

Biannual Journal of Applied
Counseling
2016, 6(1) 1-22
Received: 14 Sep 2016
Accepted: 25 Oct 2016

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
۱-۲۲، ۶(۱)، ۱۳۹۵
دریافت: ۹۵/۰۶/۲۴
پذیرش: ۹۵/۰۹/۰۲

اثربخشی درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و بیوفیدبک بر عملکرد جنسی و وضعیت
زناشویی مبتلایان به واژینیسموس

Effectiveness of combination of cognitive-behavioral therapy and
biofeedback on vaginismus patients sexual function and marital status

Somayeh Ramesh
Reza Rostami
Effat Merghati-Khoei
Elaheh Hemmat Boland

سمیه رامش
رضا رستمی
عفت مرقاتی خویی
الهه همت بلند

Abstract

Sexual function and marital satisfaction, as factors affecting each other, are considered as the important issues of mental health field. The purpose of current study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and biofeedback combination therapy on vaginismus patients sexual function and marital status. For this purpose, in a semi-experimental study with pretest-post-test and the control group, 20 women with vaginismus disorder referred to the Atieh psychiatry-psychology clinic in Tehran selected by purposeful sample method and then randomly, were assigned to two groups of 10. The experimental group participants received eight sessions of 90-minute cognitive-behavioral, and combination therapy, and while, the control group participants did not receive any therapy. The participants of two groups in pre-test and post-test stages were measured in terms of sexual function and marital status variables. The results of analysis of covariance indicated that experimental group's in sexual dysfunction disorder and marital dissatisfaction variables is significantly lower than the control group. Therefore, with respect to the fact that vaginismus disorder significantly impairs patients sexual and marital function widely, the use of cognitive-behavioral and biofeedback combinational therapy can help them to improve sexual function and marital status.

Keywords: biofeedback, cognitive-behavior therapy, sexual function, marital status, vaginismus

چکیده

عملکرد جنسی و رضایت زناشویی به‌عنوان عوامل مؤثر بر یکدیگر، از موضوع‌های مهم حوزه بهداشت روان محسوب می‌شوند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ترکیبی شناختی-رفتاری (CBT) و بیوفیدبک بر عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی بیماران واژینیسموس بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل، ۲۰ زن مبتلا به اختلال واژینیسموس مراجعه‌کننده به درمانگاه روانپزشکی-روان‌شناسی آتیه تهران به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت درمان ترکیبی بیوفیدبک و شناختی-رفتاری قرار گرفت و شرکت‌کننده‌های گروه کنترل درمانی را دریافت نکردند. دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اختلال جنسی و ناسازگاری زناشویی شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش به‌طور معناداری از گروه کنترل کمتر است. بنابراین با توجه به این حقیقت که اختلال واژینیسموس عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی بیمار را به‌طور گسترده مختل می‌سازد، به‌کارگیری درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و بیوفیدبک می‌تواند به بهبود عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی آن‌ها کمک کند.

واژه‌های کلیدی: بیوفیدبک، درمان شناختی-رفتاری، عملکرد جنسی، وضعیت زناشویی، واژینیسموس

* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول) ramesh_somayeh@yahoo.com

** دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

*** دانشیار و متخصص رفتارشناسی جنسی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده رفتارهای پرخطر، گروه سلامت خانواده

مرکز ضایعات مغزی نخاعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**** کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

رامش، رستمی، مرقاتی‌خوئی، همت‌بلند

مقدمه

رضایت زناشویی^۱، نگرش مثبت و لذت بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی مثل ارتباط، مسائل شخصیتی، حل تعارض، روابط جنسی و فرزندان دارند (گرچوف، جان و هلسن، ۲۰۰۸). رضایت زناشویی هنگامی وجود دارد که وضعیت موجود هر یک از زوجین در رابطه زناشویی مطابق با انتظار آن‌ها باشد و نارضایتی زناشویی از عدم تطابق وضعیت موجود و مطلوب پدید می‌آید (وینچ^۲، ۲۰۰۰، به نقل از موسوی، رشیدی و گل محمدیان، ۱۳۹۴). زوجینی که از زندگی زناشویی خود رضایت دارند، ارزیابی ذهنی مثبتی نسبت به رابطه زوجی خود داشته و از احساس شادکامی و خرسندی خبر می‌دهند (رمضانی، کرامت، خسروی و متقی، ۲۰۱۵). رضایت زناشویی از عوامل مؤثر در ثبات و خانواده و در عین حال سلامت روانی همسران و فرزندان و همچنین جامعه است. در واقع، رضایت زناشویی سنگ زیربنای عملکرد بهینه خانواده است و در تسهیل نقش والدینی، افزایش سلامتی، رضایت بیشتر از زندگی زوجی، مدیریت بهتر تعارضات زناشویی، کاهش مشکلات روانشناختی زوجین و افزایش طول عمر آن‌ها نقش بسزایی دارد (سیدمحریمی، قنبری هاشم‌آبادی و اصغری ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۴). از سوی دیگر، عدم رضایت از زندگی زناشویی با پیامدهای مخرب متعددی همچون بروز افسردگی و ضعف عزت‌نفس در زوجین همراه است (ال‌کرانوی، ۲۰۱۲). متغیرهای گوناگونی چون سبک‌های دلبستگی (جاویدی، ۱۳۹۳)، مهربانی به خود^۳ و سبک‌های زوجی (قرلسفلو، جزایری، بهرامی و محمدی، ۱۳۹۴)، ویژگی‌های شخصیتی (ملوف، تورستینسون، اسکات، بالر و روک، ۲۰۱۰) و نوع تعامل زوجین (براوو و لمپکین، ۲۰۱۰) با رضایت زناشویی در ارتباط است. بر اساس یافته‌های تحقیقات متعدد، رضایت از رابطه جنسی از دیگر متغیرهایی است که در ایجاد و حفظ رابطه زناشویی شاد دارای نقش حیاتی است (رحمانی، مرقاتی، صادقی و الله‌قلی، ۱۳۹۰). رضایت جنسی^۴ به‌عنوان یک احساس رضایت‌بخش شخصی تعریف می‌شود که در آن فرد نیاز جنسی و انتظارات خود و همسرش را برآورده شده می‌داند و به‌طور کلی ارزیابی مثبت و خوشایندی از رابطه جنسی خود دارد (رمضانی، کرامت، متقی و خسروی، ۲۰۱۵). یافته‌های برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که عدم رضایت جنسی به بی‌ثباتی رابطه زوجین و خیانت زناشویی منجر شده و احتمال بروز طلاق را افزایش می‌دهد (برادلی، فریند و گاتمن، ۲۰۱۱).

واژینسموس^۵ یکی از اختلالات عملکرد جنسی در زنان است. واژینسموس، انقباض غیرارادی و مداوم عضلات مربوط به یک‌سوم بخش بیرونی واژن است که بانفوذ هر شیئی از جمله آلت مردانه، انگشت و اسپکولوم^۶ به داخل واژن تداخل ایجاد می‌کند (برتولاسی، فراسون، کاپلتی، ویستنی و

1. marital satisfaction
2. Winch
3. self-kindness
4. sexual satisfaction
5. vaginismus
6. speculum

بوردینگتون، ۲۰۰۹). بنا به گزارش برخی از محققان، واژینیسموس معمول‌ترین علت ازدواج‌های وصال نیافته در زنان است (پرتولاسی و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به عدم وجود شواهد معتبر از میزان نرخ شیوع این بیماری، تخمین زده می‌شود که این بیماری، ۱۷-۵ درصد زنان در یک موقعیت بالینی را دربرمی‌گیرد (مک‌کول، توریچ و اپفلیکر، ۲۰۱۴). در سبب‌شناسی واژینیسموس به نقش عواملی چون وجود تجارب منفی واقعی یا ذهنی در مورد رابطه جنسی، آزار جنسی و عدم آگاهی جنسی اشاره شده است (روزن، برگرون و سدیکاج، ۲۰۱۴؛ سیوکا، لیمونسین و دی‌توماسو، ۲۰۱۳). روش‌های درمانی متعددی چون مواجهه‌سازی^۱ و حساسیت‌زدایی تدریجی^۲ با استفاده از دیلاتور در سایزهای مختلف (ماسای، گریگوری، نانس و داس‌نایر، ۲۰۱۵؛ میلنیک، مک‌گوری، هاتون، ۲۰۱۲؛ میلز، ترکویل، دیوایت، ون‌لنکولد، برایر و دجان، ۲۰۱۴؛ ترکویل، میلرز و دی‌گروت، توجمن-راسولد و ون‌لنکولد، ۲۰۱۳)، تزریق بوتاکس (ورنر، فورد، پسیک، فرارا و مارکوس، ۲۰۱۴)، درمان شناختی رفتاری^۳ (انگمن، ویژیما و ویژیما، ۲۰۱۰؛ ماشب، کمز، مینیک و ریگمن، ۲۰۰۹؛ ون‌لنکولد، ترکویل، دگروت، میلز، نفز و زندبرگن، ۲۰۰۶) و بیوفیدبک (سو، چو، لی و کیم، ۲۰۰۵) به‌منظور بهبود وضعیت جنسی و درمان واکنش‌های واژینیستیک در بیماران مبتلا به واژینیسموس مورد استفاده قرار گرفته است.

درمان شناختی-رفتاری، یکی از روش‌های رایج به کار گرفته شده در بهبود مبتلایان به واژینیسموس است (برگرون، کورسینی-مانت، آرتز، رانکونت و روزن، ۲۰۱۵) و در این زمینه مطالعات متعدد همراه با نتایج مختلف گزارش شده است. به‌طور مثال، انگمن و همکاران (۲۰۱۰) اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان بیماران مبتلا به واژینیسموس بررسی گردید و نشان دادند ۵۶٪ زنان تحت درمان از کاهش درد جنسی خبر داده‌اند. همچنین ماشب، کرنز، لوزانو، مینکین و ریگمن (۲۰۰۹) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری به‌طور معناداری از روان‌درمانی حمایتی در کاهش درد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس اثربخش‌تر است. نتایج مطالعه ماسای و همکاران (۲۰۱۵)، میلز و همکاران (۲۰۱۴) و ترکویل و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داده است که تمرین‌های رفتاری در قالب مواجهه با دیلاتور، به حساسیت‌زدایی در بیماران واژینیسموس و کاهش ترس از محرک جنسی منجر می‌گردد.

در پژوهش حاضر نیز یکی از رویکردهای درمانی به کارگرفته شده در زمینه بهبود وضعیت جنسی بیماران واژینیسموس، درمان شناختی رفتاری است، چرا که به نظر می‌رسد روش مذکور قابلیت هدف قرار دادن آسیب‌های موجود در این اختلال را دارا می‌باشد. بر اساس شواهد موجود، واژینیسموس نشان‌دهنده یک پاسخ ترس شرطی شده به محرکی خاص (محرک جنسی و محرک‌های مشابه) است، به‌طوری که فعالیت جنسی با ترس و درد تداعی شده و به نوبه خود موجب برانگیختگی اضطراب مفرط در زمینه هرگونه موضوع مربوط به فعالیت جنسی می‌گردد. بدین ترتیب، مواجهه عینی با محرک ترس‌آور در قالب درمان حساسیت‌زدایی تدریجی و تمرین‌های رفتاری، در کاهش ترس نسبت به

1. exposure
2. desensitization systematic
3. cognitive-behavioral therapy

رامش، رستمی، مرقاتی‌خوشی، همت‌بلند

آمیزش جنسی می‌تواند مؤثر عمل کند (ترکویل، باث و ون‌لنکولد، ۲۰۱۰، ترکویل و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین مشاهده شده است که بیماران واژینیسموس اغلب اطلاعات نادرستی مبنی بر ترسناک و دردناک بودن عمل مقاربت دارند یا از اطلاعات کافی در مورد روش درست برقراری مقاربت و یا استفاده از دیلاتور در حین تمرین‌های رفتاری در درمان مواجهه‌ای برخوردار نیستند (هابر و پوکال، بایر، ریسینگ و کمبرلین، ۲۰۰۹). یافته دیگر نشان‌دهنده این است که اغلب شناخت و ادراک یک بیمار واژینیسموس در خصوص ظاهر جسمی و ظرفیت واژنش تحریف شده است و اصلاح شناخت و عقاید معیوب چنین بیمارانی می‌تواند در بهبود آن‌ها مؤثر واقع شود (سو و همکاران، ۲۰۰۵). بر این اساس در پژوهش حاضر از روش شناختی-رفتاری، به‌منظور آموزش و افزایش اطلاعات جنسی، اصلاح باورهای نادرست بیماران واژینیسموس و حساسیت‌زدایی آن‌ها، استفاده شده است.

بیوفیدبک^۱، به‌عنوان یک روش درمانی، با به‌کارگیری ابزارهای الکتریکی، به ارائه اطلاعاتی از کارکردهای جسمی بیمار در قالب بازخورد صوتی یا تصویری پرداخته و بدین گونه به کسب آگاهی بیشتر بیمار نسبت به فعالیت‌های خودمختار بدن و در نتیجه کنترل ارادی بر روی این فعالیت‌ها کمک می‌کند (اورتیز-ویگان اریارت، گارسیا-زپیریان و گارسیا-کیمینو، ۲۰۱۵). درحالی‌که روش شناختی رفتاری، درمان مرسوم واژینیسموس شناخته می‌شود و اغلب مطالعات از اثربخشی قابل توجه آن در این زمینه خبر می‌دهند، اما برخی از مطالعات گویای ضعیف بودن نتایج درمانی حاصل از این رویکرد می‌باشند. به‌طور مثال، ون‌لنکولد و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای از بهبود تنها ۱۵٪ زنان مبتلا به واژینیسموس با استفاده از روش شناختی رفتاری خبر داده‌اند. از سوی دیگر، بسیاری از مطالعات بر لزوم بکارگیری روش‌های مختلف در درمان واژینیسموس تأکید دارند (برگرون، مورین و لورد، ۲۰۱۰)، چرا که عوامل متعدد در سبب‌شناسی این اختلال دخالت دارند و بر اساس شواهد موجود، استفاده از رویکرد درمانی چند بعدی جسمی-روانی در درمان این بیماران مؤثرتر عمل می‌کند (فولگل-مایرز، بوم-اتارک و دمستد پترسن، ۲۰۱۳). این در حالی است که بیوفیدبک نیز به‌عنوان یکی از انواع درمان‌های جسمی عضلات کف لگن^۲ شناخته می‌شود و در درمان درد جنسی مورد استفاده قرار می‌گیرد (برگرون و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین تعدادی از مطالعات اخیر گویای این هستند که با قرار دادن بیماران مبتلا به واژینیسموس تحت درمان مواجهه‌ای فشرده، تا ۹۰٪ از آن‌ها در پایان درمان قادر به برقرار رابطه جنسی کامل خواهند بود (ترکویل و همکاران، ۲۰۱۳). از این رو در مطالعه حاضر، بیوفیدبک به‌عنوان یک درمان جسمی و مواجهه‌ای که با داشتن مزایایی از قبیل کمک به آرمیدگی^۳ عضلانی و کنترل ارادی عضلات کف لگن، تحرک در ناحیه عضله کف لگن، افزایش دهانه واژن و همچنین حساسیت‌زدایی این ناحیه شناخته می‌شود (برگرون و همکاران، ۲۰۱۵) در ترکیب با رویکرد شناختی-رفتاری به‌عنوان درمانی روان‌شناختی و مواجهه‌ای، به‌منظور افزایش میزان موفقیت و اثربخشی درمان بیماران واژینیسموس مورد

-
1. biofeedback
 2. Pelvic floor
 3. relaxation

استفاده قرار گرفته است. پژوهش سو و همکاران (۲۰۰۵) که به منظور بررسی اثربخشی بیوفیدبک و تمرین های رفتاری بر درمان ۹ بیمار واژینیسموس انجام گرفت، حاکی بر این بود که هر ۹ بیمار در پایان هشت جلسه درمان قادر به برقراری مقاربت شدند. پژوهش دانیلسون، تورستنسون، برادا-جنسن و بام-استارک (۲۰۰۶) که به بررسی مقایسه‌ای اثرات بیوفیدبک و داروی لیدوکائین^۱ بر بهبود زنان مبتلا به درد جنسی پرداخته است، حاکی از بهبود ۶۶٪ از بیماران بود که ماندگاری آن نیز در طی دوره پیگیری یک ساله گزارش شد. برگرون و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه‌ای با سه روش رفتاری، جراحی و بیوفیدبک در درمان زنان مبتلا به درد جنسی نشان دادند، که گرچه هر سه روش در کاهش درد جنسی مؤثرند، اما آثار درمانی بیوفیدبک ماندگارتر است.

واژینیسموس یک اختلال عملکرد جنسی در زنان است که مبتلایان به آن با مشکلات عدیده‌ای روبرو هستند. به طوری که بر اساس شواهد موجود، بیماران مبتلا به واژینیسموس با پیامدهای زیان بار متعددی از جمله تخریب رابطه زوجی، ناباروری و بروز اختلال جنسی ثانویه در همسر مواجهه هستند (دوگان و دوگان، ۲۰۰۸). بنابر این پرداختن به درمان بیماران واژینیسموس با استفاده از رویکردهای درمانی مؤثر به منظور کمک به بهبود وضعیت جنسی و رابطه زناشویی این بیماران و افزایش احتمال باروری در آنها از ضرورتی خاص برخوردار است. با توجه به این موضوع و همچنین مطابق با مطالب ذکر شده مبنی بر قابلیت‌ها و ویژگی‌های رویکرد شناختی-رفتاری و بیوفیدبک در بهبود عملکرد جنسی بیماران واژینیسموس، این سؤال مطرح می‌شود که آیا ترکیب دو درمان شناختی-رفتاری و بیوفیدبک در بهبود عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی بیماران واژینیسموس مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه مورد مطالعه، ۲۰ زن مبتلا به واژینیسموس بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان زنان مبتلا به واژینیسموس بر اساس تشخیص پزشکان که از سوی متخصصان کلینیک روانپزشکی-روانشناسی آتیه تهران ارجاع داده شده بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص واژینیسموس بر اساس معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و از سلامت جسمی و روانی و ملاک‌های خروج یا سگی، ابتلا به هر نوع بیماری جسمی و روانی و ابتلای همسر بیمار به اختلالات جنسی بود. معیارهای تشخیصی عبارت بودند از: بروز اسپاسم غیرارادی مداوم یا عودکننده در عضلات یک‌سوم بخش بیرونی واژن که مانع مقاربت جنسی یا انجام معاینه می‌شود، وجود درد و ترس محسوس هنگام اقدام به آمیزش یا انجام معاینه و شکایت زوجین مبنی بر اینکه این بیماری مشکلات فراوانی را برای آنها به بار آورده است، به خصوص در حوزه روابط زناشویی آنها. بیماری با

1. lidocain
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

رامش، رستمی، مرقاتی‌خوئی، همت‌بلند

استفاده از مصاحبه بالینی که توسط یک روانپزشک و همچنین معاینه‌ای که توسط یک ماما صورت می‌گرفت، تشخیص داده می‌شد. از ۲۰ بیمار انتخاب شده، به‌طور تصادفی ۱۰ بیمار در گروه آزمایش و ۱۰ بیمار در گروه گواه قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

سیاهه رضایت جنسی گلوبوک-روست^۱ (GRISS). روست و گلوبوک در سال (۱۹۸۵) سیاهه رضایت جنسی را ساختند که شامل دو فرم جداگانه برای مردان و زنان است. هر یک از سیاهه‌ها دارای ۲۸ سؤال است که مشکلات جنسی آزمودنی‌ها را در هفت زمینه برحسب طیف پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. کمترین نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و بیشترین نمره ۱۱۲ است. خرده مقیاس‌های سیاهه زنان عبارتند از: پایین بودن فراوانی^۲ (کم بودن تعداد دفعات رابطه جنسی)، فقدان ارتباط^۳، ناشهوت‌انگیزی^۴، اجتنابگری^۵، ناکامروایی^۶، واژینیسموس^۷ و بی‌ارگاسمی^۸. خرده مقیاس‌های سیاهه مردان شامل ناتوانی جنسی^۹، انزال زودرس^{۱۰}، ناشهوت‌انگیزی، اجتنابگری، ناکامروایی، پایین بودن فراوانی و فقدان ارتباط می‌باشد. علاوه بر نمره‌های هنجار شده خرده مقیاس‌ها، نمره کل هنجار شده هر یک از آزمودنی‌ها شدت و ضعف مشکلات جنسی وی را در یک پیوستار ۹ درجه‌ای از نمره ۱ (کمترین حد مشکل جنسی) تا نمره ۹ (بیشترین حد مشکل جنسی) نشان می‌دهد. و ضرایب پایایی بازمی‌آزمایی خرده مقیاس‌های این ابزار (با فاصله دو هفته) از ۰/۶۳ تا ۰/۹۴ و روایی سازه این پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است (ون لنکولود، اورید و گراشان، ۲۰۰۱). در پژوهشی این ابزار با ابزارهای ناسازگاری زناشویی، ناسازگاری جنسی، ویژگی‌های شخصیتی (برونگرایی و روان‌رنجورخویی) و مطلوبیت اجتماعی از روایی سازه همگرا و واگرایی برخوردار است (ون لنکولود و ترکویل، ۱۹۹۹). در بررسی فرم فارسی این سیاهه ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار و خرده مقیاس‌ها آن بر روی زنان نابارور به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و برای آزمودنی‌های مرد نابارور به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ و ضرایب پایایی بازمی‌آزمایی (با فاصله سه هفته) برای زنان ۰/۸۹ و برای مردان ۰/۹۲ به دست آمده است (بشارت، حسین زاده بازرگانی و میرزمانی، ۱۳۸۲).

سیاهه وضعیت زناشویی گلوبوک-روست^{۱۱} (GRIMS). سیاهه وضعیت زناشویی

1. Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction
2. infrequency
3. non-communication
4. non-sensuality
5. avoidance
6. dissatisfaction
7. vaginismus
8. anorgasmia
9. impotence
10. premature ejaculation
11. Golombok Rust Inventory of Marital Statues

گلوبوک-روست (روست، بانن و کرو، ۱۹۸۸) دارای ۲۸ سؤال است، که طیف لیکرت چهار درجه‌ای (کاملاً موافق = ۰ تا کاملاً مخالف = ۳) مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین را از نمره صفر تا سه در زمینه میزان حساسیت^۱ و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد^۲، وفاداری^۳، مشارکت^۴، همدردی^۵، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت^۶ و همدلی زوجین می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این سیاهه، صفر و حداکثر نمره ۸۴ می‌باشد. نمره هنجار شده آزمودنی‌ها در ۹ درجه برحسب شدت و ضعف مشکلات زناشویی محاسبه می‌شود. روست و همکاران (۱۹۸۸) ضرایب پایایی این ابزار را با استفاده از روش‌های دونیمه سازی، برای آزمودنی‌های مرد ۰/۹۱ و زن ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ برای آزمودنی‌های مرد، ۰/۸۹ و زن ۰/۸۵ به دست آورده‌اند. روست، بانن، کرو و گلوبوک (۱۹۹۰) روایی محتوایی و سازه‌ای این پرسشنامه را تأیید کردند و ضرایب پایایی به روش دونیمه سازی را برای مردان ۰/۹۴ و برای زنان ۰/۸۶ و ضرایب پایایی باز-آزمایی را برای زنان ۰/۹۰ و برای مردان ۰/۹۳ گزارش دادند. اعتبارسنجی این سیاهه بر روی بیماران اورولوژی هلندی گویای روایی پیش‌بین و تشخیصی این ابزار است (ون لنکلود و ون کوورینگ، ۲۰۰۳). همچنین (بشارت، ۱۳۸۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این ابزار برای زنان ۰/۹۲ و برای مردان ۰/۹۴، ضرایب پایایی باز-آزمایی (با فاصله زمانی دو هفته) برای کل آزمودنی‌ها $r=0/94$ ، برای آزمودنی‌های زن $r=0/93$ و $r=0/95$ برای زنان به دست آورده است.

روند اجرای پژوهش

برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان، از آن‌ها رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و هر زمان که مایل بودند می‌توانستند به درمان پایان دهند. به‌منظور انجام پژوهش، بیماران گروه آزمایش در ۸ جلسه درمانی ۱/۵ ساعته که به‌صورت هفتگی در مرکز آتیه تهران برگزار می‌شد، تحت مداخله شناختی-رفتاری و بیوفیدبک قرار گرفتند. قبل از شروع جلسات درمانی، قوانین شرکت در آن مثل محرمانه نگه داشتن محتوای جلسات و اجرای تمرین‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. پیش از شروع دوره درمان و پس از اتمام آن، تمام آزمودنی‌ها با سیاهه‌های رضایت جنسی گلوبوک-روست و وضعیت زناشویی گلوبوک-روست مورد سنجش قرار گرفتند.

پروتکل جلسات درمانی شناختی رفتاری و بیوفیدبک (ترکوبیل و همکاران، ۲۰۱۰؛ کاپلان، ۱۹۷۴؛ گلپز، رودک، اسونشنیس، هرتز و یانگ، ۱۹۹۵)

جلسه اول. برقراری رابطه درمانی، بررسی سابقه بیماری مراجع و علل احتمالی آن، بررسی سابقه

1. sensitivity
2. commitment
3. loyalty
4. cooperation
5. empathy
6. intimacy

رامش، رستمی، مرقاتی‌خوئی، همت‌بلند

درمان قبلی و چگونگی آن، بیان ارزش و اهمیت درمان، بررسی کیفیت رابطه عاطفی زوجین، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت رابطه جنسی، ارائه توضیح مختصر در زمینه روند و منطق درمان، دستور منع رابطه جنسی.

جلسه دوم. بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیرمنطقی، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، آشنایی بیمار با آناتومی جنسی، کارکرد اعضای تناسلی، فیزیولوژی و رفتار جنسی به‌منظور افزایش آگاهی جنسی بیمار.

جلسه سوم. بررسی و توضیح پیامدهای رفتاری و هیجانی پابندی به باورهای جنسی ناکارآمد (همچون اعتقاد به اینکه واژن یک زن خیلی نازک و آسیب‌پذیر است یا مقاربت عملی دردناک و ترسناک است) و همچنین تجارب خاص (مانند داشتن خاطره ترسناک از اولین رابطه جنسی) و تأکید بر دخالت این عوامل در بروز و تداوم بیماری، کار بر روی افکار ناکارآمد و بازسازی شناختی، آغاز برنامه درمانی بیوفیدبک. درمان بیوفیدبک به این شکل است که در ابتدا بیمار تحت آموزش رلکسیشن قرار می‌گیرد. در برنامه درمانی حاضر به‌منظور انجام بیوفیدبک به‌جای دیلاتور با سایزهای مختلف، از انگشت به‌عنوان ابزار ورود و خروج در واژن استفاده می‌شود. درمانگر در ابتدا به ماساژ بخش بیرونی واژن پرداخته و با ارائه بیوفیدبک شنیداری که نشانگر عملکرد عضلات کف لگن و واژن است، از بیمار می‌خواهد تا با توجه به بازخوردی که دریافت کرده است، میزان آرمیدگی عضلات واژن خود را کنترل کند. در ادامه درمانگر از ورود و خروج یک انگشت خود شروع می‌کند و به‌محض عادت کردن بیمار به ورود یک انگشت، از او می‌خواهد تا انقباض و انبساط عضلات واژن خود را مطابق با فیدبک ارائه شده تنظیم و کنترل نماید. این تمرین‌ها به همین ترتیب با استفاده از یک انگشت خود بیمار، دو انگشت درمانگر و سپس دو انگشت بیمار در جلسات بعدی ادامه می‌یابد. به‌عنوان تکلیف منزل نیز از بیمار خواسته می‌شود تمرینی که در هر جلسه درمان بیوفیدبک انجام داده است را هر روز دو بار و هر بار به مدت ۱۵ دقیقه تا جلسه بعدی درمان تکرار کند.

جلسه چهارم. بررسی چگونگی ارتباط کلامی و غیرکلامی زوجین، آموزش مهارت ارتباطی (همچون گوش دادن فعال و درک همدلانه)، آموزش چگونگی ابراز هیجانات و همچنین نیازهای جنسی، ادامه درمان بیوفیدبک.

جلسه پنجم. بررسی الگوهای تقویت و تنبیه زوجین، تأکید بر افزایش تقویت‌کننده‌های مثبت و افزایش تبادلات رفتاری مثبت، آموزش حس یابی^۱ غیرجنسی و مهارت تمرکز بر اندام‌های غیر تناسلی، ادامه درمان بیوفیدبک.

جلسه ششم. آموزش حس یابی جنسی و رفع ممنوعیت لمس اندام‌های تناسلی، آموزش تمرین‌های کگل، ادامه درمان بیوفیدبک.

جلسه هفتم. آموزش انواع شیوه‌های مقاربت جنسی و تکنیک‌های وابسته به آن، ادامه درمان بیوفیدبک.

1. Sensate focus

جلسه هشتم. ارائه خلاصه مهارت‌های آموزش داده شده و تمرین‌ها، ارزیابی میزان به‌کارگیری و اثربخشی تکنیک‌های آموزشی، بررسی میزان دستیابی به نتایج رضایت‌بخش، دادن بازخورد و رفع ایرادات موجود، جمع‌بندی کلی نکات مورد ارائه در طی جلسات درمانی.

در ضمن ابتدای هر جلسه به‌مرور تمرین‌ها و آخر هر جلسه نیز به پاسخ به سؤالات، بازخورد گرفتن از بیمار و ارائه تمرین‌های هفتگی اختصاص می‌یافت. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر به‌جای دیلاتور از انگشت به‌عنوان ابزار ورود به واژن استفاده شده است. چرا که بنا به عقیده ویژیما و ویژیما (۱۹۹۷)، بیمار با استفاده از انگشت خود به‌عنوان ابزار ورود به واژن، فشار وارد شده به انگشت خود را احساس کرده و شروع درد را ارزیابی می‌کند. در ادامه، بیمار با تلاش برای آرام‌سازی عضلات کف لگن، از انقباض آن عضلات و بروز درد جلوگیری می‌کند که این خود به معنای دستیابی به احساس کنترل است که مؤثرترین راه برای کاهش ترس بیمار واژینیس‌موس بوده و برای او تقویت محسوب می‌شود. با این وجود، در صورتی که بیمار تمایل به استفاده از شیء دیگر به‌جای انگشت به‌عنوان ابزار ورودی داشت، می‌توان از آن استفاده کرد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای مقایسه نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از تحلیل کوواریانس با رعایت مفروضه‌های آن استفاده شد. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS-۲۱ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سن زنان شرکت‌کننده ۲۹/۵۶ سال (انحراف معیار ۴/۸۹ و با دامنه ۲۲-۳۹ سال) و میانگین سن همسران ۳۵/۲۱ سال (انحراف معیار ۶/۵۷ و با دامنه ۲۶-۴۵ سال) بود. جدول ۱ شاخص‌های آماری گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای رضایت جنسی و وضعیت زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

آزمون کالموگروف اسمیرنف^۱ به‌عنوان مفروضه نرمال بودن داده‌ها نشان داد که متغیر رضایت جنسی در دو گروه دارای توزیع نرمال است ($p=0/۳۷۶$)، مفروضه آزمون همگنی واریانس لون حاکی از برقراری مفروضه فوق بود ($p=0/۶۰۳$)، آزمون همگنی شیب‌های خط رگرسیون نشان داد که اثر تعاملی میان گروه و نمره‌های پیش‌آزمون بر نمرات مرحله پس‌آزمون معنادار نمی‌باشد که این عدم معناداری بیانگر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون می‌باشد ($F=0/۳۶$, $p=0/۵۵۵$). همچنین با توجه به رابطه معنادار بین متغیر همپراش و متغیر وابسته، مفروضه خطی بودن نیز رعایت شد ($p<0/۰۵$).

