

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 Taghavi ¹, Rasoul Roshan ², Mohammad Reza Shaciri ^{3*}, Fatemeh Akhavan-Abiri ⁴

¹ Ph.D. Graduate in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavanh34@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-2723-9410>

² Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. rasolroshan@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-0721-8235>

³ Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. shairigm@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2037-3475> (Corresponding Author)

⁴ Ph.D. Graduate in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavan885@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1719-3676>

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



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

Extracted from the first author's Ph.D. thesis on 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 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.

Authors' contribution:

Mohammad Hossein Akhavan Taghavi: Concepts, Design, Definition of intellectual content, Literature search, Data acquisition

Rasoul Roshan: Concepts, Design, Data acquisition

Mohammad Reza Shaeiri: Concept, Design, Manuscript editing, Manuscript review, Guarantor

Fatemeh Akhavan-Abiri: Manuscript preparation, Literature search, Data Analysis

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

نویسندگان

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

۱. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

akhavanh34@gmail.com، <https://orcid.org/0009-0009-2723-9410>

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

<https://orcid.org/0000-0002-0721-8235>

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

shairigm@gmail.com، <https://orcid.org/0000-0002-2037-3475>

۴. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

akhavan885@gmail.com، <https://orcid.org/0000-0002-1719-3676>

چکیده

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

روش: مطالعه حاضر در مرحله اول به دنبال طراحی دلفی و مرحله دوم در متن یک طرح تک‌موردی انجام شد. به این ترتیب، ۷ متخصص قبل از شروع جلسات درمان، با خواندن خلاصه مبسوط پروتکل، پرسشنامه امکان‌سنجی را تکمیل کردند. علاوه بر این، درمانگر پروتکل را از نظر معیارهای امکان‌سنجی در پایان هر جلسه ارزیابی کرد و هر ۶ نفر (۳ زوج) تحت درمان نیز دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌سنجی این پروتکل در پایان درمان ارائه دادند.

نتایج: متخصصان، امکان‌پذیری برنامه را از ابعاد وضعیت و ضرورت مناسب ارزیابی کردند. متخصصان، امکان‌پذیری برنامه را در زمینه‌های پذیرش، کاربرد، انطباق و گسترش، زیاد و در زمینه‌های تقاضا، اجرا و یکپارچه‌سازی با امکان‌پذیری متوسط دانستند. در مرحله دوم که 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، امکان‌پذیری برنامه را در مؤلفه‌های اجرا و کاربرد زیاد و در پذیرش، متوسط توصیف کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: برنامه مدون درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مشارکت زوجین براساس نظر متخصصان، بیماران و درمانگر امکان‌پذیری نسبتاً مناسبی نشان داده است. این یافته، امکان و ارسای‌های بیشتر کارآمدی و اثربخشی این پروتکل را در قالب کارآزمایی‌های بالینی فراهم می‌کند.

تاریخ دریافت:

....../.../..

تاریخ پذیرش:

....../.../..



کلیدواژه‌ها

مقدمه

عوامل روانی، آسیب‌های جنسی، دلایل اجتماعی، فرهنگی و عامل شریک جنسی دخیل باشد [۶-۸]. یافته‌های اخیر بیانگر آن است که زنان دارای واژینیسموس در صورت برخورداری از صمیمیت و حمایت همسرانشان رضایت جنسی بالاتری دارند [۹].

تاکنون روش‌های گوناگونی برای درمان واژینیسموس به‌کار رفته‌اند. چنان‌که مداخلات رفتاردرمانی شناختی (CBT)^۱، اتساع‌دهنده‌های واژن^۲، احساس‌زدایی و پردازش مجدد با حرکات چشم^۳، هیپنوتیزم درمانی^۴ 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 به‌کار گرفته شده و دارای پیامدهای موفقیت‌آمیز شواهدمداری بوده‌است [۱۲، ۱۱]. به‌طور رایج در درمان دردهای اندام جنسی - لگنی مرتبط با دخول، زنان هدف درمانی قرار می‌گیرند، در حالی که وقتی افزون بر زنان، همسرانشان هم هدف درمان شناختی رفتاری قرار دارند، عملکرد و رضایت‌مندی جنسی بیشتر می‌شود [۱۳، ۱۴]. فقدان برنامه‌ای با رویکرد مبتنی بر مشارکت زوجین در درمان واژینیسموس در داخل کشور که منطبق با روش‌شناسی پژوهشی تدوین شده‌باشد، سبب شد پژوهشگران حاضر با مبنای قرار دادن برنامه شناختی رفتاری زوجی کورسینی^{۱۵} در کاهش درد زنان مبتلا به درد ناشی از تحریک دهلیز واژن^۶ و برنامه مواجهه درمانی کمک‌درمانگر^۸ ترکویله^۹ [۱۶] در درمان واژینیسموس و نیز منابع دیگر [۲۲-۱۷]، برنامهٔ درمانی جامعی را طراحی

واژینیسموس^۱، در ویرایش پنجم کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) آنجمن روان‌پزشکی آمریکا، تحت عنوان اختلال درد تناسلی - لگنی مرتبط با دخول (GPPPD) مفهوم‌سازی و با معیارهای 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 در حین تلاش برای دخول از راه واژن تعریف شده‌است. البته باید یکی یا بیش‌تر از این نشانه‌ها حداقل به مدت ۶ ماه ادامه داشته‌باشد و پریشانی یا مشکلات بین فردی قابل توجهی به‌وجود آورد [۱]. شیوع این اختلال بر اساس نسخهٔ بازنگری‌شدهٔ ویراست پنجم DSM (DSM-5-TR)^۲ بین ۸ تا ۲۸ درصد در میان زنان در محدودهٔ سن باروری در سطح بین‌المللی متغیر است [۲]. شیوع تصویر ذهنی منفی^۳ و ناسازگارانه در مورد دستگاه تناسلی در بین زنان مبتلا به واژینیسموس قابل توجه است و در بسیاری از زنان مبتلا، خودپندارهٔ منفی^۴، احساس بی‌کفایتی^۵ و فاجعه‌پنداری^۶ بالایی مشاهده می‌شود [۳]. اختلال در تمام جنبه‌های مرتبط با فعالیت جنسی در زنان مبتلا به درد جنسی وجود دارد [۴]. یافته‌ها حاکیست همسر این بیماران نیز رضایت جنسی و کارکرد جنسی پایین‌تری را گزارش می‌کنند که بر صمیمیت زوجین تأثیرگذار است [۵]. در سبب‌شناسی^۷ و بیماری‌زایی^۸ اختلال واژینیسموس ممکن است یک یا چند عامل از جمله عوامل جسمانی، ساختار ماهیچه‌ای کف لگن هیپرتونیک،

¹ Sexual satisfaction
¹ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
¹ Vaginal dilators
¹ Eye movement desensitization and reprocessing
¹ Hypnosis therapy
¹ Corsini-Munt
¹ Provoked vestibulodynia
¹ Therapist-aided exposure treatment
¹ 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
¹ Pathogenesis

جلسه درمانی است. که خلاصه آن در جدول ۱ شرح داده شده است. لازم به ذکر است که تجارب بالینی با مراجعان ایرانی نیز طی چند سال اخیر، یاریگر سامان‌دهی برنامه درمانی بوده است.

و تدوین کنند که هم نشانه‌های واژینیسموس را کاهش می‌دهد و هم رضایت جنسی زوجین را فراهم می‌سازد. رویکرد برنامه یادشده شناختی - رفتاری و مبتنی بر مشارکت و حضور فعال زوجین در جلسات درمانی است. برنامه مذکور، شامل یک جلسه مقدماتی - ارزیابی و شش

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

ارزیابی و مقدماتی (۱۰۰ دقیقه)	
جلسه معرفی درمانگر و زوج مراجعه‌کننده به یکدیگر / انگیزه دادن به زوجین برای درمان / توضیح طرح درمان / تنظیم برنامه درمان	
درمان (۶ جلسه‌ای)	
جلسه اول ۷۵ دقیقه	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 دوم 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 سوم 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 چهارم 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 پنجم 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 ششم ۷۵ دقیقه	مرور تکالیف/آموزش روان‌شناختی: ابراز وجود با همسر، پیشرفت‌ها و پسرفت‌ها، 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

^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 به شکل جدول ۱ تنظیم گردید.

در این مطالعه، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس به‌دست آمد. پس از پیگیری عدم دریافت پاسخ کامل از همه متخصصان دعوت‌شده و کنار گذاشتن پاسخ‌های ناقص، نهایتاً 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.

گام دوم این مطالعه، علاوه بر درمانگر اجراکننده پروتکل، دربردارنده سه نمونه زوج مبتلا به واژینیسموس شهر کاشان بود. انتخاب شرکت‌کنندگان، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند [۲۷] از بین تمامی بیمارانی صورت گرفت که در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ به درمانگاه سلامت جنسی بیمارستان کارگر نژاد مراجعه داشتند، تشخیص واژینیسموس را دریافت نمودند، 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، همراه با همسران ایشان 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 / بالینگران. این پرسشنامه توسط ضرغامی [۲۸] برای بررسی ۷ مؤلفه امکان‌سنجی [۲۳] تدوین شده است. این ابزار، در نسخه اولیه خود [۲۸]، ۲۹ گویه دارد. با توجه به این که یک گویه، در موارد کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک / نوجوان)، برای در نظر گرفتن رفع نیاز والدین در نظر گرفته شده، در پژوهش حاضر، نسخه ۲۸ گویه‌ای پرسشنامه به‌کار گرفته شد که مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق، یکپارچه‌سازی و گسترش را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۲۸] و مشخص می‌کنند که معیار یادشده تا چه اندازه در ارتباط با برنامه درمانی است.

پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه پروتکل

گام نخست در به‌کارگیری مداخلات درمانی در یک بوم، بر پایه قضاوت درباره امکان‌سنجی 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 [۲۵]، [۲۶]. گام دوم این مطالعه در دل یک طرح تک‌موردی [۲۳] اجرا شد و در این مسیر، درمانگر در هر جلسه معیارهای امکان‌سنجی را تکمیل می‌کرد و هر بیمار، همراه با همسر خود نیز در انتهای درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌سنجی این پروتکل ارائه نمود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری، در گام نخست دربرگیرنده متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی یا حداقل اجرای مراحل رساله دکتری روان‌شناسی بالینی با دانش و تجربه کافی در زمینه درمان شناختی رفتاری و علاقه مندی به همکاری در پژوهش و صرف زمان مناسب برای آن بود. نمونه متخصصان

2 feasibility
2 delphi
2 . single case

1
2
3

۲- اجرای پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای درمانگر در انتهای هر جلسه درباره مؤلفه‌های امکان‌سنجی پروتکل توسط درمانگر تکمیل و وارد فرایند تحلیل شد؛

۳- تکمیل پرسشنامه امکان‌سنجی پروتکل برای بیماران؛ پس از پایان یافتن دوره درمانی به بیماران ارائه، و پاسخ‌های آن‌ها در انتهای جلسه پایانی (جلسه هفتم) دریافت شد.

تحلیل آماری

برای ارزیابی کمی اعتبار محتوای جلسات پروتکل درمانی طبق نظر متخصصان، درمانگر و بیماران شرکت‌کننده در جلسات درمان از محاسبه مجموع نمرات و میانگین هر مقوله، بهره برده شد. معیار مورد نظر برای امکان‌پذیر بودن هر مقوله مورد واری، مقیاس میانگین و بالاتر بوده‌است. نسبت ارزیابی اعتبار محتوا (CVR) و شاخص ارزیابی اعتبار محتوا (CVI) محاسبه شد. مقدار حداقل قابل قبول برای CVR برای پذیرش محتوای مورد اشاره در گویه‌ها، به توصیه لاوشه و همکاران [۲۹]، ۰/۷۹ و بالاتر در نظر گرفته شده‌است. نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای سؤال برانگیز بودن محتوای مورد اشاره و نیاز به بازنگری و اصلاح، و نمره کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل قبول بودن آن ویژگی خواهد بود. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر ۰/۷۹ است [۲۶].

متخصصان شرکت‌کننده در امکان‌سنجی ضرورت برنامه ۷ نفر را شامل می‌شدند (۴ مرد و ۳ زن). نتایج مرتبط با دیدگاه متخصصان در مورد ضرورت محتوا، تکنیک‌ها و تکالیف خانگی جلسات پروتکل در جدول ۲ آمده است.

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

برای متخصصان. این پرسشنامه توسط ضرغامی [۲۸] برای بررسی ۵ مؤلفه امکان‌سنجی تدوین شده‌است. این ابزار، در نسخه اولیه خود [۲۸]، ۱۸ گویه دارد. با توجه به این که یک گویه، در موارد کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک / نوجوان)، برای در نظر گرفتن رفع نیاز والدین در نظر گرفته شده، در پژوهش حاضر، نسخه 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].

پرسشنامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای

بیماران. این پرسشنامه توسط ضرغامی [۲۸] برای بررسی ۳ مؤلفه پذیرش، اجرا و کاربرد در امکان‌سنجی تدوین شده‌است. 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 واژینیسموس. این برنامه در پی مطالعات نویسندگان این مقاله در دانشگاه شاهد با مبنا قرار دادن بسته‌های کورسینی [۱۵] و ترکوبله [۱۶] و دیگر منابع موجود داخلی و خارجی [۱۷-۲۲] در قالب یک برنامه درمانی ۷ جلسه‌ای طراحی و تدوین شد که در دست انتشار است. هدف برنامه درمانی مذکور کاهش نشانه‌های بیمار مبتلا به واژینیسموس و بهبود عملکرد و رضایت جنسی زوجین براساس مشارکت فعال همسر است. خلاصه پروتکل در جدول ۱ ارائه شده‌است.

روند اجرای پژوهش

۱- در راستای امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان:

ارسال دعوت‌نامه به جمعی از متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی یا حداقل اجرای مراحل رساله دکتری روان‌شناسی بالینی از طریق پست الکترونیک، برای مطالعه دو نسخه خلاصه مبسوط و چکیده پروتکل شناختی رفتاری مبتنی بر زوجین برای درمان واژینیسموس و اعلام نظر خود درباره این پروتکل، با پاسخ به پرسشنامه امکان‌سنجی نسخه متخصصان و دریافت پاسخ نهایی از ۷ نفر از متخصصان محترم؛

2 Content Validity Ratio (CVR) 4
2 Content Validity Index (CVI) 5
2 Lawshe CH 6
2 questionable 7
2 unacceptable 8

$$CVR = \frac{Ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}} ; CVI = \frac{n}{N}$$

نتایج

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

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

مؤلفه	سوال	تعداد کل = ۷	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 اول	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 اول	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

بر اساس نتایج جدول 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 اساس معیار ویلسون^{۲۹} [۳۰] بالاتر از نقطه برش بحرانی قرار دارد که نشان از مناسب بودن امکان‌سنجی ضرورت توسط متخصصان دارد.

جدول 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	توصیف	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیده‌گی
۱	تأثیر بر رفع نیازهای بیماران ایرانی	۷	مرتبط	۶	۰	۶	—	—	
۲	تمایل متخصص به استفاده روی بیماران دچار واژینیسوس	۷	مرتبط	۶	۰	۶	—	—	
۳	جذابیت برای بیماران ایرانی	۷	مرتبط	۴/۷۱	۰/۷۶	۴	۰/۳۵	۰/۶۰	
پذیرش									
۴	همانگی با فرهنگ غالب ایران	۷	مرتبط	۴/۵۷	۰/۵۴	۴	۰/۳۷	۰/۳۷	
۵	تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران	۷	مرتبط	۴/۵۷	۰/۵۴	۴	۰/۳۷	۰/۳۷	
۶	امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران	۷	مرتبط	۴/۸۶	۰/۹۰	۴	۰/۳۵	۰/۳۵	
۷	وجود مطالبه برای اجرا در ایران	۷	مرتبط	۴/۷۱	۰/۷۶	۴	۰/۳۵	۰/۶۰	
تقاضا									
۸	قابلیت اجرایی برنامه	۷	مرتبط	۵/۱۴	۰/۳۸	۵	۰/۱۶	۰/۱۶	
۹	کفایت ۷ جلسه برای اجرای اهداف	۷	نامرتبط	۳/۷۱	۰/۷۶	۳	۰/۳۵	۰/۶۰	
۱۰	دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۷۵'	۷	مرتبط	۴/۵۷	۱/۱۳	۳	۰/۲۴	۰/۲۴	
۱۱	مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا	۷	مرتبط	۴/۵۷	۰/۵۴	۴	۰/۳۷	۰/۳۷	
۱۲	مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	۷	مرتبط	۴/۷۱	۰/۴۹	۴	۰/۸۴	۰/۸۴	
اجرا									
۱۳	مقرون‌به‌صرفه بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی	۷	مرتبط	۵/۲۹	۰/۹۵	۴	۰/۷۶	۰/۷۶	
۱۴	مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی	۷	مرتبط	۵/۱۴	۰/۹۰	۴	۰/۳۵	۰/۳۵	
۱۵	تأثیر مثبت برنامه بر بیماران ایرانی	۷	مرتبط	۴/۸۶	۰/۳۸	۴	۰/۶۵	۰/۶۵	
۱۶	توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی	۷	مرتبط	۴/۴۳	۰/۵۴	۴	۰/۳۷	۰/۳۷	
۱۷	مقرون‌به‌صرفه بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی	۷	مرتبط	۴/۸۶	۰/۶۹	۴	۰/۱۷	۰/۳۴	
۱۸	ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه	۷	مرتبط	۵/۲۹	۰/۷۶	۴	۰/۳۵	۰/۶۰	
۱۹	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده*	۷	مرتبط	۴/۴۳	۰/۹۸	۳	۰/۲۸	۰/۴	
۲۰	امکان محتوای جلسات در ایجاد انعطاف در برنامه	۷	مرتبط	۴/۴۳	۰/۹۸	۳	۰/۲۸	۰/۴	
۲۱	انسجام محتوای جلسات	۷	مرتبط	۵/۲۹	۰/۴۹	۵	۱/۲۳	۰/۸۴	
کاربرد									
۲۲	انطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی	۷	مرتبط	۵/۴۳	۰/۵۴	۵	۰/۳۷	۰/۳۷	
۲۳	امکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	۷	مرتبط	۴/۷۱	۰/۷۶	۴	۰/۳۵	۰/۶۰	
انطباق									
۲۴	احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود	۷	مرتبط	۴/۸۶	۱/۰۷	۳	۰/۷۷	۰/۲۶	
یکپارچه‌سازی									
۲۵	نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی*	۷	مرتبط	۵/۱۱	۰/۷۹	۴	۰/۲۴	۰/۳۸	
۲۶	تناسب برنامه با اهداف سازمانی	۷	مرتبط	۵/۱۴	۱/۰۷	۳	۰/۵۲	۲/۷۱	
۲۷	میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران	۷	مرتبط	۵/۲۹	۰/۴۹	۵	۱/۲۳	۰/۸۴	
۲۸	امکان گسترش برنامه در کشور	۷	مرتبط	۵/۱۳	۰/۸۲	۵	۰/۳۰	۰/۳۰	
گسترش									
امکان‌سنجی کلی									
		۷	مرتبط	۴/۹۲	۰/۴۳	۴	۰/۱۲	۰/۵۲	

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

بر اساس نظر متخصصان نشان می‌دهد. با استناد به توصیه‌ی هیرکاس و همکاران [۳۱]، مقدار CVI قابل‌قبول، ۰/۷۹.

نتایج مندرج در جدول ۳، شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات هر مقوله و کل پرسشنامه را

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

(مرتبط بودن محتوای گویه) در نظر گرفته شده‌است (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

ردیف	توصیف کلی گویه	CVI	شاخص‌های توصیفی
------	----------------	-----	-----------------

زودآیند ویرایش نشده

میانگین ۳/۷۱ - به‌دست آمده‌است. در شاخص‌های توصیفی، میانگین کل نمرات پرسشنامه امکان‌سنجی متخصصان، ۴/۹۲ و انحراف استاندارد آن، ۰/۴۳ به‌دست آمده‌است. با توجه به نتایج جدول ۳، نمرات میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل در نظر گرفته شده‌است.

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 اجرای اهداف) نامرتبط به‌نظر می‌رسد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها،

کشیده گ ی	چولگی	بیشینه	کمینه	انحراف استاندارد	میانگین ۶ جلسه	توصیف	CVI	تعداد پاسخ ۵ ۱	
-۱/۴۸	۰/۵۰	۵/۶۷	۴/۶۷	۰/۴۱	۵/۱۷	مرتبط	۱	۶	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار
-۱/۴۸	۰/۵۰	۶	۵	۰/۴۱	۵/۵۰	مرتبط	۱	۶	تمایل به استفاده از محتوای جلسه روی بیماران دچار واژینیسموس
-۱/۸۸	۰/۹۷	۵/۳۳	۵	۰/۹۷	۵/۱۱	مرتبط	۱	۶	جذابیت برای بیماران دچار واژینیسموس
-۱/۶۵	۰/۶۵	۵/۶۷	۴/۸۹	۰/۶۵	۵/۲۶				پذیرش
-۱/۸۸	۰/۹۷	۶	۵/۶۷	۰/۱۷	۵/۷۸	مرتبط	۱	۶	هماهنگی با ساختار فرهنگی غالب ایران
-۱/۸۸	۰/۹۷	۶	۵/۶۷	۰/۱۷	۵/۷۸				تقاضا
—	—	۵	۵	۰	۵	مرتبط	۱	۶	قابلیت اجرایی جلسه
-۳/۳۳	۰	۵	۴/۳۳	۰/۳۷	۴/۶۷	مرتبط	۱	۶	دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۷۵'
—	—	۵	۵	۰	۵	مرتبط	۱	۶	مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه شده برای اجرا
-۳/۳۳	۰	۵	۴/۷۸	۰/۱۲	۴/۸۹	مرتبط	۱	۶	مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین های ارائه شده برای اجرا
-۳/۳۳	۰	۵	۴/۴۷	۰/۱۲	۴/۸۹				اجرا
-۱/۸۸	۰	۶	۴	۰/۸۹	۵	مرتبط	۱	۶	تأثیر مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی
—	—	۵/۳۳	۵/۳۳	۰	۵/۳۳	مرتبط	۱	۶	تناسب توانایی روان شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت های مداخله ای آن
-۱/۹۲	-۰/۸۷	۵/۶۷	۴	۰/۸۳	۵/۰۶	مرتبط	۱	۶	ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه
—	—	۵	۵	۰	۵	مرتبط	۱	۶	انعطاف محتوای جلسه
—	—	۶	۶	۰	۶	مرتبط	۱	۶	تعداد مؤلفه های مهم پرداخته نشده*
—	—	۵	۵	۰	۵	مرتبط	۱	۶	انسجام محتوای جلسه
-۱/۳۲	-۰/۳۶	۵/۵۰	۴/۸۹	۰/۲۳	۵/۲۳				کاربرد
—	—	۵	۵	۰	۵	مرتبط	۱	۶	انطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زبیربانی
—	—	۵	۵	۰	۵	مرتبط	۱	۶	قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی
—	—	۵	۵	۰	۵	مرتبط	۱	۶	امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت
—	—	۵	۵	۰	۵				انطباق
-۲/۱۶	۰/۳۰	۵/۳۵	۴/۹۷	۰/۱۷	۵/۱۵				امکان سنجی کلی

جدول ۴. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص های توصیفی نمرات مقوله ها و امکان سنجی کلی جلسه به جلسه از دیدگاه

درمانگر (n=۶) جلسات

* به لحاظ محتوایی نمره گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس سازی لحاظ شده است.

پرسشنامه امکان سنجی درمانگر را در ۶ جلسه، میانگین کل نمرات پرسشنامه امکان سنجی درمانگر، ۵/۱۵ و انحراف استاندارد آن، ۰/۱۷ به دست آمده است. با توجه به نتایج جدول ۴، نمرات میانگین مقوله ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه های هر مقوله در میانگین کل به دست آمده است. با تکیه بر توصیف کیفی میانگین نظرات درمانگر، بنا به نمره گذاری گویه های پرسشنامه امکان سنجی متخصصان [۲۸]، میانگین ۵ به بالا، بیانگر امکان پذیری «زیاد» می باشد.

نتایج مندرج در جدول ۴، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسشنامه را در دوره درمانی از دیدگاه درمانگر نشان می دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخها (تعداد پاسخهای ۴ و ۵ و ۶)، از نظر درمانگر، همه گویه ها مرتبط تلقی می شود. همان گونه که ملاحظه می شود، میانگین تمامی گویه ها، مقوله ها و هم چنین کل پرسشنامه، بنا به پاسخدهی درمانگر، «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) و «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) به دست آمده است. در شاخص های توصیفی نمرات مقوله ها و کل

جدول ۵. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص های توصیفی نمرات مقوله ها و امکان سنجی کلی از دیدگاه بیماران (n=۶)

ردیف	گویه	CVI		شاخص‌های توصیفی					
		تعداد پاسخ‌ها	توصیف	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	چولگی	کشیدگی
۱	رضایت کلی از برنامه	۶	۱	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۰/۹۷	-۱/۸۸
۲	کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار	۶	۱	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۰/۹۷	-۱/۸۸
۳	پیشنهاد شرکت در برنامه به دوستی با مشکلاتی شبیه مشکلات بیمار	۶	۱	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	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۰/۹۷	-۱/۸۸
۵	جذابیت برنامه برای بیماران	۶	۱	۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۰/۹۷	-۱/۸۸
	پذیرش			۴/۶۷	۰/۵۲	۴	۵	-۰/۹۷	-۱/۸۸
۶	کفایت ۷ جلسه، برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه	۶	۱	۵	۰/۶۳	۴	۶	۰	۲/۵۰
۷	کفایت زمان ۷۵ دقیقه در هر جلسه برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه	۶	۱	۵	۰/۶۳	۴	۶	۰	۲/۵۰
۸	قابل فهم بودن مفاهیم و محتوای تمرین جلسات	۶	۱	۵/۳۳	۰/۵۲	۵	۶	-۰/۹۷	-۱/۸۸
	اجرا			۵/۱۱	۰/۵۴	۴/۳۳	۶	۰/۴۴	-۱/۶۷
۹	تأثیر مثبت برنامه بر بیمار	۶	۱	۵/۳۳	۰/۵۲	۵	۶	۰/۹۷	-۱/۸۸
۱۰	تأثیر منفی برنامه بر بیمار	۶	۱	۵	۰	۵	۵	—	—
۱۱	تناسب انجام فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار	۶	۱	۵/۳۳	۰/۵۲	۵	۶	۰/۹۷	-۱/۸۸
۱۲	تناسب تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته شده برای بیمار	۶	۱	۴/۵۰	۰/۵۵	۴	۵	۰	-۲/۳۳
	کاربرد			۵/۰۴	۰/۲۹	۴/۷۵	۵/۵۰	۰/۶۷	-۰/۴۵
	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.

نتایج مندرج در جدول ۵، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسشنامه را در دوره گروه‌درمانی از دیدگاه بیماران عضو گروه‌درمانی نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر بیماران، همه گویه‌ها مرتبط به نظر می‌رسند. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین گویه‌ها، «متوسط» و «زیاد» به دست آمده است. میانگین نمرات پرسشنامه کل پرسشنامه امکان‌سنجی، میانگین کل نمرات پرسشنامه امکان‌سنجی بیماران، ۴/۹۰ و انحراف استاندارد آن، ۰/۲۶ به دست آمده است.

اجرا که از نظر بیماران، «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) به دست آمده، «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) حاصل شده است. کل پرسشنامه نیز همان‌طور که بازتاب گویه‌هاست، «متوسط» و «زیاد» به دست 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 به دست آمده است.

جمع‌بندی امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

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

جدول 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

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 شده‌است. میزان تقاضا، از نگاه متخصصان، متوسط، و از نگاه درمانگر بالا یا زیاد به‌دست 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 شده‌است. 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 شده‌است.

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 به تفکیک، 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 استفاده مداوم از آن دارند؟ - از نگاه متخصصان، متوسط، از نگاه درمانگر، بالا یا زیاد به‌دست 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 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 قابل اجرا است؟ - از سوی

بحث

یکپارچگی برنامه از دیدگاه متخصصان متوسط ارزیابی شده‌است 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 [۳۲] برنامه شناختی رفتاری زوجی در درمان وستبولودینای تحریک‌شده را امکان‌سنجی نمودند، که همسو با پژوهش حاضر، امکان‌پذیری مناسب داشته‌است. 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 می‌باشد. 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 ننموده‌اند. چنین سنجشی، گزارش امکان‌پذیری را علاوه بر تجربه بیمار از درمان و کیفیت بهبود خود، که از نگاه و تجربه همسر بیمار نیز نشان داده‌است. این درمان تدوین‌شده، متمرکز بر زوجین تعریف شده‌است و تکمیل پرسشنامه از سوی هر دو نفر در زوجین، علاوه بر این که درک بهتری نسبت به شرایط جنسی، روانی و عاطفی زوجین، نیازها، انتظارات و چالش‌های مشترک آن‌ها، ممکن است حاکی از این واقعیت باشد که کیفیت مشارکت همسر در روند بهبودی بیمار، می‌تواند متأثر از برآیند درمان، روی هم روی دیدگاه بیمار و هم دیدگاه همسرش نسبت به امکان‌پذیری درمان مؤثر بوده‌باشد. با این

مطالعه حاضر با هدف تعیین امکان‌پذیری برنامه درمان شناختی‌رفتاری 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 ضروت 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 شده‌است. می‌توان چنین در نظر گرفت که از نگاه سه گروه مخاطب این سنجش، برنامه مذکور به اندازه کافی رضایت‌بخش و برخوردار از جذابیت لازم 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 همه سه گروه در این مطالعه، این برنامه را چه از نظر مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی و اقتصادی، چه از ابعاد تأثیرات مثبت یا احیاناً منفی، و چه از ابعاد انسجام و انعطاف محتوای درمان و ارتباط اجزای این محتوا با هم، مناسب گزارش نموده‌اند و این درمان را شامل مؤلفه‌های درمانی ضروری، مهم و عاری مؤلفه‌های غیرضروری دانسته‌اند. متخصصان و درمانگر، میزان انطباق برنامه را بالا ارزیابی نموده‌اند. 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

دقیق‌تری دست یابند. از جمله محدودیت‌های دیگری که پژوهش حاضر و یافته‌های آن را تحت تأثیر قرار داده‌است، نقصان در اشراف و دسترسی به همه برنامه‌های موثر در مورد واژینیسیموس در گستره‌های جغرافیایی غیر از ایران بود. غفلت احتمالی از برخی جنبه‌های مناسب در درمان‌های مرتبط با واژینیسیموس در برنامه‌های مورد استفاده در تدوین برنامه کنونی، عدم دسترسی به برنامه‌های ویژه و پیوست به برنامه کنونی برای کژکاری‌های جنسی احتمالی مردان که ثانویه به واژینیسیموس همسر رخ می‌دهد، و هم‌چنین عدم دسترسی به برنامه‌های ویژه و پیوست به برنامه کنونی برای درمان دیگر نشانه‌های احتمالی واژینیسیموس به‌جز درد و ترس مانند چنندش نیز می‌تواند از جمله دیگر محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار رود. در این مسیر، پیشنهاد می‌شود افزودن دست کم دو جلسه یادآور به برنامه درمانی کنونی به فاصله‌های ۱۵ و ۴۵ روز می‌تواند به بهبود بیشتر نتایج درمان کمک کند. اجرای مطالعات گسترده‌تری در پی راهکارهای عملی پیشنهاد می‌شود که به پیوست‌هایی به برنامه برای مواردی که همسر به کژکاری‌های جنسی ثانویه به واژینیسیموس دچار شده‌باشد یا پیوست‌هایی که درمان سایر نشانه‌های احتمالی واژینیسیم مانند چنندش از دستگاه تناسلی خود یا همسر و یا فوبیا از آلت تناسلی همسر را هدف قرار دهد، منتهی گردد.

نتیجه‌گیری

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

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش، برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی نویسنده نخست در دانشگاه شاهد است که پیشنهاد آن با شناسه IR.SHAHED.REC.1401.034 از سوی کمیته اخلاق دانشگاه شاهد مورد تأیید قرار گرفت.

حامی مالی: این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی از هیچ مؤسسه یا سازمانی انجام شد.

حال، پویایی‌های مربوط به رابطه زناشویی زوجین در ابعاد مختلف، می‌تواند بر دیدگاه زوجین بر امکان‌پذیری پروتکل نیز سایه گسترده و پیامد نهایی امکان‌سنجی را از نگاه بیماران و همسرشان تحت تأثیر قرار دهد.

پژوهش حاضر در راستای ارزیابی شدنی‌بودن پروتکل شناختی رفتاری مبتنی بر زوجین در کاهش درد و ترس، افزایش عملکرد و رضایت جنسی زنان مبتلا به واژینیسیموس و همسران آنان، در مقیاسی محدود، در تلاش بوده به کمک سنجش دیدگاه متخصصان این حوزه، درمانگری که به اجرای این پروتکل پرداخته و بیمارانی که دریافت‌کننده این برنامه درمانی بوده‌اند، و رای پیامدها و پیش از آن، ضمن بررسی فرایندها و مکانیسم‌های احتمالی اثر این برنامه، نیازهای تجربی که احتمالاً ملاحظات منحصربه‌فردی [۲۳] در انتقال پروتکل روی نمونه‌های فرهنگ ایرانی را طلب کند، تعیین نماید. بنابراین، هرچند که 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، اما به‌عنوان یک یافته محدود، برخی ابعاد را پیش از اجرا و برخی ابعاد را مرتبط با فرایند اجرا نمایان می‌سازد. در ضمن، متخصصانی که در ارتباط با امکان‌پذیری 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. مسأله‌ای که خود، می‌تواند از زاویه دیگری، نتایج را متأثر سازد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

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، با تشکیل جلسه یا جلسات حضوری یا مجازی متخصصان و استفاده از روش‌های دیگری غیر از پرسشنامه، مثل مصاحبه برای دستیابی به دیدگاه متخصصان، درمانگران مجری و بیماران به ارزیابی

1. expert panel

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5). Washington DC: APA; 2013. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1894327>
- 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. *American Journal of Sexuality Education*, 2024; 19(3):337-46. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01206-8>
- 6- Ter Kuile MM, Weijnenborg 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. https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. [https://doi.org/10.1016/s1098-7339\(03\)00392-4](https://doi.org/10.1016/s1098-7339(03)00392-4)
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1037/a0034292>
- 17- Mohammadi, A. The Effect of Cognitive behavioral Therapy on Anxiety, Sexual Function Improvement, and Marital Satisfaction in the Patients with Vaginismus. M.A. Dissertation in General Psychology. Payam e Noor University, 2012. [in Persian] <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/e5af7067401cb191a5694d9254568acb>
- 18- Edalatian, R. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Improvement of Vaginismus Disorder and Sexual Satisfaction. M.A. Dissertation of Psychology. Tabriz University, 2012. [in Persian] <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/c30d5a37d3d4639d3544c02e68206c7d>
- 19- Hamid N, Dehghani-Zadeh Z, Firoozi AA. The Effect of Cognitive Behavior Therapy on the Sexual Function of Women with Vaginismus Disorder. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 2012; 20 (15): 1 -11. [in Persian] <https://doi.org/10.22038/ijogi.2012.6151>
- 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; 259 (224):25-34. [in Persian] <https://doi.org/10.22038/ijogi.2017.8418>
- 21- Bergeron S, Pâquet M, Steben M, Rosen NO. (2021). Perceived partner responsiveness is sexual well-being in couples with genito-pelvic pain. Journal of family psychology, 2021; 35(5):628-638. <https://doi.org/10.1037/fam0000829>
- 22- Bokaie, M., & Bostani Khalesi, Z. (2019). Couple therapy and vaginismus: a single case approach. Journal of sex & marital therapy, 2019; 45(8), 667-672. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1610126>
- 23- Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, ... & Fernandez M. How we design feasibility studies. American journal of preventive medicine, 2009; 36(5), 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- 24- O’Cathain A, Hoddinott P, Lewin S, Thomas KJ, Young B, Adamson J, ... & Donovan JL. 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. <https://doi.org/10.1186/s40814-015-0026-y>
- 25- Pashaei Zad H. A Glance to Delphi Method. Peyke Noor Journal, 2008; 6(1): 64-79. [in Persian] <https://sid.ir/paper/128723/fa>
- 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. [in Persian] Tongco MDC. Purposive sampling as a tool for informant selection. Ethnobotany Journal, 2007; 5:147-158. [in Persian] <https://doi.org/10.29252/jrums.19.5.515>
- 27- Zarghami, Firouzeh. 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. [in Persian] <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/785a9aef9c91e31e9afb9d38956d14d>
- 28- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel psychology, 1975; 28, 563–575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- 29- Wilson, F Robert., Pan, Wei., Schumsky, Donald A. Recalculation of the critical values for Lawshe’s content validity ratio. J Measurement evaluation in counseling development, 2012; 45(3), 197-210. <https://doi.org/10.1177/0748175612440286>
- 30- 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. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00036-1)
- 31- 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. <https://doi.org/10.1111/jsm.12646>