

اثربخشی زوج درمانی رفتاری - ارتباطی بر سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین

مسلم عباسی^۱

محمد جواد بگیان کوله مرز^۲

*شهریار درگاهی^۳

حسین قمری گیوی^۴

چکیده

زمینه و هدف: رویکردهای مختلفی در زمینه زوج درمانی وجود دارد و محققان خانواده درمانی در طول سال‌ها به دنبال سنجش اعتبار و کارایی آنها بوده‌اند. رویکرد رفتاری-ارتباطی Bornstein یکی از این رویکردها است. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف اثربخشی زوج درمانی رفتاری-ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان نورآباد (لرستان) در سال ۱۳۹۳ بودند. نمونه پژوهش ۸۰ نفر از زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده، بهزیستی و شبکه بهداشت و درمان بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه سازگاری زناشویی Spinner و پرسشنامه صمیمیت جنسی Bagarozzi بودند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌های تکراری نشان داد که میزان سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی گروه مداخله افزایش یافته است ($P \leq 0.01$). بازیابی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه‌ی ضریب تأثیر نیز بیانگر افزایش معنادار و قابل توجه نمرات سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی در پیگیری دو ماهه آزمودنی‌های گروه آزمایش بود.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج پژوهش حاضر نشان داد زوج درمانی به شیوه رفتاری-ارتباطی بر افزایش سازگاری و صمیمیت جنسی مؤثر است. لذا برگزاری جلسات مبتنی بر غنی سازی روابط زوجین جهت پیشگیری و حل مشکلات زناشویی در مراکز مشاوره پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: ارتباط، زوج درمانی، سازگاری، رضایت جنسی، زوجین

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۲۱

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه سلمان فارسی، کازرون، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۳. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Email: shahriardargahi@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۳۵۵۵۶۳۵۴۰

۴. استاد گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مقدمه

خانواده را مؤسسه یا نهاد اجتماعی معرفی کرده‌اند که ناشی از پیوند زناشویی زن و مرد است. از جمله مظاهر زندگی اجتماعی انسان، وجود تعامل سالم و سازنده میان انسان‌ها، عشق ورزیدن به هم‌نوع و ابراز صمیمیت و همدلی به یکدیگر است. همچنین خانواده محل رضای نیازهای جسمانی، عقلانی و عاطفی است. رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده نیز به مفهوم رضایت از زندگی است که بر رشد و تعالی خانواده مؤثر است.^(۱)

صمیمیت جنسی از جمله عواملی است که بر افزایش سازگاری زناشویی تأثیرگذار می‌باشد. مطالعات و تجارب بالینی نشان داده است زوج‌ها مشکلات شدید و فراگیری را در هنگام برقراری و حفظ روابط صمیمانه و سازگاری با یکدیگر تجربه می‌کنند.^(۲) صمیمیت رفتارهایی را شامل می‌شود که نزدیکی عاطفی را افزایش می‌دهد. نزدیک بودن عاطفی شامل حمایت و درک متقابل، برقراری ارتباط و سهم کردن خود، فعالیت‌ها و دارایی‌هایمان با فرد دیگر است.^(۳) Cox و Demmitt اعتقاد دارند که صمیمیت یکی از نیازهای اساسی انسان است. صمیمیت به عنوان نزدیکی، تشابه و رابطه شخصی دوست داشتنی با شخص دیگر است که مستلزم آگاهی، درک عمیق، پذیرش و بیان افکار و احساسات، دلسوزی و تعهد می‌باشد.^(۴) همچنین Eryilmaz و Ata معتقدند که صمیمیت مواردی چون تعهد، صمیمیت عاطفی، صمیمیت شناختی، صمیمیت جنسی و تقابل رفتاری را شامل می‌شود.^(۵) مطالعات نشان داده است وجود صمیمیت در میان زوج‌های متأهل، از عوامل مهم ایجاد ازدواج پایدار می‌باشد^(۶) و اجتناب از روابط صمیمانه، از عواملی است که موجب بروز شکست در زندگی خانوادگی می‌شود.^(۷) در واقع صمیمیت از عوامل بنیادی ایجاد رضایت و نارضایتی فرد از زندگی زناشویی می‌باشد، چرا که تعهد زوجین برای برقراری رابطه را

استحکام بخشیده و به طور مثبت با سعادت و سازگاری زناشویی همراه می‌باشد.^(۸)

امروزه خانواده بر اساس اصول و هنجارهای ویژه شکل می‌گیرد و حفظ و ارتقای روابط خانوادگی از ارزش بسیاری برخوردار است. به همین دلیل، در سالهای اخیر کوشش‌های بسیاری صورت گرفته تا ثبات و کیفیت روابط زناشویی را با استفاده از مفاهیمی چون سازگاری زناشویی، موفقیت، رضایت، ثبات، خوشبختی، توافق و مفاهیمی از این دست ارزیابی کنند.^(۹) با وجود اهمیت مفاهیم ذکر شده، سازگاری زناشویی در ازدواج و یگانگی زن و مرد دارای نقش بیش‌تری می‌باشد. سازگاری زناشویی نیز می‌تواند نشان‌دهنده میزان رضایت افراد از روابط زناشویی و یا ترکیبی از رضایت ناشی از دیگر عوامل مختص رابطه زناشویی باشد. می‌توان سازگاری زناشویی را به عنوان یک موقعیت روانشناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی‌آید بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است.^(۱۰)

رویکردهای مختلفی در زمینه زوج درمانی وجود دارد که بر جنبه‌های مختلف درمانی و محققان خانواده درمانی در طول سال‌ها به دنبال سنجش اعتبار و کارایی آنها بوده‌اند.^(۱۱) یکی از این رویکردها که بر غنی‌سازی روابط بین زوج‌ها تأکید دارد رویکرد رفتاری- ارتباطی است که توسط Bornstein و Bornstein تدوین شده است. رویکرد رفتاری- ارتباطی آمیزه‌ی نظری و عملی رویکردهای نظام‌نگر شناختی و رفتاری است. الگوی رفتاری- ارتباطی مجموعه‌ای از روش‌های درمانی بالینی را ارائه می‌دهد و وجه تمایز آن، در هم ریختن سه نظام نظری (رفتاری، ارتباطی و شناختی) است که در دهه گذشته مورد پذیرش بوده‌اند.^(۱۲) این رویکرد مبتنی بر آن دسته از شیوه‌های درمانی است که برای حل مشکلات مربوط به ارتباط زوجین به کار می‌رود. مشکلاتی که می‌تواند ناشی از پارازیت‌های ادراکی بین زوجین باشد و آنان فاقد آگاهی و مهارت لازم جهت درک و حل مشکلات ناشی از چگونگی ارتباط باشد. از طرفی بر

و اصلاح ارتباطات زوجی در کنترل هیجانات منفی، کاهش تعارضات زناشویی، بهبود الگوهای ارتباطی، رضایت از ارتباط و صمیمیت جنسی و صمیمیت عاطفی زوجین مؤثر می‌باشد^(۱۹).

در مجموع، شناخت عوامل مؤثر در بهبود روابط زناشویی، و مدیریت آن، یکی از روش‌های در خور توجه در حل مشکلات و رسیدن به رضایت از زندگی زناشویی به شمار می‌رود. بنابراین شناخت این عوامل نه تنها به زوج درمانگر کمک می‌کند تا مشکل را تشخیص دهند، بلکه به زوجین نیز کمک می‌کند تا با شناختن این عوامل به ایجاد، تقویت و یا اصلاح آن‌ها پرداخته و به رضایتمندی و صمیمیت دست یابند. همچنین با توجه به افزایش سالیانه‌ی آمار طلاق که وجود مشکلات رفتاری و ارتباطی در زندگی از مهمترین عوامل آن به حساب می‌آید، تأثیر نامطلوب مشکلات ارتباطی در زندگی زوجها و فرزندان، ضرورت شناخت و یافتن راه حل‌های مؤثر در کاهش تعارضات، بهبود ارتباطات نامناسب زوجها و جستجوی زمینه‌های جدید برای تحقیق درباره مشکلات و تعارضات زناشویی جهت استفاده محققان و درمانگران خانواده، از دلایلی هستند که اهمیت و ضرورت این پژوهش را نشان می‌دهند. همچنین پیش بینی میزان تأثیرگذاری شیوه درمانی حاضر و آگاهی بخشی به خانواده درمانگران و برنامه ریزان خانواده از ضرورت‌های دیگر این تحقیق می‌باشند. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری-ارتباطی Bornstein بر افزایش سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین شهرستان نورآباد می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با گروه کنترل می‌باشد. که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی زوج درمانی رفتاری-ارتباطی Bornstein بر متغیرهای وابسته یعنی سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی مورد بررسی قرار گرفت.

حسب این الگو رفتار زوجین را باید در بافت رابطه‌ای آن بررسی کرد. هرچند یک رفتار ممکن است نیازهای فرد را بیان کند ولی شاید در زندگی زناشویی نیز کارکرد مهمی داشته و یا تحت تأثیر رفتار همسر باشد. افزون بر این، زوجینی که در زندگی زناشویی دچار اختلافاتی هستند، برای حل اختلاف‌هایشان با دشواری‌های فراوانی روبه رو می‌باشند که ضرورت کمک گرفتن از مشاوران مجرب را دو چندان می‌کند. این رویکرد راهنمایی‌های عملی را در دسترس مشاوران قرار می‌دهد تا از طریق شیوه‌های عینی و رفتاری به تصحیح روابط همسران و غنی سازی روابط آنها و آموزش شیوه برقراری ارتباط کارآمد پرداخته و آنان را در حل اختلاف‌شان یاری رسانند^(۱۳). برنامه آموزشی جلوگیری از بروز آشفتگی و تعارض، با استفاده از مهارت‌های ارتباطی و رفتاری و همچنین روش‌های مدیریت تعارض در زوجها باعث می‌شود که زوجها سطح بالاتری از مهارت‌های ارتباطی مناسب و مثبت و سطح پایین‌تری از ناسازگاری رفتاری و مهارت‌های منفی ارتباطی را نشان دهند^(۱۴). نتایج مطالعه سودانی و همکاران^(۱۲) نشان داد زوجینی که زوج درمانی رفتاری ارتباطی دریافت کرده بودند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل، بعد از اتمام الگوی درمانی از تعارضات پایین‌تری برخوردار بودند.

Markman و همکاران در مطالعه‌ای اثر مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض را در کاهش استرس زناشویی زوجین نشان دادند^(۱۵). Johnson و همکاران در پژوهشی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله زناشویی را بر بهبود روابط متقابل زن و شوهر و سازگاری آنها نشان دادند^(۱۶). مطالعات نشان دهنده وجود ارتباط مثبت و معنادار بین فعالیت جنسی و رضایت زناشویی می‌باشد^(۱۷). Hoyer و همکاران نیز در طی مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که کاربرد تکنیک‌های تلفیقی رفتاری، ارتباطی و شناختی، میزان صمیمیت عاطفی و جنسی زوجین را افزایش می‌دهد^(۱۸). Yoo و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که آموزش

جامعه‌ی آماری این پژوهش، کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان نورآباد (دلفان) در سال ۱۳۹۳ بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از زوجین (۸۰ زن و شوهر) مراجع کننده به مراکز مشاوره خانواده شهرستان نورآباد بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و بر اساس فراخوان پژوهشگر، از بین ۶۵ زوج (۱۳۰ زن و شوهر) مراجعه کننده به مراکز خدمات مشاوره بهزیستی و بخش مشاوره خانواده سلامت روان شبکه بهداشت و درمان شهرستان نورآباد (دلفان)، ۴۰ نفر از زوجینی (۸۰ زن و شوهری) که نمره مقیاس سازگاری زناشویی Spinner آنها کمتر از میانگین بود انتخاب شدند. نحوه قرار دادن ۲۰ زوج (۴۰ زن و شوهر) در دو گروه آزمایش و کنترل با انتساب تصادفی و به صورت قرعه کشی انجام گرفت^(۲۰). همچنین با بکارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر، معیار همگونی آزمودنی‌ها رعایت گردید: الف- ملاکهای ورود مشتمل بر؛ ۱- داشتن تعارضات زناشویی، ۲- حداقل طول مدت ازدواج یکسال، ۳- برخورداری از سلامت جسمانی- روانی، ۴- داشتن سطح سواد حداقل دیپلم، ۵- نداشتن اعتیاد به مواد مخدر، ۶- سن ۲۰ تا ۴۰ سال، ۷- در شرف طلاق نبودن ب- ملاک‌های خروج مشتمل بر؛ ۱- عدم تمایل برای شرکت در جلسات آموزشی، ۲- متقاضی دریافت کمک‌های دیگری همچون خدمات روانشناختی و یا شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر، ۳- اعتیاد همسر به مواد مخدر یا الکل ۴- ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی جدی (تشخیص به کمک MMPI-2 و مصاحبه بالینی)

مقیاس سازگاری زناشویی Spinner دارای ۳۲ سؤال است و نمره کلی سازگاری زناشویی را اندازه گیری می‌کند^(۲۱). نمره کلی این مقیاس از ۰ تا ۱۵۰ می‌باشد. پاسخ دهی به ۳۲ سؤال این مقیاس به سبک لیکرت است. افرادی که نمره آنها ۱۰۱ و یا کمتر باشد از نظر اسپانیر ناسازگار تلقی شده و نمره بالاتر از ۱۰۱ سازگار محسوب

می‌شود. اسپانیر ۴ عامل را از داده‌های مربوط به مقیاس سازگاری انتزاع نمود که شامل رضایتمندی زناشویی، توافق دو نفره، همبستگی دو نفره و ابراز عواطف دو نفره می‌باشد. اسپانیر اعتبار مقیاس را بر اساس نمره کلی ۰/۹۶ و برای مقیاس‌های فرعی به ترتیب، رضایتمندی دو نفره ۰/۹۴، توافق دو نفره ۰/۹۰، همبستگی دو نفره ۰/۸۶ و ابراز عواطف در روابط دو نفره ۰/۸۳ مشخص نمود و روایی آن را بر اساس همبستگی پیرسون با پرسشنامه سازگاری زناشویی Locke - Wallace ۰/۸۶ به دست آورد^(۲۱). در ایران نیز حسن شاهی اعتبار این مقیاس را با روش تنصیف ۰/۹۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی آن را بر اساس همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه سازگاری زناشویی Locke - Wallace ۰/۸۶ به دست آورد^(۲۲).

در این پژوهش از مقیاس صمیمیت جنسی Bagarozzi^(۲۱) استفاده شد. این پرسشنامه در ایران توسط بطلانی و همکاران^(۲۳) هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای ۳۰ سؤال می‌باشد و نحوه پاسخگویی به هر سوال در طیف ۴ گزینه‌ای همیشه، گاهی اوقات، بندرت، و هیچ وقت است که از ۱ تا ۴ نمره گذاری شده است. حداکثر نمره کسب شده ۱۲۰ و حداقل آن ۳۰ می‌باشد. هر چه نمره به حداکثر نزدیک‌تر باشد نشانگر صمیمیت جنسی بالای زوجین و هر چه نمره به حداقل نزدیک‌تر باشد نشانگر صمیمیت جنسی پایین در زوجین است. این پرسشنامه در پژوهش بطلانی^(۲۳) استفاده شد و جهت تعیین پایایی آن، بر روی ۷۰ زوج اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر ۰/۸۱ به دست آمد^(۲۳). در پژوهش حاضر اعتبار این مقیاس با روش تنصیف (دو نیمه کردن) ۰/۸۲ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار مطلوب این پرسشنامه برای فرهنگ ایرانی است.

روند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی با مراکز مشاوره خانواده، بهزیستی و مشاوره خانواده شبکه بهداشت و درمان شهرستان نورآباد (دلفان)، از طریق فراخوانی که در

درمانی رفتاری- ارتباطی توسط دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی برگزار شد و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به ذکر است گروه پژوهشگران متعهد شدند پس از پایان پژوهش به آزمودنی‌های گروه کنترل نیز زوج درمانی رفتاری- ارتباطی Bornstein را آموزش دهند. جلسات درمان شامل ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته بود که به صورت گروهی و در هفته یکبار در محلی که بهزیستی شهرستان نورآباد (دلفان) تعیین کرده بود، برگزار شد. در طی این جلسات و همچنین پس از اتمام آموزش، از هر دو گروه جهت بررسی میزان تغییرات پس‌آزمون به عمل آمد. پس از سپری شدن دو ماه از برگزاری جلسات آموزشی، کلیه افراد نمونه تحقیق دوباره به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در پایان داده‌های جمع آوری شده با آزمون Kolmogorov-Smirnov test (جهت رعایت فرض نرمال بودن داده‌ها)، تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌های تکراری و سطح تصحیح Bonferroni تجزیه و تحلیل شدند.

سراسر شهرستان نورآباد به خصوص مراکز مشاوره، بهزیستی و بخش سلامت روان شبکه بهداشت درمان شهرستان نورآباد پخش گردید و سپس از زوجها دعوت به عمل آمد.

پس از تکمیل مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر، افرادی که یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بودند، و به عنوان افراد با سازگاری زناشویی پایین تشخیص داده شدند شناسایی شدند. سپس از بین زوجین مراجعه کننده با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، ۸۰ نفر (۴۰ زوج زن و شوهر) به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت قرعه کشی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و از آنها رضایتنامه کتبی گرفته شد. قبل از شروع مداخله هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سوالی را بدون جواب نگذارند. سپس ۱۰ جلسه‌ی آموزشی ۱/۵ ساعته با حضور زوجین گروه آزمایش برگزار شد. جلسات زوج

خلاصه محتوای جلسات زوج درمانی رفتاری- ارتباطی بر اساس ترتیب جلسات

جلسه	محتوای درمان
جلسه اول	بیان اهداف و مقررات گروه، کلیات درمان رفتاری- ارتباطی Bornstein و مفهوم ناسازگاری زناشویی، صحبت درباره میل جنسی و تاریخچه نگرش نسبت به آن و تدوین فهرست مشکلات زناشویی بین زوجین با همکاری متقابل بین درمانگر و زوجین
جلسه دوم	بررسی سطح ارتباط، مهارت‌های ارتباطی و آموزش صحیح گوش دادن فنون گوش دادن، انعکاس، توجه به زبان بدنی، ابراز وجود پرهیز از نامگذاری، برچسب زدن، تشخیص گذاری، فنون بالا را در رفتارهای خود و همسران دنبال کنید. نتیجه کاربرد فنون را در رفتارهای خود و همسران نام ببرید و ترکیب فنون در همدلی و ارتباط خود و همسران چگونه رخ می‌دهد؟
جلسه سوم	بررسی و اصلاح بنیادهای ارتباطی زوجها و بیان اصول مهم برقراری ارتباط، کاوش در رابطه کنونی هر یک از زوجها با همسر، خانواده مبدأ، و دیگر افراد مهم زندگی‌شان؛ تسهیل بیان احساسات هر یک از زوجها در مورد افراد مهم زندگی‌شان و تشکیل جلسات فردی با هریک از زوجها به منظور کاوش بیشتر در دیدگاه‌های آنها.
جلسه چهارم	بررسی و اصلاح رفتارهای غیرکلامی و کلامی زوجها و بیان تفاوت‌های ارتباطی زن و مرد
جلسه پنجم	آموزش اصول اساسی میزان تقویت تنبیه و رابطه‌های متقابل و سعی در تعمیم رابطه درمانی به دیگر روابط زندگی فرد به ویژه در بیرون از جلسه درمان همچنین تشویق اعضا به تعامل‌های صمیمانه.
جلسه ششم	خطاهای تفسیری کدامند؟ (نامگذاری، برچسب زدن، تشخیص گذاری، انسانیت زدایی و پاسخ رفلکسی) هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و همسران را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط شما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چکار کنیم؟ و نتیجه خطاهای تفسیری در روابط ما با یکدیگر چیست؟

جلسه هفتم	تجزیه و تحلیل نقش عوامل شناختی و خطاهای شناختی زوجها، بازشناسی مشکلات و بی‌ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری زوجین
جلسه هشتم	بازشناسی و آشنایی با افکار و عقاید منفی و غیر منطقی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، بازسازی خودگویی‌هایی ناسازگارانه، آموزش افزایش خودگویی‌هایی مثبت و آموزش مهارت‌های حل مسأله
جلسه نهم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و افزایش تعاملات مثبت، آموزش بیان هیجان و خودابرازی جنسی و آموزش برقراری صمیمیت جنسی.
جلسه دهم	نوشتن نامه‌های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و زوجین به هم و نیز خلاصه سازی روند درمان براساس آنچه کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است

یافته‌ها

گزارش شده است. میانگین نمرات سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است (جدول شماره ۲).

یافته‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که میانگین سنی شرکت کنندگان گروه مداخله ۳۲/۲۸ درصد و گروه کنترل ۳۳/۵۴ می‌باشد. وضعیت تحصیلی شرکت کنندگان گروه مداخله و کنترل در جدول شماره ۱ جدول شماره ۱: وضعیت تحصیلی زوجین در گروه کنترل و آزمایش

متغیر	کنترل	آزمایش
میزان سواد	درصد	میزان سواد
سیکل	۴۹/۳	سیکل
دیپلم	۳۰/۷۰	دیپلم
لیسانس	۲۰	لیسانس
وضعیت تحصیلی		
		درصد
		۵۰/۵
		۲۴/۵
		۲۵

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	آزمایش			کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
سازگاری زناشویی	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
	۹۴/۳۵	۳/۵۵	۱۱۸/۱۵	۲/۶۶	۱۱۹/۷۵	۴/۱۵
صمیمیت جنسی	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
	۵۷/۴۵	۲/۵۸	۶۲/۷۰	۱/۸۳	۵۷/۷۰	۱/۶۸
	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار	معیار
	۳/۵۵	۱۱۸/۱۵	۲/۶۶	۱۱۹/۷۵	۴/۱۵	۹۳
	۹۴/۳۵	۳/۵۵	۱۱۸/۱۵	۲/۶۶	۱۱۹/۷۵	۴/۱۵
	۹۴/۳۵	۳/۵۵	۱۱۸/۱۵	۲/۶۶	۱۱۹/۷۵	۴/۱۵
	۹۴/۳۵	۳/۵۵	۱۱۸/۱۵	۲/۶۶	۱۱۹/۷۵	۴/۱۵

سازگاری زناشویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار است ($P < 0/001$ ، $F = 168/900$) (۲ و ۱۴۴). می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات سازگاری زناشویی معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/001$ ، $F = 429/370$) (۲ و ۱۴۴). می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی، بین میانگین نمرات

نمرات سازگاری زناشویی در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری تکراری برای بررسی اثربخشی مداخله زوج درمانی رفتاری-ارتباطی Bornstein بر سازگاری زناشویی

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta
زمان	۶۱۳۶/۸۱۷	۲	۳۰۶۸/۴۰۸	۴۲۹/۳۷۰	$P \leq 0/001$	۰/۸۹
زمان*گروه	۲۱۱۴/۰۱۷	۲	۱۲۰۷/۰۰۸	۱۶۸/۹۰۰	$P \leq 0/001$	۰/۸۲
زمان * جنس	۱۰/۸۵۰	۲	۵/۴۲۵	۰/۷۵۹	۰/۴۷۲	۰/۰۲۱
زمان * گروه * جنس	۵/۱۱۷	۲	۲/۵۵۸	۰/۳۵۸	۰/۷۰۰	۰/۰۱۰
خطا	۵۱۴/۵۳۳	۱۴۴	۷/۱۴۶	-	-	-
گروه	۵۹۰۸/۰۳۳	۱	۵۹۰۸/۰۳۳	۲۹۴/۵۵۶	$P \leq 0/001$	۰/۶۲
جنس	۸۶۷۰۰	۱	۸۶۷۰۰	۴/۳۲۳	۰/۰۴۵	۰/۱۰۷
گروه * جنس	۳/۳۳۳	۱	۳/۳۳۳	۰/۱۶۶	۰/۶۸۶	۰/۰۰۵
خطا	۷۲۲/۰۶۷	۷۲	۲۰/۰۵۷	-	-	-

بین عامل درون گروهی زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات سازگاری زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات ابراز عواطف دو نفره گروه زوج درمانی رفتاری-ارتباطی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است ($P \leq 0/001$).

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات سازگاری زناشویی معنی‌دار است ($P < 0/001$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان میانگین نمرات سازگاری زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین F مشاهده شده زمان * جنس ($P > 0/472$)، زمان * گروه * جنس ($F = 0/759$ و 2 و 144)، زمان * گروه * جنس ($F = 0/358$ و 2 و 144)، و گروه * جنس ($F = 0/686$ و 1 و 72) معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین رویکرد رفتاری ارتباطی بر سازگاری زناشویی زنان و مردان تأثیر متفاوتی ندارد. از آنجایی که اثر تعامل

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری تکراری برای بررسی اثربخشی مداخله زوج درمانی رفتاری-ارتباطی Bornstein بر صمیمیت جنسی

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta
زمان	۲۳۶/۸۱۷	۲	۱۱۸/۴۰۸	۱۱۳/۹۷۶	$P \leq 0/001$	۰/۷۶
زمان*گروه	۱۵۷/۰۱۷	۲	۷۸/۵۰۸	۷۵/۵۷۰	$P \leq 0/001$	۰/۶۷
زمان * جنس	۲/۱۱۷	۲	۱/۰۵۸	۱/۰۱۹	۰/۳۶۶	۰/۰۲۸
زمان * گروه * جنس	۱/۲۵۰	۲	۰/۶۲۵	۰/۶۰۲	۰/۵۵۱	۰/۰۱۶
خطا	۷۴/۸۰۰	۱۴۴	۱/۰۳۹	-	-	-
گروه	۲۶۷/۰۰۸	۱	۲۶۷/۰۰۸	۲۱/۶۰۶	$P \leq 0/001$	۰/۳۷
جنس	۳/۰۰۸	۱	۳/۰۰۸	۰/۲۴۳	۰/۶۲۵	۰/۰۰۷
گروه * جنس	۰/۶۷۵	۱	۰/۶۷۵	۰/۰۵۵	۰/۸۱۷	۰/۰۰۲
خطا	۴۴۴/۹۰۰	۷۲	۱۲/۳۵۸	-	-	-

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات صمیمیت جنسی معنی‌دار است ($F(2, 144) = 113/976, P < 0/001$) و می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه مورد بررسی، بین میانگین نمرات صمیمیت جنسی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار است ($P < 0/001$). $F(2, 144) = 75/570$ و می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات صمیمیت جنسی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات صمیمیت جنسی معنی‌دار است ($P < 0/001, F(1, 21/606)$) و $F(72, 72)$ لذا می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری، میانگین نمرات صمیمیت جنسی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین F مشاهده شده زمان * جنس ($P > 0/366, F(2, 1) = 1/019$) و $F(2, 144)$ ، زمان * گروه * جنس ($P > 0/551, F(2, 1) = 0/055, P > 0/817$) و گروه * جنس ($P > 0/817, F(2, 1) = 0/055$) و $F(72, 72)$ معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین رویکرد رفتاری ارتباطی بر صمیمیت جنسی زنان و مردان تأثیر متفاوتی ندارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی‌دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح Bonferroni مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات صمیمیت جنسی گروه‌های آزمایش و کنترل وجود نداشت. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات صمیمیت جنسی گروه زوج درمانی رفتاری- ارتباطی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($P \leq 0/001$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری- ارتباطی Bornstein بر افزایش سازگاری

زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین بود. نتایج نشان داد که زوج درمانی رفتاری- ارتباطی باعث افزایش سازگاری زناشویی زوجین شده است. به عبارتی زوجین گروه آزمایش بعد از پیگیری ۲/۵ ماهه در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل از سازگاری زناشویی بالاتری برخوردار بودند. نتایج حاصل از این مطالعه با پژوهش‌های سودانی و همکاران همخوانی دارد. نتایج مطالعه این محققان بر روی زوجین شهر اهواز نشان داد که زوج درمانی به شیوه ارتباطی در کاهش تعارضات زناشویی موثر می‌باشد^(۱۲). همچنین پژوهش Johnson و همکاران که بر روی ۱۷۲ زوج تازه ازدواج کرده انجام شده بود نشان داد که یادگیری مهارت‌های حل تعارض از سوی زوجین و چگونگی برقراری ارتباط مثبت بر رضایت و سازگاری زناشویی نقش مهمی دارد^(۱۶). در تبیین این نتایج می‌توان گفت، عامل پیدایش نقص در ارتباط ناشی از عوامل مختلف (مانند پریشانی هیجانی، اسناد غلط، باورها و رفتارهای اشتباه، اسطوره‌ها و ...) را می‌توان با انجام آموزش‌های مناسب بهبود بخشید. لذا کسب مهارت‌های ارتباطی می‌تواند در توسعه رفتارهای ارتباطی مناسب و بهبود رابطه زناشویی به زوج‌ها کمک کند^(۱۳). تأکید این رویکرد بر جنبه‌های رفتاری، و روابط زوج هاست. در درمان رفتاری- ارتباطی، بکارگیری اصول درمان رفتاری مانند تبادل رفتار، تقویت رفتارهای مثبت و تنبیه رفتارهای ناشایست زوج‌ها، با اصلاح رفتار و جلوگیری از شکل‌گیری تعاملات نامناسب و بروز تعارض موجب بهبود در روابط زوج‌ها می‌شود. الگوهای اسنادی منفی یا استنباط منفی از رفتارهای همسر که می‌تواند از پرازیت‌های ادراکی ناشی شود و غفلت از رفتارهای مثبت در ایجاد و رشد اختلافات زناشویی موثر است. ایجاد فضای حاکی پرسش و پاسخ و روشن‌سازی رفتارها و اظهارات بین زوجین و تمرکز بر رفتارهای کارآمد و دور از ابهام می‌تواند زوجین را به لحاظ عاطفی به همدیگر نزدیک کند در واقع زندگی اغلب زوج‌ها به دلیل فقدان آگاهی از مهارت‌های ارتباطی و سبک ارتباطی ناسالم به یک رابطه ایستا و بدون صمیمیت

تبدیل می‌شود^(۱۲). رویکرد رفتاری- ارتباطی با بررسی تفاوت ارتباطی موجود بین زوج‌های درمانده و غیر درمانده و با بکارگیری مهارت‌های ارتباطی مناسب مانند رعایت احترام متقابل، درک و فهم آداب اجتماعی، وقت شناسی و پرهیز از خطاهای شناختی، در برقراری ارتباط و به کارگیری مهارت‌های کلامی و غیر کلامی به به زوج‌ها کمک می‌کند. از سوی دیگر این رویکرد بیشتر در زوج‌هایی که درماندگی زناشویی دارند، دچار فقدان صمیمیت در رابطه هستند و یا در مواردی که یکی از زوج‌ها از محرک تنش زایی خاصی رنج می‌برد با موفقیت همراه است^(۲۴).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که زوج درمانی رفتاری- ارتباطی باعث افزایش صمیمیت جنسی زوجین شده است. این نتایج با یافته‌های مطالعه Hoyer و همکاران در سال ۲۰۰۹ بر روی زوجین دانشجو همخوانی دارد. در مطالعه Hoyer و همکاران زوج درمانی به شیوه غنی سازی ارتباط باعث افزایش صمیمیت جنسی و عاطفی بین زوجین شده است^(۱۸). همچنین Yoo و همکاران در پژوهشی در سال ۲۰۱۴ نشان دادند که اصلاح الگوهای ارتباطی زوجی، نحوه ابراز و بروز نیازها و هیجانات مثبت و منفی، و مهارتمندی کلامی و هیجانی زوجین در صمیمیت جنسی و عاطفی آنها نقش مهمی دارد^(۱۹) که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در واقع نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهند که زوج درمانی رفتاری- ارتباطی به زوجین می‌آموزد تا از طریق افزایش احساس امنیت و حمایت، در دسترس بودن، پاسخ دهی مناسب به نیاز همسر، ایجاد رفتارهای امن، روش‌های افزایش صمیمیت و ارتباط، آموزش مهارت‌های ارتباطی صحیح و ایجاد رابطه‌ی جنسی مطلوب، رفتار خود را تصحیح کنند^(۲۵). زوج درمانی رفتاری- ارتباطی سعی دارد از طریق بازسازی روابط زوجین، امنیت و رفتارهای امن در آنها را افزایش و تعارض‌های موجود زناشویی، میل به ترک رابطه و طلاق را کاهش دهد و موجب ارتقای سلامت جسمی و

روان شناختی آنها گردد. با توجه تاکید زوج درمانی رفتاری- ارتباطی بر تصحیح و غنی سازی روابط بین زوج‌ها، و چگونگی بیان نیازها و برآوردن نیازها و میزان بیان بهره‌مندی جنسی زوجین از همدیگر و تاثیر آن بر خودارزشمندی هر یک از زوج‌ها، از طرفی موجب مراقبت کردن زن و شوهر از همدیگر شده، که در مجموع می‌تواند بر صمیمیت و رضایت جنسی زوجین تاثیر بسزایی داشته باشد^(۲۶). غنی سازی روابط جنسی زوجین اعم از برقراری تعامل‌های کلامی و غیرکلامی جنسی، خودابرازی جنسی از جمله لمس، در آغوش گرفتن و همچنین دریافت تقویت کننده‌های کلامی و غیرکلامی می‌تواند بر رابطه و عمل جنسی تاثیر مثبتی داشته باشد. بنابراین با توجه به اینکه رابطه‌ی جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مهم ترین مسایل زندگی زناشویی محسوب می‌شود و منعکس کننده‌ی رضایت زوج از جنبه‌های دیگر رابطه می‌باشد، می‌تواند مقیاس خوبی از سلامتی و تندرستی کلی روابط زوجین باشد^(۲۷،۲۸). همچنین با توجه بر تاثیر دوسویه رفتار و هیجانات بر همدیگر و نقش تنظیم و مهارتمندی هیجانی در رضایت زناشویی^(۲۹) این رویکرد به زوجین آموزش می‌دهد تا مهارتمندی هیجانی را کسب کرده و با ایجاد صمیمیت بین زن و شوهر، رابطه موجود بین مهارت‌های هیجانی و سازگاری زناشویی را میانجی‌گری نمایند^(۲۹). بنابراین عدم برقراری روابط درست و صمیمانه بین زوجین مربوط به عدم بیان هیجانات، احساسات و همچنین عدم آگاهی از احساسات یکدیگر است. البته زنان نیز همواره در ایجاد ارتباط صمیمانه و نزدیک با همسران‌شان دچار احساس ترس، خجالت و شرم می‌شوند و به این دلیل از ازدواج احساس نارضایتی می‌نمایند. لذا به کارگیری زوج درمانی رفتاری- ارتباطی در زنان به آگاهی از این احساسات و سازگاری با آنها کمک کرده و می‌تواند در ایجاد روابط صمیمانه و نزدیک آنها با همسرانشان مؤثر باشد^(۳۰). این رویکرد در میان زوج‌های کناره‌گیر نیز ابراز درخواست حمایت و آرامش را آسان تر می‌کند زیرا می‌تواند میزان صمیمیت

رویکردهای خانواده درمانی مقایسه شود تا میزان اثربخشی هر یک بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و سایر متغیرهای روانشناختی مشخص شود. با توجه به اثربخشی رویکرد رفتاری- ارتباطی بر سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی متولی آموزش خانواده از این رویکرد در حل مشکلات زناشویی و خانوادگی استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

از مسئولان بهزیستی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان نورآباد (دلفان)، کلیه‌ی زوجین شرکت کننده در پژوهش و کلیه افرادی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش با شکیبایی همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم

عاطفی، جنسی و زناشویی، سازگاری زناشویی آن‌ها را افزایش دهد^(۳۱).

در انجام هر پژوهش، پژوهشگران با محدودیت‌هایی مواجه هستند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن جامعه آماری به زوجین شهرستان نورآباد (دلفان) می‌باشد که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر گروه‌های جامعه را با محدودیت مواجه می‌سازد. محدودیت زمانی در آموزش گروهی زوج درمانی رفتاری- ارتباطی و عدم توجه به مدت ازدواج و سن آزمودنی‌ها از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، میزان اثربخشی این رویکرد درمانی با توجه به متغیرهای مدت ازدواج و سن آزمودنی‌ها بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود زوج درمانی رفتاری- ارتباطی با دیگر

فهرست منابع

- 1- Edalati A, Redzuan Mr. Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American science*. 2010;6(4):132-7.
- 2- Pascoal PM, Narciso IdSB, Pereira NM. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *J Sex Res*. 2014;51(1):22-30.
- 3- Pielage SB, Luteijn F, Arrindell WA. Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clin Psychol Psychother*. 2005;12(6):455-64.
- 4- Wanic R, Kulik J. Toward an understanding of gender differences in the impact of marital conflict on health. *Sex roles*. 2011;65(5-6):297-312.
- 5- Eryilmaz A, Atak H. Investigation of Starting Romantic Intimacy in Emerging Adulthood in Terms of Self-Esteem, Gender and Gender Roles. *Educational Sciences: Theory and Practice*. 2011;11(2):595-600.
- 6- Bagarozzi DA. Enhancing intimacy in marriage: a clinician's guide: Routledge; 2014. Jan 27
- 7- Haning RV, O'Keefe SL, Randall EJ, Kommor MJ, Baker E, Wilson R. Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *J Sex Marital Ther*. 2007;33(2):93-113.
- 8- P. Greeff HLM, Abraham. Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2001;27(3):247-57.
- 9- Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2014;140(1):140.
- 10- Ahmadi K, Nabipoor S, Kimiaee SA, Afzali MH. [Effect of family problem-solving on marital satisfaction]. *Journal of applied sciences*. 2010;10(8):682-7. Persian.
- 11- Wood ND, Crane DR, Schaalje GB, Law DD. What works for whom: A meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *Am J Fam Ther*. 2005;33(4):273-87.
- 12- Sodani M, Nazarifard M, Mehrabizade M. [Effectiveness of behavioral-communication Bernstein marital therapy on marital conflict]. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(4):1-8 Persian
- 13- Berneshtain F, Berneshtain M. [Marital therapy from the viewpoints of communicative behavior]. Porabedi naini H, Manshahi GH Tehran: Publications roshd.2006. Persian

- 14- Blanchard VL, Hawkins AJ, Baldwin SA, Fawcett EB. Investigating the effects of marriage and relationship education on couples' communication skills: a meta-analytic study. *J Fam Psychol.* 2009;23(2):203.
- 15- Markman HJ, Renick MJ, Floyd FJ, Stanley SM, Clements M. Preventing marital distress through communication and conflict management training: a 4-and 5-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology.* 1993 Feb;61(1):70.
- 16- Johnson MD, Cohan CL, Davila J, Lawrence E, Rogge RD, Karney BR, et al. Problem-solving skills and affective expressions as predictors of change in marital satisfaction. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(1):15.
- 17- Nezhad MZ, Goodarzi AM. [Sexuality, intimacy, and marital satisfaction in Iranian first-time parents]. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(2):77-88. Persian.
- 18- Hoyer J, Uhmman S, Rambow J, Jacobi F. Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders? *Sex Relation Ther.* 2009;24(1):64-73.
- 19- Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2014;40(4):275-93.
- 20- Delavar A. Theoretical Principles and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Publication roshd. 2011. [Persian]
- 21- Erfanmanesh N. [The effects of emotional focused therapy on the marriage suitability]. Presented for MA, Teharan Islamic Azad University. 2005. Persian
- 22- Soltani M, Shairi M, Roshan R. [The effects of Emotion-focused therapy on increase marital adjustment in infertile couples]. *Journal of Behavioral Sciences.* 2011; 6(4): 383- 9 Persian
- 23- Botlani S. [Couple therapy and of Attachment Based on satisfying sexual intimacy]. Master's thesis, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, 2008 Persian
- 24- Wilson LE. Sexual satisfaction in older marriages: effects of family-of-origin distress and marital distress. 2007: 32-40.
- 25- Ditzen B, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Baucom D. Assisting couples to develop healthy relationships: Effects of couples relationship education on cortisol. *Psychoneuroendocrinology.* 2011;36(5):597-607.
- 26- Butzer B, Campbell L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal relationships.* 2008;15(1):141-54.
- 27- Isanezhad O, Ahmadi SA, Etemadi O. [Effectiveness of relationship enhancement on marital quality of couples]. *International Journal of Behavioral Sciences.* 2010;4(1):9-16. Persian.
- 28- Martin JL, Ashby JS. Perfectionism and fear of intimacy: Implications for relationships. *The Family Journal.* 2004;12(4):368-74.
- 29- Cordova JV, Gee CB, Warren LZ. Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *J Soc Clin Psychol.* 2005;24(2):218.
- 30- Mirgain SA, Cordova JV. Emotion skills and marital health: The association between observed and self-reported emotion skills, intimacy, and marital satisfaction. *J Soc Clin Psychol.* 2007;26(9):983.
- 31- Peterson-Post KM, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ. Perceived criticism and marital adjustment predict depressive symptoms in a community sample. *Behav Ther.* 2014;45(4):564-75.

Effectiveness of Behavioral-Communication Couple Therapy on Marital Adjustment and Sexual Intimacy

Abbasi¹ M.PhD

Bagiyan² M.J.PhD
Ghamari Givi⁴ H.PhD

*Dargahi³ SH.MA

Abstract

Background & Aims: There are different approaches in the field of couple therapy and family therapy and researchers over the years have been measuring their credibility and effectiveness. Bernstein Behavioral-communication is one of these approaches. Accordingly, the aim of this study was to assess the effectiveness of Bornstein behavioral-communication couple therapy on increasing marital adjustment and sexual intimacy of Couples.

Material & Methods: This study method was quasi-experimental with pretest-posttest control group. The Statistical Society of current research consisted of all couples referring to counseling centers of Nurabad city (Lorestan) in 2014. The research sample included 80 couples who refer to Family counseling centers, Social Welfare and Health Network; they selected by available sampling method, and assigned in two experimental and control groups. The instrument used in this study included Spinner adjustment questionnaires and Bagarozzi sexual intimacy questionnaires. Analysis of variance with repeated measures used for data analysis.

Results: The results from the mixed analysis of variance with repeated measures showed that the marital adjustment and sexual intimacy of experimental group increased ($P \leq 0.001$). Also the visual inspection of effectiveness graphs and the size of impact factor revealed that the scores of marital and sexual intimacy had significantly increased after two months follow up of participants in experimental group.

Conclusion: The results of showed that couples therapies with Behavioral-Communication method are effective in increasing the adjustment and sexual intimacy. Therefore we propose the couples therapies with Behavioral-Communication method in counseling centers for more adjustment and sexual intimacy of couples.

Keywords: Communication, Couple therapy, Adjustment, Sexual Satisfaction, Couples

Received: 3 May 2015

Accepted: 12 Aug 2015

¹ Assistant Professor Department of Psychology, University of Salman Farsi, Kazeroon, Iran.

² PhD student in Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

³ M.A in Family Counseling, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.
(*Corresponding author). Tel: +989355563540 Email: shahriardargahi@yahoo.com

⁴ Professor Department of counseling, Faculty of Psychology and Education, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.