

Efficacy of anger management training on hostility and well-being of parents

Mohsen Shokoohi-Yekta, Ph.D.

Professor of University of Tehran

Saeed Akbari Zardkhaneh, Ph.D.

Assistant Professor, University of Shahid Beheshti

Maryam Mahmoudi, Ph.D.

Psychology of Exceptional Children, University of Allameh Tabatabaie

Dina Dashti, M.A

Psychology of Exceptional Children, University of Tehran

Abstract

The purpose of this research is to analyze the effects of anger management program on hostility and well-being of parents. For this reason, anger control workshops were presented for parents of elementary school children. This research utilized a semi experimental pre-post tests single group design. Sample consisted of an available group containing 84 parents of students (5 group) in private schools in the city of Tehran. Anger control methods called Fireworks program, based on cognitive-behavioral approach, was taught with an emphasis on parent-child relationship. Hostility and Well-being of the participants were measured using Redford-Williams Hostility Inventory (RWHI) and Mental Health Inventory (MHI-28). Results indicated significant effects on hostility, psychological distress and psychological well-being. Finally, we may conclude that anger management, as an effective and functional intervention, could be used to diminish psychological distress and to enhance psychological well-being.

Keyword: anger control training, parent education, hostility, cognitive distress, psychological well-being

اثربخشی برنامه آموزش مدیریت خشم بر احساس خصومت و سلامت روان‌شناختی والدین

محسن شکوهی یکتا

استاد دانشگاه تهران، تهران، ایران.

سعید اکبری زردخانه*

استادیار دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

مریم محمودی

دکتری روانشناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

دینا دشتی

کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی برنامه آموزش مدیریت خشم بر احساس خصومت و میزان سلامت روان والدین بود. بدین منظور کارگاه‌های آموزشی روش‌های کنترل خشم طی هفت جلسه، برای والدین کودکان دبستانی برگزار شد. روش مورد استفاده در این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک‌گروهی بوده و گروه نمونه به‌صورت در دسترس شامل ۸۴ نفر از والدین دانش‌آموزان (در قالب پنج کارگاه) در مدارس غیرانتفاعی شهر تهران بود. در این کارگاه‌ها، روش کنترل خشم با استفاده از برنامه مداخله آتش‌بازی با رویکرد شناختی-رفتاری و تأکید بر روابط بین والدین با کودکان، آموزش داده شد. میزان خصومت و سلامت روان شرکت‌کنندگان پیش و پس از اجرای مداخله اندازه‌گیری شد. ابزارهای مورد استفاده شامل سیاهه احساس خصومت ردفورد-ویلیامز (ردفورد، ۱۹۹۸) و سیاهه سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳) بود. نتایج حاکی از اثربخشی آموزش کنترل خشم بر کاهش احساس خصومت، درماندگی روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بود ($p < 0/05$). در مجموع می‌توان بیان کرد که از مدیریت خشم می‌توان به‌عنوان مداخله‌ای کاربردی و مؤثر بخصوص برای کاهش احساس درماندگی و افزایش سلامت روان استفاده کرد. **واژه‌های کلیدی:** آموزش کنترل خشم، آموزش والدین، پرخاشگری، درماندگی شناختی، بهزیستی روانی، کودکان دبستانی.

* نویسنده مسئول: Akbari76ir@yahoo.com

وصول: ۹۳/۱۲/۱۱ پذیرش: ۹۷/۰۴/۰۲

مقدمه

این امر هستند که آموزش راه‌های سالم برخورد با خشم می‌تواند به افراد کمک کند تا با حفظ سلامت روان‌شناختی و جسمی خود، به اهداف، حل مشکلات و بسط روابط اجتماعی خود نائل آیند (تافرات، کسینو و داندین^۱، ۲۰۰۲).

به نظر می‌رسد سلامت روان‌شناختی مؤلفه‌ای است که در اکثر مطالعات مربوط به استرس‌های اجتماعی، به‌صورت آشکار و یا نهفته، به آن پرداخته می‌شود (ویلیامز و محمد^{۱۱}، ۲۰۰۹). تلاش‌های بسیاری با هدف پیشگیری از مشکلات سلامت روان‌شناختی و نیز افزایش آن صورت گرفته است (ون‌اومرن، زاکسنا و سارازنو^{۱۲}، ۲۰۰۵). یکی از این موارد تأثیر منفی خشونت و پرخاشگری بر سلامت روان‌شناختی است که به‌عنوان یک مسئله بین‌المللی در حال بررسی است (هیس^{۱۳}، ۱۹۹۴). بدین‌صورت که برخی از مطالعات بر این عقیده‌اند که اگر خشم کنترل نشود، هیجان سالمی نبوده، خصوصاً اگر به شکل رفتار پرخاشگرانه بروز کند (لاو^{۱۴}، ۲۰۰۱).

مطالعات نشان داده‌اند که وجود مهارت‌هایی در زندگی از جمله مدیریت خشم موجب بهبود زندگی و افزایش سلامت روان‌شناختی در افراد می‌شود. همچنین، وجود مداخله‌ای مؤثر می‌تواند تغییر ژرفی بر میزان مشکلات جامعه داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی^{۱۵}، ۲۰۰۵). بر اساس چنین مفروضه‌ها می‌توان ضرورت سلامت روان‌شناختی را در زندگی افراد و خصوصاً والدین به‌عنوان مریبان اصلی نسل‌های آینده تبیین نمود.

مادران و پدران با چالش‌های متعدد و مختلفی برای حفظ توازن مناسب در سطوح مسئولیتی خود مواجه هستند و بررسی چگونگی مواجهه با چنین چالش‌هایی می‌تواند به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده قوی در میزان موفقیت یا عدم موفقیت آن‌ها مورد توجه قرار گیرد (روبرت^{۱۶}، ۱۹۹۵). هدف مدیریت خشم، کاهش احساسات و برانگیختگی فیزیولوژیکی است که خشم باعث آن می‌شود. افراد نمی‌توانند این احساس را از بین برده و یا از تمام

خشم، احساسی است که طیفی از آزرده‌گی خفیف تا محدودده‌ای از ابراز پرخاشگری را شامل می‌شود. به‌عبارتی دیگر، خشم پاسخی طبیعی به آن دسته از شرایطی است که شخص در آن احساس تهدید می‌کند و یا به این باور دست می‌یابد که موقعیت موردنظر، به خود فرد و یا افراد موردعلاقه‌اش آسیب‌رسان است (پاتریک، ریلی و شاپ‌شایر^۱، ۱۹۸۳). این احساس به‌طورمعمول با افکار خصمانه، برانگیختگی فیزیولوژیکی و رفتارهای ناسازگارانه همراه است. این حالت به‌طورمعمول در تعامل با دیگران نمود می‌یابد و گاهی ناشی از سبک‌های خاصی از فکر کردن است (آوریل^۲، ۱۹۸۳). برخی از مطالعات بیانگر رابطه میان خشم با افسردگی، مصرف کوکائین، مصرف الکل و اقدام به خودکشی است (ایکر، سولیوان، کلی‌هایز، آگوستینو و بنجامین^۳، ۲۰۰۴؛ ماهون، یارچسکی و یارچسکی^۴، ۲۰۰۰؛ اهیرو و همکاران^۵، ۲۰۰۲). به این ترتیب، احساس خشم کنترل نشده می‌تواند عواقب منفی به دنبال داشته باشد.

اکثریت مردم خشم را در حد معمول و سالم تجربه می‌کنند، اما خشم افسارگسیخته می‌تواند به‌صورت صدمه‌زدن به دیگران جلوه کند؛ که آثار آن بر زندگی زناشویی، تربیت فرزندان و در مهم‌ترین بخش خود بر میزان سلامت روان شناختی شخص مشهود است و پیامدهای آن را می‌توان در کلیه جنبه‌های زندگی مشاهده نمود (جانسون^۶، ۱۹۹۰). رفتار پرخاشگرانه می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی فرد و همچنین بر سلامت روان‌شناختی وی داشته باشد (هاسل، رز و مک‌دونالد^۷، ۲۰۰۵؛ جنکینز، رز و لاول^۸، ۱۹۹۷). در پاره‌ای از موارد شدت مشکلات به حدی است که نه تنها موجب ناسازگاری فردی و اجتماعی فرد می‌شود؛ بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و سایر گروه‌های اجتماعی را نیز با مخاطراتی روبه‌رو می‌سازد. گاهی نیز موجبات آزار و تهدید حقوقی اعضای دیگر اجتماع را فراهم می‌کند (بیسکل و کامپیل^۹، ۲۰۰۲). البته پژوهش‌های متعدد بیانگر

1. Patrick, Reilly & Shopshire
3. Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D'Agostino & Benjamin
5. Ohira et al.
7. Hassall, Rose & McDonald
9. Bickel & Campbell
11. Williams & Mohammed
13. Heise
15. World Health Organization

2. Averill
4. Mahon, Yarcheski & Yarcheski
6. Johnson
8. Jenkins, Rose & Lovell
10. Tafrate, Kassinoe & Dundin
12. VanOmmeren, Saxena & Saraceno
14. Lau
16. Roberta

انسانی تلقی می‌گردد. از سوی دیگر پژوهش‌های کافی که در آن تکنیک‌های درمانی مؤثر و اثربخش برای مقابله و درمان این مشکل بزرگ به کار گرفته شده باشد وجود ندارد (بک و فرناندز^۹، ۱۹۹۸؛ براون^{۱۰}، ۱۹۹۳؛ ترچسن، دیگوسپه و نادیش^{۱۱}، ۱۹۹۷). در سال‌های اخیر پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی، موجب افزایش توانمندی در زمینه‌های روانی-اجتماعی در راستای زندگی اثربخش و مفید شده و موجبات برخورد‌های مؤثرتر با چالش‌های زندگی و در نتیجه افزایش سلامت روان‌شناختی در افراد و جوامع آن‌ها می‌گردد (صادقی، ۱۳۸۰؛ سعیدی، ۱۳۸۵؛ شیرالی‌نیا، ۱۳۸۶)؛ از اهم این مهارت‌ها می‌توان به مدیریت خشم اشاره کرد (دابویس، ایفل و فلنر^{۱۲}، ۱۹۹۴؛ اسکینا و مک‌لوی^{۱۳}، ۲۰۰۰). لذا این نکته حائز اهمیت است که وجود مهارت‌های زندگی، خصوصاً مهارت‌های کنترل و مدیریت خشم، می‌بایست به صورت یکپارچه و به صورت آموزش همگانی مورد توجه قرار گیرد.

بایستی توجه داشت خشم والدین عاملی کلیدی است که در اقدامات بالینی خانواده‌هایی که در آن‌ها سوءرفتار گزارش شده است، نیز مورد توجه قرار گیرد (کلکو^{۱۴}، ۱۹۹۶). در مطالعه‌ای مروری، ولف^{۱۵} (۱۹۸۷) دریافت که والدین بدرفتار سطوح تحمل پایین‌تری دارند که می‌تواند در سطوح بالای خشم آنان نقش داشته باشد. به این ترتیب، به نظر می‌رسد آموزش مدیریت خشم می‌تواند احتمالاً سوءرفتار با کودکان را از سوی والدین خود کاهش دهد. با توجه به تحقیقاتی که تاکنون در ایران صورت گرفته است می‌توان چنین استنباط نمود که آموزش مهارت‌های کنترل خشم بر روی اقشار مختلف جامعه مؤثر واقع گردیده، اما تحقیقات در این زمینه در داخل و خارج از کشور غالباً محدود به گروه‌های خاص است؛ به‌طور مثال افراد با نیازهای ویژه (بنسون، جانسون و میرانتی^{۱۶}، ۱۹۸۶؛ چان، لو، تی سنگ و چاو^{۱۷}، ۲۰۰۳، لیندسای و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۴) و نوجوانان (کالاماری و

موقعیت‌های چالش برانگیز ایجادکننده آن اجتناب کنند، اما می‌توانند کنترل واکنش‌های خود را بیاموزند (ترافیت^۱، ۱۹۹۵). گاهی میزان خشم به حدی است که علاوه بر مشکلات اجتماعی، مشکلات جسمانی را نیز موجب می‌شود (دیسگروسیپ و تافرات^۲، ۲۰۰۳).

از بعد دیگر مشکلات سلامت روان‌شناختی، ابتدا خانواده و در سطح گسترده‌تر جامعه را به مخاطره می‌اندازد (رنیک، بلومبرگ و مارکمان^۳، ۱۹۹۲). با توجه به نتایج حاصل از پژوهش‌های اخیر و با توجه به عوارض منفی و مخرب فردی و اجتماعی خشم، مداخلات آموزشی می‌تواند بر درک پیامدهای آن مؤثر واقع گردد (نواکو، رم و بلک^۴، ۲۰۰۰). در این راستا، مداخلات مبتنی بر والدین به‌طور روزافزونی در حال افزایش هستند (فورهند، جونز و پرنس^۵، ۲۰۱۳) و خوشبختانه، آموزش والدین با کاهش نشانگان آسیب‌شناختی کودکان همراه بوده (الن‌دیک و همکاران^۶، ۲۰۱۵) و همچنین کیفیت تعاملات والد-کودک و گرمی و صمیمیت بین آنان را افزایش داده است (سخدلسکای، اسمیت، مک‌کالی، ابراهیم و پیاسکا^۷، ۲۰۱۶). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد با آموزش مهارت‌های مدیریت خشم، رفتارهای ناسازگارانه به میزان چشمگیری بهبود می‌یابد (نویدی، ۱۳۸۷). به عبارتی آموزش مهارت‌هایی نظیر کنترل خشم، موجب افزایش ظرفیت‌های روانی و اجتماعی افراد شده که همین امر پیش‌بینی‌کننده قوی برای تحلیل موقعیت، رفتارهای سازگارانه و در نتیجه افزایش موفقیت و سلامت روان‌شناختی در زندگی افراد می‌گردد (منگرولکار، وایتمن و پوسنر^۸، ۲۰۰۱)؛ لذا می‌توان چنین استنباط نمود که آموزش روش‌های مدیریت خشم تأثیرات بسزایی بر سلامت افراد و جامعه داشته باشد.

پژوهش‌ها و اقدامات بسیاری در زمینه اثرات خشم وجود دارد. علاوه بر این، با وجود افزایش آگاهی عمومی، این پدیده همچنان به‌عنوان یک مشکل و معضل در جوامع

1. Trafat
2. Disgiruseppe & Taftrate
3. Renick, Blumberg & Markman
4. Novaco, Ramm & Black
5. Forehand, Jones & Parent
6. Ollendick
7. Sukhodolsky, Smith, McCauley, Ibrahim & Piasecka
8. Mangrulkar, Whitman & Posner
9. Beck & Fernandez
10. Browne
11. Terjesen, Diguseppe & Naidich
12. Dubois, Eifel & Felner
13. Skiba & Mckelvey
14. Kolko
15. Wolfe
16. Benson, Johnson & Miranti
17. Chan, Lu, Tseng & Chou
18. Lindsay

فوق دیپلم، ۴۰ نفر (۴۷/۶ درصد) لیسانس و ۱۴ نفر (۱۶/۷ درصد) فوق لیسانس و بالاتر هستند. میانگین سن ایشان ۳۰/۹۳ با انحراف استاندارد ۵/۸۰ بود. دامنه تعداد فرزندان بین صفر تا ۴ نفر (با میانگین ۱/۳۱ و انحراف استاندارد ۰/۹۲) گزارش شده است.

ابزارهای اندازه گیری

سیاهه سلامت روانی - ۲۸: این سیاهه، ۲۸ آیتم دارد که توسط ویت و ویر^۶ (۱۹۸۳) طراحی و دارای دو خرده مقیاس است: ۱) بهزیستی روان شناختی^۷ (۱۴ آیتم) و درماندگی روان شناختی^۸ (۱۴ آیتم). از نمونه آیتم های سیاهه می توان به "۹- مورد علاقه و محبت دیگران هستم." و "۱۰- آینده ای روشن و امیدوارکننده دارم." اشاره کرد. پاسخ دهی در مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) صورت می گیرد. نمره بالا در هر یک از خرده مقیاس ها نشانگر وضعیت مطلوب و بالا بودن بهزیستی و عدم وجود مشکلات روان شناختی است. ضریب اعتبار این ابزار با روش بازآزمایی برای آزمودنی های بهنجار در خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ و برای آزمودنی های دارای اختلال ۰/۷۷ و ۰/۸۲ بوده است. همسانی درونی برای آزمودنی های بهنجار در خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای آزمودنی های دارای اختلال به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش شده است. همبستگی این ابزار با پرسش نامه سلامت عمومی^۹ در خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۰/۸۵- و ۰/۸۶ بوده که نشان دهنده روایی همزمان این ابزار است (بشارت، ۱۳۸۵). در این پژوهش همسانی درونی دو خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۱ به دست آمد.

