

مقدمه

رفتار جنسی پاسخی است به یک انگیزه زیستی، که برای بقای نسل ضروری است. از سوی دیگر، تعاملی متقابل بین مسایل جنسی و رضایت از زندگی زناشویی وجود دارد. Spence در مروری جامع بر روی میزان شیوع مشکلات جنسی، به برخی مطالعات انجام شده در این زمینه اشاره کرده است. از آن جمله مطالعه Stants می باشد که در آن گزارش شده، حدود ۳۰ تا ۵۰٪ زوجین، از کژکاری جنسی^۱ رنج می برند (۱). در گذشته به دلیل تابو بودن^۲ مسائلی جنسی بسیاری از افراد مبتلا به این مشکلات هرگز برای درمان مراجعه نمی کردند. در چند سال اخیر، تغییرات چشمگیری در زمینه نگرش اجتماعی و حرفه‌ای در درمان این مشکلات پیش آمده است. امروزه سلامت جنسی را جزئی از سلامت عمومی می دانند (۲).

کژکاری جنسی بر حسب اختلال در فرآیندهای مشخصه چرخه واکنش جنسی یا برحسب درد مرتبط با آمیزش جنسی طبقه بندی می شود (۳).

چرخه واکنش جنسی شامل مراحل زیر می باشد:

مرحله اول - میل جنسی^۳: شامل خیالپردازی های جنسی و تمایل به داشتن فعالیت جنسی است. حدود ۲۰٪ افراد جامعه از کمبود میل جنسی رنج می برند (۳).

مرحله دوم - برانگیختگی جنسی: شامل احساس ذهنی لذت جنسی و تغییرات فیزیولوژیک همراه آن است. از بیماری های شایع این مرحله در مردان، اختلال نعوظی مرد^۴ و عقیمی^۵ است. این اختلال در حدود ۱۰ تا ۲۰٪ مردان دیده می شود (۳).

مرحله سوم - اوج لذت جنسی^۶: شامل اوج لذت جنسی، همراه با فرونشانی تنش جنسی و انقباض موزون

عضلات میان دوراهی^۷ و اندام های تناسلی است. شیوع کلی اختلال ارگاسمی با علل مختلف در زن ۳۰٪ می باشد (۳).

مرحله چهارم - فرونشینی^۸: شامل حس آرامش عضلانی و آسایش کامل است.

دو بیماری مرتبط با درد و مقاربت جنسی نیز وجود دارد که شامل مقاربت دردناک^۹ و واژینیسموس^{۱۰} می باشند. مقاربت دردناک به درد تکرار شونده و پایدار ضمن نزدیکی در مرد یا زن اطلاق می شود. این اختلال با واژینیسموس ارتباط داشته و غالباً همراه آن دیده می شود. واژینیسموس بیماری دوم این دسته می باشد و موضوع بررسی پژوهش حاضر است. واژینیسموس عبارت است از انقباض غیرارادی عضلات ثلث خارجی واژن که مانع دخول آلت تناسلی مرد و نزدیکی می شود. این واکنش در معاینه مهبل نیز ظاهر شده و مانع ورود اسپکولوم به داخل مهبل می گردد. در این بیماری مقاربت غیرممکن است و بندرت قابل تحمل می شود (۴). شیوع واژینیسموس نامشخص است؛ ولی تخمین های بالینی که در این زمینه وجود دارد شیوع آن را کمتر از اختلال ارگاسمی زن بیان می کند. شاید علت آن، وجود شرم، عوامل فرهنگی، عدم توجه به مشکل و پنهان کردن آن پشت اختلال جسمی یا روانی ظاهراً اجتماع پسنده باشد. گاهی بهانه مراجعه به پزشک، بحث در مورد روش های پیشگیری از حاملگی یا طنزآمیزتر از آن، درخواست برای پیگیری مسئله ناباروری چندساله است (۳). این بیماری اغلب در زنان با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالاتر دیده می شود. گاهی علت این بیماری یک ترومای جنسی مثل تجاوز به عنف می باشد. زنانی که تعارضات روانشناختی در مورد مسایل جنسی دارند، آلت تناسلی مرد را به مثابه اسلحه ای می انگارند. گاهی نیز درد یا

1-Sexual dysfunction

2-Tabo

3-Desire

4-Male erectile disorder

5-Impotence

6-Orgasm

7-Perineal Muscle

8-Resolution

9-Dyspareunia

10-Vaginismus

Fuch و Dennerstein نیز تأیید می‌شود، بیماری‌های اضطرابی با شیوع بالایی در افراد مبتلا به کژکاری جنسی دیده می‌شوند (۵، ۶، ۷).

فردی که پس از احساس ناکامی از عدم مقاربت، مستعد حمله پانیک می‌شود، یا زنی که پس از ترومای تجاوز به عنف دچار اجتناب از آمیزش جنسی گردیده یا فردی که از ترس آلودگی به ایدز، ترس از گناه به صورت شرطی دچار واژینیسموس می‌گردد یا هنگامیکه پس از درمان علت عضوی واژینیسموس هنوز فرد از بیماری خود رنج می‌برد، همه می‌تواند نشانگر ارتباط این بیماری با اضطراب باشد. بنابراین به نظر می‌رسد شاید درمان اضطراب پس از دستیابی به اطلاعات اولیه و شیوع آن، به درمان بیماری نیز کمک کند (۸).

اختلالات اضطرابی مرتبط با بیماری با روش‌های مختلف درمان دارویی و روان‌درمانی قابل درمان است. این در حالیست که تداوم اختلال منجر به ازدواج‌های به وصال نرسیده^۲، عدم رضایت زوجین در طی زندگی مشترک و اختلال در روابط بین فردی یا حتی جدائی آنان از یکدیگر می‌گردد (۹).

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

مواد و روش‌ها

روش تحقیق حاضر از نوع توصیفی^۲ و مقطعی^۳ می‌باشد. جامعه آماری تحقیق حاضر را بیماران ارجاع شده به یک کلینیک خصوصی روانپزشکی، تشکیل

انتظار بروز درد، در اولین تجربه جنسی منجر به واژینیسموس می‌شود. برخی سخت‌گیری‌های مذهبی نیز منجر می‌شود که افراد مسائل جنسی را معادل با گناه بدانند. در این اختلال بیمار در دوراهی درخواست کمک برای درمان از یک طرف و ترس از درمان‌نشدن از سوی دیگر قرار می‌گیرد و تلاش‌های همسر برای نزدیکی با اجبار و فشار، درد را بیشتر و احساس ترس، تحقیرشدن و ناکامی را شدت می‌بخشد و زنان جوان را دچار احساس بی‌کفایتی و ترس ترک همسر می‌سازد. در مقابل مردان نیز با احساس ناکامی به علت عدم توانائی در مقاربت این اختلال را به عنوان طردشدن تلقی می‌کنند و در بسیاری از موارد نیز دچار ناتوانی جنسی ثانویه به بیماری همسرشان می‌شوند (۴).

برخی از این بیماران مصرانه معتقدند که مشکل فیزیکی دارند و مرتباً به پزشکان مختلف مراجعه می‌کنند تا سرانجام توسط پزشکی تحت عمل جراحی برداشتن پرده بکارت^۱ قرار می‌گیرند. عمل جراحی در درمان این بیماران تاثیری نداشته و حتی مضراتی برای ایشان دارد؛ زیرا منجر به تقویت این اعتقاد می‌شود که اختلال آنها صرفاً جسمی است یا پس از عدم موفقیت در درمان، دچار خشم و ناکامی گشته و تا مدت‌ها برای درمان مراجعه نمی‌کنند. علاوه بر این، بیمارانی که درمانی ناموفق را پشت سر گذاشته‌اند، طول مدت درمانشان، طولانی‌تر از افرادی است که قبلاً درمانی دریافت نکرده‌اند. در بسیاری از موارد زوجین در گيرودار حل مسایل جسمی و غوطه‌ور شدن در مشکلات روانی و زناشوئی ناشی از اختلال در روابط جنسی، از هم جدا می‌شوند و یا اینکه به زندگی پرتعارض خود، بدون مراجعه به متخصصین درمان در این زمینه ادامه می‌دهند.

با توجه به تجربه بالینی محققین در مورد بیماران مبتلا به واژینیسموس که توسط تحقیق Seagraves و

2-Unconsummated Marriage

3-Descriptive

4-Cross-sectional

1-Hymenectomy

به همه سوالات، معیار کلی علائم (GSI)^۷ نیز محاسبه شد.

نقطه برش مقیاس GSI در آزمون، بزرگتر یا مساوی ۰/۴ می باشد و افراد با GSI مساوی یا بالاتر از ۰/۴ بعنوان مشکوک به بیماری محسوب شدند و برای هر خرده مقیاس نیز افراد با میانگین شدت ناراحتی بیشتر از یک بعنوان بیمار تلقی گردیدند. انتخاب نمره یک، به پیشنهاد سازنده آزمون بوده است که در آن افراد با شدت بیشتر از یک در هر خرده مقیاس دارای حالت مرضی اختلال و افراد با شدت بالای سه، فرم شدید آن بیماری را دارا می باشند.

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

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد. آزمون های بکار رفته شامل آزمون Chi-Square و Fisher's exact test بود.

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

نتایج

نتایج حاصل نشان داد که ۷۰/۴٪ از بیماران در مقیاس وسواس، اجبار، ۴۸/۱٪ از بیماران در مقیاس اضطراب عمومی و ۳۷٪ در مقیاس ترس مرضی، نمرات مرضی^۸ را کسب کردند. و تفاوت معنی داری از لحاظ آماری در حد $P < 0.05$ و $P > 0.025$ بین نمرات کسب شده بیماران در مقیاس های مختلف وجود داشت.

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود میانگین شدت علائم در مقیاس های اضطراب عمومی و وسواس- اجبار بالاتر از میانگین ترس مرضی و بالاتر

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

تکنیک مورد استفاده، پرسش نامه خود گزارش^۱ SCL-90^۲ و پرسش نامه دموگرافیک بوده است.

پرسش نامه SCL-90 یک معیار خودگزارش ۹۰ سوالی، برای افراد ۱۳ سال و بالاتر است، که امروزه یکی از پر استفاده ترین وسایل تشخیصی روانپزشکی در پژوهش می باشد. این آزمون اولین بار توسط دروگاتیس^۳ و همکارانش در سال ۱۹۷۳ معرفی شد. آزمون شامل فهرستی از علائم روانشناختی است که در اصل الگوی بیماری های روانی را منعکس می سازد. هر سوال در طیف پنج نقطه ای از نظر میزان ناراحتی از صفر تا ۴ قرار دارد و ۹ مقیاس مختلف که شامل شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب عمومی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار بدبینانه و روان پریشی می باشد را اندازه گیری می کند (۱۰). با توجه به هدف پژوهش که ارزیابی بیماران از نظر اضطراب بود، ۳ مقیاس اضطراب عمومی^۴ ترس مرضی^۵ و وسواس- اجبار^۶ مورد توجه قرار گرفت و با توجه به پاسخگویی بیماران

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

7-General Symptom Index
8-Pathologic

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

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

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

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میزان اضطراب عمومی ($P=۰/۰۹۷$) و وسواس-اجبار ($P=۰/۰۵۳$) در بین افراد با سطوح درآمد پائین و بالا تفاوتی نداشت؛ ولی

از یک می‌باشد. با توجه به پاسخ دادن بیماران به تمام سوالات، شاخص عمومی علائم نیز محاسبه شد. در این بیماران شاخص عمومی علائم $۱/۳۸ \pm ۰/۷۶$ بود که با توجه به نقطه برش میانگین ضریب کلی علائم مرضی یا GSI، که $۰/۴$ می‌باشد، این بیماران از نظر پریشانی روانی دچار مشکل می‌باشند.

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

خطای معیار	M \pm SD	تعداد	پارامترهای کمی
			مقیاس‌های فرعی
۰/۲۱	۱/۵۲ \pm ۱/۱	۲۷	اضطراب عمومی
۰/۱۵	۰/۹۶ \pm ۰/۹۷	۲۷	ترس مرضی
۰/۱۶	۱/۴۳ \pm ۰/۸۷	۲۷	وسواس-اجبار
۰/۱۴	۱/۳۸ \pm ۰/۷۶	۲۷	شاخص عمومی علائم

میزان ترس مرضی ($P=۰/۰۴$) در افراد با سطح درآمد پائین بصورت معنی داری بیشتر بود.

بر اساس یافته‌هایی که در جدول شماره ۵ منعکس شده است بین میزان اضطراب عمومی ($P=۱$) و ترس مرضی ($P=۱$) و وسواس-اجبار ($P=۰/۶۷۵$) با اشتغال آن‌ها نیز ارتباط معنی داری در سطح ($\alpha=۰/۰۵$) وجود نداشت.

همانطوریکه در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود توزیع هیچ یک از حالات اضطراب عمومی ($P=۰/۰۵۳$)، وسواس اجبار ($P=۰/۰۶۷$)، و ترس مرضی ($P=۰/۰۶۵$) دارای تفاوت معنی داری در سنین بالا و پائین ۳۵ سال در سطح $\alpha=۰/۰۵$ نبود.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میزان اضطراب عمومی ($P=۰/۰۸۴$) و ترس مرضی ($P=۱$) و وسواس

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

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

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

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

بحث

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

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

با توجه به مقایسه‌ای که در جدول شماره ۴ صورت گرفته درصد بالاتری از بیماران بطور مشخص نسبت به جمعیت عمومی دارای علائم اضطراب عمومی، ترس مرضی و وسواس اجبار بوده‌اند. بالابودن میزان اضطراب این بیماران با عوامل سبب‌ساز این بیماری از جمله ترس، ناکامی در ارتباط جنسی، دفاع‌های عقلانی، تعارض در روابط بین فردی و خانوادگی نگرش منفی در مورد مسایل جنسی و اضطراب عملکردی که توسط Metz و Halvorsen مطرح شده است قابل توجیه می‌باشد (۱۳).

در عین حال به عنوان یک هدف فرعی این پژوهش به بررسی توزیع این علائم اضطرابی برحسب خصوصیات دموگرافیکی مثل سن، سطح تحصیلات و درآمد و اشتغال نیز پرداخته است. در این بیماران در زمینه سن، سطح تحصیلات و اشتغال از لحاظ آماری

تفاوت معنی‌داری در گروه‌های ذکر شده مشاهده نشد. ولی در مقیاس ترس مرضی افراد، درآمد پایین‌تر، درصد بیشتری از بیماران را تشکیل می‌دادند؛ البته در بیماری‌های اضطرابی بطور کلی با افزایش سن و بالارفتن سطح اقتصادی اجتماعی از شیوع و شدت بیماری کاسته می‌شود.

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

بهترین این اقدامات می‌تواند ایجاد مراکز با تیمی آموزش دیده در این زمینه برای پیشگیری، مشاوره قبل از ازدواج و در نهایت درمان بیماران مبتلا باشد.

تشکر و قدردانی

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

مسیری که باید برای درمان این بیماری طی کنند تا به نتیجه مطلوب دست یابند، پیشنهاد می‌شود با روش‌های اجتماع پسندانه و قابل قبول از نظر فرهنگی، اقداماتی در زمینه آموزش والدین و زوج‌های جوان قبل از تشکیل زندگی مشترک صورت گیرد تا این پدیده کاملاً فیزیولوژیک که مقدمه‌ای برای پیدایش خانواده و نسل بشر است به عنوان یک تابوی اخلاقی و تهدیدکننده سلامت و رضایت زندگی زناشویی تبدیل نگردد. یکی از

References

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