

اثربخشی آموزش مدیریت هیجانات بر پرخاشگری بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی

دیبا خسروی نیا^۱، سجاد علمردانی صومعه^۲، آیلاز اسماعیل نژاد^۳، شهذخت آزادی^۴

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نورآباد ممنسی، نورآباد ممنسی.

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی، مدرس مدعوی دانشگاه پیام نور.

^۳ دانشجوی کارشناسی روانشناسی، دانشگاه پیام نور.

^۴ استادیار علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران، کهگیلویه و بویراحمد.

نام نویسنده مسئول:

سجاد علمردانی صومعه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۲۹

چکیده

مقدمه: در عصر حاضر بررسی میزان پرخاشگری بر روی بیماران نخاعی، اهمیت ویژه ای دارد. هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزشی مدیریت هیجانات در کاهش علائم پرخاشگری بیماران آسیب نخاعی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون) و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران نخاعی مرکز فیزیوتراپی شهر تبریز که در سال ۹۷ در کلینیک فیزیوتراپی در حال درمان بودند. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره قرار گرفتند. گروه درمان به مدت چهار جلسه هفتگی مداخله دریافت کرد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه باس و پری (۱۹۹۲) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مدیریت هیجانات به طور معنی‌دار پرخاشگری کلی بیماران ضایعه نخاعی را کاهش داده است.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد کنترل هیجانات (اضطراب، ترس، خشم) بر کاهش پرخاشگری بیماران آسیب نخاعی می‌تواند راهی مؤثر در بهبود رفتارهای این بیماران باشد. **واژگان کلیدی:** مدیریت هیجانات، پرخاشگری، کنترل خشم، ضایعه نخاعی.

مقدمه

در کنار کامیابی های فراوان انسان امروزی در زمینه های مختلف بروز حوادث و ضایعات مرتبط با شرایط حاکم بر زندگی در جوامع امروزی اجتناب ناپذیر است یکی از پیامدهای زندگی در این جوامع شیوع به نسبت بالای ضایعات نخاعی^۱ است که به طور عمده به سبب حوادث رانندگی، حوادث شغلی یا ورزشی رخ می دهد. ضایعه نخاعی در اثر آسیب طناب نخاعی ناشی از ضربه یا بیماری یا نقایص مادرزادی به وجود می آید. علائم بالینی برحسب میزان و محل آسیب متفاوت است (آمفرد^۲، لازار^۳، رولر^۴، ۲۰۱۳). ضایعات نخاعی در سه سطح فقرات گردنی و پشتی و کمری بررسی می شود. در صورتی که این آسیب متوجه فقرات پشتی یا کمری یا خاجی باشد، درگیری تنه و اندام تحتانی براساس محل درگیری به وجود می آید که آن را پاراپلژی^۵ می گویند. آسیب یا نبود کارکردهای حسی یا حرکتی در اثر درگیری فقرات گردنی به درگیری اندام های فوقانی و تحتانی و تنه منجر می شود که به آن تتراپلژی^۶ می گویند (سومرس^۷، ۲۰۰۱). پس از آسیب نخاعی، مرحله ای از شوک نخاعی از ۲۴ ساعت تا شش هفته تجربه می شود که در آن نبود واکنش (آرفلکسی) در زیر سطح ضایعه مشاهده می شود. در این حالت واکنش های تاندونی کاهش می یابد و روده و مثانه شل و عملکرد های سمپاتیک مختل می شود (مینقال^۸، ۲۰۰۳). همچنین در این مرحله افت فشار خون و کاهش ضربان قلب نیز تجربه می شود (آمفرد و همکاران^۹، ۲۰۱۳). مشکلات همراه ضایعه نخاعی عبارت است از: کاهش ظرفیت حیاتی، پوکی استخوان، افت فشار خون وضعیتی، اختلال واکنشی خودکار، اسپاستی سیت، استخوان سازی نابجا، زخم فشاری و مشکلات جنسی (وندن^{۱۰}، کاستلو^{۱۱}، ۲۰۱۰).

