

بررسی اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی (BICI) در کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی

علی افصلی گروه^۱، علی اصغر فرخزادیان^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.
۲. دکترای روانشناسی، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی درمان فراشناختی (ام. سی. تی.) در تغییر سطح رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی (بی. آی. سی. آی) در کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود.

روش: این پژوهش به صورت شبه تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (درمان فراشناختی) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۲ ساعته تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تصویر بدنی (بی. آی. سی. آی)، فیشر (۱۹۷۹)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۸۸)، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه رضایت جنسی هادسون در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت معنی‌داری را در هر سه متغیر نگرانی از تصویر بدنی ($F=129/24$) و رضایت زناشویی ($F=27/84$ و $P=0/001$) و رضایت جنسی ($F=21/96$ و $P=0/001$) بین دو گروه نشان داد. یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان فراشناختی در کاهش نگرانی از تصویر بدنی (بی. آی. سی. آی.) و افزایش رضایت جنسی و رضایت زناشویی اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری: می‌توان در سایر مؤسساتی که کارکنان آن دچار افسردگی‌های شدید یا گاهی عمیق هستند از روش درمانی فراشناختی برای کاهش سطح افسردگی و از بین بردن نشانگان آن استفاده کافی و کاربردی نمود.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، نگرانی از تصویر بدنی، رضایت جنسی، رضایت زناشویی، افسردگی

*Email: A.farokhzadian@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۲، پیاپی ۳۱
پائیز و زمستان ۱۳۹۷
صص: ۱۲۱-۱۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۱۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 2, Serial 31

Autumn & Winter
2018-2019

pp.: 113-121

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است [۱] که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود [۲]. پژوهشگران علوم بهداشت روانی - رفتاری بر این باور هستند که بر طبق آمارهای بین‌المللی بین ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی مانند عدم توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری هستند، تصویر بدنی منفی^۲ دارند، دچار تضاد شناختی^۳ می‌شوند، نیاز به کنترل افکار^۴ در آن‌ها دیده می‌شود، از زندگی خود راضی نیستند، به نیازهای هم‌جنس خود پاسخ مثبت نمی‌دهند، احتمال دارد به آسانی دچار حواس‌پرتی و یا مشکلات حافظه شوند [۳،۲]. فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده است که توجه به درمان و یا کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود [۴]. از دیگر پیامدهای ناخوشایند افسردگی، کاهش رضایت زناشویی و کاهش کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر زندگی فرد بگذارد [۵]. افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند تضاد شناختی، نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی می‌شود [۶]. یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با افزایش معنی‌دار عدم گرایش به نیازهای جنسی در زنان همراه است [۷]. از طرفی احساس تنهایی، سرخوردگی و در نهایت اقدام به خودکشی؛ معضلاتی که به جرئت می‌توان گفت در بین زنان و دختران روند افزایشی را طی می‌کنند و طبق بررسی‌های انجام‌شده، در آنها عوامل سبب‌سازی مثل اختلافات خانوادگی و زناشویی، بیکاری و اختلافات روانشناختی که در بسیاری از موارد نادیده گرفته می‌شوند، نقش اساسی دارند. افسردگی یکی از اختلالات روانشناختی است که شیوع بیشتری دارد، که البته طبق نظر پزشکان این حوزه، اختلالی مانند افسردگی در تمام جنبه‌های زندگی تأثیرگذار خواهد بود و می‌تواند شرایط فردی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی افراد را تحت‌الشعاع قرار دهد. از طرفی تحقیقات ثابت کرده است که شیوع افسردگی در بین زنان

بیشتر از مردان است [۷]. ویژگی اصلی افسردگی، یک دوره زمانی حداقل ۲ هفته است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد. همچنین در کنار این نشانه‌ها در فرد، نشانه‌های دیگری مثل احساس بی‌ارزشی، تصویر بدنی تحریف‌شده، نشخوار فکری، کاهش انرژی، اشکال در تفکر یا تصمیم‌گیری، تغییر در اشتها، تغییر وزن و پرخوری افراطی دیده می‌شود [۸، ۹، ۱۰].

بنابراین می‌توان گفت فاکتورهای مشترک زیادی را می‌توان بین افراد افسرده یافت. یکی از این عوامل رضایت زناشویی است که در بین افراد مبتلا به افسردگی به شدت کاهش می‌یابد [۱۱]. رضایت یکی از عوامل بسیار مهم در زندگی زناشویی است. در حقیقت رضایت زناشویی در بین زوجین باعث می‌شود که آنها آرامش را در زندگی احساس کرده و با رضایت و آرامش آنها فرزندان نیز به‌خوبی در خانواده تربیت شوند [۱۲]. رضایت زناشویی با توجه به اهمیت نهاد خانواده در جوامع امروزی، ارتباط آن با کیفیت زندگی و تأثیرگذاری بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامت جسمی و روانی از دهه ۱۹۹۰ مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. یکی از عواملی که به نظر می‌رسد بر رضایت زناشویی اثرگذار باشد نگرشی است که اشخاص از خود به‌عنوان یک انسان جذاب و قابل‌پذیرش دارند. تحقیقات نشان داد که بسیاری از زنان تردید نسبت به زیبایی بدن و جذابیت خود را یکی از نگرانی‌های انجام فعل جنسی می‌دانند. تصویر بدن^۵ و تصور ذهنی که افراد از بدن خود دارند نیز می‌تواند یکی از عوامل اثرگذار بر رضایتمندی زناشویی باشد [۱۳]. تصویر بدن تصویری روانی است که فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد. به‌عبارت‌دیگر احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندازه بدن خود دارد [۱۴]. می‌توان گفت هر فرد دارای دو تصویر از بدن خود است که یکی معرف وضع موجود و دیگری مبین وضع مطلوب یا بدن آرمانی است [۱۵]. اختلاف بین تصویر موجود از بدن با تصویر آرمانی از آن می‌تواند به درجات مختلفی برای فرد دردسرساز یا مشکل‌آفرین گردد و به‌تبع آن امکان بروز انواع اختلافات روانی را نیز پیش آورد [۱۶]. پژوهش‌های فراوانی به تأثیر تصویر بدن بر رضایت زناشویی اشاره کرده‌اند، در پژوهشی نشان داده شد که تصویر بدن با رضایت زناشویی در زوجین رابطه مثبت معنی‌داری دارد [۱۷].

عواملی چون تصویر بدنی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی که همگی طبق تحقیقات با افسردگی در تعامل و

¹ Depression

² Negative body image

³ Cognitive conflict

⁴ Need to control thoughts

⁵ Body image

نشان داد که درمان فراشناختی باعث افزایش باورهای مثبت و کاهش باورهای منفی زنان افسرده می‌شود [۲۱]. همچنین در پژوهش دیگری به این نتیجه دست پیدا شد که درمان فراشناختی با شناخت عقاید منفی و بدبینانه باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی و رضایت جنسی می‌شود [۱۶]. پژوهشگران دیگری در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی باعث کاهش نگرانی بیماران افسرده از تصویر بدنی خودشان می‌شود. این مطالعه به این نتیجه نیز دست یافت که درمان فراشناختی نسبت به درمان رفتاری چون بر مؤلفه شناخت و آگاهی بیمار تأکید بیشتری دارد به نسبت بالاتری باعث بهبود نگرانی از تصویر بدنی می‌شود و رضایت زناشویی آن‌ها می‌شود [۲۲]. برخی از مطالعات نیز نشان داده‌اند که استفاده از روش درمان فراشناختی می‌تواند به صورت معنی‌داری باعث کاهش باورهای فراشناختی منفی مانند تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار و تضاد شناختی و نگرانی از تصویر بدنی شود. از طرفی نتایج دیگر این مطالعات این بوده است که درمان فراشناختی باعث افزایش رضایت جنسی، کاهش نگرانی از تصویر بدنی و افزایش باورهای مثبت می‌شود [۱۶، ۱۸، ۲۱]. با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد روش درمان فراشناختی در درمان افسردگی و نشانگان این اختلال مؤثر باشد. مطالعات مختلفی به بررسی تأثیر این نوع از درمان بر روی این متغیرها به صورت مجزا پرداخته‌اند اما هنوز تاکنون مطالعه‌ای که به صورت جامع تمامی متغیرهای گفته‌شده و تحت درمان باورهای فراشناختی بر این متغیرها را بررسی کرده باشد وجود ندارد یا حداقل توسط محقق مشاهده نشده است. بنابراین پژوهش حاضر درصدد بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش نگرانی از تصویر بدنی و افزایش رضایت جنسی و زناشویی زنان کارمند متأهل مبتلا به افسردگی است جامعه و نمونه آماری پژوهش نیز به این دلیل از کارمندان زن انتخاب شد که تأثیر عامل اشتغال (علی‌الخصوص اشتغال به شغل کارمندی) در نتیجه پژوهش حذف شود.

فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

۱. درمان فراشناختی در تغییر سطح رضایت جنسی کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی تأثیر مثبت دارد.
۲. درمان فراشناختی در تغییر سطح رضایت زناشویی کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی تأثیر مثبت دارد.
۳. درمان فراشناختی در تغییر سطح نگرانی از تصویر بدنی کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی تأثیر مثبت دارد.

چه بسا ارتباطی دوطرفه هستند برای تعدیل و رسیدن به حالت مطلوب نیاز به درمان دارند. با توجه به اینکه این عوامل همگی می‌توانند ناشی از افسردگی باشند استفاده از رویکرد درمانی که بتواند هم بر افسردگی تأثیر داشته و هم طبق مبانی نظری و پژوهشی به طور مستقل بر این متغیرها تأثیر داشته باشد ضروری است [۱۸]. رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن افسردگی و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای درمانی، درمان فراشناختی^۱ است که برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است [۱۹]. ولز در درمان فراشناختی برای افسردگی اساسی روی فهم علل نشخوار فکری متمرکز شده است و درمان او شامل راهبردهایی است که مستقیماً نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند و همچنین درمان مشتمل بر فونونی برای چالش با باورهای فراشناختی منفی (در مورد غیرقابل کنترل بودن افکار افسرده کننده) و باورهای فراشناختی مثبت (در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ) است و با تکنیک‌های آموزش توجه ترکیب می‌شود [۲۰]. همسو با مدل فراشناختی، تعداد زیادی از مطالعات ارتباط قابل اطمینانی بین تفکر منفی به شکل نشخوار و علائم افسردگی در آزمودنی‌های دیسفوریک، نشان داده‌اند و پیش‌بینی‌های مدل فراشناختی به طور تجربی و فواید درمانی این مدل برای بیماران افسرده مورد ارزیابی قرار گرفته است [۲۱]. همچنین ابعاد عقاید فراشناختی، همبستگی مثبتی با علائم افسردگی در نمونه غیر کلینیکی و در بیماران افسرده نشان داده است. در درمان فراشناختی تکنیکی به نام آموزش توجه برای کاهش نشخوار فکری و نگرانی، افزایش کنترل انعطاف‌پذیر توجه و افزایش آگاهی فراشناختی مطرح شد و نتایج مطالعات اولیه، در استفاده از این تکنیک امیدوارکننده بوده‌اند. تکنیک آموزش توجه به‌تنهایی تأثیرات مفیدی در درمان اختلالات مختلف از جمله افسردگی عمده نشان داده است. در زمینه‌ی اختلال افسردگی اساسی، شواهد مقدماتی در مورد اثرات درمان فراشناختی فراهم شده است [۲۰].

یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان افسردگی به روش درمان فراشناختی (ام سی تی) توسط گاملی صورت گرفت [۱۷]. او به این نتیجه دست یافت که درمان فراشناختی به‌طور معنی‌داری باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی در دختران و پسران شده است. مطالعه دیگری نیز

^۱ Metacognitive therapy

روش

نوع پژوهش

این پژوهش به صورت شبه تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. در این پژوهش درمان به عنوان متغیر مستقل محسوب می‌شود که سطوح آن درمان فراشناخت و عدم مداخله است. متغیرهای تصویر بدنی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

آزمودنی

(الف) جامعه آماری: جامعه آماری مطالعه حاضر را کلیه کارمندان زن متأهل دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکیل می‌دهند.

(ب) نمونه پژوهش: روش نمونه‌گیری، روش تصادفی ساده می‌باشد. روال انجام کار به این صورت بود که ابتدا هماهنگی‌های لازم و مکاتبات اداری با معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت سپس با مراجعه به دانشگاه کارکنان، مسئولین حراست و ... توجیه شدند. در مرحله اول، ۴۰۰ کارمند زن متأهل از بین کلیه کارمندان زن متأهل به صورت تصادفی ساده و مبتنی بر لیستی که معاونت آموزشی در اختیار قرار داد انتخاب شدند. سپس از میان کارمندان زن متأهلی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۰) در مقیاس افسردگی روانی کسب کردند که تعدادشان به ۵۳ نفر می‌رسید، ۴۰ نفر مجدداً به صوت تصادفی انتخاب و مورد مصاحبه بالینی (طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم) قرار گرفتند. آزمودنی‌های دارای افسردگی به صورت تصادفی به دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای درمان فراشناختی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی (بی.آی.سی.آی) را تکمیل کردند. دو هفته پس از درمان مجدداً از آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سرانجام داده‌های حاصله با روش‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های شمول عبارت بودند از: کارمند زن متأهل شاغل در دانشگاه علوم پزشکی کرمان بودن، عدم مصرف داروهای روان‌گردان، عدم ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، داشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، مصرف داروهای

روان‌گردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی. لازم به ذکر است افرادی که در لیست انتظار بودند بعد از انجام پژوهش به صورت داوطلبانه تحت درمان قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

(۱) مقیاس تصویر تن فیشرا (اف.بی.آی.اس): پرسش‌نامه تصویرتن، در سال ۱۹۷۹ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است. که هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴، خیلی راضی=۵) است. کسب نمره ۴۶ در این آزمون نشان‌دهنده اختلال و نمره بالاتر از ۴۶ عدم اختلال است. اعتبار این آزمون در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش‌های داخلی ضرایب اعتبار ۰/۶۶ و ۰/۸۴ را برای این پرسشنامه به دست آورده‌اند [۱۶]. همچنین در پژوهش‌های خارجی نیز اعتبار این پرسشنامه به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است [۱۳].

(۲) پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم: این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که در سال ۱۹۸۸ جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است [۱]. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با (دی.اس.ام-۴) همخوان است و همانند پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افسردگی بک-۲ نیز ۲۱ سؤال است و تمام عناصر افسردگی را بر اساس رویکرد شناختی پوشش می‌دهد. نمره افراد افسرده از نظر بالینی در دامنه بین ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. نتایج برخی مطالعات خارجی نشان داده است که این پرسش‌نامه دارای روایی درونی بالایی (۰/۸۷) است [۲۰]. در مطالعات دیگری ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۶ گزارش شده است [۲].

(۳) پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: این پرسشنامه، برای بررسی میزان رضایت زناشویی استفاده می‌شود. فرم اصلی پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ از ۱۱۵ سؤال و ۱۲ مقیاس تشکیل شده است که به جزء مقیاس اول آن که ۵ سؤال دارد، بقیه مقیاس‌ها شامل ۱۰ سؤال است. با توجه به طولانی بودن آن فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است. اولین بار اولسون، فرم ۱۵ سؤالی آن را معرفی کرد و سپس فرم ۴۷ سؤالی آن ساخته شد و در اواخر فرم ۲۵ سؤالی آن ایجاد گردید. پاسخ به سؤال به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق - موافق - نه موافق و نه

^۱ Enrich

تکالیف خانگی.

جلسه چهارم: بازبینی تکالیف خانگی، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: بازبینی تکالیف خانگی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تأمل تا واکنش (به فکر فرورفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب) و تکلیف خانگی.

جلسه ششم: بازبینی تکالیف خانگی، عقاید مثبت و سطح فعالیت، شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، تکلیف خانگی.

جلسه هفتم: بازبینی تکالیف خانگی، شروع نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: بازبینی تکالیف خانگی، پیشگیری از عود، کار روی عقاید فراشناختی باقی‌مانده، انتظار ماشه‌چکان‌های آینده و برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبود بیشتر [۲۳].

شیوه تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لوین، تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل کوواریانس تک متغیری و تحلیل کوواریانس چند متغیری) استفاده شده است.

نتایج

اکنون با توجه به موارد ذکرشده در بخش‌های قبلی، به بررسی یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش می‌پردازیم.

بر اساس یافته‌های جدول ۱ میانگین کل و انحراف معیار گروه گواه در پیش‌آزمون به ترتیب برای متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی (۱۱۴/۲۵ و ۸/۵۴)، رضایت جنسی (۵۰/۸۹، ۸/۲۴) و رضایت زناشویی (۱۰۰/۲۴ و ۹/۷۴) می‌باشد. میانگین کل و انحراف معیار گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب برای متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی (۱۱۰/۱۸ و ۹/۵۱)، رضایت جنسی (۷/۰۲ و ۵۲/۶۹) و رضایت زناشویی (۱۰۹/۵۰ و ۹/۷۰) می‌باشد. میانگین کل و انحراف معیار گروه گواه در پس‌آزمون به ترتیب برای متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی (۱۱۵/۶۳ و ۹/۹۶)، رضایت جنسی (۵۲/۶۳، ۸/۱۴) و رضایت زناشویی (۱۱۲/۶۸ و ۱۰/۸۵) می‌باشد. میانگین کل و انحراف معیار گروه آزمایش در پس‌آزمون به ترتیب برای متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی (۸۵/۴۲ و ۶/۰۷)، رضایت جنسی (۷۹/۸۴، ۷/۱۷) و

مخالف- مخالف و کاملاً مخالف)، است. نمره‌های کمتر از ۳۰ نشانگر نارضایتی شدید همسران، نمره‌های بین ۳۰ تا ۴۰ نشانگر عدم رضایت همسران، نمره‌های بین ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی و متوسط همسران، نمره‌های بین ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت زیاد همسران و نمره‌های بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق‌العاده همسران از روابط زناشویی است. اولسون^۱ و همکاران، پایایی این پرسشنامه را با ضریب آلفای ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. همچنین، پس از انجام یک پژوهش مقدماتی در مورد ۵۰ نفر از افرادی که ویژگی‌های جامعه آماری را داشتند، پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ مشاهده گردید [۱۲]. در پژوهش فعلی نیز ضریب آلفای برای کل مقیاس (۰/۷۷) به دست آمد.

۴) پرسشنامه رضایت جنسی هادسون (آی.اس.اس): برای سنجش رضایت جنسی از آزمون رضایت جنسی هادسون^۲ استفاده شد که شامل ۲۵ پرسش است که پاسخگو جهت اندازه‌گیری رضایت جنسی باید از بین گزینه‌های هرگز، خیلی به ندرت، اوقات بسیار کمی، گاهی اوقات، غالباً، اکثر اوقات و همیشه یکی را انتخاب کند. اعتبار این مقیاس در یک پژوهش خارجی ۰/۸۷ بود که مطلوب می‌باشد [۳]. در پژوهشی ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش حاضر (۰/۷۰) به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

پروتکل درمان فراشناختی که در پژوهش حاضر استفاده شده است بر اساس نظریه ولز [۷] که بنیان‌گذار مدل فراشناختی اختلالات هیجانی است طراحی شده که طی آن افراد ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و هر هفته دو جلسه تحت این درمان قرار می‌گیرد. فرایند جلسات به‌طور خلاصه در زیر آورده شده است:

جلسه اول: فرمول‌بندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی، تمرین تکنیک افزایش توجه، ارائه تکالیف خانگی.

جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی، معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی، نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکل آزمایشی، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی.

جلسه سوم: شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک‌ها، بررسی نشخوار فکری و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله، ارائه

¹ Olson

² Hudson

رضایت زناشویی (۱۴۷/۷۰ و ۸/۵۶) می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	گواه		آزمایش	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نگرانی از تصویر بدنی	۱۱۴/۲۵	۸/۵۴	۱۱۰/۱۸	۹/۵۱
رضایت جنسی	۵۰/۸۹	۸/۲۴	۵۲/۶۹	۷/۰۲
رضایت زناشویی	۱۰۰/۲۴	۹/۷۴	۱۰۹/۵۰	۹/۷۰

جدول ۲. نتایج آزمون پیش‌فرض آماری همگنی شیب رگرسیون

متغیرها	منابع تغییر	SS	Df	MS	F	سطح معناداری
رضایت جنسی	بین گروهی	۸۷/۰۵	۱	۴۳/۵۲	۰/۲۰۴	۰/۹۳
	درون گروهی	۱۳۴۱۵/۶۱	۳۸	۲۱۲/۹۴		
	کل	۱۳۵۰۲/۶۶	۳۹	-		
رضایت زناشویی	بین گروهی	۲۰/۴۱	۱	۱۰/۲۰	۰/۰۶۴	۰/۷۶
	درون گروهی	۱۰۰۴۳/۹۵	۳۸	۱۵۹/۴۲		
	کل	۱۰۰۶۴/۳۶	۳۹	-		
نگرانی از تصویر بدنی	بین گروهی	۱۴۶/۹۰	۱	۳۵۸/۴۰	۰/۸۹	۰/۳۲
	درون گروهی	۴۳۱۰/۲۱	۳۸	۸۹/۹۴		
	کل	۶۳۹۶/۱۲	۳۹	-		

* $p < 0.05$

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نیز نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای مورد مطالعه با توجه به تعلق گروهی تفاوت معنی‌داری دارند ($P < 0.001$)، $F = 20.51$ و $\eta^2 = 0.39$ (لامبدای ویکلز). برای مشخص شدن اینکه از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل‌های کوواریانس یک متغیری انجام گرفت.

بر اساس مندرجات جدول ۲، با محاسبه F و با $\alpha = 0.05$ مشخص شد که تفاوت‌های اولیه بین دو گروه در پیش-آزمون متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی معنادار نیست. نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس‌ها نشان داد که در تمام متغیرهای مورد مطالعه تساوی واریانس‌ها برقرار بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی

منبع / شاخص	SS	Df	F	P	اندازه اثر	توان آماری
رضایت جنسی	۸۷/۰۵	۱	۲۱/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۹۹
رضایت زناشویی	۲۴۸/۱۳	۱	۲۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۹۵
نگرانی از تصویر بدنی	۵۴۱/۵۹	۱	۱۲۹/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۹۵

وجود دارد ($P < 0.001$)، $F = 27.84$ به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث افزایش رضایت زناشویی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر افزایش رضایت زناشویی ۴۲٪ است. یعنی ۴۲ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۵ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ و اینکه بین زنان متأهل مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$)، $F = 129.24$ به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه

با توجه به یافته‌های جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری نشان داد که بین زنان متأهل مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از رضایت جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$)، $F = 21.96$ به عبارت دیگر، درمان فراشناختی باعث افزایش رضایت جنسی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر افزایش رضایت جنسی ۳۹٪ است. یعنی ۳۹ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد؛ بین زنان متأهل مبتلا به افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری

را نیز می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری افسردگی اختلال در تصور از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است. با توجه به اینکه در درمان فوق روی تغییر افکار منفی و نشخوارهای فکری در مورد نگرش مثبت به بدن تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود تصاویر بدنی مؤثر واقع شود [۱۶].

همچنین می‌توان گفت که درمان فراشناختی از طریق راهبردهایی چون تمرین ذهن آگاهی انفعالی، تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی، بررسی عقاید مثبت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت، شناسایی عقاید منفی، شناسایی باورهای فراشناختی منفی و نحوه مقابله با آن‌ها و برنامه‌های درمانی اختلال افسردگی که شامل راهبردهای مقابله فراشناخت محور از قبیل ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش خود، تضاد شناختی، افکار مزاحم، خوداشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب افزایش رضایت زناشویی و جنسی می‌گردد.

از طرف دیگر، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که ناراضی جنسی و زناشویی با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای ناراضی جنسی و زناشویی زیاد، احتمال بیشتری دارد که به افسردگی روانی مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء رضایت جنسی و زناشویی آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیختگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از باورهای فراشناختی به‌عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر شناخت مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای موردنیاز در کاهش افسردگی استفاده می‌شود. با استفاده از مؤلفه آموزش مهارت‌ها و جایگزینی باورهای فراشناختی منفی، ناکارآمد و ناسازگارانه با باورهای فراشناختی مثبت، منطقی و هدفمند به کاهش سطح افسردگی و گرایش بیشتر به یک رابطه زناشویی و جنسی مثبت در افراد کمک می‌شود. در این روش به افراد در تنظیم شناخت به روش‌های کارآمد و سالم آموزش داده می‌شود. در طول آموزش اکتساب مهارت‌ها، درمانگر نقایص مربوط به توانایی‌های معطوف به هدف را موردسنجش قرار داده و به مراجعان مهارت‌های لازم را از طریق آموزش و سرمشق دهی یاد می‌دهد. در این مرحله درمانگر از مهارت‌های کسب‌شده مراجع حمایت و احتمال استفاده از این مهارت‌ها را افزایش می‌دهد و با

در مرحله پس‌آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی ۴۷٪ است. یعنی ۴۷ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۵ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در تغییر سطح رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی زنان متأهل شاغل در مرکز علوم پزشکی شهر کرمان انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی باعث افزایش رضایت جنسی و رضایت زناشویی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر رضایت جنسی و رضایت زناشویی در افرادی که در جلسات درمان فراشناختی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات [۲۴، ۲۵، ۱۶] همسو است.

علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر، نگرانی از تصویر بدنی در افرادی که در جلسات درمان فراشناختی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات [۱۶، ۳] همسو است.

در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که در درمان فراشناختی از شیوه‌های شناختی نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی و فراشناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، فنون مقابله با استرس و افکار منفی استفاده می‌شود. همچنین در درمان فوق از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای تعدیل تصویر بدنی منفی استفاده می‌شود. در به‌کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت‌زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به‌صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود همراه با فن تن‌آرامی مواجه شوند و به‌مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایت و کامل بودن را دریافت نمایند. بنابراین درمان فراشناختی از طریق راهبردهای فراشناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش تصویر بدنی منفی

- 6- Papageorgiou C, Wells A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Meta-cognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*. 27(3): pp. 261-273.
- 7- Wells & Cater – Haiten. (2004). Predictors of middle school students' use of self-handicapping strategies. *Journal of Early Adolescence*, 15, pp. 389-411.
- 8- Quattropani Maria C., Lenzo Vittorio, Massimo Mucciardi, Mary Ellen Toffle. (2015). The Role of Metacognitions in Predicting Anxiety and Depression Levels in Cancer Patients Ongoing Chemotherapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 205, pp. 463-473

۹- ابوالقاسمی، عباس؛ کیامرثی، آذر؛ سهرابی، زهره. (۱۳۹۱). ارتباط تصویر بدن و رفتار دوستانه با رضایت زناشویی زوجین. مشاوره کاربردی. ۲(۲). صص. ۱۵-۲۸.

10- Hatice Odacia, Çiğdem Berber Çelik. (2016). Does internet dependence affect young people's psycho-social status? Intrafamilial and social relations, impulse control, coping ability and body image. *Computers in Human Behavior*. Volume 57. pp. 343-347.

۱۱- بنی فاطمه، حسین؛ طاهری تیمورلویی، طاهره. (۱۳۸۸). تعیین عوامل اجتماعی - فرهنگی مرتبط با میزان رضایت از زندگی زناشویی در میان زنان متأهل شهر آذرشهر. مجله مطالعات جامعه‌شناسی. ۱(۲). صص ۷-۳۰.

۱۲- حجت پناه، مینا؛ رنجبر کهن، زهره. (۱۳۹۲). رابطه رضایت جنسی، رضایت زناشویی و رضایت زندگی زوجین. فصلنامه چشم انداز امین. ۱(۱). صص ۵۶-۶۳.

13- David A. Frederick, Mackenzie C. Kelly, Janet D. Latner, Gaganjyot Sandhu, Yuying Tsong. (2016). Body image and face image in Asian American and white women: Examining associations with surveillance, construal of self, perfectionism, and sociocultural pressures. *Volume 16*, pp. 113-125.

۱۴- عسکری، پرویز؛ پاشا، غلامرضا؛ امینیان، مریم. (۱۳۸۸). رابطه ی تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر بدن با اختلالات خوردن در زنان. مجله اندیشه و رفتار. ۴(۱۳). صص ۶۵-۷۸.

۱۵- محمدی، نورالله؛ سجادی نژاد، مرضیه. (۱۳۸۶). ارزیابی شاخص های روان سنجی پرسش نامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت نفس در دختران نوجوان. مجله مطالعات

این کار زمینه را برای ارتقای رضایت جنسی و زناشویی را در افراد تحت درمان بالا می‌برد [۱۹،۸].

محدودیت‌های پژوهش: در این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بودیم که می‌تواند نتایج پژوهش را محدود یا خدشه‌دار کند یکی از این محدودیت‌ها این بود که نمونه موردنظر همگی زن بوده و از جنس مرد در نمونه‌گیری استفاده نشده که اگر در نمونه‌گیری از جنس مذکر نیز استفاده می‌شد این احتمال وجود داشت که به نتایج متفاوتی دست پیدا کنیم.

پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی

۱. استفاده از این درمان برای ایجاد تغییر در متغیرهای دیگر روانشناختی
۲. انجام پژوهش مشابه با نمونه مردان

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی همکارانی که پژوهشگران را در انجام این مطالعه یاری رساندند صمیمانه تشکر می‌گردد.

منابع

- 1- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1988). Beck depression Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology – vol 4*: pp. 561-571.
- ۲- نظامی‌پور الهام، ضرغام حاجبی مجید، عبدالمنافی عاطفه. (۱۳۹۴). نقش تعدیل‌کننده شیوه‌های حل مسئله در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۲(۱۲). صص. ۱۵-۲۴.
- 3- Jeong Sun Kim, Sook Kang. (2015). A Study on Body Image, Sexual Quality of Life, Depression, and Quality of Life in Middle-aged Adults. *Asian Nursing Research*, Volume 9, Issue 2, pp. 96-103.
- 4- Lima M. Foulce.T. (2016). Over general autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression. *Psychiatry Research*, Volume 243, 30, pp. 123-127
- ۵- ملیانی، مهدیه؛ اللهیاری، عباس علی؛ آزادفلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ طاوولی، آزاده. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بین های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۲(۱۰). صص. ۷۵-۸۶.

Depression Levels in Cancer Patients Ongoing
Chemotherapy Procedia - Social and Behavioral
Sciences, Volume 205, 9. pp. 463-473

روانشناختی. ۱(۳). صص ۸۵-۱۰۱.

- 16- Rabiei Mehdi, Sandra Mulken, Kalantari Mehrdad, Molavi Hossein, Bahrami Fatemeh. (2012). Metacognitive therapy for body image concern dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 43, Issue 2, pp. 724-729.
- 17- Gumley Andrew. (2011). Metacognitive therapy, affect regulation and symptom expression and depression: A transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, Volume 190(1), pp. 72-78
- ۱۸- شفیع‌ی سنگ آتش، سمیه؛ رفیعی نیا، پروین؛ نجفی، محمود. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*. ۴(۱۶). صص ۱۹-۳۰.
- 19- Hjemdal Odin, Hagen Roger, Nordahl Hans M., Wells, Adrian. (2013). Metacognitive Therapy for Depression and Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 20, Issue 3, pp. 301-313
- 20- Beck AT, Epstein N, Brown G. (1996). Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: pp. 893-897.
- 21- Wells A, Fisher P, Samuel M. (2007). Trishnapatel. Chris and brew in Meta-cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. *Cogn Ther Res*; 2, pp. 100-108
- 22- Vohs J.L., Lysaker P.H., Francis M.M., Hamm J., Buck K.D., Olesek K., Outcalt J., Dimaggio G., Leonhardt B., Liffick E., Mehdiyoun N., Breier A. (2014). Metacognitive therapy, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophrenia Research*, Volume 153, Issues 1-3, pp. 54-59.
- 23- Thielsch Carolin, Andor Tanja, Ehring Thomas. (2015). Do Metacognitive therapy and Intolerance of Uncertainty Predict Worry in Everyday Life? An Ecological Momentary Assessment Study. *Behavior Therapy*, Volume 46, Issue 4, pp. 532-543
- 24- Papageorgiou C, Wells A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Meta-cognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*. 27(3):pp. 261-273
- 25- Quattropani Maria C., Lenzo Vittorio, Massimo Mucciardi, Mary Ellen Toffle. (2015). The Role of Metacognitions in Predicting Anxiety and

