

مروری بر راه‌های درمانی واژینیسموس

رقیه عبدالنژاد^۱، دکتر معصومه سیمبر^{۲*}

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استاد گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

خلاصه

مقدمه: واژینیسموس، انقباض غیرارادی عضلات واژن می‌باشد که رابطه جنسی را دشوار یا غیرممکن می‌کند. استراتژی‌های درمانی مختلفی برای واژینیسموس مانند درمان جنسی و حساسیت‌زدایی ارائه شده است. شواهد کافی در مورد کارایی و اثربخشی مداخلات مربوط به واژینیسموس وجود ندارد، لذا مطالعه مروری حاضر با هدف ارزیابی اثرات مداخلات مختلف برای واژینیسموس انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مروری به‌منظور پیدا کردن مقالات مرتبط، پایگاه‌های اطلاعاتی Science direct، SID، Google scholar و Pubmed با کلید واژه‌های واژینیسموس، درمان و کارآزمایی بالینی از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۰ مورد جستجو قرار گرفتند. معیارهای انتخاب کارآزمایی بالینی کنترل شده، مقایسه درمان‌های واژینیسموس با درمان دیگر، درمان دارونما، درمان به‌صورت معمول یا لیست انتظار برای درمان بود.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۵ مقاله با مجموع ۶۵۵ شرکت کننده مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان‌های بر پایه شناختی رفتاری، استفاده از دیلاتور، بوتاکس، درمانگر جنسی و هیپنوتراپی توانسته به‌طور موفقیت‌آمیزی واژینیسموس را درمان کنند. در مورد اثربخشی راهکارها، درمان شناختی رفتاری (CBT) با بیشترین تعداد انجام کارآزمایی، موفقیت زیادی را کسب کرده است. پس از آن استفاده از دیلاتورها محبوبیت بالایی داشت. **نتیجه‌گیری:** این بررسی نشان داد که درمان شناختی رفتاری (CBT)، استفاده از دیلاتورهای واژینال، هیپنوتراپی، بوتاکس و فیزیوتراپی می‌تواند منجر به دخول موفقیت‌آمیز و رضایت‌بخش در بیماران گردد.

کلمات کلیدی: درمان، کارآزمایی بالینی، واژینیسموس

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه سیمبر؛ مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۶۵۵۳۷۶؛ پست الکترونیک: msimbar@gmail.com

مقدمه

واژینیسموس، انقباض غیرارادی مکرر یا مداوم یک سوم خارجی عضلات واژن که مانع دخول می‌گردد، تعریف می‌شود. بر اساس سیستم تقسیم‌بندی بیماری‌های روانی (DSM-V-TR)، واژینیسموس همراه با دیسپارونیا (اختلال درد/ دخول تناسلی لگنی) نیز در یک دسته‌بندی قرار می‌گیرند (۱). این اسپاسم ممکن است در حین "معاینه" لگن به دنبال گذاشتن اسپکولوم، در تلاش برای گذاشتن تامپون و معاینه واژینال ایجاد شود (۲). واژینیسموس یک بیماری شایع، با یک اثر مخرب بر سلامت جنسی و عمومی است که می‌تواند به شدت تجربه مقاربت جنسی را مختل کند. علی‌رغم تأثیر بسزایی که این اختلال بر سلامت روانی-جنسی می‌گذارد، شواهد کافی در مورد کارایی و اثربخشی مداخلات مربوط به واژینیسموس وجود ندارد (۳).

مطالعات اندکی از نظر میزان شیوع واژینیسموس در جمعیت عمومی صورت گرفته است، این اختلال بر اساس برآورد جمعیت ۱٪ یا کمتر تخمین زده شده است (۴، ۵).

متغیرهایی که به عنوان علل احتمالی در واژینیسموس شناخته شده‌اند شامل: مشکلات رابطه زوجین، اضطراب، سابقه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، ناآگاهی جنسی، باورهای غلط در مورد اندازه واژن یا آلت تناسلی، داشتن نگرش منفی از انجام رابطه و ترس از بارداری و زایمان می‌باشد (۶). هم‌چنین وجود اختلالات جسمی چون اختلالات مربوط به پرده بکارت، ناهنجاری‌های مادرزادی، عفونت‌ها، آسیب دستگاه تناسلی بیرونی، انجام جراحی واژن، تومور، آسیب مجرای واژن در هنگام زایمان و مواردی از این قبیل می‌تواند از علل واژینیسموس باشد (۷). در این میان متداول‌ترین شاخص‌های روان‌شناختی مورد مطالعه محققان، پیشینه مذهبی، تابوهای خانوادگی فرهنگی، ترس در مورد رابطه جنسی، دیدگاه‌های منفی در مورد جنسیت، آموزش محدود جنسی، فعالیت جنسی قبل از ازدواج و اطلاعات نادرست یا منفی در مورد رابطه جنسی بودند (۸). وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی ناایمن

در این زنان بیشتر از افراد سالم می‌باشد. با توجه به اینکه این طرحواره‌ها و سبک‌های دلبستگی ریشه در کودکی دارند، باید به اهمیت ارتباطات اولیه کودک-والد و نحوه تربیت والدین در سال‌های نخست زندگی، توجه ویژه‌ای معطوف گردد (۹).

در حالی که مطالعات کنترل شده کمی در مورد درمان و کنترل واژینیسموس وجود دارد، تعداد آنها محدود و طراحی ضعیفی نیز دارند (۱۰). درمان واژینیسموس بسیار متمرکز بر علائم جسمی، از جمله اسپاسم عضلات واژن می‌باشد. مهمترین هدف درمان واژینیسموس، مقاربت بدون درد و رضایت‌بخش برای بیماران است. چندین روش درمانی مانند حساسیت‌زدایی تدریجی با استفاده از گشاد کننده در اندازه‌های مختلف، تریق بوتاکس، درمان شناختی - رفتاری و بیوفیدبک در بیماران واژینیسموس مورد استفاده قرار گرفته است (۱۱). مطالعه حاضر با هدف مرور نقلی بر درمان این اختلال و بررسی تأثیر این مداخلات بر توانایی داشتن رابطه جنسی بدون درد و رضایت‌بخش در زنان مبتلا به واژینیسموس انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مروری به منظور پیدا کردن مقالات مرتبط، پایگاه‌های اطلاعاتی Science direct، Pubmed و Google scholar در بازه زمانی مورد جستجو قرار گرفتند. برای پیدا کردن مقالات و موضوعات مربوطه در پایگاه فارسی SID از کلید واژه‌های واژینیسموس، درمان، کارآزمایی بالینی و در پایگاه‌های لاتین از کلمات vaginismus، treatment و clinical trial استفاده شد. مقالات به صورت کارآزمایی بالینی از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۰ صورت گرفته بودند. تنها مطالعاتی که به ارزیابی مداخله درمانی واژینیسموس پرداخته و از گروه کنترل برای مقایسه درمان اصلی استفاده کرده بودند، انتخاب شدند. برای استخراج داده‌ها ابتدا عنوان و چکیده تمام مقالات بررسی و موارد تکراری و غیرکارآزمایی بالینی حذف شد. مطالعاتی که به نظر می‌رسید شامل داده‌ها یا اطلاعات مربوطه هستند، بازیابی و نسخه متن کامل آنها برای

¹ Diagnostic and statistical manual of mental disorders

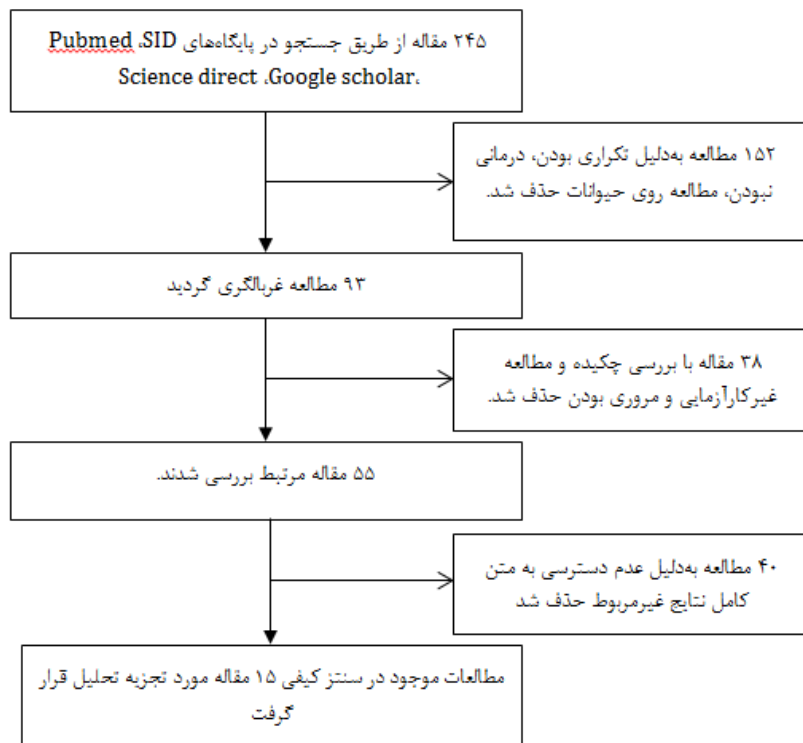
شناخته شدند. از ۹۳ مقاله باقی‌مانده، ۳۸ مقاله پس از تجزیه و تحلیل متن کامل حذف شدند، زیرا آنها بر روی تشخیص، اتیولوژی و میزان شیوع واژینیسوس می‌پرداختند. در این بررسی درمان شناختی رفتاری، آموزش توسط سکس تراپیست، مقایسه اثر تحریک الکتریکی عملکردی از طریق درمان شناختی رفتاری، توکسین بوتولینیوم، هیپنوتراپی و استفاده از دیلاتور واژن، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در جدول ۱ مطالعاتی که به درمان واژینیسوس پرداخته‌اند، به‌طور خلاصه بیان شده‌اند.

واجد شرایط بودن مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. با این روش، ۱۵ مقاله به‌طور کامل بررسی گردید. بر اساس مقیاس جداد، به مقالات با توجه به سوگیری در تصادفی کردن و کورسازی، نمره صفر (حداقل) تا ۵ (حداکثر) داده شد. مطالعاتی مورد بررسی کامل قرار گرفتند که حداقل نمره ۳ از مقیاس جداد را کسب کردند.

یافته‌ها

در این مطالعه در ابتدا ۲۴۵ مقاله و در مجموع ۶۵۴ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (شکل ۱). از این تعداد، ۱۵۲ مقاله پس از بررسی عنوان و چکیده، فاقد صلاحیت



شکل ۱- نحوه ورود مقالات به مطالعه

جدول ۱- درمان‌های انجام شده در واژینیسوس

روش درمانی	مشخصات	نوع مطالعه	نمونه	نحوه درمان	ابزار	نتایج
درمان شناختی رفتاری CBT	انگمان و همکاران (۲۰۱۰)	پیگیری درازمدت در زنان درمان شده با CBT	۵۹ زن مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی زنان	جلسات به‌صورت هفتگی یا هر دو هفته یک‌بار، درمان از نوع حساسیت‌زدایی سیستماتیک به‌وسیله در معرض قرارگیری و نفوذ تدریجی	پرسشنامه رفتار مقاربتی بلندمدت و ابزار تشخیصی دیسپارونیا برگرفته از -DSM-IV TR	۸۱٪ از زنان تحت درمان مقاربت موفقیت‌آمیز، ۶۱٪ توانایی برای برقراری رابطه بدون درد، ۶۱٪ توانایی لذت بردن از رابطه

درمان که شامل آموزش جنسی، تمرینات آرام‌سازی، قرار گرفتن در معرض تدریجی، درمان شناختی رفتاری و تمرینات تمرکز حسی، گروه دیگر کتابچه راهنما و نیز یک سی دی همراه با دستورالعمل‌های گفتاری برای آرامش و تمرینات فانتزی جنسی به مدت ۳ ماه	پرسشنامه عملکرد رفتاری (PBQ)، پرسشنامه ترس از مقاربت (FSQ)، شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)	درمان منجر به افزایش مقاربت موفقیت‌آمیز (پیامد)، کاهش در ترس از مقاربت و تقویت رفتار مقاربتی (غیر از دخول)، در مقایسه با عدم درمان	کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه انتظار درمان	۱۱۷ زن مبتلا مراجعه کننده از کلینیک سکسولوژی	کوئلی و همکاران (۲۰۰۷)	
شل کردن عضلات کف لگن با بیوفیدبک هفتگی سپس هنگامی که بیماران در مقابل دستکاری واژن قابل تحمل، ۸ مرحله SCBT به مدت ۸ هفته اضافه شد.	پرسشنامه رفتار مقاربتی بلندمدت و ابزار تشخیصی دیسپارونیا برگرفته از DSM-IV-TR	پس از ۸ هفته درمان، هر ۱۲ زوج برنامه را به پایان رسانده، برای قرار دادن پروب در واژن یا اندازه‌های بزرگ‌تر قابل تحمل شده بودند و می‌توانستند به رابطه واژینال رضایت‌بخشی دست یابند.	کارآزمایی بالینی تصادفی	۱۲ زن مراجعه کننده به کلینیک سکسولوژی	جوو تی و همکاران (۲۰۰۵)	
افراد به‌طور تصادفی در دو گروه آموزش با استفاده از انگشتان و آموزش به‌وسیله دیلاتور تمرینات به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در روز	شاخص عملکرد جنسی زنان شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)	از اندازه‌گیری پایه تا اندازه‌گیری پس از درمان، میانگین تغییر در نمرات FSFI برای هر دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود. از نظر تعداد ریزش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت. در ادامه استفاده از دیلاتور موفق‌تر از استفاده از انگشتان بود.	کارآزمایی بالینی تصادفی آینده‌نگر	۶۰ زن مبتلا به واژینیسموس ارجاع شده به کلینیک زنان	اصلان و همکاران (۲۰۲۰)	دیلاتورهای واژن
به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری گروه مداخله در ۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با استفاده از هیپنوتیزم و حساسیت‌زدایی منظم بدون حضور همسر، مورد درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت تحت هیچ درمانی نگرفتند.	شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)، پرسشنامه فاجعه‌سازی درد، پرسشنامه باورهای غیرمنطقی زنان در خصوص ترس از برقراری رابطه جنسی	میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه هیپنوتراپی در زیر مقیاس‌های تمایل، برانگیختگی و رضایت تفاوت وجود دارد و نمرات پس‌آزمون بیش از نمرات پیش‌آزمون می‌باشد و در گروه کنترل مانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوتی نداشت.	بررسی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون	۳۰ نفر زن مبتلا به واژینیسموس مراجعه کننده به مطب پزشک زنان تهران	باکتیریا و همکاران (۲۰۲۰)	هیپنوتراپی
یک ویال ۱۰۰ واحدی رقیق شده با ۲ میلی‌لیتر سالین به شکل تزریق داخل واژن، تحت بی‌حسی و به مدت یک‌سال پیگیری می‌شدند و امتیاز شاخص قبل و بعد درمان اندازه‌گیری می‌شد.	شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)	میانگین افزایش نمرات FSFI از جمله: میل، برانگیختگی، لوبریکاسیون، ارگاسم، رضایت جنسی و درد) از اندازه‌گیری ابتدایی تا بعد از درمان از نظر آماری معنی‌دار بود.	مطالعه به شکل هم‌گروهی	۴۲ زن مصری مراجعه کننده به کلینیک جنسی	حمدی و اشرف (۲۰۱۸)	
شرکت‌کنندگان تزریق داخل واژینال ۵۰ واحدی (۱ میلی‌لیتر) هر کدام در ۳ ناحیه عضلات داخل واژن تحت بی‌حسی موضعی، در مجموع ۱۵۰ واحد)	مقیاس تعیین Lamont شدت واژینیسموس شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)	به‌دنبال درمان، ۹۰/۳٪ بیماران با میانگین ۳/۵ هفته به مقاربت بدون درد دست یافتند. این برنامه که هم تظاهرات جسمی و هم روانی واژینیسموس را درمان می‌کرد، به‌نظر می‌رسید بدون هیچ‌گونه عارضه جانبی و بدون بازگشت (طی پیگیری ۱ ساله)	کارآزمایی بالینی بدون گروه کنترل (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)	۳۰ زن مراجعه کننده به کلینیک اختلال عمل جنسی	پاسیک (۲۰۱۵)	بوتاکس
توکسین بوتولینوم (۱۵۰-۴۰۰ میلی‌یونیت) در ۳ محل در دو طرف واژن تزریق می‌شد.	مقیاس تعیین Lamont شدت واژینیسموس شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)	۱/۹۵/۸٪، ۱ هفته پس از تزریق اجازه معاینه واژینال، ۷۵٪ پس از تزریق اولین بار مقاربت رضایت‌بخش، ۱۶/۷٪ درد خفیف، ۱ نفر پس از تزریق دوم درمان شد، یک بیمار از معاینه واژن امتناع ورزید و تلاشی در انجام مقاربت نداشت.	کارآزمایی بالینی بدون گروه کنترل	۲۴ زن مراجعه کننده به کلینیک جنسی	قاضی‌زاده و همکاران (۲۰۰۴)	
گروه واژینیسموس ۱۰ جلسه، ۲ بار در هفته، با جریان تداخلی (فرکانس = ۲۰۰۰ هرتز، دامنه مدوله شده = ۸۰ هرتز، عرض پالس = ۲۰۰ میکروثانیه و	پرسشنامه رفتار مقاربتی بلندمدت و ابزار تشخیصی دیسپارونیا DSM III. مقیاس اضطراب جنسی و	در این پروتکل تحریک الکتریکی ۱۰ جلسه، با استفاده از IC فرکانس حامل ۲۰۰۰ هرتز تا دامنه تعدیل شده فرکانس ۸۰ هرتز، با طول مدت	یک مطالعه مشاهده‌ای مداخله‌ای آینده‌نگر	۶۰ زن وارد مطالعه شدند. ۳۰ نفر مبتلا به واژینیسموس و	کلارا و همکاران (۲۰۱۹)	فیزیوتراپی کف لگن

۳۰ نفر فاقد واژینیسیموس	شدت آن با توجه به سطح حسی) به مدت ۳۰ دقیقه.	شاخص عملکرد جنسی زنان	استفاده از جریان ۳۰ دقیقه، ۲ بار در هفته منجر به بهبود واژینیسیموس می‌گردد.
مطالعه مقایسه‌ای	افراد به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (مجموعاً ۵۰۰ واحد بوتولینوم در ۱/۵ سی‌سی نرمال سالین رقیق شده که به سه نقطه در عضلات کف لگن در هر دو طرف تزریق) یا کنترل (فیزیوتراپی استاندارد در کنار CBT) تقسیم شدند.	پرسشنامه رفتار مقاربتی بلندمدت و ابزار تشخیصی دیسپارونیا DSM5 مقیاس تعیین Lamont شدت واژینیسیموس مقیاس اضطراب جنسی و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)	در پایان مطالعه ۲۰ و ۲۶ بیمار از ۳۰ و ۲۸ بیمار در گروه مداخله و کنترل به ترتیب موفق به انجام مقاربت موفق شدند. همچنین، فراوانی اختلال عملکرد جنسی ۲۶/۲٪ در گروه مداخله و ۵۰٪ در گروه کنترل کاهش یافت.

درمان شناختی- رفتاری (CBT)^۱

در مطالعه انگمان و همکاران (۲۰۱۰) تحت عنوان رفتار درازمدت مقاربتی زنان مبتلا به واژینیسیموس درمان شده با درمان شناختی رفتاری، اطلاعات از یک پرسشنامه مربوط به رفتار طولانی‌مدت مقاربتی تحت عنوان درد در حین مقاربت یا واژینیسیموس از ۵۹ زن که به بیمارستان دانشگاهی در سوئد برای درمان با CBT مراجعه کرده بودند، دریافت شد. داده‌هایی که از سوابق درمانی دریافت شد شامل: میانگین ابتلاء به بیماری ۴ سال، ۱۴ جلسه درمان و میانگین زمان پیگیری بیماران ۳۹ ماه بود. از ۵۹ زن، ۴۴ نفر پرسشنامه را برگرداندند. درمان CBT شامل دستورالعمل‌های توصیف شده توسط ویجما (۱۹۹۷) جلسات به صورت هفتگی یا هر دو هفته یک‌بار، درمان از نوع حساسیت‌زدایی سیستماتیک به‌وسیله در معرض قرارگیری و نفوذ تدریجی با شل شدن کامل عضلات کف لگن، آرامش و کنترل صورت می‌گرفت. این زنان ابتدا یاد گرفتند که عضلات کف لگن خود را کاملاً آگاهانه منقبض و پس از آن شل کردن عضلات کف لگن بدون هیچ دردی را یاد می‌گرفتند. در پیگیری، ۸۱٪ از زنان تحت درمان مقاربت موفقیت‌آمیز داشتند. ۶۱٪ توانایی خود را برای برقراری رابطه بدون درد ۶ یا بالاتر (در مقیاس ۰ تا ۱۰) ارزیابی کردند و ۶۱٪ توانایی لذت بردن از رابطه را ۶ یا بالاتر ارزیابی کردند (در مقیاس ۰ تا ۱۰). توانایی انجام مقاربت در زمان پیگیری پایان درمان حفظ شده بود (۱۲).

در مطالعه کوتلی و همکاران (۲۰۰۷) که به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری در واژینیسیموس پرداختند، ۱۱۷

زن مبتلا به واژینیسیموس که از کلینیک سکسولوژی و یا بیمارستان دانشگاهی ارجاع داده شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. سپس زوجین به‌طور تصادفی به گروه درمانی و یا لیست انتظار درمان اختصاص داده شدند. به گروه درمان که شامل آموزش جنسی، تمرینات آرام‌سازی، قرار گرفتن در معرض تدریجی، درمان شناختی رفتاری و تمرینات تمرکز حسی بود، یک کتابچه راهنمای ۵۰ صفحه‌ای درمان واژینیسیموس و نیز یک سی‌دی همراه با دستورالعمل‌های گفتاری برای آرامش و تمرینات فانتزی جنسی داده شد. شرکت‌کنندگان تشویق می‌شدند روزانه ۲ بار تمرین کنند و با استفاده از دفترچه یادداشت، پیشرفت خود را کنترل کنند. از شرکای جنسی نیز خواسته شد همسر خود را به انجام تمرینات تشویق کنند. مدت زمان درمان ۳ ماه و ارزیابی و پیگیری درمان ۳ ماه و ۱۲ ماه بعد صورت می‌گرفت. درمان منجر به افزایش مقاربت موفقیت‌آمیز (پیامد)، کاهش در ترس از مقاربت و تقویت رفتار مقاربتی (غیر از دخول)، در مقایسه با عدم درمان پیامد (مقاربت) تا حدودی با تغییر در ترس از مقاربت و تغییر در رفتار اجتنابی تعدیل می‌شد. همین درمان در گروه انتظار نیز انجام گردید (۱۳).

مقایسه روش CBT و روش‌های دیگر

در مطالعه سی‌نو و همکاران (۲۰۰۵) نیز که به بررسی تأثیر ترکیب تحریک الکتریکی عملکردی - بیوفیدبک و درمان شناختی رفتاری جنسی بر واژینیسیموس پرداختند، ۱۲ زن مبتلا به این اختلال مراجعه کننده به کلینیک‌های سرپایی برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. بیماران شرکت کننده در این مطالعه مطابق با

¹ Cognitive-behavioral therapy

معیارهای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص داده می‌شدند. بیماران قبل و بعد از درمان با معاینات زنان و مصاحبه‌های ساختاریافته مربوط به عملکرد جنسی و سازگاری روان‌شناختی ارزیابی می‌شدند. پس از تشخیص واژینیسموس، به‌طور هفتگی شل کردن عضلات کف لگن با استفاده از تحریک الکتریکی عملکردی-بیوفیدبک^۱ تکنیک، آموزش داده می‌شد. هنگامی که بیماران برای دستکاری واژن قابل تحمل می‌شدند، ۸ مرحله^۲ SCBT حساسیت‌زدایی تدریجی ۸ مرحله‌ای که توسط کاپلان با استفاده از اتساع واژن با انگشتان و قرار دادن پروب واژن) به مدت ۸ هفته به برنامه اضافه گردید. پس از ۸ هفته درمان، هر ۱۲ زوج این برنامه را به پایان رسانده بودند، قرار دادن پروب‌ها با اندازه بزرگ‌تر در واژن قابل تحمل شده و می‌توانستند به رابطه واژینال رضایت‌بخشی دست پیدا کنند (۱۴).

در مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده یراقی و همکاران (۲۰۱۹) تحت عنوان مقایسه تأثیر تحریک الکتریکی عملکردی (فیزیوتراپی استاندارد) از طریق درمان شناختی / رفتاری جنسی بر عضلات کف لگن در مقابل تزریق موضعی سم بوتولینوم بر عملکرد جنسی بیماران با واژینیسموس اولیه، ۵۸ زن مبتلا به واژینیسموس اولیه با میانگین سنی ۲۰-۴۰ سال، مراجعه کننده به کلینیک‌های بهداشت جنسی و زنان بیمارستان امام خمینی طی سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۱۳ مورد بررسی قرار گرفتند. آنها بر اساس معیارهای DSM-5 تشخیص داده شدند. با توجه به معیارهای مقیاس لامونت، شدت واژینیسموس به ۴ درجه تقسیم‌بندی می‌شد. افراد به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (تزریق بوتولونوم) یا کنترل (فیزیوتراپی) تقسیم شدند. بیماران گروه مداخله در مجموع ۵۰۰ واحد بوتولینوم در ۱/۵ سی‌سی نرمال سالین رقیق شده که به سه نقطه در عضلات کف لگن در هر دو طرف تزریق می‌شد، دریافت کردند. در گروه تحت درمان با فیزیوتراپی، تمرینات آرام‌سازی، تحریک الکتریکی، حساسیت‌زدایی و تمرکز بر حس به مدت ۱۲ هفته انجام

شد (به‌طور خلاصه، تحریک الکتریکی تکنیکی است که از پالس‌های الکتریکی با انرژی کم برای ایجاد حرکات بدن در افرادی که سیستم عصبی مرکزی آنها با مشکل مواجه است، استفاده می‌کند). نتایج این مطالعه نشان داد که فیزیوتراپی استاندارد در کنار سایر اندازه‌گیری‌ها مانند تحریک الکتریکی عملکردی و حساسیت‌زدایی، می‌تواند به‌طور مؤثری شاخص عملکرد جنسی زنان در مقایسه با بوتولینوم را بهبود بخشد. در پایان مطالعه مشخص شد که ۲۰ و ۲۶ بیمار از ۳۰ و ۲۸ بیمار به ترتیب در گروه مداخله و کنترل موفق به انجام مقاربت موفق شدند. همچنین، فراوانی اختلال عملکرد جنسی در گروه‌های مداخله و کنترل به ترتیب ۲۶/۶٪ و ۵۰٪ کاهش یافت (۱۵).

در مطالعه ترکوئیل و همکاران (۲۰۱۳) که با هدف بررسی تأثیر قرار گرفتن تدریجی در معرض به کمک درمانگر در زنان مبتلا به واژینیسموس مادام‌العمر انجام شد، ۷۰ زن و همسران آنها به‌طور تصادفی به یکی از دو گروه در قرار گرفتن تدریجی در معرض دیلاتور و لیست انتظار درمان (در گروه کنترل منتظر و پس از اتمام آنها نیز از درمان سود می‌بردند) به مدت ۳ ماه قرار گرفتند. پیامد اصلی (توانایی در دخول) به مدت ۱۲ هفته روزانه ارزیابی می‌شد. متغیرهای بعدی شامل شکایات مربوط به واژینیسموس، درد روزانه، ترس از نزدیکی، استرس و عملکرد جنسی نیز ارزیابی شدند. درمان قرار گرفتن در معرض از حداکثر ۳ جلسه ۲ ساعته در طول ۱ هفته در یک بیمارستان دانشگاهی بود. هر یک از شرکت‌کنندگان در حضور همسر خود و یک درمانگر زن، تمرینات دخول در واژن را انجام می‌دادند. ۲ جلسه پیگیری در طی دوره ۵ هفته‌ای برنامه‌ریزی شد. ۳۱ نفر (۸۹٪) از گروه مداخله در مقایسه با ۴ نفر (۱۱٪) از گروه کنترل در دوره پس از درمان مقاربت موفقیت‌آمیز داشتند. در بیشتر زنان با درمان موفق (۹۰٪)، مقاربت در طی ۲ هفته اول درمان امکان‌پذیر شده بود. علاوه بر این، بهبودی در مورد سایر علائم مربوط به واژینیسموس، ترس از مقاربت، درد حین مقاربت و اضطراب مشاهده گردید (۱۶).

¹ Functional Electrical Stimulation- biofeedback

² Stimulation Cognitive Behavioral Therapy



دیلاتورهای واژن

در مطالعه اصلان و همکاران (۲۰۲۰) که با هدف مقایسه میزان تأثیر قرار گرفتن تدریجی با انگشت یا دیلاتور بر موفقیت درمان واژینوسموس انجام شد، افراد به‌طور تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری آموزش با انگشت و آموزش با دیلاتور قرار گرفتند. هر دو گروه در مورد حساسیت‌زدایی و اتساع آموزش دیدند. در گروه قرارگیری انگشت، افراد در موقعیت لیتوتومی اصلاح شده آماده می‌شدند، آنها تشویق به قرار دادن نوک انگشت کوچک به آرامی در داخل واژن می‌شدند. آنها این تمرین را چندین بار با فواصل استراحت تکرار می‌کردند. هنگامی که وارد کردن بدون درد انگشت تجربه می‌شد، (بعد از ۱ هفته وقفه)، برای وارد کردن انگشت اشاره و متعاقباً ۲ انگشت (انگشت اشاره و میانی) توصیه می‌شد. پس از رسیدن موفقیت‌آمیز به این مرحله، بیماران از انگشتان همسر به عنوان گشاد کننده استفاده کردند. بیماران تشویق شدند که تمرینات را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در روز در خانه انجام دهند. بعد از قرار دادن انگشتان همسر، به بیماران توصیه شد رابطه جنسی با پوزیشن زن بالا و مرد غیرفعال را شروع کنند. در گروه استفاده از دیلاتور نیز بیماران در پوزیشن لیتاتومی آماده می‌شدند. از دیلاتورهای درجه‌بندی شده به شکل لوله‌های شیشه‌ای به قطر ۲، ۴، ۵ و ۶ سانتی‌متر و طول ۳، ۵، ۷ و ۱۰ سانتی‌متر استفاده شد. این برنامه برای بار اول توسط پزشک با استفاده از کوچک‌ترین دیلاتور انجام شد. پس از آن، بیماران تشویق شدند که به آرامی همان دیلاتور را وارد کنند. این تمرین بارها و بارها با فواصل استراحت تکرار می‌شد. در صورت بروز اسپاسم دردناک، وارد کردن متوقف می‌شد. بیماران با بزرگ‌ترین دیلاتور که بتوان به راحتی آن را وارد کرد، به خانه فرستاده و قرار دادن روزانه به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه توصیه شدند. پس از ۱ هفته، سایز دیلاتور یک درجه افزایش می‌یافت؛ تا زمانی که بزرگ‌ترین دیلاتور در واژن قرار گیرد. پس از این زوجین به انجام رابطه جنسی در پوزیشن زن بالا و مرد غیرفعال تشویق می‌شدند (۱۷). برای ارزیابی هر دو گروه از شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۱ استفاده

شد. میانگین تغییر اندازه‌گیری قبل و پس از درمان، در نمرات FSFI برای هر دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بودند. هنگامی که دو گروه مقایسه شدند، هیچ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نمرات FSFI قبل از شروع درمان وجود نداشت (به جز مقیاس تمایل ارگاسم). میانگین نمرات FSFI پس از ۳ ماه نشان‌دهنده بهبود عملکرد جنسی (به‌عنوان مثال میل و ارگاسم) در گروه استفاده از دیلاتور، در مقایسه با گروه استفاده از انگشت بود. میانگین تغییر در نمرات FSFI در هر دو گروه از اندازه‌گیری پایه تا پس از درمان از نظر آماری معنی‌دار بودند. بهبود عملکرد جنسی (به‌عنوان مثال برانگیختگی، لوبریکاسیون و ارگاسم) در گروه استفاده از دیلاتور بیشتر از گروه استفاده از انگشتان بود (۱۷).

هیپنوتراپی

باکتريا و همکاران (۲۰۲۰) با مطالعه‌ای به بررسی تأثیر هیپنوتراپی بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینوسموس پرداختند. این طرح یک بررسی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری ۲ ماهه بود. ۳۰ زن مبتلا به واژینوسموس به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. گروه مداخله با توجه به پیشرفت فردی هر آزمودنی به‌طور میانگین در ۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با استفاده از هیپنوتیزم و حساسیت‌زدایی منظم بدون حضور همسر، مورد درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت تحت هیچ درمانی نبودند. دو گروه با استفاده از ۳ پرسشنامه عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی درباره دخول واژینال در مراحل پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج این بررسی نشان داد که میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه هیپنوتراپی در زیرمقیاس‌های تمایل، برانگیختگی و رضایت تفاوت داشت و نمرات پس‌آزمون بیش از نمرات پیش‌آزمون بود و در گروه کنترل میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوتی نداشت. در زیرمقیاس‌های لغزندگی، ارگاسم و نشخوار ذهنی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل تفاوت وجود داشت، اما در گروه کنترل تفاوتی وجود نداشت (۱۸).

¹ Female Sexual Function Index

در گزارش مورد توسط پورحسین و همکار (۲۰۱۱) که به بررسی تأثیر هیپنوتیزم بر واژینیسموس در زن ۳۵ ساله که به مدت ۱۱ سال ازدواج کرده و به دنبال درمان این مشکل بوده، پرداختند، اولین گام برای درمان، آموزش آرام‌سازی بود. برای جلسه بعدی مثبت‌اندیشی، هیپنوتیزم و تخیل آموزش داده شد. طبق اظهارات درمانگر، زن خود را در باغ شگفت‌انگیز با همسرش تصور و رابطه جنسی کامل با او را تجربه می‌کند. در طی این روند، زن نه تنها هیچ دردی نداشت، بلکه هیجان عاطفی، افزایش ضربان قلب و ارگاسم توسط او گزارش شد. در نهایت، بیمار رضایت کامل داشته و ادعا کرد که می‌تواند با همسرش به‌طور رضایت‌بخشی مقاربت داشته باشد (۱۹).

در مطالعه‌ای الصغیر (۲۰۰۵) که به مقایسه هیپنوتراپی و رفتار درمانی در درمان واژینیسموس پرداخت، نمونه مورد بررسی ۳۶ زن مبتلا به واژینیسموس (مطابق با معیارهای DSM4) مراجعه کننده به کلینیک روان‌پزشکی دانشگاه کینگ شهر ریاض بودند که به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. یک روان‌شناس زن قبل و بعد از درمان بیماران را به‌طور مستقل و با دقت ارزیابی می‌کرد. اگرچه هم رفتار درمانی و هم هیپنوتیزم در درمان واژینیسموس موفق بودند، اما هیپنوتیزم در مقایسه با رفتار درمانی در کاهش سطح اضطراب مربوط به رابطه جنسی و بهبود نمره رضایت زناشویی شوهر عملکرد بهتری داشت. موفقیت در زنان تحت درمان هیپنوتیزم سریع‌تر اتفاق می‌افتاد، زیرا جلسات درمانی کمتری طی می‌کردند. آنان نتیجه گرفتند هیپنوتراپی می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی و بدون نیاز به درمان همزمان همسرانشان واژینیسموس را درمان کند (۲۰).

بوتاکس

ال‌شیخ (۲۰۱۸) با مطالعه‌ای تحت عنوان تزریق بوتاکس برای درمان واژینیسموس مقاوم در زنان مصری به بررسی تأثیر آن پرداخت. این مطالعه به شکل همگروهی (کوهورت) بر روی ۴۲ زن مصری مبتلا به واژینیسموس مقاوم انجام شد. بوتاکس (یک ویال ۱۰۰ واحدی رقیق شده با ۲ میلی‌لیتر سالین) به شکل تزریق داخل واژن، تحت بی‌حسی تزریق می‌شد. پیامد اولیه توانایی

دستیابی به مقاربت بدون درد پس از درمان بود. بیماران تحت درمان حداقل ۱ سال پیگیری می‌شدند. امتیاز شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) قبل و بعد از درمان مقایسه می‌شد. پس از درمان، ۳۷ بیمار (۸۸/۱٪) به مقاربت بدون درد دست یافتند که با توجه به ارتباطات شخصی و نمرات FSFI، در میانگین ۵/۳ هفته حاصل شد. میانگین افزایش نمرات FSFI (از جمله: میل، برانگیختگی، لوبریکاسیون، ارگاسم، رضایت جنسی و درد) از اندازه‌گیری ابتدایی تا بعد از درمان از نظر آماری معنی‌دار بود. عوارض جانبی خفیفی در ۴ بیمار (خشکی واژن) و ۲ بیمار (بی‌اختیاری استرسی ادرار) به مدت ۲ ماه مشاهده شد که همه عوارض جانبی ۳ ماه پس از درمان بهبود یافته بودند (۲۱).

در مطالعه‌ای دیگر پاسیک (۲۰۱۵) به بررسی تأثیر تزریق داخل واژینال بوتاکس در درمان واژینیسموس پرداخت. در این تحقیق که بر روی ۳۰ زن مبتلا به واژینیسموس بین سنین ۴۰-۲۰ سال مراجعه کننده به کلینیک جنسی که با معیار تعیین شدت واژینیسموس Lamont تشخیص داده می‌شدند، انجام شد، شرکت‌کنندگان تزریق داخل واژینال ۵۰ واحدی (۱ میلی‌لیتر) هر کدام در نواحی عضلات داخل واژن شامل عضله پوبوکوکسیژئوس و پوبورکتالیس در امتداد دیواره جانبی چپ و راست تحت بی‌حسی موضعی، درست زیر سطح مخاط واژن دریافت کردند (در مجموع ۱۵۰ واحد). این بیماران با دیلاتور درجه ۴ از ۶ و نحوه کاربرد آن در منزل، مرخص شدند و به آنها توضیح داده شد که چگونه با این دیلاتور بخوابند. صبح روز بعد بلافاصله پس از برداشتن شماره ۴ به سمت دیلاتور شماره ۵ پیشرفت کنند. در طی ۲-۱ روز بعد، بیماران به بزرگ‌ترین اتساع ممکن تشویق می‌شدند. مشاوره به مدت ۳ روز ادامه داشت. بیماران و همسرانشان پس از آن، تکنیک‌های مربوط به اتساع، انتقال به مقاربت، موقعیت‌های شل کردن عضلات لگنی و کاهش اضطراب را یاد گرفتند. به دنبال درمان، ۹۰/۳٪ بیماران با میانگین ۳/۵ هفته به مقاربت بدون درد دست یافتند. این برنامه که هم تظاهرات جسمی و هم روانی واژینیسموس را درمان می‌کرد، به‌نظر می‌رسید بدون هیچ‌گونه عارضه جانبی و

فیزیوتراپی

مطالعه مشاهده‌ای آینده‌نگر آبرئو پیرا و همکاران (۲۰۱۹) تحت عنوان پروتکل فیزیوتراپی با جریان تداخلی در درمان واژینیسموس که به بررسی تأثیر فیزیوتراپی بر واژینیسموس پرداختند، با هدف ارزیابی پروتکل بالینی با استفاده از جریان تداخلی در درمان واژینیسموس و مشاهده رفتار کاهش درد و فعالیت الکتریکی در عضله پرینه انجام شد. این مطالعه به شکل کارآزمایی بالینی کنترل شده با گروهی از بیماران مبتلا به واژینیسموس (۳۰ نفر) و گروه دیگر بدون واژینیسموس (۳۰ نفر) انجام شد. تمام زنان با مقیاس الگومتری، بیوفیدبک الکترومیوگرافی و مقیاس آنالوگ بصری درد به ارزیابی اولیه و ارزیابی مجدد قرار گرفتند. گروه واژینیسموس ۱۰ جلسه، ۲ بار در هفته، با جریان تداخلی (فرکانس = ۲۰۰۰ هرتز، دامنه تعدیل شده = ۸۰ هرتز، عرض پالس = ۲۰۰ میکروثانیه و شدت آن با توجه به سطح حسی) که به مدت ۳۰ دقیقه انجام می‌گرفت، تحت درمان قرار می‌گرفتند. این پروتکل یک گزینه احتمالی برای درمان واژینیسموس ارائه می‌دهد و فعالیت الکتریکی عضلات کف لگن در واژینیسموس را در مقایسه با زنانی که از این اختلال رنج نمی‌برند، بررسی می‌کند. با اندازه‌گیری فعالیت الکتریکی عضلانی قبل و بعد از مداخله در گروه واژینیسموس و گروه بدون این اختلال عملکرد جنسی، مشخص شد درد می‌تواند پس از فیزیوتراپی کاهش یابد (۲۵).

درمان موضعی با لیگنوکائین^۱

در مطالعه گزارش مورد پراچا و همکاران (۲۰۰۶)، یک زوج متأهل در کلینیک روان جنسی با سابقه ازدواج به وصال نرسیده به مدت یک سال و به دلیل اختلال نعوظ در شوهر مراجعه کرده بودند. در شرح حال دقیق، مشخص شد که مشکل واژینیسموس منجر به درد در هنگام مقاربت و در نتیجه خودداری از مقاربت به دلیل پیش‌بینی درد در هنگام مقاربت زن (۲۱ ساله) و شوهر (۲۴ ساله) و شکست ثانویه به دلیل عدم همکاری همسر شده است. این زوج در مورد آناتومی، فیزیولوژی دستگاه تناسلی و تکنیک‌های مناسب مقاربت آموزش دیدند. زوج

بدون بازگشت (طی پیگیری ۱ ساله) در این گروه ایمن و مؤثر باشد (۲۲).

در مطالعه برتولاسی و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف بررسی تأثیر نوروکسین نوع A بوتولینوم بر واژینیسموس انجام شد، ۳۹ زن مبتلا به واژینیسموس ارجاع شده از کلینیک اختلالات جنسی که با CBT درمان نشده بودند، وارد مطالعه شدند. تشخیص با استفاده از دستگاه الکترومیوگرام که فعالیت بیش از اندازه عضله لواترانی (بالابرنده مقعد) را ثبت می‌کرد، صورت می‌گرفت. تزریق بوتاکس به این عضله تحت هدایت الکترومیوگرام تحت بی‌حسی موضعی انجام گرفت. این زنان به طور میانگین ۱۰۵ هفته پیگیری شدند. پس از ۴ هفته، پیامدها (امکان داشتن رابطه واژینال و فعالیت عضله لواتر آنی) و پیامد ثانویه (شاخص عملکرد جنسی زنان) بهبود یافته بودند. وقتی پیگیری به پایان رسید، ۶۳٪/۲ از بیماران به طور کامل بهبود یافتند، ۱۵٪/۴ به تزریق مجدد نیاز پیدا کرده بودند (۲۳).

در مطالعه قاضی‌زاده و همکار (۲۰۰۴) تحت عنوان توکسین بوتولونوم برای درمان واژینیسموس مقاوم که به بررسی تأثیر این دارو پرداختند، ۲۴ زن از فوریه ۲۰۰۲ تا فوریه ۲۰۰۴ مراجعه کننده به کلینیک (میانگین سنی ۲۵ سال؛ دامنه ۱۹-۳۴ سال) با واژینیسموس درجه سوم تا چهارم (درجه ۳: ۳۷٪/۵؛ درجه چهار: ۶۲٪/۵ طبق طبقه‌بندی لامونت) که قبلاً درمان‌های ناموفق داشتند، وارد مطالعه شدند. توکسین بوتولینوم (۴۰۰-۱۵۰ میلی‌یونیت) در ۳ محل در دو طرف واژن به عضلات پوبورکتالیس (ماهیچه شرمگاهی - راست روده‌ای) تزریق می‌شد. ۲۳ بیمار (۹۵٪/۸) ۱ هفته پس از تزریق اجازه معاینه واژینال دادند که واژینیسموس کم یا تقریباً مشاهده نشد، ۱۸ نفر (۷۵٪) پس از تزریق اولین بار مقاربت رضایت‌بخشی داشتند، ۴ نفر (۱۶٪/۷) درد خفیف، ۱ نفر پس از تزریق دوم درمان شد، یک بیمار از معاینه واژن امتناع ورزید و تلاشی در انجام مقاربت نداشت و دیگری به دلیل ناتوانی ثانویه شوهرش، مقاربت نداشت. زنان به مدت متوسط ۱۲/۳ ماه (دامنه ۲-۲۴ ماه) پیگیری شدند و هیچ مورد عود مشاهده نگردید (۲۴).

¹ Lignocaine

قبل از تلاش برای انجام مقاربت و برای از بین بردن اضطراب، تشویق به انجام معاشقه و لذت بردن از این حس شدند. حساسیت‌زدایی سیستماتیک به صورت اتساع تدریجی واژن با استفاده از انگشتان روان شده آغاز شد، اما به دلیل ترس از درد زیاد، تعداد دفعات فعالیت جنسی تغییر نکرد. در پیگیری بعدی، استفاده از ژل ۵٪ لیگنوکائین به صورت موضعی در یک سوم خارجی واژن و پس از ۲ دقیقه اتساع با انگشت آغاز شد. با اطمینان خاطر، پذیرش ۲ انگشت بدون هیچ‌گونه شکایت از درد توسط بیمار امکان‌پذیر بود. در همان شرایط، زوجین توانستند ۳ انگشت را بدون هیچ‌گونه درد و اسپاسم به تدریج وارد واژن کرده و به بیمار توصیه شد قبل از اقدام به آمیزش، از ژل لیگنوکائین استفاده کنند. در پیگیری پس از ۲ هفته، زوجین موفقیت در مقاربت با نفوذ کامل گزارش کردند، در برخی مواقع بدون استفاده از ژل لیگنوکائین و دفعات مقاربت تقریباً روزانه انجام گرفت (۲۶).

بحث

در این مطالعه که به شکل مروری انجام شد، به مرور نقلی درمان‌های انجام شده در واژینیسموس پرداخته شد. واژینیسموس به طور رایج به عنوان یک بیماری قابل درمان می‌شود. داده‌های این مرور، با ارائه یک معیار کمی برای دستیابی به موفقیت (مقاربت) با درمان‌های مختلف تا حدودی این دیدگاه را حمایت می‌کند. درمان‌های فیزیکی مانند استفاده از دیلاتور و یا ورزش‌های کف لگن درمان‌های شناختی رفتاری جز دسته درمان‌های روانی می‌باشند و برخی درمان‌ها به شکل ترکیبی (درمان روانی - فیزیکی) برای این اختلال مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در متآنالیزی که ماسرولی و همکاران (۲۰۱۸) انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که زنان مبتلا به واژینیسموس از طیف وسیعی از درمان‌ها (مانند درمان جنسی رفتاری، CBT، درمان دارویی، فیزیوتراپی کف لگن و برداشتن بقایای هایمن) استفاده کرده‌اند و تقریباً در ۸۰٪ موارد ثابت نشده که هیچ رویکردی نسبت به سایرین در زمینه دستیابی به مقاربت موفق برتر از دیگری باشد (۳).

درمان CBT، گایدلاین‌های ارائه شده توسط ویجما و ویجما (۱۹۹۷) را شامل می‌شود. جلسات به صورت هفتگی یا هر دو هفته یکبار و از نوعی حساسیت‌زدایی سیستماتیک با قرار گرفتن مرحله‌ای و به تدریج در معرض دیلاتور برای دخول در زمینه‌ای که با شل شدن کامل عضلات کف لگن، آرامش و کنترل خود فرد مشخص می‌شود، برگزار می‌گردد، زنان ابتدا یاد می‌گرفتند که عضلات کف لگن خود را کاملاً آگاهانه منقبض کنند و پس از آن آموزش شل کردن عضلات کف لگن انجام می‌شد و در حین انجام این فعالیت‌ها نه عکس‌العمل غیرارادی و نه درد وجود نداشت. (۱۲). در مطالعه‌ای دیگر CBT مرحله به مرحله به ترتیب (۱) آشنا شدن با اختلالات جنسی در زنان و درمان شناختی رفتاری؛ (۲) تعریف جهت‌گیری جنسی طبیعی و پاسخ-های فیزیولوژیک و توصیف چرخه‌های جنسی زن و مرد؛ (۳) آموزش شل کردن عضلات؛ (۴) آموزش ارتباط مؤثر؛ (۵) آموزش‌های حل مسئله، تقویت اعتماد به نفس و مهارت‌های مدیریت خشم؛ (۶) بازسازی شناختی در رابطه با اختلالات روانی جنسی؛ (۷) بهبود تکنیک‌ها و مهارت‌های جنسی (تمرکز حسی ۱)؛ (۸) بهبود تکنیک‌ها و مهارت‌های جنسی (تمرکز حسی ۲)؛ و مراحل ۹ تا ۱۱ حساسیت‌زدایی تدریجی برای دخول جنسی. هر یک از این مباحث مهم در بسته آموزشی در طی یک یا دو جلسه توضیح داده می‌شد (۲۶). کوئلی و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند که ۸۹٪ افراد در دوره پس از درمان مقاربت جنسی داشتند، در حالی که در شرایط کنترل فقط ۱۱٪ بود. یافته انگمان و همکاران (۲۰۱۰) نیز حاکی از موفقیت این درمان در دستیابی به مقاربت جنسی بود. در این مطالعه گروه کنترل وجود نداشت (۱۳). جوو تی سئو و همکاران (۲۰۰۵) نیز که به شکل ترکیبی (تحریک الکتریکی عملکردی - بیوفیدبک و درمان شناختی رفتاری جنسی) به درمان واژینیسموس پرداخته بودند، همه بیماران به مقاربت موفقیت‌آمیز در حین و پس مطالعه دست یافته بودند و نمونه‌ای نیز از مطالعه خارج نگردیده بود (۱۴).

یراقی و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود که به مقایسه اثر تحریک الکتریکی عملکردی از طریق درمان

شناختی / رفتاری جنسی (CBT) عضلات کف لگن با تزریق موضعی سم بوتولینوم می‌پرداختند، در مجموع نزدیک به ۷۵٪ میزان موفقیت دو روش درمانی و تفاوت چشمگیر در نتایج درمان را نشان دادند. روش استاندارد فیزیوتراپی در همراهی تکنیک‌های CBT مثل حساسیت زدایی تدریجی از موفقیت بیشتری نسبت به تزریق بوتاکس در تمام حوزه‌های عملکرد جنسی برخوردار و این تفاوت از نظر آماری بود. همچنین ارزیابی هر گروه قبل و بعد از درمان نشان داد که لوبریکاسیون و میل بهبود قابل توجهی در گروه فیزیوتراپی با تکنیک CBT نسبت به تزریق بوتاکس تنها داشته است (۱۵).

دیلاتورهای درجه‌بندی شده که معمولاً به صورت لوله‌های شیشه‌ای به قطر ۲، ۴، ۵ و ۶ سانتی‌متر و یا ۳، ۵، ۷ تا ۱۰ سانتی‌متر طول، طراحی می‌گردند شکل ۲. این برنامه برای اولین بار توسط یک دکتر یا کارشناس با استفاده از کوچک‌ترین دیلاتور انجام می‌شود. بعد از آن، بیماران تشویق می‌شوند که به آرامی همان گشاد کننده را وارد کنند. این تمرین بارها و بارها با فواصل استراحت تکرار می‌شود. در صورت بروز اسپاسم دردناک، وارد کردن بدون برداشتن متوقف می‌گردد. بیماران را با بزرگ‌ترین دیلاتوری که می‌توانستند به راحتی وارد کنند، به خانه فرستاده شده و قرار دادن روزانه به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه توصیه می‌شدند. بعد از یک هفته، اندازه دیلاتور به اندازه بعدی افزایش می‌یافت. این کار هفتگی ادامه داشت تا زمانی که بیماران از بزرگترین گشادکننده موجود استفاده می‌کردند. پس از وارد کردن بزرگ‌ترین گشادکننده، دخول به شکل زن در پوزیشن فعال و مرد غیرفعال توصیه می‌شود. موفقیت این درمان با توانایی بیمار در رسیدن به مقاربت بدون درد پس از درمان اندازه گیری می‌شود (۲۷).

در مطالعه مونیک و همکاران (۲۰۱۳) قرار گرفتن تدریجی (مرحله‌ای) در معرض با کمک درمانگر، ۸۹٪ شرکت‌کنندگان به دخول موفقیت‌آمیز در مقایسه با ۱۱٪ در گروه کنترل دست یافتند. ۹۰٪ افراد درمان شده دخول را در دو هفته اول گزارش کردند. کلاسیک‌ترین روش درمانی واژینیسموس قرار گرفتن تدریجی به کمک درمانگر می‌باشد. همچنین درمان به این روش موجب

کاهش متغیرهای ترس از نزدیکی و استرس جنسی شده بود. برخلاف تغییرات قابل توجه و بالینی در اقدامات مربوط به دخول واژینال، این روش به تغییرات بالینی در سایر جنبه‌های عملکرد جنسی با شریک زندگی (مانند افزایش میل جنسی، تحریک شدن، لوبریکاسیون و یا ارگاسم) توجه نمی‌کرد. در نتیجه اگر عملکرد جنسی یا رضایت جنسی مشکلی دارد، حتی پس از دستیابی به توانایی برقراری رابطه واژینال، یک بسته درمانی که به‌طور خاص بر لذت و تحریک جنسی در هنگام فعالیت جنسی (از جمله مقاربت) متمرکز است، می‌تواند برای برخی از زوجین مفید باشد (۱۵). مطالعه اصلان و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که قرار گرفتن تدریجی به‌وسیله دیلاتور نسبت به استفاده از انگشتان نتایج بهتری در نمره FSFI (از جمله میل، برانگیختگی، لوبریکاسیون، ارگاسم، رضایت‌مندی، درد و نمره کل FSFI) داشته است، که نشان‌دهنده عملکرد خوب جنسی است. این مطالعه چند فاکتور کلیدی را نشان داد. دیلاتورواژینال در تداوم درمان از انگشت موفق‌تر بود. ریزش در گروه دیلاتور به‌علت فاکتور محیطی و ارتباطی و در گروه استفاده از انگشت عوامل روانی مانند ترس از خود لمسی، شرم و انزجار غالب بود. این مطالعه نشان داد که روش درمانی مورد استفاده بیماران در موفقیت درمان تأثیرگذار است (۱۷).

اما در هیپنوتیزم درمانی اولین گام، آموزش تکنیک تن‌آرامی می‌باشد. از این روش برای کاهش اضطراب در شل کردن عضلات واژن استفاده می‌شود که طی یک هفته تمرین صورت می‌پذیرد. گام بعد هیپنوتیزم، خلسه مثبت‌اندیشی می‌باشد. بر اساس این موقعیت بیمار خود را آرام کرده و از خلسه مثبت برای مقابله با اجتناب روانی خود استفاده می‌کند. طبق اظهارات درمانگر، فرد خود را در باغ شگفت‌انگیز با همسرش تصور می‌کند و رابطه جنسی کامل با او را تجربه می‌کند (و حتی به ارگاسم نیز می‌رسد). این تجربه به عنوان فرآیند شناختی در هنگام هوشیاری بیمار مورد استفاده قرار گرفته است. در آخر بیمار پس از یک هفته توانایی دخول کامل دارد و پس از گذشت ۳ ماه از درمان با پیگیری از تمام فعالیت‌های جنسی خود ابراز رضایت می‌کند (۲۰).

باکتریا و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود با هدف بررسی اثربخشی هیپنوتیزم به روش مواجهه درمانی در بهبود عملکرد جنسی، فاجعه‌سازی درد و باورهای غیرمنطقی در خصوص رابطه جنسی اجرا شد. نتایج نشان داد حساسیت‌زدایی منظم و مواجهه درمانی در حالت خلسه هیپنوتیزی با کم کردن ترس و تغییر در باورها این امکان را برای زنان مبتلا فراهم می‌کند تا با یک برنامه فردی و بدون تمرینات خانگی و استفاده از انگشت یا دیلاتور و بدن حضور همسر بر مشکل فائق آیند. هیپنوتراپی در کنار حساسیت‌زدایی منظم و با ایجاد شرایطی برای تجربه موقعیت ترس‌آور بتواند بدون استفاده از دیلاتور درمان مناسبی برای واژینیسموس باشد و باعث کوتاه شدن تعداد جلسات دوره درمان گردد. علی‌رغم اثربخش بودن هیپنوتراپی در این تحقیق، کم بودن تعداد نمونه و استفاده از نمونه‌های در دسترس امکان تعمیم نتایج سخت می‌باشد (۱۸). هیپنوتیزم درمانی زمانی می‌تواند درمان قابل قبول و مقرون به‌صرفه باشد که به رفع واژینیسموس کمک کرده و رضایت جنسی را در هر دو شریک جنسی بهبود بخشد. زنان مبتلا به واژینیسموس می‌توانند با موفقیت بدون هیپنوتیزم درمانی همزمان همسرانشان درمان شوند (۱۹).

این مرور نشان داد که سم بوتولینوم (بوتاکس) نیز توانست هم تظاهرات روانی هم جسمی واژینیسموس را بهبود بخشد که با هدف کاهش تون عضلات کف لگن با مکانیسم ایجاد فلج موقتی در عضلات، در درمان واژینیسموس به کار رفته است. استفاده از سم بوتولینوم (۱۵۰ تا ۴۰۰ واحد سم بوتولینوم نوع A که در سه نقطه در عضلات لواتور آنی تزریق می‌شود) از مطالعات تجربی می‌باشد (۲۷). هنگامی که توکسین بوتولینوم تجویز می‌شود، ملاحظات مهم شامل مقدار تزریق در عضله، میزان کل تزریق، تعداد محل تزریق و انتخاب مناطق مناسب برای تزریق، می‌باشند. مطالعه حمدی اشرف و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که بوتاکس در درمان واژینیسموس ایمن و مؤثر می‌باشد، و موجب بهبود نمرات FSFI، ارتباطات بیمار و توانایی پیشرفت در مقایرت بدون درد می‌گردد (۲۱). پاسیک (۲۰۱۵) نیز

نشان داد تزریق ۱۵۰ واحد توکسین بوتاکس و اتساع پیشرونده تحت بی‌حسی، مشاوره پشتیبانی پس از درمان می‌توانست در درمان واژینیسموس ایمن و مؤثر باشد و منجر به بهبود نمرات FSFI و ارتباطات بیمار شده است (۲۲). برتولاسی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان دادند تزریق نوع A نورو توکسین بوتولینوم برای افراد دچار واژینیسموس که درمان استاندارد شناختی رفتاری در آنها با شکست مواجه شده، می‌تواند مفید باشد. بعد از اینکه بیماران نورو توکسین بوتولینوم نوع A دریافت کردند، فعالیت جنسی آنها بهبود و تزریق مجدد مزایای ماندگارتری را به همراه داشت (۲۳). مطالعه قاضی‌زاده و همکاران (۲۰۰۴) تزریق بوتولینوم نوع A را در درمان موارد متوسط و شدید واژینیسموس را نشان داد. با این حال، ابتدا باید انواع دیگر درمان‌ها مانند روش‌های رفتار درمانی را امتحان کرد و در انواع مقاوم به درمان که درمان‌های معمولی با شکست روبرو شده‌اند، می‌توان تزریق موضعی سم بوتولینوم را در نظر گرفت (۲۴).

فیزیوتراپی که از دسته درمان فیزیکی واژینیسموس می‌باشد با تأثیر بر فعالیت الکتریکی عضلات کف لگن می‌تواند منجر به بهبود علائم گردد. در میان تکنیک‌ها و منابع مختلف درمانی، تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست (TENS) یک روش غیردارویی برای شل کردن عضلات و کاهش درد در واژینیسموس می‌باشد. می‌توان از دستگاه‌های جریان تداخلی (IC) استفاده کرد. فرکانس آنها می‌تواند از ۱ تا ۴۵۰۰ هرتز متغیر می‌باشد. جریان تداخلی منجر به کم کردن مقاومت در پوست و به عمق بافت نفوذ می‌کند، درد را کاهش می‌دهد و باعث شل شدن عضلات می‌گردد. نتایج برخی از مطالعات، اهمیت و ارزش نتایج به‌دست آمده درمان واژینیسموس با استفاده از فیزیوتراپی با کمک تکنیک‌هایی چون توانبخشی اختلال عملکرد جنسی در کنار استفاده از کتابچه‌های راهنما، تمرینات پرنه‌ای و گشاد کننده‌ها، را نشان داده است. تحریک الکتریکی معمولاً در ۱۰ جلسه، با استفاده از IC فرکانس حامل ۲۰۰۰ هرتز با دامنه تعدیل شده فرکانس ۸۰ هرتز، انجام می‌شود و طول مدت استفاده از جریان ۳۰ دقیقه، ۲ بار در هفته تکرار می‌شود، می‌تواند در درمان واژینیسموس سودمند

می‌تواند منجر به دخول موفقیت‌آمیز و رضایت‌بخش در این بیماران گردد. یک مسئله مهم در ارزیابی روند درمان این است که چگونه یک نتیجه درمان موفقیت‌آمیز محسوب می‌شود. بیشتر کارآزمایی‌ها نتیجه نهایی را توانایی دستیابی به دخول واژینال از طریق مقاربت جنسی دانسته‌اند، در حالی که مقاربت موفقیت‌آمیز به وضوح اولین قدم مهم، اما اگر با رضایت و احساس لذت‌بخشی از زوجین همراه نباشد، درمان مؤثر جای سؤال دارد. با توجه به شواهد موجود محدود، احتیاط زیادی در تفسیر بالینی نتایج لازم است. برای انجام نتیجه‌گیری قطعی در مورد کارایی مداخلات مربوط به واژینیسموس، کارآزمایی‌های بالینی خوب طراحی شده دیگری با نتایج مناسب‌تر و نه نتیجه صرف دخول موفقیت‌آمیز لازم می‌باشد و به‌نظر نمی‌رسد طی چند سال آینده این اتفاق بیفتد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که حمایت مادی و معنوی این پژوهش را به عهده داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

باشند. در مطالعه کارلا و همکاران نیز نشان دادند که با اندازه‌گیری فعالیت الکتریکی عضلانی قبل و بعد از مداخله در گروه واژینیسموس انتظار می‌رود که درد کاهش یابد (۲۵).

استفاده از ژل ۵٪ لیگنوکائین به‌صورت موضعی اسپاسم را کاهش، و اجازه وارد کردن سه انگشت را به راحتی می‌دهد. به‌دنبال آن اسپاسم عضلات لگن ثانویه به درد توسط ژل موضعی ۵٪ لیگنوکائین برطرف و در نتیجه امکان اتمام مقاربت (دخول کامل) فراهم می‌گردد. بنابراین ممکن است در هنگام دیلاته کردن واژن با انگشت یا سایر رویکردهای رفتاری در درمان واژینیسموس به عنوان یک ماده کمکی، سودمند باشد (۲۶).

آنگین و همکاران (۲۰۲۰) درباره تأثیر عوامل مستعد کننده در موفقیت و طول دوره درمان به این نتیجه رسیدند افراد مبتلا به واژینیسموس از وضعیت خود آگاه هستند، و در صورتی که خود بخواهند درمان امکان‌پذیر است. از نظر میزان موفقیت هیچ تفاوتی بین روش‌های درمانی وجود ندارد. با این حال، بیماران در صورت داشتن سابقه واژینیسموس در بستگان یا حضور شریک جنسی که دائماً او را سرزنش می‌کند، در برابر درمان مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. البته در این مطالعه تعداد افراد شرکت‌کننده کم بود و به‌گونه‌ای یک تحقیق مقدماتی برای انجام تحقیقات گسترده‌تر محسوب می‌شد (۲۷).

نتیجه‌گیری

از آنجایی که تشخیص واژینیسموس پیچیده بوده و طبق مطالعات در تشخیص بالینی واژینیسموس، وستیبولو دینیا^۱ (درد و تحریک‌پذیری واژن هنگام دخول) و دیس‌پارونی با هم همپوشانی دارند، یک تیم چندتخصصی شامل متخصص زنان، فیزیوتراپیست و روانشناس/درمانگر جنسی، باید در ارزیابی و درمان واژینیسموس حضور داشته باشند. این بررسی نشان داد که درمان شناختی رفتاری (CBT)، استفاده از دیلاتورهای واژینال، هیپنوتراپی، بوتاکس و فیزیوتراپی

¹ Vestibulodynia

1. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International urogynecology journal* 2014; 25(12):1613-20.
2. Маршанія З. Certain socio-cultural aspects of prevalence and treatment of vaginismus in Georgia. *Health of Man* 2017; 1(60):71-3.
3. Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, et al. Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine* 2018; 15(12):1752-64.
4. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of sexual behavior* 1998; 27(3):295-307.
5. Sh S, Keramat A, Malary M, Rezaie Chamani S. A Systematic Review of Vaginismus Prevalence Reports. *J Ardabil Uni Med Sci* 2019; 19(3):263-71.
6. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health* 2010; 6(5):705-19.
7. 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.
8. Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T, et al. Psychosocial correlates of vaginismus diagnosis: A case-control study. *Journal of sex & marital therapy* 2019; 45(1):73-83.
9. 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):9-18.
10. Marthasari RS, Marlinata A, I'tishom R. Vaginismus and Infertility. *Indonesian Andrology and Biomedical Journal* 2020; 1(2):48-53.
11. Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. Can botox offer help women with vaginismus? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Sexual Health* 2019; 31(3):233-43.
12. Engman M, Wijma K, Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cognitive behaviour therapy* 2010; 39(3):193-202.
13. 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.
14. Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH. Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology* 2005; 66(1):77-81.
15. Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareschi SM, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *International urogynecology journal* 2019; 30(11):1821-8.
16. Ter Kuile MM, Melles R, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, van Lankveld JJ. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list control trial of efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology* 2013; 81(6):1127.
17. Aslan M, Yavuzkır Ş, Baykara S. Is "Dilator Use" More Effective Than "Finger Use" in Exposure Therapy in Vaginismus Treatment?. *Journal of sex & marital therapy* 2020; 46(4):354-60.
18. 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.
19. Pourhosein R, Ehsan ZB. Using hypnosis in a case of vaginismus: a case report. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2011; 15:3886-9.
20. Al-Sughayir MA. Vaginismus treatment. Hypnotherapy versus behavior therapy. *Neurosciences Journal* 2005; 10(2):163-7.
21. Elsheikh AH. Botox injection for treatment of refractory vaginismus in Egyptian Women. *Life Science Journal* 2018; 15(1):45-50.
22. Pacik PT. Onabotulinumtoxin A as part of a multimodal program to treat vaginismus. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 2015; 20(1):25-36.
23. Bertolasi L, Frasson E, Cappelletti JY, Vicentini S, Bordignon M, Graziottin A. Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 114(5):1008-16.
24. Ghazizadeh S, Nikzad M. Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus. *Obstetrics & gynecology* 2004; 104(5):922-5.
25. de Abreu Pereira CM, Ambrosio RT, Borges EM, Lima SM, dos Santos Alves VL. Physiotherapy protocol with interferential current in the treatment of vaginismus-Observational and prospective study. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal* 2019: 1-5.

26. Praharaj SK, Verma P, Arora M. Topical lignocaine for vaginismus: a case report. International journal of impotence research 2006; 18(6):568-9.
27. Anđın AD, Gn İ, Sakin Ö, Çıkman MS, Eserdađ S, Anđın P. Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. JBRA assisted reproduction 2020; 24(2):180-8.