اولین مطالعات روی بیماران مبتلا به به ضایعه نخاعی، توسط شخصی به نام سرلودیک گاتمن^{۱۱} انجام گرفت (هادیان، گیاهی، ۲۰۰۴). و گالن در ۱۵۰ سال قبل از میلاد این نکته را یادآور شد که اگر چه نمی توان این بیماران را درمان کرد ولی باید تحت حمایت روانی قرار گیرند (آملی، ۲۰۰۳).

از طرف سازمان بهداشت جهانی، شیوع ضایعه نخاعی در جهان ۱۵-۴۰ میلیون نفر گزارش شده است و سالانه ۱۲ تا ۴۰ میلیون نفر در جهان دچار صدمات نخاعی می شوند (عمرانی، ۲۰۰۸ و گندمکار، ۲۰۱۰).

ضایعه نخاعی به هر علتی که به وجود آمده باشد تاثیرات عمیق و گسترده ای روی سلامت جسمانی، روانی و شیوه زندگی فرد خواهد گذاشت و از جمله پرخاشگری^{۱۲} حالتی از این تاثیرات بر روی افراد مبتلا می باشد. پرخاشگری و رفتارهای خشونت آمیز نوعی از اعمال خشونت علیه دیگران است که می تواند باعث آسیب و صدمه به دیگران و حتی خود فرد مبتلا شود. عوامل روانشناختی اجتماعی بیولوژیکی و محیطی در ایجاد پرخاشگری نقش دارند.

هیجان حالتی ذهنی و فیزیولوژیک و بدنی است که شامل درجات مختلفی می باشد این حالات می تواند مانند استرس، افسردگی، عصبانیت و خشم منفی باشد (رادفر، حمیدی، لرستانی، ابراهیمی، میرزایی، ۱۳۸۷).

رفتار انسان انعکاس تجربیات دوران زندگی اوست. خشم یکی از هیجان های پیچیده انسان است. خشم واکنشی متداول نسبت به بدرفتاری و ناکامی است. همه ما در طول زندگی با موقعیت های خشم برانگیز روبرو شده ایم اشکال خشم این است که اگر چه بخشی از زندگی است ولی ما را از رسیدن به اهداف خود باز می دارد و علت این که افراد درمورد خشم دچار تعارض و تضاد هستند همین نکته است. از یک طرف خشم پاسخ طبیعی انسان است و از طرف دیگر می تواند روابط بین فردی را مختل کند و ما را از رسیدن به اهداف خود باز دارد. ارائه تعریفی از خشم بسیار دشوار است، زیرا افراد از نظر زمان و علت خشم و نحوه

¹. Spinal cord Injury

². Umphred

³. Lazaro RT

⁴. Roller M

⁵. paraplegia

⁶. Tetraplegia

⁷. Somers MF

⁸. Mingaila S

⁹. Vanden Berg M

¹⁰. Castellote J

¹¹. Sir Ludwig Guttman

¹². Aggression

واکنش به آن کاملاً متفاوت هستند. هیجان هایی که غالباً با خشم همراه هستند عبارتند از: عصبانیت، خشموت، خصومت، کینه توزی، غضب، تنفر، تحریک، حسادت، رنجش، تحقیر و ناراحتی (محمد خانی، ۱۳۸۴).

واقعیت این است که آرامش روحی رابطه ی تنگاتنگی با ایمنی در برابر خشم دارد. چون استرس بیمارگون فرد را درگیر بی تابی و بی قراری می کند و این مسأله سبب می شود که فرد در برابر محرک های عصبی کننده، به سادگی واکنش نشان دهد. بنابراین یکی از لازمه های مهار خشم این است که فرد خود را از چنگال استرس و اضطراب برهاند (آلن^{۱۳}، ۲۰۰۶). وقتی فرد به خشم خود که بیشتر جنبه درونی دارد غلبه نکند احساس او به پرخاشگری که جنبه بیرونی دارد منجر می شود (رادفر و همکاران، ۱۳۸۷).

