

سلامت جنسی به مثابه مسئله ای اجتماعی:

بازسازی معنایی سلامت جنسی در میان زنان متأهل شهر تبریز

نوکل آقایی هیر^{۱*}، محمد عباس زاده^۲، محمدباقر علیزاده اقدم^۳، مهناز کاتبی علی آبادی^۴

چکیده

سلامت جنسی حالتی از بهزیستی جسمی، روان‌شناختی و فرهنگی-اجتماعی مرتبط با تجارب جنسی است که از مؤلفه‌های اصلی توسعه انسانی و پایدار قلمداد می‌شود. این بخش از سلامت شاید برخلاف سایر ابعاد سلامتی بیشتر مستلزم اتخاذ و حفظ رویکردی مثبت و محترمانه به موضوعات و مسائل جنسی و همچنین تجربه جنسی مطمئن و به دور از تهدید، تبعیض و خشونت است. هدف پژوهش حاضر کاوش در ابعاد ذهنی و معنایی مشترک مفهوم «سلامت جنسی» در میان زنان متأهل شهر تبریز است. برای دستیابی به این هدف، از روش کیفی و رویکرد تحلیل تماتیک مصاحبه‌های عمیق با ۲۶ زن متأهل ۲۰ تا ۴۵ ساله، با رعایت اصل تنوع، استفاده شده است. داده‌ها با استفاده از کدگذاری چندمرحله‌ای به شیوه عمدتاً استقرایی برای استخراج معانی ذهنی مشترک در ارتباط با مفهوم سلامت جنسی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که معنای ذهنی سلامت جنسی در میان زنان مطالعه‌شده را می‌توان در چهار مقوله معنایی محوری شامل: ارتباط اطلاعاتی جنسی، ارتباط عاطفی جنسی، سلامت و تعادل فیزیولوژیک جنسی دوطرفه و نهایتاً تعادل هنجارین جنسی جای داد که همگی ذیل مقوله انتخابی واحدی با عنوان «سلامت جنسی به‌مثابه مسئله‌ای اجتماعی» می‌تواند فهمیده شود.

کلیدواژگان

بازسازی معنایی، تبریز، زنان متأهل، سلامت جنسی، مسئله اجتماعی.

۱. دانشیار جمعیت‌شناسی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

t.aghayari@tabrizu.ac.ir

m-abbaszadeh@tabrizu.ac.ir

m.alizadeh@tabrizu.ac.ir

mahnazkatebi@yahoo.com

۲. استاد جامعه‌شناسی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز

۳. استاد جامعه‌شناسی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز

۴. دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۳

مقدمه

سلامت جنسی یکی از ابعاد مهم سلامت عمومی است که در اغلب موارد، با توجه به شرایط اجتماعی و فرهنگی زمینه‌ساز این تجارب، بخش نادیده و گاه مورد غفلت قرار گرفته تجارب مربوط به سلامت عمومی را نیز تشکیل می‌دهد. این بعد از سلامتی هرچند در گذشته جزء مهمی از نگرانی‌ها در زمینه سلامت عمومی نبوده، دست‌کم از سال ۱۹۸۴ که بحث ایدز به‌طور جدی مطرح شد، سلامت جنسی یا بیماری‌های مقاربتی به یکی از ابعاد مهم سلامت عمومی تبدیل شده است. این بحث امروزه یکی از مباحث اصلی در ارتباط با سلامت فردی، زوجین، خانواده‌ها و حتی جامعه در معنای کلان آن محسوب می‌شود [۲۸].

امور جنسی در جوامع بشری طیف بسیار وسیعی از تعاریف، قواعد و محدودیت‌ها را شامل می‌شود. باین‌حال در برخی از جوامع، بنابر شرایط فرهنگی و باورداشت‌های اجتماعی، زمینه برای طرح علمی مسائل جنسی کمتر فراهم است و متأسفانه جامعه ایرانی نیز در زمره چنین جوامعی است. گرچه در سال‌های اخیر اقداماتی در زمینه عادی‌سازی شرایط برای پرداختن به این تجارب و بازکردن نسبی فضای عمومی جامعه، به‌ویژه به کمک ارتباطات و شبکه‌های مجازی، انجام گرفته، هنوز تا وضعیت مطلوب فاصله بسیار زیادی وجود دارد. به‌رغم جایگاه مهم سلامت جنسی در زندگی، به‌ویژه در زندگی زنان، مسائل مربوط به آن از سوی بسیاری از افراد حقیقی و حقوقی در کشور ما، نظیر بسیاری جوامع دیگر، به‌عنوان تابو و از جمله مسائل عموماً خط قرمزی تعریف و لحاظ می‌شود. شاید به همین دلیل بوده که برخی معتقدند به‌رغم اهمیت بسیار زیاد موضوع، حتی امروزه نیز در مورد مسائل مربوط به سلامت جنسی غفلت عمده‌ای صورت گرفته و می‌گیرد [۲۲]. این در حالی است که سلامت جنسی می‌تواند همه ابعاد دیگر سلامت و نیز تمام عملکردهای جسمی، روانی و حتی اجتماعی همه افراد، از جمله زنان، را تحت‌تأثیر خود داشته باشد [۱۳، ص ۴۲].

سلامت جنسی^۱ در تعاریف رسمی به‌عنوان «حالتی از بهزیستی جسمی، روان‌شناختی و فرهنگی- اجتماعی مرتبط با مسائل جنسی» [۲۶]؛ «بیماری‌های مقاربتی و اختلال‌های مربوط به تولیدمثل، کنترل باروری و اجتناب از بارداری‌های ناخواسته و ابراز جنسی بدون بهره‌کشی، اجبار و خشونت یا سوءاستفاده» [۲۲، ص ۲۰] و همچنین به‌عنوان «بهره‌مندی از یک رابطه سالم، مناسب و بهنجار جنسی به‌گونه‌ای که وضعیت جسمی، روحی و رفتاری افراد درگیر در این روابط مطلوب و حاکی از نوعی هماهنگی، رضایت‌مندی، انس و محبت بوده باشد» [۳، ص ۲۱۰]، در نظر گرفته شده است.

سلامت جنسی منعکس‌کننده بخشی مهم از تجارب مربوط به سلامت مردان و زنان است و

درعین حال بر سلامت نسل‌های آینده نیز تأثیرگذار است [۷، ص ۸۱۷]. بنابراین، شناخت و درک درست از امور مربوط به مسائل جنسی لازمه ارتقای سلامت جنسی در ابعاد مختلف آن است. این در حالی است که در بسیاری از نقاط جهان و عمدتاً در کشورهای در حال توسعه درک درستی از سلامت جنسی وجود ندارد و وجود تابوها، کج‌فهمی‌ها و موانع اجتماعی و فرهنگی در راه آموزش مفاهیم و بیان مثبت آنچه به نام مسائل مربوط به سلامت جنسی شناخته می‌شود باعث فقدان یا سطح پایین کمیت و کیفیت خدمات مربوط به بهداشت جنسی و مسائل مربوط به آن شده است. حتی در صورت ارائه چنین خدماتی از سوی نهادهای رسمی سلامت، به دلیل همان کج‌فهمی‌ها و ناآگاهی‌ها، درخواست چنین خدمات سلامتی از سوی آحاد جامعه و به‌ویژه زنان در سطح حداقل خود قرار دارد. یادگیری صحیح مسائل مربوط به سلامت جنسی از بروز اختلالات مربوطه در ادامه جلوگیری و کمک می‌کند در مواجهه با برخی مسائل مثل: نازایی، اختلالات جنسی، عفونت‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی غیرایمن، سوءرفتارهای جنسی و نظایر آن‌ها مواجهه مناسب‌تری انجام گیرد [۲، ص ۲۲۳۶].

درعین حال، مفهوم سلامت جنسی یکی از مفاهیم پیچیده اجتماعی و فرهنگی نیز هست که شناخت جامع آن نیازمند توجه ویژه به ابعاد مختلف معنایی و ذهنی موضوع از زاویه نگاه افرادی است که این تجارب را در زندگی روزمره خود از سر می‌گذرانند؛ به‌ویژه زمانی که با توجه به هنجارهای موجود در جامعه‌ای بحث از آن در حکم تابو و جزء مسائلی است که حداقل اظهارنظر آزادانه و راحت (در معنای اجتماعی و فرهنگی آن) میسر نباشد. چنین مسئله‌ای یقیناً می‌تواند ابعاد بسیار متنوع و متعددی مبتنی بر برداشت‌های فردی و شخصی از آن مفهوم به خود بگیرد. همین مسئله زمینه بررسی آن با استفاده از رویکردهای کیفی را فراهم می‌کند. در جامعه ایرانی، حتی گاهی نگاه اجتماعی و فرهنگی منفی به تجارب مربوط به رابطه جنسی، که در اصل مسئله‌ای کاملاً طبیعی به معنای فیزیولوژیک آن است، بخش عمده‌ای از تجارب مربوط به آن براساس باورداشتهای نه لزوماً درست اجتماعی و فرهنگی در ارتباط با این تجارب، ساخته و بازساخته می‌شود. بر این اساس است که مطالعه حاضر تلاش کرده در زمینه فهم تجارب زنان و شناخت بهتر ابعاد ذهنی و معنایی سلامت جنسی در زندگی زنان متأهل شهر تبریز، به‌عنوان بخشی از زنان جامعه ایرانی، به توسعه دانش موجود در این زمینه کمک کند.

به نظر می‌رسد فهم افراد از مسائل جنسی برای ارتقای سطح سلامت جنسی بسیار حیاتی است [۲۵، ص ۱۴]. دریافت اینکه چگونه افراد عادی مسائل جنسی و سلامت جنسی‌شان را می‌فهمند و همچنین موانع سر راه ارتقای کیفیت حیات جنسی می‌تواند متولیان امر را جهت درک درست مسائل و انجام دادن اقدامات مداخله‌ای برای بهبود شرایط یاری رساند. بر این اساس، مطالعه حاضر، به‌عنوان هدف اصلی خود، بررسی و فهم عمیق ابعاد معنایی و ذهنی

مشترک «سلامت جنسی» در میان زنان متأهل شهر تبریز را به عنوان سؤال و موضوع محوری مورد مطالعه خود انتخاب کرده است.

پیشینه تجربی

با توجه به مباحث مفهومی پیش گفته، در ادامه بحث برخی مطالعات قبلی مرتبط با موضوع به شکل اجمالی مرور و بررسی شده‌اند.

شکور و همکاران [۷] در مطالعه‌ای با عنوان «نیازسنجی کیفیت بهداشت باروری در دوران نوجوانی»، که به صورت کیفی و با روش تحلیل محتوا انجام شده، دریافتند که به دلیل کم‌سواد والدین و تابوهای موجود در جامعه و آموزش‌های اشتباه، میزان آگاهی درباره مسائل سلامت جنسی در جامعه مطالعه شده بسیار پایین است.

ربعی‌پور و همکاران [۴] در پژوهشی به بررسی ارتباط سلامت جنسی و روش‌های پیشگیری از بارداری در میان ۱۹۸ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ارومیه پرداختند. نتایج آزمون‌های آماری این مطالعه نشان داد که بین روش پیشگیری از بارداری و رضایت جنسی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین روش طبیعی کمترین و آمپول‌های ترکیبی بیشترین اختلال جنسی را بین پاسخ‌گویان ایجاد کرده‌اند. همین‌طور زنان با روش پیشگیری طبیعی دارای بیشترین رضایت جنسی و مصرف‌کنندگان آمپول دارای کمترین رضایت جنسی بوده‌اند.

عنایت و پنجه‌بند [۱۰] در پژوهشی با عنوان «کاوش بسترها و پیامدهای اختلالات جنسی در فرایند طلاق: براساس رویکرد گراند تئوری» طی مصاحبه عمیق با ۱۴ مرد مشارکت‌کننده به این نتایج دست یافتند که: اختلال در روابط جنسی آن‌ها زمینه دیگر آسیب‌های اجتماعی مثل: مصرف مواد مخدر، خشونت خانگی و خیانت زناشویی را فراهم کرده و این آسیب‌ها خود نیز متقابلاً موجب تشدید اختلال در روابط جنسی آن‌ها شده است.

میرزایی نجم‌آبادی و همکاران [۱۴] در پژوهشی با عنوان «دختران و نوجوانان ایرانی و اطلاعات و خدمات بهداشت باروری جنسی: یک مطالعه کیفی» به کاوش در اطلاعات و خدمات بهداشت باروری جنسی بین دختران پرداختند. این پژوهش به صورت کیفی و از طریق انجام دادن بحث‌های گروهی متمرکز و مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند با ۲۴۲ دختر نوجوان و ۲۱ بزرگسال در شهرهای شاهرود، مشهد، تهران و قم انجام شد. دلایل اصلی ضرورت ارائه اطلاعات و خدمات بهداشت جنسی به دختران نوجوان ایرانی در شش طبقه جای گرفت؛ فقدان دانش کافی در ارتباط با موضوعات بهداشت جنسی، دسترسی آسان به منابع اطلاعاتی نامعتبر، تغییرات فرهنگی اجتماعی جامعه، افزایش وقوع رفتارهای پرخطر بین نوجوانان، تأکید مذهب بر تربیت جنسی کودکان و نوجوانان و وجود تابوهای فرهنگی در جامعه.

نتایج مطالعه رفاقی شیرپاک و همکاران [۶] در خصوص نیازسنجی آموزشی سلامت جنسی زوجین تهرانی، بر روی ۲۱ زن در سن باروری و ۱۸ ارائه‌کننده خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی حاکی از آن است که زنان نسبت به شوهرانشان، به‌طور عمده، میل جنسی کمتری دارند و این کم‌بودن میل جنسی در زنان به ناکافی‌بودن اطلاعات آن‌ها و شوهرانشان در مورد مسائل جنسی ربط دارد. همچنین از منظر مشارکت‌کنندگان، مردان هرچه بیشتر باید درباره زنان و نیازهای آنان اطلاعات کسب کنند. به‌طور تقریبی، همه شرکت‌کنندگان به ناکافی‌بودن این‌گونه آموزش‌ها در دوران کودکی و نوجوانی اشاره کردند و آن را یکی از عوامل مهم ایجادکننده مشکلات می‌دانستند. همچنین در این مطالعه عوامل فرهنگی اجتماعی (مانند فقدان مهارت در ابراز احساسات توسط زنان) از عوامل اصلی مؤثر بر کیفیت روابط جنسی قلمداد شده است.

ماوسن^۱ [۲۱] در مطالعه خود که با استفاده از روش ترکیبی و با هدف بررسی ادراک دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت دانشجویی، فهم توصیف دانشجویان از فرایند دریافت خدمات و درک موانع احتمالی سر راه بهره‌مندی از خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده انجام گرفته است، مصاحبه‌های ساختاریافته و عمیق و نیز داده‌های حاصل از پیمایش صورت‌گرفته میان کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی دانشجویی و همچنین مراجعان این مراکز (دانشجویان) را تحت تجزیه و تحلیل درآورده است. براساس یافته‌های این پژوهش، قومیت، سن و متعاقب آن مدت‌زمان بودن در دانشگاه با تجارب مربوط به بهداشت باروری و تنظیم خانواده در رابطه بوده است. همچنین نتایج نشان داد که سوءبرداشت‌های مختلفی بین دانشجویان در ارتباط با سواد سلامت و تنظیم خانواده وجود داشته و مسائل مربوط به فرایندهای ارتباطی بین افراد و مرکز ارائه‌کننده خدمات و خدمت‌جویان دانشجویان، ناشی از ویژگی‌های قومیتی، جنسی و مهارت‌های ارتباطی و همچنین ویژگی‌های مربوط به ساختارهای اجتماعی و فرهنگی حاکم بر شرایط زندگی دانشجویان (در گذشته و حال) با فهم و توصیف دانشجویان از تجارب بهداشت باروری و همچنین عملکرد آن‌ها در این زمینه در رابطه بوده است.

تارفدر^۲ [۲۳] نیز براساس مطالعه‌ای که به کاوش در باورهای سلامت باروری و پیامدهای آن بین زنان بومی روستایی در بنگلادش پرداخته بود دریافت که بیشتر زنان مطالعه‌شده به درمان‌گرهای سنتی و مذهبی برای حل مشکلات مربوط به سلامت جنسی خود اعتقاد دارند. تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده در میان زنان بررسی‌شده نشان داد که سه دلیل اصلی برای مراجعه به درمان‌گرهای سنتی و دینی شامل اعتقاد شدید به این درمان‌گرها، تأثیر و نفوذ

1. Robin Emily Mowson
2. Tarafder T.

اعضای خانواده و تشویق آن‌ها به این کار و در نهایت اعتقادات سنتی موجود در جامعه به این دست از تجارب بوده است.

چارچوب مفهومی

پیش از پرداختن به ابعاد مفهومی و نظری سلامت جنسی، ذکر این نکته ضروری است که هدف از مرور پیشینه نظری و مفهومی اینجا یاری‌رساندن به درک و فهم جامع‌تر پژوهشگران از مسئله بررسی شده است و این کار به هیچ‌وجه با هدف کشف روابط یا طرح فرضیه‌های مرتبط با مسئله انجام نگرفته است. بر این اساس، مراجعه به نظریه‌های مربوطه جهت تدارک فهم عمیق از خود مسئله و گشایش ذهن محققان بوده که در نتیجه آن توجه به نکات عمده مرتبط با مسئله، روندها و ابعاد محوری میدان مطالعه بهتر مورد شناسایی قرار گیرد. چنان‌که کرسول [۱، ص ۲۳۱] هم اذعان داشته است مرور پیشینه در تحقیقات کیفی عمدتاً جهت شناسایی شکاف یا سوگیری‌های احتمالی مفهومی و نظری در دانش موجود است و می‌تواند خردمایه‌ای برای مطالعه فراهم آورد.

باید اذعان داشت که رابطه جنسی، مثل بسیاری از تجارب انسانی دیگر، می‌تواند ابعاد بسیار متنوعی داشته باشد. هر رابطه جنسی در پایین‌ترین سطح بعدی زیستی و بیولوژیک دارد که در عمل ارتباط جسمانی و مبنی بر تغییرات و تحولات فیزیولوژیک رابطه را شامل می‌شود و دیگران مفصل به آن پرداخته‌اند [۱۹]. در یک سطح بالاتر، هر رابطه جنسی یک جزء روانی مرتبط با مسائل و تجارب جنسی نیز دارد که باز از سوی دیگران [۲۰] به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. به‌رحال، در مقاله حاضر، ابعاد زیستی و روان‌شناختی مسئله به‌طور نسبی مورد توجه بوده و بیشتر به ابعاد معنایی و ذهنی برخاسته از متن اجتماعی و فرهنگی (سطح سوم) تجارب جنسی و به‌طور خاص سلامت جنسی تمرکز شده است.

مرور عمومی دیدگاه‌های موجود در خصوص مسائل و تجارب سلامت جنسی نشان می‌دهد که کارهای قبلی بیشتر بر رضایت جنسی، رابطه جنسی و انحرافات جنسی متمرکز شده‌اند و می‌توان گفت که مفهوم سلامت جنسی و پرداخت نظری و مفهومی، به‌ویژه از نگاه جامعه‌شناختی آن، هنوز تا حدود زیادی مهجور باقی مانده است و رویکردهای نظری و مفهومی جامعه‌شناختی جامع و معتبری در این زمینه اگر نایاب نبوده باشند، بسیار اندک‌اند. در این بخش، با بحث کوتاهی از مفاهیم مرتبط با مسئله مطالعه‌شده، رویکردهای نظری، با هدفی که قبلاً ذکر شد، بررسی اجمالی شده‌اند.

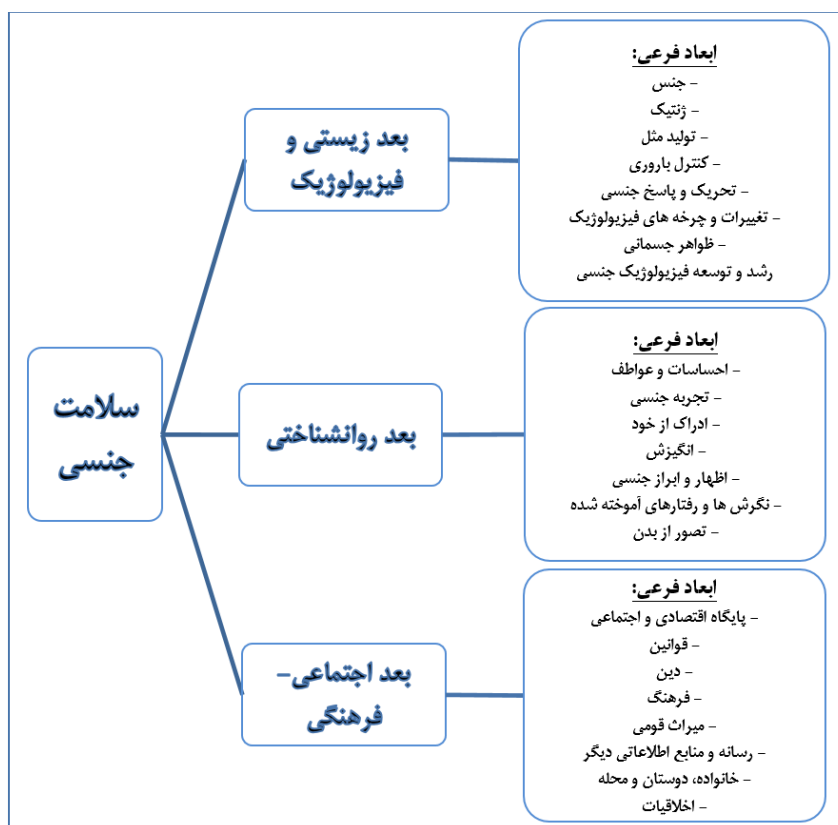
چنان‌که پیش‌تر نیز اشاره شد، سازمان بهداشت جهانی [۲۵] سلامت جنسی را حالتی از بهزیستی جسمانی، روان‌شناختی و فرهنگی - اجتماعی مرتبط با موضوعات جنسی و نه فقط نبود بیماری، اختلال یا ناتوانی در زمینه تجارب جنسی، می‌داند که مستلزم اتخاذ

رویکردی مثبت و محترمانه به موضوعات جنسی و روابط جنسی و همچنین فراهم‌بودن شرایط برای داشتن تجارب جنسی لذت‌بخش، ایمن و به‌دوراز تهدید، تبعیض یا خشونت است. مبتنی بر برداشت سازمان بهداشت جهانی [۲۷، ص ۶] از سلامت جنسی، این مفهوم عناصر متعددی همچون: بیماری‌های مقاربتی، بارداری ناخواسته و سقط جنین ایمن، اختلال جنسی و ناباروری، خشونت مرتبط با جنسیت و امور جنسی، سلامت جنسی جوانان و آموزش‌های مربوطه، جهت‌گیری جنسی و هویت جنسیتی، سلامت روانی مرتبط با تجارب جنسی، تأثیر بیماری‌ها بر تجارب جنسی و درنهایت ترغیب تجارب جنسی ایمن و رضایت‌بخش را شامل می‌شود.

یک فرد بزرگ‌سال برخوردار از سلامت جنسی، ویژگی‌های معینی دارد؛ مانند ارزش قائل بودن برای بدن خود، تعامل با افراد دو جنس به شیوه‌ای محترمانه و مناسب، تأیید هویت جنسی خود و احترام به هویت جنسی دیگران و بروز عشق و صمیمیت در رابطه. یک فرد دارای سلامت جنسی از روابط استثمارگرانه و فریب‌کارانه اجتناب می‌کند و تمایلات جنسی‌اش را به نحوی بروز می‌دهد که متناسب با ارزش‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی و همچنین همراه با احترام به حقوق دیگران باشد. چنین فردی باید برای بهبود مناسبات جنسی خود به دنبال اطلاعات جدید و علمی باشد و وارد آن نوع روابط جنسی شود که رضایت‌بخش، صادقانه، لذت‌بخش، حمایت‌گرانه و به دور از استثمار و به لحاظ اجتماعی نیز پذیرفته‌شده باشد. همچنین چنین فردی برای ارتقای سطح سلامت جنسی خود ارزیابی‌های منظم پزشکی و شخصی را در ارتباط با مسائل و عملکردهای حیات جنسی خود انجام خواهد داد [۵].

گرچه میل جنسی بین همه موجودات زنده مشترک است و ریشه‌ی غریزی دارد، بخش عمده تجارب مربوط به آن از جمله چگونگی ظهور و بروز این میل و معطوف‌شدن آن به سمت فرد خاص، زمان، مکان و حتی چرایی داشتن رابطه جنسی به‌عنوان امری آموختنی در نظر گرفته می‌شود که در متن جامعه و فرهنگ و تعاملات اجتماعی شکل و قوام می‌پذیرد [۱۷، ص ۳۵۵-۳۵۶]. شکل‌گیری رفتار جنسی به ترکیبی از عوامل زیستی (هورمون‌ها و مکانیزم‌های مغز)، روان‌شناختی و همچنین عوامل بیرونی (که دامنه آن‌ها طیف بسیار وسیعی از عوامل و محرک‌های محیطی، اقتصادی و اجتماعی را دربر می‌گیرد) بستگی دارد. با وجود اینکه پایه‌های میل جنسی فطری و غریزی است، تأثیر عوامل محیطی در چگونگی ظهور و مبدل‌شدن آن به رفتار جنسی انکارناپذیر است. چه‌بسا ممکن است عوامل فرهنگی و محیطی این نیاز بیولوژیک را به‌شدت تحت‌الشعاع خود قرار دهد. مطالعاتی که در قبایل و جوامع مختلف به‌عمل آمده دال بر تنوع بالای رفتارهای جنسی است و از تأثیر شدید عوامل اجتماعی و فرهنگی بر آن حکایت دارد [۸، ص ۶].

رویکرد نظری نسبتاً جامعی را که بیش از همه در ارتباط با نگاه امروزی و علمی به مباحث جنسی و رابطه جنسی است می‌توان در کار گرینبرگ و همکاران^۱ [۱۸] پیدا کرد که دست‌کم سه بعد محوری شامل ابعاد زیستی و بیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی- فرهنگی برای مسائل و تجارب جنسی انسانی در نظر گرفته‌اند که هر یک از این ابعاد به‌نوبه خود می‌تواند ابعاد فرعی‌تر بسیاری را نیز شامل شود. مسائل جنسی انسانی بخشی از شخصیت کلی فرد را دربر می‌گیرد که در تعامل سه بعد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی- فرهنگی شکل می‌گیرد. شکل ۱ رویکرد گرینبرگ و همکاران به مسائل و سلامت جنسی را ارائه کرده است:



شکل ۱. ابعاد شامل در فهم سلامت جنسی؛ توسعه داده شده براساس مباحث مفهومی گرینبرگ و همکاران [۱۸]

1. Greenberg, Jerrold S.

مبتنی بر رویکرد گرین برگ و همکاران، ترکیب پیچیده‌ای از عوامل فیزیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی- فرهنگی در همه تجارب جنسی انسانی نقش بازی می‌کنند. تصمیم به رابطه جنسی و کمیت و کیفیت آن نتیجه تعامل بسیاری از عوامل است؛ مثلاً انگیزش جنسی یک عملکرد فیزیولوژیک است؛ تصور بدنی ما و احساس و ادراکات ما مبنی بر ادراک از خود و خودآرزشمندی و عزت‌نفس می‌تواند از ابعاد روان‌شناختی تعیین‌کننده باشند. فرهنگ ما می‌تواند ما را در توسعه آن چیزی که جذاب است- مانند قد، وزن، مدل مو، رنگ پوست و نظایر آن‌ها- راهنمایی کند. به‌علاوه، باورهای دینی ما، همانند مسائل قانونی و اخلاقی مرتبط، می‌تواند تجارب جنسی ما و فهم ما از آن مسائل را تحت‌الشعاع خود قرار دهد.

رویکرد عمومی مشابه دیگر که سازمان بهداشت جهانی [۲۷] پیشنهاد کرده در تلاش خود برای تعیین چارچوبی برای برنامه‌های مربوط به سلامت جنسی، پنج حوزه مهم و مرتبط با این مفهوم را شناسایی کرده است. این پنج حوزه شامل قوانین، سیاست‌ها و حقوق بشر، آموزش، جامعه و فرهنگ، اقتصاد و نظام سلامت است. باید اذعان داشت که چنین چارچوبی اتخاذ رویکردی کل‌نگر، بین‌بخشی و بین‌رشته‌ای برای پرداختن به مباحث مربوط به سلامت جنسی را ضروری می‌کند. همچنین این رویکرد افراد یا سازمان‌های متولی سلامت جنسی را ملزم می‌دارد تا هم‌زمان به ابعاد فردی و کلان یا ساختاری مسئله نیز توجه کنند.

ضرورت فهم مسائل مرتبط با سلامت جنسی در متن زندگی در ابعاد مختلف آن با رویکردهای دیگری نیز مورد توجه قرار گرفته است. براساس نظر تیلور^۱ [۲۴]، این متن دست‌کم ابعاد مختلفی شامل فقر و پایگاه اقتصادی- اجتماعی، خشونت و تبعیض، هنجارهای مربوط به جنسیت، قوانین و سیاست‌گذاری‌های عمومی، هنجارهای فرهنگی و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مربوطه دارد. به نظر می‌رسد برای شکل‌گیری فهم درست و جامعی از مفهوم سلامت جنسی، باید تجارب مربوط به آن را در پیوستارهای متنوعی از خرد تا کلان، از عینی تا ذهنی و از گذشته تا آینده در نظر گرفت.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر با اتخاذ رویکرد کیفی و استفاده از طرح تحلیل تماتیک^۲ تلاش کرده معانی ذهنی و ابعاد معنایی اشتراکی مربوط به سلامت جنسی در میان زنان متأهل شهر تبریز را مطالعه کند. جامعه بررسی‌شده شامل زنان متأهل ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر تبریز بوده است. در ابتدای تحقیق، با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند، افرادی که احتمال می‌رفت شناخت و تجربه بیشتر و جدی‌تری به موضوع پژوهش داشته باشند، برای مطالعه انتخاب شدند. سپس،

1. Taylor, E.
2. thematic analysis

نمونه‌گیری به صورت نظری «بر مبنای مفاهیم در حال ظهور برگرفته از داده‌ها» [۱۱؛ ۱۲] ادامه یافت. بر این اساس، با توجه به کم‌وکیف اطلاعات مورد نیاز برای بسط مفاهیم اولیه استخراجی از متن داده‌ها و همچنین با توجه به حفظ تنوع نسبی در ویژگی‌های افراد انتخابی برای مطالعه، نمونه‌های بعدی انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا مرحله اشباع نظری و مفهومی، یعنی تا زمانی که معلوم شد اطلاعات و داده‌های جدیدی به دست نمی‌آید و داده‌های جمع‌آوری شده تکرار داده‌های قبلی است، ادامه یافت. در این مطالعه، با ۲۶ زن متأهل براساس پروتکل مصاحبه توسعه داده شده از سوی محقق و به روش نیمه ساختاریافته مصاحبه‌های عمیق انجام گرفت. زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۸۰ دقیقه متغیر بوده است.

از آنجا که استخراج و کدگذاری داده‌های کیفی با رویکرد تحلیل تماتیک، جهت وصول به کدهای معنایی مشترک، در عمل فرایندی در حال شدن، بازتابی و بازگشتی است و نه فرایندی خطی [۱۶، ص ۸۵۲]، تحلیل داده‌ها به صورت فرایندی محقق محور، هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، شروع شد. در این مطالعه، کدگذاری داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی و عمدتاً به شکل استقرایی (از داده به مفهوم‌سازی) صورت گرفت. در مرحله اول، محققان داده‌ها را شکسته و جزء به جزء مطالعه کردند تا موضوعات و ایده‌های موجود در آن‌ها را کشف کنند. در این مرحله، به هریک از داده‌ها کدی اختصاص یافت. در مرحله دوم، محققان به تعیین الگوهای موجود در داده‌ها و مقوله‌بندی آن‌ها پرداختند؛ به این صورت که کدهای استخراج شده در مرحله اول در سطح انتزاعی تری به صورت خوشه‌ها و مقوله‌هایی کلی تر درآمدند و طبقات اصلی استخراج شده از کدگذاری باز به یکدیگر متصل شدند. در همه مراحل پیش گفته، محققان سعی کردند با مقایسه مداوم و حساسیت نظری در جزئیات داده‌ها، ایده‌های موجود در آن‌ها را کشف کنند. در نهایت کد یا مقوله هسته به عنوان چتری فراگیر برای همه مقولات محوری توسعه داده شد.

برای اعتباربخشی به مطالعه، از روش مثل‌سازی^۱ از جمله چندبعدی‌سازی محقق [۹] (کدبندی جداگانه داده‌ها توسط هر سه نویسنده مقاله) و چندبعدی‌سازی داده‌ای (ارائه نتایج و تفاسیر یافته‌ها به برخی از مشارکت‌کنندگان و تعدیل تفاسیر صورت گرفته در مواقع عدم سازگاری برداشت‌های محقق و شرکت‌کنندگان در تحقیق) استفاده شده است. اصطلاح انتقال‌پذیری نیز، که جانشینی برای اصطلاح اعتبار بیرونی و نزدیک به اندیشه تعمیم‌پذیری مبتنی بر تئوری است و بر گسترش یافته‌ها و نتایج مطالعه به سایر محیط‌ها و موقعیت‌ها اشاره دارد [۱۵، ص ۶۲]، از طریق توصیف غنی و مفصل از همه جزئیات مرتبط با فرایند تحقیق حاصل آمده است.

1. triangulation

یافته‌های پژوهش

بررسی ویژگی‌های عمومی افراد مصاحبه‌شده نشان می‌دهد که به لحاظ سنی، شش نفر از آن‌ها ۲۰-۲۹ ساله، ۷ نفر ۳۰-۳۹ ساله و ۱۳ نفر از آن‌ها ۴۰-۴۴ ساله بوده‌اند. از نظر سن ازدواج، ۱۶ نفر زیر ۲۵ سالگی ازدواج کرده‌اند و ۱۰ نفر دیگر بعد از ۲۵ سالگی تجربه ازدواج داشته‌اند. دوازده نفر از مجموع افراد مطالعه‌شده را زنان شاغل و ۱۴ نفر را زنان غیرشاغل تشکیل داده است و به لحاظ تحصیلی ۸ نفر از آن‌ها تحصیلات کمتر از کارشناسی، ۹ نفر تحصیلات کارشناسی و ۹ نفر دیگر تحصیلات سطح کارشناسی ارشد یا بالاتر را داشته‌اند. انتخاب زنان در گروه‌های مختلف سنی، تحصیلی و نیز فعالیت اقتصادی به نحوی بوده که زنان مطالعه‌شده تنوع بالایی از نظر متغیرهای زمینه‌ای داشته باشند.

جدول ۱ نتایج حاصل از کدبندی محتوایی ابعاد ذهنی و معنایی مربوط به سلامت جنسی براساس متن مصاحبه‌های صورت‌گرفته با زنان متأهل شهر تبریز را در سه سطح به دست داده است.

سلامت جنسی به مثابه مسئله‌ای اجتماعی (ارتباطی/ تعادلی)، به‌عنوان مقوله هسته حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی جمع‌آوری‌شده، استخراج و شناسایی شده است. مبتنی بر برداشت مصاحبه‌شوندگان، می‌توان برخلاف رویکردهای پزشکی موجود در جامعه ایرانی در ارتباط با بحث سلامت عمومی و به‌ویژه سلامت جنسی، که اغلب آن را به‌عنوان مسئله‌ای فردی تلقی می‌کنند، این مسئله در ذهن بیشتر پاسخ‌گویان به‌عنوان یک مسئله فرافردی و در واقع مبتنی بر ارتباط بین طرفین درگیر در رابطه و به‌عنوان یک وضعیت تعادلی در چندین بُعد تعریف و معنا می‌شود. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که سلامت جنسی و تجارب مربوط به آن عموماً در متن روابط بین فردی و حتی در سطحی بالاتر، یعنی روابط اجتماعی، قرار می‌گیرد. جالب است که توجه کنیم این برداشت از سلامت جنسی، مترادف با رویکردهای کاملاً تخصصی و علمی روزآمد نسبت به سلامت جنسی و تجارب مربوطه به آن نیز هست. براساس تلقی‌های جدیدتر در حوزه پزشکی اجتماعی و همچنین جامعه‌شناسی پزشکی در ارتباط با مباحث سلامتی و همچنین مبتنی بر برداشت‌های ذهنی پاسخ‌گویان از مسئله مطالعه‌شده، سلامت جنسی در تلاقی آگاهی‌ها، نگرش‌ها و عملکردهای هر دو طرف رابطه جنسی قرار می‌گیرد. در ادامه به مقولات محوری حاصل از تحلیل داده‌ها به شکل اجمالی پرداخته شده است.

یکی از مقوله‌های محوری استخراجی از متن مصاحبه‌ها، داشتن اطلاعات و آگاهی‌های لازم در ارتباط با سلامت جنسی و تجارب جنسی است. یافتن پاسخ برای سؤالات جنسی، آگاهی یافتن از بدن خود و شریک جنسی، آگاهی از تغییرات و تکامل جنسی و جنسیتی، در دسترس بودن اطلاعات دقیق و معتبر در خصوص رابطه جنسی و همچنین مهیا بودن زمینه برای

گفت‌وگو بین طرفین رابطه جنسی در خصوص نیازها و انتظارات جنسی از کدهای باز استخراج شده از متن مصاحبه‌ها بوده است. نکته اینکه این آگاهی باید ابتدا از سوی والدین و بعد سایر عوامل اجتماعی کردن کودکان از جمله: مدرسه و رسانه برای افراد جامعه از همان دوران کودکی شکل بگیرد. تبادل اطلاعاتی زوجین و شرکای جنسی نیز در زمینه مسائل جنسی در این میان از اهمیت شایانی برخوردار بوده است.

جدول ۱. ابعاد معنایی شامل در برداشت‌های ذهنی زنان متأهل شهر تبریز از سلامت جنسی

مقولات هسته	مقولات محوری	مقولات یا کدهای باز
		<ul style="list-style-type: none"> - تدارک پاسخ برای سؤالات جنسی - آگاهی از بدن خود و طرف مقابل - آگاهی از تغییرات و تکامل جنسی و جنسیتی - در دسترس بودن اطلاعات دقیق و معتبر در خصوص رابطه جنسی - مهیا بودن زمینه برای گفت‌وگوی طرفین در خصوص نیازها و انتظارات جنسی - آگاهی از انواع وسایل پیشگیری - آگاهی از شرایط استفاده از هر یک از وسایل پیشگیری - عدم جبهه‌گیری در مقابل استفاده از وسایل پیشگیری - استفاده از وسایل پیشگیری متنوع با توجه به شرایط طرفین رابطه
ارتباط/ تعامل اطلاعاتی جنسی		<ul style="list-style-type: none"> - داشتن مهارت کافی برای رابطه جنسی از سوی طرفین رابطه - توجه به احساسات طرف مقابل - توجه به لذت و ارضای جنسی دوطرفه - معناداری رابطه جنسی در متن ارتباط عاطفی عمومی - موقعیت‌شناسی یا درک موقعیت مناسب برای رابطه جنسی
سلامت جنسی به‌مثابه مسئله‌ای اجتماعی	ارتباط/ تعامل عاطفی جنسی	<ul style="list-style-type: none"> - نداشتن بیماری جنسی مثل ایدز و بیماری‌های مقاربتی از سوی طرفین رابطه - آشنایی با انواع بیماری‌های جنسی و مقاربتی هر دو جنس - رعایت نکات بهداشتی و پیشگیرانه در ارتباط با بیماری‌های مقاربتی - آشنایی با روش‌های پیشگیری، شناسایی و درمان بیماری‌های جنسی و مقاربتی - انجام‌دادن چک‌آپ مداوم و منظم برای شناسایی بیماری‌های جنسی و اقدامات درمانی
	سلامت و تعادل جنسی فیزیولوژیک دوطرفه	<ul style="list-style-type: none"> - پرهیز از خودارضایی جنسی - احتراز از پورنوگرافی - عدم مقایسه جذابیت/ عملکرد جنسی همسر با دیگران یا رسانه - نداشتن خواسته‌های نامتعارف جنسی - تعهد جنسی (نداشتن روابط جنسی فراتر از خانواده و رسمی)
	تعادل هنجارین جنسی	

براساس این مقوله استخراجی لازم است افراد آگاهی‌های جنسی مورد نیاز خود را در زمان مناسب (نه زودتر و نه دیرتر) دریافت کنند تا سلامت جنسی آن‌ها تضمین شود. این در حالی است که از نظر مشارکت‌کنندگان این آگاهی به موقع و به شکل درست و علمی به افراد داده نمی‌شود. یکی از مصاحبه‌شوندگان در زمینه ضرورت داده شدن اطلاعات و آگاهی‌های لازم در ارتباط با مسائل جنسی به افراد جامعه می‌گوید:

یک سری مطالب کلی رو از همون کودکی بگیریم مثلاً اجازه نده به کسی لب‌ت رو ببوسه، یا به بدنت دست بزنه، ولی مسائل جزئی‌تر رو باید تو مدرسه قبل از سن بلوغ کم‌کم آموزش بدیم. ولی این اتفاق نمی‌افته (الهام ۴۰ ساله).

توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان در مصاحبه نیز در این ارتباط به شکل جالبی نشان داد که تقریباً همه آن‌ها به صورت ضمنی و غیرمستقیم از نیازهای جنسی‌شان آگاهی یافته‌اند. با برخی از آن‌ها کوچک‌ترین صحبتی در خصوص تغییرات بدنی‌شان، به‌ویژه دوره بلوغ و مواجه شدن با قاعدگی، نشده بود:

من هیچ وقت اطلاعات دقیقی از یه مجرای واقعی و درست در مورد مسائل جنسی پیدا نکردم؛ یعنی کسی در این مورد باهام صحبت نکرد. حتی در مورد پیروشدن هم مامانم حرفی نمی‌زد تا اینکه توی مدرسه فهمیدم (صدیق ۳۳ ساله).

رضوان ۲۷ ساله نیز در این زمینه می‌گوید:

من خودم هیچ اطلاعی از مسائل جنسی نداشتم یا حتی تغییرات بدنی خانم‌ها. نه سالم بود که نوار بهداشتی را توی خونه پیدا کردم و برام عجیب بود؛ چون فکر می‌کردم مال نوزادهاست در صورتی که ما بچه کوچیکی تو خونه نداشتم! از مامانم پرسیدم ولی جواب درست و حسابی نگرفتم.

در مورد ازدواج و روابط جنسی نیز، بیشتر مشارکت‌کنندگان اطلاعاتی از منبعی معتبر و خاص دریافت نکرده بودند. به نظر می‌رسد در خصوص روابط جنسی، به‌ویژه برای زنان، نوعی مواجهه و تجربه عملی، پیش از کسب آگاهی در این زمینه، رخ می‌دهد. این امر به‌ویژه در میان زنان بزرگسال موضوعیت بیشتری دارد؛ به این صورت که افراد قبل از اینکه رابطه جنسی را تجربه کنند، آگاهی علمی و صحیح اندکی و عموماً غیرموثقی در این ارتباط داشته‌اند که بی‌شک شرایط اجتماعی که آگاهی جنسی، به‌ویژه برای زنان را با ممنوعیت بیشتری همراه می‌کند، در این زمینه نقش مهمی می‌توانست داشته باشد. مهنوش ۳۴ ساله در این باره می‌گوید:

تا ازدواج نکرده بودم هیچی نمی‌دونستم. فکر می‌کردم زن‌ها فقط ظرف می‌شورن و کارهای خونه رو انجام می‌دن!

لیلا ۴۰ ساله نیز می‌گوید:

قبل از بلوغ آگاهی و آموزش داده بشه، نه اینکه بعد ازدواج ایجاد مشکل بشه و بعد ما

دنبال راه‌حل اون باشیم. چون دختر آسیب‌پذیرتره باید بیشتر حساس باشیم.

برخی از زنان مصاحبه‌شده معتقدند سلامت جنسی در یک متن آماده برای گفت‌وگوی دوطرفه در مورد نیازها و انتظارات جنسی طرفین رابطه جنسی قابل طرح و بحث است. بر این اساس، درست است که هریک از افراد دو جنس نیازهای اختصاصی مربوط به تجربیات جنسی‌شان را دارند، ولی سلامت جنسی از نظر آنان بدون توجه به شرایط و نیازها و انتظارات طرف دیگر رابطه هیچ‌وقت قابل حصول و دستیابی نیست. در این ارتباط، یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار می‌دارد که:

درسته که سلامت جنسی به موضوع شخصیه، ولی بخشی از اون در اختیار تو هست و می‌تونی رعایتش کنی. بخش دیگه‌اش به کسی برمی‌گرده که کنار تو هست. سلامت جنسی اون روی سلامت جنسی تو هم تأثیر می‌ذاره. مثلاً تو می‌تونی نکات بهداشتی و آزمایش‌ها و غیره رو بری خودت انجام بدی، ولی وقتی طرف مقابلت رعایت نکنه، تو باز هم تو خطر هستی. خیلی از عفونت‌ها و قارچ‌هایی که خانم‌ها می‌گیرن علتش همینیه (صدیق ۳۳ ساله).

مشارکت‌کننده دیگری نیز در این زمینه معتقد است:

سلامت جنسی از سلامت خوردن و نوشیدن هم جلوتره؛ مثلاً آگه طرف مقابل بیماری داشته باشه، جون من هم در خطر و دو نفری باید رضایت داشته باشن و لذت ببرن و یک‌طرفه نمی‌شه (نسرین ۴۸ ساله).

یکی از محتوای اصلی در ارتباط با بحث آگاهی‌های مرتبط با مسائل جنسی با محوریت تنظیم خانواده از نظر زنان مطالعه‌شده مطرح شده است. بیشتر زنان مطالعه‌شده، آگاهی و کسب آگاهی در ارتباط با وسایل تنظیم خانواده را در ارتباط با سلامت جنسی مهم انگاشته‌اند. در این ارتباط نیز، نکته مهم ضرورت توجه هر دو طرف رابطه به نیازهای تنظیم خانواده هریک از زوجین یا طرفین رابطه و توجه به شرایط طرف مقابل است. از نظر بسیاری از زنان مصاحبه‌شده این انتخاب نیز باید در نقطه تعادلی معین، که برآیند انتظارات و حقوق هر دو طرفین رابطه و شرایط هر دوی آنهاست، تعریف شود. در این زمینه یکی از مصاحبه‌شوندگان ادعان می‌کند که:

تو جامعه ما به جوری جا افتاده که انگار فقط زن هست که باید مسئول باردار شدن خودش باشه؛ به‌ویژه وقت‌هایی که قرار نیست بچه‌ای به دنیا بیاد. مسئولیت پیشگیری از بارداری هم‌ش به عهده زن هست و این بار روانی زیادی را متوجه زنان می‌کنه. تو خیلی از فیلم‌ها هم دیدیم که مرده به زنش می‌گه قرار نبود بچه‌دار شی! انگار این به ادبیات رایج هست؛ در صورتی که هر دو طرف رابطه وظیفه پیشگیری دارن (بنفشه ۴۱ ساله).

در همین زمینه، ضرورت توجه به محدودیت‌های هریک از طرفین رابطه در استفاده از وسایل تنظیم خانواده، عدم جبهه‌گیری در برابر انتخاب روش به‌رغم وجود محدودیت‌هایی برای استفاده از برخی از انواع روش‌ها و همچنین ضرورت انتخاب وسیله تنظیم خانواده مناسب از طیف وسیعی از وسایل در دسترس براساس شرایط هر دوی طرفین، به‌عنوان بخشی از سلامت

جنسی، مورد تأکید قرار داشته است. با توجه به کاهش باروری در دوره‌های اخیر و تلاش زوجین برای جدایی کامل بین تولیدمثل و رابطه جنسی اهمیت این بخش از تجارب جنسی را میان زنان مطالعه شده افزایش داده است. تا زمان‌های زیادی، بحث تولیدمثل و رابطه جنسی به شدت باهم در رابطه بودند، ولی با توجه به سیر کاهشی باروری، زوجین بیش از پیش تلاش می‌کنند تا این دو تجربه را از هم تفکیک شده در نظر بگیرند. به همین دلیل، آگاهی و عملکرد مربوط به وسایل تنظیم خانواده اهمیت بیشتری را در مجموعه مفهومی سلامت جنسی زنان مطالعه شده پیدا کرده است.

مهشاد ۳۲ ساله در ارتباط با آگاهی ناکافی در مورد روش‌های مختلف تنظیم خانواده اظهار داشته است که:

خیلی‌ها یک‌سری باورهای کاذب دارن که مثلاً وسایل پیشگیری مردانه لذت رو کم می‌کنه این‌ها باور کاذبه، یا مثلاً بریم وازکتومی کنیم و خودمون رو ناقص کنیم؟

باین حال، باید اذعان کرد که بیشتر مشارکت‌کنندگان از روش‌های مختلف تنظیم خانواده آگاهی دارند و به فراخور موقعیت یا توافق‌هایی که با همسر خود دارند از آن استفاده می‌کنند. البته نکته درخور ملاحظه این است که بیشتر آن‌ها از وسایل پیشگیری زنانه استفاده می‌کنند و یا اینکه حداقل به صورت طبیعی از بارداری پیشگیری می‌کنند. به‌رغم آگاهی نسبتاً بالای تنظیم خانواده در میان زنان مطالعه شده، استفاده از وسایل پیشگیری مردانه بین مشارکت‌کنندگان چندان رایج نیست:

ما پیشگیری طبیعی می‌کنیم. شوهرم خودش از ابتدا این‌طوری تصمیم گرفته (سارا ۲۲ ساله).

یا:

قرص، آمپول ضدبارداری، آی‌یودی، کاشت قرص در بازو، کاندوم، طبیعی. من این‌قدر از روش‌های زنانه استفاده کردم که کلاً هورمون‌هام به هم ریخت و الان دیگه بدون جلوگیری هم حمله نمی‌شم (بهناز ۴۰ ساله).

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان اطلاعات نسبتاً بالایی از آزمایش‌ها و روش‌های آزمایشگاهی تشخیص و درمان بیماری‌ها و مسائل جنسی و مرتبط با سیستم تولیدمثل دارند. باین حال، هریک از آن‌ها به فراخور اینکه به کدام یک از این آزمایش‌ها نیاز داشته‌اند، از فرایند و چگونگی این آزمایش‌ها اطلاع بیشتری داشتند:

تا حدودی آشنایی دارم، ماموگرافی که مال سینه است و معاینه برای سرطان سینه، خودم رفتم، سه سال به سه سال باید بریم. پاپ‌اسمیر هم از دهانه رحم نمونه‌برداری می‌کنه انجام دادم. آزمایش خون، برای جلوگیری از کم‌خونی و چکاپ فشار پایین و بالا (شیما ۴۲ ساله).

یا:

پاپ‌اسمیر رفتم، نمونه‌برداری از مایع دهانه رحم برای تشخیص سرطان، عفونت و کیست.

سونوگرافی داخل واژن هم پارسال رفتم. ماموگرافی هم که همون تشخیص سرطان سینه است که نرفتم. پارسال چکاپ کردم قندخون و تراکم استخوانی رو (سپیده ۴۵ ساله).

بر همین اساس، می‌توان از نداشتن «بیماری‌های جنسی» یا کنترل کردن آن و مواظبت برای انتقال ندادن بیماری به طرف رابطه، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های آشکار سلامت جنسی، نام برد. بیماری‌های مختلفی در طبقه‌بندی بیماری‌هایی که از طریق رابطه جنسی منتقل می‌شود قرار دارند. بیشتر مشارکت‌کنندگان در پژوهش از انواع این بیماری‌ها اطلاع داشتند و راه‌های انتقال آن را می‌دانستند:

تقریباً همه بیماری‌های جنسی رو می‌شناسم و خودم و همسرم خیلی از لحاظ بهداشتی و این‌ها مراقبت می‌کنیم. چون همه بیماری‌ها هم اون‌جوری نیست که از راه‌های غیرمشروع گرفته باشن. یه وقت‌هایی رعایت نکردن بهداشت باعث بیماری می‌شه (مینا ۳۳ ساله).

درهرحال، همچنین افرادی در میان زنان مصاحبه‌شده بودند که اطلاع دقیقی از بیماری‌های مقاربتی و جنسی نداشتند:

اسم بیماری‌ها رو شنیدم، ولی اطلاعی راجع به اون‌ها ندارم (لیلا ۴۰ ساله).

برخی از مشارکت‌کنندگان نیز خودشان یا اطرافیان‌شان به بیماری‌های جنسی مبتلا شده بودند: مژده ۴۴ ساله در این خصوص می‌گوید:

بدتر از همه بیماری‌های جنسیه. یعنی ایدز و هیپاتیت و این‌ها. یکی از اقوام دور ما شوهرش اعتیاد تزریقی داشت. این آقا هیپاتیت نوع بد داشت. خانمش باردار شد و یه سال بعد شوهرش مُرد. یه زنی که دو تا بچه داشته بچه سوم رو حامله است، نمی‌دونسته شوهرش هیپاتیت داره نباید باش رابطه جنسی داشته باشه یا حداقل با پیشگیری داشته باشه. خیلی از آدم‌هایی که ایدز گرفتن تو سن پایین وارد رابطه جنسی شدن و نمی‌دونستن باید از خودشون محافظت کنن.

از دیگر مقولات محوری استخراجی از متن مصاحبه‌ها در رابطه با ابعاد معنایی سلامت جنسی، می‌توان به تعامل جنسی عاطفی اشاره کرد. در این معنا، رابطه جنسی از صرف یک رابطه فیزیکی فراتر می‌رود و ضرورت توجه به ابعاد عاطفی مرتبط با رابطه جنسی (چه قبل، چه حین و چه بعد از رابطه جنسی) توجه می‌شود. بر این اساس، توجه به روحیات و خلیات طرفین از سوی هریک از آن‌ها، شرایط روحی و ذهنی طرف مقابل و همچنین پرداختن به ابعاد عاطفی در رابطه جنسی از ضروریات مربوط به سلامت جنسی در نظر گرفته می‌شود. مژده ۴۴ ساله در این زمینه می‌گوید:

یه رابطه جنسی باید بتونه روان دو تا فرد رو اون‌قدر به آرامش برسونه که اون‌ها به لحاظ عاطفی هم ارضا بشن.

وجود علاقه و تمایل، کشش، گرایش و تمایل خودانگیخته و نه مبتنی بر اجبار یا رفع تکلیف یا تمکین مردانه یا زنانه! برای رابطه جنسی نیز در این مقوله قابل گنجانده شدن است: مرد باید علاقه و میل داشته باشه به همسرش، نه به‌عنوان تکلیف و بی‌احساس آورد رابطه

جنسی شود! دو طرف سالم باشن، دو طرف به رابطه جنسی علاقه داشته باشن و تمایل داشته باشن (نسرین ۴۸ ساله).

در کنار تمایل به رابطه جنسی، سلامت جنسی طرفین رابطه یک بعد مهارتی تعاملی را نیز دربر می‌گیرد و آن اصطلاحاً «بلد بودن» یا همان داشتن مهارت کافی و درست برای برقراری رابطه جنسی است. این مسئله نیز زمانی وجود دارد که طرفین از بدن، فیزیولوژی و حتی مسائل ذهنی، روحی و خلقی یکدیگر اطلاع کافی داشته باشند. این شرایط پیش نخواهد آمد مگر اینکه طرفین رابطه درباره احساسات و نیازها و انتظاراتشان از رابطه جنسی خود با طرف مقابل تعامل و گفت‌وگوی لازم و کافی را داشته باشند و بدون محدودیت‌های مبتنی بر تابوهای اجتماعی و فرهنگی، در این زمینه با راحتی کامل با یکدیگر تبادل نظر کنند. براساس نظر یکی از زنان مصاحبه‌شده:

یکی از اهداف ازدواج روابط زناشویی، چه خانم چه آقا آموزش اگر دیده باشن، رضایت هم رو می‌تونن جلب کنن. چه در کار چه در حرف، بالطبع در زندگی مشترک تأثیر زیادی داره (لیلا ۴۰ ساله).

از مقولات فرعی‌تر در این ارتباط می‌توان به موقعیت‌شناسی جنسی نیز اشاره کرد. طبیعی است که این موقعیت‌شناسی بدون توجه به شرایط طرف مقابل به هیچ‌وجه قابل تصور نیست و به همین دلیل است که در نام‌گذاری مقوله هسته، چنان‌که قبلاً نیز اشاره شد، بعد تعاملی و ارتباطی مفهوم سلامت جنسی مورد تأکید قرار گرفته است. سلامت جنسی بر این اساس زمانی وجود دارد که ضمن وجود آگاهی کافی دوطرفه درباره تجربه رابطه جنسی، خودانگیزی برای چنین رابطه‌ای، داشتن مهارت کافی برای رابطه و توجه به شرایط تجربه و محدودیت‌های موجود، ارضای کامل جنسی هر دو طرف نیز از سوی زنان مطالعه‌شده مورد توجه قرار گرفته است. به یک معنا، سلامت جنسی در شکل کامل آن زمانی قابل حصول است که طرفین رابطه هر دو از رابطه جنسی خویش لذت کافی و مورد نظر را برده باشند. ارضای دوطرفه در رابطه جنسی از این نظر می‌تواند جزء مؤلفه‌های اصلی سلامت جنسی قلمداد شود. چنان‌که یکی از افراد مصاحبه‌شده نیز اشاره داشته است:

وقتی می‌تونن بگی یه رابطه خوبیه یا رابطه کاملیه که یه رابطه برابر باشه، یعنی اون رابطه برای دو طرف خوب و لذت‌بخش باشه (بنفشه ۴۱ ساله).

خشونت یا داشتن تقاضاهای جنسی خاص، که همسر از عهده آن برنیاید، در تقابل با رابطه جنسی عاطفی است. از دیگر مصادیق رابطه جنسی عاطفی دانستن احساس طرف مقابل در رابطه زناشویی و توجه به ارضاشدن زن (لذت دوطرفه) است:

دو نفری باید رضایت داشته باشن و لذت ببرن و یک‌طرفه نمی‌شه (نسرین ۴۸ ساله).

یا:

مرد باید در روابط زناشویی کارش رو خوب بلد باشه و همسرش اذیت نشه (سارا ۳۲ ساله).

همچنین توجه به نیازهای عاطفی زنان در خصوص پیش‌نوازی و آمادگی برای رابطه و همچنین توجه به محدودیت‌های آن‌ها از مصادیق رابطه جنسی عاطفی است. فرزانه ۳۳ ساله در این زمینه می‌گوید:

مرد باید به نیازهای عاطفی زنش توجه کند. زن‌ها زمان بیشتری طول می‌کشد تا برای رابطه آماده بشن، مرد باید این رو بدون و واقعاً این زمان رو برای همسرش صرف کند. باید برای زنش وقت بذاره، قبل رابطه باهاش صحبت کنه، نوازش و... نه اینکه سریع رابطه رو شروع کنه. این‌طوری زن فکر می‌کنه فقط یه ابزار جنسی برا شوهرش هست.

یا:

من مشکل هورمونی دارم. از پیشگیری‌های هورمونی مثل قرص و این‌ها نمی‌تونم استفاده کنم. اگه یه مردی فقط لذت جنسی براش مهم نباشه و زنش رو در نظر بگیره، قبول می‌کنه که از وسایل پیشگیری مردانه استفاده کنه.

از آخرین مقولات استخراجی از متن مصاحبه‌ها، باید به تعادل هنجارین جنسی به‌عنوان یکی از ابعاد معنادار و پرتکرار سلامت جنسی در ذهنیات و برداشت‌های زنان مطالعه‌شده اشاره کرد. این بخش از برداشت‌های ذهنی در ارتباط با مسائل و تجارب جنسی عمومی بردی اجتماعی دارد و به‌عنوان نکات مبتنی بر هنجارها و باورداشت‌های عمومی و فرهنگی درباره مسائل و روابط جنسی قابل طرح و بحث‌اند. یکی از مسائلی که در این زمینه قابل اشاره است، توجه به سلامت جنسی به‌عنوان شرایطی است که فرد از خودارضایی جنسی اجتناب کند. سلامت جنسی ایجاب می‌کند که افراد ارضای جنسی را، البته مبتنی بر استانداردها و قواعد و ضوابط اجتماعی و هنجارین حول مسئله رابطه جنسی، تجربه کنند و دست‌کم مبتنی بر چنین هنجارهایی، فارغ از علمی یا غیرعلمی بودن آن‌ها، خودارضایی به‌عنوان یک مسئله غیرهنجارین تلقی شده است. احتراز از پورنوگرافی و هر تجربه جنسی که تحت این لحاظ شود، که به‌ویژه در متن رسانه‌های دیداری و شنیداری قابل تعریف شدن است، از مؤلفه‌های مرتبط با سلامت جنسی است (درواقع نبود چنین تجاربی) مبتنی بر برداشت‌های ذهنی زنان افراد سالم به معنای جنسی نه نیاز و نه ضرورتی برای پیگیری مسائل پورنوگرافیک دارند. این تجربه می‌تواند زمینه را برای شکل‌گیری مسائل جنسی متعددی مهیا و آماده کند. براساس آرای یکی از مصاحبه‌شوندگان:

تنوع‌طلبی، گرایش به خیانت، عدم رضایت از رابطه جنسی و خیلی چیزهای دیگه به خاطر دیدن این فیلم‌ها اتفاق می‌افته (فرزانه ۳۳ ساله).

نداشتن درخواست‌های- در گویش افراد مصاحبه‌شده- «نامتعارف» جنسی از طرف رابطه به‌طور خاص، از مقولات قابل طرح در ذیل عنوان تعادل هنجارین جنسی است. داشتن انتظارات جنسی خلاف هنجارهای رایج و عموم و آن چیزی که در متن رسانه‌های جمعی و به‌ویژه دیداری مبتنی بر تجارت و تبلیغ سکس به‌عنوان یک صنعت پرفروش در دنیای امروزین

مورد توجه قرار می‌گیرد، در متن سلامت جنسی می‌تواند لحاظ شود. باید توجه داشت که زنان مصاحبه‌شده چنین تجارب مبتنی بر آموخته‌های رسانه‌ای جنسی نامتعارف و شکل‌گیری انتظارات مبتنی بر آن‌ها از سوی همسرانشان را به‌منزله تجربه‌ای غیرسالم به معنای جنسی کلمه در نظر گرفته‌اند. چنان‌که یکی از افراد اظهار داشته است:

کسی رو می‌تونیم بگیریم سلامت جنسی داره که به رابطه جنسی طبیعی و سالم داشته، خواسته‌های جنسی‌ش نرمال باشه و به رابطه‌ای باشه که با توافق طرفین خلق شده؛ یعنی هیچ الگوی رسانه‌ای یا فیلمی نداشته باشه. البته آگاهی فرق داره. خیلی‌ها فیلم‌های جنسی نگاه می‌کنن که یاد بگیرن که این صد درصد غلطه. خیلی‌ها ممکنه تمایلات جنسی داشته باشن که تو دسته‌بندی انحرافات جنسی جا می‌شه. من این انحرافات رو مطالعه کردم. مثلاً تمایل به رابطه داشتن با افراد کم‌سن‌تر، یا اینکه فرد دوست داره کارهایی تو رابطه جنسی انجام بده که خیلی معمول نیست. یا سکس‌های گروهی یا مثلی. همه این‌ها طبیعی نیست. حالا یه سری آدم‌ها به لحاظ ژنتیکی مشکل دارن و نوع خاصی از رابطه جنسی رو دوست دارن. ممکنه مشکل روانی داشته باشن؛ مثل کودک‌آزارها. ولی به نظر من بیشتر انحرافات که الان باهاش روبه‌رو هستیم محصول یادگیری اجتماعی هستش. چون تو جامعه داره عرضه می‌شه، مردم هم استفاده می‌کنن و فکر می‌کنن واقعیت رابطه جنسی همینه.

در همین زمینه، پرهیز از مقایسه شریک جنسی با تصاویر ایدئال جنسی ساخته و بازسازی‌شده از سوی رسانه‌ها و مبتنی بر شخصیت‌های رسانه‌ای مانند بازیگران فیلم‌ها و سریال‌های عموماً خارجی با درون‌مایه ترویج سکس، که با متن فرهنگی و اجتماعی ایران نیز ارتباط چندانی پیدا نمی‌کنند، از مسائل اشاره‌شده در متن مصاحبه‌ها بوده است. چنان‌که یکی از زنان مصاحبه‌شده نیز به آن اشاره داشته است:

دیدن این جور فیلم‌ها باعث می‌شه کم‌کم زن‌ها با زن‌های توی فیلم‌ها مقایسه بشن که درست نیست و مطمئناً خیلی از اعمالی که نشون داده می‌شه مخالف ارزش‌های ماست.

تعهد جنسی از اصلی‌ترین مقولات جای‌گرفته در برداشت‌های ذهنی زنان مطالعه‌شده از سلامت جنسی در بعد تعادل هنجارین جنسی این مفهوم بوده است. وفاداری جنسی و داشتن ارتباط جنسی با فقط یک نفر از مؤلفه‌های اصلی تعادل جنسی هنجارین قلمداد می‌شود. مزه ۴۴ ساله در این زمینه می‌گوید:

سلامت جنسی یه بعد جسمی داره، یه بعد روانی داره و یه بعد معنوی داره برای من. من وقتی می‌تونم خودم رو به لحاظ جنسی سالم بدونم که بتونم در ارتباط با یه نفری هستم، یعنی جسمم در ارتباط با یه نفری قرار می‌گیره. هر زمانی که خودم اراده کنم، یا او اراده کنه که این جسم فقط و فقط در تعامل با یک نفر هست و نه بیشتر.

بحث و نتیجه‌گیری

در مقاله حاضر، با استفاده از رویکردی کیفی، و به‌طور خاص تحلیل تماتیک، به کاوش در

مفهوم «سلامت جنسی» و ابعاد اشتراکی و بین‌ذهنی آن بین زنان متأهل ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر تبریز پرداخته شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مشارکت‌کنندگان ابعاد معنایی متعددی را ذیل عنوان «سلامت جنسی» قرار می‌دهند. این مفاهیم را می‌توان در چهار مقوله اصلی و محوری تحت عناوین: «ارتباط/ تعامل اطلاعاتی جنسی»، «ارتباط/ تعامل عاطفی جنسی»، «سلامت و تعادل جنسی فیزیولوژیک دوطرفه» و «تعادل هنجارین جنسی» جای داد. براساس تحلیل تماتیک مصاحبه‌های افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، می‌توان سلامت جنسی را به‌منزله مسئله‌ای ارتباطی، تعاملی و تعادلی فهمید. چنان‌که در بخش یافته‌ها مفصل شرح آن رفت، تقریباً همه افراد مصاحبه‌شده به شکل مستقیم یا ضمنی، از سلامت جنسی، به‌عنوان مسئله‌ای که حوزه نفوذ آن از صرف مسائل جسمانی و آناتومیک خارج بوده و به شکل جدی وارد حوزه‌های روانی، ارتباطی و اجتماعی می‌شود، یاد کرده‌اند. براساس نظر آن‌ها، نه تنها سلامت جنسی می‌تواند بر سلامت فیزیولوژیک و جنسی مرتبط با اندام‌های جنسی و تناسلی فرد دلالت داشته باشد، حتی در این سطح نیز سلامت جنسی فرد بدون توجه به سلامت جنسی فیزیولوژیک فرد مقابل رابطه جنسی معنا پیدا نمی‌کند؛ گو اینکه سلامت جنسی در همه ابعاد جسمانی تا اجتماعی آن در متن روابط دست‌کم بین‌فردی و فراتر از آن روابط اجتماعی شکل گرفته و قوام و معنا می‌یابد.

در ابعاد عاطفی مسئله نیز، بی‌تردید تعاملات عاطفی مربوط به حین رابطه و حتی قبل و بعد از رابطه جنسی، حتی در تعامل عاطفی بین طرفین رابطه در بخش فراجنسی روابط خود، از اهمیت شایانی در شکل‌دادن به معنای سلامت جنسی برخوردار است. سلامت جنسی در بعد اجتماعی نیز، در متنی که مجبور به هنجارین‌بودن است، معنا می‌یابد؛ به این معنا که سلامت جنسی زمانی وجود دارد که فرد موردنظر هنجارهای اجتماعی حول رابطه جنسی و کم‌وکیف آن اعم از تعهد به رابطه، توجه و مراقبت از رابطه و طرف رابطه، احتراز از مسائلی که جامعه آن‌ها را به‌دور از شأن و شخصیت اجتماعی تعریف می‌کند (مانند گرایش به پورنوگرافی، آزار جنسی و...) را نیز رعایت کرده باشد. وفاداری جنسی، به‌طور مشخص، جزء محتوای اصلی استخراجی از متن مصاحبه‌ها در این رابطه بوده است.

براساس یافته‌ها و تحلیل‌های انجام‌گرفته از متن مصاحبه‌ها، یکی از نکاتی که به نظر درخور تأمل می‌آید، تقابل یا عدم همراهی سه بخش از فرایند شکل‌گیری رفتاری تحت عنوان‌های آگاهی، نگرش و عملکرد/ تجربه است. گرچه در متن مطالعه‌شده عموم زنان مصاحبه‌شده در بخش آگاهی و نگرشی تقریباً به آنچه سلامت جنسی در ابعاد مختلف جسمانی تا عاطفی و اجتماعی آن است اذعان کرده‌اند، تعداد زیادی از آن‌ها لزوماً در روابط جنسی اختصاصی خود چنین ویژگی‌هایی را ندارند یا کمتر دارند. گرچه آگاهی به‌عنوان پیش‌شرط تغییر رفتاری مطرح است، تا به مرحله تجربه و عمل نزدیک نشده باشد، هنوز نیازمند توجه جدی خواهد بود تا

بتوان از طریق مداخلات آتی در زمینه تحقق آنچه برای سلامت جنسی مطلوب شمرده می‌شود، گام‌های جدی و لازم را برداشت.

جالب است بدانیم که متأسفانه به دلایل عدیده‌ای که می‌توانند از فردی تا ساختاری فهرست شوند (که خارج از حوصله بحث‌های مقاله حاضر است و البته در جاهای دیگری به آن‌ها به‌طور مفصل پرداخته خواهد شد)، تجارب جنسی در میان زنان مطالعه‌شده قبل از کسب آگاهی‌های لازم در ارتباط با مسائل جنسی اتفاق می‌افتند. بیشتر زنان مطالعه‌شده اظهار داشته‌اند که آن‌ها قبل از آنکه چیزهای زیادی در مورد عملکرد دستگاه‌های تناسلی خود و طرف مقابل، آناتومی جنسی، عملکردهای عاطفی و روان‌شناختی جنسی و کل مسائل مربوط به سلامت جنسی و رابطه جنسی به دست آورده باشند، خود را در موقعیت‌های تجربی رابطه جنسی پیدا کرده‌اند! در واقع تجربه/ عمل قبل از آگاهی، ویژگی بارز تجارب جنسی در میان زنان بررسی‌شده را تشکیل داده است.

یافته‌های این بخش با پژوهش حسین رشیدی و همکاران [۳] همخوانی دارد که نشان داده‌اند سلامت جنسی در هر دوره‌ای از زندگی نیازمندی‌ها و تعاریف متفاوتی دارد. آنچه در سلامت جنسی همه این دوره‌ها مشترک است امکان دریافت پاسخ‌های صحیح، علمی و به‌هنگام برای سؤالات، ابهامات و کنجکاو‌های جنسی است. برای یک کودک سلامت جنسی به‌طور عمده یعنی تأمین حریمی امن برای جلوگیری از سوءاستفاده جنسی، درحالی که در یک نوجوان، سلامت جنسی یعنی تدارک اطلاعات برای پاسخ‌گویی به کنجکاو‌های و سؤالات بی‌شمار جنسی آن‌ها و تأمین خدمات مراقبتی جنسی و در دوره جوانی و پس از آن، سلامت جنسی یعنی فراهم‌آوردن شرایط مناسب برای ارضای صحیح غرایز جنسی از طریق برقراری یک رابطه پذیرفته اجتماعی با فردی از جنس مخالف. یافته‌های شکور و همکاران [۷] نیز حاکی از آن بوده که به دلایل مختلفی، میزان آگاهی درباره مسائل سلامت جنسی در جامعه بسیار پایین است. در زمینه مشابهی پژوهش میرزایی نجم‌آبادی و همکاران [۱۴] درخصوص اطلاعات و خدمات بهداشت باروری جنسی بین دختران نشان داده‌اند که دانش کافی در ارتباط با موضوعات بهداشت جنسی بین دختران وجود ندارد.

طبیعی است که تجربه جنسی قبل از کسب آگاهی‌های لازم می‌تواند زمینه‌های ناکامی در مواجهه با مسائل جنسی را در پی داشته باشد و ضرورت دارد تا این قیف وارونه (تجربه قبل از آگاهی) به حالت عادی و مورد انتظار آن (آگاهی قبل از تجربه) برگردانده شود. به نظر می‌رسد در این میان نقش عوامل جامعه‌پذیری اعم از والدین و خانواده، مدرسه و دانشگاه و رسانه‌های جمعی رسمی و غیررسمی، از اهمیت شایانی برخوردار خواهد بود. دست‌کم براساس تجارب و نظرهای زنان مطالعه‌شده، می‌توان نتیجه گرفت که فرایند جامعه‌پذیری در زمینه یکی از مهم‌ترین مسائل مرتبط با حیات فردی و اجتماعی عموم افراد جامعه (مسائل جنسی و رابطه

جنسی) را مسکوت گذاشته و افراد و به‌ویژه کودکان را در سنینی که باید آموزش‌های لازم به آن‌ها داده شود در دنیایی از اطلاعات درست و عمدتاً غلط مرتبط، که در متن شبکه‌های مجازی و اینترنت و سایر رسانه‌ها قابل دسترسی است، به حال خود رها کرده است. سلامت جنسی نه‌تنها در حیات فردی و خانوادگی، بلکه نقش جدی را در فرایند تجدید نسل و همچنین ابعاد اجتماعی زندگی بازی می‌کند، زیرا نفس رابطه جنسی و متعاقب آن تولیدمثل و همه مسائل مرتبط با سلامت جنسی هم دلایل اجتماعی اقتصادی و فرهنگی دارند و هم خود در متن چنین عوامل و ساختارهایی شکل می‌گیرند.

مسئله ناآگاهی و نداشتن شناخت در ارتباط با مسائل مرتبط با سلامت جنسی (شامل رابطه جنسی) نه‌تنها در سطح فردی به‌عنوان یک مسئله جدی قابل طرح است، بلکه وقتی پای شناخت جنسی طرف رابطه (طرف مقابل) مطرح باشد، به شکل به‌مراتب شدیدتری خود را به‌عنوان مسئله‌ای اجتماعی مطرح می‌کند. شاید همین مسئله موجب می‌شود تا براساس نظر زنان مطالعه‌شده، مردها یا طرف مقابل رابطه آن‌ها ناآگاهی و ادراک درستی از بسیاری از مسائل جنسی مرتبط با زنان نداشته باشند و البته اگر چنین مطالعه‌ای در میان مردها صورت گیرد، احتمالاً آن‌ها نیز از ناآگاهی زنان در ارتباط با مسائل جنسی مردانه شکایت کنند! به هر ترتیب، شکل‌گیری سلامت جنسی، چنان‌که قبلاً نیز اشاره شد، نه به شکل فردی، بلکه به‌صورت میان‌فردی قابل‌تعریف و تعیین است و در این زمینه دانستن نیازها و مسائل خود، در کنار آگاهی از نیازها و مسائل طرف رابطه نیز، اهمیت شایانی دارد.

درنهایت باید اذعان داشت که گرچه بسته به زمینه‌های مختلف و شرایط خاص زندگی افراد مطالعه‌شده ممکن است مسائل خاصی در ارتباط با تجارب جنسی در میان هریک از آن‌ها بیشتر مورد توجه بوده باشد، آنچه بین همه مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر مشترک است، مسئله کمبود آگاهی جنسی و وجود تابوهای اجتماعی در این خصوص است و این درحالی است که آگاهی جنسی پیش‌نیاز سلامت جنسی و سلامت جنسی از سنگ بناهای سلامت عمومی و رفاه فردی و اجتماعی است. به نظر می‌رسد ایجاد زمینه برای طرح مسائل جنسی مورد نیاز آحاد جامعه به شیوه علمی در ارتباط با سلامت جنسی و ارتقای سلامت جنسی زنان ابتدا نیازمند تغییرات معنادار در نوع نگرش (چه رسمی و چه غیررسمی) حاکم بر فضای گفتمانی مسائل جنسی است و در ادامه نیازمند اقدامات جامع و عاجل آموزشی و فرهنگی مرتبط با مسائل مرتبط با سلامت جنسی شهروندان است.

منابع

- [۱] کرسول، جان (۱۳۹۱). *پویش کیفی و طرح پژوهش*، ترجمه حسن دانایی‌فرد و حسین کاظمی، تهران: صفار- اشراقی.

- [۲] حاتمی، حسین؛ رفائی شیرپاک، خسرو (۱۳۹۸). «امور جنسی در انسان و بهداشت جنسی»، در کتاب جامع بهداشت عمومی، ویرایش حسین حاتمی و همکاران، ج ۳، چ ۲، تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران.
- [۳] حسین رشیدی، بتول؛ کیانی، کیان‌دخت؛ حق‌اللهی، فدیسه؛ شهبازی صیقلده، شیرین (۱۳۹۴). «تعریف سلامت جنسی از دیدگاه متخصصان ایرانی و توصیف اجزای آن: یک مطالعه کیفی»، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ش ۳، ص ۲۱۰-۲۲۰.
- [۴] ربیعی‌پور، سهیلا؛ ابراهیمی‌پور، مرضیه؛ صادقی، الهام (۱۳۹۴). «بررسی ارتباط سلامت جنسی و روش‌های پیشگیری از بارداری در زنان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازنداران، ش ۱۳۰، ص ۳۰-۳۹.
- [۵] رزاقی، رضا (۱۳۹۲). آموزش موضوعات جنسی، تهران: دانژه.
- [۶] رفائی شیرپاک، خسرو؛ چینی چیان، مریم؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ پوررضا، ابوالقاسم؛ رمضان‌خانی، علی (۱۳۸۹). «نیازسنجی آموزش سلامت جنسی در زنان مراجعه‌کننده به واحد تنظیم خانواده مراکز بهداشتی-درمانی شهر تهران»، فصل‌نامه پایش، ش ۳، ص ۲۵۱-۲۶۰.
- [۷] شکور، مهسا؛ یمانی، نیکو؛ احسان‌پور، سهیلا؛ علیزاده، شیوا (۱۳۹۵). «نیازسنجی کیفی بهداشت باروری در دوران نوجوانی»، ارمغان دانش، ش ۸، ص ۸۱۶-۸۲۹.
- [۸] صادقی‌جانپهان، محمود. (۱۳۷۳). محرومیت جنسی و اضطراب، تهران: مفید.
- [۹] طباطبایی، امیر؛ حسنی، پرخیده؛ مرتضوی، حامد؛ طباطبایی‌چهر، محبوبه (۱۳۹۲). «راهبردهایی برای ارتقای دقت علمی در تحقیقات کیفی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، پاییز، ش ۳، ص ۶۶۳-۶۷۰.
- [۱۰] عنایت، حلیمه؛ پنجه‌بند، سیدیوسف (۱۳۹۴). «کاووش بسترها و پیامدهای اختلالات جنسی در فرایند طلاق: براساس رویکرد گراند تئوری»، ارمغان دانش، ش ۱۲، ص ۱۱۳۰-۱۱۴۵.
- [۱۱] محمدپور، احمد (۱۳۸۹). صدروش، منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی، ج ۲، تهران: جامعه‌شناسان.
- [۱۲] محمدپور، احمد (۱۳۹۰). صدروش، منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی، ج ۱، تهران: جامعه‌شناسان.
- [۱۳] مزده، فاطمه؛ ضیغمی محمدی، شراره (۱۳۹۲). «ارتباط بین‌افسردگی و شاخص عملکرد جنسی در زنان متأهل»، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ش اول، ص ۴۱-۴۸.
- [۱۴] میرزایی نجم‌آبادی، خدیجه؛ بابازاده، راحله؛ شریفی، محمد؛ موسوی، سید عباس (۱۳۹۳). «دختران و نوجوانان ایرانی و اطلاعات و خدمات بهداشت باروری جنسی: یک مطالعه کیفی»، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ش ۹۲، ص ۹-۱۸.
- [۱۵] هومن، حیدرعلی (۱۳۸۵). راهنمای عملی پژوهش کیفی، تهران: سمت.
- [16] Braun, V.; Clarke, V.; Hayfield, N.; and Terry G. (2019). "Thematic Analysis," In Liamputtong P. (Ed.) *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, Chapter 48, PP 843-60. Springer Nature Singapore Pte Ltd.
- [17] Davis, C. M.; Davis, S. L.; Anthony, T.; and Osman, S. L. (1994). "Learning

- Theories and Sexuality”, In Bullough et all (Eds.) *Human Sxuality: An Encyclopedia*, PP 354-56. New York: Routledge.
- [18] Greenberg, J. S.; Bruess, C. E.; and Oswalt, S. B. (2017). *Exploring the Dimensions of Human Sexuality*, 6 Ed, UAS: Jones & Bartlett Learning.
- [19] Hyde, J. S. (2005). *Biological Substrates of Human Sexuality*. Washington DC.: American Psychological Association.
- [20] Lehmiller, J. J. (2018). *The Psychology of Human Sexuality*, 2 Ed, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- [21] Mowson, R. E. (2015). *Reproductive Health Seeking Behaviors Among Female University Students: An Action Oriented Exploratory Study*. M.A. Anthropology Theses. University of South Florida.
- [22] Nusbaum, M.; and Rosenfeld, J. A. (2004). *Sexual Health across the Lifecycle: A Practical Guide for Clinicians*, Cambridge: Cambridge University Press.
- [23] Tarafder, T. (2014) “Reproductive health beliefs and their consequences, a case study on rural indigenous women in Bangladesh”, *Australasian Journal of Regional Studies*, No. 2, PP 351-374.
- [24] Taylor, E. (2011). Social determinants of sexual and reproductive health: 2011 Report. Women's Health West. https://whwest.org.au/wp-content/uploads/2012/06/SocDet_Web.pdf [Retrived 10th Aug. 2020].
- [25] World Health Organization. (2006). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, 28-31 January 2002, Geneva: World Health Organization.
- [26] World Health Organization (2008). *Sexual Health: Working Definitions*, at: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html>.
- [27] World Health Organization. (2010). *Developing Sexual Health Programmes: A Framework for Action* (No. WHO/RHR/HRP/10.22). World Health Organization.
- [28] World Health Organization (2020). *Sexual Health*. at https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 [Retrived at 3rd Agus. 2020].