

Perception of the lived experience of women with dyspareunia and vaginismus: qualitative study

Maryam Heydarian¹, Maryam Gholamzadehjefreh², Shahbazi Masoud³

1. PhD student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Assistant professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Corresponding Author. Gholamzadeh.m723@gmail.com
3. Assistant professor, Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

ABSTRACT

The article is taken from a doctoral dissertation.

Aim: Dyspareunia and vaginismus are important issues in the lives of women with these disorders and have adverse, damaging consequences for the individual, the family, and the couple's intimacy. Therefore, the purpose of the present study was to investigate the lived experience of women with dyspareunia and vaginismus.

Methods: The method of this study was descriptive-phenomenological psychological in which nine female participants suffering from dyspareunia and vaginismus were selected through purposeful sampling and data collection was continued through semi-structured interviews until data saturation was reached. After collecting the data and transcribing them, the researcher used Giorgi's five-step phenomenological data analysis method.

Results: Analyzing data led to 12 contributing components of the lived experience of women with dyspareunia and vaginismus which included: lack of awareness, experiencing the physical symptoms of anxiety, fear, predicting pain, feeling of inadequacy and inferiority, feeling of shame, hatred of sex and of spouse, a feeling of suffering, feeling of anger, feeling of guilt, decreased emotional and sexual intimacy, and regret about marriage.

Conclusion: The results of this study also enrich the previous research literature on the lived experience of dyspareunia and vaginismus. Also, the structure of the lived experience of dyspareunia and vaginismus derived from this study is widely used to develop and apply preventive and therapeutic programs for this condition and its consequences.

Keywords: Dyspareunia, vaginismus, lived experience



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۰، شماره ۷۷، بهار ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی

e-issn: 4018-2717

p-issn: 400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v20i77.6146

تجربه زیسته زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسموس: مطالعه کیفی

مریم حیدریان^۱، مریم غلامزاده جفره^۲، مسعود شهبازی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۲. (نویسنده مسئول)، استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

(صفحات ۱۶۱-۱۹۹)

مقاله مستخرج از رساله دکتری می‌باشد.

چکیده

هدف: دیسپارونیا و واژینیسموس مسئله‌ای مهم در زندگی زنان مبتلا به این اختلال است و عواقب ناگوار و پیامدهای مخربی بر فرد، نهاد خانواده و صمیمیت زوجی می‌گذارد. از این رو هدف پژوهش فعلی بررسی تجربه زیسته زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسموس در مشارکت‌کنندگان پژوهش بود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع پدیدارشناسی بود و ۹ مشارکت‌کننده زن که مبتلا به اختلال دیسپارونیا و واژینیسموس بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با آن‌ها تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه یافت. بعد از جمع‌آوری داده‌ها و رونوشت آن‌ها توسط پژوهشگر از شیوهی پدیدارشناسی پنج مرحله‌ای گیورگی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها به ۱۲ جزء تشکیل‌دهنده‌ی تجربه زیسته زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسموس منجر شد که شامل: فقدان آگاهی، تجربه علائم فیزیکی اضطراب، ترس، پیش‌بینی درد، احساس بی‌کفایتی و حقارت، احساس شرم، احساس نفرت از رابطه جنسی و همسر، احساس رنج، احساس خشم، احساس گناه، کاهش صمیمیت عاطفی و جنسی و پیشمانی از ازدواج است.

نتیجه‌گیری: نتیجه این پژوهش ادبیات پژوهشی گذشته را در زمینه تجربه زیسته دیسپارونیا و واژینیسموس را غنی‌تر می‌کند. همچنین ساختار تجربه زیسته دیسپارونیا و واژینیسموس استخراج شده این مطالعه برای تدوین و به کارگیری برنامه‌های پیش‌گیرانه و درمانی این آسیب و همین‌طور پیامدهای آن کاربرد فراوانی دارد. همچنین نتیجه این پژوهش ادبیات پژوهشی گذشته را در زمینه تجربه زیسته دیسپارونیا و واژینیسموس غنی‌تر می‌کند.

واژه‌های کلیدی: دیسپارونیا، واژینیسموس، تجربه زیسته

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۱۵

مقدمه

مسائل جنسی به لحاظ اهمیت در صدر امور زناشویی قرار دارند و در سال‌های اخیر بیش از گذشته مورد توجه پژوهشگران و روان‌شناسان قرار گرفته‌اند. رابطه‌ی جنسی بخش مهمی از روابط صمیمانه است (قیصری و امان‌الهی، ۱۳۹۷). با این حال، مسائل جنسی زنان به دلایل اخلاقی و اجتماعی همیشه در هاله‌ای از ابهام و در سایه بوده‌اند. اختلالات جنسی زنان یکی از مشکلات شایع است و رابطه تنگاتنگی با روابط بین‌فردی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان دارد. بدکارکردی جنسی دسته‌ای از اختلال‌های جنسی است که مربوط به اختلال در عملکرد جنسی فرد می‌شود (امان‌الهی، جزینی و رجبی، ۱۳۹۵). سازمان بهداشت جهانی^۱ بدکارکردی‌های جنسی را به عنوان راه‌های مختلفی که فرد قادر نیست در رابطه‌ی جنسی آن‌گونه که تمایل دارد شرکت کند تعریف می‌کند و آن را شامل اختلال در میل جنسی^۲، برانگیختگی^۳، ارگاسم^۴ و درد جنسی^۵ می‌داند که منجر به پریشانی فرد می‌شود (گیتاسوهیندا، سامپات، چادا و دوتا، ۲۰۱۸).

اختلال درد جنسی ممکن است در هر مرحله‌ای از چرخه‌ی واکنش‌های جنسی روی دهند. DSM-IV اختلالات دردهای جنسی را به دو گروه تقسیم کرده بود: واژینیسم و دیسپارونیا. به علت مشکلاتی که در تفکیک این دو اختلال وجود داشت، متخصصان توصیه کردند که آن‌ها ادغام شوند و در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش پنجم (DSM-5) یک طبقه‌ی واحد به نام درد / دخول تناسلی - خاصه‌ای^۶ به وجود آورند. به گزارش DSM-5، این اختلال فقط در زنان تشخیص داده

1. World Health Organization (WHO)

2. sexual desire

3. arousal

4. orgasm

5. sexual pain

6. Geeta Soohinda, S., Sampath, H., Chaddha, M. S., & Dutta, S.

7. genito-pelvic pain/ penetration disorder

می‌باشند، هر چند بعضی پژوهش‌های جدید در مورد سندروم درد پلویک مزمن و اورولوژیک در مردان^۱ نشان می‌دهند که مردان نیز ممکن است مشکلات مشابهی داشته باشند، تعداد پژوهش‌ها و تجربه‌های کلینیکی به اندازه‌ی کافی نیست که بتوان این طبقه‌ی تشخیصی را در مورد مردان نیز به کار برد (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵، ترجمه‌ی گنجی، ۱۳۹۴).

اختلال واژینیسموس یکی از کژکاری‌ها و اختلالات جنسی در زنان است. انجمن روان پزشکی آمریکا^۲ واژینیسموس را انقباض غیرارادی عضلات یک سوم خارجی واژن که مانع از مقاربت می‌شود، تعریف کرده است. دیسپارونیا به درد مکرر یا دائمی در اندام‌های تناسلی، قبل از، در طول، یا بعد از مقاربت اشاره دارد. دیسپارونیا با واژینیسم مرتبط است و معمولاً با آن همراه می‌شود. دوره‌های مکرر واژینیسم می‌توانند به دیسپارونیا و دوره‌های مکرر دیسپارونیا می‌توانند به واژینیسم منجر شوند (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵، ترجمه‌ی گنجی، ۱۳۹۴). در DSM-5، واژینیسموس همراه با دیسپارونیا و سایر مواردی که دخول جنسی در آن‌ها به سختی صورت می‌گیرند، تحت عنوان یک اختلال واحد به نام «اختلال درد تناسلی - خاصه‌ای» آورده شده‌اند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در مطالعه مروری سیستماتیک مشخص شد که ۳۶ درصد زنان به اختلالات درد جنسی مبتلا هستند (هایز، بنت، بیرلی و دنرستین^۳، ۲۰۰۶). شیوع اختلال واژینیسموس در کلینیک‌های درمان کژکاری‌های جنسی ۵-۴۲ درصد در بین بیماران مراجعه کننده برای سکس‌تراپی گزارش شده است، اما با توجه به ماهیت اختلال، احتمالاً زنان بسیار زیادی هستند که به این اختلال مبتلا بوده ولی هیچ وقت برای درمان مراجعه نمی‌کنند (اونیز، کسکینوقلو، بزیرکیوگلو^۴، ۲۰۰۷). همچنین شیوع ازدواج به وصال نرسیده که یکی از علت‌های عمده آن واژینیسموس است در کشورهای مختلف

1. urological chronic pelvic syndrome in men

2. American Psychiatric Association (APA)

3. Hayes, R. D., Bennett, C. M., Fairley, C. K., & Dennerstein, L.

4. Oniz, A., Keskinoglu, P., & Bezircioglu, I.

بین ۱۲-۱۷ درصد گزارش شده است (میچتی، سیلواگی، فابریزی، تارتگلیا، روسی، و سیمونلی^۱، ۲۰۱۴؛ بدران، مومن، فهمی، ال-کاراسکی، عبدالناصر و قائم^۲، ۲۰۰۶). این اختلال در زنان تحصیل کرده و متعلق به طبقات اجتماعی. اقتصادی بالا بیشتر مشاهده می شود (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۱۰). اغلب این اسپاسم‌ها به دلیل عوامل روحی و روانی مانند وجود یک سری مشکلات روانی نظیر افسردگی و نگرانی در مورد ظاهر جسمی است (کاشدان، آدامز، ساوستیانوا، فرسیزیدیز، مک‌نایت و نزلک^۴، ۲۰۱۱؛ هابین، دی‌اشتر و رینارت^۵، ۲۰۱۱). سابقه‌ی یک رابطه زناشویی دردناک، سابقه‌ی تجاوز در دوران کودکی، باورهای نادرست در مورد رابطه زناشویی که یک زن از اطرافیان و دوستانش شنیده، ترس بیش از حد از همسریه دلیل خشونت‌های او سایر مسائل روان‌شناختی مانند استرس می‌باشد که می‌تواند به صورت غیرارادی منجر به انقباض عضلات کف لگن و ایجاد درد شود (کلایتون^۶، ۲۰۱۰؛ دوویت، لانکولد و کرومبیز^۷، ۲۰۱۱؛ برگرسون، روسن و مورین^۸، ۲۰۱۱).

در حقیقت، شواهد قابل توجهی برای توصیف ارتباط نزدیک بین فعالیت جنسی و رضایت زناشویی وجود دارد (اسپنس^۹، ۱۹۹۱، ترجمه‌ی دهگانی، محمدی، تونزده‌جانی و توکلی‌زاده، ۱۳۸۹). این امر نشان‌دهنده‌ی وجود رابطه‌ی دو طرفه بین اختلافات زناشویی و اختلالات جنسی است. لذا می‌توان گفت افرادی که رضایت جنسی بیشتری دارند، در زندگی زناشویی نیز از رضایت بیشتری برخوردارند (فروتین و جدیدمیلانی، ۱۳۸۷؛ به نقل از علیخانی و اسکندری، ۱۳۹۳).

1. Michetti, P. M., Silvaggi, M., Fabrizi, A., Tartaglia, N., Rossi, R., & Simonelli, C.
2. Badran, W., Moamen, N., Fahmy, I., El-Karaksy, A., Abdel-Nasser, T. M., & Ghanem, H.
3. Sadock, B. J., & Sadock, V. A.
4. Kashdan, T. B., Adams, L., Savostyanova, A., Ferssizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlak, J. B.
5. Hubin, A., De Sutter, P., & Reynaert, C.
6. Clayton, A. H.
7. Dewitte, M., Van Lankveld, J., & Crombez, G.
8. Bergeron, S., Rosen, N. O., & Morin, M.
9. Spence, S.

صحبت با زنانی که مقاربت جنسی دردناک دارند، این امکان را به آن‌ها می‌دهد که پیامدهای چندگانه‌ی مقاربت دردناک‌شان را مشخص نمایند. این زنان آموخته‌اند که از بسیاری از محرک‌های جنسی پرهیز نمایند و به دلیل تفکروابسته با پیامد دردناک مورد انتظار، برانگیختگی در آن‌ها اتفاق نمی‌افتد. به خاطر تکرار احساس آسیب دیدن، مورد استفاده قرار گرفتن و حتی مورد سوءاستفاده قرار گرفتن، صمیمیت هیجانی زوج در این رابطه لطمه می‌بیند. سردرگمی، نفرت، خشم و غم جای احساسات نزدیکی را می‌گیرد (باسون^۱، ۲۰۰۲) و شخص ممکن است، احساس جذاب بودن و مطلوب بودن را از دست بدهد و یک حس تنفر از خود را به دست بیاورد (امان‌الهی، رفاهی و رجبی، ۱۳۹۶). علی‌رغم این‌که اختلاف زیادی بین برآوردهای شیوع اختلال عملکرد جنسی در جمعیت عمومی امریکای شمالی وجود دارد (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۱۳) نسبت زنانی که مشکلات جنسی دارند ۴۰ درصد برآورد می‌شود و بررسی زندگی اجتماعی و سلامت عمومی نشان داد که ۴۲ درصد زنان یک یا چند اختلال عملکرد جنسی را تجربه می‌کنند (لاومان، پایک و روزن^۲، ۱۹۹۹). با توجه به حساس بودن مراحل پاسخ جنسی زنان میل جنسی آنان نیز به راحتی تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار می‌گیرد (عشقی، بهرامی، فاتحی‌زاده و کشاورز، ۱۳۹۴). پایک و لاومن^۳ (۲۰۰۶) مطالعات متعددی در مورد شیوع نگرانی‌های جنسی در بین زنان بالغ را در ایالات متحده امریکا مورد بازبینی قرار دادند و برآورد شیوع ۵ تا ۲۲ درصد را برای مشکلات مربوط به میل جنسی، ۴ تا ۱۴ درصد را برای مشکلات مربوط به برانگیختگی جنسی، ۵ تا ۱۶ درصد را برای مشکلات اوج لذت جنسی و ۷ تا ۱۹ درصد را برای رابطه جنسی دردناک گزارش دادند. علاوه بر شیوع گسترده‌ی اختلال عملکرد جنسی زنان به نظر می‌رسد که امروزه زنان اشکال جدی‌تر و نمونه‌های مزمنی از مشکلات جنسی را در مقایسه با نسل‌های قبل تجربه می‌کنند (بک^۴،

1. Basson, R.

2. Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C.

3. Paik, A., & Laumann, E. O.

4. Beck, J. G.

۱۹۹۵). برخی از این افراد بر این باورند که مشکل بدنی دارند و پیوسته به پزشکان مختلف مراجعه کرده تا سرانجام توسط پزشک (برای برداشتن پرده بکارت) تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند. عمل جراحی در درمان این زنان، تأثیری نداشته و برای آنان زیان‌آور است، زیرا عمل جراحی باعث تقویت باور آنان مبنی بر داشتن مشکل بدنی می‌شود (جابری، مهرابی و مهریار، ۱۳۷۸). فرج‌نیا و همکاران نیز اختلال جنسی را به عنوان عامل احساس محرومیت و ناکامی و عدم ایمنی ذکر نموده‌اند (فرج‌نیا، حسینیان، شهیدی، صادقی، ۱۳۹۲).

پدیدارشناس‌ها بر این باورند که فرایند کلی چنین پژوهشی توسط سؤال پژوهش هدایت می‌شود؛ پس چارچوب بندی آن بخش حیاتی پژوهشی است (اوسبورن^۱، ۱۹۹۰). سؤال پژوهش براساس مسئله پژوهش که به صورت زیر ارائه شده، فرمول‌بندی می‌شود: معنا و توصیف زنان از دردی که به هنگام عمل جنسی با همسر خود تجربه می‌کنند چیست؟ از کسانی که در پژوهش با ما همکاری داشتند خواسته شد تا به سؤال زیر پاسخ دهند: "به زمان یا زمان‌هایی فکر کنید که بعد از این‌که با رضایت دو طرفه با شریکتان مشغول عمل جنسی شدید، درد یا ناراحتی را احساس کردید. لطفاً این تجربه را به طور کامل شرح دهید." سؤالات خاص‌تر شامل این موارد بود: "چه اتفاقی افتاد که باعث ناراحتی یا درد جنسی شد؟ چه وقایع خاصی منجر به تجربه‌ی این لحظات شد؟ به علاوه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشویق شدند که به سؤالات زیر هم پاسخ دهند: "تأثیر این تجربه به طور عام‌تر بر روابط و زندگی شما چه بود؟ از این تجربه چه درسی گرفتید؟ این ترتیب خاص (تجربه، پیش شرط‌ها، کنار آمدن، پیامدها) به ترتیب زمانی انتخاب شدند (مک‌کنی^۲، ۱۹۹۷). شرح تجربه‌ی زیسته‌ی احساس ناراحتی و درد در زنان حین مقاربت هدف پژوهشگرا از بسط دانش نظری و تجربی در حوزه اختلال عملکرد جنسی زنان، از راه ارائه‌ی شرح دقیق تجربه‌ی حسی نگرانی‌های جنسی زنان را مشخص

1. Osborne, J. W.

2. MacKnee, C. M.

می‌کند. پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که ساختار نهایی تجربه زنان متاهل مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسموس چیست؟

روش پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری و ارزیابی اطلاعات در مورد پدیده دیسپارونیا و واژینیسموس از روش پدیدارشناسی توصیفی روان‌شناسانه استفاده شده است. روش پدیدارشناسی توصیفی یک سیستم پنج مرحله‌ای است که مبتنی بر فلسفه پدیدارشناسی هوسرل است که توسط گیورگی^۱ (۲۰۰۹) معرفی و گسترش یافت و از آنجا که هوسرل یک فیلسوف بود، گیورگی تغییراتی را در روش او ایجاد کرد تا برای مطالعه‌ی پدیده‌های روان‌شناختی کاربردی شود. در همین راستا، او روش پنج مرحله‌ای را بنا نهاد که در عین پایبندی به اصول علمی، قائل به روش تقلیل‌گرایی در مطالعه انسان بود (گیورگی و گیورگی، ۲۰۰۳). به علاوه، این روش بیشتر از اینکه شواهد محور^۲ (راستی‌آزمایی) باشد اکتشاف محور^۳ بود؛ یعنی روش پدیدارشناسی توصیفی به جای ارائه یک پیش‌فرض و گشتن به دنبال شواهدی در اثبات آن به دنبال توصیف ساختار یک پدیده روان‌شناختی است تا بتوان آن پدیده را عمیق‌تر و با جامعیت بیشتر نسبت به سایر روش‌ها درک کرد (بروم، ۲۰۱۱).

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر زنانی هستند که دارای تجارب دیسپارونیا و واژینیسموس هستند. محیط پژوهش در مطالعه‌ی حاضر شامل مشارکت‌کنندگانی است که محل جغرافیایی زندگی آن‌ها استان خوزستان است. این نمونه‌ها از طریق فراخوان و دعوت مراجعین به مطب متخصصین زنان و زایمان و ماماها و مراکز مشاوره جهت شرکت در طرح انجام گردیده است. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر از نوع

1. Giorgi, A.
2. verification- oriented
3. discovery- oriented
4. Broome, R.

هدفمند می‌باشد. هدف از نمونه‌گیری هدفمند^۱، انتخاب نمونه‌هایی است که اطلاعاتی غنی در مورد پدیده‌ی در دست مطالعه دارند و موجب روشن شدن آن می‌شوند. معیارهای انتخاب نمونه‌ها فرصت خوبی برای انتخاب کردن مشارکت‌کنندگانی فراهم می‌کند که معیار شمولیت در نمونه را داشته باشند (استارکس و برون‌ترینداد^۲، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر معیار اصلی برای شرکت در پژوهش، داشتن تجربه دیسپارونیا و واژینیسموس است. معیارهای دیگر برای نمونه‌گیری هدفمند در این پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش و بیان تجارب خویش و داشتن سواد شناختی مناسب جهت بیان تجارب خویش و حاد بودن این تجربه در فرد بود. برای تعیین حجم نمونه از معیار اشباع^۳ استفاده شده است که بعد از ۹ مصاحبه عمیق با مشارکت‌کنندگان، زمانی که پژوهشگر استنباط کرد که داده‌های تکراری به دست می‌آید برای اطمینان جهت اشباع داده‌ها دو مصاحبه تکمیلی دیگر انجام داد که حاصل آن نیز داده‌های تکراری بودند. در این مرحله فرایند مصاحبه و جمع‌آوری داده‌ها به پایان رسید. مدت جلسات مصاحبه به طور متوسط بین ۶۰ تا ۱۰۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با رضایت کامل شرکت‌کننده‌ها ضبط و محتوای آن بلافاصله بعد از هر مصاحبه از روی نوار خط به خط پیاده و برای درک کلی محتوای گفته‌های شرکت‌کننده‌ها، چندین مرتبه خوانده شد. در پژوهش حاضر از مراحل پنجگانه پیشنهادی توسط گیورگی (۲۰۰۹) استفاده شد تا توصیف روشنی از تجارب زیسته شرکت‌کنندگان در رابطه با پدیده فداکاری به دست آید. این مراحل شامل: ۱. یادداشت برداری؛ ۲. خواندن چندباره متن مکالمات آزمودنی‌ها جهت دریافت معنای کلی؛ ۳. کشف و علامت گذاری واحدهای معنایی به دور از دخالت پیش فرض‌های محقق؛ ۴. انتقال واحدهای معنایی به عبارات روان شناختی و تغییر ضمایر به سوم شخص با کاربرد روش تغییر مبتنی بر تخیل؛

1. purposive sampling

2. Starks, H., & Brown Trinidad, S.

3. saturation

۵. ترکیب واحدهای معنایی کشف شده در قالب ساختار و کلیتی واحد (گیورگی و گیورگی، ۲۰۰۳) بودند.

برای اطمینان از صحت و دقت داده‌ها از مثلث سازی استفاده شد. مثلث سازی به معنای آزمون و تحلیل نتایج از زوایا و دیدگاه‌های مختلف است. روش کار شامل بررسی هماهنگی میان نتایج به دست آمده از منابع متعدد و داده‌ها و یا رویکردهای مختلف یا شیوه‌های متفاوت در جمع‌آوری داده‌ها و یا تیمی متشکل از چندین پژوهشگر است. در این پژوهش، پژوهشگر برای اعتباریابی از تیم متشکل از سه نفر متخصصان خانواده که سابقه کار کردن با زنان درگیر مسئله دیسپارونیا و واژینیسیموس را هم دارند، استفاده شد. در این زمینه با دعوت از متخصصان خانواده و ازدواج و با اطلاع دادن از هدف و موضوع تشکیل این گروه پس از تعیین واحدهای معنایی توسط پژوهشگر از سه نفر از متخصصان که بارها روی مسئله اختلالات جنسی کار کرده‌اند خواسته شد که هر کدام به صورت جداگانه واحدهای معنایی مصاحبه‌ها را به صورت مستقل تعیین کنند. ضریب توافق میان نتایج تحلیل داده‌های پژوهشگر و تحلیل ارزیابی کننده‌ها ۸۵ درصد شد. همچنین جهت افزایش معیار اعتبار در این پژوهش از مواردی همچون تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. مسائل اخلاقی رعایت شده در این پژوهش شامل: کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش و ضبط محتوای مصاحبه، اطمینان به محرمانه باقی ماندن اطلاعات، استفاده از اسم مستعار برای آن‌ها و همچنین حق انصراف ایشان از پژوهش در تمامی مراحل تحقیق به شرکت کنندگان بود.

ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش نیز از مصاحبه عمیق^۱ و سؤالات باز پاسخ^۲

1. in-depth
2. open-ended

استفاده شد. به این ترتیب که پژوهشگر پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان را ضبط کرده و از سؤالات پیگیرانه‌ای برای حفظ تمرکز بر جزئیات پدیده مورد نظر استفاده کرده است. مشارکت‌کنندگان به سؤالات باز پاسخ جواب می‌دهند و تشویق می‌شوند تا جزئیات بیشتر در مورد پدیده واژینیسموس و دیسپارونیا را بیان کنند.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های این پژوهش در مورد تجربه زیسته دیسپارونیا و واژینیسموس در زنان متأهل، شامل ۱۲ جزء تشکیل دهنده است که ساختار کلی نهایی این پدیده را در تجربه شرکت‌کنندگان تشکیل می‌دهد.

جزء تشکیل دهنده اول: فقدان آگاهی. یکی از ویژگی‌های مشترک بین اکثر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش فقدان آگاهی مناسب در مورد موضوعات جنسی بوده است که این موضوع می‌تواند پیش‌بینی‌بر واژینیسموس باشد. اکثر مشارکت‌کنندگان این پژوهش اشاره کرده‌اند که پیش از رابطه جنسی، پیش‌آگاهی کمی در مورد رابطه جنسی، اندام جنسی مردانه و اندام جنسی خود داشته‌اند. این موضوع موجب شده که آمادگی لازم برای رابطه جنسی را نداشته باشند و در زمان روبه‌رویی با این رابطه، دچار شگفت‌زدگی، ترس، اضطراب و وحشت‌زدگی شده‌اند و این هیجانات نیز موجب واکنش‌های فیزیولوژیکی از جمله انقباض بدن شده است. بنابراین به طور کلی آگاهی کم از جمله ویژگی‌های مشترک بین این افراد است. در ادامه به گفته‌هایی از مشارکت‌کنندگان این پژوهش در این مورد اشاره خواهد شد.

به عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره یک که پیش‌آگاهی کمی از رابطه جنسی داشت و خانواده او هم اطلاعاتی در این مورد به او نداده بودند، زمانی که وارد رابطه جنسی شد اینطور تجربه خود را بیان کرد: "فکر می‌کردم رابطه جنسی خیلی چیزپیش‌پا افتاده‌ای هست که خانواده‌ام راجع آن با من حرف نزده‌اند ولی وقتی وارد رابطه شدم خیلی وحشتناک بود خیلی احساس بدی داشتم رنج می‌دیدم و می‌خواستم فرار کنم

اصلاً فکرنمی‌کردم آلت یک مرد اینجوری باشه و شکل رابطه را نمی‌دانستم اطلاعات نداشتم برای من تصویر خیلی بدی داشت و از رابطه تمرد می‌کردم. " این عدم آگاهی و برداشت ناصحیح از ارتباط جنسی موجب وحشت زدگی و تمرد او از رابطه جنسی شد. مشارکت‌کننده شماره سوم نیز آگاهی کمی نسبت به رابطه جنسی و اندام جنسی مردانه داشت و این مسئله را این‌گونه بیان کرد: "اطلاعات و آگاهی راجع به اندام‌های جنسی نداشتم اولین بار که آلت همسرم را دیدم با تصور من خیلی فرق داشت و خیلی عجیب بود در ذهنم فکرمی‌کردم چطور ممکن است این آلت وارد بدنم شود". این تفاوت واقعیت با ذهنیت او موجب شگفت زدگی او شده بود و رابطه جنسی را غیرممکن می‌دانست.

جزء دوم: تجربه علائم فیزیکی اضطراب. تمام مشارکت‌کنندگان پژوهش به علائم فیزیکی اضطراب مانند انقباض بدن، لرزش بدن، بالا رفتن ضربان قلب و سریع و سطحی شدن تنفس اشاره کرده‌اند. این علائم به دنبال ادراک اضطراب در آن‌ها به وجود می‌آید و با وجود تلاش برای کنترل آن، نتوانستند آن را مدیریت کنند و همچنان این موضوع درد را برای آن‌ها به دنبال می‌آورد. برخی از این افراد تنها در زمان رابطه جنسی علائم فیزیکی را ندارند، بلکه حتی با فکر کردن به آن یا با پیش‌بینی احتمالی درخواست رابطه جنسی از طرف همسر نیز این علائم را تجربه می‌کنند. در ادامه به مثال‌هایی از بیانات و تجربه‌های مشارکت‌کنندگان اشاره خواهد شد.

به عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره دو که پیش‌آگاهی مناسبی در مورد رابطه جنسی نداشته در زمان رابطه جنسی ضمن ترس و وحشت زدگی، علائم فیزیکی را با شدت زیاد تجربه می‌کند. او این علائم را این‌گونه بیان می‌کند: "در اولین رابطه جنسی انقباض زیادی توی ماهیچه‌هایم و پاهایم بود درد را خیلی زیاد حس می‌کردم فکر می‌کردم الان بدنم منفجر می‌شود و پارگی شدیدی اتفاق می‌افتد رابطه جنسی هیچ لذتی نداشت." این انقباض‌هایی که ناشی از اضطراب زیاد بوده، موجب درد شدید در زمان

دخول در این افراد می‌شود. همچنین مشارکت‌کننده شماره سوم نیز که درد زیادی را در رابطه جنسی خود تجربه می‌کرد، علائم فیزیکی اضطراب خود را این‌گونه بیان می‌کند: "در اولین رابطه جنسی انقباض زیادی توی ماهیچه‌هایم و پاهایم بود درد را خیلی زیاد حس می‌کردم فکر می‌کردم الان بدنم منفجر می‌شود و پارگی شدیدی اتفاق می‌افتد رابطه جنسی هیچ لذتی نداشت".

جزء سوم: ترس. ترس یکی از علائم همراه با واژینیسموس می‌باشد. این ترس می‌تواند ناشی از عدم آگاهی، پیش‌بینی منفی، پیشگویی منفی دیگران، ترس از بازداری، خاطره درد از رابطه‌های جنسی گذشته و یا داشتن خاطره سوءاستفاده باشد که تمامی این موارد در بین مشارکت‌کنندگان دیده می‌شد. ترس از دخول و در مرحله دوم برانگیختگی عضلات در اثر اضطراب ممکن است منجر به انقباض دفاعی عضلات پیش‌واژنی و در نهایت منجر به واژینیسموس شود. در ادامه چند مثال از تجارب مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شود.

به عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره هفت که با توجه به اطلاعاتی که از دوست خود در رابطه با درد زیاد دخول دریافت کرده بود، ترس شدیدی را تجربه می‌کرد، ترس خود را این‌گونه بیان کرد: "فردای آن روز هم که می‌خواست رابطه برقرار کند خیلی اذیت بودم و می‌ترسیدم. آنقدر که خودش فهمید و کنار کشید". مشارکت‌کننده هشتم نیز ترس خود را این‌گونه بیان می‌کند: "اولین رابطه ما بعد از کلی ناراحتی و با ترس زیاد بود. روی صورتم بالش گذاشتم و دارو خورده بودم. انگار قرار بود سیخ داغ توی بدنم برود پاهایم می‌لرزید قلبم از ترس داشت می‌ایستاد همه بدنم منقبض بود واقعاً درد بدی حس کردم جوری که از دواج پشیمان بودم و آن لحظه فکر می‌کردم حالا روزهای بعد باید چکار کنم تا از این ارتباط نجات پیدا کنم".

جزء چهارم: پیش‌بینی درد. این جزء اشاره به پیش‌بینی‌های شخصی این افراد در مورد حتمی بودن درد زیاد در زمان دخول می‌باشد. این پیش‌بینی‌ها موجب می‌شود که افراد با

ترس و اضطراب زیاد وارد رابطه جنسی شوند و این ترس و اضطراب نیز به نوبه خود علائم فیزیولوژیکی را به وجود می‌آورند. انقباض عضلانی به وجود آمده نیز به نوبه خود موجب درد بیشتر این افراد در رابطه جنسی می‌شود. در ادامه به نمونه مثال‌هایی از این جزء تشکیل‌دهنده اشاره خواهد شد.

به عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره پنج در توصیف تجربه خود در مورد پیشگویی منفی اطرافیان و پیش‌بینی درد بیان کرد: "قبل از رابطه جنسی انتظار درد داشتم همه به من می‌گفتند درد است و خون و خونریزی. توی رابطه منتظر لذت نبودم منتظر درد بودم." مشارکت‌کننده شماره ششم نیز در تأیید این جزء تشکیل‌دهنده اظهار داشت: "از نوجوانی این فکر با من بود که شب عروسی درد بزرگی را تجربه می‌کنم و این اتفاق خیلی دردناک است."

جزء پنجم: احساس بی‌کفایتی و حقارت. با بررسی صحبت‌های مشارکت‌کنندگان این پژوهش مشخص شد که احساس حقارت و بی‌کفایتی نیز از دیگر اجزای این تجربه می‌باشد. حقارتی که گاهی ناشی از افکار خود فرد و مقایسه خود با دیگر افراد است و گاهی نیز به دلیل حرف‌های همسر و یا دیگر افراد است. در ادامه به مثال‌ها و اظهاراتی از مشارکت‌کنندگان اشاره خواهد شد.

به عنوان مثال مشارکت‌کننده اول بیان می‌کند: "کسانی را در ذهنم مرور می‌کردم که توانسته بودند رابطه جنسی داشته باشند و با خود می‌گفتم یعنی من از فلانی که ۱۸ سالشه و رابطه جنسی داره هم کمتر حس ناتوانی و کوچک شدن داشتم." مشارکت‌کنندگان دوم نیز بیان می‌کند: "هر بار شوهرم نزدیکی می‌کرد او را پس می‌زدم. همسرم گاهی خیلی عصبی می‌شود و از کوره در می‌رود. حتی یکبار درگیری فیزیکی پیدا کردیم و با هم بگومگو کردیم وقتی همسرم اون حرف‌ها را به من زد حس خیلی بدی پیدا کردم احساس می‌کردم به من تجاوز شده است احساس گناه می‌کنم احساس بیچارگی می‌کنم همش می‌گویم چرا من اینطوری هستم من مقصرم و خودم را با بقیه مقایسه

می‌کنم همسر نمی‌تواند تحمل کند و این مرا خیلی زجر می‌دهم در حالت نزدیکی".
جزء ششم: احساس شرم. با بررسی صحبت‌های مشارکت‌کنندگان این پژوهش مشخص شد که احساس شرم نیز دیگر مؤلفه این پژوهش می‌باشد. احساس شرمی که ناشی وجود اختلالی است که فرد نمونه آن را در اطرافیان خود کمتر می‌بیند و این احساس شرم موجب می‌شود که نتواند در مورد آن اختلال به صورت صریح با همسر خود و یا دیگران صحبت کند. همچنین این افراد از اینکه نمی‌توانند عملکرد جنسی مناسبی داشته باشند احساس شرم می‌نمایند. در ادامه به اظهارات و مثال‌هایی از تجربه مشارکت‌کنندگان اشاره خواهد شد.

مشارکت‌کننده هشتم در این مورد بیان می‌کند: "الان موقع رابطه جنسی با همسر احساس شرم و حیا می‌کنم موقع رابطه چشم‌هایم را می‌بندم و خود را جمع می‌کنم و پشت می‌کنم و به همسر حس ترس را منتقل می‌کنم و مرتب به او می‌گویم اینکار را نکن آنکار را نکن شوهرم خشن و وحشی نیست و اصلاً به اجبار نزدیک نمی‌شود." شرکت‌کننده نهم بیان می‌کند: "شرایط برایم عذاب‌آور بود همه دوروبری‌هایم بچه‌دار شده بودند خانم‌های ضعیف جثه‌ای که مسائل زندگی از من کمک می‌گرفتند و بچه داشتند و من با خود می‌گفتم چرا نمی‌توانم و خیلی غصه خوردم" مشارکت‌کننده سوم نیز بیان می‌کند: "همسر خیلی تلاش کرد ولی انجام نشد. خیلی هم مراعات مرا می‌کرد. بعد از رابطه حس بدی داشتم. احساس می‌کردم یک باری روی دوشم مانده. شرم‌منده همسر بودم."

