

Sexual Health in Sociocultural Toruses: A Qualitative Study among Married Women of Tabriz City

Tavakkol Aghayari Hir^{1*}, Mohammad Abbaszadeh², Mohammad Bagher Alizadeh Aghdam³, Mahnaz Katebi Ali Abadi⁴

Abstract

Sexual health is one of the critical but less considered aspects of general health, especially for women living in developing countries. At the same time, sexual and reproductive health is regarded as human and social right in recent era. Sexual health experiences include those beliefs, attitudes, and behavior which are generally learned and social in their nature. Present study aimed to scrutinize underlying factors of sexual health among married women by the use of qualitative method and Grounded Theory Approach. To this end, semi-structured interviews were carried out with 26 married women aged 20-50 in Tabriz City, taking principles of maximum diversity and theoretical sampling. The collected data were analyzed with three-phase; open, axial, and selective coding scheme. Beside of introducing sexual health as a social problem, results showed that, sexual health could be understood under the core category of *Torus*, i.e., constraint. Main axial extracted codes were; awareness/socialization, institutional health dysfunction, gendered sexual attitude, health formalism, culture of silence, tradition/fatalism, lack of social support, biological/psychological, and economic Toruses. These constraints in various aspects, could impede married women from access to needed sexual health knowledge and practice. Absence of sexual health can brought about many threats at personal, familial, and societal levels.

Keywords: Sexual health, Torus, Culture of silence, Health institution's dysfunction, Health formalism.

Received: 2022-01-10

Accepted: 2022-03-06

1 Associate Professor of Demography, Department of Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran (Correspondent Author); t.aghayari@tabrizu.ac.ir

2 Professor of Sociology, Department of Social Sciences, University of Tabriz Tabriz, Iran; m-abbaszadeh@tabrizu.ac.ir

3 Professor of Sociology, Department of Social Sciences, University of Tabriz Tabriz, Iran; m.alizadeh@tabrizu.ac.ir

4 PhD Candidate in Sociology, University of Tabriz Tabriz, Iran; m.katebi@tabrizu.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.546258.1213>

سلامت جنسی در چنبره‌های اجتماعی و فرهنگی: مطالعه‌ای کیفی در میان زنان متاهل شهر تبریز

توکل آقایی هیر^{۱*}، محمد عباس‌زاده^۲، محمدباقر علیزاده اقدم^۳، مهناز کاتبی علی‌آبادی^۴

چکیده

سلامت جنسی و باروری یکی از ابعاد مهم و اما کمتر مطالعه‌شده سلامت عمومی به‌ویژه در حیات زنان در کشورهای در حال توسعه است که در دوره‌های معاصر به‌عنوان حقی انسانی و اجتماعی شناخته می‌شود. تجارب مربوط به سلامت جنسی، شامل؛ باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی است که در ذات خود آموزشی و اجتماعی‌اند. پژوهش حاضر تلاش کرده تا با به کارگیری روش کیفی و رویکرد نظریه زمینه‌ای تفسیری، عوامل زمینه‌ساز سلامت جنسی زنان متاهل را مطالعه نماید. برای این منظور، با ۲۶ زن متاهل ۲۰ تا ۵۰ ساله در شهر تبریز مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته انجام گرفته است. داده‌ها، با استفاده از کدگذاری سه مرحله‌ای؛ باز، محوری و انتخابی تحلیل شده‌اند. نتایج، ضمن معرفی سلامت جنسی به‌عنوان مسئله‌ای اجتماعی، نشان داد که زمینه‌های سلامت جنسی را ذیل مقوله هسته "چنبره" به معنی محدودیت می‌توان فهمید. این چنبره‌ها شامل؛ آگاهی/اجتماعی‌شدن، کژکارکردی نهادی سلامت، نگرش جنسی جنسیتی، قشری‌گرایی در سلامت، فرهنگ سکوت، چنبره سنت/تقدیر، عدم‌حمایت اجتماعی، زیستی/روانشناختی و اقتصادی است. این چنبره‌های محدودیت در ابعاد مختلف، می‌توانند موانعی جدی سر راه آگاهی و عملکرد مناسب زنان متاهل در زمینه سلامت جنسی ایجاد نمایند. نبود سلامت جنسی می‌تواند زمینه‌ای برای تهدید سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی قلمداد شود.

واژگان کلیدی: سلامت جنسی، چنبره، فرهنگ سکوت، بی‌اعتمادی نهادی، قشری‌گرایی در سلامت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

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

t.aghayari@tabrizu.ac.ir

۲ استاد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛ m-abbaszadeh@tabrizu.ac.ir

۳ استاد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛ m.alizadeh@tabrizu.ac.ir

۴ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛ m.katebi@tabrizu.ac.ir

DOI: <https://doi.org/10.22034/jpai.2022.546258.1213>

مقدمه و بیان مسئله

از نگاه سازمان بهداشت جهانی (WHO, 2006) سلامت جنسی^۱، سطحی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی در تمام امور مربوط به باروری و روابط جنسی است و صرفاً به معنای نبود بیماری یا نقص عضو در اندام‌های تناسلی نمی‌باشد. مبتنی بر این نگاه، سلامت جنسی مستلزم اتخاذ رویکردی مثبت و احترام‌آمیز به روابط جنسی و مسائل مرتبط با آن است و هر فردی باید در زندگی جنسی خود، احساس امنیت و رضایت کرده و روابط جنسی عاری از خشونت، تبعیض و یا هیجان‌های منفی مرتبط با آن را تجربه نماید (Glasier, 2006).

سلامت جنسی می‌تواند تحت تأثیر عوامل چندوجهی زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی، اخلاقی، دینی، قانونی، سیاسی، فرهنگی و تاریخی باشد (WHO, 2006; Deborah, Striepe and Harmon, 2003; Stephenj and Aggleton, 2013; Taylor, 2016; Stumbar, Garba and Holder, 2018) و عواملی در سطوح مختلف (به شکل مثبت و یا منفی بسته به شرایط) می‌تواند بر آن تأثیر بگذارند (Chalmers et al, 2006; Sneha et al, 2018). براساس مطالعات قبلی، سلامت جنسی (و یا تجارب زیرمجموعه آن) می‌تواند با متغیرهایی مانند: سن (دهقانی و همکاران، Flynn et al, 2016; Cislighi and Shakya, 2018; Stephenj and Aggleton, 2013)، جنس، جنسیت و طرح‌واره‌های جنسیتی (زارعی و همکاران، ۱۳۹۵; Flynn et al, 2016; Cislighi and Shakya, 2018; Gausman and Malarcher, 2011; Wight, Charles and Scott, 1998; UNFPA, 2008; Deborah, Striepe and Harmon, 2003; Stephenj and Aggleton, 2013; WHO, 2010)، مدت ازدواج (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۹)، ناباروری (بشارت و حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۵)، پایگاه اقتصادی و اجتماعی یا مولفه‌های آن مانند؛ درآمد، تحصیلات و وضعیت شغلی (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ ستوده، متقی و موسوی، ۱۳۹۸؛ درونه و دیگران، ۱۳۹۸؛ محمدعلیزاده چرندابی و همکاران، ۱۳۹۲؛ Rao et al, 2012; WHO, 2010; Deborah, Striepe and Harmon, 2003; Gausman and Malarcher, 2011; Stephenj and Aggleton, 2013)، سواد سلامت (پاتراس و همکاران، ۱۳۹۹)، سلامت روانی (صمدی و

دلیر، ۱۳۹۹)، سلامت اجتماعی (صمدی و دلیر، ۱۳۹۹؛ دهقانی و همکاران، ۱۳۹۹) و متغیرهای اجتماعی مانند؛ حمایت اجتماعی (درونه و دیگران، ۱۳۹۸) و سرمایه اجتماعی (صمدی و دلیر، ۱۳۹۹) در رابطه باشد. بر این اساس، می‌توان اظهار کرد که عموم باورداشت‌های مربوط به سلامت جنسی به شکل کاملاً اجتماعی و فرهنگی ساخته و برساخته می‌شوند (Caplan, 1987; Villanueva, 1997; Davila, 2005)؛ چیزی که به نوعی متفاوت با نگاه پزشکی یا روانشناختی صرف، نسبت به موضوع سلامت جنسی است (براتی و همکاران، ۱۳۹۳).

از همین رو، ضرورت پژوهش‌هایی که بتوانند ضمن اتخاذ نگاهی عمیق، با رویکردی واقع‌بینانه مسائل مرتبط با تجارب سلامت جنسی را بررسی نمایند (رضایی، صلصالی و جهانتیغ، ۱۳۹۴: ۱۱۹) بیش از پیش احساس می‌شود. مطالعه سلامت جنسی به دلیل محسوب شدنش به‌عنوان حقی انسانی و اجتماعی، شمول ابعاد بسیار متنوع زیستی، جمعیت‌شناختی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نیز پرداخت اندک موضوع در متن مورد مطالعه، دارای اهمیت اساسی است. مقاله حاضر با هدف پاسخ‌گویی به این سوالات انجام یافته است که؛ برداشت ذهنی زنان متأهل شهر تبریز از سلامت جنسی چیست و کدام عوامل زمینه‌ای در شکل‌دادن به تجارب مرتبط با سلامت جنسی در میان آنان نقش برجسته‌ای دارند؟ مطالعه حاضر ضمن تلاش برای شناخت عوامل زمینه‌ای سلامت جنسی، هدف پیشنهاد مدلی تحلیلی در این زمینه را نیز پیگیری کرده است.

پیشینه تجربی

در این بخش از مقاله به مرور خلاصه برخی مطالعات اخیر در داخل و خارج از کشور در ارتباط با موضوع پژوهش پرداخته شده است.

مطالعه نسیمی، صبوری خسروشاهی و هاشم‌زهی (۲۰۲۱) که با استفاده از مصاحبه‌های عمیق در میان ۲۰ زن خانه‌دار ساکن شهر قم و به روش نمونه‌گیری هدفمند انجام یافته است، نشان می‌دهد که اختلالات جنسی، رابطه جنسی مقعدی، فراموشی معاشقه، شرایط محیطی، تصور بدنی، شرم و حیا و احساس گناه از رابطه جنسی از جمله عوامل مخرب در امر سلامتی جنسی قابل شناسایی است. براساس نتایج، عدم ارگاسم شایع‌ترین مشکل

مرتبط با سلامت جنسی در میان زنان مورد مطالعه بوده و نویسندگان بر ضرورت توجه به عوامل مذکور در مداخلات مربوطه در سیاست‌گذاری‌های مربوطه تاکید کرده‌اند.

مهرالحسنی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند- گلوله برفی در بین ۱۸ نفر از مطلعان کلیدی در زمینه سلامت باروری در سطح ایران انجام داده‌اند، دریافته‌اند که سه مقوله اصلی؛ نظام تصمیم‌گیری، سبک زندگی و مسائل اجتماعی و اپیدمیولوژیک شامل شش مقوله؛ آگاهی و تجارب سلامت باروری، نظام تصمیم‌سازی و مدیریتی، عوامل محیطی، عوامل فردی، ناهنجاری‌های خانوادگی و اجتماعی و مسائل اپیدمیولوژیک جزو چالش‌های اصلی در ارتباط با سلامت باروری قابل شناسایی بوده‌اند.

حسین رشیدی و دیگران (۱۳۹۴) در پژوهش خود که با استفاده از روش کیفی و نمونه‌گیری هدفمند در میان ۷ نفر از متخصصین حوزه سلامت جنسی در شهر تهران انجام شده، داده‌های حاصل از مصاحبه عمیق نیمه‌ساخت‌یافته در ارتباط با معنای ذهنی سلامت جنسی را تحلیل کرده‌اند. براساس نتایج، سلامت جنسی به‌عنوان رابطه‌ای رضایت‌بخش و رضای درست نیاز جنسی از طریق برقراری یک رابطه سالم و تعریف‌شده اجتماعی با فردی از جنس مخالف تعریف شده و مقولاتی مانند؛ میزان آگاهی، تکامل جسم و روان، نیازهای اقتصادی، ارزش‌های فرهنگی اجتماعی و ارزش‌های مذهبی جزو مقولات تشکیل‌دهنده مفهوم سلامت جنسی، شناسایی و استخراج شده‌اند.

الومیر و دیگران (Alomair et al, 2021) در مطالعه‌ای که با استفاده از روش کیفی و مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته در بین ۲۸ زن در شهر ریاض و با کاربرد تحلیل تماتیک انجام شده، نشان دادند که سلامت جنسی و باروری مسئله پیچیده‌ای است که تحت تاثیر عوامل فردی، خانوادگی، محیطی، اجتماعی-فرهنگی، دینی و نهادی قرار دارد. قراردادن در شرایط غیرتاهلی، یکی از موانع اصلی سر راه دسترسی به آگاهی و بهره‌مندی از خدمات سلامت جنسی و باروری بوده است. همچنین کنترل والدین و عدم آگاهی‌بخشی کافی توسط مدارس از جمله موانع دیگر تعیین شده‌اند.

داویلا (Davila, 2005) در مطالعه خود با تمرکز بر ساخت و مفهوم‌سازی اجتماعی سلامت جنسی با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساخت‌یافته روی ۲۰ زن آمریکایی مکزیکی‌تبار، تاثیر زمینه اجتماعی بر سلامت جنسی را مورد بررسی قرار داده است.

براساس تحلیل تماتیک انجام‌یافته در این مطالعه، مقولات از خودگذشتگی، سکوت جنسی و خودمراقبتی به‌عنوان مقولات اصلی استخراج شدند. این مقولات منعکس‌کننده تأثیرات متن-محوری هستند که سلامت جنسی در درون آن متن تجربه می‌شود.

دقت در مطالعات قبلی حاکی از آن است که به‌ویژه در میان مطالعات داخلی، تلاش جدی و مستقیمی برای شناسایی زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی سلامت جنسی انجام نشده و مطالعات موجود، یا بر گروه‌های دارای شرایط خاص تمرکز کرده و یا صرفاً بر جنبه‌های خاصی از تجارب عمومی مرتبط با سلامت جنسی متمرکز شده‌اند. مطالعه حاضر از این حیث، جزو معدود مطالعات داخلی است که با رویکردی کیفی، زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی مرتبط با سلامت جنسی را مورد مذاقه قرار داده است.

مبانی نظری

در این بخش از مقاله، مبانی نظری مرتبط با سلامت جنسی به طور خلاصه مورد بررسی قرار گرفته است. مدل اکولوژی اجتماعی رشد انسان، توسعه داده شده توسط برونفنبرنر (Bronfenbrenner, 1979)، در عمل رشد، و سلامت، انسان را تحت تأثیر عوامل بسیار عدیده در ابعاد مختلف و در قالب نظام‌هایی سلسله‌مراتبی از ساختارهای فرافردی، تحت عناوین؛ خرده‌نظام^۱، میان‌نظام^۲، برون‌نظام^۳ و کلان‌نظام^۴ در نظر می‌گیرد. فراتر از مدل‌های تبیینی عمومی موجود در ارتباط با سلامت و سلامت جنسی، رویکردهای روانشناسی اجتماعی مختلفی مانند؛ رفتار برنامه‌ریزی شده (Ajzen, 1991)، رویکرد عمل منطقی (Fishbein and Ajzen, 2010) و مدل باور سلامتی (Janz and Becker, 1984) نیز جهت تبیین سلامتی و رفتارهای سلامت محور به کار گرفته شده‌اند. مبتنی بر این رویکردها، سلامت جنسی تحت تأثیر دانش جنسی، نگرش جنسی و هنجارهای ذهنی ادراک شده افراد در مورد فشارها و علایق جمعی است (Gregory et al, 2003؛ پورافکاری، ۱۳۹۱؛ نادری، حیدری و حسین‌زاده مالکی، ۱۳۸۸). برخی رویکردهای روانشناسی اجتماعی مانند

1 Microsystem

2 Mesosystem

3 Exosystem

4 Macrosystem

یادگیری اجتماعی بندورا (Bandura, 1998) که صحبت از تاثیر ساختاری چندعاملی بر رفتار و ارتقاء سلامت از طریق توجه به عوامل فردی (مانند دانش، فهم، انتظارات، نگرش‌ها و اعتماد)، عوامل رفتاری (مانند مهارت‌ها، تمرین و خودکارآمدی) و عوامل محیطی (مانند هنجارهای اجتماعی، دسترسی به اجتماع و نفوذ دیگران) می‌کنند را هم می‌توان در زمینه تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت جنسی به کار برد.

نظریه دست‌نوشته جنسی^۱ از محدود رویکردهای نظری است که توسط سیمون و گاگنون (Simon and Gagnon, 1984) اختصاصاً برای توضیح سلامت جنسی توسعه داده شده است. مبتنی بر این رویکرد نظری، دست‌نوشته، استعاره‌ای برای صحبت از شکل‌گیری رفتار در متن زندگی اجتماعی است. اغلب، بخش عمده‌ای از حیات اجتماعی، تحت یک سیستم عملکردی به‌عنوان راهنمای عملی رفتار قرار دارد که این سیستم عملکردی را می‌توان دست کم در سه سطح؛ سناریوهای فرهنگی^۲، دست-نوشته‌های بین‌فردی^۳ و دست‌نوشته‌های درون-روانی^۴ در نظر گرفت.

نظریه دست‌نوشته جنسی، که نگاه مسلط جامعه‌شناختی کلاسیک (این‌که؛ هیچ رفتاری به شکل درونی اتفاق نمی‌افتد مگر این که به شکل بیرونی در جهان اجتماعی اتفاق افتاده باشد) را دنبال می‌کند (Simon and Gagnon, 2011: 14)، دلالت بر دو بعد اساسی در ارتباط با مقوله جنسی دارد؛ یکی بعد بیرونی یا همان بین‌فردی است که شامل نظامی از قراردادهای جمعی مشترک است که به دو یا چند عامل انسانی اجازه می‌دهد تا با یکدیگر تعامل داشته باشند. دومی، بعد درونی یا درون-روانی است که عناصر انگیزشی رفتار و یا دست کم تعهد درونی برای رفتار را در برمی‌گیرد. سناریوهای فرهنگی شامل راهنمای تجویزی‌اند که در سطح حیات جمعی وجود دارند. سناریوهای فرهنگی معمولاً در سطح انتزاعی بالایی بوده و کمتر می‌توان ردپای مستقیم آن‌ها در رفتار را پیگیری کرد. دست‌نوشته‌های بین‌فردی، وظیفه تبدیل سناریوهای فرهنگی به راهنماهای عملی رفتار را بر عهده دارند و امکان دخل و تصرف عوامل انسانی در سناریوهای فرهنگی را به وجود

1 Sexual Script

2 Cultural Scenarios

3 Interpersonal Scripts

4 Intrapsychic Scripts

می‌آورند (Simon and Gagnon, 1984: 53). دست‌نوشته‌های بین‌فردی بر محور نقش‌ها و شرایط عمومی که توسط سناریوهای فرهنگی تدارک دیده شده و در عین حال امکان‌سازگاری با شرایط ویژه هر موقعیتی را دارند، تعریف می‌شوند. دست‌نوشته‌های درون-روانی نماینده ابعاد و تجارب ویژه و منحصر به فرد جنسی هر فرد است که به شکل درون-ذهنی تجربه شده و عمدتاً از تبدیل‌شدن به کلمات یا گفتار عاجزند. در واقع دست‌نوشته‌های درون-روانی در برگیرنده برنامه‌ها یا استراتژی‌هایی برای تحقق بخشیدن به دست‌نوشته‌های بین‌فردی‌اند (Wiederman, 2015: 8) این رویکرد نظری تلاش کرده است تا نقش عوامل فردی و ساختاری را به شکل توأمان در شکل‌دادن به سلامت جنسی در نظر بگیرد. از این رو، همین رویکرد نظری به‌عنوان راهنمای نظری مطالعه حاضر به‌کار گرفته شده است.

روش و داده‌های تحقیق

پژوهش حاضر با روش کیفی انجام شده و براساس نقش راهنمایی ادبیات پژوهشی و همچنین به کارگیری کدبندی سه مرحله‌ای، نظریه زمینه‌ای سیستماتیک^۱ (فراستخواه، ۱۳۹۵) و به‌عبارت دیگر، برمبنای تقسیم‌بندی سباستین (Sebastian, 2019) نظریه زمینه‌ای تفسیری^۲ را برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به کار گرفته است. بر این اساس، تلاش شده تا معانی ذهنی و ابعاد معنایی سلامت جنسی و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی تاثیرگذار بر آن در میان زنان متاهل شهر تبریز شناسایی گردد. به دلیل این که مسائل مرتبط با سلامت جنسی و باروری برای جمعیت زنان واقع در سنین باروری مطرح بوده و عمده زنان متاهل واقع در سنین باروری در بازه سنی ۲۰-۵۰ سال قرار می‌گیرند، همین زنان به‌عنوان جامعه آماری مطالعه انتخاب شده‌اند. مطالعه روی ۲۶ نفر از زنان متاهل با نمونه‌گیری هدفمند و نظری و در محدوده زمانی نیمه دوم سال ۱۳۹۹ انجام گرفته است. نمونه‌گیری با رعایت اصل تنوع (براساس معیارهایی مانند؛ سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، سن و سن ازدواج) و تا رسیدن به مرحله اشباع نظری ادامه یافته است. مصاحبه‌ها براساس پروتکل توسعه‌داده‌شده

1 Systematic
2 Interpretive

توسط تیم تحقیق، و با هماهنگی قبلی و در شرایط محیطی آرام و اغلب در محل سکونت خود افراد و با حذف عمومی عوامل مزاحم انجام گرفته و طول مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۸۰ دقیقه متغیر بوده است. با توجه به حساسیت موضوع و اصرار زنان مورد مطالعه بر عدم ضبط الکترونیک مصاحبه، تمامی مصاحبه‌ها به شکل فشرده ندرت برداری شده و بلافاصله پس از مصاحبه، پاک‌نویس و تکمیل شده‌اند.

از آنجا که نظریه زمینه‌ای فرایندی در حال شدن، دورانی و مارپیچی است (محمدپور، ۱۳۸۹ الف: ۳۱۴)، تحلیل داده‌ها به صورت فرایندی محقق-محور، هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و در سه مرحله کدگذاری؛ باز، محوری و انتخابی یا هسته صورت گرفته است. متن مصاحبه‌ها، به شکل کامل پیاده‌سازی گردیده و در مرحله کدگذاری باز، تمامی مضامین و کدهای قابل استخراج از کوچک‌ترین واحدهای معنایی موجود در متن شناسایی گردیدند. در مرحله بعدی، با مقایسه مداوم کدهای مرحله اول، تلاش گردید تا مقولات فراگیرتر حاصل از تلفیق کدهای دارای اشتراک معنایی به‌عنوان مقولات محوری شکل بگیرند. در نهایت براساس متن تشکیل‌دهنده تجارب سلامت جنسی زنان مورد مطالعه، مقوله هسته استخراج و پیشنهاد گردید.

برای تضمین اعتبار تحقیق از دو معیار اطمینان‌پذیری و انتقال‌پذیری گوبا و لینکلن (Guba & Lincoln, 1985)، به نقل از محمدپور، ۱۳۸۹ ب) استفاده شد. در خصوص اطمینان‌پذیری، از تکنیک کنترل عضو یا اعتبار پاسخ‌گو استفاده شد (محمدپور، ۱۳۹۰: ۱۸۵). برای این منظور، یافته‌های تحقیق به برخی از مشارکت‌کنندگان ارائه شد و آنها بر نزدیکی تفاسیر محققان به برداشت‌های خودشان از موضوع، اذعان کردند و در مواقع عدم سازگاری بین برداشت‌های محقق و افراد شرکت‌کننده در مطالعه، تعدیل‌های لازم در این ارتباط در برداشت‌ها و کدهای استخراجی از آنها انجام شد. اصطلاح انتقال‌پذیری نیز که جانشینی برای اصطلاح اعتبار بیرونی و نزدیک به ایده تعمیم‌پذیری مبتنی بر تئوری است و بر گسترش یافته‌ها و نتایج مطالعه به سایر محیط‌ها و موقعیت‌ها اشاره دارد (هومن، ۱۳۸۵: ۶۲)، از طریق توصیف غنی و مفصل از همه جزئیات مرتبط با فرایند تحقیق حاصل آمده است. علاوه بر این، از مثلث‌سازی محقق، یعنی بکارگرفتن بیش از یک پژوهشگر برای تجزیه، کدبندی، تحلیل و تفسیر داده‌ها نیز استفاده شده است.

یافته‌ها

از مجموع زنان مورد مطالعه (۲۶ نفر)، ۶ نفر زیر ۳۰ ساله، ۷ نفر ۳۹-۳۰ ساله و ۱۳ نفر ۴۰ ساله و یا بالاتر بوده‌اند؛ ۱۶ نفر زیر ۲۵ سالگی و ۱۰ نفر در سن ۲۵ سالگی و یا بالاتر ازدواج کرده‌اند؛ ۱۲ نفر شاغل و ۱۴ نفر غیرشاغل بوده؛ و به ترتیب ۸، ۹ و ۹ نفر از آنها دارای سطح تحصیلات زیر کارشناسی، کارشناسی و ارشد یا بالاتر بوده‌اند.

۱) معنای ذهنی سلامت جنسی

مبنی بر مقولات استخراجی در ارتباط با برداشت ذهنی مصاحبه‌شوندگان، سلامت جنسی را می‌توان به‌عنوان مسئله‌ای اجتماعی که دارای ابعادی فرافردی و فرازیستی است، درک کرد. بر این اساس، سلامت جنسی ذیل چهار مقولهٔ محوری شامل؛ سلامت جنسی به مثابه تعادل فیزیولوژیک جنسی متقابل، ارتباط عاطفی جنسی، ارتباط اطلاعاتی جنسی و نهایتاً تعادل هنجارین جنسی قابل فهم است. به این دلیل که نتایج مربوط به ابعاد ذهنی/معنایی سلامت جنسی در مقاله مستقلاً قبلاً منتشر شده، اینجا از ارائه توضیحات مفصل در این زمینه خودداری شده است^۱. از این رو در بخش‌های بعدی مقاله، بیشتر در ارتباط با عوامل زمینه‌ای مرتبط با سلامت جنسی و پیامدهای آن بحث شده است.

براساس مدل پارادایمی پیشنهادی تحقیق (شکل ۱)، جریان تاثیرات از مقولات تسهیل‌گر شامل؛ چنبره‌های آگاهی/اجتماعی‌شدن، کژکارکردی نهادی، چنبره جنسیتی جنسی و قشری‌گرایی سلامت به سمت عوامل یا شرایط علی شامل؛ چنبره‌های فرهنگ سکوت، سنت/تقدیرگرایی، عدم حمایت اجتماعی، زیستی/روانشناختی و چنبره اقتصادی بوده و توامان هر دو دسته از شرایط تسهیل‌گر و علی در طول هم، می‌توانند تجارب سلامت جنسی زنان را شکل دهند. (عدم) سلامت جنسی زمینه تهدیدهای سلامتی در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی است.

۱. علاقه‌مندان برای توضیحات بیشتر می‌توانند به مقاله؛ سلامت جنسی به مثابه مسئله‌ای اجتماعی از نویسندگان مقاله حاضر (۱۳۹۹) مراجعه نمایند.

۲) چنبره آگاهی/اجتماعی شدن جنسی

از جمله مقولات استخراجی مرتبط با عوامل زمینه‌ساز سلامت جنسی چنبره آگاهی/اجتماعی شدن است. یکی از مسائلی که تحت این مقوله قابل طرح است بحث سواد پایین سلامت جنسی در میان زنان است. بیشتر زنان از مسائل جنسی و بیماری‌های مرتبط با دستگاه تناسلی اطلاع کافی ندارند و اگر دارند، به شکل موقعیتی و بسته به تجارب شخصی و از منابع و افراد در دسترس است. همچنین بخش بیشتری از پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که چه خود و چه دیگران، وقتی سخن از مسائل جنسی به میان آید، یا از اظهار نظر خودداری می‌کنند و یا "حرف‌های خود را می‌خورند!" حتی این مشکل در زمینه‌های کارشناسی نیز وجود دارد و کارشناسان اندک برنامه‌های آموزشی جنسی نیز کم‌وبیش و خواسته یا ناخواسته چنین خودسانسوری‌هایی را مرتکب می‌شوند. مسلم است که در چنین شرایطی، آگاهی چندانی از مسائل جنسی در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی شکل نگرفته باشد.

از مقولات مرتبط و مکمل برای مقوله چنبره آگاهی، می‌توان از چنبره اجتماعی شدن جنسی نیز صحبت کرد. بخش عمده ناآگاهی افراد از مسائل سلامت جنسی، ناشی از سکوت (مطلق) تمامی عوامل جامعه‌پذیری در زمینه سلامت جنسی است. خانواده و والدین، به‌عنوان مهم‌ترین عامل جامعه‌پذیری، خود به دلیل کم‌سوادی جنسی، امکان ارائه چنین اطلاعاتی را به افراد ندارد. برچسب‌های متعددی که در بدترین شرایط تحت عنوان گناه، و در بهترین شرایط تحت عنوان زشت! در مورد مسائل جنسی استفاده می‌شوند، امکان پرداختن والدین به مسائل سلامت جنسی کودکان را از آن‌ها می‌گیرد. در کنار سواد جنسی پایین، حتی خودداری از گفتن دانسته‌ها توسط والدین به دلایل واهی هم نکته قابل تاملی در این زمینه است.

نقش نامناسب اجتماعی کردن جنسی کودکان توسط خانواده، با سانسور تمام و کمال و یا حذف مطلق مسائل جنسی از محتواهای آموزشی توسط نظام آموزش رسمی، تکمیل می‌شود و این در حالی است که با وجود کم‌کاری والدین، رسالت آموزش رسمی در این زمینه بسیار سنگین‌تر نیز می‌شود. این چنبره وقتی چندلایه‌تر می‌شود که غیرعلمی بودن اطلاعات مربوطه در متن شبکه‌های اجتماعی نیز مورد توجه قرار گیرد. بنابر اظهار نظر

بسیاری، نهادهای دیگر جامعه‌پذیری مانند دین (و واعظان دینی) هم که می‌توانستند در آگاهی‌بخشی در زمینه سلامت جنسی موثر باشند، نقش فعالی در این زمینه ایفا نمی‌کنند. چنین شرایطی را تحت عنوان "محدودیت جنسی" می‌توان تعریف کرد، اینکه، افراد جامعه در شرایط بسیار محدودشده از نظر طرح و بحث مسائل جنسی، متولدشده و بزرگ می‌شوند. این متن عملاً چیزی برای گفتن در مورد مسائل جنسی و نحوه مدیریت آنها ندارد. اظهارنظر یکی از زنان مورد مطالعه، ۲۴ ساله، لیسانس و کارشناس آزمایشگاه در این زمینه کاملاً گویا است:

«در کشور ما در زمینه مسائل جنسی خفقتانه، اینا رو نگین که زشته و سنش کمه و غیره! من به دوران بلوغ رسیده بوده‌ام و کسی نمی‌دونسته چی بهم بگه! آخر سر، خواهرم گفته که بهش بگیم، بچه ترسیده! بعدا با همکلاسی‌هام که حرف زدیم در مورد بلوغ و عادت ماهیانه و این‌ها اطلاعات گرفتیم. کاش تو مدرسه بیشتر بهمون می‌گفتن، قبلاً تو مدارس نمی‌گفتن، به قرص آهن می‌انداختن جلو، ولی توضیحی نمی‌دادند. رسانه‌ها که کلا سانسور می‌کنن و هیچی نمی‌گن در این مورد، حتی ما کلمه "عذر شرعی" رو معنی‌ش رو نمی‌دونستیم، کلمه پرپود رو از معلم پرسیدم، گفت: این کلمه فارسیه و منظور ۷ روزه که مریض می‌شیم! روزنامه‌ها که هیچی! و وزارت بهداشت که فکر کنم در دانشگاه فقط به کتاب به واحدی تنظیم خانواده دادند و وقت ازدواج رفتیم آزمایشگاه به کتاب به ما دادن به نام آشنایی با مبانی ازدواج و تو کلاس هم در حد دو سه کلمه بیشتر توضیح ندادند و بعدش هم که عملاً اطلاعاتی به آدم‌ها داده نمیشه. در کشور ما برای دانستن باید بری هزینه کنی و بری پیش دکتر و تازه اونم به اطلاعات محدودی بهت می‌ده و اونایی که نمی‌تونن هزینه کنن، براشون سخته. مساجد هم از نظر مسائل جنسی به جای خشتی است، اطلاعاتی رد و بدل نمی‌شه، در این موارد، بیشتر اطلاعاتشون در مورد نحوه غسل، وضو، نماز و این‌هاست.»

۳) چنبره کژکارکردی نهادی

از دیگر مقولات مستخرج از متن مصاحبه‌ها، کژکارکردی نهادی سلامت است که از چند وجه قابل توجه است. نظام سلامت آن‌چنان که شایسته است در رابطه با مباحث سلامت جنسی فعال نیست و در کل، به تعبیر برخی از افراد مورد مصاحبه، "کم‌کاری" زیادی در این زمینه وجود دارد. کم‌کاری مراکز مشاوره ازدواج و خانواده و نظایر آن‌ها را هم باید به

این مشکل اضافه کرد. در مواردی، خود متولیان امر سلامت جنسی در مراکز بهداشت نیز اطلاعات و سواد لازم برای ارائه به مراجعین در ارتباط با مسائل جنسی را ندارند. به عنوان نمونه، از زنان مورد مصاحبه، ۲۹ ساله و خانه‌دار می‌گوید: «خانه بهداشت اطلاعاتشون کافی نبود فقط بلدن کاندوم و قرص جلوگیری از بارداری بدن». به نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان، ۴۰ ساله و کارشناس مامایی:

«وزارت بهداشت باید فعالیت داشته باشه، ما تو طرحمون هفته‌ای یکی دو بار می‌رفتیم مدارس، ولی فقط در مورد ناخن و مو می‌گفتیم! ما در مورد سلامت جنسی و بیماری‌های جنسی هم می‌تونستیم بگیریم اما تو برنامه نبود و ما هم نگفتیم. می‌تونن تو برنامه بذارن و بگن».

در پاره‌ای موارد، تخصص‌گرایی مفرط در زمینه سلامت جنسی، که ویژگی بارز نهاد سلامت در کشور بوده و همیشه جهت حفظ فاصله و جایگاه ناشناخته و دست‌بالای خود در قبال جامعه و ارباب رجوع به کار گرفته می‌شود، مسئله را بغرنج‌تر می‌کند. به نظر یکی از زنان مورد مصاحبه، ۳۴ ساله و با تحصیلات زیردپلم:

«نهادهای آموزشی هم آگه سعی کنند مطالب رو به زبان ساده بگن و خیلی تخصصی صحبت نکنن بیشتر باعث آگاهی می‌شن. خیلی وقتها متوجه نمی‌شیم حرفای پزشکان و اونایی رو که تو تلویزیون صحبت می‌کنند».

عدم نظارت لازم و کافی و عدم درخواست برای شمول محتوای مربوط به سلامت جنسی از طرف وزارت بهداشت در کتاب‌های آموزشی و یا عدم تولید محتوای مناسب در این زمینه و نیز عدم توجه به یک سری از مسائلی که غیرمستقیم می‌توانند سلامت جنسی را تحت تاثیر خود داشته باشند (مانند عدم نظارت کافی بر رعایت بهداشت عمومی در سطح جامعه)، از جمله مواردی بوده که مورد توجه برخی از افراد مورد مصاحبه قرار داشته است. بیشتر مشارکت‌کنندگان این کار را جزو وظایف وزارت بهداشت دانسته‌اند، وظیفه‌ای که چندان توسط این نهاد مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

۴) چنبره جنسیتی جنسی

چنبره جنسیتی جنسی، اشاره به عواملی دارد که به شکل مستقیم یا غیرمستقیم مربوط به ساختارهای اجتماعی جنسیتی شده در متن مورد مطالعه است. خودمحوری، سلطه و

خودخواهی مردانه از جمله تعبیری بوده که توسط زنان مورد مصاحبه در زمینه نگاه جنسیتی نسبت به سلامت جنسی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. ظاهراً در ساختارهای جنسیتی موجود، به‌طور کلی نیازهای سلامت جنسی زنان مجال برای طرح پیدا نمی‌کند. سخن از مسائل مرتبط با سلامت جنسی توسط زنان، نشانه‌های بی‌شرمی، دریدگی اخلاقی و نظایر آن‌ها قلمداد شده و در عمل حرف‌های مرتبط با مسائل جنسی توسط زنان "خورده می‌شود".

در چنین ساختارهای مردانه‌ای، عملاً نیازها و خواسته‌های زنان نه تنها توسط مردان که بعضاً توسط خود زنان نیز مورد سرکوب قرار گرفته، و خواسته یا ناخواسته، تبدیل به نوعی قاعده می‌شود که خود زنان نیز اغلب بدون پرسش، از این دست کدهای نگرشی یا رفتاری جنسیتی تبعیت می‌کنند که خود می‌تواند یکی از عوامل غفلت گسترده از سلامت جنسی زنان به حساب آید. نگاه جنسیتی به مسائل جنسی تا آنجا پیش می‌رود که به تعبیر برخی از افراد مورد مطالعه، تجربه‌ای که می‌توان آن را مردخواهی یا مردمداری جنسی نامید بروز پیدا می‌کند، به نحوی که بر تمامی تجارب جنسی و نیازهای سلامت جنسی زنان و دختران جامعه سایه می‌افکند. یکی از زنان مورد مصاحبه، ۳۲ ساله، خانه‌دار و دارای تحصیلات دیپلم می‌گوید: «شوهرم در امور جنسی کارهایی که رضایت‌بخش خودش است انجام می‌دهد و رضایت منو در نظر نمی‌گیرد، درست عین برده جنسی!». نظر یکی از افراد مورد مطالعه، ۴۷ ساله و کارشناس مامایی، در این زمینه شنیدنی است:

«گاهی آقایون فقط به لذت خودشون فکر می‌کنن، آقا کاندوم استفاده نمی‌کنن خانم مجبور میشه قرص بخوره و عوارضش رو تحمل کنه، اکثراً نازایی از طرف آقایونه اما قبول نمی‌کنن که، برمی‌گرده به فرهنگ جامعه که به آقایون توجه و بهای بیشتری می‌ده».

۵) جنبه قشری‌گرایی سلامت

بر اساس یکی دیگر از مقولات استخراجی، قشری‌گرایی سلامتی، زنان به جای پرداختن به محتوای سلامت، بیشتر دچار ظاهرگرایی در این زمینه هستند. مهم‌تر شدن ظواهر به جای محتوای سلامت، زنان را بر آن داشته تا بیش از امور مهمی مانند سلامت جنسی، به امور ظاهری سلامتی اهمیت بیشتری دهند که جراحی‌های زیبایی، تناسب اندام مبتنی بر

روش‌های غیرعلمی و مسائلی از آن دست از جمله آنهایند. یکی از زنان مورد مطالعه معتقد است:

«بعضیا فقط به ظاهرشون اهمیت میدن مثل عمل دماغ اما به باطن بدنشون و مسائل مهم دیگه اهمیت نمیدن».

براساس نظر افراد مورد مصاحبه، بخش عمده این تب قشری‌گرایی سلامتی، پیوسته توسط رسانه‌های جمعی رسمی و غیررسمی ساخته و برساخته می‌شود و تمامی کدهای مبتنی بر سلامت ظاهرگرایانه همان‌هایی هستند که به طور غیرمستقیم در رسانه‌های داخلی و به شکل آشکارتر از طریق شبکه‌های ماهواره‌ای، شبکه‌های اجتماعی و یا اینترنت اشاعه می‌یابند. یکی از زنان مورد مطالعه، ۳۳ ساله و مدرس دانشگاه معتقد است:

«رفتار مردم جامعه بیشتر از ناآگاهی صورت می‌گیرد و در مرحله بعد از حرکت کلی جامعه به سمت انواع جراحی‌ها که توسط تبلیغات رسانه‌هایی چون؛ تلویزیون، و شبکه‌های اجتماعی به حد اشباع رسیده است».

۶) جنبه فرهنگ سکوت

از مقوله‌های فرهنگی مهم شکل‌دهنده به سلامت جنسی، مقوله فرهنگ سکوت است. بر این اساس، مباحث جنسی و متعاقب آن مسائل سلامت جنسی در فرهنگ عمومی به‌عنوان تابو تلقی شده و پرداختن به آن‌ها به معنی عبور از خطوط قرمز اجتماعی و فرهنگی است. از یک طرف، افراد برای صحبت از امورات و مسائل جنسی دچار شرم و حیا بوده و خواسته یا ناخواسته در این زمینه دست به خودسانسوری می‌زنند. از طرف دیگر، براساس کدهای اجتماعی و فرهنگی عمدتاً نادرست، بسیاری از این مباحث حتی تا سطح گناه (در معنای دینی آن) تغییر موقعیت می‌دهند! هر دوی این‌ها، مسائل جنسی (به ویژه زنان) را به حوزه غیررسمی، و یا چیزی که تحت عنوان لایه‌های زیرین/اجتماع شناخته می‌شود، رانده و اولین نتیجه آن پاک‌شدن صورت مسائل است. جامعه‌ای که با تجارب جنسی افرادش به صورت سلبی و یا حذفی مواجه شود، مواجهه سلبی شدیدتر و سرکوب‌گرانه‌تری با تجارب جنسی زنانه خواهد داشت! چنین مواجهه‌ای با مسائل مرتبط با سلامت جنسی می‌تواند زمینه نامیدشدن و در ادامه وانهادن یا گذاشتن از حقوق مرتبط با سلامت جنسی در میان زنان جامعه باشد. حتی اگر این برخوردهای سلبی با مسائل جنسی شکل رسمی و

قانونی هم نداشته باشند، سختگیری‌های اجتماعی-فرهنگی در این زمینه، نتیجه‌ای جز به حاشیه راندن یا حذف چنین موضوعات و مسائلی نخواهد داشت. براساس نظر یکی از زنانی که در مطالعه شرکت کرده:

«مردم درباره سلامت جنسی راحت صحبت نمی‌کنند چون جامعه در حالت کلی‌تر و همسرشون در حالت جزئی‌تر شاید پذیرش نداشته باشند و اون حرف‌ها و نیازها در وجودشون سرکوب می‌شه. خود من در زمینه روابط زناشویی با همسرم راحتم. صحبت می‌کنم اونم قبول می‌کنه ولی بعد مدتی بازم روش خودشو انجام می‌ده! (با افسوس سرش رو تکون می‌ده)».

به نظر یکی از زنان واردشده در مطالعه، ۳۰ ساله و پزشک زنان و زایمان:

«... اما کم‌سوذا و بی‌سوادا از ترس این‌که انگ بخورن پنهان‌کاری می‌کنن و چیزی نمی‌گن، صبر می‌کنن وقتی به درجه حاد رسید و بدن مقاوم شد مراجعه می‌کنند. مردم در صحبت کردن در مورد مسائل سلامت جنسی اصلا راحت نیستند، چون از اول گفتن عیب و زشته، از بس این‌طوری گفتن مردم فکر می‌کنن اونجا یه محدوده قرمز که نباید وارد بشن».

فرهنگ سکوت، زمینه ساز نوعی بی‌تفاوتی ناخواسته در ارتباط با سلامت جنسی نیز می‌شود که نتیجه آن، نوعی بی‌توجهی به سلامت جنسی در جامعه مورد مطالعه است. انکار عمومی، تحت تاثیر شرایط ساختاری اجتماعی و فرهنگی و سهل‌انگاری شدید در ارتباط با سلامت جنسی از نمودهای بارز این فرهنگ محسوب می‌شوند. در این زمینه از زنان مورد مصاحبه، ۲۲ ساله و با تحصیلات دیپلم، اظهار می‌کند: «برخی از آدم‌ها در مورد سلامت جنسی خودشون بی‌خیال‌اند و دنبال درمان نمی‌رند، ولی برخی دیگه این مسائل براشون مهمه و زود پیگیر می‌شنند». در حالت‌های بینابینی از انکار تا بی‌تفاوتی در دو سر طیف، تجاربی مانند تنبلی و یا جدی نگرفتن سلامت جنسی قرار دارد که می‌تواند زمینه نامساعدی برای طرح، پیگیری و اقدام در زمینه سلامت جنسی باشد.

بر اساس تجارب زنان، ترس از انگ‌خوردن از دیگر نمودهای بارز فرهنگ سکوت در زمینه سلامت جنسی است. از آنجایی که جامعه مسائل جنسی را تحت عناوینی مانند هرزگی! تعریف می‌کند، افراد، پیوسته این ترس را دارند که در صورت صحبت (زیاد) از مسائل مرتبط با سلامت جنسی، از آنها با همان صفات نامناسب یادشده و این انگ‌های

نامناسب اجتماعی برای نامیدن آنها نیز به کار افتند! یکی از زنان مورد مطالعه اظهار می‌دارد:

«خانمی با عشق ازدواج می‌کند بعد به مدت رشد می‌کند ترقی می‌کند، بینشش عوض می‌شود، نگرشش عوض می‌شود، شاید دیگر اون زندگی برایش قابل تحمل نباشد، اما نمی‌تونه بگه، نمی‌تونه اعتراف کنه چون فوراً انگ اجتماعی بهش زده می‌شه».

۷) چنبره سنت/تقدیر

چنبره سنت-تقدیر از دیگر مقولاتی است که سلامت جنسی زنان مورد مطالعه را در سیطره خود دارد. ذیل این مقوله، تمامی حواله‌کردهای شرایط سلامتی به تقدیر و مجموعه عادت‌واره‌های مربوط به سلامت جنسی قرار می‌گیرد که به‌عنوان تجارب چه سلامت-محور و یا غیر از آن، در میان زنان مورد مطالعه در حال تجربه‌شدن است. بنابر تجارب برخی زنان، پاره‌ای تجارب جنسی به ویژه در زمینه فرزندآوری و سلامت جنسی، اموری تقدیری محسوب می‌شوند. یکی از زنان مورد مصاحبه، ۳۴ ساله، آرایشگر و با سطح تحصیلات زیردیپلم، می‌گوید: «... خیلی‌ها اهمیت نمی‌دن و دنبال درمانش هم نمی‌رن و میگن این تقدیر و سرنوشت ما بوده».

از سوی دیگر بخشی از عادت‌واره یا طرح‌واره‌های ذهنی سنتی، شناخت ذهنی پاسخ‌گویان نسبت به پدیده‌های اجتماعی پیرامونی آنها را در برمی‌گیرد که از راه پذیرش عقاید قالبی تأمین می‌شود و چنین عقایدی گرچه پایه و اساس علمی ندارند، ولی ریشه در باورهای رایج مردم زمانه یک جامعه دارند و می‌توانند تجارب زندگی افراد را تحت‌الشعاع خود قرار دهند. چنین عقایدی حتی به شکل بین‌نسلی هم توانایی انتقال دارند. برای شناخت و درک رفتار، کردار و عقاید افراد در ارتباط با مسائل جنسی به چنین عادت‌واره‌های سنتی نیز باید توجه کرد. از زنان مورد مطالعه، ۴۵ ساله و دارای تحصیلات کارشناسی ارشد اظهار می‌دارد:

«سنت‌های قدیمی دست و پاگیر بودند، باعث شدن اینی بشیم که الان هستیم. مثلاً بعضی خانواده‌ها معتقد بودند آدم در زمان عادت ماهیانه نباید خودشو بشوره و یا حمام بره که این طرز تفکر و عدم راهنمایی درست باعث مریضی فرد و خانوادش می‌شد. حتی الان ما هم اطلاعات غلط به همدیگه می‌دیم، اطلاعات بچه‌های ما درست نیست،

چون خوب بهشون یاد نمی‌دیم، سنت‌ها چیز درستی به ما یاد ندادند. در گذشته سنت‌ها اجازه نمی‌دادند فرزندان با والدین خود راحت باشند مخصوصاً در زمینه مسائل جنسی که هیچ فرزندی حق صحبت یا سوال در این موارد را نداشت».

۸) چنبره عدم حمایت اجتماعی

مقوله عدم حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف آن، از دیگر زمینه‌های شکل‌دهنده به تجارب زنان در زمینه سلامت جنسی است. یکی از اصلی‌ترین این پشتیبان‌های اجتماعی که خلا آن کاملاً در زندگی زنان محسوس است، عدم مشارکت و حمایت مردان در این زمینه است. براساس کدهای جنسیتی شده جنسی که در مقولات قبلی بحث آن گذشت، عموماً زنان در زمینه مسائل سلامت جنسی از حمایت‌های شوهران یا مردان در دسترس خود برخوردار نیستند. خلاء حمایت مردانه (که عمدتاً منابع مادی/غیرمادی خانوار را هم در اختیار دارند) عملاً توجه به سلامت جنسی برای خود زنان را هم تا حدود زیادی غیرممکن می‌کند. از زنان مورد مصاحبه، ۴۸ ساله و دانشجوی مقطع لیسانس می‌گوید:

«به شوهرم گفتم واکتوزمی کن. گفت من هیچ وقت این کار و نمی‌کنم. همین شد که من خودم رفتم و لوله‌هام رو بستم. من در مورد مسائل جنسی با همسر حرف نمی‌زنم، تا حالا هم مریض نشدم فقط در مورد بچه‌ها صحبت می‌کنم، مریض هم باشم خودم می‌رم دکتر. مرد و زن باید هر دو به مسائل جنسی اهمیت بدن. مردا هم باید اهمیت بدن. مردا فکر می‌کنن زنا هیچی نیستن».

