



Effectiveness of Schema Therapy in Enhancing Sexual Desire in Females with Genital Mutilation on Qeshm Island

Marie Esmaeili Qeshmi ¹ , Mina Mojtabaei ^{2*} 

1. MS.c., Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Corresponding Author, Associate Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: mojtabaei_in@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 29 Jun 2021
Revised: 17 Nov 2021
Accepted: 25 Dec 2021
Published Online: 13 Jun 2023

Keywords:
*Female Genital Mutilation,
Schema Therapy,
Sexual Improvement.*

ABSTRACT

The objective of this study was to assess the efficacy of schema therapy in enhancing the sexual desire of circumcised women on Qeshm Island in 2018. The intervention consisted of ten 90-minute sessions per week using schema therapy techniques to address negative beliefs and behavior patterns. The research design was a single-case study, and the statistical population consisted of three married, circumcised women from Qeshm Island who were selected according to their scores on the Young's Incongruent Schemas Questionnaire (YSQ-SF) and the Hulbert Sexual Desire Index (HISD). In accordance with the design of the study, graphs and visual analysis were utilized to interpret the results. This study revealed a statistically significant increase in the sexual desire index from the first to the final follow-up session, indicating that schema therapy can be an effective psychological method for enhancing the libido of circumcised women in health centers. The importance of addressing the physical and psychological consequences of FGM and providing effective treatments to improve the quality of life and well-being of women who have undergone female circumcision is highlighted by these findings.

Cite this article: Esmaeili Qeshmi, M., & Mojtabaei, M. (2023). Effectiveness of Schema Therapy in Enhancing Sexual Desire in Females with Genital Mutilation on Qeshm Island. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(1), 259-275. doi:10.22059/JAPR.2023.326426.643890



Publisher: University of Tehran Press

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.326426.643890>

© The Author(s).



اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود میل جنسی زنان ختنه‌شده در جزیره قشم

ماریه اسمعیلی قشمی^۱، مینا مجتبابی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه:

mojtabaei_in@yahoo.com

چکیده

اطلاعات مقاله

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی در بهبود میل جنسی زنان ختنه‌شده در جزیره قشم و در سال ۱۳۹۷ انجام شد. مداخله شامل ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی با استفاده از تکنیک‌های طرحواره‌درمانی برای پرداختن به باورها و الگوهای رفتاری منفی بود. مطالعه تک‌موردی و جامعه آماری شامل زنان متأهل و ختنه‌شده در جزیره قشم بود که براساس نمرات آن‌ها در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ (YSQ-SF) و شاخص میل جنسی هالبرت (HISD)، 3 نفر انتخاب شدند. برای تفسیر نتایج، از نمودار و تحلیل بصری استفاده شد. یافته‌های این مطالعه افزایش معنی‌دار آماری شاخص میل جنسی را از ابتدا تا آخرین جلسه پیگیری نشان داد که بیان‌کننده اثربخشی طرحواره‌درمانی به‌عنوان روش روان‌شناختی مؤثر برای بهبود میل جنسی زنان ختنه‌شده است. این یافته پیام مهمی برای متخصصان بهداشت در ارائه مداخلات روان‌درمانی مناسب برای زنان ختنه‌شده دارد و بر لزوم رسیدگی به پیامدهای جسمی و روانی ناشی از آن و ارائه درمان‌های مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی و رفاه آن‌ها تأکید می‌کند.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۸/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۳/۲۳

کلیدواژه‌ها:

بهبود میل جنسی،

زنان ختنه‌شده،

طرحواره‌درمانی.

استناد: اسمعیلی قشمی، م.، و مجتبابی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود میل جنسی زنان ختنه‌شده در جزیره قشم. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۱)، ۲۷۵-۲۵۹.

doi: 10.22059/JAPR.2023.326426.643890

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.326426.643890>

© نویسنده‌گان.



مقدمه

ناقص‌سازی دستگاه تناسلی زنان^۱ یا همان برش، ختنه یا برداشتن دستگاه تناسلی، به روش‌هایی اطلاق می‌شود که شامل برداشتن نسبی یا کامل دستگاه تناسلی خارجی زنان، به دلایل غیرپزشکی است (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۲۰؛ مولونگو، هالینزمارتین و مک‌اندرو، ۲۰۱۴). این عمل معمولاً چهار نوع دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸). نوع اول شامل برداشتن کلیتوریس^۳ و هود کلیتوریس^۴ است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳)، نوع دوم شامل برداشتن کلیتوریس و لایبا مینور، نوع سوم شامل برداشتن تمام یا بخشی از لب‌های کوچک و بزرگ و گاهی کلیتوریس است که با زخم، بخیه، یک سوراخ کوچک برای عبور ادرار و خون قاعدگی باقی می‌ماند و زخم دوباره برای مقاربت و زایمان باز می‌شود (محمود، ۲۰۱۶). انواع یک تا سه در ۸۵ درصد موارد انجام می‌شوند. نوع سوم رایج‌ترین روش در جیبوتی، سومالی، سودان و مناطقی از اریتره، اتیوپی و مالی است (کالدوال، اوروبولویه و کالدوال، ۲۰۰۰). نوع چهارم نیز شامل روش‌های متفاوتی در دستگاه تناسلی خارجی است که شامل سوراخ کردن نمادین کلیتوریس، لایبا یا برش واژن است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸). امروزه بیش از ۲۰۰ میلیون دختر و زن در ۳۰ کشور که در آفریقا، خاورمیانه و آسیا متمرکز شده‌اند، ختنه می‌شوند. این عمل بیشتر روی دختران جوان‌تر، از نوزادی تا ۱۵ سالگی انجام می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). در ایران نیز این عمل به‌عنوان سنتی در برخی از بخش‌های جنوب و غرب ایران رواج دارد (بوکایی و همکاران، ۲۰۲۰). دختران در ختنه احساس ناتوانی می‌کنند؛ زیرا چاره‌ای ندارند و مجبور به این کار می‌شوند. علی‌رغم اثرات ختنه، برخی از این عمل حمایت می‌کنند (اوبیورا، ماری و نکاسی - مافوتا، ۲۰۲۰)؛ برای مثال طبق برخی مطالعات انجام‌شده، ختنه و آسیب به کلیتوریس تحریک جنسی را در زنان کاهش می‌دهد و سبب می‌شود به‌راحتی از نظر جنسی تحریک نشوند. در نتیجه توانایی آن‌ها در باکره‌ماندن قبل از ازدواج و لذت‌بردن از همسر پس از ازدواج افزایش می‌یابد (اودو و همکاران، ۲۰۲۰).

با وجود این، ختنه تأثیرات جبران‌ناپذیری بر سلامت جسمانی و روانی می‌گذارد و کیفیت زندگی زنان را مختل می‌کند (آلینیا و همکاران، ۲۰۲۰). این اقدام سنتی و فرهنگی، خطرناک است و عوارض کوتاه‌مدتی مانند خونریزی، عفونت، درد شدید و عوارض طولانی‌مدت همچون ناباروری، اختلال عملکرد جنسی و عوارض روانی به بار می‌آورد (برگ و همکاران، ۲۰۱۴). اگرچه تعیین کیفیت رابطه جنسی در مواردی که ختنه وجود دارد، دشوار است؛ چرا که در بسیاری از موارد بومی، رابطه جنسی مختل گزارش نشده یا تحریف شده است (احمد و همکاران، ۲۰۱۷)؛ با این حال، اختلال در عملکرد جنسی (خشکی واژن در حین مقاربت، افزایش درد، کاهش رضایت و میل جنسی، تأخیر در ارگاسم و عدم ارگاسم) در میان زنان با همه اشکال ختنه گزارش شده است (النشر و همکاران، ۲۰۰۷؛ برگ و دنیسون، ۲۰۱۲؛ آندرسون و همکاران، ۲۰۱۲). زخم، درد و خاطرات آسیب‌زا در ارتباط با ختنه نیز می‌تواند چنین مشکلاتی ایجاد کند (النشر و همکاران، ۲۰۰۷؛ نایت و همکاران، ۱۹۹۹؛ جوهانسون، ۲۰۰۷). برگ و دنیسون (۲۰۱۲) در یک بررسی فراتحلیل روی پیامدهای جنسی ختنه زنان با بررسی ۱۵ مطالعه و ۱۲۶۷۱ شرکت‌کننده از ۷ کشور، اگرچه ناهمگنی و کیفیت متغیر نتایج را متذکر شدند، نتایج آن‌ها نشان داد زنان مورد مطالعه ۵۲ درصد بیشتر احتمال دارد که دچار مقاربت دردناک شوند و دو برابر بیشتر احتمال دارد که عدم تمایل جنسی را گزارش دهند. همچنین یک‌سوم شرکت‌کنندگان کاهش میل جنسی را گزارش داده بودند (ریزل و کریگتون، ۲۰۱۵).

رفتار جنسی نشان‌دهنده تعامل پیچیده‌ای از سیستم عصبی مرکزی و پیرامونی است که توسط عوامل گوناگون جسمانی و روانی تعدیل می‌شود و پاسخ جنسی انسان شامل چهار مرحله میل^۵، برانگیختگی^۶، ارگاسم^۷ و فرونشینی^۸ است (اوکومو و همکاران، ۲۰۱۷). اختلالات عملکرد جنسی به‌عنوان اختلال میل، تحریک، ارگاسم و درد جنسی، ناشی از عوامل چندگانه جسمی

1. Female Genital Mutilation (FGM)
2. World Health Organization
3. clitoris
4. clitoral hood
5. desire
6. excitement
7. orgasm
8. resolution

و روان‌شناختی است و می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شود و بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین‌فردی اثر بگذارد، فراگیر یا موقعیتی، کلی یا جزئی باشد (کلایتون و همیلتون، ۲۰۱۰). یکی از عوامل اصلی که سبب بروز مشکل در عملکرد جنسی می‌شود، اختلال در میل جنسی^۱ است. این اختلال رایج‌ترین شکل اختلالات جنسی در زنان است که تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار دارد. ادراک از تمایل جنسی با احساس جذاب‌بودن و خیال‌پردازی مرتبط است (رایمر و همکاران، ۲۰۱۰). در سبب‌شناسی اختلالات بدکاری جنسی همچون کمبود میل جنسی، عموماً چند عامل در نظر گرفته می‌شود. عوامل زیست-پزشکی مانند بیماری‌ها، جراحی‌های لگنی، داروها و هورمون‌ها و عوامل روان‌شناختی مانند وقایع زندگی، شرح‌حال جنسی، حالت عاطفی، رضایت از شریک جنسی، رابطه صمیمی، مدت رابطه و عوامل فرهنگی-اجتماعی بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و بر تجربه فرد از میل جنسی یا فقدان/کمبود میل جنسی تأثیر می‌گذارند (نیومن و همکاران، ۲۰۱۲)؛ بنابراین رضایت و عملکرد جنسی در زنان جنبه پیچیده‌ای دارد که عوامل مختلفی بر آن اثرگذارند، اما در غالب مطالعات، جای یک متغیر خالی است و آن بررسی طرحواره‌های شناختی^۲ بر رضایت جنسی زنان است (هاشمیان و همکاران، ۱۳۹۴).

به‌عنوان روشی مؤثر در حوزه‌های گوناگون، طرحواره‌درمانی توسط یانگ (۱۹۹۹) و با الهام از شناخت‌درمانی بک^۳ و براساس نظریه دلبستگی معرفی شد. طرحواره‌ها الگوهایی کلی از تجربه هیجانی-شناختی هستند و حاصل حوادثی که احتمالاً حتی پیش از دوران شکل‌گیری زبان‌اند (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۶). مفهوم اصلی مدل طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ (EMS) است. این طرحواره‌ها الگویی پایدار و فراگیر از پردازش اطلاعات، افکار، احساسات، خاطرات و ترجیحات توجه هستند (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳) که در کودکی ایجاد می‌شوند و در نوجوانی از طریق تعامل تجربیات ناخوشایند کودکی با عوامل بیولوژیکی و خلقی ادامه می‌یابند. به‌زعم یانگ (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳)، هر کودکی، برای رشد سالم شخصیت، نیازهای اساسی ایمنی، عشق، توجه، پذیرش، خودمختاری و محدودیت‌های واقع‌بینانه دارد. وقتی این نیازها برطرف نشود، طرحواره‌های ناسازگار شکل می‌گیرد. یانگ، کلسکو و ویشار (۲۰۰۳) هجده طرحواره را شناسایی کرده و در پنج حوزه سازمان داده‌اند (ویدلر و همکاران، ۲۰۲۰). اسپروکو و بارلو (۱۹۹۶) بر اهمیت طرحواره‌های درگیر در رابطه جنسی، یعنی طرحواره‌هایی که مجموعه افکار، هیجان‌ها و رفتارهای حین فعالیت جنسی را فعال می‌کنند، تأکید کرده‌اند. همچنین تحقیقات نشان داده است افرادی که در رابطه جنسی‌شان دچار مشکل‌اند، مجموعه‌ای از عقاید جزمی، انعطاف‌ناپذیر و غیرواقعی دارند و بنابراین ارزیابی‌های آن‌ها از رابطه‌شان بیشتر منفی است. در نتیجه این ساختارهای شناختی، عوامل آسیب‌پذیر در مشکلات جنسی در نظر گرفته می‌شوند و بر رضایت جنسی اثرگذارند (ویگل، اسکپکووسکی و بارلو، ۲۰۰۷).

مطالعات اخیر که به بررسی بدکارکردی جنسی در زنان و مردان پرداخته‌اند، از ارتباط بین طرحواره‌ها و ساختارهای شناختی اولیه با بدکارکردی جنسی و فعالیت جنسی معیوب حکایت دارند (پیکسوتو و همکاران، ۲۰۱۷). در همین راستا نشان داده شده است که درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر اصلاح شناخت‌ها، مانند درمان شناختی رفتاری برای بهبود مشکلات جنسی زوجین مؤثر است و از به‌کارگیری آن در این اختلالات نتایج مثبتی حاصل شده است (ترودل و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین به نظر می‌رسد طرحواره‌درمانی بر بهبود حرمت خود جنسی (محمدی و همکاران، ۲۰۲۰)، رضایت جنسی (دارینی و همکاران، ۱۳۹۲) و عملکرد جنسی (دربی، پلگ-سگی و دورون، ۲۰۱۶) مؤثر باشد؛ برای مثال دربلی، پلگ-سگی و دورون (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای موردی از یک زوج دریافتند که طرحواره‌درمانی به بهبود روابط جنسی منجر می‌شود. افزولی‌گروه و همکاران (۱۳۹۶) نیز به بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود میل جنسی زنان سیرجانی پرداختند و دریافتند که این درمان، میل جنسی را بهبود می‌بخشد. با وجود این، مطالعات صورت‌گرفته در زمینه کارایی و اثربخشی رویکردهای روان‌شناختی در درمان اختلالات جنسی محدود است و غالب درمان‌ها، استفاده از دارودرمانی یا هورمون درمانی بوده است. به‌علاوه اثربخشی این درمان در زنان ختنه‌شده هنوز بررسی نشده است؛ درحالی‌که اختلال در عملکرد جنسی و از آن جمله کمبود میل جنسی در زنان ختنه‌شده بسیار

1. Sexual desire

2. cognitive schemas

3. Beck's cognitive therapy approach

4. early maladaptive schema

گزارش شده است و پیامدهای منفی متعددی در سطح فردی و زناشویی دارد. با توجه به تأکید مطالعات اخیر بر نقش ساختار و فرایندهای شناختی بنیادین در اختلالات جنسی از جمله کاهش میل جنسی و با در نظر گرفتن اهمیت رضایت زنان از زندگی جنسی و زناشویی در استحکام زندگی خانوادگی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر میل جنسی زنان ختنه‌شده جزیره قشم است. فرضیه پژوهش این است که طرحواره‌درمانی، میل جنسی زنان ختنه‌شده را بهبود می‌بخشد.

روش

جامعه، نمونه، روش اجرا

در این مطالعه، از طرح مطالعه تجربی تک‌موردی^۱ و از میان طرح‌های تک‌آزمودنی از نوع طرح A-B استفاده شده است. همچنین این مطالعه دو خط پایه اولیه، ادامه خط پایه در مرحله درمان طی سه مرحله و دو سنجش پیگیری دارد. به این ترتیب قبل از اجرای متغیر آزمایشی (طرحواره‌درمانی)، متغیر وابسته (شاخص میل جنسی) ابتدا بیست روز قبل از مداخله و سپس در جلسه آغازین پیش از اجرای متغیر آزمایشی، به منظور اندازه‌گیری خطوط پایه اندازه‌گیری شد و نتایج آن با سه مرحله سنجش در فرایند درمان و پایان مداخله و سرانجام دو مرحله پیگیری مورد سنجش قرار گرفت.

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل و ختنه‌شده در جزیره قشم است. گروه نمونه از بین زنان شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی و مهارت‌های زندگی و مهارت‌های زناشویی برگزار شده در مساجد محلی (بهار ۱۳۹۸) انتخاب شدند که واجد معیارهای شمول بودند. تعداد نمونه آماری سه نفر از زنان متأهل ختنه‌شده بود که با توجه به موضوع و نوع مطالعه، آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. از بین افرادی که در پیش‌آزمون، طرحواره‌هایی با نمرات بالا و شاخص میل جنسی پایین‌تر از حد برش داشتند، تعدادی انتخاب و با توجه به داشتن معیارهای شمول، از سه نفر برای مطالعه دعوت شد. مداخله طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک بار در هفته برای هر فرد به صورت جداگانه اجرا شد و فرایند اجرا دو ماه و نیم به درازا کشید.

ملاک‌های ورود در این مطالعه شامل این موارد بودند: زنان با میانگین سنی ۲۰ تا ۴۵ ساله (برای به حداقل رسانیدن تأثیر مرحله تحولی بر تجربه مراجع)، متأهل بودن (داشتن تجربه رابطه جنسی در قالب ازدواج)، تجربه ختنه، دارا بودن حداقل مهارت کلامی و دانش نسبی برای ارتباط و دریافت مداخله درمانی. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: استفاده از هرگونه خدمات روان‌درمانی و مشاوره دیگر در زمان اجرای پژوهش، سابقه و تجربه شرکت در مشاوره و روان‌درمانی تا قبل از این مداخله، استفاده از هرگونه داروی روان‌پزشکی مرتبط با اختلالات خلقی و اضطرابی در شش ماه گذشته.

ملاحظات اخلاقی

حضور داوطلبانه آزمودنی در جلسات طرحواره‌درمانی و کسب رضایت آگاهانه و کامل آن‌ها رعایت شد. به افراد اعلام شد که شرکت در آزمون داوطلبانه است و آزمودنی در هر زمان که تمایل به ادامه شرکت در آزمون نداشته باشد می‌تواند انصراف دهد. درمانگر ملزم است تبعات نامطلوب انصراف را به آزمودنی تفهیم و او را حمایت کند. بیان کامل روش اجرا، هدف انجام آن، شرح فواید، ماهیت و مدت تحقیق توسط درمانگر به مراجعان گذراندن دوره آموزشی طرحواره‌درمانی توسط دانشجو و کسب تأیید علمی و عملی زیر نظر استاد راهنما موارد دیگری بود که به آن توجه صورت گرفت. جلسات درمانی به صورت رایگان برگزار شد. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. ارائه گزارش یا اعلام نتیجه تحقیقات همراه با رعایت حقوق مادی و معنوی عناصر ذی‌ربط (آزمودنی، پژوهشگر، پژوهش و سازمان مربوطه) است.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ (YSQ-SF)

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (فرم کوتاه) یک پرسشنامه ۷۵ آیتمی است که یانگ^۲ (۱۹۸۸) به نقل از لطفی و همکاران، (۱۳۸۶) برای ارزیابی پانزده طرحواره ناسازگار اولیه ارائه کرد. این ۱۵ طرحواره در پنج حوزه مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار می‌گیرند که برای پاسخ آن‌ها از یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای استفاده می‌شود. روایی این ابزار در پژوهش آقاییوسفی و امیرپور (۱۳۹۱) بررسی و ۰/۶۴ گزارش شد. والر و همکاران (۲۰۰۱) همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۶ گزارش کردند. پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها هم بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد. به‌علاوه همسانی درونی برای تمامی خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ بود.

پرسشنامه میل جنسی هالبرت^۳ (HISD)

این پرسشنامه توسط آپت و هالبرت (۱۹۹۲) طراحی شده و قابل استفاده روی نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی است. پرسشنامه از ۲۵ سؤال تشکیل شده که در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. برحسب یافته‌های پژوهش تیمورپور و همکاران (۱۳۸۹)، ضرایب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ برآورد شد که نشانه همسانی درونی خوب است و روایی ملاکی و سازه این شاخص نیز مناسب گزارش شده است.

بسته آموزش طرحواره‌درمانی

ده جلسه طرحواره‌درمانی ۹۰ دقیقه‌ای متشکل از سه مرحله آغازین (یک جلسه مقدماتی، دو جلسه مداخله)، مرحله میانی (پنج جلسه مداخله)، و پایانی (دو جلسه مداخله) بود. اهداف مرحله آغازین عبارت بود از: ایجاد فضایی امن برای به‌وجودآمدن احساس امنیت در مراجع، آشنایی آزمودنی با مفهوم‌پردازی و اهداف کلی طرحواره‌درمانی، توضیح خطوط کلی جلسات اعم از مسئولیت‌پذیری در قبال فرایند درمان، لزوم اصل رازداری، سعی در خودافشایی از طریق ابراز افکار و احساسات، توافق در مورد زمان و مکان برگزاری جلسات، اجرای خط پایه در ابتدای جلسه اول، درخواست از آزمودنی برای بیان داستان زندگی، کمک به خودابرازگری و خودآشکارسازی مراجع، برقراری ارتباط درمانی همدلانه و اعتمادسازی برای خودافشایی بهتر، شناخت طرحواره‌های ناسازگار خود و آشناسدن با انواع سبک‌های مقابله‌ای. در مرحله میانی، مداخلات و راهبردهای رفتاری طرحواره‌درمانی، مداخلات شناختی طرحواره‌درمانی، آشنایی با انواع ذهنیت‌ها و مداخلات تجربی طرحواره‌درمانی صورت پذیرفت. در مرحله پایانی، موارد زیر انجام گرفت: الگوشکنی رفتاری و جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای الگوهای طرحواره‌ای، کمک به مراجع برای درک بهتر ارزش‌ها و اهداف و هدف‌گذاری بهتر برای زندگی فردی و خانوادگی، اهمیت‌دادن به نیاز جنسی به‌عنوان یکی از نیازهای مهم، شناخت عوامل یک عملکرد جنسی کامل و سالم و اطلاع دهی در مورد پیامدها و آسیب‌های ختنه در دختران.

جدول ۱. خلاصه مداخله درمانی بر پایه الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۶)

| مراحل | جلسات | اهداف و محتوا |
|--------|--------------------|---|
| آغازین | جلسه اول (مقدماتی) | ایجاد فضای امن برای به‌وجودآمدن احساس امنیت در مراجع، آشنایی آزمودنی با مفهوم‌پردازی و اهداف کلی طرحواره‌درمانی، توضیح خطوط کلی جلسات شامل: مسئولیت‌پذیری در قبال فرایند درمان و لزوم اصل رازداری، سعی در خودافشایی از طریق ابراز افکار و احساسات، توافق در مورد زمان و مکان برگزاری جلسات، اجرای خط پایه در ابتدای جلسه اول، درخواست از آزمودنی برای بیان داستان زندگی، کمک به خودابرازگری و خودآشکارسازی مراجع، برقراری ارتباط درمانی همدلانه و اعتمادسازی برای خودافشایی بهتر، شناخت طرحواره‌های ناسازگار خود و آشناسدن با انواع سبک‌های مقابله‌ای |
| | جلسه دوم (مداخله) | |
| | جلسه سوم (مداخله) | |

1 Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ_SF)

2 Young, J.

3 Halbert index of sexual desire

ادامه جدول ۱. خلاصه مداخله درمانی بر پایه الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۶)

| مراحل | جلسات | اهداف و محتوا |
|--------|--|---|
| میانی | جلسات چهارم تا هشتم (مداخله) | مداخلات و راهبردهای رفتاری طرحواره درمانی، مداخلات شناختی طرحواره‌درمانی، آشنایی با انواع ذهنیت‌ها و مداخلات تجربی طرحواره‌درمانی |
| پایانی | جلسه نهم (مداخله) جلسه دهم (مداخله) | الگوشکنی رفتاری و جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد به جای الگوهای طرحواره‌ای، کمک به مراجع برای درک بهتر ارزش‌ها و اهداف و هدف‌گذاری بهتر برای زندگی فردی و خانوادگی، اهمیت‌دادن به نیاز جنسی به‌عنوان یکی از نیازهای مهم، شناخت مؤلفه‌های عملکرد جنسی کامل و سالم و اطلاع‌دهی درمورد پیامدها و آسیب‌های ختنه در دختران، اجرای پس‌آزمون فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ |

منبع: یانگ و همکاران (۲۰۰۶)

ویژگی‌های شرکت‌کننده‌ها

شرکت‌کننده الف

ص ۴۴ ساله، اهل و ساکن قشم، دارای تحصیلات دیپلم و از طبقه اجتماعی-اقتصادی متوسط به بالا است. در چهارسالگی عمل ختنه (بریدن بخشی از کلیتوریس) انجام داده است. متأهل و دارای سه فرزند (دو دختر و یک پسر) است. او از طریق گروه‌های فضای مجازی با کلاس‌های آموزشی مساجد محله آشنا شده و علاقه‌مند به یادگیری و بهبود زندگی خود از طریق آموزش است. شرکت‌کننده کاهش میل جنسی خود را براساس شاخص میل جنسی هالبرت (۱۹۹۲) گزارش کرد.

شرکت‌کننده ب

ف ۳۸ ساله، اهل و ساکن قشم، متأهل و دارای سه فرزند (یک دختر و دو پسر) است. تحصیلات او دیپلم و از طبقه اجتماعی-اقتصادی متوسط است. حدود پنج یا شش‌سالگی عمل ختنه (بریدن بخشی از کلیتوریس) انجام داده و به انجام این عمل براساس سنت خانوادگی اعتقاد دارد و برای دخترش هم انجام داده است. از طریق فضای مجازی و دوستان با کلاس‌های آموزشی در مساجد آشنا شده و در آن شرکت کرده است و علاقه‌مند به آموزش و یادگیری است. شرکت‌کننده کاهش میل جنسی خود را براساس شاخص میل جنسی هالبرت (۱۹۹۲) گزارش کرد.

شرکت‌کننده ج

ه ۳۳ ساله، اهل و ساکن قشم، متأهل و دارای دو فرزند (یک دختر و یک پسر) است. مدرک تحصیلی او کارشناسی و از طبقه اجتماعی متوسط به بالا است. عمل ختنه (برداشتن جزئی کلیتوریس و لب‌های کوچک واژن) را در حدود پنج‌سالگی انجام داده و وی نیز دختر خود را براساس سنت حاکم در محیط خانواده ختنه کرده است. آزمودنی از طریق دوست خود با کلاس‌های آموزشی آشنا شده و از آنجا که روانشناسی را از دوران دبیرستان دوست دارد، علاقه‌مند به شرکت در مطالعه و پژوهش است. شرکت‌کننده کاهش میل جنسی خود را براساس شاخص میل جنسی هالبرت (۱۹۹۲) گزارش کرد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پژوهش حاضر با این فرضیه که «رویکرد طرحواره‌درمانی سبب بهبود میل جنسی زنان ختنه‌شده قشم می‌شود» با استفاده از طرح پژوهشی تک‌موردی انجام گرفت. در طرح‌های پژوهشی تک‌موردی مانند طرح پژوهشی مطالعه حاضر، روش ترسیم نمودار مفیدترین و قابل‌قبول‌ترین روش برای تفسیر نتایج است (وکیل نظری، محمدخانی و دولت‌شاهی، ۱۳۹۰). در ادامه، نتایج پژوهش در قالب توصیف بیوگرافی درمانجو و نتایج آزمون‌های اجراشده برای درمانجو در مراحل مختلف به کمک اعداد و ارقام ترسیم و در مراحل مختلف مداخله بررسی می‌شود.

یافته‌ها

الف) توصیف شاخص‌ها

یافته‌های کلی پژوهش و درصد بهبودی میل جنسی مراجعان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. درصد بهبودی نمرات میل جنسی شرکت‌کنندگان

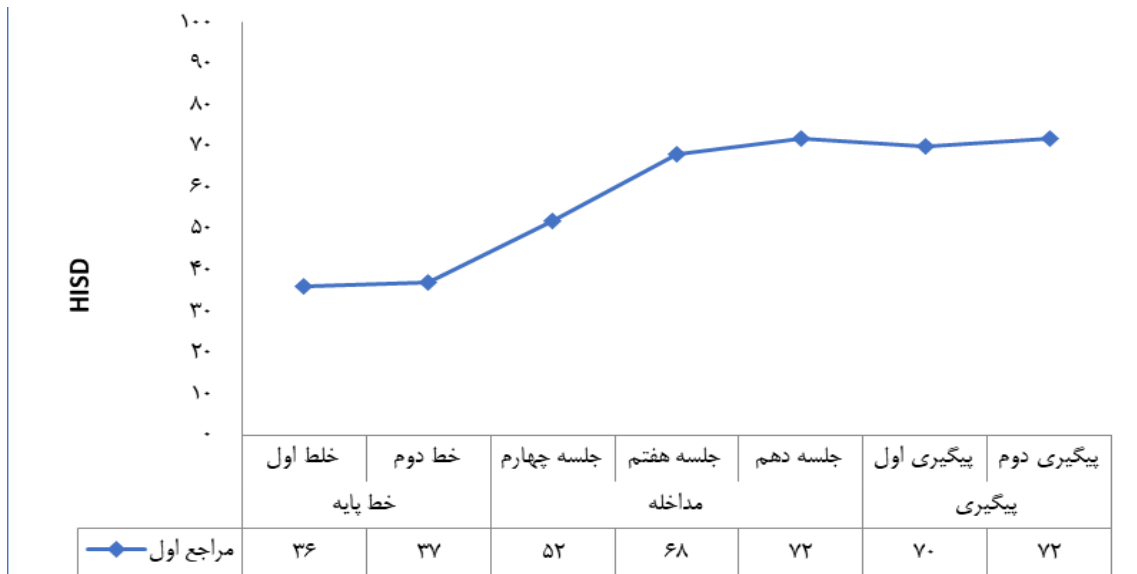
| مراجع الف | مراجع ب | مراجع ج | |
|-----------|---------|----------|--------------|
| ۳۷ | ۴۲ | ۱۵ | نمره خط پایه |
| ۷۲ | ۶۶ | ۳۹ | نمره نهایی |
| ۹۴ درصد | ۵۷ درصد | ۱۶۰ درصد | درصد بهبودی |

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود درصد بهبودی شاخص میل جنسی هریک از مراجعان نشان داده شده است. بیشترین درصد بهبودی ۱۶۰ و مربوط به مراجع سوم و کمترین درصد بهبودی ۵۷ است که به مراجع دوم تعلق دارد. در ادامه روند تغییرات نمرات طرحواره‌ها طی تکمیل هفت بار اندازه‌گیری یعنی دو خط پایه در دو هفته قبل از مداخله و جلسه مقدماتی، سه آزمون در فرایند مداخله یعنی در آغاز جلسه چهارم، هفتم و دهم و در نهایت دو اندازه‌گیری پیگیری بعد از دو هفته و بعد از چهار هفته بعد از اتمام جلسات در قالب جدول‌ها و نمودارهای زیر ارائه می‌شود.



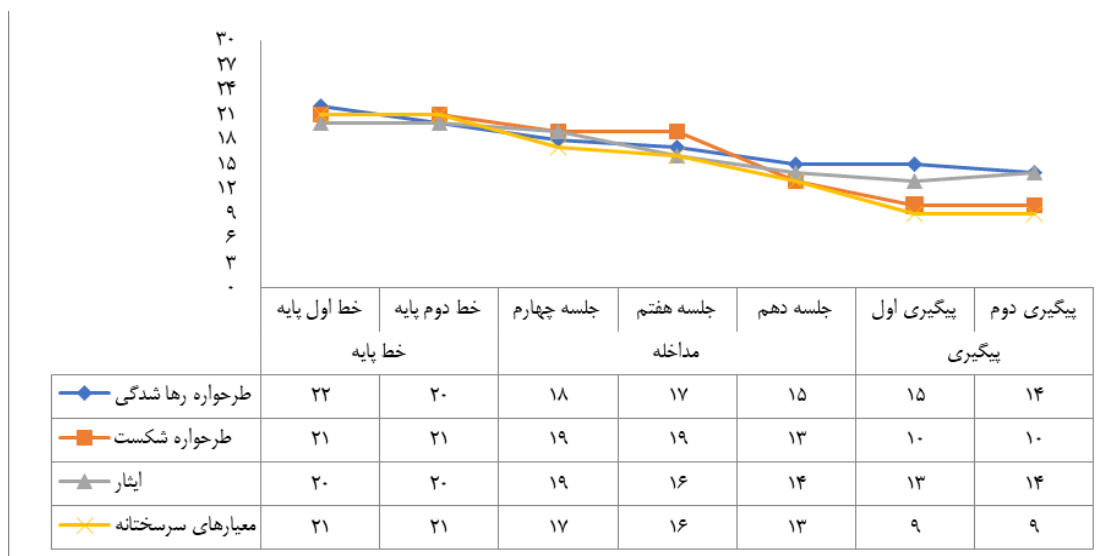
نمودار ۱. نمرات خام طرحواره‌های مراجع الف و نمودار روند تغییرات

مراجع الف با توجه به نمره آزمون طرحواره‌ها، طرحواره رهاشدگی قوی داشت که با توجه به اینکه مادر همه طرحواره‌ها، طرحواره رهاشدگی/بی‌ثباتی است، با تمرکز فرایند درمانی روی این طرحواره، میزان طرحواره‌های دیگر به مقدار چشمگیری تغییر یافت؛ به طوری که از خط پایه ۲۱ به نمره ۱۲ در آخرین جلسه رسید که از خط برش هم کمتر است. در جلسات پیگیری، از درمان رضایت داشت و بیان کرد احساس آرامش می‌کند.



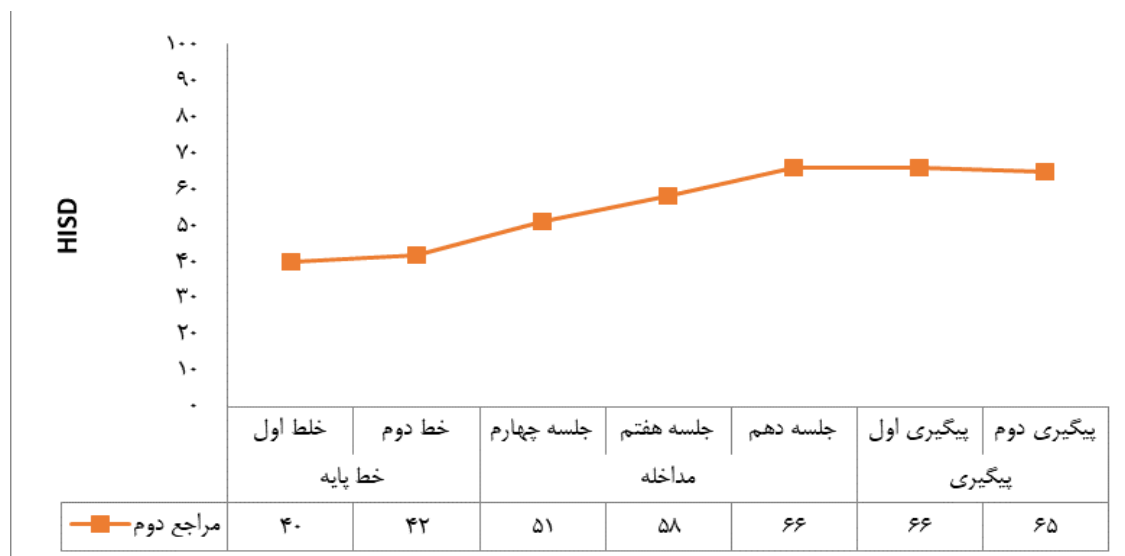
نمودار ۲. روند تغییرات شاخص میل جنسی مراجع الف

تغییرات بهبود میل جنسی مراجع الف هم‌زمان با پیشرفت جلسات طرحواره‌درمانی در این نمودار قابل مشاهده است. روند یا شیب نمودار ۲ افزایش پیوسته‌ای را تا جلسه آخر درمان در میزان تمایل جنسی نشان می‌دهد. همچنین میزان ۹۴ درصد بهبودی، اثربخشی مداخله را معنادار می‌کند.



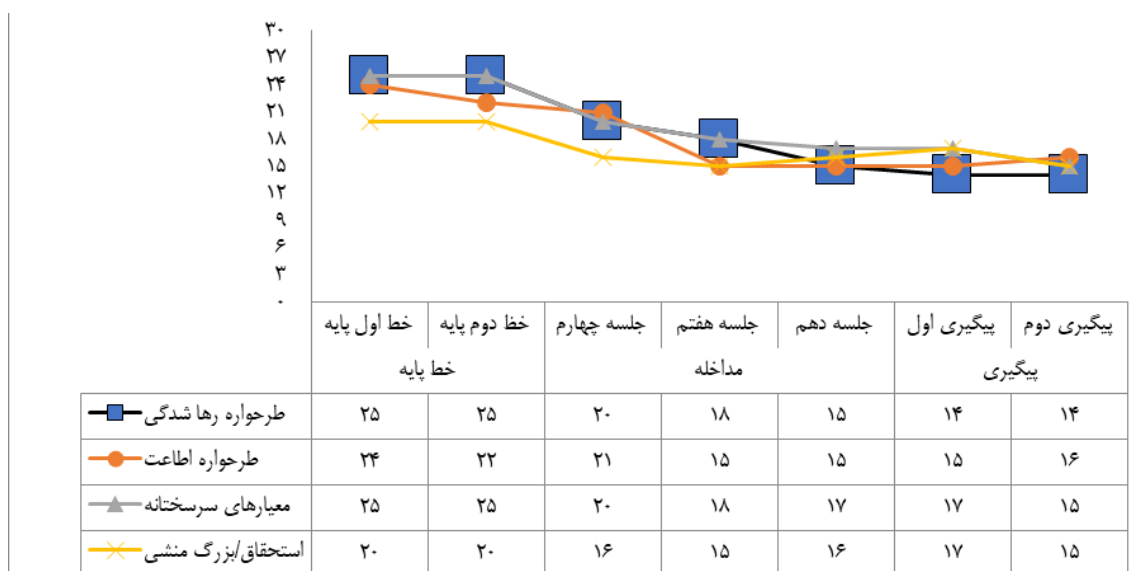
نمودار ۳. نمرات خام طرحواره‌های مراجع ب و روند تغییرات

تمرکز مداخله روی مراجع ب به علت طرحواره قوی شکست، روی این طرحواره بود که ناشی از احساس شرمی بود که از جنسیت خود داشت و سبب سلب اعتماد به نفس او شده بود. باور بنیادین او بی‌کفایتی بود و پس از مداخله با پیشرفت درمان، همان‌گونه که در نمودار ۳ مشخص است، طرحواره‌ها به شکل مشهودی روند نزولی داشتند.



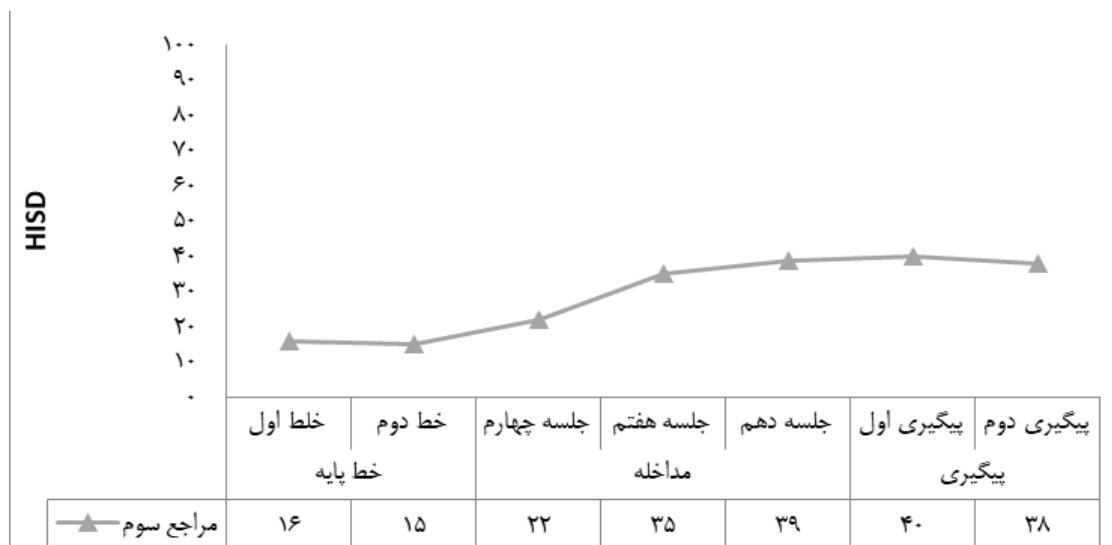
نمودار ۴. روند تغییرات شاخص میل جنسی مراجع ب

با توجه به نمودار ۴، روند تغییر نمرات شاخص میل جنسی این مراجع در مرحله خط پایه در حد نسبتاً ثابتی قرار دارد و هم‌زمان با جلسات روان‌درمانی طرحواره‌محور، روند تغییر نمرات از جلسه اول با افزایش سطح نمرات، تغییرپذیری به‌صورت پیوسته تا جلسه آخر درمان ادامه دارد. در مرحله پیگیری، روند تغییر نمرات ثبات یافته و بهبودی ۵۷ درصدی شاخص میل جنسی، روند اثربخشی را از نظر بالینی معنادار کرده است.



نمودار ۵. نمرات خام طرحواره‌های مراجع ج و روند تغییرات

تعداد طرحواره‌ها و همچنین نمرات هرکدام از طرحواره‌های شرکت‌کننده ج بیشتر از دو نفر دیگر بود. طرحواره رهاشدگی او که از کودکی بر اثر اختلافات دائمی بین پدر و مادر به‌وجود آمده بود، در بزرگسالی موجب شک و چک‌کردن مداوم همسر بروز یافته بود و موجب جروبحث دائمی آن‌ها می‌شد. او با شناخت طرحواره‌ها و علت رفتارهای خود که ناشی از فعال‌شدن این طرحواره‌ها بود، آموزش‌های لازم را برای مقابله سازگارانه با این طرحواره‌ها دید. نمود این تغییرات در فرایند درمان در نمودار ۵ مشخص است.



نمودار ۶. روند تغییرات شاخص میل جنسی مراجع ج

براساس نمودار ۶ نمرات پرسشنامه شاخص میل جنسی هالبرت، مراجع روند تغییر در سطح و شیب تمایل جنسی خود را از جلسه اول شروع کرده و این روند صعودی شبیه به دو مراجع قبلی تا جلسه آخر تداوم داشته است. بهبودی ۱۶۰ درصدی بالاترین درصد بهبودی در بین این سه مراجع است. نمره خط پایه حکایت از کمبود میل جنسی بالا یا حتی اختلال در میل جنسی دارد، اما با ادامه فرایند طرحواره‌درمانی و کاهش نمرات طرحواره‌ها، بهبود ۱۶۰ درصدی شاخص میل جنسی نسبت به خط پایه مشاهده می‌شود که این تغییر، اثربخشی معنادار روند مداخله روان‌درمانی طرحواره‌محور بر بهبود میل جنسی را بیان می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود میل جنسی زنان ختنه‌شده جزیره قشم بود. نتایج نشان داد طرحواره‌درمانی، میل جنسی زنان ختنه‌شده نمونه پژوهش را افزایش می‌دهد و آن را بهبود می‌بخشد. این یافته با مطالعات افضل‌گروه و همکاران (۱۳۹۶)، دارینی و همکاران (۱۳۹۲)، محمدی و همکاران (۲۰۲۰) و دربی، پلگ-سگی و دورون (۲۰۱۶) همسو است. چنان‌که ذکر شد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای بنیادی و ناکارآمدی هستند که عمیقاً در الگوی تفکر شخص درباره خود و جهان جا افتاده‌اند و ممکن است عاملی برای آسیب‌پذیری در مشکلات جنسی تلقی شوند. به‌زعم نوبره و پینتو-گوویا^۱ (۲۰۰۹) باورهای ناکارآمد به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز در فعال‌کردن طرحواره‌های ناسازگار منفی در موقعیت‌های جنسی عمل می‌کنند. درواقع طرحواره‌های شناختی مسئول نحوه تفسیر فرد از تجربیات خود هستند و بنابراین فعال‌شدن این طرحواره‌ها به‌واسطه رویدادهای منفی جنسی، بر عملکرد جنسی، سیستم اطلاعاتی و انگیزشی افراد تأثیرگذار است. درنتیجه احساسات منفی را تحریک می‌کند و بنابراین نه تنها بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، بلکه رضایت جنسی را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و چرخه معیوب می‌سازد (نوبره^۲، ۲۰۱۰)؛ برای مثال تجربیات عمومی شکست یا احساس توانایی ناکافی در عملکرد موفقیت‌آمیز ممکن است به‌عنوان محرکی برای برخی طرحواره‌های ناسازگار (برای مثال وابستگی/بی‌کفایتی) در موقعیت‌های جنسی عمل کند و اگر وضعیت جنسی خاصی براین‌اساس ادراک شود، طرحواره‌های ناسازگار ایجاد می‌شود و طرحواره‌های شناختی منفی خاص مرتبط با موقعیت‌های جنسی فعال می‌شوند. پس از فعال‌شدن، طرحواره‌ها اطلاعات شخص را به‌سوی محرک وابسته به عشق شهوانی سوق می‌دهند و به‌صورت خودکار، افکار و احساساتی منفی تولید می‌کنند که در تحریک جنسی مداخله می‌کنند (نوبره و پینتو-

1. Nobre & Pinto-Gouveia
2. Nobre

گوویا، ۲۰۰۹؛ گومز و نوبره^۱، ۲۰۱۲). طرحواره‌هایی که مربوط به جنبه‌های جنسی هستند، از تجربیات گذشته فرد مشتق می‌شوند و در تجربیات فعلی او ظهور پیدا می‌کنند. همچنین بر پردازش اطلاعات اجتماعی مربوط به فعالیت جنسی تأثیرگذارند و آن را هدایت می‌کنند. به همین سبب بازخوردهای جنسی مثبت موجب رضایت در عملکرد جنسی و بازخوردهای منفی مشتمل بر تضاد و ضعف، سبب ناراحتی و مشکلات جنسی می‌شود (زرگری‌نژاد و احمدی، ۲۰۲۰).

مفهوم‌سازی طرحواره‌ها، هم به درمانگر و هم به مراجع اجازه می‌دهد تا با دیدگاهی یکپارچه به بدکارکردی جنسی بپردازد، باورهای مربوط به خود، دیگران و رابطه را بررسی کنند (دربی، پلگ-سگی و دورون، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر، شناخت این طرحواره‌ها به افراد کمک می‌کند تا درک بهتری از مشکلات خود بیابند و آن‌ها را به‌درستی تعریف کنند. بیشتر درمانگران این حوزه به افراد کمک می‌کنند تا با تأکید بر روابط عاطفی از کودکی تا امروز، طرحواره‌های اصلی خود را شناسایی کنند. بدین ترتیب افراد از مشکل خود در روابط آگاه می‌شوند و سعی می‌کنند با انگیزه‌ای قوی‌تر آن‌ها را حل کنند و به عملکرد بهتر جنسی دست یابند. درواقع، رفتار جنسی، بخشی از شخصیت و مجموعه‌ای از باورها، نگرش‌ها و عملکردهای بیان‌شده توسط افراد در روابط خود با جنس مخالف تلقی می‌شود (طوسی و شاره، ۲۰۱۹). تغییر طرحواره‌ها، باورها و نگرش‌های افراد را نسبت به روابط جنسی تغییر می‌دهد و از این‌رو می‌تواند به بهبود عملکرد و ایجاد روابط سازگارانه‌تر زناشویی کمک کند (محمدی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین افزایش توانایی خودمراقبتی هیجانی افراد پیرو شناخت نیازهای روان‌شناختی، یکی از اهداف روشن طرحواره‌درمانی است (تیم^۲، ۲۰۱۷). بدین ترتیب، تغییر باورهای شناختی از یک سو و شناخت نیازهای اساسی و هیجانات از سوی دیگر، به افراد کمک می‌کند تا طرحواره‌های ناسازگار خود را تغییر دهند و باورهایشان نسبت به روابط جنسی تغییر کند.

چنان‌که پیش‌تر ذکر شد، زنانی که ختنه شده‌اند علاوه بر آنکه در معرض خطرات شایع سلامتی ختنه در طولانی‌مدت شامل کیست و آبسه پوستی و عفونت مزمن لگن هستند (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۲۰۱۱؛ ال‌دفراوی و همکاران^۳، ۲۰۰۱؛ آلبینا و همکاران، ۲۰۲۰)، در معرض مشکلات ناشی از خاطرات آسیب‌زا در ارتباط با ختنه نیز قرار دارند (النشر و همکاران، ۲۰۰۷؛ نایت و همکاران، ۱۹۹۹؛ جوهانسون، ۲۰۰۷). این در حالی است که میل جنسی تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار دارد و به‌طور کلی شامل دو مؤلفه اصلی است: سائق جسمی (بیولوژیکی) و انگیزش (روان‌شناختی). سائق جسمی عمدتاً با سلامت عمومی، سن، نیازهای هورمونی و خلق تنظیم می‌شود؛ درحالی‌که انگیزش با تجارب قبلی و عواملی مانند کیفیت و مدت رابطه تنظیم می‌شود (رایمر و همکاران، ۲۰۱۰). از این‌رو می‌توان گفت زنانی که ختنه شده‌اند، احتمالاً بیش از زنان دیگر در معرض مشکلات جنسی و کمبود میل جنسی قرار دارند؛ به‌ویژه آنکه این عمل معمولاً با خاطرات دردناک و ناراحت‌کننده همراه است و از آنجا که این عمل معمولاً در کودکی و به‌موازات رشد نیازهای اساسی رخ داده، ظهور طرحواره‌های ناسازگار محتمل به‌نظر می‌رسد.

به‌طور کلی می‌توان گفت به‌دلیل آنکه تمایل جنسی به عوامل دیگری غیر از عامل فیزیولوژیکی ارتباط دارد، می‌توان از رویکردهای روان‌درمانی برای بهبود میل جنسی کمک گرفت. با توجه به نتایج تحقیقات انجام‌شده درخصوص اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود میل جنسی و نتیجه این پژوهش می‌توان گفت رویکرد طرحواره‌درمانی به‌عنوان یک روش مؤثر روان‌شناختی در بهبود میل جنسی زنان ختنه‌شده، قابلیت اجرا در مراکز درمانی را دارد و همچنین می‌توان آن را به‌عنوان مکمل درمان پزشکی به‌کار گرفت و بدین‌گونه از پیامدهای آسیب‌زای این اختلال در سطح فردی و زناشویی ممانعت کرد.

با این همه، به برخی محدودیت‌ها در این پژوهش باید توجه داشت. به‌دلیل بررسی موردی و کوچک‌بودن نمونه مورد بررسی، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد. همچنین این نتایج در سایر جوامع باید تکرار شود؛ به‌ویژه آنکه پیشینه پژوهشی در این زمینه بسیار اندک است. تنها ابزار مورد استفاده در این تحقیق، پرسشنامه بود و به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از سایر ابزارهای سنجش مانند مصاحبه‌های عمیق نیز بهره‌گیرند. درنهایت، از آنجا که عمل ختنه به شیوه ثابتی انجام نمی‌شود، برای بررسی شدت آسیب، به متخصص پزشک (متخصص زنان یا ماما) نیاز بود که در این پژوهش میسر نبود. به‌طور کلی

1. Gomes & Nobre
2. Thimm
3. El-Defrawi et al.

می‌توان گفت نیاز به تحقیقات در این زمینه همچنان احساس می‌شود و بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود به بررسی همه‌جانبه‌تر و گسترده‌تر مشکلات جنسی در زنان ختنه‌شده و تلاش برای درمان این مشکلات بپردازند.

سپاسگزاری

این پژوهش علاوه بر تلاش پژوهشگران، حاصل همکاری بی‌دریغ شرکت‌کنندگان در این مطالعه است. بدین‌وسیله از تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، قدردانی می‌شود.

منابع

- افضلی گروه، ع.، نصرت‌آبادی، م.، قاسم‌زاده، م.، و چوبدار، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود کمبود میل جنسی زنان متأهل شهر سیرجان. *مجله سلامت جامعه*. ۱۱(۳)، ۳۸-۴۶.
- آقایوسفی، ع.، و امیرپور، ب. (۱۳۹۱). روایی و پایایی پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کودکان با استفاده از تحلیل عاملی. *پژوهنده*. ۱۷(۵)، ۲۶۵-۲۷۱.
- تیمورپور، ن.، مشتاق بیدختی، ن.، و پورشهباز، ع. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های دلبستگی، رضایتمندی زناشویی و احساس گناه جنسی با میل جنسی در زنان. *روان‌شناسی بالینی*. ۲(۳)، ۱-۱۴.
- دارینی، م.، شفیع‌آبادی، ع.، نوایی‌نژاد، س.، دلاور، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افزایش رضایت جنسی زنان. *تحقیقات مدیریت آموزشی*. ۴(۳)، ۳۳-۴۲.
- زرگری‌نژاد، ف.، احمدی، م. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای طرحواره خود جنسی در رابطه بین کنش‌ورزی جنسی و رضایت جنسی در دانشجویان زن متأهل دانشگاه الزهرا (س) و دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران-جنوب در زمستان ۱۳۹۶. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۲۵(۴)، ۴۱۲-۴۲۷.
- لطفی، ر.، دنیوی، و.، و خسروی، ز. (۱۳۸۶). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلالات شخصیت و سربازان سالم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*. ۵(۲)، ۱۲۶۶-۱۲۶۱.
- محمودی، س.، حافظی، ف.، احتشام‌زاده، ص.، افتخار سعیدی، ز.، و بختیارپور، س. (۱۳۹۹). تأثیر طرحواره‌درمانی بر عزت‌نفس جنسی زنان درگیر در تعارضات زناشویی. *بولتن سلامت زنان*. ۷(۲)، ۴۹-۵۵.
- محمود، م. ای. ح. (۱۳۹۵). تأثیر ختنه زنان بر عملکرد جنسی زنان، اسکندریه، مصر. *مجله پزشکی اسکندریه*. ۵۲(۱)، ۵۹-۵۵.
- هاشمیان، س. س.، شایان، ش.، امیدوار، آ.، و مدرس غروی، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت جنسی در زنان شاغل دانشگاه‌های فردوسی مشهد و شیراز. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۷(۴)، ۱۹۶-۱۹۲.

References

- Afzali Grouh, A. S., Nosratabadi, M., Qasemzadeh, M., Choobdari, A. (2017). The effectiveness of schema therapy on improving the lack of sexual desire in married women in Sirjan. *Journal of Community Health*, 11(3), 38-46. (in Persian)
- Agha Yousefi, A. R., & Amirpour, B. (2012). Validity and reliability of the early maladaptive schemas inventory in children, using factor analysis. *Pejouhandeh*, 17(5), 265-71. <http://pajouhande.sbm.ac.ir/article-1-1399-fa.html> (in Persian)
- Alinia, C., Pirooz, B., Jahanbin, F., Safari, H., Mohamadi-Bolbanabad, A., Kazemi-Karyani, A., ... & Ebrahimi, M. (2020). Estimating utility value for female genital mutilation. *BMC public health*, 20, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08947-4>
- Andersson, S. H. A., Rymer, J., Joyce, D. W., Momoh, C., & Gayle, C. M. (2012). Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: A case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(13), 1606-1611. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12004>
- Apt, C. V., & Hurlbert, D. F. (1992). Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18(2), 104-114. <https://doi.org/10.1080/01614576.1992.11074044>

- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 4(11), e006316. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006316>
- Bokaie, M., Khalesi, Z. B., Roozbeh, N., & Mojahed, S. (2020). Female genital mutilation in Southern Iran. *African Health Sciences*, 20(2), 666-667. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i2.16>
- Caldwell, J. C., Orubuloye, I. O., & Caldwell, P. (2000). Female genital mutilation: conditions of decline. *Population Research and Policy Review*, 19(3), 233-254. <https://doi.org/10.1023/A:1026511611930>
- Clayton, A. H., & Hamilton, D. V. (2010). Female sexual dysfunction. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 323-338.
- Darini, M., Shafi'abadi, A., Navabinejad, S., & Delavar, A. (2013). The effectiveness of schema therapy on increasing women's sexual satisfaction. *Educational Management Research*, 4 (3), 33-42. (in Persian)
- Derby, D. S., Peleg-Sagy, T., & Doron, G. (2016). Schema therapy in sex therapy: A theoretical conceptualization. *Journal of sex & marital therapy*, 42(7), 648-658. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113586>
- El-Defrawi, M. H., Lotfy, G., Dandash, K. F., Refaat, A. H., & Eyada, M. (2001). Female genital mutilation and its psychosexual impact. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 465-473. <https://doi.org/10.1080/713846810>
- Elnashar, A. M., EL-Dien Ibrahim, M., El-Desoky, M. M., Ali, O. M., & El-Sayd Mohamed Hassan, M. (2007). Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG: An international journal of obstetrics & gynaecology*, 114(2), 201-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01106.x>
- Hashemian, S. S., Shayan, S., Omidvar, A., & Modarres Gharavi, M. (2015). Relationship between early maladaptive schemas and sexual satisfaction in working women in Mashhad Ferdowsi University and Shiraz University, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(4), 192-196. <https://doi.org/10.22038/JFMH.2015.4552> (in Persian)
- Johansen, R. E. (2017). Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Cult Health Sex*, 19(4), 528-542. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2016.1239838>
- Knight, R., Hotchin, A., Bayly, C., & Grover, S. (1999). Female genital mutilation-experience of the royal women's hospital, Melbourne. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(1), 50-54. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828x.1999.tb03444.x>
- Lotfi, R., Dinavi, V., & Khosravi, Z. (2007). Comparison of primary maladaptive schemas in soldiers with category B personality disorders and healthy soldiers. *Journal of the University of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran Army*, 5(2) 1266-1261. <https://doi.org/10.22098/jld.2018.679> (in Persian)
- Mahmoud, M. I. H. (2016). Effect of female genital mutilation on female sexual function, Alexandria, Egypt. *Alexandria Journal of Medicine*, 52(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2015.03.003>
- Mohammadi, S., Hafezi, F., Ehteshamzadeh, P., Eftekhar Saadi, Z., & Bakhtiarpour, S. (2020). The effect of schema therapy on sexual self-esteem in the women involved in marital conflicts. *Women's Health Bulletin*, 7(2), 49-55. <https://doi.org/10.30476/whb.2020.86498.1058> (in Persian)
- Mulongo, P., Hollins Martin, C., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of female genital mutilation/cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), 469-485. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.949641>
- Najjaran Toussi, H., & Shareh, H. (2019). Changes in the indices of body image concern, sexual self-esteem and sexual body image in females undergoing cosmetic rhinoplasty: a single-group trial. *Aesthetic plastic surgery*, 43, 771-779. <https://doi.org/10.1007/s00266-019-01336-2>
- Neumann, C. S., Schmitt, D. S., Carter, R., Embley, I., & Hare, R. D. (2012). Psychopathic traits in females and males across the globe. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(5), 557-574. <https://doi.org/10.1002/bsl.2038> (in Persian)
- Nobre, P. J. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1429-1437. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01656.x>

- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 842-851.
- Obiora, O. L., Maree, J. E., & Nkosi-Mafutha, N. G. (2020). Experiences of young women who underwent female genital mutilation/cutting. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4104-4115. <https://doi.org/10.1111/jocn.15436>
- Odo, A. N., Dibia, S. I. C., Nwagu, E. N., Umoke, M., & Umoke, P. C. I. (2020). Towards characterization of Female Genital Mutilation (FGM) in rural Nigeria. *African Health Sciences*, 20(4), 1968-1978. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i4.55>
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2017). The activation of incompetence schemas in response to negative sexual events in heterosexual and lesbian women: The moderator role of personality traits and dysfunctional sexual beliefs. *The Journal of Sex Research*, 54(9), 1188-1196. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2016.1267103>
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 311-320. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9853-y>
- Reisel, D., & Creighton, S. M. (2015). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*, 80(1), 48-51. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.009>
- Rymer, J., Wylie, K., Barnes, T., Mander, A., Buckler, H., & Dean, J. (2010). Hypoactive sexual desire disorder. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 12(4), 237-243. <https://doi.org/10.1576/toag.12.4.237.27615>
- Sirocco, T., & Barlow, D. H. (1996). Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. In P. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy*, 419-449. New York: Guilford Press.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02230402>
- Thimm, J. C. (2017). Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 3-17. (in Persian)
- Timurpour, N., Mushtaq Bidakhti, N., & Porschehbaz, A. (2010). The relationship between attachment styles, marital satisfaction and sexual guilt with sexual desire in women. *Clinical Psychology*, 2(3), 1-14.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., & Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(2), 145-164. <https://doi.org/10.1080/14681990120040078>
- Videler, A. C., van Royen, R. J., Legra, M. J., & Ouwens, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(4), 481-491. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000077>
- Waller, G., Shah, R., Ohanian, V., & Elliott, P. (2001). Core beliefs in bulimia nervosa and depression: The discriminant validity of Young's Schema Questionnaire. *Behavior Therapy*, 32(1), 139-153. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80049-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80049-6)
- Wiegel, M., Scepkowski, L. A., & Barlow, D. H. (2007). Cognitive-affective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. In *Kinsey Institute Conference*, 1st, Jul, 2003, Bloomington, IN, US; this work was presented at the aforementioned conference. Indiana University Press
- World Health Organization. (2008). *Eliminating Female Genital Mutilation*. Geneva: World Health Organization; pp. 4, 22-8
- World Health Organization. (2011). *An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM): Progress report* (No. WHO/RHR/11.18). World Health Organization
- World Health Organization. (2013). *Female Genital Mutilation*. Geneva: World Health Organization; February 2013.
- World Health Organization. (2020). Female genital mutilation (FGM). Types of FGM. Accessed June 20 <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange

- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, USA: Guilford Press
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zargarinejad, F., & Ahmadi, M. (2019). The mediating role of sexual self-schema in the relationship between sexual activity and sexual satisfaction in married female students of Alzahra University and Islamic Azad University of Tehran-South Branch in the winter of 2016. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25(4), 412-427. (in Persian)