

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مراجعہ کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر که بر اساس تشخیص روانپزشک مرکز و ملاک‌های DSM-V-TR تشخیص سوگ پیچیده دریافت کرده‌اند، تشکیل می‌دهد. جهت انتخاب نمونه تحقیق از بین کلیه کسانی که به مراکز مراجعه کرده بودند و تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس و داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). ابتدا آزمودنی‌های هر دو گروه مورد مصاحبه بالینی قرار گرفته و به پرسشنامه خشم چند بعدی گزل پاسخ دادند (پیش‌آزمون)، سپس گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه در معرض آموزش روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۶) قرار گرفتند در حالیکه گروه کنترل در این مدت درمان قبلی خود را بدون تغییر دریافت کردند. پس از پایان آموزش مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

### ابزار گردآوری داده‌ها

مقیاس خشم چند بعدی<sup>۱</sup>: این مقیاس یک آزمون ۳۸ سوالی است که توسط زیگل<sup>۲</sup> (به نقل از خدا یاری فرد و لواسانی، ۲۰۰۷)، برای سنجش خشم ساخته شده است. سوال‌های آزمون ۵ بعد خشم‌انگیز، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه، خشم بیرونی و خشم دورنی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً نادرست) تا نمره ۵ (کاملاً درست) می‌سنجد. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خشم چند بعدی در پژوهش‌های خارجی تایید شده است (زیگل، ۱۹۸۶). در فرم فارسی این مقیاس (بشارت، ۲۰۰۷) آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان به ترتیب ۸۸ درصد، ۹۳ درصد، ۷۹ درصد، ۹۴ درصد و ۹۰ درصد محاسبه شد که بیانگر همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب هم‌بستگی بین نمره‌های ۷۶ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله ۲ هفته به ترتیب  $r = 0/65$ ، برای خشم‌انگیزتگی  $r = 0/82$ ، برای موقعیت‌های خشم‌انگیز  $r = 0/70$  برای نگرش خصمانه  $r = 0/86$ ، برای خشم بیرونی  $r = 0/84$ ، برای خشم دورنی  $r = 0/77$ ، محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی رضایت بخش مقیاس است. پرواز، دلاور و درتاج (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ  $0/87$  و از روش آزمون-آزمون مجدد  $0/81$  و نتایج همبستگی بین اجرای اول و دوم در پنج عامل به ترتیب  $0/83$ ،  $0/86$ ،  $0/77$ ،  $0/81$  و  $0/79$  گزارش نمودند. از روش تنصیف به منظور حصول اطمینان استفاده شد که ضرایب پایایی برای هر دو نیمه به ترتیب برابر  $0/85$  (نیمه اول) و  $0/82$  (نیمه دوم) بوده است.  $0/77$  پایایی کل آزمون موردنظر است.

### روند اجرای پژوهش

جهت جمع‌آوری اطلاعات از بین کلیه مراجعہ کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر که بر اساس تشخیص روانپزشک مرکز و ملاک‌های DSM-V-TR تشخیص سوگ پیچیده دریافت کرده بودند و واجد ملاک‌های ورود (گذشت بیش از ۶ ماه از مرگ عزیزشان، ساکن بودن در شهرستان کاشمر، عدم ابتلا به اختلالات روانی و جسمانی دیگر، تمایل به همکاری در تحقیق، توانایی خواندن و نوشتن) به پژوهش را داشتند به طور در دسترس تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. در ابتدا آزمودنی‌های هر دو گروه ابتدا مورد مصاحبه بالینی قرار گرفته و پرسشنامه خشم چند بعدی گزل را تکمیل نمودند (پیش‌آزمون)، سپس گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه در معرض آموزش روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۶) قرار گرفتند در حالیکه گروه کنترل در این مدت درمان قبلی خود را بدون تغییر دریافت کردند. در پایان هر دو گروه به پرسشنامه تحقیق پاسخ دادند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### جلسات روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

|          |   |
|----------|---|
| جلسه اول | معارفه و آشنایی اعضای گروه، تعریف نقش کیفیت زندگی در سلامت روان و بهزیستی افراد، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان جهت حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد. |
| جلسه دوم | مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضا گروه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل آفرین اعضا، تکنیک «یادداشت موفقیت تکنیک» سوال نکنید خلاصه بحث، ارائه بازخورد.  |

1- Multi-dimentional Anger Inventory(MAI)

2-Siegel

|            |  |
|------------|--|
| جلسه سوم   | مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی ۵ ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی، تعریف اهداف در زندگی. تهیه لیستی از نقشه‌های زندگی قدیمی خود، یا عقاید متناقض، سپس ترسیم یک نقشه زندگی جدید از رضایت از زندگی و در نهایت از اعضا خواسته میشود که این نقشه جدید، را در زندگی آینده خود تست کنند. و آن را ارزیابی کنند که تا چه حد، باعث شادی و رضایت از زندگی، در آنها شده است. |
| جلسه چهارم | مرور جلسه قبل، نقش ارتباطات در رضایت از زندگی و افزایش بهزیستی و شادمانی افراد، فن نامه‌نگاری و آگاه‌سازی، بازسازی شناختی و هدف‌گذاری، مهارت‌سازی و تمرین مهارت‌های ارتباطی و انگاره‌های ارتباط‌محور. بحث پیرامون ۵ ریشه، معرفی نگرش به عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی.  |
| جلسه پنجم  | مرور جلسه قبل، بحث پیرامون ۵ ریشه، معرفی نقش پول و معیارهای مطلوب آن در زندگی و داشتن رضایت خاطر در این بخش از جلسه وضعیت مالی اعضای گروه مورد بررسی قرار می‌گیرد، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به عنوان استراتژی سوم، چهارم و پنجم جهت افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی.  |
| جلسه ششم   | مرور جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت.  |
| جلسه هفتم  | مرور جلسه قبل، معرفی نقش خانه، محله، جامعه یا محیط اطراف (همسایه‌ها) در سلامت جسمانی و روانی ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط.   |
| جلسه هشتم  | ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، بحث درباره نقش بازی و تفریح، در رضایت خاطر و برخورداری از بهزیستی ذهنی جمع بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی   |

### یافته ها

در این پژوهش ۵۰ درصد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و ۵۰ درصد در گروه کنترل قرار گرفتند. ۲۲ نفر (۷۳٪) از آزمودنی‌ها زن و ۸ نفر (۲۷٪) مرد بودند. نتایج آزمون  $\chi^2$  مربوط به تفاوت جنس با توجه به مقدار  $\chi^2$  و سطح معنی داری ( $p > 0/05$  و  $\chi^2 = 0/68$ ) که بزرگتر از ۰/۰۵ است نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل به لحاظ جنسیت تفاوت معنی دار وجود ندارد. همچنین از مجموع ۱۵ نفر گروه آزمایش ۲ نفر زیر ۲۵ سال، ۵ نفر بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۳ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ سال و از مجموع ۱۵ نفر گروه کنترل ۲ نفر زیر ۲۵ سال، ۳ نفر بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۵ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ سال سن داشتند. نتایج آزمون  $\chi^2$  مربوط به تفاوت سن با توجه به مقدار  $\chi^2$  و سطح معنی داری ( $p > 0/05$  و  $\chi^2 = 1/00$ ) که بزرگتر از ۰/۰۵ است نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل به لحاظ سنی تفاوت معنی دار وجود ندارد. قبل از تحلیل داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. از مهمترین این مفروضه‌ها مفروضه نرمال بودن است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌های توزیع روش شاپیرو-ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک برای تمامی متغیرها محاسبه شد (جدول، ۱).

جدول (۱) بررسی مفروضه نرمال بودن متغیر پژوهش

| متغیر                   | آزمون شاپیرو ویلک برای نرمال بودن           |
|-------------------------|---|
| نشانه‌های خشم پیش آزمون | آماره<br>سطح معنی داری (P)<br>۰/۹۴۵<br>۰/۱۲ |
| نشانه‌های خشم پس آزمون  | آماره<br>سطح معنی داری (P)<br>۰/۹۶۲<br>۰/۳۴ |

آنگونه که جدول (۱) نشان می‌دهد مقدار آماره شاپیرو ویلک و سطح معنی داری آن که بزرگتر از ۰/۰۵ است حاکی از عدم تخطی از مفروضه نرمال بودن است. در جدول شماره (۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. آنگونه که در جدول ۲ مشخص است بین

میانگین نمره نشانه های خشم گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوتی معنی دار وجود ندارد، در حالی که این تفاوت در پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل در سطح الفای ۰/۰۱ معنی دار است.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نشانه های خشم پیش و پس آزمون گروه های کنترل و آزمایش

| متغیر         | گروه   | تعداد | میانگین  | انحراف استاندارد | میانگین تفاوت ها | نتایج آزمون t |      |
|---------------|--------|-------|----------|------------------|------------------|---------------|------|
|               |        |       |          |                  |                  | t             | df   |
| خشم پیش آزمون | آزمایش | ۱۵    | ۱۲۴/۳۳۳۳ | ۱۵/۲۲۹۹۸         | ۱/۴۰             | -۰/۰۸         | ۲۸   |
|               | کنترل  | ۱۵    | ۱۲۳/۸۶۶۷ | ۱۴/۰۵۰۲۵         |                  |               |      |
| خشم پس آزمون  | آزمایش | ۱۵    | ۹۳/۴۶۶۷  | ۲۴/۳۵۴۱۳         | ۵/۶۶             | ۳/۰۳          | ۰/۲۸ |
|               | کنترل  | ۱۵    | ۱۱۵/۶۶۶۷ | ۱۴/۵۸۷۹۹         |                  |               |      |

از آنجا که در پژوهش حاضر نمره پیش آزمون نشانه های خشم به عنوان متغیر همپراش شناخته شد برای تعیین تأثیر آن بر پس آزمون، تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیری صورت گرفت. نتایج بررسی پیش فرض های آماری نشان داد پیش شرط تساوی واریانس ها (با استفاده از آزمون لوین)  $(F(df=28,1) = 0.57 P > 0.05)$  و آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش معنی دار نیست) و استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع است  $(P > 0.05)$   $F(2, df=2) = 2.43$ . در جدول (۳) نتایج ANCOVA شامل مجموع مجذورات (SS)، میانگین مجذورات (MS)، مقدار F درجات آزادی (df)، سطح معنی داری (p) و مجذور اتای سهمی  $N^2$  جهت تعیین اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش نشانه های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده ارائه شده است.

جدول (۳) خلاصه ANCOVA برای تعیین اثر بخشی روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش نشانه های خشم

مبتلایان به سوگ پیچیده

| منابع تغییرات          | SS      | df | MS      | F     | P    |
|------------------------|---------|----|---------|-------|------|
| نمره های خشم پیش آزمون | ۱۴۶۳/۴۹ | ۱  | ۴/۰۲    | ۰/۰۶  | ۰/۱۳ |
| اثر اصلی (آموزش)       | ۳۷۷۲/۳۵ | ۱  | ۳۷۷۲/۳۵ | ۰/۰۰۳ | ۰/۲۸ |
| خطای باقی مانده        | ۹۸۱۹/۵۷ | ۲۷ | ۳۶۳/۶۸  |       |      |

نتایج ANCOVA نشان می دهد که با حذف اثر نمره های نشانه های خشم پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی متغیر آموزش بر نمره های نشانه های خشم پس آزمون معنی دار است. به عبارت دیگر جدول نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات نشانه های خشم شرکت کنندگان گروه آزمایش - کنترل بر حسب ضویت گروهی در مرحله پس آزمون با ۹۹ در صد اطمینان معنی دار می باشد  $(P < 0.01)$ . با توجه به مجذور اتا بدست آمده ۲۸ در صد از واریانس نمرات پس آزمون نشانه های خشم مربوط به تأثیر مداخله بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر نشانه های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله، تفاوت معنی داری بین گروه آزمایشی و کنترل، در کاهش متغیر خشم به وجود آمده بود. این یافته بدین معنی است که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانه های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش هم راستا با تحقیق بولن و وان دن بوت (۲۰۰۷) می باشد آنها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر کاهش خشم افراد مبتلا به سوگ پیچیده مؤثر است. کاظمینی، قنبری هاشم آبادی، مدرس غروی و اسماعیل زاده (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش خشم تأثیرگذار است. شکیبایی، تهرانی دوست، شهرپور و عساری (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مدیریت خشم مؤثر است. در حالیکه این تحقیق به اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانه های خشم پرداخته است. همچنین نتایج تحقیق حاضر هم سو و هم جهت با نتایج تحقیقات سین و

لیبومیرسکی (۲۰۰۹)؛ شریعتی، ایزدخواه، مولوی و صالحی (۲۰۱۳)؛ اسلاد (۲۰۱۰)؛ پاداش و همکاران (۲۰۱۱)؛ گرانت، اسلاد و هینان<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) بود. نتایج تحقیقات آنها نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش ذهنی، خودکارآمدی، کیفیت زندگی، کاهش افسردگی و درمان اختلالات اضطرابی موثر است. این در صورتی است که پژوهش حاضر به تاثیر این درمان بر کاهش نشانه‌های خشم مبتلایان به سوگ پرداخته است.

در حوزه روانشناسی، فشارهای روانی و مشکلات به دسته‌های مختلف تقسیم می‌شوند که در بعضی مواقع آدمی با استفاده از توان و استعداد خود یا دیگری، می‌تواند آنها را حل کرده یا تغییر دهد و بعضی مسائل نیز هست که صرفاً باید آنها را تحمل کرد. مرگ از مقوله دوم است. یعنی ما نمی‌توانیم آن را حذف کنیم. بهتر است بگوئیم که سهم هر کس از مرگ عادلانه بوده و سهم هیچ کس ضایع نمی‌شود! پس می‌توان گفت که مرگ حتمی است و چون به «وجود» ما مربوط می‌شود، اساسی و بیشتر اوقات تنش‌زا است (ولی‌پور، ۲۰۱۶).

واکنش‌های فرد طی فرایند سوگ، واکنش‌های جسمی و روانشناختی است، واکنش‌های جسمی شامل یک سری مشکلات گوارشی، دردهای بدنی و کاهش سیستم ایمنی است. واکنش‌های روانشناختی شامل غمگینی، اضطراب، خشم، احساس گناه، اشکال در تمرکز، اشکال در توجه، احساس تنهایی، اشتغال ذهنی با مرگ، بی‌قراری، گریه کردن و گوشه‌گیری است که این علائم بسته به وضعیت جسمی و روانی فرد، عوامل اجتماعی، فرهنگی و مذهبی او متفاوت است. سوگ یک واکنش طبیعی است و این طبیعی است که فرد این واکنش‌ها را برای مدت زمانی از خود نشان دهد و نیاز به درمان ندارد مگر اینکه این علائم با گذشت زمان، روند رو به کاهش نداشته باشد و در عملکرد شخص اختلال ایجاد کند. که در این صورت نیاز است که به فرد کمک شود در این تحقیق روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به عنوان مداخله استفاده گردید. روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی یک روش جدید است که توسط فریش در ۲۰۰۶ ارائه گردیده است. به نظر می‌رسد این روش بتواند به افراد در بهبود کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های خشم کمک نماید. کیفیت زندگی درمانی، انسجام به هم پیوسته شناخت درمانی و روانشناسی مثبت است که با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی بک و نظریه‌ی شناختی افسردگی و آسیب روانی هماهنگ است. روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شامل رویکردی برای افزایش رضایت در زندگی است. و دیدگاهی کلی به زندگی دارد و هر مرحله از مداخله با اهداف کلی زندگی مراجع در حیطه‌های ارزشمند و مهم زندگی مرتبط است. به طوری که مراجعان ارتباط مستقیمی بین یک مداخله یا تکلیف خانگی و تحقق مهمترین نیازها، اهداف و خواسته‌های خود مشاهده می‌کنند.

استنبوگ و هولزمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) معتقد است روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی باعث افزایش خودیابی حرفه‌ای یا غنای درونی در افراد می‌گردد و از افسردگی پیشگیری می‌کند. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی یک رویکرد، کل‌نگر است که به سلامت‌روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل، را در بافت کیفیت زندگی اصلاح کند. همچنین این رویکرد با استفاده از اصولی مثل تکنیک له و علیه، تغییر طرح‌واره‌ها و کنترل هیجانی، تنفس ذهن آگاهانه، تکنیک تحریف/سوگیری، نوشتن نامه، به مراجعین آموزش می‌دهد که در موقعیت‌های خشم‌انگیز با توجه به نتیجه و پیامد رفتار پرخاشگرانه به کنترل هیجان خشم خویش بپردازند. در واقع این رویکرد نوعی معنادرمانی است و به مراجعان کمک می‌کند تا معنادارترین چیزی که برای سلامت و کنار آمدن با سوگ و کاهش خشم آنها هم در حال حاضر و هم در طی دوره‌ی زندگی‌شان وجود دارد را بیابند. چرا که معناداری در زندگی در تماس با امید، می‌تواند باعث افزایش شادی و رضایت از زندگی می‌شود و به نوبه‌ی خود کاهش خشم گرد. روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی طرح و چارچوبی برای افزودن نظریه و مداخله‌های روانشناسی مثبت‌نگر به فعالیت بالینی یا روانشناسی منفی‌نگر است. چنین مفهوم‌سازی شناختی در دست‌یابی به هدف و رضایت‌مندی از زندگی کاملاً با نظریه‌ی شناختی بک هماهنگ است و به بسط و گسترش فرایندهای شناختی خاصی می‌پردازد. این فرایند به فعال‌سازی سبک‌های شناختی سازنده منجر می‌شود. شناخت درمانی به فرد کمک می‌کند که شناخت‌ها را با شواهد عینی محک بزند و تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نماید و شناخت جدید و سازگارانه‌تری درباره مسائل بدست آورد. یکی از نقش‌های اساسی که بهبود کیفیت زندگی در برنامه‌های مداخله‌ای شناخت درمانی و روان‌شناسی مثبت‌نگر دارد، مبتنی بر کاربرد مدل پنجگانه رضایت از زندگی در حل مسئله، مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر و بهبود کیفیت زندگی است (فریش، ۲۰۱۱). همچنین در این شیوه‌ی درمانی شخص با شناسایی نشانه‌های استرس، نگرانی و خشم و انجام تمرین‌های آرامش به حل مسئله برسد. این اشخاص نخستین علائم استرس را شناسایی می‌کنند و آموزش می‌بینند که با موقعیت موجود به گونه‌ای برخورد کنند

<sup>1</sup> - Grant, Salced & Hynan

<sup>2</sup> - Stanbook & Holzmann

که برای خودشان و دیگران در دراز مدت بهترین نتیجه را داشته باشد. آگاهی از تنش جسمانی که باعث می‌شود احساسات منفی تشدید شود با تنفس عمیق و انجام تمرین آرامش عضلانی باعث کاهش اضطراب و خشم در این افراد می‌شود. همچنین نگرانی اغلب شامل فکر کردن درباره‌ی اموری است که احتمال تغییر آن‌ها ضعیف و بعید است. این شیوه درمانی با آموزش تنفس ذهن آگاهانه به تدریج از افکار مزاحم آگاه می‌شود و آن‌ها را تحت کنترل خود در می‌آورد و اضطراب و خشم کاهش می‌یابد. همچنین به فرد کمک می‌شود که روابط و دوستی‌های دیگر را که قبلاً به آن‌ها توجهی نداشته است شناسایی کند و آن‌ها را نیز مغتنم بشمارد و در حیطه‌های دیگر زندگی مثل یادگیری نیز پیشرفت کند و رضایت‌مندی در زمینه‌های اجتماعی که قبلاً آسیب دیده بود را ترمیم کند و باعث کاهش عواطف منفی مثل خشم، اضطراب، و افسردگی می‌شود. همچنین با تمرین همدردی و دلسوزی، تنفر که منشا خشم است، کنار گذاشته می‌شود و خشم کاهش می‌یابد (فریش، ۲۰۱۱).

همچنین در این پژوهش با استفاده از تکنیک پیشگیری از عود، به مراجعان کمک شد تا توجه و تمرکز و چارچوب مثبتی جهت دنبال کردن اهداف زندگی به دست آورند. انتظار می‌رود چنین هدف جویی در رابطه با اهداف زندگی پس از پایان درمان نیز ادامه داشته باشد. زیرا اکثر مداخله‌ها و مهارت‌ها در روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، به شکل روزمره در می‌آیند و عادت‌هایی می‌شوند که به طور روزانه تمرین و تقویت می‌شوند، و انتظار این است که برخی از این عادت‌ها مدت‌ها پس از پایان درمان نیز تداوم داشته باشند. با توجه به نکاتی که عنوان شد می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کاهش نشانه‌های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده موثر بوده است. و بر این اساس این شیوه‌ی درمانی می‌تواند روشی موثر برای کنترل خشم افراد داغ‌دیده باشد و پیشنهاد می‌شود به عنوان یک مدل درمانی در موارد مشابه مورد استفاده قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم اعتماد و مقاومت بعضی از مبتلایان به سوگ به خاطر شرایط خاصشان در جلسات اولیه اشاره کرد که کمی کار محقق را سخت می‌کرد و حتی گاهی باعث ناامیدی می‌شد. همچنین پرسشنامه‌های تحقیق جنبه خودگزارشی دارند و مانند سایر پرسشنامه‌ها خالی از اشکال سوگیری در پاسخگویی به پرسشنامه نیستند، خودارزنده‌سازی مشکل دیگری در پاسخگویی به این پرسشنامه‌هاست.

## منابع

- Alvarez C. A (2011). *bereavement camp and support program for Latino children coping with the loss of a parent: A grant proposal*, Doctoral dissertation, California State university, Long Beach.
- Basharat M. A. (2007). *Evaluate the psychometric properties Multidimensional Anger*. Research report Tehran University.
- Boelen PA, van den Bout J. (2007). Examination of proposed criteria for complicated grief in people confronted with violent or nonviolent loss. *Death Stud*, 31, 155-164
- Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol*, 83:1150-1164.
- Brown E J, Amaya-Jackson L, Cohen J, Handel S, Bocanegra HTD, Zatta E, Mannarino, A. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Stud*, 32(10), 899-923.
- Brown EJ, Goodman RF. (2005). Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 34, 248259.
- Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43, 1225-1233.
- Corsini RJ. (1999). *The Dictionary of Psychology*. Philadelphia: Branner/Mazel.
- Delvecchio T, Oleiri D. (2008). Effectiveness of angry: treatment specific angry problems: A Meta analysis review. *J Clin Psychol*, 38, 287 - 288.
- DeVaul RA, Zisook S, Faschingbauer TR. (1979). Clinical aspects of grief and bereavement. *Prim Care*, 6, 391-402.
- DeVaul RA, Zisook S. (1976). Psychiatry. unresolved grief. Clinical considerations. *J Postgrad Med*, 59,267-271.
- Doosti P, Gholami S, Torabiyani, S. (2016). Treatment effectiveness based on acceptance and commitment in reducing aggression in students suffering from Internet addiction. *J Health Care*, 18 (1), 63-72. [In Persian].
- Dopson CC, Harper MB. (1983). Unresolved grief in the family. *Am Fam Physician*, 27, 207-211.
- Faramarzi S, Asgari K, Taghva, F. (2012). The effect of cognitive-behavioral therapy on the rate of high school students compatibility suffering from abnormal grief. *J Behav Sci Res*, 10 (5), 373-382. [In Persian].
- farhadi M. (2009). *Effects anger expression and control styles and trait anxiety on cardiovascular reactivity*, Dissertation. Tehran University.
- Feindler E.L, Weisner S. (2006). *Yout anger management treatment for school violence prevention*. In S. R. Jimerson & M. Furlong (Eds), *Handbook of school violence and school safety: From Research to practice*, 353363. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frisch M B. (2006). *Quality or Life Therapy*. The John Wiley & Sons Press.
- Frisch M B. (2011). *Quality or Life Therapy*. Transletor. Khamse A. Tehran: Arjmand Press. [In Persian].

- Grant GM, Salced V, Hynan LS. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychol Rep*, 1203-8.
- Health and Medical Education Ministry (2008). *Care Instructions of adult psychiatric diseases*. Mental Health Department. [In Persian].
- Howarth R. (2011). Concepts and Controversies in Grief and Loss. *J Ment Health Couns*, 33(1), 410
- Kaboosi, M. B, & Ghorbani A. (2016). Anger control cognitive and behavioral education impact on adolescents with conduct disorder. *Exceptional Educ*, 16 (1), (138 Successive): 23-30. [In Persian].
- Kazemaini T, Ghanbarihashemabadi B. A, Modarresgharavi M, & Smaealzadeh M. (2011). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy group in reducing anger and aggressive driving, *J Clin Psychol*, 3(2), 1-11. [In Persian].
- Kendall P.C. (2000). Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral.
- Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J affective disorder*, 131(1),339-343.
- Khadmi M. J, & Abedi M. R. (2015). Effectiveness of psychotherapy based on the quality of life on mental health in Isfahan blind girl. *Knowl Res Appl Psychol*, 16 (4), 32-44. [In Persian].
- Khodayarifard M, Lavasani M. Gh. A, Akbare Zardkhaneh S, & Liaghat S. (2007). *investigate the psychometric and standardization properties of Spielberger's trait anger expression inventory state 2 among the students of Tehran University. According to the research plan*. Faculty of Psychology and Educational Sciences. [In Persian].
- Mauro V, Mendlowicz MD, Murray B, Stein MD. (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *Ame J Psychiatre*, 15(5), 105-13.
- Mayo C. (2009). *Complicated grief*. Retrieved June 5, from <http://www.mayoclinic.com/health/complicatedgrief/DS01023>. 2007.
- Novaco RW, Ramm M, Black L. (2000). *Anger treatment with offenders*. In C. R. Hollin (Ed), Handbook of offender assessment and treatment. Chichester: Wiley.
- Osare M, Firoozkoohimoghaddam M, Karimi M, Hosseini M. (2014). Complicated grief: Epidemiology cross sectional-descriptive study in Iran. *J Psychol Psychiatry*, 1(2), 40-46. [In Persian].
- Padash Z, Fatehizadeh M, & Abedi M. (2011). Effectiveness of psychotherapy training based on the quality improvement of life on the wives's welfare. *J fam Consult Psychother*, 1(1): 115-130. [In Persian].
- Parvaz R, Delavar A, & Dortaj F. (2011). Construction and standardization of Multidimensional Anger Scale in Gilangharb city high school students in the academic year 86-87. *J Educ Meas*, 5 (2), 42- 66. [In Persian].
- Shakibae F, Tehranidoost M, Shahrivar Z, Athari Sh. (2004). Anger management therapy group with cognitive – behavior approach in adolescents. *Cognit Sci News*, 1(2), 59-66. [In Persian].
- Shariati M. I, Izadikhah Z, Molavi H, Salehi M. (2013). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy group with treatment based on the quality improvement of life on self-addicts. *J Behav Sci Res*, 11 (4), 279-288. [In Persian].
- Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, Reynolds C, et al. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression Anxiety*, 28(2), 103-17.
- Shokoohiyekta M, Behpajoo A, Ghobaribanab B, Zamani N, & Parand A. (2009). Anger management skills education impact on anger control in students' mothers with mental retardation and slow learning. *Res Exceptional Child*, 8(4), 369-358. [In Persian].
- Shokoohiyekta M, Zamani N, Mahmoodi, M, Poorkarimi J, Akbarzardkhanh, S. (2014). The impact of cognitive and behavioral interventions on high school students anger control. *Clin Pers Psychol*, 21 (11), 61-70. [In Persian].
- Siegel JM. (1986). The multidimensional Anger Inventory. *J Pers soc psychol*, 51, 191-200
- Sin N, Lyubomirsky S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptom with positive psychology intervention: A practice friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*, 65 (3), 467-487.
- Slade M. (2010). Mental illness and wellbeing: the Central importance and positive psychology andrecovery approaches. *Heal Serv Res*, (10), 1-13.
- Spielberger C, Ritterban L, Syndeman S, Reheiser E, Unger K. (1995). *Assessment of emotional states and personality traits: Measuring psychological vital signs*. In J. N. Butcher (Ed.). Clinical personalityAssessment: practical approaches. New York: Oxford University Press.
- Spuij M, Londen-Huiberts AV, Boelen PA. (2013). Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief in Children: Feasibility and Multiple Baseline Study. *Cognit Behav Pract*, 20, 349- 361.
- Stanbook I, Holzmann I. (2000). *Quality of life and health: concept, methods and application*. Oxford: Black well science.
- Stern SB. (1999). Anger management in parent adolescent conflict. *Am J Fam Ther*, 27, 181-193.
- Suchodolsky D. (2003). cognitive behavioral therapy for anger in children and adolosense : A Meta analysis. *J Aggression Violence*, 9, 247 -289.
- Tomita T, Kitamura, T. (2002). Clinical and Research Measures of Grief: An econsideration. *Compr Psychiatry*, 43 (2), 95-102.
- Valypoor M. (2016). *Grief and its stages*. <http://www.drvalipour.ir/11/02/2016>. [In Persian].
- Worden JW. (2009). *Grief counseling and s Gref Therapy, Ahandbook for the mental health practitioner*. springer publishing company, LLC.
- Zisook S, Shuchter S, Schuckit M. (1985). Factors in the persistence of unresolved grief among psychiatric outpatients. *Psychosomatics*. 26, 497-503.