

تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افزایش مؤلفه‌های سازگاری زناشویی
در مبتلایان به واژینیسموس

The effect of Cognitive-Behavioral Therapy on increasing
marital adjustment domains in patients
with vaginismus

Mahnaz Aliakbari Dehkordi
Azam Mohammadi
Ahmad Alipor
Tayebeh Mohtashami

مهناز علی اکبری دهکردی*
اعظم محمدی**
احمد علی پور***
طیبه محتشمی***

Abstract

This study was designed to evaluate the effect of Cognitive Behavior Therapy (CBT) on increasing marital adjustment domains in patients with vaginismus. The available population included married women in the range of 20 to 35 with vaginismus referring to Farhangian and Vali-e-Asr therapeutic centers in Shar-e-Ray. Thirty women were selected and randomly assigned to control and experimental groups. The research design was of pretest-posttest with control group. The Marital Adjustment scale (MAS) was administered to both groups. The experimental group was trained using CBT through twelve one-hour weekly sessions. The Results showed that Cognitive Behavior Therapy (CBT) was significantly effective ($p < 0.05$) in increasing marital adjustment dyadic satisfaction, dyadic cohesion, dyadic conciliation and affectional expression. According to the benefits of Cognitive-Behavioral Therapy in treating vaginismus, it is recommended

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افزایش مؤلفه‌های سازگاری زناشویی در بیماران مبتلا به واژینیسموس انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به واژینیسموس ۲۰ تا ۳۵ ساله بود که به مراکز درمانی فرهنگیان شهید ابوذری و ولیعصر شهر ری مراجعه کردند. با توجه به شرایط ورود و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از زنان مبتلا به واژینیسموس به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. طرح پژوهش طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس سازگاری زناشویی (MAS) استفاده شد. به گروه آزمایش روش درمانی شناختی رفتاری واژینیسموس، در طول ۱۲ جلسه هر هفته یک ساعت آموزش داده شد. نتایج نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری در افزایش همه مؤلفه‌های سازگاری زناشویی: رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت اثر معنی دار ($P < 0.05$) دارد. با توجه به مزایای مداخله درمان شناختی رفتاری پیشنهاد می‌شود که این روش در مراکز

that this therapeutic method be used in counseling centers. It is also suggested that young couples be trained with this package, especially in premarriage counseling. Awareness of sexual dysfunctions would help couples in preventing this disorder and its adverse outcomes.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, vaginismus, marital adjustment

تخصصی روانشناسی به طور فراگیر مورد استفاده قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره پیش از ازدواج با توجه به بسته آموزشی درمان شناختی رفتاری واژینیسموس، زوجین جوان را تحت آموزش قرار داده و با ارتقاء آگاهی و اطلاعات زوجین، از بروز اختلالات جنسی و پیامدهای نامطلوب آن پیشگیری شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، واژینیسموس، سازگاری زناشویی

مقدمه

ازدواج به عنوان اصلی ترین و مهمترین هدف در دستیابی به نیازهای عاطفی افراد همواره مورد تایید بوده است. برای اکثر افراد، شادمانی در زندگی، بیشتر به ازدواجی موفق و روابط زناشویی توأم با رضایت وابسته است تا سایر جنبه‌های زندگی. سازگاری زناشویی^۱ وضعیتی است که در آن زوجین در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر می‌کنند. روابط رضایت بخش بین زوجین از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش و درک یکدیگر و ارضای نیازها ایجاد می‌شود (کجباف، مقدس و آقای، ۱۳۹۰). در واقع سازگاری زناشویی یک ارزیابی کلی از وضع فعلی ارتباط ارائه می‌دهد. اسپانیر (۱۹۷۶) معتقد است که سازگاری زناشویی دارای چهار مؤلفه رضایت دونفری^۲، همبستگی دونفری^۳، توافق دونفری^۴ و ابراز محبت^۵ می‌باشد. رضایت دونفری میزان شادمانی در روابط و همچنین فراوانی تعارضات تجربه شده در روابط را نشان می‌دهد. همبستگی دونفری به این موضوع اشاره دارد که چند وقت یکبار، یک زوج همراه هم درگیر فعالیت‌های مشترک می‌شوند. توافق دونفری میزان موافقتی است که زوج‌ها در مورد موضوعات مهم نظیر اداره کردن امور مالی خانواده و اتخاذ تصمیمات دارند و ابراز محبت نیز مربوط به این است که چند وقت یکبار، زوجین به یکدیگر ابراز عشق و علاقه می‌کنند (یارمحمدیان، بنکدار هاشمی و عسگری، ۱۳۹۰).

