

Research Article

Title: The effectiveness of integrated cognitive behavior based acceptance and commitment therapy (CBT – ACT) on sexual performance and self-esteem in women with vaginismus

Authors

Zohre Nadeali¹, Zahra Alizadeh Birjandi^{2*}

1. Master of Science in Clinical Psychology, Hakim Toos Institute of Higher Education, Mashhad, Iran. nadali.zohreh@yahoo.com, 0009-0003-5576-2301

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Imam Reza International University, Mashhad, Iran. (Corresponding author) z.alizadeh@imamreza.ac.ir, 0000-0002-8338-9925

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: vaginismus is one of the most common sexual disorders in women, which endangers women's sexual activities and issues. Consequently The aim of the present study was to determine the effectiveness of integrated cognitive behavior based acceptance and commitment therapy (CBT-ACT) on sexual function and self-esteem of women with vaginismus in Mashhad.

Method: The method of this study was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. For this purpose, from among all women with vaginismus referring to gynecologists' offices and psychological service clinics in Mashhad, based on purposive sampling, 30 women with vaginismus were selected based on the diagnosis of a gynecologist and were randomly assigned to two experimental and control groups. The intervention was implemented in a group manner in 12 sessions on the experimental group. The instruments used in the study were the Rosen Female Sexual Function Questionnaire (FSFI) and the Rosenberg Self-Esteem Questionnaire (RSES), which individuals answered questions in the pre-test and post-test stages. Covariance analysis was used to analyze the data.

Results: Analysis of the results showed that CBT-ACT intervention is effective in improving sexual function ($P<0/01$) and promoting self-esteem ($P<0/001$) in women with vaginismus.

Discussion and conclusion: CBT-ACT treatment can be effective as a flexible and practical therapeutic intervention in the treatment of sexual disorders, especially vaginismus.

Keywords

Self-esteem, integrated cognitive behavioral focused on acceptance and commitment therapy (CBT-ACT), sexual function, vaginismus

Corresponding
Author's E-mail

z.alizadeh@imamreza.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Sexual health is a crucial aspect of overall well-being, shaped by physical, emotional, psychological, and social factors, and it faces numerous challenges [1, 2]. Sexual dysfunction encompasses issues related to desire, arousal, orgasm, and pain during sexual activity [3, 4]. Vaginismus, a prevalent condition among women, involves involuntary muscle spasms that hinder penetration [5, 6]. The disorder's prevalence varies across cultures [7, 8, 9], with studies indicating that 33% of women in Iran report experiencing pain or fear during intercourse [10]. Furthermore, it is associated with psychological issues such as anxiety and negative body image [6, 7, 13, 14]. This disorder can lead to severe consequences, including pain, depression, and marital disruptions [6, 11, 12]. Many studies have shown that the medical perception of vaginismus as a spasmodic response is a reductionist approach and it is unreliable. Many researchers advocate a multidisciplinary approach to understanding vaginismus and treating this disorder [17]. Today, contemporary research has moved towards personalized or process-based treatments to help clients adhere to treatment and reduce dropouts, thereby maximizing treatment effectiveness with limited resources [30, 31]. One of process-based treatment (PBT) is the integrated ACT-CBT treatment, which, based on the theory of relational frameworks (RFT), pursues a functional goal, namely the promotion of valued action and psychological flexibility [32-33]. Cognitive techniques combined with mindfulness can help alter dysfunctional beliefs and promote non-judgmental awareness of pain [32, 34]. Considering the limitations of CBT in addressing women's sexual disorders [24], this study seeks to evaluate the efficacy of integrated ACT-CBT treatment for women experiencing vaginismus.

Method

This study is an applied, quantitative, quasi-experimental research design employing a pre-test-post-test control group design. It investigates the effectiveness of (CBT- ACT) treatment on sexual function and self-esteem in women diagnosed with vaginismus. The study population consisted of women diagnosed with vaginismus by gynecologists in Mashhad, Iran, during the first half of 2023. Thirty eligible women (aged 17-45, non-menopausal, with good physical and mental health, without significant physical/sexual problems or severe psychiatric disorders, and with informed consent) were selected using purposive sampling and randomly assigned to either an experimental group (receiving ACT-CBT treatment) or a control group. Exclusion criteria included missing more than two sessions or lack of active participation. Data were collected using demographic questionnaires, the validated Female Sexual Function Index (FSFI), and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). The experimental group received twelve 120-minute ACT-CBT group therapy sessions. After the loss of five participants from each group, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was performed using SPSS version 27, with a significance level of 0.05, on data from the remaining ten participants per group to assess the effect of the intervention on the study hypotheses.

Results

This research involved evaluating 20 women diagnosed with vaginismus, who were divided into two groups of 10 participants each by specialists. The groups were matched based on demographic factors such as age, education level, and duration of marriage. The experimental group had an average age of 25 years, while the control group's average age was reported as 29 years. Educationally, it was found that 60% of the experimental group had a high school diploma or lower, whereas 70% of the control group possessed a bachelor's degree or less. Most participants in both groups had been married for one to two years. Descriptive statistics from both groups during pre-test and post-test phases indicated a positive change in average scores related to self-esteem and sexual performance in the experimental group. In this group, there were noticeable increases in orgasm and satisfaction subscales and a decrease in pain subscale scores. In contrast, the control group's average scores remained stable. These findings suggest that cognitive-behavioral integrated interventions effectively improve sexual performance and self-esteem among women suffering from vaginismus. Before conducting multivariate analysis of covariance, essential assumptions were verified. The Kolmogorov-Smirnov test confirmed the normal distribution of scores, while Levene's test indicated homogeneity of variance across groups. The M-box test also supported covariance homogeneity. To evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral integrated therapy on sexual performance and self-esteem, multivariate analysis of covariance was applied. The results revealed significance levels below 0.05, indicating a significant difference between the two groups concerning sexual performance and self-esteem. In conclusion, the analysis confirmed that cognitive-behavioral integrated therapy significantly impacts sexual performance and self-esteem ($p < 0.05$). The effect size for sexual performance was reported at 81% and 73% for self-esteem.

Conclusion

This study demonstrates a significant positive effect ($P < 0.01$) of an integrated Cognitive-Behavioral Therapy based on Acceptance and Commitment (CBT-ACT) intervention on improving sexual function and increasing self-esteem in women with vaginismus. This aligns with research indicating CBT's efficacy in modifying maladaptive thoughts [19, 22, 23, 25, 28], and ACT's effectiveness in promoting psychological flexibility and reducing anxiety severity [24, 26, 29, 31]. These findings are significant because they address the multidimensional nature of vaginismus, a condition rooted in both psychological factors (fear, anxiety) and socio-cultural factors (negative attitudes, lack of sexual awareness) [16, 17, 18, 21]. The limited effectiveness of traditional CBT interventions alone [23, 24] underscores the importance of comprehensive, integrative approaches in addressing the complexities of vaginismus.

Success in CBT-ACT treatment stems from its multifaceted approach, addressing cognitive, behavioral, and acceptance-commitment aspects [30, 32-35]. The synergy between CBT (cognitive restructuring, coping skills training, behavioral modification) and ACT (acceptance of negative emotions, value-based action) is crucial [26]. It addresses both psychological and socio-cultural factors contributing to vaginismus [17, 18, 19].

The mechanism of action involves CBT correcting maladaptive thoughts and behaviors stemming from fear of pain [16], while ACT promotes mindful acceptance of unpleasant emotions without avoidance [33, 42], enhancing behavioral flexibility and reducing the impact of negative thoughts [42]. Focusing on values and value-consistent actions, rather than avoidance, is also key [33]. Acceptance of pain, without attempts to change or avoid it, leads to better adaptation and reduced intensity [42]. Improved

self-acceptance, resulting from challenging negative thoughts and behaviors, enhances self-image and self-esteem [33]. In summary, CBT-ACT is an effective treatment for vaginismus, significantly improving sexual function and self-esteem. Future research should focus on long-term effectiveness, comparisons with other therapies, and investigation of moderating factors (personality traits, socio-cultural influences, and neurobiological mechanisms).

Ethical considerations

compliance with ethical guidelines

Ethical considerations were fully addressed in this research, as evidenced by the ethical code IR.MUMS.REC.1401.264 obtained from Mashhad University of Medical Sciences. This research is based on a thesis with [The effectiveness of integrated cognitive behavior based acceptance and commitment therapy (CBT – ACT) on sexual performance and self-esteem in women with vaginismus], defended on [Defense Date] at Hakim Educational Complex. Informed consent was obtained from all participants, and the confidentiality and privacy of their data were strictly maintained by the researcher

Funding

This study was conducted without any financial support from any institution or organization.

Conflict of interest

There is no conflict of interest in this study.

Authors' participation

The first author was responsible for data collection, executing the research plan, and analyzing and writing the study. The second author (corresponding author) was responsible for research design, supervising the implementation of research stages, and the scientific and literary editing of the research.

دانشگاه مشهد
پایان وودایش

اثربخشی درمان یکپارچه نگر شناختی رفتاری متمرکز بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) بر عملکرد جنسی و عزت نفس زنان مبتلا به واژینیسموس

نویسندگان

زهرا نادعلی^۱، زهرا علیزاده بیرجندی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، موسسه آموزش عالی حکیم طوس، مشهد، ایران.

nadali.zohreh@yahoo.com، 0009-0003-5576-2301

۲. استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه بین‌المللی امام رضا(ع)، مشهد، ایران. (نویسنده

مسئول) z.alizadeh@imamreza.ac.ir، 0000-0002-8338-9925

چکیده

مقدمه: واژینیسموس از جمله اختلالات جنسی شایع در زنان بشمار می‌رود که مسایل و فعالیت‌های جنسی زنان را به خطر می‌اندازد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان یکپارچه شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) بر بهبود عملکرد جنسی، و عزت نفس زنان مبتلا به واژینیسموس شهر مشهد بود.

تاریخ دریافت:

..../../.

تاریخ پذیرش:

..../../.

روش: روش این پژوهش نیمه-آزمایشی از نوع پیش-آزمون - پس-آزمون با گروه کنترل بود. بدین منظور از بین کلیه زنان مبتلا به واژینیسموس مراجعه کننده به مطب‌های متخصصین زنان و کلینیک‌های خدمات روانشناسی شهر مشهد، بر اساس نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر مبتلا به واژینیسموس براساس تشخیص متخصص زنان، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. مداخله به شیوه



گروهی، در ۱۲ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن (FSFI) و عزت نفس روزنیرگ (ROSS) بود که افراد در مرحله پیش-آزمون و پس-آزمون به پرسش‌ها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

نتایج: تحلیل نتایج نشان داد که درمان یکپارچه شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی ($P < 0/01$) و ارتقا عزت نفس ($P < 0/001$) در زنان مبتلا به واژینیسموس مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان یکپارچه شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) می‌تواند به عنوان یک روش مداخله درمانی انعطاف‌پذیر و کاربردی در درمان اختلالات جنسی بویژه واژینیسموس، کارایی داشته باشد.

کلیدواژه‌ها

کلید واژه‌ها: عزت نفس، درمان یکپارچه شناختی رفتاری متمرکز بر پذیرش و تعهد، عملکرد جنسی، واژینیسموس

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

z.alizadeh@imamreza.ac.ir

مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد

مقدمه

بسیاری از مبتلایان به این عارضه به دنبال کمک نمی‌روند و بنابراین شمارش نمی‌شوند که این امر تخمین شیوع کلی این بیماری را دشوار می‌کند [۷]؛ با این حال، مطالعات مختلف تخمین زده‌اند که واژینیسموس بین ۷ تا ۶۸ درصد از جمعیت زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد که گزارش‌های بالاتری از آن نیز گزارش شده است [۸]. بر اساس شواهد اخیر، این اختلال یک اختلال وابسته به فرهنگ است و در ایرلند، اروپای شرقی و آمریکای لاتین بیشتر از آمریکای شمالی و اروپای غربی گزارش شده است [۹]؛ در مطالعه‌ای در ایران، حدود ۳۳ درصد از زنان ایرانی تجربه درد یا ترس خود را در حین مقاربت بیان کردند [۱۰]. این اختلال می‌تواند منجر به درد جسمی، افسردگی، احساس ناامیدی و اختلال در عملکرد جنسی شود که ممکن است به تدریج باعث ایجاد مشکلاتی در میل جنسی اکثر زنان مبتلا به این اختلال شود [۶]. این مشکلات ممکن است با سایر اختلالات جنسی مانند

سلامت جنسی یک جنبه ضروری از سلامت فردی است که ممکن است بر همه افراد در تمام سنین و مراحل زندگی تأثیر بگذارد [۱]. ترکیبی پیچیده و مبهم از ابعاد جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی سلامت را در بر می‌گیرد و در معرض چالش‌ها و مسائل بسیاری است [۲]. عملکرد جنسی شامل میل، برانگیختگی، ارگاسم و سرکوب است و تحت تأثیر بسیاری از عوامل زیستی-روانی اجتماعی است [۳]؛ از سوی دیگر، اختلال عملکرد جنسی به مجموعه‌ای از اختلالات روانی-جنسی و تجربیات ناخوشایند افراد و زوجین اطلاق می‌شود که خود را به صورت اختلال در میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و درد در حین رابطه جنسی نشان می‌دهد [۴]. واژینیسموس یک اختلال شایع جنسی در زنان است [۵] که از دخول جنسی از طریق اسپاسم غیرارادی و مکرر عضلات در یک سوم سطح بیرونی واژن جلوگیری می‌کند [۶].

واژینیسوس را به عنوان یک اسپاسم عضلانی عملکردی که توسط پاسخ‌های فوبیک به دخول و اجتناب از آن ایجاد می‌شود، تشخیص می‌دهند. به طوریکه پاسخ واژینیسوس ممکن است از طریق تجربیات جنسی دردناک یا ثانویه به عوامل روانی یا عاطفی، شرطی شود [۲۴،۲۳] از عوامل دیگر روانشناختی می‌توان به نقش نگرش‌های ضمنی و صریح و زمینه اجتماعی-فرهنگی مرتبط با این نگرش‌ها، اشاره کرد که انتساب‌های مبتنی بر ترس و انزجار را در فرد ایجاد می‌کنند [۲۵] به عنوان مثال تحقیقات نشان داده‌اند زنان مبتلا به واژینیسوس، سطوح بالاتری از شناخت‌های فاجعه‌بار و درد، شناخت‌های منفی از خودانگاره و شناخت‌های ناسازگاری تناسلی را گزارش می‌کنند [۲۶] همچنین از عوامل اجتماعی-فرهنگی که ممکن است بر ایجاد واژینیسوس اثر بگذارد نیز می‌توان به خودآگاهی جنسی پایین و نگرش منفی نسبت به تمایلات جنسی اشاره کرد [۲۷] از سوی دیگر برای تجربه انزجار و اجتناب فوبیک، همیشه تجربه مستقیم یک پدیده لازم نیست بلکه می‌تواند ناشی از شنیدن تجربیات جنسی منفی دیگران [۲۸] و نگرش‌ها و رفتارهای والدین باشد. [۲۹] ریسینگ (۲۰۱۲) دریافت که زنانی که در طول زندگی خود دچار واژینیسوس بوده‌اند، ترس‌هایی را گزارش کرده‌اند که ناشی از تجربیاتی است که در مورد درد، آسیب، صمیمیت یا از دست دادن کنترل در زمینه برخورد جنسی شنیده یا خوانده‌اند [۳۰]. به طور مثال زنانی که در رابطه جنسی احساس ترس و درد بیشتری دارند یا افرادی که اطلاعات جنسی نداشتند و یا کسانی که اطلاعات مربوط به تمایلات جنسی را از رسانه‌های اجتماعی به دست آورده‌اند و همچنین کسانی که به دلایل مذهبی افکار منفی در مورد تمایلات جنسی داشتند و اندام تناسلی و جنسی را منزجر کننده می‌دانستند، بیشتر به واژینیسوس مبتلا می‌شوند [۳۱]

اختلال برانگیختگی جنسی و نارضایتی از زندگی جنسی نیز همراه باشد [۱۱]. در جوامعی که روابط قبل از ازدواج ممنوع است، واژینیسوس تأثیر منفی شگرفی بر زندگی جنسی زوجین دارد و اغلب تهدیدی جدی برای بنیان خانواده است [۱۲]. از سویی دیگر ارتباط بین اختلالات جنسی زنان و مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب در مطالعات مختلف تایید شده است [۶]. که اثرات نامطلوبی بر شخصیت، عزت نفس، روابط زناشویی و ثبات عاطفی زنان دارد [۷]. بسیاری از زنان مبتلا به واژینیسوس عزت نفس پایین، ناامیدی، احساس گناه [۱۳] و تصاویر منفی از بدن خود نشان داده‌اند [۱۴]. برخی از زنان حتی طلاق را پشت سر گذاشته‌اند و تمایل به خودکشی نشان داده‌اند [۱۵]. در معیار تشخیصی اختلال مطرح شده است که اسپاسم غیرارادی و مکرر عضلات در یک سوم سطح بیرونی واژن، از دخول جنسی جلوگیری می‌کند [۱۶] و فرد مبتلا به این اختلال، مشکلاتی در کنترل عضلات کف لگن یا افزایش حساسیت عصبی در ناحیه تناسلی دارد که باعث بروز انقباض‌های دردناک می‌شود [۱۷]؛ ولی بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که تنها ادراک پزشکی از واژینیسوس، به عنوان یک پاسخ اسپاسمی، که زیربنای بسیاری از رویکردهای متمرکز بر این حوزه بوده است، به عنوان یک رویکرد تقلیل‌گرایانه مورد انتقاد است و بسیاری از پژوهشگران، از یک رویکرد جامع برای درک واژینیسوس و درمان این اختلال حمایت می‌کنند [۱۸]. مدل زیستی-روانی-اجتماعی^۲ به عنوان یکی از مدل‌های جامع آسیب‌شناسی، مطرح می‌کند [۱۹] اگر چه واژینیسوس به عنوان یک آسیب زیست‌شناختی و اسپاسم عضلات واژن هنگام تلاش برای مقاربت در نظر گرفته می‌شود [۲۰] اما این اسپاسم ممکن است ثانویه به عوامل دیگری مانند ترس از درد واقعی هنگام تلاش برای مقاربت [۲۱] و همچنین پویایی روابط صمیمی یا تأثیرات فرهنگی باشد [۲۲]. رفتارگرایان

^۲ Bio-psycho-social model

متاآنالیز در درمان اکت عمدتاً نشان دادند که ACT در پیگیری سه ماهه، می‌تواند علائم اضطراب، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و فاجعه‌سازی درد را کاهش دهد و می‌تواند ذهن آگاهی، پذیرش درد و انعطاف‌پذیری روانی را بهبود بخشد [۴۰]. با توجه به مقایسه بین ACT و CBT برخی از مطالعات نظری به این نتیجه رسیده‌اند که شباهت‌های بین این دو بیشتر از تفاوت‌ها است. هردو مدل به افراد کمک می‌کنند تا علائم روان‌شناختی خود را از منظری عینی‌تر ببینند و تکنیک‌های رفتاری مشابهی را پوشش دهند و برخی از فرآیندهای رایج مانند اجتناب رفتاری و توجه سخت را هدف قرار می‌دهند [۳۷]. با توجه به اینکه هردو رویکرد درمانی ارزش‌های یکسانی را دنبال می‌کنند که شامل کاهش رنج، توانمندسازی، سرزندگی و ارتباط است، کاربرد تلفیقی این دو رویکرد بسیار موثر و کمک‌کننده می‌باشد. امروزه، تحقیقات معاصر مداخله به سمت یک درمان شخصی‌سازی حرکت کرده است، یعنی درمان مبتنی بر فرآیند (PBT) که از هسته‌های درمانی خاص برای شناسایی استراتژی‌ها استفاده می‌کند که برای فرد مناسب‌تر است و به مراجعین کمک می‌کند تا به آنها پایبند باشد تا ترک درمان را کاهش دهد [۴۱]. همچنین تکامل یا ادغام بیشتر آنها، می‌تواند درک بهتر دو روش درمانی را تسهیل کند و به این ترتیب اثربخشی درمانی را با منابع محدود به حداکثر رساند [۴۲]. یکی از درمان‌های مبتنی بر فرایند، درمان یکپارچه ACT-CBT است که بر کارکرد تکنیک به جای ماهیت تکنیک تمرکز دارد و با تکیه بر نظریه چارچوب ارتباطی یک هدف کارکردی را دنبال می‌کند که همان ترویج عمل ارزشمند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است [۴۳-۴۴]. در این مدل درمانی فرض بر این است که CBT، ACT را می‌توان در قالب یک مدل انعطاف‌پذیر یکپارچه کرد. در هر دو درمان

بنابراین در پژوهش‌های اخیر، واژینیسموس، یک اختلال چند بعدی در نظر گرفته می‌شود و برای فهم کامل آن باید در سطوح درون فردی، بین فردی و فرهنگی بررسی شود [۳۲]. بنابراین در نظر گرفتن واژینیسموس فقط به عنوان یک مشکل ورود واژن ممکن است بسیار سطحی باشد و باید برای درمان آن، نگرش و خودآگاهی جنسی، عوامل اجتماعی-فرهنگی زنان به صورت کل نگر ارزیابی شود [۳۲]. درمان‌های متعددی تا به امروز برای افراد مبتلا به این اختلال مورد بررسی قرار گرفته‌اند [۳۳]. در یک پژوهش با هدف بررسی کارآزمایی بالینی از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۰ و مقایسه درمان‌های واژینیسموس با سایر درمان‌های پلاسبو نشان داد که درمان‌های شناختی رفتاری، استفاده از گشادکننده‌های واژن، هیپنوتیزم درمانی، بوتاکس و فیزیوتراپی منجر به مقاربت موفق و رضایت‌بخش شدند [۳۴]؛ با این حال، از آنجاییکه مطالعات در مورد اثربخشی این درمان‌ها کمیاب است، بنابراین ممکن است در حال حاضر نتوان نتیجه‌گیری محکمی را در این زمینه به کار برد. همچنین بررسی درمان‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به درد لگنی نشان می‌دهد که در اثر بخشی درمان‌های شناختی رفتاری (CBT) و هیپنوتراپی، شواهد با کیفیت بسیار پایینی وجود دارد [۳۵]. با وجود اینکه اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) با افزایش تعداد مطالعات تجربی در شرایط مختلف، در جمعیت‌های مختلف و در زمینه‌های مختلف تأیید می‌شود [۳۶]. اما با محبوبیت جهانی موج سوم (CBT)، مطالعات بیشتری بر روی تفاوت‌ها و شباهت‌های بین (CBT) موج سوم و (CBT) سنتی شروع شده است [۳۷]. یکی از درمان‌های معروف موج سوم، درمان پذیرش و تعهد (ACT) است. هدف ACT کمک به بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فردی است که می‌تواند از طریق شش فرآیند اصلی به دست آید [۳۸-۳۹]. مرور ۸۴

نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر بر مبنای هدف، کاربردی و جزء تحقیقات کمی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه کنترل بود جامعه آماری این پژوهش زنان با تشخیص ابتلاء به واژینیسیموس توسط متخصص زنان در شهر مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بود که تعداد ۳۰ زن مبتلا به واژینیسیموس دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. در کل، در پژوهش آزمایشی تعداد آزمودنی‌ها در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل ۱۵ نفر قرار داده می‌شوند. [۴۸]

معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، داشتن سن ۱۷ تا ۴۵ سال، یائسه برخوردار بودن از سلامت جسمی و روانی و تشخیص واژینیسیموس، با علائم شامل: دشواری زیاد در مقاربت، درد زیاد در مهبل، ترس یا اضطراب شدید در رابطه با درد واژنی، انقباض شدید یا تنگ شدن شدید عضلات کف لگن، رد مشکلات جسمی در ناحیه لگن و یا واژن، نداشتن عفونت که منجر به درد هنگام دخول می‌باشد، عدم بیماری‌های جسمی یا جنسی دیگری که علایم مقاربت دردناک را ایجاد می‌کنند، نداشتن اختلالات شدید روانپزشکی همزمان و عدم استفاده از داروهای روانپزشکی و عدم دریافت درمان‌های روانشناختی).

معیارهای خروج نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات روان‌درمانی و عدم مشارکت در تکالیف درمانی بود. از همه آزمودنی‌ها در هر دو گروه، آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرفته شد و گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمان تلفیقی (ACT-CBT) قرار گرفت.

ابزار پژوهش

برگه مشخصات جمعیت شناختی:

توضیحات این برگه شامل: اهداف پژوهش، داوطلبانه

افزایش رفتار انعطاف‌پذیر و همخوان با ارزش‌ها در درمان بسیار مهم است. این درمان فقط تکنیک‌های جدید را بکار نمی‌بندد بلکه به درمانگر اجازه می‌دهد تا به شیوه جدید به تکنیک‌های قدیمی و آشنای خود بنگرد. این رویه وابستگی درمانگر را به یک بسته‌ی مداخله‌ی خاص کاهش می‌دهد و درمانگر را از دنیای محتوا (اینکه تکنیک چیست) خارج کرده و وارد دنیای کارکرد (اینکه تکنیک چگونه عمل می‌کند و چه فرآیندی را هدف قرار می‌دهد) می‌کند [۴۵-۴۶]. برای درمان واژینیسیموس نیز، استفاده از یک رویکرد یک‌رویکرد چند رشته‌ای و تلفیقی می‌تواند مفید باشد [۱۸]. با توجه به اینکه بارزترین ویژگی‌های مبتلایان به واژینیسیم اضطراب و ترس از درد در رابطه جنسی است [۱۶] و متغیرهای ترس از رابطه جنسی، شناخت مثبت و خودانگاره در حیطه روانشناختی مدل‌های چندبعدی، پیش‌بینی‌کننده تشخیص واژینیسیموس می‌باشند [۴۷]، آگاهی بخشی و بازسازی شناختی مراجع در مورد باورهای ناکارآمد خود و رابطه آنها با هیجان و رفتار بوسیله تکنیک‌های شناختی و تاکید بر پذیرش آن به جای اجتناب با بکارگیری راه‌های جدید موثر بودن و گسلش بوسیله استعاره‌ها می‌توانند بسرعت نحوه تفکر مراجع را درباره کنترل اضطراب‌زا تغییر دهند [۴۳] و از سوی دیگر با کمک ذهن آگاهی و مشاهده بدون قضاوت در مورد درد و افکار مرتبط با اضطراب، مراجع به این درک می‌رسد که اینها فقط فکرنده و نه واقعیت و لزوماً نباید باعث رفتار اجتنابی شوند [۴۵].

با توجه به اینکه مرور مطالعات متاآنالیز نشان می‌دهد اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جنسی زنان محدود بوده است و از سوی دیگر به کارگیری درمان‌های فرایند مدار می‌تواند اثربخشی درمان را با منابع محدود به حداکثر رسانند، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان یکپارچه (ACT-CBT) بر زنان مبتلا به اختلال واژینیسیموس می‌باشد.

روش

راستای اجرای مداخله درمانی، پس از برقراری ارتباط و ارائه توضیحات اولیه درباره طرح پژوهش به ۱۹ نفر از پزشکان متخصص زنان در شهر مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۲، تعداد ۵ نفر از آنان آمادگی خود را برای همکاری در فرایند ارجاع بیماران اعلام کردند. بر این اساس، مقرر شد بیمارانی که از سوی پزشک متخصص، واجد ملاک‌های اختلال واژینیسموس تشخیص داده می‌شدند، از طریق شماره تماس یا شناسه کاربری در شبکه‌های اجتماعی به پژوهشگر معرفی شوند. در طی این مرحله، ۴۲ نفر با پژوهشگر ارتباط گرفتند. پس از انجام هماهنگی‌های لازم، برای این افراد جلسه ارزیابی بالینی برگزار شد. در این جلسات، مصاحبه بالینی انجام گرفت و توضیحات کامل در خصوص طرح درمان ارائه شد. همچنین تأکید شد که مدیریت توسط یک درمانگر زن با رعایت عوامل فرهنگی و مذهبی انجام خواهد شد. پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، در نهایت ۳۰ نفر واجد شرایط در پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) شامل گروه آزمایش و گروه کنترل گمارده شدند. قبل و بعد از مداخله پیش‌آزمون و پس‌آزمون که شامل پرسشنامه‌های عملکرد جنسی زنان و عزت نفس روزنبرگ برای هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایش در ۱۲ نشست ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی، آموزش درمان یکپارچه شناختی- رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) را به صورت گروهی دریافت کردند که در جدول ۱، شرح مختصری از جلسات ارائه گردیده است. در طول مداخله، ۵ نفر از گروه آزمایش بر اساس ملاک خروج از پژوهش خارج شدند و برای حفظ تعادل گروه‌ها، ۵ نفر نیز به طور تصادفی از گروه

و اختیاری بودن شرکت در پژوهش، بدون ضرر بودن مداخله درمانی و حفظ حریم خصوصی و حفظ اصل رازداری و شاخص‌های مربوط به اطلاعات متغیرهای هم‌تاسازی گروه‌ها (سن، مقطع تحصیلی و مدت ازدواج) ثبت گردید.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان^۵ (FSFI): این پرسشنامه توسط روزن و همکاران [۴۹] ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال جهت بررسی افراد در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد و نمره کل است. نمره دهی سوالات بر اساس سیستم نمره دهی از صفر (خیلی پایین، هیچ موقعی) تا ۵ (خیلی بالا، همیشه) است و با جمع نمرات سؤال‌های هر بعد، نمره آن بعد به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است. این پرسشنامه از نوع عمومی استاندارد است که اعتبار و پایایی آن توسط روزن و همکاران طی مطالعه‌ای که به همین منظور انجام شد و همچنین مطالعه محمدی در دانشگاه شاهد با آلفای کرونباخ ۰/۷۷، مورد تأیید قرار گرفت [۵۰].

پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ (RSES)^۶

: این آزمون حاوی ۱۰ سؤال می‌باشد که هر سؤال در این پرسشنامه دارای ۴ گزینه می‌باشد که دامنه آن از کاملاً موافق (نمره ۴) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) گسترده است. گستره نمرات این پرسشنامه از ۱۰ تا ۴۰ بوده که هرچه نمره بالاتر باشد، عزت نفس بالاتر را نشان می‌دهد [۵۱]. در پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز ضرایب آلفای کرونباخ و دونیمه سازی را ۰/۶۹ و ۰/۶۸ گزارش کردند [۵۲].

شیوه انجام پژوهش

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که نخست محقق به مطالعه منابع داخلی و خارجی مختلف در ارتباط با متغیرهای پژوهش پرداخت و پس از اخذ کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی مشهد، در

^۵ Rosenberg Self Esteem Scale

^۶ Female sexual function index

جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش و توضیح کم اهمیت کردن افکار ناکارآمد با معرفی مفهوم گسلش (D) و تضعیف قدرت یک فکر و تماشای افکار آنگونه که هستند نه آنچه می‌گویند. با استفاده از استعاره فروشنده، آموزش روانی و عادی سازی برای افزایش انعطاف پذیری و نه کاهش پریشانی انجام می‌شود و شناسایی مسیر عمل موثر (E) با نوشتن ارزش های موردعلاقه در رابطه زوج، و تمرین گسلش و راه های جدید موثر بودن با استفاده از استعاره جاده و تابلو... و میله های زندان به عنوان تکلیف در منزل.
جلسه چهارم	ارزیابی اولیه آموزش ارتباط بین افکار و احساسات و رفتار و اینکه همیشه با هم مرتبط نیستند و شناسایی افکاری که فرد را به دام می‌اندازد. تمرین نوشتن ۳ موقعیت که کاری متفاوت با رفتاری که افکار و احساس شما خواسته بود انجام دادید. و کاربرد افکاری که شما را به دام می‌اندازند به عنوان تکلیف در منزل. و استعاره مسافران اتوبوس.
جلسه پنجم	ارزیابی اولیه و پیگیری تمرینات جلسه قبل، ادامه تمرینات مفهوم گسلش یا ناهمجوشی شناختی از طریق استعاره ی دریاچه و برگها، ابرها، تمرین ذهن آگاهی و حضور در لحظه اسکن بدن، تکلیف در منزل اسکن بدن. تمرین رفتاری تنفس
جلسه ششم	ارزیابی و پیگیری تمرینات جلسه ی قبل، معرفی پذیرش از طریق استعاره ی مهمان ناخوانده و بزرگ کردن فضای ذهن، توضیح سبک اجتناب، تحمل و پذیرش، توضیح تمرین های رفتاری ممنوعیت رابطه ی جنسی، شناخت بدن، بررسی بصری و اژن توسط زن با استفاده از آینه دستی ذهن آگاهی خوردن کشمش در جلسه ی درمان، تکلیف در منزل: ذهن آگاهی و تمرکز بر خود.
جلسه هفتم	پیگیری تمرینات جلسه ی قبل، معرفی و شفاف سازی ارزشها از طریق استعاره ی مرور فیلم زندگی، و تهیه سلسله مراتبی از ارزش و عمل. تکلیف در منزل: آغاز تمرین های رفتاری جدید به صورت حساسیت زدایی منظم و گام به گام: انتخاب شیء یا (انگشت کوچک زن) و تمرین های واژنی: حساسیت زدایی با یک انگشت آموزش داده شد و

کنترل حذف شدند؛ در نهایت، گروه آزمایش و گروه کنترل هر کدام ۱۰ نفر را شامل شدند و پس از آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

به افراد گروه کنترل اطلاع داده شد که در فهرست انتظار قرار دارند و پس از اتمام جلسات درمانی گروه اول، مداخله درمانی برای آنان نیز برگزار خواهد شد.

شیوه تحلیل داده ها

به جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش، آمار توصیفی برای خلاصه و توصیف و طبقه بندی داده های جمع آوری شده و آمار استنباطی برای آزمون فرضیه های پژوهش با انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره به کار گرفته شد تا تاثیر مداخله درمانی ارزیابی شود. با نرم افزار SPSS27 تحلیل ها انجام شد و سطح معنی داری برای همه آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. ساختار پروتکل درمان تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT- ACT) [۳۲]

جلسه	اهداف جلسه و مداخلات
جلسه اول	آشنایی متقابل و برقراری رابطه با مراجع، بیان انتظارات مراجع و هدف جلسات درمانی، بیان اصول اخلاقی جلسه مشاوره از جمله اصل رازداری و احترام متقابل، بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و ارزیابی. بررسی مسایل زوجین و توضیحاتی برای همسر به منظور همکاری وی.
جلسه دوم	آموزش آشنایی با بدن و دستگاه تناسلی، استفاده از مدل ABC برای بی ریزی درمان برای کمک به انسجام و ساختار درمان. آموزش اینکه یک رویداد فعال ساز A و باور نا کارآمد مرتبط با آن B و پیامد هیجانی و رفتاری C ناشی از آن را شناسایی کنند. و اینکه افراد انتخاب های مختلفی را در برخورد با مسایل دارند که به باورشان بستگی دارد و باور نا کارآمد منجر به رفتار نا کارآمد می شود. ارایه کاربرد ABCDE به منظور شناسایی مسیر عمل و بازسازی شناختی و پر کردن آن به عنوان تکلیف منزل.

یافته‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها به تفکیک گروه در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین سنی در گروه آزمایش $25/20 \pm 8/80$ و در گروه کنترل $29/20 \pm 6/30$ گزارش شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. توزیع میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که ۶۰ درصد از گروه آزمایش دارای مدرک دیپلم و پایین‌تر بودند، در حالی که ۷۰ درصد از گروه کنترل دارای مدرک لیسانس و کمتر از آن بودند. همچنین توزیع مدت ازدواج نشان می‌دهد که در هر دو گروه، بیشترین تعداد یعنی ۶۰ درصد از آزمودنی‌ها بین ۱ تا ۲ سال از ازدواجشان می‌گذرد.

شاخص‌های توصیفی مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش نتایج نشان‌دهنده تغییر مثبت میانگین داده‌ها در متغیرهای عزت نفس و عملکرد جنسی به صورت کلی و زیرمقیاس‌های ارگاسم و رضایت است که بیانگر افزایش این متغیرها پس از مداخله درمانی می‌باشد. همچنین تغییر منفی میانگین داده‌ها در زیرمقیاس درد نشان‌دهنده کاهش این متغیر پس از انجام مداخله است. در مقابل، میانگین داده‌ها در گروه کنترل نسبتاً ثابت باقی مانده است. این نتایج به‌طور توصیفی اثربخشی مداخله درمان تلفیقی شناختی-رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود عملکرد جنسی و عزت نفس مبتلایان به اختلال واژینیسموس در گروه آزمایش نشان می‌دهد.

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و بررسی فرضیه پژوهش، ضروری است پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. در بررسی پیش‌فرض‌ها، اگر مقدار Sig بزرگتر از $0/05$ باشد، فرض با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود. جدول ۴ تأیید پیش‌فرض مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات را با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

بیماران در طول هفته، باید ۳ بار یا بیشتر در منزل تمرین می‌کردند تمرین‌های ذهن آگاهی. ارایه کاربرگ اصول زندگی (حرکت مراجع از شفاف سازی ارزشها به طرف عمل)	
پیگیری تمرینات جلسه ی قبل، تمرین رفتاری جدید: ارزیابی عدم درد با ورود انگشت کوچک- تمرین مواجهه در مرحله بعد: ورود شی و انتخاب ۳ سایز (2)، (3، 2/5) یا ورود دو انگشت (بدون اضطراب واسپاسم ناشی از آن)، دو انگشت را واردکنند.	جلسه هشتم
پیگیری تمرینات جلسه ی قبل، تمرین رفتاری جدید: دریا و ماسه، انتخاب شی در ۳ سایز (۳/۵، ۴، ۴/۵) یا انگشت شریک جنسی: ادامه تمرین حساسیت زدایی با انگشت همسر ادامه تمرین‌های ذهن آگاهی.	جلسه نهم
بررسی تکالیف جلسه قبل، مرور تمرینات گذشته، شبیه ۳ سایز (۴/۴، ۵) یا دو انگشت همسر و ادامه تمرین‌های ذهن آگاهی.	جلسه دهم
جلسه مروری بر تمرینات جلسه قبل، تمرین‌های ذهن آگاهی. همراهی همسر درانجام تمرین. ادامه حساسیت زدایی لمس ورودی و اژن با آلت تناسلی بدون دخول	جلسه یازدهم
مروری بر تمرینات گذشته و ذهن آگاهی، و دخول کامل. انجام پس آزمون	جلسه دوازدهم

نتایج.

در این پژوهش، ۲۰ زن مبتلا به واژینیسموس که توسط متخصصین تشخیص داده شده بودند، شرکت کردند. این افراد به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند که هر کدام شامل ۱۰ نفر بود. آزمودنی‌ها از نظر برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی، مانند سن، تحصیلات و مدت ازدواج همسان سازی شدند تا اثر مداخله‌گری این متغیرها بر نتایج مطالعه کاهش یابد.

به تفکیک گروه آزمایش و خطا در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همچنین، جدول ۵ نتایج آزمون لوین را برای تأیید همگنی واریانس خطا در گروه‌ها ارائه می‌دهد. بر اساس نتایج آزمون ام‌باکس ($\text{Sig} = 0/724$ BOXs $M = 1/503$) همگنی کوواریانس تأیید گردید. براساس پراکنش نمرات و همچنین خط رگرسیون برآورد شده، مشاهده می‌شود که این خطوط یکدیگر را در محدوده داده‌ها قطع نمی‌کنند و پیش‌فرض یکسانی شیب خط رگرسیون برقرار است.

برای بررسی اثربخشی درمان تلفیقی شناختی-رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و عزت نفس و معنادار بودن تفاوت ایجاد شده در نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج این آزمون در جداول ۶ و ۷ قابل مشاهده است.

در جدول ۶ مشاهده می‌شود سطوح معناداری همه آزمون‌ها کمتر از $0/05$ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای عملکرد جنسی و عزت نفس تفاوت معناداری داشته

اند.

در جدول ۷ مشاهده می‌شود که اثربخشی درمان تلفیقی شناختی-رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) بر عملکرد جنسی و عزت نفس معنادار بوده است. ($p < 0/05$) با توجه به اینکه سطح معنی‌داری کمتر از $0/05$ به دست آمده و با توجه به معذور انا، می‌توان گفت که مقدار این اندازه اثر در عملکرد جنسی ۸۱ درصد و در عزت نفس ۷۳ درصد بوده است.

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین
سن	آزمایش	۱۰	۱۸	۴۲	۲۵/۲۰
	کنترل	۱۰	۲۱	۴۲	۲۹/۲۰
سطح تحصیلات	آزمایش	۱۰	دیپلم و کمتر از آن		فوق لیسانس و بیشتر از آن
			فرآوانی	درصد	فرآوانی
	کنترل	۱۰	دیپلم و کمتر از آن		فوق لیسانس و بیشتر از آن
			فرآوانی	درصد	فرآوانی
مدت ازدواج	آزمایش	۱۰	کمتر از ۱ سال		بیشتر از ۲ سال
			فرآوانی	درصد	فرآوانی
	کنترل	۱۰	کمتر از ۱ سال		بیشتر از ۲ سال
			فرآوانی	درصد	فرآوانی
آزمایش	۱۰	۳	۳۰	۶	۶۰

۳۰	۳	۶۰	۶	۱۰	۱	۱۰	کنترل
----	---	----	---	----	---	----	-------

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

کنترل (n=10)		آزمایش (n=10)		گروه	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	مرحله	متغیر
۴/۳۴	۱۵/۷۰	۴/۲۷	۱۵/۷۰	پیش آزمون	عزت نفس
۲/۰۸	۱۵/۵۰	۲/۸۵	۲۱/۲۰	پس آزمون	
	-۰/۲۰		+۵/۵	تفاوت میانگین	
۰/۳۵	۱/۹۲	۰/۶۶	۳/۱۶	پیش آزمون	ارگاسم
۰/۴۲	۱/۶۷	۰/۴۰	۳/۹۸	پس آزمون	
	-۰/۲۵		+۰/۸۲	تفاوت میانگین	
۰/۹۴	۲/۲۳	۱/۲۳	۴/۵۵	پیش آزمون	رضایت
۰/۷۵	۴/۱۳	۰/۸۸	۴/۶۸	پس آزمون	
	-۰/۱۰		+۰/۱۳	تفاوت میانگین	
۰/۶۷	۳/۰۹	۱/۴۷	۴/۶۰	پیش آزمون	درد
۰/۵۲	۳/۳۲	۰/۷۵	۱/۹۱	پس آزمون	
	+۰/۲۳		-۲/۶۹	تفاوت میانگین	
۱/۷۴	۱۰/۹۷	۳/۵۸	۱۷/۳۷	پیش آزمون	نمره کل عملکرد جنسی
۱/۶۰	۱۰/۱۹	۱/۷۶	۲۰/۴۸	پس آزمون	
	-۰/۷۸		+۳/۱۱	تفاوت میانگین	

جدول ۴. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف - نرمال بودن داده‌ها

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		آماره آزمون	Sig	آماره آزمون	Sig
عملکرد جنسی	پیش آزمون	۰/۱۹۵	*۰/۲۰۰	۰/۱۸۲	*۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۲۱۸	۰/۱۹۵	۰/۱۵۰	*۰/۲۰۰
عزت نفس	پیش آزمون	۰/۱۲۰	۰/۲۰۰	۰/۱۵۲	*۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۳۶	۰/۲۰۰	۰/۱۵۱	*۰/۲۰۰

جدول ۵. نتایج آزمون لوین - همگنی واریانس خطا در گروه‌ها

متغیر	آماره F	Sig
عملکرد جنسی	۰/۰۲۶	۰/۸۷۳
عزت نفس	۰/۰۱۳	۰/۹۱۰

جدول ۶. نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره در درمان تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد

جنسی و عزت نفس

نام آزمون	مقدار	آماره F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری	اتا
اثر پیلایی	۱/۳۵۳	۱۷/۷۷۵	۴	۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۶
لامبدای ویلکس	۰/۰۷۵	۲۱/۲۸۷	۴	۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
اثر هتلینگ	۶/۶۷۱	۲۵/۰۱۶	۴	۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۹
بزرگترین ریشه روی	۵/۶۵۸	۴۸/۰۹۴	۲	۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۰

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در متن مانکوا روی عملکرد جنسی و عزت نفس

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
عملکرد	۴۷۱/۴۹۴	۲	۲۳۵/۷۴۷	۳۶/۶۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۲

جنسی						
عزت نفس	۲۸۲/۷۱۸	۲	۱۴۱/۳۵۹	۲۳/۱۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۱

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت و معنی‌دار ($P < 0.01$) مداخله‌ی یکپارچه شناختی- رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (CBT-ACT) بر بهبود عملکرد جنسی و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا به واژینیسموس بود. این نتیجه، همراستا با مطالعات پیشین مبنی بر کارایی درمان CBT با تاکید بر اصلاح افکار ناکارآمد که همسو با مطالعات [۱۹،۲۲،۲۳،۲۵،۲۸] می باشد و همچنین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) در ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش شدت اضطراب که همسو با پژوهش‌های [۳۵،۳۷،۴۰،۴۲] می باشد. اهمیت این یافته‌ها در توجه به ماهیت چندبعدی واژینیسموس نهفته است؛ اختلالی که ریشه در عوامل روان‌شناختی، از جمله ترس و اضطراب مرتبط با رابطه جنسی، و همچنین عوامل اجتماعی-فرهنگی، شامل نگرش‌های منفی نسبت به تمایلات جنسی و کمبود آگاهی جنسی، دارد [۱۶، ۱۸، ۳۲، ۲۷]. در حالی که مداخلات شناختی-رفتاری (CBT) که به طور سنتی در درمان این اختلال مورد استفاده قرار گرفته‌اند، اثربخشی محدودی داشتند و به تنهایی پاسخگوی پیچیدگی‌های این اختلال نبودند [۳۵، ۳۴]. این محدودیت‌ها، اهمیت رویکردهای جامع و یکپارچه نگر را در درمان واژینیسموس برجسته می‌کند. موفقیت مداخله‌ی تلفیقی CBT-ACT را می‌توان به چند عامل کلیدی نسبت داد. اولاً، رویکرد جامع و چندوجهی آن که هم به ابعاد شناختی و رفتاری و هم به ابعاد مربوط به پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌پردازد [۴۱، ۴۲-۴۶]. ثانیاً، هم‌افزایی بین CBT و ACT که موجب می‌شود تا نقاط قوت هر دو رویکرد در درمان یک اختلال چندبعدی مانند واژینیسموس به طور کامل مورد استفاده قرار گیرد [۳۷]. ثالثاً، توانایی

این مداخله در هدف قرار دادن همزمان عوامل روان‌شناختی و اجتماعی-فرهنگی دخیل در پیدایش و تداوم واژینیسموس [۱۸، ۳۱، ۳۲]. جنبه‌ی CBT این مداخله، به بازسازی شناختی باورهای ناکارآمد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با اضطراب و ترس، و تغییر الگوهای رفتاری اجتنابی می‌پردازد، در حالی که جنبه‌ی ACT بر پذیرش احساسات و افکار منفی و تمرکز بر ارزش‌های شخصی و عمل کردن در راستای آن‌ها تمرکز دارد [۴۰، ۴۵]. این هم‌افزایی باعث می‌شود تا زنان مبتلا بتوانند هم با چالش‌های شناختی و رفتاری و هم با تجربیات عاطفی خود به شکلی سازنده‌تر مواجه شوند علاوه بر این، مکانیسم‌های اثر CBT-ACT در بهبود عملکرد جنسی و عزت نفس را می‌توان به تفصیل توضیح داد. یکی از ویژگی‌های تشخیصی واژینیسموس، احساس درد شدید در زمان دخول و ترس از تکرار این درد است [۱۶]، که منجر به افکار ناکارآمد، اسپاسم عضلات لگن، و اجتناب از فعالیت جنسی می‌شود. CBT در این مداخله به شناسایی و اصلاح این افکار ناکارآمد کمک می‌کند، در حالی که ACT به زنان کمک می‌کند تا با احساسات ناخوشایند خود با ذهن‌آگاهی روبرو شوند، بدون اینکه نیاز به تغییر یا اجتناب از آن‌ها داشته باشند. این پذیرش، به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری و کاهش تأثیر افکار منفی بر تجربه جنسی کمک می‌کند [۵۳]. تمرکز بر ارزش‌ها و انجام رفتارهایی که با ارزش‌های شخصی هم‌خوانی دارند، به جای اجتناب از افکار و هیجانات ناخوشایند، نیز نقش مهمی در این روند ایفا می‌کند [۴۴]. همچنین، پذیرش درد و عدم تلاش برای تغییر یا اجتناب از آن، به سازگاری بیشتر با درد مزمن و کاهش شدت آن کمک می‌کند [۵۳]. در نهایت، با افزایش عزت نفس و به چالش کشیدن افکار منفی و ناتوانی‌های رفتاری، CBT-ACT به بهبود خودپنداره و افزایش

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش:

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، با اخذ کد اخلاق IR.MUMS.REC.1401.264 از دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رعایت شده است. این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه‌ای با عنوان اثربخشی درمان تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی و افزایش عزت نفس زنان مبتلا به واژینیسموس است که در دانشگاه حکیم طوس مشهد تدوین شده است. رضایت آگاهانه و داوطلبانه‌ی شرکت در پژوهش از تمامی افراد اخذ گردیده و اصل رازداری و محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان نزد پژوهشگر به‌طور کامل حفظ شده است.

حامی مالی:

این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ موسسه و سازمانی انجام شده است.

منابع.

- Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;153(1):14-24. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13523>.
- World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Pâquet M, Rosen NO, Steben M, Mayrand MH, Santerre-Baillargeon M, Bergeron S. Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodinia: Associations with women's pain, women's sexual function, and both partners' sexual distress. *The Journal of Pain.* 2018 May 1;19(5):552-61. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.264>.
- 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. *Sex Relat Ther.* 2021;38(4):638-652. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1894327>.
- Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T, Alarcon-Rodriguez R. Psychosocial correlates of vaginismus diagnosis: a case-control study. *J Sex Marital Ther.* 2019;45(1):73-83. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1484401>.
- Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond).* 2018;14:1-16. <https://doi.org/10.1177/1745506518762664>.
- Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, et al. The role of personal factors in quality of life among Iranian women with vaginismus: A path analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19:166. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01799-5>.
- Anderson-Foster N. Black Women and Compulsive Sexual Behavior. *Sex Health Compulsivity.* 2023;30(1):38-56.
- Maseroli E, et al. Psychobiological correlates of vaginismus: An exploratory analysis. *J Sex Med.* 2017;14(11):1392-1402.

عزت نفس در زنان مبتلا به واژینیسموس کمک می‌کند. در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله‌ی یکپارچه نگر CBT-ACT رویکردی کارآمد و موثر در درمان واژینیسموس است که می‌تواند منجر به بهبود قابل توجه در عملکرد جنسی و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا شود.

محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از جمله کم بودن تعداد مبتلایان واژینیسموس که تمایل به درمان روانشناختی داشته باشند و ناتوانی در همگن کردن بیشتر متغیرهای گروه مداخله به علت کمبود مراجعان دارای پذیرش در این زمینه بود. همچنین می‌توان به عدم مشارکت همسران در فرایند درمان اشاره کرد. با توجه به اینکه در واژینیسموس عوامل ارتباطی، هیجانی و جنسی زوجین در تداوم یا بهبود آن نقش دارند، عدم حضور مردان در جلسات درمان می‌تواند بر میزان اثربخشی مداخلات و تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم دوره پیگیری اشاره کرد.

پیشنهادات پژوهشی

پیشنهاد می‌شود که این طرح پژوهشی با حجم نمونه بزرگتر انجام شود تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود. همچنین این پژوهش در مورد سایر اختلالات جنسی نیز اجرا گردد و در پژوهش‌های آتی دوره‌های پیگیری نیز اجرا شود تا تاثیر ماندگاری این آموزش در طی زمان مشخص شود. در پژوهش‌های آتی بهتر است بر بررسی طولانی‌مدت اثربخشی این مداخله و مقایسه‌ی آن با سایر روش‌های درمانی متمرکز شوند. همچنین، بررسی عوامل تعدیل‌کننده‌ی پاسخ به درمان، مانند ویژگی‌های شخصیتی و عوامل اجتماعی-فرهنگی و همچنین مکانیسم‌های عصبی-زیستی دخیل در این روند، می‌تواند درک جامع‌تری از مکانیسم‌های اثر این مداخله فراهم آورد.

- Rosen, R., Seagraves, K., Seagraves, R. T., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G., & Whipple, B. (2000). Report on the International consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Urology*, 163(3), 888–893. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)67828-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)67828-7)
24. Berman JR, Berman LA, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology*. 1999;54(3):385-391.
25. Reissing ED. Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. *J Sex Med*. 2012;9(1):251-258. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02534.x>
26. Ali Akbari Dehkordi M, Heydari Nasab L, Keyghabadi Sh. The relationship between sexual function and marital adjustment in married women. *Clin Psychol Personal*. 2013;11(1):87-98. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02534.x>
27. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M. Biopsychosocial factor of vaginismus in Iranian women. *Reprod Health*. 2021;18(1):210. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01260-2>
28. Rosenbaum TY. An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: promoting autonomy and mind/body connection. *Sex Relat Ther*. 2013;28(1-2):20-28. <https://doi.org/10.1080/14681994.2013.76498>
29. Dolan L. An integrative approach to the psychotherapeutic treatment of vaginismus incorporating hypnosuggestion and hypnoanalysis. *Aust J Clin Exp Hypn*. 2009;37(1):60-73.
30. Klaassen M, Ter Kuile MM. Development and initial validation of the vaginal penetration cognition questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. *J Sex Med*. 2009;6(6):1617-1627. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01217.x>
31. Ter Kuile MM, van Lankveld JJ, de Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behav Res Ther*. 2007;45(2):359-373. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.013>
32. Çankaya S, Aslantaş BN. Determination of sexual attitude, sexual self-consciousness, and sociocultural status in women with and without lifelong Vaginismus: a case-control study. *Clin Nurs Res*. 2022;31(7):1340-1351. <https://doi.org/10.1177/10547738221103334>
33. Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Behavioral therapies for treating female sexual dysfunctions: A state-of-the-art review. *J Clin Med*. 2022;11(10):2794. <https://doi.org/10.3390/jcm11102794>
34. Omidvar Z, Bayazi MH, Faridhosseini F. Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy training and cognitive-behavioral therapy on sexual satisfaction of women with vaginismus disorder. *J Fundam Ment Health*. 2023;23(4):267-271. [In Persian]
35. National Guideline Alliance (UK). Psychological therapy for women with pelvic floor dysfunction: Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management: Evidence review O. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.015>
10. Alizadeh A, Farnam F, Raisi F, Parsaeian M. Prevalence of and risk factors for genito-pelvic pain/penetration disorder: a population-based study of Iranian women. *J Sex Med*. 2019;16(7):1068-1077. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.019>
11. Perez S, Binik YM. Vaginismus: "Gone" but not forgotten. *Psychiatr Times*. 2016;33(7). <https://www.psychiatristimes.com/view/vaginismus-gone-not-forgotten>
12. Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, et al. Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *J Sex Med*. 2016;13(4):591-606 <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.021>
13. Yazdanpanahi Z, Nikkholgh M, Akbarzadeh M, Pourahmad S. Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran, 2015. *J Family Community Med*. 2018;25(2):82-87. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_117_17
14. Esfahani SB, Pal S. Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review. *Health Psychol Open*. 2018;5(2):1-13. <https://doi.org/10.1177/2055102918786867>
15. Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, Feranec J. Evaluation and treatment of female sexual pain: a clinical review. *Cureus*. 2018;10(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.2379>
16. Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia? Implications for the new DSM-5 diagnosis of genito-pelvic pain/penetration disorder. *Arch Sex Behav*. 2015;44:1537-1550. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0430-z>
17. Bohlen, J. G., Held, J. P., Sanderson, M. O., & Patterson, R. H. (2010). Vaginal muscle activity in vaginismus: A review. *Journal of Sex Research*, 47(2), 114–123.
18. McEvoy M, McElvaney R, Glover R. Understanding vaginismus: a biopsychosocial perspective. *Sex Relat Ther*. 2024;39(3):680-701. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.2007233>
19. Atallah S. Cultural aspects in sexual function and dysfunction in the geriatric population: A review of the current literature and clinical overview of clinical interventions with efficacy. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2016 Jul 1;32(3):156-66. <https://doi.org/10.1097/TGR.000000000000105>
20. Halgin, R. P., & Krauss-Whitbourne, S. (2013). *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders (International edition) (7th ed.)*. McGraw Hill.
21. Binik, Y. M., & Meana, M. (2009). The future of sex therapy: Specialization or marginalization? *Archives of Sexual Behavior*, 38(6), 1016–1027. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9475-9>
22. Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *The Journal of Sex Research*, 38(2), 89–96. <https://doi.org/10.1080/00224490109552075>
23. Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padma-Nathan, H.,

- Univ Med Sci. 2015;25(125):81-94
<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5900-en.html> [In Persian]
48. Poursaleh A, Sarparast. Effectiveness of self-compassion awareness program online training on health anxiety and psychological flexibility during the outbreak of corona disease. *Clin Psychol Personal.* 2023; 20(2): 135-47.
<https://doi.org/10.22070/cpap.2023.13972.1059> [In Persian]
49. Rosen PH, McDuff P, Grégoire C. Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *J Sex Med.* 2013;10:2024-2035.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12210>
50. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh.* 2008;7(3):269-278. [In Persian].
51. Rosenberg M. *Rosenberg self-esteem scale.* Princeton (NJ): Princeton University Press; 1965.
52. Mohammadi N, Sajadinejad M. Psychometric evaluation of body image concern measures and testing the communication model, BMI, dissatisfaction with body image, and self-esteem in adolescent girls. *Q J Psychol Stud.* 2006;1(3):85-101. [In Persian].
53. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *Eur J Cancer Care.* 2015;24(1):15-27. <https://doi.org/10.1111/ecc.12223>
- Dec.
36. Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Stallard P, Howard R, Das Nair R, et al. The evidence for cognitive behavioral therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychol Med.* 2021;51(1):21-29
<https://doi.org/10.1017/S0033291720005292>
37. Fang S, Ding D. The differences between acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: A three-level meta-analysis. *J Contextual Behav Sci.* 2023;28:149-168.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.015>
38. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther.* 2004;35(4):639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
39. McClure JB, Bricker J, Mull K, Heffner JL. Comparative effectiveness of group-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(3):354-362. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv268>
40. Van de Graaf DL, Trompeter HR, Smeets T, Mols F. Online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for chronic pain: A systematic literature review. *Internet Interv.* 2021;26:100465.
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100465>
41. Hayes SC, Hofmann SG, Ciarrochi J. A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clin Psychol Rev.* 2020;82:101908.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>
42. Goldsmith ES, Koffel E, Ackland PE, Hill J, Landsteiner A, Miller W, et al. Evaluation of implementation strategies for cognitive behavioral therapy (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT), and mindfulness-based stress reduction (MBSR): A systematic review. *J Gen Intern Med.* 2023;38(12):2782-2791.
<https://doi.org/10.1007/s11606-023-08140-4>
43. Ciarrochi J, Bailey A. *A CBT practitioner's guide to ACT: How to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy.* New Harbinger Publications; 2008.
44. Ciarrochi J, Sahdra B, Hofmann SG, Hayes SC. Developing an item pool to assess processes of change in psychological interventions: The Process-Based Assessment Tool (PBAT). *J Contextual Behav Sci.* 2022;23:200-213.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.02.001>
45. Jacobs AM, Antony MM. Review of A CBT-practitioner's guide to ACT: How to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance & commitment therapy.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0017573>
46. Watson S, Mathieson F, Huthwaite M. Integrating ACT components in CBT training: Trainee appetite and supervisor preparedness. *New Zealand J Psychol.* 2021;50(3).
47. Reisy L, Ziaee S, Mohamad E. Designing a questionnaire for diagnosis of vaginismus and determining its validity and reliability. *J Mazandaran*