

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خشم و بهزیستی روان شناختی دختران پرخاشگر

حسین قمری کیوی^۱، علی شیخ الاسلامی^۲، زهرا عادل^۳

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۲۵

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خشم و بهزیستی روان شناختی دختران پرخاشگر بود. **روش:** این پژوهش به شیوه‌ی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی زندانیان حاضر در بند نسوان زندان مرکزی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۳۰ نفر از دخترانی که در پرسشنامه‌ی خشم حالت - صفت اسپیلبرگر نمره‌های بالایی داشتند انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، درمان شناختی - رفتاری را طی ۸ جلسه دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی خشم حالت - صفت اسپیلبرگر و پرسشنامه‌ی بهزیستی روان شناختی ریف استفاده شد. داده‌ها با روش آماری کوریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر خشم و بهزیستی روان شناختی دختران پرخاشگر مورد تأیید قرار گرفته است و دختران گروه آزمایش نسبت به دختران گروه کنترل در پس‌آزمون به طور معناداری، خشم کمتری و بهزیستی روان شناختی بیشتری داشتند. **نتیجه‌گیری:** بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری در کاهش خشم و افزایش بهزیستی روان شناختی دختران پرخاشگر تأثیر معناداری دارد. **کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی - رفتاری، خشم، بهزیستی روان شناختی، دختران پرخاشگر.

۱. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول: h_ghamarigivi@uma.ac.ir)

۲. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی (a_sheikholslamy@yahoo.com)

۳. کارشناس ارشد مشاوره توابعی، دانشگاه محقق اردبیلی (zzahra.adel@gmail.com)

مقدمه

خشم^۱ بخشی از مکانیسم بقاء در وجود انسان است و تامین کننده‌ی انرژی برای پر خاشگری است. خشم تأثیرات مخرب از جمله صدمه و آسیب زدن، حملات آسیب‌زا به خود و دیگران، مرگ غیرمنتظره و رفتارهای پرخطر و تأثیرات سازنده‌ای چون ابراز احساسات، پیدا کردن و حفظ نقش و جایگاه خود بین انسان‌ها و ایجاد روابط مطلوب اجتماعی می‌تواند داشته باشد که این ویژگی سبب شده که از آن به شمشیر دولبه تعبیر شود (جنتری^۲، ۲۰۰۷). پر خاشگری حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه و به رفتارهای آشکار اعم از فیزیکی و کلامی اطلاق می‌شود که منجر به آسیب به شخص، شی و یا سیستم دیگری می‌شود (اسخودلسکی، کاسیو و گورمی^۳، ۲۰۰۳، به نقل از نعمتی، ۱۳۸۸).

همواره در میان همه‌ی قشرها و سنین کسانی هستند که به علت بروز رفتارهای پر خاشگرانه محیط ناامنی را برای اطرافیان می‌سازند و نمی‌توان پر خاشگری را به طور خاص مربوط به یک سن و دوره‌ی ویژه دانست. پر خاشگری ممکن است از سنین خردسالی وجود داشته باشد و در طول زمان تداوم یافته و در نوجوانی و بزرگسالی ادامه یابد، با این حال می‌توان بیشترین بروز و ظهور پر خاشگری را به دوران نوجوانی نسبت داد. رفتار پر خاشگرانه‌ی دوران نوجوانی می‌تواند یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای بزهکاری، سوء مصرف مواد، افسردگی و افت تحصیلی باشد. نوجوانان پر خاشگر نمی‌توانند به درستی پیامدهای رفتار خود را پیش‌بینی کنند، در محرک‌های اجتماعی نشانه‌های خصمانه فراوانی را مشاهده می‌کنند، درک درستی از سطح پر خاشگری خود ندارند، از راه حل‌های کلامی اندکی برای اثبات خود در مسائل اجتماعی بهره می‌جویند و بیشتر از راه حل‌های پر خاشگرانه استفاده می‌کنند. آن‌ها از نظر اخلاقی پر خاشگری را مطلوب

1. anger

2. Jentery, D.

3. Sukhodolovsky, S., Kassio, A. & Gorman, Z.

ارزیابی می‌کنند و به دلیل همین مقبولیت ارزشی، از پرخاشگری به عنوان راهکار مناسب استفاده می‌کنند (گراهام^۱، ۲۰۰۲، ترجمه محمدی و هاشمی‌کهن‌زاد، ۱۳۸۲؛ پاکسلاhti^۲، ۲۰۰۰).

اخیراً افزایش پرخاشگری در گروه‌های متفاوت اجتماعی، به ویژه نوجوانان به چشم می‌خورد (فیلدز و مک‌نامارا^۳، ۲۰۰۳). متأسفانه هنگامی که نوجوانان در سنین پایین پرخاشگری می‌شوند، تمایل آن‌ها به رفتار پرخاشگرانه تا بزرگسالی ثابت می‌ماند. مشکلات رفتاری در نوجوان همان‌طور که وی رشد می‌کند، نه تنها باقی می‌ماند بلکه پاسخ به درمان نیز در او کاهش می‌یابد. بنابراین رفتار پرخاشگرانه پیامدهای روان‌شناختی وخیمی برای خود شخص دارد که از آن جمله می‌توان به کاهش بهزیستی روان‌شناختی^۴ اشاره نمود. بهزیستی روان‌شناختی عبارت است از به قابلیت رساندن استعداد‌های نهفته افراد در سنین جوانی، که نقطه عطف شکل‌گیری و رشد استعداد است. در سال‌های اخیر گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی برگرفته از روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان‌شناختی» مفهوم‌سازی کرده‌اند. با افزایش پرخاشگری، میزان اضطراب اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. اضطراب با پدید آوردن تأثیرات مخرب در وضعیت جسمانی و روانی فرد به وجود می‌آید که باعث می‌شود بین اضطراب اجتماعی و بهداشت روانی شخص، دور باطل به وجود آید، به طوری که تحمل اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی، بهزیستی روانی شخص را به مخاطره می‌اندازد و به خطر افتادن و تضعیف فاکتورهای بهزیستی روان‌شناختی باعث ایجاد اضطراب و در پی آن

1. Graham, F. J.

2. Pakaslahti, L.

3. Fields, S. & McNamara, A.

4. psychological well-being

پرخاشگری، در موقعیت های مختلف می شود. پس، با کنترل خشم می توان بر بهزیستی روان شناختی تأثیر مثبتی گذاشت (اسخودلسکی، کاسیو و گورمی، ۲۰۰۳، به نقل از نعمتی، ۱۳۸۸).

بنابراین، با توجه به پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی پرخاشگری نوجوانان، انجام مداخله های درمانی و آموزشی موثر جهت کاهش و تخفیف این مشکلات بسیار حائز اهمیت است. کاهش پرخاشگری در نوجوانان می تواند باعث کاهش خطر بزهکاری، مدرسه گریزی، فرار از خانه و کاهش عدم مسئولیت پذیری و افزایش بهزیستی روان شناختی گردد. نظریه شناختی - رفتاری یکی از نظریه های موفق در زمینه مدیریت خشم بشمار می رود. در این نظریه کاهش خشم بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است (آذریان، ۱۳۸۷). درمان شناختی - رفتاری^۱ گروهی می تواند یک جایگزین طبیعی و در برخی موارد، یک مداخله ای تکمیلی بر درمان فردی باشد (فریمن، پرتز، فلمینگ و سیمون^۲، ۲۰۰۴). شواهد بسیار فزاینده ای در مورد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی وجود دارد و نتایج مثبتی نیز برای شماری از مشکلات نوجوانان از جمله خشم و پرخاشگری به دست آمده است (فیندلرو اکتون^۳، ۱۹۸۶؛ لارسن و لاجمن^۴، ۲۰۰۲).

درمان شناختی - رفتاری کنترل خشم و پرخاشگری برخلاف سایر مداخله های روان شناختی که در حوزه پرخاشگری مورد استفاده قرار می گیرند، توجه پژوهشی بسیاری را به خود اختصاص داده است. این رویکرد درمانی معطوف به شناسایی و تعدیل پاسخ های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی به تحریک ادراک شده از طریق فنون درمانی مختلف است. در واقع، درمان شناختی - رفتاری یک روش روان درمانی ساختار یافته، هدفمند و متمرکز بر زمان حال است که از استراتژی شناختی و رفتاری، به منظور کاهش

1. cognitive-behavioral therapy

2. Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K. M.

3. Findler, E. L. & Ecton, R. B.

4. Larson, J. & Lochman, J. E.

نشانه‌ها، با هدف قراردادن ساخت‌های شناختی معیوب و فرآیندهای نگهداری اختلال‌های روانی، بهره می‌گیرد. این درمان برای طیف وسیعی از اختلالات به کار می‌رود (گران و بک^۱، ۲۰۱۰). در پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری درگروه‌های مختلف نشان داده شده است. از جمله بر کاهش پرخاشگری و هیجان‌خواهی رزمی‌کاران زن (اکبری، ثقتی و محمدزاده، ۱۳۹۴)، کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان دختر پرخاشگر (صداقت، مرادی و احمدیان، ۱۳۹۳)، کاهش خشم و نشخوار خشم در زندانیان (خانی و حسینیان سراج‌لو، ۱۳۹۳)، کاهش مولفه‌های خشم از جمله خشم حالت، خشم صفت، کنترل برون‌ریزی خشم و کنترل درون‌ریزی خشم در مبتلایان به ضربه سر (رحیمی احمدآبادی، آقامحمدیان شعرباف، مدرس غروی و کارشکی، ۱۳۹۳)، کاهش خشم و خرده‌مقیاس‌های آن اعم از ناکامی و پرخاشگری کودکان دچار اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (مودی، علیزاده، غباری و سلیمانی، ۱۳۹۳)، کاهش پرخاشگری زنان مبتلا به سرطان پستان (علی‌پور، علی‌اکبری دهکردی و شریفی ساکی، ۱۳۹۳)، کاهش پرخاشگری واکنشی کلامی و رابطه‌ای کودکان (رجبی، نجفی و رضایی، ۱۳۹۲)، کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر مقطع دبیرستان (کرمی‌بلداچی، بهارلو، زارعی و ثابت‌زاده، ۱۳۹۲)، کاهش خشم رانندگی، ابراز پرخاشگرانه خشم رانندگی و افزایش ابراز انطباقی-سازنده خشم رانندگی (کاظمینی، قنبری هاشم‌آبادی، مدرس غروی و اسماعیلی‌زاده، ۱۳۹۰)، کاهش میزان پرخاشگری و افزایش مهارت کنترل خشم در نوجوانان (حاجتی، اکبرزاده و خسروی، ۱۳۸۷)، افزایش کنترل خشم دانشجویان دوره کارشناسی (اکداس میترانی^۲، ۲۰۱۰)، کاهش خشم، افسردگی و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان (ویتلی^۳ و همکاران، ۲۰۰۹)، افزایش کنترل تکانه‌های خشم و پرخاشگری، کاهش رفتارهای وابسته به خشم و کاهش خشونت

1. Grant. P. M. & Beck. A. T.

2. Akdas Mitrani, A. T.

3. Wheatley, A.

خانوادگی (برسیلن^۱، ۲۰۰۵؛ مک‌واف^۲، ۲۰۰۴)، کاهش بیان خشم و افزایش توانایی کنترل خشم در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (چان، لو، تسینگ و چو^۳، ۲۰۰۳)، کاهش خشم افراد مجرم (لیندسی، آلن، مک‌لود، اسمارت و اسمیت^۴، ۲۰۰۳)، کاهش پرخاشگری و افزایش کنترل خشم دانش‌آموزان در خانه و مدرسه (هرمن و مک‌ویرتر^۵، ۲۰۰۳)، افزایش بهزیستی ذهنی بیماران قلبی عروقی (کریمی، کاکابرایی، یزدانبخش و مرادی، ۱۳۹۳)، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی دختران دبیرستانی (گرزین، ۱۳۹۰) بهبود وضعیت سلامت روان‌شناختی و کاهش نشانگان روان‌شناختی زندانیان (خدایاری‌فرد، یونسی، اکبری‌زردخانه، فقیهی و به‌پژوه، ۱۳۸۸؛ خدایاری‌فرد، عابدینی، اکبری‌زردخانه، غباری‌بناب، سهرابی و یونسی، ۱۳۸۷).

با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته و با در نظر گرفتن پیامدهای منفی جسمانی، روانی و اجتماعی ناشی از پرخاشگری، پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش خشم و افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر اجرا شد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی زندانیان حاضر در بند نسوان زندان مرکزی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۳۰ نفر از دخترانی که در پرسشنامه‌ی خشم حالت - صفت اسپیلبرگر نمره‌های بالایی

1. Breslin, J. H.

2. Macvaugh, G. S.

3. Chan, H. Y., Lu, R. B., Tseng, C. L. & Chou, K. R.

4. Lindsay, W. R., Allan, R., Macleod, F., Smart, N. & Smith, A. H. W.

5. Herrmann, S. & Mcwhirter, G.

داشتند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. جلسات مداخله براساس یک طرح از پیش تعیین شده، ۸ جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. هر دو گروه یکبار قبل از اجرای مداخلات و یکبار بلافاصله پس از انجام مداخلات، پرسشنامه‌ی خشم حالت - صفت اسپیلبرگر و پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل کردند. خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری در جدول ۱ آورده شده است. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیراستفاده شد:

پرسشنامه‌ی خشم حالت - صفت اسپیلبرگر-۲: پرسشنامه خشم حالت - صفت اسپیلبرگر-۲ یک مقیاس مداد - کاغذی است که برای گروه سنی ۳۵-۱۶ سال تهیه شده و دارای ۵۷ ماده می‌باشد. این پرسشنامه شامل شش مقیاس و پنج خرده‌مقیاس است و ماده سوال‌های آن در سه بخش تنظیم شده‌اند. بخش اول با عنوان «همین الان احساس می‌کنم» به اندازه گیری خشم حالت می‌پردازد که در آن آزمودنی‌ها شدت احساس خود را با یک مقیاس چهار گزینه‌ای از "به هیچ وجه=۱" تا "خیلی زیاد=۴" درجه بندی می‌کنند. این بخش ۱۵ ماده دارد و شامل مقیاس خشم حالت است. زیرمقیاس‌ها عبارتند از: الف) احساس خشمگینانه، ب) تمایل به ابراز کلامی خشم، ج) تمایل به ابراز فیزیکی خشم، بخش دوم با عنوان "بطور معمول احساس می‌کنم" با ۱۰ ماده سوال به ارزیابی خشم صفت اختصاص دارد و همانند بخش اول درجه بندی و نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس خشم صفت دارای دو خرده مقیاس است: الف) خلق و خوی خشمگینانه، ب) واکنش خشمگینانه. بخش سوم با عنوان "بطور معمول هنگامی که خشمگین هستم، چه واکنش یا رفتاری دارم" ابراز و کنترل خشم را می‌سنجد و شامل چهار خرده مقیاس است: الف) ابراز خشم بیرونی، ب) ابراز خشم درونی، ج) کنترل خشم بیرونی، د) کنترل

خشم درونی. این بخش در مقیاس چهار درجه‌ای از "تقریباً هرگز=۱" تا "همیشه=۴" درجه‌بندی شده و ۳۲ ماده سوال دارد. مطالعات اسپیلبرگر (۱۹۸۳) در زمینه این مقیاس، نتایج رضایت بخشی داشته است، این مطالعات ضریب آلفای مقیاس خشم حالت، خشم صفت، خشم حالت، زیرمقیاس خلق و خوی خشمگینانه و واکنش خشمگینانه را به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۸۹، ۰/۷۰، گزارش کرده‌اند. خدایاری فرد، لواسانی، اکبری زردخانه و لیاقت (۱۳۸۶) اعتبار و روایی این پرسشنامه را با استفاده از نمونه‌ای متشکل از ۱۲۷۲ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران بررسی کردند. براساس این پژوهش اعتبار ابزار با روش آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس‌های متعدد بین ۰/۶۰ برای خرده‌مقیاس ابراز خشم درونی تا ۰/۹۳ برای خرده‌مقیاس خشم حالت متغیر بوده است. ضریب اعتبار با روش تنصیف بین ۰/۵۷ برای خرده‌مقیاس ابراز خشم درونی تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس ابراز خشم حالت گزارش شده است. هم‌چنین ضریب اعتبار با روش بازآزمایی بین ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس ابراز خشم درونی تا ۰/۹۳ برای خرده‌مقیاس خشم حالت بوده است (خدایاری فرد و پزند، ۱۳۹۱).

پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف: پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی رریف در سال ۱۹۸۹ طراحی کرد. بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چندمؤلفه‌ای است که عبارتند از: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری تسلط بر محیط زندگی هدفمند و رشد شخصی. این پرسشنامه دارای فرم‌های مختلفی می‌باشد که در این پژوهش از فرم ۵۴ سوالی استفاده شده است. این فرم ۶

مؤلفه‌ی اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (هرزیرمقیاس شامل ۹ عبارت) است. از آنجا که گزینه‌ها بر روی طیف ۶ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده، نمره‌گذاری از ۱ تا ۶ (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم) انجام می‌شود.

ریف به منظور هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی این آزمون، آزمون را بر روی نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا کرد. وی ضریب همسانی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه را

بدین شرح گزارش کرده است: پذیرش خود = ۰/۹۱، روابط مثبت با دیگران = ۰/۹۱، خودمختاری = ۰/۷۶، تسلط بر محیط = ۰/۹۰، زندگی هدفمند = ۰/۹۰ و رشد فردی = ۰/۷۴. پایایی حاصل از فروش بازآزمایی زیرمقیاس‌ها نیز در یک نمونه‌ی ۱۱۷ نفری و در فاصله‌ی ۶ هفته‌ای بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ بوده است (به نقل از حسن‌زاده، فرزانه و خادم‌لو، ۱۳۹۳).

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه‌ی اول	آشنایی اعضا با هم، تعیین اهداف و قوانین گروه، بیان مسئله‌ی خشم و تعاریف آن، پیامدهای خشم و باورهای غلط در مورد خشم، راهبرد برای کنترل خشم، بیان خلاصه و دادن تکالیف خانگی.
جلسه‌ی دوم	بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه‌ی اول، شناسایی رویدادهای برانگیزنده خشم، شناسایی نشانه‌های خشم (جسمانی، رفتاری، هیجانی، شناختی)، توضیح در مورد شیوه‌های ابراز خشم، بیان خلاصه و دادن تکالیف خانگی.
جلسه‌ی سوم	بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه‌ی دوم، ارائه‌ی برنامه‌ی کنترل خشم، وفقه، بیان خلاصه و دادن تکالیف خانگی.
جلسه‌ی چهارم	بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه‌ی سوم، ارائه راهبرد تن‌آرامی از طریق تمرین تنفسی، بیان خلاصه و دادن تکالیف خانگی.
جلسه‌ی پنجم	بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه‌ی چهارم، بحث در مورد پرخاشگری، ارائه‌ی تکنیک‌های مرحله‌ی پیش از خشم، بیان خلاصه و دادن تکالیف خانگی.
جلسه‌ی ششم	بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه‌ی پنجم، توضیح مدل A-B-C-D، توقف فکر، بیان خلاصه و دادن تکالیف خانگی.
جلسه‌ی هفتم	بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه‌ی ششم، آموزش جرات‌مندی، ارائه مدل حل تعارض، بیان خلاصه و دادن تکالیف خانگی.
جلسه‌ی هشتم	بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه‌ی هفتم، آموزش راهبرد حل مسئله، مرور مفاهیم آموخته شده طی جلسه‌های قبلی، جمع‌بندی و گرفتن پس‌آزمون.

یافته ها

جدول ۲: آماره های توصیفی خشم دختران پرخاشگر

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۱۴۲/۵۳	۱۰/۵۸
	کنترل	۱۵	۱۳۰/۷۳	۱۲/۱۸
پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱۳۴/۶۰	۹/۵۷
	کنترل	۱۵	۱۲۹/۸۷	۱۲/۲۴

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار خشم دختران پرخاشگر گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۴۲/۵۳ و ۱۰/۵۸ و میانگین و انحراف معیار خشم دختران پرخاشگر گروه کنترل در مرحله ی پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۳۰/۷۳ و ۱۲/۱۸ می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار خشم دختران پرخاشگر گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون به ترتیب برابر با ۱۳۴/۶۰ و ۹/۵۷ و میانگین و انحراف معیار خشم دختران پرخاشگر گروه کنترل در مرحله ی پس آزمون به ترتیب برابر با ۱۲۹/۸۷ و ۱۲/۲۴ می باشد.

جدول ۳: آماره های توصیفی بهزیستی روان شناختی دختران پرخاشگر

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۱۳۲/۸۰	۱۳/۲۳
	کنترل	۱۵	۱۴۶/۶۶	۷/۵۵
پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱۳۹/۰۶	۱۴/۳۸
	کنترل	۱۵	۱۴۷/۸۵	۷/۲۳

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان شناختی دختران پرخاشگر گروه آزمایش در مرحله ی پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۳۲/۸۰ و ۱۳/۲۳ و میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان شناختی دختران پرخاشگر گروه کنترل در مرحله ی پیش آزمون به ترتیب برابر با ۱۴۶/۶۶ و ۷/۵۵ می باشد. همچنین

میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۳۹/۰۶ و ۱۴/۳۸ و میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۴۷/۸۵ و ۷/۲۳ می‌باشد.

برای آزمون فرضیه‌ها از تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کواریانس رعایت بعضی مفروضه‌ها از قبیل همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس و همگنی واریانس‌های خطا، الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد. نتایج آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌ی همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس ($F=1/51, P>0/05$)، نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا برای متغیر خشم ($F=0/46, P>0/05$) و برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی ($F=2/75, P>0/05$)، همگی نشانگر برقرار بودن این مفروضه‌ها بودند. بنابراین، از تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های خشم و بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۴: تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های خشم و بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون

آزمون‌ها	مقادیر	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig	اندازه اثر
اثر پیلاپی	۰/۷۳۶	۳۴/۸۳۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
لامبدای ویلکز	۰/۲۶۴	۳۴/۸۳۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
اثر هتلینگ	۲/۷۸۶	۳۴/۸۳۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۲/۷۸۶	۳۴/۸۳۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلاپی ($P=0/05$ ،

لامبدای ویلکز ($F=34/831, P=0/05$)، اثرهتلینگ ($P=0/05$)، و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی ($F=34/831, P=0/05$)، معنادار می‌باشند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیرهای مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که روش مداخله بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل کواریانس تک‌متغیری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی، مربوط به کجا است.

جدول ۵: تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های خشم در پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳۱۰۳/۷۶۷	۱	۳۱۰۳/۷۶۷	۴۱۹/۳۰۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴۲
گروه	۲۸۱/۰۲۵	۱	۲۸۱/۰۲۵	۳۷/۹۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۴

با توجه به نتایج جدول ۵ ($F=37/965, P=0/01$)، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر کاهش خشم دختران پرخاشگر و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان خشم در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۶: تجزیه و تحلیل کواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳۲۷۳/۶۳۵	۱	۳۲۷۳/۶۳۵	۵۱۲/۹۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵۲
گروه	۱۹۶/۹۹۲	۱	۱۹۶/۹۹۲	۳۰/۸۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳

با توجه به نتایج جدول ۶ ($F=30/867$ ، $P=0/01$)، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و خشم دختران پرخاشگر بود. یافته‌ی اول پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ خشم تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان خشم دختران گروه آزمایش شده بود. بنابراین فرضیه‌ی پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه به نوعی با یافته‌های اکبری و همکاران (۱۳۹۴)، صداقت و همکاران (۱۳۹۳)، خانی و حسینیان سراج‌له‌لو (۱۳۹۳)، احمدآبادی و همکاران (۱۳۹۳)، مودی و همکاران (۱۳۹۳)، علی‌پور و همکاران (۱۳۹۳)، رجبی و همکاران (۱۳۹۲)، کرمی‌بلداجی و همکاران (۱۳۹۲)، کاظمینی و همکاران (۱۳۹۰)، حاجتی و همکاران (۱۳۸۷)، اکداس میترازی (۲۰۱۰)، ویتلی و همکاران (۲۰۰۹)، برسین (۲۰۰۵)، مک‌واف (۲۰۰۴)، چان و همکاران (۲۰۰۳)، لیندسی و همکاران (۲۰۰۳)، هرمن و مک‌ویتر (۲۰۰۳)، مبنی بر اثربخش بودن درمان‌های گروهی از جمله درمان شناختی-رفتاری بر کاهش خشم و پرخاشگری، همسومی باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در این پژوهش بحث در مورد پرخاشگری و ارائه تکنیک‌های پیش از خشم و آموزش حل مسئله موجب کاهش خشم نوجوانان دختر شده است. آموزش روش‌های آرام‌سازی، ارائه الگوهای شخصی تجربه خشم، راهبردهای

حل مسئله از مجموعه مباحث آموزشی در مهارت کنترل خشم می تواند نوجوانان را نسبت به کنترل و پیشگیری از موقعیت های پرخاشگرانه، آگاه و در صورت قرار گرفتن در چنین موقعیت هایی آن ها را مصون نگه دارد؛ بطوری که کمترین ضرر را برایشان داشته باشد. اغلب نوجوانانی که در زمینه چگونگی کنترل خشم و همچنین موقعیت هایی که پرخاشگری را در آن ها ایجاد و یا تشدید می کند، اطلاع بسیار کمی دارند که آگاه سازی در زمینه ی الگوهای خشم و پرخاشگری، موقعیت های پرخاشگری و علل بوجود آمدن آن، می تواند بسیار مفید باشد، که در طی این درمان افراد به این آگاهی رسیدند. از دیدگاه شناختی افراد خشمگین و پرخاشگر در هر یک از مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی مشکل دارند. این افراد معمولاً دارای اسنادهای کینه توزانه بوده و از مهارت های سازگارانه حل مسأله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می شوند، به صورت تکانشی عمل می کنند. این دسته از افراد، از طریق شرکت در برنامه های آموزش مدیریت خشم، می توانند ضمن بازسازی شناختی، مهارت های مورد نیاز را فراگیرند و با گسترش دامنه ی رفتارهای خود (مانند شیوه های برخورد متفاوت با مسئله، حل کردن مشکل بدون توسل به خشم) در موقعیت های گوناگون واکنش های سازگارانه نشان دهند.

یافته ی دوم پژوهش نشان داد که بین میانگین های تعدیل شده ی گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون از لحاظ بهزیستی روان شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که درمان شناختی - رفتاری باعث افزایش قابل ملاحظه ای در میزان بهزیستی روان شناختی دختران پرخاشگر گروه آزمایش شده بود. بنابراین فرضیه ی پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت. یافته های پژوهش حاضر در این زمینه به نوعی با یافته های کریمی و همکاران (۱۳۹۳)، گرزین (۱۳۹۰) خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۸) خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۷)، مبنی بر اثربخش بودن درمان های گروهی از جمله درمان شناختی - رفتاری بر افزایش بهزیستی روان شناختی و سلامت روان، همسو می باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که از آنجا که بین پرخاشگری با اضطراب

اجتماعی، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد یعنی با افزایش پرخاشگری، میزان اضطراب اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. اضطراب با پدید آوردن تأثیرات مخرب در وضعیت جسمانی و روانی فرد، باعث می‌شود بین اضطراب اجتماعی و بهداشت روانی شخص، دور باطل به وجود آید، به طوری که تحمل اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی، بهزیستی روانی شخص را به مخاطره می‌اندازد و به خطر افتادن و تضعیف فاکتورهای بهزیستی روان‌شناختی باعث ایجاد اضطراب و در پی آن پرخاشگری، در موقعیت‌های مختلف می‌شود، در این پژوهش افراد با حضور در جمع کمتر دچار اضطراب می‌شدند و با کاهش پرخاشگری طی برنامه و تکنیک برای کاهش پرخاشگری، موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد شده است.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش خشم و افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر تأثیر معناداری دارد. بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که از درمان شناختی-رفتاری در مداخلات مربوط به کاهش خشم و افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر استفاده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به جامعه‌ی آماری آن است که فقط متشکل از دختران پرخاشگر بند نسوان زندان مرکزی شهرداری بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در آینده، پژوهش‌هایی از این نوع روی هر دو جنس و نمونه‌های مختلف انجام پذیرد تا قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد.

منابع

- اکبری، ب.؛ ثقتی، ط. و محمدزاده، م. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر میزان پرخاشگری و هیجان‌خواهی رزمی کاران زن شهرستان آمل. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۲)، ۷۶-۶۹.
- آذریان، ز. (۱۳۸۷). *بررسی تأثیر آموزش کنترل خشم به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بر خشونت زناشویی زوجین شهرستان شهرکرد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه شهید بهشتی.
- حاجتی، ف.؛ اکبرزاده، ن. و خسروی، ز. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان شناختی-رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر پیشگیری از خشونت نوجوانان شهر تهران. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۳)، ۳۵-۵۶.

حسن زاده، ر؛ فرزنان، س. و خادم‌لو، ع. (۱۳۹۳). نظریه‌ها و کاربرد آزمون‌های روان‌شناختی و شخصیت. تهران: ارسباران.

خانی، ع. و حسینیان سراج‌له‌لو، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش خشم و نشخوار خشم در زندانیان زندان اردبیل. *رویش روان‌شناسی*، ۳(۹)، ۷۳-۹۰.

خدایاری فرد، س.؛ عابدینی، ی.؛ اکبری زردخانه، س.؛ غباری بناب، ب.؛ سهرابی، ف. و یونسی، س. ج. (۱۳۸۷). اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۴)، ۲۸۳-۲۹۰.

خدایاری فرد، م. و پرند، ا. (۱۳۹۱). *ارزیابی آزمون‌گری روان‌شناختی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. خدایاری فرد، م.؛ یونسی، س. ج.؛ اکبری زردخانه، س.؛ فقیهی، ع. ن. و به‌پژوه، ا. (۱۳۸۸). اثربخشی روان‌درمانی شناختی - رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر ناسازگاری‌های روان‌شناختی زندانیان در زندان رجایی شهر. *فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۳(۴)، ۵۵-۶۷.

رجبی، ز؛ نجفی، م. و رضایی، ع. م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش پرخاشگری کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۰)، ۷۱-۵۵.

رحیمی‌احمدآبادی، س.؛ آقامحمدیان‌شعرباف، ح. ر؛ مدرس غروی، م. و کارشکی، ح. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری در کاهش خشم مبتلایان به ضربه سر. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۲(۲)، ۳۷-۴۵.

صداقت، س.؛ مرادی، ا. و احمدیان، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری کنترل خشم بر پرخاشگری دانش‌آموزان دختر پرخاشگر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۴(۴)، ۲۱۵-۲۲۰.

علی‌پور، ا.؛ علی‌اکبری‌دهکردی، م. و شریفی‌ساکی، ش. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری زنان مبتلا به سرطان پستان. *دوماهنامه علمی - پژوهشی فیض*، ۱۹(۲)، ۱۳۴-۱۲۷.

عمتی، ن. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل مدیریت خشم در کاهش پرخاشگری زندانیان مرد. *مجله اصلاح و تربیت*، ۸۶(۸۶)، ۴۸-۵۴.

کاظمینی، ت.؛ قنبری‌هاشم‌آبادی، ب.؛ مدرس غروی، م. و اسماعیلی‌زاده، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری رانندگی. *فصلنامه علمی - ترویجی راهور*، ۸(۱۵)، ۴۱-۵۷.

کرمی‌بلداچی، ر.؛ بهارلو، غ.؛ زارعی، ا. و ثابت‌زاده، م. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش رویکرد شناختی - رفتاری عزت‌نفس بر پرخاشگری نوجوانان پسر مقطع دبیرستان شهرکرد. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد*، ۲۰(۹)، ۳۳-۴۲.

کریمی، س.؛ کاکابرابی، ک.؛ یزدانبخش، ک. و مرادی، غ. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی ذهنی بیماران قلبی عروقی. *ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۸(۳)، ۱۵۶-۱۴۷.

گراهام، ف. ج. (۲۰۰۲). *درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و خانواده‌ها*. ترجمه محمدرضا محمدی و هوشنگ هاشمی‌کهن‌زاد (۱۳۸۲). تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

گرزین، ر. (۱۳۹۰). *اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی دختران دبیرستانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه پیام نور تهران.

مودی، م.؛ علیزاده، ح.؛ غباری، ب. و سلیمانی، م. (۱۳۹۳). *تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش خشم کودکان دچار اختلال نارسانی توجه/بیش‌فعالی*. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، (۲)، ۱۷-۱۲۷.

Akdas Mitrani, A. T. (2010). Outcome of anger management training program in a sample of undergraduate student. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 339-344.

Breslin, J. H. (2005). *Effectiveness of a rural anger management program in preventing domestic violence recidivism*. PHD Dissertation. Capella University.

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.

Feindler, E. L. & Ecton, R. B. (1986). *Adolescent Anger Control: Cognitive-Behavioral Techniques*. New York: Pergamon Press.

Fields, S. & McNamara, A. (2003). The prevention of chilled and adolescent violence: A review. *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 8 (1), 61-91.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K. M. (2004). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. New York: Plenum.

Grant. P. M. & Beck. A. T. (2010). Asocial beliefs as predictors of a social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177 (1 -2), 65-70.

Herrmann, S. & Mcwhirter, G. (2003). Anger and aggression management in young adolescents. *Education and Treatment of Children*, 26 (3), 273-302.

Jentery, D. (2007). Anger management and may not help at all. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 422-419.

Larson, J. & Lochman, J. E. (2002). *Helping Schoolchildren Cope with Anger: A cognitive Behavioral Intervention*. New York: Guilford.

Lindsay, W. R., Allan, R., Macleod, F., Smart, N. & Smith, A. H. W. (2003). Long-term treatment and management of violent tendencies of men with intellectual disabilities convicted of assault. *Mental Retardation*, 41 (1), 47-56.

Macvaugh, G. S. (2004). *Outcomes of Court Intervention and Diversionary Programs for Domestically Violent Offenders*. Antioch New England Graduate School.

Pakaslahti, L. (2000). Children's and adolescents' aggressive behavior in context: the development and application of aggressive problem-solving strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (5), 476-90.

Wheatley A., Murrphy, R., VanKessel, J., Wuthrich, V., Remond, L., Tuqiri, R. & et al. (2009). Aggression management training for youth in behaviour Schools: A quasi-experimental study. *Youth Studies Australia*, 28 (1), 29-36.