

Effectiveness of Anger Management Training with Cognitive Behavioral Approach on quality of marital relationship and moral anxiety substance abuse men

M. Nasery Fadafan¹, S. Noohi^{2*} & H. Aghaei³

1. Ph.D. Student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

2*. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Abstract

Aim: This study aim was to determine effectiveness level of Anger Management Training with Cognitive Behavioral Approach on quality of marital relationship and moral anxiety among substance abuse men. **Method:** Research method was semi-experimental using pretest, posttest and quarterly follow up with control group and statistical population consisted of 300 males abusing Methadone maintenance treatment in Kasra addiction center in Shahrood city in 2017. Among them, 30 volunteers were selected using available sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Then Anger Management Training Program with Cognitive-Behavioral Approach Reilly & Shopshire, 2012, was performed for 12 sessions of 90 minutes once a week on experimental group. Research instruments was Kettle Personality Characteristics Questionnaire (1975) and Quality of Marital Relations Bassby, Kern, Larson & Kristensen (1995). Data were analyzed by repeated measure variance (MANOVA). **Results:** Results indicated that Anger Management has a significant effect on the quality of marital relationships ($F=44.38$, $P=0.001$) and moral anxiety ($F=27.1533$, $P=0.001$) among substance abuse men. Also, its effectiveness has remained stable over the course of the quarterly follow-up. **Conclusion:** Because the way to express the excitement of anger is acquired, therefore, anger management interventions can have a positive effect on the inhibition and how to express anger in marital relations and progressive muscle relaxation also reduce tension, worry and anxiety as well as the effect on the nervous system.

Key words: anger management, marital relationship, moral anxiety, substance abuse

Citation: Nasery Fadafan, M., Noohi, S., & Aghaei, H. (2018). Effectiveness of Anger Management Training with Cognitive Behavioral Approach on quality of marital relationship and moral anxiety substance abuse men. *Journal of Applied Psychology*, 12(1): 63-82.

Received: 14 September 2017
Accepted: 31 May 2018

Corresponding author:
Psynut.sh@iau_shahrood.ac.ir

اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی و اضطراب اخلاقی مردان سوء مصرف‌کننده مواد

ملکه ناصری فدافن^۱، شهناز نوحی^{۲*} و حکیمه آقایی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

چکیده

هدف: پژوهش تعیین اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی و اضطراب اخلاقی مردان سوء مصرف‌کننده مواد بود. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه و جامعه آماری ۳۰۰ مرد مصرف‌کننده مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مرکز ترک اعتیاد کسرای شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۶ بود. از بین آن‌ها ۳۰ مرد داوطلب از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین و سپس برنامه آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری ریلی و شاپشایر، ۲۰۱۲ در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار در مورد گروه آزمایش اجرا شد. ابزار پژوهش پرسشنامه ۱۶ عاملی شخصیت کتل، ابر و تاتسوکا (۱۹۷۵) و کیفیت روابط زناشویی باسی، کزن، لارسون و کریستنسن (۱۹۹۵) بود که در سه مرحله در مورد دو گروه اجرا و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش برنامه یادشده بر کیفیت روابط زناشویی ($F= ۴۴/۳۸$ ، $P= ۰/۰۰۱$) و اضطراب اخلاقی مردان مصرف‌کننده مواد مؤثر بوده ($F= ۲۷/۵۳۳$ ، $P= ۰/۰۰۱$) و این تأثیر در دوره پیگیری نیز پایدار مانده است. نتیجه‌گیری: از آنجا که نحوه ابراز هیجان خشم اکتسابی است؛ بنابراین مداخله‌های مدیریت خشم می‌تواند بر مهار و نحوه ابراز خشم تأثیر مثبتی در روابط زناشویی بگذارد و همراه با فراگیری روش‌های آرام‌سازی تدریجی عضلانی که بر دستگاه عصبی مؤثرند؛ تنش، نگرانی و اضطراب را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب اخلاقی، رابطه زناشویی، سوء مصرف مواد، مدیریت خشم

استناد به این مقاله: ناصری فدافن، ملکه، نوحی، شهناز، و آقایی، حکیمه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی و اضطراب اخلاقی مردان سوء مصرف‌کننده مواد. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۱) (پیاپی ۴۵): ۸۲-۶۳.

دریافت مقاله: ۹۶/۰۶/۳۳
پذیرش مقاله: ۹۷/۰۳/۱۰

نویسنده مسئول:
Psynut.sh@iau_shahrood.ac.ir

مقدمه

خانواده به‌عنوان نظامی با نقشی فرایندی، یکی از برجسته‌ترین منابع برای فهم پدیده‌های روان‌شناختی مانند خشم است (ابراهیمی، خسروی و صمیمی، ۱۳۹۶). وجود نارضایتی و ناسازگاری در خانواده به هر دلیلی می‌تواند زمینه ناکامی و خشم را پدید آورد و پیامدهایی نظیر سوء ظن، سوء استفاده عاطفی، خصومت و سرزنش را در پی داشته باشد. از سوی دیگر خشم نیز با فراهم نمودن زمینه رنجش و آزرده‌گی می‌تواند به بروز نارضایتی دامن بزند و این دور باطل ممکن است به وخامت شرایط، نارضایتی و خشم در خانواده بیفزاید (تفرشی، امیری مجد و جعفری، ۱۳۹۲).

خشم حالتی هیجانی و ذهنی است که با برانگیختگی جسمانی، تضاد شناختی و افکار ستیزه‌جویانه همراه (نواکو، ۲۰۱۰) و واکنشی است که در موقعیت‌های گوناگون نظیر ناکامی‌های واقعی یا خیالی، آسیب‌ها، تحقیرها یا بی‌عدالتی‌ها برانگیخته می‌شود و ممکن است به پاسخ‌های غیرارادی مانند افزایش فشارخون، ضربان قلب، تعریق و افزایش قند خون منجر شود (هیلند، واتس و فرای، ۲۰۱۶). در مورد خشم تعاریف متعددی از سوی فلاسفه و روان‌شناسان ارائه شده است؛ ولی در تمامی آن‌ها می‌توان دو نکته مشترک زیر را مشاهده کرد. اول آنکه عامل اصلی بروز خشم، تهدیدها و ناکامی‌ها و موانعی است که سر راه افراد قرار می‌گیرد و دوم آنکه هدف خشم اغلب دفاع، جنگ و تخریب است (درتاج، مصائبی و اسدزاده، ۱۳۸۸).

از طرفی پژوهش‌های متعدد در زمینه ارتباط خشم و پرخاشگری با مصرف و سوء مصرف مواد، نشان می‌دهد که مصرف مواد اغلب با خشم و خشونت همبودی دارد. بنابراین می‌توان گفت رفتارهای اعتیادی و سوء مصرف مواد، روش فرد معتاد برای رهاسازی خود از رنج خشم با بی‌حس کردن خودش از طریق مصرف مواد است (رسولی، ۱۳۹۰). افرادی که از سوء مصرف مواد رنج می‌برند؛ اغلب آشفتگی زناشویی بیشتری دارند (نعمتی، محمدی فر و خالدیان، ۱۳۹۶). مصرف مواد موجب آسیب‌پذیری فرد نسبت به برخی از اختلال‌های روانی نیز می‌شود که به خودی خود از عوامل مخرب در روابط زناشویی به‌شمار می‌رود. تأثیرات جسمانی، هیجانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد به شیوه‌های مختلفی همچون خشونت جنسی و جسمانی یا آزار کلامی بروز می‌کند و به تدریج موجب افزایش اختلال‌های روان‌شناختی زوج‌ها و تزلزل نظام خانواده می‌شود (ترنر، لاتکین، سونستین و تاندون، ۲۰۱۱).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند روابط عاطفی ضعیف بین اعضای خانواده، بی‌تفاوتی یا عدم نظارت والدین به کارهای فرزندان و اختلاف‌های خانوادگی از جمله عواملی هستند که در گرایش اعضای خانواده به اعتیاد مؤثرند (الهیاس، اوزیبی، الارابی، الکاشف، وانی گارات و همکاران، ۲۰۱۵). در خانواده‌های غیراعتیادی، مرزها بسیار واضح‌اند و هرکس به ایفای نقش خود در خانواده می‌پردازد. درحالی‌که در خانواده‌های دارای عضو معتاد همه چیز تغییر می‌کند و خانواده دچار آشفتگی می‌شود (غفاری،

۱۳۸۹). سوء مصرف کنندگان مواد در مقایسه با افراد عادی میزان تکانش‌گری بیشتری دارند و اغلب دست به تصمیم‌های تکانشی می‌زنند. یعنی به انتخاب‌هایی با هدف کسب منافع آنی، بدون در نظر گرفتن عواقب آن دست می‌زنند که آن‌ها را در برابر عود آسیب‌پذیرتر می‌کند (زانگ، شی، زوا، سان، ونگ، دیوید و لو، ۲۰۱۱، نقل از سپهری نسب و سهرابی، ۱۳۹۵). بررسی‌ها در زمینه رابطه تکانش‌گری و اختلال سوء مصرف مواد نشان می‌دهد رفتارهای تکانشی، به‌عنوان یکی از عوامل مستعدکننده و نیز عامل تداوم دهنده این اختلال در نظر گرفته شده است (دووا، سیلورستین و اسپیگا، ۲۰۱۱).

در طول ده‌ها سال درمان‌های مختلفی برای مهار خشم ارائه شده است که از بین آن‌ها نظریه شناختی بر اساس اتصال ضروری اجزای تفکر، احساس و رفتار پایه‌ریزی شده است. هدف از درمان و مداخله‌های مهار خشم، کاهش احساسات هیجانی و برانگیختگی جسمانی ناشی از خشم، افزایش آگاهی افراد نسبت به خشم و آموزش شیوه‌ها و راهبردهای مؤثر به‌منظور مهار آن است (صدقت، مرادی و احمدیان، ۱۳۹۳). در حقیقت مدیریت خشم در پی برداشتن خشم نیست؛ بلکه در پی تشویق نظارت خود به‌صورت شناختی، هیجانی و رفتاری است که از کاربردهای شیوه کنترل خود است. مقصود درمانگران افزایش آگاهی نسبت به علائم برانگیختگی اولیه خصمانه و آموزش فنون کنترل خود، به‌منظور کاهش احتمال رفتارهای پرخاشگرانه است (ریلی و شاپشایر^۲، ۱۳۹۵). مدیریت خشم روشی است که باعث افزایش خودآگاهی هیجانی انسان که سنگ زیر بنای هوش هیجانی است؛ می‌شود (خوش روش، خصاری لنگرودی و دولت‌علی‌زاده، ۱۳۹۵).

از سوی دیگر پژوهش‌های علت‌شناسانه نشان داده‌اند که اضطراب از پیامدهای سوء مصرف مواد است (گنجی، ۱۳۹۳)؛ بنابراین اضطراب عامل خطر شناخته شده در اعتیاد و آسیب‌پذیری به عود آن است (ساینها، ۲۰۰۹). همچنین مشخص شده است که افراد دارای اختلال اضطرابی یا خلقی بیشتر از جمعیت عمومی دچار اعتیاد می‌شوند (کلک و بلندی، ۲۰۰۸). بنابراین شرایط روان‌پزشکی از قبیل اختلال‌های اضطرابی، عامل خطرناک مهمی برای سوء استفاده دارویی، وابستگی و عود هستند (ساینها، فیوز، ایوبین و مالی، ۲۰۰۸).

از جمله روش‌های کاربردی کاهش اضطراب، آموزش آرام‌سازی پیشرونده عضلانی^۳ است. از آجا که رابطه متقابلی بین جسم و ذهن وجود دارد؛ آرام‌سازی یا انبساط، ضد فشار و انقباض عضلات و ابزاری برای افزایش آرامش در جسم و در نهایت آرامش ذهن است. آرام‌سازی به آسانی قابل یادگیری است و به فرد کمک می‌کند بینش جدید و عمیقی درباره بدن و اجزای آن به‌دست آورد

-
1. Zhang, Shi, Zhao, Sun, Wang, David & Lu
 2. Reilly & Shopshire
 3. Progressive Relaxation of the Muscles

(صافی، معین و سهامی، ۱۳۹۰). از این رو، با توجه به افزایش چشمگیر شمار افراد سوء مصرف‌کننده مواد و با توجه به اینکه اعتیاد خود زمینه ساز بروز خشم در افراد معتاد می‌شود که می‌تواند به روابط زناشویی این افراد آسیب وارد آورد و همچنین با اشاره به رابطه اعتیاد و اضطراب ناشی از آن، این پژوهش انجام شد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

۱. آیا آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی و اضطراب اخلاقی مردان سوء مصرف‌کننده مواد تأثیرگذار است؟

۲. آیا تأثیر آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی و اضطراب اخلاقی مردان سوء مصرف‌کننده در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند؟

روش

پژوهش حاضر از نظر ماهیت گردآوری داده‌ها جزء پژوهش‌های کمی و از نظر هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری ۳۰۰ مرد سوء مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در مرکز ترک اعتیاد کسرای شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۶ بودند. از بین آن‌ها ۳۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. به‌دلیل مراجعه هفتگی آزمودنی‌ها برای دریافت متادون در زمان مشخص به مرکز ترک اعتیاد و نیز هم‌زمانی برگزاری جلسه‌های این پژوهش با ساعت حضور آن‌ها در مرکز یادشده، آزمودنی‌ها افت نداشتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل مرد بودن، تأهل، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال، حداقل سطح تحصیلات دیپلم و معیارهای خروج شامل شرکت هم‌زمان در مداخله‌های درمانی دیگر و اختلال جسمانی و روانی بارز که مانع شرکت در جلسات شود؛ بود.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس کیفیت زناشویی**^۱. نسخه تجدید نظر شده ۱۴ گویه‌ای این مقیاس توسط باسی، کران، لارسن و کریستنسن (۱۹۹۵) ساخته شده که دارای ۳ خرده مقیاس در طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای از همیشه اختلاف داریم = ۰ تا توافق دائم داریم = ۵ است. خرده مقیاس توافق با سؤال‌های ۱ تا ۶، رضایت با سؤال‌های ۷ تا ۱۱ و انسجام با سؤال‌های ۱۲ تا ۱۴ سنجیده می‌شود و نمره‌های بالا نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. پایایی این مقیاس به‌شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه هولیست، کودی و میلر (۲۰۰۵) برای سه خرده مقیاس توافق، رضایت و انسجام به‌ترتیب برابر با