جزء هفتم: احساس نفرت از رابطه جنسی و همسر. نفرت از رابطه جنسی و همسراز دیگر تجارب مشترک این افراد بود. احساس نفرت از رابطه جنسی عموماً به دلیل رنجی که از این رابطه متحمل می‌شوند و گاهی نیز به دلیل ناتوانی در این رابطه می‌باشد. نفرت از همسر نیز عموماً به دلیل درک نکردن این شرایط توسط همسر، خشم و خشونت همسر و همین‌طور تهمت زدن‌های او می‌باشد. در ادامه تجاربی از شرکت‌کنندگان ارائه می‌گردد. به عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره یک بیان می‌کند: "شوهرم من رو کتک می‌زد و

دوست نداشتم به من دست بزند توی رابطه ترس زیادی داشتم سعی می‌کردم حرف نزنم نفسم بند می‌اومد هر کلمه‌ای که می‌گفتم فردا به تفسیر بد از اون می‌کرد و به من برچسب می‌زد انگار موقع رابطه در یک صحنه جنایی بودم همش ترس و اضطراب و درد و تنفر زیادی حس می‌کردم الان ۶ ماهه که در خانه پدری هستم و با هم قهر هستیم. " به عنوان مثالی دیگر، مشارکت‌کننده دوم بیان می‌کند: "در دوران دانشجویی چند فیلم پورن دیدم که بعد از دیدن آن‌ها از رابطه احساس تنفر پیدا کردم و یادآوری رابطه جنسی در فیلم‌ها حالم را به هم می‌زد. " همچنین مشارکت‌کننده هفتم بیان می‌کند: "از بچگی سوء استفاده از بدنم با من توی فکر مانده است خیلی آزارم می‌دهد احساس بدی دارم و توی رابطه جنسی ام افکار منفی ام توی تداعی می‌شود و حس تنفر دارم."

جزء هشتم: احساس رنج. این مشکل احساس رنج و درد زیادی را برای این افراد به وجود می‌آورد. این رنج هم به صورت فیزیولوژیکی و هم به صورت روان‌شناختی تجربه می‌گردد. در ادامه مثال‌هایی از این تجربه در شرکت‌کنندگان ارائه می‌گردد.

به عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره یک بیان می‌کند: "فکر می‌کردم رابطه جنسی خیلی چیز پیش پا افتاده‌ای هست که خانواده‌ام راجع آن با من حرف زده‌اند ولی وقتی وارد رابطه شدم خیلی وحشتناک بود خیلی احساس بدی داشتم رنج می‌دیدم و می‌خواستم فرار کنم اصلاً فکر نمی‌کردم آلت یک مرد اینجوری باشه و شکل رابطه را نمی‌دانستم اطلاعات نداشتم برای من تصویر خیلی بدی داشت و از رابطه ترمرد می‌کردم. " همچنین مشارکت‌کننده اول بیان می‌کند: "همیشه دردها را با سختی تحمل می‌کردم تا رابطه تمام شود احساس می‌کردم رابطه جنسی داره منو خفه می‌کند و ممکنه بمیرم. " مشارکت‌کننده شماره دوم نیز در توصیف تجربه خود از فشار و رنجی که از این مسئله تحمل می‌کند و راهکارهایی که برای حل آن به کار برده است بیان می‌کند: "به من و همسرم فشار زیادی می‌آمد به پزشک مراجعه کردم و دستور استفاده از ژل دادند و درخواست کردم برای آمپول بی‌حسی تزریق کند که بتوانم رابطه را بپذیریم و بعد از انجام

اینکاریک رابطه سطحی برقرار شد ولی نزدیکی انجام نشد"

جزء نهم: احساس خشم. احساس خشم، جزئی دیگر از تجارب بیماران واژینیسموس می باشد. این افراد هم از خود و بدن خود به دلیل ناتوانی در ارتباط جنسی خشمگین هستند و هم از همسر خود که درک همدلانه ای نسبت به این موضوع ندارد. در ادامه مثال هایی در این مورد از شرکت کنندگان ارائه می گردد.

مشارکت کننده شماره پنج بیان می کند: "میل جنسی همسرم زیاد است ولی نزدیکی را دوست ندارد / اگر او را با دست ارضا نکنم به من تهمت می زند که با دیگران ارتباط دارم و احساس عصبانیت زیادی دارم." مشارکت کننده هفتم نیز بیان می کند: "موقع رابطه احساس سوزش خیلی شدید دارم. در اثر سوزش و حس بدی که پیدا میکنم عصبانی و پرخاش میکنم صورتم به هم ریخته می شود همسرم را با فشار پس می زنم و مرتب می گویم کافیه تمام کن." همچنین مشارکت کننده اول نیز اظهار داشت: "خودم را متهم می دیدم و فقط به خاطر پاسخ به درخواست شوهرم و رفع اتهام وارد رابطه شدم خیلی از این وضع عصبانی بودم حداکثر ۱ بار در ماه و همه فکرم پایان دادن رابطه و زمان خریدن در رابطه بعدی بود توی رابطه می خواستم سریعتر از این جهنم فرار کنم."

جزء دهم: احساس گناه. احساس گناه نیز از دیگر اجزای پدیداری در تجربه این افراد است. زمانی که فرد نمی تواند در رابطه جنسی عملکرد مناسبی داشته باشد و این موضوع آسیب جدی به رابطه زناشویی آن ها می زند، فرد خود را مقصر می داند و احساس گناه می کند. همچنین زمانی که فرد به همسر خود علاقه بسیاری دارد اما در ارضای نیازهای جنسی او ناتوان است نیز احساس گناه و عذاب وجدان دارد. علاوه بر این برخی از این افراد نیز به دلیل تربیت جنسی نامناسب و عقاید اشتباه عقیده دارند که رابطه جنسی گناه است. در ادامه مثال هایی در این مورد ارائه می گردد.

مشارکت کننده دوم بیان می کند: "وقتی همسرم اون حرف ها را به من زد حس خیلی بدی پیدا کردم احساس می کردم به من تجاوز شده است احساس گناه می کنم احساس

بیچارگی می‌کنم همش می‌گویم چرا من اینطوری هستم من مقصرم و خودم را با بقیه مقایسه می‌کنم همسر نمی‌تواند تحمل کند و این مرا خیلی زجر می‌دهم در حالت نزدیکی. " مشارکت‌کننده شماره دوم در جایی دیگر نیز مجدداً بیان می‌کند: " شوهرم می‌گوید تا خودت نخواهی دیگه نمی‌آیم سراغت من سردش کردم عصبی و ناراحت است احساس گناه می‌کنم. " همچنین مشارکت‌کننده ششم نیز در این مورد بیان می‌کند: " شوهرم خیلی تلاش کرد خیلی خسته شد از درد به خودم می‌پیچیدم بعد از اینکه نتوانست نزدیکی کند گفت دیگه با تو کاری ندارم عصبانی شده بود من حس می‌کنم زندگی اونو خراب کردم پشیمانم او چه گناهی کرده است. "

جزء یازدهم: کاهش صمیمیت عاطفی و جنسی. از دیگر اجزای این پژوهش، کاهش صمیمیت عاطفی و جنسی می‌باشد که یکی از پیامدهای اختلالات واژینیسموس، می‌باشد. فرد بیمار به دلیل درد زیادی که در این رابطه متحمل می‌شود به رابطه جنسی بی‌میل است و از آن اجتناب می‌کند، و این موضوع به تدریج موجب کاهش صمیمیت عاطفی نیز می‌گردد. در ادامه مثال‌هایی در این مورد ارائه می‌گردد.

به عنوان مثال مشارکت‌کننده شماره چهارم بیان می‌دارد: " از شوهرم داره بدم میاد. یکبار که به شوهرم گفتم درد دارم به من گفت مثل چوب می‌خوابی و می‌خواهی اذیت نشی و عصبانی شد از این حرفش خیلی ناراحت شدم حس کردم چقدر بی‌عاطفه است من همیشه درد را از او مخفی می‌کنم معمولاً شوهرم فکر می‌کند من هم تحریک و ارضا می‌شوم او در هفته ۶ بار رابطه می‌خواهد ولی من فقط یکبار. دیگه حوصله حرفهای جنسی او را موقع رابطه ندارم ولی به روی او نمی‌آورم می‌ترسم رابطه خانوادگی مان هم در سالهای آینده بد شود. " همچنین مشارکت‌کننده پنجم نیز بیان می‌کند: " همسرم سکس واژینال و با هیجان دوست ندارد و صرفاً رابطه جنسی برای او کاری است که باید انجام شود نه او زیاد خوشش می‌آید نه من. ماهی یکبار تا دوبار رابطه داریم معمولاً او می‌گوید سکس انجام بدهیم خیلی سریع انجام و تمام می‌شود. در همان رابطه سریع هم دست و

پاهایم سفت می‌شود و می‌خواهم زود تمام شود احساس می‌کنم شکنجه می‌شوم. از رابطه بدم می‌آید و حس بدی دارم. " مشارکت‌کننده شماره ششم نیز در این مورد بیان می‌کند: "اوایل دنبال قرص و دارویی بودم تا شهوتم را زیاد کند و دردم را کم کنم الان دیگه اصلا میل ندارم برایم رابطه جنسی مهم نیست نیازی ندارم با شوهرم مثل خواهر و برادر شدم شب‌ها کنار هم می‌خوابیم ولی لمس جنسی نداریم"

جزء دوازدهم: پشیمانی از ازدواج. واژینیسموس، درد بسیار زیادی را برای این افراد به وجود می‌آورد. اما به دلیل مهم بودن رابطه جنسی، گاهی اوقات این افراد مجبور به انجام این رابطه جنسی می‌شوند. این موضوع و همین‌طور رنج‌های دیگری که متحمل می‌شوند موجب می‌شود که از ازدواج خود پشیمان شوند و آرزوی بازگشت به دوران مجردی را داشته باشند. در ادامه مثال‌هایی در مورد پشیمانی از ازدواج ارائه می‌گردد.

مشارکت‌کننده شماره ششم بیان می‌کند: "احساس می‌کنم شوهرم از من ناامید شده اوایل می‌گفت نیاز دارم ولی دیگر ابراز نمی‌کند آخرین بار حدود یک ماه پیش اقدام کردیم که باز هم منقبض شده بود و می‌لرزیدم و قلبم تند تند می‌زد شوهرم خیلی تلاش کرد خیلی خسته شد از درد به خودم می‌پیچیدم بعد از اینکه نتوانست نزدیکی کند گفت دیگه با تو کاری ندارم عصبانی شده بود من حس می‌کنم زندگی اونو خراب کردم. از ازدواجم پشیمانم، او چه گناهی کرده است. " مشارکت‌کننده هشتم نیز بیان می‌کند: "بعد از اولین رابطه جنسی ناراحت بودم همش توی دلم می‌گذشت که اولین رابطه خیلی باید لذت داشته باشد و با شکوه است ولی به جز درد برای من چیزی نداشت و پیش خودم تکرار می‌کردم به همسرم نه بگویم و خودم را از عذاب رابطه نجات دهم. از ازدواج پشیمان بودم."

بحث و نتیجه‌گیری

ساختار کلی تجربه دیسپارونیا و واژینیسموس زنان متأهل در پژوهش حاضر شامل دوازده جزء تشکیل‌دهنده به شرح زیر است: ۱. فقدان آگاهی، ۲. تجربه علائم فیزیکی

اضطراب، ۳. ترس، ۴. پیش‌بینی درد، ۵. احساس بی‌کفایتی و حقارت، ۶. احساس شرم، ۷. احساس نفرت از رابطه جنسی و همسر، ۸. احساس رنج، ۹. احساس خشم، ۱۰. احساس گناه، ۱۱. کاهش صمیمیت عاطفی و جنسی و ۱۲. پیشیمانی از ازدواج است.

همانطور که گفته شد جزء تشکیل‌دهنده اول، فقدان آگاهی می‌باشد. غالب مشارکت‌کنندگان این پژوهش به آگاهی کم خود در رابطه با اندام جنسی خود، اندام جنسی همسر و همین‌طور چگونگی رابطه جنسی اشاره کرده‌اند که از دلایل عمده آن تربیت جنسی نامناسب خانواده به دلیل عقاید نادرست، ناتوانی و یا ناآگاهی خانواده می‌باشد. برخی از این افراد اطلاعات نادرستی را در مورد مسائل جنسی از طریق مراجعی مانند دوستان خود، اینترنت و یا خویشاوندان خانم متاهل خود دریافت کرده‌اند و با اطلاعات نادرست وارد زندگی زناشویی خود شده‌اند و برخی از این افراد نیز بدون هیچ اطلاعاتی وارد زندگی زناشویی شده‌اند. ناآگاهی و یا نداشتن اطلاعات صحیح در مورد اندام‌های جنسی و رابطه جنسی، موجب شده بود که نتوانند خود را به صورت مناسب برای رابطه جنسی آماده کنند و در زمان مواجهه با این مسئله دچار تنش روانی و جسمی زیادی شوند. بنابراین به طور کلی فقدان آگاهی را به عنوان یک جزء از تجارب این افراد می‌توان معرفی کرد.

آگاهی زوجین از نقش خود در مقابل همسرشان و شیوه صحیح رابطه جنسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بسیاری از زنان مبتلا به واژینیسموس و دیسپارونیا میزان بالایی از آگاهی نادرست و یا فقدان آگاهی در رابطه با رابطه جنسی را نشان می‌دهند. برخی از زنان اعتقاد دارند که رابطه جنسی قبیح و شیطانی است و فقط برای تولید مثل باید رابطه جنسی برقرار کنند. فقدان اطلاعات می‌تواند منجر به ترس از درد و ممانعت از مقاربت جنسی شود (سیمونلی، الیوتی، پتروکسلی و روزی^۱، ۲۰۱۴). در مورد این موضوع

1. Simonelli, C., Eleuteri, S., Petruccelli, F., & Rossi, R.

که زنان تا چه اندازه اجازه دارند در مورد مسائل جنسی اطلاعات داشته باشند در خانواده‌ها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. با توجه به اینکه یکی از بخش‌های مهم زندگی زناشویی، رابطه جنسی زوجین می‌باشد، داشتن اطلاعات کافی و به اندازه برای زوجین، پیش از ازدواج ضروری می‌باشد (سیهاسن، بیرد و بود^۱، ۲۰۱۴). عملکرد جنسی بخشی از سلامت زن محسوب می‌شود که شامل میل، برانگیختگی، ارگاسم و فرونشینی می‌باشد و ممکن است تحت تأثیر منفی هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی رفتار جنسی قرار گیرد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در پژوهش‌های پیشین نیز ریسی، فرنام و مرقاتی خویی (۱۳۹۷) به بررسی ادراک زنان ایرانی از منشاء اختلال جنسی پرداختند. از جمله مواردی که شرکت‌کنندگان پژوهش بیشترین تأکید را بر آن به عنوان یک عامل فرهنگی اجتماعی اختلال جنسی داشتند نداشتن دانش و اطلاعات جنسی و عقاید غیرعادی جنسی بود. همچنین در پژوهشی که توسط ترون^۲ (۲۰۱۰) انجام شد با تأکید بر این نکته که بیماران مبتلا به واژینیسموس دارای باورهای ناکارآمد و یا فقدان اطلاعات در مورد رابطه جنسی هستند، تلاش شد که وضعیت بیماری این بیماران بهبود داده شود. همچنین در پژوهشی که کاراگوزل، ارسلان، تیریکی^۳ (۲۰۱۶) انجام دادند نشان داده شد که سطح دانش جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس پایین‌تر از افراد بدون این بیماری است. بنابراین به طور کلی یافته این پژوهش با پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد.

جزء تشکیل‌دهنده دوم این پژوهش را علائم فیزیکی اضطراب تشکیل می‌دهد. این جزء را می‌توان در تجارب تمامی شرکت‌کنندگان مشاهده کرد. در زمان مواجهه با رابطه جنسی، آن‌ها اضطراب و تنش زیادی را تجربه می‌کنند و این اضطراب با خود علائمی مانند منقبض شدن و قفل شدن پا و لگن، تنفس سریع، لرزش بدن، بالا رفتن ضربان

1. Seehusen, D. A., Baird, D., & Bode, D. V.

2. Torun, F.

3. Karagüzel, E. Ö., Arslan, F. C., Tiryaki, A.

قلب و سرد شدن بدن به همراه دارد. اضطراب این افراد و قفل شدن ماهیچه‌های لگن باعث می‌شود که رنج و درد زیادی را تجربه کنند، به شکلی که برخی از این افراد رابطه جنسی را به یک شکنجه شبیه‌سازی می‌کردند. برخی از این افراد حتی تنها با فکر کردن به رابطه جنسی و مرور خاطرات مربوط به آن نیز دچار این علائم می‌شدند. بنابراین به طور کلی تجربه علائم فیزیکی اضطراب را به عنوان یک جزء از تجارب این افراد می‌توان معرفی کرد.

انقباض غیرارادی پاها و عضلات کیگل، رایج‌ترین علائم فیزیکی اضطراب در زنان دارای اختلال واژینیسموس می‌باشد. بدن این افراد با روبه رو شدن با موقعیت اضطراب برانگیز و بالا رفتن میزان تنش و اضطراب درونی، شروع به نشان دادن علائمی مانند منقبض شدن عضلات، تپش قلب، سرد شدن بدن، تنفس سریع می‌کند. (کاراگوزل و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهشی که شریفیان، صفاری‌نیا و علیزاده‌فرد (۱۳۹۷) به بررسی مدل ساختاری اختلال واژینیسموس براساس متغیرهای سازگاری زناشویی، خودابرازگری جنسی و اضطراب رابطه‌ی جنسی و سبک‌های تبادل اجتماعی پرداخته شد، نتایج نشان داد که با اینکه سازگاری زناشویی و اضطراب رابطه‌ی جنسی به صورت مستقیم، شدت نشانه‌های اختلال واژینیسموس را پیش‌بینی می‌کرد؛ اما اثر غیرمستقیم این مؤلفه‌ها بر شدت اختلال واژینیسموس از طریق مسیر سبک‌های تبادل اجتماعی معنی‌دار نبود؛ بنابراین اضطراب جنسی را می‌توان یکی از مؤلفه‌های مهم در پیش‌بینی اختلال واژینیسموس دانست، چرا که موجب علائم فیزیکی به مانند قفل شدن کیگل می‌شود و واژینیسموس را رقم می‌زند. کاراگوزل و همکاران (۲۰۱۶) نیز به بررسی ویژگی‌های جامعه‌شناختی، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به واژینیسموس پرداختند. از یک سو، نتایج حاکی از عدم تفاوت معنادار بین زنان مبتلا به واژینیسموس و زنان عادی از نظر ویژگی‌های جامعه‌شناختی است. از سوی دیگر، زنان مبتلا به واژینیسموس از نظر افسردگی و اضطراب به سایرین در سطح بالاتری قرار دارند. این اضطراب با علائم فیزیکی نیز

همراه می‌باشد. به علاوه، سطح دانش جنسی در این زنان پایین‌تر از سایرین است. بنابراین به طور کلی نتیجه این پژوهش با پژوهشهای پیشین همخوان می‌باشد. جزء تشکیل‌دهنده سوم این پژوهش نیز ترس می‌باشد. تجربه ترس از دیگر تجربه‌های مشترک شرکت‌کنندگان این پژوهش بود. ترسی که در مورد رابطه جنسی داشتند عموماً ناشی از پیش‌بینی درد و یا داشتن یک تجربه دردناک بود. فقدان آگاهی لازم در مورد رابطه جنسی، باورهای غلط و همین‌طور تربیت جنسی نامناسب نیز از دیگر دلایل ایجاد ترس از رابطه جنسی در این افراد بود. همچنین نوع دیگری از ترس نیز در این افراد وجود داشت که ترس از کاهش میزان صمیمیت زناشویی بود. بنابراین یکی دیگر از اجزاء تجارب این افراد را می‌توان ترس نام برد.

واژینیسموس غالباً با ترس، اجتناب، هراس، تجربه درد به همراه انقباض غیرارادی عضلات لگن همراه است. ترس از درد و رفتارهای اجتنابی در بین زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسموس (بیشتر در زنان مبتلا به واژینیسموس) ثبت شده است که دارای نگرش یا عقاید جنسی منفی و عدم آگاهی جنسی هستند (ریسینگ، بینک، خلیف، کوهن و امسل^۱، ۲۰۰۳). برخی پژوهشگران بیان می‌کنند که ترس از درد علت واژینیسموس نیست، بلکه نشانه آن است اما دیگر پژوهشها ارتباط علت و معلولی بین ترس از درد و واژینیسموس را نشان داده‌اند. ۷۴ درصد زنان مبتلا به این اختلال ترس از درد را گزارش کردند و دلیل آن را تجربیات دوران کودکی، تروماهای جسمی و جنسی دوران کودکی مانند وجود یک پدر خشن عنوان کردند (جنگ^۲، ۲۰۰۴). در پژوهشهای پیشین نیز فادول، گارکیا، زاپاتا-بولودا، اراندا-پاستور، بروتو، پارون-کارنو همکاران^۳ (۲۰۱۹) در پژوهشی با هدف شناسایی عوامل روانی-اجتماعی مؤثر در بروز واژینیسموس نشان دادند که ۲۹/۶ درصد از زنان ترس از دست دادن کنترل در حین مقاربت، ترس از درد و یا ترس

1. Reissing, E. D., Binik, Y. M., KHALIF, S., Cohen, D., & Amsel, R.

2. Jeng, C. J.

3. Fadul, R., Garcia, R., Zapata-Boluda, R., Aranda-Pastor, C., Brotto, L., Parron-Carreño, T., & et al

از آسیب جسمی (پارگی) داشتند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد زنان در صورت بروز ترس از درد، آسیب، خونریزی با احتمال بیشتری مبتلا به واژینیسموس خواهند شد. بنابراین یافته پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین همخوان می‌باشد.

جزء تشکیل دهنده چهارم این پژوهش نیز پیش‌بینی درد می‌باشد. این جزء را می‌توان جزء چهارم تجارب این افراد دانست. پیش‌بینی‌هایی که موجب ترس و اضطراب زیاد در این افراد می‌شده است. این پیش‌بینی‌ها عموماً از محافل زنانه، خانواده، دوستان و اینترنت دریافت می‌شده و برخی از این افراد رابطه جنسی، خصوصاً اولین رابطه را تماماً درد و خونریزی می‌دانستند و انتظار هیچ لذتی را نداشتند. به سبب این پیش‌بینی‌ها و ترس ایجاد شده، برخی از افراد تا جایی که امکان داشته رابطه جنسی را به تأخیر انداختند و نسبت به آن بی‌میل بودند.

بورگ، پیترز، اسکواترودی‌اجونگ^۱ (۲۰۱۲) بیان می‌کنند که سطح بالایی از شناخت‌های فاجعه‌سازی و پیش‌بینی درد در بین زنان مبتلا به واژینیسموس گزارش شده است. به طور کلی دریافت اطلاعات منفی درباره‌ی رابطه‌ی جنسی و داشتن مشکلات با شوهر می‌توانند به ایجاد این اختلال کمک کنند. باسون (۲۰۰۵) دریافت اکثریت زنان در طول مطالعات خود در مورد مسائل جنسی نگرش منفی خود را نسبت به فعالیت‌های جنسی و خصوصاً تا قبل از ازدواج حفظ می‌کنند (جنگ، ۲۰۰۴).

جزء پنجم تجربه مشترک این افراد را می‌توان احساس بی‌کفایتی و حقارت دانست. احساسی که عموماً ناشی از عملکرد نامناسب فرد در رابطه جنسی است. فرد خود را به صورت مداوم با دیگران مقایسه می‌کند و از اینکه اطرافیان خود را بدون مشکل در این زمینه می‌بیند، احساس حقارت و بی‌کفایتی می‌کند. از دیگر منابع ایجاد احساس حقارت را می‌توان صحبت‌ها و اتهامات همسر و همین‌طور صحبت‌های دیگران در این رابطه دانست. این حس بی‌کفایتی در برخی از افراد موجب دوری از همسر و بی‌میلی

1. Borg, C., Peters, M. L., Schultz, W. W., & de Jong, P. J.

نسبت به رابطه جنسی شده است.

زنان دارای اختلال واژینیسموس در زندگی شخصی و زندگی زناشویی خود دچار ضعف در اعتماد به نفس و احساس ناشایستگی می‌شوند. آن‌ها خود را دچار مشکل می‌دانند و عقیده دارند که چون در اجرای یک بخش ساده از زندگی زناشویی خود ناتوانند و دیگران به راحتی از پس این کار برمی‌آیند، پس از دیگران ضعیف‌تر می‌باشند. پژوهش روزنباوم^۱ (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که در این افراد خودقضاوتی بالایی وجود دارد که می‌تواند موجب کاهش اعتماد به نفس در او شود. سوترلند^۲ (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی کیفی با عنوان تجربه‌ی احساس ناراحتی و درد در حین مقاربت زنان دگرجنس‌گرا انجام داد نشان داد که یکی از احساس‌های موجود در این افراد، احساس بی‌کفایتی می‌باشد.

جزء ششم تجربه مشارکت‌کنندگان، احساس شرم می‌باشد. برخی از این افراد به دلیل ناتوانی در ارضای نیازهای همسر در مقابل او احساس شرم می‌کنند و صحبت‌های همسر میزان این شرم را بیشتر می‌کند. همین‌طور مقایسه کردن رابطه جنسی خود با دیگران و مطلع شدن دیگران از مشکل او در رابطه جنسی نیز موجب ایجاد احساس شرم در او در مقابل دیگران می‌شده است. همچنین این احساس شرم در برخی موارد به صورت خجالت کشیدن نیز نمود پیدا می‌کند.

اهمیت بالای رابطه جنسی در زندگی زناشویی باعث می‌شود افراد از اینکه در مورد مشکلات جنسی خود با دیگران صحبت کنند و آن را مستقیماً ابراز کنند، احساس شرم نموده و مشکلات جنسی خود را در قالب اضطراب، خشم، افسردگی و کابوس دیدن نمایان سازند. این مسئله در مواردی حتی در مورد رجوع به پزشکان و متخصصان نیز صدق می‌کند (ترکوبیل و ریسینگ^۳، ۲۰۱۴). این شرم از داشتن اختلال در برخی موارد موجب دوری از همسر، بی‌میلی به رابطه جنسی و ضعف در اعتماد به نفس فرد نیز

1. Rosenbaum, T. Y.

2. Sutherland, O.

3. ter Kuile, M. M., & Reissing, E. D.

می‌شود (سیهاسن و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین زنان مبتلا به واژینیسیموس شرم زیادی را نسبت به نسبت به اندام جنسی خود تجربه می‌کنند. این احساسات عموماً ناشی از تربیت جنسی نادرست والدین آن‌ها و عدم اطلاعات کافی و یا ارائه اطلاعات نادرست از جانب والدین در مورد موضوعات جنسی می‌باشد (ریسینگ، ۲۰۰۹). در ادبیات پژوهش نیز مطالعه بورگ، دی جونگ و اسپواتز (۲۰۱۱) نشان داده شد که احساس شرم و احساس گناه از مؤلفه‌هایی است که می‌توان در افراد دارای اختلال واژینیسیموس یافت. سوترلند (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی کیفی با عنوان تجربه‌ی احساس ناراحتی و درد در حین مقاربت زنان دگرجنس‌گرا انجام داد نشان داد که یکی از احساس‌های موجود در این افراد، احساس شرم می‌باشد..

تنفر را می‌توان جزء هفتم تجربه مشارکت‌کنندگان دانست. تنفری که هم متوجه رابطه جنسی و هم متوجه همسر می‌شود. عموماً دلیل اصلی این نفرت، درد زیادی است که از این رابطه می‌برند و از آن متنفر هستند. مشارکت‌کنندگان که تجربه درد زیادی از رابطه جنسی داشتند و لذتی از آن نمی‌بردند، یک حس تنفر نسبت به این رابطه پیدا کرده بودند و سعی در دوری از آن داشتند. از دلایل دیگر نفرت از رابطه جنسی را می‌توان باورهای غلط و اطلاعات نادرست، پیش‌بینی درد و تربیت جنسی ناصحیح دانست. همچنین نفرت از همسر نیز عموماً به دلیل عدم درک همدلانه او نسبت به مشکل همسر و همین‌طور تهمت‌ها و رفتارهای نامناسب جنسی او می‌باشد.

وان‌لاکوند، گرانوت، شولتز، بینیک، و سلمان، پوکال و همکاران^۱ (۲۰۱۰) بیان می‌کنند که صحبت کردن با زنانی که این درد را تجربه می‌کنند نیاز به توجه ویژه‌ای به حساسیت موضوع دارد و نگرش همدلانه‌ای به واقعیت بیولوژیک این درد را می‌طلبد. همسرانی که نتوانند به صورت همدلانه با این موضوع برخورد کنند، می‌توانند موجب ایجاد احساس

1. Van Lankveld, J. J., Granot, M., Schultz, W. C. W., Binik, Y. M., Wesselmann, U., Pukall, C. F., & et al

نفرت و خشم در زن دارای اختلال نسبت به خود و رابطه جنسی شوند. زنان دارای اختلال واژینیسموس رنج زیادی در ارتباط جنسی تحمل می‌کنند و این رنج به مراتب بیش از میزان لذتی است که از این رابطه می‌برند. بنابراین در اغلب مواقع مایل به رابطه جنسی نیستند و از این نوع رابطه تنفر دارند و ترجیح می‌دهند که آن را از زندگی زناشویی خود حذف کنند. همسرانی که بی توجه به این مسئله، آن‌ها را اجبار به رابطه جنسی می‌کنند، تنفر همسر نسبت به خود را افزایش می‌دهند (پاسیک^۱، ۲۰۱۴). پژوهش کاراگوزل و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که تنفر از خود و تنفر از همسر، یک پدیده رایج در بین مشارکت‌کنندگان می‌باشد. سوترلند (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی کیفی با عنوان تجربه‌ی احساس ناراحتی و درد در حین مقاربت زنان دگرجنس‌گرا انجام داد نشان داد که یکی از احساس‌های موجود در این افراد، احساس تنفر می‌باشد.

احساس رنج، جزء هشتم تجربه مشارکت‌کنندگان می‌باشد. این احساس رنج عموماً به دلیل درد بسیار زیادی است که در این رابطه تجربه می‌کنند به شکلی که برخی از این افراد این رابطه را به یک جهنم شبیه‌سازی می‌کنند. البته رنج روان‌شناختی نیز در این افراد وجود دارد. رنج‌هایی که به دلیل تهمت‌های همسر و اطرافیان ایجاد شده است. مشارکت‌کنندگان، تجربه رابطه جنسی را یک تجربه عذاب‌آور می‌دانند.

درد اساس بیولوژیکی دارد و زمانی که سیگنال هشداردهنده از آسیب قریب‌الوقوع یا آسیب به بافت‌های بدن صادر شود "دردناک" نام می‌گیرد. هنگامی که درد خودبه‌خودی و در اعصاب مرکزی تولید می‌شود به آن درد نوروپاتی می‌گویند. در مجموع تجربه درد ادراکی پیچیده است که شامل معنای روان‌شناختی و رابطه‌ای است که ممکن است مزمن یا حاد باشد و مزمن بودن درد بر اهمیت آن می‌افزاید (وینستی و گرازیوتین^۲، ۲۰۰۴؛ گرازیوتین، ۲۰۰۶). زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسموس درد و رنج

1. Pacik, P. T.

2. Vincenti, E., & Graziottin, A.

زیادی را در روابط جنسی خود تجربه می‌کنند (پاسیک، ۲۰۱۴) و به دلیل این رنجش زیاد می‌آموزند که از بسیاری از محرک‌های برانگیخته کننده جنسی اجتناب کنند و در صورت عدم امکان اجتناب از آن‌ها نیز به دلیل وجود یک ذهنیت منفی ناشی از پیش‌بینی پیامد دردناک مجدد، بعید است که فرد را برانگیخته کند. آن‌ها از روابط جنسی اجتناب می‌کنند و در مواردی که اجبار به اینکار دارند فرد احساس می‌کند مورد سوء استفاده قرار گرفته است. ناراحتی، رنجش، خشم و غم جای صمیمیت و نزدیکی بین زوج را می‌گیرد (سادوونیک، اسمیت، هوئی، و براتو، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این درد و رنج در تمامی زن‌های دارای واژینیس‌موس وجود دارد و برای برخی مادام‌العمر ادامه می‌یابد (ترکوویل و ریسینگ، ۲۰۱۴).

جزء نهم مشترک تجارب مشارکت‌کنندگان، احساس خشم می‌باشد. احساس خشمی که هم نسبت به خود و هم نسبت به همسر می‌باشد. مشارکت‌کنندگان که خود را در رابطه جنسی ناکارآمد می‌بینند و همین‌طور نمی‌توانند نیاز جنسی خود و همسر خود را برآورده کنند از خود خشمگین می‌شوند. همچنین صحبت‌ها و تهمت‌های همسر، عدم درک همسر و شیوه نامناسب رابطه جنسی نیز موجب خشم فرد نسبت به همسر خود شده است.

زنان دارای مقاربت دردناک آموخته‌اند که از بسیاری از محرک‌های جنسی پرهیز نمایند و به دلیل تفکر وابسته با پیامد دردناک مورد انتظار، برانگیختگی در آن‌ها اتفاق نمی‌افتد. به خاطر تکرار احساس آسیب‌دیدن، مورد استفاده قرار گرفتن و حتی مورد سوء استفاده قرار گرفتن، صمیمیت هیجانی زوج در این رابطه لطمه می‌بیند. سردرگمی، نفرت، خشم و غم جای احساسات نزدیکی را می‌گیرد (باسون، ۲۰۰۲). با توجه به وجود این عقیده در برخی از این افراد که "ترس یا خشم باید سرکوب شود، بیان آن از طرف زن برای مرد قابل تحمل نیست و باز بودن از نظر هیجانی و فیزیکی امن نیست"، روز به روز

این خشم موجب فرسوده تر شدن زن و همین طوری میل شدن او نسبت به رابطه جنسی می شود (جنگ، ۲۰۰۴). سوترلند (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی کیفی با عنوان تجربه‌ی احساس ناراحتی و درد در حین مقاربت زنان دگرجنس‌گرا انجام داد نشان داد که یکی از احساس‌های موجود در این افراد، احساس خشم می‌باشد..

جزء دهم تجربه شرکت‌کنندگان، احساس گناه می‌باشد. احساس گناه و عذاب وجدانی که ناشی از این است که شخص نتوانسته نیازهای جنسی خود و به خصوص همسر را برآورده کند. صحبت‌های همسر، مقایسه خود با دیگران و عدم درک و تحمل همسر نیز موجب تشدید این احساس گناه می‌گردد.

یکی از منابع مهم ترس و اجتناب فرد دارای واژینیسموس از رابطه جنسی، احساس گناه است. احساس گناه در نتیجه ناکارایی جنسی فرد و ناتوانی در ارضای نیازهای همسر خود به وجود می‌آید (پاسیک و جلتا، ۲۰۱۷). افراد دارای احساس گناه در نوبت اول تمام تلاش خود را برای حل این مسئله می‌کنند، حتی اگر به بهای درد کشیدن بسیار باشد اما در ادامه با ادامه یافتن رنج، از ادامه اینکار منصرف می‌شوند و از رابطه جنسی تا حد ممکن اجتناب می‌کنند. در برخی از موارد این نوع اختلال موجب کاهش صمیمیت عاطفی و زناشویی زوجی این افراد می‌شود و این افراد خود را مقصر این مسئله می‌دانند و احساس گناه می‌کنند (کارین^۲، ۲۰۱۴). همچنین این احساس گناه به دلایل دیگری نیز می‌تواند وجود داشته باشد. یکی از این دلایل باورهای غلطی به مانند اینکه داشتن میل جنسی گناه است می‌باشد. این نوع احساس گناه می‌تواند از عوامل ایجاد واژینیسموس نیز به شمار آید (ریسینگ، ۲۰۰۹). در بین پژوهش‌های پیشین نیز وارد و اودگن^۳ (۱۹۹۴) نشان داده‌اند که اکثر زنان دارای اختلال واژینیسموس دارای احساس گناه می‌باشند. همچنین گوردون، پانادین-جاندا، مک‌کومب، ملگاری و شارپ^۴ (۲۰۰۳)

1. Geletta, S.

2. Karin, S.

3. Ward, E., & Ogden, J.

4. Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S.

نیز نشان دادند که زنان دارای درد مقاربتی علی‌رغم تجربه درد زیاد، به دلیل احساس گناه و ترس از دست رفتن زندگی زناشویی، به رابطه جنسی خود ادامه می‌دهند. سوترلند (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی کیفی با عنوان تجربه‌ی احساس ناراحتی و درد در حین مقاربت زنان دگرجنس‌گرا انجام داد نشان داد که یکی از احساس‌های موجود در این افراد، احساس گناه می‌باشد.

کاهش صمیمیت عاطفی و جنسی نیز از جزء یازدهم تجارب مشترک این افراد می‌باشد. یکی از دلایل اصلی این اتفاق را می‌توان نقص رابطه جنسی این افراد دانست. ناکارآمدی فرد در رابطه جنسی گاهی موجب اتهام زدن همسر به فرد، عصبانیت و ناامیدی او نسبت به فرد می‌شود و این موضوعات موجب کاهش بیشتر دوطرفه صمیمیت عاطفی و جنسی می‌شود به شکلی که حتی یکی از شرکت‌کنندگان اذعان کرد که رابطه او با همسرش به مانند دو خواهر و برادر هست و هیچ میل جنسی به یکدیگر ندارند.

زنان برخوردار از سلامت جسمی، روانی و عاطفی پایه‌های مستحکم یک زندگی سالم و توأم با سعادت هستند. روابط زناشویی به عنوان بخشی از یک رابطه جسمی-عاطفی نقش بسزایی در تحکیم پیوندهای خانوادگی ایفا می‌کند (باسون، ۲۰۰۴، به نقل از بای، ۱۳۹۲). زنان هنگام آغاز فعالیت جنسی علاوه بر اهداف جنسی در پی دستیابی به اهداف غیرجنسی هستند مثل عشق، مهربانی و صمیمیت (باسون، ۲۰۰۱). بسیاری از عوامل روان‌شناختی بر پردازش اطلاعات جنسی در لیمبیک تأثیر منفی می‌گذرانند از جمله، محرک‌های غیرجنسی، تجارب منفی یا دردناک گذشته، احساس نابسندگی جنسی زن، ترس از ناباروری، ترس از بارداری، بارداری، بیماری‌های مقاربتی، ترس از عدم امنیت هیجانی و جسمی و تجربه سوء استفاده در گذشته. (باسون، ۲۰۰۳). در زنان با اختلال دیسپارونیا با وجود اینکه میل و برانگیختگی ممکن است وجود داشته باشد اما اگر نتیجه پیامد آن منفی باشد چرخه با شکست مواجه می‌شود و صمیمیت با شریک

جنسی تقویت نمی‌شود. برای مثال دخالت عواملی مثل دیسپارونیا، اختلال عملکرد جنسی شریک جنسی و یا تأثیر داروها می‌تواند موجب شکست در چرخه‌ی جنسی شود (باسون، ۲۰۰۲). مدل چرخه‌ی پاسخ جنسی زنان باسون (۲۰۰۲) این امکان را فراهم می‌کند که پیامدهای دیسپارونیا را تشخیص دهیم. زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسموس می‌آموزند که از بسیاری از محرک‌های جنسی اجتناب کنند و محرک‌های باقیمانده نیز به علت ایجاد ذهنیت ناشی از پیش‌بینی پیامد دردناک بعید است که فرد را برانگیخته کند. در نتیجه صمیمیت هیجانی زوج به دلیل تکرار این اتفاق دچار آسیب می‌شود و در مواردی فرد احساس می‌کند مورد سوء استفاده قرار گرفته است. ناراحتی، رنجش، خشم و غم جای صمیمیت و نزدیکی بین زوج را می‌گیرد.

در پیشینه پژوهش نیز علیزاده‌ئیگی‌کنند (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان بررسی شیوع و عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس و دیسپارونیا، نشان داد که صمیمیت کم با همسرو رضایت کم از زندگی جنسی نیز احتمال ابتلا به واژینیسموس و دیسپارونیا را افزایش می‌دهد و این کاهش صمیمیت از عوامل شایع در این افراد است. پژوهشها نشان داده است که واژینیسموس موجب استفاده بیشتر از دلبستگی اجتنابی می‌شود. سختی کشیدن در یک رابطه نزدیک ممکن است مکانیسم دفاعی را فعال کند که با اجتناب از روابط صمیمی به دلیل درد هنگام مقاربت بیان شود. بنابراین، این روند به یک چرخه معیوب تبدیل می‌شود (اوزکن، البوزان کورکوکو، کارلیداگ، اونال، آکتان مولتو و همکاران، ۲۰۱۵).

پشیمانی از ازدواج نیز جزء دوازدهم تجارب این شرکت‌کنندگان بود. مشارکت‌کنندگان به دلیل رنج، درد و هیجانات منفی بسیاری به مانند، خشم و نفرت و همین‌طور احساس حقارتی که در زندگی زناشویی خود تجربه می‌کردند، از ازدواج خود احساس پشیمانی می‌کردند و آرزوی بازگشت به زمان قبل از ازدواج را داشتند.

واژینیسوموس یک اختلال عملکرد جنسی است که ۱ تا ۶ درصد از زنان در زندگی جنسی فعال را تحت تأثیر قرار می‌دهد (موریرا^۱، ۲۰۱۳). این موضوع اغلب منجر به زوال زندگی زناشویی می‌شود و می‌تواند به طلاق منجر شود (میری، سمائوی، بواسیدا، چابچوب، مسمودی، هاجسلیمن^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

در مجموع، این تحقیق با هدف به دست آوردن اطلاعات و آگاهی از تجربه زیسته زنان مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسوموس، در زنان دارای این اختلال صورت گرفته است. این پژوهش برای پاسخگویی به این سؤال انجام گرفت که چگونه زنان دارای تجربه‌ی دیسپارونیا و واژینیسوموس تجربه خود از این اختلال را توصیف، تفسیر و معنا می‌کنند و ساختار نهایی این تجربه چگونه است؟

برای بررسی تجربه زیسته، ۹ زن را که تجربه دیسپارونیا و واژینیسوموس را داشتند به صورت هدفمند انتخاب شدند. این تحقیق یک مطالعه کیفی بوده است که از روش پدیدارشناسی توصیفی روان‌شناسانه استفاده کرده که به وسیله گیورگی و گیورگی (۲۰۰۳) ارائه شده است. با استفاده از مصاحبه نیمه عمیق تلاش شد تا فهم مشارکت‌کنندگان پژوهش از تجربه دیسپارونیا و واژینیسوموس گردآوری شود. روش پدیدارشناسی پژوهشگر را قادر می‌سازد که بینش‌هایی در مورد تجربه هریک از مشارکت‌کنندگان به وسیله مشخص کردن واحدهای معنایی و تلفیق کردن تجربه شخصی آن‌ها در ساختار کلی کسب کند و با مشخص کردن جزء تشکیل‌دهنده‌های ضروری معنای تجربه دیسپارونیا و واژینیسوموس را مشخص کند.

ساختار نهایی و کلی تجربه دیسپارونیا و واژینیسوموس در تحقیق فعلی شامل ۱۲ جزء تشکیل‌دهنده به شرح زیر می‌باشد:

فقدان آگاهی، تجربه علائم فیزیکی اضطراب، ترس، پیش‌بینی درد، احساس

1. Moreira, R. L. B. D.

2. Mhiri, M. N., Smaoui, W., Bouassida, M., Chabchoub, K., Masmoudi, J., Hadjslimen, M. & et al

بی کفایتی و حقارت، احساس شرم، احساس نفرت از رابطه جنسی و همسر، احساس رنج، احساس خشم، احساس گناه، کاهش صمیمیت عاطفی و جنسی و پشیمانی از ازدواج.

تحقیق فعلی نشان داده است که تجربه‌ی دیسپارونیا و واژینیسموس در بافت زندگی زناشویی چگونه تجربه می‌شود. هرچند تحقیق مستقلی به بررسی تجربه زیسته دیسپارونیا و واژینیسموس صورت نگرفته است اما می‌توان در زمینه تجربه زیسته افراد مبتلا به دیسپارونیا و واژینیسموس به این اختلال در ابعاد فردی و زوجی از برخی یافته‌های کمی و کیفی به نوعی به عنوان پیشینه پژوهشی نام برد. پژوهش‌های مرتبط با نتایج پژوهش حاضر شامل علیزاده‌ئیگی‌کنند (۱۳۹۶)، ریسی و همکاران (۱۳۹۷)، شریفیان و همکاران (۱۳۹۷)، رجایی و عشقی (۱۳۹۶)، رستمی، رامش و همت‌پلند (۱۳۹۵)، علیخانی و همکاران (۱۳۹۳)، فادول و همکاران (۲۰۱۹)، گیتاسوهیندا و همکاران (۲۰۱۸)، الشیخ^۱ (۲۰۱۸)، مک‌کول-مایر، تورپچ، زولک، نوتل و افلباچر^۲ (۲۰۱۸)، لی، چن، چیوو^۳ (۲۰۱۵)، فلانگان، هرون، او دریسکول و یلیامز^۴ (۲۰۱۵)، روزنهام (۲۰۱۳)، جانستون^۵ (۲۰۱۳)، سوترلند (۲۰۱۲)، لوفریسکو^۶ (۲۰۱۱)، ترون^۷ (۲۰۱۰)، وان‌الانکولد و همکاران (۲۰۰۶) و میروسی و هیگ^۸ (۲۰۰۶) می‌باشد. به طور مثال سوترلند (۲۰۱۲) در پژوهش خود به اجزاء اضطراب و علائم فیزیکی مربوطه، احساس گناه، احساس شرم، احساس بی کفایتی، احساس ترس، احساس خشم، احساس نفرت و بی میلی نسبت به رابطه جنسی اشاره کرده است.

پیشنهاد می‌شود نتایج پژوهش حاضر و توجه به تجربه‌ی زیسته‌ی افراد در روند

1. Elsheikh, A. H. M.
2. McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C.
3. Lee, M. H., Chen, W. C., Chiu, C. D., & Wu, H. C.
4. Flanagan, E., Herron, K. A., O'Driscoll, C., & Williams, A. C. D. C.
5. Johnston, S. L.
6. LoFrisco, B. M.
7. Torun, F.
8. Morrissey, G., & Higgs, J.

مشاوره و درمان اختلالات جنسی زنان که می‌تواند موجب تسریع و بهبود فرایند درمان شود، توسط متخصصین، مورد استفاده قرار گیرد. همچنین با توجه به نتایج و اجزاء اصلی به دست آمده در ساختار کلی این مطالعه، توجه به آموزش‌های لازم به زوج‌های جوان و به خصوص دختران جوان در راستای ارتقاء آگاهی‌های جنسی و ایجاد آمادگی مورد نیاز می‌تواند در پیشگیری از بروز اختلالات یاد شده و تصمیم‌گیری صحیح افراد جهت ورود به فرایند درمان مؤثر واقع شود.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم ابراز بیان جنبه‌هایی از تجارب زنان مشارکت‌کننده به دلیل حساس بودن افراد به ابراز مشکلات جنسی اشاره کرد با وجود این مطلب، ممکن است در این پژوهش جنسیت پژوهشگر کمک کرده باشد تا زنان مبتلا به درد جنسی با راحتی بیشتری به توصیف تجارب خود بپردازند. همچنین نمونه‌ی این مطالعه به وسیله‌ی نمونه‌گیری هدفمند که در بافت فرهنگی و اقلیمی استان خوزستان سکونت داشته‌اند انتخاب شده و لذا تعمیم نتایج به سایر فرهنگ‌ها و مناطق باید با احتیاط صورت گیرد.

منابع

- اسپنس، اس. (۱۹۹۱). *درمان اختلالات جنسی*. ترجمه‌ی محمد دهگانی، مسعود محمدی، حسن توننده‌جانی، جهان‌شیر توکلی‌زاده (۱۳۸۹). تهران: نشر بیک فرهنگ.
- امان‌الهی، ع؛ جزینی، ش و رجیبی، غ. (۱۳۹۵). پیش‌بینی بدکارکردی جنسی بر اساس باورهای جنسی در دانشجویان زن متأهل شهر اهواز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵ (۱)، ۱۲-۶.
- امان‌الهی، ع؛ رفاهی، ن و رجیبی، غ. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اختلال کارکرد جنسی بر اساس عزت نفس جنسی و صمیمیت با همسر در دانشجویان زن با و بدون اختلال کارکرد جنسی. *مجله روان‌پرستاری*، ۵ (۵)، ۲۵-۱۸.
- بای، ف. (۱۳۹۲). *مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی التقاطی دلبستگی-پردازش شناختی با زوج‌درمانی شناختی بر سیر فرایندهای روان‌شناختی جنسی، عملکرد جنسی زنان و رضایت جنسی همسران شان در شهر اصفهان*. رساله دکتری مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.
- جابری، پ؛ مهرابی، ف؛ مهریار، ا. (۱۳۷۸). شیوه‌های شناختی رفتاری در درمان زنان مبتلا به فوبیای جنسی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۵ (۱)، ۷۹-۹۲.

- رجایی، ف؛ عشقی، ر. (۱۳۹۶). تأثیر هیپنودرمانی شناختی - رفتاری بر بهبود اضطراب و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۴)، ۵۵-۶۹.
- رستمی، ز؛ رامش، س؛ همت‌بلند، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی ترکیب درمان شناختی رفتاری و بیوفیدبک در درمان مبتلایان به واژینیسموس: یک مطالعه پایلوت. *مجله سلامت جامعه*، ۱۰ (۱)، ۷۲-۷۷.
- ریسی، ف؛ فرنام، ف؛ مرقاتی خوبی، ع. (۱۳۹۷). ادراک زنان ایرانی از منشاء اختلالات جنسی: مطالعه کیفی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۷ (۱)، ۲۱-۳۱.
- سادوک، ب؛ سادوک، و؛ روثیز، پ. (۲۰۱۵). *خلاصه‌ی روان‌پزشکی کاپلان و سادوک، ویراست یازدهم براساس DSM-5*. ترجمه‌ی مهدی گنجی (۱۳۹۴). تهران: نشر ساوالان.
- شریفیان، م؛ صفاری‌نیا، م؛ علیزاده‌فرد، س. (۱۳۹۷). بررسی مدل ساختاری اختلال واژینیسموس براساس متغیرهای سازگاری زناشویی، خودابرازگری جنسی و اضطراب رابطه‌ی جنسی و سبک‌های تبادل اجتماعی. *فصلنامه‌ی پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۱۲ (۴)، ۴۸-۶۵.
- عشقی، ز؛ بهرامی، ف؛ فاتحی‌زاده، م؛ کشاورز، ا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری شناختی جنسی زوجین بر بهبود میل کم‌کار زنان در شهر اصفهان. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۴ (۵۳)، ۱۱۱-۱۳۰.
- علیخانی، م؛ اسکندری، ح. (۱۳۹۳). نظریه‌پردازی و کشف الگوی فرایند مقابله با اختلالات جنسی آسیب‌زای منجر به اختلالات زناشویی. *مجله علمی-پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱ (۶)، ۱-۱۲.
- علیزاده‌نیگی‌کند، ا. (۱۳۹۶). *بررسی شیوع و عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس و دیسپارونیا، زنان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب دانشگاه علوم پزشکی تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- فرج‌نیا، س؛ حسینیان، س؛ شهیدی، ش؛ صادقی، م. (۱۳۹۲). نقش پیش‌بینی‌کنندگی عملکرد جنسی و کیفیت ارتباط بر تعهد زناشویی زوج‌ها. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*، ۱۲ (۴۸)، ۱۲۲-۱۴۲.
- قیصری، س و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۷). پیش‌بینی ارتباط جنسی بر اساس سبک دلبستگی و خودتمایز یافتگی دانشجویان زن متأهل. *مجله پژوهش‌های مشاوره*، ۶۷، ۶۰-۴۱.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

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), 458-470.

Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of sex & marital therapy*, 27 (5), 395-403.

Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too

- narrow?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28 (4), 289-300.
- Basson, R. (2003). Biopsychosocial models of women's sexual response: applications to management of 'desire disorders'. *Sexual and Relationship Therapy*, 18 (1), 107-115.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Cmaj*, 172 (10), 1327-1333.
- Beck, J. G. (1995). Hypoactive sexual desire disorder: An overview. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63 (6), 919-926.
- Bergeron, S., Rosen, N. O., & Morin, M. (2011). Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain*, 152 (6), 1223-1225.
- Borg, C., de Jong, P. J., & Schultz, W. W. (2011). Vaginismus and dyspareunia: Relationship with general and sex-related moral standards. *The journal of sexual medicine*, 8 (1), 223-231.
- Borg, C., Peters, M. L., Schultz, W. W., & de Jong, P. J. (2012). Vaginismus: Heightened harm avoidance and pain catastrophizing cognitions. *The journal of sexual medicine*, 9 (2), 558-567.
- Broome, R. (2011). *Descriptive phenomenological psychological method: An example of a methodology section from doctoral dissertation*. Selected Works, Utah Valley University.
- Clayton, A. H. (2010). The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 110 (1), 7-11.
- Dewitte, M., Van Lankveld, J., & Crombez, G. (2011). Understanding sexual pain: A cognitive-motivational account. *Pain*, 152 (2), 251-253.
- Elsheikh, A. H. M. (2018). Botox injection for treatment of refractory vaginismus in Egyptian Women. *Life Science Journal*, 15 (1), 45-50.
- Fadul, R., Garcia, R., Zapata-Boluda, R., Aranda-Pastor, C., Brotto, L., Parron-Carreño, T., & Alarcon-Rodriguez, R. (2019). Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study. *Journal of sex & marital therapy*, 45 (1), 73-83.
- 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.
- Geeta Soohinda, S., Sampath, H., Chaddha, M. S., & Dutta, S. (2018). Female sexual dysfunction and its relationship with marital satisfaction in Indian women. *Journal of medical science and clinical research*, 6 (2), 762- 769.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). *The descriptive phenomenological psychological method* In. P. M. Camic, J. E. Rohdes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research psychology: Expanding perspectives in methodology and desing* (pp. 243-273) Washington, DC: American Psychological Association.

- Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *Journal of sex & marital therapy*, 29 (sup1), 45-58.
- Graziottin, A. (2006). Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus in: Porst H & Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual medicine) Standard Committee Book-Standard practice in Sexual medicine. *Standard Practice in Sexual Medicine*, 342-50.
- Hayes, R. D., Bennett, C. M., Fairley, C. K., & Dennerstein, L. (2006). Epidemiology: What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction?. *The journal of sexual medicine*, 3 (4), 589-595.
- Hubin, A., De Sutter, P., & Reynaert, C. (2011). Etiological factors in female hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 20 (3), 149-157.
- Jeng, C. J. (2004). The pathophysiology and etiology of vaginismus. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 43 (1), 10-15.
- Johnston, S. L. (2013). *Women's Experiences of Vaginismus and its Treatment: An Interpretative Phenomenological Analysis* (Doctoral dissertation, University of Leicester).
- Karagüzel, E. Ö., Arslan, F. C., Tiryaki, A. (2016). Sociodemographic features, depression and anxiety in women with life-long vaginismus. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17 (6), 489-495.
- Karin, S. (2014). Aspects of Sexual Dysfunctions: The Phenomenon of Vaginismus'. *J Psychol Psychother*, 4 (135), 2161-0487.
- Kashdan, T. B., Adams, L., Savostyanova, A., Ferssizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlek, J. B. (2011). Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and quality of sexual activity: A daily process approach. *Behaviour research and therapy*, 49 (5), 352-360.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281 (6), 537-544.
- Lee, M. H., Chen, W. C., Chiu, C. D., & Wu, H. C. (2015). Dyspareunia and chronic pelvic pain in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Urological Science*, 26 (3), 206-209.
- LoFrisco, B. M. (2011). Female sexual pain disorders and cognitive behavioral therapy. *Journal of sex research*, 48 (6), 573-579.
- MacKnee, C. M. (1997). *A description of practising Christians' experience of profound sexual and spiritual encounters* (Doctoral dissertation, University of British Columbia).
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC women's health*, 18 (1), 108-121.
- 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.

- Michetti, P. M., Silvaggi, M., Fabrizi, A., Tartaglia, N., Rossi, R., & Simonelli, C. (2014). Unconsummated marriage: can it still be considered a consequence of vaginismus?. *International journal of impotence research*, 26 (1), 28-37.
- Moreira, R. L. B. D. (2013). Vaginismo. *Revista Medica Minas Gerais*, 23 (3), 336-342.
- Morrissey, G., & Higgs, J. (2006). Phenomenological research and adolescent female sexuality: Discoveries and applications. *The Qualitative Report*, 11 (1), 161-181.
- Oniz, A., Keskinoglu, P., & Bezircioglu, I. (2007). The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The journal of sexual medicine*, 4 (6), 1575-1581.
- Osborne, J. W. (1990). Some basic existential-phenomenological research methodology for counsellors. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 24 (2), 79-91.
- Özcan, Ö., Elbozan Cumurcu, B., Karlida, R., Ünal, S., Aktan Mutlu, E., & kartalci, Ş. (2015). Attachment styles in women with vaginismus. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16 (1), 37-43.
- Pacik, P. T. (2014). Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International urogynecology journal*, 25 (12), 1613-1620.
- Pacik, P. T., & Geletta, S. (2017). Vaginismus treatment: clinical trials follow up 241 patients. *Sexual medicine*, 5 (2), e114-e123.
- Paik, A., & Laumann, E. O. (2006). Prevalence of women's sexual problems in the USA. In I. Goldstein, C. M. Meston, S. R. Davis, & A. M. Traish (Eds.), *Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment* (pp. 23-35). London, England: Taylor & Francis.
- Reissing, E. D. (2009). Vaginismus: Evaluation and management. *Female sexual pain disorders: Evaluation and management*, 229-234.
- 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.
- Rosenbaum, T. Y. (2013). An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: Promoting autonomy and mind/body connection. *Sexual and Relationship Therapy*, 28 (1-2), 20-28.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.). (2010). *Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadownik, L. A., Smith, K. B., Hui, A., & Brotto, L. A. (2017). The impact of a woman's dyspareunia and its treatment on her intimate partner: A qualitative analysis. *Journal of sex & marital therapy*, 43 (6), 529-542.
- Seehusen, D. A., Baird, D., & Bode, D. V. (2014). Dyspareunia in women. *American family physician*, 90 (7), 465-470.

- Simonelli, C., Eleuteri, S., Petruccelli, F., & Rossi, R. (2014). Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Current opinion in psychiatry*, 27 (6), 406-412.
- Starks, H., & Brown Trinidad, S. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative health research*, 17 (10), 1372-1380.
- Sutherland, O. (2012). Qualitative analysis of heterosexual women's experience of sexual pain and discomfort. *Journal of sex & marital therapy*, 38 (3), 223-244.
- ter Kuile, M. M., & Reissing, E. D. (2014). Lifelong vaginismus. *Principles and practice of sex therapy*, 177-192.
- Torun, F. (2010). Treatment of Vaginismus with EMDR: A Report of 2 Cases. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 21 (3), 1-5.
- Van Lankveld, J. J., Granot, M., Schultz, W. C. W., Binik, Y. M., Wesselmann, U., Pukall, C. F., & Achtrari, C. (2010). Women's sexual pain disorders. *The journal of sexual medicine*, 7 (1), 615-631.
- Vincenti, E., & Graziottin, A. (2004). Neuropathic pain in vulvar vestibulitis: Diagnosis and treatment. *Urologica*, 14, 112-116.
- Ward, E., & Ogden, J. (1994). Experiencing vaginismus—sufferers beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy*, 9 (1), 33-45.

