

Research Paper



The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Cognitive Fusion and Emotional Self-Regulation of Spouses of Veterans



Masomeh Rajaei¹, Maryam Nasri^{2*}, Fatemeh Shahabizadeh³

1. PhD student in Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.56106.5526](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.56106.5526)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16765.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Emotion Focused Therapy, Cognitive Fusion, Emotional Self-Regulation, Spouses of Veterans

Received: 2023/04/09
Accepted: 2023/05/13
Available: 2024/05/13

The present study was conducted to investigate the effectiveness of emotion focused therapy on cognitive fusion and emotional self-regulation of spouses of veterans. The present study was semi experimental (with experimental and control groups) with three-stage (pretest, posttest, follow-up) and two-month follow-up period design. In this research, the statistical population was formed by the spouses of neurology and psychiatry veterans who referred to the Shahid Counseling Center (under the supervision of the Martyr and Veteran Affairs Foundation) in Mashhad in the summer and fall of 2022. 51 spouses of veterans were selected through Voluntary sampling method and randomly accommodated into experimental (26 women) and control groups (25 women). The experimental group received ten ninety-minute sessions of emotion focused therapy during eight weeks. The applied questionnaires included cognitive fusion questionnaire (Gillanders et al, 2010) (CFQ) and emotional self-regulation questionnaire (Gross, John, 2003) (ESRQ). The data from the study were analyzed through mixed ANOVA method via SPSS23 software. The results showed that emotion focused therapy has significant effect on the cognitive fusion ($F=76.34$; $\eta^2=0.61$; $P<0/001$) and emotional self-regulation ($F=49.07$; $\eta^2=0.50$; $P<0/001$) of the spouses of veterans. According to the findings of the present study it can be concluded that emotion focused therapy can be used as an efficient method to decrease cognitive fusion and improve emotional self-regulation of spouses of veterans through applying the Conceptualizing emotional awareness and introducing the methods of achieving it, creating emotional change and creating confrontational self-soothing excitement.



* **Corresponding Author:** Maryam Nasri
E-mail: maryam_nasri59@yahoo.com



اثربخشی درمان هیجان مدار بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان^۱



معصومه رجایی^۱، مریم نصری^{۲*}، فاطمه شهبایی زاده^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

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

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.56106.5526](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.56106.5526)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16765.html



چکیده

مشخصات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان انجام گرفت. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی (با گروه آزمایش و گواه) با طرح سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) و دوره پیگیری دو ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری را همسران جانبازان اعصاب و روان مراجعه کننده به مرکز مشاوره شاهد (تحت نظر بنیاد شهید و امور ایثارگران) شهر مشهد در فصل تابستان و پاییز سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. در این پژوهش تعداد ۵۱ همسر جانباز با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۶ نفر) و گواه (۲۵ نفر) جایدهی شدند. گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار را طی هشت هفته در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه همجوشی شناختی (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۰) (CFQ) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (گروس و جان، ۲۰۰۶) (ESRQ) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر همجوشی شناختی ($F=76/34$; $\text{Eta}=0/61$; $P<0/001$) و خودتنظیمی هیجانی ($F=49/07$; $\text{Eta}=0/50$; $P<0/001$) همسران جانبازان تأثیر معنادار دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار با بکارگیری مفهوم‌سازی آگاهی هیجانی و معرفی روش‌های دستیابی به آن، ایجاد تغییر هیجانی و ایجاد هیجان خودتسکینی مقابله‌ای می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش همجوشی شناختی و بهبود خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

درمان هیجان‌مدار، همجوشی شناختی، خودتنظیمی هیجانی، همسران جانبازان

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۱/۲۰

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۲/۲۳

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

۱. مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی است.

* نویسنده مسئول: مریم نصری

رایانامه: maryam_nasri59@yahoo.com

همانگونه که حوادث ناشی از جنگ جهانی دوم هزاران تن معلول را در کشورهای جنگ زده به جای گذاشت. جنگ عراق و ایران نیز در زمره این رویدادهاست. ایران در سال‌های (۱۳۶۷-۱۳۵۹) درگیر جنگ شده بود و هر جنگی نتایج و پیامدهایی دارد که یکی از آنها تعداد بی‌شماری جانباز است. جانبازان، شهدای زنده و یادگاران هشت سال مقاومت ملت ایرانند. این عنوان ایثارگرانی است که در جریان تکوین و شکوفایی انقلاب ایران در طول جنگ و حفظ و حراست از دستاوردهای آن، از تعرض و تجاوز عوامل خارجی و با هرگونه حوادث ناشی از آن به اختلالات و آسیب‌های جسمانی و روانی دچار شده و در نتیجه در روند زندگی فردی و اجتماعی با محدودیت‌هایی مواجه‌اند. عنوان جانباز گرچه یادآور عضوی قطع شده است، اما آغاز مبارزه‌های پیگیر و تلاشی خستگی‌ناپذیر با عزمی راسخ و ایمانی استوار به رنگ دیگر است، به شرط آنکه هیچ‌گاه سستی به خود راه نداده و اراده را کوتاه نیابد، که این از پای نیفتادن‌ها مقدمه پیروزی است (مظفری، قربان شیرودی و شفیع‌آبادی، ۱۴۰۱). جنگ به عنوان یک عامل بسیار استرس‌زا دارای پیامدهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی است که در طول نسل‌های متمادی تأثیر چشمگیری بر ابعاد گوناگون زندگی انسان و روابط اعضای جامعه باقی می‌گذارد. در ایران وجود هشت سال جنگ و استرس‌های ناشی از آن موجب شده است تا اختلالات روانی ناشی از آن به عنوان اختلالی شایع در رزمندگان، جانبازان و همه ایثارگران و خانواده‌های آنان مطرح شود (مظفری، ۱۳۹۸). چرا که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و یا روان‌شناختی از اختلالات رفتاری، شناختی، روان‌شناختی و جسمانی شدید و طولانی‌مدت در رنج هستند. در چنین وضعیتی کنش‌های روانی- اجتماعی بیماران از جمله مراقبت از خود، روابط بین فردی و حفظ شغل به شدت دچار دگرگونی می‌شوند و به همین دلیل برای سازگاری و زندگی موفقیت‌آمیز در اجتماع نیاز به کمک و مراقبت‌های دایمی دارند. بی‌گمان همسر جانباز از جمله نزدیک‌ترین اطرافیان به این فرد است و بیشترین و گسترده‌ترین روابط را به لحاظ عاطفی و شناختی، کلامی و غیرکلامی و نیز در ارتباط رودررو و متقابل با فرد داشته و در صورت عدم ارضا نیازهای عاطفی و ارتباط نامناسب در خانواده انتظار می‌رود بیشترین مشکلات و ناراحتی‌ها را متحمل شود (دهقان و همکاران، ۱۳۹۵).

