

واکاوی مفهوم فعالیت جنسی - زناشویی از دیدگاه زنان متأهل: یک مطالعه کیفی

صدیقه پاک سرشت^۱، فاطمه جعفرزاده کنارسری^۲، فاطمه رأفت^۳، سیده مرضیه راهبی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: روابط جنسی فقط فرایندی بیولوژیک نبوده، بلکه تجربه‌ای است که در یک زمینه مشترک درون فردی، بین فردی و فرهنگی شکل می‌گیرد. مطالعه کیفی حاضر با هدف تشریح و واکاوی عمیق تجارب و تفاسیر زنان متأهل از مفهوم فعالیت جنسی - زناشویی انجام شد.

روش: در این مطالعه کیفی ۶۵ نفر از زنان متأهل ۶۰-۱۶ سال مراجعه کننده به درمانگاه‌های مراقبت دوران بارداری، زنان و تنظیم خانواده در مرکز آموزشی درمانی الزهرای (س) شهر رشت در سال ۱۳۹۱ شرکت داشتند که با حضور در ۹ جلسه بحث گروهی متمرکز به بیان دیدگاه‌ها و نظرات خود پرداختند. انتخاب شرکت کنندگان واجد شرایط به روش هدفمند و با حداکثر تنوع انجام شد. مصاحبه‌ها تا هنگام اشباع داده‌ها تداوم یافت. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی و بر اساس مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman انجام شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به استخراج ۴ طبقه اصلی و چندین زیرطبقه شد. طبقات اصلی شامل «نقش احساسات و ادراک جنسی فرد در برقراری رابطه جنسی»، «چالش‌های جنسی درون فردی و بین فردی»، «دانسته‌ها و نادانسته‌ها» و «از خودگذشتگی جنسی (فعالیت جنسی وظیفه‌مدار)» بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه مفهوم فعالیت جنسی - زناشویی را از دیدگاه زنان متأهل به خوبی تبیین نموده است. نکته قابل توجه منتج از یافته‌های پژوهش این است که مشارکت کنندگان ضمن ارایه یک تعریف پویا از مفهوم فعالیت جنسی، به شکل بارزی این مفهوم را بر شالوده مسؤولیت محوری و وظیفه مداری تبیین نمودند.

کلید واژه‌ها: آمیزش جنسی، رفتار جنسی، زنان متأهل، مطالعه کیفی

ارجاع: پاک سرشت صدیقه، جعفرزاده کنارسری فاطمه، رأفت فاطمه، راهبی سیده مرضیه. واکاوی مفهوم فعالیت جنسی - زناشویی از دیدگاه زنان متأهل: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۱): ۷۸-۸۸.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۹

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱۹

۱- دانشیار، گروه مامایی، بهداشت جامعه، ارتقای سلامت زنان و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲- استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی شرق گیلان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

Email: f.kenarsari2013@gmail.com

نویسنده مسئول: فاطمه جعفرزاده کنارسری

مقدمه

جامعه بر ازدواج به عنوان یک تعامل دوطرفه ارزشمند که در آن رابطه جنسی اتفاق می‌افتد، تأکید داشته و ارتباط جنسی بخشی جدایی‌ناپذیر از روابط عاشقانه است. ارزش ازدواج در هر فرهنگ شناخته شده‌ای به اثبات رسیده است (۱). ازدواج و فعالیت جنسی پس از ازدواج در جامعه اسلامی و ایرانی ما نیز یک ارزش است (۲). قرآن مجید هدف از ازدواج را آرامش، صفا، صمیمیت و رحمت می‌داند. در متون علمی نیز ارتباطات جنسی، اساس سلامت روان بیان شده است و از نظر روانی یک رابطه جنسی سالم با احساس آرامش، صمیمیت و افزایش اعتماد به نفس در ارتباط می‌باشد. به عبارت دیگر، رابطه جنسی‌ای که در نهایت منجر به احساس آرامش در هر دو زوج شود، نشانه برخورداری از سلامت جنسی است (۳).

ازدواج و رابطه جنسی دو پدیده مرتبط به یکدیگر است. طبق یک نظریه، هدف نمادین از آمیزش جنسی، به اشتراک‌گذاری صمیمیت، برانگیختگی اثرات روانی و بالا بردن خودپنداره است (۴). سازمان بهداشت جهانی، رابطه جنسی بین همسران را مترادف با مقاربت جنسی نمی‌داند و معتقد است که هدف آن فقط تجربه یا عدم تجربه ارگاسم (اوج لذت جنسی) نیست. رفتار جنسی ترکیبی از مفاهیم، نگرش‌ها، تجربه‌ها، فعالیت‌ها، احساسات و اندیشه‌های همراه با آن می‌باشد. اساس رابطه جنسی، لذت‌گیری و لذت بخشی است. نارضایتی از عملکرد جنسی نه تنها با طلاق، بلکه با مشکلات اجتماعی از قبیل جرایم، تجاوزات جنسی، خیانت به همسر یا بیماری‌های روانی ارتباط تنگاتنگی دارد (۵). شواهد حاکی از آن است که ۱۵/۲-۵۰/۴ درصد زنان از فعالیت جنسی خود احساس رضایت ندارند و ۵۰ درصد طلاق‌ها در زوجین ناشی از نارضایتی جنسی است (۶). در ایران، ۴۰ درصد از زنان دچار انواعی از اختلالات جنسی هستند و ۵۰ درصد از طلاق‌ها ناشی از مشکلات جنسی بین زوجها می‌باشد (۷).

برخورداری از زندگی جنسی رضایت‌بخش، مفرح و سالم از جمله حقوق بنیادی کلیه انسان‌ها است. رضایت جنسی پیش‌شرط اساسی برای حفظ یک ارتباط شاد و متعهدانه بوده و به طور معنی‌داری با سلامت روانی و جسمی، روابط

زناشویی رضایت‌بخش، وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی همبستگی دارد. روابط جنسی فقط یک فرایند زیستی نبوده، بلکه تجربه‌ای است که در یک زمینه ترکیبی درون‌فردی، بین فردی و فرهنگی شکل می‌گیرد (۸). تمایلات و فعالیت‌های جنسی، امری واقع‌بینانه محسوب شده و مانند سایر امیال فطری انسان از آغاز تولد کودک وجود داشته و متناسب با رشد او متحول و شکوفا می‌گردد. عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان با شخصیت فرد در هم آمیخته که صحبت از آن به عنوان پدیده‌ای مستقل، غیر ممکن به نظر می‌رسد (۹). با توجه به شایع بودن مشکلات و اختلالات عملکرد جنسی در جامعه امروز و لزوم آگاهی و اطلاع زوج‌ها از نقش خود در ایجاد یک رابطه صحیح و ثمربخش، نیاز به انجام پژوهش‌های مفید و جمع‌آوری پیشینه علمی دقیق و مناسب در زمینه‌های مختلف مرتبط با موضوع روابط جنسی با توجه به فرهنگ کشورمان به عنوان یک ضرورت مطرح می‌شود (۵، ۳). از طرف دیگر، در مرور انجام یافته بر متون و مقالات موجود، اگرچه مفهوم فعالیت و آمیزش جنسی به صور مختلف تشریح شده است، اما در تعاریف موجود، دیدگاه و تجربیات فردی لحاظ نشده و یا کمتر مورد توجه واقع شده است. از این‌رو، چنین تعاریفی از پویایی لازم برخوردار نمی‌باشد. بر این اساس، انجام مطالعه بر روی زنان لازم است؛ چرا که مفهوم مقاربت جنسی جدای از تجارب فردی نبوده، بلکه خود بخشی از تجارب انسانی است (۴). در مطالعه کیفی حاضر محققان به تشریح و واکاوی عمیق تفاسیر زنان متأهل از مفهوم فعالیت جنسی - زناشویی پرداخته و چگونگی تأثیرپذیری این تفاسیر از تجارب شخصی، اطلاعات و آگاهی‌های جنسی، احساسات، نگرش‌ها، باورهای فرهنگی و مراحل و شرایط مختلف زندگی آنان را تبیین کردند. با درک بهتر دیدگاه و ساختار ذهنی زنان در زمینه ماهیت و چیستی فعالیت جنسی، می‌توان به چالش‌های موجود و نیازهای اطلاعاتی - مشاوره‌ای آنان پی برد و به طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات حمایتی روانی - اجتماعی مؤثر و مبتنی بر نیازهای فرهنگی و اجتماعی جامعه و همچنین، ارتقای سلامت جنسی زنان، زوجین و در نهایت جامعه نایل آمد.

روش

مطالعه به روش کیفی و با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی (Conventional content analysis) انجام شد. مطالعات کیفی توانایی منحصر به فردی در درک بهتر پدیده‌ها داشته (۱۰) و می‌تواند تجارب زندگی، تفاسیر و ادراکات انسان را در همان زمینه فرهنگی و اجتماعی که رخ می‌دهد، تبیین و توصیف نماید (۱۱، ۱۰). همچنین، تحلیل محتوای کیفی یکی از روش‌های متعدد پژوهشی و فرایندی دقیق و مستحکم است که برای تحلیل داده‌های متنی به کار می‌رود که برآیند آن ایجاد معانی مقدماتی برای مفهوم مورد نظر بوده و یک روش طبقه‌بندی و کدگذاری سیستماتیک می‌باشد. در واقع، هدف تحلیل محتوا، شناخت و درک بهتر پدیده مورد مطالعه است (۱۳، ۱۲).

در مطالعه حاضر، داده‌ها با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز (Focus group discussion یا FGD) جمع‌آوری شد. مشارکت کنندگان در پژوهش ۶۵ نفر از زنان متأهل مراجعه کننده به درمانگاه‌های مراقبت دوران بارداری، زنان و تنظیم خانواده در مرکز آموزشی درمانی الزهراء (س) شهر رشت در سال ۱۳۹۱ بودند. شرکت کنندگان از بین زنان داوطلب واجد شرایط (متأهل، زندگی با همسر، فقدان بیماری‌های مزمن، ناتوان کننده جسمی و اختلالات روانی) به روش مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع (Maximum variation) از نظر سن، تحصیلات و برخی متغیرهای باروری (تعداد بارداری، زایمان و سقط) در قالب ۹ گروه ۸-۵ نفره انتخاب شدند. پژوهشگران پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و ریاست بیمارستان به مدت یک هفته اطلاعیه‌ای برای آگاه نمودن مراجعان در محوطه درمانگاه، تحت عنوان «بررسی نیازهای مشاوره‌ای زنان در مورد فعالیت زناشویی توسط اعضای هیأت علمی گروه مامایی و بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی گیلان» نصب نمودند تا علاقمندان با مراجعه به واحد پذیرش درمانگاه اعلام آمادگی نمایند و سپس با برنامه‌ریزی مشخص، وقت مصاحبه را بر اساس تمایل مشارکت کنندگان تنظیم و در هفته دو بار اجرا کردند.

محیط پژوهش متناسب با اصول پژوهش کیفی بود و

جلسات مصاحبه در محیطی مناسب و آرام برگزار شد تا مشارکت کنندگان به راحتی نظرات خود را ابراز نمایند. مشارکت کنندگان در محلی که پیش‌بینی شده بود به صورت دایره‌ای نشسته و هر مصاحبه با حضور پژوهشگران (علاوه بر مصاحبه کننده یک نفر دیگر از همکاران مامایی شرکت کننده در طرح پژوهش و یک نفر منشی برای یادداشت‌برداری مسایل مطرح شده حضور داشتند) انجام شد و کلیه پاسخ‌های افراد به طور دقیق و بدون کم و کاست ضبط گردید. در حین انجام مصاحبه‌ها، رفتارهای غیر کلامی مشارکت کنندگان مانند تماس‌های چشمی و تغییرات چهره نیز مورد توجه بوده و ثبت گردید. در شروع هر جلسه پژوهشگران پس از معرفی کامل خود و همکاران، به معرفی پژوهش، بیان اهداف، اطمینان دادن به مشارکت کنندگان در زمینه محرمانه ماندن کلیه اطلاعات پرداخته و سپس، برای ضبط جلسه مصاحبه توسط یک دستگاه ضبط صدای دیجیتالی، از کلیه مشارکت کنندگان رضایت شفاهی و کتبی اخذ نمودند.

جلسات مصاحبه طبق خواسته مشارکت کنندگان در صبح‌ها و برای گروه‌ها به طور جداگانه برگزار شد و طول مدت هر جلسه بین ۱/۵-۱ ساعت بود. برای حفظ یکنواختی روند مصاحبه‌ها از سؤالات راهنمای مرتبط با اهداف مطالعه استفاده شد. سؤالات راهنما توسط ۵ نفر از استادان صاحب نظر مورد تأیید قرار گرفت. مصاحبه‌ها با یک سؤال کلی «آمیزش جنسی از نظر شما چه مفهومی دارد؟ در مورد تجربه خود در این زمینه صحبت کنید» شروع و سپس، با ۳-۴ سؤال اصلی (میل جنسی چیست؟ رضایت جنسی از نظر شما چه مفهومی دارد؟) و ۳-۲ سؤال تکمیلی ادامه یافت. همچنین، از سؤالات کاوشی (Explorative questions) از قبیل «می‌توانید بیشتر مثال بزنید، این یعنی چه و...» برای بسط و تعمیق یافته‌ها استفاده شد. در جریان جلسات بحث گروهی، پژوهشگر به صورت روان با کلماتی روشن و خنثی سؤالات را طرح نمود، با هدایت صحیح و توجه به مشارکت کلیه افراد در جهت سؤالات مطرح شده گام برداشته و شرکت کنندگان را ترغیب نمود تا نظرات و عقاید خود را درباره فعالیت جنسی - زناشویی به طور کامل بیان نموده و به توصیف

تنوع حداکثری مشارکت کنندگان، بازنگری خارجی (External check)، قابلیت اعتماد و نیز انتقال پذیری این پژوهش را تضمین نمودند. علاقمندی پژوهشگران به پدیده تحت مطالعه، تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه و حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش، از عوامل تضمین کننده قابلیت تأیید بود. علاوه بر این، مطالعه حاضر به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب نظران انجام گردید که هم اطمینان پذیری داده‌ها و هم قابلیت تأیید را امکان پذیر کند.

ملاحظات اخلاقی: مطالعه حاضر برگرفته از بخشی از نتایج طرح پژوهشی با عنوان «تبیین نیازهای مشاوره‌ای زنان مراجعه کننده به مرکز آموزشی و درمانی الزهرا (س) در مورد بهداشت باروری» مصوب دانشگاه علوم پزشکی گیلان در تاریخ ۹۱/۵/۱۹ به شماره ۳/۱۳۲/۹۲۶/پ بود. کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان پروپوزال مطالعه و ملاحظات اخلاقی آن را تأیید نمود. همچنین، قبل از شروع مصاحبه‌ها، مشارکت کنندگان از اهداف مطالعه آگاه شده، با آگاهی و رضایت کامل در مطالعه شرکت کردند. از آن‌ها برای شرکت در مطالعه و استفاده از دستگاه ضبط صدا، اجازه شفاهی و کتبی گرفته شد و این اطمینان به آن‌ها داده شد که اطلاعات به دست آمده فقط در جهت اهداف مطالعه مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین، به شرکت کنندگان اعلام شد در هر مرحله از مطالعه می‌توانند انصراف خود را اعلام نموده و نیز مشخصات آن‌ها در طول مطالعه و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ می‌گردد.

یافته‌ها

از ۶۵ نفر زن متأهل ۶۰-۱۶ سال مشارکت کننده در مطالعه، ۲۳/۴ درصد بی‌سواد، ۵۰/۷ درصد زیر دیپلم، ۲۲/۸ درصد دیپلم و ۳/۱ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۹۵/۵ درصد آنان خانه‌دار و ۸۲/۱ درصد ساکن شهر بودند. ۲۵/۴ درصد سابقه یک بار حاملگی و ۲۰/۹ درصد یک بار زایمان و ۷۷/۶ درصد فاقد سقط بودند. مفاهیم اصلی حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در ۴ طبقه اصلی و چندین زیرطبقه در جدول ۱ به نمایش درآمده است.

دانسته‌ها، تجربیات و عملکرد خود در این زمینه بپردازند. مصاحبه‌ها تا هنگام اشباع داده‌ها ادامه یافت. همچنین، در شروع هر جلسه اطلاعات فردی و اجتماعی مشارکت کنندگان (سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت، تعداد حاملگی، زایمان و سقط) توسط پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید.

در مطالعه حاضر فرایند تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی بر اساس مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman و همزمان با جمع‌آوری داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها انجام شد (۱۴). بر این اساس، تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر و داستان‌وار تمام داده‌های متنی برگرفته از جلسات بحث گروهی و تعاملات غیر کلامی ثبت شده شروع شد تا محقق در داده‌ها غوطه‌ور شده و یک برداشت کلی به دست آورد. سپس، داده‌ها کلمه به کلمه خوانده شد تا کدها که کلمات دقیق از متن بوده و حاوی مفاهیم و نظرات کلیدی بود، استخراج گردید. سپس، محقق به بررسی متن پرداخت و اولین برداشت، استدلال و تحلیل خود را در حاشیه آن یادداشت نمود. با تداوم این فرایند، برچسب‌هایی برای کدها نمایان شد که منعکس کننده بیش از یک مفهوم کلیدی بود و اغلب به طور مستقیم از متن مشتق و بعد به نقشه‌کدگذاری اولیه تبدیل گردید. سپس، کدها بر اساس شباهت و میزان ارتباط آن‌ها در داخل زیرطبقات دسته‌بندی شد. از این طبقات پدیدار شده برای سازمان‌دهی و گروه‌بندی کدها در داخل خوشه‌های معنی‌دار استفاده شد. زیرطبقات نیز به نوبه خود بر اساس شباهت و میزان تجانس آن‌ها در داخل طبقات اصلی قرار گرفت.

برای تأیید صحت و استحکام یافته‌های مطالعه، اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد (Dependability)، انتقال‌پذیری (Transferability) و تأییدپذیری (Confirmability) داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. جهت تضمین اعتبار، یافته‌های این مطالعه به تعدادی از شرکت کنندگان (Member check) ارایه شد و آن‌ها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیات خود به پژوهشگر اعلام داشتند. همچنین، تماس طولانی مدت (Prolonged engagement) و عمیق تیم تحقیق با داده‌های کیفی انجام گرفت. پژوهشگران با انتخاب هدفمند و

جدول ۱. طبقات استخراج یافته از تحلیل دیدگاه‌ها و تجارب زنان در مورد فعالیت جنسی- زناشویی

طبقات	زیرطبقات
نقش احساسات و ادراک جنسی فرد در برقراری رابطه جنسی	دلبستگی عاطفی و علاقه به همسر، حس شادمانی و لذت‌جویی، نیاز غریزی و شهوانی- احساس سبکی و آرامش، نیاز بدن
چالش‌های جنسی درون فردی و بین فردی	فقدان میل جنسی، سردمزاجی، اختلال نعوظ، انزجار جنسی، ترس از آمیزش، بی‌انگیزگی جنسی، انزال زودرس، محرومیت‌های جنسی موقعیتی
دانسته‌ها و نادانسته‌ها	فقدان اطلاعات و آگاهی‌های جنسی، اطلاعات جنسی زمینه‌ای غلط، باورها و افکار خرافی مثبت و منفی
از خودگذشتگی جنسی (فعالیت جنسی وظیفه‌مدار)	تمکین از شوهر، ایفای نقش همسری، تقدم ترجیحات و تمایلات جنسی همسر، ملاحظه کاری جنسی

نقش احساسات و ادراک جنسی فرد در

برقراری رابطه جنسی: بسیاری از زنان شرکت کننده بر نقش احساسات در آغازگری و تداوم روابط جنسی با همسر تأکید داشتند و مواردی نظیر علاقمندی به همسر، حس شادمانی و لذت‌جویی، احساس سبکی و آرامش را در این زمینه از انگیزه‌های اصلی برقراری رابطه جنسی با شریک زندگی خود می‌دانستند. عده‌ای نیز فعالیت جنسی و وجود تمایلات جنسی را جزء نیاز غریزی و شهوانی انسان می‌دانستند. همچنین، برخی از زنان مشارکت کننده داشتن فعالیت جنسی با همسر را به عنوان نیاز بدن قلمداد نمودند. یکی از زنان شرکت کننده در جلسه بحث گروهی دوم گفت: «وقتی رابطه جنسی اتفاق می‌افتد احساس آرامش پیدا می‌کنیم. یعنی من با انجام فعالیت جنسی یه احساس خوبی مثل احساس سبک شدن دارم». یکی از مشارکت کنندگان در جلسه بحث گروهی چهارم بیان داشت: «واقعاً می‌شه اوج لذت و خوشحالی را در موقع نزدیکی با همسر احساس کرد». مشارکت کننده دیگری در جلسه بحث گروهی اول در این زمینه افزود: «آدم باید به شوهرش علاقه داشته باشه. یعنی اگه علاقه و محبتی در بین نباشه، نمی‌تونی خودتو راضی کنی تا باهاش همخوابی کنی. علاقه و محبت شرط اوله. در واقع، میل جنسی همون میل و علاقه به همسر هست». بسیاری از مشارکت کنندگان در گروه‌های نه‌گانه بحث گروهی اظهار داشتند: «میل جنسی رو نمی‌شه توصیف کرد. اصلاً قابل گفتن نیست». یکی دیگر از زنان شرکت کننده در جلسه بحث گروهی ششم گفت: «در واقع، میل جنسی یه جور نیاز بدن هست».

چالش‌های جنسی درون فردی و بین فردی: بر

خلاف این که برخی از زنان منکر وجود هر گونه مشکل یا اختلال جنسی در روابط زناشویی خود بودند، اما توصیف تجارب اکثر زنان مشارکت کننده در مطالعه نشان داد که آنان از وجود برخی مشکلات نظیر فقدان میل جنسی، سردمزاجی، اختلال نعوظ، انزجار جنسی، ترس از آمیزش، بی‌انگیزگی جنسی، انزال زودرس، محرومیت‌های جنسی موقعیتی شاکه بودند. برخی از زنان، خود را منشأ مستقیم مشکلات جنسی تجربه شده می‌دانستند. عده‌ای دلیل مشکلات تجربه شده را اختلالات جنسی همسر بیان داشتند. برخی از زنان نیز وجود موانعی نظیر حضور فرزندان، مشکلات اجتماعی- اقتصادی و بیکاری همسر را دلیل بی‌انگیزگی و عدم تمایل به برقراری رابطه جنسی با همسر خود برشمردند. در این ارتباط، یکی از زنان شرکت کننده در جلسه دوم بحث گروهی بیان داشت: «من مشکل کمردرد دارم و به خاطر همین از نزدیکی می‌ترسم، یعنی موقع نزدیکی اضطراب دارم و اصلاً آمادگی ندارم». مشارکت کننده‌ایی در گروه سوم اظهار نمود: «والا حضور بچه‌ها هم در رابطه زناشویی مشکل ایجاد می‌کنه. خونه‌مون خیلی کوچیکه و فضای مناسبی نداریم. به خاطر همین اون احساس راحتی و آرامش رو نداریم که بخوایم با خیال آسوده با هم ارتباط داشته باشیم». مشارکت کننده دیگری از گروه پنجم افزود: «خیلی از مسایل باعث می‌شه آدم اون میل و کشش سابق رو نسبت به شوهرش نداشته باشه. فرضاً بیکاری همسر عاملیه که موجب شده تا تنویم ارتباط خوبی با همدیگه داشته باشیم». یکی دیگر از زنان شرکت کننده در بحث گروهی هشتم گفت: «مشکل ما اینه که شوهرم انزال زودرس داره. همین باعث شده که مراحل مقدماتی خوب انجام نشه و به همین خاطر الان مدت‌هاست

ناهنجاری جنین حاصل و سرطان دهانه رحم می‌شود. یکی از زنان شرکت کننده در جلسه بحث گروهی پنجم نیز گفت: «انجام نزدیکی در زمان قاعدگی، گناه است». توصیف تجارب اکثر مشارکت کنندگان حاکی از نقصان اطلاعاتی آنان در زمینه امور جنسی - زناشویی بود. اکثر شرکت کنندگان فقدان آگاهی لازم در این زمینه را عامل ترس و وحشت بیش از حد خود در تجربه اولین مقاربت جنسی با همسر تلقی نمودند و از آن واقعه به عنوان تجربه‌ای هراس‌آور، دردناک و همراه با شرم و خجالت یاد نمودند. اکثر مشارکت کنندگان در زمینه امکان نزدیکی در مراحل حاملگی و دوران یائسگی زن، ابراز بی‌اطلاعی نمودند. یکی از زنان شرکت کننده در جلسه بحث گروهی اول در این باره بیان نمود: «به نظر من می‌شه در زمان حاملگی هم نزدیکی داشت، اما مدتش باید کوتاه‌تر باشه». بیشتر زنان بر این باور بودند که در ماه آخر بارداری نباید فعالیت جنسی داشت. یکی از زنان شرکت کننده در گروه سوم افزود: «تا ۴ ماه اول حاملگی نزدیکی اشکالی ایجاد نمی‌کنه، اما بعد از اون نباید نزدیکی داشت». در مورد فعالیت جنسی در دوران یائسگی نیز زنان شرکت کننده نظرات متفاوتی داشتند. در این راستا، یکی از مشارکت کنندگان در گروه ششم گفت: «با بالا رفتن سن، میل جنسی کم می‌شه و دیگه آدم حوصله رابطه زناشویی رو نداره، اصلاً آدم ناتوان می‌شه و قوتش کم می‌شه». یکی دیگر از زنان در جلسه بحث گروهی هشتم اضافه نمود: «ما دیگه بچه‌هامون بزرگن، نوه داریم، خجالت می‌کشیم که با هم رابطه داشته باشیم. به هر حال سن که بالا بره این چیزا طبیعیه». برخی از زنان نیز بر این باور بودند که ارتباط زناشویی در دوران یائسگی موجب سوزش، خستگی جسمی و تب و لرز خواهد شد.

از خودگذشتگی جنسی (فعالیت جنسی وظیفه‌مدار): در مفهوم‌سازی فعالیت جنسی - زناشویی از دیدگاه زنان مشارکت کننده، تحلیل تجارب و گفته‌های شرکت کنندگان در مطالعه منجر به ظهور درون‌مایه اصلی دیگری تحت عنوان از خودگذشتگی جنسی (فعالیت جنسی وظیفه‌مدار) شد. این مضمون، خود از درون‌مایه‌های فرعی تمکین از شوهر، ایفای نقش همسری، تقدم ترجیحات و

که احساس سردمزاجی پیدا کردم و هیچ تمایلی به رابطه با شوهرم ندارم». مشارکت کننده دیگری از گروه هفتم افزود: «من چون عفونت گرفتم، حالا دیگه نزدیکی برام مشکل هست و اصلاً طوری شده که دوست ندارم با شوهرم ارتباطی داشته باشم».

دانسته‌ها و نادانسته‌ها: از دیگر ساختارهای ذهنی تبیین‌گر مفهوم فعالیت جنسی زناشویی زنان شرکت کننده در مطالعه که از تحلیل داده‌ها استخراج گردید، درون‌مایه اصلی، چالش‌های اطلاعاتی بود که ناشی از درون‌مایه‌های فرعی فقدان اطلاعات و آگاهی‌های جنسی، اطلاعات جنسی زمینه‌ای غلط، باورها و افکار خرافی مثبت و منفی بود. گفته‌های بیشتر مشارکت کنندگان در گروه‌های نه‌گانه مؤید این مطلب بود که آنان از آگاهی اولیه لازم در زمینه مفهیمی نظیر میل و رضایت جنسی، زمان و دفعات مناسب فعالیت جنسی در سیکل ماهانه و فعالیت جنسی در مراحلی چون حاملگی و دوران یائسگی برخوردار نبودند. برخی نیز علاوه بر فقدان اطلاعات صحیح، اطلاعات نادرست، باورها و دیدگاه‌های ناصحیح، واهی و خرافی داشتند که می‌توانست بر رفتار و عملکرد جنسی آنان و نیز سلامت جنسی و باروری آن‌ها تبعات منفی داشته باشد. در این زمینه، یکی از زنان مشارکت کننده در گروه نهم بیان داشت: «به نظر من که هر شب می‌شه سه بار نزدیکی کرد. اصلاً این به نیاز و تمایل طرفین بستگی داره. باید دید نیازشون چقدره». مشارکت کننده دیگری در همین گروه گفت: «به نظر من در زمان قاعدگی هم می‌شه آمیزش داشت. هیچ مشکلی پیش نمی‌یاد». در این راستا، اکثر زنان بر این باور بودند که در هنگام قاعدگی نباید نزدیکی داشت، چرا که باعث افزایش خونریزی شده و موجب آلودگی و عفونت می‌شود. برخی از مشارکت کنندگان نیز دیدگاه‌های عجیبی در این زمینه داشتند. یکی از زنان شرکت کننده در جلسه بحث گروهی هشتم اذعان داشت: «اگر در زمان قاعدگی نزدیکی داشته باشیم، این امر موجب ورود خون به بدن مرد شده و سبب نازایی او می‌شود». برخی نیز بر این باور بودند که انجام نزدیکی در زمان قاعدگی موجب نامشروع شدن بچه،

علاقه به همسر»، «حس شادمانی و لذت‌جویی»، «نیاز غریزی و شهوانی»، «احساس سبکی و آرامش»، و «نیاز بدن» بود. وجود علاقه و تمایل به برقراری رابطه جنسی و محق دانستن خود و شریک جنسی خود برای لذت بردن از رابطه، از آمادگی‌های روانی ضروری برای شروع فعالیت جنسی است (۳). مطالعات نشان داده است که در زنان عواملی از قبیل نوع نگرش به رابطه جنسی، احساسات نسبت به شریک جنسی، تجربیات جنسی قبلی، طول مدت رابطه و به خصوص وضعیت سلامت روانی و عاطفی، بسیار بیشتر از عوامل بیولوژیکی در تنظیم تمایل و برانگیختگی جنسی مؤثر است (۱۵).

