





Research Article

Couple-based Cognitive Behavioral Therapy Program for Vaginismus: Introduction and the Feasibility from the perspectives of the Experts, the Therapists, and the Patients

Authors

Mohammad Hossein Akhavan Taghavi¹, Rasoul Roshan Chesli²,
Mohammad Reza Shaciri^{3*}, Fatemeh Akhavan-Abiri⁴

-  1. Ph.D. Graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavanh34@gmail.com
-  2. Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. rasolroshan@yahoo.com
-  3. Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
-  4. Ph.D. Graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavan885@gmail.com

Abstract

Receive Date:
21/09/2025

Accept Date:
31/01/2026



Introduction: Genito-pelvic pain disorder is one of the sexual dysfunctions associated with penetration that reduces the couple's sexual performance and satisfaction, required to psychological interventions and therapeutic programs have been designed to recover it. The present study aimed to determine the feasibility of a developed couple-based cognitive behavioral therapy program in reducing pain and fear, increasing sexual performance and satisfaction in women with vaginismus and their partners.

Method: The present study was conducted in the first stage following a Delphi design and the second stage in a single-case design. Thus, 7 experts completed a feasibility questionnaire by reading the detailed protocol summary before starting the therapy sessions. In addition, the protocol therapist evaluated the protocol in terms of feasibility criteria at the end of each session, and each of the 6 people (3 couples) under treatment also presented their views on the feasibility criteria of this protocol at the end of the treatment.

Results: The experts evaluated the feasibility of the program from the dimensions of the appropriate situation and necessity. Experts considered the feasibility of the program “much” in the areas of acceptability, practicality, adaptation, and expansion, and “moderate” feasible in the areas of demand, implementation, and integration, which means it required a more detailed evaluation. In the second stage performed during the course of developed couple-based cognitive behavioral therapy program, the therapist evaluated the feasibility of the program “much” in the areas of acceptability, demand, practicality, and adaptation, and “moderate” in the implementation. Patients described the feasibility of the program as “much” in the components implementation, and practicality, and “moderate” in the acceptability.

Discussion and conclusion: The developed cognitive-behavioral therapy program based on couple participation has indicated relatively appropriate feasibility according to the opinions of experts, patients, and therapist.

Keywords

Vaginismus, Feasibility, Cognitive Behavioral Couple Therapy.

Corresponding Author's E-mail

shairigm@gmail.com

This article was extracted from the first author's Ph.D. thesis in Clinical Psychology.

Extended Abstract

Introduction

Vaginismus is defined as a genital-pelvic pain disorder related to penetration and is characterized by the following criteria: inability to achieve vaginal penetration, perceived pain in the vagina or pelvis during or attempting vaginal penetration, perceived fear or anxiety about pain before, during, or after vaginal penetration, and pelvic floor muscle contractions during vaginal penetration [1]. Recent findings suggest that women with vaginismus experience greater sexual satisfaction when they experience intimacy and support from their partners [9]. Various methods have been used to treat vaginismus, including cognitive behavioral therapy (CBT), vaginal dilators, eye movement desensitization and reprocessing, hypnotherapy, and pharmacotherapy [10]. In the meantime, cognitive behavioral therapies have been used to reduce pain and improve sexual well-being with successful evidence-based outcomes [12, 11]. The lack of a program with a couple-based approach to the treatment of vaginismus in Iran led the present researchers to design and develop a comprehensive treatment program based on Corsini's couple cognitive behavioral program [15] to reduce pain in women with pain caused by vaginal vestibular stimulation, the Ter Kuile's therapist-assisted exposure therapy program [16] in the treatment of vaginismus, and other sources. This program was designed and developed in the form of a 7-session treatment program that is currently being published. The goal of the aforementioned treatment program is to reduce the symptoms of patients with vaginismus and improve the sexual function and satisfaction of couples based on the active participation of the partner.

Method

In the first step, the current study was conducted following the Delphi design, and in the second step, through a single-case design. In addition to the experts in the first step, the therapist completed the feasibility criteria in each session, and the patients also presented their perspectives on the feasibility criteria of this protocol at the end of the treatment.

The statistical population in the first step included psychology experts with PhD degrees, and in the second study, in addition to the therapist implementing the protocol. In addition to the therapist implementing the

protocol, the sample of experts in this study was 7 people, and the sample of patients was 6 people (3 couples), which was obtained based on the purposive sampling method.

In addition to the developed cognitive-behavioural couple therapy, the instruments included the overall protocol feasibility questionnaire for experts, the session-by-session protocol feasibility questionnaire for therapist, and the overall protocol feasibility questionnaire for patients [21]. To quantitatively assess the protocol feasibility, the calculation of the total scores and the average of each component was used. CVR and CVI were also calculated as an index of content validity evaluation for the feasibility questionnaire for experts, therapist, and the feasibility questionnaire for patients (since they are completed by more than one person and in the case of therapist, more than one session)

Results

In the review of all feasibility components from the perspective of experts and patients participating in the treatment process, the feasibility of the protocol was reported as "moderate", while the therapist reported it as "much". When examining the results of the components separately, different findings were obtained. The level of acceptability was described as much from the perspective of experts and the therapist, and much from the perspective of patients. The level of demand was moderate from the perspective of experts and high from the perspective of the therapists. Experts and therapists described the level of implementation as moderate, and patients described it as much. Practicality was described as much by all three audiences of experts, therapists, and patients. Adaptation was assessed as much by both experts and the therapist. Finally, after the two categories of integration and expansion, which were reported as moderate and much, respectively only from the perspective of the expert group, the overall level of feasibility was assessed as moderate from the perspectives of experts and patients, and much from the perspective of the therapist. (See table 1). The CVR was confirmed the necessity of the developed protocol by experts for all factors based on Wilson's criteria. The CVI calculation indicates that in the experts' version, the goal of just content related to one item (item 12: the adequacy of 7 sessions to implement the objectives) seems "irrelevant". In the therapist and patient versions, all items were found to be "relevant" (see Table 2).

Table 1. Mean Scores of each Component and the Questionnaire Totally from the Viewpoint of Experts, Therapist, and the Patients

| component | Experts | | Therapist | | Patients | |
|-------------------|---------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|
| | mean | description | mean | description | mean | description |
| Acceptability | 5.57 | high | 5.26 | high | 4.67 | moderate |
| Demand | 4.68 | moderate | 5.78 | high | | |
| Implementation | 4.54 | moderate | 4.89 | moderate | 5.11 | high |
| Practicality | 4.89 | moderate | 5.23 | high | 5.04 | high |
| Adaptation | 5.07 | high | 5 | high | | |
| Integration | 4.86 | moderate | | | | |
| Expansion | 5.13 | high | | | | |
| Total Feasibility | 4.92 | moderate | 5.15 | high | 4.90 | moderate |

Table 2. Items' CVI for each Component Item in the Experts, Therapist, and the Patients' Versions of the Questionnaire

| Component | Experts | | Therapist | | Patients | |
|----------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Average Score | Description | Average Score | Description | Average Score | Description |
| Acceptability | 1 | relevant | 1 | relevant | 1 | relevant |
| Demand | 0.97 | relevant | 1 | relevant | — | — |
| Implementation | 0.90 | relevant | 1 | relevant | 1 | relevant |
| Practicality | 0.97 | relevant | 0.99 | relevant | 1 | relevant |
| Adaptation | 1 | relevant | 1 | relevant | — | — |
| Integration | 0.93 | relevant | — | — | | |
| Expansion | 0.91 | relevant | — | — | | |

Conclusion

The present study was conducted to introduce and assess the feasibility of a Couple-based cognitive behavioural therapy program for vaginismus. In the literature review, no study was found that specifically assessed the feasibility of current cognitive-behavioural couple therapy, but Corsini et al. [27] assessed the feasibility of a cognitive-behavioural couple program in the treatment of stimulated vestibular dystonia, which was found to be feasible in line with the present study. This alignment shows that the feasibility of cognitive-behavioural couple therapy based on the Corsini protocol in Iranian samples and the Iranian cultural context is approved by experts, therapists, and patients who all come from the same background. In addition, the quality of the treatment protocol provision, appropriate to the common cultural backgrounds that exist between the therapist and patients, is also influential in achieving such findings.

To assess the feasibility of the protocol on a limited scale, the present study attempted to determine the

empirical needs that may require unique considerations [27] in transferring the protocol to Iranian cultural samples, beyond the consequences and before, while examining the processes and possible mechanisms of the effect of this program. Therefore, although all three groups of experts, the therapist who applied the treatment, and the patients who received the treatment, may have been affected by biases that overshadowed the results of the feasibility study, as a limited finding, it reveals some dimensions before implementation and some dimensions related to the implementation process.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: The endorsement of the Research Ethics Committee of Shahed University (Tehran - Iran) has been obtained, bearing the identifier "IR.SHAHED.REC.1401.034".

Funding: This study was self-funded.

Conflict of Interest: The authors declare no competing interests.

برنامه درمان شناختی رفتاری واژینیسموس مبتنی بر زوجین: معرفی و امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

نویسندگان

محمدحسین اخوان تقوی^۱، رسول روشن چلسی^۲، محمدرضا شعیری^{۳*}، فاطمه اخوان عبیری^۴

۱. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. akhavanh34@gmail.com

۲. استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. rasolroshan@yahoo.com

۳. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۴. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. akhavan885@gmail.com

چکیده

مقدمه: اختلال درد تناسلی - لگنی مرتبط با دخول، از جمله کژکاری‌های جنسی است که موجب کاهش عملکرد و رضایت جنسی زوجین می‌شود و نیازمند مداخلات روان‌شناختی تخصصی است. برنامه‌های درمانی متعددی برای این اختلال طراحی شده است. هدف پژوهش حاضر، تعیین امکان‌پذیری برنامه تدوین‌شده درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین در کاهش درد و ترس، افزایش عملکرد و نیز رضایت جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس و همسران آنان بود.

روش: این مطالعه حاضر در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست، با استفاده از طراحی دلفی صورت گرفت و در مرحله دوم، در متن یک طرح تک‌موردی انجام شد. در مرحله نخست، هفت متخصص پیش از شروع جلسات درمان، با مطالعه خلاصه مبسوط پروتکل، پرسش‌نامه امکان‌سنجی را تکمیل کردند. هم‌چنین، درمانگر پروتکل در پایان هر جلسه، پروتکل را براساس شاخص‌های امکان‌سنجی ارزیابی کرد. افزون بر این، هر شش شرکت‌کننده (سه زوج) در پایان درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌سنجی این پروتکل ارائه دادند.

نتایج: متخصصان، امکان‌پذیری برنامه را از نظر وضعیت و ضرورت مناسب ارزیابی کردند. آنان یزان امکان‌پذیری برنامه را در زمینه‌های پذیرش، کاربرد، انطباق و گسترش «زیاد» و در زمینه‌های تقاضا، اجرا و یکپارچه‌سازی «متوسط» گزارش کردند در مرحله دوم و طی اجرای برنامه تدوین‌شده درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زوجین انجام شد، درمانگر، امکان‌پذیری برنامه را در زمینه‌های پذیرش، تقاضا، کاربرد و انطباق «زیاد» و در اجرا «متوسط» ارزیابی کرد. بیماران نیز امکان‌پذیری برنامه را در مؤلفه‌های اجرا و کاربرد «زیاد» و در مؤلفه پذیرش «متوسط» توصیف کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: برنامه مدون درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مشارکت زوجین براساس دیدگاه متخصصان، بیماران و درمانگر، از امکان‌پذیری نسبتاً مطلوبی برخوردار است. این یافته، امکان واری‌های بیشتر کارآمدی و اثربخشی این پروتکل را در قالب کارآزمایی‌های بالینی فراهم می‌کند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۱۱/۱۱



کلیدواژه‌ها

واژینیسموس، امکان‌سنجی، امکان‌پذیری، زوج‌درمانی شناختی - رفتاری.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

shairigm@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است.

مقدمه

لگن هیپرتونیک، عوامل روانی، آسیب‌های جنسی، دلایل اجتماعی، فرهنگی و نیز ویژگی‌های مرتبط با شریک جنسی [۶-۸]. یافته‌های اخیر بیانگر آن است که زنان دارای واژینیسموس در صورت برخورداری از صمیمیت و حمایت همسران‌شان رضایت جنسی^{۱۱} بالاتری دارند [۹].

تاکنون روش‌های گوناگونی برای درمان واژینیسموس به کار گرفته شده است: از جمله مداخلات رفتاردرمانی - شناختی (CBT)^{۱۲}، اتساع‌دهنده‌های واژن^{۱۳}، حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد از طریق حرکات چشم^{۱۴}، هیپنوتیزم درمانی^{۱۵} و درمان‌های دارویی [۱۰]. در این میان، درمان‌های شناختی - رفتاری بیش از هر روش درمانی دیگری با هدف کاهش درد و ارتقاء سطح بهزیستی جنسی به کار گرفته شده و دارای پیامدهای موفقیت‌آمیز شواهدمداری بوده‌است [۱۲، ۱۱]. در درمان دردهای تناسلی-لگنی مرتبط با دخول، معمولاً زنان به عنوان هدف اصلی مداخله در نظر گرفته می‌شوند؛ با این حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهد هنگامی که علاوه بر زنان، همسران آنان نیز در درمان شناختی - رفتاری مشارکت داده می‌شوند، سطح عملکرد و رضایت جنسی به‌طور معناداری افزایش می‌یابد [۱۳، ۱۴].

با توجه به فقدان برنامه‌ای با رویکرد مبتنی بر مشارکت زوجین در درمان واژینیسموس در داخل کشور که منطبق با اصول روش‌شناسی پژوهشی تدوین شده باشد، پژوهشگران حاضر با مینا قرار دادن برنامه شناختی - رفتاری زوجی کورسینی^{۱۶} [۱۵] در کاهش درد زنان مبتلا به درد ناشی از تحریک دهلیز واژن^{۱۷}، برنامه مواجهه درمانی کمک درمانگر^{۱۸} ترکویله^{۱۹} [۱۶] در درمان واژینیسموس و نیز منابع دیگر [۲۲-۱۷]، اقدام به طراحی و تدوین یک برنامه درمانی جامع کردند. این برنامه به‌گونه‌ای طراحی شده است که هم نشانه‌های واژینیسموس را کاهش می‌دهد و هم رضایت جنسی زوجین را ارتقا بخشد. رویکرد این

واژینیسموس^۱ در ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۲ انجمن روان پزشکی آمریکا، تحت عنوان «اختلال درد تناسلی-لگنی مرتبط با دخول» (GPPPD)^۳ مفهوم‌سازی شده است. این اختلال با معیارهایی از جمله ناتوانی در دخول واژینال، درد محسوس در واژن یا لگن در حین دخول یا تلاش برای دخول واژینال، ترس یا اضطراب محسوس از درد، قبل، حین یا بعد از دخول واژینال و انقباض ماهیچه‌های کف لگن هنگام تلاش برای دخول از راه واژن تعریف می‌شود. برای تشخیص، وجود یک یا چند مورد از این نشانه‌ها باید حداقل به مدت ۶ ماه تداوم داشته و موجب و پریشانی بالینی یا اختلال قابل توجه در روابط بین فردی شود [۱].

بر اساس نسخه بازنگری‌شده ویراست پنجم DSM (DSM-5-TR)^۴، شیوع این اختلال در میان زنان در محدوده سن باروری در سطح بین‌المللی بین ۸ تا ۲۸ درصد گزارش شده است [۲]. شیوع تصویر ذهنی منفی^۵ و باورهای ناسازگارانه در مورد دستگاه تناسلی در بین زنان مبتلا به واژینیسموس قابل توجه است و بسیاری از این زنان، خودپنداره منفی^۶، احساس بی‌کفایتی^۷ و فاجعه‌پنداری^۸ بالایی را تجربه می‌کنند [۳]. همچنین اختلال در تمامی جنبه‌های مرتبط با فعالیت جنسی در زنان مبتلا به درد جنسی مشاهده شده است [۴].

یافته‌ها حاکی از آن است که همسر این بیماران نیز سطوح پایین‌تری از رضایت جنسی و کارکرد جنسی را گزارش می‌کنند که می‌تواند بر صمیمیت زوجین تأثیر منفی بگذارد [۵]. در سبب‌شناسی^۹ و بیماری‌زایی^{۱۰} اختلال واژینیسموس، عوامل متعددی ممکن است نقش داشته باشند؛ از جمله عوامل جسمانی، ساختار ماهیچه‌ای کف

11 . Sexual Satisfaction

12 . Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

13 . Vaginal dilators

14 . Eye movement desensitization and reprocessing

15 . Hypnosis therapy

16 . Corsini-Munt

17 . Provoked Vestibulodynia

18 . Therapist-Aided Exposure Treatment

19 . Ter Kuile M

1 . Vaginismus

2 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5)

3 . Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder

4 . DSM – 5th Edition - Text Revision (DSM-5-TR)

5 . Negative Mental Imagery

6 . Negative Self-Concept

7 . Feeling of Inadequacy

8 . Catastrophizing

9 . Etiology

10 . Pathogenesis

تجارب بالینی پژوهشگران با مراجعان ایرانی طی چند سال اخیر نیز در تدوین و سامان‌دهی این برنامه درمانی مورد استفاده قرار گرفته است.

برنامه، شناختی - رفتاری و مبتنی بر مشارکت فعال زوجین در جلسات درمانی است. برنامه مذکور شامل یک جلسه مقدماتی - ارزیابی و شش جلسه درمانی است. که خلاصه محتوای آن در جدول ۱ ارائه شده است. افزون بر این،

جدول ۱. شرح مختصری از طرح کلی جلسات بسته مدون درمان شناختی - رفتاری زوجی واژینیسموس متمرکز بر زوجین^۱

| ارزیابی مقدماتی | |
|--|------------------------|
| معرفی درمانگر و زوج مراجعه‌کننده به یکدیگر، انگیزه دادن به زوجین برای درمان، توضیح طرح درمان، تنظیم برنامه درمان | |
| درمان (۶ جلسه‌ای) | |
| آموزش روان‌شناختی: ارائه اطلاعات درباره واژینیسموس، افسانه‌ها و باورهای نادرست درباره واژینیسموس، سوق دادن زوجین به معاشقه با اجتناب از دخول؛ واضح‌سازی ارزش‌های پذیرش و تعهد، تنفس ذهن‌آگاهی، توضیح گام به گام دیلاتاسیون/تکالیف: اهمیت تکالیف خانه، تمرین تنفس ذهن‌آگاهی، تمرینات دیلاتاسیون، کار با پرسش‌نامه درد و سکس | جلسه اول ۷۵ دقیقه |
| مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: تسهیل دربرون‌ریزی احساسات و اعتبار بخشی به پاسخ‌ها/تمرین در جلسه: مهارت‌های ارتباطی و تسهیل‌گری روابط زوجین/تکالیف: نکات ارتباطی و چرخش به سمت نیازهای همسر، ورزش کگل، ادامه تمرینات دیلاتاسیون، کار با پرسش‌نامه درد و سکس، تمرین تنفس ذهن‌آگاهی | جلسه دوم ۷۵ دقیقه |
| مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: مدل‌های پاسخ جنسی، نقش اضطراب و پیش‌بینی درد و ترس در رابطه جنسی، نگرش‌های زن و شوهر به اندام‌های تناسلی، نقش پاسخ‌های زوجی به تجربه ترس و درد زن بر عملکرد و رضایت جنسی/تکالیف: تن‌آرامی - مراقبه، ادامه تمرینات دیلاتاسیون، دادن و گرفتن (گام ۱. تن‌آرامی با هم و ماساژ غیر جنسی)، افشای لحظات صمیمی مورد علاقه (صمیمیت جنسی) | جلسه سوم ۷۵ دقیقه |
| مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: گفتگوی جنسی، تعریف و بازتعریف روایت جنسی در زمینه ترس، درد و پیش‌نوازی، تسهیل‌گری میل و برانگیختگی جنسی، معرفی دیفیوژن شناختی/تکالیف: ادامه تمرینات دیلاتاسیون، تسهیل‌گری میل و برانگیختگی جنسی، ادامه تمرینات دادن و گرفتن (گام ۲. تن‌آرامی با هم و ماساژ)، کار با پرسش‌نامه درد و سکس | جلسه چهارم ۷۵ دقیقه |
| مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی و گفت و گو: میل و برانگیختگی جنسی، اسنادها درباره درد و ترس/تمرین در جلسه: دیفیوژن شناختی/تکالیف: تمرین دیفیوژن شناختی، ادامه تمرینات دیلاتاسیون، کار با پرسش‌نامه درد و سکس | جلسه پنجم ۷۵ دقیقه |
| مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: ابراز وجود با همسر، پیشرفت‌ها و پسررفت‌ها، جمع‌بندی اطلاعات آموخته شده/تکالیف: ادامه تمرین دیفیوژن شناختی و ذهن‌آگاهی، ادامه تمرینات دادن و گرفتن (گام ۳. لمس جنسی و تمرکز بر ارگاسم)، تمرینات دخول کامل/ملاحظات برای خاتمه درمان | جلسه ششم ۷۵ دقیقه |

۱. این برنامه بارها در قسمت‌های متعدد، با محتوای متنوع از تکالیف و تکنیک‌ها از منابع مختلف تدوین، ترمیم و سامان داده‌شد و سپس برای گام‌های بعدی به‌شکل جدول ۱ تنظیم گردید.

دکتری) بود که از دانش و تجربه کافی در زمینه درمان شناختی - رفتاری برخوردار بوده و علاقه‌مند به همکاری در پژوهش و صرف زمان لازم برای آن بودند. نمونه متخصصان در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس به دست آمد. پس از پیگیری دریافت نکردن پاسخ کامل از همه متخصصان دعوت‌شده و کنار گذاشتن پاسخ‌های ناقص، در نهایت نظر ۷ متخصص (۳ زن، ۴ مرد، ۱ دانشجوی دکتری تخصصی و ۶ دکتری تخصصی) نسبت به مشخصه‌های امکان‌سنجی پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زوجین در درمان واژینیسموس مورد تحلیل قرار گرفت.

درگام دوم، علاوه بر درمانگر مجری پروتکل، سه زوج مبتلا به واژینیسموس از شهر کاشان در مطالعه شرکت کردند. انتخاب شرکت‌کنندگان مبتنی روش نمونه‌گیری هدفمند [۲۷] و از میان تمامی بیمارانی انجام شد که در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ به درمانگاه سلامت جنسی بیمارستان کارگرنژاد مراجعه کرده، تشخیص واژینیسموس را دریافت نموده، واجد معیارهای ورود و فاقد معیارهای خروج بودند و پس از اخذ مصاحبه توسط روان‌شناس، فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کرده بودند. سپس زنان مبتلا به واژینیسموس به همراه همسران خود، به صورت حضوری تحت درمان دوره شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین قرار گرفتند. زوجین یادشده، در پایان مداخلات، دیدگاه خود را نسبت به برنامه درمانی در ابعاد مختلف امکان‌سنجی گزارش نمودند.

ابزارها

پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان/بالیگران

این پرسش‌نامه توسط ضرغامی [۲۸] به منظور بررسی هفت مؤلفه امکان‌سنجی [۲۳] تدوین شده است. این ابزار در نسخه اولیه خود شامل ۲۹ گویه است. با توجه به اینکه یکی از گویه‌ها به‌طور اختصاصی برای کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک/نوجوان) و با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای والدین طراحی شده بود، این گویه در پژوهش حاضر حذف شد. در پژوهش حاضر، نسخه ۲۸ گویه‌ای پرسش‌نامه به کار گرفته شد که مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق، یکپارچه‌سازی و گسترش را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای

گام نخست، در به‌کارگیری مداخلات درمانی در یک بوم، بر پایه قضاوت درباره امکان‌سنجی^۱ آن‌ها صورت می‌گیرد [۲۳]. هدف مطالعات امکان‌سنجی معمولاً این است که درباره نحوه کار کردن یک مداخله، درک مناسبی را برای پژوهشگران فراهم کنند تا زمینه اجرای یک کارآزمایی کامل، ممکن گردد [۲۴]. مطالعه حاضر در پی آن بر آمده است که اعتبار این پروتکل درمانی را در نمونه‌های ایرانی با معیارهای امکان‌سنجی از نگاه متخصصان، درمانگر ارائه‌دهنده پروتکل و بیمارانی که این درمان را دریافت نموده‌اند، مورد مطالعه قرار دهد. از این رو، هدف این پژوهش، امکان‌سنجی برنامه شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین در درمان واژینیسموس در نمونه‌های ایرانی است.

روش

مطالعه حاضر، در دو گام عمده طراحی و اجرا شده است. در گام نخست، امکان‌سنجی پروتکل از دیدگاه متخصصان صورت گرفت. پس از دریافت نظر متخصصان مبتنی بر برخورداری پروتکل از ملاک‌های مناسب امکان‌سنجی، در گام دوم، درمانگر ارائه‌دهنده جلسات پروتکل، به صورت جلسه به جلسه در انتهای جلسات درمان، نظر خود را درباره امکان‌سنجی پروتکل ثبت نمود و در انتهای دوره درمانی نیز سنجش از نگاه بیمارانی که دوره درمانی را به‌تمام رسانده بودند، انجام شد.

طرح

مطالعه کنونی در گام نخست، پیرو طرح دلفی^۲ بود [۲۵]، [۲۶، ۲۵]. گام دوم این مطالعه در دل یک طرح تک‌موردی^۳ اجرا شد و در این مسیر، درمانگر در هر جلسه معیارهای امکان‌سنجی را تکمیل می‌کرد و هر بیمار، همراه با همسر خود در انتهای درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌سنجی این پروتکل ارائه کردند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در گام نخست، شامل متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی یا دانشجویان دکتری روان‌شناسی بالینی (حداقل در مرحله اجرای رساله

1. Feasibility
2. Delphi
3. Single Case

متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی ا دانشجویان دکتری روان‌شناسی بالینی (حداقل در مرحله اجرای رساله) ارسال شد. دو نسخه برای «خلاصهٔ میسوط» و «چکیده» پروتکل شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین برای درمان واژینیسوس را مطالعه کرده و نظر خود دربارهٔ این پروتکل از طریق تکمیل پرسشنامه امکان‌سنجی (نسخه متخصصان) اعلام کنند. در نهایت، پاسخ نهایی ۷ نفر از متخصصان دریافت و مورد تحلیل قرار گرفت؛ ۲. اجرای پرسش‌نامهٔ امکان‌سنجی جلسه به جلسهٔ پروتکل برای درمانگر در انتهای هر جلسه دربارهٔ مؤلفه‌های امکان‌سنجی پروتکل توسط درمانگر تکمیل و وارد فرایند تحلیل شد؛ ۳. تکمیل پرسش‌نامهٔ امکان‌سنجی پروتکل برای بیماران؛ پس از پایان یافتن دورهٔ درمانی به بیماران ارائه، و پاسخ‌های آن‌ها در انتهای جلسهٔ پایانی (جلسهٔ هفتم) دریافت شد.

تحلیل آماری

برای ارزیابی کمی اعتبار محتوای جلسات پروتکل درمانی طبق نظر متخصصان، درمانگر و بیماران شرکت‌کننده در جلسات درمان از محاسبهٔ مجموع نمرات و میانگین هر مقوله، بهره برده شد. معیار مورد نظر برای امکان‌پذیر بودن هر مقوله مورد واریسی، مقیاس میانگین و بالاتر بوده است. نسبت ارزیابی اعتبار محتوا (CVR)^۱ و شاخص ارزیابی اعتبار محتوا (CVI)^۲ محاسبه شد. مقدار حداقل قابل قبول برای CVR برای پذیرش محتوای مورد اشاره در گویه‌ها، به توصیهٔ لاوشه^۳ و همکاران [۲۹]، ۰/۷۹ و بالاتر در نظر گرفته شده است. نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای سؤال‌برانگیز بودن^۴ محتوای مورد اشاره و نیاز به بازنگری و اصلاح، و نمرهٔ کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل قبول^۵ بودن آن ویژگی خواهد بود. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر ۰/۷۹ است [۲۶].

متخصصان شرکت‌کننده در امکان‌سنجی ضرورت برنامه، شامل هفت نفر می‌شدند (۴ مرد و ۳ زن). نتایج مرتبط با دیدگاه متخصصان در مورد ضرورت محتوا، تکنیک‌ها و تکالیف خانگی جلسات پروتکل در جدول شماره ۲ آمده است.

از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۲۸] و مشخص می‌کنند که معیار یادشده تا چه اندازه در ارتباط با برنامهٔ درمانی است.

پرسش‌نامهٔ امکان‌سنجی جلسه به جلسهٔ پروتکل برای متخصصان / بالینگران

این پرسش‌نامه توسط ضرغامی [۲۸] برای بررسی ۵ مؤلفهٔ امکان‌سنجی تدوین شده است. این ابزار، در نسخهٔ اولیهٔ خود [۲۸]، ۱۸ گویه دارد. با توجه به اینکه یکی از گویه‌ها، به طور اختصاصی برای کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک / نوجوان)، و با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای والدین طراحی شده بود، این گویه در پژوهش حاضر حذف شد. در پژوهش حاضر، نسخهٔ ۱۷ گویه‌ای پرسش‌نامه به کار گرفته شد که مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۲۸].

پرسش‌نامهٔ امکان‌سنجی کلی پروتکل برای بیماران. این پرسش‌نامه توسط ضرغامی [۲۸] برای بررسی ۳ مؤلفهٔ پذیرش، اجرا و کاربرد در امکان‌سنجی تدوین شد است. این ابزار، ۱۲ گویه دارد و مؤلفه‌های پذیرش، اجرا، کاربرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۲۸].

برنامه مدون شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین برای درمان واژینیسوس

این برنامه در پی مطالعات نویسندگان این مقاله در دانشگاه شاهد با مینا قرار دادن بسته‌های کورسینی [۱۵] و ترکویله [۱۶] و دیگر منابع موجود داخلی و خارجی [۲۲-۱۷] در قالب یک برنامهٔ درمانی هفت جلسه‌ای طراحی و تدوین شد که در دست انتشار است. هدف این برنامهٔ درمانی، کاهش نشانه‌های واژینیسوس و بهبود عملکرد و رضایت جنسی زوجین براساس مشارکت فعال همسر در فرایند درمان است. خلاصهٔ پروتکل در جدول ۱ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش

۱. در راستای امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان

دعوت‌نامه‌ای از طریق پست الکترونیک برای جمعی از

1 . Content Validity Ratio (CVR)
2 . Content Validity Index (CVI)
3 . Lawshe CH
4 . Questionable
5 . Unacceptable

$$CVI = \frac{n}{N}$$

N_e : تعداد متخصصانی که گزینه ضروری را انتخاب کرده‌اند؛

N : تعداد کل متخصصان؛

n : تعداد متخصصانی که مرتبط و مرتبط اما نیاز به بازبینی را انتخاب کرده‌اند.

یافته‌ها

در ادامه، یافته‌های مربوط به روایی محتوای جلسات پروتکل درمانی و امکان‌سنجی آن به تفکیک دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران ارائه شده‌است.

$$CVR = \frac{N_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

جدول ۲. میزان ضرورت محتوا، تکنیک‌ها و تکالیف مرتبط با جلسات درمان

| مؤلفه | پوشش | تعداد کل γ | نسبت روایی محتوا (CVR) |
|----------------|--|-------------------|------------------------|
| محتوا | ۱. محتوا و آشنایی با طرح درمان در جلسه ارزیابی | ۶ | ۰/۷۱ |
| | ۲. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه نخست | ۷ | ۱ |
| | ۴. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه دوم | ۷ | ۱ |
| | ۶. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه سوم | ۷ | ۱ |
| | ۸. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه چهارم | ۷ | ۱ |
| | ۱۰. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه پنجم | ۷ | ۱ |
| | ۱۲. محتوا، تکنیک و تمرین‌ها در جلسه ششم | ۶ | ۰/۷۱ |
| | نمره کل | | |
| تکالیف | ۳. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه نخست | ۷ | ۱ |
| | ۵. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه دوم | ۷ | ۱ |
| | ۷. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه سوم | ۷ | ۱ |
| | ۹. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه چهارم | ۷ | ۱ |
| | ۱۱. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه پنجم | ۷ | ۱ |
| | ۱۳. تکالیف خانگی مطرح شده در جلسه ششم | ۷ | ۱ |
| | نمره کل | | |
| مجموع مؤلفه‌ها | | | ۰/۹۵ |

اساس معیار ویلسون^۱ [۳۰] بالاتر از نقطه برش بحرانی قرار دارد که نشان از مناسب بودن امکان‌سنجی ضرورت توسط متخصصان دارد.

بر اساس نتایج جدول شماره ۲ میزان نسبت روایی محتوا برای همه عامل‌ها (بجز عامل ۱ و ۱۲)، مؤلفه‌های محتوا، تکالیف و مجموع این دو مؤلفه بالاتر از نقطه برش بحرانی براساس معیار لاوشه [۲۵] حاصل شد. همچنین، میزان نسبت روایی محتوا برای عامل‌های ۱ و ۱۲ نیز بر

1. Wilson FR

جدول شماره ۳. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان (n=۷)

| شاخص‌های توصیفی | | | | | CVI | | | گویه | ردیف | توصیف کلی هر گویه |
|-----------------|-------|--------|-------|------------------|---------|---------|------|---------------|------|---|
| کشیدگی | چولگی | بیشینه | کمینه | انحراف استاندارد | میانگین | توصیف | CVI | تعداد پاسخ‌ها | | |
| — | — | ۶ | ۶ | ۰ | ۶ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱ | تأثیر بر رفع نیازهای بیماران ایرانی |
| — | — | ۶ | ۶ | ۰ | ۶ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۲ | تمایل متخصص به استفاده روی بیماران دچار واژنیسموس |
| -۰/۳۵ | ۰/۶۰ | ۶ | ۴ | ۰/۷۶ | ۴/۷۱ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۳ | جذابیت برای بیماران ایرانی |
| -۰/۳۵ | ۰/۶۰ | ۶ | ۵/۳۳ | ۰/۲۵ | ۵/۵۷ | پذیرش | | | | |
| -۲/۸۰ | -۰/۳۷ | ۵ | ۴ | ۰/۵۴ | ۴/۵۷ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۴ | هماهنگی با فرهنگ غالب ایران |
| -۲/۸۰ | -۰/۳۷ | ۵ | ۴ | ۰/۵۴ | ۴/۵۷ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۵ | تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران |
| -۱/۸۲ | ۰/۳۵ | ۶ | ۴ | ۰/۹۰ | ۴/۸۶ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۶ | امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران |
| -۰/۳۵ | ۰/۶۰ | ۶ | ۴ | ۰/۷۶ | ۴/۷۱ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۷ | وجود مطالبه برای اجرا در ایران |
| -۲/۴۱ | -۰/۱۶ | ۵/۲۵ | ۴ | ۰/۵۹ | ۴/۶۸ | تقاضا | | | | |
| ۷ | ۲/۶۵ | ۶ | ۵ | ۰/۳۸ | ۵/۱۴ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۸ | قابلیت اجرایی برنامه |
| -۰/۳۵ | ۰/۶۰ | ۵ | ۳ | ۰/۷۶ | ۳/۷۱ | نامرتبط | ۰/۵۷ | ۷ | ۹ | کفایت ۷ جلسه برای اجرای اهداف |
| -۱/۲۳ | ۰/۲۴ | ۶ | ۳ | ۱/۱۳ | ۴/۵۷ | مرتبط | ۰/۸۵ | ۷ | ۱۰ | دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۷۵' |
| -۲/۸۰ | -۰/۳۷ | ۵ | ۴ | ۰/۵۴ | ۴/۵۷ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱۱ | مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا |
| -۰/۸۴ | -۱/۲۳ | ۵ | ۴ | ۰/۴۹ | ۴/۷۱ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱۲ | مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا |
| -۱/۱۷ | -۰/۳۱ | ۵/۲۰ | ۳/۸۰ | ۰/۵۱ | ۴/۵۴ | اجرا | | | | |
| -۱/۶۹ | -۰/۷۶ | ۶ | ۴ | ۰/۹۵ | ۵/۲۹ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱۳ | مقرون‌به‌صرفه بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی |
| -۱/۸۲ | -۰/۳۵ | ۶ | ۴ | ۰/۹۰ | ۵/۱۴ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱۴ | مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی |
| ۷ | -۲/۶۵ | ۵ | ۴ | ۰/۳۸ | ۴/۸۶ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱۵ | تأثیر مثبت برنامه بر بیماران ایرانی |
| -۲/۸۰ | ۰/۳۷ | ۵ | ۴ | ۰/۵۴ | ۴/۴۳ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱۶ | توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی |
| ۰/۳۴ | ۰/۱۷ | ۶ | ۴ | ۰/۶۹ | ۴/۸۶ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱۷ | مقرون‌به‌صرفه بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی |
| -۰/۳۵ | -۰/۶۰ | ۶ | ۴ | ۰/۷۶ | ۵/۲۹ | مرتبط | ۱ | ۷ | ۱۸ | ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه |

ادامه جدول شماره ۳. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان (n=7)

| ردیف | توصیف کلی هر گویه | CVI | | | شاخص‌های توصیفی | | | | | |
|-----------------------|--|---------------|------|-------|-----------------|------------------|-------|--------|-------|-------|
| | | تعداد پاسخ‌ها | CVI | توصیف | میانگین | انحراف استاندارد | کمینه | بیشینه | چولگی | کشدگی |
| ۱۹ | تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده* | ۷ | ۰/۸۵ | مرتبط | ۴/۴۳ | ۰/۹۸ | ۳ | ۶ | ۰/۲۸ | ۰/۰۴ |
| ۲۰ | مکان محتوای جلسات در ایجاد نعطاف در برنامه | ۷ | ۰/۸۵ | مرتبط | ۴/۴۳ | ۰/۹۸ | ۳ | ۶ | ۰/۲۸ | ۰/۰۴ |
| ۲۱ | انسجام محتوای جلسات | ۷ | ۱ | مرتبط | ۵/۲۹ | ۰/۴۹ | ۵ | ۶ | ۱/۲۳ | -۰/۸۴ |
| کاربرد | | | | | | | | | | |
| ۲۲ | نطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی | ۷ | ۱ | مرتبط | ۵/۴۳ | ۰/۵۴ | ۵ | ۶ | ۰/۳۷ | -۲/۸۰ |
| ۲۳ | مکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/اقتصادی متفاوت | ۷ | ۱ | مرتبط | ۴/۷۱ | ۰/۷۶ | ۴ | ۶ | ۰/۶۰ | -۰/۳۵ |
| انطباق | | | | | | | | | | |
| ۲۴ | احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود | ۷ | ۰/۸۵ | مرتبط | ۴/۸۶ | ۱/۰۷ | ۳ | ۶ | -۰/۷۷ | ۰/۲۶ |
| یکپارچه‌سازی | | | | | | | | | | |
| ۲۵ | نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی* | ۷ | ۰/۸۵ | مرتبط | ۵/۱۱ | ۰/۷۹ | ۴ | ۶ | -۰/۲۴ | -۱/۳۸ |
| ۲۶ | تناسب برنامه با اهداف سازمانی | ۷ | ۱ | مرتبط | ۵/۱۴ | ۱/۰۷ | ۳ | ۶ | -۱/۵۲ | ۲/۷۱ |
| ۲۷ | میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران | ۷ | ۰/۸۵ | مرتبط | ۵/۲۹ | ۰/۴۹ | ۵ | ۶ | ۱/۲۳ | -۰/۸۴ |
| ۲۸ | امکان گسترش برنامه در کشور | ۷ | ۰/۸۵ | مرتبط | ۵ | ۰/۸۲ | ۴ | ۶ | ۰ | -۱/۲۰ |
| گسترش | | | | | | | | | | |
| امکان‌سنجی کلی | | | | | | | | | | |
| | | | | | ۴/۹۲ | ۰/۴۳ | ۴/۳۶ | ۵/۴۱ | -۰/۱۲ | -۱/۸۳ |

* به‌لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس‌سازی لحاظ شده‌است.

اجرای اهداف) نامرتب به نظر می‌رسد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها، مقوله‌ها و همچنین کل پرسش‌نامه، بنا به پاسخ‌دهی ۷ متخصص شرکت‌کننده در این بخش از پژوهش «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) تا «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) - به‌جز گویه ۹ با میانگین ۳/۷۱ - به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی متخصصان، ۴/۹۲ و انحراف استاندارد آن، ۰/۴۳ - به‌دست آمده است. با توجه به نتایج جدول ۳، نمرات میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل در نظر گرفته شده است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۳، شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات هر مقوله و کل پرسش‌نامه را بر اساس نظر متخصصان نشان می‌دهد. با استناد به توصیه هیرکاس و همکاران [۳۱]، مقدار CVI قابل قبول، ۰/۷۹ (مرتبط بودن محتوای گویه) در نظر گرفته شده است (۰/۷۹ و بالاتر). نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای نیاز گویه به بازبینی، و نمره کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل قبول و غیرمرتبط بودن گویه است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر متخصصان، هدف فقط محتوای مرتبط با یک مورد (گویه ۱۲: کفایت ۷ جلسه برای

جدول شماره ۴. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی جلسه به جلسه از دیدگاه درمانگر (n=۶ جلسات)

| ردیف | توصیف کلی گویه | CVI | | | شاخص‌های توصیفی | | | | | |
|-----------------------|---|---------------|-----|-------|-----------------|------------------|-------|--------|-------|--------|
| | | تعداد پاسخ‌ها | CVI | توصیف | میانگین ۶ جلسه | انحراف استاندارد | کمینه | بیشینه | چولگی | کشیدگی |
| ۱ | میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۱۷ | ۰/۴۱ | ۴/۶۷ | ۵/۶۷ | ۰/۵۰ | -۱/۴۸ |
| ۲ | تمایل به استفاده از محتوای جلسه روی بیماران دچار واژنیسموس | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۵۰ | ۰/۴۱ | ۵ | ۶ | ۰/۵۰ | -۱/۴۸ |
| ۳ | جذابیت برای بیماران دچار واژنیسموس | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۱۱ | ۰/۹۷ | ۵ | ۵/۳۳ | ۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| پذیرش | | | | | | | | | | |
| ۴ | هماهنگی با ساختار فرهنگی غالب ایران | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۷۸ | ۰/۱۷ | ۵/۶۷ | ۶ | ۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| تقاضا | | | | | | | | | | |
| ۵ | قابلیت اجرایی جلسه | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰ | ۵ | ۵ | — | — |
| ۶ | دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۷۵' | ۶ | ۱ | مرتبط | ۴/۶۷ | ۰/۳۷ | ۴/۳۳ | ۵ | ۰ | -۳/۳۳ |
| ۷ | مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰ | ۵ | ۵ | — | — |
| ۸ | مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا | ۶ | ۱ | مرتبط | ۴/۸۹ | ۰/۱۲ | ۴/۷۸ | ۵ | ۰ | -۳/۳۳ |
| اجرا | | | | | | | | | | |
| ۹ | تأثیر مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰/۸۹ | ۴ | ۶ | ۰ | -۱/۸۸ |
| ۱۰ | تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۳۳ | ۰ | ۵/۳۳ | ۵/۳۳ | — | — |
| ۱۱ | ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۰۶ | ۰/۸۳ | ۴ | ۵/۶۷ | -۰/۸۷ | -۱/۹۲ |
| ۱۲ | انعطاف محتوای جلسه | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰ | ۵ | ۵ | — | — |
| ۱۳ | تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده* | ۶ | ۱ | مرتبط | ۶ | ۰ | ۶ | ۶ | — | — |
| ۱۴ | انسجام محتوای جلسه | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰ | ۵ | ۵ | — | — |
| کاربرد | | | | | | | | | | |
| ۱۵ | انطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰ | ۵ | ۵ | — | — |
| ۱۶ | قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰ | ۵ | ۵ | — | — |
| ۱۷ | امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران سطوح اجتماعی/اقتصادی متفاوت | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰ | ۵ | ۵ | — | — |
| انطباق | | | | | | | | | | |
| امکان‌سنجی کلی | | | | | | | | | | |
| | | | | | ۵/۱۵ | ۰/۱۷ | ۴/۹۷ | ۵/۳۵ | ۰/۳۰ | -۲/۱۶ |

* به‌لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس‌سازی لحاظ شده‌است.

پرسش‌نامه امکان‌سنجی درمانگر را در ۶ جلسه، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی درمانگر، ۵/۱۵ و انحراف استاندارد آن، ۰/۱۷ به دست آمده است. با توجه به نتایج جدول شماره ۴، نمرات میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل به دست آمده است. با تکیه بر توصیف کیفی میانگین نظرات درمانگر، بنا به نمره‌گذاری گویه‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی متخصصان [۲۸]، میانگین ۵ به بالا، بیانگر امکان‌پذیری «زیاد» است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۴، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسش‌نامه را در دوره گروه درمانی از دیدگاه درمانگر نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر درمانگر، همه گویه‌ها مرتبط تلقی می‌شود. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها، مقوله‌ها و هم‌چنین کل پرسش‌نامه، بنا به پاسخ‌دهی درمانگر، «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) و «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) به دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و کل

جدول ۵. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه بیماران (n=۶)

| ردیف گویه | CVI | | شاخص‌های توصیفی | | | | | | |
|---|---------------|------|-----------------|---------|------------------|-------|--------|-------|--------|
| | تعداد پاسخ‌ها | CVI | توصیف | میانگین | انحراف استاندارد | کمینه | بیشینه | چولگی | کشیدگی |
| ۱ رضایت کلی از برنامه | ۶ | ۱ | مرتبط | ۴/۶۷ | ۰/۵۲ | ۴ | ۵ | -۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| ۲ کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار | ۶ | ۱ | مرتبط | ۴/۶۷ | ۰/۵۲ | ۴ | ۵ | -۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| ۳ پیشنهاد شرکت در برنامه به دوستی با مشکلاتی شبیه مشکلات بیمار | ۶ | ۱ | مرتبط | ۴/۶۷ | ۰/۵۲ | ۴ | ۵ | -۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| ۴ تمایل بیمار به استفاده از برنامه یا برنامه مشابه دیگر، در صورت نیاز مجدد به کمک | ۶ | ۱ | مرتبط | ۴/۶۷ | ۰/۵۲ | ۴ | ۵ | -۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| ۵ جذابیت برنامه برای بیماران | ۶ | ۱ | مرتبط | ۴/۶۷ | ۰/۵۲ | ۴ | ۵ | -۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| پذیرش | | | | | | | | | |
| ۶ کفایت ۷ جلسه، برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰/۶۳ | ۴ | ۶ | ۰ | ۲/۵۰ |
| ۷ کفایت زمان ۷۵ دقیقه در هر جلسه برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰/۶۳ | ۴ | ۶ | ۰ | ۲/۵۰ |
| ۸ قابل‌فهم بودن مفاهیم و محتوای تمرین جلسات | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۳۳ | ۰/۵۲ | ۵ | ۶ | -۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| اجرا | | | | | | | | | |
| ۹ تأثیر مثبت برنامه بر بیمار | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۳۳ | ۰/۵۲ | ۵ | ۶ | ۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| ۱۰ تأثیر منفی برنامه بر بیمار* | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰ | ۵ | ۵ | — | — |
| ۱۱ تناسب انجام فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار | ۶ | ۱ | مرتبط | ۵/۳۳ | ۰/۵۲ | ۵ | ۶ | ۰/۹۷ | -۱/۸۸ |
| ۱۲ تناسب تکالیف طراحی‌شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته‌شده برای بیمار | ۶ | ۱ | مرتبط | ۴/۵۰ | ۰/۵۵ | ۴ | ۵ | ۰ | -۳/۳۳ |
| کاربرد | | | | | | | | | |
| امکان‌سنجی کلی | | | | | | | | | |
| | ۴/۹۰ | ۰/۲۶ | ۴/۵۰ | ۵/۲۵ | ۰/۴۶ | ۰/۶۳ | | | |

* به لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد، اما با توجه به تأثیر معکوسش بر مفهوم گسترش (مقوله) مستقیم وارد شدند و نمره مستقیم لحاظ شده است.

گویه‌هاست، «متوسط» و «زیاد» به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و کل پرسش‌نامه امکان‌سنجی، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی بیماران، ۴/۹۰ و انحراف استاندارد آن، ۰/۲۶ به‌دست آمده است.

جمع‌بندی امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

جدول شماره ۶، نتایج مربوط به امکان‌سنجی متخصصان، درمانگر و بیماران را به‌صورت همزمان نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول شماره ۵، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسش‌نامه را در دوره درمانی از دیدگاه بیماران عضو گروه درمانی نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر بیماران، همه گویه‌ها مرتبط به‌نظر می‌رسند. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین گویه‌ها، «متوسط» و «زیاد» به‌دست آمده است. میانگین مقوله‌ها به‌جز مقوله اجرا که از نظر بیماران، «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) به‌دست آمده، «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) حاصل شده است. کل پرسش‌نامه نیز همان‌طور که بازتاب

جدول شماره ۶. میانگین نمرات هر مقوله و کل پرسش‌نامه از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

| مقوله | متخصصان | | درمانگر | | بیماران | |
|-------------------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|
| | میانگین | توصیف کیفی | میانگین | توصیف کیفی | میانگین | توصیف کیفی |
| پذیرش | ۵/۵۷ | زیاد | ۵/۲۶ | زیاد | ۴/۶۷ | متوسط |
| تقاضا | ۴/۶۸ | متوسط | ۵/۷۸ | زیاد | | |
| اجرا | ۴/۵۴ | متوسط | ۴/۸۹ | متوسط | ۵/۱۱ | زیاد |
| کاربرد | ۴/۸۹ | متوسط | ۵/۲۳ | زیاد | ۵/۰۴ | زیاد |
| انطباق | ۵/۰۷ | زیاد | ۵ | زیاد | | |
| یکپارچه‌سازی | ۴/۸۶ | متوسط | | | | |
| گسترش | ۵/۱۳ | زیاد | | | | |
| کل مؤلفه‌های امکان‌سنجی | ۴/۹۲ | متوسط | ۵/۱۵ | زیاد | ۴/۹۰ | متوسط |

۱ = اصلاً؛ ۲ = خیلی کم؛ ۳ = کم؛ ۴ = متوسط؛ ۵ = زیاد؛ ۶ = خیلی زیاد

استفاده مداوم از آن را دارند؟.

از نگاه متخصصان، متوسط، از نگاه درمانگر، بالا یا زیاد به دست آمد. متخصصان و درمانگر، «اجرا»؛ این که تا چه حد می‌توان این برنامه برای اجرا روی جمعیت هدف با وجود بعضی محدودیت‌ها، اما نه با کنترل کامل، موفقیت‌آمیز باشد یا در عمل، مطابق با دستورالعمل اصلی اجرا شود؟ را متوسط و بیماران، آن را بالا یا زیاد توصیف نمودند. «کاربرد»؛ این که تا چه حد می‌توان این برنامه را با استفاده از منابع و شرایط موجود بدون مداخله خارجی روی جمعیت هدف اجرا نمود؟ از سوی متخصصان، متوسط و از سوی

در بررسی مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، درمانگر پروتکل و بیماران شرکت‌کننده در فرایند درمان به‌طور کلی، امکان‌پذیری پروتکل «متوسط» گزارش شد. البته در بررسی نتایج مقوله‌ها به‌تفکیک، یافته‌های متفاوتی به‌دست آمد. در مورد مقوله‌ها، میزان «پذیرش» - این که تا چه حد این برنامه، به‌صورت مناسب، رضایت‌بخش و جذاب قضاوت می‌شود - از نظر متخصصان و درمانگر، بالا یا زیاد و از نظر بیماران، متوسط توصیف شد. میزان «تقاضا» - این که تا چه حد این برنامه با فرهنگ منطبق می‌شوند و ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان قصد

سنجش، برنامه مذکور به اندازه کافی رضایت‌بخش و از جذابیت لازم برخوردار است. متخصصان، میزان تقاضا را متوسط و درمانگر آن را بالا ارزیابی نموده‌اند. به عبارت دیگر، از نظر آن‌ها برنامه با توجه به ساختار فرهنگی غالب جامعه با اندک تأثیرات منفی از امکان اجرا برخوردار است. میزان اجرایی بودن برنامه از دیدگاه متخصصان و درمانگر، متوسط و از دیدگاه بیماران، بالا ارزیابی شد. این ارزیابی بدان معناست که اجرای برنامه حاضر در بالین براساس نظر درمانگر و بیماران، شدنی است و می‌توان با بهره‌گیری از راهنمای درمان به اهداف درمانی مورد نظر در هر جلسه متناسب با زمان تعیین‌شده دست یافت و بیمار هم از تکالیف و تمرینات متناسب با اهداف درمانی هر جلسه بهره‌مند شود. میزان کاربردی یا عملی بودن برنامه، از دیدگاه هر سه گروه متخصصان، درمانگر و بیماران، بالا ارزیابی شده‌است. بدین معنا که هر سه گروه در این مطالعه، برنامه مذکور را از نظر مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی و اقتصادی، میزان تأثیرات مثبت و یا احیاناً منفی و نیز از نظر انسجام و انعطاف‌پذیری محتوای درمان مناسب ارزیابی کرده‌اند. همچنین، ارتباط اجزای این محتوا با هم، مناسب گزارش نموده‌اند. شرکت‌کنندگان این درمان را شامل مؤلفه‌های درمانی ضروری، مهم و عاری مؤلفه‌های غیرضروری دانسته‌اند. متخصصان و درمانگر، میزان انطباق برنامه را بالا ارزیابی کرده‌اند. بدین معنا که رویکرد شناختی- رفتاری برنامه را با نظریه‌های زیربنایی مکتب شناختی- رفتاری، و محتوای آن را با تنوع فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی ایران منطبق دانسته‌اند. میزان یکپارچگی برنامه از دیدگاه متخصصان متوسط ارزیابی شده است که نشان می‌دهد زیرساخت‌های فیزیکی، اجتماعی موجود برای اجرای برنامه درمانی کنونی و تداوم استفاده از این برنامه در نظام درمانی موجود تا حدی مناسب ارزیابی می‌شود. میزان گسترش برنامه از دیدگاه متخصصان بالا ارزیابی شده است که نشان می‌دهد این برنامه از قابلیت ادغام در نظام سلامت روان کشور و گسترش در دیگر مراکز درمانی برخوردار است.

در مرور ادبیات پژوهشی، مطالعه‌ای که دقیقاً تحت عنوان «امکان‌سنجی» درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر زوجین کنونی باشد، یافت نشد. اما کورسینی و همکاران

درمانگر و بیماران، بالا یا زیاد توصیف شد. «انطباق»؛ هنگامی که این برنامه به شکل جدیدی تبدیل می‌شود، یا روی جمعیت متفاوتی به کار گرفته می‌شود تا چه حد قابل‌اجرا است؟ از سوی متخصصان و درمانگر بالا یا زیاد، ارزیابی گردید. در نهایت، دو مقوله «یکپارچه‌سازی»؛ این که تا چه حد این برنامه با سیستم موجود هماهنگی دارد یا با زیرساخت‌های موجود در سیستم، متناسب است؟ و «گسترش»؛ این که این برنامه تا چه حد می‌تواند به عنوان یک درمان یا خدمت جدید گسترش پیدا کند؟- که تنها از نگاه گروه متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفته‌بود، به ترتیب، متوسط و بالا یا زیاد گزارش شد.

در مجموع، ملاحظات، نشان می‌دهد میزان پذیرش از نظر متخصصان و درمانگر، بالا یا زیاد و از نظر بیماران، متوسط توصیف شده است. میزان تقاضا، از نگاه متخصصان، متوسط و از نگاه درمانگر بالا یا زیاد به دست آمده‌است. متخصصان و درمانگر، میزان اجرا را متوسط و بیماران آن را بالا یا زیاد توصیف نموده‌اند. کاربرد از سوی متخصصان، متوسط و از سوی درمانگر و بیماران، بالا یا زیاد توصیف شده است. انطباق از سوی متخصصان و درمانگر، بالا یا زیاد ارزیابی شده‌است. در نهایت، پس از دو مقوله یکپارچه‌سازی و گسترش که تنها از نگاه گروه متخصصان، به ترتیب، متوسط و بالا یا زیاد گزارش شده‌است، میزان کلی امکان‌سنجی در مجموع، از هر سه منظر متخصصان و بیماران، متوسط و از منظر درمانگر، بالا یا زیاد ارزیابی شده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین امکان‌پذیری برنامه درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر زوجین در کاهش درد و ترس، افزایش عملکرد و رضایت جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس و همسران آنان از سه منظر متخصصان، درمانگر مجری و بیماران انجام شد. متخصصان امکان‌پذیری برنامه را در دو بعد وضعیت و ضرورت مناسب و در زمینه‌های پذیرش، کاربرد، انطباق و گسترش بالا، و در زمینه تقاضا، اجرا و یکپارچه‌سازی، متوسط ارزیابی نمودند.

میزان پذیرش برنامه حاضر از نظر متخصصان و درمانگر، بالا و از نظر بیماران، متوسط توصیف شده است. می‌توان چنین در نظر گرفت که از نگاه سه گروه مخاطب این

بررسی فرایندها و مکانیسم‌های احتمالی اثر این برنامه بررسی کنند. همچنین، این پژوهش در پی شناسایی نیازهای تجربی و ملاحظات منحصربه‌فردی [۲۳] بود که ممکن است در انتقال این پروتکل در بستر فرهنگ ایرانی ضروری باشد.

با این حال، باید توجه داشت که دیدگاه‌های هر سه گروه متخصصان، درمانگر به‌کارگیرنده درمان و نیز بیمارانی که درمان را دریافت نموده‌اند، ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌هایی بوده‌باشند که نتایج امکان‌سنجی را تحت‌الشعاع قرار دهد. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های مطالعه به‌عنوان یک یافته محدود، برخی ابعاد را پیش از اجرا و برخی ابعاد را مرتبط با فرایند اجرا نمایان می‌سازد.

نکته قابل توجه دیگر آن است که تخصصی در ارتباط با امکان‌پذیری این پروتکل، از دیدگاه آن‌ها بهره گرفتیم، در حوزه رفتاردرمانی شناختی آموزش دیده و به فعالیت مشغول بوده‌اند، اما به‌شکل ویژه و متمرکز در درمان اختلالات جنسی تخصص نداشتند. این موضوع نیز می‌تواند از منظر دیگری بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، عدم برگزاری جلسه نشست متخصصان^۱ بود که موجب شد نتایج به گزارش‌های حاصل از اجرای ابزار مداد - کاغذی از هریک از متخصصان، درمانگر و بیماران محدود باشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود در امکان‌سنجی پروتکل‌های درمانی جدید، در کنار استفاده از ابزار سنجش امکان‌پذیری، نشست‌های حضوری یا مجازی متخصصان نیز برگزار شود و از روش‌های دیگری غیر از پرسش‌نامه، مثل مصاحبه برای دستیابی به دیدگاه متخصصان، درمانگران مجری و بیماران استفاده گردد.

از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، نقصان در اشراف و دسترسی به تمامی برنامه‌های مؤثر در مورد واژینیسموس در گستره‌های جغرافیایی خارج از ایران بود. این موضوع می‌تواند سبب شده باشد برخی مؤلفه‌های بالقوه مفید در درمان واژینیسموس، در فرآیند تدوین برنامه کنونی مورد غفلت قرار گیرد. همچنین، عدم دسترسی به برنامه‌های ویژه و پیوست به برنامه کنونی برای کژکاری‌های جنسی احتمالی مردان (که ممکن است به‌صورت ثانویه در نتیجه واژینیسموس همسر رخ دهد) و نیز فقدان برنامه‌های ویژه و

[۳۲] برنامه شناختی رفتاری زوجی در درمان وستبولودینیای تحریک شده را امکان‌سنجی نمودند، که همسو با پژوهش حاضر، امکان‌پذیری مناسب داشته است. این همسویی نشان می‌دهد امکان‌سنجی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر زوجین مبتنی بر پروتکل کورسینی در نمونه‌های ایرانی و در بافتار فرهنگی ایران مورد تأیید متخصصان، درمانگر و بیمارانی است که همگی برخاسته از همین بوم هستند. به‌علاوه، کیفیت ارائه پروتکل درمانی متناسب با پیش‌زمینه‌های فرهنگی مشترکی که بین درمانگر و بیمار وجود دارد نیز، خود، امری تأثیرگذار در دستیابی به چنین یافته‌هایی است. البته در یافته امکان‌سنجی پروتکل از نگاه بیمار، آن‌چه به‌دست آمد، علاوه بر نظر بیمارانی که واجد تشخیص بوده‌اند، به‌فراخور بافتاری که اختلال در آن نمود می‌یابد، برخاسته از نظر همسران این بیماران نیز بوده که گرچه در بروز و تداوم این آسیب‌شناسی همراه بیمار بوده‌اند، اما خود، مستقیماً تشخیص دریافت نموده‌اند. چنین سنجشی، گزارش امکان‌پذیری را علاوه بر تجربه بیمار از درمان و کیفیت بهبود خود که از نگاه و تجربه همسر بیمار نیز نشان داده است. این درمان تدوین شده، به‌صورت زوج‌محور طراحی شده است. تکمیل پرسش‌نامه از سوی هر دو زوج، علاوه بر این که درک بهتری نسبت به شرایط جنسی، روانی و عاطفی زوجین، نیازها، انتظارات و چالش‌های مشترک آن‌ها را فراهم می‌کند می‌تواند نشان‌دهنده این واقعیت باشد که کیفیت مشارکت همسر در روند بهبودی بیمار، می‌تواند متأثر از برآیند درمان است. به بیان دیگر، نتایج درمان ممکن است به‌طور همزمان بر دیدگاه بیمار و همسر او نسبت به امکان‌پذیری پروتکل اثرگذار باشد. با این حال، پویایی‌های رابطه زناشویی زوجین در ابعاد مختلف می‌تواند بر برداشت آنان از امکان‌پذیری درمان نیز سایه افکند و در نتیجه، پیامد نهایی امکان‌سنجی را از نگاه بیمار و همسرانشان تحت تأثیر قرار دهد.

پژوهش حاضر در راستای ارزیابی پروتکل شناختی - رفتاری مبتنی بر زوجین، با هدف کاهش درد و ترس، افزایش عملکرد و رضایت جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس و همسران آنان، در مقیاسی محدود انجام شد. این مطالعه تلاش کرد با سنجش دیدگاه متخصصان این حوزه، درمانگر مجری پروتکل پرداخته و بیماران دریافت‌کننده درمان، و رای پیامدها و پیش از آن، ضمن

- 4- Lopez-Brull A, Perez-Dominguez B, Blasco-Ortiz C, Morales-Baixauli M, Nahon I, Casaña-Granell J. Assessing Sexual Functioning with the Female Sexual Function Index in Women Suffering from Genito-Pelvic Pain Penetration Disorder Undergoing a Therapeutic Educational Program. *Am J of Sex Educ.* 2024; 19(3): 337-46. doi:10.1080/15546128.2023.2243809
- 5- Alizadeh A, Farnam F. Coping with dyspareunia, the importance of inter and intrapersonal context on women's sexual distress: a population-based study. *Reproductive Health.* 2021; 18:1-11. doi:10.1186/s12978-021-01206-8
- 6- Ter Kuile MM, Weijnen P. A woman who never could have coitus: treatment of lifelong vaginismus. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology: A Competency-Oriented Approach.* 2017; 297-309. doi:10.1007/978-3-319-40404-2_17
- 7- Pithavadian R, Chalmers J, Dune T. The experiences of women seeking help for vaginismus and its impact on their sense of self: An integrative review. *Women's Health.* 2023; 19: 17455057231199383. doi:10.1177/17455057231199383
- 8- Kurban D, Eserdag S, Yakut E, Mishra PC. The treatment analysis of the patients suffering from vaginismus and the correlation with the psychological issues. *International journal of reproduction, contraception, obstetrics and gynecology.* 2021; 10(4): 1328-36. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20211107
- 9- Charbonneau-Lefebvre V, Rosen NO, Bosisio M, Vaillancourt-Morel M-P, Bergeron S. An attachment perspective on partner responses to genito-pelvic pain and their associations with relationship and sexual outcomes. *The Journal of Sex Research.* 2021; 58(2): 235-47. doi:10.1080/00224499.2020.1761936
- 10- 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. *The journal of sexual medicine.* 2018; 15(12): 1752-64. doi:10.1016/j.jsxm.2018.10.003
- 11- Turk D. A cognitive-behavioral perspective on the treatment of individuals experiencing chronic pain. C Turk Dennis, J Gatchel, Robert (Eds), *Psychological Approaches to Pain Management: a practitioner's handbook.* 2018: 115-37. doi:10.1016/s1098-7339(03)00392-4

پیوست به برنامه کنونی برای درمان دیگر نشانه‌های احتمالی واژینیسموس به جز درد و ترس (مانند چنندش) از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود.

در این مسیر، پیشنهاد می‌شود افزودن دست کم دو جلسه یادآور به برنامه درمانی کنونی، به فاصله‌های ۱۵ و ۴۵ روز پس از پایان درمان، بتواند به تثبیت و بهبود بیشتر نتایج کمک کند. همچنین اجرای پژوهش‌های گسترده‌تر پیشنهاد می‌شود تا زمینه طراحی پیوست‌های مکمل برای برنامه درمانی فراهم شود؛ از جمله پیوست‌هایی که درمان کژکاری‌های جنسی ثانویه در همسر را هدف قرار دهد یا مداخلاتی که سایر نشانه‌های مرتبط با واژینیسموس مانند چنندش از دستگاه تناسلی خود یا همسر، یا فوبیای مرتبط چنندش از دستگاه تناسلی خود یا همسر، یا فوبیای مرتبط با آلت تناسلی همسر را پوشش دهد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به‌هدف امکان‌سنجی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زوجین در درمان واژینیسموس در نمونه‌های ایرانی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، درمانگر و بیماران، به‌طور کلی، امکان‌پذیری پروتکل را نمایان ساخته است.

منابع

- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5).* Washington DC: APA; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- 2- American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition – Text Revision (DSM-5-TR).* Washington DC: APA; 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787
- 3- Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Khiabani A. Sexual penetration cognitions in women with genito-pelvic pain and penetration disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sexual and Relationship Therapy.* 2023; 38(4): 638-52. doi:10.1080/14681994.2021.1894327

- 20-Tadayyon M, Rezaei A, Mollaei-Nezhad M, Shirali K. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Terrifying Thoughts of Women with Primary Vaginismus: A Single-Case Trial. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 19 (39): 25-34. doi:10.22038/ijogi.2017.8418 **[In Persian]**
- 21-Bergeron S, Pâquet M, Steben M, Rosen NO. Perceived partner responsiveness is sexual well-being in couples with genito-pelvic pain. *Journal of family psychology*. 2021; 35(5):628-638. doi:10.1037/fam0000829
- 22-Bokaie M, & Bostani Khalesi Z. Couple therapy and vaginismus: a single case approach. *Journal of sex & marital therapy*. 2019; 45(8): 667-672. doi:10.1080/0092623X.2019.1610126
- 23-Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*. 2009; 36(5): 452-457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002
- 24-O’Cathain A, Hoddinott P, Lewin S, Thomas KJ, Young B, Adamson J, ... et al. Maximising the impact of qualitative research in feasibility studies for randomised controlled trials: guidance for researchers. *Pilot and feasibility studies*. 2015; 1(1): 1-13. doi:10.1186/s40814-015-0026-y
- 25-Pashaeizad H. A Glance to Delphi Method. *Paye Noor Journal*. 2008; 6(1): 64-79. <https://sid.ir/paper/128723/fa> **[In Persian]**
- 26-Rahmani A, Vaziri Nezhad R, Ahmadi Nia H, Rezaeian M. Methodological Principles and Applications of the Delphi Method: A Narrative Review. *JRUMS*. 2020; 19 (5): 515-538. doi:10.29252/jrums.19.5.515 **[In Persian]**
- 27-Tongco MDC. Purposive sampling as a tool for informant selection. *Ethnobotany Journal*. 2007; 5: 147-158. doi:10.17348/era.5.0.147-158
- 28-Zarghami F. Efficacy and feasibility of the Unified Protocol of emotional disorders (UP) in 8-11 years old Iranian children with anxiety disorders and comorbid depressive symptoms. [Ph.D. Thesis] in Clinical Psychology, Shahed University. 2019. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/785a9aef9c91e31e9afbb9d38956d14d> **[In Persian]**
- 12-Işık C, Aslan E. The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: a randomized controlled study. *International Urogynecology Journal*. 2023; 34(3): 683-92. doi:10.1007/s00192-022-05204-7
- 13-Ergani SY. Evaluation of Sexual Function and Satisfaction Before and After Therapy in Couples Who Applied With The Diagnosis of Vaginismus. *ACH Medical Journal*. 2023; 2(3): 146-51. doi:10.5505/achmedj.2023.46855
- 14-Bergeron S, Pâquet M, Steben M, Rosen NO. Perceived partner responsiveness is associated with sexual well-being in couples with genito-pelvic pain. *Journal of Family Psychology*. 2021; 35(5): 628. doi:10.1037/fam0000829
- 15-Corsini-Munt S, Bergeron S, Rosen NO, Mayrand MH, Delisle I. Feasibility and preliminary effectiveness of a novel cognitive-behavioral couple therapy for provoked vestibulodynia: a pilot study. *The journal of sexual medicine*. 2014; 11(10): 2515-27. doi:10.1111/jsm.12646
- 16-Ter Kuile MM, Melles R, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, van Lankveld JJ. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list control trial of efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013 Dec; 81(6): 1127. doi:10.1037/a0034292
- 17-Mohammadi A. The Effect of Cognitive behavioral Therapy on Anxiety, Sexual Function Improvement, and Merital Satisfaction in the Patients with Vaginismus [master’s thesis]. Payam e Noor University; 2012. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/e5af7067401cb191a5694d9254568acb> **[In Persian]**
- 18-Edalatian, R. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Improvement of Vaginism Disorder and Sexual Satisfaction [master’s thesis]. Tabriz University; 2012. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/c30d5a37d3d4639d3544c02e68206c7d> **[In Persian]**
- 19-Hamid N, Dehghani-Zadeh Z, Firoozi AA. The Effect of Cognitive Behavior Therapy on the Sexual Function of Women with Vaginism Disorder. *The Iranian of Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 20 (15): 1 -11. doi:10.22038/ijogi.2012.6151 **[In Persian]**

- 31-Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(6): 619-625. doi:10.1016/s0020-7489(03)00036-1
- 32-Corsini-Munt S, Bergeron S, Rosen N. O, Mayrand M. H, Delisle I. Feasibility and preliminary effectiveness of a novel cognitive-behavioral couple therapy for provoked vestibulodynia: a pilot study. *The journal of sexual medicine*, 2014; 11(10): 2515-2527. doi:10.1111/jsm.12646
- 29-Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975; 28: 563-575. doi:10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x
- 30-Wilson FR, Pan W, Schumsky DA. Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *J Measurement evaluation in counseling development*. 2012; 45(3): 197-210. doi:10.1177/0748175612440286