

درمان واژینیسموس و بارداری متعاقب آن ۱۸ سال

پس از ازدواج: گزارش مورد

دکتر مریم نکولعل تک^۱، دکتر سید علی آذین^۲، فتانه نظری^{۳*}، دکتر بهزاد قربانی^۴

۱. استادیار گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه نانوتکنولوژی، مرکز تحقیقات ریزفناوری زیستی، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی- جهاد دانشگاهی ابن سینا، تهران، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، مرکز درمان ناباروری ابن سینا، پژوهشگاه فناوری‌های نوین علوم پزشکی- جهاد دانشگاهی ابن سینا، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه نانوتکنولوژی، مرکز تحقیقات ریزفناوری زیستی، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی- جهاد دانشگاهی ابن سینا، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۶

خلاصه

مقدمه: گاهی اوقات زوج با شکایت ناباروری طولانی مدت مراجعه می کنند، در حالی که مشکل اصلی آنها واژینیسموس و ناتوانی در نزدیکی است. این مطالعه به گزارش درمان یک بیمار واژینیسموس شدید طولانی مدت با استفاده از رویکرد شناختی رفتاری می پردازد.

معرفی بیمار: زوج با سابقه ۱۸ سال ازدواج، بدون فرزند، درخواست استفاده از تکنیک‌های کمک باروری برای بچه‌دار شدن داشتند. در اولین ویزیت با توجه به ناتوانی زن از انجام معاینه واژینال و شرح حال ترس از نزدیکی، جهت درمان واژینیسموس به کلینیک سلامت جنسی ارجاع شدند. زن سابقه هایمنکتومی تحت بیهوشی داشت که در حل مشکل بی نتیجه بوده است. اضطراب و خجالت زن از بیان مشکل، بی رغبتی وی به درمان با پزشک مرد، ترس شوهر از بچه‌دار شدن به دلیل فوت مادرش در حین زایمان، از عوامل تداوم واژینیسموس در طول این سال‌ها بودند. با درمان شناختی- رفتاری، واژینیسموس ۱۸ ساله در مدت کمتر از ۳ ماه درمان شد. ۳ ماه بعد از درمان واژینیسموس نیز بارداری خودبه‌خودی اتفاق افتاد.

نتیجه‌گیری: اخذ شرح حال دقیق جنسی و تشویق زوج به درمان واژینیسموس، از اقدامات تهاجمی کمک باروری جلوگیری می کند. طولانی بودن مشکل واژینیسموس نباید سبب ناامیدی زوج و درمانگر از درمان شود. روحیه شاد و امیدوار درمانگر در جلسه مشاوره، داشتن صبر و آرامش، طراحی درمان منطبق با سبک زندگی زوج، توجه به احساسات شوهر و جلب همراهی وی در درمان و ارتقاء خودباوری و خودمدیریتی در زوج، از عوامل موفقیت درمان واژینیسموس هستند. همچنین پیگیری مداوم و دادن بازخورد مثبت به بیمار در فضای مجازی، سبب سرعت گرفتن و پیوستگی روند درمان می شود.

کلمات کلیدی: بازخورد، درمان شناختی- رفتاری، فضای مجازی، ناباروری، واژینیسموس

* نویسنده مسئول مکاتبات: فتانه نظری؛ پژوهشگاه فناوری‌های نوین علوم پزشکی- جهاد دانشگاهی ابن سینا، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۲۳۵۱۹۵۱۵؛ پست الکترونیک: nazarimw@gmail.com

مقدمه

اختلال درد دخول لگنی- تناسلی (واژینیسموس) به هر گونه مشکل دائمی یا راجعه شامل درد، ترس و اضطراب یا سفتی عضلات، در پیش‌بینی، حین یا بعد از تلاش برای دخول واژینال گفته می‌شود که به مدت حداقل ۶ ماه تداوم داشته و سبب دیسترس بالینی شده باشد (۱). اگرچه واژه واژینیسموس در طبقه‌بندی DSM5، تحت عبارت کلی اختلالات درد- دخول لگنی تناسلی آمده است، اما همچنان در مقالات از کلمه واژینیسموس استفاده می‌شود. در ICD-10 نسخه ۲۰۱۹ نیز همچنان عبارت واژینیسموس استفاده شده که به دو نوع ارگانیک و غیرارگانیک طبقه‌بندی شده است. تعریف نوع غیرارگانیک یا سایکوزنیک این‌گونه است: اسپاسم عضلات کف لگن که واژن را احاطه و باعث انسداد دهانه واژن می‌شود و ورود آلت تناسلی را غیرممکن یا دردناک می‌سازد (۲). واژینیسموس یکی از مشکلات زوجین در مراکز درمان ناباروری است که کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. در مورد شیوع واژینیسموس در زوجین نابارور، ماریا و همکاران (۲۰۱۸)، شیوع آن را ۱٪ از مراجعین مراکز درمان ناباروری در برزیل گزارش کردند (۳). در مطالعه بختیاری و همکاران (۲۰۱۵) از بین ۲۳۶ زن مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری بابل، ۳۶ نفر (۱۵/۲٪) واژینیسموس داشتند (۴) و در مطالعه طیبی و یاسینی (۲۰۰۹) در مرکز درمان ناباروری یزد، شیوع واژینیسموس در میان زوجین نابارور ۷/۷۶٪ گزارش شد (۵). این تفاوت شدید در آمار دو کشور و آمار دو شهر در یک کشور، تأیید‌کننده این نکته است که واژینیسموس یک اختلال جنسی وابسته به فرهنگ است و درمان آن نیز باید با توجه به فرهنگ جامعه و خرده فرهنگ زوج صورت گیرد (۶). به نظر می‌رسد اگر این مشکل منجر به طلاق نشود، مراکز درمان ناباروری آخرین پناهگاهی هستند که زوجین برای حل مشکل به آنها مراجعه می‌کنند، تا بلکه با حل مشکل واژینیسموس و یا با دور زدن و حذف موقتی آن به وسیله تکنیک‌های کمک باروری بتوانند بچه‌دار شوند. بیماران واژینیسموس در ایستگاه‌های مختلفی از مرکز درمان ناباروری ممکن است شناسایی شوند؛ به گونه‌ای که ممکن است توسط

ژنیکولوژیست یا ماما به دلیل ناتوانی در معاینه واژینال یا گرفتن پاپ اسمیر، توسط سونوگرافیست به دنبال ناتوانی در انجام سونوگرافی واژینال و ناتوانی در انجام عکس رنگی رحم (هیستروسالپینگوگرافی) و یا حین بررسی عملکرد جنسی مردانه توسط اورولوژیست شناسایی شوند. هرچه کادر درمانی در یک مرکز درمانی، اطلاعات بیشتری از واژینیسموس داشته باشند، امکان غربالگری و تشخیص زودتر این بیماران و عدم مداخلات جراحی برای آنان بیشتر می‌شود. این مقاله روند تشخیص و درمان یک زوج مبتلا به واژینیسموس با شکایت ۱۸ سال ناباروری را گزارش می‌کند.

تشخیص و درمان: در کلینیک سلامت جنسی ابن‌سینا، معمولاً مشکلات با تابلوی زنانه ابتدا توسط متخصص بهداشت باروری زن ارزیابی می‌شوند و اختلالات جنسی مردانه ابتدا توسط اورولوژیست مرد بررسی می‌شوند. این روند اوایل توسط خود بیماران انتخاب می‌شد و بعد روند رایج کلینیک شد. پذیرش و غربالگری اولیه بیماران را کارشناس ارشد مامایی (نویسنده سوم این مقاله) انجام می‌دهد. علاوه بر آن تعداد زیادی از بیماران مشکوک به واژینیسموس از متخصصین داخل و خارج مرکز به این کلینیک ارجاع می‌شوند. با توجه به اینکه واژینیسموس شایع‌ترین مشکل جنسی زنانه در این کلینیک است، یک پرسشنامه ۱۲۶ سؤالی برای مصاحبه تشخیصی واژینیسموس بر اساس تجربه درمانگر (نویسنده اول) و مرور متون تهیه و به تأیید سایر متخصصین (نویسندگان دوم و چهارم) رسید. در یک اقدام ابتکاری، از سیستم ۱۰-۰ درجه‌بندی درد، برای کمی‌سازی برخی مفاهیم کیفی (مانند ترس و دوست داشتن) استفاده شد که فرآیند بهبودی را ملموس‌تر نشان می‌داد و مورد استقبال بیماران قرار گرفت (جدول ۱). اصول کلی درمان واژینیسموس در این کلینیک بر اساس روش شناختی- رفتاری است.

از نظر ملاحظات اخلاقی، این مقاله قسمتی از طرح تحقیقاتی در مورد بیماران واژینیسموس است که از پژوهشگاه فناوری‌های نوین علوم زیستی جهاد

دانشگاهی - ابن سینا کد اخلاق ۹۷-۰۵۲ دریافت کرده است.

معرفی بیمار

زوج خانمی ۳۹ ساله و آقای ۴۷ ساله بودند که با هدف بارداری به مرکز درمان ناباروری ابن سینا مراجعه کردند. در اولین ویزیت توسط ژنیکولوژیست، زن بیان کرده بود که ترس شدید از نزدیکی و از معاینه واژینال دارد. متخصص زنان نیز طبق روند رایج در مرکز، او را به کلینیک سلامت جنسی ارجاع داد. در جلسه اول شوهر بیان کرد جهت رهایی همسرش از تنهایی و بی‌حوصلگی، به این مرکز آمده‌اند تا برای بارداری اقدام کنند. زن نیز بیان کرد آنقدر ترس دارد که فکر می‌کند اگر شوهرش به او دست بزند، می‌میرد. زوج ۱۸ سال قبل ازدواج کرده بودند، در این مدت هیچ‌وقت تجربه دخول واژینال نداشته‌اند. اوایل ازدواج برای درمان به متخصص روان‌پزشکی مراجعه کرده بودند که توصیه وی به تمرین

با دیلاتور بوده است، اما زن مایل به استفاده از دیلاتور و ادامه جلسات درمانی با درمانگر مرد نبوده است. همچنین ۸ سال قبل تحت بیهوشی، هایمنکتومی انجام شده، ولی نتیجه نگرفته بودند. جلسه اول سکس‌تراپی ۱ ساعت به طول انجامید، زن ۱۰ دقیقه اول بسیار مضطرب بود و بریده بریده به سؤالات جواب می‌داد. به تدریج زن آرامش یافت و توانست با درمانگر ارتباط برقرار کند. ارزیابی کامل جسمی، جنسی، روانی، زوجی و خانوادگی انجام شد (جدول ۱). زوج به غیر از مشکل کم‌کاری تیروئید زن که تحت درمان بود، مشکل جسمی نداشتند، به‌طور متوسط هفته‌ای یک‌بار رابطه جنسی غیردخولی داشتند و قادر به دستیابی به ارگاسم بودند. زن شناختی نسبت به اندام جنسی‌اش نداشت، حتی قادر به تصور آن نبود و اندام جنسی‌اش را دوست نداشت. ارتباط با همسر خوب و باثبات بود و زوج علاقه و اعتماد بالایی به هم داشتند.

جدول ۱- ارزیابی و شرح حال (جسمی، روانی، زوجی، اجتماعی) از زوج

مرد	زن	
۴۷ ساله، دیپلم، کار آزاد	۳۹ ساله، دیپلم، خانه‌دار	دموگرافیک
خواهان بارداری خانم است، ولو با روش‌های کمک باروری	به اصرار شوهر آمده	هدف از مراجعه به کلینیک
-	مراجعه به متخصص زنان و انجام هایمنکتومی، یک جلسه مراجعه به روان‌پزشک و عدم ادامه درمان	درمان‌های قبلی
بدون سابقه بیماری‌های طبی - جراحی، بدون سابقه دارویی	کم‌کاری تیروئید و یبوست دارد. سابقه هایمنکتومی دارد. سن منارک: ۱۴ سالگی، پیرودها منظم بدون دیسمنوره و بدون علائم اندومترئوز	ارزیابی جسمی
سابقه اضطراب، افسردگی و اضطراب ندارد. سابقه بیماری‌های نورولوژیک ندارد. مصرف سیگار، قلیان و مواد ندارد.	ترس از تاریکی دارد (۵/۱۰)، اضطراب دارد، ولی برای درمان مراجعه نکرده و نمی‌کند. وسواس ندارد، ولی خیلی زیاد مرتب است. سابقه افسردگی ندارد. سابقه صرع، تشنج، MS و سایر بیماری‌های عصبی ندارد. مصرف سیگار، قلیان و مواد ندارد.	ارزیابی روانی - عصبی
میل جنسی دارد (۸/۱۰)، توان نعوظ دارد، می‌تواند بدون دخول ارضاء شود. دوست داشتن کل بدن (۶/۱۰) دوست داشتن اندام جنسی خود (۷/۱۰) دوست داشتن اندام جنسی همسر (۸/۱۰) احساس جذابیت جنسی (۷/۱۰) توانایی تصور کردن اندام جنسی خود: دارد. خاطره و تجربه ناخوشایند جنسی در کودکی: ندارد.	میل جنسی دارد (۶/۱۰) تحریک کافی و پیش‌نوازش دریافت نمی‌کند، برانگیختگی کافی دارد، می‌تواند به روش غیردخولی به ارگاسم برسد. ترس شدید از مردن به دنبال دخول (۱۰/۱۰) دوست داشتن کل بدن (۷/۱۰) دوست داشتن اندام جنسی خود (۰/۱۰) دوست داشتن اندام جنسی همسر (۷/۱۰) احساس جذابیت جنسی (۷/۱۰) توانایی تصور کردن اندام جنسی خود: ندارد. شنیده‌های ترسناک در مورد شب عروسی: دارد	ارزیابی جنسی

خاطره و تجربه ناخوشایند جنسی در کودکی: ندارد.

خصوصیات اخلاقی از دیدگاه همسر	بسیار راستگو، خیلی ساده، خیلی تمیز	بسیار راستگو، مسئولیت‌پذیر و بامحبت
ارزیابی زوجی	علاقه به یکدیگر (۱۰/۱۰)، اعتماد متقابل (۱۰/۱۰)، گفتگوی زوجی در مسائل مختلف دارند. ابراز احساسات کلامی ندارند. گفتگوی جنسی ندارند.	
سبک زندگی و ساعات خواب و بیداری	زن و شوهر در خانه خود، مستقل از فامیل زندگی می‌کنند. زن خانه‌دار است، مرد ۸ صبح تا ۸ شب سرکار است و زن و شوهر ساعت ۱۰ شب با هم می‌خوابند.	
ارزیابی خانوادگی	رسم و رسوم خاصی در ازدواج نداشته‌اند. خانواده‌ها از مشکل ایشان اطلاعی ندارند و اجازه دخالت به خانواده‌ها را نداده‌اند.	
هدف‌گذاری درمانی	دستیابی به دخول بدون ترس و درد، بارداری	

زن تماس تلفنی با درمانگر داشت. جلسه دوم حدود ۲/۵ ماه بعد برگزار شد و در عرض کمتر از ۳ ماه زوج موفق به مدیریت کامل واژینیسموس و انجام چندین دخول موفق شدند. در نهایت مشکل واژینیسموس زوج با ۲ ویزیت حضوری، ۲۱۱ پیام در تلگرام و ۹ تماس تلفنی رفع شد. خلاصه روند درمان واژینیسموس در این زوج در جدول ۲ نشان داده شده است.

بعد از ۴۰ دقیقه اخذ شرح‌حال و مصاحبه، به مدت ۲۰ دقیقه تمرینات فکری و بدنی داده شد. در انتهای جلسه اول، درمانگر یک شماره موبایل که اختصاص به بیماران داشت را به زن داد و از او خواست با وی در فضای مجازی در ارتباط مداوم باشد. زن تقریباً هر روز انجام یا عدم انجام تمرینات را به زن گزارش می‌داد، درمانگر او را تشویق می‌کرد و با کامنت‌های کوتاه، مشکلات ایجاد شده در روند تمرین را حل می‌کرد. هفته‌ای یک‌بار نیز

جدول ۲- خلاصه روند درمان واژینیسموس در این زوج

گزارش پیشرفت	توصیه‌های درمانگر
مراجعه: روز اول درمان	بعد از مصاحبه اولیه، تمرینات برای خانه داده شد: توافق زوج بر انتخاب اسم خوشایند برای اندام جنسی هر دو، دیدن اندام جنسی در آینه، تعریف و تمجید از آن ولو به دروغ، تصویرسازی و تمثیل واژن به دهان و جوراب، ریلکسیشن، کجل، تعویق تلاش برای دخول تا پایان تمرینات
روز ۲۰	زن جراحی لثه داشته و حال و توان انجام تمرینات را نداشته است. تا حدودی تمرینات آینه و ریلکسیشن و کجل را انجام داده است، ولی نه زیاد.
روز ۴۳	زن احساس بهتری نسبت به خودش و اندام جنسی‌اش دارد، تمرینات آینه ریلکسیشن و کجل را انجام داده و می‌تواند بدون ترس و لرزش پاها را باز نگه دارد.
روز ۵۷	تمرینات آینه، ریلکسیشن و کجل را به راحتی انجام می‌دهد و می‌تواند بدون ترس و لرزش پاها را باز نگه دارد، اما به محض نزدیک کردن انگشتش مقابل واژن ترسیده پاهایش لرزیده و به گریه افتاده و تمرین را قطع کرده است.
روز ۵۹	زن تمرینات ریلکسیشن و کجل را منظم روزی ۲-۳ بار انجام داده و در این مدت آرامش بیشتری گرفته، یبوستش رفع شده و پیروزش منظم‌تر شده است.
روز ۶۳	هر روز تمرینات ریلکسیشن و کجل را انجام می‌دهد. به راحتی می‌تواند انگشتش را مقابل واژن نگه دارد.
روز ۶۴	تمرینات ریلکسیشن و کجل را ادامه تمرینات کردن انگشت را به صورت ذهنی تصویرسازی کند. پیروذ شده
روز ۷۰	تمرینات را به راحتی انجام می‌دهد. درمانگر زن را تشویق کرد و از او خواست به قصد شناسایی واژن،



انگشت را به تدریج کمی داخل تر ببرد.	
زن توانایی شناسایی واژن را با لمس یک انگشت خود را پیدا کرده است و احساس خوبی دارد. در تماس‌های تلفنی‌اش بسیار شاد و امیدوار است، از پیشرفت تدریجی‌اش متعجب و خوشحال است.	روز ۷۳
زن تمرین شناسایی واژن با ۲ انگشت خودش را شروع کند و برای دریافت آخرین تمرینات همراه همسر مجدداً مراجعه کند.	
ادامه تمرین آینه، تمجید، تمثیل، ریلکسیشن و کچل، تمرین آینه برای مرد، تمرین تمرکز حسی (ماساژ زوجی)، تمرین با انگشت مرد به فرمان زن، تمرین با آلت مرد و ملاحظات اولین دخول، مصرف اسیدفولیک برای زن و توصیه به ویزیت تغذیه و پره‌ناتال برای آمادگی برای بارداری	روز ۷۷
زن بسیار شادتر و آرام‌تر به نظر می‌رسد. شوهر نیز خوشحال است. زن اندام جنسی‌اش را دوست دارد (۷/۱۰)، در حالی که در روز اول این نمره ۰ بود.	ویزیت دوم
موفقیت در دخول واژینال	روز ۸۷

درمان‌های کمک باروری مراجعه کند، زن مجدداً دچار اضطراب شد. حمایت و آرامش‌بخشی صورت گرفت و زوج تشویق به ادامه روابط جنسی با تمرکز بر لذت بردن شدند. ۳ ماه بعد از درمان واژینیسموس، بارداری موفق اتفاق افتاد. در ماه هفتم بارداری زن تشویق شد که به کلاس‌های آمادگی زایمان طبیعی برود. زن ۸ جلسه و شوهر نیز ۱ جلسه در کلاس آمادگی زایمان شرکت کردند؛ بدین ترتیب ترس زوج از زایمان برطرف شد. در نهایت به دلیل مشکلات مامایی به صلاح‌دید متخصص زنان سزارین شد و یک فرزند دختر سالم ترم به دنیا آورد. در جدول ۳ خلاصه روند درمان واژینیسموس تا بارداری و زایمان آمده است.

علی‌رغم اتمام درمان واژینیسموس، ارتباط زن با درمانگر در فضای مجازی ادامه داشت. بعد از رفع مشکل واژینیسموس زن، این بار شوهر دچار ترس از رابطه جنسی شد! در بررسی بیشتر مشخص شد مادرشوهر حین زایمان فوت کرده و مرد نگران است همسرش نیز به چنین عاقبتی دچار شود. آموزش و اطمینان‌بخشی به زوج داده شد. حدود ۳ هفته بعد از درمان واژینیسموس، زن دچار سیستیت شد که درمان صورت گرفت. حدود ۶ هفته بعد از درمان واژینیسموس، بارداری شیمیایی اتفاق افتاد، زن به دلیل خونریزی، بسیار ترسیده و ناراحت بود. حمایت روانی از وی انجام شد. متخصص کلینیک باروری یک فرصت ۳ ماهه برای بارداری خودبه‌خودی داد و قرار شد در صورت عدم بارداری بعد از ۳ ماه جهت

جدول ۳- خلاصه روند درمان واژینیسموس تا بارداری و زایمان

مصاحبه اولیه، تشخیص واژینیسموس کامل اولیه همیشگی، درمان شناختی- رفتاری، گزارش روزانه تمرینات به درمانگر در تلگرام، تماس تلفنی هفتگی	مراجعه اول
ویزیت حضوری دوم	روز ۷۷
موفقیت در دخول واژینال	روز ۸۷ (نزدیک به ۳ ماه بعد از اولین مراجعه)
ترس شوهر از ادامه رابطه جنسی	روز ۹۳
تشخیص و درمان سیستیت	روز ۱۰۶
خونریزی به دنبال بارداری شیمیایی، فرصت برای بارداری خودبه‌خودی تا ۳ ماه آینده	روز ۱۳۴
تست مثبت بارداری	روز ۱۸۹ (حدود ۶ ماه بعد اولین مراجعه)
شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان طبیعی و ریختن ترس زوج از زایمان	هفتمین ماه بارداری
زایمان نوزاد سالم با سزارین به دلایل مامایی	نهمین ماه بارداری

دست بزنه، من می‌میرم. کلاً زیاد اهل دکتر رفتن نبودم، مخصوصاً برای مشکل زناشویی‌ام دکتر نمی‌رفتم چون خجالت می‌کشیدم و می‌گفتم درمان نمیشه. به‌غیر از اون، پزشکان هم از مشکل من تعجب می‌کردند. پیش دکتر زنان رفتم، همه آزمایش‌ها را انجام دادم، هیچ مشکلی نداشتیم. پیشنهاد داد پرده بکارتم را بردارم، ولی

روایت بیمار از واژینیسموس و درمان آن
در پایان درمان واژینیسموس از بیمار خواسته شد که شرح حال خودش و شیوه درمان را در نامه‌ای بنویسد. متن زیر دست‌نوشته بیمار می‌باشد:
سلام من ۳۹ سال دارم و ۱۸ ساله ازدواج کردم و همیشه از این وحشت داشتم که الان آگه شوهرم به من



چند بار این مثال را برای خودت مرور کن. برایم خیلی عجیب بود، ولی یواش یواش این مثال‌ها به ذهنم نشست.

شوهرم هم خیلی با من همکاری کرد. او زیاد به حرف کسی گوش نمیده، ولی حرف‌های خانم دکتر هم روی من هم روی همسرم خیلی تأثیر داشت. شوهرم دیگه زود عصبانی نمی‌شد و استرس را ازم دور می‌کرد. بهم می‌گفت عزیزم دوست دارم، ولی باید مشکلمون حل شود. اگر میدیدم اونم بی‌خیال هست، منم بی‌خیال می‌شدم.

بعد از تمرینات آینه و تمجید و تمثیل و ریلکسیشن، دکتر بهم گفت بدون حضور همسرت، خودت را تنهایی در پوزیشن نزدیکی تصور کن. وقتی برای اولین بار این حرکت را انجام دادم، تمام اعضای بدنم شروع کرد به لرزیدن و به گریه افتادم. به خانم دکتر پیام دادم، گفت نگران نباش طبیعیه، به تمرین ادامه بده، به تدریج می‌توانی. این حرفش بهم انرژی داد و چون بهش اعتماد داشتم به تمرین ادامه دادم. بعد گفت اندام جنسی‌ات را بشناس و لمس کن، این‌را که شنیدم داشتم دیوونه می‌شدم، اما در کمال ناباوری به تدریج تونستم اندام جنسی‌ام را لمس کنم، درحالی‌که اوایل نمی‌تونستم حتی بهش نگاه کنم. اولش هر تمرین برایم خیلی سخت بود، ولی خانم دکتر بهم آرامش و انرژی می‌داد و وقتی چند بار تمرین را انجام می‌دادم، برایم عادی می‌شد. جلسه دوم بهمون یک ماساژ داد و هفته بعدش با دست شوهرم تمرین کردم، ولی با فرمان و اراده خودم. این تمرین هم وحشت خیلی خیلی بزرگی بود، اما تونستم و بالاخره در عرض ۳ شب تونستم با اندام جنسی همسرم تمرین را تمام کنم. بعدش آن قدر حال روحیم خوب شد که فکر می‌کردم دیگه هیچ مشکلی تو دنیا وجود نداره، من هر روز تمریناتم را در تلگرام به دکتر گزارش می‌دادم و هفته‌ای یک‌بار هم تلفنی باهاشون صحبت می‌کردم. خیلی خوشحالم از اینکه دکتر انقدر برام وقت می‌داشت و به صحبت‌هام گوش می‌کرد. وقتی با خانم دکتر حرف می‌زدم، آنقدر آرامش می‌گرفتم که انگار کنار مادرم خوابیدم. من از خانم دکتر نهایت تشکر می‌کنم، چون واقعاً برام زحمت کشید و تونست کسی را که هم‌هاس

هیچ فرقی نکرد. یک جلسه هم پیش یک آقای روان‌پزشک رفتم، ولی هم خودم و هم شوهرم مایل به ادامه جلسات با دکتر مرد نبودیم.

تا اینکه همسرم گفت وقت گرفتم مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا بریم ببینیم چی میشه؟ وقتی اینو شنیدم اینقدر حالم بد شده بود که گریه افتادم و بهش گفتم آخه اونا چه کار می‌خواهند بکنند؟ من که مشکل ناباروری ندارم! مشکل من یه چیز دیگه است، اما از ترس اینکه همسرم ناراحت بشه، بالاخره رفتم. در این مرکز اولین بار پیش دکتر زنان رفتم و مشکلم را گفتم و ایشان گفت باید بروید کلینیک سلامت جنسی و ما رفتیم پیش خانم دکتر نکولعل. اولش انقدر ترسیده بودم و استرس داشتم که نمیتونستم باهاشون حرف بزنم، ولی وقتی دیدم انقدر پزیرنده و خوشرو است و قشنگ سؤال می‌کند، ازش خوشم اومد.

جلسه اول خانم دکتر به من چند تمرین فکری و ورزش داد، وقتی از جلسه بیرون آمدم گفتم من دیگه پیشش نمیرم! آخه این چه تمریناتی است که به من داده، مشکل من که با اینا حل نمیشه! ولش کن دیگه نمیرم، ولی چند روز بعد دیدم خانم دکتر پیگیری کرد، تو تلگرام بهم پیام داد و گفت بهم زنگ بزن. تلفن زدم و گفتم من فرصت ندارم این ورزش‌ها را انجام بدم، گفت اشکال نداره هر چقدر تونستی انجام بده، ولی بهتره سعی کنی این تمرینات را مثل ورزشی که هر روز می‌روی، انجام دهی و من چون خیلی ورزش را دوست داشتم و منظم کلاس ورزشی می‌رفتم، این حرفش به دلم نشست و شروع کردم به تمرین مخصوصاً ریلکسیشن را که روزی ۲ یا ۳ بار انجام می‌دادم. از وقتی که ورزش ریلکسیشن را انجام دادم، عادت ماهانه‌ام راحت‌تر و منظم شد. با ریلکسیشن، حالم خیلی خوب میشه و ذهنم باز میشه. یک تمرین دیگه در جلسه اول این بود که خانم دکتر گفت باید با بدن خودت دوست بشی، به بدنت و اندام جنسی خودت در آینه نگاه کن و ازش تعریف و تمجید کن. اوایل این تمرین خیلی به نظرم مسخره می‌آمد، ولی هر روز نسبت به روز قبل بهتر شدم. خانم دکتر به من تمرین تمثیل هم داد: گفت واژنم شبیه دهان گرم و نرم و مرطوبه و مثل جوراب مردانه فری سایزه و گفت روزی

فکر می‌کرد الان جونش گرفته می‌شه را نجات بده و تونستم خودم تجربه کنم که واقعاً اونطور که تصور می‌کردم، نبوده.

بحث

بسیاری از درمانگران، واژینیسموس را به‌عنوان یک علم و هنر مورد غفلت واقع شده می‌دانند که نیاز به درک بهتر و عمیق‌تر بالینی و پاتولوژیک دارد تا یک مدل مؤثر برای درمان زیستی روانی اجتماعی انتخاب شود (۷). یکی از مقبول‌ترین روش‌های درمانی واژینیسموس، درمان‌های شناختی- رفتاری است که می‌تواند اضطراب و ترس از مقاربت را کاهش دهد و در تغییر افکار دهشتناک و انقباض افراد واژینیسموس به‌صورت معنی‌داری مؤثر است (۸، ۹)، اما این نوع درمان نیاز به صبر و پیگیری بسیار دارد. تحلیل موارد مختلف واژینیسموس ما را به درک عمیق‌تری از این اختلال می‌رساند. در این قسمت ابتدا عوامل تداوم مشکل واژینیسموس تا مدت ۱۸ سال را در این زوج بحث و سپس دلایل موفقیت درمان بررسی می‌شود و در انتها مطالعات مشابه بررسی می‌شود.

عوامل تداوم مشکل واژینیسموس این زوج تا ۱۸

سال بعد از ازدواج

خجالت زوج از صحبت در مورد مشکل جنسی‌شان: در این زوج، صحبت کردن در مورد رابطه جنسی مخصوصاً برای زن بسیار سخت بود. سکوت و خجالت از بیان مسائل جنسی به‌دلیل تابو بودن سکس در جوامع مسلمان و از جمله ایران رایج است (۱۰، ۱۱).

انجام هایمنکتومی بی‌نتیجه و ناامید شدن زوج از

درمان: این بیمار به سختی و تحت بیهوشی، جراحی بی‌ثمر هایمنکتومی انجام داده بود و پس از آن اعتمادش به هرگونه درمان بیش از پیش از بین رفته بود. هایمن، یک پرده و دیوار نیست، یک چین مخاطی است. نسبت هایمن به واژن، شبیه نسبت لب هست به دهان. به غیر از موارد نادری که Hymen Imperforated باشد، هایمن تداخلی در امر دخول ندارد. واژینیسموس یک اختلال آناتومیکی نیست، بلکه یک اختلال کارکردی (functional) است و جراحی با نادیده گرفتن مکانیسم

واژینیسموس نه تنها مشکل بیمار را حل نمی‌کند، بلکه او را با یک تروما همراه با تغییرات فیزیکی مشهود رها می‌کند (۱۲). در تجربه کاری ما، این موضوع گاه بر سلامت روانی همسر فرد نیز اثرات منفی داشته و احساس بی‌کفایتی در او ایجاد می‌کند.

ترس مرد از بچه‌دار شدن به‌دلیل فوت مادرشوهر
حین زایمان: یکی از عللی که می‌تواند دلیل تداوم واژینیسموس در این زوج باشد، ترس شوهر از بچه‌دار شدن بود. این ترس به‌دنبال مرگ مادرش حین زایمان شکل گرفته و شوهر نگران بود مبادا همسرش را نیز همچون مادرش در حین زایمان از دست بدهد. علاوه بر آن شوهر نگران از دست رفتن محبت همسر بعد از ورود فرزند بوده است. این ترس‌ها به‌زودی با توصیه‌های کوتاه درمانگر و خودمدیریتی زن کمرنگ و کم‌اثر شد. توجه به احساسات و انگیزه‌های شوهر در درمان موفق واژینیسموس و دستیابی به باروری طبیعی بسیار مهم است.

اقتدار مرد و همبستگی زوج در عدم اطلاع فامیل:

در کلینیک مکرر می‌شنویم که زوج می‌گویند ما به رابطه غیردخولی خود راضی هستیم و فقط به‌دلیل فشار اطرافیان برای بچه‌دار شدن برای درمان واژینیسموس مراجعه کرده‌ایم. فشار فامیل، برای درمان و بچه‌دار شدن در خانواده‌های هسته‌ای و در جوامع سنتی مشهود است (۶). در تجربه ما فشار اطرافیان می‌تواند عامل مثبت در شروع به درمان و عامل منفی بر تداوم روند درمان باشد، زیرا پرس‌وجوی مداوم اطرافیان از چگونگی روند درمان، اضطراب زوج را بالاتر می‌برد و در پیوستگی انجام تمرینات خلل ایجاد می‌کند. در این زوج، شوهر به‌عنوان بزرگ فامیل و فردی موفق از نظر مالی و اجتماعی چنان اقتداری از خود بروز داده بود که هیچ‌کس جرأت پرسیدن علت ناباروری را از او یا همسرش نداشت. این عامل اگرچه سبب آسایش خاطر زوج در روند تمرینات درمانی بود، اما تصمیم آنها برای شروع درمان را سال‌ها به تأخیر انداخته بود.

عدم تمایل به درمان با پزشک مرد: بیمار معرفی شده در این مقاله، در مورد مسائل جنسی حتی در مقابل درمانگر زن نیز احساس سختی و خجالت داشت و زوج از

جسمانی قضیه به‌ویژه اگر بیماری درد داشته باشد، مورد ارزیابی دقیق و کامل قرار می‌گیرد.

روحیه شاد، امیدوار در جلسه مشاوره: در بسیاری از مواقع واژینیسموس با افسردگی همراه است (۱۷). این افسردگی تا حدی می‌تواند ناشی از درمان‌های ناموفق قبلی باشد. در مرکز ما که یک مرکز ارجاعی در ایران است، زوج مبتلا به واژینیسموس به‌دلیل درمان‌های ناموفق قبلی، اغلب از درمان ناامید هستند و با غم و ناامیدی و بهت وارد جلسه درمان می‌شود. یکی از اصلی‌ترین عوامل موفقیت درمان، تبدیل این بهت و ناامیدی به امید و نشاط برای درمان است. طبق روایت زن، انرژی و نشاط درمانگر، یکی دیگر از علل شکل‌گیری اعتماد و ارتباط درمانی بوده است. توصیه می‌شود درمانگری که با زوجین مبتلا به واژینیسموس مواجه است، در زمان‌های بدون خستگی و بدون محدودیت زمانی مشاوره دهد تا روحیه شاد و امیدوارش خدشه‌دار نشود.

هویت زوجی دادن به درمان و همکاری خوب شوهر: در یک زوج مبتلا به واژینیسموس ممکن است شوهر هم مشکلاتی داشته باشد و لازم است تمرینات زوج‌درمانی هم ارائه شود (۱۸، ۱۹). گفتگوی رایج میان زوجین مبتلا به واژینیسموس قبل از درمان معمولاً این‌گونه بوده است: "عزیزم حتی اگر این مشکلمون حل نشود، باز هم من تو را دوست دارم". این شیوه گفتار منجر به تداوم مشکل واژینیسموس می‌شود، درمانگر باید این شیوه گفتاری را به شکل زیر تغییر دهد: شوهر بگوید "عزیزم دوستت دارم ولی باید مشکلمون حل شود". اینکه زن احساس کند درمان این مشکل برای مرد مهم است، او را در انجام تمرینات مصمم می‌کند.

طراحی درمان منطبق با سبک زندگی بیمار: هر بیمار احساسات خاص و سبک زندگی منحصر به‌خود را دارد و خدمات درمانی باید منطبق با سبک زندگی وی باشد (۱۵، ۲۰). تمرینات درمان واژینیسموس باید آسان و سازگار با سبک زندگی بیمار و لذت‌بخش باشد. در این زوج، زن علاقه زیادی به ورزش داشت و به‌صورت منظم به باشگاه ورزشی می‌رفت. اوایل که بیمار در شروع کردن تمرینات درمانی مردد بود، درمانگر ضمن تمجید از

همکاری با درمانگر مرد در زمینه مسائل جنسی گریزان بودند. این مشکل در سایر کشورهای مسلمان همچون مالزی نیز گزارش شده است (۱۳). در مرکز ما (کلینیک سلامت جنسی ابن‌سینا) وجود درمانگر از هر دو جنس، حق انتخاب زوجین و مشارکت آنها در درمان را بیشتر می‌کند.

عوامل موفقیت درمان واژینیسموس در این زوج بعد از ۱۸ سال:

ارتباط خوب درمانگر با زوج: این بیمار بیان کرد اوایل ازدواج که به کادر پزشکی مراجعه می‌کرده است، با واکنش تعجب‌آمیز آنها مواجه می‌شده است. به‌نظر می‌رسد این تعجب ناشی از کمبود اطلاعات کادر درمان نسبت به این بیماری باشد. بسیاری از زنان مبتلا به واژینیسموس به‌دلیل شرم و ترس از بیان مشکلشان به پرسنل درمان اجتناب می‌کنند و لازم است ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، قادر به برقراری ارتباط و تشخیص این بیماران باشند (۱۴). ارتباط بین متخصصین و ارتباط خوب با هر بیمار، اساس یک مراقبت موفق است (۱۵). در مرکز ناباروری ابن‌سینا در کنفرانس‌ها و گزارش موردها، مشکل واژینیسموس با متخصصین حیطه‌های مختلف به اشتراک گذاشته می‌شود و آگاهی کادر درمان و موارد ارجاع این بیماران به کلینیک سلامت جنسی رو به افزایش است.

اخذ شرح حال دقیق و پرسش‌های متناسب از زوج در جلسه اول: هر بیمار جدید باید خوب و دقیق شنیده شود (۱۶). در تجربه درمانی ما از واژینیسموس، جلسه اول مهم‌ترین و گاه تنها جلسه درمانی در بیمار است. گاه با اولین کلمات زوج، درمانگر متوجه مشکل زوج می‌شود و تشخیص برایش مسجل می‌شود، اما لازم است که سخن زوج کاملاً بادقت شنیده شود و با پرسش‌های متناسب، ابعاد مشکل هم برای درمانگر و هم برای زوج مشخص شود. در این صورت زوج مطمئن می‌شوند که درمانگر مشکل آنها را درک کرده و ارتباط و اعتماد بین درمانگر و زوج شکل می‌گیرد. طبق گفته زن، خوب گوش کردن درمانگر و در عین حال پرسش‌های متناسب در اولین جلسه، عامل شکل‌گیری اعتماد بین بیمار و درمانگر بوده است. همچنین در جلسه اول حتماً علل

مورد اختلالات جنسی از جمله واژینیسموس نیز آموزش خودمدیریتی لازم به نظر می‌رسد (۲۴). در روایت دست‌نوشته این بیمار کلمات "نمی‌توانم" به تدریج تبدیل به "توانستم" شده است و این موفقیت درمانی را نشان می‌دهد. پزشکان اغلب علاقه دارند موفقیت درمانی را به مهارت و علم خود منسوب کنند، در حالی که در مشکلات جنسی، درمانگر باید قدرت خودباوری و خودمدیریتی زوج را بالا برد. حتی اگر زوج فکر کنند درمانگر هیچ‌کاری نکرده و آنها با تلاش و خلاقیت خود توانسته‌اند موفق شوند، این اوج موفقیت درمانگر را می‌رساند.

آرامش و صبوری در همراهی با بیمار: درمانگرانی که قبل و حین جلسه درمانی آرام هستند، قادر به برگزاری جلسات با کیفیت‌تر و برقراری اتحاد درمانی قوی‌تر با بیمار هستند (۲۵). بیمار ما بیان می‌کند که حس آرامش مادرانه‌ای را از درمانگر دریافت می‌کرده است و آن را در موفقیت‌اش بسیار مؤثر می‌داند. اغلب بیماران واژینیسموس زمینه اضطرابی دارند، این اضطراب هم علت واژینیسموس و هم عامل قطع تمرینات درمانی است. در تجربه ما نحوه تعامل درمانگر باید آرامش‌بخش باشد تا تمرینات اثر درمانی داشته باشد. جدول ۴: عوامل تداوم مشکل و عوامل موفقیت درمان واژینیسموس در این زوج تا ۱۸ سال بعد از ازدواج را به طور خلاصه نشان می‌دهد.

با مروری بر مطالعات مشابه ارتباط نزدیکی بین واژینیسموس و نابرابری گزارش شده است. گرچه برخی زوجین مبتلا به واژینیسموس به صورت اتفاقی بارداری به روش غیردخولی^۱ و یا به روش تزریق داخل واژینال را تجربه کرده‌اند، اما درمان واژینیسموس نه تنها برای حل مشکل بارداری، بلکه برای بهبود رابطه جنسی و افزایش کیفیت زندگی جنسی زوج ضروری است و برای دستیابی به این هدف نیاز به یک درمان همه‌جانبه و کار تیمی است (۲۶).

درمان شناختی- رفتاری، مقبول‌ترین و پرکارش‌ترین روش درمانی در واژینیسموس است. در مطالعه موسوی نسب و همکاران (۲۰۱۵) در شیراز، از ۷۰ بیمار مبتلا به

ورزشی بودن زن، از او خواست تمرینات درمانی را هم مانند تمرینات ورزشی‌اش منظم انجام دهد. در واقع علاقه زن به ورزش به تمرینات درمانی سوق داده شد. همچنین از او خواسته شد هرچقدر که می‌تواند تمرین کند، ولی تمرین بیشتر او را زودتر به نتیجه می‌رساند.

پیگیری مداوم و در دسترس بودن درمانگر در فضای مجازی: در تجربه درمانی ما بسیاری از بیماران مبتلا به واژینیسموس در حین تمرینات به محض مواجهه با کوچک‌ترین مشکل ناامید شده و از ادامه درمان صرف نظر می‌کنند، برای حل این مشکل، در جلسه اول یک شماره تلفن از درمانگر به زوج داده و زن تشویق می‌شود هر روز انجام یا عدم انجام تمرین را در فضای مجازی (تلگرام یا واتساپ) به درمانگر گزارش دهد، در این صورت اگر در حین تمرینات با مشکلی مواجه شود، خیلی سریع رفع می‌شود. ارتباط با درمانگر نه به صورت اجبار، بلکه به عنوان یک گزینه اختیاری برای درمان بیماران ارائه می‌شود. این زوج و سایر زوج‌هایی که از این گزینه درمانی استفاده کردند، روند درمانی سریع‌تر و موفق‌تری داشتند. اخیراً تجربیاتی از درمان آنلاین افسردگی و اضطراب بیماران گزارش شده است (۲۱). در این بیمار جلسه اول به صورت حضوری برگزار شد، سپس بیمار به صورت آنلاین با درمانگر در ارتباط بود. هر وقت سؤالی داشت، می‌پرسید و حداقل روزی یک‌بار گزارش تمرینات را به درمانگر می‌داد و از درمانگر فیدبک دریافت می‌کرد. این فیدبک نقش مهمی در ادامه تمرینات داشت. اگرچه این بیمار قبل از ایام شیوع کرونا درمان شده بود، اما تجربه ما در استفاده از فضای مجازی در درمان بیماران مشابه، در ایام شیوع کرونا هم بسیار اثربخش بود.

تمرکز درمان بر خودباوری و خودمدیریتی بیمار: اگرچه واژینیسموس جزء اختلالات خوب درمان شونده جنسی است (۲۲)، اما گزارش‌هایی از واژینیسموس‌های عودکننده مشاهده می‌شود (۲۳). در تجربه ما هر زمان اضطراب بیمار زیاد شود، واژینیسموس ممکن است مجدداً آشکار شود. به نظر می‌رسد درمان واژینیسموس کافی نیست و زن باید یاد بگیرد که چگونه علائم شروع واژینیسموس خود را بشناسد و مدیریت کند. همانگونه که خودمدیریتی به بیماران مزمن آموخته می‌شود، در

¹ Splash Pregnancy

یافتند و ۴۸٪ به بیش از ۷ جلسه درمان نیاز داشتند. ترس شوهر از درد کشیدن زن و باور نادرست مرد از اینکه باید شروع گر باشد، از علل طول کشیدن پاسخ درمانی گزارش شده بود (۳۰)، بنابراین درمان همه‌جانبه زوج محور برای مدیریت و درمان واژینیسموس ضروری است.

جلسات درمانی در بیمار معرفی شده در این مقاله، به صورت ۲ جلسه حضوری، ۹ تماس هفتگی تلفنی و ۲۱۱ پیامک تقریباً هر روزه در فضای مجازی بود. کم بودن جلسات حضوری، سختی رفت‌وآمد زوج را کاسته و ماندگاری آنها را در درمان بیشتر کرد. از ترکیب مشاوره‌های حضوری و مجازی در سایر بیماران در ایام کرونا نیز استفاده شد که با نتایج رضایت‌بخشی همراه بود.

واژینیسموس، ۶۴ نفر (۹۱/۴۲٪) دوره درمانی را تکمیل و موفق به درمان شده بودند، تعداد جلسات درمانی بین ۳ تا ۸ جلسه متغیر بود. ۴ نفر از این ۷۰ نفر نیاز به درمان دارویی ضد اضطراب در کنار درمان شناختی رفتاری داشتند (۲۷). در مطالعه رستمی و همکاران (۲۰۱۷)، ۹ بیمار واژینیسموس با درمان شناختی رفتاری در ترکیب با بیوفیدبک بعد از ۴-۵ هفته بهبود یافتند و ۳ نفر در فاصله کمتر از ۳ ماه باردار شدند (۲۸). در مطالعه عیوضی و همکاران (۲۰۱۹)، ۲ بیمار مبتلا به واژینیسموس با ناباروری طولانی مدت ۶ و ۷ سال بعد از ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری بهبود یافتند و بعد از ۳ و ۳ ماه از اتمام درمان واژینیسموس، موفق به بارداری شدند (۲۹). در مطالعه موتلو و همکار (۲۰۲۱) که بر روی ۶۲ زن مبتلا به واژینیسموس انجام شد، ۵۲٪ افراد در کمتر از ۷ جلسه با درمان شناختی- رفتاری بهبود

جدول ۴- عوامل تداوم مشکل و عوامل موفقیت درمان واژینیسموس در این زوج تا ۱۸ سال بعد از ازدواج

خجالت زوج از بیان مشکل
اضطراب زیاد زن
انجام هایمنکتومی بی‌نتیجه و ناامید شدن زوج از درمان
ترس مرد از بچه‌دار شدن به دلیل فوت مادرشوهر حین زایمان
اقتدار مرد و همبستگی زوج در عدم اطلاع فامیل از علت ناباروری
عدم تمایل به درمان با پزشک مرد
ارتباط خوب درمانگر با زوج
اخذ شرح حال دقیق و پرسش‌های متناسب از زوج در جلسه اول
روحیه شاد و امیدوار در جلسه مشاوره
هویت زوجی دادن به درمان و همکاری خوب شوهر
طراحی درمان منطبق با سبک زندگی بیمار
پیگیری مداوم و در دسترس بودن درمانگر در فضای مجازی
ارائه بازخورد مثبت به بیمار در ارتباط تلفنی یا تلگرامی با بیمار
تمرکز درمان بر خودباوری و خودمدیریتی بیمار
آرامش و صبوری در همراهی با بیمار

از درمان شود. داشتن صبر، آرامش، امیدواری، هویت زوجی دادن به مشکل، ارتقاء خودباوری و خودمدیریتی زوج، از عوامل مهم موفقیت در درمان واژینیسموس هستند. همچنین پیگیری مداوم و دادن بازخورد مثبت به بیمار در فضای مجازی، سبب سرعت گرفتن و پیوستگی روند درمان می‌شود. اگرچه این بیمار قبل از ایام شیوع کرونا درمان شده بود، اما تجربه استفاده از

نتیجه‌گیری

برخی از زوجین مشکل واژینیسموس را در لفافه ناباروری بیان می‌کنند. اخذ شرح حال دقیق و تشویق آنها به درمان شناختی- رفتاری توسط درمانگر مجرب، می‌تواند منجر به بارداری به روش طبیعی و جلوگیری از اقدامات تهاجمی کمک باروری می‌شود. طولانی بودن مشکل واژینیسموس نباید سبب ناامیدی زوج و درمانگر

سلامت جنسی بابت تسهیل فرآیندهای پذیرش بیماران این کلینیک و همچنین از تمامی متخصصین زنان، رادیولوژی، اورولوژی و ماماهاى شاغل در مرکز درمان ناباروری ابن سینا که با غربالگری صحیح و رفتار صبورانه، بیماران واژینیسموس را برای درمان به کلینیک سلامت جنسی ابن سینا ارجاع می‌دهند، تشکر و قدردانی می‌شود.

فضای مجازی در درمان بیماران مشابه، در ایام شیوع کرونا هم بسیار اثربخش بود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از جناب آقای دکتر علی صادقی‌تبار مدیریت مرکز درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا وابسته به پژوهشگاه علوم زیستی ابن سینا- جهاد دانشگاهی و سرکار خانم هاله ملکی سرپرست کلینیک

منابع

1. Stout ME, Meints SM, Hirsh AT. Loneliness mediates the relationship between pain during intercourse and depressive symptoms among young women. *Archives of sexual behavior* 2018; 47(6):1687-96.
2. ICD-10. Nonorganic vaginismus Chapter V, Mental and behavioural disorders,(F00-F99), Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors(F50-F59): WHO; 2019 [cited 2021. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F52.5>.
3. Maria do Carmo B, Gusmão MC, Antunes RA, de Souza MM, Rito AL, Lira P, et al. Vaginismus in Assisted Reproductive Technology Centers: an invisible population in need of care. *JBRA assisted reproduction* 2018; 22(1):35.
4. Bakhtiari A, Basirat Z, Nasiri-Amiri F. Sexual dysfunction in women undergoing fertility treatment in Iran: prevalence and associated risk factors. *Journal of reproduction & infertility* 2016; 17(1):26.
5. Tayebi N, Ardakani SM. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *Eur J Gen Med* 2009; 6(2):74-7.
6. Zgueb Y, Ouali U, Achour R, Jomli R, Nacef F. Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. *The Cognitive Behaviour Therapist* 2019; 12.
7. Kadir ZS, Sidi H, Kumar J, Das S, Midin M, Baharuddin N. The neurobiology and psychiatric perspective of vaginismus: linking the pharmacological and psycho-social interventions. *Current drug targets* 2018; 19(8):916-26.
8. Hamid N, Dehghanizadeh Z, Firuzi AA. Effects of cognitive-behavioral therapy on sexual function in women with vaginismus disorder. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(20):1-11.
9. Tadayon M, Rezaei Kheirabadi A, Molaeinezhad M, Shiralinia K. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Catastrophic thoughts on Women with primary Vaginismus: A Single-Case trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 19(39):25-34.
10. Achour R, Koch M, Zgueb Y, Ouali U, Hmid RB. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychology research and behavior management* 2019; 12:137.
11. Janghorban R, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A, Abbasi M, Lottes I. The shadow of silence on the sexual rights of married Iranian women. *BioMed research international* 2015; 2015.
12. Katz D, Tabisel RL. Is surgery the answer to vaginismus?. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97(4):S27.
13. Ramli M, Nora MZ, Roszaman R, Hatta S. Vaginismus and subfertility: case reports on the association observed in clinical practice. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia* 2012; 7(1):24.
14. Deliktas Demirci A, Kabukcuoglu K. "Being a Woman" in the Shadow of Vaginismus: The Implications of Vaginismus for Women. *Current Psychiatry Research and Reviews Formerly: Current Psychiatry Reviews* 2019; 15(4):231-6.
15. Beach M. Relationship-centered care: A constructive reframing/M. Beach, T. Inui, Relationship-Centered Care Research Team. *Journal of General Internal Medicine* 2006(21):53-8.
16. Thom R. Learning to listen. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 2020; 55(1):35-41.
17. Yildirim EA, Yildirim MH, Karaş H. Prevalence of depression and anxiety disorders and their relationship with sexual functions in women diagnosed with lifelong vaginismus. *Turk Psikiyatri Dergisi* 2019; 30(1):9.
18. Bokaie M, Bostani Khaledi Z. Couple Therapy and Vaginismus: A single case approach. *Journal of sex & marital therapy* 2019; 45(8):667-72.
19. Asoğlu M, Beginoğlu Ö, Demir M, Çelik H, Fedai Ü, Öznur AK, et al. Retrospective Analysis of Vaginismus Patients Referred to Psychiatric Outpatient Clinic in a University Hospital. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2019; 16(3):569-72.
20. McCarthy B, Wald Ross L. Expanding the types of clients receiving sex therapy and sexual health services. *Journal of sex & marital therapy* 2018; 44(1):96-101.



21. Stasiak K, Fleming T, Lucassen MF, Shepherd MJ, Whittaker R, Merry SN. Computer-based and online therapy for depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology* 2016; 26(3):235-45.
22. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health* 2010; 6(5):705-19.
23. Fageeh WM. Different treatment modalities for refractory vaginismus in western Saudi Arabia. *The journal of sexual medicine* 2011; 8(6):1735-9.
24. Araújo-Soares V, Hankonen N, Presseau J, Rodrigues A, Sniehotta FF. Developing behavior change interventions for self-management in chronic illness. *European Psychologist* 2019; 24(1):7.
25. Chui H, Hill CE. Keep calm and alert and carry on: therapist calmness and fatigue in relation to session process. *Counselling Psychology Quarterly* 2020; 33(1):66-78.
26. Marthasari RS, Marlinata A, I'tishom R. Vaginismus and Infertility. *Indonesian Andrology and Biomedical Journal* 2020; 1(2):48-53.
27. Mousavi Nasab M, Farnoosh Z. Management of vaginismus with cognitive-behavioral therapy, self-finger approach: a study of 70 cases. *Iranian Journal of Medical Sciences* 2015; 28(2):69-71.
28. Rostami R, Ramesh S, Hemmat Boland E. Effectiveness of the Combination of Cognitive-Behavioral Therapy and Biofeedback in the Treatment Vaginismus:(Pilot Study). *Community Health Journal* 2017; 10(1):72-7.
29. Eivazi A, Sarlati M, Mohammadi G, Eivazi F, Esmailpour-Bandboni M. Treatment of Two Cases of Vaginismus following Long-term Infertility with Cognitive Behavioral Therapy: Case Report. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2019; 7(2):10-14.
30. Mutlu EA, Karlidağ R. Factors affecting the recovery time in vaginismus. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 2021; 6(1):52-63.