

اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی

ملیحه صفار شرق^۱، زهرا باقر زاده گلمکانی^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

^۲ دکتری روانشناسی تربیتی، استادیار گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

نام نویسنده مسئول:

زهرا باقر زاده گلمکانی

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی بود. پژوهش حاضر بر حسب هدف کاربردی و مداخلات مورد نظر، از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی (طرح پژوهش آن، پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر) می باشد. جامعه آماری در این تحقیق شامل کلیه زنان دارای تعارضات زناشویی شهر مشهد بودند. نمونه‌ی این تحقیق شامل ۲۴ نفر از این زنان بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. سپس، به طور تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. پس از اجرای پیش آزمون، جلسات آموزشی در حدود ۸ جلسه ۱ ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. همچنین اطلاعات از طریق پرسشنامه عملکرد جنسی روزن (۲۰۰۰)، پرسشنامه رضایت جنسی لارسون (۱۹۹۸)، پرسشنامه تعارضات زناشویی باقر ثنایی (۱۳۸۷)، جمع آوری گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک و چند متغیره استفاده شد. یافته‌های پژوهشی نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی موثر واقع شد ($P < 0/05$).

واژگان کلیدی: درمان فعال سازی رفتاری، عملکرد جنسی، رضایت جنسی، تعارضات زناشویی

مقدمه

ازدواج در همه جوامع، رسمی مهم تلقی می شود (مداتیل و بنشوف،^۱ ۲۰۰۸). خانواده از لحاظ قدمت، ابتدایی ترین و به لحاظ گستردگی، جهان شمول ترین نهاد اجتماعی است. این امر نشان می دهد که تشکیل خانواده یکی از اساسی ترین و طبیعی ترین نیازهای انسان محسوب می شود. اولین گام برای ارضای این نیاز اساسی و طبیعی ازدواج است. اما به رغم خوشایند بودن پیوند ازدواج، نتایج پژوهش حکایت از آن دارند که رضایت زوجین به آسانی به دست نمی آید و در نتیجه قوی ترین پیوند انسانی یعنی ازدواج، در مستحکم ترین قرارگاه آن، یعنی سامانه خانواده، در معرض خطر جدی قرار خواهد گرفت (اوپریسان و کریستیا،^۲ ۲۰۱۲). از نظر گلاسر^۳ (۲۰۰۰)، تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحوری، اختلاف درخواستها، طرحواره های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ازدواج است. از دیدگاه سکستون تعارض هنگامی رخ می دهد که چیزی رضایت را برای شخص فراهم کرده، در حالی که همان چیز برای دیگری محرومیت را به دنبال داشته است. درمانگران تعارض را ناشی از هر نوع تنازع بر سر تصاحب پایگاه سیستمی منابع قدرت در بین زوجها می دانند (یانگ و لانگ،^۴ ۱۹۹۸). پارسه، نادری و هنرمند (۱۳۹۴)، در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر تعارضات زناشویی و رضایت جنسی در زوجین مراجعه کننده به مراکز روانشناختی نشان دادند که می توان با اصلاح تحریف های شناختی زوج ها و ارتقای سطح رضایت جنسی و آموزش سبک های مناسب حل تعارض به آنها علاوه بر کمک به حل تعارضات شان باعث افزایش رضایت جنسی و استحکام بنیان خانواده نیز شد. بر طبق ادبیات پژوهش نشان داده شد که رضایت جنسی نیز می تواند بر کاهش تعارضات زناشویی تأثیرگذار باشد. از لحاظ لغوی واژه ی رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق میگردد. باید اشاره کرد سطوح بالایی از رضایت جنسی منجر به افزایش کیفیت زندگی ایجاد زناشویی شده و در نتیجه ی آن افزایش ثبات زناشویی در طی زندگی ایجاد می گردد. رضایت جنسی برای بیشتر زوجین مهم بوده و یک موضوع فردی تلقی می گردد (هایده و دلامستر،^۵ ۲۰۰۵؛ به نقل از شاه سیاه، ۱۳۸۸). مفهوم رضایت جنسی زناشویی به دو صورت تقسیم میشود: ۱- رضایت با فعالیتهای جنسی ۲- رضایت عاطفی و هیجانی در برخی تحقیقات نیز رضایت جنسی زناشویی به ۳ دسته تقسیم میشود: اولین دسته، روابط گوناگونی است که شامل رضایت در روابط جنسی است، دومین دسته، حالت فیزیولوژی روابط جنسی را شامل میشود که علایم رضایت از طریق فعالیتهای جنسی را نشان میدهد (مثلا دفعات انزال در اثر مقاربت) و سومین دسته به صفات فردی و اجتماعی زوجین بر مربوط میشود (بایرز،^۶ ۱۹۹۹؛ به نقل از شاه سیاه، ۱۳۸۸). بر طبق پژوهشی که توسط لیتزینگر و گردون^۷ (۲۰۱۰)، صورت گرفت نشان داده شد که زنانی که طی یک رابطه جنسی چندین بار به ارگاسم می رسند، و از عملکرد جنسی بالاتری برخوردارند دارای رضایت جنسی بیشتری نسبت به زنانی هستند که در طی یک رابطه تنها یک بار به ارگاسم می رسند. از دیگر متغیر های مرتبط با این پژوهش که بر رضایت جنسی تأثیر زیادی دارد عملکرد جنسی است. انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه های بنیادین آدمی بخش جدایی ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی فرد را تشکیل می دهد (رحیمی، ۱۳۸۸). یکی از جدیدترین نظریه های عملکرد جنسی مربوط به (روزن، براون، هیمن، لبلوم، مستوم و شابسیق،^۸ ۲۰۰۰)، می باشد که آنها ۶ مؤلفه در مورد عملکرد جنسی زنان تعیین کرده اند ۱- مؤلفه میل جنسی، یعنی تمایل فرد به انجام فعالیت جنسی ۲- برانگیختگی جنسی، یعنی برانگیخته شدن پاسخ های فیزیولوژیک در آن دامهای جنسی که شامل متورم شدن لبیا، لوبرکاسیون واژینال و پرخونی عروقی می باشد ۳- لغزنده سازی یا رطوبت که به دنبال تحریک جنسی ترشحات واژن موجب لغزنده شدن آن می شود ۴- ارگاسم یا اوج لذت جنسی با انقباضات ریتمیک عضلانی رحم خارجی واژن، اسفنکتر مقعدی و دیگر عضلات درگیر مشخص می گردد ۵- رضایت، مقصود از رضایت جنسی، میزان نزدیکی با همسر، رضایت از روابط جنسی و رضایت از سراسر زندگی جنسی می باشد ۶- درد، منظور دفعات و میزان درد واژینال در حین مقاربت و پس از آن می باشد. بر طبق پژوهشی که توسط توکل، میر مولایی، موحد، و منصور (۱۳۹۰)، تحت عنوان بررسی ارتباط عملکرد جنسی با رضایت جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران صورت گرفت نتایج نشان داد که رضایت جنسی در اکثریت افراد متوسط بود. از نظر عملکرد جنسی طی یکماه گذشته اکثر واحد ها یکبار یا بیشتر در هفته نزدیکی داشتند. افراد در اغلب موارد احساس مرطوب شدن داشتند از واحدها گاهی اوقات به اوج لذت جنسی رسیده بودند. همچنین از زنان گزارش کردند که بعد از همسرشان به ارگاسم می رسیدند لذا براساس نتایج پژوهش کلیه متغیرهای مربوط به عملکرد جنسی افراد با رضایت جنسی آنها مرتبط بود.

1. Madathil. & Benshoff,

2- Oprisan, & Cristea

3. Glasser

4. Yong & Long

5. Hyde, & Delamater

6. Byers

7. Litzinger & Gordon

8. Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, & Shabsigh

برای بهبود عملکرد جنسی و رضایت جنسی و تعارضات زناشویی رویکردهای متعددی پیشنهاد شده که از جمله آنها می توان به خانواده درمانی، دارودرمانی، روان پویشی کوتاه مدت و رفتار درمانی اشاره کرد. از بین درمان های مختلف درمان فعال سازی رفتاری می تواند تاثیر بیشتری داشته باشد. درمان فعال سازی رفتاری فرآیند درمانی ساختار یافته ای است که موجب افزایش رفتارهایی می شود که تماس فرد را با پیوستگی های تقویتی محیطی زیاده تر می کند. فعال سازی رفتاری منجر به بهبودی خلق، تفکر، و کیفیت زندگی فرد می شود (دیمیجیان، ۲۰۰۶). بر اساس این دیدگاه راهبرد های مقابله ای اجتناب از شرایط محیطی است که برای بیمار تقویت اندک یا آزارندگی بالایی تولید می کند، از این رو درمان فعال سازی رفتاری راه اندازهای اضطرابی را در زندگی فرد در نظر می گیرد، نه در کاستی های درون فردی. در این مدل اجتناب رفتاری کانون درمان است. رفتار های اجتنابی موجب راحتی، آرامش سریع و کوتاه بیمار شده، در حالیکه در بلند مدت فرد از منابع تقویتی محیطی محروم می شود. از مهمترین الگوهای اجتنابی بی نظمی در برنامه های روزمره زندگی است، این بی نظمی ها موجب عدم هماهنگی میان فرد و محیط زندگی شده و کیفیت روابط را تحت تاثیر می گذارد (لجیوز و هوپکو، ۲۰۱۱^۱). بر طبق پژوهشی که توسط پارسی، قمری و شیخ الاسلامی (۱۳۹۵)، تحت عنوان فعال سازی رفتاری در پیشبینی رضایت زناشویی و عملکرد جنسی زوجین نشان داده شد که درمان رفتار سازی گروهی بر رضایت زناشویی و عملکرد جنسی زوجین موثر است. لذا با توجه به عملکرد جنسی پاسسن و نارضایتی جنسی که در زوجین دارای تعارضات زناشویی وجود دارد، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که، آیا درمان فعال سازی رفتاری بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی تاثیر دارد؟

فرضیه تحقیق

درمان فعال سازی رفتاری بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی موثر است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر بر حسب هدف کاربردی و مداخلات مورد نظر، از نوع پژوهش های نیمه تجربی بود طرح پژوهش آن، پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر است. ابتدا هر دو گروه مورد پیش آزمون و سپس پس آزمون قرار گرفتند. متغیر مستقل (فعال سازی رفتاری) به گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱ ساعته ارائه شد اما گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکردند. پس از پایان دوره درمان هر دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند.

جامعه آماری

جامعه آماری در این تحقیق شامل کلیه ی زنان دارای تعارضات زناشویی شهر مشهد بودند.

روش نمونه گیری

نمونه ی این تحقیق شامل ۲۴ نفر از زنان که در نیمه دوم سال ۹۷-۹۶ به کلینیک های مشاوره در سطح مشهد مراجعه کردند، بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. آنها در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) به صورت تصادفی جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه عملکرد جنسی: این پرسشنامه شامل ۱۹ سوال است که توسط روزن در سال ۲۰۰۰ ارائه شده است. شاخص عملکرد جنسی زنان با ۱۹ سوال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می سنجد. در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۸۷)، پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سوالات محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که با نتایج تحقیقات روزن و همکاران (۰/۸۹) یا بالاتر، تحقیقات مستون (۰/۷۴) یا بالاتر) و ویگل و همکاران (۰/۸۰) یا بالاتر، هماهنگی دارد.

پرسشنامه رضایت جنسی لارسون: لارسون و همکاران در سال ۱۹۸۸ این پرسشنامه را تولید کردند. این پرسشنامه عباراتی همچون رضایت جنسی، شرم جنسی، قاطعیت جنسی، اضطراب جنسی، بهداشت جنسی، ترس جنسی و اجبار جنسی را در روابط بین زن و

^۱. Lejuez & Hopko

شوهر مورد بررسی قرار می دهد پرسشنامه رضایت جنسی لارسون حاوی بیست و پنج سوال است. پاسخها بر اساس مقیاس لیکرت پنج بخشی امتیازدهی شده اند. پاسخ به گزینه هرگز، یک امتیاز و گزینه همیشه، ۵ امتیاز دارد. امتیاز ۵۰-۲۵ عدم رضایت جنسی، ۷۵-۵۱ رضایت جنسی کم، ۱۰۰-۷۰ رضایت جنسی متوسط و ۱۲۵-۱۰۱ معادل رضایت جنسی بالا است. در مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۹۳)، جهت تعیین پایایی این آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای آن برای سوالات منفی و مثبت ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه تعارضات زناشویی: این پرسشنامه شامل ۵۴ سوال است که توسط باقر ثنایی (۱۳۸۷) برای سنجیدن تعارض های زن و شوهری ساخته شده است. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات زناشویی را می سنجد که عبارتند از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنشهای هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند(ان)، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر، و کاهش ارتباط موثر برای هر سوال پنج گزینه در نظر گرفته شده است که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است.

روش اجرای پژوهش

روش اجرا پژوهش بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه به مراکز خدمات روانشناسی و مطب های خصوصی در سطح شهر مراجعه گردید و در رابطه با کار تحقیق و پرسشنامه توضیح داده شده و از آزمودنی ها خواسته شد با صداقت به آنها پاسخ دهند. البته پرسشنامه ها با کمک روانشناس کلینیک در اختیار آزمودنی ها قرار گرفته است و به صورت انفرادی تکمیل گردید. در پایان با کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جلسات درمان فعال سازس رفتاری

جلسه اول: پس از آشنایی و ایجاد رابطه درمانی، اهمیت و هدف درمان فعالسازس رفتاری بیان و قراردادهای رفتاری ساده آموزش داده شد.

جلسه دوم فعالسازس رفتاری با تمرکز بر تعامل بین فرد و محیط بر اساس اصول خاموشی، شکل دهی، حذف، مرور ذهنی، آموزش داده شد.

جلسه سوم فرایندهای شفابخش با چهار موضوع توصیه در زمینه کلی بیماری، انتخاب روش درمانی مناسب با وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی و تعامل با افراد دیگر و استفاده از تجربه آنها آموزش داده شد.

جلسه چهارم استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت و امیدبخش آموزش داده شد.

جلسه پنجم استفاده از استعاره در جریان تقویت مثبت کلامی آموزش داده شد.

جلسه ششم بازسازی شناختی، ابعاد روانی اجتماعی مسئله، مهارتهای مقابله، مهارت قاطعیت و درمان و در صورت عود مراجعه به پزشک و روانشناس آموزش داده شد.

جلسه هفتم مهارت حل مسئله آموزش داده شد که شامل تعریف مسئله، شناسایی عوامل بازدارنده حل مسئله، فرایند حل مسئله، متعهد شدن برای اجرای راه حل، طرح ریزی برای اجرای بهترین راه حل و اجرای بهترین راه حل بود.

جلسه هشتم به جمع بندی، خلاصه کردن و آموزش راهکارهای پیشگیرانه پرداخته شد.

تجزیه و تحلیل داده ها

جدول ۴-۱۰. نتایج آزمون اثر پیلای، آزمون اثر هوتلینگ، آزمون لامبدای ویلکز و بزرگترین ریشه روی

مقدار آماره	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
۰/۵۴۶	۱۱/۴۰۶	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
۰/۴۵۴	۱۱/۴۰۶	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
۱/۲۰۱	۱۱/۴۰۶	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
۱/۲۲۰۱	۱۱/۴۰۶	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶

1 . Pillai's Trace

2 . Hotelling's Trace

3 . Wilks' Lambda

4 . Roy's Largest Root

آماره آزمون مذکور ۰/۴۵۴ و سطح معناداری متناظر با آن ۰/۰۰۰۱ می‌باشد بنابراین حداقل یکی از متغیرهای عملکرد جنسی و رضایت جنسی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

جدول شماره ۴-۱۱. خلاصه تحلیل کواریانس برای اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا	
۴۷/۵۱۲	۱	۴۷/۵۱۲	۵/۰۳۶	۰/۰۳۶	۰/۲۰۱	ضریب ثابت
۰/۷۸۰	۱	۰/۷۸۰	۰/۳۲۵	۰/۵۷۵	۰/۰۱۶	
۱۰۳/۹۰۴	۱	۱۰۳/۹۰۴	۱۱/۰۱۳	۰/۰۰۳	۰/۳۵۵	پیش آزمون
۶۵۰/۷۲۷	۱	۶۵۰/۷۲۷	۲۷۱/۲۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱	
۱۳۰/۱۱۳	۱	۱۳۰/۱۱۳	۱۳/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸	گروه
۲۸/۴۷۸	۱	۲۸/۴۷۸	۱۱/۸۷۲	۰/۰۰۳	۰/۳۷۲	
۱۸۸/۶۹۲	۲۰	۹/۴۳۵				خطا
۴۷/۹۷۴	۲۰	۲/۳۹۹				
۴۷۰/۶۲۵	۲۳					کل
۸۲۲/۵۰	۲۳					

برای مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری لازم است نمرات پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش را با یکدیگر مقایسه نمائیم؛ نتایج جدول شماره (۴-۱۱) نشان می‌دهد که سطح معناداری متناظر با عامل گروه برای هر دو متغیر عملکرد جنسی و رضایت جنسی کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین اختلاف بین نمرات در گروه کنترل و آزمایش در هر دو متغیر مذکور با اطمینان ۰/۹۵ معنادار می‌باشد. با عنایت به اطلاعات جمع‌آوری شده و با عنایت به رد فرض صفر، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه "درمان فعال سازی رفتاری بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی موثر است." با اطمینان ۰/۹۵ تأیید می‌گردد.

در ستون آخر جدول فوق ضرایب اتا متناظر با هر یک از متغیرهای تحقیق ارائه شده است؛ این مقدار دلیلی بر سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید یعنی عامل گروه می‌شود. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار بزرگتر از ۰/۱۴ (یا ۱۴ درصد) باشد نشان دهنده اندازه اثر زیاد است (علی‌آبادی، ۱۳۸۹). یافته‌های جدول فوق بیانگر آن است که ضریب اتا به ترتیب برای متغیرهای عملکرد جنسی و رضایت جنسی ۰/۴۰۸ و ۰/۳۷۲ می‌باشد لذا اثر درمان در هر دو متغیر زیاد بوده و در شاخص عملکرد جنسی بیشتر از رضایت جنسی می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه یافته های می توان چنین استنباط نمود که درمان فعال سازی رفتاری بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی موثر است. یافته های فوق با مطالعه پارسی و همکاران (۱۳۹۵)، گرجی (۱۳۹۴)، پارسه و همکاران (۱۳۹۴)، شاکرمی و همکاران (۱۳۹۳)، پرهون (۱۳۹۰)، بر طبق پژوهشی که توسط میلر (۲۰۱۶)، همسویی و همخوانی دارد. بر طبق نظرمارتل و همکاران (۲۰۱۰)، فعال سازی رفتاری درمان کنش محور، ساختار یافته ای است. اگرچه فرایند درمان برای هر درمانجویی منحصر به فرد است، ساختار درمان و رویکرد کلی درمانگر، خصیصه های ثابت درمان هستند. درمانگر با ساخت بندی درمان از طریق تنظیم دستور جلسه، آن هم به کمک درمانجو، این را به ذهن متبادر می کند که فعال سازی هدف اصلی درمان است. درمانگر طبیعتاً "درمان را باگردآوری اطلاعات به قصد پیدا کردن درک کلی از افسردگی درمانجو و بافتاری که افسردگی از آن بر می خیزد، آغاز می کند چنین درکی، به تدوین آماج های درمان برای رفتارهایی که باید افزایش یا کاهش یابد، کمک می کند. درمانگر در حالی فرایند درمان را پیش می برد که به شیوه تایید کننده و غیر قضاوتی با درمانجو برخورد می کند و از این موضوع اطمینان حاصل می کند که درمانجو انتظارات و منطق درمان را درک کرده است یا خیر. درمانگر همچنین گزارش ها یا نمونه های واقعی از رفتار بهنجار را، که درمانجو در جلسه درمان عرضه می دارد تقویت می کند. این عناصر درمان، لزوم اجرای دقیق فرایند سنجش و راهبردهای فعال سازی را مطرح می سازد. در تبیین نتایج فوق بر طبق نظرمارتل و همکاران (۲۰۱۰)، می توان گفت از آنجا که زوجین دارای تعارضات زناشویی احساساتشان مدام در حال تغییر است و تغییرات زیادی در زندگی آنها وجود دارد بنابراین برخی از تغییرات زندگی ممکن است به تعارضات دامن بزند، و از آنجا که آنها در زندگی خود ساخت بندی و برنامه ریزی کاملی ندارند درمانگر سعی در این دارد که با اصولی که در فعال سازی رفتاری بیان می شود درمانجو را به جهت درست سوق دهد. همچنین زوجین دارای تعارضات زناشویی به علت روابط ضعیفی که دارند از هم فاصله می گیرند و قادر به برقراری یک رابطه جنسی خوب نیستند و همچنین از روابط جنسی خود لذت لازم را نمی برند بنابراین این درمان می تواند در جهت بهبود عملکرد جنسی و رضایت جنسی موثر واقع شود. در پژوهشی که توسط کاترین و همکاران (۲۰۱۷)، تحت عنوان رابطه عملکرد جنسی و رضایت جنسی در میان بزرگسالان نشان داده شد که بین عملکرد جنسی و رضایت جنسی رابطه وجود دارد. حال با توجه به نظریه و پژوهش های صورت گرفته نشان داده شد که به زعم پژوهشگر زنانی که دارای مشکلات و تعارضات زناشویی هستند در روابط جنسی خود ضعف دارند. آنها تمایل زیادی به همسرشان ندارند و برانگیختگی جنسی در آنها به دلیل عدم اعتماد به نفس و تحقیر شدن های بی رویه از سوی همسرشان بسیار کم است برخی از آنها نیز دانش زیادی در مورد مسائل جنسی ندارند به همین خاطر این مسئله باعث سردی روابط بین زوجین می شود و تعارضات آنها را بیشتر می کند.

منابع و مراجع

- [۱] آبوت، پاملا؛ و کلر، والاس. (۲۰۰۰). جامعه شناسی زنان، ترجمه منیژه نجم عراقی، (۱۳۹۰). تهران: نشر نی.
- [۲] احمدی، حبیب. (۱۳۹۰). جنسیت و روانشناسی اجتماعی، شیراز: نوید.
- [۳] اسپنس، سوزان. (۱۳۹۶). درمان اختلالات جنسی، ترجمه: حسن تونزنده جانی، مسعود محمدی، جهانشیر توکلی زاده، محمد دهگان پور. تهران: پیک فرهنگ. (تاریخ به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- [۴] اسلامی نسب، علی. (۱۳۸۶). رفتارهای جنسی انسان، تهران: حیان.
- [۵] اصغرزاد، فرید. (۱۳۸۵). مقایسه سطوح هوش هیجانی و رضامندی زناشویی و رابطه ساختاری آنها در زوجین ناسازگار و سازگار شهرستان ساری، چکیده مقالات دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی، ۱۰۱.
- [۶] اعتمادی، علی. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. مجله مطالعات روانشناختی، ۲ (۱)، ۶۹-۸۸.
- [۷] افضل گرو، صولت. (۱۳۸۳). مقایسه سازگاری زناشویی معلمان مرد دبستان های شهر اهواز بر اساس همسانی هیجان خواهی با همسران شان با کنترل سن و طول مدت ازدواج، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، ۴۵-۱۵.
- [۸] امیری، مهدی. (۱۳۸۶). اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- [۹] اوحدی، بهنام. (۱۳۸۴). تمایلات و رفتارهای جنسی انسان. تهران: صادق هدایت.
- [۱۰] اوحدی، بهنام. (۱۳۸۴). تمایلات و رفتارهای جنسی طبیعی و غیر طبیعی انسان، تهران، نشر صادق هدایت.
- [۱۱] براتی، طاهره و ثنایی، باقر. (۱۳۸۵). مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- [۱۲] براتی، طاهره. (۱۳۸۵). تاثیر تعارض زناشویی بر روابط متقابل زن و شوهر. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- [۱۳] بهارستان، جعفر. (۱۳۹۳). بررسی سبک های مدیریت تعارض در دبیرستان های شهر یزد از دیدگاه مدیران. مجله علوم تربیتی و روان شناسی، ۳ (۴)، ۱۰۹-۱۳۲.
- [۱۴] بهاری، فرشاد. (۱۳۸۸). تاثیر مداخله های امیدمحور، بخشش محور، ترکیبی از این دو بر تعارض زناشویی و تحریف های شناختی بین فردی زوج های متقاضی طلاق شهر اصفهان. پایان نامه دکتری رشته مشاوره خانواده. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان.
- [۱۵] پارسه، معصومه؛ نادری، فرح و هنرمند، مهناز. (۱۳۹۴). اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر تعارضات زناشویی و رضایت جنسی در زوجین مراجعه کننده به مراکز روانشناختی. دستاوردهای روانشناسی بالینی. ۱، ۱، ۱۴۸-۱۲۵.
- [۱۶] پارسى، رقيه، قمرى، حسين و شيخ الاسلامى، على. (۱۳۹۵). فعال سازی رفتاری در پیشبینی رضایت زناشویی و عملکرد جنسی زوجین. کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم.
- [۱۷] پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ و حاتمی، محمد. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری کوتاه مدت بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۴، ۴.
- [۱۸] پیرساقی، فهیمه؛ نظری، علی محمد؛ نعیمی، قادر؛ شفائی، محمد (۱۳۹۴). تعارض های زناشویی؛ نقش سبک های دفاعی و طرحواره های هیجانی. نشریه روان پرستاری، دوره ۳، شماره ۱.
- [۱۹] توکل، زینب؛ میر مولایی، طاهره؛ موحد، زهره و منصورى، آسیه. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط عملکرد جنسی با رضایت جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جنوب شهر تهران. علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۱۲، (۳)۲.
- [۲۰] جلیلی، امیر (۱۳۸۵). اثربخشی فعال سازی رفتاری گروهی در کاهش علائم افسردگی و تاثیر این درمان در کاهش نگرش های ناکارآمد. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.

- [۲۱] جهانفر، شایسته. (۱۳۸۱). بررسی شیوع حام لگ پهای ناخواسته و عوامل موثر بر آن در خانم های مراجعه کننده به درمانگاهها تنظیم خانواده بیمارستانهای ۱۰ شهر ایران (۱۳۷۹) مجله دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تهران، ۶۰، ۴، ۳۳۴-۳۴۰.
- [۲۲] حکیمی، لیلا. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش هیجانی بر تعارض زناشویی و بهزیستی ذهنی زنان متأهل شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان.
- [۲۳] دانش، آذر. (۱۳۸۳). بررسی رابطه رضایت زناشویی با رضایت جنسی زوجین، چکیده مقالات، اولین کنگره آسیب شناسی خانواده، تهران، ۸۸-۴۳.
- [۲۴] دهکردی، مهناز. (۱۳۹۰). رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی، علوم رفتاری؛ (۳) ۴-۱۲-۱۱.
- [۲۵] دیویس، ک. (۱۳۸۲) خانواده راهنمای مفاهیم و فنون برای متخصص یآوری. ترجمه فرشاد بهاری. تهران: ترکیه. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۸).
- [۲۶] رحمانی، اعظم و الله قلی، لیلا. (۱۳۸۸). نقش فاصله سنی زوجین در رضایت از زندگی زناشویی و رضایت جنسی. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری و مامایی، ۵، ۱۶ و ۱۷.
- [۲۷] رحیمی، روح الله. (۱۳۸۸). بررسی صفات شخصیت و شیوه های همسر گزینی بارضایت زناشویی. پایان نامه ارشد مشاوره، دانشگاه بهشتی.
- [۲۸] زارعی محود آبادی، حسین؛ احمدی، احمد؛ فاتحی زاده، محمد؛ بهرامی، فاطمه و اعتمادی، علی. (۱۳۹۱). پیشگیری از طلاق و جدایی (مفاهیم، نظریه ها و کاربری مدل بومی). یزد: دانشگاه یزد.
- [۲۹] زمستانی، مهدی. (۱۳۹۲). درمان فعال سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب. روان شناسی بالینی، ۵، ۴، دانشگاه شهید چمران.
- [۳۰] سلمان، خدیجه. (۱۳۹۴). پیش بینی رضایت زناشویی براساس کیفیت ارتباط همسران با دو خانواده اصلی. راهبرد فرهنگ، ۳۱.
- [31] Abbasi M, Bagiyan M, Dargahi S, Ghamari Givi H. (2015). Effectiveness of behavioral-communication couple therapy on marital adjustment and sexual intimacy. *Iran J Nurs.*;28(95):22-33.
- [32] Adl, H. A., Shafi Abadi, A., Pirani, Z. (2017). The effectiveness of group therapy based on quality of life on marital intimacy in infertile women. *Arak Med Univ J.*;19(10):59-71.
- [33] Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoğlu, C., Oflu, S., Ozaltın, M. (2001). Sexuality in women with Sadock, V. & Sadock, B. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (8th ed). William & Wilkins, chap, 39, 3183-3204.
- [34] American Psychiatric Association. (2000). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSMIV)*. Wasington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- [35] Bernhard, L. A. (2002). Sexuality and sexual health care for women. *Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology*; 45(4):1089-1098.
- [36] Bradbury, T.N., Rogge, R.D & Lawrence, E (2005). Reconsidering the role of conflict in marriage. in: Booth, N. crouter. M. elements (EDS). *Couples in conflict*, 55-81. hillsdale, nj: Erlbaum.
- [37] Byers, E. S., & Demmons, S. (1999). Sexual satisfaction and sexual self-disclosure dating relationship. *J Res*; 36: 180-9.
- [38] Carvalheira, A. A., & Leal, L. (2017). Determinant factors of female sexual satisfaction. *Sexology*;17(1): Downloaded from nmj.umsha.ac.ir at 0:05 +0330 on Tuesday November 28th, 117.
- [39] Diane, R., Amy R., & Tuttle. M. (2002). *Theory-Based Treatment Planning for Marriage and Family Therapists : Integrating Theory and Practice* by Diane R. Gehart and Amy R. Tuttle. Wadsworth; 1th edition:98-132.
- [40] Dimidjian, S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.

- [41] Duits, A. & et al.(1958). Family Relationships and Delinquent Behavior. Newyourk :tohn wiley press.
- [42] Gelder. M, Mayou. R, Geddes. J(2005). Psychiatry, Oxford University Press.
- [43] Giugliano, J. R. (2009). Sexual addiction: Diagnostic problems. *Int. J. Ment. Health Addict.* 283-294.
- [44] Glasser, W. (2000). Counseling With Choice Theory a New Reality Therapy. New York. Harper Collins Publisher.
- [45] Goodman, (2001). 'Sexual Addiction: Designation and Treatment, p 245-265.
- [46] Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive behavioral treatment for depression : relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 66, 377-384.
- [47] Greef, P.A & De Bruyne, T (2004). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of sex and marital therapy,* 26, 321-334.
- [48] Halford, W.K (2004). Brief therapy for couple: helping partners help themselves. New York: Guilford press.
- [49] Harvey ,D. ,Weuzel ,A. ,& Sprecher, S. (2005). The hand book of sexuality in close Relationships.
- [50] Honarparvaran, N., Tabrizi, M., Navabinezhad, S., & Shafiabadi, A. (2009). Effect of emotionally focused approach education on couples' sexual satisfaction. *Journal Andisheh & Raftar,* 4 (15), 59-70.
- [51] Hopko, D. R., Lejuez, C. W. & Hopko, S. D.(2006). behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies,* 3, 37-48.
- [52] Hyde, J. S., Delamater, J.D. (2000). Understanding human sexuality. Boston: McGraw Hill; 24.
- [53] Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 8, 255-270.
- [54] Kathryn, E., Li, L., & Kevin, P. (2017). Sexual function and satisfaction among hetero sexual and sexual minority U.S. adults: A cross-sectionalsurvey. *PoliseJournal.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174981>.
- [55] Kathryn E. Flynn, Li Lin, Jill M. Cyranowski, Bryce B. Reeve, Jennifer Barsky Reese, Diana D. Jeffery, Ashley Wilder Smith, Laura S. Porter, Carrie B. Dombeck, Deborah Watkins Bruner, N, Francis J. Keefe, & Kevin P. (2013). Development of the NIH PROMIS® Sexual Function and Satisfaction Measures in Patients with Cancer. *Hss Public Acces Journal.* 10(0 1): 43-52.
- [56] Knapp, M., McDaid, D & Mossialos, E (2007). Mental health policy and practice across europe: an overview. *Mental health policy andpractice across Europe: The future direction of mental health care,* 1-14.
- [57] Lee. TY, Sun. GH, Chao.(2001). SC,The Effect of an infertility diagnosis on the distress,marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan, *HumanReproduction*16(8).1762-1767.
- [58] Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression(BATD): revised treatment manual(BATD-R). *Behavior Modification,* 35 111-161.
- [59] Lejuez, C.W., Hopko, D. R., Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavioral Modification.* 25, 255-286.
- [60] Lewinsohn, P. (1977). A behavioral approach to depression: Contemporary Theory and Research. Wily, New York. pp: 254-5.
- [61] Litzinger, S., & Gordon, K.C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Mar Therap;* 31: 409-424.
- [62] Madathil, J., & Benschhoff, J. (2008). Importance of marital characteristics and marital satisfaction: A Comparison of Asian Indians in Arranged Marriages and Americans in Marriages of Choice. *The Family Journal.* online. The family journal. 3, 222-230.