1. Marital Quality Scale (MQS)

۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ و در این پژوهش به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ و برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. پرسشنامه ۱۶ عاملی شخصیت کتل^۱. این پرسشنامه توسط کتل، ابر و تاتسوکا (۱۹۷۵) بر مبنای پژوهش‌های بنیادی در روان‌شناسی جهت فراهم آوردن کامل‌ترین پوشش شخصیت ممکن در یک زمان کوتاه تهیه شده و در پژوهش‌های بسیاری جهت ارزیابی و بررسی ویژگی‌های شخصیتی به کار رفته است. کتل و همکاران (۱۹۷۵) این پرسشنامه را با استفاده از فهرست صفات آلپورت و اودبرت^۲ که در سال ۱۹۳۶ بر اساس ادبیات روان‌شناسی و روان‌پزشکی تدوین شده و شامل ۴۵۰۵ صفت بود؛ تدوین کردند. در مرحله اول این صفت‌ها را به ۱۷۱ رگه محدود کردند و پس از محاسبه همبستگی متقابل این رگه‌ها را با استفاده از روش تحلیل عاملی به ۳۶ صفت تقلیل دادند. در نهایت پس از تحلیل عاملی مجدد ۱۶ عامل متمایز را تبیین و به عنوان پرسشنامه ۱۶ عاملی کتل مطرح کردند. این آزمون ۱۸۷ سؤال دارد که ۱۶ عامل شخصیت را می‌سنجد. کتل و همکاران (۱۹۷۵) برای هر یک از عوامل، دو سر طیف، یکی را برای نمره بالا و دیگری را برای نمره پایین در نظر گرفتند. در این پژوهش از عامل O این پرسشنامه برای اندازه‌گیری میزان اضطراب اخلاقی مردان متأهل سوء مصرف‌کننده مواده استفاده شد. اعتبار این پرسشنامه با چندین روش محاسبه شده که همگی نشان دهنده اعتبار بسیار بالای آن است. روایی این پرسشنامه توسط کتل و همکاران (۱۹۷۵) تأیید و بسیار بالا گزارش شده است. همچنین پژوهش‌های بین‌فرهنگی در اروپای غربی، اروپای شرقی، خاورمیانه و کانادا روایی آن را تأیید کرده‌اند (کتل و همکاران، ۱۹۷۵). برزگر (۱۳۷۵) نیز این پرسشنامه را در مورد ۹۱۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر پایه دوم و سوم دبیرستان‌های شیراز هنجاریابی و متوسط میزان ضریب اعتبار آن را با روش آزمون-آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته برابر ۰/۶۵ و با فاصله زمانی سه ماه برابر ۰/۵۲ و با روش همسانی درونی یعنی آلفای کرونباخ برابر ۰/۵۴ گزارش کرده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای عامل O برابر با ۰/۶۵ به دست آمد.

۳. برنامه درمانی مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری ویژه سوء مصرف‌کنندگان مواد^۳. این برنامه توسط ریلی و شاپشایر در سال ۲۰۱۲ برای استفاده پزشکان با مجوز در زمینه سوء مصرف مواد و خدمات سلامتی که با مراجعین سوء مصرف مواد کار می‌کنند؛ طراحی شده است (ریلی و شاپشایر، ۱۳۹۵). درمان مدیریت خشم باید به صورت گروهی ارائه شود. تعداد مطلوب

1. Cattell Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)

2. Alport & Odbert

1. Anger Management Program based on Cognitive-Behavioral Approach for Substance Abuser

شرکت‌کنندگان در هر گروه ۸ نفر است؛ ولی گروه‌ها می‌توانند در بازه ۵ تا ۱۰ نفر عضو داشته باشند. این توصیه دلایل متعددی دارد. اول آنکه، پشتیبانی تجربی صرف در تداخل رفتاری ادراکی وجود دارد. دوم آنکه، درمان گروهی کم هزینه‌تر و مفیدتر است و سوم آنکه، بازه بزرگ‌تری از امکانات و انعطاف را در ایفای نقش‌ها و فعالیت‌های تمرین رفتاری برای اعضاء فراهم می‌کند (یالوم، ۲۰۰۳). مشاورین و مددکاران اجتماعی باید آموزش‌هایی در مورد درمان شناختی رفتاری، گروه‌درمانی و درمان سوء مصرف مواد ببینند. اگرچه شکل گروهی برای مدیریت خشم پیشنهاد می‌شود؛ اما انجام به‌شکل منفرد توسط پزشکان نیز بلامانع است. پیشنهاد می‌شود شرکت‌کنندگان حداقل دو هفته قبل از ملحق شدن به گروه مدیریت خشم، از مواد و الکل دوری کرده باشند. اگر شرکت‌کننده‌ای در دوره فراگیری خود در گروه لغزشی داشت از گروه اخراج نمی‌شود. البته اگر او این لغزش‌ها را ادامه دهد و به شکست کامل برسد؛ شخص به درمانی شدیدتر معرفی و از او خواسته می‌شود تا دوره مدیریت خشم را دوباره بگذراند (ریلی و شاپشایر، ۱۳۹۵). در این پژوهش برنامه یادشده به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار در مورد گروه آزمایش به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. پس از خوش‌آمد گویی و بیان اهداف جلسه‌ها و مقررات جلسات گروهی، از حضور افراد در جلسه آموزش و نقش فعالی را که در سلامت و بهزیستی خود ایفا خواهند کرد قدردانی و پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. سپس گفته شد که شرکت مستمر در این جلسه‌ها می‌تواند علامت و یا نشانه‌های خشم آن‌ها را کاهش دهد و از اعضای گروه خواسته شد که انواع هیجان‌های خود را مثل غم، شادی، خشم شرح دهند و به‌علاوه بگویند در مواقع عصبانیت چه رفتارهایی را انجام می‌دهند. به آن‌ها آموزش داده و بیان شد که خشم را به‌صورت هیجانی طبیعی بنگرند و اینکه آگاه باشند که هدف از درمان‌های مدیریت خشم مهار خشم و نحوه ابراز آن است؛ نه سرکوب کردن خشم. تکالیف خانگی اعضاء نوشتن موقعیت‌های برانگیزاننده خشم‌شان در طول هفته و نیز نحوه واکنش به آن هنگام عصبانیت بود.

جلسه دوم. پس از بررسی تکالیف و گفتگو در مورد تجارب شرکت‌کنندگان، راجع به برانگیزاننده‌های خشم صحبت شد. به اعضای گروه آموزش داده شد که چگونه دور خشم خود را تحلیل کنند و به شناسایی وقایع و نشانه‌هایی که نشان دهنده افزایش خشم است؛ بپردازند. سپس چهار نشانه بدنی مانند تپش قلب، رفتاری مانند فریاد زدن، هیجانی مانند احساس ضایع شدن حقوق و شناختی مانند افکار در هنگام خشم که در مواقع خشمگین شدن در انسان اتفاق می‌افتد؛ تشریح و از اعضا درخواست شد که نشانه‌های خود را پیدا کنند. در پایان کاربرگ‌هایی به آن‌ها داده شد تا جلسه آینده رویدادهای برانگیزاننده خشم را در طول هفته یادداشت و چهار نشانه خشم خود را پیدا و در آن ثبت کنند.

جلسه سوم. در این جلسه راهکارهای رفتاری شناختی به اعضای گروه برای مهار خشم‌شان آموزش داده شد. طی این جلسات شرکت‌کنندگان آموخته بودند چگونه خشم خود را بررسی و رویدادهای برانگیزاننده خشم را شناسایی کنند. بنابراین به آن‌ها کمک شد تا خزانه‌ای از راهکارهای مدیریت خشم را ایجاد کنند. این خزانه و مجموعه راهکارها طرح مهار خشم نام دارد و شامل راهکارهای فوری و راهکارهای پیشگیرانه است. راهکارهای فوری را می‌توان در اوج لحظه‌ای که خشم به سرعت در حال افزایش است و راهکارهای پیشگیرانه را می‌توان برای اجتناب از افزایش خشم قبل از آنکه شروع شود؛ به کار برد. نکته مهم این بود که اعضا تشویق شدند که از راهکارهایی برای آن‌ها بهترین کاربرد را دارد؛ استفاده کنند. به اعضای گروه گفته شد بعضی از افراد بازسازی شناختی مثل به چالش طلبیدن خودگویی خصمانه یا عقاید غیرمنطقی را بسیار مؤثر یافته‌اند؛ دیگران ممکن است استفاده از راهکارهایی مثل محروم کردن یا توقف فکر را ترجیح دهند. نکته مهم این است که شما طرح‌های مهار خشم‌تان را فردی سازی و راهکارهایی را انتخاب کنید که با آن‌ها راحت هستید و به سهولت می‌توانید آن‌ها را به کار ببرید. همچنین فن درست تنفس عمیق جهت آرام‌سازی ذهن هنگام تجربه‌های خشم و استرس و جز آن به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. در پایان جلسه از شرکت‌کنندگان خواسته شد در طول هفته فهرستی از راهکارهای فوری و پیشگیرانه خشم را که در طول هفته برای مهار خشم خود از آن استفاده می‌کنند؛ ثبت کنند و در جلسه بعدی همراه خود بیاورند و نیز روش تنفس درست را در طول روز دو بار تمرین کنند.

جلسه چهارم. در این جلسه دور پرخاشگری و آرامش بخشی پیشرونده عضلانی معرفی و بیان شد که چگونه فرد وارد دور پرخاشگری می‌شود و دور پرخاشگری شامل افزایش تدریجی خشم، انفجار و پس از انفجار است. در ابتدا که رویداد برانگیزاننده خشم اتفاق می‌افتد و فرد به آن وقایع حساس است؛ وارد دور اول پرخاشگری می‌شود. دور دوم پرخاشگری شامل برون‌ریزی است و با برون‌ریزی یا تخلیه غیرقابل مهار خشم مشخص می‌شود که به صورت پرخاشگری کلامی یا جسمانی نشان داده می‌شود. مرحله آخر دور پرخاشگری، مرحله بعد از برون‌ریزی است که با پیامدهای منفی‌ایی مشخص می‌شود که در نتیجه بروز پرخاشگری کلامی یا جسمانی در طی مرحله برون‌ریزی است. این پیامدها ممکن است شامل زندان رفتن، تلافی کردن، پایان دادن به کار و جز آن شود. بیان شد که ممکن است شدت، فراوانی و طول مدت خشم در دور پرخاشگری در بین افراد متفاوت باشد. هدف از مدیریت خشم جلوگیری از ورود به دور دوم پرخاشگری و انفجار خشم است. آرامش بخشی پیشرونده عضلانی آموزش داده و بیان شد این هم فن دیگری است که در کاهش سطوح خشم مؤثر است. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد از روش دیگری از تمرین تنفس عمیق که در جلسه هفته گذشته معرفی شده بود و شامل تمرکز و تنفس عمیق و سفت کردن قدم به قدم عضلات و سپس شل کردن آن بود؛ استفاده کنند. در پایان از اعضا خواسته شد

که در طول هفته پیش رو، دور پرخاشگری خود را در زمان‌هایی را که دچار خشم می‌شوند و نیز راهکارهایی را که برای جلوگیری از ورود به مرحله انفجار خشم استفاده می‌کنند؛ یادداشت کنند و به جلسه بیاورند.

جلسه پنجم. در این جلسه الگوی A-B-C-D-E-F که شکلی از بازسازی شناختی است که نخستین بار توسط آلبرت آلیس ۱۹۷۳ معرفی شده است؛ آموزش داده و بیان شد A^۱ نشان دهنده واقعه فعال‌کننده است؛ همان چیزی که ما واقعه برانگیزاننده می‌نامیم. B^۲ معرف عقایدی است که افراد درباره واقعه فعال‌کننده دارند. C^۳ نشان دهنده پیامدهای هیجانی وقایع، یعنی احساساتی است که افراد در نتیجه تعبیر و تفسیر و باورهایشان درباره واقعه تجربه می‌کنند و نیز رفتارهایی است که به دنبال آن انجام می‌دهند. به اعضاء آموزش داده شد تا باورهای غیرمنطقی خود را شناسایی و با آن‌ها با رویکردهای منطقی‌تر و واقع‌گرایانه‌تر مجادله کنند که در الگوی آلیس D^۴ می‌نامیم که نشان دهنده مجادله یا مباحثه کردن است. E^۵ مجموعه‌ای از عقاید منطقی است که جایگزین عقاید غیرمنطقی فرد می‌شود. به این ترتیب F^۶ یا همان احساسات جدید، احساسات مناسب و نیرو بخشی است که به دنبال آن در فرد شکل می‌گیرد. سپس بیان شد اغلب بهتر است نظراتان را با مجادله کردن با باورهای تان و ایجاد گفتگو یا خودگویی درونی که منطقی‌تر و انطباقی‌تر است؛ تغییر دهید. در پایان این جلسه از اعضا خواسته شد که در موقعیت‌های برانگیزاننده خشم الگوی A-B-C-D-E-F را مرور و حداقل دو باور غیرمنطقی را و اینکه چگونه با این باورها مجادله کردند؛ ثبت کنند.

جلسه ششم. در این جلسه مفاهیم اساسی مدیریت خشم از جمله شناسایی خشم به‌عنوان یک هیجان طبیعی، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده خشم، استفاده از راهبردهای فوری مهار خشم، شناسایی نشانه‌های اصلی هنگام خشم، شناسایی افکار منطقی از غیرمنطقی و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی مرور و خلاصه شد و نیز توجه ویژه‌ای به روشن نمودن و تقویت کردن مفاهیمی مثل مقیاس خشم، نشانه‌های خشم، طرح مهار خشم، دور پرخاشگری و بازسازی شناختی شد. شرکت‌کنندگان تشویق و حمایت شدند که از طرح‌های مهار خشم و راهکارهای شناختی، رفتاری، فوری و پیشگیرانه استفاده کنند. در پایان از آن‌ها خواسته شد وقایعی که آن‌ها را خشمگین

1. Activating Event
2. Beliefs
3. Consequences
4. Disputing
5. Effective New Philosophy
6. Feeling

می‌کند، نشانه‌هایی که در ارتباط با رویداد برانگیزاننده خشم هستند و نیز راهبردهایی را که برای مدیریت خشم‌شان در پاسخ به رویداد استفاده کرده‌اند؛ شناسایی و ثبت کنند.

جلسه هفتم و هشتم. در این دو جلسه ابراز وجود، پرخاشگری، انفعال و الگوی حل تعارض آموزش داده شد. تعاریف ابراز وجود، پرخاشگری، انفعال مرور و الگوی حل تعارض معرفی و بیان شد که الگوی حل تعارض شیوه ابراز وجود برای حل تعارض با دیگران و شامل مجموعه گام‌هایی برای حل مشکل است و زمانی که به‌دقت دنبال شود؛ نیروی افزایش تدریجی خشم را به حداقل می‌رساند. سپس اعضای گروه به تمرین بازی نقش با استفاده از الگوی حل تعارض پرداختند تا بتوانند در شرایط زندگی واقعی از آن استفاده کنند. همچنین تأکید شد پاسخ‌های ابراز وجود چه پرخاشگرانه و چه منفعلانه، رفتارهایی هستند که یاد گرفته شده‌اند و صفات غیرقابل تغییر و ذاتی نیستند. هدف این دو جلسه این بود که اعضاء بیاموزند چگونه الگوی حل تعارض را برای ایجاد پاسخ‌های ابراز وجود به جای پاسخ‌های پرخاشگرانه و منفعلانه به کار ببرند. به‌عنوان تکلیف خانگی از اعضا خواسته شد راهبردهایی که برای مدیریت خشم‌شان در پاسخ به رویداد استفاده کرده‌اند؛ شناسایی و ثبت کنند و راهبردهای جرات‌ورزی، پرخاشگری و انفعال را مرور کنند.

جلسه نهم و دهم. در این جلسه‌ها از اعضای گروه خواسته شد تا توجه کنند که چگونه تعامل‌های گذشته می‌تواند بر رفتار، افکار، احساسات، نگرش‌های فعلی و شیوه تعاملی آن‌ها به‌عنوان بزرگسال اثرگذار باشد. برای درک بهتر اعضای گروه از اینکه آیا این شیوه ابراز خشم را از خانواده خود و تعامل‌های گذشته الگوبرداری کرده‌اند یا خیر؛ سؤال‌هایی از آن‌ها پرسیده شد به‌عنوان مثال سؤال شد؛ در زمان کودکی خشم در خانواده شما چگونه ابراز می‌شد؟ پدر شما چگونه خشم خود را ابراز می‌کرد؟ مادر شما چگونه خشم خود را ابراز می‌کرد؟ هیجان‌های دیگر از قبیل شادی و غم در خانواده شما چگونه ابراز می‌شدند؟ چگونه و توسط چه کسی تنبیه می‌شدید؟ شما در خانواده خود آیا نقش قهرمان، نجات‌دهنده، قربانی و یا چه نقشی را ایفا می‌کردید؟ هدف از طرح این مجموعه سؤال‌ها کمک به آن‌ها بود که درک کنند چگونه یادگیری‌های گذشته می‌تواند در ارتباط با الگوهای فعلی رفتار باشد. همچنین بیان شد که مباحث خانواده ممکن است خاطرات دردناک و مشکلاتی را ایجاد کند که به‌طور بالقوه ماشه چکان اضطراب، افسردگی یا بازگشت و عود اعتیاد شما به مصرف مواد یا الکل باشد. بنابراین حائز اهمیت است که شما بدانید نیازی به پاسخ دادن به هر سؤالی که احساس می‌کنید با پاسخ دادن به آن، از نظر عاطفی درهم شکسته می‌شوید یا به فکر فرو می‌روید؛ ندارید. بلکه می‌توانید اینها و مباحث دیگر را با درمانگر گروه یا درمانگر شخصی خود در میان بگذارید و پیگیری کنید. در پایان از اعضای گروه خواسته شد تا علاوه بر یادداشت رویدادهای برانگیزاننده خشم خود، راه‌های مقابله با آن را بنویسند و نیز در مقابل هر رویداد بنویسند که فکر می‌کنند این شیوه مقابله با خشم را از کدام عضو خانواده الگوبرداری کرده‌اند.

جلسه یازدهم. در این جلسه مفاهیم اساسی مدیریت خشم که پیشتر معرفی شده بود؛ مرور و خلاصه شد. همچنین توجه ویژه‌ای به روشن نمودن و تقویت کردن مفاهیمی چون مقیاس خشم، نشانه‌های خشم، طرح مهار خشم، دور پرخاشگری، بازسازی شناختی و حل تعارض شد. تمرین‌هایی برای تشویق شرکت‌کنندگان جهت ایجاد طرح‌های مهار خشم و متعادل کردن راهکارهای شناختی، رفتاری، فوری و پیشگیرانه انجام شد. در انتهای جلسه از اعضای گروه خواسته شد که نحوه ابراز خشم خود را قبل از آموزش تا به امروز مرور کنند و بنویسند چه تغییراتی کرده‌اند و از چه راهبردهایی بیشتر استفاده می‌کنند.

جلسه دوازدهم. در این جلسه آخر، اعضای گروه طرح‌های مهار خشم خود را مرور و عناصر درمان را از نظر مفید بودن و آشنایی درجه بندی کردند و تمرین نهایی را انجام دادند. هریک از طرح‌های مهار خشم را برای متعادل کردن راهکارهای رفتاری، شناختی، فوری و پیشگیرانه مرور کردند. به شرکت‌کنندگان توصیه شد اگر لازم است به یکدیگر بازخوردهای درست بدهند؛ اعضای گروه را برای کامل کردن درمان مدیریت خشم تشویق کنند و به تمرین‌ها ادامه دهند. در پایان نیز از تغییرات اعضای گروه نسبت به شرکت در جلسه‌ها پرسش شد و با قدردانی از همکاری آن‌ها جلسه‌های آموزش مدیریت خشم خاتمه یافت و پس‌آزمون اجرا شد.

شیوه اجرا. نخست از مدیریت مرکز ترک اعتیاد کسری شهرستان شاهرود درخواست شد از ۳۰ نفر از سوء مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد دعوت به‌عمل آورد. سپس از افراد حاضر ثبت نام به‌عمل آمد و اطلاعات جمعیت شناختی آن‌ها ثبت و اطلاعات اولیه بیان شد. سپس به آن‌ها درباره قوانین شرکت در گروه و موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد و بعد برگه رضایت نامه بین شرکت‌کنندگان در گروه توزیع و آزمون‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون اجرا و در قالب یک پرونده نتایج اولیه هر ۳۰ آزمودنی ثبت شد. جلسه‌های آموزش، به‌صورت گروهی سه‌شنبه‌ها در اتاق گروه درمانی مرکز ترک اعتیاد کسری برگزار شد. در جلسه آخر دوباره آزمون‌ها در مورد گروه آزمایش و گواه به‌عنوان پس‌آزمون و پس از سه ماه، به‌عنوان آزمون پیگیری اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی گروه گواه پس از پایان پژوهش، در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه آموزشی این پژوهش را در مرکز ترک اعتیاد کسری دریافت کردند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲۹/۱۳ و ۴/۷۲ و در گروه گواه ۳۲/۶۶ و ۵/۱۲ بود. در گروه آزمایش ۱۳ نفر مدرک دیپلم (۸۶ درصد)، ۲ نفر لیسانس (۱۴ درصد) و در گروه گواه ۱۴ نفر دیپلم (۹۳ درصد) و ۱ نفر لیسانس (۷ درصد) داشتند. در گروه آزمایش ۲ نفر در وضعیت اقتصادی خوب (۱۴ درصد)، ۸ نفر در وضعیت اقتصادی متوسط (۵۳ درصد) و ۵ نفر در وضعیت اقتصادی ضعیف (۳۴ درصد) و در گروه گواه ۱ نفر در وضعیت اقتصادی خوب (۷ درصد)، ۱۰ نفر در وضعیت اقتصادی متوسط (۶۷ درصد) و ۴ نفر در وضعیت اقتصادی ضعیف (۲۶ درصد) قرار داشتند. در گروه آزمایش ۵ نفر کارگر (۳۴ درصد)، ۲ نفر فروشنده (۱۴ درصد)، ۴ نفر راننده (۲۷ درصد) و ۴ نفر بیکار (۲۷ درصد) و در گروه گواه ۳ نفر کارگر (۳۰ درصد)، ۲ نفر جوشکار (۱۴ درصد)، ۴ نفر راننده (۲۷ درصد) و ۶ نفر بیکار (۴۰ درصد) بودند. در گروه آزمایش ۶ نفر با سابقه یک بار ترک (۴۰ درصد)، ۳ نفر با سابقه دو بار (۲۰ درصد)، ۲ نفر با سابقه سه بار (۱۴ درصد) و ۴ نفر با سابقه چهار بار ترک (۲۷ درصد) و در گروه گواه ۵ نفر با سابقه یک بار ترک (۳۴ درصد)، ۱ نفر با سابقه دو بار (۷ درصد)، ۵ نفر با سابقه سه بار (۳۴ درصد) و ۴ نفر با سابقه چهار بار ترک (۲۷ درصد) بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

گروه	متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱	اضطراب اخلاقی	۵	۰/۹۱	۴/۰۳	۱/۲۷۳	۳/۹
	کل کیفیت زناشویی	۴۷/۲۷	۷/۲۳	۵۳/۵۱	۷/۴۵	۵۰/۵
	رضایت	۱۵/۱۳	۵/۴۰۶	۱۷/۸	۴/۵۷۴	۱۷/۵۷
	توافق	۲۲/۷۷	۳/۲۵۸	۲۴/۶۳	۳/۳۱۶	۲۴/۵۳
۲	انسجام	۱۰/۴۷	۱/۵۳	۱۰/۹۷	۱/۷۹	۱۰/۹۳
	اضطراب اخلاقی	۴/۹	۰/۹۲۶	۴/۸	۱/۲۰۷	۴/۵۳
	کل کیفیت زناشویی	۴۸/۵۳	۶/۵۸	۴۷/۳۱	۷/۰۷	۴۸/۳۳
	رضایت	۱۶	۴/۶۹	۱۷/۶۷	۴/۶۵۵	۱۷/۴۷
	توافق	۲۲/۵۳	۳/۳۹۹	۲۲/۲	۳/۶۸	۲۱/۶
	انسجام	۱۰	۱/۷۷۳	۱۰/۲	۱/۶۵۶	۱۰/۳۱

جدول ۱ حاکی از افزایش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در متغیرهای اضطراب اخلاقی، کیفیت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های رضایت و توافق در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۲. آزمون کولموگراف-اسمیرنف جهت بررسی توزیع طبیعی نمره‌ها

متغیر	آزمون	کولموگراف-اسمیرنف	معناداری
اضطراب اخلاقی	پیش آزمون	۰/۵۲۸	۰/۱۸۱
	پس آزمون	۰/۰۲۸	۰/۲۳۲
	پیگیری	۱/۲۷۸	۰/۱۶۶۰
کل کیفیت زناشویی	پیش آزمون	۱/۰۹۵	۰/۱۶۶۰
	پس آزمون	۱/۴۶۱	۰/۹۹۹
	پیگیری	۱/۰۹۵	۰/۳۵۱
رضایت	پیش آزمون	۰/۷۳۰	۰/۹۲۵
	پس آزمون	۰/۷۳	۰/۲۵۴
	پیگیری	۰/۷۳	۰/۲۳
توافق	پیش آزمون	۰/۳۶۵	۰/۹۸۶
	پس آزمون	۱/۴۶۱	۰/۸۷۲
	پیگیری	۱/۶۴۳	۰/۱۴۸
انسجام	پیش آزمون	۰/۵۴۸	۰/۷۵۶
	پس آزمون	۱/۲۷۸	۰/۲۵۴
	پیگیری	۱/۲۷۸	۰/۹۳۳

در جدول ۲ نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف معنی‌دار نیست بنابراین می‌توان گفت که مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها در متغیرهای پژوهش برقرار است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین و موخلی برای نمره‌های متغیرها در گروه آزمایش و گواه

	معناداری	F لوین	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	
	۰/۳۵۲	۲/۶۷	۷۱۰۳/۹۳	۶	
موخلی					
۱/۱۲	۰/۱۶۶۱	۰/۰۵۳	۲/۱۲۰	۴۷۸۷/۴۵	۶
۲/۲۱۳	۰/۵۶	۰/۳۵۲	۲/۶۷	۷۱۰۳/۹۳	۶
۰/۶۵۵	۰/۴۰۷	۰/۱۱۹	۱/۶۸۸	۵۶۸۰/۳۰۲	۶
۰/۷۴۹	۰/۵۳۱	۰/۰۶۱	۲/۷۱۳	۵۶۸۰/۳۰۲	۶
۰/۴۱۵	۰/۴۴۷	۰/۲۱۶	۱/۳۸۶	۶۷۳۲/۳۴	۶

* $P < 0.01$ ** $P < 0.05$

در جدول ۳ نتایج آزمون لوین نشان دهنده برقراری همگنی واریانس خطا در دو گروه و نتایج آزمون ام. باکس بیانگر همگنی ماتریس‌های واریانس/کوارینانس است. مقدار آزمون کرویت موخلی معنی‌دار نیست؛ بنابراین فرض مبنی بر هم‌خوانی ماتریس کوارینانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تأیید می‌شود. لذا می‌توان کرویت ماتریس کوارینانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر برای نمره‌های متغیرها در دو گروه

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجذور اتا
اضطراب	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۱۲/۲۵*	۱ و ۲۸	۰/۳۱۲
اخلاقی	گواه (مقایسه درون گروهی)	۲/۳۱۸	۱ و ۲۸	-
کل کیفیت	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۹/۷۱۹*	۱ و ۲۸	۰/۲۵۸
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۱۹/۶۳۷*	۱ و ۲۸	۰/۳۵۶
زناشویی	گواه (مقایسه درون گروهی)	۱/۳۶۶	۱ و ۲۸	-
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۲۰/۹۹۲*	۱ و ۲۸	۰/۴۲۸
رضایت	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۱۱/۴۴۱**	۱ و ۲۸	۰/۱۲۰
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۷/۹۷	۱ و ۲۸	-
توافق	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۱۷/۹۴۱*	۱ و ۲۸	۰/۱۹
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۲۵/۰۲**	۱ و ۲۸	۰/۳۸۴
انسجام	گواه (مقایسه درون گروهی)	۰/۵۱۲	۱ و ۲۸	-
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۱۰/۳۳۲*	۱ و ۲۸	۰/۲۷
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۱۳/۰۸	۱ و ۲۸	۰/۰۹
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۱/۷۸	۱ و ۲۸	-
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۱/۶۹۷	۱ و ۲۸	۰/۰۶

* $P < 0.01$ ** $P < 0.05$

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های اضطراب اخلاقی در گروه آزمایش در سه مرحله ($P = 0.023$) و بین گروه‌های آزمایش و گواه ($P = 0.033$) معنی دار است؛ اما در گروه گواه معنی دار نیست ($P = 0.15$). با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۲۵ درصد است. تفاوت میانگین نمره‌های کیفیت رابطه زناشویی در سه مرحله در گروه آزمایش ($P = 0.113$) و بین گروه‌های آزمایش و گواه معنی دار است ($P = 0.046$)؛ اما در گروه گواه معنی دار نیست ($P = 0.262$). با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۴۲ درصد است. تفاوت میانگین نمره‌های رضایت زناشویی سه مرحله در گروه آزمایش ($P = 0.003$) و بین گروه‌های آزمایش و گواه ($P = 0.037$) معنی دار است؛ اما در گروه گواه معنی دار نیست ($P = 0.203$). با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۱۹ درصد است. مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های توافق در سه مرحله در گروه آزمایش ($P = 0.001$) و بین گروه‌های آزمایش و گواه ($P = 0.019$) معنی دار است؛ اما در گروه گواه معنی دار نیست ($P = 0.192$). با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۲۷ درصد است. بنابراین می‌توان گفت آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر اضطراب اخلاقی، کیفیت رابطه زناشویی، رضایت زناشویی و توافق مردان سوء مصرف کننده مواد اثر داشته و آن را کاهش داده است. مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های انسجام، بین گروه‌های آزمایش و گواه ($P = 0.14$) و تفاوت میانگین نمره‌ها در سه مرحله در گروه

آزمایش معنی‌دار نیست ($P=0/46$). بنابراین می‌توان گفت آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر انسجام زناشویی مردان سوء مصرف کننده مواد اثر نداشته است.

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین نمره‌های متغیرها

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۷۳۳*	۰/۲۲۸	۰/۳۰۷
	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۳۴*	۰/۲۲۲	۰/۲۲۸
اخلاقی	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۲۳۲	۰/۰۸۷	۰/۰۹
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۸/۷۳۳**	۱/۱	۰/۱۳
کل کیفیت	پیش‌آزمون-پیگیری	۷*	۰/۹	۰/۰۸۷
	پس‌آزمون-پیگیری	۲/۴	۰/۱۲	۰/۱۴
زناشویی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳/۶۶۷**	۰/۸۵۴	۰/۱۱۷
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۳۴*	۰/۹۴	۰/۳۲
رضایت	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۶۵۱	۰/۲۰۶	۰/۲۹
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۱۳۳*	۰/۶۱۶	۰/۱۶
توافق	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۵۳*	۰/۴۵۹	۱/۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۱/۵	۰/۲۷۳	۰/۹
انسجام	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۶۶۷	۰/۰۹	۰/۱۳
	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۷۴۹	۰/۱۰۱	۰/۰۷۵
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۶۹۹	۰/۰۹	۰/۱۸

* $P<0/01$ ** $P<0/05$

جدول ۵ نشان دهنده تفاوت معنی‌دار میانگین نمره‌های اضطراب اخلاقی ($P=0/032$)، کیفیت زناشویی ($P=0/008$)، رضایت زناشویی ($P=0/002$) و توافق زناشویی ($P=0/023$) در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در گروه آزمایش است. که حاکی از ماندگاری اثر آموزش بر متغیرهای یادشده است. در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های جفتی معنی‌دار نیست ($P=0/1$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر اضطراب اخلاقی و کیفیت زناشویی مردان سوء مصرف کننده مواد مؤثر است. این نتایج با یافته‌های پژوهشگران دیگر همسو است. به‌عنوان مثال تفرشی، امیری مجد و جعفری (۱۳۹۲) نشان دادند آموزش مهارت‌های مدیریت خشم در کاهش خشونت خانوادگی و بهبود رضایت زناشویی مؤثر است. منتظرالمهدی (۱۳۹۴) در پژوهش خود دریافت فراگیری مهارت‌های مهار خشم در زنان و مردان بر کاهش عصبانیت، امنیت روانی و رضایت زناشویی زوج‌های جوان تأثیر دارد. گرین (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان داد که فراگیری مهارت‌های مهار خشم به‌طور معنی‌داری تنش و تعارض زندگی

زناشویی را کاهش می‌دهد. سهرابی، کرمی، براتی و خاکباز (۱۳۹۳) نشان دادند درمان شناختی رفتاری گروهی مدیریت خشم بر مبنای الگوی ریلی و شاپشایر ۲۰۱۲، موجب کاهش پرخاشگری و ارتقای رضایت زناشویی افراد دچار سوء مصرف مواد می‌شود. کریمی، همتی ثابت، احمدپناه و محمدیگی (۱۳۹۲) نشان دادند آموزش گروهی مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی موجب کاهش پرخاشگری معتادان به حشیش در زندان و همچنین کاهش میزان اضطراب آن‌ها می‌شود. حسونند عموزاده و حسونند عموزاده (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مدیریت خشم مهارت‌های خود نظم بخشی را افزایش و اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد.

در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد با آموزش مهارت‌هایی چون مدیریت خشم، مهارت‌های ارتباطی، حل مساله و شیوه‌های درست مقابله با خشونت و نیز الگوهای شناختی رفتاری سازنده‌ای مانند توانایی ایجاد ارتباط کلامی مؤثر، مهارت‌تکانه‌ها، توانایی تغییر تکانه‌های پرخاشگرانه به رفتارهای ملایم‌تر در آزمودنی‌های گروه آزمایش از طریق شناسایی موقعیت و محیط جهت جایگزینی پیامدهای مثبت‌تر و مطلوب‌تر به جای رفتارهای غیرپرخاشگرانه تقویت شد. افزون بر این، از آنجا که کاهش رفتار خشونت آمیز به مطلوب شدن الگوهای ارتباطی کمک می‌کند؛ شرایط برای ایجاد ارتباط بین همسران و بروز احساسات و عواطف بین آن‌ها نیز تسهیل شد و همسران تشویق شدند برای شکل دادن الگوهای رفتاری جدید باهم و به‌طور مشترک تصمیم‌گیری کنند. از سوی دیگر، می‌توان گفت که واکنش‌های خشم آلود، ممکن است بخشی از شیوه آموخته شده برای کنار آمدن با تقاضاهای زندگی، همچون فشارهای کاری یا مشکلات خانوادگی باشد و یکی از دلایل عدم همراهی و همکاری زوجها در زندگی مشترک ممکن است وجود تعارض‌های حل نشده و خشم درون‌ریزی شده‌ای باشد که اغلب به‌صورت عدم همراهی، کارشکنی، واکنش‌های منفعل پرخاشگرانه و خصومت بروز می‌کند. این عوامل سبب می‌شود زوجها توافق و همکاری مناسبی با یکدیگر نداشته باشند. در این پژوهش آموزش مهارت‌های مدیریت خشم به این زوجها کمک کرد که به‌جای ابراز واکنش‌های خشونت آمیز از روش‌های مفید و کارآمدتری برای حل تعارضات خود استفاده کنند و کیفیت روابط زناشویی خویش را ارتقاء دهند.

همچنین اگر زوجها نتوانند بر مسائل و مشکلات خود در زندگی زناشویی غالب آیند؛ روابط جنسی آن‌ها نیز از آسیب در امان نخواهد بود. دستور دادن، تهدید کردن، تحقیر کردن و نظایر آن، جزء تعامل‌های تعارض آفرین به‌شمار می‌رود. در واقع، هدف از آموزش مهارت مدیریت خشم، رفع موانع برای رسیدن به صمیمیت است. حتی موانع عادی و معمول در رابطه، به‌دلیل سطح پایین مهارت‌های ارتباطی زوجها به موانعی جدی تبدیل می‌شود و با توجه به پوشیده و ممنوع بودن ابراز مشکلات جنسی زوجها، این مشکلات به‌صورت‌های مبدل در دیگر ابعاد زندگی بروز پیدا می‌کند. لذا آموزش مهارت‌های مدیریت خشم در این پژوهش توانست از بروز مشکلات در رابطه

بین فردی زوج‌ها پیشگیری و یا در صورت بروز مشکل به آن‌ها کمک کند تا بر آن مشکل فائق آیند.

در تبیین کاهش اضطراب اخلاقی در آموزش مدیریت خشم می‌توان گفت نمره بالا عامل O در پرسشنامه ۱۶ عاملی کتل، نشان دهنده اضطراب توأم با بی‌اعتمادی، بدگمانی، غمگینی و روان-آزردگی است و با نازرنده‌سازی خود و حالت‌های گذرای افسردگی در ارتباط است. تغییرات این عامل در گروه آزمایش این پژوهش، به معنای افزایش اعتماد توأم با آرامش، آسودگی خاطر، کاهش حساسیت، سوء ظن و آزردگی است. در این آموزش افراد نسبت به شیوه‌های درست ابراز وجود و مدیریت خشم آگاهی یافتند و این آگاهی موجب شد که افراد در مواجهه با مشکلات، شیوه‌های ابراز وجود را جایگزین پرخاشگری و رفتارهای تکانشی کنند. در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند استفاده از شیوه‌های آرمیدگی می‌تواند تا حد زیادی خشم و احساس بیقراری ناشی از اضطراب در سوء مصرف کنندگان مواد را کاهش دهد (هیدز، کارول، کاتانیا، کاتان، باکر، اسکافیدی و لوبمن، ۲۰۱۰).

در این پژوهش با آموزش‌های آرام‌سازی عضلانی، سوء مصرف‌کنندگان آموختند هنگام مواجهه با اضطراب از تمرین‌های آرمیدگی همراه با ایجاد تصویر آرامش بخش استفاده کنند. از آنجا که تمرین آرمیدگی به تغییرات جسمانی منجر می‌شود که از ویژگی‌های عملکرد یکپارچه هیپوتالامیکی است؛ این تغییرات باعث کاهش فعالیت دستگاه عصبی سمپاتیک و همچنین کاهش تولید هورمون‌های اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین شدند و توانستند علائم اضطراب به‌ویژه علائم جسمانی آن را در آزمودنی‌های این پژوهش کاهش دهند.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر افزایش احساس تسلط افراد گروه آزمایش ر محیط بود. ۸۰ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش، کاهش تنش‌های خانوادگی خود را اعلام کردند و بر این باور بودند که تعامل آن‌ها با اعضای خانواده مؤثرتر و مفیدتر شده و میزان ناراضی‌تی آن‌ها کاهش یافته است و اکنون حاضرند خود را بدون قید و شرط بپذیرند. به‌نظر می‌رسد آموزش‌هایی مانند مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری اگر با مهارت‌های آرام‌سازی تدریجی عضلانی همراه شوند؛ بهتر و بیشتر می‌توانند کمک‌های بنیادینی به مراجعان مراکز خدمات بالینی و مشاوره‌ای ارائه و از بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی آن‌ها مانند طلاق پیشگیری کنند.

برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه به کسانی بود که برای دریافت خدمات به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند کسانی که داوطلب دریافت این خدمات نیستند و گروه بیماران بستری در بیمارستان‌ها و جز آن باید با احتیاط صورت گیرد. محدود بودن پژوهش به مردان در گروه نمونه، تعمیم یافته‌ها را برای گروه زنان با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین با توجه به اینکه جامعه مورد مطالعه افراد سوء مصرف‌کننده

مواد بودند؛ ویژگی‌های شخصیتی خاص این افراد نظیر وابسته بودن، نقض قوانین، انگیزه کم و جز آن می‌تواند روند اجرای کار را تا حدودی با مشکلاتی مواجه سازد. بنابراین با توجه به محدودیت‌های پژوهش و برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مدیریت خشم در مراکز دیگری مانند بیمارستان‌ها، خانه‌های بهداشت و درمانگاه‌ها و همچنین بر روی گروه زنان نیز اجرا شود. همچنین کنترل متغیرهای مزاحم مانند ایجاد انگیزه برای سوء مصرف‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش می‌تواند در جهت بهبود پژوهش‌های بعدی موثر باشد.

سپاسگزاری

از شرکت‌کنندگان پژوهش و همچنین کارکنان مرکز ترک اعتیاد کسرای شهرستان شاهرود که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند؛ قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد شاهرود است.

منابع

ابراهیمی، نوشین، خسروی، صدراله، و صمیمی، رضا. (۱۳۹۶). برآورد واریانس خشم و طرحواره‌های ناسازگار دانشجویان با الگوهای ارتباط خانواده، آسیب‌شناسی. *مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۳(۵): ۴۱-۵۶.

برزگر، مجید. (۱۳۷۵). *هنجارهایی پرسشنامه ۱۶ عاملی شخصیت کتل در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شیراز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی.

تفرشی، مدیا، امیری مجد، مجتبی، و جعفری، اصغر. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم در کاهش خشونت خانوادگی و بهبود رضایت زناشویی، *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۹(۳): ۲۹۹-۳۱۰. حسنوند عموزاده، مهدی، حسنوند عموزاده، مسعود. (۱۳۹۲). آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های خودنظم‌دهی خشم در پسران مضطرب اجتماعی شهرستان دره شهر. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۵۴(۴): ۸۳-۷۳.

خوش روش، وحید، خصاری لنگرودی، مه‌ری، و دولت علی‌زاده، زهرا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم و آرام‌سازی عضلانی در کاهش خشم و فشارخون بیماران کرونری قلبی. *پژوهش ملل*، ۱۳(۲): ۱۴۲-۱۲۷.

درتاج، فریبرز، مصائبی، اسدالله، و اسدزاده، حسن. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش مدیریت خشم بر پرخاشگری و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پسر ۱۵-۱۲ ساله. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۴): ۷۲-۶۲.

رسولی، فاطمه. (۱۳۹۰). نقش آموزش کنترل خشم در مقاوم‌سازی نوجوانان در برابر اعتیاد و سوء مصرف مواد، *فصلنامه نظم و امنیت نظامی*، ۲(۴): ۱۱۱-۸۹.

ریلی، ام. پاتریک، و شاپشایر، مایکل. (۱۳۹۵). *راهنمای شناختی رفتاری برای سوء مصرف مواد و مشتریان بهداشت روان*. ترجمه شهناز نوحی. تهران، انتشارات رشد فرهنگ. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۲).

سپهری نسب، زهرا، و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۵). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان شناختی و تکانشگری معتادان. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۱۰(۱): ۱۹-۱. سهرابی، فرامرز، کرمی، حوریه، براتی، فریده، و خاکباز، حمید. (۱۳۹۳). 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. *پژوهش‌های نوین روان شناختی*، ۹(۳۵): ۹۹-۱۱۶. صافی، زهرا، معین، لادن، و سهامی، سوسن. (۱۳۹۰). تأثیر درمان آرام سازی پیش رونده عضلانی بر سطح کیفیت زندگی زنان دچار بیماری تصلب چندگانه، *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۵(۳): ۸۴-۷۱.

صداقت، سمیره، مرادی، امید، و احمدیان، حمزه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری کنترل خشم بر پرخاشگری دانش آموزان دختر پرخاشگر. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۴(۴): ۲۲۰-۲۱۵.

غفاری، فاطمه. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش خانواده با استفاده از تئوری سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های داری فرزند معتاد. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۶(۲): ۲۳۹-۲۲۷. کریمی، حمزه، همتی ثابت، اکبر، احمدپناه، محمد، و محمدیگی، حمید. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری معتادان به حشیش زندان همدان. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲): ۱۳۸-۱۲۹.

گنجی، مهدی. (۱۳۹۳). *آسیب شناسی روانی DSM-5*. تهران: انتشارات ساوالان. منتظرالمهدی، سعید. (۱۳۹۴). تأثیر فراگیری مهارت‌های کنترل خشم بر کاهش عصبانیت، امنیت روانی، رضایت زناشویی و نشاط زوج‌های جوان، *مطالعات امنیت اجتماعی*، ۲(۴۴): ۲۱-۳۶. نعمتی، فاطمه، محمدی‌فر، محمدعلی، و خالدیان، محمد. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی افراد معتاد، *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد*، ۴۳(۱): ۳۰-۱۱.

Alhyas, L., Al Ozaibi, N., Elarabi, H., El-Kashef, A., Wanigaratne, S., Almarzouqi, A., Alhosani, A & Al Ghaferi, H. (2015). Adolescents perception of substance use and factors influencing its use: a qualitative study in Abu Dhabi. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 6(2), 1-12

Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H., & Christensen, C. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(1): 289-308.

- Cattell, R.B. Eber, H.W. & Tatsuoka, M.M. (1975). *Handbook for the sixteen personality factor questionnaire*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Cleck, J. N., & Blendy, J. A. (2008). Making a bad thing worse: Adverse effects of stress on drug addiction. *The Journal of Clinical Investigation*, 118(2): 454- 461.
- Duva. S. M., Silverstein, S. M., & Spiga, R. (2011). Impulsivity and risk-taking in co-occurring psychotic disorders and substance abuse. *Psychiatry Research*. 186(4): 351-355.
- Green, S. (2014). Marital conflicts and anger management. *Journal of Psychology*, 12(3): 201-213.
- Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S. M., Baker, A., Scaffidi, A., & Lubman, D. I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behavior therapy (CBT) treatment program for co- occurring depression and substance misuse in young people. *Journal of Affective Disorder*, 6(1): 169-174.
- Hollist. C. S., Coody. S., & Miller, R. B. (2005). Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family Relations*, 54(1): 46-58.
- Hyland S, Watts J, Fry M. (2016). Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses perceptions of this challenging behaviour: A multimethod study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(3): 143-148.
- Novaco, R. (2010). *Anger as a risk factor violence among the mentally disorders*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Sinha, R. (2009). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Current Psychiatry Reports*, 11(1): 105-130.
- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, I. R., & Malley, S., S. (2008). Psychological stress drug-related cues, and cocaine crack. *Psychopharmacology*, 15(2): 140-148.
- Turner, A. K., Latkin, C., Sonenstein, F., & Tandon, S.D. (2011). Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among African-American out of school youth, *Drug Alcohol Depend*, 115(2): 67-73
- Yalom, I. D. (2003). *The Gift of therapy: An open Letter to a new generation of therapists and their patients*. NY: Harper Collins (perennial).
- Zhang, X. L., Shi, J., Zhao, L. Y., Sun, L., Wang, G. B., David, H., & Lu, L. (2011). Effects of stress on decision-making deficits in formerly Heroin ° dependent patients after different durations of abstinence. *Journal of Psychiatry*, 16(8): 610-616.

مقیاس کیفیت زناشویی باسبی

ردیف	عبارت	اصلاً	به ندرت	گاهی وقتها	اغلب وقتها	تقریباً همیشه	همه وقتها
۱	توافق در موضوعها و مسائل مذهبی	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۲	میزان ابراز محبت به همدیگر	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۳	کیفیت روابط جنسی	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۴	میزان رعایت عرف (رفتار صحیح یا مناسب)	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۵	همسویی مقاصد، هدفها و چیزهای مهم	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۶	همسویی در تصمیمهای شغلی و تحصیلی	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۷	چند وقت یکبار به فکر طلاق، جدایی، یا پایان دادن به رابطه خود افتاده‌اید و یا درباره آن بحث کرده‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۸	آیا اتفاق افتاده که از ازدواج خود متأسف باشید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۹	چند وقت یکبار شما و همسرتان دعوا می‌کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	چند وقت یکبار شما و همسرتان اعصاب یکدیگر را خرد می‌کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	پرداختن به کارها و یا علایق مشترک در خارج از خانه	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	یک تبادل نظر دلچسب و جذاب	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	به آرامی درباره چیزی گفتگو کردن	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	در یک پروژه یا برنامه همکاری کردن	۰	۱	۲	۳	۴	۵

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی