

# واکاوی تفسیر رابطه جنسی پس از درمان در زنان دارای اختلال دخول / درد تناسلی - لگنی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۹

## خلاصه

**مقدمه:** اختلال درد/دخول تناسلی - لگنی انقباض غیرارادی عضله‌های یک سوم خارجی واژن است که مانع از مقاربت می‌شود و شامل واژینیسموس و دیسپارونی است. پژوهش حاضر با هدف واکاوی تفسیر رابطه جنسی پس از درمان در زنان دارای اختلال دخول/درد تناسلی - لگنی انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه کیفی، به روش تحلیل مضمون بود. بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند، داده‌ها با تعداد ۹ نفر از زنان مبتلا به این اختلال که از اسفندماه ۱۳۹۵ تا اسفندماه ۱۳۹۸ به کلینیک روان‌شناختی آبخار شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته انفرادی توسط مصاحبه‌گر زن جمع‌آوری شدند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کینگ و هارکز استفاده شده است.

**نتایج:** نتایج پژوهش نشان داد طبقات "فرهنگی-تربیتی"، "دانش جنسی"، "شناخت و هیجان جنسی" از جمله عوامل مؤثر در ایجاد این اختلال بوده و "دانش جنسی"، "شناخت و هیجان جنسی" و "بهبود کیفیت زندگی جنسی" از عوامل مؤثر در درمان آن بوده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** بر پایه نتایج پژوهش حاضر نیاز است که زنان قبل از ازدواج مفاهیم مربوط به دانش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و هیجان جنسی را آموزش ببینند تا عدم آشنایی با این مفاهیم منجر به بروز مشکلات جنسی در دوره پس از ازدواج نشود.

**کلمات کلیدی:** اختلال جنسی، اختلال دخول/درد، دخول تناسلی - لگنی، بهبود کیفیت زندگی جنسی،

تحلیل مضمون

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فاطمه آقاخانی هارونی<sup>۱</sup>

عظیمه السادات عبداللهی<sup>۲\*</sup>

محمد سلطانی زاده<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور،

ایران.

<sup>۲</sup> استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

<sup>۳</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

Email: a\_abdelahi@pnu.ac.ir



## مقدمه

سلامت جنسی و باروری، یکی از ارکان اصلی توسعه اجتماعی و اقتصادی ملت‌ها و جزء کلیدی یک جامعه برخوردار از عدالت است (حیدریان، غلامزاده جفره و شهبازی، ۱۴۰۰). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، دو واژه سلامت باروری و جنسی در بسیاری از موارد هم پوشانی داشته و هدف آنها علاوه بر عملکرد سالم انسان‌ها در زمینه مسائل فیزیولوژیکی مانند بارداری، کاهش عوارض حاصل از اختلال عملکرد جنسی و باروری است. هدف دیگر آنها، قادر ساختن جوانان و همه افراد در سنین باروری به داشتن یک رابطه جنسی بی خطر و رضایت بخش می‌باشد (جهانفر و مولائی‌نژاد، ۱۳۹۲). معمولاً در جوامع سنتی به دنبال ازدواج، از زوجین انتظار می‌رود برای برقراری فعالیت جنسی و دخول اقدام نمایند. هدف سنتی از این عمل، رسیدن به ارگاسم دوطرفه است، اما عوامل مختلفی از جمله استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی می‌تواند بر عملکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد (بوگارت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

اختلالات جنسی<sup>۲</sup> با مشکلاتی که در برقراری ارتباط جنسی پدید می‌آورد نقش بسزایی در تداوم و رضایت از ازدواج زوجین دارند که در صورت عدم درمان ممکن است به طلاق منجر شود و در جوامعی که طلاق یک تابو است این اختلالات علاوه بر آسیبی که به سلامت روان می‌زند، یک مشکل اجتماعی نیز محسوب می‌شود (گویتز- میدان، اسپواک- لای<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). یکی از اختلالات عملکرد جنسی در زنان که می‌تواند تأثیر ناخوشایندی بر روابط زناشویی بگذارد، اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی<sup>۴</sup> است (شریفیان، صفاری نیا و علیزاده فرد، ۱۳۹۷). اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی شامل درد ناحیه تناسلی- لگنی در اثر نزدیکی جنسی یا هنگام دخول واژینال که سبب ایجاد مشکلات در روابط زناشویی می‌شود و شامل دیس پارونیا (نزدیکی دردناک) و واژینیسموس (اسپاسم غیرارادی عضلات یک سوم

خارجی واژن به دنبال دخول) می‌شود (ثابت قدم، کرامت، ملاری و رضایی چمنی، ۱۳۹۸). واژینیسموس به عنوان یک اختلال جنسی در زنان، به صورت یک پدیده روانی در قالب انقباض غیرارادی عضله‌های یک سوم خارجی واژن معرفی شده است که با نفوذ آلت مردانه، انگشت یا دیلاتور، معاینه زنان، تامپون به داخل واژن با توجه به درد واقعی یا پیش بینی آن تداخل ایجاد می‌کند (پاچیک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). این اختلال به نحوی وابسته به فرهنگ است؛ به طوری که شیوع این اختلال در انگلستان ۱۵/۵٪ و در عربستان تا ۱۷٪ تخمین زده شده است، اما در ایران مطالعات اندکی در مورد اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی انجام شده است (ملائی نژاد و همکاران، ۲۰۱۴).

اختلال دخول/ درد تناسلی- لگنی به ۲ نوع اولیه و ثانویه طبقه‌بندی می‌شود: واژینیسموس اولیه زمانی رخ می‌دهد که زن هرگز قادر به مقاربت نمی‌باشد و به صورت غیرارادی ماهیچه‌های واژن را منقبض می‌کند و گاهی اوقات به عنوان ازدواج به وصال نرسیده به آن اشاره می‌شود. واژینیسموس ثانویه هنگامی رخ می‌دهد که زن قبلاً قادر به مقاربت بوده اما دیگر به دلیل اسپاسم‌های غیرارادی واژن قادر به مقاربت نمی‌باشد، ممکن است موقعیتی بوده و اغلب با مقاربت دردناک همراه باشد (هاتون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). اگرچه تعریف، تشخیص و درمان اختلال دخول/ درد تناسلی- لگنی تا حد زیادی متمرکز بر نشانه‌های جسمی از جمله اسپاسم عضلات واژن می‌باشد (ریبner و روزنباوم<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵)، سبب‌شناسی در درجه اول به عوامل روانی تاکید می‌کند، که شامل نگرش‌های جنسی منفی، سوء استفاده‌های جنسی و جسمی و مشکلات ارتباطی می‌باشد (گلنباخ، کینگزبرگ و سیسلا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). روابط میان نگرش جنسی منفی، ناآگاهی جنسی و اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی مکرراً در متون علمی مربوط به اختلال دخول/ درد تناسلی- لگنی ذکر شده و به نقش عواملی مانند تجربه‌های منفی واقعی یا ذهنی در مورد رابطه جنسی،

5. Pacik

6. Haton

7. Ribner, Rosenbaum

8. Kalmbach, Kingsberg, Ciesla

1. Bogar

2. sexual disorders

3. Gewirtz-Meydan, Spivak-Lavi

4. Vaginismus

بیش تری در خصوص دخول واژینال دارند. هایز<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که ۲۶٪ زنان به اختلالات درد جنسی مبتلا هستند.

در نهایت ضرورت پرداختن به اختلال دخول/درد تناسلی- لگنی را می توان با توجه به اینکه این اختلال با خود ازدواج به وصال نرسیده، احساس گناه ناشی از بی کفایتی در زوج، افسردگی، پرخاشگری را دنبال دارد در بسیاری از موارد هم با پیامد منفی در بعد انسجام خانواده مانند خیانت و بی بند و باری جنسی و در نهایت طلاق همراه است. بررسی ها نشان می دهد اختلال واژینیسموس می تواند عملکرد جنسی زنان را با مشکلاتی روبرو سازد از جمله کاهش لذت جنسی، کاهش دفعات مقاربت، مشکل در رسیدن به ارگاسم، دوری از صمیمیت جنسی و کاهش تمایلات جنسی (ترکویل و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی متأثر از واژینیسموس بر روابط زوجین تاثیر می گذارد و می تواند منجر به ایجاد اعتماد به نفس ضعیف در زوجین، ایجاد روابط خارج از خانه، خیانت و طلاق گردد (نجات و همکاران، ۱۳۹۹). اختلال درد تناسلی / لگنی اثرات قابل ملاحظه ای بر زندگی افراد در روابط بین فردی و زندگی زناشویی دارد و همچنین سبب تعارضات زناشویی زوجین می شود و باعث پریشانی و مشکلات بین فردی می شود (برگرتون، روزن و مورین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). در این راستا نتایج بررسی های به عمل آمده در ایران نشان دهنده لزوم توجه دقیق تر به این اختلال است، بر اساس برخی شواهد پژوهشی ۵۰ تا ۶۰ درصد طلاق های صورت گرفته در ایران مرتبط با مشکلات و اختلالات جنسی است. بنابراین با توجه به محدود بودن مطالعات انجام شده در جمعیت مبتلایان ایرانی، نیاز به واری این اختلال و چگونگی تجربه های زنان دارای اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی از رابطه جنسی بعد از درمان در جامعه ایران به چشم می خورد، لذا پژوهش حاضر تلاش خود را بر تجربه های رابطه جنسی زنان دارای اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی پس از درمان متمرکز نموده است. مساله اصلی این

آزار جنسی و عدم آگاهی جنسی اشاره شده است (روزن، برگتون و سدیکاج<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

برخی از این افراد باورهای منفی در خصوص برقراری رابطه جنسی دارند به گونه ای که فعالیت های جنسی را در زندگی زناشویی بیهوده تلقی می کنند و به روابط جنسی اهمیت نمی دهند (آندرس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). برخی دیگر با باورهای فاجعه آمیز درد در خصوص دخول دارند که این باور سبب انقباض عضلات کف لگن می شود. اکثر زنان دارای اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی واکنش هایی مانند ناتوانی، آزار دیدن در ارتباط با دخول دارند. چندین چالش در درمان اختلال درد/ دخول تناسلی- لگنی وجود دارد (کلمباخ و پیلای<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). یکی از مهم ترین این چالش ها تعریف موفقیت درمان است. در حالی که بهبود کامل درد مقاربت به طور واضح ایده آل است، اما مداخلات نمی توانند به این هدف برسند. در این موارد، این سؤال مطرح می شود که آیا افزایش میزان مقاربت، واقعاً مقیاس مطلوبی برای پیامد درمان است (چرنر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در بیشتر موارد، افزایش رضایت جنسی و ارتباطی می تواند یک هدف مناسب تر باشد، زیرا تغییر رفتار لزوماً نشان دهنده افزایش بهزیستی نیست (یگانه، فراهانی، فرزاد و مقدسین، ۱۳۹۸).

در بررسی پیشینه پژوهشی یگانه و همکاران (۱۳۹۸) با بررسی عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس در زنان متأهل نشان دادند که واژینیسموس یک عارضه اجتماعی- فرهنگی و روانی است که با درونی کردن هنجارها و ارزش های جامعه ای با فقدان آموزش جنسی به موقع، القاء شناخت ها و هیجان های منفی جنسی، سبک های تربیتی سخت گیرانه نسبت به دختران و ایجاد دوگانگی و تناقض در ساختار ذهنی دختر بین آنچه تاکنون آموخته و عملکردی که امروز از او به عنوان یک زن انتظار می رود تبیین می شود. همچنین چرنر و ریزینگ<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند زنان مبتلا به اختلال دخول/ درد تناسلی- لگنی شناخت ها و باورهای مثبت کم تر و شناخت ها و باورهای منفی

5. Cherner, Reissing

6. Hayes

7. Terquis

8. Bergerton, Rosen and Maureen

1. Rosen, Bergeron, Sedicege

2. Andres

3. Kalmbach, Pillai

4. Cherner

تحقیق بررسی تجربه‌های زنان دارای اختلال دخول/درد تناسلی - لگنی پس از درمان است.

### روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی و به روش تحلیل مضمون<sup>۱</sup> است. این روش، مهارت‌های اساسی مورد نیاز برای بسیاری از تحلیل‌های کیفی را فراهم می‌نماید (ذکایی، ۱۳۹۹). جامعه مورد مطالعه پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال واژینیسوس بود که چندین سال از دوران زندگی زناشویی خود را با وجود این اختلال سپری کرده بودند و در فاصله زمانی اسفند ۱۳۹۵ تا اسفند ۱۳۹۸ به کلینیک روانشناختی آبشار شهر اصفهان

جهت درمان مراجعه نموده بودند بدین ترتیب روش نمونه‌گیری هدفمند بود. برای تعیین حجم نمونه از معیار اشباع استفاده شد. بعد از ۹ مصاحبه عمیق با مشارکت کنندگان، زمانی که پژوهشگر استنباط کرد که داده‌های تکراری به دست می‌آید برای اطمینان جهت اشباع داده‌ها دو مصاحبه تکمیلی دیگر انجام شد که حاصل آن نیز داده‌های تکراری بودند. براین اساس نمونه‌گیری نظری تا اشباع (تکرارپذیری) داده‌ها ادامه یافت. در این روش لزومی ندارد که از ابتدا میزان کلی نمونه‌ها را مشخص نمود و عدد دقیقی از شرکت کنندگان ارائه داد (صانعی و نیکبخت، ۱۳۸۳).

### جدول ۱. مشخصات مصاحبه‌شوندگان

ردیف	اسم مستعار	سن	سابقه اختلال/مدت ابتلاء (سال)	مدت زمان درمان (سال)	تحصیلات
۱	مریم	۲۸	۴	۶	دیپلم
۲	نسترن	۲۹	۱	۶	لیسانس
۳	زهرا	۳۶	۱/۵	۵	لیسانس
۴	شیرین	۳۵	۴	۴	فوق لیسانس
۵	الناز	۲۵	۴	۶	دیپلم
۶	مهسا	۲۵	۶	۳	فوق لیسانس
۷	طاهره	۲۴	۱	۲	فوق دیپلم
۸	ریحانه	۲۸	۳	۱	فوق لیسانس
۹	نوشین	۲۳	۲	۱	فوق دیپلم

داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته انفرادی توسط مصاحبه‌گر زن جمع‌آوری شدند. راهنمای سوالات مصاحبه به وسیله مرور متون، مطالعه مقدماتی، مشورت با اساتید و صاحب نظران تهیه گردید. مصاحبه در ابتدا با آشنایی مصاحبه‌گر و مراجع آغاز شد و پس از اعتمادسازی و ایجاد احساس راحتی سوالات اصلی مصاحبه پرسیده شد. سپس بر مبنای چگونگی پاسخگویی مشارکت‌کننده با سوالاتی مانند، فکر می‌کنید چه ارتباطی در خصوص آگاهی از مسایل جنسی با اختلال درد/دخول تناسلی \_ لگنی وجود دارد؟ یا چه اقداماتی در جهت

درمان انجام دادید؟ یا تجربه شما از رابطه جنسی پس از درمان چگونه بود؟ درمان این اختلال در چه جنبه‌های دیگری از زندگی شما تغییرات ایجاد کرد؟ در راستای اهداف پژوهش ادامه یافت. مصاحبه‌ها به دلیل شیوع ویروس کرونا به صورت مجازی انجام و ضبط گردید. همچنین از یادداشت در عرصه و یادآوری نویسی نیز استفاده می‌شد. مدت زمان مصاحبه به طور کلی بین ۴۵ تا ۵۰ دقیقه به طول انجامید. پس از اتمام هر جلسه، مصاحبه چندین بار گوش داده شد، متن پیاده شده، چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفت و سپس کدگذاری شد. در

<sup>1</sup> Thematic Analysis



### شناخت‌های ناسازگار تناسلی

تعدادی از مشارکت‌کنندگان به عدم شخصیت دو سازگاری ظرفیت واژن و سائیز آلت شوهر به عنوان یک عامل موثر در اختلال واژینیسموس اشاره نمودند. برخی از این مشارکت‌کنندگان تصور می‌کردند واژن آنان تنگ‌تر از زمانی بوده که می‌توانستند دخول انجام دهند به طوری‌که ظرفیت نفوذ آلت همسر را نخواهد داشت.

شرکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: "وقتی که آلت همسر را دیدم بزرگه از بزرگ بودنش ترسیدم / دقیقاً همون موقع که می‌آمدم آلت همسر را با واژن خودم مقایسه کنم دچار استرس می‌شدم یک ترس و وحشت شدیدی را تجربه می‌کردم / در مورد واژن تصور می‌کردم چه جور این آلت به این بزرگی می‌خواهد وارد واژن به اون کوچکی شود؟ / همین منو دچار اضطراب و استرس می‌کرد (سن ۲۵ سال، ۶ سال سابقه اختلال و مدت درمان ۳ سال).

### باورهای ناکارآمد جنسی

باورهای فرد در صدد فعالیت‌ها و نقش‌های جنسیتی عامل دیگری است که روابط جنسی در زندگی زناشویی را می‌تواند تحت تاثیر قرار دهد.

شرکت‌کننده شماره ۵ در همین ارتباط می‌گوید: "پیش از درمان از نظر من سکس برای مردها بود و زن‌ها هم برای شوهرشان سکس را انجام می‌دهند من بیشتر به خاطر بچه‌دار شدن و کسب رضایت همسر به دنبال درمان بودم" (سن ۳۵ سال، سابقه اختلال ۴ سال و مدت درمان ۶ سال).

### تئیدگی جنسی

اکثر افراد مصاحبه‌شونده در پیش از درمان دچار تئیدگی جنسی و واکنش‌هایی مانند احساس عجز و ناتوانی، آزار دیدن و نگرانی دائمی بودند. برای مثال اکثر مشارکت‌کنندگان وجود افکار مرتبط با دخول را یک نوع آزار تعبیر می‌کردند و اظهار عجز و ناتوانی در برابر تنش جنسی پیش از درمان داشتند.

شرکت‌کننده شماره ۳ می‌گوید: "اینکه نمیتوانستم به همسر اجازه دخول دهم خودم را مقصر می‌دانستم، احساس گناه و عذاب وجدان داشتم، نمی‌شود ازدواج کنی و دخول نداشته

باشم، می‌خواستم برای همسر زن دیگری بگیرم. دست خود آدم نیست هر بار می‌آمدم تلاش کنم این ترس که نکنه اتفاقی رخ دهد نمی‌داشت دخول انجام دهم" (سن ۲۵ سال، سابقه اختلال ۱/۵ و مدت درمان ۵ سال).

### هیجان‌های ناخوشایند جنسی

بررسی اظهارات مشارکت‌کنندگان ۳ نوع هیجان نفرت / طرد و انزجار / ترس و خشم را آشکار ساخت.

مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: "کلاً توی معاشقه قبل از دخول استرس شدیدی می‌گرفتم چون می‌دانستم الان قراره آلت وارد بدن من شود حالت تهوع می‌گرفتم و ترس شدیدی سراغ من می‌آمد و اصلاً لذتی نمی‌بردم و از برقراری رابطه جنسی فرار می‌کردم و خودم را به خواب می‌زدم" (سن ۲۵ سال، ۶ سال سابقه اختلال و مدت درمان ۳ سال).

### عوامل فرهنگی و تربیتی پیش از درمان

این مضمون که به بررسی آموخته‌ها و عادات افراد به عنوان یک عضو از جامعه و خانواده می‌پردازد از ۲ مضمون سبک تربیتی سرکوبگر والدین و خود ابرازی جنسی محدود تشکیل شده است.

### سبک تربیتی سرکوبگر والدین

تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان شیوه‌های تربیت جنسی که والدینشان اتخاذ کرده بودند را یکی از عوامل موثر در اختلال واژینیسموس می‌دانستند. برخی از این شرکت‌کنندگان به باور والدینشان مبنی بر دور نگه داشتن دختر از پسر اشاره می‌کردند به نحوی که این سخت‌گیری والدین در ذهن آنان فکر منفی نسبت به جنس مرد ایجاد کرده بود.

شرکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید "مادرم فرد مذهبی و آنطور که می‌خواست مسائل را به ما یاد می‌داد و می‌گفت که باید همیشه باکره باشی و نباید بر مسائل جنسی تمرکز کنی (سن ۳۶ سال، سابقه اختلال ۴ سال و مدت درمان ۴ سال).

### خود ابرازی جنسی محدود

ابراز جنسی به توانایی مشارکت‌کنندگان در نشان دادن و بیان تمایلات و نیازهای جنسی به همسر اشاره دارد. بررسی اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان داد سطح گشودگی کلامی و غیر کلامی

مانند ابراز احساسات و نیاز جنسی در بسیاری از مشارکت کنندگان پایین بود.

مشارکت کننده شماره ۱ می گوید: "من نمی توانستم در خصوص مسائل جنسی به راحتی با همسرم مسئله را در میان بگذارم" (سن ۲۸ سال، سابقه اختلال ۴ سال و مدت درمان ۶ سال).

### دانش جنسی پس از درمان :

#### دانش و آگاهی جنسی

دانش جنسی که شامل مجموعه معلومات، اطلاعات، دانش و آگاهی فرد در مورد جنسیت و مسائل جنسی از جمله جنبه های فیزیولوژیکی و آناتومی جنسی، تولید مثل، عملکرد و رفتار جنسی فردی و بین فردی می شود و از یک زیرطبقه آموزش جنسی کارآمد تشکیل شده است.

شرکت کننده شماره ۵ پس از درمان می گوید: "ترس بیخود من از رابطه به خاطر ناآگاهی و اینکه نمی دانستم رابطه جنسی چیست و چطور انجام می شود بود من بعد از درمان فهمیدم واژن حالت کششی و انعطاف پذیری دارد" (سن ۳۵ سال، سابقه اختلال ۴ سال و مدت درمان ۶ سال).

### شناخت ها و هیجان های جنسی پس از درمان

#### افزایش آگاهی تناسلی

این طبقه که به بررسی محتوای خزانه شناختی و هیجانی فرد در تعبیر و تفسیر امور جنسی می پردازد از ۴ زیر طبقه افزایش آگاهی تناسلی، باورهای جنسی، هیجان جنسی مثبت و خودابرازی های جنسی تشکیل شده است.

شرکت کننده شماره ۵ می گوید: "من حتی هنگامی که می خواستم خودم را بشورم می ترسیدم و می گفتم الان اتفاقی برآیم می افتد ولی بعد از اینکه خانم دکتر اجزاء ناحیه تناسلی را توضیح دادند که آلت به چه صورت وارد می شود و چه می شود من آرام شدم" (سن ۳۵ سال، سابقه اختلال ۴ سال و مدت درمان ۶ سال).

#### باور جنسی

باورهای فرد در مورد فعالیت ها و نقش های جنسی عامل دیگری است که روابط جنسی در زندگی زناشویی را می تواند تحت تاثیر قرار دهد. برخی از مشارکت کنندگان تا پیش از درمان

فعالیت های جنسی در زندگی زناشویی را بهبود یافته تلقی می کردند و به روابط جنسی اهمیت چندانی نمی دادند، اما پس از درمان نگرش آنها نسبت به نقش زن و مرد در رابطه جنسی تغییر کرد. شرکت کننده شماره ۶ پس از درمان می گوید: "من تا قبل از درمان همیشه فکر می کردم سکس فقط برای لذت مردهاست اما پس از درمان باورم تغییر کرد و در رابطه جنسی به اندازه شوهرم لذت می برم و به نظرم هر دو زن و مرد در رابطه جنسی نقش دارند (سن ۲۵ سال، ۶ سال سابقه اختلال و مدت درمان ۳ سال).

#### هیجان جنسی مثبت

احساسات و هیجاناتی که در روابط جنسی وجود دارند و می توانند رضایت زناشویی را تحت تاثیر قرار دهند. شرکت کننده شماره ۳ پس از درمان می گوید: "به خودم افتخار می کردم که توانستم این کار را انجام دهم و احساس خوبی داشتم و بار سنگینی از روی دوش من برداشته شد و احساس سبک بالی کردم" (سن ۲۵ سال، سابقه اختلال ۱ سال و نیم و مدت درمان ۵ سال).

#### خود ابرازی جنسی

خود ابرازی جنسی عبارتست از توانایی بیان آشکار افکار و باورهای خوشایند یا ناخوشایند و احساس ها از رابطه جنسی است به گونه ای که زوجینی که در رابطه با احساسات و امیال جنسی خود به راحتی صحبت می کنند و رابطه جنسی لذت بخش تری را تجربه می کنند.

شرکت کننده شماره ۶ پس از درمان می گوید: "من بعد از درمان بدون خجالت در باره ی نقاط لذت بخش بدنم با شوهرم حرف میزدم و شوهرم خیلی خوشحال بود از اینکه من هم در رابطه جنسی با او همکاری می کنم و لذت می برم (سن ۲۵ سال، ۶ سال سابقه اختلال و مدت درمان ۳ سال).

### بهبود کیفیت زندگی جنسی پس از درمان

#### بهبود عملکرد جنسی

در واقع به احساس جذابیت جنسی، علاقمندی و شرکت در فعالیت جنسی و ادراک عملکرد جنسی، بهبود عملکرد جنسی اطلاق می گردد که مشارکت کنندگان اعلام کردند پس از درمان عملکرد جنسی آنها بسیار بهبود یافته است.



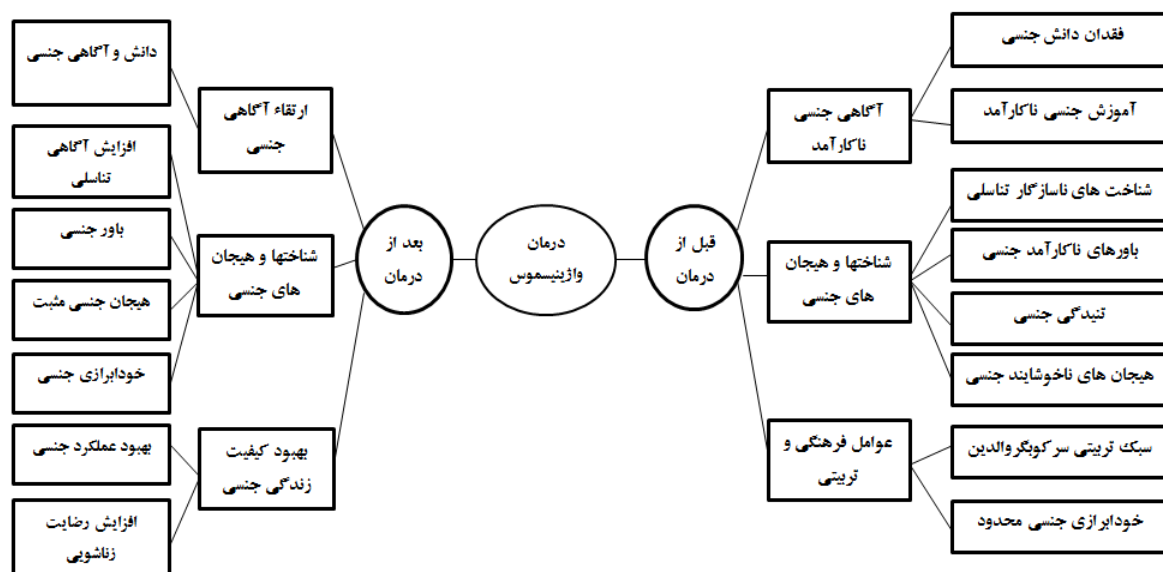
رضایت زناشویی شامل سازگاری، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیاز جنسی می‌باشد.

شرکت کننده شماره ۴ می‌گوید: "سیستم جنسی که درست شد همه‌ی مسائل آرام شد در زندگی ما و من تا قبل از درمان قصد جدایی از همسر را داشتم چون او را مقصر می‌دانستم" (سن ۳۶ سال، سابقه اختلال ۴ سال و مدت درمان ۴ سال).

شرکت کننده شماره ۵ می‌گوید: "اوج لذت جنسی را پس از درمان تجربه کردم و حتی تعداد روابط جنسی ما زیاد شد و به راحتی اکثر پوزیشن‌ها را انجام می‌دهم" (سن ۳۵ سال، سابقه اختلال ۴ سال و مدت درمان ۶ سال).

### افزایش رضایت زناشویی

افزایش رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و مرد در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از یکدیگر دارند.



نمودار (۱): شبکه مضامین

### بحث و نتیجه گیری

و تعالیم جنسی نادرست یکی از مهم ترین عوامل در به وجود آمدن این اختلال بوده است. در این خصوص نتایج نشان داد که علی رغم اهمیت آموزش جنسی برای زنانی که فعالیت جنسی خود را آغاز نکرده بودند و زنانی که فعالیت جنسی خود را آغاز کرده بودند، در حالی که نیاز آنها بوده است، در دوران زندگی آنها (نوجوانی و جوانی) هیچ گونه آموزش مناسبی در خصوص مسائل جنسی به زنان مبتلا به وازنیسموس داده نشده است. در نتیجه پاسخگویی نامناسب به این نیاز در بروز اختلال درد/دخول تناسلی- لگنی به عنوان یک اختلال جنسی در آنها، موثر بوده است.

نتایج مصاحبه نشان داد محتوای آموزش های جنسی ارائه شده در دانشگاه و آموزش ارائه شده در زمان ازدواج از لحاظ کیفی نیاز به

در دهه های گذشته، نگرش اجتماعی افراد در مورد سلامت و بهداشت جنسی تغییر کرده است، افراد با افزایش آگاهی قادر خواهند بود به سوی سلامت بیشتر مسائل و روابط جنسی حرکت کنند. سرکوب نیازهای طبیعی و خدادادی زنان، آثار نامطلوبی بر صمیمیت و نشاط اعضاء خانواده برجای می‌گذارد. هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی می‌تواند بر روی کارکرد جنسی تأثیر منفی به جای بگذارد. این پژوهش با هدف بررسی واکاوی تفسیر زنان دارای اختلال وازنیسموس پس از درمان انجام گرفته است که نتایج حاصل از آن نشان داد عدم آگاهی جنسی

آگاهی جنسی افراد را نمی‌تواند مرتفع سازد. طبق نتایج مصاحبه مشاهده شد منبع اصلی اطلاعات جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس در دوره نوجوانی، دوستان و همسالان بوده‌اند. به گونه‌ای که تعدادی از مصاحبه‌شوندگان بیان داشته‌اند که در نوجوانی توسط همسالان تصورات نادرستی در ذهنشان به وجود آمده که به مرور زمان تثبیت و منجر به شکل‌گیری باورها و هیجانات منفی در میان آنها شده است. بنابراین گردش اطلاعات نادرست میان همسالان یکی دیگر از عوامل ایجاد این اختلال بوده است. مشارکت کنندگان در این پژوهش با به دست آوردن دانش جنسی کافی و آگاهی پیدا کردن نسبت به مسائل جنسی پس از درمان به دلیل دریافت آموزش جنسی کارآمد از طریق کسب اطلاعات از مشاوره یا ماما به صورت آگاهی یافتن از انعطاف‌پذیری واژن، تلاش برای آرام‌سازی ذهن خود با استفاده از شیوه ذهن‌آگاه، انجام دادن تمرینات واژنی با استفاده از دیلاتور یا انگشت، آموزش تمرینات کگل، تغییر شناخت نسبت به ترس از مقاربت و همچنین عضویت در گروه‌های مجازی (انجام تمرینات واژنی به صورت گروهی در گروه‌های مجازی و اشتراک‌گذاری تجربیات در گروه) توانستند رفتار جنسی سالمی را از خود نشان دهند.

افراد حاضر در این پژوهش شناخت‌های منفی خود نسبت به دخول را در قالب "شناخت‌های ناسازگار تناسلی" مانند عدم تناسب ظرفیت دستگاه تناسلی زنانه و مردانه و هیجان‌های منفی مانند اجتناب از دخول، و خشم در هنگام دخول مطرح نمودند که در نهایت در کنش وری جنسی این افراد در قالب اختلال درد/دخول تناسلی- لگنی نقش دارند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس دارای "شناخت‌ها و هیجان‌های منفی" در مورد دخول واژینال بوده‌اند. این یافته با مشاهدات بالینی و مدل‌های نظری همسو می‌باشد که بر اهمیت ساختارهای شناختی بنیادین در فرآیندهای کنش جنسی تاکید می‌نماید (موری و همکاران، ۱۳۹۶). در شرایطی که این شناخت‌واره‌های خودانتقادگر فعال می‌شوند ضمن اینکه سیستمی متشکل از افکار خودآیند منفی را فرا می‌خوانند، موجب بالا رفتن هیجانات منفی مثل ناراحتی، سردرگمی، احساس گناه، فقدان لذت، رضایت و اخلال در پاسخ جنسی نیز می‌شوند (ریینر و روزنباوم، ۲۰۰۵).

"تندگی جنسی" یک عامل مهم مرتبط با اختلال واژینیسموس بوده است که تعدادی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش به آن اشاره کرده‌اند که مرتبط بودن این عامل با این اختلال با نتایج پژوهش آندرس (۲۰۱۳) و ایزدی دهنوی و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. نتایج مطالعات نشان‌دهنده وجود رابطه هم‌زمان بین برانگیختگی اضطرابی و عاطفه منفی با درد جنسی بیشتر به عنوان یکی از ویژگی‌های اختلال واژینیسموس است (گلنباخ، کینگربرگ و سیسلا، ۲۰۱۴؛ کلمباخ و پیلا، ۲۰۱۴) و با نتایج پژوهش حاضر همسو است. بیشتر زنان شرکت‌کننده در پژوهش دچار تندگی جنسی بوده‌اند.

رجایی و عشقی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان داده‌اند که به دلیل وجود ارتباط بین واژینیسموس و تندگی جنسی و اضطراب؛ درمان اضطراب و تندگی جنسی باعث درمان بیماری واژینیسموس می‌شود. عقایدی که در اکثر بیماران مورد مصاحبه وجود داشت ریشه در گذشته داشته است و اولین رابطه جنسی ناموفق با همسر و قرار گرفتن در موقعیت جدید رابطه ناشویی و تکرار مجدد این افکار در ذهن آنها، می‌تواند باعث قفل شدن عضلات کف لگن و یک عملکرد جنسی ناموفق را در پی داشته باشد.

تقریباً اکثریت مشارکت‌کنندگان "سبک تربیتی سرکوبگر والدین" را یک عامل مؤثر در اختلال واژینیسموس دانسته‌اند. در این راستا زنان مبتلا معتقد بودند خانواده به دلایل فرهنگی و نه مذهبی با تزریق باورهای فرهنگی غیراصولی و سختگیرانه سعی در حفظ دختر می‌نموده‌اند. یکی از مشکلات مهم زنان مبتلا عدم انتقال احساسات، امیال و خواسته‌های جنسی به همسر خود بوده است که با نام ناتوانی در "خودابرازی جنسی محدود" مطرح است. نتایج مطالعه چرنر و همکاران (۲۰۱۳) نشان‌دهنده این واقعیت است که میان خودابرازی جنسی پایین یا محدود و ازدواج به وصال نرسیده رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. نتایج مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد زوجینی که درباره امیال و خواسته‌های جنسی خود صحبت نمی‌کنند، ناهنجاری‌های جنسی بیشتری نسبت به سایر زوجین تجربه می‌کنند.

مشارکت‌کنندگان در پژوهش پس از درمان به دلیل به دست آوردن اطلاعات و شناخت کافی نسبت به هیجان‌ها و باورهای جنسی که باعث ایجاد افکار و هیجان مثبت و شناخت‌های سازگارانه در آنها شد

زندگی خود حس کرده و حتی پس از در مان از طلاق منصرف شدند. احساس خشم، نفرت و عصبانیت نسبت به همسر پس از درمان به سازگاری و روابط خوب با همسر تبدیل شده است.

نتایج در خصوص مقایسه درک و تفسیر زنان دارای واژینیسموس پیش و پس از درمان نشان داد که آنها پیش از درمان تفکر منفی نسبت به جنس مخالف و نگرش سلطه‌گری مردان در رابطه و نگاه ابزاری به زن در روابط جنسی داشتند. اما پس از درمان متوجه شدن که زن در رابطه نقش موثری دارد و رابطه جنسی به رابطه دو طرفه است که هم زن و هم مرد از آن لذت می‌برند. همچنین پیش از درمان از داشتن این مشکل احساس گناه می‌کردند اما پس از درمان باور به غیرارادی بودن این مشکل و عدم احساس گناه در آنها به وجود آمد. پیش از درمان فعالیت جنسی را بیهوده می‌انگاشتند اما پس از درمان به اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی پی بردند. احساس عجز و ناتوانی، درماندگی و دست کشیدن از تلاش برای درمان که پس از درمان باعث ایجاد شناخت‌های کارآمد و الگوی منطقی تفکر در آنها شد و متوجه درک و تفسیر اشتباه خود پیش از درمان شدند.

به منظور پیشگیری از اختلال واژینیسموس و اختلافات زناشویی و مشکلات جنسی پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشتی-درمانی و کلینیک‌های مشاوره و ازدواج در سطح کشور، برنامه‌ای جهت آموزش مسائل جنسی توسط مسئولین امر ترتیب داده شود. کلاس‌های آموزشی در مراکز بهداشت و ... نیز برای ارائه اطلاعات صحیح به دختران و پسران آماده ازدواج، در چارچوب شرایط فرهنگی و مذهبی کشورمان، می‌تواند در پیشگیری از این اختلال نقش مؤثری داشته باشد. افزایش آگاهی تناسلی بیماران و آموزش و تشویق آنها به خواندن متون مرتبط با مسائل جنسی و اختلال واژینیسموس. روش‌های درمانی که از جامعیت و انعطاف پذیری لازم برای ارائه راهکارهای گسترده برخوردار هستند، به کار برده شود.

توانستند هیجان‌های منفی مانند خشم، احساس گناه، ترس، خجالت یا نفرت را از خود دور کنند و بتوانند فعالیت جنسی بهتری را تجربه کنند. نتایج نشان داد زنان دارای واژینیسموس پس از درمان از رابطه جنسی خود رضایت داشته‌اند که در ایجاد و حفظ رابطه زناشویی شاد دارای نقش حیاتی بوده است. آنان پس از درمان قادر به برآورده ساختن نیاز جنسی و انتظارات خود و همسرانشان شدند و به طور کلی ارزیابی مثبت و خوشایندی از رابطه جنسی خود داشتند. نگرش آنها به رابطه جنسی عوض و تنوع در روابط آنها به وجود آمده و اوج لذت جنسی را بدون هیچ دردی تجربه کرده‌اند. آنها پس از درمان عدم تعارضات زناشویی در روابط و سازگاری زناشویی را در زندگی خود تجربه می‌کنند. همچنین آنها پس از درمان، درک و تفسیر خود از رابطه جنسی را در چگونگی شکل‌گیری برهمکنش با همسر خود چنین بیان داشته‌اند که ارتباط عاطفی میان آنها و همسرانشان پس از درمان افزایش یافته و آنها بیشتر به هم ابراز محبت می‌کنند. آنها پس از درمان هیجان‌های خود را ابراز و آزادانه صحبت می‌کنند. پس از در مان شناخت‌های صحیح جایگزین شناخت‌های بازدارنده و غلط شده است و انگیزه بیشتری برای رابطه جنسی دخولی با همسر و کسب رضایت همسر و اقدام برای بارداری را در خود احساس می‌کنند.

زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس پس از درمان در زمینه واکنش‌های هیجانی، ابراز عواطف و پاسخ‌دهی به آن، حل تعارضات، ارتباط کلامی و غیر کلامی، تقسیم نقش و ... مشکلات کمتری را نسبت به قبل درمان تجربه کرده‌اند. آنها پس از درمان به دلیل بهبود عملکرد جنسی که در زندگی زناشویی آنها تأثیر مثبت داشته و باعث تداوم موفقیت در زندگی زناشویی و خانوادگی آنها شده است را تجربه کرده‌اند. آنها به دلیل زیاد شدن همدلی نسبت به گذشته در خصوص مسائل جاری و همبستر شدن، هماهنگی در تصمیم‌گیری را تجربه می‌کنند. آنها پس از درمان بهبود روابط زناشویی را به طور کامل در

## منابع

- امینی، م.، ازگلی، گ.، آذر، م.، مجد، ح. (۱۳۹۰). زمان انجام ازدواج و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۸۸، ۱۶(۲)، ۲۲-۳۳.
- ایزدی دهنوی، س.، یعقوبی، ح.، حیدری نسب، ل. (۱۳۹۵). تغییرات همزمان علائم افسردگی و اضطراب با تغییرات در عملکرد جنسی زنان جوان متأهل، کلینیک ابن سینا، ۲۳(۳)، ۲۲۷-۳۶.
- بهرامی، ه.، افتخار، م.، کیامنش، ع.، سخندانی، ف. (۱۳۹۲). عملکرد جنسی و افشای خود در ازدواج‌های ناخواسته، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۹(۲)، ۱۴۹-۱۵۵.
- ثابت قدم، ش.، کرامت، ا.، ملاری، م.، و رضایی چمنی، ص. (۱۳۹۸). مرور نظام مند مطالعات گزارش شیوع واژینیسموس. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل، ۱۹(۳)، ۲۶۳-۲۷۱.
- حمید، ن.، دهقانی زاده، ز.، و فیروزی، ع.ا. (۱۳۹۱). تاثیر درمانی شناختی- رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس، مجله زنان مامائی و نازائی ایران، ۱۵(۲۰)، ۱-۱۱.
- حمیدی، س.، شماره، ح.، حجت، س.ک. (۱۳۹۴). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی در زنان مبتلا به واژینیسموس و زنان عادی، مجله زنان مامائی و نازائی ایران، ۱۸ (۱۵۵-۱۵۶)، ۹-۱۸.
- حیدریان، م.، غلامزاده جفره، م.، و شهبازی، م. (۱۴۰۰). تبیین پیشایندهای اختلال واژینیسموس و دیسپارونی در زنان مبتلا: یک مطالعه کیفی. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۲۰(۶)، ۵۴۴-۵۵۴.
- خجسته مهر، ر.، قنبری، ز.، تقی پور، م. (۱۳۹۳). بررسی اثر مستقیم اخلاق رابطه ای بر افسردگی و اختلال عملکرد جنسی با میانجی گری رضایت زناشویی و سطح ارتباطات، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۵(۴)، ۱۴۲-۱۳۳.
- ذکایی، م.س. (۱۳۹۹). هنر انجام پژوهش کیفی (از مسئله یابی تا نگارش). نشر آگاه، تهران.
- رستمی، ر.، رامش، س.، و همت‌بلند، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی ترکیب درمانی شناختی رفتاری و بیوفیدبک در درمان مبتلایان به واژینیسموس: یک مطالعه پایلوت، سلامت جامعه، ۱۰(۱)، ۶۶-۵۴.
- شریفیان، م.، صفاری نیا، م.، و عزیززاده فرد، س. (۱۳۹۷). نقش طرح‌واره‌های جنسی با میانجی گری سبک انصاف در پیش بینی اختلال درد جنسی: بررسی مدل معادلات ساختاری. روانشناسی سلامت، ۷(۳)، ۱۹۰-۱۶۹.
- مهرابی، ف.، دادفر، م.، چیمه، ن. (۱۳۸۵). اثربخشی روشهای شناختی- رفتاری در درمان اختلال نعوظ/ نوع اضطراب عملکرد، ۱۲(۱)، ۱۵-۹.
- نجات، م.، همت‌بلند، ا.، و طرزی مقدم، م. (۱۳۹۹). اثربخشی تحریک الکتریکی عملکردی- بیوفیدبک همراه با درمان شناختی- رفتاری جنسی در درمان واژینیسموس درجه ۳ و ۴ بر اساس مقیاس لامونت و موفقیت در بارداری افراد درمان شده، مجله تحقیقات پزشکی صام، ۵(۲)، ۱۷۵-۱۶۴.
- یگانه، ط.، فراهانی، م.، فرزاد، و.، و مقدسین، م. (۱۳۹۸). بررسی عوامل مرتبط با اختلال واژینیسموس در زنان متأهل سال ۱۳۹۷: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۸(۱۰)، ۹۹۷-۱۰۱۶.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, Washington DC, 2013.
- Andres A.N. (2013). Sexual communication anxiety attachment relationship satisfaction and sexual satisfaction. [Master's thesis]. Alabama. department of human development and family studies, Auburn University.
- Bergeron S, Rosen NO, Morin M. (2011). Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. Pain 2011 Jun;152 (6),1223-1227.
- Binik YM, Reissing E, Pukall C, Flory N, Khalife S, Payne KA. (2002). The female sexual pain Disorders: genital pain or sexual dysfunction Arch Sex Behav, 31(5), 425-429.
- Bogart LM, Suttrop MJ, Elliott MN, Clemens JQ, Berry SH. (2011). Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Urology, 77(3), 576-80.

- Braun, V. & Clarke, V. (2006), "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cherner RA, Reissing ED. (2013). A psychophysiological investigation of sexual arousal in women with lifelong vaginismus. *J Sex Med*, 10(5), 1291-303
- Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav*, 40(1), 121-132.
- Dogan, S., & Dogan, M. (2008). The frequency of sexual dysfunction in male partners of women with vaginismus in a Turkish sample. *International Journal of Impotence Research*, 20, 218–221.
- Gewirtz-Meydan, A., Spivak-Lavi, Z. (2021). Profiles of Sexual Disorders and Eating Disorder Symptoms: Associations With Body Image. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1364-1373.
- Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. (2011). Epidemiology: What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med*, 3(4), 589-595.
- Hodo DW. (2006). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. *Am J Psych*; 163 (8):1458.
- Jahanfar SH, Molaiezhad M. A (2013). A course on sexual disorders. Tehran: Community, Bizheh.
- Jeng CJ. (2004). The pathophysiology and etiology of vaginismus. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 43(1), 10-5
- Kabakçi E, Batur S. (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *J Sex Marital Ther*, 29 (4), 277-88.
- King, N., & Horrocks, C. (2010), *Interviews in qualitative research*, London: Sage.
- Lofrisco BM. (2011). Female sexual pain disorders and cognitive behavioral therapy. *J Sex Res*, 48(6), 573-9.
- Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, Fambrini M, Magini A, Jannini EA, Maggi M, Vignozzi L. (2018). Outcome of Medical and Psychosexual Interventions for Vaginismus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med*; 15 (12), 1752-64.
- Masters W.H. & Johnson V. (2013). *E. Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little, Brown.
- Mehrabi F, Dadfar M, Ghime N. (2006). The effectiveness of cognitive-behavioral techniques in the treatment of erectile dysfunction/performance anxiety type. *Iran J Psych Clin Psychol*, 12 (1), 9-15. (Persian).
- Rahimi EL, Shafiabadi A, Yunesi F. (2009). The effect of sexual cognitive-behavioral therapy on females' sexual knowledge, sexual attitude, and sexual self-confidence. A case study in Shiraz, Iran. *Armaghane Danesh* 2009; 14 (3):103-11. (Persian).
- Rajaei F, Eshghi R. (2014). The effect of behavioral cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance of vaginismus patients. *JCP*, 9(4), 55-69.
- Ribner DS, Rosenbaum TY. (2005). Evaluation and treatment of unconsummated marriages among Orthodox Jewish couples. *J Sex Marital Ther*; 31(4), 341-53.
- Rosen, N.O, Bergeron, S., Sadikaj, G. (2014). Impact of male partner responses on sexual function in women with vulvodinia and their partners: a dyadic daily experience study. *Health Psychol*, 33, 823–831.
- Ter Kuile MM, van Lankveld JJ, de Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors. *Behav Res Ther*, 45(2), 359-73.
- Ter Kuile, M. M., Bulté, I., Weijenborg, P., Beekman, A., Melles, R., & Onghena, P. (2009). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a replicated single-case design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (1), 149.

## Original Article

# Analysis of Post-Treatment Sex Interpretation in Women with Penetration / Genital Pain Disorder

Received: 12/10/2022 - Accepted: 17/04/2023

Fatemeh Aghakhani Haroni <sup>1</sup>  
Azimeh Alsadat Abdoallahi <sup>2\*</sup>  
Mohammad Soltani Zadeh <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ma of General Psychology, Payam Noor University, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Sociology, Payam Noor University, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran.

Email: a\_abdelahi@pnu.ac.ir

### Abstract

**Introduction and purpose:** Genito-pelvic pain / penetration disorder is an involuntary contraction of the muscles of the outer third of the vagina that prevents intercourse and includes vaginismus and dyspareunia. The aim of this study was to analysis the interpretation of sex after treatment in women with penetration / genito-pelvic pain disorder.

**Methodology:** This research was a qualitative study with an interpretive approach and content analysis method. Based on purposive sampling method, data were collected from 9 women with this disorder who referred to the psychological clinic of Isfahan Abshar clinic from March 2017 to March 2017. Cultural-educational classes, sexual knowledge and sexual cognition and sexual excitement of women with this disorder were also examined before and after treatment. Data were collected using a semi-structured individual interview by a female interviewer. In this study, King and Harkes method was used for data analysis.

**Findings:** The results showed that the classes of "cultural-educational", "sexual knowledge" and "sexual cognition and excitement classes" are among the effective factors in causing this disorder and "sexual knowledge", "cognition and sexual excitement" and " Improving the quality of sexual life "have been effective factors in the treatment.

**Conclusion:** Based on the results of the present research, it is necessary for women to be educated on the concepts of sexual knowledge, quality of sexual life, and sexual excitement before marriage, so that lack of familiarity with these concepts does not lead to sexual problems in the post-marriage period.

**Key words:** Sexual dysfunction, pain/ genito-pelvic penetration disorder, Improving quality of sexual life

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest