MEJDS. 2020; 10:230.

Published online 2021 March. **Research Article**

The Effects of Emotion-Focused Therapy on Marital Happiness and Sexual Functioning

Ezzodin F[1], *Rahimian Boogar I[2], Moazedian A[3], Sotodehasl N[4]

Author Address
1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran;
2. Associate Professor of Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
***Corresponding author's email:** i_rahimian@semnan.ac.ir

Received: 2020 August 16; **Accepted:** 2020 October 4

Abstract

Background & Objectives: Marriage and specifically emotional exchange between couples is among the strongest positive emotions and can increase their happiness. Marital Happiness (MH) is the main factor in predicting overall happiness in men and women. Given the complex nature of marital relationships and the effects of emotions, needs, fears, and attachments on couples' relationships, it is essential to develop effective interventions to help couples. Furthermore, numerous couples seek help from couple therapists and family counselors due to problems related to MH and Sexual Functioning (SF). Therefore, to treat and solve marital problems, effective methods on MH and SF should be revived. This study aimed to survey the effects of Emotion–Focused Therapy (EFT) on MH and SF.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of the present study consisted of all couples in Tehran City, Iran, in 2019. The study participants were selected by the convenience sampling method. The sample size was calculated by G*Power software. The required number of samples was calculated based on similar studies, considering the effect size of 0.40, confidence level of 0.95, test power of 0.80, and the rate of loss of 10% per group of 15 subjects. The study samples included 30 couples who obtained scores below the cut–off point in the questionnaires, including the Female Sexual Function Index (score 26), the International Index of Erectile Function (lower than score 35), and the Marital Happiness Scale (score 50). The study participants who met the inclusion/exclusion criteria of the research were recruited from psychology clinics and randomly assigned to the experimental and control groups (n=15 couples/group). The study groups were matched in terms of age, gender, and educational level. The inclusion criteria of the research were couples who have been married for 3–10 years; a minimum diploma education; no biopsychological problems, and volunteering to participate in the research. Besides, the exclusion criterion was the non–observance of the group rules, i.e., stated in the first session and absence from >1 sessions. The research tools were conducted in pretest, posttest, and follow–up phases. After completing the pretest, the intervention group received 11 two–hour weekly sessions based on Johnson et al.'s (1999) training package; however, the controls received no intervention during this period. The repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni posthoc test were used in SPSS for data analysis. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The obtained results indicated that the ANOVA data of MH was significant for time effect (p<0.001) and group effect (p<0.001) and the effect size of a group intervention for MH equaled 0.64; Additionally, ANOVA data of male's SF for time effect (p<0.001) and group effect (p<0.001) was significant and the effect of a group intervention for male SF was measured as 0.44. Additionally, ANOVA data of female's SF was significant for time effect (p<0.001) and group effect (p<0.001), and the effect size of a group intervention for female's SF was equal to 0.59. Thus, MH and SF of men and women suggested a significant difference between the experimental and control groups during the research stages, which indicated the effect of the intervention. Furthermore, the posttest scores of MH in the experimental group were higher than those of the pretest (p<0.001). The follow–up scores of MH were significantly different from those of the pretest and posttest stages (p<0.001). Moreover, the posttest scores of male's SF in the experimental group were higher than that of the pretest (p<0.001). Male's SF follow–up scores were significantly different from those of the pretest and posttest stages (p<0.001). Additionally, the posttest scores of female's SF in the experimental group were lower than those in the pretest (p<0.001). Female's SF scores of the follow–up stage were significantly different from the pretest stage (p<0.001); however, no significant difference was observed between the posttest and follow–up stages (p=0.486). The collected results signified the effectiveness of EF couple therapy in the follow–up phase concerning MH and SF, i.e., significantly increased and continued. However, it remained stable for women's SF.

Conclusion: Based on the present study findings, EFT is an effective method to increase MH and SF in couples. Therefore, it is recommended that counselors and therapists use EF couple therapy to improve MH and SF in couples.

Keywords: Emotion–Focused therapy, Marital happiness, Sexual functioning.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۳۰.

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین

فریبا عزالدین[۱]، *اسحاق رحیمیان بوگر[۲]، آمنه معاضدیان[۳]، نعمت ستوده اصل[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران؛

