

## رابطه بین تصویر بدنی با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی با نقش واسطه‌ای سلامت روان

بی‌تا نصرالهی\*<sup>۱</sup>، سمیرا قدیمی<sup>۲</sup>

۱. دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. (نوسنده مسئول)  
Bita.nasrolahi@gmail.com

۲. دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

sa.ghadimi1993@gmail.com

تاریخ: [۱۴۰۲/۴/۱۳]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۳/۱۴]

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین تصویر بدنی با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی با نقش واسطه‌ای سلامت روان در زنان متأهل انجام گرفت. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ جمع‌آوری اطلاعات توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان متأهل شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. از بین جامعه آماری ۴۰۶ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تصویر بدنی برون و همکاران (MBSRQ)، عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (FSFI)، سلامت روان گلدنبرگ (ghq-28) و پرسش‌نامه سازگاری زناشویی گراهام بی اسپانیر (DAS) استفاده شد. بعد از جمع‌آوری و استخراج داده‌ها، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش حاضر از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد، در این پژوهش از نسخه‌ی ۲۵ نرم‌افزار AMOS و از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شده است. نتایج نشان داد که تصویر بدنی به صورت مثبت و معنادار بر عملکرد جنسی ( $\beta=0/31, P<0/05$ ) و همچنین بر سازگاری زناشویی ( $\beta=0/117, P<0/01$ ) اثر مستقیم دارد. سلامت روان به صورت منفی و معنادار بر عملکرد جنسی ( $\beta=-0/370, P<0/01$ ) و همچنین بر سازگاری زناشویی ( $\beta=-0/548, P<0/01$ ) اثر مستقیم دارد. سلامت روان به صورت مثبت و معنادار اثر غیرمستقیم تصویر بدنی بر عملکرد جنسی ( $\beta=0/111, P<0/01$ ) و همچنین اثر غیرمستقیم تصویر بدنی بر سازگاری زناشویی ( $\beta=0/164, P<0/01$ ) را میانجی‌گری می‌کند. به‌طور کلی نتایج نشان داد تصویر بدنی هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری سلامت روان بر عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی اثر دارد-با داده‌های گردآوری شده برازش دارد.

**واژگان کلیدی:** تصویر بدنی، عملکرد جنسی، سازگاری زناشویی، سلامت روان.

## ۱- مقدمه

زنان امروز مراقبان بی‌واسطه‌ی فرزندان آینده جامعه هستند و سلامتی و بیماری آنان در سلامتی و بیماری جامعه فردا و نسل‌های آینده اثراتی قابل توجه خواهد داشت؛ بنابراین لازم است به سلامت روانی-جسمانی این قشر عظیم بیشتر توجه شود و گام‌هایی اساسی در جهت پیشگیری و درمان آنان برداشته شود (غیائی، معین و روستا، ۱۳۸۹). ظاهر<sup>۱</sup> یکی از بخش‌های بسیار مهم خود پنداره و تصویر بدنی<sup>۲</sup> است. مدیریت ظاهر فقط شامل تفکر درباره‌ی چگونگی قیافه‌ی شخصی نمی‌باشد بلکه شامل فعالیت‌هایی برای نمایش قیافه نیز می‌باشد (Kaiser, 1997). تصویر بدنی بر بسیاری از ابعاد مهم زندگی فرد تأثیر می‌گذارد. عملکرد جنسی یکی از مواردی است که تحت تأثیر تصویر بدنی قرار می‌گیرد. تصویر بدنی که فرد از خود دارد می‌تواند باعث بهبود عملکرد جنسی و یا نارضایتی جنسی شود. در این میان، عملکرد جنسی، عواملی نظیر تمایل، برانگیختگی جنسی، اوج لذت جنسی، رضایت و درد را در خود جای می‌دهد (Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh & et al., 2000). زنانی که بدن خود را بیشتر دوست دارند و به بدن خویش احترام می‌گذارند، برانگیختگی جنسی بالاتری دارند (van den Brink, Smeets, Hessen & Woertman, 2016). میل جنسی آن‌ها بیشتر است (وان دن برینک و همکاران، ۲۰۱۶) و تعداد دفعاتی که به اوج لذت جنسی می‌رسند نیز بیشتر است (Satinsky, Reece, Dennis, Sanders & Bardzell, 2012).

ازدواج یکی از مهم‌ترین تصمیم‌گیری‌ها در زندگی هر فرد است و سازگاری در ازدواج یکی از اصلی‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی است. از این رو متخصصان روانشناسی خانواده غالباً معیار خود را در بررسی کیفیت روابط زوجین، سطح سازگاری زناشویی آن‌ها قرار داده‌اند. سازگاری زناشویی مفهومی است که دارای ابعاد مختلفی است که نسبت به رضایت زناشویی از ویژگی‌های عینی‌تری برخوردار است (Watson, Hubbard & Wiese, 2000). بر اساس بررسی‌های به عمل آمده سازگاری زناشویی دارای چهار مؤلفه اصلی گفتگوهای محبت‌آمیز، توافق دوتایی، همبستگی دوتایی و رضایت دو تایی می‌باشد (Kreidler, 2018)؛ امینی، حسینی و نوروزیان ملکی، ۱۳۹۲). سازگاری زناشویی همسران می‌تواند تحت تأثیر سلامت روان باشد. فقدان سلامت روان منجر به ناسازگاری زناشویی شده و موجب پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود. به عبارتی سلامت روان شناختی زوجین، پیش‌بینی‌کننده‌ی سازگاری زناشویی می‌باشد یعنی هر چقدر زوجین از سلامت روان بالاتری برخوردار باشند به همان نسبت سازگاری زناشویی زوجین بالاتر می‌رود (احمدی و مرادی، ۱۳۹۷). در این میان تصویر بدنی مطلوب نه تنها بر بهبود عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی تأثیرگذار است، علاوه بر آن می‌تواند بر سایر ابعاد زندگی انسان، به‌خصوص سلامت روان نیز تأثیرگذار باشد. تصویر بدنی مطلوب احتمالاً با شاخص‌های سلامت روان در ارتباط است (Gillen & Morrison, 2015). سلامت روانی، خود شامل عواملی نظیر تجربه جنسی، عملکرد جنسی، امنیت و رفتارهای جنسی سالم می‌شود (Gillen & Morrison, 2015). این سازه‌ها به‌طور چشمگیری در ادبیات پژوهش پیرامون تصویر بدنی منفی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، در نتیجه، تعیین ارتباط آن‌ها با تصویر بدنی مثبت نیز حائز اهمیت است. افرادی که تصویر بدنی مطلوب‌تری دارند، کمتر با مشکلات روانی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، افرادی که سلامت روانی بالاتری را تجربه می‌کنند بدن خود را محترم شمرده و به آن عشق می‌ورزند. افرادی که از تصویر بدنی مطلوبی برخوردارند رفتارهای خود مراقبتی بالایی دارند و در فعالیت‌های ورزشی، یوگا، ذهن آرامی و غیره بیشتر مشارکت می‌کنند (Alleva, Tyłka, van Oorsouw, Montanaro, Perey, Bolle & et al., 2020). از طرف دیگر درک نامناسب از تصویر بدن و عدم رضایت از آن می‌تواند بر سلامت روان فرد تأثیر گذاشته و منجر به مشکلات جسمی روحی شود. (دهقانی، میتراچهرزاد، جعفری اصل و سلیمانی ۱۳۹۱).

لذا با توجه به نقش پررنگ تصویر بدنی، به‌خصوص در جوامع کنونی و از سوی دیگر اهمیت زنان در دستیابی به عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی به‌منظور حفظ کیان خانواده، به نظر می‌رسد اهمیت مطالعه‌ی رابطه‌ی بین تصویر بدنی با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی بیش‌ازپیش آشکار باشد. لذا با توجه به مطالب بیان‌شده پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که آیا تصویر بدنی هم به‌صورت مستقیم و هم با میانجیگری سلامت روان بر عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی اثر دارد؟

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

بررسی و مطالعه پیشینه پژوهشی بیانگر آن است که تا کنون تلاش‌های پژوهشی برای بررسی رابطه بین تصویر بدنی با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی با نقش واسطه‌ای سلامت روان در زنان متأهل انجام نشده است اما بررسی پژوهش‌های نزدیک به این عنوان در گروه‌های دیگر صورت گرفته که چند نکته را روشن می‌کند. پژوهش‌ها تأثیرگذاری تصویر ذهنی از بدن را بر سازگاری زناشویی، عملکرد و رضایت جنسی نشان داده‌اند (فکرت، ابراهیمی نژاد و رضوی نعمت الهی، ۱۳۹۳؛ خراشادی زاده، کرمی دهکردی، رهسپار، لطیف نژاد رودسری، سالاری و همکاران، ۱۳۹۰؛ لطیف نژاد رودسری و همکاران، ۱۳۹۰؛ Kilic, Taycan, Belli & Ozmen, 2007). لذا هنگامی که زوجین متوجه تصویر ذهنی نامطلوب از خود شوند فعالیت‌های جنسی و روابط زناشویی نیز دچار آسیب می‌شود. در واقع نارضایتی از تصویر بدن منجر به کاهش سطح سلامت روان می‌شود و این کاهش بر روابط اجتماعی و سازگاری زناشویی تأثیرگذار است. سازگاری بین زن و شوهر به آنها اجازه می‌دهد تا از تعارض‌ها اجتناب و با شیوه‌های مناسب آنها را حل کنند و در نتیجه هر دو احساس رضایت از ازدواج و رابطه با یکدیگر داشته باشند.

## ۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی-همبستگی مبتنی بر روابط ساختاری، مدل‌سازی معادلات ساختاری می‌باشد. در این پژوهش تصویر بدنی به‌عنوان متغیر پیش‌بین، عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی به‌عنوان متغیر ملاک، سلامت روان به‌عنوان متغیر میانجی یا واسطه‌ای می‌باشد. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک تکنیک تحلیل چند متغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چند متغیری و به بیان دقیق‌تر بسط مدل خطی کلی است که به پژوهشگر امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به‌گونه‌ای هم‌زمان مورد آزمون قرار می‌دهد. لذا پژوهش حاضر از نوع هدف بنیادی و ازلحاظ روش‌شناسی، روشی که دنبال می‌کند توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان متأهل شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۰۶ نفر از زنان متأهل شهر تهران بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند... انتخاب این افراد از بین دانشجویان دانشکده‌های علوم انسانی در دانشگاه‌های سطح شهر تهران انجام گرفت.

## ۳-۲ ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه تصویر بدنی (برون کش و میولکا، ۱۹۹۰): این پرسش‌نامه شامل ۶۹ ماده است که جهت ارزیابی نگرش فرد درباره ابعاد مختلف ساختار تصویر بدنی طراحی شده است و شامل سه مقیاس خود بدن، مقیاس رضایت از بخش‌های مختلف بدن و مقیاس مربوط به نگرش فرد درباره وزن می‌باشد. در BSRQ سه بعد جسمانی غالب هستند: ظاهر بدنی، تناسب بدنی و سلامتی که هر کدام از این قسمت‌ها شامل دو حیطه ارزیابی و آگاهی می‌باشد: ارزیابی از ظاهر و آگاهی از ظاهر، ارزیابی تناسب بدنی و آگاهی از تناسب بدنی، ارزیابی سلامتی و آگاهی از سلامتی. هر کدام از این حیطه‌ها ۵ نمره دارد، به‌این‌ترتیب که نمره ۱ برای کاملاً مخالف و نمره ۵ برای کاملاً موافق در نظر گرفته شده است. امتیاز بالاتر، نشان‌دهنده رضایت بیشتر می‌باشد. در BASS 29 رضایت از بخش‌های مختلف بدن شامل صورت، بالاتنه، میان‌تنه و پایین‌تنه، قوام عضلات، وزن و قد و ظاهر کلی می‌باشد که امتیاز 1 برای حالت کاملاً

ناراضی و ۵ برای حالت کاملاً راضی محاسبه شده است. روایی بخش‌های اصلی پرسشنامه توسط کش<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت همچنین پایایی آن ۰/۸۱ گزارش شد.

ب) پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (FSFI): این پرسشنامه دارای ۱۹ سؤال است که عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد. در مورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سؤال‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست آمد. نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال‌های ۱- حوزه میل ۲- حوزه تهییج جنسی ۳- رطوبت مهبل ۴- ارگاسم ۵- درد و ۶- رضایتمندی جنسی (۱-۵ یا صفر) است. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. با جمع کردن نمرات شش حوزه باهم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به این ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم‌وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود.

پ) پرسشنامه سازگاری زناشویی گراهام بی اسپانیر (DAS) (۱۹۷۶): این پرسشنامه به منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهرها و یا هر دو نفری که باهم زندگی می‌کنند تنظیم شده است و چهار بعد رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت را می‌سنجد. این مقیاس یک ابزار ۳۲ سؤالی برای ارزیابی کیفیت رابطه‌ی زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دو نفری است که با هم زندگی می‌کنند. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی رابطه بهتر و سازگارتر است. ت) پرسشنامه سلامت روان گلدنبرگ (GHQ-28): پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت روان گلدنبرگ یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف شناسایی کسانی که داری یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پرسشنامه سلامت عمومی به دو طبقه از پدیده‌ها توجه می‌شود ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنشگری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. در بین ابزارهای غربالگری سلامت روان، پرسشنامه سلامت عمومی یکی از ابزارهایی است که به‌طور وسیعی در سراسر جهان از آن استفاده می‌شود. به عبارت دیگر معتبرترین ابزار غربالگری و تعیین مشکلات روان‌شناختی و شناسایی موارد مثبت در جمعیت عمومی است. از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمله‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است.

#### ۴- یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۴۰۶ زن شرکت کردند که ۱۸ نفر (۴/۴ درصد) از آنان کمتر از ۲۰ سال، ۱۷۷ نفر (۴۳/۶ درصد) ۲۱ تا ۳۰ سال، ۱۳۹ نفر (۳۴/۲ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال، ۵۹ نفر (۱۴/۶ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۳ نفر (۳/۲ درصد) بیشتر از ۵۰ سال داشتند. میزان تحصیلات ۹۷ نفر (۲۳/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان دیپلم و زیر دیپلم، ۴۸ نفر (۱۱/۸ درصد) فوق‌دیپلم، ۱۷۸ نفر (۴۳/۸ درصد) لیسانس، ۷۴ نفر (۱۸/۲ درصد) فوق‌لیسانس و ۹ نفر (۲/۲ درصد) دکتری بود. در بین شرکت‌کنندگان ۶۸ نفر (۱۶/۷ درصد) کمتر از یک سال، ۹۹ نفر (۲۴/۴ درصد) ۲ تا ۵ سال، ۶۵ نفر (۱۶ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۷۸ نفر (۱۹/۲ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال، ۴۸ نفر (۱۱/۸ درصد) ۱۶ تا ۲۰ سال و ۴۸ نفر (۱۱/۸ درصد) بیشتر از ۲۰ سال تجربه زندگی مشترک با همسر خود داشتند. در نهایت ۱۱۴ نفر (۲۸/۱ درصد) از شرکت‌کنندگان فاقد فرزند، ۱۳۸ نفر (۳۴ درصد) یک فرزند، ۱۱۰ نفر (۲۷/۱ درصد) دو فرزند و ۴۶ نفر (۱۰/۸ درصد) بیشتر از دو فرزند داشتند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین تصویر بدنی، سلامت روان (علائم جسمانی،

اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی)، عملکرد جنسی (میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی) و سازگاری زناشویی (رضایت زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت) را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱. تصوی بدنی	-														
۲. سلامت روان- علائم جسمانی	۰/۲۴**	-													
۳. سلامت روان- اضطراب	۰/۱۷**	۰/۶۸**	-												
۴. سلامت روان- عملکرد اجتماعی	۰/۴۰**	۰/۵۱**	۰/۵۳**	-											
۵. سلامت روان- افسردگی	۰/۱۹**	۰/۵۵**	۰/۶۸**	۰/۵۹**	-										
۶. عملکرد جنسی- میل	۰/۱۵**	۰/۱۲*	۰/۱۳*	۰/۱۶**	۰/۱۲*	-									
۷. عملکرد جنسی- تحریک روانی	۰/۱۵**	۰/۱۸**	۰/۰۹	۰/۱۱*	۰/۰۴	۰/۵۷**	-								
۸. عملکرد جنسی- رطوبت	۰/۱۰*	۰/۲۲**	۰/۲۸**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۵۶**	۰/۲۴**	-							
۹. عملکرد جنسی- ارگاسم	۰/۱۴**	۰/۲۵**	۰/۲۰**	۰/۱۶**	۰/۱۴**	۰/۲۳**	۰/۶۴**	۰/۱۲*	-						
۱۰. عملکرد جنسی- رضایتمندی	۰/۲۰**	۰/۱۶**	۰/۲۲**	۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۳۶**	۰/۳۲**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	-					
۱۱. عملکرد جنسی- درد جنسی	۰/۰۶	۰/۲۴**	۰/۳۰**	۰/۲۳**	۰/۴۷**	۰/۵۷**	۰/۲۹**	۰/۷۵**	۰/۲۰**	۰/۴۲**	-				
۱۲. سازگاری زناشویی- رضایت	۰/۱۷**	۰/۳۰**	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۲۵**	۰/۳۱**	۰/۱۱*	۰/۴۱**	۰/۱۵**	۰/۳۸**	۰/۳۴**	-			
زناشویی															
۱۳. سازگاری زناشویی- همبستگی	۰/۲۴**	۰/۲۱**	۰/۲۳**	۰/۳۰**	۰/۴۷**	۰/۳۴**	۰/۱۲*	۰/۳۰**	۰/۱۷**	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۶۶**	-		
دونفری															
۱۴. سازگاری زناشویی- توافق دونفری	۰/۲۹**	۰/۳۵**	۰/۴۰**	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۲۹**	۰/۱۲*	۰/۳۱**	۰/۱۶**	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۷۲**	۰/۶۳**	-	
۱۵. سازگاری زناشویی- ابراز محبت	۰/۲۰**	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۳۱**	۰/۲۶**	۰/۳۲**	۰/۱۰*	۰/۲۷**	۰/۲۱**	۰/۳۳**	۰/۳۹**	۰/۵۸**	۰/۴۹**	۰/۶۱**	-
میانگین	۱۰۵/۳۳	۶۰/۸	۶۸/۱	۶۹/۰	۳/۹۵	۴/۵۱	۱۱/۳۶	۱۲/۴۴	۶/۳۵	۹/۰۶	۱/۶۶	۳/۰۸	۱/۳۶	۳۱/۳۷	۹/۲۴
انحراف استاندارد	۲۰/۴۶	۴/۲۰	۳/۶۰	۳/۵۳	۲/۷۷	۲/۰۷	۴/۹۱	۴/۹۷	۲/۳۲	۲/۸۷	۲/۸۷	۹/۷۰	۴/۴۰	۷/۶۸	۲/۹۱

\*\* $P > 0.01$  و \* $P > 0.05$

جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که بر اساس آن جهت ضرایب همبستگی همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بود. در این پژوهش به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری، کشیدگی و چولگی تک‌تک متغیرها و به منظور ارزیابی مفروضه هم خطی بودن عامل تورم واریانس<sup>۱</sup> (VIF) و ضریب تحمل<sup>۲</sup> متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ قابل ملاحظه است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه‌ها در محدوده  $\pm 2$  قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری برقرار است (رک کلاین، ۲۰۱۶). همچنین بر اساس نتایج جدول ۲ می‌توان گفت مفروضه هم خطی بودن نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بوده است؛ زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آن‌ها کوچک‌تر از ۱۰ است. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان‌دهنده عدم برقراری مفروضه هم خطی بودن است.

جدول ۲. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و هم خطی بودن

متغیر	مفروضه نرمال بودن	مفروضه هم خطی بودن
-------	-------------------	--------------------

1. variance inflation factor
2. tolerance

تورم واریانس	ضریب تحمل	کشیدگی	چولگی	تصویر بدنی
۱/۲۰	۰/۸۳	۰/۲۱	-۰/۰۹	تصویر بدنی
۲/۰۱	۰/۵۰	۰/۷۶	۰/۹۴	سلامت روان - علائم جسمانی
۲/۵۳	۰/۴۰	۰/۰۳	۰/۷۷	سلامت روان - اضطراب
۱/۸۸	۰/۵۳	۱/۱۲	۱/۰۱	سلامت روان - عملکرد اجتماعی
۲/۱۸	۰/۴۶	۱/۵۴	۱/۴۵	سلامت روان - افسردگی
-	-	-۰/۱۹	-۰/۳۳	عملکرد جنسی - میل
-	-	-۰/۲۷	-۰/۱۲	عملکرد جنسی - تحریک روانی
-	-	-۰/۴۶	-۱/۰۲	عملکرد جنسی - رطوبت
-	-	۰/۳۷	-۰/۷۴	عملکرد جنسی - ارگاسم
-	-	۰/۰۹	-۰/۸۷	عملکرد جنسی - رضایتمندی
-	-	-۰/۴۶	-۰/۹۳	عملکرد جنسی - درد جنسی
-	-	۰/۸۶	-۱/۰۸	سازگاری زناشویی - رضایت زناشویی
-	-	۰/۱۲	-۰/۵۱	سازگاری زناشویی - همبستگی دونفری
-	-	۰/۲۶	۰/۸۱	سازگاری زناشویی - توافق دونفری
-	-	۱/۵۵	-۱/۱۳	سازگاری زناشویی - ابراز محبت

در این پژوهش به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چند متغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهلبوبایس<sup>۱</sup>» استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلبوبایس به ترتیب برابر با ۱/۳۹ و ۱/۳۶ به دست آمد که در محدوده  $\pm 2$  قرار داشت. این یافته بیانگر برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده‌هاست. گفتنی است که مفروضه همگنی واریانس‌ها از طریق بررسی نمودار پراکنندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار گرفت و ملاحظه شد که مفروضه مزبور در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است.

#### ۴-۱- تحلیل مدل

الف) مدل اندازه‌گیری: در مدل اندازه‌گیری پژوهش، ۱۴ نشانگر برای انعکاس ۳ ساختار مکنون در نظر گرفته شده بود. با توجه به شکل ۱ چنین فرض شده بود که متغیر مکنون سلامت روان به وسیله نشانگرهای علائم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی، متغیر مکنون عملکرد جنسی به وسیله نشانگرهای میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی و متغیر مکنون سازگاری زناشویی به وسیله نشانگرهای رضایت زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت سنجیده می‌شود. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، نرم‌افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال<sup>۳</sup> (ML) ارزیابی شد. جدول ۲ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

1. Mahalanobis distance (D)
2. standardized residuals
3. Maximum Likelihood

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری

نقطه برش <sup>۱</sup>	مدل ساختاری		مدل اندازه‌گیری		شاخص‌های برازندگی
	مدل اصلاح‌شده	مدل اولیه	مدل اصلاح‌شده	مدل اولیه	
-	۲۸۳/۳۲	۳۳۹/۷۹	۲۱۲/۹۱	۵۷۱/۶۱	مجذور کای <sup>۲</sup>
-	۸۱	۸۲	۷۰	۷۴	درجه آزادی مدل
کمتر از ۳	۳/۵۰	۴/۱۴	۳/۰۴	۷/۷۲	$\chi^2/df$ <sup>۳</sup>
۰/۹۰ >	۰/۹۱۳	۰/۹۰۰	۰/۹۳۲	۰/۸۴۴	GFI <sup>۴</sup>
۰/۸۵۰ >	۰/۸۷۱	۰/۸۵۴	۰/۸۹۹	۰/۷۷۹	AGFI <sup>۵</sup>
۰/۹۰ >	۰/۹۳۳	۰/۹۱۴	۰/۹۵۱	۰/۸۲۹	CFI <sup>۶</sup>
۰/۰۸ <	۰/۰۷۹	۰/۰۸۸	۰/۰۷۱	۰/۱۲۹	RMSEA <sup>۷</sup>

جدول ۳ نشان می‌دهد که هیچ‌یک از شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری‌شده حمایت نمی‌کنند ( $\chi^2/df=7/72$ ,  $CFI = 0/829$ ,  $GFI = 0/844$ ,  $AGFI = 0/779$  و  $RMSEA = 0/129$ ). به همین دلیل شاخص‌های اصلاح ارزیابی و بر اساس آن مدل در چهار مرحله با ایجاد کوواریانس بین خطاهای نشانگرهای عملکرد جنسی و سلامت روان اصلاح و در نهایت شاخص‌های برازندگی به دست آمد که نشان می‌دهد مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری‌شده برازش قابل قبول دارد ( $\chi^2/df=3/04$ ,  $CFI = 0/951$ ,  $GFI = 0/932$ ,  $AGFI = 0/899$  و  $RMSEA = 0/071$ ). در مدل اندازه‌گیری بزرگ‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر رضایت زناشویی ( $\beta=0/868$ ) و کوچک‌ترین بار عاملی متعلق به نشانگر تحریک روانی ( $\beta=0/345$ ) بود. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ بود، می‌توان گفت همه آنها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

ب) مدل ساختاری: به دنبال ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، در مرحله دوم شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که تصویر بدنی هم به صورت مستقیم و هم با میانجیگری سلامت روان بر عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی اثر دارد. جدول ۳ نشان می‌دهد اگرچه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری‌شده حمایت می‌کنند ( $\chi^2/df=4/14$ ,  $CFI = 0/914$ ,  $GFI = 0/900$ ,  $AGFI = 0/854$  و  $RMSEA = 0/088$ )، با وجود این ارزیابی شاخص‌های اصلاح نشان داد که با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو متغیر مکنون عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی می‌توان مدل را اصلاح کرد؛ بنابراین مدل ساختاری اصلاح و شاخص‌های برازندگی به دست آمد که نشان داد مدل ساختاری با داده‌های گردآوری‌شده برازش دارد ( $\chi^2/df=3/50$ ,  $CFI = 0/933$ ,  $GFI = 0/913$ ,  $AGFI = 0/871$  و  $RMSEA = 0/079$ ). جدول ۴ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

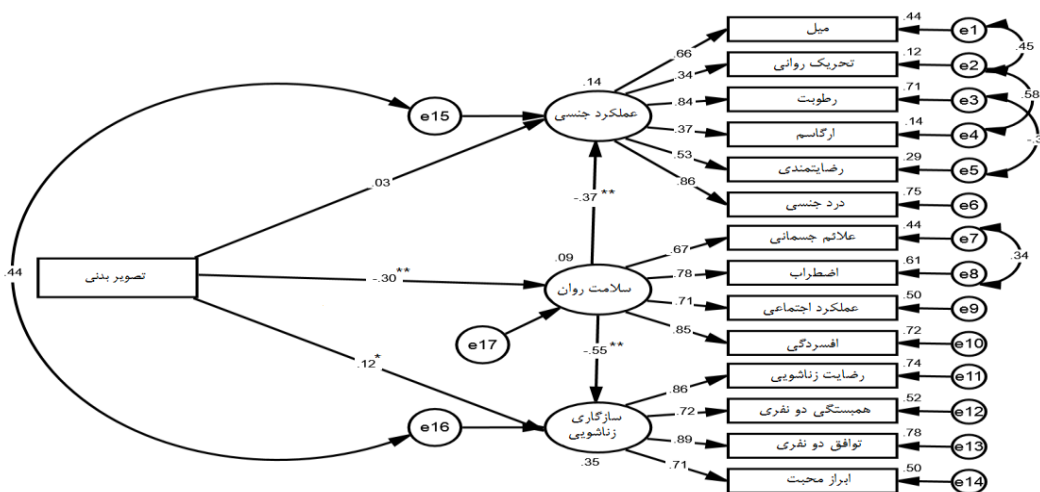
۱. نقاط برش براساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)

2. Chi-Square
3. normed chi-square
4. Goodness Fit Index
5. Adjusted Goodness Fit Index
6. Comparative Fit Index
7. Root Mean Square Error of Approximation

جدول ۴. ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیر	b	S.E	$\beta$	p
تصویر بدنی ← سلامت روانی	-۰/۰۴۱	۰/۰۰۹	-۰/۲۹۹	۰/۰۰۱
سلامت روانی ← سازگاری زناشویی	-۱/۶۳۷	۰/۲۴۵	-۰/۵۴۸	۰/۰۰۱
سلامت روانی ← عملکرد جنسی	-۰/۱۸۲	۰/۰۳۶	-۰/۳۷۰	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم تصویر بدنی ← سازگاری زناشویی	۰/۰۴۸	۰/۰۲۰	۰/۱۱۷	۰/۰۲۱
ضریب مسیر مستقیم تصویر بدنی ← عملکرد جنسی	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۳۱	۰/۵۳۱
ضریب مسیر غیرمستقیم تصویر بدنی ← سازگاری زناشویی	۰/۰۶۷	۰/۰۱۷	۰/۱۶۴	۰/۰۰۱
ضریب مسیر غیرمستقیم تصویر بدنی ← عملکرد جنسی	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۱۱۱	۰/۰۰۱
ضریب مسیر کل تصویر بدنی ← سازگاری زناشویی	۰/۱۱۵	۰/۰۱۹	۰/۲۸۲	۰/۰۰۱
ضریب مسیر کل تصویر بدنی ← عملکرد جنسی	۰/۰۱۰	۰/۰۰۴	۰/۱۴۲	۰/۰۱۳

جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین تصویر بدنی و عملکرد جنسی ( $\beta=۰/۱۴۲, P=۰/۰۱۳$ ) از یک‌سو و ضریب مسیر کل بین تصویر بدنی و سازگاری زناشویی ( $\beta=۰/۲۸۲, P=۰/۰۰۱$ ) از سوی دیگر مثبت و معنادار است. همچنین ضریب مسیر بین سلامت روان و عملکرد جنسی ( $\beta=-۰/۳۷۰, P=۰/۰۰۱$ ) از یک‌سو و ضریب مسیر بین سلامت روان و سازگاری زناشویی ( $\beta=-۰/۵۴۸, P=۰/۰۰۱$ ) از سوی دیگر منفی و معنادار بود. جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین تصویر بدنی و عملکرد جنسی ( $\beta=۰/۱۱۱, P=۰/۰۰۱$ ) مثبت و معنادار است. در نهایت جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین تصویر بدنی و سازگاری زناشویی ( $\beta=۰/۱۶۴, P=۰/۰۰۱$ ) مثبت و معنادار است. بر این اساس می‌توان گفت سلامت روان رابطه بین تصویر بدنی با سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی را به صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط علی بین تصویر بدنی با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی بر اساس نقش میانجی‌گر سلامت روان را نشان می‌دهد.



شکل ۱. پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

شکل ۱ نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه ( $R^2$ ) برای متغیر عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی به ترتیب برابر با ۰/۱۴ و ۰/۳۵ به دست آمد، این موضوع بیانگر آن است که تصویر بدنی و سلامت روان در مجموع ۱۴ درصد و ۳۵ درصد از واریانس به ترتیب عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی را تبیین می‌کند.

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین تصویر بدنی با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی با نقش واسطه‌ای سلامت روان در زنان متأهل شهر تهران انجام گرفت. به‌منظور آزمایش فرضیه‌های مرتبط با این هدف تعداد ۴۰۶ نفر از زنان متأهل شهر تهران انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تصویر بدنی هم به‌صورت مستقیم و هم با میانجیگری سلامت روان بر عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی اثر دارد. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش لرنر، اورلسون و نپ<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، گراگان<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین یافته پژوهش کنونی، در تبیین نتایج به‌دست‌آمده باید گفت که ادراک زنان از جذابیت ظاهریشان در کنار افزایش اعتمادبه‌نفس، سلامت روان و دید مثبت به زندگی منجر به افزایش رضایت زناشویی و نیز افزایش رضایت جنسی و عملکرد جنسی خواهد شد. تصویر بدنی منفی و عدم رضایت از تصویر بدنی منجر به عواطف منفی و عزت‌نفس پایین می‌شود، این حساسیت بسیار بالا و دغدغه‌های مکرر باعث کمرنگ شدن رضایت و عملکرد جنسی می‌شود. اگر رضایت از تصویر بدنی بیشتر باشد با افزایش سلامت روان، اعتمادبه‌نفس جنسی و دید مثبت نسبت به زندگی، عملکرد جنسی و به‌تبع آن سازگاری زناشویی افزایش می‌یابد. اریکسون اعتقاد دارد ویژگی‌های جسمانی و فیزیکی انسان‌ها نقش مهمی در شکل‌گیری هویت آنان دارد، این هویت در زنان، بیشتر بر حول محور جذابیت و زیبایی چهره است، بنابراین بدن و جسم، به‌خودی‌خود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ و اگر اسنادهای بدنی افراد، منفی باشد منجر به مشکلات هویتی و به دنبال آن کاهش سلامت روان می‌شود. موری نیز، در نظریه خویش از سلامت روان و عوامل مؤثر بر آن صحبت می‌کند. وی معتقد است فرد سالم، از ساختار روانی خودش آگاهی لازم را داشته و بین من واقعی و من آرمانی او فاصله زیادی وجود ندارد. تصویر بدن که عنصری اساسی از شخصیت و خودپنداره هر فرد است می‌تواند به منبعی برای هیجانات مثبت و منفی تبدیل شود و از این طریق بر زندگی روانی و نگرش‌های فرد تأثیر بگذارد. در واقع چنانچه این تصویر مثبت باشد سبب ایجاد حس ارزشمندی در فرد می‌شود و چنانچه شخص از این تصویر ناراضی باشد منجر به تغییر در احساس خود ارزشمندی می‌شود و این تغییر، کارکردهای روزانه، روابط بین فردی، ارتباطات جنسی و به‌تبع آن روابط زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین اختلال تصویر بدن بر عملکرد کلی افراد، بهزیستی، عزت‌نفس، سلامت جنسی و روانی تأثیر می‌گذارد. در روابط زناشویی، چنانچه تصویر از بدن از سوی فرد منفی برداشت شود فاصله روانی میان زوجین را افزایش می‌دهد و بر سازگاری زناشویی تأثیر معناداری می‌گذارد؛ زیرا زوجینی که تصویر منفی از بدن خود دارند اضطراب بیشتری را در رابطه با رابطه جنسی خود احساس می‌کنند؛ بنابراین منجر به جرئت‌ورزی جنسی پایین و کاهش فراوانی فعالیت جنسی می‌شود و زوجینی که تصویر مثبتی از بدن خود دارند بیشتر وارد فعالیت‌های جنسی شده و ممکن است رضایت جنسی بیشتری را تجربه کنند؛ بنابراین تصویر فرد از بدن می‌تواند نقش مهمی در فعالیت‌های جنسی و رضایت از رابطه زناشویی در زوجین و بخصوص زنان داشته باشد که این امر ضرورت توجه به درمان تصویر بدن منفی را آشکار می‌نماید.

بعلاوه همان‌طور که نتایج نشان داد تصویر بدنی، سازگاری زناشویی را به‌صورت مثبت و معنادار میانجیگری می‌کند. پژوهش‌ها تأثیرگذاری تصویر ذهنی از بدن را بر سازگاری زناشویی، عملکرد و رضایت جنسی نشان داده‌اند (فکرت و همکاران، ۱۳۹۳؛ خراشادی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰؛ لطیف‌نژاد رودسری، کرمی دهکردی، اسماعیلی، موسوی‌فر و آقامحمدیان، ۱۳۹۰؛ Kilic et al.,

1. Lerner, Orlos & Knapp

2 Grogan

2007). لذا هنگامی که زوجین متوجه خود شوند؛ تصویر ذهنی آن‌ها از خود خراب و فعالیت‌های جنسی و روابط زناشویی نیز دچار آسیب می‌شود. در واقع نارضایتی از تصویر بدن منجر به تغییر در احساس خود ارزشمندی می‌شود و این تغییر بر روابط اجتماعی و زناشویی تأثیرگذار است.

## ۶- تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد خانم سمیرا قدیمی مصوب و دفاع شده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات استخراج شده است، نویسنده بر خود لازم می‌داند مراتب تشکر صمیمانه خود را از استاد راهنما و مسئولان پژوهشی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات بعمل آورد.

## ۷- منابع

- ۱- امینی، ص.، حسینی، ب.، و نوروزیان ملکی، س. (۱۳۹۲). بررسی تطبیقی میزان رضایت مندی ساکنان بین دو نمونه از مجتمع‌های مسکونی میان مرتبه و بلند مرتبه، نمونه‌های موردی: مجتمع‌های مسکونی شهید محلاتی و سبحان. معماری و شهرسازی آرمانشهر، ۵(۱۱)، ۱-۱۳.
- ۲- احمدی، ش.، و مرادی، ا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی سازگاری زناشویی بر اساس مولفه‌های سلامت روان‌شناختی و خودشفقت‌ورزی در زوجین شهرستان بوکان. زن و مطالعات خانواده، ۱۱(۴۱)، ۴۳-۵۵.
- ۳- خراشادی زاده، ف.، کرمی دهکردی، ا.، رهسپار، ا. ع.، لطیف نژاد رودسری، ر.، سالاری، م.، اسماعیلی، ح.، و هاشمی، م. (۱۳۹۰). تعیین ارتباط تصویر ذهنی از بدن با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی در زنان بارور و نابارور با استفاده از مدل تحلیل مسیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۳(۴)، ۳۲-۲۳.
- ۴- دهقانی، م.، میتراچهرزاد، م.، جعفری اصل، م.، سلیمانی، ر. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط رضایت از تصویر ذهنی بدنی با الگوهای فرهنگی-اجتماعی در دختران نوجوان شهر رشت. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۳۹، ۳۹-۵۴.
- ۵- غیاثی، پ.، معین، ل.، و روستا، ل. (۱۳۸۹). بررسی علل اجتماعی گرایش به طلاق در بین مراجعه‌کننده به دادگاه‌های خانواده شیراز. فصلنامه زن و جامعه، ۱(۳)، ۷۷-۱۰۴.
- ۶- فکرت، ف.، ابراهیمی نژاد، غ. ل.، رضوی نعمت الهی، و. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین تصویر بدنی و عزت‌نفس با سازگاری زناشویی در کارمندان زن دانشگاه علوم پزشکی کرمان. نشریه بهداشت و توسعه، ۳(۴)، ۳۰۴-۳۱۲.
- ۷- لطیف نژاد رودسری، ر.، کرمی دهکردی، ا.، اسماعیلی، ح.، موسوی‌فر، ن.، آقامحمدیان شهرباف، ح. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط تصویر ذهنی از بدن با سازگاری زناشویی در زنان نابارور. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۴(۶)، ۱۹-۹.
- 8- Alleva, J. M., Tylka, T. L., van Oorsouw, K., Montanaro, E., Perey, I., Bolle, C., ... & Webb, J. B. (2020). The effects of yoga on functionality appreciation and additional facets of positive body image. *Body Image*, 34, 184-195.
- 9- Cash, T. F. (1997). *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. New Harbinger Publications, Inc.
- 10- Kaiser, S.B. (1997). *The social psychology of clothing: Symbolic appearances in context*. New York: Fairchild Publications
- 11- Kreidler, S. (2018). Personality traits as patterns of meaning assignment tendencies. *Journal of personality*, 86(1), 55-68.
- 12- Kilic, E., Taycan, O., Belli, A. K., & Ozmen, M. (2007). Kalici ostomi ameliyatinin beden algisi, benlik saygisi, es uyumu ve cinsel islevler uzerine etkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 302-10.
- 13- Lerner, R. M., Orlos, J. B., & Knapp, J. R. (1976). Physical attractiveness, physical effectiveness, and self-concept in late adolescents. *Adolescence*, 11(43), 313.
- 14- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.

