

معرفی روش گراند تئوری در گردآوری و تحلیل داده های درد حین مقاربت

نویسندگان:

محمد رضا حیدری، استادیار، تهران. تقاطع طالقانی و ولیعصر (عج)، دانشکده پرستاری مامایی شاهد
رضا نوروززاده، مربی، دانشکده پرستاری مامایی شاهد

مقدمه

امروزه بسیاری از زنان جوان در مورد بهداشت جنسی خود دغدغه دارند و و شکایت رایج آنها درد در حین مقاربت جنسی می باشد. علت درد در حین مقاربت در بین جوانان چند عاملی بوده و دارای ابعاد فیزیکی و روانی می باشد. گرچه راهبردهای مختلفی پیشنهاد شده است هنوز توافق در مورد این مداخلات به وجود نیامده است. شیوع درد حین مقاربت در بین جمعیت کلی زنان نامشخص است اما بسیاری از زنان به دلیل اشکال مختلف درد ژنیتال همراه با فعالیت جنسی به نزد متخصصین می روند. تقریباً چیزی در مورد درد مقاربت در زنان کمتر از ۱۸ سال وجود ندارد. اما در یک مطالعه پایلوت مشخص شد که ۳۴ درصد زنان جوان ویزیت شده در یک مرکز سلامت (۱۷۲ نفر) در استکهلم درد معمولی را در طی مقاربت گزارش کردند. درد مقاربت احتمالاً یک اختلال عملکرد تنها نیست و مطالعات موجود شیوع همزمان کاهش لوبرکاسیون و میل و همچنین مشکلات ارگاسم را نشان داده اند. تعریف از دیس پارونی شفاف نیست و اصطلاح شناسی درد در طی مقاربت جنسی/درد مقاربت/دیس پارونی به طور ثابتی در متون استفاده نشده اند. چون بسیاری از درمانگران و محققان دریافته اند که درد مقاربت اغلب در سن جوانی آغاز می شود مهم است که به بررسی فرایندهایی که عامل و نگهدارنده درد در حین مقاربت در جمعیت جوان می باشند پرداخته شود. به نظر می رسد که بسیاری از زنان جوان علیرغم ایجاد درد به ندرت یک جنسی خود ادامه می دهند و انگیزه آنها به خوبی درک نشده است. در این مطالعه به چگونگی پرداختن به تحلیل تجارب زنان در مورد درد حین مقاربت بر اساس رویکرد گراند تئوری پرداخته می شود. گراند تئوری یک روش تحلیل کیفی استقرایی است که در آن از داده ها تئوری به دست می آید. روش گراند تئوری شامل راهبردهای اصلی مختلفی همچون حساسیت نظری، نمونه گیری نظری، مقایسه مداوم، انتزاعی ساختن داده ها، پی بردن به متغیر مرکزی یا فرایند اجتماعی اساسی است که الگوی پدیده تحت مطالعه را توصیف می کند.

روش

معیارهای ورود به مطالعه زنانی خواهند بود که قادر به صحبت کردن به زبان فارسی می باشند. از زنانی که سابقه مقاربت جنسی در یک ماه گذشته را داشته اند درخواست می شود که در مصاحبه های کیفی شرکت کنند. برای کنترل بر روی تنوع مشارکت کنندگان از نمونه گیری هدفمند و نظری استفاده می شود. مصاحبه ها بر اساس راهنمای مصاحبه انجام می شود. سه سوال اصلی که پرسیده می شود عبارتند از: یکی از موقعیت های جنسی خود رادر طی ماه گذشته توصیف کنید. درد حین مقاربت چه تاثیری روی زندگی شما گذاشته است؟ چرا فکر می کنید که زنان علیرغم داشتن درد به مقاربت ادامه می دهند؟ در ادامه یک سری سوالات فالوآپ مانند زیر مطرح می شود: گفتید که از او راضی نبودید. می شه توضیح بدهید؟ گفتید که احساس فشار می کنید می شه بیشتر توضیح دهید؟ گفتید که احساس شرمندگی می کنید همیشه در مورد آن کمی بیشتر صحبت کنید؟ مصاحبه ها ضبط شده و بلافاصله پیاده می شوند.

مصاحبه‌ها با استفاده از تکنیک تحلیل مقایسه‌ای مداوم که توسط گلیر و اشتراوس توسعه یافته است، تجزیه و تحلیل می‌شوند. هدف از این روش این است که به صورت استقرایی نظریه‌ای تولید شود که رفتار و فرایندهای روانی اجتماعی را پیش‌بینی کرده و توضیح دهد. در این روش به جای اینکه به توصیف افراد پرداخته شود به تولید مفاهیم نهفته در داده‌ها تولید می‌شوند. گراند تئوری انتزاعی از رفتار مداوم است و نشاندنده صدای مشارکت‌کنندگان نیست بنابراین بین نقل قول‌های نشاندنده داده‌های خام و مفاهیم تولید شده تمایز وجود دارد. تحلیل به صورت مرحله به مرحله و با آنالیز خط به خط انجام می‌گیرد. در رویکرد اشتراوس و کوربین، داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی تحلیل می‌شوند و در نهایت نیز به دنبال پیدا شدن مقوله مرکزی نسبت به تبیین تئوری پدیدار شده اقدام لازم صورت می‌گیرد. روند کدگذاری باز، محوری، و انتخابی سبب می‌شود تا دلایل و شواهد اعتبار تحقیق روشن شود.

بحث و تفسیر

تحقیق گراند تئوری یک سنت کیفی است که در آن مفاهیم مورد مقایسه قرار می‌گیرند. با استفاده از متد مقایسه مداوم، داده‌های مشابه گروه‌بندی می‌شوند و در طی کدگذاری باز به صورت مفهومی برچسب‌گذاری می‌شوند. سپس مفاهیم طبقه‌بندی می‌شوند. سپس در طی فرایند کدگذاری محوری طبقات به یکدیگر پیوند داده شده و سازماندهی می‌شوند. شرایط و ابعاد توسعه می‌یابند و در نهایت در فرایند تفسیری کدگذاری انتخابی تئوری پدیدار می‌شود.

منابع

1. U. Sellgren, E. Voog and S. Zoger, 2000. Superficial pain in connection with coitus is a complex pain syndrome. [In Swedish], *Lakartidningen* 97, pp. 5343–5345.
2. Danielsson, M. Eisemann and I. Sjoberg et al. 2001. Vulvar vestibulitis: a multi-factorial condition, *Bjog* 108, pp. 456–461.
3. Y.M. Binik. 2005. Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision, *Arch Sex Behav* 34, pp. 11–21.
4. D. Nunns. 1997. Vulvodynia and the primary health care physician, *AIDS Patient Care STDS* 11 pp. 345–351.
5. A.L. Berglund, L. Nigaard and E. Rylander. 2002. Vulvar pain, sexual behavior and genital infections in a young population: a pilot study, *Acta Obstet Gynecol Scand* 81, pp. 738–742.
6. M.R. Nusbaum and G. Gamble. 2001. The prevalence and importance of sexual concerns among female military beneficiaries, *Mil Med* 166, pp. 208–210.
7. A. Graziottin. 2001. Clinical approach to dyspareunia, *J Sex Marital Ther* 27 pp. 489–501.
8. Marcellus L. 2005. The grounded theory method and maternal-infant research and practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 34(3):349-57.

9. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1967.
10. Mcfadzean, Elspeth, 2007. "Strauss And Corbin's Coding Methodology",
[Http://www Google. Com.](http://www.google.com)
11. Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin ,1990