از نظر یکی دیگر از زنان شرکت‌کننده در مطالعه نیز: «تو جامعه ما یه جورى جا افتاده که انگار فقط زن هست که باید مسئول باردارشدن خودش باشه، مسئولیت پیشگیری از بارداری همش به عهده زنان هست». بدون تردید، این عدم همکاری مردان در بحث تنظیم خانواده را می‌توان به سایر تجارب مربوط به سلامت جنسی نیز تعمیم داد. زنان مورد مطالعه حرف‌های گفتنی زیادی در مورد عدم همراهی و حمایت مردان خود در زمینه سلامت جنسی دارند. از زنان حاضر در مطالعه، ۴۴ ساله، و دارای شغل مدرسی، می‌گوید:

«تو فرهنگ ما این جورى جا افتاده که مردا در زندگی زناشویی هیچ تقصیری ندارند، زن دچار بیماری یا مشکل جنسی می‌شود چون بدنش ظریف‌تر و حساس‌تر است. به جای این که مرد کمک و همیارش باشد و حداقل از نظر مالی و اخلاقی همراهیش کند، این کار را نمی‌کند که هیچ، تشر هم می‌زند که از اول عیب و ایراد داشتی!».

چنین وانهادگی مسائل سلامت جنسی زنان را در سطح کلان نیز می‌توان در نظر گرفت. مباحث سلامت جنسی، عملاً از ناحیه هیچ‌کدام از نهادهای اجتماعی مانند؛ خانواده، دین، رسانه رسمی و به ویژه نهاد آموزش و نهاد سلامت جامعه و حتی نهادهای غیردولتی مورد توجه جدی قرار نمی‌گیرد، به گونه‌ای که در شرح وظایف و عملکرد هیچ‌کدام از این نهادها، حمایت‌ها و پشتیبانی‌های لازم برای طرح دعوی و به عرصه عمومی آوردن مسائل مرتبط با سلامت جنسی (با استثنای در ارتباط با ناباروری) وجود ندارد، و اگر هم توجهاتی می‌شود، توجهاتی کاملاً موقتی، کم‌دامنه، موقعیتی و عموماً رفع تکلیفی بیشتر نیستند. به جرات می‌توان سلامت جنسی را در تمامی نهادها و سازمان‌های اجتماعی، به‌عنوان بخش فراموش شده تجارب انسانی قلمداد کرد.

۹) جنبه اقتصادی

ملموس‌ترین عوامل زمینه‌ساز سلامت جنسی در بین زنان مورد مصاحبه، مسائل اقتصادی است. بسیاری از زنان مورد مطالعه معتقدند که مشکلاتی مانند؛ تورم بالا، هزینه‌های بالای زندگی، سختی گذران معیشت و مشکلات اقتصادی زندگی زمینه‌ساز سلامت جنسی پایین برای آنان شده است. هزینه‌های بالای زندگی موجب شده تا زنان نیازهای سلامت جنسی را در رتبه‌های پایین اولویت قرار داده و آن را مسئله‌ای کمتر مهم، اگر نه بی‌اهمیت، طبقه‌بندی کنند. به نظر می‌رسد سلامت جنسی تحت‌الشعاع ضرورت‌های به تعبیر مصاحبه‌شوندگان، "ضروری‌تر" زندگی، مجالی برای طرح پیدا نمی‌کنند. باید اذعان داشت که حتی در صورت تمکن مالی خانواده نیز، در موارد زیادی زنان، امکانات مالی و دسترسی‌های مالی و توانایی تصمیم‌گیری و عمل در مورد سلامت جنسی خود به شکل مستقل را ندارند. از زنان مشارکت‌کننده در مطالعه می‌گوید: «زن استقلال مالی داشته باشد بیشتر به فکر خودش تا وقتی دستش پیش شوهرش دراز باشد. چون آقایان به آرایشگاه و اندام و ظاهر پول میدن، اما برای پزشک نه!». یکی دیگر از زنان مورد مصاحبه و کارشناس سلامت روانی نیز معتقد است:

«استقلال مالی طبیعتاً می‌تونه موثر باشه، من احساس می‌کنم بیمار هستم ولی آگاهی مرد در مورد مسائل زنان پایینه می‌گه اینا مهم نیست و دکتر نمی‌خواد. ولی آگه زن پول

داشته باشه راحت‌تر می‌تونه بره دکتر و به سلامتی خودش برسه و مشکلی که با به مراجعه به پزشک حل می‌شه اون و در همون مرحله درمان می‌کنه و از مشکلات بعدی جلوگیری می‌کنه».

وضعیت اقتصادی به شکل غیرمستقیمی نیز موجب سلامت جنسی پایین در میان زنان می‌شود. برخی از زنان بر این باورند که وضعیت مالی نامناسب، مردها را که به‌عنوان عوامل اصلی تامین معیشت خانوار، به افرادی کج‌خلق تبدیل می‌کند و در چنین شرایطی امکان پرداختن به اموری که در تعابیر مردانه بعضاً اموری فانتزی (بخوانید سلامت جنسی!) قلمداد می‌شوند، امکان طرح ندارد. از نظر برخی زنان، ویژگی‌های مرتبط با پایگاه اقتصادی و اجتماعی از جمله مهم‌ترین آن‌ها که سطح تحصیلات باشد، نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در نگاه افراد به مسائل جنسی و نحوه مواجهه آن‌ها با چنین مسائلی دارد. ناگفته پیداست که تحصیلات به‌عنوان عامل بسیار تاثیرگذار در تمامی زمینه‌ها، سلامت جنسی و نحوه مواجهه زنان با آن‌ها را نیز تحت تاثیر دارد.

۱۰) چنبره زیستی/روانشناختی

براساس یافته‌ها، برخی عوامل ژنتیک، تغذیه‌ای و بعضاً روانشناختی نیز می‌توانند به‌عنوان مقولات شکل‌دهنده به تجارب مرتبط با سلامت جنسی زنان مطرح شوند. مجموعه‌ای که توسط برخی از زنان مورد مصاحبه تحت عنوان خلق و خو، نگرش، روحیه و نظایر آن‌ها برشمرده شده، می‌توانند در شکل‌دادن به سلامت جنسی نقش مهمی بازی کنند. با این حال، این نکته بسیار مهم را هم باید در نظر داشت که فهم چنین زمینه‌های شخصیتی موثر بر سلامت جنسی، بدون ارجاع به همان ساختارهای اجتماعی و فرهنگی امکان‌پذیر نیست. به هر حال، در کنار مقولات اجتماعی و فرهنگی که نقش شگرفی در شکل‌دادن به سلامت جنسی زنان دارند، چنین عوامل زیستی و روانشناختی بی‌شک می‌توانند به‌عنوان عوامل زمینه‌ای موثر بر تجارب سلامت جنسی در نظر گرفته شوند.



شکل ۱- مدل پارادایمی و تحلیلی منتج از یافته‌های تحقیق

بر اساس آنچه که در ارتباط با عوامل تسهیل‌گر و زمینه‌ای موثر بر تجارب زنان در زمینه سلامت جنسی گفته شد، عموم آنها مربوط به قیدوبندها و محدودیت‌های عدیده‌ای می‌شوند که در زمینه سلامت جنسی زنان وجود دارد. در همین راستا با توجه به اشتراکات عمومی مقولات محوری استخراجی از متن مصاحبه‌ها، می‌توان عوامل زمینه‌ساز سلامت جنسی را ذیل مقوله هسته‌ای چنبیره^۱، به معنای محدودیت، فهمید.

چنبیره در برداشتی عمومی دلالت بر چهارچوبی (فضایی) دارد که ضمن این‌که امکانی برای حرکت در درون خودش فراهم می‌کند، در عین حال، به‌عنوان فضایی کاملاً بسته قابل در نظر گرفته شده است. مقوله چنبیره از این نظر می‌تواند برای صحبت از تمامی محدودیت‌های برساخته‌شده توسط عوامل مختلف، در ارتباط با سلامت جنسی، از مرحله آگاهی، نگرش، بروز و ظهور تا مواجهه افراد با آن‌ها، تعریف شود.

۱۱) پیامدهای (عدم) سلامت جنسی

سلامت جنسی به شکل تنگاتنگی با ابعاد دیگر سلامت عمومی (جسمانی، روانی و اجتماعی) در ارتباط است. تبعات بی‌توجهی به سلامت جنسی، علاوه بر تاثیرگذاری بر سایر جنبه‌های سلامت عمومی، می‌تواند سلامت فردی، خانوادگی و جامعه‌ای شده و

تحلیل هزینه‌های زیستی، روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی سنگینی را در پی داشته باشد. به نظر یکی از زنان واردشده در مطالعه با ۴۲ سال سن:

«عدم رعایت مسائل سلامت جنسی باعث می‌شه نارضایتی فردی و مشکلات بیشتر بشه. اگه آدم اون‌ها رو نشناسه، آگاهی نداشته باشه، مثلاً عفونت که باعث نازایی بشه، هرچند یه مسئله فردیه، اما از اون طرف، خانواده دچار مشکل می‌شه، عصبانیت و پرخاشگری زیاد می‌شه، طلاق زیاد می‌شه و روی ناهنجاری خانواده تاثیر می‌ذاره.»

عدم رضایت جنسی در روابط زناشویی، انتقال بیماری زوجین به یکدیگر و بروز و شیوع روابط خارج از دایره ازدواج به‌عنوان تبعات نبود سلامت جنسی در سطح فردی و خانواده قابل اشاره است. شیوع بیماری‌های مقاربتی با دامن‌زدن به مشکلاتی مانند نازایی، تبعات خانوادگی و اجتماعی هم در پی دارد. به نظر یکی از زنان مورد مطالعه، ۳۴ ساله: «این مسئله، باعث ایجاد اختلاف می‌شه. مثلاً در روابط زناشویی، اگه رضایت نباشه اختلاف پیش میاد. خرج رو دست خانواده می‌ذاره. رعایت بهداشت و پیش‌گیری ارزون‌تره تا رفتن به پزشک متخصص و خرج دارو و درمانش.» نکات مشابهی دغدغه یکی دیگر از زنان مورد مصاحبه بوده است: «تحت تاثیر نبود سلامت جنسی، خیانت‌های زناشویی و روابط خارج از زناشویی خیلی زیاد شده و وقتی وضعیت اقتصادی هم پایین باشه، میزان آسیب می‌ره بالا، می‌بینی نون نداره بخوره، ولی رفته رابطه دیگری برقرار کرده.»

