JORH
Journal of Religions & Health
J Religions & Health, 2024; 4(1): 1-10 Doi: 10.32592/jorh.4.1.1
https://aijrh.umsha.ac.ir/

Original

The Effectiveness of Teaching Cognitive, Behavioral, and Emotional Self-regulation Strategies on General Health and Marital Satisfaction in Couples

Nahid Reza[1], Shokouh Navabinezhad[2]*, Ghodsi Ahghar[3]

1. Ph.D. Student in the Field of Counseling, Science and Research Department, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Full Professor, Counseling Department, Kharazmi University, Alborz, Iran
3. Full Professor, Studies Research Institute, Education Research and Planning Organization, Tehran, Iran

Article history:
Received: 17 May 2023
Revised: 15 July 2023
Accepted: 21 August 2023
ePublished: 01 September 2023

*Corresponding author: Shokouh Navabinezhad, Department of Counseling, Khwarazmi University, Alborz, Iran

Email: navabinejad93@gmail.com

Abstract

Background and Objective: This research aimed to assess the effectiveness of self-regulation strategies in the general health of couples and increasing satisfaction in their relationships.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group and a 2-month follow-up period. A total of 30 couples from among those who were referred to the counseling centers of the third district of Tehran in 2018 due to marital disputes were selected as available samples and randomly assigned to two experimental and control groups, and then they were taught self-regulation strategies. It was performed on the experimental group. The measurement tools in this research were general health and marital satisfaction questionnaires. These questionnaires were administered before and after the intervention, and one month after that, they were administered to both groups.

Results: Covariance analysis of the data demonstrated that the level of general health and marital satisfaction in the experimental group increased significantly compared to the control group.

Conclusion: The results pointed out that the training of self-regulation strategies is effective in solving the problems of couples, and this training program can reduce initial incompatibilities in couples and improve their general health and marital satisfaction. Therefore, it is suggested that this approach be used in family counseling centers to resolve couples' problems.

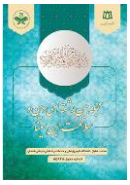
Keywords: Public health, Marital satisfaction, Teaching self-discipline strategies

Please cite this article as follows: Reza N, Navabinezhad Sh, Ahghar Gh. The Effectiveness of Teaching Cognitive, Behavioral, and Emotional Self-regulation Strategies on General Health and Marital Satisfaction in Couples. J Religions & Health. 2024; 4(1): 1-10 DOI: 10.32592/jorh.4.1.1

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

Copyright © 2023 Journal of Religions and Health. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

JOHE
مجله بین رشته ای دین و سلامت ابن سینا
دوره ۴، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۰-۱
https://aijrh.umsha.ac.ir/
UMSHA Press



مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت عمومی و رضایتمندی زناشویی در زوجین

ناهید رضا[۱]، شکوه نوابی نژاد[۲*]، قدسی احقر[۳]

۱- دانشجوی دکتری تخصصی رشته مشاوره، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲- استاد تمام، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، البرز، ایران
۳- استاد تمام، پژوهشگاه مطالعات، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزش، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۲۷
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۲۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۳۰
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۶/۱۰

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** شکوه نوابی نژاد، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، البرز، ایران

ایمیل:
navabinejad93@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخش بودن راهبردهای خودنظم‌بخشی بر سلامت عمومی زوجین و افزایش رضایتمندی در روابط آن‌ها صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دارای مرحله دوماهه پیگیری است. تعداد ۳۰ زوج از میان کسانی که در سال ۱۳۹۸ به‌علت اختلافات زناشویی به مراکز مشاوره شهرداری منطقه ۳ تهران مراجعه کرده بودند، به‌صورت نمونه در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند و سپس آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی و رضایت زناشویی بودند. این پرسش‌نامه‌ها پیش و پس از مداخله و یک ماه پس از آن درمورد هر دو گروه اجرا شدند.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد که میزان سلامت عمومی و رضایت زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌صورت معناداری افزایش یافته بود.

نتیجه‌گیری: (η^2= ۰/۳۰۳ و P =۰/۰۰۳ ۶/۶۷۱ = (۴۲ و ۲) F)، در سطح α = ۰/۰۵ معنادار است. نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی در حلّ مشکلات زوجین مؤثر است و این برنامه آموزشی می‌تواند ناسازگاری‌های اوّلیه را در زوجین کاهش دهد و سبب بهبود سلامت عمومی و رضایت زناشویی آنان شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و راهنماییِ خانواده از این رویکرد برای حلّ مسائل زوجین استفاده شود.

واژگان کلیدی: آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی، سلامت عمومی، رضایتمندی زناشویی

استناد: رضا، ناهید؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احقر، قدسی. اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت عمومی و رضایتمندی زناشویی در زوجین مجله بین رشته ای دین و سلامت ابن سینا، بهار و تابستان ۱۴۰۳؛۴(۱): ۱۰-۱

مقدمه

یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف، سلامت عمومی آن جامعه است که یکی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود. سلامت عمومی به‌عنوان جزء جدایی‌ناپذیر و ضروری زندگی آدمی شناخته شده است و در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه نقش ایفا می‌کند [۱]. بدین‌لحاظ دسترسی به سلامت کامل بدون عبور و گذر از چالش‌های حیطه سلامتِ عمومی دور از ذهن و ناممکن است. سلامت خانواده نیز در پناه زندگی همراه با برقراری ارتباط محکم و دائمی بین زن و مرد که ازدواج نامیده می‌شود، برقرار می‌گردد.

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (The World Health Organization)(۲۰۰۴)، سلامت عمومی عبارت است از

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد که بین این سه جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود دارد. سلامت روان که به‌عنوان یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود، عبارت است از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتّکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلّق بین‌نسلی و شکوفایی توانایی‌های بالقوّه فکری و هیجانی. سمیر شاه و همکاران [۲] الگوی چندبُعدی از سلامت عمومی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده‌اند که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودپیروی، سازگاری با محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است.

سلامت عمومی مشمول وضعیتی می‌شود که فرد در آن ضمن لذت بردن از زندگی خویش، تفکّرات و رفتار غیرطبیعی ندارد و قادر به برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با محیط پیرامون خود است و به همین لحاظ دارای رفتاری مناسب و متعادل و مفید فایده است (سازمان بهداشت جهانی).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر استحکام و دوام روابط زناشویی رضایتمندی همسران است. وینچ و همکاران بر این باور هستند که رضایتمندی زوجی انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت موردانتظار است، یعنی انطباق بین انتظاراتی که فرد از زندگی زناشویی دارد و آنچه در زندگی خود تجربه می‌کند [۳].

طبق تعریف، رضایت زناشویی ارزیابیِ کلیِ ذهنی فرد از رابطه زناشویی و میزان برآورده شدن نیازها، خواسته‌ها و آرزوهای شخصی زوج است [۴] و به‌صورت فرایندی است که در طول زندگی زوج‌ها به وجود می‌آید و کاهش و فقدان آن یکی از مهم‌ترین علل مراجعه زوج‌ها به مشاوران خانواده است [۵].

مهم‌ترین تقویت‌کننده‌های تعارضات زناشویی عدم رضایت زناشویی است که باعث می‌شود نتوانند به‌صورت موفقیت‌آمیز تعارضات خود را حل کنند و به‌طور مداوم تعاملات آینده آنان مختل می‌شود. درهمین‌راستا، افرادی که در سطوح پایین رضایت زناشویی هستند، دچار سردرگمی، پشیمان شدن از ازدواج و تمایل به تنبیه کردن همسر و نیز کیفیت پایین روابط زناشویی می‌شوند. همچنین این مسئله با تعاملات زناشویی رابطه دارد که شامل افزایش اختلافات و کاهش زمانِ باهم بودن زوجین می‌شود[۶].

احتمال بیشتری وجود دارد که زوجین با رضایت پایین درباره رابطه جایگزین فکر کنند، نسبت به رفتارهای منفی شریکشان واکنش بیشتری نشان دهند و موانع کمتری برای ترک رابطه فعلی خود داشته باشند.

در برخی از موارد، زوجین به‌دلایل مختلف نمی‌توانند اختلافات زناشویی را مدیریت کنند که برخی از این دلایل عبارت‌اند از ناتوانی در گفت‌وگوی همدلانه، عدم ابراز صحیح هیجانات و نداشتن مهارت‌های حل مسئله، قدرت‌طلبی و اشتباه در معیارهای انتخاب همسر. در طی مراحل زوج‌درمانی، همسران مهارت گفت‌وگوی مؤثر و روش‌های مذاکره را برای کاهش مشکلات خود یاد می‌گیرند. این موضوع باعث دستیابی زن و مرد به راه‌حل‌های مفید و مؤثر برای برطرف کردن آن مشکلات می‌شود. یادگیری برخی مهارت‌ها در طی زوج‌درمانی، تأثیر بسزایی در درک متقابل زن و مرد و افزایش همدلی بین آن دو دارد [۷]. از دیگر اهداف زوج‌درمانی می‌توان به ایجاد صمیمیت بیشتر میان زوجین برای دستیابی به تفاهم و سازگاری اشاره کرد. تأمین نیازهای اساسی برای رابطه فکری و عاطفی نیز از دیگر اهداف زوج‌درمانی است [۸].

درمان خودنظم‌بخشی فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش می‌کند، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد درمورد رفتار خود قضاوت می‌کند و رفتار خود را براساس نتیجه تنظیم می‌نماید. این فرایند به افراد کمک می‌کند تا به شکل هشیارانه توجهشان را کنترل کنند، شناخت منعطف‌تری داشته باشند، همچنین بتوانند احساسات منفی خود را سرکوب کنند و به تمایلاتشان واکنش نشان دهند و به شکل سازگارانه‌ای پاسخ دهند [۹].

مدل خودنظم بخشی دست‌کم به نقش سه نوع فرایند روان‌شناختی گسترده اشاره دارد: آگاهی از تجربه کنونی، خودشناسی مبتنی‌بر تأمّل که منعکس‌کننده عملکرد استانداردهای درونی باشد و توانایی کنترل و مهار خود به‌صورتی فعالانه و پویا [۱۰، ۱۱]. به‌عبارت‌دیگر، خودنظم‌بخشی فرایندی به‌هم‌پیوسته است که با مفهوم هشیاری آغاز می‌شود، از گذرگاه خودشناسی عبور می‌کند و با خودمهارگری پایان می‌یابد.

پنتریچ معتقد است خودتنظیمی به معنای ظرفیت فرد برای تعدیل رفتار، متناسب با شرایط و تغییرات محیط بیرونی و درونی است. او توضیح می‌دهد که یادگیری خودتنظیمی شامل توانایی فرد در سازمان‌دهی و خودمدیریتی رفتارهایش جهت رسیدن به اهداف گوناگون یادگیری است [۱۲]. همچنین بیان می‌دارد که خودتنظیمی، فرایند فعال و سازمان‌یافته‌ای است که طی آن یادگیرندگانْ اهدافی را برای یادگیری خودشان انتخاب و سپس سعی می‌کنند تا شناخت، انگیزش و رفتار خود را تنظیم، کنترل و نظارت کنند [۱۳].

مفهوم خودنظم‌دهی به‌نوعی شبیه به خودکنترلی است. خودکنترلی یا کنترل شخصی به «توانایی فرد در کنترل رفتار خود در غیاب تقویت یا تنبیه» گفته می‌شود. کودکی که یاد گرفته است به دستورات معلّمش عمل کند و این کار را در غیاب معلّم نیز انجام می‌دهد، به خودکنترلی رسیده است. در قیاس با خودکنترلی، خودنظم دهی« استفاده مدام از مهارت‌های خودکنترلی در موقعیت‌های تازه است». خودنظم‌دهی حاصل تعامل میان سه جزء الگوی تعیین‌گری متقابل بندورا، یعنی ویژگی‌های شخصی، الگوهای رفتاری و عوامل محیطی است [۱۴].

بندورا می‌گوید: توانایی خودنظم دهی به فرد امکان می دهد تا بر رفتارهایش کنترل و نظارت داشته باشد. یعنی رفتارهایش را ارزشیابی کند، آنها را با معیارهای خودش بسنجد و در مورد شخص خود تقویت و تنبیه اعمال کند. شخصی که نتیجه ارزشیابی از خودش مثبت است خود را کارآمد تشخیص می دهد

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

و با علاقه و پشتکار به انجام کارها می پردازد، زیرا معتقد است که می تواند پیشرفت بیشتری کسب نماید. همچنین کسی که از نتایج خودسنجی اش خیلی راضی نیست الزاماً سطح خودکارآمدی و انگیزش اش را برای کوشش های بیشتر کاهش نمی دهد- به شرط آنکه بر این باور باشد که توانایی موفق شدن را دارد، اما روشی که تاکنون به کار بسته نادرست بوده است[۱۵].

براساس شواهد موجود، این پژوهش کوششی است در پاسخ به این سؤال که آیا آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت عمومی و رضایتمندی زناشویی در زوجین مؤثر است؟

روش کار

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دارای مرحله پیگیری است. هدف آن ارزیابی تأثیر آموزش مهارت‌های خودنظم‌بخشی به همسران در میزان رضایت زناشویی و سلامت عمومی آن‌هاست. جامعه آماری موردمطالعه تمامی زوجین سرای محله شهرداری منطقه ۳ تهران که اختلافات زناشویی داشتند و موردتأیید مشاوران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند، هستند. حجم نمونه ۳۰ نفر با فرمول کوکران مشخص شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از همسرانی که ۱ الی ۵ سال از ازدواجشان گذشته باشد، همچنین دارای مدرک دیپلم به بالا و هر دو شاغل باشند. ملاک خروج نیز افرادی بودند که به شرکت در پژوهش تمایل نداشتند. مشخصات مراجعان به مشاوره سرای محلّه از پرونده‌های آنان استخراج و ۳۰ نفر که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. سپس حکم قرعه به دو دسته مساوی تقسیم و یک گروه (۱۵ نفر) به‌عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر (۱۵ نفر) به‌عنوان گروه کنترل مشخص شدند. جلسات و نحوه اجرای برنامه‌های آموزشی به شرح زیل ارائه شد. آموزش خودتنظیمی در طی ۸ گام و طی ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد.

ابزار

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ و رضایت زناشویی هورسن استفاده شده است.

سلامت عمومی گلدبرگ(Health Goldberg Public) ازسوی فردی به نام گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تهیه شد. تست ۲۸ مادّه است توسط گلدبرگ و میلر براساس تکنیک تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ مادّه‌ای آن طراحی شده است. ابتدا این پرسش‌نامه دارای تعداد سؤال زیادی بود، اما نسخه نهایی آن به ۲۸ سؤال محدود شد. هر سؤال چهار جواب دارد که از کم به زیاد درجه‌بندی لیکرتی شده است. پرسش‌نامه سلامت روان گلدبرگ دارای اعتبار و روایی و نمره‌گذاری نیز هست. این پرسش‌نامه جهت سنجش سلامتی عمومی و روانی افراد به کار می‌رود. این پرسش‌نامه دارای چهار مقیاس فرعی است که در هریک از آن‌ها هفت سؤال قرار دارد. عناوین مقیاس‌های این پرسش‌نامه به سنجش مؤلّفه‌های سلامت عمومی و جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی می‌پردازد. پرسش‌نامه گلدنبرگ و ویلیامز (۲۰۰۸) پایایی را با استفاده از روش دونیمه کردن آزمون واحد روی ۸۵۳ نفر با ۰/۹۵ گزارش کرد. تقوی (۱۳۸۰) پایایی پرسش‌نامه سلامت روان را براساس سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن آزمون واحد و روش آلفای کرونباخ بررسی کرد.

پرسش‌نامه شاخص رضایت زناشویی هودسن یک ابزار ۲۵ سؤالی است که برای اندازه‌گیری میزان، شدت یا دامنه مشکلات زن و شوهر در رابطه زناشویی تدوین شده‌است. این مقیاس ویژگی رابطه را یک کل واحد تلقّی نمی‌کند، بلکه دامنه مشکلات را ازنظرِ زن و مرد اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای دو نمره برش است: یکی نمره ۳۵ که نمرات کمتر از آن نشانه عدم مشکلات مهمّ بالینی رابطه است. نمرات بیشتر از ۳۵ دلالت بر وجود مشکلات بالینی قابل‌ملاحظه دارند. دومین نمره برش ۷۰ است. نمرات بالاتر از ۷۰ تقریباً نشان‌دهنده آن هستند که مراجع مشکلات بیشتری دارند (۲۲). نمره‌گذاری شاخص رضایت زناشویی ابتدا با معکوس و جمع کردن نمرات سؤال‌های ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۱، ۹، ۸، ۵، ۳، ۲۳ و ۱ محاسبه می‌شود. سپس این نمرات با نمرات باقی‌مانده سؤال‌های پاسخ‌داده‌شده جمع می‌شود. این رقم در ۱۰۰ ضرب و بر ۶ برابر شماره سؤالات پاسخ‌داده‌شده حداکثر (۱۵۰) تقسیم می‌شود. دامنه رقم به‌دست‌آمده بین ۰-۱۰۰ است که نمرات بالاتر آن نشانه شدت و وسعت مشکلات است . ضرایب پایایی آن‌ها به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ به‌دست آمد. پایایی پرسش‌نامه رضایت زناشویی نیز ازنظرِ سازنده اصلی آن ۹۶/. به‌دست آمده است. پایایی آن را ازطریق آلفای کرونباخ در زنان ۹۶/. و در مردان ۹۴/. به دست آورده است. همچنین حقیقی (۱۳۸۹) ضریب پایایی این آزمون را در نمونه‌ای از زوجین شهر بندرعبّاس ۸۶/. به دست آورده است. جمالی نیز (۱۳۸۹) در پژوهش دیگری که در بندرعبّاس انجام داده است، ضریب آلفای ۹۰/. را برای این پرسش‌نامه گزارش داده است. محقّق پایایی این پرسش‌نامه را ازطریق آلفای کرنباخ بر روی ۴۰ نفر (۲۰ زوج) برابر با ۹۰/. به دست آورده است که پایایی خوبی برای این پرسش‌نامه به‌حساب می‌آید. [۱۶]

روش تجزیه‌وتحلیل آماری

ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد و داده‌های حاصل از پژوهش در جداول مربوط آورده شدند و در بخش دوم تحلیل آماری صورت گرفت. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل فرضیه‌های پژوهش، با توجه به ماهیّت آن، از آزمون تحلیل کوواریانس بین‌گروهی استفاده شد.

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

یافته ها و نتایج

توصیف داده‌ها

اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد نمرات سلامت عمومی و ابعاد آن در بین افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بهبود یافته و در مرحله پیگیری هم تغییر چندانی نداشته است. همچنین براساس اطلاعات موجود، نمرات رضایت زناشوییِ افرادی که آموزش دیده‌اند، افزایش پیدا کرده و در مرحله پیگیری هم تغییر چندانی نداشته است.

جدول ۱. ساختار جلسات آموزش خودنظم‌بخشی

جلسه	عنوان جلسات	شرح جلسات: هدف و محتوای جلسات		زمان
اوّل	آشنایی	برقراری ارتباط اوّلیه با زوجین، شناسایی عوامل تهدیدکننده رابطه زناشویی، ایجاد انتظارات درمانی واقع‌بینانه، متعهّد کردن زوجین برای درگیر شدن با مسئله	هدف	۹۰ دقیقه
		خاطره مثبت و افزایش حمایت از همسر بررسی فرایندهای سازگارانه زوجین، بررسی پیامدهای رابطه (تعهّد و جدایی)، استرس‌های بیرونی و مشکلات فردی ارزیابی، جست‌وجوی زمینه‌های کلیدی در مصاحبه‌های فردی، پیدا کردن زمینه‌های مشترک بین زوجین	محتوا	
دوم	نقاط قوّت و ضعف رابطه زناشویی	تهیه فهرستی از نقاط قوّت و ضعف رابطه زناشویی و عوامل مؤثر بر آن‌ها، ارزیابی امکان عملی بودن زوج‌درمانی، ایجاد درک مشترک از مشکلات موجود در رابطه برای تسهیل تغییر، پیدا کردن زمینه‌های مشترک و مثبت بین زوجین	هدف	۹۰ دقیقه
		قالب‌بندی مجدّد از رابطه، قالب‌بندی مجدّد برای همدلی با همسر، شناسایی سرزنش زوجین به‌منظور تغییر اسناد زوجین تکمیل ارزیابی، جست‌وجوی عوامل موقعیتی در مصاحبه‌های فردی، تغییر اسناد زوجین، پیدا کردن زمینه‌های مشترک بین زوجین	محتوا	
سوم	ایجاد زمینه‌های مشترک	بررسی نگرانی‌های عمده و ایجاد زمینه‌های مشترک ازطریق بیان مجدّد اظهارات و تأکید بر قالب‌بندی جدید نگرانی‌ها، تأکید بر توجه کردن بر جنبه‌های مثبت رابطه، قالب‌بندی مجدّد برای همدلی با همسر، تغییر اسناد زوجین	هدف	۹۰ دقیقه
		روزهای عشق یا روزهای مراقبت دستور کار مذاکره، درخواست انتظارات زوجین از بازخورد، خلاصه کردن نقاط قوّت و ضعف مهمّ رابطه بازخورد، هدف‌گیری به‌منظور تغییر رفتار زوجین	محتوا	
چهارم	بازخورد و هدف‌گذاری معطوف به خود	بازخورد و هدف‌گذاری معطوف به خود، بحث درمورد مدل‌های کارآمد رابطه، شناسایی اهداف مشترک زوجین، مشخص کردن اهداف و آغاز فرایند خودتغییری	هدف	۹۰ دقیقه
		آگاه کردن زوجین از عوامل تأثیرگذار درباره مدل کاربردی رابطه بر رابطه، مدل مشارکتی ارتباط	محتوا	
پنجم	ارزیابی صلاحیت‌های موردنیاز	ارزیابی صلاحیت‌های موردنیاز برای خودتغییری، ارزیابی زوجین از تأثیر خودتغییری بر رابطه‌شان، شناسایی نقش موقعیت‌های پُرخطر در روابط زناشویی، مشخص کردن نحوه برخورد با این شرائط و نحوه کنترل خود	هدف	۹۰ دقیقه
		قرارهای برنامه‌ریزی‌شده، حل مسئله تعیین اهدافِ ارتباط با کمک از مدل کاربردی رابطه تعیین اهداف ارتباط، هدف‌گذاری به‌منظور تغییر رفتار زوجین، مذاکره درمورد ساختاردرمانی، خودتغییری بدون کمک مشاور	محتوا	
ششم	رشد مهارت‌های خودنظم‌بخشی	رشد مهارت‌های خودنظم‌بخشی، بالا بردن توانایی زوجین برای ارزیابی ارتباط فعلی و تنظیم اهداف خودتغییری	هدف	۹۰ دقیقه
		اندیشه درمورد مسائلی که در جلسات در تعامل با همسر آموخته‌اند. پرسیدن سؤالاتی برای برانگیختن و ارزیابی خودنظمی، ارزیابی کارآمدی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت	محتوا	
هفتم	مهارت‌های ارتباطی	آموزش تمرینات ساختاریافته و مهارت‌های ارتباطی، گفت‌وگوی مؤثر زوجین بر ارزشیابی نتایج خودتغییری، تلاش جهت تعمیم و حفظ این نتایج	هدف	۹۰ دقیقه
		تسهیل اختتام، مشخص کردن دگرگونی‌هایی که پس از شرکت در جلسات در خود یافته بودند، اجرای پس‌آزمون، خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام	محتوا	
هشتم	ارزشیابی	ارزشیابی نتایج خودتغییری، تلاش جهت تعمیم و حفظ این نتایج	هدف	۹۰ دقیقه
		تحلیل روش‌های ارزیابی عبارت‌اند از مصاحبه‌های فردی و مشترک، مقیاس‌های خودنظم‌بخشی در گزارش شخصیِ رفتاری و به‌علاوه فرم‌های خودنظارتی که گاهی‌اوقات از آن‌ها به‌عنوان روش ارزیابی مکمّل استفاده می‌شود.	محتوا	

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

تحلیل داده‌ها

در بررسی صحّت‌وسقم فرضیه اصلی و قبل از اجرای تحلیل کوواریانس لازم بود ازطریق تعامل پیش‌آزمونِ متغیّرهای سلامت عمومی و رضایت زناشویی با متغیّر مستقل (روش آزمایش)، مفروضه‌های این روش آماری، یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع، برابری واریانس‌های خطا و همگنی شیب خطّ رگرسیون بررسی شوند. براین‌مبنا، نتایج مفروضه‌های ذکرشده به ترتیب زیر ارائه می‌شوند:

- **نرمال بودن توزیع:** مفروضه همگنی کواریانس نمرات پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از آزمون لوین بررسی شد و با توجه به اینکه مقدار F لوین در سطح $\alpha=$ ۰/۰۵ معنادارنبود، مفروضه همگنی کواریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار است.

در جدول ۵ نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون عامل‌های موردبررسی در نمونه‌های آماری آورده شده است. چون مقدار F محاسبه‌شده در تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست ($P\geq$ ۰/۰۵)، داده‌ها از فرضیه همگنی از شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کنند و می‌توان تحلیل کوواریانس را اجرا کرد.

جدول ۲. شاخصه‌های توصیفی متغیّر سلامت عمومی و رضایت زناشویی در گروه کنترل و آزمایش

متغیّر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۲۱.۵	۳.۹	۱۳.۵	۲.۶	۱۵.۲	۴.۸
	کنترل	۲۱.۵.	۳.۲	۲۰.۷	۳.۸	–	–
افسردگی	آزمایش	۲۲.۳	۲.۲	۱۳.۳	۲.۵	۱۲.۵	۲.۵
	کنترل	۲۰.۸	۴.۰	۱۹.۷	۳.۱	–	–
اختلال در عملکرد اجتماعی	آزمایش	۲۱.۵	۲.۷	۱۹.۷	۲.۹	۱۶.۵	۳.۴
	کنترل	۲۱.۳	۳.۲	۱۹.۶	۲.۷	–	–
اختلال در علائم جسمانی	آزمایش	۲۱.۳	۳.۲	۱۳.۶	۲.۲	۱۵.۳	۳.۵
	کنترل	۲۲.۹	۳.۵	۲۰.۴	۳.۶	–	–
سلامت عمومی	آزمایش	۸۶.۶	۷.۳	۶۰.۱	۶.۶	۵۹.۵	۶.۹
	کنترل	۸۶.۶	۹.۸	۸۰.۴	۸.۳	–	–
رضایت زناشویی	آزمایش	۷۳.۹	۱۵.۸	۹۲.۶	۱۷.۴	۲.۳۹	۸.۵
	کنترل	۷۲.۲	۱۵.۰	۷۲.۲	۱۵.۰	–	–

جدول ۳. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیّرهای پژوهش با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک

متغیّر	گروه	شاپیرو ویلک		
		مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	۰.۹۳۳	۱۵	۰.۳۰۱
	کنترل	۰.۹۳۸	۱۵	۰.۳۵۶
افسردگی	آزمایش	۰.۹۴۶	۱۵	۰.۴۶۷
	کنترل	۰.۹۳۰	۱۵	۰.۲۷۵
اختلال در عملکرد اجتماعی	آزمایش	۰.۹۶۵	۱۵	۰.۷۸۴
	کنترل	۰.۹۶۷	۱۵	۰.۸۱۵
اختلال در علایم جسمانی	آزمایش	۰.۹۵۲	۱۵	۰.۵۶۰
	کنترل	۰.۸۳۳	۱۵	۰.۰۷۰
سلامت عمومی	آزمایش	۰.۹۳۹	۱۵	۰.۳۶۷
	کنترل	۰.۹۳۹	۱۵	۰.۳۶۷
رضایت زناشویی	آزمایش	۰.۷۷۹	۱۵	۰.۰۶۲
	کنترل	۰.۹۱۴	۱۵	۰.۱۵۶

جهت بررسی همگن بودن واریانس درون‌گروهی از آزمون لوین استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی کواریانس نمرات درون‌گروهی آزمودنی‌ها

متغیّر	F	df1	df2	Sig.
اضطراب و بی‌خوابی	۰.۸۱۹	۱	۲۹	۰.۴۴۸
افسردگی	۲.۹۷۴	۱	۲۹	۰.۰۶۲
اختلال در عملکرد اجتماعی	۰.۴۵۳	۱	۲۹	۰.۶۳۹

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

اختلال در علائم جسمانی	۲.۰۷۶	۱	۲۹	۰.۱۳۸
سلامت عمومی	۲.۹۶۳	۱	۲۹	۰.۰۶۳
رضایت زناشویی	۳.۳۴۳	۱	۲۹	۵۵

جدول ۵. آزمون پیش‌فرض همگنی ضرایب رگرسیون

منابع تغییرات		F	سطح معناداری
تعامل گروه و پیش‌آزمون	اضطراب و بی‌خوابی	۰.۱۷۳	۰.۸۴۲
	افسردگی	۱.۰۱۲	۰.۳۷۲
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۰.۱۸۳	۰.۸۳۳
	اختلال در علائم جسمانی	۱.۴۷۳	۰.۲۴۱
	سلامت عمومی	۰.۰۰۶	۰.۹۹۴
	رضایت زناشویی	۰.۲۰۱	۰.۸۱۹

بررسی فرضیه اوّل

آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت عمومی زوجین مؤثر است و در طول زمان پایداری مناسبی دارد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که سطوح معناداری آزمون ویلکز لاندا براثرِ گروه [$P<,۰/۰۵\eta,۲=۰/۵۳۵$ ویلکز لاندا = ۳۱/۶۰۸,۰/۴۶۵ = (۷۰ و ۱۶) F] قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیّری (مانوا) را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که در حداقل یکی از متغیّرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین براساس بخش دوم خروجی تحلیل کواریانس چندمتغیّری، پاسخ به این سؤال که کدام‌یک از متغیّرهای وابسته در تفکیک سطوح متغیّر مستقل مؤثر بوده‌اند، اهمیت می‌یابد.

طبق نتایج جدول ۷، مقدار F در مرحله پس‌آزمون در عامل اضطراب و بی‌خوابی با مقدار ($\eta2$= ۰/۷۰۲ و P =۰/۰۰۱ ۴۹/۴۶۸ = (۴۲ و ۲) F) در سطح α = ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت عمومی زوجین در مؤلّفه اضطراب و بی‌خوابی مؤثر است. همچنین طبق نتایج جدول ۶، مقدار F در مرحله پیگیری نیز در اضطراب و بی‌خوابی با مقدار ($\eta2$= ۰/۳۰۳ و P =۰/۰۰۱ ۹/۱۲۴ = (۴۲ و ۲) F) در سطح α = ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی و هیجان مدار بر سلامت عمومی زوجین ماندگار است.

بررسی فرضیه دوم

آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر رضایت زناشویی زوجین مؤثر است و در طول زمان پایداری مناسبی دارد.

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که سطوح معناداری آزمون ویلکز لاندا براثرِ گروه [$P<,۰/۰۵\eta,۲=۰/۳۰۱$ ویلکز لاندا = ۸/۸۴۳,۰/۴۸۸ = (۸۲ و ۴) F] قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیّری (مانوا) را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که حداقل در یکی از متغیّرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین براساس بخش دوم خروجی تحلیل کواریانس چندمتغیّری، پاسخ به این سؤال که کدام‌یک از متغیّرهای وابسته در تفکیک سطوح متغیّر مستقل مؤثر بوده‌اند، اهمیت می‌یابد.

طبق نتایج جدول ۹ ، مقدار F در مرحله پس آزمون درعامل رضایت زناشویی با مقدار ($\eta2$= ۰/۳۳۱ و P =۰/۰۰۱ ۱۰/۳۸۷ = (۴۲ و ۲) F)، در سطح α = ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر رضایت زناشویی زوجین مؤثر است. مقایسه میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیّر رضایت زناشویی در گروه آموزش خودنظم‌بخشی در مقایسه با گروه کنترل بیشتر افزایش داشته است. همچنین طبق نتایج جدول، مقدار F در مرحله پیگیری نیز در رضایت زناشویی با مقدار ($\eta2$= ۰/۳۰۳ و P =۰/۰۰۳ ۶/۶۷۱ = (۴۲ و ۲) F) در سطح α = ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر رضایت زناشویی زوجین ماندگار است.

جدول ۶. نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چندمتغیّری (MANCOVA)

	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر گروه	اثر پیلایی	۱.۱۴۱	۵.۹۷۸	۱۶.۰۰۰	۷۲.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۵۷۱
	لامبدا ویلکز	۰.۱۰۵	[a]۹.۱۴۷	۱۶.۰۰۰	۷۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۶۷۶
	اثر هتلینگ	۶.۲۰۶	۱۳.۱۸۷	۱۶.۰۰۰	۶۸.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۷۵۶
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۵.۸۰۱	[b]۲۶.۱۰۵	۸.۰۰۰	۳۶.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۸۵۳

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیّره درمورد اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت عمومی زوجین

شاخص / منابع تغییرات		مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا η^2
اثر گروه پس‌آزمون	اضطراب و بی‌خوابی	۸۲۱.۶۴۴	۲	۴۱۰.۸۲۲	۴۹.۴۶۸	۰.۰۰۰	۰.۷۰۲
	افسردگی	۵۳۱.۲۴۴	۲	۲۶۵.۶۲۲	۴۵.۲۲۸	۰.۰۰۰	۰.۶۸۳
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۶۲.۷۱۱	۲	۸۱.۳۵۶	۸.۴۵۲	۰.۰۰۱	۰.۲۸۷
	اختلال در علائم جسمانی	۶۱۷.۲۰۰	۲	۳۰۸.۶۰۰	۴۵.۰۶۷	۰.۰۰۰	۰.۶۸۲
	سلامت عمومی	۴۶۵۱.۳۷۸	۲	۲۳۲۵.۶۸۹	۴۹.۴۲۶	۰.۰۰۰	۰.۷۰۲
اثر گروه پیگیری	اضطراب و بی‌خوابی	۳۹۹.۶۰۰	۲	۱۶۹.۸۰۰	۹.۱۲۴	۰.۰۰۱	۰.۳۰۳
	افسردگی	۲۵۱.۹۱۱	۲	۱۲۵.۹۵۶	۱۱.۵۹۱	۰.۰۰۰	۰.۳۵۶
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۹۰.۵۷۸	۲	۹۵.۲۸۹	۷.۴۳۳	۰.۰۰۲	۰.۲۶۱
	اختلال در علائم جسمانی	۱۷۹.۲۰۰	۲	۸۹.۶۰۰	۵.۵۵۰	۰.۰۰۷	۰.۲۰۹
	سلامت عمومی	۳۶۰۰.۱۳۳	۲	۱۸۰۰.۰۶۷	۳۱.۴۱۴	۰.۰۰۰	۰.۵۹۹
خطای پس‌آزمون	اضطراب و بی‌خوابی	۳۴۸.۸۰۰	۲۸	۸.۳۰۵			
	افسردگی	۲۴۶.۶۶۷	۲۸	۵.۸۷۳			
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۴۰۴.۲۶۷	۲۸	۹.۶۲۵			
	اختلال در علائم جسمانی	۲۸۷.۶۰۰	۲۸	۶.۸۴۸			
	سلامت عمومی	۱۹۷۶.۲۶۷	۲۸	۴۷.۰۵۶			
خطای پیگیری	اضطراب و بی‌خوابی	۷۸۱.۶۰۰	۲۸	۱۸.۶۱۰			
	افسردگی	۴۵۶.۴۰۰	۲۸	۱۰.۸۶۷			
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۵۳۸.۴۰۰	۲۸	۱۲.۸۱۹			
	اختلال در علائم جسمانی	۶۷۸.۰۰۰	۲۸	۱۶.۱۴۳			
	سلامت عمومی	۲۴۰۶.۶۶۷	۲۸	۵۷.۳۰۲			

جدول ۸. نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چندمتغیّری (MANCOVA)

نام آزمون		مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر گروه	اثر پیلایی	۰.۵۱۶.	۷.۲۹۵	۴.۰۰۰	۸۴.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۲۵۸
	لامبدا ویلکز	۰.۴۸۸	[a]۸.۸۴۳	۴.۰۰۰	۸۲.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۳۰۱
	اثر هتلینگ	۱.۰۴۱	۱۰.۴۱۳	۴.۰۰۰	۸۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۳۴۲
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱.۰۳۴	[b]۲۱.۷۱۲	۲.۰۰۰	۴۲.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۵۰۸

جدول ۹. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیّری درمورد اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر رضایت زناشویی زوجین

شاخص / منابع تغییرات		مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا η^2
اثر گروه	رضایت زناشویی پس‌آزمون	۴۵۷۳.۶۴۴	۲	۲۲۸۶.۸۲۲	۱۰.۳۸۷	۰.۰۰۰	۰.۳۳۱
	رضایت زناشویی پیگیری	۱۹۳۱.۹۱۱	۲	۹۶۵.۹۵۶	۶.۶۷۱	۰.۰۰۳	۰.۲۴۱
خطا	رضایت زناشویی پس‌آزمون	۹۲۴۶.۹۳۳	۲۸	۲۲۰.۱۶۵			
	رضایت زناشویی پیگیری	۶۰۸۱.۳۳۳	۲۸	۱۴۴.۷۹۴			
کل	رضایت زناشویی پس‌آزمون	۳۰۳۱۰۲.۰۰۰	۳۰				
	رضایت زناشویی پیگیری	۳۲۹۴۰۹.۰۰۰	۳۰				

نتیجه‌گیری

در تبیین این یافته می‌توان گفت روش خودنظم‌بخشی با استفاده زوجین از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در روابط بین‌فردی ازطریق توانایی برنامه‌ریزی و بازبینی انعطاف‌پذیرانه رفتار

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

خویش، اثرگذاری بیشتری دارد و این افراد مسئله و مشکل را به‌عنوان چالش و فرصتی برای بهبود شرایط ارزیابی می‌کنند. افراد خودنظم‌بخش باور دارند مسائل قابل‌حل است و به توانایی‌های شخصی خود برای حل موفقیت‌آمیز مسائل اعتماد دارند. آن‌ها در موقعیت‌های تنش‌زا با استفاده از راهبردهای مؤثر و سازش‌یافته مقابله‌ای وضعیت را تعدیل می‌کنند و به کاهش و یا تغییر موقعیت‌های فشارزا و تنظیم پاسخ‌های هیجانی خود در برابر مسئله دست می‌زنند[۱۷].

تأکید بر خودنظم‌بخشی صلاحیت‌های سطح بالاتری را افزایش می‌دهد که نه‌تنها به زوج‌ها امکان می‌دهد تعاملات رایج در مشکلات رابطه را تغییر دهند، بلکه به آن‌ها کمک می‌کند که خود تغییری ایجاد کنند و به راهبردهای مقابله‌ای مجهّز شوند که این مهارت باعث تقویت روابط صمیمیانه زناشویی در آینده می‌شود [۱۸].

هالفورد و همکاران در پژوهش خود دریافتند که زوج‌درمانی مبتنی‌بر خودنظم‌بخشی در جلوگیری از مشکلات ارتباطی زوجین و کاهش آشفتگی آن‌ها مؤثر است و این بهبود حداقل برای شش ماه پس از اختتام درمان تداوم داشته و زوجین ثبات خود را در رضایتمندی حفظ کرده‌اند[۱۹].

پژوهش کارگر و همکاران نیز نشان داد زوج‌درمانی مبتنی‌بر خودنظم‌بخشی باعث کاهش آزار عاطفی در بین زوجین می‌شود و همچنین این رویکرد آشفتگی زناشویی را به‌طور معناداری در بین آن‌ها کاهش می‌دهد. تأکید روش خودنظم‌بخشی بر این است که به زوجین کمک شود در یک رابطه آشفته، توانمندی بیشتری را برای تغییر ساختارهای مشکل‌ساز رفتاری، شناختی و عاطفی فراگیرند[۲۰].

در تبیین اثربخشی روش فراشناخت در بهبود خودکنترلی زوجین و تأثیر ماندگارتر این درمان بر افزایش خودکنترلی در مرحله پیگیری می‌توان گفت با توجه به اینکه دلیل اصلی آسیب‌پذیری به اختلال‌ها در روش فراشناختی فعال شدن باورهای غیرمنطقی و استفاده از روش‌های ناسازگارانه در برخورد با موقعیت تنش‌زاست، این روش با هدفْ قرار دادن فرایند نشخوار فکری، ناهماهنگی شناختی ایجادشده در پاسخ به افکار منفی را کاهش می‌دهد و می‌تواند ازطریق بالا بردن کنترل افراد و چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری و استفاده از تکنیک آموزش توجه، فرایند نشخوار فکری را قطع کند و سپس سبک پاسخ‌دهی فرد را به‌سمت افکار مثبت و باورهای منطقی سوق دهد. [۲۱-۲۳] پژ.هش های غفاری و همکاران نشان می‌دهد که درمان فراشناختیِ گروهی اثر معنی‌داری بر کاهش باورهای فراشناختی مثبت و منفی دارد و باعث بهبود راهبردهای کنترل فکر می‌شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر، روش درمانی اثربخشی خود را تا یک ماه بعد حفظ می‌کند و نتایج پژوهش در مرحله پیگیری مؤیّد این امر است.

بنابراین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش فراشناخت و روش خودنظم‌بخشی در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و خودکنترلی زوجین مؤثر است. درواقع، این یافته به‌خوبی به نقش سیستم شناختی و نحوه ارزیابی افراد در پردازش رویدادهای زندگی به‌صورت مثبت و منفی اشاره می‌کند و نشان می‌دهد روش‌های مداخله مبتنی‌بر تنظیم شناخت و هیجان به‌صورت مؤثری در نحوه تعبیر و ارزیابی و به‌تبع آن بر باورهای مثبت و منفی زوجین از رویدادها و روابط بین‌فردی نقش دارند و در تسهیل و بهبود روابط زوجی بسیار یاری‌رسان هستند. در یک نتیجه‌گیری نهایی می‌توان چنین اظهار داشت که با توجه به مؤثر بودن روش فراشناخت و خودنظم‌بخشی بر چگونگی استفاده زوجین درکنترل رفتار، روان‌شناسان و مشاوران مراکز خدمات روان‌درمانی و مشاوره می‌توانند از این روش‌ها درجهت توانمندسازی زوجین در زمان بروز مشکلات و تعارض در روابط زناشویی استفاده کنند تا کیفیت روابط زوجین بالاتر رود.

پژوهش حاضر مانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشته است که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود:

پژوهش حاضر به‌دلیل مشکلات اجرایی فاقد اطلاعات مربوط به پیگیری است و این محدودیت باعث می‌شود که تأثیرات درازمدت روشِ درمانی حاضر بر روی تعارضات زوجین را نتوان پیش‌بینی کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی پیامدهای درمان مبتنی‌بر خودنظم‌بخشی درمورد زوجینِ دچار تعارض پیگیری شود. همچنین ازآنجاکه هدف پژوهش‌های اخیر علاوه‌بر تعیین اثربخشی یک مداخله، تعیین مناسب‌ترین نوع درمان برای هر فرد است، بررسی وضعیت اجتماعی، تحصیلی و فرهنگی افراد به‌منظور تعریف بهترین گروه هدف برای این نوع مداخله نیز ضرورت دارد. ازسوی‌دیگر، با توجه به محدودیت در حجم نمونه مطالعه حاضر، توصیه می‌شود به‌منظور واضح شدن اثرات درمانیِ زوج‌درمانیِ مبتنی‌بر خودنظم‌بخشی با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بالاتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج زوج‌درمانی پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر تشکر بعمل می آید.

تضاد منافع

پژوهشگران در پژوهش حاضر هیچگونه تضاد منافع ندارند.

ملاحظات اخلاقی

در تمامی مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری نیز رعایت شده است.

سهم نویسندگان

ناهید رضا (پژوهشگر اصلی): تمامی مراحل پژوهش توسط ایشان انجام گرفته است.

شکوه نوابی نژاد (نوسنده مسئول): نظارت و راهنمایی بر مراحل انجام پژوهش

قدسی احقر (پژوهشگر فرعی): راهنمایی و مشاوره در طی مراحل مطالعاتی

حمایت مالی

تمامی مراحل انجام این پژوهش با سرمایه شخصی انجام شده است.

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]

REFERENCES

1. Shadvar L, Pasha R. .A comparative study of mental health in high school female students who are addicted and not addicted to the Internet in Dezful city. *Sadra Medical Journal*.2013; **3**(2): 119-30. Link.
2. Shah S., etc. Knowledge, Attitudes and Practices Related to HIV Stigma and Discrimination Among Healthcare Workers in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2020 Mar 9;20(1):e29–e36. doi: 10.18295/squmj.2020.20.01.005. Link
3. Shams Mofaraheh Zahra, Shahsiah Marzieh, Mohebi Siamak, Tabaraee Yaser. The Effect Of Marital Counseling On Sexual Satisfaction Of Couples In Shiraz City. Health System Research[Internet]. 2010;6(3):417-424. Link
4. Taghavi s.m.r.. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz universi1y. Journal of psychology[Internet]. 2002;5(4 (20)):381-398. Link
5. Young M, Riggs S, Kaminski P. Role of marital adjustment in associations between romantic attachment and coparenting. *Family Relations*. 2017;**66**(2):331-45. DOI: 10.1111/fare.12245. Link
6. Gottman JM, Coan J, Carrere S, Swanson C. Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family.* 1998:**5**-22. DOI: 10.2307/353438 Link
7. Javidi N. The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on improving marital satisfaction of couples and controlling the behavior of practical families Course.2013;3(2):65-78. Link
8. Fallahzadeh F . Investigating the effect of emotional skills training on the emotional atmosphere and efficiency of married couples in Isfahan city. master's thesis; Faculty of Educational Sciences and Psychology. University of Isfahan.2008. Link
9. **Dandy** K., **Bendersky** K., Student and Faculty Beliefs About Learning in Higher Education: Implications for Teaching, International Journal of Teaching and Learning in Higher Education. Link
10. Iran-Nejad, Asghar, & Chissom, Brand. S. (1992). Contributions of activeand dynamic self-regulation to learning. Innovative Higher Education,17, 125–136.. Link
11. Wilson, K. L., Charker, J., Lizzio, A., Halford, K., & Kimlin, S. (2005). Assessing How Much Couples Work at Their Relationship: The Behavioral Self-Regulation for Effective Relationships Scale. *Journal of Family Psychology, 19*(3), 385–393. https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.3.385 Link
12. Veisiy N, Arjmandnia A A, Vakili S, Gholamali Lavasani M. (2022). The effect of training emotional self-regulation strategies on social competence, academic performance and behavioral problems of students with learning disabilities with comorbidity of attention deficit / hyperactivity disorder. *Journal of Psychological Science*. **21**(116), 1613-30. DOI:10.52547/JPS.21.116.1613 Link
13. Pintrich P. R, Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom Academic Performance. *Journal of Educational Psychology*.1990. Link
14. Snowman, D. (2007). Antonia Fraser. In Historians (pp. 103-112). London: Palgrave Macmillan UK.
15. Bandura A. The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology: an international review*. 2005;**54**(2). DOI:10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x . Link
16. Bakhshipour, B., Asadi, M., Kiani, A., Shiralipour, A., Ahmaddoost, H., the relationship between family function and marital conflicting couples who had decided to get divorced. *Knowledge & research in applied psychology[internet]*. 2012;13(2 (48)):11-21. Link
17. Cooper, T. (1986). Problem-solving. Queensland: Brisbane College of advanced education.
18. Asadpour Esmail Sh, Mahdinejad Ghoshchi R .Investigating and comparing the effectiveness of self-discipline and emotion-oriented couple therapy on increasing marital intimacy of couples referring to counseling centers in Tehran - counseling researches. 2012.**2**(45); 95-113. Link
19. Halford, W. K. (2001). Brief couple therapy for couples. New York: Guilford publications.
20. Karegar, M. Kimiai, A. & Mashhadi, A. (2015). The effectiveness of self-regulation grouptherapy based on emotional abuse and marital turmoil. Journal of Family Counseling& Psychotherapy, 4(2), 270-296. (In Persian)
21. Wells, A., & Carter, K. (2002). Further tests of a cognitive model of generalized anxietydisorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia,depression, and nonpatients. Behavior Therapy, 32(1), 85-102.
22. Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder withmetacognitive therapy: A preliminary controlled trial. Journal of ClinicalPsychology, 68(4), 373-381.
23. Hoseini Ghafari, F., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy on Metacognitive Beliefs, Worry and Worry Domains in patients with Generalized, Journal of Clinical Psychology, Doi:10.22075/jcp.2017.2112 Link

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-20]