همچنین پرخاشگری یکی از مشکلات مهم بیماران آسیب نخاعی است که معمولاً به رفتاری اطلاق می شود که قصد از آن صدمه رساندن (جسمانی یا زبانی) به فرد دیگر با ناپود کردن دارایی افراد است. واژه اصلی در این تعریف قصد است (اتکینسون^{۱۴} و هیلگارد^{۱۵}، ۱۹۹۴، به نقل از براهنی، ۱۳۷۷).

اتکینسون و هیلگارد (۱۹۹۴) : « پرخاشگری عبارت از رفتاری است که در جهت صدمه زدن و یا آسیب رساندن به موجود زنده ای بروز کرد، به گونه ای که این موجود قاعدتاً از چنین رفتاری اجتناب می ورزد. در تعریف دیگری که اتکینسون در کتاب مقدمه ای بر روانشناسی آورده است: « پرخاشگری معمولاً به عنوان یک رفتار تعریف می شود که در آن قصد صدمه زدن به شخص دیگری ملحوظ می باشد که این رفتار می تواند به صورت فیزیکی یا کلامی باشد ». که شکل کلامی و جسمانی آن معرف مؤلفه های ابزاری یا رفتاری، خشم، معرف جنبه هیجانی و خصومت، معرف جنبه شناختی پرخاشگری است (نقدی، ادیب راد، نورانی پور، ۲۰۱۰).

در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت قصد و هدف در پرخاشگری محور اینگونه رفتارها می باشد که باید از دیگر رفتارهای فرد متمایز نمود. اگر از راهکارهای چگونگی کنترل هیجانات آگاه نباشیم قطعاً احساسات ناخوشایند بیشتری را تجربه می کنیم و در نتیجه روابط بین فردی، سازگاری اجتماعی، همدلی و ... ما تحت تاثیر قرار می گیرد بنابراین آگاهی از راهکارهای مدیریت هیجان ها می تواند به ما در مقابله با احساسات منفی کمک کند و ما را در ارتباطات اجتماعی، مشارکت ها و همدلی ها توانمند سازند (رادفر و همکاران، ۱۳۸۷).

بر اساس نظر مارتز و لیون و پرایب^{۱۶}، افراد مبتلا به ضایعه نخاعی نسبت به افراد جامعه خطر ریسک بالایی برای ابتلا به اختلالات خلقی دارند (مارتز و همکاران، ۲۰۰۵). طبق نظر دیجکراس^{۱۷} سازگار شدن با آسیب های نخاعی از نظر روان شناختی به تلاش بیش تری در مقایسه با جسمانی نیاز دارد. این بدان علت است که ناتوانایی در افراد مبتلا به ضایعات نخاعی ناگهانی به وجود می آید و این افراد برای تطبیق روحیه خود با شرایط ایجاد شده نیاز به زمان بیش تری دارند (دایجکراس، ۱۹۹۷). شرایط ویژه در این افراد تأثیر فراوانی روی وضعیت روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی دارد و این ناتوانی جسمی باعث اثر گذاشتن روی سازگاری روانی اجتماعی و سلامت روانی شخص می شود (نوری، ۱۹۹۵).

در این پروژه آموزش مدیریت هیجانات پرخاشگری روی بیماران نخاعی مطالعه شده و با نرم افزار SPSS تحقیقات انجام شده تا میزان تاثیرگذاری آموزش مدیریت هیجانات روی مبتلا به ضایعه نخاعی بررسی شود.

روش

روش انجام این پژوهش نیمه آزمایشی بود که در قالب طرح (پیش آزمون - پس آزمون) با گروه کنترل اجرا شد که جامعه آماری آن را کلیه بیماران آسیب نخاعی در حال درمان یک مرکز فیزیوتراپی در تبریز تشکیل می داد. در این مطالعه ۲۰ بیمار

¹³. Allen

¹⁴. Atkinson

¹⁵. Hilgard

¹⁶. Martze E, Livneh H, Priebe M

¹⁷. Dijkers M

آسیب نخاعی انتخاب و وارد مطالعه شدند. بدین منظور به کار گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند و در مرحله بعد پرسشنامه پرخاشگری باس و پری^{۱۸} (۱۹۹۲) روی هر دو گروه اجرا شد.

به گروه اول مدیریت هیجانات را در چهار جلسه ۵۰ دقیقه‌ای آموزش دادیم. در این مدت هیچ گونه مداخله‌ای روی گروه کنترل انجام نشد. بعد از اتمام جلسات آموزشی، پس از آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید.

برای جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری استفاده شد. این آزمون توسط باس و پری در سال (۱۹۹۲) ساخته شده است. نمونه اصلی این پرسشنامه دارای ۵۲ سوال است، اما بسیاری از سؤالات ضعیف پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عامل حذف شده و در نهایت به پرسشنامه ۲۹ سؤالی تبدیل شد. این پرسشنامه توسط ثنائی ذاکر ترجمه شده و اعتبار و پایایی آن توسط لنگری به دست آمده است (کلامری^{۱۹}، ۲۰۰۳).

این پرسشنامه ۲۹ سؤالی، چهار جنبه پرخاشگری شامل پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم، خصومت را می‌سنجد. این پرسشنامه همچنین میزان پرخاشگری کلی را اندازه می‌گیرد. نتایج تحلیل روان‌سنجی باس و پری (۱۹۹۲) نشان داده است که از همسانی درون بالایی (۰/۸۹) برخوردار است. همچنین همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با یکدیگر و باکل مقیاس، که میان ۰/۲۵ تا ۰/۴۵ متغیر است و بیانگر روایی مناسب این ابزار است (باس و پری، ۱۹۹۲).

محتوای جلسات مداخله‌ای براساس ادبیات پژوهش و رویکرد (CBT) انتخاب و اجرا گردید. سرفصل محتوای جلسات درمانی در جدول آمده است.

جدول ۱: سرفصل محتوای جلسات آموزشی مدیریت هیجانات

اول	آشکارسازی هدف ما از آموزش مدیریت هیجانات و آموزش چگونگی روبرویی با موقعیت‌های فشارآور و هیجانی، از روش‌های مقابله‌ای صحیح استفاده کنند می‌توانند شدیدترین استرس‌ها را پشت سر گذاشته و بر آنها مسلط شوند.
دوم	هیجان حالتی ذهنی و فیزیولوژیک و بدنی است که شامل درجات مختلفی می‌باشد. آشنایی با اضطراب، ترس، خشم و اجزا و ماهیت خشم، بیان اعضا در خصوص خشمی که تجربه کرده بودند، تشخیص موقعیت و افرادی که باعث خشم می‌شوند.
سوم	روش‌های مدیریت هیجان‌ها و اصول آرام‌سازی، آموزش خود گفتگویی هدایت‌شده، تمرین مهارت‌ها
چهارم	آموزش قاطعیت و جرأت آموزی، مدیریت فشار روانی مساله‌ی بسیار مهمی است و انجام آن برای کاهش فشار روانی بسیار مؤثر است. آموزش چگونگی یادگرفته‌ها به زندگی واقعی

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۰ نفر بیمار نخاعی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. که دامنه تغییرات سن پاسخگویان از ۲۰ تا ۵۸ می‌باشد. و از نظر تحصیلات ۴۵ درصد دیپلم و پایین تر، ۱۰ درصد فوق دیپلم، ۳۰ درصد لیسانس و ۱۵ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. آمارهای توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

