

یافته های نو در روان شناسی

سال ششم. شماره ۲۱. زمستان ۱۳۹۰

صفحات مقاله: ۳۱-۱۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۵/۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۲/۵

مقایسه اثر بخشی آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی بر پر خاشگری زندانیان

امین روستایی *

شهنام ابوالقاسمی **

علیرضا محمدی آریا ***

سارا ساعدی ****

چکیده

هدف از این تحقیق بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی بر میزان پر خاشگری زندانیان شهر فسا بود. نمونه این پژوهش ۴۵ نفر از مددجویان زندانی شهر فسا بود که به صورت نمونه گیری تصادفی ساده از بین زندانیانی که بالاترین نمره در پر خاشگری داشتند؛ انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. پرسشنامه پر خاشگری باس و پری (AQ) به عنوان ابزار در این پژوهش استفاده شد. طرح پژوهش، شبه تجربی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. پس از انتخاب تصادفی گروه های آزمایش و کنترل، سپس مداخله آزمایشی ۱ (آموزش مدیریت خشم) و مداخله آزمایشی ۲ (دارودرمانی) به گروه های آزمایش ارائه گردید و پس از اتمام برنامه آموزشی و دارودرمانی، پس از آزمون گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده ها به روش کواریانس چند متغیره (مانکوا) نشان داد آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی در کاهش پر خاشگری زندانیان موثر و کارآمد بود و در این میان مدیریت خشم نسبت به دارودرمانی در کاهش پر خاشگری موثرتر است.

واژه های کلیدی: مدیریت خشم، دارودرمانی، پر خاشگری

* دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، کارشناس ارشد روانشناسی، تنکابن، ایران. (نویسنده مسئول)

** دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، استادیار گروه روانشناسی، تنکابن، ایران.

*** دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، استادیار گروه روانشناسی،، ایران.

**** دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، دانش آموخته دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

مقدمه

مفاهیم خشم، تندخویی و پرخاشگری، گاهی به جای یکدیگر به کار می روند و هنوز ارایه تعریف روشن از هر یک از این مفاهیم و نشان دادن تفاوت های آنها دشوار به نظر می رسد. با وجود این، می توان خشم را یک حالت هیجانی یا احساس درونی ناشی از برانگیختگی فیزیولوژیکی و شناخت، و افکار مربوط به کینه توزی تعریف کرد (اونیل، ۲۰۰۶).

برای جدا کردن این سه مفهوم، می توان خشم را به عنوان هیجان، کینه توزی را به عنوان نگرش و پرخاشگری را به عنوان رفتار در نظر گرفت. خشم به عنوان یک حالت هیجانی توصیف می شود که شالوده کینه توزی و پرخاشگری را تشکیل می دهد. مراد از کینه توزی نگرش پرخاشگرانه ای است که فرد را به سوی رفتار پرخاشگرانه می کشاند در حالی که پرخاشگری به عنوان رفتاری قابل مشاهده که با هدف آسیب یا زیان رساندن انجام می شود در نظر گرفته شده است (دل و ش یو و آلری، ۲۰۰۴). خشم یک هیجان ارضاکننده و در عین حال، ویران کننده است؛ سامانه درونی ما را فعال می کند؛ ما را برای رویارویی با خطر های بالقوه پیرامون آماده می کند (تایلر و نوآکو، ۲۰۰۵).

پرخاشگری، یکی از مشکلات بزرگ دنیای امروز است. به طوری که گزارش ها حاکی از آن است که یک چهارم از افراد جامعه آمریکا، برخی از انواع این مشکل روانی را در طول زندگی خود تجربه می کنند (انجمن سلامت، ۲۰۰۱). در اغلب موارد وجود این اختلال در فرد، نه تنها از میزان سازگاری فردی و اجتماعی وی می کاهد، بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و سایر گروه های اجتماعی را نیز دچار مشکل می کند. در برخی موارد نیز، نوع و شدت مشکل به حدی می رسد که موجبات آزار و تهدید حقوقی اعضای دیگر اجتماع را فراهم می آورد و نتیجه آن، درگیری فرد بیمار با قانون و مراجع کیفری را موجب می شود. به عبارت دیگر، فرد بیمار به سبب داشتن اختلال روانی و پیامد آن یعنی ارتکاب جرم، تحت پیگرد قانونی قرار می گیرد. یافته های تحقیقات مختلف نشان می دهند که بین ۱۰ تا ۱۵ درصد زندانیان، مبتلا به اختلالات روانی هستند (لمپ و وینبرگر، ۱۹۹۸). همچنین میزان شیوع این اختلالات در نمونه های متشکل از افراد مجرم و زندانی بسیار بالاتر از افراد دیگر جامعه است (بیسکل و کامپیل، ۲۰۰۲).

