



اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۵

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی انجام شد.
روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر رشت بودند. روش نمونه گیری غربالگری و تصادفی ساده بود که طی آن ۳۰ نفر انتخاب شدند و به طور مساوی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. ابزار جمع آوری داده ها مقیاس خودکارآمدی جنسی وزیر و لطفی کاشانی (۱۳۹۲)، رضایت زناشویی انریچ (فاورز و اولسون، ۱۹۸۹)، نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۸۹) و مقیاس تعارضات زناشویی ثنایی و براتی (۱۳۷۹) بود. پس از اجرای پیش آزمون، طرحواره درمانی برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل بدون دریافت مداخله درمانی، در لیست انتظار قرار گرفت.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس نشان داد طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی موثر است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: طرحواره درمانی می تواند با تلفیق زوج درمانی در طراحی دوره‌های درمانی و همچنین اتخاذ تصمیم گیری در راستای تحکیم خانواده در مراکز مشاوره و خانواده درمانی لحاظ شود.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی، خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تعارضات زناشویی

نگین اسماعیل زاده^۱
 بهمن اکبری^{۲*}

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
^۲استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسول)

Email: akbari@iaurasht.ac.ir

مقدمه

تعارض^۱ و اختلاف، قلب روابط عاشقانه است (۱). وجود لطیفه ای چون «علت عمده طلاق ها، ازدواج است»، ناظر بر پیوند تعارض و صمیمیت در روابط همسران است (۲). یافته‌های تحقیقات پیشین حاکی از آن است که زوجینی که عملکرد و خودکارآمدی جنسی پایینی دارند سطوح بالاتری از تعارضات زناشویی را گزارش می‌دهند که سلامت زندگی زناشویی را با خطرات جدی مواجه می‌سازد (۳،۴). خودکارآمدی جنسی^۲ را می‌توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد مؤثر فعالیت‌های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد که نوعی ارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است (۵). خودکارآمدی جنسی بالا منجر به افزایش میزان عزت نفس^۳، بازخورد مثبت و همدلی همسران و ارضای جنسی بالا می‌شود (۶) و برای داشتن یک عملکرد جنسی مناسب و مطلوب، ضروری است (۷). از سویی دیگر، تعارضات زناشویی عاملی اصلی در ایجاد نارضایتی زناشویی به شمار می‌روند. رضایت زناشویی^۴ میزان احساس خشنودی زوج از برآورده شدن نیازهایش توسط شریک وی است (۸) که منجر به نتایج مثبتی در فرد، خانواده و جامعه می‌شود. گزارش‌ها مبنی بر ثبات بالا در زندگی ناشی از سطوح بالای رضایت زناشویی است (۹). به عبارتی رضایت زناشویی، سبک زندگی سالمتر، سلامت روانی، تجربه رضایت جنسی، بهتر شدن شرایط مالی را به همراه دارد (۱۰،۱۱). یکی دیگر از عوامل مهم و مرتبط با تعارضات زناشویی زوجین طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۵ به احساسات و اعتقادات و فرض‌های نادرستی اشاره دارد که تفاسیر، ادراک‌ها و رفتارهای افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۱۲). طرحواره‌های ناسازگار به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند و با سلامت روان رابطه دارند (ن ۱۳،۱۴،۱۵). مطالعات همچنین نشان داده اند طرحواره ناسازگار اولیه منجر به بروز تعارضات زناشویی می‌شوند (۱۶،۱۷).

با توجه به تاثیرگذاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر کیفیت زندگی زناشویی، مدل طرحواره‌درمانی^۶ نیز به کاهش تعارضات زناشویی در پژوهش‌های مختلف انجامیده است (۱۸،۱۹). مطالعات پیرامون اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش یا تعدیل طرحواره‌های ناسازگار نشان داده اند خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق موثر بوده است (۲۰). زوج درمانی طرحواره محور در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار، افزایش آگاهی و افزایش سازگاری زوجین متقاضی طلاق موثر بوده است (۲۱). مطالعه کوپرز^۷ و همکاران (۲۲) نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت موثر است. از سویی دیگر دمتریسکو و روسو^۸ (۲۳) نشان دادند که سطوح طرحواره‌های ناسازگار اولیه توانستند سطوح رضایت زناشویی را پیش بینی کنند. مطالعه نیک آمال و همکاران (۲۴) نشان داد طرحواره درمانی هیجان مدار بر رضایت زناشویی زوجین موثر بوده است. احمدی و همکاران (۲۵) در مطالعه خود اثربخشی طرحواره درمانی را بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق تأیید کردند. همچنین مطالعه علی‌محمدی و همکاران (۲۶) نشان داد طرح‌واره‌درمانی گروهی بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زنان مبتلا به پرخوری عصبی موثر است. مطالعات پیرامون اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی نشان دادند طرح‌واره درمانی مداخلات مؤثری در بهبود جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین بود، همچنین تأثیر طرح‌واره درمانی از درمان پذیرش/تعهد بیشتر بود (۲۷). محمدی و همکاران (۲۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند طرحواره درمانی موجب افزایش عزت نفس جنسی در زوجین با تعارضات زناشویی می‌شود. با توجه به تاثیر گذاری طرحواره درمانی بر ابعاد خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه این پژوهش سعی دارد به این پرسش اساسی پاسخ دهد که

6 Schema therapy

7 Kppers, D.

8 Dumitrescu, D., & Rusu, A. S.

1 Conflict

2 Sexual self-efficacy

3 Self esteem

4 Marital satisfaction

5 Early maladaptive Schemas

یعقوبی دوست (۱۳۹۱) (۳۰) ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی جنسی: این پرسشنامه توسط وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۲) (۵) ساخته شده است و شامل ۱۰ سؤال است که در یک پیوستار چهار درجه ای، از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) نمره گذاری می‌شود. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶، روش گاتمن ۰/۸۱ و دونیمه کردن اسپیرمن-براون ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی این پرسشنامه نیز با استفاده از روش اعتبار وابسته به محتوا مورد تایید قرار گرفت (۵).

مقیاس رضایت زناشویی: مقیاس رضایت زناشویی انریچ^۱ توسط فاووز و اولسون^۲ (۱۹۸۹) (۳۱) ساخته شد و شامل ۴۷ سؤال است. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل رضایت، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهتگیری مذهبی است. در این پرسش نامه از طیف پنج گزینه ای لیکرت استفاده شده است و پاسخ‌ها از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره گذاری می‌شوند. در پژوهش‌های پیشین روایی پرسش نامه رضایت زناشویی را با ابزار سنجش خانواده^۳ ۰/۹۳ و پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد (۳۵).

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه: نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF) در سال ۱۹۸۹ ساخته شد. این پرسش نامه خودگزارشی است و ۷۵ گویه دارد که ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی (سؤالات ۱ تا ۵)، ره‌اشدگی و بی‌ثباتی (سؤالات ۶ تا ۱۰)، بی‌اعتمادی و بدرفتاری (سؤالات ۱۱ تا ۱۵)، انزوای اجتماعی و بیگانگی (سؤالات ۱۶ تا ۲۰)، نقص و شرم (سؤالات ۲۱ تا ۲۵)، شکست (سؤالات ۲۶ تا ۳۰)، وابستگی و بی‌کفایتی (سؤالات ۳۱ تا ۳۵)، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری (سؤالات ۳۶ تا ۴۰)، خود تحول نیافته و گرفتاری (سؤالات ۴۱ تا ۴۵)، اطاعت (سؤالات

آیا اثربخشی طرحواره درمانی بر متغیرهای ذکر شده در افراد با تعارضات زناشویی نیز وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح تحقیق پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر رشت در بازه زمانی ۶ ماهه در سال ۱۳۹۷ بودند. روش نمونه‌گیری غربالگری و تصادفی ساده بود، بدین ترتیب که ابتدا مراجعه کنندگانی که بر اساس خوداظهاری با همسر خود دارای تعارضات زناشویی بودند به سوالات مقیاس تعارضات زناشویی ثنایی و براتی (۲۹) پاسخ دادند. سپس ۷۰ نفر از افرادی که بر اساس نمره برش این مقیاس (یعنی ۷۰) نمرات بالایی به دست آوردند به عنوان افراد با تعارضات زناشویی بالا غربالگری شدند. همچنین پس از لحاظ کردن معیارهای ورود یعنی سن ۲۵ تا ۳۵ سال، دارای حداقل تحصیلات کارشناسی و مدت زمان ازدواج ۳ تا ۱۰ سال، ۳۰ نفر انتخاب شدند که به طور مساوی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. قبل از اجرای مداخله طرحواره درمانی، آزمودنی‌های انتخاب شده به سوالات سایر ابزارهای پژوهش یعنی مقیاس خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی کاشانی (۵)، رضایت زناشویی انریچ (فاووز و اولسون، ۱۹۸۹) (۳۱) و نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۸۹) (۳۲) پاسخ داده و مورد پیش آزمون قرار گرفتند.

مقیاس تعارضات زناشویی: این پرسشنامه به وسیله ثنایی و براتی (۱۳۷۹) (۲۹) ساخته شد و شامل ۴۲ سؤال است که هفت بعد کاهش همکاری، رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جداکردن امور مالی از یکدیگر است. نمره گذاری این مقیاس به صورت لیکرت پنج درجه ای (از هیچ وقت = ۱ تا همیشه = ۵) صورت می‌گیرد. آلفای کرونباخ این مقیاس توسط ثنایی و براتی ۰/۵۳ محاسبه شده است. در مطالعه عنایت و

1 Enrich

2 Fowers, B. J., & Olson, D. H.

3 Family Assessment Device (FAD)

حال و رفتار کنونی خویش، استفاده از تکنیک مؤثر در کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از چالش‌های زناشویی

جلسه پنجم: شناخت اهداف و ارزش‌ها و باورهای شخصی و بازسازی طرحواره‌های ذهنی، شناخت اهداف کوتاه مدت و دراز مدت و بررسی نظام ارزشی خود (رشد و شناخت بهتر خود، شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف خود از طریق ابراز خویشتن و بی‌پرده‌گویی، تمرین گوش دادن فعال، پی‌بردن به اثر افکار خود روی سایر اعضای خانواده، دیدن خود از دریچه چشم اعضا خانواده، کمک به کاهش اضطراب در خانه)

جلسه ششم: آموزش تکنیک کاهش و حذف طرحواره‌های ناسازگار، متعهد شدن هر یک از اعضا به انجام مراحل عملی به شیوه‌ای مسئولانه در جهت افزایش شادی و نشاط، تشخیص نشانگان یاس و ناامیدی و کسب برخی مهارت‌ها در رویارویی با موقعیت‌های یاس آور

جلسه هفتم: مسولیت‌پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین از طریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید، شناخت بیشتر نسبت به نیازهای اساسی و تلاش برای دستیابی به هویت موفق و مسولیت‌پذیری در قبال رفتار و باورهای خود

جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک، آزمون لوین و تحلیل کوواریانس در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

نتایج

شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

۴۶ تا ۵۰)، ایثار (سؤالات ۵۱ تا ۵۵)، بازداری هیجانی (سؤالات ۵۶ تا ۶۰)، معیارهای سرسختانه و عیب‌جویی افراطی (سؤالات ۶۱ تا ۶۵)، استحقاق و بزرگ‌منشی (سؤالات ۶۶ تا ۷۰) و خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی (سؤالات ۷۱ تا ۷۵) را ارزیابی می‌کند. هر گویه روی پیوستار شش درجه‌ای (یک = «به‌طور کامل در مورد من نادرست است» تا شش = «به‌طور کامل مرا توصیف می‌کند») پاسخ داده می‌شود. نمره بالا در یک خرده‌مقیاس نشانگر طرح‌واره ناسازگار است. والر و همکاران (۲۰۰۱) (۳۳) همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۶ گزارش دادند. به علاوه همسانی درونی برای تمامی خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ بود. پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها هم بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. در ایران، آلفای کرونباخ نسخه فارسی این پرسشنامه ۰/۹۰-۰/۶۲ و ثبات درونی آن ۰/۹۴ به دست آمد (۳۴).

پس از اجرای پیش‌آزمون، طرح‌واره درمانی برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل بدون دریافت مداخله درمانی، در لیست انتظار قرار گرفت. مداخله طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی طی هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به شرح زیر ارائه شد.

جلسه اول: آشنایی اعضای یک گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات، ایجاد روحیه خودشناسی و خودباوری با توجه به استعدادها و توانایی‌های فردی و درگیری عاطفی بین آزمونگر و سایر اعضا

جلسه دوم: شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات، توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی حالات خلقی، توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی حالات فیزیولوژیک بدن، توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی هیجانات

جلسه سوم: درک مسائل خود و پنج جنبه اصلی زندگی، هدایت آزمودنی‌ها در درک مسائل خود و زندگی زناشویی، تشخیص ارتباط فکر با رفتار، ارتباط فکر با واکنش‌های جسمانی، ارتباط فکر با محیط و ارتباط فکر با حالات خلقی

جلسه چهارم: تمرکز به زمان حال و رفتار خود با تأکید بر روش‌های مراقبه و حساسیت‌زدایی منظم، توجه و تأکید بر زمان

1 Wiler, G
2 Gönbach's alpha
3 Internal consistency

جدول ۱. نتایج توصیفی مقیاس خودکارآمدی جنسی به تفکیک گروه‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	گروه	کنترل		طرحواره درمانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی جنسی	پیش‌آزمون	۱۰/۷۳	۲/۷۱	۱۱/۰۷	۲/۹۱
	پس‌آزمون	۱۰/۸۷	۳/۰۲	۱۵/۰۷	۳/۵۱
	پیگیری	۱۰/۲۰	۱/۷۴	۱۴/۰۷	۲/۸۹
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۱۹/۴۷	۴/۰۳	۲۱/۴۷	۲/۷۵
	پس‌آزمون	۲۳/۲۰	۳/۴۳	۲۸	۳/۹۳
	پیگیری	۲۰/۴۷	۳/۱۸	۲۶/۱۳	۳/۷۴
طرحواره طرد و بریدگی	پیش‌آزمون	۱۰۷	۵/۷۴	۱۰۷/۶۷	۹/۶۲
	پس‌آزمون	۹۶/۷۳	۱۲/۷۵	۸۳/۷۳	۱۳/۱۶
	پیگیری	۱۰۰/۴۰	۱۱/۴۷	۸۸/۴۷	۱۰/۸۵
طرحواره خودگردانی	پیش‌آزمون	۸۶/۰۷	۸/۳۶	۸۲/۳۳	۵/۰۵
	پس‌آزمون	۸۲/۸۷	۸/۱۷	۷۶/۶۰	۴/۷۰
	پیگیری	۸۴/۹۳	۷/۵۶	۷۷	۴/۰۵
طرحواره دیگرجهتمندی	پیش‌آزمون	۴۴/۸۰	۷/۰۲	۴۱/۶۰	۶/۳۶
	پس‌آزمون	۴۴/۲۷	۴/۷۱	۳۷/۳۳	۴/۲۷
	پیگیری	۴۵/۵۳	۵/۰۴	۳۸/۰۷	۵/۲۰
طرحواره گوش‌بزدلی	پیش‌آزمون	۳۸/۶۰	۴/۷۶	۳۶/۹۳	۴/۵۶
	پس‌آزمون	۳۷/۶۷	۴/۸۹	۳۲/۴۷	۴/۶۳
	پیگیری	۳۸/۶۰	۴/۱۴	۳۲/۶۰	۳/۷۹
طرحواره محدودیت مختل	پیش‌آزمون	۳۵/۰۷	۷/۷۳	۳۴/۶۷	۵/۳۳
	پس‌آزمون	۳۴/۲۰	۶/۲۸	۲۹/۹۳	۵/۶۴
	پیگیری	۳۵/۶۷	۷/۱۲	۳۰	۵/۱۴

نشان داد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود.

مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با آزمون باکس و همگنی واریانس با آزمون لوین مورد تأیید قرار گرفتند. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس نیز حاکی از آن بود که ترکیب خطی متغیرهای پژوهش بر اساس عضویت گروهی تفاوت معناداری دارند. بنابراین، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار شاخص‌های رضایت زناشویی و خودکارآمدی جنسی در گروه طرحواره درمانی را نشان می‌دهد و حاکی از آن است که در مرحله پس‌آزمون میانگین‌های گزارش شده بالاتر از دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است. همچنین میانگین و انحراف معیار شاخص طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه طرحواره درمانی حاکی از آن است که در مرحله پس‌آزمون میانگین‌های گزارش شده پایین‌تر از دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است.

همچنین، نتیجه آزمون شاپیرو - ویلک برآورد توزیع نرمال داده‌ها در سه دوره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب آزمون	سطح معناداری	مجدورات (اندازه اثر)
خودکارآمدی جنسی	گروه	۱	۱۲۷/۳۷۳	۱۱/۸۳۷	۰/۰۰۲	۰/۳۰۵
	خطا	۲۷	۱۰/۷۶۱			
رضایت زناشویی	گروه	۱	۸۳/۶۵۵	۱۲/۰۰۴	۰/۰۰۲	۰/۳۳۳
	خطا	۲۴	۱۶۷/۲۵۰			
طرحواره طرد و بریدگی	گروه	۱	۱۰۷۷/۳۱۸	۵/۶۷۱	۰/۰۲۶	۰/۱۹۸
	خطا	۲۳	۱۸۹/۹۷۰			
طرحواره خودگردانی	گروه	۱	۱۰۶/۳۱۷	۵/۱۱۰	۰/۰۳۴	۰/۱۸۲
	خطا	۲۳	۴۷۸/۵۳۵			
طرحواره دیگرجهتمندی	گروه	۱	۱۵۷/۹۰۷	۱۲/۵۳۱	۰/۰۰۲	۰/۳۵۳
	خطا	۲۳	۲۸۹/۸۲۹			
طرحواره گوش به زنگی	گروه	۱	۱۴۵/۴۱۶	۷/۶۵۴	۰/۰۱۱	۰/۲۵۰
	خطا	۲۳	۴۳۶/۹۵۴			
طرحواره محدودیت مختل	گروه	۱	۱۴۰/۸۷۷	۴/۹۳۱	۰/۰۳۷	۰/۱۷۷
	خطا	۲۳	۶۵۷/۰۴۸			

خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه آزمودنی‌های گروه آزمایش اثربخش بوده است.

آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی ثبات دوره درمانی بر متغیرهای وابسته تحقیق انجام شده است.

جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کواریانس پس از حذف اثر پیش آزمون را نشان می‌دهد، نتایج حاکی از آن است که طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (طرد و بریدگی، خودگردانی، دیگرجهتمندی، گوش به زنگی و محدودیت مختل) تاثیر معنادار دارد. با توجه به مقدار اثر متغیر مداخله‌گر (طرحواره درمانی) می‌توان گفت طرحواره درمانی در ارتقای

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب آزمون	سطح معناداری	مجدورات (اندازه اثر)
خودکارآمدی جنسی	تفاوت بین گروهی	۱۷۶/۴۰۰	۱	۱۷۶/۴۰۰	۱۲/۲۵۸	۰/۰۰۲	۰/۳۰۴
	تعامل درون گروهی (مراحل)	۶۴/۸۶۷	۱/۴۲۵	۴۵/۵۱۱	۶/۵۱۱	۰/۰۰۸	۰/۱۸۹
رضایت	تعامل مراحل با گروه	۶۸/۸۶۷	۱/۴۲۵	۴۸/۳۱۷	۶/۹۱۳	۰/۰۰۶	۰/۱۹۸
	تفاوت بین گروهی	۳۸۸/۵۴۴	۱	۳۸۸/۵۴۴	۱۴/۶۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳

زنشویی	تعامل درون گروهی (مراحل)	۳۹۶/۶۸۹	۱/۵۹۰	۲۴۹/۵۵۰	۳۶/۱۹۳	۰/۰۰۰	۰/۵۶۴
طرحواره طرد و بریدگی	تعامل مراحل با گروه	۵۵/۰۸۹	۱/۵۹۰	۳۴/۶۵۵	۵/۰۲۶	۰/۰۱۶	۰/۱۵۲
طرحواره خودگردانی	تفاوت بین گروهی	۱۴۷۲/۱۷۸	۱	۱۴۷۲/۱۷۸	۶/۶۳۴	۰/۰۱۶	۰/۱۹۲
طرحواره دیگرجهتمندی	تعامل درون گروهی (مراحل)	۴۷۶۴/۶۰۰	۱/۲۲۰	۳۹۰۴/۲۵۰	۳۵/۷۲۱	۰/۰۰۰	۰/۵۶۱
طرحواره خودگردانی	تعامل مراحل با گروه	۸۶۶/۶۸۹	۱/۲۲۰	۷۱۰/۱۹۰	۶/۴۹۸	۰/۰۱۱	۰/۱۸۸
طرحواره دیگرجهتمندی	تفاوت بین گروهی	۸۰۴/۰۱۱	۱	۸۰۴/۰۱۱	۷/۲۸۳	۰/۰۱۲	۰/۲۰۶
طرحواره خودگردانی	تعامل درون گروهی (مراحل)	۳۱۹/۲۶۷	۱/۶۶۷	۱۹۱/۵۵۴	۱۷/۲۰۳	۰/۰۰۰	۰/۳۸۱
طرحواره دیگرجهتمندی	تعامل مراحل با گروه	۶۷/۰۸۹	۱/۶۶۷	۴۰/۲۵۲	۳/۶۱۵	۰/۰۴۲	۰/۱۱۴
طرحواره خودگردانی	تفاوت بین گروهی	۷۳۹/۶۰۰	۱	۷۳۹/۶۰۰	۱۰/۳۶۳	۰/۰۰۳	۰/۲۷۰
طرحواره دیگرجهتمندی	تعامل درون گروهی (مراحل)	۷۴/۴۰۰	۱/۵۳۳	۴۸/۵۳۸	۳/۷۳۲	۰/۰۴۳	۰/۱۱۸
طرحواره خودگردانی	تعامل مراحل با گروه	۷۵/۴۶۷	۱/۵۳۳	۴۹/۲۳۴	۳/۷۸۶	۰/۰۴۱	۰/۱۱۹
طرحواره خودگردانی	تفاوت بین گروهی	۴۱۳/۸۷۸	۱	۴۱۳/۸۷۸	۱۱/۶۵۲	۰/۰۰۲	۰/۲۹۴
طرحواره گوش بزنگی	تعامل درون گروهی (مراحل)	۱۲۲/۶۸۸	۱/۲۵۰	۹۸/۱۱۹	۴/۹۷۷	۰/۰۲۵	۰/۱۵۱
طرحواره خودگردانی	تعامل مراحل با گروه	۷۹/۷۵۶	۱/۲۵۰	۶۳/۷۸۳	۳/۲۳۵	۰/۰۷۲	۰/۱۰۴
طرحواره خودگردانی	تفاوت بین گروهی	۲۶۶/۹۴۴	۱	۲۶۶/۹۴۴	۲/۸۷۲	۰/۱۰۱	۰/۰۹۳
محدودیت مختل	تعامل درون گروهی (مراحل)	۱۲۵/۶۲۲	۱/۲۷۰	۹۸/۹۴۴	۴/۹۶۷	۰/۰۲۵	۰/۱۵۱
مختل	تعامل مراحل با گروه	۱۱۱/۶۲۲	۱/۲۷۰	۸۷/۹۱۷	۴/۴۱۴	۰/۰۳۴	۰/۱۳۹

جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین موثر است. در همین راستا، محمدی و همکاران (۲۰۲۰) (۲۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند طرحواره درمانی موجب افزایش عزت نفس جنسی در زوجین با تعارض زناشویی می‌شود. در تبیین چنین یافته ای می‌بایست اشاره نمود که تاکید رویکرد طرحواره درمانی بر ریشه‌های تحولی، مشکلات روانشناختی دوران گذشته زوجین است. این تکنیک به درمانگران کمک می‌کند با پیدا کردن طرحواره‌های ناسازگار دوران گذشته مشکلات جنسی زوجین تا حدودی مرتفع گردند. فعال شدن و تحریک شدن طرحواره ها به تولید هیجان‌های ناخوشایند و احساسات درمانده ساز منجر می‌گردد که همین عواطف منفی بر خودکارآمدی جنسی فرد تاثیر مستقیم دارد. بیماران در فرایند درمان طرحواره محور یاد می‌گیرند که حتی با وجود رها کردن راهبردهای ایمنی بخش باز هم احساس امنیت کنند. این الگوی درمانی مبتنی بر آموزش به تعدیل طرحواره ها در آزمودنی ها می‌انجامد. آموزش‌های طرحواره درمانی با بررسی مشکلات ریشه ای سعی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار دارد و یافتن این طرحواره ها و رویایی با آنها سبب کاهش هیجان‌ات و عواطف منفی در بیماران گردیده و به افزایش

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر حاکی از آن است که تفاوت‌های بین گروهی در متغیرهای خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (به غیر از طرحواره محدودیت مختل) معنادار است ($p < 0/05$). همچنین تفاوت بین مراحل در سه مرحله زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه معنی دار بود ($p < 0/05$) و در نهایت اثر تعامل مراحل با گروه در متغیرهای خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (به غیر از طرحواره گوش به زنگی) معنادار گزارش شد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارض زناشویی انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی موثر است. این یافته همسو با مطالعه کاشانی و همکاران (۱۳۹۸) (۲۷) بود که نشان دادند طرح‌واره درمانی در بهبود

تکنیک‌های تجربی روی احساسات بدنی، عواطف، خاطرات و تصاویر ذهنی بیمار کار می‌کند و سعی می‌نماید خودپنداره بیمار نسبت به خود، بدن و عملکرد جنسی را به صورت مثبت ارتقاء دهد. بیماران نیز در این مرحله در سطح هیجانی با طحوااره‌ها مبارزه می‌کنند و از فنون تجربی مثل برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی نسبت به دوران کودکی و تصویرسازی ذهنی بیشتر استفاده می‌کنند.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد طحوااره درمانی بر رضایت زناشویی افراد با تعارض زناشویی موثر است. این یافته در راستای مطالعه دمتریسکو و روسو (۲۰۱۳) (۲۳) است که نشان دادند سطوح طحوااره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند رضایت زناشویی را پیش بینی کنند. در مطالعات دیگری نیز این یافته مورد تأیید قرار گرفته است، به عنوان مثال مطالعه نیک آمال و همکاران (۱۳۹۶) (۲۴) نشان داد طحوااره درمانی هیجان مدار بر رضایت زناشویی زوجین موثر بوده است. احمدی و همکاران (۱۳۹۹) (۲۵) در مطالعه خود اثربخشی طحوااره درمانی را بر طحوااره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق تأیید کردند. همچنین مطالعه علی‌محمدی و همکاران (۱۳۹۸) (۲۶) نیز با یافته مطالعه حاضر منطبق است مبنی بر اینکه طحوااره درمانی گروهی بر افزایش رضایت زناشویی زنان مبتلا به پرخوری عصبی موثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت طحوااره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه فرد با خود و با دیگران مربوط می‌شوند و به شدت ناکارآمد هستند. این طرح واره‌ها مطابق با پنج نیاز تحولی کودک به پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری تقسیم شده‌اند که هر کدام شامل چند طحوااره است. به عنوان مثال در تبیین ارتباط بین گوش به زنگی بیش از حد و بازداری که مشتمل بر رفتار و عقایدی چون منفی گرایی/ بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی و

خودکارآمدی جنسی آزمودنی‌ها می‌انجامد. در حقیقت درمانگران سعی می‌کنند با ریشه‌یابی مشکلات بیماران، کشف مکانیسم‌های تداوم طحوااره‌ها و همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای بیمار به طحوااره مورد نظر که در حوزه‌هایی چون جبران افراطی، اجتناب و تسلیم رخ می‌دهد، به ارتقاء عملکرد جنسی بیماران خود کمک کنند. در حقیقت درمانگران طحوااره درمانی می‌دانند که نوع سبک‌های مقابله‌ای افراد به خلق و خو و الگوهای یادگیری آنها در زندگی بستگی داشته و شناسایی درست مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تلاش در جهت توانمندسازی بیمار سبب افزایش خودکارآمدی جنسی فرد می‌گردد. به طوری که در این الگوی درمانی با مشخص شدن ریشه‌های تحولی طحوااره‌ها و همچنین نوع تاثیرگذاری آن بر عملکرد و خودکارآمدی جنسی درمانگر با بکارگیری استراتژی‌های تغییر مثل تکنیک‌های شناختی سعی در افزایش خودکارآمدی جنسی می‌نماید. به عنوان مثال اگر ریشه ناکارآمد جنسی فرد از طحوااره طرد و محرومیت است، درمانگر با تشریح این طحوااره و بازتعبیر آن اثرگذاری آن را کاهش می‌دهد. آن دسته از افرادی که از طحوااره ناسازگار اولیه طرد و بریدگی برخوردار هستند، در کودکی از محیط امن همراه با عشق، توجه، احترام، پذیرش برخوردار نبوده‌اند، در این ارتباط فرد معتقد است که هر لحظه امکان دارد افراد مهم زندگی‌اش بمیرند یا این که او را رها کنند و به فرد دیگری علاقمند شوند. چنین وابستگی شدیدی منجر به شکل‌گیری الگوهای فکری و رفتاری چون ترس از دست دادن همسر، احساس نیازمندی شدید به دیگران، زودرنجی، ناراحت کردن اطرافیان به واسطه احساسات شکننده می‌گردد. این افراد از بی‌اعتمادی شدیدی نسبت به اطرافیان رنج می‌برند. آن‌ها از محرومیت هیجانی برخوردار هستند و فکر می‌کنند تمایلات و نیازشان به حمایت عاطفی، به میزان کافی از جانب همسر و دیگران ارضاء نمی‌شوند و محرومیت ناشی از محبت، همدلی و حمایت در آنها رشد نموده، چنین طحوااره‌هایی سبب می‌شود که روابط فرد با همسر دچار مشکلات عدیده‌ای گردد. زودرنجی، عدم اعتماد، عدم ارضای عاطفی خودکارآمدی جنسی فرد را کاهش می‌دهد. درمانگر با استفاده از

خود را ارتقاء بخشد. درمانگر در این الگوی درمانی سعی می‌کند با استفاده از تکنیک‌های مختلف همچون شکستن الگوهای رفتاری، سطوح تاثیرگذاری طرحواره‌ها بر رضایت زناشویی را کاهش دهد؛ به عنوان مثال آن دسته از افرادی که از طرح واره ناسازگار اولیه محدودیت مختل رنج می‌برند، بدلیل اینکه محدودیت‌های درونی آن‌ها درخصوص احترام متقابل و خویش‌داری، به اندازه‌ی کافی رشد نکرده است به عدم رضایتمندی از زندگی زناشویی نیز منجر می‌گردد. این افراد اغلب خودخواه، بی مسئولیت و یا خودشیفته به نظر می‌رسند. فردی که چنین طرحواره ای دارد، برای این که بتواند کسب قدرت کند و یا دیگران را کنترل نماید، تمرکز افراطی بر برتری جویی (برای مثال موفق‌ترین، با استعدادترین و ثروتمندترین) دارد. گاهی نیز به رقابت افراطی یا کنترل رفتارهای دیگران روی می‌آورند، در نتیجه چنین تمایلاتی منجر به بروز نارضایتمندی زناشویی و عدم تفاهم، شکل‌گیری احساسات منفی در روابط بین فردی با همسر می‌گردد. درمانگر با شناسایی تاثیرگذار این طرحواره بر رضایت زناشویی سعی می‌نماید با استفاده از تغییر الگوهای رفتاری فرد میزان رضایت زناشویی را ارتقاء دهد. وی تلاش می‌کند با تشریح موقعیت فرد، تصویرسازی و توانمندسازی بیمار با الگوهای مقابله ای کارآمد سطوح رضایت زناشویی را از طریق کاهش تاثیر طرحواره ارتقاء بخشد.

از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد با تعارض زناشویی موثر است. مطالعاتی پیرامون اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش یا تعدیل طرحواره‌های ناسازگار انجام شده اند که یافته مطالعه حاضر را قدرت می‌بخشند. به عنوان مثال مطالعه یوسفی (۱۳۹۰) (۲۰) نشان داد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق موثر بوده است. مطالعه پناهی فر و همکاران (۱۳۹۷) (۲۱) نشان داد زوج درمانی طرحواره محور در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار، افزایش آگاهی و افزایش سازگاری زوجین متقاضی طلاق موثر بوده است. همچنین، مطالعه کوپرز و همکاران (۲۰۲۰) (۲۲)

تنبیه می‌باشد، با استمرار چنین عقاید و الگوهای رفتاری در زندگی زناشویی، از میزان صمیمیت، اعتماد و رضایت زناشویی زوجین کاسته می‌شود، فردی که از این طرح واره منفی برخوردار است و در زندگی خود آنرا بکار می‌برد با عیب جویی فراوان، عدم مصالحه، فداکاری و گذشت در زندگی به اختلافات زناشویی دامن زده و موجبات مشکلات دو طرف را فراهم می‌آورد که این نیز به نوبه خود بر میزان عدم سازگاری و بروز تعارضات زناشویی بین زوجین تأثیرگذار است. درمانگر طرحواره درمانی بر این نکته تأکید می‌کند که الگوهای ناکارآمد روابط زناشویی متأثر از سختگیری‌های دوران کودکی هستند که در درازمدت به ادراکات تحریف شده و غیرمنطقی در روابط زناشویی انجامیده است. طرحواره‌ها از این منظر مایه تاثیر در کنشگری روابط زناشویی بوده و بر آن تاثیر منفی دارند. یافته‌های این تحقیق نشان داد که طرحواره درمانی به افزایش رضایت زناشویی می‌انجامد، علت اثربخشی این دوره درمانی را می‌بایست در ایجاد بینش دوباره درباره طرحواره‌ها دانست. در این الگوی درمانی به بیمار کمک می‌شود تا به ردیابی و آشکار نمودن شناخت‌های ناسازگار خود در دوران ابتدایی زندگی بپردازد. پس از آن درمانگر با تشریح و توصیف ارتباط آن با راهبردهای شناختی، رفتاری، میان فردی و کنونی سعی در حل مشکلات زناشویی می‌کند. درحقیقت در این مسیر درمانگر با شناسایی علل زیرین مشکلات زناشویی و درگیر نمودن بیمار، به بازسازی طرحواره‌های ناکارآمد با سبک‌های رفتاری سالم تر و شیوه‌های رویایی سازگار می‌پردازد. بیمار در این دوره درمانی یاد می‌گیرد تا از فعال شدن دوباره طرحواره‌های ناسازگار که منشاء مشکلات زناشویی فعلی وی است، اجتناب کند. درمانگر با تجهیز بیمار به واکنش‌های مقابله ای کارآمد اثر طرحواره‌ها را در مشکلات زناشویی کاهش داده و از این مسیر سطوح رضایت زناشویی را ارتقاء می‌بخشد. این مداخله در نهایت سبب می‌گردد که بیمار درک درستی از نظام باورهای مرکزی خود پیرامون روابط زناشویی کسب کند و با توانمندسازی درمانگر کیفیت روابط زناشویی

ترین و در عین حال طولانی ترین بخش طرحواره درمانی است پاسخ‌های مقابله ای نارکارآمد را با الگوهای رفتاری سازگار و جدید جایگزین کند. درمانگر با طراحی تکالیف خانگی برای بیماران، آنها را به سمت ادراک بهتر از فرایند تصمیم گیری و تداوم طرحواره‌های ناسازگار، آگاه می‌کند.

در یک جمع بندی کلی نتیجه این مطالعه نشان داد طرحواره درمانی بر خودکارآمدی جنسی، رضایت زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زوجین با تعارضات زناشویی موثر است؛ اما با توجه به اینکه مطالعه حاضر بر روی نمونه آماری محدودی انجام شده است، مطالعات بیشتر و در سایر جوامع آماری به محقق آینده توصیه می‌شود. همچنین، با توجه به تاثیر طرحواره درمانی بر متغیرهای مربوط به رابطه همسران، پیشنهاد می‌گردد یافته‌های این پژوهش در طراحی دوره‌های درمانی و همچنین اتخاذ تصمیم گیری در راستای تحکیم خانواده در مراکز مشاوره و خانواده درمانی لحاظ شوند.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بر گرفته از رساله دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت می‌باشد و دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1399.037 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Ha, T., Overbeek, G., Lichtwarck-Aschoff, A., & Engels, R. C. (2013). Do conflict resolution and recovery predict the survival of adolescents' romantic relationships?. *PloS one*, 8(4), e61871.

نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت موثر است. در تبیین چنین یافته ای می‌بایست اشاره نمود که طرحواره‌های ناسازگار اولیه قدیمی ترین مولفه‌های شناختی، باورها و احساسات غیرشرطی هر فرد راجع به خود است. این طرحواره ها از تعاملات کودک با تجارب ناکارآمد با اطرافیان در سالهای اولیه زندگی بوجود آمده و در درازمدت در زندگی فرد جریان دارد. طرحواره ها به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی کودک شکل می‌گیرند. با این نگرش درمانگر سعی می‌کند به جستجو طرحواره‌های ناسازگاری پردازد که زندگی فعلی فرد را مختل نموده است. درحقیقت درمانگر با شناسایی الگوی طرحواره ها و همچنین پاسخ‌های هیجانی ناکارآمد فرد به آن سعی در تعدیل اثرگذاری آنها می‌نماید. به عنوان مثال درمانگر در مرحله اول به شناسایی طرحواره ها و سبک‌های متمایز پاسخگویی هر فرد به آنها و همچنین ریشه‌های تحولی طرحواره در کودکی می‌پردازد و مدلی طرحواره ای به فرد آموزش داده می‌شود. درمانگر سعی می‌کند با بکارگیری تکنیک‌های شناختی، تجربی، رابطه درمانی و شکستن الگوهای رفتاری سطوح اثرگذاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه را کاهش دهد. درمانگر با بکارگیری تکنیک‌های مختلف همچون تکنیک شناختی صحت و سقم طرحواره ها را به آزمون می‌گذارد. در این مرحله درمانگر با روش هایی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح واره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرح واره به شناسایی دقیق طرحواره هایی می‌پردازد که بر الگوی رفتاری بیمار تاثیرگذار است. به عنوان مثال به منظور کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه درمانگر سعی می‌کند با بکارگیری تکنیک الگوشکنی رفتاری که حساس

2. Olson, D., DeFrain, J., & Skogrand, L. (2010). *Marriages and families: Intimacy, diversity, and strengths*. McGraw Hill.
3. Zimmer-Gembeck, M. J. (2013). Young females' sexual self-efficacy: Associations with personal autonomy and the couple relationship. *Sexual health*, 10(3), 204-210.
4. Zare Derakhshan, Ehteram; Roshan Chesli, Rasool (1399). The Relationship between Sexual Satisfaction, Sexual Self-Efficacy and Happiness

- on Marital Satisfaction: The Mediating Role of Emotional Dysfunction. *Journal of Clinical Psychology and Personality*. 18 (34). 16-1.
5. Waziri, Shahram; Lotfi Kashani, Farah (1392). Evaluation of factor structure, reliability and validity of sexual self-efficacy, thought and behavior questionnaire. 8 (29). 58-47.
 6. Siah Kamari; Momeni, Khodamrad; Karami, Jahangir (1397). The mediating role of sexual self-efficacy in the relationship between attachment styles and sexual satisfaction in addicted men in Kermanshah. *Journal of Psychological Sciences*. 17 (68). 442-437.
 7. Nazari, Ali Mohammad; Yarahmadi, Hussein; Zahra Kar, Kianoosh (1393). The effect of group existential psychotherapy on marital satisfaction of women with type 2 diabetes. *Journal of Knowledge and Health*. 9 (2). 20-14.
 8. Morteza, Habiba; Ghorbani, Raheb; Ali Beigi, Mahnaz; Mirakhorlu, Shirin; Arjaneh, Mojgan (1397). Investigating the relationship between marital satisfaction and job satisfaction in the staff of Garmsar health center. ۳۰۰-۳۰۹. (۲) ۲۰ .
 9. Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). Research on marital satisfaction and stability in the 2010s: Challenging conventional wisdom. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 100-116.
 10. Montesi, J. L., Conner, B. T., Gordon, E. A., Fauber, R. L., Kim, K. H., & Heimberg, R. G. (2013). On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of sexual behavior*, 42(1), 81-91.
 11. Talaeizadeh, Fakhri; Bakhtiarpour, Saeed (1395). Relationship between marital satisfaction and sexual satisfaction with couples' mental health. *Thought and Behavior in Clinical Psychology (Thought and Behavior)*. 10 (40). 46-37.
 12. Young, Jeffrey; Closco, Janet; Vishar, Marjorie (2003). Schema therapy (practical guide for clinicians). Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Andouz (1398). Tehran: Arjmand.
 13. Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 715-751.
 14. Yakın, D., Gençöz, T., Steenbergen, L., & Arntz, A. (2019). An integrative perspective on the interplay between early maladaptive schemas and mental health: The role of self-compassion and emotion regulation. *Journal of clinical psychology*, 75(6), 1098-1113.
 15. Kaya, Y., & Aydın, A. (2021). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship Between Attachment and Mental Health Symptoms of University Students. *Journal of Adult Development*, 28, 15-24.
 16. Asghari, Farhad; Sadeghi, Abbas; Soil farmer, Somayeh; Entezari, Marjan (1394). Investigating the Relationship between Incompatible Schemes of Marital Conflict and Marital Instability between Divorced Applicants and Normal Couples. *Bi-Quarterly Journal of Pathology, Counseling and Family Enrichment*. 1 (1). 58-46.
 17. Pirsaqi, Fahima; Nazari, Ali Mohammad; Naeimi Ghader, Shafae, Mohammad (1394). Marital conflicts; The role of defensive styles and emotional schemas. *Psychiatric Nursing*. 3 (1). 69-59.
 18. Alami, Mehdi; Teymouri, Saeed; Oh, Qasim; Bayazi, Mohammad Hussein (1399). The Effectiveness of an Integrated Schema Therapy Approach Based on Acceptance and Commitment on Reducing Marital Conflicts and Divorce Desire of Divorced Couples. *Behavioral Science Research*. 18 (1). 141-132.
 19. 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.
 20. Yousefi, Nasser (1390). Comparison of the effectiveness of two approaches to family therapy based on schema therapy and Bowen's emotional system on early maladaptive schemas in clients seeking divorce in Saqez. *Journal of Principles of Mental Health*. 13 (52). 373-356.
 21. Panahifar, Sajjad; Yousefi, Nasser; Amani, Ahmad (1397). The effectiveness of schema-based couple therapy on modulating early maladaptive schemas and increasing the compatibility of couples seeking divorce. *Fifth International Conference on Psychology. Educational sciences and lifestyle*.
 22. Koppers, D., Van, H., Peen, J., & Dekker, J. J. (2020). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 1-12.
 23. Dumitrescu, D., & Rusu, A. S. (2012). Relationship between early maladaptive schemas, couple satisfaction and individual mate value: An evolutionary psychological approach. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 12(1).
 24. Nik Amal, Mitra; Salehi, Mahdieh; Barmas, Hamed (1396). The effectiveness of emotion-oriented schema therapy on marital satisfaction of couples. *Psychological studies*. 13 (4). 174-157.
 25. Ahmadi, Sahar; Mardpour, Alireza; Mahmoudi, Armin (1399). The effectiveness of schema therapy on early maladaptive schemas, increasing quality of life and marital satisfaction in divorced couples in Shiraz. *Psychological methods and models*. 11 (41). 70-53. (in Persian)
 26. Ali Mohammadi, Soodabeh; Mohsenzadeh, Farshad; Zahra Kar, Kianoosh (1398). The

- effectiveness of group therapy scheme on increasing marital satisfaction and reducing marital burnout in women with bulimia nervosa. *Journal of Disability Studies*. (9). 70-61.
27. Kashani Vahid, Sara; Kashani Vahid, Zahra (1398). Comparison of the effectiveness of schema therapy and group acceptance / commitment therapy on emotional orientation to sex in married women with low sexual self-efficacy. *New advances in behavioral sciences*. 4 (37). 72-51.
28. Mohammadi, S., Hafezi, F., Ehteshamzadeh, P., Eftekhari Saadi, Z., & Bakhtiarpour, S. (2020). Effectiveness of schema therapy and emotional self-regulation therapy in the components of women's marital conflicts. *Journal of Client-centered Nursing Care*, 6(4), 277-288.
29. Sanai, Baqir; Barati, Tahereh (1379). *Family and Marriage Scales*. Tehran: Besat.
30. Enayat, Halima; Yaghoubi Doust, Mahmoud (1391). Investigating the relationship between marital conflict and domestic violence against girls. *Women and society*. 3 (11). 30-1.
31. Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of marital and family therapy*, 15(1), 65-79.
32. Young, J. E. (1998). *Young schema questionnaire short form*. New York: Cognitive Therapy Centre.
33. Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137-147.
34. Akbari, Ibrahim; Mahmoud Alilou, Majid; Khanjani, Zeinab; Poursharifi, Hamid; Fahimi, Samad; Amiri Pichaklaei, Ahmad; Azimi, Zeinab (1391). Comparison of students with love failure with and without clinical symptoms in early maladaptive schemes and parenting patterns. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 18 (3). 194-184.
35. Sharifnia, Fariba (1380). The relationship between marital satisfaction and mothers' depression and the relationship between this variable and social adjustment and academic performance of their daughters. Master Thesis. Faculty of Education and Psychology. Shahid Chamran University.

*Original Article***The effectiveness of schema therapy on sexual self-efficacy, marital satisfaction and early maladaptive schemas in couples with marital conflicts**

Received: 30/01/2021 - Accepted: 16/08/2021

Negin Ismaeilzadeh¹
Bahman Akbari*²¹PhD student General Psychology,
Department of Psychology ,
Rasht Branch, Islamic Azad
University, Rasht, Iran.²* Professor, Department of
Psychology, Rasht Branch,
Islamic Azad University, Rasht,
Iran(Corresponding author)* Department of Psychology, Rasht
Branch, Islamic Azad
University, Rasht, Iran.

Email: akbari@iaurasht.ac.ir

Abstract**Introduction:** The aim of this study was to determine the effectiveness of schema therapy on sexual self-efficacy, marital satisfaction and early maladaptive schemas in couples with marital conflict.**Methods:** This research was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, follow-up and control group. The statistical population of the study included women referring to counseling clinics in Rasht. The sampling method was simple screening and random in which 30 people were selected and equally divided into experimental and control groups. Data collection tools were Vaziri and Lotfi Kashani Sexual Self-Efficacy Scale (2013), Enrich Marital Satisfaction (Favers and Olson, 1989), the short version of Young's Early maladaptive Schemas Questionnaire (1989) and the Sanai and Barati Marital Conflict Scale (2000). After the pretest, the treatment schema was performed for the experimental group and the control group was placed on a waiting list without receiving any medical intervention.**Results:** Data analysis using analysis of covariance showed that schema therapy is effective on sexual self-efficacy, marital satisfaction and early maladaptive schemas in couples with marital conflicts ($P < 0.05$).**Conclusion:** Schema therapy can be considered by combining couple therapy in designing treatment courses as well as making decisions in order to strengthen the family in counseling and family therapy centers.**Key words:** Schema therapy, sexual self-efficacy, marital satisfaction, early maladaptive schemas, marital conflict