فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره هفتاد، ص۲۸۸-۲۶۷، زمستان ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 70, P 267-288, Winter 2024

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری در زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد

معصومه بختیاری[۱]، مژگان پوردل[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۰۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل همه زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد تحت پوشش انجمن حمایت از زندانیان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه مقیاس تحمل آشفتگی و مقیاس تاب‌آوری را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی دو جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و درمان شناختی رفتاری باعث افزایش تحمل آشفتگی و تاب‌آوری در زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد شد. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها، درمان شناختی رفتاری می‌تواند در زمینه بهبود تحمل آشفتگی و تاب‌آوری زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد، مورد استفاده مشاوران و درمانگران خانواده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، تحمل آشفتگی، تاب‌آوری، اعتیاد

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، ایران.
۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. پست الکترونیک:Pourdel.m2018@gmail.com

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

مقدمه

بیشتر زندانیان در سراسر جهان، مردان هستند (مونتر و چارلز[1]، ۲۰۲۲) و بررسی‌ها نشان می‌دهد که اکثر زندانیان به دلیل جرایم مواد مخدر در زندان به سر می‌برند که طبق پژوهش‌ها، معضل اعتیاد همچنان با آسیب‌های فراوانی در جامعه همراه است (گزارش سازمان زندان‌ها، ۱۴۰۱). از سوی دیگر، زندان نه تنها برای زندانیان، بلکه برای خانواده‌های آنها نیز تأثیرات منفی زیادی دارد (داکین، کلیپر، راد و دیاگل[2]، ۲۰۲۳) که این موضوع نگران کننده است؛ زیرا بر اساس آخرین آمار ارائه شده توسط سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی در ایران بیش از ۶۰ درصد زندانیان کشور متاهل هستند و در غیاب آنان، همسران آنها باید مسئولیت اداره خانواده را بر عهده بگیرند (گزارش سازمان زندان‌ها، ۱۴۰۱)؛ مشکلی که نشان می‌دهد همسران و خانواده‌های زندانیان، قربانیان اصلی محکومیت کیفری همسران خود هستند (شمالی احمدآبادی و برخورداری احمدآبادی، ۱۴۰۲). این زنان علاوه بر مسئولیت مراقبت از خانواده، با مشکلات عدیده‌ای از جمله مشکلات تحصیلی فرزندان، تامین هزینه‌های زندگی، برچسب‌های اجتماعی و احساس سرخوردگی مواجه هستند (اعظم آزرده و مشتاقیان، ۱۳۹۶). اگرچه افزایش مشکلات روانی همسران زندانیان ممکن است به این دلیل باشد که زندانیان مصرف‌کننده مواد اغلب مشکلات روانی بیشتری دارند (قوامی، کاظمیان مقدم، غلامزاده جفره و شهبازی، ۱۴۰۲)؛ اما شرایط زندان نیز می‌تواند عاملی تشدیدکننده در این زمینه باشد. در واقع مشکلاتی که محکومان در زندان و همسرانشان در غیاب سرپرست خانوار با آن مواجه می‌شوند، فشارهای قابل توجهی را به همراه دارد که پیامدهای آن می‌تواند مواردی مانند مشکلات روحی و روانی، کاهش میزان رضایت از زندگی، ناامیدی و ... باشد (اسلامی اندارگلی، عباسی اسفجیر و پهلوان، ۱۴۰۰).

یکی از سازه‌های مهمی که به‌طور بالقوه در کاهش مشکلات روانی دخیل است، تحمل آشفتگی[3] است (لیرو، زولنسکی و برنشتاین[4]، ۲۰۱۰). تحمل آشفتگی به عنوان

1. Muentner & Charles
2. Daquin, Clipper, Rude & Daigle
3. Tolerate distress
4. Leyro, Zvolensky & Bernstein

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

توانایی فرد برای تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف می شـود (ویلیوکس،[1] ۲۰۲۳). در واقع، تحمل آشفتگی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و تحمل پریشـانی عاطفی اشـاره دارد (بیور، دوراک، پترسـون و دی‌لئون[2]، ۲۰۲۳). تحمل آشفتگی به سطح تحمل یک وضعیت روحی و جسمی نامناسب اشاره دارد و می‌تواند نشانگر سلامت روان یا نشانه‌ای از شروع بیماری‌های روانی باشد (بنوتو، یانگ، بنت و لانکاستر[3]، ۲۰۲۲). به عبارت دیگر، تحمل آشفتگی توانایی درک شده‌ای است که فرد برای تحمل تجربیات منفی گزارش می‌کند (سئو و وون[4]، ۲۰۱۶) یا یک رفتار هدفمند است که در طی یک تجربه عاطفی دنبال می‌شود (فروزانفر، ۱۳۹۶). در واقع تحمل آشفتگی به نوعی عدم‌تمایل به انجام رفتارهایی است که پس از تجربه یک احساس ناخوشایند، آسایش خاطر سریع ایجاد می‌کنند؛ به عبارتی تحمل آشفتگی توانایی تحمل و تداوم در تجربه ناراحتی حتی با وجود امکان گریز از آن است و خودداری از پاسخ به فرصت تقویت منفی را شامل می‌شود (ماتینگلو، یوسف، مانینگ، گرام و هال[5]، ۲۰۲۲). اگرچه تفاوت‌های مهمی بین مدل‌های خاص تحمل آشفتگی وجود دارد، اما همه این دیدگاه‌ها به طور گسترده با تجربه حالت‌هایی مرتبط هستند که از نظر روانی ناراحت‌کننده یا تا حدی تهدیدکننده هستند. بیشتر دیدگاه‌ها در مورد تحمل آشفتگی دلالت بر نقش تفاوت‌های فردی در میزان تحمل ناراحتی یا تهدید شخصی دارند؛ بنابراین، تحمل آشفتگی، سازه‌ای است که شامل ویژگی‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است (اکبری و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، تحمل آشفتگی توسط تجربیات، یادگیری، باورها و انتظارات قبلی تعدیل می‌شود و همچنین تحت تأثیر پس‌زمینه ژنتیکی است؛ بنابراین یک ویژگی ثابت نیست، بلکه می‌تواند با انواع مختلف راهبردهای مداخله اصلاح و تغییر یابد (لارازابال، ناراگون-گاینی و کونوی[6]، ۲۰۲۲). مطالعات نشان داده‌اند که تحمل آشفتگی یک عامل آسیب پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است (لونلی[7]، ۲۰۲۳).

1. Veilleux
2. Burr, Dvorak, Peterson & De Leon
3. Benuto, Yang, Bennett & Lancaster
4. Seo & Kwon
5. Mattingley, Youssef, Manning, Graeme & Hall
6. Larrazabal, Naragon-Gainey & Conway
7. Leonelli

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

ساتو، فونانی و لویتن[1] (۲۰۱۸) طی پژوهشی نشان دادند که کنترل شدید و تحمل‌آشفتگی نقش واسطه‌ای بین حساسیت به طرد و ویژگی‌های اختلال شخصیت دارند و این موضوع به عنوان یکی از عوامل اصلی نرخ بالای بروز رفتارهای تکانشی و پرخطر محسوب می‌شود. سیدمیرزایی، حاتمی، محبی و حسنی (۱۴۰۱) در پژوهشی نشان دادند که تحمل ابهام با تاب‌آوری در ارتباط است و موجب افزایش تاب‌آوری می‌شود. در پژوهشی دیگر یوسفی افراشته و حیدری ویری (۱۴۰۱) نشان دادند که بین تحمل ابهام با اضطراب سلامتی رابطه معناداری وجود دارد.

از این رو یکی از راهبردهای بسیار مهم در سال‌های اخیر، رویکرد ارتقای تاب‌آوری[2] است که در کانون توجه متخصصان پیشگیری از اعتیاد قرار گرفته است. تاب‌آوری به عنوان یک فرآیند پویا و محافظ باعث می‌شود افراد با موقعیت‌های استرس‌زا در زندگی به درستی مواجه شوند. به عبارت دیگر، تاب‌آوری باعث می‌شود که فرد خود را با دنیای اطراف خود تطبیق دهد و با دیگران در آرامش زندگی کند و جایگاه مناسبی در جامعه به دست آورد (والکر[3]، ۲۰۲۰). تاب‌آوری حالتی است که می‌تواند در فرد ایجاد شود و براساس آن افراد بتوانند در مواجهه با ناکامی‌ها، مشکلات و تنش‌های زندگی و حتی رویدادهای مثبتی مانند رشد، پیشرفت و مسئولیت‌های بیشتر به کار سخت‌تری ادامه دهند و به موفقیت برسند. تاب‌آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان‌ها به دست می‌آید و علیرغم مواجهه با تهدیدات جدی، افراد را قادر می‌سازد تا به موفقیت دست یابند و بر تهدیدها غلبه کنند (یولری[4]، ۲۰۲۰). در واقع، توسعه تاب‌آوری فرآیندی است که افراد را قادر می‌سازد رفتار دیگران را درک کنند، رفتار خود را کنترل کنند و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم کنند (ستفانوسی، پوتنزا و پیترزاک[5]، ۲۰۲۰). افراد با تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت‌روانی خود را حفظ می‌کنند و سازگاری روانی بالایی دارند (لگیدوکوالی[6] و همکاران، ۲۰۲۰). افزون براین، زنان دارای همسر وابسته به مواد اغلب مورد آزارهای جسمی و کلامی قرار می‌گیرند، از

1. Sato, Fonagy & Luyten
2. Resiliency
3. Walker
4. Yoleri
5. Stefanovics, Potenza & Pietrzak
6. Legido-Quigley

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

اعتماد به نفس پایینی برخوردارند، دارای مشکلات شخصیتی و ارتباطی با دیگران هستند، مدیریت خشم نداشته و دارای آشفتگی ارتباطی، خشونت، نشانگان افسردگی، استرس و اضطراب و فشارهای عاطفی هستند (رضایی‌فرد و حیدری، ۱۴۰۱). همچنین، مشکلات عمده همسران افراد وابسته به مواد یاس و ناامیدی، ترس، احساس گناه، خودکشی، افسردگی و انزواطلبی است (آقاخانی و همکاران، ۲۰۱۸). لذا اعتیاد همسر با بسیاری از آسیب‌های اجتماعی دیگر نیز در زنان همراه است. در واقع این زنان بیش از پیش فشارهای روانی داخل و خارج خانه را تحمل می‌کنند و این فشارها و فیزیولوژی بدنی خاص آنان، ایشان را بیشتر مستعد اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی می‌نماید. با توجه به آثار و عواقب وابستگی به مواد در سطوح فردی و اجتماعی به ویژه در زنان، لزوم اقدامات پیشگیرانه برای کاهش این آسیب‌ها به چشم می‌خورد.

از میان روش‌های درمانی مختلفی که با هدف اثرگذاری بر توانمندی‌های روان‌شناختی بیماران وابسته به مواد مخدر و خانواده‌های آنان مورد استفاده قرار می‌گیرد، می‌توان به درمان‌های شناختی رفتاری[1] اشاره نمود. درمان شناختی رفتاری ترکیبی از رویکردهای شناختی و رفتاری است و حوزه فعالیت آن، شناخت افکار منفی و نحوه برخورد با آنهاست (جسی، کردی و اندرسون[2]، ۲۰۱۹). در این مدل به مراجع کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را بشناسد و برای اینکه فرد افکار تحریف‌شده و ناکارآمد را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف سازمان‌یافته استفاده می‌شود (کووین، اویمت، سدس و دوزویس[3]، ۲۰۰۸). اصطلاح شناختی-رفتاری تأکید می‌کند که فرآیندهای تفکر به اندازه تأثیرات محیطی مهم هستند (ریوال، هوپکینسون، کلارکسمیت و لان[4]، ۲۰۱۸). در درمان شناختی رفتاری، بر شناسایی باورهای نادرست، منفی و غیرمنطقی مؤثر بر احساسات و رفتارهای بیمار و اصلاح این باورهای زمینه‌ای با استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری تأکید می‌شود (هانگر[5] و همکاران، ۲۰۲۰). در درمان شناختی رفتاری اعتقاد بر این است که معنایی که افراد به تجربیات خود می‌دهند

1. cognitive behavioral therapy
2. Jesse, Creedy & Anderson
3. Covin, Ouimet, Seeds & Dozois
4. Reavell, Hopkinson, Clarkesmith & Lane
5. Hunger

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

عامل اصلی شکل‌گیری هیجانات و انجام واکنش‌های آن‌هاست و مادامی که تلاش شود با زیرسوال بردن اعتبار افکار و نگرش‌های منفی فرد، میزان اعتقاد شخص به آن‌ها کاهش یابد، مشکل فرد تا حد زیادی مرتفع می‌شود (لی‌هی، ۱۳۹۸).

شواهد نشان می‌دهد استفاده از تکنیک‌های رفتار درمانی شناختی می‌تواند منجر به افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی افراد گردد؛ به طوری که چنگ[1] و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در بهبود تاب‌آوری، افسردگی و اضطراب اثربخش است. همچنین کبیری، نامداری و عابدی (۲۰۲۳) در پژوهش خود نشان دادند که سطح تاب‌آوری روان‌شناختی پس از درمان شناختی-رفتاری افزایش یافت. ویوجانویک[2] و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری در تحمل پریشانی در بزرگسالان مبتلا به استرس پس از سانحه و اختلالات مصرف مواد اثربخش است. مارکوت-بایومیر[3] و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که عدم تحمل آشفتگی و عدم اطمینان در نتیجه درمان شناختی رفتاری در افراد دچار اضطراب فراگیر کاهش یافته بود. لالونی[4] و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده‌اند که تکنیک‌های شناختی رفتاری به تنهایی باعث افزایش کیفیت سطح زندگی فرد و بهبود روابط می‌شود. همچنین هیوی و ژیهیوی[5] (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری گروهی بر عدم تحمل و عدم اطمینان بزرگسالان چینی مسن اثربخش است. علاوه بر این دییر[6] و همکاران (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیده‌اند که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تمامی جواب زندگی اثر گذاشته و در افزایش رضایت از زندگی و تنظیم هیجانی تاثیر معنادار دارد. پژوهش هاشمی و خدمتگزار (۱۴۰۲) نشان داد که مداخله شناختی رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران اثربخش است. احمدی ملایری، رحمانی و پوراصغر (۱۴۰۲) در پژوهش خود نشان دادند که میانگین متغیر تحمل پریشانی و پرخاشگری در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش‌آزمون است، اما تفاوت بین دو

1. Cheng
2. Vujanovic
3. Marcotte-Beaumier
4. Lalouni
5. Hui & Zhihui
6. Dear

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با توجه به اثربخشی شناختی-رفتاری تفاوت معنی‌داری بود که می‌تواند حاکی از اثربخشی مداخله بر متغیرهای ذکر شده و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری بوده باشد. آروند، انگزی و حیاتی (۱۴۰۲) نشان داد که تاب‌آوری شناختی کارکنان ماهیتی آموزش‌پذیر و پویا دارد و ارائه درمان شناختی جامع، می‌تواند بر ارتقاء تاب‌آوری شناختی موثر واقع گردد. حسن‌نیا، اکبری، ثمری و ارمز (۱۴۰۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش معنادار دلزدگی زناشویی، افزایش معنادار تحمل ناکامی و افزایش معنادار احساس مثبت نسبت به همسر شد. قربانی امیر، مرادی، عارفی و احمدیان (۱۴۰۱) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری و مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش تاب‌آوری و خودکنترلی در زنان شده و می‌توانند به عنوان روش‌های درمانی در بهبود مشکلات زنان مورد استفاده قرار گیرند. جلیل‌زاده خوشنود، بنی‌سی و زمردی (۱۴۰۱) در پژوهشی نشان دادند که آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری، خودکارآمدی و خودارزشمندی زنان خانه‌دار شهر کرج اثربخش است که با توجه به‌شدت اثر، آموزش شناختی رفتاری بر خودکارآمدی زنان خانه‌دار تاثیر بیشتری دارد. تقی‌زاده (۱۴۰۱) نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر معنادار داشته است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. پژوهش بیگی، نجفی، محمدی‌فر و عبداللهی (۱۳۹۷) نیز نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری در نوجوانان دارای علائم افسردگی اثربخش است. دستجانی فراهانی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود به این نتایج دست یافت که گروه درمانی شناختی رفتاری یک مداخله‌ای اثربخش است؛ زیرا در آن، فرد می‌آموزد که افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر بگیرد که باید اعتبار آن‌ها آزموده شود. این درمان، رویکردی آموزشی دارد که در آن فنون شناختی و رفتاری از طریق تمرینات مواجهه‌سازی درون جلسات، بازسازی شناختی و در نهایت تکالیف خانگی آموزش داده می‌شود.

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد پژوهشی مختلفی از اثربخشی شناختی رفتاری بر متغیرهای روان‌شناختی مختلف در نمونه‌های مختلف بررسی شده است، اما

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

این‌گونه پژوهش‌ها در نمونه‌های زنان همسران وابسته به مواد انجام نشده است که بیانگر خلا پژوهشی در این حیطه است. زنان دارای همسر وابسته به مواد علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان، ناچار هستند مسائل مالی و سرپرستی خانوده را نیز بر عهده بگیرند. همچنین در معرض انواع آسیب‌های مصرف مواد نیز می‌باشند. شواهد تلخ از گسستگی‌های عاطفی، طلاق و از هم‌پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می‌آید. از سویی جایگاهی که زنان دارای همسر وابسته مواد در تربیت فرزندان و جامه دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه به این گروه ضروری می‌باشد. حال با توجه به شیوع بالای اعتیاد، پژوهش پیرامون عواملی که می‌توانند نقش محافظت‌کننده داشته باشند، ضروری است و به همین دلیل تدوین راهبردهای اثربخش برای پیشگیری از اثرات مخرب مصرف مواد لازم است در دستور کار قرار بگیرد. همچنین زنان دارای همسر وابسته به مواد به عنوان ارکان اصلی زندگی هستند و از هم‌پاشیدگی روانی آنان می‌تواند لطمات شدیدی بر روابط زناشویی، فرزندان و کل نهاد خانواده بزند. از این رو، اهمیت توجه به کارکردهای روانی این زنان بیش از پیش نمایان می‌شود و نظر به اهمیت موضوع اعتیاد و مشکلات ناشی از مصرف مواد که در بسیاری از جنبه‌ها مانند خلق، رفتار، عملکرد شناختی، اجتماعی و شغلی، نیاز به مداخلات روان‌شناختی در این افراد و خانواده‌های آنان را آشکار می‌کند؛ لذا هدف پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی رفتاری بر تحمل آشفتگی و تاب‌آوری زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد تحت پوشش انجمن حمایت از زندانیان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. با توجه به لزوم در نظر گرفتن حداقل ۳۰ آزمودنی در پژوهش‌های آزمایشی (دلاور، ۱۴۰۱)، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، شرکت داوطلبانه در پژوهش و عدم دریافت درمان روان‌شناختی همزمان با مداخله پژوهش و ملاک خروج از پژوهش، عدم مشارکت منظم در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱-مقیاس تحمل آشفتگی[1]: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر[2] (۲۰۰۵) طراحی شده و دارای ۱۵ گویه و ۴ مولفه تحمل پریشانی (گویه‌های ۱، ۳ و ۵)، جذب شدن با هیجانات منفی (گویه‌های ۲، ۴ و ۱۵)، برآورد ذهنی پریشانی (گویه‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) وتنظیم تلاش‌ها جهت تسکین پریشانی (گویه‌های ۸، ۱۳ و ۱۴) است. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق (۱) تا کاملا مخالف (۵) انجام می‌شوند و کسب نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاست. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند؛ آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی همگرا و ملاک مطلوبی است. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

۲- پرسشنامه تاب‌آوری[3]: پرسشنامه تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون[4] (۲۰۰۳) طراحی شده و دارای ۲۵ گویه است. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق (۰) تا کاملا مخالف (۴) انجام می‌شوند و کسب نمرات بالا در این

1. Distress Tolerance Scale
2. Simons & Gaher
3. Resilience Scale (CD -RISC)
4. Conner & Davidson

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

مقیاس نشان‌دهنده تاب‌آوری بالاست. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که روایی از طریق همبستگی با مقیاس سرسختی روان‌شناختی و خودکارآمدی به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۵۹ به دست آمده است. محمدی (۱۳۸۴) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۶ و روایی محتوایی این پرسشنامه را نیز ۰/۹۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۸ بدست آمد.

روش اجرا

در این مطالعه، درمان شناختی-رفتاری به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و با فراوانی دو جلسه در هفته انجام شد. همچنین ابزار پژوهش، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. شرح مختصر درمان شناختی-رفتاری به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی-رفتاری (داوودی، منشئی و گل پرور، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	محتوا
اوّل	معارفه و ارزیابی اولیه	اجرای پرسشنامه‌های مربوطه، توضیح و تعریف متغیرهای پژوهش و توضیح و کاربرد آن در زندگی و ارائه تکلیف درطول هفته، آشنا نمودن شرکت‌کنندگان با هدف پژوهش و اجرای پیش‌آزمون.
دوّم	تعیین اهداف و ایجاد انگیزش	بررسی باورها و خطاهای شناختی، تعیین اهداف به‌گونه‌ای مشارکتی و ارائه برنامه برای آغاز کردن فعالیت هدف، ارائه اطلاعاتی درباره متغیرهای پژوهش و آثار مثبت آن بر کارکردهای جسمانی، روانی و عملکرد افراد.
سوّم	تعیین نقطه‌ی شروع	توضیح وضعیت افراد در خط پایه، کمک به آزمودنی‌ها جهت شناسایی احساسات مختلف خود در مورد هیجانات و افزایش امیدواری خود در موقعیت‌های مختلف، انجام تکالیف مرتبط، حل مسئله به صورت گروهی.
چهارم	شناسایی خطاهای شناختی	شناسایی تفکرات و احساسات ناسودمند و خطاهای شناختی، بحث در مورد سبک‌های تفکرات ناسودمند و خطاهای شناختی، رابطه خطاهای شناختی با رفتارهای مضر، شناسایی خطاهای شناختی، حل مسئله گروهی برای چالش با خطاهای شناختی، ارزیابی تکالیف آزمودنی‌ها و ارائه اطلاعاتی در مورد متغیرهای پژوهش و تکالیف خانگی.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی-رفتاری (داوودی، منشئی و گل پرور، ۱۳۹۸)

جلسه	هدف	محتوا
پنجم	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای	بحث در مورد آرمیدگی، بحث در مورد فعالیت‌هایی مانند شیوه‌های آرام‌سازی و مزایای آنها، مطرح شدن مقدماتی در مورد مهارت‌های متغیرهای پژوهش و راهکارهای مقابله با مشکلات، ارائه تکالیف خانگی در هنگام احساس تنش.
ششم	آموزش چرخه‌ی گوش به زنگ بودن	استفاده از چرخه گوش به‌زنگ بودن برای ارتباط دادن تفکرات ناسودمند و خطاهای شناختی با رفتارهای مضر، حل‌مسئله گروهی برای خروج از چرخه‌ی گوش به‌زنگ بودن، آموزش متمرکز و نظامدار به آزمودنی‌ها جهت تصحیح باورها و افکار نادرست.
هفتم	طرح‌ریزی برای خروج از چرخه‌ی نگرانی و تنش	بحث در مورد عوامل تشدید نگرانی‌ها و ناراحتی‌ها، طرح‌ریزی برای انجام کار برای خروج از دوره‌های تشدید نگرانی‌ها و ناراحتی‌ها، بازبینی جلسات و سؤالات قبلی، آموزش در حوزه متغیرهای پژوهش و همچنین ارائه تکالیف خانگی.
هشتم	ارائه گزارش، مرور و جمع‌بندی جلسات	بررسی جلسات قبل و انجام پس‌آزمون.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴/۸۲±۳۶ و در گروه کنترل ۴/۳۱±۳۲/۲۵ بود.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۵۵/۸۰	۱/۶۱	۵۶/۲۶	۱/۳۴
	پس‌آزمون	۶۲/۱۳	۱/۵۹	۵۶/۰۶	۱/۴۲
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۲۲/۷۵	۳/۱۹	۲۴/۵۵	۳/۹۲
	پس‌آزمون	۲۸/۹۵	۳/۹۲	۲۵/۷۵	۴/۵۷

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. نتایج نشان داد آماره‌های شاپیرو-ویلک در هر دو گروه آزمایش و گواه برای

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

متغیرهای وابسته (تحمل آشفتگی و تاب‌آوری) غیرمعنی‌دار است و توزیع نمرات نرمال است (P>۰/۰۵). جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد و واریانس‌های خطا در دو گروه آزمایش و گواه در تحمل آشفتگی (F=۳/۳۵؛ P=۰/۰۷۵) و در تاب‌آوری (F=۲/۵۰؛ P=۰/۱۱۲) و در سطح جامعه با هم برابر بودند (P>۰/۰۵). آزمون باکس فرض همگنی ماتریس-کوواریانس دو گروه کنترل و گواه در متغیرهای پژوهش را تائید کرد (BoxM=۱۹/۰۸؛ P=۰/۳۵۹). جهت بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون مقدار F تعامل همپراش و مستقل برای متغیر تحمل آشفتگی (F=۰/۶۵؛ P=۰/۱۱۹) و تاب‌آوری (F=۱/۰۵؛ P=۰/۱۰۸) در گروه‌های آزمایش و گواه محاسبه شد و غیرمعنی‌دار بود (P>۰/۰۵). بدین ترتیب تمامی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تائید شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل پیش‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری و تحمل آشفتگی گروه آزمایش و کنترل

آزمون‌ها	مقادیر	آماره	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثرپیلایی	۰/۹۰	۹۱/۱۰	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
لامبدای ویکلز	۰/۰۶	۹۱/۱۰	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
اثر هتلینگ	۱۲/۷۶	۹۱/۱۰	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
بزرگترین ریشه روی	۱۱/۷۶	۹۱/۱۰	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۵۹ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات تاب‌آوری و تحمل آشفتگی دو گروه

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	تاب‌آوری	۸۷۴۸/۹۹	۱	۸۷۴۸/۹۹	۲۹/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۹
	تحمل آشفتگی	۵۱۷/۵۴۶	۱	۵۱۷/۵۴۶	۳۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، در تاب‌آوری و تحمل آشفتگی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های تاب‌آوری و تحمل آشفتگی نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارت دیگر، درمان شناختی-رفتاری باعث شد که گروهی که از این روش بهره برده بودند تاب‌آوری بیشتری داشته باشند و بر افزایش تحمل آشفتگی در پس‌آزمون اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل آشفتگی و تاب‌آوری زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد بود. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ تحمل آشفتگی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی-رفتاری با توجه به میانگین تحمل آشفتگی در گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش معنادار این متغیر در گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج پژوهش هاشمی و خدمتگزار (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان؛ با نتایج احمدی ملایری و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی و پرخاشگری در زنان؛ با نتایج حسن‌نیا و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر دلزدگی زناشویی، افزایش تحمل ناکامی و احساس مثبت نسبت به همسر؛ با نتایج ویوجانویک و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تحمل پریشانی در بزرگسالان مبتلا به استرس پس از سانحه و اختلالات مصرف مواد؛ با نتایج مارکوت-بایومیر و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عدم تحمل آشفتگی در افراد دچار اضطراب فراگیر؛ با نتایج هیوی و ژیهیوی (۲۰۱۷)

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر عدم تحمل و عدم اطمینان؛ همسو است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که روش رفتاری-شناختی افراد را آگاه می‌کند که اگرچه نمی‌توانند رویدادهای قطعی زندگی خود را تغییر دهند، اما می‌توانند نحوه برخورد خود را با آنها تغییر دهند. مداخله شناختی-رفتاری با آموزش تکنیک‌های رفتاری مانند آرام سازی به مراجع کمک می‌کند تا با به کارگیری این تکنیک‌ها تنش‌های روانی خود را کاهش دهد. علاوه بر این، زنان با یادگیری مهارت‌های ارتباطی، روابط و فعالیت‌های اجتماعی خود را بهبود می بخشند و گسترش می‌دهند. این روابط به افزایش تحمل زنان در برابر اختلال کمک می‌کند. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری به زنان آموخت که از افکار اغراق‌آمیز و فاجعه‌آمیز دوری کنند و افکار مثبت را جایگزین آن کنند. مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف شده آنها را انعطاف‌پذیر می‌کند و در نتیجه توانایی آنها را برای تحمل رویدادها و حالات روانی منفی افزایش می‌دهد (چنگ و همکاران، ۲۰۲۳). در توضیحی دیگر می‌توان گفت که در جلسات درمان شناختی رفتاری از تکنیک‌های شناختی- رفتاری مانند توقف فکر، مهارت‌های مقابله بین فردی، مهارت‌های حل مسئله و خودگفتاری مثبت استفاده می‌شود. در طی این درمان پردازش شناختی افراد منطقی‌تر می‌شود و قطعیت فرآیندهای شناختی معیوب از بین می‌رود و سیستم واقعیت‌سنجی فرد انرژی تازه‌ای می‌گیرد و از سوی دیگر آزمودنی‌ها به کسب مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های حل‌مسئله، مدیریت رفتار، شجاعت، ابراز وجود و مهارت‌های بین فردی مسلح می‌شوند (اویاتار، استرن، اسچیم-تاو و گروسواسر[1]، ۲۰۱۸). در چنین فضایی درمان‌جویان به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست می‌یابند و متناسب با شرایط محیطی رفتارهای منطقی از خود نشان می‌دهند؛ به عبارت دیگر، تحمل آشفتگی آن‌ها در مقابل مشکلات افزایش می‌یابد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد. درمان شناختی رفتاری باعث شد که گروه آزمایشی

1. Evyatar, Stern, Schem-Tov & Groswasser

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

تاب‌آوری بیشتری را نسبت به گروه گواه کسب کنند. این یافته با نتایج چنگ و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود تاب‌آوری، افسردگی و اضطراب؛ با نتایج کبیری و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی؛ با نتایج لالونی و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی تکنیک‌های شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی و بهبود روابط؛ با نتایج دییر و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش رضایت از زندگی و تنظیم هیجان؛ با نتایج آروند و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری شناختی کارکنان؛ با نتایج قربانی امیر و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری و مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری و خودکنترلی در زنان؛ با نتایج جلیل‌زاده خوشنود و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری، خودکارآمدی و خود ارزشمندی زنان خانه‌دار شهر کرج؛ با نتایج تقی‌زاده (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان؛ با نتایج بیگی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری در نوجوانان دارای علائم افسردگی؛ با نتایج دستجانی فراهانی، رحمانی و تیزدست (۱۳۹۲) مبنی بر اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افکار و عقاید غیرمنطقی، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری یک روش روان درمانی کوتاه‌مدت است که روان درمانگران برای آموزش افراد و تغییر احساسات و رفتار آنها با تغییر الگوهای فکری و رفتاری از آن استفاده می‌کنند. درمان شناختی رفتاری بر تأثیرات باورها یا نگرش‌های ناسازگار یا ناکارآمد تأکید دارد. به عبارت دیگر، واکنش‌های عاطفی و رفتاری فرد به رویدادهای زندگی روزمره، تابعی از چگونگی درک و به خاطر سپردن این رویدادها، اسنادی است که در مورد علل رخدادهای زندگی ارائه می‌شود (باقری، محمدی، صوابی نیری، معجز و بوربور، ۱۴۰۲). در حقیقت، اساس درمان شناختی رفتاری این است که نوع اندیشیدن و الگوهای فکری و شناخت شخص از خود، دیگران، دنیا و البته تفسیر شخصی فرد از پدیده‌ها و وقایع زندگی، باعث بروز احساسات و رفتارها می‌شود و به طور کلی افراد به شیوه‌ای که فکر و

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

احساس می‌کنند، رفتارهای متناسب با همان افکار و احساسات را شکل می‌دهند (چنگ، کازمنت، کالمباچ، کاستلان و دراک[1]، ۲۰۲۱). درمان شناختی رفتاری درصدد شناخت نشانه‌های رفتاری، تحلیل علل وقایع، شناسایی و تعدیل افکار منفی، یادگیری مهارت‌های ثبت افکار، اصلاح خودگویی‌های منفی و باورهای نادرست و جایگزین کردن افکار منفی با افکار مثبت است (چنگ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، تکنیک‌های شناختی و رفتاری با اصلاح تفکر ناکارآمد و مواجهه درونی، انعطاف‌پذیری شناختی را ارتقا می‌دهند که می‌توانند با ارائه راهبردهای انطباقی‌تر بر فرآیند ارزیابی موقعیت‌های استرس‌زا تأثیر بگذارند. همچنین استفاده از تکنیک‌های دیگر این درمان مانند استراتژی حل مسئله و تحلیل سود و زیان نشان دهنده تلاشی تحلیلی برای جستجوی جایگزین‌هایی است که با موقعیت‌های استرس‌زا به صورت مثبت برخورد می‌کند. استفاده از راهبردهای انطباقی نیز حل‌مسئله و ارزیابی مجدد مثبت را افزایش می‌دهد و رشد ارزیابی مجدد مثبت منجر به درک مثبت‌تر از محیط و غلبه بر موقعیت‌های چالش برانگیز می‌شود و در نتیجه تاب‌آوری بهبود می‌یابد (وسنر[2] و همکاران، ۲۰۱۹).

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است؛ از جمله محدودیت‌های پژوهش، این بود که به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان، مطالعات پیگیری صورت نگرفته است. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده در این پژوهش یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. از آنجا که پژوهش حاضر در میان زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود و نسبت به تعمیم نتایج به زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد در سایر شهرها و با فرهنگ‌های متفاوت جانب احتیاط رعایت گردد. برای رفع این محدودیت‌ها می‌توان پژوهش‌های مشابه در سایر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد به اجرا درآورد. جهت دستیابی به نتایج پژوهش عمیق‌تر و کامل‌تر می‌توان در کنار استفاده از پرسشنامه از مصاحبه هم استفاده کرد. همچنین

1. Cheng, Casement, Kalmbach, Castelan & Drake
2. Wesner

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده دوره‌های پیگیری برای بررسی میزان ماندگاری تاثیر آموزش‌های ارائه شده نیز بررسی گردد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود مشاوران و متخصصان در مراکز ترک اعتیاد برنامه آموزش شناختی-رفتاری را در راس روش‌های درمانی خود جهت افزایش سطح تحمل آشفتگی و افزایش تاب‌آوری قرار دهند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که مراکز و کلینیک‌های درمان مصرف مواد با اجرای کارگاه‌هایی و یا حتی در درمان‌های فردی زمینه آشنایی با آشفتگی، چگونگی تحمل آشفتگی و راهکارهای افزایش تاب‌آوری را برای افراد تحت درمان و همسران آنها فراهم سازند تا بتوانند بهتر خود را با محیط زندگی‌شان سازگار کنند

منابع

احمدی ملایری، گل مهر؛ رحمانی، محمدعلی و پوراصغر، مهدی (۱۴۰۲). اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی. *نشریه خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۱)، ۱۷۱-۱۵۷.

اسلامی اندارگلی، عنایت؛ عباسی اسفجیر، علی اصغر و پهلوان، منوچهر (۱۴۰۰). تاثیر خدمات انجمن حمایت زندانیان بر عملکرد خانواده‌های تحت پوشش استان تهران. *جامعه شناسی نهادهای اجتماعی*، ۸(۱۷)، ۱۱۸-۸۳.

اعظم آزرده، منصوره و مشتاقیان، مرضیه (۱۳۹۶). داغ ننگ، کیفیت روابط اعضاء خانواده و سلامت روان خانواده زندانیان. *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۸(۲)، ۶۹-۴۴.

آروند، حمید؛ انگزی، احدالله و حیاتی، محمد (۱۴۰۲). طراحی و ارزیابی اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری برای ارتقاء تاب‌آوری شناختی نیروهای نظامی. *مجله روانشناسی نظامی*، ۵۳، ۱۵۰-۱۱۷.

باقری، فرزین؛ محمدی، علیرضا؛ صوابی نیری، وحید؛ معجز، نسیم و بوربور، زینب (۱۴۰۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری دانش‌آموزان با نشانگان افسردگی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۱۰(۱)، ۱۲۴-۱۰۸.

بیگی، علی؛ نجفی، محمود؛ محمدی‌فر، محمدعلی و عبداللهی، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان دارای علائم افسردگی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۱)، ۵۳-۴۷.

تقی‌زاده، مهناز (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*، ۸(۳)، ۱۲-۱.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

جلیل‌زاده خوشنود، مهدیه؛ بنی‌سی، پریناز و زمردی، سیده (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر تاب‌آوری، خودکارآمدی و خودارزشمندسازی زنان خانه‌دار شهر کرج. *مجله راهبردهای نو در روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۴، ۳۱۰-۲۹۷.

حسن‌نیا، فاطمه؛ اکبری امرغان، حسین؛ ثمری، علی اکبر و ارمز، احسان (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی ایماگوتراپی و زوج درمانی شناختی - رفتاری بر دلزدگی زناشویی، تحمل ناکامی و احساس مثبت نسبت به همسر در زوجین. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۷)، ۱۱۶-۱۰۷.

داوودی، روژین؛ منشئی، غلامرضا و گل پرور، محسن (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری, درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب در نوجوانان دختر دارای علائم بی موبایل هراسی. *روان پرستاری*، ۷(۵)، ۷۱-۶۳.

دستجانی فراهانی، اکرم؛ رحمانی، محمدعلی و تیزدست، طاهر (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر باورهای غیر منطقی و کیفیت زند گی افراد وابسته به آمفتامین. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۲۹-۱۱۹.

دلاور، علی (۱۴۰۱). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ویراست پنجم. تهران: انتشارات ویرایش.

رضایی‌فرد، اکبر و حیدری، مریم (۱۴۰۱). تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی، عزت‌نفس و سلامت روان همسران درمان‌جویان سوء مصرف مواد. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۵(۵۷)، ۱۹۸-۱۸۱.

سیدمیرازیی، سیده زهرا؛ حاتمی، محمد؛ حبی، محمدباقر و حسنی، جعفر (۱۴۰۱). نقش فراشناخت، تحمل ابهام و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش‌بینی تاب‌آوری. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۷)، ۱۸۱۴-۱۷۹۹.

شمالی احمدآبادی، مهدی و برخورداری احمدآبادی، عاطفه (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری پنسلوانیا بر پریشانی روانی و رضایت از زندگی زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۳۰۲-۲۷۹.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم)*، ۱۳(۱)، ۱۸-۱۱.

فروزانفر، آزاده (۱۳۹۶). تحمل پریشانی: نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب شناسی روانی. *رویش روانشناسی*، ۶(۲)، ۲۶۲-۲۳۹.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

قربانی امیر، حسینعلی؛ مرادی، امید؛ عارفی، مختار و احمدیان، حمزه (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری با مولفه‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و خودکنترلی زنان مطلقه. *نشریه خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۴)، ۵۰۸-۴۹۶.

قوامی، مریم؛ کاظمیان مقدم، کبری؛ غلامزاده جفره، مریم و شهبازی، مسعود (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش تنظیم هیجان بر انعطاف‌پذیری شناختی و احساس تنهایی در افراد وابسته به مواد خودمعرف به سازمان بهزیستی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۷)، ۱۸۰-۱۵۳.

گزارش سازمان زندان‌ها و اقدامات تامینی و تربیتی کشور. (۱۴۰۱). قابل دسترسی در: http://www.prisons.ir

لی‌هی، رابرت (۱۳۹۸). *تکنیک‌های شناخت درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. رسالهٔ دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

هاشمی، نیلوفر و خدمتگزار، حسین (۱۴۰۲). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پریشانی روان-شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی شناختی*، ۵۳، ۹۸-۷۸.

یوسفی افراشته، مجید و حیدری ویری، سوگند (۱۴۰۱). رابطه قدرت تحمل ابهام، اعتماد، نگرش مذهبی و کیفیت زندگی با نگرش به واکسیناسیون کووید۱۹: تحلیل نقش میانجی اضطراب سلامتی. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۸(۴)، ۹۰-۷۷.

References

Aghakhani, N., Erghati, Z., Merghati, V., Nazari, H., Esmhoseini, G., & Zarei, A. (2018). A comparison study on family violence rate in wives with addicted and non -addicted husbands in Urmia. *International Journal of Research in Applied and Basic Medical Sciences*, 4(2), 119 -128.

Akbari, M., Hosseini, Z. S., Seydavi, M., Zegel, M., Zvolensky, M. J., & Vujanovic, A. A. (2022). Distress tolerance and posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(1), 42-71.

Bahadori, M. (2014). *The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anxiety and perceived stress MS patients. MS.* Dissertation. University of Khuzestan research.

Benuto, L. T., Yang, Y., Bennett, N., & Lancaster, C. (2022). Distress Tolerance and Emotion Regulation as Potential Mediators Between Secondary Traumatic Stress and Maladaptive Coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13-14), 11557-11581.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

Burr, E. K., Dvorak, R. D., Peterson, R., & De Leon, A. N. (2023). Greater negative affect reduction expectancies moderate the interactive relationship between emotion regulation difficulties and distress tolerance in predicting loss-of-control eating. *British Journal of Health Psychology*, 28(1), 47-61.

Cheng, P., Casement, M. D., Kalmbach, D. A., Castelan, A. C., & Drake, C. L. (2021). Digital cognitive behavioral therapy for insomnia promotes later health resilience during the coronavirus disease 19 (COVID-19) pandemic. *Sleep*, 44(4), 15-30.

Cheng, P., Kalmbach, D. A., Hsieh, H. F., Castelan, A. C., Sagong, C., & Drake, C. L. (2023). Improved resilience following digital cognitive behavioral therapy for insomnia protects against insomnia and depression one year later. *Psychological Medicine*, 53(9), 3826-3836.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor Davidson resilience scale. *Depression & Anxiety*, 18, 6-82.

Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. (2008). A meta - analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108 -116.

Daquin, J. C., Clipper, S. J., Rude, A., & Daigle, L. E. (2023). Family incarceration and prison adaptation: Investigating the impact of family incarceration history on prison misconduct. *Journal of Criminal Justice*, 86(102031), 1-10.

Dear, B. F., Fogliati, V. J., Fogliati, R., Gandy, M., McDonald, S., Talley, N., & Jones, M. (2018). Transdiagnostic internet-delivered cognitive-behaviour therapy (CBT) for adults with functional gastrointestinal disorders (FGID): A feasibility open trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 108, 61-69.

Evyatar, A., Stern, M., Schem-Tov, M., & Groswasser, Z. (2018). Hypothesis forming and computerized cognitive therapy. *Cognitive Rehabilitation in Perspective: Routledge*,1, 147-163.

Hui, C., & Zhihui, Y. (2017). Group cognitive behavioral therapy targeting intolerance of uncertainty: a randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 21(12), 1294-1302.

Hunger, C., Hilzinger, R., Klewinghaus, L., Deusser, L., Sander, A., Mander, J., & Schweitzer, J. (2020). Comparing cognitive behavioral therapy and systemic therapy for social anxiety disorder: Randomized controlled pilot trial (SOPHO-CBT/ST). *Family Process*, *59*(4), 1389-1406.

Jesse, C. D., Creedy, D. K., & Anderson, D. J. (2019). Effectiveness of psychological interventions for women with type 2 diabetes who are overweight or obese: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 17(3), 281-289.

Kabiri, M., Namdari, K., & Abedi, A. (2023). Psychological resilience level after cognitive-behavior therapy in old people with empty nest syndrome-a single-case experimental design. *Clinical Gerontologist*, 46(3), 446-456.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

Lalouni, M., Ljótsson, B., Bonnert, M., Ssegonja, R., Benninga, M., Bjureberg, J., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Clinical and cost effectiveness of online cognitive behavioral therapy in children with functional abdominal pain disorders. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 17(11), 2236-2244.

Larrazabal, M. A., Naragon-Gainey, K., & Conway, C. C. (2022). Distress tolerance and stress-induced emotion regulation behavior. *Journal of Research in Personality*, 99(104243), 1-10.

Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Campos, V. R., Gea-Sánchez, M., Muntaner, C., & McKee, M. (2020) The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5), 251-252.

Leonelli, B. R. (2023). *Insomnia, Distress Tolerance, and Mental Health During the COVID-19 Pandemic.* Doctoral dissertation, Kent State University.

Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Journal Psychological Bulletin,* 136(4), 576-580.

Marcotte-Beaumier, G., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., Marchand, A., & Dugas, M. J. (2021). The role of intolerance of uncertainty and working alliance in the outcome of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder delivered by videoconference: Mediation analysis. *JMIR Mental Health*, 8(3), 24-41.

Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders,* 300(1), 492-504.

Muentner, L., & Charles, P. (2022). Family reunification after fathers are released from prison: Perspectives on children's adjustment. *Family Relations*, 57(2), 463–482.

Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D., & Lane, D. A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta - analysis. *Psychosomatic Medicine*, 80(8), 742-753.

Sato, M., Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Rejection sensitivity and borderline personality disorder features: A mediation model of effortful control and intolerance of ambiguity. *Psychiatry Research*, 269, 50-55.

Seo, J. W., & Kwon, S. M. (2016). Testing an affective judgment model of distress tolerance in college heavy drinkers. *Addictive Behaviors*, 58, 100-103.

Simons, J., & Gaher, R. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83–102.

Stefanovics, E. A., Potenza, M. N., Pietrzak, R. H. (2020). Smoking, obesity, and their cooccurrence in the US military veterans: results from the

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]

national health and resilience in veterans study. *Journal of Affective disorders*, 274, 354-362.
Veilleux, J. C. (2023). A theory of momentary distress tolerance: toward understanding contextually situated choices to engage with or avoid distress. *Clinical Psychological Science*, 11(2), 357-380.
Vujanovic, A. A., Webber, H. E., McGrew, S. J., Green, C. E., Lane, S. D., & Schmitz, J. M. (2022). Distress tolerance: prospective associations with cognitive-behavioral therapy outcomes in adults with posttraumatic stress and substance use disorders. *Cognitive BehaviourTherapy*, 51(4), 326-342.
Walker, B. (2020). Resilience: what it is and is not. *Ecology and Society*, 25(2), 20-35.
Wesner, A. C., Behenck, A., Finkler, D., Beria, P., Guimarães, L. S., Manfro, G. G., & Heldt, E. (2019). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(4), 428-433.
Yoleri, S. (2020). Factors affecting level of children resilience and teachers' opinions about resilience. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 7(3), 361-378.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.267]