¹⁸. Puss & Perry

¹⁹. Calamari E

جدول ۲: شاخص های آماری محاسبه شده برای متغیرها

متغیرها	گروه		میانگین	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشیدگی
پرخاشگری بدنی	شاهد	پیش آزمون	۱۸,۹۰	۸,۲۷۹	۶۸,۵۴۴	-۰,۶۲۰	۰,۰۸۷
		پس آزمون	۱۴,۲۰	۶,۶۴۶	۴۴,۱۷۸	-۰,۲۱۴	-۰,۷۸۹
	کنترل	پیش آزمون	۱۵,۱	۵,۱۰۹	۲۶,۱۰۰	۰,۰۵۹	-۱,۹۱۹
		پس آزمون	۱۵	۴,۷۹۰	۲۲,۹۴۴	-۰,۲۳۵	-۱,۴۱۱
پرخاشگری کلامی	شاهد	پیش آزمون	۱۰,۵۰	۱,۲۶۹	۱,۶۱۱	۰,۰۰۰	-۱,۷۶۴
		پس آزمون	۹,۴۰	۱,۰۷۵	۱,۱۵۶	۰,۳۲۲	-۰,۸۸۲
	کنترل	پیش آزمون	۱۰,۸۰	۲,۲۹۹	۵,۲۸۹	۰,۳۷۳	-۰,۵۷۳
		پس آزمون	۱۱,۰۰	۲,۳۰۹	۵,۳۳۳	۰,۲۰۳	-۰,۷۴۸
خشم	شاهد	پیش آزمون	۱۷/۷۰	۴/۷۱۵	۲۲/۲۳۳	-۱/۲۳۶	۴/۲۱۱
		پس آزمون	۱۴/۵۰	۳/۱۰۰	۹/۶۱۱	-۱/۴۵۴	۲/۱۴۳
	کنترل	پیش آزمون	۱۵/۹۰	۲/۵۱۴	۶/۳۲۲	۰/۷۱۷	-۰/۳۹۵
		پس آزمون	۱۵/۹۰	۲/۷۲۶	۷/۴۳۳	۰/۴۱۹	-۱/۱۹۷
خصوصیت	شاهد	پیش آزمون	۱۶/۱۰	۳/۷۲۵	۱۳/۸۷۸	-۱/۳۳۹	۱/۲۸۳
		پس آزمون	۱۴/۹۰	۳/۵۴۲	۱۲/۵۴۴	-۰/۶۶۶	۰/۲۶۷
	کنترل	پیش آزمون	۱۴/۲۰	۵/۵۱۴	۳۰/۴۰۰	-۰/۵۱۷	-۱/۷۹۴
		پس آزمون	۱۴/۵۰	۵/۴۴۲	۲۹/۶۱۱	-۰/۴۷۶	-۲/۱۰۸

با توجه به جدول می بینیم که در گروه شاهد میانگین پرخاشگری بدنی پیش آزمون ۱۸/۹۰ و میانگین پرخاشگری بدنی پس آزمون ۱۴/۲۰ است که این نشان می دهد میانگین پرخاشگری بدنی در گروه شاهد بعد از آموزش در پس آزمون کاهش یافته است. اما در گروه کنترل میانگین پرخاشگری بدنی پیش آزمون برابر ۱۵/۱ و این میانگین در پس آزمون برابر با ۱۵ است که نشان می دهد که در گروه کنترل پرخاشگری بدنی پس آزمون کاهش چندانی را نشان نمی دهد. در پرخاشگری کلامی میانگین گروه شاهد در پیش آزمون ۱۰/۵۰ و میانگین پرخاشگری کلامی پس آزمون ۹/۴۰ است که این نشان می دهد میانگین پرخاشگری کلامی در گروه شاهد در پس آزمون کاهش یافته است. اما در گروه کنترل میانگین پرخاشگری کلامی پیش آزمون برابر ۱۰/۸۰ و این میانگین در پس آزمون برابر با ۱۱ است که نشان می دهد که در گروه کنترل میزان پرخاشگری کلامی بعد از آزمون افزایش یافته است. و همچنین در گروه شاهد میانگین خشم در پیش آزمون ۱۷/۷۰ و میانگین خشم پس آزمون برابر ۱۴/۵۰ است که این نشان می دهد میانگین خشم در گروه شاهد پس از آموزش کاهش یافته است. اما در گروه کنترل میانگین خشم پیش آزمون برابر ۱۵/۹۰ و این میانگین در پس آزمون نیز برابر با ۱۵/۹۰ است که نشان می دهد در گروه کنترل، خشم در پیش آزمون و پس آزمون تغییری نداشته است. و میانگین خصومت گروه شاهد در پیش آزمون ۱۶/۱۰ و میانگین خصومت در پس آزمون برابر ۱۴/۹۰ است که این نشان می دهد میانگین خصومت در گروه شاهد در پس آزمون بعد از آموزش افراد کاهش داشته است. اما در گروه کنترل میانگین خصومت در پیش آزمون برابر ۱۴/۲۰ و این میانگین در پس آزمون برابر با ۱۴/۵۰ است که نشان می دهد در گروه کنترل میزان خصومت در پس آزمون افزایش اندکی داشته است.

برای سنجش اثر بخشی آموزش مدیریت هیجانات بر پرخاشگری بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی از تحلیل کواریانس استفاده شد. در آزمون تحلیل کواریانس، پس از آن که اثرات نمرات پیش آزمون از نمرات پس آزمون حذف گردید، به مقایسه نمرات دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته می شود. که نتایج آن در جدول ۳ بیان گردیده است.

جدول ۳: بررسی اختلاف بین نمرات پس آزمون دو گروه کنترل آزمایش

شاخصهای مورد بررسی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	Sig
اختلاف بین گروه پر خاشگری بدنی	۷۹/۱۸۸	۱	۱۰/۶۲۶	۱۰/۶۲۶	۰/۰۰۵
اختلاف بین گروه پر خاشگری کلامی	۸/۹۶۶	۱	۸/۹۶۶	۱۱/۵۷۷	۰/۰۰۳
اختلاف بین گروه خشم	۳۲/۴۹۶	۱	۳۲/۴۹۶	۱۶/۹۷۱	۰/۰۰۱
اختلاف بین گروه خصومت	۹/۶۰۵	۱	۹/۶۰۵	۱۰/۹۲۹	۰/۰۰۴

با توجه به مقدار حد معناداری به دست آمده و کوچکتر بودن این مقدار هاز ۰/۰۵ می توان بیان کرد که بین نمرات پس آزمون گروه کنترل و آزمایش اختلاف معناداری وجود دارد. و شواهدی مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت هیجانات بر پر خاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مدیریت هیجانات بر پر خاشگری بیماران آسیب نخاعی صورت گرفت. یافته ها نشان داد که آموزش کنترل هیجانات باعث کاهش پر خاشگری کلی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این یافته ها همسو با یافته های رادفر و حمیدی و همکاران (۱۳۸۷)، آلن (۲۰۰۶)، نقدی و همکاران (۲۰۱۰)، محمدخانی (۱۳۸۴) است. این پژوهشگران نیز در پژوهش های خود دریافتند که رویکردهای مدیریت و کنترل خشم و پر خاشگری به ویژه درمان های شناختی رفتاری و آموزش کنترل هیجانات بر کاهش خشم و پر خاشگری مؤثر است. بسیاری از پژوهشگران به بررسی رابطه بین شیوه های مقابله با استرس و اضطراب پرداخته اند و نتایج بسیاری از تحقیقات بیانگر وجود رابطه بین شیوه های مقابله مبتنی بر هیجان و اضطراب است. به بیان دیگر، مقابله مبتنی بر هیجان با اضطراب رابطه مستقیم دارد (کوکا^{۲۰}، ۱۹۷۹).

پژوهش کلایر^{۲۱} و همکاران اثرات استرس زهای روزمره و خلق و خو را در میان بیماران با و بدون ضایعه نخاعی بررسی کردند و نتایج تحقیق آنان نشان داد که استرس، تأثیر معناداری بر خلق مثبت و خلق منفی دارد و همراه شدن استرس با کورتیزول و خلق و خو در دو گروه مذکور بسیار شبیه به هم است (کالپاکجیان^{۲۲}، آلبرایت^{۲۳}، ۲۰۰۶).

آموزش مدیریت خشم، مداخله روانی تربیتی سازمان یافته ای آسیب پذیری افراد بهنجار و یا گروه خاصی از جمعیت بالینی اجرا میشود و بیشتر برای افرادی مناسب است که در زمینه مدیریت خشم از مهارت کافی برخوردار نبوده و در اثر برانگیختگی مکرر خشم و نیز ابراز نامناسب آن است که به منظور توسعه مهارتهای مدیریت خشم و کاهش (درون ریزی و یا برون ریزی افراطی خشم) به برخی از اختلال های جسمی و روانی مبتلا شده و یا مستعد ابتلا به آن هستند. در این برنامه آموزشی شرکت کننده ها با جنبه های مختلف تجربه و بیان خشم (مؤلفه های شناختی، جسمی، هیجانی و رفتاری) و نیز پیامدهای آن آشنا میشوند و درباره ضرورت مدیریت بهینه خشم متقاعد شده و ضمن بازسازی شناختی خود، مهارت رفتاری کنترل خشم را فرا گرفته و تمرین

²⁰. Cooka

²¹. Claire

²². Kalpakjian

²³. Albright

میکند تا بتواند به هنگام مواجه شدن با موقعیتهای خشم انگیز به نحو مناسب عمل کنند (دوال^{۲۴}، بامستر^{۲۵}، استیل من^{۲۶}، ۲۰۰۷)

هدف از درمان ها و مداخله های کنترل خشم، کاهش احساسات هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از خشم، افزایش آگاهی افراد نسبت به خشم، و آموزش شیوه ها و راهبردهای مؤثر به منظور کنترل آن است (کلامری^{۲۷}، ۲۰۰۳)

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 مهارتهای سازگاران حل مسأله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته میشوند، به صورت تکانشی عمل میکنند. این دسته از افراد، از طریق شرکت در برنامه های آموزش مدیریت خشم، میتوانند ضمن بازسازی شناختی، مهارتهای مورد نیاز را فرا گیرند و با گسترش دامنه رفتارهای خود (مانند شیوه های برخورد متفاوت با مسئله، حل کردن مشکل بدون توسل به خشم، نگاه کردن به مسئله از دیدگاه افراد دیگر، و جایگزینی استدلال به جای پرخاشگری فیزیکی و کلامی)، در موقعیت های گوناگون واکنشهای سازگاران نشان دهند.

پژوهش های متعددی اثربخشی مداخله های شناختی رفتاری مدیریت خشم برای بسیاری از گروههای هدف، در محیط های گوناگون (مانند مدارس، مراکز درمان بیماران روانی، کانون های اصلاح و تربیت، مراکز اقامت شبانه روزی) را گزارش نموده اند. بررسی ها نشان می دهند که خشم مهار نشده سازگاری افراد را با خطر جدی روبرو می کند و می تواند افراد را از پیشرفت و کارکرد بهینه باز دارد (نوادی^{۲۸}، ۲۰۰۹)

از این رو، مداخله های مدیریت خشم بر کاهش شدت، طول دوره و فراوانی بیان خشم همراه با کمک به بروز پاسخ های سازگاران به مسائل میان فردی تأکید دارند. با توجه به روابط متقابلی که میان متغیرهای خشم و ناسازگاری دیده میشود، از آموزش مدیریت خشم به عنوان تدبیری برای کاهش ناسازگاری بهره گرفته میشود. پژوهش های بسیاری نشان میدهند که مداخله های شناختی رفتاری مهار خشم میتوانند افراد شرکت کننده در چنین مداخله هایی را مجهز به مهارتهای مدیریت خشم کرده و فراوانی و شدت رخدادها، ناشی از برون ریزی خشم را در آنها کاهش دهند (تیلور^{۲۹}، نوکو^{۳۰}، گیمیلر^{۳۱}، ۲۰۰۲).

از یافته های این پژوهش نتیجه گیری میشود آموزش مدیریت هیجانات و کنترل خشم در کاهش پرخاشگری بیماران نخاعی پرخاشگر نقش و تأثیر دارد.

پژوهش حاضر محدود به بیماران نخاعی فقط یک مرکز فیزیوتراپی از شهر بود. همچنین مدت پیگیری کوتاه بود و امکان بررسی اثربخشی در طولانی مدت به صورت پیگیری نبود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی اثربخشی این روش بر سایر مشکلات رفتاری در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی و در جامعه آماری بزرگتر و در کنار سایر درمان های دیگر مورد بررسی قرار گیرد.

