رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۱، شماره پیاپی۹۴، فروردین ۱۴۰۳
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(1), 2024*

# اثربخشی زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر تمایز یافتگی خود و بدکارکردی جنسی زنان متأهل

# The effectiveness of personality-systemic couple therapy on self-differentiation and sexual dysfunction of married women

**ملیحه مرادی**
کارشناسی ارشد شخصیت، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

**Malihe Moradi**
MA of Personality, Faculty of Human Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
*malihemoradi233@gmail.com*

## چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر تمایزیافتگی خود و بدکارکردی جنسی زنان متأهل بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری، زنان متاهل شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از این جامعه بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج، به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۰ زن انتخاب و در گروه آزمایش و گواه هر گروه ۲۰ زن به صورت تصادفی جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تمایزیافتگی خود (DSI-R، اسکورن و اسمیت، ۲۰۰۳) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI، روزن و همکاران، ۲۰۰۰) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین تمایزیافتگی خود و بدکارکردهای جنسی پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح (P<۰/۰۱) وجود داشت. در واقع زوج درمانی شخصیتی- سیستمی باعث افزایش تمایزیافتگی خود و عکلکرد جنسی در زنان متأهل می‌شود.

***واژه‌های کلیدی:*** *بدکارکردی جنسی، تمایزیافتگی، زوج درمانی شخصیتی- سیستمی.*

## Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of personality-systemic couple therapy on self-differentiation and sexual dysfunction of married women. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population was the married women of Tehran city in 1402, based on the entry and exit criteria, 40 women were selected by purposeful sampling and 20 women were randomly assigned to the experimental group and the control group. Self-differentiation questionnaire (DSI-R, Skorn and Smith, 2003) and Women's Sexual Performance Index (FSFI, Rosen et al., 2000) were used to collect data. The data analysis was done with the statistical method of multivariate covariance analysis. The results showed that by controlling the effect of the pre-test, there was a significant difference (P<0.01) between the mean of self-differentiation and post-test sexual dysfunctions of the experimental and control groups. Personality-system couple therapy increases self-differentiation and sexual functioning in married women.

***Keywords:*** *Sexual dysfunction, differentiation, personality-system couple therapy.*

**نوع مقاله : پژوهشی** | **دریافت : تیر ۱۴۰۲** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: اسفند۱۴۰۲**

## مقدمه

زمانی که افراد ازدواج کرده و پا به زندگی زناشویی می‌گذارند با انتظارات و توقعات خاصی که از پیش در ذهن خود داشته‌اند، وارد این رابطه می‌گردند؛ اما زمانی که متوجه می‌شوند واقعیت به صورت دیگری است؛ دچار نوعی احساس سرخوردگی و دلزدگی از رابطه زناشویی می‌شوند (میلز[1]، ۲۰۲۱). عوامل بسیاری در یک ازدواج موفق دخیل است. وجود یک رابطه جنسی مطلوب به نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت طرفین شود، نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده ایفا می‌کند. البته عواملی وجود دارد که می‌تواند مسایل جنسی زوج‌ها را به خطر اندازد. یکی از این عوامل، بدکارکردی جنسی[2] است. بدکارکردی جنسی می‌تواند تأثیرات متعددی در روابط زناشویی داشته و عمده‌ترین تأثیر منفی را روی کیفیت زندگی افراد می‌گذارد (سوالم[3] و همکاران، ۲۰۲۲). بدکارکردی جنسی، مجموعه

1. Mills
2. Sexual Dysfunctions
3. Sewalem

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

اختلالات ناهمگن است که اغلب با اختلال قابل ملاحظه بالینی در توانایی پاسخ دادن جنسی فرد یا تجربه کردن لذت جنسی مشخص می‌شود و مشکلات پیچیده و چند بعدی بوده و اغلب در عوامل روانی ریشه دارد (رفاهی و همکاران، ۱۳۹۸).

بدکارکردی جنسی ممکن است تمام عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید. این اختلال می‌تواند فراگیر یا موقعیتی و کلی و جزئی باشد. اختلال عملکرد جنسی به اختلال در مرحله میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم یا اختلال درد تناسلی- لگنی/ درد هنگام دخول تقسیم می‌شود (دل‌پوپ[1] و همکاران، ۲۰۱۴). براساس اطلاعات انجام شده، دست کم نیمی از زوجین اختلال جنسی را در روابط خود تجربه می‌کنند (وحیدهرندی و رئیسی، ۱۳۹۸). بدکارکردی جنسی می‌تواند به فقدان اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و مشکلات شخصیتی منجر شود (کاروالهیرا و لیل[2]، ۲۰۱۷). بدکارکردی جنسی عمده‌ترین تأثیر منفی را روی کیفیت زندگی افراد می‌گذارد. افراد مبتلا به بدکارکردی، کانون توجه خود را بر روی اشتغالات اضطراب‌زا قرار می‌دهند؛ در حالی که افراد سالم اغلب بخش‌های تحریک کننده شریک جنسی و پیش‌بینی یک لذت را در کانون توجه قرار می‌دهند (احمدیان و همکاران، ۲۰۱۸). بررسی‌ها نشان داده که بدکارکردی جنسی غالباً با سایر اختلالات مثل اختلال شخصیت و افسردگی و اضطراب همراه است. هر نوع استرس و مشکلات زندگی، اختلالات هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد جنسی می‌تواند بر کارکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد و رضایت زناشویی را در زوجین تحت تأثیر قرار دهد (فلینن[3] و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از عواملی که می‌تواند نقش مهمی در بدکارکردی جنسی زنان داشته باشد و کارکرد جنسی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، تمایزیافتگی خود است. تمایزیافتگی به معنای رسیدن به حدی از استقلال عاطفی است که فرد بتواند در موقعیت‌های عاطفی و هیجانی، بدون غرق شدن در جو عاطفی آن موقعیت‌ها به صورت عقلانی و خودمختار تصمیم‌گیری کند (اسکورون و فریدلندر[4]، ۱۹۹۸). تمایز یافتگی خود، بین دو نیروی باهم بودن و فردیت (سطح درون‌روانی و فراروانی) تعادل برقرار می‌کند و حاصل آن ایجاد توازن بین حفظ استقلال و تداوم با افراد مهم زندگی است (میتارد[5] و همکاران، ۲۰۱۱). تمایزیافتگی یک جنبه‌ی مهم از سلامت روان‌شناختی است و روابط اولیه افراد در محیط خانواده به سطح بالا و پایین آن منجر می‌شود. بنا به اعتقاد بوئن[6] (۲۰۲۰) میزان بروز تمایزیافتگی در هر فرد، نشان دهنده میزان توانایی فرد برای جداسازی فرایند شناختی از فرایند احساسی است که تجربه می‌کند. اعتقاد براین است که زوجینی که سطح تمایزیافتگی پایینی دارند، در زمان ازدواج، بلوغ هیجانی کمتر و ظرفیتی محدود برای صمیمیت و یکی شدن داشته باشند. در مقابل زوجین با تمایزیافتگی بالا، به یکدیگر اجازه می‌دهند رابطه صمیمیانه‌تری داشته باشند و تفاوت عقاید یکدیگر را بتوانند تحمل کرده و واکنش هیجانی کمتری را تحمل کنند (سیمون[7] و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین تمایز زمانی حاصل می‌شود که فرد بتواند فردیت خود را حفظ کند و در عین حال بخشی از واحد خانواده باقی بماند. در واقع خود تمایزیافتگی با متغیرهای دیگری همچون کنترل و تنظیم هیجانی و معناداری زندگی در ارتباط قرار می‌گیرد (تامپسون[8] و همکاران، ۲۰۱۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زوجینی که توانایی بیشتری در کنترل هیجانات دارند، سازگاری زناشویی بیشتری دارند و از تمایزیافتگی بهتری برخوردارند (کریس[9] و همکاران، ۲۰۱۶؛ ریک[10] و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین افراد تمایزنایافته که هویت تعریف شده‌ای از خود ندارند و در نقش‌ها و مسائل بین شخصی موجود همراه با موج عاطفی خانواده حرکت می‌کنند، اضطراب مزمن بالایی را تجربه می‌کنند و مستعد مشکلات روان‌شناختی و بروز نشانه‌های افسردگی هستند (مؤمنی و علیخانی، ۱۳۹۲). سیمبار[11] (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان داد که زوج‌هایی که از سطح تمایزیافتگی بالایی برخوردارند، در زندگی زناشویی سازگاری بیشتری دارند و مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی پایینی دارند.

نظریه‌ها و پژوهش‌ها نشان می‌دهد صفات شخصیتی افراد موجب می‌شود رابطه‌ای شکل بگیرد که با رضایت و سازگاری زناشویی مرتبط است. از آنجایی که شخصیت، شیوه‌هایی را که افراد بر اساس آن محیط‌شان را تعبیر و تفسیر می‌کنند و به آن پاسخ می‌دهند شکل می‌دهد،

1. Del Pup
2. Carvalheira & Leal
3. Flynn
4. Skowron & Friedlander
5. Meteyard
6. Bowen
7. Simon
8. Thompson
9. Criss
10. Rick
11. Simbar

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

انتظار می‌رود صفات هر یک از همسران بر تعاملات درون یک ارتباط تأثیر بگذارد. در این زمینه درمانگران خانواده همانند متفکران سیستمی به نقایص یا فضایل فردی اعضای سیستم متمرکز نمی‌شوند؛ بلکه به چگونگی رضایت‌مندی و کارکرد تعامل میان آن‌ها توجه دارند (درینفورث[1]، ۲۰۱۰). در این دیدگاه هر عنصری وابسته به محیط خود و سایر عناصر سیستمی است که خود جزیی از آن است؛ بنابراین هر فرد روی دیگران تأثیر می‌گذارد و هم خود از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). از این نظر مشکل سازگاری زناشویی مانند هر مشکل مورد نظر دیگری به صورت مسئله‌ای در سیستم خانواده در نظر گرفته می‌شود (مداحی و صمدزاده، ۱۳۹۰).

با توجه به مدون نبودن الگوی زوج درمانی شخصیتی- سیستمی، تاکنون تحقیقات کمتری در این زمینه انجام شده است و به چند تحقیق در این زمینه اشاره می‌شود. به طوری که کوهن[2] (۲۰۰۷) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که تغییر در شیوه‌های درمانی، کار مورد نیاز روی سیستم‌های خود هر یک از زوج‌ها را که موجب بهبود روابط زوجی می‌شود، امکان‌پذیر می‌کند. به طوری که تفکر سیستمی در خانواده می‌تواند میزان آشفتگی زوجین را کاهش دهد. احمد[3] (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان داد که زوج درمانی سیستمی بر افزایش هماهنگی زوجین تأثیر دارد و می‌تواند در افزایش شاخص‌های نزدیکی رابطه و روابط متقابل و نیز رضایت زناشویی مؤثر باشد. سپهریان و قلاوندی (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که داشتن تصور مثبت درباره ویژگی‌های شخصیتی همسر با کیفیت رابطه زوجین رابطه دارد و می‌تواند میزان آشفتگی را در زوجین بهبود دهد. زمانی‌فر و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه خود نشان دادند که زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بصورت معناداری بر بهبود صمیمیت و تمایزیافتگی خود زوجین دارای تعارض زناشویی مؤثر بودند و می‌تواند رضایت زناشویی در زوجین را بهبود بخشد. دلاتوره و واگنر[4] (۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که در فرایند درمان درمانگر با تمرکز بر طرحواره‌های فرد در مورد مظهر دلبستگی، هیجانات و پیامدهای ناشی از آن در زندگی بزرگسالی، اقدام به اصلاح این طرحواره‌ها و هیجانات ناشی از آن می‌کند و باورهای فرد در مورد ابراز هیجانات را به چالش می‌کشد و با تغیر نگرش زوجین در مورد هیجانات خویشتن و ابراز آن چرخه‌های تعاملی معیوب آن‌ها اصلاح می‌گردد و چرخه‌های جدیدی شکل گرفته و رضایت زناشویی را منجر می‌شود. همچنین سانتون و ولش[5] (۲۰۲۲) در پژوهش دیگری گزارش کردند که تفکر سیستمی پیوستگی میان موضوعات یا رفتارهای به ظاهر نامرتبط را تشخیص می‌دهد. الگوی تعاملی مشترکی در همه موضوعات مطرح شده آنها وجود دارد. زمانی که زوجین این الگو را تشخیص می‌دهند، می‌توان آن را متوقف کرد و به شکلی تنظیم کرد که برای هر دو نفر و رابطه میان آنها مفید واقع شود.

یک تحول مهم در زمینه موضوع پژوهش حاضر، این است که تا قبل از دهه‌ی هفتم قرن بیستم، تحقیقات انجام شده در خصوص خانواده، به طور عمده حول محور مشکلات و اثرات روانی- اجتماعی آن بر اعضای خانواده متمرکز بود، ولی از این دهه به بعد، توجه محققین به مسئله نارضایتی از زندگی زناشویی و راه‌های افزایش احساس رضایت و خشنودی از زندگی مشترک معطوف شد که هدف این پژوهش نیز حرکت در این جهت است؛ زیرا به تعیین علل جدائی‌ها پس از وقوع آن‌ها نمی‌پردازد، بلکه با مشخص کردن نحوه‌ی تأثیر روابط عاطفی زوجین و اثربخشی زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر تمایز یافتگی عاطفی و بدکارکردی جنسی زنان متأهل، کوشش می‌کند تا زمینه‌های روان‌شناختی را که به کاهش ناسازگاری زناشویی و بهبود رضایت زناشویی منتهی می‌شود، شناسایی کند.

بسیاری از نابسامانی‌های خانوادگی که منجر به هدر رفتن نیروهای عظیم انسانی می‌شود جلوگیری کرد، به علاوه بایستی زمینه و بستر مناسبی جهت تحقیقات بعدی به وجود آورد که این پژوهش می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد تا محققان بعدی گام‌هایی در جهت شناساندن مداخلات درمانی بر کاهش مشکلات زوجین ناسازگار بردارند. با در نظر گرفتن این نکته که احتمالاً انجام این مداخلات و بررسی دقیق تأثیر آنها بر تمایزیافتگی و بدکارکردی جنسی زنان متأهل کمک زیادی به زوجین نموده و اقدامی پیشگیرانه ایفا می‌کند؛ لذا ضرورت انجام پژوهش احساس می‌شود و از سویی با توجه به اینکه پژوهش‌های انجام گرفته چندان به اثربخشی مداخله زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر تمایزیافتگی و بدکارکردی زنان پرداخته نشده است؛ لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر تمایز یافتگی خود و بدکارکردی جنسی زنان متأهل بود.

1. Drinforth
2. Cohn
3. Ahmad
4. Delatorre & Wagner
5. Stanton & Welsh

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، زنان متاهل شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از این جامعه بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج، به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۰ زن انتخاب شده و در گروه آزمایش و گروه گواه هر گروه ۲۰ زن به صورت تصادفی جایگزین شدند. به طوری که گروه آزمایشی پروتکل زوج درمانی شخصیتی- سیستمی را به مدت نه جلسه دو ساعته و هر هفته دو جلسه دریافت کردند؛ در حالی که گروه گواه دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش حداقل ۵ سال و حداکثر ۱۰ سال از ازدواج‌شان گذشته باشد، سن آن‌ها در دامنه سنی ۲۰ الی ۴۰ سال باشد، حداقل تحصیلات دیپلم و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش باشد. همچنین شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی و شروع به استفاده از داروهای روانپزشکی به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شده بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه برای همکاری در پژوهش توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شده و پژوهشگر به مراجعان این اطمینان را داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و داده‌های پرسشنامه محرمانه خواهد بود. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره در نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**ابزار سنجش**

**پرسشنامه تمایزیافتگی خود[1] (DSI-R)**: این پرسشنامه توسط اسکورن و اسمیت (۲۰۰۳) ساخته شده و ۴۶ سوالی است که بر مبنای پرسشنامه استاندارد ۴۵سوالی تمایز یافتگی خود ساخته شده است (اسکورن و اسمیت، ۲۰۰۳). به منظور سنجش تمایزیافتگی افراد طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم آمیختگی با دیگران است. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت در یک طیف ۶ گزینه‌ای از ۱ (ابداً در مورد من صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً در مورد من صحیح است) درجه‌بندی شده است. به هر سوال نمره‌ای بین ۱ تا ۶ تعلق می‌گیرد. به این صورت که به گزینه ۱ نمره ۱ و به گزینه ۶ نمره ۶ داده می‌شود. حداکثر نمره پرسشنامه ۲۷۰ است. سوال های ۴، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷، ۳۱، ۳۷، ۴۱، ۴۳ به صورت مثبت و سایر سوال‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کمتر در این پرسشنامه نشان دهنده سطوح پایین‌تر تمایز یافتگی است. اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸) روایی صوری این پرسشنامه را تأیید کرده و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آوردند. همچنین در پژوهشی اسکورن و فریدلندر (۱۹۹۸) روایی سازه برای ۴ خرده مقیاس را استخراج کرده و در مجموع ۰/۷۸ واریانس داده‌ها را تبیین کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده این پرسشنامه بالای ۰/۷۰ برآورد شده است (شریعتی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۹۱ به دست آمد.

**شاخص شاخص عملکرد جنسی زنان[2] (FSFI)**: شاخص عملکرد جنسی زنان مقیاسی است جهت اندازه گیری عملکرد جنسی زنان، این مقیاس توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) ساخته و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۹ سؤال می‌باشد و دارای ۶ خرده مقیاس میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضاتمندی و درد جنسی می‌باشند که با جمع کردن نمرات ۶ حوزه نمره کلی مقیاس به دست می‌آید. به طوری که نمره بیشتر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. سؤالات در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از ۰ (فعالیت جنسی نداشتم) تا ۵ (تقریبا همیشه) نمره گذاری می‌شوند. بررسی روایی نشان داد که این ابزار توانایی افتراق افراد با و بدون اختلال عملکرد جنسی را دارا است و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (روزن و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین در پژوهش عباس‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) روایی این شاخص را از طریق همبسته کردن با عملکرد جنسی اسپکتور ۰/۴۸ به دست آمد و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۸ به دست آمد.

**پروتکل زوج درمانی شخصیتی- سیستمی:** این الگوی زوج درمانی بر اساس پروتکل کتل شامل ۹ جلسه زوج درمانی بود که هر هفته دو جلسه به مدت دو ساعت برگزار شد. این بسته درمانی با استفاده از متون و منابع مرتبط در حوزه رویکردهای سیستمی و رویکرد شخصیتی کتل تدوین شد و روایی آن را اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان تأیید کردند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). محتوای

1. Differentiation of Self Inventory
2. The female sexual function index

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

جلسات زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر اساس پروتکل کتل توسط موسوی و همکاران (۱۳۹۶) به شرح زیر بود که در زیر به صورت مختصر اشاره شده است.

**جدول ۱: برنامه مداخله زوج درمانی شخصیتی- سیستمی**

| جلسات | محتوای جلسه |
|---|---|
| جلسه اول | آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بحث درباره اهداف، بیان اهداف و الگوهای مراوده‌ای، تعریف دیدگاه سیستمی و تعریف سیستم خانواده، بیان علیت حلقوی و سؤال چرخشی و ارائه تکلیف |
| جلسه دوم | مروری کوتاه بر مباحث جلسه قبل، بررسی ساختار خانواده و قواعد و الگوهای مراوده‌ای و آموزش مهارت شناخت و بررسی مرزها در خانواده و ارائه تکلیف |
| جلسه سوم | مروری کوتاه بر مباحث جلسه قبل، بررسی تکلیف و رفع اشکال و ارائه تقویت مثبت، بیان مفهوم انطباق خانواده، بیان انواع استرس‌ها در زندگی، بررسی اتحادها و مثلث‌ها در زندگی زوجین و ارائه تکلیف |
| جلسه چهارم | بررسی تکلیف و رفع اشکال، آموزش شیوه چارچوب‌بندی دوباره مشکل، معرفی ارتباط متناقض، معرفی مهارت گوش دادن، بیان موانع گوش دادن و ارزیابی موانع گوش دادن، آموزش مهارت گوش دادن و ارائه تکلیف |
| جلسه پنجم | معرفی و شرح بیان شفاف، بیان راهکارهای ارتباط شفاف، شرح و معرفی مهارت مذاکره، تغییر راهکارهای ناکارآمد و ارائه تکلیف |
| جلسه ششم | آشنایی با مفهوم حل مسئله، کمک به توصیف مسئله به صورت دقیق، هدف‌گذاری و بارش فکری، تصمیم‌گیری و انتخاب بهترین راه-حل مسئله، آموزش مهارت ابراز احساس و ارائه تکلیف |
| جلسه هفتم | شرح مسئله، گوش دادن به افکار، معرفی تحریفات شناختی، بیان مهارت‌های شناسایی تحریفات شناختی و جست و جوی تحریفات شناختی و ارائه تکلیف |
| جلسه هشتم | شرح مسئله، بیان انواع تسلسل و شیوه حل آن‌ها در زندگی، آموزش شیوه جدول بندی زمانی برای انجام کارها و ارائه تکلیف |
| جلسه نهم | فرصتی برای بیان نگرانی‌ها، برنامه‌ها و امیدواری‌های مراجعان، ارائه بازخورد در زمینه آموزشی و اجرای پس‌آزمون. |

## یافته ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه مداخله و گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۳/۶۵ و ۳۲/۷۰ بود. همچنین در گروه مداخله، تعداد ۷ نفر خانه‌دار و ۱۳ نفر شاغل بودند. در گروه گواه نیز ۹ نفر خانه‌دار و ۱۱ نفر شاغل بودند. در گروه مداخله، تعداد ۵ نفر بین ۳-۵ سال، ۸ نفر بین ۶ تا ۸ سال و ۷ نفر بین ۹-۱۰ سال بود. در گروه گواه نیز ۷ نفر بین ۳ تا ۵ سال، ۷ نفر بین ۶ تا ۸ سال و ۶ نفر به مدت ۹-۱۰ سال از ازدواجشان گذشته بود.

شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای تمایزیافتگی و بدکارکردی جنسی به تفکیک گروه و نوع آزمون در جداول ذیل نشان داده شده است.

**جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و آزمون**

| متغیرها | مرحله | گروه آزمایش<br>میانگین (انحراف معیار) | گواه<br>میانگین (انحراف معیار) |
|---|---|---|---|
| واکنش پذیری عاطفی | پیش‌آزمون | ۳۲/۹۵ (۲/۴۳) | ۳۲/۴۰ (۲/۹۰) |
| | پس‌آزمون | ۳۵/۳۵ (۲/۰۵) | ۳۳/۹۰ (۲/۵۷) |
| جایگاه من | پیش‌آزمون | ۳۴/۳۰ (۱/۶۸) | ۳۳/۸۰ (۲/۹۸) |
| | پس‌آزمون | ۳۶/۰۱ (۲/۳۳) | ۳۳/۹۵ (۲/۰۶) |
| گریز عاطفی | پیش‌آزمون | ۳۷/۵۵ (۳/۹۴) | ۳۶/۴۰ (۳/۴۷) |
| | پس‌آزمون | ۳۹/۳۵ (۲/۶۲) | ۳۷/۵۵ (۲/۳۷) |
| هم آمیختگی با دیگران | پیش‌آزمون | ۲۷/۰۱ (۲/۱۲) | ۲۷/۵۰ (۱/۹۴) |
| | پس‌آزمون | ۲۸/۴۵ (۲/۰۸) | ۲۶/۶۰ (۲/۷۰) |
| میل جنسی | پیش‌آزمون | ۲/۰۱ (۰/۷۲) | ۱/۸۵ (۰/۵۸) |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| تحریک روانی | پس‌آزمون | ۲/۷۰ (۱/۰۳) | ۱/۹۰ (۰/۸۵) |
| | پیش‌آزمون | ۲/۶۰ (۰/۸۸) | ۲/۱۰ (۰/۷۱) |
| | پس‌آزمون | ۲/۶۰ (۰/۸۲) | ۱/۹۰ (۰/۷۸) |
| رطوبت | پیش‌آزمون | ۱/۹۰ (۰/۶۴) | ۱/۹۵ (۰/۵۱) |
| | پس‌آزمون | ۲/۴۰ (۰/۸۲) | ۱/۹۵ (۰/۶۰) |
| ارگاسم | پیش‌آزمون | ۲/۰۵ (۰/۶۸) | ۱/۸۰ (۰/۶۱) |
| | پس‌آزمون | ۳/۰۵ (۰/۹۴) | ۲/۲۵ (۰/۶۳) |
| رضایتمندی جنسی | پیش‌آزمون | ۲/۵۰ (۰/۷۶) | ۲/۲۰ (۰/۷۷) |
| | پس‌آزمون | ۳/۰۵ (۰/۹۴) | ۲/۳۰ (۰/۵۷) |
| درد جنسی | پیش‌آزمون | ۲/۲۰ (۰/۷۷) | ۲/۲۰ (۰/۵۲) |
| | پس‌آزمون | ۳/۰۵ (۰/۸۲) | ۲/۰۵ (۰/۶۸) |

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون میانگین نمرات تمایزیافتگی و مؤلفه‌های (واکنش‌پذیرش عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران) و بدکارکردی جنسی و مؤلفه‌های (میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی جنسی و درد جنسی) در گروه آزمایش (زوج درمان شخصیتی- سیستمی) افزایش یافته؛ اما در گروه گواه تغییر زیادی ایجاد نشده است.

