

ذهن آگاهی در درمان

مشکلات جنسی

و رابطه‌ای

فهرست مطالب

مقدمه مترجم.....	۷
ذهن‌آگاهی در درمان مشکلات جنسی و رابطه‌ای.....	۹
اطلاعات استناددهی.....	۱۱
معرفی نویسندگان.....	۱۵
رو به سوی لحظهٔ اکنون.....	۲۱
فصل ۱ اثر درمان یکپارچهٔ ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی بر وستیبولودینی برانگیخته.....	۲۳
فصل ۲ رویکرد یکپارچهٔ مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای درمان بانوان مبتلا به درد جنسی و اضطراب:.....	۴۸
فصل ۳ ذهن‌آگاهی و جنسینگی.....	۵۹
فصل ۴ ذهن‌آگاهی و رابطهٔ جنسی به اندازهٔ کافی خوب.....	۷۳
فصل ۵ آموزش ارتقا و غنی‌سازی رفاه جنسی (SWEET).....	۸۸
فصل ۶ جایگاه ذهن‌آگاهی در مداخلهٔ روان‌درمانی حسی - حرکتی برای بهبود سلامت جنسی بانوان.....	۱۱۰
فصل ۷ ذهن‌آگاهی: سفر حرفه‌ای و فردی یک متخصص پزشکی جنسی.....	۱۳۵
فصل ۸ ذهن‌آگاهی در عشق و عشق‌بازی: یک سبک زندگی.....	۱۴۶
فصل ۹ جفت‌یابی ذهن‌آگاهانه: بررسی ارتباط بین ذهن‌آگاهی و رضایت از رابطه.....	۱۵۸
فصل ۱۰ اثرهای ادراک‌شدهٔ تمرین مدیتیشن بر زندگی جنسی و روابط بانوان.....	۱۸۰
فصل ۱۱ رابطه‌های ذهن‌آگاهانه.....	۲۰۴
فصل ۱۲ دقیقاً همین بدن: بودا.....	۲۲۶
فصل ۱۳ رابطهٔ جنسی چه عیبی دارد؟ دیدگاهی بودایی.....	۲۴۲
فصل ۱۴ تأملات: پیش به سوی درمان ذهن‌آگاهانهٔ مشکلات جنسی و رابطه‌ای.....	۲۵۷
منابع.....	۲۶۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۸۵
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۸۷

ذهن آگاهی در درمان مشکلات جنسی و رابطه‌ای

ذهن آگاهی نمایانگر چشمگیرترین تغییری است که در دهه گذشته در دنیای مشاوره و روان‌درمانی رخ داده است. از رویکردهای ذهن آگاهانه به‌عنوان «موج سوم» رفتاردرمانی شناختی استقبال شده و ذهن آگاهی برای درمان طیف گسترده‌ای از مشکلات سلامت روان توصیه شده است - درمانی که اثربخشی و سودمندی آن نیز به اثبات رسیده است. کتاب‌های خودیاری فراوان و پرطرفداری بر پایه رویکردهای ذهن آگاهانه منتشر شده و بحث‌های دامنه‌داری بین متخصصان ذهن آگاهی غربی و محققان بودیسم درباره روش‌های تغییر دادن و سازگار کردن رویه و نظریه ذهن آگاهانه برای مخاطبان غربی درگرفته است. بااین حال تا به امروز پژوهش‌ها یا آثار انگشت‌شماری درباره قابلیت‌های ذهن آگاهی در حوزه درمان مشکلات جنسی و ارتباطی منتشر شده است.

این کتاب سعی می‌کند خلأ موجود را از طریق گرد هم آوردن بسیاری از متخصصان و پژوهشگران مطرح و نام‌آور این حوزه برطرف کند. در صفحات پیش رو با دیدگاه‌های گوناگونی آشنا می‌شوید که بیان می‌کنند رویه و نظریه ذهن آگاهی چگونه کمکمان می‌کند تا مسائل جنسی و روابط را بهتر بشناسیم و مشکلات جنسی و ارتباطی را به روش اثربخش‌تری درمان کنیم.

این کتاب در ابتدا در قالب ویژه‌نامه‌ای از نشریه درمان مشکلات جنسی و ارتباطی^۱ منتشر شد.

دکتر لری ای. بروتو رئیس بخش متخصصان زنان در دانشگاه بریتیش کلمبیا کانادا و روانشناس دارای پروانه رسمی در ونکوور کانادا است. پژوهش‌های دکتر بروتو عمدتاً بر طراحی و آزمون درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی برای کمک به رفع مشکلات میل

جنسی/برانگیختگی بانوان و تسکین درد ناحیه تناسلی بانوان متمرکز است. افزون بر این دکتر بروتو چهره بسیار فعالی در عرصه آموزش پزشکان و متخصصان سلامت روان با استفاده از درمان جنسی ذهن آگاهانه است.

دکتر مگ بارکر دانشیار دانشگاه اوپن بریتانیا و روان‌درمانگری مجاز است. آثار و رویه‌های درمانی بارکر بر دو حوزه مسائل جنسی و روابط متمرکز است. بارکر تحقیقات متعددی درباره مشکلات جنسی در اجتماعات گوناگون دارد و کتاب‌هایی را در زمینه روابط و ذهن آگاهی منتشر کرده است.

فصل ۱

اثر درمان یکپارچه ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی بر وستیبولودینی برانگیخته (IMPROVED): یک مطالعه کیفی

لری ای. بروتا^a، رزمی بیسن^b، مری کارلسون^c و سی سی ژو^d

a دانشکده زنان و مامایی، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، کانادا؛

b دانشکده روان پزشکی، دانشگاه بریتیش کلمبیا، ونکوور، کانادا؛ *c* مرکز توان بخشی قوی GF، ونکوور، کانادا؛

d دانشکده پزشکی، دانشگاه کوئین، کینگستون، اونتاریو؛ کانادا.

وستیبولودینی برانگیخته^۱ (PVD) عارضه دردناک مزمنی است که درد تیز و تیرکشنده‌ای را در دهلز فرج ایجاد می‌کند. از آنجا که نتایج متقاعدکننده‌ای درباره سودمندی استفاده از رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی برای درمان درد مزمن وجود دارد، رفتاردرمانی شناختی و مبتنی بر ذهن آگاهی چهار جلسه‌ای را مختص بانوان مبتلا به PVD ابداع کردیم و به بوته آزمون گذاشتیم - این روش درمان را «IMPROVED» نام‌گذاری کردیم. در این مقاله با استفاده از تحلیل کیفی، تجربه‌های ۱۴ خانم با میانگین سنی ۳۹/۶ سال را پس از بهره‌گیری از روش IMPROVED گزارش می‌دهیم. از این تحلیل به شش مضمون اصلی رسیدیم که داستان‌های روایی بانوان را به خوبی توصیف می‌کند؛ آن شش مضمون عبارت است از: (۱) خود را عادی و همانند دیگران دانستن در موقعیت گروهی، (۲) به دست آوردن نتایج روان‌شناختی مثبت پس از استفاده از روش IMPROVED، (۳) تأثیر رابطه - از جمله اثر مثبت داشتن همسر حمایتگر و اثر منفی همراه و کمک‌حال نبودن همسر، (۴) تشکر کردن از انجام درمان، شامل قدردانی از تسهیلگران گروه، (۵) موانع جلوگیری‌کننده از تمرین مستمر مهارت‌های اکتسابی پس از تکمیل درمان به روش IMPROVED و (۶) خودکارآمدی شامل این احساس

که مدیریت درد بسیار بیشتر از آنچه در گذشته فکر می‌کردند، تحت کنترلشان است. هرچند سازوکارهای دقیق کنش نامشخص است و تحلیل کمی نتایج هنوز در حال انجام است، این داده‌ها نخستین داده‌هایی است که مزایای رویکرد مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش درد تناسلی بانوان مبتلا به PVD گزارش می‌دهد.

۱- مقدمه

وستیبولودینی برانگیخته (PVD) یکی از دلایل اصلی درد فرج است که در موارد دیگر ولوودینیا نامیده می‌شود؛ ۱۶٪ بانوان دچار درد فرج می‌شوند (برگرون، بینیک، خلیفه و پگیداس، ۱۹۹۷؛ فردریش، ۱۹۸۷؛ هارلو و استوارت، ۲۰۰۳). وستیبولودینی برانگیخته با احساس سوزش، تیر کشیدن، تحریک و ناراحتی در دهلیز فرج همراه است - این ناحیه با خط هارت^۱ روی لبه لابیای مینور مشخص می‌شود و شامل دهانه میزراه و مدخل واژن است. لمس (گذاشتن تامپون، دخول در آمیزش و معاینه زنان) باعث برانگیخته شدن درد می‌شود. درد تناسلی خودبه‌خودی، یعنی دردی که ناشی از لمس نیست، ولوودینیای عمومی یا ناشی از اختلال حسی دردناک گفته می‌شود. اگرچه وستیبولودینی برانگیخته (PVD) مختص گروه سنی خاصی نیست (برگرون، بینیک، خلیفه، پگیداس و گلیرز، ۲۰۰۱؛ فردریش، ۱۹۸۷؛ لاندری و برگرون، ۲۰۰۹)، PVD شایع‌ترین علت دیسپارونی یا درد حین آمیزش بانوان در دوران قبل از یائسگی است. وستیبولودینی برانگیخته اولیه یا «مادام‌العمر» از همان نخستین تلاش‌ها برای گذاشتن تامپون یا آمیزش جنسی شروع می‌شود، اما وستیبولودینی برانگیخته ثانویه یا «اکتسابی» مدتی پس از آمیزش بدون درد یا دیگر گونه‌های دخول مانند ورود انگشت، آلت مصنوعی و ... احساس می‌شود - در هر حال بانوان مبتلا به PVD ثانویه تا مدتی، غالباً سال‌ها، پس از انواع دخول دردی حس نمی‌کنند. چون ابتلا به PVD آمیزش را دردناک یا غیرممکن می‌کند، این عارضه اثر بسیار منفی و ناخوشایندی بر رفاه عاطفی زن و

روابط جنسی صمیمانه‌اش دارد (کانر، رابینسون و وایلینگ، ۲۰۰۸). وستیبولودینی برانگیخته یک تشخیص بالینی است و این عارضه براساس سابقه بیماری و معاینه بالینی تشخیص داده می‌شود. اگرچه دهلیز فرج عادی به نظر می‌رسد و فقط اریتما یا سرخ شدن پوست متغیری، مشابه آنچه در بانوان غیرمبتلا به PVD دیده می‌شود، مشاهده می‌شود، وارد کردن سواب پنبه‌ای در دهلیز فرج، دوباره باعث تولید درد می‌شود (برگرون، برگرون، بینیک، خلیفه، پگیداس و گلیر، ۲۰۰۱).

اگرچه دانسته‌های مان درباره پاتوفیزیولوژی PVD بسیار محدود است، شواهد فزاینده حکایت از آن دارد که PVD نیز مانند دیگر سندرم‌های درد مزمن پیامد اختلال در مدار مرکزی درد (حساس شدن مرکزی) است، برای مثال «کنترل حجم» درد تشدید می‌شود (بوم - استارک، ۲۰۱۰؛ فن لانکولد و همکاران، ۲۰۱۰). حساس شدن مرکزی در واقع تقویت سیگنال‌دهی عصبی در سیستم عصبی مرکزی است که حساسیت بیش از اندازه‌ای را نسبت به درد ایجاد می‌کند. به علاوه چند بیماری و عارضه دردناک مزمن دیگر، مانند سیستیت بینابینی، سندرم روده تحریک‌پذیر، فیرومیالژی و سندرم تنش عضلانی، نیز غالباً همراه با PVD بروز می‌یابد (پیترز، گردلر، کاریکو، ابراهیم و دیوکنو، ۲۰۰۸).

مدیریت وستیبولودینی برانگیخته پیچیده است و مدالیت‌های درمانی متعددی، مانند روش‌های زیست‌پزشکی، روان‌شناختی، فیزیوتراپی و جراحی، با درجه‌های اثربخشی و سودمندی متفاوت در دسترس است (لندری، برگرون، دوپویی و دروشر، ۲۰۰۸). کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده تصادفی انگشت‌شمار است و شواهد بیانگر اثر دارونمای واضح در مقایسه با لیدوکائین موضعی و دسپیرامین خوراکی است (فاستر و همکاران، ۲۰۱۰). اثربخشی ترکیبات موضعی استروژن و لیدوکائین در بازه ۱۳ تا ۶۷ درصد متغیر است (فن لانکولد و همکاران، ۲۰۱۰). نرخ اثربخشی رفتاردرمانی شناختی (CBT)، بسته به نقطه پایانی، ۳۵ - ۸۵ درصد است (برگرون، بینیک، خلیفه، پگیداس، گلیر، مینا و همکاران، ۲۰۰۱) و نتایج بلندمدت بسیار رضایت‌بخشی را به دست می‌دهد (برگرون، خلیفه، گلیر و بینیک، ۲۰۰۸). افزون بر این پیگیری‌های بلندمدت نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی از نظر کاهش درد، بهبود عملکرد جنسی،

افزایش رضایت از درمان و کم‌رنگ کردن فاجعه‌انگاری مؤثرتر از گلوکوکورتیکوئیدهای موضعی است (برگرون، خلیفه و دوپویی، ۲۰۰۸). اگرچه به نظر می‌رسد جراحی‌هایی مانند وستیبولکتومی بهتر از درمان دارویی باشد (هفتر و همکاران، ۲۰۰۵؛ لندری و همکاران، ۲۰۰۸)، بسیاری از بیماران بنا به دلایل مختلف شرایط لازم را برای انجام عمل ندارند و آمیزش، علی‌رغم تسکین درد در حد متوسط، همواره از سر گرفته نمی‌شود (تومولا، آنکیلا - کالیو و پاوونن، ۲۰۱۰). شواهد موجود حکایت از آن دارد که میزان پایه درد، عامل پیش‌بینی‌کننده معناداری برای واکنش به درمان، حتی دو سال و نیم پس از درمان است؛ به عبارت دیگر هر چه درد بیمار حین معاینه زنان پیش از شروع درمان بیشتر باشد، فایده کمتری از درمان خواهد برد (برگرون و همکاران، ۲۰۰۸). شواهد بالینی نشان می‌دهد که اکثر بانوان مبتلا به درد تناسلی پیش از تسکین یافتن محسوس درد، حداقل از سه روش درمان متفاوت استفاده می‌کنند (سادونیک، ۲۰۰۰).

رویکردهای روان‌شناختی از دیرباز برای مدیریت درد به کار گرفته شده است. رفتاردرمانی شناختی در دهه گذشته در کارآزمایی‌های متعدد برای درمان درد مزمن امتحان شده است (اکلستون، ویلیامز و مرلی، ۲۰۰۹). بهره‌گیری از این رویکرد برای درمان وستیبولودینی برانگیخته مبتنی بر دانشی است که می‌گوید درد مزمن در ناحیه تناسلی اثر بارز و معناداری بر سلامت روانی، جنسی و روابط میان‌فردی بانوان دارد. افزون بر این مشخص شده است که استرس باعث ایجاد اختلال در حساسیت به درد می‌شود (چپمن، تاکت و سانگ، ۲۰۰۸) و آسیب‌پذیری فرد را در برابر ابتلا به سندرم درد افزایش می‌دهد (اسلید و همکاران، ۲۰۰۷). رفتاردرمانی شناختی بر به چالش کشیدن شناخت‌های ناسازگار مرتبط با درد متمرکز است و مهارت‌های رفتاری را به منظور کاهش اضطراب و بهبود اثر درمان به بیماران آموزش می‌دهد. پس از انجام دادن رفتاردرمانی شناختی در ده جلسه گروهی، بهبود معناداری در سازگاری روان‌شناختی و عملکرد جنسی مشاهده شد و نرخ رضایت از درمان نیز پس از شش ماه بالاتر رفت، هرچند شدت درد فقط ۳۰٪ کاهش یافته بود. ارزیابی انجام‌شده پس از گذشت دو سال و نیم بیانگر حفظ نتایج به‌دست‌آمده بود (برگرون و همکاران، ۲۰۰۸). ضمناً

کاهش شدت درد تحت تأثیر تغییرات ایجادشده در عملکرد جنسی و تغییرات روانی بود (ترکوبیل و ویجنبورگ، ۲۰۰۶).

ذهن آگاهی موج سوم رفتاردرمانی شناختی تلقی می‌شود و بهره‌گیری از آن در کنار مهارت‌های CBT برای درمان انواع عارضه‌های روانی، به‌ویژه درد مزمن رو به افزایش است (مک‌کراکن، کارسون، اکلستون و کیف، ۲۰۰۴؛ تکسیرا، ۲۰۰۸؛ تامپسون و مک‌کراکن، ۲۰۱۱). یک فراتحلیل جدید حکایت از آن دارد که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی جایگزین مناسب CBT برای درمان درد، به‌ویژه درمان بیماران است که به CBT واکنش نشان نمی‌دهند (ویهوف، ازکام، شروز و بهلمیجر، ۲۰۱۱). ذهن آگاهی حالتی از آگاهی و بیداری را برمی‌انگیزد، در این حالت افکار می‌تواند وارد خودآگاه شود و سپس بدون ایجاد هیچ‌گونه وابستگی عاطفی رها شود. ذهن آگاهی به صورت «جدا شدن» حس‌های بدنی از تجربه هیجانی و شناختی درد توصیف می‌شود (کابات - زین، ۱۹۸۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مدیتیشن در اصل ارزیابی منفی از درد را حین پیش‌بینی درد کاهش می‌دهد (براون و جونز، ۲۰۱۰). با توجه به گوش‌به‌زنگی ثبت‌شده‌ای که بانوان مبتلا به PVD به درد نشان می‌دهند (گرانوت و لاوی، ۲۰۰۵)، ذهن آگاهی می‌تواند بسیار مفید باشد. افزون بر این شواهد حکایت از آن دارد که عدم‌ذهن آگاهی می‌تواند پیش‌درآمد فاجعه‌انگاری درد و ضمناً یکی از ویژگی‌های ابتلا به PVD باشد (سوتز، ریس، پریس و شوتز، ۲۰۱۰؛ ساتن، پوکال و چمبرلین، ۲۰۰۹). ازاین‌گذشته پذیرش یکی از مؤلفه‌های مهم ذهن آگاهی است که به صورت «تمایل به ادامه دادن آگاهانه تجربه درد همراه با احساسات و افکار مرتبط» تعریف می‌شود (تامپسون و مک‌کراکن، ۲۰۱۱)؛ این مؤلفه کمک می‌کند بانوان واکنش هیجانی‌شان را به PVD به روشی دلسوزانه‌تر بپذیرند.

علی‌رغم حدس و گمان‌های قریب به یقینی که درباره سودمند بودن رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی برای درمان وستیبولودینی برانگیخته وجود دارد، هنوز داده‌ای در این‌باره منتشر نشده است. در این مقاله تجربه‌های کیفی بانوانی را گزارش می‌دهیم که در برنامه درمان گروهی متشکل از اصول ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی شرکت کردند. این درمان را روش IMPROVED نام‌گذاری کردیم - IMPROVED سرواژه ذهن آگاهی

یکپارچه برای وستیبولودینی برانگیخته است. اگرچه شرکت‌کنندگان عضوی از یک کارآزمایی تصادفی بزرگ‌تر با نقاط پایانی کمی اولیه بودند، هدف این بود که روایت‌های بانوان از تأثیر این مداخله بر درد ناحیه تناسلی و زندگی‌شان ثبت شود.

۲. مواد و روش‌ها

۲.۱ شرکت‌کنندگان

تمام بانوانی که در بازه زمانی نوامبر ۲۰۰۸ تا ژوئن ۲۰۰۹ در روش درمانی IMPROVED شرکت کردند، شایستگی مشارکت در این مطالعه را داشتند. متخصصان و پزشکان عمومی آنان را پس از تشخیص دادن وستیبولودینی برانگیخته به ما معرفی کرده و همگی در یکی از کلان‌شهرهای بزرگ ساحل غربی تحت درمان قرار گرفته بودند. شرکت در مطالعه اختیاری و داوطلبانه بود و این مشارکت از طریق هیچ‌گونه پاداشی جبران نمی‌شد. چهارده خانم پس از ارسال ۲۲ دعوت‌نامه پذیرفتند که در مطالعه شرکت کنند و مصاحبه را کامل کردند - نرخ پاسخ ۶۳/۶٪ بود. اشباع نظری با حضور همین ۱۴ شرکت‌کننده به دست آمد.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۹/۶ سال (با انحراف استاندارد ۱۳/۶ در بازه سنی ۲۱ - ۶۸ سال) بود و میانگین مدت زمان رابطه برای ۹ خانمی که همسر داشتند، ۷/۲ سال (با انحراف استاندارد ۸/۷۱) بود. ۹ خانم از ۱۴ شرکت‌کننده اصالت اروپایی داشتند و بقیه اهل آسیای شرقی بودند. تمام بانوان تحصیلات دانشگاهی و دو تن مدرک کارشناسی داشتند. شش خانم به PVD مادام‌العمر و هشت خانم به PVD اکتسابی مبتلا بودند، تعداد سال‌های ابتلا به بیماری از ۲ تا ۲۶ سال متغیر بود.

۲.۲ روش

برنامه IMPROVED از چهار جلسه دوساعته تشکیل می‌شد که در فواصل دوهفته‌ای برگزار شد. برنامه درمان شامل آموزش مسائل ابتدایی درباره وستیبولودینی برانگیخته و نوروفیزیولوژی درد، مهارت‌های CBT برای شناسایی افکار دردمس‌آفرین و تمرین‌های

ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی عضلانی پیشرونده - از قبیل مراقبه غذا خوردن آگاهانه، تنفس ذهن‌آگاهانه، اسکن بدن و ذهن‌آگاهی افکار - بود. تمرین‌های ذهن‌آگاهی فوق بر گرفته از برنامه رفتاردرمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) برای درمان افسردگی بود که توسط سگال، ویلیامز و تیزدیل در سال ۲۰۰۲ طراحی شده بود. هرچند مهارت‌های ذهن‌آگاهی بنیان روش IMPROVED را تشکیل می‌داد، این روش با برنامه قدیمی MBCT تفاوت داشت، چرا که تسهیل‌گران در روش IMPROVED درباره امکان به چالش کشیدن افکار دردسرافزین صحبت می‌کردند و مواردی را توضیح می‌دادند که می‌شد افکار را صرفاً به همان صورت وجودی‌شان پذیرفت. بنابراین روش IMPROVED کاملاً یک برنامه درمانی «مبتنی بر پذیرش» نبود، در عوض تسهیل‌گران مواردی را بیان می‌کردند که در بعضی از آنها ارجحیت با پذیرش بود و در باقی شرایط بهتر آن بود که افکار به چالش کشیده شود. افزون بر این روش IMPROVED از مؤلفه‌های درمان جنسی، مانند بحث درباره لذت بدون دخول و توصیف چرخه واکنش جنسی تشکیل می‌شد، چرا که این موضوعات با وستیبولودینی برانگیخته ارتباط داشتند (بیسن، در دست انتشار). نویسندگان راهنمای درمان جامعی را تدوین کردند که شامل جزوه‌های تسهیل‌گران و شرکت‌کنندگان می‌شود.^۱

مصاحبه‌گری آموزش‌دیده که در جلسات درمان شرکت نداشت، مصاحبه‌ها را ۱۲ - ماه پس از اتمام چهار جلسه درمان IMPROVED به صورت تلفنی یا حضوری در شرایط کاملاً محرمانه انجام داد. به شرکت‌کنندگان گفته شد هدف از مصاحبه این است که بررسی شود جنبه‌های مختلف زندگی‌شان - جسمی، جنسی، عاطفی و روانی - از زمان شرکت در درمان IMPROVED چه پیشرفت‌هایی کرده است. فهرستی از پرسش‌های راهنما در اختیار مصاحبه‌گران قرار داده شد و پرسش‌های مرتبط برای پیگیری‌های بیشتر پرسیده شد (جدول ۱). تمرکز در پرسش‌های ابتدایی بر روی ترغیب شرکت‌کنندگان به تعریف روایت‌هایی از اثرات ناشی از ابتلا به PVD بر زندگی‌شان بود. پرسش‌های باز بعدی به تحقیق درباره نگرش بانوان نسبت به خود و درد، خلق‌وخو و

۱ نویسنده اول مقاله راهنمای درمان را برای علاقه‌مندان ارسال می‌کند.

رفتارهای‌شان می‌پرداخت. افزون بر این مصاحبه به کاوش در زمینه احساسات بانوان درباره جنسینگی، درد، رابطه یا در صورت مجرد بودن، چشم‌انداز رابطه‌شان می‌پرداخت و بازخوردشان را نسبت به مداخله IMPROVED بررسی می‌کرد.

مدت زمان مصاحبه‌ها از ۱۸ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌های تلفنی و حضوری به صورت دیجیتالی ضبط شد و سپس متن مصاحبه‌ها به صورت دستی پیاده شد. تمام شرکت‌کنندگان موافقت‌نامه مکتوبی را امضا کردند و رویه‌ها مورد تأیید کمیته اخلاق پژوهش‌های رفتاری دانشگاه بود.

۲.۳ تحلیل داده‌ها

در این مطالعه از چارچوب تحلیلی معمول در مطالعات کیفی، مدون مارشال و راسمن (۱۹۹۹) استفاده کردیم. گروه سه‌نفره‌ای از محققان تحلیل محتوای رونوشت مصاحبه‌ها را انجام دادند - دو تن از این گروه سه‌نفره در طول فرایند مصاحبه هیچ تماسی با شرکت‌کنندگان نداشتند و محقق سوم مصاحبه‌ها را انجام داده بود، اما در هیچ کدام از جنبه‌های درمان شرکت نداشت. محققان ابتدا مصاحبه‌ها را به‌طور مستقل خواندند و سپس برداشت کلی‌شان را در حاشیه‌های نسخه‌های رونوشت مصاحبه‌ها نوشتند. نخستین جلسه محققان به صورت اجلاس تلفنی برگزار شد، در این جلسه درباره واکنش‌های اولیه بحث شد و فهرستی آزمایشی و موقت از هفت مضمون تدوین شد. سپس محققان رونوشت‌ها را با در نظر گرفتن این مضامین گسترده به‌طور مساوی تقسیم کردند، رونوشت‌ها را مجدداً خواندند و تمام نقل‌قول‌های متن را که ارتباط مستقیمی با هفت مضمون داشت، با دقت کدگذاری کردند. افزون بر این محققان به مضمون‌هایی توجه کردند که در قرائت اولیه آشکار نشده بود و یادداشت‌هایی را درباره مضمون‌های جدید تهیه کردند تا آنها را بیشتر بررسی کنند. محققان نظراتشان را در جلسه دوم تجمیع کردند، اختلاف‌نظرها را برطرف کردند و در نهایت به فهرستی از شش مضمون خاص با زیرمضمون‌های مرتبط رسیدند. سپس محققان رونوشت‌ها را برای سومین بار با دقت خواندند و نقل‌قول‌های خاصی را انتخاب کردند که نمونه‌ای از هر مضمون اصلی بود.

جدول ۱. پرسش‌های اصلی مطرح‌شده در مصاحبه‌های کیفی.

طبقه‌بندی	پرسش‌های ساده
پرسش‌های عمومی	لطفاً داستانتان را از زمان شرکت در جلسات گروهی ذهن‌آگاهی روایت کنید.
احساسات بانوان درباره خود	تازگی چه احساسی درباره خود داشته‌اید؟ نگرش‌ها یا احساساتتان درباره خود از زمان شرکت در چهار جلسه درمان تغییر کرده است؟ خلق‌وخوی روزمره‌تان را از زمان اتمام چهار جلسه توصیف کنید.
احساسات بانوان درباره خود به عنوان فردی با فعالیت جنسی	افکارتان را درباره خود به عنوان فردی با فعالیت جنسی بیان کنید. تا چه حد به خود به عنوان فردی با جذابیت و عملکرد جنسی اعتماد دارید؟
واکنش‌ها و تمایلات جنسی بانوان	میزان میل جنسی‌تان از زمان شروع جلسات تاکنون تغییری کرده است؟ تغییری در روش‌های‌تان برای برقراری رابطه جنسی ایجاد شده است؟
احساسات بانوان درباره درد فعلی‌شان	تجربه دردتان از زمان شروع جلسات تاکنون تغییری کرده است؟ در حال حاضر چه نگرش‌ها یا افکاری درباره دردتان دارید؟
احساسات بانوان درباره روابط جنسی‌شان (یا چشم‌انداز روابط در آینده)	(اگر گفته بودند که در حال حاضر فعالیت جنسی دارند) از نظر عاطفی یا جنسی چه احساسی درباره رابطه فعلی‌تان دارید؟ تجربه رابطه‌تان از زمان شروع جلسات تغییری کرده است؟ (اگر گفته بودند که در حال حاضر فعالیت جنسی ندارند) چه احساسی درباره چشم‌انداز رابطه جنسی‌تان در آینده دارید؟
رابطه فعلی بانوان/ واکنش‌های همسران	از زمانی که در جلسات درمان شرکت کرده‌اید، واکنش‌های همسران چه تغییری کرده است؟ چه واکنشی به درمان نشان داده است؟
احساسات بانوان درباره جلسات IMPROVED	تجربه‌تان را از جلسات گروهی به‌طور کلی چگونه توصیف می‌کنید؟ جلسات PVD چگونه بود؟ مهارت‌هایی را در جلسات گروهی یاد گرفتید که آنها را به نوعی تغییر داده و در زندگی شخصی‌تان به کار برده باشید؟

۳. نتایج

شش مضمون اصلی پس از بررسی دقیق و کامل رونوشت‌ها به دست آمد: (۱) خود را عادی و همانند دیگران دانستن در موقعیت گروهی، (۲) به دست آوردن نتایج روان‌شناختی مثبت، (۳) تأثیر رابطه (۴) تشکر کردن از انجام درمان (۵) موانع و (۶)

خودکارآمدی.

۳.۱ خود را عادی و همانند دیگران دانستن

مضمون ثابتی که در تمام مصاحبه‌ها آشکار شد، گزارش‌های بانوان در این باره بود که پس از درمان بیشتر احساس عادی بودن می‌کنند و کمتر گوشه‌گیر و منزوی هستند. آنان این احساس را به خاطر می‌آوردند که عضوی از اجتماعی از بانوان با تجربه‌های مشابه و حتی یکسان هستند:

فکر می‌کنم جلسات گروهی فایده‌ زیادی برام داشته، واقعاً احساس بالرش بودن می‌کنم، فکر می‌کنم عضوی از یه اجتماع هستم، دیگه احساس تنهایی نمی‌کنم و می‌دونم خانومای دیگه‌ای هستن که مشکلی مشابه مشکل من دارن (مایا، ۵۱ ساله).

داستان‌های بانوان حکایت از آن داشت که جلسات IMPROVED دیدگاه‌شان را نسبت به PVD، به عنوان عارضه‌ای با قابلیت بروز یافتن به روش‌های متعدد گسترش داده است. توضیحات بانوان نشان می‌داد که دوره‌های متفاوت PVD و پیچیدگی درمانش را درک می‌کردند و به خوبی از اثرات درمان آگاه بودند. گفتگو و تعامل با بانوان دیگری که در مراحل مختلف زندگی و سنین متفاوت بودند و به روش‌های گوناگون از این بیماری رنج می‌بردند، منبعی را برای التیام یافتن دردها و ناراحتی‌های فردی در اختیارشان قرار داده بود:

فهمیدم که ... تنها نیستم، این که خانومای دیگه‌ای هم مثل من بودن، احساس آرامشی رو در من ایجاد کرد. مثل این بود که ... احساس بدی داشتم، چون نمی‌خواستم هیچ کس دیگه‌ای چنین دردی رو تحمل کنه، اما خوب شد که فهمیدم فقط من این طوری نیستم. چون تا قبل از گروه‌درمانی واقعاً فکر می‌کردم که فقط خودم این مشکل رو دارم. پس میشه گفت که ... مفید بود. البته یه چیز دیگه‌ای رو هم فهمیدم این که ... هر کدوم از خانومای گروه سطح متفاوتی از بیماری رو داشتن یا بیماری رو به شکل متفاوتی تجربه کرده بودن ... خب این برام جالب بود، چون راستش، این بیماری خودش رو به روش‌های بسیار مختلفی نشون میده ... (پاتریشیا، ۳۰ ساله).

افزون بر این بانوان متوجه شدند بهبودی را که پس از استفاده از روش

IMPROVED تجربه کرده بودند، صرفاً بر کاهش شدت درد تناسلی متمرکز نبود:

خب شرکت در جلسات و آشنا شدن با خانومای دیگه مهم‌ترین اتفاق بود. منظورم اینه که آموزش دیدن و کسب اطلاعات فوق‌العاده بود و زندگیم رو تغییر داد. البته آشنا شدن با خانومای دیگه‌ای که همین مشکل من رو داشتن، هم واقعاً مهمه. همین که بدونی خانومای دیگه‌ای هم، با شرایط مختلف هستن که همگی با یک مشکل دست و پنجه نرم می‌کنن، آرامش‌بخشه. ناگهان این فکر وحشتناک از بین میره که «ای وای، من یه موجود عجیب و غریبم» ... دیگه احساس ناراحتی و آزدگی نمی‌کنم، اما مسلماً می‌دونم که وضعیت پیچیده‌ای دارم. (ایرنه، ۲۵ ساله)

۳.۲ نتایج روان‌شناختی مثبت

تمام شرکت‌کنندگان اشاره کردند که درمان IMPROVED تا حدی برای‌شان مزایای روانی نیز داشته است. کاهش ترس و اضطراب ناشی از ابتلا به PVD مضمون تکرارشونده‌ای بود که اجازه می‌داد آنان امید، هیجان و خوش‌بینی نسبت به آینده را تجربه کنند. بسیاری از آنان چشم‌انداز مثبت و روشنی را برای آینده متصور بودند:

نظرم نسبت به آینده کاملاً مثبته. منظورم اینه که زندگیم از دو سال پیش تا الان از این رو به اون رو شده. دو سال پیش تو چنان بحران وحشتناکی گیر کرده بودم و الان راستش خیلی احساس خوشبختی می‌کنم و هیچ تغییری رو در زندگیم نمی‌خوام ... برخلاف دو سال گذشته نیازی به تغییر احساس نمی‌کنم. الان از زندگیم خیلی خیلی راضی‌ام. (جسیکا، ۵۸ ساله)

طبقه‌های متمایز دیگری از بهبود پس از بررسی‌های بیشتر مشخص شد. بسیاری از بانوان گفتند که پس از شرکت در جلسات IMPROVED، صرف‌نظر از میزان کاهش دردشان، بهتر می‌توانند افکار دردسزآفرین یا غیرمنطقی را درباره‌ی خود تشخیص بدهند. به‌ویژه بانوان به ارتقا عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس و افزایش حس خوش‌بینی‌شان اشاره کردند:

دیگه خودگویی‌های منفی مدام مثل نوار تو سرم تکرار نمیشه که آدم بدی‌ام. به همین خاطر فکر می‌کنم که درمان کمک کرده نظر بهتری درباره‌ی خودم داشته باشم. بله، فکر می‌کنم که عزت‌نفس و خودآگاهی‌ام بهتر شده. (جکی، ۲۶ ساله)