رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۷، شماره پیاپی ۶۴، مهر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(7), 2021

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

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.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی 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 طرحواره‌درمانی 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؛ طرحواره‌درمانی بر بهبود کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی تأثیر معناداری داشت (P<۰/۰۵). براین اساس می‌توان گفت؛ طرحواره‌درمانی 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، طرحواره‌درمانی، کارکردهای خانوادگی، کارکردهای جنسی.*

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.

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.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : فروردین ۱۴۰۰** | **پذیرش: تیر ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی : مهر ۱۴۰۰**

مقدمه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

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 واقعا مشکلات جنسی، همواره جزء چند علت اول طلاق و نارضایتی زناشویی ذکر شده است (تاسیو و کویی[1]، ۲۰۲۱). چنانچه نتایج مطالعه آسیفا، نگوسی، هنوک و مانو[2](۲۰۱۹) حاکی از شیوع ۵۳/۳ اختلالات جنسی در بین زوجین بود. رینیش و بیزلی[3](۲۰۱۰) بیشتر مشکلات جنسی زنان را ناشی از میل جنسی پایین یا بازداری شده (سردمزاجی جنسی[4]) می‌دانند. در این راستا هازن و شاویر[5] (۲۰۱۰) در طی مطالعه‌ای نشان دادند که حدود ۵۰ درصد از درمان‌جویان مراجعه کننده به مراکز سلامت جنسی، میل جنسی پایین را گزارش کرده‌اند. همچنین یکه‌فلاح و گودرزی (۱۳۸۸) در نتایج مطالعه خود گزارش کردند که حدود ۹۳/۱ درصد زنان و ۸۰/۶ درصد مردان مورد مطالعه حداقل از یکی از اختلال‌های جنسی رنج می‌بردند 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 (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 معمولا با احساسات منفی مانند شرم، گناه و رفتارهایی نظیر خجالت، کم رویی، گستاخی و بی‌حیایی همراه است (هاینمن، آتلاه و روزنبلوم[6]، ۲۰۱۶؛ کاتریان و هال[7]، 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[8]، ۲۰۲۰) و مشکل در این حیطه، مشکلات زناشویی بیشتری را برای زوجین در پی دارد (استفایندو، هوگوز، کیستر، ادموندز و اسمیت[9]، ۲۰۲۰). وجود سردمزاجی در زوجین به ویژه در زنان عوارض فردی، زناشویی و خانوادگی بسیاری به همراه دارد (دورند و بارلو[10]،۲۰۱۲). در این خصوص کینگ، هولت و نزارت[11] (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[12] بازتاب انعطاف‌پذیری، الگوهای ارتباطی و جهت‌گیری‌های فرهنگی خانواده می‌باشد (دووس، توم، سویر، اتکینز و کریتنسن[13]، ۲۰۱۳). خانواده‌هایی که عملکرد خانوادگی خوبی دارند، ثبات شخصیت، ایمنی و حمایت عاطفی برای اعضاءی خود فراهم می‌کنند. از نظر کارکردی نیز اجتماعی‌شدن و آشنایی با قوانین، نقش‌ها، ارضای غرایز جنسی، تولید نسل و ایجاد آرامش از جمله کارکردهای مثبت خانواده می‌باشد (اعزازی، ۱۳۹۹). رابطه جنسی صحیح و عملکرد جنسی[14] 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 روبینسون[15]، 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 مقاربت است، احساس نامتناسب گناه یا اضطراب در آن وجود ندارد و از سر اجبار نیست (سادوک و سادوک[16]، ۲۰۱۰). به عبارتی دیگر عملکرد جنسی، به این موضوع مربوط می‌شود که اگر فردی با شخص مناسبی در محیط جنسی مناسبی قرار گیرد چگونه به طور شایسته عمل خواهد کرد (کولم، لاویت و دینا[17]، ۲۰۱۹). پرواضح 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، تروسل، داویدسون و مور[18]، ۲۰۱۱). لذا هرگونه اختلال و مشکل در روابط جنسی، سلامت جنسی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (شریفیان، صفاری‌نیا و علیزاده‌فرد، ۱۳۹۷). آرنول، میلهیسر، تروسیل، پولن و گلاور[19] (۲۰۰۹) و هیوبین، اسوتیر و راینارت[20] (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. Arnow, Millheiser, Garrett, Polan & Glover
20. Hubin, Sutter & Reynaert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

به تبع آن افزایش عملکرد خانوادگی باشد. چنانچه در این خصوص لاری، ماراگ و ارین[1] (۲۰۱۰) و اسمیت و هامی[2] (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[3] است. طرحواره‌ها؛ بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایزکننده‌ی یک واقعه می‌باشند. به عبارت دیگر؛ طرحی کلی، از عناصر برجسته‌ی یک واقعه را طرحواره[4] گویند (رینر، ارنتز، پیترز، لابستیل و هیبرز[5]، 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 بین‌فردی، افراد را در غلبه بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه یاری می‌دهد (کوئینلان، دین و کراوی[6]، ۲۰۱۸). هدف اولیه‌ی این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (یانگ[7]، 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، ماردپورو و محمودی (۱۳۹۹) نشان دادند که طرحواره درمانی تأثیر معناداری بر بهبود رضایت زناشویی زنان دارای اختلافات زناشویی داشت. نتایج مشابهی در مطالعه محنایی، گلستانه، پولادی ریشهری 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. شافیع، فریب و احتشامز[8] (۲۰۲۰) در تحقیق خود نشان دادند که طرحواره درمانی بر تأثیر معناداری بر افزایش عزت نفس جنسی در زنان دارای تعارضات زناشویی داشت. بعلاوه الهایی و کاظمینان (۲۰۲۰) در نتایج مطالعه خود نشان دادند که طرحواره درمانی تاثیر معناداری بر بهبود عملکرد جنسی زنان مورد 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 تاثیرگذار بر کاهش استحکام و تحکیم خانواده از جمله؛ مشکلات و اختلات جنسی و به ویژه سردمزاجی که براساس نتایج مطالعات از شیوع بسیار 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 روانشناختی 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 مراجعه‌کننده 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[9] (FSFI) روزن و همکاران (۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی کاپلان (KCI[10]) (۲۰۲۰)، 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 ۲۰-۴۰ سال، متاهل بودن، داشتن سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، عدم وجود بیماری‌های مزمن جسمانی، روانی و نداشتن وابستگی به داروهای روانپزشکی حاد (براساس اظهار نظر خود شرکت‌کنندگان) و همچنین ملاک‌های خروج شامل جدایی از همسر در طی مراحل درمان، رخ دادن وقایع 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

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 شرکت کنندگان 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[1](FAD): این پرسشنامه توسط میلر، رایان، کایتنر، بیشاپ و اپستین[2] (۲۰۱۳) طراحی شده که دارای ۶۰ ماده و هفت خرده مقیاس (حل‌مشکل، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌های عاطفی، درگیری‌های عاطفی، مهار رفتار و عملکرد کلی) است. پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده براساس لیکرت چهار درجه‌ای (از ۱=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) 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 ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی تمامی‌خرده مقیاس‌های و عملکرد کلی با یکدیگر بین ۰/۳۷ تا۰/۷۶ بدست آمده است. محاسبه‌ی روایی پرسشنامه نیز نشان داد؛ این آزمون توانسته اعضای خانواده‌های غیربالینی و خانواده‌های بالینی را در هفت خرده مقیاس خود از یکدیگر متمایز سازد. همچنین برای بررسی کفایت تعداد نمونه از آزمون KMO استفاده شد و نتایج حاکی از کفایت حجم نمونه‌ها بود (KMO=۰/۷۶، p=۰/۰۰۱). همچنین تحلیل 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 تاییدی آنها برازش شدند (شاخص نرم نشـدۀ برازنـدگی ۰/۹۳، شـاخص انطبـاق مـدل ۰/۹۶، شاخص میزان انطباق تعدیل‌یافته ۰/۹۳). ضرایب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف برای کل و هفت عامل به ترتیب برابر ۰/۸۳ و ۰/۸۲ بود. همچنین، ضرایب روایی همگرا و واگرا شیوه‌ی سنجش خانوادگی مک‌مستر با پرسشنامه الگوهای ارتباطی و پرسشنامه کانون مهار و خرده مقیاس‌های واکنش عاطفی و امتزاج با دیگران به به ترتیب ۰/۴۶، ۰/۳۶، ۰/۴۱ ، ۰/۴۳ به دست آمد (یوسفی، ۱۳۹۱). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباج برای مولفه‌های حل مسئله ۰/۷۸، ارتباط ۰/۸۲، نقش‌ها ۰/۸۸، پاسخ‌های عاطفی ۰/۷۷، درگیری‌های عاطفی ۰/۷۸، مهار رفتار ۰/۷۵، عملکرد کلی ۰/۷۸ و کل پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد.

شاخص عملکرد جنسی زنان[3] **(FSFI)**: این مقیاس توسط روزن، براون و هیمن[4] (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) روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی نشان داده شده (برابر ۰/۶۷) و همچنین پایایی 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، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۶، ۰/۸۸ و ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین بررسی اعتبار یا روایی نسخه فارسی تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه ها در دو گروه مورد و کنترل نشان داد ($P\leq ۰/۰۱$). به طوری که نمره منحنی راک[5] 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 کرونباج برای مولفه‌های میل ۰/۸۱، تحریک روانی ۰/۸۱، رطوبت ۰/۷۹، ارگاسم ۰/۸۳، رضایتمندی ۰/۷۵، دردجنسی 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

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

جدول ۱. پروتکل طرحواره‌درمانی (یانگ و همکاران، ترجمه: حمیدپور و همکاران۲۰۱۴)

جلسه	مداخله
جلسه اول؛ معرفی و آشناسازی	آشنایی و ایجاد ارتباط، بیان اهمیت و هدف طرحواره‌درمانی، بیان مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی.
جلسه دوم؛ معرفی طرحواره‌های موجود با طرحواره سالم	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها، براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته.
جلسه سوم؛ آموزش درمورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	آموزش درمورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرحواره‌ها با ارائه مثال.
جلسه چهارم؛ راهبردهای تغییر	تکنیک‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردی در رابطه‌درمانی. ارائه منطق شیوه‌های شناختی. استفاده از سبک؛ رویاروسازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره.
جلسه پنجم؛ سبک‌های مقابله‌ای	سبک‌های مقابله‌ای و پاسخ‌های فرد به طرحواره‌ها.
جلسه ششم؛ ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای	برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، به چالش کشیدن طرحواره‌ها.
جلسه هفتم؛ ارائه منطق شیوه تجربی	به چالش کشیدن طرحواره‌ها در سطح عاطفی، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویرسازی ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفتگوی خیالی.
جلسه هشتم؛ ارائه منطق شیوه‌های رفتاری	بیان هدف شیوه‌های رفتاری، ارائه راه‌های برای تهیه فهرست رفتار، الویت‌بندی 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.
جلسه دهم؛ مرور و نتیجه گیری از جلسات	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی، تعیین زمان اجرای پس‌آزمون. تشکر از گروه و ختم جلسات.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، از مجموع نمونه گرفته شده از زنان مبتلا به سردمزاجی (n=۴۰)، ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه در انتظار درمان به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳/۲۹± ۲۷/۹۵ و گروه در انتظار درمان ۱۵/۷۶±۲۸/۳ بود. در هر دو گروه کمترین فراوانی دارای تحصیلات کاردانی (گروه آزمایش ۵ درصد و گروه در انتظار درمان ۲/۵۰ درصد) و بیشترین فراوانی 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 ۲/۰۱± ۴/۷۰ و گروه در انتظار درمان ۱۱/۱۴±۵/۲ بود. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش برای گروه درمانی و گروه در انتظار درمان ارائه شده است (جدول ۲).

جدول۲. نتایج توصیفی نمرات کارکردهای خانوادگی و جنسی زنان دارای اختلال سردمزاجی

کارکرد جنسی	گروه‌ها	جنسی میل		تحریک روانی		رطوبت		ارگاسم		رضایتمندی		جنسی درد		کارکرد جنسی	
		پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس
میانگین	در انتظار	۳/۵۳	۳/۵۸	۴/۱۰	۴/۰۷	۳/۰۲	۳/۱۰	۳/۳۶	۳/۳۲	۳/۳۸	۳/۱۶	۳/۲۵	۳/۲۷	۲/۶۴	۲/۵۰
	آزمایش	۳/۳۴	۵/۶۸	۴/۰۶	۶/۱۲	۳/۱۰	۵/۴۲	۳/۰۹	۶/۰۳	۳/۱۵	۵/۸۴	۳/۲۹	۵/۷۸	۲/۰۳	۳۴/۸۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

انحراف معیار	در انتظار آزمایش	۰/۶۵	۰/۶۲	۰/۵۹	۰/۶۰	۰/۴۲	۰/۴۳	۰/۴۹	۰/۵۱	۰/۶۳	۰/۶۰	۰/۴۱	۰/۴۷	۳/۱۹	۳/۲۳								
		۰/۵۳	۰/۷۹	۰/۶۰	۰/۹۱	۰/۴۷	۰/۸۷	۰/۴۶	۰/۹۲	۰/۶۲	۰/۸۹	۰/۳۹	۰/۷۳	۳/۰۷	۵/۱۱								
کارکرد خانوادگی	گروه‌ها	حل مسئله		ارتباط		نقش‌ها		پاسخ عاطفی		درگیری عاطفی		کنترل رفتار		عملکرد کلی		کارکرد خانوادگی							
		پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس	پیش	پس						
میانگین	در انتظار درمان	۳/۳۳	۳/۱۷	۳/۱۹	۳/۳۳	۳/۲۸	۳/۱۰	۳/۱۱	۳/۲۸	۳/۱۹	۳/۰۷	۳/۴۵	۳/۳۰	۳/۲۶	۳/۱۰	۲۲/۸۱	۲۲/۳۵						
	آزمایش	۳/۲۰	۲/۵۰	۳/۱۷	۲/۴۰	۳/۳۱	۲/۵۷	۳/۱۵	۲/۵۱	۳/۲۶	۲/۵۷	۳/۶۰	۲/۶۲	۳/۵۱	۲/۵۲	۲۳/۲۰	۱۷/۶۹						
انحراف معیار	در انتظار آزمایش	۰/۳۴	۰/۳۸	۰/۴۸	۰/۴۳	۰/۴۲	۰/۴۱	۰/۵۷	۰/۵۹	۰/۴۴	۰/۴۶	۰/۳۵	۰/۳۹	۰/۴۶	۰/۴۵	۳/۰۶	۲/۱۰						
		۰/۳۹	۰/۴۲	۰/۴۶	۰/۳۶	۰/۳۵	۰/۴۰	۰/۶۳	۰/۳۸	۰/۴۰	۰/۲۶	۰/۴۲	۰/۳۷	۰/۴۶	۰/۳۵	۳/۱۱	۲/۵۴						

در جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه درمانی و گروه در انتظار درمان ارائه شـــده اســـت. در ادامه برای بررســـی فرض نرمال بودن و همگنی واریانس توزیع این متغیرها، به ترتیب از آزمون آزمون شـــاپیرو- ویلک و آزمون لوین استفاده شد. براساس نتایج نمرات آزمون نرمال بودن شاپیرو-ویلک (Sh-W) حاکی از تحقق فرض نرمالیتی بود (کارکردهای خانوادگی Sh-W=۰/۹۱۰ ، P<۰/۰۹۶؛ کارکردهای جنســی Sh-W=۰/۹۲۷ ، P<۰/۱۳۴). همچنین نتایج آزمون و همگنی واریانس لون نیز حاکی از همگنی واریانس نمرات متغیرهای پژوهش بود (کارکردهای خانوادگی F=۰/۳۳۲ ، P<۰/۵۶۸؛ کارکردهای جنســی F=۰/۱۶۸ ، P<۰/۶۸۴). همچنین نتایج مفروضـه همگنی ماتریس‌های واریانس– کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها اســـت (کارکردهای خانوادگی و جنســـی: M-Box =۴/۵۵۵، F=۱/۴۳۲، P=۰/۲۳۱) ، بنـابراین، برای انجام ادامـه تحلیـل مـانعی وجود نـدارد. در ادامـه نتـایج مربوط بـه شـــاخص‌های اعتبـاری تحلیـل کوواریـانس چندمتغیری ارائه شده است (جدول ۳).

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

اثر	شاخص‌های اعتباری	V	F	H df	E df	P	Eta
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۹۴	۲۶/۳۳۵	۲	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
	لامبدای ویلکز	۰/۴۰۶	۲۶/۳۳۵	۲	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
	اثر هتلینگ	۱/۴۶۳	۲۶/۳۳۵	۲	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
	بزرگترین ریشه روی	۱/۴۶۳	۲۶/۳۳۵	۲	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
اثر متقابل کارکردهای خانوادگی و جنسی	اثر پیلایی	۰/۶۱۸	۲۹/۰۹۶	۲	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
	لامبدای ویلکز	۰/۳۸۲	۲۹/۰۹۶	۲	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
	اثر هتلینگ	۱/۶۱۶	۲۹/۰۹۶	۲	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
	بزرگترین ریشه روی	۱/۶۱۶	۲۹/۰۹۶	۲	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری کارکردهای خانوادگی و جنسی، در جدول (۳) نشان داد (sig<۰/۰۰۱، F=۲۶/۳۳۵، ۰/۴۰۶=لامبدای ویلکز) اثر گروه بر کارکردهای خانوادگی و جنسی و (sig<۰/۰۰۱، F=۲۹/۰۹۶، ۰/۳۸۲=لامبدای ویلکز) اثر متقابل کارکردهای خانوادگی و جنسی، معنادار بوده است. 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 کارکردهای خانوادگی و جنسی ارائه شده است (جدول ۴).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

جدول۴. نتایج تحلیل مانکووا طرحواره‌درمانی بر کارکردهای خانوادگی و جنسی

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

براساس نتایج جدول شماره ۴ سطح معناداری برای کارکرد خانوادگی و جنسی در گروه آزمایش، کمتر از مقدار سطح معناداری α=۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه نوع درمان بر این متغیرها تاثیر داشت. ضریب اتا نشان داد ۶۱/۱٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون کارکرد جنسی و ۵۲/۳٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون کارکرد خانوادگی در گروه آزمایش؛ ناشی از تاثیر طرحواره‌درمانی می‌باشد. همچنین سطح معناداری برای اثر متقابل کارکرد خانوادگی و جنسی، کمتر از مقدار سطح معناداری α=۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه اثر متقابل این متغیرها تاثیر داشته است. به این ترتیب با ۹۵٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت از نظر آماری طرحواره‌درمانی بر بهبود 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

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

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری مولفه‌های کارکرد خانوادگی، در جدول شماره ۵ نشان داد؛ (sig<۰/۰۰۱، F=۴/۷۰۴، ۰/۴۳۲=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

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

براساس نتایج جدول شماره (۶) سطح معناداری برای تمامی مولفه‌های کارکرد خانوادگی در گروه آزمایش، کمتر از مقدار سطح معناداری α=۰/۰۵ 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 پس‌آزمون عملکرد کلی (۰/۵۰۴) بیشتر و بر نمرات پس‌آزمون حل مسئله (۰/۳۹۶) کمتر است. از اینرو ۵۰٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون عملکرد کلی و ۴۰٪ تغییرات ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون پاسخ‌های عاطفی در گروه آزمایش؛ ناشی از تاثیر طرحواره‌درمانی می‌باشد. به این ترتیب با ۹۵٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت از نظر آماری طرحواره‌درمانی بر بهبود مولفه‌های کارکرد خانوادگی زنان مبتلا به سردمزاجی موثر است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

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

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

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری مولفه‌های کارکرد جنسی، در جدول (۷) نشان داد (sig<۰/۰۰۱، F=۶/۱۷۰، ۰/۴۲۲=لامبدای ویلکز) 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).

جدول۸. نتایج تحلیل مانکووا طرحواره‌درمانی بر مولفه‌های کارکردهای جنسی

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

براساس نتایج جدول (۸) سطح معناداری برای تمامی مولفه‌های کارکرد جنسی در گروه آزمایش کمتر از مقدار سطح معناداری α=۰/۰۵ است، در نتیجه نوع درمان بر این متغیرها تاثر معناداری داشته و بین مولفه‌های کارکرد جنسی در بین گروه در انتظار درمان و آزمایش تفاوت معناداری 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 زنان مبتلا به سردمزاجی موثر است. این نتایج با یافته‌های مطالعات پیشین در زمینه تاثیر طرحواره‌درمانی بر کارکردهای خانوادگی همسو است (رفاهی و همکاران، ۱۳۹۰؛ محنایی 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 (دومیتروکس و راسو[1]، ۲۰۱۲). لذا وجود مشکلات جنسی در بین زوجین نیز به تبع زمینه ساز مشکل در کارکردهای خانوادگی خواهد بود (آرنول 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، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به زوجین کمک می‌کنند 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 می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند. تکنیک‌های

1 - Dumitrescu & Rusu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

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

بعلاوه نتایج دیگر پژوهش نشان داد طرحواره‌درمانی بر کارکرد جنسی زنان مبتلا به سردمزاجی موثر است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینه تاثیر طرحواره‌درمانی بر کارکردهای جنسی همسو است (افضلی و همکاران، ۱۳۹۶؛ رنجبر، ۱۳۹۸؛ شافیع و همکاران، ۲۰۲۰؛ الهایی و کاظمینان، ۲۰۲۰).

در تبیین این نتایج می‌توان به تاثیر کندوکاو این روش درمانی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دوران کودکی و نوجوانی اشاره کرد؛ که به افراد کمک می‌کند با تفسیر و تعبیر و برداشت‌های غیر واقع‌بینانه طرحواره‌ها روبرو گردد. افراد در این مواجهه یاد می‌گیرند که چگونه با این طرحواره‌ها روبرو شده و چه عکس العملی در برابر آنها داشته باشند. بنابراین بهره‌گیری از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی با کمک به تغییر در افکار ناکارآمد در کاهش تصورات افراد از روابط جنسی موثر بوده است. بعلاوه اینکه، این درمان با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تایید اعتبار نیازهای هیجانی نامناسب، تغییر باورهای ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار برای بهبود عملکرد، تغییر الگوهای زندگی و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و فراهم کردن محیطی برای یادگیری مهارت‌های انطباقی و ارتباطی در بین زوجین زمینه تغییر در روابط زوجین (روابط خانوادگی و جنسی) را ایجاد کرده و موجب بهبود آن می‌گردد. چنانچه نتایج مطالعه حاضر نیز مؤیدی بر این گفته بود.

به طور کلی یافته‌های این پژوهش و همسویی آن‌ها با پژوهش‌های دیگر نشانگر تاثیر روش طرحواره‌درمانی در کاهش نارضایتی زناشویی زوجین به ویژه نارضایتی‌های جنسی و بهبود عملکرد خانوادگی آن‌ها است. روش طرحواره‌درمانی ارتباطات زوجین و باورهای آنها را بهبود می‌بخشد و زوج‌درمانی طرحواره‌محور می‌تواند عملکرد زوجین را بهتر نماید. بنابراین می‌توان بیان کرد که تاثیر طرحواره‌درمانی بر بهبود مولفه‌های کارکرد جنسی وکارکردهای خانوادگی زنان مبتلا به سردمزاجی قابل ملاحظه است.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر تحقیقات علوم انسانی با محدودیت‌های همراه بود که از جمله آن انجام مطالعه فقط بر روی زنان مبتلا به سردمزاج و همچنین بهره گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند بود. لذا با در نظر گرفتن محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود چنین مطالعه‌ای بر روی مردان مبتلا به سردمزاج نیز صورت گیرد. همچنین در مطالعات آتی از روش‌های نمونه‌گیری 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 کمبود میل جنسی زنان متاهل شهر سیرجان. *سلامت جامعه*، ۱۱(۴-۳)، ۴۶-۳۸.

خالقی‌پور، ش.، و پیرفرزام، ح. (۱۳۹۶). مقایسه سبک دلبستگی، ناگویی هیجانی و عملکرد جنسی در بیماران مرد مبتلا به سردرد تنشی با افراد سالم. *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*،۳ (۶۹)، ۴۶-۵۵.

رفاهی، ژ.، قادری، ز.، و بهمنی، ش. (۱۳۹۰). تاثیر آموزش زوج درمانی طرحواره محور بر بهبود عملکرد زوجین. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲، ۲۹-۴۵.

رنجبر، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی طرح واره 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 روان‌پزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM-5*. ترجمه رضاعی، ف. (۱۳۹۹). تهران: انتشارات ارجمند.

شریفیان، م.، صفاری‌نیا، م.، و علیزاده‌فرد، س. (۱۳۹۷). نقش طرحواره‌های 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 فقیه زاده، س. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس Female Sexual Function Index-FSFI به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان. *پایش، 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، ژ.، و ویشار، م. (۲۰۰۶). *طرحواره‌درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)*. مترجمان حمیدپور، حسن؛ اندوز، زهرا. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات؛ ارجمند.

یوسفی، ن. (۱۳۹۱). بررسی شاخص‌های روانسنجی مقیاس‌های شیوه سنجش خانوادگی مک‌مستر (FAD). *مجله اندازه‌گیری تربیتی*، ۳ (۷)، ۸۳-۸۹.

یکه‌فلاح، ل.، و گودرزی، م.ر. (۱۳۸۸). شیوع اختلال‌های جنسی و عوامل موثر در ایجاد آن در زنان و مردان متاهل شهر قزوین. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۳۱(۵۰)، ۵۵-۴۹.

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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]

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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.11.3]