

تبیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان

می‌نور لمیعیان* فاطمه زارعی** علی منتظری*** ابراهیم حاجی‌زاده**** راضیه معصومی*****

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: کیفیت زندگی جنسی زنان یکی از موضوعات کلیدی حوزه سلامت جنسی و باروری است. این مفهوم، ذهنی و بر درک فرد از جنبه جنسی زندگی خود استوار است. پژوهش حاضر با هدف تبیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان انجام یافته است.

روش بررسی: این پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام گرفته است. داده‌ها از طریق ۱۷ مصاحبه فردی بدون ساختار و ۱۴ روایت زندگی جنسی با نمونه‌گیری هدفمند از میان زنان متأهل و در سنین باروری مراجعه‌کننده به ۵ مرکز بهداشتی-درمانی و یک کانون سلامت در شهرهای تهران و شیراز جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها مستمر و به صورت مقایسه‌ای مداوم انجام یافت.

یافته‌ها: براساس تجارب مشارکت‌کنندگان، ۳ درونمایه آمادگی قبل از رابطه جنسی، رابطه جنسی مبتنی بر تعامل و هماهنگی، برون‌دادهای رابطه جنسی قبلی، به عنوان عوامل اصلی و ۲ درونمایه چارچوب زندگی مشترک و جامعه‌پذیری جنسی انفعالی به عنوان عوامل زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی تبیین گردید.

نتیجه‌گیری: در این پژوهش، عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان شناسایی شد. توجه به این عوامل در طراحی مداخلات مناسب از سوی سیستم ارایه خدمات سلامت کشور پیشنهاد می‌گردد.

نویسنده مسئول:

راضیه معصومی؛

دانشکده پرستاری و

مامایی دانشگاه علوم

پزشکی تهران

e-mail:

r_masoumi@sina.

tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی جنسی، زنان، تحلیل محتوای کیفی

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۵ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۵

مقدمه

کیفیت زندگی جنسی یکی از موضوعات کلیدی حوزه سلامت جنسی و باروری است (۱) و همانند کیفیت زندگی که به درک فرد از موقعیت خود از نظر فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های وی اطلاق می‌گردد (۲) کاملاً ذهنی و بر درک فرد از امور جنسی خویش استوار است (۳). امروزه این اجماع وجود دارد که کیفیت زندگی جنسی با میزان رضایتمندی و سطح کیفیت عمومی زندگی

ارتباط متقابل و در هم تنیده‌ای دارد، به گونه‌ای که پایین بودن کیفیت زندگی جنسی می‌تواند تابلویی از وضعیت سلامت و کیفیت عمومی زندگی افراد در جامعه باشد (۴). شاخص عمده‌ای که در اکثر مطالعات موجود جهت بررسی این مفهوم مورد استفاده قرار می‌گیرد، وقوع اختلال در عملکرد جنسی است. مطالعات موجود نشان‌دهنده شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در زنان نسبت به مردان است. نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام گرفته در زنان آمریکایی، شیوع این‌گونه اختلالات را ۳۰-۶۵٪ گزارش می‌کند، به گونه‌ای که این میزان با افزایش سن به ویژه پس از یائسگی، ابتلا به

* دانشجویار گروه آموزشی بهداشت باروری و مامایی دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
** استادیار گروه آموزشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
*** استاد، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
**** استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
***** عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، استادیار گروه آموزشی بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

زندگی زوجها یک فرضیه قابل بررسی در این راستا می‌باشد. با توجه به این که کیفیت زندگی جنسی مفهومی مبتنی بر زمینه در هر جامعه‌ای بوده و با توجه به نقش این متغیر در رضایتمندی عمومی، بهبود روابط بین فردی، ارتقای کیفیت عمومی زندگی به ویژه در زنان و سرانجام حفظ، تحکیم و ارتقای سلامت خانواده و جامعه، ضرورت تبیین عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه زنان احساس می‌شود. لذا این پژوهش با هدف تبیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان انجام یافته است.

روش بررسی

این پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام یافته است. در این روش تحقیق، تفسیر ذهنی از محتوای داده‌های متنی انجام گرفته، معانی به صورت عینی و نظام‌مند تفسیر شده و با استفاده از فرآیند طبقه‌بندی منظم، درونمایه یا الگوهای پنهان و آشکار در متن مورد شناسایی قرار می‌گیرد (۱۰). انواع تحلیل محتوا شامل: قراردادی، جهت‌دار و تجمعی است (۱۱) که در این پژوهش از تحلیل محتوای قراردادی استفاده شده است.

مشارکت‌کنندگان این پژوهش را ۳۱ زن ایرانی، با توانایی گفتگو به زبان فارسی، ساکن در شهرهای تهران و شیراز، با سابقه حداقل یک بار ازدواج، فاقد هرگونه بیماری مزمن ناتوان‌کننده، علاقه‌مند به شرکت در پژوهش با داشتن توانایی برقراری ارتباط و انتقال تجارب زندگی جنسی خود تشکیل می‌دادند. ۲ نفر از زنان، دارای اختلال عملکرد جنسی و ۲ نفر نیز دارای همسران مبتلا به اختلال عملکرد جنسی

بیماری‌های خاص و نیز مصرف گروه‌های خاصی از داروها افزایش می‌یابد (۵). از این رو آسیب‌پذیری بیشتر کیفیت زندگی جنسی زنان در مقایسه با مردان قابل انتظار می‌باشد. همچنین، عموماً اختلال در عملکرد جنسی تشخیص داده نشده و درمان نشده نیز باقی می‌ماند. این شرایط بر سطح کیفیت زندگی افراد اثرات بسیار نامطلوبی دارد، به گونه‌ای که عامل بروز برخی از آشفتگی‌ها و اختلالات با منشأ سایکوپاتولوژیک می‌باشد (۶). در ایران، شیوع دقیقی از میزان اختلالات جنسی در دسترس نیست، اما یافته‌های حاصل از مطالعات انجام یافته بیانگر شیوع قابل توجه این اختلالات می‌باشد. از سوی دیگر، مطابق آمار ارایه شده، میزان طلاق در ایران در حال افزایش است. به گزارش دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت سازمان ثبت احوال کشور، ۱۶۳۷۶۵ مورد طلاق در سال ۱۳۹۴ به ثبت رسیده است که تعداد ۱۶۲۸۶ مورد، به مردان در گروه سنی ۳۰-۳۴ سال با زنان در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال اختصاص دارد (۷). نتایج برخی مطالعات بر نقش بالقوه رضایتمندی جنسی به عنوان عامل پیشگویی‌کننده در موفقیت زندگی زناشویی تأکید می‌ورزد (۹). دامنه تبعات مشکلات و اختلالات جنسی تنها به خانواده محدود نشده و علاوه بر از هم گسستن کانون خانواده و بروز طلاق، وقوع جرایم، تجاوزات جنسی و افزایش بروز بیماری‌های روانی در جمعیت عمومی از جمله تبعات اجتماعی آن می‌باشد (۶). از این رو، بروز مشکلات و اختلالات جنسی و تأثیر بالقوه منفی آن بر میزان رضایتمندی جنسی، رضایت زناشویی، رضایت عمومی و نهایتاً سطح کیفیت