گروهی از متخصصان سلامت روانی در آمریکا نیز با مطالعه ۵۴۱ نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله مجرم دریافتند که میزان مشکلات درونی سازی (از جمله افسردگی و شکایات جسمانی) و مشکلات بیرونی سازی (از جمله پرخاشگری و بزه کاری) در این نوجوانان دو برابر سایر نوجوانان است. از طرفی مشاهده شده است که مددجویان مبتلا به مشکلات سلامت روانی نه تنها در زندان بیشتر

1. O'Neill
2. Del Vecchio & O'Leary
3. Taylor & Jahoda
4. Department of Health
5. Lamb & Weinberger
6. Bickel & Campbell

مرتکب خلاف می شوند و در نتیجه به طول دوره محکومیت آنان افزوده می شود، بلکه احتمال بیشتری درد که قربانی خشونت، سوء استفاده و آزار و اذیت سایر مددجویان شوند (او کانیر، لاول و برون، ۲۰۰۲).

مشاهدات بالینی مک شان^۲ (۱۹۸۹) نشان می دهد که مددجویان مبتلا به مشکلات و بیماری های روانی، ۵ برابر سایر مددجویان به کارکنان زندان و مددجویان دیگر حمله ور می شوند. این آمار و ارقام نشان می دهد که مراکز بازداشتگاهی و زندان ها نیازمند فراهم کردن شرایطی ستند که زندانیان بتوانند تحت آن مورد درمان های فردی یا گروهی قرار گیرند.

از طرفی تاریخچه زندان و مقابله با جرایم نیز نشان داده است که روش های متکی بر تنبیه و مجازات نه تنها نمی توانند از بروز و ارتکاب پرخاشگری و بالطبع جرم جلوگیری کنند، بلکه در مواردی نیز بر شدت و تعداد این موارد می افزایند. از این رو، امروزه اعتقاد بر این است که استفاده از داروهای ضد اضطراب و ضدمانیک (سیف زاده، ۱۳۸۸)، روش های بازپروری و تاکید بر توان بخشی روانی مددجویان در خصوص مدیریت خشم^۳، به خصوص در آن دسته از مددجویانی که دچار نواقص شناختی و اختلالات روانی هستند، نیز بسیار مفید و موثر است (سراقتون و تاول^۴، ۲۰۰۵). برنامه آموزش مدیریت خشم، یک مداخله روانی- تربیتی سازمان یافت است که برای گسترش مهارت های مدیریت خشم و کاهش آسیب پذیری افراد بهنجار و یا گروه ویژه ای از جمعیت بالینی اجرا می شود (زیلمن^۵، ۱۹۷۱، به نقل از تایلر و نوآکو^۶، ۲۰۰۵).

این مداخله درمانی- تربیتی بیشتر برای افرادی مناسب است که در زمینه مدیریت خشم از مهارت کافی برخوردار نبوده و در اثر برانگیختگی خشم و نیز ابراز نامناسب آن (درون ریزی یا برون ریزی افراطی) به برخی از اختلال های بدنی و رفتاری مبتلا شده و یا آمادگی ابتلا به آن را پیدا کرده اند (نویدی، ۱۳۸۷).

تاول (۲۰۰۳) تاثیر برنامه های مداخله ای متکی بر مجازات و برنامه های مداخله ای متکی بر تقویت رفتارهای مثبت را در یک اردوگاه از مددجویان مورد مقایسه قرار داد و دریافت که هر چند تاکید بر مجازات در مددجویان بیشتر شود، میزان ارتکاب جرم و محکومیت مجدد نیز افزایش می یابد. بر این اساس طی چند دهه گذشته تاکید مسئولان و دست اندرکاران جامعه و زندان بر جایگزینی فعالیت های توان بخشی و بازپروری به جای تنبیه و مجازات در زندان ها است. از جمله فعالیت های توان بخشی که به طور گسترده ای در زندان ها مورد استفاده قرار می گیرند، کار آموزشی های شغلی و حرفه ای، برنامه های آموزشی و تربیتی، طرح های کارآفرینی و مشاوره و روان درمانگری فردی و گروهی هستند. نتایج تحقیقات مختلف نشان داده اند که برنامه های روان

1. O'conner, Lovell & Brown
2. McShane
3. Anger management training
4. Crighton & Towel
5. Zelman
6. Taylor & Novaco

درمانگری فردی و گروهی نقش زیادی در بهبود وضعیت روان شناختی و کاهش میزان ارتکاب جرم مجدد مددجویان دارند (فریندشیپ، بلد، اریکسون و ثورتن^۱، ۲۰۰۳).

در پژوهش دیگر، ایرلند^۲ (۲۰۰۴) کارآیی برنامه مداخله ای کوتاه مدت مدیریت خشم را در زندانیان نوجوان مورد ارزیابی قرار داد. بدین منظور، ۸۷ زندانی نوجوان به صورت تصادفی انتخاب شدند و ۵۰ نفر از آنان در گروه آزمایشی و ۳۷ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. کلیه زندانی ها قبل و بعد از مداخله، سیاهه خود گزارشی کنترل خشم را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که مددجویان گروه آزمایشی که آموزش مهارت های کنترل خشم را دریافت کرده بودند، وضعیت روان شناختی مطلوب تری از مددجویان گروه کنترل داشتند و قادر به کنترل خشم خود بودند.

جوی^۳ (۲۰۱۰) کارآیی برنامه مداخله ای کوتاه مدت مدیریت خشم به صورت فیلم ضبط شده بر روی ۱۲ نفر از سربازان امریکایی شرکت کننده در جنگ عراق مورد ارزیابی قرار داد. نتایج نشان داد که سربازانی که تحت آموزش اینگونه روان درمانی قرار گرفته بودند نسبت به دیگر سربازان (گروه کنترل) قدرت بیشتری برای کنترل پرخاشگری خود داشتند.

مطالعه لاوسن^۴ (۲۰۰۹) در ارزیابی برنامه "آموزشی مدیریت خشم" مؤسسه سلامت روان آمریکا که برای بی خانمانها (افرادی که دارای درآمد بسیار پایین و دچار تعارض هستند) برگزار شده بود، نشان داد که این برنامه توانبخشی توانسته است در مدیریت خشم ناشی از مشکلات مادی شرکت کنندگان مؤثر باشد. برادبوری^۵ و کلارک^۶ (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی با استفاده از درمان شناختی- رفتاری مدیریت خشم نشان دادند افرادی این مهارت را آموخته بودند به راحتی، پیشرفت قابل ملاحظه ای در کنترل خشم و نیز افزایش عزت نفس نشان دادند و افسردگی آنان نیز تا حدودی بهبود یافته بود.

همچنین اشمیتز^۷ (۲۰۰۵) در یک مطالعه شبه تجربی، تعداد ۳۰ نفر از مراجعان بزرگسال مرکز بهداشت روانی حومه مینه سوتا را انتخاب و برنامه آموزش مدیریت خشم را به مدت ۱۰ هفته بر روی آنان اجرا کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که شرکت در برنامه آموزش مدیریت خشم، نمره های افراد را در مقیاس کنترل درون ریزی خشم، نسبت به خط پایه، به طور معناداری افزایش می دهد.

برسلین^۸ (۲۰۰۵) نیز اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت خشم را در پیشگیری از ارتکاب به خشونت خانوادگی مورد مطالعه قرار داد و نتیجه گرفت که شرکت در برنامه آموزش مدیریت خشم با کاهش ارتکاب به خشونت خانوادگی مرتبط است. در پژوهش دیگر، لینک و سونک^۹ (۲۰۰۳) به نقل از سیف زاده، (۱۳۸۸) کارایی آموزش مهارت خشم باروش شناختی- رفتاری را مورد ارزیابی قرار

1. Friendship, Blud, Erikson & Thorton

2. Ireland

3. Joe

4. Laswon

5. Bradbury

6. Schmits

7. Bresline

8. Link & Sonnek

دادند. بدین منظور، ۹۱ نفر با مشکل ناتوانی در مهار خشم، به صورت تصادفی در دو گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه گواه جای گرفتند. یافته‌ها نشان دادند پیشرفت آزمودنی‌ها در مهار خشم در گروه آزمایشی به گونه‌ای معنادار از کنترل گواه بیشتر بود.

تانگ^۱ (۲۰۰۱) گزارش نمود 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.

همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که درمان دارویی نیز می‌تواند به عنوان درمان کمکی، در کاهش نشانه‌های آشکار اختلال سلوک موثر باشد. در واقع داروهای آنتی سایکوتیک‌ها، ضد اضطراب‌ها، تثبیت‌کننده‌های خلق می‌توانند به عنوان مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین، به منظور تخفیف تکانشگری، تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی خلق که اغلب در اختلال سلوک دیده می‌شود، بکار روند. هرچند مطالعه دوسویه کوری که اخیراً با کنترل دارونما انجام شد نشان داد که داروها در کاهش پرخاشگری مزیتی نسبت به دارو ندارند (کاپلان و سادوک، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵). اما اولدهام و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی مصرف پلاسیبو و لیتوم در ۶ هفته (۹۸۵/۷ mg به طور میانگین روزانه) بر آزمودنی‌های دارای بالاترین سطح پرخاشگری دریافتند که نرخ بهبودی در مصرف لیتوم بیش از پلاسیبو است.

همچنین لیندا، مک دیوید و لینیهان^۲ (۱۹۹۹) نیز در بررسی کارآیی مصرف ۱۲ هفته‌ای فلوگزتین (۶۰-۲۰ mg - روزانه) بر تحریک‌پذیری و خشم ۲۷ آزمودنی نشان دادند که مصرف فلوگزتین کاهش معنی‌داری در علایم خشم و افسردگی و بهبود عملکرد کلی را برای آزمودنی‌های مصرف‌کننده در پی دارد.

با توجه به مطالب فوق و نقش ارزنده آموزش مدیریت خشم بر سلامت جسمانی، روانی، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی بر پرخاشگری مددجویان زندان شهر فسا است. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و مطالب گفته شده در پژوهش حاضر این فرضیه که بین اثربخشی آموزش روش مدیریت خشم و دارودرمانی بر پرخاشگری مددجویان زندان شهر فسا تفاوت وجود دارد؛ مورد آزمون قرار می‌گیرد.

روش پژوهش

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مددجویان مرد زندان شهر فسا بود. انتخاب نمونه آماری تحقیق بر اساس کسب بالاترین ترین نمره آزمون پرخاشگری و خصومت باس و پری بود. ابتدا بر اساس فرمول حجم نمونه از میان ۳۵۰ نفر از مددجوی زندانی شده، ۱۵۰ نفر را به عنوان نمونه به صورت تصادفی انتخاب و آزمون مورد نظر را کامل کردند. سپس تعداد ۴۵ نفر از جامعه فوق که بالاترین نمره در آزمون پرخاشگری گرفته بودند، انتخاب و به صورت تصادفی ساده به سه گروه ۱۵

1. Tange

2. Linda, Mc David, & Linehan

نفره (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) تقسیم شدند. مداخله ی آزمایش ۱ (روش مدیریت خشم) برای گروه آزمایشی یک، در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه ای (هفته ای یک بار) مطابق با شیوه اجرایی ذیل و مداخله آزمایشی ۲ (دارودرمانی) برای گروه آزمایشی دو، بر طبق نظر روانپزشک زندان شهر فسا معادل مصرف ۲۰۰ میلی گرم فلوئوگزتین به صورت روزانه تعیین و برای کلیه افراد این گروه یکسان اجرا شد. سپس بعد از اتمام جلسات پس از آزمون روی دو گروه آزمایش و گروه گواه اجرا گردید تا تفاوت در پس آزمون هر دو گروه از نظر معنی دار بودن آماری مورد بررسی قرار گیرد.

نحوه اجرای جلسات مدیریت خشم

شیوه کار مدیریت خشم در این پژوهش که به عنوان یک متغیر مستقل برای گروه آزمایشی ۱ به کار رفته به شکل ذیل انجام شد.

جلسه اول: تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعریف و بیان تاریخچه مختصری از تکنیک مدیریت خشم، ارتباط بین آرامش با مدیریت خشم، شرایط موفقیت آزمودنی ها در درمان، گرفتن پیش آزمون.

جلسه دوم: ارائه مباحثی در خصوص خشم و پیامدهای آن، محرک های خشم و پاسخ های متداول و ارائه تکلیف.

جلسه سوم: ارائه مباحثی در خصوص الگوهای شخصی تجربه خشم و رفتار، نظارت بر علائم هشدار دهنده خشم، سنجش خشم، مقابله با برانگیختگی بدنی و ارائه تکلیف.

جلسه چهارم: ارائه مباحثی در خصوص آرام سازی، کاهش تنیدگی، آرام ساختن نقاط داغ و پرا التهاب، ترک موقعیت به صورت عملی و نظری و ارائه تکلیف.

جلسه پنجم: ارائه مباحثی در خصوص اتخاذ چشم انداز، ادراک پدیدار شناختی شناختی محرک ها و تجربه خشم، توقف فکر، خود گویی، افکار منطقی، تمرین عملی و ارائه تکلیف.

جلسه ششم: ارائه مباحثی در خصوص نقش افکار منفی و تجربه خشم، افکار برانگیزاننده خشم، چالش با افکار غیر منطقی، بررسی سود و زیان، ارائه تکلیف.

جلسه هفتم: ارائه مباحثی در خصوص آموزش و راهبردهای حل مسئله، نوشتن نامه، گفتگو با صندلی خالی، فعالیت های بدنی، کیسه بوکس، تمرین عملی و ارائه تکلیف.

جلسه هشتم: آموزش مصون سازی در مقابل استرس برای کنترل خشم، پیشگیری از خشم، مهارت حل اختلاف و کنترل خشم، اجرای پس از آزمون پرسشنامه پرخاشگری در شرایط یکسان برای گروههای آزمایش و کنترل.

ابزار اندازه گیری

۱- پرسشنامه پرخاشگری (AQ)، یکی از موفقترین ابزارهای اندازه گیری پرخاشگری است که

توسط باس و پری^۱ (۱۹۹۲) ساخته و توسط محمدی (۱۳۸۵) اعتباریابی شده است. این پرسشنامه که دارای ۲۹ پرسش است، چهار عامل پرخاشگری کلامی (۵ پرسش) پرخاشگری جسمانی (۹ پرسش)، خشم (۷ پرسش) و خصومت (۸ پرسش) را مورد سنجش قرار می دهد. در این پرسشنامه، گزینه ها به شیوه ای تنظیم شده اند که جایگاه فرد را در هر پرسش، روی یک مقیاس پنج نقطه ای، از ۱ (کاملاً من را توصیف نمی کند) تا ۵ (کاملاً من را توصیف می کند)، مشخص می کند. نتایج تحلیلی روان سنجی باس و پری نشان داده است که ای پرسشنامه از همسانی درونی بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین همبستگی زیرمقیاس های این پرسشنامه با یکدیگر و با کل مقیاس، که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ متغیر است، بیانگر روایی مناسب این ابزار بوده است. محمدی (۱۳۸۵) نیز ضرایب اعتبار این پرسشنامه به روش باز آزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس های میان ۰/۶۱ تا ۰/۷۴ متغیر اعلام کرده است. همچنین روایی همزمان این پرسشنامه نیز با به کارگیری مقیاس آسیب روانی عمومی، ۰/۳۴ برآورد شد که در سطح ($p < 0/001$) معنادار بود.

در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه پرخاشگری با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس، پرخاشگری کلامی، پرخاشگری بدنی، خشم، خصومت به ترتیب برابر ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۰ می باشد.

یافته های پژوهشی

الف- یافته های توصیفی:

در این قسمت با استفاده از روشهای آماری مناسب، داده ها جمع آوری شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می شود در فرم پیش آزمون، میانگین نمرات آزمودنی ها از نظر پرخاشگری کلی در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۱۰۲/۴۶، ۱۰۹/۸۶ و ۱۱۶/۴ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۸/۳۸، ۱۴/۱۹ و ۹/۸۳ می باشد. همچنین میانگین نمرات آزمودنی از نظر خصومت نیز در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۲۶/۵۳، ۳۱/۲ و ۳۳/۲ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۴/۵۳، ۵/۲۶ و ۵/۳۳ و از نظر خشم میانگین آزمودنی های در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۲۶/۴۶، ۲۷ و ۲۸/۲۶ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۳/۵۳، ۳/۲۲ و ۲/۰۸ می باشد. همچنین از نظر پرخاشگری کلامی میانگین آزمودنی های در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۱۷/۲۶، ۱۹/۶ و ۲۰/۱۳ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۳/۲۶، ۳/۰۶ و ۳/۷۱ می باشد. همچنین از نظر پرخاشگری بدنی میانگین آزمودنی های در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۳۲/۲، ۳۴/۳۲، ۸/۰۶ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۴/۴۵، ۵/۴ و ۵/۱ می باشد.

1. Bass & Pary

جدول ۱. ویژگی های توصیفی متغیر پر خاشگری در پیش آزمون و پس آزمون

گروه ها	متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف استاندارد
آموزش کنترل خشم	پر خاشگری	۱۵	۱۰۲/۴۶	۸/۳۸	۷۵/۸۶	۷/۳۸
	خصومت	۱۵	۲۶/۵۳	۴/۵۳	۱۹/۳۳	۴/۲۲
	خشم	۱۵	۲۶/۴۶	۳/۵۳	۲/۰۲	۲/۶
	پر خاشگری کلامی	۱۵	۱۷/۲۶	۳/۲۶	۱۲/۹۳	۳/۳
	پر خاشگری بدنی	۱۵	۳۲/۲	۴/۸۱	۲۲/۳۳	۳/۰۳
دارودرمانی	پر خاشگری	۱۵	۱۰۹/۸۶	۱۴/۱۹	۷۵/۰۶	۸/۱۹
	خصومت	۱۵	۳۱/۲	۵/۲۶	۲۰/۳۶	۲/۶۳
	خشم	۱۵	۲۷	۳/۲۲	۱۹/۵۳	۲/۸۲
	پر خاشگری کلامی	۱۵	۱۹/۶	۳/۰۶	۱۴/۵۳	۲/۸۷
	پر خاشگری بدنی	۱۵	۳۲/۰۶	۵/۴۵	۲۱/۶۶	۲/۸۹
کنترل	پر خاشگری	۱۵	۱۱۶/۴	۹/۸۳	۱۱۳/۴	۶/۴۵
	خصومت	۱۵	۳۳/۲	۵/۳۳	۳۰/۹۳	۵/۱۴
	خشم	۱۵	۲۸/۲۶	۲/۰۸	۲۸/۱۳	۲/۰۶
	پر خاشگری کلامی	۱۵	۲۰/۱۳	۳/۷۱	۲۰/۲۰	۳/۵۳
	پر خاشگری بدنی	۱۵	۳۴/۸	۵/۱	۳۴/۱۳	۴/۳۷

و در فرم پس آزمون، میانگین نمرات آزمودنی ها از نظر پر خاشگری کلی در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۷۵/۸۶، ۱۱۳/۴ و ۱۱۶/۴ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۸/۱۹، ۹/۸۳ و ۹/۸۳ می باشد. همچنین میانگین نمرات آزمودنی از نظر خصومت نیز در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۲۰/۳۳، ۱۹/۳۳، ۲۰/۳۳ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۴/۲۲، ۲/۶۳ و ۲/۶۳ می باشد. همچنین از نظر پر خاشگری کلامی میانگین آزمودنی های در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۱۷/۲۶، ۱۹/۵۳، ۲۰/۲۶ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۳/۲۶، ۳/۰۶ و ۳/۰۶ می باشد. همچنین از نظر پر خاشگری بدنی میانگین آزمودنی های در گروه های مدیریت خشم، دارودرمانی و کنترل به ترتیب ۳۲/۰۶، ۲۱/۶۶، ۳۴/۸ و انحراف معیار آنها به ترتیب ۵/۴۵، ۵/۱ و ۵/۱ می باشد.

ب- یافته های مربوط به فرضیه پژوهش

فرضیه پژوهش: بین اثربخشی آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی بر پر خاشگری مددجویان زندانی تفاوت معنی داری وجود دارد. همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح معناداری همه

آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین آزمودنی های گروه های تجربی و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مولفه های پر خاشگری) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی ها، در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون پر خاشگری (خصوصت، خشم، پر خاشگری بدنی و جسمانی) گروه های تجربی و کنترل

نام آزمون	مقدار	dF فرضیه	dF خطا	F	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۰۹	۴	۵۶	۱۹/۸۵	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۹	۴	۵۴	۲/۳۲	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۷	۴	۵۲	۲/۸۰	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۶۳	۴	۵۸	۴/۹۷	۰/۰۰۱

جدول ۳. اثرات بین آزمودنی ها نمرات مانکوا با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون پر خاشگری (خصوصت، خشم، پر خاشگری بدنی و جسمانی) گروه های تجربی و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
خصوصت	۹۵۸/۵۹	۲	۴۷۹/۲۹	۳۵/۳۶	۰/۰۰۱
خشم	۵۰۳/۳۹	۲	۲۵۱/۶۹	۴۰/۹۹	۰/۰۰۱
پر خاشگری کلامی	۲۵۹/۷۸	۲	۱۲۹/۸۹	۱۷/۱۸	۰/۰۰۱
پر خاشگری بدنی	۱۱۵۱/۳۴	۲	۵۷۵/۶۷	۹۳/۲۷	۰/۰۰۱

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود بین بیمارانی که آموزش مدیریت خشم را دیده اند و یا دارو مصرف کردند (گروه های تجربی) نسبت به بیمارانی که هیچکدام از روش ها را استفاده نکردند (گروه کنترل) از نظر پر خاشگری (خصوصت، خشم، پر خاشگری بدنی و جسمانی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$). بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می گردد.

با توجه به اینکه معنی دار شدن تفاوت بین گروه ها با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان نمی دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد؛ لذا بدنبال این تحلیل تعقیبی بونفرونی (مقایسه دو به دو میانگین های گروه ها) صورت گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسه دو به دو میانگینهای پس آزمون پر خاشگری (خصومت، خشم، پر خاشگری بدنی و جسمانی) در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه ها	تفاوت بین میانگین	سطح معنی داری
خصومت	مدیریت خشم و دارودرمانی	-۳/۰۱	۰/۰۴
	مدیریت خشم و کنترل	-۱۱/۵۹۱	۰/۰۰۱
	دارودرمانی و کنترل	-۸/۵۸۱	۰/۰۰۱
خشم	مدیریت خشم و دارودرمانی	-۱/۱۴۳	۰/۰۴۷
	مدیریت خشم و کنترل	-۷/۰۲۹	۰/۰۰۱
	دارودرمانی و کنترل	-۸/۱۷۲	۰/۰۰۱
پر خاشگری بدنی	مدیریت خشم و دارودرمانی	۰/۲۶۹	۰/۰۰۱
	مدیریت خشم و کنترل	-۵/۷۶۱	۰/۰۰۱
	دارودرمانی و کنترل	-۵/۴۹۲	۰/۰۰۱
پر خاشگری کلامی	مدیریت خشم و دارودرمانی	۰/۵۱۷	۰/۰۰۱
	مدیریت خشم و کنترل	-۱۲/۰۹۹	۰/۰۰۱
	دارودرمانی و کنترل	-۱۱/۵۸۳	۰/۰۰۱

همان طوری که در جدول ۴ ملاحظه می شود در بحث کاهش خصومت بین تفاضل میانگین اثر مدیریت خشم با دارودرمانی با $d = -۳/۰۱$ ، بین اثر میانگین مدیریت خشم و کنترل با $d = -۱۱/۵۹$ و بین اثر دارودرمانی و کنترل با $d = -۸/۸۵$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت ها با توجه به میانگین گروه ها در جدول ۱ به سود گروه های تجربی است. به عبارت دیگر آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی در کاهش خصومت مددجویان زندانی تاثیر بیشتری داشتند. همچنین در این میان اثربخشی گروه مدیریت خشم نیز نسبت به گروه دارودرمانی بیشتر بوده است.

در بحث کاهش خشم نیز بین تفاضل میانگین اثر مدیریت خشم با دارودرمانی با $d = -۱/۱۴$ ، بین اثر میانگین مدیریت خشم و کنترل با $d = -۷/۰۲۹$ و بین اثر دارودرمانی و کنترل با $d = -۸/۱۷۲$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت ها با توجه به میانگین گروه ها در جدول ۱ به سود گروه های تجربی است. به عبارت دیگر آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی در کاهش خصومت مددجویان زندانی تاثیر بیشتری داشتند. همچنین در این میان اثربخشی گروه مدیریت خشم نیز نسبت به گروه دارودرمانی بیشتر بوده است.

همچنین در بحث کاهش پر خاشگری بدنی نیز بین تفاضل میانگین اثر مدیریت خشم با دارودرمانی با $d = ۰/۲۶$ ، بین اثر میانگین مدیریت خشم و کنترل با $d = -۵/۷۶$ و بین اثر دارودرمانی و کنترل با $d = -۵/۴۹$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت ها با توجه به میانگین گروه ها در جدول ۱ به سود گروه های تجربی است. به عبارت دیگر آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی در کاهش پر خاشگری بدنی مددجویان زندانی تاثیر بیشتری داشتند. همچنین در این میان اثربخشی گروه مدیریت خشم نیز نسبت به

گروه دارودرمانی بیشتر بوده است.

در بحث کاهش پرخاشگری کلامی نیز بین تفاضل میانگین اثر مدیریت خشم با دارودرمانی با $d=0/51$ ، بین اثر میانگین مدیریت خشم و کنترل با $d=-12/09$ و بین اثر دارودرمانی و کنترل با $d=-11/58$ تفاوت معناداری وجود دارد. و این تفاوت ها با توجه به میانگین گروه ها در جدول ۱ به سود گروه های تجربی است. به عبارت دیگر آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی در کاهش پرخاشگری بدنی مددجویان زندانی تاثیر بیشتری داشتند. همچنین در این میان اثربخشی گروه مدیریت خشم نیز نسبت به گروه دارودرمانی بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که بیان شد این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی بر پرخاشگری صورت گرفت. یافته های جدول ۱ تا ۴ نشان دادند که بین بیمارانی که آموزش مدیریت خشم را دیده اند و از دارو استفاده کرده اند (گروه های تجربی) نسبت به بیمارانی که از هیچ کدام این روش ها استفاده نکردند (گروه کنترل) از نظر پرخاشگری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<0/001$). و این بدین معنی است که آموزش مدیریت خشم و دارودرمانی در کاهش پرخاشگری مددجویان مرد زندان شهر فسا موثر هستند. همچنین در این میان اثربخشی گروه مدیریت خشم نیز نسبت به گروه دارودرمانی بیشتر بوده است.

این یافته با یافته های پژوهش های جوی (۲۰۱۰)، لاوسن (۲۰۰۹)، برادبوری و کلارک (۲۰۰۹)، اولدهام و همکاران (۲۰۰۷)، اشمیتز (۲۰۰۵)، برسلین (۲۰۰۵)، ایرلند (۲۰۰۴)، تاول (۲۰۰۳)، فریندشیپ، بلد، اریکسون و ثورتن (۲۰۰۳)، تانگ (۲۰۰۱)، لیندا، مک دیوید و لینهان (۱۹۹۹) و نویدی (۱۳۸۷) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته که چرا آموزش مدیریت خشم نسبت به دارودرمانی بر پرخاشگری موثر است می توان گفت برنامه تعریف شده آموزش مدیریت خشم، می تواند مهارت های سازگاران آموزدنی ها را گسترش داده و از شدت ناسازگاری آنان بکاهد. افراد پرخاشگر معمولاً از مهارت های سازگاران حل مسأله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیک برانگیخته می شوند، به طور تکانشی عمل می کنند. این افراد با شرکت در برنامه های آموزش مدیریت خشم، می توانند در کنار بازسازی شناختی، مهارت های مورد نیاز را به دست آورند، در موقعیت های گوناگون واکنش های سازگاران نشان دهند و روابط اجتماعی خود را بهبود بخشند.

همچنین این برنامه ها موجب ارتقای توانایی های روانی-اجتماعی می گردند. این توانایی ها فرد را برای مقابله موثر برای پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می بخشند تا در رابطه با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگاران عمل کند و سلامت روانی خود را تامین نماید. بنابراین یادگیری و تمرین این مهارت ها موجب تقویت یا تغییر در نگرش، ارزش و رفتار انسان می گردد. در نتیجه با پدید آمدن رفتارهای مثبت و سالم بسیاری از مشکلات روانی قابل پیشگیری خواهند بود. در این پژوهش آموزش مدیریت خشم به زندانیان توانست آنها را به شیوه های کارآمد

خودشناسی، نحوه برقراری ارتباط با دیگران، آشنایی با مفهوم خشم و روش کاهش آن و نیز دانش آنها را در این زمینه به توانایی بالفعل تبدیل کند. بدین معنا که بدانند چه کاری را باید انجام دهند و چگونه آن را انجام دهند.

تسلط زندانیان بر کنترل خشم، آن‌ها را در مقابل چالش‌ها و موقعیت‌های نامطلوب مقاوم‌تر می‌کند و آنها را قادر می‌سازد که به طور موثری مسائل زندگی خود را حل نمایند. به علاوه، آموزش مدیریت خشم ضمن آشنا کردن زندانیان با مفهوم خشم، عوامل ایجاد کننده خشم و روشهای کنترل آن توانسته است که رفتارهای سالم و مفید اجتماعی و چگونگی مقابله با فشارهای روانی را در آنها افزایش دهد و آنها را قادر سازد که در برخورد و تعاملات خود با دیگران از رفتارهای پر خاشگرا نه استفاده نکنند.

بنابراین توصیه می‌شود برنامه آموزش مدیریت خشم به عنوان بخش اصلی برنامه آموزش عمومی در مراکز آموزشی پذیرفته شود تا از این طریق تصورات قالبی، نظام نمادین و رفتار افراد بزهکار جامعه را در راستای بهزیستی و همزیستی مسالمت آمیز تغییر یابد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل سن آزمودنی‌ها، عدم استفاده گروه کنترل از هیچ برنامه‌ی خنثی (مانند مصرف پلاسیبو یا مباحث آزاد) و همچنین ناتوانی در برگزاری دوره پیگیری کوتاه مدت به دلیل کمبود زمان اشاره کرد.

منابع

- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا، خلاصه روان پزشکی، ترجمه نصرت... پورافکاری (۱۳۸۵). تهران، شهر آب، چاپ سوم.
- سیف زاده، محترم (۱۳۸۸). بررسی رابطه میزان پر خاشگری بر رضایت از زناشویی در بیماران تالاسمی شهر کلاچای. پایان نامه کارشناسی دانشگاه پیام نور رودسر.
- محمدی، نوراله (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی شاخص‌های روان سنجی پرسشنامه‌ی پر خاشگری باس و پری. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره ۲۵، شماره ۴، زمستان، ۱۵۲-۱۳۵.
- نویدی، احد (۱۳۸۷). آزمون تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های سازگاری پسران دوره‌ی متوسطه شهر تهران. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۴، زمستان، ۴۰۳-۳۹۴.

- Bickel R, & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: The use of the adolescent psychopathology scale in a tasmanian context. *Austral N Zealand J Psychiat*;36:603-9.
- Bradbury, K, E. & clark, I. (2009). Cognitive behavioral Therapy for anger management: effectiveness in adult mental health services. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 2009, 35, 201-208.
- Breslin, J. H. (2005). Effectiveness. Of a rural anger management program in preventing domestic violence recidivism. Available on: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3151308>
- Crighton, D & Towel G. (2005). *Psychology in probation*. UK: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- Del Vecchio, T., & O'Leary, K. D. (2004). Effectiveness of treatment for specific anger problems: A metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, 24, 15-24.
- Department of Health. (2001). Major mental health publicity chomping to reduce discrimination.

- London: Department of Health.
- Friendship, C., Blud, L., Erikson, M., & Thorton, D. (2003) Cognitivebehavioral treatment for imprisoned offenders: An evaluation of hm prisons service's cognitive skills programs. *Leg Criminol Psychol*;8:103-17.
- Ireland, J.L. (2004). Anger management therapy with young male offenders. *Anger Beh*; 30(2):174-85.
- Joe, J. (2010). Anger management. *Journal of family violence*. Vol: 21: PPS: 334-351.
- Lamb, H,R & Weinberger, LE. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiat Services* ;49:438-92.
- Lawson, AE. & Psy, D. (2009). Anger management treatment groups in a community mental health setting. A program evaluation. (Digital Dissertations). UMI. PROQUEST (2010).
- Linda. A., Mc David, j., & Linehan, M. (1999). Pharmco therapy for borderline personality disorder. Areview of the literature and recommendations for treatment : *Journal of clinical Psychology in Medical settings*. 6 (1).
- Mc Shane, MD. (1989). The bus stop revisited: Discipline and psychiatric patients in prison. *Journal Psychiat Law*;17:413-33.
- O'Neill, H. (2006). *Managing anger* (2nd.ed.). John Wiley & Sons, Ltd.
- O'conner, FW., Lovell, D., & Brown, L. (2002). Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness. *Arch sychiat Nurs* ;XVI(5):232-8.
- Oldham, j. m. (2007). Treatment perspeeriveson BPD:213.
- Schmitz , M.J. (2005). An outcome study to determine the clinical effectiveness of an anger management program in an adult rural Minnesota sample (Digital Dissertation). U MI. Pro Quest (2006).
- Tang, M. (2001). Clinical outcome and client satisfaction of an anger management group program. *Journal of Occupational Therapy*, 68, 228-36.
- 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.
- Towel G.(2003). *Psychology in prisons*. UK: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.

A Comparison effect of training the anger management and medicine cure on aggression in prisoners

*Amin Roustaei

**Shahnam Aboulghasemi

***Alireza Mohammadi Arya

*Sara Saedi

Abstract

The target of this study was to determine a comparison effect of training the anger management and medicine cure on aggression in prisoners of Fasa. For this purpose, the subjects were 45 prisoners of Fasa, that were selected via by sampling and divided into two groups experimental (anger management group and medicine cure group) and one control group. The research method was experimental type of pre-test and post-test with control group. The measurement instrument of this research was aggression (AQ) scale. Pre-test was perfumed for three groups. Then, the experimental group underwent training ways and techniques of angry management and medicine cure. After applying intervention, the three groups were tested again. For analyzing the data form Analysis Multivariate covariance method (MANCOVA) were used. Results indicated that anger management and medicine cure are effective aggression in prisoners of Fasa, and anger management was more effective than medicine cure.

Keywords: anger management, medicine cure, aggression

*MA of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Iran.

**Assistant Professor, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Iran.

***Assistant Professor, Health and Rehabilitation University, Iran.