



Original



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

Nahid Reza¹ , Shokouh Navabinezhad^{2*} , Ghodsi Ahghar³ 

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

Abstract

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, Kharazmi University, Alborz, Iran

Email: navabinejad93@gmail.com

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



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

ناهید رضا^۱ , شکوه نوایی 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

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 دوم‌ماهه پیگیری است. تعداد ۳۰ زوج از میان کسانی که در سال ۱۳۹۸ به علت اختلافات زناشویی به مراکز مشاوره شهرداری منطقه ۳ تهران مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه در دسترس انتخاب و به طور 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 به صورت معناداری افزایش یافته بود.

نتیجه‌گیری: $\eta^2 = 0/303$ و $F(2, 42) = 6/671$ $P = 0/003$ ، در سطح $\alpha = 0/05$ معنادار است. نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای خودنظم‌بخشی در حل مشکلات زوجین مؤثر است و این برنامه آموزشی می‌تواند ناسازگاری‌های اولیه را در زوجین کاهش دهد و سبب بهبود سلامت عمومی و رضایت زناشویی آنان شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و راهنمایی خانواده از این رویکرد برای حل مسائل زوجین استفاده شود.

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 نوایی نژاد، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، البرز، ایران

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

ایمیل:

navabinejad93@gmail.com

استناد: رضا، ناهید؛ نوایی 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 (۱): ۱-۱۰

مقدمه

چالش‌های حیطه سلامت 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

یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف، سلامت عمومی آن جامعه است که یکی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود. سلامت عمومی به عنوان جزء جدایی‌ناپذیر و ضروری زندگی آدمی شناخته شده است و در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه نقش ایفا می‌کند [۱]. بدین لحاظ دسترسی به سلامت کامل بدون عبور و گذر از

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 مبتنی بر تأمل که منعکس‌کننده عملکرد استانداردهای درونی باشد و توانایی کنترل و مهار خود به‌صورتی فعالانه و پویا [۱۱، ۱۰]. به عبارت دیگر، خودنظم‌بخشی فرایندی به‌هم‌پیوسته است که با مفهوم هشیاری آغاز می‌شود، از گذرگاه خودشناسی عبور می‌کند و با خودمهارگری پایان می‌یابد.

پنتریج 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 یادگیرندگان 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 معلمش عمل کند و این کار را در غیاب معلم نیز انجام می‌دهد، به خودکنترلی رسیده است. در قیاس با خودکنترلی، خودنظم‌دهی «استفاده مداوم 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 خودنظم‌دهی به فرد امکان می‌دهد 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 می‌دهد

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، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین‌نسلی و شکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی. سمیر شاه و همکاران [۲] الگوی چندبعدی از سلامت عمومی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده‌اند که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودپيروي، 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، تفکرات 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 ارزیابی کلی 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. در همین راستا، 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 زمان 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 به دلایل 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

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 خودنظم بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت عمومی و رضایتمندی زناشویی در زوجین مؤثر است؟

روش کار

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و دارای مرحله پیگیری است. هدف آن ارزیابی تأثیر آموزش مهارت های خودنظم بخشی به همسران در میزان رضایت زناشویی و سلامت عمومی آنهاست. جامعه آماری مورد مطالعه تمامی زوجین سرای محله شهرداری منطقه ۳ تهران که اختلافات زناشویی داشتند و مورد تأیید مشاوران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند، حجم نمونه ۳۰ نفر با فرمول کوکران مشخص شد. ملاک های 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 محله از پرونده های 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) به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر (۱۵ نفر) به عنوان گروه کنترل مشخص شدند. جلسات و نحوه اجرای برنامه های آموزشی به شرح ذیل ارائه شد. آموزش خودتنظیمی در طی ۸ گام و طی ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد.

ابزار

جهت جمع آوری داده ها از پرسش نامه های 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 ماده است توسط گلدبرگ و میلر براساس تکنیک تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده ای آن طراحی شده است. ابتدا این پرسش نامه دارای تعداد سؤال زیادی بود، اما نسخه نهایی آن به ۲۸ سؤال محدود شد. هر سؤال چهار جواب دارد که از کم به زیاد درجه بندی لیکرتی شده است. پرسش نامه سلامت روان

گلدبرگ دارای اعتبار و روایی و نمره گذاری نیز هست. این پرسش نامه جهت سنجش سلامتی عمومی و روانی افراد به کار می رود. این پرسش نامه دارای چهار مقیاس فرعی است که در هریک از آنها هفت سؤال قرار دارد. عناوین مقیاس های این پرسش نامه به سنجش مؤلفه های سلامت عمومی و جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی می پردازد. پرسش نامه 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 پرسش نامه سلامت روان را براساس سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن آزمون واحد و روش آلفای کرونباخ بررسی کرد.

پرسش نامه شاخص رضایت زناشویی هودسن یک ابزار ۲۵ سؤالی است که برای اندازه گیری میزان، شدت یا دامنه مشکلات زن و شوهر در رابطه زناشویی تدوین شده است. این مقیاس ویژگی رابطه را یک کل واحد تلقی نمی کند، بلکه دامنه مشکلات را از نظر زن و مرد اندازه گیری می کند. این مقیاس دارای دو نمره برش است: یکی نمره ۳۵ که نمرات کمتر از آن نشانه عدم مشکلات مهم بالینی رابطه است. نمرات بیشتر از ۳۵ دلالت بر وجود مشکلات بالینی قابل ملاحظه دارند. دومین نمره برش ۷۰ است. نمرات بالاتر از ۷۰ تقریباً نشان دهنده آن هستند که مراجع مشکلات بیشتری دارند (۲۲). نمره گذاری شاخص رضایت زناشویی ابتدا با معکوس و جمع کردن نمرات سؤال های ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۱، ۹، ۸، ۵، ۳، ۲۳ و ۱ محاسبه می شود. سپس این نمرات با نمرات باقی مانده سؤال های پاسخ داده شده جمع می شود. این رقم در ۱۰۰ ضرب و بر ۶ برابر شماره سؤالات پاسخ داده شده حداکثر (۱۵۰) تقسیم می شود. دامنه رقم به دست آمده بین ۰-۱۰۰ است که نمرات بالاتر آن نشانه شدت و وسعت مشکلات است. ضرایب پایایی آن ها به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ به دست آمد. پایایی پرسش نامه رضایت زناشویی نیز از نظر سازنده اصلی آن ۰/۹۶ به دست آمده است. پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ در زنان ۰/۹۶ و در مردان ۰/۹۴ به دست آورده است. همچنین حقیقی (۱۳۸۹) ضریب پایایی این آزمون را در نمونه ای از زوجین شهر بندرعباس ۰/۸۶ به دست آورده است. جمالی نیز (۱۳۸۹) در پژوهش دیگری که در بندرعباس انجام داده است، ضریب آلفای ۰/۹۰ را برای این پرسش نامه گزارش داده است. محقق پایایی این پرسش نامه را از طریق آلفای کرونباخ بر روی ۴۰ نفر (۲۰ زوج) برابر با ۰/۹۰ به دست آورده است که پایایی خوبی برای این پرسش نامه به حساب می آید. [۱۶]

روش تجزیه و تحلیل آماری

ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد و داده های حاصل از پژوهش در جداول مربوط آورده شدند و در بخش دوم تحلیل آماری صورت گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش، با توجه به ماهیت آن، از آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی استفاده شد.

یافته ها و نتایج

توصیف داده‌ها

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 زناشویی افرادی که آموزش دیده‌اند، افزایش پیدا کرده و در مرحله پیگیری هم تغییر چندانی نداشته است.

اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد نمرات سلامت عمومی و ابعاد آن

جدول ۱. ساختار جلسات آموزش خودنظم‌بخشی

جلسه	عنوان جلسات	شرح جلسات	زمان
اول	آشنایی	هدف برقراری ارتباط اولیه با زوجین، شناسایی عوامل تهدیدکننده رابطه زناشویی، ایجاد انتظارات درمانی واقع‌بینانه، متعهد کردن زوجین برای درگیر شدن با مسئله	۹۰ دقیقه
دوم	نقاط قوت و ضعف رابطه زناشویی	هدف تهیه فهرستی از نقاط قوت 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 کلیدی در مصاحبه‌های فردی، پیدا کردن زمینه‌های مشترک بین زوجین	۹۰ دقیقه
سوم	ایجاد زمینه‌های مشترک	هدف بررسی نگرانی‌های عمده و ایجاد زمینه‌های مشترک از طریق بیان مجدد اظهارات و تأکید بر قالب‌بندی جدید نگرانی‌ها، تأکید بر توجه کردن بر جنبه‌های مثبت رابطه، قالب‌بندی مجدد برای هدف به‌منظور تغییر اسناد زوجین تکمیل ارزیابی، جست‌وجوی عوامل موقعیتی در مصاحبه‌های فردی، تغییر اسناد زوجین، پیدا کردن زمینه‌های مشترک بین زوجین	۹۰ دقیقه
چهارم	بازخورد و هدف‌گذاری معطوف به خود	هدف بررسی نگرانی‌های عمده و ایجاد زمینه‌های مشترک از طریق بیان مجدد اظهارات و تأکید بر قالب‌بندی جدید نگرانی‌ها، تأکید بر توجه کردن بر جنبه‌های مثبت رابطه، قالب‌بندی مجدد برای هدف به‌منظور تغییر اسناد زوجین تکمیل ارزیابی، جست‌وجوی عوامل موقعیتی در مصاحبه‌های فردی، تغییر اسناد زوجین، پیدا کردن زمینه‌های مشترک بین زوجین	۹۰ دقیقه
پنجم	ارزیابی صلاحیت‌های موردنیاز	هدف ارزیابی صلاحیت‌های موردنیاز برای خودتغییری، ارزیابی زوجین از تأثیر خودتغییری بر رابطه‌شان، شناسایی نقش موقعیت‌های پرخطر در روابط زناشویی، مشخص کردن نحوه برخورد با این شرایط و نحوه کنترل خود	۹۰ دقیقه
ششم	رشد مهارت‌های خودنظم‌بخشی	هدف رشد مهارت‌های خودنظم‌بخشی، بالا بردن توانایی زوجین برای ارزیابی ارتباط فعلی و تنظیم اهداف خودتغییری	۹۰ دقیقه
هفتم	مهارت‌های ارتباطی	هدف آموزش تمرینات ساختاریافته و مهارت‌های ارتباطی، گفت‌وگوی مؤثر زوجین بر ارزشیابی نتایج خودتغییری، تلاش جهت تعمیم و حفظ این نتایج	۹۰ دقیقه
هشتم	ارزشیابی	هدف تحلیل روش‌های ارزیابی عبارت‌اند از مصاحبه‌های فردی و مشترک، مقیاس‌های خودنظم‌بخشی در گزارش شخصی رفتاری و به‌علاوه فرم‌های خودنظارتی که گاهی اوقات از آن‌ها به‌عنوان روش ارزیابی مکمل استفاده می‌شود.	۹۰ دقیقه

تحلیل داده‌ها

در بررسی صحت و تقسیم فرضیه اصلی و قبل از اجرای تحلیل کواریانس لازم بود از طریق تعامل پیش‌آزمون متغیرهای سلامت عمومی و رضایت زناشویی با متغیر مستقل (روش آزمایش)، مفروضه‌های این روش آماری، یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع، برابری واریانس‌های خطا و همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شوند. براین‌مبناء، 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 $\alpha = 0.05$ معنادار نبود، 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 0.05 معنادار نیست ($P \geq 0.05$)، داده‌ها از فرضیه همگنی از شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کنند و می‌توان تحلیل کواریانس را اجرا کرد.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
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 متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک

متغیر	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 علائم 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 درون گروهی از آزمون لوین استفاده شده است.

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

متغیر	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

اختلال در علائم جسمانی	۲۰۷۶	۱	۲۹	۰.۱۳۸
سلامت عمومی	۲.۹۶۳	۱	۲۹	۰.۰۶۳
رضایت زناشویی	۳.۳۴۳	۱	۲۹	۵۵

جدول ۵. آزمون پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون

منابع تغییرات	F	سطح معناداری
اضطراب و بی خوابی	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 اول

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

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که سطوح معناداری آزمون ویلکز لاندا برای گروه $[F(۷۰, ۳۱/۶۰۸, ۰/۴۶۵) = ۰/۰۵۱, P < ۰/۰۵]$ و ویلکز لاندا = تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانوا) را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهند که در حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین براساس بخش دوم خروجی تحلیل کواریانس چندمتغیری، پاسخ به این سؤال که کدام یک از متغیرهای وابسته در تفکیک سطوح متغیر مستقل مؤثر بوده اند، اهمیت می یابد.

طبق نتایج جدول ۷، مقدار F در مرحله پس آزمون در عامل اضطراب و بی خوابی با مقدار $\eta^2 = ۰/۷۰۲$ و $P = ۰/۰۰۱$ $(F(۴۲, ۴۹/۴۶۸) = ۰/۰۵)$ در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش راهبردهای خودنظم بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت عمومی زوجین در مؤلفه اضطراب و بی خوابی مؤثر است. همچنین طبق نتایج جدول ۸، مقدار F در مرحله پیگیری نیز در اضطراب و بی خوابی با مقدار $\eta^2 = ۰/۳۰۳$ و $P = ۰/۰۰۱$ $(F(۴۲, ۹/۱۲۴) = ۰/۰۵)$ در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که تأثیر آموزش راهبردهای خودنظم بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی و هیجان مدار بر سلامت عمومی زوجین ماندگار است.

بررسی فرضیه دوم

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

نتایج جدول ۸ نشان می دهد که سطوح معناداری آزمون ویلکز لاندا برای گروه $[F(۸۲, ۸/۸۴۳, ۰/۴۸۸) = ۰/۰۵۱, P < ۰/۰۵]$ و ویلکز لاندا = تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانوا) را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهند که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین براساس بخش دوم خروجی تحلیل کواریانس چندمتغیری، پاسخ به این سؤال که کدام یک از متغیرهای وابسته در تفکیک سطوح متغیر مستقل مؤثر بوده اند، اهمیت می یابد.

طبق نتایج جدول ۹، مقدار F در مرحله پس آزمون در عامل رضایت زناشویی با مقدار $\eta^2 = ۰/۳۳۱$ و $P = ۰/۰۰۱$ $(F(۴۲, ۱۰/۳۸۷) = ۰/۰۵)$ در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش راهبردهای خودنظم بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر رضایت زناشویی زوجین مؤثر است. مقایسه میانگین گروه ها نشان می دهد که میانگین نمرات متغیر رضایت زناشویی در گروه آموزش خودنظم بخشی در مقایسه با گروه کنترل بیشتر افزایش داشته است. همچنین طبق نتایج جدول ۱۰، مقدار F در مرحله پیگیری نیز در رضایت زناشویی با مقدار $\eta^2 = ۰/۳۰۳$ و $P = ۰/۰۰۳$ $(F(۴۲, ۶/۶۷۱) = ۰/۰۵)$ در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که تأثیر آموزش راهبردهای خودنظم بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر رضایت زناشویی زوجین ماندگار است.

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

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلای	۱.۱۴۱	۵.۹۷۸	۱۶.۰۰۰	۷۲.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۵۷۱
لامبدا ویلکز	۰.۱۰۵	۹۹.۱۴۷	۱۶.۰۰۰	۷۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۶۷۶
اثر هتینگ	۶.۲۰۶	۱۳.۱۸۷	۱۶.۰۰۰	۶۸.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۷۵۶
بزرگ ترین ریشه خطا	۵.۸۰۱	۲۶.۱۰۵	۸.۰۰۰	۳۶.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۸۵۳

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره درمورد اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر سلامت

عمومی زوجین

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور η^2 اتا
اثر گروه پس آزمون	اضطراب و بی خوابی	۲	۴۱۰.۸۲۲	۴۹.۴۶۸	۰.۰۰۰	۰.۷۰۲
	افسردگی	۲	۲۶۵.۶۲۲	۴۵.۲۲۸	۰.۰۰۰	۰.۶۸۳
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۲	۸۱.۳۵۶	۸.۴۵۲	۰.۰۰۱	۰.۲۸۷
	اختلال در علائم جسمانی	۲	۳۰۸.۶۰۰	۴۵.۰۶۷	۰.۰۰۰	۰.۶۸۲
	سلامت عمومی	۲	۲۳۲۵.۶۸۹	۴۹.۴۲۶	۰.۰۰۰	۰.۷۰۲
اثر گروه پیگیری	اضطراب و بی خوابی	۲	۱۶۹.۸۰۰	۹.۱۲۴	۰.۰۰۱	۰.۳۰۳
	افسردگی	۲	۱۲۵.۹۵۶	۱۱.۵۹۱	۰.۰۰۰	۰.۳۵۶
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۲	۹۵.۲۸۹	۷.۴۳۳	۰.۰۰۲	۰.۲۶۱
	اختلال در علائم جسمانی	۲	۸۹.۶۰۰	۵.۵۵۰	۰.۰۰۷	۰.۲۰۹
	سلامت عمومی	۲	۱۸۰۰.۰۶۷	۳۱.۴۱۴	۰.۰۰۰	۰.۵۹۹
خطای پس آزمون	اضطراب و بی خوابی	۲۸	۸.۳۰۵			
	افسردگی	۲۸	۵.۸۷۳			
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۲۸	۹.۶۲۵			
	اختلال در علائم جسمانی	۲۸	۶.۸۴۸			
	سلامت عمومی	۲۸	۴۷.۰۵۶			
خطای پیگیری	اضطراب و بی خوابی	۲۸	۱۸.۶۱۰			
	افسردگی	۲۸	۱۰.۸۶۷			
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۲۸	۱۲.۸۱۹			
	اختلال در علائم جسمانی	۲۸	۱۶.۱۴۳			
	سلامت عمومی	۲۸	۵۷.۳۰۲			

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

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجدور اتا
اثر گروه	اثر پیلای	۷.۲۹۵	۴.۰۰۰	۸۴.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۲۵۸
	لامبدا و لکس	۸.۸۴۳	۴.۰۰۰	۸۲.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۳۰۱
	اثر هتلینگ	۱۰.۴۱۳	۴.۰۰۰	۸۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۳۴۲
	بزرگترین ریشه خطا	۲۱.۷۱۲	۲.۰۰۰	۴۲.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۵۰۸

جدول ۹. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری درمورد اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم بخشی شناختی، رفتاری، هیجانی بر رضایت

زناشویی زوجین

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور η^2 اتا
اثر گروه	رضایت زناشویی پس آزمون	۲	۲۲۸۶.۸۲۲	۱۰.۳۸۷	۰.۰۰۰	۰.۳۳۱
	رضایت زناشویی پیگیری	۲	۹۶۵.۹۵۶	۶.۶۷۱	۰.۰۰۳	۰.۲۴۱
خطا	رضایت زناشویی پس آزمون	۲۸	۲۲۰.۱۶۵			
	رضایت زناشویی پیگیری	۲۸	۱۴۴.۷۹۴			
کل	رضایت زناشویی پس آزمون	۳۰				
	رضایت زناشویی پیگیری	۳۰				

نتیجه گیری

استفاده زوجین از راهبردهای مقابله ای مؤثر در روابط بین فردی از طریق توانایی برنامه ریزی و بازبینی انعطاف پذیرانه رفتار

در تبیین این یافته می توان گفت روش خودنظم بخشی با

زوجین مؤثر است. درواقع، این یافته به خوبی به نقش سیستم شناختی و نحوه ارزیابی افراد در پردازش رویدادهای زندگی به صورت مثبت و منفی اشاره می کند و نشان می دهد روش های مداخله مبتنی بر تنظیم شناخت و هیجان به صورت مؤثری در نحوه تعبیر و ارزیابی و به تبع آن بر باورهای مثبت و منفی زوجین از رویدادها و روابط بین فردی نقش دارند و در تسهیل و بهبود روابط زوجی بسیار یاری رسان هستند. در یک نتیجه گیری نهایی می توان چنین اظهار داشت که با توجه به مؤثر بودن روش فراشناخت و خودنظم بخشی بر چگونگی استفاده زوجین در کنترل رفتار، روان شناسان و مشاوران مراکز خدمات روان درمانی و مشاوره می توانند از این روش ها در جهت توانمندسازی زوجین در زمان بروز مشکلات و تعارض در روابط زناشویی استفاده کنند تا کیفیت روابط زوجین بالاتر رود.

پژوهش حاضر مانند پژوهش های دیگر محدودیت هایی داشته است که در ادامه به آن ها اشاره می شود:

پژوهش حاضر به دلیل مشکلات اجرایی فاقد اطلاعات مربوط به پیگیری است و این محدودیت باعث می شود که تأثیرات درازمدت روش درمانی حاضر بر روی تعارضات زوجین را نتوان پیش بینی کرد. بنابراین پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی پیامدهای درمان مبتنی بر خودنظم بخشی درمورد زوجین دچار تعارض پیگیری شود. همچنین از آنجا که هدف پژوهش های اخیر علاوه بر تعیین اثربخشی یک مداخله، تعیین مناسب ترین نوع درمان برای هر فرد است، بررسی وضعیت اجتماعی، تحصیلی و فرهنگی افراد به منظور تعریف بهترین گروه هدف برای این نوع مداخله نیز ضرورت دارد. از سوی دیگر، با توجه به محدودیت در حجم نمونه مطالعه حاضر، توصیه می شود به منظور واضح شدن اثرات درمانی زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده تری با حجم نمونه بالاتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج زوج درمانی 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 نوایی نژاد (نویسنده 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.

خویش، اثرگذاری بیشتری دارد و این افراد مسئله و مشکل را به عنوان چالش و فرصتی برای بهبود شرایط ارزیابی می کنند. افراد خودنظم بخش باور دارند مسائل قابل حل است و به توانایی های شخصی خود برای حل موفقیت آمیز مسائل اعتماد دارند. آن ها در موقعیت های تنش زا با استفاده از راهبردهای مؤثر و سازش یافته مقابله ای وضعیت را تعدیل می کنند و به کاهش و یا تغییر موقعیت های فشارزا و تنظیم پاسخ های هیجانی خود در برابر مسئله دست می زنند [۱۷].

تأکید بر خودنظم بخشی صلاحیت های سطح بالاتری را افزایش می دهد که نه تنها به زوجها امکان می دهد تعاملات رایج در مشکلات رابطه را تغییر دهند، بلکه به آن ها کمک می کند که خود تغییری ایجاد کنند و به راهبردهای مقابله ای مجهز شوند که این مهارت باعث تقویت روابط صمیمانه زناشویی در آینده می شود [۱۸].

هالفورد و همکاران در پژوهش خود دریافتند که زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی در جلوگیری از مشکلات ارتباطی زوجین و کاهش آشفتگی آن ها مؤثر است و این بهبود حداقل برای شش ماه پس از اختتام درمان تداوم داشته و زوجین ثبات خود را در رضایتمندی حفظ کرده اند [۱۹].

پژوهش کارگر و همکاران نیز نشان داد زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی باعث کاهش آزار عاطفی در بین زوجین می شود و همچنین این رویکرد آشفتگی زناشویی را به طور معناداری در بین آن ها کاهش می دهد. تأکید روش خودنظم بخشی بر این است که به زوجین کمک شود در یک رابطه آشفته، توانمندی بیشتری را برای تغییر ساختارهای مشکل ساز 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 می توان گفت با توجه به اینکه دلیل اصلی آسیب پذیری به اختلال ها در روش فراشناختی فعال شدن باورهای غیرمنطقی و استفاده از روش های ناسازگارانه در برخورد با موقعیت تنش زاست، این روش با هدف قرار دادن فرایند نشخوار فکری، ناهماهنگی شناختی ایجاد شده در پاسخ به افکار منفی را کاهش می دهد و می تواند از طریق بالا بردن کنترل افراد و چالش با فراشناخت های مربوط به کنترل ناپذیری و استفاده از تکنیک آموزش توجه، فرایند نشخوار فکری را قطع کند و سپس سبک پاسخ دهی فرد را به سمت افکار مثبت و باورهای منطقی سوق دهد. [۲۱-۲۳] پژوهش های غفاری و همکاران نشان می دهد که درمان فراشناختی گروهی اثر معنی داری بر کاهش باورهای فراشناختی مثبت و منفی دارد و باعث بهبود راهبردهای کنترل فکر می شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر، روش درمانی اثربخشی خود را تا یک ماه بعد حفظ می کند و نتایج پژوهش در مرحله پیگیری مؤید این امر است.

بنابراین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش فراشناخت و روش خودنظم بخشی در بهبود راهبردهای مقابله ای و خودکنترلی

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 university. *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 active and 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. Kargar, M. Kimiai, A. & Mashhadi, A. (2015). The effectiveness of self-regulation group therapy 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 anxiety disorder: 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 with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 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](#)