- 15- Satinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S., & Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image, 9*(1), 137-144.
- 16- van den Brink, F., Smeets, M. A., Hessen, D. J., & Woertman, L. (2016). Positive body image and sexual functioning in Dutch female university students: The role of adult romantic attachment. *Archives of Sexual Behavior, 45*(5), 1217-1226.
- 17- Watson, D., Hubbard, B., & Wiese, D. (2000). General traits of personality and affectivity as predictors of satisfaction in intimate relationships: Evidence from self-and partner-ratings. *Journal of personality, 68*(3), 413-49.
- 18- Gillen, D., & Morrison, W. G. (2015). Aviation security: Costing, pricing, finance and performance. *Journal of Air Transport Management, 48*, 1-12.
- 19- Grogan, S. (2021). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge.

# The Relationship Between Body Image and Sexual Function and Marital Adjustment with the Mediating Role of Mental Health

Bita Nasrolahi<sup>1\*</sup> and Samira Ghadimi<sup>2</sup>

1. Department of Studies in Psychology, Science and Research branch, Islamic azad University.  
(Corresponding Author)

Bita.nasrolahi@gmail.com

2. Department of Studies in Psychology, Science and Research branch, Islamic azad University.

sa.ghadimi1993@gmail.com

## Abstract

This study was conducted with the aim of determining the relationship between body image and sexual function and marital adjustment with the mediating role of mental health in married women of Tehran. The statistical population of the research was formed by all the married women of Tehran city in 1400-1401. From statistical population, 406 people were selected and studied as available sampling. To collect the data, Bron et al.'s Body Image Questionnaires (MBSRQ), Rosen et al.'s Women's Sexual Function (FSFI), Goldenberg's Mental Health (GHQ-28) and Graham B. Spanier's Marital Adjustment Questionnaire (DAS) were used. After collecting and extracting the data, the structural equation modeling method was used to test the hypotheses of the current research. In this research, AMOS software version 25 and SPSS version 24 were used. The results showed that: Body image had a positive and significant direct effect on sexual function ( $p < 0/05$ ,  $\beta = 0/31$ ) and marital adjustment ( $p < 0/01$ ,  $\beta = 0/117$ ). Mental health had a negative and significant direct effect on sexual function ( $p < 0/01$ ,  $\beta = -0/37$ ) and also on marital adjustment ( $p < 0/01$ ,  $\beta = -0/548$ ). Mental health had a positively and significantly mediates the indirect effect of body image on sexual function ( $p < 0/01$ ,  $\beta = 0/111$ ) as well as the indirect effect of body image on marital adjustment ( $p < 0/01$ ,  $\beta = 0/164$ ). In general, the results showed that body image had an effect on sexual function and marital adjustment both directly and through the mediation of mental health – it fits with the collected data.

**Keywords:** Body image, Sexual function, Marital adjustment, Mental health.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

# نگاهی روان‌شناختی به جنبه‌های سبب‌شناسی، پیامدها و درمان اختلال واژینیسموس (مطالعه‌ی مروری)

شیوا زارع<sup>۱</sup>، سوده دشتیان<sup>۲\*</sup>، زهرا شمالی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فاطمیه (ع.ک) شیراز، شیراز، ایران.  
zare@fatemiyehshiraz.ac.ir
۲. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.  
(نویسنده مسئول)  
soode.dashtiane@miau.ac.ir
۳. فوق تخصص ناباروری، گروه زنان و زایمان، مرکز باروری ثمر، شیراز، ایران.  
shomaliz57@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۰/۵/۱۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۰/۴/۴]

## چکیده

واژینیسموس از رایج‌ترین اختلالات جنسی در بین زنان می‌باشد و تأثیر قابل توجهی بر زنان و همچنین زوج‌های جوان دارد. مقاله مروری پیش‌رو با نگاهی روان‌شناختی به جنبه‌های سبب‌شناسی، پیامدها و درمان این اختلال انجام شد. مطالعه حاضر از نوع پژوهش مروری سیستماتیک بود. بدین منظور کلیدواژه‌های روانشناسی واژینیسموس، اختلال واژینیسموس، اختلال درد / دخول، تناسلی، درد، در پایگاه داده‌های Springer، Science Direct، PubMed، SID، Magiran، Noormags، Civilica جست‌وجو و مجموعه مقالات مرتبط از ۱۹۴۰ تا ۲۰۲۱ استخراج شد. در بررسی مقالات مرتبط مشخص شد اختلال درد / دخول تناسلی از رایج‌ترین اختلالات در زنان می‌باشد. این اختلال در کیفیت رابطه‌ی جنسی و همچنین سلامت روان زوجین بسیار تأثیرگذار است. با توجه به بررسی‌های انجام‌شده تغییر در سبک تفکر و تربیتی والدین و فرهنگ‌سازی در یک جامعه بسیار حائز اهمیت است. همچنین آموزش صحیح در خصوص رابطه‌ی جنسی به دختران و پسران نوبل‌وغ و تهیه‌ی محتوا و ابزار آموزشی بسیار مفید خواهد بود.

**واژگان کلیدی:** اختلال، واژینیسموس، اختلال درد / دخول، جنسیت، زنان.

**۱- مقدمه**

واژینیسوس<sup>۱</sup> یکی از رایج‌ترین اختلالات جنسی در زنان است (Gupta, Kansal, & Gupta, 2020) که به‌عنوان یک پدیده روان‌شناختی به‌صورت انقباض غیرارادی عضلات کف لگن و یک سوم خارجی واژن مشخص می‌شود که رابطه جنسی را دشوار یا غیرممکن می‌کند. این انقباض غیرارادی، علاوه بر مقاربت، ممکن است به دلیل نفوذ انگشت یا دیلاتور<sup>۲</sup>، قرار دادن اسپکولوم<sup>۳</sup> در واژن در معاینه زنان، بسته به درد واقعی یا پیش‌آگهی آن، ایجاد شود (محمدی، موسوی‌فرد، بیرمی، زارع، عزیزی، ۱۳۹۸). این اختلال جنسی می‌تواند باعث مقاربت دردناک شود (اخوان‌تقوی، اصغری‌مقدم، فروتن و جدیدمیلانی، ۲۰۱۵). این اختلال جنسی تأثیر قابل توجهی بر خانم‌ها و همچنین زوج‌های جوان دارد و به‌عنوان یکی از عواملی است که فرد را مستعد اختلالات اضطرابی می‌کند (Watts and Nettle, 2010).

طبق ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، واژینیسوس ناکارآمدی جنسی زنانه است و به‌صورت انقباض غیرارادی بازگشت‌کننده و مداوم عضله‌های یک سوم خارجی واژن می‌باشد که موجب خلل در رابطه جنسی می‌شود (American Psychiatric Association, 2000). این اختلال دخول<sup>۴</sup> که به‌عنوان شایع‌ترین علل شکست در ازدواج شناخته شده‌است، گمان می‌رود که یک رفتار بازتابی ناخواسته و غیرقابل کنترل است. این موضوع که آیا شخص در هنگام رابطه جنسی، دردی که تجربه می‌کند واقعی است و یا به علت انتظار احساس درد است هنوز مشخص نیست. نتیجه یک دوره باطل بین اجتناب، انقباض و درد در ماهیچه‌های لگنی است. در این اختلال زن به‌صورت مداوم یا متناوب مانع از دخول آلت تناسلی، انگشت و یا هر شیء دیگر می‌شود. در رویکرد حال حاضر، بر طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۵</sup>، مشکلات مربوط به رابطه جنسی در زنان در یک دسته‌بندی قرار گرفته‌است. تمامی گزارشات بالینی که شامل درد در هنگام رابطه جنسی یا دخول مهبل، اضطراب، ترس یا اضطراب از رابطه جنسی، انقباض شدید ماهیچه‌های لگنی معلول ترس یا اضطراب، همگی تحت عنوان اختلال درد/ دخول تناسلی لگنی<sup>۶</sup> قرار می‌گیرند (Pacik, 2014).

**۱-۲- شیوع**

با توجه به این‌که هر نوع آشکارسازی این مشکل، با عوارض اجتماعی زیادی مانند سرزنش، عدم پذیرش اجتماعی، انگشت‌نما شدن و حتی طلاق برای زوج‌های ناموفق همراه است، زنان اغلب تمایل به سکوت (در برابر خانواده، دوستان و حتی درمانگرشان) در مورد واژینیسوس خود دارند؛ بنابراین طبیعی است که شیوع واژینیسوس دقیقاً مشخص نیست؛ اگرچه به‌عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی-جنسی معرفی شده‌است (Pacik, 2014).

وجود تفاوت‌های قابل‌توجه در میزان شیوع این اختلال در میان کشورها، به این موضوع اشاره دارد که این حالت ریشه در نحوه برخورد این کشورها با توجه به عقاید فرهنگی و مذهبی آن‌ها دارد. لازم به ذکر است که با توجه به بالا بودن نرخ شیوع در کشورهای

1. Vaginismus
2. dilator
3. speculum
4. Penetration Disorder
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-5)
6. Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder

خاورمیانه که در آن‌ها باکرگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، تمایلات جنسی زنانه سرکوب و رفتار جنسی به‌نوعی فساد تلقی می‌شود، نشان از پایه و اساس فرهنگی برای وجود تفاوت میان جوامع دارد (Yasan & Gürgen, 2008).

در کشورهای عرب‌زبان و دیگر کشورهای مسلمان، این اختلال از رایج‌ترین اختلال مسبب ازدواج به وصال نرسیده<sup>۱</sup> حساب می‌شود (Addar, 2004). بررسی پژوهش‌های متعددی نیز نشان داد که واژینیسوس در ۲۰٪ تا ۶۷٪ از موارد از علل ازدواج به وصال رسیده می‌باشد (Özdemir, Şimşek, Özkardeş, Sİncesu & Karakoç, 2008) که این عامل در تونس ۴۰٪ است (Mhiri, Smaoui, Bouassida, Chabchoub, Masmoudi, Hadjslimen & et al., 2013). در کشور تونس همانند بسیاری از دیگر جوامع مسلمان، تنها با ازدواج است که داشتن رابطه جنسی قانونی به حساب می‌آید؛ و باکرگی قبل از ازدواج بسیار با اهمیت است؛ تمایل جنسی و مشورت در مورد مشکلات جنسی هنوز هم به نوعی تابو می‌باشد (Zgueb, Ouali, Achour, Rjomi & Nacef, 2019).

از آن‌جا که واژینیسوس هنوز یک تابو محسوب می‌شود، زنان مبتلا به‌راحتی شکایت خود را مطرح نمی‌کنند و ممکن است از مشاوره با یک متخصص زنان اجتناب کنند. حدود ۱۹٪ از زنان مبتلا به اختلالات جنسی به همین دلیل با متخصص زنان خود مشورت می‌کنند، درحالی‌که حداکثر ۵۰٪ از زنان مبتلا مشکل خود را در طی مراجعه‌ی منظم به متخصص زنان خود ذکر می‌کنند (Muammar, McWalter, Alkhenizan, Shoukri, Gabr & Muammar, 2015; Bokaie, Khalesi & Yasini-Ardekani, 2017).

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

در پژوهشی که توسط صفاری‌نژاد (۲۰۰۶) در ۲۸ استان ایران جهت بررسی شیوع و عوامل خطر اختلالات جنسی زنان انجام گرفت، نشان داده‌شد که ۲۶/۷٪ زنان ۲۰ تا ۶۰ سال مشکل درد حین نزدیکی داشتند؛ که دومین اختلال شایع در زنان محسوب می‌شود. علی‌رغم این‌که میزان شیوع واژینیسوس به‌عنوان اختلال درد جنسی در اکثر مطالعات داخلی و خارجی به‌صورت دقیق و واضح بیان نشده‌است، اما واژینیسوس دومین رتبه از لحاظ شایع‌ترین اختلال جنسی زنانه را کسب کرده‌است. در پژوهشی دیگر نیز میزان شیوع واژینیسوس در بین زنان ایرانی که در برنامه تنظیم خانواده حضور داشتند، ۸٪ گزارش شد (شکرالهی، میرمحمدی، محرابی و بابایی، ۱۹۹۹). همچنین نتایج پژوهش فرنام، جان‌قربانی، مرآتی‌خویی و ریسی (۲۰۱۴) نیز نشان داد که در بین ۲۲ زن مبتلا به واژینیسوس، میزان ۷۳٪ مبتلا به واژینیسوس اولیه بودند. اگرچه شیوع این اختلال در ایران به‌صورت دقیق مشخص نشده است، اما بنا به برخی دلایل فرهنگی و تربیتی مانند ارتباط قوی بین تابو بودن پرداختن به مسائل و فعالیت جنسی در بین افراد مجرد و ارزش قوی بکارت دختر در شب زفاف، انتظار می‌رود این مشکل شیوع بالایی در ایران به نسبت کشورهای که چنین فرهنگ و اعتقاداتی ندارند، داشته‌باشد (Crowley, Goldmeier & Hiller, 2009). نکته‌ای در خصوص پژوهش‌های انجام گرفته در ایران به چشم می‌خورد، محدود بودن تعداد و قدیمی بودن تاریخ آمارگیری‌هاست. این موضوع خود می‌تواند نشان از تابو بودن و خاص بودن این اختلال در تفکر خانواده‌ها، زنان و حتی مردان ایرانی باشد.

لازم به ذکر است که این اختلال توسط ۴٪ زنان به‌عنوان اختلال جنسی گزارش می‌شود که در میان آنان، جوان‌ترین زنان در رده سنی ۱۶-۱۹ سال (۳٪) و ۲۰-۲۹ سال (۱٪) قرار دارند (Badran, Moamen, Fahmy, El-Karaksy, Abdel-Nasser & Ghanem, 2006). همچنین ۱۲٪ از زنان که از واژینیسوس رنج می‌بردند در حداقل ۵۰٪ از مواقع حدود ۴٪ آن‌ها همیشه از واژینیسوس رنج خواهند

برد (شکرالهی و همکاران، ۱۹۹۹). در مطالعه دیگری نیز نشان داده‌شد که ۷۳٪ از زنانی که مبتلا به واژینیسموس هستند، دارای واژینیسموس اولیه می‌باشند (فرنام و همکاران، ۲۰۱۴).

### ۳- روش‌شناسی

مطالعه حاضر از نوع پژوهش مروری سیستماتیک بود. بدین منظور کلیدواژه‌های روان‌شناسی واژینیسموس، اختلال واژینیسموس، اختلال درد / دخول، تناسلی، درد، زنان، اختلالات زنان، اختلالات جنسی، جنسیت، درمان واژینیسموس و سبب‌شناسی در پایگاه داده‌های Springer، Science Direct، PubMed، SID، Magiran، Noormags، Civilica و جست‌وجو و مجموعه مقالات مرتبط از ۱۹۴۰ تا ۲۰۲۱ استخراج شد. با توجه به کم‌بودن مطالعات در این زمینه و خاص بودن موضوع مورد مطالعه، تمامی مقالات (حدود ۱۰۰ مقاله) مرتبط با سبب‌شناسی و درمان این اختلال، حتی با پژوهش‌های موردی و نمونه‌ی محدود، مورد بررسی و توجه قرار گرفت. لازم به ذکر است که از این تعداد، تنها یکی از مقالاتی که از نظر محتوا و نتیجه مشابه و یکسان بودند انتخاب شدند و از ذکر مقالات مشابه خودداری گردید. با بررسی پژوهش‌های انجام‌گرفته، در این مقاله، واژینیسموس، از جنبه‌های مختلفی اعم از میزان شیوع، در کشورمان ایران و مقایسه با دیگر کشورها، بافت فرهنگی، دلایل مختلف و پیامدها مورد نگرش قرار گرفته است. همچنین در این مقاله به بررسی راه‌های مختلف درمان و میزان اثربخشی آن‌ها اشاره شده که در مقالات مروری دیگر به این مورد پرداخته نشده است.

### ۴- یافته‌ها

با بررسی مقالات مرتبط در سال‌های گذشته که پژوهش در مورد این اختلال انجام گرفته، مشخص شد اختلال درد / دخول تناسلی از رایج‌ترین اختلالات در زنان می‌باشد. این اختلال در کیفیت رابطه‌ی جنسی و همچنین سلامت روان زوجین بسیار تأثیرگذار است. از طرفی به دلایل مختلف زنان کمتر به این اختلال توجه کرده و برای درمان مراجعه می‌کنند. بعضاً درمان‌های مختلف نیز به صورت قطعی پاسخ‌گو نیست. آنچه با بررسی پژوهش‌ها به دست آمد و حائز اهمیت است که مورد توجه قرار گیرد، در ذیل ارائه می‌گردد.

#### ۴-۱- سبب‌شناسی

از زمان جیمز ماریون سیمز<sup>۱</sup> (اولین فردی که اصطلاح واژینیسموس را در سال ۱۸۶۲ ابداع کرد) تا به امروز، عوامل و نظریه‌های بسیار متفاوتی در مورد چگونگی بروز واژینیسموس معرفی شده است. این عوامل هم به صورت مجزا و هم در ترکیب با یکدیگر می‌توانند در بروز علائم واژینیسموس مؤثر باشند. به همین جهت با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، موارد ذیل به عنوان عوامل بروز واژینیسموس معرفی شدند.

#### ۴-۲- اطلاعات غلط، امتناع و احساس گناه در مورد مسائل جنسی

بنا بر گزارش الیسون<sup>۲</sup> (۱۹۶۸) حدود ۹۰٪ از بیماران، سطوح بالایی از بی‌توجهی و اطلاعات نادرست در رابطه با مسائل جنسی را نشان می‌دادند. برای مثال بعضی از زنان معتقد بودند که قاعدگی، کثیف است و یا برای آنکه بتوانند بارور شوند حتماً باید به ارگاسم

1. James Marion Sims  
2. Ellison

برسند. داوکینز و تایلور<sup>۱</sup> (۱۹۶۱) اظهار داشتند که امتناع همراه با عدم پذیرش یا عدم جست‌وجو در رابطه با یادگیری مسائل مربوط به جنسیت، بیشتر می‌تواند قسمتی از نشانه باشد تا علت آن؛ یکی از مطالعات انجام‌شده نشان داد که تنها یک ششم بیماران در خانه آموزش و اطلاعات مستقیم دریافت کرده‌بودند. با این وجود در پژوهش دادل<sup>۲</sup> (۱۹۷۷) تفاوت معناداری بین میزان اطلاعات زنان مبتلا یافت نشد. ایسون (۱۹۶۸) عامل دیگری که در ایجاد واژینیسموس تأثیرگذار است را احساس گناه معرفی نمود؛ احساس گناه نتیجه تضاد عمیق جنسی بود که در مقابل منجر به ترس از تنبیه و حتی عکس‌العمل دفاعی فیزیکی شدید می‌شد. زنان مبتلا به واژینیسموس به‌طور کلی احساس شرم، تنفر و عدم علاقه به اندام تناسلی خود را تجربه می‌کنند (Silverstein, 1989; Liang, Jeng, Yang, Chou, ) (Chiang, Tzeng & et al., 2003).

#### ۳-۴- آزار جنسی، ترس از درد

چندین نوع واژینیسموس توصیف شده است. بیشترین نوعی که در تاریخچه‌ی این اختلال از آن صحبت شده، واژینیسموس اولیه و واژینیسموس ثانویه می‌باشد. در مورد واژینیسم اولیه، دخول هر نوع شیء به داخل واژن غیرممکن است. واژینیسموس ثانویه پس از یک رابطه جنسی طبیعی رخ می‌دهد که غالباً ماشه‌چکان آن یک واقعه آسیب‌زا در ارتباط با ناحیه تناسلی است (Möller, Josefsson, ) (Bladh, Lilliecreutz & Sydsjö, 2015; Binik, 2010). تجربه ترومای جنسی یا مشاهده آن، یکی از عوامل اصلی در پیشرفت واژینیسموس می‌باشد. تجارب جنسی تراماتیک که خود نیز گاهی اوقات به علت خود واژینیسموس می‌باشد و یا مشاهده‌ی آن نیز می‌تواند ماشه‌چکان و یا تشدیدکننده واژینیسموس باشد (Binik, 2010; Zgueb et al., 2019).

داوکینز و تایلور (۱۹۶۱) معتقد بودند که ترس از درد علامت است اما دیگر پژوهشگران معتقد بودند ترس از درد نقش مهمی در این اختلال دارد. بسیاری از تجارب دوران کودکی ریشه در همین ترس از درد دارد؛ مانند تروماهای دوران کودکی همچون تنبیه و شیاف (Malleon, 1942)، ترس از پدری خشن (Silverstein, 1989) و شرایط منفی مادرانه (Shortle & Jewelewicz, 1986).

#### ۴-۴- بیماری‌ها

تعدادی از بیماری‌های ارگانیک به‌عنوان سبب‌شناسی واژینیسموس در نظر گرفته می‌شوند؛ مانند بیماری مقاربتی<sup>۳</sup>، آندومتریوز<sup>۴</sup>، ناهنجاری‌های مادزادی<sup>۵</sup>، تروما همراه با جراحی واژن<sup>۶</sup> یا پرتودرمانی<sup>۷</sup>، وجود زخم به علت ترومای کودکی<sup>۸</sup>، آتروفی واژن<sup>۹</sup>، نقص استروژن پس از یائستگی<sup>۱۰</sup>، درد عصب پودندال<sup>۱۱</sup>، بیماری التهابی لگن<sup>۱۲</sup>، افتادگی اندام‌های لگن<sup>۱۳</sup>، بیماری سرخرگ محیطی<sup>۱۴</sup>، ضایعه

1. Dawkins and Taylor
2. Duddle
3. Sexually transmitted disease
4. Endometriosis
5. Hymeneal and congenital abnormalities
6. Trauma associated with genital surgery
7. Radiotherapy
8. Scarring from childhood trauma
9. Vaginal atrophy
10. Postmenopausal oestrogen deficiency
11. Pudendal neuralgia
12. Pelvic inflammatory disease
13. Pelvic organ prolapse
14. Peripheral vascular disease

و تومور واژن<sup>۱</sup> و سرطان<sup>۲</sup> (Reissing, Binik, Khalif, Cohen & Amsel, 2033; Reissing, 2009). علاوه بر این، این اختلال بیشتر در میان زنان مبتلا به دیابت، ام‌اس<sup>۳</sup> و یا آسیب نخاعی<sup>۴</sup> نیز دیده می‌شود که منجر به رطوبت پایین واژن و اندازه نامناسب دهانه واژن می‌شود. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که ماهیچه‌های لگنی به‌طور غیرمستقیم توسط سیستم لیمبیک تحریک و به‌طور بالقوه به حالت‌های هیجانی واکنش نشان می‌دهند (Frasson, Graziottin, Priori, Dall'Orta, Didonè, Garbin & et al., 2009). همچنین با مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، سابقه رابطه جنسی آسیب‌زا، ناآگاهی از فیزیولوژی و عملکرد جنسی، محدودیت‌های مذهبی منفی و سایر مسائل روان‌شناختی همراه است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸).

به‌طور کلی درک منفی در مورد جنسیت، زندگی در فضای خانوادگی آشفته، مشکلات جنسی با شریک زندگی مرد، سوءاستفاده جنسی و جسمی، آسیب‌های پاتروژنیک (کاتر مجاری ادرار، انما، معاینه دستگاه تناسلی)، افسانه‌های جنسی، محافظه‌کاری مذهبی، درگیری-های رابطه‌ای و بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله آن‌ها است (Konkan, Bayrak, Gönüllü, Senormanci & Sungur, 2012; Şafak, Öztürk & Arkar, 2017; Pacik & Geletta, 2017; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen & Amsel, 2004).

#### ۴-۵- عوامل فرهنگی

بسیاری از افرادی که از جامعه مسلمان و عرب‌زبان به کشورهای غربی مهاجرت می‌کنند، فرهنگ جامعه میزبان را به‌سرعت می‌پذیرند؛ باورها و رفتار در کودکی آموخته می‌شوند و یا مرتبط با دین و مذهب فرد در دوران بزرگسالی ادامه می‌یابند (Zgueb et al., 2019). ریسک فاکتورهای اجتماعی بسیاری مانند شیوه آموزش جنسی در خانواده‌ها و مدرسه و یا دیدگاه دین و مذهب به این موضوع برای رشد واژینیسوس مشخص شده‌است. همچنین عوامل دیگری مانند عدم آموزش جنسی کافی، بی‌توجهی، داشتن احساس گناه در مورد تمایل جنسی، ترس از درد، ویژگی‌های شخصیتی هیستریونیک، کمال‌گرایی، عزت نفس پایین همراه با ترس از ارزیابی منفی و تجربه آزار جسمی و یا جنسی در کودکی به‌عنوان علل اصلی واژینیسوس معرفی شدند (Van Lankveld, Granot, Schultz, Binik, Wesselmann, Pukall & et al., 2010). آموزه‌های سخت‌گیرانه مذهبی و تابوهای فرهنگ نیز به‌عنوان دیگر علل معرفی شدند (Ellison, 1968; Reissing, Binik & Khalifé, 1999). گزارش‌های بالینی نشان می‌دهند که زنان مبتلا به واژینیسوس، دیدگاه منفی در رابطه با رابطه جنسی دارند. آن‌ها تحت تأثیر باورهای مذهبی یا جنسی سفت و سختی که با آن بزرگ شدند، هستند همچون باور به اینکه رابطه جنسی غلط است و یا دخول با درد، جراحت و خونریزی همراه است. علاوه بر این، ممکن است از بارداری، زایمان و یا ایدز بترسند (Saadat, 2014). ریزینگ و همکاران (۲۰۰۳) گزارش کردند که سوءاستفاده جنسی در سنین پایین در میان مبتلایان رایج است.

#### ۴-۶- تشخیص

برای تشخیص واژینیسوس، تاریخچه هر فرد بسیار مهم است. همچنین این اختلال باید به‌عنوان بخشی از تشخیص افتراقی باشد برای افرادی که ترس از دخول دارند با افرادی که هیچ‌گاه رابطه بدون درد نداشتند. واژینیسوس در افراد از ملایم تا شدید درجه-بندی می‌شود. در نمونه‌های شدید برقراری رابطه جنسی غیرممکن است و با هر روشی، درد تا چندین روز باقی می‌ماند. عدم داشتن

1. Vaginal lesion and tumors
2. Cancer
3. Multiple sclerosis
4. Spinal cord injury

رابطه جنسی راحت در پیشینه فرد برای تمایز واژینیسموس از دیسپارونی<sup>۱</sup> بسیار مهم است چراکه در دیسپارونی، آمیزش بدون لذت همراه با درد می‌باشد. در زنان مبتلا به واژینیسموس اولیه، دخول راحت اتفاق نمی‌افتد و همین مسئله رایج‌ترین دلیل برای ازدواج بدون وصال است. زنان مبتلا به واژینیسموس ثانویه، روابط جنسی نرمالی را تجربه می‌کنند و گاهی زایمان طبیعی هم دارند اما ممکن است همراه با عفونت باشد و یا زایمان طبیعی به‌عنوان ماشه‌چکان درد برای دخول در روابط بعدی باشد (Pacik, 2011).

لامونت در سال ۱۹۷۸ واژینیسموس را با توجه به تاریخچه بیماران در حین معاینه، به ۵ درجه طبقه‌بندی کرد. طبقه اول نوع خفیف که در آن ماهیچه‌های واژن سفت و محکم بود اما بیمار قادر به شل کردن عضلاتش بود با اندکی تلاش معاینه میسر می‌شد. نوع دوم نیز ماهیچه‌ها سفت بودند و بیمار قادر به شل کردن عضلاتش نبود اما معاینه انجام می‌شد. در نوع سوم بیمار با بالابردن باسن خود از معاینه امتناع می‌کرد و در نوع چهارم بیمار با بالابردن باسن خود، جمع کردن پاها از انجام معاینه جلوگیری می‌کرد. همچنین پاسیک نوع پنجم را به این طبقه‌بندی اضافه کرد که در آن بیمار پاسخ‌هایی مانند گریه، لرزش، تکان خوردن، تعریق، تنفس عمیق و بریده‌بریده، تهوع، استفراغ، بیهوشی، تلاش برای پریدن از روی تخت و حمله به دکتر را از خود نشان می‌دهد (Pacik, 2010; Pacik, 2011).

#### ۴-۷- پیامدها

واژینیسموس می‌تواند منجر به مقاربت دردناک<sup>۲</sup>، ناباروری<sup>۳</sup> و ناکارآمدی جنسی<sup>۴</sup> در زوجین شود که اغلب با اختلال نعوظ ثانویه<sup>۵</sup> در مرد همراه است (Klein, Koops, Lange & Briken, 2015) و بنابراین تأثیر شدیدی در کیفیت روابط زناشویی داشته باشد (Zgueb et al., 2019). برای بسیاری از این نمونه‌ها، طلاق رایج‌ترین پیامد این مشکل است (Pacik, 2011). همچنین این مسئله موجب پریشانی قابل توجه و پایین آمدن کیفیت زندگی زنان می‌شود (Konkan et al., 2012).

واژینیسموس می‌تواند به‌صورت فوبی خاص همراه با اضطراب و وحشت شدید در نظر گرفته شود که توسط یک موقعیت و یا شیء خاص برانگیخته می‌شود. هنگامی که این موقعیت ترسناک، جنسی باشد می‌تواند به ترس از دخول منجر شود (Reissing et al., 2004; Melzack, 2005). ترس از موقعیت جنسی می‌تواند به علت ترس از درد تقویت شود (Basson, Binik, Eschenbach, 2005; Wesselmann & Van Lankveld, 2005). واژینیسموس ممکن است منجر به ناباروری شود و ممکن است بر درک زن از زنانه بودن و توانایی مادرانه بودن او تأثیر بگذارد (Möller et al., 2015). در برخی فرهنگ‌ها، حتی تصور «زن بودن» به معنای توانایی بارداری و به دنیا آوردن فرزند است (Collier, F., & Cour, 2013; Simons & Carey, 2001).

زنان مبتلا به واژینیسموس علی‌رغم وضعیت خود تمایل فزاینده‌ای به بچه‌دار شدن نشان می‌دهند و علیرغم مشکلاتی که به دلیل شرایط خود با آن‌ها روبرو می‌شوند، آن‌ها قصد بارداری را دارند (Goldsmith, Levy, Sheiner, Goldsmith, Levy & Sheiner, 2009; Rosenbaum & Padoa, 2012). واژینیسموس و بارداری وضعیت خاصی ایجاد می‌کنند که می‌تواند علائم اساسی را تشدید کند، به‌خصوص اگر پزشکان از شرایط خاص زنان چشم‌پوشی کنند و آن‌ها را به روشی ناکافی درمان کنند (Achour, Koch, Zgueb, 2019; Ouali & Ben Hmid, 2019).

1. Dyspareunia
2. dyspareunia
3. infertility
4. Sexual dysfunction
5. Secondary erectile dysfunction

**۴-۸- درمان‌ها**

در رابطه با درمان اختلال واژینیسوس، روش‌های مختلفی به کار گرفته شده که از میان این روش‌ها می‌توان به درمان‌های روان‌شناختی که متمرکز بر شناخت و رفتار است و درمان‌های پزشکی که صرفاً بر واکنش‌های فیزیولوژیکی متمرکز است اشاره کرد. در ادامه به انواع درمان‌های روان‌شناختی و پزشکی و میزان اثربخشی آن‌ها در درمان این اختلال اشاره می‌شود.

**۴-۸-۱- درمان روان‌شناختی**

درمانگران در درمان شناختی، فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند؛ بنابراین، کشف این خود تلقینی‌های زیادی می‌کند (Araoz, 2005). اجزای شناختی دربردارنده نگرش‌ها، باورها، دانش فرد از مسائل جنسی و نیز مهارت‌های توجه و تمرکز می‌باشند. شناخت‌های ناسازگارانه، نقش مهمی در چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت‌های جنسی و درنهایت در چرخه پاسخ جنسی فرد ایفا می‌کند. درمان شناختی رفتاری، با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری‌های هیجان‌های منفی در کنار سایر درمان‌ها برای درمان اختلالات جنسی پیشنهاد می‌شود (محرابی، دادفر و چیمه، ۱۳۸۵). رفتاردرمانی، منشأ مشکلات جنسی را در رفتارهای یاد گرفته شده می‌داند. اندیشه اساسی رفتارنگری این است که مشکلات جنسی، نتیجه یادگیری در گذشته است و با تشویق یا تنبیه‌های انجام شده، آشکار می‌شود و موضوع اصلی آن بر مشکلات رفتاری و چگونگی ارتباط مجدد با آن متمرکز شده است (کجباف، ۱۳۸۷).

درمان واژینیسوس اغلب درمان روانی است که درمان شناختی-رفتاری<sup>۱</sup> نتایج مؤثری در این زمینه داشته‌است. این روش اساساً شامل دو تکنیک آموزش جنسی<sup>۲</sup> و مواجهه‌سازی سلسله‌مراتبی<sup>۳</sup> می‌باشد (موسوی‌نصب و فرونش، ۱۳۹۴، Van, Kabakçı & Batur, 2003; ; Lankveld, ter Kuile, de Groot, Melles, Nefs & Zandbergen, 2006). در نظر گرفتن بافت فرهنگی افراد شرکت‌کننده در درمان شناختی-رفتاری، حائز اهمیت است چراکه این مسئله به درک انتظارات مراجعه‌کنندگان و خانواده آن‌ها و سیستم فکری آن‌ها در مورد اختلال کمک می‌کند (Zgueb et al., 2019).

درمان شناختی-رفتاری مهم‌ترین نوع مداخله است و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در زمینه‌های مختلف مربوط به عملکرد جنسی مانند تعداد دفعات رابطه جنسی، رضایت جنسی، رفتار اجتنابی و شهوت مؤثر بوده‌است (Öztürk & Arkar, 2017). کار گروهی، کلید اصلی درمان است و مشاوره پس از درمان معمولاً مورد نیاز است (Saadat, 2014). مشاوره جنسی به زوج‌ها کمک می‌کند تا بتوانند ارتباط بهتری با یکدیگر برقرار کرده، توافق جنسی بهتری با یکدیگر داشته‌باشند و در کاهش اضطراب و افسردگی آن‌ها نیز نقش مهمی دارد (Engman, Wijma & Wijma, 2010). هالورسن و میتز<sup>۴</sup> (۱۹۹۲)، رفتاردرمانی شناختی، آموزش آرمیدگی، هیپنوتیزم و راهنمایی ذهنی و گروه‌درمانی و روش‌های ویژه‌ای مانند خود انگیزی مستقیم، روش شروع-توقف و حساسیت‌زدایی منظم را به‌عنوان درمان‌های موفق عملکرد نامطلوب جنسی بیان کرده‌اند.

مطالعات متعدد، حساسیت‌زدایی تدریجی حاصل از تمرینات رفتاری با استفاده از دیلاتور یا ابزار جایگزین را به‌عنوان روش درمانی موفق در درمان واژینیسوس معرفی می‌کنند (Macey, Gregory, Nunns & das Nair, 2015). بر اساس مدل رفتاری

1. Cognitive Behavioral Therapy(CBT)
2. Sexual education
3. Hierarchic exposure
4. Hallvorsen & Metz

واژینیسوس، واکنش واژینیستیک نشان‌دهنده‌ی یک پاسخ ترس شرطی شده به محرکی خاص (محرک جنسی و محرک‌های مشابه) است. بدین ترتیب، مواجهه عینی با محرک ترس‌آور، در کاهش تهدید درک‌شده نسبت به آمیزش جنسی می‌تواند مؤثر عمل کند (Engman et al., 2010). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که در اغلب بیماران واژینیسوس اطلاعات نادرستی مبنی بر ترسناک و دردناک بودن عمل مقاربت وجود دارد. به‌علاوه، دیده شده است که چنین بیمارانی معمولاً از اطلاعات کافی در مورد روش درست برقراری مقاربت و همچنین استفاده درست از دیلاتور یا سایر ابزار جایگزین در حین تمرینات رفتاری در درمان مواجهه‌ای برخوردار نیستند (Huber, Pukall, Boyer, Reissing & Chamberlain, 2009)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری با دربرداشتن مؤلفه‌های آموزش جنسی و حساسیت‌زدایی تدریجی ترس آن‌ها، به همراه روش درمانی بیوفیدبک به‌منظور کمک به بیماران در کنترل ارادی و افزایش آرمیدگی عضلات کف لگن، می‌تواند به‌عنوان درمانی کوتاه‌مدت و با اثربخشی بالا در مورد بهبود این‌گونه بیماران عمل کند (رستمی، رامش و همت‌بلند، ۱۳۹۵).

#### ۴-۸-۲- درمان پزشکی

مداخلات بسیاری جهت درمان واژینیسوس پیشنهاد شده‌است که شامل درمان‌های آموزش جنسی تا کاهش ترس و اضطراب از دخول می‌باشد. برخی درمان‌ها شامل آموزش معاینه زنان (Flanagan, Herron, O'Driscoll & Williams, 2015)، استعمال داروهای موضعی (Praharaj, Verma & Arora, 2006)، بیوفیدبک لگن (Seo, Choe, Lee & Kim, 2005)، دیلاتور<sup>۱</sup> یا حساسیت‌زدایی واژن<sup>۲</sup> با روش‌های مختلف آرام‌سازی (سعادت، ۲۰۱۴؛ Weinberger, Houman, Caron & Anger, 2019؛ Zukerman, Roslik & Orvieto, 2005) الکترومیوگرافی<sup>۳</sup> و بازخورد زیستی (Fageeh, 2011) و جراحی (Ramli, Nora, Roszaman & Hatta, 2012) می‌شود. بیوفیدبک روش درمانی است که با به‌کارگیری ابزارهای الکتریکی، اطلاعاتی را در مورد اعصاب و عضلات و فعالیت‌های خودمختار بدن اندازه‌گیری و پردازش می‌کند و در قالب بازخورد صوتی یا تصویری به بیمار و پزشک معالج وی نشان می‌دهد. بیوفیدبک به بیماران کمک می‌کند تا با کسب آگاهی بیشتر از فعالیت‌های خودمختار بدن خود، کنترل ارادی خود را بر روی این فعالیت‌ها افزایش دهند (Schwartz & Andrasik, 2017). درمان به روش بیوفیدبک به‌تنهایی و یا همراه با درمان فیزیکی به بیماران در درک چگونگی کاهش تنش ایجادشده در ناحیه لگنی هنگامی که ماهیچه‌ها فعال هستند، کمک می‌کند. بیمارانی که نسبت به لمس ناحیه لگنی و یا هر نوع دخول حساسیت شدید دارند و ترس و اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند، از طریق این درمان نتیجه نمی‌گیرند (Crowley et al., 2009, Pacik, 2014).

اثربخشی درمان با دیلاتور زیاد نبوده اما با این‌حال متخصصان معتقدند که این روش هم از نظر جنبه‌های فیزیکی و هم روانی برای کنار آمدن با ترس و اضطراب از دخول، مفید است. این روش برای بیماران با درجه خفیف مناسب است چون در نمونه‌های شدید حتی با استفاده از این روش به مدت یک سال نیز بهبودی حاصل نشده است (Pacik & Cole, 2010; Pacik, 2011). هیپنوتیزم درمانی یک مداخله درمانی است که بیمار را به سمت افکاری چون رضایت و تجربه عالی حین آمیزش جنسی هدایت می‌کند (Al-Sughayir, 2005).

1. Dilator
2. Vaginal desensitization
3. electromyography

تزریق سم بوتولینوم (بوتاکس) نوع A نیز به نظر می‌رسد که از درمان‌های مؤثر برای واژینیسموس از نوع خفیف تا شدید باشد. غزیزاده و نیک‌نژاد در سال ۲۰۰۴ در ایران بر روی ۲۴ بیمار، از تزریق بوتاکس برای درمان واژینیسموس استفاده کردند که ۷۵٪ از آنان به رضایت از آمیزش جنسی دست یافتند و پس از ۲۴ ماه بررسی نتایج پایدار ماندند. پژوهش‌های آبوت، جارویس، لیونز، تامسون و وانسایل<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، السیبی<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) و برتولاسی، فراسون، کپلیتی، ویستینیف بوردیگنون و گرازیتین<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) نیز نشان دادند که استفاده از سم بوتولینوم نوع A برای درمان واژینیسموس مؤثر است.

#### ۴-۸-۳- درمان تهاجمی

گاهی اوقات در درمان واژینیسموس / درد تناسلی-لگنی، از روش‌های تهاجمی نیز استفاده می‌شود اما تا به امروز در رابطه با استفاده از مداخلات با استفاده از فراصوت<sup>۴</sup> که مهار از سطح درون‌فاشیا<sup>۵</sup> نامیده می‌شود، گزارشی نشده است. هدف از این روش استفاده از اثرات بی‌حسی موضعی بر سیستم حسی-حرکتی از طریق فواصل و مسیرهای بالقوه میان بافت همبند<sup>۶</sup> (فاشیا) بدون دخالت یا تماس مستقیم سوزن با عصب یا شبکه عصبی موردنظر است. مواد بی‌حسی موضعی احتمالاً از طریق فاشیا یا فورامینا (سوراخ)<sup>۷</sup> به عصب موردنظر می‌رسد. جدیدترین و محبوب‌ترین روش از میان روش‌های ذکر شده مربوط به مداخلات با استفاده از فراصوت، ESPB<sup>۸</sup> است. ESPB برای اولین جهت درمان درد عصبی قفسه‌سینه در سال ۲۰۱۶ توسط فوررو و همکارانش معرفی شد (Forero, Adhikary, Lopez, Tsui & Chin, 2016). ییلماز، آهیسکالی‌اُغلو، آهیسکالی‌اُغلو، تولگار، آیدین و کومتپه<sup>۹</sup> (۲۰۲۰) با استفاده از روش ESPB و دیلاتسیون پیش‌رونده به نتایج مؤثری در درمان واژینیسموس دست یافتند. در پژوهش آن‌ها ۷۳٪ موفقیت درمان در تمامی ۱۵ نفر شرکت‌کنندگان و ۸ مورد بارداری مشاهده شد. با این حال از آنجایی که اثربخشی همه این مداخلات برای هر فرد متفاوت است، هیچ رویکرد استانداردی تا به حال پیشنهاد نشده است. بیماران مبتلا به واژینیسموس از وضعیت خودآگاه هستند و در صورت تمایل، درمان امکان‌پذیر است. از نظر میزان موفقیت هیچ تفاوتی بین روش‌های درمانی وجود ندارد. با این حال، بیماران در صورت داشتن سابقه واژینیسموس در بستگان خود یا در حضور شریکی که می‌گوید این عمل تقصیر خود وی است، مقاومت بیشتری در برابر درمان دارند (Anđın, Gün, Sakin, Çıkman, Eserdağ & Anđın, 2020).

#### ۵- بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعات گسترده و شیوع نسبتاً بالای این اختلال، آنچه مشخص است، تأثیر عوامل تربیتی، فرهنگی، دینی، به‌چشم می‌خورد. در وهله‌ی اول، سبک تربیتی مستبدانه، محدودیت‌های شدید، باورهای دینی متعصبانه در نگاه دختران به جنسیت خود و رابطه‌ی جنسی (حتی با ازدواج) بسیار در ایجاد این اختلال تأثیرگذار است. تفکر در مورد گناه بودن رابطه‌ی جنسی، شرم‌آور بودن آن، حتی یک گام عقب‌تر شرم‌آور بودن عادت ماهیانه و مخفی نگاه داشتن آن و در کل و بالاتر از همه آموزش به دختران در

1. Abbott, Jarvis, Lyons, Thomson & Vancaille
2. El-Sibai
3. Bertolasi, Frasson, Cappelletti, Vicentini, Bordignon & Graziottin
4. Ultrasound-guided interventions
5. Interfacial plan block
6. Fascia
7. Foramina
8. Erector Spinae Plane Block(ESPB)
9. Yilmaz, Ahiskalioglu, Ahiskalioglu, Tulgar, Aydin & Kumtepe

خصوص مخفی کردن هر آنچه به بدنشان و فیزیولوژی آن مربوط می‌شود، جنسیت خود به‌عنوان یک دختر، می‌تواند عامل مهمی در ایجاد این اختلال باشد.

داستان‌سرایی در خصوص درد ناشی از دخول در بین نوجوانان (به دلیل عدم آگاهی صحیح و آموزش از سوی بزرگسالان) نیز در ذهن دختران نوجوان تا زمان رسیدن به سن ازدواج باقی می‌ماند. در کنار شیوه‌ی تربیتی، بافت فرهنگی که فرد در آن بزرگ شده و باورهایش شکل می‌گیرد نیز، مؤثر است. فرهنگی که در آن دو جنس مخالف را از هر گونه رابطه‌ی سالم نیز بر حذر می‌دارد و اجازه‌ی هیچ‌گونه ارتباط و شناخت جنس مخالف را بخصوص به دختران نمی‌دهد؛ ترس شب زفاف را در دل تازه‌عروسان صدچندان می‌کند. فرهنگی که ابزار آموزشی مناسب اعم از کتاب، نشریه، مجله، رسانه‌های ارتباط جمعی، آموزشگاه‌ها، مدارس و مربیان آموزش دیده را در اختیار نسل جوان و تازه به بلوغ رسیده قرار نمی‌دهد، قطعاً یک عامل شیوع این اختلال است. نگاه متعصبانه و افراطی مذهبی به رابطه‌ی جنسی، عدم گفتگو به شیوه‌ی صحیح و در کل کتمان کردن چنین رابطه‌ای که جزئی از سیستم بدنی موجود زنده و اصلی‌ترین عامل بقا و تکثیر ژن و نژاد است، نیز در کنار عوامل دیگر نقش مهمی را ایفا می‌کند. تمامی این عوامل، اعم از این‌که عامل ایجاد کننده‌ی اختلال واژینیسوس می‌باشند؛ جزو عواملی هستند که بعد از ایجاد نیز، مانع پیگیری و درمان آن توسط فرد بیمار می‌شوند.

در کنار آموزش صحیح دختران و افزایش آگاهی آنان در رابطه با مسائل مربوط به جنسیت و آموزه‌های جنسی، پسران نیز به آموزش نیاز دارند؛ چراکه فردی که به واژینیسوس مبتلا است نیاز به حمایت دارد، این شخص به علت افکار و بارهای غلط، آموزش‌های ناکافی و فرهنگ متعصب از هر نظر تحت فشار است و اگر همسر وی نیز او را درک نکند و به‌جای دعوت به آرامش و مراجعه به متخصص، از او انتقاد کند، به زور متوسل شود و یا تحت فشار روانی قرار دهد، به احتمال زیاد موجب تشدید شرایط خواهد شد. از طرفی هنگامی که به فرزندان پسر آموزش داده شود که زن صرفاً ابزاری برای ادامه نسل نیست و به او به این دید نگاه نکنند، طبیعتاً می‌توانیم شاهد کاهش میزان شیوع این اختلال باشیم. درواقع با برطرف‌شدن محدودیت‌های غلط مذهبی، فرهنگی و محیطی می‌توانیم شاهد کاهش شیوع این اختلال باشیم.

پس با توجه به نکات گفته شده، گام اول، تغییر در سبک تفکر و تربیتی والدین در یک جامعه حائز اهمیت است. گام دوم، آموزش صحیح در خصوص رابطه‌ی جنسی به دختران نوبلوغ و تهیه‌ی محتوا و ابزار آموزشی در دسترس می‌باشد؛ تا شرم نهفته در پس ذهن افراد از برقراری یک رابطه‌ی جنسی سالم و لذت‌بخش از میان برداشته شود. گام سوم نیز در راستای گام دوم و آموزش به پسران در خصوص رابطه جنسی و آموزش آنان در رابطه با آمادگی روانی همسرانشان در آینده، بسیار مفید خواهد بود. لازم به ذکر است که آموزش دختران و پسران از سنین پایین می‌تواند متناسب با سن و میزان درک آنان انجام شود و با بزرگ‌شدن فرزندان، آموزش‌ها پیشرفته‌تر شوند.

## ۶- تقدیر و تشکر

با سپاس فراوان از جناب آقای دکتر خرم‌دل استاد بزرگوار که در انجام این پژوهش بسیار ما را یاری رساندند.

## ۷- منابع

- ۱- رستمی، ر.، رامش، ر.، و همت‌بلند، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک در درمان مبتلایان به واژینیسوس: یک مطالعه پایلوت. *مجله سلامت جامعه*، ۱۰(۱)، ۷۲-۷۷.
- ۲- کجباف، م. ب. (۱۳۸۷). *روانشناسی رفتار جنسی*. انتشارات روان. تهران.

- ۳- محمدی، م. م.، موسوی‌فرد، ز.، بیرمی، ع.، زارعی، ش.، و شیلان عزیزی، ش. (۱۳۹۸). بررسی عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس: مرور سیستماتیک. چهارمین کنگره بین‌المللی زیست‌شناسی.
- ۴- مهربابی، ف.، دادفر، م.، و چیمه، ن. (۱۳۸۵). اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری در درمان اختلال نعوظی نوع اضطراب عملکردی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۲(۱)، ۹-۱۵.
- ۵- موسوی‌نسب، م.، و فرنوش، ز. (۱۳۹۴). مدیریت واژینیسموس با درمان شناختی-رفتاری، رویکرد خودانگشتی: مطالعه ۷۰ مورد. *مجله علوم پزشکی ایران*، ۲۸(۲)، ۶۹-۷۱.
- 6- Abbott, J. A., Jarvis, S. K., Lyons, S. D., Thomson, A., & Vancaille, T. G. (2006). Botulinum toxin type A for chronic pain and pelvic floor spasm in women: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 108(4), 915-923.
- 7- Achour, R., Koch, M., Zgueb, Y., Ouali, U., & Ben Hmid, R. (2019). Vaginismus and pregnancy: epidemiological profile and management difficulties. *Psychology research and behavior management*, 137-143.
- 8- Addar, M. H. (2004). The unconsummated marriage: causes and management. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 31(4), 279-281.
- 9- Akhavan-Taghavi, M. H., Asghari-Moghaddam, M. A., Froutan, S. K., & Jadid-Milani, M. (2015). Vaginismus in Iran: a single center report of 7 years experience. *Nephro-urology monthly*, 7(6): e30077
- 10- Al-Sughayir, M. A. (2005). Vaginismus treatment. Hypnotherapy versus behavior therapy. *Neurosciences Journal*, 10(2), 163-167.
- 11- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- 12- Anđın, A. D., Gün, İ., Sakin, Ö., Çıkman, M. S., Eserdağ, S., & Anđın, P. (2020). Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA assisted reproduction*, 24(2), 180.
- 13- Araoz, D. (2005). Hypnosis in human sexuality problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(4), 229-242.
- 14- Badran, W., Moamen, N., Fahmy, I., El-Karaksy, A., Abdel-Nasser, T. M., & Ghanem, H. (2006). Etiological factors of unconsummated marriage. *International Journal of impotence research*, 18(5), 458-463.
- 15- Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wesselmann, U., & Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 301-316.
- 16- Bertolasi, L., Frasson, E., Cappelletti, J. Y., Vicentini, S., Bordignon, M., & Graziottin, A. (2009). Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, 114(5), 1008-1016.
- 17- Binik, Y. M. (2010). The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Archives of sexual behavior*, 39, 278-291.
- 18- Bokaie, M., Khalesi, Z. B., & Yasini-Ardekani, S. M. (2017). Diagnosis and treatment of unconsummated marriage in an Iranian couple. *African health sciences*, 17(3), 632-636.
- 19- Collier, F., & Cour, F. (2013). En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle?. *Progrès en urologie*, 23(9), 612-620.
- 20- Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *Bmj*, 338.
- 21- Dawkins, S., & Taylor, R. (1961). Non-consummation of marriage: A survey of seventy cases. *The Lancet*, 278(7210), 1029-1033.
- 22- Duddle, M. (1977). Etiological factors in the unconsummated marriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 21(2), 157-160.
- 23- Ellison, C. (1968). Psychosomatic factors in the unconsummated marriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 12(1), 61-65.
- 24- El-Sibai, A. S. O. (2000). Vaginismus: results of treatment with botulin toxin. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20(3), 300-302.
- 25- Engman, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2010). Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cognitive behaviour therapy*, 39(3), 193-202.
- 26- Fageeh, W. M. (2011). Different treatment modalities for refractory vaginismus in western Saudi Arabia. *The journal of sexual medicine*, 8(6), 1735-1739.
- 27- Farnam, F., Janghorbani, M., Merghati-Khoei, E., & Raisi, F. (2014). Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *International journal of impotence research*, 26(6), 230-234.
- 28- Flanagan, E., Herron, K. A., O'Driscoll, C., & Williams, A. C. D. C. (2015). Psychological treatment for vaginal pain: does etiology matter? A systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, 12(1), 3-16.
- 29- Forero, M., Adhikary, S. D., Lopez, H., Tsui, C., & Chin, K. J. (2016). The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 41(5), 621-627.
- 30- Frasson, E., Graziottin, A., Priori, A., Dall'Ora, E., Didonè, G., Garbin, E. L., ... & Bertolasi, L. (2009). Central nervous system abnormalities in vaginismus. *Clinical neurophysiology*, 120(1), 117-122.

- 31- Goldsmith, T., Levy, A., Sheiner, E., Goldsmith, T., Levy, A., & Sheiner, E. (2009). Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22(10), 863-866.
- 32- Gupta, A., Kansal, S., & Gupta, N. (2020). "Common Sense" Approach to the Management of Vaginismus: A Case Series. *Journal of Psychosexual Health*, 2(2), 186-189.
- 33- Halvorsen, J. G., & Metz, M. E. (1992). Sexual dysfunction, Part II: Diagnosis, management, and prognosis. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(2), 177-192.
- 34- Huber, J. D., Pukall, C. F., Boyer, S. C., Reissing, E. D., & Chamberlain, S. M. (2009). "Just relax": physicians' experiences with women who are difficult or impossible to examine gynecologically. *The journal of sexual medicine*, 6(3), 791-799.
- 35- Kabakçi, E., & Batur, S. (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 277-288.
- 36- Klein, V., Koops, T., Lange, C., & Briken, P. (2015). Sexual history of male partners of women with the diagnosis vaginismus. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(3), 376-384.
- 37- Konkan, R., Bayrak, M., Gönüllü, O. G., Senormanci, Ö., & Sungur, M. Z. (2012). Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *Dusunen Adam*, 25(4), 305.
- 38- Liang, H. S., Jeng, C. J., Yang, K. H., Chou, L. T., Chiang, H. S., Tzeng, C. R., & Yang, Y. C. (2003). Evaluation and management of primary vaginal penetration failure. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 42(3), 171-177.
- 39- Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., & das Nair, R. (2015). Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC women's health*, 15, 1-12.
- 40- Malleson, J. (1942). Vaginismus: its management and psychogenesis. *British medical journal*, 2(4259), 213.
- 41- Melzack, R. (2005). Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. *Pain practice*, 5(2), 85-94.
- 42- Mhiri, M. N., Smaoui, W., Bouassida, M., Chabchoub, K., Masmoudi, J., Hadjslimen, M., ... & Bahloul, A. (2013). Unconsummated marriage in the Arab Islamic world: Tunisian experience. *Sexologies*, 22(3), e71-e76.
- 43- Möller, L., Josefsson, A., Bladh, M., Lilliecreutz, C., & Sydsjö, G. (2015). Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(3), 329-334.
- 44- Muammar, T., McWalter, P., Alkhenizan, A., Shoukri, M., Gabr, A., & Muammar, A. A. B. (2015). Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study. *Annals of Saudi medicine*, 35(2), 120-126.
- 45- Özdemir, Ö., Şimşek, F., Özkardeş, S., Incesu, C., & Karakoç, B. (2008). The unconsummated marriage: its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic. *Journal of sex & marital therapy*, 34(3), 268-279.
- 46- Pacik, P. T. (2010). *When sex seems impossible. Stories of vaginismus & how you can achieve intimacy. Manchester, NH: Odyne Publishing.*
- 47- Pacik, P. T. (2011). Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesthetic plastic surgery*, 35, 1160-1164.
- 48- Pacik, P. T. (2014). Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International urogynecology journal*, 25, 1613-1620.
- 49- Pacik, P. T., & Cole, J. B. (2010). *When sex seems impossible: stories of vaginismus & how you can achieve intimacy.* Odyne Publishing.
- 50- Pacik, P. T., & Geletta, S. (2017). Vaginismus treatment: clinical trials follow up 241 patients. *Sexual medicine*, 5(2), e114-e123.
- 51- Praharaj, S. K., Verma, P., & Arora, M. (2006). Topical lignocaine for vaginismus: a case report. *International journal of impotence research*, 18(6), 568-569.
- 52- Ramli, M., Nora, M. Z., Roszaman, R., & Hatta, S. (2012). Vaginismus and subfertility: case reports on the association observed in clinical practice. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 7(1), 24.
- 53- Reissing, E. D. (2009). Vaginismus: Evaluation and management. *Female sexual pain disorders*, 229-234.
- 54- Reissing, E. D., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist?: A critical review of the literature. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(5), 261-274.
- 55- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalif, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 47-59.
- 56- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of sexual behavior*, 33, 5-17.
- 57- Rosenbaum, T. Y., & Padoa, A. (2012). Managing pregnancy and delivery in women with sexual pain disorders (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 9(7), 1726-1735.

- 58- Saadat, S. H. (2014). Vaginismus: A review of literature and recent updated treatments. *International Journal of Medical Reviews*, 1(3), 97-100.
- 59- ŞAFAK ÖZTÜRK, C., & Arkar, H. (2017). Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. *Turkish Journal of Psychiatry*, 28(3).
- 60- Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International journal of impotence research*, 18(4), 382-395.
- 61- Schwartz, M. S., & Andrasik, F. (Eds.). (2017). *Biofeedback: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- 62- Seo, J. T., Choe, J. H., Lee, W. S., & Kim, K. H. (2005). Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology*, 66(1), 77-81.
- 63- Shokrollahi, P., Mirmohamadi, M., Mehrabi, F., & Babaei, G. H. (1999). Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *Journal of sex & marital therapy*, 25(3), 211-215.
- 64- Shortle, B., & Jewelewicz, R. (1986). Psychogenic vaginismus. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20(40), 82-87.
- 65- Silverstein, J. L. (1989). Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy and psychosomatics*, 52(4), 197-204.
- 66- Simons, J. S., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Archives of sexual behavior*, 30, 177-219.
- 67- Van Lankveld, J. J., Granot, M., Schultz, W. C. W., Binik, Y. M., Wesselmann, U., Pukall, C. F., Bohm-Strake, N., and Achtrari, C. (2010). Women's sexual pain disorders. *The journal of sexual medicine*, 7(1), 615-631.
- 68- Van Lankveld, J. J., ter Kuile, M. M., de Groot, H. E., Melles, R., Nefs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 168.
- 69- Watts, G., & Nettle, D. (2010). The role of anxiety in vaginismus: a case-control study. *The journal of sexual medicine*, 7(1\_Part\_1), 143-148.
- 70- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., & Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual medicine reviews*, 7(2), 223-250.
- 71- Yasan, A., & Gürgen, F. (2008). Marital satisfaction, sexual problems, and the possible difficulties on sex therapy in traditional Islamic culture. *Journal of sex & marital therapy*, 35(1), 68-75.
- 72- Yilmaz, E. P. T., Ahiskalioglu, E. O., Ahiskalioglu, A., Tulgar, S., Aydin, M. E., & Kumtepe, Y. (2020). A novel multimodal treatment method and pilot feasibility study for vaginismus: initial experience with the combination of sacral erector spinae plane block and progressive dilatation. *Cureus*, 12(10).
- 73- Zgueb, Y., Ouali, U., Achour, R., Jomli, R., & Nacef, F. (2019). Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e3.
- 74- Zukerman, Z., Roslik, Y., & Orvieto, R. (2005). Treatment of vaginismus with the Paula Garburg sphincter muscle exercises. *Harefuah*, 144(4), 246-8.

# Etiology, Consequences and Treatments of Vaginismus: A Psychological Perspective Systematic Review

Shiva Zare<sup>1</sup>, Soode Dashtiane<sup>2\*</sup>, Zahra shomali<sup>3</sup>

1. M.A in in psychology. Department of psychology. Fatemiyeh shiraz, Institute of Higher Education. Shiraz.  
zare@fatemiyehshiraz.ac.ir
2. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Marodasht Branch, Islamic Azad University, Marodasht, Iran. (Corresponding Author)  
soode.dashtiane@miau.ac.ir
3. Fellowship of Infertility. Department of Obstetrics and Gynecology. Samar Fertility Center. Shiraz. Iran.  
shomaliz57@yahoo.com

## Abstract

Vaginismus is one of the most common sexual disorders among women and has a significant impact on women and couples. The present review article was aimed at investigating the etiology, consequences, and treatments of Vaginismus from a psychological perspective. The current study was a systematic review. Relevant keywords such as vaginismus psychology, vaginismus disorder, genital pain/ penetration disorder, etc. have been searched and extracted in Springer, Science Direct, PubMed, SID, Magiran, Noormags, and Civilica database from 1940 to 2021. By reviewing the related articles, it was conducted that genital pain/ penetration disorder is the most common disorder among women. This disorder has an important impact on the quality of sexual intercourse as well as couples' mental health. It can be concluded that changing the way of thinking, parenting and cultural building is very important. Furthermore, proper education about sex and preparing the educational content and related tools for adolescence boys and girls can be functional.

**Keywords:** Disorder, Vaginismus, Genital pain/ penetration disorder, Women.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

## اثر بخشی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی و بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر

سید مجتبی عقیلی<sup>۱\*</sup>، مجید ولی‌زاده<sup>۲</sup>

- ۱- استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)  
dr\_aghili1398@yahoo.com
- ۲- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران.  
M\_valizadeh@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۴/۱۱]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱/۳۰]

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی و بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش زنان آسیب‌دیده از خیانت مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی شهر بجنورد، در سال ۱۴۰۰ بودند که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های بخشش ری (۲۰۰۱) و تنظیم هیجان گرانفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) بود. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری و استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی و بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر اثربخش است ( $P < 0/05$ ). با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که درمان ذهن آگاهی عامل مهم و تاثیرگذاری بر افزایش تنظیم هیجانی و بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر می‌باشد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، بخشش، خیانت

## ۱- مقدمه

ازدواج، مهم‌ترین رویداد زندگی هر انسانی است و به عنوان بنیادی‌ترین و اساسی‌ترین رابطه بشری توصیف شده است (Apostolo, 2022)، زیرا ساختار اولیه برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت نسل آینده را فراهم می‌سازد (دهقانی و اصلانی، ۱۳۹۹). مشکلات زناشویی نه تنها پایه‌های خانواده را لرزان می‌کند، چه بسا مهمتر از آن تحول هیجانی، اجتماعی و سازگاری پس از آن زوجین را نیز دچار مشکل می‌سازد. یکی از پیشامدهایی که به شدت بر روابط زناشویی زوجین تأثیر منفی می‌گذارد، خیانت زناشویی<sup>۱</sup> است (Harris, 2018). خیانت زناشویی به عنوان عمل جنسی و یا عاطفی خارج از چارچوب خانواده تعریف می‌شود (Yuan and Visser, 2019) و می‌تواند ویران‌کننده‌ترین تجربه ازدواج باشد. آمارهای به دست آمده نشان می‌دهد بیش از ۲۱ درصد از مردان در زندگی، به همسران خود خیانت می‌کنند (Sherin, Appalons, Alda and Wagner, 2018). این موضوع باعث شده است تا تحقیقات به بررسی ابعاد مختلف روابط فرازناشویی، عوامل مؤثر بر آن و ارائه راهکارهایی برای ارتقاء سلامت خانواده بپردازد (Volento, De Moraes and Varela, 2020). خیانت زناشویی از جمله عواملی است که سلامت خانواده را با چالش مواجه کرده و مهم‌ترین عامل تهدیدکننده عملکرد، ثبات و تداوم و روابط زناشویی است (Aman, Noronanbi and Bano, 2019). این دور، پریپالدی، هرچسبرگ<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) در پژوهش خود تصریح کردند که بیش از ۵۰٪ از مردان و زنان خیانت زناشویی را تجربه کرده‌اند. در ایران نیز با اینکه میزان شیوع این آسیب به صورتی کمی برآورد نشده است، ولی بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نظیر (چوپانی، سهرابی و محمدی، ۱۳۹۸)، (دهقانی و اصلانی، ۱۳۹۹)، شیوع این آسیب را در بین زوجین ایرانی به عنوان یک عامل نگران‌کننده مورد تأکید قرار داده‌اند (Weigel and Schrott, 2022). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که واکنش فرد نسبت به خیانت همسر، شبیه علائم استرس پس از سانحه<sup>۳</sup> همچون علائم خشم<sup>۴</sup>، افسردگی<sup>۵</sup>، کاهش اعتماد به نفس<sup>۶</sup>، قطع روابط با دیگران می‌باشد (Baraka and Polanski, 2021)؛ به‌دوست، پورشهریاری و حسینیان، ۱۴۰۰). در این بین، یکی از عواملی که می‌تواند درد و رنج ناشی از رویدادهای آسیب‌زا نظیر بی‌وفایی را تعدیل نماید، تنظیم هیجانات<sup>۷</sup> است که مختل شدن آن در نتیجه خیانت، می‌تواند عواقب جبران‌ناپذیری را برای زنان در پی داشته باشد (صمدی، حاج حسینی، به‌پژوه و اژه‌ای، ۱۳۹۸).

تنظیم هیجانی فرآیندی است که در طی آن افراد آگاهانه هیجان‌های خود را تعدیل می‌کنند و به صورت مناسب و سریع به تقاضاهای محیط اطراف پاسخ می‌دهند (Saunders, Tamer and Metzler, 2019). افراد با خودتنظیمی بهتر می‌توانند به پیامدهای مثبت‌تری در زندگی برسند و احتمال ایجاد مشکلات ارتباطی و اجتماعی و سلامت‌روانی کمتر است (رزاق پور و حسین زاده، ۱۳۹۸). نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان به طور گسترده‌ای با سازگاری عاطفی ضعیفی همراه است (امام‌دوست، تیموری، خوی نژاد و رجایی، ۱۳۹۹). مهارت‌های تنظیم هیجان، سازگاری در آینده را پیش‌بینی می‌کند و اثراتی فراتر از سازگاری قبل خواهد داشت (Coccaro, Drosos and Klein, 2022). راهبردهای تنظیم هیجان با تنظیم وضعیت‌ها و واکنش‌های هیجانی از طریق اصلاح و بهبود باورهای شناختی نقش موثری در سلامت جسمی و روانشناختی دارد (صالحی، افتخار سعادی و برنا، ۱۴۰۰). در واقع تنظیم هیجانی به افراد کمک می‌کند تا باورها و افکار ناسازگار خود را شناسایی کرده و باورها و راهبردهای انطباقی و منعطف‌تری را در پاسخ به هیجانانگشان اتخاذ کنند (Ferraro and Taylor, 2021).

<sup>1</sup> marital infidelity

<sup>2</sup> Indur, Pripaldi, Herchsberg

<sup>3</sup> PTSD

<sup>4</sup> anger

<sup>5</sup> depression

<sup>6</sup> Self Confidence

<sup>7</sup> Excitement regulation

از طرفی با وجود اینکه در خیانت، ذهن و توجه فرد خیانتکار به رابطه فرازنشویی جلب می‌شود، اما لزوماً تمایلی به جدایی و طلاق از همسر ندارد (ذوالفقاری، محمدخانی، مهدویان و اکبری، ۱۴۰۰). بنابراین، همسر خیانت دیده دارای دو گزینه است: از رابطه خارج شود یا همسر خاطی را ببخشد. اگر قصد حفظ و اصلاح رابطه است بخشش<sup>۱</sup> معمولاً بهترین مسیر است (شعاع کاظمی، ۱۳۹۸). هنگامیکه در پاسخ به آسیب‌های بر هم زنده‌ی رابطه‌ی صمیمانه (خیانت زنشویی) بخشش اتفاق می‌افتد (Su, Pan and Huang, 2022)، زخم‌های دل‌بستگی ترمیم یافته، اعتماد به رابطه برگشت خورده و پیوندهای ایمن ارتباطی میان زوج‌های آسیب‌دیده فعال می‌گردد (Bass and Abrams, 2017). بخشودگی کمال مطلوب برای زوج‌های متأثر از خیانت است. چه زوجین تصمیم بگیرند با هم بمانند و چه این که به رابطه‌شان خاتمه دهند، بخشودگی می‌تواند سلامتی جسمی و عاطفی معناداری را برای آنها به همراه داشته باشد (رضاپور، آذرپور، امینی و فلاح، ۱۳۹۹). واضح است که خیانت یکی از شدیدترین اشتباهاتی است که یک نفر در حق همسری مرتکب می‌شود و به خاطر شدت زیاد آسیب و نحوه‌ی حرکت افراد در مسیر دشوار روابط متقابل، مسلماً بخشش خیانت یک مسئله‌ی سخت در روابط زنشویی است (Bendixen, Kenair, Krontodt, 2018). اما تصمیم به حل خیانت با رفتارهای مرتبط با بخشایش آمیخته شده است. زوجین دارای سطح بخشش زنشویی بالا ممکن است درد تجربیات ناگوار زندگی زنشویی را احساس کنند (ایزدی، رضاپور و چوب فروش، ۱۴۰۱)، اما از افسردگی در مورد وضعیت‌های ذهنی منفی، مجازات خود برای گناهان واقعی یا درک شده، انزوا و تنهایی پرهیز می‌کنند (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۹).

پس از افشاء خیانت زنشویی، حل و فصل کردن، کنترل و درمان، واکنش‌های پس‌آسیبی و افزایش بخشایش، ویژگی‌های گریزناپذیر کار کردن با این مسئله برای درمانگران خانواده است. رویکردهای مختلف روانشناختی برای درمان خیانت طراحی شده‌اند. که می‌توان در این زمینه به مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> که بر نگرش مشاهده‌کننده و غیر واکنشی نسبت به افکار، احساسات و وضعیت بدن تأکید می‌کنند اشاره کرد (Carincross, and Miller, 2020). ذهن‌آگاهی بر پایه‌ی سه مؤلفه‌ی اجتناب از قضاوت، بالابردن آگاهی و متمرکز بودن در لحظه‌حال متمرکز است و کمک می‌کند تا افراد فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری خویش را پردازش کنند. آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و وضعیت‌های فیزیکی باعث می‌شود که افراد یاد بگیرند، خود را کنترل کنند و خویش را از افکار خودآیند رهایی بخشند (مزینانی، کوچک انتظار، نوری و صالحی، ۱۴۰۱).

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

خیانت زنشویی بر اساس یک تعریف کلی نقض تعهد رابطه دو نفره است که منجر به شکل‌گیری درجانی از صمیمیت عاطفی و فیزیکی با فردی خارج از این رابطه می‌شود (به‌دوست و همکاران، ۱۴۰۰). علی‌رغم این که خیانت زنشویی یک مفهوم رایج در ازدواج است اما به صورت ناچیزی شناخته شده است و با توجه به تابو بودن مسأله، پیشینه و بررسی روشنی در ارتباط با این موضوع وجود ندارد (Apostolo, 2022). در این راستا نتایج مطالعات فروزنده و انتظاری (۲۰۲۰) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی منجر به تنظیم هیجانات منفی زنان شده است. پژوهش جدیدی، قنبری، رضایی و ناجی (۱۳۹۷) نشان داد که ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی زوجین ناسازگار و درگیر خیانت، اثربخش است. مطالعات اصغری، قاسمی، حسینی و جامعی (۱۳۹۵) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی به طور معناداری موجب افزایش تنظیم هیجان و کیفیت‌زندگی در زنان شده است. آقاگدی، گل‌پرور و آقایی (۱۳۹۷) دریافتند که ذهن‌آگاهی بر بخشش در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر اثربخش است. همچنان پان، گائو، لی و جو<sup>۳</sup> (۲۰۱۹)، آدیاری، بولتون و آلگوی<sup>۴</sup> (۲۰۱۸)، کیمز،

<sup>1</sup> Forgiveness

<sup>2</sup> Mindfulness

<sup>3</sup> Pan, Gao, Li, and Ju

<sup>4</sup> Adyar, Bolton and Allgway

جورنکویی، سریواستاویا<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) دریافتند که ذهن‌آگاهی باعث افزایش روابط نزدیک و صمیمیت بین زوجین می‌شود. گالا و بلاک<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) دریافتند که آموزش ذهن‌آگاهی بر ارتقای خودتنظیمی اثربخش می‌باشد.

با عنایت به موارد فوق و نظر به ماهیت شکننده‌ی خیانت زناشویی و تأثیرهای فاجعه‌آمیز آن بر زوج‌ها، به نظر معقولانه می‌رسد که مداخله‌های مؤثری برای کمک به زوج‌هایی که با این پدیده آسیب‌زا روبرو هستند صورت پذیرد تا جراحتهای دلبستگی ناشی از این رویداد ناگوار، ترمیم یافته و ضمن ایجاد پیوندهای ایمن، وفاداری به پیوند ازدواج مستحکم‌تر شده و روابط صمیمانه‌ی زوج‌ها از سر گرفته شود. همچنین نظر به اینکه این رویکرد تاکنون بر روی زوج‌های ایرانی مورد آزمون قرار نگرفته است و از آنجایی اهمیت این مقوله در کشور به خوبی برجسته نشده است، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی و بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر انجام شد.

### ۳- روش شناسی

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش زنان آسیب‌دیده از خیانت مراجعه کننده به مراکز بهزیستی شهر بجنورد، در سال ۱۴۰۰ بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. با توجه به نیمه‌تجربی بودن پژوهش، حجم نمونه به ازای هر گروه، تعداد حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. بدین صورت که ابتدا با مراجعه به اداره بهزیستی شهر بجنورد و شناسایی زنان آسیب‌دیده، تعداد ۱۵ زن به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش، تجربه خیانت در یک سال اخیر، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم طلاق، عدم شرکت در جلسات درمان روانشناختی دیگر بود و ملاک‌های خروج عدم تمایل به همکاری در پژوهش و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. درمان ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شد و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد؛ پس از پایان جلسات آموزشی پرسشنامه‌های پژوهش مجدد به عنوان پس‌آزمون ارائه شد.

#### ۳-۱- ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه تنظیم هیجان<sup>۳</sup>:** پرسشنامه تنظیم هیجان گرانفسکی و کرایج<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) پرسشنامه تنظیم هیجان را برای بررسی سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد تهیه کردند. این پرسشنامه ۳۶ سؤال و ۶ عامل «عدم پذیرش منفی پاسخ‌های هیجانی»، «دشواری در انجام رفتار هدفمند مواقع درماندگی»، «دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی»، «فقدان آگاهی هیجانی»، «دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی»، «عدم وضوح هیجانی» را اندازه‌گیری می‌کند؛ به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاه‌گاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. در خارج کشور برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده که ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات ۰/۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ به دست آمده است (Cunningham, Griffith, Bailey and Murray, 2018). در یک پژوهش برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است. همچنین، روایی همگرای با استفاده از همبستگی پیرسون با افسردگی ۰/۶۹ و کمال‌گرایی جامعه‌محور ۰/۳۶ و با کمال‌گرایی فردمحور ۰/۲۴ به دست آمده است. روایی سازه با همبستگی پیرسون با استفاده از مؤلفه نمره کل برای ابعاد عدم پذیرش منفی پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۰، دشواری در انجام رفتار هدفمند ۰/۶۷، دشواری در کنترل رفتارهای تکانه ۰/۸۱، فقدان آگاهی هیجانی ۰/۴۰، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ۰/۸۸، عدم وضوح هیجانی ۰/۷۸ به دست آمده است که نشان‌دهنده روایی سازه پرسشنامه است (Cunningham et al., 2018). در مطالعه

<sup>1</sup> Kims, Jor Nekui, Srivastava

<sup>2</sup> Gala and block

<sup>3</sup> Emotion Regulation Questionnaire

<sup>4</sup> Granevsky and Kraij

موسوی، دشت بزرگی، حیدرئی، پاشا و برنا (۱۴۰۰)، برای تعیین پایایی پرسشنامه تنظیم هیجان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمده است.

**پرسشنامه بخشش<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط رای، لویاکونو، فولک و هیم<sup>۲</sup> ۲۰۰۱ ساخته شد. مقیاس اصلی دارای ۱۶ گویه بوده و پس از انجام تحلیل عاملی، ۱ گویه آن حذف و به ۱۵ گویه تبدیل گردید. تحلیل عاملی این مقیاس، دو عامل را نشان داده است. یک عامل ماده‌هایی را شامل می‌شود که بیان‌کننده‌ی نبود افکار، احساسات و رفتار منفی نسبت به فرد خاطی است (نبود منفی). عامل دیگر بیان‌کننده‌ی وجود افکار، احساسات و رفتار مثبت نسبت به فرد خاطی است (وجود مثبت). لذا مقیاس حاضر هم پاسخ‌های منفی و هم پاسخ‌های مثبت را می‌سنجد. این مقیاس در ابتدا برای سنجش واکنش زنان نسبت به بدی که در رابطه‌ی عاشقانه‌ی خود دیده بودند ساخته شد؛ اما بعدها سوالات آن طوری تغییر پیدا کرد که همه افراد و هر نوع بدی را شامل شود. این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم=۵، موافقم=۴، بی‌نظر=۳، مخالفم=۲ و کاملاً مخالفم=۱) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌گذاری سوالات (۱، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۲ و ۱۴) به صورت معکوس می‌باشد. رای و همکاران (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ برای (نبود منفی)، (وجود مثبت) و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش کردند. همچنین بیات، زارعی و فرهادی (۱۳۹۹) در تحقیق خود پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند.

## ۲-۳- روش اجرا

پس از هماهنگی‌های لازم با اداره بهداشتی شهر بجنورد و نمونه‌گیری، جلسه توجیهی برای تمامی زنان آسیب‌دیده از خیانت مراجعه‌کننده به بهداشتی برگزار گردید و پرسشنامه تنظیم هیجان و پرسشنامه بخشش توسط آنها تکمیل شد. در مرحله بعد تعداد ۳۰ زن به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) گروه گواه (۱۵ نفر) قرار داده شدند. افراد گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی را که بر اساس پروتکل کابات زین<sup>۳</sup> طراحی شده بود به مدت ۸ هفته، هر هفته ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. پس از اتمام دوره آموزش دوباره پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس‌آزمون توسط افراد شرکت‌کننده در پژوهش تکمیل شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## جدول ۱. شرح جلسات ذهن آگاهی

جلسه	محتوا
اول	معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار: معرفی برنامه و شرح مختصری از ۸ جلسه، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واریسی بدن و تنفس آگاهانه.
دوم	رویاریبی با موانع: موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات.
سوم	آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه: تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی.
چهارم	ماندن در زمان حال: مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود).

<sup>1</sup> Forgiveness questionnaire

<sup>2</sup> Ray, Loyacono, Fulk, and Heim

<sup>3</sup> Kabat Zine

پنجم	اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات): تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگا.
ششم	افکار حقایق نیستند: تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه‌ی تمرینی با عنوان «خلق فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند، استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن‌آگاهی.
هفتم	مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. تهیه لیستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت (غیرانتخابی).
هشتم	پذیرش و تغییر (استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید). روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان و اخذ پس‌آزمون.

#### ۴- یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان ۲۸/۵ سال، بیشتر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دیپلم، زنان با سابقه ۵-۱ سال زندگی مشترک و دارای یک فرزند بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و گواه گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجان و بخشش

گروه	متغیر	مراحل	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	بخشش	پیش‌آزمون	۱۹/۱۲	۳/۷
		پس‌آزمون	۲۵/۱۶	۴/۲
گواه	تنظیم	پیش‌آزمون	۲۳/۱۴	۴/۶
	هیجانی	پس‌آزمون	۳۰/۱۸	۳/۴۱
	بخشش	پیش‌آزمون	۱۹/۲۵	۵/۷
		پس‌آزمون	۱۸/۳۲	۲/۹
	تنظیم	پیش‌آزمون	۲۳/۱۱	۳/۱۱
	هیجانی	پس‌آزمون	۲۳/۱۶	۴/۶

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین متغیرها در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش پیدا کرده است. برای بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های انجام آزمون تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کالموگروف اسمیرنوف که نشان می‌دهد فرض نرمال بودن برقرار است، برای تمامی متغیرهای تنظیم هیجان و بخشش برقرار است ( $p < 0/05$ ). آزمون لون نشان می‌دهد که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای تنظیم هیجان و بخشش برقرار است ( $p < 0/05$ ). نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری

منبع اثر	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	P	ضریب اتا
اثر پیلایی	۱/۴۸	۱۹/۳۴۲	۱۰	۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۲	۴۹/۲۸۴	۱۰	۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷
اثر هتلینگ	۳۲/۲۸۳	۱۱۰/۱۳۵	۱۰	۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳
بزرگترین ریشه روی	۳۱/۳۲۶	۲۲۳/۲۱۷	۱۰	۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۶

با توجه به نتایج جدول ۳، آماره لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که اثر گروه معنادار است بدین معنا که حداقل بین میانگین نمره یکی از مولفه‌های تنظیم هیجان و بخشش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد. بنابراین نتایج بوسیله تحلیل کواریانس تک‌متغیری مورد بررسی قرار گرفت.

#### جدول ۴. تحلیل کواریانس نمره تنظیم هیجان و بخشش

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	بخشش	۰/۷۸۲	۱	۰/۷۸۲	۴۵/۲۳	۰/۰۰۰
	تنظیم هیجانی	۱۳۲/۰۶	۱	۱۳۲/۰۶	۲۴/۶۷	۰/۰۰۰
خطا	بخشش	۸۴/۳۲۴	۲۷	۴/۶۳		
	تنظیم هیجانی	۶۷/۱۶۷	۲۷	۳/۶۷		
کل	بخشش	۱۹۶۵/۰۴	۳۰			
	تنظیم هیجانی	۱۷۵۶۴/۰۴	۳۰			

#### ۵- بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثر بخشی ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی و بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی و افزایش بخشش زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر اثربخش است. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات فروزنده و همکاران (۱۳۹۹)، جدیدی و همکاران (۱۳۹۷)، اصغری و همکاران (۱۳۹۵)، آفاگدی و همکاران (۱۳۹۷)، پان و همکاران (۲۰۱۹)، آدیار و همکاران (۲۰۱۸)، کیمز و همکاران (۲۰۱۸)، گالا و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که یکی از جنبه‌های مهم ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت این است که زنان یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در روبرویی با رویدادهای استرس‌زا با خوشبینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌ی موثرتری به کار می‌اندازند. درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت می‌تواند به این دسته از افراد کمک کند تا بدون ارزیابی هیجان‌ها به صورت خوب یا بد آنها را به همان صورت که رخ می‌دهند، تجربه کنند و به جای اجتناب، آن را پذیرفته و از راهبردهای سازگارانه‌تر استفاده نمایند. شاید یکی از دلایل کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ای مثل سرزنش خود، سرزنش دیگری و نشخوار در زنان آسیب‌دیده از خیانت همسر، تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد (به‌دوست و

همکاران، ۱۴۰۰). همچنین به دنبال افزایش در آگاهی و گواه بر احساسات و افکارشان، این زنان راحت‌تر می‌توانند به تعدیل احساسات منفی یا گواه و تنظیم آنها بپردازند. به عبارتی دیگر، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، تعدیل احساسات بدون قضاوت، واضح دیدن و پذیرش کمک هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همانطور که اتفاق می‌افتند، پذیرش هیجانات و شناخت‌های مرتبط با شرایط خاص زندگی‌شان باعث می‌شود آنان از هیجاناتشان دوری نکنند؛ چنین تجربه‌ای از هیجانات سبب شناخت بیشتر و مفیدتری از آنها می‌شود و مشکلات افراد را در شناسایی احساساتشان برطرف می‌کند (Thomason et al., 2018).

درمان ذهن‌آگاهی به زنان آموزش می‌دهد تا با آزاد ساختن خشم به روشی سازنده، علت ایجاد رنجش از دید فرد خاطی، بررسی علت‌های وقوع رنجش، بررسی میزان سهم خود فرد در ایجاد رنجش، بررسی وقایعی که در آن خودشان موجبات رنجش دیگران را به بار آورده‌اند، پیدا کردن معنای واقعی رنجش، ایجاد عادت بخشیدن و طلب بخشش، تغییرات هیجانی، شناختی و رفتاری را در خود به وجود آورند و در برابر نابخشودگی با بخشش پاسخ دهند. بخشش میل درونی است که منجر به بازداری‌های پاسخ ناخوشایند ارتباطی با دیگران می‌شود. بخشودگی، خشم و خصومت را در افراد کاهش داده و موجب افزایش سلامت جسمانی و روانی می‌گردد (رفتارعلی آبادی و همکاران، ۱۳۹۸). با استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی می‌توان ذهنیت افراد را چه از بعد احساسی و چه شناختی تعدیل کرد و به دنبال آن رفتار مناسب را در موقعیت‌هایی که نیاز به بخشش دارند، بروز دهند. یکی از اجزای اصلی آموزش مراقبه‌ای ذهن آگاهانه، یادگیری اعتماد به خود و احساساتمان است. با افزایش توانایی فرد در زمینه آگاهی او می‌تواند آنچه را که در ذهن و بدن و همچنین در اطرافش رخ می‌دهد، دقیق‌تر تشخیص دهد. تمرین ذهن‌آگاهی، وسیله‌ای است برای اینکه فرد مسئولیت وجود خودش را بپذیرد و یاد بگیرد که به تجارب شخصی خود اعتماد کند. پرورش اعتماد بیشتر به خود در شخص، اعتماد به دیگران و دیدن خوبی ذاتی آنها را آسان‌تر می‌کند (آقاگدی و همکاران، ۱۳۹۷).

استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و نیز استفاده از ابزارهای خود گزارشی از محدودیت‌های این پژوهش بود. از طرفی متغیرهای بافتی و روانشناختی بی‌شماری می‌توانند بر بهبود روابط زناشویی تاثیر بگذارند. لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی مردان و در سایر شهرها برگزار شود. با توجه به نتایج پژوهش حاصل پیشنهاد می‌شود از مداخلات درمانی مبتنی بر رویکرد ذهن‌آگاهی برای زوج‌های آسیب‌دیده از خیانت استفاده شود.

## ۶- تقدیر و تشکر

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند از همکاری شایسته کلیه شرکت‌کننده در پژوهش، قدردانی کند.

## ۷- منابع

- ۱- ایزدی، زهرا سادات؛ رضایور میرصالح، یاسر و چوب فروش زاده، آزاده. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مرور زندگی مبتنی بر بخشودگی بر افزایش رضایت زناشویی و بخشش زنان در مواجهه با خیانت زناشویی همسر. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۱۰(۱): ۱۱۹-۱۰۷.
- ۲- امام دوست، زیبا؛ تیموری، سعید؛ خوی نژاد، غلامرضا و رجایی، علیرضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانگری بر تنظیم شناختی هیجان در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۹): ۶۴۷-۶۵۵.
- ۳- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ حسینی صدیق، مریم السادات و جامعی، مینو. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۶): ۱۱۵-۱۳۲.

- ۴- آقا گدی، پریسا؛ گل پرور، محسن و آقای، اصغر (۱۳۹۷). تأثیر درمان ذهن آگاهی بخشش محور و درمان هیجان مدار بر بخشش در زنان آسیبدیده از پیمان شکنی همسر، نشریه مدیریت/رتقای سلامت، ۷(۵): ۴۶-۵۳.
- ۵- بهدوست، پریسا؛ پورشهریاری، مه سیما و حسینیان، سیمین. (۱۴۰۰). مقایسه الگوهای ارتباطی، سبک‌های ابزار هیجان و میزان صمیمیت در بین زنان خیانت دیده و عادی. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه، ۱۲(۴۵): ۱-۱۴.
- ۶- بیات، حسین؛ زارعی، محمدعلی و فرهادی، مژگان. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بخشش و تاب‌آوری زنان دارای تعارض با همسر مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵(۵۰): ۵۰-۴۰.
- ۷- جدیدی محمدآبادی، اکبر؛ قنبری زرنندی، زهرا؛ رضایی، اکبر و ناجی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان تحت حمایت بهزیستی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۶۱(۱): ۱۶۴-۱۷۴.
- ۸- چوپانی، موسی؛ سهرابی فرد، محمد مهدی؛ محمدی، فاروق؛ اسمعیلی، نوشین و صمدی فرد، آذر. (۱۳۹۸). ادراک مردان بی‌وفا (خیانت) از علل و عوامل بازدارنده از روابط فرا زناشویی: یک مطالعه کیفی. پژوهش‌های مشاوره، ۱۸(۶۹): ۷۹-۱۰۵.
- ۹- دهقانی، مصطفی و اصلانی، خالد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحی دل‌بستگی با زوج‌درمانی یکپارچه نگر بر بخشش در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۴(۲): ۱۷۱-۱۴۷.
- ۱۰- ذوالفقاری، داود؛ محمدخانی، شهرام؛ مهدویان، علیرضا و اکبری، مهدی. (۱۴۰۰). مدل فراتشخیصی التیام از خیانت زناشویی با تأکید بر نقش فراشناخت‌ها، طرح‌واره‌ها، صمیمیت، کارآمدی هیجانی و بخشش. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹(۱): ۳۹-۲۷.
- ۱۱- رزاق پور، مهدی و حسین زاده، علی اصغر. (۱۳۹۸). نقش میانجیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با نشانه‌های جسمانی سازی دانشجویان دختر. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳(۲): ۳۱۶-۲۹۵.
- ۱۲- رضاپور میر صالح، یاسر؛ آریانپور، حمیدرضا؛ امینی، راضیه و فلاح، طاهره. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان وجودی بر بخشش زناشویی و عملکرد خانواده در زنان آسیبدیده از خیانت زناشویی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰(۲): ۱۲۲-۱۰۵.
- ۱۳- رفتار علی آبادی، محمدرضا؛ شاره، حسین و تونزنده جانی، حسن. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی همراه با ذهن آگاهی و بخشش درمانی بر نشانگان بالینی و پاسخ‌های هیجانی زنان آسیب دیده از خیانت همسر. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۱(۴): ۶۳-۵۲.
- ۱۴- شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله بین سیستمی بخشش بر بازسازی مجدد اعتماد زنان بعد از خیانت. مطالعات جنسیت و خانواده، ۱۷(۱): ۷۹-۱۰۵.
- ۱۵- صمدی کاشان، سحر؛ حاج حسینی، منصوره؛ به‌پژوه، احمد و اژه‌ای، جواد. (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان زنان آسیبدیده از خیانت زناشویی. فصلنامه مددکاری/اجتماعی، ۹(۱): ۳۲-۳۹.
- ۱۶- صالحی، سیده نرگس؛ افتخارصعادی، زهرا و برنا، محمدرضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب‌آوری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر دارای افسردگی غیربالینی. نشریه علمی روانشناسی/اجتماعی، ۹(۶۰): ۷۳-۵۹.
- ۱۷- فروزنده، الهام و انتظاری، سمیرا. (۱۳۹۹). اثربخشی ذهن آگاهی با رویکرد شناختی بر دشواری‌های تنظیم هیجانی و تاب‌آوری زنان مطلقه شهر تهران. پژوهش‌نامه زنان، ۱۱(۳۱): ۲۵-۴۲.
- ۱۸- مزینانی، فرزانه؛ کوچک انتظار، رویا؛ نوری، ابوالقاسم؛ و صالحی، مهدیه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روش‌های آموزش ذهن آگاهی و هوش هیجانی بر تنیدگی شغلی، تعارض کار - خانواده و روان‌درستی. مجله علمی-پژوهشی علوم روانشناختی، ۲۱(۱۰۹): ۲۰۵-۱۸۷.

- ۱۹- موسوی، سیده مریم؛ دشت بزرگی، زهرا؛ حیدرئی، علیرضا؛ پاشا، رضا و برنا، محمدرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر خودشفقتی و تنظیم هیجان در مردان وابسته به مواد. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۷(۱): ۶۵-۷۶.
- 20- Apostolou, M. (2022). Catch me if you can: Strategies for hiding infidelity. *Personality and Individual Differences*, 189(4): 49-57.
- 21- Aman, J., Nurunnabi, M., & Bano, S. (2019). The Relationship of Religiosity and Marital Satisfaction: The Role of Religious Commitment and Practices on Marital Satisfaction among Pakistani Respondents. *Journal Behavioral Sciences*, 9(3): 30-38.
- 22- Adair, K., Boulton, A., & Algoe, S. (2018). The effect of mindfulness on relationship satisfaction via perceived responsiveness: findings from a dyadic study of heterosexual romantic partners. *Mindfulness*, 9(2): 597-609.
- 23- Bendixen, M., Kennair, O., & Grøntvedt, T. (2018). Forgiving the unforgivable: Couples' forgiveness and expected forgiveness of emotional and sexual infidelity from an error management theory perspective. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 12(4): 322-352.
- 24- Buss, D. M., & Abrams, B. (2017). Jealousy, infidelity, and the difficulty of diagnosing pathology: A CBT approach to coping with sexual betrayal. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(2): 150-172.
- 25- Coccaro, E., Drossos, T., Kline, D., & Lazarus, S. (2022). Diabetes distress, emotional regulation, HbA1c in people with diabetes and a controlled pilot study of an emotion-focused behavioral therapy intervention in adults with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 11(3): 17-24.
- 26- Cairncross, M., & Miller, C. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: a metaanalytic review. *Atten Disord*, 24(5): 627-643.
- 27- Cunningham, M. L., Griffiths, S., Baillie, A., & Murray, S. B. (2018). Emotion dysregulation moderates the link between perfectionism and dysmorphic appearance concern. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(1): 59-68.
- 28- Eindor, T., Perrypaldi, A., Hirschberger, G., Birnbaum, G. E., & Deutsch, D. (2015). Coping with mate poaching: Gender differences in detection of infidelity-related threats. *Evolution & Human Behavior*, 36(1): 17\_24.
- 29- Ferraro, I., Taylor, A. (2021). Adult attachment styles and emotional regulation: The role of interoceptive awareness and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 173(4): 41-50.
- 30- Galla, B., Kaiser-Greenland, S., & Black, D. (2017). *Mindfulness training to promote self-regulation in youth: Effects of the Inner Kids program. Handbook of mindfulness in education*: Springer; 295-311.
- 31- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(1): 1045-1053.
- 32- Harris, C. (2018). *Characteristics of Emotional and Physical Marital Infidelity That Predict Divorce* (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- 33- Kimmes, J., Jaurequi, M., May, R., Srivastava, S., & Fincham, F. (2018). Mindfulness in the context of romantic relationship and marital intimacy: initial development and validation of the relationship mindfulness measure. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(4): 575-589.
- 34- Pan, W., Gau, M., Lee, T., Jou, H., Liu, Ch., & Wen, T. (2019). Mindfulness - based programme on the psychological health and intimacy of pregnant women. *Women and Birthday*, 32(1): 102 - 109.

- 35- Rye, M. S., Loiacono, & D. M., Folck, C. D., Olszewski, B. T., Heim, T. A., & Madia, B. P. (2001). Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scales. *Journal of Current psychology, 20*(3): 260-277.
- 36- Robins, J., Keng, S.L., Ekblad, A.G., & Brantley, J.G. (2012). Effects of mindfulness- based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology, 68*(1): 117-131.
- 37- Sanders, M. R., Turner, K. M., & Metzler, C. W. (2019). Applying self-regulation principles in the delivery of parenting interventions. *Clinical child and family psychology review, 22*(1): 24-42.
- 38- Scheeren, P., Apellániz, M., Alda, I., & Wagner, A. (2018). Infidelidade conjugal: a experiência de homens e mulheres. *Temas em psicologia. São Paulo, 13*(4): 355-369.
- 39- Su, L., Pan, L., & Huang, Y. (2022). How does destination crisis event type impact tourist emotion and forgiveness? The moderating role of destination crisis history. *Tourism Management, 94*(2): 46-56.
- 40- Tomlinson, E., Yousaf, O., & Vittersø, A., Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: a systematic review. *Mindfulness, 9*(1): 23-43.
- 41- Valentova, J. V., Moraes, A. C., & Varella, M. A. C. (2020). Gender, sexual orientation and type of relationship influence individual differences in jealousy: A large Brazilian sample. *Personality and Individual Differences, 157*(1): 109-117.
- 42- Weigel, D., Shrout, B. (2022). Examining the emotional costs of violations of fidelity beliefs and suspected infidelity among college students. *Personality and Individual Differences, 187*(3): 14-21.
- 43- Yuan, S., & Weiser, D. A. (2019). Relationship dissolution following marital infidelity: comparing European Americans and Asian Americans. *Marriage & Family Review, 55*(7): 631-650.

## The Effectiveness of Mindfulness on Emotional Regulation and Forgiveness of Women Affected by Infidelity

Seyed Mojtaba Aghili <sup>1\*</sup>, Majid Valizadeh <sup>2</sup>

1. Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University. (Corresponding Author)

dr\_aghili1398@yahoo.com

2. Master of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran.

M\_valizadeh@gmail.com

### Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness on emotional regulation and forgiveness of women affected by infidelity. The research method was quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study were women affected by infidelity referring to welfare centers in Bojnourd in 2021, from which 30 people were selected as a sample by available sampling method and randomly divided into two experimental and control groups (15 in each group). were replaced. The experimental group underwent 8 sessions of 60-minute mindfulness treatment and the control group did not receive any intervention until the end of the study. The research instruments included Ray (2001) Forgiveness Questionnaire and Granfski & Kraj (2006) Emotion Regulation Questionnaire. Research data were analyzed by multivariate analysis of covariance using SPSS software version 24. The results showed that mindfulness treatment is effective on emotional regulation and forgiveness of women affected by infidelity ( $P < 0.05$ ). According to the findings of the study, it can be said that mindfulness treatment is an important and effective factor in increasing emotional regulation and forgiveness of women affected by infidelity.

Keywords: mindfulness, emotional regulation, forgiveness, betrayal.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

## ارائه مدلی از درماندگی روان‌شناختی زنان نابارور بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی و سرسختی روان‌شناختی با توجه به نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده

فاطمه همتی<sup>۱</sup>، فریده انصافداران<sup>۲\*</sup>، سید مهدی حسینی<sup>۳</sup>

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه علیکذا شیراز، شیراز، ایران.

Sania1396abc@gmail.com

۲- استادیار روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه علیکذا شیراز، شیراز، ایران، مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب، دانشگاه

علوم پزشکی شیراز. (نویسنده مسئول)

f.ensafdaran@gmail.com

۳- استادیار روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه علیکذا شیراز، شیراز، ایران.

Sayedmehdi.hosseini@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۴/۱۱]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱/۳۰]

### چکیده

هدف پژوهش حاضر ارائه مدلی از تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی و سرسختی روان‌شناختی بر درماندگی روان‌شناختی زنان نابارور با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک‌شده، بود. روش پژوهش همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور شهر شیراز بود که از میان آن‌ها ۲۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه درماندگی روان‌شناختی لایونوند و لایونوند (۱۹۹۵)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰)، پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی اهواز کیومرثی و همکاران (۱۳۷۷) و پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران (۱۹۹۸) جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS انجام گرفت. طبق یافته‌ها ضریب مسیر مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی به درماندگی روان‌شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی به حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سرسختی روان‌شناختی به حمایت اجتماعی ادراک‌شده معنادار بود، ضریب دو مسیر مستقیم سرسختی روان‌شناختی به درماندگی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده به درماندگی روان‌شناختی و همچنین ضریب مسیر غیرمستقیم انعطاف‌پذیری شناختی به درماندگی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی به درماندگی روان‌شناختی از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده معنادار نشد. به‌منظور کاهش درماندگی روان‌شناختی زنان نابارور باید اقداماتی جهت بهبود و افزایش سرسختی روان‌شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده صورت گیرد.

**واژگان کلیدی:** درماندگی روان‌شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی، سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده.

## ۱- مقدمه

ناباروری<sup>۱</sup>، در سراسر جهان و در همه‌ی فرهنگ‌ها یک تجربه‌ی استرس‌زا و بحرانی تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (میکائیلی و عبادی، ۱۴۰۱) که به‌عنوان عدم توانایی در بارداری پس از یک سال مقاربت منظم، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری، تعریف می‌شود (خان‌آبادی، مهدی‌زاده اردکانی، طبیحی، ایمانی مقدم و مهدی‌زاده، ۱۴۰۱). تخمین زده شده است که بیش از ۷۰ میلیون زوج در سراسر جهان دچار ناباروری هستند که بیشتر آن‌ها در کشورهای درحال توسعه می‌باشند بنابراین شیوع ناباروری در جهان ۱۰ درصد و در کشور ایران ۱۳/۲ درصد است (میکائیلی و عبادی، ۱۴۰۱). روبه‌رو شدن با ناباروری تأثیر زیادی بر زندگی مردان و زنان دارد و آنان را در معرض عاطفی\_روانی قرار می‌دهد به‌طوری‌که مشکلات مربوط به ناباروری خیلی از اشخاص را در اواخر دهه دوم و سوم زندگی در سراشیبی منتهی به افسردگی قرار می‌دهد (برهانی، چین‌آوه و فریدونی، ۱۴۰۱). افراد نابارور علاوه بر مشکلات جسمانی از نظر عاطفی و روانی تحت فشار قرار می‌گیرند، اختلالات روان‌شناختی ناباروری مثل افسردگی، اضطراب و استرس در میان افراد نابارور و مخصوصاً زنان شایع می‌باشد (Clifton, Parent, Seehuus, Worrall, Forehand & Domar, 2020).

ناباروری به‌عنوان یکی از بیماری‌های شایع زنان در حقیقت یک بحران پیچیده زندگی می‌باشد که با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی و افزایش تعارضات زناشویی همراه است (قبادی و گودرزی، ۱۴۰۰). اشخاص نابارور مقدار زیادی از آشفتگی هیجانی را در پی تشخیص، متحمل می‌شوند (میرزایی، دلاور، قایمی و باقری، ۱۴۰۰). بنابراین یکی از مشکلاتی که به نظر می‌رسد زنان نابارور در نتیجه ناباروری، با آن روبرو شوند، درماندگی روان‌شناختی<sup>۲</sup> است. درماندگی روان‌شناختی یک واژه برای وصف احساسات ناخوشایند می‌باشد، یا به عبارتی یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد با زندگی روزانه تداخل دارد و می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط زندگی، دیگران و خود به وجود آید (براری بازیار خلیلی و ابراهیمی، ۱۴۰۰). متخصصان اعتقاد دارند که آسیب‌های روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی باعث درماندگی روان‌شناختی می‌گردند (سپاه‌خانی نوش‌آبادی، سعدی آرانی، نادریان، بهادران و نامجو، ۱۴۰۰). درماندگی روان‌شناختی عاملی می‌باشد که می‌تواند سیستم روانی شخص را در مقابل استرس‌های زیادی که دریافت می‌کند ضعیف کند (سلگی و کمرخانی، ۱۴۰۱).

آنچه امروزه همراه با آسیب‌شناسی روانی که از استرس‌ورهای گوناگون محیط به دست می‌آید، مورد توجه قرار می‌گیرد، انعطاف‌پذیری شناختی است. انعطاف‌پذیری اشخاص، در مقدار به وجود آمدن آسیب‌ها و میزان عملکرد اجتماعی آن‌ها نقش زیادی دارد (Prado, Janickova, Al-Onaizi & Prado, 2017). انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۳</sup>، از متغیرهایی است که نقش بسزایی در درماندگی روان‌شناختی زنان نابارور دارد و از عامل‌های مهم در رها شدن از فشار روانی است (کازمی رضایی، کاکابرایی و حسینی، ۱۳۹۸). انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان یک مفهوم بیان می‌شود که دربرگیرنده خصوصیتی مثل توانایی ارزیابی رویدادها از دیدگاه‌های گوناگون، انطباق با موقعیت‌های جدید به‌راحتی و تحمل نظرهای گوناگون بدون اینکه در یک الگو گیر کرده باشد، است (Yelpaze & Yakar, 2020) یا به عبارتی دیگر به توانایی انسان در انطباق راهبردهای پردازش شناختی برای رویارویی با شرایط جدید و غیر مشخص در محیط اشاره می‌کند و یک توانایی است که می‌توان آن را آموخت (چالمه و عبدالهی، ۱۳۹۹). سرسختی روان‌شناختی از دیگر عواملی است که می‌تواند بر ارزیابی، ادراک تنش و پریشانی‌های روان‌شناختی مؤثر باشد. امروزه سرسختی روان‌شناختی یک خصوصیت شخصیتی مقاوم‌ساز در مقابله با فشارهای روانی، مورد توجه قرار می‌گیرد (فرح‌بخش به، مهری‌نژاد و معاضدیان، ۱۳۹۸). کوباسا سرسختی روان‌شناختی را ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان می‌داند که فرد را در برابر فشارهای بیرونی و درونی مصون نگه می‌دارد و

1. Infertility
2. Psychological helplessness
3. Cognitive flexibility

درواقع این ویژگی، توانایی پردازش مناسب محرک‌های درونی و بیرونی است (گلچین، میرهاشمی و پاشا شریفی، ۱۴۰۰)؛ که شامل سه جزء اصلی، کنترل (توانایی کنترل شرایط گوناگون زندگی)، تعهد (تمایل به مشارکت) و چالش (توانایی درک اینکه تغییرات در زندگی چیزی طبیعی می‌باشد) است (عینی، هاشمی، عبادی کسبخی، ۱۳۹۹).

با اینکه خصوصیات شخصیتی برای سلامت عمومی یا درماندگی روان‌شناختی (تمایل به تجربه عواطف منفی شامل افسردگی، اضطراب و تنش) بسیار مهم می‌باشند عوامل محیطی مانند حمایت اجتماعی تحت عنوان متغیر واسطه می‌تواند به میزان زیادی مؤثر باشد (صورتی، ۱۴۰۰). حمایت اجتماعی مفهومی است که تحت عنوان کمکی که از طرف دیگران در موقعیت‌های سخت زندگی دریافت می‌شود، درک می‌گردد (هارون رشیدی و منصوری‌راد، ۱۳۹۶) و از نظر کوهن، به معنای تدارک منابع مادی و روان‌شناختی از سوی اشخاص مهم زندگی مانند خانواده، دوستان و دیگر اشخاص مهم برای کمک‌رسانی به اشخاص در مقابله با فشارهای زندگی می‌باشد (میرغضنفری و خوش‌اخلاق، ۱۴۰۰). حمایت اجتماعی از افراد نابارور می‌تواند یک عنصر مهم در روند تطبیقی آن‌ها با مشکل ناباروری به حساب آید. به صورتی که بالا بردن حمایت اجتماعی و دادن مشاوره به زوج‌های نابارور باعث برخورد بهتر آن‌ها با استرس ناشی از ناباروری و درمان‌های آن می‌شود (امینی، قربانی و افشار، ۱۳۹۸).

با توجه به آمار بالای ناباروری در ایران و فراوانی زنان نابارور و از آنجایی که ناباروری یکی از دردناک‌ترین تجربه‌های زندگی زنان می‌باشد و انگ ناباروری، بروز اختلالات روانی را برای آنان به همراه دارد که به دنبال آن سبب بروز مشکلاتی در روابط زناشویی و کیفیت زندگی زوجین می‌گردد، در این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ به این سؤال هستیم که آیا مدل فرضی تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی و سرسختی روان‌شناختی با نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر درماندگی روان‌شناختی از برآزش کافی برخوردار است؟

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

پژوهش‌های مرتبطی در این زمینه انجام شده است از جمله مرادی، محمدپور و آهی (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری با کیفیت زندگی ناباروری رابطه معناداری وجود دارد که به معنای این می‌باشد که درماندگی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور دارای نقش می‌باشد. نتایج پژوهش برای بازیار خلیلی و ابراهیمی (۱۴۰۰) بیانگر آن است که نارسایی هیجانی با درماندگی روان‌شناختی و عدم تحمل ناکامی ارتباط دارند. همچنین در پژوهشی دیگر به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، مقابله فعال\_عملی و مقابله فعال-حواس‌پرتی با پریشانی روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) ارتباط منفی معناداری دارد، پس حمایت قابل‌توجه دیگران، خانواده و دوستان با افسردگی و اضطراب و استرس رابطه منفی دارد (Khalid & Dawood, 2020). در پژوهشی با عنوان اختلالات عاطفی، سازگاری زناشویی و نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی از زوجین تحت درمان ناباروری انجام شد نتایج نشان داد که سازگاری زناشویی با میزان اختلالات عاطفی همبستگی منفی دارد و در زوج‌هایی که سطح حمایت اجتماعی بالایی داشتند، رابطه بین اضطراب حالت و سازگاری زناشویی همبستگی منفی داشت (Iordachescu, Gica, Vladislav, Panaitescu, Peltecu, Furtuna & et al., 2021). در پژوهش دیگری با عنوان نقش واسطه‌ای سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و آشفتگی روان‌شناختی در دوره شیوع کووید-۱۹ انجام شد؛ بر طبق نتایج، در دوران شیوع کووید-۱۹، سبک‌های دل‌بستگی و سرسختی روان‌شناختی به‌طور مستقیم بر آشفتگی روان‌شناختی تأثیر دارد و سرسختی روان‌شناختی در رابطه‌ی میان سبک‌های دل‌بستگی و آشفتگی روان‌شناختی به‌عنوان نقش واسطه‌ای عمل می‌کند (محمودیان، معماری نسب، فرخی و صباحی، ۱۴۰۱). در پژوهشی دیگر با عنوان بررسی تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر سازگاری با بیماری با نقش میانجی تاب‌آوری و رضایت زناشویی در زنان نابارور، به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی می‌تواند پیش‌بین مناسبی برای سازگاری با ناباروری از طریق تاب‌آوری و رضایت زناشویی

باشد؛ بنابراین با افزایش این سه متغیر سازگاری با ناباروری نیز افزایش می‌یابد (کیخسروی بیگزاده، سوداگر، جمهری و بهرامی هیدجی، ۱۴۰۱).

### ۳- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان نابارور شهر شیراز در شش ماه اول سال ۱۴۰۱ بود و ۲۵۰ نفر به‌عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از بین ۲۵۰ پرسشنامه توزیع‌شده، تعداد ۲۳۹ پرسشنامه برگشت داده شد که از بین آن‌ها ۱۲ پرسشنامه به دلیل عدم پاسخگویی واضح کنار گذاشته شد و در مجموع ۲۲۷ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. ملاک ورود به پژوهش حاضر، زنان با تشخیص ناباروری از سوی پزشک معالج، بالای ۲۰ سال سن و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بودند و ملاک خروج از پژوهش عدم پاسخگویی به تمام سؤالات پرسشنامه و نیز ارائه اطلاعات نامعتبر و ناقص بود. به‌منظور حفظ اصل رازداری در پرسشنامه‌ها نیازی به ذکر نام پاسخ‌دهندگان نبود و در صورت تمایل افراد اگر تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها نداشتند می‌توانستند از شرکت در پژوهش انصراف دهند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS, AMOS در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری صورت پذیرفت. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه‌های زیر می‌باشند:

الف) پرسشنامه درماندگی روان‌شناختی DASS (افسردگی، اضطراب، استرس)<sup>۱</sup>: نسخه کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس توسط لایبوند و لایبوند<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۵ ساخته شد که این ابزار شامل ۲۱ گویه می‌باشد و سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را در طیف لیکرت از (صفر) اصلاً، کم (۱)، متوسط (۲) و زیاد (۳) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس نمره‌ی بیشتر بیانگر میزان بیشتری از افسردگی، اضطراب و استرس می‌باشد. برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس نقاط برش متوسط به ترتیب ۹، ۸ و ۱۰ گزارش شده است، لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ به دست آوردند. همچنین ضرایب همبستگی ابزار را با سیاهه اضطراب بک<sup>۳</sup> و سیاهه افسردگی بک<sup>۴</sup> به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ گزارش دادند. در ایران سامانی و جوکار (۱۳۸۶) رویی همگرا و واگرای مقیاس موردنظر را با پرسشنامه سلامت عمومی در دامنه‌ای از ۰/۴۷ تا ۰/۶۸ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آوردند. پایایی پرسشنامه موردنظر در پژوهش حاضر، به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳۸ به دست آمد.

ب) پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)<sup>۵</sup>: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) ساخته شده است که برای اندازه‌گیری سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی (تمایل به درک موقعیت‌های سخت به‌صورت کنترل‌پذیر، توانایی درک تبیین‌های جایگزین چندانگانه برای رویدادها و رفتارهای انسانی و توانایی ایجاد راه‌حل‌های جایگزین چندانگانه برای شرایط سخت) طراحی شده است. نسخه نهایی این مقیاس ۲۰ سؤال دارد که شامل ۱۳ سؤال برای خرده مقیاس جایگزین‌ها و ۷ سؤال برای خرده مقیاس کنترل می‌باشد. سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از بسیار مخالفم (۱) تا بسیار موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شود و روش نمره‌گذاری به‌صورت نمره‌گذاری معکوس تعدادی از سؤالات و جمع ارزش‌های پاسخ عددی برای به دست آوردن نمره کل می‌باشد. هر چه نمره‌های آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد انعطاف‌پذیری شناختی بالاتر شخص و میزان بالای پیشرفت شخص در ایجاد

1. Depression Anxiety Stress Scales-Short Form (DASS-21)
2. Lovibond & Lovibond
3. Beck Anxiety Inventory
4. Beck Depression Inventory
5. Cognitive Flexibility Inventory
6. Dennis & Vander wal

تفکر انعطاف‌پذیر را نشان می‌دهد (سپهوند، ۱۴۰۰). در پژوهشی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار هست. شیخ‌الاسلامی، محمدی و سیداسماعیلی قمی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش دادند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پ) پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی: پرسشنامه سرسختی اهواز توسط کیامرسی، نجاریان و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۹۹۸) در اهواز ساخته شد. این ابزار دارای ۲۷ گویه می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری به این صورت است که آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات) به سؤالات پاسخ داده و پاسخ‌ها بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ که دارای بار عاملی منفی هستند به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به دست آوردن نمره بالا در این پرسشنامه، نشان‌دهنده سرسختی روان‌شناختی بالا در فرد است. کیومرثی و همکاران (۱۹۹۸) روایی و پایایی پرسشنامه را با استفاده از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی انجام دادند. برای سنجش روایی محتوا از روش اعتبار ملاکی هم‌زمان و روایی سازه استفاده گردید و برای سنجش پایایی، ضریب همبستگی میان آزمون و بازآزمون، در آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۴ گزارش شد. برای سنجش همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای کل آزمودنی‌های ۰/۷۶، برای آزمودنی‌های دختر ۰/۷۶ و برای آزمودنی‌های پسر ۰/۷۶ بود. با توجه به این‌که پرسشنامه مرجع نمره بندی و نقطه برش نداشت، طیف نمره تا ۸۱ و حد وسط پرسشنامه ۴۰/۵ در نظر گرفته شد (کاظمی، رضانی، باقریان، بانسی و خشنود، ۱۴۰۰). پایایی پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

ت) پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی (MSPSS)<sup>۱</sup>: مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) ساخته شده است. این مقیاس مرکب از ۱۲ گویه است و دارای ابعاد حمایت اجتماعی دریافت شده از خانواده، دوستان و همسر یا فرد خاص است که بر روی پیوستار پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) قرار دارد، کمترین امتیاز ۱۲ و بیشترین امتیاز ۶۰ است. هر چه نمره فرد در این آزمون بالاتر باشد به معنی این است که از حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالاتری برخوردار می‌باشد. طبق مطالعات انجام‌شده این مقیاس همسانی درونی بالایی دارد و در تحقیقات مختلف نیز این موضوع به اثبات رسیده است. تحلیل عاملی اکتشافی در دانشجویان و بزرگسالان نشان‌دهنده آن است که این مقیاس دارای ساختار عاملی سه‌بعدی می‌باشد (عباسی و درتاج، ۱۴۰۰). در تحقیقی که توسط کلارا، کاکس، انس، موری و تورگرود<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) انجام شد ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد در یک نمونه دانشجویی به این صورت به دست آمد: دوستان ۰/۹۳، خانواده ۰/۹۲، همسر یا فرد خاص ۰/۹۳. این مقیاس توسط جوشن‌لو، نصرت‌آبادی و رستمی (۱۳۸۵) با استفاده از یک نمونه دانشجویی ۲۱۴ نفری برای استفاده در ایران منطبق گردید. مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در آن پژوهش معادل ۰/۸۹ به دست آورده شد. میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. پایایی پرسشنامه موردنظر در پژوهش حاضر، به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

#### ۴- یافته‌ها

از میان شرکت‌کنندگان در پژوهش، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (تعداد ۱۲۱ نفر برابر با ۵۳ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۵۰ تا ۵۹ سال (تعداد ۴ نفر (برابر با حدود ۲ درصد) بود. همچنین از میان اعضای نمونه، تعداد ۴۳ نفر (برابر با ۱۹ درصد) ازدواج فامیلی و ۱۸۴ نفر (برابر با ۸۱ درصد) ازدواج غیر فامیلی داشتند.

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

2. Zimet, Dahlem, Zimet, Farley

3. Clara, Cox, Enns, Murray & Torgrudc

میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش به همراه تعداد گویه‌ی هر مقیاس در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد گویه	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
سرسختی روان‌شناختی	۲۷	۳۵/۱۸	۶/۶۷	۲۳	۵۸
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۰	۶۵/۴۸	۱۲/۱۱	۲۱	۱۱۵
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۱۲	۴۲/۷۹	۱۲/۸۰	۱۸	۷۹
درماندگی روان‌شناختی	۲۱	۳۲/۱۱	۴/۹۰	۲۰	۴۷

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

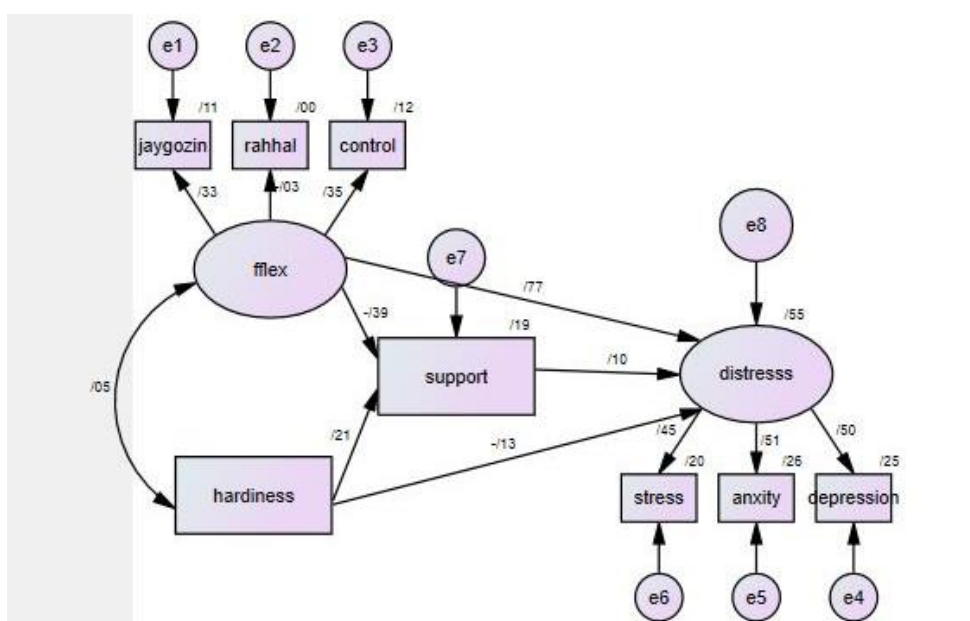
جدول ۲: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
سرسختی روان‌شناختی	-	-	-	-
انعطاف‌پذیری شناختی	** ۰/۱۴	-	-	-
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	** ۰/۱۹	** ۰/۵۸	-	-
درماندگی روان‌شناختی	** -۰/۱۶	** -۰/۲۸	** -۰/۲۳	-

همه‌ی ضرایب همبستگی بین متغیرها در سطح  $P=۰/۰۵$  معنادار هستند.

به‌منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی، از مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM)، برآورد حداکثر درست‌نمایی (ML) استفاده گردید.

شکل ۱، مدل پیشنهادی پژوهش را به همراه ضرایب مسیر استاندارد نشان می‌دهد.



شکل ۱. برون داد مدل پیشنهادی به همراه ضرایب مسیر استاندارد

جدول ۳، شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها

شاخص‌ها	X <sup>2</sup>	df	X <sup>2</sup> /df	IFI	TLI	CFI	NFI	GFI	AGFI	RMSEA
الگوی پیشنهادی	۱۸/۰۲۵	۱۶	۱/۱۲۷	۰/۹۷۲	۰/۹۴۱	۰/۹۶۶	۰/۹۳۶	۰/۹۸۱	۰/۹۵۷	۰/۰۲۴

برازش الگوی اولیه بر اساس شاخص‌های برازندگی مانند نسبت مجذور کای به درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص برازندگی افزایشی (IFI)، جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)، شاخص برازندگی توکر-لويس (TLI)، شاخص نیکویی برازندگی تطبیقی (AGFI) نشان دادند که الگوی پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است. جدول ۴، مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم و ضرایب استاندارد آن‌ها را در الگوی پیشنهادی نشان می‌دهد.

جدول ۴. الگوی ساختاری: مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم و ضرایب استاندارد آن‌ها در الگوی پیشنهادی

معناداری	$\beta$	مسیر
۰/۰۵	-۰/۳۹	انعطاف‌پذیری شناختی ← حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۰۳	۰/۲۱	سرسختی روان‌شناختی ← حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۰۱۶	۰/۷۶۹	انعطاف‌پذیری شناختی ← درماندگی روان‌شناختی
۰/۳۵	-۰/۱۳	سرسختی روان‌شناختی ← درماندگی روان‌شناختی
۰/۱۹۷	۰/۰۹۶	حمایت اجتماعی ادراک شده ← درماندگی روان‌شناختی
۰/۱۴۲	-۰/۰۳۸	انعطاف‌پذیری شناختی ← حمایت اجتماعی ادراک شده ← درماندگی روان‌شناختی
۰/۱۰۹	۰/۰۲۰	سرسختی روان‌شناختی ← حمایت اجتماعی ادراک شده ← درماندگی روان‌شناختی

همان‌گونه که مشاهده می‌شود ضریب مسیر مستقیم سرسختی روان‌شناختی به درماندگی روان‌شناختی و ضریب مسیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده به درماندگی روان‌شناختی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود. معناداری مسیرهای غیرمستقیم با روش بوت استراپ مورد بررسی قرار گرفت. مسیر غیرمستقیم انعطاف‌پذیری شناختی به درماندگی روان‌شناختی از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده و همچنین مسیر غیرمستقیم سرسختی روان‌شناختی به درماندگی روان‌شناختی از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده به دلیل عدم معناداری مسیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده به درماندگی روان‌شناختی معنادار نشد.

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که الگوی پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است. ضریب مسیر مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی به درماندگی روان‌شناختی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های دهقانی و بهاری (۱۴۰۰)، کلارک و کیروپولوس<sup>۱</sup> (۲۰۲۱)، یو و لین<sup>۲</sup> (۲۰۲۰)، مارشال و براکمن<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. انعطاف‌پذیری شناختی میزان ارزیابی شخص در مورد قابل کنترل بودن شرایط می‌باشد که این ارزیابی در موقعیت‌های گوناگون قابل تغییر می‌باشد و همچنین انعطاف‌پذیری شناختی، فکر و رفتار شخص را سازگار با تغییرات محیطی می‌کند، پس افرادی که دارای توانایی تفکر انعطاف‌پذیر هستند از

1. Clarke, Kiropoulos

2 Yu, Yu & Lin

3. Marshall, Brockman

توجهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌آور را قبول می‌کنند و نسبت به اشخاصی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روان‌شناختی بهزیستی بیشتری دارند (اصغری ابراهیم‌آباد و ممی‌زاده، ۱۳۹۷). همچنین انعطاف‌پذیری افراد را قادر می‌سازد که در برابر فشارها و چالش‌ها و سایر مسائل عاطفی برخورد مناسب و کارآمد داشته باشند (دهقانی و بهاری، ۱۴۰۰)، بنابراین اگر زنان نابارور دارای انعطاف‌پذیری شناختی بالایی باشند بهتر می‌توانند با مسئله ناباروری خود را سازگار کنند و برخورد مناسبی با این مسئله استرس‌آور داشته باشند و به دنبال آن کمتر دچار درماندگی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) می‌شوند.

طبق یافته‌های این پژوهش ضریب مسیر مستقیم سرسختی روان‌شناختی به درماندگی روان‌شناختی معنادار نیست. بر طبق این یافته فرضیه دوم مبنی بر اثر مستقیم سرسختی روان‌شناختی بر درماندگی روان‌شناختی مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. این یافته با نتایج پژوهش‌های گلچین و همکاران (۱۴۰۰)، فلاح، میهن‌دوست و مامی (۱۳۹۸)، لیوارجانی، محمدیان و آزموده (۱۳۹۸)، تکلوی، دادبخش و عطادخت (۱۳۹۷)، دورسون، آلیاگوت و یلماز<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، کوالسکی و شرمر<sup>۲</sup> (۲۰۱۹) و آلیسون، مناتساکانووا، مک کانیز، فکدولگن، هارتلی، اندرو و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۹) ناهمسو می‌باشد. در تبیین رد این فرضیه می‌توان گفت سرسختی به‌عنوان منبع مقاومت در برابر رویدادهای تنش‌زا می‌باشد، افراد سرسخت کنترل بیشتری بر رویدادها دارند و مشکلات را بهتر حل می‌کنند (مشوق، گودرزی، امامی‌پور و سپاه منصور، ۱۴۰۰). پس انتظار ما بر این بود که زنان نابارور بهتر بتوانند با مسئله ناباروری کنار آیند و این فرضیه معنادار شود و آن‌ها کمتر دچار درماندگی روان‌شناختی شوند اما شاید به این دلیل که مسئله ناباروری و پیامدهای آن و انگ ناباروری، طرز برخورد اطرافیان و سرزنش‌های آن‌ها، فشارهای اجتماعی و فرهنگی، ترس از خاتمه روابط زناشویی و طلاق، صرف وقت و هزینه‌های درمانی بسیار، می‌تواند برای آن‌ها به‌شدت دردآور باشد، با این وجود ممکن است هرچند آن‌ها دارای سرسختی روان‌شناختی بالایی باشند ولی بین سرسختی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی آن‌ها رابطه وجود نداشته باشد. بر اساس یافته‌ها، اثر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر درماندگی روان‌شناختی مورد تأیید قرار نگرفت. این یافته با پژوهش لام، لین و تای<sup>۴</sup> (۲۰۲۱) همسو می‌باشد؛ اما با نتایج پژوهش‌های فتاحی اردکانی، محمدرضایی، جدگال، خداوندی و زارعی‌پور (۱۴۰۰)، صورتی (۱۴۰۰)، نریمان، حسن‌زاده، قمرانی و عمیدی مظاهری (۱۳۹۹)، ظهور پرونده و پاسبان (۱۳۹۸)، هارون رشیدی و همکاران (۱۳۹۶)، خاتیوا، موزمبو، وادا و ایکدا<sup>۵</sup> (۲۰۲۱)، خلید و داوود (۲۰۲۰) و کاواک و کاواک<sup>۶</sup> (۲۰۱۸) ناهمسو می‌باشد.

در تبیین رد این فرضیه می‌توان به این نکته اشاره کرد که ناباروری برای زوجین و به‌ویژه زنان تجربه بسیار دردناک و استرس‌آوری است و فشارهای فرهنگی و اجتماعی مضاعفی را به آنان وارد می‌کند؛ بنابراین هرچند دارای حمایت اجتماعی باشند اما به دلیل فشارهای زیاد روانی، جسمی، فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی چندجانبه و نتیجه‌بخش نبودن درمان ممکن است نتوانند با این قضیه سازگار شوند و در نتیجه رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با درماندگی روان‌شناختی معنادار نشد. طبق یافته‌های پژوهش حاضر، ضریب مسیر مستقیم انعطاف‌پذیری شناختی به حمایت اجتماعی ادراک‌شده معنادار هست، این یافته با نتایج پژوهش‌های گلی، مدانلو و بریمانی (۱۴۰۰)، فشنگچی و رنجبر نوشری (۱۳۹۹)، کی، رزلان و زارمهبازی<sup>۷</sup> (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. از آنجایی که انعطاف‌پذیری شناختی میزان ارزیابی شخص در مورد قابل کنترل بودن شرایط می‌باشد که این ارزیابی در موقعیت‌های گوناگون قابل تغییر می‌باشد و انعطاف‌پذیری شناختی، فکر و رفتار شخص را سازگار با تغییرات محیطی می‌کند (اصغری ابراهیم‌آباد و همکاران، ۱۳۹۷) و همچنین

1. Dursun, Alyagut, Yilmaz
2. Kowalski & Schermer
3. Allison, Mnatsakanova, Mc Canlies, Fekedulegn, .. Hartley, Andrew & et al.
4. Lam, Linh, & Thuy
5. Khatiwada, Muzembo, Wada & Ikeda
6. Kavak & Kavak
7. Qi, Roslan & Zaremohhzbabie

افراد را قادر می‌سازد که در برابر فشارها و چالش‌ها و سایر مسائل عاطفی برخورد مناسب و کارآمد داشته باشند (دهقانی و بهاری، ۱۴۰۰)؛ بنابراین اگر زنان نابارور، دارای انعطاف‌پذیری شناختی بالایی باشند بهتر می‌توانند در شرایط استرس‌آور ناباروری، خود و خانواده را با مسئله ناباروری سازگار کنند و رابطه خود را با خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر حفظ کنند و در نتیجه حمایت آن‌ها را به دست آورند و همچنین توانایی مشارکت‌های اجتماعی و تعاملات گروهی بیشتری را از خود نشان دهند. طبق یافته‌های این پژوهش، ضریب مسیر مستقیم سرسختی روان‌شناختی به حمایت اجتماعی ادراک‌شده معنادار شد، این یافته با نتایج پژوهش‌های جنآبادی و جوادی‌فر (۱۴۰۰)، سرشار، رافضی، ساعی و رستمی مال خلیفه (۱۴۰۰)، آزادی، احدی و حاتمی (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. از آنجایی که داشتن خصوصیت سرسختی روان‌شناختی در زندگی باعث دوام فرد در برابر مشکلات و رویدادهای استرس‌زا می‌شود و افراد با سرسختی روان‌شناختی بالاتر، موقعیت‌های پرفشار زندگی را به صورت مثبت و دارای چالش درک می‌کنند و به دنبال تغییرات سازنده در شرایط گوناگون هستند، سرسختی مانند یک سپر در برابر رویدادهای استرس‌آور عمل می‌کند (لیورجانی و همکاران، ۱۳۹۸). پس زنان نابارور سرسخت، بهتر می‌توانند شرایط موجود را تحمل کنند و نیز آن‌ها بهتر می‌توانند رابطه خود را با اطرافیان نگه دارند، با خانواده، دوستان و افراد دیگر تعامل داشته باشند در نتیجه تعاملات اجتماعی خود را حفظ کنند و حمایت‌های آن‌ها را در این شرایط به دست آورند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ضریب مسیر غیرمستقیم انعطاف‌پذیری شناختی و سرسختی روان‌شناختی از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر درماندگی روان‌شناختی معنادار نمی‌باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های اکبروند، میر هاشمی و بشردوست (۱۴۰۰)، عینی، عبادی و ترابی (۱۳۹۹)، آزادی و همکاران (۱۳۹۹) و انجم<sup>۱</sup> (۲۰۲۲) هائو، یین، خو، گاؤ، بین، لی و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) ناهمسو می‌باشد. با توجه به پژوهش‌های پیشین انتظار ما بر این بود که این یافته‌ها تأیید گردد اما شاید به دلیل این باشد که ضریب مسیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر درماندگی روان‌شناختی معنادار نبود. یافته‌های پژوهش حاضر محدود به زنان نابارور شهر شیراز بود. لذا در تعمیم نتایج به سایر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، پیشنهاد می‌شود دوره‌هایی برای بهبود سلامت روان زنان نابارور و کاهش درماندگی روان‌شناختی آن‌ها در مراکز ناباروری برگزار گردد؛ و در صورت امکان در این مراکز به صورت پاره‌وقت یا تمام‌وقت از روان‌شناسان باتجربه استفاده گردد.

## ۶- تقدیر و تشکر

محققان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین بیمارستان زینبیه علیها السلام و بیمارستان مادر و کودک شیراز که در جمع‌آوری داده همکاری لازم را با محققان داشتند و همچنین زنان نابارور شرکت‌کننده در پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

## ۷- منابع

- ۱- اصغری ابراهیم‌آباد، م.، و ممی‌زاده، م. (۱۳۹۷). نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی در تبیین بهزیستی روان‌شناختی سربازان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۱)، ۳۷-۵۱.
- ۲- اکبروند، ت.، میرهاشمی، م.، و بشردوست، س. (۱۴۰۰). بررسی روابط ساختاری اضطراب بیماری کووید-۱۹ بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی با نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۲۱(۳)، ۲۹۵-۳۰۸.

1. Anjum

2. Hou, Yin, Xu, Gao, Bin, Li & et al.

- ۳- امینی، ل.، قربانی، ب.، و افشار، ب. (۱۳۹۸). مقایسه استرس ناباروری و حمایت اجتماعی درک شده زنان نابارور و همسران مردان نابارور. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۲(۱۲۲)، ۸۰-۹۰.
- ۴- آزادی، ر.، احدی، ح.، و حاتمی، ح. (۱۳۹۹). بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *افق دانش*، ۲۷(۱)، ۱۸-۳۳.
- ۵- براری بازیا رخلیلی، ز.، و ابراهیمی، ص. (۱۴۰۰). پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی و تحمل ناکامی بر اساس نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۴(۱۲۹)، ۹۶-۱۰۸.
- ۶- برهانی، ف.، چین‌آوه م.، فریدونی، ص. (۱۴۰۱). اثربخشی ترکیب مشاوره گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش با واقعیت درمانی بر تاب‌آوری و تصویر بدنی در زنان نابارور. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۳)، ۱۱۲-۱۲۲.
- ۷- تکلوی، س.، دادبخش، ر.، و عطادخت، ا. (۱۳۹۷). بررسی نقش سرسختی روان‌شناختی و سبک‌زندگی اسلامی در پیش‌بینی میزان افسردگی پس از زایمان زنان. *رویش روان‌شناسی*، ۷(۱)، ۴۵-۶۴.
- ۸- جناآبادی، ح.، جوادی‌فر، پ. (۱۴۰۰). رابطه‌ی حمایت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی با تاب‌آوری در زنان دارای همسر وابسته به مواد تحت درمان دارویی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۲۴۵-۲۶۰.
- ۹- جوشن‌لو، م.، نصرت‌آبادی، م.، و رستمی، ر. (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۳(۹)، ۵۱-۳۵.
- ۱۰- چالمه، ر.، و عبدالهی، ف. (۱۳۹۹). بررسی نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل شناختی در رابطه بین ذهن آگاهی و نشانه‌های وسواسی جبری در زنان، پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان، ۲(۳)، ۸۰-۶۷.
- ۱۱- خان‌آبادی، م.، مهدی‌زاده اردکانی، م.، طبعی، ف.، ایمانی مقدم، ه.، و مهدی‌زاده، ف. (۱۴۰۱). مضامین اجتماعی مرتبط با کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور در شهر یزد: یک مطالعه کیفی. *پژوهش پرستاری ایران*، ۱۷(۱)، ۵-۱۸.
- ۱۲- دهقانی، ف.، و بهاری، ز. (۱۴۰۰). نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی در رابطه بین استرس شغلی و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۴(۱۳۳)، ۱۶-۲۷.
- ۱۳- سامانی، س.، و جوکار، ب. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی اضطراب و فشار روانی. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۵۲، ۷۸-۶۵.
- ۱۴- سپهوند، ت. (۱۴۰۰). نقش انعطاف‌پذیری شناختی در اضطراب فراگیر افراد دارای روان رنجوری. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۸(۳)، ۸۹-۱۰۰.
- ۱۵- سرشار، س.، رافعی، ز.، ساعی، ا.، رستمی مال خلیفه، ر. (۱۴۰۰). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر مدیریت هیجانات شغلی با نقش میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی. *پژوهش‌نامه مدیریت تحول*، ۱۳(۱)، ۲۰۸-۱۸۹.
- ۱۶- سلگی، ز.، و کمرخانی، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر درماندگی روان‌شناختی و کیفیت خواب دختران دارای سندرم درد قاعدگی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱۱(۴۳)، ۱۵۰-۱۳۱.
- ۱۷- سیاه‌خانی نوش‌آبادی، س.، سعیدی آرانی، ش.، نادریان، ف.، بهادران، ع.، و نامجو، ف. (۱۴۰۰). پیش‌بینی تمایل به افکار خودکشی و درماندگی روان‌شناختی بر اساس خشونت خانگی در زنان. *سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی کاربردی*، ۲(۲)، ۶۰-۷۱.
- ۱۸- شیخ‌الاسلامی، ع.، محمدی، ن.، و سیداسماعیلی قمی، ن. (۱۳۹۵). مقایسه استرس والدگری، شادکامی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و ناتوان یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۴)، ۴۲-۲۵.

- ۱۹- صورتی، پ. (۱۴۰۰). بررسی نقش میانجی‌گر درماندگی روان‌شناختی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده با فشارخون اولیه در معلمان مقاطع ابتدایی و متوسطه. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱، ۸-۱.
- ۲۰- ظهور پرونده، و. و پاسبان، س. (۱۳۹۸). رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی. *خانواده پژوهی*، ۱۵(۲)، ۲۸۳-۳۰۱.
- ۲۱- عباسی، س. و درتاج، ف. (۱۴۰۰). پیش‌بینی فرسودگی آموزشی راهبردهای رویارویی و حمایت اجتماعی در دانشجویان. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۹(۱۶)، ۱۷-۳۳.
- ۲۲- عینی، س.، عبادی، م. و ترابی، ن. (۱۳۹۹). تدوین مدل اضطراب کرونا در دانش‌آموزان مبتنی بر خوش‌بینی و تاب‌آوری: نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱(۴۳)، ۱-۳۲.
- ۲۳- عینی، س.، هاشمی، ز. و عبادی کسبخی، م. (۱۳۹۹). بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به انواع دو: نقش سرسختی روان‌شناختی، حس انسجام و بردهای مقابله‌ای. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۹(۳۴)، ۱۲۱-۱۳۶.
- ۲۴- فتاحی اردکانی، م.، محمدرضایی، ژ.، جدگال، م.، خداوندی، س. و زارعی پور، م. (۱۴۰۰). بررسی استرس، اضطراب و افسردگی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی در سالمندان نظامی. *مجله طب نظامی*، ۲۳(۹)، ۷۳۷-۷۳۰.
- ۲۵- فرحبخش به، س.، مهری‌نژاد، ا. و معاضدیان، ا. (۱۳۹۸). مدل ساختاری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان: نقش سرسختی روان‌شناختی، جهت‌گیری مذهبی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی با میانجی‌گری تاب‌آوری و اضطراب مرگ. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۸(۱)، ۹۸-۸۶.
- ۲۶- فشنگچی، پ. و رنجبر نوشری، ف. (۱۳۹۹). رابطه‌ی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تیپ شخصیتی D و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تنیدگی شغلی در پرستاران. *روان پرستاری*، ۸(۱)، ۴۸-۳۹.
- ۲۷- فلاح، س.، میهن‌دوست، ز. و مامی، ش. (۱۳۹۸). رابطه علی بین حافظه فعال، اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در زلزله شهرستان سرپل ذهاب. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۴(۶)، ۶۹-۶۱.
- ۲۸- قبادی، س. و گودرزی، م. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانی با مدل EIS بر تعارضات زناشویی و دلزدگی زناشویی در زنان نابارور در دوران قرنطینه ناشی از بیماری کووید-۱۹. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۵)، ۷۴-۹۳.
- ۲۹- کاظمی رضایی، و.، کاکابرایی، ک.، حسینی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پریشانی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران قلبی و عروقی. *روان پرستاری*، ۷(۳)، ۴۰-۳۱.
- ۳۰- کاظمی، ش.، رضایی، ط.، باقریان، س.، بانسی، م. و خشنود، ز. (۱۴۰۰). نقش هوش معنوی و سبک‌های هویت در پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۷. *دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*، ۸(۱)، ۶۰۵-۵۹۷.
- ۳۱- کیخسروی بیگزاده، ز.، سوداگر، ش.، جمهری، ف. و بهرامی هیدجی، م. (۱۴۰۱). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر سازگاری با بیماری با نقش میانجی تاب‌آوری و رضایت زناشویی در زنان نابارور. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*، ۱۳(۵۱)، ۵۰-۶۶.
- ۳۲- گلچین، ن.، میرهاشمی، م. و پاشاشریفی، ح. (۱۴۰۰). پیش‌بینی پریشانی‌های روان‌شناختی ناباروری بر اساس سرسختی روان‌شناختی، ذهن آگاهی و نیازهای بنیادی روان‌شناختی در زنان و مردان نابارور. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۰(۵)، ۲۷-۱۲.
- ۳۳- گلی، ر.، مدانلو، ی. و بریمانی، ا. (۱۴۰۰). پیش‌بینی حمایت اجتماعی کارکنان بر اساس متغیرهای انعطاف‌پذیری و خوش‌بینی. *پژوهش‌های جامعه‌شناختی*، ۴(۵۴)، ۹۵-۱۱۵.

- ۳۴- لیوارجانی، ش.، محمدیان، ع.، و آزموده، م. (۱۳۹۸). بررسی میزان خودکارآمدی، اضطراب اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دبیرستانی با سطوح شادکامی متفاوت. *نشریه علمی آموزش و ارزشیابی (فصلنامه)*، ۱۲(۴۶)، ۱۰۵-۱۲۴.
- ۳۵- محمودیان، ع.، معماری نسب، ز.، فرخی، ب.، و صباحی، پ. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و آشفتگی روان‌شناختی در دوره شیوع کووید-۱۹. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۳)، ۵۲۸-۵۴۰.
- ۳۶- مرادی، ش.، محمدپور، ص.، و آهی، ق. (۱۴۰۰). نقش درماندگی روان‌شناختی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی ناباروری زنان نابارور شهر مشهد. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۱)، ۸۱-۱۰۰.
- ۳۷- مشوق، س.، گودرزی، ن.، امامی پور، س.، و سپاه منصور، م. (۱۴۰۰). تدوین مدل سلامت در بیماران دیابت نوع ۲ بر اساس سرسختی روان‌شناختی، سواد سلامت، خودکارآمدی و باورهای سلامتی با میانجیگری رفتارهای خود مدیریتی و حمایت اجتماعی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۱)، ۲۴-۳۵.
- ۳۸- میرزایی، ف.، دلاور، ع.، قائمی، ف.، و باقری، ف. (۱۴۰۰). نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری خانوادگی در رابطه بین سلامت روانی و دل‌زدگی زناشویی در زنان نابارور. *روان‌پرستاری*، ۹(۲)، ۲۹-۲۰.
- ۳۹- میرغضنفری، ب.، و خوش‌اخلاق، ح. (۱۴۰۰). نقش میانجی حمایت اجتماعی در رابطه بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار استان اصفهان. *پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان*، ۳(۷)، ۲۱-۳۱.
- ۴۰- میکائیلی، ن.، و عبادی، م. (۱۴۰۱). تدوین معادلات ساختاری آشفتگی رابطه زناشویی بر اساس بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان: نقش میانجی پرخاشگری ارتباطی در زنان نابارور. *علوم اعصاب شفای خاتم*، ۱۰(۲)، ۳۲-۲۲.
- ۴۱- نریمان، ه.، حسن‌زاده، ا.، قمرانی، ا.، عمیدی مظاهری، م. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط افسردگی، اضطراب و استرس با حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۶(۳)، ۱۹۹-۱۹۹.
- ۴۲- هارون رشیدی، ه.، و منصوری‌راد، و. (۱۳۹۶). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری با درماندگی روان‌شناختی مادران کودکان استثنایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳(۱۴۶)، ۲۲-۱۵.
- 43- Allison, P., Mnatsakanova, A., McCanlies, E., Fekedulegn, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E., & Violanti, J. M. (2020). Police stress and depressive symptoms: role of coping and hardiness. *Policing: An International Journal*, 43(2), 247-261.
- 44- Anjum, R. (2022). Role of hardiness and social support in psychological well-being among university students. *MIER Journal of Educational Studies Trends and Practices*, 89-102.
- 45- Clara, I. P., Cox, B. J., Enns, M. W., Murray, L. T., & Torgrud, L. J. (2003). Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *Journal of personality assessment*, 81(3), 265-270.
- 46- Clarke, E., & Kiropoulos, L. A. (2021). Mediating the relationship between neuroticism and depressive, anxiety and eating disorder symptoms: The role of intolerance of uncertainty and cognitive flexibility. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100101.
- 47- Clifton, J., Parent, J., Seehuus, M., Worrall, G., Forehand, R., & Domar, A. (2020). An internet-based mind/body intervention to mitigate distress in women experiencing infertility: A randomized pilot trial. *PLoS one*, 15(3), e0229379.
- 48- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34, 241-253.
- 49- Dursun, P., Alyagut, P., & Yılmaz, I. (2022). Meaning in life, psychological hardiness and death anxiety: individuals with or without generalized anxiety disorder (GAD). *Current psychology*, 41(6), 3299-3317.
- 50- Hou, T., Yin, Q., Xu, Y., Gao, J., Bin, L., Li, H., ... & Ni, C. (2021). The mediating role of perceived social support between resilience and anxiety 1 year after the COVID-19 pandemic: disparity between high-risk and low-risk nurses in China. *Frontiers in psychiatry*, 12, 666789.
- 51- Iordachescu, D. A., Gica, C., Vladislav, E. O., Panaitescu, A. M., Peltecu, G., Furtuna, M. E., & Gica, N. (2021). Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*, 92(2), 98-104.
- 52- Kavak, F., & Kavak, M. (2018). The relationship between perceived social support and depression in infertile women. *Annals of Medical Research*, 25(4).

- 53- Khalid, A. & Dawood, S. (2020). Social support, self-efficacy, cognitive coping and psychological distress in infertile women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(2), 423-430.
- 54- Khatiwada, J., Muzembo, B. A., Wada, K., & Ikeda, S. (2021). The effect of perceived social support on psychological distress and life satisfaction among Nepalese migrants in Japan. *PLoS One*, 16(2), e0246271.
- 55- Kiamarsi, A., Najarian, B., & Mehrabizadehonormand, M. (1998). Hardiness scale measurement structure and validation. *J Psychol*, 5(3-4), 271-85.
- 56- Kowalski, C. M., & Schermer, J. A. (2019). Hardiness, perseverative cognition, anxiety, and health-related outcomes: A case for and against psychological hardiness. *Psychological reports*, 122(6), 2096-2118.
- 57- Lam, T. Q., Linh, T. T., & Thuy, L. B. (2021). The impact of social support on infertility-related stress: A study in the vietnamese context. *Open Journal of Social Sciences*, 9(12), 259-273.
- 58- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- 59- Marshall, E. J., & Brockman, R. N. (2016). The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 60-72.
- 60- Prado, V. F., Janickova, H., Al-Onaizi, M. A., & Prado, M. A. (2017). Cholinergic circuits in cognitive flexibility. *Neuroscience*, 345, 130-141.
- 61- Qi, L. Y., Roslan, S., & Zaremohzzabieh, Z. (2021). Perceived social support and psychological well-being of international students: the mediating effects of resiliency and spirituality. *Asian Journal of University Education (AJUE)*, 17(3), 220-234.
- 62- Yelpeze, İ., & Yakar, L. (2020). The Relationship between Altruism and Life Satisfaction: Mediator Role of Cognitive Flexibility. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 49(1), 142-162.
- 63- Yu, Y., Yu, Y., & Lin, Y. (2020). Anxiety and depression aggravate impulsiveness: the mediating and moderating role of cognitive flexibility. *Psychology, health & medicine*, 25(1), 25-36.
- 64- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

## Presenting a Model of Psychological Helplessness in Infertile Women Based on Cognitive Flexibility and Psychological Hardiness with the Mediating Role of Perceived Social Support

Fatemeh Hemati<sup>1</sup>, Faride Ensafdaran\*<sup>2</sup>, Seyed Mehdi Hosseini<sup>3</sup>

1. MSc in Psychology, Department of Psychology, Fatemeh Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz, Iran.

Sania1396abc@gmail.com

2. PhD in Psychology, Assistant Prof, Department of Psychology, Fatemeh Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz, Iran. Research Center of Quran, Hadith and Medicine, Shiraz University of Medical Sciences. (Corresponding Author)

f.ensafdaran@gmail.com

3. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Fatemeh Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz, Iran

Sayedmehdi.hosseini@gmail.com

### Abstract

The purpose of this study was to test the model of cognitive flexibility and psychological hardiness on psychological helplessness with mediation of perceived social support. The study was a correlation through structural equation modeling. The statistical population included all infertile women in Shiraz, which was selected from 250 people with targeted sampling method as sample. The research data were collected by Lovibond and Lovibond psychological helplessness questionnaire(1995), Dennis and Vonder Wal's cognitive flexibility questionnaire(2010), Ahwaz psychological hardiness questionnaire(1377) and Zimet and colleagues perceived social support questionnaire. Data analysis was performed using SPSS and AMOS software. According to the findings, the coefficient of direct pathway of cognitive flexibility to psychological helplessness, cognitive flexibility to perceived social support and psychological hardiness for perceived social support was significant. The coefficient of two direct pathways of psychological hardiness to psychological helplessness and perceived social support to psychological helplessness and also the indirect pathway coefficient of cognitive flexibility to psychological helplessness and psychological hardiness to psychological helplessness through perceived social support is not significant. In order to reduce the psychological helplessness of infertile women, measures should be taken to improve and increase psychological hardiness, cognitive flexibility and perceived social support.

**Keywords:** psychological helplessness, cognitive flexibility, psychological hardiness, perceived social support.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

# تجربه کنترل‌پذیری اعتیاد به خودارضایی در دانش‌آموز پایه دوازدهم، یک مطالعه موردی

سید جلیل جبلی<sup>۱</sup>، فضل‌الله رضایی اردانی<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

sj.jebeli@ut.ac.ir

۲. استادیار گروه علوم تربیتی، پردیس شهید پاک نژاد، دانشگاه فرهنگیان، یزد، ایران. (نویسنده مسئول)

rezaei.ardani@cfu.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۸/۲۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۷/۲۴]

## چکیده

این پژوهش باهدف شناخت عوامل، عوارض و کنترل‌پذیری اعتیاد به خودارضایی در دانش‌آموز پایه دوازدهم انجام پذیرفت. پژوهش حاضر به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تجربی تک موردی. جامعه آماری این مطالعه کلیه دانش‌آموزان پسری می‌باشند که به بیان خود اعتیاد به خودارضایی دارند و با معلم خود در میان گذاشته‌اند. از میان جامعه آماری یک نفر که در طبقه شدید قرار داشت با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به روش هدفمند انتخاب شد که در نهایت از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته، تجربه زیسته فرد به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پس از درمان و پیگیری مورد سنجش قرار گرفت. پس از مصاحبه در چهار محور مشخص کرد که ۱. فراوانی خودارضایی (خط پایه) از سه ماه پیش پنج مرتبه در هفته بود که مهم‌ترین دلایل؛ تنهایی، نبود فعالیت فیزیکی و تماشای فیلم عنوان شد. ۲. پیامدها با شروع این رفتار، شامل افت نمرات تحصیلی، مسئولیت‌گریزی در منزل و انزوا در مدرسه و افت شادابی بود. در ۲ محور آخر نیز، پس از دو ماه اجرای نکن یک‌های درمانی، مشخص ساخت که فراوانی این عمل نسبت به خط پایه به یک‌پنجم کاهش یافته، افت نمرات وی متوقف شده و در مدرسه اجتماعی‌تر و در خانه مسئولیت‌پذیرتر شده و نشاط وی افزایش یافته. نتیجه گرفته می‌شود که کنترل این مسئله نه تنها امکان‌پذیر است بلکه باعث رشد سلامت در زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی، فردی و خانوادگی نیز می‌شود.

**واژگان کلیدی:** نوجوان، خودارضایی، افت تحصیلی، تجربه زیسته.

## ۱- مقدمه

همان‌طور که می‌دانید پایه دوازدهم تقریباً اواخر دوره نوجوانی و ابتدای جوانی است. دوره را ولادتی تازه می‌نامند و آن دوره‌ای کاملاً مستقل و از لحاظ تجربه متفاوت با گذشته است. در این مرحله به همراه رشد بدن، عواطف و احساس‌های گرم و آتشین پدید می‌آید. سن خودنمایی، غرور، بلندپروازی، استقلال‌طلبی، پرتوقعی، سرکشی و طغیان، هیجان و بی‌قراری، افراط و تندروری و درعین حال سن خودشناسی و بلوغ است (قائمی، ۱۳۹۰).

با نزدیک شدن دوره بلوغ و صعود ناگهانی هورمون‌های جنسی و رشد خصوصیات جنسی ثانوی، کنجکاوای جنسی بیشتر شده و پدیده «خودارضایی»<sup>۱</sup> افزایش می‌یابد. خودارضایی یا استمناء عبارت است از تسکین یا اطفاء شهوت به وسیله مالش یا فشار به اعضای تناسلی یا به کار بردن وسایل غیرطبیعی دیگر به منظور رسیدن به اوج لذت جنسی، به سبب عدم دسترسی به جنس مخالف (Westheimer, Lopater, Westheimer & Lopater, 2002؛ موحدی، ۱۳۹۰؛ حسن‌زاده، سعیدیان اصل، آقا محمدیان، ۱۳۸۹؛ احمدی، احمدی، شیخ حسین، ملاجعفر، ۱۳۹۱).

در عرف، شرع و در کلام فقها، خودارضایی یعنی این که انسان عمداً با خود کاری بکند که باعث خروج مایع منی و جنابت در وی شود. از منظر روان‌شناسی نیز خودارضایی نوعی تحریک مکانیکی در دستگاه تناسلی است که در آن فرد با خود، کاری می‌کند که به تخلیه هیجانی منجر می‌شود (قائمی، ۱۳۹۰). از حدود ۱۶ - ۱۳ سالگی شور و هیجان جنسی در نوجوان نمودار می‌شود. نوجوان به دلیل احساس توانایی برای عمل جنسی، تشدید انگیزه‌های جنسی، کنجکاوای در مورد مسائل جنسی، تلاش برای تعیین نقش جنسی، ترس شدید از نتایج فعالیت جنسی، نسبت به امور جنسی حساس می‌شود. اگر راه مشروع و قانونی برای ارضای امیال جنسی ممکن نباشد، امکان انحراف نوجوان به صورت خودارضایی، چشم‌چرانی، بچه‌بازی، خودفروشی و غیره وجود خواهد داشت (پارسا، ۱۳۹۳).

بر اساس مطالعات صورت گرفته در زمینه شیوع خودارضایی تقریباً همه مردان و سه‌چهارم همه زنان زمانی در عمر خود به آن دست زده‌اند (Sadock, 2015). بر اساس نتایج تحقیق داس<sup>۲</sup> (۲۰۰۷)، درباره میزان خودارضایی در آمریکا در سال ۱۹۹۲ در جمعیت آماری بین سنین ۱۸ تا ۶۰ سال، ۳۸ درصد از زنان و ۶۱ درصد از مردان در سال قبل از اجرای تحقیق خودارضایی داشته‌اند. در پژوهش دیگری در بین نوجوانان ۱۷-۱۸ سال در تایوان توسط وانگ، هانگ و لاین<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، نشان داده شد که ۹۵/۳ درصد مردان و ۳۰/۳ درصد زنان، تجربه خودارضایی داشته‌اند. در پژوهشی با عنوان شیوع خودارضایی در بین چینی‌های شهرنشین، مشخص شد ۸۷ درصد از مردان و ۶۵ درصد از زنان در طول سال گذشته خودارضایی کرده‌اند. در پژوهشی که توسط حسن‌زاده و همکاران (۱۳۸۹)، در بین دانشجویان دختر و پسر خوابگاه‌های دانشگاه فردوسی مشهد انجام گرفته است، نشان داده شد که ۸۰/۸۲ درصد از آقایان و ۳۵/۷۸ درصد از خانم‌ها حداقل یک مرتبه عمل خودارضایی را انجام داده‌اند. همچنین در پژوهشی که توسط شکاری، رستمی، مزدایی و محمدی (۲۰۱۱)، در ایران صورت گرفت مشخص شد که مردان و زنان ایرانی به ترتیب ۹۲ و ۶۲ درصد در طول زندگی خود خودارضایی کرده‌اند. در آخر می‌توان گفت در زمینه خودارضایی، پژوهش‌های بسیاری خصوصاً در کشورهای پیشرفته صورت گرفته است اما در کشورهای در حال توسعه به دلایل متعدد این پژوهش‌ها با محدودیت‌های زیادی همراه بوده است به همین دلیل از میزان شیوع این پدیده و تفاوت آن در بین دو جنس اطلاعات کمی در دست است (Janghorbani, Lam & Force, 2003).

به لحاظ اهمیت و حساسیت دوره نوجوانی و جوانی، هم در متون دینی و هم در مباحث روان‌شناسی از جنبه‌های مختلفی به آن توجه شده است. در بین انحرافات جنسی، خودارضایی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا این عمل می‌تواند از سنین بلوغ شروع شود و

1. masturbation
2. Das
3. Wang, Haung, Lin

تا سال‌های متمادی ادامه یابد، از طرفی دیگر یکی از چالش برانگیزترین بحث‌ها در بین کارشناسان، به هنجار یا نابهنجار بودن پدیده خودارضایی و راهکارهای کنترل آن است. بر اساس بررسی‌های انجام شده برخی صاحب‌نظران آن را عملی طبیعی و نوعی تخلیه هیجانی و بهنجار می‌دانند و عده‌ای آن را نابهنجار دانسته و زیان‌های بسیاری بر آن می‌شمارند (کجباف، ۱۳۹۴).

بنابراین صاحب‌نظرانی که بر اساس پژوهش‌های خود، این عمل را زیان‌بار می‌دانند، معتقدند که این مسئله به‌طور مستقیم و غیرمستقیم می‌تواند بر سلامت روانی و جسمی فرد تأثیرگذار است. از طرفی تحقیقات متعدد دیگر نشان می‌دهند که سلامت روانی و جسمی دانش‌آموزان با پیشرفت تحصیلی آن‌ها ارتباط دارد به این معنا که به خطر افتادن سلامت روانی-جسمی دانش‌آموز، رشد پیشرفت تحصیلی آنان را متوقف یا منفی می‌کند که در ادامه به برخی از پژوهش‌ها اشاره خواهد شد؛ بنابراین ضروری به نظر می‌رسد جهت تأمین شرایط مناسب برای نیل به اهداف آموزشی، تربیتی و تضمین سلامت افراد جامعه در سنین مختلف، عوامل بازدارنده آن موردبررسی و کاوش قرار گیرد و برای رفع آن، راهکارهای منطقی اتخاذ شود.

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

قائمی (۱۳۹۰)، عوامل پدیدآورنده خودارضایی را در پنج گروه دسته‌بندی کرده است؛ ۱. عوامل زیستی: وجود انگل‌های معدی و کرمک که سبب پیدایش خارش در مقعد و یا ورم در اطراف دستگاه تناسلی می‌شود. بلوغ زودرس، وجود بی‌نظمی پوستی در محل ختنه که سبب تحریک‌های بی‌مورد است، عدم رعایت بهداشت، به‌ویژه در دستگاه تناسلی، رشد بدن و به‌خصوص رشد دستگاه تناسلی. ۲. عوامل مکانیکی تحریک: دست‌کاری‌های کودک، مالیدن خود به تشک و به رو خوابیدن و... نوازش‌های غلط مادران و پرورش‌دهندگان و... شست‌وشوهای افراطی همراه با دست‌کاری در دستشویی و حمام. ۳. عوامل روانی: اختلال روانی در کودکان و نوجوانان، کنجکاوی و کشف کودکان در مورد دنیای خود، جستجوی اطمینان برای کودک که منبع لذت او از بین نرفته باشد، تنهایی و انزوا و احساس بی‌کسی. ۴. عوامل عاطفی: احساس محرومیت در کودکان و نوجوانان، اضطراب و نگرانی، ابراز محبت غلط مادر یا پرستار کودک به‌صورت بازی با دستگاه تناسلی و احساس حقارت. ۵. عوامل اجتماعی: نوع بازی‌های کودکان مثل کولی‌بازی و... نگاه کردن به روابط دیگران حتی حیوانات، مشاهده تصاویر فیلم‌های مبتذل و خواندن یا شنیدن داستان‌ها و جوک‌های بدآموز. همچنین در پژوهشی دیگر، عوامل گرایش به خودارضایی بررسی شده است که شامل؛ ناآگاهی، انزوا و تنهایی، دوستی‌های آلوده، عوامل تحریک‌کننده فرهنگی، بلوغ زود هنگام، لباس‌های نامناسب، نگاه‌های غیرمجاز (چشم‌چرانی) می‌باشد (پناهی، ۱۳۸۶). همچنین پژوهشی در بنگلادش مشخص کرد که دیدن فیلم‌های پورن حتی هفته‌ای یک‌بار آمار انجام خودارضایی را در دانش‌آموزان بالا می‌برد (Chowdhury, Chowdhury, Nipa, Kabir, Moni & Kordowicz, 2019).

طبق نظر بسیاری از روانشناسان و دین‌پژوهان عرصه خودارضایی، این مسئله پیامدها و آسیب‌های فراوانی دارد از جمله: ۱. پیامدهای جسمانی: خستگی و کوفتگی، ناتوانی جنسی، ریزش مو، اختلالات مغزی، پیدایش کم‌خونی، انزال زودرس و سیلان منی. ۲. پیامدهای روحی و روانی: ضعف حافظه و حواس‌پرتی، اضطراب، انزوا و گوشه‌گیری، افسردگی، بی‌نشاطی و لذت نبردن از زندگی، پرخاشگری، بداخلاقی و تندخویی، ضعف اراده، احساس حقارت، عدم اعتمادبه‌نفس، احساس گناه و عذاب وجدان، لاغری، لرزش، افسردگی و اضطراب. ۳. پیامدهای اجتماعی: بالا رفتن آستانه رضایتمندی جنسی، بلوغ زودرس و آسیب‌های ناشی از آن توجه به لذت‌های شخصی سبب سستی روابط اجتماعی و در نتیجه گوشه‌گیری در فرد و گریز از ازدواج (قائمی، ۱۳۹۰). همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که عوارض خودارضایی می‌تواند شامل کم‌دردی، خستگی، نازک شدن مو یا ریزش مو، نعوظ نرم یا ضعیف، انزال زودرس، دید مبهم، درد کشاله ران یا بیضه و درد یا گرفتگی در ناحیه لگن باشد (Ebed Elkream, Faheim & Eltelt, 2017).

در پژوهشی که توسط شکاری و همکاران (۲۰۱۱)، انجام گرفت مشخص شد که خودارضایی می‌تواند ضررهای جسمی شامل (رنگ‌پریدگی، سیاهی زیر چشم، خستگی و غش مفرط، خواب‌آلودگی، از دست دادن حافظه، ضعف قدرت بدنی، آسیب به اندام‌های جنسی، ناتوانی جنسی و رضایت جنسی ناقص)، روانی شامل (پرخاشگری و عصبانیت، کمبود حافظه و فراموشی و انزوای اجتماعی) را در فرد ایجاد کند. همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که خودارضایی به‌طور قابل‌توجهی با خستگی، درد و ضعف ناحیه کمر، کاهش حافظه، کاهش ایمنی، بی‌خوابی رؤیاپردازی و افزایش تدریجی دفعات خودارضایی همراه است (Jiao, Chen & Niu, 2022).

البته در زمینه خودارضایی، پژوهش‌های بسیاری انجام گرفته است که تقریباً در دو دیدگاه مخالف نظرات خود را بیان کرده‌اند؛ یک دیدگاه بیان می‌دارد که خودارضایی طبیعی است و آسیبی ندارد و یک دیدگاه بیان می‌دارد که این مسئله اختلال است و آسیب فراوانی دارد. البته دیدگاه‌هایی که این مسئله را مضر تلقی می‌کنند، برای بهبود آن، راهکارهایی را ارائه می‌دهند که برخی از آن‌ها این چنین است؛ ورزش کردن، تنظیم برنامه خواب، کیفیت خواب، اجتناب از تنهایی، استحمام با آب سرد، کوتاه کردن مدت حمام، یاد مرگ و قیامت، قطع رابطه با دوستان مشکل‌آفرین، اصلاح برنامه‌ی غذایی، تعدیل انرژی بدن یا روزه (پناهی، ۱۳۸۶). در مطالعه‌ای که توسط چوب‌فروش، سلیمی و سعید منش (۱۳۹۸)، تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر مؤلفه‌های حرمت خود نوجوانان دارای رفتار خودارضایی و سواسی با روش نیمه تجربی با گروه آزمایش و بدون گروه کنترل صورت گرفت، ۱۰ نفر از نوجوانان دارای رفتار و سواسی خودارضایی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که طی این پژوهش یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر شفقت خود باعث افزایش حرمت خود کلی و حرمت خود اجتماعی و حرمت خود تحصیلی در نوجوانان دارای رفتار خودارضایی شده است بنابراین، استفاده از درمان مبتنی بر شفقت خود جهت افزایش حرمت خود در نوجوانان با رفتار خودارضایی و سواسی توصیه می‌شود.

در مطالعه‌ای دیگر که توسط طاهری، جمالوئی و زمانی (۱۳۹۸)، با عنوان تأثیر آموزش تحمل‌پریشانی بر توانایی تنظیم هیجانی و بهبود نارسایی هیجانی مبتلایان به اختلال نیمه بالینی خودارضایی، با روش تک بررسی آزمایشی از نوع خط پایه چندگانه، فرایند درمان ۸ جلسه‌ای بر روی چهار آزمودنی انجام شد که طی آن، ۴ بیمار سرپای مبتلا به اختلال نیمه بالینی خودارضایی قبل، حین و پس از درمان مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تحمل‌پریشانی به بهبود هیجانات، افزایش تنظیم هیجانی و تحمل‌پریشانی منجر شد. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تحمل‌پریشانی باعث می‌شود که آزمودنی‌های مبتلا به اختلال خودارضایی بتوانند هیجانات مثبت و منفی خود را شناسایی کنند و در نتیجه نارسایی هیجانی در آن‌ها، کاهش یافته و توانایی تنظیم هیجان و سطح تحمل‌تنبیدگی، افزایش می‌یابد. مطالعه دیگری که توسط آذربادکان، آقامحمدیان شهرباف و عبدخدایی (۱۳۹۹) انجام گرفت که هدف این پژوهش، بررسی نقش خودکنترلی با رویکرد اسلامی، در کنترل خودارضایی دختران بود. ابتدا پروتکل کنترل خودارضایی، بر اساس خودکنترلی با رویکرد اسلامی تدوین و امکان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری، شامل کلیه دختران مجرد ۱۶ تا ۲۰ سال دبیرستان‌های روزانه، شبانه و بزرگسالان بودند که بیش از ۳ بار در هفته، حداقل از یک سال گذشته خودارضایی داشتند و برای نمونه‌گیری، از نمونه در دسترس و هدفمند استفاده شد. نتایج نشان داد استفاده از پروتکل کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی، در هر دو آزمودنی باعث کاهش رفتار خودارضایی شد. همچنین مقایسه نتایج پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی در مراجعان نشان‌دهنده کاهش افسردگی آن‌ها بود. در نتیجه، استفاده از «پروتکل کنترل خودارضایی با تأکید بر رویکرد اسلامی»، منجر به حذف این رفتار در نوجوانان می‌شود.

در پژوهشی که به روش کیفی جهت بررسی عوامل سوق‌دهنده دختران نوجوان به خودارضایی که توسط اصغری نکاح و مهاجر بعد (۱۳۹۹)، بر روی ۴ دختر، انجام گرفت، یافته نشان داد که به ترتیب اولویت عوامل محیطی-ارتباطی (نظیر چالش‌های ارتباطی با والدین، استرس‌های خانوادگی، ارتباطات نامحدود با جنس مخالف)، عوامل روان‌شناختی (مانند تخیلات جنسی و باروهای نادرست در مورد خودارضایی، آسیب‌دیدگی در فضای مجازی و اعتیاد به پورنوگرافی) و عوامل اجتماعی (نظیر محیط اجتماعی آسیب‌رسان،

سطح تحصیلات و رفاه مادی) از اصلی‌ترین عوامل سوق‌دهنده افراد به خودارضایی است و به نظر می‌رسد توانمندسازی خانواده می‌تواند نقش محوری و تعیین‌کننده در این عوامل داشته باشد، بدین‌جهت پیشگیری از ابتلا به خودارضایی یا ترک آن نیازمند الگوی تربیت جنسی خانواده محور برگرفته از مبانی علمی در چهارچوب وسیع و غنی آموزه‌های دینی و فرهنگی است تا در قالب برنامه‌های آموزش خانواده در مدارس، رسانه ملی و کلینیک‌های مشاوره بتواند به سلامت جنسی نوجوانان کمک نماید.

نریمیسایی، صفرزاده و مرعشیان (۱۴۰۰)، پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و آموزش خودشفقت‌ورزی بر میزان گرایش به خودارضایی و هرزه‌نگاری اینترنتی در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم انجام دادند. در این پژوهش که با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای مرحله‌ای بر روی ۷۵ دانش‌آموز پسر متوسطه دوم انجام گرفت، یافته‌ها نشان دادند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و آموزش خودشفقت‌ورزی بر میزان گرایش به خودارضایی و هرزه‌نگاری اینترنتی نسبت به گروه گواه در نوجوانان پسر تأثیر داشته و همچنین مشخص شد اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی در کاهش گرایش به خودارضایی و هرزه‌نگاری اینترنتی نسبت به آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بیشتر بوده است.

با توجه به مطالب بالا و مرور پژوهش‌های صورت گرفته، نتیجه گرفته می‌شود که مسئله خودارضایی، می‌تواند آسیب‌های جسمی و روانی خاصی به فرد وارد کند. همچنین خلل در سلامت روانی و جسمانی دانش‌آموز، مستقیم بر روی پیشرفت تحصیلی آنان تأثیر می‌گذارد. لذا با توجه به پیشینه مطالعات علمی و تجربی، هدف از این پژوهش، شناخت عوامل سوق‌دهنده به مسئله خودارضایی و پیامدهای آن در فرد و اجرای راهکارهایی برای غلبه بر این امر جهت رفع یا کاهش مشکلات روانی، جسمانی و تحصیلی در جامعه هدف است؛ بنابراین انتظار می‌رود در پایان پژوهش، ۱. عوامل سوق‌دهنده به خودارضایی و تجربیات شرکت‌کننده بررسی شود و ۲. پیامدهایی که هم‌زمان با شروع این مسئله در فرد ایجاد شده شناسایی شود. ۳. شرکت‌کننده با به‌کارگیری راهکارهای علمی و عملی، به مشکل خود تا حد زیادی غلبه کند و در جهت ارتقای سلامت جسمانی و روانی خود گام بردارد.

### ۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تجربی تک‌موردی از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته است و در آن شرکت‌کنندگان به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پس از درمان و پیگیری موردسنجش قرار می‌گیرند. هدف اصلی طرح‌های تک‌موردی در کار بالینی کمک به متخصصان بالینی در ارزیابی اثر یک مداخله بالینی در تغییر رفتار مراجعان می‌باشد. منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی تک‌موردی همانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به‌کاربرده می‌شود. در طرح‌های تجربی تک‌موردی، گروه کنترل وجود ندارند و خط پایه هر بیمار در حکم گروه کنترل خودش است (Anderson & Kim, 2003).

جامعه آماری این مطالعه کلیه دانش‌آموزان پایه دوازدهم یکی از هنرستان‌های پسرانه ناحیه یک آموزش و پرورش شهرستان یزد می‌باشند که به بیان خود دچار اعتیاد به خودارضایی هستند و این مسئله را به معلم سلامت و بهداشت خود جهت دریافت راهنمایی گزارش دادند. از میان جامعه آماری، ۱ نفر برای بررسی عمیق با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شد.

ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: قرار داشتن در دامنه‌ی سنی بین ۱۷ الی ۱۸ سال، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و قرارگیری در طبقه شدید اعتیاد به خودارضایی. معیارهای خروج نیز شامل وجود بیماری طبی جدی، هرگونه بیماری

جسمی و روانی اثرگذار بر روند درمان، تحت درمان روان‌شناختی بودن و وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکردهای شناختی بود.

### ۳-۱- ابزار سنجش

در این پژوهش، ابزار گردآوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختاریافته با پرسش‌های باز و استاندارد شده بود. پرسش‌ها در این نوع مصاحبه ماهیتاً محدود به فرضیه‌ها نبوده، بر اساس هیچ نوع متغیر از پیش تعیین شده‌ای نیست و به مصاحبه‌شونده این امکان را می‌دهد که احساس، ادراک و تفسیر خود از واقعیت تجربه شده را در دامنه‌ای که خود می‌پسندد و با عبارات خود بیان کند. با این حال این نوع مصاحبه به دلیل دربرگیرندگی توالی و رئوس کلی مشخص برای پرسش‌ها، می‌تواند پایایی بیشتری را فراهم نماید (بورگ، گال و گال، ۱۳۹۳). پرسش‌ها بر پایه‌ی تجربه زیسته فرد خودارضا و پیامدهای آن تا ارائه راهکارها و ارزیابی، شامل چهار محور؛ فراوانی (خط پایه) و علل انجام آن، پیامدهای آن (تحصیلی، روانی، اجتماعی و خانوادگی)، ارائه راهکارها توسط متخصص سکس درمانی جهت کنترل یا کاهش خودارضایی و ارزیابی نتایج بود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر بعد از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کننده و توضیح اهداف پژوهش، به مشارکت‌کننده اطمینان داد که اطلاعات داده شده و هویت وی کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و امانت‌داری در متن مصاحبه رعایت می‌گردد. همچنین به او اطمینان داده شد که گفت‌وگوی ضبط شده پس از اتمام تحلیل و نگارش، پاک خواهد شد و مشارکت‌کننده در این پژوهش هیچ هزینه مالی متقبل نشد. مصاحبه توسط یک پژوهشگر آشنا به امر مشاوره در حیطه مسائل جنسی و در گفتگویی ۶۰ دقیقه‌ای در هر مرحله انجام شد که به‌طورکلی ۴ مصاحبه ۶۰ دقیقه‌ای تدارک دیده شد که رئوس کلی پرسش‌های مصاحبه در جدول ۱ ذکر شده است. همچنین برای تحلیل بیشتر و بهتر موضوع، با کسب اجازه از شخص دانش‌آموز و بدون بیان موضوع اصلی، با مدیر و معاون مدرسه و مادر وی هرکدام ۶۰ دقیقه مصاحبه جداگانه انجام شد تا صرفاً جهت اکت نمرات درسی و انضباطی و حالات خلقی و روانی وی در مدرسه و خانه، فهم دقیق‌تری به دست آید.

جدول ۱. رئوس کلی پرسش‌های مصاحبه

فراوانی و علل انجام	پیامدها	ارائه تکنیک‌های درمانی	ارزیابی نتایج
تعداد دفعات انجام این عمل در طول روز یا هفته چگونه است؟	تحصیلی: افت یا رشد تحصیلی خود را از زمان شروع این مسئله چگونه می‌بینی و فکر می‌کنی دلایل آنچه هست؟	ارزیابی میزان گرایش وی به کنترل این مسئله	ارزیابی جهت برآورد اثرگذاری
فراوانی آن به چه عواملی بستگی دارد؟	بررسی معدل‌های وی و ریزنمرات او در دو سال گذشته در کنار شرکت‌کننده	درمانگر به این پژوهش ارائه راهکارهای علمی و عملی توسط متخصص سکس درمانگر مانند:	اجرای راهکارها
چه زمان‌هایی بیشترین فراوانی را دارد چرا؟	میزان درک مطالب شما نسبت به پارسال چگونه است؟	عملی توسط متخصص سکس درمانگر مانند:	مشارکت‌کننده
آیا قبل از انجام این عمل، مناسب خاصی باید انجام دهید؟ بعد از آن چگونه؟	مصاحبه با مدیر و معاونین مدرسه روانی: میزان شادابی و نشاط خود را چگونه ارزیابی می‌کنی؟	گنجانیدن ورزش در برنامه روزانه، پر کردن وقت از طریق فعالیت‌های درآمدزا و زودبازده	میزان اثرگذاری
فکر می‌کنی چه عاملی باعث شده به این عمل گرایش پیدا کنی؟	حس شما بعد از انجام این عمل چه است؟ اجتماعی: آیا در مدرسه، دوستانی دارید که با آنها تعامل کنید؟ خانوادگی:	به‌عنوان پاداش، پرهیز از تنها ماندن در منزل و ...	پرهیز از تنها ماندن در منزل و ...

در بیرون از مدرسه مثلاً خانه رفتارهای خود را چگونه  
تحلیل می‌کنی و به نظرت چه تفاوتی با گذشته داشته  
است؟  
با کسب اجازه از کنشگر، مصاحبه با مادر وی جهت  
شناخت بیشتر حالات وی در منزل

#### ۴- یافته‌ها

اطلاعات پس از گردآوری و کدگذاری توسط پژوهشگر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج در هر محور بررسی و مشخص شد در محور اول (فراوانی و عوامل سوق‌دهنده)، فراوانی خودارضایی در این شخص «هفته‌ای ۴ مرتبه می‌باشد و گاهی پشت سر هم به صورت روزانه و گاهی با یک روز فاصله، این عمل انجام می‌شود». همچنین تنها ماندن دانش‌آموز در خانه به دلیل شغل مادر و تک‌فرزندی، عدم توجه پدر به دانش‌آموز و وقت نگذاشتن برای فرزند، عدم ارتباط صحیح والدین با دانش‌آموز، عدم پی‌گیری درسی دانش‌آموز توسط اولیاء و ایجاد احساس بی‌ارزشی در دانش‌آموز، گذراندن اوقات فراغت با دیدن فیلم‌های مستهجن توسط دانش‌آموز و ناآگاهی از عوارض این عمل، از عوامل سوق‌دهنده این فرد به خودارضایی بوده است.

در محور دوم (بررسی پیامدهای تحصیلی، روانی، اجتماعی و خانوادگی) به بررسی معدل و ریزنمرات این دانش‌آموز و همین‌طور نمره انضباط در چند سال گذشته به کمک خود فرد و معلمان و کادر مدرسه پرداخته شد. همچنین با مدیر مدرسه و معاون پرورشی در خصوص افت تحصیلی و نمره انضباط وی گفت‌وگو شد. نتایج نشان داد که این فرد در سه الی چهار ماه گذشته افت تحصیلی چشم‌گیری داشته اما نمره انضباط وی تفاوت چشمگیری نداشته است. خود فرد نیز بیان داشت که درک و فهم مطالب برایش دشوارتر گشته و دیگر «حال درس خواندن برایش نمانده است». همچنین با مدیر و معاون مدرسه نیز مصاحبه‌ای کوتاه در خصوص این شرکت‌کننده به عمل آمد و مشخص شد که «مدتی است که نمرات وی مانند گذشته نیست و مانند قبل، نمرات خوب کسب نمی‌کند».

از طرفی دیگر در خصوص رفتارها و حالات روانی وی، با مادر این دانش‌آموز پس از مصاحبه ۶۰ دقیقه‌ای و تحلیل و بررسی همه این اطلاعات مصاحبه‌ای از مدیر و معاون پرورشی و مادر، تمامی اطلاعات حکایت از کسلی، خمودی، بی‌حوصلگی و پرخاشگری وی در منزل نیز داشت. همین‌طور به قول خود فرد «در کلاس گوشه‌گیر شدم و دیگر مسائل درسی برایم مهم نیست و در زنگ تفریح ترجیح می‌دهم در کلاس بمانم».

در دو محور آخر، برنامه‌ای جهت کنترل و بهبود عمل خودارضایی با هدف غلبه و کنترل بر خودارضایی برای جبران افت تحصیلی و سستی اعصاب و خمودی وی در منزل و ارزیابی نتایج توسط متخصص سلامت جنسی به مدت دو ماه به اجرا گذاشته شد که این برنامه، ترکیبی از به‌روزترین مراحل و روش‌های کنترل خودارضایی بود. این برنامه شامل پنج گام؛ مرحله شناخت آسیب‌های این عمل، چرایی کنترل این پدیده، گنجاندن ورزش در برنامه روزانه، پر کردن وقت از طریق فعالیت‌های درآمدزا، پرهیز از تنها ماندن در منزل بود.

گزارش روزانه دانش‌آموز از انجام مراحل درمانی و بازخوردهای دریافتی از طرف معلم، دوستان، کادر مدرسه، خانواده، متخصص و خود فرد، دقیقاً دو ماه پس از جلسات درمان، نشان‌دهنده روند رو به رشد بود و می‌توان گفت بهبودی نسبی صورت گرفت به صورتی که خودارضایی هفته‌ای ۵ بار در این شخص به هفته‌ای ۱ بار در این مدت کم رسیده بود. البته این زمان برای به دست آوردن نتیجه موردنظر بسیار کم بود. همین‌طور در ادامه، بررسی هفته‌ای نمرات درسی دانش‌آموز نشان‌دهنده متوقف شدن افت تحصیلی در

وی بود. به علاوه این که در خلال صحبت با دوستان، مدیران و کادر مدرسه جهت ارزیابی مجدد، متوجه تغییر روحیه و بازگشت فعالیت‌های اجتماعی او می‌توان شد. همچنین تغییرات این شخص در محیط خانه شامل؛ کمک به مادر، فعال شدن او در خانه و برطرف شدن حس خمودی در وی است. این پژوهش، برنامه‌ای جهت فالو آپ ۶ ماهه جهت ارزیابی و ماندگاری نتایج نداشت.

## ۵- بحث و نتیجه گیری

از نظر عوامل سوق دهنده به خودارضایی و اعتیاد به خودارضایی، این پژوهش همسو با پژوهش‌های قائمی (۱۳۹۰)، اصغری نکاح و مهاجر بعد (۱۳۹۹)، پناهی (۱۳۸۶) و چودهاری و همکاران (۲۰۱۹) بود که بیان کردند عوامل نظیر، تماشای فیلم‌ها، تنهایی و عدم فعالیت فیزیکی می‌تواند افراد را به سمت خودارضایی سوق دهد.

همچنین با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته مشخص شد که خودارضایی، به صورت مستقیم یا غیرمستقیم می‌تواند بروی پیشرفت تحصیلی افراد تأثیر بگذارد و همچنین باعث اجتماع گریزی و گوشه‌گیری در فرد شود و خستگی و ضعف اراده و حافظه را متوجه فرد بکند (قائمی، ۱۳۹۰؛ شکاری و همکاران، ۲۰۱۱، جیو و همکاران، ۲۰۲۲؛ عبدالکریم و همکاران، ۲۰۱۷). یافته‌های این پژوهش نیز مشخص کرد که فرد شرکت‌کننده در این پژوهش، دچار گوشه‌گیری در مدرسه شده بود و در زنگ‌های تفریح، رغبتی جهت تفریح با دوستانش نداشت و بیشتر خواهان تنها ماندن در کلاس بود. همچنین در خانه نیز، مسئولیت گریز شده بود و حس خمودی و کسلی جهت کمک به مسائل خانه را داشت و از زمانی که خودارضایی او شکل اعتیاد به خود گرفته بود، دچار ضعف حافظه، سستی اراده و افت تحصیلی شده بود.

در ادامه فرایند پژوهش پس از تعیین خط پایه (فراوانی ۵ مرتبه خودارضایی در هفته) و ارائه تکنیک‌های سکس درمانی توسط متخصص امر، این پژوهش مشخص ساخت که پس از دو ماه مشاوره و ارائه راهکارهایی جهت کنترل خودارضایی، بهبودی نسبی برای فرد فراهم شده بود به طوری که فراوانی این عمل در شخص به طور میانگین به هفته‌ای یکبار رسیده بود و همین مسئله باعث نشاط و انرژی زیادی در وی شده بود. همچنین نمرات کلاسی این شخص در یک ماه گذشته نشان از ارتقا نسبی نمرات در برخی دروس شده بود و روابط اجتماعی‌اش با دوستان، به نسبت گذشته افزایش داشته به طوری که در زنگ‌های تفریح دیگر در کلاس نمی‌ماند و در حیاط کنار دوستان می‌نشیند. از طرفی دیگر، پس از انجام مصاحبه‌ای دیگر از مادر وی، مشخص گشت که در طی این یک ماه، برخی مسئولیت‌های کوچک در خانه را به عهده گرفته و خود را مشغول امورات منزل ساخته و از این جهت فعال‌تر گشته است و برعکس گذشته، حس خمودی کمتری دارد. به معنای کلی اینکه کنترل یا کاهش مسئله خودارضایی می‌تواند به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت و بهداشت روانی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی فرد تأثیر مثبت بگذارد.

بنابراین انتظار می‌رود که مسئولین آموزش پرورش و مدارس، از طریق روانشناسان آموزش دیده، به بررسی و تحلیل بیشتر انحرافات و کژکارکردی‌های جنسی دانش‌آموزان بپردازند و با آموزش و درمان برخی مشکلات جنسی به آن‌ها، زمینه را جهت رشد شخصی آن‌ها که در نهایت منجر به رشد تحصیلی نیز می‌شود، فراهم کنند. همچنین محدودیت‌های این چنین پژوهش‌هایی تابو بودن این مسئله در جامعه هست که افرادی که گرفتار آن هستند، کمتر آن را بیان می‌کنند چراکه بیم قضاوت شدن دارند و ممکن است این مشکل، مهر و موم‌ها با آن‌ها باقی بماند و تا اعتماد کامل به مشاور نداشته باشند از طرح این چنین موضوعاتی خودداری می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود که در مدارس متوسطه اول و دوم همیشه روانشناسان و مشاوران آموزش دیده در زمینه مسائل جنسی، حضور داشته باشند و چند ماه یکبار کارگاه‌های آموزشی جهت غلبه بر انحرافات و مشکلات جنسی دانش‌آموزان برگزار کنند تا به ارتقا رشد جنسی، شخصیتی و تحصیلی آنان بیانجامد.

همچنین به دیگر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود همچنین مطالعه موردی را بر روی گروه دختران نیز انجام دهند تا دید جامع‌تری به این موضوع ایجاد شود.

## ۶- تقدیر و تشکر

در پایان نیز بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش؛ کادر اجرایی مدرسه، والدین و دوستان شرکت‌کننده و خود مشارکت‌کننده که به‌صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کرد، قدردانی به عمل می‌آید.

## ۷- منابع

- ۱- احمدی، و.، احمدی، س.، شیخ حسین، آ.، و ملاجعفر، ه. (۱۳۹۱). شیوع شناسی خودارضایی در بین دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه شهید چمران اهواز، کنگره انجمن روانشناسی ایران.
- ۲- اصغری نکاح، س. م.، و مهاجرپد، ز. (۱۴۰۰). کاوشی کیفی در عوامل سوق‌دهنده دختران نوجوان به خودارضایی از منظر الگوی تربیت جنسی خانواده محور مبتنی بر رشد، *خانواده و سلامت جنسی*، ۱(۲)، ۷-۱۶.
- ۳- آذربادکان، ف.، آقامحمدیان شعرباف، ح.، و عبدخدائی، م. س. (۱۳۹۹). تدوین پروتکل کنترل خودارضایی؛ با تأکید بر رویکرد اسلامی و امکان‌سنجی آن: «تک آزمودنی». *روانشناسی دین*، ۱۳(۴)، ۷۳-۹۲.
- ۴- بورگ، و.، گال، ج.، و گال، م. د. (۱۳۹۳). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی (جلد ۱)*. ترجمه خیر، م.، پاک‌سرشت، م. ج.، شهنی بیلاق، م.، عریضی، ح. ابوالقاسمی، م.، خسروی، ز. و همکاران. انتشارات سمت. تهران.
- ۵- پارسا، م. (۱۳۹۳). *روانشناسی رشد کودک و نوجوان*. انتشارات بعثت. تهران.
- ۶- پناهی، ع. ا. (۱۳۸۶). مهم‌ترین آسیب جنسی دوران نوجوانی و راه‌کارهای پیش‌گیری و درمان. معرفت، ۲۶، ۲۹-۵۴.
- ۷- چوب‌فروش، آ.، سعیدمنش، م.، و گلیمی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر مؤلفه‌های حرمت خود نوجوانان دارای رفتار خودارضایی و سواسی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹، ۲۶-۲۶.
- ۸- حسن‌زاده، ج.، سعیدیان اصل، م.، و آقامحمدیان، ح. (۱۳۸۹). شیوع شناسی خودارضایی در بین دانشجویان. *مجموعه مقالات روانشناسی معاصر*، ۵، ۲۷۱-۲۷۲.
- ۹- طاهری، ز.، رضایی جمالویی، ح.، و زمانی، س. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش تحمل‌پریشانی بر توانایی تنظیم هیجانی و بهبود نارسایی هیجانی مبتلایان به اختلال نیمه بالینی خودارضایی. *سلامت روان کودک (روان کودک)*، ۶(۱)، ۵۴-۶۹.
- ۱۰- قائمی، ع. (۱۳۹۰). *خانواده و مسائل جنسی*. انجمن اولیا و مربیان. تهران.
- ۱۱- کجباف، م. ب. (۱۳۹۴). *روانشناسی رفتار جنسی*. انتشارات روان. تهران.
- ۱۲- موحدی، م. م. (۱۳۹۰). *دانستنی‌های زناشویی*. انتشارات علم. تهران.
- ۱۳- نریمیسایی، ف.، صفرزاده، س.، و مرعشیان، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و آموزش خودشفقت‌ورزی بر میزان گرایش به خودارضایی و هرزه‌نگاری اینترنتی در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم. *روانشناسی*، ۱۰(۷)، ۱۷۵-۱۸۸.
- 14- Anderson, C. M., & Kim, C. (2003). Evaluating Treatment Efficacy with Single-Case Designs. *Handbook of research methods in clinical psychology*, 72-91.
- 15- Chowdhury, M. R. H. K., Chowdhury, M. R. K., Nipa, N. S., Kabir, R., Moni, M. A., & Kordowicz, M. (2019). Masturbation experience: A case study of undergraduate students in Bangladesh, *Journal of Population and Social Studies*, 27(4), 359-372.
- 16- Das, A. (2007). Masturbation in the United States. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(4), 301-317.

- 17- Ebed Elkreem, H. E., Faheim, S. S., & Eltelt, R. H. (2017). Effect of Educational Program about Masturbation on Blind Adolescent Students' Knowledge and Attitude. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 19(2), 87-102.
- 18- Janghorbani, M., Lam, T. H., & Force, Y. S. S. T. (2003). Sexual media use by young adults in Hong Kong: Prevalence and associated factors. *Archives of sexual behavior*, 32, 545-553.
- 19- Jiao, T., Chen, J., & Niu, Y. (2022). Masturbation is associated with psychopathological and reproduction health conditions: an online survey among campus male students. *Sexual and Relationship Therapy*, 37(2), 272-286.
- 20- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015): Wolters Kluwer Philadelphia, PA.
- 21- Shekarey, A., Rostami, M. S., Mazdai, K., & Mohammadi, A. (2011). Masturbation: prevention & treatment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1641-1646.
- 22- Wang, R.-J., Huang, Y., & Lin, Y.-C. (2007). A study of masturbatory knowledge and attitudes and related factors among Taiwan adolescents. *Journal of Nursing Research*, 15(3), 233-242.
- 23- Westheimer, R. K., Lopater, S., Westheimer, L., & Lopater. (2002). *Human sexuality: A psychosocial perspective* (Vol. 88): Lippincott Williams & Wilkins.

# The Controllability Experience of Masturbation Addiction in Twelfth-grade Students, A Case Study

Seyed Jalil Jabali<sup>1</sup>, Fazlollah Rezaei Ardani<sup>2\*</sup>

1. Master in family counseling, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran.

sj.jebeli@ut.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Shahid Paknejad Campus, Farhangian University, Yazd, Iran. (Corresponding Author)

rezaei.ardani@cfu.ac.ir

## Abstract

The present study aimed to know the factors, complications, and controllability of masturbation addiction in twelfth-grade students. the present research is single-case experimental research. The participants of this study are all male students. According to their own words, are addicted to masturbation and have shared it with their teacher. One person who was in the severe category was selected intentionally by considering the entry and exit criteria of the study. Finally, the person's lived experience in the stages of baseline, treatment, post-treatment, and follow-up, respectively through a semi-structured interview. It was determined in four axes that 1. The frequency of masturbation was five times a week since three months ago, and the most important reasons; Loneliness, lack of physical activity, and watching movies were mentioned 2. The consequences of starting this behavior include a drop in academic grades, avoidance of responsibility at home and isolation at school, and a drop in cheerfulness. In the last 2 axes, after two months of implementation of therapeutic techniques, the frequency of this procedure decreased to one-fifth compared to the baseline. The drop in his grades was temporary, He became more social in school and more responsible at home, and his cheerfulness increased. Controlling this problem is not only possible but also promotes health growth in social, academic, personal, and family fields.

**Keywords:** Adolescence, Masturbation, Academic failure, Lived experience.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر درمان واژینیسموس: یک کارآزمایی تک موردی

آرزو رضایی\*<sup>۱</sup>، میترا تدین<sup>۲</sup>، میترا ملایی نژاد<sup>۳</sup>، خدیجه شیرالی نیا<sup>۴</sup>

۱- گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، بهبهان، ایران. (نویسنده مسئول)

arezoo.rezaei66@gmail.com

۲- گروه مامایی، مرکز تحقیقات یائسگی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

tadayon-m@ajums.ac.ir

۳- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد نجف‌آباد، اصفهان، ایران.

mmolaei89@gmail.com

۴- گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

k.shiralinia@scu.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۷/۲۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۵/۲۱]

### چکیده

واژینیسموس یک اختلال جنسی شایع، از دسته اختلالات تناسلی لگنی / دخولی دردناک است که در دو شکل اولیه و ثانویه مشاهده می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر درمان واژینیسموس طراحی شده است. در طی یک کارآزمایی آزمایشی تک موردی و طرح خط پایه چندگانه، ۴ زن مبتلا به واژینیسموس که به کلینیک‌های درمان اختلالات جنسی شهر اهواز مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تأیید معیارهای وجود اختلال درد/دخول تناسلی لگنی، توسط روان‌پزشک، در مطالعه شرکت داده شدند. از تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کسب شد. قبل و پس از مداخله، متغیرهایی همچون، انگیزه دخول، سازگاری زناشویی، افکار دهشتناک و... توسط ابزار چندوجهی اختلال دخول واژینال، در مشارکت‌کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمودنی‌ها پس از تعیین خطوط پایه در متغیرهای وابسته به ترتیب وارد مرحله درمان شناختی رفتاری شده و به مدت ۸ جلسه هفتگی، به صورت فردی مورد درمان قرار گرفتند. دوره پیگیری دو ماه پس از تکمیل درمان در سه نوبت به فواصل ۲۰ روزه انجام شد. تمام مشارکت‌کنندگان در پایان مداخله موفق به دخول واژینال شدند و شاخص بهبودی که در هر یک از متغیرها با سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شده بود، در آن‌ها تأیید شده است. نتایج همچنین نشان داد درمان شناختی رفتاری در تغییر افکار دهشتناک و درماندگی، سازگاری زناشویی، رفتارهای اجتنابی، افزایش اطلاعات جنسی، گوش به زنگی، خوش‌بینی و ناسازگاری زینتال جنسی افراد واژینیسموس مؤثر می‌باشد. یافته‌های مطالعه نشان‌دهنده مؤثر بودن روش‌های شناختی رفتاری در بهبود واژینیسموس می‌باشد؛ بنابراین گنجاندن این نوع درمان در مداخلات در نظر گرفته شده برای این بیماران و انجام مطالعات وسیع‌تر با گروه‌های کنترل و تعداد نمونه‌های بیشتر توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، واژینیسموس، اختلالات جنسی

## ۱- مقدمه

مطالعه و شناخت تمایلات و رفتارهای جنسی انسان یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و به‌ویژه بهداشت روان است (نصرت-آبادی و افضل‌گروه، ۱۳۹۹). رابطه جنسی بخش مهمی از روابط صمیمانه است با این حال مسائل جنسی زنان به دلایل اخلاقی و اجتماعی همیشه در هاله‌ای از ابهام بوده است (حیدریان، غلامزاده جفره و شهبازی، ۱۴۰۰) اما هر گونه مشکل یا اختلال در این زمینه می‌تواند سلامت جنسی را تحت تأثیر قرار دهد از جمله این اختلالات، واژینیسموس هست (Zgueb, Ouali, Achour, Jomli & Nacef, 2019). واژینیسموس یک بیماری شایع با یک اثر مخرب بر سلامت جسمی و عمومی است که می‌تواند به شدت تجربه مقاربت جنسی را مختل کند (Abdnezhad & Simbar, 2021). انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲</sup> در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم، واژینیسموس را تحت عنوان اختلال درد - دخول لگنی - تناسلی عنوان کرده است (Işık & Aslan, 2023). اختلال درد دخولی لگنی تناسلی (واژینیسموس) به هرگونه مشکل دائمی یا راجعه شامل درد، ترس، اضطراب و سفتی عضلات در پیش‌بینی، حین یا بعد از تلاش برای دخول واژینال گفته می‌شود که به مدت حداقل شش ماه تداوم داشته و سبب دیسترس بالینی شده است (Stout, Meints & Hirsh, 2018). واژینیسموس پاسخ شرطی به ترس است به طوری که فعالیت جنسی با درد تداعی شده و به نوبه خود موجب برانگیختگی، اضطراب مفرط در زمینه هرگونه موضوع مرتبط به فعالیت جنسی می‌گردد (عیوضی، سرلاتی، محمدی، عیوضی، و پوربندبی، ۱۳۹۸). در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها نسخه<sup>۳</sup> ۲۰۱۹ نیز همچنان عبارت واژینیسموس استفاده شده که به دو نوع ارگانیک و غیر ارگانیک طبقه‌بندی شده است تعریف نوع غیر ارگانیک یا سایکوزنیک این گونه است: اسپاسم عضلات کف لگن که واژن را احاطه و باعث انسداد دهانه واژن می‌شود و ورود آلت تناسلی را غیرممکن یا دردناک می‌سازد (WHO, 2019).

اگرچه سبب‌شناسی واژینیسموس ناشناخته است اما انتظار می‌رود چند عاملی باشد به این معنی که اهمیت بعد روان‌شناختی نیز در سبب‌شناسی واژینیسموس مطرح است. به نظر می‌رسد هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی می‌تواند بر کارکرد جنسی و اختلال واژینیسموس اولیه تأثیر منفی داشته باشد (بگانه، فراهانی، فرزاد و مقدسین، ۱۳۹۷). کیفیت رابطه زناشویی، عملکرد جنسی زوج‌ها و عدم شناخت اولیه آناتومی جسمی از جمله عوامل پیشنهادی با نقش احتمالی در سبب‌شناسی می‌باشد (عیوضی و همکاران، ۱۳۹۸). محققان دو علت اصلی جسمی و روانی را برای واژینیسموس طبقه‌بندی کرده‌اند. از وضعیت‌های جسمی می‌توان به دلایل فیزیکی شایع، نظیر عفونت، اندومتروز، بافت اسکار جراحی اشاره کرد. اما عوامل روانی نقش مهم‌تری را در مقایسه با عوامل جسمی بازی می‌کنند (رئیس، ضیایی، محمدی و حاجی‌زاده، ۱۳۹۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شیوع واژینیسموس ۰٫۵-۹ درصد در کشورهای غربی می‌باشد همچنین در مناطق شرقی مانند ایران ۷۳ درصد و غنا ۱٫۶۸ درصد گزارش شده است (Işık & Aslan, 2023). از نشانه‌های واژینیسموس، ناتوانی در دخول واژینال، درد در حد زیاد در واژن یا لگن یا مناطق نزدیک به لگن، ترس یا اضطراب شدید و انقباض شدید ماهیچه‌های لگن می‌باشد این مشکلات باعث دیسترس و رنج شدیدی می‌شود. ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی متأثر از واژینیسموس بر روابط زوجین تأثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به ایجاد اعتمادبه‌نفس ضعیف در زوجین، ایجاد روابط خارج از خانه، خیانت و طلاق گردد (Weinberger, Houman, Caron & Anger, 2019) اگرچه بعضی از زنان فقط در زمان مقاربت واژینیسموس دارند این انقباض غیرارادی ممکن است در خلال معاینه، مانع ورود اسپکولوم به واژن شود. زنی که از واژینیسموس رنج می‌برد ممکن است به‌طور آگاهانه بخواهد مقاربت داشته باشد اما ناخودآگاه از این امر جلوگیری می‌کند (ثابت‌قدم، کرامت، ملاری، رضایی چمنی، ۱۳۹۸). ترکویل و همکاران نشان دادند که زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس سطوح بالایی

1. vaginismus
2. American Psychiatric Association
3. International Classification of Diseases (ICD)

از اضطراب و افسردگی را گزارش کرده‌اند که بر روی عملکرد جنسی تأثیر منفی داشته است (ضیایی، فرهمندراد، رضایی اول و روشن‌دل، ۲۰۱۷). درمان‌هایی مانند دیلاتاسیون<sup>۱</sup> با استفاده از دیلاتورها، روان‌درمانی بینش‌گرا و تزریق بوتاکس در دسته عضلات پوبوکوکسیژنیل از درمان‌هایی بوده است که به صورت موفق در نقاط مختلف دنیا برای این اختلال به کار رفته است امروزه معروف‌ترین و متداول‌ترین روش‌های که در درمان اختلالات جنسی به کار می‌رود از نوع درمان‌های شناختی رفتاری هستند (تدین، مرضایی خیرآبادی، ملایی‌نژاد، شیرالی‌نیا، ۱۳۹۵).

درمان شناختی رفتاری به‌عنوان درمانی ساختارمند و مبتنی بر یک مدل آموزشی می‌باشد که در آن درمانگران با به‌کارگیری گسترده و متنوع از روش‌های شناختی رفتاری به مراجعان آموزش می‌دهند که افکار خود را ارزشیابی و تعدیل کنند و شیوه‌های کارآمدتر تفکر را جایگزین افکار ناکارآمد سازند. این رویکرد یکی از روش‌های درمانی بیماری‌های روانی است که با تکیه بر ذهنیت و رفتار انسان سعی در درمان مشکلات مختلفی از اضطراب و افسردگی گرفته تا اختلالات شخصیتی دارد و بعدها درمانی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است.

اهداف رویکرد شناختی رفتاری در کار با زوجها، افزایش تبادل مثبت، آموزش مهارت‌های لازم برای زندگی زناشویی، ارائه اطلاعات لازم به زوجین در زمینه‌های مختلف از جمله دانش جنسی و تغییر باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد است. در درمان شناختی درمانگران فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند، تفکر منفی درباره فعالیت جنسی علائم را تشدید و دائمی می‌کند؛ بنابراین کشف این خود تلقی‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند (خان محمدی اطاقسرا، ۱۴۰۱).

درمان شناختی رفتاری بر چهار محور تغییرات شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسئله و حل تعارض مبتنی است و با تصمیم‌نگرش‌های ناکارآمد جنسی، تفسیرهای غلط از موقعیت‌های جنسی و اصلاح الگوهای غیرمنطقی تفکر، نقش مهمی در درمان اختلالات جنسی دارد (Antle, Owen, Eells, Wells, Harris, Cappiccie & et al., 2019). نتایج پژوهش‌های جنکینز، گریم، شیر، وان‌دورن، سزار و ریدکوینونس<sup>۲</sup> (۲۰۲۰) خان، امجد و رولاند<sup>۳</sup> (۲۰۱۹)، آلن<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) و اورهارت‌نیومن، فالیگانتف تامپسون، گومز و بورخارت<sup>۵</sup> (۲۰۱۸) نشان داده است که درمان شناختی رفتاری تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های روان‌شناختی به‌خصوص مؤلفه‌های جنسی دارد. با توجه به ملاحظات فوق و اهمیت به سزای عملکرد زنان و رابطه مطلوب آن‌ها در رابطه جنسی و ضرورت درمان‌های نوین و کاربردی و مبتنی بر نیازها و تجارب این بیماران، هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر درمان واژینیسموس می‌باشد.

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

باباخانی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که بعد از جلسات درمان شناختی رفتاری گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در عملکرد جنسی و حوزه‌های آن افزایش معنی‌داری داشت بنابراین درمان شناختی رفتاری در زنان می‌تواند نقش مثبت و مؤثری در بهبود روابط جنسی داشته باشد (Khan et al., 2019).

1. dilatation
2. Jenkins, Grimm, Shier, van Dooren, Ciesar & Reid-Quiñones
3. Khan, Amjad & Rowland
4. Allen
5. Everhart Newman, Falligant, Thompson, Gomez & Burkhart

نتایج مطالعه عرفانی‌فر، لطیفی و عباس‌پور (۲۰۲۲) نشان داد که بهترین و متداول‌ترین روش درمانی، رویکرد شناختی رفتاری است که از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب، مانند آرمیدگی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم موجب بهبود بیماران می‌گردد.

در مطالعه چانکایا و آسلانتاش<sup>۱</sup> (۲۰۲۲) زنان مبتلا به واژینیسموس خودآگاهی جنسی پایین و نگرش منفی نسبت به تمایلات جنسی داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. آنگین و همکاران درباره تأثیر عوامل مستعد کننده در موفقیت و طول دوره درمان به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به واژینیسموس از وضعیت خود آگاه هستند و در صورتی که خود بخواهند، درمان امکان‌پذیر است. مشاوره شناختی رفتاری به زنان این امکان را می‌دهد که عوامل مرتبط با اختلالات را شناسایی کند و همچنین شناخت‌های ناسازگار در مورد تمایلات جنسی را بازسازی کنند. مشاوره شناختی رفتاری همچنین به زنان اجازه می‌دهد تا خود را در معرض رفتارهای جنسی که از انجام آن‌ها اجتناب می‌کنند، قرار دهد. برای هر اختلال مانند اختلال عملکرد جنسی جنبه‌های خاصی مانند آموزش جنسی، حساسیت‌زدایی سیستماتیک ممکن است مهم باشد (Anđın, GÜN, Sakin, Çıkman, Eserdağ & Anđın, 2020).

### ۳- روش‌شناسی

مطالعه حاضر یک طرح آزمایشی تک‌موردی می‌باشد مطالعه موردی یکی از انواع روش‌های تحقیق است که به مطالعه عمیق یک مورد یک موضوع خاص و یا یک پدیده خاص می‌پردازد. پژوهشگر مطالعه موردی یک مورد را انتخاب و آن را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند. این مورد می‌تواند یک واحد یا سیستم با حدود مرز مشخص و متشکل از عناصر و عوامل متعدد و مرتبط با هم باشد در این طرح، یک فرد واحد، وظیفه آزمودنی را در شرایط آزمایش و گواه به عهده دارد. چون دریغ کردن درمان در مرحله B غیراخلاقی است از طرح خط پایه چندگانه استفاده شده است؛ که در آن درمان به شکل AB اجرا می‌شود اما درمان قطع نمی‌شود، بلکه بین آزمودنی‌های مختلف، برای رفتارهای متفاوت یا در موقعیت‌های متفاوت مقایسه می‌شود. جامعه پژوهش در این مطالعه زنان مبتلا به واژینیسموس استان خوزستان بوده است

آزمودنی‌های پژوهش ۴ زن مبتلا به واژینیسموس مراجعه کننده به درمانگاه‌های درمان اختلالات جنسی مطب‌های خصوصی بودند. معیارهای ورود به مطالعه به شرح زیر بود:

- محدوده سنی ۲۵-۳۵ سال
- ابتلا به واژینیسموس نوع اول
- داشتن حداقل مدرک سیکل
- وجود اختلال درد/دخول تناسلی لگنی بر اساس معیارهای DSM-5 بر اساس تأیید روان‌پزشک،
- همسران این افراد نیز از نظر رد اختلالات روانی بر اساس معیارهای DSM-5 توسط روان‌پزشک ویزیت شدند.

شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند و پس از برقراری رابطه درمانی و توجیه بیماران در رابطه با هدف‌های درمان، به پرسشنامه‌های مورد نظر که شامل پرسشنامه فردی و پرسشنامه بالینی چندوجهی اختلال دخول واژینال<sup>۲</sup> (MVPDQ) بود، پاسخ دادند. این پرسشنامه، ۷۲ سؤالی دارد که نخستین بار در ایران در طی مطالعه‌ای ترکیبی اکتشافی متوالی با ۲۱۴ زوج دچار واژینیسموس اولیه توسط ملائی‌نژاد، رودساری، یوسفی، صالحی و خوبی (۲۰۱۴) طراحی شده و پایایی و روایی آن رضایت‌بخش (آلفای کرونباخ ۰/۷۸) بوده است. این پرسشنامه در برگیرنده ۹ جنبه بالینی و شامل: افکار فاجعه ساز و انقباض، درماندگی، سازگاری زناشویی، گوش‌به‌زنگی،

1. Çankaya & Aslantaş

2. Development and validation of the multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire

اجتناب، انگیزه دخول، اطلاعات جنسی، ناسازگاری ژنیتال و خوش‌بینی می‌باشد. این پرسشنامه و نسخه مردانه آن (PV-MPVDQ) می‌تواند برای ارزیابی بالینی و برنامه‌ریزی درمان اختلالات دخولی همراه با درد به‌ویژه واژینیسموس مورد استفاده محققین قرار گیرد (۲۴).

### ۳-۱- روش مداخله

عملکرد شرکت‌کنندگان در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده شد. تنها اقدام در مرحله خط پایه، تکمیل کردن ابزار می‌باشد. مزیت استفاده از این طرح در این است که تغییرات فقط زمانی رخ می‌دهد که مداخله درمانی معطوف به رفتار با افراد باشد. این طرح پژوهشی به ما امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم را در طول درمان در آزمودنی‌ها و بین آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه فراهم می‌کند. منطبق زیربنای طرح‌های آزمایشی تک موردی همانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارائه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود.

بر خلاف طرح‌های گروهی که به میانگین گروه حساس هستند، طرح تک آزمودنی به تفاوت‌های فردی حساس است. اگرچه ممکن است گروهی از افراد در یک طرح تک آزمودنی قرار گیرند، ولی چون افراد به‌عنوان کنترل خودشان به کار گرفته می‌شوند، باز هم یک طرح تک آزمودنی تلقی می‌شوند. برخلاف طرح‌های مقایسه گروهی با اندازه‌های زیاد، این طرح بر سطوح فردی تمرکز می‌کند و نه بر تفاوت‌های میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون. امتیاز دیگر این طرح آن است که به آزمودنی‌های کمتری نیاز است. یکی از مشکلات طرح‌های مقایسه تفاوت‌های گروهی این است که غالباً سعی می‌شود با انتخاب گروه‌ها تغییرپذیری بین آزمودنی را کاهش دهند تا تأثیرات «واقعی» درمان را اندازه بگیرند برای اجرای روش درمانی، چهار شرکت‌کننده وارد مرحله خط پایه شدند، نفر اول دو جلسه، نفر دوم سه جلسه، نفر سوم چهار جلسه مراحل خط پایه را طی کردند. با پایان یافتن هر جلسه خط پایه، شرکت‌کنندگان وارد طرح درمان شدند، سپس درمان توسط درمانگر که متخصص مشاوره بود، به مدت ۸ جلسه هفتگی برای هر شخص به‌صورت فردی اجرا شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، شرکت‌کنندگان با فاصله یک هفته از هم به ترتیب وارد مرحله درمان شدند؛ مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. به‌منظور پیگیری نیز افراد دو ماه پس از درمان در سه نوبت بیست روزه مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان با فاصله یک هفته از هم به ترتیب وارد مرحله درمان شدند پرسشنامه‌ها در جلسات ۲، ۴، ۶ و بلافاصله پس از اتمام تکمیل شد. در طول هر جلسه درمان گر و آزمودنی‌ها با همکاری یکدیگر به شناسایی تنیدگی‌ها، آرامش عضلانی، تصویرسازی جنسی، شناخت تحریف‌های شناختی نحوه مدیریت عواطف منفی و ایجاد احساس خودکارآمدی و غیره می‌پرداختند و با بهره‌گیری از روش‌های شناختی رفتاری اطلاعات و باورهای اشتباه را بازنمایی، اصلاح و بازسازی می‌نمودند. در هر جلسه درمانی افزون بر بررسی تکالیف داده شده در جلسه پیشین، جنبه‌های شناختی شامل افکار فاجعه ساز و تحریف‌های شناختی و اطلاعات جنسی فرد، علائم رفتاری و مهارت‌های به دست آمده و روابط کلی همسران بررسی می‌شد. درباره میزان پیشرفت بیمار و همسرش پرسش می‌شد و از او خواسته می‌شد تغییراتی را که در زمینه‌های یادشده تجربه کرده‌اند را مطرح نماید و به پرسش‌های او پاسخ داده می‌شد تکالیف مرحله بعد در صورتی که مرحله پیشین را در حد قابل قبول انجام داده بودند ارائه می‌شد. برای تحلیل داده‌ها روش ترسیمی و نموداری به کار برده شد.

### ۳-۲- ملاحظات اخلاقی

(۱) شرکت افراد در مطالعه اختیاری است و در هر مرحله‌ای حق خروج دارند.

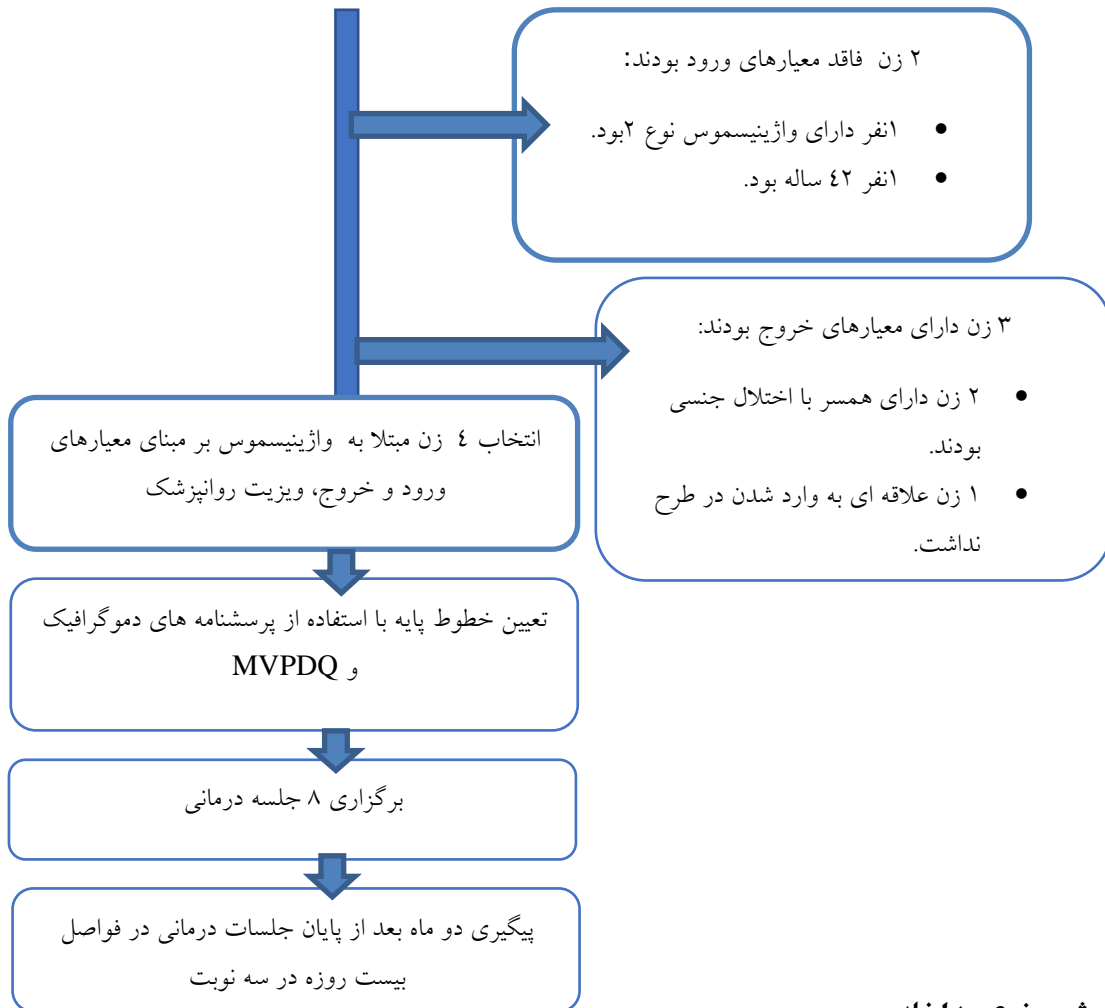
۲) انجام مشاوره و مصاحبه در یک محیط آرام و بدون حضور اشخاص دیگر

۳) اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه ماندن کلیه اطلاعات شخصی ثبت شده.

۴) توضیح و تفهیم هدف از انجام پژوهش برای هریک از واحدهای پژوهش.

۵) رضایت نامه شخصی بیماران برای شرکت در طرح تحقیقاتی

نمودار ۱: دیاگرام روند مطالعه مصاحبه با ۹ زن مبتلا به واژینیسموس مراجعه کننده به مطب های خصوصی



### ۳-۳- روش و نوع مداخله

جلسه	نوع مداخله	تکلیف خانگی
جلسه اول	آموزش آناتومی بدن	وارسی اندام تناسلی
جلسه دوم	آموزش سیکل روابط جنسی، خیال پردازی	آموزش تمرینات کگل، تخیلات جنسی
جلسه سوم	تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابراز وجود صحیح	تمرکز حسی نوع یک به همراه استفاده از دو انگشت به عنوان دیلاتور
جلسه چهارم	بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی	تمرکز حسی نوع دو به همراه سه انگشت به عنوان دیلاتور

جلسه پنجم	آرمیدگی	ریلکسیشن به همراه یک انگشت همسر به عنوان دیلاتور
جلسه ششم	جرئت‌مداری	آموزش مهارت‌های تمرکز- توجه و استفاده از دو انگشت همسر به عنوان دیلاتور
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله	قرار دادن پینس بر دهانه واژن
جلسه هشتم	جمع‌بندی و مروری بر جلسات گذشته	اقدام برای دخول

### ۳-۴- راهبردهای تجزیه و تحلیل نتایج

اصطلاح کارایی بالینی در پیشینه پژوهشی درمان‌های روان‌شناختی روایی درونی و بازده پژوهشی اشاره دارد. نتایج پژوهش زمانی کارایی دارد که نشان داده شود درمان در شرایط کنترل‌شده تأثیر داشته است. در این شاخص اگر درمان بتواند آماج‌های درمانی را به حد افراد عادی برساند می‌توان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی معنادار بوده است.

پژوهشگران به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم مفهوم معناداری بالینی یافته‌های درمانی را موردبررسی قرار داده و رویکردهای مختلفی را نسبت به آن برگزیده‌اند، اما دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معناداری بالینی عبارت‌اند از: ۱- رویکرد شاخص تغییر پایا که این رویکرد به وجه آماری میزان تغییر توجه دارد. در این شاخص اگر نتیجه به‌دست‌آمده مساوی یا بزرگ‌تر از  $Z=1,96$  باشد، با ۹۵ درصد اطمینان ( $p=0,05$ ) می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به‌دست‌آمده ناشی از اثر مداخله بوده و ناپایایی آزمونها نقشی در این امر نداشته است.

۲- رویکرد مقایسه هنجارین: این رویکرد به مقایسه افراد درمان شده با داده‌های هنجاری توجه دارد شاخص تغییر پایا با این پرسش سروکار دارد، آیا میزان تغییری که در بیماری مفروض روی داده است آن‌قدر بزرگ است که بتوان آن را معنی‌دار تلقی کرد؟ در نقطه مقابل رویکرد مقایسه هنجارین می‌کوشد تا به این پرسش پاسخ دهد آیا افرادی که درمان شده‌اند از افراد سالمی که در همان جامعه زندگی می‌کند قابل تشخیص هستند یا نه؟ در مطالعه حاضر از هر دو رویکرد شاخص تغییر پایا و مقایسه هنجارین استفاده شده است. علاوه بر این در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی بهبود تشخیصی و شاخص‌های شش‌گانه کارایی نیز استفاده شد.

### ۴- یافته‌ها

تمام مشارکت‌کنندگان در پایان مداخله موفق به دخول واژینال شدند و شاخص بهبودی که در هر یک از متغیرها با سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شده بود، در آن‌ها تأیید شده است. نتایج همچنین نشان داد درمان شناختی رفتاری در تغییر افکار دهشتناک و درماندگی، سازگاری زناشویی، رفتارهای اجتنابی، افزایش اطلاعات جنسی، گوش‌به‌زنگی، خوش‌بینی و ناسازگاری ژنیتال جنسی افراد واژینیس‌موس مؤثر می‌باشد.

در میانگین میزان افکار فاجعه ساز و انقباض بیشترین تغییر مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم است. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران بالاتر از مقدار  $Z=1/96$  و معنادارند ( $P < 0/05$ )؛ که بیانگر این است که می‌توان معنادار بودن این یافته‌ها را به لحاظ آماری ملاحظه کرد و نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری توانسته موجب کاهش افکار فاجعه ساز و انقباض زنان مبتلا به واژینیس‌موس شود.

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (۶۴/۱۱٪) و پی گیری (۷۸/۴۰٪) می توان گفت که درمان در طبقه موفقیت در درمان (فرا تر از ۵۰ درصد) قرار گرفته است بیشترین تغییر در مرحله درماندگی در مرحله درمان مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم می باشد. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله پی گیری مربوط به بیمار دوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول می باشد. همچنین، این شاخص ها در مرحله پی گیری برای همه بیماران به جز بیمار دوم از مقدار  $Z=1/96$  کمتر است؛ که بیانگر این است که می توان معنادار نبودن این یافته ها را به لحاظ آماری ملاحظه کرد و نشان می دهد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش درماندگی زنان مبتلا به واژینیس موس نشده است.

جدول ۱. مشخصات مشارکت کنندگان

متغیر	شرکت کنندگان			
	اول	دوم	سوم	چهارم
سن (سال)	۲۸	۳۴	۲۳	۳۴
سن همسر (سال)	۳۰	۳۹	۲۴	۴۰
مدت ازدواج (سال)	۵	۸	۱	۱
تحصیلات	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	لیسانس
تحصیلات همسر	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	لیسانس
سن ازدواج	۲۳	۲۶	۲۱	۳۳
نحوه آشنایی با همسر	سستی	سستی	سستی	سستی
شغل	خانه دار	خانه دار	کارمند	کارمند
شغل همسر	آزاد	آزاد	دانشجو	کارمند
اتاق خواب مستقل	بله	بله	بله	بله
وضعیت اقتصادی	خوب	خوب	خوب	خوب

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (۲۶/۱۰٪) و پی گیری (۴۰/۳۹٪) می توان گفت که درمان در طبقه درصد بهبودی اندک بلانچارد (بین ۲۶٪ تا ۴۹٪) قرار گرفته است. بیشترین تغییر در مرحله سازگاری در مرحله درمان مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول و سوم می باشد. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله پی گیری مربوط به بیمار دوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول می باشد. همچنین، این شاخص ها در مرحله پی گیری برای بیمار دوم و چهارم بیشتر از مقدار  $Z=1/96$  و برای بیمار اول و سوم کمتر از مقدار  $Z=1/96$  می باشد که بیانگر این است که می توان معنادار بودن این یافته ها در این مرحله را به لحاظ آماری برای بیمار دوم و چهارم و معنادار نبودن به لحاظ آماری برای بیمار اول و سوم را ملاحظه کرد.

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (۷/۸۳٪) و پی گیری (۱۶/۷۶٪) می توان گفت که درمان در طبقه شکست درمانی بلانچارد (زیر ۲۵٪) قرار گرفته است. میانگین میزان اجتناب بیشترین تغییر در مرحله درمان مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر

مربوط به بیمار چهارم می‌باشد. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر مربوط به بیمار چهارم هست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران به جز بیمار چهارم از مقدار  $Z=1/96$  بالاتر است.

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ( $42/08\%$ ) می‌توان گفت که درمان در طبقه درصد بهبودی اندک بلانچارد (بین  $26\%$  تا  $49\%$ ) و در مرحله پیگیری ( $62/44\%$ ) می‌توان گفت که درمان در طبقه موفقیت در درمان بلانچارد (فراتر از  $50\%$  درصد) قرار گرفته است. میانگین میزان انگیزه دخول، بیشترین تغییر در مرحله درمان مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم هست.

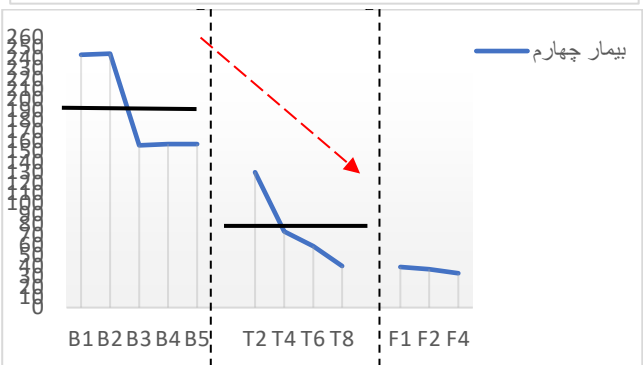
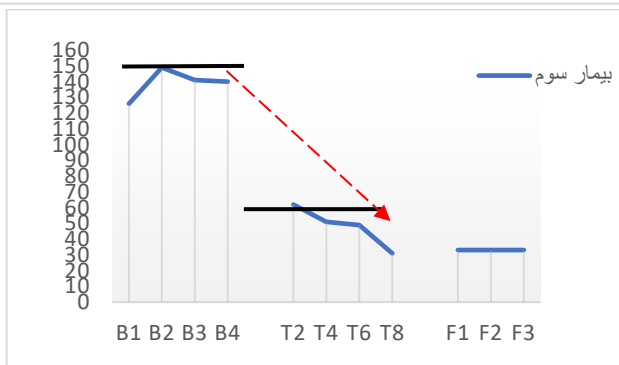
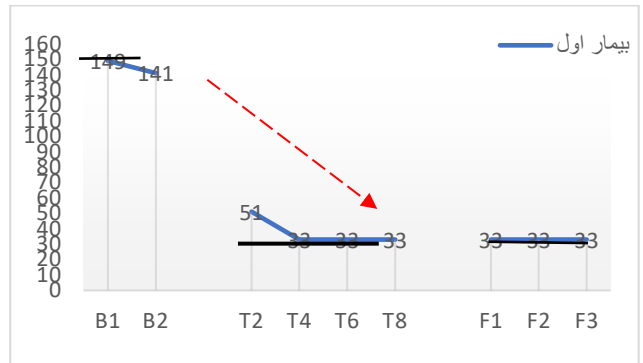
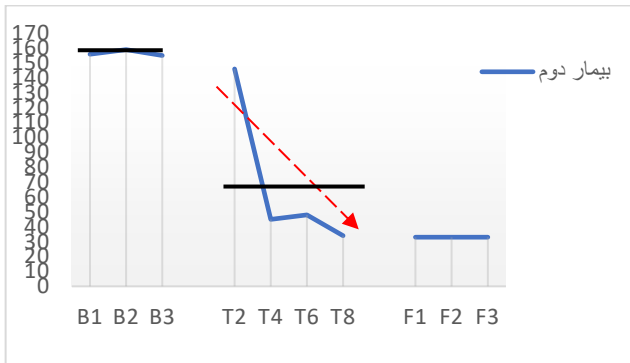
شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار  $Z=1/96$  است و به لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار  $Z=1/96$  است که می‌توان معنادار نبودن این یافته‌ها را به لحاظ آماری برای هر چهار بیمار ملاحظه کرد. بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ( $8/86\%$ ) و پیگیری ( $10/17\%$ ) می‌توان گفت که درمان در طبقه شکست درمانی بلانچارد (زیر  $25\%$ ) قرار گرفته است.

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود بیشترین تغییر مرحله اطلاعات جنسی مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم است. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران بالاتر از مقدار  $Z=1/96$  و به لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0/05$ )؛ و نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری توانسته موجب افزایش اطلاعات زنان مبتلا به واژینیسموس شود. بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ( $56/04\%$ ) و پیگیری ( $64/50\%$ ) می‌توان گفت که درمان در طبقه موفقیت در درمان بلانچارد (فراتر از  $50\%$  درصد) قرار گرفته است. بیشترین تغییر در مرحله گوش‌به‌زنگی در مرحله درمان مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر مربوط به بیمار چهارم هست. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز مربوط به بیمار اول و کمترین تغییر مربوط به بیمار چهارم می‌باشد. شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برای بیمار اول و سوم بالاتر از مقدار  $Z=1/96$  است و به لحاظ آماری معنادار است و برای بیمار دوم و چهارم کمتر از مقدار  $Z=1/96$  است و به لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای همه بیماران از مقدار  $Z=1/96$  بالاتر است و به لحاظ آماری معنادار است.

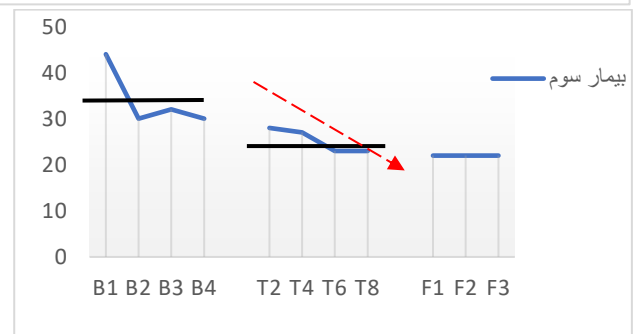
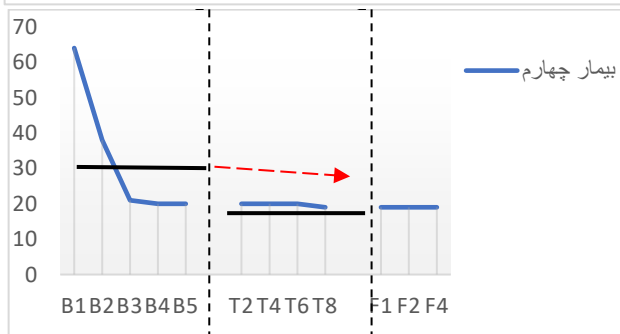
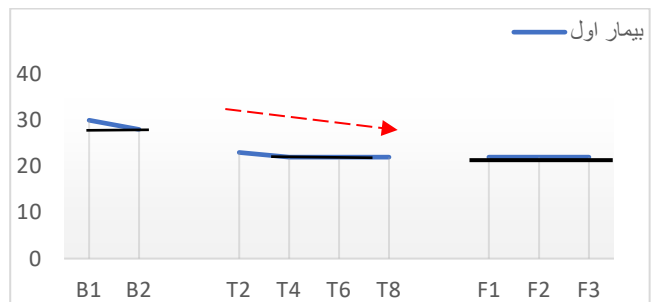
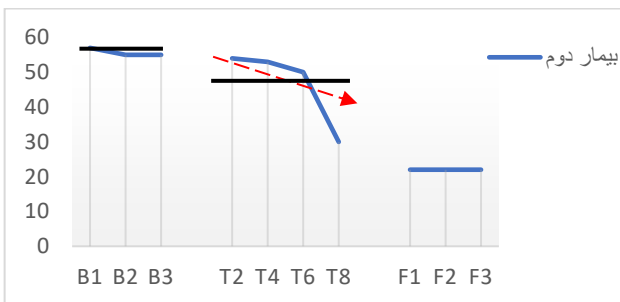
بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ( $45\%$ ) می‌توان گفت که درمان در طبقه درصد بهبودی اندک بلانچارد (بین  $26\%$  تا  $49\%$ ) و در مرحله پیگیری ( $70/21\%$ ) می‌توان گفت که درمان در طبقه موفقیت در درمان بلانچارد (فراتر از  $50\%$  درصد) قرار گرفته است. بیشترین تغییر در مرحله خوش‌بینی در مرحله درمان مربوط به بیمار دوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار چهارم است. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری مربوط به بیمار چهارم و کمترین تغییر مربوط به بیمار اول و دوم می‌باشد. شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار  $Z=1/96$  است و به لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای سه بیمار اول کمتر از مقدار  $Z=1/96$  و به لحاظ آماری معنادار نیست؛ و برای بیمار چهارم بالاتر از مقدار  $Z=1/96$  است و به لحاظ آماری معنادار است.

بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان ( $23/37\%$ ) و پیگیری ( $15/11\%$ ) می‌توان گفت که درمان در طبقه شکست درمانی بلانچارد (زیر  $25\%$ ) قرار گرفته است. بیشترین تغییر در مرحله ناسازگاری جنسی در مرحله درمان مربوط به بیمار سوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم می‌باشد. از طرفی بیشترین تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز مربوط به بیمار سوم و کمترین تغییر مربوط به بیمار دوم می‌باشد شاخص‌های تغییر پایا در مرحله درمان برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار  $Z=1/96$  است و به لحاظ آماری معنادار نیست. همچنین، این شاخص‌ها در مرحله پیگیری برای هر چهار بیمار کمتر از مقدار  $Z=1/96$  است که می‌توان معنادار نبودن این

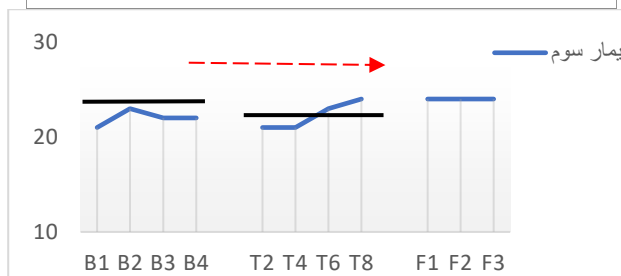
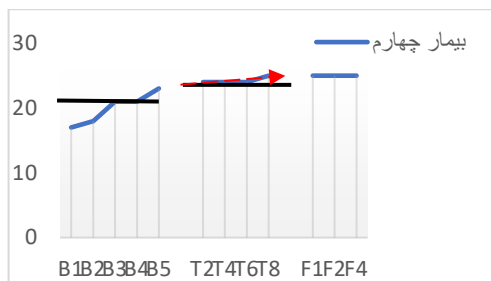
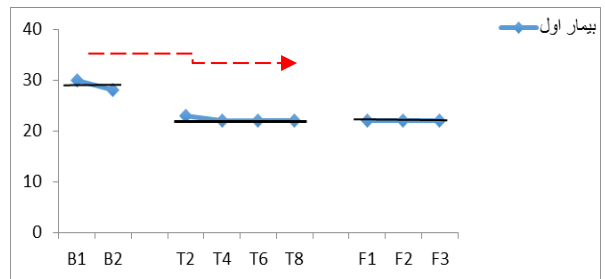
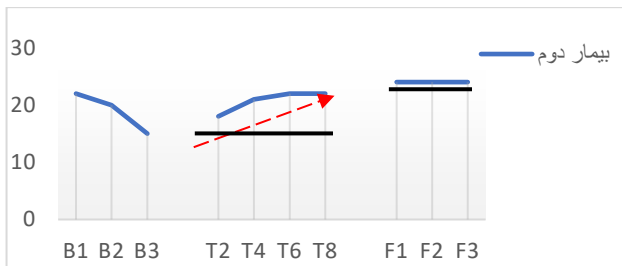
یافته‌ها را به لحاظ آماری برای هر چهار بیمار ملاحظه کرد. بر اساس درصد بهبودی کلی در مرحله درمان (۱۲/۳۹٪) و پیگیری (۱۲/۳۹٪) می‌توان گفت که درمان در طبقه شکست درمانی بلانچارد (زیر ۲۵٪) قرار گرفته است



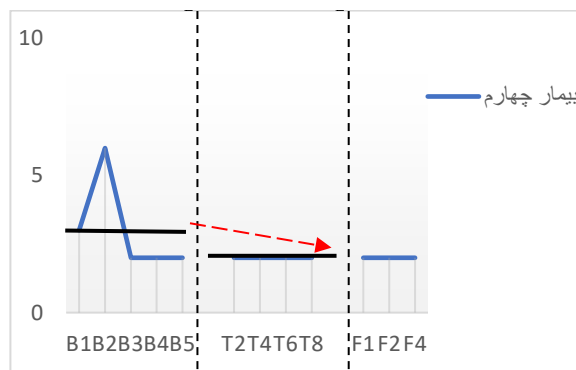
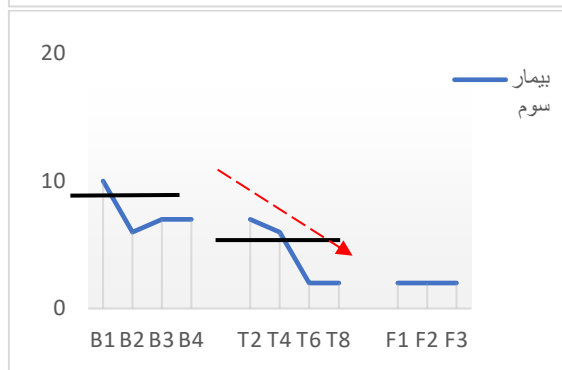
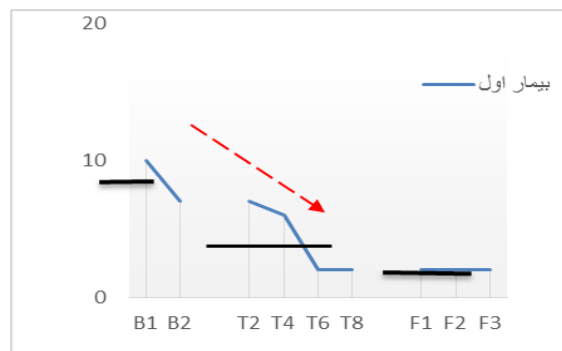
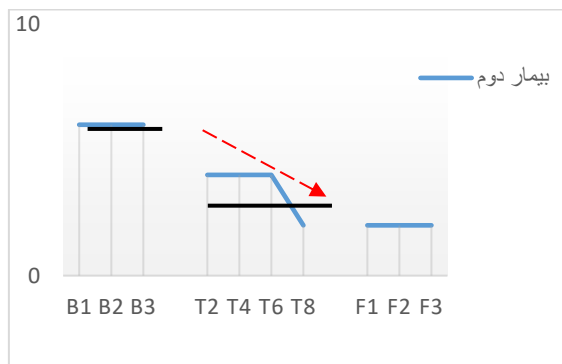
نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر افکار دهشتناک در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



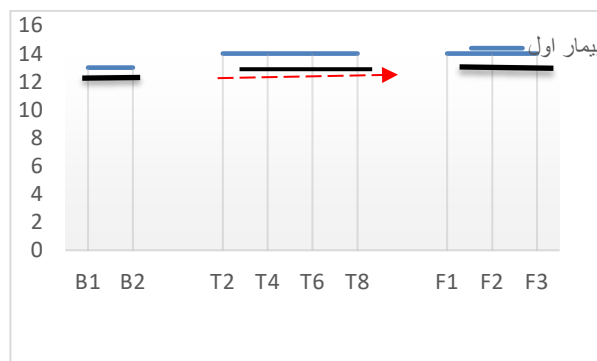
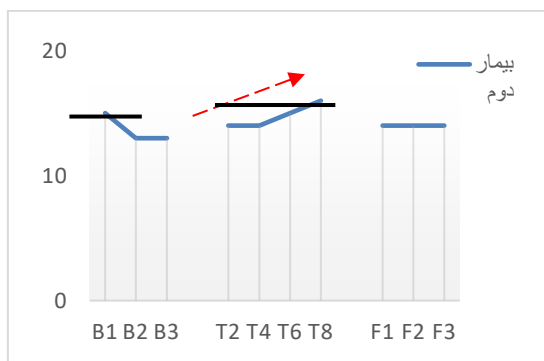
نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر درماندگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.

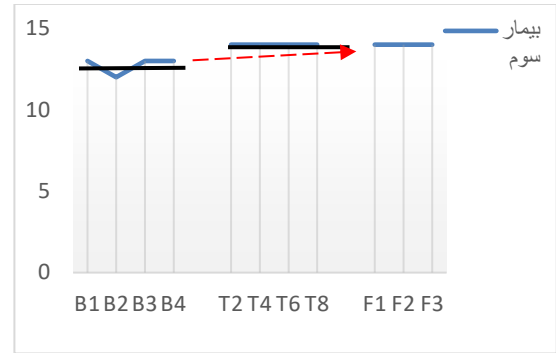
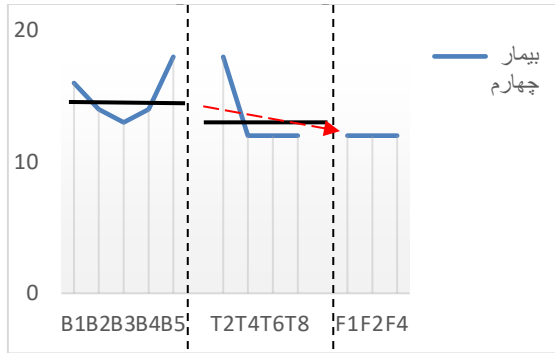


نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر سازگاری در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان

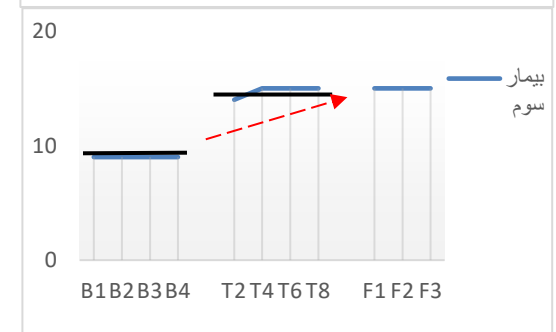
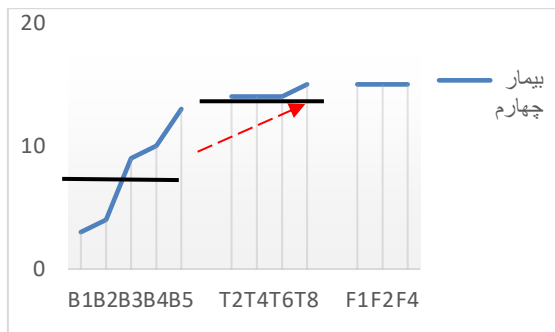
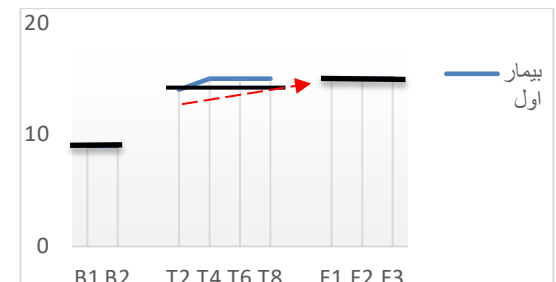
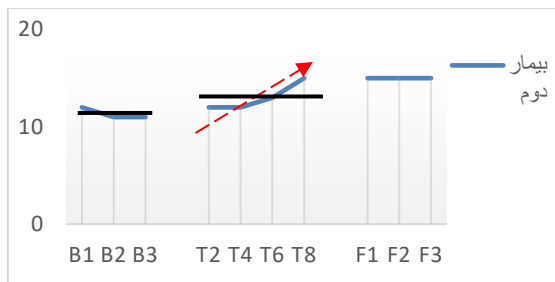


نمودار ۴. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر اجتناب در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان

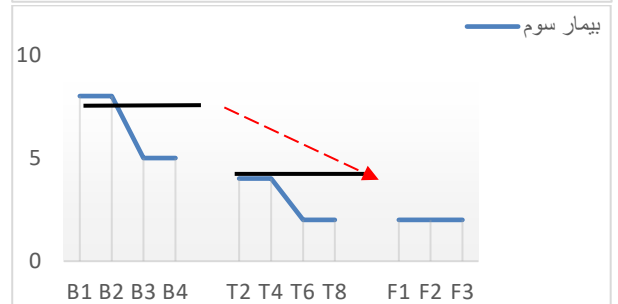
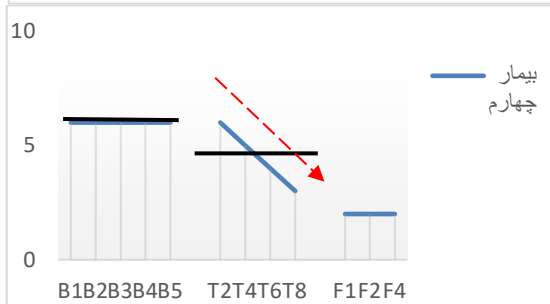
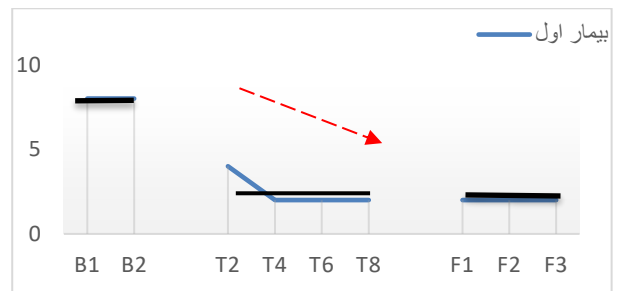
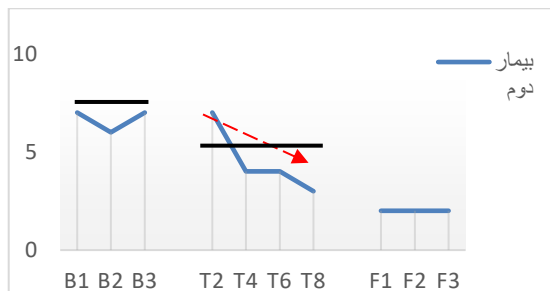




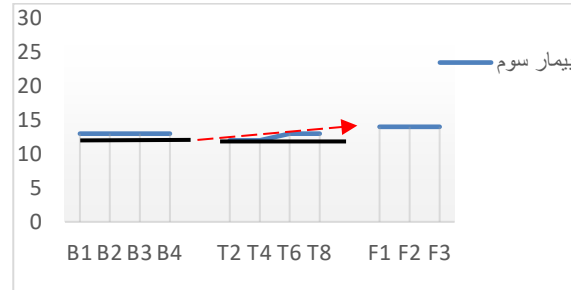
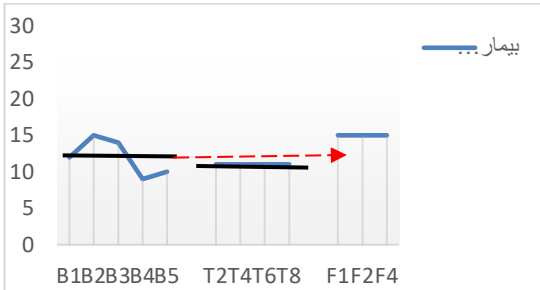
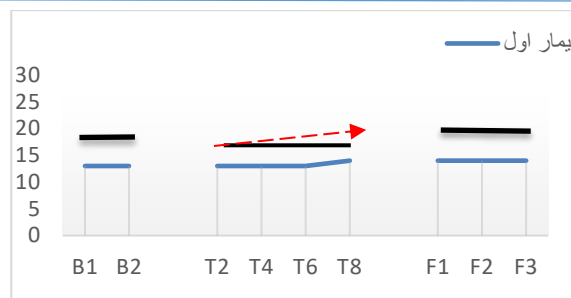
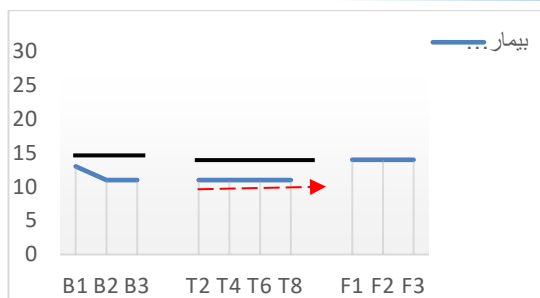
نمودار ۵. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر انگیزه در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



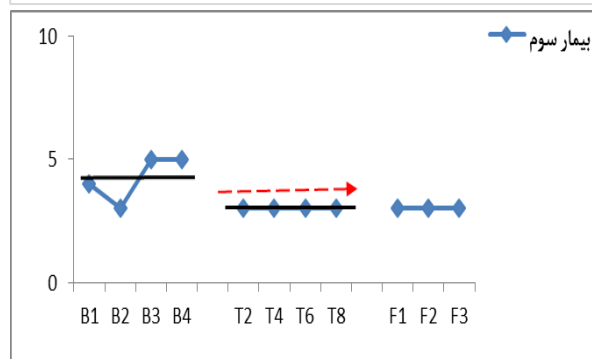
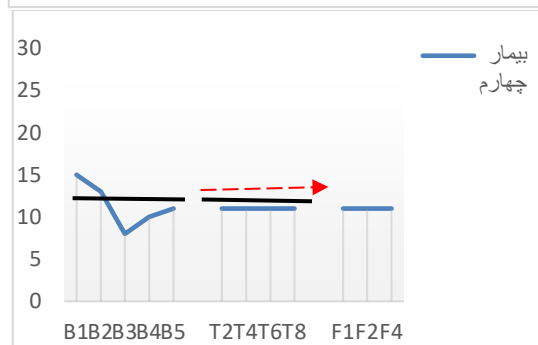
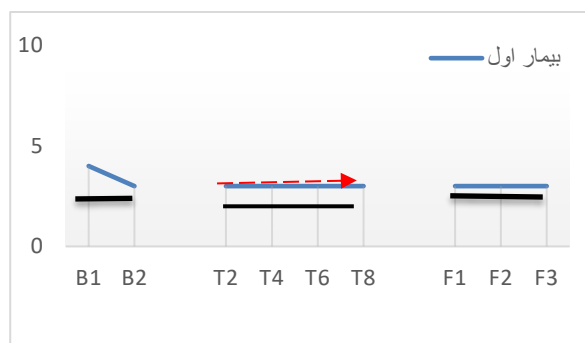
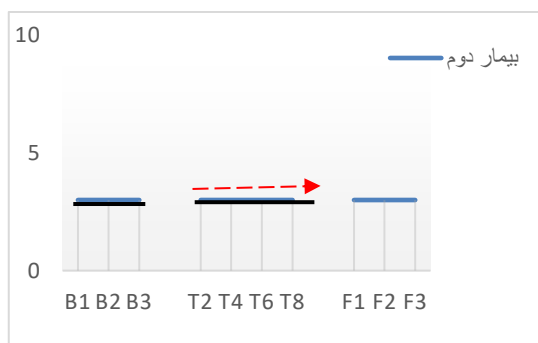
نمودار ۶. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر اطلاعات جنسی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



نمودار ۷. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر گوشه‌زنگی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



نمودار ۸. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر خوش‌بینی در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.



نمودار ۹. روند تغییر نمره‌های چهار بیمار در متغیر ناسازگاری در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری درمان.

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

تمام مشارکت‌کنندگان در پایان مداخله موفق به دخول واژینال شدند و شاخص بهبودی که در هر یک از متغیرها با سیر نزولی منحنی در مرحله درمان نسبت به خط پایه در نظر گرفته شده بود، در آن‌ها تأیید شده است؛ که با مطالعه اسرداغ، ازبرچی آنگون و شوکروگوربوز<sup>۱</sup> (۲۰۲۳) همخوانی داشت. در این مطالعه نیز، همه بیماران در پایان درمان، رابطه جنسی داشتند و با توجه به بهبود نمرات روان‌شناختی، این مطالعه بر اهمیت درمان در زوج‌های مبتلا به اختلالات جنسی تأکید می‌کند.

تعریف واژینیسوس تنها به‌عنوان یک مشکل در دخول، ناقص است و ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان، سازگاری زوجین و رضایت زناشویی و جنسی باید به شیوه‌ای کل‌نگر بررسی شود (Çankaya & Aslantaş, 2023). در این بیماری فعالیت جنسی با ترس و درد دائمی شده و به نوبه خود موجب برانگیختگی و اضطراب در زمینه هرگونه موضوع مربوطه به فعالیت جنسی می‌شود و بدین ترتیب، درمان حساسیت‌زدایی تدریجی و تمرین‌های رفتاری می‌تواند در کاهش ترس، نسبت به آمیزش جنسی مؤثر عمل کند (Mestre-Bach, Blycker & Potenza, 2022). در مطالعه‌ای دیگر زنان مبتلا به واژینیسوس نسبت به گروه کنترل دارای سطوح بالاتری از ناگویی هیجانی، اضطراب و اختلال افسردگی بودند (Elrassas, Saad, Fekry, Elkholly, Mansour & Azzam, 2022). نتایج مطالعه نشان داد که بهترین و متداول‌ترین روش درمانی رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب، ارائه اطلاعات و دانش جنسی تمرین تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم بود. که با مطالعه لرنر، باگنولی، پریارا، فونتلس، سورپرسو، سوارس‌جونپور و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۲) و رستمخانی، قمری، باباخانی و مرقاتی خوبی (۱۳۹۹) مطابقت بر اساس بررسی‌های قبلی وجود ترس، اضطراب در بین افراد واژینیسوس به وضوح تأیید شده است. در مطالعه تدین و همکاران درمان شناختی رفتاری توانست موجب کاهش افکار فاجعه ساز و انقباض در تمام بیماران شود (۱۴).

در خصوص بیماری واژینیسوس از آنجاکه این اختلال به‌گونه‌ای گسترده و عمیق رابطه زوجی بیمار را متأثر می‌سازد، معمولاً چنین زوجینی درزمینه‌ی واکنش هیجانی، ابراز عواطف و پاسخ‌دهی به آن، حل تعارض‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی و به‌طورکلی هر نوع تعامل با مشکلات عدیده مواجه هستند. نتایج مطالعه دیگری نشان داده شد که در درمان واژینیسوس اختلال عملکرد جنسی مردان نباید نادیده گرفته شود و همسران باید در روند درمان شرکت کنند و بیماران در صورت داشتن سابقه واژینیسوس در بین بستگان یا زمانی که یکی از زوجین می‌گوید تقصیر توست، نسبت به درمان مقاوم‌تر می‌شوند (Anğın et al., 2020).

درواقع برنامه درمانی حاضر از طریق شناخت نگرش بیماران و تقویت مهارت‌های ارتباطی در رابطه زوجی و اصلاح تعاملات آسیب‌های موجود، آن‌ها را در بهبود کیفیت تعاملات ارتقای رابطه عاطفی و صمیمی یاری می‌رساند. یافته‌های مطالعه ما نیز مؤید همین مطلب است و با یافته‌های توانایی، آهی و منصوری (۱۳۹۷) سازگاری دارد. آن‌ها در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی و پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده، به این نتایج دست یافتند که درمان شناختی رفتاری گروهی، سبب بهبود جاذبه جنسی و پویایی جنسی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود.

تکنیک‌های شناختی رفتاری تا حد زیادی برای به چالش کشیدن باورهایی که میل و برانگیختگی جنسی را تضعیف می‌کند و انتظارات غیرواقع‌بینانه از عملکرد به وجود می‌آورند، مؤثر عمل می‌کند. یافته‌های مطالعه ما نیز مؤید همین مطلب است و با مطالعه دیهیمی، کریمیان و آزادفر (۱۳۹۸) سازگار است. آن‌ها نیز در مطالعه خود نشان دادند آموزش شناختی و رفتاری بر کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش دانش جنسی زنان متأهل مؤثر است که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. تاستان، یوروک و ممت<sup>۲</sup> (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری به‌طور معنادار موجب بهبود عملکرد جنسی و کاهش ناسازگاری زناشویی در بیماران واژینیسوس شد. این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. درمان موفقیت‌آمیز بیماران مبتلا به واژینیسوس در این مطالعه، علیرغم عدم موفقیت در روش‌های درمانی ناکارآمد، نشان‌دهنده آن است که CBT روش مناسبی برای درمان واژینیسوس می‌باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان به منطق درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از دلایل اثربخشی این درمان اشاره کرد. مطابق با درمان شناختی رفتاری، افکار و باورهای ناسازگار و الگوهای رفتاری ناسازگار که نقش مهمی، در آسیب‌شناسی روانی اختلالات دارند، شناسایی و تعدیل می‌شوند؛ بنابراین، می‌توان با اقدامات عملی در جهت اطلاع‌رسانی صحیح و آگاهی دادن به مبتلایان و درمان علمی

1. Lerner, Bagnoli, Pereyra, Fonteles, Sorpreso, Soares Júnior & et al.

2. Tastan, Yoruk & Memet

به بهبود این افراد کمک کرد. در همین راستا مطالعه حاضر با به‌کارگیری تمرین‌های رفتاری، در قالب درمان شناختی رفتاری و حساسیت‌زدایی و کاهش ترس و اضطراب در بیماران واژینیسیموس کمک کرده و بدین گونه آن‌ها را در رهایی از علائم این بیماری و بهبود کنش جنسی یاری رساند.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به همکاری بالای بیماران در تمام مراحل درمان اشاره کرد. یکی از محدودیت‌های مهم این مطالعه، با توجه به موردی بودن روش مورد استفاده، تعداد محدود شرکت‌کنندگان است، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را لحاظ کرد. پیشنهاد می‌شود که این رویکرد از مشاوره با تعداد بیشتر شرکت‌کننده نیز مورد مطالعه قرار بگیرد.

## ۶- تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه سرکار خانم کاکانژاد مدیریت محترم کلینیک تخصصی مشاوره روان‌درمانی بینش و سایر عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## ۷- منابع

- ۱- تدین، م.، رضایی خیرآبادی، آ.، ملایی‌نژاد، م.، شیرالی‌نیا، خ. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر افکار وحشتناک زنان مبتلا به واژینیسیموس اولیه: یک کارآزمایی تک موردی. *زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۹(۳۹)، ۲۵-۳۴.
- ۲- توانایی، ع.، آهی، ق.، و منصوری، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۲)، ۵-۲۲.
- ۳- ثابت‌قدم، ش.، کرامت، ا.، ملاری، م.، رضایی چمنی، ص. (۱۳۹۸). مرور نظام‌مند مطالعات گزارش شیوع واژینیسیموس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل*، ۱۹(۳)، ۲۶۳-۲۷۱.
- ۴- حیدریان، م.، غلامزاده جفره، م.، و شهبازی، م. (۱۴۰۰). تجربه زیسته زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسیموس: مطالعه کیفی. *پژوهش‌های مشاوره*، ۲۰(۷۷)، ۱۶۱-۱۹۹.
- ۵- خان محمدی اطاقسرا، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در رشد خودپنداره جنسی زنان متأهل. *علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۸)، ۲۰۵۳-۲۰۶۶.
- ۶- دیهیمی، م.، کریمیان، ن.، و آزادفر، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی زنان نابارور. *رویش روانشناسی*، ۸(۱۲)، ۹۹-۱۰۶.
- ۷- رستمخانی، ف.، قمری، م.، باباخانی، و.، مرقاتی خوبیف، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر عملکرد و طحواره‌های جنسی زنان یائسه. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۹(۶)، ۹۶-۱۰۷.
- ۸- رئیسی، ل.، ضیایی، س.، محمدی، ع.، و حاجی‌زاده، ا. (۱۳۹۹). تبیین فرایند تشخیصی واژینیسیموس: یک مطالعه تحلیل محتوا. *فصلنامه سلامت و مراقبت*، ۲۱(۱)، ۵۳-۶۴.
- ۹- عیوضی، ع.، سرلاتی، م.، محمدی، گ.، عیوضی، ف.، و پوربندبنی، م. (۱۳۹۸). درمان دو بیمار مبتلا به واژینیسیموس با نازایی طولانی مدت با رویکرد شناختی- رفتاری: گزارش مورد. *روان‌پرستاری*، ۷(۲)، ۱۰-۱۴.
- ۱۰- نصرت‌آبادی، م.، و افضل‌گروه، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسیموس. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۸(۲)، ۱۱-۱۹.

- ۱۱- یگانه، ط.، فراهانی، م. ن.، فرزاد، و.، و مقدسین، م. (۱۳۹۷). بررسی عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس در زنان متأهل سال ۱۳۹۷: یک مطالعه کیفی. *دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸، ۹۹۷-۱۰۱۶.
- 12- Abdnezhad, R., & Simbar, M. (2021). A review of Vaginismus Treatments. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 24(7), 83-97.
- 13- Allen, B. (2018). Implementing trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) with preteen children displaying problematic sexual behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 240-249.
- 14- Anđın, A. D., Gön, İ., Sakin, Ö., Çıkman, M. S., Eserdađ, S., & Anđın, P. (2020). Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA assisted reproduction*, 24(2), 180.
- 15- Antle, B. F., Owen, J. J., Eells, T. D., Wells, M. J., Harris, L. M., Cappiccie, A., ... & Wright, J. H. (2019). Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. *Contemporary Clinical Trials*, 78, 46-52.
- 16- Çankaya, S., & Aslantaş, B. N. (2022). Determination of sexual attitude, sexual self-consciousness, and sociocultural status in women with and without lifelong Vaginismus: a case-control study. *Clinical Nursing Research*, 31(7), 1340-1351.
- 17- Elrassas, H., Saad, A., Fekry, M., Elkholy, H., Mansour, O., & Azzam, L. (2022). Psychiatric comorbidity in a sample of Egyptian women with vaginismus. *Middle East Current Psychiatry*, 29(1), 39.
- 18- Erfanifar, E., Latifi, S. M., & Abbaspoor, Z. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioural consultation on sexual function and sexual self-efficacy of women after childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 15, 100157.
- 19- Eserdag, S., Ezberci Akgün, M., & Şükrü Gürbüz, F. (2023). Outcomes of Vaginismus Therapy Assessed by Penetrative Intercourse, Psychiatric Symptoms, and Marital Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 412-419.
- 20- Everhart Newman, J. L., Falligant, J. M., Thompson, K. R., Gomez, M. D., & Burkhart, B. R. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with adolescents with illegal sexual behavior in a secure residential treatment facility. *Children and Youth Services Review*.
- 21- Işık, C., & Aslan, E. (2023). The effects of sexual counseling and pelvic floor relaxation on sexual functions in women receiving vaginismus treatment: a randomized controlled study. *International Urogynecology Journal*, 34(3), 683-692.
- 22- Jenkins, C. S., Grimm, J. R., Shier, E. K., van Dooren, S., Ciesar, E. R., & Reid-Quiñones, K. (2020). Preliminary findings of problematic sexual behavior-cognitive-behavioral therapy for adolescents in an outpatient treatment setting. *Child Abuse & Neglect*, 105, 104428.
- 23- Khan, S., Amjad, A., & Rowland, D. (2019). Potential for long-term benefit of cognitive behavioral therapy as an adjunct treatment for men with erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(2), 300-306.
- 24- Lerner, T., Bagnoli, V. R., Pereyra, E. A. G. D., Fonteles, L. P., Sorpreso, I. C. E., Soares Júnior, J. M., & Baracat, E. C. (2022). Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics*, 77.
- 25- Mestre-Bach, G., Blycker, G. R., & Potenza, M. N. (2022). Behavioral therapies for treating female sexual dysfunctions: a state-of-the-art review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(10), 2794.
- 26- Molaeinezhad, M., Roudsari, R. L., Yousefy, A., Salehi, M., & Khoei, E. M. (2014). Development and validation of the multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire (MVPDQ) for assessment of lifelong vaginismus in a sample of Iranian women. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(4), 336.
- 27- Stout, M. E., Meints, S. M., & Hirsh, A. T. (2018). Loneliness mediates the relationship between pain during intercourse and depressive symptoms among young women. *Archives of sexual behavior*, 47, 1687-1696.
- 28- Tastan, K., Yoruk, N., & Memet, I. Ş. I. K. (2021). A Comparison of the Effectiveness of Hypnotherapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Primary Vaginismus. *Konuralp Medical Journal*, 13(3), 536-541.
- 29- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., & Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. *Sexual medicine reviews*, 7(2), 223-250.
- 30- WHO. (2019). Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors. ICD-10. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F50-F59>.
- 31- Zgueb, Y., Ouali, U., Achour, R., Jomli, R., & Nacef, F. (2019). Cultural aspects of vaginismus therapy: a case series of Arab-Muslim patients. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12, e3.
- 32- Ziaei, T., Farahmand Rad, H., Rezaei Aval, M., & Roshandel, G. (2017). The Relationship between Sexual Self-concept and Sexual Function in Women of Reproductive Age Referred to Health Centers in Gorgan, North East of Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 5(3), 969-977.

## The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on the Treatment of Vaginismus: a Single Case

Arezoo Rezaei<sup>1\*</sup>, Mitra Tedin<sup>2</sup>, Mitra Melainejad<sup>3</sup>, Khadijah Shiraliya<sup>4</sup>

1- Department of Midwifery, Islamic Azad University, Behbahan Branch, Behbahan, Iran.  
(Corresponding Author)

arezoo.rezaei66@gmail.com

2- Department of Midwifery, Menopause Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

tadayon-m@ajums.ac.ir

3- Department of Psychology, Faculty of Humanities, Najaf Abad Azad University, Isfahan, Iran.

mmolaei89@gmail.com

4- Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

k.shiralinia@scu.ac.ir

### Abstract

Vaginismus is one of the most common GenitoPelvic Pain/Penetration Disorders, which is classified as either lifelong (primary) or acquired (secondary). The present study aimed to investigate the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on women with lifelong vaginismus. During a single-case experimental trial of multiple-baseline type, four women were included and diagnosed with lifelong vaginismus by a psychiatrist in a psychosexual clinic in Ahvaz. Full intercourse was evaluated daily based on the self-reports of participants. Secondary outcome measures (i.e. catastrophic cognitions, tightening, helplessness, sexual adjustment, avoidance, and penetration motivation) were assessed in participants by a multidimensional vaginal penetration disorder questionnaire at baseline and after intervention. The subjects were entered into an eight-week Cognitive Behavioral Therapy program. The decreasing curve is compared with the baseline for each variable and considered the recovery index. After the treatment, all participants reported successful intercourse without pain and fear. The findings investigated that catastrophic cognitions, tightening, helplessness, sexual adjustment, avoidance, penetration motivation, sexual information, hypervigilance, optimism, and thoughts about genital incompatibility significantly improved by Cognitive Behavioral Therapy in all participants ( $P < 0.05$ ). Based on the results, Cognitive Behavioral Therapy can be considered an effective treatment for LLV. In addition, this study can enhance our knowledge about the fear-avoidance essence of vaginismus and develop treatment options for women with lifelong vaginismus. Future studies are recommended with larger sample sizes and control groups.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Vaginismus, Sexual Dysfunction.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)