

Research Paper

Explaining the Antecedents Vaginismus and Dyspareunia Disorder in Women:  
A Qualitative Study



Maryam Heydarian<sup>1</sup>, \*Maryam Gholamzadeh Jofreh<sup>1</sup>, Masoud Shahbazi<sup>2</sup>

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.



**Citation** Heydarian M, Gholamzadeh Jofreh M, Shahbazi M. Explaining the Antecedents Vaginismus and Dyspareunia Disorder in Women: A Qualitative Study. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2022; 20(6):544-555. <https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.6.2365>

**doi** <https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.6.2365>



Received: 02 Sep 2021

Accepted: 17 Oct 2021

Available Online: 21 Jan 2022

## ABSTRACT

**Background and Objectives** Vaginismus and Dyspareunia disorders is important issue in the field of pain because this type of pain is part of emotional behaviors in marital relationships such as sexual intimacy and vaginal intercourse. The aim of the present study was to investigate the antecedents that lead to the experience of vaginismus and Dyspareunia in women.

**Methods** This study was conducted with a qualitative approach and using the method of contractual content analysis with inductive method. 9 female participants with vaginismus and Dyspareunia were selected by purposive sampling method and continued to saturate. After data collection, all interviews were implemented and reviewed and the main components were extracted. First, the semantic units were identified and then turned into psychological expressions. Finally, the general structure was determined and combined.

**Results** In general, thirteen predictive categories were identified using research data analysis. Accordingly, the preceding categories of this experience include incorrect family sex education, incorrect religious attitude, sexual abuse, phobia, fatigue, lack or insufficiency of sexual awareness, sexual disorders of the spouse, psychological disorders of the spouse, fear of pregnancy, Lack of foreplay, suppression of sexual desire, previous failed marriage and viewing pornographic images.

**Conclusion** The results of this study enrich the previous research literature on the antecedents of the lived experience of vaginismus and dyspareunia. Also, the structure of living experience of vaginismus and Dyspareunia extracted in this study is widely used to develop and implement prevention and treatment programs for this disorder.

**Keywords:**

Dyspareunia, Vaginismus, Qualitative study

**\* Corresponding Author:**

Maryam Gholamzadeh Jofreh, MD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Tel: +98 (916) 3192520

E-Mail: [gholamzadeh.m723@gmail.com](mailto:gholamzadeh.m723@gmail.com)

## مقاله پژوهشی

## تبیین پیشایندهای اختلال واژینیسم و دیسپارونی در زنان مبتلا: یک مطالعه کیفی

مریم حیدریان<sup>۱</sup>، \*مریم غلامزاده جفره<sup>۲</sup>، مسعود شهبازی<sup>۲</sup>

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۱ شهریور ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۲۵ مهر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۰۱ بهمن ۱۴۰۰

**زمینه و هدف:** یکی از مباحث مهم در حوزه اختلالات جنسی زنان، اختلالات درد جنسی شامل واژینیسموس و دیسپارونی است. این اختلال بخشی از رفتارهای عاطفی در روابط زوجین، نظیر صمیمیت جنسی و مقاربت واژینال را دربر می‌گیرد. هدف از پژوهش حاضر، تبیین پیشایندهایی است که منجر به تجربه اختلال واژینیسموس و دیسپارونی در زنان می‌شوند.

**روش بررسی:** این پژوهش با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از شیوه تحلیل محتوی قراردادی با روش استقرایی انجام شده است. ۹ مشارکت‌کننده زن که مبتلا به اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌های بودند به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با آن‌ها تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه یافت. بعد از گردآوری داده‌ها، تمامی مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شدند و مورد بازنگری قرار گرفتند و اجزای اصلی استخراج گردید. در ابتدا، واحدهای معنایی مشخص شد و سپس به عبارات روان‌شناختی تبدیل شد. در نهایت، ساختار کلی مشخص و ترکیب شد.

**یافته‌ها:** به‌طور کلی، ۱۳ مقوله پیش‌بین با استفاده از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش شناسایی شد. بر این اساس، مقوله‌های پیشاینده این تجربه شامل تربیت جنسی خانوادگی ناصحیح، نگرش مذهبی به شیوه ناصحیح، سوءاستفاده جنسی، فوبی، خستگی، فقدان یا ناکافی بودن آگاهی‌های جنسی، اختلالات جنسی همسر، اختلالات روان‌شناختی همسر، ترس از بارداری، فقدان پیش‌نوازی، سرکوب میل جنسی، روابط ناموفق قبلی و دیدن تصاویر جنسی بودند.

**نتیجه‌گیری:** نتیجه این پژوهش، ادبیات پژوهشی گذشته را در زمینه بررسی پیشایندهای تجربه زیسته اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌های غنی‌تر می‌کند. همچنین، ساختار تجربه زیسته استخراج شده این مطالعه برای تدوین و به‌کارگیری برنامه‌های پیش‌گیرانه و درمانی این آسیب کاربرد فراوانی دارد.

## کلیدواژه‌ها:

واژینیسموس، دیسپارونی، مطالعه کیفی

## مقدمه

تداوم ازدواج را تضمین می‌کند [۴]. نقص در عملکرد جنسی ممکن است بر اعتماد به نفس، روابط بین‌فردی و کیفیت زندگی زنان تأثیر بگذارد و منجر به پریشانی شود [۵، ۶].

شرایط زندگی، عوامل اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی، جنسیت و رفتارهای جنسی در درک افراد از رابطه جنسی بسیار مؤثر است و با گذشت زمان و تغییر شرایط، باورهای شخصی، تفسیرها، عادات و هنجارهای اجتماعی و فرهنگی در مورد رفتارهای جنسی نیز تغییر خواهند کرد. از این رو، رابطه جنسی مفهومی مرتبط با فرهنگ و زمان است. اختلالات جنسی<sup>۱</sup> رفتارهای انحرافی نیستند و به دیگران آسیب

مسائل جنسی در زندگی زناشویی در اولویت قرار دارند و رضایت جنسی می‌تواند منجر به یک رابطه زوجی خوشایند و رضایت‌بخش شود. در جوامع مذهبی و سنتی، ازدواج تنها نظام معتبر و شناخته شده برای برقراری رابطه جنسی است [۱]. بنابراین، ازدواج براساس روابط پایدار جنسی شکل می‌گیرد [۲] و یک رابطه جنسی رضایت‌بخش منجر به رضایت زوجین می‌شود و به‌عنوان یکی از عناصر موفقیت و ثبات خانواده شناخته می‌شود [۳].