(بنا به گزارش خود مشارکت‌کنندگان) بودند. برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

عرصه پژوهش مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی، کانون‌ها و فرهنگ‌سراهای وابسته به شهرداری‌های شهر تهران و شیراز بود که پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق و دریافت معرفی‌نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و انجام هماهنگی‌های لازم با مراکز نامبرده، از پنج مرکز بهداشتی-درمانی و یک کانون سلامت وابسته به شهرداری در شهر تهران و شیراز جهت انجام پژوهش استفاده شد. محقق در مراکز نامبرده حضور یافت و پس از برقراری ارتباط اولیه، با معرفی خود و توضیح هدف و اهمیت پژوهش برای مراجعه‌کنندگان، هماهنگی لازم جهت مصاحبه با افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، انجام گرفت. قبل از انجام مصاحبه، رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی از کلیه مشارکت‌کنندگان اخذ گردید و پژوهشگر التزام خود را به رعایت کلیه اصول اخلاقی در پژوهش نظیر رازداری، حفظ گمنامی و امکان خروج از پژوهش در صورت تمایل را مجدداً به مشارکت‌کنندگان یادآور شد.

روش گردآوری داده‌ها مصاحبه عمیق فردی و بدون ساختار بود که با یک سؤال باز آغاز شده و سپس بر مبنای چگونگی پاسخ‌گویی مشارکت‌کننده روند پرسش و پاسخ با در نظر گرفتن اهداف پژوهش ادامه می‌یافت. مصاحبه‌ها ضبط می‌شد. همچنین، در ضمن مصاحبه، رفتارهای غیرکلامی شرکت‌کننده (ژست، حرکات

سر و بدن، حالات چهره، تن صدا، واکنش‌های هیجانی و احساسات) یادداشت می‌شد و در پایان هر جلسه از شرکت‌کننده درخواست می‌شد تا در صورت وجود تجربه یا مطلب اضافی مرتبط با موضوع، آن را بیان نموده و پس از تشکر و قدردانی، احتمال انجام مصاحبه‌های آتی نیز مطرح می‌گردید. طول مدت مصاحبه با توجه به تمایل مشارکت‌کننده به طور متوسط ۶۰ دقیقه و بین ۱۲۰-۲۰ دقیقه متفاوت بود. در طی این پژوهش، حساسیت موضوع و عدم احساس راحتی برخی از مشارکت‌کنندگان در پاسخ‌گویی شفاهی به برخی سؤالات، محقق را بر آن داشت تا از روش روایت‌نویسی نیز استفاده نماید. در روایت‌نویسی از مشارکت‌کننده خواسته می‌شود تا پاسخ‌های خود را در مورد موضوعی که مدنظر محقق است مکتوب نماید. از جمله مزایای استفاده از این روش، بررسی عمیق تجارب، باورها و نگرش‌های افراد به ویژه در مورد موضوعات حساس فرهنگی و نیز فراهم شدن زمان کافی برای پاسخ‌گو جهت تفکر در موضوع موردنظر می‌باشد (۱۲). در این پژوهش، از مشارکت‌کننده خواسته شد تا یک تجربه خوشایند و یک تجربه ناخوشایند خود را از رابطه جنسی در قالب داستان یا روایت زندگی جنسی بیان نماید. روایت مطالعه می‌شد و در صورت وجود ابهام محقق به صورت مکتوب سؤالات خود را در اختیار مشارکت‌کننده قرار می‌داد و از او درخواست می‌کرد تا توضیحات بیشتری بنویسد. پس از تکمیل روایت، نسخه دست‌نویس تایپ شده و فرآیند کدگذاری همانند نسخه‌های مکتوب شده مصاحبه‌ها انجام می‌شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تا رسیدن به اشباع داده‌ها

آنان نبود، اصلاح می‌شد. همچنین متن برخی از مصاحبه‌ها و کدهای حاصل از آن، علاوه بر گروه تحقیق، توسط ۴ تن از افراد متخصص در زمینه تحقیق کیفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

تجارب مشارکت‌کنندگان در راستای این سؤال پژوهش که «زنان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی خود را چگونه تبیین می‌کنند؟» در پنج درون‌مایه «آمادگی قبل از رابطه جنسی»، «رابطه جنسی مبتنی بر تعامل و هماهنگی»، «برون داده‌های روابط جنسی قبلی»، «چارچوب زندگی مشترک»، و «جامعه‌پذیری جنسی انفعالی» ظهور یافت. در ادامه به شرح هر یک از این درونمایه‌ها می‌پردازیم.

آمادگی قبل از رابطه جنسی

کسب آمادگی لازم در زن قبل از ورود به رابطه جنسی تأثیر به‌سزایی در کیفیت درک شده از رابطه جنسی و دستیابی به رضایتمندی جنسی او دارد. اولین و مهم‌ترین ویژگی که در آماده‌سازی جهت برقراری رابطه جنسی از سوی زنان مورد تأیید قرار گرفت، انگیزش روانی- جسمی بود که هرچه این عامل قوی‌تر و پررنگ‌تر باشد، میزان مشارکت فرد را برای برقراری یک رابطه جنسی لذت بخش و توأم با رضایت افزایش می‌دهد. بالعکس ضعیف بودن این عامل میزان مشارکت زن را کاهش داده و ممکن است وی را در موضع انفعالی نیز قرار دهد که این امر احتمالاً منجر به کاهش کیفیت درک شده از رابطه جنسی شده و حتی درجاتی از نارضایتی جنسی را به بار می‌آورد.

انجام یافت. سعی شد مشارکت‌کنندگان از افراد در سطوح مختلف اقتصادی- اجتماعی، تحصیلی و شغلی و با تجارب زندگی زناشویی و جنسی متفاوت انتخاب شوند، تا حداکثر تنوع در جمع‌آوری داده‌ها منظور گردد. در مجموع، ۱۷ مصاحبه عمیق فردی بدون ساختار انجام و ۱۴ روایت زندگی جنسی جمع‌آوری شد.

فرآیند تجزیه و تحلیل به صورت هم‌زمان و مستمر با جمع‌آوری داده‌ها و بر مبنای الگوریتم پیشنهادی تحلیل محتوای کیفی Graneheim و Lundman انجام گرفت که یک روش سیستماتیک و شفاف ۸ مرحله‌ای شامل آماده‌سازی داده‌ها، تصمیم‌گیری در خصوص واحد تحلیل، طبقه‌بندی، کدگذاری متن، بررسی ثبات کدگذاری، نتیجه‌گیری از داده‌های کد شده و گزارش نحوه تحلیل داده‌ها و ارایه یافته‌ها جهت پردازش و تحلیل داده‌ها است (۱۳).

برای ارزیابی و افزایش روایی و پایایی که معادل با استحکام علمی یافته‌ها در تحقیق کیفی است، از روش پیشنهادی Guba و Lincoln استفاده گردید (۱۴). بر پایه این روش، چهار معیار موثق بودن و اعتبار، انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری جهت ارزیابی در نظر گرفته شد. برای تأمین اعتبار و مقبولیت داده‌ها تیم تحقیق به ویژه محقق اصلی سعی بر درگیری دایمی و مستمر با داده‌ها داشتند. برای افزایش قابلیت انتقال‌پذیری، یافته‌ها توسط سه متخصص حوزه سلامت جنسی و باروری که خارج از تیم تحقیق بودند، مورد ارزیابی قرار گرفت. از بازنگری شرکت‌کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و مفاهیم محوری استخراج شده، استفاده شد. مفاهیمی که از نظر شرکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه

رابطه جنسی مبتنی بر تعامل و هماهنگی

تجارب جنسی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش نشان داد که رابطه‌ای برای یک زن خوشایند و توأم با رضایت و لذت است که بر تعامل و هماهنگی زوجی استوار باشد. هرچه میزان تعامل و هماهنگی بیش‌تر باشد، میزان لذت و رضایت درک شده از رابطه جنسی بیش‌تر و هرچه این میزان کم‌تر باشد، سطح لذت و رضایت حاصل کم‌تر خواهد بود. اکثر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش معتقد بودند تعامل می‌بایست در سه بعد روانی، فیزیکی و رفتاری جلوه‌گر شود و با هماهنگی همسر تکمیل گردد. چنین رابطه‌ای احتمال دستیابی به لذت و رضایتمندی را برای هر دو طرف رابطه به ویژه برای زن به میزان زیادی افزایش می‌دهد.

«... زیاد پیش میاد که شوهرم بخواد، اما من اصلاً تو فازش نباشم، چون فکرم خیلی درگیره ... شوهرم درکم می‌کنه و من رو مجبور نمی‌کنه ... خدا رو شکر توی این موضوع تقریباً با هم هماهنگیم» (مصاحبه ۱۱- مهنار ۳۷ ساله با ۴ سال سابقه زندگی مشترک) «یه کارهایی رو اصلاً دوست ندارم توی بعضی از سکس‌هامون انجام بدم ... فقط به خاطر اصرارهای شوهرم انجام می‌دم ... خودم کاملاً تفاوت این رابطه رو با وقت‌هایی که اون کارهای اجباری توش نیست حس می‌کنم.» (روایت ۹- آسیه ۳۴ ساله با سابقه ۸ سال زندگی مشترک)

برون داده‌های روابط جنسی قبلی

تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه برون داده‌های حاصل از رابطه جنسی قبلی بر روابط جنسی آتی بود. این برون‌داده‌ها براساس تجارب

«... دوست دارم وقتی با شوهرم رابطه داشته‌ام که خودمم اشتیاق و رغبت به رابطه دارم. زمانی که این‌جوری رابطه داریم هم احساس آمادگی بیش‌تری دارم و هم این که از اون رابطه بیش‌تر لذت می‌برم ...» (مصاحبه ۵- مریم، ۳۸ ساله با سابقه ۵ سال زندگی مشترک) دومین ویژگی که برای رسیدن به سطح مطلوبی از آمادگی برای برقراری رابطه جنسی از سوی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش مورد تأکید قرار گرفت، حفظ حریم خصوصی بود.

«وقتی جای امنی با همسرم رابطه دارم و یا وقت‌هایی که خیالم راحت‌تره که کسی مزاحمون نمی‌شه، یه آرامش خاصی توی رابطه دارم اما وقت‌هایی که این‌جوری نباشه همه‌اش حواسم پرت‌تره و حس می‌کنم از نظر ذهنی خوب آماده نمی‌شم.» (روایت ۸- عطیه ۳۴ ساله با سابقه ۸ سال زندگی مشترک)

ویژگی سوم درونمایه آمادگی مبتنی بر تهییج جنسی، پیش‌نوازی است. همه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بر کمیت، کیفیت و نیز مدت زمان پیش‌نوازی در ایجاد آمادگی مطلوب برای برقراری یک رابطه جنسی با کیفیت تأکید داشتند.

«یادمه اوایل ازدواجمون من خیلی اذیت می‌شدم. بدنم خوب تحریک نمی‌شد و حین رابطه درد داشتم. دلیلش هم این بود که شوهرم سریع می‌رفت سر اصل مطلب (خنده مشارکت‌کننده همراه با احساس خجالت) اما بعدش که هر دومون متوجه شدیم که علت درد من چیه، سعی می‌کرد که با پیش‌نوازی به آماده شدن بدن من کمک کنه.» (مصاحبه ۵- مریم، ۳۸ ساله با سابقه ۵ سال زندگی مشترک)

بعض و ناراحتی و گریه شدید ...» (مصاحبه ۱۶-
گلی ۳۰ ساله با ۶ سال زندگی مشترک)

چارچوب زندگی مشترک

براساس تجارب زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش، چارچوب زندگی مشترک عامل دیگری است که به صورت غیرمستقیم بر کیفیت رابطه جنسی زوج و به ویژه زن می‌تواند مؤثر باشد. منظور از چارچوب زندگی مشترک در این پژوهش، خصوصیات فردی هر یک از طرفین، رابطه زوج در گستره کلی زندگی و شرایط عمومی زندگی است که از تجارب مشارکت‌کنندگان استخراج گردید.

خصوصیات فردی زن و شوهر از جمله آرام و صبور و خونسرد بودن و یا بالعکس عجول و هیجانی و تندخو بودن در نوع تعامل زوجها نقش به‌سزایی دارد و کیفیت رابطه زوج را در گستره کلی زندگی مشترک تحت الشعاع قرار داده و این تأثیرپذیری خود بر کیفیت رابطه جنسی نقش به‌سزایی دارد.

«همسر من از همون ابتدای ازدواجمون هم عصبی و بد اخلاق بود ... سر من و بچه‌ها داد می‌زد ... اما بعدش پشیمون می‌شد و عذرخواهی می‌کرد. من اوایل قبول می‌کردم اما از وقتی که جلوی غریبه‌ها هم این کارش رو تکرار می‌کرد، من خیلی ناراحت می‌شدم ... من رو جلوی بقیه خورد می‌کرد ... معذرت خواستنش دیگه برام ارزشی نداشت ... این موضوع وقتی وسط رابطه‌مون یادم می‌آمد حالم رو کلاً می‌گرفت ... همه چی از سرم می‌پرید و بدنم خشک می‌شد.» (روایت ۴-شهره، ۵۳ ساله با سابقه ۳۵ سال زندگی مشترک)

شرایط عمومی زندگی یکی دیگر از ویژگی‌های چارچوب زندگی مشترک است که

زنان شرکت‌کننده در این پژوهش در دو دسته کوتاه مدت و بلند مدت قابل بررسی است؛ برون‌دادهای کوتاه مدت شامل کسب ارگاسم، رضایتمندی جنسی، عاطفی، رضایتمندی ناشی از ایفای نقش همسری و پس‌نوازی متعاقب برقراری رابطه جنسی مطلوب بوده و برون‌دادهای بلند مدت که ماحصل تجربه رابطه جنسی نامطلوب گزارش گردید، شامل تضعیف سلامت روان فردی و تضعیف بنیان خانواده شناسایی گردید. زنان در پژوهش حاضر این برون‌دادها را عامل قابل توجهی برای مشارکت در فعالیت‌های جنسی بعدی توصیف کردند.

«... اگه زن احساس خوبی از رابطه‌اش نداشته باشه وحشتناکه، روز بعدش پرخاشگر می‌شی، احساس بیگاری می‌کنی توی خونه اگه داری کار می‌کنی، چون زن که داره تو خونه کار می‌کنه باید یه انگیزه‌ای داشته باشه ... اگه یه طرف راضی نباشه چه مرد و چه زن به خصوص زن، اعتماد به نفسش خیلی میاد پایین و ممکنه فکر کنه که نکنه اشتباه کردم تو انتخابم یا شوهرم من رو دوست نداره یا هر حس و فکر منفی. اینا رو اوایل ازدواجمون که از رابطه لذت نمی‌بردم تجربه کردم.» (مصاحبه ۳-سمیرا ۲۸ ساله با ۵ سال سابقه زندگی مشترک)

«حتی بارها به خاطر این موضوع ... همینی که نمی‌تونست کاری بکنه و نه خودش ارضا می‌شد و نه من ... تصمیم به جدایی گرفتیم اما خب نشد که نشد ... اطرافیان نداشتن جدا بشیم ... این موضوع که هیچ کدومون از این رابطه لذت نبریم که هیچ، یه رابطه خوب و کامل هم با هم نداریم واقعاً روی زندگی ما اثر گذاشت. ما فقط داریم با هم روز و شب می‌گذرونیم (احساس

به صورت غیرمستقیم بر کیفیت رابطه جنسی تأثیرگذار است. به عبارت دیگر، دسترسی به امکانات حداقلی زندگی و برخورداری از سطح متوسطی از زندگی می‌تواند فراغ بال بیشتری برای زوجها به همراه داشته باشد و این موضوع بر آمادگی روانی زوج برای داشتن رابطه جنسی لذت بخش‌تر مؤثر است.

«یه رفاه حالا نمی‌گم رفاه کامل، یه رفاه نسبی هم اگه باشه خوبه چون باعث می‌شه یه سری از دغدغه‌های ذهنی زن و شوهر کم‌تر بشه و این خودش روی سکس اثر می‌ذاره.» (مصاحبه ۷-فاطمه ۴۳ ساله با سابقه ۱۶ سال زندگی مشترک)

جامعه‌پذیری جنسی انفعالی

تجارب زنان در این پژوهش نشان داد بخش اعظمی از تظاهرات، رفتارها و پاسخ‌های جنسی آنان تحت کنترل فرآیندی به نام جامعه‌پذیری جنسی انفعالی است. طبقات اصلی این درونمایه براساس تجارب این افراد شامل آموزه‌های دینی، هنجارهای فرهنگی، محافظه کاری والدین و سیستم‌های منفعل حمایتی جامعه بود. به گفته مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، آموزه‌های دینی و هنجارهای فرهنگی دو بعد مهم نسخه تجویزی موجود در جامعه ایران برای رابطه جنسی هستند که زنان به درجات متفاوتی از این دو تبعیت می‌کنند.

«... اون سکونی که خدا تو قرآن می‌گه که زن و شوهر به یه سکینه و مودت و آرامش می‌رسن به نظر من همین بعد از رابطه است. دقیقاً تو این مرحله است که درک می‌کنی معنای این آرامشه و سکونه یعنی چی. من این رو خودم تجربه‌اش کردم واقعاً. اگه این‌جوری به

رابطه جنسی نگاه کنی اون‌وقته که برات نه تنها یه کار بی‌ارزشه و بی‌معنی ایه که یه کار ارزشمند می‌شه ... اون‌وقته که برات مهم می‌شه که تو عامل به آرامش و سکون رسیدن شوهرت بشی و بر عکس.» (مصاحبه ۱۳-لیلا ۴۴ ساله با سابقه ۷ سال زندگی مشترک)

«تو فرهنگ ما جا نیفتاده که زن پیشقدم باشه و خواهان این رابطه باشه. حتی ممکنه این تصور پیش بیاد که نکنه این زن تو دوره مجردیشم همین طوری بوده؟ همچین تصوراتی ممکنه ایجاد بشه. البته من فکر می‌کنم در عمل خیلی هم این‌طور نیست. این موضوع بیشتر به میزان راحتی دو نفر با هم بستگی داره مثلاً من هر موقع دلم بخواد این رابطه رو یه جوری به شوهرم پیغامش رو می‌رسونم. بهرحال اگه کسی با اون پیش فرض بخواد زندگی کنه ممکنه از همه جنبه‌های ارتباطیش با شوهرش نتونه لذت ببره.» (روایت ۶-ربابه ۳۸ ساله با سابقه ۷ سال زندگی مشترک)

خانواده و سیستم‌های مختلف جامعه اعم از سیستم آموزشی و بهداشتی، درمانی دو رکن مؤثر دیگری بودند که زنان در این پژوهش بر نقش زمینه‌ای آن‌ها در تظاهرات جنسی خود تأکید کردند. آن‌ها با بیان تجارب خود در این زمینه، رویکرد فعلی این دو رکن را محافظه‌کاری و قرار داشتن در موضع انفعالی توصیف کردند و بر لزوم تغییر در این ارکان تأکید داشتند.

«من یک جمله هم درباره این مسایل نشنیدم از پدر و مادرم. چون دیدگاشون این بود که نباید چیزی گفته بشه. اصلاً جوری رفتار می‌شد تو خونه ما که جرأت حرف زدن یا سؤال پرسیدن نداشتی، یه گارد خیلی عجیبی نسبت به این

سعیده ۳۶ ساله با سابقه ۶ سال زندگی مشترک)

«حقیقتش به چند تا دکتر که گفتم از این رابطه می‌ترسم، بهم خندیدن حتی بعضیاشون فکر می‌کردن دارم باهاشون شوخی می‌کنم و مسخرم می‌کردن. یادمه یکی شون بهم گفت خانم رابطه جنسی که دیگه ترس نداره، همه این کار رو می‌کنن. سال‌هاست که توی این رابطه مشکل دارم و دکتر هم کم نرفتم اما کسی نتونست مشکل من رو حل کنه!» (روایت ۱۰- نازی ۳۰ ساله با سابقه ۳ سال زندگی مشترک)

موضوع تو خونمون بود. مامانم خیلی حجب و حیا به خرج می‌داد تو این زمینه. نمی‌خوام بگم که اصلاً اینکارش درست نبود نه اما خب یه جایی هم باید این سکوت‌ه شکسته می‌شد.» (مصاحبه ۱۷- ملیحه ۴۶ ساله با سابقه ۱۵ سال زندگی مشترک) «... هیچی برای یاد گرفتن دم دستم نبود. به خاطر همین مجبور شدم برم سراغ فیلم و این جور چیزا. واقعاً مجبور بودم چون هیچ تصویری از این رابطه نداشتم. هیچی نمی‌دونستم ... یه چند تا فیلم دیدم (احساس ناراحتی و شرم در چهره)» (مصاحبه ۸-)

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

سن	۲۱ تا ۵۳ سال
سطح تحصیلات	۱ نفر بی‌سواد، ۶ نفر پنجم ابتدایی، ۷ نفر سوم راهنمایی، ۸ نفر دیپلم، ۴ نفر لیسانس، ۳ نفر فوق لیسانس، ۲ نفر دکترا
وضعیت اشتغال	۸ نفر شاغل، ۲۳ نفر خانه‌دار
سابقه تأهل	۲۷ نفر متأهل، ۱ نفر مطلقه، ۱ نفر بیوه، ۱ نفر با سابقه ازدواج مجدد، ۱ نفر با سابقه زندگی مجزا از همسر
مدت زمان تأهل	۳ ماه تا ۳۱ سال

جدول ۲- درون مایه‌ها و طبقات اصلی استخراج شده

آمادگی قبل از رابطه جنسی	انگیزش روانی- جسمی حفظ حریم خصوصی پیش‌نوازی
رابطه جنسی مبتنی بر تعامل و هماهنگی	تعامل روانی تعامل فیزیکی تعامل رفتاری هماهنگی در رابطه جنسی
برون‌دادهای روابط جنسی قبلی	برون‌دادهای کوتاه مدت برون‌دادهای بلند مدت
چارچوب زندگی مشترک	خصوصیات فردی رابطه زوج در گستره کلی زندگی شرایط عمومی زندگی
جامعه‌پذیری جنسی انفعالی	آموزه‌های دینی هنجارهای فرهنگی محافظه کاری والدین سیستم‌های منفعل حمایتی جامعه

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش، آمادگی قبل از رابطه جنسی، رابطه جنسی مبتنی بر تعامل و هماهنگی، برون‌دادهای رابطه جنسی قبلی، چارچوب زندگی مشترک و جامعه‌پذیری جنسی انفعالی به عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان به دست آمد.

آمادگی قبل از رابطه جنسی اولین عامل مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش بود. زنان میزان این آمادگی را با سطح انگیزش روانی-جسمی، پیش‌نوازی و حفظ حریم خصوصی ارزیابی نمودند. بسیاری از محققان با این موضوع هم عقیده هستند که کسب آمادگی لازم قبل از برقراری رابطه جنسی توسط زن یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی و پیامد حاصل از آن یعنی احساس رضایت می‌باشد. از این رو، ایجاد سطح مناسبی از آمادگی در زن برای ورود به رابطه جنسی از طریق پیش‌نوازی بسیار مورد تأکید قرار گرفته است. نکته قابل تأمل در این درونمایه رسیدن زن به سطح مطلوبی از آمادگی برای برقراری رابطه جنسی است که این امر خود ریشه در تفاوت‌های سیکل پاسخ جنسی زنان در مقایسه با مردان دارد. Basson در تشریح ویژگی‌هایی اختصاصی سیکل پاسخ جنسی در زنان، نقش عوامل روان‌شناختی نظیر تأمین عاطفی و احساس صمیمیت را بسیار قوی‌تر از مردان دانسته و مرکز ثقل مدل جایگزین خود را صمیمیت عاطفی قرار داده است. به گفته او، این عوامل در مقایسه با عوامل جسمی و محرک‌های فیزیکی نقش تحریکی بیشتری در پاسخ‌گویی جنسی یک زن ایفا می‌کنند (۱۵). به اعتقاد وی،

در زنان سالم از نظر جنسی، الزامی برای برخورداری از سطح بالایی از تمایلات جنسی درونی و خودبه‌خودی وجود ندارد، بلکه عمدتاً زنان را از نظر جنسی می‌توان خنثی در نظر گرفت و این انگیزش‌های چندگانه و دریافت سطح مطلوبی از تحریکات بیرونی است که به عنوان عامل مشوق منجر به مشارکت در یک رابطه جنسی محسوب می‌شود. آنچه در ابتدای پاسخ جنسی یک زن بسیار بارز و مهم است، برانگیختگی ذهنی است، چرا که اگر چنین اتفاقی رخ ندهد و سطح مطلوبی از برانگیختگی ایجاد نگردد، نه تنها تجربه جنسی مطلوب و خوشایندی حاصل نخواهد شد، بلکه تبعاتی نیز از نظر جسمی نظیر احساس درد و ناراحتی به دنبال خواهد داشت (۱۵).

رابطه جنسی مبتنی بر تعامل و هماهنگی عامل دوم مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش بود. زنان تعامل لازم برای کسب رضایت از رابطه جنسی را از طریق تعامل روانی، فیزیکی، رفتاری و هماهنگی در رابطه جنسی مورد ارزیابی قرار دادند. هرچه میزان این تعامل در حین رابطه جنسی بیشتر باشد، احتمال درک رضایت از رابطه جنسی افزایش خواهد یافت. یکی از بهترین مستندات مرتبط با این ویژگی پژوهش «الگوی رابطه جنسی خوب و کافی» Metz و McCarthy می‌باشد. این دو محقق، یکی از لوازم دستیابی به رضایتمندی جنسی را برخورداری زوج‌ها از انتظارات واقعی جسمی، روانی و ارتباطی متقابل و نیز تعامل و هماهنگی مناسب در رابطه جنسی برشمرده و تأکید کردند که عملکرد جنسی در بیش‌تر موارد

شرط لازم اما ناکافی است (۱۶). این دو محقق، زوجها را به اعضای یک تیم دو نفره صمیمی تشبیه کردند که باید براساس صمیمیت با یکدیگر تعامل داشته باشند. به اعتقاد آنها، برای یک رابطه جنسی رضایت‌بخش، هر یک از زوجها باید از سنگر فردیت خود خارج شده و برای ایجاد تحریک جنسی مطلوب طرف مقابل وارد فضای لذت او گردد. ماهیت الگوی رابطه جنسی خوب و کافی، بیانگر تعامل زوجی است (۱۶) که با نتایج حاصل از درونمایه دوم در این پژوهش همخوانی دارد.

عامل سوم مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی زنان در این پژوهش، برون‌دادهای رابطه جنسی قبلی بود که بنا بر طول مدت زندگی مشترک و خوشایند یا ناخوشایند بودن رابطه جنسی، این برون‌دادها در دو سطح کوتاه مدت و بلند مدت قابل درک بودند. زنان درک این برون‌دادها را چه در کوتاه مدت و چه در بلند مدت عامل مهمی در میزان تمایل و انگیزه برای رابطه جنسی بعدی مطرح نمودند. در همین راستا، Basson کسب رضایتمندی جنسی را یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر مشارکت آتی زن در رابطه جنسی مطرح نمود (۱۷). او احساس رضایتمندی جنسی را در قالب دو نوع رضایت عاطفی و جسمی در نظر گرفت و تجربه آنها با هم را به عنوان موتور محرک تمایل جنسی در زن برای برقراری رابطه جنسی بعدی قلمداد نمود (۱۵ و ۱۷). او معتقد است زنان در رابطه جنسی به دنبال کسب امتیازاتی نظیر رضایت، عزت نفس و نزدیکی و صمیمیت با همسر می‌باشند. اگر این امتیازات کسب شوند، انگیزه و تمایل جنسی فرد برای

مشارکت بیشتر در رابطه جنسی تقویت شده و بالعکس عدم دریافت امتیازات مدنظر منجر به نوعی احساس ناکامی و سرخوردگی می‌گردد که پیامد آن کاهش تمایل و انگیزه برای شرکت در رابطه جنسی می‌باشد (۱۵ و ۱۷).

زنان شرکت‌کننده در این پژوهش چارچوب زندگی مشترک را با ویژگی‌هایی نظیر خصوصیات فردی، رابطه زوج در گستره کلی زندگی و شرایط عمومی زندگی به عنوان عامل چهارم مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی خود برشمردند. نتایج حاصل از یک فراتحلیل در مورد ۱۹ مقاله با حجم نمونه ۳۸۴۴۸ نفر نشان‌دهنده نقش چهار ویژگی شخصیتی در رضایت زوجها از روابط جنسی بود که شامل قابلیت پذیرش متقابل، درک متقابل، برون‌گرایی و عصبی مزاج نبودن گزارش گردید. این عوامل در میان زنان و مردان متأهل تفاوت معناداری نداشته و این یافته نشان‌دهنده تأثیر یکسان عوامل ذکر شده بر میزان رضایتمندی جنسی در هر دو جنس می‌باشد (۱۸). پژوهش دیگری نشان داد عصبانیت و اضطراب از جمله متغیرهای تأثیرگذار منفی و برون‌گرایی، تعاملات مثبت و صمیمانه، ابراز احساسات، رابطه عاشقانه و برقراری سطح مطلوبی از رابطه جنسی از جمله متغیرهای تأثیرگذار مثبت بر احساس رضایتمندی جنسی می‌باشد (۱۹).

جامعه‌پذیری جنسی انفعالی عامل پنجم مؤثر بر کیفیت زندگی جنسی بود که از تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش استخراج گردید. زنان آن را با میزان تأثیرپذیری از آموزه‌های اعتقادی و هنجارهای فرهنگی مورد ارزیابی قرار دادند. از منظر زنان شرکت‌کننده

در پژوهش حاضر، آموزه‌های دینی از جایگاه ویژه‌ای در روابط جنسی برخوردارند. در اسلام ازدواج اقتضای طبیعت انسان است و زوجیت در تمام موجودات عالم اعم از حیوانات، گیاهان و حتی جمادات وجود دارد. خداوند در آیه ۳۶ سوره یس می‌فرماید: «سبحان الذی خلق الأزواج کلها مما تنبت الارض و من انفسهم و مما یعلمون/پاک و منزه است خدایی که تمام موجودات عالم از جمله گیاهان و انسان‌ها و آنچه را نمی‌دانند، به صورت زوج آفرید» (۲۰). همچنین، خداوند در آیه ۲۱ سوره روم در همین راستا می‌فرماید: «و من آیاته ان خلق لکم من انفسکم ازواجاً لتسکنوا الیها و جعل بینکم مودةً و رحمةً ان فی ذلک لآیاتٍ لقومٍ یتفکرون/یکی از آیات او این است که برای شما از خود شما همسرانی خلق کرد تا به سوی آنان میل کنید و آرامش گیرید و بین شما مودت و رحمت قرار داد و در همین آیت‌هایی هست برای مردمی که تفکر کنند» (۲۱). از این‌رو، ازدواج و تأمین نیازهای جنسی در چارچوب آن در اسلام امری مورد حمایت و تأکید می‌باشد و لذا مبانی اعتقادی در این زمینه نیز غنی می‌باشند (۲۲). به گفته امام نیز گفتمان دینی یکی از گفتمان‌های غالب در حوزه روابط جنسی در جوامع مسلمان می‌باشد (۲۳).

هنجارهای فرهنگی عامل مؤثر مهم و مورد تأکید دیگر شرکت‌کنندگان این پژوهش بر کیفیت زندگی جنسی خود بود. این عامل ریشه در حساسیت فرهنگی حاکم بر مسایل جنسی در جامعه ایران دارد که منجر به تحت‌الشعاع قرار گرفتن روابط جنسی زنان گردیده است. به گونه‌ای که بعد نقش‌پذیری جنسیتی و زن بودن

در زمینه مطلوبی رشد می‌نماید، اما بُعد نقش‌پذیری جنسی زنانگی، با فراز و نشیب‌هایی مواجه است. به عبارت دیگر این حساسیت منجر به سیطره سکوت در بعد دوم روابط جنسی زنان ایرانی شده و از این‌رو، زبان جنسی زنان ایرانی را می‌توان زبان سکوت نام نهاد (۲۴). این زبان اگرچه در ظاهر منجر به رعایت برخی ملاحظات و تحمیل فشارهای روانی نسبی در زنان می‌گردد، اما در بطن آن احساس قدرت، استقلال، افزایش اعتماد به نفس و تقویت عزت نفس، به علت وابستگی جنسی همسر دستاوردهای ارزشمندی هستند که زنان با به دست آوردن آن‌ها تمایل بیشتری به استفاده از زبان سکوت در مرادفات جنسی خود می‌نمایند (۲۴). حساسیت فرهنگی یافت شده در زمینه روابط جنسی صرفاً مخصوص کشور ما نیست، بلکه در برخی کشورهایی که از نظر فرهنگی، عرفی و ایدئولوژی دارای زمینه‌های مشابه کشور ما هستند نیز، این موضوع قابل مشاهده است. نتایج پژوهش Anarfi و Owusu در کشور غنا تأییدی بر این یافته می‌باشد (۲۵). در پژوهش این محققان، عموم فرهنگ‌های آفریقایی حساس به موضوعات جنسی معرفی شده و به سکوت حاکم بر مسایل جنسی اشاره داشته و لازمه فرآیند مطلوب اجتماعی شدن جنسی، شکستن سکوت حاکم بر جامعه در این زمینه معرفی گردیده است (۲۵). Parker و Aggleton نیز در پژوهش خود به این نوع سکوت در حوزه مسایل جنسی اشاره نمودند و آن را برگرفته از سیطره پارادایم ساختارگرایی اجتماعی بر افراد یک جامعه می‌پندارند (۲۶). بر این اساس، مسایل جنسی از زاویه استانداردهای فرهنگی - اجتماعی

که منعکس‌کننده هنجارهای فرهنگی و ساختار اجتماعی هر جامعه‌ای می‌باشد، نیز باید مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد. از دیدگاه Parker و Aggleton، امروزه نقش فرهنگ و ساختار اجتماعی در ایجاد نگرش و باورهای جنسی افراد پررنگ‌تر از سابق می‌باشد (۲۶). پژوهش Bellamy و همکاران نیز که با هدف بررسی درک زنان امروزی از زنانگی خویش در بریتانیا انجام گرفت، نشان داد ادراک افراد در این زمینه به طور وسیعی متأثر از ایدئولوژی و فرهنگ زمینه پرورشی آنان می‌باشد (۲۷).

ویژگی دیگر جامعه‌پذیری جنسی انفعالی که براساس تجارب زیسته زنان در پژوهش حاضر کشف گردید، محافظه‌کاری والدین و سیستم‌های منفعل حمایتی جامعه بود. یافته‌های این بخش بیانگر مفاهیمی بود که از درک زنان متأهل در زمینه امور جنسی در چهارچوب خانواده و جامعه ایرانی نشأت گرفته است. تحلیل این درک مشخص کرد که زنان، خانواده و ساختار جامعه را دو عامل مهم در فرآیند جامعه‌پذیری جنسی خویش دانسته و فقدان آموزش و آرایه اطلاعات در زمینه مسایل جنسی از سوی این دو نهاد را مهم‌ترین دغدغه خویش مطرح کردند. در ایران، فقدان آموزش به موقع و کافی در زمینه امور جنسی که یکی از ارکان جامعه‌پذیری جنسی می‌باشد، از جمله دغدغه‌های اصلی به ویژه در زنان و دختران در هر مقطع سنی است (۲۸ و ۲۹). علی‌رغم وجود این باور که آموزش جنسی ممکن است افراد را به برقراری و تجربه رابطه جنسی تشویق نماید، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که فقدان آموزش جنسی صحیح نه تنها از برقراری این روابط

پیش‌گیری نمی‌کند، بلکه به دنبال استفاده از منابع آموزشی نامناسب نظیر سایت‌های اینترنتی و فیلم‌های پورنوگرافی، باور و نگرش جنسی غلط در افراد شکل گرفته و تثبیت می‌شود. این در حالی است که اگر آموزش در زمان و با محتوای مناسب آرایه گردد، علاوه بر پیش‌گیری از پیامدهای منفی نظیر بروز حاملگی ناخواسته، ابتلا به بیماری‌های مقاربتی، سو استفاده و خشونت جنسی، با نتایج مثبتی در سطح روابط بین فردی مانند ارتقای کیفیت روابط جنسی و دستیابی به سطح حداکثری از رضایتمندی جنسی همراه خواهد بود (۳۰ و ۳۱). نتایج حاصل از پژوهشی تحت عنوان «آموزش جنسی در مالزی: پذیرفته یا رد شده» نشان داد، علی‌رغم این که تعبیر عمومی از روابط جنسی و مسایل مربوط به آن در این کشور نیز همانند سایر کشورها تابو است، اما در این مطالعه حدود نیمی از مشارکت‌کنندگان، بر لزوم آموزش جنسی تأکید داشتند (۳۲). نتایج پژوهش دیگری با عنوان «سلامت جنسی جوانان بریتانیایی - پاکستانی: عوامل فرهنگی - اجتماعی» نشان داد جوانان پاکستانی علی‌رغم سکونت در بریتانیا عمدتاً نگرش محافظه‌کارانه‌ای نسبت به مسایل جنسی دارند. افراد مورد مطالعه در پژوهش یاد شده به علت تأثیرپذیری عمیق نگرش جنسی‌شان از هنجارهای فرهنگی و اجتماعی جامعه مبدا خود، از افشای مسایل جنسی ابا کرده و عمدتاً به پنهان‌کاری روی می‌آورند، این در حالی است که سطح دانش جنسی این افراد نیز غالباً پایین تبیین گردیده، لذا این افراد بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر جنسی معرفی شدند (۳۳). مطالعه دیگری نیز با

نویسندگان این مقاله، نتایج این تحقیق بتواند راه گشای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی کشور، به منظور ارایه راهکارهای عملی آموزش، ارتقا و بهبود سلامت جنسی در جامعه و شکستن تابوهای جنسی باشد.

اگر چه در این پژوهش سعی شد تا احساس و ادراک واقعی زنان از تجارب جنسی توصیف و ویژگی‌ها و عناصر ساختاری و زمینه‌ای برای ارزیابی احساس ایشان به خوبی تبیین گردد، اما جامعه مورد مطالعه در این پژوهش را عمدتاً زنان متأهل در سنین باروری که به مراکز بهداشتی-درمانی و نیز فرهنگسراها مراجعه می‌کردند، تشکیل می‌دادند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تجارب زنان باردار و یائسه به دلیل ملاحظات خاص زمینه‌ای این دوران بر زندگی جنسی به صورت مجزا و اختصاصی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از نتایج رساله مصوب در دانشگاه تربیت مدرس جهت اخذ مدرک دکتری تخصصی در رشته بهداشت باروری است. نویسندگان مقاله از مسئولان محترم دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مادی و معنوی از پژوهش تشکر می‌نمایند. همچنین از مسئولان محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شیراز، مدیریت محترم کانون سلامت شهرداری و مسئول محترم سرای محله منطقه ۹ شیراز و نیز کلیه مشارکت‌کنندگان محترم در این پژوهش صمیمانه قدردانی می‌گردد.

هدف بررسی سلامت جنسی و دسترسی زنان به خدمات بهداشتی-درمانی این حوزه در کشور عربستان نشان داد که زنان یکی از علل تأخیر در پیگیری مشکل جنسی خود را سایه سنگین هنجارهای اجتماعی بر مسایل جنسی ذکر کردند. طولانی بودن زمان انتظار برای درمان و نیز کیفیت پایین خدمات این بخش از سیستم بهداشتی از جمله عوامل دیگری بود که زنان به عنوان موانع دسترسی به خدمات سلامت جنسی به آن‌ها اشاره کردند. پزشکان و سایر اعضای ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی که در این پژوهش شرکت داشتند نیز عموماً اذعان کردند که به علت سیطره هنجارهای اجتماعی و فرهنگ غالب جامعه عربستان در این حوزه (تابو بودن و احساس شرم و خجالت درباره گفتگو نسبت به این مسایل) از گفتگو با بیماران خود درباره مسایل جنسی‌شان تا حد امکان طفره می‌روند (۳۴). نتایج پژوهش‌های بالا با یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر همخوانی دارد و ارایه خدمات بهداشتی، مشاوره‌ای و درمانی در حوزه سلامت جنسی با تأسیس، تجهیز و گسترش مراکز تخصصی با کادری مجرب در بدنه کلی نظام ارایه خدمات بهداشتی-درمانی کشور ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به این که کیفیت زندگی جنسی مفهومی است که باید در زمینه فرهنگی-اجتماعی آن را مورد بررسی قرار داد، به نظر می‌رسد عوامل سازنده این مفهوم در پژوهش حاضر که مبتنی بر تجارب زنان متأهل بود، به خوبی مورد تبیین و تشریح قرار گرفته است. امید است با توجه به تحلیل عمیق، ارزشمند و مبتنی بر فرهنگ جامعه امروز ایران توسط

