

Determining the Effectiveness and Durability of Sexual Problem-Oriented Couple Therapy Based on Islamic Approach on Sexual Issues, Marital Intimacy, and Marital Commitment in Couples Referring to Counseling Centers Over Time

Rahmani Sh¹, *Goudarzi M², Arasteh M³

Author Address

1. PhD in Counseling, Department of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran;

3. Associate Professor, Psychiatry Department, University of Medical Sciences, Kosar Hospital, Psychiatric Ward, Sanandaj, Iran.

*Corresponding Author Email: Mg.sauc@gmail.com

Received: 2021 September 15; Accepted: 2021 November 22

Abstract

Background & Objectives: Dissatisfaction with sex can lead to serious relationship problems. As marital commitment increases, spouses' lives become more flexible, and couples have more peace and mental health. Intimacy is one of the basic needs in a couple's relationship, and at the same time, it brings happiness to every spouse. For the first time, Wincze et al. introduced evidence-based comprehensive treatment approach called sexual problem-solving therapy. The Islamic approach to this treatment method seeks to create a positive attitude about sexual behavior, a sense of satisfaction, pleasure, physical, and psychological vitality more than the relationship between husband and wife. The strengthening of this attitude prevents many sexual problems in couples. So, this study aimed to examine the effectiveness and durability of problem-oriented couple therapy based on an Islamic approach to sexual issues, marital intimacy, and marital commitment in couples referring to counseling centers in Sanandaj City, Iran.

Methods: The present research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and a 3-month follow-up design with a control group. The statistical population included couples referring to Sanandaj counseling centers from September 2018 to September 2019. Among them, 32 volunteered men and women were included in the study by purposive sampling. After homogenization based on demographic variables, they were randomly divided into experimental and control groups (each consisting of 16 couples). The sample size was estimated based on previous studies and considering the maximum standard deviation of 10, $\alpha=0.05$, and 95% test power. The inclusion criteria were as follows: couples who did not suffer from chronic psycho-personality disorders and did not participate in psychological and psychiatric interventions simultaneously, had lived together for at least one year, missed more than two sessions in treatment sessions, and experienced stress. Major events due to unforeseen events, such as the death of a first-degree relative or divorce, were also considered as criteria for excluding participants from the study. Assessment tools included Multidimensional Sexuality Questionnaire (Snell et al., 1993), Marital Commitment Questionnaire (Adams & Jones, 1997), and Marital Intimacy Questionnaire (Thompson & Walker, 1983). The sexual problem-solving couple therapy protocol based on the Islamic approach was performed by a trained instructor for the experimental group, but the control group did not receive training in this area. This Islamic approach was administered in eight 90-minute sessions once a week for two months based on the training package of Ahmadian et al. (2018). To describe the data, tables, central indices, and dispersion indices such as mean and standard deviation were calculated. The variance analysis method with repeated measurement and Bonferroni post hoc test were employed for data analysis using SPSS version 22 software. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: According to the significance of the group effect, the results indicated that the trend of the average score changes from pretest to posttest and follow-up in the experimental group was significantly different from the control group ($p<0.05$). Regarding the variables of sexual issues, marital intimacy, and marital commitment, the differences between the pretest and posttest stages ($p<0.001$) and between the pretest and follow-up stages ($p<0.001$) were significant. Also, the effectiveness of the intervention in the follow-up phase was permanent for the variables of sexual issues ($p=0.560$) and marital intimacy ($p=0.018$). Still, for the marital commitment variable, it did not last ($p<0.001$).

Conclusion: Based on the study finding, sexual problem-oriented couple therapy based on an Islamic approach is effective in improving sexual issues, marital intimacy, and marital commitment in couples, and this effectiveness in sexual issues and marital intimacy is permanent (after three months).

Keywords: Sexual problem-oriented couple therapy based on Islamic approach, Sexual issues, Marital commitment, Marital intimacy.

تعیین اثربخشی و ماندگاری زوج درمانی مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر مسائل جنسی، صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی زوجین در طول زمان

شرمین رحمانی^۱، *محمود گودرزی^۲، مدبر آراسته^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری مشاوره تخصصی، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران؛
۲. استادیار، گروه مشاوره خانواده، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران؛
۳. دانشیار گروه روان پزشکی، سنج، علوم پزشکی کردستان، بیمارستان کوثر، بخش روان پزشکی، سنج، ایران.
* رایانامه نویسنده مسئول: Mg.sauc@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۴ شهریور ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۱ آذر ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: فرایند نسبتاً آموزشی جدید برای زوج های جوان، برنامه مدون آموزش رفتار جنسی و ارتباطی درباره همسران است. هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی و ماندگاری زوج درمانی مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی در زوجین در طول زمان بود.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان سنج در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ و شش ماه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از میان آن ها ۳۲ زوج به روش نمونه گیری هدفمند، داوطلب مشارکت با در نظر گرفتن تحقیقات پیشین وارد مطالعه شدند و بعد از همگن شدن براساس متغیرهای جمعیت شناختی به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه شانزده زوج) قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل پرسش نامه چندوجهی مسائل جنسی (اسنل و همکاران، ۱۹۹۳) و پرسش نامه صمیمیت زناشویی (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳) و پرسش نامه تعهد زناشویی (آدامز و جونز، ۱۹۹۷) بود. درمان مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی در هشت جلسه نود دقیقه ای و هفته ای یک بار به مدت دو ماه براساس بسته آموزشی احمدیان و همکاران (۱۳۹۷) فقط برای گروه آزمایش اجرا شد. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: باتوجه به معنادار بودن اثر گروه، نتایج حاکی از آن بود که روند تغییرات میانگین نمرات از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش به طور معناداری از گروه گواه متفاوت بود ($p < ۰/۰۵$). در متغیرهای مسائل جنسی، صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی، تفاوت بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون ($p < ۰/۰۰۱$) و پیش آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار بود. همچنین اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری برای متغیرهای مسائل جنسی ($p = ۰/۵۶۰$) و صمیمیت زناشویی ($p = ۰/۰۱۸$) ماندگار بود؛ اما برای متغیر تعهد زناشویی ماندگاری نداشت ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت، زوج درمانی مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر بهبود مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی در زوجین اثربخشی دارد و این اثربخشی در مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی در طول زمان (بعد از سه ماه) ماندگار است.

کلیدواژه ها: زوج درمانی مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی، مسائل جنسی، تعهد زناشویی، صمیمیت زناشویی.

نارضایتی از رابطه جنسی^۱ می‌تواند به مشکلات عمیق در روابط زوجین و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، تحقیر، نبود اعتماد به نفس و نظایر آن منجر شود. این مسائل توسط تنش‌ها و اختلافات تقویت می‌شود یا در قالب آن‌ها تجلی می‌یابد و به تدریج شکاف بین همسران را عمیق‌تر می‌کند (۱). آمار دقیق از اختلافات عملکرد جنسی^۲ در زوجین در دست نیست؛ چراکه برخی از پزشکان در پرسیدن سؤال مربوط به فعالیت جنسی احساس راحتی نمی‌کنند و این موضوع نادیده گرفته می‌شود. بیماران نیز گمان می‌کنند با شکایت کردن از فقدان فعالیت جنسی مورد اعتراض قرار خواهند گرفت (۲). پژوهش‌های متنوع نشان می‌دهد، ارتباطات اجتماعی ناسالم، اضطراب، خواب‌آلودگی و کاهش ظرفیت‌های جسمی در افراد دارای مشکلات جنسی، به‌طور درخور توجهی بیشتر از افراد سالم است (۳)؛ همین مسئله تأثیر چشمگیری بر افزایش آمار طلاق داشته است (۴،۵). باتوجه به تحقیقات صورت گرفته در این زمینه هرچه تعهد زناشویی افزایش یابد، زندگی همسران انعطاف‌پذیرتر می‌شود (۸-۶) و زوجین آرامش و سلامت روان بیشتری دارند. از طرف دیگر صمیمیت، از نیازهای اساسی رابطه زن و شوهری به‌شمار می‌رود و درعین حال باعث شادمانی و شادکامی هر همسری می‌شود (۱۱-۹). از آنجاکه به‌تازگی توجه بیشتر به سمت رویکردهای تلفیقی و جدید از سوی الگوی مداخلات بوده است (۱۲)، پژوهش حاضر نیز رویکرد جدید مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی را مدنظر قرار داد.

برای اولین بار وینکزی و همکاران، دست به تدوین و تلفیق رویکردی جامع درمانی مبتنی بر شواهد اثربخشی به نام درمان حل مسئله‌محور جنسی^۳ زدند و پس از تلفیق آن با یافته‌های مطالعات متعدد اثربخشی این راهنمای درمانی اولیه را به‌عنوان راهنمایی جامع و تلفیقی منتشر کردند (۱۳). این شیوه درمانی پس از تدوین بارها توسط محققانی مانند کورونا و همکاران (۱۴) و کلیفتون و همکاران (۱۵) کارآزمایی بالینی شد و توانست در طی چندین مطالعه متعدد مذکور، نتایج اثربخش‌تری را درمقایسه با سایر درمان‌های مشکلات جنسی گزارش کند؛ البته به‌منظور تعمیم‌پذیری مناسب‌تر این شیوه درمانی در جمعیت بالینی و فرهنگ ایران با اقلیت‌های قومی و خرده‌فرهنگ‌های مذهبی، پژوهش‌هایی در این زمینه توسط احمدیان و همکاران (۱۶) صورت گرفت و در یک پژوهش شیوه امکان‌سنجی مفهوم‌سازی و ارزیابی پیامدهای درمانی از مفاهیم نظری آموزه‌های دین اسلام برای تطبیق و الحاق در درمان حل مسئله‌محور جنسی وینکزی در قالب شیوه مطالعه دلفی، تحلیل کیفی و مداخله تجربی اجرا شد. یوسف‌زاده و همکاران (۱۷) و فاتحی‌زاده و همکاران (۱۸) نیز پژوهش‌هایی در زمینه زوج‌درمانی با رویکرد اسلامی انجام دادند و رویکرد اسلامی را در کاهش مشکلات زناشویی اثربخش دانستند. در آیاتی از قرآن کریم مانند آیه‌های ۱۸۷ و ۲۲۲ سوره بقره، آیات ۲۹ تا ۳۱ سوره معراج، آیات ۴۵ و ۵۳ سوره نجم و... و روایات دینی از امام‌علی (ع) و حضرت زهرا (س) در نهج‌البلاغه و حرعاملی و... بحث درباره مسائل

جنسی، کیفیت رابطه زناشویی، چگونگی و بهداشت جسمی و روانی روابط زوجین مطرح شده است. تأمل در آن‌ها ما را به این نکته رهنمون می‌سازد که دین اسلام حداکثر تلاش خود را بر این مبنا قرار داده است که زوجین از یکدیگر رضایت جنسی کامل و جامعی داشته باشند. علاوه بر این در متن دستورات شرعی اسلام همیشه راه‌حلی برای پیشگیری و رفع انحرافات و اختلافات جنسی که مانع رضایت جنسی اصیل برای زوجین بوده، ارائه شده است (۲۱-۱۹).

درواقع رویکرد اسلامی به دنبال ایجاد نگرشی مثبت درباره رفتار جنسی، احساس رضایت، لذت و نشاط جسمی روانی بیشتر از روابط بین زن و شوهر است و تقویت این نگرش مانع بروز بسیاری از مشکلات جنسی زوجین می‌شود و با اصلاح نظام شناختی و طرح‌واره غلط، تصورات ذهنی و برداشت‌های غلط زوجین از رفتار و رابطه جنسی را آموزش می‌دهد (۲۲). از آنجاکه مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زندگی زناشویی قرار دارد و سازگاری در روابط جنسی از عوامل مؤثر در پایداری و صمیمیت خانواده محسوب می‌شود (۲۳) و سالم‌سازی زندگی زناشویی اثر مثبت بر جامعه خواهد داشت (۲۴)، نیازمند به‌کارگیری روش‌های مؤثر و جدید درمانی است؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی و ماندگاری زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی زوجین در طول زمان بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش تحقیق، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان سنندج در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ و شش ماه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۳۲ نفر از زنان و مردان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌شناسی که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس بعد از همگن‌شدن براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی به‌صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه شانزده زوج) قرار گرفتند. حجم نمونه براساس مطالعات انجام‌شده پیشین و با در نظر گرفتن حداکثر انحراف معیار ۱۰ و $a=0/05$ و توان آزمون ۹۵ درصد، ۳۲ نفر برآورد شد (۲۵).

معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: زوج‌هایی بدون اختلالات روانی-شخصیتی مزمن؛ شرکت نکردن هم‌زمان در مداخله‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی؛ داشتن دست‌کم یک سال سابقه زندگی مشترک. غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و بروز استرس‌های بزرگ ناشی از حوادث پیش‌بینی‌نشده مانند مرگ یکی از اقوام درجه اول یا طلاق نیز به‌عنوان معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده

3. Therapy of Sexual Problem-Centered

1. Dissatisfaction with sex

2. Sexual dysfunction

خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

قبل از شروع جلسه اول آموزش، پرسش‌نامه‌ها در اختیار افراد دو گروه قرار گرفت و نمره‌ها ثبت شد (پیش‌آزمون). سپس گروه آزمایش وارد جلسات آموزشی شد. پس از خاتمه جلسات هفتگی، مجدد پرسش‌نامه‌ها به افراد دو گروه داده شد و ثبت نمره‌ها صورت گرفت (پس‌آزمون). سه ماه بعد از پایان جلسات، یک جلسه به‌عنوان پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد و پرسش‌نامه‌ها در اختیار هر دو گروه قرار گرفت و نمرات ثبت شد.

به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ها و جلسات آموزشی زیر استفاده شد.

– پرسش‌نامه چندوجهی مسائل جنسی^۱ (اسنل و همکاران، ۱۹۹۳): این پرسش‌نامه شصت‌سؤالی چندوجهی است. طیف پاسخ‌دهی به این ماده‌ها در طیفی چهاردرجه‌ای (اصلاً، کمی، تا حد متوسط، خیلی زیاد) تنظیم شده است. شامل دوازده زیرمقیاس حرمت جنسی (۱، ۱۳، ۲۵، ۳۷، ۴۹)، اشتغال ذهنی جنسی (۲، ۱۴، ۲۶، ۳۸، ۵۰)، گواه جنسی درونی (۳، ۱۵، ۲۷، ۳۹، ۵۱)، آگاهی جنسی (۴، ۱۶، ۲۸، ۴۰، ۵۲)، انگیزش جنسی (۵، ۱۷، ۲۹، ۴۱، ۵۳)، اضطراب جنسی (۶، ۱۸، ۳۰، ۴۲، ۵۴)، قاطعیت جنسی (۷، ۱۹، ۳۱، ۴۳، ۵۵)، افسردگی جنسی (۸، ۲۰، ۳۲، ۴۴، ۵۶)، گواه جنسی بیرونی (۹، ۲۱، ۳۳، ۴۵، ۵۷)، نظارت جنسی (۱۰، ۲۲، ۳۴، ۴۶، ۵۸)، ترس از رابطه جنسی (۱۱، ۲۳، ۳۵، ۴۷، ۵۹) و رضایت جنسی (۱۲، ۲۴، ۳۶، ۴۸، ۶۰) است. تمام ابعاد مذکور بعد روانی کنش جنسی را ارزیابی می‌کنند. برای نمره‌گذاری، نمره‌های عبارات هر خرده‌مقیاس باهم جمع می‌شود؛ بنابراین نمره‌های بیشتر با میزان بیشتری از تمایل مطابقت دارد. هر خرده‌مقیاس می‌تواند از صفر تا ۲۴۰ متغیر باشد. عبارات ۱۹، ۳۱، ۴۷، ۵۰ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پاسخ عبارت ۶۱ به‌صورت مستقیم تأثیری در نتایج پرسش‌نامه ندارد (۲۶). طبق تحقیق اسنل و همکاران، تمامی این دوازده خرده‌مقیاس از پایایی خوبی برخوردار بود و ضریب آلفای پرسش‌نامه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ در نوسان بود (میانگین ۰/۸۵). پایایی‌های بازآزمون نیز از ۰/۵۰ تا ۰/۸۶ متغیر بود (میانگین ۰/۸۷). ثبت درونی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه چندوجهی مسائل جنسی با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ به‌دست آمد. ضرایب آلفا برای تمامی اعضای نمونه در دوازده خرده‌مقیاس (از خرده‌مقیاس ۱ تا ۱۲) براساس نتایج تحقیق اسنل و همکاران از ۰/۸۰ تا ۰/۹۴ به‌دست آمد. پایایی بازآزمایی نیز برای هر خرده‌مقیاس به‌ترتیب (از ۱ تا ۱۲) از ۰/۶۳ تا ۰/۸۵ بود (۲۶). در ایران این پرسش‌نامه توسط کاظمی و همکاران اعتباریابی شد و برای بررسی روایی پرسش‌نامه، روایی محتوا به‌کار رفت. به این صورت که پرسش‌نامه به دو متخصص بالینی ارائه گردید و از آن‌ها خواسته شد تا میزان انطباق بخش‌های پرسش‌نامه را با سازه‌های مطالعه‌شده از ۱ تا ۳ نمره‌گذاری کنند. ضریب توافق حاصل براساس محاسبه ضریب توافق کندانال برابر با ۰/۴۴ و براساس ضریب همبستگی

پیرسون ۰/۵۳ به‌دست آمد که هر دو در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. برای محاسبه پایایی پرسش‌نامه نیز از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. همسانی درونی ۰/۸۵ و ثبات درونی برای خرده‌مقیاس‌های حرمت جنسی ۰/۷۲، اشتغال ذهنی جنسی ۰/۸۱، کنترل جنسی درونی ۰/۷۲، آگاهی جنسی ۰/۷۳، انگیزش جنسی ۰/۶۹، اضطراب جنسی ۰/۸۵، قاطعیت جنسی ۰/۸۰، افسردگی جنسی ۰/۷۵، کنترل جنسی بیرونی ۰/۶۷، نظارت جنسی ۰/۷۰، ترس از رابطه جنسی ۰/۸۲ و رضایت جنسی ۰/۷۸ به‌دست آمد (۲۷).

– پرسش‌نامه تعهد زناشویی^۲ (آدامز و جونز، ۱۹۹۷): این پرسش‌نامه ۴۵ سؤال دارد و دارای سه جزء است: تعهد به همسر؛ تعهد به ازدواج؛ احساس به تعهد. این پرسش‌نامه براساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم با نمره‌بندی ۱ تا ۵ تنظیم شده است. به هر گزینه نمره‌ای میان ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۱ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۵ داده می‌شود. اکثر سؤالات پرسش‌نامه به‌شکل مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. نمره بیشتر در این پرسش‌نامه، زیادبودن تعهد کلی زوجین را نشان می‌دهد (۲۸). براساس پژوهش آدامز و جونز، این ابزار سازگاری درونی خوبی با ضرایب آلفای ۰/۹۱ و ۰/۸۹ و ۰/۸۶ به‌ترتیب برای تعهد به همسر و تعهد به ازدواج و احساس به تعهد نشان داد (۲۸). برای اعتباریابی این پرسش‌نامه در پژوهش شاه‌سیاه و همکاران، روایی محتوا توسط اساتید مشاوره دانشگاه اصفهان به‌تأیید رسید و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد (۲۹).

– پرسش‌نامه صمیمیت زناشویی^۳ (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳): این پرسش‌نامه، ابزاری هفده‌سؤالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین شد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر مقیاس لیکرتی هفت‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) صورت می‌گیرد. نمره آزمودنی در پرسش‌نامه از طریق جمع نمرات عبارات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. دامنه نمرات بین ۱ تا ۱۷ و نمره بیشتر نشانه صمیمیت بیشتر است (۳۰). ثنایی‌ذاکر این پرسش‌نامه را ترجمه کرد و ضریب پایایی پرسش‌نامه را براساس مطالعه روی صد زوج در اصفهان، ۰/۹۶ به‌دست آورد (۳۱). بهرامی خندابی و همکاران با اجرای هم‌زمان این پرسش‌نامه با مقیاس صمیمیت زناشویی، ضریب همبستگی دو پرسش‌نامه را محاسبه کردند. ضریب همبستگی محاسبه‌شده ۵۸ درصد به‌دست آمد و این پرسش‌نامه با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی بسیار عالی برخوردار بود (۳۲).

– زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی: این درمان در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بسته آموزشی احمدیان و همکاران (۱۶)، فقط برای گروه آزمایش اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به‌تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی زیادی برخوردار است (۱۶). احمدیان و همکاران این بسته آموزشی را در فازهای مختلف شیوه امکان‌سنجی مفهوم‌سازی و ارزیابی پیامدهای درمانی از مفاهیم نظری آموزه‌های دین اسلام برای تطبیق و الحاق در درمان حل مسئله‌محور جنسی در قالب شیوه مطالعه دلفی، تحلیل کیفی و مداخله تجربی تک‌موردی، تدوین کردند (۱۶).

3. Marital Intimacy Questionnaire

1. Multidimensional Sexuality Questionnaire

2. Marital Commitment Questionnaire

همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد سنجیده شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان ارائه شده است.

جدول ۱. برنامه زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی

جلسه	هدف	محتوا	تکنیک
اول	بازسازی شناختی و رفتاری زوجین	مقدمات و چارچوب برنامه درمانی ارزشیابی یکی از زوج‌ها، ارزشیابی زوج دیگر بررسی شده	اصلاح شناختی باورها و نگرش‌های ناکارآمد جنسی زوجین (نود دقیقه)
دوم	بازسازی ساختاری رابطه جنسی	فرمول‌بندی راهبردهای درمان	کاهش اضطراب، خودسرزنشگری و بازدارنده‌های روانی ناشی از سوءبرداشت از مفاهیم دینی (نود دقیقه)
سوم	مهارت‌های مدیریت رفتاری	مرور پیشرفت کار و شناسایی عوامل مؤثر بر عملکرد منفی رابطه جنسی، مرور میزان پیشرفت درک عوامل مثبت و منفی در رابطه بین زوج و مهارت‌های ارتباطی آن‌ها	آرام‌سازی ذهنی تنش‌ها و فشارهای روانی، جسمی و هیجانی زندگی روزانه (نود دقیقه)
چهارم	بهبود کیفیت آمیزش جنسی	مرور پیشرفت کار و شناسایی عوامل مؤثر بر عملکرد منفی رابطه جنسی	ذهن‌آگاهی و تمرکزآزایی، احساس در رابطه جنسی، برنامه افزایش کیفیت تعامل رفتاری در قبل و حین و پس از آمیزش جنسی (نود دقیقه)
پنجم	برنامه افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی اخلاقی	شناسایی همه منابع و راه‌حل‌های این مشکلات	رفع موانع پایبندی عاطفی هیجانی به‌منظور افزایش ضریب پایبندی زناشویی (نود دقیقه)
ششم	بررسی باور و افکار و هیجانات	بحث روی جزئیات تمرین‌های تمرکز حواس	عمق‌بخشی عاطفی هیجانی، اعتماد و امنیت روانی بهبود شاخص‌های کیفیت سبک زندگی (نود دقیقه)
هفتم	توسعه کیفی مهارت‌های غیرجنسی زوجین	حل مشکلات زوج با هرگونه هدف و روش درمانی	افزایش ضریب ایمنی و پذیرش درمانی (نود دقیقه)
هشتم	انطباق احکام اسلامی با مداخلات درمان جنسی	توضیح درباره لزوم پیشگیری از عود و درمان‌های آتی	افزایش ضریب ایمنی و پذیرش درمانی (نود دقیقه)

جدول ۲، میانگین نمرات متغیرهای مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون بهبود یافت و پس از آن در مرحله پیگیری ثابت ماند؛ اما در گروه گواه تغییر چشمگیری دیده نشد.

قبل از انجام روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس و کرویت موچلی و لون بررسی شد. از آنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش شامل صمیمیت زناشویی ($p > 0/05$) و تعهد زناشویی ($p > 0/05$) و مسائل جنسی ($p > 0/05$) معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کواریانس رد نشد. همچنین معنادار نبود هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد ($p > 0/05$) و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود ($p > 0/05$). در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار بود ($p < 0/05$)؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد؛ از این رو، آزمون گرین‌هاوس-گیسر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به کار رفت. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس بین‌گروهی ارائه شده است.

برای توصیف داده‌ها، جدول‌ها و نیز شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. شایان ذکر است، به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون لامبدای ویلکز و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش با استفاده از آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش $45/20 \pm 9/39$ سال و در گروه گواه $46 \pm 9/81$ سال بود. بین دو گروه از نظر سن تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0/865$). از نظر زمان گذشته از ازدواج بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p = 0/941$). نتایج نشان داد، دو گروه از نظر سطح تحصیلات تفاوت معناداری نداشتند ($p = 0/107$). در ابتدا در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مراحل گزارش شده است. براساس

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی به عنوان متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مسائل جنسی	آزمایش	۹۰/۸۴	۱۲/۲۱	۱۱۵/۵۶	۱۹/۰۷	۱۱۵/۸۸	۱۰/۲۸
	گواه	۱۰۲/۶۶	۷/۱۸	۱۱۲/۲۵	۹/۳۵	۱۰۷/۰۹	۸/۶۵
صمیمیت زناشویی	آزمایش	۳۵/۶۹	۴/۱۱	۶۱/۵۹	۶/۵۴	۶۲/۸۱	۶/۳۲
	گواه	۳۵/۲۴	۲/۷۲	۳۴/۵۰	۳/۳۹	۳۵/۹۷	۳/۵۷
تعهد زناشویی	آزمایش	۱۳۱/۳۸	۵/۷۹	۱۳۲/۳۸	۸/۳۳	۱۳۱/۷۸	۱۰/۵۲
	گواه	۱۲۸/۶۶	۵/۳۰	۱۱۱/۲۸	۷/۷۶	۹۹/۵۹	۶/۱۲

جدول ۳. نتایج روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	مجذور اتا
مسائل جنسی	اثرات زمان	۲	۳۸/۶۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۳
	اثرات بین‌گروهی	۱	۳۲/۸۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۲
	اثر متقابل زمان و گروه	۳۰	۳/۳۶۵	۰/۰۳۲	۰/۱۴۴
صمیمیت زناشویی	اثرات زمان	۲	۱۶۵/۳۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۶
	اثرات بین‌گروهی	۱	۱۹۰/۹۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۴
	اثر متقابل زمان و گروه	۳۰	۱۴۲/۵۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
تعهد زناشویی	اثرات زمان	۲	۵۷/۱۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۶
	اثرات بین‌گروهی	۱	۸۷/۰۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
	اثر متقابل زمان و گروه	۳۰	۳/۹۳۱	۰/۰۴۷	۰/۱۱۶

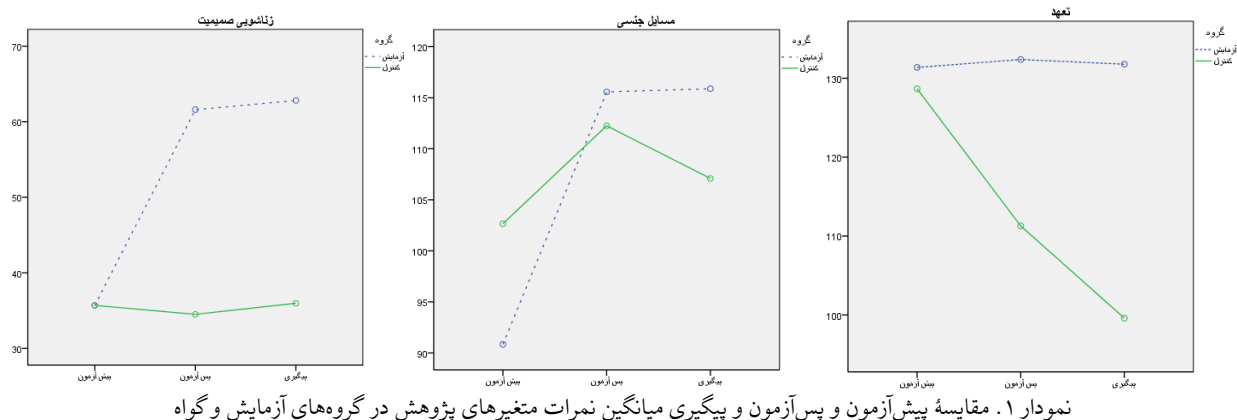
در جدول ۳ مشاهده می‌شود، زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی به‌طور معناداری منجر به بهبود مسائل جنسی (اثر گروه: $p < ۰/۰۰۱$ ، اثر زمان: $p < ۰/۰۰۱$ ، اثر متقابل زمان و گروه: $p = ۰/۰۳۲$) و صمیمیت زناشویی (اثر گروه: $p < ۰/۰۰۱$ ، اثر زمان: $p < ۰/۰۰۱$ ، اثر متقابل زمان و گروه: $p < ۰/۰۰۱$) و تعهد زناشویی (اثر گروه: $p < ۰/۰۰۱$ ، اثر زمان: $p < ۰/۰۰۱$ ، اثر متقابل زمان و گروه: $p = ۰/۰۴۷$) شد. باتوجه به معنادار بودن اثر گروه، این نتایج حاکی از آن بود که روند تغییرات میانگین نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش به‌طور معناداری از گروه گواه متفاوت بود ($p < ۰/۰۵$). در جدول ۴ یافته‌های آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات متغیرهای پژوهش بین زمان‌های اندازه‌گیری در گروه آزمایش ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات متغیرهای پژوهش بین زمان‌های اندازه‌گیری

متغیر	مرحله A	مرحله B	تفاوت میانگین‌ها A-B	انحراف معیار	مقدار p
مسائل جنسی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۷/۱۵۶	۲/۶۳۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۴/۷۳۴	۱/۷۹۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۴۲۲	۱/۷۹۲	۰/۵۶۰
صمیمیت زناشویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۲/۳۵۹	۰/۹۶۰	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۳/۷۰۳	۰/۹۷۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۳۴۴	۰/۴۵۳	۰/۰۱۸
تعهد زناشویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۱۸۸	۱/۴۲۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۴/۳۲۸	۱/۵۸۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۶/۱۴۱	۰/۹۴۶	<۰/۰۰۱

باتوجه به جدول ۴، در گروه آزمایش، میانگین نمرات متغیر مسائل جنسی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پس‌آزمون به پیگیری افزایش یافت که اثربخشی مداخله زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی را نشان داد. در متغیر مسائل جنسی تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < ۰/۰۰۱$) و بین مراحل پیش‌آزمون و

مبتنی بر رویکرد اسلامی را نشان داد؛ همچنین، در متغیر تعهد زناشویی تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/001$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/001$) معنادار بود. تفاوت بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز معنادار به دست آمد که باتوجه به کاهش معنادار میانگین نمرات، ماندگار نبودن تأثیر مداخله را در این متغیر در مرحله پیگیری مشخص کرد ($p < 0/001$). همچنین در نمودار ۱ مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری میانگین مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی در گروه آزمایش و گواه آمده است.



نمودار ۱. مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

۴ بحث

حکیمانه و دقیق اسلام در حیطه مسائل زناشویی، در کاربردی‌ترکردن این شیوه درمانی دخیل است. پژوهش‌های عیسی‌زاده (۷) و شاپیرو و همکاران (۱۰) درباره اثربخشی درمان مسئله‌محور بر تعهد زوجین نتایج مشابهی را نشان داد. در تبیین این نتایج لازم است به مبانی و شیوه‌های استفاده‌شده در جلسات زوج‌درمانی این الگوی درمانی اشاره‌ای شود؛ چنان‌که فرانکلین و همکاران بیان کردند، بیشترین اثربخشی درمان حل مسئله‌محور به استفاده از شیوه‌هایی مانند شیوه قدرت‌گرایی و آینده‌گرایی مربوط است و این نگاه باعث امیدواری مراجع می‌شود؛ چراکه به جای تمرکز بر کمبودها و ضعف‌ها بر نقاط قوت آنان تمرکز می‌کند و این امر به مراجع قدرت می‌دهد بتواند با استفاده از منابع خود بر مشکلات پیروز شود (۳۳). درمانگر حل مسئله‌محور، مراجعان را برای کشف منابع خود به‌طوری‌که قادر باشند در خود تغییر ایجاد کنند، توانمند می‌سازد (۳۴). برای بهترشدن اوضاع، هرگونه تغییری کارساز خواهد بود و تنها چیزی که انسان می‌تواند از تغییر آن اطمینان داشته باشد، خود او است (۳۵)؛ بنابراین، در جلسات این پژوهش هریک از زوجین متوجه شدند، منبع تغییر موقعیت کنونی خود آن‌ها هستند و هریک از همسران برای بهترشدن اوضاع زندگی زناشویی باید از تغییر فکر و هیجان و رفتار خود شروع کنند و الزاماً نباید منتظر اقدامات اصلاحی از سمت همسرشان باشند و این اساسی‌ترین و اولین اقدام در جهت بهبود روابط زوجین است (۳۶).

استخراج لحظات بدون مشکل باعث می‌شود زوجین به‌صورت پویا فکر کنند و دریابند در آن زمان‌ها چگونه رفتار کرده‌اند که سبب ایجاد آرامش بین آن‌ها شده است. از آنجاکه در این رویکرد توجه درمانگر به نقاط قوت زوجین است و به آن‌ها به‌عنوان متخصصان شایسته و

زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی بود. در متغیر صمیمیت زناشویی تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p < 0/001$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0/001$) معنادار به دست آمد؛ همچنین تفاوت بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود که باتوجه به افزایش معنادار میانگین نمرات، ماندگاری تأثیر مداخله در مرحله پیگیری را مشخص کرد ($p = 0/018$). در گروه آزمایش، میانگین نمرات متغیر تعهد زناشویی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت که اثربخشی زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی

هدف از پرداختن به این پژوهش تعیین اثربخشی و ماندگاری زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سنج در طول زمان بود. نتایج اثربخشی زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی را بر بهبود مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی و تعهد زناشویی در زوجین گروه آزمایش نشان داد؛ همچنین این اثربخشی در طول زمان برای متغیرهای مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی ماندگار بود. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با نتایج مطالعات رضایی و همکاران (۸) و حسینی زند و همکاران (۹) همسوست. رضایی و همکاران دریافتند، آموزش زوج‌درمانی اسلام‌محور، تعهد زناشویی زوجین و ابعاد آن را افزایش می‌دهد (۸). حسینی زند و همکاران به این نتیجه رسیدند که آموزش زوج‌درمانی براساس آموزه‌های اسلامی باعث افزایش صمیمیت جنسی زوجین می‌شود و این افزایش تا مرحله پیگیری ادامه دارد (۹).

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، در گروه آزمایش هر دو جنس مشارکت فعالانه‌ای داشتند و نظرهای خود را به‌نحو خوبی بیان کردند و تکالیف را انجام دادند. هنگامی که یک نفر تغییر می‌کند، اثر گلوله برفی اتفاق می‌افتد و در بسیاری از مواقع هنگامی که زن تغییر می‌کند و از موضع خشک به موضع انعطاف‌پذیرانه‌تری متمایل می‌شود، مرد نیز منعطف‌تر پاسخ می‌دهد. زمانی که زوجین می‌آموزند مسئولیت شخصی خود را برای تعارض در زندگی بپذیرند، هر دو احساس بهتری درباره خود و رابطه خواهند داشت (۳). این نکته را نباید نادیده گرفت که میزان تقیدات مذهبی و دغدغه افراد برای آگاهی و اجرای دستورهای دینی و میزان پذیرش آن‌ها درقبال باید‌ها و نباید‌های