1. Kolmogorov-Smirnov test

رامش، رستمی، مرقاتی‌خوئی، همت‌بلند

جدول ۱

شاخص‌های آماری گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای رضایت جنسی و وضعیت زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|---------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| فراوانی کم | ۶/۴۲ | ۱/۴۳ | ۵/۸۸ | ۱/۴۹ |
| | ۳/۳۴ | ۱/۸۲ | ۶/۱۲ | ۱/۳۰ |
| فقدان ارتباط | ۴/۷۷ | ۱/۲۵ | ۵/۱۲ | ۱/۱۷ |
| | ۲/۴۸ | ۱/۱۳ | ۴/۹۱ | ۱/۵۶ |
| ناشبهت انگیزی | ۵/۰۴ | ۰/۹۶ | ۴/۶۹ | ۱/۱۴ |
| | ۳/۷۸ | ۱/۰۹ | ۴/۳۳ | ۱/۰۵ |
| اجتناب‌گری | ۶/۶۷ | ۱/۸۸ | ۷/۰۳ | ۱/۵۲ |
| | ۳/۱۰ | ۱/۱۵ | ۶/۷۵ | ۱/۹۸ |
| ناکامروایی | ۶/۱۸ | ۲/۰۸ | ۵/۵۱ | ۲/۱۱ |
| | ۲/۸۸ | ۱/۴۳ | ۶/۲۱ | ۱/۴۹ |
| بی‌ارگاسمی | ۴/۳۴ | ۲/۱۱ | ۴/۸۶ | ۱/۸۹ |
| | ۲/۱۲ | ۱/۰۳ | ۴/۶۳ | ۲/۱۱ |
| واژینیسم | ۸/۱۳ | ۱/۰۱ | ۷/۸۹ | ۱/۱۲ |
| | ۴/۵۲ | ۰/۸۷ | ۷/۷۶ | ۰/۹۸ |
| رضایت جنسی | ۵/۴۰ | ۲/۰۶ | ۵/۷۴ | ۱/۷۲ |
| | ۲/۸۰ | ۱/۱۱ | ۵/۳۱ | ۱/۳ |
| وضعیت زناشویی | ۳۱/۷۰ | ۵/۱۰ | ۳۲/۲۴ | ۵/۴۲ |
| | ۲۲/۱۱ | ۳/۸۸ | ۳۱/۱۴ | ۶/۳۳ |

متغیرهای رضایت جنسی

نتایج تحلیل کوواریانس رضایت جنسی در جدول ۲ نشان می‌دهد که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات کل پس‌آزمون معنادار می‌باشد ($F(1, 17) = 29/23, p < 0/01$). به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در میانگین نمرات رضایت جنسی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت به‌دست آمده به‌گونه‌ای است که میانگین نمرات برای آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر رضایت جنسی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل می‌باشد (جدول ۱).

آزمون کالموگروف اسمیرنوف به‌عنوان مفروضه نرمال بودن داده‌ها نشان داد که متغیر وضعیت زناشویی در دو گروه دارای توزیع نرمال است ($p = 0/643$). مفروضه آزمون همگنی واریانس لون نشان داد که این مفروضه برقرار است ($p = 0/914$). بررسی همگنی شیب‌های خط رگرسیون نشان داد که

تعامل میان گروه و نمره‌های پیش‌آزمون بر مرحله پس‌آزمون دیده نمی‌شود ($F=0/78$, $p=0/308$). همچنین مفروضه خطی بودن نیز با توجه به معناداری همبستگی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته تأیید شد ($p<0/001$).

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر رضایت جنسی

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|
| پیش‌آزمون | ۱۰/۷۶ | ۱ | ۱۰/۷۶ | ۱۰/۸۰ | ۰/۰۰۳ |
| گروه | ۲۹/۱۲ | ۱ | ۲۹/۱۲ | ۲۹/۲۳ | ۰/۰۰۱ |
| خطا | ۱۶/۹۳ | ۱۷ | ۰/۹۹۶ | | |
| کل | ۳۸۷ | ۱۹ | | | |

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر رضایت زناشویی

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|
| پیش‌آزمون | ۱۸۶/۹۴ | ۱ | ۱۸۶/۹۴ | ۱۲/۹۲ | ۰/۰۰۲ |
| گروه | ۲۰۴/۱۴ | ۱ | ۲۰۴/۱۴ | ۱۴/۱۰ | ۰/۰۰۲ |
| خطا | ۲۴۵/۹۶ | ۱۷ | ۱۴/۴۶ | | |
| کل | ۱۳۷۲/۰۲ | ۱۹ | | | |

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس رضایت زناشویی در جدول ۳ نشان می‌دهد، که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات کل پس‌آزمون متغیر وضعیت زناشویی معنادار می‌باشد ($F=1,17$)=۱۴/۱۰، $p<0/002$). به عبارت دیگر، بین میانگین متغیر وضعیت زناشویی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش این متغیر به‌طور معناداری کمتر از میانگین گروه کنترل می‌باشد (جدول ۱).

بحث

در پژوهش حاضر، درمان شناختی-رفتاری به‌منظور حساسیت‌زدایی تدریجی، اصلاح شناختی و آموزش مهارت‌های جنسی و ارتباطی و درمان بیوفیدبک به‌منظور آرمیدگی انقباضها عضلات کف لگن، در ترکیب با یکدیگر و با هدف بهبود وضعیت جنسی و زناشویی بیماران واژینیسموس مورد استفاده

رامش، رستمی، مرقاتی‌خوئی، همت‌بلند

قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از افزایش رضایت جنسی و وضعیت زناشویی بیماران واژینیسموس بعد از انجام مداخله بود. نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته مطالعات ماسای و همکاران (۲۰۱۵)، ون‌لنکولد و همکاران (۲۰۰۶)، انگمن و همکاران (۲۰۱۰)، ماشب و همکاران (۲۰۰۹)، ترکویل و همکاران (۲۰۱۳) و سو و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد که به ترتیب دلالت بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و اثربخشی بیوفیدبک در کاهش واکنش‌های واژینیستیک و بهبود وضعیت جنسی بیماران واژینیسموس دارند. همچنین این یافته با نتایج پژوهش ترکویل و همکاران (۲۰۱۰)، هامل، ون‌لنکولد، اولدنبارگ، هان، برومنز و ارونسون (۲۰۱۵) و گولدفینگر، پاکال، ثیبالت-گانگون، مکلین و کامبرلین (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و مطالعات دانلیسون و همکاران (۲۰۰۶)، برگون و همکاران (۲۰۱۰)، دویسی و سناتوری (۲۰۱۱) و پیاسارولی، هاردی، اندراد، فریرا و اوسیس (۲۰۱۰) مبنی بر نقش بیوفیدبک و تمرین‌های عضلات کف لگن در کاهش درد جنسی و بهبود اختلالات کنش جنسی زنان هماهنگ است. به‌طوری که مطالعه هامل و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی زنان تحت درمان مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت، گویای اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی و افزایش صمیمیت زوجی در این دسته از بیماران بود. مطالعات پیاسارولی و همکاران (۲۰۱۰) نیز گویای تقویت عضلات کف لگن، بهبود ارگاسم و به‌طور کلی عملکرد جنسی بیماران تحت درمان، با استفاده از تمرین‌های انجام گرفته بر روی عضلات کف لگن بوده است.

تکنیک‌های به کار گرفته شده در پژوهش حاضر، هر یک با کارایی خاص خود بخشی از کژ کاری‌های جنسی موجود در اختلال واژینیسموس را پوشش داده و به بهبود وضعیت جنسی این دسته از بیماران کمک‌کننده بوده است. تکنیک ممنوعیت مقاربت می‌تواند به شکست چرخه معیوب ترس از مقاربت جنسی و به دنبال آن داشتن یک تجربه منفی و در آخر یک احساس ناامیدی برجا مانده در بیمار کمک کرده و با از بین بردن و یا کاهش لزوم برقراری رابطه جنسی، زمینه‌ساز فرصتی برای تجارب مثبت باشد (مک‌کول و همکاران، ۲۰۱۴). تمرین‌های کگل^۱ که تقویت عضلات کف لگن را هدف قرار می‌دهند، با افزایش خون‌رسانی به ناحیه تناسلی و در نتیجه افزایش برانگیختگی و همچنین کمک به فرد برای آگاهی و احساس کنترل بیشتر بر اندام تناسلی به تسهیل ارگاسم کمک می‌کنند (برگرون و همکاران، ۲۰۱۵). تکنیک حس یابی شامل مجموعه‌ای از آموزش‌های ساختارمند برای فعالیت‌های لمس کردن اندام‌های تناسلی و غیر تناسلی به زوجین در جهت غلبه بر اضطراب و افزایش صمیمیت جسمی بین آن‌ها کمک می‌کند (کرولی، گلدمیر و هیلر، ۲۰۰۹). تکنیک حس یابی به زوجین کمک می‌کند تا از طریق تماس بدنی با همسر و یادگیری شیوه‌های برقراری ارتباط جسمی که طرف مقابلشان ترجیح می‌دهد، به احساس آرمیدگی، تحریک و لذت بیشتر و همچنین آگاهی نسبت به این احساس‌ها دست یابند. این تکنیک بیشتر از جنبه جسمی بر جنبه حسی تأکید دارد و هدف اصلی آن کمک به زوجین است تا بتوانند هنگام لمس شدن توسط همسر خود احساس آرامش کنند، بر احساس‌ها لذت‌بخش تمرکز

1. Kegel exercises

نموده و به طرف مقابل خود اجازه دهند تا از نوع تماس جسمی که بیشترین لذت را برای آنها ایجاد می‌کند، آگاهی یابد. از سوی دیگر، افکار و نگرش‌های ناسازگارانه در تعیین چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت جنسی و نهایتاً تجربه میل، برانگیختگی و اوج لذت جنسی نقش مهمی ایفا می‌کند. به‌طور قطع، تعبیر محرک به‌گونه‌ای که به افکار جنسی مثبت منجر می‌گردد، در مقایسه با حالتی که به افکار منفی می‌انجامد، پاسخ جنسی مطلوب‌تر و عملکرد جنسی بهتر را به دنبال دارد. باورهای ناسازگارانه و افکار منفی درباره فعالیت جنسی به تشدید و تداوم علائم در یک بیمار با اختلال کنش جنسی، به‌خصوص بیمار واژینیسموس منجر شده و در قالب بازسازی شناختی است که این نگرش‌ها و خودتلقینی‌های منفی شناسایی و اصلاح شده و در نهایت به بهبود عملکرد جنسی بیماران می‌انجامد.

نقش بیوفیدبک در درمان واژینیسموس، بازآموزی و فعال‌سازی مجدد کارکرد از دست رفته عضلات کف لگن است (سو و همکاران، ۲۰۰۵). در واژینیسموس، عضلات کف لگن به‌طور غیرارادی در حین ارگاسم منقبض شده و این موقعیت را تهدیدآمیز نشان می‌دهد، به‌طوری که مشخصه‌ی 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 مقاربت جنسی می‌شود (سیمانولی، الوتری، پتراکسولی و روزی، ۲۰۱۴). بنا به اعتقاد برخی از محققان، زنان مبتلا به واژینیسموس، ادراک درستی از تونوس عضلات واژن خود ندارند. آنها در تمایز بین حالت آرمیدگی و اسپاسم عضلانی ناتوان بوده و از اینکه تونوس عضلانی می‌تواند به‌طور ارادی تغییر کند، آگاهی ندارند (جانته، پسرکز و پیسرکز، ۲۰۱۵). در واقع، مبتلایان به واژینیسموس از اسپاسم غیرارادی عضلات کف لگن رنج می‌برند و خود را در کنترل و آرمیدگی این عضلات ناتوان می‌بینند، چرا که آنها در اصل نسبت به قابل کنترل این عضلات ناآگاهند و در این زمینه ضعیف عمل می‌کنند. در جریان درمان بیوفیدبک است که بیمار نسبت به اسپاسم غیرعادی عضلات کف لگن خود آگاه شده و متوجه این موضوع می‌شود که این انقباض‌ها قابل کنترل است و چنانچه وی بتواند بر آنها غلبه نماید و کنترل و آرمیدگی اسپاسم عضلانی خود را در دست گیرد، بیماری‌اش قابل رفع است. در مطالعه حاضر، این‌گونه به بیمار آموزش داده شد که بازخورد شنیداری که به هنگام تمرین‌های رفتاری به وی ارائه می‌شود، نشانگر عملکرد عضلات کف لگن و واژن است و بنابراین از وی خواسته شد تا با توجه به بازخوردی که دریافت می‌کند، میزان آرمیدگی عضلات کف لگن و واژن خود را کنترل نماید. بدین طریق در حین انجام این تمرین‌ها و آموزش‌ها، بیمار با توجه به بازخورد ارائه شده، برای آرام‌سازی عضلات کف لگن خود و جلوگیری از انقباض آن عضلات تلاش می‌کند و به تدریج به یک احساس کنترل بر اسپاسم‌های عضلانی خود دست می‌یابد که این حس کنترل به نوبه خود به کاهش ترس و درد در بیمار واژینیسموس می‌انجامد. اینگونه است که درمان بیوفیدبک با آموزش کنترل عضلانی و تقویت عضلات کف لگن، بیماران واژینیسموس را در بهبود عملکرد جنسی و افزایش میزان موفقیت درمان شناختی رفتاری کمک می‌کند. بنا به اظهار گلپز و همکاران (۱۹۹۵)، با کاربرد بیوفیدبک شاهد نتایج ماندگار در کاهش درد جنسی و بهبود کیفیت زندگی بیماران واژینیسموس

رامش، رستمی، مرقاتی‌خوئی، همت‌بلند

خواهیم بود. همچنین نشان داده شده است که در درمان اختلال‌های درد جنسی زنان می‌توان تکنیک‌هایی چون تمرین‌های کگل را همراه با بیوفیدبک به‌منظور تقویت و اصلاح تونوس عضلات کف لگن به کار برد (جانند و همکاران، ۲۰۱۵).

به‌طور کلی، مطالعات متعدد در زمینه اختلال‌های کنش جنسی بر اهمیت نقش اضطراب در بیماران تأکید دارند، به‌طوری که اضطراب انتظار^۱ و اضطراب عملکردی به شکل منفی کارکرد جنسی را متأثر می‌سازند. بر این اساس، سکس درمانی با هر رویکردی، برای دستیابی به نتایج رضایت‌بخش، مستلزم تمرکز بر کاهش اضطراب مربوط به موقعیت جنسی در بیماران است. پس از پرداختن به اضطراب، سایر اهداف درمانی باید بر آموزش، اصلاح و ارتقاء مهارت‌های جنسی متمرکز باشند (والسکا، اسکار، سرگیو، انتونیو و ادریانا، ۲۰۱۳). به‌طور خاص و در مورد اختلال واژینیسموس نیز باید توجه داشت که ترس و اضطراب مؤلفه اصلی این بیماری بوده و تکنیک‌های درمانی که این اضطراب و ترس را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند بیمار را برای سازگار کردن با موقعیت و محرک‌های برانگیزاننده ترس و رفتار اجتنابی یاری رسانند (سیمانولی و همکاران، ۲۰۱۴). مطابق با مدل رفتاری واژینیسموس، واکنش واژینیستیک نشان‌دهنده پاسخ ترس شرطی شده به محرک جنسی و محرک‌های مشابه است و از سوی دیگر افزایش تنش عضلات واژن که مانع دخول مهیلی است، خود می‌تواند موجب درد جنسی شود (ماسای و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین در این بیماری فعالیت جنسی با ترس و درد تداعی شده و به نوبه خود موجب برانگیختگی و اضطراب مفرط در زمینه هرگونه موضوع مربوط به فعالیت جنسی می‌شود و بدین ترتیب، مواجهه عینی با محرک ترس‌آور در قالب درمان حساسیت‌زدایی تدریجی و تمرین‌های رفتاری، می‌تواند در کاهش ترس نسبت به آمیزش جنسی مؤثر عمل کند (ترکویل و همکاران، ۲۰۱۰، ترکویل و همکاران، ۲۰۱۳). در همین راستا، مطالعه حاضر نیز با بکارگیری تمرین‌های رفتاری در قالب درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک به حساسیت‌زدایی و کاهش ترس و اضطراب در بیماران واژینیسموس کمک کرده و بدین گونه آن‌ها را در رهایی از علائم این بیماری و بهبود کنش جنسی یاری می‌رساند.

همسو با یافته مطالعه حاضر، نتایج مطالعات بابا پور خیرالدین، نظری و رشیدزاده (۱۳۹۰) و قره داغی، شفیق‌آبادی، حسین رشیدی، فرحبخش و اسماعیلی (۱۳۹۳) نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش صمیمیت بین زوجین و بهبود رضایت زناشویی آن‌ها بوده است. در خصوص بیماری واژینیسموس، از آنجا که این اختلال به‌گونه‌ای گسترده و عمیق رابطه زوجی بیمار را متأثر می‌سازد، معمولاً چنین زوجینی در زمینه واکنش هیجانی، ابراز عواطف و پاسخ‌دهی به آن، حل تعارض‌های، ارتباط کلامی و غیرکلامی، تقسیم نقش و به‌طور کلی هر نوع تعاملی با مشکلات عدیده مواجهه هستند. به تجربه دیده شده است که زوجین درگیر این بیماری از وجود کاستی‌های متعدد در یکدیگر شکایت دارند، شکایاتی همچون اینکه طرف مقابل پاسخگوی نیاز عاطفی آن‌ها نیست، وظایف همسری خود را درست انجام نمی‌دهد، افسرده و سرد به نظر می‌رسد، تمایلی برای برقراری ارتباط با وی ندارد، بدخلق و بدرفتار

1. anticipation

است، قدرشناس و ناسپاس است و غیرو که همگی بر نامناسب بودن الگوهای ارتباطی و رفتاری در بین این زوجین دلالت دارند. برنامه درمانی حاضر با در نظر گرفتن چنین نقاط ضعف و کمبودهایی، اقدام به اصلاح ارتباط کلامی و غیرکلامی، آموزش مهارت ارتباطی همچون گوش دادن فعال و درک همدلانه، آموزش چگونگی ابراز هیجانات و پاسخ دادن به آن و اصلاح الگوهای رفتاری در بین این زوجین کرده است. در واقع برنامه درمانی حاضر از طریق اصلاح شناخت و نگرش بیماران، به تقویت واقعیت‌نگری در آن‌ها و از طریق آموزش و تقویت مهارت‌های ارتباطی در رابطه زوجی و اصلاح تعاملات آسیب‌زای موجود، آن‌ها را در حل تعارض‌های زناشویی، بهبود کیفیت تعاملات و ارتقای رابطه عاطفی و صمیمی یاری می‌رساند. آموزش مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی در هر یک از طرفین، معمولاً به کاهش خودبخودی رفتارهای منفی طرف مقابل و توقف چرخه آسیب‌زای دوجانبه منجر شده و در نهایت به تقویت و افزایش تعاملات مثبت و خوشایند در رابطه زوجین می‌انجامد. همراه با افزایش فراوانی تعاملات مثبت، زوجین درک مطلوب‌تری از یکدیگر و رابطه زوجی خود به دست می‌آورند که این فراهم آورنده زمینه‌ای مساعد جهت پرداختن به سایر مشکلات و تعارضات بین زوجین و اقدام برای رفع آن‌ها می‌باشد. این در حالی است که این برنامه درمانی در کنار بکارگیری راهبردهای مربوط به اصلاح کیفیت روابط بین فردی، تأکیدی ویژه بر اصلاح کنش جنسی بیماران داشته است، معضلی که عمدتاً زوجین درگیر اختلال واژینیسموس در ابتدا با شکایت از آن و با هدف کمک گرفتن برای رهایی از این معضل به مراکز درمانی و متخصصین امر مراجعه می‌کنند. بدین‌گونه برنامه درمانی حاضر از قابلیت مضاعف در بهبود رضایت زناشویی بیماران واژینیسموس برخوردار می‌باشد. رابطه جنسی و ارضای نیازهای جنسی در بافت رابطه زوجی از نقش و کارکرد ویژه‌ای برخوردار است. تنها با اصلاح و تقویت رابطه جنسی زوجین است که می‌توان استحکام و تداوم رابطه عاطفی و صمیمیت بین آن‌ها را تضمین کرد و به این طریق زمینه امن و مسالمت‌آمیزی را برای آن‌ها فراهم آورد تا به بهترین شکل به حل تعارض‌های خود بپردازند و به سازگاری و رضایت زناشویی مطلوبی دست یابند. در همین راستا مطالعه‌های متعدد همچون پژوهش رحمانی و همکاران (۱۳۹۳) و رضانی و همکاران (۲۰۱۵) نیز اشاره به ارتباط بین رضایت جنسی و سازگاری و رضایت زناشویی دارند. بر اساس نظر محققان متعدد، عملکرد جنسی یکی از منابع مؤثر بر رضایتمندی زناشویی بوده و وجود رابطه جنسی مطلوب از نقش مهم و اساسی بر تداوم و موفقیت زندگی زناشویی و خانواده برخوردار است (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۱). رضایت جنسی با ایجاد احساس خوشایند در فرد از رابطه جنسی، ادراک زوجین را از یکدیگر و در مرتبه بعد دوام رابطه زناشویی را متأثر می‌سازد. افراد متأهل خود اذعان می‌دارند که رابطه جنسی مؤلفه ضروری ارتباط صمیمی می‌باشد و وجود آن برای احساس رضایت شخصی و بقای رابطه زوجین حایز اهمیت است (الایوت و یومبرسون، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، نشان داده شده است که رضایت جنسی پایین پیش‌بینی کننده آثار منفی متعدد در زمینه زندگی زناشویی از جمله تخریب رابطه زوجی و کاهش بهزیستی عمومی در زوجین است (شیندل، نلسون، ناکتام، اوبشالام و مال‌هال، ۲۰۰۸).

رامش، رستمی، مرقاتی‌خوئی، همت‌بلند

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با به‌کارگیری همزمان درمان شناختی-رفتاری و بیوفیدبک می‌توان به بهبود کنش جنسی و ارتقاء عملکرد جنسی و رضایت زناشویی بیماران واژینیسموس کمک کرد و بدین طریق آن‌ها را در رهایی از آثار و پیامدهای مخرب این بیماری یاری رساند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم بررسی وضعیت رضایت زناشویی و جنسی همسر بیمار و تغییرات همزمان آن با بهبود حاصل در وضعیت خود بیمار بود. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی علاوه بر رضایت مبتلایان به واژینیسموس، به بررسی تغییر وضعیت رضایت جنسی و زناشویی همسر آن‌ها نیز پرداخته شود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی به بررسی پیگیری و میزان ماندگاری آثار مداخله شناختی رفتاری و بیوفیدبک در بهبود رضایت جنسی و زناشویی بیماران واژینیسموس در فواصل زمانی خاص پس از اتمام درمان پرداخته شود.

منابع

- بابا پور خیرالدین، جلیل؛ نظری، محمدعلی و رشیدزاده، لیلا (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین جانباز شیمیایی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۷، ۲۴-۱۸.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با مشکلات زناشویی در زوجین نابارور. *تازه‌های روان‌درمانی*، ۱۹ و ۲۰، ۶۶-۵۵.
- بشارت، محمدعلی؛ حسین زاده بازرگانی، روحیه و میرزمانی، محمود (۱۳۸۲). مشکلات جنسی زوجین نابارور. *فصلنامه‌ی پژوهش در علوم رفتاری*، ۲، ۸-۱۳.
- جاویدی، نصیرالدین (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۳، ۲، ۶۵-۷۸.
- رحمانی، اعظم؛ مرقاتی‌خوئی، عفت السادات؛ صادقی، نرجس و الله قلی، لیلا (۱۳۹۰). ارتباط رضایت جنسی و رضایت از زندگی زناشویی. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۴، ۷۰، ۹۰-۸۲.

سیدمحرمی، ایمان؛ قنبری هاشم‌آباد، بهرامعلی و اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد (۱۳۹۴). تأثیر مشاوره گروهی راه حل مدار بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنان. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۵، ۱، ۲۳-۴۰.

قره داغی، علی؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ حسین رشیدی، بتول؛ فرحبخش، کیومرث و اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با روان‌درمانی بین فردی بر افزایش رضایت زناشویی زنان باردار. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴، ۴، ۵۸۳-۶۰۵.

قزلسفلو، مهدی؛ جزایری، رضوان السادات؛ بهرامی، فاطمه و محمدی، رحمت‌اله (۱۳۹۴). سبک‌های زوجی و شفقت خود به‌عنوان پیش‌بین‌های رضایت زناشویی. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۵، ۲، ۷۹-۹۶.

موسوی، مریم السادات؛ رشیدی، علیرضا و گل محمدیان، محسن (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۵، ۲، ۱۱۲-۹۷.

Al-Krenawi, A. (2012). A study of psychological symptoms, family function, marital and life satisfactions of polygamous and monogamous women: The Palestinian case. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(1), 79-86

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). American Psychiatric Association.

Bergeron, S., Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K., & Rosen, N. O. (2015). Female sexual pain disorders: A review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 7(3), 159-169.

Bergeron, S., Morin, M., & Lord, M. J. (2010). Integrating pelvic floor rehabilitation and cognitive-behavioural therapy for sexual

رامش، رستمی، مرقاتی خوئی، همت‌بلند

pain: What have we learned and where do we go from here? *Sexual and Relationship Therapy*, 25(3), 289-298.

- Bertolasi, L., Frasson, E., Cappelletti, J. Y., Vicentini, S., Bordignon, M., & Graziottin, A. (2009). Botulinum neurotoxin type a injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, 114(5), 1008-1016.
- Bradley, R. P. C., Friend, D. J., & Gottman, J. M. (2011). Supporting healthy relationships in low-income, violent couples: Reducing conflict and strengthening relationship skills and satisfaction. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 10(2), 97-116.
- Bravo, I. M., & Lmpkin, P. W. (2010). The complex case of marital infidelity: An explanatory model of contributory processes to facilitate psychotherapy. *American Journal Family Therapy*, 38, 421-432.
- Ciocca, G., Limoncin, E., Di Tommaso, S. (2013). Alexithymia and veganism's: A preliminary correlation perspective. *International Journal of Impotence Research*, 25, 113-116.
- Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing veganism's. *British Medical Journal*, 338, 2284-94.
- Danielsson, I., Torstensson, T., Brodda-Jansen, G., & Bohm-Starke, N. (2006). EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: A randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *The Journal Sex of Medicine*, 85(11), 1360-1367.
- Dionisi, B., & Senatori, R. (2011). Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the postpartum dyspareunia treatment. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 37(7), 750-753.
- Dogan, S., & Dogan, M. (2008). The frequency of sexual dysfunction in male partners of women with vaginismus in a Turkish sample. *International Journal of Impotence Research*, 20, 218-221
- Elliott, S., & Umberson, D., (2008). The performance of desire: Gender and sexual negotiation in long-term marriages. *Journal of Marriage and Family*, 70, 391-406.
- Engman, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2010). Long-term coital behavior in women treated with cognitive behavior therapy for superficial coital pain and veganism's. *Cognitive Behavior therapy*, 39(3), 193-202.

- Fugl-Meyer, K.S, Bohm-Starke, N., & Damsted Petersen, C. (2013). Standard operating procedures for female genital sexual pain. *The Journal Sex of Medicine*, 10, 83-93.
- Glazer, H. I., Rodke, G., Swencionis, C., Hertz, R., & Young, A. W. (1995). Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 50(9), 658-659.
- Goldfinger, C., Pukall, C. F., Thibault-Gagnon, S., McLean, L., & Chamberlain, S. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: A randomized pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(1), 88-94.
- Gorchoff, S, M., John, O. P., & Helson, R. (2008). Contextualizing change in marital satisfaction during middle-age: An 18-year longitudinal study. *Psychological Science*, 19, 1194-1200.
- Huber, J.D., & Pukall, C.F, Boyer, S.C, Reissing, E.D., Chamberlain, S.M. (2009). "Just relax": physicians' experiences with women who are difficult or impossible to examine gynecologically. *The Journal of Sexual Medicine*, 6,791-9.
- Hummel, S. B., Van Lankveld, J. J., Oldenburg, H. S., Hahn, D. E., Broomans, E., & Aaronson, N. K. (2015). Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: Design of a multicenter, randomized controlled trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 1.
- Jundt, K., Peschers, U., & Kentenich, H. (2015). The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(33-34), 564.
- Kaplan, H.S. (1974). *The New Sex Therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. New York: Brunner-Mazel.
- 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. *Journal of Womens Health*, 15, 49-59.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Schutte, N. S., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2010). The five-factor model of personality and relationship satisfaction of intimate partners: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 44(1), 124-127.
- Masheb, R. M., Kerns, R. D., Lozano, C., Minkin, M. J., & Richman, S. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia:

رامش، رستمی، مرقاتی خوئی، همت‌بلند

Cognitive-behavioral therapy versus supportive psychotherapy. *The Journal of Pain*, 141(1), 31-40.

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.

Melles, R. J., Kuile, M. M., Dewitte, M., Lankveld, J. J., Brauer, M., & Jong, P. J. (2014). Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with lifelong vaginismus before and after therapist-aided exposure treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(3), 786-799.

Melnik, T., McGuire, H., & Hawton, K. (2012). *Interventions for vaginismus*. Brazil: American Psychiatric.

Ortiz-Vigon Uriarte, I. D. L., Garcia-Zapirain, B., & Garcia-Chimeno, Y. (2015). Game design to measure reflexes and attention based on biofeedback multi-sensor interaction. *Sensors*, 15(3), 6520-6548.

Piassarolli, V. P., Hardy, E., Andrade, N. F. D., Ferreira, N. D. O., & Osis, M. J. D. (2010). Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 32(5), 234-240.

Ramezani, S., Keramat, A., Motaghi, Z., & Khosravi, A. (2015). The relationship of sexual satisfaction and marital satisfaction with domestic violence against pregnant women. *International Journal of Pediatrics*, 3(5.2), 951-958.

Rosen, N. O., Bergeron, S., Sadikaj, G., Glowacka, M., Delisle, I., & Baxter, M. L. (2014). Impact of male partner responses on sexual function in women with vulvodynia and their partners: A dyadic daily experience study. *Health Psychology*, 33(8), 823.

Rust, I., Bennun, I., & Crowe, M. (1988). The Golombok-Rust Inventory of Marital State. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(1), 54-56.

Rust, J., & Golombok, S. (1985). The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 63-64.

Rust, J., Bennun, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1990). The GRIMS. A psychometric instrument for the assessment of marital discord. *Journal of Family Therapy*, 12(1), 45-57.

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 vaginismus. *Urology*, 66(2), 300-302.

- Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and correlates of dysfunction. *The Journal of Urology*, 179(3), 1056-1059.
- Simonelli, C., Eleuteri, S., Petruccelli, F., & Rossi, R. (2014). Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 406-412.
- 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.
- Ter Kuile, M. M., Both, S., & Van Lankveld, J. J. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 595-610.
- Valeska, M.P., Oscar, A., Sergio, M., Antonio, E. N Adriana, C.S. (2013). Sex therapy for female sexual dysfunction. *International Archives of Medicine*, 6, 37-46.
- Van Lankveld, J. J. D. M., & Van Koevinge, G. A. (2003). Predictive validity of the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) for the presence of sexual dysfunctions within a Dutch urological population. *International Journal of Impotence Research*, 15(2), 110-116.
- Van Lankveld, J. J., & Ter Kuile, M. M. (1999). The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Predictive validity and construct validity in a Dutch population. *Personality and Individual Differences*, 26(6), 1005-1023.
- Van Lankveld, J. J., Everaerd, W., & Grotjohann, Y. (2001). Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *Journal of Sex Research*, 38(1), 51-67.
- Van Lankveld, J. J., Ter Kuile, M. M., De Groot, H. E., Melles, R., Nefs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 168.
- 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.

رامش، رستمی، مرقاتی خوئی، همت بلند

Wijma, B., & Wijma, K. (1997). A cognitive behavioral treatment model of vaginismus. *Scandinav Journal Behavioral Therapy*, 26(4), 145-56.