

## اثربخشی طرحواره درمانی بر وسواس فکری- عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل The efficacy of schema therapy on obsessive compulsive disorder and Marital Satisfaction on Married Women

Leila baniadam  
Shahrokh Makvand Hoseini  
Mastoreh Sedaghat

لیلا بنی آدم\*  
شاهرخ مکوندحسینی\*\*  
مستوره صداقت\*\*\*

### چکیده

### Abstract

Schema therapy is known as a therapeutic approach to the physical and psychological needs of individuals. The purpose of this study is to investigate the effect of schema therapy on obsessive compulsive disorder and marital satisfaction. The statistical population included all married women aged 25-45 years in Tehran in 1395. Using a randomized controlled trial, samples of 60 married women were selected using available sampling method and randomly divided into two groups of 30 control and experimental groups. The research tools included Enrich's marital satisfaction questionnaire and Madsely's obsessive-compulsive Inventory (MOCI). All subjects first completed the Madsely obsessive-compulsive Inventory (MOCI). The experimental group participated in the course of the schema, but the control group had simple appointments with the therapist. Data were extracted from questionnaires and analyzed by covariance analysis. The results of covariance test showed that schema therapy reduced the symptoms of intellectual-obsessive-compulsive and increased marital satisfaction compared with the control group. The results showed that Schema therapy has been effective in reducing all components of Obsessive-Compulsive-disorder schema therapy has also been effective in increasing marital satisfaction. And the sex component had the highest increase and the conflict resolution had the least increase and did not significantly increase the two components of financial management and religious orientation. The results of this study indicate that schema therapy can be an effective treatment to reduce Obsessive-Compulsive-disorder and increase marital satisfaction.

**Key Words:** schema therapy, Obsessive-Compulsive-disorder, marital satisfaction

طرحواره درمانی به عنوان شیوه‌ای درمانی برای دستیابی به نیازهای روانی و جسمانی افراد شناخته شده است. هدف از این پژوهش بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر علائم وسواس فکری- عملی و رضایت زناشویی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل ۲۵-۴۵ ساله شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی نمونه‌ای مشتمل بر ۶۰ نفر از زنان متأهل شهر تهران با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به‌گونه تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره گروه کنترل و گروه آزمایش تقسیم شدند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و وسواس فکری- عملی مادسلی (MOCI) بود. کلیه آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادسلی (MOCI) را تکمیل کردند. گروه آزمایش در دوره‌های طرحواره درمانی شرکت کردند، اما گروه کنترل ملاقات‌های ساده با درمانگر داشتند. داده‌ها از پرسشنامه‌ها استخراج، و با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که طرحواره درمانی موجب کاهش علائم وسواس فکری- عملی و افزایش رضایت زناشویی در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین طرحواره درمانی بر افزایش رضایت زناشویی اثربخش بوده است و مولفه رابطه جنسی بیشترین افزایش را داشته و حل تعارض کمترین افزایش را داشته است و به‌طور معنادار باعث افزایش دو مولفه مدیریت مالی و جهت‌گیری مذهبی نشده است. نتایج به دست آمده در این پژوهش حاکی از آن است که طرحواره درمانی می‌تواند روش درمانی مؤثری برای کاهش علائم وسواس فکری- عملی و افزایش رضایت زناشویی باشد.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره درمانی، وسواس فکری- عملی، رضایت زناشویی

email: Baniadam\_1@yahoo.com

\* دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

\*\* دانشیار دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

\*\*\* استادیار دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

Received: 12 Des 2016 Accepted: 7 Apr 2017

پذیرش: ۹۶/۱/۱۸

دریافت: ۹۵/۹/۲۲

## مقدمه

مفهوم رضایت زناشویی، جایگاه برجسته‌ای در مطالعات روابط خانوادگی، ازدواج، بهزیستی فردی و اجتماعی داشته است، بنابراین تحقیقات بیشماری در ارتباط با عوامل تاثیرگذار با آن صورت گرفته است (اکرت کونازوک، ۲۰۰۹). روابط سالم و متعادل، خمیرمایه عشق به زندگی خانوادگی و رضایت‌مندی زناشویی می‌باشد. این روزها، مسائل و مشکلات زیادی از جمله سوءتفاهم و انتظارات نابجا، نوع ارتباط کلامی و غیرکلامی، عدم پای‌بندی به قواعد مشخص، روش مدیریت خانه و ... دست به‌دست هم داده، و سبب سستی و تضعیف روابط خانوادگی شده است. رضایت زناشویی، جهت‌گیری و نگرش مثبت زوجین را نسبت به جنبه‌های گوناگون زندگی زناشویی نشان می‌دهد (برنشتاین، ۲۰۰۵). رضایت فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده می‌باشد، و رضایت از خانواده در حکم رضایت کلی از زندگی است. رابطه زناشویی مثبت، پیش‌بینی کننده قوی محبت و کیفیت زناشویی، و رابطه منفی ملاک تشخیص زوجین مشکل‌دار می‌باشد (منفرد، ۱۳۹۱). پژوهش‌های متعددی به بررسی رضایت زناشویی و سطح سلامت روانی در زوج‌ها پرداخته‌اند و تعداد زیادی از این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رابطه قوی معناداری بین رضایت زناشویی و سلامت روانی زوجین وجود دارد (هاربرت، ۲۰۱۱). از عوامل مهم رضایت زناشویی، ارتباط صمیمانه بین زوجین است. یکی از اختلالاتی که تاثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی افراد به‌خصوص روابط زناشویی دارد، اختلال وسواس فکری- عملی است که توجه بسیاری از روانشناسان، روانپزشکان و پژوهندگان را به خود جلب کرده است. شدت و استمرار این اختلال گاه به حدی می‌رسد که نیرو و کارایی فرد را کاملاً پایین می‌برد و اثری فلج‌کننده در زندگی شخصی و اجتماعی و رضایت زناشویی بر جای می‌گذارد. هوور و اینسل (۲۰۰۸) گزارش کردند که بیماران وسواسی، به علت فقدان صمیمیت جنسی مستعد مشکلات زناشویی هستند. بیماری وسواس، توانایی فرد را برای برقراری یک رابطه صمیمانه و نزدیک تحت تاثیر قرار می‌دهد. در واقع بیماران وسواسی به علت نگرانی از آشکار کردن افکار و احساساتشان، صمیمیت عاطفی کمتری از خود نشان می‌دهند. پژوهش‌ها مشخص کرده است که صمیمیت، ارتباط معنی‌داری با رضایت‌مندی دارد (هاربرت، ۲۰۱۱). تحقیقات بیانگر این مطلب است که اختلال وسواس فکری- عملی در هر یک از طرفین، روابط بین زن و شوهر را خدشه‌دار و رضایت‌مندی زناشویی را نیز کاهش می‌دهد (آکسرای، یلکن، کاپتان اگلو، الفو واوزالتین، ۲۰۱۰). وسواس‌ها که به عنوان نشانه مرکزی در اختلال وسواس- اجبار هستند، بر اساس شدت و آشفتگی از افکار مزاحمی که توسط ۹۹-۸۰ درصد افراد عادی تجربه می‌شود، متمایز می‌شوند (بلوک، موریل، لوسرو، کابتو و کریو، ۲۰۰۴). به اعتقاد کلارک (۲۰۰۴) وسواس‌ها در مقایسه با افکار مزاحم فراوانتر، زمان گیر و همخوان با خود هستند. علی‌رغم همه این تفاوت‌ها میان این دو نوع شباهت‌هایی در محتوا، عقاید زیربنایی و راهبردهای کنترل فکر وجود دارد. در واقع همبستگی نزدیک آنها منجر به ایجاد مدل‌هایی شده که بیانگر ایجاد وسواس‌ها از طریق افکار مزاحم می‌باشد (فرگوس و وو، ۲۰۱۰، به نقل از معین‌الغربائی و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعات نشان داده‌اند که در اختلال وسواس- اجبار، عقاید ناکارآمد در مورد افکار مزاحم و راهبردهای کنترل فکر در شکل‌گیری افکار وسواسی تاثیرگذار هستند (کلارک و اکانر، ۲۰۰۵). در این شرایط، نگرانی به عنوان یک شیوه انطباقی عمل می‌کند، مبنی بر اینکه چگونه سایر راهبردهای کنترل فکر کارکرد دارند، یعنی آنها به افزایش فراوانی افکار وسواسی و مزاحم مرتبط هستند (معین‌الغربائی و همکاران، ۱۳۹۳). اختلال وسواس فکری- عملی، اختلال روانی رایجی است که معمولاً مزمن،

شدید و ناتوان کننده می‌باشد (ابلسون و همکاران، ۲۰۱۴). چندین تئوری شناختی مطرح کرده‌اند که وسواس‌های فکری عملی از انواع باورهای ناکارآمد خاصی ناشی می‌شوند (راچمن، ۱۹۹۷؛ سالکووسکیس، ۱۹۹۶). مدل‌های شناختی اختلال وسواس فکری عملی به خوبی مشخص کرده‌اند که بیشتر مردم افکار ناخوانده و مزاحم را تجربه می‌کنند. هدف مهم این تئوری توضیح این مسئله است که چرا تنها بعضی از افراد افکار ناخوانده را به شکل افکار وسواسی بالینی تجربه می‌کنند؟ از نظر راچمن (۱۹۹۷) افکار ناخوانده (چه خواسته و چه ناخواسته) موضوعات مهمی را در زندگی فرد منعکس می‌کند و اغلب نشانه‌های بیرونی یا درونی آنها را راه‌اندازی می‌کند. او معتقد است تنها زمانی چنین افکار مزاحم و ناخوانده‌ای به صورت افکار وسواسی رشد می‌یابند که فرد اهمیت اغراق آمیزی را به این افکار نسبت می‌دهد و آنها را وحشتناک، زنده، خطرناک، غیراخلاقی و غیره در نظر می‌گیرد. سه بعد از باورهای ناکارآمد مرتبط با OCD شناسایی شده است: الف) مسئولیت‌پذیری/برآورد تهدید، ب) کمال‌گرایی/اطمینان، و ج) اهمیت/کنترل افکار (امانی و همکاران، ۱۳۹۴). اختلال وسواس فکری- عملی، اختلال روانی رایجی است که معمولاً مزمن، شدید و ناتوان کننده است (ابلسون و همکاران، ۲۰۱۴). ملاک‌های تشخیصی برای اختلال وسواس فکری و عملی حاکی از آن هستند که افکار و اعمال وسواسی باعث پریشانی قابل ملاحظه می‌شوند، وقت‌گیر هستند و با عملکرد روزانه فرد تداخل دارند. وسواس میزان شیوع یکسانی در زن و مرد دارد و میزان شیوع آن در طول عمر حدود ۲/۵ درصد می‌باشد (منفرد، ۱۳۹۱). از چالش‌هایی که امروزه درمانگران با آن روبرو هستند، ارائه راهبردهای درمانی موثر برای مراجعان است تا بتوانند در سایه آن، انواع مشکلات خود را در زمینه‌های مختلف زندگی فردی و خانوادگی حل کنند. اقدامات متفاوتی به عنوان شیوه‌های درمانی برای دستیابی به نیازهای روانی و جسمانی افراد انجام شده است. رویکردهای سنتی برای ارزیابی پیامد درمان یا اثربخشی آن عمدتاً متمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری بوده، و کمتر به رضایت زناشویی و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته‌اند. هر چند تغییر در میزان علائم و نشانه‌های بیماری لزوماً نشان‌دهنده تغییر در بهبودی فرد نیست. بنابراین، بیماران مبتلا به وسواس باید به دنبال درمان‌هایی باشند که بتواند علاوه بر کاهش علائم، رضایت زناشویی آنان را هر چه بیشتر بهبود دهد. یکی از انواع درمان‌های شناختی که در واقع گسترش یافته مدل سنتی رفتاردرمانی شناختی است و بیشتر بر رابطه درمانی، تجربه عاطفی و بحث از تجارب اولیه زندگی تأکید دارد، درمان طرحواره محور می‌باشد (یانگ، ۲۰۱۰). طرحواره درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد. چون طرحواره‌درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند، به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید و این عمل از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی و بهبود شادکامی و سلامت برخوردار بوده است (پینتو و همکاران، ۲۰۱۰). یانگ (۲۰۱۲) معتقد است، تاثیراتی که هر فرد از محیط اولیه خود وارد زندگی زناشویی می‌کند، در رضایت یا عدم رضایت آن نقش دارد. بخشی از این تاثیرات، حاصل طرحواره‌هایی هستند که فرد به طور ناخودآگاه همراه با خود وارد زندگی مشترک کرده و این طرحواره‌ها خواه ناخواه بر آن تاثیر می‌گذارند. برخی از طرحواره‌ها، به خصوص طرحواره‌هایی که در نتیجه تجارب بد کودکی ایجاد شده‌اند، ممکن است هسته

اصلی اختلالات رفتاری مزمن و دیگر مشکلات بین فردی باشد. پژوهش‌های متعددی در مورد رابطه طرحواره‌ها با رضایت زناشویی و اختلالات روانی صورت گرفته است (ویلپلم و همکاران، ۲۰۱۵). مارک ویسمن و شری دلینسکی (۱۹۸۷) نشان دادند که فراخوانی طرحواره‌های هر یک از زوجین در جلسات درمانی می‌تواند ارزیابی مفیدی از رضایت یا عدم رضایت زناشویی آنان به عمل آورد. از طرفی مشخص شده رضایت زناشویی در بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد عادی پایین‌تر است. بنابراین، درمانی که بتواند رضایت زناشویی این بیماران را بهبود دهد، درمانی کارآمدتر خواهد بود. نگاهی به پیشینه پژوهشی در این زمینه نشان می‌دهد تاکنون پژوهشی که به‌طور مستقیم اثربخشی طرحواره محور را در بهبود رضایت زناشویی بیماران مبتلا به وسواس بررسی کند، انجام نشده است. با توجه به مطالب ارائه شده و فقدان مطالعات مشابه در این راستا، مطالعه حاضر به منظور مقایسه اثر رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش نشانه‌های وسواس فکری- عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل انجام گردید. لذا پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ برای سوال اصلی پژوهش می‌باشد: آیا طرحواره درمانی وسواس فکری - عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل را بهبود می‌بخشد؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل ۲۵-۴۵ ساله شهر تهران بود. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی کنترل شده تصادفی نمونه‌ای مشتمل بر ۶۰ نفر از زنان متأهل با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به‌گونه تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره گروه کنترل و گروه آزمایش تقسیم شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این شرح بود: ۱. حداقل یک سال از ازدواجشان گذشته باشد، ۲. دارای حداقل یک فرزند، ۳. متمایل به شرکت در پژوهش باشند، و ۴. حداقل دارای مدرک دیپلم. ملاک‌های خروج به این ترتیب بود: ۱. برخورداری از اختلالات همبودی، ۲. سوء مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان گردان، ۳. استفاده از دارو. کلیه آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادسلی (MOCI) را تکمیل کردند. به‌علاوه در مراحل پیش و پس از درمان و نیز در پیگیری دوماهه آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و وسواس فکری - عملی مادسلی (MOCI) را تکمیل کردند. گروه آزمایش در دوره‌های طرحواره درمانی شرکت کردند، اما گروه کنترل ملاقات‌های ساده با درمانگر داشتند. داده‌ها از پرسشنامه‌ها استخراج، و با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در نهایت بعد از دو ماه از اجرای پس‌آزمون مرحله پیگیری انجام شد تا اثر درمان‌ها پس از گذشت دو ماه سنجیده شود. روش گردآوری اطلاعات این پژوهش میدانی بوده و از پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است.

## ابزار

برای بررسی رضایت زناشویی از پرسشنامه انریچ استفاده شد. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای سنجش رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است. هدف این پرسشنامه تعیین حیطه‌های کاری و نقاط قوت روابط زناشویی بوده است. پرسشنامه انریچ به اشکال ۱۱۵ سؤالی و ۱۲۵ سؤالی وجود دارد که برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رابطه زناشویی به کار می‌رود. همچنین از این پرسشنامه برای تشخیص زوج‌هایی که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند، نیز استفاده می‌شود. در ایران

فرم کوتاه آزمون با ۴۷ پرسش مورد هنجاریابی قرار گرفت. در مطالعه فعلی از نسخه ۴۷ سؤالی آن استفاده شده است. محققان با دسته‌بندی پرسش‌های مرتبط، ۴۷ پرسش فوق را به ۹ مؤلفه شامل: موضوعات شخصیتی، ارتباط دوتایی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندپروری، ارتباط با اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی تفکیک کرده‌اند که هر یک از این مؤلفه‌ها بعد خاصی از رضایت زناشویی را اندازه می‌گیرند. در پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ، پاسخ به سؤالات به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۵=کاملاً موافق تا ۱=کاملاً مخالف بوده، کمترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ است و افرادی که نمرات آنها زیر ۱۵۰ است، دارای میزانی از ناسازگاری زناشویی هستند. برخی از پرسش‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. روایی و اعتبار این پرسشنامه در پژوهشی توسط سلیمانیان برآورد گردید. السون از این پرسشنامه، برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نموده و معتقد است که این مقیاس به تغییراتی که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد و همچنین در این خصوص به تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید، حساس است. السون و همکاران (۱۹۸۹) اعتبار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه را ۰/۹۲ و سلیمانیان و نوابی نژاد ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۹ بوده است. برای سنجش علائم وسواس از پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادسلی هاجسون و راکمان (۲۰۰۳) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس استفاده شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آنها با کلید درست و نیمی با کلید غلط می‌باشد. این پرسشنامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان‌نژند به خوبی تفکیک نماید. همچنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، پنج مؤلفه عمده را که منعکس‌کننده پنج نوع مشکل وسواسی در بیماران بود را مشخص نمود. این پنج مؤلفه عبارتند از: واریسی، شستشو، کندی، شک و تردید و نشخوار فکری؛ که پنج مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهند. با استفاده از یک روش نمره‌گذاری ساده می‌توان یک نمره وسواس کلی و پنج نمره فرعی به دست آورد. راکمان و هاجسون (۱۹۸۰) در پژوهشی با ۴۰ بیمار نشان دادند که نمره کل این پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است (راچمن، ۲۰۰۳). در کل ثابت شده است که پرسشنامه وسواس مادسلی ابراز مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی، بررسی، سبب‌شناسی، سیر و پیش‌آگهی انواع مختلف شکایت‌های وسواسی می‌باشد. ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۹ بوده است (عبدالقاسمی، ۲۰۰۵). این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن تایید شده است (قاسم زاده، ۲۰۰۵). روش طرحواره درمانی که توسط یانگ، کلسکو و ویشار (۲۰۱۲) طراحی و تدوین شده است در ۱۰ جلسه آموزشی، هر جلسه ۱/۵ ساعت برگزار می‌شود. هر جلسه دارای سه مرحله است که به ترتیب شامل مروری بر جلسه قبل، ارائه محتوای آموزشی و پرسش و پاسخ (بحث) می‌باشد. پکیج درمانی طرحواره درمانی به شرح زیر می‌باشد:

### جدول ۱. بکیج درمانی طرحواره درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	ارتباط، آشنایی، همدلی: در این برنامه، جلسه اول به آشنایی عناصر برنامه آموزشی (روانشناس، همسران، چارچوب برنامه) با یکدیگر اختصاص می‌یابد. هدف کلی آشناسازی شرکت کنندگان با فرآیند، اهداف، مقررات و فواید برنامه آموزشی طرحواره محور و همچنین انجام پیش‌آزمون است.
جلسه دوم	آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرحواره‌ها: در این جلسه سعی می‌شود تا با پرداختن به نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و همچنین نحوه شکل‌گیری آنها، شرکت کنندگان را با برنامه آموزشی درگیر نمود. هدف اصلی این جلسه آموزش موارد زیر است: - پنج دسته نیازهای مرکزی - ریشه‌های اولیه و نحوه شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد
جلسه سوم	آموزش حوزه‌ها و انواع طرحواره‌ها: در این جلسه و جلسه بعدی، آموزش شناخت پنج حوزه طرحواره‌ای و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه، که با مشکلات بین فردی انسان در ارتباطند، در دستور کار می‌باشند.
جلسه چهارم	آموزش حوزه‌ها و انواع طرحواره‌ها و ویژگی‌های آنها: در این جلسه ابتدا به ادامه آموزش بقیه طرحواره‌های ناکارآمد اولیه پرداخته شده و سپس ویژگی‌های طرحواره‌ها بحث می‌شود.
جلسه پنجم	به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها: این جلسه به منظور شناسایی و چالش با طرحواره‌ها در سطح شناختی انجام می‌شود. آموزش تکنیک‌های شناختی مثل اعتبار طرحواره‌ها، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده و ردکننده باور مرکزی، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای و ...
جلسه ششم	آموزش نحوه تناوب طرحواره‌ها: در این جلسه کارکرد طرحواره‌ها و شیوه عملکرد آنها آموزش داده می‌شود. سعی می‌شود تا شرکت کنندگان با نحوه حفظ و تداوم طرحواره‌های ناکارآمد آشنا شوند. همچنین سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی که افراد از طریق آن به طرحواره‌ها پاسخ می‌دهند، آموزش داده می‌شود.
جلسه هفتم	آموزش پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد: هدف اصلی این جلسه آموزش بازده پاسخ مقابله‌ای ناکارآمد است. هنگامی که یکی از طرحواره‌ها فعال شد، افراد معمولاً از طریق یک پاسخ مقابله‌ای، آن سبک را در رفتار به نمایش می‌گذارند. پاسخ‌های مقابله‌ای عبارتند از تمام پاسخ‌هایی که در گنجینه رفتاری فرد در مقابل تهدید وجود دارند.
جلسه هشتم	حرکت به سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد (به‌کارگیری تکنیک‌های تجربی): سه جلسه پایانی برنامه آموزشی طرحواره محور درصدد آموزش مقابله با طرحواره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد می‌باشد. بدین منظور اقدامات زیر در این جلسه در دستور کار قرار دارد: ۱- آزمون اعتبار یک طرحواره ناکارآمد، ۲- ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، ۳- تمایز و تفکیک پاسخ‌های ناشی از طرحواره
جلسه نهم	حرکت به سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد: در جلسه نهم سعی می‌شود روش‌های زیر برای کاستن تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد آموزش داده شود: ۱- آموزش تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی، ۲- نوشتن نامه و گفتگوی خیالی با والدین، ۳- تصویرسازی وقایع آسیب زا
جلسه دهم	خلاصه مطالب، ارزیابی نهایی و اختتام برنامه آموزشی طرحواره محور: هدف جلسه آخر جمع‌بندی و آماده سازی همسران برای اختتام برنامه است. در این جلسه سه کار عمده انجام می‌شود: ۱- تأکید و ترغیب زنان به کاربرد دستاوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی، ۲- شناسایی زنانی که نیاز به مداخله فردی دارند و برنامه‌ریزی جلسه مشاوره انفرادی با آنها، ۳- اجرای پس‌آزمون

به منظور بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر علائم و سواس فکری - عملی و رضایت زناشویی زنان، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، و از مفروضه‌های زیر جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع استفاده شد. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس خطا برقرار می‌باشد ( $p > 0.05$ )، و برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و سطح معناداری بزرگتر از  $0.05$  به‌دست آمد. با توجه به نتایج توزیع نرمال است و همچنین به منظور بررسی همگنی شیب ضرایب رگرسیون آزمون F استفاده شد و سطح معناداری بزرگتر از  $0.05$  به‌دست آمد. پس مفروضه همگنی شیب ضرایب رگرسیون نیز برقرار می‌باشد، لذا می‌توانیم از تحلیل کوواریانس استفاده نماییم.

### یافته‌ها

بر اساس نتایج بدست آمده، میانگین سنی افراد شرکت کننده در هر دو گروه نزدیک به یکدیگر بود. جوانترین فرد شرکت کننده در پژوهش ۲۵ ساله و مستترین آنها ۴۴ ساله، و بیشتر افراد شرکت کننده در هر دو گروه به لحاظ وضعیت تحصیلی کارشناسی، و کمترین تعداد به لحاظ تحصیلی در هر دو گروه مربوط به گروه دیپلم و کاردانی بوده‌اند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی دو گروه، در هر یک از زیرمقیاس‌های متغیر مورد پژوهش در پیش-

اثربخشی طرحواره درمانی بر وسواس فکری- عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل

آزمون و پس‌آزمون و مرحله پیگیری ارائه شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمره رضایت زناشویی در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۱۲۸/۹۰ بوده و قبل از درمان ۱۲۶/۹۶ و در آزمون پیگیری ۱۲۷/۳۱ بوده است. همچنین میانگین تمامی مولفه‌های رضایت زناشویی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش پیدا کرده‌اند، اما این موضوع در مورد گروه کنترل صادق نمی‌باشد. میانگین نمره وسواس فکری- عملی در گروه آزمایش بعد از درمان برابر ۱۶/۰۰ بوده و قبل از درمان ۲۰/۳۲ و در آزمون پیگیری ۱۷/۴۷ می‌باشد. در گروه کنترل قبل از درمان ۲۰/۰۸ و بعد از درمان ۱۹/۴۸ بوده که بر این اساس، تغییر میانگین در گروه آزمایش بارزتر بوده است. همچنین میانگین تمامی مولفه‌های وسواس فکری- عملی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته‌اند، اما این موضوع در مورد گروه کنترل صادق نمی‌باشد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی دو گروه در متغیر پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

	گروه									
	آزمایش					کنترل				
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		کنترل
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت زناشویی	۱۲۶/۹۶	۲۱/۲۵	۱۲۸/۹۰	۲۰/۹۲	۱۲۷/۳۱	۲۱/۸۵	۱۲۴/۴۰	۲۱/۱۸	۱۲۳/۰۰	۱۹/۹۵
موضوعات شخصیتی	۱۲/۴۴	۳/۰۶	۱۲/۸۵	۲/۹۸	۱۲/۶۳	۳/۱۴	۱۱/۹۶	۲/۹۶۴	۱۲/۱۶	۲/۶۲
ارتباط زناشویی	۱۴/۰۸	۳/۰۶	۱۵/۱۴	۲/۷۹	۱۴/۸۴	۲/۸۹	۱۴/۲۰	۲/۹۱۵	۱۴/۰۸	۲/۸۴
حل تعارض	۱۲/۰۰	۳/۲۴	۱۳/۰۰	۳/۳۰	۱۷/۴۰	۲/۸۳	۱۱/۲۰	۳/۰۲	۱۱/۸۸	۲/۸۴
مدیریت مالی	۱۴/۴۸	۳/۵۰	۱۳/۷۶	۳/۶۵	۱۳/۳۶	۳/۷۴	۱۴/۵۲	۳/۶۹	۱۳/۳۴	۳/۵۲
لوقات فراغت	۱۵/۹۶	۲/۲۸	۱۵/۶۶	۲/۰۸	۱۵/۵۲	۲/۲۹	۱۵/۸۰	۲/۴۴	۱۵/۴۴	۲/۳۹
رابطه جنسی	۱۳/۶۰	۳/۰۰	۱۳/۶۱	۳/۱۲	۱۳/۵۲	۳/۲۳	۱۳/۰۸	۲/۹۵	۱۳/۲۰	۲/۹۴
ازدواج و فرزندان	۱۵/۴۰	۲/۷۰	۱۶/۱۴	۲/۹۵	۱۵/۸۹	۲/۹۴	۱۵/۵۲	۲/۴۸	۱۵/۶۸	۲/۸۹
ارتباط با اقوام و دوستان	۱۲/۹۲	۳/۰۲	۱۷/۸۷	۲/۶۲	۱۲/۴۷	۲/۹۶	۱۲/۰۰	۳/۰۱	۱۱/۷۶	۲/۷۲
جهت‌گیری مذهبی	۱۶/۲۰	۳/۷۸	۱۶/۱۴	۳/۷۰	۱۶/۲۱	۳/۵۵	۱۵/۹۲	۳/۳۷	۱۵/۵۶	۳/۳۴
وسواس	۲۰/۳۲	۲/۳۲	۱۶/۰۰	۲/۰۴	۱۷/۴۷	۲/۳۶	۲۰/۰۸	۲/۳۲	۱۹/۴۸	۳/۲۲
وارسی	۳/۶۰	-/۶۴	۳/۰۰	-/۶۳	۳/۲۶	-/۶۵	۳/۵۲	-/۶۵	۳/۴۰	-/۹۵
شستشو	۴/۹۲	-/۸۶	۲/۹۵	-/۸۰	۳/۳۱	۱/۲۰	۴/۸۰	-/۸۱	۴/۶۸	-/۹۰
کندی	۳/۶۸	-/۸۰	۲/۸۰	-/۶۷	۳/۱۵	-/۶۸	۳/۵۲	-/۵۰	۳/۴۰	-/۸۱
شک و تردید	۴/۰۴	-/۶۱	۳/۴۷	-/۷۴	۳/۷۳	-/۸۷	۴/۱۲	-/۶۰	۳/۹۲	-/۸۶
نشخوار فکری	۴/۰۸	-/۶۴	۳/۷۶	-/۵۳	۴/۰۰	-/۵۷	۴/۱۲	-/۸۳	۴/۰۸	-/۹۰

**جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس علائم وسواس فکری- عملی در گروه آزمایشی و کنترل**

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه	۳۶۹/۷۹۵	۱	۳۶۶/۷۹۵	۴۴/۷۹۴	/۰۰۱
خطا	۳۷۹/۷۴۸	۵۵	۸/۲۵۵		
کل	۱۴۹۵۷/۰۰۰	۵۹			

همانگونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، طرحواره درمانی در گروه آزمایش باعث کاهش علائم وسواس فکری- عملی شده است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت طرحواره درمانی بر علائم وسواس فکری- عملی موثر بوده است.

**جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس مولفه‌های وسواس فکری- عملی در گروه آزمایش و کنترل**

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	متغیرها
گروه	۳۹۹.۲	۱	۲/۳۹۹	۴/۸۲۳	/۰۳۳	وارسی
خطا	۲۲/۳۸۷	۵۵	/۴۹۷			
کل	۵۰۹/۰۰۰	۵۹				
گروه	/۰۳۰	۱	/۰۳۰	/۰۳۶	/۸۵۰	شستشو
خطا	۳۷/۴۳۴	۵۵	/۸۲۲			
کل	۸۴۰/۰۰۰	۵۹				
گروه	۳/۸۴۷	۱	۳/۸۴۷	۱۱/۶۳۴	/۰۰۱	کندی
خطا	۱۴/۸۸۱	۵۵	/۳۳۱			
کل	۴۸۳/۰۰۰	۵۹				
گروه	/۰۶۵	۱	/۰۶۵	/۱۰۹	/۷۴۲	شک و تردید
خطا	۲۶/۵۵۷	۵۵	/۵۹۰			
کل	۶۵۶/۰۰۰	۵۹				
گروه	۴/۴۳۴	۱	۴/۴۳۴	۷/۷۷۶	/۰۰۸	نشخوار فکری
خطا	۶	۵۵	/۵۷۰			
کل	۶۱۷/۰۰۰	۵۹				

نتایج تحلیل کوواریانس (جدول ۴) نشان می‌دهد، طرحواره درمانی بر کاهش تمامی مولفه‌های وسواس فکری - عملی موثر بوده است. کندی با  $F: 11.63$  بیشترین کاهش را داشته، و وارسی با  $F: 4.823$  کمترین کاهش داشته است. در نهایت این یافته‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر وسواس فکری- عملی می‌باشد.



اثربخشی طرحواره درمانی بر وسواس فکری- عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل

جدول ۵. آزمون تحلیل کوواریانس رضایت زناشویی در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۳۳۹۱۱/۴۶۱	۱	۳۳۹۱۱/۴۶۱	۱۱۷/۳۳۲	/۰۰۱
خطا	۱۳۳۹۴/۹۹۳	۵۵	۲۸۹/۰۲۲		
کل	۱۱۵۴۵۰۵/۰۰۰	۵۹			

همانگونه که جدول ۵ نشان می‌دهد، روش طرحواره درمانی در گروه آزمایش باعث افزایش رضایت زناشویی شده است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت طرحواره‌های درمانی بر افزایش رضایت زناشویی موثر بوده است.

جدول ۶: آزمون تحلیل کوواریانس مولفه‌های رضایت زناشویی در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
موضوعات گروه	گروه	۳۰/۱۴	۱	۳۰/۱۴	۴	/۰۰۶
شخصیتی	خطا	۱۵۹/۱۸۱	۵۵	۲/۵۳۷		
	کل	۱۱۹۱۶/۰۰۰	۵۹			
ارتباط زناشویی	گروه	۴۹/۲۸۱	۱	۴۹/۲۸۱	۱۲/۳۲۵	/۰۰۱
	خطا	۱۷۹/۹۲۶	۵۵	۳/۹۹۸		
	کل	۱۵۵۸۳/۰۰۰	۵۹			
حل تعارض	گروه	۲۹/۷۳۲	۱	۲۹/۷۳۲	۴/۶۲۹	/۰۰۲۷
	خطا	۲۸۸/۹۲۷	۵۵	۶/۴۲۱		
	کل	۱۱۷۸۲/۰۰۰	۵۹			
مدیریت مالی	گروه	۲/۷۹۱	۱	۲/۷۹۱	۳/۶۷	/۰۵۴۷
	خطا	۳۴۱/۸۳۱	۵۵	۷/۵۹۶		
	کل	۱۳۴۹۲/۰۰۰	۵۹			
اوقات فراغت	گروه	۳۲/۴۶۱	۱	۳۲/۴۶۱	۷/۱۳۰	/۰۰۹
	خطا	۱۹۷/۶۵۴	۵۵	۴/۳۹۲		
	کل	۱۷۰۶۵/۰۰۰	۵۹			
رابطه جنسی	گروه	۶۴/۱۰۸	۱	۶۴/۱۰۸	۲۱/۹۰۵	/۰۰۱
	خطا	۷۰۱،۱۳۱	۵۵	۲/۹۲۷		
	کل	۱۳۶۳۷/۰۰۰	۵۹			
ازدواج و فرزندان	گروه	۶۶/۸۱۰	۱	۶۶/۸۱۰	۱۶/۴۵۱	/۰۰۱
	خطا	۱۸۲/۷۴۸	۵۵	۴/۰۶۱		
	کل	۱۷۹۰۴/۰۰۰	۵۹			
ارتباط با اقوام و دوستان	گروه	۳۱/۰۵۹	۱	۳۱/۰۵۹	۶/۹۱۲	/۰۰۲
	خطا	۲۰۲/۲۱۵	۵۵	۲/۴۹۴		
	کل	۱۱۴۶۲/۰۰۰	۵۹			
جهت‌گیری مذهبی	گروه	۱۰/۰۴۴	۱	۱۰/۰۴۴	۱/۹۱۲	/۰۱۷۴
	خطا	۲۳۶/۳۳۶	۵۵	۵/۲۵۲		
	کل	۱۸۱۳۷/۰۰۰	۵۹			

به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش مولفه‌های رضایت زناشویی، طبق جدول ۶ این روش در گروه آزمایش باعث افزایش هفت مولفه رضایت زناشویی شده است، که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت طرحواره درمانی بر افزایش مولفه‌های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، اوقات فراغت، رابطه جنسی، ازدواج، فرزندان،

ارتباط با اقوام و دوستان و رضایت زناشویی موثر بوده است. رابطه جنسی با  $F: 21.90$  بیشترین افزایش را داشته، و حل تعارض با  $F: 4.62$  کمترین افزایش را نشان داده و به‌طور معنادار باعث افزایش دو مولفه مدیریت مالی و جهت‌گیری مذهبی نشده است.

## بحث

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که طرحواره درمانی بر کاهش وسواس فکری- عملی و مولفه‌های وارسی، کندی و نشخوار فکری موثر بوده است و بر افزایش رضایت زناشویی و مولفه‌های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، اوقات فراغت، رابطه جنسی، ازدواج، فرزندان و ارتباط با اقوام و دوستان اثربخش بوده است. تی‌یل و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش مشابهی ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس را با روش طرحواره درمانی بررسی کردند و نشان دادند که طرحواره درمانی یک درمان عملی و بالقوه و مفید در میان بیماران دارای اختلال وسواس است. در پژوهشی دیگر اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که روش طرحواره درمانی در بهبود شدت اختلال وسواس- اجبار مؤثر بوده است (اسمائی، ۲۰۱۱)، که با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی و موثر بودن طرحواره درمانی باید بیان داشت، رویکرد طرحواره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد دارای اختلال شخصیت وسواس، علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دل‌بستگی ایمن به دیگران، طی سال‌های کودکی می‌شود و با استفاده از تکنیک تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند. تیلیفسن و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود به نقش طرحواره‌های ناسازگار در پیش‌بینی اختلال وسواسی- اجباری در یک نمونه ۸۸ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری پرداختند. تجزیه و تحلیل رگرسیون پس از درمان ۱۸ درصد از واریانس در علائم پس از درمان را پیش‌بینی کرد. بسیاری از پژوهش‌ها نقش درمان‌های روانشناختی را به عنوان راهکاری برای کاهش علائم وسواس فکری- عملی تایید می‌کنند. به‌عنوان مثال، ویلهلم و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی تاثیر مکانیسم شناخت درمانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی با توجه به نقش باورهای ناسازگار و طرحواره‌ها پرداختند. نتایج نشان داد که باورهای وسواسی و طرحواره‌های ناسازگار مربوط به وابستگی و بی‌کفایتی به‌طور قابل‌توجهی با واسطه پاسخ به درمان بهبود یافته است. تغییرات شناختی در باورهای اطمینان و طرحواره‌های ناسازگار مربوط به وابستگی / بی‌کفایتی موجب کاهش علائم رفتاری بیماران OCD شده است. در مطالعه ویرتمن و آرتنز (۲۰۰۷) معلوم شد، شناخت درمانی خاطرات کودکی نسبت به خاطرات حال، نتایج بهتری را در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت ایجاد می‌کند. توانایی‌های شناختی دو باور را در افراد مبتلا به وسواس ایجاد می‌کند: ۱) تجاربی درونی که منفی ارزیابی شده‌اند، خطرناک هستند، ۲) این تجارب منفی خطرناک باید حذف شده یا کنترل شوند. در حقیقت تلاش برای کنترل یا تنظیم افکار وسواسی (و اضطراب و ترس مرتبط با آن)، به‌طور عمده آن چیزی است که وسواس را تبدیل به یک اختلال می‌کند. تلاش‌ها برای تنظیم این تجارب درونی (مثل اعمال وسواسی) نتیجه معکوس دارد و به جای افزایش کیفیت زندگی منجر به کاهش آن می‌شود. در واقع اختلالاتی مثل وسواس که در آن افراد مایل نیستند با تجارب درونی منفی خود در تماس

اثربخشی طرحواره درمانی بر وسواس فکری- عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل

قرار بگیرند و تلاش می‌کنند تا شکل یا فراوانی وقایع درونی یا بافتی را که این وقایع در آن برانگیخته شده‌اند تغییر دهند، منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شوند. بسیاری از افراد مبتلا به وسواس، فکر می‌کنند برای اینکه کیفیت زندگی خود را بالا ببرند، ابتدا باید افکار وسواسی و اضطراب خود را کاهش دهند. از طرفی اختلال وسواس فکری و عملی با مشکلات بالینی زیادی مرتبط است. از مهمترین این موارد، تأثیر این اختلال در رضایت زناشویی افراد است. مطالعه‌ای توسط ویلهلم و همکاران (۲۰۱۵) انجام گرفته است. نتایج حاصل از این مطالعه از زوجینی به دست آمده که طرحواره‌های هر یک از آنها در ارتباط با رضایت زناشویی بررسی شده است. نتایج نشان داد که فراخوانی طرحواره‌های هر یک از زوجین در جلسات درمانی می‌تواند ارزیابی مفیدی از رضایت یا عدم رضایت زناشویی آنان به عمل آورد. همچنین مختاری و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی افراد متأهل مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی- جبری در شهر اصفهان پرداختند. نتایج پژوهش، پس از تعدیل متغیرهای کنترل نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال شخصیت وسواسی- جبری، اصلاح طرحواره‌های ناسازگار تشخیص داده شده در اختلال شخصیت وسواسی- جبری، کاهش سبک‌های انطباقی تسلیم و اجتناب و افزایش رضایت‌مندی زناشویی موثر بوده است. همچنین میزان رضایت‌مندی همسران آزمودنی‌ها نیز افزایش معناداری داشته است که با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد. همچنین نتیجه به دست آمده با پژوهش یوسفی و همکاران (۲۰۰۹) که به بررسی اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرح واره‌ها در ارتقای رضایت زناشویی پرداختند نیز همسو می‌باشد. از نتایج این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی بر مولفه‌های رضایت زناشویی بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد از میان مولفه‌های رضایت زناشویی، مولفه رابطه جنسی بیشترین افزایش را داشته است. دارینی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی که به بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر افزایش رضایت جنسی زنان پرداختند، نشان دادند که طرحواره درمانی بر افزایش رضایت جنسی زنان موثر بوده است که با نتایج این پژوهش همسو بوده است. اما این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که سبب می‌شوند در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت گردد. از محدودیت‌های این پژوهش عدم انجام مطالعات پیگیری ۶ ماهه می‌باشد که به دلیل محدودیت زمانی پیگیری دو ماهه انجام شد، بنابراین اطلاعاتی در دسترس نیست که نشان دهد درازمدت تغییرات ایجاد شده پایدار بوده‌اند یا خیر. نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی وسواس فکری- عملی و رضایت زناشویی زنان متأهل را بهبود بخشیده است، لذا پیشنهاد می‌شود از این روش به عنوان روشی موثر برای افزایش کیفیت زندگی بیماران وسواسی در مراکز مشاوره و روان درمانی استفاده شود و استفاده هم‌زمان از سایر رویکردها و مقایسه آنها با طرحواره درمانی با تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر پیشنهاد می‌شود.

## References

- Amani M, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M, (2015). The Relationship of Obsessive-Compulsive Subgroups, Inferential Confusion and Emotion Regulation Strategies with Obsessive Beliefs in Women, Applied Psychological Research Quarterly, 6(1), 137-150 [In Persian].
- Anthony D, Mancini, Beyza Sinanland, George A. Bonanno (2015), Predictors of Prolonged Grief, Resilience, and Recovery Among Bereaved Spouses, Journal of Clinical Psychology, Volume 71, Issue 12, pages 1245-1258.

- Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoğlu, C., Oflu, S., Özaltın, M, Sexuality (2010). in women with obsessive compulsive disorder, *Journal of Sex and Marital Therapy*, Volume 27, Issue 3, Pages273-277.
- Abelson, J. L., Gartis, G. C., Sagner, T., Albucher, R. C., Harrigen, M Taylor, S. F., Maltis, B., & Giardan, B. (2014). *Deep Brain Stimulatin for Refractory OCD*.
- Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests. Ardebil: Razvand Garden Publishing, (2005).
- Darini M, Shfiabadi A, Navabinejad SH, Delavar (2013).A The Effect of Schema Therapy on Increasing Women's Sexual Satisfaction, *Educational management research*,; 4(3). 33-42. (Text in Persian)
- Esmaeli A, (2011), (Comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive-behaviorSal therapy on the recovery of patients with obsessive-compulsive disorder with depression. Allame tabatabaei University.(Text in Persian)
- Guttman JM, A theory of marital dissolution and stability. *J Fam Psychol* 1993; 7: 57-75.
- Ghassemzadeh, H., & Mojtabai, R (2005). Psychometric Properties of a Persian Language Version of Bdi- II. *Depression & Anxiety*, 21, 185-192.
- Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, et al. (2006). Familiarity of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry*; 163: 1986-92.
- Holbert, J. M (2011). The relationship of involvement in a support group. Communication patterns. And marital satisfaction in couples with a genetic mutation for breast and ovarian cancer (BRCA). This sertation of doctor of philosophy. The university of akron
- Hoover CF, Insel TR (1984). Families of origin in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*; 172(4):207- 15
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam M, Audrey M (1998). The epidemiology of obsessivecompulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*; 45: 1094-9
- Clark, D. A., Purdon, C., & Byers, E. S. (2000). Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behaviour research & therapy*, 38 (5), 439-455.
- Monfared M, Study of the dimensions of self-concept and marital satisfaction and informed education, PhD thesis, Allame Tabatabai University (Text in Persian).
- Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abus Treat*; 33(1): 91
- Olson, D.H (1989). ENRICH Marital Inventory: Discriminant Validity and Cross-Validity Assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*.Vol. 15, No. 1, 65-79
- Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M(2010). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cogn Ther Res*; 30: 571-84.

- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385–401.
- Rachman, S (2003). *The treatment of obsessions. Part of series of cognitive behaviour therapy: science and practice.* Oxford: Oxford University Press.
- Tellefsen, A; Launes,G (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for. Article in *Behaviour Research and Therapy* · September.DOI: .1016/j.brat. 08.007 · Source: PubMed
- Thiel, Nicola. Jacob, Gitta A .Brunna Tuschen-Caffier. Herbst, Nirmal. Katrin, Külz, Anne. Hertenstein, Elisabeth. Nissen, Christoph. Voderholzer, Ulrich. Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive – compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Volume 52, September 2016, Pages 59-67.*
- Wilhelm, Sabine .C. Berman, Noah. Keshaviah, Aparna. Schwartz, Rachel A (2015). Steketee, Gail. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas
- Weissman, M (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health.* 77, 445– 451.
- Weertman A, Arntz A (2007) effectiveness of treatment of childhood memories incognitive therapy for personality disorders: A controlled study ontrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behave res ther;* (45): 2133-2143.
- Young J, Closko J, Vishar M (2010). *Schema Therapy: A Practical Guide for Clinical Specialists*, Translator : Hamidpoor H, Andooz Z. First print, Tehran: Arjomand Publications( .Text in Persian)
- Young, J (2012). *Schema Therapy: Conceptual Model.* Avalable in: [www.Therapist.training.com.au/young](http://www.Therapist.training.com.au/young).
- Yoosefi N, Etemadi O, Bahrami F, Ahmadi A, Fatehezadeh M (2009). [An nvestigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce]. *Journal of reimaging and divorce;* (Acceptance letters for published). (Text in Persian)
- Zachary S, Sapienzaa, Narayanan Iyerb & Aaron S. Veenstra (2015). Reading Lasswell's Model of Communication Backward: Three Scholarly Misconceptions, *Publishing models and article dates explained,* pages 599-622