

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۵

خلاصه

مقدمه: همسران جانبازان به دلیل درگیری روانی و هیجانی با مشکلات همسر خود در معرض آسیب‌های روان‌شناختی، شناختی و هیجانی هستند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان انجام گرفت.
روش کار: 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 شناختی- رفتاری را طی ده هفته در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه همجوشی شناختی (گیلاتدرز 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: نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر همجوشی شناختی ($P < 0.001$) و خودتنظیمی هیجانی ($P < 0.001$) همسران جانبازان تأثیر معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری با شناخت افکار خودآیند منفی، خطاهای منطقی، عینی‌سازی افکار و روش‌های پرهیز از کلی‌نگری و بررسی طرح‌واره‌ها و شناخت‌های بنیادی می‌تواند با ایجاد مهارت‌های شناختی و فنون رفتاری جدید سبب کاهش همجوشی شناختی و بهبود خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان شود.

کلمات کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، همجوشی شناختی، خودتنظیمی هیجانی، همسران جانبازان

بی‌نوشته: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

معصومه رجایی^۱

مریم نصری^{۲*}

فاطمه شهبابی 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.

Email: maryam_nasri59@yahoo.com

^۱ . مقاله حاضر مستخرج از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش است.

مقدمه

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 بی شماری جانباز است. عنوان جانباز گرچه یادآور عضوی قطع شده است، اما آغاز مبارزه‌ای پیگیر و تلاشی خستگی ناپذیر با عزمی راسخ و ایمانی استوار به رنگ دیگر است، به شرط آنکه هیچ گاه سستی به خود راه نداده و اراده را کوتاه نیابد، که این از پای نیفتادن‌ها مقدمه پیروزی است (مظفری، قربان شیرودی و شفیع آبادی، ۱۴۰۱). 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 طولانی مدت 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 غیر کلامی 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، پیری کامرانی، گلی و رحمانی، 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، طاوولی، کمال و غفوری غلامی، ۱۳۹۸). این روند می‌تواند با افزایش پدیده همجوشی شناختی^۱ در آنان همراه باشد. چرا که 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. 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^۳، ۲۰۱۶). همجوشی شناختی چنان شخص را تحت تاثیر 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^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تاثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند (گیلاندرز، اشلیگ، مارگارت و کیستن^۵، 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، هاوس، بارتستین و آرویو^۶، ۲۰۲۰). به عبارتی، فرد طوری تحت تاثیر افکارش قرار می‌گیرد که گویی کاملاً واقعی‌اند و موجب می‌شود رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتار

4. Flynn

5. Gillanders, Ashleigh, Margaret, Kirsten

6. Bodenlos, Hawes, Burstein, Arroyo

1. Cognitive fusion

2. Zhang

3. Bardeen, Fergus

او حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم حساسیت کمتری پیدا کند (زاجاریا^۱ و همکاران، ۲۰۲۱).

علاوه بر این باید اشاره نمود که از دیگر فرایندهای روانی- هیجانی آسیب پذیر در همسران جانبازان، فرایندهای هیجانی و خودتنظیمی هیجانی^۲ آنان است (مغانلو و حسینی، ۱۳۹۸). این در حالی است که خودتنظیمی هیجانی می‌تواند از پردازش‌های شناختی ناکارآمد همچون همجوشی شناختی متأثر 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، محمودی، گوهری و شاهمرادی‌فر، 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^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). خودتنظیمی هیجانی شامل فرآیندهای درونی و برونی است که مسئول نظارت، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی، به خصوص ویژگی‌های شدت و زمان در رسیدن به اهداف است. خودتنظیمی هیجانی یک مفهوم بسیار پیچیده و گسترده می‌باشد 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، ارزیابی 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^۴، ۲۰۱۶). فرآیندهای خودتنظیمی هیجانی افراد، بر دریافت و ادراک اینکه چه هیجان‌هایی را تجربه می‌کنند، چه موقع آنها را تجربه می‌کنند و چگونه آنها را بیان می‌نمایند، تأثیر می‌گذارد (لی، لی، و وانگ^۵، ۲۰۱۹). مطالعات متعدد نشان دهنده نقش اثربخش

خودتنظیمی هیجانی در بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی بوده است. چنانکه مالسزا^۶ (۲۰۱۹)، بنفر، باردین و کلامس^۷ (۲۰۱۸) و کیروان، پیکت و جارت^۸ (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که خودتنظیمی هیجانی می‌تواند در به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت همانند بهزیستی روان‌شناختی و هیجان‌های 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 شناختی- رفتاری^۹ اشاره کرد که کارآیی بالینی خود را در پژوهش‌های سیدی و داستانی (۱۴۰۲)؛ کیانیان موسوی، مفاخری و محمدزاده ابراهیمی (۱۴۰۱)؛ فرجی، آگاه هریس و شیبانی (۱۴۰۰)؛ اکبری و همکاران (۱۴۰۰)؛ صالحی، جهانگیری و بخشی پور (۱۴۰۰)؛ مبشر، باقری، عباسی و تنها (۱۴۰۰)؛ کاشانی لطف آبادی و همکاران (۱۴۰۰)؛ کولمان، رایس و اسمیت^{۱۰} (۲۰۲۳)؛ پروتا و پری^{۱۱} (۲۰۲۲)؛ نست، بجنگارد، ویتینگتون و پلامسترینا^{۱۲} (۲۰۲۱)؛ ادموندز^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۰)؛ آسارنوو و مانبر^{۱۴} (۲۰۱۹)؛ آنتل^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۹)؛ آور، جانکو و اولندیک^{۱۶} (۲۰۱۷) و پاورز، دی کلین و اسمیتس^{۱۷} (۲۰۱۷) نشان داده است. بدین صورت که این درمان توانسته علائم روانی و عاطفی آسیب‌زای افراد را کاهش دهد. رویکرد شناختی رفتاری، علاوه بر پرداختن به بازسازی شناختی، از مداخلات رفتاری متفاوتی برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند. درمان شناختی - رفتاری به طور همزمان بر نقش فرآیندهای شناختی و رفتاری تأکید می‌کند و فرصتی را برای افراد فراهم می‌کند تا روش‌هایی را برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خود

9. Cognitive Behavior Therapy

10. Coleman, Rice, Smith

11. Perrotta, Perri

12. Nasset, Bjørngaard, Whittington, Palmstierna

13. Edmonds

14. Asarnow, Manber

15. Antle

16. Oar, Johnco, Ollendick

17. Powers, De Kleine, Smits

1. Zacharia

2. Emotional self-regulation

3. Herwig

4. Joormann, Stanton

5. Li, Li, Wu, Wang

6. Malesza

7. Benfer, Bardeen, Claus

8. Kirwan, Pickett, Jarrett

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 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 جانباز 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 شناختی- رفتاری بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان می‌باشد.

روش کار

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 بخش 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 $\alpha=0/05$ ،

تخریبی پیام‌زنده و از آن‌ها در مواجهه با مسائل مختلف در آینده استفاده کنند. فرض اساسی رویکرد شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساسات و رفتار تأثیر می‌گذارد و افراد بیشتر به بازنمایی‌های شناختی خود از رویدادها پاسخ می‌دهند تا خود رویدادها (لی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). این ظرفیت برای خودشناسی و آگاهی از ویژگی‌ها، نیازها، نقاط قوت، ضعف، تمایلات، ترس‌ها، احساسات، ارزش و هویت خود است (گرانرو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان شناختی - رفتاری شامل روش‌های شناختی رفتاری است و هدف آن یافتن راه حل برای مشکلات مراجع است (آور، جانکو و اولندیک، ۲۰۱۷). این درمان می‌تواند در اصلاح روش‌های پردازشی و رفتاری مراجع موثر باشد، زیرا پیش فرض درمان شناختی - رفتاری این است که افکار ناسازگار عامل رفتار سازش‌نا یافته هستند و افراد باید روش‌های جدید تفکر را بیاموزند (لی و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر یک الگو آموزشی روانی ساختاریافته است، بر نقش تکلیف تأکید می‌کند، مراجع را برای پذیرش نقش فعال در جلسات درمانی و خارج از آن مسئول می‌داند و بر ایجاد یک اتحاد درمانی قوی تأکید می‌کند و برای ایجاد تغییر، از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری استفاده می‌کنند (نست و همکاران، ۲۰۲۱).

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 هکر^۳، 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

³. Ssenyonga, Muwonge, Hecker

¹. Li

². Granero

$\beta=0/8-1$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش (کلاین، هوناکر، جوزف و سچیو^۱، 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). 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 از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن در گروه آزمایش $35/42 \pm 3/26$ سال و در گروه گواه $37/75 \pm 3/33$ 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):^۲ پرسشنامه همجوشی شناختی توسط گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و براساس 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 ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین میزان پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش زارع (۱۳۹۳) نیز ۰/۸۷ و میزان روایی محتوایی پرسشنامه هم ۰/۸۸ برآورد شد. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش فرهادی، اصلی‌آزاد و شکرخدایی (۱۳۹۷) نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی (ESRQ):^۳ 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 هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره ۷) پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده خودتنظیمی هیجانی بالاتر در فرد می‌باشد. ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ است. بعلاوه ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس بازداری هیجانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ است (گروس و جان، ۲۰۰۳). سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و بازداری هیجانی ۰/۸۱ و میزان روایی محتوایی را ۰/۸۷ 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 ۰/۷۲، ۰/۷۴ و ۰/۷۶ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ اندازه‌گیری شد.

³. Emotional Self-Regulation Questionnaire

⁴. Gross, John

¹. Kline, Honaker, Joseph and Scheve

². Cognitive Fusion Questionnaire

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مرکز مشاوره شاهد شهر مشهد و انجام فرایند نمونه گیری (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 شناختی - رفتاری را در طی ۱۰ 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 شناختی - رفتاری برگرفته از پروتکل هاتون، سالکوسکیس، کرک و کلارک^۱ (۱۹۸۹) است که توسط قاسم‌زاده (۱۳۸۸) ترجمه و توسط عباسی، دوکانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی (۱۳۹۷) استفاده شده است. 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 شرکت کنندگان 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 درمان شناختی - رفتاری (عباسی، دوکانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۷)

جلسات	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی، انجام پیش‌آزمون، ارائه قوانین و استانداردهای گروه، بیان اهداف توسط اعضا و شفاف سازی انتظارات اعضا از شرکت در جلسات گروه.
جلسه دوم	آشنایی با عواطف مثبت و منفی، آشنایی با مفاهیم همجوشی شناختی، خودتنظیمی هیجانی، دلزدگی زناشویی، بیان نکات اعضا در مورد اضطرابی که در نتیجه مراقبت از همسر جانباز تجربه کرده‌اند و توجه به یک موقعیت نگران کننده و انجام تکلیف.
جلسه سوم	شناسایی موقعیت‌ها و افرادی که باعث همجوشی شناختی و دلزدگی زناشویی می‌شوند، آموزش مدل A-B-C، ذکر نمونه‌هایی از همجوشی شناختی برای همسران جانباز بر اساس مدل ABC و توجه به عقاید و باورها.
جلسه چهارم	توجه به افکار و باورهای قبل از بروز آسیب‌های روانی یا عوامل مؤثر بر کاهش رضایت زناشویی و شکل‌گیری نارضایتی زناشویی برای آزمودنی‌ها، توجه به افکار خودکار قبل از احساسات، توجه به علائم جسمی و عاطفی پس از باورها و... توجه به رفتارهای پس از افکار
جلسه پنجم	توجه بیشتر به افکار منفی قبل از تخریب خودتنظیمی هیجانی، کاهش تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوش بینی و امید به همسران جانباز به عنوان اضلاع چهارگانه سرمایه‌های روان‌شناختی، تمثیل اقیانوس و پیکان عمودی برای شناسایی طرح

¹. Hawton, Salkovskis, Kirk, Clark

واره‌ها، انجام تمرین‌های رفتاری در این زمینه. با توجه به بررسی خودگفتاری اعضای اضطرابی که کاهش سرمایه روان‌شناختی و شناسایی، تغییر و اصلاح رفتارهای مخرب به دنبال افکار منفی و خودگویی را تجربه کرده‌اند.

جلسه ششم ردیابی خودکار افکار برای شناسایی باورهای اصلی و در نتیجه رفتارهای ناسازگار، شناسایی باورهای اصلی ناکارآمد، شناسایی رابطه بین افکار ناسازگار و احساسات افکار منطقی و مؤثر، توجه به تغییرات رفتاری و عاطفی پس از تغییر افکار، و مربیگری رفتاری برای بهبود خودتنظیمی هیجانی.

جلسه هفتم ادامه شناسایی و تغییر باورهای اصلی، آموزش تکنیک‌های رفتاری مانند صحبت کردن و بحث در مورد درگیری شناختی، آرامش، تأخیر در واکنش، تمرکز بر تنفس که باعث ایجاد آرامش در هنگام آسیب‌های روانی و افکار مخرب می‌شود، آموزش راه حل‌های مختلف برای حل مسئله (موقعیت‌هایی که باعث درگیری شناختی می‌شود) و نحوه واکنش رفتاری به موقعیت‌های خطرناک را آموزش می‌دهد.

جلسه هشتم خطاهای شناختی و عاطفی و افکار ناکارآمد مورد ارزیابی قرار گرفت و فواید و مضرات آنها مورد بحث قرار گرفت. بازسازی خطاهای شناختی و عاطفی و افکار ناکارآمد آموزش داده شد و شواهد مؤید یا رد آنها مورد بررسی قرار گرفت.

جلسه نهم آموزش مهارت‌های ارتباطی با همسر باتجربه، موانع ارتباطی و سبک‌های مختلف ارتباطی آموزش داده شد. برای کاهش دلدزگی زناشویی، تکنیک‌های آرامش و حل تعارض آموزش داده شد.

جلسه دهم بررسی پیشرفت اعضا و رسیدن به اهداف، آموزش نحوه به کارگیری آموخته‌های آنها در زندگی واقعی، بررسی کارهای ناتمام اعضا، بررسی احساسات اعضا در مورد پایان جلسات و شناسایی افراد و موقعیت‌های حمایت‌کننده در زندگی آنها. توجه به این نکته که تغییرات به جای آنی، تدریجی است، اجرای پس‌آزمون.

پژوهش از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

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.

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

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

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
همجوشی شناختی	گروه آزمایش	۴۰/۲۳	۷/۶۰	۳۱/۹۶
	گروه گواه	۴۴/۱۲	۶/۰۳	۴۴/۶۴
خودتنظیمی هیجانی	گروه آزمایش	۳۱/۲۳	۵/۲۸	۳۸/۲۳
	گروه گواه	۳۰/۸۸	۵/۷۹	۳۳/۱۲

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 موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای همجوشی شناختی ($P=35$; $F=0/91$) و خودتنظیمی هیجانی ($P=33$; $Mauchlys W=0/90$) رعایت شده است.

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 ($F=0/11$; $P=20$) و خودتنظیمی هیجانی ($F=0/12$; $P=20$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود.

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
مراحل	۴۷۵/۳۲	۲	۲۳۷/۶۶	۴۳/۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
همجوشی	۱۶۳۶/۹۸	۱	۱۶۳۶/۹۸	۳۴/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
شناختی	۶۶۶/۹۰ و	۲	۳۳۳/۴۵	۶۰/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
گروه‌بندی							
خطا	۵۴۰/۰۷	۹۸	۵/۵۱				
مراحل	۶۲۸/۳۴	۲	۳۱۴/۱۷	۵۲/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
خودتنظیمی	۳۹۰/۰۲	۱	۳۹۰/۰۲	۲۲/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱
هیجانی	۱۶۰/۷۸ و	۲	۸۰/۳۹	۱۳/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۱
گروه‌بندی							
خطا	۵۸۶/۱۱	۹۸	۵/۹۸				

و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد که این آموزش به ترتیب ۴۴ و ۴۱ درصد 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 درمان و عامل زمان هم بر نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان معنادار است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع مداخله یعنی درمان شناختی- رفتاری در مراحل مختلف ارزیابی هم بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان تاثیر معنادار

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 ۴۶ و ۵۱ درصد 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 شناختی- رفتاری هم بر نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان معنادار است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود درمان شناختی- رفتاری هم بر همجوشی شناختی

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 بونفرنی ارائه می‌شود.

داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل درمان شناختی- رفتاری و عامل زمان به ترتیب ۵۵ و ۳۱ درصد از تفاوت در نمرات همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان را تبیین می‌کند. در مجموع درمان شناختی- رفتاری بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان در مراحل

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

متغیر	مرحله مورد مقایسه		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیاری	انحراف معناداری
همجوشی شناختی	پیش	پس آزمون	۳/۸۰	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
خودتنظیمی هیجانی	پیش	پس آزمون	۳/۶۶	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱
	پس	پیش آزمون	-۳/۸۰	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
	پس	پیش آزمون	-۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۸۴
	پیش	پس آزمون	-۴/۶۲	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱
	پیش	پس آزمون	-۳/۸۸	۰/۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس	پیش آزمون	۴/۶۲	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱
	پس	پیش آزمون	۰/۷۳	۰/۲۰	۰/۱۱

نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان، تأثیر معناداری دارد. اولین نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شناختی- رفتاری همجوشی شناختی همسران جانبازان را کاهش می‌دهد. همسو با این یافته، صالحی، جهانگیری و بخشی پور (۱۴۰۰) نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری در کاهش دلزدگی زناشویی برای زوج‌هایی که اختلاف زناشویی دارند، مؤثر است. فرجی، آگاه هریس و شیبانی (۱۴۰۰) نیز گزارش دادند که درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش طرحواره‌های اولیه ناسازگار در زنان دارای مشکلات زناشویی می‌شود. علاوه بر این کیانیان موسوی، مفاخری و محمدزاده ابراهیمی (۱۴۰۱) در یافته‌های پژوهشی خود دریافتند که درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش درماندگی آموخته شده و بهبود تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به علائم افسردگی می‌شود. همچنین، یافته حاضر با گزارش ادموندز و همکاران (۲۰۲۰) در مورد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در

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 شناختی- رفتاری 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 شناختی- رفتاری بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان بود.

اعضای گروه کمک می‌کند که رفتارهای جدیدی را تعامل با همسر خود امتحان کنند و روش‌های جدید رفتار کردن را به جای روش‌های قدیمی به کار گیرند. هم چنین تکالیف خانگی به همسران جانبازان کمک می‌کند چشم اندازی جدید را در ارتباط با رفتارهای زناشویی خود کسب نموده و از آنان در روابط با همسر خود بهره برند. استفاده از راهبردهای رفتاری و ارتباطی جدید و سازگارانه سبب می‌شود تا همسران جانبازان بتوانند بازخوردهای منفی و تحریف شده را اصلاح نموده و با بهبود روابط خود همجوشی شناختی کمتری را نیز تجربه نمایند.

یافته دوم این مطالعه نشان داد که درمان شناختی - رفتاری خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان را بهبود می‌بخشد. در راستای این یافته، سیدی و داستانی (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر است. همچنین اکبری و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری باعث بهبود مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله و سلامت روان زوج‌هایی شد که تجربه فرازناشویی داشتند. مبشر و همکاران (۱۴۰۰) همچنین دریافتند که درمان شناختی - رفتاری بر خود شفقت و خودتنظیمی عاطفی بیماران قلبی تأثیر دارد. همچنین، نتیجه حاضر با یافته آنتل و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی آزمودنی‌ها همخوانی داشت. در تبیین احتمالی یافته دوم پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان باید گفت که هدف درمان شناختی رفتاری اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (آنتل و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی رفتاری بر این نکته تأکید می‌ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند. بر این اساس این شیوه درمانی که تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است، با استفاده از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته، به همسران جانبازان کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و

کاهش اضطراب و افسردگی در نوجوانان؛ با نتایج نست و همکاران (۲۰۲۱) مطابقت داشت.

در تبیین یافته اول این مطالعه در مورد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر همجوشی شناختی همسران جانبازان باید بیان کرد که بر طبق درمان شناختی - رفتاری تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیرمنطقی و تحریفات فکری شده (الی و همکاران، ۲۰۱۷) و سعی می‌شود با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود که این افکار مثبت هم می‌توانند تبیینی برای این پژوهش باشد. در واقع در درمان شناختی - رفتاری، با استفاده از راهبردهای مداخله شناختی نظیر ساختار بندی مجدد (سنجش مزایا- معایب یک شناخت)، در نظر گرفتن بدترین و بهترین نتیجه یک موقعیت، ارزشیابی تجارب و منطق‌های حامی شناخت، شناسایی الگوهای ارتباطی مبتنی بر موقعیت و استفاده از پرسش‌گری سقراطی و اکتشاف هدایت شده، هدف درمان قرار می‌گیرند. این روند افکار ناکارآمد همسران جانبازان را به چالش کشیده و سبب می‌شود تا این افکار با نگرش‌های مثبت جایگزین شده و از این طریق آنان رویکرد مثبت‌گرایانه‌تری را نسبت به تعامل با همسر خود بکار گرفته و همجوشی شناختی کمتری را تجربه کنند. علاوه بر این از طریق درمان شناختی - رفتاری می‌توان اسنادهای منفی و بازخوردهای منفی و تحریف شده و اهداف غیرواقعیانه و رفتارهای ناکارآمد را با رفتارهای سازگارانه و اهداف واقع‌بینانه تعدیل و جایگزین نمود (نست و همکاران، ۲۰۲۱). در نهایت می‌توان با کاربرد فنون درمان شناختی - رفتاری به بازارشایی منطق تفکرات فرد پرداخت و آنها را اصلاح کرد و از این طریق احساس مثبت‌تری را در همسران جانبازان پدید آورده و از این طریق میزان همجوشی شناختی آنان را کاهش داد. علاوه بر این باید اشاره کرد که در تایید این یافته می‌توان بیان نمود که در درمان شناختی رفتاری افراد بسیار فعال هستند و برای انجام تمرین‌ها و بازی نقش و رفتارهای جسورانه از آمادگی کافی برخوردار می‌شوند (ادموندز و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این تمرین‌ها، تعاملات در گروه به

خود نمایند که این فرایند یا ایجاد قدرت هیجانی، میزان خودتنظیمی هیجانی آنان را نیز بهبود می‌بخشد. 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 درمان شناختی- رفتاری بر همجوشی شناختی و خودتنظیمی هیجانی همسران جانبازان، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان شناختی- رفتاری 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.

رفتارهای ناکارآمد را تغییر دهند. درمان شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت‌نفس، حل مسئله، خودنظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (مبشر و همکاران، ۱۴۰۰). بر این اساس درمان شناختی رفتاری با کنترل و نظم‌بخشی به عواطف و احساسات، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط موثر و خودکنترلی سبب می‌شود تا همسران جانبازان تاب‌آوری روانی بیشتری را کسب کرده و با ادراک خودکارآمدی حاصل از آن، خودتنظیمی هیجانی بیشتری را نیز تجربه کنند. در تبیینی دیگر باید بیان کرد که در درمان شناختی- رفتاری فرد می‌آموزد افکار و عقاید خود را به عنوان فرضیه‌هایی در نظر گیرد که باید اعتبار آنها آزموده شود. در این روش چرخه معیوب مشکل می‌شکند و فرد تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود را جستجو کند. درمانگر سعی می‌کند درمانجو را به نوعی تجربه همکاری تشویق کند و در طی آن از تجارب خود مراجع، در رشته‌ای از آزمایش‌های رفتاری، به منظور ارزیابی درست یا نادرستی آن باورها سود برد (نست و همکاران، ۲۰۲۱). بر این اساس درمان شناختی رفتاری با تأکید بر مولفه‌های شناختی از جمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای بر جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیرواقع‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر دارد. این جایگزینی به واسطه افزایش بینش و آگاهی فرد در درک ارتباط میان به راه اندازه‌های وابسته به موقعیت و شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش‌وری مناسب، است. این فرایند سبب می‌شود که همسران جانبازان با کسب آگاهی از فرایندهای شناختی و فراشناختی خود، مبادرت به بهبود مهارت‌های درون فردی و بین فردی در

منابع

- اصلی آزاد، مسلم، منشی، غلامرضا، قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سواس فکری- عملی، فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۹(۳۶)، ۳۳-۵۳.
- اکبری، م، شخمگر، ز، ثناگو، ا، نصیری، آ، آهنگی، ا، خالقی، ح، محمدپور، م، کرامی، ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر مهارت‌های ارتباطی و حل مساله و سلامت روان در زوجین دارای تجربه فرازناشویی. روان پرستاری، ۹(۱)، ۱-۱۰.
- آقایی پور گوسرایی، مانده، 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، ۱۷(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)، ۳۹۲-۴۰۶.
- حجتی، حمید، ساریانی، اعظم، علی محمدزاده، خدیجه. (۱۳۹۶). ارتباط تجارب معنوی روزانه با استرس ادارک شده در همسران جانبازان استرس پس از سانحه جنگی. *مجله طب نظامی*، ۱۹(۲)، ۱۳۵-۱۴۲.
- حسنی، جعفر، محمودی، نگار، گوهری، سمیرا، شاهمرادی‌فر، طیبه. (۱۳۹۴). رابطه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و همجوشی فکر با مشکلات بین‌فردی. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۷(۳)، ۴۹-۶۰.
- دهقان، فاطمه، پیری کامرانی، مرضیه، گلی، رحیم، رحمانی، هادی. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت زناشویی، دلزدگی زناشویی و سلامت روان همسر جانباز، *فصلنامه زن و جامعه*، ۷(۴)، ۱-۱۱.
- زارع، حسین. (۱۳۹۳). هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجوشی شناختی گیلاندرد 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.
- سیدی، م.، داستانی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت روان مادران کودکان ناتوان ذهنی. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲۱(۲)، ۳۲۴-۳۱۱.
- صالحی، ح.، جهانگیری، ع.، بخشی‌پور، ا. (۱۴۰۰). مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین. *سلامت جامعه*، ۱۵(۱)، ۱۹-۲۹.
- عباسی، س.، دوکانه‌ای فرد، ف.، و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۹۷). مقایسه‌ی اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان شناختی رفتاری بر انسجام خانوادگی و رضایت زناشویی همسران جانباز شهرستان خرم‌آباد. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۱)، ۸۲۳-۸۲۹.
- فرجی، ش.، آگاه‌هریس، م.، شیبانی، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان با مشکلات زناشویی. *روان‌پرستاری*، ۹(۲)، ۳۰-۴۰.
- فرهادی، طاهره، اصلی‌آزاد، مسلم، شکرخدايي، نیلوفر سادات. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، *مجله توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۹(۴)، ۹۲-۸۱.
- کاشانی لطف‌آبادی، م.، ابوذرین، س.، فرنوش، م.، محمدی، ا.، هاشمی، ب.، سالارحاجی، ا. (۱۴۰۰). تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری مهارت‌های شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بستری در بیمارستان حجازی مشهد. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۲۹(۲)، ۱۴۶-۱۵۹.
- کیانیان موسوی، ف.، مفاخری، ع.، و محمدزاده ابراهیمی، ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان فعال‌سازی رفتاری بر درماندگی آموخته شده و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه‌های افسردگی. *فیض*، ۲۶(۲)، ۱۶۵-۱۶۵.
- مبشر، ز.، باقری، ن.، عباسی، م.، تنها، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان تلفیقی بر خوددلسوزی و خودتنظیمی هیجانی در بیماران قلبی. *اطلاع‌رسانی پزشکی نوین*، ۷(۴)، ۳۳-۴۳.
- مظفری، والیه. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کنترل هیجانی همسران جانباز اعصاب و روان، *مجله طب جانباز*، ۱۱(۲)، ۶۱-۶۶.
- مظفری، والیه، قربان‌شیرودی، شهره، شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر دلزدگی زناشویی، نظم‌جویی شناختی هیجان، تمایز یافتگی و تاب‌آوری روان‌شناختی همسران جانبازان. *ر. ساله دوره دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال*.
- مغانلو، مهناز، حسینی، سیده معصومه. (۱۳۹۸). پیش‌بینی همدلی عاطفی همسران جانبازان بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری، *طب جانباز*، ۱۱، ۹۳-۹۹.

Antle, B.F., Owen, J.J., Eells, T.D., Wells, M.J., Harris, L.M., Cappiccie, A., Wright, B., Williams, S.M., Wright, J.H. (2019). Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. *Contemporary Clinical Trials*, 78, 46-52.

Asarnow, L.D., Manber, R. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Depression. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2), 177-184.

- 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.
- Coleman, E., Rice, M., Smith, T.S. (2023). *Addressing Anxiety in Primary Care With Cognitive Behavioral Therapy*. *The Journal for Nurse Practitioners*, 19(4), 1045-1049.
- Edmonds, M., McCall, H., Dear, B.F., Titov, N., Hadjistavropoulos, H.D.(2020). Does concurrent medication usage affect patient response to internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression and anxiety? *Internet Interventions*, 19, 100-106.
- 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.
- Granero, R., Fernandez-Aranda, F., Mestre-Bach, G., Steward, T., Bano, M., et al. (2017). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying behavior: Predictors of treatment outcome. *Europe Psychiatry*, 39(11), 57-65.
- 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.
- 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.
- Li, J., Jin, J., Xi, S., Zhu, Q., Chen, Y., Huang, M., He, C.(2019). Clinical efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic subjective tinnitus. *American Journal of Otolaryngology*, 40(2), 253-256.
- Malesza, M. (2019). Stress and delay discounting, The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 144, 56-60.
- Nesset, M.B., Bjørngaard, J.H., Whittington, R., Palmstierna, T. (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who

- perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 113, 1037-1041.*
- Oar, E.L., Johnco, C., Ollendick, T.H.(2017). *Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. Psychiatric Clinics of North America, 40(4), 661-674.*
- Perrotta, D., Perri, R.L. (2022). *Mini-review: When neurostimulation joins cognitive-behavioral therapy. On the need of combining evidence-based treatments for addiction disorders. Neuroscience Letters, 777, 1365-1369.*
- Powers, M.B., De Kleine, R.A., Smits, J.A.J.(2017). *Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: A Review. Psychiatric Clinics of North America, 40(4), 611-623.*
- 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.*

Original Article

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

Received: 10/02/2024 - Accepted: 26/08/2024

Masomeh Rejaei¹
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.

Email:
maryam_nasri59@yahoo.com

Abstract

Introduction and purpose: Wives of veterans are exposed to psychological, cognitive and emotional injuries due to mental and emotional conflict with their spouse's problems. Based on this the present study was conducted to investigate The effectiveness of cognitive behavioral therapy on cognitive fusion and emotional self-regulation of spouses of veterans.

Methodology: 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 ninty-minute sessions of cognitive behavioral 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.

Findings: The results showed that emotion focused therapy has significant effect on the cognitive fusion ($P < 0001$) and emotional self-regulation ($P < 0001$) of the spouses of veterans.

Conclusion: According to the findings of the present study it can be concluded that cognitive-behavioral therapy allows people to recognize negative spontaneous thoughts, logical errors, objectification of thoughts and methods of avoiding generalizations and examining basic schemas and cognitions. This process has led to the acquisition of new cognitive skills and behavioral techniques, and in this way, cognitive fusion is reduced and the emotional self-regulation of veterans' wives is improved.

Key words: Emotion focused therapy, cognitive fusion, emotional self-regulation, spouses of veterans

Acknowledgement: There is no conflict of interest