MEJDS. 2021; 11:41.

Published online 2021 June. **Research Article**

The Effects of Emotion-Focused Couple Therapy on Sexual Dysfunction and Sexual Performance Anxiety in Women with Vaginismus

Hashemi M[1], *Ghahramani M[2]

Author Address
1. M.Sc. Student of Psychology, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran;
2. Faculty of Humanities, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.
***Corresponding author's email:** maryam_ghahremani@yahoo.com

Received: 2020 March 5; **Accepted:** 2020 April 17

Abstract

Background & Objectives: Marital satisfaction is influenced by numerous factors. For example, a safe and pleasurable sexual relationship is among the main characteristics noticed in multiple related investigations. Numerous scholars suggested that sexual satisfaction significantly predicted emotional intimacy in couples. Furthermore, the quality and style of sexual relationship, and its resulted desire, highly impact marital satisfaction and promote mental health in spouses. The lack of intimacy and inability in the revelation and exchange of emotions are observed in couples with sexual dysfunction. Considering the importance of sexual health in improving the psychological health status of individuals and in improving their marital quality, this study aimed to determine the effects of Emotion–Focused Couple Therapy (EFCT) on sexual dysfunction and sexual performance anxiety in women with vaginismus.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study consisted of all women with vaginismus referring to psychological counseling centers in district 5 of Tehran City, Iran, in 2019. Of them, 30 (n=15/group) individuals who met the inclusion criteria of the study were selected and randomly assigned to the experimental and control groups. The inclusion criteria of the study were women with vaginismus, providing written informed consent forms to participate in the study, not being co–educated or undergoing any other therapeutic interventions, and presenting no physical or mental illnesses. Moreover, the exclusion criteria of the study included not having vaginismus, reluctance to participate in the research, receiving concurrent training or other therapeutic interventions, and presenting chronic physical and mental illnesses. The necessary data were collected in pretest and posttest phases using the Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS; Rust et al., 1986) and the Multidimensional Sexual Self–Concept Questionnaire (MDSCQ; Snell, 1997). The experimental group received training based on Johnson's EFCT protocol (2009) in eight 60–80–minute sessions twice a week by the researcher. Descriptive statistics (mean & standard deviation) were used to analyze the collected data. Besides, inferential statistics, including Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) were used to examine the between–group differences in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The MANCOVA results signified a significant difference between the study groups concerning sexual dysfunction (p<0.001) and sexual performance anxiety (p<0.001). Therefore, EFCT significantly reduced sexual dysfunction and sexual performance anxiety in the study subjects. Additionally, the relevant effect sizes were measured to be 0.42 and 0.19 for sexual dysfunction and sexual performance anxiety, respectively; thus, 42% and 19% of individual differences in the posttest scores of sexual dysfunction and sexual performance anxiety belonged to the effects of the provided intervention.

Conclusion: Based on the current research findings, EFCT is effective in improving sexual function and reducing sexual performance anxiety in women with vaginismus. Therefore, this approach requires further attention of family therapists and couple therapists to be applied for treating couples' sexual and marital problems.

Keywords: Emotion–Focused couple therapy, Sexual dysfunction, Sexual performance anxiety, Vaginismus.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.180.9]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.169]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۴۱.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود اختلالات عملکردی جنسی و اضطراب حین رابطهٔ جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس

مینا هاشمی[۱]، *مریم قهرمانی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران؛

۲. عضو هیئت‌علمی، گروه روان‌شناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** maryam_ghahremani@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۵ اسفند ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: باتوجه به اهمیت سلامت جنسی، ارائه و معرفی مداخلاتی که بتوانند به رفع مشکلات جنسی و زناشویی این زنان کمک کنند، اهمیت دارد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود اختلالات عملکردی جنسی و اضطراب حین رابطهٔ جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را زنان مبتلا به واژینیسموس مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ منطقهٔ پنج شهر تهران در سال ۱۳۹۸، تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌صورت دردسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شامل پرسشنامهٔ وضعیت جنسی گلومبک ـ راست (راست و همکاران، ۱۹۸۶) و پرسشنامهٔ چندبعدی خودپنداشت (اسنل، ۱۹۹۷) بود. برای انجام مداخله از پروتکل رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار جانسون (۲۰۰۹) در طی هشت جلسهٔ ۶۰تا۸۰دقیقه‌ای با تواتر دو جلسه در هفته استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین گروه‌ها در پس‌آزمون از نظر اختلال عملکرد جنسی ($p<۰/۰۰۱$) و اضطراب حین عمل جنسی ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود داشت که نشان‌دهندهٔ تأثیر مداخلهٔ زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر اختلال عملکرد جنسی و اضطراب حین عمل جنسی بود.

نتیجه‌گیری: زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود عملکرد جنسی و کاهش اضطراب حین رابطهٔ جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس تأثیر دارد و لازم است خانواده‌درمانگران و زوج‌درمانگران به کاربرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار در درمان مسائل جنسی توجه هرچه بیشتر کنند.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی هیجان‌مدار، اختلالات عملکردی جنسی، اضطراب حین رابطهٔ جنسی، زنان مبتلا به واژینیسموس.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.180.9]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.169]

۱ مقدمه

زندگی جنسی در چند لایه سازمان یافته است که هریک پیرامون لایهٔ زیرین پرورش می‌یابد و اختلال‌ها و مشکلات جنسی می‌تواند در هر لایه روی دهد. لایهٔ سطحی‌تر، عملکرد جنسی است که برطبق نسخهٔ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[1] ، تشخیص اختلال جنسی در این لایه مستلزم احساس ناراحتی شدید فرد و فشار بین‌فردی برای مدت حداقل شش ماه است (۱). یکی از اختلالات جنسی که در زنان به‌وجود می‌آید و تأثیر چشمگیری بر کیفیت رابطهٔ جنسی زوجین دارد، اختلال واژینیسموس[2] است. در این اختلال مشکلات مکرر و عودکننده در یک یا چند مورد از موارد زیر وجود دارد که عبارت است: ۱. دخول واژنی؛ ۲. درد در ناحیهٔ لگن و واژن طی تلاش برای دخول؛ ۳. ترس و اضطراب دربارهٔ درد واژن و تناسلی از انتظار دخول؛ ۴. انقباض و سفت‌کردن عضلات لگن در طی تلاش برای دخول؛ این علائم در صورتی که برای بیش از شش ماه وجود داشته باشد و منجربه مشکلات شدید و درخورتوجه بالینی در فرد شود، به‌عنوان اختلال واژینیسموس تشخیص داده می‌شود (۱). شیوع این اختلال ناشناخته است؛ اما به‌منزلهٔ پدیده‌ای مدرن در حال افزایش در بررسی‌های مختلف در جمعیت عمومی ۱تا۶درصد و در میان مراجعه‌کنندگان سرپایی به کلینیک‌ها ۵تا۱۷درصد گزارش شده است (۲). در اختلال واژینیسموس گفته می‌شود که اگر زوجین در کنار مشکلات جنسی، مشکلات دیگری اعم‌از فردی یا مشترک داشته باشند، هرگونه تشخیصی باید با درنظرگرفتن آن مشکلات صورت گیرد؛ بنابراین، شناسایی عوامل مؤثر بر اختلال واژینیسموس و بررسی چگونگی کارکرد هر عامل اهمیت دارد (۳).

یکی از مشکلات درخورتوجه در زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس، اختلال در عملکرد جنسی[3] است که شامل اختلال یا آشفتگی‌هایی در میل جنسی، برانگیختگی یا اوج لذت جنسی است (۴). اختلال در عملکرد جنسی ممکن است مادام‌العمر یا اکتسابی، فراگیر یا موقعیتی باشد و علاوه‌بر ایجاد مشکلات عاطفی، اثرات مهمی بر کیفیت رابطهٔ جنسی، روابط بین شخصی و سلامت روانی افراد می‌گذارد (۱). محققان معتقد هستند که از میان مشکلات جنسی، اختلال‌های عملکرد جنسی دارای شیوع بیشتری است و تأثیر عمیقی بر درک فرد از کیفیت زندگی جنسی دارد (۵).

از دیگر مسائلی که با مقاربت دردناک و واژینیسموس و اختلال‌های جنسی همایند است، اضطراب حین رابطهٔ جنسی[4] است؛ این امر به‌صورت نگرانی وسواسی مشخص دربارهٔ کفایت اجرایی عملیات جنسی و نیاز نابهنجار شخص به اجرای موفق عملیات جنسی یا ارضای شریک جنسی بدون درنظرگرفتن لذت و ارضای شخصی، تعریف می‌شود؛ همچنین از تعیین‌کننده‌های نیرومندتر اختلال‌های جنسی است که رابطهٔ آن باکارکرد جنسی ثابت شده است (۶). اضطراب حین رابطهٔ جنسی بر تمامی اختلال‌های جنسی به‌ویژه واژینیسموس، نعوظ، انزال زودرس، کاهش میل جنسی و اختلال‌های ارگاسمی مؤثر است (۱).

شواهد پژوهشی موجود نشان می‌دهد، اضطراب در میان افراد دارای مشکلات جنسی شایع است. همچنین، براساس نتایج مطالعات موجود، افرادی که اختلال عملکرد جنسی دارند، افسردگی و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و به‌طورکلی حالات روان‌رنجورخویی بیشتری را نشان می‌دهند (۷)؛ به‌طوری که محققان معتقد هستند، اضطراب می‌تواند ابعاد مختلف صمیمیت و تمایلات جنسی را تحت‌تأثیر قرار دهد (۸).

مرور پیشینهٔ پژوهشی موجود در زمینهٔ مداخلات درمانی مؤثر در بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان با اختلالات عملکرد جنسی نشان می‌دهد که از مؤلفه‌های ضروری مداخلات مفید برای بهبود مسائل جنسی این زنان، فراهم‌کردن حمایت عاطفی، ترغیب به پذیرش محدودیت‌های جسمانی و نبود اجتناب، آموزش واقع‌گرایی، به‌اشتراک‌گذاشتن تجارب و ابراز احساسات ناخوشایند مرتبط با مشکلات جنسی است (۹). از مداخلات زوج‌درمانی که این موضوعات را پوشش می‌دهد و در سال‌های اخیر توجه بیشتری به آن شده است، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجا ن[5] است. زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان به‌عنوان مدلی سیستماتیک و کوتاه‌مدت است که هیجانات ابرازنشده در روابط زوجین را مدنظر قرار می‌دهد و بر آن تأکید می‌کند. به بیان دیگر این رویکرد قادر است آشفتگی‌های افراد را از نو شکل دهد و پیوندهای ایمن را جایگزین پاسخ‌های شرطی‌شده و الگوهای تعاملی تکراری آن‌ها کند. همچنین به زوجین کمک می‌کند تا به این درک برسند، چگونه هیجانات خود را به‌سمتی سوق دهند که در چرخهٔ گواه‌گری و تعارضات اسیر نشوند (۱۰). رویکرد هیجان‌مدار ازجمله درمان‌های مبتنی‌بر شواهد است که تحقیقاتی گسترده در تمامی زمینه‌ها، خصوصاً زوج‌درمانی اثربخشی آن را نشان داده است؛ برای مثال نتایج مطالعات سلیمانی و همکاران مشخص کرده است که آموزش برنامهٔ زوج‌درمانی مبتنی‌بر هیجان در افزایش رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زوجین مؤثر است (۱۱). علاوه‌براین، اسدپور و ویسی در تحقیقی دریافتند، زوج‌درمانی هیجان‌محور بر بهبود عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال اسکلروز چندگانه تأثیر دارد (۱۲). مطالعات انجام‌شده در کشورهای دیگر نیز تأثیرات مثبت زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان را بر سلامت جنسی افرادی که استرس‌های زناشویی را به‌تازگی تجربه کرده‌اند، گزارش کردند (۱۳). باتوجه به مطالب ذکرشده درخصوص مسائل و مشکلات متعددی که زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس تجربه می‌کنند، انجام مداخلاتی برای کاهش تبعات فردی و زناشویی ناشی‌از اختلال مذکور می‌تواند برای بهبود وضعیت سلامت روان‌شناختی این زنان کمک‌کننده باشد. ازطرفی، به‌دلیل اینکه مسائل جنسی نه صرفاً خود شخص بلکه رابطهٔ فرد مبتلا با همسرش را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، ارائه و معرفی مداخلاتی که بتوانند به رفع مشکلات جنسی و زناشویی این زنان کمک کنند، حائز اهمیت است؛ بنابراین، باتوجه به ادبیات پژوهشی موجود درخصوص اقبال مثبت به زوج‌درمانی هیجان‌مدار در درمان مسائل بین‌زوجی و اینکه کمتر پژوهشی دیده شده است که کاربرد این درمان را در عوامل زمینه‌ای

[1]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
[2]. Vaginismus disorder
[3]. Sexual dysfunctions
[4]. Anxiety during Sex
[5]. Emotion-Focused Couple Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.180.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.169]

اختلال جنسی واژینیسموس نشان دهد، هدف از این تحقیق تعیین تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود اختلالات عملکردی جنسی و اضطراب حین رابطهٔ جنسی در زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون_ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به واژینیسموس مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ روان‌شناختی منطقهٔ پنج شهر تهران در بهار سال ۱۳۹۸، تشکیل دادند. از بین آن‌ها باتوجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه باید پانزده نفر باشد (۱۴)، سی نفر (پانزده نفر برای هر گروه) دارای ملاک‌های ورود به تحقیق به‌صورت دردسترس انتخاب شدند؛ سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بود از: زنان مبتلا به واژینیسموس؛ رضایت کتبی برای شرکت در تحقیق؛ قرارنگرفتن هم‌زمان تحت آموزش یا مداخلهٔ درمانی دیگر؛ نداشتن بیماری‌های جسمانی و روانی. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از تحقیق شامل مبتلانبودن به واژینیسموس، تمایل‌نداشتن به شرکت در ادامهٔ تحقیق، قرارگرفتن هم‌زمان تحت آموزش یا مداخلهٔ درمانی دیگر و داشتن بیماری‌های مزمن جسمانی و روانی بود.

از ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد.

_ پرسشنامهٔ وضعیت جنسی گلومبک_راست[1]: پرسشنامهٔ وضعیت جنسی گلومبک_راست توسط راست و همکاران در سال ۱۹۸۶ طراحی شد که پرسشنامه‌ای ۲۸سؤالی است (۱۵). پرسش‌ها در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، نوع و شدت مشکلات جنسی را در دو فرم جداگانه برای زنان و مردان از نمرهٔ صفر تا نمرهٔ چهار می‌سنجد. حداقل نمرهٔ آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۱۱۲ خواهد بود. نمرهٔ کل ترازشدهٔ بیشتر در هر آزمودنی شدت و نمرهٔ کل ترازشدهٔ کمتر ضعف مشکلات جنسی وی را نشان می‌دهد (۱۵). راست و همکاران اعتبار این مقیاس را بسیار خوب (برای زنان ۰/۹۰ و مردان ۰/۹۲) ارزیابی کردند (۱۵). فرم فارسی این پرسشنامه در دو پژوهش اجرا شد: در پژوهش اول، پژوهش بشارت، نمونه‌ای ۴۵نفری از زنان و نمونه‌ای ۵۸نفری از مردان مراجعه‌کننده برای سکس‌درمانی مطالعه شدند. ضریب آلفای کرونباخ نمرهٔ کل مقیاس برای زن‌ها ۰/۸۴ و برای مردها ۰/۷۹ بود که نشانهٔ همسانی درونی زیاد پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصلهٔ یک‌هفته r=۰/۷۳ بیانگر پایایی بازآزمایی خوب پرسشنامه است (۱۶). پژوهش دوم، پژوهش بشارت و همکاران، روی ۴۵ زوج نابارور انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ برای آزمودنی‌های زن ۰/۸۴ و برای آزمودنی‌های مرد ۰/۹۰ بود که همسانی درونی پرسشنامه را تأیید می‌کند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصلهٔ سه هفته برای آزمودنی‌های زن r=۰/۷۵ و برای آزمودنی‌های مرد r=۰/۷۲ به‌دست آمد که نشانهٔ پایایی بازآزمایی خوب مقیاس است (۱۷).

_ پرسشنامهٔ چندبُعدی خودپنداشت[2]: پرسشنامهٔ چندبُعدی خودپنداشت مقیاسی ۱۰۰سؤالی است که توسط اسنل در سال ۱۹۹۷ طراحی شد (۱۸). پرسش‌ها در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق=صفر، کاملاً مخالف=۴)، درجه‌بندی می‌شود. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل اضطراب جنسی، خودکارآمدی جنسی، آگاهی جنسی، انگیزهٔ عدم انجام رابطهٔ جنسی پرخطر، شانس گواه جنسی، درگیری ذهنی جنسی، ابراز وجود جنسی، خوش‌بینی جنسی، خودسرزنشگری جنسی، نظارت جنسی، انگیزش جنسی، مدیریت مشکلات جنسی، اعتماد به خود جنسی، رضایت جنسی، قدرت گواه جنسی، روان‌سازه‌های جنسی، ترس از رابطهٔ جنسی، جلوگیری از مشکل جنسی، افسردگی جنسی و گواه درونی جنسی است (۱۸). اسنل اعتبار پرسشنامه را بین ۰/۷۲تا۰/۹۴ به‌دست آورد (۱۸). این پرسشنامه در ایران در پژوهش رمضانی و همکاران در یک سازمانی دولتی در اصفهان و یک بیمارستان عمومی در تهران سنجیده شد. ارزیابی پایایی در سطح اطمینان ۹۵درصد برای صد سؤال دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد . پایایی بین سطح بیست زیرمقیاس نیز محاسبه شد که با دامنهٔ اطمینان ۹۵درصد آلفای کرونباخ در سطح پذیرفتنی بین ۰/۷۱تا۰/۸۵ بود. به‌منظور ارزیابی روایی محتوا، نظر متخصصان و تحلیل عاملی به‌کار رفت. برای ارزیابی روایی سازه از روش افتراقی به‌صورت مقایسهٔ دو گروه و برای ارزیابی روایی شاخص از روش فرم هم‌زمان استفاده شد که روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرد (۱۹).

به‌منظور اجرای پژوهش حاضر، قبل از شروع درمان پژوهشگر به کلینیک‌های تخصصی و مراکز مشاورهٔ روان‌شناختی منطقهٔ پنج شهر تهران مراجعه کرد و مسئولان مربوط را در جریان پژوهش و روند اجرای پژوهش قرار داد؛ همچنین ضمن توجیه آنان از مسئولان این مراکز خواسته شد زنان مبتلا به واژینیسموس را به پژوهشگر معرفی کنند. در گام بعدی، بعد از توضیح هدف تحقیق به شرکت‌کنندگان و بیان ملاحظات اخلاقی پژوهش همچون محرمانه‌ماندن مشخصات آن‌ها، رضایت آگاهانهٔ اعضا برای شرکت در پژوهش جلب شد. در مرحلهٔ بعد، اعضای شرکت‌کننده در تحقیق به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند و از هر دو گروه پیش‌آزمون اخذ شد. سپس گروه آزمایش براساس پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان جانسون (۲۰) به‌مدت هشت جلسهٔ ۶۰تا۸۰دقیقه‌ای با تواتر دو جلسه در هفته توسط محقق، آموزش مربوط را دریافت کرد. بعد از اتمام جلسات گروه آزمایش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. لازم به ذکر است پس از اتمام پژوهش جلسات درمانی برای گروه گواه نیز اجرا شد. در جدول ۱ خلاصهٔ جلسات زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان ارائه شده است.

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها از آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش‌فرض‌های روش تحلیل

[1]. The Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS)

[2]. The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MDSCQ)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.180.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.169]

کوواریانس شامل آزمون لون برای سنجش همگنی کوواریانس، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای سنجش نرمال‌بودن داده‌ها و همسانی شیب خطوط رگرسیون بود. برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۱ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان

جلسه	خلاصهٔ محتوای جلسات
اول	هدف: بیان قوانین و اهداف جلسات گروهی، ارزیابی مشکل و انتظارات از درمان تکلیف: ارزیابی روابط زوجی خود از لحاظ هیجانی
دوم	هدف: ارزیابی موانع دل‌بستگی تکلیف: ارزیابی چرخهٔ تعاملات منفی زوج‌ها، تشخیص تعاملات منفی در موقعیت‌های مختلف
سوم	هدف: تحلیل و تغییر هیجان‌ها تکلیف: اجرای تکنیک صندلی خالی
چهارم	هدف: تحلیل و تغییر هیجان‌ها تکلیف: توصیف تعاملات جدید خود در بُعد جنسی و صحبت دربارهٔ هیجانات و احساسات خود در تعاملات، تشویق مُراجع به درگیری هیجانی و عاطفی در تعاملات خود با همسر
پنجم	هدف: درگیری هیجانی عمیق و پذیرش آن‌ها تکلیف: بررسی و شناسایی نیازهای دل‌بستگی خود و تأثیر آن بر روابط جنسی
ششم	هدف: درگیری هیجانی عمیق تکلیف: شناسایی هیجانات اصلی در روابط زوجی و تمرین پذیرش تجربه‌های اصلاحی
هفتم	هدف: تثبیت، تحکیم و یکپارچه‌سازی تکلیف: استفاده از تکنیک نمادسازی و به عمل درآوردن احساسات (نمادسازی هیجان‌های مربوط به روابط جنسی با استفاده از استعاره‌ها، کنایه‌ها و تمثیل)
هشتم	هدف: تثبیت، تحکیم و یکپارچه‌سازی، پردازش مجدد تجارب درونی تکلیف: بررسی جلسهٔ قبلی و چگونگی تأثیر هیجانات اصلاح‌شده و اصلی بر رابطهٔ زناشویی

۳ یافته‌ها

در این مطالعه میانگین و انحراف سنی افراد گروه آزمایش به‌ترتیب ۹/۲۳±۳۲/۹۳ سال و میانگین و انحراف سنی افراد گروه گواه ۹/۲۶±۳۱/۸۷ سال بود که از نظر متغیر سن، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($p>$۰/۰۵). همچنین، میانگین و کمینه و بیشینهٔ سابقهٔ بیماری افراد گروه آزمایش به‌ترتیب ۲/۸۰ و۱ و ۶ سال و میانگین و کمینه و بیشینهٔ سابقهٔ بیماری افراد گروه گواه به‌ترتیب ۳/۱۳ و ۱ و ۶ سال بود.

نتایج پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها نشان داد که این فرض برای نمرات اختلال عملکرد جنسی و اضطراب جنسی در پس‌آزمون برقرار است ($p>$۰/۰۵). همچنین باتوجه به معنادارنبودن آزمون لون برای پس‌آزمون هر دو متغیر می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است ($p>$۰/۰۵). اثر متقابل میان گروه و متغیرهای پیش‌آزمون (کوواریت‌ها) از لحاظ آماری معنادار نبود ($p>$۰/۰۵)؛ بنابراین داده‌ها از فرضیهٔ همگنی شیب رگرسیونی پشتیبانی کردند. همچنین برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آزمون لامبدای ویلکز به مقدار ۰/۲۱۳ و با مقدار احتمال $p<$۰/۰۰۱ بود که نشان داد حداقل در یکی از متغیرهای مقایسه‌شده، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و مقدار احتمال نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای اختلال عملکرد جنسی و اضطراب جنسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

		گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
اختلال عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۸۲/۸۱	۷/۵۸	۷۸/۹۱	۸/۰۱	$p<$۰/۰۰۱	۰/۴۲
	پس‌آزمون	۷۰/۰۹	۶/۲۱	۷۹/۴۱	۶/۴۹		
اضطراب جنسی	پیش‌آزمون	۱۷/۲۵	۲/۳۱	۱۹/۴۴	۳/۳۲	$p<$۰/۰۰۱	۰/۱۹
	پس‌آزمون	۱۵/۲۳	۲/۸۵	۱۹/۱۲	۳/۵۶		

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.180.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.169]

نتایج جدول ۲ میانگین نمرات اختلال عملکرد جنسی و اضطراب جنسی را در گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. نتایج تحلیل کوواریانس مشخص کرد، بین گروه‌ها از نظر اختلال عملکرد جنسی و اضطراب جنسی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش اختلال عملکرد جنسی و اضطراب جنسی معنادار بود. همچنین اندازهٔ اثر ۰/۴۲ و ۰/۱۹ به‌دست آمد؛ بدین‌معنا که ۴۲ و ۱۹ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون اختلال عملکرد جنسی و اضطراب جنسی مربوط به تأثیر مداخله (عضویت گروهی) بود.

۴ بحث

هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود اختلالات عملکردی جنسی و اضطراب حین رابطهٔ جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس بود. نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش نشان داد، زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود اختلالات عملکردی جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس مؤثر است. یافتهٔ حاصل با نتایج مطالعات سلیمانی و همکاران (۱۱) و اسدپور و ویسی (۱۲) همسوست. سلیمانی و همکاران نشان دادند، آموزش برنامهٔ زوج‌درمانی مبتنی‌بر هیجان بر افزایش رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زوجین مؤثر است (۱۱). علاوه‌براین، اسدپور و ویسی دریافتند، زوج‌درمانی هیجان‌محور بر بهبود عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال اسکلروز چندگانه تأثیر دارد (۱۲).

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود اختلالات عملکردی زنان مبتلا به واژینیسموس می‌توان گفت، زوج‌درمانی هیجان‌مدار با تمرکز بر ایمن‌سازی سبک دل‌بستگی زوجین در رابطهٔ کنونی‌شان به آن‌ها کمک می‌کند تا حساسیت کمتری به طردشدن از سوی همسرشان داشته باشند؛ در این حالت به‌جای تمرکز بر بهترین‌بودن برای همسر برای جلب رضایت او، بدون احساس چنین فشاری از سوی همسر، خود نیز از رابطهٔ جنسی لذت ببرد. همین عامل می‌تواند نقش مهمی در کاهش استرس زوجین در کل فرایند رابطهٔ زناشویی و به‌خصوص در بُعد جنسی رابطهٔ زناشویی آن‌ها داشته باشد؛ به‌طوری‌که نتایج مطالعات موجود نیز مبین آن است که اشخاص با سبک دل‌بستگی ناایمن اضطراب جنسی بیشتر و حواس‌پرتی و احساس گناه جنسی بیشتری را تجربه می‌کنند؛ این امر موجب می‌شود برخلاف میل باطنی خود و صرفاً به‌دلیل ترس از طردشدن توسط همسر، به خواسته‌های جنسی وی پاسخ دهند. در این حالت، در طول فعالیت جنسی، فرد تلاش می‌کند که برانگیخته شود و ارگاسم به‌وجود آید؛ اما از اینکه ممکن است سرد شود یا اینکه شریکش از مطلوب‌نبودن او ناراحت و بی‌تاب شود، بترسد؛ بنابراین، با تمرکز ذهنی به پاسخ‌دهی جنسی خود درمقابل همسرش، به خود اجازهٔ لذت‌بردن از رابطهٔ جنسی را نمی‌دهد که این امر می‌تواند در فرایند لازم برای رابطه‌ای جنسی رضایت‌بخش خلل ایجاد کند (۲۱،۲۲). درواقع، زوج‌درمانی هیجان‌مدار با ایمن‌سازی سبک دل‌بستگی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس می‌تواند با کاهش استرس و فشار ناشی‌از طرد یا نادیده‌گرفته‌شدن توسط همسر در این زنان، باعث شود که احساس اجبار کمتری برای برقراری و حفظ رابطهٔ جنسی احساس کنند؛ همین عامل می‌تواند نقش مهمی در کاهش بدکارکردی جنسی این زنان ایفا نماید. در تأیید مطالب مذکور محققان معتقد هستند، زنان با سبک دل‌بستگی ناایمن، عزت‌نفس جنسی کم و سطوح زیاد اضطراب جنسی را تجربه می‌کنند؛ این امر به‌نوبهٔ خود با عملکرد جنسی آن‌ها ازجمله میل جنسی تداخل پیدا می‌کند (۲۱).

همچنین یافته‌ها نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب حین رابطهٔ جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس مؤثر است. این یافته با نتایج مطالعه‌ای مبنی‌بر تأثیرات مثبت زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان، بر سلامت جنسی افرادی که استرس‌های زناشویی را به‌تازگی تجربه کرده‌اند (۱۳)، همسوست.

در تبیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر اضطراب حین رابطهٔ جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس می‌توان گفت، این نوع مداخله با شناسایی الگوهای تعاملی منفی زوجین درنهایت درصدد دستیابی به هیجانات اولیهٔ زیربنایی زوجین است. در این میان یکی از تأثیرات درمان هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب جنسی می‌تواند شناسایی و ترمیم هیجان ترس باشد که در رویکرد هیجان‌مدار مدنظر است و نیز معمولاً در اکثر مشکلات جنسی وجود دارد. شناسایی این هیجانات سبب افزایش شناخت هیجانات، نیازها و جنبه‌هایی از خود می‌شود که هنوز به مالکیت شخص در نیامده‌اند؛ همچنین موجب تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و خلق درگیری هیجانی و وقایع دلبسته‌ساز می‌شود که خود قادر است، رشته‌های دل‌بستگی را بازتعریف کند (۱۸)؛ بنابراین، باتوجه به اینکه از دلایل اصلی اختلال واژینیسموس می‌تواند ترس‌های گذشته باشد، مداخلهٔ مبتنی‌بر هیجان به این زنان کمک می‌کند تا ضمن شناسایی ترس‌های زیربنایی خود، از تعمیم آن احساسات به رابطهٔ خود با همسرشان ممانعت ورزند؛ درنتیجه اضطراب و نگرانی کمتری در حین رابطهٔ جنسی با همسر خود تجربه کنند. به عبارتی دیگر، آشکارسازی هیجانات آسیب‌زای زیربنایی درنتیجهٔ رویکرد هیجان‌مدار، با شکستن چرخهٔ تعاملات منفی زوجین باعث عمیق‌ترشدن صمیمیت و پیوند دل‌بستگی بین زوجین می‌شود. در کنار آن مهارت‌های هیجانی مانند توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران که از مهارت‌های تأکیدشدهٔ این رویکرد است، با افزایش صمیمیت و احساس امنیت در روابط زوجین به حفظ و تداوم ازدواجی موفق کمک می‌کند (۲۰)؛ بنابراین، روابط جنسی از رابطهٔ عاطفی و صمیمیت بین زوج‌ها تأثیر می‌گیرد (۲۳)؛ ازاین‌رو زوج‌درمانی هیجان‌مدار با افزایش تعاملات مثبت و به‌دنبال آن ارتقای میزان صمیمیت زناشویی زوجین، می‌تواند به بهبود روابط جنسی و کاهش اضطراب حین رابطهٔ جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس کمک کند.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش اختصاص‌داشتن جامعهٔ آماری به منطقهٔ پنج تهران بود که تعمیم نتایج پژوهش حاضر را به سایر شهرها و مناطق با احتیاط مواجه می‌کند. همچنین کنترل‌نشدن برخی متغیرها مانند سن، مدت ازدواج و مدت ابتلا به اختلال از محدودیت‌هایی بود که اعتبار درونی پژوهش را به خطر انداخته است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر شهرها و مناطق تهران و با کنترل بیشتر متغیرهای اثرگذار بر نتایج پژوهش انجام گیرد. همچنین توصیه می‌شود

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.180.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.169]

برای درمان اختلال واژینیسموس، عوامل زمینه‌ای اختلال مذکور مدنظر قرار گیرد و با استفاده از رویکرد هیجان‌مدار به درمان این عوامل پرداخته شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر بهبود اختلالات عملکرد جنسی و کاهش اضطراب حین رابطهٔ جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس اثربخش است و این درمان می‌تواند با بهبود عوامل زمینه‌ای اختلال مذکور در زنان، برای تسریع درمان به متخصصان کمک بسیاری کند؛ بنابراین لازم است خانواده‌درمانگران و زوج‌درمانگران به کاربرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار در درمان مسائل جنسی و زناشویی سایر زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره توجه هرچه بیشتر کنند.

۶ تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از همهٔ زنانی که در انجام این پژوهش یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش شامل محرمانه‌ماندن مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه و جلب رضایت آگاهانهٔ آن‌ها برای شرکت در پژوهش بود. کد اخلاق این پژوهش IR.IAU.ARAK.REC.1398.013 است که از دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان دریافت شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان است و با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان انجام شده است.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Yeganeh T, Farahani MN, Farzad V, Moghadasin M. Identifying psychological factors associated with vaginismus in married women in 2018: a qualitative study. J Rafsanjan University of Medical Sciences. 2020;18(10):997–1016. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-4592-en.html
3. Bhugra D, Colombini G. Sexual dysfunction: classification and assessment. Advances in Psychiatric Treatment. 2013;19(1):48–55. doi:10.1192/apt.bp.112.010884
4. Ayadi N, Rasouli M, Nazari A. Investigating of the mediating role of self-esteem in the relationship between sexual dysfunction and marital burnout in opium dependent males. Journal of Health and Care. 2017;19(2):129–39. [Persian] http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-786-en.html
5. Eden KJ, Wylie KR. Quality of sexual life and menopause. Women's Health. 2009;5(4):385–96. doi:10.2217/WHE.09.24
6. Althof SE, Needle RB. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: an update. Arab Journal of Urology. 2013;11(3):299–304. doi:10.1016/j.aju.2013.04.010
7. Yazdanpanahi Z, Nikkholgh M, Akbarzadeh M, Pourahmad S. Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran, 2015. Journal of Family & Community Medicine. 2018;25(2):82–7. doi:10.4103/jfcm.JFCM_117_17
8. Montesi JL, Conner BT, Gordon EA, Fauber RL, Kim KH, Heimberg RG. On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. Archives of Sexual Behavior. 2013;42(1):81–91. doi:10.1007/s10508-012-9929-3
9. Ayora C, Torres V, de la Vara JL, Pelechano V. Variability management in process families through change patterns. Information and Software Technology. 2016;74:86–104. doi:10.1016/j.infsof.2016.01.007
10. Greenberg L. Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne. 2008;49(1):49–59. doi:10.1037/0708-5591.49.1.49
11. Soleimani AA, Najafi M, Ahmadi K, Javidi N, Hoseini Kamkar E, Mahboubi M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. International Journal of Fertility & Sterility. 2015;9(3):393–402. doi:10.22074/ijfs.2015.4556
12. Asadpour E, Veisi S. The effectiveness of emotionally focused couple therapy on sexual self-esteem and sexual function in women with multiple sclerosis. J Arak University of Medical Sciences. 2017;20(7):1–12. [Persian] http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5174-en.html
13. Sapin M, Widmer ED, Iglesias K. From support to overload: Patterns of positive and negative family relationships of adults with mental illness over time. Social Networks. 2016;47:59–72. doi:10.1016/j.socnet.2016.04.002
14. Dargahi S, Zeraati M, Ghamari Givi H, Ayadi N, Haghanni M. The effectiveness of emotion regulation training on emotional well- being and marital satisfaction of infertile women. Iran Journal of Nursing. 2015;28(93):151–62. [Persian] doi:10.29252/ijn.28.93.94.151

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.180.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.169]

15. Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The golombok rust inventory of marital state (GRIMS). Sexual and Marital Therapy. 1986;1(1):55–60. doi:10.1080/02674658608407680
16. Besharat MA. Preliminary study of psychometric properties of the Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS). Research Report. Tehran University; 2002.
17. Besharat MA, AbdollahKhani S, Gholamali Lavasani M. The mediating role of emotion regulation difficulty on the relationship between attachment pathologies and sexual disorders. Journal of Family Psychology. 2018;5(1):3–16. [Persian] http://ijfp.ir/article-1-398-en.html
18. Snell WE. Measuring multiple aspects of the sexual self-concept: The multidimensional sexual self-concept questionnaire. 1997. doi:10.13140/RG.2.1.5057.1928
19. Ramezani MA, Ghaemmaghami A, Talakar M, Saadat SH, Zamani E, Shams J, Hadi S. Reliability and validity assessment of multi-dimensional sexual self concept questionnaire in Iran. Iranian Journal of Military Medicine. 2013;14(4):249–54.
20. Johnson SM. Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples. In: Obegi JH, Berant E, editors. Attachment theory and research in clinical work with adults. New York: Guilford Press; 2009, pp: 410–433.
21. Brassard A, Dupuy E, Bergeron S, Shaver PR. Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. The Journal of Sex Research. 2015;52(1):110–19. doi:10.1080/00224499.2013.838744
22. Hertlein KM, Weeks GR, Gambescia N. Systemic sex therapy. Second edition. New York & London: Routledge; 2015.
23. Ahn B, Kang H. Marital status and sexuality in later life. International Journal of Advances in Social Science and Humanities. 2016;4(5):77–83.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.180.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.169]