

درک زنان از جامعه‌پذیری جنسی در ایران: یک مطالعه کیفی

راضیه معصومی^۱، می‌نور لمیعیان^۲، فریده خلیج آبادی فراهانی^۳، علی منتظری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رفتار و عملکرد جنسی علاوه بر تأثیرپذیری از عوامل بیولوژیکی به رویکرد اجتماع در مسایل جنسی نیز بستگی دارد. پژوهش حاضر با هدف تبیین درک زنان متأهل ایرانی از ساختار اجتماعی حاکم بر امور جنسی انجام گرفت.

روش: این پژوهش با رویکرد تفسیری تحقیق کیفی و به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. داده‌ها از طریق ۱۷ مصاحبه فردی بدون ساختار و ۱۴ روایت زندگی جنسی با نمونه‌گیری هدفمند از میان زنان متأهل مراجعه کننده به ۵ مرکز بهداشتی-درمانی و یک کانون سلامت در شهر تهران و شیراز جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها مستمر و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها و به صورت مقایسه‌ای مداوم انجام گرفت.

یافته‌ها: در طی فرایند تحلیل محتوا، مشارکت کنندگان دو طبقه نهایی شامل «محافظه‌کاری والدین در امور جنسی مرتبط با فرزند» و «سیستم‌های منفعل حمایتی جامعه» را تبیین کردند. درون‌مایه اصلی این پژوهش شامل «جامعه‌پذیری جنسی انفعالی» از طبقات مذکور به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دهنده نیاز به ایجاد هوشیاری اولیه در سطح متولیان سلامت نسبت به لزوم تغییر الگوی جامعه‌پذیری حاضر نسبت به مسایل جنسی می‌باشد. رویکرد محافظه‌کارانه و انفعالی نه تنها به معضلات این حوزه کمک نخواهد کرد، بلکه با احتمال آسیب‌های بیشتر همراه خواهد بود. با درک مبانی کلی الگوی ساختارگرایی اجتماعی، آموزش جنسی در قالب برنامه‌های آموزشی مدون اختصاصی سنی و ارایه خدمات تخصصی جهت پاسخ به نیازهای سلامت جنسی از سوی سیستم بهداشتی-درمانی متناسب با ایدئولوژی اسلامی و هنجارهای عرفی و با رعایت اصول تربیتی-اخلاقی پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: امور جنسی، تحلیل محتوا، زنان، خانواده، ساختار اجتماعی

ارجاع: معصومی راضیه، لمیعیان می‌نور، خلیج آبادی فراهانی فریده، منتظری علی. درک زنان از جامعه‌پذیری جنسی در ایران: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۳): ۲۳۳-۲۲۱.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۳۰

مقدمه

تکوین هویت و نقش جنسی، کسب مهارت و دانش جنسی و سرانجام شکل‌گیری نگرش جنسی اطلاق می‌گردد (۴). خانواده و جامعه دو نهاد اصلی و بالقوه مؤثر در چگونگی طی کردن این فرایند توسط افراد جامعه می‌باشند و محدوده این فرایند از خانواده‌ای به خانواده دیگر و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است؛ به گونه‌ای که در برخی فرهنگ‌ها رویکرد

رفتار و عملکرد جنسی در انسان تظاهر نهایی مسایل بیولوژیکی و تغییرات فیزیولوژیکی است، اما نگاه ژرف‌بینانه به این تظاهر نشان می‌دهد که این رفتار محصول فرایند پیچیده‌تر و عمیق‌تری به نام جامعه‌پذیری جنسی (Sexual socialization) نیز می‌باشد (۱-۳). این فرایند به

۱- دانشجوی دکتری، گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه جمعیت، بهداشت و تنظیم خانواده، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، تهران، ایران

۴- استاد، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

Email: Lamyianm@modares.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: دکتر می‌نور لمیعیان

اما از سال ۱۳۷۸ تاکنون این میزان دارای سیر صعودی بوده است؛ به طوری که میزان طلاق در ۹ ماهه ابتدایی سال ۱۳۸۶ معادل ۱۱/۲ درصد بوده است (۱۸). به گزارش دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت سازمان ثبت احوال کشور، ۱۲۱۰۰۱ مورد طلاق در سال ۱۳۹۱ به ثبت رسیده است که بیانگر تشکیل خانواده‌هایی با ثبات پایین می‌باشد (۱۹). مطالعه فروتن و جدید میلانی در زمینه بررسی ارتباط میان اختلال در روابط جنسی و وقوع طلاق، نشان دهنده پایین بودن میزان رضایتمندی از زندگی جنسی متقاضیان طلاق بود (۲۰). از این‌رو رضایتمندی جنسی عامل مهمی در موفقیت زندگی زناشویی می‌باشد. در مطالعه غدیری و فروتن نیز عدم رضای غریزه جنسی زوج به عنوان یکی از عوامل عدم سازگاری زناشویی مطرح گردید (۲۱).

همان گونه که اشاره شد، رفتار و عملکرد جنسی افراد به ویژه زنان با چگونگی کسب جامعه‌پذیری جنسی ارتباط دارد (۳، ۱). جامعه‌پذیری جنسی از جمله مفاهیم ذهنی و مبتنی بر زمینه (Context-based) می‌باشد و مناسبات فرهنگی-اجتماعی و نیز چارچوب ارزشی و باورهای حاکم بر هر جامعه‌ای بر این مفهوم سیطره دارد؛ به گونه‌ای که این مفهوم در هر جامعه‌ای با توجه به زمینه خاص خود باید مورد بررسی قرار گیرد (۴، ۶). این ویژگی گواهی بر هم‌سویی بررسی این مفهوم با جهان‌بینی روش تحقیق کیفی است. همچنین، از آنجایی که تاکنون مطالعه جامعی در این زمینه و با رویکرد کیفی انجام نگرفته است و نیز با توجه به نقش تبیین درک و تجربیات زنان به شناخت هر چه بیشتر این پدیده، تبیین وضعیت موجود، تعیین زیرساخت‌های مورد نیاز و نیز فراهم نمودن بستری جهت یافتن راهکارهای مناسب برای حل معضلات این حوزه به ویژه در قلمرو اجتماعی، این پژوهش با هدف تبیین درک زنان از ساختار اجتماعی حاکم بر امور جنسی در ایران طراحی و اجرا گردید.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تفسیری و به روش تحلیل محتوای قراردادی بود. در این روش تحقیق،

حاکم بر امور جنسی به طور کامل آشکار و در برخی دیگر این مسایل پوشیده، غیر واضح و حتی دور از دسترس قرار دارد (۵). اتخاذ هر یک از این رویکردها در امور جنسی به تعاملات میان متغیرهای اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مذهبی در هر جامعه برمی‌گردد و در نهایت مسیر عملکردی نهادهای مؤثر در این حوزه مشخص می‌شود (۶). در ایران به عنوان یکی از جوامع سنتی-مذهبی، رویکرد مرتبط با امور جنسی مسیر روشنی را جهت جامعه‌پذیری جنسی افراد تبیین نمی‌کند و امور جنسی همواره در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. این در حالی است که ایدئولوژی اسلامی در این زمینه از دانش غنی و راهکارهای مناسبی برخوردار است (۷).

