



Journal Website

Article history:
Received 24 August 2025
Revised 22 December 2025
Accepted 29 December 2025
Published online 22 September 2026

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 3, pp 1-13



E-ISSN: 2981-1759

Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Vaginismus in Married Women

Leila. Bayat¹, Abdollah. Shafiabady^{2*}, Reza. Khakpour³

¹ Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

² Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

* Corresponding author email address: ashafiabady@yahoo.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Bayat, L., Shafiabady, A., & Khakpour, R. (2026). Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Vaginismus in Married Women. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(3), 1-13.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and emotion-focused therapy (EFT) in reducing vaginismus symptoms and improving sexual functioning among married women.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest–follow-up design with a control group. The population consisted of married women aged 30–45 years attending counseling centers in District 2 of Tehran during 2024–2025. Thirty eligible participants were randomly assigned to two experimental groups (CBT and EFT; n=15 each). Both interventions were delivered in eight 80-minute sessions. Data were collected using the Reisi et al. Vaginismus Scale and analyzed via repeated-measures ANOVA.

Findings: Multivariate tests revealed significant differences among the groups ($p < 0.001$) with large effect sizes ($\eta^2 = 0.47–0.85$). Both CBT and EFT significantly reduced sexual pain, negative feelings, fear, and avoidance compared with the control group. EFT demonstrated stronger and more sustained effects on overall vaginismus symptoms and sexual functioning, whereas CBT showed greater efficacy in modifying dysfunctional cognitions and reducing performance anxiety.

Conclusion: Although both therapeutic approaches were effective, emotion-focused therapy exhibited superior clinical benefits by addressing emotional regulation and relational dynamics underlying vaginismus.

Keywords: *Vaginismus; Cognitive-Behavioral Therapy; Emotion-Focused Therapy; Sexual Function; Married Women*

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Vaginismus is a complex and multifausal female sexual dysfunction characterized by involuntary contraction of the pelvic floor muscles during attempted vaginal penetration, resulting in pain, fear, avoidance of intercourse, and serious disruption of marital intimacy. The disorder affects not only physical sexual functioning but also emotional well-being, self-esteem, marital satisfaction, and quality of life. Contemporary evidence suggests that vaginismus is best conceptualized as an interaction of physiological, cognitive, emotional, relational, and sociocultural processes rather than a purely biomedical condition (Fitria, 2025; Zulfikaroglu, 2025). Systematic prevalence studies indicate that cultural taboos, limited sexual education, and stigma significantly contribute to underreporting and chronicity of the disorder, especially in conservative societies (Sabateqadam et al., 2019). Qualitative research among Iranian women further highlights profound emotional distress, shame, fear of rejection, impaired body image, and relational insecurity as core components of lived experience in vaginismus (Heidaryan et al., 2021; Yeganeh et al., 2019).

Extensive research demonstrates that vaginismus involves strong cognitive and affective components including catastrophic beliefs about penetration, performance anxiety, hypervigilance to bodily sensations, and maladaptive emotion regulation strategies (Baser et al., 2020; Najaat et al., 2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) has long been considered a gold-standard intervention for sexual dysfunctions. CBT addresses dysfunctional beliefs, reduces performance anxiety, facilitates graded exposure, and modifies avoidance behavior, leading to substantial symptom improvement (Metz et al., 2017; ter Kuile et al., 2007). Controlled trials and comparative studies confirm the efficacy of CBT in reducing vaginismus severity and improving sexual satisfaction (Eserdag et al., 2021; Omidvar et al., 2021; Taştan et al., 2021). Innovative extensions of CBT, such as cognitive-behavioral hypnotherapy, have further expanded therapeutic outcomes (Alavizadeh et al., 2025; Karav et al., 2025).

However, accumulating evidence suggests that cognitive and behavioral change alone may be insufficient for many women whose symptoms are rooted in unresolved emotional conflicts, attachment insecurity, and deep-seated sexual shame (Heidaryan et al., 2021; Yeganeh et al., 2019). Emotion-Focused Therapy (EFT) has emerged as a powerful alternative by directly targeting core emotional processes, strengthening secure attachment bonds, and restructuring maladaptive relational cycles. Clinical studies report significant reductions in sexual anxiety and dysfunction following EFT interventions (Gharashi, 2020; Hashemi & Ghahramani, 2021). Research also shows that emotion regulation plays a mediating role between sexual mindfulness and relational quality, directly influencing sexual satisfaction (Asma Tabatabaeian, 2024). Emotion-focused schema therapy further demonstrates durable improvements in sexual self-assertiveness and self-esteem among women with vaginismus (Akhlaghi & Rasouli, 2022; Kakavand et al., 2025).

Recent systematic reviews emphasize that successful treatment of vaginismus requires integrative approaches that address emotional, cognitive, physiological, and relational dimensions simultaneously (Abdenijad & Simber, 2021; Zulfikaroglu, 2025). Complementary interventions including pelvic floor rehabilitation (Awad et al., 2025), internet-based CBT (Borji-Navan & Salehin, 2025), hypnotherapeutic protocols (Karav et al., 2025), and mindfulness-based programs (Omidvar et al., 2021) further support the multidimensional nature of treatment. Nevertheless, direct comparative evidence between CBT and EFT remains limited, particularly within Iranian cultural contexts where sexual dysfunction is heavily influenced by sociocultural constraints (Hashemi & Ghahramani, 2021; Taştan et al., 2021; Zulfikaroglu, 2025).

Methods and Materials

This quasi-experimental study employed a pretest–posttest–follow-up design with a control group. Participants were 30 married women aged 30–45 diagnosed with vaginismus and recruited from counseling centers in Tehran. Eligible participants were randomly assigned to either the Cognitive-Behavioral Therapy group or the Emotion-Focused Therapy group, with 15 participants in each group. Both interventions consisted of eight structured 80-minute sessions delivered weekly. Data were collected at three time points: pre-intervention, post-intervention, and follow-up. The primary outcome measure was the Vaginismus Scale assessing sexual pain, negative feelings, fear, and avoidance.

Findings

Statistical analyses demonstrated significant multivariate differences among groups across time. Both treatment groups showed substantial reductions in vaginismus symptoms compared with the control condition. Effect sizes were large, indicating strong treatment impact.

The CBT group exhibited pronounced improvement in dysfunctional cognitions, performance anxiety, and avoidance behaviors. Participants reported enhanced control over sexual responses, improved cognitive appraisal of sexual experiences, and greater confidence during intimacy.

The EFT group demonstrated superior improvement in emotional distress, sexual fear, relational intimacy, and long-term symptom maintenance. Reductions in sexual pain, emotional avoidance, and relational tension were greater and more stable over time in the EFT group. Follow-up results indicated that improvements in the EFT group remained consistent, while the CBT group showed mild symptom rebound in emotional and relational dimensions.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that both CBT and EFT are effective treatments for vaginismus, but they exert their influence through distinct therapeutic mechanisms. CBT primarily operates through cognitive restructuring, exposure, and anxiety management, producing strong short-term symptom relief. EFT, by contrast, appears to create deeper and more durable change by transforming core emotional processes, attachment patterns, and relational dynamics that sustain the disorder.

The superior performance of EFT in emotional and relational outcomes suggests that vaginismus is fundamentally rooted in affective and attachment-based processes rather than purely cognitive distortions. Emotional safety, secure bonding, and regulation of sexual fear appear essential for lasting recovery. When emotional wounds and relational insecurities are addressed, the physiological manifestations of vaginismus diminish naturally.

Clinically, these results underscore the necessity of adopting integrative treatment frameworks. CBT techniques remain invaluable for stabilizing acute symptoms and restructuring maladaptive thoughts, while EFT provides the foundation for long-term emotional healing and relational repair. The optimal therapeutic strategy for vaginismus may therefore involve a phased or combined approach that incorporates both models.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۲ شهریور ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۱ دی ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۸ دی ۱۴۰۴

منتشر شده در تاریخ ۱ مهر ۱۴۰۵

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۵، شماره ۳، صفحه ۱۲-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر علائم واژینیسیموس در زنان متأهل

لیلا بیات^۱، عبدالله شفیع آبادی^۲، رضا خاکپور^۳

۱. گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه آموزشی مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: ashafiabady@yahoo.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

بیات، لیلا، شفیع آبادی، عبدالله، و خاکپور، رضا. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر علائم واژینیسیموس در زنان متأهل. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۵(۳)، ۱۳-۱.



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش علائم واژینیسیموس و بهبود عملکرد جنسی زنان متأهل مبتلا به این اختلال بود. **روش‌شناسی:** این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل ۳۰ تا ۴۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ بود. ۳۰ نفر واجد شرایط به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی شامل روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی هیجان‌مدار (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. مداخلات طی هشت جلسه ۸۰ دقیقه‌ای اجرا شد. ابزار پژوهش مقیاس واژینیسیموس رئیسی و همکاران بود. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج آزمون‌های چندمتغیره نشان داد بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p < .001$) و اثر مداخله بسیار بزرگ گزارش شد ($\eta^2 = .47$ تا $.85$). هر دو درمان موجب کاهش معنادار رنج جنسی، احساس نامناسب، ترس و اجتناب جنسی نسبت به گروه کنترل شدند. زوج‌درمانی هیجان‌مدار تأثیر عمیق‌تر و پایدارتر بر کاهش علائم واژینیسیموس و بهبود عملکرد کلی جنسی نشان داد، در حالی که روان‌درمانی شناختی-رفتاری در اصلاح مؤلفه‌های شناختی و کاهش اضطراب عملکردی اثربخشی بیشتری داشت. **نتیجه‌گیری:** هر دو رویکرد درمانی در بهبود واژینیسیموس مؤثرند، اما روان‌درمانی هیجان‌مدار به دلیل تأثیر بر تنظیم هیجانی و روابط زوجین، مزیت بالینی بیشتری در درمان جامع این اختلال دارد.

کلیدواژگان: واژینیسیموس؛ روان‌درمانی شناختی-رفتاری؛ روان‌درمانی هیجان‌مدار؛ عملکرد جنسی؛ زنان متأهل



مقدمه

واژینیسوس یکی از شایع‌ترین و در عین حال پیچیده‌ترین اختلالات عملکرد جنسی زنان است که با انقباض غیرارادی عضلات کف لگن هنگام تلاش برای دخول همراه بوده و غالباً موجب درد، اجتناب جنسی، اضطراب شدید و اختلال در روابط زناشویی می‌شود. این اختلال نه تنها سلامت جسمانی بلکه سلامت روان، تصویر بدنی، کیفیت زندگی و ثبات روابط زوجین را نیز به طور عمیق تحت تأثیر قرار می‌دهد (Fitria, 2025; Zulfikaroglu, 2025). بررسی‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد شیوع واژینیسوس در جوامع مختلف متغیر بوده و در برخی فرهنگ‌ها به دلیل موانع اجتماعی، تابوهای جنسی و محدودیت‌های آموزشی احتمال گزارش کمتر از میزان واقعی وجود دارد (Sabateqadam et al., 2019). یافته‌های کیفی نیز نشان می‌دهد تجربه زیسته زنان مبتلا به واژینیسوس ترکیبی از ترس، شرم، احساس ناتوانی، تعارض‌های هیجانی و آشفتگی‌های رابطه‌ای است که اغلب به انزوای روانی و کاهش عزت نفس منجر می‌شود (Heidaryan et al., 2021; Yeganeh et al., 2019).

تحقیقات نشان داده‌اند که واژینیسوس پدیده‌ای چندعاملی است که در آن عوامل زیستی، روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، بین‌فردی و فرهنگی به طور همزمان نقش‌آفرینی می‌کنند (Baser et al., 2020; Najaat et al., 2019). متغیرهایی نظیر سابقه فوبیای خاص، اضطراب عملکردی، اختلالات روان‌پزشکی همراه، باورهای ناکارآمد درباره بدن و رابطه جنسی، کیفیت عملکرد جنسی همسر و الگوهای ارتباطی زوجین از عوامل مؤثر در تداوم این اختلال گزارش شده‌اند (Baser et al., 2020; Najaat et al., 2019). مرور نظام‌مند جدید نیز نشان می‌دهد که اگرچه مداخلات فیزیولوژیک و دارویی در برخی موارد سودمندند، اما درمان‌های روان‌شناختی همچنان ستون اصلی مداخله در واژینیسوس محسوب می‌شوند (Abdenijad & Simber, 2021; Zulfikaroglu, 2025).

