

Determining the Effectiveness of Emotional-Based Psychotherapy on Anxiety, Marital Adjustment, and Quality of Sexual Life in Women With Vaginismus

Najafizadeh B¹, *Emadian S², Abbasi G²

Author Address

1. PhD in Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran;
2. PhD in Psychology, Assistant Professor, Islamic Azad University, Sari Branch, Mazandaran, Iran.
*Corresponding Author E-mail: banafshe.njif@gmail.com

Received: 2021 April 20; Accepted: 2021 June 19

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 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. The prevalence of vaginismus is unclear. However, clinical estimates suggest that its prevalence is lower than female orgasmic disorders. Perhaps the reason is a shame, cultural factors, lack of attention to the problem, and hiding it behind a seemingly social or physical disorder. This study aimed to investigate the effectiveness of emotional-based psychotherapy on anxiety, marital adjustment, and quality of sexual 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 City, Iran, between July and September of 2019. The sampling method was purposive (based on the research inclusion criteria). The sample size for each group was 10. The inclusion criteria were as follows: aged 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, and 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 from the therapy, lack of interest or consent of the patient to continue the treatment, and realizing the disorder or acute illness during the sessions. The research data in the pretest and posttest for two groups 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 & Hulbert, 1992). The experimental group received twelve 45-min sessions of emotional-based psychotherapy, and the control group did not receive any psychological intervention during this period. To describe and analyze the data, we used the descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (the t test for comparing the means of independent groups, the multivariate covariance analysis and the univariate covariance analysis tests) in the SPSS25 software. The significance level of all tests was considered 0.05.

Results: Results showed a significant difference between the mean posttest scores of the control group and the experimental group in the variables of anxiety ($p < 0.001$) and marital adjustment ($p < 0.001$). However, no significant difference was observed between the two groups in the quality of sexual life variable ($p = 0.079$). Based on the effect size index, 48.5% and 25.4% of the changes in the anxiety and marital adjustment scores of the two groups were due to emotional-based psychotherapy.

Conclusion: The results of this study show that emotional-based psychotherapy has a positive effect on improving marital adjustment and anxiety in women with vaginismus. So, it is recommended that emotional-based psychotherapy be used in psychotherapy clinics to improve the psychological symptoms associated with vaginismus.

Keywords: Emotional-Based psychotherapy, Quality of sexual life, Marital adjustment, Vaginismus.

تعیین اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌محور بر اضطراب، سازگاری زناشویی، کیفیت زندگی جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس

بنفشه نجفی‌زاده^۱، *سیده‌علیا عمادیان^۲، قدرت‌الله عباسی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران؛
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، مازندران، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: banafshe.nif@gmail.com

تاریخ دریافت: ۳۱ فروردین ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۹ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: واژینیسموس به‌عنوان کژکاری جنسی شایع در زنان، اثرات روان‌شناختی زیادی را به‌همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌محور بر اضطراب و سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس انجام شد.

روش‌پرسی: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به واژینیسموس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی تهران در فاصله تیر تا شهریور ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش افراد واجد شرایط و داوطلب بودند که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه ده نفر) قرار گرفتند. داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت جنسی زنان (سایموندز و همکاران، ۲۰۰۵)، پرسش‌نامه اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و مقیاس سازگاری زناشویی (اپت و هلبرت، ۱۹۹۲) جمع‌آوری شد. گروه آزمایش مداخله دوازده‌جلسه‌ای روان‌درمانی هیجان‌محور را دریافت کرد و برای گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مقایسه میانگین گروه‌های مستقل، تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین نمرات میانگین پس‌آزمون گروه‌های گواه و آزمایش در متغیرهای اضطراب ($p < ۰/۰۰۱$) و سازگاری زناشویی ($p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود داشت؛ اما در متغیر کیفیت زندگی جنسی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($p = ۰/۰۷۹$). براساس شاخص اندازه اثر، به‌ترتیب ۴/۲۵ درصد از تغییرات نمره اضطراب و سازگاری زناشویی گروه آزمایش در اثر اعمال روان‌درمانی هیجان‌محور بود. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، کاربست رویکرد درمانی هیجان‌محور، نتایج مثبت در بهبود اضطراب و سازگاری زناشویی زنان مبتلا به واژینیسموس دارد.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی هیجان‌محور، کیفیت زندگی جنسی، سازگاری زناشویی، واژینیسموس.

احساس بی‌کفایتی^۹ و ترس از ترک یا طرد توسط همسر می‌سازد. در مقابل مردان نیز با احساس ناکامی به علت توانایی نداشتن در مقاربت این اختلال را به عنوان طرد شدن تلقی می‌کنند و در بسیاری از مواقع نیز دچار ناتوانی جنسی ثانویه به بیماری همسرشان می‌شوند (۷).

باتوجه به تجربه بالینی محققان دربارهٔ بیماران مبتلا به واژینیسموس، بیماری‌های اضطرابی با شیوع زیادی در افراد مبتلا به کژکاری جنسی دیده می‌شود (۸). علاوه بر اضطراب^۱، سازگاری زناشویی^{۱۱} و کیفیت زندگی جنسی^{۱۲} در مبتلایان به واژینیسموس از جمله متغیرهایی است که معمولاً تحت تأثیر قرار می‌گیرد. سازگاری زناشویی فرایندی است که در طول زندگی به وجود می‌آید و به ویژگی‌های روابط زناشویی هماهنگ و داشتن عملکرد خوب در ازدواج اشاره می‌کند. رضایت زناشویی نیز از عوامل بسیار مهمی است که بر کیفیت و پایداری رابطه زوجین اثر می‌گذارد (۹). ازدواج موفق در اغلب مواقع با رضایت دو طرف از رابطه جنسی همراه است. سازگاری در رابطه جنسی، فرایندی مستمر و در حال تغییر است و این به معنای داشتن زندگی جنسی بدون مشکل نیست؛ بلکه به معنای ظرفیت سازگارشده با مشکلات و توانایی حل آن‌ها است. رضایت جنسی شامل پاسخ عاطفی هیجانی برخاسته از ارزیابی‌های ذهنی مثبت و منفی فرد از رابطه جنسی‌اش با فرد دیگر می‌شود. مطالعات نشان داده است، رضایت جنسی باعث افزایش حرمت خود^{۱۳}، رضایت از زندگی^{۱۴}، قابلیت عشق‌ورزی^{۱۵}، رضایت از رابطه عاطفی^{۱۶} و احساس شادی در زندگی می‌شود (۹-۷).

درمان‌های روان‌شناختی به عنوان جنبشی همسو با مداخلات پزشکی، به طور فزاینده‌ای در پی یافتن راه‌حل‌های درمانی برای حل مشکلات جنسی هستند. یکی از درمان‌هایی که اخیراً مدنظر روان‌شناسان قرار گرفته، روان‌درمانی هیجان‌محور^{۱۷} است. درمان هیجان‌محور مبتنی بر نظریهٔ دل‌بستگی است و اعتقاد دارد اختلال در دل‌بستگی، پایه و اساس آشفتگی در روابط زوجین به‌شمار می‌رود (۱۰)؛ همچنین بر تغییر رفتارهای دل‌بستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط پریشان‌تمرکز دارد. برخی از رویکردها مثل رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌محور که از مبانی نظری بسیار مهم آن مفهوم دل‌بستگی است، بر عوامل درون‌فردی تأکید می‌کند؛ بنابراین رویکرد هیجان‌محور می‌تواند بهبوددهندهٔ سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی و اضطراب‌های موجود در زندگی زناشویی باشد (۱۱). درمان هیجان‌محور درمانی است که عناصری همچون تجربه‌گرایی، مراجع‌محوری^{۱۸}، ساخت‌گرایی و نگاه سیستمی را در کنار ستون اصلی خود یعنی نظریهٔ دل‌بستگی قرار می‌دهد. براساس این مدل درمانی، هیجان‌ات به‌خودی‌خود ظرفیت ذاتی سازگاران‌های دارد که اگر فعال شود می‌تواند به زوجین کمک کند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواستهٔ خود را تغییر دهند. اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور بر طیف گسترده‌ای از متغیرهای مرتبط با

رفتار جنسی^۱ به‌عنوان پاسخی به گزینه‌های زیستی برای بقای گونهٔ آدمی ضروری است (۱). وجود اختلالاتی در چرخهٔ طبیعی عملکرد جنسی دو طرف و به‌خصوص زن می‌تواند پیچیدگی‌های زیادی در رابطهٔ زناشویی ایجاد کند. از سوی دیگر، رابطه‌ای دوسویه بین مسائل جنسی و رضایت از زندگی زناشویی^۲ گزارش شده است (۲). در مطالعهٔ اسپنتس گزارش شد، ۳۰ تا ۵۰ درصد زوجین، از کژکاری جنسی^۳ رنج می‌برند (۲). امروزه در کشورهای توسعه‌نیافته به دلیل تابو بودن مسائل جنسی، بسیاری از افراد مبتلا به این مشکلات هرگز برای درمان مراجعه نمی‌کنند. با وجود این در چند سال اخیر، تغییرات چشمگیری در زمینهٔ نگرش اجتماعی^۴ و حرفه‌ای در درمان این مشکلات پیش آمده است. از جملهٔ این کژکاری‌های جنسی می‌توان به واژینیسموس^۵ اشاره کرد. واژینیسموس انقباض غیرارادی^۶ عضله‌های یک‌سوم خارجی واژن است که از مقاربت طبیعی ممانعت می‌کند. این تشخیص زمانی داده می‌شود که هیچ بیماری دیگری (عفونت‌ها^۷، عوارض ناشی از جراحی و غیره) توجیه‌کنندهٔ علائم نباشد (۳). زنانی که از واژینیسموس رنج می‌برند، ممکن است به‌طور خودآگاه خواهان داشتن مقاربت باشند؛ اما به دلیل تداعی تجربهٔ مقاربت دردناک^۸ به‌صورت ناخودآگاه از این امر جلوگیری می‌کنند. اعتقادهای مذهبی تعصبی و احساس گناه دربارهٔ مقاربت نیز در ایجاد این اختلال مؤثر است. این اختلال تاحدی وابسته به فرهنگ است. متأسفانه به دلیل ناآگاهی اغلب پزشکان از درمان‌های غیردرویی مؤثر بر این اختلال و انجام جراحی‌های گاهی بدون فایده، بسیاری از این بیماران مدت‌ها از این عارضه رنج می‌برند و همین امر به مشکلات عمیق زناشویی و سرانجام طلاق آن‌ها منجر می‌شود (۴). شیوع واژینیسموس به‌طور دقیق نامشخص است؛ ولی تخمین‌های بالینی که در این زمینه وجود دارد، شیوع آن را کمتر از اختلال ارگاسمی زنان بیان می‌کند. شاید علت آن، وجود شرم، عوامل فرهنگی، بی‌توجهی به مشکل و پنهان‌کردن آن پشت اختلال جسمی یا روانی ظاهراً اجتماع‌پسندانه باشد (۵). 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 اقتصادی-اجتماعی بالاتر دیده می‌شود. گاهی درد یا انتظار بروز درد، در اولین تجربهٔ جنسی، واژینیسموس را در پی دارد (۶). برخی سخت‌گیری‌های مذهبی نیز سبب می‌شود افراد مسائل جنسی را معادل با گناه بدانند و مقاربت‌های دردناکی را تجربه کنند. در این اختلال بیمار در دوره‌ای درخواست کمک برای درمان از یک‌طرف و ترس از درمان‌نشدهٔ از سوی دیگر قرار می‌گیرد و تلاش‌های همسر برای نزدیکی با اجبار و فشار، درد را بیشتر و احساس ترس، تحقیر شدن و ناکامی را شدت می‌بخشد و زنان جوان را دچار

10. Anxiety
11. Marital adjustment
12. Quality of sexual life
13. Self-esteem
14. Life satisfaction
15. Lovability
16. Relationship satisfaction
17. Emotionally Focused Therapy
18. Client orientation

1. Sexual behavior
2. Sexual life satisfaction
3. Sexual dysfunction
4. Social attitude
5. Vaginismus
6. Involuntary contraction
7. Infections
8. Painful intercourse
9. Feeling of inadequacy

شد.

– پرسش‌نامه کیفیت جنسی زنان^۱: این پرسش‌نامه ابزاری است که در سال ۲۰۰۵ توسط سایموندز و همکاران به منظور سنجش کیفیت زندگی جنسی زنان ساخته شد (۱۶). این ابزار خود گزارش‌دهی است که بر اعتماد به نفس جنسی و عقاید احساسی و ارتباطی زنان تمرکز دارد و دارای هیجده گویه است. پرسش‌نامه از چهار بخش اصلی احساسات روانی جنسی، رضایت از رابطه و عمل جنسی، احساس خودبوی ارزشی و سرکوب جنسی و نمره کل کیفیت جنسی زنان تشکیل شده است. این ابزار نمره‌گذاری شش درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف با نمره‌دهی از ۱ تا ۶ دارد و دامنه نمرات از ۱۸ تا ۱۰ است. نمرات بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی جنسی بهتر در زنان است (۱۶). پایایی آزمون بازآزمون نسخه اصلی پرسش‌نامه ۰/۸۵ و روایی همگرای آن با مقیاس رضایت از زندگی جنسی^۲ ۰/۷۶ به دست آمد (۱۶). در پژوهش روشن چلسی و همکاران، ضریب همسانی درونی نسخه فارسی پرسش‌نامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد (۱۷).

– پرسش‌نامه اضطراب بک^۳: این ابزار پرسش‌نامه‌ای خود گزارشی است که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شد (۱۸). این ابزار ۲۱ گویه دارد و شیوه نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از همیشه تا هیچ وقت است. براساس راهنمای پرسش‌نامه، در این پژوهش از نمره کل اضطراب استفاده شد. نمره کل بیشتر در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است (۱۸). در نسخه اصلی، پایایی همسانی درونی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین در پژوهش اصلی، روایی سازه این ابزار از طریق تحلیل عاملی به تأیید رسید (۱۸). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی، کاویانی و موسوی ضریب روایی همگرای ابزار را با مصاحبه تشخیصی ۰/۷۲، ضریب پایایی آزمون-آزمون مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کردند (۱۹).

– مقیاس سازگاری زناشویی^۴: این مقیاس توسط اپت و هلبرت در سال ۱۹۹۲ به منظور بررسی سازگاری زناشویی تدوین شد (۲۰). این مقیاس شامل ۲۵ گویه در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است که از صفر (همیشه) تا ۴ (هیچ وقت) نمره‌گذاری می‌شود؛ همچنین نمره‌گذاری گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۴ و ۲۵ به صورت معکوس است. حداقل نمره در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است. نمره بیشتر، سازگاری زناشویی بیشتر را نشان می‌دهد (۲۰). این ابزار در پژوهش اپت و هرلبرت از پایایی همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و روایی سازه (با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی) مناسبی برخوردار بود (۲۰). ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار، در نمونه ایرانی و در پژوهش مکاریان پس از ترجمه و بازترجمه به فارسی تأیید شد (ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و شاخص روایی

خانواده اثبات شده است (۱۴-۱۲). باتوجه به شیوع زیاد واژینیسیموس و اثرات زیان‌بخش اثبات‌شده آن بر متغیرهایی چون اضطراب و سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی از یک سو و تأثیرات امیدبخش روان‌درمانی هیجان‌محور در شرایط بالینی مشابه از دیگر سو و نیز باتوجه به خلأ پژوهشی موجود در این حوزه، ضرورت انجام این پژوهش مشخص می‌شود. باتوجه به مطالب مذکور، هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌محور بر اضطراب و سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی در زنان مبتلا به واژینیسیموس بود.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در فاصله تیر تا شهریور سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش افراد واجد شرایط و داوطلب شرکت در مطالعه بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و باتوجه به ملاک‌های ورود وارد مطالعه شدند. به منظور گردآوری داده‌های پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. در ادامه و پس از تحلیل و تفسیر نمرات ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، افراد به صورت 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 در زمینه انتخاب نمونه برای جوامع خاص بود (۱۵). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: سن بین ۱۸ تا ۴۵ سال؛ ابتلا به اختلال واژینیسیموس محرز شده از طریق بررسی پرونده پزشکی؛ مبتلانی نبودن به اختلال‌های حاد روانی یا مشکلات خاص جسمانی؛ دریافت نکردن دارودرمانی یا درمان‌های روان‌شناختی در طول یک ماه گذشته قبل از جلسات درمان. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، علاقه‌نداشتن یا رضایت بیمار به ادامه درمان و پی‌بردن به اختلال یا بیماری حاد در جلسات بود. پس از مداخله نیز برای شرکت‌کنندگان مجدد آزمون انجام شد. اولویت داشتن 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، از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود.

روش اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که پس از انتخاب نمونه افراد به شکل تصادفی در گروه گواه و گروه آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش، مداخله شرح داده شده در جدول ۱ را در مدت دوازده جلسه دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. در انتها نیز ابزارهای پژوهش به منظور گردآوری داده‌های پس‌آزمون اجرا شد.

داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارها و جلسات درمانی زیر گردآوری

4. Marital Adjustment Scale

1. The Sexual Quality of Life-Female Questionnaire (SQOL-F)

2. Sex Life Satisfaction Scale

3. Beck Anxiety Inventory (BAI)

جلسات برنامه با تحلیل نمرات حاصل از اظهارنظر هشت نفر از متخصصان روان‌درمانی بیشتر از ۰/۸۵ (حد پذیرفتنی ضریب روایی محتوایی با حجم نمونه ده نفر) به دست آمد. این برنامه شامل دوازده جلسه بود که به صورت هفته‌ای یک‌بار و در مدت سه ماه انجام شد. اصول و دستورعمل اجرایی هر جلسه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات روان‌درمانی هیجان‌محور برای مبتلایان به واژینیسیموس

جلسه	اصول	دستورعمل اجرایی اختصاصی هر جلسه مرتبط با پژوهش
اول	مرحله اول: اعتباربخشی و تشکیل اتحاد درمانی توضیح رویکرد هیجان‌محور برای افراد تعریف هیجان توضیح روند جلسات درمانی	دعوت از تمامی اعضای متقاضی شرکت در پژوهش اهدای رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش پرکردن پرسش‌نامه‌ها توسط افراد اهدای دفترچه روزانه هیجان‌ها به هریک از افراد
دوم	مرحله دوم: شناخت واژینیسیموس، تشنج‌زدایی از چرخه منفی تعریف هیجان‌ها از نظر شناخت نشانه‌های بدنی، ماشه‌چکان‌ها، تمایل به عمل تعیین چرخه تعاملی منفی میان زن و شوهر	مرور جلسه گذشته و ارائه گزارشی از آزمون‌های جلسه گذشته تعیین چرخه تعاملی زن و شوهر تکلیف خانگی ۱: نوشتن حالات و محرک‌های هیجانی در دفترچه روزانه به صورت روزشمار تکلیف ۲: تمرین شناخت هیجان‌ها تکلیف ۳: تمرین شناخت هیجان‌ها از نظر عملکردی
سوم	مرحله دوم: تشنج‌زدایی از چرخه منفی تعیین و شرح هیجان‌ها بنیادین هریک از اعضا	مصاحبه فردی با افراد و تعیین هیجان‌ها بنیادین به همراه ارزیابی دفترچه روزانه ثبت هیجان‌ها تکلیف خانگی ۱: نوشتن شرح حالی از تاریخچه زندگی براساس کاربرد اختصاصی ارزیابی تکالیف و وضعیت هفته گذشته
چهارم	مرحله دوم: تشنج‌زدایی از چرخه منفی مشخص کردن حساسیت‌ها و آسیب‌پذیری‌های هریک از اعضا و ریشه‌های تاریخی برای بسط درک افراد	تأکید بر محرمانه بودن آسیب‌پذیری‌ها، صحبت کردن اختیاری هر یک از اعضا با درمانگر در پایان جلسه به طور خصوصی درباره آسیب‌پذیری‌ها و صدماتشان تأکید بر کارکرد هیجان‌ها در الگوهای تعاملی منفی با توضیح کاربرد چرخه تعاملی منفی تکلیف خانگی ۱: ارائه کاربرد اختصاصی نقش هریک از اعضا در چرخه، تکمیل شده توسط فرد
پنجم	مرحله سوم: دستیابی به احساسات زیربنایی واژینیسیموس، تأکید بر تجربه عملی و آشکارسازی هیجان‌ها نهفته تأکید بر نقش‌ها، جایگاه‌ها و کارکرد هیجان‌ها پیدا کردن نیازها و احساسات تأیید نشده	ارزیابی کاربرد تعیین نقش در چرخه تعاملی و وضعیت هفته گذشته تأکید بر نقش‌ها، جایگاه‌ها و کارکرد هیجان‌ها آموزش نیازهای برآمده از هیجان‌ها تعیین نیازهای هریک از اعضا براساس هیجان‌ها بنیادین در چرخه تعاملی، بیان نیازها با استفاده از تکنیک‌های sculpting method و enactment استخراج نیازها و ثبت آن‌ها تکلیف خانگی ۱: نوشتن نیازهای دلبسته‌مدار در دفترچه هیجان‌ها براساس هیجان‌ها متمرکز بر تعاملات
ششم	مرحله سوم: دستیابی به احساسات زیربنایی تعیین موانع درون‌روانی سد راه دستیابی و آشکارسازی هیجان‌ها	ارزیابی کاربرد و وقایع هفته گذشته فرصت دادن به بیان نیازها بررسی موانع درون‌روانی در صورت دست‌نیافتن به نیازها به وسیله تهیه فهرستی از موانع درون و بیرون‌روانی
هفتم	مرحله سوم: دستیابی به احساسات زیربنایی ترغیب کردن اعضا به شناسایی نیازها و جوانب فردی	ارزیابی تکالیف و روند اتفاقات هفته گذشته انجام تکنیک‌هایی از قبیل sculpting و enactment برای ترغیب زوجین به پاسخ‌گویی با مرور کاربرد ۳ تکنیک هماهنگی همدلانه برای ترمیم آسیب‌پذیری اعضا
هشتم	مرحله چهارم: بازسازی تعامل منفی اقدام براساس شیوه‌های جدید تعامل زناشویی ترغیب اعضا برای پذیرش تجربه هیجانی همسر و تصورشان از خود	ارزیابی تکالیف و رویدادهای هفته گذشته تمرکز بر مطالبات دلبسته و هویت‌محور براساس نوع چرخه تعاملی به وسیله گفت‌وگوی دلبسته‌محور درمانگر تکلیف خانگی ۱: ثبت نیازهایی در دفترچه که تمایل دارند در جلسه خانه درباره آن‌ها با همسرشان صحبت کنند.

مرحله چهارم: بازسازی تعامل منفی اقدام براساس شیوه‌های جدید تعامل زناشویی تسهیل کردن ابراز احساسات، نیازها و خواسته‌ها برای ایجاد پیوند عاطفی واقعی و بازسازی تعامل	نهم	ارزیابی تکالیف گذشته کاربردگ نیازها گفت‌وگویی فرضی دونفره روبه‌روی هم در جلسه برای بیان نیازها و احساسات آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و خودشفقتی در جلسه درمان تکلیف خانگی ۱: بیان نیازها و احساسات مبهم به همسر به روش‌هایی از قبیل یادداشت‌گذاری روی در یخچال و... در طول هفته
مرحله پنجم: استحکام و یکپارچگی در مقابل واژینسموس مرحله پایانی پرداختن به تقویت تغییرات تعاملی و روایت‌های جدید اعضا از خود و دیگری ارائه کاردرمانی متمرکز رفتاری و روایتی تسهیل ایجاد و ظهور تعاملات	دهم	ارزیابی تکالیف و گفت‌وگوهای هفته گذشته آموزش تکنیک‌های بهبود روابط عاشقانه و جنسی گفت‌وگویی عاشقانه و پاسخ‌گو همراه با تکنیک‌های شفقت تکلیف خانگی ۱: هدف‌گذاری‌های جدید برای آینده زندگی مشترک برای افزایش امید اجرای برنامه یک شب رمانتیک توسط هریک از زوجین با فرصت دو هفته
مرحله پنجم: استحکام و یکپارچگی مرحله پایانی پرداختن به تقویت تغییرات تعاملی و روایت‌های جدید اعضا از خود و دیگری	یازدهم	ارزیابی تکلیف شام رمانتیک بعد از دو هفته آموزش مهربانی، قدردانی و بخشش به‌همراه تعریف بخشش و خشم محافظت‌کننده مفهوم‌سازی خود و هویت تکلیف خانگی ۱: یادداشت قدردانی از خود و همسر
پایان مرحله پنجم: استحکام و یکپارچگی مستحکم‌کردن جایگاه‌ها و روایت‌های (هویتی)	دوازدهم	ارزیابی پایانی برنامه‌ریزی برای آینده با ارائه دورنمایی از آینده پرکردن پرسش‌نامه‌ها برای سنجش پس‌آزمون

چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها در نمره پس‌آزمون متغیرهای اضطراب و سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی با استفاده از آزمون آماری کولموگوروف‌اسمیرنف بررسی شد و پیش‌فرض نرمالیتی رد نشد ($p > 0/05$). یافته‌های مربوط به آزمون لون، همگنی واریانس خطای نمره پس‌آزمون متغیرهای اضطراب و سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی را بین گروه گواه و گروه آزمایش نشان داد ($p > 0/05$). آزمون کرویت بارتلت نیز وجود همبستگی کافی را بین متغیرهای وابسته مشخص کرد. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگن بودن ماتریس‌های کوواریانس در بین گروه‌ها، آماره ام‌باکس به‌کار رفت. مقدار آماره ام‌باکس $12/51$ به‌دست آمد که این مقدار از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0/05$).

یافته‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که مقدار F آزمون چندمتغیری (اثر پیلایی) از لحاظ آماری معنادار بود ($p = 0/005$)؛ 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. با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره درباره متغیرهای اضطراب ($p < 0/001$) و سازگاری زناشویی ($p < 0/001$) پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد؛ اما برای کیفیت زندگی جنسی ($p = 0/079$) تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین براساس شاخص اندازه اثر، به‌ترتیب $48/5$ و $25/4$ درصد از تغییرات نمره اضطراب و سازگاری زناشویی گروه آزمایش در اثر اعمال روان‌درمانی هیجان‌محور بود.

پس از آماده‌سازی و غربال داده‌ها به‌منظور تحلیل داده‌ها در محیط نسخه ۲۵ نرم‌افزار SPSS، از آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون آماری تی مقایسه میانگین گروه‌های مستقل و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. همچنین برای بررسی پیش‌فرض‌های آماری، آزمون‌های کولموگوروف‌اسمیرنف، لون، ام‌باکس و کرویت بارتلت^۱ به‌ترتیب برای بررسی نرمالیتی، همگنی واریانس‌های خطا، همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس و همبستگی بین متغیرهای وابسته به‌کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش $27/39 \pm 5/21$ سال و گروه گواه $28/78 \pm 4/24$ سال بود. همچنین میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج در گروه آزمایش $5/11 \pm 2/15$ سال و در گروه گواه $3/78 \pm 3/52$ سال بود. نتایج آزمون تی مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل مشخص کرد، بین میانگین سن و مدت ازدواج دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$).

جدول ۲ داده‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش یعنی اضطراب و کیفیت زندگی جنسی و سازگاری زناشویی را به‌تفکیک گروه و مرحله سنجش نشان می‌دهد. نتایج بررسی‌های توصیفی در جدول ۲ مشخص می‌کند، میانگین متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی جنسی و سازگاری زناشویی در هر دو مرحله سنجش به‌هم نزدیک است؛ درحالی‌که این مقادیر در گروه آزمایش تفاوتی چندواحدی دارد. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس

^۱. Bartlett's Sphericity Test

جدول ۲. داده‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش به تفکیک گروه و مرحله سنجش و نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
اضطراب	آزمایش	۴۵/۹۰	۴/۴۸	۲/۶۸	۳۳/۹۰	۱۴/۱۳	<۰/۰۰۱
	گواه	۴۷/۳۰	۵/۹۴	۸/۲۸	۴۵/۲۰		
سازگاری زناشویی	آزمایش	۸۱/۶۰	۷/۴۵	۷/۷۲	۹۱/۹۰	۵/۰۹	<۰/۰۰۱
	گواه	۷۹/۹۰	۶/۳۳	۹/۴۰	۸۲/۱۰		
کیفیت زندگی جنسی	آزمایش	۵۳/۵۰	۵/۱۹	۵/۴۴	۵۹/۶۰	۳/۷۱	۰/۰۷۹
	گواه	۵۴/۱۰	۶/۳۶	۵/۴۶	۵۵/۵۰		

۴ بحث

افراد خواسته می‌شود متناسب با سطح و دلیل هیجان واکنش‌های منطقی نشان دهند (۱۳). در نهایت این امر منجر به استفاده بیشتر شرکت‌کنندگان از رویکردهای مسئله‌مدار در مقابل رویکردهای هیجان‌محور در موقعیت‌های زناشویی شد و به تبع آن سازگاری زناشویی آن‌ها نیز افزایش یافت.

یافته‌های پژوهش درباره تغییر کیفیت زندگی جنسی مشخص کرد، درمان هیجان‌محور در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش بهبود چندنمره‌ای ایجاد کرد؛ اما این میزان بهبود از نظر آماری معنادار نبود. نتایج این بخش از پژوهش با بخشی از یافته‌های پژوهش وایب و همکاران (۱۲) همسوست. کیفیت زندگی جنسی غالباً در ارضای نیاز جنسی و هیجان‌های همبود آن ریشه دارد (۱۳). طبق رویکرد شناخته‌شده مازلو، نیاز جنسی نیازی فیزیولوژیک یا پایه‌ای است و ارضای آن منجر به رضایت و کیفیت زندگی جنسی و ارضاشدن آن منجر به ناراضی جنسی در دو طرف می‌شود؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت، در مبتلایان به واژینسموس با وجود اختلالات گاهی شدید در روابط جنسی که معمولاً با درد و ناراضی همراه است، بهبود رضایت از زندگی جنسی نیاز به مدل‌هایی روان‌درمانی دارد؛ بنابراین لازم است با شناخت عمیق متغیرهای شخصیتی و تیپ‌های دفاعی مبتلایان و جلسات درمانی طولانی‌مدت‌تر، برای بهبود آن گام برداشته می‌شود.

ذکر این نکته ضروری است که پژوهش حاضر خالی از محدودیت نبود. شاید بتوان محدودیت مهم‌تر پژوهش حاضر را نداشتن امکان پیگیری نتایج به دلیل شرایط ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ و استفاده از طرح‌های تحلیل واریانس زمانی دانست. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که با استفاده از طرح‌های سری زمانی ثبات اثرات این مداخله را بررسی کنند و اثر این رویکرد را بر دیگر همبودهای واژینسموس از جمله درد مزمن و تصورات بدشکلی بدن بسنجند. همچنین باتوجه به دلایلی چون صرفه‌جویی در زمان و هزینه و سهولت آموزش درباره رویکردهای نسل اول و نسل دوم، پیشنهاد می‌شود از این روش به‌منظور درمان نشانگان واژینسموس استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

برنامه مداخله هیجان‌محور به‌کاررفته در پژوهش حاضر با تمرکز بر هیجان‌های منفی افراد مبتلا و تبدیل آن به هیجان‌های مثبت، توانست سازگاری زناشویی را به‌عنوان درک نسبی از شرایط موجود در مقایسه با وضعیت قبلی و همچنین اضطراب را بهبود بخشد؛ درحالی‌که

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی هیجان‌محور بر اضطراب و سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی جنسی در زنان مبتلا به واژینسموس انجام شد. یافته‌های پژوهش درباره تغییرهای اضطراب و سازگاری زناشویی حکایت از آن داشت که روان‌درمانی هیجان‌محور موجب بهبود این متغیرها در مبتلایان به واژینسموس شد. نتایج حاصل با یافته‌های پژوهش‌های وایب و همکاران (۱۲) و وایب و جانسون (۱۳) همسوست. وایب و همکاران به پیگیری دوساله نتایج روان‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب و رضایت زناشویی زوجین پرداختند (۱۲). وایب و جانسون در مطالعه‌ای مروری نشان دادند، اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب و تنش‌های زناشویی زوجین دفاع‌پذیر است (۱۳). مشکلات جنسی و نبود سازگاری زناشویی به‌عنوان استرسی اساسی در زندگی زناشویی می‌تواند به تداخل در عملکرد کلی زوجین بینجامد. این استرس با ایجاد افکار و هیجان‌های منفی تسریع‌یافته‌ای از جمله اضطراب در زندگی طرفین همراه است (۱۳، ۱۲). زوج‌درمانی هیجان‌محور با تمرکز بر هیجان‌های منفی و سعی در تعدیل و جایگزینی آن‌ها با هیجان‌های مثبت و افزایش همدلی و دل‌بستگی به طرف مقابل می‌تواند در رفع این اضطراب اثرگذار باشد (۱۳). در واقع رویکرد هیجان‌محور در فضای خانواده‌درمانی به این منظور توسعه یافت که با تمرکز بر هیجان‌های چون استرس و اضطراب و غم، آن‌ها را حل و فصل کند و در ازای آن هیجان‌های مثبتی را جایگزین سازد.

