رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۲، شماره پیاپی ۱۰۵، اسفند ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(12), 2025

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی زوجین متعارض

The Effectiveness of Cognitive Behavioral therapy on Sexual Intimacy, Marital Relationship Quality and Marital Silence in Couples with conflict

اعظم مرتضویان
کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرند، ایران.
اعظم وزیری نسب (نویسنده مسئول)
استاد مدعو، گروه روان شناسی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرند، ایران.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی زوجین متعارض انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس- آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان در شش ماهه تابستان و پاییز سال ۱۴۰۲ بود که از این جامعه تعداد ۳۰ زوج با استفاده از روش نمونه- گیری دردسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه صمیمیت جنسی (SIQ، بطلائی و همکاران، ۱۳۸۹)، پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی (RADS، باسبی و همکاران، ۱۹۹۵) و پرسشنامه سکوت زناشویی (MSQ، رضایی و رسولی، ۱۳۹۸) بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۷۵ دقیقه بر اساس محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین پس‌آزمون صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی زوجین متعارض در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح p<۰/۰۵ وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی، کیفیت رابطهٔ زناشویی و سکوت زناشویی در زوجین بود.

واژه‌های کلیدی: *تعارض زناشویی، سکوت زناشویی، صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی، درمان شناختی رفتاری.*

Azam Mortazavian
Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.
Azam Vaziri Nasab *
Visiting Professor, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.
hadaf87@yahoo.com

Abstract
The present study aimed to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on sexual intimacy, marital relationship quality, and marital silence of conflicting couples. The research method is semi-experimental with a pre-test, and post-test design with a control group. The statistical population of this study was all conflicting couples who were referred to counseling centers in Kerman City during the six months of summer and autumn of 2023. from this population, 30 couples were selected using the available sampling method and randomly divided into experimental groups and control groups. The research tools included the Sexual Intimacy Questionnaire (SIQ, Batlaei et al., 2010), the Marital Relationship Quality Questionnaire (RADS, Busby et al., 1995), and the Marital Silence Questionnaire (MSQ, Rezaei and Rasouli, 2019). Participants in the experimental group were placed in a 75-minute cognitive behavioral therapy session for 10 sessions, one session per week. Multivariate analysis of the covariance test was used to analyze the data. The results showed that, after controlling for the pre-test effect, there was a significant difference at the $p<0.05$ level between the mean post-test scores of sexual intimacy, marital relationship quality, and marital silence of conflicting couples in the experimental and control groups. The findings of the present study indicate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on sexual intimacy, marital relationship quality, and marital silence in couples.

Keywords: *Marital Conflict, Marital Silence, Sexual Intimacy, Marital Relationship Quality, Cognitive Behavioral Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مرداد ۱۴۰۳** | **پذیرش: دی ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

مقدمه

خانواده کوچکترین واحد اجتماعی است و از ارکان اصلی جامعه محسوب می‌گردد. یکی از عوامل منفی و تأثیرگذار بر سلام نهاد خانواده طلاق است و از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر طلاق، وجود تعارضات زناشویی می‌باشد (عابدی و همکاران، ۲۰۲۴). تعارض زناشویی[1] شامل کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان و کاهش رابطه با خویشاوندان همسر است. بروز تعارض بین زوجین نه‌تنها بنیاد خانواده را متزلزل می‌نماید، بلکه رشد عاطفی، اجتماعی و سازگاری زوجین را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد (اعظم‌علی و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی، یکی از ملاک‌های مهم در ازدواج و تشکیل خانواده، صمیمیت است. صمیمیت، برای زوجین با رابطه عاطفی بلندمدت، ملاک مهمی است. درواقع صمیمیت عاملی مهم در رضایت زناشویی است (فینزی‌دوتان[2]، ۲۰۲۳). صمیمیت زناشویی فرایندی تعاملی است که از چندین مؤلفه مربوط به هم تشکیل شده است و هسته اصلی این فرایند، شناخت، فهم و پذیرش فرد مقابل، همدلی با احساسات او و قدرشناسی از دیدگاه بی‌همتای وی نسبت به جهان است (پارساکیا[3] و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از اقسام صمیمیت، صمیمیت جنسی است و عبارت است از؛ نیاز به در میان نهادن، سهیم شدن و ابراز افکار، احساسات و خیال پردازی‌های جنسی با همسر. این نوع صمیمیت به‌ویژه در راستای برانگیختن و میل جنسی است (یو[4] و همکاران، ۲۰۱۴). فردی که میزان صمیمیت بالاتری در روابط تجربه می‌کند، قادر است خود را به شیوه مطلوب‌تری در روابط عرضه کند و نیازهای خود را به شکل مؤثرتری به شریک و همسر خود ابراز نماید (بایک[5] و همکاران، ۲۰۱۸) به علاوه همسرانی که میزان صمیمیت بالاتری دارند، از رضایت زناشویی بیشتر نیز برخوردارند، در مقابل، عدم صمیمیت در همسران روی سایر نقش‌های همسران مانند نقش والدینی و نقش کاری تأثیرگذار است و پیش‌بینی کننده مهم طلاق است (فینزی‌دوتان، ۲۰۲۳).

با توجه به توضیحات ذکر شده می‌توان دریافت که صمیمیت زناشویی با کیفیت رابطهٔ زناشویی[6] رابطهٔ مستقیمی دارد. کیفیت روابط زناشویی نقشی اساسی در سنجش کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (خاجویی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۳). کیفیت روابط زناشویی مفهومی چندبُعدی است و شامل ابعاد مختلف ارتباط زوجین همچون سازگاری، صمیمیت، رضایت، شادمانی، انسجام و تعهد می‌گردد (فینزی دوتان، ۲۰۲۳). این سازه به میزان توافق نسبی زوجین در مورد مسائل مهم زندگی همچون همکاری در مسئولیت‌ها و فعالیت‌های مشترک زوجین و ابراز حقیقی محبت به همدیگر اشاره دارد (روچلئو[7] و همکاران، ۲۰۲۳). لاورنس[8] کیفیت زندگی زناشویی را احساسات کلی همسران از شادمانی و رضایت آن‌ها از زندگی مشترک تعریف کرده است (لاورنس[9] و همکاران، ۲۰۱۱). به‌عبارت دیگر کیفیت زندگی زناشویی مفهومی چندبُعدی است که شامل تجربیاتی مثبت همانند احساس دوست داشتن، مراقبت و رضایت در رابطه است (روچلئو و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین یکی دیگر از موارد مهم در رابطه با کیفیت رابطه زناشویی و در نهایت کیفیت زندگی، سکوت زناشویی[10] است. سکوت زناشویی یعنی خودداری از بیان نظرات، علایق، انتظارات و احساسات راجع به مسائل و مشکلات زناشویی و به نوعی چشم پوشی کردن منفعلانه از تعارضات که با سرکوب نمودن عواطف و احساسات ناشی از آن تعارضات همراه است (رضایی و رسولی، ۱۳۹۸). سکوت زناشویی را می‌توان به عنوان یک تهدید و یک اختلال در روابط و به عنوان علت یا نشانه پریشانی ارتباط با صمیمیت محدود، کمبود حمایت عاطفی و احساس جدایی تلقی کرد (هاشمی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۳). از عواملی که موجب سکوت زناشویی می‌شود عبارتند از؛ ترس (ترس از طرد شدن و تنهایی، ترس از جدایی و برهم خوردن رابطه زناشویی، ترس از پرخاشگری و زورگویی و ترس از تحقیرشدن توسط همسر)، شک و بی‌اعتمادی فرد به دلیل سوءظن و بدبینی در مقابل همسرش که از مطرح نمودن برخی واقعیات و انتظاراتش خودداری می‌کند، مهارت‌های ارتباطی (فرد قادر به بیان احساسات، عواطف، واقعیات و اطلاعات به صورت فعال و پویا در برقراری ارتباط با همسرش نیست) و موانع فرهنگی و ذهنی (شرم و حیای فرد به دلیل معذوریت فرهنگی و تابو دانستن حقایق از بیان برخی تمایلات خود صرف‌نظر می‌کند).

1 Marital conflict
2 Finzi-Dottan
3 Parsakia
4 Yoo
5 Baek
6 Marital Relationship Quality
7 Rocheleau
8 Lawrence
9 Lawrence
10 marital silence

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

می‌توان گفت که همین تاریکی و اختلال در روابط و سکوت زناشویی کم‌کم زمینه‌ساز پیامدهای منفی ازجمله احساس تنهایی، فقدان شادکامی، فقدان امید به زندگی، نگرانی خانواده برای ازدواج سایر فرزندان، نارضایتی جنسی، تعارض زناشویی و طلاق عاطفی می‌شود (تاوارس[1] و همکاران، ۲۰۲۳). در همین راستا هاشمی‌زاده و همکاران (۱۴۰۲)، دریافتند که زنان دارای تعارضات زناشویی، سکوت زناشویی بالاتری دارند که زوج‌درمانی موجب کاهش سکوت زناشویی در این افراد می‌گردد.

به‌طور کلی وجود مشکلات متعدد در زندگی امروزی موجب بروز اختلافات و تعارضات در زندگی‌های زناشویی می‌شود که کاهش صمیمیت زناشویی و کیفیت روابط زناشویی و همچنین افزایش سکوت زناشویی از تبعات این اختلافات در زندگی است. امروزه رویکردهای گوناگون زوج درمانی و خانواده درمانی باهدف کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوجین و افزایش کیفیت زناشویی به وجود آمده است (اسدی و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از رویکردهای درمانی، رویکرد شناختی رفتاری است. مبنای اصلی رویکرد شناختی رفتاری، تمرکز بر افکار و ادراک‌ها و تأثیر آنها روی هیجان‌ها و رفتار است. این رویکرد علت بنیادی مشکلات و تعارض‌های زناشویی را تعاملات منفی، نارسایی ارتباطی زوجین، ادراک تحریف شده و تفکرات غیرمنطقی می‌داند (هنریچ[2] و همکاران، ۲۰۲۳). از این‌رو در این رویکرد، فرایند درمان به گونه‌ای طراحی شده که افکار و شناخت‌های منفی و خودکار شناسایی شده، پیوندهای میان شناخت، هیجان و رفتار تأیید شده و شواهد مخالف، افکار تحریف شده را بررسی کرده تا تعبیر واقع‌گرایانه را جایگزین شناخت‌های تحریف شده کرده و در دست‌یابی به حل تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری، توفیق یابد، سویه رفتاری این رویکرد بر آرمیدگی، هدف‌گذاری و بازسازی کنشگرهای روزانه با هدف لذت و خرسندی تأکید می‌کند (ونزل، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌های پیشین، مبین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عوامل مرتبط بر زندگی زناشویی هستند. به‌عنوان مثال پژوهش شیخ‌میری و همکاران (۲۰۲۳)، مرادی‌نسب و همکاران (۲۰۲۳)، محمدی و همکاران (۱۴۰۲)، دورائس[3] و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در افزایش عملکرد جنسی همچنین افزایش صمیمیت، سازگاری و کیفیت زناشویی دارد.

ازآنجایی که رابطه زناشویی، زیربنای روابط خانوادگی و تربیت نسل‌های آینده است و به عنوان اساسی‌ترین رابطه انسانی تلقی می‌شود، استحکام و بهبود آن همواره از اهمیت و توجه والایی برخوردار است (اومبرسون[4] و همکاران، ۲۰۲۰). از سویی حل نامناسب تعارض‌های زناشویی یکی از مهم‌ترین علل اصلی بروز مشکلت گوناگون در خانواده خصوصاً طلاق فیزیکی یا عاطفی است. وجود طلاق عاطفی یکی از اساسی‌ترین معضلات موجود در جوامع امروزی است که با کاهش صمیمیت زناشویی و کیفیت روابط زناشویی و افزایش سکوت زناشویی نمایان می‌گردد. در پژوهش‌های اخیر نیز آمده است که از هر ۱۰ ازدواج، در ۱۰ سال اول ۷ ازدواج به طلاق ثبتی یا عاطفی می‌انجامد. خانواده‌هایی که کاهش کیفیت زندگی زناشویی را تجربه می‌کنند، بسیار متزلزل و دارای عملکرد خانوادگی و اجتماعی پایینی هستند. در این خانواده‌ها مشکلات و مسائل جزئی به آسانی به جدل و بحران تبدیل می‌گردد، امید به زندگی و فردای روشن و سازنده کاهش می‌یابد، انتقادهای غیرمنصفانه و رفتارهای غیرصادقانه و پرخشونت جایگزین شیوه‌های عاطفی و منطقی می‌گردد، به‌طوری‌که زن و شوهر نسبت به خانه خود حسی که باید داشته باشند را ندارند و به هر نحوی می‌خواهند زمان کمتری را در خانه سپری کنند. به‌یقین می‌توان ذکر کرد که زوج‌درمانی می‌تواند راه‌کاری مفید برای این خانواده‌ها برای حل مشکلات و تعارضات به‌جود آمده باشد و درمان شناختی رفتاری یکی از روش‌های زوج‌درمانی کارآمد در این زمینه است. در نهایت این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی باطرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی زوجین متعارض مراجعه کننده مراکز مشاوره شهر کرمان در شش ماهه تابستان و پاییز سال ۱۴۰۲ بود. از این تعداد، ۳۰ زوج به‌صورت دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش (۱۵ زوج) و گواه (۱۵ زوج) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ کسب نمره بالاتر از ۱۲۶ در پرسشنامه تعارضات زناشویی ثنایی‌ذاکر (۱۳۸۷)؛ کسب نمره پایین‌تر از ۷۵ در پرسشنامه صمیمیت جنسی و نمره

1 Tavares
2 Henrich
3 Durães
4 Umberson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

پایین‌تر از ۳۵ در پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی و همچنین کسب نمره بالاتر از ۱۰۸ در پرسشنامه سکوت زناشویی، توانایی حضور در تمامی جلسات مشاوره، دریافت نکردن برنامهٔ مداخله همزمان، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و گذشت حداقل یک سال از زندگی زناشویی بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل؛ عدم شرکت یا غیبت بیشتر از ۲ جلسه در جلسات درمان شناختی رفتاری؛ بروز رویداد یا حادثهٔ تأثیرگذار بر نتایج پژوهش؛ مصرف داورهای روان‌شناختی یا شرکت در درمان‌های روان‌شناختی غیر از درمان شناختی رفتاری بود. این پژوهش برخی اصول اخلاقی همچون توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، حفظ رازداری، گمنام ماندن شرکت-کنندگان، اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای از آن، در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش در صورت تمایل شرکت‌کنندگان و همچنین اجرای ۱۰ جلسه درمان شناختی رفتاری برای گروه گواه را رعایت نمود. همچنین پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان با کد مصوبه اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1402.119 مورد تأیید قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و از نرم افزار SPSS نسخه شماره ۲۷ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه صمیمیت جنسی[1] (SIQ): این مقیاس یک ارزیابی از میزان صمیمت جنسی میان زوجین است که توسط بطلانی و همکاران (۱۳۸۹) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است که با با توجه به منابع معتبر علمی و خرده مقیاس‌های پرسشنامه صمیمیت جنسی باگاروزی و پژوهش‌های انجام شده در این مورد طراحی شده است. هر گویه دارای طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، هیچوقت) با نمره‌های ۱ تا ۴ می‌باشد. حداکثر نمره ۱۲۰ و حداقل آن ۳۰ است. نمره‌ی بالاتر، نشانگر صمیمیت جنسی بیشتر زوجین است. برای تعیین پایایی درونی بر روی ۱۴۰ نفر (۷۰ زوج) آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ به‌دست آمد (بطلانی و همکاران، ۱۳۸۹). روایی محتوایی پرسشنامه توسط متخصصین مشاوره وروان‌شناسان دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان با شاخص عددی ۰/۶۷ مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ به دست آمده است.

پرسشنامه سکوت زناشویی[2] (MSQ): این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط رضایی و رسولی (۱۳۹۸) ساخت و اعتباریابی شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است که دربرگیرندهٔ ۶ مؤلفه‌ی ترس، شک و بی‌اعتمادی، بی‌علاقگی به همسر، عدم مهارت‌های ارتباطی، موانع فرهنگی و ذهنی و فرزندان است. پاسخگویی به این پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ تا ۵ است و نمره کلی از ۳۶ تا ۱۸۰ است. کسب نمره بالاتر بیانگر سکوت زناشویی بیشتر است. طراحان این پرسشنامه پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی محتوایی آن را ۰/۸۷ گزارش کردند (رضایی و رسولی، ۱۳۹۸). همچنین پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ به دست آمده است.

مقیاس کیفیت رابطه زناشویی باسبی و همکاران[3] (RADS): این نسخه تجدید نظر شده ۱۴ گویه‌ای است که توسط باسبی و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده و دارای ۳ خرده مقیاس در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای، از همیشه اختلاف داریم=۰ تا توافق دائم داریم=۵ است. حداقل نمره کسب شده صفر و حداکثر نمره ۷۰ است. این پرسشنامه دارای ۳ خرده‌مقیاس توافق، رضایت و انسجام است که خرده مقیاس توافق با سؤال‌های ۱ تا ۳، رضایت با سؤال‌های ۹ تا ۱۱ و انسجام با سؤال‌های ۱۲ تا ۱۴ سنجیده می‌شود. نمره‌های بالا در این پرسشنامه بیانگر کیفیت زناشویی بالاتر است. پایایی این مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه لی و جانسون (۲۰۱۸)، برای مردان ۰/۸۹ و برای زنان ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین همبستگی کیفیت رابطه زناشویی با سازه‌های رضایت زناشویی ۰/۳۹، با انسجام زوج‌ها ۰/۳۶ و با توافق زوج‌ها ۰/۳۳ بدست آمد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار هستند و روایی این مقیاس را تأیید کردند (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵). در پژوهش یوسفی (۱۳۹۰)، ضرایب پایایی همسانی درونی از جمله ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۲ و ضرایب روایی همگرای کیفیت زناشویی با پرسشنامه رضایت‌مندی زناشویی، پرسشنامه ارزیابی همبستگی زوجین و مقیاس سازگاری توافق دونفری به ترتیب ۰/۳۹، ۰/۳۶ و ۰/۳۳ گزارش شده است. همچنین پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های توافق، رضایت و انسجام و همچنین کل آزمون به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۵ و ۰/۸۸ به دست آمده است.

1 sexual intimacy questionnaire
2 marital silence questionnaire
3 Busby's et al Revised Adjustment Dyadic Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

پروتکل درمان شناختی رفتاری: شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تحت مداخله درمان شناختی رفتاری در ۱۰ جلسه و هر جلسه ۷۵ دقیقه و هفته‌ای یک جلسه به‌صورت گروهی شرکت کردند. پروتکل درمان شناختی رفتاری براساس برنامه درمانی لیهی و همکاران (۲۰۰۹) و توسط پژوهشگر اجرا گردید. تمامی جلسات این دوره در و خلاصه جلسات رویکرد درمانی در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱. شرح جلسات مداخله شناختی رفتاری (لیهی و همکاران، ۲۰۰۹)

جلسه	اهداف
اول و دوم	معارفه، آشنایی با قوانین و اهداف گروه، بیان هدف جلسه، آشنایی با فرآیند A ، B، C و ارائه تکلیف
سوم	مرور تکالیف، آگاهی اعضا از ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی هیجان، آشنایی اعضا با تحریف‌های شناختی، ارائه‌ی دانش و اطلاعات جنسی و ارائه تکلیف
چهارم	مرور تکالیف، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابراز وجود به شیوه‌ی صحیح و ارائه تکلیف
پنجم	مرور تکالیف و مطالب جلسه قبل، آشنایی اعضای گروه با مثلث شناختی منفی و خطای منطقی و ارائه تکلیف
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش به اعضا درباره ماهیت هیجانات و بازسازی شناختی؛ تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی، نمایش فیلم، تمرکز حسی نوع دوم و ارائه تکلیف
هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با پیکان عمودی و انواع باورها و ارائه تکلیف
هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه‌های شناختی، نمایش فیلم، آموزش تکنیک‌های تن‌آرامی برای کاهش هر چه بیشتر اضطراب در زندگی روزمره و درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی و ارائه تکلیف
نهم	مرور تکالیف جلسه قبل، تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی و تحلیل همسانی باورها
دهم	مرور مطالب جلسه قبل، روش تحلیل منطقی باورها، روش‌هایی برای تغییر باورهای منفی، دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی و فراهم کردن، فرصتی برای پایان دادن به برنامه گروه درمانی و پس‌آزمون

یافته ها

نمونه آماری در پژوهش حاضر ۳۰ زوج دارای متعارض مراجعه کنند به مراکز مشاوره شهر کرمان بود که به صورت تصادفی ساده در گروه درمان شناختی رفتاری (۱۵ زوج) و گروه گواه (۱۵ زوج) قرار گرفتند. میانگین سنی در بین افراد شرکت‌کننده در گروه درمان شناختی رفتاری در مردان ۴۰/۲۶±۶/۶۵ و زنان ۳۵/۸۵±۴/۶۱ سال و در گروه گواه در مردان ۳۹/۹۲±۴/۲۹ و زنان ۳۵/۴±۵۱/۸۵ سال بود و همچنین میانگین مدت زمان ازدواج در گروه آزمایش ۴/۱۵±۲/۱۰ سال و در گروه گواه ۴/۵۹±۲/۳۵ سال بود. نتایج آزمون t مستقل نشان داد بین میانگین سنی و مدت زمان ازدواج در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد (p>۰/۰۵). شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ذکر شده است.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		شاپیروویلک	
	گروه	میانگین	SD	میانگین	SD	آماره	معنی‌داری
صمیمیت جنسی	آزمایش	۵۵/۰۷	۵/۳۲	۸۵/۱۳	۹/۷۰	۰/۹۶۳	۰/۵۸۳
	گواه	۵۳/۵۳	۵/۹۷	۵۱/۵۳	۵/۵۵	۰/۹۶۶	۰/۶۶۵
کیفیت رابطه زناشویی	آزمایش	۲۱/۰۴	۴/۵۶	۳۸/۵۳	۵/۸۰	۰/۹۵۵	۰/۴۵۵
	گواه	۲۲/۳۳	۴/۶۳	۲۱/۴۰	۴/۲۶	۰/۹۵۳	۰/۴۰۱
سکوت زناشویی	آزمایش	۱۲۵/۹۳	۱۱/۳۲	۸۸/۹۳	۷/۷۳	۰/۹۴۵	۰/۳۲۶
	گواه	۱۲۱/۷۳	۱۲/۵۵	۱۲۲/۹۳	۱۲/۴۱	۰/۹۶۵	۰/۶۴۹

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای گروه آزمایش و گواه در هر دو مرحله ارائه‌شده است. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو- ویلک در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. برای بررسی مفروضهٔ همگنی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه نتایج آزمون لوین در هر متغیر در سطح ۰/۰۵ تأیید شد، این مفروضه هم استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس را رد نکرد. همچنین داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون M-Box) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (p>۰/۰۵). برای آزمون برابری ماتریس کوواریانس خطاها از آزمون موخلی استفاده شد و نتایج نشان داد ارزش مجذور کای در متغیرها معنی‌دار نبوده و حاکی از برقراری مفروضه کرویت برای متغیرها است. همچنین مفروضه شیب رگرسیون نیز انجام شد که این میزان برای متغیر صمیمیت جنسی (P=۰/۱۹۸ و F=۱/۱۲۵)، کیفیت رابطه زناشویی (P=۰/۳۴۲ و F=۱/۰۰۲) و سکوت زناشویی (P=۰/۱۲۹ و F=۱/۵۷۴) بود که همگی بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشند.

با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نمرات صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی در دو گروه مداخله و گواه

اثرات	آزمون	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	P	Eta	توان آماری
	اثر پیلایی	۰/۶۸۴	۱۶/۷۲	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴	۱/۰۰
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۰۲	۱۶/۷۲	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴	۱/۰۰
	اثر هتلینگ	۱۳/۱۹	۱۶/۷۲	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴	۱/۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۱۳/۱۹	۱۶/۷۲	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴	۱/۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای حداقل یکی از متغیرهای صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی معنادار است (p<۰/۰۵). از این رو فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌شود. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در تبیین اثر درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Eta
صمیمیت جنسی	پیش‌آزمون	۱۴۴/۸۸	۱	۱۴۴/۸۸	۱/۰۱۷	۰/۲۰۲	۰/۰۱۲
	گروه	۱۷۲۰/۶۷	۲۸	۱۷۲۰/۶۷	۱۲/۱۷	۰/۰۰۲	۰/۳۱۱
	خطا	۳۸۱۷/۱۱	۲۹	۱۴۱/۳۷	-	-	-
	کل	۶۵۴۲/۶۶	۳۰	-	-	-	-
کیفیت رابطه زناشویی	پیش‌آزمون	۳۲۵/۳۰	۱	۳۲۵/۳۰	۰/۸۹۵	۰/۳۲۶	۰/۰۷۵
	گروه	۴۴۴/۵۸	۲۸	۴۴۴/۵۸	۶/۴۰	۰/۰۱۸	۰/۱۹۲
	خطا	۱۸۷۵/۴۸	۲۹	۶۹/۴۶	-	-	-
	کل	۳۲۲۶/۹۶	۳۰	-	-	-	-
سکوت زناشویی	پیش‌آزمون	۲۹۶/۲۱	۱	۲۹۶/۲۱	۰/۹۵۲	۰/۲۸۷	۰/۰۵۹
	گروه	۶۰۸/۶۶	۲۸	۶۰۸/۶۶	۴/۷۳	۰/۰۳۹	۰/۱۴۹
	خطا	۳۴۷۳/۱۹	۲۹	۱۲۸/۶۵	-	-	-
	کل	۴۰۸۹/۳۶	۳۰	-	-	-	-

با توجه به نتایج جدول ۴ و یافته‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، می‌توان اظهار داشت که درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی (P=۰/۰۰۲ و F=۱۲/۱۷)، کیفیت رابطه زناشویی (P=۰/۰۱۸ و F=۶/۴۰) و سکوت زناشویی (P=۰/۰۳۹ و F=۴/۷۳) مؤثر است. مجذور اتا نشان داد مداخله شناختی رفتاری حدود ۳۱ درصد از تغییرات صمیمیت جنسی، ۱۹ درصد از تغییرات کیفیت رابطه زناشویی و ۱۴ درصد از تغییرات سکوت زناشویی را تبیین می‌کند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی زوجین متعارض بود. به طور کلی یافته‌های پژوهش حاکی از تأثیر معنادار درمان شناختی رفتاری بر صمیمیت جنسی، کیفیت رابطه زناشویی و سکوت زناشویی بود.

نتایج پژوهش حاضر بیانگر افزایش معنادار صمیمیت جنسی پس از یک دوره درمان شناختی رفتاری در زوجین متعارض بود که در همین راستا؛ قهرمان‌نژاد و همکاران (۱۴۰۲)، اسدی و همکاران (۱۴۰۱) و دورائس و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش‌های خود یافته‌های یکسانی را گزارش کردند. یافته به‌دست آمده در این پژوهش را می‌توان براساس یافته‌های سایر پژوهش‌ها اینگونه تبیین نمود که؛ درمان شناختی رفتاری اختلالات کنش جنسی را کاهش می‌دهد. در چرخه‌ی پاسخ جنسی زنان، همبستگی بین انگیختگی فیزیولوژیکی و میل روانشناختی پایین است؛ میل جنسی زنان را نمی‌توان با توجه به نیاز فیزیولوژیکی (مثل استروژن یا تستوسترون) یا انگیختگی آنها (مثل پرخونی اندام‌های تناسلی) پیش‌بینی کرد. در عوض، میل جنسی زنان خیلی نسبت به عوامل رابطه، مانند صمیمیت عاطفی و صمیمت جنسی، حساس است. صمیمت، احساس نزدیکی بین زوجین است که به اشکال مختلف خود را نشان می‌دهد و ازآنجایی که زنان، موجوداتی عاطفی هستند، دیده شده، زمانی که احساس کنند، همسرشان به آنها توجه دارد، درک‌شان می‌کند، در دسترس هستند و از وقت گذراندن با او احساس خوبی را تجربه می‌کنند، میل به روابط جنسی در آنان برانگیخته می‌شود و حتی گاهی در شروع رابطه جنسی پیشقدم می‌شوند و چون خود شروع کننده رابطه و یا راغب به رابطه هستند، احساس لذت بیشتری را تجربه می‌کنند و از کارکرد جنسی بالاتری برخوردار خواهند شد (دورائس و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر تکنیک‌هایی همچون بازسازی شناختی، تمرکز حسی، تن آرامی، مهارت حل مسئله، مهارت ارتباطی، خود ابرازی در دستور کار مداخله شناختی رفتاری قرار گرفته است. تمام این تکنیک‌ها می‌تواند اختلالات کارکرد جنسی زنان (بی میلی جنسی) را کاهش دهد. همچنین این تکنیک‌ها باعث افزایش مهارت‌های جنسی و خیال‌پردازی‌های جنسی و ایجاد رابطه صمیمانه با همسر و صمیمت جنسی بیشتر با همسر می‌گردد. این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد که هیجانات خود را ابراز کند. تمرینات تجویزشده برای زنان دارای بی‌میلی جنسی تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند باعث بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد شود. مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی، ازیک طرف واکنش‌های لذت‌بخش تقویت می‌گردد و از طرفی مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌گردد. این تمرینات در بیشتر موارد، موجب کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده در طرفین می‌گردد. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش پیدا می‌کند و موجب می‌شود، زوجین بیشتر به هم ابراز محبت کنند و صمیمت جنسی بین آنها افزایش پیدا می‌کند (رحیمی و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج پژوهش حاضر بیانگر افزایش معنادار کیفیت رابطه زناشویی پس از یک دوره درمان شناختی رفتاری در زوجین متعارض بود که در همین راستا؛ محمدی و همکاران (۱۴۰۲)، آجری و همکاران (۱۴۰۰) و قاسمی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش‌های خود یافته‌های یکسانی را گزارش کردند. یافته به‌دست آمده در این پژوهش را می‌توان براساس یافته‌های سایر پژوهش‌ها اینگونه تبیین نمود که؛ درمان شناختی رفتاری در کار با زوجین، اهداف افزایش تقویت کننده‌ها و تبادل مثبت، آموزش مهارت‌های ارتباطی، تغییر و اصلاح الگوهای فکری و روش‌های حل تعارض را دنبال می‌نماید (کانکلین[1] و همکاران، ۲۰۲۰). مداخله شناختی رفتاری به زوجین می‌آموزد تا با وجود تفاوت‌های فردی، روش‌هایی را برای نزدیک شدن به یکدیگر در پیش گیرند. از این رو لحاظ کردن نیازها و انگیزه‌های فردی و تفاوت‌های فردی در این زمینه در صورت‌بندی جدید رویکردهای شناختی رفتاری مورد توجه قرار گرفته است و راهبردهایی برای سازگاری با این شرایط و افزایش تحمل‌پذیری زوجین آموزش داده می‌شود (آجری و همکاران، ۱۴۰۰). آگاهی افراد از این تفاوت‌ها، شناخت افراد از یکدیگر را افزایش داده و موجب می‌گردد که افراد واکنش‌های هیجانی و رفتاری خود به این تفاوت‌ها را بررسی کرده و ضمن اعتبار دادن به این تفاوت‌ها کنترل هیجانی بیشتری داشته باشند (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۱).

همچنین در فرایند درمان شناختی رفتاری، ایجاد تغییر در ادراکات، انتظارات و معیارهای زوجین در کنار اصلاح توجه انتخابی، اسنادها، انتظارات و فرضیات آنها نسبت به یکدیگر موجب تغییر در واکنش‌های رفتاری و هیجانی زوجین نسبت به یکدیگر می‌گردد و در ادامه درمانگر با آموزش مهارت‌های رفتاری همچون تبادل رفتاری، کاهش گسستگی، توانایی حل مسئله، گوش دادن و صحبت کردن، الگوهای تعاملی جدید را استحکام می‌بخشد. در واقع در مسیر درمان شناختی رفتاری درمانگر به جای تمرکز بر مشکلات موجود زوجین یا

1 Conklin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

آشفتگی‌های اولیه توجه خود را معطوف به برخورد ناسازگارانه‌ی زوجین با این مشکلات یا آشفتگی‌های ثانویه می‌نماید و با اصلاح آشفتگی‌های ثانویه در واقع زوجین نحوه‌ی رسیدگی به آشفتگی‌های اولیه را می‌آموزند و به مرور زمان آنها را از بین می‌برند و مانع ایجاد مجدد آن می‌شوند و بدین ترتیب رضایت و صمیمیت آنها از روابط زناشویی خویش افزایش پیدا می‌کند (شایان و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج پژوهش حاضر بیانگر کاهش معنادار سکوت زناشویی پس از یک دوره درمان شناختی رفتاری در زوجین متعارض بود که در همین راستا؛ شیخ‌میری و همکاران (۲۰۲۳)، مرادی‌نسب و همکاران (۲۰۲۳)، ادبی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش‌های خود یافته‌های یکسانی را گزارش کردند. یافته به‌دست آمده در این پژوهش را می‌توان براساس یافته‌های سایر پژوهش‌ها اینگونه تبیین نمود که؛ یکی از علت‌هایی که موجب اثربخشی درمان شناختی رفتاری شده است این است که در این برنامه و آموزش درمانی از زنان خواسته شد تا خود را در وضعیت طرف مقابل قرار بدهند و مسئولیت و شناخت انتظارات متقابل را در رأس کار خود قرار دهند که خود موجب کاهش سکوت زناشویی شرکت‌کنندگان گردید. همچنین درمان شناختی رفتاری موجب از بین رفتن تحریفات شناختی در افراد می‌گردد، پدیده‌ای که بسیاری از زوجین را درگیر سکوت می‌کند، همان تحریفات شناختی است که طرحواره‌های زندگی زناشویی را به طرف خود مایل می‌سازد و از اینرو رابطه زناشویی را خدشه‌دار می‌کند (شایان و همکاران، ۲۰۱۸). درواقع درمان شناختی رفتاری زوجین را به یک آگاهی واقف می‌کند که بینش عمیقی نسبت به عملکرد و باورهای خود در زندگی زناشویی کسب کنند (مرادی‌نسب و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین درمان شناختی- رفتاری می‌تواند موجب تقویت مهارت‌های ارتباطی مانند مهارت‌های کلامی و غیرکلامی گردد. تقویت مهارت‌های ارتباطی خود موجب افزایش خودباوری مثبت و کاهش منفی‌نگری می‌گردد که درنهایت افزایش خودباوری به کاهش سکوت زناشویی منجر می‌گردد (زند[1] و همکاران، ۲۰۲۳).

