The Effectiveness of Vaginismus-Specific Schema Therapy on the Fear of Intimacy in Women with Vaginismus Disorder

Ronak Kakavand [1], Felor Khayatan[*] [2], Mohsen Golparvar[3]

1. Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3. Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

***Corresponding Author:** Felor Khayatan, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. **Email:** f.khayatan@yahoo.com

Received: 26 December 2023 **Accepted:** 19 February 2024

Abstract

Background & Aim: Vaginismus disorder is the second most common sexual dysfunction in women. Therefore, a therapeutic strategy that specifically deals with the symptoms and psychological problems caused by it will be the way forward. Therefore, the present study was performed with the aim of the effectiveness of vaginismus-specific schema therapy on the fear of intimacy in women with vaginismus disorder.

Materials & Methods: This research was a semi-experimental study with a pretest, posttest and follow-up design with a control group. In the winter of the year 2022, a statistical society of women with vaginismus symptoms referred to the midwifery clinic and women's hospital of Piambaran in Tehran. Among them, 45 individuals were purposefully selected and divided into three groups, each consisting of 15 participants. Descutner & Thelen (1991) fear of intimacy questionnaire was used to measure the dependent variable. Two experiment groups were treated in 10 sessions of 90 minutes each, and the control group did not receive any intervention. The data were analysed using variance analysis of repeated measures and Bonferroni's post-hoc test in SPSS software-22.

Results: Both vaginismus-specific schema therapy and common schema therapy affected reducing the perceived fear of intimacy in women with vaginismus disorder compared to the control group ($p<0.001$). According to the comparison of the difference between the averages of the two intervention groups and the control group, the vaginismus-specific schema therapy had a greater effect on the improvement of the fear of intimacy than the common schema therapy ($p<0.001$).

Conclusion: The results of the research showed that the new schema therapy package for vaginismus can reduce the fear of intimacy among women with vaginismus by identifying their problems.

Keywords: Schema therapy, sexual dysfunction, vaginismus

How to cite this article: Kakavand R, Khayatan F, Golparvar M. The Effectiveness of Vaginismus-Specific Schema Therapy on the Fear of Intimacy in Women with Vaginismus Disorder. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; Vol 9(3): 212 – 224**.** **https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-579-fa.html.**

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

اثربخشی طرحواره درمانی ویژه واژینیسم بر ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس

روناک کاکاوند[1]، فلور خیاطان[*2]، محسن گل‌پرور[3]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

***نویسنده مسئول:** فلور خیاطان، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران، **ایمیل:**f.khayatan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۵ **تاریخ پذیرش:**۱۴۰۲/۱۱/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال واژینیسموس دومین اختلال عملکرد جنسی شایع در زنان محسوب می شود. از این‌رو استراتژی درمانی که به شکل ویژه به درمان علائم و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن بپردازد، راه‌گشا خواهد بود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی ویژه واژینیسم بر ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس اجرا شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس مراجعه‌کننده به کلینیک مامائی و زنان بیمارستان پیامبران شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۰ بودند، که از میان آن ها ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب و در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. پرسشنامه ترس از صمیمیت دسکاتنر و تلن (۱۹۹۱) برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد. دو گروه درمانی، هر یک طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت ننمود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) تحلیل گردید.

یافته ها: هر دو روش طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسم و طرحواره‌درمانی متداول در مقایسه با گروه کنترل بر کاهش ترس ادراک‌شده از صمیمیت زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس تاثیر داشتند ($p<۰/۰۰۱$). با توجه به مقایسه اختلاف میانگین‌های دو گروه مداخله با گروه کنترل، طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسم نسبت به طرحواره‌درمانی متداول تأثیر بیشتری بر بهبود ترس از صمیمیت داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد، بسته نوین طرحواره درمانی ویژه واژینیسم می‌تواند از طریق شناسایی مشکلات زنان مبتلا به واژینیسم به کاهش ترس از صمیمیت آنان بپردازد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی، اختلالات جنسی، واژینیسموس

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

سلامت جنسی و رابطه مطلوب زناشویی دارای اثرات شناخته‌شده‌ای بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است (۱). لذا هرگونه اختلال یا مشکل در این زمینه می‌تواند سلامت جنسی و متعاقب آن رضایت از زندگی زناشویی را تحت تاثیر قراردهد (۲). از جمله این اختلالات، اختلال درد دخول لگنی-تناسلی (واژینیسموس) است و به هرگونه مشکل دائمی شامل درد، ترس و اضطراب یا سفتی عضلات، در پیش‌بینی، حین یا بعد از تلاش برای دخول واژینال گفته می‌شود که به مدت حداقل ۶ ماه تداوم داشته و سبب دیسترس بالینی شده باشد (۳). انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۷)، این اختلال را به انواع کلی و موقعیتی تقسیم می‌کند. نوع کلی این عارضه همیشه وجود دارد و هر عاملی ممکن است باعث شروع آن شود. نوع موقعیتی، حالتی است که در برخی موقعیت‌های خاص بروز می‌کند، به عنوان مثال ممکن است در زمان برقراری رابطه جنسی این حالت رخ دهد، اما در زمان معاینات زنان و زایمان فرد مشکلی نداشته باشد (۴). اگرچه تشخیص و درمان واژینیسموس تاحدی متمرکز بر نشانه‌های جسمی ازجمله اسپاسم عضلات واژن می‌باشد، سبب‌شناسی در درجه اول بر عوامل روانی تاکید می‌کند که شامل نگرش‌های جنسی منفی، ناآگاهی‌های جنسی و ترس از درد است (۵) که موجب عواطف و تصویرسازی جنسی ناسازگار در عملکرد جنسی زنان می‌شود (۶). شیوع اختلال واژینیسموس در کلینیک‌های درمان کژکارکردی‌های جنسی بین ۵ تا ۴۲ درصد در بین مراجعه‌کنندگان برای سکس-تراپی گزارش شده است (۷). درواقع، شیوع واژینیسموس در جمعیت عمومی ۱-۶ درصد است و این نسبت در کلینیک‌های اختلال عملکرد جنسی بین ۵ تا ۱۷ درصد افزایش می‌یابد (۸).

از عوامل جسمانی تاثیرگذار بر واژینیسموس به مشکلات پزشکی مانند عفونت مجاری ادرار، کیست، اگزما، التهاب لگن؛ مشکلات ناشی از زایمان مانند درد ناشی از زایمان طبیعی و یا زایمان سخت، سقط‌جنین؛ تغییرات مرتبط با سن مانند یائسگی و تغییرات هورمونی، خشکی واژن؛ ضایعه لگن و یا اثرات جانبی داروها می‌توان اشاره کرد (۹). عواملی مانند فوبی از حاملگی، پاره شدن واژن، رابطه جنسی دردناک، عود مشکل پزشکی در عضلات لگن، اضطراب منتشر، اضطراب عملکرد (فرد نگران است که عملکرد خوبی در رابطه جنسی نداشته باشد)، تجربیات جنسی نامطلوب قبلی، دیدگاه منفی درباره رابطه جنسی، احساس گناه، ترومای عاطفی و یا دیگر هیجانات ناسالم جنسی؛ مشکلات در ارتباط با همسر مانند سوءاستفاده، عدم تعلق عاطفی، ترس از عدم تعهد، عدم اطمینان و اعتماد، احساس از دست دادن کنترل؛ خاطرات سرکوب‌شده و یا تجربیات کودکی مانند والدین سخت‌گیر، سخت‌گیری‌های مذهبی نامتعادل، دیدن صحنه‌ها و تصاویر جنسی شوک برانگیز، فقدان تعلیم و تربیت جنسی از جمله عوامل روانی تاثیرگذار بر اختلال واژینیسموس می‌باشند (۱۰). در مبتلایان به اختلال واژینیسموس، این ترس‌ها یا اجتناب باعث پریشانی و ناتوانی در بسیاری از حوزه‌های مهم زندگی، از روابط خانوادگی و اجتماعی گرفته تا تحصیل و کار می‌شود و بر سلامت همه‌جانبه این افراد نیز تأثیر منفی می‌گذارد. به‌عبارتی مشخصه سبک اجتنابی در استراتژی‌های دلبستگی کاهش نیاز به احساس صمیمیت با دیگران، تمایل به جستجوی استقلال و اتکا به خود، گرایش به تمرکز روی ویژگی‌های مثبت و بی‌اهمیت جلوه دادن ویژگی‌های منفی خود برای ساختن یک مدل خود مثبت همراه با بی‌اعتنایی یا بی‌اعتمادی به دیگران است (۱۱).

دسکانتر و تلن ترس از صمیمیت را، کاهش ظرفیت فرد در بیان افکار و احساسات با فردی مهم و نزدیک می‌دانند (۱۲). افراد دارای این ویژگی تبادل احساسات خود را به خاطر اضطراب سرکوب می‌کنند؛ این مسئله باعث بروز مشکلاتی در روابطشان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

با دیگران می‌شود (۱۳). ترس از صمیمیت روابط زوجین و رضایت از زندگی را به شدت مختل می کند به این صورت که با افزایش ترس از صمیمیت، برقراری و تداوم ارتباط، احساس مثبت نسبت به روابط نزدیک و ابراز عواطف با مشکل مواجه شده و در نتیجه رضایت از رابطه کاهش می‌یابد (۴، ۱۴). در مورد ارتباط ترس از صمیمیت و مشکل در ایجاد روابط نزدیک با اختلالات و کژکارکردی‌های جنسی مرور پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که در این زمینه مبتلایان به اختلال واژینیسموس بیشترین مشکل را دارند (۱۵). چراکه ترس از صمیمیت این گروه از زنان باعث می‌شود، از رابطه جنسی برای تنظیم فاصله و فقدان رابطه از همسرشان استفاده کنند (۱۶). صمیمیت از طریق خودآشکارسازی و ارتباطات گسترده افکار و احساسات بین زوجین، با کیفیت رابطه جنسی ارتباط دارد؛ به عبارتی در روابط نزدیک، صمیمیت با رضایت جنسی، و فقدان صمیمیت با ناکنش‌وری‌های جنسی و فقدان رابطه جنسی بین زوجین مرتبط می‌شود (۱۷، ۱۸). در واقع وقتی زوجین ارتباطات‌شان را بهبود ببخشند، رضایت جنسی‌شان نیز افزایش می‌یابد (۱۹).

در یک مطالعه در میان زنان ایرانی، حدود ۳۳ درصد از زنان ایرانی تجربه درد یا ترس خود را در حین مقاربت بیان کردند (۲۰). شیوع این اختلال، به همراه مشکلات ناشی از آن و هزینه‌هایی که بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند، ضرورت پرداختن به ساختارهای تبیینی و شیوه‌های درمانی این اختلال را نشان می‌دهد (۲۱). از جمله درمان‌های مطرح در این زمینه طرحواره‌درمانی است. مطالعات پیشین (۶، ۲۲) نشان داده‌اند که نشانگان اختلال واژینیسموس با مداخلات طرحواره‌درمانی کاهش پیدا می‌کند. طرحواره‌درمانی زیربنای رفتار و ژرف‌ترین ساختارهای شناختی افراد را تعیین می‌کند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی معیوبی هستند که از دوران کودکی شکل می‌گیرند و در طول زندگی تکرار می‌شوند. طرحواره‌ها ممکن است از خاطرات هیجانی خاصی مانند یک آسیب در گذشته، ترس، مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، مورد غفلت قرار گرفتن، نیاز به امنیت برآورده نشده، طرد شدن، یا در کل کمبود عواطف انسانی نرمال در گذشته، شکل‌گرفته باشند. هر قدر که طرحواره‌های ناسازگار اولیه شدیدتر باشند، زمانی که طرحواره در موقعیت خاص فعال می‌شود هیجانات منفی شدیدتری را فرد تجربه می‌کند و اثرات طولانی‌تری هم باقی می‌گذارد (۷). هدف اصلی طرحواره‌درمانی کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجودآورنده‌ی طرحواره و کاهش دادن شدت حساسیت بدنی و فیزیکی، تغییر الگوهای شناختی و جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار با الگوهای رفتار سازگارانه است (۲۳).

طرحواره‌درمانی ویژه اختلال واژینیسموس، باورها و ذهنیت‌های جنسی متفاوت را در شکل‌گیری بدکارکردی و عدم سازگاری جنسی زنان را در مورد طرحواره‌های جنسی و سازگاری زناشویی مورد بررسی قرار می‌دهد (۲۴). در واقع از این طریق می‌توان به این نتیجه رسید که میزان باورها و افکار منفی همچون انتقاد و تصویر منفی از خود می‌تواند در ایجاد لذت و کارکرد جنسی مطلوب زنان تاثیر منفی گذاشته و هیجانات منفی مثل خشم، ترس، شرم و گناه را در آنان ایجاد کند. از این‌رو طرحواره‌درمانی از طریق بررسی الگوهای ذهنی ناسالم، می‌تواند اختلالات میل جنسی و مشکلات ناشی از آن بهبود بخشد (۲۵). از این‌رو طرحواره‌درمانی، می‌تواند با شناسایی طرحواره‌های معیوب به ویژه طرح‌واره‌های جنسی منفی به اطلاعاتی در اختیار قرار دهد که در جهت بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به بدکارکردی جنسی به ویژه اختلال واژینیسموس استفاده شود. مرور نتایج پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که کارکرد جنسی مثبت و یا منفی زنان، به طور مستقیم با طرحواره‌ها به ویژه طرحواره جنسی آنان ارتباط دارد، و طرحواره‌درمانی می‌تواند از طریق توجه به مشکلات زنان به ویژه مشکلات بین‌فردی و ارتباط با همسر، به بهبود کارکرد جنسی آنان پرداخته و از این طریق رضایت جنسی، روابط زناشویی و ترس از صمیمت با دیگران را تحت تأثیر قرار دهد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

(۲۶). از این‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسم بر ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی سه گروهی شامل یک گروه تحت طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم، یک گروه طرحواره‌درمانی متداول و یک گروه کنترل با دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری کلیه‌ی زنان مبتلا به واژینیسموس مراجعه‌کننده به کلینیک مامائی و زنان بیمارستان پیامبران تهران در زمستان ۱۴۰۰ بودند که از میان آنان ۴۵ نفر به عنوان نمونه به روش تصادفی انتخاب شدند. ملاک ورود به نمونه قرار داشتن در رده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، تشخیص واژینیسموس توسط متخصص زنان، تشکیل پرونده و عدم دریافت درمان‌های پزشکی و روان‌شناختی موازی، حداقل تحصیلات دیپلم و گذشتن حداقل یک سال از زندگی مشترک بوده و ملاک حذف از پژوهش عدم رضایت و همکاری شرکت‌کنندگان در انجام تکالیف و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان بوده است. علاوه بر اخذ کد اخلاق، اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل نفرات برای ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج؛ رعایت شده است. ابزاری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، شامل مورد زیر است.

پرسشنامه ترس از صمیمیت (Fear of intimacy scale): این مقیاس توسط دسکاتنر و تلن در سال ۱۹۹۱ ساخته شده و یک آزمون ۳۵ سؤالی است که ترس از صمیمیت در روابط نزدیک و رمانتیک را می‌سنجد. ماده‌های این مقیاس بر ترس‌های مربوط به برقراری ارتباط با دیگران یا درگیر شدن در روابط نزدیک، صمیمانه و عاشقانه و به ویژه ترس‌های مربوط به خودافشایی در این زمینه‌ها تمرکز می‌کند و بر پایه این تعریف که «ترس از صمیمیت قابلیت محدودشده فرد برای تبادل افکار و احساسات مهم شخصی با فرد دیگری که دارای ارزش بالایی است» قرار دارد. این پرسشنامه دارای دو بعد است که شامل ترس از صمیمیت در رابطه با همسر و ترس از صمیمیت در رابطه با دیگران می‌شود (۲۷). سوال‌های مقیاس ترس از صمیمیت آزمودنی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت (۱- اصلاً این طور نیستم تا ۵-کاملاً این طور هستم) از نمره ۳۵ حداقل نمره تا ۱۷۵ حداکثر نمره می‌سنجد. دسکاتنر و تلن نشان دادند که FIS از همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ ۹۳/۰) و پایایی ۳۵ بازآزمایی بالایی (r= ۸۹/۰) برخوردار است. صفیه زاده و همکاران (۱۷) با به کارگیری روش تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی به بررسی ساختار پرسشنامه ترس از صمیمیت در نمونه‌ای از متأهلین پرداختند. همسانی درونی کل مقیاس ۰/۸۳ و عامل ۱، ۰/۸۱ و عامل ۲، ۰/۷۹و ضریب بازآزمایی کل مقیاس ۰/۹۲ و برای عوامل فرعی ۱ و ۲ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آمد. تحلیل عامل تأییدی نشان داد که داده‌ها از برازش خوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

فرآیند جمع‌آوری به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی شرکت کنندگان به روش قرعه‌کشی ساده، در سه گروه، شامل دو گروه درمانی و یک گروه کنترل، در مرحله پیش آزمون زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس به پرسشنامه ترس از صمیمیت پاسخ دادند. سپس هر یک از گروه‌های درمانی، به‌صورت گروهی، در کلاس درمانی در کلینیک زنان تحت درمان قرار گرفتند. بلافاصله پس از پایان جلسات، زنان هر سه گروه در مرحله پس آزمون مجدد به پرسشنامه ترس از صمیمیت پاسخ دادند. طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم و طرحواره‌درمانی متداول هر یک طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دو جلسه (در مجموع طی ۴ هفته متوالی) توسط طرحواره‌درمانگر مجرب با بیش از چند سال سابقه درمان تحت مداخله قرار گرفتند. گروه کنترل تا پایان آموزش دو گروه آزمایش دریافت ننمود؛ ولیکن پس از اتمام جمع‌آوری

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

داده‌ها، داوطلبین تحت آموزش طرحواره درمانی به مدت ده جلسه به صورت رایگان قرار گرفتند.

بسته طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم برای اولین بار در این مطالعه تدوین و پس از اعتبارسنجی اولیه محتوایی، علمی و تخصصی مورد استفاده قرار گرفته است. فرایند تدوین این بسته درمانی، به این صورت بود که ابتدا از طریق مصاحبه عمیق و تحلیل مضمون متون این حوزه از طریق تحلیل شبکه مضامین Attride-Stirling (۲۵)، مضامین سازمان‌دهنده و پایه لازم برای بسته طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم استخراج گردید. در این مرحله نسبت روایی محتوایی (CVR) که از طریق سه کدگذار مستقل محاسبه گردید برابر با ۱ به دست آمد. پس از آن، فنون درمانی برای هر یک از مضامین از طریق تحلیل محتوای متعارف استخراج و سپس توسط یک پنل تخصصی متشکل از ۶ متخصص روان‌شناس با بیش از ۱۰ سال سابقه درمان، ترکیب فنون درمانی برای ارتقاء سلامت روان زنان برای ۱۰ جلسه به ترتیب تعیین و بسته درمانی اولیه تدوین گردید. سپس بسته تدوین‌شده توسط شش داور متخصص حوزه روان‌شناسی سلامت بررسی و پس از اعمال اصلاحات داوران، ضریب توافق کلی ۰/۹ برای بسته درمانی به دست آمد. پس از تایید تخصصی، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) اثربخشی مقدماتی بسته طراحی‌شده بر روی شش زن مبتلا به اختلال واژینیسموس اجرا، و اعتبار اولیه بسته تایید شد. گروه طرحواره‌درمانی متداول نیز از طریق بسته درمانی اعتبارآزمایی شده در ایران (۶) تحت درمان قرار گرفتند. خلاصه جلسات هر دو مداخله به‌کار گرفته‌شده در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: شرح جلسات طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم (تدوین شده برای مطالعه حاضر)

جلسات	شرح مختصر جلسات
اول (۹۰دقیقه)	آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر و شرح قوانین گروه، اجرای پیش‌آزمون مربوط به متغیرهای وابسته پژوهش، ارزیابی اهداف طرحواره درمانی ویژه، تحلیل افکار کودکی و ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، آزمون اعتبار طرحواره حوزه واژینیسموس، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، تکلیف خانگی استفاده از کارت یادآور
دوم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، تکنیک صندلی خالی برای گفتگو بین جنبه سالم و طرحواره، کارت تدوین و ساخت‌های آموزشی برای بهبود تاثیر افکار منفی بر شناخت، تکمیل فرم ثبت طرحواره، ارائهٔ تکلیف خانگی
سوم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، ارزیابی تجارب هیجانی آسیب‌زای زیربنایی در قالب مدل طرحواره ویژه، تکنیک هیولاهای داخل اتوبوس جهت درک ریشه تحولی عواطف آسیب‌زای حوزه واژینیسموس، ارزیابی مشکل فعلی درمانجویان، ارائهٔ تکلیف خانگی
چهارم (۹۰دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، تکنیک تصویرسازی ذهنی برای نیازهای هیجانی ارضا نشده، مفهوم سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره، غلبه بر موانع اجرایی تکنیک های تصویرسازی ذهنی، ارائهٔ تکلیف خانگی
پنجم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، تکنیک گفتگوی خیالی برای محرومیت های هیجانی درمانجویان، بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی برای احساسات منفی بین فردی، تصویرسازی وقایع آسیب زا، ارائهٔ تکلیف خانگی
ششم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، اجرای تکنیک تجربه های خوشایند/ ناخوشایند جهت رهایی از افسردگی تکنیک اقدام متضاد و همجوشی زدایی، تکنیک ربط دادن تصاویر ذهنی گذشته به حال، ارائهٔ تکلیف خانگی
هفتم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، درمان بی حوصلگی نسبت به خود، احساس خستگی مرتبط با خلق افسرده، تصویر سازی ذهنی هدایت شده ایجاد اهداف واقع بینانه، اجرای تکنیک نوشتن خاطرات مهم زندگی، ارائهٔ تکلیف خانگی
هشتم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، ارتباط افکار و احساسات و بدن از طریق اسکن ذهنی، تاثیر طرحواره درمانی ویژه برای ارتباط بین ذهن و بدن بر روی مشکلات جسمانی زنان واژینیسموس، آموزش تخلیه افکار و احساسات، ارائهٔ

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جلسات	شرح مختصر جلسات
	تکلیف خانگی
نهم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، تکنیک تمرین تنفس برای کنترل نگرانی در متن واژینیسموس، تکنیک مراقبه متعالی، تکنیک رهایی از اضطراب، ارائهٔ تکلیف خانگی
دهم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، بررسی عواملی که عملکرد جنسی را دشوار می کند، درمان طرحواره های ایجادکننده مشکلات عملکرد جنسی، بهبود طرحواره انزوا جهت ارتقاء عملکرد اجتماعی، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون بر روی کلیهٔ اعضاء

جدول شماره۲: شرح جلسات طرحواره‌درمانی

جلسات	توصیف کوتاه جلسات درمان
۱	تهیه فهرستی از مشکل اصلی مراجع و سایر مشکلات زندگی او
۲	بررسی تاریخچه زندگی مراجع و جستجو علت های شکل گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی
۳	بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات فعلی زندگی
۴	مفهوم پردازی موردی طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های مراجع جهت درک علت مشکلات بیمار
۵	اجرای تکنیک شناختی جهت تغییر طرحواره‌های ناسازگار
۶	بازتعریف جدید شواهد تاییدکننده طرحواره
۷	بررسی مزایا و معایب طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله ای
۸	تهیه فلش کارت طرحواره
۹	اجرای تکنیک‌های تجربه‌ای جهت تغییر طرحواره‌های ناسازگار
۱۰	اجرای تکنیک‌های رفتاری جهت تمرین شناسایی رفتارهای جدید

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین، بررسی پیش‌فرض برابری ماتریس واریانس‌کوواریانس از طریق آزمون ام باکس از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. سطح معناداری قابل‌قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سه گروه پژوهش از نظر سن، وضعیت تحصیلات و شغل با یکدیگر از طریق آزمون کای دو مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه این تحلیل نشان داد که در متغیرهای جمعیت شناختی مورد اشاره بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر و سطوح آن	فراوانی (٪) گروه کنترل	فراوانی (٪)گروه طرحواره درمانی ویژه واژینیسم	فراوانی (٪)گروه طرحواره‌درمانی متداول	مقدار کای دو (مقدار احتمال)
سن				
۲۰ تا ۳۰ سال	۳ (۲۰)	۶ (۴۰)	۴ (۲۶/۶)	(P=۰/۱۱)۷/۵۴
۳۱ تا ۴۰ سال	۱۱ (۷۳/۳)	۴ (۲۶/۶)	۹ (۶۰)	
۴۱ سال و بالاتر	۱ (۶/۶)	۵ (۳۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

تحصیلات				
تا دیپلم	۴(۲۶/۶)	۵(۳۳/۳)	۲(۱۳/۳)	۳/۸۷ (P=۰/۴۲)
فوق دیپلم	۱۱(۷۳/۳)	۸(۵۳/۳)	۱۱(۷۳/۳)	
لیسانس و بالاتر	۰(۰)	۲(۱۳/۳)	۲(۱۳/۳)	
شغل				
دولتی	۳(۲۰)	۵(۳۳/۳)	۳(۲۰)	۷/۷۱ (P=۰/۱۰)
غیردولتی	۱۲(۸۰)	۸(۵۳/۳)	۷(۴۶/۶)	
بیکار	۰(۰)	۲(۱۳/۳)	۵(۳۳/۳)	

در جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار ترس از صمیمت به تفکیک سه گروه پژوهش و سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین ترس از صمیمت نشان داد که دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را در پس‌آزمون و پیگیری نشان داده‌اند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار ترس از صمیمت در گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه طرحواره درمانی ویژه		گروه طرحواره درمانی متداول		گروه کنترل	
		M	SD	M	SD	M	SD
ترس از صمیمیت	پیش‌آزمون	۱۷۱/۷۳	۶/۱۰	۱۶۸/۲۷	۱۰/۱۳	۱۶۹/۲۷	۸/۸۶
	پس‌آزمون	۴۱	۵/۷۴	۵۰/۵۳	۱۲/۵۳	۱۶۷/۵۳	۱۲/۴۱
	پیگیری	۴۸/۲۰	۱۰/۶۵	۹۰/۴۰	۱۶/۸۳	۱۶۷/۳۳	۱۱/۴۲

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، پیش‌فرض‌های آماری این تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در ترس از صمیمیت حاکی از نرمال بودن توزیع این دو متغیر ($p\geq۰/۰۵$) و نتایج آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس گروه‌های مطالعه در ترس از صمیمیت بود ($p\geq۰/۰۵$). آزمون ام باکس نیز برای ترس از صمیمیت حاکی از برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و تعامل عضویت گروهی با پیش‌آزمون نیز حاکی از برابری شیب خطوط رگرسیون بود ($p\geq۰/۰۵$). با توجه به نتایج مربوط به پیش‌فرض‌های اشاره‌شده، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد در بخش اثر درون‌گروهی، عامل زمان ($F=۹۵۳/۹۴$، $df=۱/۱۸$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۲۴۹/۹۹$، $df=۲/۳۶$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در متغیر ترس از صمیمیت از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد.

مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۹۶ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۹۲ و توان آزمون برابر با ۱ است.

این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۹۶ و ۹۲ درصد تفاوت در ترس از صمیمیت مربوط به اعمال متغیر مستقل (یکی از دو درمان در پژوهش) بوده که هر دو با ۱۰۰ درصد توان تایید شده است. همچنین چنان‌که در جدول ۵ در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در ترس از صمیمیت، در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل گروه برابر با ۰/۹۶ و توان آزمون برابر با ۱ است. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده با ۱۰۰ درصد توان ۹۶ درصد تفاوت حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (دو گروه درمان) و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

گروه کنترل را در ترس از صمیمیت معنادار نشان داده است (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای ترس از صمیمیت

	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
درون‌گروهی	زمان	۱۷۶۹۰۱/۶۱	۱/۱۸	۱۴۹۵۷۱/۵۷	۹۵۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	تعامل زمان×گروه	۹۲۷۱۸/۴۷	۲/۳۶	۳۹۱۹۷/۰۶	۲۴۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
	خطا (زمان)	۷۷۸۸/۵۸	۴۹/۶۷	۱۵۶/۷۹	–	–	–	–
بین‌گروهی	گروه	۱۶۵۷۹۱/۵۳	۲	۸۲۸۹۵/۷۶	۴۶۶/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	خطا	۷۴۷۱/۰۲	۴۲	۱۷۷/۸۸	–	–	–	–

برای تعیین تفاوت جفتی گروه‌های سه گانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد در متغیر ترس از صمیمت، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، بین پیش‌آزمون با پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری و درعین‌حال بین دو گروه درمان با گروه کنترل ($p<۰/۰۱$) و درعین‌حال بین طرحواره‌درمانی ویژه با طرحواره‌درمانی متداول تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده مبنی بر این‌که آیا اثربخشی بسته طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم و طرحواره‌درمانی متداول بر ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به واژینیسموس متفاوت است؟، به این‌صورت پاسخ داده می‌شود که بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، بین پیش‌آزمون با پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری و درعین‌حال بین دو گروه درمان با گروه کنترل و درعین‌حال بین طرحواره‌درمانی ویژه با طرحواره‌درمانی متداول تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره ۶).

جدول شماره ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌های پژوهش برای ترس از صمیمیت

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
زمان	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸۳/۴۰	۲/۱۹	۰/۰۰۱
	۲	پیش‌آزمون	پیگیری	۶۷/۷۸	۲/۵۸	۰/۰۰۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	-۱۵/۶۲	۰/۹۳	۰/۰۰۱
گروه	۷	گروه طرحواره ویژه	گروه طرحواره متداول	-۱۶/۰۹	۲/۸۱	۰/۰۰۱
	۸	گروه طرحواره ویژه	گروه کنترل	-۸۱/۰۷	۲/۸۱	۰/۰۰۱
	۹	گروه طرحواره متداول	گروه کنترل	-۶۴/۹۸	۲/۸۱	۰/۰۰۱

بحث

این پژوهش که با هدف اثربخشی بسته طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم بر ترس از صمیمت زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس اجرا شد، اثربخشی درمان در بهبود ترس از صمیمت را نشان داد. به عبارتی می‌توان گفت که با توجه به مقایسه اختلاف میانگین‌های دو گروه مداخله با گروه کنترل، طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسم نسبت به طرحواره‌درمانی متداول تأثیر بیشتری بر بهبود ترس از صمیمیت داشت.

در تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه اگرچه به دلیل نوین بودن بسته طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسم، پژوهشی یافت نشد که به طور کامل از نظر موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد؛ ولی با در نظر گرفتن جهت‌گیری کلی مداخلات، با پژوهش حاضر، می‌توان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

گفت نتایج حاصل از این پژوهش در خصوص اثربخشی طرحواره‌درمانی متداول بر کاهش ترس از صمیمت با یافته پژوهش‌های پیشین درخصوص اثربخشی استفاده از شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاثیر آن بر ترس از صمیمت و رضایت جنسی (۱۸، ۲۲) و اثربخشی طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسم بر دیگر متغیرهای مرتبط با روابط زناشویی ازجمله طرحواره‌های جنسی و سازگاری زناشویی (۲۴) هم‌راستا است. از طرف دیگر مرور نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که کارکرد جنسی مثبت و یا منفی زنان، به طور مستقیم با طرحواره‌ها به ویژه طرحواره جنسی آنان ارتباط دارد، و طرحواره‌درمانی می‌تواند از طریق توجه به مشکلات زنان به ویژه مشکلات بین‌فردی و ارتباط با همسر، به بهبود کارکرد جنسی آنان پرداخته و از این طریق رضایت جنسی، روابط زناشویی و ترس از صمیمت با دیگران را تحت تأثیر قرار دهد (۲۶).

مطالعات نشان داده‌اند طرحواره‌درمانی، بر این فرض استوار است طرحواره‌های ناسازگار اولیه همیشه خود را در فرایند یک رابطه نشان می‌دهند و باعث تغییر در کنش‌وری آن رابطه می‌شوند (۲۴). معمولاً ماهیت ناسازگار طرحواره‌ها زمانی مشخص می‌شود که فرد در تعامل با دیگران به شکلی عمل می‌کند که با تأیید طرحواره مواجه شود به رغم اینکه برداشت اولیه آن‌ها اشتباه باشد. نتایج مطالعه گل و همکاران نیز (۲۹) نشان داده است، طرحواره درمانی موجب کاهش طرحواره ای ناسازگار، اضطراب، افسردگی و ترس از صمیمیت زنان مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی شد. طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح طرحواره‌های ناسازگار، مهارت‌های ارتباطی فرد را غنی می‌کند، به شکلی که فرد در تعاملات خود از الگوهای ارتباطی سازنده که مورد حمایت طرحواره‌های بزرگسال سالم هستند، استفاده می‌نماید و باعث افزایش صمیمیت روابط با همسر می‌شود.

در تبیین نتایج مطالعه حاضر در خصوص اثربخشی طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم بر ترس از صمیمت زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس محتوا و جهت گیری کاربردی این نوع درمان در قالب تکنیک‌های تخصصی بسیار مهم است. در رویکرد طرحواره درمانی ویژه، مسائل هیجانی و شناختی زیربناهای اصلی مشکلات محسوب می‌شوند. بنابراین تمرکز اصلی درمان با توجه به مبانی نظری ارائه‌شده بر مشکلات هیجانی و شناختی، سپس بر حل مشکلات افسردگی، حل مشکلات جسمانی، حل مشکلات اضطرابی و حل مشکلات عملکردی گذاشته شد. بر طبق دیدگاه طرحواره درمانی ویژه طراحی و معرفی‌شده در این پژوهش کلیه مسائل و مشکلات شناسایی و معرفی‌شده برای زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس به دلیل آسیب درحوزه هیجانی و شناختی آنان اتفاق می‌افتد. به همین دلیل نیز بسته طرحواره درمانی ویژه افکار و هیجانات منفی نسبت به خود را به عنوان ابعاد مهم تاثیرگذار در کژکاری جنسی زنان مبتل به اختلال واژینیسموس معرفی می‌کند (۲۴). طرحواره‌های انتقاد از خود و تصویر منفی از خود مانع تمرکز بر موقعیت شهوت‌انگیز می‌شود و با تقویت هیجانات منفی مانند اضطراب، شرم و گناه مانع تکمیل پاسخ جنسی و ترس از صمیمی شدن (از تمایل جنسی تا اُرگاسم) می‌شود. طرحواره‌های جنسی، تعمیم‌های شناختی درباره‌ی جوانب جنسی است که از تجارب گذشته نشأت‌گرفته و بر تجارب کنونی اثر گذاشته و رفتار کنونی را هدایت می‌کند (۲۹). سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند غفلت، بی‌توجهی و انکار نیز از دوران کودکی شکل‌گرفته و تا بزرگ‌سالی ادامه پیدا می‌کنند که در این گروه از زنان رایج می‌باشد. از این‌رو طرحواره‌درمانی ویژه با تمرکز بر این سبک‌های مقابله‌ای زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس به بهبود مشکلات جنسی آنان می‌پردازد. طرحواره‌درمانی ویژه از طریق تغییر ساختار شناختی اضطراب عملکردی و هیجانات منفی چرخه معیوب تاثیر اضطراب بر کارکرد جنسی را بهبود می‌بخشد و در چنین

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

شرایطی فرد در تعامل با همسر و خانواده خود نیز کمتر ترس و تنش ادراک می‌نماید (۲۲).

در تبیین این یافتهٔ پژوهشی هم‌چنین می‌توان گفت، هدف عمده برنامه طرحواره درمانی ویژه برای ترس از صمیمیت زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس، یادگیری چگونگی مواجه‌شدن با مشکلات، تقویت مهارت‌های غیرکلامی و از بین بردن موانع ارتباط بین‌فردی است (۲۴). به عبارت دیگر طرحواره‌درمانی ویژه از طریق مرتبط ساختن طرحواره‌های ناسازگار زنان مبتلا به واژینیسموس با مشکل ترس از صمیمیت آنان ، به شناسایی باورهای دردسرساز و آگاهی از طرحواره‌هایی که زنان برای تفسیر، قضاوت و ارتباطات بین فردی استفاده می‌کند، پرداخت و از طریق ارائه باورهای جایگزین، باعث ایجاد راهبردها و باورهای جدیدتر، انطباقی‌تر و انعطاف‌پذیرتر شد که این امر ترس از صمیمیت در آنان را کاهش داد. طرحواره‌درمانی ویژه از طریق شناسایی و تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و طرحواره ای ناسازگار شکل‌گرفته در دوره کودکی به تحلیل تنش‌ها و ترس‌های ناشی از صمیمت زنان در روابط بین فردی مبتلا به اختلال واژینیسموس پرداخت و با ارائه تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری به منظور جایگزین کردن الگوهای سازگارانه‌تر و کارآمدتر توانست فرصتی برای اجتناب و ترس از صمیمیت آنان ایجاد کند. به چالش کشیدن طرحواره‌های ترس از صمیمیت مانند آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، بازداری هیجانی و شکست که موجب مشکلات ارتباط با همسر می‌شود؛ باعث تحلیل و ارزیابی درستی رفتارها، واکنش‌ها، طرحواره‌ها، سبک‌ها و راهبردهای مقابله زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس شد. طرحواره درمانی ویژه باور دوست‌داشتنی نبودن و یا انتظارات غیرمنطقی در رابطه را هدف ترس از صمیمیت زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس قرار داد و از طریق تکنیک‌های تجربی و رفتاری به درمان آن پرداخت (۲۲، ۲۴، ۲۶). این تبیین لازم است تا تکرار مطالعه با نمونه‌های دیگر، به عنوان یک تبیین احتمالی نگریسته شود.

نتیجه‌گیری

در نتیجه‌گیری نهایی می‌توان بیان نمود که بسته طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم با روش طرحواره درمانی متداول، دو درمان مؤثر برای کاهش ترس از صمیمی شدن به ویژه در عرصه زناشویی و روابط جنسی هستند. از آن جایی که اشتیاق به صمیمی شدن می‌تواند تحول و رشد سازگاری و رضایت زناشویی مطلوب‌تر را از طریق ارتقاء پیوند روابط مثبت و سازنده عاطفی و هیجانی تحت تاثیر قرار دهد، پیشنهاد می‌شود که طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسموس، به عنوان درمانی موثر برای زنان مبتلا به این اختلال در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرند. مطالعه حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این‌که، مطالعه بر روی زنان ۲۰ تا ۵۰ سال انجام شده است. لذا در تعمیم نتایج به زنان پایین‌تر از این دامنه سنی لازم است احتیاط شود. سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه که ممکن است با مطلوب‌نمایی اجتماعی و اطلاعات نه‌چندان عمیق همراه باشد، انجام پذیرفته است. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسم را از لحاظ اثربخشی علاوه بر ترس از صمیمت، بر روی متغیرهایی نظیر سازگاری اجتماعی، همدلی و سرزندگی و نشاط در کنار سنجش‌های عمیق‌تر از طریق مصاحبه در کنار پرسشنامه از نظر اثربخشی مورد مقایسه و مطالعه قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی و دارای تأییدیهٔ کمیتهٔ اخلاق از دبیرخانهٔ کمیتهٔ دانشگاهی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، با شماره مجوز (IR.IAU. KHUISF.REC.1400.228) است. همچنین این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) با کد (IRCT20211120053113N1) ثبت شده است. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان که با همکاری خود در پژوهش، امکان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

اجرای مطالعه را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود نداشته است.

References

1. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Roozbeh N, Zare F. Sexual function among women with vaginismus: a biopsychosocial approach. J Sex Medi. 2023; 20(3): 298-312.
2. Maldonado M, Nardi AE, Sardinha A. The role of vaginal penetration skills and vaginal penetration behavior in genito-pelvic pain/penetration disorder. J Sex Marital Ther. 2023; 18: 1-3.
3. Nekoolaltak M, Azin SA, Nazari F, Ghorbani B. Treatment of vaginismus and subsequent pregnancy after 18 years of marriage: a case report. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2021; 24(4):108-119. [Persian]
4. APA AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. The American Psychiatric Association. 2013.
5. Omidvar Z, Bayazi MH, Faridhosseini F. The effect of mindfulness- based cognitive therapy and cognitive behavior therapy on cognitive emotion regulation in women with vaginismus. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2021; 24(9):40-49. [Persian]
6. Akhlaghi F, Rasouli N. The effectiveness of emotional schema therapy in reducing the symptoms of vaginismus and increasing sexual satisfaction in Housewives. NPWJM. 2022; 10(36): 88-97. [Persian]
7. Hamidi S, Shareh H, Hojjat SK. Comparison of early maladaptive schemas and attachment styles in women with vaginismus and normal women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015; 18(155,156): 9-18. [persian]
8. Anğın AD, Gün İ, Sakin Ö, Çıkman MS, Eserdağ S, Anğın P. Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. JBRA Assist Reprod. 2020; 24(2): 180-188.
9. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK. Female genito-pelvic pain penetration disorder 792 dias-Amaral, marques-pinto consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. J Sex Med. 2016; 13(04): 607–612.
10. Banaei, M., Kariman, N., Ozgoli, G. et al. Bio-psychosocial factor of vaginismus in Iranian women. Reprod Health 2021; 18(210).
11. Erdős C, Kelemen O, Pócs D, Horváth E, Dudás N, Papp A, Paulik E. Female sexual dysfunction in association with sexual history, Sexual abuse and satisfaction: A cross-sectional study in hungary. J Clini Medi. 2023; 12(3): 1112.
12. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Publications; 2010 Jan 4.
13. Zahmatkesh A, Sabahi P, Rafieinia P. Differential analysis of cluster B personality disorders based on the theory of mind, Time perspective, social anxiety and fear of intimacy. Clinical Psychology and Personality. 2023; 20(2): 165-176. [Persian]
14. Poorseyed S. The mediating role of life hope and resilience in the relationship between corona phobia and Emotional intimacy of married women. Journal of Woman and Family Studies. 2023; 11(1). [Persian]
15. Pieri M. Intimacy and Sexuality: Weaving Significant Relationships. InLGBTQ+ People with Chronic Illness: Chroniqueers in Southern Europe 2023 Jan 13 (pp. 59-84). Cham: Springer International Publishing.
16. Neilson EC, Maitland DW, George WH. Power-Related Emotions, Alcohol Intoxication, and Nonconsensual Sex Intentions: The Role of Fear of Intimacy. Sexual Abuse. 2023; 35(3): 313-39.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

17. Seyfizadeh H, Zareei Mahmodabadi H, Bakhshayesh AR. The relationship between early maladaptive schemas and marital adjustment with mediation fear of intimacy in married people. Journal of Family Research. 2019; 15(4): 467-486. [Persian]
18. Tabatabaee SS, Besharat M, Gholamali Lavasani M. Predicting sexual problems based on fear of intimacy and procrastination. Rooyesh. 2021; 10(2): 57-68. [Persian]
19. Morgis BL, Eving ES, Slaughter-Acey J, Fisher K, Jampol R. A hold me tight workshop for couple attachment and sexual intimacy. Contemporary Family Therapy. 2019; 41: 368-383.
20. Alizadeh A, et al. Prevalence of and risk factors for genito-pelvic pain/penetration disorder: a population-based study of Iranian women. J Sex Med. 2019; 16(7): 1068–77.
21. Abdnezhad R, Simbar MA. Review of vaginismus treatments. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2021; 24(7): 83-97. [Persian]
22. Ismaeilzadeh N, Akbari B. The effectiveness of schema therapy on sexual self-efficacy, martial satisfaction and early maladaptive schema in couples with con flicts. Medical Journal of Mashhad University of Medical sciences. 2021; 64(1): 2286-2298. [Persian]
23. Bernstein DP, Keulen-de Vos M, Clercx M, De Vogel V, Kersten GC, Lancel M, Jonkers PP, Bogaerts S, Slaats M, Broers NJ, Deenen TA. Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. Psychological medicine. 2023; 53(1): 88-102.
24. Kakavand R, Khayatan F, Golparvar M. Comparison of the effectiveness of special schema therapy package with conventional schema therapy on sexual schemas and marital adjustment of women with vaginismus disorder. JARAC. 2022; 4(3): 87-100. [Persian]
25. Damiris IK, Allen A. Exploring the Relationship between Early Adaptive Schemas and Sexual Satisfaction. IJSH. 2023; 3: 1-7.
26. Amini A, Ghorbanshirudi S, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of teaching emotion management strategies based on emotion-focused couple therapy approach and couple therapy based on schema therapy on sexual satisfaction and family functioning. Journal of Health System Research. 2023;18(4): 297-306. [Persian]
27. Qaderi H, Nabizadeh Chianeh Q, Esmaili Kurane A. Identity styles, loneliness and fear of intimacy among internet addicts and normal individuals. National Studies Journal. 2014; 15(60): 117-136. [Persian]
28. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. Qualitative Research. 2001; 1(3): 385-405.
29. Gol A, Aghamohammadian Sharbaf H, Sedaghat F, Rasooli H. The effectiveness of schema therapy on the symptoms, the severity of early maladaptive schemas, confirm-seeking and self-concept in histrionic personality disorder. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2019; 21(6): 387-397. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]