

Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Anxiety and Depression and Improving Sexual Function in Women with Vaginismus

Authors

Motahara Nusratabadi^{1*}, Ali Afzali Grouh²

1. Ph.D. Student in Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. (Corresponding Author)

2. Master of General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

Abstract

Receive Date:
28/10/2019

Accept Date:
07/04/2020

Introduction: Vaginismus is one of the sexual dysfunctions that can have an unpleasant effect on women's mental health and marital relationships. This study aimed to evaluate the effectiveness of schema therapy on reducing anxiety and depression and improving sexual function in women with vaginismus in the city of Kerman.

Method: Present study is a descriptive quasi-experimental analysis. Its statistical population comprised of women suffering from vaginismus referring to counseling centers in Kerman. Thirty people were selected as the available sample and were randomly assigned to the experimental and control groups [15 people in each group]. The experimental group underwent 8 sessions of 90 minutes per week as a group. The Cattle Anxiety Scale [1973], Beck Depression Inventory [1988] and Rosen et al.'s [2000] Sexual Function Questionnaire were administered to both groups in two stages of pre-test and post-test. Data were collected and analyzed using analysis of covariance and repeated measures.

Results: The results showed that the therapeutic scheme caused a significant decrease in the mean scores of anxiety and depression and a significant increase in the mean scores of sexual functions in the experimental group compared to the control group [P <0.001]. The rate of anxiety and depression in the experimental group compared to the control group in the post-test phase and 12-month follow-up compared to the pre-test phase was significantly reduced [P <0.001] and the rate of sexual function in the experimental group compared to the control group in the post-test phase and 12-month follow-up compared to the pre-test was significantly increased [P <0.001].

Discussion and conclusion: Based on the findings of this study, it is concluded that the schema-therapy is effective in reducing anxiety and depression and improving the sexual function of clients in counseling centers.

Keywords

Schema Therapy, Vaginismus Disorder, Anxiety, Depression, Sexual Function.

Corresponding Author's E-mail

nosratabadi.mo@fh.lu.ac.ir

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس

نویسندگان

مطهره نصرت‌آبادی^{۱*}، علی افضلی گروه^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده

مسئول)

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

چکیده

مقدمه: یکی از اختلالات عملکرد جنسی که می‌تواند تاثیر ناخوشایندی بر سلامت روان زنان و روابط زناشویی آنان گذارد، واژینیسموس است. هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس شهر کرمان بود.

تاریخ دریافت:
۱۳۹۸/۰۸/۰۶

روش: پژوهش حاضر تحلیلی توصیفی از نوع نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان با اختلال واژینیسموس بود، ۳۰ نفر به عنوان نمونه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل [هر گروه ۱۵ نفر] قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی به صورت گروهی مورد طرح‌واره‌درمانی قرار گرفتند. پرسشنامه‌های اضطراب کتل [۱۹۷۳]، افسردگی بک [۱۹۸۸] و عملکرد جنسی روزن و همکاران [۲۰۰۰] در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی دو گروه اجرا گردید. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از تحلیل کواریانس و اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تاریخ پذیرش:
۱۳۹۹/۰۱/۱۹

نتایج: نتایج حاکی از آن بود که طرح‌واره‌درمانی، موجب کاهش معنادار در میانگین نمرات اضطراب و افسردگی و افزایش معنادار در میانگین نمرات عملکرد جنسی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید [P<۰/۰۰۱]. میزان اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۱۲ ماهه نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معناداری داشت [P<۰/۰۰۱] و همچنین میزان عملکرد جنسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۱۲ ماهه نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش معناداری داشت [P<۰/۰۰۱].

بحث و نتیجه‌گیری: بر پایه یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی مراجعین به مراکز مشاوره موثر می‌باشد.

کلیدواژه‌ها

طرح‌واره‌درمانی، اختلال واژینیسموس، اضطراب، افسردگی، عملکرد جنسی.

نشانی پست

الکترونیکی

نویسنده مسئول

مقدمه

تظاهرات عضوی و روانی تعریف می‌کند که نتوان آن را به خطر مشخصی نسبت داد و علائم به صورت حمله یا حالتی مداوم ادامه یابند [۱۶]. در تعریفی دیگر، اضطراب یعنی پریشانی روانی و بدنی که بر اثر ترسی مبهم و احساس ناایمنی و تیره‌روزی قریب‌الوقوع در فرد به وجود می‌آید [۱۷]. همچنین طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی افسردگی احساس غم پایدار و کاهش تمایل به انجام کارهایی است که بصورت معمول از آن لذت می‌بریم، و نیز کاهش انگیزه انجام امور روزمره که حداقل به مدت دو هفته بطول انجامد. همچنین فرد افسرده ممکن است برخی از احساسات مثل: غم، اضطراب، پوچی، ناامیدی، بی‌حمایتی، بی‌ارزشی، احساس گناه، خواب و یا اشتهاهای مختل، احساس خستگی و ضعف در تمرکز را تجربه کند [۱۸].

بنابراین تجربه بالینی محققین در مورد بیماران مبتلا به واژینیسم که در مطالعه سیگراوس و همکاران نیز مورد تأیید قرار گرفته است، بیماری‌های اضطرابی در افراد مبتلا به کژکاری جنسی شیوع بیشتری دارد [۱۹ و ۲۰]. فردی که پس از احساس ناکامی از عدم مقاربت، مستعد حمله پانیک می‌شود، یا زنی که پس از ترومای تجاوز به عنف، دچار اجتناب از آمیزش جنسی شده یا فردی که از ترس آلودگی به ایدز و ترس از گناه، به صورت شرطی دچار واژینیسم می‌شود، همچنین هنگامی که پس از درمان علت عضوی واژینیسم، هنوز فرد از بیماری خود رنج می‌برد، همه نشان‌دهنده ارتباط این بیماری با اضطراب می‌باشد. بنابراین احتمالاً درمان اضطراب پس از دستیابی به اطلاعات اولیه و شیوع آن، به درمان بیماری کمک کند. همچنین اکثر مطالعات نشان داده‌اند که اضطراب در بین افراد با اختلال جنسی، شایع است و همچنین به این نتیجه رسیدند که کاهش اضطراب در برخی بیماران مبتلا به واژینیسم البته نه در همه موارد بهبودی آنان مؤثر است [۲۱].

پژوهشگران رفتار درمانی شناختی، آموزش آرمیدگی، هیپنوتیزم و راهنمایی ذهنی و گروه درمانی و روش‌های ویژه‌ای مانند خود‌انگیزی مستقیم، روش شروع-توقف و حساسیت زدایی منظم را به عنوان درمان‌های موفق عملکرد نامطلوب جنسی بیان کرده‌اند [۲۲].

از بین عوامل روانشناختی، شناخت منفی مانند افکار منفی مرتبط با عملکرد جنسی، نقش مهمی در کژکاری‌های جنسی دارند [۲۳]. زنانی که از کژکاری‌های جنسی رنج می‌برند افکار منفی بیشتری دارند، طرح‌واره‌های انتقاد از خود

مطالعه و شناخت تمایلات و رفتارهای جنسی انسان، یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی و به ویژه بهداشت روان است. نیاز جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان مانند تشنگی، گرسنگی و نیاز به هوا و خواب، بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی نظیر نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود [۱]. علی‌رغم اینکه تمایلات جنسی، ذاتی و غیر ارادی می‌باشند، نگرش و رفتارهای جنسی، آموختنی هستند؛ بنابراین فعالیتهای جنسی مشابه، می‌تواند برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشد و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر کند [۲]. بنابراین هر گونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند اضطراب و اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد.

آمارهای جهانی نشان می‌دهد که حدود ۴۵-۴۰٪ زنان به درجاتی از کژکاری جنسی مبتلا هستند. اختلال واژینیسموس^۱ یکی از این کژکاریها و اختلالات در زنان است. انجمن روان پزشکی آمریکا واژینیسموس را اینگونه تعریف کرده است: انقباض غیرارادی عضلات یک سوم خارجی واژن که مانع از مقاربت می‌شود [۳].

اغلب این اسپاسم‌ها به دلیل عوامل روحی و روانی مانند وجود یک سری مشکلات روانی نظیر اضطراب، افسردگی، نگرانی در مورد ظاهر جسمی [۴، ۵ و ۶]، سابقه یک رابطه زناشویی دردناک، سابقه تجاوز در دوران کودکی، باورهای نادرست در مورد رابطه زناشویی که یک زن از اطرافیان و دوستانش شنیده، ترس بیش از حد از همسر به دلیل خشونت‌های او و سایر مسائل روحی روانی مانند استرس می‌باشد که می‌تواند به صورت ناخودآگاه و ناآگاهانه منجر به انقباض عضلات کف لگن و ایجاد درد شود [۷، ۸ و ۹].

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویرایش پنجم^۲، واژینیسموس همراه با دیسپارونیا و سایر مواردی که دخول جنسی در آنها به سختی صورت می‌گیرند، تحت عنوان یک اختلال واحد به نام اختلال درد تناسلی-لگنی آورده شده‌اند [۱۰]. در مطالعه مروری سیستماتیک هاینز و همکاران، مشخص شد که ۲۶٪ زنان به اختلالات درد جنسی مبتلا هستند [۱۱].

مطالعات بسیاری رابطه عملکرد نامطلوب جنسی و اضطراب^۳ و افسردگی^۴ را نشان داده‌اند [۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵]. سازمان بهداشت جهانی، اضطراب را مجموعه‌ای از

¹ Vaginismus

² DSM5

³ Anxiety

⁴ Depression

⁵ Schema

پایین می باشد، از فعالیت جنسی اجتناب نموده و با ایجاد تاثیرات نامطلوب بر روی ارتباط با همسر، روابط زناشویی را تحت تاثیر قرار می دهد [۴۴، ۴۵]. از آنجایی که بهره مندی از این رویکرد در کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد جنسی مشخص گردیده و همینطور به دلیل اینکه در ایران نسبت به این مقوله تحقیقات اندکی صورت گرفته است، ضرورت بررسی های تجربی به منظور یافتن شیوه درمانی کارآمد برای زنان مبتلا به واژینیسموس در کشور احساس می شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس بود.

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی [پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل، در خارج از محیط آزمایشگاه] است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: شامل تمامی زنان متاهل با تشخیص اختلال واژینیسموس [توسط روانپزشک] و مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان در سال ۱۳۹۷ بودند.

ب) نمونه پژوهش: از جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه در دسترس انتخاب و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای همکاری در این پژوهش و تکمیل فرم تعهد برای شرکت در جلسات مداخله، بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به این مطالعه محدوده سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه، حداقل ۲ سال ازدواج کرده باشند و تحت درمان های دارویی برای واژینیسموس قرار نگرفته باشد.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه اضطراب کتل: این پرسشنامه توسط کتل طراحی شده است. این ابزار شامل ۴۰ گویه سه گزینه ای [۱=درست یا غالباً، ۲=بین این دو، ۳=غلط یا هرگز] می-باشد که در سنین بعد از ۱۵-۱۴ سالگی به کار می رود و جمع نمرات از ۰ تا ۸۰ می باشند. در این پرسشنامه آزمودنی گزینه ای که تعریف کننده ویژگی او می باشد را با علامت ضربدر مشخص می کند. نمره کل این پرسشنامه به عنوان شاخص اضطراب در نظر گرفته می شود. او اعتبار کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد [۴۶]. در ایران شاهجویی اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد [۴۷]. همچنین هومن و همکاران ضریب

و تصویر منفی از خود مانع تمرکز آنان بر موقعیت های شهوت انگیز می شود و هیجان های منفی [مانند اضطراب، شرم و گناه] را تقویت می کند، پاسخ های جنسی [از تمایل جنسی تا ارگاسم] را تضعیف می کند [۲۴]. در حقیقت طرح‌واره ها زیربنای رفتار افراد را تعیین می کنند. یانگ معتقد است که ژرف ترین ساختارهای شناختی، طرح‌واره ها هستند [۲۵]. اختلال های کنشی جنسی به عنوان اختلال میل، تحریک، ارگاسم و درد جنسی، ناشی از عوامل چندگانه ی جسمی و روانشناختی است و می تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده و بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی اثر بگذارد، فراگیر یا موقعیتی، کلی و یا جزئی باشد [۲۶]. طرح‌واره ها، مشاهدات بالینی و مدل های نظری، بر اهمیت ساختارهای شناختی بنیادین یا باورهای بنیادین در فرآیندهای کنشی جنسی تاکید می کنند و توجه ی فزاینده ای به سمت کاربرد رویکردهای شناختی برای درمان جنسی دارند [۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰].

طرح‌واره‌درمانی به عنوان یکی از درمان های شناختی که توسط یانگ و همکارانش بوجود آمده درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روشهای درمان شناختی - درمانی کلاسیک برای درمان اختلالات منش شناختی بنا شده است [۳۱]. طرح‌واره‌درمانی برای درمان بیماران مزمن و مقاوم به درمان و بیماریانی که اختلالات شخصیت دارند یا کسانی که مشکلات منش شناختی مزمن دارند و نمی توانند به خوبی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت کنند تدوین شده اند. طرح‌واره‌درمانی با توجه به مشکل بیمار می تواند کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت باشد [۳۲].

نتایج پژوهش ها حاکی از اثربخشی فنون درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان ترس و اضطراب از مقابله در زنان مبتلا به واژینیسموس بود [۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶]. همچنین طرح‌واره درمانی به عنوان زیر شاخه ای از درمان شناختی رفتاری، روش موثری برای تغییر طرح‌واره های به اشتباه شکل گرفته در ذهن مبتلایان به واژینیسموس می باشد و پژوهش ها نشان می دهند روشی موثر برای کاهش علائم اضطرابی و افسردگی در زنان بوده است [۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳].

همچنین نتایج پژوهش ها نشان می دهد که واکنش واژینیستیک که نشانگر نوعی پاسخ ترس شرطی شده به تحریک جنسی است، منجر به رفتارهای اجتنابی و در نتیجه کاهش عملکرد جنسی می شود و همچنین فرد مبتلا به واژینیسموس به دلیل احساس گناه، حس ناامیدی و احساس عصبانیت از خود که ناشی از عزت نفس کم و خود ارزشی

¹ Cattell

جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند که جلسه ۱ و ۲ و ۱۱ به ترتیب شامل برقراری ارتباط، ارزیابی اولیه و ارزیابی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی با پرسشنامه پرداخته شد که خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات طرح‌واره‌درمانی در جدول ۱ مندرج است و گروه کنترل، متشکل از همین تعداد افراد آموزشی بی ارتباط را جهت جلوگیری از سوگیری دریافت کردند.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل از تحقیق با استفاده از نرم افزار «اس. پی. اس. اس.^۱» تجزیه و تحلیل شدند که برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل قبل و بعد از مداخله، از آزمون معناداری تفاوت نمرات پس آزمون با منظور کردن نمرات پیش آزمون به عنوان کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه‌ای از محتوا و اهداف جلسات طرح‌واره‌درمانی

عناوین جلسات	اهداف جلسات
۱ آشنایی و معرفی برنامه	برقراری ارتباط و همدلی
۲ اجرای پرسشنامه	ارزیابی وضعیت اولیه گروه
۳ تعریف طرح‌واره‌درمانی	آشنایی و درک مفاهیم طرح‌واره‌درمانی و نحوه کاربرد آن
۴ آموزش و شناخت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	فراگیری دقیق و علمی مفاهیم طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۵ معرفی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	آشنایی کامل با حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تشخیص آن
۶ آموزش و شناخت مفهوم شناخت و انطباق هماهنگی شناختی	شناخت و انطباق هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجربیات شخصی
۷ مرحله سنجش و آموزش طرح‌واره‌درمانی	شناخت و تشخیص طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۸ استفاده از راهبرد های شناختی طرح‌واره‌درمانی	اصلاح طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد
۹ استفاده از راهبرد های تجربی طرح‌واره‌درمانی	تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرح‌واره‌های ناسازگار
۱۰ آموزش روش‌های الگو شکنی	جایگزین کردن رفتار های سالم و کارآمد به جای رفتار های مقابله‌ای و ناسازگار
۱۱ اجرای مجدد پرسشنامه	ارزیابی اثر بخشی طرح‌واره‌درمانی

اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۶ و خطای استاندارد آن را ۵/۰۰۷ گزارش داده اند [۴۸]. در این مطالعه آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۸ بدست آمد.

۲) پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه توسط یک طراحی شده است. این ابزار شامل ۲۱ گویه است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند و هر گویه بر اساس طیف چهار درجه‌ای لیکرت از صفر [خفیف] تا سه [شدید] نمره گذاری می‌شود و اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد [۴۹]. در ایران جوکار اعتبار کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرد [۵۰]. همچنین روایی سازه این پرسشنامه توسط استفان دابسون، محمدخانی و مساح چولایی ۰/۸۷ گزارش شده است [۵۱]. در این مطالعه آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمد.

۳) پرسشنامه عملکرد جنسی زنان^۲: این پرسشنامه توسط روزن و همکاران ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال جهت بررسی افراد در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد و نمره کل است. نمره دهی سؤالات بر اساس سیستم نمره دهی از صفر (خیلی پایین، هیچ موقعی) تا ۵ (خیلی بالا، همیشه) است و با جمع نمرات سؤال‌های هر بعد، نمره آن بعد به دست می‌آید [نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد جنسی مطلوب تر است]. این پرسشنامه از نوع عمومی استاندارد است که اعتبار و پایایی آن توسط روزن و همکاران طی مطالعه‌ای که به همین منظور انجام شد و همچنین مطالعه محمدی در دانشگاه شاهد، مورد تأیید قرار گرفت [۵۲]. در این مطالعه آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷ بدست آمد.

اکثریت صاحب نظران معتقدند که درمان‌های جنسی باید کوتاه مدت (۸ تا ۱۰) جلسه باشند و برانگیزاننده، فعال و موثر باشند یعنی مشکلات جنسی حل شده و ابعاد شناخت، رفتار، تجربه، عواطف، صمیمیت و... را درگیر نمایند.

شیوه انجام پژوهش

پس از تکمیل پیش آزمون اعضای گروه آزمایش جلسات طرح‌واره‌درمانی با اقتباس از پکیج طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکارانش [۵۳]، در مرکز بهداشت درمانی با قدرت در ۸

¹ Beck

² FSFI: Female Sexual Function Inventory

³ SPSS18

نتایج

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. برای

تحلیل داده‌ها جهت بررسی اثر بخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسوس شهر کرمان از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کواریانس استفاده شد و نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار اضطراب، افسردگی و عملکرد جنسی در زنان واژینیسوس گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون

شاخص	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	آزمایش	۴۵/۲۱	۱۶/۰۷	۳۲/۹۹	۱۰/۴۸	۳۳/۱۶	۱۱/۰۵
	کنترل	۴۵/۱۳	۱۶	۴۵/۷۹	۱۶/۴۵	۴۷/۱۰	۱۷/۳۷
افسردگی	آزمایش	۵۰/۰۱	۲۲/۱۱	۳۸/۳۱	۱۵/۶۳	۴۰/۰۲	۱۶/۷۸
	کنترل	۴۹/۸۳	۲۱/۳۲	۴۹/۶۹	۲۱/۱۷	۴۹/۸۱	۲۱/۴۲
عملکرد جنسی	آزمایش	۲۴/۷۶	۹/۲۸	۳۶/۵۵	۱۳/۰۹	۳۹/۶۱	۱۵/۵۹
	کنترل	۲۴/۸۱	۹/۳۴	۲۴/۲۸	۹/۰۳	۲۴/۶۲	۹/۲۳

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، در رابطه با پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کواریانس، اطمینان حاصل شد. در تمام متغیرهای این مطالعه، آزمون کرویت موچلی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس و به‌گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگن بودن ماتریس کواریانس اطمینان حاصل شد

و از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین با استفاده از آزمون لوین، واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، لذا استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مشکلی نداشت. نتایج بررسی تغییرات درون‌گروهی با آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر اضطراب، افسردگی و عملکرد جنسی در مقایسه دو به‌دوی مراحل آزمون در هر گروه

مرحله	گروه آزمایش = ۱۵ نفر				گروه کنترل = ۱۵ نفر			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	مقدار P	F	مقدار P	F	مقدار P	F	مقدار P	F
اضطراب	۰/۰۰۱	۱۲/۳۵	۰/۰۰۱	۸/۰۶	۰/۲۹	۰/۷۱	۰/۴۵	۰/۱۹
افسردگی	۰/۰۰۱	۱۱/۸۱	۰/۰۰۱	۶/۲۲	۰/۴۵	۰/۳۰	۰/۶۲	۰/۱۱
عملکرد جنسی	۰/۰۰۱	۱۲/۹۶	۰/۰۰۱	۶/۰۷	۰/۴۳	۰/۵۶	۰/۳۹	۰/۲۸

بر اساس نتایج جدول ۳، در گروه آزمایش بین میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و عملکرد جنسی پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود داشت [P < ۰/۰۰۱]، درحالی‌که اختلاف معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل مشاهده نشد [P > ۰/۰۰۱]، همچنین بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش اختلاف معنی

داری وجود نداشت [P > ۰/۰۵]، از سوی دیگر در گروه کنترل، بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت [P > ۰/۰۵]. با توجه به نتایج جدول ۲ و ۳ در راستای اثبات وجود تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها بر مبنای درمان اعمال‌شده، از روش تحلیل کواریانس یک‌راهه تک‌متغیری استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرها	گروه	تعداد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	توان آزمون
اضطراب	آزمایش	۱۵	۱۲۷/۳۲	۱	۱۲۷/۳۲	*۲۲/۷۵	۰/۱۹
	کنترل	۱۵	۹۳/۸۶	۱	۹۹/۸۶	-	
افسردگی	آزمایش	۱۵	۱۵۵/۷۴	۱	۱۵۵/۷۴	*۲۸/۵۴	۰/۲۲

	کنترل	۱۵	۱۱۰/۳۹	۱	۱۱۱/۳۹	-
عملکرد جنسی	آزمایش	۱۵	۱۳۸/۱۹	۱	۱۳۸/۱۹	۰/۲۵
	کنترل	۱۵	۹۸/۵۲	۱	۹۸/۵۲	-

ارضا نشده مراجعان را ارضا کند؛ مزایای زیاد و کاربردی طرح‌واره درمانی باعث کاهش اضطراب و افسردگی شوند. همچنین تبیین دیگر برای موفقیت طرح‌واره درمانی در تکنیک‌های اصلی این رویکرد درمانی است؛ مثلاً هدف تکنیک‌های شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرح‌واره‌ها بود برای این منظور از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدیدی از شواهد تایید کننده طرح‌واره‌ها و برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره استفاده شد. برای مثال در راهبرد گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره هدف این بود که ذهن مراجع از حالت یک صدایی به حالت چند صدایی تغییر کند و جنبه سالم تقویت شود. با این تکنیک مراجع متوجه شد که غیر از صدای طرح‌واره می‌تواند در ذهنش صدایی سالمی را ایجاد کند. همچنین هدف تکنیک تجربی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی بود. مراجعان به کمک تکنیک‌های تجربی در سطح عاطفی با طرح‌واره‌های ناسازگار مبارزه کردند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی ابراز کنند. تکنیک‌ها هنگامی که فراگرفته شوند در طول زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند و هنگامی که فرد نتیجه آن را می‌بیند، به خود بازخورد مثبت می‌دهد و در نهایت این امر باعث کاهش اضطراب و افسردگی در کوتاه مدت و بلند مدت می‌شود [۵۴].

از سوی دیگر نتایج اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر بهبود عملکرد جنسی را در زنان دارای اختلال واژینیسموس را تایید کردند، در راستای این نتیجه مطالعه حاضر می‌توان ادعان داشت که تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به واژینیسم تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند باعث بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد شود. مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی، از یک طرف واکنش‌های لذت بخش تقویت می‌شود و از طرفی مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شود. تعارضات درونی نیز به نحوی تحت تأثیر این تمرینات قرار می‌گیرند. این تمرینات در اغلب موارد، باعث کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده در طرفین می‌شود. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند. این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالات

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس آزمون اضطراب، افسردگی و عملکرد جنسی بین دو گروه آزمایش و کنترل با ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون معنادار است. به این معنی که بین اثر بخشی طرح‌واره‌درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عملکرد جنسی در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارتی دیگر اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عملکرد جنسی به طور معناداری بیشتر از حالت بدون درمان گروه کنترل است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس شهر کرمان انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده آن است که طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس مراجعه کننده به مراکز مشاوره موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های [۳۳-۴۳] که اثر بخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس را نشان دادند، همخوان است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرح‌واره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان دارای اختلال واژینیسموس تاثیر دارد، در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد طرح‌واره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی و رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد مضطرب و افسرده علاوه بر زیر سوال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود [۵۴]. تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرح‌واره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است. این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کنند. برای مثال در رابطه درمانی، درمانگر تلاش کرد در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی، نیازهای

- 2- Clayton AH. (2010). The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *International Journal of Gynecol Obstet*, 110(1): pp. 7-11.
- 3- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Lauman EO, Moreira ED, et al. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Med*, 7(4 Pt 2): pp. 1598- 607.
- 4- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 5- Jha S, Thakar R. (2010). Female sexual dysfunction. *Eur Journal of Obstet Gynecol Reprod Biol*, 153(12): pp. 117-23.
- 6- Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. (2011). Etiological factors in female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Sexologies*, 20(3): pp. 149-57.
- 7- Kashdan TB, Adams L, Savostyanova A, Ferssizidis P, McKnight PE, Nezlek JB. (2011). Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and quality of sexual activity: a daily process approach. *Behaviour Research and Therapy*, 49(5): pp. 352-60.
- 8- Dewitte M, Van Lankveld J, Crombez G. (2011). Understanding sexual pain: a cognitive-motivational account. *Pain*, 152(2): pp. 251-3.
- 9- Bergeron S, Rosen NO, Morin M. (2011). Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain*, 152(6): pp. 1223-5.
- 10- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- 11- Hayens RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. (2006). What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *Journal of Sex Med*, 3(4): pp. 589-95.
- 12- Laurent SM, Simons AD. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev*, 29(7): pp. 573-85.
- 13- Trudel G, Goldfarb MR. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, 19(3): pp. 137-42.
- 14- Goldfarb MR, Trudel G, Boyer R, Préville M. (2007). Marital relationship and psychological distress: its correlates and treatment. *Sexual Relat Ther*, 22: pp.109-26.

اضطراب را کاهش داده و باعث تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط می‌شود. از بین بردن احساس گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت، جایگزین کردن شناخت‌های صحیح به جای شناخت‌های بازدارنده و غلط می‌تواند توجیه تأثیر مداخله درمانی باشد. طرح ریزی جزئیات روند نزدیکی به گونه‌ای است که بیمار انگیزه و توانایی لازم را برای پذیرش و ابراز علائق جنسی، در شرایطی جذاب و دل‌انگیز و خالی از تنش‌های جنسی به دست می‌آورد [۳۶].

هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود، اما مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خود گزارشدهی برای سنجش اضطراب و افسردگی و عملکرد جنسی بود. ممکن است افراد هنگام تکمیل آنها خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر محدود شدن نمونه آن به زنان دارای اختلال واژینیسموس شهر کرمان بود و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های با تعداد بیشتر و پروتکل‌های درمانی دیگر بر روی اضطراب و افسردگی و عملکرد جنسی زنان با اختلال واژینیسموس در شهرهای دیگر استفاده شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که روش طرح‌واره‌درمانی در پس‌آزمون و پیگیری باعث کاهش معنادار اضطراب و افسردگی شده است. لذا می‌توان گفت که طرح‌واره‌درمانی به عنوان یک روش مؤثر در درمان اضطراب و افسردگی و عملکرد جنسی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد؛ بنابراین مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند برای کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی از روش طرح‌واره‌درمانی استفاده کنند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش‌های مذکور می‌توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند اضطراب و افسردگی را کاهش دهند و عملکرد جنسی را بهبودی ببخشند.

سپاسگزاری

از کلیه مراجعین و شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین همکارانی که در اجرای این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

- ۱- بلوریان، زهره؛ گنجلو، جواد (۱۳۸۷). اختلال کارکرد جنسی و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار. فصلنامه باروری و ناباروری، سال ۸، شماره ۲، صص ۱۶۳-۱۷۰.

- pp. 322-329.
- 28- Carey MP, Wincze JP, & Meisler AW. (1993). Sexual dysfunction: Male erectile disorder. In D.H. Barlow [Ed.], *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual* (2nd ed., pp. 442-480). New York: Guilford Press.
- 29- Rosen RC, Leiblum SR, & Spector I. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20: pp. 67-85.
- 30- Sbrocco T, & Barlow DH. (1996). Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. In P. M. Salkovskis [Ed.], *Frontiers of cognitive therapy*. pp. 419-449. New York: Guilford Press.
- ۳۱- یدالهی باستانی، سوگل؛ حمیدطاهر نشاط دوست؛ محمدرضا عابدی و احمد عابدی، ۱۳۹۱، اثربخشی طرح واره درمانی بر کاهش علائم اختلال بدشکلی بدنی در مبتلایان به بدشکلی بدنی: پژوهش مورد منفرد، چهارمین کنگره بین المللی روان تنی (سایکوسوماتیک)، اصفهان، دانشگاه آزاداسلامی واحد خوراسگان.
- 32- Young J, Kloskov J, and Vyshar M. (1950). *Schema therapy (practical guide for clinicians)*. Translator: Hamidpoor, H, and Andooz, Z. Tehran: Arjomand. 2010.
- ۳۳- محمدی، اعظم؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ علی پور، احمد؛ و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۳). تاثیر درمان شناختی رفتاری واژینیسموس بر کاهش اضطراب مبتلایان، اولین کنگره ملی روانشناسی خانواده گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده، اهواز، انجمن علمی روانشناسی خانواده ایران، دانشگاه شهید چمران اهواز
- ۳۴- ملیانی، مهدیه؛ اللهیاری، عباس علی؛ آزادفلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ و طاوولی، آزاده (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بین های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، سال ۲، شماره ۱۰، صص. ۷۵-۸۶.
- ۳۵- رستمی، رضا؛ رامش، سمیه؛ همت بلند، الهه (۱۳۹۵) اثربخشی ترکیب درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک در درمان مبتلایان به واژینیسموس: یک مطالعه پایلوت، *مجله سلامت جامعه*، سال ۱۰، شماره ۱، صص ۷۷-۷۲.
- ۳۶- حمید، نجمه؛ دهقانی زاده، زهرا؛ و فیروزی، علی اصغر. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس، *مجله زنان، مامایی و نازایی*
- 15- Trudel G, Villeneuve L, Préville M, Boyer R, Fréchette, V. (2009). Sexuality, dyadic adjustment and psychological distress in elderly couples. *Présentation au Congrès International Association of Gerontology and Geriatrics*. Paris.
- ۱۶- روزنهال، دیوید ال؛ مارتین، ای. پی. سلیگمن (۱۳۸۶). روانشناسی نابهنجاری آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سید محمدی، ۲ج، نشر ساوالان، تهران.
- ۱۷- ساراسون، ایروین جی؛ باربارا آر، ساراسون (۱۳۸۳). روانشناسی مرضی، ترجمه دکتر بهمن نجاریان و محمدعلی اصغری‌مقدم و محسن دهقانی، ۲جلد، رشد، چاپ ۶، تهران.
- ۱۸- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنجامین (۱۹۹۶) خلاصه روانپزشکی. جلد اول و دوم، ترجمه نصرت اله پور افکاری (۱۳۷۹)، انتشارات شهر آب-آغاز، چاپ اول، تهران.
- 19- Segraves RT. (1998). Psychiatric illness and sexual function. *Int Journal of Obs Gyn*, 10(2): pp.131-3.
- 20- Fuchs K. (1980). Therapy of vaginismus by hypnotic desensitization. *Am Journal of Obst Gyne*, 137(1): pp. 1-7.
- ۲۱- اسماعیلی، معصومه؛ آذر، ماهیار؛ و ایرانپور، چنگیز (۱۳۸۲). شیوع علائم اضطرابی در بیماران مبتلا به واژینیسموس ارجاع شده به یک کلینیک خصوصی در تهران سال ۸۰-۸۱، فصلنامه باروری و ناباروری، صص. ۱۶۳-۱۵۶.
- 22- Hallvorsen JG, Metz MF. (1992). Sexual dysfunction, part II: Diagnostic, management, and prognostic. *Journal of American Board of Family Practice*, 5: pp. 177-199.
- 23- Dove NL, Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of sex and marital therapy*, 26: pp. 67-78.
- 24- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Journal of cognitive therapy and research*, 32: 37-49.
- 25- Kuffel SW, Helman JR. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of sexual behavior*, 35(2): pp. 160-174.
- 26- Bernhard LA. (2002). Sexuality and sexual health care for women. *Journal of Clin Obstet Gynecol*, 45(4): pp. 1089-98.
- 27- McCarthy BW. (1986). A cognitive-behavioral approach to understanding and treating sexual trauma. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12:

- 46- Cattell RB. (1973). Personality and mood by questionnaire. San Francisco: Jossey-Bass. ایران، سال ۱۵، شماره ۲۰، صص ۱۱-۱.
- ۳۷- ملکی زهرا، نادری ایمان، عاشوری جمال، زاهدی امید. (۱۳۹۴). تاثیر طرح‌واره‌درمانی بر کاهش علائم اختلالات اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی. مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد، سال ۱۰، شماره ۱، صص ۴۷-۵۶.
- ۳۸- آقائی پور گواسرائی، مانده؛ طاولی، آزاد؛ کمال، اکرم سادات؛ غفوری غلامی، زینب (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی سه روش درمانگری مبتنی بر طرح‌واره، شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی همسران جانبازان، روانشناسی بالینی و شخصیت، سال ۱۷، شماره ۱، صص. ۱۲۳-۱۳۴.
- 39- Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbestael J, Huibers MJ. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 51: pp. 66-73.
- 40- Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, Vlavianou M, Pehlivanidis A, Papadimitriou GN, Zervas I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 45(3): pp. 319-29.
- 41- Şafak Öztürk 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, Turk Psikiyatri Derg, 28(3): pp.172-180.
- 42- Aliakbari Dehkordi M, Mohammadi A, Alipour A. (2017). The Impact of Cognitive Behavioral Sex Therapy on Decreasing Anxiety and Increasing Sexual Function in People with Vaginismus, International Journal of Health Studies, 3(2).
- 43- Ramesh S, Rostami R, Merghati Khoei EA, Hemmat Boland E. (2016). Effectiveness of combination of cognitive behavioral therapy and biofeedback on vaginismus patents? Sexual function and marital status, Journal of Applied Counseling, 6(1): pp. 1-22.
- 44- Ter Kuile MM, van Lankveld JJ, de Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors. Behav Res Ther. 2007; 45(2): pp. 359-73.
- 45- Ward E, Ogden J. (2010). Experiencing vaginismus- sufferers beliefs about causes and effects. Sexual and Relationship Therapy, 25(4): pp. 434-446.
- ۴۷- شاهجویی، تقی (۱۳۸۵)، بررسی و رابطه اضطراب حالت - صفت و اضطراب امتحان. پایان نامه کارشناسی روانشناسی، دانشگاه سمنان.
- ۴۸- هومن، حیدر علی؛ وطن خواه، حمیدرضا؛ حاتمی کیا، افسانه؛ احمدی سرتختی، عمالدین (۱۳۹۰). همتراز سازی دو آزمون اضطراب کتل و اشپیلبرگر در دبیرستان های شهر تهران. نشریه تحقیقات روانشناختی، دوره ۳، شماره ۱۱.
- 49- Beck, A. T., Clarck, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. Anxiety Research, 1(1): pp. 23-36.
- ۵۰- جوکار، مهناز (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی مشاوره شخصی، مشاوره تلفنی و کتاب درمانی با روش شناختی بک در کاهش علائم افسردگی در مرکز مشاوره دانشگاه اصفهان [پایان نامه کارشناسی ارشد]. دانشگاه اصفهان.
- ۵۱- استفان دابسون، کیت؛ محمدخانی، پروانه؛ مساح چولابی، امید (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. مجله توانبخشی، ۸: صص. ۲۸-۰.
- ۵۲- محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه؛ فقیه زاده، سقراط (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس Female Sexual Function Index-FSFI به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان، سال ۷، شماره ۳، صص ۲۶۹-۰.
- ۵۳- یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارچوری. (۲۰۰۳). طرح‌واره‌درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. جلد اول، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۱)، تهران: انتشارات ارجمند.
- 54- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., et al. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. Journal of Affective Disorders, 151(2): pp. 500-5.