از دیگر مضامین اصلی استخراج شده در این مطالعه، تجربه چالش‌های جنسی درون‌فردی و بین‌فردی بود که از زوایای مختلف در توصیف بیانات مشارکت‌کنندگان متبلور گشت و بر این واقعیت تأکید داشت که مفهوم فعالیت جنسی - زناشویی از دیدگاه آنان، دارای ماهیت ثابت و ایستایی نبوده، بلکه پدیده‌ای پویا است که متأثر از عوامل زمینه‌ای مختلف می‌باشد. از این حیث، نتایج فوق با یافته‌های مطالعه Ng همسو می‌باشد (۴). طبق شواهد موجود، عملکرد جنسی با ابعاد و وقایع مختلف زندگی و عوامل روانی، اجتماعی، فرهنگی، پزشکی، جسمی و درون‌فردی گوناگونی مرتبط شناخته شده است (۱۸-۱۶). نتایج مطالعه کیفی رشیدی و همکاران در زمینه تعریف سلامت جنسی از دیدگاه متخصصان ایرانی نیز حاکی از آن است که سلامت جنسی به میزان سلامت جسمی، سلامت و تکامل روانی فرد و مسایل اجتماعی، اقتصادی و مذهبی وابسته است (۳).

از سایر ابعاد تشکیل دهنده مفهوم فعالیت جنسی - زناشویی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه، درون‌مایه چالش‌های اطلاعاتی (دانسته‌ها و نادانسته‌ها) بود. زیرمضامین استخراج شده حول محور چالش‌های اطلاعاتی، فقدان اطلاعات و آگاهی‌های جنسی، اطلاعات جنسی زمینه‌ای غلط، باورها و افکار خرافی مثبت و منفی بود. همسو با نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های مطالعه خواجه‌ای و همکاران در زمینه آگاهی و نگرش بالغین در مورد سلامت جنسی و

تمایلات جنسی همسر و ملاحظه کاری جنسی استخراج گردید. نکته قابل توجهی که می‌توان به صورت کلی بدان اشاره نمود و منتج از یافته‌های مطالعه می‌باشد، این است که مشارکت‌کنندگان در موارد متعدد و به شکل بارزی در بیان دیدگاه‌ها و ذهنیات شکل دهنده مفهوم رابطه جنسی، بر ترجیحات و خواسته‌های جنسی همسر خود تأکید داشتند. از نظر آن‌ها ساختار فعالیت و امور جنسی از ماهیتی وظیفه‌محور برخوردار است. اکثر آن‌ها با اتخاذ رویکرد از خودگذشتگی جنسی سعی در برآوردن وظایف همسری، جلب رضایت همسر، حفظ زندگی زناشویی، ارضای رضایت‌بخش تمایلات جنسی همسر و نادیده انگاشتن حقوق جنسی خود داشتند. یکی از زنان شرکت‌کننده در گروه چهارم در این ارتباط اشاره داشت: «من اصلاً خودم تمایلی به نزدیکی ندارم. فقط به خاطر شوهرم این کار رو انجام می‌دم». مشارکت‌کننده دیگری در گروه نهم افزود: «خانم باید رضایت همسرش رو جلب کنه. چون وظیفه زن تمکین از شوهرش هست». یکی دیگر از شرکت‌کنندگان در گروه هفتم اظهار داشت: «نزدیکی، وظیفه زن هست. وظیفه زن اطاعت از همسرش هست، حتی اگر نخواه». مشارکت‌کننده دیگری در گروه ششم بیان داشت: «دفعات رابطه جنسی بستگی به نیاز شوهر داره. هر زمان شوهر بخواد باید نزدیکی کرد. من خودم اصلاً میل جنسی ندارم، ولی به هر حال زن باید ملاحظه شوهرش رو بکنه».

بحث

بازنگری تجارب و دیدگاه‌های زنان مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر منجر به تبیین مفهوم فعالیت جنسی - زناشویی بر حول ۴ محور اصلی نقش احساسات و ادراک جنسی فرد در برقراری رابطه جنسی، چالش‌های جنسی درون‌فردی و بین‌فردی، دانسته‌ها و نادانسته‌ها و از خودگذشتگی جنسی (فعالیت جنسی وظیفه‌مدار) شد.

از یافته‌های درون‌مایه اصلی اول که اهمیت احساسات و ادراک جنسی فرد در برقراری رابطه جنسی با همسر را به تصویر می‌کشید، تأکید بر مضامینی نظیر «دلبستگی عاطفی و

مضمون از زیرمضامینی چون تمکین از شوهر، ایفای نقش همسری، تقدم ترجیحات و تمایلات جنسی همسر و ملاحظه‌کاری جنسی استخراج گردید. از یافته‌های جالب مطالعه حاضر این است که مشارکت کنندگان به کرات در بیان ذهنیات و دیدگاه‌های شکل دهنده مفهوم فعالیت جنسی- زناشویی به طور بارز و پررنگ‌تری بر ترجیحات و تمایلات جنسی همسران خود تأکید داشتند. این نکته بدان معنی است که از نظر غالب آنان، فعالیت جنسی وظیفه و مسؤولیت زن بوده و برقراری رابطه جنسی با همسر فقط روشی جهت کسب رضایت و حمایت بیشتر از سوی همسر، ارضای خواسته‌ها و نیازهای جنسی شوهر و ایفای بهتر نقش همسری و تمکین از او می‌باشد. به عبارت دیگر، ساختار فعالیت جنسی- زناشویی از دیدگاه زنان شرکت کننده در مطالعه بیش از این که دارای ماهیتی زوجی بوده و بر مبنای رویکرد لذت‌گیری و لذت‌بخشی باشد، بیشتر از ماهیت فردی و بر پایه وظیفه‌محوری بوده است. این نتایج در راستای یافته‌های سایر مطالعات می‌باشد (۲۱، ۷، ۴). زندگی زناشویی باید به منزله یک رابطه رضایت‌بخش برای همسران باشد تا بتوانند نیازهای عاطفی و روانی خود را در آن تأمین کنند و علاوه بر داشتن امنیت روانی، نیازهای جنسی خود را نیز در یک فضای صمیمانه برآورده سازند. طرفین رابطه باید از میل جنسی برانگیزاننده و محرک برخوردار باشند. یعنی اشتیاق برقراری رابطه جنسی در زن و مرد وجود داشته و لذت جنسی را جزء حقوق و آمال زناشویی خود بشمارند (۵). دستیابی به سلامت جنسی مستلزم حفظ، احترام و اجرای حقوق جنسی تمام افراد و نیازمند مجموعه‌ای از عوامل روانی، جسمانی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، معنوی و آموزشی است (۳).

محدودیت‌های مطالعه و پیشنهاد برای

پژوهش‌های آتی: در مطالعه کنونی مفهوم فعالیت جنسی- زناشویی از دید زنان متأهل واجد شرایط شرکت در پژوهش تبیین گردید و اگرچه مطالعات کیفی ادعایی در زمینه تعمیم‌پذیری یافته‌ها ندارد، اما ممکن است از دید افرادی که مایل هستند تا نتایج این تحقیقات را به کار گیرند، اهمیت داشته و به عنوان یک محدودیت محسوب گردد. البته، تلاش

باروری در شیراز نیز حاکی از کمبود اطلاعات جنسی- باروری در زوج‌های شرکت کننده در کلاس‌های آمادگی قبل از ازدواج بود. شواهد موجود نشان می‌دهد که یکی از عوامل اصلی مشکلات جنسی و باروری رایج در کشور ایران، فقدان اطلاعات و آگاهی‌های جنسی- باروری می‌باشد (۱۹). محدودیت‌های خاص فرهنگی از یکسو و راه‌های اطلاع‌رسانی نه چندان مناسب از سوی دیگر، موجب انتقال ناقص یا حتی نادرست بسیاری از موضوعات مربوط به مسایل جنسی و ایجاد باورهای غلط بین مردم می‌شود (۷، ۳). کلیه افراد بدون توجه به داشتن ناتوانی یا بیماری، از احساسات جنسی برخوردار هستند و حق لذت‌جویی از فعالیت‌های جنسی خود را دارند. بر این اساس، لازم است که همه افراد به منظور دستیابی به یک زندگی رضایت‌بخش و مطلوب، از آگاهی مناسب درباره مسایل جنسی- باروری خویش برخوردار گردند. ارتقای اطلاعات جنسی- باروری زنان و مردان می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت عمومی آنان شود (۱۹). بر خلاف وجود حساسیت‌های فرهنگی، مذهبی، اجتماعی و سیاسی زیاد که در مورد امور جنسی در جامعه وجود دارد و آموزش چنین موضوعاتی را سخت و گاهی امکان‌ناپذیر می‌نماید، اما می‌توان با طراحی برنامه‌های مناسب و هدفمند مشاوره‌ای- آموزشی منطبق بر نیازها و خواسته‌های مردم، به نتایج قابل قبولی در این زمینه دست یافت (۷). آموزش امور جنسی باید مبتنی بر نیازهای فرهنگی و اجتماعی هر جامعه باشد (۳). همچنین، برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جنسی افراد لازم است که نظام خدمات بهداشتی نیز تغییراتی را در خود ایجاد کند. ارائه خدمات بهداشت جنسی باید جزیی ادغام یافته در نظام خدمات بهداشت باروری بوده و با نیاز سنجی، توانمندسازی و آموزش کارکنان، نظام بهداشتی را برای در اختیار گذاشتن چنین خدماتی آماده ساخت و مردم را برای استفاده از آن تشویق کرد (۲۰).

یافته‌های مطالعه حاضر در تبیین مفهوم فعالیت جنسی- زناشویی منجر به ظهور طبقه اصلی دیگری تحت عنوان از خودگذشتگی جنسی (فعالیت جنسی وظیفه‌مدار) شد. این

پویا برخوردار بوده که متأثر از عوامل زمینه‌ای مختلف عاطفی، احساسی، روانی، جسمی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است. دوم این که اکثر مشارکت کنندگان به شکل برجسته‌ای بر بعد مسؤلیت‌محوری و وظیفه‌مداری فعالیت جنسی- زناشویی، ترجیح اولویت‌ها و نیازهای جنسی همسران و تأمین خوشنودی آنان و به بیانی دیگر نادیده انگاشتن و یا کم اهمیت شمردن خواسته‌های جنسی خود تأکید داشتند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساس بخشی از نتایج طرح پژوهشی با عنوان «تبیین نیازهای مشاوره‌ای زنان مراجعه کننده به مرکز آموزشی و درمانی الزهرا (س) در مورد بهداشت باروری» مصوب دانشگاه علوم پزشکی گیلان در تاریخ ۹۱/۵/۱۹ به شماره: ۳/۱۳۲/۹۲۶ پ، تدوین گردید. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان به جهت حمایت مالی لازم در انجام مطالعه و نیز از کلیه زنان شرکت کننده در جلسات بحث گروهی که بدون مشارکت آنها انجام این مطالعه غیر ممکن بود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

بر این بود تا با استفاده از روش‌های مختلفی نظیر نمونه‌گیری حداکثری، بحث گروهی با تعداد مناسبی از زنان متأهل، راهنمایی و نظارت صاحب‌نظران و بازنگری خارجی بر دقت و قدرت انتقال یافته‌ها افزوده شود.

همچنین، در مطالعه فقط از نظرات و دیدگاه‌های زنان متأهل استفاده شد؛ در حالی که امور جنسی- زناشویی از ماهیت و رویکردی تعاملی برخوردار است و واکاوی مفهوم آمیزش و ارتباط جنسی از طریق تحلیل و توصیف تجارب مشارکت کنندگان زن ممکن است فقط به ارایه بخشی از ماهیت و چیستی این مفهوم منجر شود. از این‌رو، توصیه بر این است تا در پژوهش‌های آتی با استفاده از نظرات و دیدگاه‌های همسران، افق دید بهتری نسبت به این تجربه تعاملی فراهم نمود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، مفهوم فعالیت جنسی- زناشویی از دیدگاه زنان متأهل شرکت کننده بر شالوده دو موضوع اصلی تبیین شد. اول این که این مفهوم از ماهیتی

References

- Gheisari S, Karimian N. A causal model based on relationship satisfaction, sexual satisfaction, marital quality, anxiety of sexual relationship, sexual assertiveness, and the frequency of intercourse in female married students of Bandarabbas. *Counseling Culture and Psychotherapy* 2014; 4(16): 85-106. [In Persian].
- Simbar M, Ramezani Tehrani F, Hashemi Z. The needs of reproductive health of the university students. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003; 7(4): 5-13. [In Persian].
- Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldehy S. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. *Tehran Univ Med J* 2015; 73(3): 210-20. [In Persian].
- Ng H. The meaning of sexual intercourse: Personal accounts of Hong Kong Chinese married women who have experienced difficulty in vaginal penetrative sex [PhD Thesis]. Pokfulam, Hong Kong: The University of Hong Kong; 2010.
- Farajnia S, Hosseini S, Shahidi S, Sadeghi MS. Codifying and examine psychometric properties of Marital Sexual Function Scale (MSFS). *Applied Counseling* 2014; 4(1): 87-104. [In Persian].
- Shahhosseini Z, Gardeshi ZH, Poursaghar M, Salehi F. A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Mater Sociomed* 2014; 26(6): 378-81.
- Rafaie Shirpak K, Chinichian M, Eftekhari H, Ramezankhani A. Need assessment: Sexual health education in family planning centers, Tehran, Iran. *Payesh Health Monit* 2010; 9(3): 251-60. [In Persian].
- Shahvari Z, Raisi F, Parsa YZ, Ebadi A, Kazemnejad A. Married Women's Sexual Satisfaction Questionnaire; A developmental and psychometric evaluation. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17(4): e26488.
- Tahmasebi H, Abasi E. Sexual function and its relation with depression in referring women to health centers affiliated to medical science university in Sari township. *Family Health* 2013; 1(3): 40-4. [In Persian].
- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.

11. Munhall PL. Nursing research: A qualitative perspective. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning; 2007.
12. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
13. Grbich C. Qualitative data analysis: An introduction. 2nd ed. New Delhi, India: SAGE Publications; 2012.
14. 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.
15. Ramezani M. Correlation of self-esteem with sexual dysfunction and satisfaction in women who referred to health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2009 [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
16. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382(9907): 1817-29.
17. Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Hoggund M, et al. Evaluation of the female sexual function index in a population based sample from Finland. *Arch Sex Behav* 2008; 37(6): 912-24.
18. Lutfey KE, Link CL, Rosen RC, Wiegel M, McKinlay JB. Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Arch Sex Behav* 2009; 38(4): 514-27.
19. Khajehei M, Ziyadlou S, Ghanizadeh A. Knowledge of and attitudes towards sexual and reproductive health in adults in Shiraz: a need for further education. *East Mediterr Health J* 2013; 19(12): 982-9.
20. Khani S, Moghaddam-Banaem L, Mohamadi E, Vedadhir AA, Hajizadeh E. Psychometric properties of the Persian version of the Sexual and Reproductive Health Needs Assessment Questionnaire. *East Mediterr Health J* 2015; 21(1): 29-38.
21. Smith LM. Intimate relationship communication: Response patterns in marital sexual relations [PhD Thesis]. Major in Rural Sociology. 2007.

Qualitative Study of Married Women's Perception on the Meaning of Sexual-Marital Activity

Sedigheh Pakseresht¹, Fatemeh Jafarzadeh-Kenarsari², Fatemeh Rafat³,
Seyedeh Marzieh Rahebi³

Original Article

Abstract

Introduction: Sexual intercourse is not a biological process, but it is an experience emerged in combined interpersonal, intrapersonal, and cultural contexts. This study aimed to deeply explore and clarify married women's perception on the meaning of sexual-marital activity.

Method: This qualitative study was carried out on 65 married women aged 16-60 years attending prenatal care, family planning, and gynecology clinics in an educational hospital in Rasht City, Iran, during 2012-2013. Data were collected through 9 focus group discussions. Participants were recruited using purposive sampling method and maximum variation. All interviews were continued until the data saturation was achieved. Data analysis was done based on Graneheim and Lundman conventional content analysis approach.

Results: Four main categories and several sub-categories were extracted from the data. The main categories included the role of sexual sensation and perception on sex, intrapersonal and interpersonal sexual challenges, lack of knowledge vs. knowledge, and sexual self-sacrifice (task-oriented sexual activity).

Conclusion: According to this study, married women's perception on the meaning of sexual-marital activity has been clearly identified. On one hand, participants expressed a dynamic meaning of sexual-marital activity. On the other hand, their interpretations emerged a new meaning of sexual activity as task-oriented or responsibility-centered of sexual activity.

Keywords: Sexual intercourse, Sexual behavior, Female, Marriage, Qualitative research

Citation: Pakseresht S, Jafarzadeh-Kenarsari F, Rafat F, Rahebi SM. **Qualitative Study of Married Women's Perception on the Meaning of Sexual-Marital Activity.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(1): 78-88.

Received date: 11.10.2015

Accept date: 19.07.2016

1- Associate Professor, Department of Miswifery, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2- Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, East Guilan School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3- Instructor, Department of Miswifery, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Jafarzadeh-Kenarsari, Email: f.kenarsari2013@gmail.com