



Comparison of the effectiveness of special schema therapy package with conventional schema therapy on sexual schemas and marital adjustment of women with vaginismus disorder

R. Kakavand^{id}: Ph.D student of counseling department, Islamic Azad University, Isfahan branch (Khorasgan), Isfahan, Iran

F. Khayatan^{*id}: Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran

M. Golparvar^{id}: Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran

Abstract

Background and Aim: Formulation of special schema therapy behavioral intervention can provide a platform for the prevention and treatment of this common disorder by explaining the relationship between the dimensions of women's needs and problems and promoting their physical and psychological health through etiology. The first special treatment package for women with vaginismus can help strengthen the foundations of the family by improving personal and marital health and provide a basis for filling the knowledge gap regarding special treatment for women with vaginismus. Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of special schema therapy package with conventional schema therapy on sexual schemas and marital adjustment of women with vaginismus disorder. **Methods:** The study was a quasi-experimental study with a pretest, posttest and follow-up design with a control group. The sample consisted of 45 women with vaginismus referred to the gynecology clinic of Payambaran Hospital in Tehran who were selected by purposive sampling and randomly divided into two experimental groups and a control group (15 people in each group). The experimental groups underwent special schema therapy (10 sessions of 90 minutes) and conventional schema therapy (10 sessions of 90 minutes). **Results:** Findings showed that the variable of sexual schemas in the effect group within the group and in the interaction of time factor and group (three research groups) there is a significant difference ($p < 0.01$). Also, there is a significant difference ($p < 0.01$) in marital adjustment variable in the effect group within the group and in the interaction of time factor and group (three research groups). **Conclusion:** The results showed that the new special schema therapy package can reduce sexual schemas and increase marital compatibility by identifying the needs of women with vaginismus.

Keywords:

Schema therapy, sexual schemas, marital adjustment, vaginismus

* Corresponding author

f.khayatan@yahoo.com

Received: 17.06.2022

Acceptance: 19.09.2022

Cite this article as:

Kakavand, R., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2022). 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*, 4(2): 87-100.



© 2020 by the authors. Licensee Iran-Mehr ISSR, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

Introduction

WHO (2013) calls any disorder that leads to inconsistency and, consequently, dissatisfaction with sex, sexual dysfunction. The second prevalent sexual dysfunction in women is vaginismus (Khaleghi Nejad, Karimiyan, Nahidi, Ebadi & Naseri, 2021). Vaginismus disorder is a type of sexual dysfunction in which involuntary contraction of pelvic floor muscles, pain or anticipation of pain, and avoidance behaviors of women's sexual organs occur. (2013) American Psychiatric Association divides vaginismus disorder into two main types, primary and secondary (Dias-Amaral, and André Marques-Pinto, 2018). Primary vaginismus is the cause of a problem called unattached marriage, during which the couple has never been able to have intercourse. Women suffering from this condition may experience similar contractions during a vaginal examination. While in secondary vaginismus, the experience of vaginal contractions occurs after a period of successful sexual performance, and the woman may experience pain and contractions during sexual performance after years due to psychological reactions towards her husband (American Psychiatric Association, 2013). Studies have shown that many psychological factors are influential at the beginning of this problem and eventually cause the person to get caught in the cycle of pain after it starts. These studies have shown that the reason for the beginning of vaginismus can be different from the reason for its continuation (Tourrilhes, Veluire, Hervé, and Nohuz, 2019). Studies have shown that one of the factors related to vaginismus disorder is the activation of women's sexual schemas (Meana, Fertel, Maykut, 2018). Sexual schemas are defined as the basic and core beliefs of sexual dimensions, which are derived from past experiences and are manifested in current experiences, and guide sexual influence and behavior in the processing of sexual information (Karrouri, 2017). . The study of Michetti, Silvagg, Fabrizi, Tartaglia, Rossi, Simonelli, 2014) has shown that the negative sexual view is a sensitive factor for the development of perversion and sexual problems, including: low libido, arousal problems, sexual aversion. Pressure factors related to sexual issues are the triggers of sexual problems and perversions, and women are more vulnerable in this regard.

Marital adjustment is another structure that is affected by vaginismus disorder. Marital adjustment is the feeling of satisfaction and mutual happiness between couples, which is created through agreement to solve problems, mutual interest, care for each other, understanding and acceptance of each other, and satisfaction of needs (Safak Ozturk & Arkar, 2017). Fadul et al. (2019) showed that poor sexual function has a negative effect on marital adjustment. The mentioned research showed that vaginismus is one of the sexual disorders that can have an unpleasant effect on marital relations and, consequently, on marital adjustment. In recent years, behavioral treatments for vaginismus disorder have expanded. Formulation of schema therapy for women with vaginismus disorder can help in reducing the intensity of emotional memories that cause schemas of sexual function problems, reducing the intensity of physical sensitivity, and changing cognitive patterns. It can also help to replace incompatible coping styles with adaptive behavior patterns to improve the problems of this category of women. Schema therapy determines the basis of behavior and the deepest cognitive structures of people. Primary maladaptive schemas are defective emotional and cognitive patterns formed from childhood and repeated throughout life. Schemas may be formed from specific emotional memories such as a past injury, fear, abuse, neglect, unmet need for security, rejection, or a general lack of normal human emotions in the past. The more intense the initial maladaptive schemas are, when the schema is activated in a specific situation, the person experiences more intense negative emotions, and the effects remain longer (Gomes & Nobre, 2012). Considering that proper sexual function is one of the most important dimensions of quality of life and maintaining satisfactory intimate relationships, schema therapy intervention for women suffering from vaginismus disorder deals with psychological problems and issues, including sexual schemas and marital adjustment of women. In this way, the relationship between the etiology of vaginismus disorder, the dimensions of the needs and problems of this group of women and the promotion of their physical and psychological health provides a platform for the prevention and treatment of this common disorder. Therefore, the current research seeks to

answer two main questions: 1. What is the effect of special schema therapy and conventional schema therapy on sexual schemas and marital adjustment of women suffering from vaginismus disorder? 2. Do these two intervention methods lead to different results in terms of effectiveness?

Research method

The method of the present research is repeated analysis of variance. The statistical population consisted of all women suffering from vaginismus referring to Tehran's Rasool hospital clinic in the spring of 2022, aged between 20 and 50. Then 45 participants were selected by purposive sampling based on information saturation. Then, the statistical sample was randomly selected through a three-group-three-stage quasi-experimental design, considering 15 people for each of the three research groups.

Research tools

1. Questionnaire of acognitive schemas activation in the sexual context: This questionnaire was created by Nobre and Pinto-Gouveia (2009). It has 28 items that evaluate the cognitive schemas reported by people facing sexual situations, and it was created in 2 versions for men and women. This questionnaire includes 5 subscales of unfavorability/rejection, incompetence, self-worth, difference/loneliness, and helplessness. All items are directly scored from 1 (completely wrong) to 5 (completely correct). The maximum score is 160 and the minimum score is 32. Increasing scores mean high sexual schemas and decreasing scores mean low sexual schemas. Nober et al. (2009) reported an internal consistency of 0.94 for this questionnaire using Cronbach's alpha coefficient. Also, they reported one-month retest reliability on 94 people for the questionnaire subscales, including undesired/rejection, inadequacy, self-worth, difference/loneliness, and helplessness, respectively, 0.61, 0.56, 0.67, 0.74, 0.73, and 0.66. In the study of Abdul Manafi, Winter, Jahrami, Farahani, et al. (2010), Cronbach's alpha was 0.70.

2. Spanier Marital Adjustment Scale: The Marital Adjustment Scale was set up by Spanier (1976) to measure the compatibility between two

people (husband and wife) who live together, and it is a 32-question self-assessment tool that shows people's perceptions of marital compatibility. Its scoring is based on the Likert scale. The scores of this questionnaire are variable between 0 and 151. Scores greater than or equal to 100 mean that people are compatible, and scores below 100 mean a problem in marital relations and incompatibility. Factor analysis shows that this questionnaire measures four dimensions: two-person satisfaction, two-person solidarity, two-person agreement and expression of affection. Studies related to the validity and reliability of this scale have always been positive. Spiner has obtained a validity of 0.96 for this scale through Cronbach's alpha and has reported 0.94 for two-person satisfaction, 0.90 for two-person solidarity, 0.86 for two-person agreement, and 0.73 for expressions of affection.

3. Special schema therapy treatment: In the present study, a special schema therapy treatment package (2021 Kakavand, Khayatan, Golparvar) of 10 sessions of 90 minutes was used for the group treatment of women with vaginismus disorder.

4. Conventional schema therapy treatment: In the current study, Young's (2006) schema therapy package of 10 90-minute sessions were used for the group treatment of women with vaginismus disorder.

Results

In the analysis of demographic data by chi-square test (significance), no statistically significant difference was reported between the variables of age 0.11, education 0.42 (0.39), and employment status 0.10 in the special schema therapy treatment group, the conventional schema therapy treatment group, and the control group. Thus, the results show no significant difference between the demographic variables of the three groups ($p > 0.05$).

Table 1. Average and standard deviation of sexual schemas and marital adjustment in three research groups in three stages							
Variable	Stage	Special Schema Therapy		Conventional Schema Therapy		Control	
		M	SD	M	SD	M	SD
Sexual Schemas	Pre-test	136.27	8.72	134.60	9.71	135.60	8.64
	Post-test	29.00	3.87	39.80	17.66	135.47	8.45
	Follow-up	33.67	8.98	48.47	22.18	135.13	9.06
Marital Adjustment	Pre-test	20.27	3.67	22.47	6.25	22.20	6.84
	Post-test	118.00	2.95	111.47	10.65	22.53	6.36
	Follow-up	113.93	8.15	103.47	13.65	22.60	6.46

As can be seen in Table 1, the variable of sexual schemas of the special schema therapy group in the post-test and follow-up phase and the conventional schema therapy group in the post-test and follow-up phase compared to the control group in the post-test and the follow-up stage had a lower average. Also, the marital adjustment variable of the special schema therapy group in the post-test and follow-up phase and the conventional schema therapy group in the post-test and follow-up phase have a higher average than the control group in the post-test and follow-up phase. The results showed that in the intra-group effect, the time factor ($F=511.17$, $df=1.13$ and $p<0.01$) and the interaction between the time factor and the group ($F=128.90$, $df=2.26$ and $p<0.01$) $p < 0.00$) shows that there is a significant difference ($p < 0.01$) in sexual schemas in terms of time and the interaction of time with the group (three research groups). The parametric eta square for the time factor and the interaction between time and group is 92 and 86%, respectively, and the power of the test is equal to 1. The intergroup effect section shows a significant difference ($p<0.01$) in sexual schemas in the group factor. In the intra-group effect section, the time factor ($F=1126.01$, $df=1.15$ and $p<0.01$) and the interaction between the time factor and group ($F=281.37$, $df=2.29$ and $p>0.01$) p shows that there is a significant difference ($p<0.01$) in marital adjustment in terms of time and the interaction of time with the group (three research groups). The parametric eta square for the time factor and the interaction between time and group are 96% and

93%, respectively, and the power of the test is equal to 1. Also, in the inter-group effect section, there is a significant difference ($p<0.01$) in marital adjustment in the group factor.

Discussion and conclusion

This research was conducted to compare the effectiveness of special schema therapy and conventional schema therapy on sexual schemas and marital adjustment of women with vaginismus disorder. The first hypothesis of the research is based on whether the effectiveness of the new schema therapy package for women with vaginismus and conventional schema therapy is different on sexual schemas in women with vaginismus. In response, it can be said that the comparison of the two treatments has shown that the new treatment of special schema therapy had a more significant effect on the sexual schemas of women with vaginismus in the post-test and follow-up phase than the conventional schema therapy. At the same time, among the two treatment groups, the special schema therapy group had a more significant difference from the control group in the variable of sexual schemas than the conventional schema therapy group. In explaining the results of the mentioned studies, it can be said that schema therapy helps women to resolve the incompatible schemas of the past related to their sexual problems to some extent. In fact, the activation and stimulation of sexual schemas can produce unpleasant emotions and directly affect a person's sexual performance. Therefore, in explaining the first hypothesis of the

research, it can be said that the new schema treatment for vaginismus women helps modify women's sexual schemas. In this new treatment, by examining the root problems related to women's sexual performance, an attempt has been made to adjust their incompatible schemas, thus reducing negative emotions and emotions related to sexual schemas. Finding the root of problems related to women's sexual performance, discovering the mechanisms of continuation of sexual schemas, and coping responses to the desired schema that occurs in areas such as extreme compensation, avoidance, and submission help to improve women's sexual performance. The second hypothesis of the research is based on whether the effectiveness of the special schema therapy package for women with vaginismus and conventional schema therapy on marital adjustment in women with vaginismus is different. It is answered in this way that the marital adjustment in the special treatment schema group had a more significant difference compared to the conventional treatment schema group in the post-test and follow-up phase. At the same time, among the two treatment groups, the special schema therapy group had a more significant difference from the control group in the variable of marital adjustment than the conventional schema therapy group. In line with the obtained results, the studies of Tourrilhes, Veluire, Hervé, Nohuz (2019) have shown that schema therapy improved the marital adjustment of women with sexual dysfunction problems. The findings of the mentioned studies showed that schema therapy's effectiveness in increasing women's marital adjustment is to create new insight into schemas in them. In this treatment, women are helped to trace and reveal their incompatible cognitions in early life. Then, by examining its relationship with cognitive, behavioral, interpersonal and current strategies, an

attempt is made to solve marital problems. In fact, by identifying the underlying causes of marital problems and involving people with them, inefficient schemas are reconstructed through healthier behavioral styles and compatible dream ways. Therefore, in explaining the results of the second hypothesis of the present study, it can be said that the special schema therapy course teaches vaginismus women to avoid the reactivation of incompatible schemas that are the source of their current marital problems. In fact, through effective countermeasures, the effect of schemas on marital problems can be reduced and the level of marital adjustment can be improved. Ultimately, this treatment causes women to improve their compatibility with a correct understanding of their central belief system around marital relations. The results of the follow-up phase of the new special schema therapy show the double effect of this treatment in improving the sexual schemas and marital compatibility of vaginismus women.

So far, no research has been done regarding developing a special treatment package for women with vaginismus. The result of the present study shows that this treatment has been able to prevent the continuation and consequences of this disorder by finding the root of women's sexual problems and marital adjustment and creating a better perception of this problem in them.

Ethical principles

This research observed ethical standards, including obtaining informed consent and ensuring privacy and confidentiality.

Acknowledgments

We sincerely appreciate all those who accompanied us in conducting this research.

Conflict of interest

According to the authors, this article has no financial sponsor or conflict of interest



مقایسه اثربخشی بسته درمانی طرحواره درمانی ویژه با طرحواره درمانی متداول بر طرحواره‌های جنسی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس

رناک کاکاوند^۱: دانشجوی دکتری گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
فلور خیاطان^{۲*}: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
محسن گل پرور^۳: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها:
سازگاری زناشویی، طرحواره درمانی، طرحواره‌های جنسی، واژینیسیموس

*نویسنده مسئول
f.khayatan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۸

زمینه و هدف: صورت‌بندی مداخله رفتاری طرحواره درمانی ویژه می‌تواند، از طریق تبیین رابطه بین ابعاد نیازها و مشکلات زنان و ارتقای سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنان از طریق سبب‌شناسی، بستری برای این پیشگیری و درمان این اختلال شایع را فراهم می‌نماید. اولین بسته درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینیسیموس، می‌تواند از طریق بهبود سلامتی فردی و زناشویی به تحکیم ارکان خانواده کمک شایان توجهی نموده و زمینه‌ای برای رفع خلأ دانش در خصوص درمانی ویژه برای زنان مبتلا به واژینیسیموس را فراهم می‌نماید. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته درمانی طرحواره درمانی ویژه با طرحواره درمانی متداول بر طرحواره‌های جنسی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس انجام شد.

روش پژوهش: مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ زن مبتلا به اختلال واژینیسیموس مراجعه کننده به کلینیک زنان بیمارستان پیامبران تهران بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه‌های آزمایش تحت درمان طرحواره درمانی ویژه (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و درمان طرحواره درمانی متداول (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه برانگیختگی طرحواره‌های شناختی در بافت جنسی (نوبر و همکاران، ۲۰۰۹) و پرسشنامه سازگاری زناشویی (اسپانیر، ۱۹۷۶) است. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد، متغیر طرحواره‌های جنسی در بخش اثر درون‌گروهی و در تعامل عامل زمان و گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($P>0/01$) وجود دارد. همچنین متغیر سازگاری زناشویی نیز در بخش اثر درون‌گروهی و در تعامل عامل زمان و گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($P>0/01$) وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد، بسته نوین طرحواره درمانی ویژه می‌تواند از طریق شناسایی نیازهای زنان مبتلا به واژینیسیموس به کاهش طرحواره‌های جنسی و افزایش سازگاری زناشویی آنان بپردازد.

شیوه استناد به این مقاله:

کاکاوند، ر.، خیاطان، ف.، و گل پرور، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی بسته درمانی طرحواره درمانی ویژه با طرحواره درمانی متداول بر طرحواره‌های جنسی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس. *فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی*، ۴(۲ پیاپی ۱۲): ۱۰۰-۸۷

مقدمه

(Karrouri, 2017). مطالعه Michetti, Silvagg, Simonelli (2014) Fabrizi, Tartaglia, Rossi, نشان داده است، دیدگاه جنسی منفی یک عامل حساس برای رشد کژکاری و مشکلات جنسی از جمله: کم کاری میل جنسی، مشکلات برانگیختگی، بیزاری جنسی است. عوامل فشارزای مربوط به مسائل جنسی، راه انداز مشکلات و کژکاریها جنسی هستند که زنان در این خصوص آسیب پذیرترند. سازگاری زناشویی^۱ سازه‌ای دیگر است که تحت تأثیر اختلال واژینیسموس قرار می‌گیرد. سازگاری زناشویی احساس رضایت و شادی متقابل بین زوجین بوده که از طریق توافق برای حل مشکلات، علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، درک و پذیرش یکدیگر و ارضای نیازها ایجاد می‌شود (Safak Ozturk, Arkar, 2017). پژوهش، Fadul, Garcia, Zapata-Boluda Aranda-Pastor, Brotto, Parron-Carreño (2019) نشان داد، کارکرد جنسی ضعیف اثر منفی بر سازگاری زناشویی دارد. پژوهش یاد شده نشان داد واژینیسموس از جمله اختلالات جنسی است که می‌تواند تأثیر ناخوشایندی بر روابط زناشویی و بالطبع بر سازگاری زناشویی داشته باشد. با توجه به اینکه طی سال‌های اخیر درمان‌های رفتاری در خصوص اختلال واژینیسموس گسترش یافته است؛ صورت‌بندی طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس می‌تواند در کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجود آورنده‌ی طرحواره‌های مشکلات عملکرد جنسی، کاهش دادن شدت حساسیت بدنی، تغییر الگوهای شناختی و جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار با الگوهای رفتار سازگاران به صورت ویژه به بهبود مشکلات این دسته از زنان کمک کند. طرحواره درمانی^{۱۰} 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 سوء استفاده قرار گرفتن، مورد

(WHO (2013)، هر گونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود را اختلال عملکرد جنسی^۱ می‌نامد. دومین اختلال عملکرد جنسی در زنان، واژینیسموس محسوب می‌شود (Khaleghi, 2018). Naseri & Abadi, Nahidi, Karimiyan, Nejad. اختلال واژینیسموس نوعی اختلال عملکرد جنسی است که در آن انقباض غیرارادی عضلات کف لگن^۲، درد یا پیش‌بینی درد و رفتارهای اجتنابی ارگان‌های جنسی^۳ زنان، رخ می‌دهد. (American Psychiatric Association, 2013)، اختلال واژینیسموس را به دو نوع اصلی اولیه^۴ و ثانویه^۵ تقسیم می‌نماید (Dias-Amaral, 2018), André Marques-Pinto). واژینیسموس اولیه، علت مشکلی به نام ازدواج به وصال نرسیده است که در طی آن زوج هرگز موفق به نزدیکی نشده‌اند. زنان دچار این عارضه ممکن است در هنگام معاینه واژینال نیز دچار انقباضات مشابهی شوند. در حالی که در واژینیسموس ثانویه، تجربه انقباضات واژن بعد از یک دوره عملکرد جنسی موفق رخ می‌دهد و زن ممکن است پس از سال‌ها بر اثر واکنش‌های روانی نسبت به همسر، دچار درد و انقباض در هنگام عملکرد جنسی شود (American Psychiatric Association, 2013). مطالعات نشان داده‌اند، عوامل روان‌شناختی متعددی در شروع این مشکل تأثیرگذار هستند و در نهایت سبب می‌شوند، فرد پس از شروع در چرخه درد گرفتار شود. این مطالعات نشان داده‌اند دلیل آغاز واژینیسموس می‌تواند با دلیل ادامه یافتن آن متفاوت باشد (Tourrilhes, Veluire, Hervé, Nohuz, 2019). مطالعات نشان داده‌اند، یکی از عواملی که با اختلال واژینیسموس ارتباط دارد فعال شدن طرحواره‌های جنسی^۶ زنان است (Meana, Fertel, Maykut, 2018). طرحواره‌های جنسی باورهای اساسی و هسته‌ای^۷ ابعاد جنسی تعریف شده‌اند که از تجارب گذشته مشتق شده و در تجربه‌های حال نمود پیدا می‌کند و در پردازش اطلاعات جنسی^۸ تأثیر و رفتار جنسی را هدایت می‌کند

6. sexual schemas
7. basic and core beliefs
8. sexual information processing
9. marital adjustment
10. s schema therapy

1. sexual dysfunction
2. pelvic floor
3. sexual organs
5. Primary vaginismus
6. Secondary vaginismus

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر تحلیل واریانس تکرار شده است. جامعه آماری کلیه‌ی زنان مبتلا به واژینیسموس مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان پیامبران تهران در بهار 1401 در سنین 20 تا 50 سال بودند که از میان آنان 45 نفر نمونه به شیوه هدفمند و بر مبنای اشباع اطلاعات انتخاب شدند. سپس نمونه آماری از طریق طرح نیمه آزمایشی سه گروهی- سه مرحله‌ای با در نظر گرفتن 15 نفر برای هر یک از سه گروه پژوهش (بر مبنای توصیه سرمد، بازرگان و حجازی (1376) به شکل تصادفی انتخاب شدند. ملاک انتخاب نمونه قرار داشتن در رده‌ی سنی 20 تا 50 سال، نمره بالا در مقیاس طرحواره جنسی و نمره پایین در سازگاری زناشویی، تشخیص واژینیسموس توسط متخصص و داشتن پرونده و عدم درمان- های روان‌پزشکی و روان‌شناختی موازی بوده و ملاک حذف از پژوهش نداشتن ملاک‌های ذکر شده است.

ابزار پژوهش

1. پرسشنامه برانگیختگی طرحواره‌های شناختی در بافت جنسی نوبر و همکاران: این پرسشنامه توسط (Gouveia Nobre, Pinto- 2009) ساخته شد و دارای 28 گویه است که به ارزیابی طرحواره‌های شناختی گزارش شده توسط افراد در مواجهه با موقعیت‌های جنسی می‌پردازد و در 2 نسخه برای زنان و مردان ساخته شد. این پرسشنامه شامل 5 خرده مقیاس نامطلوبیت/ پردشده‌گی، بی‌کفایتی، خود ارزشمندی، تفاوت/ تنهایی، درماندگی است. همه گویه‌ها از نمره 1 (کاملاً اشتباه) تا 5 (کاملاً درست) و به شکل مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره 160 و حداقل نمره 32 دریافت می‌کند. افزایش نمرات به معنای طرحواره‌های جنسی پایین است. نوبر و همکاران (2009)، همسانی درونی 0/94 را برای این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ گزارش کردند. همچنین پایایی بازآزمایی یک ماهه بر روی 94 نفر را برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه شامل نامطلوبیت/ پردشده‌گی، بی‌کفایتی، خود ارزشمندی، تفاوت/ تنهایی، درماندگی به ترتیب 0/61، 0/56، 0/66 و 0/0، 0/73/0/74/67 گزارش کردند. در پژوهش عبدالمنافی، وینتر، جهرمی، فراهانی و همکاران (1389) آلفای کرونباخ 0/70 به دست آمد.

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 هیجانات منفی شدیدتری را فرد تجربه می‌کند و اثرات طولانی‌تری هم باقی می‌گذارد (Gomes, Nobre, 2012). مطالعه Babaie, Abbasi, Mirmohammadi, Entezari (2018) نشان داده است، زنانی که درگیر اختلالات کارکرد جنسی هستند، افکار منفی بیشتری دارند. در واقع طرحواره- های انتقاد از خود و تصویر منفی از خود می‌تواند مشکلات کارکرد جنسی را به همراه داشته باشد و هیجان‌های منفی همچون اضطراب، شرم و احساس گناه را ایجاد کند و کارکرد جنسی را تضعیف کند. هر چه شدت این افکار بیشتر باشد، انگیختگی ذهنی و هیجان‌های جنسی کمتر می‌شود. مطالعه (Asadi Jajaei, Abolghasemi, Ghaffari (2021) Narimani, نشان داده است، زنانی که از طرحواره‌های جنسی مثبت بهره‌مند هستند، احساس بهتری از تجربیات جنسی خود دارند و طرحواره‌هایشان آن‌ها را به سوی رضایت جنسی سوق می‌دهد. نتایج بررسی مدل ساختاری اختلال واژینیسموس بر اساس متغیرهای سازگاری زناشویی نشان داد، اختلالات عملکرد جنسی با سازگاری زناشویی پایین در ارتباط است. به طور کلی مطالعه یاد شده نشان داده است که عملکرد جنسی بهتر با سازگاری زناشویی بهینه‌تر ارتباط دارد (Tourrilhes, Veluire, Hervé, Nohuz, 2019). توجه با اینکه کارکرد جنسی مناسب، یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی و حفظ روابط صمیمانه رضایت‌بخش است، مداخله طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس به مشکلات و مسائل روان‌شناختی از جمله طرحواره‌های جنسی و سازگاری زناشویی زنان می‌پردازد و از این طریق ارتباط بین سبب‌شناسی اختلال واژینیسموس، ابعاد نیازها و مشکلات این دسته از زنان و ارتقای سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنان، بستری برای پیشگیری و درمان این اختلال شایع فراهم می‌نماید. از این‌رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به دو پرسش اصلی است:

1. بسته درمانی طرحواره درمانی ویژه و طرحواره درمانی متداول چه تأثیری بر طرحواره‌های جنسی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس دارند؟
2. آیا این دو شیوه مداخله به نتایج متفاوتی از نظر اثربخشی منجر می‌شوند؟

نفری، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت. مطالعات مربوط به روایی و پایایی این مقیاس همواره مثبت بوده است. اسپاینر روایی ۰/۹۶ را برای از طریق آلفای کرونباخ برای این مقیاس به دست آورده است و برای مقیاس‌های فرعی: رضایت دو نفری ۰/۹۴، همبستگی دو نفری ۰/۹۰، توافق دو نفری ۰/۸۶ و ابراز محبت ۰/۷۳ گزارش نموده است.

3. درمان طرحواره درمانی ویژه: در پژوهش حاضر از پکیج درمان طرحواره درمانی ویژه (Kakavand, 2021) Khayatan, Golparvar) 10 جلسه 90 دقیقه‌ای به منظور درمان گروهی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس استفاده شد.

2. پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپاینر: پرسشنامه سازگاری زناشویی توسط (Spanier 1976) به منظور سنجش سازگاری بین دو نفر (زن و شوهر) که با هم زندگی می‌کنند تنظیم شده است و یک ابزار خودسنجی 32 سؤالی است که برداشت‌های افراد را در مورد سازگاری زناشویی نشان می‌دهد. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت صورت می‌گیرد. نمرات این پرسشنامه بین صفر تا 151 متغیر است که کسب نمرات بیشتر یا برابر 100 به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از 100 به معنای وجود مشکلی در روابط زناشویی و ناسازگاری است. برخی سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. تحلیل عاملی نشان می‌دهد این پرسشنامه چهار بعد را می‌سنجد که عبارتند از: رضایت دو

جدول ۱. جلسات درمان طرحواره درمانی ویژه	
محتوای جلسات	هدف جلسات
جلسه اول آشنایی با قوانین در طول درمان، اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی اهداف طرحواره درمانی ویژه، ارزیابی تجارب هیجانی آسیب‌زای زیربنایی حوزه واژینیسموس و ارائه تکلیف خانگی است.	سنجش و درمان عواطف آسیب‌زا در حوزه واژینیسموس
جلسه دوم بررسی تکلیف جلسه گذشته، ارزیابی مشکل فعلی درمان‌جویان، مفهوم‌سازی مشکل درمان‌جویان، تکنیک تصویرسازی ذهنی برای نیازهای هیجانی ارضا نشده، مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره و ارائه تکلیف خانگی است.	درمان مشکلات بی‌ثباتی عاطفی در حوزه واژینیسموس
جلسه سوم بررسی تکلیف جلسه گذشته، غلبه بر موانع اجرایی تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی، تکنیک گفتگوی خیالی برای محرومیت‌های هیجانی درمان‌جویان، باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی برای احساسات منفی بین فردی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا و ارائه تکلیف خانگی است.	درمان بی‌ثباتی عاطفی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به واژینیسموس
جلسه چهارم بررسی تکلیف جلسه گذشته، تحلیل افکار کودکانه و ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، آزمون اعتبار طرحواره حوزه واژینیسموس، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره و ارائه تکلیف خانگی است.	درمان افکار منفی در حوزه واژینیسموس
جلسه پنجم بررسی تکلیف جلسه گذشته، تکنیک صندلی خالی برای گفتگو بین جنبه سالم و طرحواره، تدوین و ساخت‌های آموزشی برای بهبود تأثیر افکار منفی بر شناخت، تکمیل فرم ثبت طرحواره، ارائه تکلیف خانگی است.	درمان ضعف‌های شناختی در متن واژینیسموس
جلسه ششم 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 و ارائه تکلیف خانگی است.	درمان منفی‌گرایی و عواطف منفی مرتبط با خلق افسرده
جلسه هفتم 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 برای درمان بی‌انگیزشی و بی‌لذتی در حوزه واژینیسموس و ارائه تکلیف خانگی است.	درمان مشکلات عملکرد ناکارآمد مرتبط با خلق افسرده

جلسه‌ی هشتم بررسی تکلیف جلسه‌ی گذشته، آموزش اسکن ذهنی برای ارتباط افکار و احساسات و بدن، آموزش شناخت طرحواره درمانی ویژه برای ارتباط بین ذهن و بدن بر روی مشکلات جسمانی زنان واژینیسوس، آموزش تخلیه افکار و احساسات مرتبط با حوزه واژینیسوس و ارائه تکلیف خانگی است	درمان مشکلات جسمی و بدنی در حین تجارب معطوف به واژینیسوس
جلسه‌ی نهم بررسی تکلیف جلسه‌ی گذشته، تکنیک تمرین تنفس برای کنترل نگرانی در متن واژینیسوس، تکنیک مراقبه متعالی، تکنیک رهایی از اضطراب و ارائه‌ی تکلیف خانگی است.	درمان نگرانی مفرط و آشفتگی و اضطراب معطوف به واژینیسوس
جلسه دهم بررسی تکلیف جلسه‌ی گذشته، آموزش شناخت عوامل دشوار کننده عملکرد جنسی، درمان طرحواره‌های ایجادکننده مشکلات عملکرد جنسی، بهبود طرحواره‌اترزا جهت ارتقاء عملکرد اجتماعی، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون است.	درمان مشکلات عملکردی وابسته به نارسایی جنسی و عرصه‌های شغلی و اجتماعی

4. درمان طرحواره درمانی متداول: در پژوهش حاضر از دقیقه‌ای به منظور درمان گروهی زنان مبتلا به اختلال پکیج طرحواره درمانی (Young, 2006) 10 جلسه 90 واژینیسوس استفاده شد.

جدول 2. جلسات درمان طرحواره درمانی متداول	
محتوای جلسات	هدف جلسات
جلسه اول آشنایی با قوانین کلی درمان و برقراری رابطه‌ی درمانی مشکل اصلی مراجع و بعد سایر مشکلات زندگی او بررسی، تهیه فهرستی از مشکلات مراجع، بررسی تاریخچه زندگی مراجع و جستجوی علت‌های شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی مراجع.	شناسایی علت شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه
جلسه‌ی دوم شناسایی طرحواره‌های مراجع بعد از بررسی تاریخچه زندگی مراجع و جستجوی علت‌های شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی او، تکمیل پرسشنامه‌های مرتبط با طرحواره درمانی توسط مراجع.	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه
جلسه‌ی سوم شرح رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در دوران کودکی شکل گرفته و مشکلات فعلی زندگی بعد از تکمیل پرسشنامه و طرحواره‌های مراجع، بررسی خاطرات و رابطه منطقی بین آن‌ها و مشکلات فعلی زندگی مراجع از طریق ایجاد پلی بین اتفاق‌های دوران کودکی و شکل‌گیری طرحواره‌ها و فعال شدن طرحواره‌ها در حال حاضر و مشکلات زندگی فعلی.	شناسایی الگوهای خودآسیب رسان زندگی
جلسه‌ی چهارم مفهوم‌پردازی موردی مشکلات مراجع برای به دست آوردن چشم‌اندازی روشن از علت مشکلات. مشخص شدن طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های مراجع و رابطه آن‌ها با مشکلات فعلی زندگی او.	مفهوم‌پردازی موردی از مشکلات
جلسه پنجم تکنیک باز والدینی برای مراقبت، حمایت و برآورده ساختن نیاز هیجانی دردناک دوره کودکی جهت تغییر طرحواره‌های مراجع، تکنیک نوشتن نامه به والدین جهت روایت خاطرات تأثیر رفتارهای والدین بر شکل‌گیری طرحواره و ذکر احساسات.	تغییر به کمک تکنیک‌های هیجانی
جلسه‌ی ششم تکنیک بررسی شواهد تأییدکننده طرحواره جهت کشف تمام شواهد زندگی تأیید کننده طرحواره مراجع، تکنیک بررسی شواهد رد کننده طرحواره جهت اثبات طرحواره اشتباه.	تغییر به کمک تکنیک‌های شناختی

توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (شامل تحلیل واریانس تکرار شده و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در تحلیل داده‌های جمعیت شناختی توسط آزمون کای دو (معناداری) تفاوت آماری معناداری بین متغیرهای سن 0/11، تحصیلات 0/42 (0/39)، و وضعیت اشتغال 0/10

روش اجرای پژوهش

پس از نمونه‌گیری، آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گماشته شدند. برای گروه‌های آزمایش اجرای بسته درمانی طرحواره درمانی ویژه در 10 جلسه 90 دقیقه‌ای و روان درمانی طرحواره درمانی متداول در 10 جلسه 90 دقیقه‌ای انجام شد. گروه کنترل نیز هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد نرم افزار SPSS نسخه 24 شده و شاخص‌های آمار

جدول 3. میانگین و انحراف معیار طرحواره های جنسی و سازگاری زناشویی در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی						
متغیر	مرحله	گروه طرحواره درمانی ویژه	گروه طرحواره درمانی متداول	گروه کنترل		
		میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد		
طرحواره جنسی های	پیش آزمون	136/27	8/72	8/64		
	پس آزمون	29	3/87	8/45		
	پیگیری	33/67	8/98	9/06		
سازگاری زناشویی	پیش آزمون	20/27	3/67	6/84		
	پس آزمون	118	2/95	6/36		
	پیگیری	113/93	8/15	6/46		

در افراد گروه درمان طرحواره درمانی ویژه، گروه درمان طرحواره درمانی متداول و گروه کنترل گزارش نشد. نتایج نشان می‌دهد بین متغیرهای جمعیت شناختی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

چنان که در جدول 3 مشاهده می‌شود، متغیر طرحواره های جنسی گروه طرحواره درمانی ویژه در مرحله پس آزمون و پیگیری و گروه طرحواره درمانی متداول در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری دارای میانگین بالاتری بوده‌اند. همچنین

متغیر سازگاری زناشویی گروه طرحواره درمانی ویژه در مرحله پس آزمون و پیگیری و گروه طرحواره درمانی متداول در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری دارای میانگین بالاتری بوده‌اند.

در جدول 4 نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای طرحواره های جنسی و سازگاری زناشویی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
درون- زمان	128084/13	1/13	113094/85	511/17	0/001	0/92	1
گروهی تعامل زمان×گروه	64596/49	2/26	28518/48	128/90	0/001	0/86	1

-	-	-	-	221/25	47/57	10524/04	خطا (زمان)	طرحواره
1	0/94	0/001	352/99	64286/16	2	128572/31	گروه	بین-های
-	-	-	-	182/12	42	7649/02	خطا	جنسی
1	0/96	0/001	1126/01	95681/55	1/15	109643/79	زمان	درون-سازگاری
1	0/93	0/001	281/37	23909/31	2/29	54796/52	تعامل زمان×گروه	زنانشویی
-	-	-	-	84/97	48/13	4089/69	خطا (زمان)	
1	0/97	0/001	598/77	52764/50	2	105528/99	گروه	بین-گروهی
-	-	-	-	88/12	42	3701/11	خطا	

در جدول 5 مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=1126/01$ ، $df=1/15$ و $p<0/01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=281/37$ ، $df=2/29$ و $p<0/01$) نشان می‌دهد که در سازگاری زنانشویی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل زمان و تعامل زمان با گروه به ترتیب 96 و 93 درصد و توان آزمون برابر با 1 است. همچنین در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در سازگاری زنانشویی در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد.

چنان‌که در جدول 4 مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=511/17$ ، $df=1/13$ و $p<0/01$) و تعامل عامل زمان و گروه ($F=128/90$ ، $df=2/26$ و $p<0/01$) نشان می‌دهد که در طرحواره‌های جنسی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (سه گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل زمان و تعامل زمان با گروه به ترتیب 92 و 86 درصد و توان آزمون برابر با 1 است. همچنین در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود، در طرحواره‌های جنسی در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<0/01$) وجود دارد. همچنین چنان‌که

جدول 5. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوهدهو گروه‌های پژوهش در طرحواره‌های جنسی و سازگاری زنانشویی							
متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری	
طرحواره‌های جنسی	زمان	1	پیش‌آزمون	64/40	2/56	0/001	
		2	پیش‌آزمون	63/07	3/04	0/001	
		3	پس‌آزمون	-4/33	0/97	0/001	
	گروه	7	گروه طرحواره ویژه	-7/98	2/84	0/02	
		8	گروه طرحواره ویژه	-69/09	2/84	0/001	
		9	گروه طرحواره متداول	-61/11	2/84	0/001	
	سازگاری زنانشویی	زمان	1	پیش‌آزمون	-62/36	1/54	0/001
			2	پیش‌آزمون	-58/36	1/91	0/001
			3	پس‌آزمون	4	0/67	0/001
گروه		7	گروه طرحواره ویژه	4/93	1/98	0/05	
		8	گروه طرحواره ویژه	61/62	1/98	0/001	
		9	گروه طرحواره متداول	56/69	1/98	0/001	

معناداری وجود دارد ($P<0/05$). در متغیر سازگاری زنانشویی، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، بین پیش‌آزمون با پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری و در عین حال بین دو گروه درمان با گروه کنترل ($P<0/01$) و در عین حال بین

چنان‌که در جدول 5 مشاهده می‌شود در متغیر طرحواره‌های جنسی، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون، بین پیش‌آزمون با پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری و در عین حال بین دو گروه درمان با گروه کنترل ($P<0/01$) و در عین حال بین طرحواره درمانی ویژه با طرحواره درمانی متداول تفاوت

طرحواره درمانی ویژه با طرحواره درمانی متداول تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی ویژه و طرحواره درمانی متداول بر طرحواره های جنسی و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به اختلال واژینوسموس انجام شد. فرضیه اول پژوهش مبنی بر این است که آیا اثربخشی بسته نوین طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینوسموس و طرحواره درمانی متداول بر طرحواره های جنسی در زنان مبتلا به واژینوسموس متفاوت است؟ در پاسخ می‌توان گفت، مقایسه دو درمان نشان داده است، درمان نوین طرحواره درمانی ویژه نسبت به طرحواره درمانی متداول تأثیر معنادارتری در مرحله پس از آزمون و پیگیری بر طرحواره های جنسی زنان مبتلا به واژینوسموس داشته است. در عین حال از بین دو گروه درمان، گروه درمانی طرحواره درمانی ویژه نسبت به گروه طرحواره درمانی متداول در متغیر طرحواره های جنسی تفاوت معنادارتری با گروه کنترل داشته است. این نتایج با یافته‌های مطالعات (2019) Babaie, Abbasi, Mirmohammadi, Entezari Asadi Jajaei, Abolghasemi, Ghaffari, (2021) و Narimani در زمینه تأثیر طرحواره درمانی بر طرحواره های جنسی زنان همسو است. در تبیین نتایج مطالعات یاد شده می‌توان گفت، طرحواره درمانی به زنان کمک می‌کند طرحواره های ناسازگار دوران گذشته‌ی مرتبط با مشکلات جنسی‌شان تا حدودی مرتفع گردد. در واقع فعال شدن و تحریک شدن طرحواره های جنسی می‌تواند به تولید هیجان‌های ناخوشایند منجر شده و بر عملکرد جنسی فرد تأثیر مستقیم بگذارد. از این‌رو در تبیین فرضیه اول پژوهش می‌توان گفت، درمان نوین طرحواره درمانی ویژه زنان واژینوسموس به تعدیل طرحواره های جنسی زنان کمک می‌کند. در این درمان نوین با بررسی مشکلات ریشه‌ای مرتبط با عملکرد جنسی زنان، سعی در تعدیل طرحواره های ناسازگار آنان شده از این طریق هیجان‌ات و عواطف منفی مرتبط با طرحواره های جنسی را کاهش می‌دهد. ریشه‌یابی مشکلات مرتبط با عملکرد جنسی زنان، کشف مکانیسم‌های تداوم طرحواره های جنسی و همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای زنان به طرحواره مورد نظر که در حوزه‌هایی چون جبران افراطی، اجتناب و تسلیم رخ می‌دهد، به ارتقاء عملکرد جنسی زنان کمک کنند. فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این است که آیا اثربخشی بسته طرحواره درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینوسموس و طرحواره درمانی متداول بر سازگاری زناشویی

در زنان مبتلا به واژینوسموس متفاوت است؟ به این صورت پاسخ داده می‌شود که سازگاری زناشویی در گروه طرحواره درمانی ویژه نسبت به گروه طرحواره درمانی متداول در مرحله پس از آزمون و پیگیری تفاوت معنادارتری داشته است. در عین حال از بین دو گروه درمان، گروه درمانی طرحواره درمانی ویژه نسبت به گروه طرحواره درمانی متداول در متغیر سازگاری زناشویی تفاوت معنادارتری با گروه کنترل داشته است. همسو با نتایج به دست آمده، مطالعات (2019) Tourrilhes, Veluire, Hervé, Nohuz نشان داده است، طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری زناشویی زنان دارای مشکلات بدکارکردی جنسی تأثیر داشت. یافته‌های مطالعات یاد شده نشان داد، علت اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش سازگاری زناشویی زنان ایجاد بینش دوباره نسبت به طرحواره‌ها در آنان است. در این درمان به زنان کمک می‌شود تا به ردیابی و آشکار نمودن شناخت‌های ناسازگار خود در دوران ابتدایی زندگی بپردازد. سپس از طریق بررسی ارتباط آن با راهبردهای شناختی، رفتاری، میان فردی و کنونی سعی در حل مشکلات زناشویی می‌شود. در واقع با شناسایی علل زیربنایی مشکلات زناشویی و درگیر نمودن افراد با آن‌ها، به بازسازی طرحواره های ناکارآمد از طریق سبک‌های رفتاری سالم‌تر و شیوه‌های رؤیایی سازگار پرداخته می‌شود. از این‌رو در تبیین نتایج فرضیه دوم مطالعه حاضر می‌توان گفت، دوره طرحواره درمانی ویژه به زنان واژینوسموس یاد می‌دهد از فعال شدن دوباره طرحواره های ناسازگار که منشأ مشکلات زناشویی فعلی آن‌هاست، اجتناب کنند. در واقع از طریق واکنش‌های مقابله‌ای کارآمد می‌توان اثر طرحواره‌ها را در مشکلات زناشویی کاهش داده و از این مسیر سطح سازگاری زناشویی را ارتقاء بخشید. در نهایت این درمان به صورت ویژه سبب می‌گردد که زنان با درک درست از نظام باورهای مرکزی خود پیرامون روابط زناشویی به بهبود سازگاری دست یابند. نتایج مرحله پیگیری درمان نوین طرحواره درمانی ویژه نیز گویای تأثیر مضاعف این درمان در بهبود طرحواره های جنسی و سازگاری زناشویی زنان واژینوسموس است. نتیجه پژوهش حاضر نشان می‌دهد، تاکنون پژوهشی در خصوص تدوین بسته درمانی ویژه زنان مبتلا به واژینوسموس انجام نشده است و این درمان به خوبی توانسته با ریشه‌یابی مشکلات جنسی و سازگاری زناشویی زنان و ایجاد ادراک بهتر این مشکل در آنان، از تداوم و پیامدهای این

سپاسگزاری

قدردانی می‌نماییم از کلیه شرکت‌کنندگان و مسئولان بیمارستان پیامبران که در اجرای این پژوهش با ما همکاری داشتند. پژوهش حامی مالی نداشته است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، [رناک کاکاوند و فلور خیاطان]؛ روش، [فلور خیاطان و محسن گل پرور]؛ بررسی، [رناک کاکاوند، فلور خیاطان و محسن گل پرور]؛ نوشتن - پیش‌نویس اصلی [رناک کاکاوند]؛ نوشتن - مرور و ویرایش، [رناک کاکاوند، فلور خیاطان]؛ منابع، [رناک کاکاوند]؛ نظارت [فلور خیاطان، محسن گل پرور]؛ بدون حامی مالی.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

اختلال جلوگیری کند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر به مقایسه طرحواره درمانی ویژه به طور هم‌زمان با طرحواره درمانی متداول بر متغیرهای وابسته طرحواره های جنسی و سازگاری زناشویی پرداخت لذا رعایت احتیاط در رابطه با اعتبار مقایسه‌ای طرحواره درمانی ویژه با سایر درمان‌ها و سایر متغیرهای وابسته لازم است. با توجه به اینکه نمونه این پژوهش، زنان مبتلا به واژینیسم در شهر تهران بودند، پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان نوین طرحواره درمانی ویژه در شهرهای دیگر نیز بررسی گردد.

موازین اخلاقی

حفظ اصل رازداری کامل برای شرکت‌کنندگان، داشتن اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها در جهت اهداف پژوهش بود؛ این مطالعه ماحصل رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1400.288 و مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20211120053113N1 است.

References

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, American Psychiatric Association, Washington, DC; 106-115. [\[Link\]](#)
- Asadi Jajaei, S., Abolghasemi, Ghaffari A., Narimani, M. (2021). Effectiveness SchemaTherapy on the Sexual and Familial Function of Woman sexless in Isfahan, Rooyesh - e -Ravanshenasi Journal; 10(7). [Persian] [\[Link\]](#)
- Babaie, E., Abbasi, A., Mirmohammadi, M., Entezari, S. (2019). Investigating the relationship between sexual schemas and sexual function with marital conflicts of women involved in domestic violence. Zanko J Med Sci.; 20 (65) :87-96. [Persian] [\[Link\]](#)
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 14, 77-101. [\[Link\]](#)
- Dias-Amaral, A., André Marques-Pinto, A. (2018). Depressive mood and suicidal thoughts improvement: a valuable outcome of penile prostheses for severe erectile dysfunction, entro Hospitalar de São João, Portugal, [\[Link\]](#)
- Fadul, R., Garcia, R., Zapata-Boluda, R., Aranda-Pastor, C., Brotto, L., Parron-Carreño, T., Alarcon-Rodrigue, R. (2019). Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: ACASE-MaritalTherapy; 7, 1-11. Control Study. Journal of Sex & Marital Therapy, 7, 1-11. [\[Link\]](#)
- Gomes, AL., Nobre, P.(2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in Women, Arch Sex Behave.; 41(1) , 311-20 [\[Link\]](#)
- Khaleghi Nejad, Kh., Kariman, N., Nahidi, F., Ebadi, AS.(2021). IRooyesh - e - Ravanshenasi Journal; 10(7). [Persian] [\[Link\]](#)
- Kakavand, R., Khayatan, F., Golparvar, M. (2021). Developing a schema therapy package for women with vaginismus and comparing its effectiveness with common schema therapy on sexual schemas, sexual equality, marital adjustment, sexual self-esteem and fear of intimacy in women with vaginismus disorder,. [Persian]
- Karrouri, R. (2017). Mariage non consommé et vaginisme: à propos de trois cas Clinique, Pan African Medical Journal, ; 27:4. [\[Link\]](#)
- Meana, M., Fertel, E., Maykut, C. (2017). Treating Genital Pain Associated with Sexual Intercourse, In book: The Wiley Handbook of Sex Therapy, [\[Link\]](#)
- Michetti, P .M., Silvagg .A., Fabrizi ,M., Tartaglia ,N., Rossi, R., Simonelli, C. (2014). Unconsummated marriage: can it still be considered a consequence of vaginismus ; 26(1) ,28-30. [\[Link\]](#)
- Nobre, PJ., Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. Archives of sexual behavior,; 1,35(4) , 491-9. [\[Link\]](#)

- Safak Ozturk, C., Arkar, H. (2017). Effect of cognitive behavioral therapy on sexual satisfaction, marital adjustment, and levels of depression and anxiety symptoms in couples with vaginismus ;, 28 (3). [\[Link\]](#)
- Spanier, B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Marriage Family Journal*; 12, 286-95. [\[Link\]](#)
- Tourrilhes, E., Veluire ,M., Hervé, D., Nohuz E. (2019). Pronostic obstétrical des femmes atteintes de vaginisme primaire. *panafrican-med-journal*; 32.160.16083. [\[Link\]](#)
- World Health Organization. (2018). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*, Geneva: icence: CC BY-NC-SA 3.0, IGO. [\[Link\]](#)
- Young, J. (2006). Schema therapy is a practical guide for clinicians; 15(9):45-62. Available [\[Link\]](#)