سیاهه احساس خصومت ردفورد - ویلیامز: این سیاهه توسط ردفورد (۱۹۹۸) ساخته شده و دارای ۱۲ آیتم است. این ابزار احساس خصومت و رابطه احساس خصومت را با

پینی^۱، ۲۰۰۳؛ صادقی، ۱۳۸۰؛ فیندلر و وایسنر^۲، ۲۰۰۶). ولی به دلیل آنکه بخش اعظم افراد جامعه نیازمند آموزش های مدیریت خشم هستند (نواکو^۳، ۱۹۸۶) و همچنین استفاده از آموزش های مدیریت خشم و در نتیجه ارتقاء مهارت های زندگی و سلامت روان شناختی اقشار عمومی جامعه چندان مورد استقبال قرار نگرفته است، در این راستا پژوهش انجام شده درصدد بررسی اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر سلامت روان شناختی و احساس خصومت اعضای عمومی جامعه صورت گرفت. در واقع، فرضیه های پژوهش حاضر عبارت بودند از:

۱. آموزش مدیریت خشم بر بهبود سلامت روان شناختی بزرگسالان مؤثر است.
۲. آموزش مدیریت خشم بر بهبود احساس خصومت بزرگسالان مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش انجام شده از نظر شیوه گردآوری داده ها از نوع شبه آزمایشی^۴ با طرح پیش آزمون- پس آزمون تک گروهی بود. گروه نمونه به صورت در دسترس شامل ۹۰ نفر از والدین دانش آموزان در مدارس غیرانتفاعی شهر تهران بود که برای شرکت در کارگاه های مدیریت خشم اعلام آمادگی نمودند. به منظور اجرای برنامه مداخله، گروه پدران و مادران در پنج کارگاه آموزشی (حداکثر بیست نفر) مجزا و با شرایط و برنامه آموزشی یکسان، هفته ای یکبار و طی ۷ جلسه دو ساعته، مدیریت خشم را آموزش دیدند.

بررسی اولیه داده های به دست آمده از اجرای همزمان و یکسان مداخله در پنج گروه نشان داد از مجموع ۹۰ نفر، ۶ نفر در مرحله پیش آزمون یا پس آزمون اقدام به تکمیل ابزارهای پژوهش نمودند و داده های مربوط به ۸۴ نفر تجزیه و تحلیل شد. این گروه والدین متشکل از ۶۹ (۸۲/۱ درصد) زن و ۱۵ (۱۷/۹ درصد) مرد و ۳۴ نفر (۴۰/۵ درصد) شاغل بودند. ۱ نفر (۱/۲ درصد) از این والدین دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۹ نفر (۳۴/۵ درصد) دیپلم و

1. Calamari & Pini

3. Novako

5. Mental Health Inventory (MHI- 28)

7. psychological wellbeing

9. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Feindler & Weisner

4. Quasi- experimental

6. Veit & Ware

8. psychological distress

10. Redford - Williams Hostility Inventory (RWHI)

کردن: استفاده از راهبردهای مقابله‌ای با رویکرد شناختی- رفتاری. در این مرحله، فرد مهارت‌های آموخته شده را زیر نظر درمانگر تمرین می‌کند و (۳) کاربرد و پیگیری: این مؤلفه شامل کاربرد مهارت‌های آموخته شده در زندگی واقعی است. برای رسیدن به این مرحله، فرد با موقعیت‌های فراخوان خشم، روبرو می‌شود.

تغییر و جایگزینی شناخت‌های جدید، جزء اصلی برنامه کنترل خشم است. در واقع بر اساس نظریه شناختی، خشم نتیجه الگوی تفکر و نوع انتظارات افراد است و تغییر در الگوی تفکر، موجب پرهیز از خشم می‌شود. تکنیک دیگر شناختی برای کنترل خشم، شیوه ثبت خشم است. فرد تشویق می‌گردد که رویدادهای محرک خشم را یادداشت نماید و ادراکات حاضر در آن لحظه که تعبیر او از رویداد خشم‌انگیز را تحت تأثیر قرار می‌دهد شناسایی و مکتوب کند. شرکت‌کننده‌ها ضمن بازسازی شناختی، خرده مهارت‌های رفتاری کنترل خشم را فرامی‌گیرند و تمرین می‌کنند تا بتوانند به هنگام مواجهه شدن با موقعیت‌های فراخوان خشم به نحو مناسب عمل کنند.

حملات قلبی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌دهی به این سیاهه در یک طیف پنج نقطه‌ای لیکرت از همیشه (۴) تا هرگز (۰) صورت می‌گیرد. نمونه سؤالات عبارت‌اند از "۲. از یادآوری حوادث ناراحت‌کننده نیز احساس عصبانیت می‌کنم" و "۳. هنگام عصبانیت در را محکم به هم می‌کوبم". ضریب بازآزمایی گزارش شده برای آن در یک نمونه ۲۰ نفری، ۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۵ بوده است. همچنین روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب همسانی درونی این سیاهه در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمده است.

