

## نقش میانجیگری تنظیم شناختی هیجان در ارتباط میان اختلال درد جنسی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره جنسی: بررسی مدل معادلات ساختاری

زینب شیرزادی<sup>۱</sup>، مریم عباسیان\*<sup>۲</sup>، صادق تقی لو<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** معیار یک خانواده سالم رضایت جنسی زوجین است. پژوهش حاضر با هدف مطالعه نقش میانجیگری تنظیم شناختی هیجان در ارتباط میان اختلال درد جنسی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره جنسی صورت گرفت. **روش پژوهش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک های جنسی شهر تهران بود که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای ۲۲۰ نفر از زنان واجد شرایط انتخاب شدند. در این پژوهش از مقیاس های تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، طرحواره یانگ فرم کوتاه، طرح واره جنسی آندرسون و سیرانوسکی و پرسشنامه تشخیصی وژینیسوسموس رئیسی و همکاران به عنوان ابزار استفاده گردید. ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق الگویابی معادلات ساختاری (SEM) و با استفاده از نرم افزار AMOS انجام شد. روابط واسطه ای در الگوی پیشنهادی با استفاده از روش بوت استرپ آزموده شدند.

**یافته ها:** نتایج مدل یابی معادلات ساختاری حاکی از برازش قابل قبول مدل بود و نشان داد طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره های جنسی با میانجیگری تنظیم شناختی هیجان اختلال درد جنسی را پیش بینی می کند. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته ها، پیشنهاد می شود در کلینیک ها و مراکز درمانی اختلالات جنسی جهت درمان و بهبود اختلال درد جنسی به این مولفه ها توجه گردد.

**کلید واژه:** اختلال درد جنسی، تنظیم شناختی هیجان، طرحواره های ناسازگار اولیه، طرحواره های جنسی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲۳ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۹/۵

**استناد:** شیرزادی ز، عباسیان م، تقی لو ص. نقش میانجیگری تنظیم شناختی هیجان در ارتباط میان اختلال درد جنسی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره جنسی: بررسی مدل معادلات ساختاری، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۴): ۳۷-۶۲

<sup>۱</sup>. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

[zeynabshirzadi1994@gmail.com](mailto:zeynabshirzadi1994@gmail.com).

ORCID: 0000-0001-6952-2577

<sup>۲</sup>. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول).

[m.abasian7@yahoo.com](mailto:m.abasian7@yahoo.com), ORCID: 0000000196230801

<sup>۳</sup>. استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

[sadeght81@gmail.com](mailto:sadeght81@gmail.com), ORCID: 0000-0002-2325-6899



**مقدمه:**

هیچ جامعه ای نمی تواند ادعا کند سالم است مگر اینکه خانواده های سالم داشته باشد (۱). اصلی ترین و مهم ترین معیار یک خانواده سالم رضایت زوجین است (۲). یکی از مهم ترین عوامل تأثیر گذار در ازدواج رابطه جنسی است (۳). هر گونه اختلال در این زمینه می تواند زندگی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد (۴). اختلالات جنسی تأثیر عمده ای بر کیفیت زندگی زناشویی می گذارد (۵). یکی از اختلالات عملکرد جنسی که می تواند تأثیر منفی و ناخوشایندی بر روابط جنسی زوجین بگذارد، واژینیسموس<sup>۱</sup> است. عبارت است از انقباض غیر عادی عضلات ثلث خارجی مهبل که مانع دخول آلت تناسلی مرد و نزدیکی می شود. این واکنش ممکن است در معاینه زنان نیز ظاهر شود و مانع ورود اسپکولوم<sup>۲</sup> به داخل مهبل گردد. وقتی کژکاری منحصراً ناشی از عوامل است یا علامتی از یک اختلال روانی دیگر است این تشخیص گذاشته نمی شود (۱). شیوع اختلالات عملکرد جنسی از جمله واژینیسموس در جوامع مختلف متفاوت است در کشورهای خاورمیانه، اساس جامعه بر پایه خانواده است و مشکلات جنسی تأثیر بسزایی بر بهزیستی و کانون خانواده می گذارد، زنانی که از اختلالات جنسی در این منطقه از جهان رنج می برند مشکلات جنسی شان را با پزشک خانواده در میان نمی گذارند که می تواند به عوامل فرهنگی مرتبط باشد (۶). در مطالعه ای که ساین (۷). انجام داد نشان داد که شیوع اختلال واژینیسموس در ترکیه رو به افزایش است. یافته های یک فرا تحلیل نشان می دهد که واژینیسموس در ۹۵ درصد در زنان نابارور ایرانی شیوع دارد (۸). اختلال واژینیسموس با خود پیامدهای زیادی را به همراه دارد مانند: سطح رضایت جنسی بسیار پایین افسردگی، پرخاشگری، احساس شرم، بی کفایتی در زوجین، ازدواج های به وصال نرسیده و در نهایت خیانت و بی بند و باری جنسی (۹). بعضی از شواهد پژوهشی نشان می دهد که ۵۰ تا ۶۰ درصد از طلاق های صورت گرفته در ایران مرتبط با مشکلات و اختلالات جنسی است (۱۰). در مطالعاتی که انجام شد، زنانی که مبتلا به واژینیسموس تشخیص داده شده بودند سطح بالای درد، شناخت فاجعه آمیز و نمرات اجتناب از آسیب بیشتری به نسبت زنان سالم داشتند (۱۱). فریدمن (۱۲) فرضیه ای ارائه داده است که واژینیسموس با ویژگی های شخصیتی در ارتباط است. و زنانی که بطور مکرر از مکانیزم های دفاعی استفاده می کنند و نسبت به مسائل جنسی تعارضات هیجانی دارند مبتلا به واژینیسموس می شوند. واژینیسموس می تواند با دیگر اختلالات جنسی مانند اختلال برانگیختگی / علاقه جنسی زنان و سطح پایین رضایت در زندگی جنسی همراه باشد (۱۳).

اگر چه سبب شناسی واژینیسموس ناشناخته است (۱۴) و می تواند تحت تأثیر عواملی مانند: پزشکی، روانشناختی، اجتماعی-اقتصادی، فرهنگی و گوناگونی نژاد باشد (۱۵) با این حال در اکثر موارد، عوامل روانشناختی می توانند باعث ایجاد اختلال واژینیسموس شوند (۳) به نظر میرسد هرگونه استرس، اطلاع نداشتن از فیزیولوژی و کارکرد جنسی، مشکلات هیجانی و باورها و شناخت های فرد در مورد فعالیت ها و نقش های جنسی می توانند بر کارکرد جنسی و اختلال واژینیسموس تأثیر منفی داشته باشند (۱۶). همانطور که اشاره شد یکی از عوامل تأثیر گذار در اختلال واژینیسموس عوامل هیجانی می باشد، در واقع می توان گفت رفتار سکشوال نرمال باعث لذت بردن فرد و همسرش می شود و طی آن اندام جنسی اصلی تحریک می شود و مقاربت روی می دهد بدون آنکه فرد و همسرش احساس گناه یا اضطراب کنند در حالی که مقاربت دردناک می تواند منجر به تنش، اضطراب و هیجانات منفی در فرد می گردد (۳). در واقع زنان مبتلا به واژینیسموس در برقراری روابط عاطفی با همسران خود مشکل دارند و نمی توانند احساسات مثبت خود را بیان کنند و احساسات منفی شدیدی را تجربه می کنند (۱۷) و ممکن است به شیوه غیر کلامی اعتراض کنند (۳). راهبرد های تنظیم شناختی

1 . Vaginismus

2 . Speculum

هیجان، به نحوه تفکر فرد پس از بروز یک تجربه منفی یا آسیب زا اطلاق می شود بنابراین افراد در برابر آشفتگی های هیجانی از راهبردهای متفاوتی جهت نظم جویی هیجان استفاده می کنند که بعضی از آنها سازش یافته و انطباقی و بعضی دیگر سازش نیافته و غیر انطباقی هستند (۱۸). یکی از مهارت های مهم بقا ما تنظیم انعطاف پذیر هیجانهاست با توجه به شرایط محیطی است (۱۹). تنظیم هیجان انطباقی باعث می شود که کارکرد فرد در محیط موفقیت آمیز باشد و هنگامی که او با یک تجربه هیجان مشکل زا رو به رو می شود بتواند رفتارهایی به کار گیرد که در راستا رسیدن به هدفش باشد (۱۸). در واقع تنظیم شناختی هیجان به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می رود و مشتمل بر راهبردهایی است که باعث حفظ، افزایش یا کاهش، یک هیجان می شود (۲۰). اوکومو، اگگیو، اینیانگ، مرمیکو (۲۱) در مطالعه ای که انجام دادند دریافتند که تجربه درد یا مقاربت دردناک و احساسات منفی هنگام مقاربت جنسی مانع از رسیدن زنان به ارگاسم می شود. آنها تجارب عاطفی منفی زنان را بررسی و از طریق مداخله بازسازی کردند و گزارش دادند که مداخله در کاهش اثرات مخرب احساسات منفی بر زندگی جنسی شرکت کنندگان موثر است و اختلالات جنسی با مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب همراه است. ترکویل و ویجنبورگ (۲۲) در مطالعه خود تلاش کردند تا بررسی کنند که آیا زنان مبتلا به واژینیسموس همیشه می توانند رابطه جنسی لذت بخش را با هیجان مثبت تجربه کنند. آنها گزارش دادند که آموزش آرامش ضمن تجربه احساسات مثبت درمانی موفق برای این بیماری بوده است. نتایج پژوهش مجتبیایی، صابری و علیزاده (۲۳) نشان داد که زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس دارای "شناخت ها و هیجان های منفی" در مورد دخول واژینال هستند.

طرحواره های ناسازگار اولیه<sup>۱</sup> نیز روابط جنسی را تحت شعاع خود قرار می دهد (۲۴). در اختلالات جنسی عقاید فعال طرحواره های ناسازگار اولیه باعث یک تجربه ناموفق جنسی می شود و زمانیکه این عقاید فعال هستند باعث ایجاد هیجانها و افکار منفی می شود که بر پاسخ های جنسی تأثیر می گذارد (۹). طرحواره های شناختی در زمینه مسائل جنسی به عنوان ایده ی اصلی که افراد در مورد مسائل جنسی و همچنین در مورد خود به عنوان موجودات جنسی دارند تعریف می شوند. افراد با اختلال جنسی اغلب در مورد مسائل جنسی نظری ناصحیح و غیر واقع بینانه دارند (۲۵). طرحواره های شناختی از تجارب گذشته منشاء گرفته است و بر عملکرد کنونی تأثیر دارد و رفتارهای جنسی آینده را هدایت میکند. در زنان با اختلالات جنسی که شامل واژینیسموس نیز می شود طرحواره شناختی منفی آنها فعال تر است. در نتیجه آنها در مسائل عاطفی کمتر درگیر می شوند، از صمیمیت اجتناب می کنند و سطح بالاتری از اضطراب پیش بینی شده در مورد رها شدگی دارند (۲۶). طرحواره های ناسازگار اولیه را می توان به عنوان تابلویی از مضامین زندگی خود پایدار و ناسازگاری هایی که ناشی از تجربیات نامطلوب تکراری با دیگران در دوران کودکی و نوجوانی است توصیف کرد (۲۷). به دلیل این تجارب سمی نیازهای اساسی روانشناختی برآورده نمی شود و باعث آسیب پذیری فرد و ایجاد طرحواره های ناسازگار اولیه می شود (۲۷). یانگ و همکاران ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه که در ۵ حوزه سازمان یافته اند مطرح نمودند، که با سرخوردگی ۵ نیاز اساسی روانشناختی در دوران کودکی مطابقت دارد. ۵ نیاز اساسی عبارتند از: دلبستگی ایمن<sup>۲</sup>، خود مختاری<sup>۳</sup>، محدودیت های واقع

1. Early Maladaptive Schema (EMS)

2. Secure attachment

3. Autonomy

بینانه<sup>۱</sup>، خود جهت مندی<sup>۲</sup> و بازیگوشی<sup>۳</sup>(۲۷). بر طبق نظریه یانگ این عقاید(طرحواره) که در دوران کودکی یاد گرفته میشوند، شاید نتوانند به افراد کمک کنند تا بتوانند با مسائل زندگی در دوران بزرگسالی کنار بیایند. طرحواره ها می توانند بطور مستقیم یا غیر مستقیم باعث افسردگی، اختلالات اضطرابی، احساس تنهایی، ناتوانی در حفظ روابط، سوء مصرف مواد و اختلال خوردن شود(۲۸). در یک پژوهش که پایه آن بر تئوری شناختی بک بود نتیجه نشان داد که ممکن است علت اختلالات جنسی طرحواره های ناسازگار اولیه باشد(۹ و ۲۹). همچنین الیوریا و نویر (۳۰)، در مطالعه شان نقش برجسته طرحواره های ناسازگار اولیه در زنانی که نقص عملکرد جنسی داشتند را نشان دادند. آنها در حوزه های وابستگی/بی کفایتی<sup>۴</sup>، آسیب پذیری نسبت به بیماری یا زیان<sup>۵</sup> آسیب پذیرتر بودند. به علاوه زنانی که در موقعیت های جنسی پاسخ ها و واکنش های منفی نشان می دادند و نقص عملکرد جنسی داشتند در طرحواره های بی کفایتی، کوچک شماری خود<sup>۶</sup> و تنهایی/تمایز<sup>۷</sup> نمرات بالاتری داشتند. یافته های تحقیق صادقی بید مشکی و میر هاشمی(۳۱) مبنی بر وجود همبستگی معنادار بین مولفه بریدگی و طرد با مولفه عملکرد جنسی است. نتایج مطالعه حاضر و مطالعات فوق همراه با نتایج دیکمن و سفاک (۳۲) تفاوت هایی را در طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به واژینوسموس نسبت به بیماران عادی نشان داد. این تفاوت ها از لحاظ طرحواره های منفی گرای/نامیدی<sup>۸</sup>، تأیید نوجویی<sup>۹</sup>/تشخیص نوجویی<sup>۱۰</sup>/خود تنبیه هی<sup>۱۱</sup>/آسیب پذیری/آسیب یا بیماری یا زیان/استانداردهای سرسختانه<sup>۱۲</sup>/انتقاد بیش از حد<sup>۱۳</sup> بود، نمرات زیر مقیاس در گروه زنان مبتلا به واژینوسموس بالاتر از زنان سالم بود و تفاوت چشمگیری دیده می شد.

عوامل شناختی مختلفی در زمینه بدکاری های جنسی و نارضایتی های زناشویی موثر هستند، در همین زمینه اپشتاین و باکوم (۳۳) بیان می کنند که نوعی از شناخت ها که در روابط زناشویی اهمیت دارند، طرحواره های جنسی<sup>۱۴</sup> هستند(۳۴). طرحواره های جنسی به عنوان تعمیم شناختی فرد تعریف می شود که از جنبه های اساسی خودباوری های جنسی تلقی می گردد و از تجارب گذشته نشات گرفته اند و در رفتار های جنسی فعلی نمود پیدا می کنند به عنوان مثال، یک تجربه جنسی قبلی که منجر به خجالت می شود ممکن است فرد را به این باور برساند که من از نظر جنسی ناتوان هستم، افکار فرد در رابطه با طرحواره های جنسی، تحت تاثیر مشاهده، تجربیات و کشف رفتارهای جنسی، عواطف، نگرش ها و اعتقادات وی قرار دارد(۳۵). در روابط عاشقانه، طرحواره های جنسی بر نحوه ادراک فرد و شیوه سازماندهی اطلاعات و همچنین معنایی که افراد از اطلاعات در می یابند، تاثیر می گذارد(۱۴). زنان می توانند طرحواره های جنسی مثبت یا منفی تجربه کنند طرحواره جنسی مثبت می تواند افراد را به تجربه احساسات و رفتارهای مثبت، کنش جنسی رضایت بخشی و میزان تحریک پذیری بیشتر سوق دهد، در مقابل، طرحواره جنسی منفی، می تواند افراد را به تجربه احساسات

- 
- 1 . Realistic Constraints
  - 2 . Directedness
  - 3 . Playfulness
  - 4 . Dependence/Incompetence
  - 5 . Vulnerability to harm and illness
  - 6 . Self-depreciation
  - 7 . Difference/Loliness
  - 8 . Negative/Pessimism
  - 9 . Approval- Seeking
  - 10 . Recognition-Seeking
  - 11 . Punitiveness
  - 12 . Unrelenting Standards
  - 13 . Hyper criticalness
  - 14 . Sexual Schemas

و رفتارهای منفی، پریشانی، مشکلات و اختلال های جنسی در روابط سوق دهد همچنین در این افراد میزان شرمندگی یا محافظه کاری بیشتری گزارش شده است (۳۵). زنانی که تمایلات منفی از نسبت به طرحواره های جنسی دارند ممکن است خود را در زمینه جنسی به عنوان افراد غیر رمانتیک، خودآگاه و غیر مطمئن توصیف کنند بنابراین مهم است که به طرحواره ها و نحوه اصلاح ها و تغییر آنها پرداخت و جایگاه آن را در رابطه جنسی مورد توجه قرار داد (۲۳). در مطالعه شریفیان، صفاری نیا، علیزاده فرد (۳۶)، نشان داده شد که طرحواره جنسی پرشور-رمانتیک و طرحواره جنسی خجالتی-محتاط با میانجیگری سبک انصاف اثر غیر مستقیم بر اختلال درد جنسی دارد. رادلاو (۳۷) در مطالعه ای نشان داد که زنان با طرحواره های جنسی مثبت نسبت به زنان با طرحواره های منفی، احساسات بهتری در مورد تجربیات جنسی خود دارند و یک رابطه جنسی رضایت بخشی را تجربه می کنند. همچنین مطالعه زرگری نژاد و احمدی (۳۸) نشان داد که افرادی که دارای طرح واره جنسی مثبت هستند در مقایسه با افرادی که دارای طرحواره جنسی منفی هستند درباره مسائل جنسی بازخورد مثبت تری دارند و همچنین رضایت جنسی و کنش جنسی بهتری نیز خواهند داشت.

اگرچه مطالعات متعددی در ارتباط با مسائل جنسی در ایران و جهان انجام شده، اما هنوز تحقیقات کافی در مورد اختلال واژینیسموس انجام نشده، به ویژه نقش مسائل مهمی مانند: تنظیم شناختی هیجان، طرحواره جنسی و طرحواره ناسازگار اولیه که ریشه در تجربیات کودکی و ارتباط فرد با والدین در کودکی دارند، مورد بررسی قرار نگرفته است. مطالعه ی حاضر سعی دارد عواملی که به نظر می رسد در اختلال واژینیسموس نقش دارد مورد بررسی قرار دهد. و با استفاده از مدل معادلات ساختاری، مدلی تدوین کند تا ارتباط بین طرحواره جنسی، طرحواره ناسازگار اولیه را با اختلال واژینیسموس با میانجیگری تنظیم هیجان شناختی مورد بررسی قرار دهد و ساختار مدل را آزمون کند و به این سوال پاسخ دهد که آیا تنظیم هیجان شناختی می تواند ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره جنسی را با اختلال واژینیسموس میانجیگری میکند؟ ساختار مدل در شکل شماره ۱ ارائه شده است.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

## روش پژوهش:

طرح پژوهش حاضر، از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ گردآوری داده ها توصیفی از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود که اطلاعات لازم به صورت میدانی و از طریق پرسشنامه گردآوری شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای اختلال درد جنسی مراجعه کننده به کلینیک های سلامت جنسی در شهر تهران بود. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای از بین کلینیک های شهر تهران سه کلینیک (سلامت خانواده، نیک اندیش پیشرو و کلینیک تخصصی نورولوژی زنان و سلامت جنسی) انتخاب و تعداد ۲۲۰ نفر از زنان مراجعه کننده بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-5، تشخیص روانپزشک و یک روانشناس بالینی که دارای اختلال درد جنسی بودند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. لازم به ذکر است از آنجایی که در تحقیقات همبستگی نمونه لازم برای مطالعه ۱۰ تا ۴۵ نفر به ازای هر متغیر است (۳۹)، و از آنجایی که در پژوهش حاضر تعداد متغیرها ۴ است و به منظور حصول اطمینان برای به دست آوردن نتایج معنادارتر به ازای هر متغیر ۴۵ نفر انتخاب شد که با در نظر گرفتن ریزش احتمالی و به منظور تعمیم پذیری بهتر ۲۲۰ نفر در نظر گرفته شد. از شرایط ورود، داشتن اختلال واژینیسموس بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، عدم وجود اختلال روان پزشکی براساس مصاحبه با روانپزشک، نداشتن هیچگونه مشکلات جنسی، عدم مصرف دارو و حداقل یکسال از ازدواج گذشته باشد. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ رضایت شفاهی و آزادی عمل برای شرکت یا امتناع در پژوهش، با آگاهی دادن مختصر در مورد اهداف مطالعه و اطمینان دادن در خصوص عدم افشای اطلاعات و رازداری و همچنین عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی از شرکت کنندگان در تحقیق حاضر خواسته شد بر اساس دستورالعملی که در بالای پرسشنامه ها نوشته شده است، تمامی سوالات را به دقت مطالعه کنند و حداکثر امکان به تمامی سوالات پاسخ بدهند. در این مطالعه از پرسشنامه های تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی (۲۰۰۱)، طرحواره یانگ فرم کوتاه (۲۰۰۳)، طرح واره جنسی آندرسون و سیرانوسکی (۱۹۹۴) و پرسشنامه تشخیصی واژینیسموس رئیسی و همکاران (۱۳۹۴) به عنوان ابزار استفاده گردید.

**پرسشنامه طرحواره جنسی:** پرسشنامه و مقیاس خود طرحواره جنسی - فرم زنان<sup>۱</sup> توسط آندرسون و سیرانوسکی (۴۰) ساخته شده است. طرحواره جنسی به عنوان تعمیم شناختی ابعاد جنسی فرد تعریف می شود. این پرسشنامه شامل ۵۰ ماده است، ۲۴ صفت به عنوان ماده های پوشاننده به منظور پوشاندن ماهیت اصلی آزمون همراه با ۲۶ صفت اصلی ارائه می شوند. روایی محتوایی نسخه

1. Sexual Self-Schema Scale
2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
3. Self- Blame
4. Acceptance
5. Rumination
6. Positive Refocusing
7. Planning
8. Positive Reappraisal
9. Putting into perspective
10. Catastrophizing
11. Blame Others

فارسی این مقیاس توسط مجتبابی، صابری و عزیزاده (۲۳) مورد اندازه گیری قرار گرفته و تأیید شده است. در پژوهش کریم نژاد نیارق، برجعلی، علویان، آذرتاش شندی (۳۴) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. براساس مطالعه آندرسون و سیرانوسکی (۴۰) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و هر عامل بدین شرح است: مقیاس کامل (۰/۸۲)؛ عامل ۱ (۰/۸۱)؛ عامل ۲ (۰/۷۷)؛ عامل ۳ (۰/۶۶). ضرایب بازآزمایی این مقیاس بر روی نمونه ۳۸۷ نفری در بازه دوهفته ای بدین شرح است. کل مقیاس ۰/۸۹؛ عامل ۱ (۰/۷۲)؛ عامل ۲ (۰/۷۶)؛ عامل ۳ (۰/۸۵).

**پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۱۱</sup>:** توسط گرانفسکی، کرایچ و اسپینهنون (۴۱) تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است، مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی سرزنش خویش<sup>۲</sup>، پذیرش<sup>۳</sup>، نشخوار فکری<sup>۴</sup>، تمرکز مجدد مثبت<sup>۵</sup>، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی<sup>۶</sup>، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۷</sup>، دیدگاه پذیری<sup>۸</sup>، فاجعه انگاری<sup>۹</sup> و سرزنش دیگران<sup>۱۰</sup> را ارزیابی می کند که این ۹ مقیاس به دو دسته راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت یا سازگار و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی یا ناسازگار تقسیم بندی می شوند. گرانفسکی و همکاران (۴۱)، اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده اند. اعتبار کل راهبردهای مثبت، منفی و کل را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ به دست آوردند. روایی ساختاری و اعتبار این مقیاس در ایران با استفاده تحلیل عامل تاییدی مورد تایید قرار گرفته و اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیر مقیاس ها مابین ۰/۶۴ الی ۰/۸۲ گزارش شده است. اعتمادی، پور شریفی، تاجری، کلانتری، هواسی سومار (۴۲) آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را به دست آوردند.

**پرسشنامه طرحواره یانگ-فرم کوتاه<sup>۱۱</sup> (YSQ-SF):** این پرسشنامه توسط یانگ در سال ۱۹۸۸ برای اندازه گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. که دارای ۷۵ آیت می باشد. این ۱۵ طرحواره درون پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل<sup>۱۲</sup>، دیگر جهت مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت های مختل مطابق با حوزه های تحولی اولیه قرار گرفته است. اشمیت و همکاران (۲۸) برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آوردند. صدوقی، وفایی، رسول زاده طباطبایی، اصفهانیان (۴۳) ثبات درونی برای کل پرسشنامه را ۰/۹۴ مشخص کردند.

11 - Young's Schema Questionnaire

12 . Impaired autonomy and Performance



**پرسشنامه اختلال درد جنسی:** برای اندازه گیری اختلال درد جنسی از پرسشنامه ابزار زنانه چند وجهی اختلال دخول واژینال<sup>۱</sup> مولایی نژاد، یوسفی، صالحی، ، مرقاتی خوئی لطیف نژاد رودسری، صالحی، یوسفی (۴۴) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۷۲ آیتم و ۹ بعد افکار دهشتناک و انقباض<sup>۲</sup>، درماندگی<sup>۳</sup>، سازگاری زناشویی<sup>۴</sup>، اجتناب<sup>۵</sup>، انگیزه دخول<sup>۶</sup>، اطلاعات جنسی<sup>۷</sup>، گوش به زنگی<sup>۸</sup>، خوش بینی<sup>۹</sup> و ناسازگاری ژنیتال<sup>۱۰</sup> می باشد. اعتبار خرده مقیاس ها به روش بازآزمایی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ بدست آمد. مولایی نژاد، یوسفی، صالحی، ، مرقاتی خوئی لطیف نژاد رودسری، صالحی، یوسفی (۴۴) با هدف طراحی و روانسنجی ابزاری برای ارزیابی اختلال دخول واژینال با رویکرد کیفی کمی اکتشافی مطالعه ای انجام داد. در بخش نخست مطالعه مذکور داده ها از طریق مصاحبه فردی و زوجی با ۲۰ زوج مبتلا به اختلال ازدواج به وصال نرسیده که به صورت هدفمند از کلینیک روانی جنسی ناباوری اصفهان انتخاب شدند، به روش تاریخچه زندگی و داستان جنسی جمع آوری شده به روش تحلیل موضوعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش دوم مطالعه با استفاده از کدها، مفاهیم و تم های به دست آمده در مرحله کیفی، گویه های دو پرسشنامه زنانه و مردانه طراحی و پس از تعیین روایی صوری و محتوی به ترتیب با ۷۶ و ۴۵ گویه توسط ۲۱۴ زوج که از طریق فراخوان به سه کلینیک جنسی مراجعه کرده بودند و بر اساس معیارهای DSM-IV علت اختلال ازدواج به وصال نرسیده در آن ها وجود واژینیسموس تعیین شده بود، تکمیل شد. سپس با تحلیل اکتشافی و تأییدی اعتبار سازه های هر دو پرسشنامه بررسی شد. پایایی پرسشنامه نیز از طریق همسانی درونی ۰/۷۹ گزارش شد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد. سوال ۱، ۲ و ۴ به دلیل پایایی پایین حذف شدند.

در این پژوهش اطلاعات جمع آوری شده به کمک روش های آماری در دو بخش توصیفی- استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد و واریانس، جدول توزیع فراوانی و نمودار استفاده شد و در بخش استنباطی فرضیات پژوهش با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از نرم افزار Spss-۲۲ و با استفاده از نرم افزار AMOS-۲۴ استفاده شد.

#### یافته ها:

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش شامل طرحواره های ناسازگار اولیه (بریدگی/اطرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت مندی، گوش به زنگی و محدودیت های مختل)، طرحواره های جنسی (پرشور/عاشق پیشه،

1. Multidimensional Vaginal Penetration Disorder Questionnaire

2. Catastrophic Thoughts

3. Helplessness

4. Marital Adjustment

5. Avoidance

6. Motivation to Penetrate

7. Sexual Information

8. Hypervigilance

9. Optimism

10. Genital Incompatibility



صریح/راحت خجالتی/محافظه کار)، تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی تنظیم هیجانی) و اختلال مقاربت جنسی دردناک را نشان می دهد.

جدول ۱: یافته های توصیفی

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. طرحواره - بریدگی / طرد	-										
۲. طرحواره - خودگردانی و عملکرد مختل** ۰/۵۲	-										
۳. طرحواره - دیگرجهت مندی	۰/۶۱**	۰/۵۴**	-								
۴. طرحواره - گوش به زنگی	۰/۵۸**	۰/۴۹**	۰/۴۲**	-							
۵. طرحواره - محدودیت های مختل	۰/۴۶**	۰/۶۱**	۰/۵۶**	۰/۶۹**	-						
۶. طرحواره جنسی - پرشور/عاشق پیشه	-۰/۳۲**	-۰/۳۴**	-۰/۰۹	-۰/۲۷**	-۰/۱۷*	-					
۷. طرحواره جنسی - صریح/راحت	-۰/۱۴*	-۰/۱۸**	-۰/۰۲	-۰/۰۹	-۰/۰۱	۰/۵۳**	-				
۸. طرحواره جنسی - خجالتی/محافظه کار	۰/۵۱**	۰/۵۴**	۰/۴۶**	۰/۳۹**	۰/۳۴**	۰/۲۰**	-۰/۱۶*	-			
۹. راهبرد های مثبت تنظیم هیجانی	-۰/۱۷*	-۰/۲۳**	-۰/۱۲	-۰/۱۵*	-۰/۱۶*	۰/۳۱**	۰/۲۵**	-۰/۲۹**	-		
۱۰. راهبرد های منفی تنظیم هیجانی	۰/۵۶**	۰/۶۰**	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	-۰/۵۷**	-۰/۳۲**	۰/۶۲**	-۰/۱۶*	-	
۱۱. اختلال مقاربت جنسی دردناک	۰/۵۲**	۰/۴۸**	۰/۴۱**	۰/۵۱**	۰/۴۶**	-۰/۵۴**	-۰/۴۸**	۰/۵۰**	-۰/۲۶**	۰/۶۲**	-
میانگین	۷۳/۴۰	۵۶/۴۲	۳۴/۹۸	۳۵/۵۸	۳۵/۹۴	۳۱/۱۶	۳۰/۴۸	۱۵/۴۳	۶۳/۴۹	۵۰/۱۴	۴۹/۸۶
انحراف استاندارد	۱۸/۶۶	۱۵/۷۱	۸/۶۵	۹/۰۳	۸/۶۴	۷/۷۰	۶/۱۳	۳/۱۹	۱۲/۸۲	۱۰/۳۷	۸/۱۲

\*P &lt; ۰/۰۵ و \*\*P &lt; ۰/۰۱

جدول ۱ همبستگی های بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. همچنان که جدول فوق نشان می دهد همه مؤلفه های طرحواره ناسازگار اولیه به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با اختلال مقاربت جنسی دردناک همبسته اند. از بین طرحواره های جنسی، دو طرحواره پرشور/عاشق پیشه و صریح/راحت به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ و طرحواره خجالتی/محافظه کار به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با اختلال مقاربت جنسی دردناک همبسته بودند. راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان به صورت مثبت و راهبردهای مثبت آن به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ با اختلال مقاربت جنسی دردناک همبسته بودند.

در این پژوهش به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک تک متغیرها و به منظور بررسی مفروضه همخطی بودن مقادیر عامل تورم واریانس<sup>۱</sup> (VIF) و ضریب تحمل<sup>۲</sup> متغیرهای پیش بین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ قابل ملاحظه است.

جدول ۲: بررسی مفروضه های نرمال بودن و هم خطی بودن

متغیر	مفروضه نرمال بودن		مفروضه هم خطی بودن	
	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
طرحواره - بریدگی / طرد	۰/۳۴	-۰/۶۶	۰/۲۶	۳/۹۱
طرحواره - خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۲۳	-۰/۸۲	۰/۲۳	۴/۳۴
طرحواره - دیگرجهت مندی	۰/۴۱	-۰/۷۵	۰/۳۶	۲/۸۱
طرحواره - گوش به زنگی	-۰/۰۵	-۰/۶۲	۰/۵۲	۱/۹۲
طرحواره - محدودیت های مختل	-۰/۱۴	-۰/۷۸	۰/۴۴	۲/۲۸
طرحواره جنسی - پرشور/عاشق پیشه	-۰/۲۴	-۰/۸۰	۰/۵۱	۱/۹۶
طرحواره جنسی - صریح/راحت	۰/۳۹	-۰/۴۷	۰/۷۴	۱/۳۵
طرحواره جنسی - خجالتی/محافظه کار	۰/۰۹	-۰/۶۳	۰/۴۶	۲/۱۶
راهبرد های مثبت تنظیم هیجانی	-۰/۱۵	-۰/۵۶	۰/۸۴	۱/۱۹
راهبرد های منفی تنظیم هیجانی	-۰/۲۶	-۰/۲۰	۰/۴۶	۲/۱۶
اختلال مقاربت جنسی دردناک	-۰/۷۶	۰/۱۳	-	-

جدول ۲ نشان می دهد که ارزش های کشیدگی و چولگی همه متغیرها در محدوده  $\pm 2$  است. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده های مربوط به متغیرهای پژوهش نرمال است. جدول ۲ نشان می دهد که مفروضه هم خطی بودن در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم

1. Variance Inflation Factor

2. Tolerance

واریانس برای هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰ بود. منطبق بر دیدگاه میرز، گامست و گارین (۴۵) ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودن در بین داده های پژوهش است. در این پژوهش به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به فاصله مهلبوبایس<sup>۱</sup> استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلبوبایس به ترتیب برابر با ۰/۷۱ و ۰/۱۵ به دست آمد که بیانگر برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری بود. همچنین به منظور ارزیابی همگنی واریانس ها نمودار پراکندگی واریانس های استاندارد شده خطاها<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مفروضه همگنی واریانس در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است.

### تحلیل مدل

**الف) مدل اندازه گیری:** در پژوهش حاضر تنها طرحواره های ناسازگار اولیه متغیر مکنون بود و چنین فرض شده بود که به وسیله نشانگرهای بریدگی اطرده، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت مندی، گوش به زنگی و محدودیت های مختل سنجیده می شود. چگونگی برازش مدل اندازه گیری پژوهش به وسیله تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال (ML) مورد ارزیابی قرار گرفت. بررسی شاخص های برازندگی بدست آمده نشان داد که مدل اندازه گیری با داده ها برازش قابل قبولی دارد. جدول ۳ شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

جدول ۳: شاخص های برازش مدل اندازه گیری

شاخص های برازندگی	مدل اندازه گیری اولیه	مدل اصلاح شده	نقطه برش <sup>۳</sup>
مجذور کای <sup>۴</sup>	۳۴/۲۳	۷/۷۱	-
درجه آزادی مدل	۵	۴	-
$\chi^2/df$ <sup>۵</sup>	۶/۸۵	۱/۹۳	کمتر از ۳
GFI <sup>۶</sup>	۰/۹۴۰	۰/۹۸۶	۰/۹۰ >
AGFI <sup>۷</sup>	۰/۸۲۱	۰/۹۴۸	۰/۸۵۰ >
CFI <sup>۸</sup>	۰/۹۶۰	۰/۹۹۵	۰/۹۰ >
RMSEA <sup>۹</sup>	۰/۱۶۶	۰/۰۶۶	۰/۰۸ <

جدول ۴ نشان می دهد، که شاخص های  $\chi^2/df$ ، AGFI و RMSEA از برازش قابل قبول مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده حمایت نمی کنند ( $\chi^2/df=6/85$ ،  $CFI=0/960$ ،  $GFI=0/940$ ،  $AGFI=0/821$  و  $RMSEA=0/166$ ). به همین دلیل با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو نشانگر گوش به زنگی و محدودیت های مختل مدل اندازه گیری اصلاح و

<sup>۱</sup> . Mahalanobis Distance (D)

<sup>۲</sup> . Standardized residuals

<sup>۳</sup> - نقاط برش براساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)

<sup>۴</sup> . Chi-Square

<sup>۵</sup> . Normed Chi-square

<sup>۶</sup> . Goodness Fit Index

<sup>۷</sup> . Adjusted Goodness Fit Index

<sup>۸</sup> . Comparative Fit Index

<sup>۹</sup> . Root Mean Square Error of Approximation

شاخص های برازندگی قابل قبول حاصل شد ( $\chi^2/df=1/93$ ،  $CFI=0/995$ ،  $GFI=0/986$ ،  $AGFI=0/948$  و  $0/066$  RMSEA). در مدل اندازه گیری بالاترین بار عاملی متعلق به نشانگر بریدگی /طرز (  $\beta=0/904$ ) و پایین ترین بار عاملی متعلق به نشانگر محدودیت های مختل (  $\beta=0/682$ ) است. طبق دیدگاه تاباچینک و فیدل (۴۶) بارهای عاملی  $0/71$  و بالاتر از آن عالی، بارهای بین  $0/63$  تا  $0/70$  خیلی خوب، بارهای بین  $0/55$  تا  $0/62$  خوب، بارهای بین  $0/45$  تا  $0/55$  نسبتاً خوب<sup>۱</sup>، بارهای بین  $0/32$  تا  $0/44$  پایین<sup>۲</sup> و بارهای پایین تر از  $0/32$  ضعیف محسوب می شود. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از  $0/32$  بوده و بنابراین همه آنها از توان لازم برای اندازه گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

**ب) مدل ساختاری:** پس از اطمینان از برازش مطلوب مدل اندازه گیری، در مرحله بعد شاخص های برازندگی مدل ساختاری (شکل ۱) برآورد و مورد ارزیابی قرار گرفت. در مدل ساختاری این پژوهش چنین فرض شده بود که طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره جنسی هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان، اختلال مقاربت جنسی دردناک را پیش بینی می کند. چگونگی برازش مدل ساختاری با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. نتایج نشان داد مدل ساختاری با داده های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد ( $\chi^2/df=2/34$ ،  $CFI=0/972$ ،  $AGFI=0/885$  و  $RMSEA=0/080$ ). بدین ترتیب چنین نتیجه گیری شد که مدل ساختاری پژوهش با داده های گردآوری شده برازش دارد. جدول ۴ ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می دهد.

جدول ۴: ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل پژوهش

مسیرها	b	S. E	$\beta$	CR	p
طرحواره جنسی صریح/راحت ← راهبردهای منفی تنظیم هیجان	-0/095	0/085	-0/066	-1/12	0/238
طرحواره جنسی خجالتی/محافظه کار ← راهبردهای منفی تنظیم هیجان	0/636	0/165	0/292	3/85	0/001
طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه ← راهبردهای منفی تنظیم هیجان	-0/291	0/089	-0/237	-3/27	0/003
طرحواره های ناسازگار اولیه ← راهبردهای منفی تنظیم هیجان	0/134	0/038	0/278	3/53	0/001
طرحواره جنسی صریح/راحت ← راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	0/216	0/128	0/137	1/69	0/095
طرحواره جنسی خجالتی/محافظه کار ← راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	-0/491	0/248	-0/205	-1/98	0/049

<sup>1</sup> . Fair

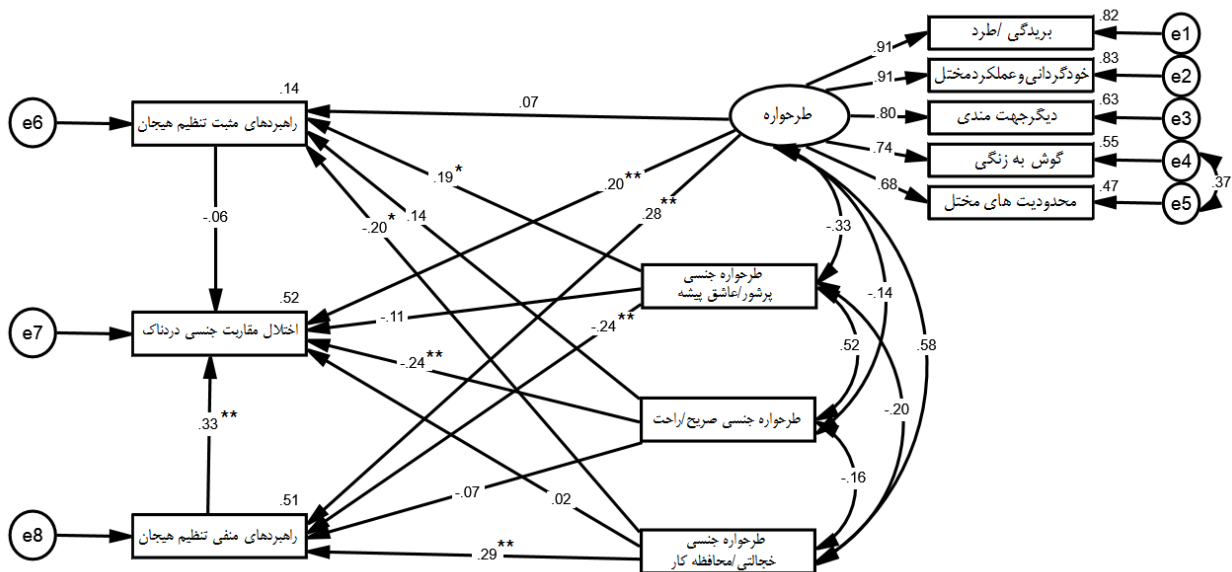
<sup>2</sup> . Low

۰/۰۴۲	۲/۰۷	۰/۱۸۷	۰/۱۲۲	۰/۲۵۲	طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه ← راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	
۰/۴۷۸	۰/۷۴	۰/۰۷۳	۰/۰۵۳	۰/۰۳۹	طرحواره های ناسازگار اولیه ← راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	
۰/۰۰۱	-۳/۸۸	-۰/۲۴۴	۰/۰۸۸	-۰/۳۴۱	طرحواره جنسی صریح/راحت ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۸۸۵	۰/۲۲	۰/۰۱۷	۰/۱۶۷	۰/۰۳۷	طرحواره جنسی خجالتی/محافظه کار ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۱۲۳	-۱/۵۱	-۰/۱۱۲	۰/۰۸۸	-۰/۱۳۳	طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۰۰۷	۲/۷۱	۰/۱۹۶	۰/۰۳۴	۰/۰۹۲	طرحواره های ناسازگار اولیه ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۰۰۱	۳/۷۳	۰/۳۳۱	۰/۰۸۶	۰/۳۲۱	راهبردهای منفی تنظیم هیجان ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۲۵۰	-۱/۱۳	-۰/۰۶۱	۰/۰۴۸	-۰/۰۵۴	راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۱۵۱	-۱/۲۷	-۰/۰۳۰	۰/۰۳۳	-۰/۰۴۲	طرحواره جنسی صریح/راحت ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	مسیر مستقیم
۰/۰۰۱	۳/۴۳	۰/۱۰۹	۰/۰۶۷	۰/۲۳۰	طرحواره جنسی خجالتی/محافظه کار ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۰۰۴	-۳/۲۴	-۰/۰۹۰	۰/۰۳۲	-۰/۱۰۷	طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۰۰۵	۳/۱۵	۰/۰۸۷	۰/۰۱۳	۰/۰۴۱	طرحواره های ناسازگار اولیه ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۰۰۱	-۳/۹۵	-۰/۲۷۴	۰/۰۹۷	-۰/۳۸۳	طرحواره جنسی صریح/راحت ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۱۲۸	۱/۶۵	۰/۱۲۶	۰/۱۶۲	۰/۲۶۷	طرحواره جنسی خجالتی/محافظه کار ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	مسیر کل
۰/۰۰۹	-۲/۷۸	-۰/۲۰۱	۰/۰۸۶	-۰/۲۳۹	طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	
۰/۰۰۱	۳/۶۹	۰/۲۸۳	۰/۰۳۶	۰/۱۳۳	طرحواره های ناسازگار اولیه ← اختلال مقاربت جنسی دردناک	

در ادامه فرضیه ها پژوهش براساس نتایج جدول فوق آزمون شده اند:

براساس نتایج جدول ۴ بر خلاف راهبردهای مثبت تنظیم شناختی، ضریب مسیر بین راهبردهای منفی آن و اختلال مقاربت جنسی دردناک مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $\beta=۰/۳۳۱, p<۰/۰۱$ ). ضریب مسیر کل بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال مقاربت جنسی دردناک مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $\beta=۰/۲۸۳, p<۰/۰۱$ ). همچنین ضریب مسیر کل بین طرحواره جنسی صریح/راحت ( $\beta=-۰/۲۷۴, p<۰/۰۱$ ) از یک سو و طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه ( $\beta=۰/۲۰۱, p<۰/۰۱$ ) از سوی دیگر با اختلال مقاربت جنسی دردناک منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

جدول ۴ نشان می دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال مقاربت جنسی دردناک مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $\beta=0/087, p<0/01$ ). بدین ترتیب چنین نتیجه گیری شد که راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال مقاربت جنسی دردناک را به صورت مثبت و معنادار میانجیگری می کند<sup>۱</sup>. لازم به ذکر است که چون ضریب مسیر بین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و اختلال مقاربت جنسی دردناک کوچک و غیر معنادار بود، بنابراین منطقی است که گفته شود میانجیگری رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال مقاربت جنسی دردناک از طریق راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان انجام شده است. جدول ۴ نشان می دهد که ضریب مسیر غیر مستقیم بین طرحواره جنسی خجالتی/محافظة کار با اختلال مقاربت جنسی دردناک مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $\beta=0/109, p<0/01$ ). از سوی دیگر ضریب مسیر بین و طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه با اختلال مقاربت جنسی دردناک منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $\beta=-0/090, p<0/01$ ). بدین ترتیب چنین نتیجه گیری شد که راهبردهای تنظیم شناختی رابطه بین طرحواره جنسی خجالتی/محافظة کار و اختلال مقاربت جنسی دردناک را به صورت مثبت و رابطه بین طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه و اختلال مقاربت جنسی دردناک را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می کند. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه، طرحواره های جنسی، تنظیم شناختی هیجان و اختلال مقاربت جنسی دردناک را می نشان می دهد.



شکل ۱: مدل ساختاری پژوهش

همچنان که شکل فوق نشان می دهد، مجموع مجذور همبستگی های چندگانه ( $R^2$ ) برای اختلال مقاربت جنسی دردناک برابر با ۰/۵۲ به دست آمده است. براین اساس می توان گفت طرحواره های ناسازگار اولیه، طرحواره های و تنظیم شناختی هیجان در مجموع ۵۲ درصد از واریانس اختلال مقاربت جنسی دردناک را تبیین می کند.

<sup>۱</sup> . برای محاسبه ضرایب مسیر غیر مستقیم در این پژوهش از روش برآورد بوت استرپ استفاده شد.



**بحث و نتیجه گیری :**

همان طور که بیان شد، این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجیگری تنظیم شناختی هیجان در ارتباط میان اختلال درد جنسی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره جنسی صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای مثبت و منفی) به صورت معنادار اختلال درد جنسی را پیش بینی می کند، در واقع راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان برخلاف راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، به صورت مثبت و معنادار اختلال درد جنسی را پیش بینی می کند. این یافته ها با نتایج مطالعات پیشین، (۲۱) و (۲۲) همسو می باشد. مطالعات گذشته به طور کلی نشان داده است افرادی که سطح تنظیم شناختی هیجانی بالاتری دارند بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی بیشتری نسبت به دیگران دارند و افرادی که از نظر توانایی تنظیم شناختی هیجان امتیاز بالاتری کسب کرده اند، استفاده بیشتر از راهبردهای مختلف تنظیم هیجان سازگار و استفاده کمتر از راهبردهای مقابله ای ناسازگار را گزارش کرده اند (۴۷). در مطالعه سهرابی و دانشمند (۴۸) نشان داده شد که تنظیم شناختی هیجان اثر مستقیمی بر رابطه جنسی و رضایت از رابطه جنسی داشت. دوب، کورسینی-مونت، مویس و روزن (۴۹) در مطالعه شان نشان دادند که زنانی که مبتلا به اختلال میل و برانگیختگی جنسی بودند نسبت به گروه کنترل مشکلات بیشتری در تنظیم هیجانی داشتند. همچنین یافته های مطالعه سرین، امسل، بینیک (۵۰) نشان داد که زنان مبتلا به اختلال میل و برانگیختگی جنسی مشکل بزرگی در تنظیم هیجان منفی شان نسبت به زنان سالم گروه کنترل داشتند. در واقع در تبیین این بخش می توان گفت زنان مبتلا به واژینیسموس به دلیل فعالیت های جنسی دردناک، هیجان منفی را تجربه می کنند و زنانی که، قادر به کنترل احساسات منفی خود هستند، بهتر می توانند با احساسات منفی مقابله کرده و نرخ تبادل عواطف منفی را کاهش دهند، بنابراین آنها سطح بالاتری از رضایت زناشویی را تجربه می کنند در صورتیکه زنانی که قادر به کنترل احساسات منفی خود نیستند، نمی توانند با این احساسات مقابله کرده در نتیجه دچار تعارضات زناشویی می گردند و این مسئله موجب کاهش سطح رضایت زناشویی و کیفیت رابطه جنسی می شود.

افراد دارای اختلالات جنسی اغلب راجب به مسائل جنسی باورها و عقاید غیر واقع بینانه ای دارند که از جمله می توان به طرحواره های ناسازگار اولیه اشاره کرد نتایج حاصل از این پژوهش نیز نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه به صورت مثبت و معنادار اختلال مقاربت جنسی دردناک را پیش بینی میکند. بیشترین ارتباط بین عامل طرحواره بریدگی-طرد است که با یافته های ابوالقاسمی و کیامرثیا (۵۱) مبنی بر اینکه زنان دچار کژکاری جنسی طرحواره های ناسازگار اولیه پر رنگ تری نسبت به زنان سالم دارند همسو است و طرحواره- محدودیت مختل کمترین میزان همبستگی را داراست. یافته های مطالعه ریزینگ، بینیک، خلیفه، کوهن (۵۲) نشان داد که اکثریت زنان مبتلا به واژینیسموس تعارضات جنسی را در دوران کودکی گزارش کردند و عملکرد جنسی و طرحواره خود جنسی مثبت شان پایین تر از زنان سالم بود. همچنین در مطالعه نجمن، دون، پردی، بویل و کوکستر (۵۳) یافته ها نشان داد در هر دو جنس بین کژکاری جنسی و سوء استفاده جنسی در دوران کودکی همبستگی مثبتی وجود دارد و بویژه برای زنان نمرات بالاتری به دست آمد. ازن، اژدمیر، بستپ (۵۴) در مطالعات شان نشان دادند که واژینیسموس را نمی توان تنها با مسائل پزشکی مرتبط دانست و علل روانشناختی و آسیب های دوران کودکی در آن دخیل است. با توجه به اینکه ترومای دوران کودکی یکی از علل عمده واژینیسموس است (۵۵) نتایج مطالعات حاضر یافته های پژوهشگران را تأیید می کند. همچنین نتایج مطالعه الم کویت، سی شری،

اندرسون و ال استوات (۵۶) نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه همبستگی مثبتی با رفتارهای تکانشی جنسی دارند. که نشان دهنده نقش بسیار مهم طرحواره ها در مسائل جنسی است.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان به صورت معنادار رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال مقاربت جنسی دردناک را میانجیگری می کند. هر چند پژوهشی که به بررسی نقش واسطه ای تنظیم شناختی هیجان در ارتباط میان اختلال درد جنسی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره جنسی پرداخته باشد یافت نشده است شاید بتوان بر پژوهش بشارت، خلیلی خضر آبادی، رضا زاده (۵۷) که به نقش واسطه ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و مشکلات زناشویی پرداخته است مصدافی بر تأیید یافته های پژوهش حاضر قلمداد نمود. لازم به ذکر است که چون ضریب مسیر بین راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و اختلال مقاربت جنسی دردناک کوچک و غیر معنادار بود، بنابراین منطقی است که گفته شود میانجیگری رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال مقاربت جنسی دردناک از طریق راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان انجام می شود. که میتوان از یک سو با یافته های ساداتی کیا دهی، پذیرا، سلیمی، علاویژه (۱۷) مبنی بر اینکه زنان مبتلا به اختلال مقاربت جنسی دردناک بیشتر هیجانهای منفی را تجربه می کنند همسو دانست. و از طرف دیگر با یافته های ساداتی کیا دهی و همکاران (۱۷) مبنی بر اینکه بین زنان مبتلا به واژینیسموس و غیر مبتلا از لحاظ تجربه هیجان مثبت تفاوت چشمگیری دیده نشده است همسو دانست. زنان مبتلا به واژینیسموس هیجانهای منفی بیشتری را تجربه می کنند که منجر به دخول جنسی دردناک می شود. رابطه جنسی آنها توأم با عقاید غلط و هیجانهای منفی است که باعث پایین آمدن سطح رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی می شود و همچنین باعث مشکلات عدیده روان شناختی و بیماری های ذهنی به ویژه افسردگی و مشکلات بهداشت روان می شود (۵۸). از لحاظ روان شناختی تجربه هیجانهای مثبت منجر به احساس رضایت، خوشحالی، صمیمیت و همدلی با دیگران می شود. افرادی که هیجانهای مثبت بیشتری را تجربه میکنند کمتر از کسانی که هیجانهای منفی تجربه میکنند آسیب پذیر هستند. به طور کلی افرادی که هیجانهای مثبت شان را بیان میکنند از زندگی زناشویی و رابطه جنسی رضایت بیشتری دارند و تنش کمتری را تجربه میکنند و طلاق بین این دسته از افراد کمتر اتفاق می افتد زیرا می توانند مسائل زناشویی خود را به شیوه مؤثر حل کنند (۵۹). طرحواره های ناسازگار اولیه سبب تعمیم های افراطی و اسنادهای غیر منطقی می شود و موجب می شود که فرد در موقعیت های هیجانی نتواند با هیجانهای خود به صورت کارآمد مواجه شود و بد عملکردی تنظیم هیجانی را موجب می شود. این نقص در تنظیم هیجان که ریشه در طرحواره های ناسازگار اولیه دارد باعث اضطراب در فرد می شود (۶۰) و اضطراب در حین رابطه جنسی، مؤلفه مهمی در پیش بینی اختلال مقاربت جنسی دردناک است (۳۶). طرحواره های ناسازگار اولیه فرایند مهار و مدیریت هیجان ها را با مشکل مواجه می سازد.

طرحواره های جنسی به صورت معنادار اختلال مقاربت جنسی دردناک را پیش بینی می کند. از دیگر طرحواره های دخیل در اختلال درد جنسی می توان به طرحواره های جنسی اشاره کرد که همسو با نتایج مطالعات پیشین، (۱۴)، (۳۷) و (۳۸) است. در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد که طرحواره های جنسی به صورت معنادار اختلال درد جنسی را پیش بینی می کند و از بین طرحواره های جنسی دو طرحواره صریح/راحت و پرشور/عاشق پیشه به صورت منفی و معنادار اختلال مقاربت جنسی دردناک را پیش بینی می کند. نتایج این بخش از پژوهش را چنین میتوان تبیین کرد که هرچه طرحواره های جنسی صریح/راحت و پرشور/عاشق پیشه در فرد کمتر باشد اختلال درد جنسی در فرد بیشتر می باشد. در پژوهش مجتبابی، صابری و علیزاده (۲۳) نشان داده شد که بین طرحواره جنسی، خرده مقیاس پرشور/عاشقانه و خرده مقیاس محتاط/خجالتی با کارکرد جنسی رابطه معنی داری وجود دارد اما خرده مقیاس

صریح/راحت با کارکرد جنسی رابطه معناداری ندارد. همچنین آندرسون و سیرنوسکی (۴۰)، رابطه بین تجارب جنسی و عاشقانه را بررسی کردند تا تعیین کنند که چگونه طرحواره های جنسی از تجربیات گذشته توسعه می یابد، نتایج نشان داد که طرحواره های جنسی مثبت به طور معناداری با داشتن تجارب جنسی بیشتر در مقایسه با شرکت کنندگان با طرحواره های جنسی منفی ارتباط دارد افرادی که دارای طرحواره های مثبت جنسی هستند میزان تحریک پذیری زیادی را گزارش می کنند. طرحواره های جنسی از دو دسته مثبت (پرشور/عاشق پیشه، صریح/راحت) و منفی(خجالتی/محافظه کار) تشکیل شده است، طرحواره جنسی مثبت می تواند افراد را به تجربه احساسات و رفتارهای مثبت در روابط صمیمی سوق دهد. نمونه هایی از طرحواره های جنسی مثبت، مهربان، عاشق پیشه، خوش برخورد و دلسوز است به عنوان مثال طرحواره های جنسی مثبت ممکن است منجر به افزایش احساسات پرشور/عاشقانه و گشودگی رفتاری نسبت به تجارب جنسی می شود. در مقابل طرحواره های جنسی منفی می تواند افراد را به تجربه احساسات و رفتارهای منفی در روابط صمیمی سوق دهد. افراد با طرحواره های منفی میزان شرمندگی یا محافظه کاری بیشتری را در مورد تجارب جنسی گزارش کرده اند، علاوه بر این طرحواره های منفی ممکن است افراد را وادار کنند تا خود را غیر رمانتیک، خودآگاه و در زمینه جنسی نامطمئن جلوه دهند (۴۰).

در نهایت نتایج مطالعه حاضر نشان داد که راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان به صورت معنادار رابطه بین طرحواره های جنسی و اختلال مقاربت جنسی دردناک را میانجیگری میکند در واقع راهبردهای تنظیم شناختی رابطه بین طرحواره جنسی خجالتی/محافظه کار و اختلال مقاربت جنسی دردناک را به صورت مثبت و رابطه بین طرحواره جنسی پرشور/عاشق پیشه و اختلال مقاربت جنسی دردناک را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می کند. با توجه به اینکه مطالعه ای را که این سه مولفه را بررسی کرده باشد یافت نشد ولی میتوان نتایج این بخش از پژوهش را با مطالعه (۴۲، ۶۱-۶۴)، همسو دانست. نتایج معادلات ساختاری شریفیان، صفاری نیا و علیزاده فرد (۳۶)، نشان داد که طرحواره جنسی پرشور/رمانتیک و طرحواره جنسی خجالتی/ محتاط با میانجیگری سبک انصاف اثر غیر مستقیم بر اختلال درد جنسی دارد. یافته های پژوهش منصوری، صفاریان، منصوری (۶۵)، نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی نقش واسطه ای در اختلال جنسی زنان داشتند. به طور کلی نتایج این پژوهش و مطالعات پیشین نشان دادند که تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای مثبت و منفی) اختلال درد جنسی را بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره های جنسی (مثبت و منفی) پیش بینی می کند. و افراد دارای اختلال درد جنسی از راهبردهای منفی هیجان برای تنظیم و کنترل هیجانان و احساسات خود، طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره های جنسی منفی استفاده می کنند داشتن طرحواره های جنسی منفی و طرحواره های ناسازگار اولیه و همچنین راهبردهای منفی تنظیم شناختی، شناخت ها و باورها، هیجانان، احساسات، رفتارها و نگرش های جنسی زنان را تحت تاثیر قرار می دهد و منجر به رفتارهای غیرانطباقی در افراد مبتلا به و اختلال درد جنسی می شود در نتیجه موجب تعارضات زناشویی و کاهش سطح رضایت زناشویی می گردد. تبیین مطالب حاضر را می توان این گونه بیان کرد که در یک ازدواج سالم داشتن روابط جنسی سالم نقش مهمی در کاهش تعارضات و افزایش سطح رضایت زناشویی دارد ولی متأسفانه اختلال درد جنسی موجب تعارضات زناشویی، افسردگی، پرخاشگری، احساس شرم، بی کفایتی و... میشود پس در این صورت آنچه که زوجین باید به آن توجه کنند کنترل و حل این مسائل است اینجاست که ضرورت تنظیم شناختی هیجان نمود پیدا می کند در واقع تنظیم شناختی هیجان نقش مهمی در ارزیابی و سازمان دهی رفتارهای سازگاران و جلوگیری از هیجانان منفی دارد و افرادی

که از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در مواجهه با مسائل مختلف زندگی استفاده می کنند قادر به کنترل رفتار و هیجانات خود و در نتیجه جلوگیری از تعارضات، اختلالات زناشویی و اختلالات جنسی هستند.

### ملاحظات اخلاقی

تمام شرکت کنندگان در این مطالعه فرم رضایت شرکت در مطالعه را امضاء کردند. پرسشنامه ها بدون نام بود و هویت اطلاعات بیمار محرمانه باقی ماند.

### محدودیت های پژوهش

از محدودیت های پژوهش می توان به عدم همکاری از سوی بیماران و همچنین کمبود پژوهش های مشابه در زمینه بررسی ارتباط بین مولفه ها اشاره کرد.

### نتایج کاربردی پژوهش

با توجه به ارتباط بین تنظیم شناختی هیجان، طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره های جنسی در اختلال درد جنسی و همچنین با توجه به اهمیت عملکرد جنسی در حوزه های مختلف زندگی و نقش کلیدی آن در رضایت زناشویی پیشنهاد می شود که در کلینیک ها و مراکز درمانی اختلالات جنسی به منظور کاهش و درمان اختلال درد جنسی به این مولفه ها در افراد توجه شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه های با تعداد بیشتر و دیگر مولفه های روانشناختی مورد بررسی قرار گیرد.

### سپاسگذاری

در پایان از تمامی بیمارانی که در انجام این پژوهش همکاری کردند و همچنین مسئولان کلینیک های اختلال جنسی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### منابع:

1. Tahmasebi S, Moghadasi J, Alavi A, Moradi MT. Comparative investigation of marital satisfaction in house wives and employed woman in Shaharekord. *Sci J Hamdan Uni V Med Sci*, 2005;14(2):20-30. (In Persian)
2. Fathi E, Esmaeily M, Farahbakhsh K, Daneshpour M. Iranian satisfied marriage model: A qualitative grounded theory study. *Research in Psychological Health*. 2016; 10(2):10-26. (In Persian)
3. Sadock BJ, Sadock, VA, Ruiz P. Summary of Kaplan and Sadok Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Tehran: Savalan; 2015.
4. Zgueb, Y., Ouali, u., Nacef, F. Cultural aspects of vaginismus therapy: A case of Arab-Muslim patients. *The Cognitive Behavior Therapist*, 2019; 12(3):1-10.
5. Lauman EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*. 1999; 281:44-537.

6. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in lower Egypt. BJOG. 2007; 114:6-201.
7. Sayin, U. New trends in sex therapy: Pleasure and orgasm-oriented treatment of vaginismus. Conference: International Anatolian Twin Congress on Neuro science and Sexual Health, 1-3. Affiliation: Istanbul University. 2015.
8. Omani-Samani, R.M.D., Amini, P., Navid, B., Sepidarkish, M., Maroufizadeh, S., Almasi-Hashiani, A. Prevalence of sexual dysfunction among infertile women in Iran: A systematic Review and Meta-analysis. International J Fertility and sterility, 2019; 12(4): 278-283, (In Persian)
9. Nobre, P, J Pinto-Gouveia, J. Cognitive schemas associated with negative sexual event: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. Archives of Sexual Behavior, 2009; 38(5):842-851.
10. Foroutan S K, Jadid Milani M. Ghavam M. The prevalence of sexual dysfunction divorce requested. Journal of Daneshvar Medicine. 2009; 16(78): 37-42.
11. Borg C, et al. Vaginismus: Heightened harm avoidance and pain catastrophizing cognitions. The Journal of Sexual Medicine. 2012;9(2): 558-567.
12. Friedman L. A study of unconsummated marriages. Journal of virgin wives, London: Tavistock Publications. 1962.
13. Meana M, Fertel E, Maykut C. Treating genital pain associated with sexual intercourse. In: Peterson ZD, ed. The Wiley Handbook of Sex Therapy. Chichester: Wiley Blackwell. 2020; 98-114.
14. Mueller k. Sexual Self-Schemas and Sexual Satisfaction in Romantic Relationships (MA. Thesis). Waterloo, Ontario: University of Waterloo; 2013
15. Shokrollahi P., Mirmohamadi M., Mehrabi F., Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. J of Sex Martial Therapy, 1999; 25- 211. (In Persian)
16. Trudel, G. Sexuality and marital life: Results of a survey. Journal of Sex and Marital Ther, 2002;28: 49-229.
17. SadatiKiadehi, S.M., Pazira, R., Salimi Alavijeh, F. Comparing Positive and Negative Emotional Experiences between Women with and without Vaginismus. Archives of Pharmacy Practice, 2020; 11(S1): 139-1138.
18. Sobhani R, Zebardast A, Rezaei S. Emotional cognitive regulation strategies of body image and sexual satisfaction in women with and without a history of hysterectomy and mastectomy. Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Sciences. 2020;6(1): 73-87. (In Persian)
19. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. The American Journal of Psychiatry. 2008; 165:169-977.
20. Jermann F, Van-Der-Linden MD, Acremont M, Zermatten A. Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. J Consulting and clinical. 2006; 22(2):121-131.

21. Okomo U., Ogugbue M., Inyang E., Meremikwu M. Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review. *Journal of family therapy*, 2017; 136(1): 38-42.
22. Ter Kuile M.M., Weijnenborg P.T.M. A Woman Who Never Could Have Coitus: Treatment of Lifelong Vaginismus. In: Paarlberg K., van de Wiel H. (eds). *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*. Springer, Cham. 2017.
23. Mojtabaei M, Sabery H, Alizadeh A. The Role of Sexual- self schema and body image on women sexual function. *Journal of Health Psychology*. 2015; 4(13):19-38.
24. P.J.O.C.A.N. Cognitive structures in women with sexual dysfunction: The role of early maladaptive schemas. *J Sex Med*, 2013;10:1755-1763.
25. Nobre P, J Pinto-Gouveia, J. Cognitive and emotional Predictors and female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *J Sex Martial Ther*, 2008;34(04):325-342. <https://doi.10.1080/00926230802096358>
26. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner`s guide*. New York: Guilford Press; 2003.
27. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. *Schema therapy: Distinctive features*: New York: Routledge; 2011.
28. Schemidt N.B.. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schema. *Cognitive Therapy and Research*, 1995; 19(3): 295-321.
29. Beck AT, Alford B.A. *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press. 2009.
30. Oliveria C, Nobre P. Cognitive structures in women with sexual dysfunction: The role of early maladaptive schema. *J Sexual Medicine*, 2012;10(7):1755-1.
31. Sadeghi Bidmeshki F, Mirhashemi M. Relationship between attachment styles and early maladaptive schemas with sexual dysfunction. *J family research*. 2016; 12(45):155-169. (In Persian)
32. Dikmen SNT, Safak Y. Effect of early maladaptive schemas and sexual self-schemas in vaginismus. *International J Medical Reviews and Case Reports*. 2020;4(11):15-21.
33. Epstein N., Baucom DH. Cognitive factors in marital disturbance. *J Psychosom Res*. 1993; 12:5-61.
34. Karimnejad Niaregh S, Borjeli A, Alavian F, Azartah Shandi F. The relationship between sexual satisfaction, and sexual schemas with marital satisfaction of female. students. *Aflak J*. 2014; 6(20):35-41. (In Persian)
35. Andersen BL, Cyranowski J M, Schemas, sexuality, and romantic attachment. *J Personality and Social Psychology*. 1998;74(5):79-1364.
36. Sharifian M, Saffarinia M, Alizadeh Fard S. The role of sexual schemas mediated by fairness style in predicting sexual pain disorder. *Journal of Health Psychology*. 2018;7(3): 190-169.
37. Radlove S. Sexual response and gender roles. In ER. Allgeier & McCormick (Eds). *Changing boundaries, Gender roles & sexual behavior*; 2009: 292.



38. Zargarinejad F, Ahmadi M. The mediating role of self-sexual schema in the relationship between sexual desire and sexual satisfaction in married female students. *Iranian J Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020; 25(4): 412-426.
39. Jebraillah H, Hasani J, Habibi Asgarabad M. Investigation the moderator role of consciousness in related of effect of socioeconomic status, neuroticism, extraversion, openness to experience, and agreeableness on substance, alcohol, and tobacco use. *Community Health*. 2017; 4(2): 99-109.
40. Anderson B, Cyranowski JM. Women's sexual self-schema. *J personality and social psychology*. 1994;67(6):1079-1100.
41. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Individ Differ*, 2001;30:1311-1327.
42. Etemadi S, Poursharifi H, Tajeri B, Kalantari M, Hawasi Somar N. The moderating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between the severity of sexual harm experience and sexual symptoms. *Journal of Behavioral Science Research* .2020;18(1): 112-121.  
(In Persian)
43. Sadooghi Z., Aguilar-Vafaie, ME., Rasoulzadeh Tabatabaie, SK., Esfahanian, N. Factor analysis of the Young Schema Questionnaire- Short Form in a nonclinical Iranian sample. *Iran J Psychiat & Clin Psychol*, 2008; 14(2):0-214.
44. Molaiezhad M, Merghati Khoei E, Latifenejad Roudsari R, Salehi M, Yousefy A. A Sexual scripts theory and the constructs of unconsummated marriage. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2013;11(4):289-305.
45. Meyers LS, Gamest G, Goarin AJ. *Applied multivariate research, design and interpretation*, Thousand oaks. London. New Deihi, Sage publication. 2006.
46. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics (5 th ed.)*. Boston: Allyn and Bacon. 2007.
47. Extremera N, Sánchez-Álvarez N, Rey L . Pathways between Ability Emotional Intelligence and Subjective Well-Being: Bridging Links through Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Sustainability*, 2020;12: 2111.
48. Sohrabi N, Daneshmand S. The mediating role of marital conflicts in the relationship between cognitive regulation of emotion and quality of sexual relations in couples in Shiraz [dissertation]. Marvdasht: Marvdasht Islamic Azad Uni; 2016.
49. Dube J P, Corsini-Munt S, Muise A, Rosen NO. *Arch Sex Behav*. 2019; 48(8): 2491-2506 doi:10.1007/s10508-019-01465-4
50. Sarin S, Asmel R, Binik, Y.M. A streetcar named "Derousal"? A psychophysiological examination of the desire-arousal distinction in sexually function and dysfunction women. *The Journal of Sex Research*. 2016; 53:711-729. Doi:10.1080/00224499.2015.1052360.

51. Abolghasemi A, Kiamarsia A. Early Maladaptive schemas in women with sexual dysfunctions and normal women. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2012;12(19):1245-1249.
52. Reissing ED, Binik Y.B, Khalife S, Cohen D. Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema and relationship adjustment. *Journal Sex Marital Ther*. 2003;29(1):47-59. [Doi:10.1080/713847095](https://doi.org/10.1080/713847095)
53. Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, Boyle FM, Coxeter PD. *Arch Sex Behav*. 2005; 34(5): 517-526.
54. Ozen B, Ozdemir YO, Bestep EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018; 14: 641-646.
55. Melleon J. Vaginismus: its management and psychogenesis. *Journal Br Med*. 1942; 213-216.
56. Elmquist JC, Shorey R, Anderson SL, Stuart GA. Preliminary investigation of the relationship between early maladaptive schemas and compulsive sexual behaviors in a substance-dependent population. *Journal Subst Use*. 2016; 21(4):349-354.
57. Besharat MA, Khalili khezrabadi M, Rezazadeh S. MR. The mediating role of difficulty of emotion regulation in the relationship between early maladaptive schemas and marital problems. *Journal of Family Psychology*. 2017;13(2):27-44.
58. Lisbeth I, Sioban D, Barbara, R. Depression and well-being among women with vaginismus: Evidence from the population-based woman to woman health. *Journal of Women's Health*. 2015;24(7):557-562.
59. Barclay LJ, Kiefer T. Approach or avoid? Exploring overall justice and the differential effects of positive and negative emotions. *Journal of Management*. 2015;40(7):1857-1898.
60. Imani S, Alkhaleel Y, Shokri O. The relationship between dysfunctional attitudes and social anxiety disorder in adolescences (students): the mediating role of emotion regulation. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2019;16(23) :1-28.
61. Sánchez-Fuentes M, Santos-Iglesias P. Sexual Satisfaction in Spanish Heterosexual Couples: Testing the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2016; 42(3): 223-242.
62. Middleton LS, Kuffel SW, Heiman JR. Effects of experimentally adopted sexual schemas on Vaginal response and subjective sexual arousal. A comparison between women with sexual arousal disorder and sexually healthy women. *Archives of sexual Behavior*. 2008; 37(6):950-961.
63. Yeganeh T, Farahani M N, Farzad V, Moghadasin M. Identifying psychological factors associated with vaginismus in married women in 2018: A Qualitative study. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2020; 18(10):997-1016.
64. Dorali R, Sohrabi N. The mediating role of marital conflicts in the relationship between cognitive emotion regulation styles and the quality of sexual relations in couples [dissertation]. Marvdasht: Marvdasht Islamic Azad Uni; 2014.

65. Mansouri N, Saffarian Tosi M R, Mansouri A. The mediating role of cognitive emotion regulation in relationship between child maltreatment and female sexual dysfunction. Journal of Research in Behavioral Sciences, 2020;18(2):202-212.