

April-May 2024, Volume 12, Issue 1

The Effectiveness of Schema Therapy on Improving Marital Satisfaction and Sexual Schemas of Overweight Women

Leila Shojaei¹, Anahita Khodabakhshi-Koolae^{2*}, Zabih Pirani³, Davood Taghvaei⁴

1- PhD. Candidate, Department of Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2- Associate Professor of Psychology, Department of Psychology & Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran/ Visiting Associate Professor of Psychology, Arak branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Corresponding Author: Anahita Khodabakhshi-Koolae, Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran/ Visiting Associate Professor of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Email: anna_khodabakhshi@yahoo.com

Received: 17 Jan 2024

Accepted: 15 March 2024

Abstract

Introduction: Marital satisfaction in couples depends on sexual satisfaction. Physical changes such as overweight and obesity can negatively affect people's perception of their body and appearance and endanger their marital satisfaction. Therefore, the present study was conducted to determine the effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and sexual schemas in overweight women.

Methods: The current research method is semi-experimental and a pre-post-test design with two experimental and control groups was used to collect data. The study's statistical population comprised all women suffering from weight gain in Tehran city living in Region 1 in 2023. 30 people were selected by convenience and voluntary sampling and then, randomly divided into two experimental (15 people) and control groups. (15 people) were appointed. The experimental group received schema therapy intervention during 12 sessions of 90 minutes. The measurements used in this research included marital satisfaction (Fowers & Olson, 1993), and sexual schema (Andersen and Cyranowski, 1994). The data was analyzed through SPSS 24 software with the ANCOVA method.

Results: The findings showed that schema therapy intervention significantly improved marital satisfaction and sexual schemas ($P < 0.05$).

Conclusions: A deeper understanding of childhood schemas, as discussed in the schema therapy intervention, can help to understand the dysfunctional personality traits that interfere with the treatment of overweight individuals. Also, by knowing the schemas, clients can achieve adaptive and compatible coping methods in married life.

Keyword: Schema therapy, Marital satisfaction, Sexual schemas, Overweight, Obesity.

اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهبود رضایت زناشویی و طرحواره های جنسی زنان فزون وزن

لیلا شجاعی^۱، آناهیتا خدابخشى کولایى^{۲*}، ذبیح پیرانی^۳، داود تقوایی^۴

- ۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.
 ۲- دانشیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران / دانشیار مدعو گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.
 ۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.
 ۴- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.

نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخشى کولایى، دانشیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران / دانشیار مدعو گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.
 ایمیل: anna_khodabakhshi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: رضایت زناشویی در زوج ها در گرو رضایت جنسی است. تغییرات جسمانی همانند فزون وزنی و چاقی می تواند برداشت افراد از بدن و ظاهرشان را منفی کرده و رضایت زناشویی آنها را به مخاطره بیندازد. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی و طرحواره های جنسی در زنان فزون وزن انجام شد.

روش کار: روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع آوری داده ها از طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به فزون وزنی شهر تهران ساکن در منطقه ۱ در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند که به صورت نمونه گیری داوطلبانه و آسان از بین آنها، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری آسان و داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخله طرحواره درمانی در طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کرد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل رضایت زناشویی (Fowers & Olson, 1993)، طرحواره جنسی (Andersen and Cyranowski, 1994) بودند. داده ها طریق نرم افزار spss-v24 با روش آنکووا انجام گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که مداخله طرحواره درمانی به طور معناداری بر رضایت زناشویی و طرحواره های جنسی بهبود بخشید ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: درک عمیق تر از طرحواره های دوره کودکی، همانطور که در مداخله طرحواره درمانی به آن پرداخته شده است، می تواند به فهم ویژگی های شخصیتی ناکارآمدی که در درمان افراد فزون وزن مداخله می کند، کمک کند. همچنین، مراجعان با شناخت طرحواره ها به روش های مقابله ای انطباقی و سازگارانه مناسب تری در زندگی زناشویی دست بیابند.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، رضایت زناشویی، طرحواره های جنسی، فزون وزن، چاقی.

جنسی، زنان را به گروه های طرحواره مثبت، دو طرحواره ای، طرحواره منفی و بدون طرحواره تقسیم کردند (۱۳). طبق نظر این محققان افرادی که دارای طرحواره مثبت می باشند خودپنداره جنسی شان را نیز مثبت ارزیابی می کنند. این افراد در هنگام رابطه جنسی برانگیختگی بالایی را گزارش می دهند، عمیقاً وارد رابطه جنسی شده و رفتارهای جنسی متنوع را مثبت ارزیابی می کنند. در مقابل افراد با طرحواره منفی بیشتر مسائل جنسی را با دیدی منفی ارزیابی می کنند و هنگام رابطه جنسی هیجان های منفی و اضطراب را تجربه می کنند. آنها از شرکت در رابطه جنسی اجتناب می کنند و گله مند هستند که دوستشان نمی دارند و رهایشان کرده اند. دو طرحواره ای ها، طرحواره های مثبت و منفی را با هم دارا می باشند و نسبت به مسائل جنسی دیدی متضاد و دوگانه دارند. بدون طرحواره ها نیز تا حدودی شبیه دو طرحواره ای ها هستند اما به نسبتی ضعیف تر. این گروه روابط جنسی رمانتیک کمی دارند. اگر چه آنها به مسائل جنسی با دید منفی نگاه نمی کنند ولی برای بهبود روابط جنسی و نیز تجربیات جدید جنسی تلاش نمی کنند. این گروه نیز اجتناب بالا و میل جنسی کم را گزارش می دهند (۱۴).

با توجه به این که از یک طرف، عملکرد جنسی بهینه و رضایت زناشویی در ایجاد یک خانواده مستحکم نقش مهمی ایفا می کند (۱۵) و از طرف دیگر، تصویر بدنی منفی با عملکرد جنسی به صورت مستقیم و با رضایت زناشویی ارتباط دارد (۱۶)؛ شاید یکی از راه های کمک به زنان چاق و دارای اضافه وزن برای بهبود طرحواره های جنسی و رضایت زناشویی مداخله طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی، بر الگوهای مخرب، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. این الگوها طرحواره های ناسازگار اولیه (Early Maladaptive Schemas) نامیده می شوند. پژوهش های متعددی در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش بخشودگی و کاهش ترس از صمیمیت در زوج های متعارض (۱۷)، بر افزایش عزت نفس جنسی زنان (۱۸). طرحواره درمانی به مراجعان کمک می کند تا برای کشف و درک نیازهای عمیق عاطفی شان و برآورده کردن آنها به شیوه ای مناسب اقدام کنند. این درمان می تواند انتخاب مناسبی برای

امروزه فزون وزنی و چاقی به یکی از چالش های سلامت عمومی در جوامع تبدیل شده است. چاقی با پیامدهای ناخوشایند برای سلامت مانند بیماری های قلبی، فشارخون، سکتته، دیابت قندی، انواع سرطان و مرگ زودرس ارتباط دارد (۱). درباره ریشه های روان شناختی چاقی، پژوهش های زیادی تاکنون صورت گرفته است. یکی از مهم ترین زمینه های رفتاری که باعث ایجاد اضافه وزن و چاقی و چاق ماندن در افراد می گردد رفتارهای خوردن است (۲). عادات و سبک های غذا خوردن در افرادی که دچار چاقی و اضافه وزن هستند، ریشه در دوران کودکی آنها دارد که به صورت، عادات خوردن هیجانی، توجه به محرک های بیرونی و بازداری از خوردن در دوران کودکی است (۳). شناسایی نمودن رفتارهای خوردن در افراد، می تواند علاوه بر طرح ریزی برنامه های درمانی مناسب، عاملی نیز برای پیش بینی رفتارهای خوردن در افراد و برآورده کردن اندازه موفقیت آن ها در کاهش وزنشان، در نظر گرفته می شود. رفتار خوردن، پیش بینی کننده خوبی برای پرخوری در موقعیت های هیجانی است (۴).

داده های اخیر انتشار یافته که افزایش بیش از حد وزن با سرعت بیشتری در این گروه زنان و مردان جوان رخ می دهد (۵) و با افزایش بیشتر وزن در آینده توأم است (۶). این نگرانی وجود دارد که شروع زودتر چاقی با بهبودی کمتر و پیامدهای منفی تری همراه باشد (۷). پیامدهایی نظیر افزایش مرگومیر (۸) و همچنین تعدادی از بیماری های مزمن، از جمله بیماری عروق کرونری قلب، دیابت نوع ۲، سرطان، فشارخون بالا، سکتته مغزی، آپنه خواب، مشکلات تنفسی و آرتروز (۹).

تاثیرات روان شناختی افزایش وزن بر زنان بسیار فراگیر است. به گونه ای که می تواند بر رضایت زناشویی و حتی طرحواره های جنسی از بدن شان اثرات منفی بگذارد. زنان با بیش وزنی و چاقی از نظر ظاهری عمدتاً خود را غیر جذاب تصور می کنند (۱۰-۱۱). همچنین، ظاهر افراد بر برآشت شناختی و طرحواره جنسی آنها که از تجارب قبلی شان نشات گرفته و بر تصور فرد از ظاهرش تاثیر می گذارد و گمان می رود که طرحواره های جنسی بر فرآیند پردازش اطلاعات جنسی و همچنین هدایت رفتار جنسی تاثیر بگذارد (۱۲).

Andersen & Cyranowski با معرفی طرحواره های

زوج‌هایی باشد که مشکلات جنسی دارند (۱۹).
با توجه به شیوع فراوان، خطرات سلامتی و روان شناختی فزون وزنی و هزینه‌های روزافزون آن، کاربرد مداخلات روان شناختی در کنار برنامه‌های رژیم‌ی و داور درمانی می‌تواند از کاهش مشکلات فزون وزنی بکاهد. هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی و طرحواره‌های جنسی در زنان فزون وزن می‌باشد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. هر گروه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفت، اولین اندازه‌گیری با اجرای یک پیش‌آزمون قبل از آموزش، و دومین اندازه‌گیری پس از اتمام آموزش‌های مورد نیاز صورت گرفت. به منظور تشکیل دو گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها انتخاب شدند و سپس به صورت قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) جای گرفتند.

جامعه آماری مطالعه را کلیه زنان مبتلا به چاقی یا اضافه وزن شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بودند که به کلینیک تغذیه و رژیم درمانی در منطقه یک تهران مراجعه کرده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱- زنان با اضافه وزن با تشخیص متخصص تغذیه ۲- اندازه‌گیری شاخص توده بدنی توسط کارشناس تغذیه مرکز درمانی از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه شد و وزن نیز با استفاده از ترازوی دیجیتال با حساسیت ۱۰۰ گرم و قد با استفاده از یک متر نواری غیرقابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه‌گیری شد BMI-۳ مساوی یا بزرگتر از 2m/kg 30 (لازم به ذکر است که اضافه وزن بر حسب ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع BMI >۳۰ کیلوگرم بر متر مربع، چاقی بر حسب BMI ≥ ۳۰ و نمره بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ نرمال تعریف شده است)، ۴- نداشتن مشکلات روانشناختی حاد و مزمن، ۵- داشتن حداقل مدرک دیپلم برای هر شرکت کننده، ۶- دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و ۷- زنانی که در پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و طرحواره‌های جنسی نمراتی کمتر از ۱ انحراف معیار از ملاک بهنجار به دست آوردند. ملاک خروج از پژوهش شامل: ۱- داشتن بیماری

خاصی جسمی و روان شناختی حاد به تشخیص پزشک مرکز ۲- شرکت همزمان در برنامه‌های روان شناختی در ۶ ماهه گذشته یا همزمان، ۳- غیبت بیش از ۳ جلسه از جلسات مداخله.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده گردید. پرسش‌نامه رضایت زناشویی Enrich که فرم کوتاه ۴۷ سؤالی آن توسط Fowers & Olson (۱۹۹۳)، تهیه شد. این ابزار به صورت پنج گزینه‌ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) در نظر گرفته شده است (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف)، که به هریک از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۴۷ و ۲۳۵ می‌باشند (۲۰). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳، به دست آمد. پرسشنامه طرحواره‌های جنسی (Sexual Self-Schema Scale) توسط Andersen, B. L., & Cyranowski در سال ۱۹۹۴ برای اندازه‌گیری طرحواره‌های جنسی تدوین شده است. ۵۰ صفت در این آزمون مشخص شده که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از اصلاً=۰ تا خیلی زیاد=۶) مشخص می‌سازد که هر کدام از این صفات تا چه حد وی را توصیف می‌کند. از آنجا که افراد به طور آزادانه در مورد مسائل جنسی خود صحبت نمی‌کنند، ۲۴ صفت به عنوان ماده‌های پرکننده در این آزمون به کار رفته اند تا ماهیت اصلی مورد ارزیابی از دید آزمودنی پنهان بماند. این آزمون دارای ۲۶ ماده اصلی و ۳ خرده مقیاس: پرشور-عاشقانه (۵، ۱۱، ۲۰، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۴، ۴۵، ۴۸ و ۵۰)، صریح-راحت (۲، ۶، ۹، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۴، ۲۵ و ۳۲) و خجالتی-محتاط (۳، ۸، ۲۲، ۲۸، ۳۱، ۳۸ و ۴۱) است. سایر آیتیم‌ها پرکننده هستند و به منظور پوشاندن ماهیت اصلی آزمون مورد استفاده قرار گرفته اند و در نمره گذاری محاسبه نمی‌شوند. نمره کل در حد نصاب صفر تا ۱۰۶ نمره گذاری می‌شود. در خرده مقیاس پرشور و رماتیکی حداقل نمره صفر و حداکثر ۶۰، در خرده مقیاس صریح راحت حداقل صفر و حداکثر ۵۴ و در خرده مقیاس خجالتی محتاط حداقل صفر و حداکثر نمره، ۴۲ می‌باشد. اعتبار و روایی توسط اندرسن و سیروانوسکی (۱۹۹۴) محاسبه شده، ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس عاشقانه ۰/۷۱، در خرده مقیاس صریح راحت ۰/۷۷، در خرده مقیاس خجالتی-محتاط ۰/۶۶ و در مقیاس کل ۰/۸۲ بوده است که نشان دهنده پایایی مطلوب است (۱۳).

لیلا شجاعی و همکاران

گروه، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۶۰ دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و پس از آزمون هم در یک هفته پس از اتمام درمان برای گروه آزمایش و کنترل انجام شد. در جدول ۱ گزارش جلسات درمانی براساس طرحواره درمانی آمده است. این پژوهش مصوب کمیته ملی اخلاق در پژوهشهای زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک با کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1401.087 می باشد.

در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرا

پس از اخذ کد اخلاق و صدور مجوزهای لازم برای اجرای برنامه درمانی، جلسات طرحواره درمانی تهیه و مورد تایید اساتید قرار گرفت. این برنامه برگرفته از کتاب راهنمای درمان طرحواره نوشته یانگ، کلوکو و ویشار (۲۱) بود. سپس روزهای دوشنبه برای اجرای برنامه توسط پژوهشگر در نظر گرفته شدو پس از اجرای پیش آزمون در هر دو

جدول ۱: فرآیند و محتوای جلسات گروهی طرحواره درمانی

جلسات درمان	فرآیند و محتوای جلسات مداخله طرحواره درمانی
اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافق های لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش آزمون، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با مصرف غذا و رفتار خوردن، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضای، ارائه تکلیف
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل موثر در اکتساب طرحواره، ارائه تکلیف
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل گیری طرحواره نقش داشته اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک های مقابله ای، بررسی انواع سبک های مقابله ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک های مقابله ای، ارائه تکلیف
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع آوری شواهد عینی تاکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای اعضا، تهیه کارت های آموزشی طرحواره، معرفی فرم ثبت طرحواره ها، ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائه تکلیف
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگوی بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف
دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره، بررسی روش های موثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه های خود، ارائه تکلیف
یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف
دوازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن داری

کدگذاری شد و به هر شرکت کننده یک کد اختصاصی داده شد و حق خروج از پژوهش در هر مرحله از پژوهش به مشارکت کنندگان داده شد. همچنین به منظور جلب اعتماد و همکاری بیماران، قوانین جلسات و مدت زمان حضور آنها در این پژوهش به اطلاع آنها رسید و تاریخ حضور در جلسات درمانی با توافق آنها قبل از تشکیل جلسات تعیین و بعد از خاتمه آموزش، کلیه اعضای

پس از اتمام مداخله برای رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، ۵ جلسه مداخله برای گروه کنترل اجرا گردید. همچنین، در این پژوهش ضمن ارائه دستورالعمل های آزمون ها مواردی از قبیل هدف از اجرای پژوهش، لزوم پاسخ دهی به تمام سؤالات پرسشنامه ها و اطمینان از محرمانگی در رعایت اصل رازداری به اطلاع آنها رسید، همچنین پرسشنامه های همه شرکت کنندگان در پیش آزمون و پس آزمون

یافته ها

میانگین سنی آزمودنی ها ۳۸/۳ با انحراف معیار ۵/۵ بود. در جدول ۲، شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات رضایت زناشویی، در گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون نمایش داده شده است.

گروه های آزمایش و گروه کنترل برای اجرای پس آزمون، پرسشنامه های رضایت و طرحواره جنسی را مجدداً تکمیل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، آزمون لوین (برای بررسی رعایت پیش فرض تساوی واریانس متغیرها) و آزمون چولگی و کشیدگی (جهت رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه) و همچنین، آماره تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون
طرحواره درمانی	رضایت زناشویی	میانگین	۱۳۱.۶۷	۱۵۰.۰۰
		انحراف معیار	۱۵.۳۴	۱۷.۳۲
کنترل	رضایت زناشویی	میانگین	۱۳۰.۳۳	۱۲۸.۴۷
		انحراف معیار	۱۳.۵۶	۱۳.۶۱

در جدول ۳ شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات طرحواره جنسی، در گروه های آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون نمایش داده شده است.

همچنان که ملاحظه می شود میانگین در گروه طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می توان به این توصیف دست زد که طرحواره درمانی به افزایش رضایت زناشویی زنان فزون وزن گردید.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار مؤلفه های طرحواره جنسی به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون
طرحواره درمانی	پرشور-عاشقانه	میانگین	۲۵.۶۰	۲۷.۶۷
		انحراف معیار	۴.۸۵	۴.۰۵
کنترل	پرشور-عاشقانه	میانگین	۲۵.۴۷	۲۴.۹۳
		انحراف معیار	۴.۱۰	۴.۵۳
طرحواره درمانی	صریح-راحت	میانگین	۲۵.۳۳	۲۷.۹۳
		انحراف معیار	۳.۹۸	۵.۰۶
کنترل	صریح-راحت	میانگین	۲۵.۰۷	۲۴.۵۳
		انحراف معیار	۳.۶۹	۳.۸۱
طرحواره درمانی	خجالتی-محتاط	میانگین	۲۱.۶۷	۱۷.۴۷
		انحراف معیار	۲.۹۴	۲.۳۶
کنترل	خجالتی-محتاط	میانگین	۲۰.۷۳	۲۰.۰۷
		انحراف معیار	۲.۹۱	۲.۶۹

بهبود طرحواره های جنسی زنان فزون وزن شده است. برای استفاده از آزمون کوواریانس، ابتدا باید مفروضات آزمون مورد تایید قرار بگیرد تا بتوان از آزمون مورد نظر استفاده کرد؛ بنابراین ابتدا مفروضات روش تحلیل واریانس

همچنان که ملاحظه می شود میانگین در گروه طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در هر سه خرده مقیاس تغییر نشان می دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می توان گفت طرحواره درمانی باعث

لیلا شجاعی و همکاران

برقرار شد. در جدول ۴ تحلیل کوواریانس برای متغیر رضایت زناشویی انجام شد.

مختلط «استقلال مشاهدات، نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس ها، و آزمون کرویت» در گروه های مختلف مورد بررسی قرار گرفت و پیش فرض نرمالیتی داده ها

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس نمرات رضایت زناشویی

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایستا
رضایت زناشویی	درون گروهی	۹۷۹۵.۳۹	۱.۵۶	۶۳۰۱.۱۳	۳۲.۴۲	۰.۰۰۱	۰.۴۴
	تعاملی	۶۵۱۳.۹۹	۳.۱۱	۲۰۹۵.۱۴	۱۰.۷۸	۰.۰۰۱	۰.۳۴
	بین گروهی	۱۱۰۲۲.۴۶	۲.۰۰	۵۵۱۱.۲۳	۱۵.۵۱	۰.۰۰۱	۰.۴۳

آزمون، پس آزمون رضایت زناشویی در مراحل دو گانه پیش آزمون، پس آزمون درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مولفه های طرحواره های جنسی را نشان می دهد.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون) در سطح ۰/۰۵ برای رضایت زناشویی معنادار است ($P < 0/05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس برای نمرات مؤلفه های طرحواره جنسی

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایستا
پر شور-عاشقانه	درون گروهی	۱۳۳.۷۰	۱.۴۰	۹۵.۴۲	۶.۳۴	۰.۰۱	۰.۱۳
	تعاملی	۱۵۷.۹۰	۲.۸۰	۵۶.۳۴	۳.۷۴	۰.۰۲	۰.۱۵
	بین گروهی	۳۱۳.۸۴	۲.۰۰	۱۵۶.۹۲	۳.۹۵	۰.۰۳	۰.۱۶
صریح-راحت	درون گروهی	۳۴۴.۵۸	۱.۷۴	۱۹۷.۶۰	۲۹.۸۴	۰.۰۰۱	۰.۴۲
	تعاملی	۲۳۳.۷۸	۳.۴۹	۶۷.۰۳	۱۰.۱۲	۰.۰۰۱	۰.۳۳
	بین گروهی	۳۸۹.۵۱	۲.۰۰	۱۹۴.۷۶	۴.۵۸	۰.۰۲	۰.۱۸
خجالتی-محتاط	درون گروهی	۳۸۲.۵۳	۱.۲۵	۳۰۵.۳۱	۶۷.۷۰	۰.۰۰۱	۰.۶۲
	تعاملی	۱۳۶.۱۳	۲.۵۱	۵۴.۳۳	۱۲.۰۵	۰.۰۰۱	۰.۳۷
	بین گروهی	۲۷۲.۵۳	۲.۰۰	۱۳۶.۲۷	۶.۱۲	۰.۰۱	۰.۲۳

کردند. این یافته پژوهش با پژوهش سبحانی و همکاران همسو می باشد. آنها در پژوهش خود نشان دادند که، طرحواره درمانی به کاهش ترس از صمیمت و افزایش بخشودگی در زنان متاهلی که تعارض های زناشویی داشتند، انجامید (۱۷). پژوهشگران دیگری، از طرحواره درمانی برای راهبردهای تنظیم هیجان زنانی که تحت عمل جراحی اسلیو گاسترکتومی استفاده کردند. یافته ها نشان داد که طرحواره درمانی گروهی می تواند منجر به افزایش راهبردهای تنظیم هیجان شناختی انطباقی و کاهش راهبردهای ناسازگار در زنانی شود که تحت عمل جراحی چاقی قرار گرفته اند (۲۲). همچنین، محمدی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که کاربرد طرحواره درمانی می تواند به عزت نفس جنسی زنانی که با همسران خود دچار تعارض هستند، یاری برساند (۱۸).

نتایج جدول ۵ نشان می دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون) در سطح ۰/۰۵ برای همه ی مؤلفه ها معنا دار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون نمرات مؤلفه های طرحواره جنسی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون درمانی تفاوت معنا دار وجود دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی و طرحواره های جنسی در زنان فزون وزن انجام شد. در این پژوهش، زنان گروه آزمایش که در معرض ۱۲ جلسه طرحواره درمانی بودند، نمرات بالاتری را در متغیر رضایت زناشویی در مرحله پس آزمون گزارش

فزون وزنی و چاقی مشکلات متعددی به لحاظ سلامتی برای جامعه بشری ایجاد کرده است. اگرچه انواع مختلف درمان در مدت زمان کوتاهی موثر هستند، افزایش وزن اغلب در دوره طولانی تری تکرار می شود. یک توضیح احتمالی این است که پژوهشگران حوزه سلامت روان درک اندکی از طرحواره های ناسازگار چاقی دارند که از تجربیات اولیه زندگی افراد ایجاد شده است. افراد با فزون وزنی عمدتاً طرحواره های منفی در مورد بدن و ظاهرشان دارند. در پژوهشی، افراد فزون وزن و چاق، طرحواره های خودکنترلی ناکافی، رها کردن، وابستگی و انقیاد و حالت های طرحواره واقعی (یعنی کودک تکانشی و آسیب پذیر) را در مقایسه با گروه کنترل با وزن طبیعی گزارش کردند. همچنین، افراد فزون وزن عادات غذایی ناکارآمدی دارند (یعنی علائم پرخوری و پرخوری) و راهبردهای مقابله ای هیجانی-اجتنابی بیشتری را از خود نشان می دهند (۲۳-۲۴). افراد فزون وزنی و چاق در مقایسه با افراد با وزن طبیعی، طرحواره ها و حالت های طرحواره ناسازگار اولیه ناکارآمدتری را از خود نشان می دهند، که راهبردهای اجتناب کننده بیشتری از احساسات مانند پرخوری و پرخوری را نشان می دهند، که ممکن است یک حالت مقابله با خود باشد. طرحواره خودکنترلی ناکافی از فقدان انضباط شخصی و ناتوانی در تحمل ناامیدی ایجاد می شود و ممکن است با حالت تکانشی کودک تجسم یابد (۲۵).

همچنین، طرحواره درمانی به ارتقای رضایت زناشویی زنان فزون وزن منجر شد. این یافته با پژوهشهای محمدی و همکاران (۱۸)، سبحانی فانی و همکاران (۱۷) همسو می باشد. در واقع می توان گفت، طرحواره ها، مفروضه ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را کنترل می کنند و در طول سال های زندگی فرد تحول یافته اند. به بیان دیگری، بین طرحواره انطباقی اولیه که از نظریه طرحواره جفری یانگ اخذ شده است و برداشت فرد از بدن و ظاهر خود در دوران کودکی در زنان رابطه وجود دارد (۲۰). طرحواره درمانی معتقد است که طرحواره های انطباقی اولیه در اوایل کودکی و پس از برآورده شدن نیازهای عاطفی اصلی شروع به شکل گیری می کند و به طور مثبت بر مفهوم افراد از خود، روابط با دیگران و رفتارهای آنها تأثیر می گذارد. چنانچه افراد طرحواره های انطباقی مناسبی داشته باشند از رضایت زناشویی بالاتر و رابطه جنسی با کیفیت تری برخوردارند (۲۶).

به طور کلی، برداشتهای نخستین زنان از خودشان بر بیش فزونی، عدم رضایت زناشویی و طرحواره های جنسی نامناسب همراه است. در پژوهشی، پژوهشگران آشکار ساختند که بین طرحواره های جنسی و مشکلات جنسی زنانی که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اند، رابطه معناداری وجود دارد. زنانی که طرحواره های جنسی خجالت زده/محافظه کارتر و کمتر عاشقانه/پرشور، عواطف منفی را نسبت با رابطه جنسی دارند و عدم رابطه جنسی در آنها به عدم رضایت زناشویی نیز منجر می شود (۲۸-۲۷). طرحواره درمانی به طور گسترده ای می تواند برداشت اولیه زنان فزون وزن را از خودشان و ظاهرشان به چالش بکشاند و به آنها کمک کند تا رضایت زناشویی بهتری داشته باشند. انجام این پژوهش با محدودیتهای مواجهه بوده است از جمله؛ استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه، انتخاب گزینشی نمونه ها فقط از بین مراجعین به یک کلینیک تغذیه در منطقه ۱ تهران می باشد. در پژوهشهای آتی توجه به سابقه کودکی زنان، ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه و بروز فزون وزنی در زنان بسیار مهم است.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر آشکار ساخت که، اجرای مداخله طرحواره درمانی می تواند به رضایت زناشویی بیشتر و بهبود طرحواره های جنسی زنان فزون وزن کمک کند. در طی اجرای این پژوهش، شرکت کنندگان گزارش کردند که طرحواره جنسی خجالت زده/محافظه کار در آنها کمتر شد و به جای آن طرحواره های عاشقانه و پرشور که به عواطف مثبت در رابطه جنسی در فرد می انجامد، بهبود یافت. به نظر می رسد که، اجرای طرحواره درمانی به صورت گروهی، به دلیل مقرون به صرفگی، در دسترس و کاربردی بودن می تواند در مراکز و کلینیک های تغذیه به عنوان مداخله روان شناسی موثر به زنان با فزون وزنی کمک کند.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری مشاوره خانواده نویسنده اول می باشد. این پژوهش مصوب کمیته ملی اخلاق در پژوهشهای زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک با کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1401.087 می باشد. همچنین، پژوهشگران از تمامی پرسنل و مدیران

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ تعارض منافی در این مقاله وجود نداشت.

مرکز رژیم درمانی در منطقه ۱ تهران و همچنین، شرکت کنندگانی که با صبر و حوصله ما را در اجرای این پژوهش یاری ساختند، کمال قدردانی را دارند.

References

1. Okati-Aliabad H, Ansari-Moghaddam A, Kargar S, Jabbari N. Prevalence of obesity and overweight among adults in the middle east countries from 2000 to 2020: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obesity*. 2022 Oct;2022. <https://doi.org/10.1155/2022/8074837>
2. Yau YH, Potenza MN. Stress and eating behaviors. *Minerva endocrinologica*. 2013 Sep;38(3):255.
3. Hill, D. C., Moss, R. H., Sykes-Muskett, B., Conner, M., & O'Connor, D. B. (2018). Stress and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 123, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.109>
4. Qiu C, Hou M. Association between food preferences, eating behaviors and socio-demographic factors, physical activity among children and adolescents: a cross-sectional study. *Nutrients*. 2020;12(3):640. <https://doi.org/10.3390/nu12030640>
5. Cahill LE. About time: eating timing is a complex risk factor for obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2021;113(1):5-6. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa329>
6. Dai ZH, Xu XT, Ran ZH. Associations between obesity and the effectiveness of anti-tumor necrosis factor- α agents in inflammatory bowel disease patients: a literature review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*. 2020;54(8):729-41. <https://doi.org/10.1177/1060028019900660>
7. Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalik KY. The effect of maternal obesity on self-esteem and body image. *Saudi Journal of Biological Sciences*. 2018;25(6):1079-84. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2018.02.003>
8. Upadhyay J, Farr O, Perakakis N, Ghaly W, Mantzoros C. Obesity as a disease. *Medical Clinics*. 2018;102(1):13-33. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.004>
9. Button A, Faith MS, Berkowitz RI. Temperament and eating self-regulation in young children with or at risk for obesity: An exploratory report. *Pediatric obesity*. 2021;16(11):e12821. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12821>
10. Brownell KD, Walsh BT, editors. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Publications; 2017.
11. Yoo TK, Han KD, Kim YH, Nam GE, Park SH, Rhee EJ, Lee WY. Differential Impact of Obesity on the Risk of Diabetes Development in Two Age Groups: Analysis from the National Health Screening Program. *Diabetes & Metabolism Journal*. 2023;47(6):846. <https://doi.org/10.4093/dmj.2022.0242>
12. Stephenson J, Smith CM, Kearns B, Haywood A, Bissell P. The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12009-8>
13. Andersen BL, Cyranowski JM. Women's sexual self-schema. *Journal of personality and social psychology*. 1994;67(6):1079. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1079>
14. Stanton AM, Meston CM, Boyd RL. Sexual self-schemas in the real world: investigating the ecological validity of language-based markers of childhood sexual abuse. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2017;20(6):382-8. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0657>
15. Park CS, Park JB, Park JJ, Park JH, Cho GY. Impact of sex and myocardial function on association of obesity with mortality in Asian patients with acute heart failure: a retrospective analysis from the STRATS-AHF registry. *BMJ open*. 2020;10(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031608>
16. van Dijk SD, Veenstra MS, van den Brink RH, van Alphen SP, Oude Voshaar RC. A Systematic Review of the Heterogeneity of Schema Therapy. *Journal of Personality Disorders*. 2023;37(2):233-62. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.262>
17. Fani Sobhani F, Ghorban Shiroudi S, Khodabakhshi-Koolaei A. Effect of two couple

- therapies, acceptance and commitment therapy and schema therapy, on forgiveness and fear of intimacy in conflicting couples. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 2021; 9(4), 271-282. <https://doi.org/10.32598/jpcp.9.4.746.3>
18. Mohammadi S, Hafezi F, Ehteshamzadeh P, Eftekhari Saadi Z, Bakhtiarpour S. The effect of schema therapy on sexual self-esteem in the women involved in marital conflicts. *Women's Health Bulletin*. 2020;7(2):49-55.
19. Derby DS, Peleg-Sagy T, Doron G. Schema therapy in sex therapy: A theoretical conceptualization. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2016;42(7):648-58. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113586>
20. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*. 1993;7(2):176. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.2.176>
21. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford. 2003;254:653-8.
22. Sobhani Z, Hosseini SV, Honarparvaran N, Khazraei H, Amini M, Hedayati A. The effectiveness of an online video-based group schema therapy in improvement of the cognitive emotion regulation strategies in women who have undergone bariatric surgery. *BMC surgery*. 2023;23(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12893-023-02010-w>
23. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*. 2019;5(9). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
24. Simpson ES, Smith E. *Schema therapy for eating disorders*. Taylor & Francis; 2019. <https://doi.org/10.4324/9780429295713>
25. Huberman JS, Bouchard KN, Wang GA, Rosen NO. Conceptualizing sexual self-schemas: A review of different approaches and their implications for understanding women's sexual function. *Current Sexual Health Reports*. 2021;13:68-75. <https://doi.org/10.1007/s11930-021-00310-x>
26. Allen A, Tully-Wilson C. Early Adaptive Schemas and Sexual Wellbeing in Women: Exploring Differences in Menopausal Status. *International Journal of Applied Positive Psychology*. 2023:1-29. <https://doi.org/10.1007/s41042-023-00100-x>
27. Rellini AH, Meston CM. Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of sexual behavior*. 2011;40:351-62. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9694-0>
28. Astle S, Anders KM, McAllister P, Hanna-Walker V, Yelland E. The Conceptualization and Measurement of Sexual Self-Concept and Sexual Self-Schema: A Systematic Literature Review. *The Journal of Sex Research*. 2023:1-2. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2244937>