Sarem Journal of Reproductive Medicine. 2020; 4(4): 173-179

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 MSc[3],
Nafiseh Afshari MSc[3]

[1]Sarem Fertility and Infertility Research Center (SAFIR), Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran
[2]Nejat Sexual Disorders Center Iran University of Medical Science, Tehran, Iran
[3]Faculty 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 17, 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.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/sjrm.4.4.173]

Copyright© 2020, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and edistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

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

مهری نجات [۱و۲] *

[۱] مرکز تحقیقات باروری و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، 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 [۳]

[۳] دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: اگرچه واژینیسموس یک اختلال عملکرد جنسی نسبتاً شایع در زنان ایرانی است، اما مطالعات کمی در مورد علل آن گزارش شده است. برهمین اساس پژوهش حاضر، باهدف بررسی ارتباط سابقه فوبیا با واژینیسموس 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 نمونه گیری در دسترس وارد پژوهش شدند، از بین آنها، ۱۰۲ نفر مبتلا به واژینیسموس اولیه بودند و ۱۲۸ نفر سابقه فوبیا حیوانات، محیط طبیعی، خون، تزریق داشتند. ابزارهای ارزیابی شامل ۱- آزمایش خون 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 واژینیسموس. همچنین۵- پرسشنامه محقق ساخت جهت خصوصیات دموگرافیک بود. داده های حاصل با آزمون های آماری همبستگی و رگرسیون لجستیک تحلیل شدند.

یافته ها: یافته‌ها نشان داد، بین ابتلا به فوبیا با واژینیسموس رابطه معنی دار وجود دارد (p=۰/۰۰۱). به طوری که تأثیر فوبیا بر احتمال واژنیسم به‌صورت مثبت است و این متغیر توانایی پیش بینی واژنیسموس را داشت. اما شاخص های کم خونی و تیروئید توانایی پیش بینی واژنیسموس را نداشتند.

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

کلید واژه‌ها: واژینیسموس، 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

مهم ترین ملاک تعیین خانوادهٔ سالم، رضایت زوجین از ازدواجشان است که در این میان یکی از مهم ترین 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 می تواند، سلامت جنسی را تحت تأثیر قرار دهد. ازجملهٔ این اختلالات در زنان، واژینیسموس یا انقباض دردناک عضلات واژن هنگام نزدیکی است که احساس درد یا پیش بینی آن در اولین مقاربت می تواند، سبب ایجاد آن گردد. راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی (DSM-V)، اختلال واژینیسموس را تحت مقولهٔ 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 عضله های 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 پیش بینی آن تداخل ایجاد می کند [۳]. این اختلال به دو شکل اولیه (بدون تجربه هیچ مقاربتی) و ثانویه (با تجربه مقاربت راحت در گذشته) تقسیم می شود [۴]. ویژگی اصلی واژینیسموس، انقباض غیرارادی برگشت کننده یا مستمر عضلات میان دوراهی دربرگیرندهٔ ثلث خارجی مهبل در زمان تلاش برای دخول آلت تناسلی است. این واکنش ممکن است در معاینهٔ زنانه نیز ظاهر شود و مانع ورود اسپکولوم به داخل واژن گردد. شیوع واژینیسموس کمتر از اختلال ارگاسمی است و اغلب زنان تحصیل کرده و متعلق به طبقات اجتماعی- اقتصادی بالا را گرفتار می کند، زنان مبتلا به واژینیسموس ممکن است به صورت خودآگاه مایل به نزدیکی باشند ولی ناخودآگاه مایلند مانع از ورود آلت تناسلی مرد به داخل بدنشان شوند یک حادثه ی جنسی مانند تجاوز به عنف ممکن است سبب واژینیسموس شود، در برخی موارد درد یا پیش بینی درد در اولین رابطه سبب واژینیسموس می شود. پزشکان اغلب متوجه شده اند که بیشتر این بیماران در محیط های با عقاید خاص افراطی بارآمده اند که در آنها مسایل جنسی با گناه ارتباط داده می شود[۵]. در برخی موارد نیز واژینیسموس بازتاب نامطلوب

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/sjrm.4.4.173]

بودن روابط است. اگرشریک جنسی زن از لحاظ عاطفی از او سواستفاده کند، ممکن است زن اعتراض خود را با این شیوه ی غیرکلامی یعنی واژینیسموس ابراز نماید [۵]. شیوع واژینیسموس به عنوان یک پدیده مدرن در حال افزایش در بررسی های مختلف در جمعیت عمومی۱-۶ درصد [۵] و در میان مراجعه کنندگان سرپایی به کلینیکها ۵-۱۷ درصد گزارش شده است [۷،۸]، اگرچه سبب شناسی واژینیسموس ناشناخته است اما انتظار میرود چند عاملی باشد به این معنی که اهمیت بعد روانشناختی نیز در سبب شناسی واژینیسموس مطرح است. به نظر می رسد هر گونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی بتواند بر کارکرد جنسی و اختلال واژینیسموس 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 واژینیسموس بیماریهای اضطرابی شیوع بیشتری دارند[۱۱]. در تعریف یک مجمع بین المللی ، واژینیسموس 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 شئ یا موقعیت مورد هراس است. افراد مبتلا به هراس اختصاصی، فکر می‌کنند صدمه‌ای 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 می‌رسد[۱۳] و در یک مطالعه ای به بررسی نقش بالای اضطراب در عملکرد 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 حملهٔ وحشت را در پیش بینی اختلال واژینیسموس گزارش کرده اند ؛ با توجه به این نتایج وبررسی پیشینهٔ مطالعاتی، انواع اختلالات اضطرابی از جمله فوبیا در افراد مبتلا به کژکاری های جنسی چون واژینیسموس شیوع بالاتری دارد[۱۶]. متاسفانه پیشینه ی مطالعاتی چندانی منحصرا در مورد ارتباط سابقه ی ابتلا به فوبیا با واژینیسموس یافت نشد اما در پژوهشی به تأثیر هیپنودرمانی شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس انجام شده است که یافته ها در این پژوهش حاکی از تاثیر هیپنو درمانی شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب جنسی و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس است [۱۷]. ودر پژوهشی در اروپا با هدف بررسی شیوع افسردگی و اختلالات اضطرابی و ارتباط آن ها با کارکرد جنسی در میان زنان مبتلا به واژینیسموس ، نتایج نشانگر شیوع افسردگی و اختلالات اضطرابی به ویژه فوبیای خاص در بیماران مبتلا به واژینیسموس بیشتر از جمعیت عمومی بود [۱۸].

با توجه به اینکه پیامدهای منفی اختلال واژینیسموس 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 واژینیسموس 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 واژینیسموس در زنان مشخص می کند

بیمار و روش‌ها

روش تحقیق، توصیفی-همبستگی است . جامعه آماری شامل زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز تخصصی اختلالات جنسی آگاپه 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 کم‌کاری تیروئید شامل چک هورمون محرک تیروئید (TSH) هورمونهای تیروئید(T_4 وT_3) و کم‌خونی فقر آهن (Hb,Hct) و مصاحبه بالینی توسط روانپزشک براساس ، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) 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 می‌شدند که با مصاحبه بالینی بر اساس DSM5 توسط روانپزشک تشخیص داده شدند. کم‌خونی و کم‌کاری تیروئید نیز بر اساس تست آزمایشگاهی توسط پزشک تشخیص داده شد. با توجه به اینکه رنج نرمال Hb در خانم ها (۱۲-۱۶گرم بر دسی لیتر) HCt (درصد ۳۷-۴۷) و رنج نرمال تیروئید (TSH۰/٤- ٤)

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.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/sjrm.4.4.173]

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)، خیسی واژن (۴ سوال)، ارگاسم (۳ سوال)، رضایت جنسی (۳ سوال) و درد (۳ سوال) می باشد. حداقل امتیاز حاصل از پاسخ دهی به سوالات، ۲ و حداکثر ۳۶ می باشد 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 می دهد. این پرسشنامه از پایایی و روایی لازم در دوران بارداری برخوردار است [۲۰].

روش تحلیل داده ها

پس از جمع آوری داده ها، توزیع نرمال داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف مورد ارزیابی قرار گرفت با توجه به نوع داده ها و عدم نرمال بودن برخی از متغیر ها برای بررسی ارتباط بین متغیرهای تحقیق از آزمون همبستگی کندال استفاده گردید. به علاوه جدول های 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.

یافته ها

در جدول ۱ نتایج شاخص های دموگرافیک شرکت کنندگان گزارش شده است. میانگین سنی این افراد ۵/۵۸ ± ۲۹/۷۷ بود. ۱۴/۳ درصد (۲۴ نفر) از زنان تحصیلات دیپلم و ۴۶/۴ درصد (۷۸ نفر) لیسانس، ۲۸درصد(۴۷نفر) فوق‌لیسانس و ۱۱/۳ درصد (۱۹ نفر) دکتری بوده است. مدت زمان تأهل بین یکسال تا ۱۵ سال بوده است که ۳۳/۱درصد 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 شاخص ها 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
مدت تاهل	یک سال	۵۶	۳۳/۱
	دو سال	۳۰	۱۷/۸
	سه سال	۲۳	۱۳/۶
	چهار سال	۱۶	۹/۵
	پنج سال	۲۱	۱۲/۴
	بین پنج تا ۱۰ سال	۱۴	۸/۳
	بین ۱۰ سال ۱۵ سال	۷	۴/۴
	بالای ۱۵ سال	۱	۰/۶
رابطه با همسر	خوب	۸۹	۵۲/۷
	متوسط	۶۴	۳۷/۹
	بد	۱۵	۸/۹
قصد بارداری	بله	۵۷	۳۳/۷
	خیر	۱۱۱	۶۵/۷
بیماری جسمی	بله	۱۷	۱۰/۱
	خیر	۱۵۱	۸۹/۹
کم خونی	بله	۱۷	۱۰/۱
	خیر	۱۵۱	۸۹/۹
کم کاری تیروئید	بله	۱۳	۷/۷
	خیر	۱۵۵	۹۲/۳
فوبیا	بله	۱۲۸	۷۶/۲
	خیر	۴۰	۲۳/۸
واژینیسموس	بله	۱۰۳	۳۸/۷
	خیر	۶۵	۶۱/۳

در ادامه پژوهش به بررسی ارتباط متغیر های 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	
	r	sig	r	sig	r	sig
واژینیسموس	**۰/۵۳۲	۰/۰۰۱	۰/۰۷۹	۰/۱۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸۶

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.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/sjrm.4.4.173]

جدول ۳. ضرایب توافقی در متغیرهای واژینیسموس در فوبیا، کم خونی و کم کاری تیروئید

متغیر		فوبیا			کم خونی			کم کاری تیروئید		
		بله	خیر	کل	بله	خیر	کل	بله	خیر	کل
واژینیسموس	خیر	۳۱	۳۴	۶۵	۱۱	۵۴	۶۵	۵	۶۰	۶۵
	بله	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 معنی داری بین طبقات در واژینیسموس * فوبیا (Pearson ۴۷/۴۶، p=۰/۰۰۱ ;Cramer's V =۰/۵۳۲ ، p=۰/۰۰۱ =Chi-Square) وجود دارد اما در طبقات واژینیسموس * کم خونی (Pearson Chi-۰/۵۶، p=۰/۰۶۰ ;Cramer's V =۰/۱۷۹ ، p=۰/۰۶۰ =Square) و واژینیسموس * کم کاری تیروئید (p=۰/۹۸۶ ، ۰/۰۱ =Cramer's V ;p=۰/۹۸۶، ۰/۰۱=Pearson Chi-Square) این تفاوت معنی دار 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 قابل‌قبول و معنی‌دار است (χ^2=۵۱/۵۰، p<۰/۰۰۱) و متغیر های پیش‌بین با متغیر ملاک رابطه دارند این بدین معناست که متغیر پیش‌بین می‌توانند افراد مبتلا به واژینیسموس را از افراد غیر مبتلا، به‌طور معناداری از یکدیگر تفکیک کنند.

با توجه به نتیجه آزمون هوسمر و لمشو[۲] رگرسیون لجستیک نشان داد که مدل از برازش خوبی برخوردار است (χ^2=۰/۹۹۰، p>۰/۶۱۰). همچنین، بررسی ضرایب متغیر پیش‌بین نشان می‌دهد که آزمون والد برای متغیر فوبیا معنی دار است اما در متغیر کم خونی و تیروئید از لحاظ آماری معنادار نیست (جدول ۴). این نتایج نشان می‌دهد که تأثیر فوبیا بر احتمال واژینیسموس به‌صورت مثبت است و نسبت شانس[۳] را در این افراد افزایش می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون لوجستیک برای پیش بینی واژینیسموس

متغیر	B	S.E	ضریب والد	df	sig	نسب شانس (odd ratio)	۹۵ درصد نسبت شانس	
							کران پایین	کران بالا
فوبیا	۲/۸۴۹	۰/۴۳۹	۳۳/۴۱۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۸	۰/۰۲۲	۰/۱۵۲
کم خونی	۱/۰۰۷	۰/۶۲۲	۲/۶۲۷	۱	۰/۱۰۵	۲/۷۳۹	۰/۸۱۰	۹/۹۶۰
کم کاری تیروئید	۰/۱۹۳	۰/۶۷۲	۰/۰۸۲	۱	۰/۷۷۴	۱/۲۱۲	۰/۳۲۵	۴/۵۲۲

جدول طبقه‌بندی خروجی رگرسیون لجستیک عملکرد مدل و قدرت تفکیک افراد مبتلا به واژینیسموس را در طبقات این متغیر را ارزیابی می‌کند و همچنین، به میزان صحت و سقم مدل در طبقه‌بندی افراد مبتلا 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		
	واژینیسموس		درصد درستی
	خیر	بله	
خیر	۳۴	۳۱	۵۲/۳
بله	۶	۹۷	۹۴/۲
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 واژینیسموس در زنان پرداخته شد. یافته های حاصل نشان داد، ارتباط معناداری بین سابقه ابتلا به فوبیا خاص (حیوان، آسانسور، ارتفاع، تزریق، خون) و احتمال واژینیسموس وجود دارد. ولی واریانس معنی‌داری در سطح کم‌خونی و کم‌کاری تیروئید، احتمال واژینیسموس گزارش نشده است.

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

۱. Omnibus test
۲. Hosmer and Lemeshow Test
۳. Odd Ratio
۴. Sensitivity
۵. Specificity

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/sjrm.4.4.173]

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 حملهٔ وحشت در پیش بینی اختلال واژینیسموس موثر می دانند و با توجه به بررسی پیشینهٔ 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 معنی‌داری بین سابقه ابتلا به فوبیا و واژینیسموس است و طبق پژوهش انجام شده سابقه اختلال فوبیا پیش‌بینی کننده احتمال ابتلا به واژینیسموس می‌باشد. در تبیین نتیجه به دست آمده می توان عنوان نمود، با توجه به این‌که 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 می‌کنند صدمه‌ای به آنها وارد خواهد شد. در واژینیسموس هم فوبیای درد قبل از اولین تلاش برای ارتباط جنسی، به وضوح درد ناشی از درک ذهنی یا پیش‌بینی درد را از درد واقعی جسمی متمایز می‌کند به خصوص از این جهت که هیچکدام از زن‌ها دچار مشکل در اندام تناسلی نبودند [۲۴].

از آنجایی که کم‌خونی و کم‌کاری تیروئید نیز از جمله بیماری‌هایی بودند که در خانم‌ها مشاهده می‌شود و باعث اضطراب در افراد می‌شود، از جمله مواردی بودند که سابقه ابتلا به آنها در این مطالعه بررسی گردید[۲۵] که البته ارتباط معنی‌داری حاصل نشد و خود این نتیجه هم تاکیدی بر ارجحیت اضطراب حاصل از ذهن براضطراب، بدنبال بیماریهای جسمی از جمله کم خونی و کم کاری تیروئید است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می توان به مشخص نکردن متغیرهای بیشتر در افراد مبتلا به واژینیسموس و عدم استفاده از پرسشنامه‌هایی برای سنجش فوبیا، اضطراب و اختلالات روانپزشکی اشاره کرد ، اگرچه مصاحبه بالینی توسط روانپزشک انجام شده است.

براساس یافته های حاصل، زمینه ترس و اضطراب می‌تواند در ایجاد بیماری نقش بسزایی داشته باشد و ترس ناخودآگاه می‌تواند حتی بدون هیچ‌گونه 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 متغییر در ابتلا به واژینیسموس در بسیاری موارد با درمان فوبیا و اختلالات اضطراب و آموزش‌های لازم می‌توان 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.

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

تعارض منافع: در این مطالعه تعارض منافع وجود نداشت.

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. Journalof 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 electrodeelectromyography 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 Mes 2004; 1: 24-34.
13. Sadock, B J, sadock, V A. (2015). Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: behavioral

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/sjrm.4.4.173]

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. Rajaee, F, Eshghi, R. The effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance ofvaginismuspatients. 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 vaginismud 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.

[Downloaded from saremjrm.com on 2026-11-22]

[DOI: 10.52547/sjrm.4.4.173]