

The Effect of Anger Management Educational Program on Aggression in the Individuals with the Bipolar Disorder: A Quasi-experimental Study

Mehrarya Khoshnevisan¹, Naimeh Seyedfatemi², Marjan Mardani Hamooleh³

Maliheh Ranjbar⁴, Hamid Haghani⁵

Abstract

Background & Aims: In the bipolar disorder, the mood of the individual is damaged and constantly and abnormally changes from very good to very bad and depressed. Outbursts of explosive anger are one of the characteristics of patients with the bipolar disorder, which causes self-harm and harm to others. Aggression occurs in this population due to factors such as the lack of social support, frequent recurrence of the disease, and failure to use medication. The main consequence of aggression in this vulnerable population is that they are pushed toward substance abuse and alcohol consumption, which eventually disrupt their social functioning. Considering the adverse, debilitating effects of aggression on patients with the bipolar disorder, proper measures must be taken for effective management. Since patients with the bipolar disorder experience severe emotional fluctuations that could damage themselves, their families, other patients, and nurses, it is important to reduce the damages to others and replace aggressive behaviors with constructive interactions in the form of anger management programs. Anger management is a skill taught for the control of aggression in bipolar patients. In fact, anger management helps these individuals learn how to stay calm and control their negative emotions before the onset of anger. In other words, the purpose of this psychological training is to increase psychosocial abilities, effectively deal with the conflicts in life, prevent harmful behaviors to health, and promote the mental health of bipolar patients. The present study aimed to evaluate the effect of an anger management educational program on the aggression of individuals with bipolar disorders.

Materials & Methods: This single-group, quasi-experimental study was conducted at Iran Psychiatric Center in 2019 on 39 participants, who were selected via continuous sampling from the admitted patients with the bipolar disorder based on the inclusion and exclusion criteria of the study. Data were collected using a demographic questionnaire for the variables of age, gender, marital status, occupation status, education level, and history of admission due to bipolar disorders. In addition, the valid and reliable aggression scale by Buss and Perry was used for data collection, which consisted of for subscales, including physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility. Initially, a pretest was performed on the participants. Afterwards, the anger management training program was presented to the participants. Notably, the contents of the educational program were prepared based on the available texts regarding anger management with an emphasis on the psychotherapeutic considerations regarding the aggression of patients with the bipolar disorder. The covered subjects in the program included ways to deal with anger and aggression, teaching effective anger management skills, playing a role in anger, teaching problem-solving skills, and decisiveness training for patients with the bipolar disorder. Following that, the validity of the educational contents was confirmed by psychiatric nursing professors. The training program was presented through lecture by the co-researcher with questions and answers between the researcher and the participants and expressing the experiences and roles played by the participants in the study. The program was implemented for four weeks with two 60-minute sessions each week. Due to the fact that it was not possible to gather all the

¹. Psychiatric Nursing, Rasoul Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². Nursing Care Research Center, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³. Nursing Care Research Center, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 02143651814 Email: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

⁴. Psychiatric Nursing, Iran Psychiatric Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵. Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

participants in the training sessions, the sessions were held in small groups with gender segregation for 5-7 participants. The meetings were held after the hour of prayer and lunch in the visiting rooms of the inpatient wards. In addition, a 15-minute break was considered for each session. One month after the intervention, the participants were post-tested. This article was extracted from a research project approved by Iran University of Medical Sciences. During the research process, the ethical policies of the university were observed, including obtaining informed consent from the participants and their voluntary participation. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (paired-t test).

Results: At the pretest, the mean score of aggression was 99.74 ± 14.73 , which reduced to 83.21 ± 11.68 at the posttest. At the pretest and posttest stages, the mean scores of physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility were 32.90 ± 8.02 and 28.87 ± 6.86 ($P=0.042$), 19.41 ± 3.73 and 17.77 ± 3.55 ($P=0.814$), 22.69 ± 4.47 and 17.85 ± 3.41 ($P=0.010$), and 24.74 ± 7.55 and 18.72 ± 6.55 ($P=0.032$), respectively. In addition, the results of paired t-test indicated significant differences in the scores of aggression at the pretest and posttest in the patients with the bipolar disorder ($t=-3.061$; $P=0.003$). The anger management educational program affected all the dimensions of aggression, with the exception of verbal aggression ($P=0.814$).

Conclusion: According to the results, anger management training could reduce the aggression of the patients with the bipolar disorder in the subscales of physical aggression, anger, and hostility. Our findings could be a step toward the implementation of anger management training for this population of inpatients admitted to psychiatric centers in order to improve their aggression. Furthermore, it is recommended that nurses working in psychiatric wards become familiar with the educational contents of anger management for the subjects under study, so that they could perform the program at the bedside of these patients in appropriate situations in admission wards. In addition, the obtained results are useful for nursing managers and psychiatrists to better manage the care of individuals with the bipolar disorder. In the field of clinical education, the content of anger management could be provided to clinical nursing instructors to acquaint their students with such trainings, so that students could use the contents in their care plans for patients with the bipolar disorder.

Keywords: Education, Anger Management, Aggression, Bipolar Disorders

Conflict of Interest: No

How to Cite: Khoshnevisan M, Seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M, Ranjbar M, Haghani H. The Effect of Anger Management Educational Program on Aggression in the Individuals with the Bipolar Disorder: A Quasi-experimental Study. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(123):62-72.

Received: 15 Jan 2020

Accepted: 18 Apr 2020

تأثیر برنامه آموزشی مدیریت خشم بر پرخاشگری افراد دارای اختلالات دوقطبی: یک مطالعه نیمه تجربی

مهرآریا خوشنویسان^۱، نعیمه سیدفاطمی^۲، مرجان مردانی حموله^۳، ملیحه رنجبر^۴، حمید حقانی^۵

چکیده

زمینه و هدف: یکی از ویژگی‌های افراد دارای اختلال دو قطبی دوره‌های خشم انفجاری است که سبب آسیب به خود و دیگران می‌شود. پیامد پرخاشگری در این گروه از افراد آسیب‌پذیر، رانده شدن آنان به سوی سوء مصرف مواد و الکل خواهد بود و در نهایت عملکرد اجتماعی آنان مختل می‌گردد. بر این اساس، هدف تحقیق حاضر، تعیین تأثیر برنامه آموزشی مدیریت خشم بر پرخاشگری افراد دارای اختلالات دو قطبی بود. روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی و تک گروهی بود که در سال ۱۳۹۸ در مرکز روانپزشکی ایران انجام شد. مشارکت‌کنندگان به تعداد ۳۹ نفر و به روش مستمر از بین افراد بستری دارای اختلالات دوقطبی بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده، مقیاس روا و پایا شده پرخاشگری Perry و Buss بود. برنامه آموزشی مدیریت خشم شامل راه‌های برخورد با خشم و پرخاشگری، آموزش مهارت‌های مدیریت خشم مؤثر، ایفای نقش در زمان خشم، آموزش مهارت حل مسأله و آموزش مهارت قاطعیت برای افراد دارای اختلالات دوقطبی ارائه شد. این برنامه در گروه‌های کوچک به مدت چهار هفته، هر هفته دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت سخنرانی توسط پژوهشگر همراه با پرسش و پاسخ و بیان تجارب و ایفای نقش اجرا شد. یک ماه پس از اتمام مداخله، از شرکت‌کنندگان در مطالعه، پس از آزمون گرفته شد. تحلیل داده‌ها نیز با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی زوجی) انجام شد. یافته‌ها: در مرحله پیش آزمون، میانگین نمره پرخاشگری افراد، $14/73 \pm 99/74$ بود. در مرحله پس آزمون، این میانگین نمره به $11/68 \pm 83/21$ کاهش یافت. آزمون تی زوجی نشان داد که نمرات پرخاشگری افراد دارای اختلالات دوقطبی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون با هم اختلاف آماری معنی داری داشتند ($P=0/003$ و $t=-3/061$). طبق نتایج، برنامه آموزشی بر همه خرده مقیاس‌های پرخاشگری به جز پرخاشگری کلامی ($P=0/814$) مؤثر بود.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدیریت خشم، می‌تواند پرخاشگری افراد دارای اختلال دوقطبی را در خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، خشم و خصومت، کاهش بخشد. نتایج این تحقیق می‌تواند گامی در جهت پیاده سازی و اجرای آموزش مدیریت خشم برای این گروه از افراد بستری در مراکز روانپزشکی به منظور بهبود پرخاشگری آنان باشد.

کلید واژه‌ها: آموزش، مدیریت خشم، پرخاشگری، اختلالات دوقطبی

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱/۳۰

۱. روانپرستاری، بیمارستان رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۰۲۱۴۳۶۵۱۸۱۴، Email: mardanihamoole.m@iums.ac.ir
۴. روانپرستاری، مرکز روانپزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی، اختلال دوقطبی است که با عود مکرر دوره‌های شیدایی و افسردگی شناخته می‌شود. شیوع این اختلال در جمعیت ایرانی، ۷/۹ درصد گزارش شده است. در این اختلال، خلق فرد آسیب می‌بیند و به طور مستمر و غیرعادی از حالت خیلی خوب به خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند. این نوسانات معمولاً هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشند^(۱). در واقع، اختلال دوقطبی با تغییرات وسیع خلقی، خود را نشان می‌دهد^(۲). اختلال دوقطبی در دوره نوجوانی شروع می‌شود و در دوره بزرگسالی، ثبات می‌یابد^(۳). افراد دارای اختلالات دوقطبی، ناخوشی مزمنی را تجربه می‌کنند که همراه با علائم پرخاشگری است^(۴). پرخاشگری، یکی از کلیدی‌ترین نمایه‌های بالینی مرتبط با اختلال دوقطبی است^(۵). نتایج مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا بر روی ۳۸۰۰ نفر از افراد دارای اختلالات روانپزشکی، نشان داد که نیمی از این افراد دارای درجاتی از خشم در سطوح متوسط تا شدید بوده‌اند و ۲۰ درصد از آنان، پرخاشگری را در سطوح متوسط تا شدید تجربه می‌نمایند^(۶). هم‌چنین، پژوهشگران در لبنان نشان دادند که حدود ۱۰ درصد از مراجعین به مراکز روانپزشکی دارای تکانه‌های پرخاشگری هستند^(۷). محققان در اتیوپی نیز اظهار داشتند که از ۴۱۱ فرد دارای اختلال دوقطبی، ۲۹/۴ درصد، پرخاشگری دارند^(۸). افزون بر آن، پژوهشی در چین به مطالعه ۱۵۵ نفر از افراد دارای اختلال دوقطبی اقدام نمود که برای اولین بار به مراکز روانپزشکی مراجعه داشتند. در این مطالعه مشخص شد که ۵۲ درصد از این افراد، مراجعه غیرداوطلبانه داشته و مهم‌ترین دلیلی که خانواده این افراد را وادار ساخته تا اقدام به بستری آنان نمایند، وجود تکانه‌های پرخاشگری آزاردهنده بوده است^(۹).

پرخاشگری در افراد دارای اختلالات دوقطبی با شدت افزایش خلق در دوره شیدایی و وجود اختلال شخصیت در کنار تشخیص اصلی، مرتبط است^(۱۰). در واقع، افراد در دوره‌های شیدایی دارای خلق تحریک‌پذیر، بی‌ثباتی

عاطفی، حواس پرتی، بی‌قراری روانی حرکتی و پرخاشگری می‌باشند^(۱۱). وجود پرخاشگری در دوره شیدایی برای افراد با خطر بروز صدمات مغزی همراه است^(۱۲). پرخاشگری در این افراد به دلایلی مانند فقدان حمایت‌های اجتماعی، عود مکرر بیماری و مصرف نکردن دارو، رخ می‌دهد^(۸)، آنان را به سوی سوء مصرف مواد و الکل سوق می‌دهد^(۱۳،۱۴) و عملکرد اجتماعی‌شان را مختل می‌نماید^(۱۵). در مقابل، هرگاه پرخاشگری افراد دارای اختلالات دوقطبی مدیریت شود، بهتر می‌توانند از مکانیزم‌های دفاعی برای مقابله با اضطراب خود استفاده نموده^(۱۶) و خلق مضطرب و افسرده را نیز کم‌تر تجربه خواهند نمود^(۱۷).

به منظور پیشگیری از آسیب وارده به خود، کارکنان مراقبتی و سایر بیماران، باید پرخاشگری در افراد دارای اختلالات دوقطبی، مدیریت گردد^(۴). به عبارت دیگر، مدیریت خشم و پرخاشگری در این افراد بسیار مهم است زیرا در شدیدترین حالت می‌تواند در بخش‌های بستری منجر به دیگرکشی^(۱۸) و خودکشی گردد^(۱۹،۲۰). بر این اساس، محققان طی مطالعه‌ای که در ایالات متحده آمریکا انجام دادند، تأکید نمودند با توجه به شیوع بالای خشم در افراد دارای اختلالات روانی، لازم است پژوهشگران مداخلاتی برای مدیریت خشم و پرخاشگری حاصل از آن برای این گروه از افراد، اجرا نمایند^(۶). در این زمینه، رویکردهای متفاوتی برای مدیریت خشم افراد دارای اختلال دوقطبی وجود دارد. به عنوان مثال، برخی از مداخلات دارویی به کنترل خشم این افراد کمک می‌کند، هر چند مددجویانی نیز هستند که از دارو تأثیر نمی‌پذیرند^(۲۰،۲۱). به علاوه، در برخی از موارد و در شرایطی که پرخاشگری مددجویان برای کارکنان درمانی و مراقبتی، غیرقابل کنترل می‌گردد، به منظور مدیریت خشم آنان اقدام به محدودسازی بدنی می‌نمایند که این امر کرامت ذاتی‌شان را تهدید می‌نماید^(۲۲).

یکی از دیگر مداخلاتی که به مدیریت خشم و در نتیجه بهبود پرخاشگری در این افراد کمک می‌نماید، اجرای برنامه‌های آموزشی مدیریت خشم می‌باشد. هدف از این

خطای ($\alpha=0/05$) و توان آزمون ($\beta=0/8$) ۳۲ نفر برآورد شد که با احتمال ریزش نمونه به میزان ۱۰ درصد، ۳۹ نفر واجد شرایط به عنوان نمونه نهایی به شیوه نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. زنان از بخش‌های زنان (۱۴ نفر) و مهر (۶ نفر) و مردان از بخش‌های مردان ۱، ۲ و ۳ (۷ نفر) از بخش مردان ۳ و از بخش‌های مردان ۱ و ۲ هر یک ۶ نفر) بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل اختلال دوقطبی نوع یک یا دو که توسط روانپزشک مزمن تشخیص داده شده باشد، وجود خلق باثبات با تشخیص و اعلام روانپزشک (منظور از خلق باثبات آن است که فرد مبتلا به دنبال مصرف دارو، از نظر خلقی در وضعیت نسبتاً پایداری قرار گرفته باشد)، گذشتن حداقل هفت روز از زمان پذیرش و توانایی شرکت در جلسات آموزشی بود. معیارهای خروج نیز شامل شرکت نکردن در جلسات آموزشی (حداکثر دو جلسه) و تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه می‌شد. هم‌چنین، افراد دارای اختلالات دوقطبی که واجد علائم روانپریشی بودند و دارای اختلال خلقی تندچرخش (rapid cycle) بودند، در مطالعه شرکت داده نشدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات فردی و مقیاس پرخاشگری Buss و Perry بود^(۲۶). فرم مشخصات فردی شامل متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و داشتن سابقه بستری به دلیل اختلال دوقطبی بود. مقیاس پرخاشگری دربردارنده ۲۹ گویه در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (اصلاً شبیه من نیست)، دو (خیلی شبیه من نیست)، سه (شبیه من نیست)، چهار (تاحدودی شبیه من است) تا پنج (بسیار شبیه من است)، می‌باشد و دارای چهار خرده مقیاس مشتمل بر پرخاشگری فیزیکی (۹ گویه)، پرخاشگری کلامی (۵ گویه)، خشم (۷ گویه) و خصومت (۸ گویه) می‌باشد. نمرات پرخاشگری فیزیکی از ۹-۴۵، پرخاشگری کلامی ۵-۲۵، خشم ۷-۳۵ و خصومت ۸-۴۰ می‌باشند. مجموع نمرات پرخاشگری نیز از ۲۹ تا ۱۴۵ متغیر است. نمره کلی پرخاشگری حاصل جمع نمرات این خرده مقیاس‌ها است.

گونه مداخلات آن است که افراد بتوانند با آگاهی از تجارب خشم و پرخاشگری خود، سبک‌های مناسب بیان خشم و معنای خشم در زندگی را بیاموزند. هم‌چنین، بتوانند اثرات فیزیکی و روانی خشم را کنترل نموده تا با پالایش عاطفی خود و اجرای تمرینات مربوطه، به آرامش روانی برسند. تکنیک‌های کمک دهنده به افراد در برنامه‌های آموزشی مدیریت خشم برای رسیدن به نتیجه شامل آموزش‌هایی در زمینه آرام سازی، مهارت‌های حل مسئله، مهارت‌های اجتماعی و حل منازعات بین فردی، می‌باشند^(۲۳). مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور بیانگر تأثیر مثبت اجرای برنامه‌های آموزشی مدیریت خشم بر پرخاشگری افراد دارای اختلالات روانی بوده اند^(۲۴،۲۵). با این حال، هر چند اغلب مطالعات، گویای تأثیر مثبت اجرای مداخلات روانشناختی بر کاهش پرخاشگری در افراد بوده‌اند اما نتایج یک مرور نظام‌مند در ایالات متحده آمریکا حاکی از آن بود که در همه موارد، مداخلات انجام شده با تأثیر مثبت همراه نبوده‌اند^(۲۳). پژوهشگر، دارای سال‌ها سابقه کار در زمینه مراقبت از افراد دارای اختلالات روانی به ویژه افراد دارای اختلالات دوقطبی بوده و در طول خدمت خود دریافته است که تکانه‌های پرخاشگری این افراد برای طیف وسیعی از افراد از جمله خود آنان، اعضای خانواده و کارکنان درمانی آزاردهنده بوده است. بنابراین همواره دارای دغدغه‌ای مبنی بر چگونگی مدیریت صحیح این گونه رفتارهای آسیب‌زا برای افراد مذکور بوده و علاقه‌مند به انجام پژوهشی در این رابطه گردید تا تأثیر برنامه آموزشی مدیریت خشم بر پرخاشگری افراد دارای اختلالات دوقطبی را مورد ارزیابی قرار دهد.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و تک گروهی بود که در مرکز جامع روانپزشکی ایران واقع در غرب تهران در سال ۱۳۹۸ اجرا گردید. مرکز مربوطه دارای پنج بخش بستری (زنان، مهر، مردان ۱، ۲ و ۳) و یک اورژانس روانپزشکی است. حجم نمونه با ضریب

دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران مورد سنجش قرار گرفت.

در ابتدا از افراد پیش آزمون گرفته شد. سپس محتوای آموزشی برای آنان ارائه شد. محتوای آموزشی (مندرج در جدول شماره ۱) با توجه به متون موجود درباره مدیریت خشم و با تأکید بر ملاحظات روان پرستاری در زمینه پرخاشگری مددجویان تهیه شد (۲۵-۳۳) و روایی محتوای آن مورد تأیید پنج تن از اعضای هیأت علمی گروه روانپرستاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران قرار گرفت.

این ابزار، در ایران مورد روان سنجی قرار گرفته و ضرایب پایایی برای ابعاد مختلف آن با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است (۳۷). این ابزار در سایر مطالعات داخل و خارج کشور نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۱۹۰، ۲۵۰، ۲۸۰، ۲۹۰). در مطالعه کنونی نیز به منظور سنجش پایایی، ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۳، پرخاشگری کلامی ۰/۷۹، خشم ۰/۷۲ و خصومت ۰/۸۸ محاسبه شد. پایایی برای کل مقیاس نیز ۰/۸۰ محاسبه شد. شایان ذکر است که روایی محتوای ابزار در این پژوهش، توسط پنج نفر از اساتید گروه روانپرستاری در

جدول شماره ۱: محتوای جلسات برنامه آموزشی مدیریت خشم

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و یکدیگر، توضیح برنامه آموزش و علت آن، تعیین و توضیح قوانین برنامه از جمله تعیین زمان جلسات آموزش، مدت برنامه، مدت جلسات، نیاز به مشارکت بدون وقفه، توضیح مشارکت در بحث‌ها و تکالیف گروهی
جلسه دوم	تعریف مفهوم خشم و پرخاشگری و تفاوت آن، اهمیت کنترل احساس، توضیح علایم پرخاشگری، توضیح واکن‌های مناسب و غیرمناسب خشم، بیان خلاصه و جمع بندی با کمک یکی از شرکت کنندگان
جلسه سوم	گرفتن شرح حال اولیه درباره موقعیت‌هایی که موجب خشم شرکت کنندگان می‌شود و چگونگی مدارا کردن هر یک از آن‌ها با آن موقعیت‌ها، آگاهی به رفتارهای خودمخرب، آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر و تمرین آن، بیان خلاصه و جمع بندی با کمک شرکت کنندگان
جلسه چهارم	مهارت‌های مدیریت خشم مؤثر، انجام دادن تمرینات به روش ایفای نقش، بیان خلاصه و جمع بندی با کمک شرکت کنندگان
جلسه پنجم	ادامه آموزش مهارت‌های مدیریت خشم، یافتن رویکردهای مثبت برای افراد عصبانی، خودگویی و تقویت افکار مثبت و آرامش دهنده، بیان خلاصه و جمع بندی با کمک یکی از شرکت کنندگان
جلسه ششم	آموزش شیوه ابراز خشم به صورت سازگاران، آموزش مهارت حل مسأله، بررسی اثرات خشم بر تفکر، انجام دادن تمرین، بیان خلاصه و جمع بندی با کمک شرکت کنندگان
جلسه هفتم	آموزش قاطعیت و تفاوت آن با پرخاشگری، بیان خلاصه و جمع بندی با کمک شرکت کنندگان
جلسه هشتم	پایان آموزش گروهی، بیان خلاصه مطالب ذکر شده و اعطای هدیه به شرکت کنندگان، ارزیابی برنامه و پاسخگویی به سئوالات

به این که جهت انجام پس آزمون، بعضی از نمونه‌ها ترخیص شده بودند، از طریق شماره تلفن مندرج در پرونده با آن‌ها تماس گرفته می‌شد و در زمان مراجعه به درمانگاه جهت پیگیری‌های پس از ترخیص، ابزارها را تکمیل می کردند. نظر به این که امکان گردهمایی همه افراد با هم در جلسات آموزشی فراهم نبود، جلسات در گروه‌های کوچک و با در نظر گرفتن تفکیک جنسیتی، به تعداد ۷-۵ نفر طی هشت جلسه یک ساعته به صورت دو بار در هفته برگزار شد. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از آمار توصیفی و

ارائه محتوای برنامه، به صورت سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ و بیان تجارب افراد توأم با ایفای نقش توسط آنان بود. جلسات آموزشی بعد از ساعت نماز و نهار افراد در اتاق‌های ویزیت بخش‌های بستری، برگزار می‌شد. به علاوه، ۱۵ دقیقه زمان استراحت و تغذیه برای هر جلسه در نظر گرفته می‌شد. شایان ذکر است جهت تشویق افراد برای شرکت در جلسات، پذیرایی مختصری تدارک دیده شده بود و در انتهای مطالعه نیز هدایایی به آن‌ها داده شد. یک ماه پس از اتمام مداخله، پس آزمون گرفته شد. با توجه

خواهد ماند و هیچ گونه اجباری جهت شرکت در پژوهش وجود ندارد.

یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان در این مطالعه، زن و در گروه سنی بیشتر از ۳۵ سال قرار داشتند. توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش به تفصیل در جدول شماره ۲ نمایان است.

استنباطی (آزمون تی زوجی) تحت نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، تحلیل شدند (سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ لحاظ شد). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1397.1038)، معرفی‌نامه جهت ورود به مرکز روانپزشکی ایران اخذ شد. هم‌چنین، به همراه اخذ رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌ها، به آنان گفته شد که اطلاعات مندرج در ابزارها بدون ذکر نام و به صورت محرمانه

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۴۸/۷
	زن	۵۱/۳
سن (سال)	۲۰-۲۴	۱۰/۳
	۲۵-۲۹	۲۵/۶
	۳۰-۳۴	۲۸/۲
	۳۵ و بیشتر	۳۵/۹
سطح تحصیلات	ابتدایی	۲۵/۶
	سیکل	۴۶/۲
	دیپلم	۱۰/۳
	فوق دیپلم	۱۰/۳
	لیسانس	۷/۷
وضعیت تأهل	مجرد	۵۹
	متأهل	۱۵/۴
	متارکه نموده	۲۵/۶
سابقه بستری	یک بار	۴۳/۶
	دو بار	۳۳/۳
	سه بار	۲۰/۵
	بیشتر از سه بار	۲/۶
وضعیت اشتغال	آزاد	۳۵/۹
	کارمند	۲۰/۵
	بیکار	۴۳/۶

خصوصیت در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان داد اما در خرده مقیاس پرخاشگری کلامی، این تفاوت دیده نشد (جدول شماره ۳).

میانگین و انحراف معیار نمره پرخاشگری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب $14/73 \pm 99/74$ و $11/68$ $\pm 83/21$ به دست آمد. نتایج آزمون تی زوجی تفاوت آماری معنی‌داری در پرخاشگری فیزیکی، خشم و

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پرخاشگری و ابعاد آن در مراحل پیش و پس از آموزش

پرخاشگری و ابعاد آن	پیش از آموزش	پس از آموزش	نتایج آزمون تی زوجی
فیزیکی	۳۲/۹۰ ± ۸/۰۲	۲۸/۸۷ ± ۶/۸۶	t=-۲/۰۸۰ P=۰/۰۴۲
کلامی	۱۹/۴۱ ± ۳/۷۳	۱۷/۷۷ ± ۳/۵۵	t= -۰/۲۳۷ P=۰/۸۱۴
خشم	۲۲/۶۹ ± ۴/۴۷	۱۷/۸۵ ± ۳/۴۱	t=-۲/۶۴۹ P=۰/۰۱۰
خصومت	۲۴/۷۴ ± ۷/۵۵	۱۸/۷۲ ± ۶/۵۵	t= -۲/۲۰۵ P=۰/۰۳۲
پرخاشگری کلی	۹۹/۷۴ ± ۱۴/۷۳	۸۳/۲۱ ± ۱۱/۶۸	t=-۳/۰۶۱ P=۰/۰۰۳

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که اجرای مداخله آموزشی مبتنی بر مدیریت خشم منجر به بهبود پرخاشگری کلی افراد تحت مطالعه گردیده است. دیگر یافته‌های مطالعه حاکی از آن بود که پس از اجرای برنامه آموزشی، خرده مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، خصومت و خشم به طور معنی‌داری بهبود یافته‌اند. سایر مطالعاتی که تا کنون در این زمینه انجام شده‌اند نیز از این یافته، حمایت می‌نمایند. در مطالعاتی که تاکنون انجام شده‌اند، اجرای مداخلات آموزشی متمرکز بر مدیریت خشم توانسته است از پرخاشگری افراد در خرده مقیاس‌های یاد شده بکاهد و منجر به ارتقای سلامت روانی آنان گردد^(۲۴،۲۵،۲۹-۳۱). به عنوان نمونه، مداخلات روانشناختی انجام شده در ایران که با مشارکت زندانیان و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده‌اند، بیانگر بهبود پرخاشگری آنان بوده است^(۲۴،۲۹،۳۰). هم‌چنین، طبق نتایج مطالعه Kwak و همکاران در انگلیس نیز اجرای مداخله ای مشابه با مداخله انجام شده در مطالعه حاضر، توانست منجر به بهبود پرخاشگری افراد مبتلا به اختلالات روانی بستری در بیمارستان شود^(۲۵). همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج مطالعه Lök و همکاران در ترکیه نشان داد که اجرای مداخله روانشناختی منجر به بهبود پرخاشگری نوجوانان شده است^(۳۱). به علاوه، در مطالعات فوق^(۳۱-۳۲) بیان شده است که اجرای مداخلات آموزشی مبتنی

بر مدیریت خشم و پرخاشگری بر خرده مقیاس پرخاشگری کلامی نیز مؤثر بوده است. این در حالی است که نتیجه مطالعه کنونی از این یافته، مبنی بر تأثیر مثبت برنامه آموزشی مدیریت خشم بر خرده مقیاس پرخاشگری کلامی در افراد دارای اختلالات دوقطبی، حمایت نمود. به بیان روشن‌تر، در این مطالعه مشخص گردید که آموزش مدیریت خشم قادر به کنترل پرخاشگری مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی در خرده مقیاس پرخاشگری کلامی، نبوده است. این بدان معنی است که ماهیت پرخاشگری کلامی به گونه‌ای است که برنامه آموزشی مدیریت خشم که در این مطالعه برای افراد دارای اختلالات دوقطبی ارائه شد، نتوانسته است بر این خرده مقیاس از پرخاشگری تأثیر بگذارد. همسو با نتایج این بخش از مطالعه، نتایج پژوهش علیچانزاده و همکاران نیز نشان داد که اجرای مداخله آموزش مهارت‌های رفتاری منجر به بهبود پرخاشگری نوجوانان در خرده مقیاس پرخاشگری کلامی نشده است^(۳۲). با توجه به این که در مطالعه ذکر شده و پژوهش حاضر اجرای مداخلات آموزشی با رویکرد روانشناختی بر پرخاشگری کلامی افراد تحت مطالعه تأثیر مثبت نداشته است، باید از رویکرد دیگری برای کنترل پرخاشگری کلامی این افراد سود برد، رویکردی که نارسایی برنامه‌های آموزشی مدیریت خشم و آموزش مهارت‌های رفتاری را نداشته باشد. در این خصوص، با عنایت به این که افراد

قرار گیرد. لازم به ذکر است با توجه به این که برنامه آموزشی مدیریت خشم بر خرده مقیاس پرخاشگری کلامی مؤثر نبود، به نظر می‌رسد مداخلات مبتنی بر آموزش مدیریت خشم به تنهایی نمی‌تواند در کاهش این خرده مقیاس از پرخاشگری افراد مؤثر باشد، بنابراین بهتر است در این خصوص از دیگر مداخلات مانند آموزش‌های تنظیم هیجانی استفاده نمود.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این محدودیت‌ها این بود که محیط انجام این پژوهش یعنی مرکز روانپزشکی ایران تنها مرکز جامعی است که وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد و از آن جا که در صورت انجام مطالعه به صورت دو گروهی، بیم آن می‌رفت که تداخل اطلاعات بین نمونه‌ها رخ دهد، پژوهشگران مجبور به انجام مطالعه به صورت تک گروهی شدند. به علاوه، این مطالعه به منظور مدیریت خشم در افراد دارای اختلال دوقطبی انجام شد، بر این اساس، نتایج پژوهش حاضر قابل تعمیم به دیگر افراد با سایر اختلالات روانی نیست. به علاوه، شیوه نمونه‌گیری مستمر که از روش‌های غیراحتمالی به شمار می‌آید، تعمیم نتایج را با دشواری روبه رو می‌نماید.

تضاد منافع: هیچ گونه تضاد منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

از تمام شرکت کنندگان در پژوهش قدردانی می‌گردد.

دارای اختلال دوقطبی، تنظیم هیجانی مختلفی دارند^(۳۴،۳۳) و نتایج مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا نیز بیان داشت که بر خورداری از تنظیم هیجانی مطلوب می‌تواند پیش‌بینی کننده کنترل پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در همه خرده مقیاس‌های آن باشد؛ بر این اساس، محققان بر اجرای مداخلات روانشناختی با رویکرد تنظیم هیجانی به منظور مدیریت پرخاشگری این گروه از افراد در خرده مقیاس‌های گوناگون پرخاشگری، تأکید نموده‌اند^(۳۵). بنابراین توصیه می‌شود به منظور مدیریت پرخاشگری کلامی برای افراد دارای اختلالات دوقطبی از رویکرد آموزش تنظیم هیجانی نیز در کنار برنامه‌های آموزشی مدیریت خشم، استفاده شود.

به طور کلی، نتایج مطالعه حاضر مبین این مطلب است که برنامه آموزشی مدیریت خشم تأثیر به‌سزایی بر کاهش معنی‌دار پرخاشگری افراد دارای اختلال دوقطبی داشته است. بدین ترتیب یافته‌های مطالعه حاضر مؤید این فرضیه است که نمره پرخاشگری افراد دارای اختلال دوقطبی بعد از اجرای برنامه آموزشی مدیریت خشم، کاهش یافته است. با توجه به این که افراد دارای اختلال دوقطبی نوسانات شدید هیجانی را تجربه می‌کنند که سبب آسیب به خودشان، خانواده، سایر بیماران و پرستاران نیز می‌شود، ضروری است که به منظور کاهش آسیب‌های وارده به سایرین و جایگزین نمودن تعاملات سازنده به جای رفتارهای پرخاشگرانه در این گروه از افراد از برنامه‌های آموزشی مدیریت خشم برای این افراد سود برد. بنابراین آموزش مدیریت خشم در آموزش بیماران دارای اهمیت فراوانی است که باید مورد نظر مدیران مراکز روانپزشکی

References

1. Jolfaei AG, Ataei S, Ghayoomi R, Shabani A. High Frequency of Bipolar Disorder Comorbidity in Medical Inpatients. *Iranian journal of psychiatry*. 2019;14(1):60-66. [Persian]
2. Findling RL, Stepanova E, Youngstrom EA, Young AS. Progress in diagnosis and treatment of bipolar disorder among children and adolescents: an international perspective. *Evid-based Ment Health*. 2018;21(4):177-81.
3. Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. Bipolar disorder and ADHD: comorbidity and diagnostic distinctions. *Current psychiatry reports*. 2015;17(8):67.

4. Masand P, Correll CU, Yu X, Xiang Y, Kane JM. Biological treatment of acute agitation or aggression with schizophrenia or bipolar disorder in the inpatient setting. *Annals of clinical psychiatry*. 2017;29(2):92-107.
5. Roberts J, Canales AG, Blanthorn-Hazell S, Boldeanu AC, Judge D. Characterizing the experience of agitation in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):1-8.
6. Genovese T, Dalrymple K, Chelminski I, Zimmerman M. Subjective anger and overt aggression in psychiatric outpatients. *Comprehensive psychiatry*. 2017;73:23-30.
7. Dib JE, Adams CE, Kazour F, Tahan F, Haddad G, Haddad C, Hallit S. Managing acutely aggressive or agitated people in a psychiatric setting: a survey in Lebanon. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018;32:60. [Persian]
8. Belete H, Mulat H, Fanta T, Yimer S, Shimelash T, Ali T, Tewabe T. Magnitude and associated factors of aggressive behaviour among patients with bipolar disorder at Amanual Mental Specialized Hospital, outpatient department, Addis Ababa, Ethiopia: cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2016;16(1):443.
9. Luo C, Chen H, Zhong S, Guo H, Li Q, Cai W, de Girolamo G, Zhou J, Wang X. Manic episode, aggressive behavior and poor insight are significantly associated with involuntary admission in patients with bipolar disorders. *PeerJ*. 2019;7:e7339.
10. Verdolini N, Perugi G, Samalin L, Murru A, Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Mosolov S, Young AH, Barbuti M, Guiso G. Aggressiveness in depression: a neglected symptom possibly associated with bipolarity and mixed features. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136(4):362-72.
11. Perugi G, Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Mosolov S, Reis J, Vieta E, Young AH. Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-II-MIX study. *J Clin Psychiat*. 2015;76(3):e351-8.
12. Drange OK, Vaaler AE, Morken G, Andreassen OA, Malt UF, Finseth PI. Clinical characteristics of patients with bipolar disorder and premorbid traumatic brain injury: a cross-sectional study. *Int J Bipol Disord*. 2018;6(1):19.
13. Alniak I, Erkiran M, Mutlu E. Substance use is a risk factor for violent behavior in male patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2016;193:89-93.
14. Khalsa HM, Baldessarini RJ, Tohen M, Salvatore P. Aggression among 216 patients with a first-psychoptic episode of bipolar I disorder. *Int J Bipol Disord*. 2018;6(1):18.
15. Van Meter A, Youngstrom E, Freeman A, Feeny N, Youngstrom JK, Findling RL. Impact of irritability and impulsive aggressive behavior on impairment and social functioning in youth with cyclothymic disorder. *J Child Adoles Psychopharmacol*. 2016;26(1):26-37.
16. Bragazzi NL, Pezzoni F, Del Puente G. Investigating aggressive styles and defense mechanisms in bipolar patients and in their parents. *Health psychology research*. 2014;2(3):1546.
17. Dolenc B, Dernovšek MZ, Sprah L, Tavcar R, Perugi G, Akiskal HS. Relationship between affective temperaments and aggression in euthymic patients with bipolar mood disorder and major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2015;174:13-8.
18. Sher L, Rice T, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (Wfsbp) Task Force on Men's Mental Health. Prevention of homicidal behaviour in men with psychiatric disorders. *World J Biolog Psychi*. 2015;16(4):212-29.
19. Reich R, Gilbert A, Clari R, Burdick KE, Szeszko PR. A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and a suicide attempt history. *J Affect Disord*. 2019;247:88-96.
20. Yu X, Correll CU, Xiang YT, Xu Y, Huang J, Yang F, Wang G, Si T, Kane JM, Masand P. Efficacy of atypical antipsychotics in the management of acute agitation and aggression in hospitalized patients with schizophrenia or bipolar disorder: results from a systematic review. *Shanghai archives of psychiatry*. 2016;28(5):241-52.
21. Hayes JF, Pitman A, Marston L, Walters K, Geddes JR, King M, Osborn DP. Self-harm, unintentional injury, and suicide in bipolar disorder during maintenance mood stabilizer treatment: a UK population-based electronic health records study. *JAMA psychiatry*. 2016;73(6):630-7.
22. Belete H. Use of physical restraints among patients with bipolar disorder in Ethiopian Mental Specialized Hospital, outpatient department: cross-sectional study. *Int J Bipol Disord*. 2017;5(1):17.

23. Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, Coker-Schwimmer E, Weber RP, Sheitman B, Zarzar T, Viswanathan M. Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric services*. 2017;68(8):819-31.
24. Karimi H, Hemmati SA, Haghighi M, Ahmadpanah M, Mohammad BH. Comparing the effectiveness of group anger management and communication skills training on aggression of marijuana addicted prisoners. *J Res Behav Sci*. 2013;11(2):129-38. [Persian]
25. Kwak EY, Choi DJ, Kim SJ, Choi EJ, Yeom EK, Kim JY, Shin JW, Jang SJ. The Effects of Anger Management Programs on Anger Expression in Psychiatric Inpatients. *Korean Journal of Stress Research*. 2014;22(3):159-97.
26. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Person Soc Psychol*. 1992;63(3):452-9.
27. Mohammadi N. A preliminary study of the psychometric properties of Buss and Perry's aggression questionnaire. *Journal of social sciences and humanities of Shiraz University*, 2007;25(4):135-51. [Persian]
28. Mirzaei R, Meimandi NI, Mousavi E, Raesi Z, Masoudi S. Effectiveness of training problem solving and anger management on improve of problem solving ability and aggression control ability in prisoners. *J Appl Environ Biolog Sci*. 2016;6(5):167-72. [Persian]
29. Bahrami E, Mazaheri MA, Hasanzadeh A. Effect of anger management education on mental health and aggression of prisoner women. *J Educ Health Prom*. 2016;5.
30. Zarshenas L, Baneshi M, Sharif F, Sarani EM. Anger management in substance abuse based on cognitive behavioral therapy: An interventional study. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):1-5.
31. Lök N, Bademli K, Canbaz M. The effects of anger management education on adolescents' manner of displaying anger and self-esteem: A randomized controlled trial. *Arch Psych Nurs*. 2018;32(1):75-81.
32. Alijanzadeh M, Makvand HS, Kianersi F. The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (Based on Skills Training) on Aggression in Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;6(3):23-33. [Persian]
33. Branco LD, Cotrena C, Ponsoni A, Salvador-Silva R, Vasconcellos SJ, Fonseca RP. Identification and perceived intensity of facial expressions of emotion in bipolar disorder and major depression. *Arch Clin Neuropsychol*. 2018;33(4):491-501.
34. Mneimne M, Fleeson W, Arnold EM, Furr RM. Differentiating the everyday emotion dynamics of borderline personality disorder from major depressive disorder and bipolar disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018;9(2):192-6.
35. Johnson SL, Carver CS. Emotion-relevant impulsivity predicts sustained anger and aggression after remission in bipolar I disorder. *J Affec Disord*. 2016;189:169-75.