۲. دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** i_rahimian@semnan.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۶ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به ماهیت پیچیدهٔ روابط زناشویی و تأثیر هیجان‌ها، نیازها، ترس‌ها و دلبستگی بر روابط زوج‌ها، ضروری است مداخلات مؤثری برای کمک به زوج‌ها انجام شود؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زوجین شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که از بین آن‌ها سی زوج به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (پانزده زوج) و گروه گواه (پانزده زوج) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از شاخص عملکرد جنسی زنان (روزن و همکاران، ۲۰۰۰)، شاخص بین‌المللی ارزیابی عملکرد جنسی مردان (روزن و همکاران، ۱۹۹۷) و مقیاس شادمانی زناشویی (آزرین و همکاران، ۱۹۷۳) جمع‌آوری شد. گروه آموزش درمان هیجان‌مدار را براساس بستهٔ آموزشی جانسون و همکاران (۱۹۹۹) طی یازده جلسهٔ دوساعته دریافت کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار موجب بهبود نمرات شادکامی زناشویی، عملکرد جنسی مردان و عملکرد جنسی زنان در گروه آزمایش شد ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار در مرحلهٔ پیگیری برای دو متغیر شادکامی و عملکرد جنسی مردان افزایش معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما برای متغیر عملکرد جنسی زنان ماندگار بود ($p=۰/۴۸۶$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، درمان هیجان‌مدار روشی مؤثر برای افزایش شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین است.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، شادکامی زناشویی، عملکرد جنسی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]

۱ مقدمه

ازدواج و به‌طور مشخص تبادل عاطفی میان زوجین، از قوی‌ترین هیجان‌های مثبت محسوب می‌شود و می‌تواند شادکامی آن‌ها را افزایش دهد (۱). شادکامی زناشویی[1] مهم‌ترین فاکتور برای پیش‌بینی شادکامی کلی در زنان و مردان است. افرادی که سطوح کمتری از شادکامی را در ازدواجشان گزارش کردند، سلامت روان‌شناختی کمتری داشتند (۲). شادکامی زناشویی عبارت است از ارزیابی کلی فرد از میزان شادکامی در ابعاد مختلف ازدواجش. مطالعات نشان داده است، افرادی که در یک ازدواج پایدار باقی می‌مانند، دامنهٔ گسترده‌تری از شادکامی زناشویی را گزارش می‌کنند. گاتمن و همکاران از شادکامی زناشویی به‌عنوان احساس افراد دربارهٔ ازدواج یاد کرده‌اند (۳). افراد دارای شادکامی زناشویی درمقایسه با همتایانشان که بدون شادکامی زناشویی بوده‌اند، کارکرد بهتر و روابط جنسی منظم‌تر و رضایت‌بخش‌تری در روابط زناشویی مطرح کرده‌اند؛ همین‌طور احتمال طلاق آن‌ها در آینده درصد بسیار کمتری دارد (۴).

یکی از عوامل مؤثر بر میزان شادکامی زوجین، عملکرد جنسی زوجین است (۵). عملکرد جنسی، جنبهٔ مهمی از کیفیت زندگی زناشویی و تجربه‌ای روانی‌ـ فیزیولوژیک واقعی است؛ همچنین براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و روانی اختلالات روانی (DSM-5)، یک‌چرخهٔ پاسخ چهارمرحله‌ای اعم‌از میل جنسی، برانگیختگی، اوج لذت جنسی و فرونشینی برای آن مشخص شده است (۶). فعالیت جنسی تحت‌تأثیر خود فرد، روابط اولیه، خانواده، اجتماع و فرهنگ، پیچیدگی محیط، تاریخچهٔ جنسی خود و همسر، ارتباطات گذشته و وضعیت هورمونی قرار می‌گیرد (۷). اختلال فعالیت جنسی در زنان بسیار شایع است و در هر شرایط سنی، فرهنگی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بروز می‌کند و به‌طور وسیع بر کیفیت زندگی، اعتمادبه‌نفس، خلق‌وخوی و ارتباط با همسر تأثیر می‌گذارد (۸).

از طرف دیگر، خانواده‌هایی که فعالیت جنسی رضایت‌بخش ندارند، با انواع مشکلات جنسی روبه‌رو می‌شوند. مشکلات جنسی در این گونه خانواده‌ها به‌شکل‌های مختلف بروز می‌کند؛ مانند واکنش‌های خانوادگی ناسالم، نشانه‌ها و اختلافات روان‌تنی و ناباروری. آموزش جنسی کودکان، نوجوانان و جوانان جنبه‌ای حساس و بااهمیت از یادگیری‌شان است (۹). مسائل جنسی بر جسم، روان، ذهن و رفتارهای اجتماعی افراد تأثیرگذار است (۱۰). در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به‌دنبال تبیین و حل مشکلات زناشویی هستند (۱۱). یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است، درمان هیجان‌مدار[2] است (۱۲). زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد و رضایت جنسی، شادکامی زوجین، افسردگی و اضطراب زوجین و همبستگی عاطفی مؤثر است. عملکرد جنسی نامناسب در افراد می‌تواند منجربه ناتوانی جنسی و به‌طور کلی ناتوانی در زوجین شود (۱۳). در این راستا به برخی از پژوهش‌ها اشاره می‌شود؛ ازجمله سلیمانی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سبک دل‌بستگی و رضایت‌مندی جنسی زوجین تأثیر دارد (۱۴). ویبی و جانسون در پژوهش خود دریافتند که درمان هیجان‌محور بر مشکلات زناشویی و رضایت از رابطهٔ زناشویی مؤثر است (۱۵). باتوجه به ماهیت پیچیدهٔ روابط زناشویی و تأثیرات هیجانات، نیازها، ترس‌ها و دل‌بستگی بر روابط زوج‌ها، ضروری است که مداخلات مؤثری برای کمک به زوج‌ها انجام شود. در این میان بسیاری از زوج‌ها به‌دلیل مشکلات مربوط به شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین از زوج‌درمانگران و مشاوران خانواده کمک می‌طلبند؛ ازاین‌رو برای درمان و حل مشکلات زناشویی باید روش‌هایی را احیا کرد که در آن شادکامی و عملکرد زوج‌ها بهبود یابد؛ لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زوجین شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس بود. نمونه‌ها ازطریق نرم‌افزار G*Power محاسبه شد. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد. تعدادی نمونه شامل سی زوج دارای نمرات کمتر از نمرهٔ برش در شاخص عملکرد جنسی زنان[3] (نمرهٔ ۲۶) (۱۶)، شاخص بین‌المللی ارزیابی عملکرد جنسی مردان[4] (نمرهٔ کمتر از ۳۵) (۱۷) و مقیاس شادمانی زناشویی[5] (نمرهٔ ۵۰) (۱۸) و همچنین براساس ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از آن، از کلینیک روان‌شناسی آوین تهران جمع‌آوری شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (پانزده زوج) و گروه گواه (پانزده زوج) قرار گرفتند. گروه‌ها از لحاظ سن، جنس و سطح تحصیلات همتا شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: زوجین با ۳تا۱۰ سال مدت ازدواج؛ تحصیلات حداقل دیپلم؛ نداشتن مشکلات جسمی و روانی خاص (براساس پروندهٔ پزشکی و تأیید روان‌شناس مرکز)؛ داوطلب‌بودن برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل رعایت‌نکردن قوانین گروه بیان‌شده در اولین جلسه و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات مداخله بود. قبل از اجرای مداخلات درمان هیجان‌مدار، شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین با استفاده از پرسشنامه‌ها در هر دو گروه آزمایش و گواه اندازه‌گیری شد (مرحلهٔ پیش‌آزمون). سپس گروه آزمایش طی یازده جلسهٔ ۱۲۰دقیقه‌ای، درمان هیجان‌مدار دریافت کرد. پس از اتمام آموزش دوباره اندازه‌گیری شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین در هر دو گروه صورت گرفت (مرحلهٔ پس‌آزمون). دو ماه پس از اتمام دورهٔ پس‌آزمون، دورهٔ پیگیری نیز اجرا شد. به این صورت داده‌های مربوط به شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین در شرکت‌کنندگان

1. Marital happiness
2. Emotionally Focused Therapy (EFT)
3. Female Sexual Function Index
4. The International Index of Erectile Function
5. Marital Happiness Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]

اندازه‌گیری شد.

فرایند انجام پژوهش به این صورت بود که ابتدا مجوزهای لازم از مراکز مشاوره (دو مرکز) دریافت شد و مشخص‌شدن اعضای نمونه با روش نمونه‌گیری تصادفی و هماهنگی با مسئولان و مدیران این مراکز مشاوره طبق برنامه‌ریزی قبلی، صورت گرفت. سپس پژوهشگر بعد از حضور اعضای نمونه در یکی از مراکز مشاوره و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها راجع به پرسشنامه‌ها و نیز دلایل انتخاب آن‌ها در نمونه، توضیحات لازم را راجع به نحوهٔ تکمیل پرسشنامه ارائه داد. در ادامه آزمودنی‌ها اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در تکمیل پرسشنامه‌ها با ابهامی مواجه شدند از پژوهشگر بخواهند توضیح بیشتری بدهد. در خاتمه از همکاری آزمودنی‌ها تقدیر و تشکر شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا شد. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ شاخص عملکرد جنسی زنان: شاخص عملکرد جنسی زنان توسط روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ تهیه شد (۱۶). این پرسشنامه برای ارزیابی عملکرد جنسی در زنان ارائه شده است. شاخص عملکرد جنسی زنان با ۱۹ سؤال، عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه شامل میل، برانگیختگی، رطوبت، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی می‌سنجد. این مقیاس از حساسیت زیاد برای تمیز پاسخ‌های ناتوان جنسی و پاسخ‌های مناسب جنسی در زنان برخوردار است. افرادی که نمرهٔ ۲۶ یا بیشتر کسب کنند، نشان‌دهندهٔ عملکرد جنسی کم یا ناتوانی جنسی است (۱۶). در مطالعهٔ روزن و همکاران پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شد (۱۶). براساس نتایج مطالعهٔ فخری و همکاران تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هریک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و بدون اختلال وجود داشت که نشانگر اعتبار (روایی) تمیزی این ابزار است. میزان پایایی مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها ازطریق محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ به‌دست آمد که برای کل افراد بیشتر از ۰/۷۰ محاسبه شد و نشانگر پایایی خوب این ابزار است (۱۹).