به دلیل جدا نبودن فرد و خانواده از جامعه و رابطه پیچیده این سه سطح با یکدیگر، مشکلات حوزه فردی و خانوادگی در نهایت منجر به مشکلاتی در سطح جامعه نیز می‌شود که همین تاثیر مجدداً می‌تواند به خود فرد و خانواده بازگردد. تحمیل هزینه‌های درمان به جامعه، شیوع تجاوز به عنف، افزایش بی‌بند و باری و رواج روابط نامشروع، شیوع طلاق، رواج بیماری‌های مقاربتی و در نهایت نرسیدن جامعه به خودشکوفایی به علت برطرف نشدن نیازهای اولیه، از جمله مسائل سطح کلان مرتبط با عدم توجه به سلامت جنسی هستند. از نظر یکی از زنان شرکت‌کننده در مطالعه، ۳۲ ساله:

«بی‌توجهی به سلامت جنسی می‌تواند باعث بی‌بند و باری در جامعه و افزایش روابط نامشروع بشه، چون در خانه راحت نیستند، خانواده از هم می‌پاشه. چون در خانواده رضایت جنسی وجود نداره، باعث رواج روسپی‌گری در جامعه می‌شه و اون پولی که در خانه باید خرج خانواده بشه در راه روابط نامشروع خرج می‌شه! گاهی افراد حاضرین

از پول نون خانواده خودشون بزنند و برای مسایل جنسی با فرد دیگه‌ای هزینه کنند تا اون کارهایی که زنشون نمی‌تونه براشون انجام بده، زن دیگه‌ای براشون انجام بده».

براساس نظر عموم زنان شرکت‌کننده در مطالعه، تبعات ناشی از عدم توجه به مسائل مرتبط با سلامت جنسی را می‌توان در ابعاد مختلف زیستی/سلامتی، روانی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، و همچنین در سطوح مختلف از فرد تا خانواده و جامعه در نظر گرفت. به نظر می‌رسد نظیر زمینه‌های شکل‌دهنده به سلامت جنسی، تبعات آن نیز می‌توانند تبعاتی چندبعدی و چندسطحی در نظر گرفته شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

مقاله حاضر ضمن اشاراتی به معنای ذهنی سلامت جنسی به‌عنوان مسئله‌ای اجتماعی، ضمن شناسایی عوامل زمینه‌ساز سلامت جنسی، برای توسعه مدل تحلیلی با هدف فهم و تبیین سلامت جنسی در میان زنان متأهل شهر تبریز تلاش کرده است. براساس یافته‌ها، سلامت جنسی زنان مورد مطالعه در چنبره‌های متنوعی شامل چنبره‌های؛ آگاهی/اجتماعی‌شدن جنسی، کژکارکردی نهادی، چنبره جنسیتی جنسی، قشری‌گرایی سلامت، فرهنگ سکوت، سنت/تقدیر، عدم حمایت اجتماعی، اقتصادی و نهایتاً زیستی/روانشناختی محدود شده است. براساس نتایج، نقش چنبره‌های اجتماعی و فرهنگی در شکل‌دادن به تجارب زیسته زنان در زمینه سلامت جنسی عمده است. آگاهی پایین افراد مورد بررسی در زمینه مسائل و سلامت جنسی، کم‌کاری یا کژکارکردی نهاد سلامت، فرهنگ سکوت که تعریف تابوگونه و خط-قرمزی از تمامی مسائل سلامت جنسی به دست می‌دهد، نگرش‌های جنسیتی شده نسبت به مسائل جنسی و جایگاه زنان، در کنار پاره‌ای عوامل زمینه‌ساز دیگر، موجب‌شده تا سلامت جنسی در تنگناهای اجتماعی و فرهنگی بسیار شدیدی قرار گیرد.

یافته‌های تحقیق بر مبنای شناسایی عناصر متعدد زمینه‌ساز (عدم) سلامت جنسی که عوامل مختلفی از سطوح خرد تا کلان و در ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را شامل می‌شود، تا حدود زیادی با چارچوب نظری اصلی، راهنمای مطالعه که از آن تحت عنوان دست‌نوشته جنسی (Simon and Gagnon, 1984) بحث گردید، هم‌خوانی دارد.

مبتنی بر رویکرد نظری دست‌نوشته جنسی، تجارب جنسی در متن تعاملی از عوامل فردی و روانشناختی تا اجتماعی و فرهنگی ساخته و بر ساخته می‌شوند. بر این اساس رویکردهای عمومی سلامت شبیه رویکرد اکولوژی اجتماعی سلامت نیز می‌تواند با بازبینی حداقلی، امکان استفاده برای تبیین سلامت جنسی را پیدا کند. مبتنی بر این رویکردها عوامل فردی در تعامل چندلایه با عوامل ساختاری زمینه سلامت جنسی است.

نتایج تحقیق از آنجایی که نشان از تاثیرگذاری بسیاری از زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی بر سلامت جنسی دارد با یافته‌های تحقیقات قبلی قرابت‌های زیادی دارد. بر این اساس، نتایج تحقیق با یافته‌های زارعی و دیگران (۱۳۹۵) مبنی بر تاثیرگذاری عوامل روانشناختی و فرهنگی بر سلامت جنسی، حسین رشیدی و دیگران (۱۳۹۴) مبنی بر تاثیرگذاری زمینه اقتصادی زندگی بر سلامت جنسی، شریعتی و دیگران (۲۰۱۴) مبنی بر تاثیر تابوانگاری مباحث جنسی، نقش ساختارهای نامناسب سلامت و عدم استفاده از پتانسیل‌های نهاد دین در زمینه سلامت جنسی، سنها و دیگران (Sneha et al, 2018) مبنی بر نقش آموزش و تعلیمات دینی به همراه نقش نهاد سلامت در ارتقاء سلامت جنسی، سانتوز و همکاران (Santos et al, 2017) مبنی بر پایین‌بودن سواد سلامت جنسی تحت تاثیر متن اجتماعی و فرهنگی، و نهایتاً داویلا (Davila, 2005) مبنی بر نقش سکوت جنسی به‌عنوان عامل مهم و تاثیرگذار در تجارب سلامت جنسی مطابقت دارد.

با توجه به ارتباط نزدیک زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی با سلامت جنسی، راهکارهای مداخلاتی در این زمینه نیز جنساً از نوع فرهنگی و اجتماعی هستند. اولین گام، اطلاع‌رسانی، آگاهی‌بخشی و ارائه آموزش‌های لازم در زمینه سلامت جنسی به زنان، و البته به مردان جامعه است. این مهم میسر نخواهد شد مگر این‌که عوامل جامعه‌پذیری شامل؛ خانواده، آموزش، نظام سلامت، دین و رسانه‌های جمعی رسمی، رسالت واقعی خود در این زمینه را انجام دهند. اولین اقدام عملی، ضمن آماده‌سازی متن اجتماعی و فرهنگی برای طرح مسائل مرتبط با سلامت جنسی، تولید و ارائه محتوای علمی و کارشناسانه در ارتباط با مسائل مبتلابه است. احتراز از زبان تخصصی مفرط و آموزش خود متولیان امر سلامت جنسی نیز در این زمینه، جزو رسالت‌های نظام سلامت است.

علاوه بر آن، محتواهای تولیدشده، بایستی هدف‌گذاری دومی را که توجه به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی مرتبط با سلامت جنسی است، شامل شوند. برطرف کردن چنبره جنسیتی جنسی، نه تنها نیاز به توجه به مباحث جنسیتی در سطح فردی و خانوادگی دارد، بلکه نیازمند توجه به جایگاه زنان در جامعه و ساختارهای اجتماعی و فرهنگی نیز هست. یکی از اقدامات جدی در این زمینه، آگاه‌سازی مردان نسبت به سلامت جنسی زنان است. علاوه بر آن، شاید مشکل‌ترین و زمان‌برترین اقدامات مداخله‌ای، مربوط به چنبره سکوت فرهنگی باشد. عادی‌سازی مباحث مرتبط با سلامت جنسی، خارج کردن آن‌ها از مجموعه مباحث تابوانگارانه و خط‌قرمزی می‌تواند زمینه پرداختن به اصل مسئله را فراهم نماید. تامین سلامت جنسی برای زنان جامعه خواهد توانست از بسیاری از تهدیدها و آسیب‌ها در سطوح مختلف جلوگیری کرده و از این مسیر از تحمیل هزینه‌های فردی و ساختاری در ابعاد مختلف زیستی و سلامتی، اقتصادی و اجتماعی بر جامعه و خود خانواده‌ها و افراد در سطوح پایین‌تر، جلوگیری نماید. تامین سلامت جنسی راهی برای تامین سلامت عمومی است که شاید مهم‌ترین هدفی است که تمامی تلاش‌های بشری بر آن معطوف بوده و هست.

منابع

- بشارت، محمدعلی و روحیه حسین‌زاده بازرگانی (۱۳۸۵). «مقایسه سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور»، *اندیشه و رفتار*، دوره ۱۲، شماره ۲: ۵۳-۱۴۶.
- پاتراس، گلستا، فاطمه سفدری، حانیه جعفری، سما رفیعی و آریتا فتح‌نژاد کاظمی (۱۳۹۹). «همبستگی سواد سلامت و رضایت جنسی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری بیمارستان الزهراء تبریز»، *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، دوره ۹، شماره ۴: ۶۷-۵۸.
- پورافکاری، نصرت‌الله (۱۳۹۱). *فرهنگ جامع روانشناسی روانپزشکی: انگلیسی-فارسی (دو جلدی)*، چاپ هشتم، تهران: فرهنگ معاصر.

براتی، مجید، علیرضا سلطانیان، شهره امدادی، بهاره ظهیری فرد و نفیسه برزگر (۱۳۹۳). «تحلیل باورهای مرتبط با سلامت جنسی در بین زوجین در آستانه ازدواج با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی»، *مجله آموزش و سلامت جامعه*، دوره ۱، شماره ۱: ۴۵-۳۶.

حسین‌رشیدی، بتول، کیان‌دوخت کیانی، فدیة حقالهی و شیرین شهبازی صیقلده (۱۳۹۴). «تعریف سلامت جنسی از دیدگاه متخصصین ایرانی و توصیف اجزای آن: یک مطالعه کیفی»، *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دوره ۷۳، شماره ۳: ۲۲۰-۲۱۰.

درونة، طیبه، زهره شیخان، ملیحه نصیری و گیتی ازگلی (۱۳۹۸). «ارتباط تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت با عملکرد جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۵»، *سلامت اجتماعی*، دوره ۶، شماره ۱: ۳۸-۱۳۰.

دهقانی، فاطمه، مجید ضرغام حاجبی، حمید دهقانیان، ذبیح‌الله قارلی‌پور و مژگان زینلی‌پور (۱۳۹۹). «رابطه بین سلامت اجتماعی و مشخصات جمعیت‌شناختی بر رضایت جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر قم»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره ۱۴، شماره ۶: ۶۷-۶۰.

رضائی، نسرین، مهوش صلصالی و مژگان جهان‌تیغ (۱۳۹۴). «شناسایی ابعاد سلامت زنان ایرانی: مرور مطالعات کیفی»، *پژوهش پرستاری*، دوره ۱۰، شماره ۳: ۱۱۸-۱۳۰.

زارعی، جملیه، رضا پورحسین، اعظم طرفداری، مجتبی حبیبی عسکرآباد و مریم باباخانی (۱۳۹۵). «طراحی و ارزیابی یک مدل زیستی-روانی برای سلامت جنسی زنان یائسه: نقش واسطه‌ای مولفه‌های فرهنگی»، *پژوهش در سلامت روانشناختی*، دوره ۱۰، شماره ۱: ۱۱-۱.

ستوده، سمیه، مینو متقی و مهسالسادات موسوی (۱۳۹۸). «بررسی میزان رضایت جنسی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت جامعه شهر مشهد در سال ۱۳۹۶»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، دوره ۲۶، شماره ۱: ۸۰-۷۳.

صمدی، فاطمه و مجتبی دلیر (۱۳۹۹). «نقش سلامت روانی و اجتماعی در سلامت جنسی زنان سالمند»، *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، دوره ۱۰، شماره ۴۰: ۴۲-۲۱.

فراستخواه، مقصود (۱۳۹۵). *روش تحقیق کیفی در علوم اجتماعی با تاکید بر نظریه برپایه گراندد تئوری (GTM)*، تهران: آگاه.

محمدپور، احمد (۱۳۸۹الف). *ضدروش، منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی، جلد اول*، تهران: جامعه‌شناسان.

محمدپور، احمد (۱۳۸۹ب). «ارزیابی کیفیت در تحقیق کیفی: اصول و راهبردهای اعتباریابی و تعمیم‌پذیری»، *فصلنامه علوم اجتماعی*، دوره ۱۷، شماره ۴۷: ۱۰۷-۷۳.

محمدپور، احمد (۱۳۹۰). *ضدروش، منطق و طرح در روش‌شناسی کیفی، جلد دوم*، تهران: جامعه‌شناسان.

محمدعلیزاده چرندابی، سکینه، مژگان میرغفوروند، محمد اصغری جعفرآبادی، نیکتا توانانژاد و مهسا کارخانه (۱۳۹۲)، «مدل‌سازی پیش‌گویی کننده‌های فردی-اجتماعی عملکرد جنسی در زنان سنین باروری»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۳، شماره ۱۱۰: ۲۴۲-۲۳۷.

نادری، فرح، علیرضا حیدری و زینب حسین‌زاده مالکی (۱۳۸۸). «رابطه بین دانش و نگرش جنسی، مؤلفه عشق و رضایت زناشویی با همسرآزاری در کارکنان متأهل ادارات دولتی شهر اهواز»، *زن و فرهنگ*، دوره ۱، شماره ۱: ۴۵-۲۸.

هومن، حیدرعلی (۱۳۸۵). راهنمای عملی پژوهش کیفی، تهران: سمت.

Ajzen, I. (1991). "The Theory of Planned Behavior", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2): 179-211.

Alomair, N., S. Alageel, N. Davies, and J. V. Bailey (2021). "Barriers to Sexual and Reproductive Wellbeing Among Saudi Women: A Qualitative Study," *Sexuality Research and Social Policy*, Online Publication, 16 July 2021, Pp. 1-10.

Bandura, A. (1998). "Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory", *Psychology and Health*, 13(4): 623-649.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, USA: Harvard University Press.

Caplan, P. (1987). *The Cultural Construction of Sexuality*, New York: Routledge.

Chalmers, H., P. Aggleton, R. Ingham, and N. Stone (2006). *Promoting Young People's Sexual and Reproductive Health: Dynamic Contextual Analysis*. Southampton: Centre for Sexual Health Research.

Cislaghi, B., and H. Shakya (2018). "Social Norms and Adolescents' Sexual Health: An Introduction for Practitioners Working in Low and Mid-income African Countries", *African Journal of Reproductive Health*, 22(1): 38-46.

Davila, Y. (2005). "The Social Construction and Conceptualization of Sexual Health among Mexican American Women", *Research and Theory for Nursing Practice*, 19(4): 357-368.

- Deborah L. T., M. I. Striipe, and T. Harmon (2003). "Gender Matters: Constructing a Model of Adolescent Sexual Health," *Journal of Sex Research*, 40(1): 4-12.
- Fishbein, M., and I. Ajzen (2010). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*, New York: Psychology Press.
- Flynn, K. E., L. Lin, D. W. Bruner, J. M. Cyranowski, E. A. Hahn, D. D. Jeffery, J. B. Reese, B. B. Reeve, R. A. Shelby, and K. P. Weinfurt (2016). "Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life throughout the Life Course of US Adults", *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11): 1642-1650.
- Gagnon, J. H., and W. Simon (2011). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Second Ed. (Third paperback printing). New Brunswick: Aldine Transaction.
- Gausman, J., and S. Malarcher (2011). "Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: A Global Overview," *The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 73: 4-8.
- Glazier, A. A., M. Gülmezoglu, G. P. Schmid, C. G. Moreno, and P. F. A. Van Look (2006). "Sexual and Reproductive Health: A Matter of Life and Death," *The Lancet*, 368(9547): 1595-1607.
- Gregory, R., M. J. M. Olson, M. M. Bernard, and M. A. Luke (2003). "Ideologies, Values, Attitudes, and Behavior," In *Handbook of Social Psychology*, John Delamater (Ed), Chapter 12, Pp. 283-308. New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Janz, N. K., and M. H. Becker (1984). "The Health Belief Model: A Decade Later", *Health Education Quarterly*, 11(1): 1-47.
- Mehroolhassani, M. H., A. A. Haghdoost, R. Dehnavieh, M. Esmaeili, and V. Yazdi-Feyzabadi (2020). "A Qualitative Exploration on Major Challenges of Reproductive Health in Adolescents and Youth in Iran," *Evidence Based Health Policy, Management & Economics*, 4(2): 112-26.
- Nassimi, M., H. Sabouri Khosroshahi, and N. Hashemzahi (2021). "The Determinants of Housewives' Sexual Health: A Qualitative Study," *Archives of Hygiene Sciences*, 10(3): 243-250.
- Rao, T. S. S., R. Gopalakrishnan, A. Kuruville, and K. S. Jacob (2012). "Social Determinants of Sexual Health," *Indian Journal of Psychiatry*, 54(2): 105-7.
- Santos, C. A., E. C. Williams, J. Rodriguez, and I. J. Ornelas (2017). "Sexual Health in a Social and Cultural Context: A Qualitative Study of Young Latina Lesbian, Bisexual, and Queer Women," *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 4(6): 1206-1213.
- Sebastian, K. (2019). "Distinguishing between the Strains Grounded Theory: Classical, Interpretive and Constructivist," *Journal for Social Thought*, 3(1): 1-9.
- Simon, W., and J. H. Gagnon (1984). "Sexual Scripts," *Society*, 22(1): 53-60.
- Sneha, C., A. Manu, E. Morhe, V. K. Dalton, D. Loll, J. Dozier, M. K. Zochowski, A. Boakye, R. Adanu, and K. S. Hall (2018). "Multiple Levels of Social Influence on Adolescent Sexual and Reproductive Health Decision-making and Behaviors in Ghana," *Women and Health*, 58(4): 434-450.

- Stephen, B., and P. Aggleton (2013). "Social Influences on Young People's Sexual Health in Uganda," *Health Education*, 113(2): 102-114.
- Stumbar, S. E., N. A. Garba, and C. Holder (2018). "Let's Talk about Sex: The Social Determinants of Sexual and Reproductive Health for Second-Year Medical Students," *MedEdPORTAL: The Journal of Teaching and Learning Resources*, 14: 10772.
- Taylor, E. (2016). *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: 2011 Report*, Melbourne: Women's Health West.
- United Nations Population Fund (2008). *Reproductive Health of H'mong People in Ha Giang Province: Medical Anthropology Perspective*, Hanoi: UNFPA.
- Villanueva, M. I. M. (1997). *The Social Construction of Sexuality: Personal Meanings, Perceptions of Sexual Experience, and Females' Sexuality in Puerto Rico*. PhD Dissertation, Blacksburg: Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Wiederman, M. W. (2015). "Sexual Script Theory: Past, Present, and Future", In *Handbook of the Sociology of Sexualities*, J. DeLamater and R. F. Plante (Eds.), Wisconsin: Springer. Chapter 2, Pp. 7-22.
- Wight, D., A. Charles, and S. Scott (1998). "Towards a Psycho-social Theoretical Framework for Sexual Health Promotion," *Health Education Research, Theory and Practice*, 13(3): 317-30.
- World Health Organization (2006). *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*. Geneva: Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
- World Health Organization (2010). *Developing Sexual Health Programmes: A Framework for Action*. No. WHO/RHR/HRP/10.22. World Health Organization.