

# اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر افکار دهشتناک زنان مبتلا به واژینیسموس اولیه: یک کارآزمایی تک موردی

میترا تدین<sup>۱</sup>، آرزو رضایی خیرآبادی<sup>۲\*</sup>، میترا ملایی نژاد<sup>۳</sup>، خدیجه شیرالی نیا<sup>۴</sup>

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. استادیار پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۰۴

## خلاصه

**مقدمه:** واژینیسموس یک اختلال جنسی شایع از دسته اختلالات تناسلی لگنی دخیلی دردناک است. عوارض واژینیسموس ابعاد وسیعی دارد لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر افکار دهشتناک و انقباض افراد مبتلا به واژینیسموس انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه کارآزمایی آزمایشی تک موردی و طرح خط پایه چندگانه، ۴ زن مبتلا به واژینیسموس که در سال ۱۳۹۴ به درمانگاه‌های درمان اختلالات جنسی اهواز مراجعه کرده بودند، در مطالعه شرکت داده شدند. قبل و پس از مداخله، متغیر مربوط به انقباض و افکار دهشتناک توسط ابزار چندوجهی اختلال دخول واژینال در مشارکت کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمودنی‌ها پس از تعیین خطوط پایه در متغیر وابسته به ترتیب وارد مرحله درمان شناختی رفتاری شده و به مدت ۸ جلسه هفتگی به صورت فردی مورد درمان قرار گرفتند. در این پژوهش از معنی داری بالینی استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، بهبود تشخیصی و شاخص‌های شش‌گانه اینگرام استفاده شد.

**یافته‌ها:** تمام مشارکت کنندگان در پایان مداخله موفق به دخول واژینال بدون درد و ترس شدند. نتایج همچنین نشان داد درمان شناختی رفتاری در تغییر افکار دهشتناک و انقباض افراد واژینیسموس به صورت معنی‌داری مؤثر بود ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده مؤثر بودن روش‌های شناختی رفتاری در بهبود واژینیسموس بود. بنابراین گنجانیدن این نوع درمان در مداخلات در نظر گرفته شده برای این بیماران و انجام مطالعات وسیع‌تر با گروه‌های کنترل و تعداد نمونه‌های بیشتر توصیه می‌شود.

**کلمات کلیدی:** اختلالات جنسی، درمان شناختی - رفتاری، واژینیسموس

\* نویسنده مسئول مکاتبات: آرزو رضایی خیرآبادی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۳۱-۳۵۵۵۲۱۶۷  
پست الکترونیک: arezoo.rezaei66@gmail.com

## مقدمه

سلامت جنسی و باروری، رکن اصلی توسعه اجتماعی و اقتصادی ملت‌ها و جوامع و جزء کلیدی یک جامعه برخوردار از تساوی و عدالت است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، دو واژه سلامت باروری و جنسی در بسیاری از موارد هم‌پوشانی داشته و هدف آن‌ها علاوه بر عملکرد سالم انسان‌ها در زمینه مسائل فیزیولوژیکی مانند بارداری و فرزندآوری، کاهش عوارض حاصل از اختلال عملکرد جنسی و باروری است. هدف دیگر بهداشت باروری و جنسی، قادر ساختن جوانان و همه افراد در سنین باروری به داشتن یک رابطه جنسی بی‌خطر و رضایت‌بخش می‌باشد (۱).

به دنبال ازدواج، معمولاً در جوامع سنتی انتظار می‌رود زوجین برای برقراری فعالیت جنسی و دخول اقدام کنند (۲). هدف سنتی از این عمل، رسیدن به ارگاسم دوطرفه است (۳)، اما عوامل مختلفی از جمله استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی می‌تواند بر عملکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد (۴، ۵).

یکی از اختلالات عملکرد جنسی که می‌تواند تأثیر ناخوشایندی بر روابط زناشویی بگذارد، واژینیسموس<sup>۱</sup> است. در نسخه جدید کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)<sup>۲</sup> ویرایش پنجم، واژینیسموس در دسته اختلالات درد یا دخول ژنیتال و لگن قرار گرفته و برای تشخیص آن این تعریف به کار برده می‌شود: گزارش شخصی زن از سابقه اسپاسم غیر ارادی، مداوم و مکرر عضلات کف لگن به دلیل ترس یا چن‌دش که در عمل نزدیکی و وارد کردن شی، آلت و معاینه واژینال تداخل ایجاد می‌کند. این حالت ممکن است وابسته به موقعیت باشد، مثلاً در هنگام فعالیت جنسی رخ دهد و در هنگام معاینه لگنی و سایر مواقع اتفاق نیفتد (۶). این اختلال به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود (۷-۹). در شکل اولیه که به نام ازدواج به وصال نرسیده خوانده می‌شود، بیمار مقاربت موفق نداشته است. در نوع ثانویه زوج قبلاً سابقه دخول

واژینال موفق را داشته است. با وجود دامنه وسیعی از عوامل ایجاد واژینیسموس مانند علائم جسمی، بیولوژیک و روانی و همچنین مسائل بین فردی، این اختلال جنسی اتیولوژی ناشناخته دارد که باعث ایجاد مقاربت دردناک می‌شود (۶).

شیوع واژینیسموس نامشخص است (۱۰). این اختلال به نحوی وابسته به فرهنگ است؛ به طوری که شیوع این اختلال در انگلستان ۱۵/۵٪ (۱۱) و در عربستان تا ۱۷٪ تخمین زده شده است، اما در ایران مطالعات اندکی در مورد واژینیسموس انجام شده است (۶).

عوامل روانی- اجتماعی همراه با واژینیسموس شامل آموزش‌های غلط و تجربه‌های منفی در مورد روابط جنسی در دوران کودکی یا شنیده‌های وحشتناک و غلوآمیز در مورد درد در طی فعالیت جنسی و تجربه‌های جسمی و روانی دردناک در حین نخستین فعالیت جنسی می‌باشد (۱۲-۱۴). این بیماری اغلب در زنان تحصیل کرده و سطح اقتصادی اجتماعی بالا مشاهده می‌شود (۷). از عوارض واژینیسموس این است که با توجه به تجربه دردناک و منفی، یا انتظارات منفی در مورد دخول واژینال، افکار ترسناکی در ذهن فرد ایجاد می‌شود که به دنبال آن ترس از دخول و درد همراه با مقاربت ایجاد می‌شود و زن برای فایق آمدن بر این ترس از همه فعالیت‌هایی که مربوط به دخول واژینال است، پرهیز می‌کند یا طی تلاش‌ها گوش به زنگ می‌ماند. افزایش تن عضلات ناحیه پوبوکوکسیژنیتال باعث تلاش‌های دردناک و دخول غیرممکن طی مقاربت می‌شود و عدم توانایی دخول به نوبه خود منجر به تشدید افکار و انتظارات منفی در این شخص می‌گردد. این مفاهیم که در مدل ترس و اجتناب از دخول توضیح داده شده، بهترین توصیف مکانیسم واژینیسموس تا امروز می‌باشد (۶).

درمان‌هایی مانند دیلاتاسیون با استفاده از دیلاتورها، روان درمانی بینش‌گرا و تزریق بوتاکس در دسته عضلات پوبوکوکسیژنیتال از درمان‌هایی بوده است که به صورت موفق در نقاط مختلف دنیا برای این اختلال به کار رفته است (۱۵). امروزه معروف‌ترین و متداول‌ترین روش‌هایی که در درمان کژکاری جنسی به کار می‌رود،

<sup>1</sup> Vaginismus

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

طور قابل توجهی کاهش یافت و همچنین هماهنگی زوجین و عملکرد جنسی آنها نیز بهبود یافت (۱۹). با وجود انجام مطالعات متعددی در سایر کشورها در مورد تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر علائم واژینیسموس، با توجه به اینکه در ایران تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی زیادی وجود دارد و تعداد این مطالعات در ایران محدود است، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افکار دهشتناک زنان مبتلا به واژینیسموس انجام شد.

### روش کار

مطالعه حاضر یک طرح آزمایشی تک موردی می‌باشد. مطالعه موردی یکی از انواع روش‌های تحقیقی است که به مطالعه عمیق یک مورد، یک موضوع خاص یا یک پدیده خاص می‌پردازد. پژوهشگر مطالعه موردی، یک مورد را انتخاب و آن را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند. این مورد می‌تواند یک واحد یا سیستم با حد و مرز مشخص و متشکل از عناصر و عوامل متعدد و مرتبط با هم باشد. این طرح انواع مختلفی دارد که در این طرح از خط پایه چندگانه<sup>۲</sup> استفاده شد. آزمودنی‌های پژوهش ۴ زن مبتلا به واژینیسموس مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های درمان اختلالات جنسی و مطب‌های خصوصی بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال، ابتلاء به واژینیسموس نوع اول (ازدواج به وصال نرسیده) و داشتن حداقل سواد سیکل بود.

با تأیید روان‌پزشک، وجود اختلال درد/ دخول تناسلی لگنی بر اساس معیارهای DSM-5 در آزمودنی‌ها تأیید شد. همسران این افراد نیز از نظر رد اختلالات روانی توسط روانپزشک ویزیت شدند. شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند و پس از برقراری رابطه درمانی و توجیه بیماران در رابطه با هدف‌های درمان، به پرسشنامه‌های مورد نظر که شامل پرسشنامه فردی و پرسشنامه بالینی چندوجهی اختلال دخول واژینال<sup>۳</sup> (MVPDQ) بود، پاسخ دادند. این پرسشنامه، ۷۲

از نوع درمان‌های شناختی- رفتاری<sup>۱</sup> (CBT) هستند (۱۶). اجزای شناختی دربردارنده نگرش‌ها، باورها، دانش فرد از مسائل جنسی و نیز مهارت‌های توجه و تمرکز می‌باشند. شناخت‌های ناسازگارانه، نقش مهمی در چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت‌های جنسی و در نهایت در چرخه پاسخ جنسی فرد ایفا می‌کند. درمان شناختی رفتاری، با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیر منطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری‌های هیجان‌های منفی در کنار سایر درمان‌ها برای درمان اختلالات جنسی پیشنهاد می‌شود. این درمان مجموعه‌ای از مداخله‌های روان درمانی است که هدف آن کاهش میزان مشکلات روانی بوده و بیشتر از هر نوع مداخله روان‌شناختی دیگری مؤثر است. این درمان به فرد کمک کرده تا درک بهتری از مسائلی که موجب عدم تعادل روانی در وی می‌شوند، پیدا نماید. شناخت‌های ناسازگارانه، نقش مهمی در چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت‌های جنسی و در نهایت در چرخه پاسخ جنسی فرد ایفا می‌کند (۱۷).

نتایج مطالعه لوفریسکو (۲۰۱۰) که تحت عنوان "درمان اختلالات درد جنسی زنان و درمان شناختی رفتاری" انجام شد، نشان داد که درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان‌های دیگری مانند جراحی و یا دارویی در رفع درد و اختلالات جنسی دیگر برتری دارد (۱۸). در مطالعه ترکویل و همکاران (۲۰۰۷) تحت عنوان "اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر موفقیت در مقاربت و تغییر ترس و رفتارهای اجتنابی زنان با واژینیسموس نوع اول"، درمان شناختی رفتاری باعث افزایش مقاربت، کاهش ترس از مقاربت و بالا بردن رفتار دخول غیرمقاربتی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل که مداخله دریافت نکرده بودند، شد (۱۰). در مطالعه کاباکسی و همکار (۲۰۰۳) که جهت ارزیابی درمان شناختی رفتاری در بین افراد مبتلا به واژینیسموس انجام شد، سطح اضطراب افرادی که از این نوع درمان استفاده کرده بودند، بعد از درمان به

<sup>2</sup> Multiple baseline

<sup>3</sup> Multidimensional vaginal penetration disorder Questionnaire

<sup>1</sup> Cognitive Behavior Therapy (CBT)

سؤالی دارد که نخستین بار در ایران در طی مطالعه‌ای ترکیبی اکتشافی متوالی با ۲۱۴ زوج دچار اختلال ازدواج به وصال نرسیده به دلیل واژینیسموس اولیه توسط ملائی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شده و پایایی و روایی آن رضایت‌بخش (آلفای کرونباخ ۰/۷۸) بوده است. این پرسشنامه در برگزیده ۹ جنبه بالینی و شامل: افکار دهشتناک و انقباض، درماندگی، سازگاری زناشویی، گوش به زنگی، اجتناب، انگیزه دخول، اطلاعات جنسی، ناسازگاری ژنیتال و خوش‌بینی می‌باشد (۶). این پرسشنامه و نسخه مردانه آن (PV-MPVDQ) می‌تواند برای ارزیابی بالینی و برنامه‌ریزی درمان اختلالات دخولی همراه با درد به ویژه واژینیسموس مورد استفاده محققین قرار گیرد (۱).

عملکرد شرکت‌کنندگان در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده شد. تنها اقدام در مرحله خط پایه، تکمیل کردن ابزار می‌باشد. برای اجرای روش درمانی، چهار شرکت‌کننده وارد مرحله خط پایه شدند، نفر اول دو جلسه، نفر دوم سه جلسه، نفر سوم چهار جلسه و نفر چهارم پنج جلسه مراحل خط پایه را طی کردند. با پایان یافتن هر جلسه خط پایه، شرکت‌کنندگان وارد طرح درمان شدند، سپس درمان به مدت ۸ جلسه هفتگی برای هر شخص به صورت فردی اجرا شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، شرکت‌کنندگان با

فاصله یک هفته از هم به ترتیب وارد مرحله درمان شدند؛ به طوری که مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در درمان شناختی- رفتاری پرسشنامه‌ها در جلسات ۲، ۴، ۶ و بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل شدند. به منظور پیگیری نیز افراد دو ماه پس از درمان در سه نوبت بیست روزه مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند.

در طول هر جلسه درمان‌گر و آزمودنی‌ها با همکاری یکدیگر به شناسایی تنیدگی‌ها، آرامش عضلانی، تصویرسازی جنسی، شناخت تحریف‌های شناختی، نحوه مدیریت عواطف منفی و ایجاد احساس خودکارآمدی و غیره می‌پرداختند و با بهره‌گیری از روش‌های شناختی رفتاری اطلاعات و باورهای اشتباه را بازنشاسی، اصلاح و بازسازی می‌نمودند. در هر جلسه درمانی افزون بر بررسی تکالیف داده شده در جلسه پیشین، جنبه‌های شناختی شامل افکار دهشتناک و تحریف‌های شناختی و اطلاعات جنسی فرد، علائم رفتاری و مهارت‌های به دست آمده و روابط کلی همسران بررسی می‌شد. درباره میزان پیشرفت بیمار و همسرش پرسش می‌شد و از او خواسته می‌شد تغییراتی را که در زمینه‌های یاد شده تجربه کرده‌اند را مطرح نماید و به پرسش‌های او پاسخ داده می‌شد. تکالیف مرحله بعد در صورتی که مرحله پیشین را در حد قابل قبول انجام داده بودند ارائه می‌شد. برای تحلیل داده‌ها روش ترسیمی و نموداری به کار برده شد.

#### روش و نوع مداخله

جلسات	نوع مداخله	تکلیف خانگی
جلسه اول	آموزش آناتومی بدن	وارسی اندام تناسلی
جلسه دوم	آموزش سیکل روابط جنسی، خیال‌پردازی	آموزش تمرینات کگل، تخیلات جنسی
جلسه سوم	تشخیص باورها و افکار غیر منطقی و آموزش ابزار وجود صحیح	تمرکز حسی نوع یک به همراه استفاده از دو انگشت به عنوان دیلاتور
جلسه چهارم	بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی	تمرکز حسی نوع دو به همراه سه انگشت به عنوان دیلاتور
جلسه پنجم	آرمیدگی	ریلکسیشن به همراه یک انگشت همسر به عنوان دیلاتور
جلسه ششم	جرأت‌مداری	آموزش مهارت‌های تمرکز- توجه و استفاده از دو انگشت همسر به عنوان دیلاتور
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله	قرار دادن پنیس بر دهانه واژن
جلسه هشتم	جمع‌بندی و مروری بر جلسات گذشته	اقدام برای دخول

### راهبردهای تجزیه و تحلیل نتایج:

در این مطالعه از معنی‌داری بالینی استفاده شد. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام می‌شود، اطلاق می‌گردد.

### تعریف مفهومی کارایی بالینی

اصطلاح کارایی بالینی در پیشینه پژوهشی درمان‌های روان‌شناختی به روایی درونی و بازده پژوهشی اشاره دارد. نتایج پژوهش زمانی کارایی دارد که نشان داده شود درمان در شرایط کنترل شده تأثیر داشته است، در این شاخص اگر درمان بتواند آماج‌های درمانی را به حد افراد عادی برساند، می‌توان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی معنادار بوده است.

پژوهشگران به طور مستقیم و یا غیر مستقیم، مفهوم معنی‌داری بالینی یافته‌های درمانی را مورد بررسی قرار داده و رویکردهای مختلفی را نسبت به آن برگزیده‌اند. اما دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی‌داری بالینی عبارتند از:

۱- رویکرد شاخص تغییر پایا، که این رویکرد به وجه آماری میزان تغییر توجه دارد. در این شاخص اگر نتیجه به دست آمده مساوی یا بزرگ‌تر از  $Z=1/96$  باشد، با ۹۵ درصد اطمینان ( $p < 0/05$ ) می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به دست آمده ناشی از اثر مداخله بوده و ناپایایی آزمون‌ها نقشی در این امر نقش نداشته است.

۲- رویکرد مقایسه هنجارین<sup>۱</sup>: این رویکرد به مقایسه افراد درمان شده با داده‌های هنجاری توجه دارد. شاخص

تغییر پایا با این پرسش سروکار دارد که آیا میزان تغییری که در بیماری مفروض روی داده است، آن قدر بزرگ هست که بتوان آن را معنی‌دار تلقی کرد. در نقطه مقابل، رویکرد مقایسه هنجارین می‌کوشد تا به این پرسش پاسخ دهد که آیا افرادی که درمان شده‌اند از افراد سالمی که در همان جامعه زندگی می‌کنند، قابل تشخیص هستند یا نه. در مطالعه حاضر از هر دو رویکرد شاخص تغییر پایا و مقایسه هنجارین استفاده شده است. علاوه بر این در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی<sup>۲</sup> از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، بهبود تشخیصی و شاخص‌های شش‌گانه کارایی نیز استفاده شد. برای سنجش عملیاتی کارایی بر اساس ملاک بهبود تشخیصی، شرکت‌کنندگان موفق به انجام دخول شدند و همچنین از پرسشنامه‌های اختصاصی تشخیص بالینی یا اختلال استفاده می‌شود تا بهبود تشخیصی سنجیده شود.

### یافته‌ها

در این مطالعه هر ۴ آزمودنی پس از طی مراحل درمان، توانایی برقراری دخول کامل را کسب کردند. جدول ۱ مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان و جدول ۲، متغیر افکار دهشتناک را در طی فرآیند مداخله و پیگیری نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج مطالعه، درمان شناختی رفتاری توانست موجب کاهش افکار دهشتناک و انقباض در تمام بیماران شود.

جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان

مشخصات فردی	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم
سن	۲۸	۳۴	۲۳	۳۴
تحصیلات	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	لیسانس
سن همسر	۳۰	۳۹	۲۴	۴۰
تحصیلات همسر	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	لیسانس
سن ازدواج	۲۳	۲۶	۲۱	۳۳
طول مدت ازدواج	۵	۸	۱	۱
نحوه آشنایی با همسر	سنتی	سنتی	سنتی	همکار
شغل	خانه‌دار	خانه‌دار	خانه‌دار	خانه‌دار

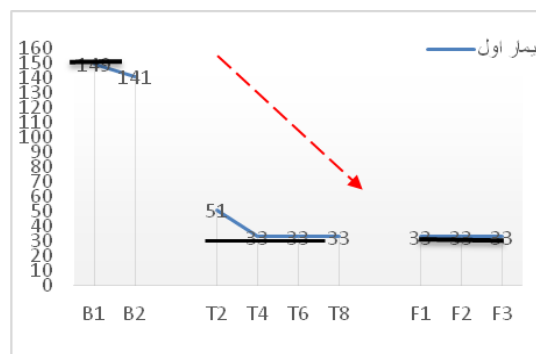
<sup>1</sup> Normativ comparisons

<sup>2</sup> Efficacy

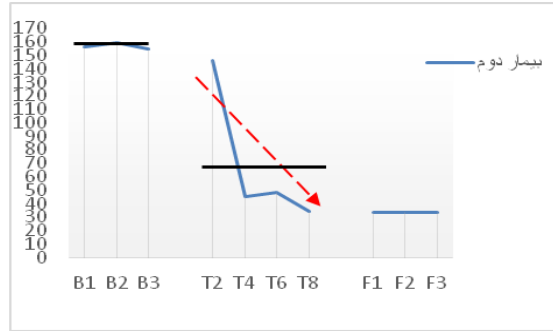
جدول ۲- میانگین نمرات واحدهای پژوهش بر حسب افکار دهشتناک و انقباض در مراحل درمان شناختی رفتاری

درمان شناختی رفتاری				افکار دهشتناک و انقباض	
				بیماران	
بیمار چهارم	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	مراحل درمان	
۲۴۳	۱۲۶	۱۵۶	۱۴۹	خط پایه اول	
۲۴۴	۱۴۹	۱۵۹	۱۴۱	خط پایه دوم	
۱۶۶	۱۴۱	۱۵۵	-	خط پایه سوم	
۱۵۷	۱۴۰	-	-	خط پایه چهارم	
۱۵۷	-	-	-	خط پایه پنجم	
۱۹۳/۴	۱۳۹	۱۵۶/۶۷	۱۴۵	میانگین مرحله خط پایه	
۱۳۰	۶۲	۱۴۶	۵۱	جلسه دوم	
۷۳	۵۱	۴۸	۳۳	جلسه چهارم	
۵۹	۴۹	۴۵	۳۳	جلسه ششم	
۴۰	۳۳	۳۴	۳۳	جلسه هشتم	
۷۵/۵	۴۸/۷۵	۶۸/۲۵	۳۷/۵	میانگین مرحله درمان	
۴/۱۵	۳/۱۸	۳/۱۱	۳/۷۹	شاخص تغییر پایا (درمان)	
۶۰/۹۶	۶۴/۹۲	۵۶/۴۳	۷۴/۱۳	درصد بهبودی پس از درمان	
	۶۴/۱۱			درصد بهبودی کلی پس از درمان	
۳۹	۳۳	۳۳	۳۳	پیگیری نوبت اول	
۳۷	۳۳	۳۳	۳۳	پیگیری نوبت دوم	
۳۳	۳۳	۳۳	۳۳	پیگیری نوبت سوم	
۳۶/۳۳	۳۳	۳۳	۳۳	میانگین مرحله پیگیری	
۵/۵۳	۳/۷۳	۴/۳۵	۳/۹۴	شاخص تغییر پایا (پیگیری)	
۸۱/۲۱	۷۶/۲۵	۷۸/۹۳	۷۷/۲۴	درصد بهبودی پس از پیگیری	
	۷۸/۴۰			درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	

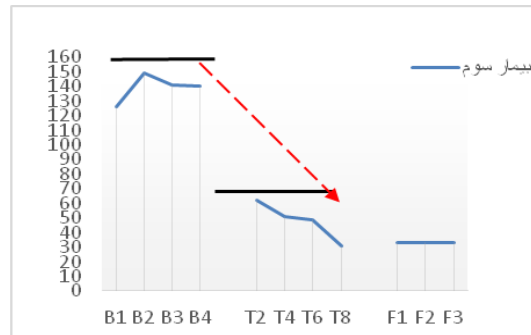
نمودار ۱ تا ۴ روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر افکار دهشتناک در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری  
 درمان را نشان می‌دهد که در آنها B: مرحله خط پایه، T: مرحله درمان و F: مرحله پیگیری می‌باشد.



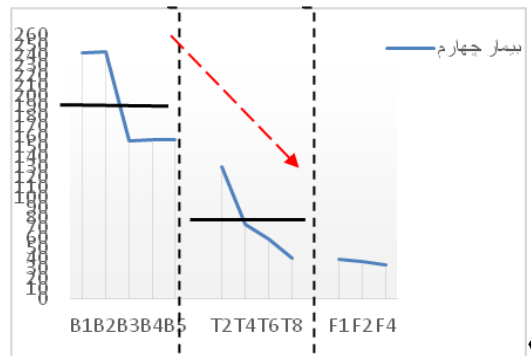
نمودار ۱- نمرات بیمار اول در متغیر افکار دهشتناک



نمودار ۲- نمرات بیمار دوم در متغیر افکار دهشتناک



نمودار ۳- نمرات بیمار سوم در متغیر افکار دهشتناک



نمودار ۴- نمرات بیمار چهارم در متغیر افکار دهشتناک

### بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افکار دهشتناک و انقباض در مبتلایان به واژینیسیموس انجام شد. همانگونه که نمودارها نشان می‌دهد، میانگین و سطح نمره‌های افکار دهشتناک هر چهار بیمار در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرد؛ به طوری که با پایان یافتن درمان، چهار شرکت‌کننده در جلسه‌های درمان شناختی رفتاری به میزان ۶۴/۱۱٪ بهبودی کلی در

در نمودارهای بالا، محور عمودی، نمره به دست آمده فرد در هر مرحله و محور افقی مراحل درمانی را نشان می‌دهد. منظور از B مراحل خط پایه است که هیچ درمانی صورت نگرفته و شرکت‌کننده فقط پرسشنامه را پر کرده است. منظور از T مراحل درمانی است و F مراحل پیگیری را که دو ماه پس از درمان در سه نوبت با فاصله ۲۰ روز انجام گرفت نشان می‌دهد. هرچه نمره فرد کاهش پیدا کند، نشان دهنده بهبودی فرد می‌باشد.

متغیر افکار دهشتناک و انقباض دست یافتند و این درصد در انتهای سه مرحله پیگیری به ۷۸/۴۰ افزایش یافت. بررسی درصدهای بهبودی چهار شرکت کننده به صورت مجزا نیز نشان می‌دهد که تمامی شرکت کنندگان به میزان بهبودی بالای ۵۵٪ دست یافتند؛ بنابراین می‌توان مدعی شد که میزان تحول در این سازه قابل قبول بوده است و با توجه به ایجاد تغییر معنادار در هر چهار شرکت کننده، کلیت تغییر مورد تأیید می‌باشد. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان شناختی رفتاری، همانطور که در نمودار (فلش‌های خط چین شده قرمز رنگ) نشان داده می‌شود، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهنده و در جهت منفی باشد که برای هر چهار بیمار در متغیر افکار دهشتناک نتایج به همین صورت بود. افراد مبتلا به بدکارکرد جنسی، در موقعیت‌های جنسی، طحوااره‌های شناختی منفی به کار می‌برند. این طحوااره‌های شناختی، پاسخ تعاملی و همزمان سیستم‌های رفتاری، هیجانی و شناختی را فراهم می‌خوانند. افزایش میانگین افکار دهشتناک و انقباض نسبت به مراحل خط پایه و نیز در مقایسه با پایان درمان نشان از بهبودی داشت و به تبع شاخص تغییر پایا نیز افزایش پیدا کرد؛ به‌گونه‌ای که در پایان مراحل پیگیری این شاخص برای شرکت کننده اول ۳/۷۹، دوم ۳/۱۱، سوم ۳/۱۸ و چهارم ۴/۱۵ بود. این شواهد حاکی از تداوم نتایج درمان در یک فرآیند زمانی خاص است. در نتیجه درمان شناختی رفتاری در افزایش آمیزش جنسی و کاهش ترس و اضطراب از مقاربت مؤثر بود. مطالعه مهرابی و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داد که در نتیجه درمان‌های رفتاری و شناختی، اضطراب و اجتناب جنسی آزمودنی‌ها کاهش می‌یابد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۷).

مطالعه گذشته‌نگر موامار و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف بررسی مدیریت ترس نفوذ واژن در زنان عرب انجام شد، نشان داد که درمان ترکیبی آموزش مسائل جنسی و حساسیت‌زدایی منظم به منظور هدف قرار دادن ترس و اضطراب دخول باعث بهبود شرکت کنندگان شده است (۲۰). در مطالعه مولایی‌نژاد و

همکاران (۲۰۱۴) نیز مواجهه درمانی با کمک درمانگر توانست به صورت معنی‌داری موجب کاهش افکار دهشتناک و ترس از دخول در ۳۲ زن مبتلا به واژینیسموس اولیه شود (۶).

در مطالعه حاضر نیز با آموزش عوامل ناشناخته‌ای که در ذهن فرد وجود داشت و باعث افکار دهشتناک در او شده بود، سطح این افکار کاهش پیدا کرد.

مستون و همکاران (۲۰۰۴) نیز به منظور بررسی بهترین شیوه‌های درمانی اختلال ارگاسم، ۱۷۴۹ زن را به طور تصادفی انتخاب کردند. نتایج این بررسی نشان داد که بهترین و متداول‌ترین شیوه درمانی، رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب مانند آرمیدگی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم است (۲۱) و مطالعه حاضر نیز تأیید کرد که رویکرد شناختی رفتاری در مورد واژینیسموس نیز به همین شکل می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه مککاب و همکار (۲۰۱۳) (۲۲) و صالح‌زاده و همکاران (۲۰۱۱) (۲۳) همسو بود.

حمید و همکار (۲۰۱۲) نیز به منظور بررسی تأثیر مشاوره شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان با واژینیسموس، ۳۰ زن را انتخاب کردند. بر اساس نتایج این مطالعه، درمان شناختی رفتاری در افزایش آمیزش جنسی و کاهش ترس و اضطراب از مقاربت مؤثر است (۲۴) همچنین حمیدی و همکاران (۲۰۱۵) طحوااره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دل‌بستگی ناایمن را در زنان مبتلا به اختلال جنسی واژینیسموس بیشتر از افراد سالم دانستند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۵).

در مطالعه حاضر ملاک‌های ورود و خروج مشخصی برای شرکت کنندگان در نظر گرفته شد تا تفاوت‌ها به میزان زیادی کنترل شود، اما زوج‌های مختلف با پیشینه‌های متفاوت، ممکن است مسائل گوناگونی را نیز با خود به درمان آورده که نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین می‌توان اینگونه استدلال کرد که وجود تفاوت‌هایی در سطح تحصیلات همسر، ویژگی‌های



که این یافته‌ها با نتایج مطالعه باکوئی و همکاران (۲۰۰۷) مطابقت نداشت (۲۹).

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به همکاری بالای بیماران در تمام مراحل درمان اشاره کرد. یکی از محدودیت‌های مهم این مطالعه، با توجه به موردی بودن روش مورد استفاده تعداد محدود شرکت کنندگان است، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را لحاظ کرد. پیشنهاد می‌شود که این رویکرد از مشاوره با تعداد بیشتر شرکت کننده نیز مورد مطالعه قرار بگیرد.

### نتیجه‌گیری

افکار دهشتناک و ناسازگار در میان مبتلایان به واژینیسموس بسیار زیاد می‌باشد. آموزش زوجین پیش از شروع فعالیت جنسی در مورد شناخت‌های اشتباهی که منجر به بروز این اختلال در آن‌ها می‌شود، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هم‌چنین در نظر گرفتن کلیشه‌های فرهنگی و اجتماعی مربوط به دخول و بکارت در طراحی درمان‌های شناختی رفتاری زوجین توسط مشاورین آموزش دیده، می‌تواند بسیار مفید باشد. هم‌چنین می‌توان گفت که مداخله‌های شناختی- رفتاری تأثیر مهمی بر زنان مبتلا به واژینیسموس داشت و باعث کاهش افکار ناسازگار و دهشتناک و هم‌چنین عوامل روان‌شناختی مرتبط با عملکرد نامطلوب جنسی و واژینیسموس شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به راهنمایی خانم میترا تدین به شماره RHPRC-9409 می‌باشد. حامی مالی این پایان‌نامه دانشگاه علوم پزشکی اهواز بود، بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه سرکار خانم کاکانژاد مدیریت محترم کلینیک تخصصی مشاوره و روان درمانی بینش و سایر عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

فردی، وجود تعارضات زناشویی و متغیرهایی از این دست باعث کند شدن کارایی برخی مکانیسم‌های مؤثر در افزایش تمایلات جنسی و در نتیجه پایین‌تر آمدن نمره آن شده است.

در مطالعه حاضر، شرکت کننده اول و سوم که جوان‌تر بودند، از نظر جنسی فعال‌تر بودند ولی در مطالعه معصومیان و همکاران (۲۰۱۳) ارتباطی بین سن و عملکرد جنسی وجود نداشت (۲۶).

مطالعه بارینتوس و همکار (۲۰۰۶) نشان داد به نظر می‌رسد تحصیلات با داشتن رابطه با شغل و درآمد افراد بر رضایت از عملکرد جنسی تأثیر بگذارد که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۲۷). در مطالعه بخشایش و همکار (۲۰۱۰) ارتباط آماری معناداری بین تحصیلات افراد و رضایت از عملکرد جنسی مشاهده نشد. آن‌ها معتقدند که صرفاً توجه به میزان تحصیلات نمی‌تواند نشان دهنده بالا رفتن سطح فرهنگ و عاملی برای رضایت از عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی تلقی شود. حتی گاهی با بالا رفتن سطح سواد افراد، توقعات آن‌ها نیز بالاتر می‌رود که این خود عاملی مضر در روابط زناشویی به حساب می‌آید (۲۸).

در مطالعه حاضر بر اساس اطلاعات فردی، ۲ نفر از شرکت کنندگان کارمند و ۲ نفر خانه‌دار بودند. باکوئی و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود دریافتند بین عملکرد جنسی و شغل ارتباط آماری معناداری وجود ندارد (۲۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

یکی از عواملی که پاسخ جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، طول مدت و کیفیت رابطه است. در مطالعه حاضر شرکت کننده سوم و چهارم با اینکه طول مدت زندگی مشترک کمتری داشتند، پاسخ جنسی بهتری را نشان می‌دادند. بیتزر (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود کاهش میل جنسی در روابط بلند مدت را تبیین کرد. او کاهش میل جنسی را نتیجه فرآیند خود سازماندهی زوجین می‌دانست. نتایج تحقیقات او نشان داد که با افزایش مدت رابطه، میل جنسی کاهش می‌یابد (۳۰)

1. Jahanfar SH, Molaeinezhad M. A course on sexual disorders. Tehran: Community, Bizheh; 2013.
2. Amini M, Ozgoli G, Azar M, Majd HA. The time of consummation of marriage and related factors in women visited at health care centers and hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Science in Tehran 2009. *Pajoohandeh J* 2011; 16(2):73-8. (Persian).
3. Molaeinezhad M, Merghati Khoei E, Latifnejad Roudsari R, Salehi M, Yousefy A. Sexual scripts theory and the constructs of unconsummated marriage. *J Res Behave Sci* 2013; 11(4):289-305. (Persian).
4. Hodo DW. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. *Am J Psych* 2006; 163(8):1458.
5. Bogart LM, Suttrop MJ, Elliott MN, Clemens JQ, Berry SH. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Urology* 2011; 77(3):576-80.
6. 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. *J Res Med Sci* 2014; 19(4):336-48.
7. Esmaeli MA, Azar M, Iranpour C. The prevalence of anxiety symptoms in patients with vaginismus referred to a private psychiatric clinic in Tehran (2001-2002). *J Reprod Infertil* 2003; 4(2):156-63. (Persian).
8. Dehkordi MA, Mohammadi A, Alipor A, Mohtashami T. The effect of cognitive-behavioral therapy on increasing marital adjustment domains in patients with vaginismus. *Biann J Appl* 2012; 2(1):49-62. (Persian).
9. Frasson E, Graziottin A, Priori A, Dall'Ora E, Didonè G, Garbin E, et al. Central nervous system abnormalities in vaginismus. *Clin Neurophysiol* 2009; 120(1):117-22.
10. 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):359-73.
11. Jeng CJ. The pathophysiology and etiology of vaginismus. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2004; 43(1):10-5.
12. Clayton AH. The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *Int J Gynecol Obstet* 2010; 110(1):7-11.
13. Dewitte M, Van Lankveld J, Crombez G. Understanding sexual pain: a cognitive-motivational account. *Pain* 2011; 152(2):251-3.
14. Bergeron S, Rosen NO, Morin M. Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain* 2011; 152(6):1223-5.
15. Shafik A, El-Sibai O. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: a concept of pathogenesis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 105(1):67-70.
16. Rahimi EL, Shafiabadi A, Yunesi F. The effect of sexual cognitive-behavioral therapy on females' sexual knowledge, sexual attitude, and sexual self-confidence. A case study in Shiraz, Iran. *Armaghane Danesh* 2009; 14(3):103-11. (Persian).
17. Mehrabi F, Dadfar M, Ghime N. The effectiveness of cognitive-behavioral techniques in the treatment of erectile dysfunction/performance anxiety type. *Iran J Psych Clin Psychol* 2006; 12(1):9-15. (Persian).
18. Lofrisco BM. Female sexual pain disorders and cognitive behavioral therapy. *J Sex Res* 2011; 48(6):573-9.
19. Kabakçi E, Batur S. Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *J Sex Marital Ther* 2003; 29(4):277-88.
20. Muammar T, McWalter P, Alkhenizan A, Shoukri M, Gabr A, Muammarb AA. Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study. *Ann Saudi Med* 2015; 35(2):120-6.
21. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med* 2004; 1(1):66-8.
22. McCreary S, Alderson K. The perceived effects of practicing meditation on women's sexual and relational lives. *Sexu Relationship Ther* 2013; 28(1-2):105-19.
23. 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. (Persian).
24. Hamid N, Dehghanizadeh Z, Asghar Firuzi A. Effects of cognitive-behavioral therapy on sexual function in women with vaginismus disorder. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(20):1-11. (Persian).
25. Hamidi S, Share 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(155-156):9-18. (Persian).
26. Masumian S, Shairi MR, Hashemi M. The Effect of mindfulness-based stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. *Anesthesiol Pain* 2013; 4(1):25-37. (Persian).
27. Barrientos JE, Páez D. Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *J Sex Marital Ther* 2006; 32(5):351-68.
28. Bakhshayesh AR, Mortazavi M. The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples. *J Appl Psychol* 2010; 3(4):73-85. (Persian).
29. Bakouei F, Omidvar SH, Nasiri F. Prevalence of female sexual dysfunction in married women and its related factors (Babol 2006). *J Babol Univ Med Sci* 2007; 9(4):59-64. (Persian).
30. Bitzer J, Alder J. Female sexual dysfunction. *Ther Umsch* 2010; 67(3):105-16.