

Comparing Emotionally Focused Therapy Training and Short-Term Self-Regulation Couple Therapy in Enhancing Dyadic Coping Strategies and Cognitive Emotion Regulation in Parents of Children with Intellectual Disability

مقایسه آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی در بهبود راهبردهای مقابله زناشویی و تنظیم شناختی هیجان والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی

Omid Isanejad, Ph.D.¹, Somaye Ramezani, M.A.²

دکتر امید عیسی‌نژاد^۱، سمیه رamezani^۲

Received: 06.04.2017

Revised: 12.28.2017

Accepted: 05.26.2018

تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۱۴

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۳/۵

Abstract

Objective: This research aimed at comparing the impact of emotionally focused therapy training (EFT) and short-term self-regulation couple therapy (SRCT) on cognitive emotion regulation and dyadic coping strategies of parents of children with intellectual disabilities. **Method:** This study was a controlled quasi-experimental research with an applied approach involving a pretest-posttest-follow-up (one month) design. The sample comprised of 41 couples with children with intellectual disabilities randomly assigned to two experimental groups (n=12 in EFT and n=14 in SRCT) and a control group (n=15). Ten sessions of EFT and eight sessions of SRCT (once a week) were provided for experimental groups. Data from the Dyadic Coping Strategies Questionnaire and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire were analyzed by the complex repeated-measures design test. **Results:** Results demonstrated that EFT and SRCT led to an increase in the scores of cognitive emotion regulation and caused improvements in dyadic coping strategies in experimental groups, and results were persistent after one month. Upon comparing the two approaches, short-term self-regulation couple therapy indicated greater effectiveness. **Conclusion:** In light of the roles of cognitive emotion regulation and dyadic coping strategies in couples' interaction, it is recommended that emotionally focused and self-regulative methods be used in couple therapy to improve dyadic coping strategies and cognitive emotion regulation and reduce marital conflicts.

Keywords: *Emotionally focused couple therapy, Short-term self-regulation couple therapy, Dyadic coping strategies, Cognitive emotion regulation*

چکیده:

هدف: هدف این پژوهش مقایسه تأثیر آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) بر تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله زناشویی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با رویکرد کاربردی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پی‌گیری (یک ماهه) با گروه کنترل بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۱ زوج از والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (زوج‌درمانی هیجان‌مدار، ۱۲ زوج و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی، ۱۴ زوج) و یک گروه گواه (۱۵ زوج) جای‌دهی شدند. زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) در ۱۰ جلسه و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) در ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) روی گروه‌های آزمایش انجام شدند و داده‌های حاصل از پرسشنامه راهبردهای مقابله زناشویی بومن و تنظیم شناختی هیجان با آزمون طرح مختلط اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) و زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، باعث افزایش نمرات زوج‌ها در تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله زناشویی می‌شود. یافته‌ها همچنین نشان داد، اثر بخشی هر دو مداخله بعد از یک ماه باقی مانده است. نتیجه‌گیری: با توجه به نقش تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله زناشویی در تعاملات زوجین، پیشنهاد می‌شود از شیوه هیجان‌مدار و خودتنظیمی برای بهبود راهبردهای مقابله زناشویی و تنظیم شناختی هیجان و کاهش تعارضات زناشویی در والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی، راهبردهای مقابله زناشویی، تنظیم شناختی هیجان

1. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Counseling, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Email: O.isanejad@uok.ac.ir

2. M.A in Family Counseling, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

ایران.

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

مقدمه

ارتباط والدینی که کودک کم‌توان ذهنی دارند، می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر ثبات خانواده و رضایت نسبی همه اعضا بگذارد (فاو و لیوستک، ۲۰۱۵). یافته‌های پژوهشی حاکی از این است که در مقایسه با خانواده‌هایی که فرزندان عادی دارند، خانواده‌هایی که کودکانشان معلولیت‌های رشدی دارند فشار بیشتری را متحمل می‌شوند (کیگرن، اشمیت و براون، ۲۰۱۱).

رابطه زناشویی را می‌توان یکی از مهمترین ابعاد زندگی هر فرد دانست؛ یکی از ابعاد رابطه زناشویی، راهبردهای مقابله زناشویی است که زوجین در هنگام مواجهه با مشکلات زناشویی به کار می‌گیرند (عیسی‌نژاد، ۱۳۹۰). در مقایسه با راهبردهای مقابله فردی، به راهبردهای مقابله زناشویی^۱ اهمیت زیادی داده نشده است. راهبردهای مقابله زوجی به طور خاص، هم به تلاش یک همسر برای کاهش اضطراب بیرونی که توسط همسرش درک شده (برای مثال؛ در نتیجه فشار کار، ضرورت‌های اجتماعی، یا سرپرستی یک کودک کم‌توان) و هم به تلاش مشترک برای مدارا کردن با اضطرابی که از رابطه نشأت می‌گیرد (برای مثال؛ امیال یا اهداف متغیر)، اشاره دارد. فرآیند مقابله با اضطراب، یک چرخه به حساب می‌آید که شامل این موارد می‌شود: ۱. اضطرابی که توسط فرد مضطرب ابراز می‌شود، ۲. درک اضطراب توسط همسر و ۳. عکس‌العمل مقابله‌ای همسر به رفتار شخص مضطرب. علاوه بر این، راهبردهای مقابله زناشویی احساس اعتماد دوطرفه و صمیمیت و اعتقاد بر اینکه رابطه حمایت‌کننده است، را قوی می‌کند. روابط فراوانی که بین مقیاس‌های مادرها و پدرها یافت شده، طبیعت همبسته سازگاری روانی زوجها را روشن می‌کند. این یافته‌ها، این ایده را که زوجها افکارشان، احساساتشان و رفتارهایشان را به یکدیگر منتقل می‌کنند، تقویت می‌کند. به علاوه، یافته‌های مداخله در مدل اضطراب نشان می‌دهد که مادرهایی که

راهبردهای مقابله زناشویی حمایت‌کننده‌تری از همسرشان تجربه کردند، سطوح بهتری از رضایت رابطه را گزارش کردند، که به نوبه خود اضطراب سرپرستانه آنها را کاهش می‌دهد (گارسیا-لوپز، ساریا، پوسو و رسیو، ۲۰۱۶). اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات زیادی تأیید شده است (دیلون، دونی و پیسگالی، ۲۰۱۱؛ روتنبرگ و جانسن، ۲۰۰۷؛ ورنر و گراس، ۲۰۱۰؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۱۲).

معمولاً مشکلات در تنظیم هیجانها، در رشد و حفظ نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و اختلالات هیجانی نقش مهمی ایفا می‌کند. در میان انواع راهبردهایی که افراد برای تنظیم هیجانها خود استفاده می‌کنند، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۲ به آنچه فرد فکر می‌کند تا هیجانها خود را در واکنش به رویدادهای برانگیزنده مدیریت کند، گفته می‌شود (بالزوسی، بیاسونی، ویلانی، پریونس و ولوسی، ۲۰۱۶). راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی به بخشی از تنظیم هیجانی مربوط به فرآیندهای شناختی هشیار باز می‌گردد که به واسطه آن، افراد می‌توانند هیجانها خود را تنظیم کنند و در هنگام رویدادهای استرس‌زای زندگی تحت تأثیر آنها قرار نگیرند (گارفنسکی و کراژ، ۲۰۰۷؛ اکستیرمرا و ری، ۲۰۱۴). امروزه رویکردهای گوناگون زوج‌درمانی و خانواده درمانی، با هدف کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوجها به وجود آمده است. خودتنظیمی به عنوان تلاش فرد برای به عهده گرفتن تغییر پاسخ خود تعریف می‌شود و به فرآیندی اشاره دارد که در آن افراد تلاش می‌کنند تفکرات، احساسات، انگیزه‌ها و عملکردهایشان را کنترل کنند (پامپ، فلايگ، شواتز و لیپکی، ۲۰۱۳).

در ابتدا خود تنظیم کردن رابطه، به عنوان توانایی زوجها نزدیک برای مشاهده فرآیندهای رابطه و کار برای حفظ رابطه، تعریف و مفهوم‌سازی شد. خود تنظیم کردن رابطه، استعداد زوجها رمانتیک است

نظام‌مند و بر پایه وابستگی است که به اضطراب رابطه، به عنوان نتیجه چرخه‌های تعامل منفی و نیازهای وابستگی برآورده نشده می‌نگرد. درمان هیجان‌مدار (EFT) سعی در تغییر چرخه‌های تعامل منفی به تعامل‌های ملایم‌تر، بازتر و پر واکنش‌تر دارد. همچنین پژوهش روی فرآیند نشان می‌دهد که نرم شدن همسر سرزنش‌گر یک قسمت کلیدی برای فرآیند تغییر است و نتیجه‌ای موفقیت‌آمیز به همراه دارد (مک‌ری، دالگلیش، جانسن، برجس موسر و کیلیان، ۲۰۱۴). تغییر در درمان هیجان‌مدار (EFT) زمانی رخ می‌دهد که درمانگران به همسران کمک می‌کنند تا عناصر موجود در رابطه مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییرکردن می‌کنند، یک چرخه مثبت‌تر به وجود می‌آید که به زوج کمک می‌کند تا به سمت پیوندی ایمن‌تر پیش بروند (دالگلیش، ۲۰۱۳). به طور کلی، درمان هیجان‌مدار شیوه‌ای درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین آشفته است (جانسن، ۲۰۱۰). یافته‌ها از لحاظ تجربی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) (مک‌کنین و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ جانسن، ۲۰۰۴)، تغییر مداوم در طول زمان (هالچاک، مک‌کنین و جانسن، ۲۰۱۰)، دوره بعد از درمان و بهبود مداوم (جانسن و تالیمن، ۱۹۹۷) را نشان داده است. به علاوه، درمان هیجان‌مدار (EFT) در مداوای اضطراب رابطه، در بسیاری از افراد از جمله بازماندگان ضربه روانی (جانسن و دنتن^۳، ۲۰۰۲)، زوجین درگیر سرطان (مک‌لین، والتن، اودن، اسپلن و جونس، ۲۰۱۳؛ ویب و جانسن، ۲۰۱۶) و والدین فرزندان بیمار مزمن (کلوتی، مانین، واکر و جانسن، ۲۰۰۲) موفق بوده است. همچنین در پژوهش‌های دیگر درباره رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار، اثربخشی این رویکرد در بهبود الگوهای ارتباطی زوجین و افزایش رضایت‌مندی جنسی زوجها (هنرپروران، تبریزی، نوابی‌نژاد و شفیع‌آبادی، ۲۰۱۴)، تسهیل دوره نقاهت

تا الگوهای فعالیت رابطه را مشاهده کنند و فعالانه در حفظ رابطه رمانتیک سالم شرکت کنند (هالفورد، ساندرز و بیرنس، ۲۰۰۷؛ کناپ، نورتون و ساندبرگ، ۲۰۱۵).

به بیانی دیگر، تمرکز خودتنظیمی دربرگیرنده این عقیده است که یک راه‌حل برای رفع نارضایتی در مورد رفتار همسر این است که واکنش فرد به این رفتار تغییر داده شود و تلاش‌های بیهوده برای تغییر همسر متوقف شود (هالفورد و همکاران، ۱۹۹۴). زوج‌هایی که فعالانه از مهارت‌های حفظ رابطه از جمله خود تنظیم کردن رابطه استفاده می‌کنند سطوح بالاتری از تعهد را در ازدواجشان گزارش می‌کنند (کناپ و همکاران، ۲۰۱۵).

مطالعات اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)^۳ بر افزایش رضایت زناشویی، سازگاری با شخصیت همسر، ارتباط، حل تعارض، رضایت‌مندی از اوقات فراغت، بهبود رابطه جنسی و رابطه با خویشاوندان و دوستان (جانباز فریدونی، تبریزی و نوابی‌نژاد، ۲۰۰۹)، بهبود رضایت زناشویی، سازگاری زناشویی، وضعیت زناشویی و کاهش افسردگی در زوجین (علوی‌زاده و میرهاشمی، ۱۳۹۲)، بهبود رضایت زناشویی و بهداشت روانی والدین کودکان با وجود ابتلا به ناتوانی یادگیری (دین‌پرست و مهرآبادی، ۱۳۹۵) و کاهش فرسودگی زناشویی (احمدی، زهراکار، داورنیا و رضایی، ۱۳۹۴) را نشان داده است.

با گذر زمان، در مورد زوج‌هایی که خود تنظیم کردن کمتری در رابطه گزارش کردند، رضایت زناشویی برای هر دو زوج کاهش یافت، بنابراین خود تنظیم کردن رابطه با کیفیت و دوام رابطه مرتبط است (کناپ و همکاران، ۲۰۱۵). خود تنظیم کردن رابطه به عنوان مداخله‌کننده‌ای بین نقص در خانواده و رضایت/ثبات زناشویی عمل می‌کند (هاردی، سولسکی، رتکلیف، اندرسون و ویلوبی، ۲۰۱۵). درمان هیجان‌مدار (EFT)^۴، درمانی تجربی،

کم‌توان با آن مواجه هستند، متوجه روابط است (فاو و لیوستک، ۲۰۱۵). بنابراین، به نظر می‌رسد این والدین برای بهبود روابط خود و مقابله مناسب با فشار روانی ناشی از سرپرستی فرزند کم‌توان، گروه‌های مناسبی برای استفاده از زوج‌درمانی هستند. در واقع راهبردهای مقابله زناشویی، تعیین‌کننده نوع واکنش زوج به فشارهای ارتباطی درون خانواده است (عیسی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۰)؛ از طرفی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تعیین‌کننده شیوه واکنش شناختی نسبت به وقایع استرس‌زای زندگی هستند. بنابراین، در این پژوهش با توجه به چالش‌های موجود در روابط والدین دارای فرزند ناتوان و کم‌توان ذهنی و تأثیرات آن بر عملکرد خانواده، به منظور ارتقای راهبردهای مقابله زناشویی و تنظیم شناختی هیجان این والدین از آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی استفاده گردید. هر چند پژوهش‌های بسیاری تأثیر این دو مداخله را بر حیطه‌های مختلف روابط زناشویی تأیید کرده‌اند، اما هنوز پژوهشی به بررسی تأثیر این رویکردها بر تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله زناشویی نپرداخته است. در همین راستا، در این پژوهش، اثربخشی آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) بر بهبود راهبردهای مقابله زناشویی و تنظیم شناختی هیجان والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی بررسی شد.

روش

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با رویکرد کاربردی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری (یک ماهه) با گروه کنترل بود. در این طرح مداخلات (آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی) به عنوان متغیر مستقل و تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله زناشویی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

بعد از اعتیاد جنسی زوجین (لاو، مور و استنش، ۲۰۱۶)، درمان پریشانی ارتباط زوجین (پریست، ۲۰۱۳) و افزایش رضایت‌مندی زناشویی و کاهش افسردگی زوجین (امانی و مجدوبی، ۲۰۱۳) بررسی و تأیید شده است. ویب و همکاران نیز در مطالعه خود، نتایج طولانی مدت در رضایت از رابطه را پیش‌بینی کردند (۲۰۱۶). همچنین جاویدی، سلیمانی، احمدی و صمدزاده نشان دادند، زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث بهبود عملکرد خانواده در ابعاد حل مسئله، نقش‌ها، ارتباط، آمیختگی عاطفی، همراهی عاطفی و کنترل رفتار در زوجین می‌شود (۲۰۱۳). مطالعه‌های اسدپور، نظری، ثنائی و شقاقی (۲۰۱۲) نیز اثربخشی درمان هیجان‌مدار (EFT) را تأیید کرده بودند. علاوه بر این، دنتن، ویتبورن و گلدن (۲۰۱۲) در پژوهش خود با مقایسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و دارودرمانی برای درمان زنانی که در کنار افسردگی شدید، از آشفتگی زناشویی رنج می‌بردند، اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی را نشان دادند. از طرفی، بزرگ کردن کودکی که ناتوانی و یا کم‌توانی دارد، موقعیتی چالش‌برانگیز برای خانواده‌هاست. این دشواری‌ها که اغلب با ویژگی‌های کودکشان در ارتباط است ممکن است تأثیر مهمی بر عملکرد و سلامت خانواده داشته باشد (مس و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات کیزوکریا، لارکن و وست (۲۰۱۳) و کیگرن و همکاران (۲۰۱۱)، نشان داد سطح فشار روانی در والدینی که کودک ناتوان دارند، بیش از سایر والدین است. همچنین دانیو و شیتمن (۲۰۱۲)، بر توان و قدرت مشاوره گروهی برای والدینی که کودکشان دچار اختلالات یادگیری هستند، تأکید کردند. پژوهش‌ها نشان داده است والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در قلمرو احساسات، رضایت کمتری دارند. بنابراین، از آن جا که به خاطر کودکان‌شان سختی‌های زیادی متحمل می‌شوند، نیازمند حمایت بیشتری هستند (مس و همکاران، ۲۰۱۶)؛ به خصوص که بخش مهمی از چالش‌هایی که والدین کودکان

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر بهره گرفته شده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای زناشویی: این پرسشنامه که توسط بومن ساخته شده، برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای در روابط زناشویی کاربرد دارد (بومن، ۱۹۹۰). این پرسشنامه، دارای ۶۴ سؤال است که به صورت طیف ۵ تایی از ۱ (هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه)، نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس یافته‌های سازندگان، میزان پایایی هر کدام از این عامل‌ها به شیوه آلفای کرونباخ برای عامل‌های تعارض ۰/۸۰، اجتناب ۰/۷۷، خودمحوری ۰/۸۲، رویکرد سازنده ۰/۸۲، خودسرزنش‌گری خودکاوانه ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش عیسی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۰) میزان آلفای کرونباخ عامل‌های تعارض، خودسرزنش‌گری خودکاوانه، رویکرد سازنده، خودمحوری و اجتناب، بررسی شد و به ترتیب به ازای هر یک از عامل‌ها ۰/۸۸، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۹۳، ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کریچ، (۲۰۰۶): یک پرسشنامه ۱۸ سؤالی است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در یک طیف لیکرت از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) می‌سنجد. این پرسشنامه شامل نه زیرمقیاس است (گارنفسکی و کریچ، ۲۰۰۶).

ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط بشارت ارزیابی گردیده و ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ تعیین گردید. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌نمایند. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه با ضرایب ۰/۵۷ و ۰/۷۶ تأیید شد و روایی محتوا نیز توسط متخصصان روان‌شناسی، داوری و مورد توافق واقع شده و ضریب کندال از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ برای زیرمقیاس‌ها تعیین شد (بشارت، ۱۳۹۰).

گروه‌های آزمایش در جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی شرکت کردند اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد.

جامعه آماری، نمونه آماری، روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را تعداد ۶۲۳ زوجی تشکیل می‌دادند که دارای فرزند کم‌توان ذهنی هستند که شدت کم‌توانی آنها خفیف است و در بهزیستی زندگی می‌کنند و دارای پرونده و تحت حمایت بودند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که با اعلام برگزاری جلسات آموزش زوجین از علاقمندان دعوت به عمل آمد. از مجموع ۶۰ زوج ثبت‌نام شده، ۴۷ زوج در پیش‌آزمون شرکت کردند. این ۴۷ زوج در دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۶ زوج) و یک گروه گواه (۱۵ زوج) به صورت تصادفی جایگزین شدند. به دلیل ریزش نمونه‌ها در نهایت، ۱۲ زوج در گروه آزمایش زوج‌درمانی هیجان‌مدار در ۱۰ جلسه و ۱۴ زوج در گروه آزمایش زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی، ۸ جلسه در جلسات آموزشی تحت نظارت اداره بهزیستی شهرستان (هفته‌ای یک جلسه ۲ ساعته)، در سالن آموزشی آن اداره شرکت کردند و ۱۵ زوج در گروه گواه باقی ماندند.

شرط ورود به مطالعه، مشارکت زوجی، تحصیلات راهنمایی به بالا، دامنه سنی ۵۰-۳۰ سال، متقاضی طلاق نبودن، تعهد به جهت حضور در تمامی جلسات تا پایان درمان، عدم سابقه بیماری‌های روانی، عدم مصرف هر نوع داروی آرام‌بخش، الکل و مواد مخدر و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمانی بود. ضمناً جهت رعایت اصول اخلاقی، برای زوجها توضیح داده شد که جلسات درمانی به جهت کمک به آنها برای بهبود ارتباط با همسرشان و به منظور انجام یک کار پژوهشی است و تمامی اطلاعات محرمانه خواهد بود و بدون نام و مشخصات مورد استفاده قرار خواهد گرفت. افراد متمایل و متقاضی گروه گواه در پایان و بعد از پی‌گیری، هشت جلسه مداخله دریافت کردند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

از آنجا که داده‌ها در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) جمع‌آوری شدند و سه گروه نیز وجود داشت، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط با یک عامل بین‌گروهی با سه سطح (دو گروه آزمایش و یک گواه) و یک متغیر درون‌گروهی با سه سطح (زمان یا مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) استفاده شد. در ادامه با استفاده از آزمون‌های تعقیبی بونفرونی در گروه‌هایی که تفاوت معنی‌دار مشاهده شد (گروه‌های آزمایش)، مقایسه زوجی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری انجام شد. همچنین برای آنکه تفاوت گروه‌ها

در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری مشخص شود، مقایسه زوجی گروه‌ها به استفاده از آزمون شفه (به دلیل نابرابری تعداد افراد در گروه‌ها) به تفکیک مراحل انجام شد.

شیوه‌های مداخله: جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر اساس الگوی زوج‌درمانی هیجان‌مدار جانسن (۲۰۱۰) که در ایران در پژوهش داورنیا، زهراکار، معیری و شاکرمی (۱۳۹۴) و جلسات زوج‌درمانی کوتاه مدت بر اساس الگوی درمانی خودتنظیمی هالفورد (۲۰۰۳) که در ایران در پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۴) مورد استفاده قرار گرفته است، انجام شد.

جدول ۱. خلاصه طرح‌های درمان

رویکرد	محتوا
زوج‌درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی (SRCT) هالفورد (۲۰۰۳)	شناسایی عوامل تهدیدکننده فرد یا رابطه، پر کردن پرسشنامه، مصاحبه فردی، مصاحبه مشترک: خلاصه و جمع‌بندی نگرانی‌ها و آشفتگی‌های مهم زوجین بررسی فرآیندهای سازگارانه زوجین، بررسی پیامدهای رابطه (تعهد و جدایی)، استرس‌های بیرونی و مشکلات فردی تکمیل ارزیابی، قالب‌بندی مجدد برای همدلی با همسر، شناسایی سرزنش زوجین به منظور تغییر اسناد زوجین دستور کار مذاکره، درخواست انتظارات زوجین از بازخورد، خلاصه کردن نقاط قوت و ضعف رابطه مذاکره درباره مدل کاربردی رابطه، مدل مشارکتی ارتباط تعیین اهداف ارتباط با کمک از مدل کاربردی رابطه ارزیابی کارآمدی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام
زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان‌جانسن (EFT) (۲۰۱۰)	آشنایی، ایجاد پیوستگی، بررسی انگیزه درمان کشف تعاملات مشکل‌دار، ارزیابی مشکل و موانع دل‌بستگی، ایجاد توافق درمانی باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دل‌بستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و مراجعان، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان ابراز هیجانات، افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، پذیرش هیجانات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی عمق بخشیدن به درگیری هیجانی، ارتقاء روش‌های تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، تعریف مجدد دل‌بستگی بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها به ویژه آرزوهای سرکوب شده بازسازی تعاملات، کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی درگیری صمیمانه مراجعان با همسرشان، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دل‌بستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه تسهیل اختتام، مشخص کردن تعامل بین‌الگوی گذشته و اکنون، رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی الزاماً نیازی به درمانگر نیست.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مقابله‌ی زناشویی و تنظیم شناختی هیجان به تفکیک گروه در سه مرحله

