

بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی*

The Efficacy of Anger Management Training on General Health

Ahad Naveedy,^{1,1} Ph.D.

احد نویدی^{۱،۱}

Abstract

The purpose of this study was to determine the efficacy of an anger management training program on general health in a sample of high school boys. To do this, one school was selected randomly from Tehran (number 1 district). The students in the second and third high school grades answered to the State Trait Anger Expression Inventory-2 (Spielberger, 1996) as a screening instrument. The students who the score at the 75th percentile and higher in anger expression Index, as persons who can be expected to have anger management problems and were at high risk to produce serious negative consequences were defined as the study population. Accordingly, in the second step, 32 students selected randomly among this defined population and assigned randomly in the experimental and control groups. In the third step, pre-intervention data, using GHQ (Goldberg, 1979), was gathered from all the subjects. Then, sixteen participants as experimental group took part in a 14-sessions (each session lasted for 90 minutes) of anger management program, while members of the control group did routine program. After the treatment, post-tests or post-intervention evaluation for both groups were done. Analysis of covariance (ANCOVA) and t-test were used the

چکیده

پژوهش حاضر برای آزمودن تأثیر آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی پسران دوره متوسطه شهر تهران، طراحی و اجرا شد. برای انجام این پژوهش، یکی از مدارس پسرانه دوره متوسطه از میان مدارس منطقه ۱ آموزش و پرورش، به صورت تصادفی، انتخاب و دانش آموزان پایه های دوم و سوم این مدرسه به «سیاهه بروز حالت رگه خشم اشیپلبرگر ۲» به عنوان یک ابزار سرندي پاسخ دادند. افرادی که بر اساس نمره های این آزمون در رتبه درصدی ۷۵ و بالاتر قرار داشتند، به عنوان کسانی که در زمینه مدیریت خشم ضعف اساسی داشته و در اثر درون ریزی یا برون ریزی افراطی خشم، مستعد ابتلا به برخی از اختلال های طبی بودند و یا آمادگی بیشتری برای خشونت داشتند، از جمعیت عادی تفکیک و به عنوان جامعه آماری پژوهش تعریف شد و از میان آنها، تعداد ۳۲ نفر به طور تصادفی انتخاب و به همان شیوه در دو گروه گمارده شدند. در گام بعدی، برنامه آموزش مدیریت خشم به عنوان عامل آزمایشی، در طول سه ماه و نیم و در قالب ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای، برای ۱۶ عضو گروه آزمایش ارائه شد. در حالی که اعضای گروه کنترل به برنامه عادی خود ادامه دادند. سپس، از تحلیل کوواریانس و آزمون برای مقایسه میانگین های دو گروه مستقل استفاده شد. اطلاعات حاصل از تحلیل کوواریانس نشان

determine the effectiveness of determine the effectiveness of psychoeducational intervention and the results evidently indicated that anger management training had a strong effect on anger self-regulation skills and that general health ($R^2 = 0.49$) can be developed by anger management intervention. So these findings can be generalized to the target population.

Keywords: anger management training, general health, anger.

داد نسبت F مشاهده شده از لحاظ آماری در سطح $\alpha = 0.01$ معنادار بوده و پس از مهار یا تعدیل سهم پیش آزمون، تفاوت میانگین‌های دو گروه در نمره‌های پس آزمون مشهود است. بنابراین یافته‌های پژوهش، بر مؤثر بودن مداخله تربیتی-درمانی دلالت دارند و به طور آشکار نشان می‌دهد که در اثر اجرای برنامه آموزش مدیریت خشم، نشانه‌های اختلال در سلامت عمومی افراد شرکت کننده کاهش می‌یابد.

کلیدواژه‌ها: آموزش مدیریت خشم، سلامت عمومی، خشم.



● مقدمه

در سال‌های دهه ۱۹۸۰، «هیجان» توجه بسیاری از نظریه پردازان و پژوهشگران حوزه روانشناسی را به سوی خود جلب کرد و به موازات آن شور و شوق برای مطالعه «خشم» به ویژه ارتباط خشم با بیماری‌های قلبی - عروقی، به طور چشمگیر افزایش یافت. حوزه استرس یک شاهراه بالقوه برای انجام پژوهش درباره خشم محسوب می‌شود. با وجود این، تا چند دهه اخیر، در حوزه استرس از خشم غفلت شد و حتی در حوزه «اختلال پس از ضایعه» (PTSD) اولویت کمتری به خشم داده شد.

شواهد تجربی فراوانی بر وجود رابطه نیرومند بین خشم و بسیاری از بیماری‌ها، به ویژه اختلال دستگاه قلبی - عروقی، دلالت دارند. برای نمونه، می‌توان به مطالعه بارفوت، دالسترم و ویلیامز (۱۹۸۲)، که در آن رابطه بیماری‌های کرونری قلب و مرگ و میر پزشکان با اندازه‌های خصومت آنان بررسی شده است، اشاره کرد. تایلر و نوآکو (۲۰۰۵) با استناد به شواهد پژوهشی نتیجه گرفته‌اند که از لحاظ تجربی بین آمادگی خشم و بیماری کرونری قلب (CHD) رابطه نیرومندی وجود دارد. چانگ و همکاران (۲۰۰۲)، در یک مطالعه پیگیری که بر روی ۱۰۵۵ نفر دانشجوی پزشکی انجام دادند، دریافتند افرادی که در دوره اول بزرگسالی از سطح خشم بالایی برخوردار بودند برای ابتلا به بیماری کرونری قلب ۳/۵ برابر و برای ابتلا به سکته قلبی زودرس ۶/۴ برابر گروهی که سطح خشم آنها پایین بود، شانس بیشتری داشتند. پورجوی (۱۳۷۳)، هم به این نتیجه رسید که تعداد و شدت انسداد عروق کرونری قلب با میزان خشم و خصومت رابطه

نیرومندی دارد. در خصوص فشار خون بالا انصاری فر (۱۳۷۷) هم با مطالعه ۱۳۵ نفر از پرستاران شاغل، نتیجه گرفت که فشار خون انبساطی و انقباضی در افرادی که عصبانیت خود را ابراز نمی‌کنند، بالاتر است.

آثار زیانبار خشم هم متوجه درون شخص، و هم متوجه بیرون اوست. «خشم مهارنشده» هم سازگاری و هم سلامتی افراد را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. آثار ضعف و کاستی در مدیریت خشم، از ناراحتی شخصی و تخریب روابط بین فردی فراتر رفته و با اختلال در سلامت عمومی، سازش نایافتگی و پیامدهای زیانبار رفتار پر خاشگرنه پیوند خورده است (نویدی، ۱۳۸۵). البته، بر اساس دیدگاه تکاملی، خشم می‌تواند به بقای فرد و نوع بشر کمک کرده و در تسهیل پاسخ‌های سازش یافته، به ویژه پاسخ‌های «جنگ یا گریز» به هنگام مواجه شدن با خطر، ابزاری بی‌بدیل به حساب آید. با این حال «تکامل و انتخاب طبیعی» هیچ‌گونه آینده‌نگری ندارد و الزاماً به معنی پیشرفت نیست (هرگنهان^۲ و السون^۳، ۱۳۸۲). به همین دلیل، خشم غیر قابل مهار، در شرایط کنونی نه تنها به بقای بشر کمک نمی‌کند بلکه می‌تواند زندگی او را تهدید کند.

بسیاری از پژوهشگران، متخصصان بالینی و روانشناسان تربیتی اهمیت آموختن مهارت‌های مدیریت هیجانی به کودکان و نوجوانان را مورد تأکید قرار داده‌اند. این تأکید به ویژه در رویکردهای نظری و کاربردی اخیر در زمینه «هوش هیجانی»^۴، «روانشناسی سلامت»^۵ و «روانشناسی مثبت‌نگر کاربردی»^۶ انعکاس یافته که دیدگاه‌های سنتی دربارهٔ عوامل موفقیت در زندگی، نقش روانشناسان و گروه‌های نیازمند خدمات روانشناختی، را به چالش می‌کشند. روانشناسان مثبت‌نگر برای تسهیل یا ارتقای «کارکرد بهینه»^۷ انسان تلاش می‌کنند. این تلاش طیف وسیعی از کارکرد انسان (از اختلال تا سلامت) را در بر می‌گیرد و سطوح مختلف (فرد، گروه، اجتماع) را شامل می‌شود (لین لی و جوزف، ۲۰۰۴).

امروزه، آموزش مدیریت خشم به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی برنامه‌های مهارت‌های زندگی درآمده و تعدادی از پژوهشگران (برای مثال فیندلر و اکتون، ۱۹۸۶؛ فیندلر و همکاران، ۱۹۸۴، گلدشتاین و گلیک، ۱۹۸۷؛ لوخمن و همکاران، ۱۹۹۹) برای کمک به کسانی که در زمینه مدیریت خشم مشکل دارند، به توسعه رویکردها و الگوهای شناختی، اجتماعی و رفتاری مهارت‌آموزی اهتمام ورزیده‌اند و با استفاده از این برنامه‌ها به آموزش مدیریت خشم مبادرت کرده‌اند. گروه‌های هدف بسیار متنوع بوده و طیف وسیعی، از بزرگسالان زندانی تا کودکان دبستانی و قهرمانان ورزش را در بر می‌گیرند.

کلتر و بری (۱۹۹۹) برنامه آموزشی مدیریت خشم را برای هفت نفر از دانش‌آموزانی که از

لحاظ هیجانی پریشان بودند، اجرا کرده و شواهدی دال بر اثرات مثبت برنامه فراهم کردند. فیشر (۲۰۰۴) برنامه آموزش گروهی مدیریت خشم را برای افراد مبتلا به ناتوانی‌های رشدی اجرا کرده و گزارش داد که برنامه اجرا شده در درمان افراد نمونه آماری مؤثر بوده و اثر آن بعد از سه ماه پایدار مانده بود. مطالعه جانکوسکی (۲۰۰۵) نشان داد که برنامه درمان گروهی مدیریت خشم می‌تواند سطح خشم و نیز وابستگی بیماران به دارو را کاهش دهد. نتایج مطالعه مک کراتی و همکاران (۱۹۹۹) نشان داد که افراد شرکت‌کننده از طریق آموزش و تمرین فنون مؤثر مدیریت هیجانی از لحاظ کسب مهارت‌های رفتاری و کارکرد روانی- اجتماعی به طور معنادار بهبود می‌یابند؛ برای کسب موفقیت تحصیلی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند؛ رضایت آنان از خودشان بیشتر می‌شود و توانایی بیشتری در زمینه مدیریت تنیدگی، خشم و احساسات منفی پیدا می‌کنند. فریدن، (۲۰۰۵)، گزارش داد که «مداخله بالینی» می‌تواند حضور فعال در مدرسه را بهبود بخشد و مسایل انضباطی را کاهش دهد. بنابر گزارش رایز (۲۰۰۴) و اشمیتز (۲۰۰۵) شرکت در برنامه آموزش مدیریت خشم، نمره‌های افراد را در زمینه مهار درون ریزی خشم، به طور معنادار افزایش می‌دهد. پایلت (۲۰۰۲) تأثیر برنامه آموزش مدیریت خشم بر کاهش خشونت خانوادگی را مطالعه کرد و نتیجه گرفت که شرکت در یک برنامه هشت جلسه‌ای آموزش مدیریت خشم می‌تواند سطح خشم افراد شرکت‌کننده را کاهش دهد. برسین (۲۰۰۵) و مک‌واف (۲۰۰۴) هم به نتیجه مشابه رسیدند. اللهاری (۱۳۷۶) نشان داد که مداخله درمانی تنیدگی‌زدایی، می‌تواند سطح پرخاشگری نوجوانان شرکت‌کننده را کاهش دهد. یافته‌های تحقیق صادقی (۱۳۸۰) نشان داد که آموزش گروهی مهار خشم می‌تواند رفتار پرخاشگرانه دانش‌آموزان مورد مطالعه را کاهش دهد. یاوریان و همکاران (۱۳۸۵) برنامه تعریف شده آموزش مدیریت خشم را برای گروه آزمایش اجرا کردند. تحلیل داده‌ها نشان داد که رفتارهای پرخاشگرانه گروه آزمایش به طور معنادار کاهش یافت. تایلر و نوآکو (۲۰۰۵) با استناد به نتایج فراتحلیل‌هایی که اثربخشی مداخله‌های درمانی ناظر بر مسائل خشم را ارزیابی کرده‌اند نتیجه گرفته‌اند که مداخله‌های مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، در بسیاری از موقعیت‌ها و برای گروه‌های مختلف بالینی و غیر بالینی، در سنین مختلف مؤثر بوده است.

از طرف دیگر، تعدادی معدودی از پژوهشگران گزارش کرده‌اند که برنامه‌های آموزشی آن‌ها مؤثر نبوده است. برای مثال کمپ بل (۲۰۰۴) در تحقیقی با عنوان «اثر بخشی یک برنامه آموزش کوتاه مدت مدیریت خشم برای دانش‌آموزان کلاس‌های میانی دارای ناتوانی‌های هیجانی» از اندازه‌های قبل و بعد از مداخله و نیز گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده کرد. نتیجه این مطالعه

نشان داد که برنامه اجرا شده مؤثر نیست. نیکولت (۲۰۰۴) شکل خلاصه شده برنامه «گام دوم پیشگیری از خشونت» بر روی گروه کوچکی از دانش آموزان کلاس سوم ابتدایی اجرا کرد و نتیجه گرفت که نمی توان با استفاده از شکل خلاصه شده برنامه «گام دوم پیشگیری از خشونت» مهارت های اجتماعی مورد انتظار را ایجاد کرده و مدیریت خشم را بهبود بخشید. اگرچه تعداد پژوهش هایی که بر مؤثر نبودن مداخله های ناظر بر مدیریت خشم اشاره کرده اند، بسیار کم است و پژوهشگران مربوط بر احتمال ارتکاب به خطای نوع اول در اثر کوتاه بودن طول دوره آموزش، کیفیت پایین برنامه های مداخله و محدودیت تعمیم پذیری یافته های خود اذعان داشته اند، با وجود این، نتیجه گیری قطعی و بی قید و شرط درباره اثربخشی مداخله های ناظر بر مدیریت خشم، شایسته نیست. زیرا، درباره تعمیم پذیری یافته ها از موقعیت های بالینی به محیط های تربیتی اطلاعات کافی فراهم نشده است. آیا در بافت اجتماعی- فرهنگی ایران، مداخله های ناظر بر مدیریت خشم می توانند برای دانش آموزانی که در زمینه مدیریت خشم ضعف اساسی دارند، مفید واقع شوند؟ پژوهش حاضر برای تهیه پاسخ به این سؤال و مطالعه «تأثیر آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی پسران دوره متوسطه»، طراحی و اجرا شد.

● روش

اجرای پژوهش حاضر به یکی از مدارس پسرانه دوره متوسطه که حدود ۴۰۰ دانش آموز در آن مشغول تحصیل بودند، محدود شد. این دبیرستان از روی فهرست موجود در سازمان آموزش و پرورش، از میان مدارس پسرانه، به صورت تصادفی انتخاب شده بود و در منطقه یک آموزش و پرورش شهر تهران قرار داشت. برای انتخاب آزمودنی ها، کلیه دانش آموزان پایه های دوم و سوم (۱۷۰ نفر) مدرسه منتخب به نسخه جدید «سیاهه بروز حالت رگه خشم» (STAXI-2)^۸ (اشپیلبرگر، ۱۹۹۹) پاسخ دادند. تعداد ۴۶ نفر که بر اساس نمره های شاخص کلی بیان خشم در رتبه درصدی ۷۵ و بالاتر قرار داشتند، به عنوان کسانی که در زمینه مدیریت خشم ضعف اساسی داشته و در اثر درون ریزی یا برون ریزی افراطی خشم مستعد ابتلا به برخی از اختلال های طبی بودند و با آمادگی بیشتری برای پرخاشگری و خشونت داشتند، از جمعیت عادی تفکیک و به عنوان گروه هدف تعریف شد. در گام بعدی، از میان افراد سرند شده تعداد ۳۲ نفر به طور تصادفی انتخاب شده و به همان شیوه در دو گروه گمارده شدند. و بالاخره گروه های آزمایش و کنترل به شیوه تصادفی انتخاب شدند. همه آزمودنی ها در رشته ریاضی- فیزیک مشغول تحصیل بودند؛ اکثر آن ها ۱۷-۱۶ ساله و تنها دو نفر از گروه آزمایش و یک نفر از گروه کنترل ۱۸

ساله بودند.

برنامه «آموزش مدیریت خشم»^۹ به یک «مداخله روانی- تربیتی سازمان یافته»^{۱۰} اشاره می‌کند که به منظور توسعه مهارت‌های مدیریت خشم و کاهش آسیب پذیری افراد بهنجار و یا گروه خاصی از جمعیت بالینی اجرا می‌شود. در برنامه آموزش مدیریت خشم، عموماً، شرکت کنندگان با جنبه‌های مختلف تجربه و بیان خشم (مؤلفه‌های جسمی، شناختی و رفتاری) و نیز پیامدهای آن آشنا می‌شوند؛ درباره ضرورت مدیریت بهینه نیروی خشم متقاعد شده و ضمن بازسازی شناختی، خرده مهارت‌های رفتاری مهار خشم را فرا گرفته و تمرین می‌کنند تا بتوانند به هنگام مواجه شدن با موقعیت‌های خشم انگیز به نحو مناسب عمل کنند. از میان برنامه‌هایی که به طور اختصاصی برای آموزش مدیریت خشم توسعه یافته‌اند تعدادی از آنها (برای مثال، گلدشتاین و گلیک ۱۹۸۷؛ لوخمن، باری و پارذینی، ۲۰۰۳؛ نواکو، ۱۹۹۳) به طور وسیع مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در پژوهش حاضر، با استفاده از مؤلفه‌های مشترک برنامه‌های موجود، یک برنامه ویژه آموزش مدیریت خشم تدوین شد که در طول سه ماه و نیم و در قالب ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای اعضای گروه آزمایش اجرا شد. راهنمای عملی این برنامه در رساله دکتری نویدی (۱۳۸۵) ارائه شده است که در آن عناوین و هدف‌های هر یک از جلسات مداخله تعیین شده و فعالیت‌ها و تجارب یادگیری هر جلسه به طور مفصل توصیف شده است. در فاصله جلسات آموزش، شرکت کنندگان با استفاده از فرم‌های ثبت رویدادهای خشم بر تجارب خشم خود نظارت کرده و مهار خشم را تمرین می‌کنند. برنامه تعریف شده «آموزش مدیریت خشم» به عنوان متغیر مستقل برگروه آزمایش اعمال شد. در حالی که اعضای گروه کنترل برنامه عادی خود را ادامه دادند. بعد از اعمال متغیر آزمایشی، آزمون‌های پس از مداخله برای اعضای هر دو گروه اجرا و فرایند جمع آوری داده‌ها کامل شد.

● ابزارها

□ الف. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ).^{۱۱} برای ارزیابی سلامت عمومی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل از «پرسشنامه سلامت عمومی» گلدبرگ^{۱۲} (۱۹۷۹)، استفاده شد. این پرسشنامه یک «پرسشنامه سرندي» مبتنی بر روش خود سنجی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲، به نقل از استورا، ۱۳۷۷). پرسشنامه سلامت عمومی به طور وسیع مورد استفاده قرار گرفته و «اعتبار»^{۱۳} و «روایی»^{۱۴} آن در مطالعات مختلف رضایت بخش گزارش شده است. در پژوهش

حاضر نیز ضریب اعتبار با استفاده از داده‌های جمع آوری شده از ۱۵۰ نفر دانش، محاسبه شد که مقدار آلفای کرانباخ به عنوان شاخص اعتبار برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۶ بود.

□ ب. سیاهه بروز حالت رگه خشم اشیپلبرگر ۲. برای سرند کردن دانش آموزان خشمگین و انتخاب گروه هدف از «سیاهه بروز حالت رگه خشم ۲» (اشیپلبرگر، ۱۹۹۹) استفاده شد. نسخه توسعه یافته سیاهه ۴۴ ماده‌ای است که در سال ۱۹۸۸ توسط اشیپلبرگر معرفی شد. این نسخه جدید دارای ۵۷ ماده است که در سال ۱۹۶۶ انتشار یافت. «سیاهه بروز حالت رگه خشم ۲»، اندازه‌های مفید و مختصر از تجربه «بیان» و «مهار خشم» فراهم می‌کند و نمره‌هایی برای شش مقیاس، ۵ خرده مقیاس و یک شاخص کلی بیان خشم به دست می‌دهد. شواهد به دست آمده در پژوهش حاضر نیز به طور آشکار بر روایی «سیاهه بروز حالت رگه خشم ۲» اشیپلبرگر دلالت دارد. در مرحله مطالعه مقدماتی پژوهش حاضر، این سیاهه به همراه پرسشنامه سلامت عمومی بر روی ۱۷۰ نفر دانش آموز پسر دوره متوسطه اجرا شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که همبستگی این سیاهه با اندازه‌های مربوط به نشانه‌های اختلال در سلامت عمومی، مثبت و معنادار است. از طرف دیگر، از سیاهه بروز حالت رگه خشم به طور وسیع در پژوهش‌های مربوط به «طب رفتاری» و «روانشناسی سلامت» استفاده شده و اثرات مؤلفه‌های مختلف «خشم» که به وسیله این سیاهه سنجیده می‌شوند، بر افزایش فشار خون و پرتنشی، واکنش پذیری قلبی - عروقی، بیماری قلب، اختلال پس از ضایعه» و سایر اختلالات پزشکی و روانشناختی مورد آزمون قرار گرفته است. مجموعه این شواهد بر روایی سیاهه بروز حالت رگه خشم دلالت دارند.

○ اعتبار این سیاهه برای مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های ناظر بر «حالت خشم»^{۱۵} و «رگه خشم»^{۱۶} برابر ۰/۸۴ و بالاتر و برای مقیاس‌های ناظر بر بیان خشم (برونریزی خشم، درونریزی خشم)، مهار خشم (مهار برونریزی خشم، مهار درونریزی خشم) و «شاخص کلی خشم»^{۱۷}، برابر ۰/۷۳ و بالاتر بوده است. بنابراین ضرایب آلفای کرانباخ به عنوان اندازه‌های هماهنگی درونی، عموماً، برای مؤلفه‌های مختلف سیاهه بروز حالت رگه خشم ۲ رضایت بخش بوده است. در پژوهش حاضر به هنگام سرند کردن افراد نمونه آماری «سیاهه بروز حالت رگه خشم اشیپلبرگر ۲» بر روی ۱۷۰ نفر دانش آموز اجرا شد و ضرایب اعتبار برای مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های آزمون محاسبه شد. ضرایب آلفای کرانباخ برای مقیاس‌های حالت خشم و رگه خشم، به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۸۵ و مقیاس‌های تجلّی خشم، مهار خشم و شاخص کلی تجلّی خشم، به طور متوسط برابر ۰/۷۱ بود. این ضرایب نشان می‌دهند که هماهنگی درونی مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های سیاهه رضایت بخش است. علاوه بر محاسبه ضرایب آلفا، در پژوهش حاضر از روش بازآزمایی برای بررسی

اعتبار مقیاس های ابزار مورد بحث استفاده شد. متوسط ضرایب همبستگی محاسبه شده برای خرده مقیاس ها برابر ۰/۷۶ و همه ضرایب بالاتر از ۰/۷۰ بودند، با توجه به مجموعه شواهد فراهم شده می توان نتیجه گرفت که مقیاس ها و خرده مقیاس های سیاهه یاد شده از «اعتبار» کافی برخوردارند.

● نتایج

بر اساس مبانی نظری و شواهد موجود که به برخی از آن ها در مقدمه این مقاله اشاره شد، انتظار می رود «مقیاس های مهار خشم» (مهار درون ریزی و برون ریزی خشم) با مقیاس های «ناظر بر تجربه و تجلّی خشم» (رگه شخصیتی خشم، حالت هیجانی خشم، برون ریزی خشم، درون ریزی خشم، و شاخص کلی بیان خشم) چنان که به وسیله «سیاهه برون حالت رگه خشم ۲» (اشپیلبرگر، ۱۹۹۹) اندازه گیری می شود، رابطه معکوس داشته باشند. همچنین، انتظار می رود مقیاس های مهار خشم (مهار درون ریزی و برون ریزی خشم) با اندازه های اختلال در «سلامت عمومی» که از «پرسشنامه سلامت عمومی» (GHQ) حاصل می شوند، همبستگی منفی یا نزدیک به صفر داشته باشند. در حالی که پیش بینی می شود مقیاس های حالت خشم، رگه خشم، برون ریزی خشم، درون ریزی خشم و شاخص کلی تجلّی خشم، با یکدیگر و نیز با اندازه های سلامت عمومی، همبستگی مثبت و معناداری داشته باشند. یعنی، بین متغیرهای خشم و اختلال در سلامت عمومی، روابط متقابلی وجود دارد. اطلاعات خلاصه شده جدول ۱ که بر اساس داده های جمع آوری شده در مرحله مطالعه مقدماتی پژوهش به دست آمده اند، از این پیش بینی ها حمایت می کند.

جدول ۱. ماتریس همبستگی شاخص های خشم و سلامت عمومی

مقیاس ها	حالت خشم	رگه خشم	برون ریزی خشم	درون ریزی خشم	مهار برون ریزی خشم	مهار درون ریزی خشم	شاخص کلی بیان خشم	سلامت عمومی	N
حالت خشم	۱	۰/۶۱**	۰/۴۶**	۰/۴۰**	-۰/۱۲	-۰/۰۴	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۱۶۴
رگه خشم	T Ang	۱	۰/۵۶**	۰/۳۱**	-۰/۲۷**	-۰/۲۲**	۰/۵۸**	۰/۴۵**	۱۶۴
برون ریزی خشم		AX.Out	۱	۰/۵۴**	۰/۰۲	۰/۰۵	۰/۶۰**	۰/۳۶**	۱۶۴
درون ریزی خشم		AX.In	۱	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۰/۳۷**	۰/۳۰**	۱۶۴
مهار برون ریزی خشم			AC.Out	۱	۰/۸۲**	-۰/۶۷**	-۰/۶۷**	-۰/۱۶**	۱۶۴
مهار درون ریزی خشم				AC.In	۱	-۰/۶۶**	-۰/۶۶**	-۰/۲۱**	۱۶۴
شاخص کلی بیان خشم					AXIndex	۱	۰/۴۰**	۰/۴۰**	۱۶۴
سلامت عمومی							GHQ	۱	۱۴۷

براساس مبانی نظری، پیش بینی می شود شرکت در برنامه آموزش مدیریت خشم و توسعه مهارت های ناظر بر خودنظم دهی خشم بتواند نشانه های بیماری های آزمودنی ها را تخفیف داده و سلامت عمومی آنان را بهبود بخشد. بنابراین، در صورت مؤثر بودن برنامه آموزش مدیریت خشم (متغیر مستقل) بر سلامت عمومی (متغیر وابسته)، تفاوت میانگین های گروه های آزمایش و مهار از لحاظ آماری معنادار خواهد بود. اطلاعات خلاصه شده در جدول ۲، تفاوت معنادار بین میانگین های گروه های آزمایش و مهار را نشان می دهد.

اطلاعات ارائه شده در جدول ۲ بر اساس مقایسه میانگین دو گروه به وسیله آزمون t و تحلیل کوواریانس حاصل شده است. نسبت F حاصل از تحلیل کوواریانس نشان می دهد تفاوت میانگین های پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل پس از حذف سهم پیش آزمون معنادار است. یعنی، در صورتی که گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ اندازه های پیش آزمون همتا شوند، سهم متغیر آزمایشی در تبیین تغییرات متغیر وابسته معنادار است و وقتی که نمره های پیش آزمون مربوط به سلامت عمومی به عنوان متغیر همپراش وارد معادله رگرسیون می شود، آنگاه حدود ۴۹ درصد واریانس نمره های پس آزمون مربوط به سلامت عمومی به وسیله برنامه آموزش مدیریت خشم و متغیر کمکی یاد شده قابل پیش بینی است. مقدار مندرج در ذیل نماد آماری $R^2_{y.1}$ همین معنا را می رساند. بنابراین، نتیجه آزمون t ، تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل کوواریانس یکسان است و همه شواهد به دست آمده بر مؤثر بودن برنامه آموزش مدیریت خشم دلالت دارند. یافته های پژوهش حاضر، به طور آشکار، نشان می دهند که در اثر اجرای برنامه آموزش مدیریت خشم، مهارت های شرکت کنندگان در زمینه مدیریت خشم توسعه یافته و به واسطه آن نشانه های اختلال در سلامت عمومی آنان کاهش می یابد.

جدول ۲. مقایسه میانگین های گروه های آزمایش و مهار در متغیر سلامت عمومی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	df	$X_1 - X_2$	t	F	$R^2_{y.1}$
سلامت عمومی	آزمایش	۱۶	۶/۹۴	۸/۲۷	۳۰	۹/۸۱	۲/۶۷*	۱۰/۳۷*	۰/۴۹
	مهار	۱۶	-۲/۸۸	۱۲/۱۸					

* $p < 0/01$

● بحث و نتیجه گیری

○ بر اساس مبانی نظری انعکاس یافته در ادبیات پژوهش، آمادگی بیشتر برای برپائی خشم، پدیدار شدن مکرر حالات و احساسات خشم، انجام رفتار پرخاشگرانه یا برون ریزی خشم و

سرکوب کردن یا درون‌ریزی خشم، می‌تواند به اختلال در سلامت عمومی منجر شود. به همین دلیل، پیش‌بینی می‌شود شرکت در برنامه آموزش مدیریت خشم و توسعه مهارت‌های ناظر بر خودنظم‌دهی خشم بتواند نشانه‌های بیماری آزمودنی‌ها را تخفیف داده و سلامت عمومی آنان را بهبود بخشد.

○ برنامه مداخله‌ای که در پژوهش حاضر از آن استفاده شد، از سه مؤلفه (فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری) تشکیل شده است. در طول دوره آموزش، بر پیشگیری از برپائی فیزیولوژیکی، تعدیل شدت خشم، مهار پاسخ‌دهی تکانشی در برابر موقعیت‌های خشم‌انگیز و نیز جرئت‌ورزی و بیان مناسب خشم از طریق توسعه مهارت‌های تعدیل برپائی هیجانی، بازسازی فرایندهای شناختی و ارتقای مهارت‌های اجتماعی تأکید می‌شد.

○ تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در اثر اجرای برنامه تعریف شده آموزش مدیریت خشم برای اعضای گروه آزمایش، نشانه‌های اختلال در سلامت عمومی کاهش می‌یابد. یافته‌های این پژوهش با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها که به وسیله پژوهشگران حوزه‌های بهداشت، درمان و تعلیم و تربیت (برای نمونه، نواکو و تایلر، ۲۰۰۴؛ فریدن، ۲۰۰۵؛ می، ۲۰۰۵؛ پورتنر، ۱۹۹۷؛ کلنروبری، ۱۹۹۹؛ پایلت، ۲۰۰۲؛ ابیگهاوسن و همکاران، ۲۰۰۵؛ مک‌کراتی و همکاران، ۱۹۹۹؛ مک‌واف، ۲۰۰۴؛ لارسون، ۱۹۹۹؛ رایز، ۲۰۰۴؛ فیشر، ۲۰۰۴؛ فیندلر و ویسنر، ۲۰۰۵؛ برسلین، ۲۰۰۵؛ اشمیتز، ۲۰۰۵؛ جانکوسکی، ۲۰۰۵؛ استیل من، ۲۰۰۵؛ صادقی، ۱۳۸۰؛ اللهیاری، ۱۳۷۶؛ یاوریان و همکاران، ۱۳۸۵)، گزارش شده است، هماهنگ است. یافته‌های مشترک این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نوجوانان و بزرگسالان مهارت‌های مدیریت خشم را کسب کرده و فراوانی و شدت حوادث ناشی از برون‌ریزی خشم و همچنین پیامدهای درون‌ریزی خشم، از جمله نشانه‌های اختلال در سلامت عمومی، در میان آنها کاهش می‌یابد. ○ درباره مؤلفه فیزیولوژیکی، دیدگاه زیل من^{۱۸} قابل توجه است. کشف کلیدی زیل من درباره «اثرات انتقال برپائی»^{۱۹} نشان داد برپائی حاصل از یک رویداد قبلی می‌تواند با برپائی‌های بعدی ترکیب شود (به نقل از تایلر و نواکو، ۲۰۰۵). یعنی، پس‌مانده برپائی، در صورتی که تخلیه نشود، می‌تواند به رویدادهای جاری انتقال یابد و تجربه خشم را تشدید کرده و نیز ظرفیت فرد برای رفتار پرخاشگرانه را افزایش دهد.

○ درباره مؤلفه «شناختی»، پژوهش‌ها و نظریه پردازی‌های لازاروس و همکارانش، به ویژه آوریل^{۲۰} و افرادی مانند گلاس^{۲۱} و سینگر^{۲۲}، در اوایل دهه ۱۹۸۰ قابل توجه است. آنها مضمون میانجی‌گری شناختی را به جایی سوق داده‌اند که هسته اصلی پژوهش در زمینه خشم و توسعه

مداخله‌های رفتاری - شناختی برای مسایل خشم را تشکیل می‌دهد (به نقل از تایلو و نواکو، ۲۰۰۵). پیشگامان رویکرد رفتاری - شناختی، به ویژه میشن‌بام^{۲۳}، کارهای اولیه برای درمان خشم و تدوین رویکرد مصون سازی در مقابل تنیدگی را بر مبنای میانجی‌گری شناختی قرار داده‌اند (میشن‌بام و نواکو، ۱۹۷۸، به نقل سیف، ۱۳۸۱). نواکو، بر اساس مفهوم میانجی‌گری شناختی، دیدگاهی را درباره نظم دهی شناختی خشم و تنیدگی مطرح ساخت و در سال ۱۹۷۵ رویکرد «مصون سازی در مقابل تنیدگی برای مهار خشم»^{۲۴} را به صورت عملیاتی تعریف و اجرا کرد. وی بر بازسازی شناختی تأکید می‌کرد و کارهای اولیه او مبنای تدوین الگوی برپائی خشم شد. از این الگو به عنوان چارچوب مفهومی برای تبیین واکنش خشم استفاده می‌شود.

○ یافته‌های پژوهش حاضر بر مؤثر بودن مداخله درمانگری تعریف شده، دلالت داشته و نشان می‌دهد که برنامه تعریف شده آموزش مدیریت خشم، می‌تواند سطح سلامت عمومی آزمودنی‌ها را ارتقا دهد. به نظر می‌رسد در جامعه ما زمینه مساعد و ظرفیت کافی برای اجرای موفقیت آمیز این گونه برنامه‌ها وجود دارد. همه گروه‌های ذی‌ربط (مسئولان مدرسه، دانش آموزان و اولیای آنان) به «آموزش مدیریت خشم» واکنشی نسبتاً مثبت نشان داده و برای اجرای موفقیت آمیز برنامه همکاری کردند. با وجود این، نتیجه‌گیری قطعی و بی‌قید و شرط درباره اثربخشی مداخله مورد بحث روا نیست. بنابراین، در زمینه تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر محدودیت‌هایی وجود دارد.

○ در پژوهش حاضر، برای اندازه‌گیری متغیرها، از روش‌ها و ابزارهای خود - سنجی استفاده شد. اگر چه، ابزارهای مورد استفاده از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار بوده و در بسیاری از پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته‌اند، اما در مجموع، روایی ابزارهای خود - سنجی به رعایت صداقت و دقت آزمودنی‌ها در پاسخ‌گویی به مواد آزمون وابسته است. صحت و دقت سنجش و ارزیابی خشم و سلامت عمومی را می‌توان با استفاده از روش‌ها و ابزارهای متعدد و متنوع افزایش داد. پیشنهاد می‌شود برای سنجش خشم و سلامت عمومی در مراحل مختلف (سرند کردن و ارزیابی‌های قبل و بعد از مداخله)، علاوه بر پرسشنامه‌های خودسنجی، از مصاحبه‌های بالینی با خود مراجع و اطرافیان او و نیز اندازه‌های حاصل از معاینه بالینی، مشاهده مراجع در موقعیت‌های طبیعی و مطالعه سوابق او استفاده شود.

○ یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که اجرای برنامه آموزش مدیریت خشم در محیط‌های تعلیم و تربیت برای گروه‌های معینی از دانش آموزان می‌تواند مفید باشد. این گروه خاص که حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد دانش آموزان دوره متوسطه را تشکیل می‌دهند، از لحاظ

فراوانی، شدت و طول دوره تجربه خشم در سطح بالایی (رتبه درصدی ۷۵ و بالاتر) قرار دارند و از مهارت‌های کافی برای مدیریت بهینه خشم خود برخوردار نیستند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برنامه آموزش مدیریت خشم به عنوان یکی از مؤلفه‌های برنامه تربیتی مدارس عمومی پذیرفته شده و از افراد واجد صلاحیت حرفه‌ای برای اجرای برنامه مورد بحث استفاده شود. تلقی مدیریت خشم به عنوان یکی از مهارت‌های اصلی زندگی می‌تواند تصورات قالبی و نظام نمادین افراد جامعه را در جهت بهزیستی و همزیستی مسالمت‌آمیز تغییر دهد. مؤلفه‌های برنامه مدیریت خشم را می‌توان در طول ۱۴ هفته و با اجرای ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای دانش آموزان دوره متوسطه آموزش داد. با وجود این، به نظر می‌رسد افزایش تعداد جلسات آموزش برای یادگیری مهارت‌ها در حد تسلط و تثبیت تغییرات مثبت در شرکت‌کننده‌ها می‌تواند مفید باشد.



یادداشت‌ها

- | | |
|--|---|
| 1- Post traumatic stress disorder | 2- Hergenhahn |
| 3- Olson | 4- Emotional intelligence |
| 5- Health psychology | 6- Applied positive psychology |
| 7- Optimal function | 8- State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) |
| 9- Anger management training | 10- Structured psychoeducational intervention |
| 11- General Health Questionnaire (GHQ) | 12- Goldberg |
| 13- Validity | 14- Reliability |
| 15- State anger | 16- Trait anger |
| 17- Anger Expression Index | 18- Zillmann |
| 19- Excitation transfer effects | 20- Averill |
| 21- Glass | 22- Singer |
| 23- Meichenbaum | 24- Stress inoculation for anger management |

منابع

- انصاری‌فر، علی. (۱۳۷۷). بررسی ارتباط بین فشار خون و تاب. شدت و نحوه بروز عصبانیت در محل کار و منزل پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- استورا. (۱۳۷۷). تئیدگی یا استرس: بیماری جدید تمدن، ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- اللهیاری، عباسعلی. (۱۳۷۶). تعیین پرخاشگری بوجوانان بر حسب مؤلفه‌های شخصیت و بررسی رابطه این مؤلفه‌ها و سطح پرخاشگری با مؤلفه‌های شخصیتی بدران و تأثیر شیوه درمانگری تئیدگی ردایی بر پرخاشگری، رساله دکتری دانشگاه تربیت مدرس

تهران.

- پورجوئی، بهنام. (۱۳۷۳). بررسی تحلیلی رابطه خصومت و خشم و شدت انسداد عروق کرونر قلب، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- سیف، علی اکبر. (۱۳۸۱). تغییر رفتار و رفتار درمانی. نظریه و روش‌ها، تهران: نشر دوران.
- صادقی، احمد. (۱۳۸۰). بررسی اثر بخشی آموزش گروهی مهار خشم به شیوه عقلانی، رفتاری، عاطفی بر کاهش رفتار پرخاشگری دانش آموزان دبیرستانی پسر، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
- نویدی، احد. (۱۳۸۵). آزمون تأثیر آموزش مدیریت ختم بر مهارت‌های خود نظم دهی خشم، سازگاری و سلامت عمومی پسران دوره متوسطه شهر تهران، رساله دکتری دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- هرگنهان، بی. آر؛ السون، متیو. اچ. (۱۳۸۲). مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری، ترجمه علی اکبر سیف، تهران: آگاه.
- یاوریان، رویا؛ گلشن، طیبه و اعجاز، هاله. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهار ختم به شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان دبیرستانهای دخترانه شهر ارومیه. مجموعه مقالات دومین کنگره انجمن روانشناسی ایران.

- Barefoot, J. C.; Dahlstrom, G.; & Williams, R. B. (1982). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 55, 59-64.
- Breslin, J. H. (2005). *Effectiveness of a rural anger management program in preventing domestic violence recidivism*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3151308>.
- Campbell, M. P. (2004). *The efficacy of an anger management program for middle school students with emotional handicaps*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3119854>.
- Chang, P. P.; Ford, D. E.; Meoni, L. A.; Wang, N.; & Klag, M. J. (2002). Anger in young men and subsequent premature cardiovascular disease. *Archives of Internal Medicine*, 162, 901-906.
- Ebbighausen, L. A. (2005). *Students advocating against violence initiative: An evaluation of a social cognitive-behavioral-based anger management program (Digital Dissertations)*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3206520>.
- Feindler, E. L.; & Baker, K. (2005). Current Issues in anger management interventions with youth. In A. P. Goldstein, R. Nensen, B. Daleflod, & M. Kalt. (Eds), *New perspectives on aggression replacement training: Practice, research, and application* (pp. 31-50). John Wiley & Sons, Ltd.
- Feindler, E. L.; & Ecton, R. B. (1986). *Adolescent anger control: Cognitive-behavioral techniques*. New York: Pergamon Press.
- Feindler, E. L.; Marriott, S. A.; & Iwata, M. (1984). Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 299-311.
- Feindler, E. L.; & Weisner, S. (2005). *Youth anger management treatments for school violence prevention*. Unpublished manuscript (in press).

- Fisher, R. (2004). *Anger management group intervention for adults with developmental disabilities*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/93550>.
- Freiden, J. (2005). *GAME: A clinical intervention to reduce adolescent violence in schools*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3199466>.
- Goldstein, A. P.; & Glick, B. (1987). *Aggression replacement training intervention for aggressive youth: A comprehensive intervention for adolescent*. Champaign, IL: Research Press.
- Jankowski, S. (2005). *The effectiveness of anger management group therapy in the treatment of chemically dependent patients*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3188693>.
- Johnson, E. H.; Gentry, W. D.; & Julius, S. (1992). *Personality, elevated blood pressure, and essential hypertension*. Washington, DC: Hemisphere.
- Kellner, M. H.; & Bry, B. H. (1999). The effect of anger management groups in a day school for emotionally disturbed adolescents. *Adolescence*, 34, 136.
- Larson, J. D. (1999). Anger and aggression management techniques through the think first curriculum. *Journal of Offender Rehabilitation*, 18, 101-117.
- Linley, P. A.; & Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey.
- Lochman, J. E.; Barry, T. D.; & Pardini, D. A. (2003). Anger control training for aggressive youth. In A. E. Kazdin, J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Lochman, J. E.; Fitzgerald, D. P.; & Whidby, J. M. (1999) Anger management with aggressive children. In C. Schaefer (Ed.), *Short-term psychotherapy groups for children*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Macvaugh, G. S. (2004). *Outcomes of court intervention and diversionary programs for domestically violent offenders*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3143323>.
- May, A. M. (2005). *Gaining self control: Art therapy for anger management with adolescent male sex offenders*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/1425964>.
- McCraty, R.; Atkinson, M.; Tomasino, D.; Goeltz, J.; & Mayrovitz, H. N. (1999) In: *Integrative Physiological Behavioral Science* 34, 4 (cited by EBSCO, (2005).
- Nicolet, I. A. (2004). *The second step violence prevention program: Effectiveness of a brief social skills curriculum with elementary-age children*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3138507>.
- Novaco, R. W. (1993). *Stress inoculation therapy for anger control: A manual for therapists*.

- Unpublished manuscript, University of California, Irvine.
- Novaco, R. W.; & Taylor, J. L. (2004). Assessment of anger and aggression in male offenders with developmental disabilities. *Psychological Assessment*, 16, 42-50.
- Pilet, G. A. (2002). *Efficacy of adult psychoeducation in an anger management portion of a domestic violence treatment program*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3052663>.
- Portner, J. (1997). Violence-prevention program reduces aggressive behavior. *Education Week*, 36.
- Riese, S. A. (2004). *The efficacy of a violence prevention intervention with elementary school children*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3138859>.
- Schmitz, M. J. (2005). *An outcome study to determine the clinical effectiveness of an anger management program in an adult, rural Minnesota sample*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3187642>.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2™ - Professional Manual*(2nd). Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Stillman, A. M. (2005). *The effect of anger management and communication training on functional and quality-of-life status in fibromyalgia patients*. <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3206742>.
- Taylor, J. L.; & Novaco, R. W. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach*. John Wiley & Sons, Ltd