²⁴. Dewall

²⁵. Bameister

²⁶. Stillman

²⁷. Calamari

²⁸. Naveedy

²⁹. Taylor

³⁰. Novaco

³¹. Gillmer

منابع و مراجع

- [۱] اتکینسون، هیلگارد (۱۹۹۴)، زمینه روانشناسی، ترجمه محمدتقی براهنی و همکاران (۱۳۷۷)، انتشارات رشد، تهران
- [۲] آلن، رابرت (۲۰۰۶). کنترل خشم، بهزاد رحمتی (۱۳۸۸)، قاصدک صبا، نشر هگمتان، تهران
- [۳] جیمز آلن مت (۱۹۹۳)، فیزیولوژی روانی، محمدرضا یوسفی (۱۳۸۴)، نشر پردازش هوشمند، تهران
- [۴] دکتر شکوفه رادفر، فریده حمیدی، فهیمه لریستانی، بهمن ابراهیمی، جعفر میرزایی (۱۳۸۷). مدیریت هیجانات، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران
- [۵] محمد خانی (۱۳۸۴)، مهارت های زندگی، انتشارات رشد، تهران
- [6] Amoli A, (2003). Rights of spinal cord injury patient in intermational documents. J Rehabil; 14: 43-8. (Persian)
- [7] Buss Ah. Perry (1992). The aggression questionnaire. Journal of personality and social psychology 63:452_59
- [8] calamari E, Pini M(2003). Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment styles. Journal of Adolescence;38:287_88
- [9] Cooka DW, (1979). Psychological adjustment to spinal cord injury: incidence of denial, depression and anxiety. Rehabil Psychol; 26(3): 97-104.
- [10] Dewall CN, Baumeister RF, Stillman TF, Gailliot MT(2007). Violence restrained: effects of self regulation and its depletion on aggression. Journal of Experimental Social Psychology; 43:62-76
- [11] Dijkers M, (1997). Quality of life after spinalcord injury : a meta analysis of the effects of disablement components. Spinal Cord;35(12): 829-40.
- [12] Ebbighausen LA. Students advocating against violence initiative: An evaluation of a social cognitivebehavioralbased anger management program [Digital Dissertations]. Available from: <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit/3206520>.
- [13] Gandaomkar F, (2010). Efficacy of stomachic massage on treatment Constipation among spinal cord injury patients. Proceedings of the 2 Seminar of Spinal Cord Injuries of Iran. Tehran. (Persian)
- [14] Hadian M, Giahi L, (2004). Guidline for the core and treatment of spinal cord injury. Tehran: Tehran Univ Med Sci Press; 4-6 (Persian)
- [15] Kalpakjian CZ, Albright KJ, (2006). An examination of depression though the lens of spinal cord injury: comparative prevalence rates and severity in women and men. 16(6): 380-8.
- [16] Martze E, Livneh H, Priebe M, et al (2005). Predictors of psychosocial adaption among people with spinal cord injury or ddisorder. Arch Phys Med Rehabil; 86(6):1182-92.
- [17] Mingaila S, Krsciunas A, (2003). Occupational therapy in spinal injury, Medicina.40(8):816.
- [18] Naveedy A(2009) . The efficacy of anger management training on adjustment skills of high school male students in Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology; 14: 394-403. [In Persian]
- [19] Naghdi H, Adib Rad N, Norani poor R. (2010). The effectiveness emotional intelligence training on aggression in first high school boy students. journal of Kermanshah University of medical sciences.
- [20] Nouri A (1997). Features of psychosocial of physical disability. J Humanit Isfahan Univ; 7(4): 85-106. (Persian)

- [21] Omrani J,(2008). Study of approach and experiment among spinal cord injury patients about effective factors on adaptability with disability. [MA dissertation]. Babol: babol Univ Med Sci; (Persian)
- [22] Somers MF (2001), Spinal cord injury: functional rehabilitation. New Jersey: Prentice Hall
- [23] Taylor GJ, Novaco RW, Gillmer B(2002). Cognitive behavioral treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities; 15: 151-65.
- [24] Umphred DA, Lazaro RT, Roller M, Burton G (2013). Neurological rehabilitation. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- [25] Vanden Berg M, Castellote J, Mahillo Fernandez I, de pedrocuesta J (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: asystematic review, Neuroepidemiology. 34(3):184. 92