

اثربخشی آموزش تن آرامی بر عملکرد جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس

The Effectiveness of Relaxation Training in Improving Sexual Function in Women with Vaginismus

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۰۸/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۲۲

M. Panahi., S.A. Darbani., F. Eslami

مریم پناهی^۱، سیدعلی دربانی*^۲، فریدون اسلامی^۳

Abstract

Aim: The present study aimed to evaluate the effectiveness of relaxation training in improving sexual function in women with vaginismus in Tehran. **Method:** The present study was quasi-experimental and had a pretest-posttest and follow-up design with experimental and control groups and examined 18 women with vaginismus, who visited Mehravar counseling center, and the accompanying group in Tehran in the summer of 2016. Among the participants, we selected 18 women, who had vaginismus based on the sexual function questionnaire by Rosen et al. (2000) and clinical interviews, using convenience sampling, and randomly divided them into experimental (n=8) and control (n=8) groups. Women in the experimental group participated in an individual and group relaxation training course during six 2-hour sessions per week, and women in the control group received no intervention. We collected data and analyzed them using the repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results indicated that relaxation training was effective in improving female sexual function ($F=79.58, P=0.001$) and the effect was stable in the follow-up phase. **Conclusion:** relaxation training decreased anxiety and fear of

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف اثربخشی آموزش تن آرامی بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس شهر تهران انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و گواه بود که در تابستان ۹۵ بر روی ۱۸ زن مبتلا به واژینیسموس مراجع کننده به مراکز مشاوره مهرآور و گروه همراه شهر تهران انجام شد. از بین افراد مراجعه کننده، زنانی که بر اساس پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی مبتلا به واژینیسموس بوده، ۱۸ زن به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و گواه (۸ نفر) قرار گرفتند. زنان گروه آزمایش در یک دوره آموزش تن آرامی که طی ۶ جلسه ۲ ساعته هفتگی به صورت انفرادی و گروهی برگزار شد، شرکت کردند و زنان گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد آموزش تن آرامی بر عملکرد جنسی زنان ($F=79.58, P=0.001$) مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بوده است. **نتیجه‌گیری:** بنابراین

^۱ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

^{۲*} نویسنده مسئول: دکترای مشاوره خانواده، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ایران

^۳ دکترای مشاوره خانواده، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ایران

intercourse in women with vaginismus after the end of treatment sessions and after a two-month follow-up period.

Keywords: *Relaxation; Sexual function; Vaginismus*

نتیجه می‌گیریم تمرین‌های تن آرامی باعث کاهش اضطراب و ترس از مقاربت در زنان دارای واژینیسم پس از خاتمه جلسات درمانی و پس از دوره پیگیری دو ماهه شد.
کلیدواژه‌ها: *تن آرامی، عملکرد جنسی، واژینیسموس*

مقدمه

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی - روانی^۱ (DSM-IV)، اختلال عملکرد جنسی^۲ به عنوان اختلالی در چرخه پاسخ جنسی یا درد در هنگام رابطه جنسی تعریف می‌شود (حمید، دهقانی‌زاده و فیروزی، ۱۳۹۱). معیار ICD-10 (دهمین تجدید نظر طبقه‌بندی آماری بین‌المللی 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 (سادوک، سادوک و رویز، ۲۰۰۹). عملکرد نامطلوب جنسی زنان یک مشکل رایج است که اثرات زیان بخشی بر کیفیت زندگی آنان دارد (کلایتون، ۲۰۱۰). عملکردهای نامطلوب جنسی زنان در اختلالات میل، انگیزختگی، ارگاسم و درد (شامل مقاربت دردناک و واژینیسم) طبقه‌بندی می‌شود. 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 (بوگارت، ساتورپ، لیوت، کلیمنز و بری، ۲۰۱۱).

واژینیسموس^۳، انقباض غیرارادی و مداوم عضلات مربوط به یک سوم بخش بیرونی واژن است که با نفوذ آلت مردانه، انگشت، اسپکولوم و ... به داخل واژن تداخل ایجاد می‌کند (برتولاسی، فراسون، کاپلتی، ویسنینی و بردیگنن، ۲۰۰۹). واژینیسموس در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش پنجم تحت عنوان اختلال تناسلی - لگنی وابسته به دخول/درد تعریف می‌شود (رستمی، رامش و همت‌بلند، ۱۳۹۴). مطالعات مختلف گویای این است که واژینیسموس پاسخ شرطی به ترس است، به طوری که فعالیت جنسی با درد تداعی شده و به نوبه خود موجب برانگیختگی اضطراب مفرط در زمینه هرگونه موضوع مربوط به فعالیت جنسی می‌شود (ورنر، گروس، فرارا و مارکوس،

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. Sexual Dysfunction
3. Vaginismus

۲۰۱۲). واژینیسموس معمول‌ترین علت ازدواج‌های وصال نیافته در زنان است؛ با توجه به اینکه زنان مبتلا به واژینیسموس تمایلی به مطرح کردن بیماری خود برای خانواده و پزشک ندارند، شواهد معتبری از میزان نرخ شیوع این بیماری وجود ندارد. با این وجود، تصور می‌شود که این بیماری، ۵-۱۷ درصد زنان در یک موقعیت بالینی را دربرگیرد (مک‌کول، تئوریچ و آفل‌باخر، ۲۰۱۴). با وجود اینکه تاکنون علل زیستی یا روان‌شناختی مشخصی برای واژینیسموس مطرح نشده است، اخیراً تأکید بر نقش مؤلفه روان‌شناختی بوده و به نقش عواملی چون وجود تجارب منفی واقعی یا ذهنی در مورد رابطه جنسی، آزار جنسی^۱ و عدم آگاهی جنسی اشاره شده است (روزن، برگرون و سادی‌کاج، ۲۰۱۴؛ سیوسا، لیمونسین و دی‌توماسو، ۲۰۱۳). با توجه به دخالت عوامل متعدد در سبب‌شناسی واژینیسموس، برخی از محققان بر لزوم استفاده از رویکرد درمانی چندبعدی جسمی روانی در درمان این بیماران تأکید دارند؛ بر همین اساس، روش‌های درمانی متعدد چون مواجهه سازی و حساسیت‌زدایی تدریجی^۲ با استفاده از دیلاتور در سایزهای مختلف (فوگل-مییر، بوهم-استارک و دامستد، ۲۰۱۳؛ ملز، ترکویل، دی‌وایت، ون‌والکولد، بروئر و دی‌یونگ، ۲۰۱۴)، درمان شناختی، آموزش تن‌آرامی^۳، درمان دارویی از جمله استفاده از بنزودیازپین‌ها (ترکویل، ملز، دی‌گروت، هایجمن-راسولد و ونلانکولد، ۲۰۱۳)، تزریق سم بوتولینوم (ورنر، فورد، پاسیک، فرارا و مارکوس^۴، ۲۰۱۴)، درمان شناختی رفتاری^۵ (انگمن، ویچما و ویچم، ۲۰۱۰؛ ون‌والکولد و برومنز، ۲۰۱۱) و بیوفیدبک^۶ (سئو، چو، لی‌کیم، ۲۰۰۵) در این زمینه مورد استفاده قرار گرفته است. در واژینیسموس، عضلات کف لگن به طور غیرارادی در حین ارگاسم منقبض شده و این موقعیت را تهدیدآمیز می‌نماید. در واقع، شاخصه اسپاسم مهبل، ویژگی مهم واژینیسموس بوده و ترس یا درد و اجتناب ناشی از آن ترس و درد با میل بیمار برای برقراری مقاربت تداخل ایجاد کرده و مانع آن می‌شود (مک‌کول و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از روش‌های درمان در این زمینه روش جاکوبسون^۷ است که برای رفع تنش پیش‌رونده متکی بر سفت و شل کردن هماهنگ است که از پا شروع شده و تمام بدن را فرا می‌گیرد. از این رو، تن آرامی، ساده‌ترین و آسان‌ترین روش مداخله روان‌شناختی است که نخستین بار، جاکوبسن (۱۹۳۴) آن را

1. Sexual abuse
2. Gradual desensitization
3. Relaxation training
4. Werner, Ford, Pacik, Ferrara, & Marcus
5. Cognitive behavioral therapy
6. Biofeedback
7. Jacobson

تحت عنوان « تن آرامی پیش‌رونده^۱ » مطرح نموده است (ترکویل و همکاران، ۲۰۱۳). تن آرامی پیش‌رونده عضلانی باعث افزایش فعالیت چرخه پاراسمپاتیک شده و از این طریق تنش‌های عضلانی را خنثی و بی‌اثر می‌کند. این روش از طریق ایجاد حالات متضاد کشش و شل کردن عضلات به‌وسیله خود فرد انجام می‌گیرد (هاشم‌زاده، گروسی‌فرشی، چلبیانلو و ملکی، ۱۳۹۰). لی و گارسین (۲۰۱۰) در بررسی‌ای نشان دادند که تن آرامی عضلانی پیش‌رونده به‌طور مؤثری می‌تواند استرس، مشکلات خواب، آشفتگی خلقی، علائم خستگی و آشفتگی‌های روانی را کاهش دهد. با توجه به اینکه بیماری واژینیسیموس با پیامدهای منفی متعددی همچون تخریب رابطه زوجین، ناباروری و اختلال نعوظ ثانویه در همسر بیمار همراه بوده و به‌کارگیری راهبردهای مؤثر در درمان آن امری حائز اهمیت است (روزن و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به مطالب ذکر شده، به نظر می‌رسد که در درمان بیماران واژینیسیموس، آموزش تن آرامی به افزایش آرمیدگی و کنترل ارادی عضلات کف لگن کمک می‌کند (مک‌کی، گریگوری، نانز و نیر، ۲۰۱۵). بدین ترتیب، از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای به اثربخشی آموزش تن آرامی در درمان واژینیسیموس و بهبود وضعیت جنسی آن‌ها نپرداخته است، مطالعه حاضر به اثربخشی آموزش تن آرامی بر مبتلایان به واژینیسیموس می‌پردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه و پیگیری ۲ ماهه بود. نمونه مورد مطالعه، ۱۶ زن مبتلا به اختلال واژینیسیموس بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مبتلایانی که از سوی متخصصان زنان به این بیماری تشخیص و به مرکز مشاوره مهرآور تهران ارجاع داده شده بودند، انتخاب شدند. تشخیص واژینیسیموس در مصاحبه بالینی، متأهل بودن، برخوردار بودن از سلامت جسمی و روانی از ملاک‌های ورود و یائسگی، ابتلا به هر نوع بیماری جسمی و روانی، مصرف هر نوع داروی جنسی در طول مداخله و ابتلای همسران آن‌ها به اختلالات جنسی از ملاک‌های خروج 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؛ پس از آن افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و گواه (۸ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در یک دوره آموزش تن آرامی که طی ۷ جلسه ۱ ساعته هفتگی به صورت انفرادی و گروهی برگزار شد.

^۱ Progressive Relaxation

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه عملکرد جنسی زنان^۱ (FSFI): این شاخص با ۱۹ سؤال عملکرد جنسی زنان را در حوزه‌های میل، برانگیختگی روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد می‌سنجد که توسط روزن و همکارانش (روزن، براون و هیمن، ۲۰۰۰) ساخته شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود که با نتایج تحقیقات روزن و همکاران (۰/۸۹ یا بالاتر) و ویگل و همکاران (۰/۸۰ یا بالاتر)، هماهنگی دارد. مطالعه روزن و همکاران (۲۰۰۰)، روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. همچنین پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (روزن و همکاران، ۲۰۰۰). اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط محمدی، حیدری و فقیه‌زاده (۱۳۸۷) مورد بررسی قرار گرفته است. پایایی شاخص برای هر یک از ۶ حوزه و کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. ضریب اعتبار کلی آزمون با دو روش تنصیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۵ گزارش شد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

شیوه اجرا: گروه آزمایش، برنامه آموزشی تن آرامی را دریافت نمودند؛ چنانچه که در اولین جلسه آموزشی بر منطق تن آرامی و تأثیر تن آرامی بر کاهش اضطراب تأکید گردید. طی جلسات آموزشی، تکنیک تن آرامی کاربردی آموزش داده شد. اهم آموزش‌های داده شده شامل انجام تنفس عمیق، شل کردن عضلات، تن آرامی به روش رها شدگی، تن آرامی از طریق شرطی شدن، تن آرامی افتراقی و تصویرسازی بود. به منظور اطمینان از انجام تن آرامی در منزل، به نمونه‌ها، چک لیست ثبت انجام تمرین داده شد و از آن‌ها خواسته شد که حداقل روزی دو بار تمرین را انجام داده و در چک لیست مربوطه علامت بزنند در شروع جلسه بعدی پس از دریافت چک لیست، مطالب آموزشی جلسه قبل مرور و به سؤالات افراد پاسخ داده می‌شد. در آموزش تن آرامی از نمایش عملی، ایفای نقش، سخنرانی و سی دی آموزشی تن آرامی استفاده شد که خلاصه محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است. در گروه گواه هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت؛ اما به لحاظ اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش، برنامه آموزشی تن آرامی برای آن‌ها نیز اجرا شد. در پایان، هر دو گروه آزمایش و گواه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. همچنین پس از دو ماه (دوره پیگیری) بار دیگر ارزیابی‌ها انجام شد. ابزار مورد استفاده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبوک -روست (۱۹۸۶) بود. همچنین در طول انجام پژوهش ریزش نمونه وجود نداشت. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی به منظور سازمان‌دهی اطلاعات کمی به دست آمده از پرسش - نامه و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و از نرم‌افزار Spss نسخه بیست و سوم برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.

^۱Female Sexual Function Index

جدول ۱. خلاصه محتوای آموزشی جلسات درمان

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آموزش تکنیک تن آرامی همراه با پیش‌آزمون
جلسه دوم	انجام تمرینات تن آرامی توسط آزمودنی‌ها و بازگو کردن احساسات مربوط به خستگی جسمانی و روحی
جلسه سوم	انجام تمرینات تن آرامی توسط آزمودنی‌ها و بیان تجربه احساسات مربوط به آرمیدگی
جلسه چهارم	انجام تمرینات تن آرامی توسط آزمودنی‌ها و بحث درباره راحتی بدنی و القاهای ذهنی، واکنش‌ها و پاسخ‌های بدنی آرام
جلسه پنجم	بحث و گفتگوی آزمودنی‌ها در مورد کاهش نگرانی‌ها و تنش‌های درونی، بعد از انجام تمرینات تن آرامی
جلسه ششم	انجام تمرینات تن آرامی توسط آزمودنی‌ها همراه با اندیشیدن عمیق به مفهوم کلمه آرامش
جلسه هفتم	انجام تمرینات تن آرامی توسط آزمودنی‌ها و بیان تداعی یک صحنه آرام‌بخش تکمیل پرسشنامه‌ها و اجرای پس‌آزمون بعد از انجام تمرینات تن آرامی

یافته‌ها

زنان شرکت‌کننده (گروه آزمایش و گروه گواه) در این پژوهش دارای میانگین سنی ۳۱/۱۲ سال و انحراف معیار ۳/۱۸ بودند. ۱۱،۸٪ زنان دارای مدرک دیپلم (۲ نفر)، ۱۷،۶٪ دارای مدرک کاردانی (۳ نفر)، ۴۱،۲٪ دارای مدرک لیسانس (۷ نفر) و ۲۳،۵٪ دارای مدرک فوق لیسانس (۴ نفر) بودند. همچنین ۲۳،۵٪ از زنان خانه‌دار (۴ نفر) و ۷۰،۶٪ نیز شاغل (۱۲ نفر) بودند و میانگین طول مدت ازدواج این زنان ۴/۶۸ سال بود.

جدول ۲. داده‌های توصیفی نمرات گروه آزمایش و گواه (n=۱۶)

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد	آزمایش	۴۳/۰۰	۱/۵۱	۵۳/۱۲	۲/۰۳	۵۳/۲۸	
جنسی	گواه	۴۳/۶۲	۱/۰۶	۴۳/۸۱	۱/۰۰	۴۳/۸۴	

اطلاعات جدول (۲) حاکی از افزایش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۳. نتایج مفروضه‌های متغیر عملکرد جنسی

متغیر	W موخلی	χ^2 مقدار	سطح معناداری	شاپیرو ویلک		لوین
				آماره معناداری	آماره سطح معناداری	
عملکرد جنسی	۰/۹۰	۲/۱۸	۰/۱۸	۰/۸۹	۰/۰۷	۳/۱۹

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

در جدول فوق نتیجه آزمون موخلی نشان می‌دهد مفروضه گرویت برقرار است و می‌توان از نتیجه آزمون‌های درون گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد. همچنین در ادامه نتایج جدول فوق نتیجه آزمون شاپیرو-ویلک از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها در متغیر عزت‌نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی است. آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شد و واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود؛ بنابراین، مفروضه استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره عزت‌نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
عملکرد آموزش	۴۳۸/۵۰	۲	۲۱۹/۲۵	۷۹/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵	۱/۰۰
جنسی خطا	۷۷/۲۵	۳۰	۲/۷۵				

بر اساس نتایج جدول (۴) سطح معناداری واریانس آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که آموزش تن آرامی در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در نمرات عملکرد جنسی ($P < 0/001$) و ($F=79/58$) معنادار است. بنابر این می‌توان گفت که تفاوت معناداری بین میانگین شاخص عملکرد جنسی در پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد.

جدول ۵. نفس، بی‌همتایی و تصویر بدنی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		پس‌آزمون - پیگیری		پیش‌آزمون - پس‌آزمون	
تفاوت		انحراف	تفاوت	انحراف	تفاوت
میانگین		معیار	میانگین	معیار	میانگین
عملکرد جنسی		۵/۲۵*	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۰۶

$$*P < 0.05 \quad **P < 0.01$$

در جدول (۵) نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین عملکرد جنسی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0.05$)؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در شاخص عملکرد جنسی معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تن آرامی بر میزان عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس انجام شد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش تن آرامی باعث افزایش عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس نسبت به قبل از درمان و پس از دوره پیگیری ۲ ماهه در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس از درمان و دوره پیگیری شد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میزان عملکرد جنسی گروه آزمایش پس از خاتمه جلسات درمانی نسبت به قبل از درمان به طور معنی‌داری افزایش یافت؛ همچنین این نتیجه بعد از دوره پیگیری ۲ ماهه پایدار بود. در حالی که این تفاوت برای گروه کنترل معنی‌دار نبود. اندازه‌گیری مکرر 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 معنی‌داری وجود داشت. نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی داشت (حمید و همکاران، ۱۳۹۱؛ رستمی و همکاران، ۱۳۹۴؛ ترکویل و همکاران، ۲۰۱۳؛ مکی‌کی و همکاران، ۲۰۱۵) بر اساس نتایج این مطالعات، آموزش آرمیدگی، تن آرامی، شناختی - رفتاری در افزایش آمیزش جنسی و کاهش ترس و اضطراب از مقاربت مؤثر بود. همچنین این مطالعات نشان دادند که تمرین آرمیدگی و هیپنوتیزم در بهبود انواع اختلالات جنسی مؤثر است. افزون بر آن، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که در حوزه روانشناسی سلامت، استفاده از راهبردهای مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری در برابر موقعیت‌های اضطراب‌زا و هیجان‌نا منفی، عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد است (بوگارت و همکاران، ۲۰۱۱).

اغلب مدل‌های درمانی واژینیسموس بر کاهش اضطراب و اشکال مختلف تن آرامی تمرکز داشته‌اند به طوری که مطالعات مروری گویای این است که تمرینات رفتاری با استفاده از دیلاتور، بیشترین درمان مورد پیشنهاد در درمان این بیماری است (مک‌کول و همکاران، ۲۰۱۴). چنین درمان‌هایی با حساسیت‌زدایی تدریجی، در کاهش علائم واژینیسموس مؤثر عمل کرده و گزارش‌های متعددی از ارتباط مؤثر و مثبت این روش درمانی با کاهش ترس از محرک جنسی در این‌گونه بیماران خبر می‌دهند (ملز و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس یافته‌های تحقیقات، انقباض عضله کف لگن یک واکنش دفاعی عمومی در برابر یک موقعیت تهدیدآمیز است. از سوی دیگر، افزایش تنش عضلات واژن که مانع دخول مهبل است، می‌تواند موجب درد جنسی شود (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین مدل رفتاری واژینیسموس، واکنش واژینیستیک را نشان دهنده یک پاسخ ترس شرطی شده به محرکی خاص (محرک جنسی و محرک‌های مشابه) می‌داند. بدین ترتیب، مواجهه عینی با محرک ترس‌آور، در کاهش تهدید درک شده نسبت به آمیزش جنسی می‌تواند مؤثر عمل کند (ترکویل و همکاران، ۲۰۱۳). به طور کلی، ترس از درد مؤلفه اصلی بیماری واژینیسموس است و در درمان باید مورد تأکید قرار گیرد. از این رو تکنیک‌های تن آرامی که ترس بیمار واژینیسموس را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند وی را برای سازگار کردن با موقعیت و محرک‌های برانگیزاننده ترس و رفتار اجتنابی یاری رسانند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۴).

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 (حمید و همکاران، ۱۳۹۱). هر گونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی می‌تواند بر روی کارکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد (بوگارت و همکاران، ۲۰۱۱). ترکویل و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند که رضایت جنسی یک زن، احساسات او درباره خودش و در ارتباط با سایر جنبه‌ها مانند عملکرد و وظایف جسمی و جنسی است. علاوه بر آن مطالعاتی دیگر نشان دادند 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 است. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین تکرار رابطه جنسی با

توانایی جنسی، ارگاسم و برانگیختگی جنسی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (مک‌کی و همکاران، ۲۰۱۵).

در راستای نتایج مطالعه حاضر می‌توان اذعان داشت که تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به واژینیسم تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند باعث بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد شود. مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی، از یک طرف واکنش‌های لذت‌بخش تقویت می‌شود و از طرفی مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شود. تعارضات درونی نیز به نحوی تحت تأثیر این تمرینات قرار می‌گیرند. این تمرینات در اغلب موارد، باعث کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده در طرفین می‌شود. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند. این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد 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 می‌شود (حمید و همکاران، ۱۳۹۱). از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به همکاری بالای بیماران در تمام مراحل درمان اشاره کرد. همچنین می‌توان اذعان داشت که آموزش تن آرامی 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 نمونه‌گیری استفاده شد که این خود مانع از تعمیم نتایج مطالعه به بیماران مرد شد همچنین نمونه‌گیری در دسترس از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. در خاتمه استفاده از آموزش تن آرامی 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 می‌شود این مطالعه بر جوامع و نمونه‌های دیگر انجام شود تا نتایج قابل اطمینان‌تری کسب شود و بتوان یافته‌ها را تعمیم داد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین به شرکت‌کنندگان هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاسگزاری

بدین وسیله از همکاری صمیمانه مدیر مراکز مهرآور و گروه همراه و سایر عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

رستمی، رضا؛ رامش، سمیه؛ همت بلند، الهه. (۱۳۹۴). اثربخشی ترکیب شناختی-رفتاری و بیوفیدبک بر درمان مبتلایان به واژینیسموس و وضعیت جنسی آن‌ها. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۴ (۶): ۷۹-۹۴.

حمید، نجمه؛ دهقانی‌زاده، زهرا؛ فیروزی، علی‌اصغر. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس. *مجله زنان مامائی و نازائی ایران*. ۱۵ (۲۰): ۱-۱۱.

هاشم‌زاده، اعظم؛ گروسی فرشی، میرتقی؛ چلییانو، غلامرضا؛ ملکی راد، علی اکبر. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی راهبردهای تن آرامی و توجه برگردانی در کاهش اضطراب انواع بیماری قلبی. *مجله علمی پژوهشی علوم پزشکی ایلام*. ۱۴ (۳): ۹۷-۱۰۵.

محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه؛ فقیه‌زاده، سقراط. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس Female Sexual Function Index-FSFI به عنوان شاخص عملکرد جنسی. *فصلنامه پایش*. ۷ (۲): ۲۶۹-۲۷۸.

References

- Bertolasi, L., Frasson, E., Cappelletti, J.Y., Vicentini, S., Bordignon, M. (2009). Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol*, 114, 1008-1016.
- Bogart LM, Suttorp MJ, Elliott MN, Clemens JQ, Berry SH. (2011). Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Urology* 2011 Mar;77(3):576-80.
- Clayton AH. (2010). The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *Int J Gynecol Obstet* 2010 Jul;110(1):7-11.
- Ciocca, G., Limoncin, E., Di Tommaso, S. (2013). Alexithymia and vaginismus: a preliminary correlation perspective. *International Journal of Impotence Research*, 25, 113-116.
- Engam, M., Wijma, K., Wijn, B. (2010). Long-Term Coital Behaviour in Women Treated with Cognitive Behaviour Therapy for Superficial Coital Pain and Vaginismus. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(3), 193-202.

- Fugl-Meyer, K.S, Bohm-Starke, N., Damsted Petersen, C. (2013). Standard operating procedures for female genital sexual pain. *Journal Sex The of Medicine*, 10, 83–93.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's (2009). comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2009:353-7.
- McCool, M.E , Theurich, M.A, Apfelbacher, C. (2014). Prevalence and predictors of female sexual dysfunction: a protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 3(75), 344-349.
- Rosen, N.O, Bergeron, S., Sadikaj, G. (2014). Impact of male partner responses on sexual function in women with vulvodynia and their partners: a dyadic daily experience study. *Health Psychol*, 33, 823–831.
- Melles, R.J, ter Kuile, M.M, Dewitte, M., van Lankveld, J.J., Brauer, M.,& de Jong PJ. (2014). Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with lifelong vaginismus before and after therapist-aided exposure treatment. *Journal Sex The of Medicine*, 11,786–799.
- Ter Kuile M.M.1, Melles, R., de Groot, H.E, Tuijnman-Raasveld, C.C, van Lankveld, J.J. (2013).Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list control trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 1127–1136.
- Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., & das Nair, R. (2015).Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Womens Health*, 15, 49-59.
- Seo, J.T., Choe, J.H., Lee, W.S, Kim, K.H. (2005). Efficacy of functional electrical stimulation biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismuse. *Urology*, 66(2), 300-302.
- Lee, M.L. & Garssen, B. (2010). "Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue". *Psycho Oncology*; 21(3): 264-272.
- Rosen R, Brown C, Heiman J. (2000).The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2000; 26: 191-208.
- Van Lankveld, J., & Broomans, E. (2011). 14 Cognitieve therapie bij seksuele disfuncties. In *Cognitieve therapie: theorie en praktijk* (pp. 391-424). Bohn Stafleu van Loghum.
- Werner, M., Gross, B., Ferrara, M., Marcus, B.L. (2012). Treatment Protocol for Vaginismus. *The Female Patient*, 37(4), 324-335.
- Werner, M.A., Ford, T., Pacik, P.T, Ferrara, M., & Marcus, B.S. (2014). Botox for the Treatment of Vaginismus: A Case Report. *Journal Women's Health Care*, 3(2), 132-137.