

Prediction of depression based on cognitive emotion regulation strategies and marital satisfaction in women

Somayeh mardani, M. A

psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran

Hoseinali mehrabi, Ph.D

Academic member, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

The study aimed to predict depression by cognitive emotion regulation strategies and marital satisfaction in women. The study population consisted of all married women in Isfahan, from among them 400 persons were selected by simple random sampling.. Data were collected through a four questionnaire including Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski, 2001), Enrich Marital Satisfaction (Fowers & Olson, 1989), DASS-21 Questionnaire (Lovibond & Lovibond, 1995) and demographic characteristics. - Results of regression analysis showed marital relatives 17.7%, Catastrophizing 11.6%, other blame 4.4%, positive refocusing 3.5%, education 1.6%, self-blame 1.2%, friends 0.9% and these seven variables anticipated 40.9% of depression. According to the results, Catastrophizing, other blame, positive refocusing and self-blame among cognitive emotion regulation strategies and marital relatives and friends among levels of marital satisfaction can be assumed as structures that are related to depression symptoms in married women and study them as an important factor in relation to prevention and treatment.

Keyword: cognitive emotion regulation strategies, marital satisfaction, depression, women

پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی در زنان

سمیه مردانی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

حسینعلی مهربانی کوشکی*

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

هدف پژوهش پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی در زنان بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان متأهل شهر اصفهان که از بین آنها ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱)، رضایت زناشویی انریچ (فاورز و السون، ۱۹۸۹)، علائم روان‌شناختی (لاویوند و لاویوند، ۱۹۹۵) و ویژگی‌های جمعیت شناختی استفاده گردید. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیر ارتباط زناشویی ۱۷/۷ درصد، فاجعه‌انگاری ۱۱/۶ درصد، سرزنش دیگری ۴/۴ درصد، تمرکز مجدد مثبت ۳/۵ درصد، تحصیلات ۱/۶ درصد، خود سرزنشگری ۱/۲ درصد، اقوام و دوستان ۰/۹ درصد و این هفت متغیر قادر به پیش‌بینی ۴۰/۹ درصد افسردگی می‌باشند. بنابراین یافته‌های پژوهش می‌توان فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری، تمرکز مجدد مثبت و خود سرزنشگری را از میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ارتباط زناشویی و اقوام و دوستان را از میان ابعاد رضایت زناشویی به‌عنوان سازه‌های مرتبط با علائم افسردگی در زنان متأهل دانسته و آنها را به‌عنوان عوامل مهم در ارتباط با پیشگیری و درمان مورد بررسی قرار داد.

واژه‌های کلیدی: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، رضایت زناشویی، افسردگی، زنان

*. نویسنده مسؤول: mehrabihossein@yahoo.com

رسول: ۹۶/۰۲/۱۹ پذیرش: ۹۶/۱۰/۱۳

مقدمه

نوع راهبرد مجزا تقسیم می‌کنند: راهبردهای انطباقی یا سازگارانه؛ شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و پذیرش و راهبردهای غیرانطباقی یا ناسازگارانه؛ شامل خود سرزنشگری، سرزنش دیگری، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی. انتخاب راهبردهای کارآمد در ابعاد شناختی تنظیم هیجان، بر افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه و بهبود سلامت روان اثرگذار بوده (قاسم‌زاده نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشم، ۱۳۸۹) و به‌کارگیری راهبردهای ناسازگارانه هیجان نیز می‌تواند در شکل‌گیری یا تداوم اختلالات روان‌شناختی نقشی اساسی داشته باشند (بشارت، زاهدی تجریشی و نوربالا، ۱۳۹۲). همچنان که افراد دارای اختلالات هیجانی گوناگون در برخورد با شرایط ناگوار، از راهبردهای متفاوت استفاده می‌کنند (مارتین و داهلن^۱، ۲۰۰۵)، اشخاصی که نمی‌توانند در مقابل اتفاقات روزانه، پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم کنند نیز دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تری از پریشانی را احساس می‌کنند؛ دوره‌هایی که در نهایت ممکن است به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی منجر شوند (نولن هوکسما، ویسکو و لیبومیرسکی^۲، ۲۰۰۸).

مشکلات تنظیم هیجان در مواردی همچون اختلال‌های خلقی و اضطرابی، به حدی برجسته است که این اختلالات اساساً بر پایه هیجان‌ات مختل تعریف شده‌اند (اسلون و کرینگ، ۲۰۱۰). در این بین، افسردگی به‌عنوان بخشی از یک سندرم هیجانی (بارلو، آلن و چات^۳، ۲۰۰۴) ارتباطی نسبتاً قوی با برخی از روش‌های تنظیم هیجان دارد (آلدانو، نولن-هوکسیما و شوایزر^۴، ۲۰۱۰) به‌گونه‌ای که نه فقط به‌واسطه تجربه هیجان غیرعادی تعیین می‌شود، بلکه به واسطه تنظیم هیجان ناهنجار نیز شناخته می‌شود (مارکوئین^۵، ۲۰۱۱). همچنین تفاوت‌های فردی در استفاده عاداتی از برخی راهبردهای تنظیم هیجان، ممکن است نقش مهمی در وقوع و تداوم افسردگی داشته باشد (جورمن و گاتلیب^۶، ۲۰۱۰).

افسردگی به‌عنوان یکی از بیماری‌های شایع در سراسر جهان، از نوسانات خلق و خوی معمول و پاسخ‌های عاطفی کوتاه‌مدت به چالش‌های زندگی متفاوت بوده (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۶) و می‌توان آن را شامل طیف وسیعی از نشانه‌های بالینی در نظر گرفت که ویژگی مشترک آنها وجود غم، پوچی یا خلق تحریک‌پذیر همراه با تغییرات جسمانی و شناختی بوده و به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر توانایی عمل کردن فرد تأثیر می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۱۳۹۳). در ایران افسردگی با شیوع ۲۱ درصد در رأس اختلالات روانی قرار داشته (آقایی، عابدی و جمالی‌پالعه، ۱۳۹۱) و در تمام سنین و هر دو جنس دیده می‌شود (منتظری، موسوی، امیدواری، طاووسی، هاشمی و همکاران، ۱۳۹۲). با این حال، شیوع افسردگی در زنان، دو برابر بیشتر از مردان است و هرساله هزینه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی زیادی را بر افراد و جامعه وارد می‌کند (سادوک و سادوک^۳، ۱۳۹۲).

مشکلات مربوط به هیجان و تنظیم آن، مشخصه بیش از نیمی از اختلال‌های روانی بوده و محور بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی و یکی از موارد کلیدی در درمان آنها است (اسلون و کرینگ^۴، ۲۰۱۰). موفقیت در تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی، عملکرد تحصیلی و شغلی همراه بوده و نارسایی در آن، با اختلال‌های خلقی و شخصیتی در ارتباط است (عیسی‌زادگان و فتح‌آبادی، ۱۳۹۱). تنظیم هیجان مهارت‌های مربوط به آگاهی و ارزیابی هیجان، تنظیم هیجان‌ها و استفاده سازگارانه از آنها را در برمی‌گیرد (برکینگ، واپرن، ریچارد، پزیک، دیپل و همکاران^۵، ۲۰۰۸) که مستلزم مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی در خود و دیگران بر مبنای شرایط فعلی بوده و به‌عنوان استفاده فرد از خلق به‌منظور حل کردن مشکلات شخصی و بین فردی تعریف می‌شود (کان، بلازس، کاپیتانی، اربان و دمیترویس^۶، ۲۰۱۰). گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۷ (۲۰۰۱)، راهبردهای نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان را معرفی کرده و آنها را به دو

1. World Health Organization (WHO)

3. Sadock & Sadock

5. Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic, Dippel et al

7. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

9. Wisco & Lyubomirsky

11. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer

13. Joormann & Gotlib

2. American Psychiatric Association (APA)

4. Sloan & Kring

6. Kun, Balazs, Kapitany, Urban, Demetrovics

8. Martin & Dahlen

10. Barlow, Allen & Choate

12. Marroquin

زوجین دارای اختلالاتی همچون افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی یا الکلیسم هستند، با رضایت زناشویی پایین‌تری توصیف می‌شوند. همسرانی که با هم اختلاف دارند، رضایت زناشویی پایین‌تری داشته، افسرده‌تر هستند و رفتارهای خصمانه و اضطراب بیشتری را نسبت به دیگران از خود نشان می‌دهند (سایرز، کوهن، فرسکو، بلاک و سارور^۹، ۲۰۰۱). سعیدی‌فرد، حاج‌رضایی و جهانبازی (۲۰۱۵) و اوفووی، اوفیلی، اوجتو و اوکسون^{۱۰} (۲۰۱۳) نیز گزارش کرده‌اند که بین رضایت زناشویی و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و نارضایتی زناشویی با بروز اختلال‌های جسمی و روانی زوجین در ارتباط است (حمید، آقاجانی افجدی و سعیدی، ۱۳۹۳).

اگر مطابق با گلاسر^{۱۱} و گلاسر (۱۳۸۹) بتوان وجود علائم روان‌رنجوری در افراد متأهل را ناشی از روابط عاشقانه و یا ازدواج‌های ناموفق دانست و یا زوجین دارای اختلالات روان‌شناختی را با رضایت زناشویی پایین‌تری توصیف کرد (فینچام، ۲۰۰۲) و از طرف دیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را به‌عنوان عواملی مرتبط با افسردگی در نظر گرفت (صالحی، ۱۳۹۴)، می‌توان انتظار داشت که میزان رضایت زوجین از کیفیت رابطه زناشویی و همچنین راهبردهای تنظیم هیجان در آنان می‌تواند با وضعیت خلقی آنان در ارتباط باشد. لذا، با توجه به شیوع بالای افسردگی و مشکلات هیجانی در زنان (دهقان، قوامی، قهرمانی، بذرافشان و نام‌آور، ۱۳۹۱) و تأثیر آن بر عملکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان (جونیر^{۱۲}، ۲۰۰۲) و نیز اهمیت نقش مهارت‌های تنظیم هیجان در رابطه با مشکلات هیجانی (صابر، طهرانی، شجاعی‌زاده، ملکی و اسفندیارپور، ۱۳۹۲) و رضایت زناشویی (عزیزی، رادپی و علیپور، ۲۰۱۵) و نیز پیامدهای منفی نارضایتی زناشویی بر سلامت عاطفی و جسمی افراد (اوفووی و همکاران، ۲۰۱۳)، توجه پژوهشی به این مسئله براب حفظ استمرار روابط رضایت‌بخش و محافظت از افراد در برابر مشکلات روان‌شناختی ضروری می‌نماید.

در زمینه ارتباط میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افسردگی صالحی (۱۳۹۴) و پیرامن (۱۳۹۳)، نشان دادند که پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان معنادار بوده و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان یک سازوکار حمایت‌کننده اجتماعی عمل کرده و نقش عمده در اختلالات نوروتیک همچون افسردگی ایفا می‌کند (مایران، دیاموند، تودر و نم‌تس^۱، ۲۰۱۱). همچنین استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، با مشکلات سلامت روان از جمله افسردگی ارتباط دارد (ارول انگن^۲، ۲۰۱۰؛ آلدائو و نولن- هوکسیما، ۲۰۱۰) و اصلاح راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌تواند علائم اختلال افسردگی را کاهش دهد (برکینگ، ابرت، کوچپرس و هافمن^۳، ۲۰۱۳). بر این اساس تنظیم هیجان‌ات یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده که نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی دارد و مهارتی مهم در مواجهه با مشکلات فردی و اجتماعی به شمار می‌آید (کافتسیوس، آتاناسیادو و دایمو^۴، ۲۰۱۳) و به‌عنوان یکی از مسائل مهم در سلامت جسمی و روان‌شناختی، به‌ویژه در روابط زناشویی مطرح است (کرینگ و ورنر^۵، ۲۰۰۴).

رضایت زناشویی به‌عنوان نگرش‌ها یا احساسات کلی نسبت به همسر و رابطه‌اش تعریف می‌شود (برادباری، بیچ و فینچام^۶، ۲۰۱۱). مطابق با هولیست، میلر، فالسیتو و فرناندز^۷ (۲۰۰۷)، می‌توان وجود آشنفتگی در روابط را زمینه‌ای برای اختلالات خلقی فرض کرد و یا تشدید علائم آن را در افراد و به ویژه زنان (با فرض حساس بودن بیشتر آنان در برابر کیفیات روابط بین فردی) مرتبط با این عامل در نظر گرفت. آن‌گونه که کلرمن^۸ اذعان می‌کند، مشکلات بین فردی نیز می‌توانند منشأ بروز افسردگی شوند و از جمله این مشکلات بین فردی، رابطه افراد در درون خانواده و به‌ویژه با همسر نظیر اختلافات و نارضایتی زناشویی است (هالچین و ویتبورن، ۱۳۹۰).

فینچام (۲۰۰۲)، بیان می‌کند ازدواج‌هایی که در آنها

1. Meiran, Diamond, Toder & Nemets
3. Berking, Ebert, Cuijpers & Hofmann
5. Kring & Werner
7. Holist, Miller, Falceto & Fernandes
9. Sayers, Kohn, Fresco, Bellack & Sarwer
11. Gelloser

2. Errol ongen
4. Kafetsios, Athanasiadou & Dimou
6. Bradbury, Beach & Fincham
8. Klerman
10. Ofovwe, Ofili, Ojetu & Okosun
12. Joiner

افراد بعد از تجربه یک موقعیت استرس‌زا و تهدیدکننده ساخته شده است. این پرسشنامه ۳۶ گویه دارد و دارای ۹ زیر مقیاس است که عبارتند از: خود سرزنشگری، سرزنش دیگری، نشخوار ذهنی، فاجعه‌انگاری، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیرایی. نمره‌گذاری سؤال‌ها در مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای است که به صورت هرگز (۱)، گاهی (۲)، مرتباً (۳)، اغلب (۴) و همیشه (۵)، نمره‌گذاری می‌شود. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل‌دهنده آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد و جمع کل نمرات در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۶ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده و نشان دادند این آزمون ثبات درونی و پایایی باز آزمون مناسبی داشته و همبستگی قابل‌توجهی نیز با مقیاس‌های افسردگی و اضطراب سیاهه علائم (SCL-90) دارد. در ایران این پرسشنامه توسط حسینی (۱۳۹۰) هنجاریابی شد که در نتایج این پژوهش، خرده‌مقیاس‌های نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان همسانی درونی خوبی داشتند و دامنه آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود. بررسی روایی نسخه فارسی پرسشنامه، نشان داد که این پرسشنامه روایی قابل‌قبولی دارد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۷ محاسبه گردید. دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه: چگونه با وقایع کنار می‌آید؟ ۱. خودم را مقصر این مسئله می‌دانم. ۲. می‌توانم از این موقعیت چیزی یاد بگیرم.

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: این پرسشنامه توسط فاوورز و السون^۱ (۱۹۸۹) با هدف ارزیابی و شناسایی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و زمینه‌های قوت روابط زناشویی، همچنین برای تشخیص زوج‌هایی که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند، تدوین شده است. فرم کوتاه آن شامل ۴۷ ماده و از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندپروری، خانواده و دوستان و جهت‌گیری

لذا پژوهش با هدف پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی در زنان انجام گرفت. در همین راستا فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌توان افسردگی زنان را پیش‌بینی کرد.
۲. بر اساس ابعاد رضایت زناشویی می‌توان افسردگی زنان را پیش‌بینی کرد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که در جریان آن محقق به تعیین رابطه بین متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی با افسردگی زنان پرداخته است. جامعه آماری پژوهش عبارت از کلیه زنان متأهل ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود. حجم نمونه پژوهش بر اساس جدول مورگان ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. این افراد از مراکز تفریحی، بهداشتی، خدماتی و فرهنگ‌سراهای واقع در هشت خیابان اصلی در پنج جهت شهر اصفهان (مرکز، شمال، جنوب، شرق و غرب) انتخاب شدند. در انتخاب آزمودنی‌ها سوگیری محقق نقشی نداشته و انتخاب هر آزمودنی به آزمودنی‌های دیگر وابسته نبوده است. بر این اساس سعی شده که انتخاب تا حدود زیادی تصادفی لحاظ شود. گردآوری اطلاعات به روش میدانی بوده و پژوهشگر اطلاعات لازم برای دستیابی به اهداف پژوهش را به روش خودگزارش‌دهی و توسط پرسشنامه از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری کرد. لازم به ذکر است که از تعداد کل پرسشنامه‌هایی که در اختیار ۴۰۰ نفر قرار گرفت، ۳۷۹ مورد آن به پژوهشگر برگشت داده شد که در نهایت پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌های ۳۶۱ شرکت‌کننده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این مقیاس توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) برای ارزیابی شیوه‌های تفکر

پرسشنامه: ۱. خودم را پریشان و سردرگم احساس می‌کنم.
۲. احساس دل‌مردگی و دل‌شکستگی دارم.

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته با توجه به اهداف پژوهش در شش سؤال طراحی شده و اطلاعاتی در زمینه ویژگی‌های جمعیت شناختی سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، سن همسر، تحصیلات همسر و وضعیت اقتصادی اجتماعی هر آزمودنی را نشان می‌دهد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش با توزیع پرسشنامه و پاسخگویی به صورت خود گزارش‌دهی، به جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز برای تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده و آزمون فرضیه‌های پژوهش، علاوه بر روش‌های آمار توصیفی، از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در سطح استنباطی با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی ۲۲ (SPSS-22)^۳ صورت گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش علاوه بر شاخص‌های توصیفی، به منظور بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در مرحله بعد برای بررسی سهم هر یک از متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی در پیش‌بینی افسردگی از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شده است. برای استفاده از مدل رگرسیون پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. به این صورت که برای مفروضه استقلال خطاها، آزمون دوربین و واتسون^۴ بررسی شد. مقدار ضریب دوربین و واتسون ۲/۱۰۵ بود که بیانگر رعایت پیش‌فرض استقلال خطاها است.

یکی دیگر از پیش‌فرض‌های انجام تحلیل رگرسیون، مفروضه هم خطی یا عدم وجود رابطه قوی بین مجموعه متغیرهای مستقل با یکدیگر است. برای ارزیابی این پیش‌فرض سه شاخص ضریب تحمل^۵ و عامل تورم

مذهبی. نمره‌گذاری سؤال‌ها از نوع مقیاس لیکرت است که پاسخ سؤال‌ها در یک طیف پنج‌گزینه‌ای به صورت کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نه موافق نه مخالف (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) و البته در برخی سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا بیانگر رضایت‌مندی بیشتر است. کمترین و بیشترین نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۴۷ و ۲۳۵ است. فاورز و السون (۱۹۸۹)، اعتبار کلی این فرم را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. در ایران اولین بار سلیمانان (۱۳۷۳)، همبستگی درونی آزمون را برای فرم کوتاه ۴۷ سؤالی ۰/۹۵ و ضریب آلفای کرونباخ را نیز ۰/۹۵ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه: ۱- من و همسرم یکدیگر را کاملاً درک می‌کنیم. ۲- از ویژگی‌های شخصیتی و عادات شخصی همسرم راضی نیستم.

پرسشنامه علائم روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس 21-SSDA)^۱: این مقیاس فرم کوتاه مقیاسی است که ۴۲ گویه دارد و به وسیله لوویبوند^۲ و لوویبوند (۱۹۹۵)، طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه سه وضعیت روانی افسردگی، اضطراب و استرس را در ۲۱ گویه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای پاسخ‌گویی به هر سؤال، امتیازات به صورت هرگز (۰)، کمی (۱)، گاهی (۲) و همیشه (۳)، اختصاص یافته که مجموع امتیازات کسب شده، میزان افسردگی، اضطراب و استرس تحمیل شده به فرد را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل ۰ تا حداکثر ۲۱ نشان می‌دهد. در این پژوهش تنها از خرده مقیاس افسردگی استفاده شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط افضلی و همکاران (۱۳۸۶)، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. یافته‌های مطالعه، همبستگی مقیاس افسردگی این آزمون را با آزمون افسردگی بک ۰/۴۹۸ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این مقیاس ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۹۴ گزارش گردید. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای افسردگی ۰/۹۳ به دست آمد. دو نمونه از گویه‌های

1. Depression Anxiety Stress Scales
3. Statistical package for social science
5. Tolerance

2. Lovibond
4. Durbin-Watson

نشده و مقادیر شاخص وضعیت عددی بین ۱-۳۵ به دست آمده است؛ بنابراین کلیه پیش‌فرض‌های تحلیل رگرسیون رعایت شده و استفاده از آن بدون مانع است.

واریانس^۱ (VIF)، ضریب یا مقدار ویژه^۲ و شاخص وضعیت^۳ بررسی گردید. مقادیر شاخص‌های هم خطی نیز حاکی از آن بود که بین متغیرهای پیش‌بین هم خطی وجود نداشته زیرا تمامی مقادیر ضریب تحمل بین ۱-۰ و مقادیر عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ بود، مقدار ویژه برای هیچ متغیری صفر

جدول ۱. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام به منظور پیش‌بینی افسردگی

گام	متغیرهای وارد شده در معادله	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	بتا	t	معناداری
	مقدار ثابت	-	-	-	-	۲۰/۲۹۷۱	۱۱/۸۳۱	۰/۰۰۰۱
۱	ارتباط زناشویی	۰/۴۲۱	۱۷/۷	٪۱۷/۷	۷۷/۲۶	-۰/۲۴۲	-۴/۷۹۰	۰/۰۰۰۱
۲	فاجعه‌انگاری	۰/۵۴۲	۲۹/۳	٪۱۱/۶	۵۸/۸۲	۰/۲۸۳	۴/۴۲۱	۰/۰۰۰۱
۳	سرزنش دیگری	۰/۵۸۰	۳۳/۷	٪۴/۴	۵۱/۲۳	۰/۱۷۲	۲/۴۸۳	۰/۰۰۰۱
۴	تمرکز مجدد مثبت	۰/۶۱۰	۳۷/۲	٪۳/۵	۱۹/۹۶	-۰/۲۳۷	-۴/۹۳۲	۰/۰۰۰۱
۵	تحصیلات	۰/۶۲۳	۳۸/۹	٪۱/۶	۹/۵۲	-۰/۲۴۳	-۳/۷۴۸	۰/۰۰۲
۶	خود سرزنش‌گری	۰/۶۳۲	۴۰	٪۱/۲	۶/۷۹	۰/۱۹۱	۲/۷۱۶	۰/۰۱
۷	اقوام و دوستان	۰/۶۳۹	۴۰/۹	٪۰/۹	۵/۳۰	-۰/۱۶۳	-۲/۳۰۳	۰/۰۲۲

در زنان شهر اصفهان به‌طور معناداری تبیین می‌کنند ($p < 0/05$). ضرایب بتا و مقادیر تی هر متغیر هم بر معناداری قدرت پیش‌بینی این متغیرها اشاره دارد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت از میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، مؤلفه‌های فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری، تمرکز مجدد مثبت و خود سرزنش‌گری در فرضیه اول تأیید شده و قادر به پیش‌بینی افسردگی زنان هستند. با توجه به قابلیت پیش‌بینی افسردگی بر اساس مؤلفه‌های ارتباط زناشویی و اقوام و دوستان، فرضیه دوم در مورد این مؤلفه‌ها تأیید گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش پیش‌بینی افسردگی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رضایت زناشویی در زنان بود. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که در فرضیه اول از میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، مؤلفه‌های فاجعه‌انگاری

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از بین متغیرهای مورد بررسی ارتباط زناشویی با ضریب رگرسیون ۰/۴۲۱ قادر به پیش‌بینی ۱۷/۷ درصد از افسردگی زنان شهر اصفهان است. پس از آن، فاجعه‌انگاری به معادله اضافه شده و ضمن افزایش ضریب رگرسیون به ۰/۵۴۲، قادر به پیش‌بینی ۱۱/۶ درصد از افسردگی است. سرزنش دیگری، به‌عنوان متغیر بعدی با ضریب رگرسیون ۰/۵۸۰، قادر به تبیین ۴/۴ درصد افسردگی، تمرکز مجدد مثبت با ضریب رگرسیون ۰/۶۱۰ قادر به پیش‌بینی ۳/۵ درصد و تحصیلات با افزایش ضریب رگرسیون به ۰/۶۲۳، قادر به پیش‌بینی ۱/۶ درصد از افسردگی زنان است. علاوه بر این، متغیر خود سرزنش‌گری با ورود به معادله ضریب رگرسیون را به ۰/۶۳۲ افزایش داده و قادر به تبیین ۱/۲ درصد و متغیر اقوام و دوستان هم با ضریب رگرسیون ۰/۶۳۹ به‌عنوان آخرین متغیر به معادله اضافه شده و قادر به تبیین ۰/۹ درصد از نمرات افسردگی است. این هفت متغیر در مجموع ۴۰/۹ درصد از افسردگی را

1. Variance Inflation Factor
3. Condition Index

2. Eigenvalue

ممکن است درجه‌ای از ناامیدی را منعکس کنند. لذا می‌توان همسو با مارتین و داهلن (۲۰۰۵)، به این مسئله اشاره کرد که پذیرش ممکن است فقط در شرایط خاصی انطباقی بوده و شاید به اوضاع روانی تحت ملاحظه بستگی داشته باشد. لذا کسانی که در رویارویی با وقایع ناراحت‌کننده فکر می‌کنند که باید شرایط را منفعلانه پذیرفته و یاد بگیرند که از این پس با این مسئله زندگی کنند، برای تغییر این شرایط احساس ناتوانی کرده و در نتیجه احساس درماندگی و افسرده شدن آنان بیش از کسانی باشد که به دنبال تغییر دادن این شرایط هستند.

در خصوص رابطه منفی افسردگی با رضایت زناشویی نتایج به دست آمده از پژوهش با گزارش‌های ارائه شده توسط سعیدی‌فر و همکاران (۲۰۱۵) و اوفوی و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این مسئله می‌توان گفت افسردگی با تعدادی از عوامل اجتماعی از جمله رویدادهای استرس‌زای زندگی و مختل شدن روابط میان فردی مرتبط بوده و این عوامل اجتماعی می‌توانند بر شروع یا ادامه افسردگی تأثیر بگذارند (گنجی، ۱۳۹۲). همچنین مطابق با آنچه بک (۱۳۹۳) بیان کرده است، نارضایتی و آشفتگی در روابط را می‌توان زمینه‌ساز اختلالات خلقی و اضطرابی به حساب آورد؛ مواردی که خود می‌توانند بر شدت و تداوم مشکلات موجود در خانواده بیفزایند. بر اساس نظریه یادگیری نیز بین افسردگی و فقدان تقویت رابطه وجود داشته (آزاد، ۱۳۸۹) و افراد زمانی افسرده می‌شوند که پاسخ‌های آنها دیگر تقویت مثبتی به بار نیاورده و یا میزان تقویت‌های منفی افزایش یابند. همان‌گونه که باچر و همکاران (۱۳۸۹) نیز اظهار داشته‌اند، برخی از نشانه‌های اصلی افسردگی مانند بدبینی و سطح انرژی پایین، باعث می‌شوند که فرد افسرده این میزان کمتر تقویت را تجربه کند. در راستای تأیید این مسئله می‌توان با جونیر (۲۰۰۲) همراه بوده و افرادی که از اختلالات خلقی رنج می‌برند را به‌مثابه افرادی در نظر گرفت که رفتارهای غیرانطباقی از خود نشان می‌دهند، رفتارهایی که می‌توانند روابط با دیگران را تحت تأثیر قرار داده و منجر به تعاملات اجتماعی منفی گردند؛ مسئله‌ای که خود می‌تواند موجبات درجات پایین‌تر تقویت را فراهم ساخته و به اعتقاد جانسون و همکاران (۲۰۰۰)، باعث پیشروی و افزایش علائم افسردگی گردد.

سرزنش دیگری، تمرکز مجدد مثبت و خود سرزنشگری تأیید شده و در فرضیه دوم نیز از میان ابعاد رضایت زناشویی، ارتباط زناشویی و اقوام و دوستان، تأیید می‌شود. در مجموع متغیرهای ارتباط زناشویی، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری، تمرکز مجدد مثبت، تحصیلات، خود سرزنشگری و اقوام و دوستان، ۴۰/۹ درصد از افسردگی گروه نمونه را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0.05$).

نتایج به دست آمده را می‌توان با آنچه صالحی (۱۳۹۴)، پیرامن (۱۳۹۳)، برکینگ و همکاران (۲۰۱۳) و نیز می‌ایران و همکاران (۲۰۱۱)، در زمینه نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی افسردگی گزارش کرده‌اند، همسو دانست. اگر بنا بر کافتسیوس و همکاران (۲۰۱۳)، تنظیم هیجان را به‌عنوان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق در مواجهه با مشکلات فردی و اجتماعی در نظر گرفت، می‌توان انتظار داشت افرادی که در رویارویی با وقایع ناراحت‌کننده به بهترین کاری می‌پردازند تا با شرایط موجود کنار بیایند و ذهن خود را معطوف به برنامه‌ریزی و اقدام برای حل مشکل می‌کنند، نتایج هیجانی مثبت و سلامت روان بهتری را کسب کرده و سطوح پایین‌تری از افسردگی را نسبت به دیگران تجربه می‌کنند. همچنین اگر مطابق با جورمن و گاتلیب (۲۰۱۰)، افسردگی را بتوان با دشواری‌هایی در مهار شناختی و به‌خصوص با دشواری‌هایی در بازداری پردازش محتوای منفی مرتبط در نظر گرفت، می‌توان گفت افراد افسرده هنگام پردازش محتوای منفی با فقدان بازداری مواجه می‌شوند. در واقع شیوه‌ای که فرد برای تنظیم هیجان بکار می‌برد می‌تواند بر حالات هیجانی او تأثیرگذار باشد، به‌صورتی که اگر در رویارویی با رویدادهای ناخوشایند آنها را فاجعه‌بار و وحشتناک بداند، منفعلانه تسلیم شده و به نشخوار فکری پردازد، خلق منفی و افسرده در وی تقویت خواهد شد.

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که از بین مؤلفه‌های راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، مؤلفه پذیرش، برخلاف دیگر مؤلفه‌ها، دارای رابطه مثبت و معناداری با افسردگی است. همان‌گونه که گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پیشنهاد کرده‌اند، شاید درست نباشد که راهبرد پذیرش را به‌عنوان یک راهبرد سازگارانه در نظر گرفت، زیرا ماده‌هایی که زیر مقیاس پذیرش را تشکیل می‌دهند (مانند فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم)،

بسیار مهمی ایفا کند. لذا در مورد طبقات پایین‌تر جامعه مطابق با آنچه در نتایج پژوهش گالو و متیوز (۲۰۰۹) نیز دیده می‌شود می‌توان انتظار داشت که میزان وقوع بیماری روانی با اعتبار اجتماعی پایین، درآمد ناکافی و سطح تحصیلات پایین در ارتباط باشد. نتیجه مشاهده شده در زمینه رابطه مثبت تعداد فرزندان با افسردگی را نیز شاید بتوان مرتبط با اثرگذاری این عامل بر سطح رفاه پایین‌تر خانواده‌های پرجمعیت یا افزایش استرس و تعارض‌های بین فردی در چنین خانواده‌هایی در نظر گرفت و آن را با نتایج بیان شده توسط زارعی‌پور و همکاران (۱۳۹۱) و ادهم (۱۳۸۷)، مبنی بر رابطه منفی تعداد افراد خانواده با سلامت روان اعضای آن همراه دانست.

به صورت کلی می‌توان گفت که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، به عنوان سازه‌های مرتبط با افسردگی در زنان مطرح بوده و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در این زمینه می‌تواند افسردگی را که خود اثرات زیان‌بار فراوانی بر کارکرد خانواده وارد می‌سازد، پیش‌بینی کند. همچنین رضایت زناشویی را می‌توان با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی خانوادگی مرتبط در نظر گرفته و ابعاد مختلف نارضایتی زناشویی زنان را با افسردگی آنان در ارتباط دانست.

هرچند که نتایج پژوهش حاضر قادر به مشخص‌سازی روابط علی بین متغیرهای مورد بررسی نیست، لیکن می‌توان بر اساس آنها اهمیت راهبردهای سازگارانه و نیز حذف راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و لزوم توجه به این بعد از توانمندی‌های شناختی را به عنوان اقدامی برای پیشگیری و درمان افسردگی زنان مطرح ساخت. لذا پیشنهاد می‌شود که مشاوران و روان‌درمانگران پس از مشخص‌سازی اثرات آموزش این مهارت‌ها بر سلامت روانی، اهمیت چنین مهارت‌هایی را در ارائه خدمات مرتبط با بهداشت روان این افراد مورد توجه بیشتری قرار دهند. نتایج پژوهش همچنین نشان‌دهنده اهمیت کیفیت روابط زناشویی در ارتباط با وضعیت خلقی زنان است؛ مسئله‌ای که می‌تواند مورد توجه مشاوران خانواده و نیز سایر نهادهایی که رسالت استحکام نهاد خانواده را بر عهده دارند، قرار گیرد.

مطابق با آنچه مالزاده (۱۳۸۱)؛ به نقل از ولی بیگی و همکاران، (۱۳۸۷) گزارش کرده است، نداشتن سلامت روان کافی و وجود اختلالاتی نظیر افسردگی، علاوه بر آن که بر کیفیت زندگی زناشویی تأثیر منفی دارد، بر عشق و محبت طرفین نسبت به یکدیگر نیز می‌تواند اثرگذار باشد؛ مسئله‌ای که ماهیت دوسویه رابطه افسردگی با کیفیت روابط بین فردی و از جمله روابط زناشویی را برجسته می‌سازد؛ به گونه‌ای که شاید بتوان افسردگی را هم به عنوان علت مسائل و مشکلات بین فردی (و از آن جمله نارضایتی زناشویی) و هم به عنوان معلول مواردی از این دست در نظر گرفت و آن را همان‌گونه که در درمان‌های بین فردی مطرح است (هالچین و ویتبورن، ۱۳۹۰) به مثابه چرخه معیوبی دانست که خود می‌تواند منجر به شدت یافتن مشکلات فرد گردند. لذا از یک طرف می‌توان رضایت زناشویی را با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی مرتبط دانسته و این‌گونه فرض کرد که نارضایتی از ازدواج منجر به اختلالات روانی شده و از طرف دیگر افسردگی را به عنوان عاملی در نظر داشت که خود، کیفیت روابط بین فردی (از جمله روابط زناشویی) را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در تبیین نتایج مرتبط با متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش، مبنی بر رابطه منفی معنادار میان افسردگی با تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی زنان و رابطه مثبت معنادار با تعداد فرزندان، شاید بتوان گفت که افراد دارای تحصیلات و شرایط مالی مناسب‌تر، استقلال فردی بیشتری داشته و در رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی از توانمندی بیشتری برای از میان برداشتن موانع و رفع مشکلات برخوردار باشند. مخالف با آن، افراد دارای سطح تحصیلات پایین و وضعیت نامناسب اقتصادی ممکن است به دلیل ناتوانی در تغییر دادن شرایط محیط بیرونی، استرس بیشتری را تحمل کرده، احساس ناکارآمدی بیشتری داشته و باورهای بیشتری از احساس درماندگی را تجربه کنند؛ مواردی که می‌تواند علائم افسردگی و اضطراب را در افراد شکل دهند. سلطانیان و همکاران (۱۳۸۳) اظهار داشته‌اند که وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها می‌تواند در شکل‌گیری شخصیت و سلامت روانی اعضای آن نقش

منابع

- دهقان، ع؛ قوامی، ل؛ قهرمانی، ف؛ بذرافشان، م.ر؛ و نام‌آور، س. (۱۳۹۱). بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با عملکرد بهورزان شهرستان لارستان در سال ۱۳۸۸. *مجله علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۱، ۷۹-۸۴.
- زارعی‌پور، م.ع؛ افتخار اردبیلی، ح؛ اعظم، ک؛ و موحد، آ. (۱۳۹۱). وضعیت سلامت روان و ارتباط آن با رفاه خانواده در دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی شهرستان سلماس در سال ۱۳۸۹. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۹(۱)، ۸۴-۹۳.
- سادوک، ب.ج؛ و سادوک، و.آ. (۱۳۹۲). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، چاپ هفتم، جلد دوم، تهران: انتشارات ارجمند.
- سلطانیان، ع؛ بحرینی، ف؛ نمازی، س؛ امیری، م؛ قائدی، ح؛ و کهن، غ. (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دوره اول متوسطه استان بوشهر و عوامل مؤثر بر آن در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۸۳. *مجله علمی پژوهشی طب و جنوب*، ۷(۲)، ۱۷۳-۱۸۲.
- سلیمانیان، ع.آ. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی (بر اساس رویکرد شناختی) بر نارضایتی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت‌معلم تهران.
- صابر، م؛ طهرانی، ه؛ شجاعی‌زاده، د؛ ملکی، ز؛ و اسفندیارپور، ر. (۱۳۹۲). بررسی وضعیت سلامت روان و میزان مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی در پرستاران شاغل در اورژانس. *مجله علمی پژوهشی تحقیقات نظام سلامت*، ۳، ۳۰۰-۲۹۴.
- صالحی، آ؛ مظاهری، ز؛ آقاجانی، ز؛ و جهانبازی، ب. (۱۳۹۴). نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش‌بینی افسردگی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۱)، ۱۱۷-۱۰۸.
- عیسی‌زادگان، ع؛ و فتح‌آبادی، ج. (۱۳۹۱). نقش راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان و سلامت عمومی در ناگویی خلقی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۳۱(۸)، ۲۶۷-۲۵۷.
- قاسم‌زاده نساجی، س؛ پیوسته‌گر، م؛ حسینیان، س؛ موتابی، ف؛ و بنی‌هاشم، س. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *مجله علوم رفتاری*، ۴، ۴۳-۳۵.
- گلاسر، و؛ و گلاسر، ک. (۱۳۸۹). *ازدواج بدون شکست*. ترجمه سمیه خوش‌نیت، هادی برازنده، چاپ پنجم، مشهد: انتشارات فرا انگیزش محقق.
- گنجی، م. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. چاپ اول، جلد دوم، تهران: نشر ساوالان.
- ادهم، د؛ سالم صافی، پ؛ امیری، م؛ دادخواه، ب؛ محمدی، م.ع؛ مظفری، ن؛ ستاری ذ؛ و داداشیان، س. (۱۳۸۷). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۶-۸۷ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۸(۳)، ۲۳۴-۲۲۹.
- افضلی، آ؛ دلاور، ع؛ برجعلی، آ؛ و میرزمانی، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون DASS-42 بر اساس نمونه دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲، ۹۲-۸۱.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ اول، تهران: نشر روان.
- آزاد، ح. (۱۳۸۹). *آسیب‌شناسی روانی*. چاپ دوم. تهران: انتشارات بعثت.
- آقایی، آ؛ عابدی، آ؛ و جمالی‌پاقعه، س. (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر میزان نشانه‌های افسردگی ایران ۱۳۸۹-۱۳۸۰. *دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شهید*، ۶(۱۹)، ۸۰-۶۹.
- باچر، ج؛ منیکا، س؛ و هولی، ج. (۱۳۸۹). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ دوم، جلد دوم، تهران: ارسباران.
- بشارت، م.ع؛ زاهدی تجریشی، ک؛ و نوربالا، آ.ع. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *روان‌شناسی معاصر*، ۸(۲)، ۱۶-۳.
- بک، آ. ت. (۱۳۹۳). *عشق هرگز کافی نیست*. ترجمه مهدی قراچه داغی، چاپ بیست و هشتم، تهران: انتشارات ذهن آویز.
- پیرامن، م.ج. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین نشخوار فکری، نشخوار فکری اشتراکی و تنظیم شناختی هیجان با افسردگی در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان).
- حسنی، ج. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴)، ۲۲۹-۲۴۰.
- حمید، ن؛ آقاجانی افجدی، آ؛ و سعیدی، ر. (۱۳۹۳). بررسی رابطه رضایت زناشویی با افسردگی و عملکرد سیستم ایمنی. *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۳(۵۱)، ۷۹-۹۶.

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Hollist, C.S., Miller, R.B., Falceto, O.G., & Fernandes, L.C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a latino sample. *Family Process*, 46(4), 485-498.
- Johnson, L., Andersson-Lundman, G., Aberg-Wistedt, A., & Mathe, A.A. (2000). Age of onset in affective disorder: its correlation with hereditary and psychosocial factors. *J Affect Disord*, (59)2, 139-148.
- Joiner, J. (2002). *Depression in its interpersonal context*. IN: Gotlib IH, Hammen CL. (Eds). *Handbook of depression*. New York: Guilford Press, 295-313.
- Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot*, 24(2), 281-298.
- Kafetsios, K., Athanasiadou, M., & Dimou, N. (2013). Leaders and subordinates attachment orientations, emotion regulation capabilities and affect at work: A multilevel analysis. *The Leadership Quarterly*, 20, 119-131.
- Kring, A.M., & Werner, K.H. (2004). Emotion Regulation and Psychopathology. *Journal of Family communication*, 3, 48-62.
- Kun, B., Balazs, H., Kapitany, M., Urban, R., & Demetrovics, Z. (2010). Confirmation of the three-factor model of the Assessing Emotions Scale (AES): Verification of the theoretical starting point. *Behavior Research Methods*, 42, 596-606.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed.)*. Sydney: Psychology Foundation.
- Marroquin, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1276-1290.
- Martin, R., & Dahlen, E. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249-1260.
- Meiran, N., Diamond, G.M., Toder, D., & Nemets, B. (2011). Cognitive Rigidity in Unipolar Depression and Obsessive Compulsive Disorder: Examination of Task Switching, Stroop, Working Memory Updating and Post-Conflict Adaptation. *Psychiatry Research*, 185(2), 149-156.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Ofofwe, C.E., Ofili, A.N., Ojetu, O.G., Okosun, F.E. (2013). Marital satisfaction, job satisfaction and psychological health of secondary school teachers. *Scientific Research*, 5(4), 663-668.
- Saeedifard, T., Hajrezaei, B., & Jahanbazi, B. (2015). Correlation between Marital Satisfaction and Mental Health in Nurses of Tehran Hospitals. *Journal of Life Science and Biomedicine*, 5(2), 34-38.
- منتظری، ع؛ موسوی، ج؛ امیدواری، س؛ طاووسی، م؛ هاشمی، آ؛ و رستمی، ط. (۱۳۹۲). افسردگی در ایران: مرور نظام‌مند متون پژوهشی. فصلنامه پایش، ۶، ۵۹۴-۵۶۷.
- ولی‌بیگی، م؛ و پیوسته گر، م. (۱۳۸۷). بررسی میزان و نوع عشق با رضایت از زندگی و سلامت روان در دانشجویان زن متأهل دانشگاه الزهرا. مجموعه مقالات سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده، تهران، دانشگاه شهید بهشتی، صفحه ۳۹۶.
- هالچین، ر.پ؛ و ویتبورن، س.ک. (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ نهم، جلد دوم، تهران: نشر روان.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion Regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Azizi, B., Radpey, L., & Alipour, O. (2015). The Relation Between Emotion Regulation Strategies and Marital Satisfaction of Youths in Sardasht. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 5, 5555-5560.
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S.G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82, 234-245.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research*, 34, 125-138.
- Bradbury, T.N., Beach, S.R., & Fincham, F.D. (2011). Research on the determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 64-98.
- Erol Ongen, D. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 1516-1523.
- Fincham, D.F. (2002). *Marital quality and women health: A comprehensive handbook*. New York: Guilford publication.
- Fowers, B.J., & Olson, D.H. (1989). Enrich marital inventory: A discriminate validity and cross-validity assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 65-79.
- Gallo, L., & Matthews, K.A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status physical healths: Do negative emotion play a role. *Psychological Bulletin*, 129, 19-51.

- Sayers, S.L., Kohn, C., Fresco, D.M., Bellack, A., & Sarwer, D.B. (2001). Marital cognitions and depression in the context of marital discord. *Cognitive Therapy and Research*, 25: 713-735.
- Sloan, D.M., & Kring, A.M. (2010). *Intodaction and overview. Emotional regulation and psychopatology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 1-9). New York: Guilford Press.
- World Health Organization. (2016). Facts sheet No 369 – Depression. Reviewed April 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>