

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۵ پاییز ۱۳۹۳

**اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مدیریت خشم بر مبنای الگوی
ریلی و شاپشایر در کاهش پرخاشگری و ارتقای رضایت زناشویی افراد مبتلا
به سوء مصرف مواد**

فرامرز سهرابی^۱

حوریه کرمی^۲

فرید براتی سده^۳

حمید خاکباز^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مدیریت خشم بر تغییر پرخاشگری و رضایت زناشویی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. این هدف در قالب طرح شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل به مرحله اجرا گذارده شد. در راستای هدف فوق از جامعه مردان مبتلا به سوء مصرف مواد تعداد ۱۲ نفر که میزان بالایی از پرخاشگری را نشان داده بودند به صورت تصادفی انتخاب و نیمی از آنان در گروه آزمایش و نیمی دیگر در گروه کنترل جایگزین شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری و پرسشنامه رضامندی زناشویی اینریچ استفاده شد.

نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی مدیریت خشم باعث کاهش معنادار میزان پرخاشگری و افزایش رضامندی زناشویی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده

۱- دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران (نویسنده مسئول) Email:asmar567@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۳- دکترای روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۴- کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

است. مبتنی بر نتایج می‌توان بیان داشت درمان شناختی-رفتاری گروهی مدیریت خشم در کاهش پرخاشگری و افزایش رضامندی زناشویی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر مؤثر است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، مدیریت خشم، پرخاشگری، رضامندی زناشویی، سوء مصرف مواد.

مقدمه

وقتی از افراد خواسته می‌شود جدیدترین تجربه هیجانی خود را بازگو کنند، خشم معمولاً بیش از همه به‌خاطر می‌آید (ریو، ۲۰۰۵). خشم هیجان طبیعی بشری است که همه موجودات زنده، از جمله انسان‌ها آن را تجربه می‌کنند (قهاری، ۱۳۹۱) و زمانی مشکل محسوب می‌شود که به‌شدت و به دفعات احساس و به گونه‌ای نامناسب از جمله به شکل پرخاشگری ابراز شود (ریلی^۱ و شاپشایر^۲، ۲۰۰۳).

خشم نوعی هیجان است ولی پرخاشگری رفتاری است که با عمل حمله کردن و به مقابله رفتن شاخص می‌شود و با رفتار امتناع از جنگیدن یا گریختن از مشکلات متضاد است (دادستان، ۱۳۹۰) و یکی از شایع‌ترین مشکلات رفتاری است که موجب ناراحتی و پریشانی دیگران می‌شوند و بهداشت روانی جامعه را مختل می‌سازند (صادقی‌فرد، ۱۳۸۸).

متأسفانه به نظر می‌رسد جو پرخاشگری در همه جوامع وجود دارد که در این میان، پژوهش‌های مختلف عواملی چون اعتیاد به مواد مخدر (وان^۳، بالدريج^۴، کلیبی^۵، استنفورد^۶، ۲۰۰۹، موری^۷، استوارت^۸، میهان^۹، راتیگان^{۱۰}، ۲۰۰۹)، پرورش یافتن در یک خانواده خشن، سطح پایین آموزشی (شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۱۳۸۲)، ابتلا به مشکلات روانپزشکی (عاطف وحید و همکاران، ۱۳۸۹)، ابتلا به بیماری‌های جسمانی از قبیل نارسایی کلیه (توانگر

1- Reilly
3- Wan
5- Colby
7- Moore
9- Meehan

2- Shopshier
4- Baldrige
6- Stanford
8- Stuart
10- Rhatigan

و صادقیان، ۱۳۸۲)، ابتلا به پراشتهایی روانی (عسگری، حیدری و ستایش‌نیا، ۱۳۸۹)، را با رفتارهای پرخاشگرانه در ارتباط دانسته‌اند.

همان‌طور که ذکر شد، استعمال مواد مخدر یکی از عوامل بروز پرخاشگری است. الکل و دیگر کندکننده‌ها از جمله باریتورات‌ها، فن‌سیکلیدین^۱، و متاکوالون با تیره کردن قضاوت و کاهش بازداری‌ها، احتمال این که فرد به‌روش خشونت‌آمیز یا پرخاشگرانه عمل کند را افزایش می‌دهند. محرک‌هایی مثل کوکائین، آمفتامین‌ها، متا آمفتامین‌ها نیز فعالیت سیستم اعصاب مرکزی را افزایش می‌دهند که می‌تواند احساساتی چون کج‌خلقی، نگرانی، و پارانوئا (احساسات شدید و غیرمنطقی اذیت شدن توسط دیگران) را موجب شود. مصرف‌کننده ممکن است به‌قدری آشفته شود که نسبت به محرک‌هایی که رنج‌آور یا تهدیدکننده می‌بیند، با احتمال بیشتری رفتار پرخاشگرانه داشته باشد (کیتلسون، هالی، و استین، ۲۰۰۵). مصرف قرص‌های اکستازی هم در نتیجه آسیب به نورون‌های سروتونرژیک مغز می‌تواند سطح بالایی از پرخاشگری را در بین مصرف‌کنندگان، حتی در دوره پاک‌ی به همراه داشته باشد (وان و همکاران، ۲۰۰۹).

