

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان کیفیت زندگی و تاب آوری زنان دارای همسر معتاد

## The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life and resilience of women with addicted spouses

**Fatima Zarei Talebi**

Senior Clinical Psychologist; Islamic Azad University, yazd Branch, yazd, Iran.

Email: [ravanshenasi.t@gmail.com](mailto:ravanshenasi.t@gmail.com)

فاطمه زارعی طالبی\*

کارشناس ارشد روانشناس بالینی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران.

**Mehdiah Mehboobizadeh**

Senior Clinical Psychologist; Islamic Azad University, Sirjan Branch, Kerman, Iran.

مهديه محبوبی زاده

کارشناس ارشد روانشناس بالینی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، کرمان ایران.

**Negin sarvare Azimzadeh**

Senior Clinical Psychologist; Islamic Azad University, Sirjan Branch, Kerman, Iran.

نگین سروره عظیم زاده

کارشناس ارشد روانشناس بالینی؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، کرمان ایران.

### Abstract

Addiction in society is one of the big problems that not only involves the drug user himself, but also causes many problems for the drug user's spouse. Therefore, this research was conducted with the aim of the effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life and resilience of women with addicted spouses. The research method was semi-experimental with control and experimental groups. The studied population were all women with drug addict husbands in Sirjan city. The sample size was 30 people, which was obtained by available sampling method, and then they were replaced in two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The data was obtained using the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1996) and Connor and Davidson (2003). Data analysis was done. The results showed that cognitive behavioral therapy has an effect on the quality of life and resilience of women with addicted spouses. It can be concluded that this type of treatment can be used to help families with addiction problems.

### چکیده

اعتیاد در جوامع جز معضلات بزرگی است که نه تنها خود فرد دارای سومصرف را درگیر می نماید بلکه باعث مشکلات بسیاری برای همسر فرد دارای سومصرف مواد میگردد. لذا این پژوهش با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان کیفیت زندگی و تاب آوری زنان دارای همسر معتاد انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه مورد بررسی تمام زنان دارای همسر معتاد شهر سیرجان بودند. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس به دست آمد و سپس در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه شده (۱۹۹۶) و تا آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به دست آمد و گروه آزمایش در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای آموزش دیدند و نتایج داده ها به روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل داده ها قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر میزان کیفیت زندگی و تاب آوری زنان دارای همسر معتاد تاثیر دارد. نتیجه می توان گرفت که از این نوع درمان می توان برای کمک به خانواده های دارای مشکل اعتیاد بهره جست.

**واژه‌های کلیدی:** اعتیاد، تاب آوری، درمان شناختی رفتاری - **Keywords:** Addiction, cognitive behavioral therapy - quality of life, resilience. کیفیت زندگی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت: اردیبهشت ۱۴۰۳

پذیرش: مرداد ۱۴۰۳

### مقدمه

مواد مخدر و روانگردان‌ها به عنوان یکی از بحران‌های عصر حاضر، موجب دغدغه‌مندی بیش از ۲۰۰ کشور جهان شده است. روند کشت، تولید، ترانزیت، خرید، فروش، حمل، نگهداری و مصرف مواد از یک سو سبب گردیده است که معضلات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی کشورها پیچیده‌تر شده و از سوی دیگر مؤلفه‌های فراسیستمی تاثیرگذار بر آینده مواد مخدر و روانگردان‌ها بر ابهام این بحران افزوده است (امرای و همکاران، ۱۳۹۹). بر پایه گزارشی از دفتر مقابله و مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۸ میلادی، ۲۶۹ میلیون نفر در جامعه جهانی حداقل یک نوع ماده مخدر یا روانگردان را در سال مصرف نموده‌اند. نیم‌نگاهی به آسیب‌های شدید ناشی از اعتیاد در ابعاد جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی سبب شده است عموم جوامع با مسائل متفاوت همچون گسترش انواع بزهکاری و جرایم خُرد، مشکلات شغلی و بیکاری، درگیری‌های خانوادگی و طلاق، بیماری‌های قابل انتقال عفونی و مرگ و میر، خسارت‌های غیر قابل جبران ناشی از چرخه مصرف مواد بر فرد، جامعه و دولت مواجه شوند (احمدی و قاسمی پور، ۱۴۰۰). در عصر کنونی که زمان جهانی شدن، کشور ایران نیز از آسیب‌های بر شمرده ناشی از اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان‌ها محفوظ نبوده و متأسفانه بیشتر از چهار میلیون نفر از جمعیت عمومی کشور ۱۵ تا ۶۴ ساله مبتلا به سومصرف مستمر و آزمایشی مواد است. در بین جمعیت مصرف‌کننده مواد در کشور، دانشجویان به عنوان نخبگان جامعه از جایگاه بسیار مهمی برخوردار هستند (صرامی، ۱۴۰۰). از جمله مسائلی که اعتیاد می‌تواند در آن تاثیر بسیاری بگذارد مسئله کیفیت زندگی در فرد دارای اعتیاد و خانواده وی است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد موقعیت‌شان در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی متناسب با اهداف و آرزوها و استانداردهای آنان تعریف نموده است (صادق زاده و همکاران، ۱۴۰۳). کیفیت زندگی ارزیابی مثبت یا منفی فرد از خصوصیات زندگی و نیز میزان رضایت کلی وی از زندگی خود است. این مفهوم دیدگاه فرد را درباره تفاوت درک شده بین آنچه باید باشد و آنچه هست نشان می‌دهد (لانگدام و ساتیانندا، ۲۰۲۳). در تعاریف دیگری کیفیت زندگی را برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع است که شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع می‌دانند (حیدری و همکاران، ۱۴۰۲). در حالت کلی می‌توان مجموعه‌ای از دفاع جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود مانند شادی، رضایت، افتخار، سلامتی، موقعیت اقتصادی، فرصت‌های آموزشی را تعریف مناسبی از کیفیت زندگی دانست (حیدریان و صالحیان، ۱۴۰۲).

تاب آوری در زنان دارای همسر معتاد به سازگاری آن‌ها با شرایط کمک می‌کند. این ویژگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی این بیماران و تسهیل روند درمان آن‌ها بیانجامد. تحقیقات نشان می‌دهد علاوه بر تاثیرات محیطی، ویژگی‌های شخصیتی مانند خوشبینی، عزت نفس و داشتن معنا برای زندگی از عواملی هستند (شون؛ ۲۰۱۶). تاب آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی در ترمیم خویشتن است. تاب آوری یعنی اینکه فرد بتواند قوام و سلامت روانشناسی خود را در مواجهه با سختی‌ها حفظ کند. این ظرفیت انسان می‌تواند باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علی‌رغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد. تاب آوری به معنای توانایی مقابله با شرایط دشوار

و پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی است، به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مواجهه سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فاتق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، با موقعیت‌های غیرمنتظره کنار بیایند. تاب‌آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا کاهش یابد و بر اساس تلاش فرد در جهت اصلاح فکری و عملی، در روند آزمون و خطای زندگی شکل می‌گیرد (علی اکبری و همکاران، ۱۴۰۳). تاب‌آوری پدیده‌ای صرفاً ذاتی نیست. تاب‌آوری حاصل تعامل ویژگی‌های شخصیتی فرد و محیط است و از طریق آموزش، یادگیری، تمرین و تجربه حاصل می‌شود. مفهوم تاب‌آوری از روانشناسی مثبت‌گرا به مفاهیم روانشناسی افزوده شده است. مارتین سلیگمن بنیان‌گذار روانشناسی مثبت‌گرا می‌گوید بدبینی میراث نامطلوب والدین برای فرزندان است. تاب‌آوری گذر از بحران را پشتیبانی و به موفقیت کمک می‌کند. یعنی دستیابی به موفقیت بدون تاب‌آوری ممکن نیست و تاب‌آوری مقدم است بر هر موفقیتی. همین تعریف کوتاه نشان می‌دهد که تعاریف غیرتخصصی موجود از تاب‌آوری که آن را حمل بر صبر و تحمل شرایط می‌کند، اشتباه است (زکی پور و عبدی، ۱۴۰۳). با این اوصاف تاب‌آوری نه تنها افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل، بلکه مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی و حتی ارتقای آن است. تاب‌آوری افراد را توانمند می‌سازد تا با دشواری‌ها و ناملازمات زندگی و شغلی رو به رو شوند، آسیب کمتری ببینند و حتی از این موقعیت‌ها برای شکوفایی و رشد شخصیت خود استفاده کنند (صادق زاده و همکاران، ۱۴۰۳). لذا در این مقاله به این سوال پاسخ می‌دهیم آیا اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد تاثیر دارد؟

## روش<sup>۲</sup>

با توجه به موضوع پژوهش، پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. در یک نگاه اجمالی به پژوهش‌های آزمایشی (آزمایشی، نیمه آزمایشی) می‌توان گفت که در پژوهش‌های تجربی تاثیر یک یا چند متغیر مستقل را بر یک یا چند متغیر وابسته مورد بررسی قرار داد. این نوع پژوهش‌ها در مواردی که امکان دست‌کاری متغیرها وجود دارند، می‌توانند دانش و اطلاعات با اهمیتی از روابط علت و معلولی میان متغیرها به دست بدهد. طرح نیمه آزمایشی مورد استفاده در پژوهش طرح دو گروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده شده است. حجم نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر بود که از بین همسران دارای معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر سیرجان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. برای به دست آوردن نمونه به ۱۰ مرکز مراکز ترک اعتیاد شهر سیرجان مراجعه شد و از روانشناسان و مسئولین مراکز خواسته شد تعداد مراجعه کنندگان که تحت درمان آنها بودند را به محقق معرفی و تعداد آنها را جهت به دست آوردن جامعه بیان نمایند سپس از بین آنها با همکاری مشاوران و مسئولین مراکز خواسته شد تعداد ۳۰ نفر که حاضر به شرکت در پژوهش بودند به محقق معرفی شدند و سپس به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و قبل از انجام درمان پیش‌آزمون گرفته شد و سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه درمانی شرکت کردند و در نهایت از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** مقیاس (پرسشنامه) فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> فرم کوتاه شده (۱۹۹۶) و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سووالی سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> می‌باشد. که کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی: الف- حیطه سلامت جسمانی (فیزیکی)<sup>۵</sup> ب- حیطه روانشناختی<sup>۶</sup> ج- حیطه روابط اجتماعی<sup>۷</sup> د- حیطه محیط

<sup>2</sup> method

<sup>3</sup> WHOQOL- BREF

<sup>4</sup> WHOQOL- 100

<sup>5</sup> Physical Health Domain

<sup>6</sup> Psychological Domain

<sup>7</sup> Social relationship Domain

زندگی<sup>۸</sup> مورد بررسی قرار می‌دهد. این مقیاس (پرسشنامه) حاوی ۲۶ سؤال است که سووال اول کیفیت زندگی را به طور کلی و سووال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. نمره گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی با توجه به پیچیده بودن نمره گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی آن را به طور کامل در اینجا توضیح می‌دهیم. در ابتدا باید به هر یک از ۲۶ سوال، نمره ۱ تا ۵ بدهید. برای سهولت در نمره گذاری، این نمرات در داخل خود پرسشنامه به صورت عدد وارد شده‌اند. سوالات ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند. در مرحله بعد باید نمره خام هر زیر مقیاس را به دست آوریم که به ترتیب زیر است: زیرمقیاس سلامت جسمی: جمع نمرات سوالات ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۷ تا ۳۵ خواهد بود و تفاضل این دو ۲۸ است. زیرمقیاس سلامت روان: جمع نمرات سوالات ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۶ تا ۳۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۲۴ است. زیرمقیاس روابط اجتماعی: جمع نمرات سوالات ۲۰-۲۱-۲۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۳ تا ۱۵ خواهد بود و تفاضل این دو ۱۲ است. زیرمقیاس سلامت محیط: جمع نمرات سوالات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۸ تا ۴۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۳۲ است. کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی: جمع نمرات سوالات ۱ و ۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۲ تا ۱۰ خواهد بود و تفاضل این دو ۸ است.

**پرسشنامه تاب آوری:** این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیربالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. نمره گذاری گزینه ها در این مقیاس بدین شرح است: کاملاً نادرست = ۰ به ندرت = ۱ گاهی درست = ۲ اغلب درست = ۳ همیشه درست = ۴ بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. **عبارات مربوط به هر زیرمقیاس:** ۱. زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰. زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶. زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲-۱. زیرمقیاس کنترل: ۲۲-۲۱-۱۳. زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹-۳ **پایایی خارجی:** کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. **پایایی ایرانی:** این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. **اعتبار خارجی:** نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. **اعتبار ایرانی:** برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد.

<sup>8</sup> Environmental Domain

سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران، ۲۰۰۶).

### جلسات درمان شناختی - رفتاری

درمان شناختی - رفتاری برگرفته از کتاب راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری فتی و موتابی (۱۴۰۲) که به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در طول پنج هفته و هفته ای دو جلسه اجرا شد. لازم به ذکر است که آموزش ها زیر نظر دکتر استاد راهنما اجرا شد. جلسات مشاور در مرکز ترک اعتیاد تشکیل شد.

### خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری

جلسه اول: معرفی و درمان شناختی - رفتاری، آشنایی با مهارت های مقابله ای و ارائه تعریف کیفیت زندگی  
 جلسه دوم: معرفی خطاهای شناختی  
 جلسه سوم: تمرین برای رفع خطاهای شناختی با استفاده از تکنیک های شناختی از جمله شناخت خطای شناختی و عوامل در دسر ساز،  
 جلسه چهارم: تکنیک های مقابله با افکار وسواس اعتیاد، پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره ای و تکنیک دو گانه برای باور مسئولیت پذیری افراطی.  
 جلسه پنجم: معرفی تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین های گروهی و انفرادی، آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین در حضور درمانگر.  
 جلسه ششم: مرور تکنیک ها و توضیح نشانه های عود، بحث و جمع بندی فنون شناختی رفتاری  
 جلسه هفتم: نشانه های عود، آموزش گام به گام حل مسئله  
 جلسه هشتم: جمع بندی و پس آزمون.  
 برای تحلیل فرضیه ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. کلیه ی تحلیل های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی<sup>۹</sup> انجام شد.

### یافته ها

جدول ۱ شاخص های مربوط به نرمال بودن متغیرهای وابسته را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون با توجه به شاخص های کجی، کشیدگی و آزمون شاپیرو ویلک نشان می دهد. نتایج نشان داد در متغیر تاب اوری روان شناختی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ( $w_{(15)}=0/74, p>0/05, sk=0/21, ku=-0/74$ ) و در پس آزمون ( $w_{(15)}=0/96, p>0/05, sk=0/28, ku=-1/21$ )،  $p>0/05$ ، با توجه به معنادار نبودن شاخص آمای شاپیرو ویلک نرمال است. در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ( $w_{(15)}=0/97, p>0/05, sk=0/67, ku=0/38$ ) و در مرحله پس آزمون ( $w_{(15)}=0/97, p>0/05, sk=0/3, ku=-0/62$ )،  $w_{(15)}=0/94, p>0/05$ ، با توجه به معنادار نبودن شاخص آمای شاپیرو ویلک غیر نرمال هستند.

<sup>9</sup> Statistical package for social science (Version 23)

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان کیفیت زندگی و تاب آوری زنان دارای همسر معتاد

در متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ( $w_{(15)}=0/95$ ,  $p>0/05$ ,  $sk=-0/48$ ,  $ku=0/19$ ) و در پس آزمون ( $w_{(15)}=0/97$ ,  $p>0/05$ ,  $sk=-0/39$ ,  $ku=0/36$ ) با توجه به معنادار نبودن شاخص آمای شاپیرو ویلک نرمال است. در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ( $w_{(15)}=0/93$ ,  $p>0/05$ ,  $sk=-0/56$ ,  $ku=-0/86$ ) و در مرحله پس آزمون ( $w_{(15)}=0/93$ ,  $p>0/05$ ,  $sk=-0/46$ ,  $ku=-1/22$ ) با توجه به معنادار نبودن شاخص آمای شاپیرو ویلک غیر نرمال هستند.

جدول ۱: شاخص های توزیع نمره های آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته

گروه ها	متغیرها	کجی	کشیدگی	شاپیرو ویلک	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایشی	پیش آزمون تاب آوری روان شناختی	0/21	-0/74	0/96	15	0/81
	پس آزمون تاب آوری روان شناختی	0/28	-1/21	0/97	15	0/43
کنترل	پیش آزمون تاب آوری روان شناختی	0/67	0/38	0/97	15	0/89
	پس آزمون تاب آوری روان شناختی	0/3	-0/62	0/94	15	0/93
آزمایشی	پیش آزمون کیفیت زندگی	-0/48	0/19	0/95	15	0/57
	پس آزمون کیفیت زندگی	-0/39	0/36	0/97	15	0/85
کنترل	پیش آزمون کیفیت زندگی	-0/56	-0/86	0/93	15	0/31
	پس آزمون کیفیت زندگی	-0/46	-1/22	0/9	15	0/09

ج: مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس

جدول ۲ نتایج مربوط به برابری ماتریس کواریانس نشان داد که شاخص M باکس به لحاظ آمای معنادار است ( $P=0/55$ ). در نتیجه فرض برابری کواریانسها برقرار است (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷، ص ۲۵۲).

جدول ۲: مفروضه همگونی ماتریس واریانس-کواریانس در بین گروهها

شاخص ام باکس	مقدار F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
۲/۲۸	0/7	۳	۱۴۱۱۲۰	0/55

د: مفروضه فقدان هم خطی چندگانه

نتایج جدول ۳-۴ نتایج بررسی مقدار همبستگی لازم بین متغیرهای وابسته برای انجام تحلیل های بعدی را بر حسب آزمون کرویت بارتلت نشان می دهد. نتایج نشان داد مقدار مجذور کای به لحاظ آمای معنادار است ( $P=0/001$ ,  $\chi^2_{(2)}=21/57$ ), در نتیجه فرض فقدان هم خطی بودن چندگانه بین متغیرهای وابسته رد می شود.

جدول ۳- فقدان هم خطی چندگانه بین متغیرهای وابسته

نسبت درست نمایی	مجذور کای	درجه آزادی	سطح معناداری
0/000	۲۱/۵۷	۲	0/001

### ر: مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین گروه‌ها

نتایج جدول ۴-۴ نشان می‌دهد در پس آزمون مولفه مفروضه همگن بودن واریانس‌ها در متغیرهای تاب و آوری ( $P=0/047$ )،  $F(1,28)=4/3$ ، برقرار نیست اما به علت هم حجم بودن گروه‌ها در برابر تخطی از این مفروضه مقاوم است و در متغیر کیفیت زندگی ( $P=0/31$ )،  $F(1,28)=1/06$ ، مفروضه همگن بودن واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴: مفروضه همگونی واریانس خطا در بین گروه‌ها

متغیر	مقدار F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
پس آزمون تاب آوری	۴/۳	۱	۲۸	۰/۰۴۷
پس آزمون کیفیت زندگی	۱/۰۶	۱	۲۸	۰/۳۱

### ز: مفروضه همگنی شیب‌های خط رگرسیون

جدول ۴-۵ نتایج شاخص چند متغیره بررسی مفروضه همگونی شیب‌های خط رگرسیون در متغیرها را در بین گروه‌ها نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که اثر تعاملی بین اثر پیش آزمون در تاب‌آوری روان‌شناختی و عمل آزمایشی ( $P=0/98$ )،  $F(2,23)=0/18$ ، اثر تعاملی بین اثر پیش آزمون در کیفیت زندگی و عمل آزمایشی ( $P=0/62$ )،  $F(2,23)=0/47$ ، معنی‌دار نیست در نتیجه در این متغیرها اثر تعاملی وجود ندارد و شیب‌ها در گروه‌ها همگن می‌باشند.

جدول ۵: مفروضه همگونی شیب‌های خط رگرسیون در بین گروه‌ها

شاخص ویلکز لامبدا	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	مقدار F	سطح معناداری
۰/۹۹۸	۲	۲۳	۰/۰۱۸	۰/۹۸
۰/۹۶	۲	۲۳	۰/۴۷	۰/۶۲

### ب: آزمون فرضیه‌ها

فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری بر میزان تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد تاثیر دارد.

#### الف: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

در جدول ۴-۱ توزیع نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته مهارت فردی آورده شده است. نتایج جدول نشان داد در متغیر تاب‌آوری روان‌شناختی در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون ( $M=46/53$ ،  $SD=13/99$ ) و در مرحله پس آزمون ( $M=67/06$ ،  $SD=12/44$ ) هستند. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون ( $M=63/8$ ،  $SD=15/78$ ) و در مرحله پس آزمون ( $M=61/8$ ،  $SD=13/61$ ) هستند.

جدول ۶: شاخص‌های توزیع نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در تاب‌آوری

گروه‌ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه نمره	بیشینه نمره
آزمایشی	پیش آزمون تاب‌آوری	۱۵	۴۶/۵۳	۱۳/۹۹	۲۶	۷۲
	پس آزمون تاب‌آوری	۱۵	۶۷/۰۶	۱۲/۴۴	۵۰	۸۹
کنترل	پیش آزمون تاب‌آوری	۱۵	۶۳/۸	۱۵/۷۸	۲۹	۸۸

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان کیفیت زندگی و تاب آوری زنان دارای همسر معتاد

۸۶	۳۲	۱۳/۶۱	۶۱/۸	۱۵	پس آزمون تاب آوری
----	----	-------	------	----	-------------------

### ب: تحلیل کواریانس

در جدول ۷ تحلیل نتایج مقایسه تاثیر عمل های آزمایشی در بین گروهها در تاب آوری روان شناختی را نشان می دهد. نتایج نشان داد بین دو گروه در تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F(1,26)=91/61, P=0/000$ ) در نتیجه تاثیر عمل آزمایشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری روان شناختی تاثیر مثبت داشته و ۷۷/۹ درصد واریانس تغییرات تاب آوری روان شناختی را درمان شناختی رفتاری تبیین می کند.

### جدول ۷: تحلیل انکوا در متن مانکوا متغیر تاب آوری

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی صورت	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات
پیش آزمون تاب آوری	۳۷۴۱/۷۹	۱	۳۷۴۱/۷۹	۱۶۴/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۸۶۳
عمل آزمایشی	۲۰۸۷/۵۸	۱	۲۰۸۷/۵۸	۹۱/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۷۷۹
خطا	۵۹۲/۴۳	۲۶	۲۲/۷۸			

فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری بر میزان کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد تاثیر دارد.

### الف: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

در جدول ۸ توزیع نمره های آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته کیفیت زندگی آورده شده است. نتایج جدول نشان داد در متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون ( $SD=19/57$ ،  $M=50/2$ ) و در مرحله پس آزمون ( $SD=21/92$ ،  $M=66/8$ ) هستند. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون ( $SD=14/99$ ،  $M=53/53$ ) و در مرحله پس آزمون ( $SD=14/96$ ،  $M=53/13$ ) هستند.

### جدول ۸: شاخص های توزیع نمره های آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی

گروه ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه نمره	بیشینه نمره
آزمایشی	پیش آزمون کیفیت زندگی	۱۵	۵۰/۲	۱۹/۵۷	۲۳	۹۵
	پس آزمون کیفیت زندگی	۱۵	۶۶/۸	۲۱/۹۲	۳۵	۱۱۰
کنترل	پیش آزمون کیفیت زندگی	۱۵	۵۳/۵۳	۱۴/۹۹	۲۵	۷۴
	پس آزمون کیفیت زندگی	۱۵	۵۳/۱۳	۱۴/۹۶	۲۹	۷۱

### ب: تحلیل کواریانس

در جدول ۹ تحلیل نتایج مقایسه تاثیر عمل های آزمایشی در بین گروهها در کیفیت زندگی را نشان می دهد. نتایج نشان داد بین دو گروه در کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F(1,26)=51/88, P=0/000$ ) در نتیجه تاثیر عمل آزمایشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی تاثیر مثبت داشته و ۶۶/۶ درصد واریانس تغییرات کیفیت زندگی را درمان شناختی - رفتاری تبیین می کند.



جدول ۹: تحلیل انکوا در متن مانکوا متغیر کیفیت زندگی

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی صورت	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات انا
پیش آزمون کیفیت زندگی	۱/۴۳	۱	۱/۴۳	۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۰۶۴
عمل آزمایشی	۱۶۴۰/۰۱	۱	۱۶۴۰/۰۱	۵۱/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۶۶۶
خطا	۸۲۱/۸۶	۲۶	۳۱/۶۱			

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد بین دو گروه در تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F(1,26)=91/61, P=0/000$ ) در نتیجه تاثیر عمل آزمایشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری روان شناختی تاثیر مثبت داشته و ۷۷/۹ درصد واریانس تغییرات تاب آوری روان شناختی را درمان شناختی رفتاری تبیین می‌کند. همچنین در جدول ۹ تحلیل نتایج مقایسه تاثیر عمل های آزمایشی در بین گروهها در کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد بین دو گروه در کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P=88/51(F(1,26,0/000)$ ) در نتیجه تاثیر عمل آزمایشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی تاثیر مثبت داشته و ۶۶/۶ درصد واریانس تغییرات کیفیت زندگی را درمان شناختی - رفتاری تبیین می‌کند.

نتایج پژوهش با نتایج پژوهش صادق زاده و همکاران (۱۴۰۳)، محمودی مولایی و همکاران (۱۴۰۲) و شریعت پناهی و همکاران (۱۴۰۲) و نفارتیز و همکاران (۲۰۲۳) و گتدیم و همکاران (۲۰۲۳) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر علائم اضطرابی در حوزه فیزیولوژیکی و تکالیفی را برای افزایش شناخت درمانجو فراهم می‌سازند سبب افزایش شناخت فرد نسبت به خود، رفتارهای اضطرابی و رفتارهای ایمنی جویانه در وی شده و او را با گستره ای از ارتباطات که تا پیش از آن دور از ذهن بود آشتی و پیوند می‌دهد و این امر منجر به افزایش کیفیت زندگی در افراد می‌گردد. (صفایی و برزگر، ۱۴۰۲). در واقع در درمان شناختی رفتاری نشان می‌دهد که چگونه افکار منفی می‌توانند منجر به احساسات و اعمال منفی شوند. اما، اگر افکار خود را به روشی مثبت تر تنظیم کنید، می‌تواند منجر به احساسات مثبت و رفتارهای مفیدتر شوند. در درمان شناختی رفتاری تکنیک های مختلفی برای درمان استفاده می‌گردد که از این تکنیک ها می‌توان به نوشتن و ثبت روند اشاره کرد که به صورت همگیر در تمام جلسات به عنوان تکالیف خانگی وجود دارد با این نکته که نوشتن روشی ریشه ای و تاثیرگذار برای برقراری ارتباط با افکار خود است. در روند درمان شناختی رفتاری ممکن است از فرد بخواهد که افکار منفی که در بین جلسات برای او رخ داده و همچنین افکار مثبتی را که می‌توانید به جای آن انتخاب کنید، فهرست کند و همین امر می‌تواند فرد را نسبت به هیجانات خویش آگاه سازد یکی دیگر از تمرین‌های نوشتاری این است که فرد افکار و رفتارهای جدیدی را که از جلسه گذشته به کار گرفته است را پیگیری کند. نوشتن آن به صورت کتبی می‌تواند به فرد کمک می‌کند تا ببینید چقدر پیشرفت کرده است بر همین اساس می‌تواند هیجانات و افکار فرد دارای همسر معتاد را بر خودش بنشاند و از بروز هیجانات منفی خود او را به سمت افکار مخرب از جمله جدایی، طلاق و یا رفتارهای خود آسیب رسان می‌کشانند جلوگیری نماید چرا که فرد اکنون به آنها آگاه است و همین امر به زنان دارای همسر معتاد کمک می‌نماید که بتوانند زندگی خود را حفظ نمایند و نیز بتوانند سعی کنند کیفیت زندگی را بالا ببرند

## منابع

- [۱] صفایی، علیرضا. برزگر، مجید. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه علمی روش ها و مدل های روانشناختی، ۱۴(۵۲)، ۶۷-۷۶.
- [۲] علی اکبری، ایرج، نصر اصفهانی، محمد جواد. نصر اصفهانی، فاطمه. (۱۴۰۳). تبیینی بر مصادیق تاب آوری در سیره ی چهار بانوی شاخص در منابع اسلامی. رویکرد فلسفه در مدارس و سازمان ها، ۳(۱)، ۱-۱۸.
- [۳] فتی، لادن. موتابی، فرشته. (۱۴۰۲). راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری. تهران: دانژه.
- [۴] محمودی مولایی عباسعلی، حسن زاده رمضان، خواجهوند خوشلی افسانه. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتائوس کرونری. رویش روان شناسی، ۱۲ (۳): ۶۷-۷۴.
- [5] Connor, K.M; Davidson, J. R. T (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety* 18: 76- 82(2003).
- [6] Loganathan, Kavinash. Ho, Eric Tatt Wei. 2021. Value, drug addiction and the brain. *Addictive Behaviors*. Volume 116, May: 106816
- [7] Nefartiz, Alex, Nolms, Sandra, Tifkarvis, John. (2023). Investigating the effect of cognitive behavioral therapy in relation to positive psychological functioning and coping styles: juvenile delinquents. *Adolescent psychotherapy*. No. 67, version 4: 112-119.
- [8] Schoon I.(2016). Risk and resilience: Adaptations in changing times: thesis, Cambridge University Press.
- [9] Samani S, Jokar B, Sahragard N. Resiliency, mental health and life satisfaction. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2006; 3(3): 290-295.(Persian).