

تأثیر آموزش رفتاری - شناختی بر طرحواره جنسی زنان متأهل شهر همدان

احمد علی جدیدیان^۱، مریم بهرام^۲

^۱ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کنگاور - گروه روانشناسی

^۲ دانش آموخته ی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

چکیده

در مسیر رشد، کودکان نمی دانند که چگونه زندگی جنسی خود را مسئولانه هدایت کنند و همیشه در اغلب فرهنگ ها، صحبت از مسایل و نیازهای جنسی بویژه برای زنان تابو بوده است. بنابراین هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش رفتاری - شناختی بر اصلاح طرحواره جنسی زنان متأهل شهر همدان بود. این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش-آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۰ نفر از زنان متأهل انجام شد. افراد به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند و گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش شناختی - رفتاری قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه طرحواره های جنسی زنان آندرسون و سیرانوسکی^۱ (۱۹۹۴) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون کلموگراف اسمیرونف و تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده. نتایج نشان داد: آموزش رفتاری - شناختی طرحواره جنسی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود می دهد. بنابراین می توان نتیجه گرفت آموزش رفتاری - شناختی می تواند بر بهبود مؤلفه های طرحواره جنسی، رضایت جنسی، سازگاری زناشویی و سلامت روان خانواده نقش بسزایی داشته باشد.

واژه های کلیدی: طرحواره های جنسی، آموزش رفتاری - شناختی، کلیشه های جنسیتی، نقش پذیری جنسی.

^۱ Andersen & Cyranowski

۱- مقدمه

نگرش های جنسی نسبتاً محدود کننده هستند. معمولاً والدین درباره ی مسائل جنسی اطلاعات کمی به کودکان می دهند و آنها را از مسائل جنسی منع می کنند و به ندرت در حضور آنها درباره ی مسائل جنسی صحبت می کنند و بدین ترتیب آگاهی نامناسبی درباره ی واقعیت های جنسی وجود دارد. در مسیر رشد کودکان نمی دانند که چگونه زندگی جنسی خود را مسئولانه هدایت کنند و همیشه در اغلب فرهنگ ها، صحبت از مسایل و نیازهای جنسی بویژه برای زنان تابو بوده است. رفتار جنسی^۱ جنبه مهمی از کیفیت زندگی زناشویی است. منظور از رفتار جنسی ترکیبی از مفاهیم، نگرش ها، تجربه ها، فعالیت ها، احساسات و اندیشه های همراه با آن است (دنرستین^۲، ۲۰۰۱).

تمامی فرهنگ ها در سراسر جهان رفتار جنسی را به نوعی کنترل می کنند. در مورد زنان ساختارهای فرهنگی مربوط به رفتار جنسی به تنش بیشتر بین این رفتار و کلیشه های فرهنگی می انجامد. در مورد مردان نیز ساختارهای فرهنگی باعث شده است که مردان برای انجام رفتار جنسی احساس فشار کنند و بر این باور باشند که رابطه جنسی در مورد آن ها باید با مهارت و خبرگی صورت گیرد. در واقع زنان و مردان هویت جنسی و رفتار جنسی خود را در چارچوب نقش های جنسیتی^۳ شکل می دهند. رفتار جنسی در متن یک نظام جنسیتی شکل می گیرد. نظام جنسیتی ساختاری اجتماعی - فرهنگی دارد و کلیشه های فرهنگی آنچه را که رفتار جنسی بهنجار است برای زنان و مردان تعریف می کند (کرافورد و آنجر^۴، ۲۰۰۴).

تفاوت زنان و مردان در رفتار جنسی تا حد زیادی از طریق نقش های جنسیتی و متغیرهای فرهنگی که بر آن تاثیر می گذارد تعیین می شود. طرحواره های نقش جنسیتی^۵ در دختران از سنین پایین شکل می گیرد و زنان به طور نافع برای سرنوشت جنسیتی خود برنامه ریزی می شوند (خمسه، ۱۳۸۴). کلیشه های فرهنگی مجموعه ای از باورهای مشترک فرهنگی درباره صفات شخصیتی و سایر ویژگی های مردان و زنان است. تشکیل کلیشه های جنسیتی بازتاب طبیعی کاربرد طرحواره های جنسیتی است. طرحواره های نقش جنسیتی مجموعه ای از تداعی های مرتبط با جنسیت است که زمینه اصلی پردازش اطلاعات را بر اساس جنسیت نشان می دهد (بم^۶، ۱۹۸۳). به عنوان مثال زنان در فرهنگ ما پذیرفته اند که درباره تمایلات جنسی خود در زندگی زناشویی کمتر صحبت کنند و ناراضیاتی خود را کمتر ابراز دارند، آن ها با این کلیشه روبرو هستند که یک زن خوب هرگز راجع به رفتار جنسی خود صحبت نمی کند. بنابراین با در نظر گرفتن این که رفتار جنسی همواره در هاله ای از ابهام قرار دارد و تا پیش از ایجاد اختلال های جدی در کارکرد جنسی، آگاهی های کافی در این خصوص ارائه نمی شود. سندرا بم روان شناس نظریه طرحواره جنسیتی^۷ را تدوین کرده است (بم، ۱۹۸۱). طرحواره مفهومی در روان شناسی شناختی است که به بررسی این نکته می پردازد که افراد چگونه می اندیشند، چگونه ادراک و پردازش می کنند و چگونه اطلاعات را به یاد می آورند. طرحواره چارچوب دانش کلی فرد درباره یک موضوع خاص است. طرحواره جنسیتی ارتباط نزدیکی با خودپنداری^۸ دارد. به عقیده بم افراد تا حدی طرحواره های جنسیتی مختلف دارند و این تغییر محتوی شاید نتیجه انواع اطلاعاتی است که فرد در خانواده و فرهنگ و جامعه در رابطه با جنسیت در سراسر دوران زندگی خود با آن مواجه شده است. نبود آموزش های کافی درباره فعالیت جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی، پیش نوازش ناکافی، ناسازگاری در ارتباط به طور کلی، باورهای جنسی نادرست، ارتباط ضعیف درباره نیازها یا اضطراب جنسی هر یک از طرفین، وجود اختلال در شریک جنسی، اضطراب درباره عملکرد جنسی و ترس از موفق نبودن در رابطه جنسی، روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدود کننده والدین،

^۱ Sexual behavior

^۲ Dennerstein

^۳ Gender roles

^۴ Crawford M, Unger R

^۵ Gender role Stereotypes

^۶ Bem S

^۷ Gender schema theory

^۸ Self-concept

داشتن تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج، احساس گناه درباره آمیزش جنسی و مغایرت داشتن آن با مذهب، اضطراب و افسردگی از شایع ترین عوامل روانشناختی در اختلال های کنش جنسی است (مهرابی و دادفر، ۱۳۸۲). بنابراین باید به روشی مناسب به آموزش های در زمینه نقش های جنسیتی و رفتارهای مناسب پرداخت و از شکل گیری طرحواره های نامطلوب جلوگیری و به اصلاح این طرحواره ها پرداخت. پژوهشگران روش های درمانی رفتاری و شناختی را در اصلاح رفتارهای نامطلوب، جنسی بکار گرفته اند. رفتار درمانی منشاء مشکلات جنسی را در رفتارهای یادگیری شده می داند. اندیشه اساسی رفتارنگری آن است که مشکلات جنسی نتیجه یادگیری در گذشته است و با تشویق یا تنبیه های انجام شده آشکار می شود. موضوع اصلی بر مشکلات رفتاری و چگونگی ارتباط مجدد با آن متمرکز شده است (کجیاف، ۱۳۸۷).

البته معانی جنسی و باورهای خاص، گاه ریشه در کودکی دارند و تا بزرگسالی نیز استمرار می یابند. همواره این باورها و معانی آشکار نیستند، بلکه باید توسط روان شناس واکاویده شوند و در فرایندی گام به گام، تغییرات تدریجی آنها پی گرفته شود تا مراجع نیز در این فرایند متوجه شود که این معانی جنسی هنوز عامل تعیین کننده در پاسخ های جنسی وی هستند. یکی از مواردی که ممکن است مشکلات جنسی را سبب شود، دانش ناکافی افراد در مورد ویژگی های فیزیولوژیک مسائل جنسی است. مثلاً بی توجهی به مقدمات مربوط به رابطه جنسی زناشویی، به ویژه در کسانی که سن بالاتر دارند (کاری و ویندز^۱، ۱۹۹۱).

کاپلان در سال ۱۹۸۷ درمان رفتاری مسترز و جانسون را به همراه شیوه های شناختی مثل خیالپردازی و بازسازی شناختی در میان زنان مبتلا به اختلال برانگیختگی جنسی بررسی کرد. کاپلان در این درمان از آموزش تمرکز ارتباط جنسی، مواجهه با موضوعات تحریک کننده (مثل ارائه تصاویر و فیلم های محرک)، بازسازی شناخت های منفی و تکنیک های رفتاری استفاده کرد و توانست میزان برانگیختگی را به میزان زیادی افزایش دهد. مک کاری^۲ (۱۹۸۴) به نقل از اسپنس (Spence, 1991) تاثیر رویکرد شناختی رفتاری را در درمان اختلال بازداری شده بررسی کرد. او با استفاده از تمرینات رفتاری و نیمه سازمان یافته که چهار تمرین زوجی و چهار تمرین فردی و مولفه های درمانی، خودپنداری و خودگویی مثبت، خیالپردازی، تصویرسازی و افکار جنسی مثبت، بررسی میزان اعتماد و تمایل زوجین و طرح ریزی و اجرای برنامه جنسی را شامل بود توانست نشان دهد که شیوه شناختی رفتاری زوجین در افزایش برانگیختگی جنسی زنان موثر است. در درمان شناختی، درمانگران فرایند پردازش شناختی را مهم تر از عوامل فیزیولوژیک می دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می کند. بنابراین کشف این خود تلقینی های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می کند (آروز^۳، ۲۰۰۵).

رفتار و روابط جنسی مثل خوردن و آشامیدن جزئی از نیازهای زندگی همه انسان ها و به عبارتی لازمه یک زندگی مشترک سالم است. در برخی از جوامع شرقی بسیاری از زنان رابطه جنسی را یک رابطه یک طرفه به سود مرد تلقی می کنند و احساس می کنند که در این ارتباط استثمار جنسی می شوند. اگر زنان بیاموزند که ۵۰ درصد از رابطه جنسی حق آنهاست، هم خود از این رابطه لذت بیشتری خواهند برد و تخلیه روانی خواهند شد و هم رابطه گرم تری با همسر خود برقرار می کنند و رضایت بیشتری از زندگی زناشویی خود خواهند داشت.

طبق تعریفی که سازمان بهداشت جهانی در رابطه با بهداشت جنسی^۴ ارائه کرده است، بهداشت جنسی عبارت از یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم است که جنبه های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و به ایجاد ارتباط و عشق منجر می شود. طبق این تعریف برای دستیابی به ارتقاء شخصیت فرد باید بتواند به هماهنگی ذهن، احساس و تن دست یابد. لذا هرگونه اختلال که با ناهماهنگی و در نتیجه نارضایتی از رابطه جنسی منجر شود، می تواند نارسایی کنشی جنسی را به همراه داشته باشد (جهان فر و مولایی نژاد، ۱۳۸۰).

