

مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال واژینیسیموس

زهرا امیدوار^۱، دکتر محمدحسین بیاضی^{۲*}، دکتر فرهاد فریدحسینی^{۳،۴}

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.
۴. دانشیار، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۸

خلاصه

مقدمه: واژینیسیموس یکی از اختلالات عملکرد جنسی در زنان است. تنظیم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال واژینیسیموس انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۴۵ زن مبتلا به واژینیسیموس مراجعه کننده به کلینیک مشاوره روانشناسی رهیاب مشهد انجام شد. افراد به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. افراد یک گروه مداخله تحت درمان شناختی- رفتاری و گروه دیگر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های جمعیت شناختی و تنظیم شناختی هیجان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: هر دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود ابعاد تنظیم شناختی هیجان زنان دچار اختلال واژینیسیموس تأثیر داشتند ($p=0/0001$). با توجه به مقایسه اختلاف میانگین‌های دو گروه مداخله با گروه کنترل، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری بر ابعاد تنظیم شناختی هیجان داشت ($p<0/01$).

نتیجه گیری: هرچند هر دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال واژینیسیموس تأثیر دارند، اما تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر از درمان شناختی رفتاری است.

کلمات کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی، واژینیسیموس

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محمدحسین بیاضی؛ واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۳۳۳۹؛ پست الکترونیک:

bayazi123@gmail.com

مقدمه

مهم‌ترین ملاک تعیین خانواده سالم، رضایت زوجین از ازدواجشان است که در این میان یکی از مهم‌ترین معیارهای رضایت‌مندی، زندگی جنسی خوب است (۱). بنابراین مسائل جنسی از نظر میزان اهمیت در ردیف مسائل درجه یک زندگی زناشویی قرار دارد (۲). پس هرگونه اختلال یا مشکل در این زمینه می‌تواند سلامت جنسی را تحت تأثیر قرار دهد. از جمله این اختلالات، واژینیسموس یا انقباض دردناک عضلات واژن در هنگام نزدیکی است که احساس درد یا پیش‌بینی آن می‌تواند سبب ایجاد آن گردد (۳).

واژینیسموس یکی از شایع‌ترین اختلالات در میان زنان می‌باشد که عبارت است از زنانی که اختلال درد ناحیه تناسلی ناشی از دخول دارند و معمولاً مشکلات مستمر یا مکرری را به مدت حداقل ۶ ماه احساس می‌کنند که برخی نشانه‌های آن شامل: ناتوانی در دخول مهبل، درد زیاد در واژن یا لگن خاصره یا مناطق نزدیک به لگن خاصره در طول دخول واژنی، ترس یا اضطراب شدید درباره درد واژنی یا دخول واژنی و انقباض شدید ماهیچه‌های لگن خاصره در طول دخول واژنی است. این مشکلات باعث استرس و رنج شدیدی می‌شوند (۴).

اگرچه تعریف، تشخیص و درمان واژینیسموس تا حد زیادی متمرکز بر نشانه‌های جسمی از جمله اسپاسم عضلات واژن می‌باشد، سبب‌شناسی در درجه اول بر عوامل روانی تأکید می‌کند که شامل نگرش‌های جنسی منفی، روانی، سوء استفاده‌های جنسی و جسمی، ترس از درد و ویژگی‌های شخصیتی می‌باشد. روابط میان نگرش جنسی منفی، ناآگاهی جنسی و واژینیسموس مکرراً در متون علمی مربوط به واژینیسموس ذکر گردیده است. واژینیسموس در درجه اول ناشی از ناآگاهی جنسی و احساس گناه می‌باشد که هر دو منجر به درگیر شدن در مقاربت می‌شود. زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس به‌طور کلی دارای دیدگاه منفی درباره رابطه جنسی و رابطه جنسی قبل از ازدواج می‌باشند (۵). مطالعه و شناخت تمایلات و رفتارهای جنسی انسان، یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و به‌ویژه بهداشت روان است. تمایلات جنسی، درونی‌ترین احساس و عمیق‌ترین

آرزوی قلبی انسان در معنا بخشیدن به یک ارتباط است. نیاز جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان مانند تشنگی، گرسنگی و نیاز به هوا و خواب، بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی نظیر نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود. واژینیسموس به‌عنوان یک اختلال جنسی در زنان، به‌صورت یک پدیده روانی در قالب انقباض غیرارادی عضلات یک سوم خارجی واژن معرفی شده است که با نفوذ آلت مردانه، انگشت یا دیلاتاتور، معاینه زنان، تامپون به داخل واژن با توجه به درد واقعی یا پیش‌بینی آن تداخل ایجاد می‌کند (۶، ۷). این اختلال به دو شکل اولیه (بدون تجربه هیچ مقاربتی) و ثانویه (با تجربه مقاربت ناراحت در گذشته) تقسیم می‌شود (۴). شیوع واژینیسموس در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان اختلالات جنسی بین ۴۲-۵٪ برآورد شده است (۸).

شیوع واژینیسموس کمتر از اختلال ارگاسمی است و اغلب زنان تحصیل کرده و متعلق به طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا را گرفتار می‌کند. زنان مبتلا به واژینیسموس ممکن است به‌صورت خودآگاه مایل به نزدیکی باشند، ولی ناخودآگاه مایلند مانع از ورود آلت تناسلی مرد به داخل بدنشان شوند. یک حادثه جنسی مانند تجاوز به عنف ممکن است سبب واژینیسموس شود. در برخی موارد درد یا پیش‌بینی درد در اولین رابطه، سبب واژینیسموس می‌شود. پزشکان اغلب متوجه شده‌اند که بیشتر این بیماران در محیط‌های با عقاید خاص افراطی بار آمده‌اند که در آنها مسائل جنسی با گناه ارتباط داده می‌شود (۵). در برخی موارد نیز واژینیسموس بازتاب نامطلوب بودن روابط است. اگر شریک جنسی زن از لحاظ عاطفی از او سوء استفاده کند، ممکن است زن اعتراض خود را با این شیوه غیرکلامی یعنی واژینیسموس ابراز نماید (۹).

با توجه به اینکه هر نوع آشکارسازی این مشکل، با عوارض اجتماعی زیادی مانند سرزنش، عدم پذیرش اجتماعی، انگشت‌نما شدن و حتی طلاق برای زنان مبتلا همراه است، زنان اغلب تمایل به سکوت (در برابر خانواده، دوستان و حتی درمانگرشان) در مورد واژینیسموس خود دارند (۱۰). اگرچه سبب‌شناسی

واژنیسموس ناشناخته است، اما انتظار می‌رود چندعاملی باشد؛ به این معنی که اهمیت بعد روان‌شناختی نیز در سبب‌شناسی واژنیسموس مطرح است. به نظر می‌رسد هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی بتواند بر کارکرد جنسی و اختلال واژنیسموس اولیه تأثیر منفی داشته باشد (۱۱).

تنظیم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود و شکل خاصی از خودتنظیمی است. به طور کلی نظم‌جویی هیجان یکی از عوامل بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی ایفا می‌کند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد. تنظیم هیجان، تمامی فرآیندهای بیرونی و درونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی است که به صورت هوشیار یا ناهوشیار انجام می‌شود. به عبارت دیگر تنظیم هیجان به فرآیندهایی اشاره دارد که به وسیله آنها بر اینکه چه هیجان‌هایی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم، تأثیر می‌گذارد (۱۲). اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در شرایط استرس‌زا در تحقیقات متعددی تأیید شده است (۱۳، ۱۴). تنظیم هیجان به عنوان یکی از مهارت‌های اساسی برای تاب‌آوری افراد در نظر گرفته شده است. راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع یک رویداد فعال می‌شوند، به تفسیر رویدادها کمک کرده و در نتیجه منجر به کاهش پاسخ‌های هیجانی منفی در فرد می‌شوند. تنظیم هیجانی شامل: استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه یک هیجان است (۱۵).

تنظیم هیجان نقش مهمی در کنترل مشکلات فردی و بین فردی دارد. تنظیم هیجان شامل تعدادی از سازوکارهای شناختی-رفتاری و فیزیولوژیکی است که به صورت خودآگاه و ناخودآگاه مورد استفاده قرار می‌گیرند. برخی از راهبردهای تنظیم هیجان قبل و یا در آغاز وقوع یک رویداد فعال می‌شوند و تعدادی از آنها نیز بعد از

وقوع یک رویداد و یا بعد از شکل‌گیری یک هیجان فعال می‌گردند. راهبردهای تنظیم هیجان که قبل از وقوع یک رویداد فعال می‌شوند، به تفسیر رویدادها کمک کرده و در نتیجه منجر به کاهش پاسخ‌های هیجانی منفی در فرد می‌شوند؛ بنابراین این‌گونه راهبردهای تنظیم هیجان نقش مهم‌تری در کنترل هیجانات منفی ایفا می‌کنند (۱۶).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شکل فرآیند تغییر را پی‌ریزی می‌کند که با آگاهی کامل از لحظه حاضر شروع می‌شود. این فرآیند تجارب حسی، افکار، احساسات و پذیرش به جای مقاومت را در برمی‌گیرد و شروع به یادآوری الگوهای رفتاری و تغییر آنها می‌کند، بنابراین فرآیند خودمراقبتی را ارتقاء می‌دهند. به نظر می‌رسد از این فرآیند توجه بیشتری به خود حاصل می‌شود و این موضوع فرآیند درمان را تسهیل می‌کند (۱۷).

درمانگران در درمان شناختی، فرآیند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند. بنابراین، کشف این خودتلقین‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک زیادی می‌کند. رفتار درمانی، منشأ مشکلات جنسی را در رفتارهای یاد گرفته شده می‌داند. اندیشه اساسی رفتاردرمانی این است که مشکلات جنسی، نتیجه یادگیری در گذشته است و با تشویق و تنبیه‌های انجام شده آشکار می‌شود و موضوع اصلی آن بر مشکلات رفتاری و چگونگی ارتباط مجدد با آن متمرکز شده است (۱۸). در شیوه درمان شناختی رفتاری نیز به درمانجو کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای آن بخش‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود (۱۹).

درمان شناختی-رفتاری، یکی از روش‌های رایج به کار گرفته شده در بهبود مبتلایان به واژنیسموس است (۱۵). بر اساس شواهد موجود، واژنیسموس نشان‌دهنده یک پاسخ ترس شرطی شده به محرکی خاص (محرک جنسی و محرک‌های مشابه) است؛ به طوری که فعالیت جنسی با ترس و درد تداعی شده و به نوبه خود موجب برانگیختگی اضطراب مفرط در زمینه هرگونه موضوع

مربوط به فعالیت جنسی می‌گردد. بدین ترتیب، مواجهه عینی با محرک ترس‌آور در قالب درمان حساسیت‌زدایی تدریجی و تمرین‌های رفتاری، در کاهش ترس نسبت به آمیزش جنسی می‌تواند مؤثر عمل کند (۱۲).

تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز با پیامدهای خوب سلامتی، عملکرد تحصیلی و عملکرد شغلی همراه است و بر عکس، نارسایی در نظم‌جویی هیجان با اختلال‌های روانی، شخصیتی و اختلال‌های اضطرابی در ارتباط است (۲۰).

واژینیسوس یک اختلال عملکرد جنسی در زنان است که مبتلایان به آن با مشکلات عدیده‌ای روبرو هستند؛ به طوری که بر اساس شواهد موجود، بیماران مبتلا به واژینیسوس با پیامدهای زیان‌بار متعددی از جمله تخریب رابطه زوجی، ناباروری و بروز اختلال جنسی ثانویه در همسر مواجه هستند، بنابراین پرداختن به درمان بیماران واژینیسوس با استفاده از رویکردهای درمانی مؤثر به منظور کمک به بهبود وضعیت جنسی و رابطه زناشویی این بیماران و افزایش احتمال باروری در آنها از ضرورتی خاص برخوردار است (۱۱). بدین ترتیب انتخاب روش درمان روان‌شناختی مؤثر و کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری بر افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه زنان مبتلا به اختلال واژینیسوس و ارتقاء سلامت روان آنها اثر می‌گذارند. با توجه به اینکه مطالعه‌ای در مورد اثربخشی این دو روش در زنان مبتلا به اختلال واژینیسوس یافت نشد، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال واژینیسوس انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه‌تجربی سه گروهه با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با کد اخلاق IR.TRJUMS.REC.1398.009 در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ و نیمه اول سال ۱۳۹۸ بر روی ۴۵ نفر از زنان مبتلا به اختلال واژینیسوس مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره رهیاب شهرستان مشهد انجام شد. افراد به صورت تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه

برابر ۱۵ نفره شامل یک گروه شاهد و دو گروه آزمون تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: دارا بودن اختلال واژینیسوس به تشخیص روان‌پزشک با دارا بودن ملاک‌های تشخیصی و یا تشخیص متخصص زنان، رضایت زن و همسرش برای شرکت در پژوهش، عدم ابتلاء به اختلالات روانی بر اساس شرح حال و نظر روان‌پزشک، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، نداشتن اعتیاد شناخته شده به مواد مخدر، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۳۵ سال با توجه به سن رایج ازدواج در این فاصله سنی و اهمیت داشتن درمان واژینیسوس اولیه و موفق نبودن تلاش زوج یا خود فرد بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل زن یا همسرش برای ادامه شرکت در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی، اقدام به طلاق در حین مداخله و پس از شروع جلسات آموزشی بود. پس از موافقت بیمار و همسرش برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی، هر یک از گروه‌های آزمون جداگانه تحت درمان‌های ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. یک گروه آزمون به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش درمان شناختی رفتاری (جدول ۱) و گروه دیگر تحت ۸ جلسه درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند (جدول ۲). ابزاری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پرسشنامه خودگزارشی تنظیم شناختی هیجان (ERQ)^۱ بود. این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) تدوین شده است. ساختار این پرسشنامه چندبعدی بوده که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد بعد از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های ناگوار مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مقایسه با دیگر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که بین افکار و اعمال فرد تمایزی قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه فقط افکار فرد را پس از یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند و دارای ۹ زیرمقیاس و ۳۶ ماده می‌باشد. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار از ۵-۱ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات با یکدیگر جمع

¹ Emotion Regulation Questionnaire

از نظر رعایت نکات اخلاقی، از تمام واحدهای پژوهش و همسرانشان رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه گرفته شد. در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و مشکلات بیمار و پابندی نسبت به عدم افشای اطلاعات مراجعین، به آنان اطمینان داده شد. همچنین یادآوری گردید که بیماران در هر زمان می‌توانند از شرکت در پژوهش انصراف دهند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

می‌شوند. هرچه نمره کسب شده در هر زیرمقیاس بالاتر باشد، نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد می‌باشد و مجموع نمرات نشان‌دهنده نمره کل هر فردی در پرسش‌نامه می‌باشد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (۲۱). نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط حسنی (۲۰۱۰) اعتباریابی شد و نشان داد که ۹ خرده مقیاس نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان پایایی خوبی دارند و دامنه آلفای کرونباخ ابعاد آن ۰/۹۲-۰/۷۶ بود (۲۲).

جدول ۱- محتوای جلسات فنون درمان شناختی- رفتاری

جلسه	محتوای جلسه
اول	ارزیابی اولیه و مصاحبه بالینی جلب همکاری و اطمینان‌بخشی، ارتباط کلامی و غیرکلامی، معرفی روش درمان و تأثیر عوامل روان‌شناختی بر وضعیت جسمانی و عملکرد عضلات واژن
دوم	آشنایی با روش ماسترز و جانسون و آموزش آن به زن و همسر اطلاع‌رسانی صحیح درباره عملکرد جنسی و ضرورت پردازش تفکرات مثبت جنسی همراه با آرامش عضلانی هنگام عمل جنسی، آشنایی با روش ماسترز و جانسون و اجرای آن به صورت تکلیف خانگی
سوم	شناسایی تنیدگی، مقابله‌ها سازگارانه و فعالیت بخشی ثبت رویدادهای ناگوار روزانه، عواطف و افکار منفی خودکار، شناسایی نشانه‌ها و علائم تنیدگی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی هدایت شده مربوط به فعالیت جنسی
چهارم	آرامش عضلانی و تصویرسازی جنسی به صورت سلسله مراتبی توأم با بازسازی شناختی مروری کوتاه بر جلسه قبل، انجام آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۵ دقیقه، مرور افکار منفی یادداشت شده توسط بیمار، بررسی افکار با کمک بیمار و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیر منطقی، تهیه سلسله مراتبی از تصویرسازی جنسی و اجرای عمل آن به منظور شرطی‌سازی مثبت و جایگزین کردن تصورات لذت تا درد جنسی
پنجم	مقابله با هیجانات منفی و بازسازی شناختی، مروری کوتاه بر جلسه قبل و تکالیف خانگی با کمک بیمار، بررسی هیجان‌های ناخوشایند، موقعیتی که این هیجان‌ها در آن رخ می‌دهند، افکار خوشایند مربوط به آن هیجان‌ها، ترسیم جدول افکار ناخوشایند و پاسخ منطقی برای آنها و درخواست از بیمار برای انجام تکالیف
ششم	تعریف خشم، سبک‌های برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با همسر و دیگران، شناسایی شرایط یا موقعیت‌ها و افراد خشم‌انگیز، آموزش روش‌های کنترل خشم در مواجهه با موقعیت مفهوم حل مسأله، انواع مقابله‌های مسأله مدار و هیجان مدار، مقابله‌های هیجان مدار حل مسأله سازگارانه و ناسازگارانه بررسی فعالیت‌های ارتباط مؤثر شبکه حمایت اجتماعی
هفتم	مرور جلسات، بررسی فعالیت‌های انجام شده توسط بیمار و تأثیر آنها بر خلق، انتخاب تکالیف و موقعیت‌های تقویت‌کننده خلق مثبت، توصیه های درمانی به همسران آنها در زمینه برنامه درمانی فعال کردن بیمار و حمایت اجتماعی
هشتم	آمادگی برای تکمیل و ادامه درمان و تعمیم آموخته‌ها بررسی پیشرفت آموذنی‌ها، ارزیابی خلق و اضطراب آنها، تأکید بر استفاده مستمر از جلسات آموزشی برای فعالیت جنسی، تعیین برنامه فعالیت‌های گروهی و حمایت

جدول ۲- محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی و آشنایی با نحوه تن آرامی
دوم	آموزش تن آرامی ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، پیشانی (قسمت پایین) و پیشانی (قسمت بالا)
سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه‌ها، آرواره‌ها و پیشانی و لب‌ها و چشم‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی

چهارم	مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و با زدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیزی دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۱۵ دقیقه
پنجم	آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس‌های فیزیکی، تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا
ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی بدون قضاوت در مورد آنها
هفتم	ذهن آگاهی کامل: تکرار آموزش جلسات ۵، ۴، ۶ هر کدام به مدت ۲۵-۱۵ دقیقه
هشتم	جمع‌بندی جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

رفتار درمانی شناختی و کنترل در جدول زیر آورده شده است که دو گروه از نظر این دو متغیر همگن بودند ($p < 0.05$).

میانگین سن زنان در گروه مؤلفه‌های ذهن آگاهی، رفتار درمانی شناختی و کنترل و میانگین سابقه ابتلاء به اختلال واژینیسموس در گروه مؤلفه‌های ذهن آگاهی،

جدول ۳- میانگین سن و سابقه ابتلاء به بیماری واژینیسموس در سه گروه

گروه	سن	سابقه ابتلاء به بیماری
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
ذهن آگاهی	۴/۳۱ \pm ۲۸/۸۷	۰/۸۸ \pm ۲/۳۷
شناختی رفتاری	۳/۴۵ \pm ۲۸/۲۷	۰/۹۸ \pm ۲/۱۳
کنترل	۴/۱۰ \pm ۲۹/۱۳	۰/۹۹ \pm ۲/۴۷

معنی‌داری وجود داشت که جهت مشخص شدن تفاوت در هر یک از ابعاد تنظیم شناختی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن نیز بیانگر این بود که در تمامی ابعاد تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی با حذف اثر پیش‌آزمون بین دو گروه مداخله با گروه کنترل در نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$).

با توجه به تأیید مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس جهت تعیین تفاوت میانگین نمرات ابعاد تنظیم شناختی هیجان در سه گروه در پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج این آزمون با توجه به معنی‌دار بودن آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، بیان‌کننده این بود که حداقل در یکی از ابعاد تنظیم شناختی هیجان بین سه گروه تفاوت

جدول ۴- میانگین تنظیم شناختی هیجانی مثبت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون شاپیروویلیک در سه گروه

ابعاد	سطوح	متغیر	گروه	پیش‌آزمون		آزمون شاپیروویلیک		
				میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	آماره	درجات	سطح معناداری
تنظیم شناختی هیجان	تنظیم شناختی هیجانی مثبت	تمرکز مثبت مجدد	ذهن آگاهی	۱/۷۷ \pm ۱۴/۸۸	۱/۸۲ \pm ۱۸/۳۴	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۱۴
			شناختی رفتاری	۰/۰۲ \pm ۱۳/۷۵	۱/۵۴ \pm ۱۶/۱۳	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۴۳
		کنترل	۱/۴۳ \pm ۱۲/۳۲	۱/۶۰ \pm ۱۱/۸۳	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۷۷	
		ارزیابی مثبت	ذهن آگاهی	۲/۱۵ \pm ۱۶/۸۷	۱/۶۴ \pm ۱۸/۸۵	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۱۵
			شناختی رفتاری	۲/۲۶ \pm ۱۲/۸۸	۲/۰۶ \pm ۱۴/۹۵	۰/۹۷	۱۵	۰/۷۷۹
		کنترل	۲/۲۳ \pm ۱۱/۴۳	۱/۶۴ \pm ۱۱/۹۸	۰/۹۸	۱۵	۰/۹۴۸	

۰/۹۰۴	۱۵	۰/۹۷	۱/۹۵±۱۸/۶۵	۲/۰۶±۱۵/۷۳	ذهن آگاهی	
۰/۹۳۲	۱۵	۰/۹۸	۱/۶۳±۱۵/۰۶	۱/۳۱±۱۳/۲۸	شناختی رفتاری	اتخاذ دیدگاه
۰/۴۳۱	۱۵	۰/۹۴	۲/۲۲±۱۱/۸۲	۲/۴۰±۱۱/۸۷	کنترل	
۰/۹۰۷	۱۵	۰/۹۷	۱/۹۸±۱۸/۸۲	۲/۶۴±۱۶/۲۴	ذهن آگاهی	
۰/۴۰۲	۱۵	۰/۹۴	۱/۹۵±۱۴/۴۲	۲/۷۵±۱۲/۵۲	شناختی رفتاری	برنامه ریزی
۰/۱۹۹	۱۵	۰/۹۲	۱/۷۹±۱۱/۱۴	۲/۷۱±۱۰/۶۹	کنترل	
۰/۲۲۰	۱۵	۰/۹۲	۳/۶۷±۷۴/۶۵	۴/۶۰±۶۳/۷۳	ذهن آگاهی	
۰/۹۷۰	۱۵	۰/۹۸	۲/۹۶±۶۰/۵۶	۴/۱۹±۵۲/۴۳	شناختی رفتاری	نمره کل
۰/۰۸۷	۱۵	۰/۹۰	۳/۷۲±۴۶/۷۷	۵/۰۵±۴۶/۳۱	کنترل	

جدول ۵- میانگین تنظیم شناختی هیجانی منفی در پیش آزمون و پس آزمون و آزمون شاپیروویلیک در سه گروه

آزمون شاپیروویلیک		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر	سطوح	ابعاد
سطح معناداری	درجات آزادی	اماره شاپیروویلیک	میانگین± انحراف معیار	میانگین± انحراف معیار	میانگین± انحراف معیار				
۰/۳۴۲	۱۵	۰/۹۴	۱/۴۳±۴/۵۸	۲/۱۰±۷/۴۷	۲/۱۰±۷/۴۷	ذهن آگاهی	سرزنش خود		
۰/۴۳۱	۱۵	۰/۹۴	۱/۸۶±۸/۱۶	۲/۹۲±۹/۴۹	۲/۹۲±۹/۴۹	شناختی رفتاری			
۰/۴۸۵	۱۵	۰/۹۵	۰/۸۹±۹/۷۸	۱/۹۰±۷/۴۰	۱/۹۰±۷/۴۰	کنترل			
۰/۷۱۲	۱۵	۰/۹۶	۲/۵۶±۴/۵۷	۲/۹۵±۹/۲۲	۲/۹۵±۹/۲۲	ذهن آگاهی	سرزنش دیگران		
۰/۸۶۲	۱۵	۰/۹۷	۲/۲۷±۷/۵۳	۲/۶۴±۹/۱۶	۲/۶۴±۹/۱۶	شناختی رفتاری			
۰/۹۷۰	۱۵	۰/۹۸	۲/۱۲±۱۰/۲۶	۱/۶۷±۸/۴۸	۱/۶۷±۸/۴۸	کنترل			
۰/۱۳۵	۱۵	۰/۹۱	۱/۸۷±۶/۷۸	۲/۰۸±۱۴/۱۹	۲/۰۸±۱۴/۱۹	ذهن آگاهی	نشخوار فکری		تنظیم شناختی هیجانی منفی
۰/۳۹۸	۱۵	۰/۹۴	۰/۹۸±۱۰/۷۱	۱/۲۵±۱۴/۱۴	۱/۲۵±۱۴/۱۴	شناختی رفتاری			
۰/۰۹۴	۱۵	۰/۹۰	۱/۲۶±۱۴/۷۴	۱/۳۵±۱۵/۶۷	۱/۳۵±۱۵/۶۷	کنترل			
۰/۶۹۶	۱۵	۰/۹۶	۱/۷۱±۵/۲۸	۱/۴۴±۱۰/۱۲	۱/۴۴±۱۰/۱۲	ذهن آگاهی	فاجعه آمیز کردن		
۰/۰۳۶	۱۵	۰/۸۷	۱/۶۲±۸/۸۳	۱/۰۵±۱۰/۵۶	۱/۰۵±۱۰/۵۶	شناختی رفتاری			
۰/۵۶۲	۱۵	۰/۹۵	۲/۰۶±۱۲/۴۶	۱/۳۹±۱۲/۳۷	۱/۳۹±۱۲/۳۷	کنترل			
۰/۰۵۸	۱۵	۰/۸۸	۲/۹۵±۷/۳۵	۲/۷۶±۱۰/۵۱	۲/۷۶±۱۰/۵۱	ذهن آگاهی	پذیرش		
۰/۷۰۶	۱۵	۰/۹۶	۳/۳۴±۱۲/۸۵	۲/۷۱±۱۲/۲۸	۲/۷۱±۱۲/۲۸	شناختی رفتاری			
۰/۶۹۲	۱۵	۰/۹۶	۳/۶۰±۱۸/۶۷	۲/۵۱±۱۱/۶۲	۲/۵۱±۱۱/۶۲	کنترل			
۰/۰۵۷	۱۵	۰/۸۵	۴/۴۵±۲۸/۵۶	۳/۷۵±۵۱/۵۰	۳/۷۵±۵۱/۵۰	ذهن آگاهی			
۰/۴۴۸	۱۵	۰/۹۴	۳/۶۹±۴۸/۰۷	۴/۲۶±۵۵/۶۲	۴/۲۶±۵۵/۶۲	شناختی رفتاری	نمره کل		
۰/۷۵۲	۱۵	۰/۹۶	۴/۱۵±۶۵/۹۱	۴/۱۳±۵۵/۵۵	۴/۱۳±۵۵/۵۵	کنترل			

ابعاد، روش ذهن آگاهی تأثیر بیشتری بر ابعاد تنظیم شناختی هیجان داشت.

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال واژینیسیموس انجام شد. با توجه به اینکه مطالعه‌ای که تأثیر دو روش

جهت مقایسه دو گروهی در ادامه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که بر اساس نتایج آن، تفاوت‌های بین گروهی هر دو گروه مداخله با گروه کنترل در تمامی ابعاد تنظیم شناختی هیجانی مثبت و منفی معنی دار بود ($p < 0/01$)؛ بدین معنی که هر دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی شناختی بر تنظیم شناختی هیجان تأثیر داشت. همچنین با توجه به بیشتر بودن اختلاف میانگین‌ها در روش ذهن آگاهی در تمامی

عبدی و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود (۱۷، ۳۰-۲۷). این مطالعات نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری، تمرین آرمیدگی و هیپنوتیزم در بهبود انواع اختلالات جنسی مؤثر است. آنچه که در این مطالعات به چشم می‌خورد نیز مقایسه استفاده از درمان شناختی رفتاری با گروه شاهد بوده است. مطالعه گرازیوتین و همکار (۲۰۰۶) نشان داد که ترکیب مداخلات دارویی و روان‌شناختی در عملکردهای نامطلوب جنسی، درمان مناسبی برای افزایش اثربخشی، افزایش درمان و رضایت رابطه و کاهش عدم ادامه درمان بیمار را فراهم می‌کند که نوع مداخله ترکیبی بوده و با نوع مداخله مطالعه حاضر که فقط درمان روان‌شناختی بود، تفاوت داشت (۳۱).

در مطالعه همچنین تنظیم شناختی هیجان مثبت گروه‌های آزمایش پس از خاتمه جلسات درمانی نسبت به قبل از درمان به‌طور معنی‌داری افزایش و تنظیم شناختی هیجان منفی کاهش یافته بود. در رابطه با تأثیر آموزش ذهن آگاهی نتایج این مطالعه در راستای نتایج مطالعه باس (۱۹۹۸) و اودو (۲۰۰۲) بود (۳۲، ۳۳). این دو پژوهش نشان دادند که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، موجب کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند فاجعه‌سازی) در بیماران مبتلا به واژینیسموس می‌شود. همچنین نتایج پژوهش بانکروفت (۲۰۰۲)، حاکی از همبستگی منفی ذهن آگاهی با راهبرد فاجعه‌سازی بود (۳۴)، اما در این مطالعه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مثبت در بهبود بعد فاجعه‌سازی تنظیم هیجان داشت که همسو با نتایج این مطالعه بود. البته تفاوت در نوع اختلال وجود داشت که در مطالعه بانکروفت، گروه هدف زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی بودند.

سایر نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر بیشتری بر تنظیم شناختی هیجان دارد. این نتایج با نتایج حمید و همکاران (۲۰۱۲)، هیساسو و همکاران (۲۰۰۵) و ترکولی و همکاران (۲۰۰۷) همسو و هم‌جهت بود (۱۷، ۲۶، ۲۹). بررسی‌های انجام شده بر روی مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی نشان می‌دهند که این شیوه‌ها بر مشکلات مختلفی شامل درد مزمن، اضطراب، تنش، اختلال تغذیه

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری را در بهبود مشکلات زنان دارای اختلال واژینیسموس مورد بررسی قرار دهد یافت نشد، لذا در مقایسه، بحث و تبیین نتایج سایر مطالعات با این مطالعه به همسو یا ناهمسو بودن یکی از دو روش مداخله پرداخته شده است. نتایج مطالعه تدین و همکاران (۲۰۱۷) نشان‌دهنده مؤثر بودن روش‌های شناختی رفتاری در بهبود واژینیسموس بود (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه گذشته‌نگر موامار و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف بررسی مدیریت ترس از نفوذ به واژن در زنان عرب انجام شد، درمان ترکیبی آموزش مسائل جنسی و حساسیت‌زدایی منظم به‌منظور هدف قرار دادن ترس و اضطراب دخول باعث بهبود شرکت‌کنندگان شد (۲۴). در مطالعه مولایی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۴) نیز مواجهه درمانی با کمک درمانگر توانست به‌طور معنی‌داری موجب کاهش افکار دهشتناک و ترس از دخول در ۳۲ زن مبتلا به واژینیسموس اولیه شود که با نتایج این مطالعه مبنی بر اثربخش بودن مداخلات روان‌شناختی در کاهش تنظیم هیجانی منفی زنان مبتلا به واژینیسموس همسو بود (۲۵)، اما آنچه در تبیین همسو بودن نتایج مطالعات با نتایج این مطالعه قابل توجه است این است که در مطالعات فوق فقط یک گروه مداخله با گروه کنترل مقایسه شده و بیشتر از درمان شناختی رفتاری استفاده شده بود و مقایسه‌ای با دیگر درمان‌های روان‌شناختی از قبیل ذهن آگاهی صورت نگرفته بود.

در مطالعه حمید و همکاران (۲۰۱۲) نیز که به‌منظور بررسی تأثیر مشاوره شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان با اختلال واژینیسموس انجام شد، درمان شناختی رفتاری در افزایش آمیزش جنسی و کاهش ترس و اضطراب از مقاربت مؤثر بود که در این مطالعه نیز فقط در گروه مداخله، مشاوره شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل انجام شده بود که با نتایج این مطالعه همسو بود (۲۶).

همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه مک‌کریری و همکار (۲۰۱۳)، صالح‌زاده و همکاران (۲۰۱۱)، ترکولی و همکاران (۲۰۰۷)، هیساسو و همکاران (۲۰۰۵) و

و عود افسردگی مؤثر می‌باشند (۳۵). تاکنون پژوهش‌های زیادی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را نشان داده‌اند. برای مثال مطالعه فینوکان و همکار (۲۰۰۶) نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشانه‌های افسردگی و اضطراب فعال را کاهش می‌دهد (۳۶). در مطالعه ری و همکاران (۲۰۰۷) نیز در بیماران سرپایی با اختلال خلقی یا اضطراب، ذهن‌آگاهی به‌صورت معنی‌دار با بهبود علائم افسردگی، اضطراب، استرس و بی‌خوابی همبسته بود (۳۷).

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه خودگزارشی بود که همانند همه پرسشنامه‌های خودگزارشی ممکن است پاسخگویی به آن غیرصادقانه باشد. همچنین چون نمونه پژوهش فقط محدود به شهر مشهد بوده و از آنجایی که از نظر فرهنگی شرایط مناطق مختلف با هم تفاوت دارد، نتایج آن به‌طور قطعی قابل انطباق با سایر مناطق نیست و لزوم انجام چنین پژوهشی در دیگر مناطق با بافت فرهنگی متفاوت پیشنهاد می‌شود. همچنین از آنجایی که صحبت در مورد مسائل جنسی در جامعه ما به‌نوعی تابو می‌باشد، امکان پاسخگویی درست برخی بیماران وجود داشته و به‌دلیل درمان گروهی در این پژوهش و تمایل افراد به محرمانه ماندن مشکلاتشان، عده‌ای از زنان

تمایلی برای بازگو کردن مشکلاتشان در گروه را نداشتند. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به رضایت زنان گروه‌های مداخله از امکان برگزاری چنین جلساتی برای اختلال واژینیسموس که بسیاری از زنان از اظهار بیان مشکل و مراجعه به روانپزشک یا متخصص زنان شرم دارند را نام برد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش، هر دو روش آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس تأثیر داشت، اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان شناختی رفتاری، تأثیر بیشتری بر بهبود تمامی ابعاد تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت مصوب دانشگاه آزاد اسلامی تربت‌جام و با شناسه اخلاق IR.TRJUMS.REC.1398.009 می‌باشد. بدین‌وسیله از اساتید محترم راهنما و مشاور و تمام زنان شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Fathi E, Esmaily M, Farahbakhsh K, Daneshpour M. Iranian satisfied marriage model: a qualitative grounded theory study. *Journal of Research in Psychological Health* 2016; 10(2):10-26.
2. Tajikesmaeili A, Gilak HA. Sexual functions and marital adjustment married woman with Multiple Sclerosis. *Journal of Research in Psychological Health* 2017; 10(2): 1-9.
3. Zgueb Y, Ouali U, Achour R, Jomli R, Nacef F. Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. *The Cognitive Behaviour Therapist* 2019; 12(3):1-10.
4. Rozani F, Esmaili S, Ghashang N, Aghamohamadi S, Khazaei M. The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Development, Review, Prospect. *RBS* 2016; 14(1):125-36.
5. Bakriya F, Rafieinia P, Sabahi P, Nazari L. The Effect of Hypnotherapy on Sexual Function, Pain Catastrophizing and Irrational Beliefs about Fear of Sex in Women With Vaginismus (Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder). *Nurs Midwifery J* 2020; 17(11):907-918.
6. Yeganeh T, Farahani MN, Moghadasin M. Identifying psychological factors associated with vaginismus in married women in 2018: a qualitative study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2020; 18(10):997-1016.
7. Arlington VA, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association 2013; 5:612-3.
8. Hamidi S, Shareh H, Hojjat SK. Comparison of early maladaptive schemas and attachment styles in women with vaginismus and normal women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(155, 15):9-18.
9. Nejat M, Afshari N. The predictive role of history of specific phobia disorder and vaginismus in married women. *Sarem Journal of Reproductive Medicine* 2020; 4(4):173-9.
10. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International urogynecology journal* 2014; 25(12):1613-20.

11. Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjö G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2015; 122(3):329-34.
12. ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJ. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics* 2010; 33(3):595-610.
13. Berking M, Poppe C, Luhmann M, Wupperman P, Jaggi V, Seifritz E. Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 2012; 43(3):931-7.
14. Dillon DG, Deveney CM, Pizzagalli DA. From basic processes to real-world problems: how research on emotion and emotion regulation can inform understanding of psychopathology, and vice versa. *Emotion review* 2011; 3(1):74-82.
15. Schetter CD, Dolbier C. Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Social and Personality Psychology Compass* 2011; 5(9):634-52.
16. Besharat MA. Cognitive emotion regulation questionnaire: instruction and scoring. *Journal of Developmental Psychology* 2017; 13(50):221-3.
17. Hisasue SI, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*. 2005 Jan 1;65(1):143-8.
18. Hasani J, Azadfalsh P, Rasoulzade Tabatabaei K, Ashayeri H. The assessment of cognitive emotion regulation strategies according to neuroticism and extraversion personality dimensions. *Advances in Cognitive Science* 2009; 10(4):1-3.
19. Haselton MG, Gildersleeve K. Can men detect ovulation?. *Current directions in psychological science* 2011; 20(2):87-92.
20. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy* 2010; 48(10):974-83.
21. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(8):1311-27.
22. Hasani J. Reliability and validity of Persian of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of clinical psychology* 2010; 24(5):139-52.
23. Tadayon M, Rezaei Kheirabadi A, Molaeinezhad M, Shiralinia K. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Catastrophic thoughts on Women with primary Vaginismus: A Single-Case trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 19(39):25-34.
24. Muammar T, McWalter P, Alkhenizan A, Shoukri M, Gabr A, Muammar AA. Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study. *Annals of Saudi medicine* 2015; 35(2):120-6.
25. Molaeinezhad M, Roudsari RL, Yousefy A, Salehi M, Khoei EM. Development and validation of the multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire (MVPDQ) for assessment of lifelong vaginismus in a sample of Iranian women. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2014; 19(4):336-48.
26. Hamid N, Dehghanizadeh Z, Firuzi AA. Effects of cognitive-behavioral therapy on sexual function in women with vaginismus disorder. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(20):1-11.
27. McCreary SL, Alderson KG. The perceived effects of practising meditation on women's sexual and relational lives. *Sexual and Relationship Therapy* 2013; 28(1-2):105-19.
28. Salehzadeh M, Kajbaf MB, Moulavi H, Zolfaghari M. Effectiveness of cognitive-behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Psychol Stud* 2011; 7(1):11-31.
29. 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. *Behaviour Research and therapy* 2007; 45(2):359-73.
30. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health among university students. *Archive of JAUMS* 2011; 8(4):258-264.
31. Graziottin A, Giraldo A. Anatomy and physiology of women's sexual function. *Standard practice in sexual medicine* 2006; 1:289-304.
32. Buss DM. Sexual strategies theory: Historical origins and current status. *Journal of Sex Research* 1998; 35(1):19-31.
33. Audu BM. Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 22(6):655-7.
34. Bancroft J. The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Archives of Sexual Behavior* 2002; 31(5):451-5.
35. Splevins K, Smith A, Simpson J. Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging and Mental Health* 2009; 13(3):328-35.
36. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry* 2006; 6(1):1-4.
37. Ree MJ, Craigie MA. Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behaviour Change* 2007; 24(2):70-86.