

April-May 2022, Volume 10, Issue 1

[10.22034/IJPN.10.1.1](https://doi.org/10.22034/IJPN.10.1.1)

Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple's Therapy, Cognitive-Behavioral Couple's Therapy and Gottman Systemic-Cognitive Couple's Therapy on Affect Balance and Marriage Expectations of Woman with Sexual Dysfunction

Majid Firozi¹, Mohsen Golparvar^{2*}, Asghar Aghaei³

1- PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3- Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Mohsen Golparvar, Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

E-mail: drmgolparvar@gmail.com

Received: 10 Jan 2022

Accepted: 9 April 2022

Abstract

Introduction: Sexual dysfunction is often associated with affect imbalance and inefficient expectations. The aim of this study was to compare the effectiveness of emotionally focused couple's therapy, cognitive-behavioral couple's therapy, and Gottman systemic-cognitive couple's therapy on affect balance and marriage expectations of women with sexual dysfunction.

Methods: This research was a semi-experimental study with a pretest, posttest, and two months follow-up design with a control group. The statistical population included all women with sexual dysfunction and their spouses in fall 2021. From them, 72 couples were selected by the purposive sampling method and randomly assigned to three experimental groups and a control group (18 couples for each group). The affect balance scale of Diener et al and the marriage expectations scale of Jones and Nelson were used to assess the dependent variable in three stages. The three treatment groups were each treated for 8 sessions of 90 minutes and the control group did not receive any treatment. The data were analyzed by repeated measure analysis of variance and posthoc Bonferroni test by version 26 of SPSS software.

Results: The results showed that, in the post-test and follow up phases, in affect balance, there is a significant difference between emotionally focused therapy (-6.05 & 5.83), cognitive-behavioral therapy (-6.89 & -6.67) and systemic-cognitive therapy (-6.28 & -6.05) with the control group (-9.83 & -9.83), and also in marriage expectations there is significant difference between three treatment in posttest (emotionally focused therapy 34.38, 30 & 13.44, cognitive-behavioral therapy 32.83, 30.61 & 14.83, and systemic-cognitive therapy 33.72, 30 & 13.39) and follow up (emotionally focused therapy 34.44, 29.83 & 13.33, cognitive-behavioral therapy 33.05, 30.33 & 14.78, and systemic-cognitive therapy 33.89, 29.94 & 13.39) and the control group ($p < 0.01$). There was no significant difference between the three treatments with each other in affect balance and inefficient expectations ($p > 0.05$).

Conclusions: According to the research results, emotionally focused, cognitive-behavioral and systemic-cognitive couple's therapy are effective in increasing affect balance and realistic expectations, and in reducing idealistic and optimistic expectations in women with sexual dysfunction. It is recommended that these three treatments be used for women with sexual dysfunction in therapeutic centers.

Keyword: Expectations, Affect, Emotionally Focused Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Systemic Therapy, Sexual Dysfunction.



مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی سیستمی-شناختی گاتمن بر تعادل عاطفی و انتظارات از ازدواج در زنان دارای علائم کژکاری جنسی

مجید فیروزی^۱، محسن گل پرور^{۲*}، اصغر آقایی^۳

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
 ۲- دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
 ۳- استاد گروه روان‌شناسی واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: محسن گل پرور، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
 ایمیل: drmgolparvar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۲۰

چکیده

مقدمه: کژکاری جنسی در بسیاری مواقع با عدم تعادل عاطفی و انتظارات ناکارآمد در آمیخته است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی سیستمی-شناختی گاتمن بر تعادل عاطفی و انتظارات ناکارآمد در زنان دارای علائم کژکاری جنسی اجرا شد.

روش کار: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماهه) با گروه شاهد بود. جامعه آماری زنان مبتلا به کژکاری جنسی همراه با همسران خود در تابستان و پائیز ۱۴۰۰ بودند، که از میان آن‌ها ۷۲ زوج به صورت هدفمند انتخاب و در چهار گروه (هر گروه ۱۸ زوج) گمارده شدند. پرسشنامه تعادل عاطفی داینر و همکاران و پرسشنامه انتظارات از ازدواج جونز و نلسون برای سنجش متغیرهای وابسته در سه مرحله استفاده شد. سه گروه درمانی، هر یک طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه شاهد هیچگونه درمانی دریافت نمود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در تعادل عاطفی در پس‌آزمون و پیگیری بین درمان هیجان‌مدار (۶/۰۵- و ۵/۸۳-)، درمان شناختی-رفتاری (۶/۸۹- و ۶/۶۷-) و درمان سیستمی-شناختی (۶/۲۸- و ۶/۰۵-) با گروه شاهد (۹/۸۳- و ۹/۸۳-) و در انتظارات از ازدواج نیز بین سه درمان در پس‌آزمون (هیجان‌مدار ۳۴/۳۸، ۳۰ و ۱۳/۴۴، شناختی و رفتاری ۳۲/۸۳، ۳۰/۶۱ و ۱۴/۸۳ و شناختی-سیستمی ۳۳/۷۲، ۳۰ و ۱۳/۳۹) و پیگیری (هیجان‌مدار ۳۴/۴۴، ۲۹/۸۳ و ۱۳/۳۳، شناختی و رفتاری ۳۳/۰۵، ۳۰/۳۳ و ۱۴/۷۸ و شناختی-سیستمی ۳۳/۸۹، ۲۹/۹۴ و ۱۳/۳۹) با گروه شاهد تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). بین سه درمان با یکدیگر در اثربخشی بر تعادل عاطفی و انتظارات از ازدواج تفاوت معناداری به دست نیامد ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و سیستمی-شناختی در افزایش تعادل عاطفی و انتظارات واقع‌بینانه و کاهش انتظارات ایده‌آل‌گرایانه و بدبینانه در زنان دارای کژکاری جنسی اثربخش هستند. پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی این سه درمان برای زنان مبتلا به کژکاری جنسی استفاده شوند.

کلیدواژه‌ها: انتظارات، عاطفه، درمان هیجان‌مدار، درمان شناختی-رفتاری، درمان سیستمی، کژکاری جنسی.

اختلال کژکاری جنسی (Sexual Dysfunction) شکلی از ناتوانی و یا نقص جدی در هر یک از مراحل روابط جنسی زناشویی شامل تمایل، برانگیختگی، ارگاسم و انزال است که دارای توانی آسیب زا برای سلامت و کارکردهای مثبت و سازنده خانواده است (۱). شیوع این اختلال در برخی گزارش های خارج از ایران بین ۳۸ تا ۶۳ درصد و در گزارش های داخل ایران بین ۲۲ تا ۷۵/۷ درصد با این تاکید که این اختلال در کشورهای مختلف در زنان نسبت به مردان شیوع بالاتری دارد، گزارش شده است (۲،۳). زنان مبتلا به این اختلال، ممکن است عدم علاقه یا علاقه کمی در رابطه جنسی، عدم توانایی در پاسخ به محرک های جنسی و احساس بی حسی با وجود داشتن یک رابطه خوب با شریک زندگی خود را گزارش نموده و به احتمال زیاد بیشتر از زنان دارای تمایل طبیعی، حالات عاطفی یا روانی منفی نظیر احساس سرخوردگی، ناامیدی، خشم، از دست دادن زنانگی و کاهش اعتماد به نفس را گزارش نمایند (۳). مطالعات سال های اخیر نشان داده که علیرغم نقش همزمان عوامل روان شناختی و زیستی در بروز و تشدید این اختلال، در موارد زیادی تاثیر عوامل روان شناختی بسیار برجسته تر و جدی تر از عوامل جسمی و فیزیکی است (۴). از میان متغیرهای مختلف، دو متغیر تعادل عاطفی (Affective Balance) و انتظارات از ازدواج (Marriage Expectancies) و روابط زناشویی از جایگاه با اهمیتی در این ارتباط برخوردار هستند.

تعادل عاطفی وجود تعادل در تجربه و بروز عواطف مثبت و منفی و نوعی واکنش طبیعی به رخدادها و حوادث مختلف نظیر موفقیت، خود اعتمادی، لذت بردن از فعالیت های اجتماعی و نداشتن بدبینی را در بر می گیرد (۵). رسیدن به تعادل عاطفی به معنای چگونگی تجربه، مقابله، سازگاری و مدیریت عواطف و هیجان ها و حس وجود تعادل بین عواطف مثبت و منفی است (۶). تنظیم هیجانی و عاطفی نقش مهمی در رضایت از زندگی در ابعاد مختلف دارد و سازگاری فرد را تسهیل می کند (۷). در همین راستا مطالعات نشان داده که عواطف منفی نظیر احساس گناه و شرم با کژکاری جنسی در زنان ارتباط دارد (۳). در کنار تعادل عاطفی، انتظارات یکی از پدیده های شناختی است که تحریف در آن نقش مهمی در آشفتگی زناشویی بازی می کند (۸). در ازدواج و روابط زناشویی، زوجها ممکن است

انتظارات غیرواقع بینانه، ایده آل گرایانه و یا حتی انتظارات بدبینانه ای را وارد رابطه زناشویی خود نموده و در بستر همین انتظارات ناکارآمد، رفتارها و واکنش های ناکارآمد و مخربی که منجر به تعارض، کشمکش و آسیب در روابط زناشویی می شود را از خود بروز دهند (۹). در حمایت از این نظر، مطالعات در دسترس نشان می دهد که انتظارات نقش قابل توجهی در رضایت جنسی زوجین ایفا می کنند (۱۰). به واسطه نقش مخرب تعادل عاطفی ضعیف و آسیب های ناشی از انتظارات ناکارآمد در زوج ها تاکنون درمان های روان شناختی مختلفی برای کمک به زوج ها برای غلبه بر مشکلات ناشی از عواطف و انتظارات پیشنهاد و استفاده شده است.

یکی از این رویکردهای درمانی مطرح برای زوج ها در این عرصه، زوج درمانی هیجان مدار (Emotionally Focused Couple's Therapy) است. زوج درمانی هیجان مدار، رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، تجربه گرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان است که هیجان ها را به عنوان عوامل درون فردی و روابط هیجانی را به عنوان عاملی بی فردی در ساماندهی الگوهای ارتباطی زوجین، محور درمان و تلاش های درمانی قرار می دهد (۱۱). از نظر این رویکرد، هر یک از زوجین با انتظارات و تجاربی از گذشته خود، وارد رابطه کنونی می شوند که نقش مهمی در چگونگی پاسخ دهی آنها به همسر خود دارد؛ از این رو آشکارسازی هیجان ها و نیازهای دلبستگی و نیز پاسخگویی شریک صمیمی به این نیازها برای ایجاد پیوند هیجانی فرآیند تغییر در زوج درمانی هیجان مدار است (۱۲). در حمایت از اثربخشی درمان هیجان مدار، در ایران، باقری و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار را بر انتظارات زناشویی (۱۳)، غزنوی خضرآبادی و نیکنام (۲۰۱۸) اثربخشی این درمان را بر رضایت مندی جنسی و تمایلات جنسی (۱۴)، حسن آبادی و همکاران (۲۰۱۰) اثربخشی درمان هیجان مدار را بر عواطف مثبت به عنوان حیطه ای مرتبط با تعادل عاطفی (۱۵) و اصلاحی و همکاران (۲۰۱۹) نیز اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار را بر هماهنگی زناشویی که در آن عواطف و هیجان های متعادل امکان نقش آفرینی دارند، و البته با اثربخشی بالاتر نسبت به درمان شناختی-سیستمی (۱۶)، و در خارج از ایران نیز Girard و Woolley (۲۰۱۷) نیز اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار را در یک مطالعه مورد-منفرد بر کاهش تفاوت در میل جنسی زوجین (۱۷) نشان داده اند.

در کنار درمان هیجان مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری (Cognitive-Behavioral Couple's Therapy) نیز یکی از درمان‌های روان شناختی کاربردی برای مشکلاتی نظیر کژکاری جنسی است. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری توسط McCarthy در سال ۱۹۸۴ به منظور درمان میل جنسی بازداری شده زنان، با استفاده از تمرینات رفتاری-نوشتاری و نیمه سازمان یافته تدوین شد. این روش شامل طیفی از تمرین‌های زوجی و تمرین‌های فردی نظیر تمرکز و کار درمانی بر خودپنداره مثبت، تصویر بدنی و جذابیت مثبت، خیال‌پردازی، تصویر سازی‌ها و افکار جنسی مثبت و برنامه‌های رفتاری جنسی در کنار طیفی از تکنیک‌های زوجی است (۱۸). در حمایت از اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری در ایران عظیمی فر و همکاران (۲۰۱۶) اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری را بر شادمانی زناشویی به عنوان یکی از عواطف مثبت زناشویی (۱۹)، بیرانوند و همکاران (۲۰۲۰) اثربخشی آموزش شناختی و رفتاری را بر باورهای غیرمنطقی (۲۰)، پورحسینعلی (۲۰۲۱) اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری را بر کنترل عواطف زوجین متعارض (۲۱) و پژوهش هنری و شمالی (۲۰۱۷) هم اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری را بر مهارت‌های عاطفی زوجین (۲۲) و در خارج از ایران نیز Hummel و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی پایدار و مثبت درمان شناختی و رفتاری را بر نارضایتی جنسی (۲۳) Bilal و Abbasi (۲۰۲۰) نیز اثربخشی درمان شناختی و رفتاری را بر کاهش علائم افسردگی (که با غلبه عواطف منفی همراه است) مردان دارای نارسایی نعوز غیرجسمی (۲۴) را نشان دادند.

در کنار درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری، زوج درمانی سیستمی-شناختی گاتمن (Gottman Systemic-Cognitive Couple's Therapy) نیز از ظرفیت قابل توجهی برای کمک به بهبود مشکلات جنسی زوجین برخوردار است (۲۵). این شکل از زوج‌درمانی، رویکردی تلفیقی برای غنی‌سازی روابط زناشویی است که از مبانی و اصول اعتقادی نظریه‌های مختلف درمانی یاری‌جسته و رویکردی آموزشی برای بهبود روابط زوج‌ها نظیر آگاهی از خود و همسر، کاوش احساسات و افکار همسر، گسترش همدلی و صمیمیت، رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسئله را در فرایند درمان به کار می‌گیرد (۲۶). به لحاظ نظری، رویکرد Gottman در زوج درمانی با تمرکز بر تقویت احساس عمیق تری از فهم متقابل، آگاهی، همدلی و پیوند عمیق تر در

روابط زناشویی، بستر را برای وقوع صمیمیت هر چه بیشتر و رشد بین فردی و به تبع آن رفع بسیاری از مشکلات در روابط اعم از مشکلات جنسی و غیرجنسی ناشی از روابط متعارض را فراهم می‌کند (۲۷). در ایران در مطالعاتی نظیر مطالعه علی پناه (۲۰۲۰) اثربخشی زوج درمانی سیستمی-شناختی Gottman را بر باورهای غیرمنطقی ارتباطی (۲۸) و در مطالعه اصلاحی و همکاران (۲۰۱۹) اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-سیستمی Gottman را بر هماهنگی زناشویی که در آن عواطف و هیجان‌های متعادل امکان نقش آفرینی دارند (۱۶)، و در خارج از ایران نیز Doss و همکاران (۲۰۲۲) رویکرد Gottman را رویکردی اثربخش برای بهبود آشفتگی و پریشانی زوجین در روابط زناشویی (۲۹) Garanzini و همکاران (۲۰۱۷) نیز این رویکرد درمانی را رویکردی مؤثر برای رضایت از روابط در زوج‌ها معرفی نموده‌اند (۳۰).

در مروری بر پیشینه مطالعه حاضر، می‌توان گفت هرچند شواهدی در مورد استفاده از هر یک از درمان‌ها نظیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و سیستمی-شناختی Gottman در بهبود مشکلات عاطفی، شناختی و جنسی زوج‌ها در دسترس است، لیکن نگاهی ارزیابانه و نقادانه نشان از آن دارد که در مطالعات گذشته، سه درمان مورد استفاده در این مطالعه، در کنار یکدیگر به طور همزمان در حوزه زنان دارای کژکاری جنسی مورد استفاده و توجه قرار نگرفته‌اند. نکته حائز اهمیت این‌که، در مطالعه حاضر زن و شوهر همزمان در مطالعه شرکت داشتند، ولی تمرکز مطالعه برای انتخاب ورود زوج‌ها به درمان کژکاری جنسی زنان بود. دلیل انتخاب فقط بر مبنای کژکاری جنسی زنان، این بود که شیوع و مراجعه زنان برای کژکاری جنسی نسبت به مردان در سطح قابل توجهی بالاتر است (۳). و در عین حال طیف مشکلات مردان دارای کژکاری جنسی با زنان دارای تفاوت است (۲) و هماهنگ نمودن کژکاری برای هر دو زوج و ورود آنها به درمان، بسیار تعداد زوج‌های دارای ملاک ورود را محدود و در عمل اجرای مطالعه را متوقف و یا بسیار طولانی می‌نمود. در مجموع می‌توان گفت علی‌رغم این‌که در موارد محدودی دو درمان (۱۶) از سه درمان مورد استفاده در مطالعه حاضر برای زوج‌ها استفاده شده‌اند، اما خلاء دانش قابل توجهی در راستای اثربخشی مقایسه‌ای سه درمان هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و سیستمی-شناختی گاتمن برای زنان دارای کژکاری جنسی وجود داشت. این مهم انگیزه اصلی و ضرورت مطرح برای

مجید فیروزی و همکاران

متاهل مبتلا به کژکاری جنسی همراه با همسران خود بودند که به سه مرکز مشاوره خانواده شهر اصفهان (مرکز بصیرت نوین، مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۶ شهر اصفهان و مرکز مشاوره پردیس) در تابستان و پائیز سال ۱۴۰۰ (با احتساب ۳ نفر در هفته در هر یک از سه مرکز و برای شش ماه، حجم جامعه آماری ۲۱۶ نفر برآورد گردید) مراجعه نمودند. ۷۴ زوج، برای هر گروه ۱۸ نفر، بر پایه ملاک های ورود به صورت هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) در چهار گروه قرار داده شدند. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس انحراف معیار تعادل عاطفی مبتنی بر یک سنجش مقدماتی در پژوهش حاضر که برابر با ۲/۱۵ به دست آمد، مقدار Z در سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۱/۹۶، توان آزمون برابر با ۹۰ و مقدار Z برابر با ۱/۲۸ و مقدار حداقل خطا یا اختلاف (مقدار d در فرمول) برابر با حداقل ۲/۳۲ نمره در نظر گرفته شد و تعداد نمونه برای هر گروه ۱۸ نفر برآورد گردید. فرمول استفاده شده به شرح زیر بود.

$$n = \frac{2\sigma^2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{d^2} = 18$$

شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بودند. از ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد. مقیاس تعادل عاطفی (Affective Balance Scale- SPANE-B)؛ این مقیاس توسط Diener و همکاران در سال ۲۰۱۰ با ۱۲ سوال (۶ سوال برای ارزیابی تجارب عاطفی مثبت و ۶ سوال برای ارزیابی تجارب عاطفی منفی)، تهیه شده است (۳۱). نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای به صورت «هرگز=۱»، «بندرت=۲»، «گاهی اوقات=۳»، «اکثرأ=۴» و «همیشه=۵» است. این مقیاس قابلیت نمره‌دهی به صورت تعادل میان دو عاطفه مثبت و منفی را با تفریق نمره عواطف منفی از نمره عواطف مثبت که نتیجه ای بین ۲۴- (تعادل عاطفی منفی) تا ۲۴+ (تعادل عاطفی مثبت) به دست می آید را دارد. افزایش امتیازات به صورت منفی حاکی از غلبه عواطف منفی و در مقابل افزایش امتیازات به

طراحی و اجرای مطالعه حاضر بوده است. در عین حال، نتایج این پژوهش در سطح کاربردی می تواند، طیف درمان های دارای شواهد تجربی قابل استفاده توسط متخصصان حوزه سلامت خانواده و زوج ها را بسط و گسترش دهد. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و سیستمی-شناختی بر تعادل عاطفی و انتظارات از ازدواج در زنان دارای علائم کژکاری جنسی و در راستای پاسخ به این مسئله که آیا اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و سیستمی-شناختی بر تعادل عاطفی و انتظارات از ازدواج در زنان دارای علائم کژکاری جنسی دارای اثربخشی متفاوتی هستند؟ اجرا شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی چهار گروهی شامل یک گروه زوج درمانی هیجان‌مدار، یک گروه زوج درمانی شناختی-رفتاری، یک گروه زوج درمانی سیستمی-شناختی Gottman و یک گروه شاهد با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری زنان

معیارهای ورود شامل اخذ تشخیص کژکاری جنسی غیرجسمی توسط روانپزشک و یا روان شناس بالینی از طریق مصاحبه مبتنی بر ملاک های مطرح در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی انجمن روانشناسان امریکا (DSM-5-R)، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (که از طریق مصاحبه توسط روانپزشک و یا روانشناس بالینی مورد تأیید قرار می گرفت)، عدم ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال برای زنان به این دلیل که این دامنه سنی براساس مطالعات دارای بالاترین شیوع کژکاری جنسی در زنان است (۳)، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی همزمان بودند. معیارهای خروج نیز شامل وجود شواهد مربوط به عامل جسمی و فیزیولوژیک کژکاری جنسی، عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه

ایران نیلفروشان و همکاران (۲۰۱۱) از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی روایی سازه عاملی این مقیاس را با سه عامل (انتظارات واقع گرایانه، انتظارات ایده آل گرایانه و انتظارات بدبینانه) و به عنوان روایی همگرا نیز بین امتیازات حاصل از این مقیاس با مقیاس نگرش به ازدواج همبستگی معنادار ($P < 0/01$; $r = 0/43$)، آلفای کرونباخ برابر با $0/88$ و پایایی بازآزمایی را نیز برابر با $0/91$ گزارش نمودند (۳۴). در مطالعه حاضر و در کل نمونه، آلفای کرونباخ برای انتظارات واقع گرایانه، انتظارات ایده آل گرایانه و انتظارات بدبینانه به ترتیب برابر با $0/85$ ، $0/87$ و $0/86$ به دست آمد.

در فرایند اجرای مداخله های درمانی، گروه زوج درمانی هیجان مدار، زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی سیستمی-شناختی Gottman هر یک طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در هر هفته یک جلسه (در مجموع طی ۸ هفته متوالی) توسط درمانگران مجرب با بیش از ۱۰ سال سابقه آموزش و درمان در حوزه زوج درمانی در سه مرکز مشاوره (مرکز بصیرت نوین، مرکز مشاوره آموزش و پرورش منطقه ۶ شهر اصفهان و مرکز مشاوره پردیس) جداگانه تحت درمان قرار گرفتند. گروه شاهد تا پایان درمان سه گروه آزمایش درمانی دریافت ننمود. هر سه بسته درمان، شامل زوج درمانی هیجان مدار (۱۴،۱۵)، زوج درمانی شناختی-رفتاری (۱۸)، و زوج درمانی شناختی-سیستمی Gottman (۲۵،۲۸)، در مطالعات قبلی در ایران اعتبارسنجی و استفاده شده اند. برای جلوگیری از سوءگیری در اجرا، درمان ها توسط دو درمانگر مستقل خانم (درمان هیجان مدار توسط یک درمانگر و دو درمان دیگر توسط درمانگری دیگر، با توجه به جامعه آماری که زنان دارای کژکاری جنسی بودند) دارای درجه دکتری مشاوره خانواده با سابقه بیش از ده سال مشاوره و زوج درمانی اجرا شدند. شرح خلاصه جلسات زوج درمانی هیجان مدار، زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی سیستمی-شناختی گاتمن در جداول ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است.

صورت مثبت حاکی از غلبه عواطف مثبت است. روایی سازه مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی مبتنی بر تحلیل مولفه های اصلی، مستند و روایی همگرای مقیاس نیز از طریق بررسی همبستگی بین امتیازات حاصل از مقیاس با مقیاس شادمانی Fordyce ($P < 0/01$; $r = 0/66$) و مقیاس شادمانی Lyubomirsky ($P < 0/01$; $r = 0/67$) تایید و آلفای کرونباخ نیز برابر با $0/88$ گزارش شده است (۳۱). در ایران حسنی و نادری (۲۰۱۶) به عنوان شواهدی از روایی سازه، شاخص-های برآزش مطلوب را از طریق تحلیل عاملی تاییدی و به عنوان شواهدی از روایی همزمان بین امتیازات حاصل از این مقیاس و مقیاس عواطف مثبت و منفی پاناس ($r = 0/87$ و $r = 0/83$; $P < 0/01$) همبستگی معنادار و آلفای کرونباخ تعادل عاطفی نیز برابر با $0/87$ گزارش شده است (۳۲). در مطالعه حاضر و در کل نمونه، آلفای کرونباخ برابر با $0/89$ به دست آمد.

مقیاس انتظارات از ازدواج (Marriage Expectancies Scale)؛ پرسشنامه انتظار از ازدواج توسط Jones & Nelson در سال ۱۹۹۷ با ۴۰ سوال و با هدف سنجش انتظارات افراد از ازدواج ساخت و ارائه شده است (۳۳). پاسخ دهندگان از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱، کاملاً مخالفم تا ۵، کاملاً موافقم استفاده می کنند. این پرسشنامه سه بعد انتظارات واقع گرایانه (۱۹ سوال)، انتظارات ایده آل گرایانه (۱۵ سوال) و انتظارات بدبینانه (۶ سوال) را سنجش می کند. دامنه نوسان امتیازات برای انتظارات واقع گرایانه بین ۱۹ تا ۹۵، برای انتظارات ایده آل گرایانه بین ۱۵ تا ۷۵ و برای انتظارات بدبینانه بین ۶ تا ۳۰ و افزایش انتظارات در هر یک از سه انتظار به معنای افزایش آن نوع انتظار است. Jones & Nelson (۱۹۹۷) به عنوان شواهدی از روایی همگرا و واگرایی این مقیاس بین امتیازات حاصل از آن با امتیازات حاصل از پرسشنامه نگرش به عشق و مقیاس رمانتیک گرایی ($P < 0/01$; $r = 0/38$) همبستگی معنادار و آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه برابر با $0/79$ گزارش نمودند (۳۳). در

مجید فیروزی و همکاران

جدول ۱: شرح جلسات زوج درمانی هیجان مدار حسن آبادی و همکاران (۲۰۱۰)

جلسه	شرح جلسات
اول	معرفی، آشنا شدن با یکدیگر، سوال در مورد انگیزه و انتظار اعضا از جلسات، ارائه تعریفی از هر کدام از مفاهیم هیجان، رضایت، ارتباط عاطفی، جنسی، مفهوم خانواده، الگوهای ارتباطی اولیه.
دوم	شرکت کنندگان در مورد تکالیف هفته گذشته صحبت می‌کنند. سپس آیت‌های ۱. پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجان) مشترکی که از نظر زوجین بی اهمیت است و کمتر به آن اشاره شده است؛ ۲. کشف تعاملات مشکل‌دار و مشخص کردن چرخه‌های تعاملی منفی که آشفته‌گی را نگه می‌دارند، ۳. مشخص کردن رابطه‌ی پاسخ‌های هیجانی زوجین با سطح دل‌بستگی آنان؛ ۴. ارزیابی مشکل و موانع دل‌بستگی؛ ۵. ایجاد توافق درمانی و ۶. شناسایی چرخه تعاملات منفی.
سوم	شناسایی احساسات، ابراز هیجانات، بیان احساسات خالص، حذف حواشی، تصدیق احساسات، تفاوت بین هیجان خالص و حواشی، مشاهده نحوه تعامل هر کدام از زوجین، کشف ترس‌ها و نا ایمنی‌های اساسی ارتباط زوجی، تجربه عواطف.
چهارم	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج، پذیرش چرخه تعامل توسط زوج و افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، پذیرش هیجانات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی.
پنجم	مشخص کردن ترس‌های ناشی از ارتباط، توضیح در مورد اضطراب و تأثیرات منفی بر روی بدن، توضیح در مورد مسری بودن اضطراب، ارتقاء روش‌های جدید تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر و تعاریف مجدد دل‌بستگی.
ششم	گسترش پذیرش تجربه شده هر شریک توسط شریک دیگر، بازسازی تعاملات، تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها به ویژه آرزوهای سرکوب شده
هفتم	پاسخ به سوالات زوجین، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها برای ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراکات جدید. بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب رسان و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی.
هشتم	تحکیم ایجاد شده فعلی، صحبت در مورد درگیری صمیمانه زوج، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دل‌بستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه، بررسی نقطه نظرات مثبت و منفی اجرای طرح درمانی.

جدول ۲: شرح جلسات زوج درمانی شناختی-رفتاری عظیمی فر و همکاران (۲۰۱۶)

جلسه	شرح جلسات
اول	برقراری ارتباط و بیان اهداف، تعریف و توضیح اختلال عملکرد جنسی و تأثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی، بیان ارزش و اهمیت درمان، بررسی علل کم‌کاری جنسی، بررسی سابقه‌ی پزشکی و ارزیابی فیزیولوژیکی مراجع، بررسی کیفیت رابطه زناشویی و ارتباط عاطفی زوجین، بررسی میزان علاقه بین زوجین و نوع ازدواج، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت ارتباطات جنسی زوجین، اجرای مصاحبه‌ی جنسی ارایه‌ی مختصر توضیحی پیرامون سیر و نوع درمان.
دوم	بررسی نگرش‌های جنسی منفی غالب؛ بررسی باورهای جنسی غیرمنطقی و تشریح آنها از دیدگاه علمی؛ بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، بررسی اجمالی نگرش‌های جنسی زنان مبتلا به کاهش کارکرد جنسی، بررسی سیر جسمانی و احساسی زوجین در حین مقاربت، ارایه‌ی تکالیف و منع ارتباط جنسی.
سوم	مرور جلسه‌ی دوم، بازسازی شناختی افکار ناکارآمد جنسی زوجین و ارایه‌ی تکالیف خانگی.
چهارم	بیان علل و عوامل ایجادکننده‌ی کم‌کاری جنسی نسبت به مراجع، آشنایی با اندام‌های جنسی زن و مرد، اعمال فیزیولوژیکی و هورمون‌های آنها، آموزش نقاط حساس جنسی زن و مرد، آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه‌نظر روانی و جسمی؛ آموزش علمی نقش زن در ارتباط جنسی، آموزش چرخه‌ی پاسخ جنسی و علائم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، آموزش مهارت‌های ارتباطی.
پنجم	مرور جلسه‌ی چهارم؛ منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام‌های غیرتناسلی، بررسی ارتباط کلامی چگونگی بیان هیجانات زوجین به یکدیگر، آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی و خود ابرازی جنسی به همسر، افزایش صمیمیت کلامی زوجین، ارایه‌ی تکالیف.
ششم	مرور جلسه‌ی پنجم، حذف ممنوعیت لمس اندام‌های تناسلی، ارایه‌ی اطلاعات بیشتر پیرامون اندام‌های تناسلی زن و مرد و نقاط حساس جنسی، افزایش خودآگاهی جنسی زنان، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی، توجه به تحریک ولذت اندام‌های تناسلی، آموزش خیال‌پردازی جنسی، آموزش تمرینات کگل و ارایه‌ی تکالیف.
هفتم	مرور جلسات پنجم و ششم، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت پیشنهاد هر کدام از آنها به مدت یک هفته به زوجین، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت متناسب با مشکل زوجین و تکنیک‌های وابسته به آن و ارایه‌ی تکالیف گام‌به‌گام خانگی، مانور نقطه‌ی عطف، آموزش چگونگی رسیدن به ارگاسم همزمان متناسب با نقاط حساس زوجین، ارایه‌ی تکالیف.
هشتم	مرور جلسه‌ی هفتم، ارزیابی تکنیک‌های مختلف به کار گرفته‌شده توسط زوجین، بازخورددهی پیرامون اثربخش یا غیر اثربخش بودن درمان، رفع اشکالات موجود، ارزیابی نتایج مثبت حاصل از طرح درمانی و میزان رضایت زوجین از درمان.

جدول ۳: شرح جلسات زوج درمانی شناختی-سیستمی علی پناه (۲۰۲۰)

جلسه	شرح جلسات
اول	آشنایی و ارزیابی اولیه آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و مقررات گروه، ارزیابی نیازهای زوجین، تعهد هر همسر در قبال ازدواج، انتظارات زوجین از یکدیگر و از درمان.
دوم	پردازش تعارضات و افزایش رفاقت زناشویی تغییر در الگوهای تعاملی همراه با کاهش تبادلات رفتاری منفی و افزایش تبادلات رفتاری مثبت
سوم	کم کردن چهار سوار سرنوشت کمک به زوج برای شناسایی چهار سوار سرنوشت (انتقاد، سرزنش، جبه‌گیری، و سکوت) و تأثیرات مخرب آنها بر رابطه زوجین.
چهارم	آموزش مهارت‌های حل تعارض، متقاعدسازی و سازش آموزی به زوجین تا دریابند که تعارض لازمه یک ازدواج موفق است و بیاموزند که چگونه تفاوت‌های یکدیگر را بپذیرند و با آنها کنار بیایند
پنجم	آموزش نحوه برخورد با تعارض‌های دائمی حل نشدنی، آموزش سبک‌های صحیح حل تعارض و سازش با آنها به زوجین
ششم	ایجاد عواطف مثبت در طول تعارضات پیشگیری از گسترش دامنه تعارضات و عذرخواهی از یکدیگر. ایجاد عواطف مثبت در طول اوقات بدون تعارض بازسازی حس احترام و پذیرش همسر با وجود تفاوت‌های میان آنها
هفتم	آموزش تحسین و تشویق یکدیگر، رفع ناهماهنگی فراهیجان کمک به افزایش شناخت زوجین از دنیای یکدیگر به منظور کنار آمدن با حوادث استرس‌زا و تعارضات.
هشتم	ایجاد و تقویت یک سیستم معنایی مشترک آموزی به زوجین تا رویاها و آرزوهای یکدیگری برده و تلاش نمایند تا یکدیگر را در راستای تحقق آنها حمایت نمایند، خاتمه مرور جلسات گذشته و گرفتن بازخورد از شرکت کنندگان.

انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین، بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام باکس و بررسی پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکنلی از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تقییبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

چهار گروه پژوهش از نظر سن همسر و شوهر، تحصیلات همسر و شوهر، سال‌های گذشته از ازدواج و تعداد فرزندان با یکدیگر از طریق آزمون کای دو مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای جمعیت شناختی مورد اشاره بین چهار گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۴).

فرایند جمع‌آوری به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در چهار گروه، شامل سه گروه آزمایش و یک گروه شاهد، در مرحله پیش‌آزمون زوج‌های شرکت‌کننده در مطالعه به دو پرسشنامه تعادل عاطفی و انتظارات از ازدواج پاسخ دادند. با توجه به تمرکز مطالعه بر روی کژکاری جنسی زنان و حساسیت زوج‌ها، درمان به صورت زوجی منفرد (زن و شوهر به همراه هم) و نه به صورت گروهی، در هر یک از سه مرکز مشاوره که نمونه‌گیری از آنها انجام شد، اجرا شد. پس از پایان جلسات درمان، هر چهار گروه در مرحله پس‌آزمون و دو ماه پس از آن در مرحله پیگیری مجدد به دو پرسشنامه تعادل عاطفی و انتظارات از ازدواج پاسخ دادند. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه شاهد پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش در مطالعه رعایت شده است. در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و

مجید فیروزی و همکاران

جدول ۴: مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر و سطوح آن	زوج درمانی هیجان مدار فراوانی (%)	زوج درمانی شناختی-رفتاری فراوانی (%)	زوج درمانی سیستمی فراوانی (%)	گروه شاهد فراوانی (%)	مقدار کای دو (مقدار احتمال)
<u>سن همسر</u>					
تا ۳۵ سال	۳ (۱۶/۶۷)	۵ (۲۷/۷۸)	۲ (۱۱/۱۱)	۲ (۱۱/۱۱)	$(P=0/۶۹)$ ۱۱/۳۳
۳۶ تا ۴۰ سال	۱۲ (۶۶/۶۷)	۷ (۳۸/۸۹)	۱۱ (۶۱/۱۱)	۱۳ (۷۲/۳۲)	
۴۱ سال و بالاتر	۳ (۱۶/۶۷)	۶ (۳۳/۳۳)	۵ (۲۷/۷۸)	۳ (۱۶/۶۷)	
<u>سن شوهر</u>					
تا ۴۰ سال	۹ (۵۰)	۲ (۱۱/۱۱)	۶ (۳۳/۳۳)	۵ (۲۷/۷۸)	$(P=0/۰۸)$ ۱۰/۶۳
۴۱ تا ۵۰ سال	۹ (۵۰)	۷ (۳۸/۸۹)	۱۱ (۶۱/۱۱)	۱۳ (۷۲/۳۲)	
۵۱ سال و بالاتر	۰ (۰)	۹ (۵۰)	۱ (۵/۵۵)	۰ (۰)	
<u>تحصیلات همسر</u>					
دیپلم	۳ (۱۶/۶۷)	۴ (۲۲/۲۲)	۳ (۱۶/۶۷)	۱ (۵/۵۵)	$(P=0/۹۷)$ ۲/۹۱
فوق دیپلم و لیسانس	۱۴ (۷۷/۷۸)	۱۳ (۷۲/۳۲)	۱۴ (۷۷/۷۸)	۱۶ (۸۸/۸۹)	
فوق لیسانس و دکتری	۱ (۵/۵۵)	۱ (۵/۵۵)	۱ (۵/۵۵)	۱ (۵/۵۵)	
<u>تحصیلات شوهر</u>					
دیپلم	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۵/۵۵)	۱ (۵/۵۵)	$(P=0/۰۷)$ ۱۲/۰۲
فوق دیپلم و لیسانس	۱۶ (۸۸/۸۹)	۱۵ (۸۳/۳۳)	۱۵ (۸۳/۳۳)	۱۶ (۸۸/۸۹)	
فوق لیسانس و دکتری	۲ (۱۱/۱۱)	۳ (۱۶/۶۷)	۲ (۱۱/۱۱)	۱ (۵/۵۵)	
<u>سالهای گذشته از ازدواج</u>					
تا ۵ سال	۵ (۲۷/۷۸)	۴ (۲۲/۲۲)	۴ (۲۲/۲۲)	۳ (۱۶/۶۷)	$(P=0/۱۶)$ ۴/۶۵
۶ تا ۱۰ سال	۸ (۴۴/۴۴)	۱۱ (۶۱/۱۱)	۱۲ (۶۶/۶۷)	۱۳ (۷۲/۳۲)	
۱۱ سال و بالاتر	۵ (۲۷/۷۸)	۳ (۱۶/۶۷)	۲ (۱۱/۱۱)	۲ (۱۱/۱۱)	
<u>تعداد فرزندان</u>					
هیچ فرزند	۳ (۱۶/۶۷)	۲ (۱۱/۱۱)	۰ (۰)	۱ (۵/۵۵)	$(P=0/۷۳)$ ۶/۱۱
۱ فرزند	۷ (۳۸/۸۹)	۵ (۲۷/۷۸)	۶ (۳۳/۳۳)	۷ (۳۸/۸۹)	
۲ فرزند و بیشتر	۸ (۴۴/۴۴)	۱۱ (۶۱/۱۱)	۱۲ (۶۶/۶۷)	۱۰ (۵۵/۵۵)	

داد که سه گروه زوج درمانی هیجان مدار، زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی سیستمی-شناختی گاتمن نسبت به گروه شاهد تغییرات بیشتری را در پس-آزمون و پیگیری نشان داده اند (جدول ۵).

در جدول ۵ میانگین و انحراف معیار تعادل عاطفی و ابعاد انتظارات از ازدواج به تفکیک چهار گروه پژوهش و سه مرحله پیش-آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین تعادل عاطفی و ابعاد انتظارات نشان

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار تعادل عاطفی و انتظارات ناکارآمد در گروه های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	درمان هیجان مدار		درمان شناختی-رفتاری		درمان سیستمی گاتمن		گروه شاهد	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعادل عاطفی	پیش آزمون	-۱۰/۱۷	۱/۸۵	-۱۰/۱۷	۱/۷۹	-۱۰/۲۲	۱/۶۳	-۱۰/۵۵	۱/۷۹
	پس آزمون	-۶/۰۵	۲/۵۱	-۶/۸۹	۲/۷۸	-۶/۲۸	۲/۰۸	-۹/۸۳	۱/۹۵
	پیگیری	-۵/۸۳	۲/۶۶	-۶/۶۷	۲/۵۴	-۶/۰۵	۲/۱۰	-۹/۸۳	۲/۱۵
انتظارات واقع گرایانه	پیش آزمون	۲۹/۹۴	۳/۰۲	۲۹/۵۵	۲/۸۱	۲۹/۶۷	۳/۲۲	۳۰/۶۱	۲/۸۷
	پس آزمون	۳۴/۳۸	۳/۲۲	۳۲/۸۳	۲/۶۲	۳۳/۷۲	۲/۸۹	۳۰/۸۹	۳/۰۵
	پیگیری	۳۴/۴۴	۳/۰۵	۳۳/۰۵	۲/۶۰	۳۳/۸۹	۲/۹۵	۳۰/۳۳	۲/۶۱
انتظارات ایده آل گرایانه	پیش آزمون	۳۲/۶۷	۳/۳۴	۳۳	۲/۸۷	۳۲/۵	۲/۵۳	۳۲/۶۶	۲/۶۶
	پس آزمون	۳۰	۲/۸۵	۳۰/۶۱	۳/۰۵	۳۰	۲/۸۹	۳۲/۴۴	۲/۳۸
	پیگیری	۲۹/۸۳	۲/۷۹	۳۰/۳۳	۲/۶۱	۲۹/۹۴	۳/۰۹	۳۲/۳۳	۲/۴۰
انتظارات بدبینانه	پیش آزمون	۱۵/۶۱	۲	۱۵/۹۴	۱/۹۸	۱۶/۳۹	۱/۷۹	۱۵/۱۱	۲/۰۲
	پس آزمون	۱۳/۴۴	۲/۵۵	۱۴/۸۳	۲/۸۱	۱۳/۳۹	۲/۲۵	۱۵/۲۸	۲/۱۴
	پیگیری	۱۳/۳۳	۲/۷۵	۱۴/۷۸	۲/۶۵	۱۳/۳۹	۲/۰۹	۱۵/۱۱	۱/۹۷

بود. در این مورد با توجه به عدم رعایت پیش فرض کرویت، نتایج تعدیل شده برحسب اسپیلون در درجه آزادی مبتنی بر نتایج آزمون گرین هاوس-گیزر گزارش شد. با توجه به نتایج مربوط به پیش فرض های اشاره شده، نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان داد برای متغیر تعادل عاطفی، اثر زمان ($F=۱۳۸/۸۷$ ، $df=۱/۲۵$ و $p<۰/۰۰۱$) و اثر تعاملی متغیرهای زمان و گروه ($F=۹/۵۵$ ، $df=۳/۷۵$ و $p<۰/۰۰۱$) معنادار است، به این معنی که حداقل بین یکی از گروه های آزمایش (سه گروه درمانی) و گروه شاهد در تعادل عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۶).

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده، پیش فرض های آماری این تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلیک در تعادل عاطفی ($p=۰/۱۹$) و انتظارات ناکارآمد ($p=۰/۱۴$) حاکی از نرمال بودن توزیع این دو متغیر و نتایج آزمون لون نیز حاکی از برابری واریانس گروه های سه گانه مطالعه در متغیر تعادل عاطفی ($p=۰/۴۱$) و انتظارات ناکارآمد ($p=۰/۷۸$) بود. آزمون ام باکس نیز برای تعادل عاطفی ($p=۰/۰۵$) و انتظارات ناکارآمد ($p=۰/۰۸$) حاکی از برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بود، ولی آزمون ماکلی برای بررسی پیش فرض کرویت، هم برای تعادل عاطفی ($p=۰/۰۰۱$) و هم برای انتظارات ناکارآمد ($p=۰/۰۰۱$) معنادار

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده (مکرر) برای تعادل عاطفی و انتظارات ناکارآمد

متغیر و منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
اثر زمان	۴۶۱/۴۵	۱/۲۵	۳۶۹/۵۷	۱۳۸/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
درون گروهی	۹۵/۲۵	۳/۷۵	۲۵/۴۳	۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹۹
خطا (زمان)	۲۲۵/۹۶	۸۴/۹۱	۲/۶۶	-	-	-	-
بین گروهی	۲۵۸/۱۷	۳	۸۶/۰۶	۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۸۶
خطا	۷۴۷/۳۷	۶۸	۱۰/۹۹	-	-	-	-
اثر زمان	۴۵۴/۸۴	۱/۱۹	۳۸۱/۱۴	۱۰۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
درون گروهی	۱۳۰/۴۲	۳/۵۸	۳۶/۴۳	۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹۹
خطا (زمان)	۳۰۰/۷۴	۸۱/۱۵	۳/۷۱	-	-	-	-
بین گروهی	۱۳۳/۷۹	۳	۴۴/۶۰	۲/۲۱	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۵۴
خطا	۱۳۷۳/۲۰	۶۸	۲۰/۱۹	-	-	-	-
اثر زمان	۱۹۴/۱۸	۱/۲۸	۱۵۱/۸۴	۶۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
درون گروهی	۵۱/۶۰	۳/۸۴	۱۳/۴۵	۵/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۹۷
خطا (زمان)	۲۱۲/۲۲	۸۶/۹۶	۲/۴۴	-	-	-	-
بین گروهی	۹۶/۸۳	۳	۳۲/۲۸	۱/۵۸	۰/۲۰	۰/۰۶	۰/۴۰
خطا	۱۳۹۰/۷۲	۶۸	۲۰/۴۵	-	-	-	-
اثر زمان	۱۱۸/۴۴۸	۱/۱۵	۱۰۲/۸۵	۴۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱
درون گروهی	۶۴/۸۱	۳/۴۶	۱۸/۷۵	۸/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۹
خطا (زمان)	۱۷۶/۰۴	۷۸/۳۴	۲/۲۵	-	-	-	-
بین گروهی	۴۷/۲۰	۳	۱۵/۷۳	۱/۲۷	۰/۲۹	۰/۰۵	۰/۳۳
خطا	۸۳۹/۲۴	۶۸	۱۲/۳۴	-	-	-	-

مجید فیروزی و همکاران

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیر تعادل عاطفی و انتظارات از ازدواج (پس آزمون)

متغیر	ردیف	گروه مینا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
تعادل عاطفی (پس‌آزمون)	۱	گروه هیجان مدار	گروه شناختی-رفتاری	-۰/۵۶	-۰/۶۴	۱
	۲	گروه هیجان مدار	گروه سیستمی گاتمن	-۰/۱۷	-۰/۶۴	۱
	۳	گروه هیجان مدار	گروه شاهد	۲/۷۲	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	۴	گروه شناختی-رفتاری	گروه سیستمی گاتمن	-۰/۳۹	۰/۶۴	۱
	۵	گروه شناختی-رفتاری	گروه شاهد	۲/۱۷	۰/۶۴	۰/۰۰۷
	۶	گروه سیستمی گاتمن	گروه شاهد	۲/۵۶	-۰/۶۴	۰/۰۰۱
انتظارات واقع‌گرایانه (پس‌آزمون)	۱	گروه هیجان مدار	گروه شناختی-رفتاری	۱/۳۲	۰/۷۴	۰/۴۷
	۲	گروه هیجان مدار	گروه سیستمی گاتمن	۰/۵	۰/۷۴	۱
	۳	گروه هیجان مدار	گروه شاهد	۳/۹۰	۰/۷۴	۰/۰۰۱
	۴	گروه شناختی-رفتاری	گروه سیستمی گاتمن	-۰/۸۲	۰/۷۴	۱
	۵	گروه شناختی-رفتاری	گروه شاهد	۲/۵۸	۰/۷۴	۰/۰۰۶
	۶	گروه سیستمی گاتمن	گروه شاهد	۳/۴۰	۰/۷۴	۰/۰۰۱
انتظارات ایده‌آل‌گرایانه (پس‌آزمون)	۷	گروه هیجان مدار	گروه شناختی-رفتاری	-۰/۳۶	۰/۶۱	۱
	۸	گروه هیجان مدار	گروه سیستمی گاتمن	-۰/۱۲	۰/۶۱	۱
	۹	گروه هیجان مدار	گروه شاهد	-۲/۴۲	۰/۶۱	۰/۰۰۱
	۱۰	گروه شناختی-رفتاری	گروه سیستمی گاتمن	۰/۲۴	۰/۶۱	۱
	۱۱	گروه شناختی-رفتاری	گروه شاهد	-۲/۱۲	۰/۶۱	۰/۰۰۵
	۱۲	گروه سیستمی گاتمن	گروه شاهد	-۲/۳۶	۰/۶۱	۰/۰۰۱
انتظارات بدبینانه (پس‌آزمون)	۱۳	گروه هیجان مدار	گروه شناختی-رفتاری	-۱/۱۳	۰/۶۶	۰/۵۳
	۱۴	گروه هیجان مدار	گروه سیستمی گاتمن	۰/۶۵	۰/۶۶	۱
	۱۵	گروه هیجان مدار	گروه شاهد	-۲/۲۱	۰/۶۶	۰/۰۰۸
	۱۶	گروه شناختی-رفتاری	گروه سیستمی گاتمن	۱/۷۸	۰/۶۶	۰/۰۵
	۱۷	گروه شناختی-رفتاری	گروه شاهد	-۱/۰۸	۰/۶۶	۰/۶۵
	۱۸	گروه سیستمی گاتمن	گروه شاهد	-۲/۸۶	۰/۶۶	۰/۰۰۱

بین سه گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$)، ولی بین درمان هیجان مدار، درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی گاتمن با گروه شاهد تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). در انتظارات بدبینانه درمان هیجان مدار با درمان شناختی-رفتاری و با درمان سیستمی گاتمن دارای تفاوت معنادار نیست ($p > 0/05$)، اما درمان سیستمی گاتمن با درمان شناختی-رفتاری ($p < 0/05$)، و دو درمان هیجان مدار و درمان سیستمی گاتمن با گروه شاهد ($p < 0/001$) دارای تفاوت معنادار هستند (جدول ۷ و ۸).

برای تعیین تفاوت جفتی گروه های چهارگانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد در متغیر تعادل عاطفی در مرحله پس آزمون و پیگیری، بین سه گروه درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$)، ولی بین درمان هیجان مدار، درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی گاتمن با گروه شاهد تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). برای انتظارات از ازدواج نتایج آزمون بونفرونی نشان داد در مرحله پس آزمون و پیگیری، در انتظارات واقع بینانه و انتظارات ایده آل گرایانه،

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیر تعادل عاطفی و انتظارات از ازدواج (پیگیری)

متغیر	ردیف	گروه مینا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
تعادل عاطفی (پیگیری)	۱	گروه هیجان مدار	گروه شناختی-رفتاری	۰/۵۶	۰/۶۴	۱
	۲	گروه هیجان مدار	گروه سیستمی گاتمن	۰/۱۷	۰/۶۴	۱
	۳	گروه هیجان مدار	گروه شاهد	۲/۷۲	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	۴	گروه شناختی-رفتاری	گروه سیستمی گاتمن	-۰/۳۹	۰/۶۴	۱
	۵	گروه شناختی-رفتاری	گروه شاهد	۲/۱۷	۰/۶۴	۰/۰۰۷
	۶	گروه سیستمی گاتمن	گروه شاهد	۲/۵۶	۰/۶۴	۰/۰۰۱
انتظارات واقع‌گرایانه (پیگیری)	۱	گروه هیجان مدار	گروه شناختی-رفتاری	۱/۱۶	۰/۷۳	۰/۶۹
	۲	گروه هیجان مدار	گروه سیستمی گاتمن	۰/۳۹	۰/۷۳	۱
	۳	گروه هیجان مدار	گروه شاهد	۳/۸۹	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	۴	گروه شناختی-رفتاری	گروه سیستمی گاتمن	۰/۷۷	۰/۷۳	۱
	۵	گروه شناختی-رفتاری	گروه شاهد	۲/۷۳	۰/۷۳	۰/۰۰۲
	۶	گروه سیستمی گاتمن	گروه شاهد	۳/۵۰	۰/۷۳	۰/۰۰۱
انتظارات ایده‌آل‌گرایانه (پیگیری)	۷	گروه هیجان مدار	گروه شناختی-رفتاری	-۰/۲۷	۰/۶۶	۱
	۸	گروه هیجان مدار	گروه سیستمی گاتمن	-۰/۲۲	۰/۶۶	۱
	۹	گروه هیجان مدار	گروه شاهد	-۲/۵۴	۰/۶۶	۰/۰۰۲
	۱۰	گروه شناختی-رفتاری	گروه سیستمی گاتمن	۰/۰۵	۰/۶۶	۱
	۱۱	گروه شناختی-رفتاری	گروه شاهد	-۲/۲۶	۰/۶۶	۰/۰۰۶
	۱۲	گروه سیستمی گاتمن	گروه شاهد	-۲/۳۱	۰/۶۶	۰/۰۰۵
انتظارات بدبینانه (پیگیری)	۱۳	گروه هیجان مدار	گروه شناختی-رفتاری	-۱/۲۰	۰/۵۹	۰/۲۷
	۱۴	گروه هیجان مدار	گروه سیستمی گاتمن	۰/۵۱	۰/۵۹	۱
	۱۵	گروه هیجان مدار	گروه شاهد	-۲/۱۴	۰/۵۹	۰/۰۰۳
	۱۶	گروه شناختی-رفتاری	گروه سیستمی گاتمن	۱/۷۱	۰/۵۹	۰/۰۰۳
	۱۷	گروه شناختی-رفتاری	گروه شاهد	-۰/۹۴	۰/۵۹	۰/۷۱
	۱۸	گروه سیستمی گاتمن	گروه شاهد	-۲/۶۵	۰/۵۹	۰/۰۰۱

بحث

به گروه شاهد ایجاد نموده اند. نگاهی به اعداد مورد اشاره، اگرچه به نظر اندک می رسد، ولی بر پایه نتایج تحلیل های آماری این تغییرات در اکثریت موارد حاکی از اثربخشی درمان ها در بهبود متغیرهای مورد اشاره است. نتایج مربوط به اثربخشی درمان هیجان مدار بر تعادل عاطفی در مطالعه حاضر با نتایج مطالعات قبلی در مورد اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر رضایت جنسی (۱۴)، عواطف مثبت (۱۵) و هماهنگی زناشویی (که هیجان ها و عواطف متعادل در آن نقش ایفاء می کنند) (۱۶) همسویی نسبی دارد. این نتایج همسو، در مطالعه حاضر با مطالعات مورد اشاره، از لحاظ نظری همان طور که Girard و Woolley (۲۰۱۷) اشاره نموده اند (۱۷)، به دلیل نقشی است که شناختها اعم از انتظارات، باورها و و هیجانها در

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار، زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی سیستمی-شناختی بر تعادل عاطفی و انتظارات ناکارآمد در زنان دارای علائم کژکاری جنسی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد بین اثربخشی سه مداخله زوج درمانی هیجان مدار، شناختی-رفتاری و سیستمی-شناختی در تعادل عاطفی زنان دارای علائم کژکاری جنسی تفاوتی وجود ندارد، ولی بین اثرات سه درمان در مقایسه با گروه شاهد تفاوت وجود داشت. نگاهی به میانگین های سه گروه درمانی، نشان از آن دارد، که سه درمان مذکور کاهش در سطح ۳ تا ۴ نمره را در مقایسه با گروه شاهد در تعادل عاطفی و در انتظارات از ازدواج نیز تغییراتی در حد ۲ تا نزدیک به ۴ نمره را نسبت

می‌دهد، افکار و برداشت‌های غیرمنطقی و غیرعقلانی و به تبع آن عواطف منفی در فرد فعال می‌شوند. از جنین منطقی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری با تأکید بر افزایش مهارت‌های شناختی و کاهش فعالیت‌های شناختی ناسازگارانه، از وقوع افکار، برداشت‌ها و عواطف منفی جلوگیری نموده، و به این ترتیب سطح تعادل عاطفی را به سمت عواطف مثبت سوق می‌دهد.

اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-شناختی گاتمن بر تعادل عاطفی نیز در مطالعه حاضر با نتایج مطالعات قبلی در خصوص اثربخشی این درمان بر هماهنگی زناشویی (۱۶)، بر بهبود آشفتگی و پریشانی زوجین که عواطف منفی در آن نقش ایفاء می‌کند (۲۹) و در ارتقاء رضایت از روابط در زوجها (۳۰) همسویی دارد. در سطح نظری، در هماهنگی زناشویی (۱۶)، آشفتگی و پریشانی (۲۹) و رضایت از روابط (۳۰) عواطف و هیجان‌ها اعم از مثبت یا منفی، نقش آفرینی دارند و به همین جهت، زوج‌درمانی شناختی-سیستمی، همسو با ارتقاء تعادل عاطفی در مطالعه حاضر، نتایجی معطوف به اثربخشی بر متغیرهای مورد اشاره در مطالعات دیگر داشته است. در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-سیستمی بر تعادل عاطفی نیز همان‌طور که دیلمی و همکاران (۲۰۲۱) در سطح نظری بیان داشته‌اند، رویکرد Gottman در زوج‌درمانی محور را بر تقویت احساس عمیق فهم و آگاهی متقابل، همدلی و پیوند پایدارتر سازنده در روابط زناشویی قرار می‌دهد (۲۷). فهم و آگاهی متقابل همراه با همدلی زوجی، عاملی در راستای تقویت حس صمیمیت در روابط و احساس رشدیافتگی بیشتر در روابط زناشویی (۳۰)، و صمیمیت و احساس رشدیافتگی نیز خود عاملی برای تقویت و غلبه هر چه بیشتر عواطف مثبت و در نهایت، تعادل عاطفی با جهت‌گیری بیشتر به سمت عواطف مثبت خواهد شد.

مقایسه زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و سیستمی-شناختی در اثربخشی بر روی تعادل عاطفی، اگرچه در سطح میانگین‌های سه‌گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌هایی را نشان می‌داد، ولی این تفاوت‌ها معنادار نبود و لذا سه درمان دارای اثر یکسانی بر تعادل عاطفی بودند. در تبیین برابری این اثربخشی سه درمان بر تعادل عاطفی می‌توان گفت که هر یک از سه مداخله مذکور از طریق تمرکز بر زیربناها و فنون گاه متفاوت و گاه مشابه (۱۱) می‌توانند تعادل عاطفی را در زنان دارای کژکاری جنسی افزایش دهند. زوج‌درمانی هیجان‌مدار با اکتشاف و

روابط مختلف از جمله روابط جنسی و روابط زناشویی دارند. بنابراین استفاده از درمان هیجان‌مدار در مطالعات مورد اشاره و مطالعه حاضر، توانسته نتایج همسویی را به دست دهد. از طرف دیگر، اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تعادل عاطفی در زنان دارای علائم کژکاری جنسی، از بعد نظری، با توجه به اینکه تشخیص، مدیریت و کنترل و هدایت عواطف و هیجان‌ها سهمی اساسی در روابط بین فردی و زوج‌ها بازی نموده و سازگاری، پردازش اطلاعات و آمادگی فردی برای واکنش به موقعیت‌های مختلف را رقم می‌زنند (۱۲)؛ کسب مهارت در کنترل و مدیریت هیجان‌ها در روابط زناشویی از طریق درمان هیجان‌مدار، از بروز هیجان‌های منفی آسیب‌رسان به رابطه زناشویی، جلوگیری و در مقابل مبادله هیجان‌های مثبت را تقویت و به این ترتیب سطح تعادل عاطفی را به سمت عواطف مثبت ارتقاء بخشد. در عین حال درمان هیجان‌مدار، زوجها را در جهت توجه همزمان به نیازهای خود و همسر، و به سازمان‌دهی مجدد پاسخها و رفتارهای دلبستگی سوق می‌دهد (۱۳). تأمین همزمان نیازهای خود و همسر و هدایت روابط زوجی در مسیر رفتارهای تعلق و دلبستگی نیز می‌تواند سطح هیجان‌ها و عواطف منفی را کاهش و در مقابل سطح عواطف مثبت را افزایش و زمینه ارتقاء تعادل عاطفی به سوی عواطف مثبت را فراهم نماید.

نتایج مربوط به اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر تعادل عاطفی در مطالعه حاضر نیز با نتایج مطالعات دیگر در باره اثربخشی این نوع زوج‌درمانی بر شادمانی زناشویی (به عنوان یکی از عواطف مثبت زناشویی) (۱۹)، کنترل عواطف زوجین (۲۱)، مهارت‌های عاطفی زوجین (۲۲)، نارضایتی جنسی (۲۳) و کاهش علائم افسردگی (که با غلبه عواطف منفی همراه است) همسویی نشان می‌دهد. همسویی نتایج مورد اشاره، به محتوای عاطفی و هیجانی متغیرهای وابسته مورد استفاده در مطالعات در کنار بهره‌گیری از فنون شناختی و رفتاری مشابه مربوط است. در عین حال در سطح نظری و در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر تعادل عاطفی در زنان دارای علائم کژکاری جنسی، اصلاح و تعدیل باورها، افکار، اسنادها که عامل بسیاری از خطاهای شناختی در روابط زناشویی و به تبع آن وقوع درگیری و تعارض و سپس بروز عواطف و هیجان‌های منفی در رابطه است، نقشی بی‌بدیل دارند (۲۴). برای نمونه زمانی که شکست یا نقص در رابطه جنسی به دلیل کژکاری جنسی رخ

دارد، به شکل غیرمستقیم طیف انتظارات واقع گرایانه را افزایش و در مقابل انتظارات ایده آل گرایانه و بدبینانه را کاهش می دهد.

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انتظارات واقع بینانه و انتظارات ایده آل گرایانه در مطالعه حاضر و عدم اثربخشی این درمان بر انتظارات بدبینانه، با نتایج مطالعه ای در ایران در باره اثربخشی آموزش شناختی و رفتاری بر باورهای غیرمنطقی (۲۰)، بخشی همسو (در حوزه انتظارات واقع گرایانه و انتظارات ایده آل گرایانه) و بخشی دیگر ناهمسو (در حوزه انتظارات بدبینانه) است. این پارادوکس همسویی/ ناهمسویی در نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه مورد مقایسه، ممکن است به دلایل مختلفی از جمله به دلیل تفاوت احتمالی در نمونه دو مطالعه (مطالعه حاضر نمونه زنان دارای کژکاری جنسی را و مطالعه مورد مقایسه زوج های دارای تعارض را مطالعه نموده اند) و احتمال مقاوم بودن انتظارات بدبینانه در زنان دارای کژکاری جنسی، رخ داده باشد. مشخص شدن این امر نیازمند مطالعات بیشتری در آینده است تا بتوان تبیین و استدلال دقیق تری ارائه نمود. بر اساس مبانی نظری در تبیین اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر انتظارات واقع بینانه و ایده آل گرایانه در زنان دارای علائم کژکاری جنسی، می توان بیان نمود انتظارات یکی از پنج پدیده شناختی است که تحریف در آن نقش مهمی در روابط زناشویی اعم از روابط جنسی و روابط غیرجنسی دارد (۸، ۱۰). از لحاظ نظری و عملی هر دو، هدف زوج درمانی شناختی-رفتاری، تغییر الگوهای شناختی متکی بر باورها، تفسیرها و اسنادهای معیوب و مشکل آفرینی است که تغییرات رفتاری سازنده را در روابط و رفتارهای زوجین با یکدیگر با مشکل مواجه می کنند (۲۱). به همین جهت هرگونه تلاشی برای تغییر شناخت های تحریف شده یا افراطی در هر یک از زوجین، می تواند منجر به افزایش توانایی آنها در تشخیص افکار و انتظارات خودکار خود مقومه ای برای جایگزینی شناخت در رابطه آنها وارد و نقش آفرینی می کند. شناسایی افکار و انتظارات خودکار خود مقومه ای برای جایگزینی شناخت های تحریف شده خواهد شد. برآیند این تلاش برای تغییر و جایگزینی تحریف ها و انتظارات شناختی، می تواند خود را در افزایش سطح انتظارات واقع گرایانه و کاهش انتظارات ایده آل گرایانه منعکس نماید.

اثربخشی زوج درمانی شناختی-سیستمی بر انتظارات واقع بینانه، ایده آل گرایانه و بدبینانه در مطالعه حاضر نیز با

افزایش درگیری زوجین با هیجانات منفی اولیه و ثانویه و جایگزینی آنها با هدف قرار دادن مستقیم هیجانات (۱۳، ۱۲)، زوج درمانی شناختی-رفتاری با افزایش آشنایی با اصول تفکر منطقی و صحیح و کاهش خطاهای شناختی با هدف قرار دادن افکار و باورها به منظور اصلاح هیجانات (۲۰) و زوج درمانی شناختی-سیستمی با ایجاد تغییر در رفتار و سعی در تشخیص الگوهای تحریف شده رابطه مخرب و تفکر با هدف قرار دادن رفتار و شناخت به منظور ایجاد عواطف مثبت به عنوان تغییر ثانویه (۲۵)، می توانند تعادل عاطفی را ارتقاء بخشند.

در بخش دیگری از نتایج این پژوهش مشخص شد که اثربخشی سه مداخله زوج درمانی هیجان مدار، زوج درمانی شناختی-رفتاری و زوج درمانی سیستمی-شناختی گاتمن بر انتظارات واقع بینانه و انتظارات ایده آل گرایانه دارای تفاوت نبود، ولی در انتظارات بدبینانه درمان شناختی-رفتاری دارای اثربخشی نبود و در عین حال درمان شناختی-سیستمی گاتمن نسبت به درمان شناختی-رفتاری دارای اثربخشی بالاتری در انتظارات بدبینانه در زنان دارای کژکاری جنسی بود.

اثربخشی درمان هیجان مدار بر انتظارات واقع گرایانه، ایده آل گرایانه و انتظارات بدبینانه در مطالعه حاضر با نتایج مطالعه قبلی در ایران در خصوص اثربخشی درمان هیجان مدار بر انتظارات زناشویی (۱۳) همسویی نشان می دهد. همگرایی درمان و محتوای متغیر وابسته در مطالعه حاضر در باب انتظارات از ازدواج با انتظارات زناشویی در مطالعه مورد مقایسه، دلیل اصلی همسویی نتایج دو مطالعه است. در تبیین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر انتظارات از ازدواج در زنان دارای علائم کژکاری جنسی، به این حقیقت نظری و زیربنایی که انتظارات از ازدواج برآمده از فرضیه ها و چهارچوب های ذهنی از پیش تعیین شده و باید و نبایدهایی هستند که زوجین در مورد همسر و زندگی زناشویی خود دارند (۸)، باید توجه جدی نمود. این فرضیه ها و چهارچوب های ذهنی ممکن است مبتنی بر واقعیت باشد و یا نباشد. در عین حال بر اساس نظریه دلبستگی، تجارب اولیه ای که فرد در رابطه با والدین خود کسب می کند، منجر به ایجاد انتظاراتی می شود که خود بر نگرش ها و رفتارهای بعدی تأثیر دارد (۹). بنابراین از لحاظ نظری، با تأکیدی که زوج درمانی هیجان مدار بر ایجاد دلبستگی های سازگارانه و پایدار مبتنی بر شرایط و بهبود صدمات دلبستگی زوجین

و انتظارات از ازدواج می‌توانند سطح کژکاری جنسی زنان را از طریق تداخل در روابط مثبت و سازنده عاطفی و هیجانی زناشویی بیش از پیش تشدید نمایند، پیشنهاد می‌شود که سه درمان مورد اشاره، در کنار دیگر درمان‌ها، به عنوان درمان‌هایی موثر برای زنان دارای کژکاری جنسی مواجه با تعادل عاطفی ضعیف و یا انتظارات ناکارآمد از ازدواج توسط زوج درمانگران در مراکز درمان روانپزشکی و روان‌شناختی، مورد استفاده قرار گیرند. مطالعه حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این که، مطالعه بر روی زنان مراجعه کننده به سه مرکز مشاوره و دارای کژکاری جنسی با منشاء غیرجسمی انجام شده است. لذا در تعمیم نتایج به زنانی که ممکن است کژکاری جنسی آنها دلایل جسمی و فیزیولوژیک داشته باشد و یا زنانی مبتلا به کژکاری جنسی که به هر دلیلی به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند و یا مردان دارای کژکاری جنسی، لازم است احتیاط شود. سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه که ممکن است با مطلوب‌نمایی اجتماعی و اطلاعات نه چندان عمیق همراه باشد، انجام پذیرفته است. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و شناختی-سیستمی گاتمن را از لحاظ اثربخشی علاوه بر تعادل عاطفی و انتظارات، بر روی متغیرهایی نظیر روابط زناشویی سازنده، عملکرد و رضایت جنسی هم در مردان و هم در زنان دارای کژکاری جنسی و با مشارکت هر دو زوج در کنار سنجش‌های عمیق‌تر از طریق مصاحبه در کنار پرسشنامه از نظر اثربخشی مورد مقایسه و مطالعه قرار دهند.

سیاسگزارى

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی و دارای کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1400.101) از کمیته اخلاق در پژوهش علمی می‌باشد. بدین وسیله از کلیه زنان دارای کژکاری جنسی و همسران آنها که با شرکت خود در پژوهش، امکان اجرای مطالعه را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود نداشته است.

نتایج مطالعه علی‌پناه (۲۰۲۰) در باره اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-شناختی بر باورهای غیرمنطقی ارتباطی، با توجه به این که زیربنای بسیاری از انتظارات غیرمنطقی، باورهای غیرمنطقی هستند، تا حدودی همسویی نشان می‌دهد. در تبیین نظری اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-سیستمی بر انتظارات واقع‌گرایانه، ایده آل‌گرایانه و بدبینانه، و در عین حال اثربخشی نیرومندتر این درمان نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر انتظارات بدبینانه در زنان دارای علائم کژکاری جنسی، محوریت تبیین نظری کماکان مانند سازوکار مطرح شده برای تعادل عاطفی، به سازوکار تقویت فهم و آگاهی متقابل عمیق‌تر، همدلی و تکیه و استفاده از راهکارهای تقویت پیوند زناشویی مربوط است. در سطح نظری، رویکرد شناختی-سیستمی، وقوع بسیاری از مسائل نظیر کژکاری جنسی را بین زوجین، چه در یکی از زوجین باشد و چه در هر دو، ناشی از ناتوانی در فهم دقیق متقابل و ناتوانی در تمرکز بر چشم‌اندازی فراتر از انتظارات و تمایلات شخصی که به گستره وسیعی از روابط نظیر رابطه جنسی نیز ممکن است کشیده شود، می‌داند (۳۰). به همین جهت عبور از انتظارات و تمایلات شخصی، و تمرکز بر چشم‌اندازه‌های ارتباطی معطوف به خواسته‌ها و انتظارات مشترک، در درمان سیستمی-شناختی اهمیت بسیار وافری دارد (۲۷). از طرف دیگر، از آنجا که زوج‌های ناسازگار، رفتارهای منفی را در بسیاری از موارد با تکیه بر انتظارات ناکارآمد خود مقابله به مثل می‌کنند، خود را در یک چرخه معیوب از روابط آسیب‌زا وارد می‌نمایند (۲۴). با ورود به مسیر درمان سیستمی-شناختی گاتمن، شناخت‌های تحریف‌شده و رفتارهای تابع آن به سوی انتظارات مشترک سازنده‌تر و کارآمدتر سوق داده شده و از این طریق انتظارات نیز در روابط تعدیل و اصلاح می‌شوند.

نتیجه‌گیری

در نتیجه‌گیری نهایی می‌توان بیان نمود که زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی شناختی-سیستمی گاتمن سه درمان موثر برای افزایش تعادل عاطفی و انتظارات واقع‌گرایانه و کاهش انتظارات ایده آل‌گرایانه و انتظارات بدبینانه (درمان شناختی-رفتاری برای انتظارات بدبینانه دارای اثربخشی معناداری نبود) در زنان دارای کژکاری جنسی هستند. از آن جایی که تعادل عاطفی

References

- Parker G, Durante K, Hill S, Haselton M. Why women choose divorce: An evolutionary perspective. *Curr Opin Psychol.* 2022; 43:300-306. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.020>
- Silva G, Lima S, Reis B, Macruz C, Postigo S. Prevalence of hypoactive sexual desire disorder among sexually active postmenopausal women with metabolic syndrome at a public hospital clinic in Brazil: A cross-sectional study. *Sex Med.* 2020; 8(3): 545-553. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.05.008>
- Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7(12): 2877-2880. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822>
- Bakhtiari M, Mania H, Bahrainians A, Nouri M. The effect of cognitive-behavioral therapy on underemployment and marital satisfaction. *TBCP.* 2013; 9(26): 7-16. [Persian]
- Jiménez-Picón N, Romero-Martín M, Ponce-Blandón JA, Ramirez-Baena L, Palomo-Lara JC, Gómez-Salgado J. The relationship between mindfulness and emotional intelligence as a protective factor for healthcare professionals: Systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(10): 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105491>
- Diotaiuti P, Valente G, Mancone S, Bellizzi F. A mediating model of emotional balance and procrastination on academic performance. *Front Psychol.* 2021; 12: 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665196>
- Riahi F, Golzari M, Mootabi F. The relationship between emotion regulation and marital satisfaction using the actor-partner interdependence model. *IJPCP.* 2020; 26(1): 44-63. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.1.3038.1>
- Fallahchai R, Fallahi M. Gender differences in expectations, purposes and attitudes to marriage in university students. *IIEPJ.* 2019; 1(1): 42-50. <https://doi.org/10.29252/IIEPJ.1.1.42>
- Shockley KM, Allen TD. It's not what I expected: The association between dual earner couples' met expectations for the division of paid and family labor and well-being. *J Vocat Behav.* 2018; 104: 240-260. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.11.009>
- Feeney J, Karantzas G. C. Couple conflict: insights from an attachment perspective. *Curr Opin Psychol.* 2017; 13: 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.017>
- Bodenmanna G, Kessler M, Kuhna R, Hocker I, Randall A. Cognitive-behavioral and emotion-focused couple therapy: Similarities and differences. *Clin Psychol Eur.* 2020; 2(3): 1-12. <https://doi.org/10.32872/cpe.v2i3.2741>
- Asadi M, Ghasemzadeh N, Nazarifar M, Niroumand Sarvandani M. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on marital satisfaction and positive feelings towards the spouse. *Int J Health Stu.* 2020; 6(4): 36-40.
- Bagheri S, Sepahmansour M, Hasani F, Emamipour S. The effect of emotional center couple therapy on marital expectations in couples with marital conflicts. *SJSP.* 2019; 7(52): 11-19. [Persian]
- Ghaznavi Khezrabadi F, Niknam M. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on couples' attachment style and sexual satisfaction. *SJBUMS.* 2018; 26(3): 213-225. [Persian] <https://doi.org/10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.103>
- Hassanabadi H, Mojarad S, Soltanifar A. Evaluation of the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) on marital adjustment and positive emotions of couples in extramarital relationships. *CPCR.* 2010; 1(2): 25-38. [Persian]
- Eslahi N, Arefi M, Hoseini S, Amiri H. Study on the effectiveness of emotionally focused couple therapy and Gottman's systemic couple therapy on marital harmony in conflicting couples. *JPS.* 2019; 17(71): 849-856. <http://psychologicalscience.ir/article-1-268-fa.html> [Persian]
- Girard A, Woolley SR. Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. *J Sex Marital Ther.* 2017; 43(8): 720-735. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1263703>
- Spence SH, Prosser SJ, March S, Donovan CL. Internet delivered cognitive behavior therapy with minimal therapist support for anxious children and adolescents: predictors of response. *J Child Psychol Psychiatr.* 2020; 61(8): 914-927. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13257>
- Azimidfar S, Fatehizade M, Bahrami F, Ahmadi A, Abedi A. Comparing the effects of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment therapy on marital happiness of dissatisfied couples in Isfahan: A single subject

- research. SJPP. 2016; 3(2): 56-81. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-134-fa.html> [Persian]
20. Biranvand H, Rahimi Dehgolan E, Shah Ovisi S. The effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy on irrational beliefs and the mental health of couples suffering from marital conflicts. FPCEJ. 2020; 5(2): 181-202. [Persian]
 21. Pourhosseinali S. The effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy on commitment, marital burnout and controlling the emotions of conflicting couples in twenty to forty years in Sirjan. Sixth National Conference on New Research in Educational Sciences and Psychology, Iran, Tehran; 2021. [Persian]
 22. Honari A, Shomali L. The effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on marital stress and emotional skills of infidel couples in shiraz. Int J Med Res Health Sci. 2017; 6(2): 83-90.
 23. Hummel SB, van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, et al. Sexual functioning and relationship satisfaction of partners of breast cancer survivors who receive internet-based sex therapy. J Sex Marital Ther. 2019; 45(2): 91-102. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1488325>
 24. Bilal A, Abbasi, NH. Cognitive behavioral sex therapy: An emerging treatment option for nonorganic erectile dysfunction in young men: A feasibility pilot study. Sex Med. 2020; 8(3): 396-407. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.05.005>
 25. Davoodvandi M, Nawabi Nejad S, Valiullah F. Comparison of the effectiveness of Gottman-centered couple therapy approaches and emotion on couples' adjustment in the family. CEQWF. 2018; 13(43): 117-132. [Persian]
 26. Omid M, Koraei A, Sudani M. Investigating the evaluation of the effectiveness of an integrated model of therapy using structural and Gottman method approaches on cohesion, flexibility and communication of dis-adjustment couples. JILSCH. 2020; 4(3): 106-115. [Persian]
 27. Deylami N, Hassan SA, Alareqe NA, Zainudin ZN. Evaluation of an online Gottman's psycho-educational intervention to improve marital communication among Iranian couples. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(17): 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178945>
 28. Alipanah F. Comparison of the effectiveness of couple therapy based acceptance and commitment (using schema conceptualization) and Gottman couple therapy on reducing Irrational Beliefs in couples' relationships. JFR. 2020; 16(3): 335-357. [Persian]
 29. Doss BD, Roddy MK, Wiebe SM, Johnson S. A review of the research during 2010-2019 on evidence-based treatments for couple relationship distress. J Marital Fam Ther. 2022; 48(1): 283-306. <https://doi.org/10.1111/jmft.12552>
 30. Garanzini S, Yee A, Gottman J, et al. Results of Gottman method couples therapy with gay and lesbian couples. J Marital Fam Ther. 2017; 43(4): 674-684. <https://doi.org/10.1111/jmft.12276>
 31. Diener Ed, Wirtz D, Biswas-Diener R, Tov W, Kim-Prieto C, Choi DW, Oishi S. New measures of well-being. In E Diener (Ed.), Assessing well-being: The collected works of Ed Diener (pp. 247-266). Springer Science + Business. 2006. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_12
 32. Hassani M, Nadi MA. The psychometric properties and standardization of the scale of positive and negative experience (SPANES) among third grade female high school student in Tehran. JIE. 2016; 9(35): 105-124. [Persian]
 33. Jones GD, Nelson ES. Expectations for marriage among college students from intact and non-intact homes. J Divorce Remarriage. 1997; 26(1-2): 171-189. https://doi.org/10.1300/J087v26n01_09
 34. Nilforooshan P, Abedi A, Navidian A, Ahmadi A. Studying the factor structure, reliability, and validity of the marriage expectation scale (MES). IJBS. 2011; 5(1): 11-19. [Persian]