یافته‌های مربوط به بهبود سازگاری زناشویی با یافته‌های پژوهش‌های امانو و همکاران (۱۴) و مکاریان (۲۱) همسوست. امانو و همکاران دریافتند، رویکرد هیجان‌محور از جمله روش‌های درمانی مؤثر برای بهبود سازگاری زناشویی زنان دارای کژکاری جنسی است (۱۴). مکاریان نشان داد، کاربست رویکرد هیجان‌محور در موقعیت درمانی منجر به بهبود سطح سازگاری زناشویی زوجین می‌شود (۲۱). در تبیین یافته‌های این بخش می‌توان گفت، بخش عظیمی از ناسازگاری‌های زناشویی ناشی از تأثیرات عمیق هیجان‌های منفی است (۲۱). زنان شرکت‌کننده در گروه هیجان‌محور اعلام کردند، در زمان مقاربت و با شروع درد به سرعت هیجان‌های منفی آن‌ها بروز می‌کند و این امر موجب شکست خوردن رابطه و احساس غم و اندوه و یأس می‌شود؛ حال آنکه در رویکرد هیجان‌محور با تأکید بر پردازش متناسب این هیجان‌ها، از

همچنان کیفیت زندگی جنسی ضعیف بود. در واقع در این پژوهش، رویکرد درمانی هیجان‌محور توانست بر آن جنبه از شکایت جنسی دو طرف اثر بگذارد که با تغییر هیجان‌ات و به‌طور مستمر تغییر می‌کند (سازگاری زناشویی و اضطراب)؛ اما از آنجاکه این مداخله نتوانست به تغییر در فرایند فعالیت جنسی افراد منجر شود، احتمالاً انتظار مشاهده تغییر در کیفیت زندگی جنسی افراد انتظار بیهوده‌ای است؛ بنابراین می‌توان گفت، براساس نتایج این پژوهش، روان‌درمانی هیجان‌محور بر بهبود اضطراب و سازگاری زناشویی در زنان مبتلا به واژینیسموس اثربخشی دارد.

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی نویسنده اول از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد ثبت اخلاقی

۱۰۱۲۰۷۱۱۹۸۲۰۱۹ است. مجوز اجرای پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از سوی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با شماره نامه مذکور صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های گردآوری‌شده در این پژوهش قابل ارسال برای سایر پژوهشگران آتی خواهد بود. دریافت فایل داده‌ها از طریق مکاتبه با رایانامه نویسنده مسئول مقاله است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تمامی منابع مالی استفاده‌شده در این پژوهش توسط نویسنده اول و به‌صورت شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول مقاله نگارش محتوا و اصلاحات مربوط را بر عهده داشت. نویسنده دوم مقاله مسئول تجزیه و تحلیل داده‌ها بود. نویسنده سوم مقاله در نوشتن نسخه نهایی مقاله همکاری داشت.

References

1. Moore CL. Development of mammalian sexual behavior. In: The comparative development of adaptive skills. Routledge; 1985.
2. Spence SH. Psychosexual therapy. Boston, MA: Springer US; 1991, pp:47–59. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3005-7>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013, pp:256–302.
4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. 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>
8. Yıldırım EA, Hacıoğlu Yıldırım M, Kardeş 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. [Turkish]
9. 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. The Family Journal. 2008;16:222–30. <https://doi.org/10.1177/1066480708317504>
10. Johnson SM. Attachment theory in practice: emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. New York: The Guilford Press; 2019.
11. Burgess Moser M, Johnson SM, Dagleish TL, Lafontaine MF, Wiebe SA, Tasca GA. Changes in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. J Marital Fam Ther. 2016;42(2):231–45. <https://doi.org/10.1111/jmft.12139>
12. Wiebe SA, Johnson SM, Lafontaine MF, Burgess Moser M, Dagleish TL, Tasca GA. Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: an investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. J Marital Fam Ther. 2017;43(2):227–44. <https://doi.org/10.1111/jmft.12206>

13. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Fam Process*. 2016;55(3):390–407. <https://doi.org/10.1111/famp.12229>
14. Emanu JC, Avildsen I, Nelson CJ. Psychotherapeutic treatments for male and female sexual dysfunction disorders. In: *Evidence-Based Psychotherapy*. John Wiley & Sons, Ltd; 2018. pp: 253–70.
15. 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. *J Res Educ Eff* 2013;6(1):24–67. <https://doi.org/10.1080/19345747.2012.673143>
16. 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>
17. Roshan Chesli R, Soleimani Z, Erfan T, Mantashlou S, Hashemi A. Evaluate the psychometric properties of Sexual Quality of Life Questionnaire (SQOL-F). *Clinical Psychology and Personality*. 2020;17(1):213-24. [Persian] doi: [10.22070/cpap.2020.2898](https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2898)
18. 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>
19. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*. 2008;66(2):136–40. [Persian] <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.pdf>
20. Apt CV, Hurlbert DF. Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: a study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1992;18(2):104–14. <https://doi.org/10.1080/01614576.1992.11074044>
21. Mokarian S. The effectiveness of Greenberg’s emotional focused couple therapy on couples’ sexual adjustment and satisfaction [Thesis for MSc in Psychology]. [Tehran, Iran]: University of Science and Culture; 2018. [Persian]
22. Goldman RN, Greenberg L. Working with identity and self-soothing in Emotion-Focused Therapy for Couples. *Fam Process*. 2013;52(1):62–82. <https://doi.org/10.1111/famp.12021>