

Explaining the Process of Vaginismus Diagnosis: a Content Analysis

Reisy L^{*1}, Ziaee S², Mohammadi E³, Hajizade E⁴

1. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

2. Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4. Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

* **Corresponding author.** Tel: +984533717137, E-mail: l.raeisi@arums.ac.ir

Received: Apr 28, 2018 Accepted: Apr 29, 2018

ABSTRACT

Background & aim: 150 years consensus on clinical diagnostic criteria of pain, contraction and spasms has been questioned to explain vaginismus. The aim of this study was to understand the process of vaginismus diagnosis in women.

Methods: The present study was conducted with a qualitative approach based on the content analysis between 2014-2015. A total of 33 participants including 20 in patients group and 13 in clinical diagnostic group (gynecologist, midwife and clinical psychologist) were selected through purposeful and theoretical sampling in the clinics and family health centers of Tehran and Karaj and they were interviewed based on semi-structured method.

Results: From data analysis, two topics of "perceived disorder in marital relations" with sub-themes of physical suffering and inability to have sexual intercourse and annoyance and psychological-emotional damage and also "applied diagnostic skills and knowledge" with sub-themes of behavioral interaction, were obtained from the diagnostic conditions and diagnostic criteria of the therapist.

Conclusion: The results showed that the therapist should be able to skillfully observe and discover the clinical diagnostic criteria of vaginismus, such as spasm, contraction, and pain, based on what he or she has learned as knowledge of vaginismus. The vaginismus is subsequently confirmed by a skillful analysis of the patient's marital status and the discovery of the dimensions of the patient's physical suffering and inability to have sex and the resulting psychological and psychological damage. For a definitive diagnosis of vaginismus, it is recommended that, at the first, a gynecological examination be performed to detect the clinical features, and second, a skilled analysis of the quality of the couple's marital relationship is recommended.

Keywords: Vaginismus, Diagnostic Criteria, Vaginal Spasm, Content Analysis

تبیین فرایند تشخیصی واژینیسموس: یک مطالعه تحلیل محتوا

لیلا رئیسی^{۱*}، سعیده ضیایی^۲، عیسی محمدی^۳، ابراهیم حاجی زاده^۴

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۲. گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. گروه آمار حیاتی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۴۵۳۳۷۱۷۱۳۷ ایمیل: l.raeisi@arums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: اجماع ۱۵۰ ساله روی معیارهای تشخیصی بالینی درد، انقباض و اسپاسم برای تشخیص واژینیسموس مورد سوال قرار گرفته است. این مطالعه با هدف فهم چگونگی تشخیص واژینیسموس در زنان مبتلا صورت گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و از نوع تحلیل محتوای قراردادی در سال ۹۴-۹۳ انجام شد. تعداد ۳۳ نفر شامل ۲۰ نفر از گروه بیماران و ۱۳ نفر از گروه تشخیص دهنده بالینی (متخصص زنان، ماما و روانشناس بالینی) به روش نمونه گیری هدفمند و نظری در مطب، مراکز و کلینیک های سلامت خانواده و جنسی شهرهای تهران و کرج مورد مصاحبه نیمه ساختاری قرار گرفتند.

یافته ها: از تحلیل داده ها دو مضمون «اختلال درک شده در برقراری رابطه زناشویی» با زیرمضامین رنج جسمی و ناتوانی در برقراری ارتباط جنسی و آزرده گی و آسیب های روانی- عاطفی و «مهارت و دانش کاربردی تشخیص دهنده» با زیرمضمون های تعامل رفتاری ناشی از شرایط تشخیصی و معیارهای تشخیصی درمانگر به دست آمد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که درمانگر می بایست بر اساس آنچه که به عنوان دانش خود از بیماری واژینیسموس آموخته بتواند با مهارت، معیارهای بالینی تشخیصی واژینیسموس همانند اسپاسم و انقباض و درد را مشاهده و کشف نماید و بعد از ایجاد شک به تشخیص واژینیسموس در مرحله بعد با واکاوی ماهرانه چگونگی وضعیت رابطه زناشویی بیمار و کشف ابعاد رنج جسمی و ناتوانی بیمار در برقراری رابطه جنسی و آزرده گی و آسیب های روحی و روانی ناشی از آن به تشخیص واژینیسموس، مهر تایید بزند. برای تشخیص قطعی و صحیح واژینیسموس در گام نخست انجام معاینه ژنیکولوژی برای کشف شاخص های بالینی و در گام دوم واکاوی ماهرانه کیفیت روابط زناشویی زوجین توصیه می شود.

واژه های کلیدی: واژینیسموس، معیارهای تشخیصی، اسپاسم واژینال، تحلیل محتوای قراردادی

پذیرش: ۹۷/۰۲/۰۹

دریافت: ۹۷/۰۲/۰۸

مقدمه

تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، تحت عنوان اختلال تناسلی- لگنی وابسته به دخول/ درد^۲ مطرح می گردد (۲). چنین اختلالی، نتیجه بیزاری از دخول واژن است

واژینیسموس به عنوان یک انقباض رفلکس مانند ساختار عضلانی حلقوی واژن حین دخول توصیف می شود (۱). این واژه در ویرایش پنجم راهنمای

