

The predictive role of history of specific phobia disorder and vaginismus in married women

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical cross-sectional study

Authors

Mehri Nejat MD^{1,2*},
Sajjad Qolinia Fashalami MSc³,
Nafiseh Afshari MSc³

¹Sarem Fertility and Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Science (IUMS), Tehran, Iran

²Nejat Sexual Disorders Center Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

³Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

*Corresponding Author

Address: Agape Sexual Disorders Center & Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, EkbatanTown, Tehran, Iran. Postal code:1396956111
Phone: +98 (21) 44670888 & +98 (21) 46040339
Fax: +98 (21) 44670432
mehrinejat@yahoo.com

Article History

Received: September 05, 2019

Accepted: December 19, 2019

e Published: December 13, 2020

ABSTRACT

Introduction: Despite vaginismus is a relatively common sexual dysfunction in Iranian women, rare examinations have reported its roots. Therefore, this study was carried out to examine the link between phobia history and vaginismus in women.

Methodology: The statistical population of this descriptive-correlational study comprises of married women who refer to Agape Sexual Disorders Center and the offices of gynecologists in Tehran. Of the 168 patients who were sampled, 102 had primary vaginismus and 128 had a history of animal, natural environment, blood, and injections phobia. Evaluation tools involved: 1- A blood test to check for anemia and thyroid problems, 2- Physical and genitals examination by a gynecologist 3- Clinical interview by a psychiatrist based on DSM5 for mental disorders and phobia 4- A 20-Questions Questionnaire on Female Sexual Function Index (FSF1) for sexual evaluation and diagnosis of vaginismus. 5- A researcher-made questionnaire for demographic characteristics. The data were examined by statistical correlation and logistic regression tests.

Results: The results reveal a significant relationship between phobia and vaginismus ($p = 0.001$). Therefore, the impact of phobia on the probability of vaginismus is positive.

Conclusion: Based on the findings, we can conclude that women with a history of phobia can be prevented from developing vaginismus by phobia therapy and required training, thus leading to sexual satisfaction in couples.

Keywords: Vaginismus, phobia, fear of vaginal penetration, fear of penetration, failure of intercourse.

نقش پیشگویی کننده سابقه ابتلا به فوبیا خاص با واژینیسیموس در زنان متأهل

مهری نجات^۱ و سجاد قلی نیا فشالمی^{۲*}

^۱ مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صرم، بیمارستان فوق تخصصی صرم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۲ مرکز تخصصی اختلالات جنسی نجات

سجاد قلی نیا فشالمی^۳

^۳ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

نفیسه افشاری^۴

^۴ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: اگرچه واژینیسیموس یک اختلال عملکرد جنسی نسبتاً شایع در زنان ایرانی است، اما مطالعات کمی در مورد علل آن گزارش شده است. بر همین اساس پژوهش حاضر، باهدف بررسی ارتباط سابقه فوبیا با واژینیسیموس در زنان انجام شد.

روش: در این پژوهش توصیفی-همبستگی جامعه آماری شامل زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز تخصصی اختلالات جنسی نجات و مطب‌های متخصصین زنان شهر تهران است که تعداد ۱۶۸ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند، از بین آنها، ۱۰۲ نفر مبتلا به واژینیسیموس اولیه بودند و ۱۲۸ نفر سابقه فوبیا حیوانات، محیط طبیعی، خون، تزریق داشتند. ابزارهای ارزیابی شامل ۱- آزمون جهت بررسی کم‌خونی و مشکل تیروئید، ۲- معاینه جسمی و اندام تناسلی توسط پزشک و متخصص زنان، ۳- مصاحبه بالینی روانپزشک بر اساس DSM5 از نظر اختلالات روانی و فوبیا و ۴- پرسشنامه ۲۰ سؤالی شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) جهت ارزیابی جنسی و تشخیص واژینیسیموس. همچنین ۵- پرسشنامه محقق ساخت جهت خصوصیات دموگرافیک بود. داده‌های حاصل با آزمون‌های آماری همبستگی و رگرسیون لجستیک تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، بین ابتلا به فوبیا با واژینیسیموس رابطه معنی دار وجود دارد ($p=0/001$). به طوری که تأثیر فوبیا بر احتمال واژینیسیموس به صورت مثبت است و این متغیر توانایی پیش بینی واژینیسیموس را داشت. اما شاخص‌های کم‌خونی و تیروئید توانایی پیش بینی واژینیسیموس را نداشتند.

