شیوع علائم اضطرابی در بیماران مبتلا به واژینیسموس ارجاع شده به یک کلینیک خصوصی در تهران سال ۸۰-۸۱

معصومه امین‌اسماعیلی (M.D.)[۱]، ماهیار آذر (Ph.D.)[۲]، چنگیز ایرانپور (M.A.)[۳].

۱-دستیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲-استادیار، گروه روانپزشکی، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳-مربی، گروه روانشناسی، بیمارستان امام حسین (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

رفتارهای جنسی پاسخی است به یک انگیزه زیستی که برای تعالی نسل ضروری می‌باشد و از سوی دیگر بر رضایت از زندگی زناشوئی نیز تاثیرگذار است. کژکاری جنسی (Sexual Dysfunction) در حدود ۳۰ تا ۵۰٪ موارد هر دو جنس را درگیر می‌کند و می‌تواند عواقب ناگواری روی زندگی زوجین برجای بگذارد. واژینیسموس یکی از کژکاری‌های جنسی شایع زنان است و همراهی آن با اضطراب و ترس و واکنش‌های اجتنابی دیده شده است. هدف از این پژوهش دستیابی به شیوع مشکلات اضطرابی در بیماران مبتلا به واژینیسموس مراجعه‌کننده به یک کلینیک خصوصی روانپزشکی در شهر تهران می‌باشد. برای انجام این پژوهش پرسش‌نامه SCL-90 در اختیار ۲۷ بیماری قرار گرفت که بر اساس ارزیابی متخصص زنان و زایمان دچار واژینیسموس بودند. خرده مقیاس‌های اضطراب عمومی، ترس مرضی و وسواس-اجبار از پرسش‌نامه SCL-90 بطور اختصاصی مورد توجه بود. داده‌ها توسط آزمون‌های Chi-Square و Fisher exact test تجزیه و تحلیل شد. بر اساس معیارهای SCL-90، ۱۳ نفر (۴۸/۱٪) از اضطراب عمومی، ۱۰ نفر (۳۷٪) از ترس مرضی و ۱۹ نفر (۷۰/۴٪) از علائم وسواس- اجبار، رنج می‌بردند. این نتایج با مطالعات دیگر در این زمینه همسو بوده است. رویکرد تلفیقی مشتمل بر دارو درمانی و روان‌درمانی در درمان بیماری واژینیسموس توصیه می‌شود.

گل واژگان: اضطراب عمومی، ترس مرضی، وسواس - اجبار، واژینیسموس، و کژکاری جنسی.

آدرس مکاتبه: دکتر معصومه امین‌اسماعیلی، گروه روانپزشکی، بیمارستان امام حسین(ع)، مجموعه روانپزشکی و علوم رفتاری، خیابان شهید مدنی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: Kia_Masi@yahoo.com

Downloaded from http://www.jri.ir

مقدمه

رفتار جنسی پاسخی است به یک انگیزه زیستی، که برای بقای نسل ضروری است. از سوی دیگر، تعاملی متقابل بین مسایل جنسی و رضایت از زندگی زناشوئی وجود دارد. Spence در مروری جامع بر روی میزان شیوع مشکلات جنسی، به برخی مطالعات انجام شده در این زمینه اشاره کرده است. از آن‌جمله مطالعه Stants می‌باشد که در آن گزارش شده، حدود ۳۰ تا ۵۰٪ زوجین، از کژکاری جنسی[1] رنج می‌برند(۱).

در گذشته به دلیل تابوبودن[2] مسائ·ل جنسی بسیاری از افراد مبتلا به این مشکلات هرگز برای درمان مراجعه نمی‌کردند. در چند سال اخیر، تغییرات چشمگیری در زمینه نگرش اجتماعی و حرفه‌ای در درمان این مشکلات پیش آمده است. امروزه سلامت جنسی را جزئی از سلامت عمومی می‌دانند(۲).

کژکاری جنسی بر حسب اختلال در فرآیندهای مشخصه چرخه واکنش جنسی یا برحسب درد مرتبط با آمیزش جنسی طبقه‌بندی می‌شود(۳).

چرخهٔ واکنش جنسی شامل مراحل زیر می‌باشد:

مرحله اول- میل جنسی[3]: شامل خیالپردازی‌های جنسی و تمایل به داشتن فعالیت جنسی است. حدود ۲۰٪ افراد جامعه از کمبود میل جنسی رنج می‌برند(۳).

مرحله دوم- برانگیختگی جنسی: شامل احساس ذهنی لذت جنسی و تغییرات فیزیولوژیک همراه آن است. از بیماری‌های شایع این مرحله در مردان، اختلال نعوظی مرد[4] و عقیمی[5] است. این اختلال در حدود ۱۰ تا ۲۰٪ مردان دیده می‌شود(۳).

مرحله سوم- اوج لذت جنسی[6]: شامل اوج لذت جنسی، همراه با فرونشانی تنش جنسی و انقباض موزون عضلات میان دوراهی[7] و اندام‌های تناسلی است. شیوع کلی اختلال ارگاسمی با علل مختلف در زن ۳۰٪ می‌باشد(۳).

مرحله چهارم- فرونشینی[8]: شامل حس آرامش عضلانی و آسایش کامل است.

دو بیماری مرتبط با درد و مقاربت جنسی نیز وجود دارد که شامل مقاربت دردناک[9] و واژینیسموس[10] می‌باشند. مقاربت دردناک به درد تکرار شونده و پایدار ضمن نزدیکی در مرد یا زن اطلاق می‌شود. این اختلال با واژینیسموس ارتباط داشته و غالبا همراه آن دیده می‌شود. واژینیسموس بیماری دوم این دسته می‌باشد و موضوع بررسی پژوهش حاضر است. واژینیسموس عبارت است از انقباض غیرارادی عضلات ثلث خارجی واژن که مانع دخول آلت تناسلی مرد و نزدیکی می‌شود. این واکنش در معاینه مهبل نیز ظاهر شده و مانع ورود اسپکولوم به داخل مهبل می‌گردد. در این بیماری مقاربت غیرممکن است و بندرت قابل تحمل می‌شود(٤). شیوع واژینیسموس نامشخص است؛ ولی تخمین‌های بالینی که در این زمینه وجود دارد شیوع آن را کمتر از اختلال ارگاسمی زن بیان می‌کند. شاید علت آن، وجود شرم، عوامل فرهنگی، عدم توجه به مشکل و پنهان‌کردن آن پشت اختلال جسمی یا روانی ظاهراً اجتماع پسندانه باشد. گاهی بهانه مراجعه به پزشک، بحث در مورد روش‌های پیشگیری از حاملگی یا طنزآمیزتر از آن، درخواست برای پیگیری مسئله ناباروری چندساله است(۳). این بیماری اغلب در زنان با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی- اجتماعی بالاتر دیده می‌شود. گاهی علت این بیماری یک ترومای جنسی مثل تجاوز به عنف می‌باشد. زنانی که تعارضات روانشناختی در مورد مسایل جنسی دارند، آلت تناسلی مرد را به مثابه اسلحه‌ای می‌انگارند. گاهی نیز درد یا

1-Sexual dysfunction
2-Tabo
3-Desire
4-Male erectile disorder
5-Impotence
6-Orgasm
7-Perineal Muscle
8-Resolution
9-Dyspareunia
10-Vaginismus

Downloaded from http://www.jri.ir

انتظار بروز درد، در اولین تجربه جنسی منجر به واژینیسموس می‌شود. برخی سخت‌گیری‌های مذهبی نیز منجر می‌شود که افراد مسائل جنسی را معادل با گناه بدانند. در این اختلال بیمار در دوراهی درخواست کمک برای درمان از یک طرف و ترس از درمان‌نشدن از سوی دیگر قرار می‌گیرد و تلاش‌های همسر برای نزدیکی با اجبار و فشار، درد را بیشتر و احساس ترس، تحقیرشدن و ناکامی را شدت می‌بخشد و زنان جوان را دچار احساس بی‌کفایتی و ترس ترک همسر می‌سازد. در مقابل مردان نیز با احساس ناکامی به علت عدم توانائی در مقاربت این اختلال را به عنوان طردشدن تلقی می‌کنند و در بسیاری از موارد نیز دچار ناتوانی جنسی ثانویه به بیماری همسرشان می‌شوند(٤).

برخی از این بیماران مصرانه معتقدند که مشکل فیزیکی دارند و مرتباً به پزشکان مختلف مراجعه می‌کنند تا سرانجام توسط پزشکی تحت عمل جراحی برداشتن پرده بکارت[1] قرار می‌گیرند. عمل جراحی در درمان این بیماران تاثیری نداشته و حتی مضراتی برای ایشان دارد؛ زیرا منجر به تقویت این اعتقاد می‌شود که اختلال آنها صرفا جسمی است یا پس از عدم موفقیت در درمان، دچار خشم و ناکامی گشته و تا مدت‌ها برای درمان مراجعه نمی‌کنند. علاوه بر این، بیمارانی که درمانی ناموفق را پشت سر گذاشته‌اند، طول مدت درمانشان، طولانی‌تر از افرادی است که قبلاً درمانی دریافت نکرده‌اند. در بسیاری از موارد زوجین در گیرودار حل مسایل جسمی و غوطه‌ور شدن در مشکلات روانی و زناشوئی ناشی از اختلال در روابط جنسی، از هم جدا می‌شوند و یا اینکه به زندگی پرتعارض خود، بدون مراجعه به متخصصین درمان در این زمینه ادامه می‌دهند.

با توجه به تجربه بالینی محققین در مورد بیماران مبتلا به واژینیسموس که توسط تحقیق Seagraves و Fuch و Dennerstein نیز تائید می‌شود، بیماری‌های اضطرابی با شیوع بالائی در افراد مبتلا به کژکاری جنسی دیده می‌شوند(٥، ٦ ، ٧).

فردی که پس از احساس ناکامی از عدم مقاربت، مستعد حمله پانیک می‌شود، یا زنی که پس از ترومای تجاوز به عنف دچار اجتناب از آمیزش جنسی گردیده یا فردی که از ترس آلودگی به ایدز، ترس از گناه به صورت شرطی دچار واژینیسموس می‌گردد یا هنگامیکه پس از درمان علت عضوی واژینیسموس هنوز فرد از بیماری خود رنج می‌برد، همه می‌تواند نشانگر ارتباط این بیماری با اضطراب باشد. بنابراین به نظر می‌رسد شاید درمان اضطراب پس از دستیابی به اطلاعات اولیه و شیوع آن، به درمان بیماری نیز کمک کند(٨).

اختلالات اضطرابی مرتبط با بیماری با روش‌های مختلف درمان داروئی و روان‌درمانی قابل درمان است. این در حالیست که تداوم اختلال منجر به ازدواج‌های به وصال نرسیده[2]، عدم رضایت زوجین در طی زندگی مشترک و اختلال در روابط بین فردی یا حتی جدائی آنان از یکدیگر می‌گردد(٩).

این طرح با هدف کلی بررسی شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به واژینیسموس صورت گرفت و در کنار آن به اهداف فرعی دیگری مثل، درصد اضطراب بر حسب سن، وضعیت تحصیلی، مالی و اشتغال نیز پرداخته شد. امید است نتایج این طرح راهگشای طرح‌های مشابه و کمکی برای جلوگیری از عوارض اجتناب‌ناپذیر این بیماری بر کانون گرم خانواده باشد.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق حاضر از نوع توصیفی[3] و مقطعی[4] می‌باشد. جامعه آماری تحقیق حاضر را بیماران ارجاع شده به یک کلینیک خصوصی روانپزشکی، تشکیل

1-Hymenectomy

2-Unconsummated Marriage
3-Descriptive
4-Cross-sectional

Downloaded from http://www.jri.ir

می‌دهند. این کلینیک به‌عنوان یک منبع ارجاع نمونه‌های مورد تحقیق توسط همکاران روانپزشک و متخصصین جراحی زنان و زایمان شناخته می‌شود. با توجه به شیوع نامشخص بیماری، عدم مراجعه بیماران مبتلا به مراکز درمانی تخصصی این بیماری به علل ذکر شده در مقدمه، طی مدت ۱۸ ماه مطالعه تعداد ۲۷ بیمار مبتلا به واژینیسموس بطور غیرتصادفی یا در دسترس، وارد مطالعه شدند. کلیه بیماران مبتلا قبلاً توسط پزشک متخصص بیماری‌های زنان و زایمان بررسی و بیماران با علل جسمی واژینیسموس قبل از ورود به مطالعه کنار گذاشته شدند.

تکنیک مورد استفاده، پرسش‌نامه خود گزارش[1] SCL-90[2] و پرسش‌نامه دموگرافیک بوده است.

پرسش‌نامه SCL-90 یک معیار خودگزارش ۹۰ سوالی، برای افراد ۱۳ سال و بالاتر است، که امروزه یکی از پراستفاده‌ترین وسایل تشخیصی روانپزشکی در پژوهش می‌باشد. این آزمون اولین بار توسط دروگاتیس[3] و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد. آزمون شامل فهرستی از علائم روانشناختی است که در اصل الگوی بیماری‌های روانی را منعکس می‌سازد. هر سوال در طیف پنج نقطه‌ای از نظر میزان ناراحتی از صفر تا ٤ قرار دارد و ۹ مقیاس مختلف که شامل شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب عمومی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار بدبینانه و روان‌پریشی می‌باشد را اندازه‌گیری می‌کند(۱۰). با توجه به هدف پژوهش که ارزیابی بیماران از نظر اضطراب بود، ۳ مقیاس اضطراب عمومی[4] ترس مرضی[5] و وسواس-اجبار[6] مورد توجه قرار گرفت و با توجه به پاسخگوئی بیماران به همه سوالات، معیار کلی علائم (GSI)[7] نیز محاسبه شد.

نقطه برش مقیاس GSI در آزمون، بزرگتر یا مساوی ۰/٤ می‌باشد و افراد با GSI مساوی یا بالاتر از ۰/٤ بعنوان مشکوک به بیماری محسوب شدند و برای هر خرده مقیاس نیز افراد با میانگین شدت ناراحتی بیشتر از یک بعنوان بیمار تلقی گردیدند. انتخاب نمره یک، به پیشنهاد سازندهٔ آزمون بوده است که در آن افراد با شدت بیشتر از یک در هر خرده مقیاس دارای حالت مرضی اختلال و افراد با شدت بالای سه، فرم شدید آن بیماری را دارا می‌باشند.

پایائی و اعتبار این آزمون قبلا در آمریکا توسط نانالی ۰/۷۸ تا ۰/۹ محاسبه شد و در ایران نیز در سال ۱۳۵۹ توسط میرزائی نتایج مشابه بدست آمد(۱۱).

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. آزمون‌های بکار رفته شامل آزمون Chi-Square و Fisher's exact test بود.

در مورد متغیرهای دموگرافیک، افراد با درآمد پائین‌تر از ۱۰۰ هزار تومان بعنوان درآمد پائین و بیش از ۱۰۰ هزار تومان را بعنوان درآمد بالا محسوب شدند و بقیه متغیرها در جداول منعکس شده است.

نتایج

نتایج حاصل نشان داد که ۷۰/٤٪ از بیماران در مقیاس وسواس، اجبار، ٤۸/۱٪ از بیماران در مقیاس اضطراب عمومی و ۳۷٪ در مقیاس ترس مرضی، نمرات مرضی[8] را کسب کردند. و تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری در حد P<۰/۰۵ و P>۰/۰۲۵ بین نمرات کسب شده بیماران در مقیاس‌های مختلف وجود داشت.

همانطورکه در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود میانگین شدت علائم در مقیاس‌های اضطراب عمومی و وسواس- اجبار بالاتر از میانگین ترس مرضی و بالاتر

1-Self report
2-Symptom Check List-90 (SCL-90)
3-Derogatis
4-Generalized anxiety
5-Phobia
6-Obstession-Compulsion
7-General Symptom Index
8-Pathologic

Downloaded from http://www.jri.ir

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی علائم اضطرابی در بین بیماران مبتلا به واژینیسموس ارجاع شده به یک کلینیک خصوصی روانپزشکی در تهران

علائم اضطرابی / وجود علائم	اضطراب عمومی		ترس مرضی		وسواس-اجبار	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
دارد	۱۳	۴۸/۱	۱۰	۳۷	۱۹	۷۰/۴
ندارد	۱۴	۵۱/۹	۱۷	۶۳	۸	۲۹/۶
جمع کل	۲۷	۱۰۰	۲۷	۱۰۰	۲۷	۱۰۰

از یک می‌باشد. با توجه به پاسخ دادن بیماران به تمام سوالات، شاخص عمومی علائم نیز محاسبه شد. در این بیماران شاخص عمومی علائم ۱/۳۸±۰/۷۶ بود که با توجه به نقطه برش میانگین ضریب کلی علائم مرضی یا GSI، که ۰/٤ می‌باشد، این بیماران از نظر پریشانی روانی دچار مشکل می‌باشند.

اجبار (P=۰/۲۰۹) بر اساس سطح تحصیلات در بین افراد زیر دیپلم و بالاتر از دیپلم و تحصیلات دانشگاهی تفاوت معنی‌داری نداشت.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میزان اضطراب عمومی (P=۰/۰۹۷) وسواس -اجبار (P=۰/۵۳) در بین افراد با سطوح درآمد پائین و بالا تفاوتی نداشت؛ ولی

دول ۲۲- میانگین و انحراف معیار و خطای معیار امتیاز بیماران در مقیاس‌های فرعی بیماران مبتلا به واژینیسموس ارجاع شده به یک کلینیک خصوصی روانپزشکی در تهران

پارامترهای کمی / مقیاسهای فرعی	تعداد	M ± SD	خطای معیار
اضطراب عمومی	۲۷	۱/۵۲ ± ۱/۱	۰/۲۱
تر س مرضی	۲۷	۰/۹٦ ± ۰/۹۷	۰/۱۵
وسواس-اجبار	۲۷	۱/٤۳ ± ۰/۸۷	۰/۱٦
شاخص عمومی علائم	۲۷	۱/۳۸ ± ۰/۷٦	۰/۱٤

همانطوریکه در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود توزیع هیچ یک از حالات اضطراب عمومی (P=۰/۵۳)، وسواس اجبار (P=۰/٦۷)، و ترس مرضی (P=۰/٦۵) دارای تفاوت معنی‌داری در سنین بالا و پائین ۳۵ سال در سطح α=۰/۰۵ نبود.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میزان اضطراب عمومی (P=۰/۰۸٤) و ترس مرضی (P=۱) و وسواس

میزان ترس مرضی (P=۰/۰٤) در افراد با سطح درآمد پائین بصورت معنی‌داری بیشتر بود.

بر اساس یافته‌هائی که در جدول شماره ۵ منعکس شده است بین میزان اضطراب عمومی (P=۱) و ترس مرضی (P=۱) و وسواس-اجبار (P=۰/٦۷۵) با اشتغال آن‌ها نیز ارتباط معنی‌داری در سطح (α=۰/۰۵) وجود نداشت.

Downloaded from http://www.jri.ir

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق علائم اضطرابی بر اساس سن و سطح تحصیلات، درآمد و .... در بین بیماران مبتلا به واژینیسموس ارجاع شده به یک کلینیک خصوصی روانپزشکی در تهران

متغیر	علائم اضطرابی	اضطراب عمومی		ترس مرضی		وسواس-اجبار	
		دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد
سن	زیر ۳۵ سال	۱۲	۱۴	۱۰	۱۶	۰	۸
	بالای ۳۵ سال	۱	۰	۰	۱	۰	۱۸
	P.value	۰/۵۳		۰/۶۵		۰/۶۷	
میزان سواد	دیپلم و زیر دیپلم	۹	۴	۵	۸	۱۱	۲
	تحصیلات دانشگاهی بالاتر از دیپلم	۴	۱۰	۵	۹	۸	۶
	P.value	۰/۰۸۴		۱		۰/۲۰۹	
میزان درآمد	بالا	۱۰	۱۴	۷	۸	۱۶	۸
	پائین	۳	۰	۳	۰	۳	۰
	P.value	۰/۰۹۷		۰/۰۴۱		۰/۵۳	
اشتغال	خانه‌دار	۸	۸	۶	۱۰	۱۲	۴
	شاغل	۵	۶	۴	۷	۷	۴
	P.value	۱		۱		۰/۶۷۵	

جدول ۴- مقایسه توزیع فراوانی میانگین بالاتر از گروه مطالعه حاضر، در مقیاس‌های فرعی از آزمون SCL90، با توزیع آن در مطالعه باقری یزدی

علائم اضطرابی / میانگین بالاتر از ۱	پژوهش باقری یزدی	پژوهش حاضر
اضطراب عمومی	٪۱۸/۲۴	٪۴۸/۱
ترس مرضی	٪۱۵/۹۳	٪۳۷
وسواس- اجبار	٪۱۸	٪۷۰/۴

Downloaded from http://www.jri.ir

بحث

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان اظهار کرد که درصد زیادی از بیماران از نظر اضطراب عمومی (۴۸/۱٪)، ترس مرضی (۳۷٪) و وسواس- اجبار (۷۰/۴٪) نمرات بالاتر از میانگین مرضی معیار را کسب کردند. قبلا توسط فوکس، دنراشتاین، نورتون، کاتز و فریرز به نقش اضطراب در تولید و تداوم علائم این بیماری پرداخته شده بود. آنها اظهار کرده بودند که ترس به عنوان واکنشی اجتنابی از یک موقعیت اضطراب‌زا ایجاد می‌شود که در صورت کنترل اضطراب با تکنیک‌های رفتاری، به کارگیری روش‌های درمانی برای بیماری واژینیسموس با راحتی بیشتری امکان‌پذیر است(۶، ۷، ۸، ۱۲).

با توجه به عدم وجود مقالات لازم در مورد شیوع علائم اضطرابی بطور اختصاصی در رابطه با این بیماری نتایج حاصله را با نتایج پژوهش باقری یزدی که از این آزمون برای بیماریابی در جمعیت عمومی استفاده کرده است، مقایسه می‌کنیم(۱۴).

با توجه به مقایسه‌ای که در جدول شماره ٤ صورت گرفته درصد بالاتری از بیماران بطور مشخص نسبت به جمعیت عمومی دارای علائم اضطراب عمومی، ترس مرضی و وسواس اجبار بوده‌اند. بالابودن میزان اضطراب این بیماران با عوامل سبب‌ساز این بیماری از جمله ترس، ناکامی در ارتباط جنسی، دفاع‌های عقلانی، تعارض در روابط بین فردی و خانوادگی نگرش منفی در مورد مسایل جنسی و اضطراب عملکردی که توسط Halvorsen و Metz مطرح شده است قابل توجیه می‌باشد(۱۳).

در عین حال به عنوان یک هدف فرعی این پژوهش به بررسی توزیع این علائم اضطرابی برحسب خصوصیات دموگرافیکی مثل سن، سطح تحصیلات و درآمد و اشتغال نیز پرداخته است. در این بیماران در زمینهٔ سن، سطح تحصیلات و اشتغال از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری در گروه‌های ذکر شده مشاهده نشد. ولی در مقیاس ترس مرضی افراد، درآمد پایین‌تر، درصد بیشتری از بیماران را تشکیل می‌دادند؛ البته در بیماری‌های اضطرابی بطور کلی با افزایش سن و بالارفتن سطح اقتصادی اجتماعی از شیوع وشدت بیماری کاسته می‌شود.

شاید یکی از عواملی که باعث شد این مسئله در بیماران، به چشم نخورد دخالت متغیرهای مربوط به خود بیماری واژینیسموس باشد؛ ذکر شده در خانم‌های دارای تحصیلات بالاتر و سطح اقتصادی اجتماعی بالاتر این بیماری بیشتر دیده می‌شود. دلیل دیگر آن شاید کم بودن حجم نمونه پژوهش باشد. با توجه به نتایج این طرح بیماران مبتلا با شیوع بالائی از علائم اضطرابی بخصوص وسواس و اجبار روبرو هستند. اکثر پژوهش‌های مرتبط با موضوع پژوهش حاضر ذکر کرده‌اند که اضطراب در بین افراد با اختلال جنسی شایع است و همچنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که کاهش اضطراب در بعضی بیماران مبتلا به واژینیسموس البته نه در همهٔ موارد در بهبودی تاثیرگذار است. این مطالعه نیز پیشنهاد می‌کند، پس از ارزیابی دقیق‌تر این بیماران بوسیله مصاحبه بالینی و تعیین شدت بیماری، در مورد انتخاب درمان‌های داروئی و یا غیر داروئی کاهنده اضطراب تصمیم‌گیری گردد. با توجه به مشکلات ناشی از عدم مراجعه این بیماران به پزشک دلایلی از جمله وجود شرم از مطرح کردن مشکل جنسی، عوامل فرهنگی، عدم آگاهی از احتمال وجود عوامل روانشناختی در ایجاد بیماری و نسبت دادن تمام علائم به مسایل جسمی، دستیابی به تعداد کافی نمونه امکان‌پذیر نگردید؛ ولی حداقل این پژوهش می‌تواند برداشتن گامی مقدماتی در این زمینه و راهنمائی برای مطالعات آتی محسوب شود. با توجه به کمبود امکانات و نیروهای متخصص و عدم کفایت آموزش‌های لازم در مورد مسایل جنسی و عدم آگاهی بیماران از

Downloaded from http://www.jri.ir

مسیری که باید برای درمان این بیماری طی کنند تا به نتیجه مطلوب دست یابند، پیشنهاد می‌شود با روش‌های اجتماع پسندانه و قابل قبول از نظر فرهنگی، اقداماتی در زمینه آموزش والدین و زوج‌های جوان قبل از تشکیل زندگی مشترک صورت گیرد تا این پدیدهٔ کاملاً فیزیولوژیک که مقدمه‌ای برای پیدایش خانواده و نسل بشر است به عنوان یک تابوی اخلاقی و تهدید کنند سلامت و رضایت زندگی زناشوئی تبدیل نگردد. یکی از بهترین این اقدامات می‌تواند ایجاد مراکزی با تیمی آموزش دیده در این زمینه برای پیشگیری، مشاوره قبل از ازدواج و در نهایت درمان بیماران مبتلا باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمام کسانیکه ما را در انجام این مطالعه یاری کرده‌اند اعلام می‌دارند.

References

1-Spence S.H. psychosexual therapy: a cognitive behavioral approach. 3th Edition, Published by Champan & Hall, London. 1991; pp:100-102.
2-Reamy K. Sexual counseling for the non-therapist. Clin Obs Gyn. 1984;27:781-8.
3-Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis of psychiatry. 8th Edition, Published by Williams & Wilkins, Maryland. 1998;pp:690.
4-Kaplan H.S.The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunction. Published by Brunner & Mazel, Newyork, 1974; pp 412-28.
5-Segraves R.T. psychiatric illness and sexual function. Int J Obs Gyn. 1998;10s(2):131-3.
6-Fuchs K. Therapy of vaginismus by hypnotic desensitization. Am J Obst Gyne.1980;137(1):1-7.
7-Dennerstein L., Burrow G.D. The management of vaginismus. Aust Fam physician. 1977;6(12): 1545-9.
8-Katz R.C., Frazer N., Wilson L. Sexual fear are increasing. Psychol Report. 1993;79(2):476-8.
9-Duddle M. Etiologic factor in unconsummated marriage. J Psych Res. 1991;2:157-160.
10-Derogatis L.R , Riekels K., Rock A.F. The SCL-90 and MMPI , a-step in validation of a new self report scale. Br J Psych. 1976;128:280-89.
۱۱- میرزائی رقیه. ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری . تهران، سال ۱۳۵۹، انستیتوی روانپزشکی.
12-Norton G.R, Jehu D. The role of anxiety in sexual dysfunction: a review. Arch Sex Behav. 1984;165-83.
13-Halvorsen J.G, Metz M.E. Sexual dysfunction, part I: classification, etiology and pathogenesis. J Am Board Pract. 1992;5(1):51-61.
۱٤- باقری یزدی سید عباس. بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستائی میبد یزد. پایان‌نامه فوق لیسانس روانشناسی و علوم رفتاری. تهران، سال ۱۳۷۲، انستیتوی روانپزشکی.

Downloaded from http://www.jri.ir