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- V

² Genito- pelvic Pain/Penetration Disorder

که خود ناشی از وجود درد یا پیش‌بینی درد می‌باشد. از مشخصات این بیماری، انقباض غیرارادی عضلات کف لگن، درد یا پیش‌بینی آن و رفتارهای اجتنابی است (۳). محققان دو علت اصلی جسمی و روانی را برای واژینیسموس طبقه‌بندی کرده‌اند. از وضعیت‌های جسمانی که می‌توانند منجر به درد حین دخول^۱ شوند می‌توان به دلایل فیزیکی شایع نظیر عفونت‌های واژن، دستگاه ادراری تحتانی، سرویکس، لوله‌های رحمی، اندومتریوز، بافت اسکار جراحی و کیست تخمدان و تومورها اشاره کرد که اکثر این شرایط جسمی منجر به علائمی می‌شوند که بسیار شبیه واژینیسموس می‌باشد (۱). اگرچه عوامل روحی- روانی نقش مهمتری را در مقایسه با عوامل جسمی بازی می‌کنند، اما افرادی که تجربه مشکلاتی نظیر اجتناب، ترس از دخول، اضطراب از برقراری رابطه جنسی، افسردگی و سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی را داشته‌اند، به‌هنگام رابطه جنسی دچار اسپاسم و درد می‌شوند (۵، ۴). با توجه به عدم وجود شواهد معتبر در مورد میزان شیوع این بیماری، به نظر می‌رسد ۱۷-۵ درصد از زنان، این مشکل را تجربه می‌کنند (۴). در مطالعه صفری نژاد ۲۶/۷ درصد زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله، مشکل درد حین نزدیکی را داشته‌اند که دومین اختلال جنسی شایع بوده است (۵). از آنجایی که تمایز تشخیص واژینیسموس از دیگر اختلالات جنسی نظیر دیسپارونیا و اختلال کاهش میل جنسی مشکل می‌باشد، بنابراین واژینیسموس معمولاً کمتر تشخیص داده می‌شود (۶). علیرغم پیشرفت دانش، اتفاق نظر در رابطه با چگونگی افتراق انقباض شدید عضلات از گرفتگی عضلات، فشار مزمن عضلات یا اسپاسم وجود ندارد (۷). اسپاسم واژینال به عنوان یک ابزار تشخیصی نمی‌تواند تفاوت بالینی حین معاینه ژنیکولوژی را بیان کند، از این رو تمایز تشخیصی بین واژینیسموس و دیسپارونیا دشوار و یا تقریباً غیرممکن است (۸). مطالعات نشان می‌دهند که درد بخش جدایی‌ناپذیر از

تجربه واژینیسموس است، با این حال زنان مبتلا به واژینیسموس از زنان مبتلا به دیسپارونیا در شدت درد یا حس شناختی درد و کیفیت عاطفی تجربه درد، متفاوت نیستند (۸، ۱۰). تظاهرات بالینی زنان مبتلا به دیسپارونیا سطحی (احساس درد در ابتدای دخول آلت تناسلی یا ابتدای دهانه واژن) و واژینیسموس مشابه می‌باشند که باعث می‌شود تشخیص واژینیسموس دشوار گردد (۹). علاوه بر نبود معیارهای لازم و کافی برای تشخیص صحیح واژینیسموس، تأثیرات فرهنگی و اعتقادات مذهبی جوامع نیز حائز اهمیت هستند (۱۰). ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی متأثر از واژینیسموس بر روابط زوجین تأثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به ایجاد اعتماد به نفس ضعیف در زوجین، ایجاد روابط خارج از خانه، خیانت و طلاق گردد (۱۱). بنابراین برای ارزیابی تأثیر این اختلال جنسی بر بعد جسمی و روحی زنان می‌بایست همه جنبه‌های دخیل در بروز آن از دیدگاه بیمار و درمانگر مورد بررسی قرار گیرد.

از این منظر و با تأکید بر چندبعدی بودن مسائل جنسی و وابسته بودن به بافت جوامع، مطالعه حاضر سعی در تبیین فرایند تشخیص واژینیسموس از نگاه گروه‌های درگیر اصلی این مسئله با تکیه بر روش کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی جهت تمایز صحیح واژینیسموس از دیسپارونیا دارد.

روش کار

در مطالعه حاضر به منظور تبیین مفهوم فرایند تشخیص واژینیسموس از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده گردید. در این مطالعه از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استفاده شد که به طور کلی هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. مشارکت‌کنندگان، افرادی بودند که به نوعی با اختلال واژینیسموس و تشخیص آن سروکار داشتند (زنان متأهلی که با درد حین مقاربت به مراکز آموزشی- درمانی، کلینیک‌های سلامت جنسی و مطب‌های

¹ Dyspareunia

خصوصی مراجعه کرده و با تشخیص واژینیسموس تحت درمان بودند و گروه ارائه‌کننده خدمات سلامت مانند متخصصین زنان، روانشناسان بالینی و ماماها که در فرایند تشخیص واژینیسموس درگیر بودند). مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند یعنی بر اساس معیار فوق انتخاب شدند سپس در پایان مصاحبه‌ها تمام موارد مصاحبه شده کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند. به منظور اطمینان از صحت مطالب پیاده شده، صدای صوتی ضبط شده بار دیگر شنیده شد و به طور همزمان مطالب پیاده شده مرور شدند. پس از اتمام مرحله پیاده نمودن مصاحبه‌ها، تمام موارد مصاحبه شده طبق آنالیز محتوای قراردادی^۱ کدبندی شدند و مفاهیم استخراج گردیدند. روند تحلیل داده‌ها بر اساس روش گرانهیم^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۴ بود (۱۲) که مراحل آن عبارتند از: ۱- پیاده سازی مصاحبه‌های انجام شده و چندین بار مرور آن‌ها به منظور پیدانمودن درک صحیحی نسبت به کل موارد پیاده شده. ۲- استخراج واحدهای معنایی و دسته‌بندی نمودن واحدهای فشرده و انتخاب برچسب مناسبی برای آنها، ۳- مرتب نمودن زیردسته‌ها، ۴- انتخاب عنوان مناسبی که قابلیت پوشش دسته‌های حاصل‌شده را دارا باشد. جدول ۱ خلاصه‌ای از روند کدگذاری داده‌ها را نشان می‌دهد.

در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها به روش مصاحبه فردی نیمه ساختاریافته از طریق ۱۳ مصاحبه با گروه تشخیص‌دهنده شامل ۵ نفر ماما، ۵ نفر پزشک متخصص زنان و زایمان و ۳ نفر روانشناس بالینی و ۲۰ مصاحبه با بیماران انجام شد. این مصاحبه‌ها با سوال کلی آغاز می‌شد و براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان هدایت می‌گردید. در پژوهش حاضر برای به دست آوردن اطلاعات فردی مشارکت‌کنندگان، مصاحبه با سوالات یکسان شروع

شد؛ مثل «لطفاً بفرمایید چند سالتونه؟» و «چند ساله ازدواج کردید و آیا فرزند دارید؟» سپس با استفاده از برخی سوالات از پیش تعیین شده، انجام و از شرکت‌کنندگان درخواست شد در مورد علت مراجعه به درمانگر و شکایت اصلی خود صحبت کنند، برای مثال «چه مشکلی داشتید که پیش خانم دکتر اومدید؟»، «دکتر برای شما چه کارهایی انجام دادند؟» و با توجه به پاسخ سوالات آنها مبنی بر عدم تحمل معاینه ژنیکولوژی، سیر بعدی سوالات به بررسی عمیق و لایه‌های درونی‌تر رابطه زناشویی بیمار سوق پیدا می‌کرد، برای مثال «حین برقراری رابطه زناشویی با شوهرت هم چنین حالتی دارید؟».

محقق در مصاحبه با گروه تشخیص دهنده نیز نخست با چند سوال ابتدایی وارد بحث می‌شد مانند: «سطح تحصیلات خود را بفرمایید؟» و «آیا بیماران واژینیسموسی به مطب شما مراجعه می‌کنند؟» سپس به بحث در ارتباط با اقدامات تشخیصی آنها پرداخته می‌شد نظیر: «در وهله اول شما چه کاری برای تشخیص می‌کنید؟»، «پس از اینکه واکنش بیمار حین انجام معاینه را دیدید چه اقدامی می‌کنید؟».

جهت افزایش اعتماد و اعتبار علمی نتایج از چهار معیار مقبولیت، قابل پذیرش بودن و اعتبار، صحت و باورپذیری داده‌ها، تاییدپذیری و قابلیت انتقال که توسط گابا و لینکلن^۳ پیشنهاد شده است استفاده گردید (۱۴، ۱۳). به منظور اطمینان از مقبولیت و صحت و درستی داده‌ها، همکاران تحقیق و سه نفر متخصص خارج از تیم تحقیق، مصاحبه‌ها را به صورت جداگانه کدگذاری نمودند که بین نظرات توافق زیادی وجود داشت. استفاده از نقل قول‌های مستقیم در ارائه یافته‌ها، تاییدپذیری آنها را افزایش داد. همچنین در جمع‌آوری، پیاده‌سازی و ثبت داده‌ها و تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها نهایت دقت صورت گرفت. در زمینه انتقال‌پذیری یافته‌های کسب شده توسط دو نفر از اعضای هیئت علمی خارج

¹ Conventional Content Analysis

² Graneheim

³ Guba and Lincoln

از گروه تحقیق و صاحب نظر در زمینه تحقیقات کیفی مورد بررسی و تایید قرار گرفت. به علاوه توصیف زمینه مورد بررسی، ارائه توضیحات لازم در مورد مشارکت کنندگان (جدول ۲ و ۳) و مقایسه با یافته‌های مطالعات دیگر در بخش بحث و بررسی یافته‌ها نیز در این راستا انجام شد.

پژوهش حاضر در شورای پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با شماره ثبت پروپوزال ۱۰۵۸۵۴۲ مورد تایید قرار گرفت. همچنین

پس از توضیح در مورد هدف پژوهش و نحوه جمع‌آوری داده‌ها برای مشارکت کنندگان و جلب همکاری آنان رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت کنندگان اخذ شد. توجه به سایر نکات شامل کدگذاری اطلاعات آنها بدون درج نام و حتی نام مستعار، اطمینان به مشارکت کنندگان در مورد قراردادن مصاحبه‌ها در محل امن و در اختیار تیم تحقیق بودن نیز در پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفت.

جدول ۱. روند کدگذاری اولیه، متمرکز، محوری و نظری مفهوم اختلال درک شده در برقراری رابطه زناشویی

متن مصاحبه گروه بیماران	کدگذاری اولیه	کدگذاری متمرکز	کدگذاری محوری	کدگذاری نظری	مفهوم
وقتی می‌خوایم رابطه داشته باشیم یک‌دفعه پاهام شروع به لرزیدن می‌کنه، قلبم تند تند می‌زنه و احساس تنگی نفس و خفگی می‌کنم، انگار قسمت پایین تنهام خشک و بی‌حس میشه، دیگه نمیتونم اجازه بدم داخل بشه و نمی‌تونیم رابطه را تموم کنیم.	لرزش پاها حین رابطه زناشویی خشک و بی‌حس شدن اندام تحتانی احساس طپش قلب و تنگی نفس عدم اجازه دخول ناتوانی در اتمام رابطه زناشویی	لرزش و سفت شدن پاها حین برقراری رابطه زناشویی احساس اختلال قلبی و عروقی ناتوانی در انجام و اتمام دخول	ناتوانی در بازکردن پاها و ریلکس بودن حین رابطه زناشویی ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی	رنج جسمی و ناتوانی در برقراری ارتباط زناشویی	اختلال درک شده در برقراری رابطه زناشویی

یافته‌ها

نتایج بر اساس تجزیه و تحلیل مصاحبه دو گروه تشخیص‌دهنده (۱۳ نفر) و گروه بیماران (۲۰ نفر)

به‌دست آمد. خصوصیات مشارکت کنندگان در گروه تشخیص‌دهنده و بیماران در جدول ۳ و ۲ ارایه شده است.

