

تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر عملکرد جنسی

زنان مبتلا به اختلال واژینیسم

دکتر نجمه حمید^{۱*}، زهرا دهقانی زاده^۲، علی اصغر فیروزی^۳

۱. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۶/۲۹

خلاصه

مقدمه: شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی انسان یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی و به ویژه بهداشت روان است. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی فنون شناختی- رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسم شهر اهواز انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است که طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۶ بر روی ۳۰ زن مبتلا به واژینیسم شهر اهواز انجام شد. نمونه‌گیری با روش تصافی در دسترس انجام شد. از بین افراد مراجعه کننده، زنانی که بر اساس پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران و مصاحبه بالینی مبتلا به اختلال اضطراب بوده، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در یک دوره آموزش فنون شناختی- رفتاری که طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته هفتگی به صورت انفرادی و گروهی برگزار شد، شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از تحلیل کواریانس و اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر عملکرد جنسی پس از خاتمه جلسات درمانی تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین میزان اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۱۲ ماهه نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). به گونه‌ای که ۱۳ نفر از زنان مبتلا به واژینیسم بهبود یافتند.

نتیجه‌گیری: فنون نظریه شناختی- رفتاری باعث کاهش اضطراب و ترس از مقاربت در زنان دارای واژینیسم پس از خاتمه جلسات درمانی و پس از دوره پیگیری ۱۲ ماهه شد.

کلمات کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، عملکرد جنسی، واژینیسم

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر نجمه حمید؛ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶
پست الکترونیک: dr_najmehamid@yahoo.com

مقدمه

مطالعه و شناخت تمایلات و رفتارهای جنسی انسان یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی و به ویژه 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 (۱). علی‌رغم اینکه تمایلات جنسی، ذاتی و غیر ارادی می‌باشند، نگرش و رفتارهای جنسی، آموختنی هستند؛ بنابراین فعالیت‌های جنسی مشابه، می‌تواند برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشد و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر کند (۲). بنابراین هر گونه اختلالی که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد. بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی - روانی (DSM-IV)^۱، اختلال عملکرد جنسی به عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد در هنگام رابطه جنسی تعریف می‌شود. معیار ICD-10، (دهمین تجدید نظر طبقه بندی آماری بین المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی)، اختلال عملکرد جنسی را ناتوانی فرد برای شرکت در رابطه جنسی دلخواه می‌داند و معتقد است که این اختلالات ممکن است نشانه‌ای از مشکلاتی با منشاء زیست‌شناختی، تعارضات درون روانی یا بین فردی (روانزاد) و یا ترکیبی از این عوامل باشد (۳). عملکرد نامطلوب جنسی زنان یک مشکل رایج است که اثرات زیان بخشی بر کیفیت زندگی آنان دارد (۲، ۴). عملکردهای نامطلوب جنسی زنان در اختلالات میل، انگیختگی، ارگاسم و درد (شامل مقاربت دردناک و واژینیسم) طبقه بندی می‌شود. بنابراین روش‌های درمان شناختی رفتاری برای این اختلالات جنسی متفاوت هستند، این مداخله‌ها برای

هر اختلال به طور مجزا مورد بررسی قرار گرفته است (۵، ۶-۷).

عملکرد جنسی ممکن است تحت تأثیر منفی هر گونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی رفتار جنسی قرار گیرد. اختلال در عملکرد جنسی ممکن است در تمام طول عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی، پدید آید. این اختلال می‌تواند فراگیر، موقعیتی، کلی یا جزئی باشد (۴).

واژینیسموس یک اختلال جنسی است که باعث ایجاد مقاربت دردناک می‌شود. زنان دارای این مشکل، در هنگام رابطه زناشویی دچار درد شدیدی می‌شوند که دلیل آن معمولاً انقباض شدید عضلات کف لگن می‌باشد. واژینیسم شیع کمتری نسبت به فقدان ارگاسم دارد. این اختلال در زنان تحصیل کرده و متعلق به طبقات اجتماعی - اقتصادی بالا بیشتر مشاهده می‌شود (۳). اغلب این اسپاسم‌ها به دلیل عوامل روحی و روانی مانند وجود یک سری مشکلات روانی نظیر اضطراب، افسردگی، نگرانی در مورد ظاهر جسمی (۶، ۸، ۹)، سابقه یک رابطه زناشویی دردناک، سابقه تجاوز در دوران کودکی، باورهای نادرست در مورد رابطه زناشویی که یک زن از اطرافیان و دوستانش شنیده، ترس بیش از حد از همسر به دلیل خشونت‌های او و سایر مسائل روحی روانی مانند استرس می‌باشد که می‌تواند به صورت ناخودآگاه و ناآگاهانه منجر به انقباض عضلات کف لگن و ایجاد درد شود (۲، ۱۰، ۱۱).

