

تأثیر طرحواره درمانی بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در پرستاران با دزدگی زناشویی

فریبا حسنی^۱، محمدرضا رضازاده^۱، افسانه قنبری پناه^۱، عباس خوش خبر^{۲*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۲۲

خلاصه

مقدمه: طرحواره درمانی رویکردی یکپارچه نگر است که از ترکیب نظریه‌ها و تکنیک‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند حاصل شده و برای مشکلات زناشویی کاربرد فراوانی دارد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تأثیر طرحواره درمانی بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در پرستاران با دزدگی زناشویی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، به صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری و با گروه کنترل انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل ۴۰ پرستار با دزدگی زناشویی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند که به صورت تصادفی ساده در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های رضایت جنسی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد و مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) برای گروه آزمایش اجرا شد. پس از اتمام جلسات، مجدداً پرسشنامه‌های فوق در هر دو گروه تکمیل و نهایتاً بعد از سه ماه نیز پیگیری به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$) همچنین نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تأثیرات طرحواره درمانی در گذر زمان پایدار می‌باشد. در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری بین پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت طرحواره درمانی بر رضایت جنسی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری، استفاده از این درمان در برنامه‌ریزی اقدامات بهداشت روانی برای پرستاران توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، رضایت جنسی، تنظیم هیجان، تاب‌آوری، دزدگی زناشویی

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: akhosh1341@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۴۳۱۵۷۸۷۶

مقدمه

کار کردن در شیفت‌های مختلف، مخصوصاً شیفت شب باعث کاهش تمرکز در پرستاران و در نتیجه اثرات منفی بر عملکرد شغلی، خواب، سلامت فیزیکی، سلامت روانی و زندگی اجتماعی آنان می‌گردد [۱]. شواهد کافی برای اثبات تأثیر نوبت‌کاری بر سلامت انسان و عملکرد آن‌ها با اختلالات خواب و اختلال در ریتم‌های زیستی وجود دارد [۲]. شیفت در گردش باعث پایین آمدن کیفیت و کمیت خواب و بروز خواب‌آلودگی حین روز و مشکلات زناشویی می‌شود [۳].

پرستاران اظهار می‌کنند که کار شیفتی، پیامد منفی بر مسائل خانوادگی و اجتماعی آن‌ها داشته و موجب از هم گسیختگی فعالیت‌های اجتماعی مشترک آنان با همسرشان شده است که این خود تضادهای بین فردی آن‌ها را افزایش داده و به طور معنی‌داری بهداشت روانی آنان را به خطر انداخته است [۴]. کار شیفتی، امری ضروری است اما برای آنان که اشتغال به این نوع کارها دارند ضررهایی به دنبال دارد [۵]. افرادی که در نوبت‌های عصر و شب کار می‌کنند بیشتر از پرستاران روزکار دچار امراض مختلف می‌شوند [۶]. کار شیفتی باعث ایزوله شدن اجتماعی، افزایش افسردگی، کم شدن تعامل زناشویی و در نهایت با افزایش تعارض، موجب کاهش کیفیت زناشویی می‌شود [۷].

زمانی که افراد پا به عرصه زندگی زناشویی می‌گذارند، با انتظارات و توقعات خاصی که از پیش در ذهن خود داشته‌اند، وارد این رابطه می‌گردند؛ اما وقتی متوجه می‌شوند واقعیت چیز دیگری است به تدریج دچار نوعی احساس سرخوردگی یا دلخوری و در نهایت دزدگی از رابطه زناشویی خود می‌شوند [۸]. پدیده دزدگی، نوعی دزدگی و از پا افتادگی جسمی، عاطفی و روانی می‌باشد که ناشی از عدم تناسب بین انتظارات و واقعیت در زندگی زناشویی است [۹]. در همین راستا سازه‌های روان‌شناختی مختلفی در پرستارانی که دچار دزدگی زناشویی می‌شوند تأثیرگذار هستند [۱۰].

تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک است [۱۱]. در واقع، تاب‌آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی

به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد [۱۲]. تاب‌آوری مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روش‌های سازگاری در مبتلایان به بیماری‌های مزمن است. تاب‌آوری توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایطی سخت همچون ابتلا به یک بیماری مزمن است. به بیانی دیگر، انطباق موفقیت‌آمیز با شرایط چالش‌برانگیز در زندگی را تاب‌آوری می‌نامند [۱۳، ۱۴].

تنظیم هیجان، یکی از عواملی است که فرض می‌شود می‌تواند در سازگار یا ناسازگار بودن پرستاران تأثیر داشته باشد. تنظیم هیجان به عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است [۱۵]. تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد [۱۶]. بر طبق مدل تنظیم هیجان، فرایند تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود [۱۷]. تنظیم هیجان، نقش مهمی در موفقیت یا عدم موفقیت و همچنین در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد [۱۸، ۱۹].

یکی از مسائلی که می‌تواند به تعارض در روابط زناشویی بیانجامد نوع و کیفیت روابط جنسی و در نتیجه رضایت جنسی است. از لحاظ لغوی واژه رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق می‌گردد [۲۰]. رضایت جنسی به عنوان میزان خرسندی یا شادی هر شخص از ارتباط جنسی [۲۱] تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله استرس‌های شغلی، کشمکش‌های روابط زوجین، سطح تحصیلات و فرهنگ، مشکلات اقتصادی، سفارش‌های اخلاقی و جنسی، مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی طرفین قرار دارد [۲۲].

پیچیدگی مفهوم رضایت زناشویی و عوامل بسیار گوناگون تأثیرگذار در آن، عرصه چالش‌برانگیزی را به وجود آورده است. سازگار شدن با فرد دیگری که به فرهنگ و زمینه خانوادگی دیگری تعلق دارد، دشوار است؛ در حالی که تغییرات چرخه زندگی نیز به این پیچیدگی می‌افزاید [۲۳]. بخشی از این تأثیرات، حاصل طرحواره‌هایی هستند که فرد به طور ناخودآگاه

زیر برای هر گروه ۲۰ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{Nz^2s^2}{Nd^2 + z^2s^2}$$

n حجم نمونه آماری

N حجم جامعه آماری

D = اشتباه مجاز (معمولاً آن را برابر ۰/۰۵ در نظر

می‌گیرند)

S نسبت برخورداری از صفت مورد نظر

Z مقدار متغیر نرمال با سطح اطمینان ۱-α است. در

آزمون دو دامنه مقدار Z برای سطح اطمینان ۹۵ در صد برابر

۱/۹۶ و برای سطح اطمینان ۹۹ درصد برابر ۲/۵۸ است [۳۵].

نمونه‌گیری به صورت هدفمند و به این صورت انجام شد

که پرسشنامه ۲۱ سؤالی دزدگی زناشویی Pines (۱۹۹۶) در

بین پرستاران شهر تبریز در ۴ بیمارستان پخش شد. سپس از

بین افرادی که طبق نمره برش پرسشنامه دزدگی زناشویی

(نمره ۷۰) [۹] در وضعیت نامطلوبی بودند (یک انحراف معیار

بالاتر از میانگین)، ۴۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی

ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. در ابتدا،

همه آزمودنی‌ها، به پرسشنامه‌های رضایت جنسی Larson

(۱۹۹۸)، تنظیم هیجان Garenfegsi (۲۰۰۹) و تاب‌آوری

Coner-Devedson (۲۰۰۱) پاسخ دادند. سپس، برای گروه

آزمایش مداخله طرحواره درمانی اعمال شد (۱۲ جلسه

طرحواره درمانی طبق پروتکل Young [۲۷] به مدت ۳ ماه و

هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و برای گروه کنترل مداخله‌ای

انجام نشد. بعد از اتمام جلسات درمانی، مجدداً پرسشنامه‌ها به

عنوان پس‌آزمون توزیع شدند و سه ماه بعد نیز دوره پیگیری

به عمل آمد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل

تحصیلات لیسانس، نداشتن اختلالات سایکوتیک هم‌زمان که

در جریان پژوهش اختلال ایجاد کند و امضای رضایت‌نامه

کتبی شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش عبارت

بودند از: دریافت طرحواره درمانی قبیل از ورود به پژوهش،

همبودی سایر اختلالات روانی شدید از قبیل روان‌پریشی یا

اختلالات شخصیت بر اساس پنجمین راهنمای آماری و

تشخیصی اختلالات روانی، عدم حضور در ۲ جلسه پایایی و

همراه با خود وارد زندگی مشترک کرده و این طرحواره‌ها

مسلماً بر آن تأثیر می‌گذارند [۲۴]. Young و همکاران

معتقدند برخی از طرحواره‌ها، به خصوص طرحواره‌هایی که در

نتیجه تجارب بد کودکی ایجاد شده‌اند، ممکن است هسته

اصلی اختلالات رفتاری مزمن و سایر مشکلات بین فردی

باشند [۲۵]. برای بررسی این ایده، Young مجموعه‌ای از

طرحواره‌ها که آن‌ها را طرحواره‌های ناکارآمد اولیه می‌نامند،

م تشخیص نمود و طرحواره درمانی را برای تغییر آن‌ها پیشنهاد

کرد [۲۶]. طرحواره درمانی، درمانی ترکیبی است که توسط

Young بر اساس مفاهیم درمان شناختی-رفتاری رشد یافت

[۲۷، ۲۸]. این رویکرد، بر کشف ریشه‌های تحولی، مشکلات

روان‌شناختی و کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تأکید

می‌کند [۲۹، ۳۰]. معمولاً ماهیت ناکارآمد این طرحواره‌ها

وقتی ظاهر می‌شود که مراجعان در روند زندگی روزمره خود و

در تعاملاتشان با همسر، دوستان و در محل کار به گونه‌ای

عمل کنند که طرحواره‌هایشان تأیید شود [۳۱].

Mohammadi Nezhady و همکاران، در پژوهش خود

نشان دادند طرحواره درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و

بهبودی روان‌شناختی زنان می‌شود [۳۳]. Noorbala و

همکاران نشان دادند که طرحواره درمانی هیجان مدار

طرحواره‌های ناسازگار را کاهش می‌دهد [۳۴]. Khatamsaz و

همکاران، گزارش کردند طرحواره درمانی باعث افزایش رضایت

زناشویی و بهبود رابطه در زندگی زناشویی می‌گردد [۳۵]. با

توجه به این که هر یک از مطالعات ذکر شده تنها یک فاکتور

را بررسی نموده و کارکردهای روانی-اجتماعی پرستاران به

صورت بررسی نشده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی

اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت جنسی، تنظیم هیجانی و

تاب‌آوری در پرستاران شیفت متغیر با نشانگان دزدگی

زناشویی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح

پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش،

کلیه پرستاران مبتلا به دزدگی زناشویی شهرستان تبریز در

سال ۱۳۹۹ به تعداد ۸۷ نفر بودند. حجم نمونه بر طبق فرمول

عدم پاسخ صحیح به سؤالات پرسشنامه.

پس از انتخاب آزمودنی‌های دو گروه، از آنها خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه به منظور تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگر به مراجعان این اطمینان را داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهند بود. برای احترام به حقوق شرکت‌کنندگان همه پرسشنامه‌های تحقیق بدون نام بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات عبارت بودند از:

پرسشنامه رضایت جنسی Larson: این پرسشنامه به وسیله Larson و همکارانش در سال ۱۹۹۸ طراحی شد و دارای ۲۵ عبارت است. در پژوهشی اعتبار و پایایی همگرا با شاخص استاندارد این آزمون به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۶ گزارش شده است [۲۵]. در تحقیقی دیگر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای یک گروه بارور ۰/۹۳ و برای گروه نابارور ۰/۸۹ گزارش شد [۲۳]. پاسخ‌های این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای است. آیتم‌های ۱-۲-۳-۱۰-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳ گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه، به ترتیب نمرات ۱ تا ۵ را دریافت می‌کنند. در عبارات ۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۱-۱۴-۱۵-۱۸-۲۰-۲۴-۲۵، گزینه‌ها برعکس نمره گذاری شده و به ترتیب نمرات ۵ تا ۱ را دریافت می‌کنند. حداقل نمره ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ می‌باشد و نمره بالاتر نشان‌دهنده رضایت جنسی بالاتر است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط Gross طراحی شده است. این پرسشنامه، یک ابزار ۱۸ سؤالی است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌سنجد [۱۵]. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر ۹۰ می‌باشد و نمره بالاتر به معنای تنظیم هیجان بالاتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است که مقدار آن ۰/۸۹ می‌باشد [۱۷]. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این

پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد. همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند [۳۴]. پرسشنامه تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری Coner-Devdson یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار اندازه‌گیری می‌کند. حداقل نمره تاب‌آوری شرکت‌کنندگان در این مقیاس صفر و حداکثر نمره، صد است و نمره بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر می‌باشد [۱۴]. نتایج مطالعات مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا (۰/۸۳) و واگرایی (۰/۹۱) مقیاس، کافی گزارش شده‌اند. این مقیاس در فرم فارسی در پژوهش‌های قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است. در پژوهشی [۱۳] ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پرسشنامه تاب‌آوری به دست آمده است. مقیاس دلدزدگی زناشویی Pines: این مقیاس، یک ابزار خودسنجی است که با هدف اندازه‌گیری درجه دلدزدگی زناشویی در بین زوجین در سال ۱۹۹۶ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است که ۱۶ آیتم آن شامل عبارات منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی‌ارزش بودن، و ۴ آیتم شامل عبارات مثبت مانند خوشحال بودن و پرانرژی بودن است. نمره‌دهی این پرسشنامه در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ای بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) می‌باشد که آزمودنی تعداد دفعات اتفاق افتاده موارد مطرح شده در رابطه زناشویی خود را مشخص می‌سازد. حداقل نمره این ۲۰ و حداکثر ۱۴۰ می‌باشد. نمره بالاتر آزمودنی در این مقیاس نشانه فرسودگی بیشتر می‌باشد. ضریب پایایی مقیاس با روش بازآزمایی در یک دوره یک ماهه برابر ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین قابلیت اطمینان این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است [۹].

تمامی جلسات طرحواره درمانی، بر اساس راهنمای درمانی Young [۲۷] به شکل گروهی در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه به شکل حضوری برگزار شد. جهت جلوگیری از انتقال اطلاعات بین گروه‌ها، افراد دو گروه از بیمارستان‌های مختلف انتخاب شدند.

جدول ۱- محتوای جلسات طرحواره درمانی Young [۳۱] در پرستاران با دلزدگی زناشویی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸

جلسه	محتوا
اول	معرفی اعضای گروه به یکدیگر و درمانگر، تشریح اهداف پژوهش
دوم	آموزش افراد در زمینه ماهیت روابط زناشویی، بررسی چگونگی انطباق مدل‌های نظری با تجربه‌های شخصی در زمینه رضایت زناشویی.
سوم	شرح مبانی مدل مفهومی طرحواره درمانی از سوی درمانگر
چهارم	آموزش شیوه مواجهه با موقعیت‌های زناشویی و سایر موقعیت‌ها
پنجم	استفاده از پرسشنامه برای مشخص شدن طرحواره هر فرد و آموزش کارکرد قواعد زندگی و نقش آن‌ها در کیفیت زندگی و رضایت زناشویی
ششم	نوشتن سناریوی زندگی بر اساس مدل طرحواره‌ای و نشان دادن طرحواره‌های ناسازگار در سناریوهای نوشته شده برای از بین بردن آن‌ها.
هفتم	آموزش و تمرین راهبردهای شناختی طرحواره درمانی با تأکید بر نقش هیجان‌های اولیه
هشتم	آموزش تمرین راهبردهای شناختی طرحواره درمانی با تأکید بر نقش هیجان‌ها در روابط زناشویی
نهم	آموزش و تمرین شرکت‌کنندگان با راهبردهای هیجانی طرحواره مدار (بخش اول)
دهم	آموزش و تمرین شرکت‌کنندگان با راهبردهای هیجانی طرحواره مدار (بخش دوم)
یازدهم	آموزش و تمرین نقش هیجان‌ها و قواعد زندگی در الگوهای رفتاری، آموزش و تمرین راهبردهای الگو شکنی رفتاری با تأکید بر تعدیل قواعد زندگی و هیجان‌ها.
دوازدهم	بررسی دستاوردهای شرکت‌کنندگان در طول دوره و پس‌آزمون

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله $6/85 \pm 43/2$ و در گروه کنترل $8/92 \pm 44/13$ سال بود. اختلاف معنی‌داری از نظر متغیر سن بین دو گروه مشاهده نشد.

میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت جنسی، تنظیم هیجان مثبت، تنظیم هیجان منفی و تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ درج گردیده است.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. سطح معنی‌داری اختلافات نیز $0/01$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت جنسی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در پرستاران با دلزدگی زناشویی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه = ۲۰)

مراحل	مولفه	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین
آزمایش	رضایت	$50/05 \pm 5/47$	$58/20 \pm 5/33$	$58/70 \pm 5/15$
کنترل	جنسی	$50/60 \pm 6/35$	$50/10 \pm 6/35$	$50/90 \pm 5/47$
آزمایش	تنظیم	$44/95 \pm 4/03$	$50/70 \pm 4/36$	$50/35 \pm 4/73$
کنترل	هیجان مثبت	$43/55 \pm 3/44$	$42/95 \pm 3/59$	$43/80 \pm 3/76$
آزمایش	تنظیم	$42/85 \pm 4/63$	$37/55 \pm 4/33$	$37/04 \pm 5/31$
کنترل	هیجان منفی	$43/51 \pm 3/94$	$43/22 \pm 4/71$	$43/25 \pm 5/93$
آزمایش	تاب-	$43/19 \pm 5/60$	$48/34 \pm 5/71$	$48/74 \pm 5/55$
کنترل	آوری	$44/94 \pm 5/24$	$44/03 \pm 5/30$	$44/73 \pm 5/74$

جدول ۳ نشاندهنده این است که با توجه به منبع تغییرات، اثر زمان یعنی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و اثر متقابل گروه و زمان در مورد متغیر رضایت جنسی، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، راهبردهای منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری معنی‌دار می‌باشد. معنی‌داری اثر متقابل گروه و زمان نشان می‌دهد که نمرات متغیر رضایت جنسی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارند.

بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرها با آزمون کالموگروف-اسمیرنف، حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات رضایت جنسی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری بود. نتایج آزمون کرویت ماخلی نیز نشان داد که این مفروضه محقق نشده و از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد. نتایج آزمون لوین نشان داد که شرط همگنی واریانس در بین گروه‌ها از نظر هر دو متغیر برقرار می‌باشد. نتایج آزمون ام باکس نیز برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس حاکی از رعایت این مفروضه بود. نتایج آزمون چند متغیری تحلیل واریانس مکرر در

جدول ۳- نتایج آزمون چند متغیری رضایت جنسی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری در پرستاران با دلزدگی زناشویی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه = ۲۰)

متغیر	منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	P	اندازه اثر
رضایت جنسی	زمان	۰/۰۱	۵۴۱/۹۶	*۰/۰۰۱	۰/۸۶
	گروه×زمان	۰/۰۱	۴۷۵/۳۶	*۰/۰۰۱	۰/۷۲
تنظیم هیجان مثبت	زمان	۰/۰۱	۷۲۳/۶۵	*۰/۰۰۱	۰/۷۹
	گروه×زمان	۰/۰۱	۶۱۳/۰۵	*۰/۰۰۱	۰/۶۵
تنظیم هیجان منفی	زمان	۰/۰۱	۴۸۳/۷۷	*۰/۰۰۱	۰/۷۷
	گروه×زمان	۰/۰۱	۴۲۹/۱۲	*۰/۰۰۱	۰/۸۱
تاب‌آوری	زمان	۰/۰۱	۸۳۲/۹۱	*۰/۰۰۱	۰/۶۸
	گروه×زمان	۰/۰۱	۷۰۹/۸۷	*۰/۰۰۱	۰/۶۴

* $p < 0/01$ اختلاف معنی‌دار

طبق نتایج جدول ۳، آزمون منبع اثرهای زمان در نمرات رضایت جنسی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری نیز معنی‌دار می‌باشد و با توجه به اندازه اثر این آزمون می‌توان گفت طرحواره درمانی قادر به تبیین ۸۶ درصد از تغییرات رضایت جنسی، ۷۹ درصد از تغییرات راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، ۷۷ درصد از تغییرات مربوط به راهبردهای منفی تنظیم هیجان و ۶۸ درصد از تغییرات مربوط به تاب‌آوری در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد.

طبق نتایج جدول ۴، آزمون منبع اثرهای زمان در نمرات رضایت جنسی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری معنی‌دار می‌باشد و با توجه به اندازه اثر این آزمون می‌توان گفت طرحواره درمانی قادر به تبیین ۸۶ درصد از تغییرات رضایت جنسی، ۷۹ درصد از تغییرات راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، ۷۷ درصد از تغییرات مربوط به راهبردهای منفی تنظیم هیجان و ۶۸ درصد از تغییرات مربوط به تاب‌آوری در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در بررسی تفاوت نمرات رضایت جنسی، راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری در پرستاران با دلزدگی زناشویی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه = ۲۰)

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۲۶۸۴/۱۶	۱/۲۴	۱۳۴۲/۰۸	۱۱۲/۲۷	* $<0/01$	۰/۸۷	۱/۰۰	

۱/۰۰	۰/۹۱	* < ۰/۰۱	۱۵۳/۷۵	۱۷۰۵/۴۶	۱	۳۴۱۰/۹۲	گروه	رضایت جنسی
۱/۰۰	۰/۸۴	* < ۰/۰۱	۲۱۹/۰۸	۱۷۶۰/۳۲	۱/۲۴	۳۵۲۱/۶۳	گروه×زمان	
۱/۰۰	۰/۷۸	* < ۰/۰۱	۹۴/۱۱	۲۱۴۳/۱۸	۱/۷۷	۴۲۸۶/۳۶	زمان	
۱/۰۰	۰/۹۳	* < ۰/۰۱	۱۶۹/۶۴	۳۲۳۶/۱۲	۱	۶۴۷۲/۲۴	گروه	راهبردهای مثبت
۱/۰۰	۰/۸۸	* < ۰/۰۱	۱۷۲/۷۴	۱۵۶۴/۴۴	۱/۷۷	۳۱۲۸/۸۸	گروه×زمان	
۱/۰۰	۰/۷۹	* < ۰/۰۱	۱۱۴/۱۶	۱۹۵۱/۳۳	۱/۶۹	۳۹۰۱/۶۵	زمان	
۱/۰۰	۰/۷۴	* < ۰/۰۱	۲۴۶/۵۸	۲۴۵۱/۰۲	۱	۴۹۰۲/۰۴	گروه	راهبردهای منفی
۱/۰۰	۰/۷۸	* < ۰/۰۱	۱۰۳/۶۳	۲۹۸۶/۱۰	۱/۶۹	۵۹۷۱/۱۹	گروه×زمان	
۱/۰۰	۰/۹۰	* < ۰/۰۱	۱۳۴/۶۴	۳۱۹۱/۳۷	۱/۸۱	۶۳۸۲/۷۴	زمان	
۱/۰۰	۰/۸۵	* < ۰/۰۱	۹۱/۱۲	۳۲۱۷/۱۱	۱	۶۴۳۴/۲۲	گروه	تاب‌آوری
۱/۰۰	۰/۹۱	* < ۰/۰۱	۱۴۹/۸۵	۱۷۴۸/۲۳	۱/۸۱	۳۴۹۶/۴۶	گروه×زمان	

* $p < ۰/۰۱$ اختلاف معنی‌دار

بحث

می‌کنند و طیف گستره‌ای از مشکلات و ناکارآمدی‌های فردی، بین فردی و اجتماعی را رشد می‌دهند [۳۳]. بدین ترتیب طرحواره‌ها با گستره‌ای از مشکلات روان‌شناختی ارتباط می‌یابند. پژوهشگران بر این عقیده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه همچون یک صافی برای اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می‌کنند و به نشانه‌های بالینی نظیر استرس، تنهایی به دلیل روابط بین فردی مخرب، سوءمصرف الکل و مواد مخدر، پراشتهایی یا زخم معده منجر می‌شوند و حتی می‌توانند کیفیت رابطه جنسی و رابطه زناشویی را تحت تأثیر قرار دهند [۲۷].

در تبیین اثربخشی و ماندگاری اثرات طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی پرستاران با دلزدگی زناشویی می‌توان گفت طرحواره‌های هیجانی نقش مهمی در کاهش تجربه استرس و نگرانی دارند [۲۴]. همچنین تصور می‌شود که افکار منفی یا تفسیرهای تحریف شده، از فعال شدن باورهای منفی انباشته شده در حافظه بلندمدت، نشأت می‌گیرند [۲۹]. در همین راستا، طرحواره‌ها را نیز می‌توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه سازمان یافته‌ای از اطلاعات، باورها و فرض‌ها دانست که می‌توانند میزان نگرانی را با توجه به باورهای منفی کاهش داده و بر خود انتقادی تأثیرگذار باشد [۳۲]. مدل فراشناخت، بر این اصل استوار است که اختلال‌های هیجانی ناشی از باورها، تفاسیر و راهبردهای به کار گرفته شده برای مقابله با هیجان‌ها می‌باشند [۲۵]. اولین گام در این مدل، توجه به هیجان و نام‌گذاری آن است. گام بعدی، اجتناب هیجانی و شناختی از هیجان می‌باشد که هم به صورت طبیعی است مانند: پذیرش، ابراز، اعتباریابی و یادگیری از هیجان، و هم به صورت درد سر ساز نظیر تجزیه،

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی باعث افزایش رضایت جنسی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری در پرستاران شیفت متغیر با دلزدگی زناشویی می‌شود. در همین راستا، اثربخشی طرحواره درمانی را به عنوان مداخله‌ای مناسب برای کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی [۳۳]؛ کاهش طرحواره‌های ناسازگار [۳۴] و افزایش رضایت زناشویی [۳۵] مطرح کرده‌اند که با یافته‌های این پژوهش همسو می‌باشد. Mohammadi و همکاران [۳۳] در مطالعه خود نشان دادند که طرحواره درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان می‌شود.

در تبیین اثربخشی و ماندگاری اثرات طرحواره درمانی بر رضایت جنسی پرستاران با دلزدگی زناشویی می‌توان گفت طرحواره‌ها هسته خودپنداره را شکل داده و بر شیوه تعامل افراد با محیط پیرامون خود تأثیر می‌گذارند و از این رو طرحواره‌های گوناگون می‌توانند افراد را نسبت به مشکلات روزمره آسیب‌پذیر کنند [۳۵]. طرحواره‌ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات افراد به کار گرفته می‌شوند. به این ترتیب، طرحواره‌ها اندیشه و روابط فرد با دیگران را تعیین می‌نمایند و چگونگی درکی را که هر فرد از خود و جهان پیرامونش دارد مشخص می‌کنند؛ ادراکی که به دلیل ماهیت خود تداوم‌بخش طرحواره‌ها در سراسر زندگی ادامه می‌یابد [۳۰]. چنین ساختارهایی از طریق فرآیندهای تداوم‌دهنده خود، از فرد در برابر هیجان‌های شدید و درمانده‌کننده‌ای محافظت می‌کنند که عمدتاً به دنبال برانگیختگی و فعال شدن یک طرحواره پدید می‌آیند. به این ترتیب، افراد خود را در برابر تغییر ایمن نموده، محتوای منفی خود را حفظ

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر می توان گفت که طرحواره درمانی می تواند باعث افزایش رضایت جنسی، تنظیم هیجان و تاب آوری در پرستاران شود. بر همین مبنا به مسئولین توضیه می گردد با توجه به استرس های خاص شغل پرستاری، از این درمان در برنامه ریزی اقدامات بهداشت روانی برای بهبود وضعیت روانی پرستاران با دلزدگی زناشویی استفاده شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشد.

سهم نویسندگان

فریبا حسنی: طراحی طرح تحقیق، محمدرضا رضازاده: نگارش مقاله، افسانه قنبری پناه: تجزیه و تحلیل داده ها، عباس خوش خبر: جمع آوری اطلاعات

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.956 می باشد. نویسندگان لازم می دانند از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

References

- Jensen HI, Larsen JW, Thomsen TD. The impact of shift work on intensive care nurses' lives outside work: a cross-sectional study. JCN 2018; 27(3): 703-709.
- Li H, Shao Y, Xing Z, Li Y, Wang S, Zhang M. Napping on night-shifts among nursing staff: A mixed-methods systematic review. JAN 2018; 75(2): 291-312.
- Abdalkarem F. Alsharari, Psychosocial Impact of Night Shift Work among Nurses in Saudi Arabia. AJNR 2019; 7(3): 238-247.
- Books C, Coody LC, Kauffman R, Abraham S. Night shift work and its health effects on nurses. HCM 2017; 36(7): 347-353.
- Kerkhof GA. Shift work and sleep disorder comorbidity tend to go hand in hand. Chronobiology International 2017; 35(2):219-228.
- Cheng P, Drake CL. Psychological impact of shift work. Current Sleep Medicine Reports 2018; 4(2): 104-109.
- Proper KI, van de Langenberg D, Rodenburg W, Vermeulen RCH, van der Beek AJ, van Steeg H. The relationship between shift work and metabolic risk factors: a systematic review of longitudinal studies. AJPM 2016; 50(5): 147-157.

سوء مصرف مواد و الکل و... و همچنین تفسیرهای منفی از هیجان [۳۱]. طرحواره های هیجانی عامل بسیار قدرتمند در تبیین اختلالات هیجانی هستند، به طوری که نقش آن ها در مشکلات روان شناختی مختلف مانند افسردگی، استرس پس از سانحه، خود انتقادی، اضطراب فراگیر، نگرانی و اضطراب اجتماعی تأیید شده است [۳۵]. به طوری که طرحواره هیجانی، نگرانی و خودانتقادی را به عنوان پیامد بد تنظیمی هیجانی در نظر می گیرد. مطالعات نشان داده اند حتی زمانی که اضطراب از بین می رود، طرحواره های هیجانی با فرایندهای مشکل ساز فرا شناختی زیربنایی نگرانی مرتبط می شوند، این نشان می دهد که نگرانی نوعی راهبرد اجتناب هیجانی بر اساس تفسیرهای منفی از هیجان است [۲۸].

در تبیین اثربخشی و ماندگاری اثرات طرحواره درمانی بر تاب آوری پرستاران با دلزدگی زناشویی می توان گفت که پرکاری شدید سیستم تهدید و محافظت از خود منجر به شکل گیری استرس، نگرانی بالا و پرخاشگری در پرستاران با دلزدگی زناشویی می شود [۳۰].

پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی بود از جمله این که جامعه پژوهش فقط از شهر تبریز انتخاب شد و همچنین برای سنجش متغیرها از آزمون های خود گزارش دهی استفاده گردید که ممکن است با سوگیری آزمودنی ها همراه باشد. پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده نمونه پژوهش از سایر جوامع انتخاب گردد و از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه نیز استفاده شود.

8. Behzadpoor S, Vakili M, Sohrabi F. The Effect of resilience training on increasing psychological well-being of infertile women. *Jlums* 2015; 23(5):131-42. [Persian]
9. Babaei GR, Nazary A, Mosenzadeh F. Comparison of psychological well-being and marital burnout and their dimensions among employed and unemployed woman. *Women and Society* 2016; 7(25):163-180. [Persian]
10. Hollist CS, Miller RB. Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family Relations* 2005; 54(1): 46-57.
11. Rajeyan M, Godarzi N. Relationship between social support and resilience among patients with cancer. *RJSW* 2015;1(3):37- 74. [Persian]
12. Heydarian A, Zahraei K, Mohsenzadeh F. The effectiveness of mindfulness training on resilience and reduced rumination in female patients breast cancer: A randomized trial. *IJBD* 2016; 9(2):52-59. [Persian]
13. Habibi M, Salmani K, Amani O, Rafezi Z, Mahani SSN. The comparison of spiritual experience and resilience between women with breast cancer and healthy women. *RBS* 2016; 14(1): 50-55. [Persian]
14. Vartak J. The Role of Hope and Social Support on Resilience in Cancer patients. *Indian Journal of Mental Health* 2015; 2(1):35-42
15. Tull MT. The Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relation Between PTSD Symptoms and the Learned Association Between Trauma-Related and Cocaine Cues. *Substance Use & Misuse* 2016; 51(10): 1318-29
16. Seligowski AV. Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2015; 44(2): 87-102.
17. Valipourshieki Z, Mirederikvand F. The Effectiveness of Emotion Regulation Instruction on Increasing of Marital Adjustment in Couples with Marital Conflict. *IJPN* 2019; 7(1):75-81.[Persian]
18. Naghinasab Ardehaee F, Jajarmi M, Mohammadipour M. Effectiveness of emotion focused couple therapy on marriage function and psychological well-being of women with marital conflicts. *JGUMS* 2018; 20 (3): 1-10. [Persian]
19. Geravand P, Manshaee GR. The effectiveness of teaching forgiveness based on Enright model and enriching the relationships on mental wellbeing and life quality of dissatisfied women from their marital life in the city of Khoram Abad. *MEJDS* 2015; 5 (11):190-199. [Persian].
20. Miller AM, Gruskin S, Cottingham J. Sound and Fury—engaging with the politics and the law of sexual rights. *RHM* 2015; 23(46):7–15.
21. Miller AM, Kismödi E, Cottingham J. Sexual rights as human rights: a guide to authoritative sources and principles for applying human rights to sexuality and sexual health. *RHM* 2015; 23(46):16–30.
22. Peta C. Disability is not asexuality: the childbearing experiences and aspirations of women with disability in Zimbabwe. *RHM* 2017;25(50):10–19.
23. Addlakha R, Price J, Heidari S. disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *RHM* 2017; 25(50):4–9. [Persian]
24. Seavey A, Moore TM. Schema-focused therapy for major depressive disorder and personality disorder: A case study. *Clinical Case Study* 2012; 11(6): 457-73.
25. Rezaei M, Gholamrezaei S, Sefhvandi MA, Ghazanfari F. The potency of early maladaptive schemas and personality dimensions in prediction of depression. *JTBCP* 2013; 8(29):77-86. [Persian]
26. Rezaei M, Ghadampur E, Rezaei M, Kazemi R. Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *JCP* 2015; 7(4): 45-58. [Persian]
27. Darabi A, Borjali A, Azami Y. Comparison of efficacy of schema therapy cognitive and emotional techniques on early maladaptive schemas reduction of depressed persons. *JCPS* 2015; 5(18): 143-66. [Persian]
28. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *The Journal of Affective Disorders* 2016; 190: 47-55.
29. Rezaee M, Ghazanfari F, Rezaee F. Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder. *JSSU* 2016; 24(1): 41-54. [Persian]
30. Tamborini CR, Couch KA, Reznik GL. Longterm impact of divorce on women's earnings across multiple divorce windows: A life course perspective. *Advances in Life Course Research* 2015; 26 (6): 44-59.
31. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. 1st Edition. New York: Guilford; 2014: 142-9.
32. Zerehpoush A, Taher Neshatdoust H, Asgari K, Abedi MR, Hossein Sadeghi Hosnija A. The effect of schema therapy on chronic depression in students. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2012; 10(4): 285-91. [Persian]

33. Mohammadi Nezhady B, Rabiei M. The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women. *Journal of Police Medicine* 2015; 4(3): 179-190. [Persian]
34. Noorbala A, Karbasi Amel S, Mohammadi A, Adibi P. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. *ABR* 2018; 7 (2): 72-79. [Persian]
35. Khatamsaz B, Forouzandeh E, Ghaderi D. Effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and marital relationship quality in married women. *IJEPR* 2017; 3 (2):11-6. [Persian]

Effectiveness of Schema Therapy on Sexual Satisfaction, Emotional Regulation, and Resilience in Nurses with Marital Boredom Symptoms

Hasani F¹, Rezazadeh MR¹, Ganbari Panah A¹, Khoshkabar A²

1- Assistant Prof, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran, Iran.

2- PhD student, Dept of Psychology and Counselling, Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: akhosh1341@gmail.com, Tel: 09143157876

Received: 13 July 2020 Accepted: 12 June 2022

Introduction: Schema therapy is an integrative approach combining previously existing theories and techniques and is widely used in addressing marital problems. Accordingly, this study aimed to determine the effectiveness of schema therapy on sexual satisfaction, emotional regulation and resilience in nurses of variable shifts with marital boredom symptoms in Tabriz with three-month follow-up.

Materials and Methods: This study was followed as a quasi-experimental with pretest-posttest-follow up design and with a control group. Samples included 40 nurses in Tabriz in 2019 who scored higher in the marital boredom questionnaire (a standard deviation according to the cutting point) and were randomly assigned to an experimental groups (20 people) and a control group (20 people). The sexual satisfaction, excitement, and resilience questionnaires were completed by subjects in both groups, and schema-based intervention was performed in 12 90-minute sessions, one session per week for the experimental group. After the meetings, the above-mentioned questionnaires were completed again in both groups and finally followed up after three months. The data were analyzed using repeated measurement tests.

Results: Data analysis showed that there was a significant difference between the mean of post-test scores and follow-up of the experimental group compared to that of the pre-test ($p < 0.01$). In addition, the results of repeated measures test showed that the effects of schema therapy were stable over time. However, in the control group, there was no significant difference between pre-test-post-test and follow-up ($p > 0.05$).

Conclusion: Due to the positive effect of schema therapy on sexual satisfaction, emotion regulation and resilience, applying this treatment in planning mental health measures for nurses is recommended.

Keywords: schematic therapy, sexual satisfaction, emotion regulation, resilience, marital boredom

Please cite this article as follows:

Hasani F, Rezazadeh MR, Ganbari Panah A, Khoshkabar A. Effectiveness of Schema Therapy on Sexual Satisfaction, Emotional Regulation, and Resilience in Nurses with Marital Boredom Symptoms. *Community Health journal* 2022; 16 (2): 71-81.

Funding: No financial support.

Conflict of Interest: There is no conflict of interests.

Ethical Approval: The Ethics Committee of the Islamic Azad University Tabriz Branch approved the research project. (IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.956)