

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر درمان واژینسموس: یک کار آزمایی تک موردی

آرزو رضایی*^۱، میترا تدین^۲، میترا ملایی نژاد^۳، خدیجه شیرالی نیا^۴

۱- گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، بهبهان، ایران. (نویسنده مسئول)

arezoo.rezaei66@gmail.com

۲- گروه مامایی، مرکز تحقیقات یائسگی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

tadayon-m@ajums.ac.ir

۳- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد نجف‌آباد، اصفهان، ایران.

mmolaei89@gmail.com

۴- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

k.shiralinia@scu.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۷/۲۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۵/۲۱]

چکیده

واژینسموس یک اختلال جنسی شایع، از دسته اختلالات تناسلی لگنی / دخولی دردناک است که در دو شکل اولیه و ثانویه مشاهده می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر درمان واژینسموس طراحی شده است. در طی یک کارآزمایی آزمایشی تک موردی و طرح خط پایه چندگانه، ۴ زن مبتلا به واژینسموس که به کلینیک‌های درمان اختلالات جنسی شهر اهواز مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تأیید معیارهای وجود اختلال درد/دخول تناسلی لگنی، توسط روان‌پزشک، در مطالعه شرکت داده شدند. از تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کسب شد. قبل و پس از مداخله، متغیرهایی همچون، انگیزه دخول، سازگاری زناشویی، افکار دهشتناک و... توسط ابزار چندوجهی اختلال دخول واژینال، در مشارکت‌کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمودنی‌ها پس از تعیین خطوط پایه در متغیرهای وابسته به ترتیب وارد مرحله درمان شناختی رفتاری شده و به مدت ۸ جلسه هفتگی، به صورت فردی مورد درمان قرار گرفتند. دوره پیگیری دو ماه پس از تکمیل درمان در سه نوبت به فواصل ۲۰ روزه انجام شد. تمام مشارکت‌کنندگان در پایان مداخله موفق به دخول واژینال شدند و شاخص بهبودی که در هر یک از متغیرها با سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شده بود، در آن‌ها تأیید شده است. نتایج همچنین نشان داد درمان شناختی رفتاری در تغییر افکار دهشتناک و درماندگی، سازگاری زناشویی، رفتارهای اجتنابی، افزایش اطلاعات جنسی، گوش به زنگی، خوش‌بینی و ناسازگاری زینتال جنسی افراد واژینسموس مؤثر می‌باشد. یافته‌های مطالعه نشان‌دهنده مؤثر بودن روش‌های شناختی رفتاری در بهبود واژینسموس می‌باشد؛ بنابراین گنجاندن این نوع درمان در مداخلات در نظر گرفته شده برای این بیماران و انجام مطالعات وسیع‌تر با گروه‌های کنترل و تعداد نمونه‌های بیشتر توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، واژینسموس، اختلالات جنسی

۱- مقدمه

مطالعه و شناخت تمایلات و رفتارهای جنسی انسان یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و به‌ویژه بهداشت روان است (نصرت-آبادی و افضل‌گروه، ۱۳۹۹). رابطه جنسی بخش مهمی از روابط صمیمانه است با این حال مسائل جنسی زنان به دلایل اخلاقی و اجتماعی همیشه در هاله‌ای از ابهام بوده است (حیدریان، غلامزاده جفره و شهبازی، ۱۴۰۰) اما هر گونه مشکل یا اختلال در این زمینه می‌تواند سلامت جنسی را تحت تأثیر قرار دهد از جمله این اختلالات، واژینیسموس هست (Zgueb, Ouali, Achour, Jomli & Nacef, 2019). واژینیسموس یک بیماری شایع با یک اثر مخرب بر سلامت جسمی و عمومی است که می‌تواند به شدت تجربه مقاربت جنسی را مختل کند (Abdnezhad & Simbar, 2021). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، واژینیسموس را تحت عنوان اختلال درد - دخول لگنی - تناسلی عنوان کرده است (Işık & Aslan, 2023). اختلال درد دخولی لگنی تناسلی (واژینیسموس) به هرگونه مشکل دائمی یا راجعه شامل درد، ترس، اضطراب و سفتی عضلات در پیش‌بینی، حین یا بعد از تلاش برای دخول واژینال گفته می‌شود که به مدت حداقل شش ماه تداوم داشته و سبب دیسترس بالینی شده است (Stout, Meints & Hirsh, 2018). 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 مرتبط به فعالیت جنسی می‌گردد (عیوضی، سرلاتی، محمدی، عیوضی، و پوربندنی، ۱۳۹۸). در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها نسخه^۳ ۲۰۱۹ نیز همچنان عبارت واژینیسموس استفاده شده که به دو نوع ارگانیک و غیر ارگانیک طبقه‌بندی شده است تعریف نوع غیر ارگانیک یا سایکوزنیک این گونه است: اسپاسم عضلات کف لگن که واژن را احاطه و باعث انسداد دهانه واژن می‌شود و ورود آلت تناسلی را غیرممکن یا دردناک می‌سازد (WHO, 2019).

اگرچه سبب‌شناسی واژینیسموس ناشناخته است اما انتظار می‌رود چند عاملی باشد به این معنی که اهمیت بعد روان‌شناختی نیز در سبب‌شناسی واژینیسموس مطرح است. به نظر می‌رسد هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی می‌تواند بر کارکرد جنسی و اختلال واژینیسموس اولیه تأثیر منفی داشته باشد (بگانه، فراهانی، فرزاد و مقدسین، ۱۳۹۷). کیفیت رابطه زناشویی، عملکرد جنسی زوجها و عدم شناخت اولیه آناتومی جسمی از جمله عوامل پیشنهادی با نقش احتمالی در سبب‌شناسی می‌باشد (عیوضی و همکاران، ۱۳۹۸). محققان دو علت اصلی جسمی و روانی را برای واژینیسموس طبقه‌بندی کرده‌اند. از وضعیت‌های جسمی می‌توان به دلایل فیزیکی شایع، نظیر عفونت، اندومتروز، بافت اسکار جراحی اشاره کرد. اما عوامل روانی نقش مهم‌تری را در مقایسه با عوامل جسمی بازی می‌کنند (رئیس، ضیایی، محمدی و حاجی‌زاده، ۱۳۹۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شیوع واژینیسموس ۰٫۵-۹ درصد در کشورهای غربی می‌باشد همچنین در مناطق شرقی مانند ایران ۷۳ درصد و غنا ۶۸٫۱ درصد گزارش شده است (Işık & Aslan, 2023). از نشانه‌های واژینیسموس، ناتوانی در دخول واژینال، درد در حد زیاد در واژن یا لگن یا مناطق نزدیک به لگن، ترس یا اضطراب شدید و انقباض شدید ماهیچه‌های لگن می‌باشد این مشکلات باعث دیسترس و رنج شدیدی می‌شود. ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی متأثر از واژینیسموس بر روابط زوجین تأثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به ایجاد اعتمادبه‌نفس ضعیف در زوجین، ایجاد روابط خارج از خانه، خیانت و طلاق گردد (Weinberger, Houman, Caron & Anger, 2019) اگرچه بعضی از زنان فقط در زمان مقاربت واژینیسموس دارند این انقباض غیرارادی ممکن است در خلال معاینه، مانع ورود اسپکولوم به واژن شود. زنی که از واژینیسموس رنج می‌برد ممکن است به‌طور آگاهانه بخواهد مقاربت داشته باشد اما ناخودآگاه از این امر جلوگیری می‌کند (ثابت‌قدم، کرامت، ملاری، رضایی چمنی، ۱۳۹۸). ترکویل و همکاران نشان دادند که زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس سطوح بالایی

1. vaginismus
2. American Psychiatric Association
3. International Classification of Diseases (ICD)

از اضطراب و افسردگی را گزارش کرده‌اند که بر روی عملکرد جنسی تأثیر منفی داشته است (ضیایی، فرهمندراد، رضایی اول و روشن‌دل، ۲۰۱۷). درمان‌هایی مانند دیلاتاسیون^۱ با استفاده از دیلاتورها، روان‌درمانی بینش‌گرا و تزریق بوتاکس در دسته عضلات پوبوکوکسیژنیل از درمان‌هایی بوده است که به صورت موفق در نقاط مختلف دنیا برای این اختلال به کار رفته است امروزه معروف‌ترین و متداول‌ترین روش‌های که در درمان اختلالات جنسی به کار می‌رود از نوع درمان‌های شناختی رفتاری هستند (تدین، مرضایی خیرآبادی، ملایی‌نژاد، شیرالی‌نیا، ۱۳۹۵).

درمان شناختی رفتاری به‌عنوان درمانی ساختارمند و مبتنی بر یک مدل آموزشی می‌باشد که در آن درمانگران با به‌کارگیری گسترده و متنوع از روش‌های شناختی رفتاری به مراجعان آموزش می‌دهند که افکار خود را ارزشیابی و تعدیل کنند و شیوه‌های کارآمدتر تفکر را جایگزین افکار ناکارآمد سازند. این رویکرد یکی از روش‌های درمانی بیماری‌های روانی است که با تکیه بر ذهنیت و رفتار انسان سعی در درمان مشکلات مختلفی از اضطراب و افسردگی گرفته تا اختلالات شخصیتی دارد و بعدها درمانی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است.

اهداف رویکرد شناختی رفتاری در کار با زوجها، افزایش تبادل مثبت، آموزش مهارت‌های لازم برای زندگی زناشویی، ارائه اطلاعات لازم به زوجین در زمینه‌های مختلف از جمله دانش جنسی و تغییر باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد است. در درمان شناختی درمانگران فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند، تفکر منفی درباره فعالیت جنسی علائم را تشدید و دائمی می‌کند؛ بنابراین کشف این خود تلقی‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند (خان محمدی اطاقسرا، ۱۴۰۱).

درمان شناختی رفتاری بر چهار محور تغییرات شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسئله و حل تعارض مبتنی است و با تصمیم‌نگرش‌های ناکارآمد جنسی، تفسیرهای غلط از موقعیت‌های جنسی و اصلاح الگوهای غیرمنطقی تفکر، نقش مهمی در درمان اختلالات جنسی دارد (Antle, Owen, Eells, Wells, Harris, Cappiccie & et al., 2019). نتایج پژوهش‌های جنکینز، گریم، شیر، وان‌دورن، سزار و ریدکوینونس^۲ (۲۰۲۰) خان، امجد و رولاند^۳ (۲۰۱۹)، آلن^۴ (۲۰۱۸) و اورهارت‌نیومن، فالینگانت تامپسون، گومز و بورخارت^۵ (۲۰۱۸) نشان داده است که درمان شناختی رفتاری تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های روان‌شناختی به‌خصوص مؤلفه‌های جنسی دارد. با توجه به ملاحظات فوق و اهمیت به سزای عملکرد زنان و رابطه مطلوب آن‌ها در رابطه جنسی و ضرورت درمان‌های نوین و کاربردی و مبتنی بر نیازها و تجارب این بیماران، هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر درمان واژینیسموس می‌باشد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

باباخانی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که بعد از جلسات درمان شناختی رفتاری گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در عملکرد جنسی و حوزه‌های آن افزایش معنی‌داری داشت بنابراین درمان شناختی رفتاری در زنان می‌تواند نقش مثبت و مؤثری در بهبود روابط جنسی داشته باشد (Khan et al., 2019).

1. dilatation
2. Jenkins, Grimm, Shier, van Dooren, Ciesar & Reid-Quiñones
3. Khan, Amjad & Rowland
4. Allen
5. Everhart Newman, Falligant, Thompson, Gomez & Burkhart

نتایج مطالعه عرفانی‌فر، لطیفی و عباس‌پور (۲۰۲۲) نشان داد که بهترین و متداول‌ترین روش درمانی، رویکرد شناختی رفتاری است که از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب، مانند آرمیدگی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم موجب بهبود بیماران می‌گردد.

در مطالعه چانکایا و آسلانتاش^۱ (۲۰۲۲) زنان مبتلا به واژینیسموس خودآگاهی جنسی پایین و نگرش منفی نسبت به تمایلات جنسی داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. آنگین و همکاران درباره تأثیر عوامل مستعد کننده در موفقیت و طول دوره درمان به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به واژینیسموس از وضعیت خود آگاه هستند و در صورتی که خود بخواهند، درمان امکان‌پذیر است. مشاوره شناختی رفتاری به زنان این امکان را می‌دهد که عوامل مرتبط با اختلالات را شناسایی کند و همچنین شناخت‌های ناسازگار در مورد تمایلات جنسی را بازسازی کنند. مشاوره شناختی رفتاری همچنین به زنان اجازه می‌دهد تا خود را در معرض رفتارهای جنسی که از انجام آن‌ها اجتناب می‌کنند، قرار دهد. برای هر اختلال مانند اختلال عملکرد جنسی جنبه‌های خاصی مانند آموزش جنسی، حساسیت‌زدایی سیستماتیک ممکن است مهم باشد (Anđın, GÜN, Sakin, Çıkman, Eserdağ & Anđın, 2020).

۳- روش‌شناسی

مطالعه حاضر یک طرح آزمایشی تک‌موردی می‌باشد مطالعه موردی یکی از انواع روش‌های تحقیق است که به مطالعه عمیق یک مورد یک موضوع خاص و یا یک پدیده خاص می‌پردازد. پژوهشگر مطالعه موردی یک مورد را انتخاب و آن را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند. این مورد می‌تواند یک واحد یا سیستم با حدود مشخص و متشکل از عناصر و عوامل متعدد و مرتبط با هم باشد در این طرح، یک فرد واحد، وظیفه آزمودنی را در شرایط آزمایش و گواه به عهده دارد. چون دریغ کردن درمان در مرحله B غیراخلاقی است از طرح خط پایه چندگانه استفاده شده است؛ که در آن درمان به شکل AB اجرا می‌شود اما درمان قطع نمی‌شود، بلکه بین آزمودنی‌های مختلف، برای رفتارهای متفاوت یا در موقعیت‌های متفاوت مقایسه می‌شود. جامعه پژوهش در این مطالعه زنان مبتلا به واژینیسموس استان خوزستان بوده است

آزمودنی‌های پژوهش ۴ زن مبتلا به واژینیسموس مراجعه کننده به درمانگاه‌های درمان اختلالات جنسی مطب‌های خصوصی بودند. معیارهای ورود به مطالعه به شرح زیر بود:

- محدوده سنی ۲۵-۳۵ سال
- ابتلا به واژینیسموس نوع اول
- داشتن حداقل مدرک سیکل
- وجود اختلال درد/دخول تناسلی لگنی بر اساس معیارهای DSM-5 بر اساس تأیید روان‌پزشک،
- همسران این افراد نیز از نظر رد اختلالات روانی بر اساس معیارهای DSM-5 توسط روان‌پزشک ویزیت شدند.

شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند و پس از برقراری رابطه درمانی و توجیه بیماران در رابطه با هدف‌های درمان، به پرسشنامه‌های مورد نظر که شامل پرسشنامه فردی و پرسشنامه بالینی چندوجهی اختلال دخول واژینال^۲ (MVPDQ) بود، پاسخ دادند. این پرسشنامه، ۷۲ سؤالی دارد که نخستین بار در ایران در طی مطالعه‌ای ترکیبی اکتشافی متوالی با ۲۱۴ زوج دچار واژینیسموس اولیه توسط ملائی‌نژاد، رودساری، یوسفی، صالحی و خوبی (۲۰۱۴) طراحی شده و پایایی و روایی آن رضایت‌بخش (آلفای کرونباخ ۰/۷۸) بوده است. این پرسشنامه در برگیرنده ۹ جنبه بالینی و شامل: افکار فاجعه ساز و انقباض، درماندگی، سازگاری زناشویی، گوش‌به‌زنگی،

1. Çankaya & Aslantaş

2. Development and validation of the multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire

اجتناب، انگیزه دخول، اطلاعات جنسی، ناسازگاری ژنیتال و خوش‌بینی می‌باشد. این پرسشنامه و نسخه مردانه آن (PV-MPVDQ) می‌تواند برای ارزیابی بالینی و برنامه‌ریزی درمان اختلالات دخولی همراه با درد به‌ویژه واژینیسموس مورد استفاده محققین قرار گیرد (۲۴).

۳-۱- روش مداخله

عملکرد شرکت‌کنندگان در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده شد. تنها اقدام در مرحله خط پایه، تکمیل کردن ابزار می‌باشد. مزیت استفاده از این طرح در این است که تغییرات فقط زمانی رخ می‌دهد که مداخله درمانی معطوف به رفتار با افراد باشد. این طرح پژوهشی به ما امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم را در طول درمان در آزمودنی‌ها و بین آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه فراهم می‌کند. منطبق زیربنای طرح‌های آزمایشی تک موردی همانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود.

بر خلاف طرح‌های گروهی که به میانگین گروه حساس هستند، طرح تک آزمودنی به تفاوت‌های فردی حساس است. اگرچه ممکن است گروهی از افراد در یک طرح تک آزمودنی قرار گیرند، ولی چون افراد به‌عنوان کنترل خودشان به کار گرفته می‌شوند، باز هم یک طرح تک آزمودنی تلقی می‌شوند. برخلاف طرح‌های مقایسه گروهی با اندازه‌های زیاد، این طرح بر سطوح فردی تمرکز می‌کند و نه بر تفاوت‌های میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون. امتیاز دیگر این طرح آن است که به آزمودنی‌های کمتری نیاز است. یکی از مشکلات طرح‌های مقایسه تفاوت‌های گروهی این است که غالباً سعی می‌شود با انتخاب گروه‌ها تغییرپذیری بین آزمودنی را کاهش دهند تا تأثیرات «واقعی» درمان را اندازه بگیرند برای اجرای روش درمانی، چهار شرکت‌کننده وارد مرحله خط پایه شدند، نفر اول دو جلسه، نفر دوم سه جلسه، نفر سوم چهار جلسه مراحل خط پایه را طی کردند. با پایان یافتن هر جلسه خط پایه، شرکت‌کنندگان وارد طرح درمان شدند، سپس درمان توسط درمانگر که متخصص مشاوره بود، به مدت ۸ جلسه هفتگی برای هر شخص به‌صورت فردی اجرا شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، شرکت‌کنندگان با فاصله یک هفته از هم به ترتیب وارد مرحله درمان شدند؛ مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. به‌منظور پیگیری نیز افراد دو ماه پس از درمان در سه نوبت بیست روزه مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان با فاصله یک هفته از هم به ترتیب وارد مرحله درمان شدند پرسشنامه‌ها در جلسات ۲، ۴، ۶ و بلافاصله پس از اتمام تکمیل شد. در طول هر جلسه درمان گر و آزمودنی‌ها با همکاری یکدیگر به شناسایی تنیدگی‌ها، آرامش عضلانی، تصویرسازی جنسی، شناخت تحریف‌های شناختی نحوه مدیریت عواطف منفی و ایجاد احساس خودکارآمدی و غیره می‌پرداختند و با بهره‌گیری از روش‌های شناختی رفتاری اطلاعات و باورهای اشتباه را بازنشاسی، اصلاح و بازسازی می‌نمودند. در هر جلسه درمانی افزون بر بررسی تکالیف داده شده در جلسه پیشین، جنبه‌های شناختی شامل افکار فاجعه ساز و تحریف‌های شناختی و اطلاعات جنسی فرد، علائم رفتاری و مهارت‌های به دست آمده و روابط کلی همسران بررسی می‌شد. درباره میزان پیشرفت بیمار و همسرش پرسش می‌شد و از او خواسته می‌شد تغییراتی را که در زمینه‌های یادشده تجربه کرده‌اند را مطرح نماید و به پرسش‌های او پاسخ داده می‌شد تکالیف مرحله بعد در صورتی که مرحله پیشین را در حد قابل قبول انجام داده بودند ارائه می‌شد. برای تحلیل داده‌ها روش ترسیمی و نموداری به کار برده شد.

۳-۲- ملاحظات اخلاقی

(۱) شرکت افراد در مطالعه اختیاری است و در هر مرحله‌ای حق خروج دارند.

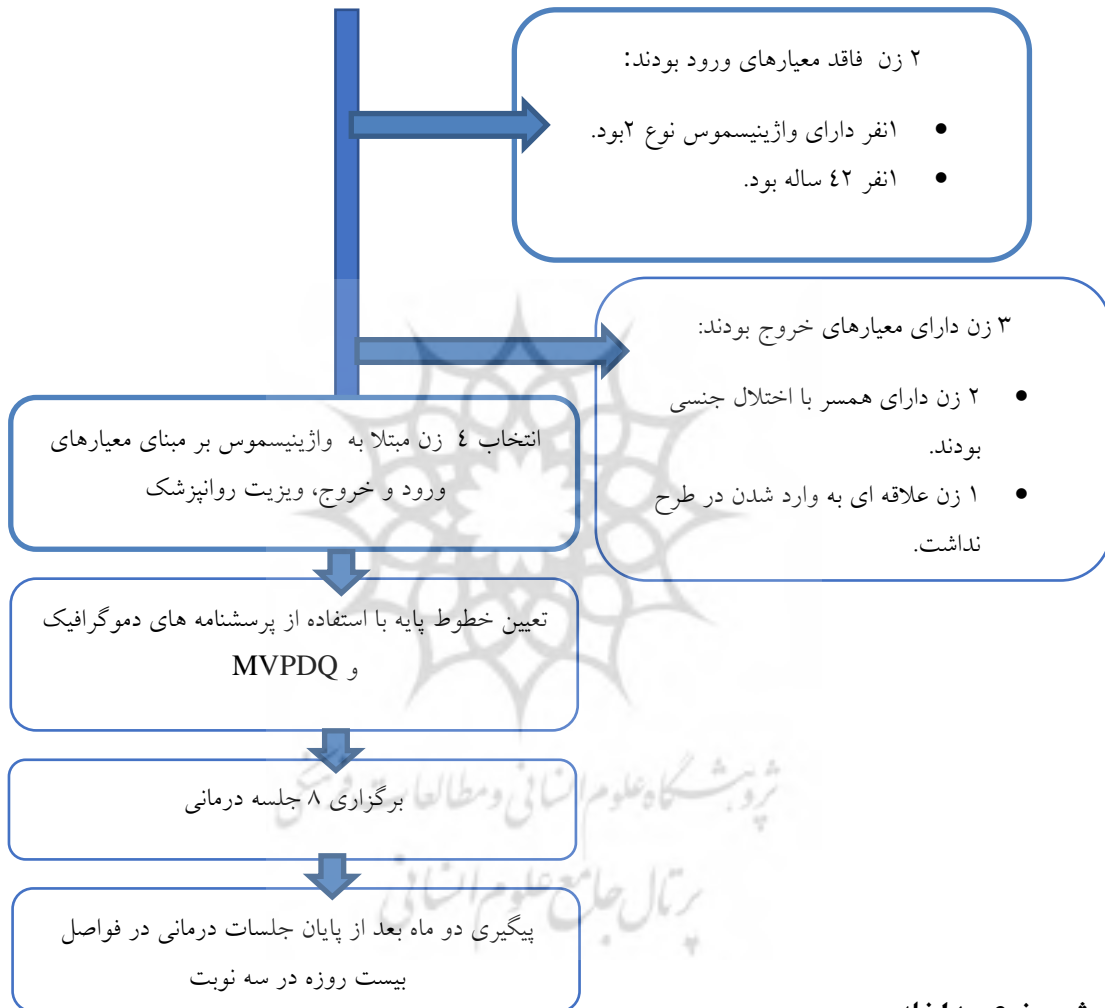
۲) انجام مشاوره و مصاحبه در یک محیط آرام و بدون حضور اشخاص دیگر

۳) اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه ماندن کلیه اطلاعات شخصی ثبت شده.

۴) توضیح و تفهیم هدف از انجام پژوهش برای هریک از واحدهای پژوهش.

۵) رضایت نامه شخصی بیماران برای شرکت در طرح تحقیقاتی

نمودار ۱: دیاگرام روند مطالعه مصاحبه با ۹ زن مبتلا به واژینیسموس مراجعه کننده به مطب های خصوصی



۳-۳- روش و نوع مداخله

جلسه	نوع مداخله	تکلیف خانگی
جلسه اول	آموزش آناتومی بدن	وارسی اندام تناسلی
جلسه دوم	آموزش سیکل روابط جنسی، خیال پردازی	آموزش تمرینات کگل، تخیلات جنسی
جلسه سوم	تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابراز وجود صحیح	تمرکز حسی نوع یک به همراه استفاده از دو انگشت به عنوان دیلاتور
جلسه چهارم	بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی	تمرکز حسی نوع دو به همراه سه انگشت به عنوان دیلاتور

جلسه پنجم	آرمیدگی	ریلکسیشن به همراه یک انگشت همسر به عنوان دیلاتور
جلسه ششم	جرئت‌مداری	آموزش مهارت‌های تمرکز- توجه و استفاده از دو انگشت همسر به عنوان دیلاتور
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله	قرار دادن پینس بر دهانه واژن
جلسه هشتم	جمع‌بندی و مروری بر جلسات گذشته	اقدام برای دخول

۳-۴- راهبردهای تجزیه و تحلیل نتایج

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

پژوهشگران به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم مفهوم معناداری بالینی یافته‌های درمانی را موردبررسی قرار داده و رویکردهای مختلفی را نسبت به آن برگزیده‌اند، اما دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معناداری بالینی عبارت‌اند از: ۱- رویکرد شاخص تغییر پایا که این رویکرد به وجه آماری میزان تغییر توجه دارد. در این شاخص اگر نتیجه به‌دست‌آمده مساوی یا بزرگ‌تر از $Z=1,96$ باشد، با ۹۵ درصد اطمینان $(p=0,05)$ می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به‌دست‌آمده ناشی از اثر مداخله بوده و ناپایایی آزمونها نقشی در این امر نداشته است.

۲- رویکرد مقایسه هنجارین: این رویکرد به مقایسه افراد درمان شده با داده‌های هنجاری توجه دارد شاخص تغییر پایا با این پرسش سروکار دارد، آیا میزان تغییری که در بیماری مفروض روی داده است آن‌قدر بزرگ است که بتوان آن را معنی‌دار تلقی کرد؟ در نقطه مقابل رویکرد مقایسه هنجارین می‌کوشد تا به این پرسش پاسخ دهد آیا افرادی که درمان شده‌اند از افراد سالمی که در همان جامعه زندگی می‌کند قابل تشخیص هستند یا نه؟ در مطالعه حاضر از هر دو رویکرد شاخص تغییر پایا و مقایسه هنجارین استفاده شده است. علاوه بر این در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی بهبود تشخیصی و شاخص‌های شش‌گانه کارایی نیز استفاده شد.

۴- یافته‌ها

تمام مشارکت‌کنندگان در پایان مداخله موفق به دخول واژینال شدند و شاخص بهبودی که در هر یک از متغیرها با سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شده بود، در آن‌ها تأیید شده است. نتایج همچنین نشان داد درمان شناختی رفتاری در تغییر افکار دهشتناک و درماندگی، سازگاری زناشویی، رفتارهای اجتنابی، افزایش اطلاعات جنسی، گوش‌به‌زنگی، خوش‌بینی و ناسازگاری ژنیتال جنسی افراد واژینیس‌موس مؤثر می‌باشد.

در میانگین میزان افکار فاجعه ساز و انقباض بیشترین تغییر مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم است. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران بالاتر از مقدار $Z=1/96$ و معنادارند $(P < 0/05)$ ؛ که بیانگر این است که می‌توان معنادار بودن این یافته‌ها را به لحاظ آماری ملاحظه کرد و نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری توانسته موجب کاهش افکار فاجعه ساز و انقباض زنان مبتلا به واژینیس‌موس شود.

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (۶۴/۱۱٪) و پی‌گیری (۷۸/۴۰٪) می‌توان گفت که درمان در طبقه موفقیت در درمان (فراتر از ۵۰ درصد) قرار گرفته است بیشترین تغییر در مرحله درماندگی در مرحله درمان مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم می‌باشد. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله پیگیری مربوط به بیمار دوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول می‌باشد. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران به جز بیمار دوم از مقدار $Z=1/96$ کمتر است؛ که بیانگر این است که می‌توان معنادار نبودن این یافته‌ها را به لحاظ آماری ملاحظه کرد و نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش درماندگی زنان مبتلا به واژینیسیموس نشده است.

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان

متغیر	شرکت‌کنندگان			
	اول	دوم	سوم	چهارم
سن (سال)	۲۸	۳۴	۲۳	۳۴
سن همسر (سال)	۳۰	۳۹	۲۴	۴۰
مدت ازدواج (سال)	۵	۸	۱	۱
تحصیلات	دیپلم	فوق‌دیپلم	لیسانس	لیسانس
تحصیلات همسر	دیپلم	فوق‌دیپلم	لیسانس	لیسانس
سن ازدواج	۲۳	۲۶	۲۱	۳۳
نحوه آشنایی با همسر	سستی	سستی	سستی	سستی
شغل	خانه‌دار	خانه‌دار	کارمند	کارمند
شغل همسر	آزاد	آزاد	دانشجو	کارمند
اتاق خواب مستقل	بله	بله	بله	بله
وضعیت اقتصادی	خوب	خوب	خوب	خوب

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (۲۶/۱۰٪) و پیگیری (۴۰/۳۹٪) می‌توان گفت که درمان در طبقه درصد بهبودی اندک بلانچارد (بین ۲۶٪ تا ۴۹٪) قرار گرفته است. بیشترین تغییر در مرحله سازگاری در مرحله درمان مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول و سوم می‌باشد. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله پیگیری مربوط به بیمار دوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول می‌باشد. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای بیمار دوم و چهارم بیشتر از مقدار $Z=1/96$ و برای بیمار اول و سوم کمتر از مقدار $Z=1/96$ می‌باشد که بیانگر این است که می‌توان معنادار بودن این یافته‌ها در این مرحله را به لحاظ آماری برای بیمار دوم و چهارم و معنادار نبودن به لحاظ آماری برای بیمار اول و سوم را ملاحظه کرد.

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (۷/۸۳٪) و پیگیری (۱۶/۷۶٪) می‌توان گفت که درمان در طبقه شکست درمانی بلانچارد (زیر ۲۵٪) قرار گرفته است. میانگین میزان اجتناب بیشترین تغییر در مرحله درمان مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر

مربوط به بیمار چهارم می‌باشد. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر مربوط به بیمار چهارم هست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران به جز بیمار چهارم از مقدار $Z=1/96$ بالاتر است.

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ($42/08\%$) می‌توان گفت که درمان در طبقه درصد بهبودی اندک بلانچارد (بین 26% تا 49%) و در مرحله پیگیری ($62/44\%$) می‌توان گفت که درمان در طبقه موفقیت در درمان بلانچارد (فراتر از 50% درصد) قرار گرفته است. میانگین میزان انگیزه دخول، بیشترین تغییر در مرحله درمان مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم هست.

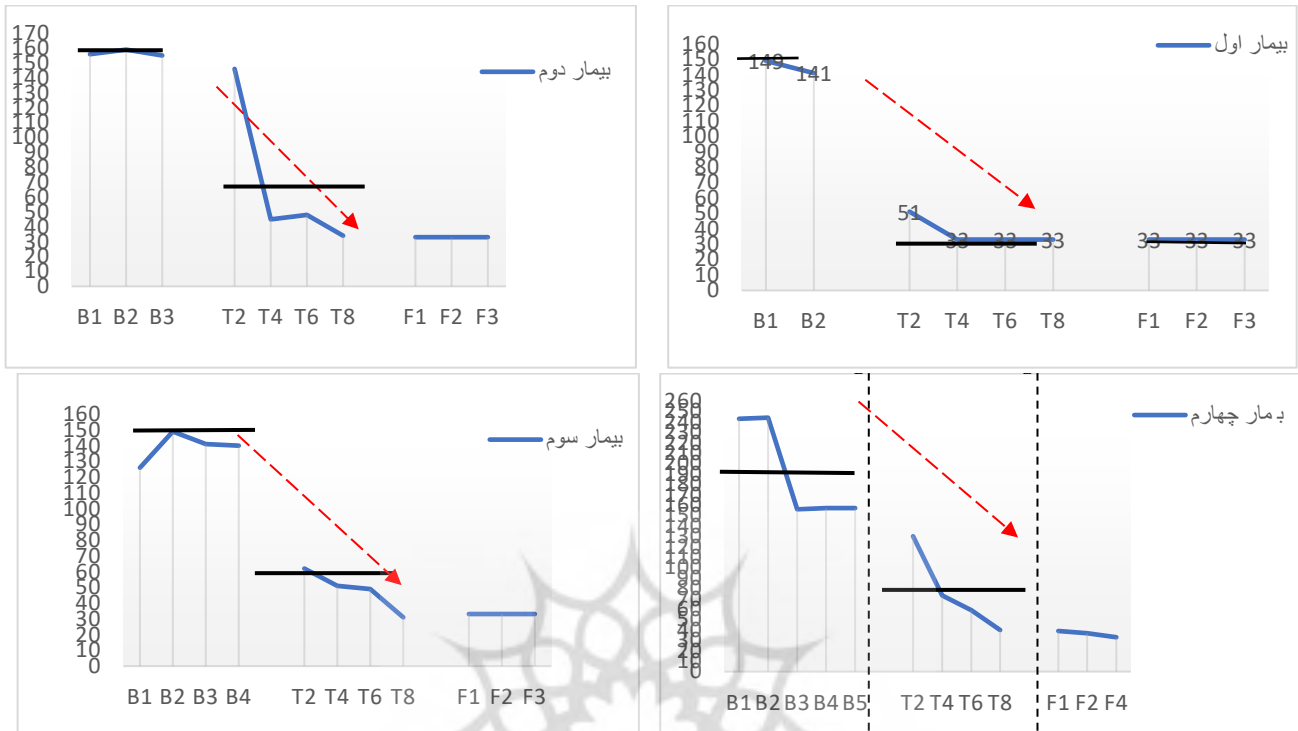
شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار $Z=1/96$ است و به لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار $Z=1/96$ است که می‌توان معنادار نبودن این یافته‌ها را به لحاظ آماری برای هر چهار بیمار ملاحظه کرد. بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ($8/86\%$) و پیگیری ($10/17\%$) می‌توان گفت که درمان در طبقه شکست درمانی بلانچارد (زیر 25%) قرار گرفته است.

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود بیشترین تغییر مرحله اطلاعات جنسی مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم است. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران بالاتر از مقدار $Z=1/96$ و به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/05$)؛ و نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری توانسته موجب افزایش اطلاعات زنان مبتلا به واژینیسموس شود. بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ($56/04\%$) و پیگیری ($64/50\%$) می‌توان گفت که درمان در طبقه موفقیت در درمان بلانچارد (فراتر از 50% درصد) قرار گرفته است. بیشترین تغییر در مرحله گوش‌به‌زنگی در مرحله درمان مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر مربوط به بیمار چهارم هست. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر مربوط به بیمار چهارم می‌باشد. شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برای بیمار اول و سوم بالاتر از مقدار $Z=1/96$ است و به لحاظ آماری معنادار است و برای بیمار دوم و چهارم کمتر از مقدار $Z=1/96$ است و به لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران از مقدار $Z=1/96$ بالاتر است و به لحاظ آماری معنادار است.

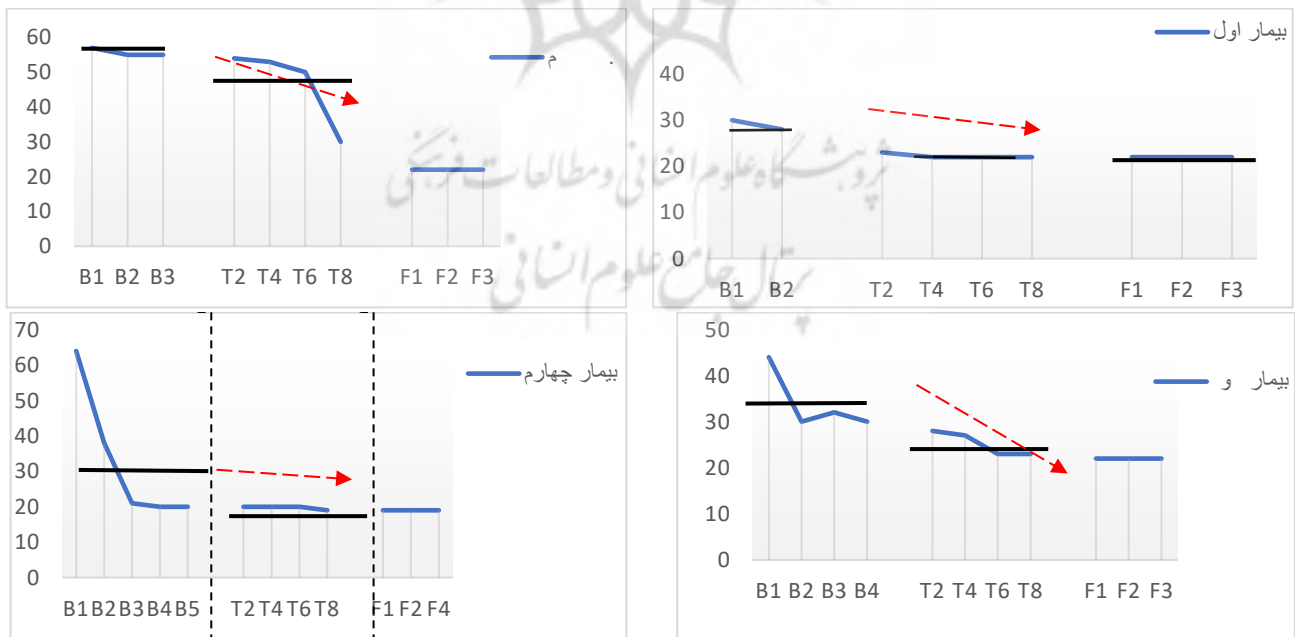
بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (45%) می‌توان گفت که درمان در طبقه درصد بهبودی اندک بلانچارد (بین 26% تا 49%) و در مرحله پیگیری ($70/21\%$) می‌توان گفت که درمان در طبقه موفقیت در درمان بلانچارد (فراتر از 50% درصد) قرار گرفته است. بیشترین تغییر در مرحله خوش‌بینی در مرحله درمان مربوط به بیمار دوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار چهارم است. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول و دوم می‌باشد. شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار $Z=1/96$ است و به لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای سه بیمار اول کمتر از مقدار $Z=1/96$ و به لحاظ آماری معنادار نیست؛ و برای بیمار چهارم بالاتر از مقدار $Z=1/96$ است و به لحاظ آماری معنادار است.

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ($23/37\%$) و پیگیری ($15/11\%$) می‌توان گفت که درمان در طبقه شکست درمانی بلانچارد (زیر 25%) قرار گرفته است. بیشترین تغییر در مرحله ناسازگاری جنسی در مرحله درمان مربوط به بیمار سوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم می‌باشد. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز مربوط به بیمار سوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم می‌باشد شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار $Z=1/96$ است و به لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار $Z=1/96$ است که می‌توان معنادار نبودن این

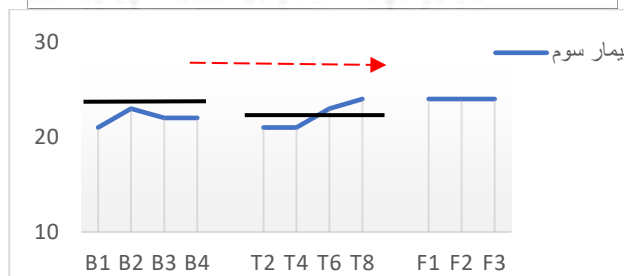
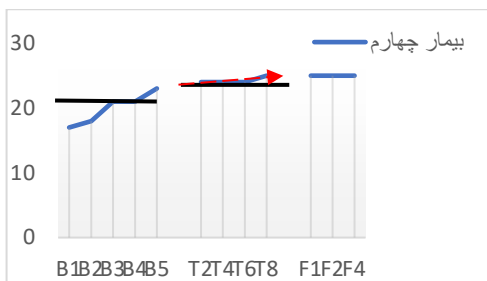
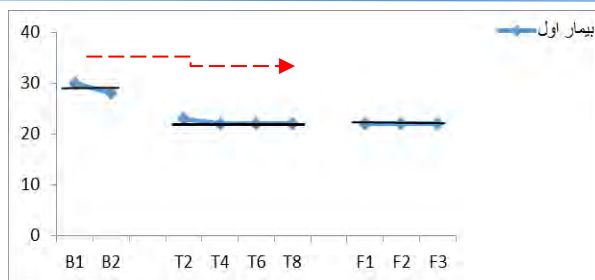
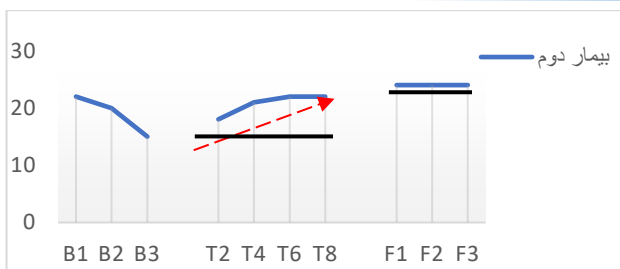
یافته‌ها را به لحاظ آماری برای هر چهار بیمار ملاحظه کرد. بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (۱۲/۳۹٪) و پیگیری (۱۲/۳۹٪) می‌توان گفت که درمان در طبقه شکست درمانی بلانچارد (زیر ۲۵٪) قرار گرفته است



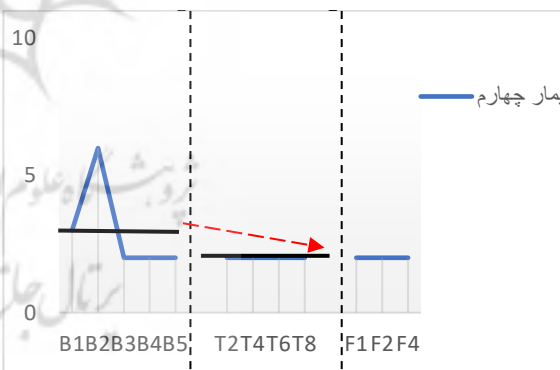
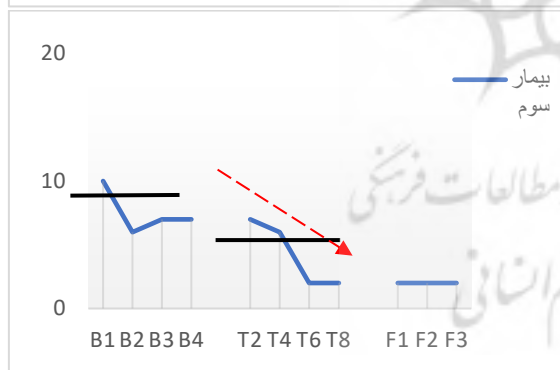
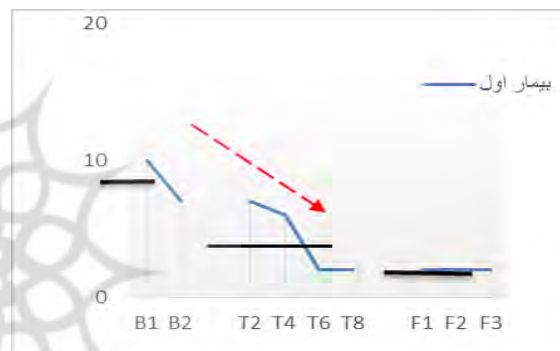
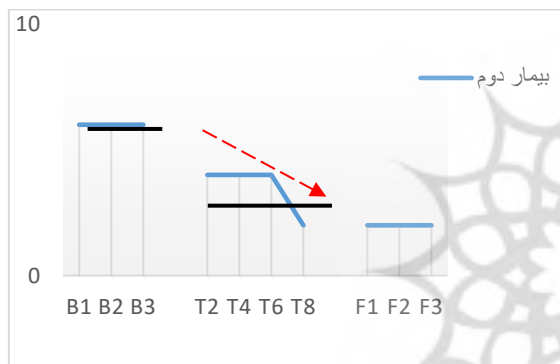
نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر افکار دهشتناک در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



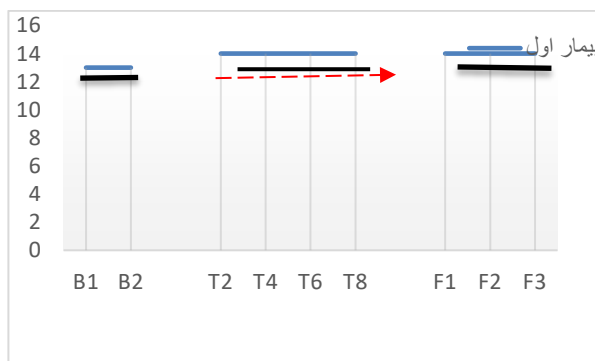
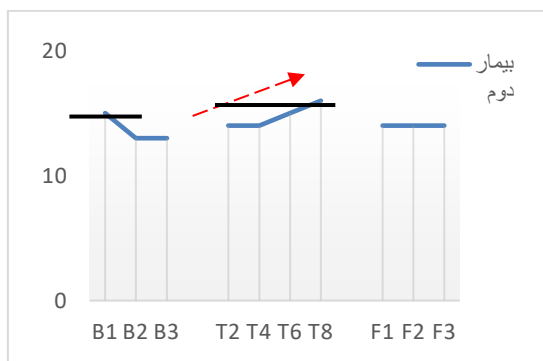
نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر درماندگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.

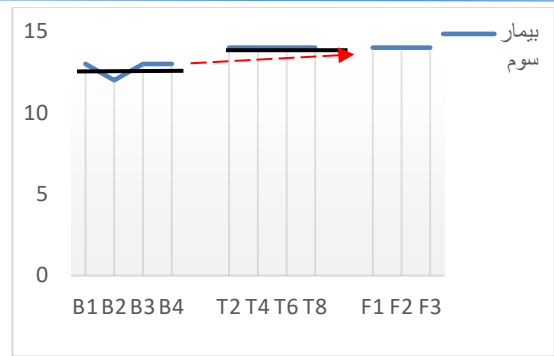
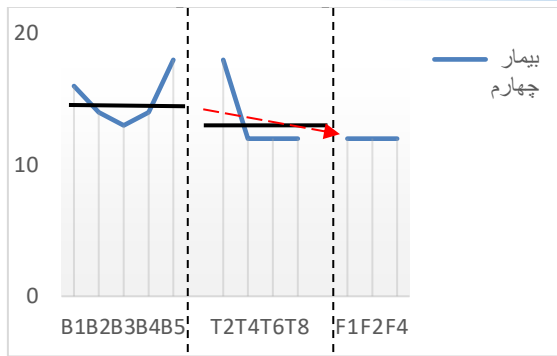


نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر سازگاری در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان

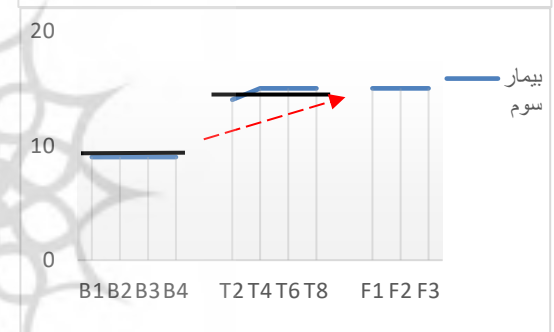
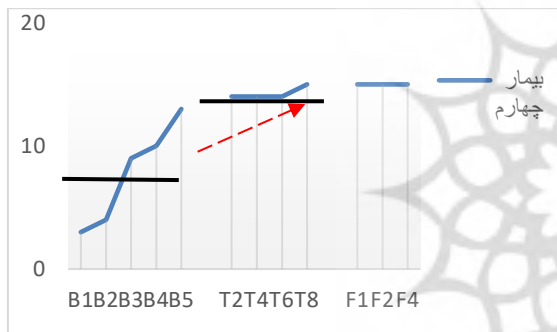
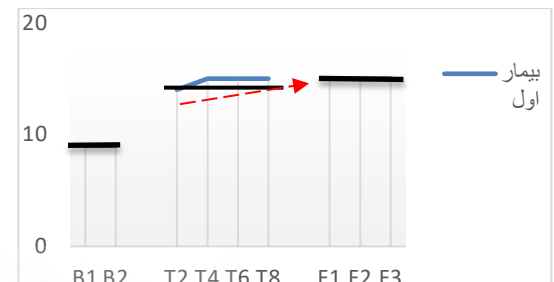
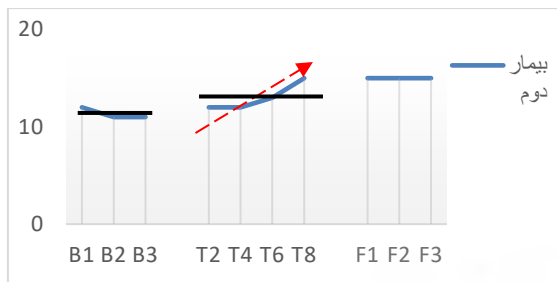


نمودار ۴. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر اجتناب در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.

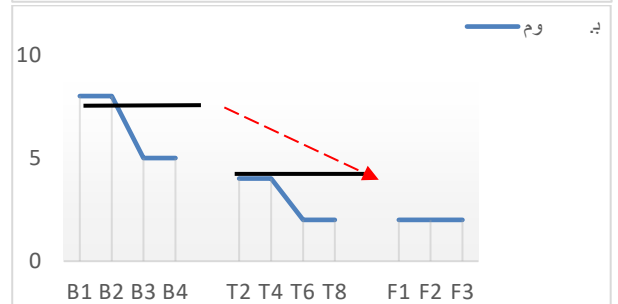
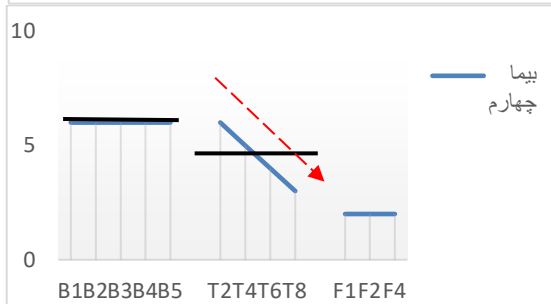
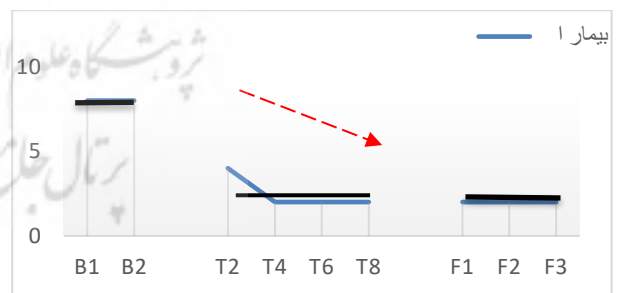
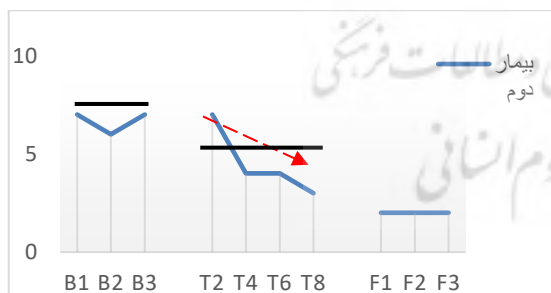




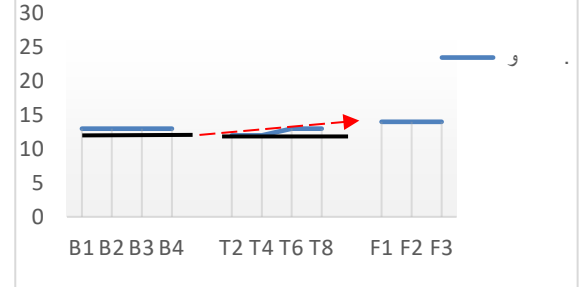
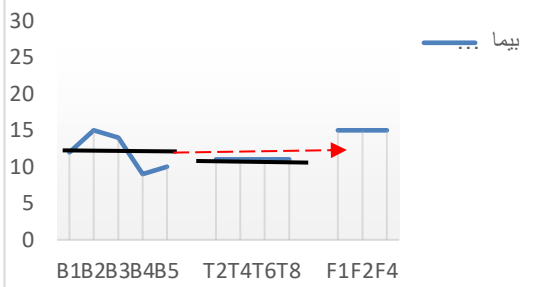
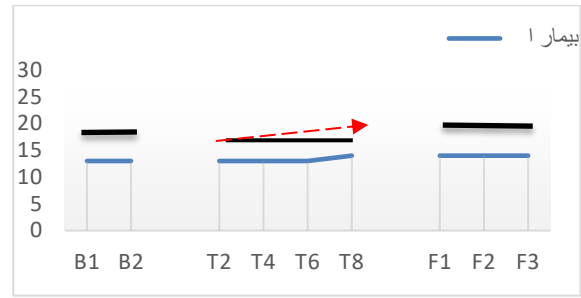
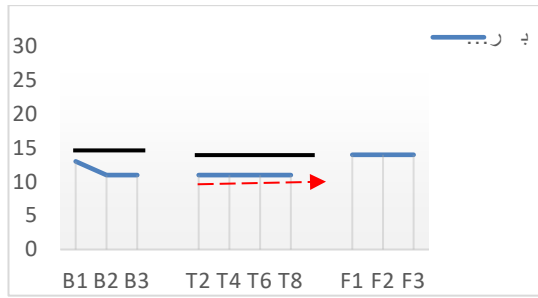
نمودار ۵. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر انگیزه در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



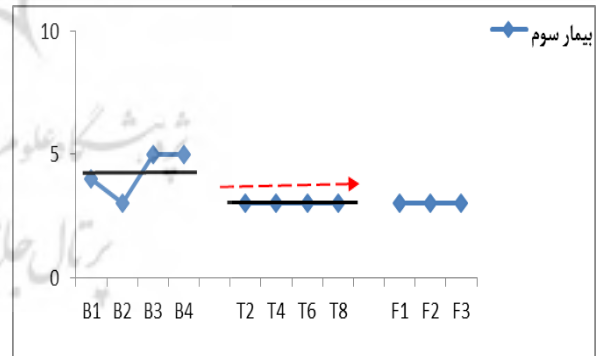
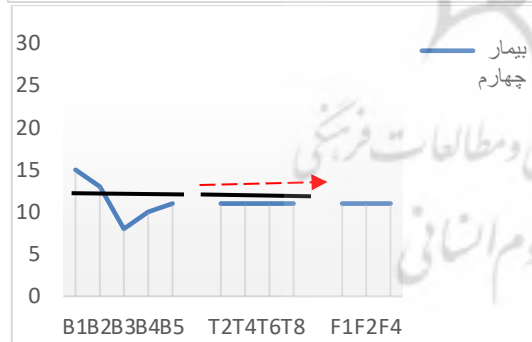
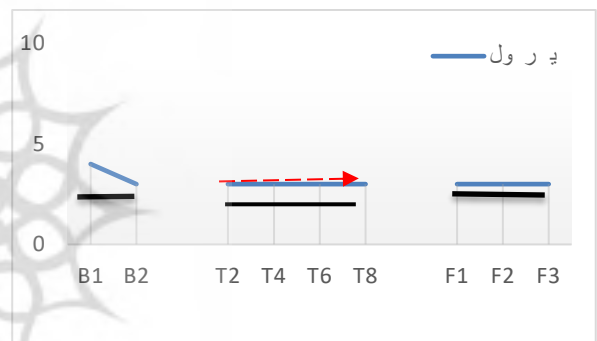
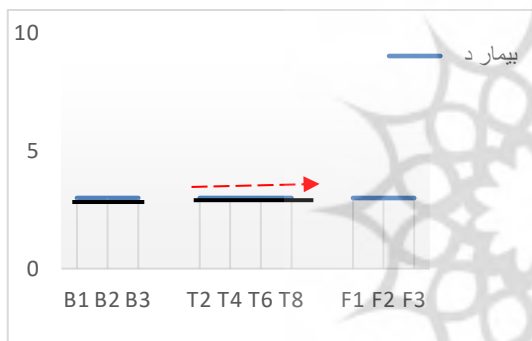
نمودار ۶. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر اطلاعات جنسی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



نمودار ۷. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر گوشه‌زنی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



نمودار ۸. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر خوش‌بینی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



نمودار ۹. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر ناسازگاری در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

تمام مشارکت‌کنندگان در پایان مداخله موفق به دخول واژینال شدند و شاخص بهبودی که در هر یک از متغیرها با سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شده بود، در آن‌ها تأیید شده است؛ که با مطالعه اسرداغ، ازبرچی آنگون و شوکروگوربوز^۱ (۲۰۲۳) همخوانی داشت. در این مطالعه نیز، همه بیماران در پایان درمان، رابطه جنسی داشتند و با توجه به بهبود نمرات روان‌شناختی، این مطالعه بر اهمیت درمان در زوج‌های مبتلا به اختلالات جنسی تأکید می‌کند.

تعریف واژینسموس تنها به‌عنوان یک مشکل در دخول، ناقص است و ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان، سازگاری زوجین و رضایت زناشویی و جنسی باید به شیوه‌ای کل‌نگر بررسی شود (Çankaya & Aslantaş, 2023). در این بیماری فعالیت جنسی با ترس و درد دائمی شده و به نوبه خود موجب برانگیختگی و اضطراب در زمینه هرگونه موضوع مربوطه به فعالیت جنسی می‌شود و بدین ترتیب، درمان حساسیت‌زدایی تدریجی و تمرین‌های رفتاری می‌تواند در کاهش ترس، نسبت به آمیزش جنسی مؤثر عمل کند (Mestre-Bach, Blycker & Potenza, 2022). در مطالعه‌ای دیگر زنان مبتلا به واژینسموس نسبت به گروه کنترل دارای سطوح بالاتری از ناگویی هیجانی، اضطراب و اختلال افسردگی بودند (Elrassas, Saad, Fekry, Elkholly, Mansour & Azzam, 2022). نتایج مطالعه نشان داد که بهترین و متداول‌ترین روش درمانی رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب، ارائه اطلاعات و دانش جنسی تمرین تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم بود. که با مطالعه لرنر، باگنولی، پریارا، فونتلس، سورپرسو، سوارس‌جونپور و همکاران^۱ (۲۰۲۲) و رستمخانی، قمری، باباخانی و مرقاتی خوبی (۱۳۹۹) مطابقت بر اساس بررسی‌های قبلی وجود ترس، اضطراب در بین افراد واژینسموس به وضوح تأیید شده است. در مطالعه تدین و همکاران درمان شناختی رفتاری توانست موجب کاهش افکار فاجعه ساز و انقباض در تمام بیماران شود (۱۴).

در خصوص بیماری واژینسموس از آنجاکه این اختلال به‌گونه‌ای گسترده و عمیق رابطه زوجی بیمار را متأثر می‌سازد، معمولاً چنین زوجینی درزمینه‌ی واکنش هیجانی، ابراز عواطف و پاسخ‌دهی به آن، حل تعارض‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی و به‌طورکلی هر نوع تعامل با مشکلات عدیده مواجه هستند. نتایج مطالعه دیگری نشان داده شد که در درمان واژینسموس اختلال عملکرد جنسی مردان نباید نادیده گرفته شود و همسران باید در روند درمان شرکت کنند و بیماران در صورت داشتن سابقه واژینسموس در بین بستگان یا زمانی که یکی از زوجین می‌گوید تقصیر توست، نسبت به درمان مقاوم‌تر می‌شوند (Anğin et al., 2020).

درواقع برنامه درمانی حاضر از طریق شناخت نگرش بیماران و تقویت مهارت‌های ارتباطی در رابطه زوجی و اصلاح تعاملات آسیب‌های موجود، آن‌ها را در بهبود کیفیت تعاملات ارتقای رابطه عاطفی و صمیمی یاری می‌رساند. یافته‌های مطالعه ما نیز مؤید همین مطلب است و با یافته‌های توانایی، آهی و منصور (۱۳۹۷) سازگاری دارد. آن‌ها در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی و پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده، به این نتایج دست یافتند که درمان شناختی رفتاری گروهی، سبب بهبود جاذبه جنسی و پویایی جنسی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود.

تکنیک‌های شناختی رفتاری تا حد زیادی برای به چالش کشیدن باورهایی که میل و برانگیختگی جنسی را تضعیف می‌کند و انتظارات غیرواقع‌بینانه از عملکرد به وجود می‌آورند، مؤثر عمل می‌کند. یافته‌های مطالعه ما نیز مؤید همین مطلب است و با مطالعه دیهیمی، کریمیان و آزادفر (۱۳۹۸) سازگار است. آن‌ها نیز در مطالعه خود نشان دادند آموزش شناختی و رفتاری بر کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش دانش جنسی زنان متأهل مؤثر است که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. تاستان، یوروک و ممت^۲ (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری به‌طور معنادار موجب بهبود عملکرد جنسی و کاهش ناسازگاری زناشویی در بیماران واژینسموس شد. این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. درمان موفقیت‌آمیز بیماران مبتلا به واژینسموس در این مطالعه، علیرغم عدم موفقیت در روش‌های درمانی ناکارآمد، نشان‌دهنده آن است که CBT روش مناسبی برای درمان واژینسموس می‌باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان به منطق درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از دلایل اثربخشی این درمان اشاره کرد. مطابق با درمان شناختی رفتاری، افکار و باورهای ناسازگار و الگوهای رفتاری ناسازگار که نقش مهمی، در آسیب‌شناسی روانی اختلالات دارند، شناسایی و تعدیل می‌شوند؛ بنابراین، می‌توان با اقدامات عملی در جهت اطلاع‌رسانی صحیح و آگاهی دادن به مبتلایان و درمان علمی

1. Lerner, Bagnoli, Pereyra, Fonteles, Sorpreso, Soares Júnior & et al.

2. Tastan, Yoruk & Memet

به بهبود این افراد کمک کرد. در همین راستا مطالعه حاضر با به‌کارگیری تمرین‌های رفتاری، در قالب درمان شناختی رفتاری و حساسیت‌زدایی و کاهش ترس و اضطراب در بیماران واژینیسیموس کمک کرده و بدین گونه آن‌ها را در رهایی از علائم این بیماری و بهبود کنش جنسی یاری رساند.

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

۶- تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه سرکار خانم کاکانژاد مدیریت محترم کلینیک تخصصی مشاوره روان‌درمانی بینش و سایر عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷- منابع

- ۱- تدین، م.، رضایی خیرآبادی، آ.، ملایی‌نژاد، م.، شیرالی‌نیا، خ. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر افکار وحشتناک زنان مبتلا به واژینیسیموس اولیه: یک کارآزمایی تک موردی. *زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۹(۳۹)، ۲۵-۳۴.
- ۲- توانایی، ع.، آهی، ق.، و منصوری، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۲)، ۵-۲۲.
- ۳- ثابت‌قدم، ش.، کرامت، ا.، ملاری، م.، رضایی چمنی، ص. (۱۳۹۸). مرور نظام‌مند مطالعات گزارش شیوع واژینیسیموس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل*، ۱۹(۳)، ۲۶۳-۲۷۱.
- ۴- حیدریان، م.، غلامزاده جفزه، م.، و شهبازی، م. (۱۴۰۰). تجربه زیسته زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسیموس: مطالعه کیفی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۲۰(۷۷)، ۱۶۱-۱۹۹.
- ۵- خان محمدی اطاقسرا، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در رشد خودپنداره جنسی زنان متأهل. *علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۸)، ۲۰۵۳-۲۰۶۶.
- ۶- دیهیمی، م.، کریمیان، ن.، و آزادفر، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی زنان نابارور. *رویش روانشناسی*، ۸(۱۲)، ۹۹-۱۰۶.
- ۷- رستمخانی، ف.، قمری، م.، باباخانی، و.، مرقاتی خوبیف، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر عملکرد و طرحواره‌های جنسی زنان یائسه. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۹(۶)، ۹۶-۱۰۷.
- ۸- رئیسی، ل.، ضیایی، س.، محمدی، ع.، و حاجی‌زاده، ا. (۱۳۹۹). تبیین فرایند تشخیصی واژینیسیموس: یک مطالعه تحلیل محتوا. *فصلنامه سلامت و مراقبت*، ۲۱(۱)، ۵۳-۶۴.
- ۹- عیوضی، ع.، سرلاتی، م.، محمدی، گ.، عیوضی، ف.، و پوربندبنی، م. (۱۳۹۸). درمان دو بیمار مبتلا به واژینیسیموس با نازایی طولانی مدت با رویکرد شناختی- رفتاری: گزارش مورد. *روان‌پرستاری*، ۷(۲)، ۱۰-۱۴.
- ۱۰- نصرت‌آبادی، م.، و افضل‌گروه، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسیموس. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۸(۲)، ۱۱-۱۹.

- ۱۱- یگانه، ط.، فراهانی، م. ن.، فرزاد، و.، و مقدسین، م. (۱۳۹۷). بررسی عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس در زنان متأهل سال ۱۳۹۷: یک مطالعه کیفی. *دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸، ۹۹۷-۱۰۱۶.
- 12- Abdnezhad, R., & Simbar, M. (2021). A review of Vaginismus Treatments. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 24(7), 83-97.
- 13- Allen, B. (2018). Implementing trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) with preteen children displaying problematic sexual behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 240-249.
- 14- Anđın, A. D., Gön, İ., Sakin, Ö., Çıkman, M. S., Eserdađ, S., & Anđın, P. (2020). Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA assisted reproduction*, 24(2), 180.
- 15- Antle, B. F., Owen, J. J., Eells, T. D., Wells, M. J., Harris, L. M., Cappiccie, A., ... & Wright, J. H. (2019). Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. *Contemporary Clinical Trials*, 78, 46-52.
- 16- Çankaya, S., & Aslantaş, B. N. (2022). Determination of sexual attitude, sexual self-consciousness, and sociocultural status in women with and without lifelong Vaginismus: a case-control study. *Clinical Nursing Research*, 31(7), 1340-1351.
- 17- Elrassas, H., Saad, A., Fekry, M., Elkholy, H., Mansour, O., & Azzam, L. (2022). Psychiatric comorbidity in a sample of Egyptian women with vaginismus. *Middle East Current Psychiatry*, 29(1), 39.
- 18- Erfanifar, E., Latifi, S. M., & Abbaspoor, Z. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioural consultation on sexual function and sexual self-efficacy of women after childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 15, 100157.
- 19- Eserdag, S., Ezberci Akgün, M., & Şükrü Gürbüz, F. (2023). Outcomes of Vaginismus Therapy Assessed by Penetrative Intercourse, Psychiatric Symptoms, and Marital Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 412-419.
- 20- Everhart Newman, J. L., Falligant, J. M., Thompson, K. R., Gomez, M. D., & Burkhart, B. R. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with adolescents with illegal sexual behavior in a secure residential treatment facility. *Children and Youth Services Review*.
- 21- Işık, C., & Aslan, E. (2023). The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: a randomized controlled study. *International Urogynecology Journal*, 34(3), 683-692.
- 22- Jenkins, C. S., Grimm, J. R., Shier, E. K., van Dooren, S., Ciesar, E. R., & Reid-Quiñones, K. (2020). Preliminary findings of problematic sexual behavior-cognitive-behavioral therapy for adolescents in an outpatient treatment setting. *Child Abuse & Neglect*, 105, 104428.
- 23- Khan, S., Amjad, A., & Rowland, D. (2019). Potential for long-term benefit of cognitive behavioral therapy as an adjunct treatment for men with erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(2), 300-306.
- 24- Lerner, T., Bagnoli, V. R., Pereyra, E. A. G. D., Fonteles, L. P., Sorpreso, I. C. E., Soares Júnior, J. M., & Baracat, E. C. (2022). Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics*, 77.
- 25- Mestre-Bach, G., Blycker, G. R., & Potenza, M. N. (2022). Behavioral therapies for treating female sexual dysfunctions: a state-of-the-art review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(10), 2794.
- 26- Molaeinezhad, M., Roudsari, R. L., Yousefy, A., Salehi, M., & Khoei, E. M. (2014). Development and validation of the multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire (MVPDQ) for assessment of lifelong vaginismus in a sample of Iranian women. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(4), 336.
- 27- Stout, M. E., Meints, S. M., & Hirsh, A. T. (2018). Loneliness mediates the relationship between pain during intercourse and depressive symptoms among young women. *Archives of sexual behavior*, 47, 1687-1696.
- 28- Tastan, K., Yoruk, N., & Memet, I. Ş. I. K. (2021). A Comparison of the Effectiveness of Hypnotherapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Primary Vaginismus. *Konuralp Medical Journal*, 13(3), 536-541.
- 29- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., & Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual medicine reviews*, 7(2), 223-250.
- 30- WHO. (2019). Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors. ICD-10. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F50-F59>.
- 31- Zgueb, Y., Ouali, U., Achour, R., Jomli, R., & Nacef, F. (2019). Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e3.
- 32- Ziaei, T., Farahmand Rad, H., Rezaei Aval, M., & Roshandel, G. (2017). The Relationship between Sexual Self-concept and Sexual Function in Women of Reproductive Age Referred to Health Centers in Gorgan, North East of Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 5(3), 969-977.

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Treatment of Vaginismus: a Single Case

Arezoo Rezaei^{1*}, Mitra Tedin², Mitra Melainejad³, Khadijah Shiraliya⁴

1- Department of Midwifery, Islamic Azad University, Behbahan Branch, Behbahan, Iran.
(Corresponding Author)

arezoo.rezaei66@gmail.com

2- Department of Midwifery, Menopause Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

tadayon-m@ajums.ac.ir

3- Department of Psychology, Faculty of Humanities, Najaf Abad Azad University, Isfahan, Iran.

mmolaei89@gmail.com

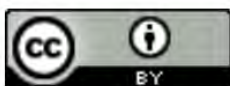
4- Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

k.shiralinia@scu.ac.ir

Abstract

Vaginismus is one of the most common GenitoPelvic Pain/Penetration Disorders, which is classified as either lifelong (primary) or acquired (secondary). The present study aimed to investigate the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on women with lifelong vaginismus. During a single-case experimental trial of multiple-baseline type, four women were included and diagnosed with lifelong vaginismus by a psychiatrist in a psychosexual clinic in Ahvaz. Full intercourse was evaluated daily based on the self-reports of participants. Secondary outcome measures (i.e. catastrophic cognitions, tightening, helplessness, sexual adjustment, avoidance, and penetration motivation) were assessed in participants by a multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire at baseline and after intervention. The subjects were entered into an eight-week Cognitive Behavioral Therapy program. The decreasing curve is compared with the baseline for each variable and considered the recovery index. After the treatment, all participants reported successful intercourse without pain and fear. The findings investigated that catastrophic cognitions, tightening, helplessness, sexual adjustment, avoidance, penetration motivation, sexual information, hypervigilance, optimism, and thoughts about genital incompatibility significantly improved by Cognitive Behavioral Therapy in all participants ($P < 0.05$). Based on the results, Cognitive Behavioral Therapy can be considered an effective treatment for LLV. In addition, this study can enhance our knowledge about the fear-avoidance essence of vaginismus and develop treatment options for women with lifelong vaginismus. Future studies are recommended with larger sample sizes and control groups.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Vaginismus, Sexual Dysfunction.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)