تأمل در مقاطع مختلف زندگی زنان از جمله فرایند بلوغ، سنین باروری، دوران بارداری و یائسگی نشان می‌دهد که تأمین سلامت جنسی زنان نسبت به مردان از اولویت بیشتری برخوردار است (۸، ۹). از سوی دیگر، اختلالات جنسی زنان را بیش از مردان دچار آسیب می‌کند. نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام گرفته در زنان آمریکایی، شیوع این‌گونه اختلالات را ۳۰-۶۵ درصد ذکر کرده است (۱۰). در ایران شیوع دقیقی از میزان اختلالات جنسی در دسترس نیست، اما یافته‌های حاصل از مطالعات انجام شده بیانگر شیوع ۲۶-۵۱ درصدی این اختلالات در زنان می‌باشد (۱۵-۱۱). عموماً اختلال در عملکرد جنسی تشخیص داده نمی‌شود و از این‌رو درمان نشده نیز باقی می‌ماند و این شرایط بر سطح کیفیت زندگی زوج اثرات بسیار نامطلوبی دارد؛ به گونه‌ای که مسؤول بروز برخی از آشفتگی‌ها و اختلالات با منشأ سایکوپاتولوژیک از جمله بروز افسردگی، احساس ناکامی و بی‌ارزشی و در موارد شدید تمایل به خودکشی می‌باشد (۱۶). تحقیقات نشان می‌دهند که اختلالات جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرایم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و از هم گسستن کانون خانواده و بروز طلاق دارد (۱۷).

مطابق آمار ارایه شده، میزان طلاق سالانه در ایران در حال افزایش است. آمارها نشان دهنده افزایش میزان طلاق طی سال‌های ۸۱-۱۳۶۵ در کشور است. اگرچه در طی سال‌های ۷۷-۱۳۷۰ این میزان به تدریج کاهش یافته است،

تفسیر ذهنی از محتوای داده‌های متنی انجام گرفت، معانی به صورت عینی و نظام‌مند تفسیر شده و با استفاده از فرایند طبقه‌بندی منظم، درون‌مایه یا الگوهای پنهان و آشکار در متن مورد شناسایی قرار گرفتند (۲۲). انواع تحلیل محتوا شامل قراردادی، جهت‌دار و تجمعی است (۲۳) که در این پژوهش از تحلیل محتوای قراردادی با هدف تبیین درک زنان متأهل از ساختار اجتماعی حاکم بر امور جنسی استفاده گردید. در این پژوهش مراکز بهداشتی- درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی، کلینیک‌های سلامت خانواده، کانون‌ها و فرهنگ‌سراهای وابسته به شهرداری‌های شهر تهران و شیراز به عنوان عرصه مطالعه در نظر گرفته شد 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 گردید. پژوهشگر در مراکز ذکر شده حضور یافته و پس از برقراری ارتباط اولیه با معرفی خود و توضیح هدف و اهمیت پژوهش برای مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی- درمانی و نیز شرکت کنندگان در کلاس‌های آموزشی و هنری کانون سلامت، به جلب اعتماد افرادی که مایل به شرکت در مطالعه بودند، پرداخت و سپس هماهنگی لازم جهت زمان و مکان مصاحبه انجام می‌شد. مشارکت کنندگان این پژوهش را زنان ایرانی الاصل با توانایی گفتگو به زبان فارسی، ساکن در شهر تهران و شیراز، با سابقه حداقل یک بار ازدواج، فعال از نظر عملکرد جنسی، فاقد هر گونه بیماری مزمن ناتوان کننده و علاقمند به شرکت در پژوهش با داشتن توانایی برقراری ارتباط و بیان تجارب زندگی جنسی خود تشکیل دادند. محیط پژوهش به انتخاب و رضایت مشارکت کنندگان تعیین گردید و قبل از انجام مصاحبه، رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی از کلیه مشارکت کنندگان اخذ گردید و پژوهشگر التزام خود را به رعایت کلیه اصول اخلاقی در پژوهش مانند رازداری، حفظ بی‌نامی و اجازه ترک مطالعه و قطع مصاحبه در صورت تمایل را دوباره به مشارکت کنندگان یادآور شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند

آغاز گردید و تا سطح اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌های این مطالعه حاصل ۱۷ مصاحبه عمیق فردی بدون ساختار و ۱۴ روایت زندگی جنسی (Sexual life narrative) بود. دلیل استفاده از روش روایت‌نویسی، حساسیت موضوع مورد پژوهش برای برخی از مشارکت کنندگان بود که از سویی تمایل به انجام مصاحبه به صورت شفاهی نداشتند، اما از سوی دیگر برای شرکت در مطالعه مایل بودند. از این‌رو این مشارکت کنندگان تجارب خود را در زمینه زندگی جنسی در قالب روایت نوشتاری در اختیار پژوهشگر قرار دادند. از مصاحبه ۱۴ و از روایت ۱۲ به بعد داده جدیدی حاصل نشد که منجر به ایجاد کد جدید گردد و کدهای قبلی تکرار می‌گردید، اما با این حال جهت اطمینان بیشتر ۳ مصاحبه و ۲ روایت دیگر نیز انجام گرفت که به شکل‌گیری کد و طبقات جدید منجر نشد.

مصاحبه با یک سؤال کلی و باز «ممکن است از تجربه زندگی متأهل‌یتان برایم بگویید؟» آغاز شد و سپس بر مبنای چگونگی پاسخگویی مشارکت کننده به این سؤال و اشاره به نقش والدین و جامعه در ایجاد آمادگی و آموزش مسایل جنسی، روند پرسش و پاسخ با سؤالاتی مانند «چرا والدین شما در این زمینه آموزش ندادند؟» یا «دوباره تجربه خود از وضعیت جامعه در زمینه مسایل جنسی بیشتر توضیح دهید؟» در راستای اهداف پژوهش ادامه یافت.

طول مدت مصاحبه با توجه به تمایل مشارکت کننده برای پاسخگویی به سؤالات تنظیم می‌گردید و به طور متوسط ۶۰ دقیقه و بین ۳۰ تا ۱۲۰ دقیقه متفاوت بود. برای هر مشارکت کننده یک جلسه مصاحبه برگزار گردید. پس از اتمام هر جلسه، مصاحبه در همان روز به صورت کلمه به کلمه از نوار پیاده‌سازی و تایپ شد. به منظور ایجاد حس کلی از مصاحبه و نیز غوطه‌وری پژوهشگر در داده‌ها، مصاحبه چندین بار گوش داده شد، متن پیاده شده نیز چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفت و سپس کدگذاری انجام شد. فرایند تجزیه و تحلیل به صورت هم‌زمان و مستمر با جمع‌آوری داده‌ها و بر مبنای الگوریتم پیشنهادی Graneheim و Lundman در تحلیل محتوای کیفی انجام شد (۲۴)؛ بدین

طبقه اصلی شامل محافظه‌کاری جنسی والدین و سیستم‌های منفعل حمایتی جامعه و درون‌مایه اصلی مطالعه شامل جامعه‌پذیری جنسی انفعالی به دست آمد (جدول ۲).

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت کنندگان در پژوهش

سن (سال)	۲۱-۵۳
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 دکتری
وضعیت اشتغال	۸ نفر شاغل، ۲۳ نفر خانه‌دار
وضعیت 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

طبقه اول: محافظه‌کاری والدین در امور جنسی مرتبط با فرزند

این طبقه از سه زیرطبقه سکوت والدین در نقش‌پذیری جنسی فرزند، کتمان مشکلات جنسی فرزند در رابطه زناشویی و ننگ بودن بحث پیرامون مسایل جنسی استخراج گردید.

سکوت والدین در نقش‌پذیری جنسی فرزند

در بیان مشارکت کنندگان انفعال والدین در شکل‌گیری نقش جنسی فرزند به صورت سکوت و عدم پرداختن به مسایل جنسی و عدم آرایه آموزش جنسی در سنین نوجوانی و حتی در زمان ازدواج مشخص گردید. در این رابطه مشارکت کننده ۱۴ خانم ۵۳ ساله، با تحصیلات پنجم ابتدایی می‌گوید:

«من ۱۳ سالم بود که ازدواج کردم، هیچی از بلوغ خودمم نمی‌دونستم چه برسه به روابط زناشویی. مادرم هیچی به من نگفت... واقعاً چشم و گوش بسته من رو راهی خونه شوهر کردند. همیشه یه سکوت سنگینی حاکم بود درباره این مسایل توی خونه، انگار که اصلاً نباید درباره این چیزا صحبتی بشه یا کسی سؤال بپرسه».

نکته قابل تأمل این‌که در خانواده‌های ایرانی به علت نگرش به نسبت ترجیحی فرزند پسر نسبت به دختر، تفکیک‌پذیری نقش جنسیتی به خوبی اعمال می‌گردد و عموماً والدین در بعد پذیرش نقش جنسیتی فرزندان عملکرد مطلوبی دارند، اما مکمل این نقش‌پذیری که آشنایی و پذیرش مثبت نقش جنسی می‌باشد اغلب مغفول می‌ماند.

صورت که در ابتدا داده‌ها با تایپ متن مصاحبه آماده شده، کلمات، جملات و یا پاراگراف‌هایی از گفته‌های مشارکت کنندگان که حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بودند به عنوان واحدهای معنایی انتخاب شدند. سپس کدگذاری (تبدیل واحدهای معنایی به عبارات خلاصه‌تری که بیانگر مفهوم مورد نظر بودند) انجام شد و بازنگری کدها جهت تعیین تشابهات و تفاوت‌ها و ادغام کدهای مشابه و تشکیل زیرطبقات انجام گرفت. در مرحله بعد دسته‌بندی زیرطبقات بر اساس تشابه، تناسب و تفاوت انجام شد و طبقات در این مرحله استخراج گردید و در نهایت بازنگری مجدد طبقات، زیرطبقات، کدها و داده‌ها منجر به استخراج درون‌مایه اصلی مطالعه گردید.

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌های کیفی حاصل شده از معیارهای مقبولیت، قابلیت اطمینان- ثبات، قابلیت تأیید و تناسب یا انتقال‌پذیری استفاده گردید (۲۵). برای این منظور درگیری طولانی مدت پژوهشگر با موضوع پژوهش و داده‌ها و نیز مشاهده کدهای استخراج شده و متن مصاحبه‌ها توسط چند تن از مشارکت کنندگان تأییدی بر مقبولیت پژوهش بود. قابلیت اطمینان- ثبات داده‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، ثبت دقیق کلیه مراحل پژوهش و فراهم نمودن موقعیت مشابه برای مشارکت کنندگان توسط پژوهشگر مدنظر قرار گرفت. جهت تأییدپذیری پژوهش، بخش‌هایی از متن مصاحبه‌ها به همراه کدها، زیرطبقات و طبقات استخراج شده مورد ارزیابی ناظرین خارج از تیم تحقیق و آشنا به روش تحقیق کیفی قرار گرفت. همچنین در این مطالعه از روش نمونه‌گیری با حداکثر تنوع که به افزایش انتقال‌پذیری نتایج کمک می‌کند، استفاده گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت کنندگان در این پژوهش در جدول ۱ قابل مشاهده است. در میان مشارکت کنندگان، ۲ نفر دارای اختلال عملکرد جنسی تشخیص داده شده و ۲ نفر دارای همسران با اختلال عملکرد جنسی تشخیص داده شده حضور داشتند. از نتایج حاصل از تحلیل محتوای کیفی دو

جدول ۲. روند شکل‌گیری درون‌مایه اصلی پژوهش

کدها	زیرطبقات	طبقات	درون‌مایه
عدم ایجاد آمادگی در زمینه مسایل جنسی توسط والدین	سکوت والدین در نقش‌پذیری جنسی فرزند		
عدم صحبت پیرامون مسایل جنسی توسط والدین			
عدم تأمین نیازهای آموزش جنسی توسط والدین			
سرپوش گذاشتن بر مشکلات فرزند در روابط زناشویی توسط والدین	کتمان مشکلات جنسی فرزند	محافظه‌کاری والدین	
تمایل به باز نکردن مشکلات فرزند در روابط زناشویی از سوی والدین	توسط والدین	در امور جنسی مرتبط با فرزند	
پنهان‌کاری والدین در زمینه مشکلات فرزند در روابط زناشویی			
بسته بودن فضای خانواده برای بیان مسایل جنسی توسط فرد	نگ بودن صحبت پیرامون مسایل جنسی		
زشت بودن صحبت پیرامون مسایل جنسی از دیدگاه والدین			
ترس از ایجاد برداشت منفی در صورت آغازگر بودن زن در بحث پیرامون مسایل جنسی	فقدان سیستم آموزش جنسی رسمی	جامعه‌پذیری جنسی انفعالی	
فقدان آموزش از طریق مدرسه و دانشگاه			
فقدان آموزش از طریق رسانه جمعی (صدا و سیما)			
فقدان فضای آموزش جنسی متناسب با نیاز جامعه			
استفاده از وب‌سایت‌های اینترنتی جهت کسب اطلاعات جنسی	بهره‌مندی از آموزش جنسی غیر رسمی	سیستم‌های منفعل حمایتی جامعه	
استفاده از فیلم پورنوگرافی جهت کسب اطلاعات جنسی			
استفاده از تجارب اطرافیان جهت کسب اطلاعات جنسی			
درمان تک بعدی (فقط جسمی) مشکلات جنسی	سیستم ناکارآمد بهداشتی-درمانی در زمینه مشکلات جنسی		
فقدان سیستم درمانی تخصصی، همه جانبه و منسجم مشکلات جنسی			
برخورد نامناسب پزشک علت مراجعه فرد با مشکل جنسی			

مشارکت کننده ۷ خانم ۳۶ ساله با تحصیلات سوم راهنمایی در این زمینه می‌گوید:

«این‌که من دخترم و یه دختر باید چه کارهایی رو بکنه و چه کارهایی رو نکنه، چه جور لباس بپوشه و چه طوری رفتار کنه رو مادر و پدرم از همون بچگی به من خوب فهماندند، اما درباره مسایل جنسی اصلاً هیچی به من نگفتند. خیلی خوب می‌شد که مادرم همون جور که بهم فهماند که دختر بودن یعنی چی؟ همون طوری هم مسایل زناشویی رو هم بهم می‌گفت.»

کتمان مشکلات جنسی فرزند توسط والدین

بنا بر بیان مشارکت کنندگان با تجربه اختلال عملکرد جنسی توسط خویش یا همسرانشان، نخستین افرادی که در صورت تمایل زوج از این موضوع مطلع می‌شدند، والدین آنان بودند. هدف از طرح موضوع با والدین، دریافت راهنمایی و آرایه راهکار جهت حل مشکل بود، اما افراد نتیجه‌ای به جز کتمان این موضوع از سوی والدین دریافت نکردند. مشارکت کننده ۲ خانم ۲۳ ساله با تحصیلات لیسانس در ارتباط با این موضوع در روایت زندگی جنسی خویش می‌نویسد:

«چند ماه از ازدواجمون گذشته بود، اما من نتونستم رابطه زناشویی کاملی با همسر داشته باشم. با همسر صحبت کردم و قرار شد من با مادرم مشکل رو در میان بذارم. این کار رو انجام دادم، اما با در میان نداشتنش هیچ فرقی نداشت، چون اصلاً والدینم به روی خودشون هم نیاوردند و حتی قضیه رو تا مدت‌های خیلی زیادی پنهان هم کردند.»

وضعیت مشابه حالت فوق، در مواردی که اختلال عملکرد جنسی در همسر وجود داشت نیز توسط مشارکت کنندگانی که این تجربه را داشتند، بیان گردید. مشارکت کننده ۴ خانم ۴۳ ساله با تحصیلات فوق دیپلم می‌گوید:

«همسر از همان اوایل ازدواج حالت سردی داشت... من این موضوع را با مادر خودم و مادر همسر در میان گذاشتم، اما گفتند اشتباه می‌کنی و نباید این حرف را جای دیگری بزنی. هیچ مشکلی وجود ندارد به مرور زمان همه چیز حل می‌شود. نمی‌دانم چرا همه به دنبال پنهان کردن چنین موضوعاتی هستند به جای این‌که برای حل مشکل کمک کنند.»

نگ بودن بحث پیرامون مسایل جنسی

اکثر مشارکت کنندگان به این موضوع اشاره داشتند که

مطلوب است و این در حالی است که اکثر افراد بدون داشتن اطلاعات مفید در این زمینه وارد زندگی متأهلی شده و کمیت و کیفیت این رابطه را با سعی و خطا درک کرده‌اند. خانواده، مدرسه، دانشگاه، محیط کار و رسانه از جمله صدا و سیما از جمله نهادهایی بودند که افراد برای دریافت اطلاعات با محتوای مناسب و علمی به آن‌ها اشاره نمودند. مشارکت کننده ۲۳ خانم ۲۹ ساله با تحصیلات فوق لیسانس می‌گوید:

«توی خانواده ما که هیچی گفته نشد، توی مدرسه هم همین طور، توی دانشگاه هم باز به همین منوال گذشت. برنامه‌های صدا و سیما هم که همین طور. البته اخیراً به برنامه‌ای می‌ذاره که من با این که خیلی از چیزهایش رو تجربه کردم، اما همیشه وقت می‌ذارم و می‌بینم. کاش برنامه‌های این جور زیادتر بشه تا همه هم مسایل علمی قضیه رو بدونند و هم احکام شرعی‌اش رو. این که این موضوع رو پنهان کنیم دردی از جامعه دوا نمی‌شه، باید آموزش وجود داشته باشه».

مشارکت کننده ۳۱ خانم ۳۵ ساله با تحصیلات سوم راهنمایی در همین ارتباط می‌گوید:

«تا کی قراره این موضوع رو مخفی کرد و حرفی ازش نزد تا این که خود فرد تجربه کنه، تازه وقتی هم که تجربه کرد چون هیچی نمی‌دونه اصلاً متوجه نمی‌شه که اون تجربه درسته یا غلط و یا مطلوبه یا نامطلوب. این به نیاز طبیعی که خدا توی وجود همه گذاشته. برای این که در مسیر صحیح خودش قرار بگیره فرد باید به اطلاعات در این زمینه مجهز بشه. برای این که چه اطلاعاتی داده بشه، کی داده بشه و چه جوری داده بشه باید حتماً به فکری بکنیم».

بهره‌مندی از آموزش جنسی غیر رسمی

اکثر مشارکت کنندگان به استفاده از روش‌های غیر مرسوم جهت آموزش جنسی اشاره کردند. در واقع، افراد خلأ موجود در آموزش‌های رسمی را با استفاده از این منابع پر می‌کنند. مشارکت کنندگان با سطوح تحصیلی پایین مشاهده فیلم پورنوگرافی به ویژه با ترغیب همسر و مشارکت کنندگان با سطوح تحصیلی بالاتر استفاده از وبسایت‌های اینترنتی را رایج‌ترین روش آموزش جنسی ذکر کردند. ضعف عمده این

صحبت کردن پیرامون مسایل جنسی نوعی ننگ محسوب می‌شود. اگر فردی در این باره زیاد به سؤال و جواب بپردازد، به گونه‌ای دیگری به او نگریسته می‌شود و تصور سایرین نسبت به او تغییر می‌کند. در واقع حیا و نجابت وی زیر سؤال می‌رود. به همین دلیل است که بسیاری از والدین درباره مسایل جنسی سکوت اتخاذ می‌کنند و در زمینه نقش جنسی آموزشی به فرزند ارایه نمی‌گردد. مشارکت کننده ۱۲ خانم ۲۵ ساله با تحصیلات سوم راهنمایی می‌گوید:

«توی خانواده من به گارد خیلی عجیب و محکمی نسبت به مسایل جنسی وجود داشت، والدینم به خصوص مادرم فضا رو جوری می‌کرد که ما اصلاً جرات نمی‌کردیم چیزی بپرسیم. یادمه مادرم همیشه می‌گفت دختر باید با حیا و نجیب باشه. اگه کسی به جایی به چیزی می‌گفت که ما هم می‌شنیدیم مادرم سعی می‌کرد اون حرف‌ها رو به چیزهای دیگه نسبت بده. این چیزا رو بد می‌دونست».

همچنین مشارکت کننده ۱۶ خانم ۳۹ ساله با تحصیلات دیپلم در همین ارتباط می‌گوید:

«من بعد از ازدوایم اوباش مشکلات زیادی رو توی رابطه زناشویییم تحمل کردم که همه‌اش هم از ندونستن بود. یه روز بالاخره به مادرم گفتم و ازش گله کردم که چرا درباره مسایل زناشویی به من هیچی یاد ندادید؟ مادرم جواب داد: دختر قبل از ازدواجش نباید این چیزها رو بدونه».

با توجه به معنای درونی زیرطبقات سکوت والدین در نقش‌پذیری جنسی فرزند، کتمان مشکلات جنسی فرزند در رابطه زناشویی و ننگ بودن بحث پیرامون مسایل جنسی طبقه محافظه‌کاری جنسی والدین شکل گرفت.

طبقه دوم: سیستم‌های منفعل حمایتی جامعه

این طبقه از سه زیرطبقه فقدان آموزش جنسی رسمی، بهره‌مندی از آموزش جنسی غیر رسمی و سیستم ارایه خدمت ناکارآمد استخراج گردید.

فقدان آموزش جنسی رسمی

همه مشارکت کنندگان به این موضوع اذعان داشتند که داشتن اطلاعات مرتبط یکی از اصول برقراری رابطه زناشویی

این زمینه می‌گوید:

«وایل ازدواجم هیچ چی از رابطه زناشویی نمی‌فهمیدم. خیلی ناراحت و عصبی شده بودم. به یه دکتر مراجعه کردم. وقتی مشکلم رو گفتم، خندید و گفت خانم این که مشکل نیست که شما به خاطرش اومدید دکتر! به مرور زمان همه چی درست می‌شه. پیش یکی دو تا دکتر دیگه هم رفتم که اون‌ها هم فایده نداشت. آخر هم خودم شروع کردم به جستجوی اطلاعات از کتاب، اینترنت، متأسفانه فیلم و صحبت با چند نفر از دوستان و آشنایان. تازه بعد از این همه گشتن متوجه شدم باید چه کار کنم! خوب این اطلاعات رو اون افرادی که توی سیستم بهداشتی و درمانی هستند خیلی خوب می‌تونند به افرادی مثل من بدهند، اما عملاً این طوری نیست».

مشارکت کننده ۶ خانم ۲۵ ساله با تحصیلات لیسانس در روایت زندگی جنسی خود در این زمینه می‌نویسد:

«من حدود ۷ ساله که واژینیسموس دارم، سال‌هاست که از این دکتر به اون دکتر می‌رم، اما هنوز کامل خوب نشدم. هیچ مرکز درست و حسابی نیست که آدم به امید بهبود این نوع مشکلات بهش مراجعه کنه. مشکلات زناشویی واقعاً مشکلات سختی هستند، زندگی رو تا مرز طلاق پیش می‌برند. همون جوری که صد تا متخصص و فوق تخصص توی همه رشته‌ها داریم ای کاش توی این زمینه هم افرادی باشند که بتونند کمک بکنند».

در این قسمت از یافته‌ها نیز با توجه به معنای درونی زیرطبقات فقدان آموزش جنسی رسمی، بهره‌مندی از آموزش جنسی غیر رسمی و سیستم ارایه خدمت ناکارآمد، طبقه سیستم‌های منفعل حمایتی جامعه حاصل شد.

بحث

یافته‌های این پژوهش بیانگر درون‌مایه و مفاهیمی بود که از درک زنان متأهل در زمینه امور جنسی در بستر خانواده و جامعه ایرانی نشأت گرفته است. تحلیل درک زنان متأهل مشخص کرد که آن‌ها خانواده و ساختار جامعه را دو عامل اصلی در فرایند جامعه‌پذیری جنسی خویش دانسته و فقدان آموزش و ارایه اطلاعات در زمینه مسایل جنسی از سوی این

گونه روش‌ها ادغام اطلاعات نادرست و درست با یکدیگر و ایجاد نگرش و باورهای غلط در زمینه روابط زناشویی در افراد می‌باشد که تصحیح آن بسیار سخت خواهد بود. اکثر مشارکت کنندگان استفاده از روش‌های غیر مرسوم را تنها چاره جایگزین برای رفع نیازهای آموزشی خود در زمینه مسایل جنسی ذکر کردند. به گفته آن‌ها، وقتی نیاز به اطلاعات در این زمینه از هیچ منبع موثقی در جامعه تأمین نمی‌گردد افراد ناگزیر به کنکاش و جستجوی اطلاعات از مسیرهای دیگر می‌پردازند. مشارکت کننده ۲۸ خانم ۳۰ ساله با تحصیلات پنجم ابتدایی در روایت زندگی جنسی خود این گونه می‌نویسد:

«من از چگونگی برقراری رابطه جنسی هیچ اطلاعی نداشتیم، بعد از عقد به اصرار همسرم یکی دو بار فیلم دیدم. خیلی بد بود، هیچ رابطه انسانی و عاطفی در این جور فیلم‌ها وجود ندارد و فقط عملکرد جسمی است. حتی بعدها متوجه شدم که بعضی از انواع روابطی که در این فیلم‌ها دیده می‌شود از نظر شرعی اشکال دارد. چاره‌ای نبود دیگه، تنها چیزی که در دسترس من بود، فقط فیلم بود».

همچنین مشارکت کننده ۵ خانم ۲۸ ساله با تحصیلات فوق لیسانس در این ارتباط می‌گوید:

«من بیشتر اطلاعاتم رو از اینترنت گرفتم، البته همون هم خیلی دسترسی بهش راحت نیست. اکثر سایت‌ها فیلتر هستند. من به درست یا غلط بودن این موضوع کاری ندارم، اما حداقل اگر فیلتر می‌شه لااقل جایگزین براش گذاشته بشه. من به عنوان کسی که می‌خوام ازدواج کنم و این نیاز طبیعی رو از راه صحیحش ارضا کنم از کجا باید اطلاعات لازم رو کسب کنم؟ کدام منبع موثق علمی رو جایگزین کردیم؟».

سیستم ناکارآمد بهداشتی-درمانی در زمینه مشکلات جنسی

اکثر مشارکت کنندگان در این پژوهش به فقدان سیستم تخصصی مشاوره‌ای و بالینی برای مسایل جنسی و مشکلات زناشویی اشاره کردند. این موضوع یکی از نقاط ضعف سیستم بهداشتی-درمانی کشور می‌باشد که نیازمند تربیت و بهره‌گیری از افراد متخصص در سلامت جنسی می‌باشد. مشارکت کننده ۱۰ خانم ۲۲ ساله با تحصیلات لیسانس در

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 است از جمله دغدغه‌های اصلی زنان و دختران در هر مقطع سنی است (۲۸-۲۶).

با 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 نکرده بلکه به دنبال استفاده از منابع آموزشی نامناسب مانند سایت‌های اینترنتی و فیلم‌های پورنوگرافی، باور و نگرش جنسی غلط در افراد شکل گرفته و تثبیت می‌شود (۲۷). این در حالی است که اگر آموزش در زمان و با محتوای مناسب ارایه گردد علاوه بر پیشگیری از پیامدهای منفی مانند بروز حاملگی ناخواسته، ابتلا به بیماری‌های مقاربتی، سوء 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 (۲۹، ۲۷). آن‌چه در این میان قابل تأمل است نگاه خانواده و جامعه به مسایل جنسی است. باورهای غلط، عدم آگاهی و عدم مهارت کافی والدین برای طرح این موضوعات با فرزندان در هر رده و مقطع سنی یکی از مهم‌ترین چالش‌های آموزشی جامعه ایران است. از سویی، جامعه نیز با فقدان استراتژی واضح در این زمینه به وسعت چالش موجود افزوده است. این چالش خانواده را در مقیاس کوچک به اتخاذ رویکرد محافظه‌کارانه و جامعه را در مقیاس بزرگ به برخورد انفعالی با امور جنسی واداشته است. تبعات این نوع تدابیر وقتی خود را نشان می‌دهد که فرد پس از ازدواج در موقعیت واقعی بروز رفتار جنسی قرار گرفته و دچار سردرگمی و ابهام می‌گردد. این در حالی است که انتظارات شرعی مانند تمکین خاص نیز بعد از ازدواج به موقعیت توصیف شده اضافه می‌گردد و زنان در چنین وضعیت پیچیده‌ای تجارب منفی را از رابطه زناشویی درک می‌کنند که این امر بر روابط بعدی و نیز کیفیت عمومی زندگیشان تأثیر بسزایی خواهد داشت.

نتایج حاصل از مطالعه رفایی شیرپاک و همکاران در

زمینه نیازسنجی بهداشت جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر تهران حاکی از فقدان منابع آموزش جنسی معتبر و روی آوردن افراد به محصولات ماهواره‌ای و پورنوگرافیک اینترنتی جهت تأمین نیازهای آموزش جنسی خویش بود (۳۰) که تأییدی بر یافته‌های ما در زمینه فقدان آموزش رسمی جنسی و بهره‌مندی از آموزش جنسی غیر رسمی می‌باشد. مطالعه مروری بهرامی و همکاران در حوزه نوجوانان ایرانی به شناسایی چالش‌های فقدان آموزش جنسی، جامعه و مسایل نوجوانان، پیامدهای رفتار جنسی در نوجوانان و اعتقادات مذهبی و مسایل جنسی منجر گردید (۳۱) که همسو با وضعیت توصیف شده از جامعه زنان در پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین مطالعه لطیف‌نژاد و همکاران نیز مهم‌ترین دلایل آموزش جنسی به دختران نوجوان را فقدان دانش و نگرش صحیح جنسی، بدآموزی، وجود منابع نادرست آگاهی جنسی، تحولات فرهنگی- اجتماعی، افزایش معضلات سلامت جنسی در نوجوانان و دیدگاه اثباتی مذهب بیان می‌کند و بر ضرورت این امر تأکید می‌ورزد (۳۲) که مشابه نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. نتایج مطالعه فرمehینی فراهانی در زمینه محتوای مناسب برای تربیت جنسی نوجوانان نشان داد که والدین، معلمان و دانش‌آموزان بر ضرورت این نوع آموزش توافق داشته و از دیدگاه آن‌ها روش برتر جهت آموزش جنسی، سخنرانی از طریق متخصصین مربوطه است که این ترجیح نشان دهنده عدم تمایل اولیا و مربیان مدرسه جهت پذیرش مسؤولیت مستقیم آموزش جنسی به نوجوانان می‌باشد (۳۳). این موضوع با یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در زمینه محافظه‌کاری والدین در امور جنسی مرتبط با فرزند همسو می‌باشد. در واقع والدین به گفتگو و آموزش مستقیم به فرزندان خویش در مسایل جنسی تمایل چندانی نداشته و ترجیح می‌دهند این نقش توسط شخص سوم ایفا گردد. یکی از دلایل این عدم تمایل را می‌توان بافت فرهنگی حاکم بر مسایل جنسی در جامعه و نیز نحوه جامعه‌پذیری جنسی خود والدین دانست. این در حالی است که رویکرد پیشین جامعه‌پذیری جنسی در ایران بنا به شرایط زمانی کنونی و

گسترش ارتباطات و تکنولوژی چندان کارآمد نیست و بنابراین امروزه نیاز به نقش فعال‌تر والدین در این زمینه بیشتر احساس می‌شود.

نکته قابل تأمل دیگر این است که حساسیت به مسایل جنسی تنها مخصوص کشور ما نیست، بلکه در برخی کشورها که از نظر فرهنگی، عرفی و ایدئولوژی دارای زمینه‌های مشابه کشور ما هستند نیز این موضوع قابل مشاهده است. نتایج مطالعه Anarfi و Owusu در کشور غنا تأییدی بر این یافته می‌باشد. در این مطالعه، عموم فرهنگ‌های آفریقایی حساس به موضوعات جنسی معرفی شده و نقش خانواده، دولت و مذهب به عنوان سه نهاد مؤثر در فرایند جامعه‌پذیری جنسی مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین به سکوت حاکم بر مسایل جنسی اشاره گردیده و لازمه فرایند مطلوب اجتماعی شدن جنسی شکستن سکوت حاکم بر جامعه در این زمینه معرفی گردید (۳۴). Parker نیز در مطالعه خود به این نوع سکوت در حوزه مسایل جنسی اشاره نموده است و آن را برگرفته از سیطره الگوی ساختارگرایی اجتماعی بر افراد یک جامعه می‌پندارد (۳۵). بر اساس این الگو که نخستین بار توسط Berger و Luckmann مطرح گردید واقعیت یک برساخت اجتماعی می‌باشد که دارای تأثیر بالقوه بر تجارب فردی است (۳۶). این الگو توسط Foucault به صورت نظام‌مند وارد حوزه مسایل جنسی مرتبط با انسان گردید و از این زاویه، کلیه مسایل جنسی بر اساس استانداردهای فرهنگی- اجتماعی که منعکس کننده معیارهای فرهنگی و ساختار اجتماعی هر جامعه‌ای می‌باشد، تعریف می‌گردد (۳۷). از دیدگاه Parker این مسأله حتی در رویکرد پژوهش‌های انجام گرفته در طی سه دهه اخیر در زمینه مسایل جنسی نیز خود را به خوبی نشان می‌دهد؛ به گونه‌ای که امروزه نقش فرهنگ و ساختار اجتماعی در ایجاد نگرش و باورهای جنسی افراد پررنگ‌تر از سابق می‌باشد (۳۵). مطالعه Bellamy و همکاران نیز که با هدف بررسی درک زنان امروزی از زنانگی خویش در انگلستان انجام گرفت نشان داد ادراک افراد در این زمینه به طور وسیعی متأثر از ایدئولوژی و فرهنگ بستر پرورشی ایشان می‌باشد (۳۸).

پس از تبیین وضعیت فعلی بر اساس نتایج این پژوهش و با تأمل در شاخصه‌های جامعه ایران از جمله برخورداری از ایدئولوژی قوی و غنی اسلامی، باید به این سؤال اساسی پاسخ داده شود که چگونه می‌توان ابهام ناشی از ساختار اجتماعی حاکم بر مسایل جنسی در جامعه را رفع نمود؟ به نظر می‌رسد استفاده کاربردی از اصول مسایل جنسی از دیدگاه اسلام بتواند راه‌حل مناسبی در این زمینه باشد. مطالعه نصیری و جعفری (۳۹) و کجباف (۴۰) در زمینه مبانی و اصول تربیتی در روابط زن و شوهر از منظر قرآن و حدیث نشان می‌دهد که اسلام به عنوان کامل‌ترین دین آسمانی از این مسأله فروگذار نکرده است و اصول جامعی را برای این موضوع ارائه می‌دهد. همچنین مطالعه امیری (۴۱) و معارفی (۴۲) نیز در زمینه سلامت و حقوق جنسی زوج از دیدگاه اسلام تأییدی بر این موضوع می‌باشد. بنابراین با توجه به نقش بالقوه مذهب در زندگی فردی و اجتماعی افراد در جامعه ایران، می‌توان از این منظر به اصول تربیتی و جامعه‌پذیری جنسی پرداخته و ابهام موجود در زمینه چگونگی عملکرد والدین و نهادهای اجتماعی را در مواجهه با مسایل جنسی رفع نمود. برای این منظور، آموزش جنسی در قالب برنامه‌های آموزشی مدون و اختصاصی سنی با پابندی به ایدئولوژی اسلامی، رعایت اصول تربیتی- اخلاقی و هنجارهای عرفی پیشنهاد می‌گردد. همچنین ارتقای کیفیت آموزش جنسی در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج با شفاف‌سازی بیشتر آموزشی در این زمینه و نیز تداوم آموزش برای زوجین پس از ازدواج یکی دیگر از راهکارهای مناسب جهت محدود کردن معضل آموزش جنسی است. در زمینه ارائه خدمات بهداشتی، مشاوره‌ای و درمانی نیز تأسیس، تجهیز و گسترش مراکز تخصصی در این زمینه و ایجاد سیستم ارجاع به این مراکز در بدنه کلی ارائه خدمات بهداشتی- درمانی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ارگان‌های ذی‌ربط پیشنهاد می‌گردد. همچنین عدم آگاهی و دانش لازم در زمینه مسایل جنسی در سطح پرسنل بهداشتی- درمانی نیز نیاز به آموزش و تربیت این افراد را در قالب دوره‌های بازآموزی نشان می‌دهد که بنا بر اهمیت تأمین سلامت جنسی و نقش آن در

استحکام بنیان خانواده و ارتقای سلامت روان افراد به ویژه زنان، برگزاری این دوره‌ها پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

در حال حاضر آگاهی نسبت به ضرورت توجه به فرایند جامعه‌پذیری جنسی افراد به ویژه زنان و دختران و نیز آموزش جنسی به عنوان یکی از اصول این فرایند در حال افزایش است. نتایج این پژوهش تبیین کننده موضع‌گیری انفعالی خانواده و جامعه در زمینه جامعه‌پذیری جنسی افراد بوده و تأییدی بر نیاز به ایجاد هوشیاری اولیه در سطح متولیان سلامت نسبت به لزوم تغییر الگوی جامعه‌پذیری در ایران نسبت به مسایل جنسی می‌باشد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، رویکرد محافظه‌کارانه و انفعالی نهادهای مؤثر از جمله خانواده و جامعه نه تنها به حل معضلات در این حوزه کمک نکرده بلکه احتمال آسیب‌های بیشتر از جمله از هم پاشیدن کانون خانواده و زندگی زناشویی را به همراه خواهد داشت. با درک مبانی کلی الگوی ساختارگرایی اجتماعی در حوزه مسایل جنسی، هر جامعه‌ای قادر خواهد بود برای گریز از بن‌بست مواجهه با این حوزه، از شاخصه‌ها و مؤلفه‌های ویژه و کارآمد فرهنگی و اجتماعی خود استفاده نماید. از این رو و بر اساس نتایج این پژوهش، ایجاد زیرساخت‌های متناسب با زیرگروه‌های مختلف سنی و جنسی جهت آموزش مسایل جنسی در قالب برنامه‌های آموزشی مدون اختصاصی با پایبندی به ایدئولوژی اسلامی، رعایت اصول تربیتی- اخلاقی و هنجارهای عرفی و نیز تخصیص بودجه و کادر بهداشتی- درمانی مجرب ویژه مشکلات جنسی و تأمین همه جانبه

نیازهای سلامت جنسی در جامعه پیشنهاد می‌گردد. این پژوهش مانند پژوهش‌های بسیار محدود انجام گرفته در این راستا، فتح بایی در حوزه جنسی در ایران است و نویسندگان مقاله بررسی سایر زوایای این حوزه مانند چگونگی روند آموزش جنسی در ایران در بعد آموزشی و نیز چگونگی تجهیز سیستم بهداشتی- درمانی به خدمات تخصصی سلامت جنسی را در بعد بالینی- درمانی پیشنهاد می‌کنند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن عرصه مورد مطالعه به مراکز بهداشتی- درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی تجارب افراد در عرصه‌های دیگر مانند مراکز خصوصی نیز مورد کاوش قرار گیرد. همچنین در این پژوهش، از تجارب زنان باردار و یائسه به دلیل ملاحظات خاص این دوران و تأثیر آن بر عملکرد جنسی استفاده نگردید که پیشنهاد می‌گردد درک و تجارب هر یک از این گروه‌ها به صورت جداگانه مورد بررسی و کنکاش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج رساله مصوب در دانشگاه تربیت مدرس جهت اخذ مدرک دکتری تخصصی رشته بهداشت باروری می‌باشد. نویسندگان مقاله از مسؤولین دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مادی و معنوی از پژوهش و نیز از مسؤولین محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران و شیراز و نیز مسؤول محترم کانون سلامت شهرداری منطقه ۹ شیراز و همچنین از کلیه مشارکت کنندگان محترم در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Fourcroy JL. Customs, culture, and tradition--what role do they play in a woman's sexuality? J Sex Med 2006; 3(6): 954-9.
2. Shirpak K. Sexuality in human and sexual health. Tehran, Iran: Arjmand Pulication; 2013.
3. Martin KA, Luke KP, Verduzco-Baker L. The Sexual Socialization of Young Children: Setting the Agenda for Research. In: Correll SJ, editor. Social Psychology of Gender. West Yorkshire, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2007. p. 231-59.
4. Spanier GB. Sexual socialization: a conceptual review. International Journal of Sociology of the Family 1977; 7(1): 87-106.
5. Ubillos S, Paez D, Gonzglez L. Culture and sexual behavior. Psicothema 2000; 12(Supl 1): 70-82.
6. World Health Organization. Sexual health: a public health challeng in Europe [Online]. [cited 2011]; Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/142570/en72.pdf

7. Zandvavian A, Shemshadi S. Dimensions and stages of woman's sexual breaking in Islam Perspective. *Shiite women* 2010; 7(25): 65-98.
8. Nematollahzadeh M, Maasoumi R, Lamyian M, Asghari Jafarabadi M. Study of women's attitude and sexual function during pregnancy. *J Ardabil Univ Med Sci* 2010; 10(2): 241-9.
9. Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reprod Health* 2013; 10: 25.
10. Tsai TF, Yeh CH, Hwang TIS. Female Sexual Dysfunction: Physiology, Epidemiology, Classification, Evaluation and Treatment. *Urological Science* 2011; 22(1): 7-13.
11. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *J Sex Med* 2012; 9(2): 514-23.
12. Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi FA. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: an urban Iranian population-based study. *J Sex Med* 2009; 6(11): 2988-96.
13. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006; 18(4): 382-95.
14. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *J Sex Marital Ther* 1999; 25(3): 211-5.
15. Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. *BMC Womens Health* 2009; 9: 3.
16. Balon R, Segraves T. *Handbook of Sexual Dysfunction*. Oxford, UK: Taylor & Francis; 2005.
17. Jahanfar Sh, Mollajnejad M. *Sexual dysfunction*. Tehran, Iran: Salemi Publication; 2001.
18. Moshki M, Shahghasemi Z, Delshad Noghabi A, Moslem AR. The survey of condition and related factors to divorce from divorced couples' viewpoint of Gonabad city in 2009-2010. *Ofogh-e-Danesh* 2011; 17(2): 35-44.
19. Organization for Civil Registration. Age distribution of couples at divorce [Online]. [cited 2002]; Available from: <http://www.sabteahval.ir/Upload/Modules/Contents/asset99/t-g-91.pdf>
20. Foroutan S, Jadid Milani M. The Prevalence of Sexual Dysfunction among Divorce Requested. *Daneshvar Med* 2009; 16(78): 39-44.
21. Ghadiri M, Forutan SK. Sexual dysfunction is an etiology for latent divorce: essentiality of attending the trained physician in Family counseling centers. *Family Research* 2007; 4(16): 585-608.
22. Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung* 2000; 1(2): 1-10.
23. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
25. Lincoln YS. *Naturalistic Inquiry*. London, UK: SAGE; 1985.
26. 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.
27. Refaei Shirpak K, Eftekhari Ardebili H, Mohammad K, Matlack-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.
28. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani FK, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, et al. Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran. *Int Fam Plan Perspect* 2006; 32(1): 35-44.
29. Shtarkshall RA, Santelli JS, Hirsch JS. Sex education and sexual socialization: roles for educators and parents. *Perspect Sex Reprod Health* 2007; 39(2): 116-9.
30. Refaei Shirpak K, Eftekhari Ardebili H, Mohammad K, Chini Chian M, Ramezankhani A, Fotuhi A, et al. Sexual health education joining in health care centers of Tehran. *Payesh Health Monit* 2006; 6(3): 243-56.
31. Bahrami N, Simbar M, Soleymani MA. Sexual health challenges of adolescents in Iran: A review article. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2013; 10(4): 1-16.
32. Latifnejad R, Javadnoori M, Hasanpoor M, Hazavei SMM, Taghipoor A. The Necessity of Sexual-Health Education for Iranian Female Adolescents: A Qualitative Stud. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 15(12): 7-17.
33. Farmahini Farahani M. Appropriate content for sexuality upbringing in high school course content. *Daneshvar Raftar* 2004; 11(9): 1-14.
34. 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; 15(1): 1-18.

35. Parker R. Sexuality, culture and society: shifting paradigms in sexuality research. *Cult Health Sex* 2009; 11(3): 251-66.
36. Berger PL, Luckmann T. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York, NY: Open Road Media; 2011.
37. Foucault M. *The History of Sexuality*. New York, NY: Viking; 2007.
38. Bellamy G, Gott M, Hinchliff SH, Nicolson P. Contemporary women's understandings of female sexuality: findings from an in-depth interview study. *Sexual and Relationship Therapy* 2011; 26(1): 84-95.
39. Nassiri Y, Jaafari SE. Introduction to foundations of sex education in Islamic Education. *Islamic Studies in Human Studies* 2010; 1(1): 101-18.
40. Kajbaf MB. Sexual behaviorlogy in Religions [Online]. [cited 2009]; Available from: URL: <http://www.hawzah.net/fa/article/articleview/86313?SearchText=%D9%84%D9%85%D8%B3+%D9%BE%D8%B3%D8%B1+%D9%86%D8%A7%D9%85%D8%AD%D8%B1%D9%>
41. 85Amiri H. Wife and husband's sexual rights in Islam. *Marifat* 2009; 19(154): 83-96.
42. Maarefi Gh. The investigation of couple sexual health and their supply ways based on the Vasaeloshie book. *Daneshvar Med* 2007; 16(78): 67-74.

Women's perception of sexual socialization in Iran: A qualitative study

Raziyeh Maasoumi¹, Minoor Lamyian², Farideh Khalajabadi-Farahan³, Ali Montazeri⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Sexual behavior and performance is not only influenced by biological factors but also, affected by sexual socialization. Family and society are two key institutions over this procedure. The aim of this study was exploring the married women's perceptions of social structure related to sexuality in Iran.

Method: This was a qualitative study with interpretive approach and conventional content analysis strategy. Purposive sampling was carried out of 5 health care centers of university affiliated centers and one health institute in Tehran and Shiraz. Data collection was performed through 17 in-depth interviews, and 14 sexual life narratives to reach to data saturation. Constant comparative method was used to analyze concurrently with the data collection.

Results: Two main categories emerged as "parent's conservation related to child's sexuality issues" and "passive social support systems". The main theme emerged study was "passive sexual socialization".

Conclusion: Findings indicate that there is an essential need for revising current paradigm about sexuality in Iran. Not only, the conservative and passive approach is not helpful for resolving difficulties surround this issue, but also, leads to greater vulnerabilities. Therefore, based on the social constructionism, in Iran, age-specific sexuality education and providing sexual health care in public health care system based on the Islamic ideology, social norms, and moral principles are suggested.

Keywords: Sexuality issues, content analysis, women, family, social structure

Citation: Maasoumi R, Lamyian M, Khalajabadi-Farahan F, Montazeri A. **Women's perception of sexual socialization in Iran: A qualitative study.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(3): 221-33.

Received date: 21.07.2013

Accept date: 29.08.2013

1- PhD Student, Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2- Assistant Proffessor, Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Population, Health and Family Planning, Population Studies and Research Centre in the Asia and the Pacific, Tehran, Iran

4- Proffessor, Mental Health Research Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, The Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Tehran, Iran

Corresponding Author: Minoor Lamyian PhD, Email: lamyianm@modares.ac.ir