به منظور انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری ابتدا پیش‌فرض همگونی شیب خط رگرسیون با آزمون F اثرات تقابلی بررسی شد و نتایج حاصل از F محاسبه شده برای متغیرهای تمایزیافتگی (F=۱/۲۴، P>۰/۰۵) و بدکارکردی جنسی (F=۲/۷۹، P>۰/۰۵) حاکی از رعایت این پیش‌فرض بود. به‌علاوه آزمون برابری واریانس از طریق آزمون لون (تمایزیافتگی، F=۰/۹۸، P>۰/۰۵ و بدکارکردی جنسی؛ F=۰/۱۳، P>۰/۰۵) حاکی از برقرار بودن این پیش‌فرض های برای متغیرهای وابسته بود. همچنین نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها نرمال هستند (P<۰/۰۵)؛ بنابراین بر اساس این مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده‌اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. همچنین با توجه به نتایج آزمون باکس مشخص است که چون مقدار سطح معناداری این آزمون برای متغیر تمایزیافتگی و بدکارکردی جنسی به ترتیب برابر ۰/۹۳ و ۰/۱۰ می‌باشد و این مقدار بیشتر از سطح معناداری ۰/۰۵ است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این پیش‌فرض جهت انجام آزمون تحلیل مانکووا رعایت شده است. به عبارت دیگر، همگنی ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای پژوهش برقرار است و از نظر ماتریس واریانس- کواریانس تفاوت معناداری باهم ندارند.

**جدول ۳: نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری متغیرهای پژوهش**

| نام آزمون | مقدار | درجه آزادی فرض | درجه آزادی خطا | F | سطح معناداری | ضریب ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| لامبدای ویلکز | ۰/۷۴ | ۱۰ | ۱۹ | ۵/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ |
| اثر پیلایی | ۰/۲۵ | ۱۰ | ۱۹ | ۵/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ |
| اثر هتلینگ | ۲/۹۵ | ۱۰ | ۱۹ | ۵/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ |
| بزرگترین ریشه روی | ۲/۹۵ | ۱۰ | ۱۹ | ۵/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۴ |

با توجه به جدول ۳ آماره چند متغیره لامبدای ویلکز برابر با ۰/۷۴، مقدار F برابر ۵/۶۱ سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۰۱ است. با توجه به کوچک‌تر بودن سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میزان نمرات پس‌آزمون متغیرهای تمایزیافتگی و بدکارکردی جنسی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

**جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) برای متغیرهای پژوهش**

| منبع تغییر | متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اثر پیش-آزمون | واکنش‌پذیری عاطفی | ۱۱۴/۰۸ | ۱ | ۱۱۴/۰۸ | ۲۴/۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱ |
| | جایگاه من | ۷۲/۳۴ | ۱ | ۷۲/۳۴ | ۱۴/۰۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹ |
| | گریز عاطفی | ۱۶۷/۳۸ | ۱ | ۱۶۷/۳۸ | ۲۴/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۲ |
| | هم‌آمیختگی با دیگران | ۲۰/۴۱ | ۱ | ۲۰/۴۱ | ۳/۷۳ | ۰/۰۶ | ۰/۱۰ |
| | میل جنسی | ۰/۲۷ | ۱ | ۰/۲۷ | ۰/۲۸ | ۰/۵۹ | ۰/۰۰۹ |
| | تحریک روانی | ۰/۱۱ | ۱ | ۰/۱۱ | ۰/۱۹ | ۰/۶۶ | ۰/۰۰۶ |
| | رطوبت | ۲/۷۷ | ۱ | ۲/۷۷ | ۵/۶۴ | ۰/۰۲ | ۰/۱۵ |
| | ارگاسم | ۸/۹۷ | ۱ | ۸/۹۷ | ۱۲/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸ |
| | رضایتمندی جنسی | ۳/۷۵ | ۱ | ۳/۷۵ | ۶/۵۷ | ۰/۰۱ | ۰/۱۷ |
| | درد جنسی | ۱/۱۶ | ۱ | ۱/۱۶ | ۲/۰۹ | ۰/۱۵ | ۰/۰۶ |
| اثر گروه | واکنش‌پذیری عاطفی | ۲۴/۳۹ | ۱ | ۲۴/۳۹ | ۵/۱۹ | ۰/۰۳ | ۰/۱۳ |
| | جایگاه من | ۳۰/۵۳ | ۱ | ۳۰/۵۳ | ۵/۹۳ | ۰/۰۲ | ۰/۱۵ |
| | گریز عاطفی | ۲۸/۸۷ | ۱ | ۲۸/۸۷ | ۴/۲۸ | ۰/۰۴ | ۰/۱۱ |
| | هم‌آمیختگی با دیگران | ۴۰/۶۳ | ۱ | ۴۰/۶۳ | ۷/۴۳ | ۰/۰۱ | ۰/۱۸ |
| | میل جنسی | ۴/۷۸ | ۱ | ۴/۷۸ | ۵/۰۹ | ۰/۰۳ | ۰/۱۳ |
| | تحریک روانی | ۳/۲۲ | ۱ | ۳/۲۲ | ۵/۴۹ | ۰/۰۲ | ۰/۱۴ |
| | رطوبت | ۲/۱۴ | ۱ | ۲/۱۴ | ۴/۳۶ | ۰/۰۴ | ۰/۱۲ |
| | ارگاسم | ۴/۷۰ | ۱ | ۴/۷۰ | ۶/۷۱ | ۰/۰۱ | ۰/۱۷ |
| | رضایتمندی جنسی | ۴/۶۰ | ۱ | ۴/۶۰ | ۸/۰۶ | ۰/۰۰۸ | ۰/۲۰ |
| | درد جنسی | ۷/۳۲ | ۱ | ۷/۳۲ | ۱۳/۱۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹ |
| خطا | واکنش‌پذیری عاطفی | ۱۵۹/۸۰ | ۳۴ | ۴/۷۰ | | | |
| | جایگاه من | ۱۷۴/۹۰ | ۳۴ | ۵/۱۴ | | | |
| | گریز عاطفی | ۲۲۹/۲۳ | ۳۴ | ۶/۷۴ | | | |
| | هم‌آمیختگی با دیگران | ۱۸۵/۸۹ | ۳۴ | ۵/۴۶ | | | |
| | میل جنسی | ۳۰/۰۶ | ۳۲ | ۰/۹۴ | | | |
| | تحریک روانی | ۱۸/۷۸ | ۳۲ | ۰/۵۸ | | | |
| | رطوبت | ۱۵/۷۲ | ۳۲ | ۰/۴۹ | | | |
| | ارگاسم | ۲۲/۳۹ | ۳۲ | ۰/۷۰ | | | |
| | رضایتمندی جنسی | ۱۸/۲۵ | ۳۲ | ۰/۵۷ | | | |
| | درد جنسی | ۱۷/۸۲ | ۳۲ | ۰/۵۵ | | | |

بر اساس نتایج جدول ۴، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، زوج درمانی شخصیتی- سیستمی منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌ها در متغیر های تمایزیافتگی و بدکارکردی جنسی ($P<۰/۰۰۱$) شد. بدین معنا که بخشی از تفاوت‌های فردی در متغیرهای تمایزیافتگی و بدکارکردی جنسی به دلیل تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر مداخله) بود. از این رو می‌توان مطرح کرد که زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر افزایش تمایزیافتگی و بدکارکردی جنسی مؤثر است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر تمایز یافتگی خود و بدکارکردی جنسی زنان متأهل بود. یافته پژوهش نشان داد که زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر تمایزیافتگی و مؤلفه‌های (واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران) اثربخش بود و مؤلفه‌های تمایزیافتگی را به طور معناداری افزایش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های احمد

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

(۲۰۱۲) و زمانی‌فر و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. زوج‌درمانی سیستمی- رفتاری بـرای هـر یـک از زنان سودمند بوده است. در تبیین اثربخشی زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر روی تمایزیافتگی خود، نیز می‌توان گفت تمایزیافتگی پیش‌بین خوبی برای تعارض و رضایت زناشویی است؛ به گونه‌ای که تمایزیافتگی خود با تعارض زناشویی رابطه معکوس دارد. بعبارت دیگر، هر اندازه تمایزیافتگـی خود در زوجین بالا باشد، در تعارضات زناشویی، بهتر می‌توانند با شرایط سازگار شده و در نتیجه، این امر می‌تواند در ایجاد و تقویت رضایت زناشویی نیز تاثیر مثبت داشته باشد. چرا که، زوجین بدون تعـارض، دارای زندگی آرام و شیرین تری بوده و لذا رضایت زناشویی بالاتری را نیز تجربه می‌کنند. در واقع زوج درمانی شخصیتی- سیستمی باعث تمایزیافتگی و بهبود آن در زنان می‌شود (زمانی‌فر و همکاران، ۱۴۰۱). نظریه‌ها و پژوهش‌ها نشان می‌دهد صفات شخصیتی افراد موجب می‌شود رابطه‌ای شکل بگیرد که با رضایت و سازگاری زناشویی مرتبط است. از آنجایی که شخصیت، شیوه‌هایی را که افراد بر اساس آن محیط‌شان را تعبیر و تفسیر می‌کنند و به آن پاسخ می‌دهند شکل می‌دهد، انتظار می‌رود صفات هر یک از همسران بر تعاملات درون یک ارتباط تأثیر بگذارد. در این زمینه درمانگران خانواده همانند متفکران سیستمی به نقایص یا فضایل فردی اعضای سیستم متمرکز نمی‌شوند؛ بلکه به چگونگی رضایت‌مندی و کارکرد تعامل میان آن‌ها توجه دارند (درینفورث، ۲۰۱۰). در این دیدگاه هر عنصری وابسته به محیط خود و سایر عناصر سیستمی است که خود جزیی از آن است؛ بنابراین هر فرد روی دیگران تأثیر می‌گذارد و هم خود از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶).

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی بر افزایش تمایزیافتگی زنان می‌توان گفت که، بوئن در نظریه خودمتمایزسازی، معتقد است، درمان افراد مساوی است با افزایش خردپذیری و بینش و این بینش، به ویژه از طریق شناخت‌های میان نسلی صورت می‌گیرد. او به جداسازی سیستم‌های هیجانی و عقلانی از یکدیگر توجه می‌کند و معتقد است که در صورت تمایز هیجان از خرد، افراد، بیقرار و واکنشی نمی‌شوند و در روابط دشوار، جوهره خویشتن را از دست نمی‌دهند (پورحسینی و امیرفخرایی، ۱۳۹۸). حال آنکه در مداخلات زوج درمانی مانند زوج درمانی سیستمی- شخصیتی به دنبال شکل‌گیری و افزایش پردازش بین‌فردی، افراد هم از نحوهٔ حرف زدنشان با یکدیگر و هم تجربه ای که از یکدیگر کسب می‌کنند، یک دید آگاهی فراشناختی به دست می‌آورند. تا آنجایی که اغلب گزارش کرده‌اند این آگاهی به تغییرهای اساسی در شیوهٔ ارتباط، حل مسئله، مذاکره دربارهٔ تفاوت‌ها، آسایش و ایجاد حمایت عاطفی و هیجانی از سوی همسرانشان در درون آن‌ها منجر می‌شود. در واقع زوج درمانی شخصیتی- سیستمی می‌تواند نقش مهمی در بهبود تمایزیافتگی زنان متأهل داشته باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که زوج درمانی شخصیتی- سیستمی بر بدکارکردی جنسی و مؤلفه‌های (میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی جنسی و درد جنسی) اثربخش بود و مؤلفه‌های عملکرد جنسی را به طور معناداری افزایش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دلاتوره و واگنر (۲۰۱۸) و سانتون و ولش (۲۰۲۲) همسو بود. به طوری که تفکر سیستمی پیوستگی میان موضوعات یا رفتارهای به ظاهر نامرتبط را تشخیص می‌دهد. الگوی تعاملی مشترکی در همه موضوعات مطرح شده آنها وجود دارد. زمانی که زوجین این الگو را تشخیص می‌دهند، می‌توان آن را متوقف کرد و به شکلی تنظیم کرد که برای هر دو نفر و رابطه میان آنها مفید واقع شود. در جریان زوج درمانی سیستمی، زنان یاد می‌گیرند که با تغییر جهت‌گیری از انتقاد و شکایت در روابط بین‌فردی، با تکیه بر توانمندی‌های خود، کمتر احساس وابستگی به دیگران داشته باشند و با افزیش تمایزیافتگی خود، بتوانند برای خودشان به صورت مستقل فکر و رفتار کنند و کمتر احساس خلاء عاطفی و وابستگی به دیگران داشته باشند و بهتر بتوانند در برابر شرایط تنش زای زندگیشان افسردگی و مشکلات روان‌شناختی داشته و تصمیمات منطقی بگیرند و زندگی رضایت‌بخشی داشته باشند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین با توجه به اهمیت زوج درمانی و نقش آن بر بهبود عملکرد جنسی، در مراکز مشاوره به این امر پرداخته شود.

در تبیین اثربخشی زوج درمانی سیستمی- شخصیتی بر عملکرد جنسی می‌توان گفت که فنون رفتارهای جنسی سالم، افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، علل کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی زنان اثر گذاشته و با تاثیر مثبت متقابل روی همسر به ویژه در زمینه ارتباط، موجب افزایش رضایت جنسی شد و علاوه برآن زنان با آگاهی از نقش رابطه جنسی در رابطه کلی و بالعکس، مشکلات مرتبط با رابطه جنسی را بیان کردند و کمک به درمان آنها از طریق فنون مربوط به درمان در هر مرحله از چرخه جنسی براساس رویکرد زوج درمانی سیستمی- رفتاری، موجب بهبود عملکرد جنسی شد. همچنین زوج درمانی سیستمی-رفتاری دارای گام های سلسله مراتبی است و با استفاده از فن مهارت گفت وگوی چهره به چهره، احتمال به بن بست رسیدن و ناتوانی در حل مشکلات پایین می آید و زمینهٔ بروز احساسات همسران به روش صحیح فراهم می‌شود. زوج درمانی سیستمی-رفتاری با استفاده از فنون تناقض و وادار کردن به بحث و گفتوگو دربارهٔ نارضایتی ها بر پذیرش همسران تأثیر می‌گذارد؛ به این معنا که زن و مرد درمی یابند نباید با کناره گیری و پذیرش مسائل و مشکلات، ناتوانی خود را برای تأثیرگذاری روی

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

وقایع بپذیرند. طبق فن جدول زمانبندی تناقض برنامه زمانی مشخصی که توسط خود فرد و درمانگر تعیین می شود، همسران موظف می‌شوند دربارهٔ افکار و احساسات مزاحم خود فکر کنند (سانتون و ولش، ۲۰۲۲). رویکرد زوج درمانی سیستمی- رفتاری برای بهبود سازگاری مورد انتظار شامل ارتباط بهتر در سطح هیجانی و رفتاری به کار می‌رود و باعث توانایی بیشتر گفتوگو، بحث سازنده، پذیرش مرزبندی شخصی و مسئولیت فردی، پاسخهای متنوعتر، و در نهایت رابطهٔ انعطاف پذیرتر و قابل تحمل می‌شود. در واقع زوج درمانی شخصیتی- سیستمی می‌تواند باعث بهبود عملکرد جنسی در زنان می‌شود.

از آنجایی که خانواده، محل ارضای نیازهای مختلف جسمی، عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضای آنها و تجهیز شدن به فنون لازم ضرورتی انکارناپذیر است. در نتیجه تمرکز اصلی زوج درمانی (صرف نظر از نوع رویکرد) بر رابطه زناشویی است و ارائه فنون مبتنی بر نظریه زیربنایی آن موجب بهبود رابطه زناشویی، کاهش اختلالافات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی می‌شود. به طوری که در جریان زوج درمانی سیستمی، زنان یاد می‌گیرند که با تغییر جهت‌گیری از انتقاد و شکایت در روابط بین‌فردی، با تکیه بر توانمندی‌های خود، کمتر احساس وابستگی به دیگران داشته باشند و با افزایش تمایزیافتگی خود، بتوانند برای خودشان به صورت مستقل فکر و رفتار کنند و کمتر احساس خلاء عاطفی و وابستگی به دیگران داشته و در نهایت عملکرد جنسی بهتری داشته باشند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی زنان متاهل شهر تهران انجام شد؛ لذا تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها و افراد دارای اختلالات دیگر را با مشکل مواجه می‌سازد. استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان مهمترین محدودیت دیگر در این پژوهش مطرح بود. همچنین عدم وجود پیگیری محدودیت دیگر این پژوهش بود که مانع از مقایسه اثربخشی این درمان در طولانی‌مدت می‌شود. همچنین با توجه به تأثیر روش‌درمانی بر بهبود تمایزیافتگی و بدکارکردی‌های جنسی پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی بر روی زنان دارای مشکلات زناشویی به کار گرفته شود. بخشی از فرآیند زوج درمانی شخصیتی و سیستمی به آموزش مهارت‌های مذاکره و حل تعارض اختصاص داده شده می‌توان گفت آموزش این مهارت‌ها و انتقال آن به محیط خارج از جلسات آموزشی در زوجین، می‌تواند به توافق و همفکری آن‌ها در خانه کمک کرده و در محیط آموزشی نیز برای آن‌ها مفید باشد.

## منابع

پورحسینی، ث؛ امیرفخرایی، آ. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی سیستمی- سازه گرا بر نارسایی هیجانی و تمایزیافتگی خود زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۲(۴۶). ۲۴-۷. https://doi.org/10.30495/jwsf.2020.1884635.1413

رفاهی، ن؛ امان‌الهی، ع؛ رجبی، غ. (۱۳۹۸). پیش بینی اختلال کارکرد جنسی بر اساس تصویر تن و احساس گناه جنسی در دانشجویان زن با و بدون اختلال کارکرد جنسی. *رویش روانشناسی*، ۸(۸)، ۱۳۶-۱۲۷. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.8.20.0

زمانی فر، م؛ کشاورزی‌ارشدی، ف؛ حسنی، ف؛ امامی پور، س. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری با زوج درمانی سیستمی - رفتاری بر صمیمیت و تمایزیافتگی خود در زوجین با تعارض زناشویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۷)، ۱۷۹۸-۱۷۷۹. http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.117.1779

سپهریان، ف؛ قلاوندی، ح. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش تیپ های شخصیت انیه گرم بر کاهش تعارضات زناشویی. *مجله مشاوره و رواندرمانی خانواده*، ۱(۲)، ۱۷۰-۱۶۱. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22516654.1390.1.2.2.2

شریعتی، س؛ عباسی، ق؛ میرزائیان، ب. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر خوردن بر ناگویی هیجانی و تمایزیافتگی خود زنان دچار اضافه وزن. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، در حال چاپ. http://dorl.net/dor/20.1001.1.28212525.1402.4.0.17.5

مداحی، م.ا؛ صمدزاده، م. (۱۳۹۰). سبک‌های تربیتی ورگه های شخصیت. *اندیشه و رفتار*، ۶(۲۱)، ۲۲-۱۷. https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=160095

موسوی، س؛ فاتحی‌زاده، م؛ جزایری، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش زوج‌ها مبتنی بر الگوی زوج درمانی شخصیتی ـ سیستمی بر سازگاری زناشویی. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۷(۲)، ۱۰۶-۸۳. https://doi.org/10.22108/cbs.2017.86698.0

مؤمنی، خ.؛ علیخانی، م. (۱۳۹۲). رابطه عملکرد خانواده، تمایزیافتگی خود و تاب‌آوری با استرس، اضطراب و افسردگی در زنان متأهل شهر کرمانشاه. *فصلنامه مشاوره و رواندرمانی خانواده*، ۳(۲)، ۳۲۰-۲۹۷. https://fcp.uok.ac.ir/article_9629.html

وحیدهرندی، س؛ رئیسی، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به بدکارکردی جنسی: یک مطالعه موردی. *رویش روانشناسی*، ۸(۱۲)، ۵۶-۴۷. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.12.4.2

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]

Ahmad, S. (2012). *Enhancing the quality of South Asian Marriages through Systemic-Constructivist Couple Therapy* (SCCT): Investigating the role of Couple Identity in Marital Satisfaction. dissertation submitted for Doctorate in Clinical Psychology, York University, Toronto, Canada. https://doi.org/10.1111/jmft.12161

Ahmadian, A., Mazaheri, A., & Shakrizes, R. (2018). The Relation between Anxiety, Depression and Sexual Dysfunction and the Level of Blood Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes Attending Endocrine Clinic of Taleghani Hospital. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(2), 210-221. http://10.24896/jrmds.20186233

Bowen, M. (2020). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson. https://www.amazon.com/Family-Therapy-Clinical-Practice-Murray/dp/1568210116

Carvalheira, A.A., & Leal, L.(2017). Determinant factors of female sexual satisfaction. *Sexology*, 17, 1, 117-129. http://dx.doi.org/10.1016/S1158-1360(08)72837-8

Criss, M.M., Morris, A.S., Ponce -Garcia, E., Cui, L., Silk, J.S. (2016). Pathways to Adaptive Emotion Regulation among Adolescents from Low -Income Families. *Family Relat*, 265, 517 -29. https://doi.org/10.1111/fare.12202

Cohn, B. R. (2007). An integrative approach to couple therapy: Altering the treatment modality to resolve an impasse. *British Journal of Psychotherapy*, 3 (3), 226-238. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22516654.1401.12.1.2.7

Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2018). Marital Conflict Management of Married Men and Women. PsicoUSF, *Bragança Paulista*, 23(2), 229-240. https://doi.org/10.1590/1413-82712018230204

Del Pup, L., Villa, P., Amar, I., Bottoni, C., Scambia, G. (2019). Approach to sexual dysfunction in women with cancer. International Journal of Gynecologic Cancer, 29(3), 630 -4. https://doi.org/10.1136/ijgc-2018-000096

Drinforth, C. (2011). The big fivepersonality traits and perceptions of touch to intimate and nonintimatebody regions. *Journal of Research in Personality*, 42, 1067-1073. http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2007.11.004

Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., ... & Weinfurt, K. P. (2020). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The journal of sexual medicine*, 13(11), 1642-1650. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011

Mills, J.H. (2021). *The effect of deliberate psychological education on the ego development, moral development, and sexual assertiveness of college women*. A Doctoral Dissertation of William and Mary in Virginia. https://scholarworks.wm.edu/etd/1550154136/

Meteyard, J.D., Andersen, K.L., Marx, E. (2011). Exploring the relationship between differentiation of self and religious questing in students from two faith based colleges. *Pastoral Psychol*, 10, 89-110. http://dx.doi.org/10.1007/s11089-011-0401-4

Myers, J.E., Madathil, J., Tingle, L.R. (2005). Marriage satisfaction and wellness in India and the United States: a preliminary comparison of arranged marriages and marriages of choice. *Journal Couns Dev*, *83*(2), 183-90. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00595.x

Rick, M., Falconier, M., Wittenborn, A. (2017). Emotion regulation dimensions and relationship satisfaction in clinical couples. *Journal Personality Relat*, 24 (4), 790 -803. https://doi.org/10.1111/pere.12213

Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191 -208. https://doi.org/10.1080/009262300278597

Sewalem, J., Kassaw, CH., Anbesaw, T. Sexual dysfunction among people with mental illness attending follow-up treatment at a tertiary hospital, Jimma University Medical Center: A cross-sectional study. *Front Psychiatry*, 17; 13: 999922. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.999922

Simbar, M. (2021). The association between sexual function and body image among postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21, 403. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12905-021-01549-1.pdf

Simbar, M. (2021). The association between sexual function and body image among postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21, 403. https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12905-021-01549-1.pdf

Simon, H. L. M., DiPlacido, J., & Conway, J. M. (2019). Attachment styles in college students and depression: The mediating role of self-differentiation. *Mental Health & Prevention*, 13, 135 -142. https://doi.org/10.1016/J.MHP.2019.01.011

Stanton, M., & Welsh, R. (2022). Systemic Thinking in Couple and Family Psychology Research and Practice. Couple and Family Psychology: *Research and Practice*, 1(1), 14-30. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0027461

Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 235–246. http://dx.doi.org/10.1037/a0016709

Skowron, E. A. . & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 209 -222. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01201.x

Thompson, H.M., Wojciak, A.S., Cooley, M.E. (2019). Family -based approach to the child welfare system: an integration of Bowen family theory concepts. *Journal of Family Social Work*, 22(3), 231 -252. https://doi.org/10.1080/10522158.2019.1584776

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-23 ]