متغیرها	مراحل	گروه گواه		گروه EFT		گروه SRCT	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تعارض	پیش‌آزمون	۴۴/۲۱	۴/۱۰	۴۴/۱۰	۴/۴۵	۴۴/۱۲	۴/۳۲
	پس‌آزمون	۴۴/۳۲	۳/۶۶	۳۷/۱۷	۳/۱۵	۳۶/۳۳	۲/۳۳
	پی‌گیری	۴۴/۶۰	۳/۳۱	۳۵/۰۰	۲/۳۷	۳۴/۹۱	۲/۴۸
خودسرزنشگری	پیش‌آزمون	۴۴/۸۲	۴/۶۶	۴۳/۹۲	۴/۶۴	۴۴/۲۰	۵/۰۶
	پس‌آزمون	۴۴/۸۲	۴/۳۱	۳۲/۵۷	۱/۸۹	۳۲/۴۵	۲/۵۱
	پی‌گیری	۴۴/۴۶	۴/۳۸	۳۶/۸۵	۳/۱۹	۳۸/۲۵	۳/۶۳
اجتناب	پیش‌آزمون	۲۶/۸۹	۲/۵۱	۲۶/۸۲	۲/۴۱	۲۶/۵۰	۳/۱۷
	پس‌آزمون	۲۷/۰۷	۲/۴۳	۴۲/۳۹	۳/۵۸	۴۳/۲۵	۲/۶۴
	پی‌گیری	۲۷/۳۲	۲/۲۱	۴۱/۲۵	۱/۱۴	۴۲/۲۹	۲/۱۳
رویکرد مثبت	پیش‌آزمون	۲۵/۵۳	۳/۵۶	۲۵/۵۰	۳/۸۵	۲۵/۳۷	۳/۱۳
	پس‌آزمون	۲۵/۸۵	۳/۰۳	۲۰/۱۴	۱/۵۳	۲۰/۶۶	۱/۲۷
	پی‌گیری	۲۵/۸۲	۲/۷۳	۲۰/۵۷	۱/۵۲	۲۰/۷۵	۱/۶۷
خودمحوری	پیش‌آزمون	۳۶/۰۷	۴/۴۲	۲۹/۷۱	۳/۳۸	۳۰/۰۸	۳/۱۰
	پس‌آزمون	۳۵/۸۵	۴/۷۸	۳۵/۹۲	۴/۶۱	۳۵/۲۰	۴/۳۲
	پی‌گیری	۳۵/۸۹	۴/۴۴	۲۹/۴۲	۲/۷۸	۳۰/۸۳	۲/۷۹
ملاطمت خویش	پیش‌آزمون	۵/۵۳	۲/۰۶	۵/۳۵	۲/۰۰	۴/۸۷	۱/۹۶
	پس‌آزمون	۵/۵۰	۲/۱۱	۶/۸۵	۱/۰۷	۶/۷۵	۰/۹۸
	پی‌گیری	۵/۴۲	۱/۹۵	۶/۹۶	۰/۸۳	۶/۷۹	۰/۷۷
ملاطمت دیگران	پیش‌آزمون	۶/۹۲	۲/۰۵	۶/۸۹	۲/۱۱	۶/۹۵	۱/۳۰
	پس‌آزمون	۶/۹۶	۱/۹۷	۸/۱۴	۱/۰۰	۸/۱۶	۰/۸۶
	پی‌گیری	۶/۸۹	۲/۱۱	۸/۱۰	۰/۸۷	۷/۷۵	۰/۷۹
ارزیابی مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۶/۵۰	۱/۲۶	۶/۴۲	۱/۱۹	۱/۱۹	۱/۲۷
	پس‌آزمون	۶/۸۲	۲/۰۳	۸/۱۴	۰/۹۳	۷/۷۹	۰/۹۳
	پی‌گیری	۰/۹۳	۱/۲۸	۸/۱۰	۰/۸۷	۷/۲۹	۰/۳۹
فاجعه‌سازی	پیش‌آزمون	۵/۰۷	۱/۴۸	۵/۳۹	۲/۰۲	۵/۱۲	۲/۳۲
	پس‌آزمون	۴/۹۲	۱/۲۱	۷/۰۰	۰/۷۶	۶/۸۳	۰/۸۱
	پی‌گیری	۴/۹۶	۱/۴۲	۶/۹۲	۰/۸۱	۶/۳۳	۰/۵۶
تمرکز مجدد مثبت	پیش‌آزمون	۵/۴۶	۱/۵۱	۵/۴۶	۲/۰۸	۵/۶۶	۱/۶۰
	پس‌آزمون	۵/۴۶	۲/۰۰	۷/۳۵	۰/۷۳	۶/۹۱	۱/۸۱
	پی‌گیری	۵/۳۲	۲/۰۱	۷/۱۴	۰/۸۹	۶/۵۸	۱/۱۰
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	پیش‌آزمون	۵/۳۹	۲/۰۷	۵/۴۶	۲/۸۵	۵/۲۰	۲/۱۰
	پس‌آزمون	۵/۳۹	۲/۰۲	۷/۰۷	۱/۲۱	۶/۷۰	۰/۸۵
	پی‌گیری	۵/۱۷	۱/۷۶	۶/۴۶	۱/۲۳	۶/۵۰	۰/۹۳
تمرکز روی افکار/نشخوارگری	پیش‌آزمون	۵/۸۵	۱/۵۳	۵/۴۶	۱/۹۹	۵/۶۶	۱/۴۶
	پس‌آزمون	۵/۷۵	۱/۲۶	۷/۱۷	۰/۸۶	۶/۸۳	۱/۲۰
	پی‌گیری	۵/۷۱	۱/۳۲	۶/۸۹	۰/۷۸	۶/۶۲	۰/۷۶
پذیرش	پیش‌آزمون	۴/۳۹	۱/۵۴	۴/۳۵	۱/۳۵	۴/۴۱	۱/۴۷
	پس‌آزمون	۴/۲۸	۱/۳۲	۶/۵۷	۱/۱۳	۶/۸۷	۱/۱۱
	پی‌گیری	۴/۲۱	۱/۲۵	۶/۱۴	۰/۶۵	۶/۵۴	۰/۶۵
توسعه دیدگاه	پیش‌آزمون	۳/۸۵	۱/۵۰	۳/۷۵	۱/۳۲	۳/۵۴	۱/۲۸
	پس‌آزمون	۳/۸۲	۱/۲۴	۶/۴۶	۱/۳۷	۶/۷۹	۰/۹۷
	پی‌گیری	۳/۷۱	۱/۳۲	۶/۱۴	۰/۷۵	۶/۷۵	۰/۶۷

راهبردهای مقابله‌ی زناشویی

تنظیم شناختی هیجان

عامل‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی و همسانی شیب رگرسیون در تعامل عامل درون‌گروهی با بین‌گروهی از آزمون لامبدای ویلکس استفاده شد. برای راهبردهای مقابله‌ای زناشویی مقدار لامبدای ویلکس بین‌گروهی $F_{(144, 12)} = 33/33$ ، $(p \leq 0/001)$ ، درون‌گروهی $F_{(67, 11)} = 1/16$ ، $(p \leq 0/001)$ و تعاملی $F_{(134, 22)} = 16/20$ ، $(p < 0/001)$ به دست آمد. برای تنظیم شناختی مقدار لامبدای ویلکس بین‌گروهی $F_{(138, 18)} = 6/79$ ، $(p \leq 0/001)$ ، درون‌گروهی $F_{(6, 18)} = 27/64$ ، $(p \leq 0/001)$ و تعاملی $F_{(12, 36)} = 6/66$ ، $(p \leq 0/001)$ به دست آمد. از آنجا که در هر دو اثر تعاملی معنی‌دار است، لذا تحلیل به تفکیک گروه‌ها و با محوریت عامل تعاملی صورت می‌پذیرد.

میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کننده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در جدول دو آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود ابعاد راهبردهای مقابله‌ای زناشویی و تنظیم شناختی هیجان در پس‌آزمون ارتقاء یافته است. برای بررسی تفاوت اولیه دو گروه، در پیش‌آزمون از آزمون مانوا (لامبدای ویلکس)، برای هر دو متغیر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، $F_{(97)} = 0/17$ ، $F_{(2)} = 0/01$ برای ابعاد راهبردهای مقابله‌ای زناشویی و $F_{(86)} = 0/55$ ، $F_{(2)} = 0/06$ برای تنظیم شناختی هیجان به دست آمد، که معنی‌دار نبودند ($p > 0/05$). نتایج آزمون همسانی واریانس‌های لوین نشان داد که مقدار F برای راهبردهای مقابله‌ای زناشویی و تنظیم شناختی هیجان معنی‌دار نیست، لذا فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است ($p > 0/05$). برای بررسی تأثیرات چندمتغیره

جدول ۳. نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره درون‌گروهی

متغیرها	منشأ تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
راهبرد	کنترل	0/84	0/70	12/00	98/00	0/74	0/07	0/38
مقابله‌ای	گروه (EFT)	0/03	35/29	12/00	98/00	0/00	0/81	1/00
	گروه (SRCT)	0/02	38/26	12/00	82/00	0/00	0/84	1/00
تنظیم	کنترل	0/57	0/57	18/00	92/00	0/07	0/23	0/89
شناختی	گروه (EFT)	0/09	11/56	18/00	92/00	0/00	0/69	1/00
	گروه (SRCT)	0/08	10/16	18/00	76/00	0/00	0/70	1/00

جدول ۳، نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون‌گروهی را نشان می‌دهد. بر این اساس سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با هم مقایسه شده‌اند و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده است. یافته‌ها در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) نشان داد $F_{(35/29)} = 0/81$ ، $F_{(2)} = 0/11$ در گروه زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) نشان داد $F_{(1)} = 0/84$ و در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) $F_{(1)} = 11/56$ ، $F_{(2)} = 0/69$ و در گروه زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) نشان داد $F_{(1)} = 10/16$ و $F_{(2)} = 0/70$ برای تنظیم شناختی به دست آمد که در هر دو گروه معنی‌دار بودند ($p \leq 0/05$). مقادیر مذکور در گروه کنترل معنی‌دار نیستند ($p > 0/05$). نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر (Greenhouse-Geisser) در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) نشان داد که دامنه اندازه اثر در ابعاد راهبردهای مقابله‌ای زناشویی بین $0/88 - 0/54$ قرار دارد. دامنه اندازه اثر در ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین $0/66 - 0/20$ است. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان داد که دامنه اندازه اثر در ابعاد راهبردهای مقابله‌ای زناشویی بین $0/88 - 0/54$ قرار دارد. دامنه اندازه اثر در ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین $0/66 - 0/20$ است.