روابط جنسی بخشی از ادراک زوجین از یکدیگر را شکل می‌دهد و برداشتها و تفاسیری که زوجین در این رابطه دارند

\* نویسنده مسئول:

دکتر مریم غلامزاده جفره

نشانی: اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

تلفن: ۳۱۹۲۵۲۰ (۹۱۶) ۹۸+

رایانامه: gholamzadeh.m723@gmail.com

## 1. Sexual Disorders

تا به طور منظم تجربه حسی میل جنسی و مشکلات جنسی در زنان بررسی شود. این مطالعه با فراهم ساختن یک گزارش کلی از این تجربه به روشن شدن اینکه ناراحتی زنان در حین مقاربت جنسی چه معنایی دارد کمک کرده است. علی‌رغم اینکه عوامل چندگانه زیستی و روانی می‌توانند اختلال در عملکرد جنسی زنان را توضیح دهند، در سال‌های اخیر نگاه غالب صرفاً زیستی بوده است [۱۶].

پدیدارشناس‌ها بر این باور هستند که فرایند کلی چنین پژوهشی توسط سؤال پژوهش هدایت می‌شود. پس چارچوب‌بندی آن بخش حیاتی پژوهشی است [۱۷]. سؤال پژوهش براساس مسئله پژوهش بدین صورت فرمول‌بندی شده است: زنانی هستند که بعد از درگیر شدن در عمل جنسی با شریک‌شان درد و ناراحتی را تجربه می‌کنند. معنی و توضیح این تجربه چیست؟ شرح تجربه احساس ناراحتی و درد در زنان حین مقاربت هدف پژوهشگر را از بسط دانش نظری و تجربی در حوزه اختلال عملکرد جنسی زنان از راه ارائه شرح دقیق تجربه حسی نگرانی‌های جنسی زنان مشخص می‌کند. با استفاده از روش پدیدارشناختی تجربی در روایت مشترکی از این تجربه، عوامل پیش‌بینی‌کننده آن تهیه شده است.

### روش بررسی

این مطالعه با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از شیوه تحلیل محتوی قراردادی با روش استقرایی انجام شده است. تحلیل محتوای کیفی، روش تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری می‌باشد و به‌عنوان یک روش پژوهش، روشی هدف‌مند برای توصیف یک پدیده است [۱۸]. جامعه پژوهش، متشکل از زنان مبتلا به اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌ای ساکن در شهر اهواز بودند که تعداد ۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند و با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته ضمن رعایت اصول اخلاقی اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. گردآوری داده‌ها تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه یافت و با مشاهده تکرار داده‌های قبلی در مصاحبه‌های جدید، گردآوری اطلاعات متوقف شد. از کسانی که در پژوهش با ما همکاری دارند 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 به‌طور کامل شرح دهید». سؤالات خاص‌تر شامل این موارد بود: «چه اتفاقی افتاد که باعث ناراحتی یا درد جنسی شد» و «چه وقایع خاصی منجر به تجربه این لحظات شد».

### یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان و همسران آن‌ها در این

نمی‌رسانند. اصطلاح اختلال جنسی به سوء عملکرد جنسی شخص گفته می‌شود. در ایران به دلیل وجود عقاید مذهبی و ارزش‌های فرهنگی، میزان گزارش و شدت اختلال‌های جنسی با سایر کشورها متفاوت است [۷].

یکی از اختلال‌های مورد توجه در ویرایست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> اختلال درد/ دخول تناسلی/خاصه‌ای<sup>۳</sup> است. براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اختلال درد/ دخول تناسلی/خاصه‌ای به ۴ گروه سمپتوم<sup>۴</sup> اشاره دارد که معمولاً با هم هم‌ایند هستند. (۱) مشکل داشتن در مقاربت<sup>۵</sup>؛ یعنی دشواری در داشتن رابطه جنسی، (۲) درد در منطقه تناسلی و خاصه‌ای<sup>۶</sup>، (۳) ترس از درد یا دخول واژینال<sup>۷</sup>، (۴) تنش عضلات کف پلوئیس (لگن). یک مشکل عمده در یکی از گروه‌های چهارگانه از سمپتوم‌ها معمولاً به اندازه کافی قوی است که باعث دیسترس از لحاظ بالینی معنادار می‌شود. براساس مشکل در فقط یکی از این گروه‌ها می‌توان فرد را مبتلا به اختلال درد/ دخول تناسلی/ خاصه‌ای اعلام کرد. حتی اگر براساس فقط یک گروه سمپتوم‌ها بتوان فرد را مبتلا به اختلال درد/ دخول تناسلی/ خاصه‌ای اعلام کرد، باز هم باید هر ۴ گروه سمپتوم‌ها در نظر گرفته و سنجیده شوند [۸].

یک رویکرد پزشکی زیستی برای تبیین انحراف از کارکرد جنسی طبیعی وجود دارد که بدکارکردی‌های جنسی را بیشتر آسیب فردی می‌داند تا واکنشی قابل درک نسبت به شرایط مختلف زیستی، اجتماعی و فرهنگی [۹]. به‌طور کلی، پیشرفت‌های اخیر در سکسولوژی، رویکرد پزشکی‌سازی میل جنسی زنان و تقلیل آن به عوامل زیستی را به چالش کشیده است [۱۰-۱۴]. به‌طور خاص ساختارگرایان اجتماعی مدعی هستند که میل جنسی از راه اثر متقابل عوامل اجتماعی، شناختی و زیستی ساخته می‌شود [۱۵] و طرفدار بررسی فرایندهای اجتماعی درگیر در ایجاد مفاهیمی مثل جنسیت و میل جنسی بودند. سؤال این است که محیط‌های اجتماعی و سیاسی چطور با اجزایی که رشد زیست‌شناختی دارند تعامل دارند تا مرد یا زنی را با نگرش‌ها و رفتار خاصی بسازند. در واقع، تمرکز بر نقش سببی پدیده‌های زیست‌شناختی نیست، بلکه تمرکز بر معنایی ساخت‌شده اجتماعی آن‌ها است. این مطالعه در پی شناخت بیشتر از پدیده اختلال در عملکرد جنسی بود تا از راه مطالعه عمیق شرکت‌کنندگان جنبه‌هایی از میل جنسی‌شان را که باعث مشکل و پریشانی آن‌ها می‌شود توصیف، درک و بسط دهد. مطالعات کیفی بیشتری لازم است

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
3. Genito-Pelvic Pain/ Penetration Disorder
4. Symptom
5. Intercourse
6. Genito-Pelvic
7. Vaginal Penetration

جدول ۱. ویژگی جمعیتی مشارکت‌کنندگان

مشارکت‌کننده	سن	سن همسر	تحصیلات	مدت ازدواج	وضعیت اشتغال
۱	۳۶	۴۵	لیسانس	۱۳ سال	خانه‌دار
۲	۳۱	۳۳	فوق‌لیسانس	۶ ماه	شاغل
۳	۲۹	۳۴	فوق‌لیسانس	۹ ماه	خانه‌دار
۴	۳۲	۳۴	لیسانس	۱۰ سال	شاغل
۵	۳۱	۴۰	فوق‌لیسانس	۷ سال	شاغل
۶	۳۶	۳۸	لیسانس	۵ سال	شاغل
۷	۳۱	۳۰	فوق‌لیسانس	۳ سال	شاغل
۸	۳۴	۲۸	فوق‌لیسانس	۱ سال	شاغل
۹	۲۸	۳۶	لیسانس	۲ سال	شاغل

مجله علمی پزشکی  
جندی شاپور

### ۱۳ عامل پیشایند اختلال واژینیسموس و دیسپارونی در زنان مبتلا

#### تربیت جنسی غیر صحیح والدین

یکی از اجزائی که بین تعدادی از شرکت‌کنندگان مشترک بود، تربیت جنسی غیر صحیح والدین است. تربیتی که موجب شده بود در ذهن این افراد رابطه جنسی قبیح و زشت باشد و نسبت به آن ناآگاه باشند. حتی خانواده‌های برخی از شرکت‌کنندگان در مورد مسائلی مانند عادت ماهیانه نیز

پژوهش به ترتیب ۳۳/۱۱ و ۴۰/۶۶ سال و مدت ازدواج شرکت‌کنندگان بین ۱ تا ۱۳ سال بود. همچنین سطح تحصیلات آن‌ها کارشناسی و کارشناسی ارشد بود (جدول شماره ۱). براساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۱۳ عامل پیشایند اختلال واژینیسموس و دیسپارونی<sup>۸</sup> در زنان مبتلا به دست آمدند (جدول شماره ۲).

#### 8. Dyspareunia

جدول ۲. طبقات استخراج شده از تحلیل‌ها

مقوله‌های اصلی	کدها
تربیت جنسی خانوادگی ناصحیح	ارائه اطلاعات ناکافی توسط والدین یا عدم ارائه اطلاعات، تنبیه برای خودارضایی و کنجکاوی جنسی، نگرش نامناسب خانواده، معیارهای سختگیرانه، عدم پاسخگویی به سوالات فرزندان یا ارائه پاسخ‌های دروغ توسط والدین و اولیا مدرسه.
نگرش مذهبی به شیوه ناصحیح	عدم آگاهی، وجود معیارهای سختگیرانه مذهبی، تعصب، تنبیه فرزند برای خودارضایی و کنجکاوی جنسی، قواعد سختگیرانه مذهبی.
سوءاستفاده جنسی	تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، لمس جنسی و نامناسب، تجربه خشونت در رابطه با همسر، خاطرات منفی از روابط گذشته.
فوبی (هراس)	عدم آگاهی، پیش‌بینی منفی، پیشگویی منفی دیگران، ترس از بارداری، خاطره درد از رابطه‌های جنسی گذشته و یا داشتن خاطره سوءاستفاده، تجربه علائم فیزیکی اضطراب و انقباض غیرارادی عضلات.
خستگی	شاغل بودن زنان، بچه‌داری و نگهداری از فرزندان.
فقدان یا ناکافی بودن آگاهی‌های جنسی	اطلاعات اشتباه و دریافت اطلاعات از منابع نامعتبر، ارائه تعاریف غلط از رابطه جنسی توسط همسالان، رسانه‌ها و والدین.
اختلالات جنسی همسر	مشکلات جنسی همسر شامل زودانزالی، اختلال نعوظ.
اختلالات روان‌شناختی همسر	مصرف دارو، بی‌ثباتی هیجانی و پرخاشگری همسر.
ترس از بارداری	بیماری‌های جسمی.
فقدان پیش‌نوازی	مشکلات روان‌شناختی همسر، کمبود آگاهی و مهارت‌های جنسی همسر، اختلال جنسی همسر، عدم توانایی همسر در مدیریت رابطه.
سرکوب میل جنسی	معیارهای سرسختانه، نگرش منفی، آموزش ناکافی از سوی والدین، تصویر تن نامناسب و منفی، احساس گناه و شرم جنسی.
روابط پیشین	خیانت همسر قبلی، تجارب ناموفق قبلی، اختلال جنسی همسر قبلی، تعارضات زناشویی.
دیلن تصاویر پورن	روبرو شدن با تصاویر و فیلم‌های خشونت‌آمیز، تحقیرکننده و غیرواقعی پورن.

مجله علمی پزشکی  
جندی شاپور

داشتند اطلاعاتی گرفتیم. در نوجوانی وقتی از مادرم سؤال جنسی می‌پرسیدم می‌گفت این مسائل برای تو خوب نیست که بخواهی بپرسی. تو مجردی. دنبال آن را نگیر. اشکال شرعی دارد. وقتی موقع آن شد خودت متوجه می‌شوی».

### سوءاستفاده جنسی

در پژوهش‌های متعددی تجربه ترومای جنسی یا شاهد آسیب جنسی بودن عاملی در بروز این اختلال است. با این حال، وقتی از زنان مبتلا به واژینیسم خواسته شد تا علل به وجود آمدن واژینیسموس را دسته‌بندی کنند، مبتلایان فعلی و بهبودیافتگان، سوءاستفاده جنسی را در پایین‌ترین طبقه از علل اختلال خود قرار دادند [۲۴]. تجربه سوءاستفاده جنسی با ایجاد شرم و احساس گناه، طرح‌واره‌هایی را در فرد شکل می‌دهد که در روابط بین‌فردی به‌عنوان عامل بازدارنده عمل می‌کنند و مانع ایجاد صمیمیت و اعتماد در روابط می‌شوند. طرح‌واره‌های شکل گرفته حاصل از تجربه سوءاستفاده جنسی چه در دوران کودکی و چه بزرگسالی، تصویری آسیب‌زننده، غیرقابل اعتماد و پرخاشگر از مردان ایجاد می‌کند و در ذهن فرد رابطه جنسی را رابطه‌ای تهاجمی و نابرابر می‌سازد. همچنین، وجود احساس گناه در قربانیان سوءاستفاده جنسی موجب تداوم اختلال جنسی در زنان خواهد شد. در این مورد مشارکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد: «این مطلب اولین بار است در زندگی‌ام مطرح می‌کنم. من از سوپرمارکت محل برای مادرم خرید کردم. متأسفانه آقای صاحب مغازه روی بدنم دست می‌کشید و لمس بدی کرد. این مسئله خیلی آزارم داده تا الان. وقتی به آن فکر می‌کنم حس خیلی بدی پیدا می‌کنم».

### فوبی<sup>۱</sup> (هراس)

داوکینز و تیلور اظهار کردند ترس از درد یک علامت است نه دلیل اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌ای، اما سایر پژوهش‌ها رابطه علی میان ترس از درد و این اختلال را گزارش داده‌اند [۲۵]. ۷۴ درصد از 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 [۲۶]. در حال حاضر، ماهیت، شدت یا مکانیسم علیت درد واژینیسم مشخص نیست. زنان مبتلا به واژینیسم معمولاً مبتلا به سایر فوبیایا هم هستند. آن‌ها مادران خود را ناکارآمد می‌دیدند (که نمی‌توانستند از خود یا فرزندانشان محافظت کنند) یا مادران خود را با اینکه منفعل نبودند دچار درماندگی آموخته شده می‌یافتند. مادران آن‌ها اغلب در حال تلاش برای مبارزه با سلطه همسران خود بودند [۲۶، ۲۳].

9. Phobia

اطلاعاتی به این افراد ارائه نکرده بودند. برخی از خانواده‌ها نیز با سخت‌گیری بسیار زیاد، اضطراب و ترس زیادی در مورد رابطه جنسی در این افراد به وجود آورده بودند. تربیت جنسی ناصحیح موجب فقدان اطلاعات مناسب در این افراد می‌شود و این افراد برای گرفتن اطلاعات ناچار به استفاده از منابع نامناسب و نامعتبر مانند ماهواره و همسالان شده‌اند که موجب ایجاد باورهای غلط در این افراد شده است. در پژوهش کیفی نشان داده شد مسائل آموزشی در شکل‌گیری تجارب جنسی افراد دخیل هستند و واکنش‌های جنسی فرد توسط مسائل آموزشی تعیین می‌شوند. بنابراین، آموزش‌ها و تربیت جنسی که فرد دریافت می‌کند کاملاً می‌تواند بر شکل‌گیری تجارب جنسی و همین‌طور واکنش‌های فرد به این روابط جنسی اثرگذار باشد و در صورتی که این اطلاعات ناقص و یا نامناسب باشند، می‌توانند موجب اختلال در عملکرد جنسی فرد شوند [۱۹]. در این مورد، شرکت‌کننده هفتم در مورد عدم ارائه اطلاعات مناسب از جانب خانواده خود این‌گونه بیان می‌کند: «ما خیلی چیزها رو نمی‌دونستیم. خانواده آگاهی به من نداده بود و نمی‌دانستم باید چکار کنم و چطور از خودم مراقبت کنم. حتی راجع به پروردی مادرم به من چیزی نگفت و به زن دایم گفت اون با من حرف زد».

### نگرش مذهبی به شیوه ناصحیح

وجود زمینه مذهبی و ارزش‌های اخلاقی به‌عنوان عاملی بازدارنده عمل می‌کند. در حوزه مسائل جنسی نیز با ایجاد احساس گناه و یا شرم القا شده از سوی خانواده و فرهنگ، تصویری ناخوشایند و آزاردهنده از رابطه جنسی در ذهن فرد شکل می‌دهد. بورگ و همکاران بیان می‌کنند زمینه مذهبی یا سابقه آموزش ضعیف و ارزش‌های محافظه‌کارانه مربوط به رابطه جنسی ممکن است یک عامل خطر در ایجاد درد جنسی باشد [۲۰]. مطالعه‌های دیگر نشان داد تنها یک ششم این افراد اطلاعات مستقیم در مورد رابطه جنسی را در خانه دریافت می‌کنند [۲۱]. به‌طور کلی، زنان مبتلا به این اختلال احساسات منفی زیادی را تجربه می‌کنند. این احساسات و عدم اطلاعات حاصل آموزش مادرانی است که خودشان نیز نسبت به دستگاه تناسلی خود علاقه‌ای ندارند و یا از رابطه جنسی رضایت نداشتند و در مواردی مادران این افراد خود مبتلا به واژینیسموس و دیسپارونی و یا مشکلاتی در مورد پرده بکارت هستند [۲۲]. برخی از پژوهشگران معتقدند انتظارات سطح بالای اخلاقی القا شده توسط مادر و یا گناه جنسی ناشی از تربیت مذهبی و سخت‌گیرانه در شکل‌گیری این اختلال مؤثر است [۲۳]. در این مورد شرکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد: «ما خانواده مذهبی داریم که نسبت به این مسائل تعصب دارند. مادرم اجازه نمی‌داد در جمع‌هایی باشم که راجع به مسائل جنسی صحبت می‌شود. در مدرسه از بچه‌هایی که ماهواره

این مردان از ناتوانی جنسی رنج می‌برند و به نظر می‌رسد در نتیجه رفتارهای سرکوبگرانه، ممکن است انواع رفتارهای مازوخیستی را نشان دهند و دچار ویژگی‌های شخصیت وسواسی شوند. این پژوهش نشان داد آن‌ها تک همسر، باوفا و متعهد به رابطه زناشویی و حمایت‌کننده هستند [۲۷]. پژوهش دیگری نشان داده است این مردان می‌ترسند به همسر خود آسیب برسانند و انعطاف‌پذیری زیادی در طول مقاربت دارند [۲۸]. مردان مبتلا به اختلالات جنسی نمی‌توانند به صورت اثربخشی در رابطه جنسی مشارکت کنند و موجب تقویت بی‌میلی و نارضایتی در شریک جنسی خود می‌شوند. در این مورد مشارکت‌کننده شماره ۵ بیان کرد: «همسر من سکس واژینال و معاشقه قبل از آن را دوست ندارد، با مالش آلت خود به پشت من یا تحریک آلت توسط دست ارضا می‌شود. از من درخواست می‌کند مانع دخول آلت به مقعد شوم. برای همسر من به عنوان زن جذاب نیستم و به من به عنوان فرزند نگاه می‌کند».

#### اختلالات روان‌شناختی همسر

پژوهشگران استدلال می‌کنند مردان از نظر هیجانی در آسیب‌شناسی واژینیسموس دخیل هستند. چنین مردانی کم‌توان، دارای اضطراب زیاد و بیش از حد اجتناب‌کننده هستند و این ویژگی‌ها موجب ایجاد یا ادامه واژینیسموس می‌شود. ادعای رایج در این زمینه این است که این مردان به خاطر داشتن این ویژگی‌ها در چنین رابطه‌ای زمینه‌ساز بروز واژینیسموس و دیسپارونیا می‌شوند، زیرا منفعل و کم‌رو هستند و زوج در چنین رابطه‌ای به یک تبانی ناهشیار در اجتناب از مقاربت دست می‌یابد [۲۹]. مشارکت‌کننده شماره ۵ در این باره بیان کرد: «در سال‌های قبل با همسر من دعوا کردم و به دلیل اینکه رابطه جنسی طبیعی نداشتم فاصله گرفتیم. همسر من دچار افسردگی و خارش شدید بدنی شد و تحت درمان روان‌پزشکی قرار گرفت. ضمن مصرف دارو با بهبود تدریجی همسر من رابطه جنسی واژینال را شروع کردیم. رابطه جنسی همسر من به اجبار و به توصیه دوستان او برای ساکت کردن من و با تحقیر و عصبانیت شدید انجام می‌شد».

#### ترس از بارداری

یکی از ترس‌های تجربه شده از سوی زنانی که درد جنسی را گزارش می‌دهند ترس از بارداری است. در این خصوص مشارکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد: «به دلیل بیماری صرع و عدم اجازه به بارداری، ترس از باردار شدن دارم و همسر من را با جملاتی مانند کافیه، تمام کن، پس می‌زنم. همسر من در رابطه عصبی می‌شود و نمی‌تواند تمرکز کند».

در این مورد مشارکت‌کننده شماره ۶ بیان کرد: «من همیشه از آسانسور، ارتفاع و فضاهای بسته می‌ترسیدم. چند روز بعد از ازدواج که اقدام به رابطه جنسی کردیم از شیاف بی‌حسی استفاده کردم تا خود را آماده کنم، ولی کمکی نکرد و حالم بد شد. بدنم قفل شده بود و نفسم تند تند می‌زد. احساس خفگی داشتم و عرق کرده بودم. از خدا می‌خواستم راه نجاتی برایم باز شود».

#### خستگی

یکی دیگر از مواردی که بین شرکت‌کنندگان مشترک بود، خستگی است. برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار کردند تمایل ندارند بعد از یک روز پر از مشغله و فعالیت، رابطه جنسی را تجربه کنند و تمایل دارند در زمان‌هایی که آسودگی بیشتری دارند اقدام به رابطه جنسی کنند. برای مثال مشارکت‌کننده شماره ۴ بیان کرد: «حوصله ندارم. کار زیاد و وظایف خونه و نگهداری از بچه‌ها هم من را خسته می‌کند. این‌طوری بیشتر بی‌حوصله می‌شوم و احساس درد می‌کنم».

#### فقدان و ناکافی بودن آگاهی‌های جنسی

فقدان آگاهی، اشاره به عدم آگاهی و یا آگاهی ناکافی شرکت‌کننده در مورد اندام‌های جنسی خود، اندام‌های جنسی همسر و چگونگی رابطه جنسی می‌باشد. ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی رفتار جنسی توانایی تأثیرگذاری منفی بر روی عملکرد جنسی زنان دارد. آگاهی زوجین از نقش خود در مقابل همسرشان و شیوه صحیح رابطه جنسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برای مثال، مشارکت‌کننده شماره ۱ که پیش‌آگاهی کمی از رابطه جنسی داشت و خانواده او 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 چیز پیش پا افتاده‌ای هست که خانواده‌ام درباره آن با من حرف نزده‌اند، اما 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 تمرد می‌کردم». این عدم آگاهی و برداشت ناصحیح از ارتباط جنسی موجب وحشت‌زدگی و تمرد او از رابطه جنسی شد.

#### اختلالات جنسی همسر

پژوهش‌ها نشان داده است اگر مردان دارای همسر مبتلا به اختلال واژینیسموس و دیسپارونیا باشند، دو برابر احتمال دارد دچار اختلال عملکرد جنسی باشند [۲۶]. در مطالعه‌ای بر ادراک مردان از واژینیسموس همسرشان توجه شد. در این مطالعه، مردان دارای مهارت‌های جنسی توصیف شدند. معمولاً

## فقدان پیش‌نوازی

شد. وقتی قبل از رابطه توسط همسر تحریک می‌شوم درد کمتری دارم. الان از رابطه لذتی نمی‌برم. اگر جداگانه تحریک شوم احساس لذت دارم».

## سرکوب میل جنسی

احساس گناه حاصل تعارضات عمیق جنسی، ترس از تنبیه و واکنش دفاعی شدید است. نظریه‌های مربوط به واژینیسم در مورد علل و پیامدهای آن نظرات مختلفی ارائه داده‌اند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند ۶۷ درصد مبتلایان به واژینیسم و ۲۲ درصد از بهبودیافتگان واژینیسم معتقدند رابطه جنسی اشتباه است. همچنین افکار افراد درباره میل جنسی و لذت مانند دیدن رابطه جنسی به‌عنوان گناه می‌تواند اختلال جنسی را پیش‌بینی می‌کند [۲۳]. اکثریت زنان در طول مطالعات خود در مورد مسائل جنسی نگرش منفی خود را نسبت به فعالیت‌های جنسی و به‌ویژه تا قبل از ازدواج حفظ می‌کنند [۲۶]. در این مورد، مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان کرد: «از نوجوانی از رابطه جنسی ترس داشتم. به دلیل اقدامات و کنترل‌ها و رفتارهای مادرم میل جنسی را در خودم سرکوب می‌کردم. مادرم به میل جنسی می‌گوید «کار بد». چیزهایی که در مورد رابطه جنسی بازگو می‌کرد در من این فکر را ایجاد می‌کرد که میل جنسی دردسرساز است».

## روابط پیشین

براساس پژوهش‌های انجام شده، مشکلات مختلف بین زوجین (از قبیل خیانت زناشویی و تعارض) می‌توانند منجر به اختلال واژینیسموس و دیسپارونی شوند. از طرف دیگر، اختلال واژینیسموس و دیسپارونی بدون درمان مناسب می‌تواند در بلندمدت منجر به مشکلات ارتباطی بین زوجین، تعارض، جدایی و طلاق شود [۲۳]. به علاوه، تجارب ناموفق قبلی و ازدواج‌هایی که با شکست مواجه می‌شوند در شکل‌گیری طرح‌واره‌هایی که روابط بین زوجین را شکل می‌دهند تأثیر می‌گذارد و می‌تواند از دسته عوامل تعیین‌کننده موفقیت و عدم موفقیت ازدواج بعدی محسوب شود. برای مثال، مشارکت‌کننده شماره ۸ بیان کرد: «همسر اولم در دوران عقد مرا در شرایطی قرار داد که رابطه جنسی او را با زن دیگری مشاهده کردم و دچار اضطراب بسیار شدید شدم».

## دیدن تصاویر پورن

ارائه تصاویر غیرواقعی، تحقیرکننده و خشونت‌آمیز در تصاویر و فیلم‌های پورنوگرافی موجب تداخل در باورهای جنسی می‌شود. تماشای تصاویر پورنوگرافی آسیب‌های جدی به روابط زناشویی می‌زند و زوجین نقش خود را در زندگی زناشویی از دست می‌دهند و با ارائه تصاویر غیرواقعی

میل جنسی برای زنان پدیده‌ای واکنشی است نه خودانگیخته. احتمال دارد زنان میل خودانگیخته را در قالب افکار، رویاها و تخیلات جنسی تجربه کنند، اما در زمان آغاز رابطه جنسی با شریک جنسی تمایل دارند که از مرحله‌ی پیش‌نوازی شروع کنند و از آنجایی که زنان صمیمیت عاطفی را مقدم بر بعد فیزیولوژیک رابطه جنسی می‌دانند، تحریک جنسی و احساس صمیمیت در آغاز رابطه جنسی به برانگیختگی زنان کمک خواهد کرد. در تبیین این عامل می‌توان به یکی از جدیدترین نظریه‌های عملکرد جنسی<sup>۱۰</sup> مربوط به روزن<sup>۱۱</sup> و همکاران اشاره کرد که ۶ مؤلفه در مورد عملکرد جنسی زنان را معرفی کرده‌اند: ۱. میل جنسی (تمایل فرد به انجام فعالیت جنسی)، ۲. برانگیختگی جنسی (برانگیختن پاسخ‌های فیزیولوژیک در اندام‌های جنسی که شامل متورم شدن لبیا<sup>۱۲</sup>، لوبرکاسیون واژینال<sup>۱۳</sup> و پرخونی عروقی است، ۳. لغزنده‌سازی یا رطوبت که به دنبال تحریک جنسی، ترشحات واژن موجب لغزنده شدن آن می‌شود، ۴. ارگاسم یا اوج لذت جنسی با انقباض‌های منظم عضلانی رحم، یک سوم خارجی واژن، اسفنکتر<sup>۱۴</sup> مقعدی و دیگر عضلات درگیر مشخص می‌شود، ۵. رضایت جنسی که شامل نزدیکی با همسر، رضایت از روابط جنسی و رضایت از سراسر زندگی جنسی است و ۶. درد، دفعات و میزان درد واژینال در حین مقاربت و پس از آن است [۲۹]. عملکرد جنسی مانند یک چرخه است و عوامل مختلف زیستی و روانی یا به عبارتی درونی و بیرونی بر آن اثر می‌گذارد [۳۰]. به علاوه، مدل چرخه پاسخ جنسی زنان باسون به تنوع انگیزه‌های هیجانی و شناختی رفتار جنسی تأکید دارد و اثرات عوامل زیستی و روان‌شناختی را با تجربه جنسی زنان ترکیب می‌کند. باسون اذعان می‌دارد بسیاری از زنان هرگز غریزه جنسی را به‌صورت خودانگیخته تجربه نمی‌کنند و حتی ممکن است برای برخی از زنان انگیزتگی اندام تناسلی به‌طور مستقیم با پاسخ جنسی هم‌زمان و همراه نباشد. در توضیح این چرخه، باسون بیان می‌کند زمانی که زنان تصمیم به آغاز رابطه جنسی می‌گیرند، پس از این تصمیم در پی تحریک جنسی برای کسب میل جنسی هستند. باسون معتقد است تصمیم ورود به رابطه جنسی برای زنان همیشه ماهیت جنسی ندارد و اغلب می‌تواند به صمیمت عاطفی مربوط باشد [۳۱]. بنابراین ارتباط و صمیمیت با همسر پیش‌بینی‌کننده اختلال جنسی زنان است [۳۲]. در این مورد، مشارکت‌کننده شماره ۴ بیان کرد: «اولین رابطه جنسی‌ام درد داشت، ولی به تدریج بهتر

10. Sexual Function
11. Rosen
12. Labia
13. Lubrication Vaginal
14. Sphincter

کرد که بر نظریه فمینیستی تمرکز می‌کنند و واژینیسوسموس را اسپاسم عضلاتی واژینال نمی‌داند، بلکه بر لایه‌های زیرین واژینیسوسموس تمرکز می‌کند و آن را در زمینه‌ای اجتماعی-فرهنگی وابسته به ویژگی‌های زنانه و مردانه تعریف می‌کند؛ یعنی تمرکز بر ترس از صمیمیت، نشانه‌ای از دفاع در برابر صمیمیت، بازگشت به عقب، نشانه‌ای پنهان از دفاع در برابر نقش‌های جنسی و نشانه‌ای از فقدان مرزهای مشخص. این رویکرد نظری واژینیسوسموس را نوعی پاسخ دفاعی بدن در برابر درد هیجانی معرفی می‌کند. با این حال، آن را بدکارکردی جنسی نمی‌داند. دفاع جسمی ممکن است با انتظار یا تجربه درد جسمی همراه نباشد، اما می‌تواند حاصل دفاع در برابر درد هیجانی باشد [۲۳].

جنگ مجموعه‌ای از عوامل زمینه‌ساز واژینیسوسموس را دسته‌بندی کرده است که عبارت‌اند از: یادگیری زودهنگام در مورد اینکه مردان امن نیستند و می‌توانند آسیب‌زننده باشند (در اثر وجود پدر ناامن)، یادگیری زودهنگام در مورد اینکه زنان ضعیف هستند و مردان بر آن‌ها تسلط دارند (به دلیل وجود مادری ضعیف)، یادگیری زودهنگام در مورد اینکه مقاربت بد و ناخوشایند است، اما مردان به آن نیاز دارند و زن باید تبعیت کند، چیزهایی که به بدن وارد می‌شوند و به بدن آسیب می‌رسانند (مثل سوزن) و به‌صورت پرخاشگرانه تجربه می‌شوند، 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 و در آخر، تجربه درد در رابطه‌ی اول جنسی [۲۳]. افزون بر نظریات یاد شده، با توجه به مواردی که به آن اشاره شده است مقوله‌های استنتاج شده حاصل از اظهارات شرکت‌کنندگان قابل دسته‌بندی و مستدل خواهند بود. در مجموع، در پژوهش حاضر پیشایندهای اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌های زنان در ۱۳ مقوله شناسایی شده‌اند. این مقولات علاوه بر نقش عوامل روان‌شناختی و تجارب اولیه فرد، بر اهمیت حوزه‌های مذهب و فرهنگ، خانواده و تربیت و نقش شریک جنسی نیز تأکید دارد. فقدان آگاهی‌های جنسی و تربیت ناصحیح ضمن زمینه‌سازی شکل‌گیری باورهای نادرست، زشت و قبیح بودن رابطه جنسی در بروز اختلالات درد جنسی نقش دارد. همچنین، نگاه سخت‌گیرانه والدین ناشی از تربیت ناصحیح با ایجاد اضطراب و ترس غیرمعمول منجر به بروز اختلالات یاد شده می‌شود. از سوی دیگر، مواجهه با تصاویر پورن این باور را در زنان تقویت می‌کند که مردان آسیب‌زننده هستند و یا تصویر مطلوب و خوشایندی از خود در مقایسه با زنان مشاهده شده در آن تصاویر ندارند. چنین تصویری از خود با ایجاد ترس، اضطراب و شرم موجب اجتناب از رابطه جنسی و تجربه درد در رابطه خواهد شد. دو مقوله خستگی و فقدان پیش‌نوازی ضمن ممانعت از شکل‌گیری رابطه جنسی با ایجاد تداخل در چرخه فیزیولوژیک جنسی و ایجاد

موجب دلزدگی و ایجاد هیجان‌های کاذب می‌شود. در این باره مشارکت‌کننده شماره ۲ بیان کرد: «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».

## بحث

این پژوهش با هدف بررسی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌های انجام شده است. از جمله مهم‌ترین پیشایندهای اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌های تربیت جنسی غیرصحیح والدین دریافت شده از تجارب مشارکت‌کنندگان بود. آموزش‌های غلط باعث می‌شوند افراد از نظر تمایلات جنسی و عملکرد جنسی به اختلالاتی گرفتار شوند. همچنین تنبیه شدن در کودکی به علت خودارضایی و عدم دریافت اطلاعات بسیار اندک و ناقص در قاعدگی می‌تواند احتمال ابتلا به این اختلال را افزایش دهد. عدم آموزش صحیح والدین موجب دانش کم افراد در مورد رابطه جنسی می‌شود و دانش کم درباره رابطه جنسی و عدم آموزش کافی درباره مسائل جنسی می‌تواند باعث اضطراب در طول رابطه جنسی شود. این اضطراب، انقباض غیرارادی عضله کیگل را فعال می‌سازد. به‌طور کلی، زنان مبتلا به اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌های شرم، تنفر و بی‌زاری را نسبت به اندام جنسی خود تجربه می‌کنند. این احساسات و عدم اطلاعات حاصل آموزش مادرانی است که خودشان نیز نسبت به دستگاه تناسلی خود علاقه‌ای ندارند و یا از رابطه جنسی خوششان نمی‌آید. در مواردی مادران این افراد خود مبتلا به اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌های و یا مشکلاتی درباره پرده بکارت هستند.

اضطراب، ترس از درد و رفتارهای اجتنابی در اختلال درد دخول تناسلی/خاصه‌های در بین زنان (بیشتر در زنان مبتلا به واژینیسوسموس) ثبت شده است که دارای نگرش یا عقاید جنسی منفی و عدم آگاهی جنسی هستند [۳۴]. سطح بالایی از شناخت‌های فاجعه‌سازی درد در بین زنان مبتلا به واژینیسوسموس گزارش شده است [۲۰]. زمینه مذهبی یا سابقه آموزش و ارزش‌های محافظه‌کارانه مربوط به رابطه جنسی نیز ممکن است یک عامل خطر در ایجاد درد جنسی باشد [۲۰] همچنین، بی‌اعتمادی جنسی بیشتر در میان زنان مبتلا به واژینیسوسموس نسبت به زنان مبتلا به دیسپارونی مشاهده می‌شود [۳۵]. سوء استفاده جنسی در دوران کودکی در بین زنانی که دارای درد جنسی هستند گزارش شده است. شیوع تجربه سوءاستفاده جنسی در زنان مبتلا به اختلال درد جنسی بیش از زنانی است که سوءاستفاده جنسی را تجربه نکرده‌اند [۳۶].

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به مطالعاتی اشاره



بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین مرکز علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز اعلام می‌کنند.

هیجانات نامطلوب زمینه‌ساز دلزدگی و ترس از رابطه جنسی می‌شود.

### نتیجه‌گیری

بررسی اختلال واژینیسموس و دیسپارونی در زنان با عوامل پیشاینده متعددی مرتبط است. این عوامل زمینه‌ساز در بروز اختلال درد دخول تناسلی / خاصه‌ای است. سلامت جنسی زنان و کیفیت زندگی آنان را به مخاطره می‌اندازد و متأثر می‌سازد. درک و تبیین عمیق مبتنی بر تجربه زیسته زنان مبتلا به درد جنسی موجب ارائه تجارب دقیق افراد و شناسایی عوامل زمینه‌ساز و فراهم نمودن بستر مناسب در بررسی و تشخیص به موقع و شناسایی راهکارهای پیشگیرانه برای متخصصین در روند مشاوره و درمان می‌شود.

علاوه بر این توجه به عوامل پیشاینده یادشده در این پژوهش و آشکار شدن جنبه‌های جدیدی از شیوه‌های مراقبت از زنان و دختران مبتنی بر افزایش آگاهی‌های جنسی قبل از ازدواج و آموزش خانواده می‌تواند تسهیلگر تصمیم‌گیری صحیح افراد برای ورود به فرایند درمان شود.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

ادبیات مربوط به سبب‌شناسی اختلال واژینیسموس و دیسپارونی به دلیل وجود عدم کنترل کافی، دامنه گسترده تعریف درد جنسی، نمونه کوچک مورد بررسی و... غنی نیستند و با وجود پژوهش‌های بسیاری که انجام شده است بی‌نتیجه مانده است. همچنین، وجود مسائل فرهنگی و اخلاقی دخیل در مسائل جنسی موجب محدود شدن حوزه پژوهش شده است. کد اخلاق این مقاله IR.IAU.AHVZ.REC.1399.001 می‌باشد.

#### حامی مالی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری مریم حیدریان در گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است که با راهنمایی و مشاوره اساتید ارجمند دکتر مریم غلامزاده جفره و دکتر مسعود شهبازی به ثمر نشسته است.

#### مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، نظارت، تحقیق و بررسی: مریم حیدریان، مریم غلامزاده جفره، دکتر مسعود شهبازی؛ نگارش، ویراستاری و نهایی‌سازی: مریم حیدریان.

#### تعارض منافع

### References

- [1] Navidian A, Kykhaee A, Imani M, Taimoori B, Soltani P. The effect of group sexual counseling on the sexual response of pregnant women. *Int J Womens Health Reprod Sci.* 2017; 5:60-5. [DOI:10.15296/ijwhr.2017.11]
- [2] Kaplan HS. *New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions.* Oxfordshire: Taylor & Francis; 2013. [https://www.google.com/books/edition/New\\_Sex\\_Therapy/XSTYAQAQAQBAJ?hl=en&gbpv=0](https://www.google.com/books/edition/New_Sex_Therapy/XSTYAQAQAQBAJ?hl=en&gbpv=0)
- [3] Tahan M, Saleem T, Moshtagh M, Fattahi P, Rahimi R. Psychoeducational Group Therapy for sexual function and marital satisfaction in Iranian couples with sexual dysfunction disorder. *Heliyon.* 2020; 6(7):e04586. [DOI:10.1016/j.heliyon.2020.e04586] [PMID] [PMCID]
- [4] Masoomi SZ, Nejadi B, Mortazavi A, Parsa P, Karami M. [Investigating the effects of sexual consultation on marital satisfaction among the pregnant women coming to the health centers in the city of Malayer in the year 1394 (Persian)]. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2016; 24(4):256-63. [DOI:10.21859/nmj-24046]
- [5] Dadgar S, Karimi FZ, Bakhshi M, Abdollahi M, Rahimzadeh Borj F. [Assessment of sexual dysfunction and its related factors in pregnant women referred to Mashhad health centers (2017-2018) (Persian)]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2018; 21(8):22-9. [DOI:10.22038/IJOGI.2018.11965]
- [6] Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. [Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women (Persian)]. *Razi J Med Sci.* 2013; 19(105):59-66. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-2402-en.html>
- [7] Khazaei M, Rostami R, Zaryabi A. The relationship between sexual dysfunctions and marital satisfaction in Iranian married students. *Procedia-Soc Behav Sci.* 2011; 30:783-5. [DOI:10.1016/j.sbspro.2011.10.152]
- [8] American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®).* Washington, DC: American psychiatric association; 2013. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]
- [9] Ayling K, Ussher JM. "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in heterosexual women. *Arch Sex Behav.* 2008; 37(2):294-304. [DOI:10.1007/s10508-007-9204-1] [PMID]
- [10] Basson R. Sexual desire/arousal disorders in women. In Leiblum SR, editor. *Principles and practice of sex therapy.* New York, NY: Guilford Press; 2007. [https://www.google.com/books/edition/Principles\\_and\\_Practice\\_of\\_Sex\\_Therapy\\_F/loG26ZJ-gkkC?hl=en&gbpv=0](https://www.google.com/books/edition/Principles_and_Practice_of_Sex_Therapy_F/loG26ZJ-gkkC?hl=en&gbpv=0)
- [11] Bancroft J. The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Arch Sex Behav.* 2002; 31(5):451-5. [DOI:10.1023/A:1019800426980] [PMID]
- [12] Daniluk JC. *Women's sexuality across the life span: Challenging myths, creating meanings.* New York: Guilford Publications; 2003. [https://www.google.com/books/edition/Women\\_s\\_Sexuality\\_Across\\_the\\_Life\\_Span/IQj5T7vkwLgC?hl=en&gbpv=0](https://www.google.com/books/edition/Women_s_Sexuality_Across_the_Life_Span/IQj5T7vkwLgC?hl=en&gbpv=0)
- [13] Tiefer L. *Sex is not a natural act and other essays.* New York: Avalon Publishing; 1995. [https://www.google.com/books/edition/Sex\\_Is\\_Not\\_A\\_Natural\\_Act\\_And\\_Other\\_Essay/QlkpQAAMAAJ?hl=en](https://www.google.com/books/edition/Sex_Is_Not_A_Natural_Act_And_Other_Essay/QlkpQAAMAAJ?hl=en)
- [14] Tiefer L. Beyond the medical model of women's sexual problems: A campaign to resist the promotion of 'female sexual dysfunction'. *Sex Relationsh Ther.* 2002; 17(2):127-35. [DOI:10.1080/14681990220121248]
- [15] White JW, Bondurant B, Travis CB. Social constructions of sexuality: Unpacking hidden meanings. In: Travis CB, WhiteJW, editors. *Sexuality, society, and feminism.* Washington, DC: American Psychological Association; 2000; [DOI:10.1037/10345-001]
- [16] Sutherland O. Qualitative analysis of heterosexual women's experience of sexual pain and discomfort. *J Sex Marital Ther.* 2012; 38(3):223-44. [PMID]
- [17] Osborne JW. Some basic existential-phenomenological research methodology for counsellors. *Can J Couns Psychother.* 1990; 24(2):79-91. <https://cjc-rcc.ualgarey.ca/article/view/59497>
- [18] Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008; 62(1):107-15. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x] [PMID]
- [19] Morrissey G, Higgs J. Phenomenological research and adolescent female sexuality: Discoveries and applications. *Qual Rep.* 2006; 11(1):161-81. <https://researchoutput.csu.edu.au/ws/portalfiles/portal/8717771/2006+PhenomenologicalResearchAndAdolescentFemaleSexualityDiscoveriesAndApplications.pdf>
- [20] Borg C, de Jong PJ, Weijmar Schultz WW. Vaginismus and dyspareunia: Relationship with general and sex-related moral standards. *J Sex Med.* 2011; 8(1):223-31. [DOI:10.1111/j.1743-6109.2010.02080.x] [PMID]
- [21] Shafik A, El-Sibai O. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: A concept of pathogenesis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002; 105(1):67-70. [DOI:10.1016/S0301-2115(02)00115-X]
- [22] Reissing ED. Vaginismus: Evaluation and management. In: Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I, editors. *Female sexual pain disorders.* New Jersey: Blackwell Publishing Ltd; 2009. [DOI:10.1002/9781444308136.ch35]
- [23] Liang HS, Jeng CJ, Yang KH, Chou LT, Chiang HS, Tzeng CR, et al. [Evaluation and management of primary vaginal penetration failure (Chinese)]. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2003; 42(3):171-7. [DOI:10.29787/TJOG.200309.0004]
- [24] Ward E, Ogden J. Experiencing vaginismus-sufferers' beliefs about causes and effects. *Sex Relat Ther.* 2010; 25(4):434-46. [DOI:10.1080/14681994.2010.518724]
- [25] Dawkins S, Taylor R. Non-consummation of marriage: A survey of seventy cases. *Lancet.* 1961; 278(7210):1029-33. [DOI:10.1016/S0140-6736(61)90985-0]
- [26] Jeng CJ. The pathophysiology and etiology of vaginismus. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2004; 43(1):10-5. [DOI:10.1016/S1028-4559(09)60047-4]

- [27] Gindin LR, Resnicoff D. Unconsummated marriages: A separate and different clinical entity. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28(sup1):85-99. [PMID]
- [28] Sampson C. A qualitative investigation of male partners' experience of relationships with women suffering from vaginismus [PhD dissertation]. Johannesburg: University of the Witwatersrand; 2007.
- [29] Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):191-208. [PMID]
- [30] Basson R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005; 172(10):1327-33. [DOI:10.1503/cmaj.1020174] [PMID] [PMCID]
- [31] Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2001; 27(5):395-403. [PMID]
- [32] Amanelahi A, Refahi N, Rajabi G. [Predicting sexual dysfunction based on sexual self-esteem and intimacy with spouse among female college students with and without sexual dysfunction disorder (Persian)]. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2017; 5(5):18-25. [DOI:10.21859/ijpn-05053]
- [33] Amanelahi A, Jazini Sh, Rajabi G. [Prediction of sexual dysfunctions based on sexual beliefs among married female students in Ahvaz (Persian)]. *J Res Behav Sci.* 2017; 15(1):6-12. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-509-en.html>
- [34] Reissing ED, Binik YM, Khalif S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther.* 2003; 29(1):47-59. [PMID]
- [35] de Jong PJ, van Overveld M, Schultz WW, Peters ML, Buiwalda FM. Disgust and contamination sensitivity in vaginismus and dyspareunia. *Arch Sex Behav.* 2009; 38(2):244-52. [DOI:10.1007/s10508-007-9240-x] [PMID]
- [36] Johnston SL. Women's experiences of vaginismus and its treatment: An interpretative phenomenological analysis (PhD dissertation). Leicester: University of Leicester; 2013. [https://leicester.figshare.com/articles/thesis/Women\\_s\\_Experiences\\_of\\_Vaginismus\\_and\\_its\\_Treatment\\_An\\_Interpretative\\_Phenomenological\\_Analysis/10127387/1](https://leicester.figshare.com/articles/thesis/Women_s_Experiences_of_Vaginismus_and_its_Treatment_An_Interpretative_Phenomenological_Analysis/10127387/1)

This Page Intentionally Left Blank