مطالعات بسیاری رابطه عملکرد نامطلوب جنسی و اضطراب و افسردگی را نشان داده‌اند (۷، ۹، ۱۲، ۱۳-۱۴). با توجه به تجربه بالینی محققین در مورد بیماران مبتلا به واژینیسم که در مطالعه سیگراوس و همکاران نیز مورد تأیید قرار گرفته است، بیماری‌های اضطرابی در افراد مبتلا به کژکاری جنسی شیوع بیشتری دارد (۱۵، ۱۶). فردی که پس از احساس ناکامی از عدم مقاربت، مستعد حمله پانیک می‌شود، یا زنی که پس از ترومای تجاوز به عنف، دچار اجتناب از آمیزش جنسی شده یا فردی که از ترس آلودگی به ایدز و ترس از گناه،

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

جنسی را در رفتارهای یاد گرفته شده می داند. اندیشه اساسی رفتارنگری این است که مشکلات جنسی، نتیجه یادگیری در گذشته است و با تشویق یا تنبیه های انجام شده، آشکار می شود و موضوع اصلی آن بر مشکلات رفتاری و چگونگی ارتباط مجدد با آن متمرکز شده است (۲۲).

نتایج مطالعه کاباکسی و همکار (۲۰۰۳) که جهت ارزیابی درمان شناختی رفتاری در بین افراد مبتلا به واژینیسم انجام شد، نشان داد سطح اضطراب افرادی که از این نوع درمان استفاده کرده بودند، بعد از درمان، به طور جالب توجهی کاهش یافت و همچنین هماهنگی زوجین و عملکرد جنسی آنها نیز بهبود یافت (۲۳).

مطالعه کرسپو و همکار (۲۰۰۴) که به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری درباره واژینیسم زنان و فویبای خاص بیماری های زنانه پرداخت، درمان در ۳۴ جلسه (۲۸ جلسه فردی و ۶ جلسه زوج درمانی) هر ۲ هفته یک بار و به مدت ۱۲ ماه انجام شد. بعد از اتمام جلسات درمانی، نتایجی نظیر دستیابی افراد به سطح بالایی از کنترل عضلات مهبل، دخول موفق بدون درد، تسهیل در برانگیختگی و ارضاء جنسی، فقدان اضطراب در موقعیت های هراس آور، بهبود جالب توجه در ارتباط زناشویی و دستیابی به تصورات مثبت درباره بدن خود به دست آمد (۲۴).

ترکویل و همکاران (۲۰۰۷) طی مطالعه ای، درمان شناختی- رفتاری برای زنان مبتلا به واژینیسم نوع اول را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه، ۸۱ بیمار مبتلا به واژینیسم در گروه درمان و ۳۶ نفر در فهرست انتظار قرار گرفتند، به گونه ای که گروه آزمایش به مدت ۳ ماه تحت درمان قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش مقابرت، کاهش ترس از مقابرت و بالا بردن رفتار دخول غیر مقابرتی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل که مداخله دریافت نکرده بودند، شد (۲۵).

عدم رضایت از زندگی جنسی در بین زنان بسیار شایع است و عملکرد نامطلوب جنسی یک زن، اغلب پیامدی از بافت روانی اجتماعی جاری اوست. از آنجایی که بسیاری از روش های درمانی بر اساس شرایط فرهنگی

به صورت شرطی دچار واژینیسم می شود، همچنین هنگامی که پس از درمان علت عضوی واژینیسم، هنوز فرد از بیماری خود رنج می برد، همه نشان دهنده ارتباط این بیماری با اضطراب می باشد. بنابراین احتمالاً درمان اضطراب پس از دستیابی به اطلاعات اولیه و شیوع آن، به درمان بیماری کمک کند. همچنین اکثر مطالعات نشان داده اند که اضطراب در بین افراد با اختلال جنسی، شایع است و همچنین به این نتیجه رسیدند که کاهش اضطراب در برخی بیماران مبتلا به واژینیسم، البته نه در همه موارد در بهبودی آنان مؤثر است (۱۷).

درمان های سنتی نادرست از جمله روان درمانی بینش گرا، تأثیر چندانی در بهبود عملکرد نامطلوب جنسی (واژینیسم) ندارد. برخی از این افراد بر این باورند که مشکل بدنی دارند و پیوسته به پزشکان مختلف مراجعه کرده تا سرانجام توسط پزشک (برای برداشتن پرده بکارت) تحت عمل جراحی قرار می گیرند. عمل جراحی در درمان این زنان، تأثیری نداشته و برای آنان زیان آور است، زیرا عمل جراحی باعث تقویت باور آنان مبنی بر داشتن مشکل بدنی می شود. ناکامی در درمان، آنان را دچار خشم و ناامیدی کرده و تا مدت ها جهت درمان مراجعه نمی کنند که این امر باعث بدتر شدن مشکل آنان شده و روند درمان های بعدی را با مشکل روبرو می سازد (۱۸).

هالورسن و همکار (۱۹۹۲)، رفتار درمانی شناختی، آموزش آرمیدگی، هیپنوتیزم و راهنمایی ذهنی و گروه درمانی و روش های ویژه ای مانند خود انگیزی مستقیم، روش شروع- توقف و حساسیت زدایی منظم را به عنوان درمان های موفق عملکرد نامطلوب جنسی بیان کرده اند (۱۹). این روش ها در درمان واژینیسم، آمیزش جنسی دردناک و اختلال در ارگاسم نتیجه رضایت بخش اما در مورد اختلال میل جنسی، کمترین میزان موفقیت را داشته است (۲۰). درمانگران در درمان شناختی، فرایند پردازش شناختی را مهم تر از عوامل فیزیولوژیکی می دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می کند. بنابراین، کشف این خود تلقینی های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک زیادی می کند (۲۱). رفتار درمانی، منشاء مشکلات

کشورهای غربی طرح ریزی شده اند، بررسی کارایی آنها در چارچوب فرهنگ کشور ما، ضروری به نظر می رسد. همچنین، با توجه به شرایط فرهنگی و نژادی استان خوزستان، مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد جنسی در بین زنان شیوع زیادی دارد که این امر بسیاری از خانواده ها را در آستانه طلاق و فروپاشی قرار داده است. همچنین مطالعات اندکی در این زمینه در جامعه ایرانی و به خصوص در استان خوزستان انجام شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسم انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون است و جامعه مورد مطالعه آن شامل ۵۱ زن مبتلا به واژینیسم بودند که پس از هماهنگی با متخصصین زنان و زایمان مراکز دانشگاهی شهر اهواز در فاصله زمانی اردیبهشت ۱۳۸۶ تا اسفند ۱۳۸۹ معرفی شده بودند. برای انتخاب نمونه مورد مطالعه از روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس با گمارش تصادفی در گروهها استفاده شد. بدین منظور آزمودنی ها به صورت تصادفی انتخاب و با همین روش در گروه های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از بین زنان مراجعه کننده مبتلا به واژینیسم، ۴۰ نفر انتخاب شدند که ۱۰ نفر از آنها بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه و پس از

مصاحبه بالینی از مطالعه خارج و در نهایت ۳۰ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه باقی ماندند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۳۹-۲۴ سال، داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، ابتلاء به واژینیسم حداقل به مدت یک سال به بالا بعد از ازدواج و همچنین افرادی که بر اساس پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (FSFI) و مصاحبه بالینی نمره ۳۵ تا ۶۳ را دریافت کرده و در پرسشنامه اضطراب کتل، نمره ۲۰-۱۹ را دریافت کرده بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بیماران با علل جسمی واژینیسم بر اساس معاینه پزشک متخصص بیماری های زنان و زایمان قبل از ورود به مطالعه، ابتلاء به بیماری جسمانی حاد یا مزمن، اخذ درمان های روانپزشکی در زمان مطالعه و سابقه دریافت آموزش های شناختی - رفتاری بود. افراد دو گروه از نظر متغیرهای مورد نظر در مطالعه کاملاً همسان بودند. از افراد رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند. سپس آنان فرم مشخصات فردی (شامل نام و نام خانوادگی، سن، تحصیلات، طول مدت ازدواج، تلفن تماس) و رضایتنامه شرکت در مطالعه را تکمیل کردند. سپس افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در یک دوره آموزش فنون شناختی- رفتاری که طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته هفتگی به صورت انفرادی و گروهی برگزار شد، شرکت کردند (جدول ۱).

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی درمانی فنون شناختی - رفتاری

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی درمانی
۱	ارزیابی اولیه و مصاحبه بالینی	جلب همکاری و اطمینان بخشی، ارتباط کلامی و غیرکلامی، معرفی روش درمان و تأثیر عوامل روانشناختی بر وضعیت جسمانی و عملکرد عضلات واژن
۲	آشنایی با روش ماسترز و جانسون و آموزش آن به زن و همسر	اطلاع رسانی 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
۳	شناسایی تنیدگی، مقابله با سازگارانه و فعالیت بخشی	ثبت رویدادهای ناگوار روزانه، عواطف و افکار منفی خودکار، شناسایی نشانه ها و علائم تنیدگی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، آرام سازی و تصویرسازی ذهنی هدایت شده مربوط به فعالیت جنسی
۴	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 شرطی سازی مثبت و جایگزین کردن تصورات لذت تا درد جنسی
۵	مقابله با هیجانات منفی و بازسازی شناختی	مروری کوتاه بر جلسه قبل و تکالیف خانگی با کمک بیمار، بررسی هیجان های ناخوشایند، موقعیتی که این هیجان ها در آن رخ می دهند، افکار خوشایند مربوط به آن هیجان ها، ترسیم جدول افکار ناخوشایند و پاسخ منطقی برای آنها و درخواست از بیمار برای انجام تکالیف
۶-۷	مدیریت خشم	تعریف خشم، سبک های برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با همسر و دیگران، شناسایی شرایط یا موقعیت ها و افراد خشم انگیز، آموزش روش های کنترل خشم در مواجهه با موقعیت
۸-۹	حل مسأله	مفهوم حل مسأله، انواع مقابله های مسأله مدار و هیجان مدار، مقابله های هیجان مدار سازگارانه و ناسازگارانه
۱۰-۱۱	بررسی فعالیت های ارتباط مؤثر شبکه حمایت اجتماعی	مرور جلسات، بررسی فعالیت های انجام شده توسط بیمار و تأثیر آنها بر خلق، انتخاب تکالیف و موقعیت های تقویت کننده خلق مثبت، توصیه های درمانی به همسران آنها در زمینه برنامه درمانی فعال کردن بیمار و حمایت اجتماعی
۱۲	آمادگی برای تکمیل و ادامه درمان و تعمیم آموخته ها	بررسی پیشرفت آزمودنی ها، ارزیابی خلق و اضطراب آن ها، تأکید بر استفاده مستمر از جلسات آموزشی برای فعالیت جنسی، تعیین برنامه فعالیت های گروهی و حمایت اجتماعی

پیگیری به صورت گروهی طی چند جلسه تحت درمان مدیریت استرس مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری و آرمیدگی عضلانی تدریجی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در مطالعه شامل پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۱ روزن و همکاران بود. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال جهت بررسی افراد در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد است. نمره دهی سؤالات بر اساس سیستم نمره دهی از صفر تا ۵ است و با جمع نمرات سؤال های هر

محتوای جلسات مداخله، برگرفته از منابع مرتبط و با پشتوانه پژوهشی تدوین شد (۵، ۸) گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. جلسات آموزش در مرکز مشاوره و روان درمانی خصوصی محقق برگزار شد. یک هفته پس از خاتمه جلسات درمانی گروه آزمایش، هر دو گروه با پرسشنامه‌های عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران مورد ارزیابی پس از آزمون قرار گرفتند. به منظور بررسی تداوم تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر عملکرد جنسی زنان واژینیسم، ۱۲ ماه پس از خاتمه جلسات درمانی ارزیابی پیگیری صورت گرفت. به منظور ملاحظات اخلاقی، گروه کنترل پس از دوره

¹ Female Sexual Function Index

بعد، نمره آن بعد به دست می آید (نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد جنسی مطلوب تر است). این پرسشنامه از نوع عمومی استاندارد است که اعتبار و پایایی آن توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) طی مطالعه ای که به همین منظور انجام شد و همچنین مطالعه محمدی (۱۳۸۷) در دانشگاه شاهد، مورد تأیید قرار گرفت (۲۶). در این مطالعه، پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سوالات محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود. برای ضریب اعتبار مقیاس بیشترین همبستگی بین حوزه میل با تهیج جنسی در گروه آزمایش، ۰/۶۴ و کنترل ۰/۷۰ گزارش شد. در مطالعه حاضر ضریب اعتبار کلی آزمون با دو روش تصنیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۵، برای خرده آزمون ها با روش تصنیف بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۵ و پایایی آن با روش بازآزمایی بین ۰/۸۱-۷۰ گزارش شد. در روش بازآزمایی، رتبه نسبی افراد در دو آزمونی که با یک گروه یکسان در دو موقعیت زمانی مختلف اجرا می شود، به دست می آید. سپس برای مقایسه رتبه های به دست آمده از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده می شود.

ضریب همبستگی که از این طریق به دست می آید ضریب بازآزمایی نامیده می شود. تحلیل داده ها بر اساس نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش با گروه کنترل در مورد متغیرهای مورد مطالعه مانند عملکرد جنسی صورت گرفت. از شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار برای ارائه اطلاعات توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، طول مدت ازدواج) افراد گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. همچنین جهت مقایسه میانگین نمرات گروه های آزمایش و کنترل، قبل و بعد از مداخله، از آزمون تحلیل کواریانس و اندازه گیری مکرر استفاده شد ($p < 0/001$).

یافته ها

ویژگی های توصیفی جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ مشخص شده است. شاخص های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، سن، سطح تحصیلات (بر اساس تعداد سال) و طول مدت ازدواج بود.

جدول ۲- مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر ویژگی های جمعیت شناختی

ویژگی های جمعیت شناختی	گروه (سال)	دامنه معیار	میانگین	انحراف
سن	آزمایش	۲۴-۳۹	۲۸/۷۵	۳/۸۰
	کنترل	۲۴-۳۶	۳۱/۲۵	۲/۷۸
	مجموع	۲۴-۳۹	۳۲/۵۱	۳/۹۹
سطح تحصیلات (سال)	آزمایش	۸-۲۴	۱۴/۱۲	۴/۶۱
	کنترل	۹-۲۱	۱۱/۰۸	۵/۰۱
	مجموع	۹-۲۲	۱۱/۹۱	۲/۷۰
طول مدت ازدواج	آزمایش	۱/۵-۳	۹/۱۷	۲/۹۹
	کنترل	۳-۴	۱۱/۳	۳/۱۴
	مجموع	۱/۵-۴	۱۴/۱	۸/۰۷

یک از متغیرهای مذکور تقریباً یکسان بود. جدول ۳ شاخص های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل را در مقیاس عملکرد جنسی نشان می دهد.

میانگین سنی زنان مبتلا به واژینیسم در هر دو گروه ۳۲/۵۱ سال با دامنه ۲۴-۳۹ سال، میانگین سطح تحصیلات زنان ۱۱/۹۱ سال با دامنه ۹-۲۲ سال و میانگین طول مدت ازدواج ۱۴/۱ سال با دامنه ۴-۱/۵ سال بود. میانگین هر دو گروه آزمایش و کنترل در هر

جدول ۳- نمرات شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مقیاس عملکرد جنسی در مراحل مختلف آزمون در دو گروه

مرحله	شاخص‌های آماری	
	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۴۲/۵۰
	کنترل	۴۲/۶۱
پس آزمون	آزمایش	۲۹/۱۸
	کنترل	۶۲/۱۲
پیگیری	آزمایش	۲۶/۰۹
	کنترل	۶۲/۱۷

کنترل، میانگین و انحراف معیار نمره‌های عملکرد جنسی به ترتیب در مرحله پیش آزمون (۴۲/۶۱) و (۳/۷۴)، در مرحله پس آزمون (۶۲/۱۲) و (۱۲/۱۹) و در مرحله پیگیری (۶۲/۱۷) و (۶/۸۷) بود.

در گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار نمره‌های عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون (۴۲/۵۰) و (۱۰/۰۹)، در مرحله پس آزمون (۲۹/۱۸) و (۳/۹۱) و در مرحله پیگیری (۲۶/۰۹) و (۱/۶۴) بود. همچنین در گروه



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمره‌های عملکرد جنسی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین با استفاده از آزمون لوین، واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، لذا استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مشکلی نداشت. نتایج بررسی تغییرات درون گروهی با آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ آمده است.

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، در رابطه با پیش فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کواریانس، اطمینان حاصل شد. در تمام متغیرهای این مطالعه، آزمون کرویت موچلی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس و به گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگن بودن ماتریس کواریانس اطمینان حاصل شد و از مدل آماری

جدول ۴- نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر عملکرد جنسی در مقایسه دو به دوی مراحل آزمون در هر گروه

مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
شاخص	پس آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیگیری
	f	معنی‌داری	f	معنی‌داری
عملکرد جنسی	۰/۰۰۱	۰/۰۳۸	۰/۰۶۴	۰/۳۴

بر اساس نتایج جدول ۴، در گروه آزمایش بین میانگین نمرات عملکرد جنسی پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). در حالی که اختلاف معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل مشاهده نشد ($p < 0/001$). همچنین بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش اختلاف معنی‌داری

وجود نداشت ($p < 0/001$). از سوی دیگر در گروه کنترل، بین نمرات عملکرد جنسی پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p < 0/001$). تفاوت نمرات پس‌آزمون - پیگیری نیز در این گروه معنی‌دار نبود ($p < 0/001$).

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس مقیاس‌های نمرات عملکرد جنسی در زنان مبتلا به واژینیسم

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
عملکرد جنسی	۱۱۶/۲۱	۱	۱۱۶/۲۱	۲۱/۸۵	۰/۰۰۱
	۲۶/۱۷	۱	۲۶/۱۷	۲۳/۴۵	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تحلیل کواریانس در سنجش تغییرات بین گروهی نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات عملکرد جنسی پس‌آزمون گروه آزمایش با پس‌آزمون گروه کنترل پس از کنترل تفاوت‌های اولیه در پیش‌آزمون وجود داشت ($p < 0/001$). تفاوت بین میانگین نمرات عملکرد جنسی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش پس از کنترل تفاوت‌های اولیه پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($p < 0/001$). در حالی که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون عملکرد جنسی برای گروه کنترل معنی‌دار نبود ($p < 0/001$). همچنین، اثرات مداخله درمانی بعد از گذشت دوره پیگیری ۱۲ ماهه نیز پایدار بود و تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش مشاهده نشد ($p < 0/001$).

بحث

از آنجایی که در دهه گذشته، نگرش اجتماعی افراد در مورد سلامت و بهداشت جنسی تغییر کرده است، با افزایش آگاهی، فرد قادر خواهد بود به سوی سلامت بیشتر مسائل و روابط جنسی حرکت کند. سازمان جهانی بهداشت، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم می‌داند که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود. زنانی که از سلامت کامل جسمی، روانی و عاطفی برخوردار هستند، دارای پایه‌های مستحکم زندگی خانوادگی سالم، توأم با سعادت

هستند. سرکوب نیازهای طبیعی و خدادادی زنان، آثار نامطلوبی بر صمیمیت و نشاط اعضاء خانواده برجای می‌گذارد (۱). هر گونه استرس، اختلال هیجانی یا نا آگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی می‌تواند بر روی کارکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد (۱۲). برنهارد (۲۰۰۲) معتقد است که رضایت جنسی یک زن، احساسات او درباره خودش و در ارتباط با سایر جنبه‌ها مانند عملکرد و وظایف جسمی و جنسی است (۲۷). مطالعه هیساسو و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی ۲۰۹۵ زن ژاپنی انجام شد، نشان داد که عملکرد جنسی مطلوب در حفظ ارتباط جنسی مردان و زنان اهمیت دارد و معاشقه و ارگاسم برای رضایتمندی از زندگی جنسی در زنان، ضروری می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین تکرار رابطه جنسی با توانایی جنسی، ارگاسم و برانگیختگی جنسی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (۲۸). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی فنون شناختی-رفتاری بر میزان عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسم انجام شد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری باعث افزایش عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسم نسبت به قبل از درمان و پس از دوره پیگیری ۱۲ ماهه در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس از درمان و دوره پیگیری شد. نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی داشت (۵، ۲۵، ۲۹، ۳۰-۳۱). بر اساس نتایج این مطالعات، درمان شناختی رفتاری در افزایش آمیزش جنسی و کاهش ترس و اضطراب از مقاربت مؤثر

تمرین تمرکز حسی و حساسیت زدایی منظم بود (۳۷). مطالعه مهرابی و همکاران (۱۳۷۸) نیز نشان داد که در نتیجه درمان های رفتاری و شناختی، اضطراب و اجتناب جنسی آزمودنی ها کاهش می یابد (۲۵). در راستای نتایج مطالعه حاضر می توان اذعان داشت که تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به واژینیسم تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می توانند باعث بروز واکنش های روانی پیچیده ای در افراد شود. مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی، از یک طرف واکنش های لذت بخش تقویت می شود و از طرفی مانع از بروز تنش های جنسی ناخواسته می شود. تعارضات درونی نیز به نحوی تحت تأثیر این تمرینات قرار می گیرند. این تمرینات در اغلب موارد، باعث کاهش تنش های جنسی پیش بینی نشده در طرفین می شود. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش می یابد و باعث می شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند. این روش درمانی به افراد اجازه می - دهد تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالات اضطراب را کاهش داده و باعث تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط می شود. از بین بردن احساس گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت، جایگزین کردن شناخت های صحیح به جای شناخت های بازدارنده و غلط می تواند توجیه تأثیر مداخله درمانی باشد. طرح ریزی جزئیات روند نزدیکی به گونه ای است که بیمار انگیزه و توانایی لازم را برای پذیرش و ابراز علائق جنسی، در شرایطی جذاب و دل انگیز و خالی از تنش های جنسی به دست می آورد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می توان به همکاری بالای بیماران در تمام مراحل درمان اشاره کرد. همچنین می - توان اذعان داشت که مداخله های شناختی - رفتاری تأثیر مهمی بر زنان مبتلا به واژینیسم داشت و باعث کاهش عوامل روانشناختی مرتبط با عملکرد نامطلوب جنسی و واژینیسم شد. از آنجایی که باورهای اجتماعی در زمینه مسائل جنسی، اغلب منفی و در اذهان اکثر افراد به عنوان یک تابو است؛ تنها از بیماران زن در نمونه گیری استفاده شد که این خود مانع از تعمیم نتایج مطالعه به بیماران مرد شد. همچنین نمونه گیری

بود. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه کاباکسی و همکار (۲۰۰۳)، مک کاب (۲۰۰۱) و صالح زاده و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۲۳، ۳۲، ۳۳). این مطالعات نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری، تمرین آرمیدگی و هیپنوتیزم در بهبود انواع اختلالات جنسی مؤثر است. مطالعات مختلف نشان داده اند که در حوزه روانشناسی سلامت، استفاده از راهبردهای مبتنی بر نظریه شناختی - رفتاری در برابر موقعیت های اضطراب زا و هیجانات منفی، عامل مهمی در شکل گیری سلامت جسمانی و روانی افراد می باشد (۵، ۱۲، ۲۵).

در زمینه نقش درمان های دارویی، مطالعه اینسسو و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که اضطراب عمومی ارگاسم ممکن است با درمان های دارویی کاهش یابد (۳۴). اما مطالعه آف (۲۰۱۰) نشان داد که درمان واژینیسم با داروها یا روش های جراحی ممکن نیست؛ به هر حال، این مشکل می تواند با درمان جنسی در حدود ۲ تا ۴ ماه مدیریت شود (۳۵). مطالعه گرازیوتین (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 می کند (۳۶).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میزان عملکرد جنسی گروه آزمایش پس از خاتمه جلسات درمانی نسبت به قبل از درمان به طور معنی داری افزایش یافت ($p < 0/001$). همچنین این نتیجه بعد از دوره پیگیری ۱۲ ماهه پایدار بود ($p < 0/001$). در حالی که این تفاوت برای گروه کنترل معنی دار نبود. اندازه گیری مکرر و آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر عملکرد جنسی در هر یک از مراحل پس از خاتمه جلسات درمانی و دوره پیگیری تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$) که با نتایج مطالعه مونیک (۲۰۱۰)، هیوبین و همکاران (۲۰۱۱) و دویت و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۵، ۸، ۱۰). نتایج مطالعه مستون و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بهترین و متداول ترین روش درمانی، رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک های بازسازی شناختی، شیوه های کاهش اضطراب مانند آرمیدگی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی،

و ازدواج سطح کشور، برنامه ای جهت آموزش مسائل جنسی توسط مسئولین این امر ترتیب داده شود.

نتیجه گیری

فنون نظریه شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب و ترس از مقاربت در زنان دارای واژینیسم پس از خاتمه جلسات درمانی و پس از دوره پیگیری ۱۲ ماهه شد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری صمیمانه متخصصین زنان و زایمان مراکز آموزشی دانشگاهی شهر اهواز و سایر عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

داوطلبانه در دسترس از دیگر محدودیت های این مطالعه بود که در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. در خاتمه استفاده از درمان های شناختی-رفتاری در خصوص واژینیسم مورد تأکید قرار گرفت و ضروری است که متخصصان بهداشتی روانی به آن توجه داشته باشند و به بیماران توصیه کنند. پیشنهاد می شود این مطالعه بر جوامع و نمونه های دیگر انجام شود تا نتایج قابل اطمینان تری کسب شود و بتوان یافته ها را تعمیم داد. همچنین به منظور پیشگیری از اختلافات زناشویی و مشکلات جنسی و افزایش رضایت زناشویی پیشنهاد می شود در مراکز بهداشتی-درمانی و کلینیک های مشاوره

منابع

1. Bolurian Z, Ganjlu J. [Sexual dysfunction and some factors association with its in women referred to health centers of Sabzevar city] [Article in Persian]. J Fertl Infertil 2007; 8(2):163-70.
2. Clayton AH. The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. Int J Gynecol Obstet 2010 Jul;110(1):7-11.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2009:353-7.
4. 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 Mar;77(3):576-80.
5. ter Kuile MM, Both S, Lankveld JJ. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. Psychiatr Clin North Am 2010 Sep;33(3):595-610.
6. Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010 Dec;153(12):117-23.
7. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. Clin Psychol Rev 2009 Nov;29(7):573-85.
8. Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. Etiological factors in female Hypoactive Sexual Desire Disorder. Sexologies 2011;20(3):149-57.
9. Kashdan TB, Adams L, Savostyanova A, Ferssizidis P, McKnight PE, Nezlek JB. Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and quality of sexual activity: a daily process approach. Behav Res Ther 2011 May;49(5):352-60.
10. Dewitte M, Van Lankveld J, Crombez G. Understanding sexual pain: a cognitive-motivational account. Pain 2011 Feb;152(2):251-3.
11. Bergeron S, Rosen NO, Morin M. Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. Pain 2011 Jun;152(6):1223-5.
12. Trudel G, Goldfarb MR. Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. Sexologies 2010 Jul-Sep;19(3):137-42.
13. Goldfarb MR, Trudel G, Boyer R, Prévile M. Marital relationship and psychological distress: its correlates and treatment. Sexual Relat Ther 2007;22:109-26.
14. Trudel G, Villeneuve L, Prévile M, Boyer R, Fréchette V. Sexuality, dyadic adjustment and psychological distress in elderly couples. Présentation au Congrès International Association of Gerontology and Geriatrics. Paris, Jul 2009.
15. Segraves RT. psychiatric illness and sexual function. Int J Obs Gyn 1998;10(2):131-3.
16. Fuchs K. Therapy of vaginismus by hypnotic desensitization. Am J Obst Gyne. 1980;137(1):1-7.
17. Esmaeili A. [Anxiety disorders in pateints with vaginismus] [Article in Persian]. J Fertl Infertil 2003;157-63.
18. Jaberi P, Mehrabi F, Mahyar AH. [Cognitive-behavioral techniques in treating women with sexual phobia] [Article in Persian]. J Though Behav Clin Psychol 1999;5:79-91.
19. Hallvorsen JG, Metz MF. Sexual dysfunction, part II: Diagnostic, management, and prognostic. Journal of American Board of Family Practice 1992; 5: 177-199.
20. Azar M, Iranpoor C, Noohi S. [Sexual dysfunction relationships with psychiatric in women] [Article in Persian]. Iran J Pschiatr Clin Psychol 2003;9(2):22-9.
21. Araoz D. Hypnosis in human sexuality problems. Am J Clin Hypn 2005 Apr;47(4):229-42.
22. Kajbaf MB. [Psychology of sexual behavior]. Tehran:Ravan;2008. [in Persian].

23. Kabakci, E, Batur S. Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? J Sex Marital Ther 2003 Jul-Aug;29(4):277-88.
24. Olivers Crespo ME, Fernandez-Velasco R. Cognitive behavioural treatment of a case of vaginism and phobia about pelvise examination. Psychol in Spain 2004;8(1):106-21.
25. 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 Feb;45(2):359-73.
26. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. Validity of the Persian version of the scale Female Sexual Function Index-FSFI As the female sexual function index. Journal of Payesh 2008; 7 (2): 269- 278.
27. Bernhard LA. Sexuality and sexual health care for women. Clin Obstet Gynecol 2002 Dec;45(4): 1089-98. Review.
28. Hisasue S, 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;65(1):143-8.
29. van Lankveld JJ, ter Kuile MM, de Groot HE, Mellis R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. J Consult Clin Psychol 2006 Feb;74(1):168-78.
30. Masheb RM, Kerns R, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodinia: Cognitive-behavioral therapy vaginismus. supportive psychotherapy. Pain 2009 Jan;141(1-2):31-40.
31. Eserdag S, Zulfikaroglu E, Akarsu S, ve Kadioglu SM. Treatment outcome of 460 women with vaginismus. Eur J Surg Sci 2011;2(3):73-9.
32. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. J Sex Marital Ther 2001 May-Jun;27(3):259-71.
33. Salehzadeh M, Kajbaf MB, Molavi H, Zolfaghari M. [The efficacy of cognitive-behavior therapy on rating sexual disorders women] [Article in Persian]. J Psychol Stud 2011;7(1):11-31.
34. Graziottin A. Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. In: Porst H, Buvat J. Standard practice in sexual medicine. Oxford:Blackwell;2006:342-50.
35. Incesu C. [Sexual function and sexual dysfunction] [Article in Turkish]. J Clin Psyciatr 2004;7(Suppl 3):3-13.
36. Althof SE. What's new in sex therapy (CME). J Sex Med 2010 Jan;7(1 Pt 1):5-13.
37. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. J Sex Med 2004 Jul;1(1):66-8.