پرخاشگری در حوزه‌های مختلف و به اشکال گوناگونی از جمله خشونت فردی، خشونت خانگی و خشونت جمعی دیده می‌شود. هم خشونت و هم پرخاشگری پیامدهای منفی دارند و آسیب بدنی و روانی به فرد قربانی وارد می‌کنند. در خشونت یک فرد به‌طور مکرر قربانی می‌شود و فردی که اعمال خشونت می‌کند به احتمال زیاد دوباره از قربانی به‌عنوان هدفی برای اعمال خشونت استفاده می‌کند و این چرخه ممکن است بارها اتفاق بیفتد و عوارض زیان‌بار آن حتی ممکن است تا نسل‌های بعد هم ادامه یابد (ابولمعالی و موسی‌زاده، ۱۳۹۱). احساس شدید و مکرر خشم، فشار زیادی را به بدن وارد می‌کند که می‌تواند در طولانی مدت به سبب بالا بودن فشار خون و ضربان قلب، مشکلات قلبی و ضعف دستگاه عصبی ایجاد کند. هم‌چنین خشم اگر به‌صورت نامناسب یعنی به شکل پرخاشگری ابراز شود می‌تواند پیامدهای منفی مختلفی از جمله دستگیری و زندانی شدن،

1- Barbiturates

2- Phencyclidine (PCP)

آسیب جسمانی دیدن، از دست‌دادن محبت نزدیکان، احساس گناه، شرم و نادیده گرفته شدن (ریلی و شاپسایر، ۲۰۰۳)، نارضایتی زناشویی بیشتر در نتیجه پرخاشگری و خشونت در خانواده و الگوهای منفی تعامل (قلی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷، خانجانی و ظفر قلیزاده، ۱۳۸۸) و... را به‌دنبال داشته باشد.

بنابراین تأثیر پرخاشگری و خشونت منحصر به فرد پرخاشگر نمی‌شود، بلکه پیامدهای آن می‌تواند بستر خانواده را نیز در بر گیرد که از جمله آن نارضایتی زناشویی است و این امر نیز می‌تواند آثار سوئی بر کانون خانواده و فرزندان داشته باشد. رابطه خوشایند و آرام‌بخش زن و شوهر نه تنها مناسب‌ترین بستر رشد و شکوفایی و تعالی شخصیت آن‌ها را فراهم می‌نماید، بلکه چنین رابطه‌ای از نیازهای ضروری فرزندان نیز به‌شمار می‌رود و به‌نوبه خود در رشد و تعالی آن‌ها نیز بسیار موثر است (منجزی، شفیع‌آبادی، و سودانی، ۱۳۹۰). در حقیقت دستیابی به جامع سالم، آشکارا در گرو سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری افراد آن از سلامت روانی و برقراری روابط مطلوب با یکدیگر است. از این رو سالم‌سازی روابط اعضای خانواده بی‌شک، تأثیر مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت.

در میان نظریه‌های مختلف درمانی، نظریه شناختی-رفتاری یکی از نظریه‌های موفق در زمینه مدیریت خشم به‌شمار می‌رود. در این نظریه، کاهش خشونت بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است (آذریان، ۱۳۸۶). این دیدگاه معتقد است علت اکثر مشکلات رفتاری را باید در خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی جستجو نمود و به این دلیل شناخت درمانگران می‌خواهند از طریق تغییر فکر و عقیده، مشکلات رفتاری افراد را بهبود بخشند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۸۳؛ کری، ۲۰۰۵). همسو با این نظریه، پژوهش‌ها نیز اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را در درمان بعضی از اختلالات نشان داده است که برای نمونه می‌توان به اثربخشی این نوع درمان در کاهش علائم منفی در اختلالات سایکوتیک (استارینگ،^۱ هورنی،^۲ گیج،^۳ ۲۰۱۳)، درمان افسردگی در دانشجویان دختر دانشگاه (فتوت‌زاده و لطیف، ۲۰۱۲)، کاهش ناامیدی در افراد مبتلا به افسردگی که

همزمان مبتلا به سوء مصرف الکل نیز بودند (هاندلی^۴، کی-لامبکین^۵، بارکر^۶، لوین^۷، کلی^۸، ایندر^۹، آتیا^{۱۰}، کوانینگ^{۱۱}، ۲۰۱۳)، و کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود مهارت‌های سازگاری در نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد (هایدز^{۱۲}، کارول^{۱۳}، کاتانیا^{۱۴}، کتن^{۱۵}، بارکر^{۱۶}، اسکافیدی^{۱۷}، لوبمن^{۱۸}، ۲۰۰۹) اشاره کرد.

