MEJDS. 2022; 12:104.

Published online 2022 Sep. **Original Article**

Effectiveness of Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy on Anxiety, Marital Adjustment, and Quality of Sexual Life in Women With Vaginismus

Najafizadeh B[1], *Emadian SO[2], Abbasi Gh[2]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** Emadian2012@yahoo.com

Received: 2020 August 5; **Accepted:** 2020 September 21

Abstract

Background & Objectives: Sexual behavior is a response to a biological motivation, which is essential for the survival of the offspring. One of the main issues in sexual relations that can cause many complications in the marital relationship is the existence of disorders in the natural cycle of sexual function (normal sexual behavior) of the couples, especially women. Vaginismus is one of the most severe sexual dysfunctions in women, which has many psychological and social effects on the individual and the family. Anxiety diseases are seen with high prevalence in people with sexual perversion. In addition to anxiety, marital adjustment and satisfaction with sexual life in vaginismus sufferers are among the variables that are usually affected. Marital adjustment is a process that occurs throughout life and refers to the characteristics of harmonious marital relationships and having good performance in marriage. This study aimed to investigate the effectiveness of Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy on anxiety, marital adjustment and quality of sexuality life in women with vaginismus.

Methods: The research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design and a control group. The study population included all women with vaginismus who were referred to counseling and psychotherapy clinics in Tehran between July and September 2019. The Sampling method was purposive (based on the research entering criteria). The sample size for each group was 10. The research data were collected using The Sexual Quality of Life–Female (SQOL–F) Questionnaire (Symonds et al., 2005), Beck Anxiety Inventory (BAI) ([Beck] et al., 1988) and Marital Adjustment Scale (Apt & Hurlbert, 1992). The inclusion criteria were as follows: age between 18 and 45 years, suffering from vaginismus disorder confirmed by examining the medical record, not suffering from acute mental disorders or specific physical problems, not receiving drug therapy or psychological treatments during the last month before treatment sessions. The exclusion criteria were as follows: absence of more than two sessions, the patient's lack of interest or dissatisfaction with continuing the treatment, realizing disorder or acute illness in meetings, and being divorced. The experimental group received 12 45–min sessions of Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy, and the control group did not receive any psychological intervention during this period. The study data were collected from both groups before and after the intervention. To analyze the data in SPSS version 25, descriptive statistics of mean and standard deviation, t test comparing the averages of two independent groups and multivariate covariance analysis (MANCOVA) were used. The level of significance in this research was considered 0.05.

Results: The results showed that the Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy improved marital adjustment ($p<0.001$) and quality of sexual life ($p<0.001$) of the experimental group members and did not make a significant difference in anxiety between the two groups ($p=0.352$). Also, based on the effect size index, 59% and 47% of the changes in the scores of the marital adjustment and quality of sexual life of the two groups were due to the application of the independent variable.

Conclusion: The results of this study show that Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy has a positive effect on marital adjustment and quality of sexual life in women with vaginismus. Because of saving time and money, and ease of training compared to classical approaches to Psychoanalysis, it is recommended that this therapy be used in psychotherapy clinics to improve the psychological symptoms associated with vaginismus.

Keywords: Accelerated experiential dynamic psychotherapy, Quality of sexual life, Marital adjustment, Vaginismus.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

Copyright © 2022, 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.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۰۴.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی_ تجربی تسریع‌شده بر اضطراب، سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس

بنفشه نجفی‌زاده[۱]، *سیده‌علیا عمادیان[۲]، قدرت‌اله عباسی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Emadian2012@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۵ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۱ شهریور ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: واژینیسموس از شدیدترین کژکاری‌های جنسی در زنان است که اثرات روان‌شناختی زیادی دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی_ تجربی تسریع‌شده بر اضطراب، سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی تهران در فاصلهٔ تیر تا شهریور ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش، افراد واجد شرایط و داوطلب بودند که به‌صورت تصادفی در گروه گواه و گروه آزمایش قرار گرفتند. حجم نمونه برای هر گروه ده نفر در نظر گرفته شد. گردآوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و برای هر دو گروه، با استفاده از پرسش‌نامهٔ کیفیت جنسی زنان (سایموندس و همکاران، ۲۰۰۵)، سیاههٔ اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و مقیاس سازگاری زناشویی (اپت و هرلبرت، ۱۹۹۲) انجام پذیرفت. گروه آزمایش مداخلهٔ دوازده‌جلسه‌ای را با رویکرد روان‌درمانی پویشی_ تجربی تسریع‌شده دریافت کرد و برای گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخلهٔ روان‌شناختی ارائه نشد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ و با درنظرگرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین گروه گواه و گروه آزمایش در متغیرهای سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در متغیر اضطراب تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($p=۰/۳۵۲$). همچنین براساس شاخص اندازهٔ اثر، ۵۹ و ۴۷ درصد از تغییرات نمرات متغیرهای سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی دو گروه در اثر اعمال متغیر مستقل بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بر اثربخشی رویکرد روان‌درمانی پویشی_ تجربی تسریع‌شده در بهبود سازگاری و کیفیت زندگی جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی پویشی_ تجربی تسریع‌شده، کیفیت زندگی جنسی، سازگاری زناشویی، واژینیسموس.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_ 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 2026-02-05]

۱ مقدمه

رفتار جنسی پاسخ به انگیزه‌ای زیستی است که برای بقای نسل ضرورت دارد (۱). یکی از مسائل اصلی در روابط جنسی که می‌تواند پیچیدگی‌های زیادی در رابطهٔ زناشویی ایجاد کند، وجود اختلالاتی در چرخهٔ طبیعی عملکرد جنسی (رفتار جنسی طبیعی) طرفین و به‌خصوص زن است. از سوی دیگر، تعاملی متقابل بین مسائل جنسی و رضایت از زندگی زناشویی وجود دارد (۲). اسپنس در مروری جامع بر میزان شیوع مشکلات جنسی، به برخی مطالعات انجام‌شده در این زمینه اشاره کرد؛ ازجمله در مطالعهٔ اسپنس گزارش شد، ۳۰تا۵۰درصد از زوجین از کژکاری جنسی رنج می‌برند (۳).

در گذشته، بیشتر و حتی امروزه نیز در کشورهای توسعه‌نیافته، به‌دلیل تابوبودن مسائل جنسی، بسیاری از افراد مبتلا به این مشکلات هرگز برای درمان مراجعه نکرده‌اند. باوجود این، در چند سال اخیر، تغییرات چشمگیری در زمینهٔ نگرش اجتماعی و حرفه‌ای در درمان این مشکلات ایجاد شده است. امروزه سلامت جنسی را جزئی از سلامت عمومی می‌دانند و از این کژکاری‌ها می‌توان به واژینیسموس[1] اشاره کرد. واژینیسموس انقباض غیرارادی عضله‌های یک‌سوم خارجی واژن است که از مقاربت ممانعت می‌کند. این تشخیص زمانی داده می‌شود که هیچ بیماری دیگری (عفونت‌ها، ضایعه‌های جراحی و غیره) توجیه‌کنندهٔ علائم نباشد (۴). اگرچه بعضی از زنان فقط در خلال مقاربت واژینیسموس دارند، این انقباض غیرارادی ممکن است در خلال معاینهٔ دستگاه تناسلی، مانع ورود اسپکولوم به واژن شود. زنانی که از واژینیسموس رنج می‌برند، ممکن است به‌طور خودآگاه خواهان داشتن مقاربت باشند؛ اما به‌صورت ناخودآگاه از این امر جلوگیری می‌کنند. اعتقادهای سخت مذهبی و احساس گناه دربارهٔ مقاربت نیز در ایجاد این اختلال مؤثر است. این اختلال به‌گونه‌ای وابسته به فرهنگ است. متأسفانه به‌دلیل ناآگاهی اغلب پزشکان از درمان غیردارویی این اختلال و انجام جراحی‌های گاهی بدون فایده، بسیاری از این بیماران مدت‌ها از عارضهٔ مذکور رنج می‌برند و همین امر به طلاق آن‌ها منجر می‌شود (۵).

شیوع واژینیسموس نامشخص است؛ ولی تخمین‌های بالینی که در این زمینه وجود دارد، شیوع آن را کمتر از اختلال ارگاسمی زن بیان می‌کند. شاید علت آن، وجود شرم، عوامل فرهنگی، بی‌توجهی به مشکل و پنهان‌کردن آن در پس اختلال جسمی یا روانی ظاهراً اجتماع‌پسندانه باشد (۶). گاهی بهانهٔ مراجعه به پزشک، بحث دربارهٔ روش‌های پیشگیری از حاملگی یا طنزآمیزتر از آن، درخواست برای پیگیری مسئلهٔ ناباروری چندساله است. این بیماری اغلب در زنان با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی‌اجتماعی بهتر دیده می‌شود. گاهی علت این بیماری، ترومای جنسی مثل تجاوز به عنف است. زنانی که تعارضات روان‌شناختی دربارهٔ مسائل جنسی دارند، آلت تناسلی مرد را به‌مثابهٔ اسلحه‌ای می‌انگارند. گاهی درد یا انتظار بروز درد، در اولین تجربهٔ جنسی منجربه واژینیسموس می‌شود (۷). برخی سخت‌گیری‌های مذهبی نیز باعث می‌شود که افراد مسائل جنسی را معادل با گناه بدانند. در این اختلال بیمار در دوراهی درخواست کمک برای درمان از یک طرف و ترس از درمان‌نشدن از سوی دیگر قرار می‌گیرد و تلاش‌های همسر برای نزدیکی با اجبار و فشار، درد را بیشتر می‌کند و احساس ترس، تحقیرشدن و ناکامی را شدت می‌بخشد و زنان جوان را دچار احساس بی‌کفایتی و ترس ترک همسر می‌کند. درمقابل، مردان نیز با احساس ناکامی به‌علت توانایی‌نداشتن در مقاربت، این اختلال را به‌عنوان طردشدن تلقی می‌کنند و در بسیاری از مواقع دچار ناتوانی جنسی ثانویه با بیماری همسرشان می‌شوند (۸).

باتوجه به تجربهٔ بالینی محققان دربارهٔ بیماران مبتلا به واژینیسموس، بیماری‌های اضطرابی با شیوع زیادی در افراد مبتلا به کژکاری جنسی دیده می‌شود (۹). علاوه‌بر اضطراب[2]، سازگاری زناشویی[3] و رضایت از زندگی جنسی[4] در مبتلایان به واژینیسموس ازجمله متغیرهایی هستند که معمولاً تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند. سازگاری زناشویی فرایندی است که در طول زندگی به‌وجود می‌آید و به ویژگی‌های روابط زناشویی هماهنگ و داشتن عملکرد خوب در ازدواج اشاره دارد (۱۰). رضایت زناشویی از عوامل بسیار مهمی است که بر کیفیت و پایداری رابطهٔ زوجین اثر می‌گذارد (۱۱). اغلب، ازدواج موفق با رضایت طرفین از رابطهٔ جنسی همراه است. سازگاری در رابطهٔ جنسی، فرایندی مستمر و در حال تغییر است و این به‌معنای داشتن زندگی جنسی بدون مشکل نیست؛ بلکه به‌معنای ظرفیت سازگارشدن با مشکلات و توانایی حل آن‌ها است (۱۰). رضایت جنسی عبارت است از پاسخ عاطفی هیجانی برخاسته از ارزیابی‌های ذهنی مثبت و منفی فرد از رابطهٔ جنسی‌اش با فرد دیگر (۱۰). مطالعات نشان داد، رضایت جنسی باعث افزایش اعتمادبه‌نفس[5]، رضایت از زندگی[6]، قابلیت عشق‌ورزی[7]، رضایت از رابطهٔ عاطفی[8] و احساس شادی در زندگی می‌شود (۱۰،۱۱).

درمان‌های روان‌شناختی به‌عنوان جنبشی همسو با مداخلات پزشکی به‌طور فزاینده‌ای در پی یافتن راه‌حل‌های درمانی برای حل مشکلات جنسی هستند. یکی از درمان‌هایی که اخیراً مدنظر بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته است، روان‌درمانی پویشی-تجربی تسریع‌شده[9] است. این رویکرد با تکیه بر کشف منابع عمیق واژینیسموس سعی در حل تعارضات احتمالی موجود در ناخودآگاه و عادی‌سازی رابطه دارد (۱۲). در این شیوه از درمان، درمانگر به‌جای آنکه تبدیل به فردی شود که بیمار به او دلبسته می‌شود، نقش کاتالیزور یا راهنمایی دارد که به بیمار کمک می‌کند با احساسات ناپذیرفتنی خود مواجه شود. در این درمان، انتقال به‌عنوان پدیده‌ای در نظر گرفته می‌شود که در تمامی روابط صمیمانه رخ می‌دهد. پیشنهاد شده است که استفاده از این درمان نیز مانند دیگر درمان‌های پویشی کوتاه‌مدت

1. Vaginismus
2. Anxiety
3. Marital adjustment
4. Quality of sexual life
5. Self-esteem
6. Life satisfaction
7. Lovability
8. Relationship satisfaction
9. Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

می‌تواند برای اضطراب‌های جنسی مفید واقع شود و بهبود درخورتوجهی در کیفیت روابط و رضایت زناشویی و به‌طور کلی سازگاری‌های اجتماعی و فرهنگی ایجاد کند (۱۳).
محمد و همکاران نشان دادند، روان‌درمانی پویشی‌ـ تجربی تسریع‌شده نتایج اثربخشی بر بهبود نشانگان افسردگی اساسی دارد (۱۴). شریفی باستان و آسیابانی در پژوهشی دریافتند، ده جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای روان‌درمانی پویشی‌ـ تجربی تسریع‌شده می‌تواند منجربه بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و میزان درد سالمندان مبتلا به درد مزمن شود (۱۵). باوجود این، درمان مذکور نوظهور است و حتی در خارج از کشور پژوهش‌های اندکی در این زمینه صورت گرفته است. باتوجه به شیوع نسبتاً زیاد واژینیسموس و اثرات زیان‌بخش آن بر روابط زوجین از یک سو و تأثیرات امیدبخش درمان پویشی‌ـ تجربی تسریع‌شده بر اختلالات مشابه از دیگر سو، ضرورت انجام این پژوهش قابل دفاع خواهد بود. باتوجه به مطالب ذکرشده، هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی پویشی‌ـ تجربی تسریع‌شده بر سازگاری زناشویی، کیفیت زندگی جنسی و اضطراب در زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس بود.

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در فاصلهٔ تیر تا شهریور سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش حاضر افراد واجد شرایط و داوطلب شرکت در مطالعه بودند که باتوجه به ملاک‌های ورود، وارد مطالعه شدند. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در گروه گواه و گروه آزمایش قرار گرفتند. حجم نمونه برای هر گروه ده نفر در نظر گرفته شد. ملاک تعیین حجم نمونه استناد به دانگ و مینارد دربارهٔ انتخاب نمونه برای جوامع خاص بود (۱۶). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: سن بین ۱۸تا۴۵ سال؛ ابتلا به اختلال واژینیسموس احرازشده با بررسی پروندهٔ پزشکی؛ مبتلانبودن به اختلال‌های حاد روانی یا مشکلات خاص جسمانی؛ دریافت‌نکردن دارودرمانی یا درمان‌های روان‌شناختی در طول یک ماه گذشته قبل از جلسات درمان. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از دو جلسه؛ علاقه‌نداشتن یا نارضایتی بیمار به ادامهٔ درمان؛ پی‌بردن به اختلال یا بیماری حاد در جلسات؛ مطلقه‌بودن. به‌منظور گردآوری داده‌های پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. پس از مداخله، به‌طور مجدد از شرکت‌کنندگان آزمون گرفته شد.
روش کار بدین‌ترتیب بود که پس از تحلیل ابزار و انتخاب افراد نمونه، آن‌ها در گروه گواه و گروه آزمایش به‌شکل تصادفی قرار گرفتند. برای گروه آزمایش، مداخله در مدت دوازده جلسه ارائه شد و گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در انتها، به‌منظور گردآوری داده‌های پس‌آزمون، ابزارهای پژوهش اجرا شد. اولویت‌داشتن سلامت و ایمنی شرکت‌کننده بر دیگر مصالح در تمام مراحل پژوهش، آگاهی شرکت‌کننده از موضوع و روش اجرای پژوهش، انطباق اجرا با اصول اساسی پژوهش‌های انسانی، مراجع موجود و پژوهش‌های آزمایشگاهی پیشین، ازجمله اصول اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش بود.
داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارها و جلسات درمانی زیر گردآوری شد.

ـ پرسش‌نامهٔ کیفیت جنسی زنان[1]: این پرسش‌نامه ابزاری است که توسط سایموندس و همکاران در سال ۲۰۰۵ به‌منظور سنجش کیفیت زندگی زنان ساخته شد (۱۷). این پرسش‌نامه، ابزاری خودگزارش‌دهی است و بر اعتمادبه‌نفس جنسی و عقاید احساسی و ارتباطی زنان تمرکز دارد. این ابزار دارای هیجده گویه است و از چهار بخش اصلی شامل احساسات روانی‌جنسی، رضایت از رابطه و عمل جنسی، احساس خودبی‌ارزشی و سرکوب جنسی تشکیل شده است. این ابزار دارای نمره‌گذاری شش‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. نمره‌دهی پاسخ سؤال‌ها از ۱تا۶ و محدودهٔ نهایی نمرات از ۱۸تا۱۰۸ است. نمرات بیشتر در این پرسش‌نامه، نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی جنسی بهتر در زنان است (۱۷). پایایی آزمون‌بازآزمون در نسخهٔ اصلی ۰/۸۵ و روایی همگرای آن با مقیاس رضایت از زندگی جنسی[2] ۰/۷۶ به‌دست آمد (۱۶). در نسخهٔ ایرانی این پرسش‌نامه، ویژگی‌های روان‌سنجی آن مطلوب (آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و شاخص روایی محتوایی ۰/۹۱) گزارش شد (۱۸).
ـ سیاههٔ اضطراب بک[3]: سیاههٔ اضطراب بک، ابزاری خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ تهیه شد (۱۹). این ابزار ۲۱ گویه دارد و شیوهٔ نمره‌گذاری آن طیف لیکرت چهاردرجه‌ای است. در اکثر پژوهش‌ها از نمرهٔ کل این ابزار استفاده شده است. نمرهٔ بیشتر در این مقیاس بیانگر اضطراب بیشتر است. مطالعات نشان می‌دهد، این مقیاس از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است (۱۹). پایایی و روایی این ابزار در پژوهش بک و همکاران مناسب گزارش شد؛ به‌طوری‌که ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصلهٔ یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰تا۰/۷۶ متغیر بود. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این ابزار سنجیده شد که همگی نشان‌دهندهٔ کارایی خوب ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (۱۹). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در جمعیت ایرانی، کیوانی و موسوی ضریب روایی را در حدود ۰/۷۲ و ضریب پایایی آزمون‌ـ آزمون مجدد به فاصلهٔ یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کردند (۲۰).
ـ مقیاس سازگاری زناشویی[4]: این مقیاس توسط اپت و هرلبرت در سال ۱۹۹۲ تدوین شد (۲۱). این مقیاس شامل ۲۵ گویه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است که از صفر (برای گزینهٔ همیشه) تا ۴ (برای گزینهٔ هیچ‌وقت) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین نمره‌گذاری گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۴ و ۲۵ به‌صورت معکوس است. حداقل نمره در این مقیاس صفر و حداکثر آن ۱۰۰

[1]. The Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) Questionnaire
[2]. The Satisfaction with Sex Life Scale
[3]. Beck Anxiety Inventory (BAI)
[4]. Marital Adjustment Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

است. نمرهٔ بیشتر، سازگاری زناشویی بیشتر را نشان می‌دهد (۲۱). در این پژوهش یکی از ملاک‌های انتخاب نمونه، نمرهٔ کمتر از ۵۰ برای هر زوج در این مقیاس بود. این ابزار در پژوهش اپت و هرلبرت از پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و روایی (روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی) مناسبی برخوردار است (۲۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار، در نمونهٔ ایرانی در پژوهش مکاریان نیز پس از ترجمه و بازترجمه به فارسی به تأیید رسید (ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و شاخص روایی محتوایی ۰/۷۸) (۲۲).

ـ روان‌درمانی پویشی‌ـ تجربی تسریع‌شده: جلسات درمانی براساس کتاب *قدرت دگرگون‌کنندهٔ عاطفه: مدلی برای تغییر سریع* (۲۳)، در رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول مقالهٔ حاضر طراحی و اجرا شد. تمامی جلسات درمانی با کسب اجازهٔ کتبی از بیماران ضبط شد و در پایان هر جلسه، درمانگر با بازبینی جلسه، تکنیک‌های به‌کارگرفته را در چک‌لیستی (شامل تمامی تکنیک‌های درمان روان‌پویشی تجربی تسریع‌شده) علامت‌گذاری کرد. برای بررسی مطابقت درمان اعمال‌شده از سوی درمانگر با دستور طرح درمانی سه جلسه درمان به‌صورت تصادفی انتخاب شد و توسط دو درمانگر دیگر روان‌شناس بالینی در سطح دکتری، ارزیابی شد که ضریب همسانی ۰/۶ به‌دست آمد. طرح درمانی استفاده‌شده در این پژوهش شامل دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای بود. اصول مهم تأکیدشده در جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات روان‌درمانی پویشی‌ـ تجربی تسریع‌شده برای مبتلایان به واژینیسموس

جلسات	رئوس کلی	روش‌ها و تکنیک‌ها
اول	اجرای پیش‌آزمون و ارتباط‌گیری	معرفی تک‌تک افراد با تکنیک دور چرخیدن و صندلی داغ
دوم و سوم	معرفی واژینیسموس، راهکارهای بازسازی‌کننده	ردگیری نوسانات بازبودن درمقابل حالت دفاعی کارکردن روی پاسخ‌های دفاعی (شناسایی، نام‌گذاری و شفاف‌سازی دفاع‌ها)، (تمرکز روی تجربهٔ کار با دفاع‌ها)، (بازسازی مجدد قدرشناسانه)، (مقرون‌به‌صرفه‌بودن دفاع‌ها) کارکردن روی عواطف مثبت کارکردن روی عواطف منفی
چهارم	تمرکز بر اضطراب و سازگاری، تسهیل‌کردن تجربیات ارتباطی مُراجع‌ـ درمانگر ازطریق ردگیری و تمرکز	تمرکز بر مقاومت‌ها و دفاع‌ها آشکارسازی دفاع‌های ناشی‌از رابطه سرشاخ‌شدن با دفاع
پنجم و ششم	تمرکز بر کیفیت زندگی، تمرکز مجدد بر تکنیک‌های سازگاری، ابراز تأیید و حمایت درمانگر: مشخص‌کردن عوامل نامشخص درمانی	تصدیق، تأیید و قدردانی از بیمار و تجربه‌اش تشویق‌کردن و یاری‌دهندگی درک، ارج‌نهادن و تقویت پاسخ‌های سالم شناسایی و تقدیر از خود، همدلی و خودمراقبتی بیمار کنکاش دربارهٔ واکنش بیمار به حمایت و تأیید درمانگر
هفتم و هشتم	تکنیک‌های ریلکسیشن، ابراز واکنش همدلانهٔ درمانگر، ابراز عواطف توسط درمانگر	خودافشاگری عاطفی تصدیق خطاها، آسیب‌پذیری، محدودیت‌ها، خودآشکارسازی
نهم	افزایش صمیمیت و نزدیکی	شریک‌شدن با بیمار در تجارب لحظه‌به‌لحظه‌اش کنکاش دربارهٔ واکنش بیمار به صمیمیت درمان
دهم	همکاری مشترک با بیمار	بازبینی متقابل و ارتباط غیرکلامی مقایسهٔ دیدگاه‌ها تشخیص و استفاده از دانش روان‌شناختی بیمار
یازدهم	فراپردازش تجربهٔ ارتباطی عاطفی	پردازش پایان جلسه‌ای بینش‌بخشی از تجربهٔ بیمار و پویایی‌های آن منع بیمار از تجربهٔ کامل احساسات پس از تجربهٔ کامل عواطف
دوازدهم	مرور جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون	مرور تکنیک‌ها و تکالیف جلسات قبل پاسخ‌گویی به سؤالات اجرای پس‌آزمون

پس از آماده‌سازی و غربال داده‌ها به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نسخهٔ ۲۵ نرم‌افزار SPSS، از آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار و آزمون آماری تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. همچنین برای بررسی پیش‌فرض‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره، آماره‌های کولموگروف‌اسمیرنف، لون، ام‌باکس و کرویت بارتلت[1] به‌ترتیب برای بررسی نرمالیتی، همگنی واریانس‌های خطا، همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس و همبستگی بین متغیرهای وابسته به‌کار رفت.

[1]. Bartlett's Test of Sphericity

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

سطح معناداری در این پژوهش α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش برابر با ۲۸/۳۱±۵/۴۱ سال و در گروه گواه ۲۹/۱۳±۴/۷۲ سال بود. همچنین میانگین مدت ازدواج در گروه آزمایش ۵/۶۳±۲/۳۴ سال و در گروه گواه ۳/۹۱±۳/۴۷ سال بود. نتایج آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل مشخص کرد، بین میانگین سن و مدت ازدواج دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

در جدول ۲ داده‌های توصیفی متغیرهای وابستهٔ پژوهش به‌تفکیک گروه و مرحلهٔ سنجش آورده شده است. نتایج بررسی‌های توصیفی در جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین متغیرهای وابسته در گروه گواه و در هر دو مرحلهٔ سنجش به‌هم نزدیک است؛ درحالی‌که این مقادیر در گروه آزمایش تفاوتی چندواحدی دارد. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها، آزمون مانکوا به‌کار رفت. به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد.

ابتدا نرمال‌بودن توزیع داده‌ها در نمرهٔ پس‌آزمون متغیرهای اضطراب، سازگاری و کیفیت زندگی جنسی با استفاده از آزمون آماری کولموگروف‌اسمیرنف بررسی شد و پیش‌فرض نرمالیتی رد نشد ($p>۰/۰۵$). در ادامه یافته‌های مربوط به آزمون لون، همگنی واریانس خطای نمرهٔ پس‌آزمون متغیرهای اضطراب، سازگاری و کیفیت زندگی جنسی را بین گروه گواه و گروه آزمایش مشخص کرد ($p>۰/۰۵$). آزمون کرویت بارتلت نیز وجود همبستگی کافی را بین متغیرهای وابسته نشان داد. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگن‌بودن ماتریس‌های کوواریانس در بین گروه‌ها، آمارهٔ ام‌باکس به‌کار رفت. مقدار آمارهٔ باکس ۵/۲۲ به‌دست آمد که این مقدار از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۲. داده‌های توصیفی متغیرهای وابستهٔ پژوهش به‌تفکیک گروه و مرحلهٔ سنجش و مقایسه ازطریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار f	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون
اضطراب	آزمایش	۴۵/۷۴	۷/۸۵	۴۱/۹۰	۵/۰۲	۰/۹۲	۰/۳۵۲	۰/۰۵۸	۰/۱۴
	گواه	۴۷/۳۰	۵/۹۴	۴۵/۲۰	۸/۲۸				
سازگاری زناشویی	آزمایش	۸۰/۷۰	۹/۹۶	۱۰۱/۱۰	۶/۸۳	۲۱/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	۰/۹۹۲
	گواه	۷۹/۹۰	۶/۳۳	۸۲/۱۰	۹/۴۰				
کیفیت زندگی جنسی	آزمایش	۵۲/۴۰	۷/۹۱	۶۲/۸۰	۶/۰۸	۱۳/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۲	۰/۹۲۷
	گواه	۵۴/۱۰	۶/۳۶	۵۵/۵۰	۵/۴۶				

یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی‌از آن بود که مقدار F آزمون چندمتغیری (اثر پیلایی) در سطح ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار بود ($p=۰/۰۰۵$)؛ بنابراین می‌توان گفت، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه گواه در حداقل یکی از سه متغیر وابسته (پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون) تفاوت معنادار وجود داشت. باتوجه به نتایج، در متغیرهای سازگاری زناشویی ($p<۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی جنسی ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد؛ اما در متغیر اضطراب تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($p=۰/۳۵۲$). همچنین براساس شاخص اندازهٔ اثر می‌توان گفت، به‌ترتیب ۵۹ و ۴۷ درصد از تغییرات نمرات متغیرهای سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی دو گروه در اثر اعمال متغیر مستقل بوده است.

۴ بحث

همان‌طورکه بیان شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی‌ـ‌تجربی تسریع‌شده بر اضطراب، سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس انجام شد. یافته‌های پژوهش برای متغیرهای سازگاری و کیفیت زندگی جنسی نشان داد، روان‌درمانی پویشی‌ـ‌تجربی تسریع‌شده موجب بهبود این متغیرها در مبتلایان به واژینیسموس شد. نتایج مذکور پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین در پژوهش‌های اسکین (۱۳)، محمد و همکاران (۱۴) و شریفی باستان و آسیابانی (۱۵) همسوست. باید گفت که در اغلب پژوهش‌های پیش از این در حوزهٔ درمان واژینیسموس تمرکز و توجه روان‌درمانگران و پژوهشگران بر درمان‌های شناختی بوده است؛ حال اینکه به‌نظر می‌رسد درمان علائم جانبی در واژینیسموس به‌خصوص در جوامع با فرهنگ بسته نیاز به رویکرد روان‌درمانی عمیق‌تری داشته باشد تا با کنکاش در شخصیت فرد و بررسی مقاومت‌ها و دفاع‌های ناسازگار، وی روند بهبود را آغاز کند و تغییرات پایدارتری را به‌وجود آورد (۱۲).

در تبیین بهبود سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی در گروه آزمایش، تجربهٔ درمانگر در فرایند مداخلهٔ روان‌پویشی تجربی تسریع‌شده نشان داد، این افراد پذیرش و نگرش مثبت زیادی به نوع درمان انتخابی دارند و دارای انگیزه و اقبال بیشتری برای حضور در جلسات هستند که این امر می‌تواند بیانگر اقبال عمومی درمان‌های منتج از روان‌کاوی در بین مردم باشد. از سوی دیگر، این انگیزهٔ ابتدایی کمک شایانی به شکل‌گیری اتحاد درمانی کرد. در فرایند درمان، سرشاخ‌شدن با دفاع‌ها و لایه‌های عمیق‌تر شخصیت باعث مواجه‌شدن افراد با دفاع‌های ناسازگار و حرکت به‌سوی استفاده از دفاع‌های پخته و توجیه‌های منطقی شد. درنهایت این امر پذیرش شرایط موجود و درنتیجه بهبود سازگاری و کیفیت زندگی جنسی زنان را به‌همراه داشت. درواقع بخش زیادی از ناسازگاری زناشویی زنان مبتلا به واژینیسموس، ناشی‌از تفکرات غیرمنطقی دربارهٔ بدشکلی بدن، غیرطبیعی‌بودن شکل واژن و مشکلات بزرگ در رابطه با همسرشان است (۷). در خلال جلسات درمانی، درمانگر با تسهیل‌کردن تجربیات ارتباطی مُراجع‌ـ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

درمانگر، ازطریق ردگیری و تمرکز بر خطاهای ارتباطی و نیز فراپردازش تجربیات هیجانی شکل‌گرفته در رابطهٔ درمانی (تکنیک‌های استفاده‌شده در جلسات چهارم تا ششم)، موفق به تغییر باورهای غیرمنطقی مُراجعان شد. به‌گفتهٔ اسکین، فرایند بهبود ناشی‌از روان‌درمانی پویشی تجربی تسریع‌شده بر انتقال یادگیری‌های رخ‌داده در جلسات درمانی متمرکز است. درواقع اسکین عقیده دارد، مُراجعان در خلال این درمان، پس از تجربهٔ تبدیل روابط ناموفق با درمانگر ــ که همراه با هیجانات منفی اولیه است ــ به روابط صمیمی با هیجانات مثبت، این یادگیری را به محیط خانواده و ارتباط با همسر انتقال می‌دهند (۱۲). این انتقال موجب بهبود شایستگی ارتباطی و سازگاری آنان می‌شود و به‌تبع آن کیفیت زندگی جنسی زنان نیز بهبود نشان می‌دهد. همچنین دفاع رایج مُراجعان پژوهش حاضر درمقابل دلایل خلاف واقع بودن این تفکرات که توسط درمانگر ارائه شد، دلیل‌تراشی و واپس‌روی بود. در طی فرایند درمان، مُراجعان به ناکارآمدبودن این دفاع‌ها آگاه شدند و دفاع‌های پخته را جایگزین کردند. در همین راستا برخی از شرکت‌کنندگان با دلیل‌تراشی درمقابل دلایل غیرطبیعی‌بودن این عقیده که تنگی واژن علت بیماری‌شان است، مقاومت کردند و عقیده داشتند بزرگ‌شدن واژن مشکل واژینیسموس را در آن‌ها برطرف می‌کند. در ادامه با ارائهٔ تجربیات مُراجعان مبتلا به واژینیسموس که پس از انجام عمل جراحی یا زایمان (باوجود گشادشدن واژن) مشکل واژینیسموس آن‌ها برطرف نشده بود و نیز با استفاده از تکنیک‌های موجود در طرح درمانی، این عقاید بیماران با عقاید منطقی جایگزین شد؛ بنابرین مُراجعان پذیرفتند که واژینیسموس مشکل در سایز واژن نیست و آن‌ها با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی ناپخته راه را بر تغییر شرایط بسته‌اند. سعی درمانگر بر آن بود تا با سرشاخ‌شدن با این قبیل دفاع‌ها شفاف‌سازی کند و مُراجعان را درجهت استفاده از دفاع‌های پخته هدایت نماید. این اقدامات درنهایت منجربه تغییر باور و بهبود سازگاری و کیفیت زندگی جنسی مُراجعان شد.

دربارهٔ متغیر اضطراب، یافته‌های پژوهش حاکی‌از آن بود که درمان روان‌پویشی تجربی تسریع‌شده بهبود معناداری را در اضطراب گروه آزمایش ایجاد نکرد. نتایج این بخش از پژوهش ناهمسو با یافته‌های پیشین ازجمله پژوهش‌های محمد و همکاران (۱۴) و شریفی باستان و آسیابانی (۱۵) است. در تبیین تغییرنکردن نمرات اضطراب در گروه گواه و گروه آزمایش پس از مداخلهٔ مدنظر می‌توان گفت، در درمان‌های پویشی و به‌خصوص روان‌درمانی‌های پویشی کوتاه‌مدت، اول اینکه در نیمهٔ نخست درمان، فرد با احساسات ناخواسته و گاهی شرم‌آور که معمولاً تابوهای اجتماعی نیز هستند، روبه‌رو می‌شود (۱۲)؛ دوم اینکه درمانگر به سرشاخ‌شدن با دفاع‌های ناسازگار مُراجع می‌پردازد و دربارهٔ آن‌ها شفاف‌سازی می‌کند. این مسائل باعث افزایش سطح اضطراب بیمار در ابتدای روند درمان می‌شود و در ادامه با تکمیل فرایند درمان و برون‌ریزی هیجانی اضطراب کاهش می‌یابد؛ اما همچنان سطحی از اضطراب در مُراجعان وجود دارد که سبب می‌شود تفاوت معنادار ایجاد نشود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در روند درمان مُراجعان با سطح اضطراب زیاد، تکنیک‌های ریلکسیشن بیشتری به‌کار رود و در صورت امکان جلسات پیگیری هفتگی یا ماهانه برای کاهش اضطراب روان‌رنجور مُراجعان برگزار شود. ذکر این نکته ضروری است که پژوهش حاضر دارای محدودیت بود. شاید بتوان محدودیت مهم‌تر این پژوهش را نبود امکان پیگیری نتایج و استفاده از طرح‌های تحلیل واریانس زمانی دانست؛ ازاین‌رو به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود، با استفاده از طرح‌های سری زمانی ثبات اثرات این مداخله را بررسی کنند و اثر رویکرد مذکور را بر دیگر همبودهای واژینیسموس ازجمله درد مزمن و تصورات بدشکلی بدن بسنجند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، روان‌درمانی پویشی‌ــ تجربی تسریع‌شده بر بهبود سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس تأثیر مطلوب دارد. باتوجه به دلایلی چون صرفه‌جویی در زمان و هزینه و سهولت آموزش درمقایسه با رویکردهای کلاسیک پویشی، پیشنهاد می‌شود از این روش به‌منظور درمان نشانگان واژینیسموس استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفهٔ خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی عمومی نویسندهٔ اول از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد ثبت ۱۰۱۲۰۷۱۱۹۸۲۰۱۹ است. ازجمله اصول اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش، اولویت‌داشتن سلامت و ایمنی شرکت‌کننده بر دیگر مصالح در تمام مراحل پژوهش، آگاهی شرکت‌کننده از موضوع و روش اجرای پژوهش، انطباق اجرا با اصول اساسی پژوهش‌های انسانی، مراجع موجود و پژوهش‌های آزمایشگاهی پیشین بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

References

1. Moore CL. Development of mammalian sexual behavior. In: Gollins ES; editor. The comparative development of adaptive skills: evolutionary implications. First edition. London: Routledge; 2018.
2. Jeanfreau MM, Wright L, Noguchi K. Marital satisfaction and sexting behavior among individuals in relationships. Fam J. 2019;27(1):17–21. https://doi.org/10.1177/1066480718819868

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]

3. Spence SH. Psychosexual therapy: a cognitive-behavioral approach. New York: Springer pub; 1991.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5). Washington: American Psychiatric Pub; 2013.
5. Shaw J. Treatment of primary vaginismus: a new perspective. J Sex Marital Ther; 1994;20(1):46–55. https://doi.org/10.1080/00926239408403416
6. Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, et al. Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: a systematic review and meta-analysis. J Sex Med. 2018;15(12):1752–64. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.003
7. Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T, et al. Psychosocial correlates of vaginismus diagnosis: a case-control study. J Sex Marital Ther. 2019;45(1):73–83. https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1484401
8. Yildirim EA, Hadjioglu Yildirim M, Karash H. Prevalence of depression and anxiety disorders and their relationship with sexual functions in women diagnosed with lifelong vaginismus. Turk Psikiyatri Derg. 2019:30(1):9–15.
9. Boden JS, Fischer JL, Niehuis S. Predicting marital adjustment from young adults' initial levels and changes in emotional intimacy over time: a 25-year longitudinal study. J Adult Dev. 2010;17(3):121–34. https://doi.org/10.1007/s10804-009-9078-7
10. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. J Sex Marital Ther. 2005;31(5):409–24. https://doi.org/10.1080/00926230591006719
11. Madathil J, Benshoff JM. Importance of marital characteristics and marital satisfaction: a comparison of Asian Indians in arranged marriages and Americans in marriages of choice. Fam J. 2008;16(3):222–30. https://doi.org/10.1177/1066480708317504
12. Zgueb Y, Ouali U, Achour R, Jomli R, Nacef F. Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. The Cognitive Behaviour Therapist. 2019;12(3):43–57. https://doi.org/10.1017/S1754470X18000119
13. Skean KR. AEDP and cultural competence in developmental trauma treatment. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy. 2018;14(1):69–76. https://doi.org/10.14713/pcsp.v14i1.2034
14. Mohammad S, Jazayeri A, Dowlatshahi B, Rezaei O, Pour Shahbaz A. Process of effectiveness of accelerated experiential dynamic psychotherapy. Iran J War Public Health. 2009;1(3):60–75. [Persian] http://ijwph.ir/article-1-26-en.html
15. Sharifi Bastan F, Asiabani S. Asar bakhshiye ravan darmaniye pooyeshi tasri shode tajrobi (AEDP) bar nazm jooyi shenakhti hayajan va mizane dared salmandan mobtala be dared mozmen [The effectiveness of experimental accelerated dynamic psychotherapy (AEDP) on cognitive emotion regulation and pain in elderly with chronic pain]. In: Interdisciplinary Conference on Geriatrics [Internet]. Karaj, Iran; 2018. [Persian]
16. Dong N, Maynard R. PowerUp: a tool for calculating minimum detectable effect sizes and minimum required sample sizes for experimental and quasi-experimental design studies. Journal of Research on Educational Effectiveness. 2013;6(1):24–67. https://doi.org/10.1080/19345747.2012.673143
17. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. J Sex Marital Ther. 2005;31(5):385–97. https://doi.org/10.1080/00926230591006502
18. Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. Reprod Health. 2013;10(1):25. https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-25
19. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893–7. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893
20. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J. 2008;66(2):136–40. [Persian] http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html
21. Apt CV, Hurlbert DF. Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: a study of military wives. J Sex Educ Ther. 1992;18(2):104–14. https://doi.org/10.1080/01614576.1992.11074044
22. Mokarian S. The effectiveness of Greenberg's Emotional Focused Couple Therapy on couples' sexual adjustment and satisfaction [[Thesis for M.Sc in Psychology]. [Tehran, Iran]: University of Science and Culture; 2018, p: 58-81. [Persian]
23. Fosha D. The transforming power of affect: a model for accelerated change. New York: Basic Books; 2000.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-05]