فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره هفتاد، ص۱۹۴-۱۷۵، زمستان ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 70, P 175-194, Winter 2024

مقاله پژوهشی
Research Article

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

فاطمه کریمی[۱]، فریبا زرگرشیرازی [۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۰۷

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ بود. از این بین، ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. درمان شناختی-رفتاری در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با فراوانی یک 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 پریشانی و بهبود مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، متخصصین حوزه‌ی اعتیاد می‌توانند با استفاده از روش درمان شناختی-رفتاری بر افزایش توانمندی‌های مرتبط با تحمل پریشانی و مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان تأکید کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، تحمل پریشانی، تنظیم شناختی هیجان، زنان دارای همسر وابسته به مواد

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رامهرمز، رامهرمز، ایران.
۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان شناسی، واحد آبادان، دانشگاه آزاد اسلامی، آبادان، ایران. پست الکترونیک: Fzsh3705@gmail.com

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

مقدمه

امروزه اعتیاد[1] به عنوان یک آسیب اجتماعی رو به افزایش در جامعه، شناخته می‌شود که پیامدهای مربوط به آن دامنه نوینی پیدا نموده و به شکل مخاطره‌آمیز و پیچیده‌ای سلامت خانواده‌ها را تهدید می‌نماید (بنچایا[2] و همکاران، ۲۰۱۹). وابستگی به مواد[3] در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[4] با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است و به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی تعریف شده که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، به مصرف مواد ادامه می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[5]، ۲۰۲۲). وابستگی به مواد مخدر یکی از بزرگترین معضلاتی است که در طی زمان‌های مختلف، جوامع بشری را درگیر مشکلات و پیامدهای شوم خود نموده است (رگینسون[6] و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس گزارش جهانی مواد مخدر سازمان ملل در سال ۲۰۲۰، مصرف مواد مخدر در سراسر جهان در حال افزایش است. در مقایسه با سال ۲۰۰۹، تا سال ۲۰۱۸ میزان اعتیاد به مواد مخدر ۳۰ درصد افزایش داشته است (ما، لیو، وان، لی و ژانگ[7]، ۲۰۲۲). آمار کشوری اعتیاد به علت دشواری در تشخیص و گزارش صحیح موارد، آمار دقیقی نمی‌باشد؛ ولی به نظر می‌رسد بین ۱/۲ تا ۶ میلیون نفر در ایران به صورت وابستگی یا تفننی مواد مصرف می‌کنند و بر اساس پژوهش‌ها، تعداد معتادان تقریبا هر ۱۲ سال، دو برابر شده و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آنان افزوده می‌گردد (تقوائی‌نیا، ۱۴۰۱). شیوع وابستگی به مواد مخدر به سرعت در ایران و در سطح جهانی در حال افزایش است و به یک نگرانی مهم در زمینه بهداشت عمومی تبدیل شده است (عامری، ۱۴۰۱). اعتیاد علاوه بر این‌که دشواری‌های زیادی را برای سلامتی جسم و روان فرد وابسته به مواد ایجاد می‌کند، منجر به آشفتگی در انسجام خانواده و کارکرد اعضای آن به عنوان یک واحد، تغییر ناگهانی وضعیت اقتصادی

1. addiction
2. Benchaya
3. substance-dependent
4. diagnostic and statistical manual of mental disorders
5. American psychiatric association
6. Reginsson
7. Ma, Liu, Wan, li & Zhang

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

اجتماعی، عدم همخوانی درآمد با انتظارات و تغییر در هرم نقش‌های خانواده می‌گردد و خطر مواجهه با عواقب سرنوشت‌ساز را در پی دارد (شاری[1] و همکاران، ۲۰۱۷).

ازجمله افرادی که نقش کلیدی در خانواده ایفا می‌کنند، زنان هستند که در این میان زنان دارای همسر وابسته به مواد در معرض جدی انواع آسیب‌های مصرف مواد قرار می‌گیرند. تعارض‌های شدید، گسستگی‌های عاطفی، طلاق و ازهم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این امر به شمار می‌آید. زنان دارای همسر وابسته به مواد به دلیل تلاش برای حفظ و مدیریت خانواده ناگزیر به پذیرش مسئولیت سرپرستی خانواده نیز هستند و ممکن است متحمل فرسودگی و فشارهای زیادی شوند که کیفیت زندگی آن‌ها را به‌شدت کاهش دهد (نیلانکاویل و دی‌گوزمن[2]، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، بسیاری از زنان دارای همسر وابسته به مواد علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. این زنان متحمل فشارهای زیادی هستند و به دلیل نقشی که به عنوان مراقبت‌کننده از فرد همسر وابسته به مواد خود ایفا می‌کنند، تحت فشار و محدودیت هستند. آنها ممکن است که با عدم حمایت خانواده اصلی، انتظارات مالی و سرزنش به خاطر اعتیاد همسر مواجه شوند (امیدیان، کاظمیان‌مقدم و هارون‌رشیدی، ۱۴۰۱). همچنین فشارهای روحی و روانی، بحران‌های هیجانی، تخطی از توافق جنسی، احساس بی‌کفایتی، سرخوردگی و کاهش رضایت از زندگی و اختلال در مناسبات و تعاملات اجتماعی از جمله آثار و پیامدهای منفی وابستگی به مواد می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت زنان دارای همسر وابسته به مواد، جزء اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند که چالش‌های زندگی آنها زیاد و از امور مهم برای توجه است؛ از این رو لازم است به گروه زنان توجه شایانی شود، بدین منظور که انجام مداخله‌های روان‌شناختی در این راستا بسیار ضروری است. یکی از این اقدامات، شناسایی عوامل و متغیرهایی است که می‌توان با دستکاری آن‌ها زمینه بروز مشکل را کاهش داد. به نظر می‌رسد از جمله این عوامل توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی است.

1. Shorey
2. Neelankavil & De Guzman

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

طبق نتایج مطالعات، یکی از متغیرهایی که نارسایی آن در زنان دارای همسر وابسته به مواد مشاهده می‌شود، مشکلاتی از راهبردهای تنظیم شناخت و هیجان منفی و رفتار بین فردی مختل می‌باشد (اوکاتی و عرب، ۱۴۰۱). هیجان، واکنش کلی فرد به یک موقعیت است که اغلب با یک حالت عاطفی خوشایند یا ناخوشایند همراه می‌باشد و هیجان‌ها به صورت الگوهای رفتاری مخصوص به نوع و یا پاسخ‌های فیزیولوژیکی هستند (آناستازیا، اکاترین، آنا و پاول[1]، ۲۰۲۳). با اینکه هیجانات مبنایی زیستی دارند اما فرد می‌تواند بر شیوه‌ی ابراز هیجانات تاثیر بگذارد که توانایی تنظیم هیجان نام دارد (میلر[2] و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در شدت و استمرار احساس درونی و هیجان برای رسیدن به اهداف فرد تعریف می شود (آناستازیا و همکاران، ۲۰۲۳). راهبردهای تنظیم هیجان به معنای آگاهی، فهم، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی هستند و شامل رفتارهای سازگارانه با هدف‌های شخصی در موقعیت‌هایی که هیجان‌های‌منفی تجربه می‌شود و توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی منعطف و متناسب با موقعیت است (هارون‌رشیدی، کاشی‌زاده و کاظمیان‌مقدم، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی تجربه و چگونگی بیان آن و شدت فرایندهای رفتاری و تجربی هیجان است، که از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان صورت می‌گیرد (کرمی، شریفی، نیک‌خواه و غضنفری، ۱۳۹۸). بر اساس مدل گراس[3] (۲۰۰۲) تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کاربرده می‌شود؛ بنابراین، مدل فرایند تنظیم هیجان گراس شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل راهبردهای سازگار و راهبردهای ناسازگار است. درحقیقت، تنظیم هیجان، شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه‌ی یک هیجان است و مشخص شده است که افراد هنگام مواجهه با رویدادهای تنش‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجانی متفاوتی جهت اصلاح یا تعدیل

1. Anastasia, Ekaterina, Anna & Pavel
2. Miller
3. Gross

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

تجارب هیجانی خود اســتفاده می‌کنند. یکی از متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با اســتفاده از راهبردهای شــناختی اســت. شــناخت‌ها یا فرآیندهای شــناختی به افراد کمک می‌کند تا هیجانات و احســاس‌های خود را تنظیم نمایند و توســط شــدت هیجانات مغلوب نشــود. در همین راســتا گارنفســکی، کرایج و اســپینوهن[1] (۲۰۰۱) اســتراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان را ارائه کردند که شامل سرزنش خود (افکاری که فرد را به دلیل چیزهایی که تجربه کرده اســت ســرزنش می‌کند)، ســرزنش دیگران (افکاری که دیگران را برای آنچه که اتفاق افتاده ســرزنش می‌کند)، پذیرش (افکاری که فرد آنچه را که اتفاق افتاده می‌پذیرد و خود را کنار می‌کشــد)، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی (افکاری مربوط به چگونگی طی کردن مراحل و مدیریت وقایع منفی)، تمرکز مجدد مثبت (فکر کردن به موضــوعات لذت‌بخش به جای رویداد واقعی)، نشخوارفکری (فکر کردن درباره‌ی احساسات و افکار مرتبط با رویدادهای ناخوشایند)، ارزیابی مجدد مثبت (افکار مربوط به دستاوردهای مثبت رویداد یا رشــد شــخصــی)، اتخاذ دیدگاه (تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن رویداد یا تاکید بر نسبی بودن آن در مقایســه با دیگر رویدادها) و فاجعه‌آمیزپنداری (افکاری که به صــراحت بر وحشــت از حادثه تاکید می‌کند) می‌باشــد. درصــورتی که در فرایند نظم‌دهی هیجانی افراد اختلالی به وجود بیاید می‌تواند باعث آســیب‌های روانی و پیدایش اضــطراب در فرد شــود (رجب‌زاده، ۱۳۹۶). آنســتاســین و همکاران (۲۰۲۳) در بررســی راهبردهای شــناختی تنظیم هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد نشان دادند تمام ۹ راهبرد تنظیم هیجان در ســطوح مختلف در میان این افراد تأیید شــده اســت و عدم کنترل کافی در رفتار این افراد علت شــایع اختلالات هیجانی می‌باشــد. لئون، جارنک، گیلمور و فلانگان[2] (۲۰۲۲) نیز نشــان دادند راهبردهای شــناختی تنظیم هیجان در زنان دارای همســر وابســته به مواد مشــکل وجود دارد. باتوجه به این موارد می توان نتیجه گرفت که رشــد راهبردهای تنظیم هیجان در ســلامت روان زنان با همســر وابســته به مواد نقش دارند؛ لذا مصــرف مواد

1. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

2. Leone, Jarnecke, Gilmore & Flanagan

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

توسط همسر در این گروه از زنان، می‌تواند مهارت‌های فرد در تنظیم شناختی هیجان و پیامدهای ناشی از آن را تحت تاثیر قرار دهد.

از دیگر مشکلات قابل توجه در زنان دارای همسر وابسته به مواد، تحمل پریشانی[1] است. تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی ذهنی یا عینی برای مقاوم ماندن در برابر حالت‌های درونی مضر و رویدادهای بیرونی ناسازگار تعریف شده است (روبینسون[2] و همکاران، ۲۰۱۹). درواقع، تحمل پریشانی به توانایی مقاورت در مقابل هیجانات منفی، مشکلات جسمانی و حالات پریشانی درونی که توسط عوامل بیرونی ایجاد می‌شوند، اشاره دارد (هارون رشیدی، ۱۴۰۲). افرادی که تحمل پریشانی ضعیفی دارند، از افکار و احساسات منفی اجتناب می‌کنند و به احتمال بیشتر اجتناب تجربی را نشان می‌دهند. افزون بر این عدم تحمل پریشانی عامل خطر بالقوه‌ای جهت رفتارهای پیشگیرانه ناسازگار نظیر نگرانی بوده و نوعی تنظیم هیجان ضعیف تلقی می‌شود که گستره وسیعی از علائم روان‌شناختی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (لاس و وینر[3]، ۲۰۲۰). در واقع آگاهی افراد از پریشانی جهت کارکرد کلی آنان ضروری است؛ زیرا تحمل پریشانی سازگار مانند آگاهی از هیجانات، خواسته‌ها و احساسات فردی تلقی می‌شود. شاری و همکاران (۲۰۱۷) با بررسی تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد به این نتیجه رسیدند زنانی که همسر وابسته به مواد دارند سطح تحمل پریشانی پایین‌تری را نسبت به سایرین نشان دادند. همچنین زنانی که توانایی کمتری در تحمل پریشانی و ناملایمات دارند معمولاً برای مقابله با هیجانات منفی به رفتارهای مخرب گرایش می‌یابند که می‌تواند موجب کاهش فوری و تسکین لحظه‌ای هیجانات منفی شود. به نظر می‌رسد کارکرد ضعیف زنان دارای همسر وابسته به مواد در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی، زمینه‌ساز آسیب‌های روانی در آن‌ها می‌شود و اختلال عملکردی خانواده را افزایش می‌دهد (تقوایی‌نیا، ۱۴۰۱). با توجه به اهمیت متغیرهای مورد اشاره، شناسایی عواملی که بتواند موجب دستکاری مطلوب و بهبود آن‌ها شود، مسئله‌ای ضروری و حائز اهمیت برای متخصصان بهداشت روان می‌باشد.

1. distress tolerance
2. Robinson
3. Lass & Winer

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

با در نظر گرفتن اهمیت سلامت‌روان و آرامش زنان در خانواده و جامعه، به‌ویژه همسران افراد در حال ترک اعتیاد و گزارش نرخ بالای اختلالات اعم از مشکلات رفتاری مانند مصرف مواد، افکار خودکشی، افسردگی و اضطراب، تجربه خشونت فیزیکی از جانب همسر و همچنین روابط فرازناشویی در میان زنان دارای همسر مصرف‌کننده مواد، این مسئله بیانگر لزوم انجام برنامه‌هایی به‌منظور پیشگیری و مداخله است (شیری، گودرزی، مرادی و احمدیان، ۱۳۹۹)؛ امروزه رویکردهای گوناگون درمانی با هدف کاهش تنش و مشکلات هیجانی به وجود آمده است. هدف درمان شناختی رفتاری کمک به فرد برای سازگاری با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های مؤثر تنظیم هیجان است (اپستین و ژانگ[1]، ۲۰۱۷). درمان شناختی-رفتاری مداخله‌ای است که بر باورهای فرد در مشکلات زندگی متمرکز است و به افراد کمک می‌کند تا مشکلات خود را برطرف کنند. در عین حال، راهکارهای رفتاری به آن‌ها را ارائه می‌دهد که می‌توانند به آن‌ها کمک کند تا مشکلات احتمالی خود را پیدا و برطرف کنند؛ به عبارت دیگر، هدف اصلی این روش تنها حل‌مسئله نیست؛ بلکه آموزش است تا افراد بیاموزند که چگونه با مشکلات جدید مواجه شوند (باکام، فیشر، هالوگ و اپستین[2]، ۲۰۱۹). به طور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که مبانی درمان شناختی-رفتاری بر شناخت افراد از باورها و مشکلات تأکید دارد و شناخت را بخش جدایی‌ناپذیر فرآیند تغییر می‌داند (مک‌هاگ[3] و همکاران، ۲۰۱۴)؛ لذا، به نظر می‌رسد بتواند اثرگذاری مطلوبی در کاهش پریشانی و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی نیز داشته باشد. یافته‌های پژوهش بیگی، نجفی، محمدی‌فر و عبداللهی (۱۳۹۷) حاکی از آن است که این شیوه درمانی در افزایش تاب‌آوری و تحمل پریشانی موثر است. در همین راستا حسین‌زاده، اسبقی و نصیری (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادندکه درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب و بهبود مهارت‌های شناختی تنظیم هیجان تأثیر معناداری داشته است؛ چنان که این درمان توانسته منجر به بهبود مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در مرحله درمان و پیگیری شود. الهی، نجفی و محمدی فر (۱۴۰۲)

1. Epstein & Zheng
2. Baucom, Fischer, Hahlweg & Epstein
3. McHugh

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

در پژوهشی نشان دادند درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی جهت ارتقای سلامت روان افراد وابسته به مواد اثربخش است. یافته‌های حاصل از پژوهش اوتول، منین، هوگارد، زاچاریا و روزنبرگ[1] (۲۰۱۵) نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان زنان متأهل، اثربخش است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که این درمان بر تحمل پریشانی زنان متأهل نیز اثربخش بوده است. علاوه بر این، نتایج مک‌هاگ و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از آن بود که میزان تحمل پریشانی گروه آزمایش پس از انجام مداخله شناختی رفتاری به طور معناداری افزایش پیدا کرده و مداخله موجب بهبود تحمل پریشانی آن‌ها شده بود. همچنین ضرابی، طباطبایی‌نژاد و لطیفی (۱۴۰۰) نشادن دادند درمان شناختی رفتاری در بهبود تحمل پریشانی زنان اثربخش بوده است. کاتز، رکتور و لاپوسا[2] (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان داد که درمان شناختی رفتاری قادر است بر تحمل پریشانی افراد گروه نمونه تأثیرگذاشته و موجب بهبود روابط و نگرش آن‌ها در روابط می‌شود.

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد تحقیقاتی مختلف از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای روان‌شناختی مختلف در نمونه‌های مختلف بررسی شده است، اما این‌گونه پژوهش‌ها کمتر در نمونه‌های زنان همسران معتاد انجام شده است. از آن جایی که یکی از ریشه‌های اصلی توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی باورها و شناخت‌های افراد است، لذا از درمان شناختی-رفتاری جهت بهبود توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان با همسر وابسته به مواد می‌توان استفاده کرد. از سویی جایگاه زنان دارای همسر معتاد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه به این گروه ضروری می‌باشد. همچنین با بررسی پیشینه پژوهشی، پژوهش‌هایی در خصوص اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در این گروه از افراد یافت نشد که همین امر هم خلأ پژوهشی در این زمینه را پر می‌کند و هم بر جنبه نوین بودن پژوهش می‌افزاید. بنابراین درمان شناختی-رفتاری و اثرات آن غیرقابل

1. O'Toole, Mennin, Hougaard, Zachariae & Rosenberg

2. Katz, Rector & Laposa

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

اجتناب به نظر می‌رسد، اما تاکنون مطالعات منظمی به بررسی اثربخش آن بر توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی نپرداخته‌اند و موارد مذکور به عنوان اهداف اساسی پژوهش حاضر به شمار می‌روند؛ لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر توانایی تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۴۰۲ بودند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۴۰۰)؛ بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۲ نفر (۱۶ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش گذشتن حداقل دو سال از زندگی مشترک، داشتن تحصیلات بالاتر از دیپلم، رضایت‌مندی برای شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش و ملاک خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، عدم مشارکت منظم در جلسات 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- پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) طراحی شده و ۳۶ آیتم دارد. پاسخ به سوالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. این پرسشنامه راهبردهای منفی شامل سرزنش خود (سوالات ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸)، سرزنش دیگران (سوالات ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶)، فاجعه پنداری (سوالات ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵) و نشخوار فکری (سوالات ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰) 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.17.70.175]

راهبردهای مثبت شامل پذیرش (سوالات ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹)، تمرکز مجدد مثبت (سوالات ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱)، برنامه‌ریزی (سوالات ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲)، بازارزیابی مثبت (سوالات ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳) و اتخاذ دیدگاه (سوالات ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی این آزمون را براساس ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی ۰/۸۷ گزارش نموده‌اند. همچنین در مطالعه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) با استفاده از روش بازآزمایی، ضریب پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با فاصله زمانی ۱۴ ماه، بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ به دست آمده است. در ایران نیز روایی ساختاری و پایایی این مقیاس مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ برای هر زیرمقیاس محاسبه شده است (عبدی، باباپور خیرالدین و فتحی، ۱۳۸۹).

۲- پرسشنامه تحمل پریشانی[1]: این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر[2] (۲۰۰۵) تدوین شد که دارای ۱۵ گویه و ۴ مولفه است. مولفه‌های این پرسشنامه شامل 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) و تنظیم تلاش‌ها جهت تسکین پریشانی (گویه‌های ۸، ۱۳ و ۱۴) هستند و گویه ۶ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. 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 همگرایی و ملاکی مطلوبی است. تقوایی‌نیا (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۵ گزارش نمود.

روش اجرا

در این مطالعه، درمان شناختی-رفتاری به صورت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و با فراوانی یک جلسه در هفته انجام شد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش

1. Distress Tolerance Scale
2. Simons & Gaher

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

آزمون) و بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) اجرا شد. پروتکل مراحل درمان شناختی-رفتاری به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	محتوا	تکلیف
اول	ارتباط و ایجاد آمادگی توضیح روش و اهداف جلسات، بیان طرح درمان شناختی-رفتاری، اعلام قوانین برنامه درمانی	-
دوم	شناسایی باورها و انتظارات غیرواقع‌بینانه، بررسی انتظارات و باورها، نشان دادن تأثیر باورهای مخرب بر احساسات و رفتارهای فرد، شناخت انواع مختلف خطاهای تفکر و افکار ناکارآمد	شناسایی و ثبت افکارناکارآمد
سوم	آموزش و بررسی مدل شناختی فکر و رفتار شناختی-رفتاری، ارائه توضیحات درباره افکار خودآیند منفی، معرفی و شناسایی خطاهای شناختی با میزان اعتقاد به آن‌ها، آموزش اصلاح خطاهای شناختی	شناسایی و ثبت خطاهای شناختی
چهارم	آموزش مدل ABCD؛ A: حوادثی که اتفاق افتاده است؛ B: عقاید فرد درباره حوادث؛ C: پیامدهیجانی شیوه فکرکردن؛ D: تشخیص افکار خودآیند منفی و بحث درباره آن‌ها، درگیر شدن با افکار خودآیند و جایگزینی افکار مثبت و منطقی با آن‌ها	جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی در مدل ABCD
پنجم	تمرین و آموزش مهارت‌های پذیرش، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و بازارزیابی مثبت، آموزش جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت	جایگزینی افکار مثبت با افکار منفی در مدل ABCD
ششم	ایجاد مهارت‌های درک همدلانه، ارزیابی الگوها و موانع تنظیم هیجانی سازگارانه، تمرین و آموزش مهارت‌های ارتباط کارآمد	تمرین مهارت‌های تنظیم هیجانی
هفتم	آموزش تکنیک‌های کارآمد در مواقع مواجهه با مشکلات روان-شناختی مانند ریلکسیشن و مراقبه، افزایش تبادلات رفتاری مثبت، شناخت الگوهای تقویت و تنبیه، افزایش تقویت‌کننده‌های مثبت و کاهش تنبیه، درک و عینی‌سازی رفتار	اجرای ریلکسیشن و مراقبه
هشتم	آموزش مهارت حل‌مسئله، بررسی مشکلات موجود و ارزیابی روش‌های حل‌مسئله، آموزش و تمرین مراحل روش حل‌مسئله جهت افزایش تحمل پریشانی، اجرای پس آزمون	-

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

یافته‌ها

گروه نمونه شامل ۳۲ نفر از زنان دارای همسر معتاد در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش (۳/۲۲±۳۱/۸۷) و گروه کنترل (۳/۱۸±۳۱/۴۰) بود. از لحاظ تحصیلات ۱۸ نفر (۵۶/۲ درصد) از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی و ۱۴ نفر (۴۳/۷ درصد) دیپلم بودند. کلیه شرکت‌کنندگان دارای فرزند و حداقل ۲ سال از زمان ازدواج‌شان گذشته بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها		پیش آزمون		پس‌آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تنظیم شناختی هیجان مثبت	آزمایش	۴۱/۶۹	۱۴/۴۱	۴۹/۶۹	۱۸/۳۲
	کنترل	۴۲/۱۹	۱۵/۲۰	۴۱/۰۱	۱۵/۳۷
تنظیم شناختی هیجان منفی	آزمایش	۴۴/۳۷	۱۴/۲۱	۳۵/۰۱	۱۳/۹۶
	کنترل	۴۳/۸۱	۱۵/۵۱	۴۲/۶۹	۱۴/۲۵
تحمل پریشانی هیجانی	آزمایش	۶/۸۸	۲/۲۷	۹/۶۹	۲/۷۹
	کنترل	۶/۰۶	۲/۸۱	۶/۳۸	۲/۱۲
جذب شدن به هیجانات منفی	آزمایش	۷/۰۹	۱/۹۱	۱۰/۶۹	۳/۸۷
	کنترل	۶/۶۲	۲/۶۳	۶/۸۱	۳/۰۳
برآورد ذهنی پریشانی	آزمایش	۱۱/۸۱	۵/۰۳	۱۷/۸۸	۶/۷۸
	کنترل	۱۰/۶۳	۵/۴۷	۱۱/۰۶	۴/۹۱
تلاش برای تسکین پریشانی	آزمایش	۷/۷۵	۳/۰۴	۹/۷۵	۳/۲۹
	کنترل	۷/۳۸	۳/۵۵	۷/۳۸	۳/۱۱
نمره کل تحمل پریشانی	آزمایش	۳۳/۵۰	۱۰/۱۳	۴۷/۰۱	۱۱/۸۱
	کنترل	۳۲/۶۹	۷/۸۵	۳۱/۶۳	۷/۴۱

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

آزمون تحلیل‌کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل‌کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی دارای توزیع نرمال بودند (p> ۰/۰۵). همچنین هیچ کدام از مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی در آزمون لوین معنادار نبودند (p> ۰/۰۵)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند (p> ۰/۰۵)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون، در تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس‌آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: بررسی کوواریانس چندمتغیره پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۷۹	۱۱/۸۷	۶	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
لامبدای ویکلز	۰/۲۱	۱۱/۸۷	۶	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
اثر هتلینگ	۳/۷۵	۱۱/۸۷	۶	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶
بزرگترین ریشه روی	۳/۷۵	۱۱/۸۷	۶	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۷۶ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی تحلیل کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۴ ارائه شده است.

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان دو گروه

متغیر	مولفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
تنظیم شناختی هیجان	تنظیم شناختی هیجان مثبت	۷۰۸/۸۶	۷/۸۰	۰/۰۱۰	۰/۲۴
	تنظیم شناختی هیجان منفی	۹۳۱/۳۵	۱۲/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۳۴
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی هیجانی	۷۶/۶۴	۴۴/۴۱	۰/۰۰۳	۰/۳۲
	جذب شدن به هیجانات منفی	۵۵/۴۶	۸/۳۴	۰/۰۰۸	۰/۲۵
	برآورد ذهنی	۳۰۴/۴۴	۲۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	تلاش برای تسکین	۴۳/۸۲	۴/۵۹	۰/۰۴۲	۰/۱۶

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، در تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی منفی نمرات کمتر و در تمامی مولفه‌های تنظیم شناختی هیجانی مثبت و تحمل پریشانی 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 توانایی تنظیم شناختی هیجان بهتری را کسب کنند و بر افزایش تحمل پریشانی در پس‌آزمون اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی زنان دارای همسر وابسته به مواد بود. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن درگروه آزمایشی نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش معنی‌دار تنظیم شناختی هیجان مثبت و کاهش معنی‌دار تنظیم شناختی هیجان منفی در گروه آزمایشی شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کاتز، رکتور و لپوزا[1] (۲۰۱۷)، باکام و همکاران (۲۰۱۹)، هارون رشیدی (۱۴۰۲) و حسین‌زاده و همکاران

1. Katz, Rector & Laposa

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

(۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته باتوجه به نظریه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، می‌توان گفت تنظیم هیجان سازه‌ای چند بعدی است و شامل مؤلفه‌هایی چون خودآگاهی هیجانی، پردازش هیجانات، تفکیک و کنترل هیجانات مثبت و منفی است (باکام و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری بر این اصل که درمانی مبتنی بر کنترل هیجانات، عواطف، آگاهی و پردازش بدون نقص و تحریف و کارآمد هیجانات است؛ لذا می‌توان انتظار داشت که بیشتر از هر مولفه‌ای درمان شناختی-رفتاری بر مولفه تنظیم هیجان تاثیرات قابل توجهی داشته باشد. ضمناً رویکرد شناختی رفتاری مبتنی بر کاهش خطاهای شناختی است و برای هر مسئله و مشکلی خطاهای شناختی مرتبط با آن مشکل و یا مسئله شناسایی و کنترل می‌گردد و در حیطه مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان خطاهای شناخته شده‌ای را که به مشکلات هیجانی در افراد منجر می‌شوند؛ از قبیل ذهن خوانی، پیشگویی، فاجعه‌سازی انتزاعی انتخابی، تعمیم بیش از حد و استدلال هیجانی را شناسایی می‌نماید؛ بنابراین طبق این اصول می‌توان انتظار داشت که تعدیل و کنترل تحریف‌های شناختی تاثیرات قابل توجهی بر کاهش و درمان مشکلات تنظیم شناختی هیجان دارد. علاوه براین، در تبیین این نتایج نیز می‌توان به اصول زیربنایی درمان شناختی رفتاری توجه کرد که بر اساس تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است. در طی درمان شناختی رفتاری افراد به اصلاح باورهای نادرست خود می‌پردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران می‌توانند دیدگاه مثبتی نسبت به خود داشته باشند که این امر سبب شده درمان شناختی و رفتاری بر تنظیم هیجان اثرگذار باشد. این رویکرد با استفاده از ترکیب راهبردهای شناختی و رفتاری، فرد را قادر می‌سازد تا در جهت تغییرات رفتاری جدی تلاش نماید و عواقب این تغییرات را ارزیابی کند؛ سپس به وسیله تغییر افکار و شناخت، مهارت‌های یاد گرفته شده قابل انتقال به زندگی روزمره فرد می‌شود؛ بر این اساس فرد خودش قادر است هیجانات خود را مدیریت نماید و می‌توان بیان داشت در هر جایی مهارت‌های کنترل هیجان و تنظیم هیجانی باشد، تکنیک‌های شناختی رفتاری نیز کارآمد خواهد بود. در نتیجه درمان شناختی-رفتاری از طریق

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

فرایندهای توضیح داده شده باعث بهبود مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد می‌گردد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشـــان داد بین گروه‌های آزمایشـــی و گواه از لحاظ تحمل پریشـانی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. درمان شـناختی رفتاری باعث شـد که گروه آزمایش، تحمل پریشانی بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کنند. این یافته ها با نتایج پژوهش‌های شاری و همکاران (۲۰۱۷)، مک‌هاگ و همکاران (۲۰۱۴) و ضرابی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است و یافته‌های پژوهشی آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد شـــناختی-رفتاری به فرد این دیدگاه را می‌دهد که اگرچه نمی‌تواند وقایع و حالت زندگی‌اش را تغییر دهد، اما می‌تواند روش مقابله و رویارویی با آنها را تغییر دهد. مداخله شـــناختی رفتاری با آموزش تکنیک‌ها و روش‌های رفتاری مانند آرام‌ســازی و مراقبه به زنان دارای همســر وابســته به مواد کمک می‌کند تا با بهره‌گیری از این فنون تنش‌ها و فشـارهای روانی خود را مدیریت نمایند و یا کاهش دهند. علاوه بر این افراد در درمان شـــناختی-رفتاری با فراگیری مهارت‌های ارتباطی، قادرند روابط و فعالیت‌های اجتماعی خود را بهبود بخشـــند و گســـترش دهند که این روابط به افزایش تحمل پریشـــانی آنان کمک می‌کند. همچنین این درمان به افراد آموزش داد از تفکرات اغراق‌آمیز و فاجعه‌بار پرهیز نمایند و آن را با تفکرات ســـازنده و مثبت جایگزین کنند. مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف‌شده و اغراق‌آمیز باعث می‌شود که افراد روحیه ســـرســـختانه‌ای را در خود پرورش دهند و جهت بهبودی شـــرایط خود، با چالش کشـیدن افکار غیرمنطقی مصـمم‌تر شـوند و در نتیجه توانایی تحمل آنان در برابر پیامدها و حالات روان‌شـــناختی منفی افزایش می‌یابد. در تبیین دیگر نیز می‌توان گفت در جلســـات درمانی شناختی رفتاری از فنون شناختی رفتاری مانند توقف فکر، مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی، مهارت‌های حل‌مسئله و خودگویی مثبت استفاده می‌شود. پس از دریافت درمان از یک طرف افکار خودآیند منفی به افکار هدفمندی که با واقعیت عینی سـازگاری بیشـتری دارد تبدیل می‌شود و پردازش شناختی آنان منطقی‌تر می‌شود و فرایندهای شناختی معیوب کمرنگ‌تر می‌شـــود و فرد قادر اســـت واقعیت شـــرایط خود را بدون تحریف بپذیرد و از

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

طرف دیگر فرد با کسب مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های حل‌مسئله، مدیریت رفتار، جرات‌ورزی، ابراز وجود و مهارت‌های بین‌فردی می‌تواند به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست یابد و متناسب با شرایط و تقاضاهای محیطی می‌تواند رفتارهای منطقی از خود بروز دهد؛ به عبارت دیگر تحمل پریشانی افراد در مقابل مشکلات افزایش می‌یابد. به طورکلی فرآیند آموزش شناختی-رفتاری می‌تواند سبب تحمل پریشانی و بهبود مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای همسر وابسته به مواد شود و در نتیجه زمینه بهبود کیفیت زندگی را فراهم سازد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش، این بود که به دلیل محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری صورت نگرفته است. بنابراین اطلاعاتی در دسترس نیست که نشان دهد در طولانی مدت تغییرات ایجاد شده در طی این درمان پایدار باقی مانده است. براین اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی دوره‌های پیگیری جهت بررسی میزان پایداری تاثیرات درمان شناختی رفتاری در این گروه از افراد نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شدکه جنبه خودگزارشی دارد؛ لذا امکان سوگیری در جمع‌آوری اطلاعات وجود دارد؛ براین اساس در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از ابزارهای چندوجهی عینی نظیر مصاحبه، مشاهده رفتار در محیط واقعی جهت دستیابی به نتایج قابل تعمیم بهره گرفته شود. پژوهش حاضر با پررنگ‌سازی نقش درمان شناختی-رفتاری در زنان دارای همسر وابسته به مواد توجه پژوهشگران، درمانگران، مراکز مشاوره و ... را به این درمان خواستار است.

منابع

امیدیان، سارا؛ کاظمیان مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۳۲۷-۳۰۹.

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

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

اوکاتی، مریم و عرب، علی (۱۴۰۱). مقایسه دشواری تنظیم هیجانی، ترس از ارزیابی‌های منفی اجتماعی و تمایل به خودکشی در زنان دارای همسر معتاد و غیرمعتاد. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۶(۱)، ۲۷۵-۲۶۷.

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

تقوائی نیا، علی (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سازگاری زناشویی و احساس تنهایی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۲۴-۷.

حسین زاده، اعظم؛ اسبقی، مریم و نصیری، اعظم (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجان در همسران مبتلا به افسردگی. *فصلنامه پژوهش های کاربردی در مشاوره*، ۳(۳)، ۱۴۵-۱۲۳.

دلاور، علی (۱۴۰۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: نشر رشد.

رجب زاده، امینه (۱۳۹۶). *مقایسه نشخوار فکری، تنظیم شناخت هیجان و مهارت‌های ارتباط با والدین در دانش‌آموزان طلاق و عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی واحد مرودشت.

شیری، فاطمه؛ گودرزی، محمود؛ مرادی، امید و احمدیان، حمزه (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی- رفتاری برعملکرد خانواده در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۲۶۶-۲۴۷.

ضرابی، شراره؛ طباطبایی نژاد، فاطمه سادات و لطیفی، زهره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲)، ۳۸۰-۳۶۹.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۷۰-۴۷.

عبدی، سلمان؛ باباپورخیرالدین، جلیل و فتحی، حیدر (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی دانشجویان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش*، ۸(۴) ۲۶۴-۲۵۸.

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

کرمی، رزاق؛ شـریفی، طیبه؛ نیک‌خواه، محمد و غضـنفری، احمد (۱۳۹۸). اثربخشـی آموزش تنظیم هیجـان مبتنی بر مـدل گراس بر کـاهش نشـخوار فکری و اضـطراب اجتمـاعی دانش‌آموزان دختر با پیگیری ۶۰ روزه. *فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۱)، ۹-۱.

هارون رشـیدی، همایون (۱۴۰۲). اثربخشـی آموزش تنظیم هیجان بر تحمل ابهام و پریشـانی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۳۲۶-۳۰۳.

هارون‌رشـیدی، همایون؛ کاشـی‌زاده، پریسـا و کاظمیان‌مقدم، کبری (۱۳۹۹). اثربخشـی آموزش تنظیم هیجانی بر ادراک خود و ابراز وجود دانش‌آموزان با نارسـایی یادگیری. *فصـلنامه کودکان استثنایی*، ۲۰(۳)، ۴۸-۳۷.

الهی، محمد؛ نجفی، محمود و محمدی فر، محمدعلی (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی بر پریشانی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) افراد وابسته به مصرف مواد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۸(۷۱)، ۲۲-۱۳.

References

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC: Auth.

Anastasia, K., Ekaterina, D., Anna, K., & Pavel, E. (2023). Personality traits, approval motivation, and empathy as predictors of cognitive regulation of emotions and behavioral self-control in codependent women. *International Journal of Cognitive Research in Science, Engineering and Education*, 11(2), 187-197.

Baucom, D. H., Fischer, M. S., Hahlweg, K., & Epstein, N. B. (2019). Cognitive behavioral couple therapy. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training* (pp. 257–273). US: American Psychological Association.

Benchaya, M. C., Moreira, T. D. C., Constant, H. M. R. M., Pereira, N. M., Freese, L., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2019). Role of parenting styles in adolescent substance use cessation: Results from a Brazilian prospective study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 34-52.

Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142-147.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]

Katz, D., Rector, N. A., & Laposa, J. M. (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 459-477.

Lass, A. N., & Winer, E. S. (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(3), 123-136.

Leone, R. M., Jarnecke, A. M., Gilmore, A. K., & Flanagan, J. C. (2022). Alcohol use problems and conflict among couples: A preliminary investigation of the moderating effects of maladaptive cognitive emotion regulation strategies. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 11(4), 290-310.

Ma, Z., Liu, Y., Wan, C., li, X., & Zhang, Y. (2022). Health-related quality of life and influencing factors in drug addicts based on the scale QLICD-DA: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20, 101-109.

McHugh, R. K., Kertz, S. J., Weiss, R. B., Baskin-Sommers, A. R., Hearon, B. A., & Björgvinsson, T. (2014). Changes in distress intolerance and treatment outcome in a partial hospital setting. *Behavior Therapy*, 45(2), 232-240.

Miller, A. B., McLaughlin, K. A., Busso, D. S., Brueck, S., Peverill, M., & Sheridan, M. A. (2018). Neural correlates of emotion regulation and adolescent suicidal ideation. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(2), 125-132.

Neelankavil, R. J., & De Guzman, R. (2019). Development of cognitive based acceptance program (CAP) for wives of alcoholics: A pilot study. *Indian Journal of Positive Psychology*, 10(4), 267-271.

O'Toole, M. S., Mennin, D. S., Hougaard, E., Zachariae, R., & Rosenberg, N. K. (2015). Cognitive and emotion regulation change processes in cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 667-676.

Reginsson, G. W., Ingason, A., Euesden, J., Bjornsdottir, G., Olafsson, S., & Sigurdsson, E. (2018). Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder associate with addiction. *Addiction Biology*, 23(1), 485-492.

Robinson, M., Ross, J., Fletcher, S., Burns, C. R., Lagdon, S., & Armour, C. (2019). The mediating role of distress tolerance in the relationship between childhood maltreatment and mental health outcomes among university students. *Journal of Interpersonal Violence*, 1(1), 1-36.

Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 36(3), 151-157.

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.

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

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.175]