¹ J.P, winze ,M.P , Carey

² Mc Cary

³ Araoz

⁴ sexual health

دیدگاه سنتی روانشناسان این بود که مردانگی و زنانگی در دو سوی مخالف یک طیف خاص قرار دارند. یعنی این که یک پیوستار یک بعدی دو قطبی تغییرات مردانگی و زنانگی را توصیف می کند. این دیدگاه بر اساس کلیشه های مسلط رایج فرهنگی شکل گرفته است که الگوی رفتاری زنانه و مردانه را از پیش تعیین کرده است. پژوهش ها نشان می دهد که کلیشه های جنسیتی درباره مردانگی و زنانگی از سال ۱۹۷۲ تا دهه نود تغییر زیادی نکرده است (برگن و ویلیامس^۱، ۱۹۹۱).

یک کلیشه یا تصور قالبی جنسیتی، به معنی مجموعه باورهایی است درباره این که زن یا مرد بودن به چه معناست؟ کلیشه ها یا تصورات قالبی دربرگیرنده اطلاعات درباره ظاهر جسمانی، نگرش ها، علایق، صفات روانی، روابط اجتماعی و نوع شغل است. مهم ترین نکته آن است که این ابعاد متنوع به هم مربوطند. صرف شناخت این که یک فرد زن است این معنی را دارد که آن فرد خصوصیات جسمانی خاص (صدای آرام و ظریف و زیبا) و صفات ضمنی را دارد که آن فرد خصوصیات جسمانی خاص (صدای آرام و ظریف و زیبا) و صفات روانی خاص (مهرورز، وابسته، ضعیف، عاطفی) خواهد داشت و به فعالیت های خاص (مراقبت از کودک، آشپزی، باغبانی) خواهد پرداخت (گلمبک و فیشی^۲، ۲۰۰۲).

آغاز زن یا مرد شدن بر اساس تفاوت های مربوط به سطح کروموزومی است. هر کروموزوم رشته ای از DNA است که حاوی اطلاعات ژنتیکی است. هستی انسان براساس ۴۶ کروموزوم تعیین می شود که رشد او را بر حسب نژاد، جنسیت، رنگ پوست، حالت مو، رنگ چشم، ساختمان بدن و بسیاری از جنبه های دیگر «وجود جسمانی» مشخص می سازند. یک جفت از کروموزوم ها جنسیت زیستی هر شخص را تعیین می کنند. نقش مادر در این زوج کروموزومی از طریق کروموزوم X و نقش پدر از طریق یک کروموزوم X یا Y است (بارن و بین^۳، ۱۹۹۴).

به نظر می رسد که ژن های کروموزوم Y از طریق تشکیل بیضه ها در مردان به پردازش جنینی جهت می دهند، و بیضه ها و تخمدان ها هر کدام از بافت گونادی نامتمایز شده جنسی رشد می یابند. هر گاه تخمدان ها رشد یابند زوج XX و هرگاه بیضه ها رشد یابند زوج XY حاصل می گردد (بارن و بین، ۱۹۹۴). در راستای تداوم رشد جنینی، هورمون های متفاوتی از این دستگاه ها تولید می شود که بر سایر ویژگی های جسمانی تأثیر می گذارد. اثر بلافاصله این هورمون ها بر ساختار تناسلی و غده پروستات و تأثیر آن ها (در بلوغ) بر عوامل جنسی ثانویه مانند موی صورت و پستان است که هر کدام از این ها زنان و مردان را بیش از پیش از یکدیگر متمایز می سازد (جورن و کوهنکتنیس^۴، ۱۹۹۱ به نقل از نجاریان، خداریمی، ۱۳۸۸). از سوی دیگر مطالعات در سه دهه گذشته شواهدی را در این مورد که مردان و زنان از لحاظ برانگیختگی جنسی نسبت به محرک های جنسی متفاوت هستند، نشان نداده است (هید^۵، ۱۹۹۶). پژوهش ها در زمینه رشد و تحول تمایلات جنسی نشان می دهد که در واقع این فرایند در مردان و زنان تفاوت دارد (کاپلان و ساگر^۶، ۱۹۷۱).

(1971). مردان و زنان در اصل به نظر می رسد که مراحل رشد و تحول جنسی را در نوجوانی و بزرگسالی با نظم های مختلف طی می کنند؛ برای مردان تمایلات جنسی در نوجوانی معطوف به اندام های تناسلی است. اما در سنین میانسالی تأکید از احساسات مربوط به اندام ها به سوی کیفیت ارتباط با شریک زندگی معطوف می شود. در زنان تمایلات جنسی در نوجوانی معطوف به اندام های تناسلی نیست و تأکید بیشتر بر رابطه است و تمایلات جنسی در رابطه با اندام های جنسی بعدها در زنان شکل می گیرد و تا سنین ۳۰-۴۰ سالگی کامل نیست (هید، ۱۹۹۶).

آندره میشل^۷ (۲۰۰۰)، در کتاب خود با عنوان «پیکار با تبعیض جنسی» با بررسی پژوهش هایی که در سطوح بین المللی و برای یونسکو صورت پذیرفته است، نمونه هایی از تصورات قالبی مشترک در سطح دنیا درباره زنان و مردان را ارائه می دهد:

¹ Bergen. D. J Williams J. E

² Golombok & Phishi

³ Baron, R.A. & Byne, D.

⁴ Georen & Cohenketnis

⁵ Hyde. J.S

⁶ Kaplan. H. S, Sager. C. J

⁷ Mitchell

از نظر میشل کلیشه های جنسیتی را در چهار دسته کلی می توان جای داد:

۱- نقش های گوناگون در درون خانواده: مادر، نقش خدمت رسان خانوادگی و وابسته به همسر را بر عهده دارد و پدر نقش نان آور و تکیه گاه را.

۲- خصوصیات شخصیتی: پسران و مردان آفریننده، تصمیم گیر و اهل عمل هستند (فعال)، اما دختران وابسته و نظاره گر (منفعل).

۳- نقش های اجتماعی و سیاسی: زنان اگر هم، در سطوح اجتماعی فعال باشند، در سطوح کوچک و محلی فعالند، اما مردان از مسئولیت برخوردارند و یا رهبر سیاسی هستند.

۴- نقش حرفه ای: مشاغل به دو بخش زنانه و مردانه تقسیم شده اند. زنان منشی یا پرستارند و مردان کارفرما یا پزشک. کلیشه ها، باورها و نگرش ها به مردانگی و زنانگی را شکل داده و بدین ترتیب بر نقش های اجتماعی که هر یک از زن و مرد می توانند بپذیرند، اثر می گذارند (هید، ۲۰۰۴).

براساس دیدگاه مارتین و همکاران (خسروتاش، ۱۳۸۲) کودکان در سه سالگی علایمی که دال بر وجود کلیشه های جنسیتی باشد، از خود نشان می دهند. آنان در فاصله چهار تا شش سالگی بر اساس کلیشه سازی جنسیتی شروع به قضاوت در مورد کودکانی می کنند که فعالیت ها و علایق مشابهی با آنان در مورد اسباب بازی دارند، ولی هنوز قادر به ارزیابی کلیشه ای در مورد کودکانی که علایقشان متفاوت از آنان است، نیستند. آن ها بر این باورند که تحول کلیشه ها در سه مرحله صورت می گیرد: در مرحله نخست کودک نمی تواند رفتار و ویژگی های مرتبط با جنس را تشخیص دهد و کلیشه های جنسیتی وجود ندارند. در مرحله دوم این تشخیص به گونه غیرمستقیم صورت می گیرد و او رفتارها و ویژگی ها را به صورت غیرمستقیم به جنسیت اسناد دهی می کند. این اسناد دهی فقط برای هم جنسان است، در خلال این مرحله کلیشه های مربوط به خود رشد پیدا می کنند. در مرحله نهایی یعنی مرحله سوم، کودک می تواند رفتار مرتبط با جنسیت را برای هم جنس و غیر هم جنس معین کند و کلیشه ها را برای خود و جنس دیگر توسعه دهد. زمانی که دانش کلیشه ای ایجاد شد از یک سو باعث پذیرش این کلیشه ها می شود و از سوی دیگر، به فرد توانایی می دهد که مطابق با کلیشه های جنسیتی عمل نکند و این حالت انعطاف پذیری جنسیتی را در فرد ایجاد می کند.

جامعه پذیری یکی از مفاهیم کلیدی در جامعه شناسی است. از راه فرایند جامعه پذیری ارزش ها، هنجارها، نقش و باورهای مورد پذیرش اکثریت جامعه از نسلی به نسل دیگر منتقل می شود و اساساً فرهنگ هر جامعه از راه فرایند جامعه پذیری فرا گرفته می شود (احمد نیا، ۱۳۸۲).

جامعه پذیری فرایندی است که طی آن کودک ناتوان به تدریج به شخصی خودآگاه، دانا و ورزیده در شیوه های فرهنگی که در آن متولد گردیده است تبدیل می شود. اجتماعی شدن نسل های گوناگون را به یکدیگر پیوند می دهد (گیدنس^۱، ۱۹۹۹). آنچه استمرار و دوام نقش های جنسیتی تفکیک شده را فراهم می سازد، وجود نهادهای جامعه پذیری از جمله خانواده، مدرسه، گروه همسالان و رسانه های جمعی است. این نهادها، نقش های جنسیتی را به عنوان یک هنجار نشان داده و از دختر و پسر انتظار آن می رود که با این هنجارها همناوا باشد. همنوایی، پاداش و تأیید دیگران را به همراه دارد، اما ناهمنوایی موجب تنبیه و یا نارضایتی دیگران است و نرسیدن به اهداف را در پی دارد. بنابراین، این هنجارها در کودک درونی سازی شده و در بزرگسالی به عنوان صفاتی ثابت و پایدار باقی می ماند (کونل^۲، ۲۰۰۲).

ساندرا بلم، نظریه طرحواره رابرای شناخت فرایند سنخیت جنسی در نظریه طرحواره جنسیتی خود به کارگرفت. طرح او این است که هر یک از ما به عنوان بخشی از ساختار دانش خود طرحواره جنسیتی یا مجموعه ای از تداعی های مرتبط با جنسیت داریم. وانگهی، طرحواره آمادگی یا زمینه اصلی را برای پردازش اطلاعات براساس جنسیت عرضه می کند. یعنی، طرحواره ی

¹ Giddens

² Connell

جنسیتی گرایش ما را نسبت به اینکه بسیاری از امور را به عنوان امور مرتبط با جنسیت ببینیم و بخواهیم آن‌ها را براساس جنسیت طبقه بندی کنیم بازنمایی می‌کند.

فرایند رشد و تحول سنخیت جنسی یا اکتساب نقش جنسیتی در کودکان نتیجه یادگیری تدریجی کودک از محتوای طرحواره جنسیتی جامعه است. تداعی‌های مرتبط با جنسیت، که طرحواره را شکل می‌دهند، بسیار هستند: دختران لباس می‌پوشند، پسران لباس نمی‌پوشند، پسرها قوی و محکم هستند، دختران زیبا هستند (شاید صرفاً از صفاتی که بزرگسالان برای کودکان به کار می‌گیرند آموخته اند، پسران هرگز خوشگل خطاب نمی‌شوند و یا به ندرت این گونه خطاب می‌شوند) (بم، ۱۹۸۱).

نظریه طرحواره‌ی جنسیتی بر این فرض استوار است که کودکان در طول دوران کودکی مطالب رادرباره جنسیت می‌آموزند. یکی از پیش فرض‌های اولیه نظریه‌های طرحواره جنسیتی آن است که دانش جنسیتی چند بُعدی است. ابعاد مشخص یا عناصر دانش مربوط به جنسیت دربرگیرنده‌ی رفتار، نقش‌ها، مشاغل و صفات است. زن بودن بارفتارهای خاص (گل‌آرایی)، نقش‌های خاص (خانه‌داری)، مشاغل خاص (آموزگار مدرسه ابتدایی) و صفات خاص توأم است. دانش ما سازمان یافته است به گونه‌ای که صرف داشتن برجسب یا لقب جنسیتی منجر به پیوند با این عناصر مربوط به جنسیت می‌شود. به مرور زمان که کودکان درباره هر یک از این مؤلفه‌ها اطلاعات بیشتری فرا می‌گیرند، آنها همچنین شروع به سازمان‌دهی دانش خود به شیوه‌ها پیچیده‌تر می‌کنند. به طور خاص، دانش آنان سازمان می‌یابد به گونه‌ای که هم در درون هر بخش (مؤلفه) و هم از یک مؤلفه به مؤلفه دیگر ارتباط برقرار می‌شود (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۷).

براساس نظریه طرحواره جنسیتی کودکان برای سازماندهی اطلاعات مربوط به خویشتن براساس تعاریف فرهنگی رفتار متناسب با جنسیت نوعی آمادگی تعمیم یافته دارند.

به عقیده بم کودکان این آمادگی عمومی را دارند تا اطلاعات راجع به خودشان را بر مبنای تعاریف اجتماعی رفتارهای مناسب برای هر جنس، سازمان‌دهی نمایند. زمانیکه یک کودک می‌آموزد که خودش رادختر یا پسر بداند، صحنه آماده است تا کودک نقش‌هایی را بیاموزد که این برجسب‌ها را همراهی می‌کنند. به موازات رشد کودکان، آن‌ها به تفصیل عقاید کلیشه‌ای مربوط به مرد بودن یا زن بودن (کلیشه‌های جنسیتی) رادرفرنگ خودشان می‌آموزند (خمسه‌ای، ۱۳۸۵).

بیشتر فرهنگ‌ها تمایز زیستی بیولوژیکی بین مرد و زن را در شبکه‌ای از باورها و آئین‌ها جای می‌دهند که تقریباً تمامی حیطه‌های فعالیت انسان را زیر نفوذ خود دارد. از این رو کودک باید جزئیات خاص این شبکه را بیاموزد: مقررات فرهنگی و هنجارهای حاکم بر رفتار، نقش‌ها و خصوصیات شخصیتی متناسب با جنسیت (فهر^۱، ۲۰۰۴).

اما فرهنگ به کودکان درس مهم‌تری نیز می‌آموزد، و آن این که تمایز بین مرد و زن آن قدر درخور اهمیت است که باید آن تمایز را به مثابه مجموعه عدسی‌هائی برای نگاه کردن به هر چیزی تلقی کرد. کودک همه جا تشویق می‌شود با عدسی‌های جنسیت به دنیا نگاه کند. بم این عدسی‌ها را طرحواره‌های جنسیت نامیده است. درست به همین علت که کودکان می‌آموزند نقش‌های رفتاری خود را از پشت این عدسی‌ها ارزیابی کنند، نظریه طرحواره جنسیتی نوعی نظر به نقش‌آموزی جنسیتی محسوب می‌شود.

همان‌گونه که انسان‌شناسان اشاره کرده‌اند، بومیان هر فرهنگ معین معمولاً از عدسی‌های فرهنگی که بر چشم دارند آگاه نیستند. در نظر آنان، این عدسی‌ها چیزهای شفاف‌ی هستند که از طریق آن‌ها به فرهنگ خود می‌نگرند، و نه به خود عدسی‌ها. به همین دلیل نیز والدین و معلمان طرحواره‌های جنسیتی رامستقیماً به کودکان نمی‌آموزند، بلکه این آموزش، بی‌سروصدا در تجربه‌های روزمره فرهنگی عرضه می‌شود. برای مثال، معلمی را در نظر بگیرید که مایل است با دخترها و پسرها یکسان رفتار کند. برای این منظور، دخترها و پسرها را به نوبت به کار می‌گمارد: اگر روز دوشنبه پسر مسئول صف باشد، روز سه‌شنبه دختری این مسئولیت را برعهده خواهد داشت. برای آماده‌سازی نمایشنامه کلاس نیز باید به تعداد مساوی دختر و پسر انتخاب شوند. این معلم معتقد است به این ترتیب اهمیت برابری دو جنس را به دانش‌آموزان خود می‌آموزد. همین‌طور هم هست، اما اودرعین

¹ B. Fehr

حال بی آن که متوجه باشد، اهمیت جنسیت را نیز به آن‌ها آموزش می‌دهد. دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که هراندازه فعالیت‌های ربطی به جنسیت نداشته باشد، نمی‌توانند بدون توجه به تمایز مرد و زن به آن بپردازند. حتی یادگیری ضمائر زبان انگلیسی (her, him, she, he) نیز نیاز به استفاده از عدسی‌های جنسیت دارد (بم، ۱۹۸۱).

قطبی‌سازی جنسیتی مفهومی است در جامعه‌شناسی که توسط بم مطرح شد که می‌گوید جوامع گرایش دارند زنانگی و مردانگی را به عنوان قطب‌های متضاد جنسیت‌ها تعریف کنند. به طوری که رفتارها و نگرش‌های قابل قبول مردان، برای زنان مناسب دیده نمی‌شود و بالعکس. به عقیده بم، قطبی‌سازی جنسیتی زمانی آغاز می‌شود که تفاوت‌های جنسی طبیعی توسط فرهنگ به صورت اغراق آمیز نشان داده می‌شوند. برای مثال زنان موهای کمتر از مردان دارند، و یامردان عضلات بیشتری نسبت به زنان دارند. اما همین تفاوت‌های فیزیکی، زمانی که زنان موهای صورت و پاها و زیر بغل را می‌زدایند و مردان مشغول تمرینات بدنسازی برای تأکید توده‌های عضلانی‌شان هستند به صورت فرهنگی اغراق شده‌اند.

زمانیکه جنسیت‌ها قطبی می‌شوند، براساس تئوری یاد شده، هیچ هم‌پوشانی وجود نخواهد داشت. همچنین در نگرش‌ها و رفتارهای میان زن و مرد نیز اشتراکی وجود ندارد. بلکه آن‌ها به صورت مجزا، متضاد هم خواهند بود. وی نتیجه می‌گیرد این تمایزات به قدری همه‌جانبه می‌شود که در همه‌ی جنبه‌های وجود انسان نفوذ می‌کنند. نه فقط در آرایش مو و لباس بلکه در چگونگی بیا ن احساسات و تجربیات میل جنسی نیز جاری می‌گردند. او استدلال می‌کند تفاوت‌های زن و مرد بر بسیاری از جنبه‌های زندگی اجتماعی که اتصالات فرهنگی بدن وسیله میان جنس‌ها و تقریباً هر جنبه‌ی دیگری از تجارب انسان ساخته‌اند، سوار هستند.

واژه نقش آموزشی جنسیتی به کسب آن دسته از رفتارها و ویژگی‌هایی که فرهنگ جامعه معینی برای زنان و مردان خود مناسب میدانند اطلاق می‌شود. نقش آموزشی جنسیتی و هویت جنسیتی دو چیز متفاوتند. دخترخانمی ممکن است خود را بعنوان زن پذیرفته باشد. اما نه رفتارهای زنانه جامعه پسند داشته باشد و نه از همه رفتارهایی که مردانه تلقی می‌شود اجتناب ورزد (اتکینسون و همکاران، ۱۳۹۱).

بم، دیدگاه‌های نقش‌های جنسیتی را با چشم انداز قویتری توسعه داد. برخلاف نقش نسبتاً منفعلانه‌ای که برای کودکان در نظریه یادگیری اجتماعی در نظر گرفته می‌شود، تئوری طرح‌واره جنسیتی مطرح می‌کند که کودکان به طور فعالانه گروه‌بندی ذهنی مردانه و زنانه را رشد می‌دهند، یعنی بچه‌ها به طور فعالانه اطلاعات در مورد افراد دیگر و رفتار و فعالیت‌ها و نگرش‌های مناسب با گروه جنسیتی را سازمان می‌دهند، می‌گویند کامیون‌ها برای پسرهاست و عروسک‌ها برای دخترهاست (کیگان و همکاران، ۱۳۸۴، ترجمه یاسایی). یکی از مقوله‌های اجتماعی عمده در جامعه جنسیت است. غالباً اولین سوالی که در مورد یک بچه می‌پرسند این است که: پسر است یا دختر؟ در فرهنگ‌های مختلف مجموعه‌ای از علایق، خصوصیات شخصیتی و رفتارها «زنانه» یا «مردانه» تلقی می‌شود. کودکان از همان آغاز که هنوز خیلی کوچکند این معیارهای فرهنگی را می‌آموزند و کسب می‌کنند. هویت جنسیتی یک فرد، جنسیتی است که شخص از طریق آن با خودش به عنوان یک مرد یا زن پیوند شناختی و عاطفی می‌یابد.

هویت جنسیتی به هر آنچه گفته می‌شود که در هر جامعه با جنسیت زیست شناختی شخص پیوند یافته می‌شود و در نتیجه برای هر شخص به عنوان زن یا مرد، نقش‌ها، کارکردها، ارجحیت‌ها و اسنادهایی را در نظر گیرد. غالب کودکان به هویت جنسیتی یعنی تصویری روشن از خود به عنوان مرد یا زن دست می‌یابند. اما در اغلب فرهنگ‌ها تمایز بیولوژیکی و زیستی بین زن و مرد به صورت شبکه‌ای گسترده‌ای از باورها و آیین‌هایی نمایان می‌شود که تقریباً تمامی حیطه‌های فعالیت انسان را زیر نفوذ خود دارد. درک کودک از خود تا حدودی شامل خصوصیات فردی است که در خود پنداره مستتر است ولی در ضمن در بردارنده هویتی است که کودک براساس مقوله‌های اجتماعی و گروهی فرهنگ خود ملزم به پذیرفتن آن است.

شناخت کودکان در مورد جنسیت و طرح‌واره جنسیتی خود، توجیه‌کننده الگویابی جنسیتی است. بر طبق این موضوع همین که کودکان طرح‌واره جنسیتی کسب کردند، وقایع جهان خود را براساس این طرح‌واره‌ها تفسیر می‌کنند. وقتی وقایع خلاف قالب‌های جنسیتی باشد، کودک نمیتواند توجه کند یا به خاطر سپارد. برای مثال به کودکان تعداد زیادی تصویر از زنان و مردان

نشان دادند که درنقش جنسیتی خود بودند (مثلاً پرستار زن، قاضی مرد) و بعضی دیگر درنقش جنسیتی مقابل خود بودند. (مثلاً دندانپزشک زن و ماشین نویس مرد) چند دقیقه بعد از آنان خواسته شد تصاویری را که دیده بودند از میان مجموعه زیادی از عکس ها انتخاب کنند. کودکان بیشتر تصاویر زنان و مردانی را انتخاب کردند که درنقش جنسیتی خود بودند (کیگان و همکاران، ۱۳۸۴، ترجمه یاسایی).

نظریه طرحواره جنسیتی، در واقع پاسخ به سؤالی است که به عقیده بم، نظریه شناختی- رشدی هویت جنسیتی و یا نظریه نقش آموزی جنسیتی کلبگ به آن نپرداخته‌اند. چرا کودکان اصولاً باید خودپنداره خویش را حول مفهوم مردانگی یا زنانگی از ما ندهند؟ مانند نظریه شناختی- رشدی، نظریه طرحواره جنسیتی نیز خودکودک در حال رشد را عنصر فعالی در اجتماعی شدن وی می‌بیند. درعین حال، همانند نظریه یادگیری اجتماعی، نظریه طرحواره جنسیتی بر آن است که نقش آموزی جنسیتی نه غیرقابل اجتناب است و نه تغییرناپذیر. علت نقش‌پذیری جنسیتی کودکان این است که جنسیت ظاهراً یکی از محورهای است که فرهنگ برای سازمان بخشیدن به دیدگاه خود درباره واقعیت انتخاب کرده است. اگر فرهنگی در جهان بینی خود، کمتر بر نقش‌های قالبی جنسیتی تأکید ورزد، رفتار و خودپنداره کودکان نیز کمتر از نقش‌های قالبی جنسیتی مایه خواهد گرفت. هویت جنسیتی بازتاب ویژگیها، کارکردها و احساس مردانگی یا زنانگی فرد است که از بدوتولد در فرایند مشاهده، یادگیری، جامعه پذیری، ارتباط و تعامل با دیگران شکل می‌گیرد و یک فرد خود را به عنوان زن یا مرد می‌شناسد و دیگران نیز وی را بدان شکل پذیرا هستند. به عبارت دیگر، آن بخشی از رفتارها و نگرشهای فرد نسبت به جنسیت خویش که تحت تاثیر شرایط فرهنگی و اجتماع شکل می‌گیرد. اگر چه هویت انسان تحت تاثیر عوامل گوناگونی مثل نژاد، ملیت، شغل و سن است، اما در اغلب جوامع مهمترین، مرکزی ترین و تعیین کننده ترین این عوامل، هویت اجتماعی مردانگی و زنانگی است. هر چند واژه‌های جنسیت و هویت روانی جنسی جایگزین هستند، لیکن در روانشناسی معاصر جنسیت بر حسب عوامل زیست شناختی و تفاوت‌های کالبدشناختی و فیزیولوژیکی مشخص می‌گردد که بصورت ژنتیک و در هنگام تولد تعیین شده است. هویت جنسیتی مفهومی است که فرد از خود به عنوان یک زن یا مرد دارد، آنگونه که در جمله‌های من پسرم یا دخترم منعکس است (اتکینسون و همکاران، ۱۳۹۱).

کودکان این نکته را یاد می‌گیرند که در مورد خود طرحواره‌های جنسیتی را به کار گیرند. خودپنداره‌های خود را حول مفهوم مردانگی یا زنانگی سازمان دهند و ارزشمندی خود را در چارچوب پاسخ به این پرسش بسنجند که آیا من به اندازه کافی مردانه یا زنانه هستم؟ (کیگان و همکاران، ۱۳۸۴، ترجمه یاسایی).

با توجه به اهمیت طرحواره‌های جنسی در رفتارهای افراد و مشکلات اختلال در شکل‌گیری نامطلوب طرحواره‌های جنسی در این پژوهش اثر بخشی آموزش رفتاری - شناختی بر اصلاح طرحواره جنسی زنان متأهل شهر همدان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۲- ادبیات تحقیق

مدل پیشنهادی تحقیق شامل درمان شناختی به عنوان متغیر مستقل و طرحواره جنسی زنان به عنوان متغیر وابسته است که به معرفی آن‌ها می‌پردازیم و خلاصه‌ای از پیشینه و کاربردهای اصلی را بیان خواهیم کرد.

متغیرهای تحقیق

متغیر وابسته: طرحواره جنسی زنان

متغیر مستقل: درمان شناختی

طرحواره جنسی زنان

الف) تعریف مفهومی

یک کلیشه یا تصور قالبی جنسیتی، به معنی مجموعه باورهایی است درباره این که زن یا مرد بودن به چه معناست؟ کلیشه‌ها یا تصورات قالبی دربرگیرنده اطلاعات درباره ظاهر جسمانی، نگرش‌ها، علایق، صفات روانی، روابط اجتماعی و نوع شغل است. مهم ترین نکته آن است که این ابعاد متنوع به هم مربوطند. صرف شناخت این که یک فرد زن است این معنی ضمنی را دارد که آن فرد خصوصیات

جسمانی خاص (صدای آرام و ظریف و زیبا) و صفات ضمنی را دارد که آن فرد خصوصیات جسمانی خاص (صدای آرام و ظریف و زیبا) و صفات روانی خاص (مهرورز، وابسته، ضعیف، عاطفی) خواهد داشت و به فعالیت های خاص (مراقبت از کودک، آشپزی، باغبانی) خواهد پرداخت (گولومبوک و پیشی^۱، ۲۰۰۲).

ب) تعریف عملیاتی

منظور از طرحواره های جنسی نمره ای است که فرد از سوالات ۱ تا ۵۰ پرسشنامه طرحواره های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) به دست می آورد.

طرحواره جنسی پرشور - رمانتیک

الف) تعریف مفهومی

افراد دارای این طرح واره دارای صفات زیر می باشند: با محبت، تحریک کننده، تحریک پذیر، رمانتیک، پرشور و حرارت، گرم، افشاگر و با احساس (پرسشنامه مقیاس طرح واره جنسی زنان).

ب) تعریف عملیاتی

منظور از طرحواره های جنسی پرشور - رمانتیک نمره ای است که فرد از سوالات ۵۰، ۴۸، ۴۵، ۴۴، ۳۹، ۳۷، ۳۵، ۲۰، ۱۱، ۵ پرسشنامه طرحواره های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) به دست می آورد.

طرحواره صریح - راحت

الف) تعریف مفهومی

افراد دارای این طرح واره جسور، روشن فکر، رک گو، با تجربه، صریح، بلندنظر، بی ریا، غیرجدی، رک می باشند (پرسشنامه مقیاس طرح واره جنسی زنان).

ب) تعریف عملیاتی

منظور از طرحواره های جنسی صریح - راحت نمره ای است که فرد از سوالات ۳۲، ۲۵، ۲۴، ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۹، ۶، ۲ پرسشنامه طرحواره های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) به دست می آورد.

طرحواره جنسی خجالتی - محتاط

الف) تعریف مفهومی

افراد دارای این طرحواره دارای صفات زیر هستند: هوشیار، کم رو، خودآگاه، محافظه کار، خجالتی، محتاطو بی تجربه (پرسشنامه مقیاس طرح واره جنسی زنان).

ب) تعریف عملیاتی

منظور از طرحواره های جنسی خجالتی - محتاط نمره ای است که فرد از سوالات ۴۱، ۳۸، ۳۱، ۲۸، ۲۲، ۸، ۳ پرسشنامه طرحواره های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) به دست می آورد.

درمان شناختی

الف) تعریف مفهومی

کلمه شناخت در لغت به معنی عمل یا فرایند دانستن است. رویکرد شناختی به شخصیت، بر نحوه ای که افراد از محیط و خودشان آگاه می شوند، نحوه ای که درک نموده و ارزیابی می کنند، یاد می گیرند و مسایل را حل می کنند، تمرکز دارد. این واقعاً یک رویکرد روانشناختی به شخصیت است؛ زیرا منحصرأ روی فعالیت های ذهنی هشیار تمرکز دارد. این تمرکز روی ذهن، مفاهیمی را که سایر نظریه پردازان به آن ها پرداخته اند، نادیده نمی گیرد. برای مثال، در رویکرد شناختی، نیازها، ساقی ها یا هیجانان را جنبه هایی از شخصیت می دانند که تحت کنترل فرایندهای شناختی قرار دارند (کریمی، ۱۳۸۷، ۱۶۷).

¹ Golombok & Phishi

ب) تعریف عملیاتی

منظور از درمان شناختی در این تحقیق مهارت هایی است که طی ۸ جلسه مورد آموزش قرار گیرد عناوین آموزش ها به شرح زیر می باشد: جلسه اول: تعیین وضع موجود و طرح برنامه های درمانی، جلسه دوم: تشریح جایگاه تولید مثل و کارکردی نیازهای جنسی در سلامت انسان، جلسه سوم: اصلاح نگرش نسبت به فعالیت جنسی زنان، جلسه چهارم: طرح مفهوم دزدگی و علل و عواقب آن، جلسه پنجم: دوری از خجالت و احتیاط بی مورد در رفتارهای زناشویی، جلسه ششم: اصلاح باورهای غلط نسبت به روابط زناشویی، جلسه هفتم: آموزش روشهای صحیح ابراز احساسات، جلسه هشتم: جمع بندی و پس آزمون

درمان شناختی رفتاری^۱، نوعی روان درمانی است که به بیماران کمک می کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می گذارد، نایل گردند. درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان هستند را شناسایی کند و تغییر دهد. فلسفه ای که در پشت درمان شناختی رفتاری قرار دارد این است که افکار و احساسات ما نقش کلیدی و بنیادی در رفتار ما دارند. هدف درمان شناختی رفتاری آموزش این نکته به بیماران است که با وجودی که آن ها نمی توانند بر تمام جنبه های دنیای پیرامونشان کنترل داشته باشند اما می توانند چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به چیزهایی که در محیطشان وجود دارد را کنترل کنند. مردم غالباً افکار و احساساتی را تجربه می کنند که باعث تشدید یا تقویت باورهای معیوب و نادرست در آنان می گردد. چنین باورهایی می تواند به رفتارهای مشکل زا منجر گردد و جنبه های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. درمانگر شناختی رفتاری، برای مبارزه با این افکار و رفتارهای مخرب، ابتدا به بیمار کمک می کند تا باورهای مشکل زای خود را شناسایی کند. این مرحله که تحلیل عملکردی نام دارد برای یادگیری این که چگونه افکار، احساسات و موقعیت ها می توانند در رفتارهای ناسازگارانه نقش داشته باشند اهمیت دارد. بخش دوم درمان شناختی رفتاری بر رفتارهای واقعی که در مشکل دخیل هستند تمرکز دارد. بیمار شروع به یادگیری و تجربه مهارت های جدیدی می کند که می تواند بعداً در وضعیت ها و شرایط واقعی به کار گرفته شوند. درمان شناختی رفتاری برای درمان طیف وسیعی از اختلالات، از جمله اضطراب، هراس ها، افسردگی، اعتیاد و انواع رفتارهای ناسازگارانه مورد استفاده قرار گرفته است. آلبرت الیس^۲ (۱۹۱۳-۲۰۰۷) یک روانشناس آمریکایی بود که در سال ۱۹۵۵ درمان شناختی هیجانی REBT را بنیان نهاد. او رئیس و استاد بازنشسته انستیتو آلبرت الیس بود. او را به عنوان یکی از منشأهای اساسی تغییر پارادایم روانشناسی از رفتاری به شناختی و مبدع درمان شناختی رفتاری می دانند.

برنامه آموزشی در طی اجرای طرح برای گروه آزمایش

شماره جلسه	عنوان	اهداف
۱	تعیین وضع موجود و طرح برنامه های درمانی	<ul style="list-style-type: none"> - تعیین دقیق وضعیت طرحواره جنسی نمونه آماری - توصیف وضعیت موجود با توجه به سه سبک هویت جنسی - طرح اهداف دوره آموزشی و محتوای کلی جلسات - طرح انتظارات از شرکت کنندگان در دوره از جمله پرهیز از خجالت و محتاطانه رفتار نمودی
۲	تشریح جایگاه تولید مثل و کارکردی نیازهای جنسی در سلامت انسان	<ul style="list-style-type: none"> - تبیین نقش نیازهای جنسی در آرامش و امنیت انسانی - تشریح وظایف جنسی در برابر همسر - تشریح نیازهای روحی و هویتی مرد و زن

^۱ Cognitive-behavioral Therapy^۲ Albert Ellis

		- طرح دیدگاه های دینی در مورد روابط زناشویی
۳	اصلاح نگرش نسبت به فعالیت جنسی زنان	- رد نگرش مثل پذیری جنسی زنان در روابط زناشویی - ضرورت طرح نیازهای جنسی و اقدام فعال به ابراز نیازهای جنسی - بیان تاثیرات مخرب اعتقادات رایج در مورد روابط زناشویی
۴	طرح مفهوم دلزدگی و علل و عواقب آن	- تعریف مفهوم دلزدگی و علل ایجاد دلزدگی - تبیین نقش رفتارهای زنان در ایجاد دلزدگی در روابط زناشویی - طرح آثار سوء دلزدگی در تداوم روابط زناشویی
۵	دوری از خجالت و احتیاط بی مورد در رفتارهای زناشویی	- مبارزه با باورهای غلط جنسی پیشگامی مردان و دنباله روی زنان - دوری از افراط در باورهای مربوط به پاکدامنی و گناه دانستن وظایف جنسی - تقدیم عاطفه بر وظایف مادرانه در روابط جنسی
۶	اصلاح باورهای غلط نسبت به روابط زناشویی	- پرهیز از تصور منفی نسبت به عطش جنسی زنان - پرهیز از باورهای غلط نسبت به سن و شرایط - اصلاح خودپنداری جنسی - پرهیز از زمینه های سخت گیرانه مذهبی
۷	آموزش روشهای صحیح ابراز احساسات	- استفاده از عبارات زیبا و جذاب در برابر همسر - توجه به نوع پرسش و آرامش - طرح جنبه های خشنود کننده و زیبا در زندگی - پرهیز از طرح مسائل و مشکلات زندگی و صبوری در برابر سختی ها
۸	جمع بندی و پس آزمون	- طرح ویژگی های مطلوب طرحواره هویت جنسی رمانتیک و پرشور - لیست رفتارهای نامطلوب جنسی در مقابل همسر از قبیل زودرنجی، غیرمسئول بودن، کندی، ناموافق، خجالتی، گستاخی و ... و اجرای پس آزمون

۳- مدل و فرضیه های تحقیق

فرضیه اصلی

درمان شناختی بر اصلاح طرحواره جنسی زنان تاثیر دارد.

فرضیه های فرعی

۱. درمان شناختی بر طرحواره جنسی پرشور- رمانتیک زنان تاثیر دارد.

۲. درمان شناختی بر طرحواره صریح- راحت زنان تاثیر دارد.

۳. درمان شناختی بر طرحواره جنسی خجالتی- محتاط زنان تاثیر دارد.

۴- روش تحقیق

۴-۱- جامعه آماری و روش نمونه گیری

این پژوهش از نظر روش نیمه آزمایشی و طرح تحقیق پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و از نظر پارادیم یک تحقیق کمی است. جامعه آماری در این تحقیق شامل کلیه زنان ۲۶ تا ۴۶ ساله متأهل شهر همدان می باشد که تعداد آنان طبق نتایج سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۰ در حدود ۳۰۰۰۰ نفر می باشد (www.Sci.org.ir). مونه آماری نیز ۳۰ نفر از زنان متأهل (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) بود که به طور در دسترس از بین زنان متأهل شهر همدان انتخاب شدند. در این طرح دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد که گروه آزمایش تحت درمان شناختی قرار گرفته و گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفته اند. قبل از اجرای طرح از هر دو گروه آزمون طرحواره های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی^۱ (۱۹۹۴) بعمل آمد (پیش آزمون) و پس از همتاسازی دو گروه ۱۵ نفری با توجه به وضعیت طرحواره جنسی، گروه آزمایش طی ۸ جلسه دو ساعته

¹ Andersen & cyranowski

مورد درمان شناختی قرار گرفت و در پایان طرح آزمون طرحواره‌های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی از هر دو گروه به عمل آمده و نتایج مورد مقایسه قرار گرفته است.

۴-۲- ابزار

روش گردآوری اطلاعات به صورت میدانی می باشد که با استفاده از پرسشنامه طرحواره های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی در دو زمان قبل و بعد از درمان شناختی اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شده است. ابزار اصلی این پژوهش پرسشنامه طرحواره های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) می باشد، این پرسشنامه شامل ۵۰ سوال است که سه زیر مقیاس طرحواره جنسی پرشور-رمانتیک، صریح-راحت، جنسی خجالتی- محتاط را در بر می گیرد. اعتبار این پرسشنامه را در سطح بالایی ارزیابی نموده اند.

۴-۳- روایی (سازه و محتوا)

مقیاس طرح واره جنسی زنان^۱ (اندرسن و سیرانوسکی، ۱۹۹۴) به منظور ارزیابی طرح واره جنسی زنان ساخته شده است. اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) طرح واره جنسی را به عنوان تعمیم شناختی ابعاد جنسی فرد تعریف کرده اند. آن‌ها اظهار کرده اند که این طرح واره ها از تجارب قبلی فردی نشأت گرفته و طیف وسیعی از ابعاد جنسی از جمله: گرایش های جنسی، رفتارهای جنسی و بازنمایی شناختی هویت جنسی فرد را در بر می گیرند. از آنجایی که تصور فرد از خودش بر نحوه رفتار وی تأثیر می گذارد، گمان می رود که طرح واره های جنسی بر فرایند پردازش اطلاعات جنسی و همچنین هدایت رفتار جنسی تأثیر بگذارند.

مقیاس طرح واره جنسی زنان (اندرسن و سیرانوسکی، ۱۹۹۴) از ۵۰ صفت تشکسل شده است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از اصلاً= ۰ تا خیلی زیاد= ۶) مشخص سازد که هر یک از این صفات تا چه حد وی را توصیف می کند و در شخصیت او نمود دارد. از آنجایی که افراد به طور آزادانه در مورد مسائل جنسی خود صحبت می کنند، ۲۴ صفت به عنوان، ماده های پرکننده در این آزمون به کار رفته اند تا ماهیت ویژگی اصلی مورد ارزیابی از دید آزمودنی ها پنهان بماند. این آزمون دارای ۲۶ ماده اصلی و سه زیرمقیاس: پرشور-رمانتیک^۲، صریح-راحت^۳ و خجالتی-محتاط^۴ است.

۲۶ عبارت مقیاس طرح واره جنسی زنان در ادامه با حروف بُلد (ضخیم) مشخص شده است. ۲۴ عبارت دیگر، عبارت پرکننده هستند که به منظور پنهان کردن ماهیت واقعی ویژگی مورد ارزیابی، از آن ها استفاده شده است.

^۱ women's sexual self-schemma

مقیاس طرحواره های جنسی زنان

مقیاس طرحواره های جنسی زنان		
۱	سخت‌و تمند	۲۶
۲	جسور	۲۷
۳	هوشیار	۲۸
۴	کمک رسان	۲۹
۵	با محبت	۳۰
۶	روشن فکر	۳۱
۷	سطحی	۳۲
۸	کم رو	۳۳
۹	رک گو	۳۴
۱۰	واضح	۳۵
۱۱	تحریک کننده	۳۶
۱۲	ناخوشایند	۳۷
۱۳	با تجربه	۳۸
۱۴	زودرنج	۳۹
۱۵	غیرمسئول	۴۰
۱۶	صریح	۴۱
۱۷	منطقی	۴۲
۱۸	بلندنظر	۴۳
۱۹	مهربان	۴۴
۲۰	تحریک پذیر	۴۵
۲۱	اهل عمل	۴۶
۲۲	خودآگاه	۴۷
۲۳	کند	۴۸
۲۴	بی ریا	۴۹
۲۵	غیرجدی	۵۰

عبارات مربوط به هر زیرمقیاس عبارتند از:

۱- زیرمقیاس پرشور- رمانتیک: ۵۰، ۴۸، ۴۵، ۴۴، ۳۹، ۳۷، ۳۵، ۲۰، ۱۱، ۵.

۲- زیرمقیاس صریح- راحت: ۳۲، ۲۵، ۲۴، ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۹، ۶، ۲.

۳- زیرمقیاس خجالتی- محتاط: ۴۱، ۳۸، ۳۱، ۲۸، ۲۲، ۸، ۳.

* نمره مقیاس طرح واره جنسی زنان: کل = نمره زیر مقیاس پرشور/ رمانتیک+ نمره زیرمقیاس صریح/ راحت- نمره زیرمقیاس خجالتی- محتاط.

اعتبار و روایی پرسشنامه طرح‌حواره‌های جنسی زنان اندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴)

این آزمون بر روی نمونه‌ای شامل ۲۲۱ دانشجوی دختر هنجاریابی شده و جدول نرم آن در زیر آورده شده است:

جدول ۳-۳: انحراف معیار و همبستگی بین عوامل مقیاس طرح‌واره زنان

مقیاس	میانگین	انحراف معیار	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳
عامل ۱: پرشور-رمانتیک	۴۷/۴۴	۶/۴۵	-		
عامل ۲: صریح-راحت	۳۶/۲۶	۷/۱۵	۰/۳۷***	-	
عامل ۳: خجالتی-محتاط	۲۳/۲۲	۵/۹۱	-۰/۱۶	-۰/۳۱*	-
کل	۶۰/۴۷	۱۴/۱۵	۰/۷۱***	۰/۸۰***	۰/۶۵***

از آنجایی که نتایج پژوهش تحلیل محتوای مقیاس نشان داده‌اند که این آزمون سازه‌واره جنسی زنان (دیدگاه شناختی درباره خود جنسی) که از ۳ عامل: پرشور-رمانتیک، صریح و خجالتی-محتاط را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، به روایی سازه این مقیاس پی می‌بریم.

با توجه به همبستگی معنادار بین نمرات مقیاس طرح‌واره جنسی زنان با مقیاس‌های ارزیابی نگرش و رفتارهای جنسی، روایی همگرای این آزمون اثبات می‌شود.

۴-۴- پایایی

ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس پرشور-رمانتیک = ۰/۸۱، صریح-راحت = ۰/۷۷، خجالتی-محتاط = ۰/۶۶ و ضریب آلفای کل مقیاس = ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی کل مقیاس نیز در فاصله زمانی ۹ هفته ۰/۸۸ بوده است. بنابراین مقیاس طرح‌واره جنسی زنان از پایایی مطلوبی برخوردار است.

۵- یافته‌های تحقیق

جدول (۲) وضعیت طرح‌حواره جنسی زنان در پیش آزمون

مقیاس‌ها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
طرح‌واره جنسی پرشور-رمانتیک	گروه آزمایش	۱۵	۳۴/۶۷	۵/۵۶
	گروه کنترل	۱۵	۳۴/۲	۳/۹۱
طرح‌واره جنسی صریح-راحت	گروه آزمایش	۱۵	۲۷/۶	۴/۸۹
	گروه کنترل	۱۵	۲۸/۵۳	۳/۸۹
طرح‌واره جنسی خجالتی-محتاط	گروه آزمایش	۱۵	۲۴/۴۷	۳/۹۶
	گروه کنترل	۱۵	۲۴/۲	۳/۳۸
طرح‌واره جنسی	گروه آزمایش	۱۵	۳۷/۸	۷/۱۸

مقیاس ها	گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
طرحواره جنسی پرشور-رمانتیک	گروه آزمایش	۱۵	۴۰/۹۳	۵/۶۵
	گروه کنترل	۱۵	۳۴/۶	۳/۶۶
طرحواره جنسی صریح-راحت	گروه آزمایش	۱۵	۳۴/۸۷	۵/۳۴
	گروه کنترل	۱۵	۲۹	۴/۰۷
طرحواره جنسی خجالتی - محتاط	گروه آزمایش	۱۵	۱۵/۸	۳/۸۲
	گروه کنترل	۱۵	۲۳/۵۳	۳/۶۸
طرحواره جنسی	گروه آزمایش	۱۵	۶۰	۶/۹۹
	گروه کنترل	۱۵	۴۰/۰۷	۶/۹۳

فرضیه اصلی: درمان رفتاری-شناختی بر اصلاح طرحواره جنسی زنان تاثیر دارد.

جدول (۴) آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره

اثر	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری sig	مجذور ایتا
اثر پیلایی	۰/۷۴	۲۳/۹۹	۳	۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۲۳/۹۹	۳	۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
اثر هوتلینگ	۲/۷۷	۲۳/۹۹	۳	۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
اثر بزرگترین ریشه روی	۲/۷۷	۲۳/۹۹	۳	۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴

با توجه به داده های جداول شماره (۴) مقدار لامبدای ویلکز $f = ۲۳/۹۹$ و $sig = ۰/۰۰۰۱$ و $۰/۷۴ =$ مجذور ایتا) گروه اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشته است، بنابراین می توان گفت: اجرای آموزش درمان شناختی - رفتاری بر اصلاح طرحواره جنسی زنان تاثیر داشته است.

برای بررسی اثر اجرای طرح بر هر یک از متغیرهای وابسته از داده های جدول (۴) استفاده می شود.

جدول (۵) جدول خلاصه تحلیل تحلیل کوواریانس به منظور اثرات بین گروهی

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت f	سطح معناداری sig
	طرحواره جنسی پرشور- رمانتیک	۳۰/۸۳	۱	۳۰/۸۳	۱۳/۲۸	۰/۰۰۱
اثرگروه	طرحواره جنسی صریح- راحت	۲۵۸/۱۳	۱	۲۵۸/۱۳	۱۱/۴۴	۰/۰۰۲
	طرحواره جنسی خجالتی- محتاط	۴۴۸/۵۳	۱	۴۴۸/۵۳	۳۱/۸۷	۰/۰۰۰۱
خطا	طرحواره جنسی پرشور- رمانتیک	۶۳۴/۵۳	۲۸	۲۲/۶۶		
	طرحواره جنسی صریح- راحت	۶۳۱/۷۳	۲۸	۲۲/۵۶		
	طرحواره جنسی خجالتی- محتاط	۳۹۴/۱۳	۲۸	۱۴/۰۷۶		
جمع	طرحواره جنسی پرشور- رمانتیک	۴۳۷۲۵	۳۰			
	طرحواره جنسی صریح- راحت	۳۱۴۸۲	۳۰			
	طرحواره جنسی خجالتی- محتاط	۱۲۴۴۶	۳۰			

فرضیه ۱. درمان رفتاری شناختی بر طرحواره جنسی پرشور- رمانتیک زنان تاثیر دارد.

با توجه به داده های جدول (۵)، ($f = ۱۳/۲۸$ و $sig = ۰/۰۰۱$) می باشد که نشان می دهد درمان شناختی رفتاری باعث افزایش طرحواره جنسی پرشور - رمانتیک زنان شده است.

فرضیه ۲. درمان رفتاری شناختی بر طرحواره صریح- راحت زنان تاثیر دارد.

با توجه به داده های جدول (۵)، ($f = ۱۱/۴۴$ و $sig = ۰/۰۰۲$) می باشد که نشان می دهد درمان شناختی رفتاری باعث افزایش طرحواره جنسی صریح - راحت زنان شده است.

فرضیه ۳. درمان رفتاری شناختی بر طرحواره جنسی خجالتی- محتاط زنان تاثیر دارد.

با توجه به داده های جدول (۵)، ($f = ۳۱/۸۷$ و $sig = ۰/۰۰۰۱$) می باشد که نشان می دهد درمان شناختی رفتاری باعث کاهش طرحواره جنسی خجالتی- محتاط زنان شده است.

۶- بحث و نتیجه گیری

مشکلات جنسی متاثر از باورهای غلط فرهنگی و ضعف های فرهنگی هستند. در واقع مشکلات جنسی آن قدر که به متن اجتماعی، باورها و آموزه های رفتاری و روانی فرد در جامعه اش مربوط است به مشکلات اندام جنسی یا فیزیکی او مربوط نمی شود. برای تغییر نگاه فرهنگی غلط موجود در جامعه که رابطه جنسی را رابطه تناسلی می دانند به طور عمومی نیازمند آموزش فراگیر مسایل جنسی هستیم. آموزش جنسی فراگیر نیاز امروز جامعه ماست و باید دانست نسخه های کلیشه ایی برای مردم مخصوصا توسط افرادی که تخصص ندارند، نه تنها اثر مثبت ندارد بلکه مداخله غیرضروری و آسیب زننده به روابط

زوجین است تمایل جنسی یکی از مهم‌ترین نیازهای انسان است که موجب بقای نسل و تولید مثل می‌گردد و محققین آن را به عنوان زیربنای تشکیل خانواده پذیرفته‌اند. غریزه جنسی همچنین نقش سازنده، پر اهمیت و بنیادی در سیر به سوی سلامت و تعادل روانی دارا می‌باشد. غریزه جنسی نیز مانند هر غریزه دیگری نیازمند تربیت و آموزش است یعنی همان طور که کودک آداب خوردن و آشامیدن را فرا می‌گیرد، زن و مرد نیز باید دربارهٔ مسایل جنسی از جمله تفاوت‌های جنسی زن و مرد اطلاعات درست کسب کنند و مهارت‌هایی را بیاموزند تا زندگی زناشویی موفق‌تری را بر پایه باورها و اطلاعات درست سپری کنند. بسیاری از مسائل و مشکلات جنسی زوجین از اطلاعات و باورهایی ناشی می‌شود که هیچ اساس و پایه درستی ندارند و صرفاً بر اساس عقاید شخصی یا شنیده‌ها دیده‌ها از منابع غیر موثق شکل گرفته‌اند، گسترش دانش مراجعین و مددجویان در زمینه مسائل و مشکلات جنسی می‌تواند به ارتباط بهتر زوجین و تغییر نگرش‌ها و اصلاح باورها و تعصبات غلط آنان کمک کند. آموزش و مشاوره جنسی علاوه بر اینکه بر رضایت جنسی زوجین مؤثر است نقش مهمی در سلامت خانواده، کاهش خشونت جنسی، نگرش مثبت به روابط جنسی و کاهش ناسازگاری در خانواده ایفا می‌کند. هر چند که در بسیاری از جوامع میل جنسی و رابطه جنسی به منزله امری منع شده و مذموم است اما سرکوب کردن یا سکوت نمودن در برابر آن و ایجاد ابهام و اغفال در مورد آن به مشکل منجر می‌شود. چنانچه بسیاری از مشکلات انسان حاصل عدم ارضای صحیح میل جنسی و ناآگاهی به ابعاد پیچیده این انگیزه بنیادین است. در بسیاری از فرهنگ‌ها مساله جنسی تابو است و به همین دلیل انگیزه جنسی با احساس شرم و نوعی سرکوب همراه است این احساس شرم و سرکوب باعث ایجاد احساس گناه، ترس و هیجان‌های منفی از این قبیل در افراد خصوصاً زنان می‌شود. نظریه طرحواره جنسی بر این اساس استوار است که کودکان، کلیشه‌های جنسیتی را از طریق فرآیندهای ذهنی شان می‌آموزند. به این طبقه بندی‌های سازماندهی شده که کودکان شکل می‌گیرد طرحواره جنسیتی یکی از کاربردی‌ترین و پرمصرف‌ترین طرحواره‌های کودکان است. با توجه به نقش طرحواره‌های جنسی در شکل‌گیری روابط جنسی درست و نقش زنان در ایجاد رفتار جنسی و به تبع آن شکل‌گیری رابطه جنسی، ضرورت آموزش شناختی و رفتاری جنسی به زنان و کمک به آنان در این زمینه امری لازم و ضروری می‌نماید. شکل‌گیری باورهای غلط، نگرش‌های منفی و طرحواره‌های جنسی نادرست که به نوعی از کلیشه‌های فرهنگی و تصورات قالبی جامعه‌ی بستر نشأت می‌گیرد با عدم شناخت صحیح انگیزه جنسی و نیاز جنسی می‌تواند موجب بسیاری از ناسازگاری‌های زناشویی و مشکلات روحی و روانی و متعاقب آن نابسامانی‌های اجتماعی شود. کلیشه‌های جنسیتی نگرش‌هایی اند که با مقاومت در برابر هر گونه تغییر، تکرار و بازتولید می‌شوند. این کلیشه‌ها فراگیر و رایج که شامل ذهنیت‌هایی ایستا، ثابت و معمولاً فاقد اساس علمی اند و ادراک ما از خود و دیگران نقش مهمی ایفا می‌کنند (ریاحی، ۱۳۸۶). بخشی مهمی از شناخت‌های مربوط به ویژگی‌ها و هویت جنسیتی ناشی از عقاید و افکار قالبی یا کلیشه‌ها است. والتر لیپمن خاطرنشان ساخت که رفتار مردم با دیگران تا اندازه‌ای زیاد تحت تأثیر تصاویر ذهنی شان از دیگران است وی اطلاع عقیده قالبی (کلیشه) را برای اشاره به این تصورات بیش از حد ساده از دیگران به کار برد (رحمتی، ۱۳۷۱). براساس کلیشه‌های جنسیتی زنان و مردان در جامعه دارای ویژگی‌های خاص، رفتار خاص و حالات روانی خاص هستند و در نهایت قابلیت انجام وظایف و کارهایی را دارند که به صورت معمول با یکدیگر متفاوتند. جهت‌گیری مبتنی بر تصورات قالبی دربارهٔ دو جنس از نقطه نظر زنان نشان می‌دهد که آنان به شدت تحت تأثیر تصورات قالبی دربارهٔ تفاوت‌های میان دو جنس قرار داشته و به طور ناخودآگاه به شرایط ساختاری موجود تن داده‌اند. این شرایط آنها را به پذیرش برخی محدودیتهای اجتماعی و بر چسب‌های جنسیتی از سوی جامعه ناگزیر می‌شازد. لذا آنان با هر ویژگی منحصر به فردی که دارای باشند، در پس ماسک زنانگی خویش که به دست اجتماع و فرهنگ ساخته می‌شود قرار می‌گیرند. (ذکایی، قاراخانی، ۱۳۸۶). زنان با اطلاع از نقش جنسیتی خویش و بهبود نگرش‌های جنسی بایستی آگاهی یابند که سرکوب کردن تمایلات و احساسات جنسی معادل پاکدامنی و نجابت نیست بلکه آغاز انحراف و

هنجارگریزی است. نتایج تحقیقات گیامی و دی کلومبی^۱ (۲۰۰۳) به نقل از (مرجان سلیمی و مریم فاتحی زاده، ۱۳۹۱) نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و زوج درمانی کاربردی ترین و موثرترین تکنیک های درمانی شناخته شده هستند .

هدف از این مطالعه نیز بررسی اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری بر اصلاح طرحواره جنسی زنان متأهل بود. یافته های این مطالعه نشان داد که در زمینه طرحواره جنسی زنان قبل از مداخله آموزشی، تفاوتی در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت. اما بعد از مداخله آموزشی اختلاف در دو گروه آزمون و کنترل ایجاد شد و بعد از مداخله افزایش معناداری در گروه آزمون حاصل شد که بیانگر تاثیر مداخله آموزش جنسی شناختی - رفتاری در گروه آزمون بوده است. با توجه به تحقیقات بسیار و یافته های پژوهش حاضر به نظر می رسد علت این که روش آموزش درمان رفتاری شناختی بر طرحواره جنسی زنان تاثیر دارد این است که آموزش های جنسی به ویژه آموزش رفتاری شناختی طرحواره های صریح - راحت را بهبود می بخشد . باعث افزایش طرحواره جنسی پرشور - رمانتیک زنان شده است و کاهش طرحواره جنسی خجالتی- محتاط زنان را در پی داشته است. همچنین پژوهش های بسیاری از تاثیر آموزش های شناختی - رفتاری در بهبود روابط جنسی ، رضایتمندی جنسی ، اصلاح طرحواره های جنسی و درمان اختلالات جنسی نتایج قابل توجه ارائه داده اند .

نتایج تحقیقات نشان می دهد که آموزش احساسات و پاسخ های جنسی در پیشگیری، غربالگری، درمان و حمایت بیماران مبتلا به اختلال عملکرد جنسی نقش اساسی دارد و گام اصلی در بهبود روابط جنسی است . در مطالعه های هوپر و همکاران^۲ (۲۰۰۹) و ژاکوش و همکاران^۳ (۲۰۰۱) از آزمون شناختی - رفتاری برای کاهش اختلال عملکرد جنسی استفاده شد و نتایج نشان دادند که این روش اثر مثبت و معنی داری داشته است . دهقانی و همکاران (۱۳۸۲) به نقل از مرجان سلیمی و مریم فاتحی زاده (۱۳۹۱) در نتایج تحقیقات خود دریافتند که آموزش های شناختی - رفتاری در افزایش مهارت های جنسی در گروه آزمون موثر بوده است . که همسو با نتایج پژوهش حاضر و تاثیر مثبت و معنا دارد این روش درمانی می باشد.

گاتس^۴ (۲۰۰۰) در پژوهشی نشان داد که افراد دارای طرحواره منفی بیشتر در معرض مشکلات و اختلالات جنسی قرار دارند. یافته های داویدو^۵ (۲۰۰۶) نشان داد زنانی که دارای طرحواره منفی می باشند نمرات آنها در رضایت جنسی پایین تر است . که پژوهش حاضر با این یافته ها و همچنین مطالعات نیهاوس و همکاران^۶ (۲۰۱۰)، نایهاوس، جکسون و دیویس (۲۰۱۰) همسو است .

نوبر و پیانتو^۷ (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند بر اساس تئوری شناختی به نظر می رسد، بین رفتارها و اختلالات جنسی یا باورهای جنسی رابطه وجود دارد. باورهای جنسی به عنوان افکار و ایده های فرد در مورد رفتارهای جنسی تعریف می شود. باورهای جنسی متفاوت در شکل گیری بدکارکردی های جنسی متفاوت نقش مهمی دارند ، که نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد.

مک کیب^۸ (۲۰۰۱) پژوهشی را با هدف ارزیابی درمان شناختی رفتار برای درمان کژکاری جنسی، نتایج این بررسی نشان داد که بعد از اتمام درمان، افراد سطوح پایین تری از کژکاری جنسی و نگرش مثبت تری به سکس را گزارش دادند. همچنین از

^۱ Giami&Decolomby

^۲ Hoyer et al

^۳ Jacques et al

^۴ Guts

^۵ Davydov

^۶ Niehaus et al

^۷ Nobre. P.J., & Pinto-Gouveia, J

^۸ McCabe. M. P

فعالیت جنسی بیشتر از قبل لذت می بردند و احتمال این که خود را شکست خورده جنسی بدانند، کاهش یافته بود. همچنین در پژوهشی با عنوان « نقش طرحواره های جنسی و تصویر بدنی بر کارکرد جنسی زنان » که توسط عزیزه علیزاده (۱۳۹۴) انجام پذیرفت، نتایج نشان داد که بین طرحواره جنسی، خرده مقیاس پرشور - عاشقانه و خرده مقیاس خجالتی - محتاط با کارکرد جنسی رابطه معنی داری وجود دارد، اما خرده مقیاس صریح - راحت با کارکرد جنسی رابطه معناداری ندارد. رضایت بدنی نیز با کارکرد جنسی رابطه معنی داری دارد. اما نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث افزایش طرحواره جنسی صریح - راحت زنان شده است که با نتیجه حاصله این خرده مقیاس هم خوانی ندارد.

اکرم خمسه ای (سال ۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان « بررسی ارتباط میان رفتار جنسی و طرحواره های نقش جنسیتی در دو گروه از دانشجویان متاهل: مقایسه رفتار جنسی زنان و مردان در خانواده » نتایج نشان می دهد که تفاوت معنی داری از لحاظ نمره کلی در رفتار جنسی بین دانشجویان مرد و زن وجود ندارد اما در برخی از زمینه های اختصاصی تر مثل ارگاسم و احساس آزرده گی و رنجش از همسر تفاوت معنی داری بین زنان و مردان دانشجوی وجود دارد. یافته ها هم چنین حاکی از این است که طرحواره های نقش جنسیتی در زنان (نه در مردان) بر رضایت مندی از رفتار جنسی تاثیر دارد. که با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد.

در پژوهشی با عنوان « رابطه رضایت و طرحواره های جنسی با رضایت زناشویی دانشجویان زن متاهل » که توسط سعید کریم نژاد نیارق (۱۳۸۹) صورت گرفت، یافته ها نشان داد که بین طرحواره های جنسی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد. نتیجه اینکه، رضایت جنسی و رضایت زناشویی همبستگی مثبت معناداری با یکدیگر دارند و قدرت پیش بینی افزایش یا کاهش یکدیگر را دارند.

در پژوهشی با عنوان « رابطه بین طرحواره های جنسی با رضایت جنسی و سازگاری زناشویی در فرهنگیان متاهل شهر فلاورجان » که توسط عیسی مرادی اورگانی (سال ۱۳۹۱) انجام شد نتایج نشان داد که بین طرح واره های جنسی مردان و زنان با رضایت جنسی و سازگاری زناشویی رابطه معنادار وجود دارد و مشخص شد که افرادی که دارای طرحواره جنسی مثبت بودند، رضایت جنسی و سازگاری بیشتری داشتند. همچنین طرحواره های جنسی و رضایت جنسی سازگاری زناشویی را پیش بینی کردند. نتایج این پژوهش همسو با یافته های پژوهش حاضر است.

هانیه معتمدی (۱۳۹۳) در پژوهشی که با « عنوان بررسی نقش واسطه گری طرحواره های جنسی در رابطه آگاهی جنسی با عملکرد جنسی زنان و مردان متاهل دانشگاه اصفهان » به انجام رسانید، نتایج به دست آمده بیانگر آن بود که طرحواره جنسی دارای نقش واسطه گری معناداری در رابطه ی آگاهی جنسی با عملکرد جنسی نمی باشد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که آگاهی جنسی بر روی زیر مقیاس های طرحواره جنسی و زیر مقیاس های عملکرد جنسی زنان و مردان تاثیر دارد و نیز طرحواره جنسی بر زیر مقیاس های عملکرد جنسی زنان و مردان تاثیر دارد.

ضیایی (۱۳۹۲)، پژوهشی را با عنوان « اثربخشی آموزش مهارت های جنسی متمرکز بر طرحواره های شناختی بر بهبود کنش وری جنسی و کاهش افکارخودآیند و هیجانات منفی دانشجویان متاهل زن » مورد بررسی قرار داد، نتایج پژوهش در مطالعه اول نشان داد که طرحواره های شناختی فعال شونده و افکارخودآیند منفی باکنش وری جنسی در زنان متاهل، همبستگی منفی معناداری دارد. بررسی نتایج پژوهش در مطالعه دوم نشان داد که آموزش مهارت های جنسی متمرکز بر طرحواره های شناختی منجر به بهبود پنج خرده مقیاس کنش وری جنسی (تحریک جنسی، رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد) شده است. اما تفاوت گروه ها در خرده مقیاس میل جنسی معنادار نیست؛ همچنین این مداخله بر بهبود طرحواره های شناختی و کاهش هیجانات منفی تاثیر گذار است.

ترکیل^۱ (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در افزایش آمیزش جنسی، کاهش ترس از آمیزش جنسی، افزایش موفقیت آمیز در رفتارهای دخول غیرمقاربتی و تغییر در رفتارهای اجتنابی سودمند است.

مستن و همکاران^۲ (۲۰۰۴) پژوهشی را به منظور بررسی شیوه های درمانی اختلال ارگاسم مورد بررسی قرار دادند. نتایج این بررسی نشان داد که بهترین و متداول ترین شیوه درمانی، رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک های بازسازی شناختی، شیوه های کاهش اضطراب مثل آرمیدگی ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین حسی و حساسیت زدایی منظم بود، که با نتایج تحقیق حاضر هم خوانی دارد زیرا نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش طرحواره جنسی خجالتی- محتاط زنان شده است.

کرسپو و فرناندز^۳ (۲۰۰۴) در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری درباره واژینیسم زنان و فوبیای بیماری های زنانه انجام انجام شد. که نتایجی از زیر به دست آمد: تسهیل در برانگیختگی و ارضای جنسی؛ فقدان اضطراب در موقعیت های هراس آور؛ بهبود جالب توجه در ارتباط زناشویی؛ دست یابی به تصورات مثبت درباره بدن خود را در بر داشت.

کابکسی و باتور^۴ (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات کنش جنسی زنان موثر است. در آموزش رفتاری - شناختی پژوهش حاضر، هدف ارائه طرحواره های جنسی به زنان و آگاهی بخشی جنسی به آنان بود که در این زمینه و همسو با آن پژوهشگران بسیاری از جمله پژوهش عشقی (۱۳۸۵) نشان داد که مشاوره شناختی - رفتاری، دانش جنسی زنان را افزایش داده است. پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۸۸) نیز نشان داد که آموزش شناختی رفتاری جنسی بر افزایش دانش گروه آزمون اثربخش بوده است.

گلمن^۵ (۱۹۸۳) نشان داد که ارائه آموزش ها و اطلاعات جنسی، آناتومی بدن و تکنیک های جنسی از جمله اصول اساسی رویکرد رفتاری موثر در درمان نابهنجاری های جنسی هستند.

صالح زاده و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان شناختی رفتاری برمیزان اختلالات جنسی زنان» نشان دادند، درمان شناختی رفتاری به طورمعناداری اختلالات کنش جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل بهبود بخشیده است.

مرجان سلیمی و مریم فاتحی زاده (سال ۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «بررسی اثر بخشی آموزش جنسی به شیوه رفتاری - شناختی بر دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی زنان متأهل شهرستان مبارکه» نشان دادند که پس از آموزش جنسی به شیوه رفتاری - شناختی، دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری داشت.

در این پژوهش اجرای آموزش درمان شناختی - رفتاری بر اصلاح طرحواره جنسی زنان تاثیر داشته است و می توان نتیجه گرفت که روش شناختی - رفتاری یکی از روش های موفق آموزش برای بهبود و اصلاح طرحواره جنسی زنان موثر بوده است. لذا باید با روش های مناسب نسبت به آموزش در زمینه نقش های جنسیتی و رفتارهای مناسب جنسی پرداخت و از شکل گیری طرحواره های نامطلوب جلوگیری و به اصلاح این طرحواره ها و بهبود نگرش های جنسی پرداخت. بنابراین میتوان نتیجه گرفت که روش شناختی - رفتاری یکی از راه های مناسب آموزشی در اصلاح طرحواره های جنسی زنان است، البته محدودیت هایی که این پژوهش با آن مواجه بوده است مانند کم بودن حجم نمونه، امکان تعمیم پذیری کم نتایج به جامعه

¹ Turkuile, M.M

² Meston et al.

³ Crespo, E & Fernandez, f

⁴ Kabakci, E & Batur, S

⁵ Gellman

زنان، منع فرهنگی در موضوعات جنسی برای توجیه افراد برای شرکت در جلسات، مشکلات مشارکت افراد در مرحله نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات قابل ذکر است، که حجم نمونه بیشتر و امکانات مالی گسترده تری را می طلبد. پیشنهادات پژوهشی: این پژوهش در شهر همدان انجام شده، پیشنهاد می شود در سایر شهرهای دیگر و با نمونه های بزرگتر انجام شود و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد. ۲. این پژوهش زنان ۲۶ تا ۴۶ ساله شهر همدان را در برمی گرفت، پیشنهاد می شود روی گروه های بزرگتر و همچنین گروه مردان انجام شود. ۳. پیشنهاد کاربردی در جهت ارتقا سلامت خانواده و جامعه این است که متولیان سلامت روان و خانواده و سیاست گزاران حوزه ی بهداشت و روان با بهره مندی از وجود متخصصین حوزه ی روانشناسی، کارگاه های آموزشی لازم را جهت افزایش دانش جنسی و بهبود طرحواره های جنسی برگزار نمایند و دانش افراد جامعه بویژه زنان در رابطه با مسایل جنسی افزایش یابد. اجرای برنامه های آموزش رفتاری - شناختی می تواند به توانمند سازی زنان برای افزایش اعتماد به نفس جنسی، دانش جنسی و آموزش روشهای مختلف برقراری ارتباطات صمیمانه جنسی زوجین و آموزش جنسی سالم بیانجامد.

منابع

۱. اتکینسون، ریتا، ال، اتکینسون، ریچارد سی، اسمیت، ادوارد ای، بم، داریل ج، نولن- هوکسما، سوزان، (۱۳۹۱)، زمینه روانشناسی هیلگارد، ترجمه محمدنقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهرآرای، یوسف کریمی، نیسان گاهان، مهدی محی الدین، کیانوش هاشمیان، تهران: ارجمند.
۲. دهقانی، اکرم؛ محمد خانی، پروانه؛ یونسی، سید جلال (۱۳۸۵). تاثیر آموزش مهارت های جنسی بر نگرش جنسی زوجین، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی، شماره ۳۰.
۳. رحمتی، صمد (۱۳۷۱) روانشناسی اجتماعی معاصر، چاپ اول، قم، انتشارات سینا.
۴. رحیمی، الهام؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ یونسی، فلورا (۱۳۸۸). بررسی تاثیر آموزش شناختی - رفتاری بر دانش، نگرش و اعتماد به نفس جنسی زنان شیراز، مجله ارمان دانش، دوره ۱۴، شماره ۳.
۵. ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۶). «عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان پذیرش کلیشه های جنسیتی (مطالعه موردی جوانان کارآموز در مراکز آموزش فنی و حرفه ای استان مازندران)»، پژوهش زنان، شماره ۱: ۱۳۶-۱۰۹.
۶. عشقی، روناک (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان آنها در شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
۷. علیزاده، عزیزه (۱۳۹۴). نقش طرحواره های جنسی و تصویر بدنی بر کارکرد جنسی زنان، روانشناسی سلامت، فصلنامه (علمی - پژوهشی) علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه پیام نور، مقاله ۶، دوره ۴، شماره ۱۳، صص ۱۵-۳۰.
۸. جهانفر، شایسته؛ مولایی نژاد، میترا (۱۳۸۰)، درسنامه اختلالات جنسی، تهران: بیژه، نشر سالمی.
۹. خمسه ای، اکرم. (۱۳۸۴). روان شناسی زنان، تهران: انتشارات آگه - ارجمند.
۱۰. خمسه ای، اکرم. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط میان رفتار جنسی و طرحواره های نقش جنسیتی در دو گروه از دانشجویان متاهل: مقایسه رفتار جنسی زنان و مردان در خانواده، فصلنامه خانواده پژوهی، دوره ۲، شماره ۸، صص ۳۲۷-۳۳۹.
۱۱. خمسه ای، اکرم. (۱۳۸۳)، بررسی طرحواره های نقش جنسی و کلیشه های فرهنگی در دانشجویان دختر، مطالعات زنان، تهران، پژوهشکده زنان دانشگاه الزهرا.
۱۲. خمسه ای، اکرم. (۱۳۸۴)، روان شناسی زنان، تهران: انتشارات آگه - ارجمند.
۱۳. خمسه ای، اکرم. (۱۳۸۵)، بررسی ارتباط میان رفتار جنسی و طرحواره های نقش جنسیتی در دو گروه از دانشجویان متاهل: مقایسه رفتار جنسی زنان و مردان در خانواده، فصلنامه خانواده پژوهی، دوره ۲، شماره ۸، صص ۳۲۷-۳۳۹.
۱۴. سایت مرکز آمار، (www.Sci.org.ir).

۱۵. سلیمی، مرجان، فاتحی زاده، مریم (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش جنسی به شیوه رفتاری شناختی بر دانش، خود ابرازی و صمیمیت جنسی زنان متاهل شهرستان مبارکه، فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی سال هفتم، شماره ۲۸، صص ۱۰۵-۱۲۱.
۱۶. صالح زاده، مریم، کجباف، محمدباقر، مولوی، حسین، ذوالفقاری، معصومه، (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان، مطالعات روانشناختی، دوره ۷، شماره ۱، صص ۱۱-۳۱.
۱۷. ضیایی، پریسا، (۱۳۹۲)، اثربخشی آموزش مهارت های جنسی متمرکز بر طرحواره های شناختی بر بهبود کنش وری جنسی و کاهش افکار خودآیند و هیجانات منفی دانشجویان متاهل زن، (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه فردوسی - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، مشهد.
۱۸. کریم نژاد سیارق، سعید (۱۳۸۹) رابطه رضایت و طرحواره های جنسی با رضایت زناشویی دانشجویان زن متاهل، فصلنامه علمی - پژوهشی افلاک، دوره ۱۱، شماره ۲۰ و ۲۱.
۱۹. کیالی، مرضیه (۱۳۹۴) رابطه ویژگی های شخصیتی با تن انگاره و طرحواره های جنسی در متاهلین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد، مرودشت: دانشگاه آزاد اسلامی.
۲۰. کیگان، جروم، ماسن، پاول هنری، هوستون، آلتا کارول، وی کانجر، جان جین. (۱۳۸۴). رشد و شخصیت کودک، ترجمه مهشید یاسایی، تهران: نشر مرکز، کتاب ماد.
۲۱. کجباف، محمدباقر، (۱۳۸۷)، روانشناسی رفتار جنسی، تهران: روان.
۲۲. مرادی اورگانی، عیسی، (۱۳۹۱)، رابطه بین طرحواره های جنسی بارضایت جنسی و سازگاری زناشویی در فرهنگیان متاهل شهر فلاورجان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، اصفهان.
۲۳. معتمدی، هانیه (۱۳۹۳) بررسی نقش واسطه گری طرحواره های جنسی در رابطه آگاهی جنسی با عملکرد جنسی زنان و مردان متاهل دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی.
۲۴. مهربانی، فریدون، دادفر، محبوبه، (۱۳۸۲)، نقش عوامل روانشناختی در اختلالات کنشی جنسی، جلد ۹، شماره ۱، صص ۴-۱۱.
۲۵. نجاریان، بهمن، و خدارحیمی، سیامک. (۱۳۸۸). دوگانگی جنسی (آندروژنی)، تازه های روان درمانی، سال سوم، شماره ۹ و ۱۰.
۲۶. نجاریان، بهمن، خدارحیمی، سیامک. (۱۳۷۷). دوگانگی جنسی (آندروژنی)، تازه های روان درمانی، شماره ۹ و ۱۰، صص ۳۰-۴۴.

27. Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personalit and Social Psychology*, 67, 1079-1100.
28. Araoz, D. (2005). Hypnosis in Human Sexuality Problems, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47:229-42.
29. Baron, R.A. & Byne, D. (1994). *Social Psycholpgy: Understanding Human Interaction (7th End)*, Allyn and Bacon: New York.
30. Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
31. Bem, S. L. (2014). *An unconventional family*. New Haven, CT: Yale University Press.
32. Bem, S. L., (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
33. Bem, S. L., (1983). Gender schema theory and its implications for child development, *Sings*, 8, 598-616.

34. Bem, S. L., (1983). Gender schema theory and its implications for child development, *Sings*, 8, 598-616.
35. Bem, S. L., (1993). Gender schema theory and its implications for child development, *Sings*, 8, 598-616.
36. Bergen, D, J., Williams, J., E. (1991). Sex stereotypes in the United States revisited: 1972-1988. *Sex Roles*, 24, 413-423.
37. Bergen, D, J., Williams, J., E. (1991). Sex stereotypes in the United States revisited: 1972-1988. *Sex Roles*, 24, 413-423.
38. Connell, R. W. (2002). *Gender, USA*, Polity press.
39. Crawford, M., Unger, R., (2004). *Women and gender*. New York: McGraw-Hill
40. Crawford, M., Unger, R., (2004). *Women and gender*. New York: McGraw-Hill Companies.
41. Dennerstein, L. (2001). Short scale of measure female sexuality, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27,339-351.
42. Dennerstein, L. (2001). Short scale of measure female sexuality, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27,339-351.
43. Fehr, B. (2004). Intimacy expectations in samw.sex friendship: a prototype in tractions – pattern model. *Journal of personality and social psychology*.
44. Giami. A,&De colomby , P.(2008). Sexology as a Professional in France,Archives of Sexual Behavior :32(4):371
45. Giddens, A. (1999). *Sociology*, translated by sabury, manuchehr, press mahdi.
46. Golombok, S. & Phishi, R. (2002). gender development, shahr ara, mehrnaz (translator). press ghoghnus.
47. Golombok, S. & Phishi, R. (2002). gender development, shahr ara, mehrnaz (translator). press ghoghnus
48. Hoyer, J. ؛ Uhmann,S ؛ Rambow,J؛ Jacobi.F.(2009). Reduction of Sexual Dysfunction: by Product of Cognitive-behavioral Therapy for Psychological Disorders, *Journal Sexual and Relationship Thrapy*, 24:64-73
49. Hyde, J. Sh. (2004). halfe the human experience, the psychology of women,khamse, akram(translator).press Agah.
50. Jacques,JDM؛ Lanjveld, V؛ Everaerd, W؛Grotjohann, Y.(2001).Cognitive Behavioral Bibliotherapy for Sexual Pysfunctions in Heterosexual Couples, *Journal of Sex Research* : b45-47.
51. Kabakci, E & Batur, S, (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *Journal of Sex Marital Therapy*, 29(4),277-88.
52. Kaplan,H.S. (1979).Disorders of Sexual desire . New York: Simon and Schuster. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction, *Journal of Sexual Marital Therapy*, 27(3):259-71.
53. Kaplan,H.S. ,Sager,C.J.(1971).Sexual patterns at different ages ,*Medical Aspects of Human Sexuality*,10-23.
54. Meston, C.M, Hull,E, Levin.R.J& Sipski,M, (2004). Disorders of orgasm in women in women, *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1):66-8. Chapman andHall.
55. Spence, S.H.(1991). *Psychasexual Therapy: A Cognitive-Behavioural Approach* Landon:
56. Turkuile, M.M, Vanlankveld, J.J, Groot, E.D,Melles, R, Neffs, J & Zandbergen, M, (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognosis factors, *Behavioral Research and therapy*, 45(2):359-73.