

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

Ronak Kakavand¹, Felor Khayatan*², Mohsen Golparvar³

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>.

اثربخشی طرحواره درمانی ویژه واژینیسیم بر ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس

روناک کاکاوند^۱، فلور خیاطان^{۲*}، محسن گل پرور^۳

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 پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۵

چکیده

زمینه و هدف: اختلال واژینیسیموس دومین اختلال عملکرد جنسی شایع در زنان محسوب می شود. از این رو استراتژی درمانی که به شکل ویژه به درمان علائم و مشکلات روان شناختی ناشی از آن بپردازد، راه گشا خواهد بود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی ویژه واژینیسیم بر ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس اجرا شد.

مواد و روش ها: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس مراجعه کننده 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 دسکاتر 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 هیچ گونه مداخله ای دریافت نمود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) تحلیل گردید.

یافته ها: هر دو روش طرحواره درمانی ویژه واژینیسیم و طرحواره درمانی متداول در مقایسه با گروه کنترل بر کاهش ترس ادراک شده از صمیمیت زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس تاثیر داشتند ($p < 0/001$). با توجه به مقایسه اختلاف میانگین های دو گروه مداخله با گروه کنترل، طرحواره درمانی ویژه واژینیسیم نسبت به طرحواره درمانی متداول تاثیر بیشتری بر بهبود ترس از صمیمیت داشت ($p < 0/001$).

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

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، اختلالات جنسی، واژینیسیموس

مقدمه

سلامت جنسی و رابطه مطلوب زناشویی دارای اثرات شناخته شده‌ای 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 قرار دهد (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 از جمله 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). در واقع، 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، آگزما، 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 شوک‌برانگیز، 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 تاثیر منفی می‌گذارد. به عبارتی 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). دسکانترو و تلم 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

گرفتن، مورد غفلت قرار گرفتن، نیاز به امنیت برآورده نشده، طرد شدن، یا در کل کمبود عواطف انسانی نرمال در گذشته، شکل گرفته باشند. هر قدر که طرحواره‌های ناسازگار اولیه شدیدتر باشند، زمانی که طرحواره در موقعیت خاص فعال می‌شود هیجان‌های 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 هیجان‌های منفی مثل خشم، ترس، شرم و گناه را در آنان ایجاد کند. از این رو طرحواره‌درمانی از طریق بررسی الگوهای ذهنی ناسالم، می‌تواند اختلالات میل جنسی و مشکلات ناشی از آن بهبود بخشد (۲۵). از این رو 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

با دیگران می‌شود (۱۳). ترس از صمیمیت روابط زوجین و رضایت از زندگی را به شدت مختل می‌کند 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 ناکشوری‌های 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

(۲۶). از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی ویژه واژینسم بر ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به اختلال واژینسموس بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی سه گروهی شامل یک گروه تحت طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینسم، یک گروه طرحواره درمانی متداول و یک گروه کنترل با دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری کلیه‌ی زنان مبتلا به واژینسموس مراجعه کننده 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 واژینسموس 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 شرکت کنندگان 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 نفرت برای ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان 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 دسکاتر و تلم 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 محدود شده 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. دسکاتر و تلم نشان دادند که FIS از همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ ۰/۹۳) و پایایی ۳۵ بازآزمایی بالایی (۰/۸۹/۰) 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، ۰/۷۹ و 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 واژینسموس به پرسشنامه ترس از صمیمیت پاسخ دادند. سپس هر یک از گروه‌های درمانی، به صورت 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. طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینسموس و طرحواره درمانی متداول هر یک طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دو جلسه (در مجموع طی ۴ هفته متوالی) توسط طرحواره درمانگر مجرب با بیش از چند سال سابقه درمان تحت مداخله قرار گرفتند. گروه کنترل تا پایان آموزش دو گروه آزمایش دریافت نمود؛ ولیکن پس از اتمام جمع‌آوری

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 واژینوسموس 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 به کار گرفته‌شده در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

داده‌ها، داوطلبین تحت آموزش طرحواره درمانی به مدت ده جلسه به صورت رایگان قرار گرفتند. بسته طرحواره‌درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینوسموس 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 واژینوسموس 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

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

جلسات	شرح مختصر جلسات
اول (۹۰ دقیقه)	آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر و شرح قوانین گروه، اجرای پیش‌آزمون مربوط به متغیرهای وابسته پژوهش، ارزیابی اهداف طرحواره درمانی ویژه، تحلیل افکار کودک و ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، آزمون اعتبار طرحواره حوزه واژینوسموس، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، تکلیف خانگی استفاده از کارت یادآور
دوم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تکنیک‌های 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، ارائه تکلیف خانگی
سوم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسه گذشته، ارزیابی تجارب هیجانی آسیب‌زای زیربنایی در قالب مدل طرحواره ویژه، تکنیک هیولاهای داخل اتوبوس جهت درک ریشه تحولی عواطف آسیب‌زای حوزه واژینوسموس، ارزیابی مشکل فعلی درمانجویان، ارائه تکلیف خانگی
چهارم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تکنیک تصویرسازی ذهنی برای نیازهای هیجانی ارضا نشده، مفهوم سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره، غلبه بر موانع اجرایی تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی، ارائه تکلیف خانگی
پنجم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تکنیک گفتگوی خیالی برای محرومیت‌های هیجانی درمانجویان، بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی برای احساسات منفی بین فردی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، ارائه تکلیف خانگی
ششم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسه گذشته، اجرای تکنیک تجربه‌های خوشایند/ ناخوشایند جهت رهایی از افسردگی تکنیک اقدام متضاد و همجوشی زدایی، تکنیک ربط دادن تصاویر ذهنی گذشته به حال، ارائه تکلیف خانگی
هفتم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسه گذشته، درمان بی‌حوصلگی نسبت به خود، احساس خستگی مرتبط با خلق افسرده، تصویرسازی ذهنی هدایت شده ایجاد اهداف واقع‌بینانه، اجرای تکنیک نوشتن خاطرات مهم زندگی، ارائه تکلیف خانگی
هشتم (۹۰ دقیقه)	بررسی تکلیف جلسه 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 واژینوسموس، آموزش تخلیه افکار و احساسات، ارائه

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

جدول شماره ۲: شرح جلسات طرحواره درمانی

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 طرحواره های ناسازگار اولیه در دوران کودکی
۳	بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و مشکلات فعلی زندگی
۴	مفهوم پردازی موردی طرحواره ها، سبک های مقابله ای و ذهنیت های مراجع جهت درک علت مشکلات بیمار
۵	اجرای تکنیک شناختی جهت تغییر طرحواره های ناسازگار
۶	بازتعریف جدید شواهد تاییدکننده طرحواره
۷	بررسی مزایا و معایب طرحواره های ناسازگار و سبک های مقابله ای
۸	تهیه فلش کارت طرحواره
۹	اجرای تکنیک های تجربه ای جهت تغییر طرحواره های ناسازگار
۱۰	اجرای تکنیک های رفتاری جهت تمرین شناسایی رفتارهای جدید

تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته ها

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).

در تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس های خطا از طریق آزمون لوین، بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس کوواریانس از طریق آزمون ام باکس از تحلیل واریانس اندازه های مکرر و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۲

جدول شماره ۳: مقایسه فراوانی گروه های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی

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

		تحصیلات			
		تا دیپلم	۴(۲۶/۶)	۵(۳۳/۳)	۲(۱۳/۳)
	(P=۰/۴۲) ۳/۸۷	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)
	(P=۰/۱۰) ۷/۷۱	غیردولتی	۱۲(۸۰)	۸(۵۳/۳)	۷(۴۶/۶)
		بیکار	۰(۰)	۲(۱۳/۳)	۵(۳۳/۳)

ترس از صمیمیت نشان داد که دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را در پس آزمون و پیگیری نشان داده‌اند (جدول شماره ۴).

در جدول شماره ۴ میانگین و انحراف معیار ترس از صمیمیت به تفکیک سه گروه پژوهش و سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین

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

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

مجذور سهمی اِتا 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 چنان که 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 اِتا 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

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، پیش فرض‌های آماری این تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در ترس از صمیمیت حاکی از نرمال بودن توزیع این دو متغیر ($p \geq ۰/۰۵$) و نتایج آزمون لوین نیز حاکی از برابری واریانس گروه‌های مطالعه در ترس از صمیمیت بود ($p \geq ۰/۰۵$). آزمون ام باکس نیز برای ترس از صمیمیت حاکی از برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و تعامل عضویت گروهی با پیش آزمون نیز حاکی از برابری شیب خطوط رگرسیون بود ($p \geq ۰/۰۵$). با توجه به نتایج مربوط به پیش فرض‌های اشاره شده، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۹۵۳/۹۴$ ، $df=۱/۱۸$ ، $p < ۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۲۴۹/۹۹$ ، $df=۲/۳۶$ ، $p < ۰/۰۱$) 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.

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	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
زمان	۱۷۶۹۰۱/۶۱	۱/۱۸	۱۴۹۵۷۱/۵۷	۹۵۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
درون گروهی تعامل زمان×گروه	۹۲۷۱۸/۴۷	۲/۳۶	۳۹۱۹۷/۰۶	۲۴۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
خطا (زمان)	۷۷۸۸/۵۸	۴۹/۶۷	۱۵۶/۷۹	-	-	-	-
بین گروهی گروه	۱۶۵۷۹۱/۵۳	۲	۸۲۸۹۵/۷۶	۴۶۶/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
خطا	۷۴۷۱/۰۲	۴۲	۱۷۷/۸۸	-	-	-	-

طرحواره‌درمانی متداول بر ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به واژینیسیموس متفاوت است؟، به این صورت پاسخ داده می‌شود که بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، بین پیش‌آزمون با پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری و درعین حال بین دو گروه درمان با گروه کنترل و درعین حال بین طرحواره‌درمانی ویژه با طرحواره‌درمانی متداول تفاوت معناداری وجود دارد (جدول شماره ۶).

برای تعیین تفاوت جفتی گروه‌های سه گانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد در متغیر ترس از صمیمیت، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، بین پیش‌آزمون با پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری و درعین حال بین دو گروه درمان با گروه کنترل ($p < 0/01$) و درعین حال بین طرحواره‌درمانی ویژه با طرحواره‌درمانی متداول تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).

بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده مبنی بر این که آیا اثربخشی بسته طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسیم و

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

تأثیر بیشتری بر بهبود ترس از صمیمیت داشت. در تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه اگرچه به دلیل نوین بودن بسته طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسیم، 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

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

زنان مبتلا به اختلال واژینیسوس 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 ارائه شده 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 معرفی شده در این پژوهش کلیه مسائل و مشکلات شناسایی و معرفی شده برای زنان مبتلا به اختلال واژینیسوس 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 مبتلا به اختلال واژینیسوس معرفی می‌کند (۲۴). طرحواره‌های انتقاد از خود و تصویر منفی از خود مانع تمرکز بر موقعیت شهوت‌انگیزی 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 نشأت گرفته 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 شکل گرفته 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 واژینیسوس 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

گفت نتایج حاصل از این پژوهش در خصوص اثربخشی طرحواره‌درمانی متداول بر کاهش ترس از صمیمیت با یافته پژوهش‌های پیشین درخصوص اثربخشی استفاده از شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاثیر آن بر ترس از صمیمیت و رضایت جنسی (۱۸، ۲۲) و اثربخشی طرحواره‌درمانی ویژه واژینیسوم 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 صمیمیت با دیگران را تحت تاثیر 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 طرحواره‌ای 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 واژینیسوم بر ترس از صمیمیت

نتیجه گیری

در نتیجه گیری نهایی می توان بیان نمود که بسته طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به واژنیسم 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 می تواند تحول و رشد سازگاری و رضایت زناشویی مطلوب تر را از طریق ارتقاء پیوند روابط مثبت و سازنده عاطفی و هیجانی تحت تاثیر قرار دهد، پیشنهاد می شود که طرحواره درمانی ویژه واژنیسموس، 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 محدودیت هایی بوده است. از جمله این که، مطالعه بر روی زنان ۲۰ تا ۵۰ سال انجام شده است. لذا در تعمیم نتایج به زنان پایین تر از این دامنه سنی لازم است احتیاط شود. سنجش ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه که ممکن است با مطلوب نمایی اجتماعی و اطلاعات نه چندان عمیق همراه باشد، انجام پذیرفته است. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می شود پژوهشگران در مطالعات آینده طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به واژنیسم را از لحاظ اثربخشی علاوه بر ترس از صمیمیت، بر روی متغیرهایی نظیر سازگاری اجتماعی، همدلی و سرزندگی و نشاط در کنار سنجش های عمیق تر از طریق مصاحبه در کنار پرسشنامه از نظر اثربخشی مورد مقایسه و مطالعه قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان شناسی و دارای تأییدیه کمیته اخلاق از دبیرخانه کمیته دانشگاهی اخلاق در پژوهش های 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 شرکت کنندگان که با همکاری خود در پژوهش، امکان

شرایطی فرد در تعامل با همسر و خانواده خود نیز کمتر ترس و تنش ادراک می نماید (۲۲). در تبیین این یافته پژوهشی هم چنین می توان گفت، هدف عمده برنامه طرحواره درمانی ویژه برای ترس از صمیمیت زنان مبتلا به اختلال واژنیسموس، یادگیری چگونگی مواجه شدن با مشکلات، تقویت مهارت های غیر کلامی و از بین بردن موانع ارتباط بین فردی است (۲۴). به عبارت دیگر طرحواره درمانی ویژه از طریق مرتبط ساختن طرحواره های ناسازگار زنان مبتلا به واژنیسموس با مشکل ترس از صمیمیت آنان، به شناسایی باورهای دردرساز و آگاهی از طرحواره هایی که زنان برای تفسیر، قضاوت و ارتباطات بین فردی استفاده می کند، پرداخت و از طریق ارائه باورهای جایگزین، باعث ایجاد راهبردها و باورهای جدیدتر، انطباقی تر و انعطاف پذیرتر شد که این امر ترس از صمیمیت در آنان را کاهش داد. طرحواره درمانی ویژه از طریق شناسایی و تغییر سبک های مقابله ای ناکارآمد و طرحواره ای ناسازگار شکل گرفته در دوره کودکی به تحلیل تنش ها و ترس های ناشی از صمیمیت زنان در روابط بین فردی مبتلا به اختلال واژنیسموس پرداخت و با ارائه تکنیک های شناختی، تجربی و رفتاری به منظور جایگزین کردن الگوهای سازگارانه تر و کارآمدتر توانست فرصتی برای اجتناب و ترس از صمیمیت آنان ایجاد کند. به چالش کشیدن طرحواره های ترس از صمیمیت مانند آسیب پذیری نسبت به ضرر، بازداری هیجانی و شکست که موجب مشکلات ارتباط با همسر می شود؛ باعث تحلیل و ارزیابی درستی رفتارها، واکنش ها، طرحواره ها، سبک ها و راهبردهای مقابله زنان مبتلا به اختلال واژنیسموس شد. طرحواره درمانی ویژه باور دوست داشتنی نبودن و یا انتظارات غیرمنطقی در رابطه را هدف ترس از صمیمیت زنان مبتلا به اختلال واژنیسموس قرار داد و از طریق تکنیک های تجربی و رفتاری به درمان آن پرداخت (۲۲، ۲۴، ۲۶). این تبیین لازم است تا تکرار مطالعه با نمونه های دیگر، به عنوان یک تبیین احتمالی نگریسته شود.

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

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

تعارض منافع

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. Anđın AD, Gön İ, Sakin Ö, Çıkman MS, Eserdağ S, Anđın 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 vulvodinia. *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. In *LGBTQ+ 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.

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, marital satisfaction and early maladaptive schema in couples with conflicts. *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]