دانشنامه صرم در طب باروری

نتیجه‌گیری: براساس یافته حاصل می‌توان نتیجه گرفت، در زنان با سابقه ابتلا به فوبیا از طریق درمان فوبیا و آموزش‌های لازم می‌توان از ایجاد واژینیسیموس جلوگیری کرد و باعث رضایت در رابطه جنسی زوجین گردید.

کلیدواژه‌ها: واژینیسیموس، فوبیا، ترس از نفوذ واژن، ترس از دخول، ناکامی در وصال

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۶/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۲۸

*نویسنده مسئول: مهری نجات

مقدمه

مهم‌ترین ملاک تعیین خانواده سالم، رضایت زوجین از ازدواجشان است که در این میان یکی از مهم‌ترین معیارهای رضایتمندی، زندگی جنسی خوب است [۱]. بنابراین مسائل جنسی از نظر میزان اهمیت در ردیف مسائل درجه یک زندگی زناشویی قرار دارد [۲]؛ پس هرگونه اختلال یا مشکل در این زمینه می‌تواند، سلامت جنسی را تحت تأثیر قرار دهد. ازجمله این اختلالات در زنان، واژینیسیموس یا انقباض دردناک عضلات واژن هنگام نزدیکی است که احساس درد یا پیش‌بینی آن در اولین مقاربت می‌تواند، سبب ایجاد آن گردد. راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-V)، اختلال واژینیسیموس را تحت مقوله اختلالات تناسلی/لگنی وابسته به دخول/درد آورده است. این اختلال به عنوان یک اختلال جنسی در زنان، به صورت یک پدیده روانی در قالب انقباض غیر ارادی عضله‌های یک سوم خارجی واژن معرفی شده است که با نفوذ آلت مردانه، انگشت یا دیلاتور، معاینه زنان، تامپون به داخل واژن با توجه به درد واقعی یا پیش‌بینی آن تداخل ایجاد می‌کند [۳]. این اختلال به دو شکل اولیه (بدون تجربه هیچ مقاربتی) و ثانویه (با تجربه مقاربت راحت در گذشته) تقسیم می‌شود [۴]. ویژگی اصلی واژینیسیموس، انقباض غیرارادی برگشت‌کننده یا مستمر عضلات میان‌دوره‌ای دربرگیرنده ثلث خارجی مهبل در زمان تلاش برای دخول آلت تناسلی است. این واکنش ممکن است در معاینه زنانه نیز ظاهر شود و مانع ورود اسپکولوم به داخل واژن گردد. شیوع واژینیسیموس کمتر از اختلال ارگاسمی است و اغلب زنان تحصیل کرده و متعلق به طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا را گرفتار می‌کند، زنان مبتلا به واژینیسیموس ممکن است به صورت خودآگاه مایل به نزدیکی باشند ولی ناخودآگاه مایلند مانع از ورود آلت تناسلی مرد به داخل بدنشان شوند یک حادثه‌ی جنسی مانند تجاوز به عنف ممکن است سبب واژینیسیموس شود، در برخی موارد درد یا پیش‌بینی درد در اولین رابطه سبب واژینیسیموس می‌شود. پزشکان اغلب متوجه شده‌اند که بیشتر این بیماران در محیط‌های با عقاید خاص افراطی بارآمده‌اند که در آنها مسایل جنسی با گناه ارتباط داده می‌شود [۵]. در برخی موارد نیز واژینیسیموس بازتاب نامطلوب

با توجه به اینکه پیامدهای منفی اختلال واژینیسوس شامل ازدواج به وصال نرسیده، احساس گناه، شرم و بی کفایتی در زوج، افسردگی، پرخاشگری است و در بسیاری از موارد هم با اثرات منفی در بعد انسجام خانواده مانند خیانت و بی بند و باری جنسی، و در نهایت طلاق همراه می باشد و حتی بر اساس برخی شواهد پژوهشی ۵۰ تا ۶۰ درصد طلاق های صورت گرفته در ایران مرتبط با مشکلات و اختلالهای جنسی است [۱۹] با اینحال بررسی سوابق پژوهشی نشان میدهد تاکنون بررسیهای بسیار کمی در خصوص علت واژینیسوس انجام شده است؛ تا با تشخیص و درمان آن بتوان گام مهمی در جهت پیشگیری از این اختلال جنسی برداشت و این ضرورت پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سابقه ابتلا به فوبیا با واژینیسوس در زنان مشخص می کند

بیمار و روش ها

روش تحقیق، توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری شامل زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز تخصصی اختلالات جنسی آگاهپه و مطبهای متخصصین زنان شهر تهران بود. در مجموع ۱۶۸ نفر از این مراجعه کنندگان به طور داوطلبانه با روش نمونه گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند بعد از تکمیل فرم محقق ساخت جهت اطلاعات دموگرافی و فرم رضایت آگاهانه کتبی، همه آنها تحت معاینه اندام تناسلی توسط متخصص زنان قرار گرفتند و در آزمایشگاه تحت آزمایش خون از نظر کم کاری تیروئید شامل چک هورمون محرک تیروئید (TSH) هورمونهای تیروئید (T₃ و T₄) و کم خونی فقر آهن (Hb, Hct) و مصاحبه بالینی توسط روانپزشک براساس پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) قرار گرفتند. معیار افراد مبتلا به واژینیسوس شامل کسانی بودند که ناتوانی در شروع ارتباط جنسی به مدت حداقل ۶ ماه بعد از ازدواج با وجود میل و تلاش مکرر برای دخول داشته و توسط مصاحبه بالینی و پرسشنامه ۱۹ سوالی (FSFI) شاخص عملکرد جنسی زنان (روزن و همکاران ۲۰۰۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند که ۱۰۲ نفر بودند و از بین زنان مورد بررسی، ۱۳۲ نفر دارای سابقه فوبیا بودند، افراد با سابقه فوبیا کسانی بودند که ترس افراطی از یک موضوع، شرایط یا موقعیت خاص و معین حداقل به مدت ۶ ماه داشتند که باعث اضطراب شدید در هنگام مراجعه با این موارد می شدند که با مصاحبه بالینی بر اساس DSM5 توسط روانپزشک تشخیص داده شدند. کم خونی و کم کاری تیروئید نیز بر اساس تست آزمایشگاهی توسط پزشک تشخیص داده شد. با توجه به اینکه رنج نرمال Hb در خانم ها (۱۲-۱۶ گرم بر دسی لیتر) Hct (درصد ۳۷-۴۷) و رنج نرمال تیروئید (۴-۱۰/۴) (TSH) معیارهای ورود: همه خانمهای متأهل که حداقل ۶ ماه از ازدواج آنها گذشته بود

معیارهای خروج: خانمهایی با اختلالات شدید روانی، بیماری شدید جسمی و زنانگی و بیماریهای اندام تناسلی و اختلالات شدید بین زوج و کسانی که قصد جدایی داشتند.

بودن روابط است. اگر شریک جنسی زن از لحاظ عاطفی از او سواستفاده کند، ممکن است زن اعتراض خود را با این شیوه ی غیرکلامی یعنی واژینیسوس ابراز نماید [۵]. شیوع واژینیسوس به عنوان یک پدیده مدرن در حال افزایش در بررسی های مختلف در جمعیت عمومی ۱-۶ درصد [۵] و در میان مراجعه کنندگان سرپایی به کلینیکها ۵-۱۷ درصد گزارش شده است [۷،۸]، اگرچه سبب شناسی واژینیسوس ناشناخته است اما انتظار میرود چند عاملی باشد به این معنی که اهمیت بعد روانشناختی نیز در سبب شناسی واژینیسوس مطرح است. به نظر می رسد هر گونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی بتواند بر کارکرد جنسی و اختلال واژینیسوس اولیه تأثیر منفی داشته باشد [۹]. در کلینیک های درمان کژکارکردی های جنسی بین ۴۲-۴۵ درصد متقاضی روان درمانی جنسی برآورد شده است [۱۰]. سگراوز و همکاران گزارش کردند در بیماران مبتلا به واژینیسوس بیماریهای اضطرابی شیوع بیشتری دارند [۱۱]. در تعریف یک مجمع بین المللی، واژینیسوس شامل اجتناب (ناشی از فوبیا)، انتظار ترس و تجربه درد عنوان شده است [۱۲]. فوبیا به معنای ترس افراطی از یک موضوع، شرایط یا موقعیت خاص و معین است. هراس اختصاصی عبارت است از ترس شدید و مداوم از شی و یا موقعیتی معین. تشخیص هراس اختصاصی مستلزم بروز اضطراب شدید، حتی تا حد پانیک، در هنگام مواجهه شیء یا موقعیت مورد هراس است. افراد مبتلا به هراس اختصاصی، فکر می کنند صدمه ای به آنها وارد خواهد شد. هسته ی مرکزی در انواع هراس ها اضطراب شدید است به طوریکه بیماریهای همراه شامل اختلالات اضطرابی، خلقی در هراس اختصاصی به ۵۰ تا ۸۰ درصد می رسد [۱۳] و در یک مطالعه ای به بررسی نقش بالای اضطراب در عملکرد جنسی زنان جوان پرداختند و نشان دادند، اضطراب باعث اجتناب از ارتباط جنسی و رضایت جنسی کمتر می شود. نتایج نشان داد اضطراب بالای جنسی کیفیت عملکرد جنسی زنان را محدود می کند و یا منجر به اجتناب از فعالیت جنسی می شود [۱۴] و برخی مطالعات ترس از درد، آسیب، خونریزی، ترس از دست دادن کنترل، انواع هراس و داشتن حمله وحشت را در پیش بینی اختلال واژینیسوس گزارش کرده اند؛ با توجه به این نتایج و بررسی پیشینه مطالعاتی، انواع اختلالات اضطرابی از جمله فوبیا در افراد مبتلا به کژکاری های جنسی چون واژینیسوس شیوع بالاتری دارد [۱۶]. متأسفانه پیشینه ی مطالعاتی چندانی منحصر در مورد ارتباط سابقه ی ابتلا به فوبیا با واژینیسوس یافت نشد اما در پژوهشی به تأثیر هیپنودرمانی شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسوس انجام شده است که یافته ها در این پژوهش حاکی از تأثیر هیپنودرمانی شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب جنسی و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسوس است [۱۷]. و در پژوهشی در اروپا با هدف بررسی شیوع افسردگی و اختلالات اضطرابی و ارتباط آن ها با کارکرد جنسی در میان زنان مبتلا به واژینیسوس، نتایج نشانگر شیوع افسردگی و اختلالات اضطرابی به ویژه فوبیای خاص در بیماران مبتلا به واژینیسوس بیشتر از جمعیت عمومی بود [۱۸].

۳۳/۱	۵۶	یک سال	مدت تاهل
۱۷/۸	۳۰	دو سال	
۱۳/۶	۲۳	سه سال	
۹/۵	۱۶	چهار سال	
۱۲/۴	۲۱	پنج سال	
۸/۳	۱۴	بین پنج تا ۱۰ سال	
۴/۴	۷	بین ۱۰ سال ۱۵ سال	
۰/۶	۱	بالای ۱۵ سال	
۵۲/۷	۸۹	خوب	رابطه با همسر
۳۷/۹	۶۴	متوسط	
۸/۹	۱۵	بد	
۳۳/۷	۵۷	بله	قصد بارداری
۶۵/۷	۱۱۱	خیر	
۱۰/۱	۱۷	بله	بیماری جسمی
۸۹/۹	۱۵۱	خیر	
۱۰/۱	۱۷	بله	کم خونی
۸۹/۹	۱۵۱	خیر	
۷/۷	۱۳	بله	کم کاری تیروئید
۹۲/۳	۱۵۵	خیر	
۷۶/۲	۱۲۸	بله	فوبیا
۲۳/۸	۴۰	خیر	
۳۸/۷	۱۰۳	بله	واژینیسموس
۶۱/۳	۶۵	خیر	

در ادامه پژوهش به بررسی ارتباط متغیرهای واژینیسموس، فوبیا، کم خونی و پرکاری تیروئید پرداخته شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. ارتباط بین واژینیسموس، فوبیا، کم خونی و پرکاری تیروئید

متغیر	فوبیا		کم خونی		کم کاری تیروئید	
	sig	r	sig	r	sig	r
واژینیسموس	**۰/۵۳۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱	۰/۰۷۹	۰/۹۸۶	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ارتباط بین واژینیسموس با فوبیا معنی دار بود ($P=۰/۰۰۱$) اما این ارتباط با پرکاری تیروئید و کم خونی معنی دار نبود ($P> ۰/۰۵$). در جدول ۳ ضرایب توافقی (۲*۲) برای متغیرهای واژینیسموس در فوبیا، کم خونی و کم کاری تیروئید گزارش شده است.

پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان: جهت بررسی عملکرد جنسی شرکت کنندگان در مطالعه از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) استفاده گردید. این پرسشنامه حاوی سوالاتی در شش حیطه میل جنسی (۲ سوال)، تهییج جنسی (۴ سوال)، خستگی واژن (۴ سوال)، ارگاسم (۳ سوال)، رضایت جنسی (۳ سوال) و درد (۳ سوال) می‌باشد. حداقل امتیاز حاصل از پاسخ دهی به سوالات، ۲ و حداکثر ۳۶ می‌باشد که امتیاز کمتر از ۱۰ اختلال عملکرد جنسی شدید، ۱۷-۱۱ اختلال عملکرد متوسط، ۱۸-۲۳ اختلال عملکرد خفیف و بالای ۲۳ عدم اختلال عملکرد جنسی را نشان می‌دهد. این پرسشنامه از پایایی و روایی لازم در دوران بارداری برخوردار است [۲۰].

روش تحلیل داده‌ها

پس از جمع آوری داده‌ها، توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد ارزیابی قرار گرفت با توجه به نوع داده‌ها و عدم نرمال بودن برخی از متغیرها برای بررسی ارتباط بین متغیرهای تحقیق از آزمون همبستگی کندال استفاده گردید. به علاوه جدول‌های توافقی و ضریب نسبت شانس نیز محاسبه شد. همچنین از آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه برای پیش‌بینی استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و تمامی تحلیل‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ نتایج شاخص‌های دموگرافیک شرکت کنندگان گزارش شده است. میانگین سنی این افراد $۲۹/۷۷ \pm ۵/۵۸$ بود. ۱۴/۳ درصد (۲۴ نفر) از زنان تحصیلات دیپلم و ۴۶/۴ درصد (۷۸ نفر) لیسانس، ۲۸ درصد (۴۷ نفر) فوق‌لیسانس و ۱۱/۳ درصد (۱۹ نفر) دکتری بوده است. مدت زمان تأهل بین یکسال تا ۱۵ سال بوده است که ۳۳/۱ درصد از زوج‌ها یک سال از زمان ازدواج آنها می‌گذشت و ۰/۶ درصد بیشتر از ۱۵ سال متأهل بوده‌اند. ۵۲/۷ درصد ارتباط بین زوجین خوب، ۳۷/۹ درصد متوسط و ۸/۹ درصد رابطه خوبی نداشته‌اند. ۲/۴ درصد از زنان سابقه تجاوز جنسی داشته‌اند. در تحلیل انجام شده ۳۳/۷ درصد تمایل به بارداری داشته و ۸۹/۹ درصد مبتلا به هیچ بیماری جسمی نبودند. فقط ۱۰/۱ درصد قبلاً مبتلا به کم‌خونی بوده و ۷/۷ درصد کم‌کاری تیروئید داشته‌اند. ۳۸/۷ درصد مبتلا به واژینیسموس بودند و ۷۶/۲ درصد سابقه ابتلا به فوبیا (حیوانات، آسانسور، بلندی، تزریق و خون) داشته‌اند.

جدول ۱. وضعیت شاخص‌ها دموگرافیک شرکت کنندگان

شاخص	وضعیت	آماره	
		تعداد	درصد
سابقه تجاوز جنسی	بله	۴	۲/۴
	خیر	۱۶۴	۹۷/۶
تحصیلات	دیپلم	۲۴	۱۴/۳
	لیسانس	۷۸	۴۶/۴
	فوق لیسانس	۴۷	۲۸
	دکتری	۱۹	۱۱/۳

دانشنامه صرم در طب باروری

بر اساس متغیر وابسته پی می‌بریم. نتایج این جدول نشان می‌دهد دقت طبقه‌بندی افراد توسط مدل برابر با ۷۸ درصد بود (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج جدول طبقه‌بندی

مشاهده شده	پیش بین شده	
	واژنیسموس	
	بله	خیر
خیر	۳۱	۳۴
بله	۹۷	۶
درصد کلی	۷۸	

همچنین حساسیت^۴ مدل یعنی درصد افراد مبتلا به به‌طور دقیق با مثبت‌های واقعی در مدل شناسایی شد و مدل قادر است به‌طور صحیح ۹۴/۲ درصد افراد را درست طبقه‌بندی کند. ویژگی^۵ مدل یعنی درصد افراد غیر مبتلا نیز به‌طور دقیق از طریق منفی‌های واقعی در مدل شناخته شد و این مدل قادر بود ۵۲/۳ درصد افراد غیر مبتلا را درست پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر به بررسی رابطه بین سابقه ابتلا به فوبیا با واژنیسموس در زنان پرداخته شد. یافته‌های حاصل نشان داد، ارتباط معناداری بین سابقه ابتلا به فوبیا خاص (حیوان، آسانسور، ارتفاع، تزریق، خون) و احتمال واژنیسموس وجود دارد. ولی واریانس معنی‌داری در سطح کم‌خونی و کم‌کاری تیروئید، احتمال واژنیسموس گزارش نشده است.

نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش‌های قبلی که حاکی از وجود فوبیا در زنان مبتلا به واژنیسموس بودند، همسوئی دارد [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸]. براساس بررسی‌های قبلی وجود ترس و اضطراب در بین افراد واژنیسموس به وضوح تایید شده است [۲۱] و طبق یک پژوهش در ایران، اضطراب و فوبیا در بین مبتلایان به واژنیسموس، به ترتیب ۴۸ و ۳۷ درصد گزارش شده است [۲۲]. در حقیقت، در مطالعات قبلی ترس از درد، هراس و اضطراب در واژنیسموس اولیه به‌طور برجسته اشاره شده است که با اضطراب بالینی قابل توجه و در برخی موارد ترس وحشت‌انگیز از قرار گرفتن در معرض یک شیء یا وضعیت خاص ایجاد می‌شود [۲۳]. در واقع هنگامیکه فردی که پس از ناکامی در انجام ارتباط جنسی، مستعد حمله پانیک می‌شود، یا زنی که پس از ترومای تجاوز جنسی، از آمیزش جنسی اجتناب می‌کند یا فردی که از ترس ابتلا به ایدز و ترس از گناه به صورت شرطی دچار عملکرد نامطلوب جنسی می‌شود، همچنین هنگامی که پس از درمان علت جسمی واژنیسموس، هنوز فرد از بیماری خود رنج می‌برد، همه

جدول ۳. ضرایب توافقی در متغیرهای واژنیسموس در فوبیا، کم‌خونی و کم‌کاری تیروئید

متغیر	فوبیا			کم‌خونی			کم‌کاری تیروئید		
	بله	خیر	کل	بله	خیر	کل	بله	خیر	کل
واژنیسموس	۳۱	۳۴	۶۵	۱۱	۵۴	۶۵	۵	۶۰	۶۵
خیر	۹۷	۶	۱۰۳	۶	۹۷	۱۰۳	۸	۹۵	۱۰۳
کل	۱۲۸	۴۰	۱۶۸	۱۷	۱۵۱	۱۶۸	۱۳	۱۶۵	۱۸۶

نتایج نشان داد که ارتباط تفاوت معنی‌داری بین طبقات در واژنیسموس * فوبیا ($\chi^2=51/50, p<0/01$); Cramer's $V=0/532, p=0/01$; Pearson $\chi^2=47/46, p=0/01$); وجود دارد اما در طبقات واژنیسموس * کم‌خونی ($\chi^2=0/56, p=0/060$); Cramer's $V=0/179, p=0/060$) و واژنیسموس * کم‌کاری تیروئید ($\chi^2=0/986, p=0/01$; Square=) این تفاوت معنی‌دار نبود.

در ادامه تحلیل، نتایج رگرسیون لجستیک چندگانه انجام شد. نتایج آزمون اوم نی بوس^۱ مربوط به ارزیابی کل مدل رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد که برازش مدل قابل قبول و معنی‌دار است ($\chi^2=51/50, p<0/01$) و متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک رابطه دارند این بدین معناست که متغیر پیش‌بین می‌تواند افراد مبتلا به واژنیسموس را از افراد غیر مبتلا، به‌طور معناداری از یکدیگر تفکیک کند.

با توجه به نتیجه آزمون هوسمر و لمشو^۲ و مشو^۳ رگرسیون لجستیک نشان داد که مدل از برازش خوبی برخوردار است ($\chi^2=0/990, p>0/610$). همچنین، بررسی ضرایب متغیر پیش‌بین نشان می‌دهد که آزمون والد برای متغیر فوبیا معنی‌دار است اما در متغیر کم‌خونی و تیروئید از لحاظ آماری معنادار نیست (جدول ۴). این نتایج نشان می‌دهد که تأثیر فوبیا بر احتمال واژنیسموس به‌صورت مثبت است و نسبت شانس^۴ را در این افراد افزایش می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی واژنیسموس

متغیر	B	S.E	ضریب والد	sig	df	نسب شانس (odds ratio)	
						کون پایین	کون بالا
فوبیا	۲/۸۴۹	۰/۴۳۹	۳۳/۴۱۶	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۵۸	۰/۱۵۲
کم‌خونی	۱/۰۰۷	۰/۱۶۲	۲/۶۲۷	۰/۱۰۵	۱	۲/۷۳۹	۹/۹۶۰
کم‌کاری تیروئید	۰/۱۹۳	۰/۱۶۲	۰/۰۸۲	۰/۷۷۴	۱	۱/۲۱۲	۴/۵۲۲

جدول طبقه‌بندی خروجی رگرسیون لجستیک عملکرد مدل و قدرت تفکیک افراد مبتلا به واژنیسموس را در طبقات این متغیر را ارزیابی می‌کند و همچنین، به میزان صحت و سقم مدل در طبقه‌بندی افراد مبتلا

‡ Sensitivity
§ Specificity

‡ Omnibus test
§ Hosmer and Lemeshow Test
¶ Odd Ratio

منابع مالی: این طرح با هزینه محقق انجام پذیرفت.

منابع

1. Fathi E, Esmaeily M, Farahbakhsh K, Daneshpour M. Iranian Satisfied Marriage Model: A qualitative Grounded Theory Study. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017; 10(2): 10-26. [Persian].
2. Tajikesmaeili A, Gilak Hakim Abadi M. Sexual functions and marital adjustment married woman with Multiple Sclerosis. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017; 10(2): 1-9. [Persian].
3. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *IUGJ* 2014 25(12): 1613-20.
4. Bertolasi L, Frasson E, Cappelletti JY, Vicentini S, Bordignon M. Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol Int J* 2009; 114 [5]: 1008-16
5. Mohamadi A. The effect of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety and increasing sexual function and marital satisfaction in patients with vaginismus. Master's thesis. General Psychology, University of Isfahan. 2012.
6. Gammoudi N, Affes Z, Mellouli S, Radhouane K, Dogui M. The diagnosis value of needle electrode electromyography in vaginismus. *Sexologies* 2016; 25[4]: 57-60.
7. Konkan R, Bayrak M, Gonullu OG, Senormanci O, Sungur MZ. [2012]. Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *Düşünen Adam* 2012; 25[4]: 305-11
8. McCool ME, Theurich MA, Apfelbacher C. Prevalence and predictors of female sexual dysfunction: a protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* 2014; 3[75]: 344-9.
9. Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjö G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *Br J Obstet Gynaecol* 2012; 122(3): 329-34.
10. Hamidi S, Shareh H, Hojjat S. Comparison of early maladaptive schemas and attachment styles in women with vaginismus and normal women. *IJOGI* 2015; 18[155,156]: 9-18. [Farsi].
11. Hamid N, Dehghanizadeh Z, Asghar Firuzi A. Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Sexual Function in Women with Vaginismus Disorder. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility*. 2012; 15(20).
12. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2004; 1: 24-34.
13. Sadock, B J, Sadock, V A. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral

نشان دهنده ارتباط این واژینیسموس با اضطراب می باشد [۱۵] و باتوجه بررسی های انجام شده در برخی مطالعات که ترس از درد، آسیب، خونریزی، ترس از دست دادن کنترل، انواع هراس و داشتن حمله وحشت در پیش بینی اختلال واژینیسموس موثر می دانند و با توجه به بررسی پیشینه مطالعاتی، که انواع اختلالات اضطرابی از جمله فوبیا در افراد مبتلا به کژکاری های جنسی چون واژینیسموس شیوع بالاتری دارند [۱۸] همه این موارد تأکیدی بر نتیجه مطالعه ما که ارتباط معنی داری بین سابقه ابتلا به فوبیا و واژینیسموس است و طبق پژوهش انجام شده سابقه اختلال فوبیا پیش بینی کننده احتمال ابتلا به واژینیسموس می باشد. در تبیین نتیجه به دست آمده می توان عنوان نمود، با توجه به این که فوبیا به معنای ترس افراطی از یک موضوع، شرایط، با موقعیت خاص و معین است و باعث اضطراب شدید حتی تا حد پانیک در هنگام مواجهه شی مورد هراس است و افراد مبتلا فکر می کنند صدمه ای به آنها وارد خواهد شد. در واژینیسموس هم فوبیای درد قبل از اولین تلاش برای ارتباط جنسی، به وضوح درد ناشی از درد ذهنی یا پیش بینی درد را از درد واقعی جسمی متمایز می کند به خصوص از این جهت که هیچکدام از زن ها دچار مشکل در اندام تناسلی نبودند [۲۴].

از آنجایی که کم خونی و کم کاری تیروئید نیز از جمله بیماری هایی بودند که در خانم ها مشاهده می شود و باعث اضطراب در افراد می شود، از جمله مواردی بودند که سابقه ابتلا به آنها در این مطالعه بررسی گردید [۲۵] که البته ارتباط معنی داری حاصل نشد و خود این نتیجه هم تأکیدی بر ارجحیت اضطراب حاصل از ذهن بر اضطراب، بدنبال بیماری های جسمی از جمله کم خونی و کم کاری تیروئید است. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، می توان به مشخص نکردن متغیرهای بیشتر در افراد مبتلا به واژینیسموس و عدم استفاده از پرسشنامه هایی برای سنجش فوبیا، اضطراب و اختلالات روانپزشکی اشاره کرد، اگر چه مصاحبه بالینی توسط روانپزشک انجام شده است. براساس یافته های حاصل، زمینه ترس و اضطراب می تواند در ایجاد بیماری نقش بسزایی داشته باشد و ترس ناخودآگاه می تواند حتی بدون هیچ گونه نفوذی باعث انقباض عضلات لگنی و واژن و در نتیجه درد و ترس و رفتار اجتنابی گردد. در نتیجه باتوجه به توانایی پیش بینی این متغیر در ابتلا به واژینیسموس در بسیاری موارد با درمان فوبیا و اختلالات اضطراب و آموزش های لازم می توان از ایجاد واژینیسموس جلوگیری کرد و باعث رضایت در رابطه جنسی زوجین گردید.

تشکر و قدردانی: بدینوسیله از جناب آقای دکتر ابوطالب صارمی، آقای دکتر محمد رضا ناطقی و کارکنان محترم مرکز تخصصی اختلالات جنسی نجات و مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم تقدیر و تشکر به عمل می آید.

تأییدیه اخلاقی: این طرح مورد تأیید کمیته اخلاق (IEC) مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم قرار گرفت

تعارض منافع: در این مطالعه تعارض منافع وجود نداشت.

- sciences / clinical psychiatry. Translated by Farzin Rezaei · Arjmand Publications.
14. Hartman D. Therapy of Vaginismus by Hypnotic Desensitization. *Journal of Heart Centered Therapies*. 2010; 13(1): 107-8
 15. Mohamadi A. The effect of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety and increasing sexual function and marital satisfaction in patients with vaginismus. Master's thesis. General Psychology, University of Isfahan. 2012.
 16. Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T & Alarcon-Rodrigue R. Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study. *Journal of Sex & Mari Marital Therapy*. 2019; 7: 1-11.
 17. Rajaei, F, Eshghi, R. The effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance of vaginismus patients. *Clinical Psychology*, 2017; 9 (4): 55-69.
 18. YILDIRIM, E A , YILDIRIM, M H , KARAŞ, H. Prevalence of Depression and Anxiety Disorders and Their Relationship with Sexual Functions in Women Diagnosed with Lifelong Vaginismus. *Turkish Journal of Psychiatry* 2019;30: 1-7.
 19. Foroutan S K, jadid milani M. The Prevalence of Sexual Dysfunction among Divorce Requested. *Daneshvar Med* 2009; 16(78): 39-44. [Farsi].
 20. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. Validity of the Persian version of the scale Female Sexual Function Index-FSFI As the female sexual function index. *Journal of Payesh* 2008; 7 (2): 269- 278.
 21. Reissing ED, Binik YM, KHALIF S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, Sexual knowledge, sexual self- schema. And relationship adjustment. *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 47-59.
 22. Amin Esmaeli M, Azar M, iranpour C. The prevalence of anxiety symptoms in patients with vaginismus referred to a private psychiatric clinic in Tehran (2001- 2002) . *J Reprod Infertil* 2003;4: 156-163.
 23. Reissing ED , Binik YM, Khalife S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex beav* 2004; 33: 5- 17.
 24. Hawton K, Catalan J. Sex therapy for vaginismus : characteristics of couples and treatment outcome. *Sex Marital Ther* 1990; 5: 39-48.
 25. Nabil Mhiri M, Smaoui W. Bouassida M. Chabchoub K, Masmoudi J, Hadjslimen M et al. Unconsummated marriage in the Arab Islamic world : Tunisian experience. *Sexologies* 2013;22: 71-76.