رویش روان شناسی، سال ۸، شماره۵، شماره پیاپی ۳۸، مرداد ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(5), 2019

بررسی اثر بخشی روان‌درمانی 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

نرگس یوسف پور (نویسنده مسئول)
مدرس، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور کاشمر
الهه آهنگری
مدرس، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور کاشمر
محمد طحان
باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی

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

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی روان‌درمانی 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 وگروه کنترل با گمارش تصادفی انجام شد گروه نمونه از بین کلیّه افراد مراجعه‌کننده 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 (پیش‌آزمون). 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 پس‌آزمون قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایشی و کنترل در کاهش نشانه های خشم به وجود آمده بود ($p < ۰/۰۱$). با توجه به مجذور اتا بدست آمده ۲۸ درصد از واریانس نمرات پس آزمون نشانگان خشم مربوط به تاثیر مداخله بوده است. روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت‌زندگی 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، روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت :** مهر ۹۶ **پذیرش:** آذر ۹۶ **ویرایش نهایی** : مهر۹۸

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

مقدمه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

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 می شود (براون و گودمان[1] ۲۰۰۵). سوگ واکنش پیچیده‌ای ا ست 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[2] ۲۰۰۹). سوگ، سوگواری و داغدیدگی اصطلاحاتی هستند که به واکنش‌های روانی بازماندگان یک فقدان بزرگ اطلاق می شوند. 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[3] 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[4] 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 نمودهای 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[5] 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): ناراحتی های جسمی، کناره گیری، اشتغال ذهنی، خشم، احساس گناه، بی قراری، سراسیمگی، بی هدفی، بی انگیزشی، همانندسازی با فرد متوفی ۳- (ماه ها تا سال ها): بازگشت به کار (سازمان بهداشت روان، 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 ناتوان کننده‌تر می شود و ممکن است سوگ‌پیچیده گسترش یابد (مایو[6] ۲۰۰۷). در واقع در روانپزشکی، سوگ پیچیده به اختلالی گفته می شود 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[7] و همکاران، ۲۰۱۱). سوگی، سوگ پیچیده در نظر گرفته می‌شود که توانایی فرد را برای از سر گیری 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[8] ۱۹۷۶؛ بونانو، ورتمن و لهمان[9] ۲۰۰۲؛ دیوائول، زیسوک و فاسچینگبائور[10] ۱۹۷۹؛ زیسوک، شوچتر و شوچتر[11] ۱۹۸۵؛ دوپسون و هارپر[12] ۱۹۸۳). معیارهای تشخیصی سوگ پیچیده شامل افکار ناسازگارانه 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: کسانی‌که به طور ناگهانی یا از طریق حوادث وحشت‌ناک با فقدان مواجه شده‌اند، افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، کسانی‌که 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 روان، 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، براهلر، گلیسمر و واگنر[13] (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای میزان شیوع سوگ پیچیده پس از داغدیدگی اسا سی 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
[10] - Faschingbauer
[11] - Zisook, Shuchter & Schuckit
[12] - Dopson & Harper
[13] - Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

و اضـــطراب رابطه وجود دارد. در تحقیق آنها ۶۰/۷٪ از افراد دارای ســـوگ پیچیده، مبتلا به اختلال افســـردگی بودند. تومیتا و کیتامورا[1] (۲۰۰۲) نیز نشـــان دادند که بســـیاری ار افراد داغدیده در معرض خطر نشـــانگان افســـردگی، اختلالات اضـــطرابی، بیماری‌های جســـمی، بدکارکردی سیستم ایمنی، قرار دارند. آلوارز[2] (۲۰۱۱) معتقد است که نشانه‌های هیجانی سوگ شامل افسردگی، اضطراب، گیجی، ترس، خشم و ... می‌باشد. برون، آمایاجکسون، کوهن، هندل، بوکانیگرا[3] 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 بی‌عدالتی ها برانگیخته می شود 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 می شود. همچنین واکنش‌های رفتاری می‌تواند طیفی از اجتناب از منشأ خشم تا خشونت کلامی یا رفتاری را در برگیرد (کورسینی[4] ۱۹۹۹) خشم را یک احساس، حالت ذهنی، روانی و درونی همراه با الگوی تحریکی و فیزیولوژیکی و روان شناختی تعریف می‌کنند (فرهادی، ۲۰۰۹). اسپیلبرگر، ریتربند، سیندمن، ریسر و آنگر[5] (۱۹۹۵) خشم را حالت هیجانی روانی زیستی تعریف می‌کند 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 می شود (کندال[6] 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 بین فردی، اجتماعی و سازگاری با دیگران، دستیابی به اهداف زندگی، خانوادگی و موقعیت شغلی آسیب می‌رساند (دلوسچئو و اولیرت[7] 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[8] ۲۰۰۰). چنانچه نواکر (۱۹۷۵، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵؛ به نقل از شـــکوهی‌یکتا و همکاران، ۲۰۰۹) برنامه آموزش مدیریت اســـترس 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 تاثیرگذار در روابط بین فردی را شامل می شود (استرن[9] ۱۹۹۹). شکوهی‌یکتا، زمانی، محمودی، پورکریمی و اکبری زردخانه (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که مداخلات شناختی رفتاری بر کنترل خشـم دانش‌آموزان موثر اسـت. نتایج پژوهش کابوسـی و قربانی (۲۰۱۶) نیز حاکی از آن بود که آموزش کنترل خشـم به شـیوه شناختی رفتاری در کاهش نشانه های خشم موثر بوده است. مطالعه اسخودولسکی[10] (۲۰۰۳) نیز نشان داد که آموزش مهارتهای کنترل خشـم منجر به کنترل خشـم می‌گردد. همچنین دوسـتی، غلامی و ترابیان (۲۰۱۶) نشـان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت آزمودنی‌ها موثر است. کاظمینی، قنبری‌ها شم‌آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی زاده (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش خشم تاثیرگذار 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 پاسخ های غیر پرخاشگرانه در روابط بین فردی 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
[10] - Suchodolsky

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

کنترل خود مد نظر ا ست (فیندر و ویسنر[1] ۲۰۰۶) و کمتر به ر ضایت از زندگی و کیفیت زندگی افراد توجه شده ا ست. در صورتی که هدف روان درمان‌های 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 باارزش زندگی آموزش می‌دهد که عبارتند از: شرایط زندگی، نگرش ها، 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 ر ضایت و شادمانی خود را افزایش دهند. همچنین این روش به ارائه‌ی 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 چالش ها و فشارها، ابتکار، انعطاف‌پذیری و رفتارهای هدفمند را افزایش دهد. همچنین وی معتقد است که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی مانند روان درمانی‌های مثبت به دنبال مطالعه و ارتقائ 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 لیبومیرسکی[2] (۲۰۰۹) در تحقیقی نشان دادند که روان درمانی‌های 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 خودکارامدی معتادان را نسبت به گروه کنترل افزایش دهد. بولن و وان دن بوت[3](۲۰۰۷) در پژوهشی گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری در بهبود علائم مرتبط با سوگ پیچیده و آسیب شناسی روانی نسبت به مشاوره حمایتی موثرتر است. اسلاد[4](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 متاهل موثر است. گرانت، سالسد، هینان[5](۱۹۹۵) در مطالعه‌ای نشان دادند درمان مبتنی بر کیفیت زندگی کاهش میزان افسردگی، افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی موثر است. مرو، مندلویز، موری و استین[6] (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 بی هدفی درباره آینده، بی حسی، تلخی، مشکل در پذیرش از دست دادن و مشکل در ادامه دادن بدون فرد از دست رفته دست به گریبانند 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[7] 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 روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانگان خشم مبتلایان به سوگ پیچیده موثر است؟

روش

[1] - Feindler & Weisner
[2] - Sin & Lyubomirsky
[3]- Boelen & van den Bout
[4] - Slade
[5] - Grant, Salced & Hynan
[6] - Mauro, Mendlowicz, Murray & Stein
[7] - Spuij, Londen-Huiberts & Boelen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیّه مراجعه‌کنندگان 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 دردسترس و داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه۱۵نفر). 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 مجددا از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

ابزار گردآوری داده ها

مقیاس خشم چند بعدی:[1] این مقیاس یک آزمون ۳۸ سوالی است که توسط زیگل[2] (به نقل از خدا یاری فرد و لواسانی، ۲۰۰۷)، برای سنجش خشم ساخته شده است. سوال‌های آزمون ۵ بعد خشم انگیختگی، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه، خشم بیرونی و خشم دورنی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملا نادرست) تا نمره ۵ (کاملا 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 = ۰/۶۵، برای خشم‌انگیختگی r = ۰/۸۲، برای موقعیت‌های خشم‌انگیز r = ۰/۷۰ برای نگرش خصمانه r = ۰/۸۶، برای خشم بیرونی r = ۰/۸۴، برای خشم درونی r = ۰/۷۷، 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 ۰/۸۷ و از روش آزمون- آزمون مجدد ۰/۸۱ و نتایج همبستگی بین اجرای اول و دوم در پنج عامل به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش نمودند. از روش تنصیف به منظور حصول اطمینان استفاده شد که ضرایب پایایی برای هر دو نیمه به ترتیب برابر ۰/۸۵ (نیمه اول) و ۰/۸۲ (نیمه دوم) بوده است. ۰/۷۷ پایایی کل آزمون موردنظر است.

روند اجرای پژوهش

جهت جمع‌آوری اطلاعات از بین کلیّه مراجعه‌کنندگان 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 اختلالهای روانی و جسمانی دیگر، تمایل به همکاری در تحقیق، توانایی خواندن و نوشتن) به پژوهش را داشتند به طور دردسترس تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه۱۵نفر) 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 روان‌درمانی 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 پیش آزمون، 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)
2Siegel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

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 میشودکه این نقشه جدید، را در زندگی آینده خود تست کنند. وآن 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 ۱و۲، 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 می گیرد، 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 پژوهش۵۰ درصد آزمودنی ها در گروه آزمایش و۵۰ درصد در گروه کنترل قرار گرفتند. ۲۲ نفر (۷۳٪) از آزمودنی ها زن و ۸ نفر(۲۷٪) مرد بودند. . نتایج آزمونχ^2 مربوط به تفاوت جنس با توجه به مقدار χ^2 و سطح معنی داری (۰/۰۵< p و ۰/۶۸ =χ^2) 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 آزمونχ^2 مربوط به تفاوت سن با توجه به مقدار χ^2 و سطح معنی داری (۰/۰۵< p و ۱/۰۰ =χ^2) 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 داده های توزیع روش شاپیرو-ویلک استفاده شد. آماره شاپیرو ویلک برای تمامی متغیرها محاسبه شد (جدول،۱).

جدول (۱) بررسی مفروضه نرمال بودن متغیر پژوهش

متغییر	آزمون شاپیرو ویلک برای نرمال بودن	
	آماره	سطح معنی داری (p)
نشانه های خشم پیش آزمن	۰/۹۴۵	۰/۱۲
نشانه‌های خشم پس آزمون	۰/۹۶۲	۰/۳۴

آنگونه که جدول (۱) نشان می دهد 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) شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد گروه های کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. آنگونه که در جدول ۲ مشخص است بین

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

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	P
خشم پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۱۲۴/۳۳۳۳	۱۵/۲۲۹۹۸	۱/۴۰	-۰/۰۸	۲۸	۰/۹۳
	کنترل	۱۵	۱۲۳/۸۶۶۷	۱۴/۰۵۰۲۵				
خشم پس آزمون	آزمایش	۱۵	۹۳/۴۶۶۷	۲۴/۳۵۴۱۳	۵/۶۶	۳/۰۳	۰/۲۸	۰/۰۰۵
	کنترل	۱۵	۱۱۵/۶۶۶۷	۱۴/۵۸۷۹۹				

از آنجا که در پژوهش حاضر نمره پیش آزموننشانه های خشم به عنوان متغییر همپراش شناخته شد برای تعیین تأثیر آن بر پس آزمون، تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغییری صورت گرفت. نتایج بررسی پیش فرض های آماری نشان داد پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) (F (df= 28,1) = ۰/۵۷ P > ۰/۰۵) 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 کواریانس بلا مانع است (P > ۰/۰۵ F (df= 2) = ۲/۴۳). در جدول (۳) نتایج ANCOVA شامل مجموع مجذورات (SS)، میانگین مجذورات (MS)، مقدار F درجات آزادی (df)، سطح معنی داری (p) و مجذور اتای سهمیN2 جهت تعیین اثر بخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش نشانه های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده ارایه 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	۱۴۶۳/۴۹	۴/۰۲	۰/۰۶	۰/۱۳
اثر اصلی (آموزش)	۳۷۷۲/۳۵	۱	۳۷۷۲/۳۵	۱۰/۳۱	۰/۰۰۳	۰/۲۸
خطای باقی مانده	۹۸۱۹/۵۷	۲۷	۳۶۳/۶۸			

نتایج ANCOVA ن شان می دهد که با حذف اثر نمره های ن شانه های خ شم پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر ا صلی متغیر آموزش بر نمره های ن شانه های خ شم پس آزمون معنی دار ا ست. به عبارت دیگر جدول ن شان می دهد که تفاوت م شاهده شده بین میانگین های نمرات ن شانه های خ شم شرکت کنندگان گروه آزمایش – کنترل برح سب ع ضویت گروهی در مرحله پس آزمون با ۹۹ در صد اطمینان معنی دار می با شد (P < ۰/۰۱). با توجه به مجذور اتا بد ست آمده ۲۸ در صد از واریانس نمرات پس آزمون ن شانه های خشم مربوط به تاثیر مداخله بوده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر نشانه‌های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله، تفاوت معنی‌داری 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 نشانه‌های خشم مبتلایان به سوگ پیچیده مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش هم راستا با تحقیق بولن و وان‌دن بوت (۲۰۰۷) می‌باشد آنها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر کاهش خشم افراد مبتلا به سوگ پیچیده موثر است. کاظمینی، قنبری‌هاشم‌آبادی، مدرس‌غروی و اسماعیل‌زاده (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش خشم تاثیرگذار است. شکیبایی، تهرانی‌دوست، شهریور و عصاری (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر مدیریت خشم موثر است. در حالیکه این تحقیق به اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کاهش نشانه‌های خشم پرداخته است. همچنین نتایج تحقیق حاضر هم سو و هم جهت با نتایج تحقیقات سین و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

لیبومیرسکی (۲۰۰۹)؛ شریعتی، ایزدخواه، مولوی و صالحی(۲۰۱۳)؛ اسلاد(۲۰۱۰)؛ پاداش و همکاران (۲۰۱۱)؛ گرانت، اسلاد و هینان[1] (۱۹۹۵) بود. نتایج تحقیقات آنها نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت‌زندگی 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، می تواند 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 می شود، اساسی و بیشتر اوقات تنش زاست (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 روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به عنوان مداخله استفاده گردید. روان درمانی 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. روان درمانی 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[2](۲۰۰۰) معتقد است روان درمانی 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 موقعیت های خشم انگیز با توجه به نتیجه و پیامد رفتار پرخاشگرانه به کنترل هیجان خشم خویش بپردازند. در واقع این رویکرد نوعی معنادرمانی است و به به مراجعان کمک می‌کند تا معنادارترین چیزی که برای سلامت و کنارآمدن 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. روان درمانی 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 کاملا 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

[1] - Grant, Salced & Hynan
[2] - Stanbook & Holzmann

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

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 آن ها را تحت کنترل خود در می‌آورد و اضطراب و خشم کاهش می‌یابد. همچنین به فرد کمک می‌شود که روابط و و دوستی‌های دیگر را که قبلا به آن‌ها توجهی نداشته است شناسایی کند و آن ها را نیز مغتنم بشمارد و در حیطه‌های دیگر زندگی مثل یادگیری نیز پیشرفت کند و رضایت‌مندی در زمینه‌های اجتماعی که قبلا 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 می یابد (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 روان درمانی 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 مدت ها پس از پایان درمان نیز تداوم داشته باشند. با توجه به نکاتی که عنوان شد می توان نتیجه گرفت که روان درمانی 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 می کرد و حتی گاهی باعث ناامیدی می شد. همچنین پرسشنامه‌های تحقیق جنبه خودگزارشی دارند و مانند سایر پرسشنامه‌ها خالی از اشکال سوگیری در پاسخگویی به پرسشنامه نیستند، خود ارزنده‌سازی 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 angery: treatment specific angery 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, Torabiyan, 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].

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]

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, & Smaeelzadeh 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 disord*er, 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/ heaIth/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].
Shakibaee 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, Behpajooh 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, Akbarizardkhanh, 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.5.16.0]