توانایی نگاه می‌کند که قادر به تشخیص و شکل‌دهی راه‌حل‌ها هستند، در دل همسران احساس توانمندی و امید به وجود می‌آید و برای پیداکردن راه‌حل برانگیخته می‌شوند. درواقع توانایی درمانگر در ایجاد امید در مراجع، قلب روحانی درمان حل مسئله‌محور است و تعهد وی را تقویت می‌کند (۳۷)؛ البته نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های بیشتری همچون نتایج مطالعه جدیری و همکاران مبنی بر افزایش معنادار رضایت و صمیمیت زناشویی به کمک زوج‌درمانی با رویکرد دینی (۱۱) و یافته‌های مطالعات مهدوی و نسیمی (۳۸) و احمدیان و همکاران (۱۶) مبنی بر اثربخشی رویکرد حل مسئله‌محور اسلامی، همسوست. نتایج پژوهش دیویدسون و جان‌گری نشان داد، افراد دارای سطح مذهبی بالاتر، ثبات زناشویی بیشتری دارند و از ازدواج خود راضی‌تر هستند (۳۹). درمان حل مسئله‌محور تمرکز بر منابع شخصی و ایجاد امید در مراجعان و یافتن راه‌حل‌های مختلف برای مشکلات آنان با کمک خودشان است. این دیدگاه، رویکردی قابلیت‌محور است و به توانمندی‌های افراد برای حل مشکلاتشان اعتقاد دارد؛ همچنین از آنجاکه تمرکز بر مسائل تغییرپذیر است و نه مسائل تغییرناپذیر، تغییر در مراجعان اجتناب‌ناپذیر خواهد بود و بدون شک اتفاق خواهد افتاد (۴۰). زوج‌درمانی حل مسئله‌محور مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد زوجین می‌آورد و آن‌ها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب مشکل را نابود کنند و راه‌حل‌های طولانی‌مدت را توسعه دهند. تغییر یکی از زوجین موجب تغییر افراد دیگر در سیستم می‌شود (۳۸). همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه شیخ‌الاسلامی و همکاران مبنی بر اثر سلامت معنوی بر رضایت جنسی زناشویی (۴۱) همخوان است. مرور نمرات مراجعان تحت درمان با زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی نشان داد، در مرحله پیگیری درمانی نمره مراجعان در شاخص چندوجهی مسائل جنسی افزایش بیشتری درمقایسه با جلسه درمانی نهایی داشته و با گذشت سه ماه پس از درمان این روند در حفظ درمان همچنان ادامه یافته است؛ همچنین این روند در بررسی شاخص صمیمیت زناشویی مراجعان، مثبت بوده و نمرات پیگیری پس از درمان افزایش نیز یافته است. این نتایج حاکی از آن بود که تمام مراجعان پس از فرایند درمان و دوره پیگیری سه‌ماهه فاقد علائم و ملاک‌های اصلی برای تشخیص مشکلات جنسی بوده‌اند و به دلیل ابعاد کیفی نگر و فرایندمحور تکنیک‌های درمانی مستخرج از آموزه‌های اسلامی، رشد مناسبی در تعهد زناشویی و صمیمیت زناشویی و مسائل جنسی مشاهده شده است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که زوج‌درمانی مسئله‌محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی بر بهبود مسائل جنسی و تعهد زناشویی و صمیمیت زناشویی اثربخشی دارد و این اثربخشی در مسائل جنسی و صمیمیت زناشویی در طول زمان (بعد از سه ماه) ماندگار است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی کارکنان اداره کل بهزیستی استان کردستان که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنجاب با کد اخلاق مصوب از دانشگاه علوم پزشکی کردستان IR.MUK.REC.1397/5053 است. در این پژوهش پیش از آغاز مصاحبه درباره مسائل اخلاقی با مصاحبه‌شوندگان گفت‌وگو شد؛ درباره اینکه نام و نشانی از آن‌ها فاش نخواهد شد و همه نام‌ها به صورت مستعار خواهد بود؛ همچنین مصاحبه‌شوندگان حق داشتند به پرسش‌هایی که آن‌ها را معذب می‌کند، پاسخ ندهند؛ به علاوه به آن‌ها اطمینان داده شد فردی جز پژوهشگران مجاز به شنیدن و خواندن مصاحبه‌ها نیست و پس از تحلیل، مصاحبه‌ها از بین خواهد رفت.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌ها و مواد از طریق آدرس اینترنتی Rahmanysharmin9@gmail.com دردسترس است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار مالی برای انجام این پژوهش توسط دانشجو تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

شرمین رحمانی به عنوان دانشجوی دکتری، مجری تمامی مراحل پایان‌نامه از جمله جمع‌آوری داده‌ها و آنالیز و تفسیر بود. دکتر محمود گودرزی استاد راهنمای پایان‌نامه مربوط، ارائه ایده پژوهشی و رفع اشکالات یا طراحی مطالعه را انجام داد. دکتر مدبر آراسته راهنمای آنالیز و تفسیر و استاد مشاور پایان‌نامه بود.

References

1. Sayadi M, Tazik SS, Madani Y, Lavasani MG. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital commitment and couple burnout in infertile couples. Journal of Education and Community Health. 2017;4(3):26–37. [Persian]
2. Ahmadnia E, Haseli A, Karamat A. Therapeutic Interventions conducted on improving women's sexual satisfaction and function during reproductive ages in Iran: a systematic review. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2017;27(153):146–62. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-9686-en.pdf>
3. Heyrat A, Sharifi E, Fatehizadeh M, Ahmadi SA. The effect of Islamic orientation couple therapy on couples' optimism in Isfahan. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2011;1(1):9–22. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17277_44153a5370dc3637393261f07e72c0c1.pdf

4. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Saei R, Moosavi S. Effects of methadone maintenance therapy on sexual function in drug-dependent men. *Koomesh*. 2016;17(4):796–802. [Persian] <https://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-2489-en.pdf>
5. Rezapour Mirsaleh Y, Esmaeilzadeh M, Farahbakhsh K. The effectiveness of Islamic ontology teachings on increasing the level of marital satisfaction among married women. *Ravanshenasi va Din*. 2013;6(2):5–18. [Persian] http://ravanshenasi.nashriyat.ir/sites/ravanshenasi.nashriyat.ir/files/1_15.pdf
6. Hadi S, Eskandari H, Sohrabi F, Motamedi A, Farokhi NA. Structural models predict marital commitment based on attachment styles and mediator variables self-control and early maladaptive schemas (in people with emotional extramarital relations). *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2016;7(28):33–60. [Persian] https://qccpc.atu.ac.ir/article_7090_17d61758b314060ec73ec81f49f239f9.pdf
7. Isazadeh S. Asarbakhshi zojdarmani sistemi shenakhti Guttman bar rezayat jensi, bakhshoudegi, shadkami va tarhvharehaye nasazegar zojeyn [The effectiveness of Guttman cognitive–systemic couple therapy on sexual satisfaction, forgiveness, happiness and incompatible schemes of couples] [M.A. Thesis]. [Tehran, Iran]: Payame Noor University; 2013. [Persian]
8. Rezaie J, Ahmadi SA, Etemadi SA, Rezaie Hoseinabadi M, Shahdoost M. Ta'asir amoozesh sabk-e zendegi Eslam mehvar ba ta'kid bar nezam khanevadeh bar samimiati zojeyn Arak [The effect of Islamic lifestyle education with emphasis on family system on the intimacy of Arak couples]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2013;9(3):79–106. [Persian]
9. Hosseini Zand M, Shafiabadi A, Soudani M. Effectiveness of Islamic couple therapy on sexual intimacy among couples attending in Nikan Clinic Tehran. *New Findings in Psychology*. 2012;8(25):27–39. [Persian]
10. Shapiro AF, Gottman JM, Fink BC. Short-term change in couples' conflict following a transition to parenthood intervention. *Couple Family Psychol*. 2015;4(4):239–51. <https://doi.org/10.1037/cfp0000051>
11. Jodari J, Fathi A, Motabi F, HasanAbadi H. Theoretical foundations of lifestyle from the view of The Holy Quran. *Studies in Islam and Psychology*. 2017;11(20):7–37. [Persian] <https://dx.doi.org/10.30471/psy.2017.1366>
12. Saemi H, Basharat MA, AsgharnejadFarid AA. Predicting marital adjustment based on marital intimacy and deficit emotional regulate. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(78):635–46. [Persian] <https://psychologicalscience.ir/article-1-56-en.pdf>
13. Wincze JP, Bach AK, Barlow DH. Sexual dysfunction. In: Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press; 2008. pp: 615–61.
14. Corona G, Rastrelli G, Monami M, Maseroli E, Jannini EA, Balercia G, et al. Frequency of sexual activity and cardiovascular risk in subjects with erectile dysfunction: cross-sectional and longitudinal analyses. *Andrology*. 2013;1(6):864–71. <https://doi.org/10.1111/j.2047-2927.2013.00139.x>
15. Clifton J, Seehuus M, Rellini AH. Testing cognitive predictors of individual differences in the sexual psychophysiological responses of sexually functional women. *Psychophysiology*. 2015;52(7):957–68. <https://doi.org/10.1111/psyp.12423>
16. Ahmadian A, Hatami M, Tajik AA, Zahrakar K, Hasani J. The effectiveness of problem-solving oriented sex therapy based on the Islamic approach for couple's sexual problems (Feasibility study, compilation of conceptual model and initial therapeutic outcomes). *Women Studies*. 2018;9(23):37–71. [Persian] https://womenstudy.ihs.ac.ir/article_3151_fa29139012cea7340d1fba7ee2148cab.pdf
17. Yousefzadeh S, Golmakani N, Namini F. The comparison of sex education with and without religious thoughts in sexual function of married women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2017;5(2):904–10. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22038/jmrh.2017.8384>
18. Fatehizadeh M, Esfahani NB, Parcham A. Managing marital conflict Approach to problem solving from the perspective of family counseling and Islam. *Womens Strategic Studies*. 2017;19(74):67–91. [Persian] <https://doi.org/10.22095/JWSS.2017.49928>
19. Azarbajani M, Pasandide A, Janbozorgi M. Internal management of family system according to the forgiveness verses and traditions (based on short-term release–disclosure intervention). *Revelatory Ethics*. 2017;7(2):33–56. [Persian] http://ethics.isramags.ir/article_64929_3bd35887810e5113158415a22383c273.pdf
20. Al-Hurr al-Amili. *Wasa'il al-Shia*. Qom: Al-Bayt Pub; 1991. [Arabic]
21. Torkashvand J. A psychological analysis of nashouh and the triple solutions in Quran. *Studies in Islam and Psychology*. 2015;9(17):133–52. [Persian] http://islamicpsy.rihu.ac.ir/article_954_715ee6b287c496edf53604a5d279b3a8.pdf
22. Danesh E. The impact of Islamic self-knowledge on marital improvement adjustment. *Journal of Counseling Research*. 2004;3(11):8–30. [Persian]
23. Alikhani M, Eskandari H. Theorizing the process of coping with sexual disorders leading to marital conflicts based on grounded theory approach. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2014;4(1):1–12. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17318_cb453cfd5962d3377d43c99e709e0d7a.pdf

24. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K, Gohari S. The effect of sex education on sexual intimacy of married women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;2(1):34–42. [Persian] <https://ijpn.ir/article-1-286-fa.pdf>
25. Bahadori A, Kalthornia Golkar M, Pashang S. Group mindfulness-based cognitive therapy on weight, body image, and self-esteem in obese individuals. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021;11:52. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-2110-en.pdf>
26. Snell WE, Fisher TD, Walters AS. The Multidimensional Sexuality Questionnaire: an objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*. 1993;6(1):27–55. <https://doi.org/10.1007/BF00849744>
27. Kazami H, Chorbani M, Bahreini-Borujeni M, Sepehri-Borujeni K. Comparison of psychosexual problems between substance dependence patients. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2014;16(1):1–10. [Persian] <http://journal.skums.ac.ir/article-1-1136-en.pdf>
28. Adams JM, Jones WH. The conceptualization of marital commitment: an integrative analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997;72(5):1177–96. doi: [10.1037/0022-3514.72.5.1177](https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.5.1177)
29. Shahsiah M, Bahrami F, Mohebbi S. On the relationship between sexual satisfaction and marital commitment among couples in Shahreza city, central part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009;11(43):233–8. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2009.1556>
30. Walker AJ, Thompson L. Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and Family*. 1983;45(4):841–9. <https://doi.org/10.2307/351796>
31. Sanaie Zaker B. Marriage; Its motivations, pitfalls and health. *Educational Research*. 2000;(3–4):19–43. [Persian]
32. Bahrami Khondabi F, Olia N, Fatehizadeh M. Sakht va ta'ain ravaie va payaie azmoon samimiat zojeyn [Constructing and determining the validity and reliability of the couple intimacy test]. In: *The 8th Research Week of Isfahan University*. Isfahan, Iran: Isfahan University; 2005. [Persian]
33. Franklin C, Zhang A, Froerer A, Johnson S. Solution focused brief therapy: a systematic review and meta-summary of process research. *J Marital Fam Ther*. 2017;43(1):16–30. <https://doi.org/10.1111/jmft.12193>
34. Momeni K, Kavousi Omid S, Amani R. Predicting marital commitment on the basis of differentiation of self, family adaptability and cohesion, and marital intimacy. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2015;1(2):46–58. [Persian] <http://fpcej.ir/article-1-98-en.pdf>
35. Ratner H, George E, Iveson C. Solution focused brief therapy: 100 key points and techniques. Najimi M, Jafari M, Akhondi-darzi M. (Persian translators). Tehran: Savalan Pub; 2018.
36. Macdonald A. Solution-focused therapy: theory, research & practice. Moziri A, Naderi F, Khodadadi J, Nazari AM. (Persian translator). Tehran: Elm Pub; 2016.
37. Nazari A, Beyrami M. The study of effects of solution-focused counseling on subscales of aggression, togetherness, financial issues, and sex of marital satisfaction of dual-career couples. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2008;3(9):93–117. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4348_eaafed97f058c828f82d26e7dac02688.pdf
38. Mahdavi SMS, Nasimi M. Barrasi jame shenakhti rezayat zanan az monasebat zanashouie [Sociological study of women's satisfaction with marital relations]. *Journal of Social Sciences*. 2008;2(3):5–26. [Persian]
39. Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;45(2):170–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.019>
40. Mohammadyari E, Hosseini S. A meta-analysis of the effectiveness of solution-focused (brief) therapy on couples therapy (Iran, 2006-2017). *The Women and Families Cultural-Educational*. 2018;13(43):33–52. [Persian] https://cwfs.ihu.ac.ir/article_201736_fe6b2fa09bf4646eccb7ab1bafc1ac56.pdf
41. Sheykholeslami A, Khodakarimi S, Dadashzadeh M. Prediction of marital commitment based on sexual well-being and spiritual health with the mediatory role of responsibility. *Religion and Health*. 2017;5(1):21–31. [Persian] <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-401-fa.html>