جدول ۳، نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چندمتغیره درون‌گروهی را نشان می‌دهد. بر این اساس سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با هم مقایسه شده‌اند و این مقایسه به تفکیک گروه ارائه شده است. یافته‌ها در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) نشان داد $F_{(35/29)} = 0/81$ ، $F_{(2)} = 0/11$ در گروه زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) نشان داد $F_{(1)} = 0/84$ و در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) $F_{(1)} = 11/56$ ، $F_{(2)} = 0/69$ و در گروه زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) نشان داد $F_{(1)} = 10/16$ و $F_{(2)} = 0/70$ برای تنظیم شناختی به دست آمد که در هر دو گروه معنی‌دار بودند ($p \leq 0/05$). مقادیر مذکور در گروه کنترل معنی‌دار نیستند ($p > 0/05$). نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر (Greenhouse-Geisser) در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) نشان داد که دامنه اندازه اثر در ابعاد راهبردهای مقابله‌ای زناشویی بین $0/88 - 0/54$ قرار دارد. دامنه اندازه اثر در ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین $0/66 - 0/20$ است. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان داد که دامنه اندازه اثر در ابعاد راهبردهای مقابله‌ای زناشویی بین $0/88 - 0/54$ قرار دارد. دامنه اندازه اثر در ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بین $0/66 - 0/20$ است.

جدول ۴. مقایسه تنظیم شناختی هیجان در سه مرحله گروه‌های آزمایش

متغیرها	مرحله (I)	مرحله (J)	گروه (EFT)		گروه (SRCT)		
			تفاضل میانگین‌ها- (I)	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها- (I)	خطای استاندارد	
ملاطمت خویش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۲۸	۰/۲۸	*-۱/۸۷	۰/۴۳	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۱/۶۰	۰/۲۸	*-۱/۹۱	۰/۴۱	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۱۰	۰/۱۸	-۰/۰۴	۰/۱۷	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱/۲۵	۰/۴۳	*-۱/۲۰	۰/۲۶	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۱/۲۱	۰/۴۴	*-۰/۷۹	۰/۲۰	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۰۳	۰/۲۱	۰/۴۱	۰/۲۰	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱/۷۱	۰/۳۲	*-۱/۴۵	۰/۳۰	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۱/۶۷	۰/۲۶	*-۰/۹۵	۰/۲۴	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۳۰	۰/۲۲	۰/۵۰	۰/۲۶	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱/۶۰	۰/۴۳	*-۱/۷۰	۰/۵۵	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۱/۵۳	۰/۳۰	-۱/۲۰	۰/۵۴	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۰۷	۰/۲۳	*۰/۵۰	۰/۱۵	
تمرکز مجدد مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱/۸۹	۰/۴۳	-۱/۲۵	۰/۵۶	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۱/۶۷	۰/۴۱	-۱/۹۱	۰/۴۱	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۲۱	۰/۲۰	۰/۳۳	۰/۳۴	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱/۶۰	۰/۴۶	*-۱/۵۰	۰/۴۳	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	-۱/۰۰	۰/۴۴	*-۱/۲۹	۰/۴۹	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	*۰/۶۰	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۲۲	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱/۷۱	۰/۳۰	*-۱/۱۶	۰/۳۸	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۱/۴۲	۰/۳۵	*-۰/۹۵	۰/۳۷	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۲۸	۰/۱۹	۰/۲۰	۰/۲۶	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۲/۳۲	۰/۲۲	*-۲/۴۵	۰/۳۵	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۱/۸۹	۰/۲۵	*-۲/۱۲	۰/۳۶	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۴۲	۰/۲۳	-۰/۳۳	۰/۲۹	
ملاطمت دیگران	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۲/۷۱	۰/۳۶	*-۳/۲۵	۰/۳۲	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۲/۳۹	۰/۲۶	*-۳/۲۰	۰/۳۳	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۳۲	۰/۲۷	۰/۰۴	۰/۲۲	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۶/۹۲	۱/۰۸	*۷/۷۹	۱/۰۶	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*۹/۱۰	۰/۸۸	*۹/۲۰	۰/۹۸	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	*۲/۱۷	۰/۵۴	۱/۴۱	۰/۶۲	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۱۱/۳۵	۰/۸۹	*۱۱/۷۵	۱/۱۷	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*۷/۰۷	۰/۹۹	*۵/۹۵	۱/۳۷	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	*-۴/۲۸	۰/۵۷	*-۵/۷۹	۰/۶۴	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۱۵/۵۷	۱/۰۱	*-۱۶/۷۵	۰/۹۵	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*-۱۴/۴۲	۰/۷۱	*-۱۵/۷۹	۰/۸۵	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۱/۱۴	۰/۷۶	*۰/۹۵	۰/۳۴	
خودسرزنش‌گری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۵/۳۵	۰/۸۰	*۴/۷۰	۰/۶۱	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*۴/۹۲	۰/۸۲	*۴/۶۲	۰/۵۸	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۴۲-	۰/۲۴	-۰/۰۸	۰/۲۴	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۶/۲۱	۶/۲۱	*۵/۱۲	۱/۱۶	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*۶/۵۰	۶/۵۰	*۴/۳۷	۱/۰۵	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۲۸	۰/۸۳	-۰/۷۵	۰/۷۴	
	رویکرد مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۶/۹۲	۱/۰۸	*۷/۷۹	۱/۰۶
		پیش‌آزمون	پی‌گیری	*۹/۱۰	۰/۸۸	*۹/۲۰	۰/۹۸
		پس‌آزمون	پی‌گیری	*۲/۱۷	۰/۵۴	۱/۴۱	۰/۶۲
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۱۱/۳۵	۰/۸۹	*۱۱/۷۵	۱/۱۷
		پیش‌آزمون	پی‌گیری	*۷/۰۷	۰/۹۹	*۵/۹۵	۱/۳۷
		پس‌آزمون	پی‌گیری	*-۴/۲۸	۰/۵۷	*-۵/۷۹	۰/۶۴
پیش‌آزمون		پس‌آزمون	*-۱۵/۵۷	۱/۰۱	*-۱۶/۷۵	۰/۹۵	
پیش‌آزمون		پی‌گیری	*-۱۴/۴۲	۰/۷۱	*-۱۵/۷۹	۰/۸۵	
پس‌آزمون		پی‌گیری	۱/۱۴	۰/۷۶	*۰/۹۵	۰/۳۴	
پیش‌آزمون		پس‌آزمون	*۵/۳۵	۰/۸۰	*۴/۷۰	۰/۶۱	
پیش‌آزمون		پی‌گیری	*۴/۹۲	۰/۸۲	*۴/۶۲	۰/۵۸	
پس‌آزمون		پی‌گیری	۰/۴۲-	۰/۲۴	-۰/۰۸	۰/۲۴	
اجتناب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۶/۲۱	۶/۲۱	*۵/۱۲	۱/۱۶	
	پیش‌آزمون	پی‌گیری	*۶/۵۰	۶/۵۰	*۴/۳۷	۱/۰۵	
	پس‌آزمون	پی‌گیری	۰/۲۸	۰/۸۳	-۰/۷۵	۰/۷۴	

تنظیم شناختی هیجان

راهبردهای مقابله زناشویی

معنی‌داری را نشان می‌دهد. در همه ابعاد راهبرد مقابله‌ای در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها افزایش معنی‌داری را نشان می‌دهد. در نتیجه، روش مداخله در این ابعاد اثربخش بوده و این تأثیر تا مرحله پی‌گیری باقی مانده است.

جدول ۴ مقایسه سه مرحله گروه آزمایش را در ابعاد تنظیم شناختی و راهبردهای مقابله‌ای زناشویی نشان می‌دهد. در همه ابعاد تنظیم شناختی هیجان به جز بعد تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری در قیاس با پیش‌آزمون، میانگین‌ها افزایش

جدول ۵. مقایسه سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری

پی‌گیری		پس‌آزمون		گروه (J)	گروه (I)	متغیر
خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	تفاضل میانگین‌ها (I-J)			
۰/۷۴	۹/۶۰*	۰/۹۶	۵/۶۱*	(EFT)	گواه	تعارض
۰/۷۷	۹/۶۹*	۰/۷۲	۵/۹۲*	(SRCT)	گواه	
۰/۷۷	۰/۰۸	۰/۷۲	۰/۳۰	(SRCT)	(EFT)	خودسرزنش‌گری
۱/۰۱	۷/۶۰*	۰/۸۴	۶/۹۱*	(EFT)	گواه	
۱/۰۵	۶/۲۱*	۰/۸۸	۶/۳۹*	(SRCT)	گواه	رویکرد مثبت
۱/۰۵	-۱/۳۹	۰/۸۸	-۰/۵۲	(SRCT)	(EFT)	
۰/۵۰	-۱۳/۹۳*	۰/۴۵	-۹/۷۲*	(EFT)	گواه	خودمحوری
۰/۵۲	-۱۴/۹۷*	۰/۴۷	-۱۰/۲۵*	(SRCT)	گواه	
۰/۵۲	-۱/۰۴	۰/۴۷	-۰/۵۲	(SRCT)	(EFT)	اجتناب
۰/۵۵	۵/۲۵*	۰/۵۸	۳/۶۶*	(EFT)	گواه	
۰/۵۷	-۵/۰۷*	۰/۶۱	۳/۴۷*	(SRCT)	گواه	ملاطمت خویش
۰/۵۷	۰/۱۷	۰/۶۱	-۰/۱۹	(SRCT)	(EFT)	
۰/۹۲	۶/۴۶*	۰/۸۹	۴/۲۵*	(EFT)	گواه	پذیرش
۰/۹۶	۵/۰۶*	۰/۸۹	۳/۸۹*	(SRCT)	گواه	
۰/۹۶	-۱/۴۰	۰/۸۹	-۰/۳۵	(SRCT)	(EFT)	تمرکز روی افکار
۰/۳۵	-۱/۵۳*	۰/۳۹	-۰/۹۰	(EFT)	گواه	
۰/۳۶	-۱/۳۶*	۰/۴۰	-۰/۶۵	(SRCT)	گواه	تمرکز مجدد مثبت
۰/۳۶	۰/۱۷	۰/۳۹	-۰/۹۰	(SRCT)	(EFT)	
۰/۳۸	-۱/۲۱*	۰/۳۶	-۰/۷۸	(EFT)	گواه	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۳۹	-۰/۸۵*	۰/۳۸	-۰/۶۹	(SRCT)	گواه	
۰/۳۹	۰/۳۵	۰/۳۸	۰/۰۸	(SRCT)	(EFT)	دیدگاه‌گیری
۰/۲۶	-۱/۷۵*	۰/۲۳	-۱/۰۰*	(EFT)	گواه	
۰/۲۷	-۰/۹۳*	۰/۲۴	-۰/۵۷	(SRCT)	گواه	فاجعه‌سازی
۰/۲۷	۰/۸۱*	۰/۲۴	۰/۴۲	(SRCT)	(EFT)	
۰/۲۷	-۱/۹۶*	۰/۲۷	-۱/۴۵*	(EFT)	گواه	ملاطمت دیگران
۰/۲۸	-۱/۳۶*	۰/۲۸	-۱/۱۰*	(SRCT)	گواه	
۰/۲۸	۰/۵۹*	۰/۲۸	۰/۳۴	(SRCT)	(EFT)	دیدگاه‌گیری
۰/۳۸	-۱/۸۲*	۰/۳۲	-۱/۰۶*	(EFT)	گواه	
۰/۴۰	-۱/۲۶*	۰/۳۳	-۰/۷۹	(SRCT)	گواه	فاجعه‌سازی
۰/۴۰	۰/۵۶	۰/۳۳	۰/۲۶	(SRCT)	(EFT)	
۰/۳۶	-۱/۲۸*	۰/۳۰	-۱/۰۱*	(EFT)	گواه	دیدگاه‌گیری
۰/۳۸	-۱/۳۲*	۰/۳۱	-۰/۸۱*	(SRCT)	گواه	
۰/۳۸	-۰/۰۳	۰/۳۱	۰/۱۹	(SRCT)	(EFT)	فاجعه‌سازی
۰/۲۶	-۱/۱۷*	۰/۲۷	-۰/۷۳*	(EFT)	گواه	
۰/۲۸	-۰/۹۱*	۰/۲۹	-۰/۶۰	(SRCT)	گواه	ملاطمت دیگران
۰/۲۸	۰/۳۶	۰/۲۹	۰/۱۳	(SRCT)	(EFT)	
۰/۲۴	-۱/۹۲*	۰/۲۶	-۱/۳۵*	(EFT)	گواه	دیدگاه‌گیری
۰/۲۵	-۲/۳۲*	۰/۲۷	-۱/۶۴*	(SRCT)	گواه	
۰/۲۵	۰/۳۹	۰/۲۷	۰/۲۹	(SRCT)	(EFT)	فاجعه‌سازی
۰/۲۶	-۲/۴۲*	۰/۲۵	-۱/۶۵*	(EFT)	گواه	
۰/۲۷	-۳/۰۳*	۰/۲۶	-۱/۸۹*	(SRCT)	گواه	دیدگاه‌گیری
۰/۲۷	-۰/۶۰*	۰/۲۶	-۰/۲۴	(SRCT)	(EFT)	

*p ≤ ۰/۰۵

مورد اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) (مک‌کنین و گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ اسدپور و همکارانش، ۲۰۱۲؛ مکرری و همکاران، ۲۰۱۴)، بر آشفتگی زناشویی (دنتن و همکاران، ۲۰۱۲)، بهبود الگوهای ارتباطی زوجین، افزایش رضایت‌مندی جنسی زوج‌ها (هنرپروران و همکاران، ۲۰۱۴)، تسهیل دوره نقاهت بعد از اعتیاد جنسی زوجین (لاو و همکاران، ۲۰۱۶)، درمان پریشانی ارتباط زوجین (پریست، ۲۰۱۳)، بهبود عملکرد خانواده (جاویدی و همکاران، ۲۰۱۳) و افزایش رضایت‌مندی زناشویی و کاهش افسردگی زوجین (امانی و همکاران، ۱۳۹۲)، مداوای اضطراب رابطه در بازماندگان ضربه روحی (جانسن، ۲۰۰۲؛ مک‌ری و همکاران، ۲۰۱۴)، زوجین درگیر سرطان (مک‌لین و همکاران، ۲۰۱۳؛ ویب و جانسن، ۲۰۱۶) و والدین فرزندان بیمار مزمن (کلوتی و همکاران، ۲۰۰۲؛ مکرری و همکاران، ۲۰۱۴)، همخوانی دارد. یافته‌های جدول ۲ و ۴ نشان دادند زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) باعث بهبود راهبردهای مقابله زناشویی شده است. به لحاظ نظری می‌توان گفت در خلال گام سه موضوعات دلبستگی هر یک از زوجین برای اولین بار به بخش آشکاری از گفت‌وگوی میان زوج‌ها تبدیل می‌شود. با تکمیل تنش‌زدایی در گام ۴ در کنار تعمیق ارتباط عاطفی آنها و آگاهی از نیازهای دلبستگی و پاسخگویی به آنها در گام ۵، همسران را قادر به فهم بهتر منابع استرس، نیازها و تمایلات یکدیگر می‌کند و آنها را در فرآیند حل تعارض یاری می‌کند. در پایان گام ۴ با روشن شدن پاسخ‌های هیجانی کلیدی و شروع مشارکت هیجانی، زوجین سطح تازه‌ای از درگیری را آغاز می‌کنند و تمایل بیشتری برای نزدیکی و عدم اجتناب نشان می‌دهند؛ و بازسازی تعاملات و پاسخگویی متقابل در گام ۷، خودمحوری زوجین را کاهش می‌دهد. تحکیم و انعطاف مواضع جدید زوجین در گام ۹ باعث ارتقاء و افزایش در دسترس بودن و پاسخگویی می‌شود. تبدیل رابطه به یک پایگاه ایمن که در آن زوجین ابراز

در جدول ۵، دو رویکرد مداخله در مورد متغیرها مقایسه شدند. نتایج نشان می‌دهد که در مورد راهبردهای مقابله زناشویی هر دو مداخله، اثربخش بوده‌اند، نتایج تا مرحله پی‌گیری باثبات بوده است. اما در مورد تنظیم شناختی هیجان زوج‌درمانی هیجان‌مدار در خرده مقیاس‌های تمرکز روی افکار، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران اثربخش بوده است در حالی که زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی در خرده مقیاس‌های تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران اثربخش بوده است. در مقایسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، می‌توان گفت زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی اندازه اثر بیشتری را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

داشتن یک فرزند کم‌توان ذهنی ممکن است عملکرد خانواده را بر هم بزند و روابط داخل خانواده و همچنین با دیگران را دچار تنش می‌کند. به طور مشابه، بسیاری از والدین حس می‌کنند که باید برچسب‌های اجتماعی و نومیدی و غم عاطفی را که با داشتن یک کودک معلول به وجود می‌آید راهگشایی و کنترل کنند (فاو و لیوستک، ۲۰۱۵). زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، از درمان‌های مؤثر در حوزه خانواده است. با توجه به فشار روانی تحمیل شده بر والدین به دلیل سرپرستی فرزند کم‌توان ذهنی، هدف این پژوهش، مقایسه تأثیر آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی بر تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله زناشویی والدین دارای فرزند معلول بود.