زندگی با یک فرد جانباز به عنوان همسر سبب می‌شود که به مرور زمان فرایندهای روان‌شناختی، زناشویی و هیجانی آنان دچار آسیب شود (تقوایی‌نیا، ۱۳۹۹؛ مغاللو و حسینی، ۱۳۹۸). چنین فرایندی سلامت روان این زنان را آسیب‌پذیر نموده و از این طریق، سبب بروز آسیب‌های روانی همچون اضطراب، استرس و افسردگی در این افراد می‌شود (حجتی، ساربان‌ی و علی محمدزاده، ۱۳۹۶؛ آقایی‌پور گواسرایی و همکاران، ۱۳۹۸). این روند می‌تواند با افزایش پدیده همجوشی شناختی^۱ در آنان همراه باشد. چرا که

1. Cognitive fusion
2. Zhang
3. Zacharia
4. Bardeen, Fergus
5. Flynn

بروز علائم روان‌شناختی همانند استرس می‌تواند نظم شناختی، روانی و هیجانی افراد را متاثر ساخته و از این طریق سبب پدیدآیی درآمیختگی و همجوشی شناختی شود (ژانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). همجوشی شناختی یکی از فرایندهای واسطه‌ای است که در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی به ویژه اضطراب و افسردگی، نقش کلیدی و بنیادین ایفا می‌کند و زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذارد (زاچاریا^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). در چنین شرایطی فرد دچار ناتوانی در مدیریت رویدادها می‌شود و همین مسئله بر میزان آسیب‌های روانی وی می‌افزاید. از سویی دیگر، سبب می‌شود فرد نتواند از راهبردهای مقابله‌ای مناسب بهره برد. بنابراین تمامی رویدادهایی که می‌توانست جنبه عادی داشته باشد، تبدیل به یک رویداد تنش‌زا می‌شود (باردین و فرگاس^۴، ۲۰۱۶). همجوشی شناختی چنان شخص را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد که پس از مدتی به عنوان تفسیر درست از تجارب شخصی تلقی شده و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی فرد نیستند (فلاین^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند (گیلاندرز^۶ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین همجوشی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذارند و باعث شوند فرد به جای توجه به فرآیند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه کنند (بودنلوس^۷ و همکاران، ۲۰۲۰).

علاوه بر این باید اشاره نمود که از دیگر فرایندهای روانی- هیجانی آسیب‌پذیر در همسران جانبازان، فرایندهای هیجانی و خودتنظیمی هیجانی^۸ آنان است (مغاللو و حسینی، ۱۳۹۸). این در حالی است که خودتنظیمی هیجانی می‌تواند از پردازش‌های شناختی ناکارآمد همچون همجوشی شناختی متاثر شود. چرا که همجوشی شناختی با شکل‌دهی اضطراب، افسردگی و استرس سبب می‌شود تا نظم پردازش شناختی و هیجانی مختل شده و از این طریق خودتنظیمی هیجانی نیز با آسیب مواجه شود (حسینی و همکاران، ۱۳۹۴). خودتنظیمی هیجانی فرایندی است که بر اساس آن افراد تشخیص می‌دهند چه هیجان‌هایی را بروز دهند. علاوه بر آن، این هیجان‌ها را چگونه و چه زمانی ابراز دارند (هریویک^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). خودتنظیمی هیجانی شامل فرآیندهای درونی و برونی است که مسئول نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش- های هیجانی، به خصوص ویژگی‌های شدت و زمان در رسیدن به اهداف است. خودتنظیمی هیجانی یک مفهوم بسیار پیچیده و گسترده است که دامنه‌ی وسیعی از پاسخ‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیکی را در برمی‌گیرد و می‌تواند به صورت هوشیار یا ناهوشیار، خودکار یا آگاهانه انجام شود. این سازه شامل مهارت‌ها و راهبردهایی برای نظارت، ارزشیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی است. راهبردهای تنظیم هیجان نه تنها شدت و فراوانی حالت‌های هیجانی را کاهش می‌دهد، بلکه باعث ایجاد و حفظ هیجان‌ها نیز می‌گردد (جوorman و استانتون^{۱۰}، ۲۰۱۶). فرآیندهای خودتنظیمی هیجانی افراد، بر دریافت و ادراک اینکه چه هیجان‌هایی را تجربه می‌کنند، چه موقع آنها

6. Gillanders
7. Bodenlos
8. Emotional self-regulation
9. Herwig
10. Joormann, Stanton

در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی و تجارب مشخص کلیدی در روابط نزدیک جلب می‌کند. این رویکرد به جای ساده‌انگاری هیجان، بر آن به عنوان عامل نیرومند تغییر تاکید می‌ورزد (جانسون، ۱۳۹۹). درمانگران حوزه درمان هیجان‌مدار معتقدند که انسان‌ها عمیقاً به وسیله تجربیات هیجانی شکل می‌گیرند و سازمان می‌یابند و هیجان نیروی خلاق و سازمان دهنده در زندگی افراد است. تعدادی از روان‌درمانی‌ها به افراد کمک می‌کنند جلوی هیجان‌های خود را بگیرند و آنها را کنترل کنند، انگار که می‌خواهند با دشمن مبارزه کنند، در حالی که درمان هیجان‌مدار برای هیجان‌ها به عنوان کارکرد برجسته و تقویت‌کننده رشد انسان‌ها ارزش قایل است. در واقع این اواخر درمان فرآیندی تجربی نام ساده‌تر درمان هیجان‌مدار را کسب کرده است (واتسون و شربانی، ۲۰۲۱). در جهت انتخاب درمان هیجان‌مدار به عنوان مداخله درمانی در این پژوهش باید اشاره کرد که این درمان متمرکز بر پردازش، شناسایی، مدیریت، مفهوم‌سازی آگاهی هیجانی، آگاهی پیدا کردن از نشانه‌های اضطراب، ایجاد تبدیل هیجانی در راستای تغییر هیجان‌ات و حالات روانی منفی به هیجان‌ات و حالات روانی مثبت است (جانسون، ۱۳۹۹). از طرفی با دقت در مبانی نظری همجوشی شناختی به عنوان متغیر اول مورد مداخله، مشخص می‌شود که این مولفه دارای ریشه اضطراب و استرس است (بودنلوس^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس درمان هیجان‌مدار با قادر ساختن افراد به آگاهی یافتن از نشانه‌های اضطراب می‌تواند زمینه ایجاد همجوشی شناختی را هدف قرار داده و آن را کاهش دهد (لسچ، براین و اندرسون، ۲۰۱۸). از طرفی متغیر تنظیم هیجانی نیز بر پایه کامل پردازش، مدیریت و ابراز مناسب هیجان بنا نهاده شده است (مالسزا، ۲۰۱۹)، مفاهیمی که به شکل کامل در درمان هیجان‌مدار مورد مداخله قرار می‌گیرد (ویب و جانسون، ۲۰۱۷).

در ضرورت انجام این پژوهش باید گفت یکی از جنبه‌های اهمیت انجام پژوهش حاضر، توجه و تأکید بر نهاد خانواده و اهمیت کارکرد این نهاد خصوصاً برای جامعه است. بروز و گسترش بسیاری از مشکلات فردی، اجتماعی و دیگر آسیب‌ها و انحرافات در قرون اخیر می‌تواند ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده باشد (سنیانگا، ماوانگ و هرکر^{۱۶}، ۲۰۱۹). بنابراین باید راه‌هایی که می‌تواند کارکرد خانواده را در حال حاضر و در آینده بهبود ببخشد و از میزان تعارضات و اختلافات زناشویی در خانواده‌ها پیشگیری نماید دارای اهمیت فراوانی است، چرا که این روند می‌تواند منجر به رشد و ترقی جامعه نیز شود. جنبه دیگر اهمیت این پژوهش توجه به همسران جانبازان است. افرادی که دارای نقشی بی‌بدیل در سلامت روان‌شناختی، هیجانی، شناختی و اجتماعی جانبازان ایفا می‌کنند. چرا که جانبازان بیشترین زمان خود را با همسران خود طی کرده و در صورت عدم شادابی و

را تجربه می‌کنند و چگونه آنها را بیان می‌نمایند، تأثیر می‌گذارد (لی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات متعدد نشان دهنده نقش اثربخش خودتنظیمی هیجانی در بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی بوده است. چنانکه مالسزا^۲ (۲۰۱۹)، بنفر، باردین و کلامس^۳ (۲۰۱۸) و کیروان، پیکت و جارت^۴ (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که خودتنظیمی هیجانی می‌تواند در به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت همانند بهزیستی روان‌شناختی و هیجان‌ات منفی همچون افسردگی و اضطراب، نقش ایفا کند؛ زیرا فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای حل مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و زناشویی همسران جانبازان بکار گرفته شده است. به عنوان یکی از روش‌های درمانی برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی این افراد می‌توان به درمان هیجان‌مدار^۵ اشاره کرد. نتایج پژوهش ایمانی‌زاد و همکاران (۱۴۰۰)؛ دوائی مرکزی، کریمی و گودرزی (۱۴۰۰)؛ غفرالهی و همکاران (۱۴۰۰)؛ شکری، رحمانی و ابوالقاسمی (۱۴۰۰)؛ جهانگیرراد، کراسکیان موجمناری و ناصری مقدم (۱۴۰۰)؛ فتحی و همکاران (۱۳۹۹)؛ گیلی و همکاران (۱۳۹۹)؛ کریمی، شفیع آبادی و نعیمی (۱۳۹۸)؛ داوودی، منشی و گل‌پرور (۱۳۹۸)؛ عطا‌دخت و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده است که درمان هیجان‌مدار می‌تواند بهبود عملکرد روان‌شناختی، شناختی، هیجانی و اجتماعی افراد مختلف را در پی داشته باشد. این در حالی بود که نتایج مطالعات واتسون و شربانی^۶ (۲۰۲۲)؛ بوینس^۷ (۲۰۲۱)؛ ولج، لچمار و ویتنمور^۸ (۲۰۱۹)؛ لسچ، براین و اندرسون^۹ (۲۰۱۸)؛ ویتنمور^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۸)؛ مک‌کینون و گرینبرگ^{۱۱} (۲۰۱۷)؛ ویب و جانسون^{۱۲} (۲۰۱۷) و زاکارینی^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۳) نیز بیانگر کارایی درمان هیجان‌مدار بود. این در حالی است که نتایج مطالعه غلامی و همکاران (۱۴۰۱) بیانگر آن است که درمان هیجان‌مدار منجر به بهبود تنظیم هیجانی افراد می‌شود.

درمان هیجان‌مدار بر دو تکنیک اصلی کاستن از چرخه رفتاری ناسازگار به وسیله تشخیص چرخه‌های منفی شکل دهنده به رفتار و عمق دادن به تجربه‌های هیجانی به ویژه ترس دل‌بستگی استوار است (ویب و جانسون، ۲۰۱۷). در درمان هیجان‌مدار بررسی عوامل اساسی پردازش طرحواره‌های هیجانی از قبیل عوامل شناختی رفتاری و هیجانی به عنوان هدف درمانی قرار می‌گیرد. این درمان، بیماران را تشویق به مشاهده و توصیف هیجان‌اتشان در یک محیط غیرقضاوتی می‌کند و بیشتر بر شناخت و تجربیات بین فردی تاکید دارد (گراس و تامسون^{۱۴}، ۲۰۰۷). درمان هیجان‌مدار به عنوان پاسخی به فقدان مداخلات روشن و معتبر و به ویژه مداخلات انسانی‌تر و کمتر رفتاری، فرمول‌بندی شده است. این رویکرد از این رو درمان هیجان‌مدار نامیده شده است که توجه ما را به اهمیت بارز هیجان و ارتباطات هیجانی

9. Lesch, Bruin, Anderson
10. Wittenborn
11. McKinnon, Greenberg
12. Wiebe, Johnson
13. Zuccarini
14. Gross, Thompson
15. Bodenlos
16. Ssenyonga, Muwonge, Hecker

1. Li
2. Malesza
3. Benfer, Bardeen, Clauss
4. Kirwan, Pickett, Jarrett
5. emotion-focused therapy
6. Watson, Sharbanee
7. Bowins
8. Welch, Lachmar, Wittenborn

از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن در گروه آزمایش $3/62 \pm 45/14$ سال و در گروه گواه $3/33 \pm 47/75$ سال بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۱۵ نفر $57/69$ معادل درصد) و گواه (تعداد ۱۶ نفر معادل $66/67$ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه همجوشی شناختی (CFQ): پرسشنامه همجوشی شناختی توسط گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و بر اساس طیف شش‌گزینه‌ای لیکرت (نمره یک تا شش) با سوالاتی مانند (حتی وقتی افکار ناراحت کننده به سراغم می‌آید می‌دانم که این افکار در نهایت بی‌اهمیت می‌شوند) به سنجش همجوشی شناختی می‌پردازد. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۲ تا ۷۲ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده همجوشی شناختی بیشتر است. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵) روایی سازه این پرسشنامه را مطلوب و به میزان $0/91$ گزارش کردند. همچنین میزان پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به میزان $0/89$ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش زارع (۱۳۹۳) نیز $0/87$ و میزان روایی محتوایی پرسشنامه هم $0/88$ برآورد شد. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش فرهادی، اصلی‌آزاد و شکرخدایی (۱۳۹۷) نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/79$ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (ESRQ): پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی توسط گروس و جان^۴ در سال ۲۰۰۳ تهیه شد و دارای ۱۰ سوال است و دو بخش ارزیابی مجدد شناختی و بازداری هیجانی را اندازه می‌گیرد. آزمودنی به هر یک از این پرسشنامه‌ها در مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره ۷) پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده خودتنظیمی هیجانی بالاتر در فرد است. ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان $0/72$ و برای زنان $0/79$ است. بعلاوه ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس بازداری هیجانی برای مردان $0/67$ و برای زنان $0/69$ است (گروس و جان، ۲۰۰۳). سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی $0/71$ و بازداری هیجانی $0/81$ و میزان روایی محتوایی را $0/87$ گزارش نمودند. پایایی پرسشنامه در پژوهش اصلی‌آزاد، منشی و قمرانی (۱۳۹۸) برای دو خرده مقیاس بازداری هیجانی و ارزیابی مجدد شناختی و نمره کل پرسشنامه به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ $0/72$ ، $0/74$ و $0/76$ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/73$ اندازه گیری شد.

بهنجار بودن فرایندهای روان‌شناختی این زنان، سلامت روانی جانبازان نیز با خطر جدی مواجه می‌شود. بر این اساس بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی کارآ و به روز می‌تواند به بهبود فرایندهای روان‌شناختی، هیجانی و زناشویی همسران جانبازان منجر شود؛ به شکل طبیعی این روند، وضعیت روان‌شناختی جانبازان را نیز متاثر می‌سازد. بر این اساس همسر جانبازان از موقعیت ویژه‌ای برخوردار است که نیاز است به سلامت روانی و هیجانی آنان توجه جدی صورت گیرد. در یک جمع‌بندی باید گفت، با توجه به آسیب‌های روانی و هیجانی همسران جانبازان و همچنین وجود خلا پژوهشی مبنی بر عدم انجام پژوهشی مشابه، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان است.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی (با گروه آزمایش و گواه) با طرح سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) و دوره پیگیری دو ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری را همسران جانبازان اعصاب و روان مراجعه کننده به مرکز مشاوره شاهد (تحت نظر بنیاد شهید و امور ایثارگران) شهر مشهد در فصل تابستان و پاییز سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. بدین صورت که در بازه زمانی فصل تابستان و پاییز سال ۱۴۰۱ با مراجعه به مرکز مشاوره شاهد و پخش فرم‌های داوطلبانه (جهت شرکت در پژوهش) در بین همسران جانبازان، ۶۰ همسر جانباز داوطلب شرکت در پژوهش از بین افراد داوطلب به شکل تصادفی انتخاب و باز به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۳۰ زن در گروه آزمایش و ۳۰ زن در گروه گواه). حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و تعیین اندازه اثر با توجه به $a=0/05$ ، $\alpha=0/05$ ، $1-\beta=0/8$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش (کلاین، هوناگر، جوزف و سچیو، ۲۰۰۱) محاسبه شد که در هر دو گروه ۶۰ نفر برآورد گردید (هر گروه ۳۰ نفر). این حجم نمونه با توجه به احتمال ریزش در نظر گرفته شد. پس از شروع مداخلات تعداد ۴ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۵ نفر در گروه گواه، از ادامه دریافت مداخله انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه پژوهش حاضر ۵۱ نفر بود (۲۶ زن در گروه آزمایش و ۲۵ زن در گروه گواه). مداخله توسط یه درمانگر مسلط به درمان هیجان‌مدار و پژوهشگر انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن همسر جانباز، عدم ابتلا به بیماری حاد یا مزمن روان‌شناختی (بنا بر نتیجه مصاحبه ساخت یافته)، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، رضایت از شرکت در پژوهش، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و وجود حداقل ۳ سال سابقه زندگی مشترک بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مرکز مشاوره شاهد شهر مشهد و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان انتخاب شده (۶۰ زن دارای همسر جانباز) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۳۰ زن در گروه آزمایش و ۳۰ زن در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان هیجان‌مدار را در طی ۸ هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که زنان حاضر در گروه گواه مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. لازم به ذکر است که پروتکل درمان هیجان‌مدار پروتکل درمان هیجان‌مدار الیوت و همکاران (۲۰۱۳) بود که در پژوهش کریمی، شفیع آبادی و نعیمی (۱۳۹۸) مورد استفاده قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، همسران جانبازان از شرکت در برنامه مداخله رضایت داشته و از تمامی مراحل مداخله مطلع شدند. همچنین به همسران جانبازانی که در گروه گواه حضور داشتند،

اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند پژوهش، می‌توانند مداخلات را دریافت کنند. همچنین به همسران جانبازان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که هویت شخصی و خانوادگی آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به ذکر نام ندارند. به منظور ایجاد انگیزه برای شرکت در مطالعه حاضر، جنبه‌های درمانی و آموزشی مداخلات قبل از مداخله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. با این حال، کل فرآیند اجرای مداخله به صورت رایگان در اختیار آن‌ها قرار گرفت. لازم به ذکر است که مداخله این مطالعه توسط محقق و متخصص با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی انجام شده است. پس از شروع مداخلات تعداد ۴ نفر در گروه آزمایش و تعداد ۵ نفر در گروه گواه، از ادامه دریافت مداخله انصراف دادند. بر این اساس تعداد نهایی نمونه پژوهش حاضر ۵۱ نفر بود (۲۶ زن در گروه آزمایش و ۲۵ زن در گروه گواه).

جدول ۱: خلاصه جلسات روان‌درمانی هیجان‌مدار (الیوت و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از کریمی، شفیع آبادی و نعیمی، ۱۳۹۸)

جلسات	شرح جلسه
اول	برقراری رابطه، آشنایی و معرفی اعضا گروه، معرفی کار درمان هیجان‌مدار برای گروه.
دوم	معرفی هیجان و انواع آن: اولیه سازگار و اولیه ناسازگار، ثانویه، ابزاری انجام تمرین گروهی برای بیان آخرین هیجان تجربه شده آزمودنی‌ها و تشخیص نوع هیجان.
سوم	مفهوم‌سازی آگاهی هیجانی و معرفی روش‌های دستیابی به آن از طریق توجه به تجربه بدنی بلاواسطه و دریافت معنای احساس شده، نمادسازی تجربی بیان خواسته‌ها. تکلیف: هر شب پر کردن جدول آگاهی هیجانی و بررسی دو هیجان تجربه شده.
چهارم	معرفی اضطراب و تاثیر آن بر جنبه‌ها و تجربه‌های هیجانی افراد و آگاهی پیدا کردن از نشانگرهای اضطراب (فاجعه‌سازی، و ترس از آینده تصویرسازی شده). تمرین کار با دوپارگی اضطراب با کار با صندلی با آزمودنی‌های داوطلب. تکلیف گوش کردن به ویس پر شده توسط درمانگر و انجام تمرینات خواسته شده.
پنجم	ایجاد تغییر هیجانی بخش اول شامل: آگاهی از درد هیجانی زیر بنایی پاسخ دادن به آن و نامگذاری کردن، تکلیف: یک درد هیجانی را در خود شناسایی کرده به آن پاسخ دهد آن را نامگذاری کند.
ششم	ایجاد تبدیل هیجانی بخش دوم شامل: آموزش شفقت با خود، با آگاه شدن از صدای خود نگران شونده درون و روبه رو شدن با آن، شنیدن نیازهای او از طریق فن کار با صندلی. در یک تجربه هیجانی سعی کند صدای خود نگران شونده درون را بشنود و با آن صحبت کند.
هفتم	تبدیل هیجانی خود تسکینی مقابله‌ای، تسکین فیزیولوژیکی تمرین ریلکسیشن، تصور کردن یک مکان امن، شناسایی تجربیات آرامش بخش.
هشتم	جمع بندی و رفع ابهامات گروه، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها.

آمار توصیفی و استنباطی دو روشی هستند که در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. در سطح توصیفی، انحراف معیار، میانگین و استنباطی، از آزمون شاپیرو ویلک برای آزمون نرمال بودن فرآیند توزیع داده‌ها، از آزمون لوین برای آزمون هم ارزی واریانس‌ها و از آزمون موچلی برای آزمون کروی بودن داده‌ها استفاده شد. همچنین برای آزمون فرضیه و پژوهش از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
همجوشی شناختی	گروه آزمایش	۴۰/۶۹	۶/۸۹	۳۴/۵۰	۷/۷۴	۷/۴۷
	گروه گواه	۴۴/۱۲	۶/۰۳	۴۵/۰۸	۶/۲۹	۶/۱۸
خودتنظیمی هیجانی	گروه آزمایش	۳۲/۳۸	۴/۳۳	۳۸/۶۵	۶/۸۳	۵/۷۳
	گروه گواه	۳۰/۲	۵/۷۰	۲۹/۴۸	۵/۴۰	۵/۱۲

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای همجوشی شناختی ($F=0/12$; $P=20$) و خودتنظیمی هیجانی ($F=0/11$; $P=20$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر همجوشی

شناختی ($F=0/44$; $P=0/40$) و خودتنظیمی هیجانی ($F=0/30$; $P=32$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای همجوشی شناختی ($P=35$ ؛ $Mauchlys W=0/91$) و خودتنظیمی هیجانی ($P=33$ ؛ $Mauchlys W=0/90$) رعایت شده است.

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی در متغیرهای همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
همجوشی شناختی	۲۴۶/۴۱	۲	۱۲۳/۲۰	۴۹/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	۲۳۶۶/۴۷	۱	۲۳۶۶/۴۷	۲۹/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
	۳۸۲/۹۸	۲	۱۹۱/۴۹	۷۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	۲۴۵/۸۲	۹۸	۲/۵۰				
خودتنظیمی هیجانی	۲۰۴/۸۰	۲	۱۰۲/۴۰	۲۶/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱
	۱۵۱۰/۱۵	۱	۱۵۱۰/۱۵	۲۷/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۱
	۳۸۵/۲۵	۲	۱۹۲/۶۲	۴۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱
	۳۸۴/۷۱	۹۸	۳/۹۲				

نتایج آزمون واریانس آمیخته نشان می‌دهد عامل زمان تاثیر معناداری بر نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد که این عامل به ترتیب ۰/۵۰ و ۰/۳۶ از تفاوت در واریانس‌های نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان را تبیین می‌کند. علاوه بر این، بر اساس نتایج، تاثیر عضویت گروهی یعنی درمان هیجان‌مدار هم بر نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان معنادار است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود درمان هیجان‌مدار هم بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد که این آموزش به ترتیب ۰/۴۲ و ۰/۳۸ از تفاوت در نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان را تبیین می‌کند. علاوه بر این، نتایج بیان گر آن است که اثر متقابل نوع آموزش و عامل زمان هم

بر نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان معنادار است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع مداخله یعنی درمان هیجان‌مدار در مراحل مختلف ارزیابی هم بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل درمان هیجان‌مدار و عامل زمان به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۰ درصد از تفاوت در نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان را تبیین می‌کند که این فرایند نشان دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار در مجموع بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. حال در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه می‌شود.

جدول ۴: مقایسه زوجی میانگین نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
همجوشی شناختی	پیش آزمون	۲/۶۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲/۷۶	۰/۳۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۲/۶۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۱۵	۰/۱۳	۰/۸۴
خودتنظیمی هیجانی	پیش آزمون	-۲/۶۱	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۲/۲۵	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۶۱	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۳۶	۰/۱۹	۰/۱۹

اساس این درمان، تغییر از طریق کمک به مراجع به وسیله بازنمایی هیجان (بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی) اتفاق می‌افتد و در بافت ارتباط درمانی این فرآیند تغییر، تسهیل می‌گردد. همچنین مسئله اصلی درمان هیجان‌مدار این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازماندهی خود است. اساسی‌ترین کارکرد هیجان به صورت یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و موجب کاهش همجوشی شناختی همسران جانبازان می‌شود. همچنین در این رویکرد سعی می‌شود هیجان‌ات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت‌های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در پردازش شناختی، روان‌شناختی و هیجانی ایجاد کند. توانش‌های هیجانی که به عنوان قدرت تشخیص و ابراز هیجان‌ات و همچنین توانایی سازگاری با شرایط چالش‌برانگیز تعریف شده است باعث افزایش قدرت روانی همسران جانبازان شده و از این طریق همجوشی شناختی آنان را کاهش می‌دهد. در تبیینی دیگر باید گفت درمان هیجان‌مدار تلاش دارد با گسترش پردازش هیجانی افراد، تغییرات درمانی را در آنها ایجاد کند. این درمان برای گسترش پردازش هیجانی و تغییر فرآیند آسیب‌های روانی همچون استرس مزمن، بر چهار اصل افزایش آگاهی هیجانی، گسترش تنظیم هیجان، تعمق در مورد هیجان و دگرگونی هیجان استوار است. این اصول در متن محتوای بسته درمانی قرار دارند و بر حمایت هیجانی و محیطی تکیه می‌کنند (ایمانی‌زاد و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین این درمان در ایجاد خودگویی‌های مثبت و تجارب تازه تسهیل پردازش شناختی و روانی و کاهش مشکلات شناختی، هیجانی و روانی می‌تواند مؤثر باشد. بدین صورت که همسران جانبازان با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی را کسب می‌کردند، آموختند که به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان‌های خود، آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. همسران جانبازان در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار؛ بنابراین می‌توان به جای گریز از آنها یا غرق شدن در آنها، پیام پنهانی‌شان را شنید. افزایش آگاهی از هیجان‌ها و بیان آنها؛ کنار آمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز مناسب‌شان را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و باعث می‌گردد که همسران جانبازان به ادراک تازه‌ای از تفکر و

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که درمان هیجان‌مدار توانسته به شکل معناداری نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی را نسبت به مرحله پیش آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات متغیرهای همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان که در مرحله پس آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان، تأثیر معناداری دارد. اولین نتایج این مطالعه نشان داد که درمان هیجان‌مدار همجوشی شناختی همسران جانبازان را کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه دوائی مرکزی، کریمی و گودرزی (۱۴۰۰) نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار منجر به افزایش شادکامی و تاب‌آوری زوجین می‌شود. همچنین فتحی و همکاران (۱۳۹۹) گزارش کرده‌اند که درمان هیجان‌مدار کیفیت زندگی زنان را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این داوودی، منشئی و گل‌پور (۱۳۹۸) دریافتند که درمان هیجان‌مدار تنظیم هیجان نوجوانان دختر را افزایش می‌دهد. در نهایت نتایج مطالعات واتسون و شربانی (۲۰۲۲) و بوینس (۲۰۲۱) بیانگر آن بود که درمان هیجان‌مدار می‌تواند منجر به بهبود عملکرد روانی و شناختی افراد گردد. در تبیین اولین یافته این مطالعه در مورد اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر همجوشی شناختی همسران جانبازان می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند (واتسون و شربانی، ۲۰۲۱). بر

شناخت خود دست یافته و بر پایه ادراک توانمندی هیجانی و روانی درونی، همجوشی شناختی کمتری را تجربه نمایند.

دومین یافته این مطالعه آن بود که درمان هیجان مدار باعث بهبود خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه غفرالهی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داده‌اند که درمان هیجان مدار منجر به کاهش دلدزدگی زناشویی و بهبود بخشودگی زنان متأهل مبتلا به خیانت مجازی شده است. همچنین ایمانی‌زاد و همکاران (۱۴۰۰) گزارش کرده‌اند که درمان هیجان مدار بر بخشودگی و باورهای ارتباطی زوجین درگیر در پیمان شکنی زناشویی تاثیر دارد. علاوه بر این شکری، رحمانی و ابوالقاسمی (۱۴۰۰) دریافتند که درمان هیجان مدار بر بخشودگی، خودتنظیمی هیجانی و دلدزدگی زناشویی زوجین متقاضی طلاق اثربخش است. در نهایت ویتنمور و همکاران (۲۰۱۸) و مک‌کینون و گرینبرگ (۲۰۱۷) نیز نشان داده‌اند که درمان هیجان مدار می‌تواند منجر به بهبود عملکرد روانی و شناختی افراد گردد. در تبیین احتمالی یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر تاثیر درمان هیجان مدار بر بهبود خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان، باید گفت درمان هیجان مدار این قابلیت را به افراد می‌دهد تا با افزایش آگاهی هیجانی بتوانند هیجانات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ناامیدی و وضعیت‌های نیمه تمام در گذشته را کنترل نموده و میزان سازگاری روان شناختی خود را بالا ببرند (ویتنمور و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان هیجان مدار تلاش می‌شود تا در جریان درمان، مراجع تشویق شود تا افکار ناراحت کننده خود را مورد سوال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را بر طرف نماید (انگ و همکاران، ۲۰۲۰). پرداختن به این موضوعات در جلسات آموزشی درمان هیجان مدار منجر به بهبود سطح تحمل روانی و هیجانی در همسران جانبازان شده و خودتنظیمی هیجانی را نیز افزایش می‌دهد. علاوه بر این در درمان هیجان مدار سعی می‌شود افراد در بیان هیجاناتشان در برابر توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل ایجاد نمایند (شکری و همکاران، ۱۴۰۰). بر این اساس درمان هیجان مدار باعث می‌گردد همسران جانبازان، بر روی نوع، زمان و چگونگی تجربه هیجان و بیان آن، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری و تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها تغییراتی را اعمال نمایند. این فرایند باعث می‌شود تا آنها از بروز هیجانات منفی آنی و شتابزده که می‌تواند به تشدید مشکلات در سلامت روانی و هیجانی منجر شود، خودداری نمایند که این فرایند می‌تواند به مرور منجر به شکل‌گیری هیجان مثبت، بهبود سلامت هیجانی و در نتیجه بهبود خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان شود.

محدود بودن دامنه پژوهش به همسران جانبازان اعصاب و روان مراجعه کننده به مرکز مشاوره شاهد (تحت نظر بنیاد شهید و امور ایثارگران) شهر مشهد، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده همانند کیفیت زندگی زناشویی همسران جانبازان، وضعیت مالی، تعداد فرزندان و وضعیت شغلی آنها و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی (به دلیل شرایط خاص جامعه آماری) از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین توصیه می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این تحقیق

در دیگر همسران جانبازان، سایر شهرها و مناطق، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی اثربخشی درمان هیجان مدار بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان هیجان مدار طی کارگاهی تخصصی به مشاوران و درمان‌گران تخصصی مراکز جانبازان ارائه داده شود تا این متخصصان با به‌کارگیری این الگوی درمانی برای همسران جانبازان، جهت کاهش همجوشی شناختی و بهبود خودتنظیمی هیجانی آنان گامی عملی بردارند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی بود. بدین وسیله از تمام همسران جانبازان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مرکز مشاوره شاهد (تحت نظر بنیاد شهید و امور ایثارگران) شهر مشهد که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- اصلی‌زاد، مسلم، منشی، غلامرضا، قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۳۳-۵۳، (۳۶)۹.
- ایمانی‌زاد، اعظم، گل محمدیان، محسن، مرادی، امید، گودرزی، محمد. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر بخشودگی و باورهای ارتباطی زوجین درگیر در پیمان شکنی زناشویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۶۵۳-۶۶۵.
- آقایی پور گواسرایی، مائده، طاولی، آزاده، کمال، اکرم السادات، غفوری غلامی، زینب. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی سه روش درمانگری مبتنی بر طرحواره، شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی همسران جانبازان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۱۷(۱)، ۱۲۳-۱۳۴.
- تقوایی‌نیا، علی. (۱۳۹۹). رابطه دشواری در تنظیم هیجان با کیفیت زندگی همسران جانبازان: نقش واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی. *ارمغان دانش*، ۲۵(۲)، ۴۰۶-۳۹۲.
- جانسون، سوزان ام. (۱۳۹۹). *کاربست زوج درمانی هیجان مدار پیوند آفرینی*؛ ترجمه فرشاد لوف‌پور نوری. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۹).
- جهانگیرراد، میترا، کراسکیان موجمناری، آدریس، ناصری مقدم، سیاوش. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان مدار بر تاب‌آوری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر. *طب پیشگیری*، ۳۸(۳)، ۶۰-۷۰.
- حجتی، حمید، ساربان، اعظم، علی محمدزاده، خدیجه. (۱۳۹۶). ارتباط تجارب معنوی روزانه با استرس ادراک شده در همسران جانبازان استرس پس از سانحه جنگی. *مجله طب نظامی*، ۱۹(۲)، ۱۳۵-۱۴۲.
- حسینی، جعفر، محمودی، نگار، گوهری، سمیرا، شاه‌مردادی‌فر، طیبه. (۱۳۹۴). رابطه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و همجوشی فکر با مشکلات بین‌فردی. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۷(۳)، ۴۹-۶۰.
- داوودی، روژین، منشی، غلامرضا، گل‌پرور، محسن. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور با درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر

- مظفری، والیه، قربان شیروودی، شهره، شفیع آبادی، عبدالله. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر دزدگی زناشویی، نظم‌جویی شناختی هیجان، تمایز یافتگی و تاب‌آوری روان‌شناختی همسران جانبازان. رساله دوره دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال.
- مغانلو، مهناز، حسینی، سیده معصومه. (۱۳۹۸). پیش‌بینی همدلی عاطفی همسران جانبازان براساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری، طب جانباز، ۱۱، ۹۹-۹۳.
- Bardeen, J.R., Fergus, T.A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6.
- Benfer, N., Bardeen, J.R., Clauss, K. (2018). Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy, Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 108-114.
- Bodenlos, J.S., Hawes, E.S., Burstein, S.M., Arroyo, K.M. (2020). Association of cognitive fusion with domains of health. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 9-15.
- Bowins, B. (2021). Emotion-focused therapy. States and Processes for Mental Health, *Advancing Psychotherapy Effectiveness*, 63, 139-144.
- Flynn, M.K., Hernandez, J.O., Hebert, E.R., James, K.K., Kusick, M.K. (2018). Cognitive fusion among hispanic college students: Further validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 29-34.
- Gillanders, D., Ashleigh, K.S., Margaret, M., Kirsten, J. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavior Science*, 4, 300-311.
- Gross, J.J., Thompson, R.A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, New York: Guilford Press.
- Gross, J.J., John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Herwig, U., Opialla, S., Cattapan, K., Wetter, T.C., Jäncke, L., Brühl, A.B. (2018). Emotion introspection and regulation in depression. *Psychiatry Research, Neuroimaging*, 277, 7-13.
- Joormann, J., Stanton, C.H. (2016). Examining emotion regulation in depression, A review and future directions. *Behavior Research and Therapy*, 86, 35-49.
- Kirwan, M., Pickett, S. M., Jarrett, N.L. (2017). Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. *Psychiatry Research*, 254, 40-47.
- Kline, G., Honaker, J., Joseph, A., Scheve, K. (2001). Analyzing Incomplete Political Science Data: An Alternative Algorithm for Multiple Imputation. *American Political Science Review*, 95(2), 49-69.
- Lesch, E., Bruin, K., Anderson, C. (2018). A Pilot Implementation of the Emotionally Focused Couple
- تنظیم هیجان نوجوانان دختر دارای علائم بی‌مبایل هراسی. مدیریت ارتقای سلامت، ۴۸(۱۶)، ۲۵-۱۶.
- دولتی مرکزی، مهرنوش، کریمی، جواد، گودرزی، کوروش. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی مداخلات زوج درمانی مبتنی بر واقعیت درمانی و هیجان‌مدار بر شادکامی و تاب‌آوری زوجین. *پژوهش‌های مشاوره*، ۲۰(۷۷)، ۸۹-۱۲۱.
- دهقان، فاطمه، پیری کامرانی، مرضیه، گلی، رحیم، رحمانی، هادی. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت زناشویی، دزدگی زناشویی و سلامت روان همسر جانباز، *فصلنامه زن و جامعه*، ۷(۴)، ۱-۱۱.
- زارع، حسین. (۱۳۹۳). هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجوشی شناختی گیلاندرز بر اساس الگوی بوهرنستات. *فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۴(۱۵)، ۲۸-۱۷.
- سلیمانی، اسماعیل، حبیبی، یعقوب. (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. *فصلنامه روان‌شناسی مدرسه*، ۳(۴)، ۵۱-۷۲.
- شکری، مریم، رحمانی، محمدعلی، ابوالقاسمی، شهنام. (۱۴۰۰). تاثیر زوج درمانی هیجان‌مدار بر بخشودگی، خودتنظیمی هیجانی و دزدگی زناشویی زوجین متقاضی طلاق مراجعه کننده به اورژانس‌های اجتماعی خانواده. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵(۱)، ۸۶-۹۶.
- عطادخت، اکبر، قریب بلوک، معصومه، میکاییلی، نیلوفر، صمدی‌فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو. *علوم مراقبتی نظامی*، ۶(۳)، ۱۹۲-۱۸۲.
- غفرالهی، الهام، اعتمادی، عذرا، یوسفی، زهرا، عابدی، محمدرضا، ترکان، هاجر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره مبتنی بر بسته آموزشی تعهدافزایی و زوج درمانی هیجان‌مدار بر دزدگی زناشویی و بخشودگی زنان متأهل مبتلا به خیانت مجازی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲)، ۳۴۲-۳۵۷.
- غلامی، سحر، کشاورزی، فرناز، محمدخانی، پروانه، حسینی، فریبا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودانتقادی دختران نوجوان با تجربه سوگ طلاق ولل‌دین. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۷)، ۱۹۶-۱۸۷.
- فتحی، سمیه، پویامنش، جعفر، قمری، م، فتحی اقدم، قربان. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سردرد مزمن. *فیض*، ۲۴(۳)، ۳۰۲-۳۱۱.
- فرهادی، طاهره، اصلی‌آزاد، مسلم، شکرخدايي، نیلوفرسادات. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، *مجله توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۹(۴)، ۸۱-۹۲.
- کریمی، سارا، شفیع آبادی، عبدالله، نعیمی، ابراهیم. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افسردگی معلمان زن. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۱۰)، ۸۹۷-۹۰۴.
- گیلی، شهناز، صادقی فیروزآبادی، وحید، حقایق، سیدعباس، علیزاده قویدل، علیرضا، رضایی جمالویی، حسن. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان تحریک الکتریکی مستقیم فراجمعه‌ای بر اضطراب و افسردگی بیماری عروق کرونر قلبی. *روانشناسی سلامت*، ۹(۴)، ۴۵-۶۲.
- مظفری، والیه. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کنترل هیجانی همسران جانباز اعصاب و روان، *مجله طب جانباز*، ۱۱(۲)، ۶۶-۶۱.

- Therapy Group Psycho education Program in a South African Setting, *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(4), 313-337.
- Li, D., Li, D., Wu, N., Wang, Z.(2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions, Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*, 101, 113-122.
- Malesza, M. (2019). Stress and delay discounting, The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 144, 56-60.
- McKinnon, J.M., & Greenberg, L.S. (2017). Vulnerable emotional expression in emotion focused couple's therapy, Relating interactional processes to outcome. *Journal Marital Family Therapy*, 43, 198-212.
- Watson, J.C., Sharbanee, J.M. (2021). Emotion Focused Therapy – Case Conceptualization and Treatment: Adults. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 145, 241-251.
- Welch, S., Lachmar, E., & Wittenborn, K. (2019). Establishing safety in emotionally focused couple therapy, A single-case process study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45, 402-415.
- Wittenborn, K., Ridenour, A., Ryan, M.A., & Seedall, B. (2018). Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression, Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45, 395-409.
- Zacharia, M., Ioannou, M., Theofanous, A., Vasiliou, V.S., Karekla, M. (2021). Does Cognitive Fusion show up similarly across two behavioral health samples? Psychometric properties and invariance of the Greek–Cognitive Fusion Questionnaire (G-CFQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 212-221.
- Zhang, C., Zhang, R., Lu, Y., Liu, H., Kong, S., Baker, J.S., Zhang, H. (2021). Occupational stressors, mental health, and sleep difficulty among nurses during the COVID-19 pandemic: The mediating roles of cognitive fusion and cognitive reappraisal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 64-71.