پژوهش‌هایی نیز به بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر مدیریت خشم و پرخاشگری پرداخته‌اند و به اثر بخشی این نوع درمان در کاهش پرخاشگری مادران (شکوهی یکتا، پرنده و زمانی، ۲۰۱۰)، کاهش پرخاشگری در رانندگان (کاظمینی، قنبری هاشم‌آبادی، مدرس و اسماعیلی‌زاده، ۱۳۹۰)، و افزایش سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی و کاهش پرخاشگری در آنان (خجسته کاشانی، آقا محمدیان شعرباف و قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۹۱) اشاره کرده‌اند. با وجود این، به رغم ارتباط بین خشم و پرخاشگری با سوء مصرف مواد، کارهای درمانی کمی برای مدیریت و مهار آن در سوء مصرف مواد، صورت گرفته و درمان‌های به‌کار برده شده هم اغلب با شکست مواجه شده است. برای رفع این مشکل، مرکز درمان و سوء مصرف مواد و مشکلات مربوط به سلامت روان، «راهنمای مدیریت خشم برای مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر و مشکلات مربوط به سلامت روان» را به متخصصان سلامت روانی، معرفی کرده است و به اثر بخشی آن در درمان خشم و خشونت در افراد مبتلا به مصرف مواد و در اقلیت‌های نژادی و قومی مختلف، و نیز در مراجعان غیرمصرف‌کننده مواد که دارای طیف وسیعی از اختلالات خلقی، اضطرابی و تفکر بودند اشاره کرده است (ریلی و شاپشایر، ۲۰۰۳).

بنابر این، با توجه به آثار و پیامدهای پرخاشگری و نیز وجود این نوع از خشونت در

- | | |
|----------------|-------------|
| 1- Staring | 2- Huume |
| 3- Gaag | 4- Handley |
| 5- Kay-Lambkin | 6- Baker |
| 7- Lewin | 8- Kelly |
| 9- Inder | 20- Attia |
| 11- Kavanagh | 12- Hides |
| 13- Carroll | 14- Catania |
| 15- Cotton | 16- Baker |
| 17- Scaffidi | 18- Lubman |

بعضی از افراد مبتلا به اعتیاد، و با عنایت به مبانی نظری و پیشینه موضوع تحقیق که به برخی از آن‌ها اشاره شد، پژوهش حاضر با اتکا به راهنمای درمانی مذکور، با قصد فراهم آوردن پاسخ علمی به این سوالات اساسی انجام شد که آیا درمان شناختی-رفتاری مدیریت خشم بر مبنای الگوی ریلی و شاپشایر، در کاهش پرخاشگری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر تاثیر دارد؟ آیا به موازات کاهش پرخاشگری در اثر مداخلات مدیریت خشم، می‌توان شاهد تغییر در میزان رضایت زناشویی آنان بود؟

روش

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش: طرح این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، کلیه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر متأهل (مرد) بودند که برای درمان به مرکز رهپویان رهایی مراجعه کرده بودند. برای این منظور، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، و پس از اجرای آزمون پرخاشگری، ۲۲ نفر از آن‌هایی که میزان بالایی از پرخاشگری را نشان داده بودند، انتخاب شدند. در ضمن، این افراد علاوه بر بالا بودن نمره پرخاشگری، باید حداقل یک هفته قبل از درمان و نیز در طول جلسات درمانی، هیچ نوع ماده مخدری را مصرف نمی‌کردند. سپس، به صورت تصادفی نیمی از آن‌ها در گروه آزمایش و نیمی دیگر در گروه کنترل جایگزین شدند و پرسشنامه رضایت زناشویی نیز به منظور ارزیابی میزان رضایت زناشویی توسط آنان تکمیل شد. به این ترتیب، این دو گروه تشکیل شده مشابه یکدیگر بودند و اندازه‌گیری پیش‌آزمون متغیرهای وابسته برای هر دو گروه در یک زمان و تحت شرایط یکسان صورت گرفت. اولین اندازه‌گیری با اجرای یک پیش‌آزمون و دومین اندازه‌گیری با اجرای یک پس‌آزمون انجام گرفت. در ضمن این افراد، باید حداقل یک هفته قبل از درمان و نیز در طول جلسات درمانی، هیچ نوع ماده مخدری را مصرف نمی‌کردند. میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳۶ و گروه کنترل ۳۳/۳۴ و میزان تحصیلات آنها از سوم راهنمایی تا دیپلم بود.

شایان ذکر است طی روند درمان، ۳ نفر از افراد گروه آزمایش تا جلسه آخر همکاری نکردند و افراد گروه آزمایش متشکل از ۸ نفر بود. در ضمن به هنگام اجرای پس‌آزمون، در گروه کنترل، به ۲ نفر از افراد امکان دسترسی وجود نداشت (به دلایلی چون مهاجرت به شهر دیگر و یا عدم علاقه به پرکردن مجدد پرسشنامه و نداشتن آدرس آن‌ها جهت مراجعه حضوری پژوهشگر برای ترغیب آن‌ها به پاسخ دادن به پرسشنامه). در نتیجه نمونه نهایی در هر گروه ۶ نفر شد.

درمان برگرفته از راهنمای شناختی-رفتاری مدیریت خشم برای مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر و مشکلات مربوط به سلامت روان اثر ریلی و شاپشایر و شامل ۱۰ جلسه بود. مدت‌زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه و فاصله زمانی بین جلسات یک هفته بود. محتوای جلسات به‌طور خلاصه به این شرح بود:

جلسه اول: الف- معرفی برنامه، انتظارات، قوانین برنامه از جمله مدت جلسات، مدت برنامه، نیاز به مشارکت فعال، رازداری؛ ب- بیان اهداف گروه؛ ج- بیان منافع و پیامدهای خشم؛ د- شناسایی باورهای غلط راجع به خشم؛ ه- معرفی خشم‌سنج؛ ی- دادن تکلیف خانگی (اندازه‌گیری دفعات و شدت خشم و پرخاشگری برای جلسه بعد).

جلسه دوم: الف- بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه قبل؛ ب- شناسایی رویدادهای برانگیزاننده خشم؛ ج- شناسایی نشانه‌های خشم (نشانه‌های جسمانی، رفتاری، هیجانی، شناختی)؛ د- بیان خلاصه مطالب و دادن تکلیف خانگی.

جلسه سوم: الف- بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه دوم؛ ب- ارائه راهبرد درخواست تنفس؛ ج- ارائه راهبرد تن‌آرامی از طریق تمرین تنفسی؛ د- بیان خلاصه مطالب و دادن تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: الف- بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه سوم؛ ب- بحث در مورد چرخه پرخاشگری؛ ج- ارائه راهبرد آرام‌سازی پیشرونده عضلانی؛ د- بیان خلاصه مطالب و دادن تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: الف- بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه چهارم؛ ب- توضیح مدل A-B-C-D؛ ج- توضیح مدل توقف فکر؛ د- بیان خلاصه مطالب و دادن تکلیف خانگی.

جلسه ششم: بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه پنجم؛ ب- مرور مفاهیم آموخته شده جلسه‌های قبل.

جلسه هفتم: الف- مرور مطالب جلسه ششم؛ ب- آموزش جرات‌مندی؛ ج- بیان خلاصه مطالب و دادن تکالیف خانگی.

جلسه هشتم: الف- بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه هفتم؛ ب- ارائه مدل حل تعارض؛ ج- بیان خلاصه مطالب و دادن تکالیف خانگی.

جلسه نهم: الف- بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه هشتم؛ ب- بحث در مورد خشم و چگونگی یادگیری آن در خانواده. ج- دادن تکالیف خانگی.

جلسه دهم: الف- بررسی تکالیف و مرور مطالب جلسه نهم؛ ب- مرور مفاهیم آموخته شده طی جلسه‌های قبل و تشکر از حضور شرکت‌کنندگان در برنامه.

گروه آزمایش و گروه کنترل قبل و بعد از اجرای آموزش با استفاده از پرسشنامه پرخاشگری اچ. باس و مارک پری^۱ و پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ^۲ بررسی شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: این پرسشنامه توسط آرنولد اچ. باس و مارک پری (۱۹۹۲) تدوین شد و حاوی ۲۹ گویه ۵ گزینه‌ای (کاملاً شبیه من=۵ تا کاملاً متفاوت از من=۱)، به جز سؤال ۲۴ و ۲۹ که به صورت عکس نمره‌گذاری می‌گردد) می‌باشد که ۴ عامل رفتاری پرخاشگری بدنی (۹ گویه)، پرخاشگری کلامی (۵ گویه)، خشم (۷ گویه، و کینه‌توزی (۸) گویه را ارزیابی می‌کند. این عوامل در سه مؤلفه حرکتی یا ابزاری (پرخاشگری بدنی و کلامی)، هیجانی (خشم)، و شناختی (کینه‌توزی) طبقه‌بندی می‌گردند.

1- Bous - Peri

2- Enrich

روایی فرم اصلی این پرسشنامه توسط سازندگان آن محاسبه شده و برای عوامل پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و کینه‌توزی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۲ و ۰/۷۲ گزارش شده است (سامانی، ۱۳۸۶). اعتبار و پایایی پرسشنامه از همسانی درونی خوبی بهره‌مند است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۹ است. ثبات درونی چهار عامل و همچنین نمره‌های کل تست بین ۰/۷۲ و ۰/۸۹ و بازآزمایی تست بین ۰/۷۲ و ۰/۸۰ و نیز روایی همگرایی این پرسشنامه بین ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (فرج‌زاده، پورشهریاری، رضائیان، انزایی، ۱۳۹۱). در این پژوهش تنها کل معیار در نظر گرفته شده است. هر چه کل امتیاز بیشتر باشد، پرخاشگری بیشتر است.

پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ: اولسون^۱ این پرسشنامه را برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نموده و معتقد است که این مقیاس مربوط می‌شود به تغییراتی که در طول دور حیات آدمی رخ می‌دهد و همچنین در این خصوص به تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید حساس است (ارازی، ۱۳۸۷). این پرسشنامه در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است و شامل سه فرم ۱۱۵ سوالی، ۴۷ و ۴۸ سوالی است که در پژوهش حاضر فرم ۴۷ سوالی که توسط سلیمانیان از فرم ۱۱۵ سوالی اقتباس گردیده است، مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه به صورت ۵ گزینه‌ای است و هر گویه آن از ۱ تا ۵ نمره می‌گیرد. حداقل نمره ۴۷ و حداکثر نمره ۲۳۵ می‌باشد. ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های اینریچ مربوط به پایایی در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۷۹ بوده است. ضریب همبستگی مربوط به روایی آن، با مقیاس رضایت از زندگی خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس رضایت از زندگی از ۰/۳۳ تا ۰/۴۱ به دست آمده است که نشانه روایی سازه آن است (سیفی، ۱۳۸۷).

1- David H. Olson

یافته‌ها

جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و شاخص‌های آماری استنباطی تحلیل کواریانس استفاده شد.

اطلاعات توصیفی متغیر پرخاشگری در جدول ۱ به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل و نیز کل افراد نمونه ارایه شده است.

جدول (۱) اطلاعات توصیفی میزان پرخاشگری به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

شاخص	عوامل آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
گروه	تعداد	۶	۶
آزمایش	میانگین	۱۰۰/۶۷	۸۳/۰۰
	انحراف استاندارد	۱۹/۲۸	۱۹/۷۳
گروه کنترل	تعداد	۶	۶
	میانگین	۹۰/۸۳	۸۸/۳۳
	انحراف استاندارد	۱۷/۷۵	۱۵/۱۷

هم‌چنان که ملاحظه می‌شود میانگین پرخاشگری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد.

اطلاعات توصیفی متغیر رضایت زناشویی در جدول ۲ به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در دو مرحله سنجش پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است:

جدول (۲) اطلاعات توصیفی میزان رضایت زناشویی به تفکیک مرحله سنجش در گروه آزمایش

شاخص آماری	عوامل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
گروه آزمایش	تعداد	۶	۶
	میانگین	۱۴۵/۰۰	۱۵۶/۶۷
	انحراف استاندارد	۱۸/۴۱	۲۱/۰۴
گروه کنترل	تعداد	۶	۶
	میانگین	۱۳۹/۸۳	۱۳۹/۶۷
	انحراف استاندارد	۱۹/۹۹	۱۹/۰۱

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین رضایت زناشویی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است.

داده‌های مربوط به فرضیه پژوهش با استفاده از روش تحلیل کواریانس تحلیل شد. جهت بهره‌گیری از این روش ابتدا مفروضه‌های استقلال مشاهدات، نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی شیب‌های رگرسیون، و همگنی واریانس‌های گروه‌های مورد مطالعه بررسی شد که باتوجه به برقرار بودن پیش فرض‌های مطرح شده، داده‌های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل کواریانس را دارا بود. جدول ۳ تحلیل کواریانس متغیر پرخاشگری را نشان می‌دهد.

جدول (۳) تحلیل کواریانس گروه‌ها در میزان پرخاشگری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر توان آزمون
پیش‌آزمون	۲۵۷۴/۵۷	۱	۲۵۷۴/۵۷	۳۸/۰۶	۰/۰۱	۰/۸۰
بین گروه‌ها	۵۳۰/۲۸	۱	۵۳۰/۲۸	۷/۸۴	۰/۰۲	۰/۴۶
درون گروه‌ها	۶۰۸/۷۶	۹	۶۷/۶۴			
کل	۳۲۶۸/۶۶	۱۱				

همان‌طور که ملاحظه می‌شود بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد یعنی آزمایش تأثیرگذار بوده است ($F: 7/84, p < 0/05$).

بنابراین، این فرضیه که درمان شناختی-رفتاری مدیریت خشم بر مبنای الگوی ریلی و شاپسایر در کاهش پرخاشگری افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر موثر است تأیید می‌شود ($P < 0/05$).

جدول (۴) تحلیل کواریانس گروه‌ها در میزان رضایت زناشویی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر توان آزمون
پیش‌آزمون	۳۸۰۳/۲۸	۱	۳۸۰۳/۲۸	۱۱۵/۸۸	۰/۰۱	۰/۹۲
بین گروه‌ها	۴۰۵/۹۵	۱	۴۰۵/۹۵	۱۲/۳۶	۰/۰۰۷	۰/۵۷
درون گروه‌ها	۲۹۵/۳۸	۹	۳۲/۸۲			
کل	۴۹۶۵/۶۶	۱۱				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد یعنی آزمایش تأثیرگذار بوده است ($F: 12/36, p < 0/05$) و این فرضیه که درمان شناختی-رفتاری مدیریت خشم بر مبنای الگوی ریلی و شاپشایر در افزایش رضایت زناشویی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر موثر است تأیید می‌شود ($P < 0/05$).

بنابراین، با توجه به اطلاعات ارائه شده می‌توان گفت، میزان پرخاشگری افراد مبتلا به اعتیادی که درمان شناختی-رفتاری مدیریت خشم را دریافت کردند، در مقایسه با افراد مبتلا به اعتیادی که چنین درمانی را دریافت نکردند، بیشتر کاهش یافته و بر میزان رضایت زناشویی آنان افزوده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مدیریت خشم در تغییر پرخاشگری و رضایت زناشویی افراد مبتلا به اعتیاد انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی مدیریت خشم در کاهش پرخاشگری افراد مبتلا به اعتیاد و افزایش رضایت زناشویی آنان مؤثر است.

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش شکوهی یکتا، پرنده و زمانی (۲۰۱۰) همخوانی دارد که در آن مدیریت خشم بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری توانست در کاهش خشم و پرخاشگری مادران در برخورد با فرزندانشان تأثیر معناداری داشته باشد. در همین راستا، کاظمینی، قنبری هاشم‌آبادی، مدرس و اسماعیلی‌زاده (۱۳۹۰) با استفاده از درمان شناختی-رفتاری در افراد راننده، گزارش دادند میزان خشم و ابراز آن به شیوه پرخاشگری در رانندگان کاهش یافته و خشم خود را به شیوه انطباقی‌تر ابراز می‌کردند. تحقیق دیگری که توسط خجسته کاشانی، آقا محمدیان شعریاف و قنبری هاشم‌آبادی (۱۳۹۱)، تحت عنوان تأثیر آموزش مدیریت پرخاشگری مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی انجام گرفت نشان‌دهنده افزایش بلوغ اجتماعی و کاهش پرخاشگری در افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بود که همسو با یافته‌های پژوهش

حاضر می‌باشد. مطالعات انجام شده در زمینه درمان شناختی-رفتاری مدیریت خشم نیز که با استفاده از الگوی ریلی و شاپسایر در مرکز درمانی SFVA و بیمارستان عمومی سانفرانسیسکو انجام شد، کاهش معنادار و ثابتی را در خودگزارشی خشم و خشونت و کاهش مصرف مواد نشان داد (ریلی، کلارک^۱، شاپسایر و دلوچی^۲، ۱۹۹۵؛ شاپسایر، ریلی، و اوآنو^۳، ۱۹۹۶؛ ریلی، شاپسایر و کلارک، ۱۹۹۹؛ ریلی و شاپسایر، ۲۰۰۰) که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود. این مدل درمانی اثربخشی خود را در گروه‌های قومی و نژادی مختلف نیز نشان داده است (کلارک، ریلی، شاپسایر و کمپل^۴، ۱۹۹۶).

همچنین درمان شناختی-رفتاری که توسط باباپورخیرالدین، نظری و رشیدزاده (۱۳۹۰) بر رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز شیمیایی انجام شد، حاکی از اثربخشی روش درمانی مذکور بود که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در همین راستا، زادهوش، نشاطدوست، رسول‌زاده طباطبایی، حقیقت، و کلانتری (۱۳۹۱) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با جهت‌گیری مذهبی را بر رضایت زناشویی بانوان نشان داده‌اند.

با این وجود، تعدادی از پژوهش‌ها نیز که با هدف ارزیابی تأثیر درمان شناختی-رفتاری مدیریت خشم انجام گرفته‌اند، با نتایج پژوهش حاضر ناهمسو هستند. برای مثال، فراتحلیلی که توسط اُزعباسی (۲۰۱۱) بر مطالعاتی بالغ بر ۲۴۰ پژوهش انجام شد، نشان‌دهنده میزان تأثیر کمتر رفتاردرمانی شناختی-رفتاری برای رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان و نوجوانان بود. همچنین آموزش گروهی شناختی-رفتاری مدیریت خشم که توسط فرج‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) به‌منظور بررسی میزان تأثیر آن بر تغییر پرخاشگری و کفایت اجتماعی نوجوانان بد سرپرست ساکن خوابگاه‌های بهزیستی شهرستان تبریز انجام شد، حاکی از فقدان تأثیر آموزش گروهی مدیریت خشم بر تغییر پرخاشگری و مهارت اجتماعی نوجوانان بود که در آن برنامه درمانی کوتاه مدت (۸ الی ۱۰ جلسه) صرفاً نتوانسته بود تأثیر چندانی در تغییر مشکلات رفتاری از جمله پرخاشگری داشته باشد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مدیریت خشم در کاهش پرخاشگری

1- Clarck
3- Oao

2- Delucchi
4- Campbell

و افزایش رضایت زناشویی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، می‌توان گفت در این رویکرد تغییر دادن تفکر نادرست و کژکار مستقیم‌ترین راه برای تغییر دادن هیجان‌ها و رفتارهای کژکار مراجعان است، لذا در این رویکرد، مبنای تغییر افراد تأثیری است که در روند درمان به دلیل آگاهی یافتن مراجعان از چگونگی تأثیر متقابل شناخت و افکار خودآیند و هیجان‌های منفی در کم شدن قدرت تحمل هیجان خشم و ابراز نامناسب آن در قالب پرخاشگرانه به دست می‌آید. در نتیجه مراجعان یاد می‌گیرند که افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی خود را در موقعیت خشم‌برانگیز شناسایی کرده، با استفاده از تکنیک‌های آموزش داده شده در روند درمان از جمله تنفس شکمی، تن آرامی و ترک موقعیت از ابراز خشم به صورت پرخاشگرانه جلوگیری کنند و با استفاده از روش‌های یاد گرفته شده در روند درمان از جمله جرأت‌مندی و حل مسأله، خشم خود را به شیوه سازنده‌تر ابراز کنند که همین امر از میزان اختلافات زناشویی آنان کاسته و در افزایش میزان رضامندی زناشویی آنان مؤثر بود.

در واقع، می‌توان گفت باورهای غیرمنطقی رفتارهای ناسازگارانه را در پی دارند. بنابر این، با بدست آوردن بینش نسبت به باورهای غیرواقع‌بینانه، فرد ادراک و تفسیر خود درباره آن‌ها را تغییر داده و امکان اصلاح رفتارهای ناسازگارانه را فراهم می‌سازد (کومر^۱، ۲۰۰۱).

فقدان سنجش پیگیری در طرح مطالعه به دلیل محدودیت‌های زمانی متداول، مشکلات مربوط به انتخاب بیماران از مراکز ترک اعتیاد شهر تهران و همچنین نمونه تقریباً کوچک و ریزش قابل ملاحظه آن‌ها در روند درمان، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. این مطالعه صرفاً روی آزمودنی‌های مرد انجام شده است، بنابراین اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری در زنان وابسته به مواد مخدر و در مقایسه با دیگر روش‌های درمانی پیشنهاد می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۲/۱۴

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۶/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۹/۱۸

References

منابع

- ابوالمعالی، خدیجه؛ موسی‌زاده، زهره (۱۳۹۱). پرخاشگری، ماهیت، علل و پیشگیری. چاپ اول. تهران، نشر ارجمند.
- ارازی تیمور، عبد‌الصالح (۱۳۸۷). بررسی رابطه تعارض کار- خانواده با میزان رضایت زناشویی و میزان سلامت عمومی در کارکنان متاهل، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- آذریان، زهرا (۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش کنترل خشم به شیوه شناختی-رفتاری بر خشونت زناشویی زوجین شهرستان شهر کرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- باباپورخیرالدین، جلیل؛ نظری، محمدعلی؛ رشیدزاده، لیلا (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز شیمیایی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال ششم، شماره ۲۴.
- توانگر، حسین. صادقیان، حسینعلی (۱۳۸۲). ارتباط روش‌های مقابله‌ای با اختلالات روانی در بیماران همودیالیزی شهر یزد. ج. سال یازدهم، شماره سوم. ص ۴۶.
- خانجانی، زینب؛ ظفرقلی‌زاده، نسیم (۱۳۸۸). رابطه بین پرخاشگری و رضایت زناشویی در کارمندان متاهل بانک‌های دولتی شهر ارومیه. زن و مطالعات خانواده. سال دوم. شماره پنجم. صص ۴۱-۶۶.
- خجسته کاشانی، امیر؛ آقا محمدیان شهرباف، حمیدرضا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مدیریت پرخاشگری مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری (TAME) بر سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی. خلاصه مقالات اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دادستان، پریخ (۱۳۹۰). روانشناسی جنایی. چاپ هشتم. تهران، انتشارات سمت.
- ریلی، ام، پاتریک. شاپشایر، اس، مایکل (۲۰۰۳). راهنمای شناختی-رفتاری مدیریت خشم برای مبتلایان به سوء مصرف مواد و مشکلات مربوط به سلامت روان. ترجمه شهریار شهیدی (۱۳۹۱). چاپ اول. تهران، نشر قطره.
- ریو، جان. مارشال (۲۰۰۵). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۵). تهران، نشر ویرایش.

- زادهوش، سمیه؛ طاهر نشاطدوست، حمید؛ حقیقت، فرشته؛ رسول‌زاده طباطبایی، کاظم؛ کلاتری، مهرداد (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری با جهت‌گیری مذهبی بر رضایت زناشویی بانوان. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، شماره سوم، سال اول.
- سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال سیزدهم. شماره ۴، صص ۳۶۵-۳۵۹.
- سیفی، محسن (۱۳۸۷). بررسی اثر بخشی زوج درمانی روابط موضوعی بر افزایش رضامندی زناشویی زنان متأهل، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- شفیع‌آبادی، عبدالله؛ نصری، غلامرضا (۱۳۸۳). نظریه‌های مشاوره و روان درمانی. تهران، مرکز نشر دانشگاهی.
- شمس اسفندآباد، حسن؛ امامی‌پور، سوزان؛ صدر السادات، جلال. (۱۳۸۳). همسرآزاری و عوامل موثر بر آن در زنان متأهل، مقالات پژوهشی توانبخشی، دوره پنجم، شماره سوم.
- صادقی فرد، مریم (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه اثر بخشی شناخت‌درمانی گروهی یک و راه‌حل - محور دی شی زر بر افزایش سلامت روان زنان تحت خشونت شهر بندرعباس، رساله دکتری، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- عاطف وحید، محمدکاظم؛ قهاری، شهربانو؛ زارعی دوست، الهام؛ بوالهروی جعفر؛ کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۹). نقش ویژگی‌های جمعیت شناختی و روانشناختی در پیش‌بینی خشونت در قربانیان همسرآزاری شهر تهران، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۴.
- عسگری، پرویز؛ حیدری، علیرضا؛ ستایش‌نیا، الهه (۱۳۸۹). مقایسه میزان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری نوجوانان با توجه به سطوح پراشتهایی روانی، اندیشه و رفتار، دوره چهارم، شماره ۱۶.
- فرج‌زاده، رباب؛ پورشهریاری، مه‌سینا؛ رضائیان، حمید؛ آهنگر انزایی، واحد (۱۳۹۱). آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه شناختی-رفتاری و بررسی میزان تأثیر آن بر تغییر پرخاشگری و کفایت اجتماعی نوجوانان پسر بد سرپرست ساکن خوابگاه‌های بهزیستی شهرستان تبریز، فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی، دوره ۸، شماره ۳، صص ۶۶-۵۱.
- قلی‌زاده، زلیخا؛ برزگری، لیلی؛ غریبی، حسن؛ خیرالدین‌باباپور، جلیل (۱۳۸۷). بررسی رابطه پنج عامل شخصیتی NEO-FFI با رضایت زناشویی. دانشور رفتار، شماره ۴۳.

- قهاری، شهربانو (۱۳۹۱). *وداع با خشم و پرخاشگری*. چاپ اول. تهران، نشر قطره.
- کاظمینی، نکتم؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ مدرس غروی، مرتضی؛ اسماعیلی‌زاده، مسعود (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش خشم و پرخاشگری رانندگی. *مجله روانشناسی بالینی*، شماره ۲ پیاپی) ۱۰.
- کری، جerald (۲۰۰۵). *نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۳). تهران، نشر ارسباران.
- کیتلسون، مارک ج. هالی؛ جان. استین، وندی (۱۳۹۱). *حقایق درباره سوء رفتار*. مترجمان کیومرث فرح‌بخش، سیدمحسن عامری‌زاده. چاپ اول. تهران، انتشارات آوای نور.
- منجزی، فرزانه؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ سودانی، منصور (۱۳۹۰). بررسی اثر ارتباط اسلامی و نگرش‌های مذهبی بر بهبود رضایت زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*، شماره ۱.
- Clark, H.W. Reilly, P.M. Shopshire, M.S. Compbell. T.A. (1996). Anger management group treatment in culturally diverse substance abuse patients, NIDA Research Monograph: Problems of Drug Dependence, *Proceedings of the 58th Annual Scientific Meeting*. College on Problems of Drug Dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Comer, J.R. (2001). *Abnormal psychology*. (4th. ed.). U.S.A.
- Fotowwat Zadeh, Zainab. Lateef, Madiha. (2012). Effect of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) On Depressed Female University Students in Karachi. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 69, 798-806.
- Handley, Tonelle E., Kay-Lambkin, FrancesJ. Baker, AmandaL. Lewin, TerryJ. Kelly, Brian J. Inder, KerryJ. Attia, JohnR. Kavanagh, DavidJ. (2013). Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness. *Journal of Affective Disorders* .
- Hides, Leanne. Carroll, Steve. Catania, Lisa. Cotton, Sue M. Baker, Amanda. Scaffidi, Antonietta. Lubman, Dan I. (2009). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people. *Journal of Affective Disorders* 121, 169-174.
- Moore, Todd, M. Stuart, Gregory, L. Meehan, Jeffrey, C. Rhatigan, Deborah L. (2009). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*.

- Özabacı, Nilüfer. (2011). Cognitive behavioural therapy for violent behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review* 33, 1989–1993.
- Reilly, P.M. Clark, H. W. Shopshire, M.S. Delucchi, K. L. (1995). Anger management, posttraumatic stress disorder, and substance abuse. NIDA Research Monograph: Problems of Drug Dependence, *Proceedings of the 57th Annual Scientific Meeting*. P 322. College on Problems of Drug Dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Reilly, P.M. Clark, H.W. Shopshire, M.S. (2000). Anger management group treatment for cocaine dependent clients. Preliminary outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (2), 161-177.
- Reilly, P.M. Shopshire, M.S. Clark, H. (1999). Anger management treatment for cocaine dependent clients. NIDA Research Monograph: Problems of Drug Dependence, *Proceedings of the 60th Annual Scientific Meeting*. P 167. College on Problems of Drug Dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Shokoohi-Yekta, Mohsen. Parand, Akram. Zamani, Nayereh. (2010). Anger management instruction for mothers: a cognitive behavioural Approach. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5, 1371-1375.
- Shopshire, M.S. Reilly, P.M. Ouaou, R.H. (1996). Anger management strategies associated with decreased anger in substance abuse clients. NIDA Research Monograph: Problems of Drug Dependence, *Proceedings of the 58th Annual Scientific Meeting*. P 226. College on Problems of Drug Dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Staring, Anton B.P. Huurne, Mary-Ann B. ter. Gaag, Mark van der. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 44, 300-306.
- Wan, Li. Baldridge, Robyn, M. Colby, Amanda, M. Stanford, Matthew, S. (2009). Enhanced intensity dependence and aggression history indicate previous regular ecstasy use in abstinent polydrug users. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*.