

اثربخشی رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر سرد مزاجی زنان در آستانه‌ی طلاق جمبله نبوی حصار^۱

دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه

خدابخش احمدی

دانشیار مشاوره، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۲ پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۱

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف مقایسه‌ی اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBFT) بر سرد مزاجی زنان در آستانه‌ی طلاق صورت گرفت.

روش: طرح این پژوهش از نوع آزمایشی به شیوه‌ی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. برای این منظور ۳۲ زن متقاضی طلاق به مراکز مشاوره‌ای به طور تصادفی انتخاب شدند و به شیوه‌ی گمارش تصادفی به دو گروه ۱۱ نفری تقسیم شدند. به وسیله‌ی پرسشنامه سرد مزاجی زنان، ابتدا میزان سرد مزاجی زنان در این مراجعان اندازه‌گیری شد (پیش آزمون) و بعد از مداخله گروهی بر روی گروه آزمایشی در ۸ جلسه، سرانجام پرسشنامه مجدداً اجرا شد (پس آزمون).

یافته‌ها: داده‌های به دست آمده برای بررسی میزان تأثیر روش درمانی تحلیل شدند. نتایج تحلیل کواریانس چ متغیری بین مراجعان متقاضی طلاق گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته یعنی سرد مزاجی زنان تفاوت م داری نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه اخیر اثربخشی قابل ملاحظه‌ای از خانواده درمانی مبنی بر حضور ذهن بر سرد مزاج زنان در آستانه‌ی طلاق نشان داد.

کلید واژه‌ها: خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن، سرد مزاجی زنان، طلاق.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

از سال ۱۹۷۰ میلادی که مسترزو جانسون دو جلد کتاب بسیار معروف خود را انتشار دادند نگرش تازه ای برای فهم بهتر فیزیولوژی و در نهایت درمان اختلالات جنسی ارائه کردند که منجر به نتایج درمانی بسیار بهتری گردید. تحقیق حاضر با توجه به روند رو به افزایش طلاق در دهه‌های اخیر در جهان (یانگ و لانگ^۱، ۱۹۹۸) صورت گرفت. طبق آمار رسمی در ایران نیز از هر هزار مورد ازدواج، حدود دویست مورد به طلاق منجر می شود (بهارى و میرویسى، ۱۳۷۷) و ایران چهارمین کشور جهان از نظر نسبت طلاق به ازدواج معرفی شده است (کیان نیا، ۱۳۷۵).

طبق تعریف، طلاق فرایندی است که با تجربه‌ی بحران عاطفی هر دو زوج شروع می شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش ها و سبک زندگی جدید خاتمه می یابد (گاتمن^۲، ۱۹۹۳). مطالعه‌ی روابط زوجین به درک چارچوبهای ساختاری روابط زوجین کمک می کند. در بررسی علت طلاق علاوه بر عوامل اجتماعی، اقتصادی، و حقوقی، توجه به علل فردی و روان‌شناختی از جمله کیفیت روابط زناشویی که منجر به طلاق می شود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (گاتمن، ۱۹۹۳).

عوامل متعددی وجود دارد که می توانند بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارند، تعجب آور نیست که این فرآیند بارها دچار آسیب شده و مشکلاتی را در مراحل مختلف پاسخ جنسی نظیر میل، انگیزتگی و ارگاسم ایجاد نماید. بنابراین فرد در هر یک از این مراحل می تواند دچار مشکل شود که یکی از این اختلالات، اختلال میل جنسی پایین یا کم کار می باشد. بنابراین براساس پژوهش های کینزی بیشترین شکایات جنسی زنان پیرامون میل جنسی پایین یا بازداری شده می باشد که اغلب مردم آن را سرد مزاجی می نامند، ویژگی اصلی این مشکل کمبود یا فقدان خیال پردازی های جنسی و بی میلی به فعالیت جنسی است که می تواند کلی یا موقعیتی باشد (نیکخو و هامایاک، ۱۳۸۰). گزارش شده است که ۳۰ تا ۵۰ درصد از زنان دارای میل جنسی پایین می باشند (میشل، جاگون، لاومن و کولات^۳، ۱۹۹۴؛ گارد و لاند^۴، ۱۹۸۰؛ فرانک، آندرسون و رابینستین^۵، ۱۹۸۷). مشکلات مرتبط با صمیمیت اغلب خود را به عنوان مشکلات جنسی در یک رابطه شکست خورده، نشان می دهد زمانی که مشکلات جنسی وجود داشته باشد علت پزشکی دلیل شکست در رابطه نباشد، مشکلات مربوط به صمیمیت به عنوان بخشی از تاریخچه جنسی افراد مورد توجه قرار می گیرد (باگاروزی ترجمه آتش پور و دیگران، ۱۳۸۵). کیفیت رابطه جنسی و صمیمیت زناشویی با یکدیگر مرتبط اند اما بعضی از نظریه پردازان از یک ارتباط مستقل صحبت می کنند (پاتون و وارینگ^۶، ۱۹۸۵). مدارکی وجود دارد که بین احساس خوشبختی و بهبود در روابط بین فردی ناشی از رضایت جنسی در زنان رابطه وجود دارد (لانمن، پیک، گلاسر، کینگ، وانگ، لیونسون و همکاران^۷، ۲۰۰۶). مطالعات

1. Young, E. & Long, L.

2. Guttman, J

3. Micheal, R, Gaghnon, J, Laumann, E & kolata G.

4. Garde, K & Lunde, I.

5. Frank, E. Anderson, C & Rubinstein, D.

6. Patton, D, & waring, E.

7. Laumann, E. Paik A. Glasser, D. kang, J. Wang, T, Levinson B, Moreira, E. Niclosi A & Gringell, C.

مشابهی نیز در رابطه با مردان انجام گرفته با این حال رابطه بین رضایت جنسی و احساس خوشبختی در زنان قوت بیشتری نسبت به مردان دارد (لانمن، پیک و روزن^۱، ۱۹۹۹).

چرخه پاسخ جنسی در زنان یک مسئله زیستی روانی می باشد که به بافت روابط زندگی خانوادگی بستگی دارد و این شرایط برای زنان اهمیت بیشتری نسبت به مردان دارد. تعدادی از عوامل می توانند بر این چرخه اثر بگذارند، از جمله: امنیت، زندگی خصوصی، سلامت جسمی - روانی و مراحل تحول در زندگی خانوادگی (تولد اولین فرزند، پرورش فرزندان، زندگی با نوجوانان، به عرصه رساندن فرزندان، قبل از یائسگی، یائسگی و بازنشستگی) می تواند بر صمیمیت جنسی زوجین در یک رابطه طولانی مدت اثر بگذارد و آموزش در حوزه درمانهای جنسی و زناشویی که در حال تکامل هستند نیز نشان داده‌اند اگر درمان، صمیمیت بین زوجین را افزایش می‌دهد، رضایت جنسی نیز افزایش خواهد یافت (گریگ^۲، ۲۰۰۳). رویکردهای مطالعاتی متفاوتی نسبت به صمیمیت وجود دارد. بسیاری از مطالعات مستقیماً صمیمیت را مورد ارزیابی قرار نمی‌دهد بلکه بین صمیمیت و عملکرد با تمرکز بر عوامل مرتبط با صمیمیت هم‌چون رضایت زناشویی را مورد بررسی قرار می‌دهند (مک-کیب^۳، ۱۹۹۷) تعدادی از مدل‌های تئوریک رابطه صمیمیت و اختلال عملکرد جنسی را توصیف می‌کنند. فیش، فیش و سپرینکل^۴ (۱۹۸۴) بیان داشتند که فقدان صمیمیت، منعکس‌کننده مشکلات ارتباطی می باشد که خود منجر به اختلال عملکرد جنسی می شود.

هم چنین اختلال میل جنسی با احساس صمیمیت نسبت به همسر رابطه دارد و تراویس و تراویس (۱۹۸۶) بیان می‌کنند که صمیمیت از سه جزء تشکیل شده است؛ صمیمیت شهوانی، صمیمیت حسی و درک همسر به عنوان یک فرد خاص. به بیان وی فقدان هر یک و یا همه این حوزه‌ها منجر به اختلال عملکرد جنسی می شود و شواهد آماری نیز نشان می‌دهد که دو سوم جدایی و طلاق زوجین به علت عدم توافق زوجین بر سر مسائل مقاربتی و زناشویی می باشد (نوید، ۱۳۸۲). افزایش طلاق و نارضایتی زناشویی از یک سو و تقاضای همسران برای پر بارسازی و بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر، نشان دهنده نیاز همسران به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است.

نزو، نزو و لومباردو^۵ (۲۰۰۴)، بهبود تمایلات جنسی را از طریق آموزش‌های که مبتنی بر کاهش اضطراب و نیز تمرکز حسی و کاهش شناخت‌های ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگارانه جنسی است، گزارش می‌نمایند. لیندا و همکاران (۲۰۰۷) نیز اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر بهبود روابط جنسی گزارش نموده و بیان می‌کنند که این شیوه موجب تقویت و حفظ احساس‌های خوب جسمی و روانی بین زوجین می‌گردد. ضمن اینکه ویچرز، باچ و بارلوا^۶ (۲۰۰۸) هم بیان می‌کنند که در آموزش شناختی- رفتاری فرد یاد می‌گیرد که با استفاده از توانایی حل مسأله با افکار منفی خود در باره مسائل جنسی مبارزه کند و به بهبود روابط بین فردی خود کمک نماید.

1. Laumann, O. Paik, A & Rosen, R.
2. Gehrig, D.
3. Mc Cabe, M.
4. Fish, L. Fish, R. & sprinkle, D.
5. Nezu, M. Nezu, C & Lombardo, R.
6. Wincze J, Bach A, & Barlow, H.

در مجموع بررسی‌ها نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش‌های مختلفی در زمینه تأثیر درمانگری شناختی-رفتاری که حضور ذهن نوعی مولفه‌ی شناختی است بر ویژگی‌های مختلف همسران انجام گرفته است که همه آنها به نوعی مؤید اثربخشی این شیوه درمانی و مشاوره‌ای هستند، از جمله اثربخشی آموزش خانواده درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد امام خمینی(ره)(حسین پور، شهروی و عبادی، ۱۳۸۸).

با مروری بر نتایج پژوهش‌های گذشته مشخص می‌شود که این پژوهش‌ها متغیرهای مهم در رابطه با کیفیت و سرد مزاجی در روابط زناشویی زوجها را بررسی کرده‌اند ولی، برای درک واقع بینانه تر مشکل سرد مزاجی در زوجهای ایرانی، ضرورت دارد که در این زمینه پژوهشهایی از جمله اثربخشی روشهای درمانی مورد بررسی و تحقیق قرار گیرد.

تاکنون درمانهای روان شناختی متنوعی برای درمان مشکلات ارتباطی زوجین مورد استفاده قرار گرفته‌اند. شناخت درمانی معمول (مثلاً؛ بک و بک، ۱۹۹۵) بیشتر سعی دارد بر روی منشأ محتوای افکار منفی متمرکز شود ولی در مورد شکل گیری افکار منفی و یا این که چه مکانیسم‌هایی این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازند، تلاش زیادی نکرده است. پس در اینجا بررسی رویکردی که دلایلی برای شیوه‌ی فکر کردن افراد، باورهای فرد در مورد فکرش، و راهبردهای فردی او در مورد کنترل توجهش را مورد توجه قرار دهد، لازم به نظر می‌رسد. از نظر تاریخی حضور ذهن^۱ تکنیک اصلی مورد استفاده در مراقبه‌ی بودایی^۲ است که ریشه در آیین مذکور دارد. روش حضور ذهن قصد دارد از طریق آموزش ذهنی، نه تنها در تغییر سیر کارکردی و بالینی ذهنی مراجع، بلکه در تغییر نحوه عملکرد و رابطه نیز به مراجع کمک کند. جان کبات-زین^۳ حضور ذهن را در روانشناسی و پزشکی ذهن-بدن، مخصوصاً کاهش استرس، با موفقیت بکار گرفت (کبات-زین، ۱۹۹۴). شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۴ (MBCT) نیز با کتاب سگال، ویلیامز و تیزدیل (۲۰۰۲) معروف شد.

در روش حضور ذهن مورد استفاده در این مطالعه، بیمار با نظارت درونی خود فرایندی چهار مرحله‌ای را، که برگرفته از فلسفه بودا است، و توسط شوارتز^۵ برای اولین بار در کتاب قفل ذهن در سال ۱۹۹۷ مطرح شده، طی می‌کند (شوارتز، ۲۰۰۴). شوارتز (۲۰۰۴) در این روش فرایند چهار مرحله‌ای را برای افزایش توانایی مراجع جهت مواجهه و جلوگیری از پاسخ بدون نیاز به کمک مستقیم درمانگر پیشنهاد نموده است. اصل اساسی در این روش این است که مراجع با درک ماهیت واقعی افکار و امیال، نحوه کنترل و اداره ترس و اضطراب را یاد می‌گیرد و اداره اضطراب و ترس وی به نوبه‌ی خود به بیمار این امکان را می‌دهد تا به نحو مؤثرتری پاسخ‌های رفتاری خویش را مهار کند. مراجع از اطلاعات زیست‌شناختی و آگاهی‌شناختی برای انجام مواجهه و جلوگیری از پاسخ

1. Mindfulness

۲. آیین بودایی در هند و شمال چین توسط سیدارتاگوتاما بودا که رهبری مذهبی بود، ۵۰۰ سال قبل از میلاد و در واکنش به رنج افراد فقیر، بیمار، مسن، و در حال احتضار پایه‌گذاری شد. امروزه دالایلما رهبری این مذهب را به عهده دارد (مثلاً؛ دالایلما و کتلا، ۱۹۹۸).

3. Kabat-Zinn

4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

5. Schwartz, j.

بهره خواهد گرفت. این راهبرد درمانی از چهار مرحله بنیادی تشکیل شده است که هدف از هر مرحله به اختصار ارائه می‌شود:

مرحله اول، برجسب‌دهی مجدد^۱: مراجع یاد می‌گیرد چگونه افکار و تمایلات مزاحم خود را تشخیص دهد و درک عمیقی راجع به این مسأله به دست آورد که احساس آزار دهنده فعلی مربوط به یک اختلال طبی است. مرحله دوم، اسناد مجدد^۲: مراجع عمیقاً متوجه می‌شود که افکار یا تمایلات او معنادار نبوده بلکه پیام‌های غلطی هستند که از مغز (قسمت ستریاتم) صادر شده و با عدم تعادل زیست شیمیایی در مغز مرتب اند که بر روابط اثر می‌گذارد.

مرحله سوم، تمرکز مجدد^۳: مراجع درصدد برمی‌آید تا با تمرکز مجدد و معطوف ساختن توجه خود بر رفتار خوشایند صمیمی دیگر در پیرامون خود حتی برای چند دقیقه به رفتار دیگری (مثل ابراز احساسات و صمیمیت) بپردازد.

مرحله چهارم، ارزش‌گذاری مجدد^۴: مراجع یاد می‌گیرد که به ارزش‌گذاری افکار و امیال مزاحمی که به نحو ناگزیری او را به انجام رفتارهای خشک و فقدان صمیمیت وادار می‌سازند، بپردازد و به صحت ظاهری آنها توجه نکند.

بورپی و لانگر^۵ (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان دادند که رابطه معنادار بالایی بین حضور ذهن و رضایت زناشویی وجود دارد. گاتمن^۶ (۱۹۹۴) معتقد است که نسبت تعاملات مثبت به منفی در ازدواج نشان دهنده‌ی میزان موفقیت موفقیت در آن است. بدین معنی که اگر میزان نسبت تعاملات مثبت به تعاملات منفی ۵ به ۱ باشد، نشان دهنده‌ی سطح بالای رضایت در ازدواج است در حالی که در دلزدگی زناشویی احتمالاً این نسبت کمتر شده یا معکوس می‌شود.

بعضی از تحقیقات نشان داده‌اند که زوجین راضی هماهنگی مفهومی (صمیمیت) بیشتری را نسبت به زوج‌های ناراضی نشان می‌دهند (بونک و مسترز^۷، ۱۹۹۹). بورپی و لانگر (۲۰۰۵) معتقدند که هماهنگی مفهومی می‌تواند تواند نشانی از حضور ذهن باشد؛ بدین معنا که درجه‌ی اشتیاق زن یا شوهر جهت ارزیابی مجدد تفکرات خود در مورد همسر می‌تواند نشان دهنده‌ی میزان تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری آنها در موقعیت‌های مختلف باشد. همچنین تعدادی از محققین معتقدند، زوج‌هایی که دارای رضایت زناشویی بهتر و کیفیت زناشویی بالاتری هستند حضور ذهن بیشتری دارند (باس^۸، ۱۹۹۹؛ کیم، مارتین و مارتین^۹، ۱۹۸۹؛ نمچک و اولسون^{۱۰}، ۱۹۹۶).

1. Relabel
2. Reattribute
3. Refocus
4. Revalue
5. Burpee, L. & Langer, E.
6. Gottman
7. Buunk, B. & Mutsaers, W.
8. Buss, D.
9. Kim, A., Martin, D. & Martin M.
10. Nemechek, S., & Olson, K.

در واقع، این پژوهش به منظور پاسخ به این سوال عمده طراحی شده، که میزان اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر سرد مزاجی زنان متقاضی طلاق چگونه است؟ فرضیه‌ی اصلی پژوهش این است که خانواده درمانی مبتنی بر درمان به روش حضور ذهن بر سرد مزاجی زنان متقاضی طلاق مؤثر هستند.

روش

در این پژوهش از روش تحقیق آزمایشی به شیوه‌ی پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایشی و کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق کلیه مراجعین متقاضی طلاق (زن) اعم از مراجعان خود ارجاعی و یا ارجاع داده شده از طرف دادگاه خانواده شهرستان سنندج به مراکز مشاوره ای شهرستان سنندج واقع در استان کردستان در سال ۱۳۹۱ بودند.

معیارها و شرایط ورود در این پژوهش عبارت بودند از: تشخیص سرد مزاج بودن زن با تأیید متخصصین، زنی که دارای تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی بودند، در دادگاه پرونده طلاق داشتند و از طرف دادگاه به مراکز مشاوره‌ای ارجاع داده شده یا خودشان مراجعه کرده بودند و همچنین مایل به همکاری جهت دریافت مداخله مشاوره‌ای بودند.

شرایط و معیار خروج عبارت بودند از زنی که همسر معتاد و الکلی داشتند، زنی که مبتلا به بیماری صعب‌العلاج جسمی بودند، مصرف داروهای جنسی در طول دوره مداخله. زنانی که دارای مشکل نازایی بودند و زنی که در طول درمان مشخص می‌شد، شرایط منطبق با اهداف پژوهش را نداشتند.

روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول از میان ۱۰۳ مراجع (زن) که در بهار سال ۱۳۹۱ به مراکز مشاوره‌ای شهرستان سنندج، مراجعه کرده بودند، شرایط ورود بررسی شد و زنانی که دارای شرایط ورود به جامعه تحقیق را داشتند انتخاب شدند (در این مرحله تعداد ۶۳ نفر شرایط ورود نداشتند و از جامعه تحقیق حذف شدند). در مرحله دوم از طریق شیوه‌ی نمره‌گیری (عریضی و فراهانی، ۱۳۸۷) با کل نمونه باقی مانده‌ی قبلی (۴۰ نفر) جهت پی بردن به تمایل به شرکت در جلسات مشاوره‌ای تماس تلفنی گرفته شد، از بین این افراد تعداد ۳۹ نفر از مراجعان متقاضی طلاق مراکز مذکور حاضر به همکاری جهت شرکت در جلسات خانواده درمانی شدند، در مرحله سوم از میان ۳۹ زن حاضر به همکاری، ۳۲ نفر بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند (نام افراد با اعداد ۱ تا ۳۹ نوشته شد و در ظرفی ریخته شد و به قید قرعه ۳۲ نفر انتخاب شدند). در مرحله چهارم با استفاده از مقیاس و ابزار مربوطه سرد مزاجی در مراجعان متقاضی طلاق اندازه‌گیری شد (پیش آزمون). سرانجام در مرحله پنجم، به شیوه‌ی جایگزینی تصادفی ساده، افراد در دو گروه ۱۱ نفری (گروه حضور ذهن درمانی و گروه گواه) گماشته شدند (ابتدا دو برگ تنظیم شد و بر روی هر برگ نام گروه حضور ذهن درمانی و کنترل و سپس از داخل ظرف که حاوی ۳۲ کد آزمودنی بود، هر بار به قید قرعه ۲ کد انتخاب و به طور تصادفی در یکی از برگه‌ها ثبت شد، به این صورت دو گروه ۱۱ نفری مشخص شدند).

لازم به ذکر است، از لحاظ آماری طرح‌های تجربی با حجم نمونه ۱۵ تا ۲۰ نفر کفایت می‌کند (عریضی و فراهانی، ۱۳۸۷). بنابراین محققان ۱۱ نفر را انتخاب نمودند و تعداد ۱ نفر را مازاد برای جایگزینی احتمالی در صورت اُفت آزمودنی انتخاب کردند. کفایت حجم نمونه، به انجام تحلیل آماری بعد از اجرای مداخله موکل شد. بدین صورت که پس از انجام تحلیل مقدماتی شاخص توان آماری بررسی شد که در این پژوهش توان آماری

برابر با «۱» است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است، بدین ترتیب به حجم نمونه گرفته شده اکتفا شد.

ابزارها: در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده شد که در زیر ویژگیهای روانسنجی آنها شرح داده می‌شود:
الف: پرسشنامه سرد مزاجی زنان عشقی (۱۳۸۵) بود که شامل ۱۴۳ سوال و سرد مزاجی زنان را بر حسب مقایسه پنج درجه ای لیکرت، با گزینه های خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم از ۱ تا ۵ مورد سنجش قرار می دهد. در تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ۰/۸۵ به دست آمده است. روایی محتوایی، این پرسشنامه توسط ۵ متخصص مشاوره و پزشک متخصص زنان و زایمان مورد تایید قرار گرفته است. در پژوهش عشقی نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۱، حساسیت آزمون ۰/۸۴ و ویژگی آزمون نیز ۰/۸۷ بدست آمده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۹، حساسیت آزمون ۰/۸۶ و ویژگی آزمون نیز ۰/۸۴ بدست آمد.
ب: پرسشنامه‌ی اطلاعات خانوادگی: این پرسشنامه را محقق ساخته است و دارای ۳۲ سؤال است که در این پژوهش برای سنجش ویژگیهای جمعیت شناختی و خانوادگی زوجین از قبیل طول مدت ازدواج، سن ازدواج، سن، تفاوت سنی، تحصیلات، میزان درآمد، تعداد فرزندان، و میزان و مدت آشنایی استفاده شد.

مداخله: قبل از مداخله درمانی حاضر هیچ جلسه‌ی مشاوره‌ای با مراجعان در مراکز مذکور انجام نشده بود. مداخله شامل ۸ جلسه MBFT (خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن) روی گروه مداخله بود. این جلسات به صورت یک ساعتی با تواتر هفته‌ای دو بار تشکیل شد و مداخله در مراکز مشاوره‌ای در اتاقی مخصوص انجام می‌شد. مداخله به صورت گروهی با رویکرد خانوادگی با زن توسط محقق آموزش دیده، متناسب با فرهنگ مراجعان انجام شد. بر اساس روش کراس اور یا جایگزینی عرضی^۱، به گروه کنترل هم گفته شد که در پایان جلسات مداخله آنها نیزمی نیزمی توانند به مراکز مذکور جهت دریافت همان خدمات مراجعه کنند. بعداً خاتمه‌ی جلسات مداخله به گروه کنترل اطلاع رسانی شد.

جهت رعایت اخلاق پژوهش به مراجعان گفته شد، این مداخله ضمن مفید بودن برای خودشان، بخشی از یک کار تحقیقی محسوب می‌شود و مواردی که در جلسه درمان مطرح می کنند با هیچ کسی بدون رضایت مراجع درمیان گذاشته نشده، هویت آنها در مورد نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه تلقی می‌گردد و آنها می‌توانند از طریق پست الکترونیکی یا آدرس پستی از نتایج کار مطلع شوند، بعد از مداخله درمانی نیز بهتر است درمان را هر از چند گاهی ادامه دهند. بعد از اتمام جلسات درمانی روی گروه آزمایشی، گروه کنترل هم که در انتظار درمان بودند جلسات خانواده درمانی دریافت کردند (که در اینجا گزارش نمی‌شود).

یافته‌ها

برای بررسی میزان تأثیر روش درمانی، داده‌ها توسط مانکوا تحلیل شدند. ابتدا، نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای تحقیق گروه‌ها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه بررسی شد، که فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیرهای تحقیق (با مقدار $F = ۰/۶۳۴$ در سطح $p > ۰/۰۵$) تأییدگردید. به عبارت دیگر پیش فرض همگنی

واریانس‌ها برقرار بود. همچنین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پس‌آزمون برای متغیرهای تحقیق تأیید گردید.

بیشترین شیوه‌ی آشنایی مربوط به وساطت بود (۰/۸۴). همچنین، ۰/۸۲ از افراد نمونه در فاصله‌ی سنی ۲۸ تا ۳۲ سال ازدواج کرده بودند. تفاوت سنی زوجین در ۰/۵۰ درصد بین ۴ تا ۸ سال بوده و طول مدت زندگی مشترک زوجین در ۰/۷۵ نمونه در فاصله‌ی ۲ تا ۱۰ سال به طلاق منجر شده بود. سن طلاق در ۰/۵۷ بین ۲۶ تا ۳۵ سال، سطح سواد اغلب افراد نمونه در حد مقطع متوسطه (۰/۵۶)، درآمد زوجین در موقع زندگی مشترک در بیشتر موارد کمتر از ۲۶۰۰ (۰/۷۸)، و اکثر افراد نمونه از زمان درخواست طلاق جدا از همسرشان، یعنی در خانه والدین زندگی می‌کردند (۰/۸۸). بیشتر زوجها عامل مشکل کنونی را روابط با همسر خود می‌دانستند (۰/۸۷).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

در متغیر سردمزاجی

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|----------|--------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| سردمزاجی | آزمایش | ۴۶۳/۶۵ | ۲۱/۳ | ۲۴۳/۱۲ | ۲۷/۴۳ |
| | کنترل | ۵۱۴/۴۳ | ۱۷/۱۲ | ۴۹۸/۱۲ | ۲۳/۱۲ |

$n = 10$

براساس یافته‌های جدول ۱ میانگین نمره پرسشنامه سرد مزاجی در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات سردمزاجی زنان دو گروه

| متغیرها | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنا داری (P) | میزان تاثیر | توان آماری |
|-------------|------------|-----------------|---------|---------------|-------------|------------|
| پیش‌آزمون | ۱ | ۲۱۴/۲۱ | ۰/۲۰۵ | ۰/۸۱۱ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۸۷ |
| عضویت گروهی | ۱ | ۱۲۴۶۱۲/۲۴۲ | ۲۵۸/۳۷۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۹۶ | ۱ |

همچنان که نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد، با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون تفاوت بین عملکرد دو گروه مداخله و کنترل در سطح $p < 0.001$ معنی دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده‌ی این مطلب است که درمان خانوادگی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش میزان سردمزاجی زنان تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور اِتا، می‌توان گفت ۹۶٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است. یعنی ۹۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سرد مزاجی مربوط به تأثیر خانوادگی مبتنی بر حضور ذهن می‌باشد. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته، که حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه است.

جدول ۳. آزمون وی کرامر برای رابطه بین سرد مزاجی و جنسیت

| آزمون | مقدار مشاهده شده بین جنسیت و سرد مزاجی | سطح معنی داری |
|---------|--|---------------|
| کرامر V | ۰/۸۳۵ | ۰/۰۰۱ |

برای بررسی رابطه‌ی جنسیت و سرد مزاجی از آزمون وی کرامر استفاده شد. همچنانکه در جدول شماره ۳ آمده است، آزمون وی کرامر نشان می‌دهد که بین جنسیت و کیفیت روابط زناشویی ارتباط معنادار وجود دارد ($p < 0.001$).

نتیجه گیری

این مطالعه تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBFT) بر سرد مزاجی زنان را تأیید نمود. در مشکلات ارتباطی زوجین، نحوه‌ی مقابله‌ی زوجین با هیجان‌اتشان که در طول رابطه غالب می‌شوند از اهمیت قابل توجهی برخوردار است و رویکرد حضور ذهن بر روی عواطف نیز تمرکز دارد که یکی از مهمترین عوامل تأثیر گذار بر افزایش کیفیت در رابطه جنسی است. بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از این رویکرد برای اصلاح پردازش هیجان‌ات، بهبود مهارت‌های عاطفی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی زوجین مؤثر باشد. این نتیجه با پژوهش‌های قبلی مبتنی بر حضور ذهن (مانند؛ بورپی و لانگر، ۲۰۰۵؛ گاتمن، ۱۹۹۴؛ بونک و مسرز، ۱۹۹۹؛ باس، ۱۹۹۹؛ کیم، مارتین و مارتین، ۱۹۸۹؛ نمچک و اولسون، ۱۹۹۶) همسو می‌باشد.

نتایج، حاکی از تأیید فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اینکه خانواده درمانی مبتنی بر اثربخشی درمان به روش حضور ذهن بر رابطه جنسی سرد مزاجی است و یافته‌های این پژوهش با مبانی نظریه حضور ذهن شوارتز (۲۰۰۴) همسو می‌باشد. در تبیین آن باید گفت، حضور ذهن که به معنای در زمان حال بودن و در زمان حال زیستن می‌باشد (کبات-زین، ۱۹۹۴)، بر کاهش دلزدگی زناشویی بسیار مؤثر است. تأثیر این متغیر از این لحاظ است که آنها را قادر می‌سازد، هر لحظه بر نقاط قوت و ضعف خود و زندگی مشترک خود آگاه باشند و این آگاهی به تعبیر بورپی و لانگر (۲۰۰۵) یک هماهنگی مفهومی برای زوجین ایجاد می‌کند و آنها را قادر می‌سازد که زندگی مشترک خود و مشکلات موجود در آن را ارزیابی و باارزیابی نمایند و این تأثیری بسیار بسزا در بالا بردن رابطه جنسی مؤثر دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد با حضور ذهن موقعیتی بالا به علت اشراف داشتن بر زمان و نترسیدن از تغییرات (بورپی و لانگر، ۲۰۰۵) می‌توانند محیطی دائماً پویا و انعطاف پذیر در زندگی خود ایجاد کنند. این محیط پویا و انعطاف پذیر مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله‌های روانی و عاطفی طولانی مدت می‌شود، تعارضات و فاصله‌های روانی که خود ایجاد کننده زنجیره‌ای از مشکلات بعدی از جمله سرد مزاجی خواهند بود. نکته مهم این است که افراد با حضور ذهن بالا به نقطه نظرات خود و همسر خود توجه بالایی دارند و این نکته به عنوان وسیله‌ای برای پویا نگه داشتن و جلوگیری از سردی روابط و در نهایت موجب افزایش کیفیت روابط جنسی خواهد شد. بورپی و لانگر (۲۰۰۵) معتقد است که در یک رابطه ذهن آگاهانه عقاید و نگرش‌های موجود در یک فرد یا یک رابطه قابلیت مبادله و چکش خوری بیشتری دارد. این حساسیت ذهن آگاهانه تأثیرات پایداری بر زوجین برای حل مشکلات همراه با احترام، صمیمیت و همدلی ایجاد می‌نماید. افراد با حضور ذهن بالا نه تنها به خود و موقعیت درونی و بیرونی خود آگاه هستند بلکه به تغییرات ایجاد شده در ظاهر و رفتارهای همسر خود نیز آگاهی

بالایی دارند. این آگاهی به تغییرات توجه‌های همدلانهای همراه با افزایش کیفیت روابط جنسی و کاهش سرد مزاجی کمک خواهد کرد.

البته یکی از محدودیت‌های پژوهش این است که این تحقیق در فاصله‌ی زمانی کوتاه مدت اجرا و مرحله‌ی پیگیری نداشته است که این امر می‌تواند به تعمیم نتایج به شرایط زمانی بلند مدت تأثیر بگذارد و در مورد ماندگاری اثر درمان اطلاعاتی در دست نباشد. در مورد عدم پیگیری باید بیان داشت که به دلیل اینکه آزمودنیهای این پژوهش مراجعان طلاق بودند، بعد از سپری شدن دوره‌ی طلاق قانونی یا محل زندگی را تغییر می‌دادند و یا ازدواج مجدد می‌کردند و حاضر به ادامه همکاری نمی‌شدند. در کل محقق بعد از تلاش زیاد نتوانست، از تمام مراجعان شرکت کننده در درمان آزمون پیگیری بگیرد و در نتیجه اُفت نمونه در مرحله پیگیری باعث شد که نتوان اثر پیگیری را در تحلیل آماری بررسی کرد. همچنین به دلیل اینکه جامعه آماری این پژوهش افراد متقاضی طلاق بودند، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن نمونه توجه شود. یکی دیگر از محدودیت ها، اجرای پیش آزمون‌ها در میان زنان در شرف طلاق بود که به دلیل تحت استرس بودن آنها و تنش‌هایی که با آنها مواجه بودند، جلب رضایت و تمرکز برخی از آنها برای تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی مواقع دشوار بود و با مشکلاتی همراه بود.

پیشنهاد می‌شود، برای نمونه‌هایی با حجم بیشتر و جنسیت مرد و در جوامع مختلف با فرهنگهای متفاوت‌تر این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود. با توجه به اینکه این پژوهش در شهرستان سنندج واقع در استان کردستان انجام گرفت و با توجه به اینکه مسائل فرهنگی در زندگی زناشویی افراد تأثیر دارد، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرها، قومیت‌ها و فرهنگ‌های دیگر تکرار شود. به طور خلاصه، کاربرد این پژوهش این است که با داشتن مدلی کارآمد می‌توان بر اساس افزایش کیفیت روابط جنسی طلاق را کاهش داد، اثربخشی درمان و مداخله را در اختلافات زناشویی افزایش داد، و خطر وقوع طلاق را که متأسفانه امروز رو به تزاید است، کاهش داد. وقتی زوجین از لحاظ حضور ذهن کیفیت روابط جنسی را افزایش دهند، بینش، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی آنها بالا می‌رود و برای همدیگر قابل پیش بینی‌تر می‌شوند. همچنین ممکن است برداشت متفاوت، تعارض و در نهایت اختلاف زناشویی در اثر درمان سرد مزاجی به حداقل برسد.

نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای زوجین ناسازگار، خشک در روابط و دارای کیفیت روابط زناشویی پایین، فوایدی برای مشاوران خانواده در مرحله‌ی قبل از ازدواج، زناشویی و طلاق دارد. درمانگران خانواده نباید اهمیت توجه به اختلال جنسی و روابط جنسی را از نظر دور بدارند و از این مدل‌های جدید و انسان‌گرایانه برای کمک به زوجین مشکل دار از لحاظ جنسی و متقاضی طلاق بهره‌گیرند، تا از این طریق اثربخشی مداخلات درمانی خود را افزایش دهند.

قدردانی

نويسندگان بر خود لازم می‌دانند که از تمام مدیران و کارکنان مراکز مشاوره‌ای شهر سنندج و زنان که در تحقیق شرکت نمودند و پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند تشکر نمایند.

باگارویزی دنیس (۱۳۸۵). افزایش صمیمیت در ازدواج. ترجمه سید حمید آتش پور و همکاران. اصفهان: دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.

بهراری، فرشاد و میروسی، لیلی (۱۳۷۷). گونه‌شناسی طلاق و سیر آن. مجله پیام مشاوره، ۴، ۴۳-۵۱.
حسین پور، محمد، شهروی، شهریار و عبادی، ندا (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش خانواده درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی. فصلنامه یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۴ (۱۱): ۹۵-۱۰۶.

عشقی، روناک (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی مشاوره رفتاری شناختی جنسی زوجین بر بهبود سرد مزاجی جنسی زنان آنها در شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.

عریضی، حمیدرضا و فراهانی، حمید (۱۳۸۷). روشهای کاربردی پژوهش در روانشناسی بالینی و مشاوره. تهران، نشر دانژه.

کیان‌نیا، محمد علی (۱۳۷۵). زن امروز، مرد دیروز، تحلیلی بر اختلافات زناشویی. تهران: انتشارات روشنفکران و مطالعات زنان.

نوید، ندا (۱۳۸۲). درمان سرد مزاجی و بی میلی جنسی بانوان. مشهد: موسسه انتشارات راهیان سبز.
نیکخواه محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک. (۱۳۸۰). زندگی جنسی زنان: آشنایی با رفتارهای جنسی و روشهای شناخت و درمان اختلالات جنسی زنان. تهران: انتشارات سخن.

Beck, J., & Beck, A. (1995). Cognitive therapy. New York: Guilford Press.
Buss, D. M. (1991). Conflict in married couples: Personality predictors of anger and upset. *Journal of Personality*, 59, 663-688.
Buunk, B. P. & Mutsaers, W. (1999). Equity perceptions and marital satisfaction in former and current marriage: A study among the remarried. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 123-132.
Burpee, L. C. & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12, 1-14.
Fish LS, Fish RC, sprinkle D.H. (1984). Treating inhibited sexual desire: A marital therapy approach. *Journal of family Therapy*, (12): 3-12
Frank, E, Anderson C, Rubinstein D. (1987). Frequency of sexual dysfunction normal couples. *New England journal of Medicine*, (299): 111-115
Garde K, Lunde I. (1980). Female sexual behavior: A study in a random sample of 40-year-old women. *Maturitas*, (2): 225-240.
Gehrig D. (2003). Couple therapy for low Sexual Desire: A System Approach. *Journal of sex & Marital Therapy*, (22):25-30

- Guttman, J. M. (1993). *Divorce in Psychosocial Perspective; Theory and Research*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kim, A., Martin, D. & Martin M. (1989). Effects of personality on marital satisfaction: Identification of source traits and their role in marital stability. *Family Therapy*, 16, 243–248.
- Laumann EO, Paik A, Glasser DB, kang JH, Wang T, Levinson B, Moreira ED, Niclosi A, Gringell C. (2006). A Cross national study of subjective sexual well- being among older woman: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of sexual behavior*, (35): 145-161.
- Laumann EO, Paik A, Rosen R.C. (1999). Sexual dysfunction in the united states : prevalence and predictors. *JAMA*, (281): 537-544.
- Micheal R, Gaghnon J, Laumann E, kolata G.(1994). *sex in America :A definitive survery*. Boston: Little Browne & CO.
- Mc Cabe M.P. (1997). Intimacy and Quality of life a mang sexually dysfunctional men and women . *Journal of sex & Marital Therapy*, 23(4); 276-290
- Nemechek, S. & Olson, K. R. (1999). Five-factor personality similarity and marital adjustment. *Social Behavior and Personality*, 27, 309–318.
- Nezu AM, Nezu CM, Lombardo ER. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach* . New York, NY: Springer Publishing Company
- Patton, D, waring E.M. (1985). Sex and marital Intimacy. *Journal of sex marital therapy*, (11)3: 176-184.
- Schwartz, j. (2004). The use of mindfulness in the treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *Summery of Brain lock* (1996). Westwood Institute for Anxiety Disorders' website, Los Angeles, California, USA. Retrieved on 15 Sep. 2011, from <http://www.hope4ocd.com>.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- Wincze J, Bach A, & Barlow H. (2008). Sexual dysfunction. In D. H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. (4th ed. Pp. 615–661). New York, NY: Guilford Press.
- Young, J. & Long, L. (1998). Counseling and Therapy for Couples. New York: Guilford Press.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی