

اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویت و حل مسئله خانواده

نسبیه منصوری^۱، سید علی کیمیایی^{۲*}، علی مشهدی^۳ و احمد منصوری^۴

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۴. عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی و حل مسئله خانواده انجام شد.

روش: در این پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل تعداد ۱۰ زوج مراجعه‌کننده به روان‌پزشکان، متخصصان مغز و اعصاب و مراکز مشاوره شهر کاشمر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. زوج‌های گروه آزمایش در معرض مداخله ۸ جلسه‌ای زوج‌درمانی خودتنظیمی (هالفورد، ۱۳۸۴) قرار گرفتند، درحالی‌که گروه کنترل در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. مقیاس زوجی اینریچ، پرسشنامه هویت بنیون و آدامز و حل مسئله خانواده در مورد شرکت‌کنندگان اجرا گردید. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس. ۲۲» و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث افزایش میزان رضایت زناشویی و مهارت‌های حل مسئله زوج‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود. علاوه بر این، زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث کاهش میانگین نمره زوج‌ها در سبک‌های هویت سردرگم، پیش‌رس و دیررس و در مقابل افزایش میانگین نمره هویت موفق زوج‌ها می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع، زوج‌درمانی خودتنظیمی تأثیر بسزایی در افزایش میزان رضایت زناشویی، تعدیل سبک‌های هویت و افزایش مهارت حل مسئله زوج‌ها دارد و زوج‌درمانگران می‌توانند زوج‌درمانی خودتنظیمی را جهت بهبود رضایت زناشویی، سبک هویت و حل مسئله بکار گیرند.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی خودتنظیمی، رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی، حل مسئله خانواده.

*Email: Kimiaee@um.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۵۱-۶۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۱۶

Biannual Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 51-60

مقدمه

خانواده یکی از عناصر اصلی جامعه است. زیرا که داشتن یک جامعه سالم نیازمند خانواده سالم و خانواده سالم عامل اصلی سلامت روان و روابط مطلوب میان اعضا است. از این رو، روابط خوب بین اعضای خانواده اثرات مثبتی بر کل جامعه می‌گذارد [۱]. خانواده دوام و پایداری خود را به واسطه ازدواج حفظ می‌کند. با وجود این، در درجه اول یک محیط خانوادگی سالم نیاز است تا زوجها به یکدیگر اعتماد کنند. خودشان را به عشق و احترام مجهز سازند. مهارت‌های حل مسئله خود را گسترش دهند و ارتباط سالم با یکدیگر را ادامه دهند [۲]. همچنین، ازدواج خوب سبب احساس معنی و هویت در زندگی آن‌ها می‌شود [۳، ۴]. از سوی دیگر، رضایت زناشویی مهم‌ترین مسئله در ازدواج و خانواده و همچنین مهم‌ترین پیش‌بین ثبات در ازدواج است [۵]. رضایت زناشویی به‌عنوان ارزیابی کلی افراد از وضعیت ازدواجشان، انعکاس شادکامی و کارکرد زناشویی تعریف شده است [۶]. این رضایت نوعی توافق نسبی بین زن و مرد در مورد مسائل مهم و به اشتراک گذاشتن وظایف و فعالیت‌های مشابه و نشان دادن محبت برای موفقیت زوج دیگر تصور می‌شود [۷]. عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی متعددی از جمله باورهای غیرمنطقی، اسنادهای ناسازگار، حمایت اجتماعی، ساختار قدرت در خانواده، خشونت، تاریخچه زندگی و ویژگی‌های فردی، استرس‌زها و انتقال‌های زندگی، مسائل اعتقادی، مذهب، نوع رابطه زوج‌ها، آداب و سنن اجتماعی - فرهنگی، زبان، هنجارها، تفاهم فکری و توافق مذهبی، ملاک‌ها و شیوه‌های همسرگزینی و راهبردهای حل تعارض رضایت زناشویی زوجها را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۸، ۹، ۱۰]. یکی دیگر از عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی است. اریکسون بر این باور است که شکل‌گیری و پذیرش هویت فرد، تکلیفی به‌طور کامل دشوار و اضطراب‌زا است. افرادی که به هویتی قوی دست می‌یابند، برای روبرویی با مسائل بزرگ‌سالی آماده می‌شوند و افرادی که نمی‌توانند به چنین هویتی دست یابند، بحران هویت را تجربه می‌کنند. چنین افرادی نمی‌دانند کیست‌اند یا چه هستند، به کجا تعلق دارند یا می‌خواهند به کجا بروند؛ در نتیجه ممکن است از مسیر بهنجار زندگی، تحصیل، شغل و ازدواج کناره‌گیری کنند [۱۱]. وی کارکرد هویت را ایجاد هماهنگی بین پندار فرد از خود و تصور دیگران از خود می‌داند. به عبارت دیگر، هویت ایجاد تعادل بین خود و دیگران است [۱۲].

مارسیا هویت را به‌عنوان یک سازمان درونی، خودساخته و پویای ناشی از سائق‌ها، توانایی‌ها، باورها و تاریخچه فردی است [۱۳]. وی چهار سبک هویت (موفق، پیش‌رس، دیررس و سردرگم) را مشخص می‌کند و تفاوت شکل‌گیری هویت را با اشاره به دو بعد کاوشگری و تعهد توضیح می‌دهد. کاوشگری اشاره به تصمیم‌گیری یا ایجاد رفتارهایی در جهت حل مسائل و جمع‌آوری اطلاعات مربوط به خود دارد و تعهد به معنی پایبندی به مجموعه‌ای از عقاید، باورها و ارزش‌ها است.