منابع

- 1 - Lazdane G, Avery L, Persson J. Sexual health: a public health challenge in Europe. Available at: http://www.europealsexology.com/files/WHO_2011.pdf. 2011.
- 2 - Krageloh CU, Henning MA, Hawken SJ, Zhao Y, Shepherd D, Billington R. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. *Educ Health (Abingdon)*. 2011 Aug; 24(2): 545.
- 3 - Lottes I, Kontula O. New views on sexual health. The case of Finland. Available at: http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/56a7b5e5f9e8fcb1c8edf520d3c69ee0/1472549380/application/pdf/320403/New%20views%20on%20Sexualhealth_1.pdf. 2000.
- 4 - Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. 2006.
- 5 - Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Dec; 153(2): 117-23.
- 6 - Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Mar; 53(3): 144-8.
- 7 - [National organization for civil registration]. Divorce rate. Available at: <https://www.sabteahval.ir/avej/tab-4760.aspx>. Accessed July 18, 2016. (Persian)
- 8 - Vaziri Sh, Lotfi Kashani F, Hosseinian S, Bahram Ghafari S. [Sexual efficacy and marital satisfaction]. *Andisheh va Raftar*. 2010; 4(16): 75-81. (Persian)
- 9 - Foroutan SK, Jadid Milani M. [The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested]. *Daneshvar Medicine, Scientific-Research Journal of Shahed University*. 2009; 16(78): 39-44. (Persian)
- 10 - Mayring P. Qualitative content analysis. *FQS*. 2000; 1(2).
- 11 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov; 15(9): 1277-88.
- 12 - Mitchell M, Egudo M. A review of narrative methodology. Available at: <http://www.webpages.uidaho.edu/css506/506%20readings/review%20of%20narrative%20methodology%20australian%20gov.pdf>. 2003.
- 13 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12.
- 14 - Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. London: Sage Publications; 1985.
- 15 - Basson R. A model of women's sexual arousal. *J Sex Marital Ther*. 2002 Jan-Feb; 28(1): 1-10.
- 16 - Metz ME, McCarthy BW. The "Good-Enough Sex" model for couple sexual satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2007; 22(3): 351-62.

- 17 - Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med*. 2006 Apr 6; 354(14): 1497-506.
- 18 - Sanchez-Fuentes MdM, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2014 Jan; 14(1): 67-75.
- 19 - Sprecher S. Sexual satisfaction in premarital relationships: associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *J Sex Res*. 2002 Aug; 39(3): 190-6.
- 20 - Holy Quran. Yasin Sura. Verse 36.
- 21 - Holy Quran. Rome Sura. Verse 21.
- 22 - Bouhdiba A. *Sexuality in Islam*. London: Routledge; 2008.
- 23 - Imam MA. The Muslim religious right ('fundamentalists') and sexuality. Available at: <http://www.wluml.org/node/277>.
- 24 - Merghati Khoei E. Language of love in culture of silence: Iranian women's sexual understandings and sociocultural context. Ph.D Thesis, School of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of New South Wales, 2006.
- 25 - Anarfi JK, Owusu AY. The making of a sexual being in Ghana: the state, religion and the influence of society as agents of sexual socialization. *Sexuality & Culture*. 2011 Mar; 15(1): 1-18.
- 26 - Parker RG, Aggleton P. *Culture, society and sexuality: a reader*. London: Routledge; 2007.
- 27 - Bellamy G, Gott M, Hinchliff Sh, Nicolson P. Contemporary women's understandings of female sexuality: findings from an in-depth interview study. *J Sex Marital Ther*. 2011; 26(1): 84-95.
- 28 - Malek Afzali H, Jandaghi J, Robab Allameh M, Zare M. [Study of educational needs of 12-14 years old girls about adolescent health and determines appropriate and effective strategies for adolescent health education]. *Koomesh*. 2000; 1(2): 39-47. (Persian)
- 29 - Refaei Shirpak K, Eftekhari Ardebili H, Mohammad K, Maticka-Tyndale E, Chinichian M, Ramezankhani A, et al. Developing and testing a sex education program for the female clients of health centers in Iran. *Sex Edu*. 2007; 7(4): 333-49.
- 30 - Shtarkshall RA, Santelli JS, Hirsch JS. Sex education and sexual socialization: roles for educators and parents. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007 Jun; 39(2): 116-9.
- 31 - Collins C, Alagiri P, Summers T, Morin SF. Abstinence Only vs. Comprehensive sex education: what are the arguments? what is the evidence?. Available at: <http://www2.gsu.edu/~wwwche/Sex%20ed%20class/abstinence.pdf>. Accessed July 2011.
- 32 - Mutalip SM, Mohamed R. Sexual education in Malaysia: accepted or rejected?. *Iranian J Publ Health*. 2012; 41(7): 34-39.
- 33 - Griffiths C. *The sexual health of young British Pakistanis in London: social and cultural influences*. Doctoral Thesis, University College London, 2015.
- 34 - Al-Zahrani A. *Women's sexual health care in Saudi Arabia: a focused ethnographic study*. Ph.D Thesis, School of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Sheffield, 2011.

Exploring the factors affecting Iranian women's quality of sexual life

Minoor Lamyian* (Ph.D) - Fatemeh Zarei** (Ph.D) - Ali Montazeri*** (Ph.D) - Ebrahim Hajizadeh**** (Ph.D) - Raziye Maasoumi***** (Ph.D).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Apr. 2016
Accepted: Jul. 2016

Corresponding author:
Raziye Maasoumi
e-mail:
r_masoumi@sina.tums
.ac.ir

Background & Aim: Females' quality of sexual life is one of the key issues of sexual and reproductive health. This is a subjective concept and defined as individual's perception of sexual aspect of life. The aim of this study was to explore the factors affecting Iranian women's quality of sexual life.

Methods & Materials: This qualitative study was conducted by conventional content analysis. Data were collected by 17 in-depth, unstructured interviews and 14 sexual life narratives through purposeful sampling among married and reproductive aged women from five university-affiliated health centers in Tehran and Shiraz. Constant comparative method was used to analyze data.

Results: According to the participants' experiences, 3 themes emerged as direct factors affecting the quality of sexual life including 'preparation before sexual relationship', 'couple's interaction and harmony in sexual relationship' and 'previous sexual relationship outcomes'. 'Marital life status' and 'passive sexual socialization' were explored as the factors which can conceptualize the context of females' quality of sexual life.

Conclusion: In this study, factors affecting females' quality of sexual life were identified. Attention to these factors is suggested to design appropriate interventions by health care system in Iran.

Key words: quality of sexual life, women, qualitative content analysis

Please cite this article as:

- Lamyian M, Zarei F, Montazeri A, Hajizadeh E, Maasoumi R. [Exploring the factors affecting Iranian women's quality of sexual life]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(2): 185-200. (Persian)

* Associate Professor, Dept. of Reproductive Health and Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

** Assistant Professor, Dept. of Health Education and Promotion, School of Public Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

*** Professor, Iranian Institute for Health Sciences Research (IHRSR), Tehran, Iran

**** Professor, Dept. of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

***** Nursing and Midwifery Care Research Center, Assistant Professor, Dept. of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran