

Original Article

The Effectiveness of Basson's Sexual Model, Satir's Family Therapy, and a Combined Approach of These Two Therapies on Marital Conflicts and Sexual Performance of Couples

Fariba Salehi¹, Zabih Pirani^{✉1}, Hasan Heidari²

1. Department of Psychology and Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2. Department of Psychology and Counseling, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Received: 2025/01/30

Revised: 2025/07/22

Accepted: 2025/07/28

Doi: 10.48308/jfr.2025.238575.1915

Highlights

- The present study aimed to compare the effectiveness of Basson's sexual model, Satir's family therapy, and the combined model of these two treatments on marital conflicts and couples' sexual performance.
- The findings showed that combined therapy and Basson's sexual model had a significant effect on reducing marital conflicts and improving couples' sexual performance, but in the Satir's family therapy group, the results were not significant in the area of sexual performance.
- According to the results of the study, it seems that the combined treatment model and Basson's sexual model have a greater impact on solving couples' problems because they examine and challenge broader dimensions of marital issues; therefore, it is suggested that combined models and Basson's treatment model be used more.

Extended Abstract

Introduction: Marital conflicts and sexual performance problems rank among the most significant challenges in couples' relationships, directly affecting family life quality and the mental health of both partners. Proper management of these issues can lead to successful and sustainable marriages. Basson's sexual response cycle model, which emphasizes emotional connections and women's nonlinear needs in sexual experience, and Virginia Satir's family therapy and communication approach—focusing on personal growth, empathy, and rebuilding ineffective communication patterns—both hold considerable potential for improving marital relationships. The present study was conducted to investigate and compare the effectiveness of Basson's sexual model, Satir's family therapy, and a combined approach of these two on reducing marital conflicts and enhancing sexual performance among couples. The selection of these models was based on theoretical overlap, complementarity, and responsiveness to couples' multidimensional needs. This study addresses a significant gap in the literature: most prior research has examined sexual or family therapy separately, and very few studies have tested combined approaches with a specific theoretical framework, particularly in the Iranian cultural context. The study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and a 3-month follow-up. The statistical population comprised couples who had referred to counseling and psychology centers in Sari. Using convenience sampling, 60 participants (30 couples) aged 25–45 years with education levels ranging from diploma to PhD were selected and randomly assigned to three groups. Data collection instruments included the Marital

Conflict Questionnaire (Sanaei & Barati, 1996) and the Sexual Function Questionnaire for Men and Women (Rosen, 2000). The first group received intervention based on the Basson model, the second group received Satir family therapy, and the third group received the combined Basson-Satir model, each delivered over eight 90-minute sessions. Intervention protocols for the Basson and combined groups were researcher-designed and validated by 10 experts in psychology, reproductive health, and psychiatry.

Findings: The results demonstrated that both the combined model and the Basson model significantly reduced marital conflicts and improved sexual function ($p < 0.05$). The Satir family therapy group also significantly reduced marital conflicts; however, although it showed some improvement in sexual function, these changes were not statistically significant ($p > 0.05$). Specifically, participants in the combined and Basson groups exhibited marked decreases in conflict frequency, intensity, and negative communication patterns, alongside substantial gains in sexual desire, arousal, lubrication/erection, orgasm, satisfaction, and pain reduction. The Satir group demonstrated meaningful improvements in communication, emotional expression, and conflict resolution, but its effects on sexual performance indicators were limited and failed to reach statistical significance. Follow-up assessments at three months indicated that the therapeutic gains were largely maintained across all groups, with the combined model showing the most sustained improvements.

Discussion: The findings underscore the differential effectiveness of the three therapeutic approaches. The significant improvements in both marital conflicts and sexual functioning in the Basson and combined groups can be attributed to the model's core focus on creating motivation, identifying stimuli and triggers that stimulate sexual response, and fostering intimacy, respect, and emotional connection. By addressing elements such as conveying a sense of being loved and valued, increasing physical affection and touch, and enhancing attentiveness, the Basson model stimulates sexual desire and, consequently, improves sexual performance. These components exist in a bidirectional and reciprocal relationship with marital conflicts: as sexual satisfaction increases, couples experience a happier and more satisfying family atmosphere, warmer and more intimate communication, better problem-solving abilities, greater tolerance of misunderstandings, and increased acceptance of differences—all of which contribute to reduced marital conflicts and heightened relationship satisfaction. The combined model, by integrating the strengths of both Basson's sexual approach and Satir's communication-focused therapy, appears to offer a more comprehensive intervention. It examines and challenges broader dimensions of marital problems, moving beyond the limited frameworks of a single theoretical model. The Satir group's significant improvement in marital conflicts but non-significant change in sexual functioning suggests that while communication and emotional growth interventions effectively address relational tensions, they may not sufficiently target the specific mechanisms underlying sexual response unless explicitly integrated with sexual therapy components. This finding highlights the necessity of incorporating sex-specific elements when aiming to improve both relational and sexual outcomes. Limitations of the study include the relatively small sample size, the use of self-report measures, and the specific cultural context of Sari, which may limit generalizability. Future research should employ larger, more diverse samples, include objective physiological measures of sexual functioning, and conduct longer-term follow-ups to assess durability of effects. Additionally, qualitative studies could enrich understanding of participants' lived experiences with these interventions.

Conclusion: In conclusion, this study provides compelling evidence that both the combined Basson-Satir model and the Basson sexual model alone are effective in reducing marital conflicts and improving sexual performance among couples, while Satir family therapy alone,

though effective for marital conflicts, does not significantly enhance sexual functioning. The combined model, by integrating the relational and communication-focused strengths of Satir's approach with the sexually-specific, motivation-based framework of Basson's model, offers the most comprehensive and sustainable benefits. These findings suggest that family therapists and sexual health practitioners should consider integrated and multidimensional models that address both relational dynamics and sexual response mechanisms. The Basson nonlinear model, with its emphasis on emotional intimacy and individualized triggers, appears particularly well-suited for the Iranian cultural context, where sexual topics may be sensitive and emotional connection highly valued. It is recommended that therapists utilize these integrated approaches in their interventions, tailoring them to the specific needs and cultural values of couples. Ultimately, this study contributes to bridging the scientific gap between psychosexual and family therapy approaches and offers practical guidance for improving marital quality and sexual well-being in couples.

Keywords: combined model, Satir's family therapy, marital conflicts, sexual function, Basson's sexual model.

How to cite: Salehi, F., Pirani, Z., & Heydari, H. (2025). The effectiveness of Basson's sexual model, Satir's family therapy, and the combined model of these two treatments on marital conflicts and couples' sexual performance. *Journal of Family Research*, 21(4), 163-183. doi: 10.48308/jfr.2025.238575.1915

✉Corresponding Author Email Address: zabih.pirani@iau.ac.ir



Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقاله پژوهشی

اثر بخشی مدل جنسی باسون، خانواده درمانی ستیر و الگوی ترکیبی این دو درمان بر تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی زوجین

فربا صالحی^۱، ذبیح پیرانی^{۲*}، حسن حیدری^۳

۱. گروه روانشناسی و مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲. گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمین، خمین، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۱۱ دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۴۰۴/۰۴/۳۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۰۶

DOI: [10.48308/jfr.2025.238575.1915](https://doi.org/10.48308/jfr.2025.238575.1915)

نکات برجسته

- پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی الگوی جنسی باسون، خانواده درمانی ستیر و مدل ترکیبی این دو درمان بر تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی زوجین انجام شد.
- یافته‌ها نشان داد درمان ترکیبی و مدل جنسی باسون اثربخشی معنی‌داری بر کاهش تعارضات زناشویی و بهبود عملکرد جنسی زوجین داشته است، اما در گروه خانواده درمانی ستیر در حوزه عملکرد جنسی، نتایج معنی‌دار نبود.
- با توجه به نتایج مطالعه، به نظر می‌رسد مدل ترکیبی درمان و مدل جنسی باسون به واسطه اینکه ابعاد گسترده‌تری از مشکلات زناشویی را مورد بررسی و چالش قرار می‌دهند، تأثیر بیشتری بر حل مشکلات زوجین دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از مدل‌های ترکیبی و الگوی درمان باسون بیشتر استفاده شود.

چکیده: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی الگوی جنسی باسون، خانواده درمانی ستیر و مدل ترکیبی این دو درمان بر تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی زوجین بوده است. این مطالعه، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره ساری به تعداد ۶۰ نفر و روش نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی بوده است. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه تعارضات زناشویی ثنائی و براتی (۱۳۷۵)، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان و مردان روزن (۲۰۰۰)، بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داده است، درمان ترکیبی و مدل جنسی باسون اثربخشی معنی‌داری بر کاهش تعارضات زناشویی و بهبود عملکرد جنسی زوجین داشته است ($p \leq 0/05$)، اما در گروه خانواده درمانی ستیر در حوزه عملکرد جنسی، نتایج معنی‌دار نبوده است ($P > 0/05$). پیگیری سه ماهه بیانگر ثبات برآیندها بوده است. با توجه به نتایج مطالعه، چنین به نظر می‌رسد که، مدل ترکیبی درمان و مدل جنسی باسون به واسطه اینکه ابعاد گسترده‌تری از مشکلات زناشویی را مورد بررسی و چالش قرار می‌دهند، تأثیر بیشتری بر حل مشکلات زوجین دارد، پیشنهاد می‌گردد، از مدل‌های ترکیبی و الگوی درمان باسون بیشتر استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: الگوی ترکیبی، تعارضات زناشویی، خانواده درمانی ستیر، عملکرد جنسی، مدل جنسی باسون.

استناد به این مقاله: صالحی، ف، پیرانی، ذ. و حیدری، ح. (۱۴۰۴). اثربخشی مدل جنسی باسون، خانواده‌درمانی ستیر و الگوی ترکیبی این دو درمان بر تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی زوجین. خانواده‌پژوهی، ۲۱(۴)، ۱۸۳-۱۶۳. doi: 10.48308/jfr.2025.238575.1915

*نویسنده مسئول: zabih.pirani@iau.ac.ir

مقدمه

بی شک عملکرد ضعیف زوجین در راستای عدم مدیریت صحیح تعارضات زناشویی، یکی از دلایل مهم بروز آسیب ها و بحران های خانواده محسوب می گردد (فینچام، راگر، و بیچ، ۲۰۱۸)؛ گرکن، استارکس، یاتز، ۲۰۱۸؛ پاپ، ۲۰۱۸). طبق تعریف، تعارضات زناشویی عبارت است از، کیفیتی از روابط و مشکلات فی مابین زوجین، که باعث رنج، ناراحتی و آسیب های روانی، عاطفی و بعضاً جسمانی زوجین می گردد (توسلی، ۲۰۱۶). در مطالعه عسکری ندوشن و همکاران (۱۳۹۸)، گزارش شده است که بخشی از تعارضات زناشویی که به مراجع قضایی ارجاع داده می شود و به جدایی و طلاق منجر می گردد، از ۱۱۰ هزار مورد در سال ۱۳۸۵ به ۱۵۸ هزار مورد در سال ۱۳۹۲ افزایش یافته است. تعارضات زناشویی با افزایش فعالیت سیستم نورواندوکرین^۱ و افزایش استرس، اضطراب باعث مشکلات روحی و روانی در افراد خانواده به ویژه کودکان می گردد (کاس، گانر، ۲۰۱۸). در مطالعه احمدی زاده و احمدی، (۲۰۱۶)، گزارش شده است که تعارضات زناشویی با سرطان پستان^۲ در زنان و سرطان کولورکتال^۳ در مردان، کاهش طول عمر و افزایش طلاق همراه است. تعارضات زناشویی با ایجاد استرس و اضطراب با افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس، هیپوفیز و آدرنال^۴ همراه است، که باعث افزایش هورمون کورتیزول^۵ در بدن می گردد. افزایش مداوم و مزمن این هورمون با ایجاد بیماریهای جسمی، افزایش ناتوانی و مرگ و میر همراه می باشد (بانی، زنتاگوتا، ۲۰۱۷؛ مارتینز و دیگران، ۲۰۱۶). وجود رابطه جنسی مطلوب و عملکرد جنسی رضایت بخش به نحوی که بتواند موجب تأمین رضایت زوجین گردد (صالحی، شاه حسینی، ۲۰۱۷)، نقش بسیار مهم و اساسی در موفقیت و پایداری کانون خانواده دارد (دهکردی، حیدری، کیقبادی، ۱۳۹۲)، که از ارتباطی متقابل و دوسویه با تعارضات زناشویی برخوردار است. در مطالعات مختلف گزارش شده است که بسیاری از مسائل جنسی مانند کمبود میل جنسی، ترس از رابطه جنسی و هم چنین، ناتوانی جنسی و اختلالات جنسی در مردان، که بیشتر به دلیل نداشتن سواد جنسی، ترس و اضطراب، شرم و خجالت یا احساس بی کفایتی و گناه می باشد، باعث مشکلات جدی درون فردی و میان فردی با همسر می گردد (روزن و دیگران، ۲۰۰۰)، (زیگایی، ولدایمانوئل، نگاش، شیبیری، ۲۰۲۰). در مطالعه بابایی (۱۳۹۷)، گزارش شده است که ۱/۳ زنان و مردان از مشکلات و اختلالات جنسی رنج می برند. در مطالعه دیگری گزارش شده است که ۶۰ تا ۷۰ درصد از زنان مشکلات جنسی را تجربه می کنند (هوشمندی، احمدی، کیامنش، ۲۰۱۹). در بسیاری از مطالعات گزارش شده است که عملکرد جنسی مردان و زنان ارتباطی معنی دار و دوسویه با کیفیت زندگی زناشویی دارد. به عبارت دیگر عدم رضایت از زندگی جنسی و برآورده نشدن نیاز های جنسی زوجین باعث عدم رضایت از زندگی زناشویی می گردد که با عواقب جبران ناپذیری همراه می باشد (مقدم و دیگران، ۲۰۱۹؛ هوشمندی، احمدی، کیامنش، ۲۰۱۹). از جمله عوامل پیش بینی کننده این تعارضات می توان به، نداشتن دانش و مهارت های لازم در راستای زندگی زوجی، عدم اعتماد و فریبکاری زوجین (تابول، یانیو، ۲۰۱۹)، میزان درآمد و وضعیت اقتصادی خانواده (سوروکاسکی و دیگران، ۲۰۱۷)، نژاد، قومیت و ساختار فرهنگی، مهارت های ارتباطی و ویژگی های فردی و شخصیتی زوجین (فین چام، راگر، بیچ، ۲۰۱۸)، اختلال خواب و خواب نامطلوب که موجب افزایش اینترلوکین ۶^۶ و فاکتور نکروز آلفا^۷ می گردد (جی، گرندرنر، پترو، ۲۰۱۸)، اشاره نمود.

در مطالعه بهرامی و همکاران (۲۰۱۲)، گزارش شده است که الگوهای ارتباطی زوجین یکی از مولفه‌های مهم تاثیرگذار بر تعارضات زناشویی می‌باشد. الگوهای ارتباطی زوجی، سیستم ارتباطی منحصر به فردی است که با روابط دوستی و کاری متفاوت است (بهرامی، پرنیان، صمیمی، ۲۰۱۲؛ پورروستا، کلانتری، ۱۳۹۱). نوع تعامل و ارتباط زن و شوهر این امکان را می‌دهد که با یکدیگر به بحث و تبادل نظر بپردازند که از نیازهای مهم هم‌آگاهی‌یابند تا بتوانند آنها را برآورده سازند و با ایجاد فضایی آرام در خانواده از آرامش روحی و روانی بهره‌مند شوند (بیان، معصومی، حسینیان، ۱۳۹۶؛ پروندی، عارفی، مرادی، ۱۳۹۵؛ مسلمی، آقایی، شعبانی، ۱۳۹۶). نظر به اهمیت تاثیر سلامت خانواده بر سلامت جامعه و نقش تعارضات زناشویی و عملکرد جنسی در این فرآیند، حل این تعارضات از چالش‌های بزرگ پیش روی زوجین، خانواده‌ها، دولتمردان و سیاست‌گذاران اجتماعی - بهداشتی می‌باشد (پهلوان، موتابی، مظاهری، ۱۳۹۴). افزایش مهارت‌های اجتماعی، راهبردهای درمانی هم‌گروه و همسالان، مذاکرات و گفتگوهای دو طرفه (تربیک، ۲۰۲۴)، استراتژی‌های تنظیم و مدیریت هیجان، مشاوره و حمایت‌های اجتماعی، عاطفی (هن‌یارد، ورت، کلنسی، شوارتز، ۲۰۱۷)، برنامه‌های آموزشی زوج خوشحال، بچه‌های خوشحال (فیرکلات و دیگران، ۲۰۱۱)، آموزش روش‌های حل مساله و آرام‌سازی و استفاده از حکم و حکمیت در خانواده، استفاده از ارتباطات کلامی و غیر کلامی مثبت (آدامو، بینتا، ۲۰۲۲)، استفاده از سیاست برد-برد در مقابل سیاست برنده-بازنده در زندگی زناشویی، همکاری و استفاده از روش‌های سازنده و مثبت حل اختلافات زناشویی، خانواده درمانی، زوج درمانی و دوباره سازی ساختار شناختی زوجین و آموزش مهارت‌های ارتباطی زوجین (توکلی زاده، نجاتیان، سورتی، ۲۰۱۵)، از راهبردهای موثر در کاهش تعارضات زناشویی و بهبود عملکرد جنسی می‌باشد. هم‌چنین در مطالعات، از روش‌های متعدد درمانی مانند: درمان شناختی-رفتاری، سیستمی، ارتباطی/تعامل نگر و درمان‌های روان‌پویشی (قریشی، ۱۳۹۹؛ مدرسی، کاشانی، وزیری، ۱۳۹۶؛ بشکار، سودانی، شهنی، ۱۳۹۱)، جهت مدیریت تعارضات زناشویی و ناراضی‌های جنسی استفاده شده است. از دیگر راهکارهای درمانی تعارضات زناشویی درمان‌های ترکیبی است که در مطالعات مختلف به آن اشاره شده است، در مطالعه امیدي و دیگران (۱۳۹۹)، ذکر شده است که، الگوهای ترکیبی درمان، اثربخشی بیشتری نسبت به یک مدل درمانی به تنهایی دارند. در این راستا، بعضی مطالعات رویکردهای ترکیبی متعددی برای مداخله در حل تعارضات زناشویی و بهبود عملکرد جنسی به کار گرفته‌اند که تاثیر به‌سزایی در کاهش تعارضات و بهبود روابط زوجین داشته است (حقانی و دیگران، ۱۳۹۸). لذا در این مطالعه دو رویکرد مدل جنسی باسون و خانواده درمانی ستیر برای ارائه الگوی ترکیبی انتخاب شده است. انتخاب مدل جنسی باسون و رویکرد خانواده درمانی ستیر برای این مطالعه، بر پایه هم‌پوشانی نظری، تکمیل‌کنندگی رویکردها و پاسخ‌گویی به نیازهای چند بعدی زوجین در زمینه رابطه زناشویی صورت گرفته است. مفهوم اساسی در اثر بخشی درمان ترکیبی، پیوستگی درمان بین دو یا چند رویکرد می‌باشد که در مدل ترکیبی حاضر همانطور که ذکر گردید بر پایه مفروضه‌ها و مفاهیم خانواده درمانی ستیر و مدل جنسی باسون قرار داشت، تاکنون بیشتر پژوهش‌ها به صورت مجزا به بررسی اثر بخشی درمان‌های جنسی یا خانواده درمانی پرداخته‌اند. پژوهشی که این رویکردها را به صورت ترکیبی به کار گیرد، به ویژه با چارچوب نظری مشخص، مانند مدل باسون و ستیر، بسیار نادر است. محدودیت‌های پژوهش‌های مبتنی بر مدل باسون و اینکه این مدل در بافت ایران یا جوامع مشابه در مطالعات به کار گرفته نشده است و نیازمند شواهد تجربی

بیشتری در این حوزه هستیم و از طرفی هم مطالعاتی مبتنی بر بکارگیری خانواده درمانی ستیر در حوزه عملکرد جنسی نداریم یا خیلی نادر می باشد. در واقع این پژوهش تلاشی نوآورانه برای پر کردن خلاء علمی موجود در تعامل بین مدل های درمانی نوین، ترکیب رویکرد های روان جنسی و خانواده درمانی، و بررسی هم زمان دو متغیر کلیدی در روابط زناشویی (تعارضات و عملکرد جنسی)، در بافت فرهنگی خاص ایران می باشد. هم چنین اکثر مطالعات یا صرفاً بر متغیر های جنسی تمرکز کرده اند یا بر تعارضات زناشویی. مطالعاتی که این دو متغیر را همزمان در یک طراحی مداخله ای بررسی کنند و اثر بخشی مدل های متفاوت درمانی را بر هردو متغیر بیازمایند، بسیار محدود است. از طرفی اغلب این رویکرد ها در بستر فرهنگی غربی توسعه یافته اند و پژوهش هایی که این مدل ها را با توجه به ارزش ها، باورها و دینامیک روابط زوجی در فرهنگ ایرانی بررسی کرده باشند، بسیار محدود است و اینکه اغلب مداخلات درمانی، یکی از جنبه های رابطه زوجی را (اعم از جنسی یا ارتباطی)، هدف قرار داده اند و پژوهش های که به صورت همزمان و نظام مند اثر بخشی مداخلاتی ترکیبی را بر هردو مولفه بررسی کنند، بسیار محدودند. مدل جنسی باسون که توسط رزماری باسون (۲۰۰۰)، ارائه شده است، با وجود توجه ویژه به پویایی های روانی و هیجانی در تجربه پاسخ جنسی، در بافت فرهنگی ایران کمتر مورد ارزیابی و بومی سازی قرار گرفته است. از سوی دیگر، خانواده درمانی مبتنی بر مدل ویرجینیا ستیر با تاکید بر رشد فردی، ارتباط اصیل و باز سازی ساختارهای درونی، ظرفیت های در بهبود روابط صمیمانه دارد که هنوز در حوزه عملکرد جنسی زوجین به طور مستقیم مورد پژوهش قرار نگرفته است. هم چنین مطالعات اندکی به طراحی و آزمون رویکردی ترکیبی از دو مدل باسون و ستیر پرداخته اند که بتواند به صورتی فراگیر به هردو نیاز جنسی و ارتباطی زوجین پاسخ دهد. این شکاف نظری و کاربردی، تبیین برجسته ای از پژوهش حاضر را نشان می دهد، که با بررسی و شناسایی الگوهای ارتباطی معیوب زوجی و تصحیح آنها و توجه به عنصر احساس ارزشمندی در زن و شوهر شروع گردید و با بررسی و شناسایی برانگیزان ها و مولفه های موثر در رضایت جنسی و ... ادامه یافت. باسون به ۳ مولفه اصلی برای چرخه پاسخ جنسی اشاره نموده است، ۱. رضایت جنسی و لذت جنسی که ارتباطی با ارگاسم ندارد. در واقع لذت روانی و فکری پاداش بسیار خوب و دلپذیری برای طرفین می باشد ۲. لزوماً تمایل جنسی همیشه قبل از فعالیت جنسی و برانگیختگی وجود ندارد و بعضی وقت ها تمایل جنسی بعد از تجربه برانگیختگی ایجاد می گردد. ۳. فاکتورهای بیرونی مانند الگوهای ارتباطی پویا، دینامیک و همخوان، صمیمیت و نزدیکی، احساس ارزشمندی، داشتن پاداش و ارزش تجربه جنسی و احترام، نقش مهمی در پاسخ جنسی زن و مرد دارد. از عوامل دیگری که باسون در چرخه جنسی به آن اشاره می کند، عبارت است از: موضوعات روانی اجتماعی، رضایت از ارتباطات غیر جنسی، تصویر بدنی فرد از خودش، تجارب منفی جنسی. باسون ذکر می کند، زنان چنانچه احساس رضایت از رابطه با همسر خود نداشته باشند تمایل به برقراری رابطه جنسی با او نخواهند داشت و اگر مرد بتواند حس خوب بودن را به زن منتقل کند، او تمایل زیادی برای برقراری رابطه جنسی نشان خواهد داد. در خانواده درمانی انسان گرای ستیر که توسط ویرجینیا ستیر ارائه شده است، به عنوان رویکردی چند بعدی بر الگوهای ارتباطی زوجین تاکید دارد و تلاش می کند که الگوهای ناکارآمد را با الگوی همخوان و کارآمد جایگزین نماید، تا زوجین بتوانند به شیوه ای روشن، صریح، مستقیم و شفاف، بر مبنای احساس ارزشمندی طرفین و احترام متقابل با همدیگر ارتباط برقرار کنند و رضایتمندی و خشنودی در زندگی زوجی را بیشتر تجربه کنند (قادری، تبریزی، احقری، ۱۳۸۸).

با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سوال است که آیا مدل جنسی باسون، خانواده درمانی ستیر و الگوی ترکیبی این دو درمان، می تواند باعث کاهش تعارضات زناشویی و بهبود عملکرد جنسی زوجین، گردد؟

روش

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی است که به صورت پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه با ۳ گروه آزمایش انجام شد. محققین پس از کسب مجوز از دانشگاه آزاد واحد اراک و دریافت کد اخلاق، مطالعه را طراحی و به اجرا در آوردند. جامعه آماری پژوهش زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر ساری بودند. حجم نمونه در مجموع برای هر ۳ گروه، ۶۰ نفر، (۳۰ زوج)، که برای هر گروه (۱۰ زوج، ۲۰ نفر)، در نظر گرفته شد (قریشی، ۱۳۹۹)، که بیشتر از ۲ سال از ازدواج آنها گذشته بود (بشکار و دیگران، ۱۳۹۱)، سابقه حداقل ۶ ماه از آشفته‌گی زندگی زناشویی داشتند و تمایل به شرکت در مطالعه را اعلام نموده بودند و سواد خواندن و نوشتن داشتند. ملاک های خروج نیز، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری در نظر گرفته شد. مداخلات در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه، هفته ای دو بار، براساس شیوه نامه های طراحی شده (جدول شماره، ۱، ۲)، (پیوست می باشد)، برای مداخله به شیوه الگوی ترکیبی و شیوه مدل جنسی باسون و هم چنین جهت گروه خانواده درمانی ستیر از بسته درمانی که در مطالعه پناه و دیگران (۱۳۹۶)، طراحی شده بود، صورت گرفت، که قبل و بعد از اتمام مداخلات پرسشنامه ها توسط هر ۳ گروه آزمایش و ۳ ماه بعد از اتمام مداخلات نیز، تکمیل شد. لازم به ذکر است که روایی محتوایی بسته های درمانی مدل ترکیبی و الگوی باسون، توسط، ۱۰ نفر متخصص شامل: روانپزشک، روانشناس و متخصص بهداشت باروری، ارزیابی گردیده است. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت نمونه گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی بوده است. ابزار اندازه گیری در این مطالعه، ۱- پرسشنامه دموگرافیک، در این پرسشنامه، متغیر های سن، میزان تحصیلات، شغل، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، در نظر گرفته شد.

- پرسشنامه عملکرد جنسی زنان : این مقیاس توسط روزن، براون، هیمن، لیبوم، مستون و همکاران، (۲۰۰۰) ساخته شده و در مطالعات فراوانی در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته و درجه بالایی از همسانی درونی و پایایی را نشان داده است که، دارای زیر مقیاس های، میل جنسی و تحریک روانی، برانگیختگی و رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی، است. حداکثر نمره برای هر حوزه برابر با ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ است. نقطه برش برای کل مقیاس و زیر مقیاس ها به ترتیب عبارت است از: کل مقیاس ۲۸، میل ۳/۳، تحریک روانی ۲/۴، رطوبت ۴/۳، ارگاسم ۳/۴، رضایتمندی ۸/۳، و درد جنسی ۸/۳. نمرات بیشتر از نقطه برش مبین عملکرد بهتر است. ۳- پرسشنامه عملکرد جنسی مردان، که توسط روزن و همکارانش (۲۰۰۰)، طراحی شده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۸۵/۰ می باشد که حاکی از همسانی درونی مناسب پرسشنامه و مولفه های آن می باشد (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۴). این پرسشنامه با ۱۵ مولفه عملکرد جنسی مردان را در ۵ حوزه مورد ارزیابی قرار می دهد، که براساس طیف نمره دهی لیکرت از ۱ تا ۵، نمره دهی می شود. نمره بالاتر نشانه عملکرد جنسی بهتر می باشد. حداکثر نمره ۷۵ می باشد که نشان دهنده بهترین عملکرد جنسی است. نمره ۰-۱۰، نشانه اختلال عملکرد جنسی شدید، نمره ۱۱-۱۶، نشانه اختلال

عملکرد خفیف تا متوسط، نمره ۲۲-۲۵، اختلال خفیف، و نمره ۲۶-۳۰، عدم وجود اختلال، را نشان می دهد. این ۵ حوزه عبارتند از: کارکرد نعوظ، میل جنسی، کارکرد اوج لذت جنسی، رضایتمندی جنسی و رضایتمندی همه جانبه. این پرسشنامه در مطالعات متعددی جهت سنجش عملکرد جنسی مردان در ایران استفاده شده است (بابازاده و دیگران، ۲۰۲۰). ۴- پرسشنامه تعارضات زناشوی ثنائی و باقری: این ابزار توسط ثنائی و باقری (۱۳۷۵)، براساس فرهنگ مردم ایران طراحی و ساخته شده است، لذا به خوبی می تواند مشکلات زناشویی زوجین ایرانی را برآورد نماید. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ است و برای ۷ خرده مقیاس آن از این قرار است: کاهش همکاری، ۰/۸۱؛ کاهش رابطه جنسی، ۰/۶۱؛ واکنش های هیجانی، ۰/۷۰؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۱؛ و کاهش ارتباط موثر، ۰/۶۹، دارای ۴۲ سوال و نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و کمترین نمره آن ۴۲ است. نمره دهی این آزمون بر اساس لیکرت و ۵ گزینه ی می باشد. نمره ۲۱۰ برابر با بیشترین تعارض و نمره ۴۲ برابر با کمترین تعارض می باشد (نویدیان، بهاری و کرمان ساروی، ۲۰۱۴). در این مطالعه برای بررسی توصیفی مشخصات دموگرافیک از آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار، میانه، حداقل، حداکثر و چارک)، و تجزیه و تحلیل داده ها در این مطالعه با استفاده تحلیل کوواریانس چند متغیره و اندازه گیری مکرر انجام شده است.

یافته ها

یافته های این مطالعه نشان داده است که، ۵۰ درصد از نمونه ها مرد و ۵۰ درصد زن بوده اند که، ۶/۶ درصد آن ها زیر ۲۵ سال، ۱۹/۸ درصد، ۳۰-۲۵ سال، و ۳۳/۱، ۳۵-۳۰ سال، ۳۳/۱ درصد، ۴۰-۳۵ سال و ۲۶/۴ درصد بالای ۴۰ سال سن داشته اند. ۳/۳ درصد از نمونه ها زیر دیپلم، ۳۰ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد فوق دیپلم، ۳۳/۳ درصد لیسانس، و ۲۶/۷ درصد فوق لیسانس و بالاتر بوده اند. ۲۰ درصد از زنان خانه دار، ۳/۳ درصد شغل مهارتی و ۳/۳ درصد شغل آزاد، و ۷۳/۳ درصد کارمند بوده اند. ۱۶/۷ درصد مردان شغل مهندسی، ۳ درصد مهارتی، ۳۰ درصد آزاد و ۲۷/۳ درصد کارمند بوده اند. ۵۵ درصد نمونه ها بدون فرزند، ۲۰ درصد تک فرزند، ۲۱/۷ درصد، دو فرزند و ۳/۳ درصد، ۳ فرزند داشته اند. ۱۹ درصد نمونه ها، ۳ سال، ۳۱ درصد بین ۳ تا ۶ سال، ۲۶ درصد بین ۶ تا ۱۰ سال، و ۲۴ درصد بالای ۱۰ سال، طول مدت ازدواج آنها بوده است. یافته های جدول شماره (۳)، نمرات سه آزمون عملکرد جنسی زوجین را پیش و پس از درمان و پیگیری با سه مدل به تفکیک زنان، مردان و بطور کل نشان می دهد در هر سه مدل نزدیکی نمرات پس آزمون و پیگیری، قابل مشاهده می باشد. یافته های جدول شماره (۴) نمرات سه آزمون تعارضات زوجین را پیش و پس از درمان و پیگیری، با سه مدل به تفکیک زنان، مردان و بطور کل نشان می دهد. جدول (۵)، نشان می دهد که با توجه به معنادار نبودن ($p>0/05$)، نتایج این آزمون از شرط همگنی ماتریس واریانس - کواریانس تخطی نشده است، همچنین برای همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داده است که شرط برابری واریانس ها برقرار است (جدول شماره ۶). نتایج نشان داده است که، سطوح معناداری همه آزمون ها بیانگر آن است که بین پیش آزمون و پس آزمون عملکرد جنسی هر سه گروه تفاوت معنادار مشاهده شد ($p\leq 0/05$)، به عبارتی هر سه نوع درمان از طریق مدل باسون، مدل ستیر و ترکیبی از این دو مدل بر

عملکرد جنسی زوجین تاثیر گذاشته است و میزان این تاثیر ۰/۲۳ مشاهده شد به عبارت دیگر ، ۲۳ درصد از تغییرات در عملکرد جنسی زوجین مربوط به تاثیر آموزش بر اساس مدل های مورد بررسی می باشد (جدول شماره ۷). اگر چه در آزمون تعقیبی در گروه درمانی ستیر این نتایج معنی دار نبوده است. نتایج دیگر مطالعه نشان داده است که، سطوح معناداری همه آزمون ها بیانگر آن است که بین پیش آزمون و پس آزمون تعارضات زوجین هر سه گروه تفاوت معنادار مشاهده شده است ($p \leq 0/05$)، به عبارتی هر سه نوع درمان از طریق مدل باسون ، مدل ستیر و ترکیبی از این دو مدل بر کاهش تعارضات زوجین تاثیر گذاشته است و میزان این تاثیر ۰/۳۰۷ گزارش شده است (جدول شماره ۸). میزان پایداری این درمان ها هم پس از اجرای آزمون پیگیری مورد تائید قرار گرفت . آزمون تعقیبی شفه نشان داد که بین میانگین نمرات پس آزمون در هر سه مدل با میانگین پیش آزمون هر سه مدل و پیگیری، تفاوت معنادار است و میزان پایداری این آموزش ها در زوجین هم مناسب بوده است. بنابراین بین اثر بخشی این سه روش درمانی بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین تفاوت معنادار وجود ندارد (جدول شماره ۹)، اگر چه این اثر بخشی در گروه مدل ترکیبی بیشتر بوده است. نتایج نشان داده است که، مداخلات بر اساس مدل باسون موجب افزایش و بهبود عملکرد جنسی زوجین گردیده و میزان پایداری این آموزش هم پس از اجرای آزمون پیگیری مورد تائید قرار گرفت . میانگین عملکرد جنسی پیش آزمون برابر با ۳۳/۴۰ ، پس آزمون برابر با ۶۱/۲۰ و پیگیری آن هم ۶۱/۶۰ بوده است). آزمون تعقیبی شفه هم نشان داد که بین پیش آزمون با پس آزمون تفاوت معنادار است و همچنین بین پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار نیست.

مداخلات بر اساس مدل ترکیبی موجب افزایش و بهبود در زوجین گردید و میزان پایداری این مداخلات هم پس از اجرای آزمون پیگیری مورد تائید قرار گرفت . (میانگین تعارضات زوجین پیش آزمون برابر ۳۵/۲۵ پس آزمون برابر با ۵۵/۹۰ و پیگیری، آن هم ۵۴/۱۰ مشاهده شد). آزمون تعقیبی شفه هم نشان داد که بین پیش آزمون با پس آزمون تفاوت معنادار است و همچنین بین پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار نیست. همچنین یافته های مربوط به آموزش مدل ستیر نشان داد که پس از درمان میانگین نمرات بهبود عملکرد جنسی در پس آزمون، تا حدودی افزایش یافت اما تفاوت بین دو میانگین معنادار مشاهده نشد. بنابراین با توجه به نتایج این مطالعه، میزان تاثیر مدل باسون و مدل ترکیبی در افزایش و بهبود عملکرد جنسی زوجین بیشتر از درمان با مدل ستیر بوده است (جدول شماره ۱۰).

جدول (۳): توزیع میانگین پیش آزمون ، پس آزمون و پیگیری نمرات عملکرد

جنسی گروههای مورد بررسی

جنسیت	آزمون / گروهها	مدل ستیر	مدل باسون	مدل ترکیبی
زن	پیش آزمون	۴۴/۲۰	۳۳/۳۰	۳۹/۶۰
	پس آزمون	۵۱/۴۰	۶۲/۱۰	۵۶/۹۰
	پیگیری	۵۰/۵۰	۶۲/۶۰	۵۳/۴۰
مرد	پیش آزمون	۴۲/۲۰	۳۳/۵۰	۳۰/۹۰
	پس آزمون	۴۸/۴۰	۶۰/۳۰	۵۴/۹۰
	پیگیری	۴۸/۳۰	۶۰/۶۰	۵۴/۸۰

کل	پیش آزمون	۴۵/۷۰	۳۳/۴۰	۳۵/۲۵
	پس آزمون	۴۹/۹۰	۶۱/۲۰	۵۵/۹۰
	پیگیری	۴۹/۴۰	۶۱/۶۰	۵۴/۱۰

جدول (۴). توزیع میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات تعارضات زوجین گروههای مورد بررسی

جنسیت	آزمون/گروهها	مدل ستیر	مدل باسون	مدل ترکیبی
زن	پیش آزمون	۱۲۸/۷۰	۱۲۷/۶۰	۱۳۰/۸۰
	پس آزمون	۱۰۵/۸۰	۱۰۰/۵۰	۱۱۱/۸۰
	پیگیری	۱۰۶/۲۰	۱۰۱/۱۰	۱۰۹
مرد	پیش آزمون	۱۳۳/۵۰	۱۳۰/۱۰	۱۳۱/۱۰
	پس آزمون	۱۱۳/۷۰	۱۰۰/۱۰	۱۱۴/۹۰
	پیگیری	۱۱۴/۲۰	۱۰۰/۱۰	۱۱۳/۸۰
کل	پیش آزمون	۱۳۱/۱۰	۱۲۸/۸۵	۱۳۰/۹۵
	پس آزمون	۱۰۹/۷۵	۱۰۰/۳۰	۱۱۳/۳۵
	پیگیری	۱۱۵/۱۶	۱۰۰/۶۰	۱۱۱/۴۰

جدول (۵). آزمون M باکس برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس های واریانس، کواریانس

آزمون باکس	مقدار F	سطح معناداری sig
۲/۰۱	۰/۵۹	۰/۶۲۱

جدول (۶). برابری واریانس ها بر اساس آزمون لوین

متغیرها	مقدار F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	sig
پس آزمون عملکرد جنسی	۲/۱۱	۲	۵۷	۰/۱۳۰
پس آزمون تعارضات جنسی	۰/۰۲۸	۲	۵۷	۰/۹۲۷

جدول (۷). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نمرات پس آزمون عملکرد جنسی در سه گروه مدل باسون،

نام آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	sig	مجذوراتا
-----------	------	---------	------------	----------------	-----	----------

اثر پیلاپی	۰/۲۲۸	۷/۹۶	۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳
لامبای ویتکز	۰/۷۷۲	۷/۹۶	۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳
اثر هلتیلگز	۰/۲۹۵	۷/۹۶	۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳
بزرگترین ریشه	۰/۲۹۵	۷/۹۶	۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۳

جدول (۸). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نمرات پس آزمون کاهش تعارضات زوجین در سه گروه آموزش

مدل باسون، مدل ستیر، و ترکیبی از این دو مدل						
نام آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	Sig	مجدور اتا
اثر پیلاپی	۰/۳۰۷	۱۱/۹۷	۲	۵۴	۰/۰۰۰	۰/۳۰۷
لامبای ویتکز	۰/۶۹۳	۱۱/۹۷	۲	۵۴	۰/۰۰۰	۰/۳۰۷
اثر هلتیلگز	۰/۴۴۴	۱۱/۹۷	۲	۵۴	۰/۰۰۰	۰/۳۰۷
بزرگترین ریشه	۰/۴۴۴	۱۱/۹۷	۲	۵۴	۰/۰۰۰	۰/۳۰۷

جدول (۹). خروجی آزمون تعقیبی شفه محاسبات مربوط به مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمان کاهش

تعارضات زوجین در سه گروه مدل باسون، مدل ستیر و الگوی ترکیبی			
گروهها	تعداد نمونه	۱	۲
پس آزمون ستیر	۲۰	۱۰۰/۳۰	-
پیگیری مدل ستیر	۲۰	۱۰۰/۶۰	-
پس آزمون مدل باسون	۲۰	۱۱۱/۴۰	-
پیگیری مدل باسون	۲۰	۱۱۰/۲۰	-
پیگیری ترکیبی	۲۰	۱۱۱/۴۰	-
پس آزمون ترکیبی	۲۰	۱۱۳/۳۵	-
پیش آزمون مدل ستیر	۲۰	-	۱۲۸/۸۵
پیش آزمون ترکیبی	۲۰	-	۱۳۰/۹۵
پیش آزمون مدل باسون	۲۰	-	۱۳۱/۱۰

جدول (۱۰). خروجی آزمون تعقیبی شفه محاسبات مربوط به مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، درمان عملکرد

جنسی زوجین به سه گروه مدل باسون، مدل ستیر و الگوی ترکیبی					
گروهها	تعداد نمونه	۱	۲	۳	۴
پیش آزمون مدل باسون	۲۰	۳۳/۴۰			
پیش آزمون ترکیبی	۲۰	۳۵/۲۵	۳۵/۲۵		
پیش آزمون مدل ستیر	۲۰		۴۵/۷۰	۴۵/۷۰	
پیگیری مدل ستیر	۲۰			۴۹/۴۰	
پس آزمون مدل ستیر	۲۰			۴۹/۹۰	۴۹/۹۰

۵۴/۱۰	۵۴/۱۰	۲۰	پیگیری ترکیبی
۵۵/۹۰	۵۵/۹۰	۲۰	پس آزمون ترکیبی
۶۱/۲۰		۲۰	پس آزمون مدل باسون
۶۱/۶۰		۲۰	پیگیری مدل باسون

بحث

نتایج این مطالعه نشان داده است که، فرضیه های اول، دوم و سوم مطالعه مبنی بر اثر بخشی معنا دار مدل جنسی باسون، خانواده درمانی ستیر و الگوی ترکیبی این دو درمان، بر تعارضات زناشویی تایید گردیده است و هر ۳ روش درمان در کاهش تعارضات زناشویی موثر بوده است، که در جستجوهای انجام شده مطالعه ای که مبتنی بر ترکیب الگوی جنسی باسون و خانواده درمانی ستیر و یا با دیگر نظریه های درمانی صورت گرفته باشد پیدا نشد، لذا نتایج با مطالعاتی که به صورت ترکیبی انجام شده بود تحلیل و مقایسه گردید. در این راستا نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات (امیدی و دیگران، ۱۳۹۹؛ وایتز، ۲۰۱۰؛ تامپسون، ۲۰۱۰؛ کریستینسن، ۲۰۰۹؛ حقانی و دیگران، ۱۳۹۸)، هماهنگ و همسو می باشد. در تبیین این هماهنگی، چنین به نظر می رسد، که ترکیب دو یا چند مدل درمان در حل تعارضات زناشویی تاثیر به سزایی در حل این مشکلات دارد، زیرا در الگوهای ترکیبی درمان، مولفه های چالش برانگیز در سطحی وسیع و گسترده در رابطه زوجی مورد واکاوی و بررسی قرار می گیرد و رهیافت درمانی عمیق تر و گسترده ای را در حل مشکلات خانواده و زوج ایجاد می کند که می تواند نتیجه ای به مراتب مطلوب تر و بهتر نسبت به استفاده از یک مدل درمان به تنهایی داشته باشد. در این مطالعه شیوه نامه درمانی ترکیبی با استفاده از رویکرد خانواده درمانی ستیر و الگوی جنسی باسون توسط محققین طرح ریزی گردیده و توسط ۱۰ تن از افراد متخصص روایی محتوایی آن تایید گردیده است، که در آن طیف وسیعی از مولفه های مشکل ساز در رابطه زوج براساس این دو مدل درمان مد نظرو چالش قرار گرفته است. مدل باسون برخلاف مدل های خطی سنتی در حوزه پاسخ جنسی، نگاه تعاملی، غیر خطی و مبتنی بر بافت عاطفی به خصوص در زنان دارد. این مدل تاکید دارد که میل جنسی اغلب در نتیجه صمیمیت عاطفی، امنیت روانی و ارتباط رضایت بخش شکل می گیرد، نه صرفا به عنوان پاسخی فیزیولوژیکی. بنا براین، این مدل به خوبی نشان می دهد که عملکرد جنسی، به ویژه در روابط زناشویی بلند مدت، به شدت تحت تاثیر کیفیت رابطه هیجانی والگوی ارتباطی زوجین است. از سوی دیگر خانواده درمانی ستیر با تمرکز بر ارتقاء خود شناسی، رشد درونی، تقویت عزت نفس و ایجاد الگوهای ارتباطی سالم، بستری مناسب برای باز سازی بنیاد های هیجانی رابطه زناشویی فراهم می سازد. ستیر معتقد بود که بسیاری از مشکلات زناشویی ناشی از الگوهای ناکارآمد ارتباطی، نقش های تحریف شده خانوادگی، و بیگانگی با خود واقعی است. بنا براین، مداخله ستیر می تواند به زوجین کمک کند تا با کشف و بیان احساسات خود، ارتباطی اصیل و امن را تجربه کنند که این خود زمینه ساز بهبود و رضایت از عملکرد جنسی را به دنبال داشته باشد. ترکیب این دو رویکرد امکان ایجاد یک بسته مداخله ای جامع را فراهم می کند که هم به لایه های روان جنسی فرد و هم به دینامیک ارتباطی زوجین توجه دارد. رویکرد باسون به مسئله میل و پاسخ جنسی و رویکرد ستیر به توانمند سازی هیجانی و ترمیم ارتباطی می پردازد. این دو الگو در کنار هم می توانند با ایجاد پیوند میان صمیمیت عاطفی و تجربه جنسی، به شکل چند وجهی و منسجم، تعارضات زناشویی و عملکرد

جنسی زوجین را بهبود دهند (مسترز و جانسون، ۱۹۶۶؛ مستون و باس، ۲۰۰۷). که مسلماً در همه افراد با احساس رضایت و شادمانی همراه خواهد بود، لذا وقتی این موارد در اتاق درمان به چالش کشیده می‌شود و در ادامه تصحیح می‌گردد، با احساس رضایتمندی و خشنودی در زوجین همراه خواهد شد. در حالی که اگر مداخلات فقط بر اساس یک الگوی درمان با مولفه‌های درمانی محدود طرح ریزی گردد، ممکن است بسیاری از مولفه‌های چالش برانگیز مورد غفلت قرار گیرد و اثر بخشی درمان معنی دار نباشد و نتایج دلخواه از درمان به دست نیاید.

نتایج دیگر این مطالعه نشان داده است که مداخلات بر اساس تئوری و فرضیات مدل جنسی باسون با استفاده از شیوه نامه محقق ساخته، تاثیر معنی داری بر کاهش تعارضات زناشویی و بهبود و افزایش عملکرد جنسی زوجین داشته است، که با مطالعات (سانچز، ۲۰۱۴؛ باسون، ۲۰۰۰)، هماهنگ و همسو می‌باشد. چنین به نظر می‌رسد که، با توجه به تاثیر متقابل و دوسویه مشکلات جنسی و تعارضات زناشویی بر هم، وقتی زوج، رابطه جنسی رضایت بخش و رمانتیکی را تجربه می‌کنند، می‌تواند تاثیر به سزایی در کاهش تعارضات داشته باشد و کاهش تعارضات هم به نوبه خود باعث بهبود و افزایش بیشتر رابطه جنسی گردد. با توجه به پیش فرض‌های اصلی در مدل جنسی باسون مبنی بر تمرکز بر مولفه‌های که باعث برانگیختن زوج و اصطلاحاً ماشه چکان نیاز جنسی می‌گردد، مانند: افزایش صمیمیت، انتقال احساس دوست داشتنی بودن، احساس کفایت و ارزشمندی، لمس و توجه به همدیگر، توجه به آمادگی و رفع خستگی ناشی از کار روزانه، تفریحات خانواده محور و تصحیح شیوه زندگی با توجه به استانداردهای سلامت محور و در واقع اغلب مولفه‌های موثر در رضایتمندی از زندگی زناشویی در ابعاد مختلف مد نظر درمانگر قرار می‌گیرد و به آنها پرداخته می‌شود، لذا درمان می‌تواند نتیجه مطلوبی را برای زوجین در بر داشته باشد.

بر اساس نتایج دیگر این مطالعه، مداخلات براساس الگوی درمانی ستیر، مانند دو مدل دیگر مداخله، در کاهش تعارضات زناشویی موثر بوده است و اختلاف معنی داری نشان داده است و حکایت از تایید فرضیه‌های چهارم، ششم و هفتم این مطالعه دارد، اما در حوزه عملکرد جنسی اگرچه موثر بوده است، اما این تاثیر معنی دار نبوده است، که با نتایج مطالعات (شاکریان، ۲۰۱۴؛ پناه، ۱۳۹۶)، ناهماهنگ می‌باشد، و در واقع فرضیه پنجم مطالعه تایید نگردیده است. در تفسیر این ناهماهنگی، چنین به نظر می‌رسد، با توجه به اینکه در خانواده درمانی ستیر، الگوهای ارتباطی زوجین و افزایش عزت نفس و احساس ارزشمندی، مهمترین مولفه‌های هستند که در اتاق درمان به چالش کشیده می‌شوند و مد نظر مشاوران و درمانگران قرار می‌گیرد و از طرفی در عصر کنونی و تغییر شیوه ازدواج از سنتی به مدرنیته و شاغل شدن زنان و تغییر شیوه همسر یابی، مسائل دیگری غیر از الگوهای ارتباطی و احساس ارزشمندی منبع و محرک مشکلات جنسی و تعارضات فی مابین زوجین خواهد بود، از جمله، یکسان خواهی زنان، خستگی ناشی از کار، درخواست همکاری و کمک خواستن بیشتر زنان از همسرانشان در امور خانه داری، مدیریت مالی، مدیریت فرزندان و ارتباط با خانواده‌ها و از همه مهمتر چگونگی و کیفیت زندگی جنسی زوجین و می‌باشد که اگر در الگوی درمان، به آنها پرداخته نشود، ممکن است نتیجه مطلوب درمانی به دست نیاید. از طرفی ممکن است نمونه‌های مطالعه حاضر از نظر سن، تحصیلات و موقعیت‌های فرهنگی و اجتماعی با نمونه‌های مطالعات ذکر شده، تفاوت داشته و در نتیجه نتایج متفاوتی هم از مداخلات حاصل گردیده است. نکته مهم دیگری که در تبیین این ناهماهنگی

می توان بیان نمود، تاثیر مشکلات جنسی و عدم رضایتمندی جنسی در رابطه زوجی می باشد که در یک ارتباط دوسویه و متقابل با تعارضات زناشویی قرار دارد. لذا چنانچه در مداخلات درمانی توجه لازم به مشکلات جنسی مبذول نگردد، بی شک بر نتایج درمان تاثیر گذار خواهد بود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه و با توجه به تاثیر روش درمان ترکیبی و مدل جنسی باسون بر کاهش تعارضات زناشویی، بهبود و افزایش عملکرد جنسی زوجین شرکت کننده در مطالعه، چنین به نظر می رسد که، مدل ترکیبی طراحی شده، به واسطه اینکه ابعاد گسترده تری از مشکلات زناشویی را مورد بررسی و چالش قرار می دهد و فراتر از یک مدل درمانی به تنهایی که مبتنی بر چهارچوب های محدود یک نظریه می باشد، تاثیر بیشتری بر حل مشکلات زوجین خواهد داشت. در مدل جنسی باسون هم، با توجه به اینکه، اساس درمان برایجاد انگیزه و شناسایی محرک ها و ماشه چکان های است که زوج را تحریک می کند و زمینه پاسخ جنسی را در زوج ایجاد می کند، مانند: ایجاد صمیمیت، احترام، انتقال احساس دوشست داشتنی بودن و ارزشمندی، نوازش و لمس بیشتر، توجه و که باعث تحریک میل جنسی و در نتیجه بهبود عملکرد جنسی خواهد شد و این مولفه در یک ارتباط دو سویه و متقابل با تعارضات زناشویی باعث ایجاد جوی شاد و رضایت بخش در فضای خانواده و ارتباط گرمتر و صمیمی تر زوجین و حل بهتر مشکلات و نادیده گرفتن سوئی تفاهمات و پذیرش تفاوت ها از جانب همدیگر باعث، کاهش تعارضات زناشویی و خشنودی و رضایت بیشتر زوجین از زندگی زناشویی می گردد. لذا پیشنهاد می گردد، درمانگران در حوزه خانواده از مدل های ترکیبی درمان و الگوی درمان باسون بیشتر استفاده کنند.

سیاسگزاری

محققین از تمام شرکت کنندگان در این مطالعه به واسطه همکاری و سعه صدرشان و همه همکاران در مرکز راه نو صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند.

پی نوشت ها

1. Neuroendocrine
2. Breast cancer
3. Colorectal Cancer
4. Hypothalamus- Hypophysis- Adrenal Aix
5. Cortisol
6. Interleukin
7. Alpha Necrosis Factor

References

- Adamu, M. S., Adamu, B. A., & Ali, B. A. (2022). Relationship Between Parental Communication Styles and Adolescent Substance Use Among Senior Secondary School Students in Kaduna State, Nigeria. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 6(12), 335-341.
- Ahmadizadeh, M., & Ahmadi, S. (2016). Investigating the relationship between marital communication patterns and marital satisfaction among employees of the University of Isfahan. *Family Research Quarterly*. [in Persian]
- Askari Nadoshan, A., & Ghahfarokhi, Sh. (2019). An analysis of socio-economic characteristics related to divorce in Iran. *Strategic Research on Social Issues in Iran*, 8(2), 1-16. [in Persian]
- Babaei, A. (2018). Predicting marital conflicts of women involved in domestic violence based on sexual schemas, sexual function, and sexual satisfaction. [in Persian]
- Babazadeh1 SH, Habibi M, Sadeghi-Firoozabadi V, Gohari-Derakhshande N. (2020), Study of Psychometric Properties of the International Index of Erectile Function (IIEF) in Substance Dependent Men. *J of Quarterly of Applied Psychology*, 4 (56); 435-457
- Bahrami M, Parnian R, Samimi MA. (2012). The effect of nursing consultation involving cancer survivors on newly diagnosed cancer patients' quality of life. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 17(5):338.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1). 51-65.
- Bayan, H., Masoumi, S., & Hosseinian, S. (2017). Investigating and comparing self-differentiation, communication patterns, and sexual satisfaction in divorce-seeking and normal couples. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 7(2), 17-23. [in Persian]
- Beshkar, S., Sudani, M., & Shahni Yilagh, M. (2012). The effect of anger management skills training on reducing marital conflicts. *Journal of Psychological Achievements*, 1(4), 199-226. [in Persian]
- Bunea IM, Szentágotai-Tătar A, Miu AC. (2017). Early-life adversity and cortisol response to social stress: a meta-analysis. *Translational psychiatry*. 7(12):1-8.
- Chirstensen, M.L. (2009). An Epistemological Chekup : the Explication Application and Evolution of an Integrated Theory of Couple Therapy . *J of marriage and Family Therapy*.
- Dehkordi, M., Heidari, L., & Keyghobadi, Sh. (2013). The relationship between sexual function and marital adjustment in married women. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 20(8), 87-98. [in Persian]
- Faircloth WB, Schermerhorn AC, Mitchell PM, Cummings JS, Cummings EM. (2011). Testing the long-term efficacy of a prevention program for improving marital conflict in community families. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 32(4):189-97.
- Fincham FD, Rogge R, Beach SR. (2018). Relationship satisfaction.
- Gerken W.C, Starks L.T, Yates M. (2018). The importance of family, The role of mutual fund family reputation investment dicisions. 93; 193-215
- Ghaderi, Z., Tabrizi, M., & Ahghari, Gh. (2009). The effectiveness of Satir family therapy on changing coping styles with marital conflict. *Journal of Thought and Behavior*, 11(3). [in Persian]
- Ghoreishi, S. (2020). Investigating the effectiveness of emotionally focused approach on marital conflicts. *Quarterly Journal of Assessment and Research in Counseling and Psychology*, 4(6), 1-11. [in Persian]

- Haghani, M., Abedi, A., Fatehizadeh, M., & Aghaei, A. (2019). Comparing the effectiveness of an integrated systemic couple therapy package (Bowen), emotionally focused therapy (Johnson), and integrated couple therapy on marital quality of life in couples affected by infidelity. *Sadra Medical Sciences Journal*, 8(1), 11-28. [in Persian]
- Hinyard L, Wirth LS, Clancy JM, Schwartz T. (2017). The effect of marital status on breast cancer-related outcomes in women under 65: A SEER database analysis. *The Breast Cancer Journal*. 32:13-7.
- Houshmandi, R., Ahmadi, Kh., & Kiamanesh, A. (2019). An analysis of the causes of marital conflicts in the last two decades (A systematic review). *Journal of Psychological Sciences*, 18(79), 819-828. [in Persian]
- Ji X, Grandner M, Petrov M. (2018). The Role of Age, Sex, Race/ethnicity, Education, and Marital Status in the Relationship of Chronic Health Conditions and Habitual Sleep Duration. *Sleep*. 41(suppl_1):A332-A.
- Koss KJ, Gunnar MR. (2018). Annual Research Review: early adversity, the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis, and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 59(4):327-46.
- Martinez-Torteya C, Bogat GA, Levendosky AA, Von Eye A. (2016). The influence of prenatal intimate partner violence exposure on hypothalamic–pituitary–adrenal axis reactivity and childhood internalizing and externalizing symptoms. *Development and psychopathology*. 28(1):55-72.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Toronto, New York: Bantam Books.
- Meston, C. M., & Buss, D. M. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual Behaviour*, 36(4), 477-507.
- Modarresi, A. F., Lotfi Kashani, F., & Vaziri, Sh. (2017). The effectiveness of four-dimensional therapy: relationship therapy, hope and treatment expectation, awareness-raising, and behavior regulation on reducing marital conflicts. [in Persian]
- Moghaddam, Gh., Shafiabadi, K., & Sharifi, A. (2019). Marital conflicts and basic needs: The mediating role of spirituality. *Scientific Journal of Clinical Psychology and Personality*. [in Persian]
- Moslemi, M., Aghaei, H., & Shabani, Z. (2017). The effectiveness of training based on group narrative therapy approach on communication patterns in student couples. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 18(2), 51-60. [in Persian]
- Navidian A, Bahari F, Kermansaravi F. (2014). The relationship of interpersonal conflict handling styles and marital conflicts among Iranian divorcing couples. *Glob J Health Sci*. 6(6):245-256.
- Omidi, M., Karai, M., & Sudani, M. (2020). Investigating the effectiveness of combining Gottman couple therapy and structural therapy on cohesion, adaptability, and communication of maladjusted couples. *Lifestyle Journal with a Focus on Health*, 4(3), 106-115. [in Persian]
- Pahlavan, M., Motabi, F., & Mazaheri, M. (2015). Reaction to marital conflict: An intergenerational study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 21(3), 202-214. [in Persian]
- Panah, A. A., & Badr Azar, Sh. (2017). The effect of Satir brief couple therapy on reducing marital conflicts and increasing life satisfaction in couples. Presented at the Congress of the Iranian Psychological Association. [in Persian]
- Papp LM. (2018). Topics of marital conflict in the everyday lives of empty nest couples and their implications for conflict resolution. *J of Couple & Relationship Therapy*. 17(1):7-24.

- Parvandi, A., Arefi, M., & Moradi, A. (2016). The role of family functioning and couple communication patterns in predicting marital satisfaction. *Biannual Journal of Counseling Pathology and Family Enrichment*, 2(1), 54-65. [in Persian]
- Pourrosta, A., & Kalantari, M. (2012). The effectiveness of group forgiveness training on dimensions of marital conflicts in couples referring to counseling centers in Yasuj. *Police Knowledge of Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad*, 7, 77-100. [in Persian]
- Rahimi, M., Reshadat, S., & Faridmarandi, B. (2015). Investigating factors related to sexual function and sexual satisfaction in men with type 2 diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(164), 164-169. [in Persian]
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Ag ostino R. (2000). The female sexual function Index (FSFI): multidimensional self- report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*; 26(2): 191-208.
- Salehi F, Shahhosseini Z. (2017). Association Between Women's Marital Satisfaction and Anxiety During Pregnancy. *Iran J Psychiatry Behav Sci*.
- Sanchez, M.M, Iglesias, P.S, Sierra, J.C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International J of Clinical and Health Psychology*; 14(1): 67-75
- Shakerian A, Nazeri AM, Masoomi M, Ebrahimi P, Danaie S. (2014). Inspecting the relationship between sexual satisfaction and marital problems of divorce- asking women in Sanandaj city family court. *J of Social and Behavioral Science*. 114: 327-333.
- Sorokowski P, Randall AK, Groyecka A, Frackowiak T, Cantarero K, Hilpert P, et al. (2017). Corrigendum: Marital Satisfaction, Sex, Age, Marriage Duration, Religion, Number of Children, Economic Status, Education, and Collectivistic Values: Data from 33 Countries. *Frontiers in psychology*. 8:1728.
- Tavakolizadeh J, Nejatian M, Soori A. (2015). The Effectiveness of Communication Skills Training on Marital Conflicts and its Different Aspects in Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 171:214-21.
- Tavassolie T, Dudding S, Madigan A, Thorvardarson E, Winsler A. (2016). Differences in perceived parenting style between mothers and fathers: Implications for child outcomes and marital conflict. *Journal of Child and Family Studies*. 25(6):2055-68.
- Thompson H. The Evolution and implementation of an Integrated Approach to Emotionally Focused Couple Therapy. (2010). A case Study : *J of Marriage and Family Therapy*.
- Tobol Y, Yaniv G. (2019). Parents' marital status, psychological counseling and dishonest kindergarten children: An experimental study. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 167:33-8.
- Tribak, H. E. (2024). Marital Conflict from a Sociological Perspective: Towards a Deeper Understanding of Its Causes and the Role of Religion in Addressing It. *The journal Future of Social Sciences*, 19(5), 3-32.
- Withers M.C. The Evolution and Application of an Integrated Theoretical Approach to Couple Therapy. (2010). A case study: *J of Marriage and Family Therapy*.
- Zegeye B, Woldeamanuel GG, Negash W, Shibre G. (2020). Sexual Satisfaction and Its Associated Factors among Married Women in Northern Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 30(2):16.

پیوست

جدول (۱). شیوه نامه درمان جنسی براساس الگوی جنسی باسون

جلسات	اهداف	محتوا	فنون	تکالیف
اول	ارتباط درمانی، شرح حال، بررسی مشکل، ایجاد امید و انگیزه، تکمیل پرسشنامه تعارضات و عملکرد جنسی.	با سلام و احوالپرسی گرم و پذیرش و همدلی جلسه آغاز می گردد، شرح حال گرفته می شود و ارزیابی به عمل می آید. مشکلات جنسی هویت زوجی به آن داده شود. ممنوعیت سکس اعلام می گردد. با ایجاد امید و انگیزه، مراجعین ترغیب به ادامه درمان و حل مشکل می شوند.	گوش کردن فعال، سوال کردن، جمعبندی، شوخی، چالش تابو بودن مسائل جنسی	ثبت مشکلات جنسی و انتظارات از جلسه های درمان
دوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، آناتومی، فیزیولوژی و تفاوت های فردی در الگوهای جنسی، تشریح الگوی جنسی باسون.	بررسی تکالیف جلسه قبل و شناسایی افکار و باورهای ناکارآمد جنسی و توجه دادن زوجین به تحریکات حسی و غیرحسی و لذت بردن از لمس، نگاه، گفتگو بدون دخول واژینال و بدون تمرکز بر اندام جنسی، تشریح تأثیر پذیرش، الگوی ارتباطات، احترام، دوست داشتن و ... بر تحریکات و برانگیختگی جنسی	آموزش، تحلیل و تفسیر، رول پلی، گفتگوی جنسی، سوال کردن.	گفتگوی جنسی و ماهیت زوجی دادن به انتظارات و نیازها و توافق در مورد تعداد، کیفیت و ... رابطه جنسی، بررسی نیازهای جنسی.
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی کارآمدی افکار و کلیشه های جنسی، ناامیدی خلاق، بررسی زندگی غیرجنسی و تأثیر آن بر زندگی جنسی.	تکالیف جلسه قبل ابتدا بررسی می گردد از مراجعین خواسته می شود در مورد فانتزی های جنسی صحبت کنند، نا هم خوانی بین ارزش ها و رفتارهای جنسی بررسی می گردد.	ناامیدی خلاق، گفتگوی جنسی، رول پلی، گوش کردن فعال، تحلیل و تفسیر	خلاقیت در زمینه لذت های حسی، دلبپذیر کردن روابط زوجی، تفریح و فان، ورزش، همکاری، تماشای فیلم...
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، توجه به لذات غیرجنسی و تحریکات حسی، لمس فیزیکی بدون دخول، آموزش مهارت های ارتباط مؤثر، آرام سازی و کاهش اضطراب	در ابتدای جلسه تکالیف جلسه قبل بررسی می گردد و از زوجین خواسته می شود تغییرات ارزیابی گردد، آموزش بیش نوازی و الگوی چرخه جنسی به منظور انجام سکس کامل داده می شود.	گفتگوی جنسی، سؤال کردن، استفاده از کلمات معجزه آمیز در رابطه زوجی	گفتگوی جنسی در منزل و توافق در مورد تعداد کیفیت و ... چرخه پاسخ جنسی
پنجم	ایجاد صمیمیت، احترام، احساس ارزشمندی، بکارگیری سبک ارتباطی و تأثیر آن بر پاسخ جنسی، ایجاد دلبستگی بین زوجین	تکالیف جلسه قبل بررسی می گردد. در مورد تأثیر ارتباط مؤثر و احساس ارزشمندی و تأثیر آن بر برانگیختگی و تحریک جنسی صحبت می شود. و تأثیر متقابل رضایت جنسی بر ابعاد دیگر زندگی تحلیل می گردد.	مهارت حرف زدن، رول پلی، بیان مستقیم خواسته ها و نیازها بویژه نیاز جنسی	ضیافت جنسی، بکارگیری الگوی ارتباطی هم خوان با مکملیت، استفاده از کلمات معجزه آمیز
ششم و هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بکارگیری آموزش های جنسی و غیرجنسی در زندگی روزمره	ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی می گردد. در مورد آموزش های داده شده گفتگو و تبادل نظر صورت می گیرد موانع در راستای اجرای عملی آموزه ها بررسی می گردد. و در اتاق درمان به ایفای نقش پرداخته می شود.	ایفای نقش، تحلیل و تفسیر، گفتگوی جنسی، خلاصه کردن	همه موارد گفته شده در زندگی واقعی اجرا گردد.
هشتم	جلسه قبل بررسی می گردد. جمعبندی جلسات انجام می شود. ارزیابی زوجین از جلسات صورت می گردد. پرسشنامه تکمیل می گردد. جلسه فالوآپ معین می شود		جمعبندی خلاصه کردن و پیگیری	همه موارد گفته شده در زندگی واقعی اجرا گردد.

جدول (۲). شیوه نامه درمان ترکیبی (خانواده درمانی ستیر و الگوی باسون)

مراحل	جلسات	اهداف	محتوا	فنون	تکلیف
مرحله اول (برقراری تماس)	اول	ارتباط درمانی شرح حال (زن و شوهر) ایجاد انگیزه و امید سنجش عملکرد خانواده انتظارات درمان در حوزه زندگی جنسی و غیر جنسی، تکمیل پرسشنامه ها	با سلام و احوالپرسی و پذیرش گرم زوجین جلسه آغاز می گردد. ایجاد فضای امن و راحت جهت برقراری ارتباط درمانی ضروری است. درمانگر با گرفتن شرح حال و ارزیابی زوجین از زندگی جنسی و غیر جنسی با توجه به مشکلات این دو حوزه در زندگی جنسی ، تلاش می کند به درک درستی از مشکلات زوجین در این دو حوزه دست یابد. ایجاد انگیزه و امید دادن به زوجین در راستای حل مشکلاتشون گام بعدی در این جلسه است. و در نهایت با جمعبندی و و ایجاد اتحاد درمانی این جلسه پایان می یابدو	همدلی پذیرش گوش کردن فعال خلاصه کردن جمع بندی انعکاس سوال پرسیدن ایجاد انگیزه و امید شوخی الگو بودن	از زوجین درخواست می گردد دفتری تهیه نموده و تغییرات از این جلسه تا جلسه بعد ثبت گردد. انتظارات در دو حوزه جنسی و غیر جنسی شناسایی و ثبت گردد.
	دوم	بررسی تکالیف جلسه قبل بررسی الگوهای ارتباطی زن و شوهر (سازشگر، سرزنشگر، بی رابط و آشفته، زیاده منطقی، همخوان با رشد مکملیت، ساختار خانواده و سلسله مراتب	جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل برگزار می گردد. الگوی ارتباطی زن و شوهر شناسایی و مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می گیرد. پیامد های الگوی ارتباطی کنونی مورد بحث قرار می گیرد. انواع الگوهای ارتباطی توضیح داده می شود.	گوش کردن فعال، استعاره دیگ و قوطی کرم، ایفای نقش، آناتومی و مجسمه سازی خانواده، تحلیل و تفسیر،	از این جلسه تا جلسه بعد الگوی ارتباطی فسی مابین شناسایی و ثبت می گردد.
	سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی نیازها و انتظارات زن و شوهر، در ابعاد روانشناختی، جنسی، جسمی و اجتماعی و خانوادگی، شناسایی ارزش ها	جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل آغاز می گردد. احساس ارزشمندی و احساس دوست داشتنی بودن، مورد بررسی قرار می گیرد و اینکه نیازهای عاطفی ، جنسی و احساس ارزشمندی و چقدر در رابطه دو طرف پاسخ داده می شود.	الگو بودن، گوش کردن فعال، همدلی، ایفای نقش ، تفسیر	رفتارهای متقابل خوشایند، ایجاد احساس ارزشمندی در یکدیگر
	چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل ، بررسی الگوی جنسی و نیاز های جنسی، آموزش الگوی جنسی باسون	جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل آغاز می گردد. مشکلات زندگی جنسی مورد بررسی قرار می گیرد و الگوی جنسی باسون آموزش داده می شود. افکار ناکارآمد جنسی شناسایی و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد. ارتقاء دانش جنسی مد نظر درمانگر می باشد.	آموزش، سوال کردن، ایفای نقش، گفتگوی جنسی	بکارگیری آموزه های جنسی بر اساس الگوی جنسی باسون
مرحله دوم	پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی انتظارات زن و شوهر از زندگی جنسی و غیر جنسی	هرکدام از زوجین انتظارات خود را در زمینه زندگی جنسی و غیر جنسی بیان می دارند و به چالش کشیده می شود که در صورت	سوالات سقراطی، ایفای نقش، گوش کردن فعال، مجسمه سازی و آناتومی	اجرای توافقات جلسه، ماساژ شبانه، رفتارهای خوشایند متقابل و اجرای

مراحل	جلسات	اهداف	محتوا	فنون	تکلیف
			موجه و منطقی بودن انتظار زوجین (بر اساس الگوی جنسی باسون) متعهد به اجرای انتظارات می گردند.	خانواده، باز سازی شناختی	مراسم خداحافظی و استقبال
مرحله سوم	ششم و هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، ادامه انتظارات جنسی و غیر جنسی زن و شوهر از همدیگر، ارتقاء الگوی ارتباطی همخوان و مکملیت در ارتباط زن و شوهر ، تصحیح الگوی حرف زدن و گوش کردن و دعوای منصفانه	در ابتدای جلسه تکالیف جلسه قبل بررسی می گردد. باز سازی خانواده از نظر الگوی ارتباطی هم خوان و پرورش مکملیت در رابطه زن و شوهر و ارتقاء کیفیت رابطه جنسی براساس الگوی جنسی باسون و ایجاد احساس ارزشمندی و حس خوب بودن ، صورت می گیرد. مهارت های حرف زدن و گوش کردن و دعوای منصفانه زن و شوهری، آموزش داده می شود.	آموزش، ایفای نقش، باز سازی خانواده، اناتومی و مجسمه سازی خانواده، استعاره دیگ، تحلیل و تفسیر	همه آموزش ها در زندگی واقعی اجرا می گردد و گزارش تهیه می شود.
	هشتم	مرور جلسات قبل، جمعبندی، مشخص کردن فواصل جلسات پیگیری، ارزیابی تغییر، تکمیل پرسشنامه ها	جلسه آخر با مرور و جمعبندی آغاز می گردد. ارزیابی زوجین از تغییرات صورت می گیرد. جلسات پیگیری معلوم می گردد. در پایان ضمن تشکر و قدردانی اززوجین ، پرسشنامه ها تکمیل می گردد.	جمعبندی، گوش کردن فعال، تشکر و قدردانی	اجرای آموزه ها در زندگی واقعی