پژوهش حاضر دربردارنده چندین محدودیت بود که رفع آن‌ها در پژوهش‌های بعدی می‌تواند نتایج مؤثرتر و قابل‌اعتمادتری فراهم کند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه بحث سنجش و پرسشنامه‌های مورداستفاده بود. همه پرسشنامه‌های مورداستفاده در پژوهش حاضر از نوع خودسنجی بودند که علی‌رغم این‌که در زمان کوتاهی اطلاعات ارزشمند و گسترده‌ای در اختیار قرار می‌دهند، ممکن است دارای سوگیری و یا سنجش ناکارآمد نیز باشند. یکی دیگر از مهم‌ترین محدودیت‌هایی که این پژوهش با آن روبه‌رو بود بحث محدود بودن جامعه‌ی پژوهش به شهر کرمان بود که تعمیم یافته‌ها به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. محدودیت‌های دیگر این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند و استفاده از زوجین متعارض مراجعه کننده مراکز مشاوره شهر کرمان بود. با توجه به محدودیت‌هایی که پژوهش حاضر با آن‌ها روبه‌رو بود، پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آتی و برای غنای بیشتر از پیگیری‌های کوتاه مدت و بلند مدت برای بررسی تأثیر مداوم درمان شناختی رفتاری بر زوجین متعارض و دارای مشکلات زناشویی استفاده شود. همچنین در کنار درمان شناختی رفتاری می‌توان از سایر درمان‌ها مثل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی و سایر درمان‌های روان‌شناختی استفاده نمود تا بتوان مقایسه‌ای بین درمان شناختی رفتاری با سایر درمان‌ها انجام داد.

منابع

آجری، م.، امیری، ح.، حسینی، س.، و افشاری‌نیا، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی، افسردگی زناشویی زنان خیانت دیده. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۴)، ۵۲-۷۰. https://journals.kmanpub.com/index.php/aftj/article/view/802/890

ادبی، ه.، آزموده، م.، مصرآبادی، ج.، و حسینی‌نسب، س.د. (۱۴۰۱). تعیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی- رفتاری بر تعارضات زناشویی، دل‌زدگی زناشویی و خودنظم‌جویی هیجانی زوجین در معرض طلاق شهرستان بانه. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲، ۲۰۷. https://jdisabilstud.org/article-1-2777-en.pdf

اسدی، ر.، کاظمی، ر.، موسی‌زاده، ت. (۱۴۰۱). اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره تبریز. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۵(۴)، ۱۹۴۰-۱۹۵۱. https://www.sid.ir/paper/1121907/en

بطلانی، س.، احمدی، س.ا.، بهرامی، ف.، شاه سپاه، م.، و محبی، س. (۱۳۸۹). تأثیر زوج‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر رضایت و صمیمیت جنسی. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۲)، ۴۹۶-۵۰۵. https://jfmh.mums.ac.ir/?action=articleInfo&article=1089&vol=215&lang=fa&lang=en

1 Zand

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

رضایی، س.، رسولی، آ. (۱۳۹۸). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سکوت زناشویی. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۹(۳۶)، ۱۶۷-۱۸۲. https://doi.org/10.22054/jem.2020.33017.1769

محمدی، ف.، بیات، م.ر.، کرهرودی، غ. (۱۴۰۲). هم‌سنجی تأثیر برنامه غنی‌سازی روابط مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی و سازگاری در زوجین درگیر خشونت خانگی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱(۲)، ۲۸۹-۳۰۳. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1521-en.html

قاسمی، ن.، رضایی، ف.، و صادقی، م. (۱۴۰۱). مقایسه تأثیر روان‌درمانی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر پریشانی جنسی و روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال میل/ برانگیختگی جنسی. *نشریه روان پرستاری*، ۱۰(۵)، ۹۶-۱۰۸. https://doi.org/10.22034/IJPN.10.5.8

قهرمان‌نژاد، ن.، آتشپور، س.ح.، خیاطان، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان ترکیبی شناختی رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر رضایت جنسی و صمیمت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ. *نشریه پژوهش تونبخشی در پرستاری*، ۹(۳)، ۹۹-۱۰۹. http://doi.org/10.22034/IJRN.9.3.10

هاشمی‌زاده آلهاشم، س.، تمنایی‌فر، م.ر.، منصوری‌نیک، ا. (۱۴۰۲). تأثیر زوج‌درمانی طرحواره محور بر سکوت زناشویی و باجگیری عاطفی در زنان با تعارضات زناشویی، *روانشناسی خانواده*، ۱۰(۱)، ۱۱۴-۱۲۷. https://doi.org/10.22034/ijfp.2024.559443.1140

یوسفی، ن. (۱۳۹۰). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدید نظرشده. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۲)، ۱۸۳-۲۰۰. http://doi.org/ 10.22067/IJAP.V1I2.9534

Abedi, G., Ataeifar, R., & Ghamari, M. (2024). The Effectiveness of Group Marital Conflict Resolution Training Based on Choice Theory on Emotional Divorce and Hope for Life in Married Women. International Journal of Education and Cognitive Sciences, 5(3), 136-146. https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.5.3.10

Asadi, M., Ghasemzadeh, N., Nazarifar, M., & Sarvandani, M. N. (2020). The effectiveness of emotion-focused couple therapy on marital satisfaction and positive feelings towards the spouse. *International Journal of Health Studies*, 6(4), 36-40. https://doi.org/10.22100/ijhs.v6i4.804

Azaam Ali, P., McGarry, J., & Maqsood, A. (2022). Spousal role expectations and marital conflict: perspectives of men and women. Journal of interpersonal violence, 37(9-10), NP7082-NP7108. https://doi.org/10.1177/08862605209666

Baek, E., Choo, H. J., & Lee, S. H. M. (2018). Using warmth as the visual design of a store: Intimacy, relational needs, and approach intentions. *Journal of Business Research*, *88*, 91-101. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.03.013

Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and family Therapy*, *21*(3), 289-308. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x

Conklin, D. Y., Goto, T., Ganocy, S., Loue, S., LaGrotta, C., Delozier, S., ... & Sajatovic, M. (2020). Manualized cognitive behavioral group therapy to treat vasomotor symptoms for women diagnosed with mood disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *128*, 109882. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109882

Cheng, C. C., & Tardy, C. (2010). A Cross-cultural Study of Silence in Marital Conflict. *China Media Report Overseas*, *6*(2). https://books.apple.com/us/book/a-cross-cultural-study-of-silence-in-marital/id523417943

Durães, R. S. S., Khafif, T. C., Lotufo-Neto, F., & Serafim, A. D. P. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on reducing depression and anxiety symptoms and increasing dyadic adjustment and marital social skills: An exploratory study. *The Family Journal*, *28*(4), 344-355. https://doi.org/10.1177/1066480720902410

Finzi-Dottan, R. (2023). The role of fear of intimacy as mediator between self-differentiation and marital relationship satisfaction: A dyadic model. *The Family Journal*, *31*(3), 392-398. https://doi.org/10.1177/10664807231163254

Hashemi Zadeh AL-Hashem, S. S., Tamannaeifar, M., & Mansoori Nik, A. (2023). The Effect of Schema-based Couple Therapy on Marital Silence and Emotional Blackmail in Women with Marital Conflicts. Iranian Journal of Family Psychology, 10(1), 114-127. https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.5.3.10

Henrich, D., Glombiewski, J. A., & Scholten, S. (2023). Systematic review of training in cognitive-behavioral therapy: Summarizing effects, costs and techniques. *Clinical Psychology Review*, *101*, 102266. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102266

Khajoei Nejad, F., Rafati, F., Rafati, S., & Dastyar, N. (2023). The association between sexual function, quality of marital relationship and associated factors in women with a history of ectopic pregnancy: a cross-sectional study in Iran. *BMC Women's Health*, *23*(1), 506. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02635-2

Lawrence, E., Barry, R. A., Brock, R. L., Bunde, M., Langer, A., Ro, E., ... & Dzankovic, S. (2011). The Relationship Quality Interview: evidence of reliability, convergent and divergent validity, and incremental utility. *Psychological assessment*, *23*(1), 44. https://doi.org/10.1037/a0021096

Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford press.

Li, P. F., & Johnson, L. N. (2018). Couples' depression and relationship satisfaction: Examining the moderating effects of demand/withdraw communication patterns. *Journal of Family Therapy*, *40*, S63-S85. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12124

Moradinasab, S., Iravani, M., Mousavi, P., Cheraghian, B., & Molavi, S. (2023). Effect of cognitive–behavioral therapy on sexual self-esteem and sexual function of reproductive-aged women suffering from urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *34*(8), 1753-1763. https://doi.org/10.1007/s00192-023-05460-1

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]

Parsakia, K., Farzad, V., & Rostami, M. (2023). The mediating role of attachment styles in the relationship between marital intimacy and self-differentiation in couples. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, *4*(1), 589-607. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.1.29

Rahimi, A., Amiri, H., Afsharriniya, K., & Arefi, M. (2020). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the enhancement of marital satisfaction and sexual intimacy in couples referred to Counseling centers. *Avicenna journal of neuro psycho physiology*, *7*(2), 126-132. http://doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.2.107

Rocheleau, G. C., Olson, J. T., & Vito, A. G. (2023). Victimization, negative emotions, and substance use: Variability in general strain theory processes by marriage and relationship quality. *Criminology & Criminal Justice*, 17488958231158469, 1-20. https://doi.org/10.1177/17488958231158469

Shayan, A., Taravati, M., Garousian, M., Babakhani, N., Faradmal, J., & Masoumi, S. Z. (2018). The effect of cognitive behavioral therapy on marital quality among women. *International journal of fertility & sterility*, *12*(2), 99. http://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5257

Sheikh Miri, A., Iravani, M., Boostani, H., & Latifi, M. (2023). The effect of cognitive behavioral therapy on sexual function in reproductive aged women with hypothyroidism: a randomized controlled clinical trial. *BMC psychiatry*, *23*(1), 357. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04870-1

Tavares, A., Crespo, C., & Ribeiro, M. T. (2023). Assessing Silent Conflict: Results from the Portuguese Version of the Silent Interparental Conflict Scale. *Contemporary Family Therapy*, *45*(1), 1-10. https://doi.org/10.1007/s10591-021-09587-5

Umberson, D., & Thomeer, M. B. (2020). Family matters: Research on family ties and health, 2010 to 2020. *Journal of Marriage and Family*, *82*(1), 404-419. https://doi.org/10.1111/jomf.12640

Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, *40*(4), 597-609. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001

Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, *40*(4), 275-293. https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072

Zand, N. N., Shiroudi, S. G., Khalatbari, J., & Rahmani, M. (2023). Effectiveness of a Transdiagnostic Educational Package Based on Cognitive Behavioral Therapy, Schema Therapy, and Meaning Therapy on Psychological Well-being and Marital Burnout in Women Experiencing Emotional Divorce. *Psychology of Woman Journal*, *4*(4), 67-75. http://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.4.8

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-10-23]