



گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری در نوجوانان مؤسسه‌ای

دکتر فرشته شکیبایی^۱

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهدی تهرانی دوست

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر زهرا شهریور

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر شروین آثاری

مؤسسه پژوهشگران طب و توسعه بهداشت

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی میزان اثر گروه درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری مدیریت خشم در نوجوانان مؤسسه‌ای می‌باشد. **روش:** این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی با گروه شاهد انجام شد و جمعیت مورد مطالعه آن نوجوانان بی‌سرپرست بودند که در مؤسسات تحت پوشش سازمان بهزیستی نگهداری می‌شدند. پیش از مداخله درمانی و همچنین یک هفته پس از جلسه هشتم، تمامی بیماران با استفاده از پرسشنامه مقیاس ارزیابی خشم نوجوانان (AARS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. از تعداد ۴۰ نوجوان، ۱۶ نفر به گروه مورد و ۲۴ نفر به گروه شاهد وارد شدند. پیش از مداخله، دو گروه از نظر سن، جنس، مقطع تحصیلی و مقیاس‌های سنجش خشم یکسان بودند. **یافته‌ها:** در گروه مورد، گروه درمانی مدیریت خشم با کاهش مقیاس خشم واکنشی به میزان مرزی معنی‌دار و کاهش غیر معنی‌دار آماری در مقیاس نمره کلی خشم و خشم ابزاری همراه بود. میزان تغییر مقیاس‌های نمره کلی خشم، خشم ابزاری، خشم واکنشی و کنترل خشم در گروه‌های مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نشان نداد. در گروه مورد، میزان کاهش خشم واکنشی در دختران به میزان معنی‌داری بیشتر از پسران بود. **نتیجه‌گیری:** اگرچه احتمالاً به دلیل حجم کم نمونه، مداخله، در شاخص‌های مورد مطالعه کاهش آماری معنی‌داری نشان نداد، اما اکثر آنها کاهش داشتند. از آنجا که مطالعه حاضر نخستین مطالعه در این زمینه محسوب می‌شود، در مطالعات آتی می‌بایست از تجارب آن استفاده شود.

مقدمه

خشم یک پاسخ هیجانی شدید به محرومیت و تحریک شدگی^۲ است که با افزایش برانگیختگی^۳ خودکار و تغییر فعالیت سیستم عصبی مرکزی مشخص می‌شود (کندال^۴، ۲۰۰۰). خشم نوجوانان یک نگرانی عمده برای جامعه محسوب می‌شود، زیرا در بسیاری از

موارد به رفتارهایی منجر می‌شود که خسارت فراوانی به اقتصاد کشورها تحمیل می‌کند. برای مثال، رفتارهای ضد اجتماعی و رفتارهای تهاجمی از تبعات و پیامدهای خشم می‌باشد. همچنین خشم با شدت افسردگی، مصرف کوکائین، مصرف الکل و اقدام به خودکشی همبستگی داشته است. دوره‌های عود

۱ - نشانی تماس: اصفهان، خیابان هشت بهشت، بیمارستان خورشید، مرکز تحقیقات علوم رفتاری.

E-mail: F_shakibaii@yahoo.com

2- provocation

4- Kendall

3 - arousal



نمونه‌ها در زمینه شناخت خشم، کسب مهارت‌ها جهت کنترل خشم و اجرای آنها بنا شده است. مطالعاتی که در ذیل ذکر می‌شود، از تمامی برنامه‌های گروه درمانی خشم با رویکرد شناختی - رفتاری استفاده کرده‌اند. یک مطالعه، جوانان خلاف کار در حال نگهداری را بررسی کرد و کاهش نمره سنجش افراد از خود و همچنین کاهش سطح کارهای خلاف گروه مورد را در محل نگهداری افزایش نمرات را در گروه کنترل گزارش کرد (کندال، ۲۰۰۰). اسفوفیره^{۱۹} و ریلی^{۲۰} برنامه‌های گروه درمانی خشم با رویکرد شناختی - رفتاری را برای ۹۱ نوجوان وابسته به کودکان به کار بردند که نتیجه آن افزایش کنترل خشم، کاهش مصرف کودکان و تداوم بیشتر ترک مواد بود. این دستاوردها در پیگیری سه ماهه پس از درمان ادامه یافت (به نقل از فیندلر^{۲۱} و اکتون^{۲۲}، ۱۹۸۶). تانگ^{۲۳} (۲۰۰۱) گزارش کرد که گروه درمانی کنترل خشم با رویکرد شناختی - رفتاری، باعث بهبود مکانیسم‌های انطباقی خشم و کاهش حساسیت نسبت به برانگیزاننده‌های آن در مبتلایان به پرخاشگری و خشم (مراجعه سرپایی به درمانگاه روانپزشکی کودکان) می‌شود. یک مطالعه دیگر مدیریت خشم نوجوانان با رویکرد شناختی - رفتاری، بهبود قابل توجهی در تمام اندازه‌گیری‌های پیش‌آزمون در مقایسه با پس‌آزمون را گزارش کرد (دایر^{۲۴}، ۲۰۰۰).

همان‌طور که در بالا ذکر شد، بسیاری از مطالعات کشورهای دیگر، تأثیر گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری را بر کنترل خشم نوجوانان نشان داده‌اند. با توجه به اینکه مطالعه حاضر نخستین تجربه در این زمینه بود، شکل و قالب برنامه گروه‌درمانی از مطالعاتی گرفته شد که نسخه کامل آنان در دسترس بود (فیندلر و اکتون، ۱۹۸۶؛ کندال ۲۰۰۰) و تا حد اطلاع نگارندگان این مقاله، تاکنون در این زمینه مطالعات بسیار محدودی

درد کمر، بیماری‌های آترواسکلروزی قلبی عروقی، پیشرفت فیبریلاسیون دهلیزی، افزایش فشار خون، افزایش چربی بدن، کاهش توان و آمادگی و کاهش احساس خوب بودن افراد با خشم همبستگی نشان داده است (ایکر^۱، سولیوان^۲، کلی-هایز^۳، د'آگوستینو^۴ و بنجامین^۵، ۲۰۰۴؛ ماهون^۶، یارچسکی^۷ و یارچسکی^۸، ۲۰۰۰؛ سوارز^۹، لوئیس^{۱۰} و کوهن^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ اھیرا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۲؛ مولر^{۱۲}، مینجر^{۱۳}، لیهر^{۱۴}، چندلر^{۱۵} و چان^{۱۶}، ۱۹۹۸). ضمناً مشاهده شده است که در صورت عدم درمان خشم نوجوانان، معمولاً خشم به مدت طولانی باقی می‌ماند (کندال، ۲۰۰۰).

نوجوانی با تغییرات فیزیکی بلوغ آغاز می‌گردد. نوسان هیجانی شدید و دشوار آغاز نوجوانی را گروه هم‌تایان همان جنس می‌توانند تعدیل و اداره کنند. ارتباط گروهی، واسطه روند هیجانی تفرّد-جدایی^{۱۷} از والدین می‌باشد و باعث افزایش تکامل احساس هویت می‌شود، زیرا تأثیر گروه در تکامل نوجوان مهم است. گروه، یک درمان طبیعی و بدیهی و انتخابی برای نوجوان است (وینر^{۱۸}، ۱۹۹۷).

از بین رویکردهای مختلف مدیریت خشم در دو دهه گذشته، رویکرد شناختی - رفتاری مورد استقبال بیشتری قرار گرفته است. تئوری شناختی بر اساس اتصال ضروری اجزای تفکر، احساس و رفتار، پایه‌ریزی شده است. مقصود درمانگران افزایش آگاهی نسبت به علایم برانگیختگی اولیه خصمانه و آموزش فنون کنترل بر خود، به منظور کاهش احتمال رفتارهای پرخاشگرانه می‌باشد. یک رفتار پرخاشگرانه ضد اجتماعی ممکن است تحت تأثیر حوادث شناختی قبلی نظیر احساس تنفر (مانند به یادآوری یک کینه قدیمی)، ناآگاهی از پیامدهای احتمالی اعمال پرخاشگرانه و یا ناتوانی روانی در حل مسایل (به جای برون‌ریزی خودکار) قرار گیرد.

کلیات بسیاری از این مطالعات با یکدیگر شباهت‌های فراوان دارد و تفاوت‌ها اکثراً مربوط به تعداد و مدت جلسات، نمونه‌ها، جزئیات برنامه جلسات، ابزار سنجش پیامد و یا شرایط اجرای مطالعه (بستری و یا سرپایی) می‌باشد. محتوای کلی جلسات نیز در بسیاری از موارد مشابه می‌باشد و بر پایه آموزش و تمرین دادن

- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1- Eaker | 2 - Sullivan |
| 3- Kelly-Hayes | 4- D' Agostino |
| 5- Benjamin | 6 - Mahon |
| 7- Yarcheski | 8 - Suarez |
| 9- Lewis | 10 - Kuhn |
| 11- Ohira | 12 - Mueller |
| 13- Meininger | 14 - Liehr |
| 15- Chandler | 16 - Chan |
| 17- seperation-individuation | 18 - Wiener |
| 19- Sphosphire | 20 - Reilly |
| 21- Feindler | 22- Ecton |
| 23- Tang | 24- Dyer |



بر گزار گردید. محتوای مداخله بر اساس مطالعات فیندلر و اکنون (۱۹۸۶) و همچنین مطالعه کندال (۲۰۰۰) طراحی گردید. اثربخشی مداخلات هر دو مطالعه که بسیار به یکدیگر شبیه می‌باشند، به بهبود کنترل خشم (در مقایسه با گروه شاهد) منجر شده است. محتوای مداخله به این شرح است:

جلسه اول: الف) توضیح درباره فلسفه برنامه آموزشی و علت آن؛ ب) تعیین قوانین برنامه از جمله تعیین زمان گردهمایی، مدت برنامه، مدت جلسات، نیاز به مشارکت بدون وقفه؛ ج) توصیف نحوه برنامه آموزشی از جمله طرح تکلیف خانه، مشارکت در اجرای نقش و استفاده از دستگاه ویدئو و تشویق بحث گروهی و قوانین گروه و استفاده از behavioral contingency؛ د) توضیح فیزیولوژی و علایم خشم؛ ه) بیان خلاصه بحث به وسیله اعضا و مرور نکات مهم جلسه.

جلسه دوم: الف) مرور مطالب جلسه قبل؛ ب) مصاحبه رفتاری و گرفتن شرح حال اولیه درباره موقعیت‌هایی که موجب خشم شرکت کنندگان می‌شود و چگونگی مدارا کردن هر یک از آنها با آن موقعیت‌ها؛ ج) توضیح علایم پر خاشگری و انواع آن؛ د) بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام contingency و دادن تکلیف.

جلسه سوم: الف) مرور مطالب جلسه دوم؛ ب) آموزش رابطه محرک - فکر - احساس - رفتار؛ ج) بررسی hassle log با تمرکز بر رابطه محرک - فکر - احساس - رفتار؛ د) بیان خلاصه مطالب جلسه و اجرای contingency و دادن تکلیف.

جلسه چهارم: الف) مرور مطالب جلسه سوم؛ ب) شناسایی افکار و آموزش واقعه پیشامد، رفتار هدف و پیامد؛ ج) بحث راجع به برانگیزاننده‌های پنهان و آشکار؛ د) بررسی hassle log با تمرکز بر محرک‌های برانگیزاننده و رفتار، پیامد و واقعه پیشامد؛ ه) توجه به عواقب هر عملکرد؛ و) بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام contingency و دادن تکلیف.

جلسه پنجم: الف) مرور مطالب جلسه چهارم؛ ب) صحبت راجع به خودگویی^۵ و افکار افزایش دهنده و کاهش دهنده خشم؛ ج) افکار غیرمنعطف و منعطف؛ د) بیان خلاصه مطالب جلسه و انجام

در ایران شده و خصوصاً از گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری با شکل و قالب مطالعه حاضر استفاده نشده است. هدف این مطالعه تعیین تأثیر گروه درمانی (بر طبق پروتکل تدوین شده در این پژوهش) با رویکرد شناختی - رفتاری بر کنترل خشم نوجوانان مؤسسه‌ای می‌باشد.

روش

مطالعه حاضر به صورت کارآزمایی بالینی با گروه شاهد انجام شد. پیش از اجرای مطالعه، یک گروه ۱۰ نفری از نوجوانان بستری شده در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه به عنوان گروه آزمایشی مورد مداخله قرار گرفتند و مشکلات اجرایی این نوع مداخلات مشخص و سپس در مطالعه از آن استفاده شد. جمعیت مورد بررسی شامل نوجوانان بی سرپرست بود که در دو مؤسسه (یک مؤسسه دخترانه و یک مؤسسه پسرانه) وابسته به سازمان بهزیستی نگهداری می‌شدند. نمونه‌ها به صورت غیر تصادفی از بین دو مؤسسه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه سن ۱۱-۱۸ سال، سکونت در مؤسسه نگهداری کودکان و نوجوانان بی سرپرست، دارا بودن مشکلات خشم (طبق گزارش مسئولان مؤسسه و نمرات مرزی یا غیر طبیعی با در نظر گرفتن مقیاس نمره کلی خشم^۱ در پرسشنامه AARS^۲) بود. ابتلا به اختلالات نورولوژیک عمده همراه، ابتلا به هر نوع بیماری شناخته شده طبی، پر خاشگری شدید، سایکوز، عقب ماندگی ذهنی^۳ و شرکت در کمتر از چهار جلسه از هشت جلسه مداخله، معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. از سرپرست مؤسسه و همچنین تمامی نوجوانان برای ورود به مطالعه رضایت نامه کتبی گرفته شد و سرانجام از ۴۰ نوجوان، ۱۶ نفر به گروه مورد و ۲۴ نفر به گروه شاهد وارد شدند.

مداخله شامل هشت جلسه گروه درمانی بود که به وسیله درمانگر و کمک درمانگر در محل مؤسسات برگزار شد. سطح تحصیلات کمک درمانگر فوق لیسانس و دارای تجارب بالینی مفید در زمینه روانپزشکی کودک و نوجوان بود.

هر جلسه یک ساعت طول می کشید و فاصله زمانی بین جلسات یک هفته بود. جلسات در مؤسسات نگهداری کودکان مؤسسه‌ای

1- Total Anger Score
3- mental retardation
5- self-talk

2- Adolescent Anger Rating Scale
4- thinking ahead



contingency و دادن تکلیف.

جلسه ششم: الف) مرور مطالب جلسه پنجم؛ ب) تمرین آرمیدگی؛ ج) بررسی hassle log و بازی نقش، با تمرکز بر خودگویی و افکار غیرمنعطف و منعطف؛ د) آموزش آرمیدگی؛ ه) آموزش حل مسئله؛ و) بیان خلاصه مطالب ارائه شده، جایزه و بازخورد مثبت.

جلسه هفتم: مرور خلاصه جلسه ششم

جلسه هشتم: الف) مرور مطالب جلسه هفتم؛ ب) تمرین آرمیدگی؛ ج) حل مسئله؛ د) آموزش جرأت‌مندی با توضیح راجع به احساس اولیه و احساس ثانویه؛ ه) بیان خلاصه مطالب ذکر شده و جایزه بازخورد مثبت.

اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران در یک فهرست کنترل ثبت گردید. پیش از مداخله درمانی و همچنین یک هفته پس از جلسه هشتم، تمامی بیماران با استفاده از مقیاس ارزیابی خشم نوجوان (AARS) ارزیابی شدند. این پرسشنامه شامل ۴۱ سؤال و مقیاس‌های خشم ابزاری^۱، خشم واکنشی^۲ و کنترل خشم^۳ می‌باشد و به منظور سنجش خشم نوجوانان ۱۹-۱۱ ساله طراحی شده است. همچنین از جمع تمامی این زیر مقیاس‌ها، یک مقیاس نمره کلی خشم^۴ حاصل می‌شود. مقیاس خشم ابزاری، میزان و شدت پاسخ‌های تأخیری خشم را که در آینده به انتقام منجر خواهد شد، مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است و نمره ۸۰-۲۰ دارد. نمره بالاتر به معنی خشم بیشتر است. مقیاس خشم واکنشی میزان و شدت پاسخ‌های خشم سریع را در هنگام مواجهه با یک حادثه منفی، تهدید کننده و یا ترسناک می‌سنجد. این مقیاس شامل هشت سؤال می‌باشد و نمره بین ۸ تا ۳۲ دارد. نمره بیشتر به معنی تظاهر بیشتر خشم می‌باشد. مقیاس کنترل خشم توانایی نوجوان را در کنترل و کاهش رفتارهای ناشی از خشم، خشم ابزاری و خشم واکنشی می‌سنجد. این مقیاس از ۱۳ سؤال تشکیل شده است و نمره بین ۱۳ تا ۵۲ را به خود اختصاص می‌دهد. نمره بالاتر به معنی کنترل بیشتر خشم می‌باشد. نمره کلی خشم حاصل جمع تمامی سؤال‌ها (مجموع سه مقیاس مذکور) است و نمره‌ای بین ۴۱ تا ۱۶۴ به دست می‌دهد. اعتبار و روایی نسخه انگلیسی آن بسیار قابل قبول است، اما اعتبار نسخه فارسی آن را

تاکنون نستجیده‌اند.

به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 11.5 استفاده شد. تفاوت پیش و پس از درمان با استفاده از آزمون تی جفتی^۵ بررسی گردید. مقایسه تفاوت پیامدهای پیش و پس از مداخله در دو گروه با استفاده از اندازه‌گیری‌های مکرر تعیین شد. در تمامی آنالیزهای فوق، p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار و p بین ۰/۰۵ تا ۰/۱ به صورت مرزی معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی دو گروه یک و دو به ترتیب ۱۴/۳ و ۱۴/۶ سال بود. در هر دو گروه ۵۰ درصد افراد دختر و ۵۰ درصد پسر بودند. دو گروه از نظر سن و جنس تفاوت معنی‌داری نداشتند. از نظر نتایج پرسشنامه AARS، دو گروه پیش از مداخله تفاوت معنی‌داری نشان ندادند (جدول ۱).

حداقل ۶۲/۵ درصد و حداکثر ۱۰۰ درصد افراد در جلسات شرکت کردند. تعداد شرکت‌کنندگان در هر جلسه در جدول ۲ آمده است. به طور میانگین، تعداد افراد گروه مورد که در هر جلسه شرکت کردند، ۱۲/۷۵ نفر بود. از هشت نفر دختر، به طور میانگین، در هر جلسه ۶/۲۵ نفر و از هشت پسر، در هر جلسه، ۶/۵ نفر حضور داشتند.

در گروه مورد، گروه‌درمانی مدیریت خشم از نظر آماری با کاهش مرزی معنی‌دار در مقیاس خشم واکنشی ($p=0/06$) و کاهش غیر معنی‌دار در مقیاس‌های نمره کلی خشم و خشم ابزاری از پرسشنامه AARS همراه بود. مقیاس‌های نمره کلی خشم، خشم ابزاری، خشم واکنشی و کنترل خشم پیش از مداخله و پس از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد (جدول ۱).

در گروه مورد، کاهش خشم واکنشی در دختران به میزان معنی‌داری بیشتر از پسران بود. همچنین در این گروه، تغییر مقیاس کنترل خشم در دو جنس تفاوت معنی‌دار مرزی نشان داد (جدول ۳).

1- instrumental anger
3- anger control
5- paired t-test

2- reactive anger
4- total anger score



جدول ۱- مقیاس‌های خشم در دو گروه (پیش و پس از مداخله)

سطح معنی‌داری*	پس از مداخله		پیش از مداخله		گروه	مقیاس‌های خشم
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
	۸/۳۲	۴۹/۲۰	۹/۶۵	۵۰/۰۰	مورد	
ns	۱۱/۴۸	۵۳/۵۲	۱۶/۵۳	۵۶/۷۰	**p شاهد	مقیاس نمره کلی خشم
	۱۱/۴۱	۵۲/۶۶	۱۴/۹۱	۵۴/۷۳	**p مورد	
ns	۱۰/۹۰	۵۶/۸۸	۱۲/۰۵	۵۷/۱۱	**p شاهد	خشم ابزاری
	۹/۳۷	۴۶/۵۳	۱۱/۳۱	۵۰/۹۳	**p مورد	
ns	۱۰/۷۴	۵۱/۱۱	۱۰/۶۴	۵۱/۳۵	**p شاهد	خشم واکنشی
	۹/۶۸	۵۳/۶۶	۹/۳۳	۵۵/۶۰	**p مورد	
ns	۱۱/۸۶	۵۱/۱۷	۱۰/۰۰	۵۱/۷۰	**p شاهد	کنترل خشم
					**p شاهد	

* سطح معنی‌داری برای مقایسه گروه‌های مورد و شاهد
** سطح معنی‌داری برای مقایسه پیش و پس از مداخله در داخل هر گروه

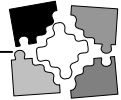
جدول ۲- تعداد شرکت‌کنندگان هر جلسه

جلسه	دختران	پسران	کل
جلسه اول	۸ نفر (۱۰۰ درصد)	۸ نفر (۱۰۰ درصد)	۱۶ (۱۰۰ درصد)
جلسه دوم	۵ نفر (۶۶/۵ درصد)	۶ نفر (۷۵ درصد)	۱۱ (۸۶ درصد)
جلسه سوم	۷ نفر (۸۷/۵ درصد)	۶ نفر (۷۵ درصد)	۱۳ (۸۱ درصد)
جلسه چهارم	۸ نفر (۱۰۰ درصد)	۶ نفر (۷۵ درصد)	۱۴ (۸۷ درصد)
جلسه پنجم	۷ نفر (۸۷/۵ درصد)	۸ نفر (۱۰۰ درصد)	۱۵ (۹۳ درصد)
جلسه ششم	۵ نفر (۶۲/۵ درصد)	۶ نفر (۸۶ درصد)	۱۱ (۸۶ درصد)
جلسه هفتم	۶ نفر (۷۵ درصد)	۶ نفر (۷۵ درصد)	۱۲ (۷۵ درصد)
جلسه هشتم	۴ نفر (۵۰ درصد)	۶ نفر (۷۵ درصد)	۱۰ (۶۲/۵ درصد)

جدول ۳- مقیاس‌های خشم در دو جنس (پیش و پس از مداخله)

سطح معنی‌داری*	پس از مداخله		پیش از مداخله		جنس	مقیاس‌های خشم
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
	۸/۷۵	۵۰/۵۷	۱۱/۰۴	۵۰/۷۱	دختران	
ns	۸/۳۳	۴۸/۰۰	۸/۹۹	۴۹/۳۷	**p پسران	مقیاس نمره کلی خشم
	۱۲/۲۱	۵۳/۲۸	۱۸/۰۱	۵۷/۰۰	**p دختران	
ns	۱۱/۴۹	۵۲/۱۲	۱۲/۵۲	۵۲/۷۵	**p پسران	خشم ابزاری
	۹/۹۸	۵۱/۰۰	۹/۸۸	۵۹/۱۴	**p دختران	
۰/۰۰۹	۷/۲۸	۴۲/۶۲	۶/۷۵	۴۳/۷۵	**p پسران	خشم واکنشی
	۶/۷۷	۵۵/۲۸	۶/۵۹	۶۱/۱۴	**p دختران	
۰/۰۸۵	۱۱/۹۷	۵۲/۲۵	۸/۹۰	۵۰/۷۵	**p پسران	کنترل خشم
					**p پسران	

* سطح معنی‌داری برای مقایسه گروه‌های دختر و پسر
** سطح معنی‌داری برای مقایسه پیش و پس از مداخله در داخل هر گروه



بحث

در مطالعه حاضر، در هر جلسه به طور متوسط ۸۰ درصد افراد شرکت کردند که به معنی استقبال قابل توجه نوجوانان مورد بررسی در این تحقیق از چنین مداخلاتی می‌باشد. گروه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری در نوجوانان مؤسسه‌ای، با کاهش غیرمعنی‌دار مقیاس‌های نمره کلی خشم و خشم ابزاری از پرسشنامه AARS همراه بود (اگرچه کاهش خشم واکنشی از نظر آماری به صورت مرزی معنی‌دار بود).

کندال (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای جوانان خلاف کار تحت نگهداری را بررسی نمود و کاهش نمره سنجش افراد از خود و همچنین کاهش سطح کارهای خلاف در محل نگهداری را در گروه مورد و افزایش نمرات را در گروه کنترل گزارش کرد. یک مطالعه مدیریت خشم نوجوانان با رویکرد شناختی رفتاری، در تمام اندازه‌گیری‌های پیش آزمون (در مقایسه با پس آزمون) بهبود قابل توجهی گزارش کرد (دایر، ۲۰۰۰). البته باید توجه کرد که نمونه مطالعه حاضر نوجوانان مؤسسه‌ای و نمونه‌های مطالعات فوق، جمعیت‌های متفاوتی بوده‌اند. با توجه به اینکه نوجوانان بی‌سرپرست در طول زندگی با مشکلات و نابسامانی‌های فراوانی مواجه می‌گردند، به عنوان یک فرضیه، متعدد بودن مشکلات این جامعه را می‌توان علت عدم اثربخشی مناسب گروه درمانی در مطالعه حاضر نام برد. حجم کل نمونه نیز می‌تواند علت دیگر فقدان اختلاف معنی‌دار محسوب شود. همچنین محتمل است که اجرای این مطالعه برای نخستین بار، بدون استفاده از تجارب مطالعات پیشین، در کاهش اثربخشی گروه درمانی مدیریت خشم مؤثر باشد، لذا می‌توان امید داشت که مطالعات آتی، با استفاده از حجم نمونه بالاتر، بهره‌گیری از تجارب مطالعه حاضر و انتخاب جمعیت‌های دیگر نوجوانان امکان ثبت تغییرات معنی‌دار خشم را به دنبال گروه‌درمانی مدیریت خشم فراهم آورد، اگرچه یک مطالعه دیگر نیز عدم بهبود مهارت کنترل خشم را در گروه‌های خاصی از زندانیان گزارش کرده است (فوربس^۱، پراتسیناک^۲، فاگان^۳ و اکس^۴، ۱۹۹۲).

این مطالعه نشان داد که دو جنس از نظر پاسخ درمانی به گروه‌درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری تفاوت

دارند. در این مطالعه، دختران غالباً پاسخ مناسب‌تری به درمان نشان می‌دادند. برای مثال، دختران در مقایسه با پسران، در مقیاس خشم واکنشی کاهش بیشتری نشان دادند. تغییر در مقیاس کنترل خشم نیز به دنبال مداخله در دو جنس به کلی متفاوت بود، به طوری که این مقیاس در پسران افزایش و در دختران کاهش نشان داد. در توجیه این یافته، دو فرضیه را می‌توان مطرح نمود. فرضیه نخست می‌تواند به تفاوت بودن اثربخشی چنین درمان‌هایی در دو جنس مربوط باشد و فرضیه دوم، امکان برخی تفاوت‌های ناخواسته در مداخله برای پسران و دختران این مطالعه می‌باشد. در واقع، از طریق یکسان نمودن تعداد و طول جلسات، سرفصل‌های مداخله (پیش از انجام آن) و درمانگران تلاش شد تا تفاوت‌های احتمالی مداخله بین دو جنس به حداقل برسد. با وجود این، نمی‌توان ادعا کرد که مداخله برای دو جنس دقیقاً مشابه بوده است، لذا لازم بود تا برای کشف تفاوت‌های احتمالی، در محتوای جلسات دو جنس بازنگری شود.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر در نوع خود، نخستین مطالعه در کشور محسوب می‌شود، لذا از قابلیت اجرای آن به عنوان نتیجه می‌توان نام برد. از نقاط ضعف این مطالعه حجم کم نمونه و عدم برخورداری از دوره پیگیری و از نقاط قوت آن اجرای فاز آزمایشی و بازنگری در جزئیات مطالعه اصلی می‌باشد. انجام این مطالعه روی جمعیت نوجوانان مؤسسه‌ای و عدم انتخاب بر اساس ابتلا به یک اختلال روانپزشکی خاص، موجب می‌شود تا نتوان نتایج آن را به جامعه تعمیم داد که این نیز احتمالاً نقطه ضعف آن محسوب می‌شود. همچنین با توجه به محدودیت‌های مطالعه (از قبیل محل و زمان مطالعه) و نیز محدودیت امکانات پژوهشگر، نمونه این مطالعه مورد ارزیابی روانپزشکی قرار نگرفت، در حالی که وجود اختلالات روانپزشکی می‌تواند بر توانمندی کنترل خشم نوجوانان مؤثر باشد. بنابراین عدم انجام ارزیابی روانپزشکی نمونه‌ها نیز از محدودیت‌های مطالعه به شمار می‌رود. یکسان بودن نوجوانان دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و مقیاس‌های پرسشنامه‌ای از دیگر نقاط قوت مطالعه محسوب می‌شود.

1- Forbes
3- Fagan
5- feasibility

2- Pratsinak
4- Ax



هدف محسوب می‌شود. همچنین مطالعات آتی در زمینه جست‌وجوی علت اثربخشی متفاوت چنین مداخلاتی در دو جنس می‌تواند به سؤال‌های این مطالعه پاسخ دهد. نتایج چنین مطالعاتی امکان طراحی پروتکل اختصاصی با حداکثر اثر بخشی را برای هر یک از دو جنس امکان‌پذیر خواهد ساخت.

در پایان پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای انجام شود که طی آن اثر سه مداخله دارویی، گروه‌درمانی مدیریت خشم و درمان توأم دارویی و گروه درمانی مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین با توجه به نقاط ضعف مطالعه حاضر مطالعات آتی در جمعیت‌های مختلف توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از سرکار خانم دکتر نسرين امیری پیشنهاد دهنده عنوان مطالعه، مسئول هماهنگی با سازمان بهزیستی و راهنمای تحقیق، خانم فریبا دستور بیگو و آقای یعقوب اسماعیلی کمک درمانگران این مطالعه تشکر می‌شود. همچنین از مدیریت و کارکنان محترم پژوهشکده علوم شناختی که پرسشنامه AARS را در اختیار محققان قرار دارند و نمره‌دهی این پرسشنامه‌ها را بر عهده گرفتند قدردانی می‌گردد.

بازنگری در پروتکل پس از هر بار به کارگیری و بررسی نتایج آن می‌تواند بر سطح کارایی و اثر بخشی آن بیفزاید. لذا پیشنهاد می‌شود در صورت استفاده از پروتکل مطالعه حاضر، جلسه سوم حذف گردد، زیرا باعث می‌شود مطالب برای نوجوانان ساده‌تر و قابل فهم‌تر گردد، ضمن اینکه مطالب جلسه چهارم می‌تواند اهداف جلسه سوم را نیز تأمین نماید. در بسیاری از مطالعات، پروتکل‌های مورد استفاده مورد بازبینی قرار می‌گیرند تا از درس‌های آموخته‌شده از آزمون‌های بالینی در اصلاح برنامه‌ها استفاده شود. در مورد پروتکل پژوهش اخیر نیز قطعاً بازنگری می‌تواند به ارتقای سطح کارایی آن منجر شود. یکی از بازنگری‌های ضروری طراحی جلسات مداخله پس از پایان مداخلات، به منظور یادآوری می‌باشد.

به نظر می‌رسد که در کشورمان نیز همچون دیگر کشورهای دنیا، مطالعات آتی می‌بایست با بهره‌گیری از حجم نمونه بیشتر و با در نظر گرفتن دوره پیگیری انجام شود و از آنجا که بسیاری از نوجوانان جامعه دچار افزایش خشم می‌باشند، مداخلات مشابه را نباید به جمعیت‌های خاص (همچون مراجعان به درمانگاه‌های روانپزشکی کودکان دچار اختلالات رفتاری و هیجانی) محدود کرد. به هر حال، پیش از انجام مداخلات وسیع، کسب تجربه در این زمینه مورد نیاز است که مطالعه حاضر، گامی به سمت این

منابع

Dyer, I. (2000). Cognitive behavioural group anger management for out-patients: A retrospective study. *International Journal of Psychiatr Nursing Research*, 5, 602-621.

Eaker, E.D., Sullivan, L.M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R.B., & Benjamin, E.J. (2004). Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham Offspring Study. *Circulation*, 109, 1267-1271.

Feindler, E., & Ecton, R. (1986). *Adolescent anger control: Cognitive/behavioral techniques*. New York: Pergamon Press.

Forbes, M.R., Pratsinak, G.J., Fagan, T.J., & Ax, R.K. (1992). Effects of group prosocial skills training on anger control in prison inmates. *Psychology Reports*, 70, 66.

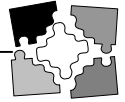
Kendall, P.C. (2000). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (2nd ed.). New York: Guilford.

Mahon, N.E., Yarcheski, A., & Yarcheski, T.J. (2000). Positive and negative outcomes of anger in early adolescents. *Research Nursing Health*, 23, 17-24.

Mueller, W.H., Meininger, J.C., Liehr, P., Chandler, P.S., & Chan, W. (1998). Adolescent blood pressure, anger expression and hostility: Possible links with body fat. *Annals of Human Biology*, 25, 295-307.

Ohira, T., Iso, H., Tanigawa, T., Sankai, T., Imano, K., Kiyama, M., Sato, S., Naito, Y., Iida, M., & Shimamoto, T. (2002). The relation of anger expression with blood pressure levels and hypertension in rural and urban Japanese communities. *Journal of Hypertension*, 20, 21-27.

Suarez, E.C., Lewis, J.G., & Kuhn, C. (2002). The relation of aggression, hostility, and anger to lipopolysaccharide-stimulated tumor necrosis factor (TNF)-alpha by blood monocytes from normal men. *Brain, Behavior and Immunity*, 16, 675-84.



Tang, M. (2001). Clinical outcome and client satisfaction of an anger management group program. *Journal of Occupational Therapy*, 68, 228-36.

Wiener, J.M. (1997). *Textbook of child & adolescent Psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.