مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۸، دی ۱۳۹۸، ۱۰۱۶-۹۹۷

بررسی عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس در زنان متأهل سال ۱۳۹۷: یک مطالعه کیفی

طیبه یگانه[۱]، محمدنقی فراهانی[۲]، ولی‌اله فرزاد[۳]، مریم مقدسین[۴]

دریافت مقاله: ۹۷/۱۲/۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۸/۲/۲۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۸/۴/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۸/۴/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: اگرچه درک زنان از عوامل مؤثر در اختلال واژینیسموس از جمله مفاهیم ذهنی است که می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی قرار گیرد، ولی تاکنون مطالعه‌ای در این رابطه در قالب مطالعه کیفی در فرهنگ ایرانی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل روان‌شناختی مرتبط با اختلال واژینیسموس در زنان متأهل مراجعه کننده به کلینیک طلوع رشت در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تفسیری و به روش تحلیل محتوای قراردادی است. بر اساس روش نمونه‌گیری هدف‌مند، داده‌های مطالعه حاضر با تعداد ۱۱ نفر از زنان مبتلا به اختلال جنسی واژینیسموس مراجعه کننده به کلینیک طلوع رشت از اسفند ماه ۱۳۹۶ تا دی‌ماه ۱۳۹۷ جمع‌آوری گردید. جهت جمع‌آوری اطلاعات روش مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی بررسی شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها، طبقات "فرهنگی-تربیتی"، "دانش جنسی" و "شناخت و هیجان جنسی" را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر واژینیسموس را می‌توان به عنوان یک عارضه اجتماعی- فرهنگی و روانی معرفی نمود که با درونی‌کردن هنجارها و ارزش‌های جامعه‌ای با فقدان آموزش جنسی به موقع، القاء شناخت‌ها و هیجان‌های منفی جنسی، سبک‌های تربیتی سخت‌گیرانه نسبت به دختران و ایجاد دوگانگی و تناقض در ساختار ذهنی دختر بین آنچه تاکنون آموخته و عملکردی که امروز از او به عنوان یک زن انتظار می‌رود تبیین می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال جنسی، واژینیسموس، تحقیق کیفی، تحلیل محتوا

۱- دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استاد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
تلفن: ۸۸۳۲۹۲۲۰-۰۲۱، دورنگار: ۸۸۳۲۹۲۲۰-۰۲۱، پست الکترونیکی: faramn37@yahoo.com
۳- استاد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۴- استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

واژینیسموس به عنوان یک اختلال جنسی در زنان، به صورت یک پدیده روانی در قالب انقباض غیر ارادی عضله‌های یک‌سوم خارجی واژن معرفی شده است که با نفوذ آلت مردانه، انگشت یا دیلاتور، معاینه زنان، تامپون به داخل واژن با توجه به درد واقعی یا پیش‌بینی آن تداخل ایجاد می‌کند [۳-۱]. این اختلال به دو شکل اولیه (بدون تجربه هیچ مقاربتی) و ثانویه (با تجربه مقاربت راحت در گذشته) تقسیم می‌شود [۴-۳].

شیوع واژینیسموس به عنوان یک پدیده مدرن در حال افزایش [۵]، در بررسی‌های مختلف در جمعیت عمومی ۶-۱ درصد [۶] و در میان مراجعه کنندگان سرپایی به کلینیک‌ها ۱۷-۵ درصد گزارش شده است [۸-۷]، در کلینیک‌های درمان کژکارکردی‌های جنسی بین ۴۲-۵ درصد در بیماران متقاضی روان‌درمانی جنسی برآورد شده است [۹]. 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 درمان گرشان) در مورد واژینیسموس خود دارند [۳]، بنابراین طبیعی است که شیوع واژینیسموس دقیقاً مشخص نیست؛ اگرچه به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی جنسی معرفی شده است [۳]. شیوع آن در ترکیه ۷۳ درصد، اما در انگلستان ۱۵/۵ درصد گزارش شده است [۱۰]. در مطالعه Amini و همکاران [۱۱] از تعداد ۲۰۰ زن مورد بررسی با متوسط سن ۴/۴۴±۲۴/۷ و مدت ازدواج ۳/۴±۳/۷ ماه، میزان عدم موفقیت در اولین تلاش برای مقاربت ۶۱ درصد بود. مطالعه‌ای که توسط Safarinezhad [۱۲] در ۲۸ استان ایران جهت بررسی شیوع و عوامل خطر اختلالات جنسی زنان انجام گرفت نشان داد که ۲۶/۷ درصد زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله مشکل درد حین نزدیکی داشتند که دومین اختلال شایع در زنان محسوب می‌شود. علی‌رغم این که میزان شیوع واژینیسموس به عنوان اختلال درد جنسی در اکثر مطالعات خارجی و داخلی به صورت دقیق و واضح بیان نشده است اما واژینیسموس دومین رتبه از لحاظ شایع‌ترین اختلال جنسی زنانه را کسب کرده است [۱۳]. در مطالعه Shokrollahi و همکاران [۱۴] در بین زنان ایرانی که در برنامه تنظیم خانواده حضور داشتند میزان شیوع واژینیسموس ۸ درصد گزارش شد. نتایج مطالعه Farnam و همکاران [۱۵] نشان داد در بین ۲۲ زن مبتلا به واژینیسموس، میزان ۷۳ درصد مبتلا به واژینیسموس اولیه بودند. اگرچه شیوع این اختلال در ایران به صورت دقیق مشخص نشده است، اما 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 [۱۶]، انتظار می‌رود این مشکل شیوع بالایی در ایران به نسبت کشورهایی که چنین فرهنگ و اعتقاداتی ندارند داشته باشد.

اگرچه سبب‌شناسی واژینیسموس ناشناخته است اما انتظار می‌رود چند عاملی باشد [۱۷]؛ به این معنی که اهمیت بُعد روان‌شناختی نیز در سبب‌شناسی واژینیسموس

مطرح است. به‌نظر می‌رسد هر گونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی بتواند بر کارکرد جنسی و اختلال واژینیسموس اولیه تأثیر منفی داشته باشد [۱۸].

ضرورت پرداختن به اختلال واژینیسموس را می‌توان با توجه به اینکه این اختلال با خود ازدواج به وصال نرسیده، احساس گناه، شرم و بی‌کفایتی در زوج، افسردگی، پرخاش گری را به دنبال دارد و در بسیاری از موارد هم با پیامدهای منفی در بعد انسجام خانواده مانند خیانت و بی‌بندوباری جنسی، و در نهایت طلاق همراه است یادآور شد. در این راستا نتایج بررسی‌های به عمل آمده در ایران نشان دهنده لزوم توجه دقیق‌تر به این اختلال است؛ بر اساس برخی شواهد پژوهشی ۵۰ تا ۶۰ درصد طلاق‌های صورت گرفته در ایران مرتبط با مشکلات و اختلال‌های جنسی است [۱۹]. در پژوهش Kalantari و همکاران [۲۰] یکی از مهمترین علل اختلافات زناشویی و طلاق در ایران، مشکلات و اختلال‌های جنسی معرفی شده است. نتایج مطالعه Forotan [۱۹] نشان داد که در بین متقاضیان طلاق در ایران، ۶۶/۷ درصد در مردان و ۶۸/۴ درصد در زنان از زندگی جنسی خود با همسرانشان راضی نبودند. علاوه بر نقش واژینیسموس در بعد انسجام خانواده، اختلال در عملکرد جنسی و واژینیسموس را می‌توان با توجه به اهمیت باروری در فرهنگ ایرانی [۲۱]، به عنوان شریک خاموش ناباروری و مانع روند درمان آن معرفی نمود که خود گویای ضرورت پرداختن به این اختلال است [۲۲]. علاوه براینکه بررسی سوابق پژوهشی نشان می‌دهد تاکنون پژوهش‌های بسیار اندکی در ایران در خصوص واژینیسموس انجام شده است؛ متأسفانه مطالعه‌ای که به شناسایی عوامل فرهنگی-روانی مؤثر در واژینیسموس به‌صورت کیفی پرداخته باشد در فرهنگ ایرانی یافت نشد [۲۵-۲۳]. این در حالی‌است که درک زنان از عوامل مؤثر در این اختلال از جمله مفاهیم ذهنی است که می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی قرار گیرد؛ این ویژگی بیان‌گر همسویی بررسی این پدیده با جهان‌بینی روش تحقیق کیفی است. با توجه به اینکه تبیین درک زنان و تجارب زنان در مسیر این اختلال، منجر به شناخت هر چه بیش‌تر عوامل مؤثر در این پدیده، تبیین زیرساخت‌های مورد نیاز، و نیز فراهم آمدن بستری جهت یافتن و در پیش‌گرفتن راهکارهای مناسب برای پیشگیری و درمان این اختلال می‌شود؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تفسیری و به روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional content analysis) است. از آنجایی که عوامل مؤثر در اختلال جنسی واژینیسموس پیچیده و مختلف می‌باشند و در جامعه ایرانی چندان شناخته شده نیستند از روش تحلیل محتوای قراردادی جهت کشف عوامل مؤثر استفاده شد. در این رویکرد با استفاده از داده‌های متنی موجود، طبقات به طور مستقیم استخراج شدند تا بتوان به درک عمیق‌تری از پدیده مورد نظر دست یافت [۲۶]. سپس با استفاده از فرآیند

طبقه‌بندی منظم، مضامین یا الگوهای آشکار و پنهان شناسایی شدند [۲۷].

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال واژینیسموس بود که در فاصله زمانی اسفند ۱۳۹۶ تا دی ۱۳۹۷ به کلینیک طلوع شهر رشت مراجعه نموده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدف‌مند داده‌های مطالعه حاضر با تعداد ۹ نفر اشباع گردید. اشباع نظری داده‌ها زمانی بود که داده‌ها و پاسخ‌های مشابه تکرار می‌شد و با ادامه روند نمونه‌گیری داده جدیدی آشکار نمی‌شد [۲۸]. جهت اطمینان بیش‌تر با ۲ نفر دیگر نیز مصاحبه انجام شد که به شکل‌گیری کد و طبقات جدید منجر نشد. در نهایت ۱۱ مصاحبه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود عبارت بودند از: تشخیص ابتلاء به واژینیسموس اولیه بر اساس مصاحبه تشخیصی مبتنی بر ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی [۱] و پرسش‌نامه تشخیصی واژینیسموس [۱۳]، وجود هایمن، نداشتن تجربه تجاوز جنسی، عدم ابتلاء به اختلال‌های سایکوتیک.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته (Semi-structure interview) انفرادی توسط مصاحبه‌گر زن جمع آوری شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن برای پژوهش‌های کیفی مناسب است. راهنمای سؤالات مصاحبه به وسیله مرور متون، مطالعه مقدماتی، مشورت با صاحب‌نظران تهیه گردید و بعد از چند مصاحبه اولیه و مقدماتی به دست آمد. مصاحبه‌ها با این سؤال باز و کلی که "ممکن است از تجربه زندگی جنسی خود برای من بگویید؟" آغاز شد و سپس بر مبنای چگونگی پاسخ‌گویی مشارکت‌کننده با سؤالاتی مانند "چه ارتباطی بین آگاهی در خصوص مسائل جنسی با واژینیسموس تجربه کردید؟" یا "به نظر شما چه چیزهایی باعث شده که نتوانید دخول را انجام دهید ؟" در راستای اهداف پژوهش ادامه یافت. هم‌چنین بر اساس نیاز از سؤالات کاوشی (Explorative questions) مانند "اگر ممکن است بیش‌تر توضیح دهید" و یا "منظور شما چیست" جهت بسط و تعمیق یافته‌ها استفاده شد. در پایان هر مصاحبه از مشارکت کننده خواسته شد که اگر صحبتی مانده است بیان کند و سپس در مورد احتمال انجام مصاحبه‌های بعد با ایشان، صحبت می‌شد.

مصاحبه‌ها به صورت چهره به چهره در اتاق مشاوره مرکز انجام و ضبط می‌گردید. همچنین از یادداشت در عرصه و یادآورنویسی نیز استفاده می‌شد. سه مورد از مشارکت کنندگان تمایل به ضبط صدایشان نداشتند و در نتیجه، مصاحبه‌های آنها دست‌نویس شد و برای صحت مطالب، مصاحبه‌ها مجدد به آن‌ها بازگشت داده شد. طول مصاحبه با توجه به میزان تمایل مشارکت‌کننده برای پاسخ‌گویی به سؤالات تنظیم می‌گردید و به طور کلی هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۱۵۰ دقیقه به طول انجامید. پس از اتمام هر جلسه، مصاحبه در همان روز تایپ شد. به منظور ایجاد درک کلی از مصاحبه و نیز غوطه‌وری پژوهش‌گر در داده‌ها، مصاحبه چندین بار گوش داده شد، متن پیاده شده نیز چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفت و سپس کدگذاری انجام شد. فرایند تجزیه و تحلیل به صورت همزمان و مستمر با

گردآوری داده‌ها و بر مبنای الگوریتم پیشنهادی Graneheim و Lundman [۲۹] در تحلیل محتوای کیفی انجام شد. به این صورت که ابتدا کلمات، جملات یا پاراگراف‌هایی از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان که حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بودند به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شدند (واحدهای معنا به عنوان کلمات یا جملات دارای معنی واحد در کنار هم قرار می‌گرفتند). در مرحله بعد، واحدهای معنا با توجه به مفهوم آشکار یا پنهان آنها، نام‌گذاری شده و کدی (تبدیل واحدهای معنایی به عبارات خلاصه‌تر که بیانگر مفهوم مورد نظر بودند) به هریک از آنها اختصاص داده می‌شد. تفاوت‌ها و شباهت‌های کدها مورد ارزیابی قرار می‌گرفت و بر این اساس در زیرطبقات و طبقات جای داده شده و برچسب انتزاعی‌تر به آنها اختصاص داده می‌شد. در نهایت بازنگری طبقات، کدها و داده‌ها منجر به استخراج درون‌مایه اصلی مطالعه گردید. جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی، از معیارهای مقبولیت، قابلیت انتقال‌پذیری، همسانی، تأییدپذیری استفاده شد [۳۰-۲۹]؛ مقبولیت داده‌ها با استفاده از حداکثر تنوع (Maximum variation) در نمونه‌ها از نظر سن، سطح تحصیلات، شغل، مدت زمان ازدواج، و محل سکونت؛ ارائه تعدادی از متون کدگذاری شده به مشارکت‌کنندگان جهت بررسی برداشت‌ها (Member check)؛ و از طریق تعامل طولانی‌مدت پژوهش‌گر با داده‌ها (Prolonged engagement) فراهم شد. جهت افزایش قابلیت انتقال‌پذیری (Transferability) و تناسب داده‌ها، همه فرآیند پژوهش و کارهای انجام شده به صورت واضح و دقیق گزارش شد تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه برای پژوهش‌گران آتی فراهم شود. جهت افزایش قابلیت هم‌سانی یافته‌ها نیز متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری ۳ استاد صاحب‌نظر در تحقیق کیفی که تمام مراحل مطالعه را نظارت می‌نمودند قرار داده شد و میان نتایج استخرج شده توافق بالایی وجود داشت. به منظور تأییدپذیری (Confirmability)، سعی شد که پیش‌فرض‌های محققین تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن دخالت داده نشود. هم‌چنین تأییدپذیری با کنترل داده‌ها توسط ناظران خارجی آشنا به تحقیق کیفی سنجیده شد (Peer check)؛ به این معنی که بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و زیر طبقات و طبقات استخراج شده توسط دو ناظر آشنا به تحقیق کیفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

قبل از شروع مصاحبه ها، در خصوص هدف تحقیق، روش مصاحبه، حفظ گمنامی و محرمانه بودن اطلاعات، و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. داده‌های مصاحبه در جای امنی نگهداری و تنها برای اعضاء پژوهش قابل دسترسی بود. علاوه بر این، مطالعه حاضر دارای کد اخلاق از دانشگاه خوارزمی به شماره ثبتی ۱۸۰۲۲ می باشد.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان مبتلا به واژینیسموس در سال ۱۳۹۷ n=11

سن	**سطوح متغیر**	**۲۰ تا ۲۵ سال**	**۲۵ ـ ۳۰**	**۳۰ ـ ۳۵**	**۳۵ـ۴۰**	
	(درصد) تعداد	۲ (۱۸/۲)	۳(۲۷/۳)	۴ (۳۶/۴)	۲ (۱۸/۲)	
تحصیلات	**سطوح متغیر**	**دیپلم وزیردیپلم**	**کاردانی**	**کارشناسی**	**ارشد**	
	(درصد) تعداد	۳ (۲۷/۳)	۱ (۹/۱)	۴ (۳۶/۴)	۳ (۲۷/۳)	
شهر	**سطوح متغیر**	**اردبیل**	**بابل**	**بندرانزلی**	**تنکابن**	**تهران**	**چابکسر**	**رشت**	**لاهیجان**
	(درصد) تعداد	۱ (۹/۱)	۱ (۹/۱)	۱ (۹/۱)	۱ (۹/۱)	۲ (۱۸/۲)	۱(۹/۱)	۳ (۲۷/۳)	۱ (۹/۱)
مدت ابتلاء	**سطوح متغیر**	**۱ تا ۳ سال**	**۳ تا ۶ سال**	**۶ تا ۹ سال**	**۱۷ سال**	
	(درصد) تعداد	۵ (۴۵/۵)	۴ (۳۶/۴)	۱ (۹/۱)	۱ (۹/۱)	

بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده در پژوهش، ۲۱۱ کد و ۳ طبقه اصلی پدیدار شد (جدول ۲). در ادامه جهت روشن‌سازی هر یک از طبقات، به بخش‌هایی از اظهارات مشارکت‌کنندگان اشاره می‌شود.

طبقه اول: دانش جنسی

دانش جنسی که شامل مجموعه معلومات، اطلاعات، دانش و آگاهی فرد در مورد جنسیت و مسائل جنسی از جمله جنبه‌های فیزیولوژیکی و آناتومی جنسی، تولید مثل، عملکرد و رفتار جنسی فردی و بین‌فردی می‌شود، از دو زیرطبقه فقدان تعالیم جنسی و تعالیم جنسی ناکارآمد تشکیل شده است.

فقدان آموزش جنسی: اکثر مشارکت‌کنندگان فقدان اطلاعات مرتبط با مسائل جنسی زناشویی را یکی از عوامل مهم در اختلال واژینیسموس خود عنوان می‌کردند، چنان‌که اکثر آنها اذعان داشتند که بدون داشتن اطلاعات و آگاهی کافی در این زمینه وارد زندگی زناشویی خود شده بودند. این در حالی‌است که داشتن اطلاعات مرتبط یکی از اصول مهم در رابطه زناشویی مطلوب است. در این رابطه شرکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید: " یک دفعه بعد از ازدواج فهمیدم رابطه جنسی چیست... شناختی نداشتم از بدن خودم، از قسمت‌های جنسی بدنم... مثلا کلیتوریس من هنوزم نمی دانم جایش دقیقا کجا است"

شرکت‌کننده شماره ۸ بعد از ۱۷ سال زندگی مشترک اظهار می‌دارد "تا مدتها همیشه می‌گفتم آلت مرد کجای بدنم رو قراره سوراخ کنه/ به خودم می‌گفتم یعنی قراره با یک قسمت از گوشت بدنم، این‌کار را کند...مثلا فکر می‌کردم چیزی مثل یک تیکه از گوشت دست باید سوراخ شود.... بعد از مراجع به کلینیک‌های مختلف متوجه شدم که این تصورم صحیح نیست، یا فهمیدم محل خروج ادرار و واژن متفاوته.... الان اگه ازم بپرسین پرده بکارت دقیقا کجای واژن قرار گرفته من نمی‌دونم، نمی‌دونم دقیقاً از دیواره واژن یک سانت و یا دو سانت فاصله دارد."

جدول ۲- عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس از دیدگاه مشارکت‌کنندگان مطالعه

طبقات اصلی	زیرطبقات	واحدهای معنایی فشرده شده
دانش جنسی	۱. فقدان آموزش جنسی	۱-۱. عدم شناخت از آناتومی جنسی بدن ۱-۲. عدم آگاهی از رفتار جنسی
	۲. آموزش جنسی ناکارآمد	۲-۱. تعالیم رسمی ناکارامد: دانشگاه [درس تنظیم خانواده]، کلاسهای اجباری آمادگی ازدواج [وزارت بهداشت]
		۲-۲. تعالیم غیر رسمی ناکارآمد: دوستان و آشنایان، ترساندن دختر توسط مادر با هدف حفظ دختر، عدم ایجاد آمادگی توسط مادر
شناخت‌ها و هیجان‌های جنسی	۱. **شناخت‌های تناسلی**	۱-۱. بزرگ‌نمایی سایز آلت همسر ۱-۲. عدم شناخت از انعطاف‌پذیری واژن ۱-۳. ترس از آلت بزرگ و واژن کوچک
	۲. **باورهای جنسی**	۲-۱. انتظار شکست ۲-۲. فاجعه‌پنداشتن درد حین دخول ۲-۳. باورهای منفی نسبت به توانایی کنترل دخول ۲-٤. مرتبط دانستن دخول با آسیب ۲-٥. نگاه ابزاری به زن در سکس ۲-٦. بیهوده دانستن فعالیت جنسی
	۳. **تنیدگی جنسی**	۳-۱. احساس عجز و ناتوانی ۳-۲. خودسرزنشی ۳-۳. عصبانیت ۳-٤. آزار دیدن با سکس
	٤. **هیجان‌های جنسی**	٤-۱. نفرت ٤-۲. خشم ٤-۳. اجتناب
عوامل فرهنگی-تربیتی	۱. **سبک تربیتی والدین**	۱-۱. تفکر منفی نسبت به جنس مخالف ۱-۲. مذموم دانستن اشتغال با مسائل جنسی ۱-۳. پرورش به عنوان موجود غیرجنسی ۱-۴. بازخوردهای بازداری‌شده توسط والدین نسبت به مسائل جنسی
	۲. **خودابرازی جنسی**	۲-۱. عدم گشودگی کلامی در خصوص مسائل جنسی ۲-۲. عدم بروز رفتار جنسی ۲-۳. عدم بروز احساس و ترجیحات جنسی

آموزش جنسی ناکارآمد: برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند تنها آموزش موجود در حیطه جنسی، اطلاعاتی بود که توسط دوستان و آشنایان به آنها در دوران مدرسه انتقال داده شده بود. مهم‌ترین اشکال این نوع دریافت اطلاعات، ادغام اطلاعات درست و نادرست با یکدیگر و ایجاد شناخت‌های نادرست و ناکارآمد در زمینه روابط جنسی زناشویی است که در نهایت می‌تواند زندگی زناشویی این دسته از افراد را با دشواری مواجه سازد. برخی از

مشارکت‌کنندگان ارائه آموزش در قالب درس تنظیم خانواده دانشگاه و یا کلاس‌های اجباری آمادگی ازدواج وزارت بهداشت را فاقد کارآمدی لازم در زندگی جنسی زناشویی خود می‌دانستند.

"یادم است که یکی از دوستان موقعی که مجرد بودم، از سکس و رابطه جنسی برایم تعریف نمود، هنگام صحبت مداوم به درد اشاره می‌کرد و به من گفت که درد دارد.... اولین بار که آمدم سکس کنم، این تصور را داشتم که دردناک است" (شرکت کننده شماره ۲).

"کتاب تنظیم خانواده دانشگاه خیلی سطحی بود باید کتاب بهتری باشد/ در آموزش دانشگاه فکر می‌کنم، اولین چیز باید آشنایی با بدن خودمان باشد. این جهل باعث شد سه سال از زندگیم هدر رود؛ من هرگز در هیچ کتابی در مورد سایز آلت مرد چیزی نخواندم چیزی حتی در کتاب تنظیم خانواده دانشگاه نیز ذکر نشده بود. الان یکی از مشکلات و ترس‌های من، ترس از همین سایز آلت همسرم است" (شرکت کننده شماره ۶)

"کلاس‌های قبل از ازدواج هم چیزی یاد ندادند، چیزهایی که می‌گفتند خیلی سطحی بود و در عمل به‌کار نمی‌آمد. جوری نبود که ما را برای رابطه زناشویی آماده کند "(شرکت کننده شماره ۳)

طبقه دوم: شناخت‌ها و هیجان‌های جنسی

این طبقه که به بررسی محتوای خزانه شناختی و هیجانی فرد در تعبیر و تفسیر امور جنسی می‌پردازد از ۴ زیر طبقه شناخت‌های ناسازگاری تناسلی، باورهای ناکارآمد جنسی، تنیدگی جنسی، و هیجان‌های ناخوشایند جنسی تشکیل شده است.

شناخت‌های ناسازگاری تناسلی: تعدادی از مشارکت کنندگان به عدم سنخیت و سازگاری ظرفیت واژن و سایز آلت شوهر به عنوان یک عامل موثر در اختلال واژینیسموس اشاره نمودند. برخی از این مشارکت‌کنندگان تصور می‌کنند که واژن آنان تنگ‌تر از زنانی است که می‌توانند دخول انجام دهند به طوری‌که ظرفیت نفوذ آلت همسر را نخواهد داشت.

" وقتی که آلت همسرم رو دیدم بزرگه از بزرگ بودنش ترسیدم / دقیقا همون موقعی که می‌ام آلت همسرم رو با واژن خودم مقایسه کنم دچار استرس می‌شم، یک ترس و وحشت شدیدی رو دچار میشم/ در مورد واژن تصور می‌کنم چه جوری این آلت به این بزرگی می‌خواد وارد واژن به اون کوچکی بشه؟/ همین منو دچار اضطراب و استرس میکنه/" (شرکت کننده شماره ۶)

باورهای جنسی: باورهای فرد در مورد فعالیت‌ها و نقش‌های جنسی عامل دیگری است که روابط جنسی در زندگی زناشویی را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد. برخی از مشارکت‌کنندگان این نوع فعالیت در زندگی زناشویی را بیهوده تلقی می‌کنند و به روابط جنسی اهمیت لازم را نمی‌دهند. مشارکت‌کننده شماره ۷ در همین ارتباط می‌گوید: "از نظر من سکس برای مردهاست و زن‌ها هم برای شوهرشون سکس رو انجام می‌دهند. خودم هم به‌خاطر بچه دار شدن دنبال درمان هستم و بعد بچه‌دار شدن هم نمی‌خواهم سکس انجام دهم" یا مشارکت‌کننده شماره ۵

اظهار می‌دارد "... من اعتقادی ندارم که سکس زندگی را گرم‌تر می‌کنه/ فکر می‌کنم زن اگر خوب باشه به خونه برسه. دست‌پخت خوبی داشته باشه و جهاز خوبی آورده باشه کافی است. سکس لازم نیست/ انگار دخول جزء اقتدار مرد محسوب می‌شود ولی برای من که یک زن هستم اهمیتی نداره و بهش هم فکر نمی‌کنم.."

هم‌چنین برخی دیگر از وجود باورهای فاجعه انگیزی در خصوص دخول خبر می‌دادند که با انتظار آمیزش دردناک فعال و در نهایت در انقباض عضلات کف لگن نقش بازی می‌کند. در این راستا شرکت‌کننده شماره ۶ اظهار می‌دارد "می‌ترسم با ورود آلت بلایی سرم بیاد....چیزی بشه نتونم کنترلش کنم". مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان می‌کند "هر بار بخاطر اصرار شوهرم وارد سکس می‌شوم...نمی‌خوام متهم به کم‌کاری شوم...وگرنه از نظر خودم این تلاش‌ها بی‌فایده هست".

تنیدگی جنسی: بررسی مصاحبه شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد، اکثر افراد مصاحبه شونده دچار تنیدگی جنسی و واکنش‌هایی مانند احساس عجز و ناتوانی، آزاردیدن، و نگرانی دائمی بودند برای مثال اکثر مشارکت‌کنندگان وجود افکار مرتبط با دخول را یک نوع آزار تعبیر می‌کردند و اظهار عجز و ناتوانی در برابر تنش جنسی موجود می‌نمودند. برخی شرکت‌کنندگان از اینکه در روابط جنسی خود تجربه دخول نداشتند، خود را از لحاظ اصول روابط زناشویی سرزنش کرده و مقصر می‌دانستند. برخی مشارکت‌کنندگان همواره نگران رفتار جنسی خود بودند.

"این‌که نمی‌تونم اجازه دخول به همسرم بدم، خودم رو مقصر می‌دانم، نمی‌شود ازدواج کنی اما دخول نداشته باشی... دست خود آدم نیستش. هر بار میام تلاش کنم این ترس که نکنه اتفاقی بیفته نمیذاره... اتفاقی که نتونی کنترلش کنی. چیز بدی پیش بیاد و کاری نتونی کنی" (شرکت کننده شماره ۲).

هیجان‌های ناخوشایند جنسی: بررسی اظهارات مشارکت‌کنندگان ۳ نوع هیجان نفرت/ طرد و انزجار/ ترس و خشم/ را آشکار ساخت. در این راستا مشارکت‌کننده شماره ۷ می‌گوید: ".... کلا توی معاشقه و قبل دخول حالم بد می‌شود از این کارها متنفرم...حالت خفگی و تهوع به من دست می‌دهد. من لذتی نمی‌برم و حالم بد میشه."

عوامل فرهنگی-تربیتی

این طبقه که به بررسی آموخته‌ها و عادات افراد به عنوان یک عضو از جامعه و خانواده می‌پردازد از ۲ زیر طبقه سبک تربیتی والدین، و خودابرازی جنسی تشکیل شده است.

سبک تربیتی والدین: تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان شیوه‌های تربیت جنسی که والدین‌شان اتخاذ کرده بودند را یکی از عوامل مؤثر در اختلال واژینیسموس می‌دانستند. برخی از این شرکت‌کنندگان به باور والدین‌شان مبنی بر دور نگهداشتن دختر از پسر اشاره می‌کردند به نحوی که این سخت‌گیری والدین در ذهن آنان فکر منفی نسبت به جنس مرد ایجاد کرده بود. برخی دیگر از این مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که والدین‌شان معتقد بودند هیچ صحبت جنسی نباید بین مادر و دختر رد و بدل شود یا برخی از

مادرهایشان حرف زدن و یا حرف شنیدن در باره مسائل جنسی و زنانه را برای دخترانشان ممنوع کرده بودند، طوری‌که این تصور در ذهن دختر به بد بودن مسائل جنسی و زنانه منتهی شده بود.

ابراز جنسی: ابراز جنسی به توانایی مشارکت‌کنندگان در نشان دادن و بیان تمایلات و نیازهای جنسی به همسر اشاره دارد. بررسی اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان داد سطح گشودگی کلامی و غیرکلامی مانند ابراز احساسات و نیازهای جنسی در بسیاری از مشارکت‌کنندگان پایین بود. در این راستا مشارکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید: "من نمی‌توانم در خصوص مسائل جنسی به راحتی با همسرم مسائلم رو در میان گذارم/. برخی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند منفعل بودن زن و عدم ابراز نیاز در امر جنسی به عنوان نشانه حیا و نجابت وی در نظر گرفته می‌شود. در این راستا شرکت‌کننده شماره ۸ اظهار می‌دارد " نمی‌تونم نیازهای جنسی یا احساس‌هایی که از لحاظ جنسی دارم رو به شوهرم نشون بدم....ما اینجوری بار نیومدیم...این چیزا رو دور از شأن و حیا می‌دونم".

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر درون‌مایه و مفاهیمی بود که از درک زنان مبتلا به واژینیسموس در زمینه عوامل مرتبط با این اختلال نشأت گرفته است. تحلیل درک زنان مبتلا نشان داد که آنها فقدان آگاهی جنسی و یا تعالیم جنسی نادرست را یک عامل مهم در این اختلال می‌دانند. در این راستا نتایج مطالعه محمودی و همکاران [۳۱] نشان می‌دهد آموزش جنسی بر رفتار بهداشتی، رفتار جنسی سالم، بهداشت روانی، پیشگیری از اختلالات جنسی، و سلامت خانواده مؤثر است. Master & Janson [۳۲] معتقدند در بسیاری از موارد ناهنجاری‌های جنسی را می‌توان نتیجه بی‌اطلاعی از واقعیت بنیادی نظام پاسخ جنسی، یا تصور نادرست از مسائل جنسی دانست.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد زنان مبتلا به واژینیسموس نه در دوران کودکی و نوجوانی و نه در هنگام جوانی و ازدواج آموزش مناسبی در خصوص مسائل جنسی دریافت نکرده‌اند؛ این در حالی‌است که برنامه‌های آموزش جنسی هم برای افرادی که هنوز فعالیت جنسی خود را آغاز نکرده‌اند مانند کودکان، نوجوانان و جوانان و هم برای افرادی که فعالیت جنسی خود را آغاز کرده‌اند به عنوان یک نیاز محسوب می‌شود [۴۵]. بنابراین عدم پاسخ‌گویی مناسب به این نیاز می‌تواند در بروز واژینیسموس به عنوان یک اختلال جنسی مؤثر باشد. در این راستا نتایج مطالعات مختلفی نشان می‌دهد نداشتن اطلاعات و دانش جنسی با افزایش آسیب پذیری فرد، زمینه‌ساز عدم کارکرد مطلوب جنسی است. در واقع در برخی موارد همان‌گونه که نتایج پژوهش حاضر و برخی مطالعات نشان داده است برخی نابهنجاری‌های جنسی مانند واژینیسموس ناشی از عدم آگاهی از نظام پاسخ جنسی است [۳۳].

در این راستا در کشور ایران آموزش جنسی به صورت رسمی در مدارس برای نوجوانان صورت نمی‌گیرد. اگرچه این آموزش در دانشگاه در محدود و هم‌چنین در زمان ازدواج از طریق مراکز بهداشت و درمان صورت می‌گیرد اما نتایج مصاحبه با شرکت

کنندگان پژوهش حاضر نشان می‌دهد محتوای آموزش‌های جنسی ارائه شده در دانشگاه و آموزش ارائه شده در زمان ازدواج از لحاظ کیفی نمی‌تواند نیاز به آگاهی جنسی افراد را مرتفع سازد. همان‌گونه که اظهارات شرکت‌کنندگان در این پژوهش نشان داد فقدان اطلاعات یا اطلاعات غلط در مورد مسائل جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس دیده می‌شود. در این راستا نتایج مطالعه Mohebbi [۳۴] که نشان داد محتوای موجود در کلاس‌های پیش از ازدواج برای آموزش کافی نیست با این نتیجه از پژوهش حاضر همسو است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد منبع اصلی اطلاعات جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس در دوره نوجوانی، دوستان و هم‌سالان بودند. این یافته با نتایج پژوهش Mirzaee و همکاران [۳۵] همسو است. در شرایطی که بر اساس اصول و برنامه‌ریزی نظام آموزش در مدرسه و بر اساس شرایط فرهنگی خانواده در محیط خانه آموزش جنسی مناسب با شرایط کودک و نوجوان به وی ارائه نمی‌شود [۳۶]؛ گردش اطلاعات نادرست میان هم‌سالان می‌تواند زمینه را برای قرار گرفتن در معرض موضوعات جنسی اغراق آمیز، و نادرست فراهم کند، چنان‌که برخی از افراد مشارکت کننده اظهار کردند در نوجوانی توسط هم‌سالان تصورات نادرستی در ذهن‌شان شکل بسته که تثبیت و منجر به شکل‌گیری باورها و هیجانات دشواری در میان این افراد گردیده است. افراد حاضر در این پژوهش شناخت‌های منفی خود نسبت به دخول را در قالب " شناخت‌های تناسلی" مانند عدم تناسب ظرفیت دستگاه تناسلی زنانه و مردانه؛ و هیجان‌های منفی مانند اجتناب از دخول، و خشم در هنگام دخول گزارش نمودند که در نهایت در کنش‌وری جنسی این افراد در قالب اختلال جنسی واژینیسموس نقش ایفاء می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس دارای "شناخت‌ها و هیجان‌های منفی" در مورد دخول واژینال هستند. این یافته همسو با مشاهدات بالینی و مدل‌های نظری است که بر اهمیت ساختارهای شناختی بنیادین در فرآیندهای کنش جنسی تاکید می‌کنند [۳۷]. در شرایطی که این شناخت‌واره‌های خود انتقادگر فعال می‌شوند ضمن این‌که سیستمی متشکل از افکار خودآیند منفی را فرا می‌خوانند، موجب بالارفتن هیجانات منفی مثل ناراحتی، سردرگمی، احساس گناه، فقدان لذت، رضایت و اخلال در پاسخ جنسی نیز می‌شوند [۳۸]. همسو با این یافته، نتایج پژوهش بشارت [۳۹] نشان داده است به دنبال ناآگاهی جنسی، افکار فرد یا شناخت او در مورد عمل جنسی یا برآورد وی از توانایی‌اش در مورد عملکرد جنسی یکی از عوامل مهم در بدکارکردی‌های جنسی است. این یافته همسو با نتایج حاصل از پژوهش Cherner & Reissing [۴۰] است که نشان دادند زنان مبتلا به واژینیسموس شناخت‌ها و باورهای مثبت کم‌تر و شناخت‌ها و باورهای منفی بیش‌تری در خصوص دخول واژینال دارند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد یکی از مشکلات مهم زنان مبتلا عدم انتقال احساسات، امیال و خواسته‌های جنسی به همسر است که با نام ناتوانی در"خودابرازی جنسی" مطرح شد . در این راستا نتایج مطالعه Bahrami و همکاران [۴۱]

نشان داد میان خود ابرازی جنسی پایین و ازدواج به وصال نرسیده رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. نتایج مطالعه Master & Janson [۴۲] نشان داد زوجینی که درباره امیال و خواسته‌های جنسی خود صحبت نمی‌توانند کنند، ناهنجاری‌های جنسی بیش‌تری به نسبت سایر زوجین تجربه می‌کنند.

با ورود به رابطه زناشویی در اولین مرحله از این رابطه که مربوط به میل جنسی است، یعنی تصمیم برای داشتن یا نداشتن فعالیت جنسی، ساختارهای روانی زن که در دوره کودکی درباره مسائل جنسی مفهوم‌سازی شده خود را به شکل یک تناقض و دوگانگی نشان می‌دهد. چرا که مرحله میل جنسی با فیزیولوژی و زیست زن ارتباط ندارد، بلکه نشان دهنده انگیزه و تمایل زن برای برقراری رابطه جنسی است و به ساختار روانی وی بستگی دارد. این دوگانگی که ناشی از درونی‌کردن ارزش‌های خانواده و عملکردی که به عنوان یک زن از وی انتظار می‌رود می‌تواند وی را در فرایند رسیدن به یک نتیجه واحد و قابل قبول دچار اختلالی مانند اختلال واژینیسموس نماید.

بسیاری از مشارکت‌کنندگان "تنیدگی جنسی" را یک عامل مهم مرتبط با اختلال واژینیسموس می‌دانستند که با نتایج پژوهش Andres [۴۳] و Izadidehnavi و همکاران [۴۴] همسو است. نتایج مطالعاتی که گویای وجود رابطه همزمان بین برانگیختگی اضطرابی و عاطفه منفی با درد جنسی بیش‌تر به عنوان یکی از ویژگی‌های اختلال واژینیسموس می‌باشد [۴۶-۴۵] با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

در این راستا می‌توان گفت اکثر زنان مشارکت‌کننده دچار تنیدگی جنسی بودند. انتظار می‌رود افرادی که در برقراری روابط جنسی، تنیدگی، ترس و اضطراب کم‌تری تجربه می‌کنند، عملکرد جنسی بهتری داشته باشند [۴۸-۴۷]. Rajaee & Eshghi [۴۹] در پژوهش خود نشان داده‌اند که به دلیل وجود ارتباط بین واژینیسموس و تنیدگی جنسی و اضطراب؛ درمان اضطراب و تنیدگی جنسی به درمان بیماری واژینیسموس کمک می‌کند. انتظار می‌رود عقایدی که تقریباً درتمامی بیماران مورد مصاحبه وجود داشت ریشه در گذشته دارند و اولین رابطه جنسی ناموفق با همسر داشته و با قرارگیری در موقعیت جدید رابطه زناشویی و تکرار مجدداً این افکار در ذهن بیماران، می‌توان قفل شدن عضلات کف لگن و یک عملکرد جنسی ناموفق را انتظار داشت.

تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان "سبک تربیتی والدین" را یک عامل مؤثر در اختلال واژینیسموس می‌دانستند. در این راستا زنان مبتلا معتقد بودند خانواده به دلایل فرهنگی و نه مذهبی با تزریق باورهای فرهنگی غیراصولی و سخت‌گیرانه سعی در حفظ دختر می‌نمودند. در این راستا Ward & Ogden [۵۰] نشان دادند که بعد از ترس، دومین علت واژینیسموس مربوط به عامل فرهنگ و تربیتی است که می‌گوید روابط جنسی نادرست است.

در این راستا با تاکید خانواده و جامعه بر دست نخوردگی و دوشیزگی تا زمان ازدواج به عنوان یک ارزش اجتماعی و

برهنه شدن در شب اول عروسی [۵۱] و وارد کردن چیزی به "نقطه ممنوعه"، که جامعه ارزش زندگی دختر را تا حد زیادی وابسته به آن می‌داند، دختر را با یک دوگانگی و تناقض می‌تواند رو به رو کند [۵۲]. دوگانگی بین آنچه نباید می‌شد و اکنون باید شود، آن چه مرد می‌خواهد یا آنچه زن باید انجام دهد!؟ این دوگانگی، ناشی از درونی کردن هنجارها و ارزش‌های خانواده و جامعه و تضاد بین کلیشه‌هایی است که تاکنون به دختر آموزش داده شده و عملکردی است که امروز، از او انتظار می‌رود. در این حالت در مواجهه با این دوگانگی ناشی از فرهنگ و شیوه‌های تربیتی، در فرآیند رسیدن به یک نتیجه واحد و قابل قبول دختر می‌تواند دچار اختلال - شود. به این گونه که دوگانگی و تعارض بین درون رورواں دختر با تعامل نمادین بین فردی می‌تواند در سبب‌شناسی از بعد فرهنگی و تربیتی این اختلال نقش ایفاء کند [۵۳].

بر اساس تئوری رفتارگرایی می‌توان منشأ مشکلات افراد مبتلا به واژینیسموس را در رفتارهای یاد گرفته شده درون خانواده مانند رفتار پرهیز از مسائل جنسی دانست. از آنجایی که در اندیشه اساسی این رویکرد مشکلات جنسی، نتیجه یادگیری در گذشته است بنابراین می‌تواند با تشویق یا تنبیه‌های انجام شده در بافت فرهنگی تربیتی خانواده به عنوان یک رفتار غیرانطباقی آشکار شود [۵۴]. در واقع امر جنسی نه یک پدیده طبیعی و ذاتی بلکه یک امر اجتماعی است که در زمینه‌ای تاریخی، فرهنگی و اجتماعی اتفاق می‌افتد [۵۳]. بنابراین رفتارهای جنسی بیش از این که حاصل طبیعت افراد باشد توسط ارزش‌های فرهنگی و تربیتی و در گستره رشد و تحول افراد آموخته می‌شود.

از لحاظ تئوری شناختی، می‌توان فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی این اختلال در نظر گرفت. بر این اساس تفکر منفی تزریق شده در بافت فرهنگی تربیتی خانواده درباره فعالیت جنسی، می‌تواند علائم را تشدید و دائمی کند. چرا که سلامت جنسی نیازمند رویکرد مثبت و محترمانه برای سکس است این در حالی است که چنین رویکردی به سکس در بستر خانواده به فرزندان انتقال داده نمی‌شود. Midelton و همکاران [۵۵] معتقدند زنانی که دارای روان بنه‌های (Schema) جنسی مثبت هستند در مقایسه با زنانی که دارای روان بنه‌های جنسی منفی هستند احساس بهتری در مورد تجربیات جنسی خود دارند و این روان‌بنه‌های مثبت آنان را به سوی وارد شدن به یک رابطه جنسی رضایت‌بخش‌تر هدایت می‌کند. به‌نظر می‌رسد وجود شکاف بین عملکردی که از زن در نقش همسر انتظار می‌رود و هیجان‌های مثبت مرتبط با آن در تقابل با آنچه که فرد در گذشته و بر اساس شیوه‌های تربیتی والدین مانند مذموم بودن سکس، گناه بودن سکس، لذت بخش نبودن سکس و هیجان‌های منفی مرتبط با آن مانند بیزاری از سکس، احساس گناه و شرم، فقدان لذت، آموخته فرد را با دوگانگی و تناقض روبرو می‌سازد که در نهایت به شکل اختلال در پاسخ جنسی آشکار می‌شود [۵۶]. بنابراین، کشف این خود تلقینی‌های منفی ناشی از گذشته تربیتی فرد می‌تواند در

تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی این دسته از افراد کمک کند [۵۸-۵۷].

نتیجه‌گیری

به‌نظر می‌رسد واژینیسموس را می‌توان بر اساس نتایج پژوهش حاضر به عنوان یک عارضه اجتماعی فرهنگی معرفی نمود که با درونی‌کردن هنجارها و ارزش‌های جامعه‌ای با فقدان آموزش جنسی به موقع، القاء شناخت‌ها و هیجان‌های منفی جنسی، و سبک‌های تربیتی سخت‌گیرانه نسبت به دختران، و ایجاد دوگانگی و تناقض در ساختار ذهنی دختر بین آنچه تاکنون آموخته و عملکردی که امروز از او به عنوان یک زن انتظار می‌رود تبیین می‌شود.

در مجموع با بررسی واژینیسموس در بستر اجتماعی، فرهنگی و تاریخی جامعه ایران و مطالعه زندگی افراد مبتلا در این پژوهش؛ انتظار می‌رود با فراهم آمدن زیرساخت‌های لازم مانند به رسمیت شناخته شدن برنامه‌های آموزش جنسی برای تمامی افراد در گستره تحول به عنوان یک نیاز مهم جهت حفظ سلامت جنسی افراد جامعه، برگزاری دوره-های آموزشی تربیت جنسی کودکان و نوجوانان برای توانمندسازی والدین در امر تربیت جنسی فرزندان، و کارآمدسازی کلاس‌های آموزشی پیش از ازدواج زوجین بتوان از بروز واژینیسموس پیش‌گیری نمود. در نهایت با توجه به آشکار شدن عوامل مؤثر بر اختلال واژینیسموس زنان مورد مطالعه در پژوهش حاضر، طراحی مدل ساختاری و بسته درمانی بومی شده برای این اختلال به عنوان یک ضرورت پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از نتایج رساله مصوب در دانشگاه خوارزمی جهت اخذ مدرک دکترای تخصصی رشته روان‌شناسی سلامت با کد تصویب ۱۸۰۲۲ می‌باشد. نویسندگان مقاله از تمامی افرادی که در انجام پژوهش حاضر مشارکت نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

[1] American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5™ (5th ed.). Arlington, VA, US: *American Psychiatric Publishing Inc* 2013.

[2] Ozcan O, Cumurcu BE, Karlidag R, Unal S, Mutlu EA, Kartalci S. Attachment styles in women with vaginismus. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015; 16(1): 37-43.

[3] Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *IUGJ* 2014; 25(12): 1613-20.

[4] Bertolasi L, Frasson E, Cappelletti JY, Vicentini S, Bordignon M. Botulinum neurotoxin type A injections for vaginismus secondary to vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol Int J* 2009; 114 [5]: 1008-16.

[5] Fingalsson R. Confessions. Structural mechanisms for regulation, interpretation and knowledge of vulvar pain. [Master's thesis]. Sweden. Department of Sociology Division, Lund University; 2013.

[6] Gammoudi N, Affes Z, Mellouli S, Radhouane K, Dogui M. The diagnosis value of needle electrodeelectromyography in vaginismus. Sexologies 2016; 25[4]: 57-60.

[7] Konkan R, Bayrak M, Gonullu OG, Senormanci O, Sungur MZ. [2012]. Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *Düşünen Adam* 2012; 25[4]: 305-11.

[8] McCool ME, Theurich MA, Apfelbacher C. Prevalence and predictors of female sexual dysfunction: a protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* 2014; 3[75]: 344-9.

[9] Hamidi S, Shareh H, Hojjat S. Comparison of early maladaptive schemas and attachment styles in women with vaginismus and normal women. *IJOGI* 2015; 18[155,156]: 9-18. [Farsi]

[10] Semnani Y, Razzaghizadeh B. Management of an unconsummated marriage after 14 years. J Qazvin Univ Med Sci 2003; 7 [4]: 89-93.

[11] Amini M, Ozgoli G, Azar M, Alavi Majd H. The time of consummation of marriage and related factors in women visited at health care centers and hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Science in Tehran 2009. *Pajoohande* 2011; 16(2): 73-8. [Farsi]

[12] Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006; 18(4): 382-95.

[13] Reisy L, Ziaee S, Mohamad E, Haji zade E. Designing a Questionnaire for Diagnosis of Vaginismus and Determining its Validity and Reliability. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(125): 81-94. [Farsi]

[14] Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Preva-lence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning

centers in Tehran. *J Sex Marital Ther* 1999; 25(3): 211-5.

[15] Farnam F, Janghorbani M, Merghati-Khoei E, Raisi F. Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *Int J Impot Res* 2014; 26: 230-4. [Farsi]

[16] Crowley, TD, Goldmeier, Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus. BMJ 2009; 3(38): b228.

[17] Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjö G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *Br J Obstet Gynaecol* 2012; 122(3): 329-34.

[18] *Trudel*, *G*. *Sexuality* and *marital life*: *Results* of a *survey*. *Journal* of *Sex* and *Marital Therapy* 2002; 28: 229–49.

[19] Foroutan S K, jadid milani M. The Prevalence of Sexual Dysfunction among Divorce Requested. *Daneshvar Med* 2009; 16(78): 39-44. [Farsi]

[20] Kalantari A, Roshanfekr P, Javaheri J. Consequences of Divorce A Systematic Review of Current Literature with an Emphasis on Gender-Related Issues [1997-2011]. *WDP* 2011; 9(3): 111-31. [Farsi]

[21] Alirezaee S, Ozgoli G, Alavi Majd H. Comparison of sexual self-efficacy and sexual function in fertile and infertile women referred to health centers in Mashhad in 1392. *Pajoohande* 2014; 19(3): 131-6. [Farsi]

[22] Read J. ABC of sexual health: sexual problem associated with infertility, pregnancy and ageing. *Br Med J* 2004; 329(7465): 559–61.

[23] Scientific Information Database [SID]. [*09-01-2019*]. https://www.sid.ir/En/Journal/.

[24] Iranian Research Institute for Information Science and Technology [IranDoc] [*09-01-2019*]. https://en. irandoc.ac.ir/

[25] Thomson Reuters. [2017- 01-12]. http://thomsonreuters.com/en.html

[26] Spannagel C, Glsser-Zikuda M, Schroeder U. Application of qualitative content analysis in user-program interaction research. *Forum Qual Soc Res* 2005; 6(2): Art. 29.

[27] Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung* 2000; 1(2): 1-10.

[28] Maxwell JA. Qualitative research design: An interactive approach. 3rd ed, London, UK: SAGE Publications. 2013; 168.

[29] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-12.

[30] Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins. 2011; 324.

[31] Mahmodi G, Hassanzadeh R, Heidari G. The effect of sex education on family health on Mazandran medical university students. *Horizon Med Sci* 2007; 13(2):64-70. [Farsi]

[32] Masters W.H. & Johnson V.E. *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little, Brown 1970.

[33] UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools teachers and health educators. Paris: UNESCO. 2009; 62.

[34] Karimian Z, Atoof F, Maasoumi R, Besharat M A, Merghati Khoei E S. The Bases of the Formation of Sexual Behavior in Women of Reproductive Age in Kashan City: *A Survey Sjsph* 2017; 15(2): 159-70. [Farsi]

[35] Mohebbi P, Malekpour P, Kamalifard M, Atri SB, Safaeiyan A, Alizadeh K. Clients' viewpoints about the quality of services in the premarital counseling classes in Tabriz Health Centers. *Int J Prev Med* 2014; 5(3): 365-9. [Farsi]

[36] Mirzaei Najmabadi K, Babazadeh R, Shariati M, Mousavi SA. Iranian Adolescent Girls and Sexual and Reproductive Health Information and Services: A Qualitative Study. *IJOGI* 2014; 17(92): 9-18. [Farsi]

[37] Mobredi K, Hasanpoor Azgahdy S, Amiri Farahani L. Knowledge and Attitude of Mothers toward Preschool Sexual Education. *IJN* 2017; 30(106): 35-45. [Farsi]

[38] Ribner DS, Rosenbaum TY. Evaluation and treatment of unconsummated marriages among Orthodox Jewish couples. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(4): 341-53.

[39] Nobre PJ, & Pinto□Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J **Sex** Res* 2006; 43(1): 68-75.

[40] Besharat M. Sexual Damage and Sexual Therapy: Sexual Problems: Classification, Etiology, Measurement and Treatment.

Psychotherapical Novelties 1999; 10: 2-29. [Farsi]

[41] Cherner RA, Reissing ED. A psychophysiological investigation of sexual arousal in women with lifelong vaginismus. *J Sex Med* 2013; 10(5): 1291-303.

[42] Bahrami N, Simbar M, Soleimani M. Sexual health challenges of adolescents in Iran: A review article. *Sjsph* 2013; 10(4): 1-16. [Farsi]

[43] Andres A.N. *Sexual communication anxiety attachment relationship satisfaction and sexual satisfaction.* [Master's thesis]. *Alabama.* department of human development and family studies, Auburn University; 2013.

[44] Izadi Dehnavi S, Yaghubi H, Heydari Nasab L. Simultaneous Changes of Depression and Anxiety Symptoms with Variations in Sexual Function of Young Married Women. *Avicenna J Clin Med* 2016; 23(3): 227-36. [Farsi]

[45] Kalmbach DA, Kingsberg SA, Ciesla JA. How changes in depression and anxiety symptoms correspond to variations in female sexual response in a nonclinical sample of young women: a daily diary study. *J Sex Med* 2014; 11(12): 2915-27.

[46] Kalmbach DA, Pillai V. Daily affect and female sexual function. *J Sex Med* 2014; 11(12): 2938-54.

[47] Yeganeh T, Hossein Khanzadeh A, Moradi S, Karimpour K, Kazemi Mojard M. Comparative study of women's sexual function in pre-pregnancy, pregnancy and lactation, Aflat Quarterly 2016; 9(30, 31); 47-56. [Farsi]

[48] Karami J, Shalani B, Hoveyzi N. Relationship between Sexual Self-Esteem and Sexual Dysfunction with Marital Satisfaction in Nurses Hopitals Kermanshah City [Iran]. *Qom Univ Med Sci J* 2017; 11(9): 86-93. [Farsi]

[49] Rajaee F, Eshghi R. The effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance ofvaginismuspatients. *JCP* 2018; 9(4): 55-69. [Farsi]

[50] Ward E, & Ogden J. Experiencing vaginismus-sufferers' beliefs about causes and effects. *The Sex Relation* 1994; 25(4): 434-46.

[51] Ribner DS, Rosenbaum TY. Evaluation and treatment of unconsummated marriages among Orthodox Jewish couples. *J Sex Marital Ther* 2005; 31(4): 341-53.

[52] Lama Abu-Odeh.Crimes of honor and the construction of gender in arab societies, *Comp Law Rev* 2011; 2(1); 45.

[53] Molaeinezhad M, Merghati Khoei E, Latifinejad Roudsari R, Salehi M, Yousefy A. Sexual scripts theory and the constructs of unconsummated marriage. *J Res Behave Sci* 2013; 11(4): 289-305. [Farsi]

[54] Hawton K. Sex therapy: A practical guide [p. 273]. Oxford: Oxford University Press 1985.

[55] Middleton LS, Kuffel SW, Heiman JR. Effects of experimentally adopted sexual schemas on vaginal response and subjective sexual arousal: a comparison between women with sexual arousal disorder and sexually healthy women. rch Sex Behav 2008; 37(6): 950-61.

[56] Nobre P.J, & Pinto-Gouveia J. Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: as vulnerability factors to sexual problems. *Sex Relation Ther* 2003; 18(4): 171-204.

[57] Araoz D. Hypnosis in human sexuality problems. *Am J Clin Hypn* 2005; 47(4): 229-42.

[58] Hamid N, Dehghanizadeh Z, Firuzi A. Effects of Cognitive - Behavioral Therapy on Sexual Function in Women with Vaginismus Disorder. *IJOGI* 2012; 15(20): 1-11. [Farsi]

Identifying Psychological Factors Associated with Vaginismus in Married Women in 2018: A Qualitative Study

T. Yeganeh[۱], M. N. Farahani[۲], V. Farzad[۳], M. Moghadasin[۴]

Received: 27/02/2019 Sent for Revision: 13/05/2019 Received Revised Manuscript: 09/07/2019 Accepted: 10/07/2019

Background and Objectives: Even though women's perception of factors affecting vaginismus is taken into account as a mental concept that can be induced by sociocultural values, it has not been assessed so far in the form of a qualitative study in Iranian culture. Therefore, the present study was conducted to identify psychological factors associated with vaginismus in married women referring to Tolou Clinic in Rasht, 2018.

Materials and Methods: A qualitative content analysis method was employed in this study. Using a purposive sampling method, the data were saturated with a total number of 11 women affected with vaginismus referring to Tolou Clinic in the city of Rasht from March 2018 to January 2019. Moreover, in-depth semi-structure interview was used to collect the data. Data were analyzed using qualitative content analysis

Results: During the process of content analysis, the participants elucidated three main categories of "cultural-educational factors", "sexual knowledge", and "sexual cognition and arousal".

Conclusion: Based on the findings of this study, vaginismus was introduced as a sociocultural and psychological disorder that is determined by internalization of norms and values in a society with lack of well-timed sexual instruction, induction of negative sexual arousal and cognition, district educational styles for girls and creating duality and contradiction in girls' mental structure between what they have learned and what they are expected to do as a woman.

Key words: Sexual Dysfunction, Vaginismus, Qualitative Study, Content Analysis

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: This study was approved by Kharazmi University [18022].

How to cite this article: Yeganeh T, Farahani M N, Farzad V, Moghadasin M. Identifying Psychological Factors Associated with Vaginismus in Married Women in 2018: A Qualitative Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 18 (10): 997-1016. [Farsi]

1- PhD Student of Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0003-3923-9986

2- Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran, ORCID: 000-0002-5282-5181

(Corresponding Author) Tel: (021) 88329220, Fax: (021) 88329220, E-mail: faramn37@yahoo.com

3- Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0002-8684-8486

4- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0002-0205-1317