

اثرات درمان واژینیسیموس و بارداری متعاقب آن: یک بررسی گروه

موردی

دکتر زهرا کریمیان^۱، دکتر مرضیه عربان^۲، دکتر آرزو حاصلی^{۳*}

۱. دکترای تخصصی سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
۲. دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات یانسگی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. دکترای تخصصی بهداشت باروری، هسته تحقیقاتی سلامت خانواده و رشد جمعیت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۰۳

خلاصه

مقدمه: با توجه به تأثیرات منفی واژینیسیموس بر کیفیت زندگی زوجین و ایجاد تأخیر در بارداری، مطالعه حاضر به صورت گروه موردی و با هدف بررسی روند درمان بیماران مبتلا به واژینیسیموس و بارداری متعاقب درمان انجام شد. **معرفی بیماران:** در این مطالعه توصیفی ۱۲ بیمار مبتلا به واژینیسیموس از مهر ماه ۱۴۰۰ تا آذر ماه ۱۴۰۲ مورد بررسی قرار گرفتند. پس از شرح حال و ارزیابی اولیه، بر اساس مقیاس لاموت، واژینیسیموس درجه ۳ و ۴ در معاینه بیماران تشخیص داده شد. بیماران شرکت کننده در این مطالعه در فاصله سنی ۲۰-۳۵ سال بودند. میانگین مدت ابتلاء به این بیماری و میانگین مدت نازایی در آنها به ترتیب ۴/۳ سال و ۴/۱ سال بود و ۵ نفر (۴۱/۶٪) از بیماران خواستار روش‌های کمک باروری بودند. بیماران در طی این مدت چندین درمان ناکارآمد و غیرعلمی را دریافت کرده بودند. روند درمان بیماران به صورت تیمی انجام گردید. درمان توسط متخصص سلامت باروری و جنسی آغاز شد. آموزش‌ها، پیگیری بیماران و ارجاع به اعضای تیم نیز توسط ایشان صورت گرفت. این پروسه شامل درمان شناختی رفتاری و دیلاتور بود که در طی روند درمان، ورزش کگل و حسیابی غیرجنسی نیز توسط بیمار انجام شد. جلسات به صورت هفتگی انجام و کل دوره درمان ۳-۲ ماه به طول انجامید. پس از پایان درمان، بیماران موفق به برقراری ارتباط جنسی بدون درد شدند و ۱۲-۳ ماه پس از درمان باردار شدند. **نتیجه‌گیری:** یکی از مشکلات زنان مبتلا به واژینیسیموس، ناباروری است و می‌توان با درمان‌های علمی، تیمی و ترکیبی و مداومت بر روند درمان، این مشکل بیماران را به صورت کامل حل کرد.

کلمات کلیدی: بارداری، گروه مورد، ناباروری، واژینیسیموس

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر آرزو حاصلی؛ هسته تحقیقاتی سلامت خانواده و رشد جمعیت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۸۳۳-۸۳۵۸۹۴۳؛ پست الکترونیک: ar_haseli@yahoo.com

مقدمه

واژینیسموس، انقباض غیرارادی عضله‌های یک سوم خارجی واژن است که مانع از مقاربت می‌شود. بر اساس سیستم تقسیم‌بندی بیماری‌های روانی، این اختلال همراه با دیسپارونیا، در دسته اختلالات درد/ دخول تناسلی لگنی قرار می‌گیرد (۱، ۲). شیوع این اختلال در کلینیک‌های درمان اختلالات جنسی در بین بیماران مراجعه کننده ۴۲-۵٪ گزارش شده است (۵-۳). در مطالعه طیبی و همکار (۲۰۰۹) در مرکز ناباروری یزد، شیوع واژینیسموس در میان زوجین نابارور، ۷۶/۷٪ گزارش شد (۶).

واژینیسموس یک عارضه اجتماعی، فرهنگی و روانی است و علت اصلی آن ناشناخته است، ولی بُعد روان‌شناختی در سبب‌شناسی آن مطرح است؛ به طوری که هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی می‌تواند بر اختلال واژینیسموس تأثیر منفی بگذارد (۷). نتایج مطالعه کیفی که توسط یگانه و همکاران (۲۰۲۰) در رشت انجام شد، نشان داد که تربیت سخت‌گیرانه، فقدان آموزش جنسی، درونی کردن هنجارها و ارزش‌های جامعه، القای شناخت‌ها و هیجان‌های منفی می‌تواند به‌عنوان علل واژینیسموس مطرح باشد (۸).

این بیماری می‌تواند عوارض زیادی در زندگی زوجین داشته باشد، مانند ازدواج به وصال نرسیده، احساس گناه، شرم و بی‌کفایتی در زوجین، افسردگی، پرخاشگری، همچنین در بسیاری از موارد می‌تواند با پیامدهای منفی در بعد انسجام خانواده مانند خیانت و بی‌بندوباری جنسی و در نهایت با طلاق همراه باشد (۹). همبستگی بالایی بین واژینیسموس و ناباروری وجود دارد و واژینیسموس یکی از مشکلات زوجین در مراکز درمان ناباروری است که کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد؛ به طوری که اگر این مشکل منجر به طلاق نشود، مراکز درمان ناباروری آخرین پناهگاهی هستند که زوجین برای حل مشکل به آن مراجعه می‌کنند تا با دور زدن و حذف موقتی واژینیسموس به وسیله تکنیک‌های کمک باروری بتواند باردار شوند (۱۰).

درمان‌هایی که تاکنون برای واژینیسموس مطرح شده است شامل درمان شناختی درمانی، تزریق بوتاکس، هیپنوتراپی، استفاده از دیلاتورهای واژن و درمان بیوفیدبک می‌باشد (۱۳-۱۱). در مطالعات، علت طولانی شدن واژینیسموس در زنان و انتظار آنها برای بارداری، انجام درمان غیرعلمی عنوان شده است. درمان‌های غیرعلمی مانند هایمنکتومی، استفاده از آرام‌بخش‌های قوی و یا مشاوره‌های غیر اصولی باعث طولانی‌تر شدن روند بیماری می‌شود (۱۴). در مطالعات متعدد نیز مشخص شده که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، توانایی لازم جهت مشاوره جنسی مراجعین را ندارند (۱۵).

سمنانی و همکار (۲۰۰۳) با کمک تکنیک‌های آرام‌سازی، یک ازدواج به وصال نرسیده بعد از ۱۴ سال را درمان کردند (۱۶). در مطالعه نکولعل و همکاران (۲۰۲۱) نیز بیمار با سابقه ۱۸ سال واژینیسموس، پیگیری مداوم و بازخورد مثبت را علت درمان بیمار خود عنوان کردند (۱۰).

با توجه به اهمیت درمان واژینیسموس بر زندگی زوجین و با توجه به تأثیر درمان‌های ناکارآمد بر طولانی شدن روند بیماری، مطالعه حاضر با هدف بررسی روند درمان بیماران مبتلا به واژینیسموس با سابقه ناباروری به‌صورت مطالعه گروه موردی انجام شد.

معرفی بیماران

در این مطالعه توصیفی، ۱۲ بیمار مبتلا به واژینیسموس از مهر ماه ۱۴۰۰ تا آذر ماه ۱۴۰۲ توسط متخصص زنان و یا از مراکز جامع سلامت به کلینیک سلامت جنسی و باروری شهرستان کاشان ارجاع شدند. بیماران شرکت کننده در این مطالعه در فاصله سنی ۳۵-۲۰ سال بودند. میانگین مدت ابتلاء به این بیماری و میانگین مدت نازایی آنها به ترتیب $4/0 \pm 3/9$ سال و $4/0 \pm 1/8$ سال بود و ۵ نفر (۴۱/۶٪) از بیماران خواستار روش‌های کمک باروری بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص واژینیسموس درمان نشده بر اساس مقیاس لاموت و سابقه ناباروری بیش از یک سال و معیارهای خروج هم شامل عدم رضایت برای شرکت در مطالعه بود.

در این مطالعه ۱۰ نفر (۸۳/۳٪) از بیماران هیچ‌گونه سابقه بیماری طبی نداشتند، ۱۱ نفر (۹۱/۶٪) سابقه

واضطراب و در ۲ مورد (۱۶/۶٪) سابقه یک بار خودکشی ناموفق ذکر گردید که این ۲ بیمار، علت خودکشی را بیماری واژینیسموس عنوان کردند. ۹ نفر (۷۵٪) از بیماران هیچ‌گونه مشکل ارتباطی و روان‌شناختی در روابط با همسرانشان نداشتند. مشخصات دموگرافیک بیماران در این بررسی موردی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جراحی نداشتند، ۱۰ نفر (۸۳/۳٪) سابقه مصرف دارو را ذکر نمی‌کردند و هیچ‌یک از آنها سابقه مصرف سیگار و الکل نداشتند. همچنین در خانواده درجه یک آنها سابقه‌ای از بیماری واژینیسموس وجود نداشت. در سابقه کودکی هیچ‌یک از آنها هیچ‌گونه تجربه منفی و هیچ‌گونه سابقه‌ای از تجاوز یا آزار جنسی وجود نداشت. در شرح حال ۹ نفر (۷۵٪) از بیماران سطح بالای استرس

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک بیماران مورد بررسی

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
سن	کمتر از ۲۵	ابتدایی و راهنمایی	۲ (۱۶/۶)
میانگین \pm انحراف معیار	۲۵-۳۰	دبیرستان	۴ (۳۳/۳)
	۳۰-۳۵	دانشگاه	۶ (۵۰)
سن همسر	کمتر از ۲۵	خانه‌دار	۹ (۷۵)
میانگین \pm انحراف معیار	۲۵-۳۰	شاغل	۳ (۲۵)
	۳۰-۳۵	ابتدایی و راهنمایی	۲ (۱۶/۶)
	بیشتر از ۳۵	دبیرستان	۴ (۳۳/۳)
		دانشگاه	۶ (۵۰)
مدت بیماری	کمتر از ۲ سال	آزاد	۶ (۵۰)
میانگین \pm انحراف معیار	۲-۴ سال	کارگر	۳ (۲۵)
	۴-۶ سال	کارمند	۳ (۲۵)
	بیشتر از ۶ سال		
مدت نازایی	کمتر از ۲ سال	خیلی بد	۱ (۸/۳)
میانگین \pm انحراف معیار	۲-۴ سال	بد	۲ (۱۶/۶)
	۴-۶ سال	متوسط	۵ (۴۱/۶)
		خوب	۳ (۲۵)
	بیشتر از ۶ سال	خیلی خوب	۱ (۸/۳)

ترس در آنها ایجاد کرده بود. ۹ نفر (۷۵٪) از آنها اطلاعات جنسی ضعیفی داشتند. در مورد وضعیت جنسی همسر بیمار، تمایل جنسی ۱۰ نفر (۸۳/۳٪) از همسران واحدهای پژوهش نرمال بود و ۲ نفر (۱۶/۶٪) از آنها در نعوظ مشکل داشتند و بدون دخول، امکان تجربه ارگاسم از طریق خودارضایی در همه آنها وجود داشت. بیماران در طی این مدت، چندین درمان ناکارآمد و غیرعلمی را دریافت کرده بودند. درمان‌های غیرمؤثری مانند ژل لوبریکانت، استفاده از داروهای آرام‌بخش و مواد بی‌حسی را دریافت کرده بودند و هایمنکتومی توسط متخصص زنان انجام شده بود. در خصوص مشاوره جنسی بیمار هم، مشاوره‌های نگرشی و دانشی ناکارآمد و غیرعلمی توسط روان‌شناس، ماما و متخصص زنان برای

پس از شرح حال و ارزیابی اولیه، بر اساس مقیاس لاموت (۱)، واژینیسموس درجه ۳ و ۴ در معاینه بیماران تشخیص داده شد. بر اساس ارزیابی جنسی بیماران، ۸ نفر (۶۶/۶٪) از واحدهای پژوهش از نظر میل و تمایل جنسی در وضعیت نرمال قرار داشتند، افکار و خیال‌پردازی جنسی در آنها وجود داشت، ۷ نفر (۵۸/۳٪) از آنها در فاز برانگیختگی دچار مشکل بودند و تحریک کافی و پیش‌نوازی در آنها وجود نداشت و بعد از تحریک جنسی، فاز برانگیختگی در آنها رخ نمی‌داد. ارگاسم در همه بیماران رخ نداده بود، ولی ۶ نفر (۵۰٪) از آنها با روش خودارضایی توانسته بودند ارگاسم را تجربه کنند. شنیده‌ها و گفته‌های اطرافیان در مورد شب زفاف بر روی ۹ نفر (۷۵٪) از بیماران تأثیر گذاشته بود و استرس و

این بیماران انجام شده بود؛ به طوری که این درمان‌ها، باعث مزمن شدن بیماری آنها شده بود و نازایی طولانی مدت برایشان ایجاد کرده بود.

مداخلات درمانی در بیماران به صورت زیر انجام شد: جلسات درمانی بیماران به صورت زوجی انجام گردید و از مشارکت همسر در درمان و به عنوان یک مشوق برای بیماران استفاده شد. در ابتدای کار از خانواده بیماران درخواست شد در طول مدت درمان، هیچ گونه مداخله‌ای در این راستا نداشته باشند. جلسه اول به ارزیابی کامل بیماران پرداخته شد و شرح حال دقیق گرفته شد و معاینات لازم صورت گرفت. در معاینه بیمار بر اساس مقیاس لاموت، واژینوسموس درجه ۳ و ۴ مشاهده شد، در معاینات وجود مسائل ارگانیک رد شد.

روند درمان بیماران به صورت تیمی انجام گردید. درمان توسط متخصص سلامت باروری و جنسی آغاز شد. آموزش‌ها، پیگیری بیماران و ارجاع به اعضای تیم هم توسط ایشان صورت گرفت. روند درمان در جلسه اول برای زوجین به صورت کامل شرح داده شد. بیمارانی که سطح استرس بالایی داشتند و یا سابقه خودکشی را اظهار می‌کردند، به روان‌شناس و روان‌پزشک ارجاع شدند که روان‌پزشک برای آنها داروی ضد اضطراب تجویز کردند و جلسات مشاوره مدیریت استرس بر اساس تکنیک شناختی رفتاری توسط روان‌شناس انجام شد. بیمارانی که اختلال نعوظ در همسران را داشتند، نیز به اورولوژیست ارجاع شدند و همزمان درمان آنها نیز شروع شد. اورولوژیست جهت درمان اختلال نعوظ از تکنیک start-stop، درمان شناختی رفتاری و دارو درمانی (مصرف قرص سلیدنافیل ۱۰۰ میلی‌گرم یک ساعت قبل از رابطه جنسی) استفاده کرد. روش استارت و استاپ در واقع، روش آمیزش منقطع و مرحله به مرحله است. در هنگام رابطه جنسی و زمانی که میزان تحریک در بدن فرد به حداکثر رسید، درست لحظاتی قبل از اینکه به انزال برسد، رابطه جنسی و دخول را متوقف می‌کند. پس از مدت کوتاهی که حس لذت فروکش کرد، دوباره رابطه جنسی را ادامه می‌دهد (۱).

آناتومی و فیزیولوژی تناسلی و سیکل پاسخ جنسی به صورت کامل در یک جلسه برای بیماران توضیح داده

شد و دیدگاه و باورهای جنسی بیمار مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت. از بیمار و همسرش خواسته شد که در حال حاضر در روابط جنسی خود از هرگونه دخول واژینال ممانعت کنند، پیگیری تکالیف بیماران هم در فضای مجازی (ایتا یا واتساپ) توسط درمانگر انجام شد. دیلاتور هم برای درمان همه بیماران استفاده شد؛ به طوری که بیماران به صورت تدریجی در معرض دیلاتور (انگشت خود بیماران) قرار گرفتند؛ به طوری که از فرد خواسته می‌شد که ابتدا انگشت کوچک خود را به آرامی و تدریجی وارد واژن کند و این کار را چند بار در روز و هر ۱۵ دقیقه تکرار کند و بعد از اینکه وارد کردن انگشت بدون درد تجربه می‌شد (بعد از حدود یک هفته)، وارد کردن انگشت اشاره، انگشت وسط، دو انگشت و انگشتان همسر توصیه می‌شد تا با این کار حساسیت‌زدایی تدریجی ایجاد شود.

همزمان با روند درمان، تمرینات کگل هم به بیمار آموزش داده شد، این ورزش شامل انقباض و رهاسازی مکرر عضلاتی است که بخشی از کف لگن را تشکیل می‌دهند (۱۷).

یکی از مشاوره‌هایی که همزمان با روند درمان انجام شد، انجام تمرینات حس‌یابی غیرجنسی بود که به صورت لذت بردن از نواحی غیرجنسی است. این شیوه که فعالیت‌های ساده است به این صورت است که زوجین به مدت چند هفته بدون توجه به نزدیکی و رسیدن به اوج لذت جنسی، فقط به نوازش و ماساژ نقاط غیرجنسی هم می‌پردازند. به عقیده کاپلان، تمرکز حسی این فرصت را در اختیار زوجین قرار می‌دهد تا پاسخ‌های لذت‌بخش یکدیگر را تقویت کنند. بالاخص اینکه تمرکز حسی به وسیله کاهش ترس از شکست زوجین، اضطراب جنسی آنها را کاهش می‌دهد (۱۸).

بعد از طی این مراحل توصیه می‌شد که بیماران رابطه جنسی خود را در پوزیشن زن بالا شروع کنند، بیماران پس از درمان کامل، هیچ‌گونه درد و ترسی در رابطه جنسی خود نداشتند و پس از ۱۲-۳ ماه موفق به بارداری شدند. جزئیات مداخلات درمانی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- جزئیات مداخلات درمانی در زوجین مورد مطالعه

جلسه اول	۳۰-۴۵ دقیقه	اخذ شرح حال و ارزیابی اولیه، توضیح روند درمان	ممانعت از دخول تا پایان تمرینات
جلسه دوم	۴۵-۶۰ دقیقه	آموزش آناتومی فیزیولوژی تناسلی و سیکل پاسخ جنسی، بررسی دیدگاه و باورهای جنسی بیمار، آموزش ورزش کگل	تمرین آینه (مشاهده و لمس آلت تناسلی)، انجام ورزش کگل روزانه ۳ بار هر بار ۳۰ مرتبه
جلسه سوم	۴۵-۶۰ دقیقه	بررسی افکار ناکارآمد و بازسازی شناختی، آموزش حس‌یابی غیرجنسی، دیلاتور (انگشت کوچک)	انجام ورزش کگل روزانه ۳ بار هر بار ۳۰ مرتبه، انجام حس‌یابی غیر جنسی دو بار در هفته، استفاده از دیلاتور چند بار در روز هر بار ۱۵ دقیقه
جلسه چهارم	۴۵-۶۰ دقیقه	آموزش حس‌یابی غیر جنسی، ورزش کگل، دیلاتور (انگشت اشاره و وسط)	انجام ورزش کگل روزانه ۳ بار هر بار ۳۰ مرتبه، انجام حس‌یابی غیر جنسی، استفاده از دیلاتور چند بار در روز هر بار ۱۵ دقیقه
جلسه پنجم	۴۵-۶۰ دقیقه	ورزش کگل، آموزش حس‌یابی غیر جنسی دیلاتور (۲ انگشت)	انجام ورزش کگل روزانه ۳ بار هر بار ۳۰ مرتبه، انجام حس‌یابی جنسی ۲ بار در هفته، استفاده از دیلاتور چند بار در روز هر بار ۱۵ دقیقه
جلسه ششم	۴۵-۶۰ دقیقه	ورزش کگل، آموزش حس‌یابی غیر جنسی دیلاتور (انگشت همسر)	انجام ورزش کگل روزانه ۳ بار هر بار ۳۰ مرتبه، انجام حس‌یابی جنسی ۲ بار در هفته، استفاده از دیلاتور چند بار در روز هر بار ۱۵ دقیقه
جلسه هفتم	۴۵-۶۰ دقیقه	اقدام به رابطه جنسی، آموزش پوزیشن جنسی، آموزش ورزش کگل	انجام ورزش کگل روزانه ۳ بار هر بار ۳۰ مرتبه، انجام رابطه جنسی
جلسه هشتم	۴۵-۶۰ دقیقه	آموزش اهمیت سلامت جنسی و ارتقاء کیفیت زندگی جنسی	انجام رابطه جنسی و تلاش جهت تجربه ارگاسم

بحث

این مطالعه با هدف گزارش گروه موردی درمان بیماران مبتلا به واژینیسموس همراه با نازایی صورت گرفت که نشان داد یکی از مشکلات زنان مبتلا به واژینیسموس، ناباروری است و می‌توان با درمان‌های علمی، تیمی، ترکیبی و مداومت بر روند درمان، این مشکل بیماران را به‌صورت کامل حل کرد.

بیماران مورد مطالعه حاضر تحت درمان‌های غیر اصولی مانند هایمنکتومی، استفاده از داروهای آرام‌بخش، بی‌حسی‌ها و مشاوره‌های غیر اصولی قرار گرفته بودند که این امر باعث طولانی‌تر شدن روند بیماری آنها شده بود. نتایج مطالعات مختلف نیز نشان می‌دهد که هنوز هم استفاده از این نوع درمان‌ها توسط ارائه‌دهندگان خدمت جهت بهبود واژینیسموس رایج است. کاتز و همکار (۲۰۰۱) در مطالعه خود نشان دادند که هایمنکتومی، یکی از درمان‌های رایج واژینیسموس می‌باشد که در درمان علمی واژینیسموس پذیرفته شده نیست و بیماران

با این جراحی به درمان جواب نمی‌دهند (۱۹). برخی ارائه‌دهندگان خدمت برای بیماران خود، مصرف داروهای آرام‌بخش با دوز بالا را پیشنهاد می‌کنند و مطالعات نشان داده‌اند که اکثر بیماران مبتلا به واژینیسموس، درمان‌های غیراصولی و از متخصصین غیرمرتبط درمان را دریافت می‌کنند (۲۰، ۲۱). لزوم آموزش در زمینه درمان‌های غیرعلمی واژینیسموس برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی بسیار ضروری است.

در مطالعه حاضر در درمان بیماران مبتلا به واژینیسموس، از درمان تیمی استفاده شد؛ به‌طوری‌که روان‌شناس، روان‌پزشک، اورولوژیست، ماما و متخصص زنان در تیم ما حضور داشتند. این مسأله نشان می‌دهد که با توجه به نقش عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روانی در بروز این بیماری بایستی درمان آن نیز در کلینیک‌های سلامت جنسی به‌صورت تیمی صورت گیرد (۲).

یکی از نقاط قوت در درمان واژینیسموس، پیگیری بیماران است که در این مطالعه از طریق فضای مجازی (ایتا و واتساپ) صورت گرفت. در مطالعه نکولعل و همکاران (۲۰۲۱) نیز مشخص شد که پیگیری مداوم و دادن بازخورد مثبت به بیمار در فضای مجازی، سبب سرعت گرفتن و پیوستگی روند درمان می‌شود (۱۰).

اکثر بیماران مورد مطالعه در این پژوهش، اطلاعات جنسی ضعیفی در مورد مسائل جنسی داشتند و این نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی، باعث ترس از انجام رابطه در آنها شده بود که در جلسات اول مورد ارزیابی و اصلاح قرار گرفت. نتایج مطالعات مختلف نیز نشان داده‌اند که کسب سواد جنسی، اولین گام در تأمین نیازهای سلامت جنسی افراد یک جامعه است؛ به طوری که با آموزش و کسب دانش جنسی می‌توان به ارتقاء سلامت جنسی کمک شایانی کرد (۲۲، ۲۳).

در مطالعه حاضر، اکثر بیماران در خط اول درمان به مرکز بهداشت مراجعه کرده بود که هیچ‌گونه اقدامی از سوی ارائه دهندگان خدمت صورت نگرفته بود و سپس آنها به متخصص زنان ارجاع شده بود. سازمان جهانی بهداشت، ادغام آموزش سلامت جنسی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه موجود را توصیه کرده است و آموزش ارائه‌دهندگان خدمت را در این زمینه پیشنهاد می‌کند. این سازمان، آموزش کارکنان بهداشتی در سطوح اولیه شامل پزشک، پرستار و سایر کادر بهداشتی مرتبط را در رابطه با مشاوره و خدمات سلامت جنسی و باروری ضروری دانسته است (۲۴). در مطالعه شیرپاک و همکاران (۲۰۱۰) مشخص شد که شایع‌ترین نیاز سلامت زنان در مراکز بهداشتی درمانی، نیاز جنسی است (۲۵). با این وجود در مطالعات متعدد مشخص شده است که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، توانایی لازم جهت ارائه مشاوره جنسی اصولی به مراجعین خود ندارند (۲۶). در مطالعه معصومی و همکاران (۲۰۱۳)، ناکارآمدی سیستم بهداشتی درمانی در زمینه مشکلات جنسی اشاره شد و مشخص شد که یکی از نقاط ضعف سیستم بهداشتی درمانی کشور می‌باشد که نیازمند تربیت نیروهای متخصص در این زمینه می‌باشد (۲۷)،

لذا برای موفقیت برنامه‌های سلامت جنسی، ادغام آن در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه ضروری است (۲۸).

در مطالعه حاضر درمان، یک درمان ترکیبی بود و این درمان شامل درمان شناختی- رفتاری، استفاده از دیلاتور، ورزش کگل، آموزش حس‌یابی غیرجنسی، سکس‌تراپی و بررسی افکار ناکارآمد و بازسازی شناختی بود. در مطالعات دیگر نقش سایر درمان‌ها و درمان‌های نوین در بیماری واژینیسموس ثابت شده است؛ به طوری که مطالعات نشان داده‌اند فیزیوتراپی با کمک ابزارهایی مانند بیوفیدبک می‌تواند راهکاری مؤثر در درمان بیماران مبتلا به واژینیسموس باشد (۲۹، ۳۰). در بیوفیدبک با به‌کارگیری ابزارهای الکتریکی، به ارائه اطلاعاتی از کارکردهای جسمی بیمار در قالب بازخورد صوتی یا تصویری پرداخته و به کسب آگاهی بیشتر بیمار نسبت به فعالیت‌های خودمختار بدن و در نتیجه کنترل ارادی بر روی این فعالیت‌ها کمک می‌کند (۳۱). در مطالعات دیگر به نقش هیپنوتراپی و بوتاکس در درمان واژینیسموس اشاره است (۳۲).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که این پژوهش به دلیل دسترسی محدود به بیماران واژینیسموس به صورت گروه موردی انجام گرفت که پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های بعدی، این درمان بر روی تعداد بیشتری از بیماران واژینیسموس صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

یکی از مشکلات زنان مبتلا به واژینیسموس، ناباروری است و می‌توان با درمان‌های علمی، تیمی، ترکیبی و مداومت بر روند درمان، این مشکل بیماران را حل کرد. درمان ترکیبی در مطالعه حاضر شامل درمان شناختی- رفتاری، استفاده از دیلاتور، ورزش کگل، آموزش حس‌یابی غیرجنسی، سکس‌تراپی و بررسی افکار ناکارآمد و بازسازی شناختی بود. در این مطالعه، درمان‌های غیرعلمی و ناکارآمد باعث طولانی شدن روند این بیماری شده بود، ولی پیگیری روند درمان بیماران در فضای مجازی، ارائه آموزش‌های جنسی و اصلاح نگرش آنها به بهبود روند درمان کمک کرد. در نهایت با توجه به مراجعه بیماران مبتلا به واژینیسموس به مراکز بهداشتی

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه از تمام واحدهای پژوهش رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و با توجه به ماهیت مطالعه که گزارش مورد بود، نیازی به اخذ کد اخلاق وجود نداشت.

مشارکت نویسندگان

کریمیان و حاصلی در جمع‌آوری اطلاعات و آماده‌سازی داده‌ها مشارکت داشتند، کریمیان و عربان در نگارش مقاله و ویرایش آن نقش داشته و در نهایت نسخه نهایی مقاله توسط کل نویسندگان مورد تأیید قرار گرفت.

درمانی، آموزش ارائه دهندگان خدمت در این حوزه ضروری است.

تعارض منافع

در این مطالعه تعارض منافع وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت پرسنل کلینیک سلامت باروری و جنسی شهرستان کاشان تشکر و قدردانی می‌گردد.

حمایت مالی

نویسندگان در این مطالعه از هیچ‌گونه حمایت مالی استفاده نکردند.

منابع

1. American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association; 2013.
2. World Health Organization. Chapter V: Mental and behavioural disorders (F00-F99). ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>. 2004.
3. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The journal of sexual medicine* 2007; 4(6):1575-81.
4. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. Does vaginismus exist?: a critical review of the literature. *The Journal of nervous and mental disease* 1999; 187(5):261-74.
5. Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of sexual behavior* 2011; 40:121-32.
6. Tayebi N, Ardakani SM. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *Eur J Gen Med* 2009; 6(2):74-7.
7. Trudel G. Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2002; 28(3):229-49.
8. 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.
9. Foroutan SK, Jadid Milani M. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. *Daneshvar Medicine* 2008; 15(5):39-44.
10. Nekoolaltak M, Azin SA, Nazari F, Ghorbani B. Treatment of vaginismus and subsequent pregnancy after 18 years of marriage: a case report. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2021; 24(4):108-19.
11. Pacik PT. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesthetic plastic surgery* 2011; 35:1160-4.
12. Rosenbaum T. Addressing anxiety in vivo in physiotherapy treatment of women with severe vaginismus: a clinical approach. *Journal of sex & marital therapy* 2011; 37(2):89-93.
13. Abdnezhad R, Simbar M. A review of Vaginismus Treatments. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2021; 24(7):83-97.
14. Akhavan-Taghavi MH, Asghari-Moghaddam MA, Froutan SK, Jadid-Milani M. Vaginismus in Iran: a single center report of 7 years experience. *Nephro-urology monthly* 2015; 7(6).
15. Zhang X, Sherman L, Foster M. Patients' and providers' perspectives on sexual health discussion in the United States: A scoping review. *Patient education and counseling* 2020; 103(11):2205-13.

16. Semnani Y, Razzaghizadeh B. Management of an unconsummated marriage after 14 years. *Journal of Inflammatory Diseases* 2003; 7(4):89-92.
17. Cavkaytar S, Kokanali MK, Topcu HO, Aksakal OS, Doğanay M. Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2015; 35(4):407-10.
18. Kaplan HS. *New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. Routledge; 2013.
19. Katz D, Tabisel RL. Is surgery the answer to vaginismus?. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97(4):S27.
20. Akhavan-Taghavi MH, Asghari-Moghaddam MA, Froutan SK, Jadid-Milani M. Vaginismus in Iran: a single center report of 7 years experience. *Nephro-urology monthly* 2015; 7(6).
21. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International urogynecology journal* 2014; 25:1613-20.
22. Blackburn AG, Mullings JL, Marquart JW. Sexual assault in prison and beyond: Toward an understanding of lifetime sexual assault among incarcerated women. *The Prison Journal* 2008; 88(3):351-77.
23. Satinsky S, Fisher C, Stupiansky N, Dodge B, Alexander A, Herbenick D, et al. Sexual compulsivity among men in a decentralized MSM community of the Midwestern United States. *AIDS Patient Care and STDs* 2008; 22(7):553-60.
24. Logie CH. Sexual rights and sexual pleasure: sustainable development goals and the omitted dimensions of the leave no one behind sexual health agenda. *Global Public Health* 2023; 18(1):1953559.
25. Shirpak KR, Chinichian M, Ardebili HE, Porreza A, Khanali R. Assessment of sexual health in women attending family planning health centers in Tehran. *Payesh* 2010; 9(3):251-60.
26. Reza S. The relationship between midwifery students' attitudes towards couples' sexual relationships and their clinical skills in providing sexual health of counseling services. *Reproductive Health* 2016; 4(1):530-9.
27. Maasoumi R, Lamyian M, Khalajabadi FF, Montazeri A. Women's perception of sexual socialization in Iran: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2013; 2(3):221-33.
28. Mohseni M, Riazi H, Karimian Z, Nasiri M. providing sexual health services by midwives in comprehensive health centers: A qualitative study from Iran. *Payesh (Health Monitor)* 2023; 22(1):61-72.
29. Rasotra R, Shanthakumar K. Effect of Invasive Pelvic Floor Management in Vaginismus among Reproductive Aged Females-A Case Study. *InBIO Web of Conferences* 2024; 86:01008.
30. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus treatment: clinical trials follow up 241 patients. *Sexual medicine* 2017; 5(2):e114-23.
31. Nejat M, Tarzimgohadam M. The effectiveness of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy in the treatment of grade 3 and 4 Lamont vaginismus and pregnancy rate of treated individuals. *Sarem Journal of Medical research* 2020; 5(2):67-74.
32. Baktriya 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). *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2020; 17(124):907-18.
33. Elsheikh AH. Botox injection for treatment of refractory vaginismus in Egyptian Women. *Life Science Journal* 2018; 15(1):45-50.

The effects of vaginismus treatment and subsequent pregnancy: A case group study

Zahra Karimian¹, Marzieh Araban², Arezoo Haseli^{3*}

1. PhD, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
2. PhD, Department of Health Education and Health Promotion, Menopause Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
3. PhD, Department of Reproductive Health, Family Health and Population Growth Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Received: Mar 28, 2024 Accepted: Jun 23, 2024

Abstract

Introduction: Considering the negative effects of vaginismus on the quality of life of couples and delay in pregnancy, this case group study was conducted with aim to investigate the process of treatment of patients with vaginismus and subsequent pregnancy.

Cases presentation: In this descriptive study, 12 patients with vaginismus were evaluated from October 2021 to December 2023. After history and initial evaluation, vaginismus grades 3 and 4 were diagnosed based on the Lamotte scale in the examination of the patients. The participants aged 20-35 years old. The mean duration of this disease and the mean duration of infertility were 4.3 years and 4.1 years, respectively, and 5 patients (41.6%) wanted assisted reproductive methods. During this period, the patients had received several ineffective and unscientific treatments. The process of treatment was done as a team. The treatment was started by the reproductive and sexual health specialist, the trainings, follow-up of the patients and referral to the team members were also done by the same specialist. The process included cognitive behavioral therapy and dilators that during the treatment process, Kegel exercises and non-sexual sensation were also performed by the patient. The sessions were held weekly and treatment period lasted two to three months. After end of treatment, the patients were able to have sexual intercourse without pain and became pregnant 3 to 12 months after the treatment.

Conclusion: One of the problems in women with vaginismus is infertility and this problem can be completely solved with scientific, team and combined treatments and persistence in the treatment process.

Keywords: Case group, Infertility, Pregnancy, Vaginismus

► Please cite this article as:

Karimian Z, Araban M, Haseli A. The effects of vaginismus treatment and subsequent pregnancy: A case group study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(4):85-93. DOI: 10.22038/ijogi.2024.79212.6057