ـ شاخص بین‌المللی ارزیابی عملکرد جنسی مردان: این پرسشنامه مقیاسی چندبعدی برای سنجش اختلال نعوظ در مردان است که توسط روزن و همکاران در سال ۱۹۹۷ برای اندازه‌گیری تمایل جنسی، انجام فعالیت و رضایت از فعالیت جنسی ساخته شد (۱۷). این شاخص شامل ۱۵ سؤال است که در پنج حیطه تقسیم‌بندی می‌شوند: عملکرد نعوظی؛ عملکرد نرسیدن به لذت نهایی؛ تمایل جنسی؛ رضایت‌بخش‌بودن مقاربت؛ رضایت‌بخش‌بودن کل رابطهٔ جنسی. نمره‌دهی سؤالات براساس سیستم نمره‌دهی از صفر تا پنج (صفر=بدون فعالیت جنسی، یک=هرگز یا تقریباً هرگز، دو=کمی اوقات، سه=بعضی اوقات، چهار=بیشتر اوقات، پنج=همیشه یا تقریباً همیشه) است و با جمع نمرات سؤال‌های هر بُعد نمرهٔ آن به‌دست می‌آید. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ عملکرد جنسی مطلوب‌تر است (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های نسخهٔ اصلی این پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد (۱۷). در پژوهش پاکپور و همکاران، پایایی پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ درصد ذکر شده است (۱۷).

ـ مقیاس شادمانی زناشویی: مقیاس شادمانی زناشویی توسط آزرین و همکاران در سال ۱۹۷۳ ساخته شد (۱۸). این مقیاس شامل ده سؤال است که به‌منظور سنجش میزان شادمانی زناشویی به‌کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ده‌گزینه‌ای است. دامنهٔ این پرسشنامه از ۱۰ تا ۱۰۰ است. این مقیاس میزان کلی شادمانی زناشویی را با استفاده از شاخص‌های تک‌ماده‌ای کلی می‌سنجد. از هر پرسش می‌توان به‌عنوان شاخصی مستقل برای شادمانی در زمینه‌های خاصی از تعامل زناشویی استفاده کرد. برای به‌دست‌آوردن شاخص کلی شادمانی زناشویی می‌توان نمرات کل سؤالات را جمع کرد. در مقابل هر گزاره طیفی از یک تا ده قرار دارد که پاسخ‌دهنده باتوجه به گزاره میزان شادمانی خود را در آن حیطه مشخص می‌کند. کسب نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ شادمانی زناشویی بیشتر است (۱۸). پایایی نسخهٔ اصلی این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و به‌روش بازآزمایی ۰/۸۰ به‌دست آمد (۱۸). همچنین در پژوهش امامی کاله‌سر و همکاران، میزان همبستگی مقیاس شادمانی زناشویی با مقیاس کیفیت روابط زناشویی اسپنیر[1] ۰/۷۱ بود و میزان پایایی این پرسشنامه به‌شیوهٔ همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۰ به‌دست آمد (۱۸).

درمان هیجان‌مدار گروهی در یازده جلسهٔ ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه و نیم براساس بستهٔ آموزشی جانسون و همکاران اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی زیادی برخوردار است (۱۹). قبل از استفاده از این برنامهٔ درمانی در پژوهش حاضر، روایی این پروتکل مجدداً توسط سه نفر از روان‌شناسان بالینی دارای مدرک دکتری و حداقل ده سال سابقهٔ کار بالینی بررسی شد و روایی محتوایی آن ۰/۷۶ به‌دست آمد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار ارائه شده است.

برای توصیف داده‌ها، جداول 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 به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. به‌منظور مقایسهٔ دو گروه از نظر سن، آزمون تی‌مستقل به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[1]. Spinner Marital Relationship Quality Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]

جدول ۱. پروتکل زوج‌درمانی هیجان‌مدار

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه	برقراری ارتباط با زوجین و ایجاد انگیزه برای پیگیری درمان. تکالیف: توجه به حالات هیجانی خوشایند (نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و...) و حالات ناخوشایند (خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب).
دوم	اتحاد درمانی	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، خلق و ایجاد اتحاد درمانی و تبیین موضوعات تعارض‌ساز در محوریت تلاش‌های دلبسته‌مدارانه. تکالیف: توجه به چرخهٔ تعاملات روزمرهٔ یکدیگر.
سوم	کشف چرخه‌های تعاملی منفی	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، ایجاد فضای امن ارتباطی بین زوجین، کشف و شناسایی احساسات زیربنایی و ابرازنشده، ابراز احساسات و هیجانات خالص، مشاهدهٔ نحوهٔ تعامل هر کدام از زوجین (سناریو)، کشف ترس‌ها و ناایمنی‌های اساسی در ارتباطات زوجین، کمک به زوجین برای تجربهٔ مجدد عواطف، توصیف و روشن‌سازی چرخهٔ تعاملی منفی هم‌زمان با پدیداری آن (چرخه) در جلسه. تکالیف: تجربهٔ دوبارهٔ تعاملات همراه با بیان احساسات خالص.
چهارم	دستیابی به هیجانات نخستین	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، دستیابی به هیجانات ناشناختهٔ تشکیل‌دهندهٔ زیرساختار الگوهای تعاملی. تکالیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه).
پنجم	قاب‌دهی مجدد به مشکل	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، قاب‌دهی و معرفی چرخهٔ ناکارساز به نام «دشمن مشترک» ازطریق توجه به چرخهٔ منفی، هیجانات زیرساختاری و نیازهای دلبسته‌مدار. تکالیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه).
ششم	افزایش شناخت دربارهٔ هیجانات	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، شناسایی نیازها و جنبه‌هایی از خود که هنوز به مالکیت شخص درنیامده؛ سپس یکپارچه‌ساختن و تلفیق‌کردن این عناصر با تعاملات ارتباطی. تکالیف: نوشتن سؤالات توسط زوجین.
هفتم	ایجاد و افزایش پذیرش درقبال تجارب جدید	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، شناسایی و سپس پذیرفتن نیازها و ادراکات یکدیگر توسط همسران و درک و اعتباربخشی آن‌ها. تکالیف: مشخص‌کردن نقاط قوت و ضعف تمرین رابط.
هشتم	تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها به همسر که موجب می‌شود زوج دوباره از نظر هیجانی و عاطفی باهم درگیر شوند. وقتی درگیری‌های مثبت هیجانی دوباره در رابطه شکل می‌گیرد، رشته‌های دل‌بستگی و درنتیجه رخدادهای جدید تعاملی نیز پدیدار می‌شود. تکالیف: کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی.
نهم	تسهیل بروز راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، پرداختن زوجین به کشف راه‌حل‌های تازه به‌دلیل فضای ایمن و مطمئن ایجادشده؛ همچنین درگیرشدن باهم از نظر هیجانی. تکالیف: اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره.
دهم	تقویت مواضع تازه و تثبیت چرخهٔ جدید	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، مرور پیشرفت‌های همسران توسط درمانگر و یادآوری این پیشرفت‌ها ازطریق برجسته‌ساختن چرخهٔ تعاملی مثبت و نوین و مقایسهٔ آن با چرخهٔ ناکارساز قبلی. تکلیف: کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی.
یازدهم	اختتام	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، حمایت از توان‌مندی زوجین برای تداوم تغییرات، تعمیم مداخلات به زندگی عادی طی هفته‌های اخیر، مرور و چگونگی تداوم تغییرات در خارج و پایان جلسات و در زندگی عادی، انجام پس‌آزمون.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش ۳۸/۲۰±۷/۳۹ سال و در گروه گواه برابر با ۳۷/۶۵±۷/۸۱ سال بود. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند (p=۰/۵۴۸). کمینه و بیشینهٔ سن در گروه آزمایش به‌ترتیب ۳۱ و ۴۴ سال و در گروه گواه، ۳۲ و ۴۶ سال بود. از نظر جنسیت با توجه به این‌که هر دو گروه شامل ۳۰ زوج بود، بنابراین هر گروه شامل ۱۵ مرد و ۱۵ زن بود. بیشتر شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش (۱۸ نفر، ۶۰ درصد) و گروه گواه (۲۰ نفر، ۶۶/۷ درصد) دیپلم بودند. جدول ۲ آماره‌های توصیفی شادکامی زناشویی و عملکرد

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]

جنسی را به‌تفکیک گروه و مرحلهٔ آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی در دو گروه

متغیر		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شادکامی زناشویی	آزمایش	۲۶/۹۳	۸/۲۱	۴۰/۰۳	۸/۵۳	۴۹/۴۳	۹/۲۲
	گواه	۲۳/۹۰	۸/۵۲	۲۳/۱۶	۹/۳۰	۲۲/۸۳	۹/۸۴
عملکرد جنسی مردان	آزمایش	۱۷/۲۰	۸/۰۸	۲۸/۰۶	۱۰/۶۹	۳۲/۹۳	۱۱/۹۲
	گواه	۱۷/۷۳	۷/۶۱	۱۷/۰۶	۸/۲۰	۱۶/۸۳	۹/۱۴
عملکرد جنسی زنان	آزمایش	۲۲/۳۱	۵/۴۴	۱۶/۹۱	۴/۱۳	۱۶/۵۲	۴/۰۲
	گواه	۲۱/۴۸	۶/۷۰	۲۱/۱۲	۶/۲۹	۲۰/۶۵	۶/۱۵

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس رد نشد ($p>۰/۰۵$). همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است ($p>۰/۰۵$) و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی است. درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p<۰/۰۰۱$)؛ ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون لاندای ویلکز با مقداری برابر با ۰/۸۶ ($p=۰/۰۳۷$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی مردان و زنان در دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر شادکامی و عملکرد جنسی

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
شادکامی زناشویی	درون‌گروهی	زمان	۲۸۴/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۶
		زمان* گروه	۶۵/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	بین‌گروهی	گروه	۵۹/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
عملکرد جنسی مردان	درون‌گروهی	زمان	۱۴۷/۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
		زمان* گروه	۶۰/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
	بین‌گروهی	گروه	۳۰/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۴
عملکرد جنسی زنان	درون‌گروهی	زمان	۱۰۴/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
		زمان* گروه	۱۴/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
	بین‌گروهی	گروه	۵۳/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۹

باتوجه به نتایج جدول ۳، تحلیل واریانس متغیر شادکامی زناشویی برای اثر زمان ($p<۰/۰۰۱$) و اثر گروه ($p<۰/۰۰۱$) معنادار و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی برای شادکامی زناشویی، ۰/۶۴ بود؛ همچنین تحلیل واریانس متغیر عملکرد جنسی مردان برای اثر زمان ($p<۰/۰۰۱$) و اثر گروه ($p<۰/۰۰۱$) معنادار و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی برای عملکرد جنسی مردان، ۰/۴۴ به‌دست آمد. به‌علاوه تحلیل واریانس متغیر عملکرد جنسی زنان برای اثر زمان ($p<۰/۰۰۱$) و اثر گروه ($p<۰/۰۰۱$) معنادار و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی برای عملکرد جنسی زنان، ۰/۵۹ بود. این بدین‌معنا بود که در هر سه متغیر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی مردان و زنان بین گروه‌های آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش اختلاف معناداری وجود داشت که حاکی‌از تأثیر مداخله بود؛ بنابراین برای بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هریک از مؤلفه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

نتایج جدول ۴ و نمودار ۱ نشان داد، نمرات متغیر شادکامی زناشویی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). شادکامی زناشویی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مشخص کرد، نمرات متغیر عملکرد جنسی مردان در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). عملکرد جنسی مردان در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$). نتایج نشان داد، نمرات متغیر عملکرد جنسی زنان در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). عملکرد جنسی زنان در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p=۰/۴۸۶$). نتایج حاکی‌از آن بود که اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار در مرحلهٔ پیگیری برای دو متغیر شادکامی و عملکرد جنسی مردان افزایش معناداری داشت؛ اما

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]

برای متغیر عملکرد جنسی زنان ماندگار بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
شادکامی زناشویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۳/۱۰	۱/۷۲	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۲/۵۰	۱/۷۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۹/۴۰	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
عملکرد جنسی مردان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۰/۸۶	۱/۰۲	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۵/۷۳	۱/۵۹	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۴/۸۷	۰/۸۶	<۰/۰۰۱
عملکرد جنسی زنان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۴۰	۰/۸۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۵/۷۹	۰/۶۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۹	۰/۱۱	۰/۴۸۶



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میانگین متغیرهای شادکامی و عملکرد جنسی در گروه‌های آزمایش و گواه

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین بود. نتایج نشان داد، بین گروه‌های گواه و آزمایش (گروه هیجان‌مدار) در شادکامی زناشویی زوجین تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر درمان هیجان‌مدار بر شادکامی زناشویی زوجین مؤثر بوده است. این نتایج در مرحلهٔ پیگیری تداوم داشت. یافتهٔ مذکور با نتایج پژوهش ویبی و جوهانسون مبنی‌بر تأثیر درمان هیجان‌محور بر مشکلات زناشویی و رضایت از رابطهٔ زناشویی (۱۵) همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، بنابر دیدگاه هیجان‌مدار، یکی از کارکردهای زناشویی که در ایجاد افسردگی و نبود شادکامی نقش مهمی ایفا می‌کند، دل‌بستگی ناایمن و نبود اطمینان همسر از پاسخ‌گویی هیجانی طرف مقابل در مواقع استرس و درنتیجه احساس تنهایی است (۱۱). شرکت زوجین در جلسات موجب می‌شود آن‌ها بتوانند با تمرین روش‌های ابراز هیجانات در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعهٔ رفتارهای جدیدی را از خود نشان دهند. این امر به آرام‌شدن سطح آشفتگی و ارتباطی رضایت‌بخش‌تر و درنتیجه افزایش شادکامی و کاهش افسردگی آن‌ها منجر شده است. زوجین با تمرین مهارت‌های گفت‌وگو از دیدگاه اسلام پس از اتمام جلسات درمان قادر شده‌اند به بازگویی و شنیدن نیازهای دل‌بستگی انکارشده و پذیرش و پاسخ‌گویی احساسات تصدیق‌نشده بپردازند و تعاملات جدیدی را آغاز کنند. درواقع رشد دل‌بستگی ایمن موجب افزایش عواطف مثبت، خوش‌بینی و شادکامی در میان زوجین شده است (۱۲).

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر نشان داد، درمان هیجان‌مدار بر عملکرد جنسی زوجین تأثیر دارد. این نتایج در مرحلهٔ پیگیری تداوم داشت. یافتهٔ مذکور با پژوهش سلیمانی و همکاران مبنی‌بر تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سبک دل‌بستگی و رضایت‌مندی جنسی زوجین (۱۴) همسوست.

بخش وسیعی از رابطهٔ همسران ریشه در مسائل عاطفی و هیجانی دارد و ناتوانی در ابراز به‌موقع و به‌طریق مناسب این هیجانات در ابتدا منجربه کناره‌گیری عاطفی و ازدست‌رفتن صمیمیت و درنهایت طلاق عاطفی و اختلال در عملکرد جنسی می‌شود؛ ازاین‌رو از پژوهش حاضر می‌توان به این نتیجه رسید که بیشتر اوقات بررسی صرفاً منطقی و عقلانی (شناخت‌درمانی) مسائل زوج‌ها درمانگر را از پرداختن به مسائل هیجانی آن‌ها باز می‌دارد؛ همچنین بسیاری از مسائل و مشکلات زوج‌ها ریشه در چگونگی ابراز هیجانات زیربنایی آن‌ها دارد؛ ازاین‌رو زوج‌درمانی هیجان‌محور به حل مسائل درونی زوج‌ها و ریشه‌یابی و برطرف‌کردن مشکلات مربوط به عملکرد جنسی آن‌ها که

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]

ممکن است مربوط به هیجانات و مسائل درونی آن‌ها بوده، می‌پردازد (۱۰). لازم به ذکر است پژوهش صورت‌گرفته صرفاً بر ابراز هیجانات مثبت تأکید نمی‌کند و به بروز هیجاناتی که امکان دارد ظاهراً مثبت تلقی نشوند مانند خشم، اندوه، رنجش و... و اهمیت آن‌ها در ایجاد عملکرد مثبت و منفی جنسی بیشتر توجه ویژه‌ای مبذول می‌دارد. عملکرد جنسی سالم در خلال ابراز هیجانات به‌طریق سالم و براساس نشان‌دادن هیجانات بهنگام می‌تواند قابلیتی دست‌یافتنی برای زوج‌ها باشد و اینکه عملکرد جنسی سالم با یادگیری بروز مناسب هیجانات به‌عنوان مهارتی می‌تواند امری دست‌یافتنی شود؛ درضمن اگرچه دل‌بستگی ناایمن در نخستین سال‌های کودکی شکل می‌گیرد، می‌توان با درمان مبتنی‌بر هیجان آن را تغییر داد و به‌سمت دل‌بستگی ایمن سوق داد. این مسئله می‌تواند زوج‌ها را به دور از اضطراب‌های ناشی‌از دل‌بستگی ناایمن به‌سمت بروز مناسب هیجانات و تجربهٔ صمیمیت واقعی و عملکرد جنسی سالم هدایت کند؛ همچنین این واقعیت که می‌توان با درمان متمرکز بر هیجانات، حتی مشکلات هیجانی و دل‌بستگی‌های ناایمن شکل‌گرفته در دوران کودکی را به‌سمت دل‌بستگی‌های ایمن و ابراز سالم هیجانات سوق داد، نقطهٔ بسیار روشنی برای اتکا به این روش درمانی است (۱۳).

هر پژوهش دارای محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر نیز از آن مستثنی نبود؛ ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، در این پژوهش فقط پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات به‌کار رفت و به‌دلیل محدودیت‌های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده نشد؛ ازاین‌رو به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود مطالعات کنترل‌شدهٔ بیشتری دربارهٔ میزان اثربخشی درمان هیجان‌مدار برای سایر متغیرها مانند افسردگی، سلامت روان، انسجام خانوادگی و .... انجام پذیرد. باتوجه به تأثیر درمان هیجان‌مدار بر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره به‌منظور افزایش شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین، طبقه‌بندی ارزش‌ها و پی‌بردن به میزان اهمیت رابطهٔ زناشویی، عمل به ارزش‌ها و درنهایت تقویت رابطه با همسر را آموزش دهند؛ همچنین باتوجه به تأثیر درمان هیجان‌مدار بر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین پیشنهاد می‌شود این روش درمانی بیش از پیش مدنظر درمانگران و مراکز مشاوره قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد، درمان هیجان‌مدار منجربه بهبود شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین می‌شود؛ بنابراین روش درمان هیجان‌مدار روشی کارآمد، کاربردی و مؤثر در بهبود شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین است و می‌تواند توسط مشاوران و درمانگران برای بهبود شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین استفاده شود.

٦ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری در رشتهٔ روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان با کد ۱۳۴ است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مرکز مشاورهٔ شهر تهران با شماره نامهٔ ۶۶ صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم با مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

فریبا عزالدین داده‌ها را جمع‌آوری کرد و سپس آنالیز و تفسیر کرد. اسحاق رحیمیان بوگر در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Greenberg L, Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. J Marital Fam Ther. 2010;36(1):28–42. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00185.x
2. Lawrence EM, Rogers RG, Zajacova A, Wadsworth T. Marital happiness, marital status, health, and longevity. Journal of Happiness Studies. 2019;20(5):1539-61. https://doi.org/10.1007/s10902-018-0009-9
3. Gottman JM, Coan J, Carrere S, Swanson C. Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. Journal of Marriage and the Family. 1998;60(1):5-22. https://doi.org/10.2307/353438
4. Patel KK, Dhar M. Marital happiness among newly married individuals in a rural district in India. Social Science Spectrum. 2019;4(2):76-85. http://www.socialspectrum.in/index. php/sp/article/view/126
5. Træen B, Štulhofer A, Janssen E, Carvalheira AA, Hald GM, Lange T, et al. Sexual activity and sexual satisfaction among older adults in four European countries. Arch Sex Behav. 2019;48(3):815-29. doi: 10.1007/s10508-018-1256-x

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
7. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, et al. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. Arch Gynecol Obstet. 2017;295(4):873-83. doi: 10.1007/s00404-017-4305-0
5. Marvi N, Golmakani N, Miri HH, Esmaily H. The effect of sexual education based on sexual health model on the sexual function of women with infertility. Iranian J Nurs Midwifery Res. 2019;24(6):444. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_199_17
6. Yoo KH, Kang D, Kim IR, Choi EK, Kim JS, Yoon SS, et al. Satisfaction with sexual activity and sexual dysfunction in hematopoietic stem cell transplantation survivors and their partners: a couple study. Bone Marrow Transplant. 2018;53(8):967-76. doi: 10.1038/s41409-018-0097-5
7. Shahar B. Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: an overview of the model and a case description. Clin Psychol Psychother. 2014;21(6):536–47. doi: 10.1002/cpp.1853
8. Dalgleish TL, Johnson SM, Burgess Moser M, Lafontaine M-F, Wiebe SA, Tasca GA. Predicting change in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. J Marital Fam Ther. 2015;41(3):276–91. doi: 10.1111/jmft.12077
9. MacIntosh HB, Johnson S. Emotionally Focused Therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. J Marital Fam Ther. 2008;34(3):298–315. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x
10. Benson LA, Sevier M, Christensen A. The impact of behavioral couple therapy on attachment in distressed couples. J Marital Fam Ther. 2013;39(4):407–20. doi: 10.1111/jmft.12020
11. Soleimani AA, Najafi M, Ahmadi K, Javidi N, Hoseini Kamkar E, Mahboubi M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. Int J Fertil Steril. 2015;9(3):393–402.
12. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. Family Process. 2016;55(3):390-407.
13. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000;26(2):191–208. doi: 10.1080/009262300278597
14. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997;49(6):822–30. doi: 10.1016/s0090-4295(97)00238-0
15. Azrin NH, Naster BJ, Jones R. Reciprocity counseling: a rapid learning-based procedure for martial counseling. Behav Res Ther. 1973;11(4):365–82. doi: 10.1016/0005-7967(73)90095-8
16. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. J Sex Med. 2012;9(2):514–23. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02553.x
17. Pakpour AH, Zeidi IM, Yekaninejad MS, Burri A. Validation of a translated and culturally adapted Iranian version of the International Index of Erectile Function. J Sex Marital Ther. 2014;40(6):541–51. doi: 10.1080/0092623x.2013.788110
18. Emami Kalesar L, Rasouli M. The relationship between relational beliefs, relational attributes and marital happiness. Journal of Applied Psychology. 2017;11(4):393–410. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_96920_7c7fe2d658433281b5d55e45d0ff5ea1.pdf
19. Johnson SM, Hunsley J, Greenberg L, Schindler D. Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. Clinical Psychology: Science and Practice. 1999;6(1):67–79. doi: 10.1093/clipsy.6.1.67

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.214.3]