جدول ۲. خصوصیات مشارکت کنندگان گروه تشخیص‌دهنده

تعداد (نفر)	سطح تحصیلات (نفر)	سن (سال)	تجربه کاری (سال)
پزشک: ۵	تخصص زنان و زایمان: ۵	کمترین: ۳۵	کمترین: ۵
ماما: ۵	کارشناس: ۵	بیشترین: ۵۵	بیشترین: ۲۵
روانشناس بالینی: ۳	کارشناس ارشد: ۳	میانگین: ۴۱ (۳/۸۷)	میانگین: ۱۵ (۳/۸۷)

جدول ۳. خصوصیات مشارکت کنندگان گروه بیماران

تعداد	سطح تحصیلات (نفر)	سن (سال)	مدت زمان ازدواج (نفر)
۲۰ نفر	دیپلم: ۲	کمترین: ۱۸	کمتر از یک سال: ۵
	فوق دیپلم: ۶	بیشترین: ۴۲	۱-۲ سال: ۵
	کارشناس: ۸	میانگین: ۲۸ (۵/۲۹)	۲-۵ سال: ۷
	کارشناس ارشد: ۴		بیشتر از پنج سال: ۳

جدول ۴. طبقات فرعی، طبقات اصلی و مفهوم اصلی		
طبقات فرعی	طبقات اصلی	مفهوم اصلی
ناتوانی در روابط زناشویی		
ناتوانی در باز کردن پاها و ریلکس بودن حین رابطه زناشویی	رنج جسمی و ناتوانی در برقراری	
احساس تنگی واژن	ارتباط جنسی	
احساس درد در رابطه زناشویی		اختلال درک شده در برقراری
عدم وجود آمادگی جسمی برای برقراری رابطه زناشویی		رابطه زناشویی
شرایط زمینه‌ای و احساس نامناسب در ارتباط جنسی		
ترس و عدم تمایل	آزردگی و آسیب‌های روانی-عاطفی	
ذهنیت زوجین نسبت به هم از تعامل جنسی		
باقی ماندن و ظهور تاثرات ناشی از ناتوانی تعامل جنسی در مصاحبه		
مراجعات مکرر و کم تاثیر به پزشکان	تعامل رفتاری ناشی از شرایط	
علت مراجعه	تشخیصی	مهارت و دانش کاربردی
اقدامات تشخیصی و نتایج		تشخیص دهنده
معیارهای لازم تشخیص		
معیارهای تاییدی تشخیص	معیارهای تشخیصی درمانگر	

بر اساس فرآیند تحلیل داده‌ها، ۲۱۶ کد اولیه بدون در نظر گرفتن همپوشانی استخراج گردید. دسته‌بندی اولیه کدها از همان مصاحبه‌های اول شروع شد تا طبقات و زیرطبقات شکل بگیرند. در مصاحبه‌های بعدی، کدهای هر مصاحبه با یکدیگر و با سایر کدهای مصاحبه‌های قبلی مقایسه شدند تا تشابهات و تفاوت‌های آن‌ها مشخص گردد، سپس کدها براساس تشابهاتی که با یکدیگر داشتند در یک طبقه خاص قرار گرفتند. در نهایت ۷۷ کد متمرکز شده (کدگذاری متمرکز) به دست آمد که در ۱۴ زیرطبقه (کدگذاری محوری) و ۴ طبقه اصلی (کدگذاری نظری) قرار گرفتند. در نهایت تیم تحقیق با کمک تحلیل محتوا و با بررسی و بازجویی داده‌ها مرتبط با سوال تحلیلی در سراسر پژوهش، سطح مفهومی داده را به دو مفهوم «مهارت و دانش کاربردی تشخیص‌دهنده» و «اختلال درک شده در برقراری رابطه زناشویی» ارتقا دهد.

۱- مهارت و دانش کاربردی تشخیص دهنده

در علم پزشکی برای درمان هر بیماری چند معیار اصلی وجود دارد: اول باید وجود بیماری ثابت شود. دوم نوع بیماری باید مشخص شود. بدون تشخیص صحیح و دقیق، اقدام به درمان، رفتن به بیراهه خواهد

بود. برای رسیدن به تشخیص صحیح یک بیماری، حضور تشخیص‌دهنده حاذق و ماهر لازم می‌باشد. آنچه که تیم تحقیق در این راستا به دست آورد نشان‌دهنده این مدعا بود که تمام اندوخته‌های علمی تشخیص‌دهنده تحت عنوان دانش او بایستی در عرصه بالینی به کار آید تا نتیجه نهایی حاصل گردد و برای تجمیع دانش و مهارت در کنار هم باید شرایطی مهیا گردد که این شرایط تحت دو طبقه اصلی «تعامل رفتاری ناشی از شرایط تشخیصی» و «معیارهای تشخیصی درمانگر» قرار گرفتند:

۱-۱- تعامل رفتاری ناشی از شرایط تشخیصی

برای تشخیص یک بیماری باید بین دو طرف بیمار و تشخیص‌دهنده، تعامل برقرار گردد و چگونگی برقراری این تعامل از اصول زیربنایی در حرف پزشکی برای رسیدن به هدف نهایی که تشخیص صحیح است می‌باشد. در بررسی داده‌های حاصل از بیانات بیماران و تشخیص‌دهنده‌ها، تعامل بین این دو گروه در سه زیرطبقه «مراجعات مکرر و کم تاثیر به درمانگرها»، «علت مراجعه» و «اقدامات تشخیصی و نتایج» دسته‌بندی شدند.

۱-۱-۱- مراجعات مکرر و کم‌تأثیر به درمانگرها

یکی از دغدغه‌ها و شکایت‌های اصلی بیماران این بود که برای رفع مشکل خود که عدم توانایی در برقراری رابطه زناشویی بود در زمان‌های مختلف نزد پزشک متخصص زنان و زایمان، ماما و روانشناس مراجعه می‌کردند اما در اکثر موارد بیماری واژینیسموس تشخیص داده نمی‌شد و پیامد آن درمانی هم که صورت می‌گرفت مانند کرم‌های مرطوب‌کننده واژینال یا تأثیر اندک و موقت داشت و یا اینکه هیچ تأثیری بر بهبود واژینیسموس نداشت که منجر به مراجعات مکرر به درمانگر می‌شد. مراجعه مکرر به درمانگر نشان‌دهنده برطرف نشدن مشکل بیمار و سخت بودن تشخیص واژینیسموس و دیده‌نشدن علائم بالینی بیمار همچون اسپاسم، درد و امتناع از انجام معاینه ژنیکولوژی بود.

۱-۱-۲- علت مراجعه

آنچه که در مطالعه حاضر محققین را ملزم به نامگذاری و تشکیل این زیرطبقه کرد این بود که تقریباً اکثر قریب به اتفاق بیماران حین مراجعه به درمانگر برای درمان بیماری واژینیسموس، علت غیرواقعی را ذکر می‌نمودند. شایع‌ترین علت که در صدر علل ذکرشده قرار داشت درخواست و تمایل زنان برای باردارشدن بود.

«خجالت می‌کشیدم به دکتر بگم نمی‌تونم با شوهرم رابطه داشته باشم. واسه همین گفتم چندساله ازدواج کردم و می‌خوام بچه‌دار شم» (۲۳ ساله، مدت ازدواج ۲ سال).

این یافته مهم بود چرا که اکثر افراد گروه تشخیص‌دهنده نیز علت باردارنشدن بیمار را با توجه به مدت زمان ازدواج او مورد سوال قرار نمی‌دادند و حتی در اقدام به انجام معاینه و امتناع بیمار، در مورد سابقه فعالیت جنسی و علت باردارنشدن بیمار کنکاشی صورت نمی‌گرفت.

«متأسفانه هر چند باری که پیش دکتر یا ماما رفتم نتونستم بگم دردم چیه، می‌گفتم می‌خوام بچه دار بشم.

یک سری برام آزمایش و سونوگرافی می‌نوشتن، تازه اون یکی دوتایی هم که میخواستن معاینه کنن می‌دیدن من نمی‌تونم، یا بی‌تفاوت رد می‌شدن یا با بداخلاقی می‌گفتن بیا پایین همین و بس» (۲۵ ساله، مدت ازدواج ۴ سال).

برای تشخیص یک بیماری، دانستن علت‌های ایجادکننده آن مهم است و پرسیدن علت مراجعه از بیمار، اولین قدم در مسیر تشخیص می‌باشد. با توجه به این مهم، پرسیدن علت مراجعه بیمار و بررسی آن یکی از اقدامات ضروری است که درمانگر را به سمت تشخیص هدایت می‌کند.

۱-۱-۳- اقدامات تشخیصی و نتایج

همانطور که در بالا بیان شد برای تشخیص یک بیماری باید تعاملی مفید و مناسب و دوطرفه مابین بیمار و درمانگر صورت بگیرد. در اکثر مصاحبه‌ها نکاتی از جانب مشارکت‌کننده‌ها مطرح شد که می‌توان آنها را موانعی برای رسیدن به یک تشخیص صحیح و دقیق دانست.

«دیگه از اینکه برم دکتر حالم بد میشه. اون چندتا که خیلی بی‌انصاف بودند میدیدن من نمی‌تونم معاینه بشم آخه دست خودم نیست پاهام و بدنم مثل یخ سرد و سفت میشن، اونوقت اونا حتی یکیشون بدجوری زد روی پام، با بداخلاقی میگفتن لوسی، حخته شوهرت طلاقته بده» (۲۰ ساله، مدت ازدواج ۲/۵ سال).

ایجاد محیطی امن و قابل اعتماد از جانب درمانگر برای بیان ابعاد واقعی مشکل بیمار و داشتن رفتاری حرفه‌ای حین بررسی علائم بالینی و سوابق بیمار جزء اقدامات ضروری برای رسیدن به تشخیص صحیح واژینیسموس می‌باشد.

«متأسفانه یک چیزی که نمیداره همکاران خوب دقت کنند اینه که بعضیاشون چندتا چندتا مریض می‌فرستن داخل و همزمان ویزیت می‌کنن و یا اینکه اصلاً به شرایط مریض حین واکنش نشون دادن، توجه نمی‌کنند» (ماما، سابقه کار ۱۲ سال).

۲-۱- معیارهای تشخیصی درمانگر

برای تشخیص هر بیماری شاخص‌هایی براساس مطالعات مختلف تعیین و پس از تایید به عنوان دانش مرتبط با آن بیماری به دانشجویان علم طب آموزش داده می‌شود تا در نهایت در بالین بیمار مورد استفاده قرار گیرد. حین تحلیل داده‌ها دو دسته از معیارهای تشخیصی واژنیسموس مهم می‌نمود. این طبقه در دو زیرطبقه «معیارهای لازم تشخیص» و «معیارهای تاییدی تشخیص» قرار گرفتند.

۲-۱-۱- معیارهای لازم تشخیص

بر اساس اجماعی که بین صاحب‌نظران در حیطه تشخیص واژنیسموس وجود دارد معیارهای اسپاسم، انقباض، درد و اجتناب از انجام معاینه ژنیکولوژی به‌عنوان دانش کاربردی تشخیص‌دهنده مورد بررسی قرار گرفته است. در نتیجه تحلیل داده‌ها اگرچه وجود این شاخص‌ها برای تشخیص واژنیسموس لازم بود ولی کافی دانسته نشد. صدق این مدعا این نکته است که علیرغم مراجعات مکرر بیماران به درمانگر و مشاهده اسپاسم و درد حین معاینه و اجتناب از انجام معاینه توسط درمانگر ولی باز هم واژنیسموس تشخیص داده نمی‌شود. «مدتهاست در حال آمد و شد بین این دکتر و اون دکتر هستم، می‌بینند من نمیتونم معاینه بشم و پاهام سفت میشه باز توجه نمی‌کنند» (خانم ۲۷ ساله، مدت ازدواج ۴ سال).

۲-۲- معیارهای تاییدی تشخیص

برای تایید و تکمیل شاخص‌های موجود در تشخیص واژنیسموس، تحلیل داده‌ها نشان‌دهنده این بوده که درمانگر می‌بایست ضمن بررسی این شاخص‌های لازم و ایجاد شک به واژنیسموس در مرحله بعدی به بررسی تمام جوانب کمی و کیفی رابطه زناشویی بیمار بپردازد تا بدین طریق بتواند مهر تایید بر تشخیص واژنیسموس بزند. واکاوی در وضعیت رابطه زناشویی و البته مهارت در واکاوی وضعیت زناشویی بیمار به عنوان معیار مهم تاییدی تشخیص واژنیسموس شناخته شد. در نتیجه، یک درمانگر

زمانی می‌تواند به تشخیص صحیح و دقیق واژنیسموس نایل گردد که بتواند با آموختن دانش درست بیماری و به کار بردن ماهرانه آن دانش در عرصه بالین با رعایت تمام اصول تشخیصی، به هدف خود که تشخیص صحیح بیماری است برسد. «ایشون به جرات میگم تنها دکتري بود که وقتی دید درد دارم و ناله می‌کنم دعوام نکرد و پرسید می‌تونی با شوهرت رابطه داشته باشی؟» (خانم ۲۳ ساله، مدت ازدواج ۵ سال).

۲-۲- اختلال درک شده در برقراری رابطه زناشویی

براساس روند فرایندمحور تئوری زمینه‌ای، مسیر تحلیل داده‌ها، فرایند تشخیص واژنیسموس را از مفهوم مهارت و دانش کاربردی تشخیص‌دهنده به سمت مفهوم اختلال درک شده در برقراری رابطه زناشویی سوق داد. در قدم دوم برای تشخیص می‌بایست وضعیت رابطه زناشویی بیمار مورد بررسی دقیق قرار گیرد تا جنبه‌های پنهان و زیرین رابطه زناشویی بیمار و ناگفته‌های آن کشف و شک به تشخیص واژنیسموس به تایید نهایی برسد. در این راستا دو طبقه «رنج جسمی و ناتوانی در برقراری ارتباط جنسی» و «آزردگی و آسیب‌های روانی-عاطفی» تبیین گردید.

۲-۱- رنج جسمی و ناتوانی در برقراری ارتباط جنسی

یکی از ابعاد مهم در بیماری واژنیسموس بعد جسمی آن است. این بعد نمای بیرونی و ظاهری دارد به‌طوری‌که خود بیمار در وهله اول متوجه بروز این علائم می‌شود. سه نشانه و شاخص اصلی تشخیص واژنیسموس اسپاسم، انقباض و درد حین برقراری رابطه زناشویی در بیانات بیماران مشهود بود: «وقتی شوهرم می‌خواه رابطه داشته باشیم بی‌اختیار بدنم سفت می‌شه پاهام شروع به لرزیدن می‌کنه و عین یه تیکه یخ سرد و مثل چوب خشک میشه، هر چی تلاش هم می‌کنم آروم بشم نمیشه و خب شوهرم هم نمی‌تونه کاری بکنه» (۲۶ ساله، مدت ازدواج ۳ سال).

«خیلی وقتها آنقدر خسته‌ام که اصلاً حال ندارم کاری بکنم وقتی قراره رابطه زناشویی داشته باشیم اصلاً جسم و تنم آماده نیست» (۲۸ ساله، مدت ازدواج ۲ سال).

این طبقه در زیرطبقه‌های ناتوانی در روابط زناشویی، ناتوانی در باز کردن پاها و ریلکس بودن حین رابطه زناشویی، احساس تنگی واژن، احساس درد در رابطه زناشویی و عدم وجود آمادگی جسمی برای برقراری رابطه زناشویی متمرکز شدند.

۲-۲- آزرده‌گی و آسیب‌های روانی- عاطفی

روایت‌هایی از مشارکت‌کنندگان که برگرفته از آزرده‌گی‌های روحی و روانی آنها بوده است در لفافه ترس، شرم و حیا، نفرت و نبود و یا افت اعتماد به نفس و... پنهان شده بود. رسیدن به این پوشش و شکافتن آن کاری بس دشوار می‌بود زیرا اصولاً وجود یک آسیب روحی و روانی به دنبال خود سیکل معیوبی ایجاد می‌کند که در نهایت شدت علائم ایجاد کننده واژینیسموس را بیشتر می‌کند. به عنوان مثال تعدادی چند از بیماران به خاطر داشتن تجربه بد و دردناک از اولین رابطه زناشویی خود دچار نوعی ترس درونی و تنفر از برقراری رابطه زناشویی شده و هر زمان که درخواست برقراری رابطه از جانب همسر مطرح می‌شد و حتی در موارد شدید فکر کردن به این شرایط موجب بروز استرس و لرزش در اندام‌ها و انقباض شدید در عضلات ناحیه تناسلی و پاها می‌گردید. شایع‌ترین علت مراجعه درخواست برای باردارشدن بوده، خود این عامل باردارنشدن که به علت ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی ایجاد شده بود تبدیل به یک گول فکری و استرس عظیم گشته به طوری که هر زمان بیمار در وضعیت رابطه زناشویی و حتی معاینه زنان قرار می‌گرفت دغدغه ناشی از ناتوانی مجدد، احساس شرم و سرخورده‌گی شدیدی در او ایجاد می‌کرد که این سیکل با علل متعدد و پیچیده با نمای ظاهری انقباض و اسپاسم و درد ژنیتال، خود را نشان می‌داد. مجموع روایت‌ها در زیر

طبقه‌های شرایط زمینه‌ای و احساس نامناسب در ارتباط جنسی، ترس و عدم تمایل، ذهنیت زوجین نسبت به هم از تعامل جنسی، باقیماندن و ظهور تاثرات ناشی از ناتوانی تعامل جنسی در مصاحبه متمرکز شدند.

«از شرکت در مهمونی خانواده شوهرم می‌ترسم، احساس میکنم همه میخوان درباره بچه ازم پرسن، اگه بفهمن ما رابطه نداریم، اصلاً این فکرها دیونه ام می‌کنه» (۲۵ ساله، مدت ازدواج ۳ سال).

«خیلی بدبین شدم هر بار که شوهرم بداخلاق میشه یا حوصله نداره تو دلم میگم حتماً با یک نفر دیگه هست، من بی عرضه هستم» (۲۳ ساله، مدت ازدواج ۵ سال).

بحث

مطالعه حاضر با تکیه بر تحلیل محتوا در زمینه فرایند تشخیص واژینیسموس به این نتیجه رسید که یک درمانگر با به کار بردن دانش و مهارت خود در عرصه شناخت معیارهای بالینی انقباض، اسپاسم و درد حین معاینه ژنیکولوژی و در ادامه با واکاوی ماهرانه وضعیت رابطه زناشویی بیمار و درک اختلال موجود در این رابطه می‌تواند به تشخیص نهایی و صحیح واژینیسموس نائل گردد. بیشتر مطالعاتی که در زمینه واژینیسموس انجام گرفته روی درمان بیماری یا صحت و سقم وجود یا عدم وجود معیارهای بالینی اسپاسم، انقباض و درد و تعاریف آنها متمرکز بوده است (۲۰-۱۷). با توجه به مفهوم نخست مطالعه «مهارت و دانش کاربردی تشخیص‌دهنده»، درمانگر باید توسط آنچه که به عنوان دانش خود از بیماری واژینیسموس آموخته بتواند ماهرانه معیارهای بالینی اسپاسم، انقباض و درد را تشخیص دهد تا بدین طریق به تشخیص واژینیسموس شک کند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد اگرچه معاینه ژنیکولوژی برای یافتن معیارهای اسپاسم، انقباض و درد، جزء ضروری تشخیص واژینیسموس هست اما برای تایید نهایی آن

کافی نبوده و لازم است وضعیت رابطه زناشویی بیمار نیز مورد پرس و جو قرار گیرد.

اگرچه متخصصان زنان، آموزش‌های مرتبط با بیماری‌های جنسی نظیر واژینیسموس را دریافت کرده‌اند اما مطالعات انجام شده در حیطه تشخیص بیماری‌های جنسی، نتایج مناسبی را ارائه نکرده است. متخصصان سلامتی که معمولاً در گیر ارزیابی واژینیسموس هستند به ندرت دارای تخصص کافی برای تشخیص اسپاسم عضلانی هستند. اگرچه معاینه زنان توصیه می‌شود اما برای تشخیص، مورد نیاز نمی‌باشد. علاوه بر این معاینه ژنیکولوژی در مورد واژینیسموس، موقعیتی بی‌نتیجه است چون خانم قادر به تحمل و انجام معاینه ژنیکولوژی است اما قادر به تحمل دخول نمی‌باشد (۱۵). اکثر متخصصان تنها به علت عدم اجازه بیمار به انجام معاینه و شکایت درد حین معاینه، تشخیص اسپاسم عضلانی می‌دهند (۱۶). بنابر تحقیقات انجام شده در زمینه شرایط عضلات کف لگن در واژینیسموس، محققان تشخیص صحیح را منوط به دانستن تاریخچه و انجام معاینه فیزیکی دانسته‌اند (۶، ۸). این تحقیقات منطبق بر یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشند و نشان‌دهنده آن هستند که معاینه ژنیکولوژی صرف، معیار لازم و نه کافی برای تشخیص واژینیسموس می‌باشد و در گام بعدی فرایند تشخیص واژینیسموس، می‌بایست چگونگی وضعیت رابطه زناشویی بیمار مورد کندوکاو قرار گیرد.

با توجه به مفهوم دوم مطالعه یعنی «اختلال درک شده در برقراری رابطه زناشویی»، بررسی ماهرانه وضعیت رابطه زناشویی بیمار گامی اساسی در تشخیص واژینیسموس است چون آسیب‌های روحی و روانی ناشی از آن، سیکل معیوبی را ایجاد می‌کنند که باعث تشدید واژینیسموس می‌گردند.

در شرایط واژینیسموس متعاقب ناتوانی زن در اجازه انجام رابطه زناشویی، شریک جنسی او نیز ممکن است احساس درماندگی و ناامیدی کند (۱۷). در برخی از زنان حتی پیش‌بینی انجام دخول واژینال و فکر به آن

ممکن است منجر به اسپاسم عضلات گردد (۱۸). بسیاری از زوجین از ناتوانی در انجام دخول و ترس از دست‌دادن فرصت بچه‌دار شدن به شدت مضطرب می‌شوند. این شرایط می‌تواند تأثیرات روانی شدیدی بر زوجین داشته باشند (۱۹). ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی در واژینیسموس می‌تواند به ایجاد استرس فوق‌العاده در روابط زناشویی زوجین منجر شود و در تداوم صمیمیت بین زوجین، مانع تراشی کند و در نتیجه ممکن است بین زوجین، فاصله و ناامیدی ایجاد گردد (۲۰). یافته‌های این پژوهش‌ها با مطالعه حاضر همسو می‌باشند و به این نکته اذعان دارند که باردارنشدن به علت ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی موجی از آزرده‌گی‌های روحی همانند استرس، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و... را ایجاد کرده که این شرایط زمینه بروز علایم بالینی مانند اسپاسم، انقباض، درد و اجتناب از معاینه را صد چندان می‌کنند.

در این مطالعه مخاطب اصلی به عنوان بیمار، زنان مبتلا به واژینیسموس بودند اما به نظر می‌رسد همسران این زنان نیز نقش مهمی در بروز دلایل ایجادکننده واژینیسموس، افزایش و یا کاهش علایم بیماری، کمک در رسیدن به تشخیص صحیح و سریع واژینیسموس داشته باشند، لذا طراحی مطالعه‌ای که مردان را نیز بررسی کند نیاز می‌باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر بر اساس سوال تحقیق که چگونگی فهم تشخیص واژینیسموس بود، نشان داد که فرایند تشخیص واژینیسموس در دو گام اساسی صورت می‌گیرد: نخست درمانگر بر اساس دانش خود بایستی با مهارت، معیارهای بالینی موجود برای تشخیص واژینیسموس مانند اسپاسم، انقباض و درد را مشاهده کند و در صورت وجود آنها به بیماری واژینیسموس شک نموده و با واکاوی ماهرانه و دقیق

است، کمال تشکر و قدردانی را دارند. پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه دکتری است که در سال‌های ۹۳-۱۳۹۲، پس از تصویب در شورای پژوهشی گروه بهداشت باروری و مامایی و شورای پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام گردید.

چگونگی وضعیت رابطه زناشویی بیمار، مهر تایید به تشخیص خویش بزند.

تشکر و قدردانی

تیم تحقیق از کلیه اساتید، همکاران و مشارکت‌کنندگان گرانقدر که امکان پژوهش حاضر را فراهم ساختند و نتایج به دست آمده در نتیجه همکاری صمیمانه آنها

References

- 1- Engman M. Partial vaginismus: definition, symptoms and treatment: Institutionen för klinisk och experimentell medicin; 2007.
- 2- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
- 3- Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. Archives of sexual behavior. 2010;39(2):278-91.
- 4- McCool ME, Theurich MA, Apfelbacher C. Prevalence and predictors of female sexual dysfunction: A protocol for a systematic review. Sexual medicine Reviews 2016;75(3):344-9.
- 5- MR S. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research. 2006;18:382-95.
- 6- M L. Can vaginismus be discriminated from dyspareunia? A Test of the proposed DSM-5, Genital pain/penetration disorder criteria 2012.
- 7- Crowley T, J H. Diagnosing and managing vaginismus. BMJ. 2009;338:1-9.
- 8- Lahaie M, Boyer S, Amsel R, Khalife S, Y B. Vaginismus: a review of the literature on the classification/ diagnosis, etiology and treatment. Women's Health 2010;6(5):705-19.
- 9- Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. American family physician. 2014;90(7):465-70.
- 10- ED. R. Vaginismus: evaluation and management. In: Goldstein AT PC, Goldstein I, eds, editor. Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management. Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2009. p. 229-34.
- 11- Yasan A, F G. Marital satisfaction, sexual problems, and the possible difficulties on sex therapy in traditional Islamic culture. Journal of sex & marital therapy. 2008;35(1):68-75.
- 12- Graneheim UH LB. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12.
- 13- Salsali M, Fakhrmovahedi A, M C. Grounded Theory in medical research (Persian). Tehran: Bshra; 1386.
- 14- K C. Constructing Grounded Theory. London: SAGE publications; 2006.
- 15- Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, S P, A. G. Standard operating procedures for female genital sexual pain. The journal of sexual medicine. 2013;10(1):83-93.
- 16- ŞafakÖztürk C AH. Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. Turk Psikiyatri Derg. 2017;28(3):172-80.
- 17- S K. The Genito- Pelvic Pain/ Penetration Disorder paradigm and Beyond. Groningen. University of Groningen: University of Groningen; 2017.
- 18- Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Patel DN, Baskin AS, Ackerman AL, et al. Female Sexual Dysfunction and the Placebo Effect: A Meta-analysis. Obstetrics and gynecology. 2018;132(2):453-8.
- 19- Lahaie MA, Amsel R, Khalife S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications

for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. Archives of sexual behavior. 2015;44(6):1537-50.

20- S R. Female Sexual Dysfunction Among Muslim Women: Increasing Awareness to Improve Overall Evaluation and Treatment Sex Med Rev. 2018 3-5.