

اثربخشی طرحواره درمانی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی
در شهر اصفهان

Effectiveness SchemaTherapy on the Sexual and Familial Function of
Woman sexless in Isfahan

Safoura Asadi Jajaei

PhD Student, Department OF Psychology ,Ardabil Branch ,Islamic Azad University ,Ardabil ,Iran.

Dr. Abbas Abolghasemi*

Professor Department of Psychology ,University of Guilan, Rasht, Iran.

abolghasemi1344@Guilan.ac.ir

Dr. Azra Ghaffari

Professor Department OF Psychology ,Ardabil Branch ,Islamic Azad University ,Ardabil ,Iran.

Dr. Mohamad Narimani

Professor Department OF Psychology ,Ardabil Branch ,Islamic Azad University ,Ardabil ,Iran.

صفورا اسدی جاجایی

دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

دکتر عباس ابوالقاسمی (نویسنده مسئول)

استاد گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

دکتر عذرا غفاری

استاد گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

دکتر محمد نریمانی

استاد گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of schematic therapy on family and sexual functions of women with frigidity in Isfahan. The method of this study was quasi-experimental with pretest-posttest with waiting for the treatment group. the population of the study consisted of all women with frigidity who were referred to the sexual health center of Isfahan in 2020. Forty women who suffered from frigidity were selected through purposeful sampling after screening with Rosen et al.'s (2000) Female Sexual Function Index (FSFI) and Kaplan Clinical Interview (KCI) (2015) and randomly assigned in two groups of experimental and waiting for treatment. The 10 - meeting protocol schema therapy was implemented on the experimental group. The two groups responded to the questioners of Family Assessment Device (FAD) Miller et al. (2013) and Rosen et al.'s (2000) Female Sexual Function Index (FSFI) the beginning and end of the study. the results of data analysis performed using the statistical test of analysis of covariance indicated that the schema therapy was a meaningful effect in improving sexual and familial functions ($P<.05$). Accordingly, it is possible to say that schema therapy is effective as a complementary method to improve the family and sexual functions of women with frigidity disorder and improve the quality of their marital relationships.

Keywords: sexless, Schema Therapy, Familial Functions, Sexual Functions.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی در شهر اصفهان بود. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه در کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سردمزاجی مراجعه‌کننده به مرکز سلامت جنسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند که از بین آنها تعداد ۴۰ نفر از زنان مبتلا به سردمزاجی با روش نمونه‌گیری هدفمند پس از غربالگری با شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) روزن و همکاران (۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی کاپلان (KCI) (۲۰۱۵)، انتخاب و در دو گروه آزمایش و در انتظار درمان به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. پروتکل ۱۰ جلسهای طرحواره درمانی بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. هر دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، مقیاس سنجش عملکرد خانواده (FAD) میلر و همکاران (۲۰۱۳) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) روزن و همکاران (۲۰۰۰) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چندمتغیره نشان داد؛ طرحواره درمانی بر بهبود کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی تأثیر معناداری داشت ($P<0.05$). براین اساس می‌توان گفت؛ طرحواره درمانی به عنوان یک روش مکمل برای اصلاح کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان دارای اختلال سردمزاجی و ارتقاء کیفیت روابط زناشویی آنها موثر است.

واژه‌های کلیدی: سردمزاجی، طرحواره درمانی، کارکردهای خانوادگی، کارکردهای جنسی.

ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۰

پذیرش: تیر ۱۴۰۰

دربافت: فروردین ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

کارکردهای جنسی زوجین یکی از مهم‌ترین جنبه‌های زندگی زناشویی است. وجود مشکل در این حیطه زناشویی می‌تواند تأثیر منفی بسیاری بر زندگی زوجین داشته باشد. در واقع مشکلات جنسی، همواره جزء چند علت اول طلاق و نارضایتی زناشویی ذکر شده است (تاسیو و کویی، ۲۰۲۱). چنانچه نتایج مطالعه آسیفا، نگویی، هنونک و مانو^۱ (۲۰۱۹) حاکی از شیوع ۵۳/۳ اختلالات جنسی در بین زوجین بود. رینیش و بیزلی^۲ (۲۰۱۰) بیشتر مشکلات جنسی زنان را ناشی از میل جنسی پایین یا بازداری شده (سردمزاجی جنسی^۳) می‌دانند. در این راستا هازن و شاویر^۴ (۲۰۱۰) در طی مطالعه‌ای نشان دادند که حدود ۵۰ درصد از درمان‌جویان مراجعه کننده به مرکز سلامت جنسی، میل جنسی پایین را گزارش کردند. همچنین یکه‌فلاح و گودرزی^۵ (۱۳۸۸) در نتایج مطالعه خود گزارش کردند که حدود ۹۳/۱ درصد مردان مورد مطالعه حداقل از یکی از اختلال‌های جنسی رنج می‌برند و شایع‌ترین اختلال جنسی در هر دو جنس کاهش میل جنسی یا همان سردمزاجی بود. این آمار در مطالعه ناصحی، ریسی، قاعلی، امینی و یحیوی^۶ (۲۰۱۷) در دامنه ۱۹/۲ تا ۷۷ درصد گزارش شده است، که براین اساس نیازمند توجه ویژه است.

تقریباً در بیشتر فرهنگ‌ها مسائل و امور مربوط به روابط جنسی یک تابو است که در هاله و لفافهای از مسائل نادرست و خرافی پیچیده شده است و صحبت درباره آن عموماً با احساسات منفی مانند شرم، گناه و رفتارهایی نظیر خجالت، کم رویی، گستاخی و بی‌حیایی همراه است (هایمن، آتلاء و روزنبلوم^۷، ۲۰۱۶؛ کاتریان و هال^۸، ۲۰۱۸)، اما انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی، بخش جدایی ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی او را تشکیل می‌دهد (رودریگو، نوئلیا، آندریز و ماتینز-آلوریز^۹، ۲۰۲۰) و مشکل در این حیطه، مشکلات زناشویی بیشتری را برای زوجین در پی دارد (استغایندو، هوگوز، کیستر، ادموندز و اسمیت^{۱۰}، ۲۰۲۰). وجود سردمزاجی در زوجین به ویژه در زنان عوارض فردی، زناشویی و خانوادگی بسیاری به همراه دارد (دورند و بارلو^{۱۱}، ۲۰۱۲). در این خصوص کینگ، هولت و نزارت^{۱۲} (۲۰۰۷) بیان کرده‌اند که مشکلات جنسی زنان با مسائل و مشکلات عاطفی ارتباط دارد و عملکرد خانواده به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. عملکرد خانوادگی^{۱۳} بازتاب انعطاف‌پذیری، الگوهای ارتباطی و جهت‌گیری‌های فرهنگی خانواده می‌باشد (دووس، توم، سویر، اتکیز و کریتنسن^{۱۴}، ۲۰۱۳). خانواده‌هایی که عملکرد خانوادگی خوبی دارند، ثبات شخصیت، ایمنی و حمایت عاطفی برای اعضاء خود فراهم می‌کنند. از نظر کارکردی نیز اجتماعی شدن و آشناشی با قوانین، نقش‌ها، ارضای غرایی جنسی، تولید نسل و ایجاد آرامش از جمله کارکردهای مثبت خانواده می‌باشد (اعزاری، ۱۳۹۹). رابطه جنسی صحیح و عملکرد جنسی^{۱۵} مناسب به عنوان پیش زمینه‌ای برای تقویت عواطف و احساسات بین زوجین عمل نموده و می‌تواند موجبات تحکیم بنیان‌های خانوادگی شده و از پیدایش و تشدید اختلالات روانی و از هم‌گسیختگی بنیان خانواده جلوگیری نماید (اسلاتر و روینسون^{۱۶}، ۲۰۱۴).

در واقع عملکرد جنسی رفتاری است که موجبات لذت فرد و شریک جنسی‌اش را فراهم می‌آورد و شامل تحریک اعضای جنسی اولیه، همراه با مقارت است، احساس نامتناسب گناه یا اضطراب در آن وجود ندارد و از سر اجبار نیست (سادوک و سادوک^{۱۷}، ۲۰۱۰). به عبارتی دیگر عملکرد جنسی، به این موضوع مربوط می‌شود که اگر فردی با شخص مناسبی در محیط مناسبی قرار گیرد چگونه به طور شایسته عمل خواهد کرد (کولم، لاوبت و دینا^{۱۸}، ۲۰۱۹)، پر واضح است که سلامت جنسی نیازمند رویکرد مثبت و محترمانه برای ارتباط جنسی در روابط زناشویی است. به گونه‌ای که امکان افزایش تجارب جنسی ایمن و لذت‌بخش را برای زوجین به همراه داشته باشد (هیگینز، مولیناکس، ترسول، داویدسون و مور^{۱۹}، ۲۰۱۱). لذا هرگونه اختلال و مشکل در روابط جنسی، سلامت جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (شریفیان، صفاری‌نیا و علیزاده‌فرد، ۱۳۹۷). آرنول، میله‌سیر، تروسیل، پولن و گلادر^{۲۰} (۲۰۰۹) و هیوبین، اسوتیر و راینارت^{۲۱} (۲۰۱۱) نشان دادند بی‌میلی جنسی اغلب با ناسازگاری و نارضایتی زناشویی همراه است. لذا با توجه به اهمیت و نقش پررنگ مسائل جنسی در زندگی زناشویی و کارکردهای آن، انجام مداخلات رواندرمانی می‌تواند گامی در بهبود کارکردهای جنسی و

1. Tasew & Koye

2. Asefa, Nigussie, Henok & Mamo

3. Reinisch & Beasley

4. Sexual Frigidity

5. Hazan & Shaver

6. Heinemann, Atallah & Rosenbaum

7. Kathryn & Hall

8. Rodrigo, Noelia, Andrés & Martínez-Álvarez

9. Stefanidou, Hughes, Kester, Edmondson & Smith

10. Durand & Barlow

11. King, Holt & Nazareth

12. Familial Function

13. Doss, Thum, Sevier, Atkins, & Christensen

14. Sexual Function

15. Slater & Robinson

16. Sadock & Sadock

17. Chelom, Leavitt & Dean

18. Higgins, Mullinax, Trussell, Davidson & Moore

19. Arnou, Millheiser, Garrett, Polan & Glover

20. Hubin, Sutter & Reynaert

به تبع آن افزایش عملکرد خانوادگی باشد. چنانچه در این خصوص لاری، ماراگ و ارین^۱ (۲۰۱۰) و اسمیت و هامی^۲ (۲۰۱۵) بیان کرده‌اند که برنامه‌های آموزشی و رواندرمانی بر بهبود کارکردهای جنسی زوجین تأثیر هستند. براین اساس یکی از مداخلات رواندرمانی که در حیطه مسائل جنسی می‌تواند بیشتر یاری گر باشد، طرحواره‌درمانی^۳ است. طرحواره‌ها؛ بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمايز‌کننده‌ی یک واقعه می‌باشند. به عبارت دیگر؛ طرحی کلی، از عناصر برجسته‌ی یک واقعه را طرحواره^۴ گویند (رینر، ارنتز، پیترز، لاستیل و هیبرز^۵، ۲۰۱۶). طرحواره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردي، افاد را در غلبه بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه یاری می‌دهد (کوئنلان، دین و کراوی^۶، ۲۰۱۸). هدف اولیه‌ی این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روانشناسی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌های است و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (یانگ^۷، ۲۰۰۳).

نظر بر این است که طرحواره درمانی با فراهم سازی و تسهیل بینش نسبت به ریشه‌های عمیق رفتارهای جاری در روابط زوجین، آگاهی و بینش آنان را نسبت به اهمیت طرحواره‌ها و نقش آنها در حفظ موقعیت‌های مشکل‌زای بین فرد افزایش می‌دهد (رینر و همکاران، ۲۰۱۶) و براین اساس می‌تواند بر کاهش مشکلات بین آنان تأثیر گذارد. چنانچه در این خصوص نتایج مطالعات صورت گرفته بر تأثیر گذاری این روش درمانی بر کارکردهای مختلف خانوادگی اشاره کرده‌اند. به طوری که در این راستا مطالعه رنجبر (۱۳۹۸) حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود رضایت جنسی زنان دارای مشکلات جنسی مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده بود. بعلاوه احمدی، ماردپور و محمودی (۱۳۹۹) نشان دادند که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر بهبود رضایت زنشویی زنان دارای اختلافات زنشویی داشت. نتایج مشابهی در مطالعه محنایی، گلستانه، پولادی ریشه‌ی و کیخسروانی (۱۳۹۸) نیز گزارش شده است. بعلاوه افضلی، نصرت‌آبادی، قاسم‌زاده و چوبداری (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند که طرحواره درمانی بر بهبود کمبود میل جنسی زنان متاهل تأثیر گذار بود. شافعی، فربی و احتشامز^۸ (۲۰۲۰) در تحقیق خود نشان دادند که طرحواره درمانی بر تأثیر معناداری بر افزایش عزت نفس جنسی در زنان دارای تعارضات زنشویی داشت. بعلاوه الهایی و کاظمیان (۲۰۲۰) در نتایج مطالعه خود نشان دادند که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر بهبود عملکرد جنسی زنان موردن مطالعه داشت.

با توجه به جایگاه و اهمیت نهاد خانواده، بررسی و پژوهش در بخش‌های مختلف این نهاد از جمله ازدواج، خویشاوندی، طلاق و کارکردهای آن امری ضروری است. توجه به عوامل تأثیرگذار بر کاهش استحکام و تحکیم خانواده از جمله؛ مشکلات و اختلالات جنسی و به ویژه سردمزاجی که براساس نتایج مطالعات از شیوع سیار بالایی در زنان برخوردار بوده و به شدت کارکردهای خانوادگی، روانی، عاطفی و جنسی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد، امری غیرقابل انکار است. لذا بررسی اثربخشی درمان‌های روانشناسی بر کاهش این مشکلات می‌تواند به عنوان زمینه‌ای برای درمان مناسب و نیز رفتارهای پیشگیرانه برای مشکلات ناشی از مسائل مطرح شده باشد. براین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر عملکرد جنسی و خانوادگی زنان مبتلا به سردمزاجی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه در انتظار درمان بود. در این پژوهش، مداخله‌ی درمان به عنوان متغیر مستقل و کارکردهای جنسی و خانوادگی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سردمزاجی مراجعت کننده به مرکز سلامت جنسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند که تعداد ۵۳ نفر زن مبتلا به سردمزاجی با روش نمونه‌گیری هدفمند پس از غربالگری با شاخص عملکرد جنسی زنان^۹ (FSFI) روزن و همکاران (۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی کاپلان (KCI^{۱۰})، شناسایی و بعد از اعمال ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۴۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و در انتظار درمان به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال، متاهل بودن، داشتن سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، عدم وجود بیماری‌های مزمن جسمانی، روانی و نداشتن وابستگی به داروهای روانپزشکی حد (براساس اظهار نظر خود شرکت‌کنندگان) و همچنین ملاک‌های خروج شامل جدایی از همسر در طی مراحل درمان، رخ دادن و قایع استرس‌آور (مرگ عزیزان، بیکاری و سایر) و عدم رضایت به ادامه همکاری در طی مراحل درمان بود. بعد از انتخاب افراد ابتدا یک جلسه‌ی توجیهی برای افراد گذاشته شد و ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل دریافت رضایت‌نامه کتبی قبل از شروع کار، توضیح محرمانه ماندن

1. Lori, Morag & Erin

2. Smith & Home

3. schema therapy

4. schema

5. Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael & Huibers

6. Quinlan, Deane & Crowe

7. Young

8. Safieh, Farib & Ehteshamz

9. Female Sexual Function Index-FSFI

10. Kaplan Clinical Interview

تمامی اطلاعات، آگاهی از موضوع و روش اجرا مطالعه، تفسیر نتایج در صورت تمایل برای آنها، عدم هزینه مشارکت در تحقیق برای شرکت‌کنندگان و اینکه پژوهش با رعایت موازین دینی و فرهنگی از سوی گروه و پژوهشگر است، برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد. در نهایت برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای و به صورت ۲ بار در هفته برگزار گردید، اما گروه در انتظار درمان بدون هیچگونه مداخله باقی ماندند. بعد از اتمام جلسات درمانی و سپری شدن ۸ هفته از هر دو گروه پس آزمون دریافت شد و داده‌های گردآوری شده توسط نرم افزار آماری spss نسخه ۲۴ با رعایت پیش‌فرض‌های پارامتریک، با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده^۱ (FAD): این پرسشنامه توسط میلر، رایان، کایتنر، بیشاپ و اپستین^۲ (۲۰۱۳) طراحی شده که دارای ۶۰ ماده و هفت خرده مقیاس (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌های عاطفی، درگیری‌های عاطفی، مهار رفتار و عملکرد کلی) است. پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده براساس لیکرت چهار درجه‌ای (از ۱=کاملاً مخالف تا ۴=کاملاً موافق) نمره‌گذاری شده و هر کدام از سوالات که عملکرد نامطلوب خانواده را نشان دهد به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات کمتر نشانه‌ی عملکرد سالم‌تر است. خرده مقیاس حل مشکل دارای ۶ ماده، ارتباط دارای ۹ ماده، نقش‌ها ۱۱ ماده، پاسخ‌گویی عاطفی ۶ ماده، آمیزش عاطفی ۷ ماده، کنترل رفتار ۹ ماده و خرده مقیاس عملکرد کلی خانواده نیز دارای ۱۲ ماده می‌باشد (میلر و همکاران، ۲۰۱۳). میلر و همکاران (۲۰۱۳) ضریب همبستگی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه را بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ می‌گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی تمامی خرده مقیاس‌های و عملکرد کلی با یکدیگر بین ۰/۳۷ تا ۰/۷۶ بود. بدست آمده است. محاسبه‌ی روانی پرسشنامه نیز نشان داد؛ این آزمون توانسته اعضای خانواده‌های غیربالینی و خانواده‌های بالینی را در هفت خرده مقیاس خود از یکدیگر تمایز سازد. همچنین تحلیل بررسی کفایت تعداد نمونه از آزمون KMO استفاده شد و نتایج حاکی از کفایت حجم نمونه‌ها بود ($p=0/001$). KMO=۰/۰۰۱. عوامل تأییدی پرسشنامه از طریق روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی آزمون اسکری و روش چرخش متعامد از نوع واریماکس، استفاده شده که برونداد این تحلیل یک معادله ۷ عاملی را نشان داد که این هفت عامل مجموعاً ۶۱/۱۴ درصد از کل واریانس را تبیین کرده است (میلر و همکاران، ۲۰۱۳). این پرسشنامه در ایران توسط یوسفی (۱۳۹۱) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. نتایج به دست آمده از روش تحلیل عاملی به شیوه چرخش متمایل از نوع ابلیمین مستقیم، ۷ عامل شیوه سنجش خانوادگی مک‌مستر را نشان داد و با تحلیل عامل تأییدی آنها برآراش شدند (شاخص نرم نشده برازنده^۳ ۰/۹۳)، شاخص انطباق مدل ۰/۹۶، شاخص میزان انطباق تعديل‌یافته ۰/۹۳. ضرایب پایابی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای کل و هفت عامل به ترتیب برابر ۰/۸۳ و ۰/۸۲ بود. همچنین، ضرایب روانی همگرا و واگرا شیوه سنجش خانوادگی مک‌مستر با پرسشنامه‌ی الگوهای ارتباطی و پرسشنامه کانون مهار و خرده مقیاس‌های واکنش عاطفی و امتراج با دیگران به به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۸۰، ۰/۴۳، ۰/۴۶ به دست آمد (یوسفی، ۱۳۹۱). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌های حل مسئله ۰/۷۸، ارتباط ۰/۸۲، نقش‌ها ۰/۸۸، پاسخ‌های عاطفی ۰/۷۷، درگیری‌های عاطفی ۰/۷۸، مهار رفتار ۰/۷۸، عملکرد کلی ۰/۷۸ و کل پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد.

شاخص عملکرد جنسی زنان^۴ (FSFI): این مقیاس توسط روزن، براؤن و هیمن^۵ (۲۰۰۰) ساخته شده و دارای ۱۹ سوال در شش حوزه شامل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (از ۱=تقریباً هیچ، ۲=برخی اوقات، ۳=بیشتر اوقات، ۴=تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌گردد. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداقل نمره صفر که حاکی از آن است که فرد در یک ماه گذشته فعالیت جنسی نداشته است. نمرات بالا نشان‌گر عملکرد خوب است (روزن و همکاران، ۲۰۰۰). در مطالعه روزن و همکاران (۲۰۰۰) روانی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی نشان داده شده (برابر ۰/۶۷) و همچنین پایابی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش گردید. در ایران نیز محمدی، حیدری و فقیه‌زاده (۱۳۸۷) به اعتبارسنجی این مقیاس پرداختند. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌های میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی، درد جنسی و نمره کل به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۷۶ و ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین بررسی اعتبار یا روانی نسخه فارسی تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌ها در دو گروه مورد و کنترل نشان داد (۱/۰≤P). به طوری که نمره منحنی راک^۶ نشان داد که این نمره برای کل مقیاس برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی ۲۸ تعیین گردید که بر اساس آن، ۸۳ درصد زنان دارای اختلال و ۸۲ درصد زنان بدون اختلال، به درستی طبقه‌بندی شده بودند. شاخص صحت ارزیابی مقیاس و خرده مقیاس‌ها در تشخیص اختلالات عملکرد جنسی، میزان سطح زیر منحنی راک است. در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) سطح زیر منحنی کل مقیاس (AUC=۰/۹۱۷) بود. همچنین در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌های میل ۰/۸۱، تحریک روانی ۰/۸۱، رطوبت ۰/۷۹، ارگاسم ۰/۸۳، رضایتمندی ۰/۷۵، درد جنسی ۰/۸۱ و کارکرد جنسی ۰/۸۱ به دست آمد.

1. Family Assessment Device (FAD)

2. Miller, Ryan, Keitner, Bishop & Epstein

3. Female Sexual Function Index-FSFI

4. Rosen, Brown & Heiman

5. Receiver Operating Characteristic Curve

بسته درمانی: بسته طرحواره درمانی در این مطالعه براساس پروتکل طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ترجمه: حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۰) طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای و به صورت ۲ بار در هفته به شرح زیر ارائه گردید (جدول ۱).

جدول ۱. پروتکل طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ترجمه: حمیدپور و همکاران ۲۰۱۴)

جلسه	مداخله	جلسه اول؛ معرفی و آشناسازی
جلسه دوم؛ معرفی طرحواره‌های موجود با طرحواره سالم	آشنایی و ایجاد ارتباط، بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی، بیان مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی.	شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها، براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته.
جلسه سوم؛ آموزش درمورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردي در رابطه درمانی. ارائه منطق شیوه‌های شناختی. استفاده از سبک، رویاروسازی هم‌دلانه، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره.	جلسه چهارم؛ راهبردهای تغییر سبک‌های مقابله‌ای
جلسه پنجم؛ سبک‌های مقابله‌ای	سبک‌های مقابله‌ای و پاسخ‌های فرد به طرحواره‌ها.	جلسه ششم؛ ارزیابی مزايا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای
جلسه هفتم؛ ارائه منطق شیوه تجربی	به چالش کشیدن طرحواره‌ها در سطح عاطفي، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویرسازی ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی.	بيان هدف شیوه‌های رفتاری، ارائه راههای برای تهیه فهرست رفتار، الوبت‌بندی و مشخص کردن مشکل سازترین رفتار، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار.
جلسه نهم؛ شیوه‌های رفتاری	انگیزش برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی.	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایي، تعیین زمان اجرای پس‌آزمون. تشکر از گروه و ختم جلسات.

بافته‌ها

در پژوهش حاضر، از مجموع نمونه گرفته شده از زنان مبتلا به سردمزاجی ($n=40$)، ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه در انتظار درمان به صورت گمارش تصادفي قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $27/95 \pm 3/29$ و گروه در انتظار درمان $28/3 \pm 15/76$ بود. در هر دو گروه کمترین فراونی دارای تحصیلات کارданی (گروه آزمایش ۵ درصد و گروه در انتظار درمان ۲/۵۰ درصد) و بیشترین فراونی در هر دو گروه دارای تحصیلات کارشناسی بودند (گروه آزمایش ۲۰ درصد و گروه در انتظار درمان ۲۲/۵۰ درصد). میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج گروه آزمایش $\pm 20/1$ و گروه در انتظار درمان $11/14 \pm 5/5$ بود. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش برای گروه درمانی و گروه در انتظار درمان ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج توصیفی نمرات کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان دارای اختلال سردمزاجی

کارکرد جنسی	گروه	نیزه	وقتی	پنهان	دیگر	تفصیل	ارگان	طبق	وقتی	پنهان	دیگر	تفصیل	ارگان	طبق
میانگی	-	۰/۵	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲
ن	-	۰/۵	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲
آزمایش	-	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲

اثربخشی طرحواره درمانی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمازاجی در شهر اصفهان

Effectiveness SchemaTherapy on the Sexual and Familial Function of Woman sexless in Isfahan

در جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش در مراحل پیشآزمون و پس آزمون برای گروه درمانی و گروه در انتظار درمان ارائه شده است. در ادامه برای بررسی فرض نرمال بودن و همگنی واریانس توزیع این متغیرها، به ترتیب از آزمون آزمون شاپیرو-ولک و آزمون لوین استفاده شد. براساس نتایج نمرات آزمون نرمال بودن شاپیرو-ولک (Sh-W) حاکی از تحقق فرض نرمالیتی بود (کارکردهای خانوادگی Sh=-۰/۹۰، کارکردهای شاپیرو-ولک (Sh-W=۰/۹۲۷، P<۰/۱۳۴)، کارکردهای جنسی Sh-W=۰/۹۲۷، P<۰/۰۹۶)، همچنین نتایج آزمون و همگنی واریانس لون نیز حاکی از همگنی واریانس نمرات M-Box=۴/۵۵۵، F=۱/۴۳۲، F<۰/۵۶۸، P<۰/۰۸۴، کارکردهای جنسی F=۰/۱۶۸، F<۰/۰۸۴، P<۰/۰۹۶). همچنین نتایج مفروضه همگنی متغیرهای پژوهش بود (کارکردهای خانوادگی M-Box=۰/۳۳۲، F=۰/۰۵۶۸، P<۰/۰۸۴)، کارکردهای جنسی F=۰/۱۶۸، F<۰/۰۸۴، P<۰/۰۹۶). ماتریس های واریانس - کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس ها است (کارکردهای خانوادگی و جنسی M-Box=۴/۵۵۵، F=۱/۴۳۲، F<۰/۰۸۴، P<۰/۰۹۶)، بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانع وجود ندارد. در ادامه نتایج مربوط به شاخص های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شده است (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل مانکووا طرحواره درمانی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی

Eta	P	E df	H df	F	V	شاخص‌های اعتباری	اثر
+0.999	0.001	36	2	26/335	0/594	اثر پیلابی	
+0.999	0.001	36	2	26/335	0/406	لامبادی ویلکز	گروه
+0.999	0.001	36	2	26/335	1/463	اثر هتلینگ	
+0.999	0.001	36	2	26/335	1/463	بزرگترین ریشه روی	
+0.984	0.001	36	2	29/096	0/618	اثر پیلابی	اثر متقابل کارکردهای خانوادگی و جنسی
+0.984	0.001	36	2	29/096	0/382	لامبادی ویلکز	
+0.984	0.001	36	2	29/096	1/616	اثر هتلینگ	
+0.984	0.001	36	2	29/096	1/616	بزرگترین ریشه روی	

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری کارکردهای خانوادگی و جنسی، در جدول (۳) نشان داد sig<0.001, F=26/335, F_{1,40}=40.6 (لامبادای ویلکر)، اثر گروه بر کارکردهای خانوادگی و جنسی sig<0.001, F=29/0.96, F_{1,382}=0.382 (لامبادای ویلکر) اثر متقابل کارکردهای خانوادگی و جنسی، معنادار بوده است. در نتیجه انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه تفاوت‌های گروه آرامیش و در انتظار درمان، بلامانع است. در ادامه نتایج بررسی، تاثیر طرح‌واری خانوادگی و جنسی، ارائه شده است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل مانکووا طرحواره‌درمانی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی

Eta	Sig	F	آماره آزمون	MS	d.f.	SS	کارکرد	اثر
ضریب اتا	سطح معناداری							
۰/۵۶۷	۰/۰۰۱	۴۸/۵۰۲	۱۶۰۵/۹۶۶	۱	۱۶۰۵/۹۶۶		جنسي	اثر متقابل کارکردهای
۰/۲۲۷	۰/۰۰۲	۱/۸۹۲	۴۶/۲۲۹	۱	۴۶/۲۲۹		خانوادگی	خانوادگی و جنسی
۰/۶۱۱	۰/۰۰۱	۵۸/۰۰۲	۱۹۲۰/۵۲۶	۱	۱۹۲۰/۵۲۶		جنسي	
۰/۵۲۳	۰/۰۰۱	۴۰/۵۹۱	۱۷۲/۲۸۲	۱	۱۷۲/۲۸۲		خانوادگی	گروه

براساس نتایج جدول شماره ۴ سطح معناداری برای کارکرد خانوادگی و جنسی در گروه آزمایش، کمتر از مقدار سطح معناداری $\alpha=0/05$ می‌باشد، در نتیجه نوع درمان بر این متغیرها تاثیر داشت. ضریب اتا نشان داد $\alpha=0/05$ /۱۱/۶۱، تغییرات ایجاد شده در نمرات پس آزمون کارکرد جنسی و $\alpha=0/05$ /۳۲/۵۲، تغییرات ایجاد شده در نمرات پس آزمون کارکرد خانوادگی در گروه آزمایش؛ ناشی از تاثیر طرحواره‌درمانی می‌باشد. همچین سطح معناداری برای اثر متقابل کارکرد خانوادگی و جنسی، کمتر از مقدار سطح معناداری $\alpha=0/05$ می‌باشد، در نتیجه اثر متقابل این متغیرها تاثیر داشته است. به این ترتیب با $\alpha=0/05$ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت از نظر آماری طرحواره‌درمانی بر بھبود کارکرد خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی موثر است. اکنون که تاثیر شرایط آزمایشی (آموزش طرحواره‌درمانی) بر کارکرد خانوادگی و جنسی تایید شد، لازم است مولفه‌های کارکرد خانوادگی و جنسی به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته، تا تاثیر طرحواره‌درمانی بر مولفه‌ها تعیین گردد.

جدول ۵. نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل مانکووا طرحواره‌درمانی بر مولفه‌های کارکردهای خانوادگی

Eta	P	E df	H df	F	V	شاخص‌های اعتباری	اثر
۰/۵۶۸	۰/۰۰۲	۲۵	۷	۴/۷۰۴	۰/۵۶۸	اثر پیلایی	
۰/۵۶۸	۰/۰۰۲	۲۵	۷	۴/۷۰۴	۰/۴۳۲	لامبدای ویلکز	
۰/۵۶۸	۰/۰۰۲	۲۵	۷	۴/۷۰۴	۱/۳۱۷	اثر هتلینگ	گروه
۰/۵۶۸	۰/۰۰۲	۲۵	۷	۴/۷۰۴	۱/۳۱۷	بزرگترین ریشه روی	

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری مولفه‌های کارکرد خانوادگی، در جدول شماره ۵ نشان داد، $\alpha=0/001$ sig< $4/704$ =لامبدای ویلکز، اثر گروه بر مولفه‌های مورد مطالعه، معنادار بود. در نتیجه انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایش و در انتظار درمان، بلامانع است. در ادامه نتایج بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی بر مولفه‌های کارکرد خانوادگی گزارش شده است (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج تحلیل مانکووا طرحواره‌درمانی بر مولفه‌های کارکردهای خانوادگی

Eta	Sig	F	آماره آزمون	MS	d.f.	SS	
ضریب اتا	سطح معناداری						
۰/۳۹۶	۰/۰۰۱		۲۰/۳۵۲	۳/۴۵۷	۱	۳/۴۵۷	حل مسئله
۰/۴۸۳	۰/۰۰۱		۲۸/۹۱۸	۴/۱۰۳	۱	۴/۱۰۳	ارتباط
۰/۴۰۳	۰/۰۰۱		۲۰/۸۹۴	۳/۶۰۳	۱	۳/۶۰۳	نقش‌ها
۰/۴۱۱	۰/۰۰۱		۲۱/۶۷۱	۴/۱۱۸	۱	۴/۱۱۸	پاسخ‌های عاطفی
۰/۴۹۷	۰/۰۰۱		۳۰/۶۷۹	۳/۱۰۵	۱	۳/۱۰۵	درگیری‌های عاطفی
۰/۴۰۲	۰/۰۰۱		۲۰/۸۴۵	۲/۹۷۸	۱	۲/۹۷۸	کنترل رفتار
۰/۵۰۴	۰/۰۰۱		۳۱/۵۲۰	۳/۹۰۸	۱	۳/۹۰۸	عملکرد کلی

براساس نتایج جدول شماره ۶ سطح معناداری برای تمامی مولفه‌های کارکرد خانوادگی در گروه آزمایش، کمتر از مقدار سطح معناداری $\alpha=0/05$ می‌باشد، در نتیجه نوع درمان بر این متغیرها تاثیر داشته و بین مولفه‌های کارکرد خانوادگی در بین گروه در انتظار درمان و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. ضریب اتا نشان داد، میزان تاثیر طرحواره‌درمانی بر نمرات پس آزمون عملکرد کلی $\alpha=0/05$ بیشتر و بر نمرات پس آزمون حل مسئله $\alpha=0/0396$ کمتر است. از این‌رو ۵۰٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس آزمون عملکرد کلی و ۴۰٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس آزمون پاسخ‌های عاطفی در گروه آزمایش، ناشی از تاثیر طرحواره‌درمانی می‌باشد. به این ترتیب با $\alpha=0/05$ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت از نظر آماری طرحواره‌درمانی بر بھبود مولفه‌های کارکرد خانوادگی زنان مبتلا به سردمزاجی موثر است.

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی در شهر اصفهان
Effectiveness SchemaTherapy on the Sexual and Familial Function of Woman sexless in Isfahan

جدول ۷ نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل مانکووا طرحواره‌درمانی بر مولفه‌های کارکردهای جنسی

Eta	P	E df	H df	F	V	شاخص‌های اعتباری	اثر
۰/۵۷۸	۰/۰۰۱	۲۷	۶	۶/۱۷۰	۰/۵۷۸	اثر پیلایی	گروه
۰/۵۷۸	۰/۰۰۱	۲۷	۶	۶/۱۷۰	۰/۴۲۲	لامبدای ویلکز	
۰/۵۷۸	۰/۰۰۱	۲۷	۶	۶/۱۷۰	۱/۳۷۱	اثر هتلینگ	
۰/۵۷۸	۰/۰۰۱	۲۷	۶	۶/۱۷۰	۱/۳۷۱	بزرگترین ریشه روی	

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری مولفه‌های کارکرد جنسی، در جدول (۷) نشان داد ($F=6/170$, $\text{sig}=0/001$) اثر گروه بر مولفه‌های مورد مطالعه معنادار بوده، در نتیجه انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه تفاوت‌های گروه آزمایش و در انتظار درمان، بلامانع است. نتایج بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی بر مولفه‌های کارکرد جنسی در ادامه گزارش شده است (جدول ۸).

جدول ۸ نتایج تحلیل مانکووا طرحواره‌درمانی بر مولفه‌های کارکردهای جنسی

Eta	Sig	F	MS	d.f.	SS	
ضریب اتا	سطح معناداری	آماره آزمون				
۰/۳۳۳	۰/۰۰۴	۹/۷۴۲	۷/۰۳۰	۱	۷/۰۳۰	میل
۰/۴۸۹	۰/۰۰۱	۲۰/۳۷۱	۷/۸۸۰	۱	۷/۸۸۰	تحریک روانی
۰/۴۳۹	۰/۰۰۱	۱۶/۴۲۹	۱۷/۶۷۰	۱	۱۷/۶۷۰	رطوبت
۰/۴۸۲	۰/۰۰۱	۱۹/۷۵۶	۵/۰۳	۱	۵/۰۳	ارگاسم
۰/۴۷۸	۰/۰۰۱	۱۹/۴۱۴	۷/۷۳۰	۱	۷/۷۳۰	رضایتمندی
۰/۴۴۲	۰/۰۰۱	۱۶/۶۱۴	۴/۴۴۴	۱	۴/۴۴۴	درجنسي

براساس نتایج جدول (۸) سطح معناداری برای تمامی مولفه‌های کارکرد جنسی در گروه آزمایش کمتر از مقدار سطح معناداری $\alpha=0/05$ است، در نتیجه نوع درمان بر این متغیرها تاثیر معناداری داشته و بین مولفه‌های کارکرد جنسی در بین گروه در انتظار درمان و آزمایش وجود دارد. با توجه به ضریب اتا، میزان تاثیر طرحواره‌درمانی بر نمرات پس‌آزمون تحریک روانی (۰/۴۸۹) بیشتر و بر نمرات پس‌آزمون میل (۰/۳۳۳) کمتر است. از این‌رو ۴۹٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون تحریک روانی و ۳۳٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون میل در گروه آزمایش؛ ناشی از تاثیر طرحواره‌درمانی بوده، و به این ترتیب با ۹۵٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت از نظر آماری طرحواره‌درمانی بر بهبود مولفه‌های کارکرد جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی موثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی در شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد طرحواره‌درمانی بر عملکردهای خانوادگی همسو است (رهایی و همکاران، ۱۳۹۰؛ محابی و همکاران، ۱۳۹۸؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۹). در تبیین این نتایج می‌توان گفت نظر بر این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند در حیطه‌ها مختلف زندگی بویژه حیطه‌های جنسی زندگی مشترک تاثیر بگذارند (دومبیتروکس و راسو، ۲۰۱۲). لذا وجود مشکلات جنسی در بین زوجین نیز به تبع زمینه ساز مشکل در کارکردهای خانوادگی خواهد بود (آرون و همکاران، ۲۰۰۹). بر اساس مدل‌های شناختی طرحواره‌ها یا آنچه که باورهای کلیدی خانواده است در ایجاد مسایل و مشکلات نقش دارند (هیوبین و همکاران، ۲۰۱۱). در این راستا طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالب‌ها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان کاهش مشکلات ناشی از این طرحواره‌ها است. تکنیک‌های رفتاری به زوجین کمک می‌کند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره‌ی خاص، سکه‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به زوجین کمک می‌کند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند. این رویکرد درمانی به زوجین کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، زوجین طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگردند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بچنگند. تکنیک‌های

تجربی کمک می کنند تا زوجین با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی (یانگ، ۲۰۰۳) زمینه را برای بهبود شرایط خود با همسر و به طور کلی کارکردهای خانوادگی فراهم کند.

بعلاوه نتایج دیگر پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بر کارکرد جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی موثر است. نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهش های پیشین در زمینه تاثیر طرحواره درمانی بر کارکردهای جنسی همسو است (افضلی و همکاران، ۱۳۹۶؛ رنجبر، ۱۳۹۸؛ شافعی و همکاران، ۱۳۹۸؛ الهایی و کاظمیان، ۲۰۲۰).

در تبیین این نتایج می توان به تاثیر کندوکاو این روش درمانی در طرحواره های ناسازگار اولیه دوران کودکی و نوجوانی اشاره کرد؛ که به افراد کمک می کند با تفسیر و تعبیر و برداشت های غیر واقع بینانه طرحواره ها روبرو گردد. افراد در این مواجهه یاد می گیرند که چگونه با این طرحواره ها روبرو شده و چه عکس العملی در برابر آنها داشته باشند. بنابراین بهره گیری از تکنیک های طرحواره درمانی با کمک به تغییر در افکار ناکارآمد در کاهش تصورات افراد از روابط جنسی موثر بوده است. بعلاوه اینکه، این درمان با شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه، تایید اعتبار نیازهای هیجانی نامناسب، تغییر باورهای ناکارآمد و طرحواره های ناسازگار برای بهبود عملکرد، تغییر الگوهای زندگی و سبک های مقابله ای ناسازگار و فراهم کردن محیطی برای یادگیری مهارت های انطباقی و ارتباطی در بین زوجین زمینه تغییر در روابط خانوادگی و جنسی) را ایجاد کرده و موجب بهبود آن می گردد.

چنانچه نتایج مطالعه حاضر نیز مؤیدی بر این گفته بود.

به طور کلی یافته های این پژوهش و همسوی آنها با پژوهش های دیگر نشانگر تاثیر روش طرحواره درمانی در کاهش نارضایتی زناشویی زوجین به ویژه نارضایتی های جنسی و بهبود عملکرد خانوادگی آنها است. روش طرحواره درمانی ارتباطات زوجین و باورهای آنها را بهبود می بخشد و زوج درمانی طرحواره محور می تواند عملکرد زوجین را بهتر نماید. بنابراین می توان بیان کرد که تاثیر طرحواره درمانی بر بهبود مولفه های کارکرد جنسی و کارکردهای خانوادگی زنان مبتلا به سردمزاجی قابل ملاحظه است.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر تحقیقات علوم انسانی با محدودیت های همراه بود که از جمله آن انجام مطالعه فقط بر روی زنان مبتلا به سردمزاج و همچنین بهره گیری از روش نمونه گیری هدفمند بود. لذا با در نظر گرفتن محدودیت های ذکر شده پیشنهاد می شود چنین مطالعه ای بر روی مردان مبتلا به سردمزاج نیز صورت گیرد. همچنین در مطالعات آتی از روش های نمونه گیری تصادفی بهره گرفته شود.

منابع

- اعزازی، ش. (۱۳۹۹). جامعه شناسی خانواده: با تاکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر. تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- افضلی، ع.، نصرت‌آبادی، م.، قاسم‌زاده، م.، و چوبداری، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کمود میل جنسی زنان متاهل شهر سیرجان. سلامت جامعه، ۳-۴، ۴۶-۲۸.
- حالقی‌بور، ش.، و پیرفرزام، ح. (۱۳۹۶). مقایسه سبک دلیستگی، ناگویی هیجانی و عملکرد جنسی در بیماران مرد مبتلا به سردد تنشی با افراد سالم. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۳، (۶۹)، ۴۶-۵۵.
- راهی، ز.، قادری، ز.، و بهمنی، ش. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش زوج درمانی طرحواره محور بر بهبود عملکرد زوجین. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناسختی، ۲، ۲۹-۴۵.
- رجبار، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر تعامل زناشویی و رضایت جنسی مراجعین به مراکز مشاوره خانواده. نشریه پیشرفت های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۱۵، ۳۲-۳۹.
- سادوک، ب.، سادوک، و.، و روئیز، پ. (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پژوهشی کاپلان و سادوک بر اساس ۵-DSM. ترجمه رضاعی، ف. (۱۳۹۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- شریفیان، م.، صفاری‌نیا، م.، و علیزاده‌فرد، س. (۱۳۹۷). نقش طرحواره های جنسی با میانجیگری سبک انصاف در پیش‌بینی اختلال درد جنسی بررسی مدل معادلات ساختاری. فصلنامه علمی و پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۷، (۲۷)، ۱۶۹-۱۹۰.
- محمدی، خ.، و حیدری، م.، و فقیه‌زاده، س. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس Female Sexual Function Index-FSFI به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان. پاپیل، ۷، (۳)، ۲۶۹-۲۷۸.
- محنایی، س.، گلستانه، س.م.، پولادی ریشه‌ری، ع.، و کیخسروانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی به روش طرحواره درمانی یانگ بر سازگاری زناشویی و طلاق عاطفی در زوجین متقاضی طلاق شهر بوشهر. نشریه علمی روان‌شناسی اجتماعی، ۱۱، (۵)، ۱۰۹-۱۱۸.
- یانگ، ج.، کلوسکو، ز.، و پیشار، م. (۲۰۰۶). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخخصصین بالینی). مترجمان حمیدپور، حسن؛ اندوز، زهرا. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- یوسفی، ن. (۱۳۹۱). بررسی شاخص های شیوه سنجش خانوادگی مک‌مستر (FAD). مجله اندیزه‌گیری تربیتی، ۳، (۷)، ۸۳-۸۹.
- یکه‌فالح، ل.، و گودرزی، م. (۱۳۸۸). شیوع اختلال های جنسی و عوامل موثر در ایجاد آن در زنان و مردان متاهل شهر قزوین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۳۱-۵۵، (۵۰)، ۴۹-۸۹.
- Arnow, B.A., Millheiser, L., Garrett, A., Polan, M.L., Glover, G.H., & Desmond, J. E. (2009). Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience*, 158(2), 484-502.
- Asefa, A., Nigussie, T., Henok, A. & Mamo, Y. (2019). Prevalence of sexual dysfunction and related factors among diabetes mellitus patients in Southwest Ethiopia. *BMC Endocrine Disorders*, 19, 141- 150.

Effectiveness SchemaTherapy on the Sexual and Familial Function of Woman sexless in Isfahan

- Chelom, E., Leavitt, D., & Dean, M. (2019). Different Ways to Get There: Evidence of a Variable Female Sexual Response Cycle. *The Journal of Sex Research*, 56(7), 614-619.
- Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2013). Improving relationships: mechanisms of change in couple therapy. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 624.
- Dumitrescu, D. & Rusu, AS. (2012). Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Couple Satisfaction And Individual Mate Value: An Evolutionary Psychological Approach. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 12(1), 63-76.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2012). *Essentials of abnormal psychology*. Cengage Learning.
- Elhaei, H., Kazemian, K. (2020). The Effect of Schema Therapy on Sexual Function and Relationship Attributions among Women Damaged by Marital Infidelity. *Psychological Studies*, 16(2), 125-140.
- Hazan, C., & Shaver, P. (2010). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Heinemann, J., Atallah, S., & Rosenbaum, T. (2016). The impact of culture and ethnicity on sexuality and sexual function. *Curr Sex Health Rep*, 1(3), 144–50.
- Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson Sr, J. K., & Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American journal of public health*, 101(9), 1643-1654.
- Hubin, A., De Sutter, P., & Reynaert, C. (2011). Etiological factors in female hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 20(3), 149-157.
- Kathryn, S. & Hall, K. (2019). Cultural Differences in the Treatment of Sex Problems. *Current Sexual Health Reports*, 11, 29-34.
- King, M., Holt, V., & Nazareth, I. (2007). Women's views of their sexual difficulties: Agreement and disagreement with clinical diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 36(2), 281-288.
- Lori, A., Morag, Y. & Erin, B. (2010). Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: A review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship*, 4, 346-360.
- Miller, I.W., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Bishop, D.S., & Epstein, N.B. (2013). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of family therapy*, 22(2), 168-189.
- Nasehi, A.A., Raisi, F., Ghaeli, P., Amini, M., & Yahyavi, S.T. (2017). Prevalence of Sexual Dysfunction among General Population of Iran: A Systematic Review. *Iran Journal of Psychiatry Behav Sci*, 11(4), 43- 50.
- Powell, E. (2013). *Talking Back to Sexual Pressure*. Available here and here. Originally published as: Talking Back to Sexual Pressure. CompCare: Minneapolis.
- Quinlan, E., Deane, F., & Crowe, T. (2018). Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 53-62.
- Reinisch, J. M., & Beasley, R. (2010). *The Kinsey Institute new report on sex*. Macmillan.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73.
- Rodrigo, J.C., Noelia, F.R., Andrés, A.F., & Martínez-Álvarez, J.L. (2020). Association between Sexual Satisfaction and Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults. *Journal of Environ Res Public Health*, 17(3), 841-852.
- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
- Sadock, J.B., & Sadock, A.V. (2010). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: LWW.
- Safieh, M., Farib, H. & Ehteshamz, P. (2020). The Effect of Schema Therapy on Sexual Self-Esteem in the Women Involved in Marital Conflicts. *Women Health Bull*, 7(2), 49-56.
- Slater, C., & Robinson, A. J. (2014). Sexual health in adolescents. *Clinics in dermatology*, 32(2), 189-195.
- Smith, B. L., & Home, S. G. (2015). What's faith got to do with it? The role of spirituality and religion in lesbian and bisexual women's sexual satisfaction. *Women & Therapy*, 31(1), 73-87.
- Stefanidou, T., Hughes, E., Kester, K., Edmondson, A., Majeed-Ariss, R., & Smith, C. (2020). The identification and treatment of mental health and substance misuse problems in sexual assault services: A systematic review. *Journal of Plos ONE*, 15(4), 13-23.
- Tasew, A.S. & Koye, K.J. (2021). Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, Ethiopia. *Cogent Psychology*, 8(1), 541-549.
- Travis, C.B., & White, J.W. (2013). *Sexuality, Society, and Feminism*. Ed3, New York: American Psychology Association.
- Young, J.E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford.