رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۲، شماره پیاپی ۱۱۷، اسفند ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(12), 2026

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زنان دارای تعارض زناشویی

Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with emotion-focused couple therapy on sexual satisfaction of married women with marital conflict

زهرا موسوی شبستری
گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحد عربی.
مستوره صداقت (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
طاهر تیزدست
گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Zahra Mosavi Shabestari
Department of psychology, UAE.C., Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
Dr. Mastooreh Sedaghat *
Department of Psychology, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Mastoorehsdaghat@iau.ac.ir
Taher Tizdast
Department of psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زنان دارای تعارض زناشویی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود که ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش تعارضات زناشویی ثنایی (MCQ ،۱۳۷۹) و رضایت جنسی هادسون و همکاران (ISS ،۱۹۸۱) بود. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار به‌صورت گروهی برای دو گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج نشان داد بین گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار و گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری رضایت جنسی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵)، اما این تفاوت در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل، معنادار نبود (P>۰/۰۵). نتایج نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری بر رضایت جنسی زنان دارای تعارضات زناشویی اثربخش‌تر بود و بین دو درمان تفاوت معنادار مشاهده شد (P>۰/۰۵). بنابراین می‌توان از زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی به‌عنوان یک درمان حمایتی بهره برد.

واژه‌های کلیدی: *تعارضات زناشویی، رضایت جنسی، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.*

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy with emotion-focused couple therapy on sexual satisfaction of women with marital conflict. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period (three months). The statistical population included women with marital conflict referring to the family counseling centers of the Tehran Welfare Organization in 2025, of which 45 people were selected purposively and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The research instruments were Sanaei's Marital Conflicts Questionnaire (MCQ, 2000) and Hudson et al's Index of Sexual Satisfaction (ISS, 1981). The intervention of acceptance and commitment therapy and emotion-focused couple therapy was implemented in 8 90-minute sessions once a week as a group for the two experimental groups. The data were analyzed using mixed variance analysis. The results showed that there was a significant difference between the emotion-focused couple therapy group and the control group in post-test and follow-up sexual satisfaction (P<0.05), but this difference was not significant in the acceptance and commitment therapy and control group (P<0.05). The results showed that emotion-focused couple therapy was significantly more effective than acceptance and commitment therapy on the sexual satisfaction of women with marital conflicts, and a significant difference was observed between the two treatments (P<0.05). Therefore, emotion-focused couple therapy can be used to improve sexual satisfaction in women with marital conflicts as a supportive treatment.

Keywords: *Marital Conflicts, Sexual Satisfaction, Emotion-Focused Couple Therapy, Acceptance and Commitment Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت: مهر ۱۴۰۴** **پذیرش: آبان ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

ازدواج و رابطه زناشویی، منبع سلامت روان، حمایت، صمیمیت و لذت انسان بوده و سبب پیدایش همکاری، همدردی، یگانگی، علاقه و مسئولیت‌پذیری نسبت به خانواده می‌گردد (کرادوال[1] و همکاران، ۲۰۲۲). تحقق اهداف ازدواج پس از برقراری رابطه زناشویی، موجب احساس رضایت و خوشبختی فرد گردیده و خلاف این امر، اختلافات زناشویی و درنهایت نارضایتی از ازدواج را به همراه خواهد داشت (دونوارد[2] و همکاران، ۲۰۲۲). در مواردی که تعاملات زوجین نامناسب باشد، تعارض‌های زناشویی[3] رخ می‌دهند که یکی از مشکلات شایع زوج‌ها در دنیای امروز است و تأثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی مشترک دارد (افخمی پوستچی و علی‌دوستی، ۱۴۰۱). تعارض زناشویی را می‌توان به‌عنوان حالت تنش یا استرس بین شرکای زناشویی تعریف کرد (تاسو و گتاهون[4]، ۲۰۲۱). انتظارات برآورده‌نشده، اختلاف در تساوی حقوق و قدرت، شخصیت هر یک از زوجین و بستگان آنها، پول، روابط جنسی، روابط خویشاوندی، دوستان، فرزندان، مصرف مواد مخدر، نحوه گذراندن اوقات فراغت، اختلافات مذهبی، خیانت جنسی، به پایان رسیدن عشق متقابل، مشکلات عاطفی، معضلات مادی، آزارهای جسمی، مشکلات ارتباطی (گفت‌وشنود)، ازدواج در سنین کم، درگیری‌های شغلی و امثال آنها از عواملی هستند که می‌توانند موجبات تعارضات زناشویی را فراهم آورند (زمانی فر و همکاران، ۱۴۰۱؛ رازقی و همکاران، ۱۳۹۹). تعارضات می‌تواند منجر به ضعیف شدن روابط زناشویی، ضعیف شدن سازگاری کودکان، احتمال افزایش تعارض بین والدین و فرزندان و نیز بین خویشاوندان شود. به‌طورکلی تعارض زناشویی به وجود آمده در خانواده، مسائل و مشکلاتی را در سطوح فردی، نهادی و اجتماعی به وجود می‌آورد (یوسفی و عزیزی، ۱۳۹۸).

یکی از موضوعات مهم در کیفیت زندگی زناشویی، رضایت و ثبات رابطه، رضایت جنسی[5] است. رضایت جنسی پاسخ عاطفی برخاسته از ارزیابی ذهنی فرد از جنبه‌های مثبت و منفی رابطه عاشقانه با شریک زندگی خود، می‌باشد (کالویلو[6] و همکاران، ۲۰۲۰). هر چه سطح رضایت جنسی فرد بالاتر باشد، تأثیر مثبت بیشتری بر صمیمیت عاطفی، صمیمیت ارتباطی و رضایت در رابطه با شریک زندگی خواهد داشت (جوزفین[7] و همکاران، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش‌ها نشان داده رضایت جنسی، سطوح پایین‌تر تعارض زناشویی، رضایت از رابطه زناشویی، رضایت از زندگی، سلامتی جسمانی و روان‌شناختی بالا را به دنبال خواهد داشت (زمانی فر و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین، رضایت جنسی یک جنبه کلیدی از سلامت جنسی فرد و همچنین یک جزء ضروری از کیفیت زندگی برای مردان و زنان است (عبود[8] و همکاران، ۲۰۲۳). یافته‌های پژوهش رازقی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که بین رضایت جنسی با تعارضات زناشویی رابطه منفی معناداری وجود دارد و توجه به داشتن رضایت جنسی در رابطه زناشویی در مداخله‌های درمانی و آموزش‌های خانواده، ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به اثرات منفی تعارضات زناشویی بر زندگی زوجین، دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل آنها هستند. یکی از این مداخلات رویکرد پذیرش و تعهد است. رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توسط دکتر استیون هیز در سال ۱۹۸۳ مطرح شد. هسته و فرض اساسی این رویکرد این است که اجتناب و تقلا برای فرار از درد باعث رنج حقیقی می‌شود (مورفی و ساموئل[9]، ۲۰۲۵). این رویکرد از توانایی خوبی در مهار انتظارات نابجا، ادراکات و نگرش‌های نادرست فرد در برابر پیش‌آیندهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند تا تشخیص دهد چه چیزی برای او مهم است و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (ما[10] و همکاران، ۲۰۲۳). دلیل انتخاب این رویکرد این است که بر اساس این نوع درمان، انسان‌ها دارای انگیزه‌های درونی هستند تا قادر به محقق کردن نیاز عشق و تعلق‌خاطر، احساس قدرت، آزادی، بقا، سلامت و تفریح باشند. این نظریه اذعان می‌دارد که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خود را بهتر کنند (ژو[11] و همکاران، ۲۰۲۵). نتیجه پژوهش حکمتی و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود سازگاری زناشویی و تعهد زناشویی در میان زنان پریشان مؤثر باشد. نتایج پژوهش ویناوانی و سورش کومار[12] (۲۰۲۴) بهبودهای قابل‌توجهی را در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، حل تعارض و صمیمیت عاطفی پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داد، و همچنین تغییرات پایدار در عملکرد رابطه‌ای در جلسات پیگیری مشاهده

1. Kravdal
2. Downward
3. Marital conflict
4. Tasew & Getahun
5. Sexual Satisfaction
6. Calvillo
7. Josephine
8. Abboud
9. Murphy & Samuel
10. Ma
11. Zhou
12. Veenavani & Suresh Kumar

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

شد. تجزیه‌وتحلیل نتایج پژوهش باراکا[1] و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه‌های کنترل غیرفعال برای صمیمیت زناشویی و رضایت زناشویی، مؤثرتر بوده است.

یکی دیگر از درمان‌های اثرگذار در این زمینه، زوج‌درمانی هیجان‌مدار[2] می‌باشد (سرابندی و همکاران، ۱۴۰۱). زوج‌درمانی هیجان‌مدار، درمانی نسبتاً کوتاه‌مدت و مؤثر است که برای تغییر چرخه‌های تعامل منفی و واکنش‌های عاطفی زوج‌هایی که در روابط خود با مشکل مواجه می‌شوند، توسعه یافته است (سنول[3] و همکاران، ۲۰۲۳). زوج‌درمانی هیجان‌مدار یک مدل روان‌درمانی مبتنی بر دلبستگی است که بر پردازش اینجا و اکنون احساسات در یک محیط امن؛ درک افزایش‌یافته از تعاملات الگو بین خود و دیگران؛ و رویکرد غیر آسیب‌شناسی و رشد محور به مشکلات زوجین تأکید دارد (مندلسون[4]، ۲۰۲۴). این درمان مبتنی بر نظریه دلبستگی است، که بیان می‌کند که دلبستگی عاطفی ایمن به شریک یک نیاز اساسی در روابط شریک است. در زوج‌درمانی هیجان‌مدار، تعارض در روابط زوجین به‌عنوان یک وقفه در پیوند دلبستگی، به‌عنوان یک شکست در تنظیم احساسات، و به‌عنوان فراخوانی برای پاسخگویی عاطفی شریک، مفهوم‌سازی می‌شود (ون دیست[5] و همکاران، ۲۰۲۳). هدف درمان هیجان‌مدار این است که از طریق کمک به همسران برای دسترسی پیدا کردن به هیجانات اصلی و نیازهای زیربنایی واکنش‌های خودحمایتی در روابط، تعاملات را بازسازی کرده و درنتیجه چرخه‌های جدیدی از درگیری رابطه‌ای را خلق کند (شاه مرادی و همکاران، ۱۴۰۰). تیمولاک[6] و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهش خود نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان برای زوج‌هایی با مشکلات هم‌زمان رابطه‌ای و خلقی مؤثر بوده است. یافته‌های پژوهش سانمونو[7] و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد درمان هیجان‌مدار صمیمیت عاطفی، اعتماد و همدلی را تقویت می‌کند، تعارضات مرتبط با فشارهای خارجی خانواده را کاهش می‌دهد، ارتباط بین زوجین را تقویت می‌کند و آن را به ابزاری سازگار برای پرداختن به گسست زناشویی تبدیل می‌کند. نتایج پژوهش ون دیست[8] و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد زوج درمانی متمرکز بر هیجان اثرات مثبت قابل‌توجهی در زوج‌های بازمانده از سرطان با مشکلات زناشویی و جنسی داشته است؛ عاطفه مثبت افزایش و عاطفه منفی کاهش یافت. همچنین پاسخگویی شریک، صمیمیت درک‌شده و ابراز نیازهای عاطفی مبتنی بر دلبستگی بهبود یافت. رودریگز-گونزالس[9] و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند بر رضایت زوجین به‌عنوان پیامدهای اصلی و رضایت جنسی به‌عنوان پیامدهای اثربخش باشد. پژوهش فتحی و همکاران (۱۴۰۱) بیانگر آن بود که زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی زناشویی زوجین نابارور مؤثر بوده است. نتیجه پژوهش حسن نژاد و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افزایش رضایت جنسی در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر اثربخش بوده است.

این دو رویکرد از پایه‌های نظری و مکانیسم‌های تغییر متفاوتی بهره می‌برند، درمان پذیرش و تعهد عمدتاً بر افزایش انعطاف‌پذیری روانی از طریق پذیرش، توجه آگاهانه و عمل متعهدانه مطابق ارزش‌ها تأکید دارد (اسپنگلر[10] و همکاران، ۲۰۲۴)، در حالی که زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بازسازی الگوهای دلبستگی، افزایش دسترس‌پذیری هیجانی و بهبود تنظیم هیجان‌های بین‌فردی تمرکز می‌کند(وایب[11] و همکاران، ۲۰۱۹). ازآنجاکه رضایت جنسی یک سازه چندبعدی است که هم با فرآیندهای شناختی-پذیریِ فردی و هم با کیفیتِ تعاملات هیجانی زوج مرتبط است (باراکا و همکاران، ۲۰۲۴)، مقایسه نظام‌مند اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند نشان دهد کدام مکانیسم (پذیرش/انعطافِ شناختی یا بازسازی دلبستگی/تنظیم هیجان) بیشتر بر جنبه‌های خاصی از رضایت جنسی زنانِ درگیر تعارض تأثیر دارد؛ چنین دانشی هم به توسعه ی راهبرد انتخاب مداخله متناسب با نیازهای بالینی کمک می‌کند و هم مبنایی برای تلفیق مؤلفه‌های اثربخش هر دو رویکرد در مداخلات زوجی فراهم می‌آورد. در مجموع، با توجه به تفاوت مبانی نظری و سازوکارهای تغییر در دو رویکرد پذیرش و تعهد و هیجان‌مدار، پرسش اساسی این است که کدام‌یک در بهبود رضایت جنسی زنان دارای تعارض زناشویی کارآمدتر عمل می‌کند و می‌تواند به‌عنوان رویکرد مؤثرتر در مداخلات زوجی به‌کار رود.

رضایت جنسی یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت روان و کیفیت زندگی زناشویی به شمار می‌رود و کاهش آن می‌تواند منجر به تعارضات مستمر و نارضایتی‌های عمیق در روابط زوجین شود. با توجه به شیوع مشکلات زناشویی و ناتوانی برخی زوج‌ها در مدیریت تعارض‌ها، شناسایی و استفاده از مداخلات مؤثر روان‌درمانی برای بهبود رضایت جنسی ضروری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان رویکردی نوین، با

1. Barraca
2. Emotionally Focused Couple Therapy (EFCT)
3. Şenol
4. Mendelson
5. Van Diest
6. Timulak
7. Sunmonu
8. van Diest
9. Rodríguez-Gonzalez
10. Spengler
11. Wiebe

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

تمرکز بر پذیرش تجربیات هیجانی و ارتقای تعهدات ارزشی، می‌تواند به کاهش مقاومت و بهبود تعاملات زناشویی کمک کند. از سوی دیگر، زوج‌درمانی هیجان‌مدار با هدف شناسایی و تنظیم هیجانات رابطه‌ای، پتانسیل ارتقای صمیمیت و رضایت جنسی را دارد. مقایسه اثربخشی این دو رویکرد، علاوه بر افزایش دانش نظری، راهنمای عملی مناسبی برای مشاوران و درمانگران فراهم می‌آورد. همچنین، نتایج پژوهش می‌تواند به توسعه بسته‌های درمانی هدفمند برای زنان دارای تعارض زناشویی منجر شود و در سطح جامعه از پیامدهای منفی تعارضات زناشویی پیشگیری کند. بنابراین، انجام این پژوهش از لحاظ علمی، عملی و بالینی ضرورت دارد. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده سازمان بهزیستی شهر تهران در شش‌ماهه اول سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار، ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، ۱۵نفر) و (گروه کنترل، ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل: زنان دارای بیش از ۵ سابقه زناشویی و ازدواج، دارای پرونده تعارض زناشویی در مرکز مشاوره، کسب نمره بالاتر از ۹۰ در پرسشنامه تعارضات زناشویی، کسب نمره رضایت جنسی پایین‌تر از ۷۵، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی از حداقل یک ماه قبل از ارزیابی، آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. این پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی آغاز شد. پس از دریافت رضایت مدیران مراکز مشاوره خانواده تحت نظارت سازمان بهزیستی در شهر تهران، مراجعه‌کنندگان این مراکز از طریق تماس تلفنی و اطلاعیه‌های نصب‌شده بر تابلوهای اعلانات از اجرای پژوهش مطلع گردیدند. افرادی که تمایل به مشارکت داشتند و واجد شرایط لازم برای ورود به مطالعه بودند، انتخاب شده و به‌طور تصادفی در سه گروه جای داده شدند. به‌طورکلی، شرکت‌کنندگان داوطلب به‌صورت هدفمند وارد فرایند تخصیص شدند و سپس به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از تعیین گروه‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش بر روی همه شرکت‌کنندگان اجرا گردید. در ادامه، مداخلات درمانی گروهی برای دو گروه آزمایش آغاز شد. هر جلسه درمانی ۹۰ دقیقه به طول انجامید و به‌صورت هفتگی برگزار شد. در پایان آخرین جلسه درمان، بار دیگر پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه شد تا داده‌های مرحله پس‌آزمون گردآوری شود. همچنین، سه ماه پس از پایان مداخلات، پرسشنامه‌ها برای بار سوم به‌منظور جمع‌آوری داده‌های مرحله پیگیری در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفتند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی شرکت‌کنندگان محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل شرکت‌کنندگان برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به شرکت کنندگان ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کننده و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه تعارض زناشویی[1] (MCQ): این پرسشنامه توسط ثنایی (۱۳۷۹) با هدف اندازه‌گیری تعارضات زناشویی تدوین شد. پرسشنامه حاوی ۴۲ سؤال بوده و پاسخ‌های آزمودنی در مقیاس ۵ درجه‌ای طیف لیکرت (از همیشه=۵ تا هرگز=۱) تنظیم شده و هفت زمینه تعارضات زناشویی (کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر) را اندازه‌گیری می‌کند. بازه نمرات پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ قرار دارد. در پژوهش ثنایی (۱۳۷۹) برای تعیین روایی محتوا و صوری پرسشنامه، این مقیاس روی گروهی ۱۱۱ نفری متشکل از ۵۳ مرد و ۵۸ زن دارای تعارض زناشویی و نیز بر یک گروه کنترل ۱۰۸ نفری از زوج‌های عادی متشکل از ۵۳ مرد و ۵۵ زن اجرا شد. مقایسه میانگین

1. Marital Conflict Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

دو گروه سازگار و ناسازگار و در ابعاد مختلف تعارض زناشویی تفاوت معناداری را نشان داد که دال بر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوج‌های متعارض و نامتعارض بود. پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۳ گزارش شد (ثنایی، ۱۳۷۹). در پژوهش پروایی و همکاران (۱۴۰۲) ضریب پایایی برای کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس رضایت جنسی[1] (ISS): این مقیاس توسط هادسون[2] و همکاران در سال ۱۹۸۱ برای ارزیابی سطوح رضایت زوجین ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۵ سؤال است و جزء پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی محسوب می‌شود. پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون در سطح یک مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰ تا ۶ مشخص می‌شود و درمجموع نمره آزمودنی‌ها در کل تست بین ۰ تا ۱۵۰ در نوسان است. همچنین پاره‌ای از ماده‌های مقیاس نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره‌گذاری معکوس شامل سؤالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۱۸، ۲۴ و ۲۵ است. نمره‌ی بالا در این مقیاس منعکس‌کننده‌ی رضایت جنسی است. همسانی درونی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته برابر با ۰/۹۳ شد (هادسون و همکاران، ۱۹۸۴). هیداکا[3] و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود روایی همگرای پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی به میزان ۰/۶۹ و مطلوب گزارش کردند. در پژوهش پوراکبر (۱۳۹۰) ضریب بازآزمایی ۱۵ روزه ۰/۹۶ گزارش شد. روایی این مقیاس از طریق همبستگی آن با خرده‌مقیاس رضایت جنسی پرسشنامه انریچ نیز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۷۴ به دست آمد (پوراکبر، ۱۳۹۰). در پژوهش سیدی و شاه نظری (۱۳۹۸) پایایی پرسشنامه به روش دونیمه کردن ۰/۹۱ به دست آمد که تأییدکننده پایایی بالای پرسشنامه است. در پژوهش حاضر میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پروتکل زوج‌درمانی هیجان‌مدار: زوج‌درمانی هیجان‌مدار جانسون[4] (۲۰۰۴) بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. شرح و اهداف جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار (جانسون، ۲۰۰۴)

جلسه	عنوان جلسه	خلاصه جلسه
اول	ارزیابی و پیوستگی	آشنایی، ایجاد پیوستگی، بررسی انگیزه درمان
دوم	ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعامل منفی	کشف تعاملات مشکل‌دار، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی
سوم	تحلیل و تغییر هیجانات	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق‌نشده بنیادی
چهارم	تحلیل و تغییر هیجانات	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و مراجعان، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان
پنجم	درگیری هیجانی عمیق	ابراز هیجانات، افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجانات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی
ششم	درگیری هیجانی عمیق	عمق بخشیدن به درگیری هیجانی، ارتقای روش‌های تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، تعریف مجدد دلبستگی
هفتم	تحکیم و یکپارچه‌سازی	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها به‌ویژه آرزوهای سرکوب‌شده، بازسازی تعاملات، کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، درگیری صمیمانه مراجعان با همسرشان، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه
هشتم	اختتام	تسهیل اختتام، مشخص کردن تعامل بین الگوی گذشته و اکنون، رسیدن به این نتیجه که برای سرزندگی نیازی به درمانگر نیست.

جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان پذیرش و تعهد اقتباس از هیز[5] و همکاران (۲۰۱۶) در ۸ جلسه دوساعتی و به‌صورت هفتگی به گروه آزمایش به‌صورت گروهی آموزش داده شد و خلاصه این بسته آموزشی در جدول ۲ آورده شده است.

1. Index of Sexual Satisfaction
2. Hudson
3. Hidaka
4. Johnson
5. Hayes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

جدول ۲. مراحل اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اقتباس از هیز و همکاران (۲۰۱۶)

جلسه	خلاصه جلسه
اول	آشنایی با اعضا. مطرح کردن مسئله رازداری. صحبت در مورد هدف‌های و نوع درمان. صحبت در مورد شناسایی ذهن (فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات). دادن تکلیف. اجرای پیش‌آزمون.
دوم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف. درمانگر به اعضا کمک کرد همه کارهایی که برای کاهش یا اجتناب از رویدادهای درونی و اضطراب انجام می‌دهند را بشناسند و اثربخشی این راهبردها را بسنجند (درماندگی خلاق).
سوم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف. با رسیدن اعضا به درماندگی خلاق، معرفی کنترل به‌عنوان مسئله در این جلسه نیز از استعاره استفاده شد. در مورد دنیای بیرون و درون و قوانین آن توضیح داده شد. استعاره بچه و استعاره پلی‌گراف (دستگاه حساس) نیز گفته شد.
چهارم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف. بحث پذیرش/ تمایل تجربه‌ای، رنج پاک و رنج ناپاک برای اعضا توضیح داده شد. توضیح در مورد تمایل، جایگزینی برای کنترل، با بیان کردن استعاره دو مقیاس بدین منظور که به‌جای کم کردن درجه رویدادهای درونی یعنی افکار، هیجان، و...، درجه تمایل خود نسبت به آنها را بالا ببرند. دادن تکلیف تمایل برای جلسه بعد.
پنجم	مرور واکنش به جلسه قبل بررسی تکالیف اعضا. از تمرینات و استعاره در این جلسه برای نشان دادن اینکه این‌ها فقط افکار، احساسات، خاطرات، میل و علائم بدنی هستند و نباید به‌عنوان واقعیت تلقی شوند، که از استعاره صفحه شطرنج استفاده شد، با گسلش یعنی مراجع خود را به‌عنوان صفحه‌ای بداند که فقط وظیفه نگه‌داشتن رویدادهای درونی را دارد نه جنگیدن با افکار، احساسات و...)، استعاره اتوبوس نیز به همین منظور بیان شد.
ششم	مرور مطالب جلسه قبل. تکالیف مرور شد. برای ایجاد ذهن‌آگاهی در زمان حال تمرینی به‌عنوان خود مشاهده‌گر انجام شد. برای تمرین بیشتر برای نگاه کردن به افکار و احساسات و همچنین حرکت در جهت ارزش‌ها از استعاره قطار و استعاره گدادم در، استفاده شد.
هفتم	ابهامات در مورد جلسه قبل برطرف شد. تکلیف بررسی شد. بعد از شناسایی ارزش‌های اعضا، هدف‌ها و اعمالی که اعضا را در راستای این ارزش‌ها سوق دهد، تعیین شده، برای سوق دادن اعضا به اعمال متعهدانه استعاره درختکاری بیان شد.
هشتم	مرور تمام مطالب و استعاره‌های جلسات قبل توسط مراجعان انجام شد. تکالیف همه اعضا مورد بررسی قرار گرفت. تغییر رفتار اعضا در راستای ارزش‌ها ایجاد، انجام دادن چندین هدف توسط اعضا. اختتام جلسات. در پایان اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر گروه درمان مبتنی بر هیجان و ۱۵ نفر گروه کنترل) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب ۳۱/۵۱ و ۲/۲۹ سال، برای گروه درمان مبتنی بر هیجان، ۳۰/۷۵ و ۲/۶۱ سال و برای گروه کنترل ۳۱/۳۸ و ۲/۴۸ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد معیار مدت‌زمان ازدواج برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۱/۷۶ و ۳/۳۵، گروه درمان هیجان‌مدار ۱۲/۲۶ و ۳/۵۹ و برای گروه کنترل ۱۲/۰۴ و ۳/۷۶ بود. برای معیار فرزند داشتن در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۵۵ درصد از زوجین دارای فرزند و ۴۵ درصد بدون فرزند، در گروه درمان هیجان‌مدار ۴۰ درصد بدون فرزند و ۶۰ درصد دارای فرزند و در گروه کنترل ۳۵ درصد بدون فرزند و ۶۵ درصد دارای فرزند بودند، و در آخر برای معیار تحصیلات در گروه درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد ۵۰ درصد دارای دیپلم و ۵۰ درصد بالاتر از دیپلم، در گروه درمان هیجان‌مدار ۵۵ درصد دیپلم و ۴۵ درصد بالاتر از دیپلم و در گروه کنترل نیز ۵۵ درصد دیپلم و ۴۵ درصد بالاتر از دیپلم بودند. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر رضایت جنسی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	زمان	پذیرش و تعهد		زوج درمانی هیجان‌مدار		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت جنسی	پیش آزمون	۴۹/۳۸	۱۲/۵۰	۵۰/۴۰	۱۱/۲۸	۵۷/۹۴	۱۱/۱۹
	پس آزمون	۵۲/۷۵	۱۳/۵۲	۶۰/۰۷	۱۲/۰۲	۵۶/۵۳	۱۱/۰۲
	پیگیری	۵۲/۶۹	۱۲/۷۶	۵۸/۲۷	۱۱/۹۰	۵۶/۰۰	۱۰/۴۶

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، رضایت جنسی برای سه گروه کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان‌مدار در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. در گروه کنترل میانگین نمره کل رضایت جنسی در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار افزایش رضایت جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات رضایت جنسی در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (p>۰/۰۵) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های رضایت جنسی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۱۸۶)، (P=۰/۲۰)، پس‌آزمون (F= ۱/۱۰۵، P=۰/۱۲۳) و پیگیری (F=۱/۳۳، P=۰/۲۶۳) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر رضایت جنسی (MBOX =۲۹/۷۳، F =۱/۰۴، P=۰/۳۲) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای متغیر رضایت جنسی رعایت نشده است. بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس-گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
رضایت جنسی	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-
	بین گروهی	گروه	۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
		خطا	۸۶۵۶/۴۱	۳۸/۰۰۲	۲۲۷/۸	-	-	-

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج این جدول، بین گروه و زمان در متغیر رضایت جنسی تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیر رضایت جنسی بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیر رضایت جنسی

مراحل سنجش		درمان پذیرش و تعهد		زوج درمانی هیجان‌مدار		کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس آزمون	-۳/۳۸	۰/۲۲۹	-۹/۶۷	<۰/۰۰۱	۱/۲۳۵	۰/۲۳۱
پیش آزمون	پیگیری	-۳/۳۱	۰/۲۴۱	-۷/۸۷	<۰/۰۰۱	۱/۳۶	۰/۳۷
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶	۰/۹۵۳	۱/۸۰	۰/۲۱۰	۱/۲۴	۰/۲۶۹
مقایسه بین گروهی		درمان پذیرش و تعهد * کنترل		زوج‌درمانی هیجان مدار * کنترل		درمان پذیرش و تعهد * زوج‌درمانی هیجان‌مدار	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۲/۲۲	۰/۳۱۶	۹/۵۴	<۰/۰۰۱	۶/۵۲	<۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی در جدول ۵ نشان داد که میانگین متغیر رضایت جنسی در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، در زمان پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از زمان پیش‌آزمون بود و از نظر معنی‌داری متفاوت بود (p<۰/۰۵). مطابق نتایج میانگین متغیر رضایت جنسی در گروه پذیرش و تعهد، در زمان پس‌آزمون و پیگیری مشابه زمان پیش‌آزمون بود و از نظر معنی‌داری متفاوت نبود (p>۰/۰۵). درنتیجه درمان هیجان‌مدار در افزایش رضایت جنسی اثربخش بوده (p<۰/۰۵) ولی زوج‌درمانی هیجان‌مدار اثربخش نبوده است (p>۰/۰۵).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زنان دارای تعارض زناشویی انجام شد. در مرحله اول یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زنان دارای تعارض زناشویی مؤثر نیست. این یافته‌ها با نتایج پژوهش حکمتی و همکاران (۲۰۲۴)، ویناوانی و سورش کومار (۲۰۲۴) و باراکا و همکاران (۲۰۲۴) که نشان دادند درمان پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی و رضایت زناشویی موثر است، همسو نبود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیشتر پژوهش‌های پیشین، مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر زوج‌هایی اجرا کرده‌اند که از سطح متوسطی از تعارض برخوردار بوده‌اند، درحالی‌که در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان دارای تعارض‌های مزمن و پایدار بوده‌اند و چنین سطحی از نارضایتی می‌تواند کارایی راهبردهای پذیرش و آگاهی لحظه‌ای را کاهش دهد. یکی دیگر از دلایل عدم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این زمینه آن است که این درمان عمدتاً بر پذیرش افکار و احساسات ناراحت‌کننده و تعهد به زندگی مبتنی بر ارزش‌ها تمرکز دارد، اما ممکن است به نیازهای اختصاصی مربوط به عملکرد جنسی، انتظارات جنسی، و رضایت از نقش جنسی فرد در رابطه زناشویی پاسخ مستقیمی ندهد. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیازمند زمان و تعمق درونی بالایی از سوی مراجع است؛ درصورتی‌که برخی از موانع جنسی ممکن است مستقیماً نیازمند آموزش‌های شناختی-رفتاری هدفمند یا روان‌درمانی‌های تخصصی در حوزه روابط جنسی باشند (زاوولنسکی و همکاران، ۲۰۲۰). از منظر بافت فرهنگی نیز می‌توان تحلیل دقیق‌تری ارائه داد. در جوامعی که صحبت درباره مسائل جنسی با تابو و شرم همراه است، صرف آموزش پذیرش افکار و احساسات ممکن است به‌تنهایی موجب بازسازی شناخت‌ها و بهبود تجربه جنسی نشود. در چنین بافت‌هایی، زنان ممکن است برای ابراز نیازها یا ناراحتی‌های جنسی خود دچار تعارض، احساس گناه یا شرم باشند، و لذا برای بهبود رضایت جنسی، رویکردهایی که مستقیماً بر آموزش مهارت‌های جنسی، افزایش سواد جنسی و بازسازی باورهای نادرست تمرکز کنند مؤثرتر خواهند بود (احمدپناه و همکاران، ۲۰۲۲). درمجموع، یافته مربوط به عدم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی زنان، نشان‌دهنده‌ی آن است که گرچه این درمان می‌تواند در بهبود بسیاری از جنبه‌های سلامت روان مؤثر باشد، اما در زمینه مسائل تخصصی مانند رضایت جنسی، نیاز به طراحی و اجرای مداخلات مکمل یا تخصصی‌تر وجود دارد که به‌طور مستقیم به مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، فرهنگی و ارتباطی رضایت جنسی می‌پردازند. این یافته همچنین اهمیت توجه به تطابق مداخلات روان‌شناختی با ماهیت خاص متغیرها و نیازهای جمعیت هدف را برجسته می‌سازد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زنان دارای تعارضات زناشویی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش تیمولاک و همکاران (۲۰۲۵)، سانمونو و همکاران (۲۰۲۵)، ون دیست و همکاران (۲۰۲۳)، رودریگز-گونزالس و همکاران (۲۰۲۲)، فتحی و همکاران (۱۴۰۱) و حسن نژاد و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت تمرکز اصلی در زوج‌درمانی هیجان‌مدار این است که به زوج‌ها کمک می‌کند یاد بگیرند که چگونه احساسات خود را به‌طور مؤثرتری با یکدیگر بیان کنند و بیشتر در پاسخگویی متقابل و تعامل دوجانبه شرکت کنند. در زوج‌درمانی هیجان‌مدار، درمانگر سعی می‌کند با پرداختن به دیدگاه درون‌روانی (تجارب مرتبط با دلبستگی) و دیدگاه بین‌فردی در مورد الگوهای تعامل ناکارآمد زوجین، پیوند دلبستگی بین زوجین را تقویت کند. درمانگر هر دو زوج را راهنمایی می‌کند، احساسات اولیه را برای یک زوج بررسی می‌کند و به طرف مقابل نشان می‌دهد که چگونه به شیوه‌ای هماهنگ از نظر عاطفی به او پاسخ دهد (بودنمن[1] و همکاران، ۲۰۲۰). بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای جنسی و رضایت جنسی، ارتباط قوی و معناداری مشاهده شده است (سانتونا[2] و همکاران، ۲۰۲۲). در فرایند مداخله‌ی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌ها با تمرکز بر روی نیازها و احساسات، بیان تمایلات برآورده‌نشده و مشکلات ناشی از چرخه تعاملات منفی و بازسازی چرخه‌های تعاملی تغییر می‌کنند (نجفی و همکاران، ۲۰۱۵). همدلی، تعبیر و تفسیر دوباره موقعیت ویژه، پذیرش واقعیت موقعیت تنش‌زا و گفتگوی هرکدام از این عوامل بر بهبود رضایت جنسی زناشویی مؤثر است که همه این موارد در مداخله درمانی رویکرد هیجان‌مدار به آنها توجه می‌شود. همچنین با توجه به فرصتی که به زوج‌ها به‌منظور تعامل با یکدیگر داده می‌شود، آنان شیوه‌های غلبه بر بحران را به کار می‌گیرند تا راه‌حل‌های احتمالی را فراگیرند و این‌چنین است که مهارت‌های بین‌فردی‌شان رشد می‌کند و افزایش این مهارت‌ها سبب بهبود سازگاری و عملکرد بهتر زوج‌ها در روابط جنسی (فتحی و همکاران، ۱۴۰۱) و به دنبال آن رضایت جنسی خواهد شد.

در آخر نیز یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زنان تفاوت معناداری دارد؛ به‌گونه‌ای که زوج‌درمانی هیجان‌مدار توانست به شکلی مؤثر رضایت جنسی را افزایش دهد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتوانست تغییری معنادار در این متغیر ایجاد کند. پژوهشی جهت بررسی همسویی یا ناهمسویی با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود، تفاوت اثربخشی این دو درمان می‌تواند از منظر روان‌شناسی جنسیت و بافت فرهنگی جامعه

1. Bodenmann
2. Santona

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

ایرانی تحلیل شود. در بسیاری از فرهنگ‌های شرقی، ازجمله ایران، زنان به دلایل تربیتی، اجتماعی و فرهنگی، معمولاً در بیان خواسته‌ها و نیازهای جنسی خود بازداری دارند، و تجربه‌ی جنسی را بیش از آنکه به‌عنوان «حق لذت» ببینند، در بستر رابطه و صمیمیت عاطفی معنا می‌دهند (احمدپناه و همکاران، ۲۰۲۲). ازاین‌رو، درمان‌هایی که از طریق بهبود تعاملات بین‌فردی، افزایش همدلی، و ارتقاء مهارت‌های ابرازگری عاطفی عمل می‌کنند، می‌توانند بر جنبه‌های پنهان، اما بنیادین رضایت جنسی اثرگذار باشند. درحالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اگرچه به افزایش پذیرش خود و هیجان‌های مرتبط با عملکرد جنسی کمک می‌کند، اما مستقیماً به بافت رابطه و الگوهای ارتباطی زوجین نمی‌پردازد.تفاوت مشاهده‌شده میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان می‌دهد که در انتخاب مداخله برای بهبود رضایت جنسی، نوع درمان باید با نیازها، بسترهای رابطه‌ای و سطح تعامل زوجین هماهنگ باشد. اگر مسئله اصلی، اضطراب عملکردی، اجتناب از هیجانات جنسی، یا خودانتقادی در تجربه جنسی باشد، درمان‌هایی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است مفید واقع شوند. اما زمانی که نارضایتی جنسی ریشه در فاصله هیجانی، تعارضات عاطفی، احساس طرد یا عدم امنیت در رابطه دارد – که در میان زنان بسیار شایع است – درمان‌هایی چون زوج‌درمانی هیجان‌مدار که به ترمیم پیوند عاطفی می‌پردازند، اثربخشی بیشتری خواهند داشت

نتایج این پژوهش نشان داد که برای مداخلات مؤثر در خانواده‌های دارای تعارض زناشویی، باید از رویکردهایی بهره گرفت که به بازسازی تعاملات هیجانی در بستر رابطه (مانند زوج‌درمانی هیجان‌مدار) توجه داشته باشند. رضایت جنسی، نه‌تنها به عوامل درون‌فردی بلکه به ساختار ارتباطی و الگوهای تعامل بین زوجین وابسته است. درنتیجه، مداخلاتی که پیوندهای هیجانی را بازسازی می‌کنند و تعهد در رابطه را تقویت می‌نمایند، می‌توانند بیشترین تأثیر را در کاهش آسیب‌های زناشویی و افزایش کیفیت زندگی مشترک داشته باشند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه‌گیری هدفمند از میان زنان دارای تعارضات زناشویی در یک شهر خاص به نام شهر تهران اشاره کرد که از اعتبار بیرونی پژوهش کاست و همین‌طور عدم توجه به برخی از متغیرهای روان‌شناختی (مثل ذهنیت روان‌شناختی و بینش مراجعین انگیزه‌ی مراجع حوادث متقارن با پژوهش و استرس‌های هم‌زمان با اجرای پژوهش). از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر قلمداد می‌شود که اعتبار درونی را به مخاطره می‌اندازد. همچنین روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و حجم کم نمونه نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش به شمار می‌رود. همین‌طور پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده برای کاهش سوگیری احتمالی و کنترل متغیرهای مداخله‌گر نمونه از شهرها و گروه‌های مختلف و با حجم بیشتر انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعمیم داد.

منابع

افخمی پوستچی، م.، و علی‌دوستی، ف. (۱۴۰۱). نقش تعدیل‌گر سبک‌های حل تعارض در رابطه تعارضات زناشویی و طلاق عاطفی. *مطالعات اسلامی ایرانی خانواده*، ۲(۴)، ۱۸-۱. https://iifsj.sanandaj.iau.ir/article_700463.html

پروایی، ش.، مام شریفی، پ.، و شهامت ده سرخ، ف. (۱۴۰۲). مدل خود خاموشی و گرایش به طلاق با نقش واسطه‌ای تعارض زناشویی در زنان متأهل. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۹)، ۱۷۸-۱۶۹. http://frooyesh.ir/article-1-4750-fa.html

پوراکبر، س. (۱۳۹۰). *بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی در تبیین رابطه رضایت جنسی با رضایت زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

ثنایی، ب. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.

حسن نژاد، ل.، حیدرئی، ع.، مکوندی، ب.، و طالب‌زاده، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و درمان راه‌حل محور بر رضایت جنسی در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر. *روان پرستاری*، ۹(۴)، ۹۳-۸۴. http://ijpn.ir/article-1-1713-fa.html

رازقی، ن.، پورحسین، م.، بابایی، ا.، و انتظاری، س. (۱۳۹۹). بررسی رابطه رضایت جنسی با تعارضات زناشویی زنان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰، ۶-۱. http://jdisabilstud.org/article-1-1106-fa.html

زمانی فر، م.، کشاورزی ارشدی، ف.، حسنی، ف.، و امامی پور، س. (۱۴۰۱). اثربخشی «زوج‌درمانی سیستمی - رفتاری» بر رضایت جنسی و تمایزیافتگی خود در هر یک از زوجین دارای تعارض زناشویی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱(۲)، ۵۸-۴۵. http://jhpm.ir/article-1-1337-fa.html

سرابندی، م.، محمدی فر، م.، و ستوده اصل، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر طرحواره‌های هیجانی زوج‌های جوان. *روان پرستاری*، ۱۰(۵)، ۱۱۹-۱۰۹. http://ijpn.ir/article-1-2122-fa.html

سیدی، س.، و شاه نظری، م. (۱۳۹۸). پیش‌بینی رضایت جنسی زنان متأهل بر اساس سازگاری زناشویی، الگوهای ارتباطی و تنظیم هیجانی. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۹)، ۱۷۹-۱۸۸. https://frooyesh.ir/article-1-1452-fa.html

شاه مرادی، م.، نیکنام، م.، و خاکپور، ر. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی هیجان‌مدار بر طرحواره‌های عشق زنان متأهل. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۲)، ۲۰۱-۱۹۰. https://www.aftj.ir/article_140281.html?lang=fa

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

فتحی، ا.، علی پور، ا.، و ملکی راد، ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی گاتمن بر عملکرد جنسی، رضایت جنسی زناشویی و افسردگی در زوجین نابارور. *روانشناسی خانواده*، ۹(۲)، ۸۴-۶۹. https://www.ijfpjournal.ir/article_704563.html

یوسفی، ن.، و آرمان عزیزی، ا. (۱۳۹۸). تبیین مدلی برای پیش بینی تعارض زناشویی بر اساس تمایز یافتگی و تیپ های شخصیتی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۹(۳۵)، ۷۸-۵۷. https://qccpc.atu.ac.ir/article_8919.html?lang=fa

Abboud, C., Fawaz, M., Hallit, R., Obeid, S., Malaeb, D., & Hallit, S. (2023). Sexual Satisfaction among Lebanese Adults: Scale Validation in Arabic and Correlates Following Two Cross-Sectional Studies. *Healthcare*, *11*, 3068. https://doi.org/10.3390/healthcare11233068

Barraca, J., Polanski, T., Duarte-Díaz., A., Perestelo-Pérez, L. (2025). Acceptance and commitment therapy for couples: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *35*, 100867. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100867

Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences. *Clinical psychology in Europe*, *2*(3), e2741. https://doi.org/10.32872/cpe.v2i3.2741

Calvillo, C., Del Mar Sánchez-Fuentes, M., Parrón-Carreño, T., & Sierra, J. C. (2020). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in adults with a same-sex partner. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, *20*(2), 140-150. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.005

Downward, P., Rasciute, S., & Kumar, H. (2022). Mental health and satisfaction with partners: a longitudinal analysis in the UK. *BMC Psychol*, *10*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00723-w

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (ed.) (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.

Hekmati, I., Abdollahpour Ranjbar, H., Mohammadpour Sadigh, L., & Eskin, M. (2024). Employing Acceptance and Commitment Therapy as Individual Therapy for Couple Problems: A Case Study for Women with Marital Strife. *International Journal of Systemic Therapy*, *36*(1), 64-89. https://doi.org/10.1080/2692398X.2024.2400378

Hidaka, R., Sobue, I., Yano, M., Ito, R., & Kobayashi, T. (2022). Development of a Japanese Version of the Index of Sexual Satisfaction for Use in Couples with Young Children. *Behav Sci*, *12*, 503. https://doi.org/10.3390/bs12120503
https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20107.x

Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, *17*, 157-174. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy:creating connection* (2nd Ed.). New York: Brunner-Routledge.

Josephine, A. F., Sukamto, M. E., & Redita, N. E. (2024). The role of body appreciation and boredom on married men's sexual satisfaction. *International Journal of Public Health*, *13*(1), 353-361. https://doi.org/10.11591/ijphs.v13i1.23320

Kravdal, Ø., Wörn, J., & Reme, B. A. (2022). Mental health benefits of cohabitation and marriage: A longitudinal analysis of Norwegian register data. *Population Studies*, 1-20. https://doi.org/10.1080/00324728.2022.2063933

Ma, J., Ji, L., & Lu, G. (2023). Adolescents' experiences of acceptance and commitment therapy for depression: An interpretative phenomenological analysis of good-outcome cases. *Frontiers in psychology*, *14*, 1050227. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1050227

Mendelson, D. (2024). The Commitment of a Lifetime": The Role of Emotionally Focused Couple Therapy in Strengthening Attachment Bonds and Improving Relationship Health in Later-Life Couples-The Teletherapy Case of "Alice" and "Steve". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, *20*(1), 1-80. https://pcsp.nationalregister.org/index.php/pcsp/article/view/2150

Najafi, M., Soleimani, A. A., Ahmadi, K., Javidi, N., & Kamkar, E. H. (2015). The Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Enhancing Marital Adjustment and Quality of Life among Infertile Couples with Marital Conflicts. *International journal of fertility & sterility*, *9*(2), 238-246. https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4245

Rodríguez-Gonzalez, M., Anderson, S., Osorio, A., Lafontaine, M. F., Greenman, P. S., Calatrava, M., Andrade, D., Lybbert, R., Martínez-Diaz, P., Steffen, P., de Irala, J., & Sandberg, J. (2022). Efficacy of Emotionally Focused Therapy among Spanish-speaking couples: study protocol of a randomized clinical trial in Argentina, Costa Rica, Guatemala, Mexico, and Spain. *Trials*, *23*(1), 891. https://doi.org/10.1186/s13063-022-06831-7

Santona, A., Milesi, A., Tognasso, G., Gorla, L., & Parolin, L. (2022). Anxiety in Attachment and Sexual Relationships in Adolescence: A Moderated Mediation Model. *International journal of environmental research and public health*, *19*(7), 4181. https://doi.org/10.3390/ijerph19074181

Şenol, A., Gürbüz, F., & Tuzgöl Dost, M. (2023). Emotion-Focused Couple Therapy: A Review of Theory and Practice. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, *15*(1), 146-160. https://doi.org/10.18863/pgy.1090793

Spengler, P. M., Lee, N. A., Wiebe, S. A., & Wittenborn, A. K. (2024). A comprehensive meta-analysis on the efficacy of emotionally focused couple therapy. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *13*(2), 81-99. https://doi.org/10.1037/cfp0000233

Sunmonu, H. O., Tiamiyu, K. A., Yusuf, J., & Ahmed, M. S. (2025). Emotionally-Focused Therapy and Marital Bonding: Counselling Implications for Nigerian Couples. *Coution: Journal Counseling and Education*, *6*(2), 83-97. https://doi.org/10.47453/coution.v6i2.3533

Tasew, A. Sh., & Getahun, K. K. (2021). Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, Ethiopia. *Cogent Psychology*, *8*(1), 1903127. https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1903127

Timulak, L., Dailey, J., Lunn, J., & McKnight, J. (2025). Transdiagnostic Emotion-Focused Therapy for Couples with Co-Morbid Relational and Mood, Anxiety and Related Difficulties. *J Contemp Psychother*, *55*, 1-10. https://doi.org/10.1007/s10879-024-09645-7

Van Diest, S. L., Den Oudsten, B. L., Aaronson, N. K., Beaulen, A., Verboon, P., Aarnoudse, B., & Van Lankveld, J. J. D. M. (2023). Emotionally focused couple therapy in cancer survivor couples with marital and sexual problems: a replicated single-case experimental design. *Frontiers in psychology*, *14*, 1123821. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1123821

van Diest, S. L., den Oudsten, B. L., Aaronson, N. K., Beaulen, A., Verboon, P., Aarnoudse, B., & van Lankveld, J. J. D. M. (2023). Emotionally focused couple therapy in cancer survivor couples with marital and sexual problems: a replicated single-case experimental design. *Frontiers in psychology*, *14*, 1123821. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1123821

Veenavani, N., & Suresh Kumar, M. (2025). Enhancing Marital Resilience through Psychological Flexibility: An Acceptance and Commitment Therapy-based Case Study. *IAPS Journal of Practice in Mental Health*, *3*(1), 25-32. https://doi.org/10.4103/IJPMH.IJPMH_6_25

Wiebe, S. A., Elliott, C., Johnson, S. M., Moser, M. B., Dalgleish, T. L., Lafontaine, M.-F., & Tasca, G. A. (2019). Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, *18*(1), 1-21. https://doi.org/10.1080/15332691.2018.1481799

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]