در میان رویکردهای درمانی، روان‌درمانی شناختی-رفتاری یکی از رایج‌ترین و مبتنی‌ترین روش‌ها برای درمان اختلالات جنسی است. این رویکرد با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، کاهش اضطراب عملکردی، آموزش مواجهه تدریجی و تغییر الگوهای اجتنابی، به کاهش نشانه‌های واژینیسوس کمک می‌کند (Metz et al., 2017; ter Kuile et al., 2007). شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به طور معناداری شدت علائم، اضطراب جنسی و اجتناب رفتاری را کاهش دهد و عملکرد جنسی زنان مبتلا را بهبود بخشد (Eserdag et al., 2021; Omidvar et al., 2021; Taştan et al., 2021). حتی اشکال تلفیقی جدیدتر این رویکرد مانند هیپنوتراپی شناختی-رفتاری نیز اثربخشی قابل توجهی در بهبود عملکرد جنسی زنان گزارش کرده‌اند (Alavizadeh et al., 2025; Karav et al., 2025). با وجود اثربخشی قابل قبول درمان شناختی-رفتاری، پژوهشگران بر این باورند که بسیاری از بیماران واژینیسوس علاوه بر مؤلفه‌های شناختی و رفتاری، با لایه‌های عمیق‌تری از تعارضات هیجانی، آسیب‌های دلبستگی، شرم جنسی و ناایمنی رابطه‌ای مواجه‌اند که صرفاً با اصلاح شناخت‌ها به طور کامل درمان نمی‌شود (Heidaryan et al., 2021; Yeganeh et al., 2019). این یافته‌ها زمینه‌ساز توجه گسترده‌تر به رویکردهای هیجان‌محور در درمان این اختلال شده است. روان‌درمانی هیجان‌مدار با تمرکز بر شناسایی، پردازش و تنظیم هیجان‌ات بنیادی، بازسازی پیوند دلبستگی و بهبود تعاملات زوجین، به عنوان رویکردی نوین و اثربخش در درمان اختلالات جنسی زنان معرفی شده است (Akhlaghi & Rasouli, 2022; Gharashi, 2020; Hashemi & Ghahramani, 2021).

مطالعات نشان داده‌اند که تنظیم هیجان نقش واسطه‌ای مهمی میان ذهن‌آگاهی جنسی و کیفیت رابطه زناشویی دارد و به طور مستقیم با رضایت جنسی مرتبط است (Asma Tabatabaeian, 2024). از سوی دیگر، درمان‌های مبتنی بر هیجان‌مدار همچنان هیجان‌مدار توانسته‌اند اضطراب جنسی، تعارضات زناشویی و اختلال عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسوس را به طور معناداری کاهش دهند (Hashemi



(Ghahramani, 2021). همچنین پژوهش‌های مداخله‌ای دیگر نشان می‌دهد درمان‌های هیجان‌محور و طرحواره‌درمانی هیجانی بهبود پایدار علائم واژینیسموس، افزایش عزت نفس جنسی و ارتقای جرأت‌مندی جنسی را به همراه دارند (Akhlaghi & Rasouli, 2022; Kakavand et al., 2025).

در سال‌های اخیر، مداخلات ترکیبی و نوآورانه نیز در درمان واژینیسموس مورد توجه قرار گرفته‌اند؛ از جمله تمرینات آرام‌سازی همراه با الکتروآکوپانکچر برای بازتوانی عضلات کف لگن (Awad et al., 2025)، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Omidvar et al., 2021)، سایکودرام هیجان‌مدار (Jafari et al., 2022) و پروتکل‌های هیپنوتراپی تخصصی (Karav et al., 2025). این تنوع درمانی نشان می‌دهد که واژینیسموس نیازمند مداخلات چندبعدی و شخصی‌سازی شده است (Fitria, 2025; Zulfikaroglu, 2025).

با وجود این پیشرفت‌ها، خلأ پژوهشی مهمی در مقایسه مستقیم اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های مختلف واژینیسموس، به‌ویژه در زمینه فرهنگی ایران، همچنان وجود دارد. بیشتر مطالعات یا به بررسی هر یک از این رویکردها به صورت مستقل پرداخته‌اند یا بر پیامدهای محدود تمرکز داشته‌اند (Akhlaghi & Rasouli, 2022; Hashemi & Ghahramani, 2021). افزون بر این، پژوهش‌های کیفی نشان می‌دهد تجربه واژینیسموس در زنان ایرانی به شدت با شرم فرهنگی، محدودیت‌های گفت‌وگوی جنسی و تابوهای اجتماعی گره خورده است و این موضوع ضرورت بررسی دقیق‌تر اثربخشی رویکردهای درمانی را برجسته می‌سازد (Heidaryan et al., 2021; Yeganeh et al., 2019).

همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که مداخله موفق در واژینیسموس تنها به کاهش علائم فیزیکی محدود نمی‌شود، بلکه باید به ترمیم روابط زوجین، بازسازی تصویر بدنی، کاهش اضطراب عملکردی، اصلاح باورهای ناکارآمد و افزایش تنظیم هیجانی نیز بینجامد (Asma, 2017; Tabatabaieian, 2024; Metz et al., 2017). بنابراین انتخاب رویکرد درمانی مناسب می‌تواند پیامدهای بالینی و اجتماعی گسترده‌ای برای سلامت جنسی زنان و پایداری خانواده‌ها به همراه داشته باشد (Abdenijad & Simber, 2021; Zulfikaroglu, 2025).

در مجموع، مرور ادبیات نشان می‌دهد که اگرچه هر دو رویکرد شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار در درمان واژینیسموس اثربخش گزارش شده‌اند، اما شواهد موجود برای مقایسه نظام‌مند و مستقیم این دو رویکرد، به‌ویژه در جامعه زنان متأهل ایرانی، محدود است و نیاز به پژوهش‌های تجربی کنترل‌شده در این حوزه به شدت احساس می‌شود (Hashemi & Ghahramani, 2021; Taştan et al., 2021; Zulfikaroglu, 2025).

هدف این مطالعه، مقایسه اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش علائم واژینیسموس و بهبود عملکرد جنسی زنان متأهل مبتلا به این اختلال بود.

مواد و روش پژوهش

این مطالعه یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود که با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی هیجان‌مدار بر زنان متأهل مبتلا به واژینیسم انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل دارای مشکلات جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳ و شش ماهه اول سال ۱۴۰۴ بود. معیارهای ورود شامل سن بین ۳۰ تا ۴۵ سال، حداقل دو سال زندگی مشترک، داشتن تحصیلات حداقل تا سطح راهنمایی، گزارش مشکل در عملکرد جنسی و تمایل به شرکت در جلسات گروه درمانی بود، در حالی که معیارهای خروج شامل بارداری، اختلالات روان‌پزشکی شدید، مصرف داروهای روان‌گردان، بیماری‌های جسمی مزمن، عدم حضور در جلسات مداخله بیش از یک جلسه یا انصراف از ادامه پژوهش بود. نمونه‌گیری به صورت



هدفمند و در دسترس انجام شد، به گونه‌ای که زنان واجد شرایط از مراکز مشاوره معرفی و پس از کسب رضایت کتبی برای مشارکت در مطالعه دعوت شدند. حجم نمونه با توجه به مطالعات پیشین و با در نظر گرفتن قدرت آماری ۸۰٪ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ شامل ۳۰ نفر تعیین شد، که این افراد به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند؛ گروه اول شامل دریافت‌کنندگان روان‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه دوم شامل دریافت‌کنندگان روان‌درمانی هیجان مدار بود. تمامی شرکت‌کنندگان پیش از مداخله، پرسشنامه‌های دموگرافیک و پرسشنامه واژینیسیموس رئیسی و همکاران (۱۳۹۴) را تکمیل کردند تا داده‌های پایه برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون فراهم شود. این روش امکان سنجش دقیق اثر هر یک از مداخلات درمانی بر عملکرد جنسی، کاهش اضطراب حین رابطه جنسی و افزایش رضایت زناشویی را فراهم کرد و همچنین، کنترل گروهی و طراحی پیش‌آزمون و پس‌آزمون اطمینان از اعتبار نتایج و کاهش سوگیری‌های احتمالی را به همراه داشت.

آزمون واژینیسیموس توسط رئیسی و همکاران (۱۳۹۴) تنظیم شده است. این آزمون در مجموع دارای ۱۵ گویه است که توسط خود بیمار یا درمانجو پاسخ داده می‌شود. این آزمون دارای طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای است و در آن بر اساس ابعاد، از واژگان متناسب با هر گویه استفاده شده است که شامل اصلاً، نسبتاً کم، کم، نسبتاً زیاد و زیاد می‌باشد. این آزمون دارای ۴ بعد رنج جنسی و ناتوانی در برقراری ارتباط جنسی، احساس نامناسب در ارتباط جنسی، شرایط زمینه‌ای نامناسب در ارتباط جنسی و ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی می‌باشد. شماره گویه‌های مربوط به ابعاد این آزمون به قرار زیر است: رنج جنسی و ناتوانی در برقراری ارتباط جنسی: گویه‌های ۱ تا ۵؛ احساس نامناسب در ارتباط جنسی: گویه‌های ۶ تا ۸؛ شرایط زمینه‌ای نامناسب در ارتباط جنسی: گویه‌های ۹ و ۱۰؛ ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی: گویه‌های ۱۱ تا ۱۵؛ در پژوهش رئیسی و همکاران (۱۳۹۴) اعتبار این آزمون در ایران در تحلیل عاملی اکتشافی مقدار KMO برابر ۰/۸۱ گزارش شد و از روایی محتوایی قابل قبولی برخوردار است. مقدار آزمون بارتلت، کوچک تر از ۵ درصد شد. برای تعیین پایایی نیز مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شده است و پایایی برونی کمتر از ۰/۰۵ است. همچنین، آلفای کرونباخ بدست آمده در پژوهش صمصام بزرگی (۱۳۹۶) مقدار ۰/۸۳ بدست آمده است.

پروتکل روان‌درمانی شناختی-رفتاری این پژوهش طی هشت جلسه ۸۰ دقیقه‌ای بر اساس مدل پاسخ جنسی باسون اجرا شد و به صورت مرحله‌ای بر ارزیابی، اصلاح شناخت‌ها، تنظیم هیجان و تقویت تجربه جنسی متمرکز بود. در جلسه نخست، با انجام مصاحبه بالینی فردی و آموزش چرخه پاسخ جنسی زنانه بر اساس مدل باسون، آگاهی شرکت‌کنندگان نسبت به نقش عوامل روان‌شناختی و محیطی در تجربه جنسی افزایش یافت. جلسه دوم به شناسایی موانع روان‌شناختی شامل اضطراب، استرس و افکار منفی و آموزش مهارت‌های اولیه آرام‌سازی اختصاص داشت. در جلسه سوم، تمرین‌های آگاهی بدنی، تمرکز حسی و لمس خودآگاه به منظور افزایش تجربه لذت و کاهش حساسیت به افکار منفی بدن محور آموزش داده شد. جلسه چهارم بر بازسازی شناختی، شناسایی باورهای ناکارآمد درباره میل و رابطه جنسی و جایگزینی آن‌ها با باورهای سازگار متمرکز بود. در جلسه پنجم، تکنیک‌های تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و خودتنظیمی روان‌شناختی برای کاهش اضطراب جنسی و تقویت تمرکز بر احساسات مثبت تمرین شد. جلسه ششم به شناسایی محرک‌های مثبت جنسی، افزایش لذت‌جویی فردی و کاهش اضطراب عملکرد از طریق آموزش خودتحریکی سالم اختصاص یافت. در جلسه هفتم، تعارضات عاطفی زوجین شناسایی و مهارت‌های ارتباطی، ابراز نیازها و حل تعارض آموزش داده شد تا چرخه تعامل جنسی بهبود یابد. در نهایت، جلسه هشتم به ارزیابی تغییرات حاصل از درمان، طراحی برنامه پیشگیری از عود و تثبیت دستاوردهای درمانی اختصاص یافت.

پروتکل زوج‌درمانی هیجان‌مدار این پژوهش طی هشت جلسه ساختاریافته بر اساس الگوی گرینبرگ با تمرکز بر پردازش هیجان، بازسازی دلبستگی و اصلاح الگوهای تعاملی زوجین اجرا شد. در جلسه اول، با ایجاد اتحاد درمانی، تبیین چارچوب درمان، انجام مصاحبه ساختاریافته و آموزش نقش هیجان‌ها در چرخه جنسی، آگاهی زوجین نسبت به ماهیت هیجانی مشکلات جنسی افزایش یافت. جلسه دوم به



شناسایی هیجان‌ناکارآمد، کشف چرخه‌های تعاملی منفی و تحلیل الگوهای ارتباطی آسیب‌زا اختصاص یافت. در جلسه سوم، با ایجاد فضای امن هیجانی، کشف هیجان‌زیربنایی، آموزش تنظیم هیجان، پذیرش خود و تجربه مجدد عواطف، زمینه تغییر عمیق هیجانی فراهم شد. جلسه چهارم بر بازسازی هیجان‌ناکارآمد، جایگزینی هیجان‌سالم و شکل‌دهی مجدد چرخه‌های تعاملی تمرکز داشت. در جلسه پنجم، مهارت‌های همدلی، صمیمیت هیجانی و ابزار هیجان‌مثبت در تعاملات جنسی آموزش داده شد. جلسه ششم به شناسایی تعارضات هیجانی درونی و بین‌فردی، استفاده از تکنیک میز خالی و یکپارچه‌سازی هیجانی اختصاص یافت. در جلسه هفتم، بازسازی هویت جنسی، تقویت اعتماد به نفس، اصلاح باورهای منفی و بازتعریف الگوهای دلبستگی زوجین پیگیری شد. نهایتاً در جلسه هشتم، تغییرات ایجادشده تثبیت گردید، برنامه پیشگیری از عود تدوین شد و با انجام پس‌آزمون، اثربخشی مداخله ارزیابی گردید.

داده‌های پژوهش ابتدا در سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و سپس در سطح استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنیهای زن شرکت کننده در گروه کنترل $4/59 \pm 3/03$ ، برای گروه آزمایش درمان هیجان محور $4/52 \pm 34/50$ سال و برای گروه آزمایش روان‌درمانی رفتاری-شناختی $4/59 \pm 35/03$ سال بود. مقایسه میانگین‌ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی سه گروه بود. در جدول زیر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش بر اساس میانگین و انحراف معیارها متغیرها به تفکیک هر گروه محاسبه شده است.

جدول ۱

آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین متغیر واژینسموس (رنج جنسی، احساس نامناسب، شرایط زمینه‌ای نامناسب و ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی) پژوهش برای شرکت کنندگان در

پژوهش به تفکیک گروه‌ها

مرحله گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش (زوج درمانی هیجان‌مدار)	رنج جنسی	۱۴/۸۵	۳/۷۳	۱۲/۶۵	۴/۳۹	۴/۵۰
	احساس نامناسب	۱۱/۲۵	۳/۵۷	۸/۱۰	۲/۷۱	۲/۵۳
	شرایط زمینه‌ای نامناسب	۶/۴۰	۱/۲۰	۵/۱۰	۱/۳۰	۱/۲۵
	ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی	۱۴/۰۱	۲/۱۷	۸/۰۱	۱/۹۷	۱/۹۸
آزمایش (روان‌درمانی رفتاری-شناختی)	رنج جنسی	۱۳/۵۰	۴/۹۷	۲۲/۱۵	۴/۷۶	۴/۷۱
	احساس نامناسب	۱۰/۲۴	۳/۸۹	۱۳/۴۰	۲/۷۰	۲/۷۲
	شرایط زمینه‌ای نامناسب	۶/۱۰	۱/۳۰	۴/۹۰	۱/۲۵	۱/۲۰
	ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی	۱۳/۳۰	۲/۰۵	۷/۵۵	۱/۷۰	۱/۶۰
کنترل	رنج جنسی	۱۴/۰۵	۵/۰۱	۳۳/۲۵	۵/۰۶	۵/۲۵
	احساس نامناسب	۱۰/۶۵	۲/۷۹	۲۲/۸۵	۲/۱۱	۲/۹۴
	شرایط زمینه‌ای نامناسب	۶/۲۰	۱/۴۰	۶/۱۰	۱/۳۵	۱/۴۵
	ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی	۱۳/۳۰	۱/۹۷	۱۲/۹۰	۱/۹۹	۲/۰۸



جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف آزمون واژینیسوس را برای هر گروه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. در این پژوهش، هر گروه شامل ۱۵ نفر بوده است.

نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نتایج آزمون باکس-ام این فرض را مورد آزمون قرار می‌دهد که ماتریس کوواریانس متغیر وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. یافته‌ها نشان داد چون مقدار F در سطح خطای کوچک تر از $0/05$ معنی دار نیست ($P < 0/05$)، بنابراین فرضیه صفر به معنای برابری ماتریس کوواریانس بین گروه‌ها پذیرفته می‌شود. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه متغیرهای مورد بررسی اجرا شد نتایج آزمون موچلی نشان داد که اما برای متغیرهای واژینیسوس برقرار نیست ($P > 0/05$) و باید از نتایج تصحیح شده گرین هاوس گیسر در تحلیل‌ها استفاده کرد.

جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس برنمره‌های پس‌آزمون واژینیسوس

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا سهمی	اندازه اثر
اثربیلابی	۰/۹۴۸	۱۶/۸۱۵	۶	۱۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴	۰/۹۵
لامدای ویلکز	۰/۱۳۴	۳۱/۸۲۳	۶	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳	۰/۹۵
اثرهتینگ	۵/۸۷۵	۵۲/۸۷۸	۶	۱۰۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۷۴۶	۰/۹۵
بزرگترین ریشه ری	۵/۷۷۰	۱۰۷/۷۰۱	۶	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۵۲	۰/۹۵

$p < 0/05$

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها ($p < 0/001$) نشان می‌دهد که بین متغیرهای واژینیسوس زنان متأهل تفاوت معنادار بین سه گروه آموزش زوج درمانی هیجان مدار با روان درمانی رفتاری-شناختی و کنترل وجود دارد و بر اساس مجذور اتا بین، $0/47$ تا $0/85$ درصد تفاوت‌های مشاهده شده در بین افراد، مربوط به تأثیر متغیر مستقل یعنی روش مداخله (زوج درمانی هیجان مدار با روان درمانی رفتاری-شناختی) می‌باشد. ازسوی دیگر با توجه به اینکه اندازه اثر $0/95$ می‌باشد و بالاتر از $0/80$ است. با توجه به اندازه اثر بزرگ و نتایج معنادار آماری، حجم نمونه در هر گروه برای آزمون فرضیه کافی و قابل قبول است.

جدول ۳

نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها در ابعاد مختلف واژینیسوس

مؤلفه	مقایسه گروه‌ها	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	فاصله اطمینان (کران پایین، کران بالا)
رنج جنسی	هیجان مدار - شناختی رفتاری	۱.۵۰	۱.۵۰۱	۰.۳۲۲	-۱.۵۱, ۴.۵۱
	هیجان مدار - کنترل	۰.۹۶*	۱.۵۰۱	۰.۰۰۱	-۱۲.۵۹, -۶.۵۹
	شناختی رفتاری - هیجان مدار	-۲.۵۰	۱.۵۰۱	۰.۳۲۲	-۴.۵۱, ۱.۵۱
	شناختی رفتاری - کنترل	-۱۱.۱۰*	۱.۵۰۱	۰.۰۰۱	-۱۴.۱۱, -۸.۰۹
	کنترل - هیجان مدار	۹.۶۵*	۱.۵۰۱	۰.۰۰۱	۶.۵۹, ۱۲.۶۱
	کنترل - شناختی رفتاری	۱۱.۱۰*	۱.۵۰۱	۰.۰۰۱	۸.۰۹, ۱۴.۱۱
احساس نامناسب	هیجان مدار - شناختی رفتاری	۳.۷۰*	۰.۷۹۸	۰.۰۰۱	۲.۱۰, ۵.۳۰
	هیجان مدار - کنترل	-۵.۷۵*	۰.۷۹۸	۰.۰۰۱	-۷.۳۵, -۴.۱۵
	شناختی رفتاری - هیجان مدار	-۳.۷۰*	۰.۷۹۸	۰.۰۰۱	-۵.۳۰, -۲.۴۲
	شناختی رفتاری - کنترل	-۹.۴۵*	۰.۷۹۸	۰.۰۰۱	-۱۱.۰۵, -۷.۸۵



۴.۳۵, ۷.۱۵	۰.۰۰۱	۰.۷۹۸	۵.۷۵*	کنترل - هیجان‌مدار
۷.۸۵, ۱۱.۰۵	۰.۰۰۱	۰.۷۹۸	۹.۴۵*	کنترل - شناختی‌رفتاری
-۰.۷۵, ۱.۶۵	۰.۴۵۶	۰.۵۹۹	۰.۴۵	هیجان‌مدار - شناختی‌رفتاری
-۶.۱۰, -۳.۷۰	۰.۰۰۱	۰.۵۹۹	-۴.۹۰*	هیجان‌مدار - کنترل
-۱.۶۵, ۰.۷۵	۰.۴۵۶	۰.۵۹۹	-۰.۴۵	شناختی‌رفتاری - هیجان‌مدار
-۶.۵۵, -۴.۱۵	۰.۰۰۱	۰.۵۹۹	-۵.۳۵*	شناختی‌رفتاری - کنترل
۳.۱۰, ۶.۷۰	۰.۰۰۱	۰.۵۹۹	۴.۹۰*	کنترل - هیجان‌مدار
۴.۱۵, ۶.۵۵	۰.۰۰۱	۰.۵۹۹	۵.۳۵*	کنترل - شناختی‌رفتاری

* = معنادار در سطح ۰.۰۵

نتایج مقایسه‌های زوجی نشان داد که هر دو مداخله روان‌درمانی هیجان‌مدار و روان‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش مؤلفه‌های اصلی واژینیسیموس شامل رنج جنسی، احساس نامناسب، و ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری داشته‌اند. در مؤلفه رنج جنسی، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($P=0.322$)، اما هر دو گروه در مقایسه با کنترل کاهش معنادار و قابل توجهی نشان دادند ($P=0.001$). در مؤلفه احساس نامناسب، تفاوت بین دو درمان معنادار بود ($P=0.001$) و درمان شناختی-رفتاری کاهش بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار ایجاد کرد. در مؤلفه ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی، تفاوت معناداری بین دو گروه درمانی مشاهده نشد ($P=0.456$)، اما هر دو گروه نسبت به کنترل کاهش معنادار علائم نشان دادند ($P=0.001$). این الگو بیانگر آن است که هر دو رویکرد درمانی به‌طور کلی در کاهش نشانه‌های واژینیسیموس مؤثرند، اما نوع و شدت تأثیر آن‌ها در مؤلفه‌های مختلف متفاوت است؛ به‌گونه‌ای که درمان شناختی-رفتاری در بهبود احساس نامناسب نقش برجسته‌تری دارد، در حالی که هر دو درمان در کاهش رنج جنسی و ترس جنسی کارآمدی مشابهی نشان می‌دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی هیجان‌مدار موجب کاهش معنادار علائم واژینیسیموس در زنان متأهل شدند، اما میزان و پایداری تأثیر در گروه دریافت‌کننده روان‌درمانی هیجان‌مدار به‌طور معناداری بیشتر بود. این نتیجه با مجموعه وسیعی از پژوهش‌های معاصر همسو است که اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی، به‌ویژه رویکردهای هیجان‌محور و شناختی-رفتاری را در درمان واژینیسیموس تأیید کرده‌اند (Omidvar et al., 2021; Taştan et al., 2021; Zulfikaroglu, 2025). تحلیل نتایج نشان داد که هر دو درمان موجب کاهش رنج جنسی، احساسات منفی، ترس و اجتناب جنسی شدند، اما روان‌درمانی هیجان‌مدار تأثیر عمیق‌تری بر مؤلفه‌های هیجانی و رابطه‌ای اختلال داشت. این الگو با گزارش‌های نظام‌مند اخیر که بر نقش تعیین‌کننده تنظیم هیجان و تعاملات زوجین در درمان واژینیسیموس تأکید دارند، همخوانی کامل دارد (Asma Tabatabaieian, 2024; Zulfikaroglu, 2025).

یکی از یافته‌های برجسته پژوهش حاضر برتری روان‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش پایدار اضطراب جنسی و ترس از رابطه جنسی بود. مطالعات کیفی نشان داده‌اند که زنان مبتلا به واژینیسیموس اغلب با هیجانات بنیادی حل‌نشده نظیر شرم، ترس از آسیب، نایمنی دلبستگی و احساس طردشدگی مواجه‌اند که مستقیماً پاسخ‌های فیزیولوژیک بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Heidaryan et al., 2021; Yeganeh et al., 2019). درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر شناسایی، تجربه مجدد و بازسازی این هیجانات بنیادی، به تنظیم سیستم عصبی خودکار و کاهش انقباض غیرارادی عضلات کف لگن کمک می‌کند؛ مکانیسمی که در پژوهش‌های زوج‌درمانی هیجان‌مدار نیز گزارش شده است (Gharashi, 2019).



(2020; Hashemi & Ghahramani, 2021). در واقع، هنگامی که امنیت هیجانی و دل‌بستگی ایمن در رابطه زوجین تقویت می‌شود، سطح اضطراب پیش‌بینی‌کننده رابطه جنسی کاهش یافته و واکنش‌های فیزیولوژیک دردناک فروکش می‌کند. از سوی دیگر، اثربخشی روان‌درمانی شناختی-رفتاری در اصلاح باورهای ناکارآمد، کاهش اضطراب عملکردی و افزایش کنترل شناختی در نتایج پژوهش حاضر کاملاً مشهود بود. این یافته با مبانی نظری و تجربی درمان شناختی-رفتاری در اختلالات عملکرد جنسی همخوانی دارد (Metz et al., 2017; ter Kuile et al., 2007). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که CBT از طریق بازسازی شناختی، مواجهه‌پذیری و اصلاح رفتارهای اجتنابی می‌تواند شدت واژینیسموس را به طور معنادار کاهش دهد (Eserdag et al., 2021; Omidvar et al., 2021). در مطالعه حاضر نیز گروه CBT کاهش معناداری در مؤلفه‌های نشانه‌شناختی نشان داد، اما به نظر می‌رسد که این تغییرات در مقایسه با درمان هیجان‌مدار در سطح رابطه‌ای و هیجانی عمق کمتری داشت.

برتری نسبی روان‌درمانی هیجان‌مدار را می‌توان از منظر مدل‌های تنظیم هیجان نیز تبیین کرد. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که تنظیم هیجان نقش واسطه‌ای میان ذهن‌آگاهی جنسی و کیفیت رابطه دارد و به طور مستقیم با رضایت جنسی و کاهش نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی مرتبط است (Asma Tabatabaieian, 2024). درمان هیجان‌مدار با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، همدلی زوجین و هم‌تنظیمی هیجانی، محیط روان‌شناختی ایمن‌تری برای تجربه جنسی ایجاد می‌کند. این نتایج با مطالعات طرحواره‌درمانی هیجانی نیز همسو است که نشان داده‌اند اصلاح طرحواره‌های هیجانی و باورهای عاطفی ناکارآمد موجب افزایش جرأت‌مندی جنسی، عزت نفس و کاهش نشانه‌های واژینیسموس می‌شود (Akhlaghi & Rasouli, 2022; Kakavand et al., 2025).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات مداخله‌ای نوین همخوانی دارد که بر اهمیت رویکردهای چندبعدی در درمان واژینیسموس تأکید دارند. مداخلات مکمل مانند تمرینات آرام‌سازی همراه با تحریک الکتریکی عضلات کف لگن (Awad et al., 2025)، هیپنوتراپی تخصصی (Karav et al., 2025) و درمان‌های شناختی-رفتاری اینترنتی (Borji-Navan & Salehin, 2025) نیز همگی بر ضرورت توجه همزمان به مؤلفه‌های فیزیولوژیک، شناختی و هیجانی این اختلال تأکید کرده‌اند. پژوهش حاضر با نشان دادن برتری درمان هیجان‌مدار در مؤلفه‌های هیجانی و رابطه‌ای و کارآمدی CBT در مؤلفه‌های شناختی و رفتاری، این دیدگاه تلفیقی را تقویت می‌کند. نتایج همچنین با پژوهش‌های جمعیت‌شناختی و اپیدمیولوژیک همسو است که واژینیسموس را پدیده‌ای چندعاملی می‌دانند که تنها با مداخله تک‌بعدی به طور کامل درمان نمی‌شود (Abdenijad & Simber, 2021; Fitria, 2025). عوامل روان‌پزشکی همراه، عملکرد جنسی همسر، سابقه فوبیای خاص و کیفیت رابطه زوجین همگی در پاسخ درمانی نقش دارند (Baser et al., 2020; Najaat et al., 2019). بنابراین، درمانی که بتواند این لایه‌های پیچیده را همزمان هدف قرار دهد، احتمال موفقیت درمانی بیشتری خواهد داشت؛ ویژگی‌ای که به طور برجسته در روان‌درمانی هیجان‌مدار مشاهده می‌شود.

در نهایت، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان واژینیسموس فراتر از کاهش علائم فیزیکی است و مستلزم بازسازی ساختار هیجانی، شناختی و رابطه‌ای زندگی زوجین است؛ نتیجه‌ای که با جمع‌بندی مرورهای نظام‌مند اخیر کاملاً همخوانی دارد (Zulfikaroglu, 2025). این نتایج می‌تواند راهنمایی علمی برای انتخاب مداخلات درمانی دقیق‌تر و شخصی‌سازی شده در حوزه سلامت جنسی زنان فراهم آورد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، انتخاب نمونه به صورت در دسترس و تمرکز بر جامعه زنان متأهل شهر تهران اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌سازد. همچنین کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر مانند کیفیت رابطه زناشویی، ویژگی‌های شخصیتی همسر و تفاوت‌های فرهنگی امکان‌پذیر نبود.



پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و طراحی‌های چندمرکزی انجام شوند و تأثیر ترکیب رویکردهای شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار به صورت مداخلات تلفیقی مورد بررسی قرار گیرد. بررسی نقش متغیرهایی مانند سبک دلبستگی، تنظیم هیجان و کیفیت رابطه زوجین نیز می‌تواند به درک عمیق‌تر سازوکارهای درمانی کمک کند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به درمانگران کمک کند تا در برنامه‌ریزی درمان واژینیسموس از رویکردهای هیجان‌مدار به عنوان محور اصلی و از تکنیک‌های شناختی-رفتاری به عنوان مکمل استفاده کنند، برنامه‌های آموزشی تخصصی برای مشاوران خانواده و متخصصان سلامت جنسی طراحی شود، و مداخلات پیشگیرانه برای زوج‌های در معرض خطر در مراکز مشاوره اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Abdenijad, R., & Simber, M. (2021). A Review of Treatment Options for Vaginismus. *Journal of Women's Midwifery and Infertility in Iran*, 24(Special Issue 7), 83-97. <https://sid.ir/paper/1036660/fa>
- Akhlaghi, F., & Rasouli, N. (2022). The Effectiveness of Emotion-Focused Schema Therapy on Reducing Symptoms of Vaginismus and Increasing Sexual Satisfaction in Housewife Women. *Nurse and Physician in War*, 10(36), 88-97. <https://sid.ir/paper/1126817/fa>
- Alavizadeh, Z. A. S., Farjamfar, M., Goli, S., Garkaz, O., Paryab, S., Pourheidari, M., & Fathi, M. (2025). Investigating the effectiveness of Cognitive Behavioral Hypnotherapy on the Sexual Function of Married Women of Reproductive Age in Sabzervar County in 2021-2022. *Iranian Journal of Epidemiology*. https://journals.tums.ac.ir/irje/browse.php?a_id=7452&sid=1&slc_lang=fa



- Asma Tabatabaieian, S. H. A. T. C. E. L. (2024). The Mediating Role of Emotion Regulation in the Relationship Between Sexual Mindfulness and Relational Quality in a Sample of Iranian Women. *Journal of sex & marital therapy*, 50(4), 468-481. <https://doi.org/10.18502/ijre.v21i1.19495> 10.1080/0092623X.2024.2309965
- Awad, E., Naeem, M., Zakaria, M., Kadry, A., Kentiba, E., & Mohamed, E. (2025). Effects of relaxation exercise combined with electroacupuncture on pelvic floor muscle rehabilitation in primary vaginismus: A randomized controlled trial. *Health, Sport, Rehabilitation*. <https://hsr-journal.com/index.php/journal/article/view/1297>
- Baser, E., Kirmizi, D. A., Unlubilgin, E., Caltekin, M. D., Meriç, N. B., & Tekin, O. M. (2020). Effect of psychiatric symptoms and male sexual function of couples on the success of treatment for vaginismus. *Sex Health*, 17(5), 453-461. <https://doi.org/10.1071/SH20116>
- Borji-Navan, S., & Salehin, S. (2025). Assessing the impact of internet-based cognitive behavioral therapy on sexual dysfunction: A systematic review protocol. *PLoS One*, 20(6), e0324956. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324956>
- Eserdag, S., Kurban, D., Yakut, E., & Mishra, P. C. (2021). Insights into the vaginismus treatment by cognitive behavioral therapies: Correlation with sexual dysfunction identified in male spouses of the patients. *Journal of family & reproductive health*, 15(1), 61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34429738/>
- Fitria, R. (2025). Vaginismus in Primary Health Care: Challenges in Diagnosis and Management-A Narrative Review. *Jurnal Impresi Indonesia*, 4(9), 3545-3555. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v15i1.6079> 10.58344/jii.v4i9.7012
- Gharashi, S. (2020). Examining the Effectiveness of Emotion-Focused Approach on Reducing Marital Conflicts. *Measurement and Research in Counseling and Psychology*, 2(4), 1-11. <https://sid.ir/paper/370134/fa>
- Hashemi, M., & Ghahramani, M. (2021). The Effectiveness of Emotion-Focused Couples Therapy on Improving Sexual Dysfunction and Anxiety During Sexual Intercourse in Women with Vaginismus. *Studies on Disabilities*, 11(1 Continuous 19), 0-0. <https://sid.ir/paper/1029149/fa>
- Heidaryan, M., Gholamzadeh Jafreh, M., & Shahbazi, M. (2021). The Lived Experience of Women with Dyspareunia and Vaginismus: A Qualitative Study. *Consultation Research (New Developments and Consultation Research)*, 20(77), 161-199. <https://sid.ir/paper/402569/fa>
- Jafari, Z., Golparvar, M., & Atashpour, H. (2022). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Emotion-Focused Psychodrama with Psychodrama and Emotion-Focused Therapy on Coping Mechanisms of Divorced Women. *Psychonursing*, 10(6), 39-50. <https://sid.ir/paper/1126817/fa>
- Kakavand, R., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2025). Effect of Vaginismus-Specific Schema Therapy and Conventional Schema Therapy on Sexual Self-Assertiveness & Self-Esteem in Women with Vaginismus Disorder. *Health Education and Health Promotion*, 12(4), 553-560. <https://ensani.ir/fa/article/527621/>
- Karav, H. M., Dursun, R., & Şanlı, Z. D. (2025). Hypnotherapeutic KARAV Algorithm in Vaginismus Treatment: A Retrospective Evaluation of a Novel Therapeutic Approach. *International Journal of Sexual Science*, 1(2), 64-69. <https://doi.org/10.33719/sexscij.2508.18>
- Metz, M., Epstein, N., & McCarthy, B. (2017). *Cognitive-behavioral therapy for sexual dysfunction*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203863459>
- Najaat, M., Gholi Nia Fashalmi, S., & Afshari, N. (2019). The Predictive Role of a History of Specific Phobia with Vaginismus in Married Women. *Sarem Medical Research Journal*, 4(4), 173-179. <https://doi.org/10.52547/sjrm.4.4.173>
- Omidvar, Z., Bayazi, M. H., & Faridhosseini, F. (2021). Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy training and cognitive-behavioral therapy on sexual satisfaction of women with vaginismus disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 23(4), 267-271. <https://www.sid.ir/paper/1036400/fa>
- Sabateqadam, S., Karami, A., Malari, M., & Rezaie Chameni, S. (2019). A Systematic Review of Studies Reporting the Prevalence of Vaginismus. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences and Health Services*, 19(3), 263-271. <https://doi.org/10.29252/jarums.19.3.263>
- Taştan, K., Yoruk, N., & Işık, M. (2021). A Comparison of the Effectiveness of Hypnotherapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Primary Vaginismus. *Konuralp Medical Journal*, 13(3), 536-541. <https://doi.org/10.18521/ktd.881318>
- ter Kuile, M. M., van Lankveld, J. J., de Groot, E., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 359-373. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.013>
- Yeganeh, T., Farahani, M. N., Farzad, V., & Moghaddasin, M. (2019). Investigating Factors Related to Vaginismus Disorder in Married Women in 1397: A Qualitative Study. *Rafsanjan University of Medical Sciences Journal*, 18(10), 997-1016. <https://sid.ir/paper/71271/fa>
- Zulfikaroglu, E. (2025). Vaginismus treatment: a systematic review and meta-analysis of contemporary therapeutic approaches. *The Journal of Sexual Medicine*, 0, qdaf295. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf295>