

بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین در زنان سردمزاج شهر بندر عباس محمدباقر کجباغ

دانشیار روان شناسی، دانشگاه اصفهان

سالار فرامرزی^۱

استادیار روان شناسی، دانشگاه اصفهان

فروغ حسینی

کارشناس ارشد روان شناسی عمومی

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۱/۷/۱۲

چکیده

هدف: سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین از جمله عوامل مهمی است که نه تنها بر سلامت روانی زوجین تأثیر می‌گذارد؛ بلکه استحکام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تاکنون در مورد آن پژوهش‌های مختلفی صورت گرفته است. این پژوهش نیز با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین در شهر بندرعباس انجام گرفته است.

روش: روش پژوهش آزمایشی و از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. به این منظور از بین زوجینی که به دلیل مشکل سردمزاجی زن به مراکز مشاوره‌ای مداخله در بحران و کاهش طلاق و کلینیک‌های تخصصی در شهر بندر عباس مراجعه کرده بودند با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، ۲۰ زوج به صورت تصادفی انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخله‌ی شناختی - رفتاری به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای را دریافت ننمود. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات دو پرسشنامه‌ی صمیمیت زوجین و سردمزاجی زنان بود که روایی و اعتبار هر دو مورد تأیید قرار گرفته است. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس یک-متغیره و چندمتغیره و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS ۱۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل پس از مداخله‌ی شناختی- رفتاری تفاوت معنادار آماری وجود دارد

($p < 0.01$)، و درمان شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین در ابعاد مختلف به جز در بعد فیزیکی تأثیر دارد و میزان این تأثیر بر سردمزاجی ۹۵٪، بر صمیمیت زوجین ۹۶٪، بر صمیمیت عاطفی ۸۷٪، بر صمیمیت عقلانی ۸۱٪، بر صمیمیت جنسی ۹۱٪ و بر صمیمیت اجتماعی- تفریحی ۶۰٪، صمیمیت ارتباطی ۹۲٪، صمیمیت مذهبی ۸۳٪، صمیمیت روانشناختی ۹۲٪ و در کل ۸۶٪ می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از این روش درمان‌گری می‌توان برای کاهش سردمزاجی زنان و افزایش صمیمیت زوجین در ابعاد مختلف و بهبود روابط زوجین و در نهایت سلامت خانواده بهره‌مند شد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری، سردمزاجی زنان، صمیمیت زوجین.

مقدمه

از سال ۱۹۷۰ میلادی که مسترز و جانسون دو جلد کتاب بسیار معروف خود را انتشار دادند، نگرش تازه‌ای برای فهم بهتر فیزیولوژی و در نهایت درمان اختلالات جنسی ارائه کردند که به نتایج درمانی بسیار بهتری منجر گردید. اساس درمان بر مفاهیم شناختی - رفتاری متمرکز بود و این شیوه‌ی درمانی، هرچند به تدریج توسعه و تغییر یافته است ولی هنوز روشی مؤثر در درمان اختلالات جنسی به‌خصوص در اختلالات کارکردی است (اسپنس؛ ترجمه‌ی تونزده جانی، ۱۳۸۵).

پژوهش‌های زیادی در مورد زوج درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری انجام گرفته و اثربخشی آن مکرراً تأیید شده است. پژوهش‌های فراتحلیل نیز میزان تأثیر روش‌های مختلف را در درمان تعارض زناشویی در شیوه‌ی درمانی رفتاری ۷۶٪، شناخت‌درمانی ۶۱٪، و آموزش ارتباط ۹٪ نشان می‌دهند (دان^۱، ۱۹۹۵). لذا از آنجا که نگرش‌ها و تفکرات جنسی، بر عملکرد جنسی زوج تأثیر می‌گذارد، این امر ضرورت بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری را بر اختلالات جنسی و صمیمیت زوجین بیشتر می‌کند.

عوامل متعددی وجود دارد که می‌توانند بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارند و مشکلاتی را در مراحل مختلف پاسخ جنسی نظیر میل، انگیزش و ارگاسم ایجاد نماید. بنابراین فرد در هر یک از این مراحل می‌تواند دچار مشکل شود که یکی از این اختلالات، اختلال میل جنسی پایین یا کم‌کار می‌باشد. بر اساس پژوهش‌های کینزی بیشترین شکایات جنسی زنان پیرامون میل جنسی پایین یا بازداری شده می‌باشد که اغلب مردم آن را سردمزاجی می‌نامند (رینیش و بیسلی^۲، ۱۹۹۱). ویژگی اصلی این مشکل کمبود یا فقدان خیال‌پردازی‌های جنسی و بی‌میلی به فعالیت جنسی است که می‌تواند کلی یا موقعیتی باشد (نیکخو و دیگران^۳، ۱۳۸۰). گزارش شده است که ۳۰ تا ۵۰ درصد از زنان میل جنسی پایین دارند (میشل و دیگران^۳، ۱۹۹۴؛ گارد و لاند^۴، ۱۹۸۰؛ فرانک و دیگران^۵، ۱۹۸۷). مشکلات مرتبط با صمیمیت اغلب خود را به عنوان مشکلات جنسی در یک رابطه‌ی شکست‌خورده، نشان می‌دهد، زمانی که مشکلات جنسی وجود داشته باشد و علت پزشکی دلیل شکست در رابطه نباشد، مشکلات مربوط به صمیمیت به عنوان بخشی از تاریخچه‌ی جنسی افراد مورد توجه قرار می‌گیرد (باگاروزی ترجمه‌ی آتش‌پور و دیگران^۶، ۱۳۸۵). کیفیت رابطه‌ی جنسی و صمیمیت زناشویی با یکدیگر مرتبطند؛ اما بعضی از نظریه‌پردازان از یک ارتباط مستقل صحبت می‌کنند (پاتون و وارینگ^۶، ۱۹۸۵). مدارکی وجود دارد که بین احساس خوشبختی و بهبود در روابط بین فردی ناشی از رضایت جنسی در زنان رابطه وجود دارد (لانمن و دیگران^۷، ۲۰۰۶). مطالعات مشابهی نیز در مورد مردان انجام گرفته با این حال رابطه‌ی بین رضایت جنسی و احساس خوشبختی در زنان نسبت به مردان قوت بیشتری دارد (لانمن و دیگران^۷، ۱۹۹۹).

1. Dunn

2. Rinisch & Beasley

3. Micheal, Gognon, Laumann & kolata

4. Gavde & Lunde

5. Frank, Anderson & Rubinstein

6. Pattin & Waning

7. laumann et al

چرخه‌ی پاسخ جنسی در زنان یک مسئله‌ی زیستی - روانی می‌باشد که به بافت روابط زندگی خانوادگی بستگی دارد و این شرایط برای زنان نسبت به مردان اهمیت بیشتری دارد. برخی عوامل می‌توانند بر این چرخه اثر بگذارند، از جمله: امنیت، زندگی خصوصی، سلامت جسمی - روانی و مراحل تحول در زندگی خانوادگی (تولد اولین فرزند، پرورش فرزندان، زندگی با نوجوانان، به عرصه‌رساندن فرزندان، قبل از یائسگی، یائسگی و بازنشستگی) می‌تواند بر صمیمیت جنسی زوجین در یک رابطه‌ی طولانی مدت اثر بگذارد و آموزش در حوزه‌ی درمان‌های جنسی و زناشویی که در حال تکامل هستند نیز نشان داده‌اند اگر درمان، صمیمیت بین زوجین را افزایش می‌دهد، رضایت جنسی نیز افزایش خواهد یافت (گرینگ^۱، ۲۰۰۳). رویکردهای مطالعاتی متفاوتی نسبت به صمیمیت وجود دارد. بسیاری از مطالعات مستقیماً صمیمیت را مورد ارزیابی قرار نمی‌دهند بلکه عوامل و مؤلفه‌های مرتبط با صمیمیت، همچون رضایت زناشویی را مورد بررسی قرار می‌دهند (مک‌کیب^۲، ۱۹۹۷) تعدادی از مدل‌های نظری رابطه‌ی صمیمیت و اختلال عملکرد جنسی را توصیف می‌کنند. فیش و همکاران^۳ (۱۹۸۸) بیان داشتند که فقدان صمیمیت، منعکس کننده‌ی مشکلات ارتباطی می‌باشد که خود به اختلال عملکرد جنسی منجر می‌شود (فیش و دیگران، ۱۹۸۴).

از طرفی اختلال میل جنسی با احساس صمیمیت نسبت به همسر رابطه دارد. تراویس و تراویس^۴ (۱۹۸۶) بیان می‌کنند که صمیمیت از سه جزء تشکیل شده‌است؛ صمیمیت شهوانی، صمیمیت حسّی و درک همسر به عنوان یک فرد خاص. به بیان وی فقدان هر یک و یا همه‌ی این حوزه‌ها منجر به اختلال عملکرد جنسی می‌شود. شواهد آماری نیز نشان می‌دهد که دو سوم جدایی و طلاق زوجین به علت عدم توافق زوجین بر سر مسائل مقاربتی و زناشویی می‌باشد (نوید، ۱۳۸۲). افزایش طلاق و نارضایتی زناشویی از یک سو و تقاضای همسران برای پربارسازی و بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر، نشان دهنده‌ی نیاز همسران به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است. برای درمان مشکلات مربوط به صمیمیت زوجین رویکردهای متعددی نظیر روان تحلیلی، شناختی - رفتاری، ارتباط درمانی متمرکز بر عواطف و روانی - آموزشی وجود دارد. هر یک براساس تبیین‌های خاص خود از روابط صمیمانه‌ی همسران، روش‌های درمانی و آموزشی ویژه‌ای برای افزایش صمیمیت و حل مشکلات مربوط به صمیمیت ارائه می‌کنند (اعتمادی و دیگران، ۱۳۸۵).

مبانی نظری رویکرد شناختی - رفتاری ترکیبی از نظریه‌های لیبرمن و استوارت^۵ (۱۹۶۹)، جاکوبسون، مارگولین^۶ (۱۹۷۹)، بر نشتاین، بک والیس^۷ (۱۹۷۱: ۱۹۹۴) گرفته شده‌است. این رویکرد تلفیقی مشکلات زناشویی از جمله عدم صمیمیت را نتیجه‌ی مهارت‌های ناکارآمد همسران در برقراری ارتباط، ناتوانی در حل موثر مشکلات و تعارضات، انتظارات و باورهای غیر منطقی و تبادل رفتاری منفی می‌داند (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۸،

1. Gehring

2. Mc Cabe

3. Fish, Fish & Sprinkle

4. Travis, & Travis

5. Liberman & Stuart

6. Jacobson & Margolin

7. Bornstern, Beck & Ellis

8. Goldenberg & Golderuberg

۲۰۰۰)، در گذشته در مداخله‌های رفتاری نخستین نظریه‌ی تبادل اجتماعی و قراردادی ساده، مورد تأکید قرار می‌گرفتند. اخیراً نگرش‌های مداخله‌ای با طیف گسترده‌تری طراحی شده‌اند. هدف این نوع نگرش‌ها عبارتند از: افزایش رفتارهای مثبت و خوشایند، بهبود در ارتباط، ایجاد مهارت‌های حل مساله و حرکت در جهت مسائل جنسی، ایجاد تغییر در الگوی زبان‌بخش یا مخدوش فکری که ممکن است زوج داشته باشد، پیدا کردن راه‌هایی برای جلوگیری از تشدید تعارض‌های تخریبی و کوشش برای تغییر الگوهای وسیع‌تر رفتاری که به اختلاف زناشویی منجر می‌شود (هاوتون و دیگران ترجمه‌ی قاسم‌زاده، ۱۳۸۵). چامبلس و اولن‌دیک (۲۰۰۱) گزارش می‌کنند که در خصوص تأثیر شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر سازگاری، رضایت زناشویی و نیز بهبود رفتارهای جنسی تاکنون پژوهش‌های مختلفی صورت گرفته است و شواهد زیادی بر مؤثر بودن و اثربخشی این شیوه وجود دارد، هم چنین هایمن^۲ (۲۰۰۲)، نیز اثربخشی این شیوه را بر بهبود رفتارهای جنسی گزارش می‌نماید. دات‌تیلیب (۲۰۰۲) بیان می‌نماید که استفاده از شیوه‌ی شناختی - رفتاری در درمان اختلالات جنسی موجب تقویت رفتارهای هدف و نیز افزایش بیان خود و نگرش مثبت و نیز تجدید ساختار غیرمنطقی باورها می‌گردد. علاوه بر این نزو و همکاران^۳ (۲۰۰۴)، بهبود تمایلات جنسی را از طریق آموزش‌هایی که مبتنی بر کاهش اضطراب و نیز تمرکز حسی و کاهش شناخت‌های ناکارآمد و طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ی جنسی است، گزارش می‌نمایند. لیندا و همکاران^۴ (۲۰۰۷) نیز اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر بهبود روابط جنسی گزارش نموده و بیان می‌کنند که این شیوه موجب تقویت و حفظ احساس‌های خوب جسمی و روانی بین زوجین می‌گردد. ویچز و همکاران^۵ (۲۰۰۸) هم بیان می‌کنند که در آموزش شناختی - رفتاری فرد یاد می‌گیرد که با استفاده از توانایی حل مساله با افکار منفی خود در باره‌ی مسائل جنسی مبارزه کند و به بهبود روابط بین فردی خود کمک نماید. در مجموع بررسی‌ها نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش‌های مختلفی در زمینه‌ی تأثیر درمانگری شناختی - رفتاری بر ویژگی‌های مختلف همسران انجام گرفته است که همه‌ی آنها به نوعی مؤید اثربخشی این شیوه‌ی درمانی و مشاوره‌ای هستند، از جمله اثربخشی آموزش خانواده درمانی به شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی کمیته‌ی امداد امام خمینی (ره)، (حسین پور و دیگران، ۱۳۸۸)، اثربخشی خانواده درمانی به شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین (صائمی، ۱۳۸۴)، اثربخشی گروه درمانی تلفیقی زوج‌ها، شناخت درمانی گروهی بک و کتاب‌درمانی در کاهش نارضایتی زناشویی (تبریزی، ۱۳۸۳)، و تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در رضایت زناشویی (عامری و دیگران، ۱۳۸۲)، تأثیر مدل خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش رضایت زناشویی (چانگ^۶، ۲۰۰۸)، تأثیر گروه درمانی بر رضایت

1. Chambless & Ollendick

2. Heiman

3. Nezu, Nezu & Lombardo

4. Lindau

5. Wincze, Bach & Barlow

6. Chang

زناشویی(همام‌سی^۱، ۲۰۰۵)، اثربخشی درمان گروهی راه حل محور بر کاهش تعارضات زناشویی(هالفورد و دیگران^۲، ۲۰۰۱).

با توجه به مطالب فوق مهم‌ترین سؤال پژوهش این است که آیا شیوهی درمانگری شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین تأثیر دارد؟ پژوهش در پی آن بوده است تا تأثیر شیوهی درمانگری شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین را بررسی کند و در این رابطه دو فرضیه مطرح شده است؛ (۱) درمان- شناختی - رفتاری سردمزاجی زنان را کاهش می‌دهد. (۲) درمان شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین مؤثر است.

روش

روش پژوهش آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده‌است و نمای طرح به شکل زیر است:

طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل

گروه آزمایشی (E)	R	O1	X	O2
گروه کنترل (C)	R	O3		O4

جامعه‌ی آماری پژوهش شامل زنان و همسرانی بود که به دلیل مشکل سردمزاجی زن در سال ۱۳۸۸ به مراکز مشاوره‌ای مداخله در بحران‌های اجتماعی و کاهش طلاق و نیز کلینک‌های تخصصی زنان در شهرستان بندرعباس مراجعه کرده‌بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۰ زوج با توجه به دارا بودن ملاک- های ورود به پژوهش از بین زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره‌ای به طور تصادفی انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص سرد مزاج بودن زن با تأیید متخصصان، داشتن تحصیلات بالاتر از سیکل، برخورداری از سلامت جسمی و روانی با نظر متخصصان. ملاک های خروج نیز عبارت بودند از ابتلا به هر نوع بیماری جسمی یا اختلالات روانی، مصرف هر نوع داروی روان گردان و یا روان فعال و یا داروهای جنسی در طول دوره‌ی مداخله. هم چنین از شرکت کنندگان جهت حضور در برنامه‌ی درمانی کسب رضایت شد و نسبت به برنامه‌ی مداخله آگاه شدند. ابزارهای اندازه‌گیری عبارت بود از: دو پرسشنامه؛ یکی پرسشنامه‌ی صمیمیت زوجین که توسط اولیا(۱۳۸۵) ساخته شده است و شامل ۸۷ سوال می‌باشد و حیطه‌های صمیمیت عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی- تفریحی، ارتباطی، مذهبی، روان- شناختی، جنسی و حیطه‌ی صمیمیت کلی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در تعیین همسانی درونی آزمون آلفای کرونباخ ۹۸/۵۳ محاسبه شده است. به منظور بررسی روایی، هم‌بستگی بین این آزمون و مقیاس صمیمیت واکروتامپسون (۱۹۸۳) برابر ۰/۹۳ به دست آمده که در سطح ۰/۰۱/معنادار می‌باشد(اولیاء، ۱۳۸۵). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۵، حساسیت آزمون ۰/۸۹ و ویژگی آزمون نیز ۰/۹۱ به دست آمد. و دیگری پرسش‌نامه‌ی

1. Hamamci

2. Halford , Sanders & Behrens

سردمزاجی زنان عشقی (۱۳۸۵) که شامل ۱۴۳ سوال بود و سردمزاجی زنان را بر حسب مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، با گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم از ۱ تا ۵ مورد سنجش قرار می‌دهد. در تعیین هم-سانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۵ به دست آمد. و روایی محتوایی، این پرسش‌نامه توسط پنج متخصص مشاوره و پزشک متخصص زنان و زایمان مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۱، حساسیت آزمون ۰/۸۴ و ویژگی آزمون نیز ۰/۸۷ به دست آمد. برای گردآوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز، مراحل و اقدام‌های زیر طراحی و انجام گرفته است:

- ۱) انتخاب گروه نمونه به تصادف از میان زوجینی که به دلیل مشکل سرد مزاجی زن در سال ۱۳۸۸ به مراکز مشاوره ای مداخله در بحران‌های اجتماعی و کاهش طلاق و نیز کلینک‌های تخصصی زنان و زایمان در شهرستان بندرعباس مراجعه کرده‌اند.
 - ۲) تقسیم گروه نمونه به تصادف به دو گروه؛ گروه آزمایش و گروه کنترل.
 - ۳) اجرای پرسش‌نامه‌های صمیمیت زوجین و سردمزاجی زنان روی هر دو گروه به منظور گردآوری اطلاعات در خصوص صمیمیت زوجین و سردمزاجی زنان به‌عنوان پیش‌آزمون.
 - ۴) اعمال متغیر مستقل که در این پژوهش عبارت است از: برنامه‌ی مداخلاتی درمانگری شناختی- رفتاری به روش درمانی مسترز و جانسون (الیس و پرایدن^۲، ۲۰۰۷) که طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه با زوجین به صورت گروهی (توسط خانم)، انجام گرفت. ضمن این که گروه کنترل در طی دوره‌ی مداخله نیز هیچ‌گونه درمان و یا آموزشی را دریافت نداشته و صرفاً در لیست انتظار برای دریافت خدمات روانشناختی و مشاوره قرار داشته‌اند.
- خلاصه‌ی محتوای جلسات درمانی: جلسه‌ی اول؛ برقراری ارتباط و بیان اهداف، تعریف و توضیح سردمزاجی. جلسه‌ی دوم؛ بیان عوامل ایجادکننده‌ی عدم میل جنسی. جلسه‌ی سوم؛ بیان افکار و باورهای غیر منطقی در باره‌ی رابطه‌ی جنسی، تعریف صمیمیت جنسی و ارائه‌ی اطلاعاتی در باره‌ی آن. جلسه‌ی چهارم؛ بررسی بازسازی شناختی و تغییر نگرش‌ها و اسنادهای منفی در زوجین در باره‌ی مسائل جنسی، ارائه‌ی اطلاعاتی در باره‌ی صمیمیت عقلانی و عاطفی زوجین. جلسه‌ی پنجم؛ ارائه‌ی اطلاعاتی درباره‌ی صمیمیت فیزیکی و ارتباطی زوجین و آموزش حس‌یابی غیرجنسی. جلسه‌ی ششم؛ ارائه‌ی اطلاعاتی درباره‌ی صمیمیت اجتماعی و تفریحی زوجین، و آموزش حس‌یابی جنسی زوجین. جلسه‌ی هفتم؛ ارائه‌ی اطلاعاتی درباره‌ی صمیمیت مذهبی و روان‌شناختی زوجین، و بیان روش‌های ارتباط جنسی سالم. جلسه‌ی هشتم؛ جمع‌بندی و مرور مطالب جلسات قبل و پاسخ به سئوالات افراد.
- ۵) اجرای پرسش‌نامه‌های صمیمیت زوجین و سردمزاجی زنان روی هر دو گروه به‌منظور گردآوری اطلاعات در خصوص صمیمیت زوجین و سردمزاجی زنان به‌عنوان پس‌آزمون.

1. Masters & Johnson

2. Ellis & Dryden

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. باتوجه به طرح تحقیق و باتوجه به نوع فرضیه‌ها و داده‌های به دست آمده و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS از روش آماری تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش دو فرضیه مطرح بود، فرضیه‌ی اول که بیان می‌نمود؛ شیوه‌ی درمانگری شناختی- رفتاری بر کاهش سرد مزاجی زنان تأثیر دارد و فرضیه‌ی دوم که بیان می‌دارد شیوه‌ی درمانگری شناختی - رفتاری بر افزایش صمیمیت زوجین در کلیه‌ی حیطه‌ها(حیطه‌های صمیمیت زوجین، عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی) - تفریحی، ارتباطی، مذهبی، روان‌شناختی و جنسی) و نیز در بُعد کلی تأثیر دارد.

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه در پرسش‌نامه‌ی سردمزاجی تفاوت وجود دارد و نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی خرده مقیاس سردمزاجی زنان در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب $486/2$ و $34/6$ و در پس‌آزمون $278/1$ و $30/84$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $538/1$ و $23/85$ و در پس‌آزمون $543/8$ و $29/73$ می‌باشد.

همچنین بین میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه در پرسش‌نامه‌ی صمیمیت و ابعاد آن تفاوت وجود دارد و نمره‌ی خرده مقیاس‌های صمیمیت زوجین در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته‌است. میانگین و انحراف معیار نمرات کل صمیمیت گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب $34/3$ و $9/15$ و در پس‌آزمون $50/35$ و $5/25$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $30/6$ و $4/16$ و در پس‌آزمون $30/4$ و $3/53$ می‌باشد. در خرده مقیاس صمیمیت اجتماعی - تفریحی میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب $21/35$ و $5/15$ و در پس‌آزمون $24/7$ و $2/27$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $17/15$ و $3/76$ و در پس‌آزمون $18/65$ و $3/17$ ؛ و در خرده مقیاس صمیمیت عاطفی میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب 28 و $6/01$ و در پس‌آزمون $37/2$ و $2/21$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب 25 و $2/57$ و در پس‌آزمون $24/5$ و $3/07$ ؛ و در خرده مقیاس صمیمیت عقلانی میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب $20/95$ و $4/3$ و در پس‌آزمون $26/15$ و $1/42$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $14/85$ و $2/37$ و در پس‌آزمون $14/55$ و $2/95$ ؛ در خرده مقیاس صمیمیت جنسی میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب $19/05$ و $5/32$ و در پس‌آزمون $28/6$ و $1/46$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $20/35$ و $5/28$ و در پس‌آزمون $19/15$ و $4/75$ ؛ و در خرده مقیاس صمیمیت جسمی(فیزیکی) میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب $1/165/25$ و در پس‌آزمون 14 و $1/05$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $14/85$ و $2/37$ و در پس‌آزمون $14/55$ و $2/95$ ؛ در خرده مقیاس صمیمیت مذهبی میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب 20 و $6/26$ و در پس‌آزمون $28/55$ و $2/74$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $19/25$ و $2/45$ و در پس‌آزمون $18/25$ و $2/17$ ؛ و در خرده مقیاس صمیمیت روان‌شناختی میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب $21/1$ و $2/37$ و در پس‌آزمون $22/6$ و $1/65$ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به

ترتیب ۱۸/۷۵ و ۳/۱۹ و در پس‌آزمون ۱۹/۷ و ۳/۲۹؛ در خرده‌مقیاس صمیمیت ارتباطی میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۲۳/۶ و ۶/۸۶ و در پس‌آزمون ۳۵/۱۵ و ۲/۳۹ و گروه کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب ۲۰/۵ و ۲/۲۶ و در پس‌آزمون ۲۰ و ۱/۹۷ می‌باشد.

برای بررسی فرضیه‌ی اول در خصوص تأثیر درمان‌شناختی- رفتاری بر کاهش میزان سردمزاجی زنان از روش تحلیل کوواریانس یک‌متغیره (ANCOVA) استفاده گردید. به‌همین منظور ابتدا آزمون لوین برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها بررسی شد و نتایج نشان داد که بین دو گروه به لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. علاوه بر این با استفاده از آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد و نتایج نشان داد که $p < 0.05$ بوده و نرمال بودن توزیع نمرات تأیید گردید. پس از بررسی و تأیید مفروضه‌ی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه، تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه‌ی اول انجام شد.

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات سردمزاجی زنان دو گروه

متغیرها	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری (P)	میزان تأثیر	توان آماری
عضویت گروهی	۱	۳۱۶۹۳۵/۹۶۱	۳۲۴/۰۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵۱	۱

هم‌چنان‌که نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم-پراش (کمکی)، تفاوت بین عملکرد دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0.001$ معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده‌ی این مطلب است که درمان‌شناختی- رفتاری بر کاهش میزان سردمزاجی زنان تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۹۵٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

برای بررسی فرضیه‌ی دوم که بیان می‌دارد شیوه‌ی درمان‌گری شناختی- رفتاری بر افزایش صمیمیت زوجین در کلیه‌ی حیطه‌ها (حیطه‌های صمیمیت زوجین، عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی تفریحی، ارتباطی، مذهبی، روان‌شناختی و جنسی) و نیز در بُعد کلی مؤثر است. ابتدا عملکرد دو گروه مداخله و کنترل در خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی صمیمیت از جمله در ابعاد صمیمیت زوجین، عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی- تفریحی، ارتباطی، مذهبی، روان‌شناختی و جنسی) و نیز در بُعد کلی برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MNCOA) در آزمون‌های آماری «اثر بیلابی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه» مورد محاسبه قرار گرفت و مشخص شد تفاوت بین عملکرد دو گروه در سطح $p < 0.001$ معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان‌کننده‌ی این مطلب است که درمان‌شناختی- رفتاری در مجموع بر صمیمیت زوجین در ابعاد مختلف و در کل تأثیر دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MNCOA) تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات صمیمیت زوجین در ابعاد مختلف

منابع تغییر	متغیر	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنا داری (P)	میزان تأثیر	توان آماری
صمیمیت زوجین	صمیمیت	۱	۷۷۲۱/۹۰۹	۷۷۱/۹۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۷	۱
	عاطفی	۱	۱۵۰۱/۵۳۵	۲۲۵/۸۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶	۱
عقلانی	عقلانی	۱	۴۱۹/۲۵۱	۱۴۵/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰۷	۱
	تفریحی و اجتماعی	۱	۲۶۴/۴۵۵	۵۲/۵۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶	۱
پس آزمون (عضویت گروهی)	جنسی	۱	۸۸۱/۸۸۵	۳۵۷/۱۲۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱	۱
	ارتباطی	۱	۲۰۵۴/۸۲۴	۴۰۷/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱	۱
مذهبی	مذهبی	۱	۱۰۶۲/۲۹۶	۱۷۳/۷۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲	۱
	فیزیکی	۱	۳/۲۴۲	۱/۲۶۸	۰/۲۶۸	۰/۰۳۵	۰/۱۹۵
روان- شناختی	روان- شناختی	۱	۱۸۹۸/۸۸۹	۳۸۶/۸۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷	۱
	بُعد کلی	۱	۳۶۷۷/۸۷۴	۲۱۳/۶۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹	۱

همچنان که نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای هم-پراش (کمکی) بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در خرده‌مقیاس‌های صمیمیت زوجین، عاطفی، عقلانی، جنسی، اجتماعی - تفریحی، ارتباطی، مذهبی، روان‌شناختی و در بُعد کلی در سطح $p < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه از فرزندان، بیان‌کننده‌ی این مطلب است که درمان شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت میزان این تأثیر به ترتیب، صمیمیت زوجین ۹۵٪، عاطفی ۸۶٪، عقلانی ۸۰٪، جنسی ۹۱٪، اجتماعی - تفریحی ۶۰٪، ارتباطی ۹۲٪، مذهبی ۸۳٪، روان‌شناختی ۹۱٪، و در بُعد کلی ۸۵٪ می‌باشد. اگرچه داده‌های جدول نشان می‌دهد که در بُعد فیزیکی تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مشاهده نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

در فرض اول پژوهش، به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان پرداخته شده، یافته-ها بیانگر تأثیر مثبت درمان شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان است و به صورت معناداری اختلال سردمزاجی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. در این روش درمانی در آغاز به طور کامل عوامل زمینه ساز، آشکارکننده و تداوم‌بخش مشکل، بررسی شده و در ادامه با استفاده از شیوه‌ی درمانگری شناختی- رفتاری به روش درمانی مسترز و جانسون درمان صورت گرفت، نتایج با یافته‌های پژوهش‌های گرینگ (۲۰۰۳)، کاهش اختلال میل جنسی زنان، عشقی (۱۳۸۵)، بهبود سرد مزاجی زنان، مک‌کیب (۲۰۰۱ و ۲۰۰۵)، بهبود

گزاره جنسی زنان، ذوالفقاری (۱۳۸۵)، اختلال کنش جنسی زنان، و نیز سایر پژوهشگران همچون مهرابی، جابری و مهریار (۱۳۷۸)، شاهین‌فر (۱۳۷۸)، کاباکسی و باتر^۱ (۲۰۰۳) و زیمر^۲ (۱۹۹۷)، هم‌خوان می‌باشد.

یافته‌ی بعدی پژوهش نیز نشان داد که درمانگری شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین در ابعاد و حیطة- های مختلف و در کل مؤثر می‌باشد و به‌صورت معناداری صمیمیت زوجین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در همه‌ی ابعاد و حیطة‌ها به‌جز بُعد فیزیکی افزایش یافته‌است. نتایج فرضیه‌ی دوم با مطالعات اعتمادی، نوایی‌نژاد، احمدی و فرزاد (۱۳۸۵)، جاکوبسون، اسمالینگ و هالتز ورت، مونرو^۳ (۱۹۷۸)، ژاکوبوسکی و همکاران^۴ (۲۰۰۴)، امانی، یونسی، طالقانی (۱۳۸۳)، فرقانی (۱۳۸۲)، هم‌سو می‌باشد.

در رابطه با اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ابعاد صمیمیت، تحقیقات اندکی صورت گرفته است، ولی در رابطه با زوج درمانی از آغاز مورد توجه بوده و ابعاد آن به تازگی مورد پژوهش قرار گرفته است. از آن‌جائی که صمیمیت عاطفی شامل در میان گذاشتن احساسات مثبت و منفی با همسر می‌باشد، آموزش مهارت‌های ارتباطی در درمان شناختی- رفتاری باعث می‌شود که همسران به راحتی احساسات خود را با دیگران، بدون ترس از برداشته‌ها و تصورات غلط همسر، در میان بگذارد. در پژوهشی که اعتمادی و همکاران (۱۳۸۵) انجام دادند، نتایج نشان داده است که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در رابطه با مولفه‌ی صمیمیت عقلانی یافت نشده است و این برخلاف نتایج به‌دست آمده در این پژوهش می‌باشد.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان شناختی- رفتاری، باورها و تفکرات منفی زوجین را نسبت به یکدیگر تغییر داده است و از آنجایی که هدف این شیوه‌ی درمانی افزایش صمیمیت عقلانی است، بنابراین شرایطی را فراهم می‌آورد که افکار و عقاید تغییر یافته بین زوجین به راحتی ردوبدل شود و این موجب افزایش صمیمیت زوجین می‌شود. هم‌چنین با توجه به این‌که صمیمیت تفریحی و اجتماعی شامل گذراندن اوقات فراغت و در میان گذاشتن تجارب روزانه با یکدیگر می‌باشد، موجب می‌شود که زوجین زمان بیشتری را به یکدیگر اختصاص داده و لحظات لذت‌بخش و مفرحی را با یکدیگر تجربه کنند. نتایج این پژوهش با مطالعات مک‌کیب (۱۹۹۷)، مطابقت دارد و نشان می‌دهد که صمیمیت جنسی شامل در میان گذاشتن افکار، احساسات و آرزوهایی است که ماهیت جنسی داشته و منجر به تجارب جنسی لذت می‌شود و رویکرد شناختی - رفتاری باعث افزایش تقویت‌کننده‌ها و تبادل رفتاری مثبت و کاهش رفتارهای منفی می‌شود. روابط جنسی شکل‌دهنده‌ی بخشی از ادراکات زوجین از هم‌دیگر است و ادراک جنسی در بین زوجین ارتباط مثبت با رفتارهایی دارد که نگهدارنده و تداوم بخش ازدواج است. در نهایت با توجه به پژوهش‌های انجام‌گرفته، بیش از ۲۳٪ از مشکلات زناشویی را مشکلات جنسی شامل می‌شود و هم‌چنین بررسی‌های انجام شده بیان‌گر این مطالب می‌باشد که مشکلات جنسی در ۹۱٪ از ازدواج‌های آسیب دیده وجود دارد که مشکل سردم‌زاجی نیز درصد بیشتری از اختلالات جنسی را در پیرمی‌گیر (زرگر و نشاط دوست، ۱۳۸۶)، بنابراین مشکلات جنسی به نارضایتی زناشویی و در نهایت جدایی منجر می‌شود که آمار نیز نشان دهنده‌ی این روند رو به افزایش است و از سویی نیز با توجه به این‌که ارتباط صمیمی در یک رابطه‌ی

1. Kabakci & Batur

2. Zimmer

3. Jacobson , Schmaling , Holtzworth & Munroe

4. Jakuboski , Milne , Brunner & Miller

جنسی سالم و کاملاً رضایت‌بخش نقش دارد و با در نظر گرفتن نیاز زوجین برای کسب مهارت‌ها در جهت افزایش صمیمیت و درمان مشکلات مربوط به آن، اقدامات درمانی در این زمینه می‌تواند به زوجین در جهت حفظ و استحکام زندگی زناشویی کمک شایانی بکند.

اعتمادی و همکاران (۱۳۸۵)، در بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری بر صمیمیت اجتماعی- تفریحی به این نتیجه دست نیافتند و بالعکس نتایج تحقیقات مک‌کیب (۲۰۰۵ و ۱۹۹۷)، داتیلو (۲۰۰۲)، با یافته‌ی کنونی هم‌سو باشد، در این رابطه نتایج مشابهی وجود دارد از جمله؛ ثنایی‌ذاکر و باقریان نژاد (۱۳۸۲)، گریف و همکاران^۱ (۲۰۰۱)، بنی‌اسدی (۱۳۷۵)، و زرگر و نشاط دوست (۱۳۸۶)، که به بررسی نیاز زوجین به داشتن اوقات فراغت مشترک در جهت افزایش رضایت زناشویی پرداخته‌اند.

از طرفی نبود تفاوت معنادار بین عملکرد دو گروه در بُعد جسمی (فیزیکی)، بیان‌گر این مطلب است که درمان شناختی- رفتاری بر صمیمیت زوجین در بُعد جسمی (فیزیکی)، تأثیر ندارد. در تبیین این نتیجه شاید بتوان به این نکته اشاره کرد که در مجموع مشکل زوجین عدم صمیمیت جسمی (فیزیکی) نیست، بلکه همان‌طور هم که در تحقیقات مختلف آمده و در پیشینه‌ی پژوهش به آن اشاره شده است، مشکلات زوجین در سایر زمینه‌ها پر رنگ‌تر می‌باشد. به هر ترتیب زوجین نسبت به ویژگی‌های جسمی و ظاهری یکدیگر آگاهی و اطلاع کافی دارند به عبارتی خواسته و یا ناخواسته از صمیمیت جسمی برخوردارند اما سایر ابعاد صمیمیت بالاخص ابعاد روان‌شناختی است که در ادامه‌ی زندگی برای آنها مهم می‌شود و اهمیت پیدا می‌کند.

همچنین با در نظر گرفتن محدودیت‌هایی که پژوهش با خود به همراه داشته است از جمله محدودیت در نمونه‌ی آماری و روش نمونه‌گیری، استفاده‌ی از دو آزمون خاص برای گردآوری اطلاعات و نیز اجرای مداخله در یک دوره‌ی زمانی خاص، باید در تعمیم نتایج احتیاط نمود. و نیز با توجه به محدودیت‌های پژوهشی می‌توان گفت که شیوه‌ی درمانگری شناختی- رفتاری بر سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین تأثیر داشته و استفاده از این شیوه را به درمان‌گران، مشاوران و روان‌شناسان در درمان‌گری‌های روان‌شناختی زوجین پیشنهاد می‌نماید.

سپاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مراکز مشاوره و مداخله در بحران‌های اجتماعی و کاهش طلاق شهر بندرعباس، کلینک‌های تخصصی زنان، زوجین شرکت کننده در پژوهش و کلیه‌ی کسانی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشته‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

1. Dattilio

2. Greef, Malherbe & Hildegard

- اسپنس، سوزان (۱۳۸۵). **درمان اختلالات جنسی**. ترجمه‌ی تونزده‌جانی حسن و همکاران. تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- اعتمادی، عذرا نوایب‌نژاد، شکوه احمدی، سیداحمد و فرزاد، ولی‌الله (۱۳۸۵). **بررسی درمان‌شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اصفهان**. مجله‌ی مطالعات روان-شناختی، ۲(۲ و ۱): ۶۹-۸۷.
- امانی، حسین یونسی، علی و طالقانی، نرگس (۱۳۸۳). **مطالعه‌ی تأثیر درمان شناختی- رفتاری به شیوه-ی گروهی بر رضایت‌مندی زناشویی در زنان**. مجموعه‌ی مقالات نخستین کنگره‌ی سراسری آسیب خانواده. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- اولیاء، نرگس (۱۳۸۵). **بررسی تأثیر آموزش غنی سازی زندگی زناشویی بر افزایش رضایت‌مندی زوجین شهر اصفهان**. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره گرایش خانواده دانشگاه اصفهان.
- باگاروزی، دنیس (۱۳۸۵). **افزایش صمیمیت در ازدواج**. ترجمه‌ی آتش‌پور، سیدحمید و همکاران. اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
- بنی اسدی، حسن (۱۳۷۵). **بررسی و مقایسه‌ی عوامل موثر اجتماعی، فردی و شخصیتی در زوج-های سازگار و ناسازگار شهر کرمان**. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. گروه روان-شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
- تبریزی، مصطفی (۱۳۸۳). **بررسی و مقایسه اثربخشی گروه درمانی تلفیقی زوج‌ها، شناخت درمانی گروهی بک و کتاب درمانی کاهش نارضایتی زناشویی**. رساله دکتری دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- ثنایی‌ذاکر، باقر و باقریان نژاد، زهرا (۱۳۸۲). **بررسی ابعاد نارضایتی زناشویی زنان و مردان متقاضی طلاق در شهر اصفهان**. فصلنامه‌ی دانش و پژوهش در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان: (۱۵): ۶۱-۷۸.
- حسین‌پور، محمد؛ شهری، شهریار و عبادی، ندا (۱۳۸۸). **بررسی اثربخشی آموزش خانواده درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی**. فصلنامه‌ی یافته‌های نو در روان-شناسی، ۴(۱۱): ۹۵-۱۰۶.
- ذوالفقاری، مریم (۱۳۸۵). **اثربخشی شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان**. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی گرایش بالینی دانشگاه اصفهان.
- زرگر، فاطمه و نشاط دوست، حمیدطاهر (۱۳۸۶). **بررسی موثر در بروز طلاق در شهرستان فلاورجان**. فصلنامه‌ی خانواده‌پژوهی، (۱۱): ۷۴۹-۸۳۷.

شاهین فر، شعله (۱۳۷۸). بررسی میزان موفقیت درمان و عوامل مرتبط با آن در زنان با مشکل ازدواج به وصال نرسیده‌ی مراجعه کننده به کلینیک اختلالات جنسی شهر تهران از سال ۷۷-۱۳۷۵. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی.

صائمی، حسین (۱۳۸۴). اثربخشی خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره‌ی آموزش و پرورش شهرستان شاهرود. پایان نامه‌ی دکتری. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

عامری، فریده؛ نوربالا، احمدعلی؛ اژه‌ای، جواد و رسول زاده طباطبائی، سید کاظم (۱۳۸۲). بررسی تاثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی. مجله‌ی روان‌شناسی، ۷ (۳): ۲۱۸-۲۳۲.

عشقی، روناک (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی مشاوره‌ی رفتاری شناختی جنسی زوجین بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان آنها در شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان.

فرقانی، رضوان (۱۳۸۲). بررسی اثربخشی آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین شهرستان شهرکرد. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان. مهرابی، فریدون؛ جابری، پیروش و مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۷۸). شیوه‌های شناختی - رفتاری در درمان زنان مبتلا به فوبیانی جنسی. فصلنامه‌ی اندیشه و رفتار، (۱ و ۲): ۷۹-۹۱.

نوید، ن. (۱۳۸۲). درمان سرد مزاجی و بی میلی جنسی بانوان. مشهد: موسسه‌ی انتشارات راهیان سبز. نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک (۱۳۸۰). زندگی جنسی زنان: آشنایی با رفتارهای جنسی و روش های شناخت و درمان اختلالات جنسی زنان. تهران: انتشارات سخن.

هاوتون، کیت؛ کرک، جوان؛ سالکووس، کیس پال و کلارک دیویدمیلر (۱۳۸۵). رفتار درمانی- شناختی راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی. جلد اول. ترجمه‌ی قاسم‌زاده، حبیب الله: انتشارات ارجمند؛ تهران.

Chang SL. (2008). Family background and marital satisfaction of newlyweds. Generational transmission of relationship interaction patterns. Unpublished Master's Thesis, California State University.

Dattilio FM. (2002). Homework assignments in couple and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2002;(58): 535-547.

Dunn LR, Schwebel AI. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of family psychology*, 9(1): 58-68.

Ellis A & Dryden W. (2007). The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy: Second Edition. USA. Springer Publishing Company.

- Fish LS, Fish RC, sprinkle D.H. (1984). Treating incited sexual desire: A marital therapy approach . *Journal of family Therapy*, (12): 3-12
- Frank, E, Anderson C, Rubinstein D. (1987). Frequency of sexual dysfunction normal couples. *New England journal of Medicine*, (299): 111-115
- Garde K, Lunde I. (1980). Female sexual 329behavior: A study in a random sample of 40-year- old woman . *Maturities*, (2: 225-240.
- Gehrig D. (2003). Couple therapy for low Sexual Desire: A System Approach. *Journal of sex & Marital Therapy*, (22):25-30
- Chambless DL, Ollendick TH. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*. (52): 685–716.
- Goldenberg I, Goldenberg H. (2000). *Family Therapy: An overview*. Belmont CA: wads worth y Thomson Learning publishing company
- Greef P, Malherbe A, Hildegard L. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of sex & Marital Therapy*, (27): 247-257
- Hamamci Z. (2005). dysfunctional relationship beliefs in martial satisfaction & adjustment. *Social Behavior &personality: an International journal* , (87): 701-954.
- Halford WK, Sanders MR, Behrens BC.(2001). “Can Skills Training Prevent Relationship Problems in At-Risk Couples? Four-Year Effects of a Behavioral Relationship Education Program.” *Journal of Family Psychology*, 15(4): 750-768.
- Heiman JR. (2002). Psychological treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5): 445–450.
- Jacobson NS, Schmaling K, Holtzworth- Munroe A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: 2 – year follow up and prediction of relapse . *Journal of marital and family Therapy*, 113(2): 187-195
- Jakuboski SF, Milne EP, Brunner H, Miller RB. (2004). A review of empirically supported marital enrichment programs. *Family Relations*, 53(5):528-536.
- Kabakci E, Batur S. (2003). Who benefits from cognitive behavior therapy for vaginismus . *Journal oF sex Marital therapy*, 29(4): 88-272.
- Laumann EO, Paik A, Glasser DB, kang JH, Wang T, Levinson B, Moreira ED, Niclosi A, Gringell C. (2006). A Cross national study of subjective sexual

- well- being among older woman: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of sexual behavior*, (35): 145-161.
- Laumann EO, Paik A, Rosen R.C. (1999). Sexual dysfunction in the united states : prevalence and predictors. *JAMA*, (281): 537-544.
- Lindau ST, Schumm L P, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, (357): 762–774.
- Micheal R, Gaghnon J, Laumann E, kolata G.(1994). sex in America :A definitive survery. Boston: Little Browne & CO.
- Mc Cabe M.P. (1997). Intimacy and Quality of life among sexually dysfunctional men and women . *Journal of sex & Marital Therapy*, 23(4); 276-290
- Mc Cabe MP. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of sexual Marital therapy*, 27(3): 71-259.
- Mc Cabe Mp. (2005). The Role of performance Anxiety in the Development and maintenance of sexual Dysfunction in Men and woman. *International Journal of stress Management*, 12(4):379-395.
- Nezu AM, Nezu CM, Lombardo ER. (2004). Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach . New York, NY: Springer Publishing Company
- Patton D, waring E.M. (1985). Sex and marital Intimacy. *Journal of sex marital therapy*, (11)3: 176-184.
- Rinisch JM, Beasley MLS. (1991). The Kinsey institute new report on sex. *Journal of marriage the family*, (20): 105-117.
- Travis RP, ravis P. (1986). Intimacy based sex therapy . *Journal of sex Research*, (12): 21-27.
- Wincze J, Bach A, Barlow DH. (2008). Sexual dysfunction. In D. H. Barlow(Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*.(4th ed. Pp. 615–661). New York, NY: Guilford Press.
- Zimmer D. (1997). Dose marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction. *Journal of sexual & marital Therapy*, (B): 193-209