

The Effectiveness of Sexual Skills Training on Sexual Functioning and Alexithymia in Women with Vaginismus

Mortezaei Z¹, *Saffarinia M²

Author Address

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Payam Noor University, International Center United Arab Emirates, UAE;

2. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: M.saffarinia@pnu.ac.ir

Received: 2020 September 1; Accepted: 2020 October 3

Abstract

Background & Objectives: Vaginismus disorder is one of the sexual dysfunctions in women. In addition to suffering from emotional disorders such as depression and anxiety, women with vaginismus struggle with avoidant emotional regulation strategies, such as alexithymia and suppression of emotions, leading to aggravation of their symptoms and pain. Sexual activity has a decisive role in human health, and it seems that training in sexual skills can increase the quality of marital relationships. Considering the crucial role of psychological factors in vaginismus, as well as the positive effects of sexual skills training, treating patients with vaginismus using effective treatment approaches is necessary. This study aimed to determine the effectiveness of sexual skills training on sexual function and emotional dysfunction in women with vaginismus.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and follow-up design with a control group. The statistical population included all women with vaginismus in Tehran City, Iran, who were referred to the sexual health center affiliated with Imam Khomeini Hospital from April to June 2019. By available sampling method, 30 women with vaginismus were selected and randomly divided into experimental (n=15) and control (n=15) groups. The inclusion criteria were as follows: having vaginismus, being married for more than one year, having upper secondary education, being between 20 and 35 years old, lacking a history of neurological and mental illness and history of hospitalization, not taking substance abuse, being able to attend group therapy sessions and being willing to cooperate. The exclusion criteria for the experimental group were as follows: absence from attending intervention sessions for more than two sessions and unwillingness to continue attending intervention sessions. The study instruments included the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994) and the Female Sexual Function Index (Rosen et al., 2000). The experimental group underwent sexual skills training for 8 sessions, and the control group did not receive any intervention. Centrality and dispersion indices such as mean and standard deviation were used to describe the obtained data. Variance analysis with repeated measurements, Bonferroni post hoc test, and independent *t* test were used for data analysis in SPSS version 22 software. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The results showed that the effects of time ($p<0.001$), group ($p<0.001$), and time $\times$ group interaction ($p<0.001$) on the variables of sexual function and alexithymia were significant. In the experimental group, sexual skills training significantly improved sexual function ($p<0.001$) and alexithymia ($p<0.001$) in the posttest and follow-up stages compared to the pretest, and this effect continued until the follow-up stage for variables of sexual function ($p=0.105$) and alexithymia ($p=0.804$).

Conclusion: Based on the findings of the study, sexual skills training is efficacious in improving sexual function and alexithymia in women with vaginismus.

Keywords: Sexual skills training, Sexual function, Alexithymia, Women with vaginismus.

اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به واژینیسموس

زهره مرتضایی^۱، *مجید صفاری‌نیا^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، مرکز بین‌المللی امارات متحده عربی، امارات؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

*وابادانامه نویسنده مسئول: M.saffarina@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۱ شهریور ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال واژینیسموس یکی از کژکاری‌ها و اختلالات جنسی در زنان است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به واژینیسموس بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان مبتلا به واژینیسموس در شهر تهران تشکیل دادند که به مرکز سلامت جنسی وابسته به بیمارستان امام‌خمینی (ره) در بازه زمانی اردیبهشت تا تیر ۱۳۹۸ مراجعه کردند. سی زن مبتلا به واژینیسموس به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ابزارها شامل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) و شاخص عملکرد جنسی زنان (روزن و همکاران، ۲۰۰۰) بود. گروه آزمایش هشت جلسه آموزش مهارت‌های جنسی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون تی مستقل در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، اثر گروه و اثر تعامل زمان و گروه بر متغیرهای عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). در گروه آزمایش، آموزش مهارت‌های جنسی به‌طور معناداری منجر به بهبود عملکرد جنسی ($p < ۰/۰۰۱$) و ناگویی هیجانی ($p < ۰/۰۰۱$) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون شد و این تأثیر تا مرحله پیگیری برای متغیرهای عملکرد جنسی ($p = ۰/۱۰۵$) و ناگویی هیجانی ($p = ۰/۸۰۴$) ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، آموزش مهارت‌های جنسی بر بهبود عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به واژینیسموس مؤثر است. **کلیدواژه‌ها:** آموزش مهارت‌های جنسی، عملکرد جنسی، ناگویی هیجانی، زنان مبتلا به واژینیسموس.

اختلال واژینیسموس^۱ یکی از کژکاری‌ها و اختلالات جنسی در زنان است (۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ واژینیسموس را انقباض غیرارادی عضلات یک‌سوم خارجی واژن تعریف کرده است که مانع از مقاربت می‌شود (به نقل از ۲). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، واژینیسموس همراه با دیسپارونیا^۴ و سایر مواردی که دخول جنسی در آن‌ها به سختی صورت می‌گیرد، با عنوان اختلال واحدی به نام اختلال درد تناسلی- لگنی^۵ آورده شده است (۳). در مطالعه مروری سیستماتیک مشخص شد، ۲۶ درصد زنان به اختلالات درد جنسی مبتلا هستند (۴). شیوع اختلال واژینیسموس در کلینیک‌های درمان کژکاری‌های جنسی ۴۲ تا ۵۵ درصد در بین بیماران مراجعه‌کننده برای سکس‌تراپی^۶ گزارش شده است؛ اما با توجه به ماهیت اختلال، احتمالاً زنان بسیار زیادی به این اختلال مبتلا هستند؛ ولی هیچ‌وقت برای درمان مراجعه نمی‌کنند (۵). همچنین شیوع ازدواج به‌وصال‌نرسیده که یکی از علت‌های عمده آن واژینیسموس است، در کشورهای مختلف بین ۱۲ تا ۱۷ درصد در زنان گزارش شده است (۶). زنان مبتلا به واژینیسموس علاوه بر اینکه از آشفتگی‌های هیجانی مانند افسردگی و اضطراب رنج می‌برند، از راهبردهای تنظیم هیجانی اجتنابی^۷ مانند آلکسی‌تایمیا^۸ (ناگویی هیجانی) و سرکوب هیجانان بیشتر در رنج هستند که منجر به تشدید علائم و درد در آن‌ها می‌شود (۷).

ناگویی هیجانی به توانایی محدود فرد برای درک، پردازش یا توصیف احساسات خود اشاره دارد (۸). ناگویی هیجانی از چهار عامل عمده دشواری در تشخیص احساسات^۹ و تمایز آن‌ها از برانگیختگی‌های بدنی و هیجانی^{۱۰}، دشواری در توصیف احساسات^{۱۱} برای دیگران، فرایندهای تجسمی محدود همراه با کاهش خیال‌پردازی‌ها و سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی تشکیل شده است (۹). ناگویی هیجانی در بسیاری از بیماران روان‌تنی^{۱۲} مشاهده می‌شود. شکایت اصلی بیماران روان‌تنی هنگام مراجعه به پزشک ناگویی هیجانی نیست؛ بلکه این مشکل را در جسم بیمار خود نشان می‌دهند و به‌جای توصیف احساساتشان به شرح جزئیات می‌پردازند. این افراد تمایل دارند به‌جای بیان هیجان‌ها، وقایع محیطی را توصیف کنند (۵). ناگویی هیجانی، آسیب‌پذیری فرد آسیب‌پذیر را در برابر بیماری‌های جسمانی تشدید می‌کند. این نظریه که ناتوانی در روند هیجانی و شناختی، استعداد ابتلا به بیماری را شدت می‌بخشد، با اساس طب روان‌تنی مطابقت دارد (۱۰).

در پژوهش‌های اساسی و همکاران، رابطه بین افسردگی و ناگویی هیجانی (آلکسی‌تایمیا) در زنان مبتلا به واژینیسموس به تأیید رسید (۱۱). ارتباط بین ناگویی هیجانی و آسیب‌شناسی روانی بسیار پیچیده است. اعتقاد بر این است که ناگویی هیجانی افراد را برای تجربه وضعیت‌های خلقی منفی مستعد می‌کند. خلق و عاطفه منفی در

صورت سرکوب و ابرازنشدن به جسمانی‌سازی^{۱۳} می‌انجامد. به‌نظر می‌رسد افسردگی در ارتباط بین ناگویی هیجانی و جسمانی‌سازی در این‌گونه بیماران نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. پژوهشگران نشان دادند، ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بیشتر است و بین اضطراب با ابعاد دشواری در شناسایی و توصیف احساسات ارتباط مثبت وجود دارد (۱۲). اضطراب زیاد جنسی کیفیت عملکرد جنسی زنان را محدود می‌کند یا منجر به اجتناب از فعالیت جنسی می‌شود (۱۳). به پژوهش‌های متعددی در این راستا اشاره شده است؛ فهمی و همکاران در پژوهشی دریافتند، آموزش مهارت‌های جنسی بر عملکرد جنسی تأثیر دارد (۱۳). ایراندوست و سوهرای در پژوهش خود نشان دادند، ناگویی هیجانی به‌طور غیرمستقیم از طریق افزایش درماندگی روان‌شناختی و کاهش صمیمیت زناشویی بر عملکرد جنسی تأثیرگذار است (۱۴).

تمایلات جنسی، ذاتی و غیرارادی و رفتارهای جنسی آموختنی است و ارضا و اغنای آن‌ها بنابر دین ما، اسلام، در بطن خانواده و با ازدواج صورت می‌گیرد (۱۵)؛ بنابراین، فعالیت جنسی نقشی تعیین‌کننده در سلامت انسان دارد و به‌نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های جنسی می‌تواند کیفیت رابطه زناشویی را افزایش دهد. با توجه به نقش مؤثر عوامل روان‌شناختی در ابتلا به واژینیسموس و نیز تأثیرات مثبت آموزش مهارت‌های جنسی بر عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی و با توجه به مطالب مذکور، مشخص می‌شود که پرداختن به درمان بیماران مبتلا به واژینیسموس با استفاده از رویکردهای درمانی مؤثر از جمله آموزش مهارت‌های جنسی به‌منظور کمک به بیماران از ضرورتی خاص برخوردار است. با توجه به این موضوع و نیز مطابق با مطالب ذکرشده مبنی بر قابلیت‌ها و ویژگی‌های آموزش مهارت‌های جنسی، هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به واژینیسموس بود.

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان مبتلا به واژینیسموس در شهر تهران تشکیل دادند که به مرکز سلامت جنسی وابسته به بیمارستان امام‌خمینی (ره) در فاصله زمانی اردیبهشت تا تیر ۱۳۹۸ مراجعه کردند. از بین آن‌ها سی نفر از زنان مبتلا به واژینیسموس با عملکرد جنسی ضعیف و ناگویی هیجانی انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (پانزده نفر) و گروه گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد (۱۶). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: مبتلا بودن به واژینیسموس؛ متأهل بودن؛ سپری شدن یک سال از زمان ازدواج؛

8. Alexithymia

9. Emotion detection

10. Physical and emotional excitation

11. Difficulty in describing feeling

12. Psychosomatic

13. Somatization

1. Vaginismus

2. American Psychiatric Association

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-5)

4. Dyspareunia

5. Genito-Pelvic Pain Disorder

6. Sex Therapy

7. Avoidance emotional regulation strategies

داشتن تحصیلات بیشتر از راهنمایی؛ داشتن سن بین ۲۰ تا ۳۵ سال؛ نداشتن سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان؛ سوء مصرف نداشتن مواد؛ توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی؛ تمایل به همکاری. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه برای گروه آزمایش، حضور نداشتن در جلسات مداخله بیش از دو جلسه و تمایل نداشتن به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی به شرح زیر بود: اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد؛ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ شد؛ محرمانه بودن همه اطلاعات شرکت‌کنندگان به شکل کتبی اعلام شد؛ رعایت اصل امانت‌داری در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها انجام پذیرفت؛ شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش برای انصراف از شرکت در تحقیق مختار بودند؛ به بیماران شرکت‌کننده برای محرمانه ماندن اطلاعات و نیز نیاز نبودن به ذکر نام و نام خانوادگی روی پرسش‌نامه‌ها و انجام گروهی تحلیل اطلاعات اطمینان خاطر داده شد؛ در انتهای پژوهش بسته آموزشی برای گروه گواه ارائه شد. ابزارها و جلسات آموزشی زیر در پژوهش به کار رفت.

– پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: هدف از به کارگیری این پرسش‌نامه، جمع‌آوری داده‌های جمعیت‌شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، تحصیلات، وضعیت اجتماعی اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همین‌طور سؤالاتی درباره درمان‌های انجام شده تاکنون و مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

– مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱: این مقیاس در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی و همکاران ساخته شد (۱۷). این ابزار، مقیاسی بیست‌سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه

می‌شود. کسب نمره بیشتر در مقیاس به معنای ناگویی هیجانی بیشتر است (۱۷). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش تیلور و همکاران بررسی و تأیید شد. همچنین پایایی پرسش‌نامه برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ به دست آمد (۱۸). در پژوهش بشارت، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵، دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲ و تفکر عینی ۰/۶۹ بود (۱۹).

– شاخص عملکرد جنسی زنان^۲: شاخص عملکرد جنسی زنان مقیاسی برای اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان است. روزن و همکاران این مقیاس را در سال ۲۰۰۰ ساختند و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی کردند (۲۰). این شاخص شامل پانزده سؤال و دارای زیرمقیاس‌های میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی است. مقیاس پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت است. نمره‌گذاری برای سؤالات ۱ تا ۹، از صفر تا ۵ و برای سؤالات ۱۰ تا ۱۵ به صورت ۱ تا ۵ است (۲۰). در پژوهش روزن و همکاران، پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد (۲۰). مقدار پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش رجبی و همکاران برای هر عامل بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ محاسبه شد (۲۱).

– بسته آموزشی مهارت‌های جنسی اسمیت و دی‌کلمنته در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۲۲). روایی محتوایی این پروتکل توسط دو تن از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور تهران تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات آموزش مهارت‌های جنسی ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات آموزش مهارت‌های جنسی

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه، پذیرش مراجع، تعیین اهداف جلسه و خط مشی کلی از قوانین گروه، صحبت درباره بررسی باورهای عامیانه جنسی و نگرش‌های فرهنگی و مذهبی جامعه
دوم	آموزش آناتومی و فیزیولوژی رفتار جنسی زن و مرد
سوم	آموزش آرمیدگی، آموزش خیال‌پردازی و حساسیت‌زدایی منظم
چهارم	معرفی علائق، ترجیحات و تفاوت‌های جنسی مرد و زن
پنجم	آموزش تکنیک‌های تمرکز توجه، آموزش تکالیف خودپایی، آشنایی با اختلالات عملکرد جنسی و علل آن
ششم	آموزش تمرکز حسی ۱ و بررسی برگه‌های خودپایی و بازسازی آن، آموزش تمرینات عضلانی شرمگاهی یا کگل و بررسی برگه‌های خودپایی و بازسازی آن
هفتم	آموزش تمرکز حسی ۲ و بررسی برگه‌های خودپایی و بازسازی آن
هشتم	سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای، تمرین وارسی بدن، مروری بر کل دوره، روش‌هایی برای حفظ دستاوردهای یادگرفته‌شده، انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی با قابلیت ادامه‌دادن تا ماه بعد، بحث درباره دلایل مثبت و موانع احتمالی تمرین‌ها پس از پایان دوره و تکمیل پرسش‌نامه توسط شرکت‌کنندگان، اتمام جلسات

به‌منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس

^۱. Toronto Alexithymia Scale

^۲. Female Sexual Function Index (FSFI)

تحصیلات ($p=0/071$) و میزان درآمد ($p=0/799$) تفاوت معناداری با هم نداشتند.

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لون، بررسی شد. از آنجاکه نتایج آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس رد نشد ($p>0/05$). همچنین معنادار نبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد، فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ($p>0/05$). در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد، این آزمون برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ از این رو فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($p<0/001$)؛ بنابراین، آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به‌کار رفت. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر با $0/97$ ($p=0/011$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه در سطح معناداری $0/05$ نشان داد.

با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی، آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف-اسمیرنف (برای نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی به‌کار رفت. برای مقایسه دو گروه از نظر سن، تحصیلات و درآمد از آزمون تی مستقل استفاده شد. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها $0/05$ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش $38/9$ ($6/8$) و گروه گواه $37/8$ ($6/2$) سال بود که دامنه سنی از 20 تا 55 سال را شامل شد. در گروه آزمایش، 10 نفر ($66/7$ درصد) تحصیلاتی در حد دیپلم و کمتر، 5 نفر ($33/3$ درصد) تحصیلات دانشگاهی و در گروه گواه، 6 نفر (40 درصد) تحصیلاتی در حد دیپلم و کمتر و 9 نفر (60 درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در هر دو گروه آزمایش و گواه، 2 نفر ($13/3$ درصد) کم‌درآمد و 13 نفر ($86/7$ درصد) دارای درآمد متوسط و زیاد بودند. گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن ($p=0/78$)،

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه در سه مرحله

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد جنسی	آزمایش	۳۴/۱۳	۷/۹۲	۴۱/۴۰	۹/۴۵	۴۲/۲۷	۹/۴۰
	گواه	۳۵/۸۰	۸/۶۵	۳۵/۳۳	۷/۹۹	۳۵/۱۹	۷/۸۰
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۵۴/۴۰	۱۱/۷۷	۴۶/۷۳	۹/۵۳	۴۷/۲۰	۱۱/۲۱
	پس‌آزمون	۵۳/۸۰	۱۲/۶۵	۵۲/۵۳	۱۲/۲۰	۵۲/۱۸	۱۲/۰۸

به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار بود، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
عملکرد جنسی	درون‌گروهی	زمان	۱۵/۵۹	$<0/001$	$0/30$
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۷۱/۶۵	$<0/001$	$0/73$
		گروه	۱۸/۸۲	$<0/001$	$0/36$
ناگویی هیجانی	درون‌گروهی	زمان	۲۰/۳۰	$<0/001$	$0/44$
	بین‌گروهی	زمان*گروه	۳۲/۰۶	$<0/001$	$0/55$
		گروه	۲۱/۴۷	$<0/001$	$0/46$

($p<0/001$)؛ به عبارتی بین گروه‌های آزمایش و گواه در میانگین نمره ناگویی هیجانی در زمان‌های اندازه‌گیری تفاوت معناداری مشاهده شد. برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر زمان و اثر گروه بر متغیر عملکرد جنسی معنادار بود ($p<0/001$)؛ به عبارتی بین گروه‌های آزمایش و گواه در میانگین نمره عملکرد جنسی در زمان‌های اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود داشت؛ همچنین اثر زمان و اثر گروه بر متغیر ناگویی هیجانی معنادار بود

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۶/۳۳	۱/۱۱	$<0/001$
	پس‌آزمون	۷/۴۶	۱/۱۱	$<0/001$
	پیگیری	۱/۱۳	۰/۵۹	۰/۱۰۵
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۸/۹۳	۰/۵۱	$<0/001$
	پس‌آزمون	۱۰/۲۶	۰/۵۴	$<0/001$
	پیگیری	۰/۳۳	۰/۵۳	۰/۸۰۴



نمودار ۱. مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات متغیرهای عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در گروه‌های آزمایش و گواه

روان‌شناسی زن و مرد و آگاهی از ملاک‌های صحیح آموزش‌های جنسی صورت می‌پذیرد و به زوجین کمک می‌کند تا آگاهی کامل را در زمینه‌های مهم مسائل بهداشت باروری به دست آورند و روابط جنسی خود را بر مبنای درستی پایه‌گذاری کنند (۸). همچنین این فرایند با شناخت عوامل خطر شخصی و جنبه‌های انعطاف‌پذیری شخص، به آمادگی زوجین برای ازدواج کمک می‌کند و بر ایجاد زندگی شاداب‌تر و باثبات‌تر تأثیر دارد. آموزش مهارت‌های جنسی، اختلالات عملکرد و مشکلات زناشویی را کاهش می‌دهد و نیز سبب می‌شود زن و مرد با آگاهی و دانش کافی در ارتباط جنسی با خود و همسر به این دوره پویا و شکوفا با آرامش بیشتری گام نهند (۵).

در تبیین دیگر یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، آموزش مهارت‌های جنسی با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث روی موضوع امکان‌پذیر بودن تغییر و نیز انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، قادر است در افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت مشاوره توسط مراجع مؤثر باشد. سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و انکار، ممکن است اثر متضادی بر روابط جنسی زوجین داشته باشند (۶) و منطبق بر اصول اولیه درمان واژینیسموس باشد که مشکل اصلی اختلالات را اجتناب تجربی می‌داند و در طی درمان، درمانگر این نکات را با استفاده از تکنیک‌های عملی آموزش داد (۹). همچنین ملاقات افراد مشابه مایه تسکین و اطمینان خاطر برای زنان مبتلا به واژینیسموس است که آن‌ها را به یادگیری شیوه‌های تطابقی برای غلبه بر مشکل و حل آن وادار می‌سازد (۱۰). زمانی که زنان مبتلا به واژینیسموس با یکدیگر ارتباط برقرار کرده، همدردی می‌کنند و به صورت گسترده درخصوص مشکلات و تجارب خود به بحث می‌پردازند و محیطی حمایتی برای انتقال دانش و آگاهی به وجود می‌آید. در مجموع عوامل درمانی گروه مانند تخلیه هیجانی، احساس مقبولیت،

نتایج جدول ۴ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیر عملکرد جنسی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بیشتر از مرحله پیش‌آزمون بود ($p<0/001$). نتایج مشخص کرد، عملکرد جنسی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p<0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p=0/105$). همچنین نتایج نشان داد، میانگین نمرات متغیر ناگویی هیجانی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کمتر از مرحله پیش‌آزمون بود ($p<0/001$). ناگویی هیجانی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری با مرحله پیش‌آزمون داشت ($p<0/001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p=0/804$). نتایج حاکی از آن بود که اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی در مرحله پیگیری برای هر دو متغیر عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی ماندگار بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به واژینیسموس بود. یافته‌ها نشان داد، آموزش مهارت‌های جنسی بر بهبود متغیرهای عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به واژینیسموس تأثیر معنادار داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهش فهامی و سوه‌رای مینی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر عملکرد جنسی (۱۳) و پژوهش ایران‌دوست و همکاران مینی بر تأثیرگذاری غیرمستقیم ناگویی هیجانی بر عملکرد جنسی از طریق افزایش درماندگی روان‌شناختی و کاهش صمیمیت زناشویی (۱۴)، همسوست.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، آموزش مهارت‌های جنسی، در طیف وسیعی از دانش درباره اهداف ازدواج، شناخت

وابسته به بیمارستان امام خمینی (ره) استان تهران تقدیر و تشکر می‌کنند؛ همچنین از تمامی زنان مبتلا به واژینیسموس که در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه رساله دکتری دانشگاه پیام‌نور تهران است. همچنین مجوز اجرای پژوهش روی گروه مطالعه‌شده توسط مسئولان بیمارستان امام خمینی (ره) استان تهران با شماره نامه ۱۸ صادر شد. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منفعی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

زهره مرتضایی داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. مجید صفاری‌نیا در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

نوع دوستی، تأیید همگانی، همدلی، همانندسازی، تقلید، بصیرت، تعامل، یادگیری، واقعیت‌سنجی، انتقال، همگانی‌پنداری و بسیاری از عوامل دیگر، باعث افزایش توان مقابله و سازگاری، ایجاد حس امیدواری، پاسخ‌گویی بیشتر به درمان و در نتیجه درمان واژینیسموس می‌شود (۵).

با در نظر گرفتن محدودیت‌ها و یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، آموزش مهارت‌های جنسی در کمک به سلامت جسمی و روانی زنان مبتلا به واژینیسموس سودمند است. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود؛ از جمله سنجش متغیرها به‌کمک ابزارهای خودگزارشی و کنترل‌نشدن عوامل زمینه‌ای و فردی؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این امر مدنظر قرار گیرد. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به‌دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش‌برآورد کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه‌درمان (برنامه پلاسیبو) روی گروه گواه اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، اجرای آموزش‌ها و مداخله‌های گروهی به‌گونه‌ای که امکان تبادل تجارب شرکت‌کنندگان فراهم آید، به‌منظور افزایش حمایت اجتماعی چه از نوع عاطفی و چه از نوع اطلاعاتی، در دستور کار قرار گیرد. باتوجه به اثربخش بودن مداخلات گروهی در کنترل بیماری واژینیسموس و نیز امکان‌نداشتن اجرای حضوری مداخلات توصیه می‌شود، باتوجه به محتوای جلسات مداخله در قالب کتابچه یا بروشور به بیماران اطلاع‌رسانی شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، آموزش مهارت‌های جنسی بر بهبود عملکرد جنسی و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به واژینیسموس مؤثر است.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان از مساعدت‌های مسئولان محترم مرکز سلامت جنسی

References

1. Peleg D, Curelaru S, Geva G, Warsof SL, Ben Shachar I. Delivery of nulliparous women at term with vaginismus [15C]. *Obstet Gynecol.* 2018;131(1):34S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000532955.46902.12>
2. Solone M, Lynd K, Williams KE, May M, Nemecek P, Weitlauf J. Therapist guided exposure treatment for vaginismus: simulation and immersive learning applications [36M]. *Obstet Gynecol.* 2018;131(1):150S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533092.96380.d9>
3. Achour R, Koch M, Zgueb Y, Ouali U, Rim BH. Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychol Res Behav Manag.* 2019;12:137–43. <https://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S186950>
4. Tourrilhes E, Veluire M, Hervé D, Nohuz E. Obstetric outcome of women with primary vaginismus. *Pan Afr Med J.* 2019;32:160. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.160.16083>
5. Yildirim EA, Hadjioglu Yildirim M, Karash H. Prevalence of depression and anxiety disorders and their relationship with sexual functions in women diagnosed with lifelong vaginismus. *Turk Psychiatry Derg.* 2019;30(1):9–15.
6. Demir O, Comba C. Treatment of a woman with seconder infertility and vaginismus. *Medical Science.* 2019;23(96):195–200.
7. Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, et al. Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2018;15(12):1752–64. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.003>

8. Velayati A, Jahanian Sadatmahalleh S, Ziaei S, Kazemnejad A. Can botox offer help women with vaginismus? a systematic review and meta-analysis. *Int J Sex Health*. 2019;31(3):233–43. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1616029>
9. Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T, et al. Psychosocial correlates of vaginismus diagnosis: a case-control study. *J Sex Marital Ther*. 2019;45(1):73–83. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1484401>
10. Jebelli F, Maaroufi M, Maracy MR, Molaiezhad M. Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on the sexual function of Iranian women with lifelong vaginismus. *Sex Relation Ther*. 2018;33(3):325–38. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1323075>
11. Elrassas H, Saad A, Fekry M, Elkhoy H, Mansiur O, Azzam L. Psychiatric comorbidity in a sample of Egyptian women with vaginismus. *Middle East Curr Psychiatry*. 2022;29:39. <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00200-5>
12. Gungor Ugurlucan F. P-03-030 Surgical treatment of vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *J Sex Med*. 2016;13(5):S187. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.250>
13. Fahami F, Pahlavanzadeh S, Asadi M. Efficacy of communication skills training workshop on sexual function in infertile women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(2):179–83.
14. Irandosut R, Sohrai F, Maliholzackerin S, Ahi G. The casual model of relationship between alexithymia and sexual function by mediating rule of psychological distress and marital intimacy. *Journal of Family Research*. 2019;14(4):515–31. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_97692.html?lang=en
15. Maseroli E, Scavello I, Cipriani S, Palma M, Fambrini M, Corona G, et al. Psychobiological correlates of vaginismus: an exploratory analysis. *J Sex Med*. 2017;14(11):1392–402. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.015>
16. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract*. 2009;16(4):430–42. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
17. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(1):23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
18. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD, Doody KF, Keefe P. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med*. 1988;50(5):500–9. <https://doi.org/10.1097/00006842-198809000-00006>
19. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007;101(1):209–20. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
20. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leib R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
21. Rajabi G, Dastan N, Shahbazi M. Reliability and validity of the Sexual Self-Efficacy Scale-erectile functioning. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2012;18(1):74–82. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1513-en.html>
22. Smith MU, DiClemente RJ. STAND: a peer educator training curriculum for sexual risk reduction in the rural south. *Prev Med*. 2000;30(6):441–9. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0666>