هویت موفق تعهد استواری دارد و همچنین در اعتقادات و ارزش‌ها مطابق با جنبه‌ای از اکتشافات و عناصر پیشنهادی

آزمایشی عمل می‌کند. افراد با هویت پیش‌رس، دارای تعهد قوی ثابتی هستند هرچند معمولاً آن‌ها را از والدینشان بدون هیچ آزمایشی می‌گیرند. افراد با هویت دیررس و سردرگم تعهدی ندارند. ولی تفاوت آن‌ها در این است که هویت دیررس به دنبال عناصر هویت معنی‌دار است که در نهایت به تعهد تبدیل می‌شود، اما شخصیت سردرگم این‌گونه نیست [۱۴]. حالت‌های هویت از مسیری که افراد با هویت سردرگم شروع می‌کنند پیروی می‌کنند، سپس از طریق هویت دیررس به سمت هویت موفق پیش می‌روند. بعضی افراد به سمت مسیر انحرافی می‌روند و به‌وسیله تعهد پیش‌رس حالت‌های هویت زودرس را پیدا می‌کنند [۱۵].

از عوامل مؤثر دیگر بر رضایت زناشویی، می‌توان به حل مسئله اشاره کرد. مهارت حل مسئله شامل، تلاش برای شناسایی مشکل، تعریف مشکل، تلاش برای درک مشکل، تعیین اهداف مربوط به مشکل، تولید راه‌حل‌های جایگزین، انتخاب بهترین جایگزین، انتخاب یک نانوگرام در گزینه‌های انتخاب‌شده و ارزیابی اثربخشی تلاش برای حل مشکل است [۱۶]. مهارت‌های حل مسئله به‌طور مستقیم با مسئله رضایت ارتباط دارند و نقص در فرآیندهای حل مسئله منجر به اختلال‌های گوناگونی از جمله افسردگی، ناسامانی، مشکلات مربوط به ازدواج، تربیت فرزند و روابط نادرست بین فردی می‌گردد. از این رو، حل مسئله یک راهبرد مقابله‌ای مهم است که توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و مشکلات روان‌شناختی را کاهش می‌دهد [۱۷]. همه زوج‌ها سطحی از تعارض را تجربه می‌کنند و همچنین نباید فراموش کرد که پدید آمدن اختلاف و تعارض بین زوج‌ها امری غیرطبیعی نیست [۱۸]. با وجود این، عدم آگاهی یا عدم توانایی زوجها برای حل تعارض موجب کاهش ثبات روابط و افزایش احتمال پایان رابطه می‌شود [۱۹].

روش‌های درمانی متعددی برای درمان ناراضی‌های زناشویی طراحی شده است. با وجود این، یکی از روش‌هایی که باعث کاهش ناراضی‌های زوجها می‌شود و بر مهارت‌های خودآگاهی، بهبود رفتار و احساس و مهارت‌های حل مسئله تأثیر مثبتی می‌گذارد، زوج‌درمانی خودتنظیمی است. رویکرد خودتنظیمی چارچوبی را در نظریه زوجی به‌وجود می‌آورد که می‌تواند باعث تغییرات شخصی در فرد شود [۲۰] و در درون بافت رابطه، به این موضوع اشاره می‌کند که زوجها به فرآیندهای خودتغییری می‌پردازند تا رضایتمندی رابطه را افزایش دهند [۲۱].

کارولی [۲۲] خودتنظیمی را این‌گونه تعریف می‌کند: «خودتنظیمی به فرآیندهای درونی یا محاوره‌ای اشاره می‌کند که افراد را قادر می‌سازد فعالیت‌های هدفمند خودشان را در طی زمان و در شرایط متغیر، هدایت کنند. خودتنظیمی تلفیقی از افکار، احساسات و رفتار با استفاده از مکانیزم‌های خاص و مهارت‌های حمایتی است. خودتنظیمی هنگامی که فعالیت‌های عادی زندگی بازداشته می‌شوند یا هنگامی که هدایت اهداف به‌صورت دیگری آشکار می‌شود، بکار می‌رود». این تعریف تأکید می‌کند که فرآیندهای خودتنظیمی بخشی در یک بافت اجتماعی قرار می‌گیرند. از دیدگاه درمانی، خودتنظیمی فرآیندی است که به‌وسیله آن شخص

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به روان‌پزشکان، متخصصان مغز و اعصاب و مراکز مشاوره شهر کاشمر (از جمله زنان و مردانی که به روان‌پزشکان و متخصصان مغز و اعصاب مراجعه می‌کنند و به دنبال درمان‌های روان‌پزشکی هستند، درحالی‌که مشکل آن‌ها به روابط زناشویی مربوط است). بود. نمونه مورد بررسی شامل ۱۰ زوج (۲۰ نفر) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از پیش‌آزمون به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیار ورود زوج‌ها به نمونه مورد بررسی داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، فقدان تصمیم به طلاق، عدم دریافت داروی روان‌پزشکی، فقدان خشونت خانگی، داشتن ازدواج قانونی، فقدان خیانت زناشویی، فقدان مشکل بدکاری جنسی، فقدان مصرف الکل و مواد، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و رضایت آگاهانه آن‌ها بود. گروه‌های پژوهش تا حد ممکن به لحاظ سن، سطح تحصیلات و مدت ازدواج همتا شدند. پس از آن برنامه خودتنظیمی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، زوج‌های گروه کنترل نیز، پس از پایان پژوهش به مدت ۸ جلسه تحت زوج‌درمانی به شیوه خودتنظیمی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

(۱) مقیاس زوجی اینریچ^۱: ابزاری است که توسط السون تدوین شده است. این ابزار مقیاسی ۳۵ ماده‌ای از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم، ۵=کاملاً موافقم) و متشکل از چهار مؤلفه رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی است. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده-مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر یک از خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۹۰، ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۹]. در ایران ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) هر یک از خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، ارتباط، حل تعارض و تحریف آرمانی به ترتیب ۰/۶۸،

مهارت‌هایی را در جهت اصلاح رفتار می‌آموزد [۲۲]. با این تعریف، خودتنظیمی به‌عنوان عاملی ثابت برای هدایت رفتار در یک مسیر خاص و برای رسیدن به هدف درست ظاهر می‌شود [۲۳]. خودتنظیمی شامل موضوعاتی مانند مدیریت منابع کنترل خود، تلاش برای نظارت بر رفتار، شروع و نگهداری رفتار جدید و اختلافات مفهومی و فردی در حالت‌های خودتنظیمی است [۲۴]. تأکید این رویکرد بر این است که به زوج‌های آشفته کمک کند تا صلاحیت‌های بیشتری را برای تغییر الگوهای مشکل‌ساز رفتاری، شناختی و عاطفی به دست آورند و با این کار رابطه خود را تقویت کنند [۲۰]. این رویکرد بر این نکته تأکید می‌کند که به زوج‌ها کمک کنیم تا بر جنبه‌هایی از رابطه که به‌آسانی قابل تغییرند، متمرکز شوند؛ مانند رفتار، افکار و احساسات شخصی خود [۲۵]. خودتنظیمی شامل سه مرحله، خودتنظیمی، خودارزیابی و تقویت خود است. آموزش اثربخش نیست، مگر اینکه مراجع هدف‌های رفتاری را بپذیرد، به‌گونه‌ای که انگیزه تقویت برای موفقیت‌هایش خوشایند باشد [۲۳].

هالفورد و همکاران [۲۶] در تحقیقی با عنوان «مزایای آموزش روابط قابل انعطاف» برنامه آموزشی مراقبت از زوج‌ها را ارزیابی کردند. آن‌ها به ۵۹ زوج که به‌صورت تصادفی انتخاب شده بودند، برنامه مراقبت از زوج‌ها را که شامل خودتنظیمی روابط بود، آموزش دادند. سپس به ارزیابی خودتنظیمی روابط زوجین، رضایت و استحکام روابط و دوام آن‌ها پرداختند. نتایج نشان داد استحکام روابط و رضایت و مشارکت زوجین در این برنامه بالا بود و گزارش زنان نشان داد که آن‌ها قادر به خودتنظیمی روابطشان بودند. چارکر [۲۷] نشان داد که خودتنظیمی در درون بافت رابطه به‌طور معناداری بر رفتار مؤثر بوده و منجر به رشد مهارت‌های خودتنظیمی و رضایت زناشویی می‌شود. همچنین، مهارت‌یافتن زوج‌ها در متعهد شدن منجر به رضایتمندی زناشویی می‌شود. در پژوهش دیگری [۲۸] که باهدف تعیین میزان تأثیر زوج‌درمانی خودتنظیمی بر سلامت روان و افسردگی انجام شده است، نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث افزایش سلامت روان و کاهش میزان افسردگی زوج‌ها می‌شود.

از سوی دیگر، مارسیا [۱۳] معتقد است که افراد با هویت موفق یک خودتنظیمی درونی شده دارند و خودشان می‌توانند فرآیند خودارزیابی را انجام دهند. به‌خصوص، زوج‌ها می‌توانند از طریق تنظیم رفتار خود در حالت کنترل رفتار بر رابطه بین خود تأثیر بگذارند. همچنین، خودتنظیمی به سمت توسعه توانایی‌های هویت موفق حتی در شرایط نامناسب خانواده گرایش دارد. با توجه به افزایش شمار زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز کلینیکی، بهداشتی و درمانی، تأثیر عدم رضایت زناشویی و پیامدهای متعاقب آن بر کارکردهای مختلف و همچنین سلامت جسمی و روانی زوج‌ها، نقش و اهمیت سبک‌های هویتی در رضایت زناشویی آن‌ها و پژوهش‌های اندک انجام‌شده در این زمینه، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی و حل مسئله خانواده انجام گردید.

^۱ ENRICH Couple Scales (ECS)

۰/۷۸، ۰/۶۲، ۰/۷۸ گزارش شده است [۳۰].

۲) پرسشنامه حالات هویت بنیون و آدامز^۱: ابزاری ۶۴ ماده‌ای از نوع لیکرت شش درجه‌ای (۱= بسیار زیاد مخالفم، ۶= بسیار زیاد موافقم) و متشکل از چهار خرده مقیاس هویت موفق، دیررس، زودرس و سردرگم است. هر خرده مقیاس شامل ۱۶ سؤال است و دامنه هر یک از چهار خرده مقیاس بین ۱۶ تا ۹۶ است.

بنیون و آدامز اعتبار آزمون و خرده مقیاس‌های آن را به روش همسانی درونی (الفای کرونباخ) ۰/۶۰ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین، گزارش کردند که این ابزار از روایی همگرا، واگرا، هم‌زمان و پیش‌بین قابل قبولی برخوردار است [۳۱].

اعتبار نسخه فارسی این مقیاس و هر یک از خرده مقیاس‌های آن ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش شده است [۳۲].

۳) پرسشنامه حل مسئله خانواده^۲: ابزاری است که توسط احمدی و همکاران [۳۳] و با توجه به پرسشنامه فورگاچ (۱۹۸۹)، دینا و توماس (۱۹۹۶)، برگر و هنا (۱۹۹۱)، چمپیون و پاور (۲۰۰۰)، دی‌زوریلا و نزو (۱۹۹۰) تدوین شده است. مواد این پرسشنامه درباره روش‌های مواجهه با مشکلات فعلی، میزان شناخت فرایند و گام‌های حل مسئله و چگونگی به‌کارگیری روش‌های حل مسئله در بین زوجها است. این پرسشنامه از ۳۰ ماده تشکیل شده و بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ = هیچ‌وقت، ۵ = همیشه) نمره‌گذاری می‌شود.

اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (الفای کرونباخ) و بازآزمایی به فاصله ۲ هفته به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۶۴ گزارش شده است.

۴) زوج‌درمانی خودتنظیمی: جلسات زوج‌درمانی خودتنظیمی بر اساس نظریه هالفورد و بر اساس کتاب زوج‌درمانی کوتاه‌مدت وی (هالفورد، ۱۳۸۴) به شرح زیر تدوین شده است.

جلسه اول: ارتباط اولیه با زوجها برقرار شده و مشخص می‌شود که آیا این درمان برای مشکلات آن‌ها مناسب هست یا خیر؟ میزان تعهد زوجها بررسی و هدف از برگزاری جلسات مطرح می‌شود. درنهایت پرسشنامه رضایت زناشویی، سبک‌های هویت و مهارت‌های حل مسئله خانواده در مورد آن‌ها اجرا می‌گردد.

جلسه دوم: در جلسه دوم و سوم زوجها کمک می‌کنند تا مشخص شود که زوج‌درمانی مناسب هست یا خیر؟ همچنین فهرستی از نقاط قوت مهم رابطه، فهرستی از زمینه‌های مشکل‌ساز رابطه و درنهایت فهرستی از عوامل اصلی تأثیرگذار بر رشد و حفظ زمینه‌های مشکل‌ساز رابطه تهیه می‌شود. عواملی که بهتر است در جلسه دو و سه بررسی شوند شامل چگونگی گذراندن اوقات فراغت، حمایت‌ها، رابطه جنسی، باورها و انتظارات رابطه، استرس-های بیرونی و... است. در جلسه مشترک نیز باید نگرانی‌های عمده و ایجاد زمینه‌های مشترک از طریق بیان مجدد اظهارات خود مراجعه‌کننده‌ها در مورد نگرانی‌هایشان و تأکید بیشتر بر رابطه و قالب‌بندی جدید نگرانی‌ها جمع‌بندی شود. در جلسه دوم و سوم باید زوجها را وادار کرد تا به جنبه‌های مثبت رابطه توجه کنند.

جلسه سوم: ادامه جلسه ارزیابی اولیه؛ آنچه در جلسه اول مطرح شده است خلاصه می‌شود و مذاکره بر سر موضوع مورد بحث در جلسه فعلی شروع می‌شود. معمولاً درمانگر به جمع‌آوری اطلاعات بیشتر در مورد زوجها و رابطه بین آن‌ها می‌پردازد. در جلسه دوم و سوم زوجها معمولاً وظایف منظم خاصی از جمله حل مسئله یا بحث‌های مورد قبول از نظر اجتماعی را بر عهده می‌گیرد. جلسه با خلاصه‌کردن و مذاکره پیرامون وظایف ارزیابی که باید بین جلسات انجام شود، پایان می‌یابد.

جلسه چهارم: بازخورد و مذاکره؛ درمانگر در مورد نتایج ارزیابی به زوجها بازخورد می‌دهد و در مورد اهداف رابطه مذاکره می‌کند. ابتدا مذاکره صورت می‌گیرد و دستور کار جلسه توسط درمانگر برای زوجها بیان می‌شود. دو زوج تصمیم می‌گیرند چه کاری را انجام دهند. سپس، نتایج ارزیابی ارائه می‌شود و خلاصه‌ای از نقاط قوت و ضعف رابطه، نکات اصلی روابط فعلی و مشکلات آن که زوجها و درمانگر در مورد آن توافق دارند، تهیه می‌شود و در پایان جلسه درباره مدل کاربردی رابطه مذاکره می‌شود.

جلسه پنجم: بازنگری؛ این جلسه یک تا سه جلسه طول می‌کشد و اغلب این جلسه بعد از مذاکره و بازخورد است. در جلسه بازنگری، درمانگر با زوجها درباره انجام اهداف خودتغییری بحث می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا تأثیر خودتغییری را بر رابطه خود ارزیابی کنند. اگر تغییرات به‌طور موفقیت‌آمیز انجام شده باشد، درمانگر آن‌ها را تقویت می‌کند و اگر خودتغییری با موفقیت انجام نشده باشد، درمانگر از آن‌ها می‌خواهد که به تلاش‌های خود تغییر ادماه دهند تا موانع خودتغییری را بشناسند و بر آن غلبه کنند.

جلسه ششم: جنبه روانی تربیتی رابطه؛ به معنای رشد مهارت‌های خودتنظیمی است. در این مرحله درحالی که همسران درک خود را از مراحل سازگاری و عوامل مؤثر بر آن فرایند افزایش می‌دهند، توانایی بهتری برای ارزیابی ارتباط فعلی و تنظیم اهداف خودتغییری پیدا می‌کنند.

ارزیابی که امکان هدف‌گذاری مناسب‌تر برای تغییر معطوف به خود را فراهم می‌کند. این مرحله زمانی استفاده می‌شود که زوجها نتوانند اهداف خودتغییری را به‌طور موفقیت‌آمیز شناسایی کنند. کشف هدایت‌شده: درمانگران از اطلاعاتی که در بررسی زوجها به‌دست آمده، استفاده می‌کنند تا آن‌ها را با سؤالاتی که باعث شناسایی مشکلات و عوامل مؤثر بر آن می‌شوند، راهنمایی کنند. بازسازی عاطفی-شناختی: بازسازی عاطفی-شناختی به همسران کمک می‌کند که موضوعات زیربنایی تعارض‌های مخرب را شناسایی کنند و به عوامل مؤثر در آن موضوعات پی ببرند. یک هدف مهم در بازسازی عاطفی-شناختی ترسیم هیجانات مثبت‌تر است. در این مرحله از مواد آموزشی، کتاب‌ها و نوارهای آموزشی نیز استفاده می‌شود.

جلسه هفتم: در این مرحله از انواع مداخله‌ها ز جمله افزایش مثبت‌بودن در تعاملات روزانه، روزهای عشق، افزایش فعالیت‌های پاداش‌دهنده، افزایش حمایت از همسر، خودنظم بخشی ارتباط

¹ Objective Measure of Ego Identity Status (OMEIS-II)

² Family Problem-Solving Questionnaire (FPS)

احتمال وقوع مشاجره‌ها و سایر رویدادهای منفی رابطه متمرکز می‌کنیم و از آن‌ها می‌پرسیم که چگونه این شرایط را کنترل می‌کنند.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری «اس. پی. اس. اس. ۲۲» و با استفاده از آزمون t ، χ^2 و تحلیل کوواریانس یک متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

به منظور ارائه تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت شناختی و میانگین و انحراف معیار مربوط به نمره‌های شرکت‌کنندگان در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

خوب، ساختار آموزش ارتباط، انتخاب اهداف توسط افراد، اجرا و ارزیابی، بیان غیر کلامی، تمرین‌های ساختاریافته (تمرین اجازه صحبت، مشخص کردن، تقویت ابراز هیجان، حل تعارض، حل مسئله، اجرای خودنظم بخشی حل مسئله، اداره امور منفی قبل و بعد از تعارض، تغییر اندیشه‌ها و احساسات منفی) استفاده می‌شود. جلسه هشتم: پیگیری؛ در این جلسه از هر کدام از زوجها خواسته می‌شود تغییراتی را که تصمیم داشتند انجام دهند، تعریف کنند. بعد از هر فرد پرسیده می‌شود که آیا خود تغییری را انجام داده است و تغییرات چه تأثیری بر او داشته است. اگر زوجها خود تغییری را انجام نداده باشند، می‌توان از آن‌ها پرسید «برای من مهم است که بدانم شما راجع به این تغییر پیشنهادی، چه نظری دارید؟». برای بررسی رابطه بهتر از زوجها خواسته می‌شود که هر هفته یا دو هفته یکبار زمانی را به بحث درباره نکات مثبت رابطه خود در چند هفته اخیر بپردازند. همچنین، توجه آن‌ها را بر

جدول ۱. داده‌های جمعیت شناختی مربوط به افراد گروه آزمایش و کنترل

مدت ازدواج	تحصیلات				سن		فراوانی	گروه
	کارشناسی ارشد	کارشناسی	فوق دیپلم	دیپلم	انحراف معیار	میانگین		
۳/۷۵	۲	۱	۱	۶	۲۶/۵۰	۲۶/۵۰	۱۰	آزمایش
۵/۲۵	۲	۲	۲	۴	۲۸/۱۳	۲۸/۱۳	۱۰	کنترل
۴/۵۰	۴	۳	۳	۱۰	۲۷/۳۱	۲۷/۳۱	۲۰	کل

تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$ ، $\chi^2 = 0.69$). در نهایت، بین مدت زمان ازدواج دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$ ، $t = -1.67$ ، $df = 18$).

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین سنی دو گروه آزمایش (۲۶/۵۰) و کنترل (۲۸/۱۳) تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$ ، $t = 0.55$ ، $df = 18$). بین دو گروه در سطح تحصیلات

جدول ۲. یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به نمره‌های رضایت زناشویی، هویت و حل مسئله خانواده

انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر	انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر
۹/۹۲	۵۰/۶۳	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۷۷	۲۵/۳۸	آزمایش	رضایت
۶/۶۷	۴۷/۶۳	کنترل		۴/۴۴	۲۷	کنترل	
۵/۴۴	۴۴/۷۵	آزمایش	پس‌آزمون	۳/۶۸	۳۷/۸۸	آزمایش	زناشویی
۶/۷۱	۵۱/۳۸	کنترل		۳/۸۵	۲۶/۳۸	کنترل	
۱۱/۹۷	۴۹/۳۸	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۴۵	۲۲	آزمایش	ارتباطات
۳/۸۸	۴۸/۳۸	کنترل		۳/۶۶	۲۳/۶۳	کنترل	
۱۱/۱۲	۴۴/۱۳	آزمایش	پس‌آزمون	۵/۶۸	۳۶	آزمایش	حل تعارض
۴/۱۳	۵۱/۶۳	کنترل		۴/۷۶	۲۲/۸۸	کنترل	
۱۲/۳۸	۵۷/۳۸	آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۸۵	۲۶	آزمایش	تحریف
۶/۹۰	۵۶/۲۵	کنترل		۳/۶۰	۲۸/۱۳	کنترل	
۶/۴۱	۵۶/۳۸	آزمایش	پس‌آزمون	۲/۰۵	۳۴/۷۵	آزمایش	آرامی
۹/۱۹	۶۳	کنترل		۳/۱۵	۲۷/۲۵	کنترل	
۶/۹۷	۶۱/۱۳	آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۲۸	۱۳/۷۵	آزمایش	کل رضایت
۴/۶۲	۵۹/۶۳	کنترل		۲/۴۴	۱۴/۶۳	کنترل	
۶/۱۷	۶۷/۸۸	آزمایش	پس‌آزمون	۳/۱۱	۱۹	آزمایش	زناشویی
۴/۰۶	۵۸/۳۸	کنترل		۳/۴۵	۱۴/۲۵	کنترل	
۱۰/۸۳	۷۱	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۸۲	۸۷/۱۳	آزمایش	حل مسئله خانواده
۹/۳۱	۷۹/۶۳	کنترل		۶/۹۶	۹۳/۳۸	کنترل	
۹/۵۷	۱۱۲	آزمایش	پس‌آزمون	۱۱/۲۶	۱۲۷/۶۳	آزمایش	
۸/۱۳	۷۸/۷۵	کنترل		۴/۶۲	۹۰/۷۵	کنترل	

نتایج آزمون لون نیز نشان می‌دهد که واریانس همه متغیرهای پژوهش به‌جز هویت زودرس در بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ($P > 0.05$). بعلاوه، آزمون یکسانی شیب‌خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است ($P > 0.05$). از این‌رو، استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع است (جدول ۴).

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس برای تعیین معناداری تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. با وجود این، ابتدا برای بررسی پیش‌فرض‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون لون استفاده گردید (جدول ۳). نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که متغیرهای پژوهش دارای توزیع طبیعی می‌باشند ($P > 0.01$).

جدول ۳. بررسی مفروضه‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

همگنی واریانس		طبیعی بودن		متغیر	همگنی واریانس		طبیعی بودن		متغیر
		پس‌آزمون	پیش‌آزمون		P	F	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
P	F	P	P		P	F	P	P	
۰/۵۰	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۷۴	هویت سردرگم	۰/۶۸	۰/۱۷	۰/۳۸	۰/۳۳	رضایت زناشویی
۰/۰۴	۴/۶۲	۰/۰۲	۰/۵۳	هویت زودرس	۰/۳۷	۰/۸۴	۰/۴۲	۰/۲۲	ارتباطات
۰/۲۳	۱/۵۳	۰/۷۱	۰/۶۱	هویت دیررس	۰/۴۰	۰/۷۳	۰/۰۷	۰/۰۶	حل تعارض
۰/۱۷	۲/۰۳	۰/۳۲	۰/۴۵	هویت موفق	۰/۷۹	۰/۰۶	۰/۸۴	۰/۲۴	تحریف آرمانی
۰/۱۱	۲/۷۸	۰/۴۴	۰/۲۶	حل مسئله خانواده	۰/۰۵۹	۴/۲۳	۰/۰۷	۰/۷۱	نمره کل رضایت زناشویی

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی، هویت و حل مسئله خانواده

مجذور اتا	P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منبع تغییرات		
						گروه	خطا	
۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۴۰/۵۸	۵۵۱/۰۸	۱	۵۵۱/۰۸	گروه	خطا	رضایت زناشویی
					۱۷۶/۵۲			
۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۳۳/۷۲	۷۵۹/۸۷	۱	۷۵۹/۸۷	گروه	خطا	ارتباطات
					۲۹۲/۹۰			
۰/۷۴	۰/۰۰۰۱	۳۶/۹۶	۲۳۲/۳۵	۱	۲۳۲/۳۵	گروه	خطا	حل تعارض
					۸۴/۱۷			
۰/۳۶	۰/۰۱	۷/۳۰	۸۴/۳۳	۱	۸۴/۳۳	گروه	خطا	تحریف آرمانی
					۱۵۰			
۰/۸۳	۰/۰۰۰۱	۶۳/۸۲	۵۰۶۸/۵۱	۱	۵۰۶۸/۵۱	گروه	خطا	کل رضایت زناشویی
					۱۰۳۲/۳۱			
۰/۳۷	۰/۰۱	۷/۹۱	۲۳۲/۲۲	۱	۲۳۲/۲۲	گروه	خطا	هویت سردرگم
					۳۸۱/۲۱			
۰/۲۶	۰/۰۴	۴/۷۹	۲۵۵/۹۳	۱	۲۵۵/۹۳	گروه	خطا	هویت زودرس
					۶۹۴/۲۳			
۰/۲۶	۰/۰۴	۴/۷۹	۲۰۴/۶۲	۱	۲۰۴/۶۲	گروه	خطا	هویت دیررس
					۵۵۵/۲۹			
۰/۵۳	۰/۰۰۲	۱۴/۸۸	۳۰۱/۳۹	۱	۳۰۱/۳۹	گروه	خطا	هویت موفق
					۲۶۳/۱۶			
۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	۵۴/۶۶	۴۱۹۸/۵۵	۱	۴۱۹۸/۵۵	گروه	خطا	حل مسئله خانواده
					۷۶/۸۰			
				۱۷	۹۹۸/۴۴			

مهارت‌های ارتباطی متعدد خود را ارزیابی کرده و روش‌های تعامل جدیدی را که خود مایل‌اند، انتخاب کنند [۲۰]. از این‌رو، خودتنظیمی استحکام روابط و رضایت و مشارکت زوجها را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد [۲۶]. به‌عبارت‌دیگر، درمان خودتنظیمی با تکیه بر ارزیابی، مذاکره، تعیین هدف و خودتغییری، زوجها را توانا می‌سازد تا رفتار خود را تغییر دهند. همچنین، باعث می‌شود که زوجها با نیازهای همدیگر بیشتر آشنا شوند و همدیگر را بیشتر درک کنند، با عواطف مثبت یکدیگر مواجهه شوند، خواست درونی خود را از همسرشان بخواهند، پایبند به زندگی زناشویی خود شوند، اختلاف سلیقه‌ها و تفاوت‌های بین یکدیگر را بیشتر درک کنند، مسئولیت‌پذیری و نحوه تصمیم‌گیری در مورد مسائل مهم زندگی‌شان را یاد بگیرند، نحوه تعامل، صحبت و گوش‌دادن به یکدیگر را بهبود بخشند، از نقش خود در تعارضات آگاهی یابند و به‌دنبال حل آن باشند. در نتیجه، درمان خودتنظیمی باعث افزایش استحکام روابط، افزایش رضایت زناشویی و مشارکت زوجها شود.

نتایج نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر میانگین نمره‌های مربوط به سبک‌های هویت زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث کاهش میانگین نمره‌های سبک‌های هویت سردرگم، پیش‌رس و دیررس و در مقابل افزایش میانگین نمره‌های سبک هویت موفق زوجها گروه آزمایش می‌شود. هرچند پژوهشی هم‌سو یا ناهم‌سو با یافته‌های پژوهش مشاهده نشد. با این وجود، مارسیا [۱۳] معتقد است که افراد با هویت موفق یک خودتنظیمی درونی شده دارند و خودشان می‌توانند فرآیند خودارزیابی را انجام دهند. به‌خصوص در حالت کنترل رفتار که زوجها دارای هویت موفق می‌توانند با تنظیم رفتار خود بر رابطه‌شان تأثیر بگذارند. همچنین، مشابه مطالعات قبلی نشان داد که هویت فرایند پویا و مادام‌العمری است که با تغییرات مستمر در میزان کاوش و قدرت تعهدات افراد مشخص می‌شود [۳۷] و وضعیت‌های هویتی، ثابت و غیر قابل تغییر نیستند [۳۸]. بعلاوه، هویت فرایند مستمری است که طی آن، مرزهای بین خود و دیگری (شخص - موضوع) شکل می‌گیرد، از بین می‌رود و دوباره بازسازی می‌شود [۳۹]. از این‌رو، در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که درمان خودتنظیمی به زوجها کمک می‌کند به یک خودتنظیمی درونی شده برسند. همچنین به آن‌ها کمک می‌کند به رشد احساس صمیمیت نایل شوند و به دنبال فاصله گرفتن از مردم و همسر خود نباشند. علاوه بر آنچه ذکر شد، یکی از مواردی که خودتنظیمی تأکید زیادی بر آن دارد، مدیریت منابع کنترل و خودتغییری است افرادی که دارای هویت موفق هستند منبع کنترل بیرونی دارند در صورتی که افراد با هویت سردرگم، پیش‌رس و دیررس دارای منبع کنترل درونی هستند. استفاده از رویکرد خودتنظیمی باعث می‌شود افراد از منبع کنترل درونی به سمت منبع کنترل بیرونی پیش روند. یکی دیگر از اهداف مهم در زوج‌درمانی خودتنظیمی توسعه مهارت‌های حل مسئله زوجها است [۲۰]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر افزایش مهارت حل مسئله

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه برای متغیر رضایت زناشویی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر رضایت زناشویی نیز به‌طور معناداری بیش از گروه کنترل است. بررسی مؤلفه‌های رضایت زناشویی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی (۰/۷۵=مجذور اتا، $F=40/58$, $P<0/05$)، ارتباطات (۰/۷۲=مجذور اتا، $F=33/72$, $P<0/05$)، حل تعارض (۰/۷۴=مجذور اتا، $P<0/05$) و خرده‌مقیاس تحریف آرمانی (۰/۳۶=مجذور اتا، $F=7/30$, $P<0/05$) وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد نمره‌های گروه آزمایش در متغیر سبک‌های هویتی به‌طور معناداری بیش از گروه کنترل است. همچنین، نتایج ابعاد سبک‌های هویتی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در خرده مقیاس‌های سبک هویت سردرگم (۰/۳۷=مجذور اتا، $F=7/91$, $P<0/05$)، سبک هویت پیش‌رس (۰/۲۶=مجذور اتا، $F=4/79$, $P<0/05$)، سبک هویت دیررس (۰/۲۶=مجذور اتا، $F=4/79$, $P<0/05$) و سبک هویت موفق (۰/۵۳=مجذور اتا، $F=14/88$, $P<0/05$) وجود دارد. در نهایت، نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که تفاوت معناداری میان نمرات دو گروه در پرسشنامه حل مسئله خانواده وجود دارد (۰/۸۰=مجذور اتا، $F=54/66$, $P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی خودتنظیمی بر رضایت زناشویی، سبک‌های هویتی و حل مسئله خانواده انجام گردید. نتایج حاصل همسو با یافته‌های قبلی [۲۶، ۲۷، ۳۴، ۳۵، ۳۶] نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر افزایش رضایت زناشویی زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد. بررسی خرده مقیاس‌های مقیاس زوجی اتریچ نیز نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر افزایش رضایت زناشویی، ارتباطات و مهارت‌های حل تعارض زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد. از این‌رو، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های قبلی [۲۲، ۲۷، ۳۵] نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث بهبود رابطه زوجها می‌شود. همچنین، همسو با یافته‌های قبلی [۳۴] نشان داد که این رویکرد می‌تواند در حل تعارضات بین زوجها مؤثر باشد. در نهایت، یافته‌های مربوط به خرده‌مقیاس تحریف آرمانی نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی اثر معناداری بر افزایش تحریف آرمانی زوجها گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد.

افزایشی که بیانگر گرایش زوجها گروه آزمایش در پاسخ به سؤال‌ها بر اساس رفتارهای پسندیده اجتماعی است. همچنین، نشان‌دهنده نگاه غیرواقع‌بینانه آن‌ها درباره رابطه زناشویی است. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت درمان خودتنظیمی از طریق بهبود کیفیت ارتباط، مواجهه با عواطف مثبت زوجین و همچنین کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات، موجب ارتقاء کیفیت روابط میان زوجها و افزایش میزان رضایت زناشویی آن‌ها می‌شود [۲۱]. بعلاوه، زوج‌درمانی خودتنظیمی به زوجها کمک می‌کند تا

- mehsana (GUJARAT). Shodh, Samiksha aur Mulyankan (International Research Journal), 2, pp. 11-12.
8. Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 62, pp. 964-980.
9. Gottman, J. M. (1994). *Why Marriages Succeed or Fail*. New York: Simon and Schuster.
۱۰. منصوری‌نیا، آذردهخت، اعتمادی، عذرا، فاتحی‌زاده، مریم-السادات و حسن‌پور، افسانه. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش پیش از ازدواج بر میزان رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان. یافته‌های نو در روانشناسی، ۶، صص. ۷۸-۶۵.
۱۱. امانی، رزیتا و مجذوبی، محمدرضا. (۱۳۹۰). پیش‌بینی سبک‌های هویت بر اساس سبک‌های دلبستگی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۳، صص. ۲۴-۱۳.
۱۲. هاشمی، زهرا و جوکار، بهرام. (۱۳۸۹). بررسی رابطه جهت‌گیری‌های مذهبی اسلامی با ابعاد هویت. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۷، صص. ۷۴-۵۹.
13. Hofer, J., Busch, H., & Kartner, J. (2011). Self regulation and well-being: The influence of identity and motives. *European Journal of Personality*, 25, pp. 211-224.
۱۴. حجازی، الهه و نگهبان‌سلامی، محمود. (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های دلبستگی به والدین و همسالان با سبک‌های هویت در نوجوانان. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۹، صص. ۱۳۱-۱۰۷.
15. Wiley, R. E., & Berman, S. L. (2012). The relationship among caregiver and adolescent identity status, identity distress and psychological adjustment. *Journal of Adolescence*, 35, pp. 1203-1213.
16. Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2007). Efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problem: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 27, pp. 46-57.
- زوج‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارد. ازاین‌رو، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های قبلی [۲۰] نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی باعث افزایش مهارت حل مسئله در بین زوج‌ها شده است. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که درمان خودتنظیمی از طریق آموزش مهارت‌های حل مسئله، به زوج‌ها کمک می‌کند تا بر قابلیت‌ها و نکات مثبت خود تمرکز کنند، نگرش خود را در مورد مسائل زندگی تغییر دهند و در نهایت مهارت‌های حل مسئله خود را افزایش دهند. همچنین به آن‌ها کمک می‌کند یاد بگیرند که چگونه با به‌کارگیری مهارت حل مسئله، تعارضات و مشکلات بین فردی خود را حل کنند و رابطه بهتری با یکدیگر داشته باشند. زیرا که مهارت حل مسئله به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مهم توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش و تنیدگی و مشکلات روانی را کاهش می‌دهد [۱۷].
- در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زوج‌درمانی خودتنظیمی تأثیر بسزایی در افزایش میزان رضایت زناشویی، تعدیل سبک‌های هویت و افزایش مهارت حل مسئله زوج‌ها دارد و زوج درمانگران می‌توانند نقش و اثر زوج‌درمانی خودتنظیمی را در مورد رضایت زناشویی، سبک هویت و حل مسئله در نظر بگیرند.

منابع

1. Shaker, A., Heshmati, R., & Poor Rahimi, M. (2010). Investigation of marital adjustment in people with secure. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, pp. 1823-1826.
2. Canel, A. N. (2013). The development of the Marital Satisfaction Scale (MSS). *Educational Sciences: Theory & Practice*, 13, pp. 97-117.
3. Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development*, 82, pp. 58-68.
4. Loue, S., & Sajatovic, M. (2008). *Encyclopedia of Aging and Public Health*. New York: Springer.
5. Selcuk, E., Zayas, V., & Hazan, C. (2010). Beyond satisfaction: the role of attachment in marital functioning. *Journal of Family Theory and Review*, 2, pp. 258-79.
6. Schoen, R., Astone, N. M., Rotherth, K., Standish, N. J., & Kim, Y. J. (2002). Women employment, marital happiness and divorce. *Social Forces*, 81, pp. 643-662.
7. Chaudhari, N. P., Patel, H. J. (2009). A study marital adjustment among female of urban & rural

- evaluation of the Couple CARE program. *Family Relations*, 53, pp. 469-476.
27. Charker, J. H. (2003). *Self-regulation and wisdom in relationship satisfaction*. Griffith University: Brisbane.
28. میراحمدی، لیلا، احمدی، احمد و بهرامی، فاطمه. (۱۳۹۰). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت به شیوه خودتنظیمی بر سلامت روان و افسردگی زوجین. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۵، صص. ۹۹-۱۱۱.
29. Olson, D. H., Olson, A. K. (2000). *Empowering Couples: Building on Your Strengths*. Minneapolis, MN: Life Innovations, Inc.
30. Asoodeh, M. H., Daneshpour, M., Khalili, S. H., Gholamali Lavasani, M., Abuali Shabani, M., & Dadras, I. (2011). Iranian successful family functioning: communication. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, pp. 367-371.
31. Bennion, L. D., & Adams, G. R. (1986). A revision of the extended version of the objective measure of ego identity status: An identity instrument for use with late adolescents. *Journal Adolescent Research*, 1, pp. 183-198.
۳۲. پاشا، غلامرضا و گودرزیان، مه‌ری. (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های هویت و رشد اخلاقی با مسئولیت‌پذیری در دانشجویان. یافته‌های نو در روانشناسی، ۲، صص. ۸۷-۹۹.
33. Ahmadi, K., Ashrafi, S. M. N., Kimiaee, S. A., Afzali, M. H. (2010). Effect of family problem-solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Sciences*, 10, pp. 682-87.
۳۴. جانباز فریدونی، کبرا، تبریزی، مصطفی و نوایی‌نژاد، شکوه. (۱۳۸۷). اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودنظم بخشی بر افزایش رضایت زناشویی مراجعان درمانگاه فرهنگیان شهرستان بابلسر. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۴، ۱۵، صص: ۲۲۹-۲۱۳.
۳۵. علوی‌زاده، سید محمدرضا. (۱۳۸۹). زوج‌درمانی مبتنی بر خودگردانی کوتاه‌مدت: یاری به زوجین برای کمک به خودشان. مجله اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، ۴، صص: ۳۶-۲۷.
۱۷. برغندان، میترا، عنایتی، صلاح‌الدین و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله به شیوه گروهی بر سلامت عمومی و رضایت زناشویی همسران کارمندان مرد طرح اقماری. مجله یافته‌های نو در روانشناسی، ۲، ۷، صص. ۹۵-۱۰۷.
۱۸. امرالهی، ریحانه، روشن چسلی، رسول، شعیری، محمدرضا و نیک‌آذین، امیر. (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۲۰، صص. ۲۲-۱۱.
۱۹. اعتمادی، احمد و ابراهیمی، لقمان. (۱۳۹۲). تعیین اثربخشی آموزش گروهی خودارزشمندی بر اساس الگوی مبتنی بر اعتباریابی انسان بر افزایش میزان رضایت زناشویی. مجله روانشناسی، ۱۷، صص. ۴۳۵-۴۵۰.
20. Halford, W. K. (2003). *Brief Therapy for Couples Helping Partners Help Themselves*. New York: Guilford Press.
۲۱. هالفورد، کیم. (۲۰۰۴). زوج‌درمانی کوتاه‌مدت. ترجمه مصطفی تبریزی، مژده کاردانی و فروغ جعفری. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات فراروان.
22. Halford, W. K., Sander, M. R., & Behrens, B. C. (1994). Self-regulation in behavioral couple's therapy. *Behaviour Therapy*, 25, pp. 431- 452.
23. Eniola, M. S. (2007). The influence of emotional intelligence and self-regulation strategies on remediation of aggressive behaviours in adolescent visual impairment. *EthnoMed*, 1, pp. 71-77.
24. Shepperd, J. A., Rothman, A. J., Klein, W. M. P. (2011). Self regulation, identity-regulation and health. *Self and Identity*, 10, pp. 281-83.
۲۵. فاتحی‌زاده، مریم، ملکپا، مرضیه و طغیانی، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی به شیوه آموزش خودتنظیمی بر سلامت روان زوجین شاهد و ایثارگر اصفهان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲، صص. ۷۲-۶۱.
26. Halford, W. K., Moore, E. M., Wilson, K. L., Dyer, C., & Farrugia, C. (2004). Benefits of a flexible delivery relationship education: An

36. Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (2001). Can skills training revert relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of Family Psychology*, 15, pp. 750-768.
37. Marisa, Á. Cabral, J., & Matos, P. M. (2011). Identity in university students: The role of parental and romantic attachment. *Journal of Adolescence*, 35, pp. 133-142.
۳۸. غرایبی، بنفشه، عاطف‌وحید، محمدکاظم، دژکام، محمود و محمدیان، مهرداد. (۱۳۸۴). وضعیت هویتی نوجوانان تهرانی. *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱، صص. ۱۶۴-۱۷۵.
39. Kroger, J. (1996). *Identity in Adolescence, the Blance between Self and Others*. New Yourk: Routledg.