پژوهشی تحت عنوان مطالعه حاضر اجرا نشده است، اما نتایج این پژوهش با مطالعات قبلی در

پی‌گیری کمک کرده است. این یافته در تأیید پایایی تأثیرات مداخلات، با مطالعات قبلی در مورد پایایی نتایج زوج‌درمانی (دنتن و همکاران، ۲۰۱۲)، تغییر مداوم در طول زمان (هالچاک، ماکینن و جانسن، ۲۰۱۰؛ مکری و همکاران، ۲۰۱۴)، دوره بعد درمان و بهبود مداوم (جانسن و تلیمن، ۱۹۹۷؛ مکری و همکاران، ۲۰۱۴)، پیش‌بینی نتایج طولانی مدت در رضایت از رابطه (ویب و همکاران، ۲۰۱۶)، همخوانی دارد.

نتایج این مطالعه در تأیید اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، با مطالعات قبلی در مورد تأثیر (SRCT) بر مهارت‌های ارتباطی (کناپ و همکاران، ۲۰۱۵)، رضایت زناشویی و سازگاری (جانباز فریدونی، ۲۰۰۹؛ علوی‌زاده و میرهاشمی، ۱۳۹۲؛ دین‌پرست و مهرآبادی، ۱۳۹۵) و کاهش فرسودگی زناشویی (احمدی و همکاران، ۱۳۹۴)، همخوانی دارد.

یافته‌های جدول ۲ و ۴ نشان دادند زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، باعث بهبود راهبردهای مقابله زناشویی شده است. به لحاظ نظری می‌توان گفت در گام ۳، با مطرح کردن مشکلات در قالب‌بندی جدید، میزان گشودگی هر یک از زوجین برای دیدن مشکلات به روش جدید ارزیابی می‌شود و در نهایت مشکلات رابطه زوجین را به طور مشترک به روشی سودمند کشف می‌کنند، که باعث بهبود راهبرد رویکرد مثبت شده است. همچنین در گام ۶، با تعیین اهداف و کاهش الگوهای تعقیب و گریز در کنترل تعارض، احتمال ایجاد واکنش‌های دفاعی، خصومت و تعارض کمتر می‌شود و در پی توافق زوجین و درمانگر بر سر اهداف در گام ۶، ارزیابی و مدل کاربردی رابطه، مشارکت بیشتر و گوش دادن جایگزین خودمحوری و اجتناب می‌شود. لازمه موفقیت در گام ۶، درگیری زوج در جریان درمان و در ارتباط با یکدیگر است.

در مجموع، می‌توان گفت زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، با توسعه مهارت‌ها،

رفتارهای سازنده را تسهیل و تقویت می‌کنند، باعث بهبود راهبرد رویکرد مثبت می‌شود. یافته‌های جدول ۲ و ۴ نشان دادند، زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان شده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در گام ۴ با استفاده از چارچوب‌دهی مجدد مشکل در قالب بافت‌ها و چرخه‌ها، فرمول‌بندی‌های کلی و همیشگی مشکلات زوجین تغییر می‌کند. این تغییر می‌تواند منجر به بهبود توسعه دیدگاه، به عنوان یک راهبرد سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شود. تجربه هیجانی مربوط به گام ۵، با ادغام در تعاملات ارتباطی گام ۶، برای ساختاردهی مجدد رابطه، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این تجربه هیجانی در گام ۷، به یک رویداد تعاملی جدید تبدیل می‌شود که باعث تعریف مجدد، کنترل و پذیرش در رابطه می‌گردد. این تأثیرات منجر به بهبود راهبردهای پذیرش و ارزیابی مجدد مثبت در تعاملات زناشویی می‌شود. با ملایم‌سازی زوج سرزنشگر و مشارکت مجدد فرد گوشه‌گیر در گام ۵، به جای تمرکز همسران بر تقصیرهای یکدیگر و با تعمیق ارتباط عاطفی، آگاهی زوجین از چرخه تعامل منفی زوج سرزنشگر و زوج گوشه‌گیر افزایش می‌یابد و ملامت دیگران به عنوان یکی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کاهش می‌یابد. در گام ۸ تسهیل ظهور راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی زمینه را برای بهبود راهبرد تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی آماده می‌کند و درگیری صمیمانه زوجین با همسرشان و پاسخگویی زوجین در گام ۹، رابطه را به یک پایگاه ایمن تبدیل می‌کند که در آن فکر کردن به موضوعات لذت‌بخش و شاد، جایگزین افکار منفی می‌شود.

آخرین بخش یافته‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT)، بعد از گذشت یک ماه، اثربخشی خود را حفظ کرده است و نمرات این گروه بالاتر از پس‌آزمون و بالاتر از گروه گواه است. به نظر می‌رسد تثبیت تغییرات در گام ۱۰ با تسهیل اختتام، به ثبات نتایج به دست آمده در مرحله

محدودیت‌های ملاحظه شده در این پژوهش، انتخاب نمونه از یک جامعه محدود (والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی) است و بنابراین در تعمیم یافته‌های این پژوهش، باید احتیاط نمود. همچنین به دلیل محدودیت پژوهشگر در افزایش فاصله، بین پس‌آزمون و پی‌گیری به دلیل احتمال ریزش و عدم دسترسی به نمونه‌ها با گذر زمان، این مدت، یک ماه در نظر گرفته شد. پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابه در جامعه‌های آماری دیگر تکرار شود. همچنین به نظر می‌رسد پی‌گیری با فاصله زمانی بیشتر برای اطمینان از میزان پایایی تأثیرات مداخلات، لازم باشد. همچنین این پژوهش می‌تواند برای مشاوران، روان‌درمانگران و پژوهش‌گران در آشنایی با مفهوم راهبردهای مقابله‌زناشویی، تنظیم شناختی هیجان و نحوه تغییر و ارتقاء آنها مفید باشد و زمینه و مقدمه‌ای برای پژوهش‌های بیشتر در مورد زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) فراهم نماید. با توجه به مطلوبیت میزان اثربخشی، پیشنهاد می‌شود که در مشاوره زناشویی از زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، برای بهبود راهبردهای مقابله‌زناشویی و تنظیم شناختی هیجان استفاده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله به رسم اخلاق و امانت‌داری علمی از تمامی افراد مساعدت‌کننده در فرآیند پژوهش از جمله اداره بهداشتی شهرستان قروه و کلیه افراد شرکت‌کننده در جلسات سپاسگزاری به عمل می‌آید.

پی‌نوشت‌ها

1. dyadic coping strategies
2. cognitive emotion regulation
3. self-Regulation Couple Therapy
4. excitement focused treatment

منابع

احمدی، م.، زهراکار، ک.، داورنیا، ر.، و رضایی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی بر فرسودگی زناشویی در زوجین شهر ساوه. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳۹): ۷۵-۶۴.

برای خودارزیابی رفتارهای مربوط به رابطه فرد و انتخاب و اجرای تغییر در خود زمینه‌ای را فراهم می‌کند که زوجین تغییراتی را در خود شناسایی کنند که بتواند رابطه آنها را بهبود بخشد. یافته‌های جدول ۲ و ۴ نشان دادند که زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان شده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت برگزاری مصاحبه‌های فردی و مشترک در گام یک، به زوجین کمک می‌کند تا با در نظر گرفتن نقش عوامل موقعیتی در شکل دادن به تعاملات خود، سرزنش و خشم همراه با تعاملات منفی را کاهش دهند. این تغییر به کاهش راهبرد ملامت همسر منجر می‌شود. در گام یک، یکی از مزایای تکالیف تعاملی یادآوری خاطرات مثبت است. صحبت درباره خاطرات مثبت و یادآوری آنها باعث افزایش تمرکز مجدد مثبت می‌شود. با ایجاد تعادل بین نقاط قوت و ضعف رابطه در گام چهار، تمرکز صرف بر جنبه‌های منفی رابطه کاهش می‌یابد. این مسئله می‌تواند تمرکز بر افکار نشخوارگری و توسعه دیدگاه را بهبود بخشد و با ارزیابی نقاط قوت و ضعف رابطه و توجه بیشتر به جنبه‌های مثبت رابطه، راهبرد ارزیابی مجدد مثبت بهبود می‌یابد.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، بعد از گذشت یک ماه، اثربخشی خود را حفظ کرده است و نمرات آن بالاتر از پس‌آزمون و بالاتر از گروه گواه است. در اصل، تعمیم و حفظ تغییر، به خصوص در جلسات آخر، بخش‌های ضمنی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT)، در طول درمان هستند که این مسئله به ثبات نتایج به دست آمده در مرحله پی‌گیری کمک کرده است. در مجموع، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) و زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی (SRCT) می‌توانند راهبردهای مقابله‌زناشویی و تنظیم شناختی هیجان را ارتقاء دهند. از جمله

- Balzarotti, S. A., Biassoni, F., Villani, D. A., Prunas, A., & Velotti, P. (2016). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 125-143.
- Berking, M., Poppe, C., Luhmann, M., Wupperman, P., Jaggi, V., & Seifritz, E. (2012). Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 931-937.
- agran, B., Schmidt, M., & Brown, I. (2011). Assessment of the quality of life in families with children who have intellectual and developmental disabilities in Slovenia. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(12), 1164-1175.
- Cloutier, P. F., Manion, I. G., Walker, J. G., & Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2-year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4), 391-398.
- Cuzzocrea, F., Larcán, R., & Westh, F. (2013). Family and parental functioning in parents of disabled children. *Nordic Psychology*, 65(3), 271-287.
- Dalgleish, T. L. (2013). *Examining predictors of change in emotionally focused couple therapy*. Canada: University of Ottawa.
- Danino, M., & Shechtman, Z. (2012). Superiority of group counseling to individual coaching for parents of children with learning disabilities. *Psychotherapy Research*, 22(5), 592-603.
- Dillon, D. G., Deveney, C. M., & Pizzagalli, D. A. (2011). From basic processes to real-world problems: how research on emotion and emotion regulation can inform understanding of psychopathology, and vice versa. *Emotion Review*, 3(1), 74-82.
- Extremera, N., & Rey, L. (2014). Health-Related quality of life and cognitive emotion regulation strategies in the unemployed: A cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 172-181.
- Faw, M. H., & Leustek, J. (2015). Sharing the load: An exploratory analysis of the challenges experienced by parent caregivers of children with disabilities. *Southern Communication Journal*, 80(5), 404-415.
- García-López, C., Sarriá, E., Pozo, P., & Recio, P. (2016). Supportive dyadic coping and psychological adaptation in couples parenting children with autism spectrum disorder: The role of relationship satisfaction. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3434-3447.
- اسدپور، ا.، نظری، ع.، ثنائی ذاکر، باقر، و شقاقی، ش. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور بر افزایش صمیمیت زناشویی زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره تهران. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲ (۱)؛ ۲۵-۳۸.
- امانی‌ر، و مجذوبی، م. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری- هیجانی بر سیر تغییر رضایت‌مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳ (۳)؛ ۴۶۷-۴۳۹.
- بشارت، م.، و بزازیان، س. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناخت هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۴ (۸۴)؛ ۶۱-۹۳.
- جنباز فریدونی، ک.، تبریزی، م.، و نوابی نژاد، ش. (۱۳۸۷). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خود‌نظم‌بخشی بر افزایش رضایت زناشویی مراجعین درمانگاه فرهنگیان شهرستان بابلسر. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴ (۱۵)، ۲۲۹-۲۱۳.
- جانسون، س. (۲۰۱۰). تمرین زوج‌درمانی هیجان‌مدار. ترجمه: فاطمه بهرامی، زهرا آذریان و عذرا اعتمادی (۱۳۹۱). تهران: نشر دانژه.
- جاویدی، ن.، سلیمانی، ع.، احمدی، خ.، و صمدزاده، م. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود عملکرد خانواده (EFCT). *مجله علوم رفتاری*، ۷ (۲)؛ ۱۸۸-۱۸۱.
- داورنیا، ر.، زهراکار، ک.، معیری، ن.، و شاکرمی، م. (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج‌درمانی هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۵ (۲)؛ ۱۴۰-۱۳۲.
- دین پرست، آ.، و مهرآبادی، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی بر رضایت زناشویی و بهداشت روانی والدین کودکان با وجود ابتلا به ناتوانی یادگیری. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱ (۲)؛ ۴۵-۵۶.
- علوی‌زاده، م.، و میرهاشمی، م. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سازگاری زناشویی، وضعیت زناشویی، افسردگی، و اضطراب. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۶ (۲)؛ ۹۲-۱۱۰.
- عیسی‌نژاد، ا.، احمدی، ا.، اعتمادی، ع.، و قادرپور، ر. (۱۳۹۰). بررسی اثر بخشی ارتقای روابط بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹ (۱)؛ ۱۲-۱.
- هالفورد، ک.، دلبلیو (۲۰۰۱). *زوج‌درمانی کوتاه مدت: یاری زوجین برای کمک به خودشان*. ترجمه: مصطفی تبریزی، مژده کاردانی، فروغ جعفری (۱۳۸۴). تهران: فراروان.
- هنرپروران، ن.، تبریزی، م.، نوابی نژاد، ش.، و شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زوجین. *اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)*، ۴۰ (۱۵)؛ ۷۰-۵۹.

- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Halchuk, R. E., Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: A three-year follow-up. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 9(1), 31-47.
- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (1994). Self-Regulation in behavioral couples' therapy. *Behavior Therapy*, 25(3), 431-452.
- Hardy, N. R., Soloski, K. L., Ratcliffe, G. C., Anderson, J. R., & Willoughby, B. J. (2015). Associations between family of origin climate, relationship Self-Regulation, and marital outcomes. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(4), 508-521.
- Johnson, S. M. (2004). *Creating connection: The practice of emotionally focused couple therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M., & Denton, W. (Ed.) (2002). *Emotionally focused couple therapy: Creating secure connections in Clinical Handbook of Couple Therapy*. Edited by Gurman AS, Jacobson NS. New York: Guilford.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(2), 135-152.
- Knapp, D. J., Norton, A. M., & Sandberg, J. G. (2015). Family-of-Origin, relationship Self-Regulation, and Attachment in marital relationships. *Contemporary Family Therapy*, 37(2), 130-141.
- Love, H. A., Moore, R. M., & Stanish, N. A. (2016). Emotionally Focused Therapy for couples recovering from sexual addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(2), 176-189.
- Mas, J. M., Baqués, N., Balcells-Balcells, A., Dalmau, M., Giné, C., Gràcia, M., & Vilaseca, R. (2016). Family Quality of Life for Families in Early Intervention in Spain. *Journal of Early Intervention*, 38(1), 59-74.
- McKinnon, J. M., & Greenberg, L. S. (2017). Vulnerable emotional expression in emotion focused couples' therapy: Relating interactional processes to outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 198-212.
- McLean, L. M., Walton, T., Rodin, G., Esplen, M. J., & Jones, J. M. (2013). A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: Outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(1), 28-38.
- McRae, T. R., Dagleish, T. L., Johnson, S. M., Burgess-Moser, M., & Killian, K. D. (2014). Emotion regulation and key change events in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 13(1), 1-24.
- Pomp, S., Fleig, L., Schwarzer, R., & Lippke, S. (2013). Effects of a self-regulation intervention on exercise are moderated by depressive symptoms: A quasi-experimental study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 1-8.
- Priest, J. B. (2013). Emotionally Focused Therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(1), 22-37.
- Rottenberg, J. E., & Johnson, S. L. (Ed.). (2007). *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (3rded.). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology. A conceptual framework. In A. M. Kring, & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology. A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 13-37). New York: Guilford Press.
- Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family process*, 55(3), 390-407.
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Lafontaine, M. F., Burgess Moser, M., Dagleish, T. L., & Tasca, G. A. (2016). Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 213-226.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی