

Research Article

The Effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on Family Function and Sexual Function of Women with Addicted Spouse

F. Shiri¹, M. Goudarzi^{2*}

1. PhD. Student of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Assistant Professor, Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. Email: mg.sauc@gmail.com

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on improving family function and sexual function of women with addicted spouse. **Method:** The research method was semi-experimental with pre-test, post-test and a three-month follow-up with control group. The statistical population was 68 women with addicted spouse who referred to the Special Counseling Center for women under the supervision of Sanandaj University of Medical Sciences in 2019. Using the available sampling method, 30 people were selected and randomly assigned to the experimental and control groups. The research tools were Epstein, Baldwin & Bishop (1983) Family Assessment Device and Rosen & Heiman (2000) Women's sexual function questionnaire. And Crowe & Ridley (2000) Systemic-Behavioral Couple Therapy was performed in 10 sessions of 90 minute once a week for the experimental group. data was analyzed by mixed analysis of variance. **Results:** The results showed that Systemic-Behavioral Couple Therapy was effective on improving family function ($F=1927.378$, $P=0.001$) and sexual function ($F=43.683$, $P=0.001$) of women with addicted spouses in the post-test phase and this effect remained stable in the follow-up phase. **Conclusion:** The Systemic-Behavioral Couple Therapy approach helped women with addicted spouse increase their ability to build effective relationships, dialogue, negotiation, and interaction, thereby improving family function and sexual function.

Key word: *systemic-behavioral couple therapy, family function, sexual function*

Citation: Shiri, F., & Goudarzi, M. (2020). The Effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on Family Function and Sexual Function of Women with Addicted Spouse. *Quarterly of Applied Psychology*, 14(4):345-368.

اثر بخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد

فاطمه شیری^۱، محمود گودرزی^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران.

۲. استادیار گروه مشاوره خانواده، واحد سنج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنج، ایران. ایمیل: Email: mg.sauc@gmail.com

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری، زنان دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ویژه زنان تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی در شهرستان سنج در سال ۱۳۹۸ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه سنجش خانواده‌آپشتاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و هایمن (۲۰۰۰) بود، و زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری کرو و ریدلی (۲۰۰۰) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار برای گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده ($F=1927/38$, $P=0/001$) و عملکرد جنسی ($F=43/68$, $P=0/001$) زنان دارای همسر معتاد در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** رویکرد زوج-درمانی سیستمی-رفتاری به زنان دارای همسر معتاد کمک کرد تا توانایی خود را برای ایجاد روابط مؤثر، گفت‌وگو، مذاکره، و تعامل افزایش دهند و از این طریق عملکرد خانواده و عملکرد جنسی خود را بهبود بخشند.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری، عملکرد خانواده، عملکرد جنسی

استناد به این مقاله: شیری، فاطمه، و گودرزی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۴ (۴ پیاپی ۵۶): ۳۶۸-۳۴۵.

مقدمه

خانواده مهم‌ترین نهادی است که روند رشد شخصی و اجتماعی افراد را تعیین می‌کند و در جهت فراهم کردن محیط عاطفی لازم گام برمی‌دارد (جو و چن، ۲۰۱۶). در خانواده‌های دارای عملکرد سالم، نوع ارتباط اعضای خانواده مستقیم بوده و ارتباط کلامی و غیرکلامی همخوان است، مهارت حل مسئله وجود دارد و تعارض‌ها به شکل مناسب حل و فصل می‌شود و نیازهای اساسی همه اعضا برآورده می‌شود (پرز و کو، ۲۰۱۸). ولی در خانواده‌های دارای عملکرد نامناسب مشکلات عاطفی وجود دارد. نوع ارتباط اعضای خانواده ناهمخوان و واکنش‌های هیجانی نامناسب است. اعضای خانواده علاقه‌ای به همدیگر ندارند و نسبت بهم سرمایه‌گذاری عاطفی نمی‌کنند (بروتی، دیاس، پیریا، لافر، نیری، ۲۰۱۶). خانواده‌های نابسامان از جمله خانواده‌های دارای سرپرست معتاد، با فقدان ارتباطات صحیح بین همسران، آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده و با اختلال در عملکرد خانواده روبه‌رو هستند (محمدی‌فر، طالبی و طباطبایی، ۱۳۸۹). یکی از مهم‌ترین تهدیدها برای ثبات روابط زناشویی و از عمده‌ترین دلایل تعارض زناشویی و فروپاشی خانواده‌ها در فرهنگ‌های مختلف اعتیاد می‌باشد (محسن‌زاده، محمدنظری و عارفی، ۱۳۹۰). با اعتیاد مرد خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده دچار اختلال می‌شود. همچنین اعتیاد مرد خانواده، باعث کاهش نقش حمایتی مرد به‌عنوان سرپرست خانواده می‌شود و به دنبال آن فقدان حمایت‌های اجتماعی در این خانواده‌ها، سبب بروز اختلال‌های روانی و به خطر افتادن سلامت روانی اعضای خانواده می‌گردد (چمبرز، چیو، اسکات، تولومکزکو، ردلمر، لوینسون و وانگ، ۲۰۱۴).

در چنین شرایطی، زن در نقش همسر در امن‌ترین نهاد اجتماعی یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود. به‌جای اینکه محیط خانه محل امنیت، آرامش و آسایش باشد، تبدیل به جایگاه هراس و ناامنی می‌شود. آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آن قدر عمیق می‌شود که افزون بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض استرس و مشکلات روان‌شناختی قرار می‌گیرد (ناعمی، ۱۳۹۴، به نقل از تقی‌پور، باغستانی و سعادت، ۱۳۹۸). مسائل اعتیاد بر روابط اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد که از جمله آن‌ها آشفتگی در نقش‌ها، امور روزمره و ارتباطات اعضای خانواده، و اثرات نامطلوب آن بر زندگی اجتماعی و امور مالی خانواده است (دالوس و

1. Guo & Chen
2. Barker & Chang
3. Berutti, Dias, Pereira, Lafer & Nery

4. Chambers, Chiu, Scott, Tolomiczenko, Redelmeier, Levinson & Hwang

دراپر^۱، (۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۳۴ درصد زنان دارای همسر معتاد سالم، ۵۸ درصد دارای روان‌رنجوری و هشت درصد دارای روان‌پریشی هستند و در کل بین وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد و سالم تفاوت معناداری وجود دارد (توده رنجبر و عراقی، ۱۳۹۷). گسستگی‌های عاطفی، طلاق، و از هم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء اعتیاد به شمار می‌رود. اختلال در ساختار خانواده‌های دارای سرپرست معتاد و فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین در این خانواده‌ها، موجب بروز آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده می‌شود. در نتیجه، این عوامل موجب اختلال در عملکرد این خانواده‌ها می‌شوند (محمدی‌فر و همکاران، ۱۳۸۹).

عملکرد خانواده تلاش مشترکی برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده است (ثنایی، ۱۳۸۹). زمانی که این تعادل بهم خورد، عملکرد خانواده دچار اختلال می‌شود. در چنین شرایطی خانواده از مسیر خود خارج می‌شود. فرزندان دچار سردرگمی شده و احتمال درگیر شدن با انواع آسیب‌های اجتماعی وجود دارد. زوجین که دیگر بر زندگی کنترلی ندارند، آسیب‌های روحی و روانی فراوانی را متحمل می‌شوند. مواردی وجود دارد که عملکرد خانواده را متأثر می‌سازد. (بارکر و چانگ^۲، ۲۰۱۳). رضایت از عملکرد جنسی یکی از عوامل مؤثر در عملکرد خانواده شناخته شده است (فروتن و جدید میلانی، ۱۳۸۷).

عملکرد جنسی مناسب و سالم یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است، و رضایت‌بخش نبودن آن باعث احساس محرومیت، و عدم ایمنی در زوجین می‌شود. محرومیت جنسی در بسیاری از مواقع منجر به فروپاشی زندگی و طلاق می‌شود (بیرنباوم مایکولاینسر، سنول، شاور و میزراهی^۳، ۲۰۱۴). چرخه جنسی زنان به عوامل نوروزنیک، عوامل روانی و اجتماعی و مانند آن وابسته است، و اختلال در هر یک از این عوامل می‌تواند به عملکرد جنسی پایین در آنان منجر شود. اختلال عملکرد جنسی با کاهش میل جنسی، تحریک، نداشتن ارگاسم و یا درد جنسی تشخیص داده می‌شود (ارس، ارس، ایکاگاسیوگلو، یوموساخویلو، کماهلی، حلیلوغلو، اوگز^۴، ۲۰۱۳).

یکی از رویکردهای مؤثر در بهبود روابط زوجین و درمان مشکلات جنسی، زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری است. زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری توسط کرو و ریدلی در سال ۱۹۹۰ در انگلستان

1. Dallos & Draper
2. Barker & Chang
3. Birnbaum, Mikulincer,
Szepsenwol, Shaver & Mizrahi

4. Aras, Aras, Icgasioglu,
Yumusakhuyly, Kemahli, Haliloglu
& Oguz

معرفی شد. این رویکرد کاربردی است و تلفیقی از زوج‌درمانی رفتاری استوارت و زوج‌درمانی سیستمی مینوچین است و برای تغییر فرایند تعامل زوج‌ها و کمک به حل مشکلات آنان به کار می‌رود (اسنایدر و بالدرا-دوربین^۱، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه سیستمی هر عنصری وابسته به محیط خود و سایر عناصر سیستمی است که خود جزئی از آن است و هر چیزی بر حسب رابطه‌اش با سایر عناصر تعریف می‌شود. زیرساخت تمام رویکردهای سیستمی مفهوم علیت حلقوی است و مسایلی که در رابطه اتفاق می‌افتد در نتیجه یک چرخه پیچیده از تعامل است که هر دو زوج در آن نقش دارند. الگوی تعامل رابطه سیستمی را حلقه‌های بازخورد تشکیل می‌دهد، هم فرد روی دیگران تاثیر می‌گذارد و هم از آنها تاثیر می‌پذیرد (گلدنبرگ، ۲۰۰۱، نقل از حسین‌شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۹۴). بر مبنای الگوی سیستمی، اختلال عملکرد جنسی نشانه‌ای از اختلال در روابط زوجین و عملکرد خانواده است که در صورت حل شدن مشکل زوجین برطرف خواهد شد (تریموپور، بیدختی و پورشهباز، ۱۳۹۰). با استفاده از فنون زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری فرد همواره خود را ارزیابی کرده و با مدیریت هیجان‌های منفی، رفتارش را تغییر می‌دهد تا بتواند به سطح مطلوب دست یابد (کیوانی امید، ۱۳۹۶). هدف اصلی درمان سیستمی-رفتاری بهبود روابط زوجین است که به‌طور کلی بر افزایش راه‌های تعاملی متفاوت و افزایش انعطاف‌پذیری تکیه دارد. این راهبرد می‌تواند افزایش توانایی در حوزه کلامی یا حل مسئله باشد. نوع درمان در این رویکرد دارای محدودیت زمان و موضوع است. اهداف نیز محدود هستند و تأکید این رویکرد بر بهبود سازگاری رفتاری است تا تغییر اساسی در نگرش یا بینش زوج. در اصل، درمانگر یک الگوی خودیاری با جهت‌یابی ویژه فراهم می‌کند که زوجین بتوانند آموخته‌های جلسه درمان را به موقعیت خانه منتقل کنند. فنون مورد استفاده در زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری، ترکیبی از فنون زوج‌درمانی رفتاری و سیستمی است. انتخاب مداخلات سیستمی یا رفتاری متناسب با هر مرحله تعیین شده و با اصطلاح «سطوح متناوب سلسله‌مراتب مداخله» تعریف می‌شود (کرو و ریدلی^۲، ۲۰۰۰).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مثبت زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر روابط همسران است. به‌عنوان مثال، زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری در پژوهش یوسف‌زاده، فرزاد، نوابی‌نژاد و نورانی‌پور (۱۳۹۶) بر افزایش بهزیستی روانی همسران، در مطالعه گودرزی و بوستانی‌پور (۱۳۹۲) بر افزایش سازگاری همسران و کاهش هیجان‌های منفی‌شان، و در پژوهش فلاح‌زاده و ثنایی‌ذاکر (۱۳۹۱) بر کاهش مشکلات زناشویی و افزایش سازگاری زناشویی، در پژوهش بوستانی‌پور (۱۳۸۸) بر افزایش میزان میل جنسی یکسویه زوج‌ها، و در پژوهش آجلی لاهیجی و بشارت (۱۳۹۶) بر

1. Snyder & Balderrama-durbin

2. Crowe & Ridley

افزایش سازش یافتگی زناشویی و ایجاد احساس مثبت آن‌ها به یکدیگر و کاهش بی‌ثباتی پیوند زناشویی و پیشگیری از وقوع طلاق موثر بود. درمان شناختی-رفتاری در پژوهش نعمتی سوگلی-تپه، محمدی‌فر و خالدیان (۱۳۹۶) نیز در افزایش سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی افراد معتاد، و در پژوهش گودرزی، شیری، محمودی (۱۳۹۷) در کاهش تعارض زناشویی و ابعاد آن، افزایش همکاری، بهبود رابطه جنسی، و کاهش واکنش‌های هیجانی منفی همسران موثر بود. در پژوهش ناصری فدافن، نوحی و آقایی (۱۳۹۷) نیز مداخله مبتنی مدیریت خشم موجب بهبود کیفیت روابط زناشویی و اضطراب اخلاقی در مردان دارای سوء مصرف مواد مخدر شد. در پژوهش سلیمانیان، نقی‌نسب اردهائی و ثناگو (۱۳۹۴) نیز درمان سیستمی اختلال‌های جنسی موجب بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال میل جنسی شد.

میزان طلاق به‌عنوان شاخص اصلی عدم رضایت زناشویی، بیانگر این مسئله است که روابط زناشویی به‌طور کلی در جامعه ما از سلامت کافی برخوردار نیست. طبق نتایج پژوهش‌های انجام‌شده طی سه دهه اخیر در ایران و پژوهش‌های متعدد جهانی، اعتیاد به‌عنوان یکی از عوامل بروز طلاق تأیید شده است (کلانتری، روشن فکر و جواهری، ۱۳۹۰). اعتیاد مردان موجب دلسردی زنان در زندگی شده و سبب می‌شود که زنان ابراز محبت کمتری نسبت به همسرانشان داشته باشند، روابط جنسی و عاطفی خود را با همسرانشان به حداقل برسانند و مهارت‌های ارتباطی محدودی در روابط خود استفاده کنند، در نتیجه ناسازگاری زوجین تشدید می‌شود (شاه‌محمدی، ۱۳۸۷). یکی از عوارض اعتیاد بروز رفتارهایی مانند خشونت جنسی، جسمی و لفظی می‌باشد که موجب ایجاد آسیب در روابط زوجین و در نتیجه فروپاشی نظام خانواده می‌شود (ترنر، لاتکین، سونستین و تاندون^۱، ۲۰۱۱)، در یک فراتحلیل که توسط حسینی و نجفی (۱۳۹۴) انجام شد نتایج حاصل از بررسی بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مواد مخدر بر اختلال عملکرد جنسی است که به‌دنبال آن، بنیان خانواده متأثر می‌شود و امکان فروپاشی خانواده وجود دارد. و لازم است راهکارهایی جهت پیشگیری از مصرف مواد، آموزش به مصرف‌کنندگان و خانواده آنان، و آگاه‌ساختن آنان از عوارض مصرف مواد، و همچنین درمان اختلال جنسی ناشی از اعتیاد اندیشیده شود. لذا با توجه به نتایج حاصل از پژوهش‌ها و اهمیت مسئله زنان دارای همسر معتاد ضرورت انجام این پژوهش را ایجاد کرد که شاید بتوانیم با مداخلات زوج‌درمانی گامی در جهت بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی آنان برداریم. در مورد علت اینکه در این پژوهش بسته تدوین شده برای زوجین برای زنان بکار رفته است باید به پژوهش سودانی و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷) و

1. Turner, Latkin, Sonestein & Tandon

شادیش (۱۹۹۵) اشاره کرد که در مطالعه خود نشان دادند اثربخشی زوج درمانی به صورت انفرادی در مقایسه با درمان توأم زوجین اثربخشی بیشتری دارد و در تبیین علت آن بیان کردند که ایس (۱۹۸۹) معتقد به مشاوره انفرادی زوجین است و وجود همسر دیگر در جلسه مشاوره را مانعی برای بیان بسیاری از مسائل و مشکلات می‌داند و الزامی به با هم دیدن زوجین در جلسات زوج درمانی نمی‌بیند و تاکید بر ملاقات زوجین به شیوه انفرادی دارد. به خصوص در اختلال عملکرد جنسی مصداق بیشتری دارد با توجه به زمینه فرهنگی ما و وجود متغیرهایی مانند اختلال عملکرد جنسی و اعتیاد همسر، حضور همسر دیگر مانعی برای بیان مشکلات و مخفی ماندن بسیاری از حقایق و همچنین مانعی در درمان خواهد بود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف آزمون فرضیه‌های زیر انجام شد.

۱. مداخله زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد مؤثر است.
۲. تأثیر مداخله زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در زنان دارای همسر معتاد در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه و جامعه آماری ۶۸ زن دارای همسر معتاد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ویژه زنان تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی کردستان در شهرستان سنندج طی سال ۱۳۹۸ بود که در این مرکز جهت دریافت خدمات رایگان پرونده داشتند. از بین آن‌ها ۳۰ زن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، اعتیاد همسر به مواد مخدر، حداقل میزان تحصیلات سیکل و توانایی تکمیل پرسشنامه‌ها، طول عمر ازدواج حداقل ۲ سال، توانایی شرکت در جلسات، داشتن حداقل یک فرزند، و ملاک‌های خروج از پژوهش وجود اختلال‌های روان‌پزشکی بر اساس نتایج آزمون روانی‌میلون، مصرف داروهای روان‌پزشکی، شرکت هم‌زمان در جلسات درمانی دیگر، طلاق قانونی و عدم حضور در جلسات بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده. این پرسشنامه ۶۰ سؤالی توسط اپستاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳) بر پایه الگوی مک‌مستر (۱۹۷۸) تهیه شده و دارای شش خرده‌مقیاس حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار، و پاسخگویی عاطفی است. ابزار سنجش خانواده با ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳). در پژوهش زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ ضریب پایایی برای کل پرسشنامه، ۰/۷۱ و برای خرده‌مقیاس‌های حل مسئله ۰/۷۲، ارتباطات در خانواده ۰/۷۰، نقش‌ها و مسئولیت‌ها در خانواده ۰/۷۱، آمیختگی عاطفی در خانواده ۰/۷۳، کنترل رفتار در خانواده ۰/۶۶ و پاسخگویی عاطفی در خانواده ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ با ضریب ۰/۸۵ تأیید شد.

۲. شاخص عملکرد جنسی زنان. این شاخص ۱۹ سؤالی توسط روزن، براون و هیمن (۲۰۰۰) ساخته شد و عملکرد جنسی زنان را در طول چهار هفته گذشته در شش حوزه مستقل تمایل جنسی، برانگیختگی، لغزنده‌سازی، ارگاسم، رضایت‌مندی، و درد جنسی می‌سنجد. اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) طی پژوهشی که به همین منظور انجام گرفت، تأیید شد. پرسشنامه از نظر اعتبار یا روایی نیز تفاوت معناداری بین نمرات گروه بیماران و گروه گواه در هر شش حوزه را مشخص کرد. در ایران روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط محمدی، حیدری و فقیه‌زاده در سال (۱۳۸۷) به دست آمد. در پژوهش نظریور، سیمبر، تهرانی، علوی مجد (۱۳۹۴) به منظور تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد. همچنین نتایج آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۸ به دست آمد. در پژوهش فخری، زیدی، پاکپور حاجی‌آقا، مرشدی، محمد جعفری و دزفولی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۶ و برای مؤلفه‌های تمایل ۰/۸۱، تحریک جنسی ۰/۷۶، رطوبت ۰/۸۲، اوج لذت جنسی ۰/۹۰، رضایت‌مندی ۰/۸۷، و درد ۰/۷۲ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ با ضریب ۰/۷۶ تأیید شد.

۳. برنامه زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری. در این پژوهش جلسه‌های مداخله زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر اساس برنامه کرو و ریدلی، ۲۰۰۰ (به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۵) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته به شکل ذیل اجرا شد:

طرح درمان زوج درمانی سیستمی- رفتاری کرو و ریدلی، ۲۰۰۰ (نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۵)

ردیف	عنوان جلسه	محتوای جلسه	اهداف جلسه
۱	ارزیابی	آشنایی و مقدمات، شرح حال، فرضیه‌سازی، شناسایی کارکرد علامت	ارزیابی مشکل و الگوی تعامل بین فردی، تعیین اهداف
۲	گفتگوی متقابل	بیان انتظارات، آموزش مهارت‌های گفتگو، (گوش دادن، ساده کردن درخواست‌ها، تبدیل شکایت به خواسته)، ارائه تکلیف	ایجاد توانایی در همسران برای تمرکز بر تعامل فعلی و بهبود گفتگو
۳	آموزش ارتباط (۱)	پیام‌های روشن و متناسب، همدلی، مهارت حل مساله، ارائه تکلیف	آموزش مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی
۴	آموزش ارتباط (۱)	تمرکز بر موضوع اصلی، بازخورد تعامل، بیان احساسات	توانایی در شناسایی و ابراز صحیح احساسات
۵	تفکر سیستمی	زنجیره رفتار تکرار، فرمول‌بندی مجدد، چرخشی بودن قوانین حاکم بر زنجیره‌ها، هماهنگی در تعامل	شناخت و گست از الگوی تعاملی جاری
۶	مفاهیم سیستمی	اتحادها، مرزها، سلسله مراتب، نزدیکی و فاصله	آشنایی با قواع دسیستم
۷	مداخلات ساختاری	تمرکز بر موضوعات جزئی- چالش با فرضیه‌ها، تمرکز بر میزان تعامل، تندیس سازی	توانایی بازسازی ساختار ناکارآمد
۸	مداخلات سیستمی	فرمول‌بندی‌ها، جداول زمان‌بندی، ارائه تکلیف خانگی	استفاده از جایگزین‌ها برای مشکلات خاص
۹	روابط جنسی	تعامل رابطه جنسی و رابطه کلی	تمایز بین مشکلات جنسی و عوامل دخیل در عدم علاقه
۱۰	جلسه پایانی	مرور مهارت‌های تعامل مؤثر، جلسه بانک	ارزیابی میزان پیشرفت

شیوه اجرا

پس از کسب مجوز و اخذ کد اخلاق IR. MUK. REC. 1398. 104 از دانشگاه علوم پزشکی کردستان، در مرکز مشاوره ویژه زنان در سنندج که شرایط آموزش و مداخله را داشت و زنان دارای همسر معتاد جهت دریافت خدمات رایگان در این مرکز پرونده داشتند؛ برای مراجعه کنندگانی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند درباره طرح پژوهش، اهداف پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده شد و پس از کسب رضایت از آزمودنی‌ها و ابراز تمایل

آن‌ها برای شرکت در پژوهش رضایت کتبی اخذ شد. نمونه پژوهش ریزش نداشت. جلسه‌های درمان به‌خاطر حفظ رازداری به‌صورت فردی و هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. آزمودنی‌های هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه در شرایط یکسان به پرسشنامه‌های عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان پاسخ دادند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، برای گروه گواه مداخله زوج درمانی در ۱۰ جلسه به‌صورت فردی اجرا شد. داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و به روش تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب در گروه آزمایش ۳۴،۴ و ۵،۹۶، و در گروه گواه ۳۶،۲ و ۶ بود. طول مدت ازدواج در گروه آزمایش ۵-۲ سال ۲ نفر (۱۳ درصد)، ۶-۹ سال ۳ نفر (۲۰ درصد)، بیشتر از ۹ سال ۱۰ نفر (۶۷ درصد) و در گروه گواه ۵-۲ سال ۱ نفر (۷ درصد)، ۶-۹ سال ۲ نفر (۱۳ درصد)، بیشتر از ۹ سال ۱۲ نفر (۸۰ درصد) بود. تعداد فرزندان در گروه آزمایش یک فرزند ۲ نفر (۱۳ درصد)، دو فرزند ۱۰ نفر (۶۷ درصد)، بیشتر از دو فرزند ۳ نفر (۲۰ درصد) و در گروه گواه یک فرزند ۳ نفر (۲۰ درصد)، دو فرزند ۱۰ نفر (۶۷ درصد)، بیشتر از دو فرزند ۲ نفر (۱۳ درصد) بود. میزان تحصیلات در گروه آزمایش سیکل ۷ نفر (۴۶ درصد)، دیپلم ۵ نفر (۳۳ درصد)، فوق دیپلم ۳ نفر (۲۰ درصد) و در گروه گواه سیکل ۵ نفر (۳۳ درصد)، دیپلم ۷ نفر (۴۶ درصد)، فوق دیپلم ۳ نفر (۲۰ درصد) بود. میزان درآمد ماهیانه گروه آزمایش زیر ۵۰۰ هزار تومان ۲ نفر (۱۳ درصد)، بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون ۴ نفر (۲۷ درصد)، بین ۱-۱/۵ میلیون ۶ نفر (۴۰ درصد)، بالای ۱/۵ میلیون ۳ نفر (۲۰ درصد) و در گروه گواه بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون ۳ نفر (۲۰ درصد)، بین ۱-۱/۵ میلیون ۸ نفر (۵۳ درصد)، بالای ۱/۵ میلیون ۴ نفر (۲۷ درصد) بود. شغل همسر در گروه آزمایش، شغل آزاد ۱۳ نفر (۸۷ درصد)، بیکار ۲ نفر (۱۳ درصد) و در گروه گواه، شغل آزاد ۱۴ نفر (۹۳ درصد)، بیکار ۱ نفر (۷ درصد) بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار داده‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه

گروه	عملکرد خانواده		عملکرد جنسی	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
	استاندارد		استاندارد	
آزمایش	۱۸۰/۰۷	۷/۸۱	۲۴/۲۷	۱۴/۱۴
پیش‌آزمون				
پس‌آزمون	۶۰/۸۷	۳/۹۴	۸۶	۷/۴۱

پیگیری	۶۵/۶	۴/۸۵	۱۰۸/۵۳	۱۵/۰۹
پیش آزمون	۱۷۹/۴۷	۷/۵۰	۲۴/۳۳	۱۴/۳۷
پس آزمون	۱۷۰/۴	۷/۶۱	۳۳/۷۳	۱۹/۱۷
پیگیری	۱۷۱/۲۰	۶/۸۵	۵۶/۴	۲۷/۶۵

در جدول ۱ نتایج توصیفی حاصل از اثربخشی زوج درمانی سیستمی رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد نشان داد در متغیر عملکرد خانواده کمترین میانگین در پس‌آزمون گروه آزمایش بوده و هم‌چنین در متغیر عملکرد جنسی بیشترین میانگین در پیگیری گروه آزمایش بوده است.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های مربوط به توزیع طبیعی داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، ام باکس

متغیرها	شاپیروویلیک Z	لون		موخلی		ام باکس	
		F	معناداری	W	p	F	معناداری
عملکرد خانواده	۰/۱	۲/۵۲	۰/۱۵	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱	۲/۸۷	۰/۰۰۲
عملکرد جنسی	۰/۱	۲/۹۶	۰/۰۶	۰/۸۱	۰/۰۲	۱/۲۲	۰/۰۹

در جدول ۲ بنابر نتایج آزمون شاپیروویلیک شرط توزیع طبیعی نمره‌ها برقرار است. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس‌های خطا در دو گروه و نتایج آزمون موخلی عدم برقراری آزمون کرویت است که این منجر می‌شود از آزمون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله برای دو گروه

متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	η^2
خانواده عملکرد	درون گروهی (مراحل)	۷۸۸۶۶/۰۷	۱/۳۱۹	۵۹۷۷۹/۰۶۹	۰/۹۸
	بین گروهی (مداخله)	۱۱۵۰۶۱/۳۷۸	۱	۱۱۵۰۶/۳۷۸	۰/۹۸
	تعامل (مراحل × مداخله)	۵۸۵۵۸/۱۵۶	۱/۳۱۹	۴۴۳۸۶/۰۴	۰/۹۷
جنسی عملکرد	درون گروهی (مراحل)	۵۱۵۹۱/۰۸۹	۱/۸۸۹	۲۷۳۱۳/۲۸۷	۰/۸۷
	بین گروهی (مداخله)	۲۷۲۱۳/۶۱۱	۱	۲۷۲۱۳/۶۱۱	۰/۶۱
	تعامل (مراحل × مداخله)	۱۳۶۵۹/۰۸۹	۱/۸۸۹	۷۲۳۱/۳۷۷	۰/۶۳

جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه‌گیری در دو متغیر معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). اثر تعاملی با

اندازه اثر ۰/۹۷ برای متغیر عملکرد خانواده و با اندازه ۰/۶۳ برای متغیر عملکرد جنسی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر عملکرد خانواده در مراحل مختلف

خطای استاندارد	تفاوت (I-J)	مرحله (j)	مرحله (I)
۱۱/۶۵	۶۴/۱۳**	پس آزمون	پیش آزمون
۱۱/۶۵	۶۱/۳۷**	پیگیری	پیش آزمون
۱۱/۶۵	-۶۴/۱۳**	پیش آزمون	پس آزمون
۱۱/۶۵	-۲/۷۷	پیگیری	پس آزمون

$< ۰/۰۰۱^{**} P < ۰/۰۰۵^{*}$

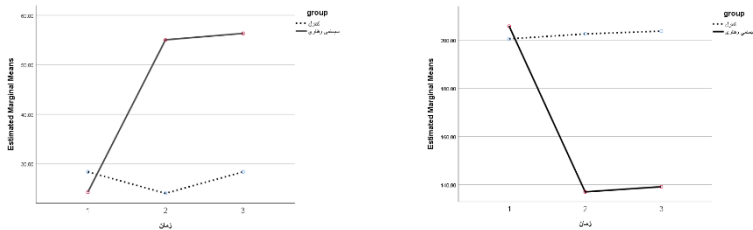
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین مراحل اول و دوم، اول و سوم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$) و بین مراحل دوم و سوم تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < ۰/۰۰۹$).

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر عملکرد جنسی در مراحل مختلف

خطای استاندارد	تفاوت (I-J)	مرحله (J)	مرحله (I)
۷/۱۳	-۳۵/۵۶**	پس آزمون	پیش آزمون
۷/۱۳	-۵۸/۱۶**	پیگیری	پیش آزمون
۷/۱۳	۳۵/۵۶**	پیش آزمون	پس آزمون
۷/۱۳	-۲۲/۶۰**	پیگیری	پس آزمون

$< ۰/۰۰۱^{**} P < ۰/۰۰۵^{*}$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین مراحل اول و دوم، اول و سوم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)، هم‌چنین بین مراحل دوم و سوم نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۶$).



نمودار ۲. عملکرد جنسی دو گروه در سه مرحله

نمودار ۱. عملکرد خانواده دو گروه در سه مرحله

شکل ۱. نمودارهای مربوط به اثربخشی زوج درمانی سیستمی - رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در دو گروه

در شکل ۱ نمودارها نشان می‌دهد زوج درمانی سیستمی - رفتاری منجر به بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون خود گروه و نسبت به گروه گواه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در زنان دارای همسر معتاد انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی در زنان دارای همسر معتاد تأثیر داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری بعد از سه ماه نیز پایدار بود. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های یوسف‌زاده و همکاران (۱۳۹۶)، گودرزی و بوستانی‌پور (۱۳۹۲)، فلاح‌زاده و ثنایی‌ذاکر (۱۳۹۱)، و سلیمانیان و همکاران (۱۳۹۴)، بوستانی‌پور (۱۳۸۸)، آجلی لاهیجی و بشارت (۱۳۹۶) است. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری برای بهبود روابط زناشویی و افزایش سازگاری همسران مؤثر می‌باشد. در تبیین اثربخشی رویکرد سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده می‌توان گفت رویکرد سیستمی-رفتاری بر اساس دیدگاه سیستمی بر حیطه کلی تعامل خانواده تمرکز دارد و رابطه همسران بخش مهمی از آن محسوب می‌شود. آموزش فنون برقراری ارتباط موثر با همسر، همدلی، تبادل پیام‌های روشن و متناسب، بیان احساسات، مهارت حل مسئله، احتمالاً به زنان کمک کرد که برخی از مشکلات مربوط به رابطه حل کنند. در پایان هر جلسه با ارائه تکالیف و اجرای فنون آموخته شده در منزل و دریافت بازخورد آن‌ها در جلسات بعدی، باعث افزایش تعامل مثبت با همسر، بهبود روابط کلیه اعضای خانواده و در نهایت عملکرد خانواده شد. در خانواده‌های دارای همسر معتاد عملکرد جنسی دچار اختلال شده

که هم می‌تواند ناشی از مواد مخدر باشد و هم به دلیل اختلال در عملکرد خانواده و تعارض حل نشده همسران. آموزش مفهوم علیت حلقوی در برابر علیت خطی و اینکه رفتار فرد در سیستم واکنشی است به رفتار طرف مقابل، سهم هر زوج در بروز مشکلات یادآوری شد و با استفاده از فن تبدیل شکایت به خواسته، زنان یاد گرفتند؛ دست از شکایت بردارند و به‌جای بیان مشکلات، شکوه و گلایه، مستقیم خواسته‌های خود را در برابر همسرشان بیان کنند. فن تبدیل شکایت به خواسته به‌صورت تکلیف‌خانگی به زندگی واقعی زنان تعمیم داده شد و احتمالاً این روش موجب بهبود تعامل همسران و عملکرد خانواده شد. در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد جنسی می‌توان گفت که فنون رفتارهای جنسی سالم، افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، علل کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی زنان اثر گذاشته و با تاثیر مثبت متقابل روی همسر به‌ویژه در زمینه ارتباط، موجب افزایش رضایت جنسی شد و علاوه بر آن زنان با آگاهی از نقش رابطه جنسی در رابطه کلی و بالعکس، مشکلات مرتبط با رابطه جنسی را بیان کردند و کمک به درمان آن‌ها از طریق فنون مربوط به درمان در هر مرحله از چرخه جنسی براساس رویکرد زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری، موجب بهبود عملکرد جنسی شد. همچنین زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری دارای گام‌های سلسله‌مراتبی است و با استفاده از فن مهارت‌گفت‌وگویی چهره به چهره، احتمال به بن‌بست رسیدن و ناتوانی در حل مشکلات پایین می‌آید و زمینه بروز احساسات همسران به روش صحیح فراهم می‌شود. زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری با استفاده از فنون تناقض و وادار کردن به بحث و گفت‌وگو درباره نارضایتی‌ها بر پذیرش همسران تأثیر می‌گذارد؛ به این معنا که زن و مرد درمی‌یابند نباید با کناره‌گیری و پذیرش مسائل و مشکلات، ناتوانی خود را برای تأثیرگذاری روی وقایع بپذیرند. طبق فن جدول زمان‌بندی تناقض^۱، برنامه زمانی مشخصی که توسط خود فرد و درمانگر تعیین می‌شود، همسران موظف می‌شوند درباره افکار و احساسات مزاحم خود فکر کنند. رویکرد زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری برای بهبود سازگاری مورد انتظار شامل ارتباط بهتر در سطح هیجانی و رفتاری به کار می‌رود و باعث توانایی بیشتر گفت‌وگو، بحث سازنده، پذیرش مرزبندی شخصی و مسئولیت فردی، پاسخ‌های متنوع‌تر، و در نهایت رابطه انعطاف‌پذیرتر و قابل تحمل می‌شود. برخی مشکلاتی که زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری کارآمدی بالایی را در آن‌ها نشان داده است عبارتند از: مشکلات ارتباطی و گفت‌وگو، خیانت در زندگی زناشویی، مشاجره و خشونت، طلاق و جدایی، علائم روان‌پزشکی در یکی از

1. paradox-time table

همسران، وابستگی به الکل یا مواد مخدر در یکی از همسران، اختلال‌های جنسی، حسادت، تملک‌جویی یا تکانشی بودن (کرو و ریدلی، ۲۰۰۰، نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش عیسی‌زاده (۱۳۹۲) زوج‌درمانی سیستمی-شناختی گاتمن بر افزایش بخشودگی، رضایت جنسی، شادکامی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار همسران اثربخش بود. در پژوهش ایوری (۱۳۹۳) زوج‌درمانی سیستمی-تلفیقی در کاهش تعارض‌های زناشویی و آزار عاطفی زوج‌ها مؤثر بود. اهمیت سلامت در حیطه‌های مختلف عملکرد خانواده و ایجاد روابطی ایمن و سالم بین اعضای خانواده در تقویت فضای عاطفی و نیز توافق و تفاهم بین طرفین مبادله، تا به آنجا است که موجب تضمین امنیت روابط زناشویی و بقاء و ثبات پایه‌های خانواده می‌شود (موسوی، ۱۳۹۲). در تبیین همسویی پژوهش حاضر با مداخلات زوج‌درمانی دیگر می‌توان گفت؛ از آنجایی که خانواده، محل ارضای نیازهای مختلف جسمی، عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضای آن‌ها و تجهیز شدن به فنون لازم ضرورتی انکارناپذیر است (ادالتی، رذوان^۱، ۲۰۱۰). در نتیجه تمرکز اصلی زوج‌درمانی (صرف نظر از نوع رویکرد) بر رابطه زناشویی است و ارائه فنون مبتنی بر نظریه زیربنایی آن موجب بهبود رابطه زناشویی، کاهش اختلافات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب جامعه آماری مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره در شهر سنندج بود که ممکن است این شهر از نظر فرهنگ و مسائل اقتصادی و اجتماعی با شهرهای دیگر تفاوت‌هایی داشته باشد؛ از مهم‌ترین محدودیت‌ها و مشکلات پژوهش در کشور ما محدودیت‌ها و موانع شرایط فرهنگی محیط پژوهش است. پژوهش در ارتباط با مسائلی مانند اعتیاد و اختلال عملکرد جنسی که قبح فرهنگی دارد همواره با مشکلاتی همراه است. لذا تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر جمعیت‌ها با زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلف با احتیاط انجام شود. محدودیت دیگر پژوهش عدم شرکت مردان در پژوهش بود که علت آن انجام پژوهش در مرکز مشاوره ویژه زنان بود و برای حضور مردان در این مرکز محدودیت وجود داشت. لذا در تعمیم یافته‌ها لازم است احتیاط شود. برای افزایش تعمیم‌پذیری پیشنهاد می‌شود این الگوی درمانی در جمعیت مردان معتاد انجام شود. از سوی دیگر با توجه به مؤثر بودن این پژوهش در بهبود عملکرد خانواده و عملکرد جنسی پیشنهاد می‌شود این الگوی درمانی در سایر جمعیت‌ها، با متغیرهای دیگر و با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف تکرار شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره ترک اعتیاد، اداره‌ی زندان‌ها، مراکز مشاوره خانواده و دادگستری‌ها

با بکارگیری زوج درمانگران برجسته جهت حل مشکلات خانواده‌های درگیر مسئله اعتیاد از این رویکرد استفاده کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش، رعایت ورود و خروج آزادانه شرکت‌کنندگان به پژوهش، رعایت حریم خصوصی مراجعان، عدم ضبط تصویر یا فیلم از شرکت‌کنندگان، برگزاری ۱۰ جلسه آموزش فردی برای گروه گواه بعد از اتمام پژوهش، و تأیید اثربخشی مداخله و انتشار صادقانه نتایج به دست آمده انجام شد.

سپاسگزاری

از معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و کلیه زنان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، تقدیر و سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

بنابر اعلام نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تعارض منافی نداشت.

منابع

- آجلی لاهیجی، لاله؛ بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۶). تأثیر شرکت در برنامه روان-آموزشگری مبتنی بر روی آورد سیستمی-رفتاری گاتمن در سازش یافتگی زوجی و احساس‌های مثبت زوجین. آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۳(۱): ۲۰-۱. [پیوند]
- ایوری، علی. (۱۳۹۳). زوج‌درمانی سیستمی-تلفیقی و اثربخشی آن بر تعارض‌های زناشویی و آزار عاطفی زوج‌ها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، علوم، تحقیقات و فناوری، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. [پیوند]
- بوستانی‌پور، علیرضا. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر افزایش رابطه جنسی زوج‌های هردو شاغل. چهارمین همایش آسیب‌شناسی جنسی خانواده، تهران: دانشگاه شاهد. [پیوند]
- تقی‌پور، شیوا؛ باغستانی، محمد حسین؛ سعادت، نادره. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۱): ۸۸-۷۱ [پیوند]

- توده رنجبر، محسن؛ و عراقی، فاطمه. (۱۳۹۷). بررسی وضعیت سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد. پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۲، ۱۰۰-۸۳. [پیوند]
- ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۸۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- دالاس، رودی؛ و دراپر، رأس. (۱۳۹۰). مقایسه نظریه‌های خانواده درمانی «با محوریت نظریه و کاربرد سیستمی». ترجمه معصومه اسماعیلی. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵) [پیوند]
- حسینی، سیدجواد؛ و نجفی، محمود. (۱۳۹۴). اعتیاد به مواد: بدکارکردی جنسی و فروپاشی خانواده. فصلنامه سلامت. اجتماعی و اعتیاد، ۲(۶)، ۱۵۱-۱۳۵. [پیوند]
- رحیمی نژاد، عباس؛ و پاک‌نژاد، محسن. (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان‌شناختی باسلامت روانی نوجوانان. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۰(۳۷)، ۹۹-۱۱۱. [پیوند]
- زاده‌محمدی، علی؛ و ملک‌خسروی، غفار. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲(۵)، ۸۹-۶۹. [پیوند]
- سلیمانیان، علی‌اکبر؛ نقی‌نسب اردهائی، فاطمه؛ ثناگو، اکرم. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان سیستمی اختلالات جنسی بر بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی. روان پرستاری، ۳(۴)، ۵۸-۷۰. [پیوند]
- شامحمدی قهساره اعظم، درویزه زهرا، پورشهریاری مه سیما. اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از بازگشت معتادان مرد در شهر اصفهان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۳۸۷؛ ۲ (۷): ۳-۲۸. [پیوند]
- سودانی، منصور؛ و شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی ایلیس به‌صورت انفرادی و توأم در کاهش تعارضات زناشویی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۳۷، ۱-۲۰. [پیوند]
- عیسی‌زاده، سودابه. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی شناختی گاتمن بر رضایت جنسی، بخشودگی، شادکامی و طرح‌واره‌های ناسازگار زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران. [پیوند]
- فخری، احمد؛ محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی‌آقا، امیر؛ مرشدی، هادی؛ محمد جعفری، راضیه؛ و دزفولی، فاطمه. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۰(۴)، ۱۰-۷۳. [پیوند]
- فروتن، کاظم؛ و جدید میلانی، مریم. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق مراجعه کننده به مجتمع قضایی خانواده، دانشور پزشکی، ۱۶(۷۸)، ۳۹-۴۴. [پیوند]
- فلاح‌زاده، هاجر؛ ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۱). تعیین میزان اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی سیستمی تلفیقی در افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های دارای صدمه دل‌بستگی. مطالعات اجتماعی-روانشناسی زنان، ۱۰(۴)، ۱۱۰-۸۷. [پیوند]

کرو، مایکل؛ و ریڈلی، جین. (۱۳۹۵). زوج‌درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی-رفتاری. ترجمه اشرف-السادات موسوی، ویرایش دوم، چاپ سوم، تهران: مهر کاویان. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۰). [پیوند]

کلانتری، عبدالحسین؛ روشن فکر، پیام؛ و جواهری، جلوه. (۱۳۹۰). مرور سه دهه تحقیقات «علل طلاق» در ایران. فصلنامه مطالعات راهبردی زنان (کتاب زنان سابق). ۱۴(۵۳)، ۱۶۲-۱۲۹. کیوانی امید، مرضیه. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری-تحلیلی بر بهبود الگوهای ارتباطی و تنظیم هیجان زوجین. پایان نامه ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، دانشکده علوم انسانی. [پیوند]

گلدنبرگ، ایرنه؛ و گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۱). خانواده‌درمانی. ترجمه حمیدرضا حسین‌شاهی برواتی و سیامک نقشبندی (۱۳۹۴)، تهران: روان. [پیوند]

گودرزی، محمود؛ و بوستانی‌پور، علیرضا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر افزایش سازگاری زناشویی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۲)، ۲۹۷-۲۸۱. [پیوند]

گودرزی، محمود؛ شیر، فاطمه؛ و محمودی، بختیار. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری بر تعارض والد-فرزندی و تعارض زناشویی. روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۴)، ۵۵۱-۵۳۱. [پیوند]

محسن‌زاده، فرشاد؛ نظری، علی محمد؛ و عارفی، مختار. (۱۳۹۰). مطالعه کیفی عوامل ناراضی‌تی زناشویی و اقدام به طلاق (مطالعه موردی شهر کرمانشاه). فصلنامه مطالعات راهبردی زنان، ۱۴(۵۳)، ۷-۴۲. [پیوند]

محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه و فقیه‌زاده، سقراط. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس (FSFI) به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان، مجله پایش، ۷(۳)، ۲۷۸-۲۶۹. [پیوند]

محمدی‌فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل؛ و طباطبایی، سید موسی. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معنادار. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء‌مصرف مواد، ۴(۱۶): ۲۵-۴۰. [پیوند]

موسوی، فاطمه. (۱۳۹۲). نقش عملکرد خانواده (مبتنی بر الگوی مک مستر) در پیش‌بینی نگرش‌های صمیمانه و توافق زوجین در خانواده‌های شهر قزوین. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۳)، ۴۰۱-۴۱۳. [پیوند]

ناصری فدافن، ملکه؛ نوحی، شهناز؛ آقایی، حکیمه. اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی و اضطراب اخلاقی در مردان دارای سوء مصرف‌کننده مواد. روانشناسی کاربردی، ۱۱۲(۱)، ۸۲-۶۳. [پیوند]

ناعمی، علی محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خانواده محور بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان دارای همسر معنادار (مطالعه موردی: سبزوار). زن در توسعه و سیاست، ۱۳(۱)، ۵۲-۴۱. [پیوند]

نظرپور، سهیلا؛ سیمبر، معصومه؛ رضانی‌تهرانی، فهیمه؛ و علوی مجد، حمید. (۱۳۹۴). اختلال عملکرد جنسی و مشکلات طبی زمینه‌ای در زنان یائسه. *مجله دانشکده علوم پزشکی تهران*، ۷۳(۱۱)، ۸۱۱-۷۹۸. [پیوند]

نعمتی سوگلی تپه، فاطمه؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ خالدیان، محمد. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی افراد معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۱۱-۳۰. [پیوند]

یوسفزاده، پیمان؛ فرزاد، ولی‌اله؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ نورانی‌پور، رحمت‌اله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری تلفیقی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روانی زوجین/ابن‌سینا، ۱۹(۱)، ۲۲-۲۸. [پیوند]

Aras, H., Aras, B., Icagasioglu, A., Yumusakhuylu, Y., Kemahli, E., Haliloglu, S., & Oguz, F. M. (2013). Sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis. *Medicinski Glasnik*, 10(2). [link]

Barker, P., & Chang, J. (2013). *Basic family therapy*. John Wiley & Sons. [link]

Berutti, M., Dias, R. S., Pereira, V. A, Lafer, B., & Nery, F. G. (2016). Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 192, 28-33. [link]

Birnbaum, G.E., Mikulincer, M., Szepeswol, O., Shaver, P. R., Mizrahi, M. (2014). When sex goes wrong: A behavioral systems perspective on individual differences in sexual attitudes, motives, feelings, and behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106 (5), 822-842. [link]

Chambers, C., Chiu, S., Scott, A. N., Tolomiczenko, G., Redelmeier, D. A., Levinson, W., & Hwang, S. W. (2014). Factors associated with poor mental health status among homeless women with and without dependent children. *Community mental health journal*, 50(5), 553-559. [link]

Crowe, M., Ridley, J. (1990). *Therapy with couples: A behavioural systems approach to marital and sexual problems*. Oxford: Blackwell. [link]

Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction, *Journal of American Science*, 6(4), 132-137. [link]

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. [link]

Guo, Y., & Chen, X. (2016). Relationship among satisfaction with Life, Family Care Degree, Psychological Dependency and Subjective Bias of Senior High School Student. *Psychology*, 7, 418-425. [link]

- Perez, J.C., & Co0, S. (2018). Is maternal depression related to mother and adolescent reports of family functioning? *Journal of Adolescent*, 63, 129-141. [\[link\]](#)
- Rosen R., Brown C, Heiman J. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): multidimensional self report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208. [\[link\]](#)
- Snyder, D. K, & Balderrama-durbin, C. (2012). Integrative approaches to coupletherapy: Implications for clinical practice and research. *Behavior Therapy*, 43, 13-24. [\[link\]](#)
- Terimourpour, N., Bidokhti, N. M., & Pourshahbaz, A. (2011). The Relationship between attachment styles and sex guilt among Iranian women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 68-72. [\[link\]](#)
- Turner, A. K., Latkin, C., Sonenstein, F., & Tandon, S.D. (2011). Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among AfricanAmerican out of school youth, *Drug Alcohol Depend*, 115(2), 67-73. [\[link\]](#)

ابزار سنجش خانواده اپشتاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳)

کاملاً مخالف	مخالف	موافق	کاملاً موافق	سؤالات
۴	۳	۲	۱	۱. برنامه ریزی فعالیت‌های خانوادگی ما دشوار است، چون ما یکدیگر را به درست‌ی درک نمی‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۲. ما اکثراً مشکلات روزمره خانواده را حل می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۳. وقتی یکی از اعضای خانواده ما ناراحت باشد، بقیه علت آن را می‌دانند.
۴	۳	۲	۱	۴. وقتی در خانواده ما از کسی کاری خواسته می‌شود، باید پیگیر بود تا به انجام برسد.
۴	۳	۲	۱	۵. اگر کسی در خانواده ما دچار مشکل شود، سایرین هم درگیر حل آن می‌شوند.
۴	۳	۲	۱	۶. ما در هنگام بحران می‌توانیم روی حمایت بقیه اعضای خانواده حساب کنیم.
۴	۳	۲	۱	۷. هر گاه یک وضعیت اضطراری پیش می‌آید، نمی‌دانیم چه بکنیم.
۴	۳	۲	۱	۸. گاهی خانه از چیزهای مورد نیاز ما خالی می‌شود.
۴	۳	۲	۱	۹. ما از ابراز مهر و محبت به یکدیگر اکراه داریم.
۴	۳	۲	۱	۱۰. ما خواستار آن هستیم که اعضاء به وظایف خانوادگی خود عمل کنند.
۴	۳	۲	۱	۱۱. ما نمی‌توانیم با یکدیگر درباره احساس غم و غصه خود صحبت کنیم.
۴	۳	۲	۱	۱۲. معمولاً به تصمیمات خود برای حل مشکلات عمل می‌کنیم.

۴	۳	۲	۱	۱۳. علاقه سایر اعضاء خانواده وقتی به ما جلب می‌شود که موضوع برای خودشان هم مهم باشد.
۴	۳	۲	۱	۱۴. از گفته های اعضاء خانواده نمی‌توانیم به احساس آن‌ها پی ببریم.
۴	۳	۲	۱	۱۵. در خانواده ما وظایف خانگی به تساوی تقسیم نمی‌شود.
۴	۳	۲	۱	۱۶. افراد خانواده ما همان گونه که هستند، مورد قبول یکدیگرند.
۴	۳	۲	۱	۱۷. در خانواده ما به آسانی می‌توان مقررات خانه را نقض کرد.
۴	۳	۲	۱	۱۸. در خانه ما حرف‌ها بدون کنایه و بی پرده گفته می‌شود.
۴	۳	۲	۱	۱۹. بعضی از اعضای خانواده ما خونسرد برخورد می‌کنند.
۴	۳	۲	۱	۲۰. ما می‌دانیم در صورت پیش آمدن شرایط اورژانس چه باید کرد.
۴	۳	۲	۱	۲۱. ما از تبادل نظر در مورد ترسها و نگرانیهای خود پرهیز می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۲۲. برای ما گفتگو در مورد احساس‌های لطیف دشوار است.
۴	۳	۲	۱	۲۳. ما برای پرداخت هزینه‌هایمان در دسر داریم.
۴	۳	۲	۱	۲۴. معمولاً ما بعد از سعی خانواده برای حل یک مشکل، درباره موفقیت آمیز بودن یا نبودن آن گفتگو می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۲۵. ما بیش از حد به فکر خود هستیم.
۴	۳	۲	۱	۲۶. ما می‌توانیم احساسات خود را به یکدیگر ابراز کنیم.
۴	۳	۲	۱	۲۷. ما درباره رعایت آداب دستشویی و توالت انتظار خاصی از یکدیگر نداریم.
۴	۳	۲	۱	۲۸. ما احساس محبت خود نسبت به یکدیگر را نشان نمی‌دهیم.
۴	۳	۲	۱	۲۹. اعضاء خانواده ما مستقیم و بدون واسطه با یکدیگر صحبت می‌کنند.
۴	۳	۲	۱	۳۰. هر کدام از ما وظایف و مسئولیت‌های خاصی برعهده دارد.
۴	۳	۲	۱	۳۱. در خانواده ما احساس‌های ناخوشایند زیادی وجود دارد.
۴	۳	۲	۱	۳۲. ما برای زدن یا دست بلند کردن روی دیگران، ضابطه داریم.
۴	۳	۲	۱	۳۳. فقط وقتی با یکدیگر همراه می‌شویم که منافعی در بین باشد.
۴	۳	۲	۱	۳۴. برای کاوش در علایق شخصی اعضای خانواده کم وقت می‌گذاریم.
۴	۳	۲	۱	۳۵. غالباً منظور خود را به زبان نمی‌آوریم.
۴	۳	۲	۱	۳۶. ما احساس می‌کنیم سایر اعضای خانواده ما را همان گونه که هستیم، قبول دارند.
۴	۳	۲	۱	۳۷. وقتی ما به یکدیگر علاقه نشان می‌دهیم که بتوانیم شخصاً از آن بهره مند شویم.
۴	۳	۲	۱	۳۸. ما اکثر ناراحتی‌های خانواده را رفع می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۳۹. در خانواده ما مهر و عطوفت در درجه دوم اهمیت قرار دارد.
۴	۳	۲	۱	۴۰. ما در این باره که هر کس چه کارهایی در خانه انجام می‌دهد، گفتگو می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۴۱. تصمیم‌گیری برای خانواده ما دشوار است.
۴	۳	۲	۱	۴۲. اعضای خانواده ما فقط وقتی به یکدیگر علاقه نشان می‌دهند که خودشان بتوانند از آن بهره مند شوند.
۴	۳	۲	۱	۴۳. ما با یکدیگر روراست و بی پرده هستیم.
۴	۳	۲	۱	۴۴. ما به هیچ معیار و قاعده‌ای پابند نیستیم.

۴	۳	۲	۱	۴۵. در خانواده ما اگر از کسی کاری خواسته شود، باید به او یاد آوری کرد.
۴	۳	۲	۱	۴۶. ما می‌توانیم درباره طرز حل کردن مشکلات تصمیم‌گیری کنیم.
۴	۳	۲	۱	۴۷. اگر مقررات خانواده نقض شود، نمی‌دانیم چه انتظاراتی باید داشت.
۴	۳	۲	۱	۴۸. در خانواده ما هر اتفاقی را می‌توان انتظار داشت.
۴	۳	۲	۱	۴۹. ما مهر و عطف خود را نشان می‌دهیم.
۴	۳	۲	۱	۵۰. ما با مشکلاتی که با احساسات اعضای خانواده بازی کند، برخورد می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۵۱. ما با یکدیگر خوب کنار نمی‌آییم.
۴	۳	۲	۱	۵۲. ما هنگام عصبانیت با یکدیگر صحبت نمی‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۵۳. ما به طور کلی از وظایف خانگی که بر عهده ما گذاشته می‌شود، ناراضی هستیم.
۴	۳	۲	۱	۵۴. ما حتی با وجود حسن نیت، در زندگی یکدیگر خیلی دخالت می‌کنیم.
۴	۳	۲	۱	۵۵. اعضای خانواده ما برای مقابله با شرایط خطرناک، قواعد خاصی را رعایت می‌کنند.
۴	۳	۲	۱	۵۶. ما به یکدیگر اعتماد و اطمینان داریم.
۴	۳	۲	۱	۵۷. ما احساسات (غم، شادی، خشم و ...) خود را در خانه راحت و آشکار بروز می‌دهیم.
۴	۳	۲	۱	۵۸. رفت و آمد در خانواده ما معقول و منطقی نیست.
۴	۳	۲	۱	۵۹. اگر از عمل یکی از اعضای خانواده خوشمان نیاید، به او می‌گوییم.
۴	۳	۲	۱	۶۰. ما به راه‌های گوناگون حل مشکل فکر می‌کنیم.

شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و هایمن (۲۰۰۰)

۱	۲	۳	۴	۵	۰	سؤالات
هیچ	اوقات کمی	گاهی اوقات	اکثر مواقع	همیشه		۱. طی چهار هفته گذشته، چند بار احساس نیاز و علاقه به رابطه جنسی داشتید؟
خیلی کم یا هیچ	کم	متوسط	زیاد	خیلی بالا		۲. طی چهار هفته گذشته، چطور میل جنسی خود را طبقه بندی می‌کنید
هیچ	مواقع کمی	گاهی اوقات	بیشتر مواقع	همیشه	بدون فعالیت جنسی	۳. طی چهار هفته گذشته، چند بار برانگیختگی جنسی طی فعالیت جنسی داشته‌اید؟
خیلی کم یا هیچ	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	بدون فعالیت جنسی	۴. طی چهار هفته گذشته، چگونه سطح برانگیختگی جنسی خود را طی فعالیت جنسی طبقه بندی می‌کنید؟
نامطمئن	اطمینان کم	اطمینان متوسط	مطمئن	خیلی مطمئن	بدون فعالیت جنسی	۵. طی چهار هفته گذشته، چقدر مطمئن بودید که برانگیختگی جنسی خواهید داشت؟

هرگز	مواقع کمی	گاهی اوقات	اکثر مواقع	همیشه	بدون فعالیت	طی چهار هفته گذشته، چند بار برانگیختگی جنسی خود راضی بوده‌اید؟
هرگز	مواقع کمی	گاهی اوقات	اکثر مواقع	همیشه	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، چند بار طی رابطه جنسی ترشحات داشته‌اید؟
بی نهایت سخت	خیلی سخت	سخت	کمی مشکل	بدون مشکل	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، چقدر برایتان مشکل بوده است که ترشحات داشته باشید؟
هرگز	مواقع کمی	گاهی اوقات	اکثر مواقع	همیشه	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، چند بار تا به پایان رسیدن فعالیت جنسی، ترشحات داشته‌اید؟
بی نهایت سخت	خیلی سخت	سخت	کمی مشکل	بدون مشکل	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، چقدر برایتان مشکل بوده است که تا به پایان رسیدن رابطه جنسی ترشحات داشته باشید؟
هرگز	مواقع کمی	گاهی اوقات	اکثر مواقع	همیشه	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، فعالیت جنسی شما چند بار به اوج خود رسیده است؟
بی نهایت سخت	خیلی سخت	سخت	کمی مشکل	بدون مشکل	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، به هنگام فعالیت جنسی چه قدر برای شما رسیدن به اوج هیجان جنسی مشکل بوده است؟
خیلی ناراضی	نسبتاً ناراضی	به طور برابر راضی و ناراضی	نسبتاً راضی	خیلی راضی	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، چه قدر از فعالیت خود برای رسیدن به اوج هیجان جنسی راضی بوده‌اید؟
خیلی ناراضی	نسبتاً ناراضی	به طور برابر راضی و ناراضی	نسبتاً راضی	خیلی راضی	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، چه قدر از میزان احساسات نزدیک بودن در طی فعالیت جنسی با شریک جنسی خود راضی بوده‌اید؟
خیلی ناراضی	نسبتاً ناراضی	به طور برابر راضی و ناراضی	نسبتاً راضی	خیلی راضی	بدون فعالیت جنسی	طی چهار هفته گذشته، چه قدر از ایجاد رابطه جنسی با شریک جنسی خود راضی بوده‌اید؟

اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده و عملکرد جنسی زنان دارای همسر معتاد

خیلی ناراضی	نسبتاً ناراضی	به طور برابر راضی و ناراضی	نسبتاً راضی	خیلی راضی	۱۶. طی چهار هفته گذشته، به طور کلی چه قدر از زندگی جنسی خود راضی بوده‌اید؟
همیشه	اکثر مواقع	گاهی اوقات	مواقع کمی	هرگز	۱۷. طی چهار هفته گذشته، چند بار احساس ناراحتی و درد به هنگام دخول یا نفوذ داشته‌اید؟
همیشه	اکثر مواقع	گاهی اوقات	مواقع کمی	هرگز	۱۸. طی چهار هفته گذشته، چند بار احساس ناراحتی و درد پس از دخول یا نفوذ داشته‌اید؟
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم یا هیچ	۱۹. طی چهار هفته گذشته، چگونه سطح ناراحتی و درد در طی فعالیت جنسی یا پس از آن را در خود طبقه‌بندی می‌کنید؟