گریف (۲۰۰۰) معتقد است که زوجین سازگار، زن و شوهرهایی هستند که توافق زیادی با یکدیگر دارند و از نوع و سطح روابط خود راضی هستند. اسکات و همکاران (۲۰۰۲) طی پژوهشی نشان دادند که زوجینی که روابط محبت آمیزتری از خود نشان می‌دهند، سازگاری بیشتری را در زندگی زناشویی خود تجربه می‌کنند. رضایت زناشویی در زندگی می‌تواند با رضایت کلی از زندگی رابطه داشته باشد. پژوهش‌ها نشان دادند که هر چه ناسازگاری زناشویی بالاتر باشد به دنبال آن نارضایتی از زندگی نیز بیشتر می‌شود (اسپرچر، ۲۰۰۱).

1. Marital Adjustment
2. dyadic satisfaction
3. dyadic cohesion
4. dyadic conciliation
5. affectional expression

سازگاری زناشویی ضعیف اثر منفی بر کیفیت زندگی و کارکرد جنسی دارد. پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که استحکام روابط زناشویی بدون داشتن روابط جنسی رضایت بخش به خطر می‌افتد و رضایت زناشویی در گرو رضایت از رابطه جنسی است (نیکولاسی و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسپرچر، ۲۰۰۲؛ بئوتل و همکاران، ۲۰۰۲). به عنوان مثال نیی پور (۱۳۸۴) طی پژوهشی نشان داد که آموزش مهارت‌های جنسی، می‌تواند باعث احساسات مثبت، نزدیکی و صمیمیت به همسر، افزایش ارتباط زناشویی و تداوم آن، افزایش توان حل تعارض زوجین، افزایش رضایت جنسی و رضایت زناشویی شود. همچنین نتایج حاصل از مطالعه علی اکبری دهکردی (۱۳۸۹) نیز نشان داد که زنان سازگار نسبت به زنان ناسازگار از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و عملکرد جنسی بهتری دارند.

در همه فرهنگها و ملیتها از صحبت کردن درباره مسائل جنسی پرهیز می‌شود. بنابراین مشکلات جنسی فراوانی که ریشه در مجموعه‌ای از عوامل فرهنگی، فردی و روانی دارد، مخفی می‌ماند. یکی از کارهای بزرگ مسترز و جانسون^۱ این بود که نشان دادند، بین اختلافات زناشویی و اختلال عملکرد جنسی رابطه معنی‌داری وجود دارد. این دو برهم اثر متقابل دارند و می‌توانند با هم چرخه معیوبی را ایجاد کنند که در نهایت به سست شدن زندگی زناشویی می‌انجامد (به نقل از علی اکبری دهکردی، ۱۳۸۹).

یکی از اختلالات عملکرد جنسی که می‌تواند تأثیر ناخوشایندی بر روابط زناشویی و بالطبع بر سازگاری زناشویی گذارد، واژینیسموس^۲ است. طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ (DSM-IV) واژینیسموس عبارت است از انقباض غیرارادی عضلات ثلث خارجی واژن که مانع دخول آلت تناسلی مرد و نزدیکی می‌شود. این واکنش ممکن است در معاینه زنانه نیز ظاهر شود و مانع ورود اسپکولوم به داخل واژن گردد. وقتی اختلال عملکرد منحصراً ناشی از عوامل عضوی است یا علامتی از یک اختلال روانی است، این تشخیص گذاشته نمی‌شود (اوحدی، ۱۳۸۵). واژینیسموس در بسیاری از فرهنگها ناخوشایند محسوب می‌شود، در حالی که تشخیص به موقع، با بهبودی همراه است. از آنجایی که رابطه جنسی، هم فیزیولوژیک و هم روانشناختی است، لذا بررسی آسیب‌شناسی این اختلال به ویژه از منظر اقدامات درمانی و مداخلات روانشناختی بیش از پیش ضروری می‌نماید. درمانهای گوناگونی برای این اختلال مطرح گردیده و هر کدام شواهدی در تعیین میزان اثربخشی برنامه‌های مداخلاتی خود ارائه کرده‌اند. از جمله این درمان‌ها، درمان شناختی رفتاری^۴ (CBT) است. درمان‌های شناختی رفتاری در ارتباط با زوجین، با هدف آموزش مهارت‌های ارتباطی، تغییر و اصلاح الگوهای فکری و تبادلات مثبت می‌باشد که تحقق این اهداف در بهبود سازگاری زناشویی موثر است (اعتمادی و همکاران، ۱۳۸۵). آتش پور و آقایی (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای بیان کردند که درمان شناختی رفتاری بر

1. Master & Johnson

2. Vaginismus

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

4. cognitive behavior therapy

کاهش مشکلات ارتباطی زوجین موثر است. همچنین محبی کیا (۱۳۸۷) نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی رفتاری موجب افزایش سازگاری زناشویی می‌شود. با توجه به مطالعات انجام شده بر روی مبتلایان به واژینیسیموس، اختلال در عملکرد جنسی و کاهش سازگاری زناشویی تأیید شده است. در پژوهشی که توسط ترکیوله و همکاران (۲۰۰۷) صورت گرفت، مشخص گردید که واکنش واژینیتیک که نشانگر نوعی پاسخ ترس شرطی شده به تحریک جنسی است، منجر به رفتارهای اجتنابی و در نتیجه کاهش عملکرد جنسی می‌شود. در پژوهش دیگری که توسط وارد و اوگدون (۲۰۱۰) بعمل آمد، مشخص گردید که فرد مبتلا به واژینیسیموس به دلیل برخوردار بودن از احساس گناه، حس ناامیدی و احساس عصبانیت از خود که ناشی از عزت نفس کم و خود ارزشی پایین می‌باشد، از فعالیت جنسی اجتناب نموده و با ایجاد تأثیرات نامطلوب بر روی ارتباط با همسر، سازگاری زناشویی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از آنجائی که بهره مندی از این رویکرد در بهبود عملکرد جنسی و تقویت روابط زناشویی مشخص گردیده و همینطور به دلیل اینکه در ایران نسبت به این مقوله تحقیقات اندکی صورت گرفته است، ضرورت بررسی‌های تجربی به منظور یافتن شیوه درمانی کارآمد برای زنان مبتلا به واژینیسیموس در کشور احساس می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال اساسی است که آیا روش درمان شناختی رفتاری بر افزایش مؤلفه‌های سازگاری زناشویی (رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت) مبتلایان به واژینیسیموس اثر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش در دسترس و شامل زنان مبتلا به واژینیسیموس ۲۰ تا ۳۵ ساله بودند که به مراکز درمانی فرهنگیان شهید ابوذری و ولیعصر شهر ری مراجعه کردند. در این مطالعه برای گمارش افراد در گروه آزمایش و کنترل از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. بدین ترتیب که زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی فرهنگیان شهید ابوذری و ولیعصر شهر ری که در سنین بین ۲۰ الی ۳۵ سال بودند و توسط متخصص زنان و زایمان، تشخیص واژینیسیموس در مورد آنها داده شد و همچنین از نظر بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی مشکل خاصی نداشتند، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند.

ابتدا از کلیه آزمودنی‌ها یک مصاحبه فردی بعمل آمد و ضمن کسب اطلاعات شخصی از جمله سن و میزان تحصیلات، رضایت و توافق لازم در مورد استمرار حضورشان در جلسات تا پایان دوره، بعمل آمد. از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون گرفته شد و مقیاس سازگاری زناشویی^۱ اسپانیر توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. بعد از آن گروه آزمایش تحت آموزش درمان شناختی رفتاری برای

1. Marital Adjustment Scale

مبتلایان به واژینیسوس قرار گرفتند. این بسته درمانی برگرفته از دستورالعمل ترکولیه و همکاران (۲۰۰۷) است که توسط ایشان و تیم تحقیقاتی بر روی مبتلایان به واژینیسوس اجرا شده بود. شایان ذکر است که با توجه به ویژگی‌های وابسته به فرهنگ و تفاوت‌هایی که در زنان جامعه ایران در مقایسه با زنان غربی وجود دارد، الحاق مواردی به این بسته که احساس گردید. این موارد مورد بازبینی و تأیید تعدادی از متخصصین روانشناس و نیز پزشک متخصص زنان و زایمان قرار گرفت. این آموزش ۱۲ هفته و هر هفته یک جلسه یک ساعته طراحی گردید. خلاصه‌ای از بسته آموزشی درمان شناختی رفتاری واژینیسوس به شرح زیر بود: (۱) تشریح جلسات آموزش رویکرد شناختی رفتاری و آموزش مبسوط آناتومی اندام‌های جنسی زنانه، (۲) تعریف تمایلات جنسی بهنجار و پاسخ‌های فیزیولوژیک و تشریح چرخه‌های جنسی زنانه و مردانه، (۳) آموزش آرمیدگی عضلانی، (۴) حساسیت زدائی منظم، (۵) تمرکز حسی الف و ب، (۶) بازسازی شناختی در اختلالات جنسی، (۷) مسئله گشائی، (۸) تقویت عزت نفس، (۹) مهارت‌های کنترل خشم و (۱۰) آموزش مهارت‌های ارتباطی. هرکدام از سرفصل‌های مهم این بسته آموزشی در یک یا دو جلسه، آموزش داده شد و در همه جلسات برای شرکت‌کنندگان تکلیف خانگی تعیین گردید. در پایان جلسات از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون گرفته شد.

در این پژوهش میانگین سنی گروه نمونه ۲۷/۸۴ سال بود. همچنین ۴۰ درصد گروه نمونه دارای مدرک لیسانس، ۳۳/۳ درصد دیپلم و پایین تر، ۱۶/۷ درصد فوق دیپلم و ۱۰ درصد فوق لیسانس بودند. میانگین مدت ازدواج شرکت‌کنندگان سه سال بود که حداقل مدت ازدواج ۴ ماه و حداکثر مدت ازدواج ۹ سال بود.

ابزار سنجش

مقیاس سازگاری زناشویی: این مقیاس توسط اسپانیر (۱۹۷۶) به منظور سنجش سازگاری بین دو نفر (زن و شوهر) که با هم زندگی می‌کنند تنظیم شده و یک ابزار خودسنجی ۳۲ سوالی است که برداشت‌های افراد در مورد سازگاری زناشویی را نشان می‌دهد. نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت صورت می‌گیرد. نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۵۱ متغیر است که کسب نمرات بیشتر یا برابر ۱۰۰ به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنای وجود مشکلی در روابط زناشویی و ناسازگاری است. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این پرسشنامه چهار بعد را می‌سنجد که عبارتند از رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت. مطالعات مربوط به پایایی و روایی این مقیاس همواره مثبت بوده است. اسپانیر پایایی ۰/۹۶ را از طریق آلفای کرونباخ برای این مقیاس بدست آورد و برای مقیاس‌های فرعی رضایت دونفری ۰/۹۴، توافق دونفری ۰/۹۰، همبستگی دونفری ۰/۸۶ و برای ابراز عاطفی در روابط دونفری ۰/۷۳ گزارش نمود. اسپانیر (۱۹۸۶) برای محاسبه روایی این مقیاس دو نمونه زوج‌های عادی و مطلقه را با هم مقایسه نمود و نتایج آنها نشان داد که بین دو گروه نمونه تفاوت معناداری هم در نمره کل و هم در خرده مقیاس‌ها وجود دارد (عطاری، محمدی و مهرابی زاده هنرمند،

(۱۳۸۸). روایی همزمان این پرسشنامه با مقیاس سازگاری زناشویی لاک والاس ۰/۹۴ گزارش شد (کجیاب و همکاران، ۱۳۹۰). این مقیاس توسط ثنایی (۱۳۷۹) به نقل از عطاری و همکاران، (۱۳۸۸) ترجمه شده و در بسیاری از پژوهش‌های داخلی مورد استفاده قرار گرفته که حاکی از پایایی مناسب این پرسشنامه می‌باشد. علویان و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آوردند. معین، غیائی و مسموعی (۱۳۹۰) نیز همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آوردند.

یافته‌های پژوهش

داده‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمره) متغیرهای پژوهش در جداول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره مؤلفه‌های سازگاری زناشویی

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
رضایت دونفری	پیش آزمون	۳۶	۷/۲۸	۴۷	۲۱
	پس آزمون	۴۴/۰۶	۷/۴۴	۵۴	۲۵
کنترل	پیش آزمون	۳۷/۶۶	۸/۰۸	۴۷	۲۲
	پس آزمون	۳۶/۳۳	۶/۸۸	۴۵	۲۲
همبستگی دونفری	پیش آزمون	۱۵/۴	۶/۲۳	۲۵	۰
	پس آزمون	۲۱/۲۶	۶/۴۳	۳۳	۳
کنترل	پیش آزمون	۱۵/۴۶	۴/۲	۲۴	۱۱
	پس آزمون	۱۵/۷۳	۳/۸	۲۳	۸
توافق دونفری	پیش آزمون	۳۷/۸	۱۰/۸۱	۵۰	۴
	پس آزمون	۴۶/۴	۱۲/۲۲	۶۵	۹
کنترل	پیش آزمون	۴۳/۲	۷/۰۶	۵۹	۳۰
	پس آزمون	۴۱/۸۶	۷/۲۸	۵۶	۲۴
ابراز محبت	پیش آزمون	۱۲/۲۶	۴/۰۹	۱۷	۴
	پس آزمون	۱۶/۶۶	۴/۳۸	۲۰	۱۱
کنترل	پیش آزمون	۱۲/۳۳	۴/۹۹	۱۹	۳
	پس آزمون	۱۰/۴۶	۵/۲۳	۱۸	۲

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمرات رضایت دونفری در گروه آزمایش در پیش آزمون ۳۶ در پس آزمون ۴۴/۰۶ می‌باشد و میانگین نمرات در گروه کنترل در پیش آزمون ۳۷/۶۶ در پس آزمون ۳۶/۳۳ است. میانگین نمرات همبستگی دونفری در گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۵/۴ در پس آزمون ۲۱/۲۶ می‌باشد و میانگین نمرات در گروه کنترل در پیش آزمون ۱۵/۴۶ در پس آزمون ۱۵/۷۳ است. میانگین نمرات مؤلفه توافق دونفری در گروه آزمایش در پیش آزمون ۳۷/۸ در پس آزمون ۴۶/۴ و

میانگین نمرات در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۴۳/۲ در پس‌آزمون ۴۱/۸۶ است. میانگین نمرات مؤلفه ابراز محبت در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۲/۲۶ در پس‌آزمون ۱۶/۶۶ و میانگین نمرات در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۱۲/۳۳ در پس‌آزمون ۱۰/۴۶ است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام این تحلیل پیش فرض‌های مربوط به آن بررسی و نتایج بیانگر برقراری پیش فرضهای استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری یا مانکوا بود.

برای بررسی پیش فرض‌های مانکوا، همگنی شیب رگرسیون متغیرهای مورد پژوهش شامل رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت محاسبه شد که در جدول شماره ۲ ارائه شده‌اند.

جدول ۲

بررسی همگنی شیب رگرسیون مؤلفه‌های سازگاری زناشویی

منابع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
تعامل گروه و	رضایت دو نفری	۲۴/۴۴	۱	۲۴/۴۴	۲/۳۴	۰/۱۴۱
متغیرهای مورد	همبستگی دونفری	۱/۷۸	۱	۱/۷۸	۲/۶۲	۰/۶۱۴
پژوهش	توافق دونفری	۹/۰۱	۱	۹/۰۱	۰/۵۸۴	۰/۴۵۳
	ابراز محبت	۲۶/۲۷	۱	۲۶/۲۷	۰/۳۵	۰/۰۵۸

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد با توجه به سطح معنی‌داری تعامل گروه و پیش‌آزمون در متغیرهای مورد پژوهش، این تعامل معنی‌دار نیست، بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیون برقرار است (بریس و همکاران، ترجمه علی آبادی و صمدی، ۱۳۸۸). همچنین برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳

بررسی برابری واریانس‌ها مؤلفه‌های سازگاری زناشویی

متغیرها	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
رضایت دونفری	۱	۲۸	۱/۵۱	۰/۲۲۹
همبستگی دونفری	۱	۲۸	۱/۲۹	۰/۲۶۵
توافق دونفری	۱	۲۸	۰/۱۹	۰/۸۹۲
ابراز محبت	۱	۲۸	۰/۰۱	۰/۹۲۰

همان طور که جدول ۳ نشان می‌دهد در هر کدام از مؤلفه‌های مورد بررسی سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ است و داده‌ها خطای مفروضه تساوی واریانس‌ها را زیر سوال نبرده‌اند. بنابراین شرط لازم برای تحلیل کوواریانس چند متغیری وجود دارد. با توجه به جدول شماره ۲ و ۳ می‌توان بیان کرد که مهمترین شروط تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی یکسان بودن شیب رگرسیون پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها و برابری واریانس‌ها برقرار است، لذا می‌توان برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل، از لحاظ چهار مؤلفه سازگاری زناشویی از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده نمود که نتایج حاصل از این تحلیل در جداول ۴ و ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های سازگاری زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری (p)
اثر پیلاپی	۰/۸۴۹	۲۹/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۵۱	۲۹/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱
اثر هنتلینگ	۵/۶۲	۲۹/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۵/۶۲	۲۹/۵۳	۴	۲۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۴، ملاحظه می‌شود که بین نمره‌های مؤلفه‌های سازگاری زناشویی گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح $p < 0.05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های سازگاری زناشویی بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول شماره ۵

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر	توان آزمون
رضایت دونفری	۷۶۰/۵۶	۸۱/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۲	۱
همبستگی دونفری	۳۹۲/۴۵	۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۴	۱
توافق دونفری	۶۴۲/۱۸	۴۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹	۱
ابراز محبت	۳۲۷/۱۵	۵۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰۲	۱

بر اساس نتایج جدول ۵، پس از تعدیل نمرات اثر روش درمانی شناختی رفتاری روی هر یک از مؤلفه‌های سازگاری زناشویی: مؤلفه رضایت دونفری ($F = ۸۱/۳۶$ و $p = ۰/۰۰۱$)، همبستگی دونفری ($F = ۶۰$ و $p = ۰/۰۰۱$)، توافق دونفری ($F = ۴۲/۴۸$ و $p = ۰/۰۰۱$) و مؤلفه ابراز محبت ($F = ۵۶/۴۴$ و $p = ۰/۰۰۱$). همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، همه مؤلفه‌های سازگاری زناشویی در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار است. به عبارتی روش درمانی شناختی رفتاری در افزایش رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت اثر معنی‌دار داشته است. توان آماری یک نیز نشان دهنده دقت آماری بسیار بالای این آزمون است.

بحث

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش مؤلفه‌های سازگاری زناشویی مبتلایان به واژینیسموس صورت گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر واژینیسموس در افزایش مؤلفه‌های سازگاری زناشویی، شامل رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های مک کاب، ۲۰۰۱؛ اسکات و همکاران، ۲۰۰۲؛ کرسپو و فرناندز، ۲۰۰۴؛ راسل، ۲۰۰۶؛ وارد و اوگدن، ۲۰۱۰؛ عطاری و همکاران، ۱۳۸۸؛ یارمحمدیان و همکاران، ۱۳۹۰؛ محبی کیا و همکاران، ۱۳۸۷؛ آتش پور و آقایی، ۱۳۸۳ و احمدی و همکاران، ۲۰۰۹ هماهنگ می‌باشد. به عنوان مثال در پژوهشی که توسط راسل (۲۰۰۶) صورت گرفت، مشخص شد که آموزش روش راه حل - محور، هر چهار مؤلفه مقیاس سازگاری زناشویی را به طور معنی داری افزایش داد. در ایران نیز احمدی و همکاران (۲۰۰۹) طی پژوهشی نشان دادند که زوج درمانی شناختی رفتاری بر افزایش سازگاری زناشویی مؤثر است.

در خصوص تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان به ویژگی‌های درمان شناختی رفتاری اشاره کرد. از جمله اینکه تمرینات تجویز شده صرفاً تمرینات مکانیکی و فیزیکی نیستند و به بروز واکنش‌های روانی پیچیده در افراد کمک می‌کنند. مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی از یک طرف واکنش‌های لذت بخش تقویت می‌شود و از سوی دیگر مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شود. این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد که هیجانات خود را آزادانه ابراز کنند که این ارتباط آزاد و راحت، حالت اضطرابی آنها را کاهش می‌دهد. همچنین، طرح درمانی به صورت تدریجی به مبتلایان توانایی و انگیزه لازم را به دست می‌دهد (صالح زاده و همکاران، ۱۳۹۰). از طرفی مداخلات شناختی ابتدا از طریق افزایش مهارت‌های شناختی با دادن آگاهی‌ها در زمینه تمرکز حسی یا تحریک جنسی و کاهش افکار یا نگرش‌های خاصی که باعث تداخل و بازداری کارکردهای جنسی مناسب می‌گردند، افکار یا نگرش‌های سازگارانه‌تر و سازنده‌تری را جایگزین افکار ناکارآمد می‌نماید. روش‌های رفتاری کاهش اضطراب از جمله آرام سازی و حساسیت زدائی منظم، به همراه آموزش جرات ورزی و تعامل صحیح زوجین از جمله

مداخلات دیگری هستند که در رویکرد شناختی رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرند (روزن، ۲۰۰۰). ترکیوله و همکاران (۲۰۰۷) نیز معتقدند که درمان شناختی رفتاری فراوانی رابطه جنسی را افزایش می‌دهد. در بهره‌گیری از الگوهای شناختی رفتاری افزایش و بهبود کنش و رضایت جنسی، کاهش افکار نا امیدکننده و افزایش مهارت و ارتباط زناشویی را به دنبال دارد (ترکیوله و ویگنبرگ، ۲۰۰۶) و در نتیجه این موارد عملکرد جنسی بهبود و افزایش پیدا می‌کند که این مورد هم مستقیماً بر سازگاری زناشویی موثر است. مستون و همکاران (۲۰۰۴) نیز به منظور بررسی بهترین شیوه درمانی اختلال ارگاسم نشان دادند که بهترین و متداول‌ترین شیوه درمانی رویکرد شناختی رفتاری از طریق بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب مثل آرمیدگی، ارائه اطلاعات دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم است.

همچنین در خصوص تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به زوجین روی ارتباط عاطفی، زمان با هم بودن و مسائل جنسی موثر است. تمامی این مهارت‌ها منجر به افزایش احساسات مثبت و کاهش احساسات منفی نسبت به یکدیگر می‌شود که در نهایت منجر به افزایش صمیمیت جنسی می‌گردد. درمان شناختی رفتاری از طریق افزایش مبادله مثبت رفتار، افزایش ابراز مستقیم محبت و مواجهه با عواطف مثبت زوجین و همچنین کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات، موجب ارتقاء کیفیت روابط و ابراز محبت می‌شود (هالفورد، ۲۰۰۱). بنابراین وقتی زوجین بتوانند به موقع و به اندازه، نسبت به دیگری علاقه و محبت خود را ابراز نمایند، همچنین احترام متقابل نسبت به همدیگر نشان دهند، این موارد می‌تواند بدینی نسبی به یکدیگر را کاهش دهد و از این طریق سازگاری زناشویی نیز افزایش می‌یابد. پاتریک^۱ (۲۰۰۶) به نقل از کجیاف و همکاران، (۱۳۹۰) طی پژوهشی نشان داد که در بسیاری از شیوه‌های درمانی از جمله شناختی رفتاری از الگوهای کلامی استفاده می‌گردد که به بهبود روابط منجر می‌شود. اسپتین (۲۰۰۵) معتقد است، معیارهای ارتباطی زوجین نقش مهمی در سازگاری زناشویی ایفا می‌کند. هاوکینز و همکاران (۲۰۰۴) نیز معتقدند مهارت‌های ارتباطی نقش تعیین‌کننده در سازگاری زناشویی دارد.

از دیگر عوامل مورد بحث در این پژوهش این است که با توجه به درمان شناختی رفتاری، شرکت کنندگان از مهارت درک فرد مقابل خود بهره‌مند می‌شوند به گونه‌ای که زوجین با آگاهی از جایگاه ادراکی متفاوت به راحتی قادر خواهند بود تا خود را در جایگاه همسرشان قرار دهند و این باعث افزایش تفاهم بین زوجین می‌گردد. دیکن و مودی (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که زوج‌هایی که توانایی درک و پذیرش افکار و احساسات یکدیگر را داشته باشند در زندگی زناشویی سازگارترند.

از جمله نتایج کیفی پژوهش حاضر این بود که طبق گزارشات پزشک متخصص زنان و زایمان، اضطراب و حساسیت بیش از حد شرکت کنندگان نسبت به معاینات زنان، به میزان زیادی کاهش یافت و اکثر شرکت کنندگان پس از جلسات آموزش، رابطه جنسی را گزارش کردند. در تبیین این نتیجه می‌توان

1. Patrick

گفت که براساس مدل رفتاری واژینیسوس، واکنش واژینیتیک که نشانگر یک پاسخ ترس شرطی شده به تحریک جنسی می‌باشد، توسط درمان مواجهه‌ای قابل رفع است. بنابراین پس از کاهش ترس، زنان قادر به انجام مقاربت می‌باشند. این مسئله ممکن است از طریق کاهش رفتارهای اجتنابی و استقرار مواجهه طولانی مدت با تحریکات ترس آور انجام شود (صالح زاده و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین طبق پیشینه پژوهشی، استحکام روابط زناشویی بدون داشتن روابط جنسی رضایت بخش به خطر می‌افتد و رابطه رضایت زناشویی در گرو رضایت از رابطه جنسی است (نیکولاسی و همکاران، ۲۰۰۴؛ اسپرچر، ۲۰۰۲؛ بئوتل و همکاران، ۲۰۰۲). رابطه جنسی در سلامت روانی زوجین نقش بسزایی دارد و موجب احساس شاد بودن و ایجاد صمیمیت در زوجین می‌شود، بنابراین با وجود داشتن رابطه جنسی، رضایت و سازگاری زناشویی نیز افزایش پیدا می‌کند.

نتیجه گیری

پیشینه تحقیقاتی از مداخلات روانشناختی در درمان مبتلایان به واژینیسوس حمایت‌های فراوانی می‌کنند و البته به طور مشخص به اهمیت افکار و باورهای غیر منطقی و ناسازگار در بروز اختلالات عملکرد جنسی از جمله واژینیسوس اشاره می‌کنند. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. از جمله اینکه با توجه به افراد شرکت کننده در این پژوهش در شهر تهران، تعمیم نتایج به شهرهای دیگر با محدودیت مواجه است. همچنین با توجه به جامعه آماری این پژوهش و عدم تمایل آزمودنی‌ها به شرکت در بررسی‌های پیگیری، این امکان از پژوهشگر سلب گردید. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و فواید درمان شناختی رفتاری پیشنهاد می‌شود به زوجین جوان آگاهی و مهارت‌های لازم آموزش داده شود. همچنین درجهت بهبود کیفیت رابطه دوسویه و افزایش سازگاری زناشویی، بهتر است مشاوران از این روش مداخله‌ای استفاده نمایند.

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش، مسئولین مراکز درمانی فرهنگیان شهید ابوذری و ولیعصر شهر ری و کلیه افرادی که پژوهشگران اثر حاضر را یاری نمودند تشکر می‌نماید.

منابع

- آتش پور، حمید؛ آقایی، اصغر. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش گروهی به شیوه شناختی - رفتاری بر روابط زناشویی. نخستین کنگره آسیب شناسی خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، ص: ۲.
- اوحدی، بهنام. (۱۳۸۵). *تمایلات و رفتارهای جنسی انسان*. اصفهان: انتشارات صادق هدایت.
- اعتمادی، عذرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، احمد؛ فرزاد، ولی الله. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره در شهر اصفهان. مطالعات

روانشناختی، ۲ (۱ و ۲): ۶۹-۸۷.

بریس، نیکلا؛ کمپ، ریچارد؛ سلنگار، رزمی. (۲۰۰۹). تحلیل داده‌های روانشناسی با برنامه SPSS. ترجمه علی آبادی، خدیجه و صمدی، علی. چاپ هفتم، انتشارات دوران، تهران.

کجباف، محمدباقر؛ مقدس، مائده؛ آقایی، اصغر. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش راهبردی برنامه ریزی عصبی - کلامی بر سازگاری زناشویی. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۲(۴): ۳۰-۴۰.

صالح زاده، مریم؛ کجباف، محمدباقر؛ مولوی، حسین؛ ذوالفقاری، معصومه. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان. *مطالعات روانشناختی*، ۱۷(۱): ۱۱-۳۱.

علی اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۸۹). رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۳): ۱۹۹-۲۰۶.

عطاری، یوسفعلی؛ محمدی، کبری؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش راه حل محور به شیوه گروهی بر سازگاری زناشویی زوجین. *دست‌آوردهای روانشناختی*، ۱۶(۱): ۵۱-۶۶.

علویان، موید؛ فتحی آشتیانی، علی؛ عزیز آبادی فراهانی، مهدی؛ مغانی لنکرانی، مریم. (۱۳۸۵). ارتباط کیفیت زندگی و روابط زناشویی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۳(۱ و ۲): ۱۳-۲۰.

معین، لادن؛ غیائی، پروین؛ مسموعی، راضیه. (۱۳۹۰). رابطه سخت رویی روانشناختی و سازگاری زناشویی. *جامعه‌شناسی زنان*، ۲(۴): ۱۶۳-۱۹۰.

محبی کیا، راضیه. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی - رفتاری بر سازگاری زناشویی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

نبی پور، افسانه. (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارت‌های زناشویی (جنسی) بر افزایش رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

یارمحمدیان، احمد؛ بنکدار هاشمی، نازنین؛ عسگری، کریم. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش هوش هیجانی و مهارت‌های زندگی بر سازگاری زناشویی زوج‌های جوان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۲(۲): ۳-۱۲.

References

Ahmady, Kh; Karami, Gh; Noohi, S; Mokhtari, A; Gholampour, Hamide; Rahimi, A.A. (2009). The Efficacy of Cognitive Behavioral Couple's Therapy (CBCT) on Marital Adjustment of

- PTSD-diagnosed combat veterans. *Europe's Journal of Psychology*, 2: 31-40
- Beutel ME, Schumacher J, Weidner W, Brähler E. (2002). Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men-results from a German representative community study. *Andrologia*, 34(1):22-8.
- Cespo , E & Fernandez, f. (2004).Cognitive Brhavioural treatment of a case of vaginism and phobia about pelvce examination, *Journal of psychology*, 106-121.
- Epstien, N.B; Chen, F & Beyder-Kamjou, I. (2005). Relationship and marital satisfacition in Chinese and American couples. *journal of family therapy*, 37: 59-74.
- Grief, A.P. (2000). Charactersiecs of families function well. *Journal of family Issues*, 21: 948-963.
- Halford, W.K. (2001). Brief couple therapy for couples. New York: Guilford publications.
- Hawkins, A.J., Carroll, J.S., Doherty, W.J., & Willoughby, B. (2004). A comprehensive framework for marriage education. *Family Relations*, 53(5): 547-558.
- McCabe, M.P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for propel with sexual dysfunction. *Journal of sexual & Marital therapy*, 27: 259- 271.
- Meston, CM., Hull, E., Levin, RJ & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women in women, *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1):66-8.
- Nicolosi, A., Moreira ED., Villa, M, Glasser, DB. (2004). A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction, and depressive symptoms in men. *J Affect Disord*, 82(2):235-43.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. (2000). Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26:191-208.
- Russell, M. (2006). *Equine Facilitated Couples Therapy and Solution Focused Couples Therapy: A Comparison Study*. Prescott, Arizona.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Simunek, M., McKenley ,J & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*, 16:769-785.

- Spanier, G. (1976). Measuring a dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1): 15-26.
- Sprecher S. (2001). Equity and social exchange in dating couples: Associations with satisfaction, commitment and stability. *J Marriage Fam.* 63(3):599-613.
- Sprecher S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationship: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *J Sex Res*, 39:190.
- Ter Kuile, M. M., Weijnenborg, P.T. (2006). A cognitive-behavioral group program for women with vulvar vestibulitis syndrome (VVS): factors associated with treatment success. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32(3):199-213.
- Ter Kuile, M.M., van Lankveld, J. J.D.M., de Groot, E., Melles, R., Nefs, J., zand bergen, M. (2007). Cognitive – behavioral therapy for Women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour ReSearch and therapy*, 45: 359 – 373.
- Ward, E., & Ogden, J. (2010). Experiencing Vaginismus – Sufferers' beliefs about causes and effects. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(4): 434 – 446.
- Wiken & Moudy. (2004). marital adjustment. *Journal of marital and family therapy*, 31: 20-32.