برنامه آموزش مدیریت خشم

در این پژوهش از برنامه مداخله آتش‌بازی^۱ (اسمیت، ۲۰۰۴) استفاده شد (جدول ۱). این برنامه با رویکرد شناختی- رفتاری و با تأکید بر روابط بین والدین با کودکان، یک مدل چندگانه آموزشی در زمینه مدیریت خشم ارائه می‌دهد که شامل سه مؤلفه است: (۱) مفهوم‌سازی: آموزش درباره ماهیت خشم و چگونگی واکنش افراد به آن. این یادگیری از طریق بحث درباره تجارب خشم‌انگیز گذشته فرد انجام می‌گیرد، (۲) کسب مهارت و تمرین

جدول ۱. رئوس و محتوای جلسات برنامه آموزش مدیریت خشم

جلسه	هدف	محتوا و فعالیت‌ها
۱	آشنایی مقدماتی با مفهوم خشم	تعریف خشم، توضیح باورهای شایع و اشتباه در رابطه با خشم، بیان شباهت‌ها و تفاوت‌های احساس خشم با احساس ترس، دست‌ورزی روی تعریف خشم و کاربردی کردن آن، توضیح خشم منطقی و غیرمنطقی، پرداختن به مقوله شدت خشم
۲	آشنایی با چگونگی ساختار خشم و تغییراتی که در ما به وجود می‌آورد	موقعیت‌های خشم‌برانگیز، اثرات مثبت و منفی خشم، تغییرات فیزیولوژیکی و شناختی ناشی از خشم، تغییرات رفتاری افراد هنگام بروز خشم، بیان تفاوت خشم و پرخاشگری، شرح ساختار واکنش خشم، آستانه خشم
۳	آشنایی با اندیشه‌های خشم‌برانگیز	حوادث برانگیزاننده خشم، اندیشه‌ها و افکار خشم‌برانگیز، تعمیم مبالغه‌آمیز و تفکر بایدی، افکار سرزنش‌کننده، درشت‌نمایی و برچسب زدن، دست‌ورزی روی افکار خشم‌برانگیز
۴	آشنایی با مهارت‌های بازشناسی و ارزشیابی خشم	مهارت‌های مدیریت خشم، خرده مهارت‌های بازشناسی ۱- شناخت علائم خشم ۲- کشف موقعیت‌ها و حوادث خشم‌برانگیز، ارزشیابی خشم
۵	آشنایی و انتخاب راهبردهای کنترل خشم	آشنایی با راهبردهای شش‌گانه کنترل خشم، انتخاب راهبردهای مناسب
۶	آشنایی با مهارت‌های انتخاب راهبردهای کنترل وقتی طرف مقابل عصبانی است و پیگیری‌های بعد از بروز خشم	انتخاب روش وقتی طرف مقابل عصبانی است، هفت مهارت مربوط به پیگیری در مدیریت خشم
۷	بررسی عواملی که سبب می‌شوند آمادگی ما برای بروز عصبانیت بیشتر شود	آمادگی بیشتر فرد برای عصبانیت، عللی که سبب آمادگی بیشتر ما برای عصبانیت می‌شوند، دست‌ورزی روی مهارت‌های مدیریت خشم، جمع‌بندی

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاصل از اجرای ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های سیاهه احساس خصومت ردفورد- ویلیامز و سیاهه سلامت روان شناختی گروه نمونه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		خرده‌مقیاس	مقیاس
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۶/۶۳	۱۶/۶۳	۶/۹۰	۱۷/۰۹	سیاهه احساس خصومت ردفورد - ویلیامز	
۵/۶۷	۴۷/۶۴	۶/۴۷	۴۵/۶۳	بهبودی روان‌شناختی	سیاهه سلامت روان‌شناختی
۶/۲۲	۴۸/۴۶	۸/۱۶	۴۵/۰۳	درماندگی روان‌شناختی	

استفاده شد. نتایج حاصل از داده‌های سیاهه سلامت روان‌شناختی نشان داد نیمرخ میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری دارد ($\eta^2 = ۰/۲۱$ و $p < ۰/۰۰۰۵$ و $F = ۱۰/۹۲$ و $df = (۲ و ۸۲)$ و $W = ۰/۷۹$). بررسی نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها هم نشان داد که میانگین‌های دو خرده‌مقیاس بهبودی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی در بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری (در سطح $p < ۰/۰۵$) نشان می‌دهند (جدول ۳). به این ترتیب، هر دو فرضیه پژوهش حاضر مورد تأیید قرار گرفت. در ضمن اندازه اثر خرده‌مقیاس درماندگی روان‌شناختی نسبت به خرده‌مقیاس بهبودی روان‌شناختی بالاتر است. این یافته بدین معنا است که این مداخله بر کاهش درماندگی بیشتر تأثیر داشته است تا افزایش بهبودی روان‌شناختی.

یافته‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهند که شرکت در کارگاه‌ها، به کاهش میانگین احساس خصومت در مرحله پس‌آزمون منجر شده است. در ضمن در مرحله پس‌آزمون میانگین خرده‌مقیاس بهبودی روان‌شناختی سیاهه سلامت روان‌شناختی و خرده‌مقیاس درماندگی آن افزایش پیدا کرده است. انجام آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین‌های دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون احساس خصومت نشان داد این دو میانگین تفاوت آماری معناداری ندارند ($p > ۰/۰۵$ و $t = ۰/۶۹$ و $df = ۸۳$).

به دلیل آنکه سیاهه سلامت روان‌شناختی از دو خرده‌مقیاس تشکیل شده است؛ از تحلیل واریانس چندمتغیری^۱ برای داده‌های اندازه‌گیری‌های مکرر^۲ برای آزمون وجود یا عدم وجود تفاوت معنادار آماری در بین میانگین‌های خرده‌مقیاس‌های مراحل پیش و پس‌آزمون

جدول ۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی میانگین خرده‌مقیاس‌های سیاهه سلامت روان‌شناختی

خرده‌مقیاس	مجموع مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری	مربع ایثای سهمی
بهبودی روان‌شناختی	۱۶۹/۳۵	۱	۱۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳
درماندگی روان‌شناختی	۴۹۶/۷۹	۱	۲۱/۴۹	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش مدیریت خشم بر احساس خصومت و سلامت روان‌شناختی

والدین دانش‌آموزان صورت گرفت. یافته‌های حاصل از آموزش رفتارهای کنترل خشم با رویکرد شناختی رفتاری به کار رفته در پژوهش حاضر، نشان می‌دهند که این مداخله

1. Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

2. repeated measure

بتوان این نکته را به عدم اقبال پژوهشگران به آزمایش اثرات آموزش مهارت‌های زندگی از جمله مدیریت خشم بر سازه‌های موجود در روان‌شناسی مثبت از جمله بهزیستی روان‌شناختی نسبت داد. این موضوع می‌تواند به‌عنوان پیشنهادی برای پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود. در تبیین اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر بهزیستی روان‌شناختی، می‌توان این‌گونه بیان کرد که کنترل خشم موجب داشتن روابط مثبت با دیگران و به‌معنای وسیع‌تر، بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد. ولی از آنجایی که این الگو خود از مؤلفه‌های بسیاری تشکیل شده، لذا عامل کنترل خشم نتوانسته همه آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و میزان اثربخشی آن کمتر از احساس درماندگی شده است.

بر اساس الگوی بهزیستی روان‌شناختی، این سازه از شش عامل زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود (ریف، کارول و کیز^۷، ۱۹۹۵). لذا این انتظار معقول به نظر می‌رسد که برنامه مدیریت خشم به تنهایی نتواند بر تمامی جنبه‌ها تأثیرگذار باشد. شاید علاوه بر برنامه مدیریت خشم، آموزش دیگر مؤلفه‌های برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بتواند به افزایش بهزیستی روان‌شناختی کمک بیشتری کند. به‌طوری‌که بر اساس نظر هنباری و مالتی^۸ (۲۰۱۱) مهارت‌های زندگی برای حفظ و پشتیبانی از بهزیستی و سلامت فرد ضروری هستند. از جمله این مهارت‌ها می‌توان به تفکر انتقادی، مهارت‌های هیجانی و مقابله‌ای، صلاحیت ارتباطی و اجتماعی و روابط بین فردی اشاره کرد.

از آنجایی که درماندگی به‌عنوان اساسی‌ترین عامل در ایجاد و تداوم افسردگی به‌شمار می‌رود، وجود ابزاری برای سنجش تغییرات افسردگی در شرکت‌کنندگان، می‌توانست منجر به آزمون فرضیه کاهش افسردگی در شرکت‌کنندگان شود (اورمیر^۹، ۲۰۰۲)؛ به‌علاوه خشم، به تنهایی می‌تواند مشکلات سلامت روان‌شناختی از جمله افسردگی را تشدید کند (لهر، وولفلک، سایم و بارلو^{۱۰}، ۲۰۰۷). از این‌رو، بررسی اثر برنامه حاضر بر مشکلات سلامت روان‌شناختی از جمله افسردگی پیشنهاد می‌شود، چون حوزه سلامت روان‌شناختی

منجر به کاهش میانگین احساس خصومت و افزایش میانگین خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی سیاهه سلامت روان‌شناختی و خرده‌مقیاس درماندگی شده است. این در حالی است که اندازه اثر خرده‌مقیاس درماندگی روان‌شناختی نسبت به خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است؛ لذا می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که این مداخله بر کاهش درماندگی بیشتر تأثیر داشته است تا افزایش بهزیستی روان‌شناختی؛ به‌عبارت‌دیگر، احتمالاً کاهش خشم در والدین بیشتر منجر به دور شدن شناخت و باورهای مبتنی بر درماندگی روان‌شناختی شده تا افزایش نگرش و باورهای مربوط به بهزیستی روانی. یافته‌های مربوط به کاهش درماندگی روان‌شناختی با تحقیقات رایلی^۱ (۲۰۰۰)، اکتن و دیورینگ^۲ (۲۰۰۰)، ویتلی و همکاران^۳ (۲۰۰۹)، پلی‌تری^۴ (۲۰۰۲) همسو است. بر اساس ادبیات پژوهش، هنگامی که خشم اغراق‌آمیز، کنترل نشده و یا در ارتباط با رفتار ناکارآمد باشد، می‌تواند تمام زمینه‌های زندگی خانوادگی را تحت تأثیر قرار دهد. بک و فرناندز (۱۹۹۸) عقیده دارند که الگوهای رفتار عصبانی، عاداتی هستند که در طول عمر در حال رشد بوده و قابل‌تغییرند. خشم یک پاسخ هیجانی خودکار است و با تمرین می‌توان آن را کاهش داد.

درماندگی، احساسی ناخوشایند و نامطبوع است که ناشی از عدم تعادل و انطباق در کارکرد فرد و خانواده است (اسمالي^۵، ۲۰۰۰). با آموزش مدیریت خشم، فرد مجهز به راهبردهایی می‌شود که ادراک او از غیرقابل‌کنترل بودن شرایط تغییر می‌یابد و او را به‌عنوان عاملی فعال در محیط پرورش می‌دهد. از این‌رو با توجه به اینکه احساس کنترل‌ناپذیری مشخصه احساس درماندگی است و می‌تواند نارسایی‌های انگیزشی، هیجانی و شناختی مرتبط با درماندگی ایجاد کند (سلیگمن^۶، ۱۹۷۵)، طبیعی است که پیرو دریافت آموزش شناختی- رفتاری در پژوهش حاضر، فرد بتواند بر محیط و موقعیت‌های دشوار فعالانه غلبه کند و احساس درماندگی در او کاهش یابد.

از سوی دیگر یافته‌های مربوط به افزایش بهزیستی روان‌شناختی دارای چندان شاهدهی در ادبیات نیست. شاید

1. Reilly
3. Wheatley
5. Smally
7. Ryff, Carol & Keyes
9. Overmier

2. Acton & During
4. Pellittery
6. Seligman
8. Hanbury & Malti
10. Lehrer, Woolfolk, Sime & Barlow

گروه مشاوره و راهنمایی. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اهواز.

شیرالی‌نیا، خدیجه. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر الگوهای ارتباطی و احساسات مثبت به همسر در زوجین شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. گروه مشاوره خانواده. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه شهید چمران اهواز.

صادقی، احمد. (۱۳۸۰). اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه اصفهان. نویدی، احمد. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مدیریت خشم بر مهارت‌های سازگاری پسران دوره متوسطه شهر تهران، مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۴)، ۳۹۴-۴۰۳.

Acton, R. G., & During, S. (2000). Preliminary results of aggression management training for aggressive parent. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 410-417.

Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implication for theories of emotion. *American Psychologist*, 38(11), 1145-1160.

Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74.

Benson, B. A., Johnson, R. C., & Miranti, S. V. (1986). Effects of anger management training with mentally retarded adults in group treatment. *Journal of Consulting in Clinical Psychology*, 54(5), 728-729.

Bickel, R., & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: the use of the Adolescent Psychopathology Scale in a Tasmanian context. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(5), 603-609.

Browne, A. (1993). Violence against women by male partners. *American Psychologist*, 48(10), 1077-1087.

Calamari, E., & Pini, M. (2003). Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment styles. *Journal of Adolescence*, 38(150), 287-288.

Chan, H. Y., Lu, R. B., Tseng, C. L., & Chou, K. R. (2003). Effectiveness of the anger-control program in reducing anger expression in patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 17(2), 88-95.

DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. C. (2003). Anger Treatment for Adults: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 70-84.

Dubois, D. L., Eifel, S. K., & Felner, R. P. (1994). Effects of family environment during the transition family early adolescence. *Journal of Marriage and the Family*, 56(2), 405-414.

بسیار وسیع است و ممکن است از اثربخشی این برنامه بر مشکلات اختصاصی غافل شویم.

یافته‌های پژوهش رید، گلدشتاین، موریس و کیز^۱ (۲۰۰۸) نشان داد مادرانی که پرخاشگری در ارتباط با همسران خود نشان می‌دهند، به احتمال بیشتری به لحاظ روان‌شناختی کودکان خود را کنترل می‌کنند. همچنین این پرخاشگری، مشکلات سازگاری را در کودکان پیش‌بینی می‌کند و با مشکلات بیرونی در دختران و پسران و مشکلات درونی در پسران مرتبط است. همچنین بر اساس پژوهش ژانگ و امان^۲ (۲۰۱۱) خشونت مادر می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رفتار پرخاشگرانه کودک باشد. با توجه به یافته‌های دو پژوهش مذکور و محتوای برنامه پژوهش حاضر که در آن بر ارتباط والد-کودک تأکید می‌شود، به نظر می‌رسد اگر میزان تغییر تعامل والد-کودک و یا سایر جنبه‌های کارکردی از جمله تغییرات خشم در کودکان، مسائل سازگاری و یا تغییر سبک‌های فرزندپروری در والدین بررسی شود، جنبه‌های کاربردی دیگر این نوع مداخله‌ها را مشخص کند. از این‌رو در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران علاقه‌مند می‌توانند جنبه‌های مذکور را مورد ارزیابی قرار دهند.

در مجموع بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر لازم است بیان شود که از مدیریت خشم می‌توان به‌عنوان مداخله‌ای کاربردی و مؤثر بخصوص برای کاهش احساس درماندگی و به تبع آن افزایش سلامت روان‌شناختی استفاده کرد. در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نبود گروه کنترل و شرکت داوطلبانه شرکت‌کنندگان اشاره داشت. از این‌رو در تعمیم یافته‌ها به سایر اقشار بایستی جانب احتیاط را رعایت نمود و به پژوهشگران علاقه‌مند در این زمینه توصیه می‌شود که در مطالعه خود به گروه کنترل و انتخاب تصادفی توجه نمایند.

منابع

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد (۱۶)، ۱۳، ۱۶-۱۱.
سعیدی، حکیم. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش همیار مشاور بر سازگاری فردی-اجتماعی و خودپنداری دانش آموزان پسر سال اول مقطع متوسطه شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

- Eaker, E. D., Sullivan, L. M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R. B., & Benjamin, E. J. (2004). Anger and hostility predict the development of aortic fibrillation in men in the Framingham Offspring Study. *Circulation, 109*(10), 1267-1271.
- Feindler, E. L., & Weisner, S. (2006). Youth 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* 353-363. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Forehand, R., Jones, D. J., & Parent, J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same. *Clinical Psychology Review, 33*(1), 133-145.
- Hanbury, C., & Malti, T. (2011). Monitoring and evaluating life skills for youth development. *Switzerland: Jacobs's foundations.*
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(6), 405-418.
- Heise, L. (1994). Gender-based abuse: The global epidemic, Violência e gênero: Uma epidemia global. Cad Saude Publication. *Rio de Janeiro, 10*(1), 135-145.
- Jenkins, R., Rose, J., & Lovell, C. (1997). Psychological well-being of staff working with people who have challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research, 41*(6), 502-511.
- Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions: The role of anger, hostility and aggression in health and emotional well-being.* New York, NY, Praeger Publishers.
- Kolko, D. J. (1996). Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: Psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child abuse & neglect, 20*(1), 23-43.
- Lau, B. V. K. (2001). Anger in our age of anxiety: What clinicians can do? *The Hong Kong Practitioner, 23*(6), 258-264.
- Lehrer, P. M., Woolfolk, R. L., Sime, W. E., & Barlow, D. H. (2007). *Principles and Practice of Stress Management*, Third Edition. New York, the Guilford Press.
- Lindsay, W. R., Allam, R., Parry, C., Macleod, F., Cottrell, J., Overened, H., & Smith, A. H. W. (2004). Anger and aggression in people with intellectual disabilities: Treatment and follow-up of consecutive referrals and a waiting list comparison. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*(4), 255-264.
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., & Yarcheski, T. J. (2000). Positive and negative outcomes of anger in early adolescents. *Research Nursing Health, 23*(1), 17-24.
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). *Life skills' approach to child and adolescent healthy human development.* Washington DC: Pan American Health Organization.
- Novaco, R.W. (1986). Anger as a clinical and social problem. In R. Blanchard and C. Blanchard (Eds), *Advances in the Study of Aggression.* Vol. 2. (pp. 1-67). New York: Academic Press.
- Novaco, R.W., Ramm, M., & Black, L. (2000). Anger treatment with offenders. In C. Hollin (Ed.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment.* London: John Wiley.
- 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*(1), 21-27.
- Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., ... & Noguchi, R. J. (2016). Parent management training and collaborative & proactive solutions: A randomized control trial for oppositional youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(5), 591-604.
- Overmier, J. B. (2002). On learned helplessness. *Integrative Physiological and Behavioral Science, 37*(1), 4-8.
- Patrick, M., Reilly, M. S., Shopshire, A. (1983). Anger Management. "Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion." *American Psychologist, 38* (11), 1145-1160.
- Pellittery, J. (2002). The relationship between emotional intelligence and ego defenses mechanism. *Journal of Psychology, 136*(2), 182-194.
- Reilly, P.N. (2000). Anger Management Group treatment for cocaine Dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15*, 34- 46.
- Reed, T. J., Goldstein, S., Morris, A. S., & Keyes, A. w. (2008). Relational Aggression in Mothers and Children: Links with Psychological Control and Child Adjustment. *Sex Roles, 59*(1-2), 39- 48.
- Renick, M. J., Blumberg, S. L., & Markman, H. J. (1992). The Prevention and Relationship Enhancement Programme (PREP): An empirically based preventive intervention program for couples. *Family Relations, 41*, 141-147
- Roberta, S. (1995). The Parenting Experience of Low-Income Single Women with Serious Mental Disorders. *The Journal of Contemporary Human Services, 76* (2), 86- 89.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.
- World Health Organization. (2005). *Mental health atlas (revised edition).* Geneva, Switzerland.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death.* San Francisco: Freeman.
- Skiba, R. & McKelvey, J. (2000). What works in preventing school violence: The safe and responsive fact sheet series - anger management?

- Retrieved July 23, 2003 from: [http:// www.Indiana.Edu/safeschl/Anger Management](http://www.Indiana.Edu/safeschl/AngerManagement).
- Smally, K. L. (2000). *Examining the effect of raising autistic children on family functioning. Using the double ABCX model*. Vancouver: British Columbia University.
- Smith, C. (2004). *Fireworks*. <http://www.ksu.edu/wparent/courses/index.htm>.
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 58-64.
- Tafate, R. C., Kassinove, H., & Dundin, R. (2002). Anger episodes of angry community residents. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1573-1590.
- Terjesen, M. D., Diguseppe, R., & Naidich, J. (1997). REBT for anger and hostility. In J. Yankura & W. Dryden (Eds.), *Using REBT with common psychological problems*. (pp. 158-196). New York: Springer Publishing Co.
- Trafate, R. C. (1995). Evaluation of treatment strategies for adult anger disorders. In: Kassinove, H. (Ed.), *Anger Disorders: Definition, Diagnosis, and Treatment* (pp. 109-130). Washington, DC: Taylor and Francis.
- VanOmmeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 71-75.
- Veit, C., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Wheatley, A., Murrhy, R., Van Kessel, J., Wuthrich, V., Remond, L., Tuqiri, R., Dadds, M., & Ridman, A. (2009). Aggression management training for youth in behavior schools. *Youth Studies Australia*. 28(1), 29-36.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20-47.
- Wolfe, D. A. (1987). *Child Abuse: Implications for Child Development and Psychopathology*, Sage, Newbury Park, CA.
- Zhang, S., & Eamon, M. K. (2011). Parenting practices as mediators of the effect of mothers' community violence exposure on young children's aggressive behavior. *Journal of Contemporary Social Services*, 92, (3), 336-343.