

نقش تحمل نکردن بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی رضامندی

زناشویی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

سجاد علمردانی صومعه^۱

محمد نریمانی^۲

نیلوفر میکائیلی^۳

سجاد بشرپور^۴

پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۱۲/۰۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۱۰

چکیده

هدف پژوهش، بررسی نقش تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی رضامندی زناشویی در افراد مبتلا به OCD بود. روش این پژوهش همبستگی از نوع پیش‌بینی بود. جامعه آماری پژوهش را تمام بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی تشکیل دادند که به بیمارستان روانپزشکی رازی شهر تبریز مراجعه کرده‌اند. ۶۰ نفر از این افراد با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شدند که برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که رضامندی زناشویی مبتلایان به OCD با بلا تکلیفی در مورد آینده ($r = ۰/۴۵$ ، $p < ۰/۰۰۰$)، نشخوارگری ($r = -۰/۲۸$ ، $p < ۰/۰۱$)، ارزیابی دوباره مثبت ($r = -۰/۲۸$ ، $p < ۰/۰۱$)، فاجعه‌سازی ($r = ۰/۳۰$)، و نمره کلی تنظیم هیجان ($r = ۰/۳۲$ ، $p < ۰/۰۰۶$) ارتباط معناداری دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۳۴ درصد و ۳۲ درصد از کل واریانس رضامندی زناشویی بیماران مبتلا به OCD به ترتیب بر اساس برخی عوامل تحمل نکردن بلا تکلیفی و تنظیم هیجان تبیین می‌شود. نتایج پژوهش کنونی می‌تواند تلویحاتی برای ایجاد زمینه‌های بیشتر حمایت اجتماعی از این بیماران بیش از پیش داشته باشد و پیشینه‌ای برای پژوهشهای گسترده‌تر در این زمینه ایجاد کند.

کلیدواژه‌ها: وسواس فکری - عملی، تحمل بلا تکلیفی، تنظیم هیجان، رضامندی زناشویی، OCD.

۱ - نویسنده مسئول: دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی s_a_s139@yahoo.com

۲ - استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی m_narimani@uma.ac.ir

۳ - دانشیار گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی nmikaeili@uma.ac.ir

۴ - دانشیار گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی basharpoor_sajjad@uma.ac.ir

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ (OCD) بیماری مزمن و ناتوان کننده‌ای است که ویژگیهای اساسی آن وسواسهای فکری و عملی است که شدت آنها برای ایجاد ناراحتی قابل ملاحظه بالینی برای شخص کافی است. این وسواسها وقتگیر است و به طور برجسته‌ای در عملکرد روزمره و شغلی، فعالیتهای اجتماعی یا روابط تداخل می‌کند، بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی ممکن است دچار وسواس فکری، وسواس عملی یا شکل توأم آنها باشد؛ افکار مزاحم یا وسواسهای عملی، که در طول روز، حداقل در بیشتر از یک ساعت در روز فرد را گرفتار می‌کند و موجب آشفتگی، پریشانحالی و اختلال در کارکرد شخصی می‌شود. وسواسها شامل افکار مزاحم، باورها، تصاویر ذهنی، نشخوارهای ذهنی و افکار و تکانه‌های مزاحم و مکرر (وسواس فکری) و یا الگوهای مکرر رفتار یا فعالیتهای مزاحم (رفتار وسواسی) است. وسواسهای فکری و عملی هر دو خود - ناهمخوان است و در صورت مقاومت در مقابل آنها سبب بروز اضطراب خواهد شد و با میزان شیوع طول عمر تخمینی تقریباً ۳ - ۲ درصد، پس از فوبی، اختلالات مرتبط به مواد و افسردگی به عنوان چهارمین اختلال شایع روانپزشکی مطرح است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). OCD اختلالی با شروع زودرس است که اغلب از دوران کودکی آغاز می‌شود. مطالعات اندکی در مورد سیر طولانی مدت بیماری صورت گرفته است و به همین دلیل بدرستی معلوم نیست که چه تعداد از مبتلایان در طول زمان بهبود می‌یابند و تا چه اندازه‌ای بهتر می‌شوند ولی به هر حال واضح است که تعداد قابل توجهی از مبتلایان به OCD سیر مزمن و نوساندار با دوره‌های تشدید علائم پیدا می‌کنند. بنابراین افراد زیادی در جامعه هستند که از خود بیماری یا محدودیتهایی که بیماری برای آنها ایجاد کرده است، رنج می‌کشند. بسیاری از مبتلایان به OCD همزمان اختلالات روانپزشکی دیگری هم دارند (هولاندر، گرین والد و نویل^۲، ۱۹۹۷) که از آن جمله می‌توان به اختلال بدشکلی بدنی^۳، خود بیمار انگاری^۴، وسواس کردن مو^۵، اختلالات خوردن^۶، اختلالات کنترل تکانه^۷، رفتارهای خود آزاردهنده^۸ و رفتارهای جنسی

-
- 1 - Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
 - 2 - Hollander, Greenwald & Neville
 - 3 - Body dysmorphic disorder
 - 4 - hypochondriasis
 - 5 - tricotillomania
 - 6 - Eating disorder
 - 7 - Impulse control disorder
 - 8 - Self-injurious

اجباری^۱ اشاره کرد. ارتباطی هم بین OCD با سندرم توره^۲، اوتیسم^۳ و اسکیزوفرنیای وسواسی^۴ نشان داده شده است (هولاندر و ونگ^۵، ۱۹۹۵؛ مک الروی، فلیپس و کک^۶، ۱۹۹۴). هم‌چنین اشتغال‌های ذهنی بدنی و درخواست‌های مکرر برای اطمینان دوباره داشتن بیماری یا عدم آن، که در هیپوکندریاس دیده می‌شود با ترس‌های وسواسی و تشریفات اجباری وسواسیها شباهت نزدیکی دارد (تینیس، وایت و استکتی^۷، ۱۹۹۰؛ سالکوسکیس و وارویک^۸، ۱۹۸۶) و شاید بیش از هر اختلال اضطرابی دیگر، افسردگی عارضه معمول وسواس فکری - عملی است (بارلو، دیناردو و ورمیلیه^۹، ۱۹۸۶). بین این اختلالها، عوامل شخصیتی هست که می‌تواند از پیشامدها یا پیامدهای وسواس باشد که رضامندی زناشویی یکی از آنها است که احتمال دارد با OCD ارتباط داشته، و بین آنها همبستگی نزدیکی باشد. شواهد پژوهشی متعددی حاکی از تأثیر منفی اختلال وسواس فکری - عملی بر رضایتمندی زناشویی است (بشرپور، مولوی و شیخی، ۱۳۹۱؛ وولینگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶؛ گودمن و مرفی^{۱۱}، ۱۹۹۷؛ کوپر^{۱۲}، ۱۹۹۶؛ جنیک^{۱۳}، ۱۹۹۲؛ ریگز، هیس و فوا^{۱۴}، ۱۹۹۲؛ املکمپ، دهان و هوگدیون^{۱۵}، ۱۹۹۰؛ لوینگستون^{۱۶} و همکاران، ۱۹۹۰). رضامندی زناشویی گرایش و هیجان مثبت نسبت به همسر یا شوهر است (آهوئی^{۱۷}، ۲۰۰۴). رضامندی زناشویی، نشانگر استحکام و کارایی نظام خانواده است و چنانچه به دلیل مشکلات جسمی و یا روانی (مانند وسواس)، رضامندی زناشویی کمتری باشد، استحکام و دوام خانواده دچار تزلزل خواهد شد و پیامدهای منفی به دنبال خواهد داشت (هالفورد^{۱۸}، ۲۰۰۰). شواهد نشان می‌دهد

- 1 - Sexual compulsion
- 2 - Tourett's syndrom
- 3 - Autism
- 4 - Obsessional schizophrenia
- 5 - Wong
- 6 - McElroy, Phillips & Keck
- 7 - Tynes, White & Steketee
- 8 - Salkorskis & Warwick
- 9 - Bsrlow, Dinardo & Vermilyea
- 10 - Vulink
- 11 - Goodman & Murphy
- 12 - Cooper
- 13 - Jenike
- 14 - Riggs, Hiss & Foa
- 15 - Emmelkamp, deHaan & Hoogduin
- 16 - Livingston
- 17 - Ahuyi
- 18 - Halford

اختلال وسواس فکری - عملی بر کیفیت زندگی^۱ اثر منفی قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد و ضعیف بودن آن بر رضامندی زناشویی تأثیر دارد (آلبرت^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). به علاوه آکسرای^۳ و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کرده‌اند زنانی که به اختلال وسواس فکری - عملی مبتلا بودند، نسبت به دیگر زنان، رضامندی جنسی و در پی آن، رضایت زناشویی کمتری داشتند. همین پژوهش نشان داد که اختلال وسواس به دلیل اینکه فرد را در معرض تنش، دعوا، اضطراب شدید و در نتیجه تیره و تار شدن روابط صمیمانه قرار می‌دهد، عاملی خطرناک در مشکلات جنسی و زناشویی در زنان بود. از همین روست که نیازها و مشکلات مربوط به سلامت روانی و جسمانی، ممکن است زمان و انرژی و توجهی را به خود اختصاص دهد که باید بر روابط زناشویی متمرکز شود و کیفیت هیجانی مناسب مورد نیاز را در رابطه زناشویی تحت تأثیر قرار دهد؛ در نتیجه رضامندی بین زن و شوهر را با مشکل روبه‌رو می‌سازد؛ زیرا خواسته‌ها و انتظارات عادی هم را نمی‌تواند برطرف سازند.

بولن و ریجنتز^۴ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که در اختلال وسواس فکری - عملی، می‌توان نشانه‌های برجسته از تحمل نکردن بلا تکلیفی را پیدا کرد. تحمل نکردن بلا تکلیفی در این اختلال با وسواسهای عملی و آیینی ارتباط دارد؛ بدین معنی که افراد شاید رفتار وسواسی و آیینها را تنها راهبرد در دسترس خود برای کاهش آشفتگی در نظر می‌گیرند (هالی وی، هیم برگ و کولز^۵، ۲۰۰۶). هم‌چنین زاگمن و پینارد در مورد رابطه تحمل ابهام و اختلال وسواس نیز معتقدند معتقدند که تحمل نکردن ابهام در افراد وسواسی زیاد، و مشکلات تصمیم‌گیری در بیماران وسواسی به تحمل نکردن ابهام آنهاست (زاگمن و پینارد، ۱۹۹۷ به نقل از ابوالقاسمی، ۱۳۸۹) که طبعاً این تحمل نکردن بلا تکلیفی بر رضامندی زناشویی افراد می‌تواند پیامدهای بدی داشته باشد. به‌طور خلاصه پژوهشهای پیشین نشان می‌دهد که تحمل نکردن بلا تکلیفی به عنوان نقص شناختی در اختلال وسواس فکری - عملی نقش مهمی به عهده دارد؛ بنابراین الگوهای نقص این گروه از بیماران، می‌تواند در زمینه مداخلات درمانی و هم‌چنین علت‌شناسی آن سودمند واقع شود (ارفعی و همکاران، ۱۳۹۰).

1 - Quality of life
2 - Albert
3 - Aksaray
4 - Boelen & Reijntjes
5 - Holaway, Heimberg & Coles

شواهد در پژوهشی دیگر نشان داد تحمل نکردن بلا تکلیفی بر رضامندی زناشویی افراد مبتلا به وسواس اثر منفی دارد که طبعاً کیفیت زندگی رضامندی زناشویی را کاهش می‌دهد (اشتین و کین^۱، ۲۰۰۰ و اشنیر^۲ و همکاران، ۱۹۹۴) و در پی آن در روابط خانوادگی اختلال ایجاد می‌کند؛ برای مثال تحمل نکردن بلا تکلیفی افراد وسواسی باعث می‌شود که آنها بیشتر احساسات اضطراب و تنش و ناتوانی را تجربه کنند که این امر با پریشانی آشکار در روابط خانوادگی و اجتماعی آنها مشخص می‌شود. مجموع این عوامل برای بهزیستی افراد مبتلا به این اختلال زیان‌آور است و در نهایت به طور بالقوه‌ای به کاهش رضایت از زندگی و تبعیض در همسرگزینی و همچنین اشتغال آنها منجر می‌گردد.

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند بر رضامندی زناشویی افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی تأثیر داشته باشد، تنظیم هیجان و عوامل مرتبط با آن است. تنظیم هیجان به تلاش‌های فعال افراد برای مدیریت حالات هیجانی آنان اطلاق می‌شود (کوول^۳، ۲۰۰۹). هیجان و تنظیم آن در اختلال‌های روانی نقش اساسی ایفا می‌کند (آلداو، نولن هوگزما و اشویتزر^۴، ۲۰۱۰).

پژوهش‌های بسیار کمی در مورد تنظیم هیجان و ارتباط احتمالی آن با رضامندی زناشویی افراد مبتلا به وسواس انجام گرفته ولی در همین پژوهش‌ها، مشخص شده است که هیجان در شکل دادن به بسیاری از فرایندهای شخصی و اجتماعی زندگی بشر نقش حیاتی دارد. وقتی هیجان‌ها ما نوسان می‌یابد و فرد در ابراز شادی یا غم دچار مشکل می‌شود، کارکردهای بدن، نظم خود را از دست می‌دهد و فشار روانی و ناراحتی جای آن را می‌گیرد. تنش، بهزیستی روانشناختی فرد را از بین می‌برد و باعث سیر عظیمی از اختلال‌ها از جمله وسواس می‌شود. تنظیم هیجان به عنوان یک عامل مهم عملکرد سازگارانه لازم است. استفاده از راهبردهای ناسازگارانه به نتایج منفی از جمله بهزیستی ضعیف و بیماری‌های جسمانی منجر می‌شود (گروس و جان^۵، ۲۰۰۳).

آسچر^۶ (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان داد که زبان هیجانی در رضامندی زناشویی مبتلایان به دمانس از گروه کنترل کمتر بود. هم‌چنین سانگیو و هیوانگ^۷ (۲۰۰۹) نشان دادند ابراز هیجان

-
- 1 - Stein & Kean
 - 2 - Schneier
 - 3 - Koole
 - 4 - Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
 - 5 - Gross & John
 - 6 - Ascher
 - 7 - Sangkyu & Heuikwang

تنها عامل و پیش‌بینی‌کننده رضامندی زناشویی همسران است. در پژوهش‌هایی دیگر، دانهام^۱ (۲۰۰۸)؛ میرجیان و کودوا^۲ (۲۰۰۷) و فام^۳ (۲۰۰۷) نشان دادند که دشواری در تنظیم هیجان هم در زنان و هم در مردان، با رضامندی زناشویی رابطه منفی دارد.

به علاوه مایر، کاروسو و سالوی^۴ (۱۹۹۹) در پژوهشی نشان دادند افرادی که کفایت‌های هیجانی زیاد دارند (می‌توانند تنظیم هیجان کنند)، مهارت‌های هیجانی بهتر، روابط درازمدت پایاتر و توانایی بیشتری برای حل تعارضات دارند که این توانایی حل تعارضات به نوبه خود عامل خوبی است تا رضامندی زناشویی افراد را در سطح خوبی نگه دارد.

این شواهد نشان می‌دهد که این عوامل بر بسیاری از حوزه‌های کارکردی تأثیر می‌گذارد؛ ولی چگونگی تأثیر متقابل و جدای آنها بر رضامندی زناشویی افراد با اختلال OCD به طور دقیق مشخص نیست. با توجه به پیشینه کم، هدف این پژوهش، تعیین میزان تأثیر عوامل تحمل نکردن بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی رضامندی زناشویی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی است.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش همبستگی از نوع پیش‌بینی است. جامعه آماری این پژوهش را تمام بیماران مبتلا به OCD تشکیل دادند که در نیمه اول سال ۱۳۹۲ به بیمارستان روانپزشکی رازی شهر تبریز مراجعه کرده‌اند. ۶۰ نفر از این افراد مراجعه‌کننده، که توسط روانشناس یا روانپزشک تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی داده شده بود با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شد. بیشتر افراد وسواسی انتخاب شده از نوع چک کردن، شمردن و شستن بودند.

مصاحبه بالینی: براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات عاطفی^۵ با هر یک از مراجعان به بیمارستان رازی، توسط روانپزشکان و روانشناسان با توجه به ملاکهای تشخیصی DSM-IV-TR بود.

پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادسلی: پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادسلی توسط

1 - Dunham
2 - Mirgain & Cordova
3 - Fam
4 - Mayer, Caruso & Salovey
5 - Structural Interview for Affective Disorders (SADS)

هاجسون و راکمان (۱۹۹۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و گستره مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است که نیمی از آنها با کلید درست و نیمی با کلید غلط است. این پرسشنامه در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادسلی توانسته است ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان‌نژند بخوبی جدا کند. هم‌چنین این پرسشنامه در تحلیل محتوایی پاسخهای ۱۰۰ بیمار، چهار عامل عمده را مشخص کرد که منعکس‌کننده چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود. این چهار عامل عبارت است از: واریسی، تمیزی، کندی و شک وسواسی که چهار مقیاس فرعی را تشکیل می‌دهد. با استفاده از روش نمره‌گذاری ساده می‌توان یک نمره وسواس کلی و چهار نمره فرعی به دست آورد. بنابر گفته راکمان و هاجسون^۱ (۱۹۸۰) این نوع شکایات حالت اغراق‌آمیز و شدید رفتار آموخته شده، نسبتاً هنجار است. در پژوهشی با ۴۰ بیمار نشان دادند که نمره کل این پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی حساس، و در کل ثابت شده است که پرسشنامه وسواسی مادسلی ابراز مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی است. هم‌چنین این پرسشنامه وسیله خوبی برای بررسی سبب‌شناسی سیر و پیش‌آگهی انواع مختلف شکایتهای وسواسی است. ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۹ بوده است (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه، و اعتبار و پایایی آن تأیید شده است (قاسم زاده و مجتبابی، ۲۰۰۵).

آزمون تحمل نکردن بلا تکلیفی: آزمون بلا تکلیفی (فریستون^۲ و همکاران، ۱۹۹۴) ۲۷ عنوان دارد که به غیر قابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام مربوط است و معمولاً به ناکامی، تنش و ناتوانی برای کار منجر می‌شود. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز، کم، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرد. نوع فرانسوی این آزمون همسانی درونی ($\alpha = 0/91$) و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته بسیار خوبی ($r = 0/78$) دارد. ضریب اعتبار این آزمون معنی‌دار و رضایت‌بخش گزارش شده است (فریستون، ریوما، ریتارته، دوگاس و لادوسور، ۱۹۹۴). مقیاس بلا تکلیفی در سال ۲۰۰۲ توسط باهر و دوگاس دوباره اعتباریابی شد.

ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی ($r = 0/60$)، افسردگی

بک ($r = ۰/۵۹$) و اضطراب بک ($r = ۰/۵۵$) معنی دار به دست آمده است ($P < ۰/۰۰۱$). پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسشنامه ابزار خود گزارشی ۳۶ سؤالی است که برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان برای افراد بیش از ۱۲ سال (هم افراد بهنجار هم جمعیت‌های بالینی) ساخته شده و از پایه تجربی و نظری خوبی برخوردار بوده و دارای نه خرده مقیاس ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز دوباره مثبت، تمرکز دوباره بر برنامه ریزی، ارزیابی دوباره مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران است. هر سؤال در مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه‌بندی می‌شود و هر خرده مقیاس چهار ماده دارد. نمره کل هر خرده مقیاس از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. بنابراین دامنه نمره‌های هر خرده مقیاس از ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمره‌های زیاد در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده زیاد از راهبرد در مقابله با وقایع تنشزا و منفی است. نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط "حسنی" مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، پایایی مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و باز آزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و اعتبار پرسشنامه از طریق تحلیل عوامل اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاسها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و اعتبار ملاکی مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۱۳۹۰).

پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ: پرسشنامه رضایت زناشویی از ۱۱۵ سؤال و ۱۲ مقیاس تشکیل شده است که شامل ابعاد موضوعات شخصیتی، ارتباطات، حل تعارض، مسائل مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، تربیت فرزند، ارتباط با خانواده اصلی و دوستان، نقشهای همسری و جهتگیری دینی و معنوی است. السون و همکاران اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. با توجه به طولانی بودن سؤالات این مقیاس، فرمهای متعددی از آن استخراج شده است. اولین بار اولسون فرم ۱۵ سؤالی آن را معرفی کرد و سپس فرم ۴۷ سؤالی آن ساخته شد (فاورس و اولسون^۱، ۱۹۸۹) در همین اواخر فرم ۲۵ سؤالی این پرسشنامه نیز ساخته شده است (ودسبی^۲، ۱۹۹۸).

1 - Fowres & Olson
2 - Wadsby

در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده شد که ۴۷ عنوان دارد. این آزمون توسط سلیمانان (۱۳۷۹) اعتباریابی شده است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت است که به هر گزینه از ۱ تا ۵ نمره داده می شود. سلیمانان درباره اعتبار این پرسشنامه می نویسد که سؤالات به رؤیت متخصصان روانشناسی رسید و روایی صوری پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله بعد این پرسشنامه روی یک گروه ۱۱ نفری اجرا شد و ضریب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد. در پژوهشی، اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) برای مردان ۰/۹۳ و برای زنان ۰/۹۴ به دست آمد. هم چنین ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس رضایت خانوادگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۱ و با مقیاس رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ است. خرده مقیاسهای پرسشنامه اینریچ زوجهای سازگار و ناسازگار را متمایز می سازد و این نشان می دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است (عامری، ۱۳۸۶).

برای جمع آوری اطلاعات لازم این پژوهش، بعد از گرفتن مجوزهای لازم به منظور استفاده از بیماران بیمارستان رازی به بیمارستان مراجعه، و بعد از انتخاب نمونه های پژوهش (با توجه به نظر مصاحبه تشخیصی توسط دکتر روانشناس یا روانپزشک و اجرای پرسشنامه مادسلی) از آنها خواسته شد پرسشنامه های تحمل نکردن بلا تکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی را پر کنند. داده ها نیز با استفاده از آزمون رگرسیون تحلیل، و به منظور تحلیل آنها از نرم افزار آماری SPSS17 استفاده شد.

یافته ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی در تحمل نکردن بلا تکلیفی و عوامل آن بر رضامندی زناشویی را نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی تحمل نکردن بلا تکلیفی و عوامل آن با رضامندی

زناشویی در بیماران OCD

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ - رضامندی زناشویی	۱۳۳/۶۵	۱۸/۵۵	۱	-۰/۱۶	۰/۱۱۴	-۰/۰۸۱	۰/۰۷۱	-۰/۴۵۷**
۲ - تحمل نکردن بلا تکلیفی	۱۰۳/۰۶	۱۸/۴۳		۱	۰/۳۶۶**	۰/۲۱۴*	۰/۲۸۱**	۰/۴۰۲**
۳ - ناتوانی در رفتار	۳۲/۲۸	۵/۳۷			۱	۰/۳۱۶**	۰/۳۳۹**	۰/۳۸۳**
۴ - تنش آمیز بودن بلا تکلیفی	۳۳/۸۸	۵/۱۹				۱	۰/۳۷۸**	۰/۲۲۳*
۵ - منفی بودن رویدادهای غیر منتظره	۱۷/۵۶	۲/۴۳					۱	۰/۳۲۳**
۶ - بلا تکلیفی در مورد آینده	۱۴/۴۳	۳/۵۹						۱

* معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۱ همبستگی‌های تحمل نکردن بلا تکلیفی و عوامل آن با رضامندی زناشویی را نشان می‌دهد. براساس اطلاعات جدول، بین رضامندی زناشویی و تحمل نکردن بلا تکلیفی رابطه معناداری مشاهده نشد ولی جدول ۱ نشان می‌دهد که احتمالاً بین این دو رابطه منفی وجود دارد ($r = -0.16$; $p > 0.101$). هم‌چنین فقط بین بلا تکلیفی در مورد آینده با رضامندی زناشویی رابطه وجود دارد؛ به عبارتی بلا تکلیفی در مورد آینده پیش‌بینی‌کننده معناداری در مورد رضامندی زناشویی است ($r = 0.45$; $p < 0.000$). به علاوه بین تحمل نکردن بلا تکلیفی و عوامل آن نیز همبستگی‌های معناداری هست که در جدول آورده شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون رضامندی زناشویی بیماران OCD براساس تحمل نکردن بلا تکلیفی و عوامل آن

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SE B	β	t	p
رضامندی زناشویی	تحمل نکردن بلا تکلیفی	۰/۵۸	۰/۳۴	۶/۹۷	۰/۰۰۰	-۰/۲۴	۰/۱۲	-۰/۲۴	-۱/۹۳	۰/۰۵
	ناتوانی در رفتار					۱/۰۶	۰/۴۳	۰/۳۰	۲/۴۲۴	۰/۰۱۹
	تنش‌آمیز بودن بلا تکلیفی					-۰/۴۰	۰/۴۳	-۰/۱۳	-۰/۹۳۱	۰/۳۵۶
	منفی بودن رویدادهای غیر منتظره					۱/۴۳	۰/۹۶۷	۰/۱۸	۱/۴۸۲	۰/۱۴۴
	بلا تکلیفی در مورد آینده					-۳/۱۵	۰/۶۲	-۰/۶۱	-۵/۰۲۱	۰/۰۰۰

جدول ۲ نشان می‌دهد که ۳۴ درصد از کل واریانس رضامندی زناشویی در بیماران OCD بر اساس متغیر تحمل نکردن بلا تکلیفی و چهار عامل آن تبیین می‌شود. نسبت F هم نشان می‌دهد که الگوی رگرسیون کاملاً معنی‌دار است ($F = ۶/۹۷$ ، $p < ۰/۰۰۰$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، t حاصل از متغیرها (تحمل نکردن بلا تکلیفی $t = -۱/۹۳$ ، $p < ۰/۰۵$ ؛ ناتوانی در رفتار $t = ۲/۴۲۴$ ، $p < ۰/۰۱$ ؛ و بلا تکلیفی در مورد آینده $t = -۵/۰۲۱$ ، $p < ۰/۰۰۰$) معنی‌دار، و به این معنی است که می‌تواند به‌طور معنی‌داری میزان رضامندی زناشویی بیماران OCD را پیش‌بینی کند.

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی تنظیم هیجان و عوامل آن با رضامندی زناشویی در بیماران OCD

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- رضامندی زناشویی	۱۳۳/۶۵	۱۸/۵۵	۱										
۲- تنظیم هیجان	۹۷/۶۰	۱۸/۹۳		۱									
۳- ملامت خویش	۱۱/۷۸	۳/۳۲			۱								
۴- پذیرش	۱۱/۶۱	۳/۴۰				۱							
۵- نشخوارگری	۱۱/۱۱	۳/۳۱					۱						
۶- تمرکز دوباره مثبت	۱۱/۶۰	۳/۴۸						۱					
۷- تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی	۱۱/۵۱	۳/۴۱							۱				
۸- ارزیابی دوباره مثبت	۱۰/۸۰	۳/۱۳								۱			
۹- دیدگاه گری	۱۱/۲۰	۳/۲۰									۱		
۱۰- فاجعه‌سازی	۱۱/۴۳	۳/۲۳										۱	
۱۱- ملامت دیگران	۱۱/۱۶	۳/۱۰											۱

* معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی در عوامل تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن را با رضامندی زناشویی نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، بین رضامندی زناشویی با تنظیم هیجان ($r = 0.32$; $p < 0.006$) و در نه عامل تنظیم هیجان، بین نشخوارگری ($r = -0.28$; $p < 0.01$)، ارزیابی دوباره مثبت ($r = 0.28$; $p < 0.01$) و فاجعه‌سازی ($r = 0.30$; $p < 0.00$) با رضامندی زناشویی رابطه وجود دارد؛ به عبارتی، این عوامل، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای رضامندی زناشویی است. هم‌چنین بین عوامل تنظیم هیجان نیز همبستگی‌های معناداری هست که در جدول آورده شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون رضامندی زناشویی بیماران OCD بر اساس تنظیم هیجان و عوامل آن

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	R	R ²	F	Sig of F	B	SE B	β	t	p
رضامندی زناشویی		۰/۵۶	۰/۳۲	۲/۶۱	۰/۰۱۵					
	تنظیم هیجان					۰/۳۶	۰/۱۲	۰/۳۷	۲/۹۹	۰/۰۰
	ملاصت خویش					-۰/۱۵	۰/۶۹	-۰/۰۲	-۰/۲۲۵	۰/۸۲۳
	پذیرش					-۰/۱۲	۰/۷۲	-۰/۰۲	-۰/۱۷۷	۰/۸۶۱
	نشخوارگری					-۱/۶۲	۰/۷۳	-۰/۲۹	-۲/۲۱۱	۰/۰۳۲
	تمرکز دوباره مثبت					-۱/۵۷	۰/۷۳	-۰/۲۹	-۲/۱۵۱	۰/۰۳۶
	تمرکز دوباره بر برنامه ریزی					۰/۰۷	۰/۷۱	۰/۰۱	۰/۱۰۶	۰/۹۱۶
	ارزیابی دوباره مثبت					۱/۹۰	۰/۸۱	۰/۳۲	۲/۳۳۳	۰/۰۲۴
	دیدگاه‌گری					-۱/۱۴	۰/۷۶	-۰/۱۹	-۱/۵۰۴	۰/۱۳۹
	فاجعه‌سازی					۲/۰۰	۰/۸۰	۰/۳۵	۲/۴۸۷	۰/۰۱۶
ملاصت دیگران					-۰/۶۹	۰/۸۵	-۰/۱۱	-۰/۸۰۹	۰/۴۲۲	

به علاوه جدول ۴ نشان می‌دهد که ۳۲ درصد از کل واریانس رضامندی زناشویی در بیماران OCD بر اساس تنظیم هیجان و نه عامل آن تبیین می‌شود. نسبت F هم نشان می‌دهد که الگوی رگرسیون معنی‌دار است ($F = ۲/۶۱$, $p < ۰/۰۱۵$). نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، t حاصل از چهار متغیر (تنظیم هیجان $t = ۲/۹۹$, $p < ۰/۰۰$ ، نشخوارگری $t = -۲/۲۱۱$, $p < ۰/۰۳$ ، تمرکز دوباره مثبت $t = -۲/۱۵۱$ ، $p < ۰/۰۳$ ، ارزیابی دوباره مثبت $t = ۲/۳۳۳$ ، $p < ۰/۰۲$ و فاجعه‌سازی $t = ۲/۴۸۷$ ، $p < ۰/۰۱$) معنی‌دار، و به این معنی است که می‌تواند به طور معنی‌داری میزان رضامندی زناشویی را در بیماران OCD پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش، تعیین و پیش‌بینی رضامندی زناشویی بیماران OCD بر اساس عامل تحمل نکردن بلا تکلیفی و تنظیم هیجان بود. نتایج رگرسیون نشان داد که تحمل نکردن بلا تکلیفی با رضامندی زناشویی رابطه معناداری دارد؛ بدین معنی که می‌تواند رضامندی زناشویی را پیش‌بینی کند؛ به عبارت دیگر هر چه تحمل نکردن بلا تکلیفی زیادتر باشد، فرد، رضامندی زناشویی کمی

دارد و برعکس. نتایج این پژوهش با نتایج بولن و ریجنیتز (۲۰۰۹)، زاکنن و پینارد (۱۹۹۷) به نقل از ابوالقاسمی، (۱۳۸۹)، اشتین و کین (۲۰۰۰) و اشنیر و همکاران (۱۹۹۴) به طور مستقیم همسویی و همخوانی دارد. این نتیجه احتمالاً بیانگر این است که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، تحمل نکردن بلا تکلیفی بیشتری از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و گروه بهنجار گزارش کردند (استکت، فروست و کوهن^۱، ۱۹۹۸). هم‌چنین هالی وی، هیم برگ و کولنز^۲ (۲۰۰۶) در پژوهشی دیگر نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، سطوح بالاتری از تحمل نکردن بلا تکلیفی را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. به طور کلی نتایج نشان می‌دهد که تحمل نکردن بلا تکلیفی یکی از ویژگیهای بیماران وسواسی است (ارفعی و همکاران، ۱۳۹۰) که بیانگر این است که این عامل در مبتلایان به وسواس فکری - عملی در هر یک از طرفین، روابط بین زن و شوهر را دچار خدشه می‌کند و رضامندی زناشویی را بین آنها کاهش می‌دهد.

هم‌چنین در مورد مؤلفه‌های تحمل نکردن بلا تکلیفی، بلا تکلیفی در مورد آینده در ضرایب همبستگی معنادار بود. در تحلیل رگرسیون دو عامل ناتوانی در رفتار و بلا تکلیفی در مورد آینده معنی دار، و به این معنی است که می‌تواند میزان رضامندی زناشویی را در بیماران OCD پیش‌بینی کند.

نتایج رگرسیون نشان داد که تنظیم هیجان بر رضامندی زناشویی نقش دارد؛ بدین معنی که می‌تواند رضامندی زناشویی را پیش‌بینی کند. افراد ممکن است سعی کنند و زمینه را طوری فراهم سازند تا با هیجانهای منفی روبه‌رو نشوند؛ ولی وسواس باعث شود افراد در وضعیت ترس و اضطراب و بلا تکلیفی زندگی کنند؛ در نتیجه از راهبردهای منفی‌تری در ابراز یا اعمال هیجان استفاده کنند و تمرکز حواس کمتری داشته باشند و بدین سبب کارکرد روزمره شان دچار اختلال شود. در پژوهشی تونگ، سانگ - کی و بیانکا^۳ (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد مبتلا به وسواس نسبت به گروه بهنجار، تنظیم هیجان نامناسبتری از خود نشان دادند و در پی آن، میزان عملکرد شخصی و شغلی آنان کاهش یافت؛ به عبارت دیگر هر چه عامل تنظیم هیجان زیاده‌تر باشد، فرد از راهبردهای بهتر و کاراتر و مسئله‌مدارتر برای حل مسئله بهره می‌برد (از بین متغیرهای پیش‌بین، t حاصل از چهار عامل متغیر تنظیم هیجان اعم از نشخوارگری، تمرکز دوباره مثبت، ارزیابی دوباره

1 - Stekete, Frost & Cohen
2 - Holaway, Heimberg & Coles
3 - Tong, Sung-ki & Bianca

مثبت و فاجعه‌سازی معنی‌دار است). هم‌چنین در ضرایب همبستگی در نه عامل تنظیم هیجان، بین نشخوارگری، ارزیابی دوباره مثبت و فاجعه‌سازی با رضامندی زناشویی رابطه وجود دارد؛ به عبارتی، این عوامل، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای رضامندی زناشویی است. هم‌چنین بین عوامل تنظیم هیجان نیز همبستگی‌های معناداری وجود داشت.

این نتایج به طور مستقیم با نتایج آلدایو، نولن هوگزما و اشویتزر (۲۰۱۰)، دانهام (۲۰۰۸)، میرجیان و کودوا (۲۰۰۷)، فام (۲۰۰۷) و گروس و جان (۲۰۰۳) همسویی و همخوانی دارد؛ چنین نتیجه‌ای طبق نظر استائبر، پولارد و مرکل^۱ (۱۹۹۳)، دال بر این است که اختلال وسواس بر رضایت‌مندی زناشویی تأثیر منفی دارد و آنان همبستگی منفی بین اختلال وسواس و رضایت زناشویی را گزارش کردند. در همین راستا پژوهش ساوژ، تورخیمیر و اوتمانس^۲ (۲۰۰۸)، نشان داد که بین اختلالها (که اختلال وسواس را هم شامل می‌شود) و رضامندی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه رضایت زناشویی افزایش می‌یابد، نشانه‌های وسواس رو به کاهش است. نهایتاً پژوهش مختاری، بهرامی، پاداش، حسینیان و سلطانی‌زاده (۲۰۱۲) نشان داد که شخصیت‌های وسواسی در زندگی زناشویی، رضامندی کمی دارند و هر چه نشانه‌های وسواسی بهبود یابد، رضامندی زناشویی افراد افزایش می‌یابد؛ این نتیجه به صورت غیر مستقیم با پژوهش‌های آسچر (۲۰۱۰)، سانگیو و هیوانگک (۲۰۰۹) و کاروسو و سالوی (۱۹۹۹) همسویی و همخوانی دارد مبنی بر اینکه اشخاصی که کفایت‌های هیجانی زیاد دارند، مهارت‌های هیجانی بهتر، روابط درازمدت پایاتر و توانایی بیشتری برای حل تعارضات دارند که این توانایی حل تعارضات به نوبه خود عامل خوبی است تا رضامندی زناشویی افراد را در سطح خوبی نگه دارد. رضایت زناشویی بر میزان سلامت روانی، جسمانی، رضایت از زندگی، موفقیت در شغل و ارتباطات اجتماعی موثر است و یکی از مهمترین شاخص‌های رضایت از زندگی به شمار می‌رود (بیرامی، فهیمی، اکبری و امیری پیچاکلابی، ۱۳۹۱).

به طور کلی شواهد پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد وسواسی عموماً موقعیت اجتماعی و اقتصادی ضعیفتر و وضع زناشویی آشفته‌ای دارند و به‌طور خاص در افراد وسواسی عواملی نظیر گذراندن زمان در تشریفات وسواسی و مراسمها و انزوای اجتماعی باعث اختلال در روابط خانوادگی و آشفته‌گی خانواده مبتلایان به این اختلال می‌شود و محدودیتهایی را برای این افراد

ایجاد می‌کند. یافته آخر پژوهش این بود که عوامل متغیرهای تحمل نکردن بلا تکلیفی و تنظیم هیجان، پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای رضامندی زناشویی مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی است. همان‌گونه که ملاحظه شد نتایج این پژوهش حاکی از اهمیت و لزوم توجه به بیماران وسواسی و درمان آنها بود تا علاوه بر بهبود دیگر عوامل، روابط زناشویی آنان بهتر شود تا افزون بر استحکام خانواده، سلامت ذهنی و روانی در میان اعضای خانواده تأمین، و یا به مرور زمان اصلاح شود. از آنجا که خانواده و روابط رضایتمند بین آنها محور اصلی و اساسی سلامت جامعه به شمار می‌رود، هر گونه وضعی که به شادکامی، عدم ابهام در وظایف، استفاده درست از هیجان و به کار بردن تفکر مسئله‌مدار در برخورد با موانع هیجانی منجر شود، کل جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بدیهی است که گام اول موفقیت در این برنامه، شناخت عمیق افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و عواملی است که مرتبط با اختلال آنهاست تا با برنامه‌ریزی صحیح و دادن خدمات مشاوره‌ای مناسب و ایجاد فضای حمایتی (اجتماعی و روانی) برای آنها، سعی شود محیط‌هایی فراهم شود که بتوان در این محیط اهداف خود را پیگیری کرد که این نکته در مورد احیای متغیرهای وابسته پژوهش (تحمل نکردن بلا تکلیفی و به کارگیری درست و به جای هیجان و رضایت زناشویی) مهم است.

استفاده از نمونه‌ای که به منظور درمان صرفاً به بیمارستان روانپزشکی رازی تبریز مراجعه کرده بودند، استفاده از مطالعه مقطعی و ناتوانی در کنترل برخی از متغیرهای مزاحم (اختلال‌های همبود) محدودیتهای عمده این مطالعه بود. هم‌چنین بعضی از اعضای نمونه بیمار هنگام تحقیق دارو مصرف می‌کردند که این ممکن است بر رضامندی و تنظیم هیجان آنها تأثیر بگذارد؛ ولی در این پژوهش، این متغیر کنترل نشد. نتایج این مطالعه به فرایند شناسایی افراد در تشخیص و درمان اختلال وسواس از طریق توجه به شاخصهای تحمل نکردن بلا تکلیفی و تنظیم هیجان کمک می‌کند؛ هم‌چنین تنظیم هیجان، تعدیل و مدیریت هیجانها را به دنبال دارد و برخوردار بودن از مهارت‌های مثبت تنظیم هیجان باعث سازگاری مثبت در افراد سالم و ناسالم می‌شود. پیشنهاد می‌شود. مسئولان موجبات افزایش بهزیستی روانی را در زندگی افراد با آموزشهای مناسب از انواع راه‌ها فراهم آورند. بنابراین با تأکید بر اهمیت نقش این عوامل و ضرورت ایجاد زمینه‌های بیشتر حمایت اجتماعی از این بیماران پیشنهاد می‌شود. همه این نتایج لزوم توجه بر این متغیرها را آشکار می‌سازد. در مجموع می‌توان گفت یافته‌های این پژوهش نه تنها از لحاظ علمی مهم است، بلکه به عنوان پایه‌ای برای پژوهشهای کاربردی می‌تواند سودمند واقع شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۴). *آزمونهای روان شناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۹). *روان شناسی کمال گرایی*. تهران: انتشارات گل پونه.
- ارفعی، اصغر؛ بشارت قراملکی، رباب؛ قلی زاده، حسین؛ حکمتی، عیسی (۱۳۹۰). *عدم تحمل بلا تکلیفی: مقایسه بیماران افسرده اساسی با بیماران وسواسی - اجباری*. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. شماره ۵: ۱۷ تا ۲۲.
- بشرپور، سجاد؛ مولوی، پرویز؛ شیخی، سیامک (۱۳۹۱). *مقایسه رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس جبری با مبتلایان به دیگر اختلالات اضطرابی و افراد سالم*. *مجله علوم پزشکی ارومیه*. شماره ۶: ۵۹۷ تا ۶۰۵.
- بیرامی، منصور؛ فهیمی، صمد؛ اکبری، ابراهیم؛ امیری پیچاکلابی، احمد (۱۳۹۱). *پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک های دلبستگی و مؤلفه های تمایز یافتگی*. *مجله اصول بهداشت روانی*. شماره ۱: ۶۴ تا ۷۷.
- حسینی، جعفر (۱۳۹۰). *بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان*. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. شماره ۴: ۲۲۹ تا ۲۴۰.
- سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۹). *بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی بر نارضایتی زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- عامری، فریده (۱۳۸۶). *بررسی تأثیر مداخلات خانواده درمانی راهبردی در اختلافات زناشویی*. پایان نامه دکتری. دانشگاه تربیت مدرس.

- Ahuyi, S. (2004). **Study of relation of business stress and marital consent in male teachers**. Master's thesis, University of Roudehen.
- Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoglu, C., Oflu, S., & Ozaltin, M. (2001). Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 273-277.
- Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A., & MataixCols, D. (2010). Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 193-200.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Ascher, E. A. (2010). Relationship satisfaction and emotional language in front dementia and alzheimer disease patients d spusal cregiers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 24, 49-55.
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 130-135.
- Bsrlow, D. H., Dinardo, P. A., & Vermilyea, B. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Buher, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-945.
- Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 296-304.

- Dunham, S. M. (2008). **Emotional skillfulness in African American marriage: Intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction**. Dissertation of Doctor of Philosophy, University of Akron.
- Emmelkamp, P. M. G., DeHaan, E., & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and OCD. **British Journal of Psychiatry**, 156, 55-60.
- Fam, J. (2007). The role of intuitive judgments in predicting marital satisfaction, quality, and stability. **Medline PubMed**, 18(1), 58-71.
- Foweres, B. J., & Olson, D. H. (1989). Enrich martial inventory, a discriminant validity and cross validation assessment. **Journal of Marital and Family Therapy**, 15, 65-79.
- Freeston, M. H., Rheauma, J., Litarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why Do People Worry?. **Personality and Individual Difference**, 17, 791-802.
- Ghassemzadeh, H., & Mojtabai, R. (2005). Psychometric Properties of a Persian Language Version of Bdi- II. **Depression & Anxiety**, 21, 185-192. (Persian).
- Goodman, W. K., & Murphy, T. (1997). **Obsessive compulsive disorder and Tourette's syndrome**. In: S. Enn, & J. Coyle (Eds.), Pharmacological management of neurological and psychiatric disorders. New York: McGraw-Hill.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in tow emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. **Journal of personality and social psychology**, 85, 348-362.
- Halford, W. K. (2000). **Brief therapy for couples: Helping partners help themselves**. Brisbane City: Griffith University.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessivecompulsive disorder and generalized anxiety disorder. **Anxiety Disorder**, 20, 158-174.
- Hollander, E., & Wong, C. M. (1995). Introduction: obsessive-compulsive spectrum disorders. **Journal Clinical Psychiatry**, 56, 3-6.
- Hollander, E., Greenwald, S., & Neville, D. (1997). Uncomplicated and comorbid obsesseive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. **Depression and Anxiety**, 4, 111-19.
- Jenike, M. A. (1992). Pharmacologic treatment of obsessive compulsive disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, 15, 895-919.
- Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. **Cognition and Emotion**, 23, 4-41.
- Livingston-Van Noppen, B., Rasmussen, S., Eisen, J., & McCartney, L. (1990). **Family function and treatment in obsessive compulsive disorder**. In: M. Jenike, L. Baer, W. Minichello (Eds.), Obsessive compulsive disorder: theory and management (2nd ed. pp. 325-340). Chicago: Yearbook Medical Publishers
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. **Intelligence**, 27, 267-298.
- McElroy, S. L., Phillips, K. A., & Keck, P. E. (1994). Obsessive-compulsive spectrum disorder. **Journal Clinical Psychiatry**, 55, 33-51.
- Mirgain, S. A., & Cordova, J. V. (2007). Emotion skills and marital health :The association between observed and self reported emotion skills ,intimacy and marital satisfaction. **Journal Of Social And Clinical Psychology**, 26(9), 983-1009.
- Mokhtari, S., Bahrami, F., Padash, Z., Hoseinian, S., Soltanizadeh, M. (2012). The Effect of Schema Therapy on marital satisfaction of couples with Obsessive-compulsive personality disorder (OCPD). **Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business**, 12(3), 207-225. (Persian).
- Rachman, S., & Hodgston, R. J. (Eds.). (1980). **Obsessions and Compulsions**. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Riggs, David S., Hiss, Hella., Foa, Edna B. (1992). Marital distress and the treatment of Obsessive Compulsive Disorder. **Behavior Therapy**, 23(4), 585-597.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry**. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. **Behaviour Research and Therapy**, 24, 597-602.
- Sangkyu, H., & Heuikwang, J. (2009). Korean pastors and their wives marital satisfaction and its predicting factors. **Journal of Pastoral Psychology**, 9, 111-117.
- Schneier, F. R., Heckleman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in Social Phobia. **Journal of Clinical Psychiatry**, 55, 322-331.
- South, S. C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2008). Personality disorder symptom and marital functioning. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 76(5), 769.
- Staebler, C. R., Pollard, C. A., & Merkel, W. T. (1993). Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 19, 147-153.
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in Social Phobia: epidemiologic findings. **American Journal of Psychiatry**, 157, 1606-1613.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. **Anxiety Disorder**, 12, 525-537.
- Tong, F., Sung-ki, K., & Bianca, G. (2011). **Emotion regulation among individuals with obsessive-compulsive disorder**. Postgraduate Thesis, University of Hong Kong.
- Tynes, L. L., white, K., & Steketee, C. S. (1990). Toward a new nosology of OCD. **Comprehensive Psychiatry**, 31, 465-480.
- Vulink, N. C.C., Denys, D., Bus, L. & Westenberg, H.G.M.(2006). Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder. **Journal of Affective Disorders**, 91, 19-25.
- Wadsby, M. (1998). Evaluation of the Swedish version of the ENRICH Marital Inventory. **Nordic Journal of Psychiatry**, 52(5), 379-388.