نیاز سنجی آموزش سلامت جنسی در زنان مراجعه کننده به واحد تنظیم خانواده مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر تهران

خسرو رفائی شیرپاک: * دستیار پزشکی خانواده و پزشکی اجتماعی، دانشگاه مک مستر، کانادا
مریم چینی چیان: کارشناس ارشد روابط خانوادگی و رشد و نمو انسان، دانشگاه رایرسون، کانادا
حسن افتخار اردبیلی: استاد، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
ابوالقاسم پور رضا: دانشیار، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
علی رمضانخانی: دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش
سال نهم شماره سوم تابستان ۱۳۸۹ صص ۲۶۰-۲۵۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۴ تیر ۱۳۸۹]

چکیده

سلامت جنسی جزء مهمی از سلامت بوده و تأکید روز افزونی بر اهمیت پرداختن به آن وجود دارد. در ایران علی‌رغم اقدامات قابل ستایشی که در پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت باروری به انجام رسیده است، به نظر می‌رسد هنوز برنامه جامعی در جهت آموزش سلامت جنسی وجود نداشته باشد. هدف از این مطالعه کشف نظر زنان متأهل در سن باروری در مورد نیازهای آموزشی سلامت جنسی و محتوای مناسب چنین آموزشی بود.

۲۱ زن در سن باروری به روش نمونه‌گیری گلوله برفی (Snowball Sampling) و ۱۸ ارائه کننده خدمات تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر تهران از طریق بحث گروهی متمرکز مورد مصاحبه قرار گرفتند.

نتایج به دست آمده در چهار موضوع کلی قابل طبقه بندی شد: نیازهای آموزشی زنان، نیازهای آموزشی شوهران آنان، رفتارهایی که زنان در روابط جنسی خود نمی‌پسندند و نظر زنان در مورد مورد آموزش سلامت جنسی. تحلیل داده‌ها نشان داد نیازهای اصلی آموزش سلامت جنسی برای زنان و شوهران آنان موضوعات متنوعی را در مورد اصول پایه و رفتارهای جنسی شامل می‌شود. به نظر می‌رسد زنان از بعضی رفتارهای جنسی، شکایت و سؤالات زیادی در این ارتباط داشته باشند. آنان عقیده داشتند که آموزش سلامت جنسی تأثیر زیادی بر زندگی زناشوئی آنان خواهد داشت.

به نظر می‌رسد شناخت حساسیت‌های فرهنگی و واقعیت‌های موجود در روابط زوجین و درک نیازهای آنان، آنچنان که خود می‌گویند به طراحی برنامه آموزش سلامت جنسی متناسب با نیاز واقعی افراد کمک شایانی خواهد کرد.

کلیدواژه‌ها: سلامت جنسی، آموزش، ایران

* نویسنده پاسخگو: کانادا، دانشگاه مک مستر
E-mail: khrefaie@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

مقدمه

سلامت جنسی یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی است که همه مردم را در همه سنین و همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به این نکته، برنامه‌های آموزش سلامت جنسی، بر ارتقای سطح سلامت جنسی و کاهش مشکلات جنسی در میان گروه‌های مختلف جامعه تأکید دارد [۱، ۲]. در سال ۱۹۹۴ کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۱۹۹۴) تعریفی را از سلامت باروری و جنسی ارائه کرد:« ... همسو با این تعریف، مراقبت‌های سلامت باروری، شامل سلامت جنسی نیز گردیده و تنها شامل مشاوره‌ها و مراقبت‌هایی که صرفاً مربوط به باروری و جلوگیری از بیماری‌های مقاربتی می‌گردند، نمی‌شود» (پاراگراف ۷-۳) [۳]. بخشی از اقدامات پیشنهادی کنفرانس که هیئت‌های شرکت کننده متعهد به انجام آنها شده‌اند به قرار زیر شرح داده شده‌اند: (پاراگراف ۷-۶): «همه کشورها باید، هر چه سریع‌تر و نه دیرتر از سال ۲۰۱۵ میلادی، در راه ارائه سلامت باروری به تمام افرادی که بر حسب سن به آن احتیاج دارند، از طریق نظام مراقبت‌های اولیه سلامتی، تلاش نمایند». در بخش دیگری از قطعنامه این کنفرانس، یکی از اهداف برنامه عمل مربوط به بند تمایلات جنسی و روابط جنسیتی به صورت زیر بیان شده است: «حصول اطمینان از دسترسی زنان و مردان به اطلاعات، آموزش و خدمات مورد نیاز برای دستیابی به سلامت کافی جنسی و برخورداری از حقوق باروری و مسئولیت‌های مربوط به آن» (پارگراف ۷- ۳۶ هدف ب). در سال ۲۰۰۴ سازمان سلامت جهانی پیشنهاد نموده است که سلامت جنسی، موضوعی مستقل از سلامت باروری بوده و باید جداگانه مورد بررسی قرار گیرد و همچنین بیان نموده است که بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات در سطح دنیا ناشی از بی توجهی به موضوع سلامت جنسی هستند [۴]. علی‌رغم سطح سواد نسبتاً بالا در ایران که راه را برای برنامه‌های آموزشی هموار می‌کند، سیستم مراقبت‌های سلامت اولیه بسیار مؤثر و کارآمد [۵]، برنامه موفق تنظیم خانواده [۶] و وجود برنامه‌های ملی برای سلامت باروری جوانان [۷]، موضوع آموزش سلامت جنسی به طور کامل مورد عنایت قرار نگرفته است و خلأهایی در این راستا در نظام مراقبت‌های سلامتی اولیه و نظام سلامت و تنظیم خانواده به چشم می‌خورد. تحقیقات متعددی که در داخل کشور به انجام رسیده است نیز حاکی از نیاز مبرم و روز افزون به اینگونه آموزش‌ها هستند [۱۴-۸].

نبود آموزش‌ها و منابع اطلاعاتی درست و مناسب و همسو با فرهنگ و موازین شرعی، مذهبی و اجتماعی باعث می‌گردد که برخی از جوانان و حتی برخی از افراد متأهل به دنبال کسب اطلاعات، به شبکه‌های اینترنتی، ماهواره‌ای، دوستان، مجلات، لطیفه‌ها و داستان‌های مستهجن روی آورده و اطلاعات غلط و ناکارآمدی را کسب کنند که نه تنها انتظارات آنها را برآورده نمی‌کند، بلکه آنها را با مشکلاتی در ارتباطات بین فردی، خشونت‌های جنسی، بیماری‌های مقاربتی و یا نارضایتی‌ها و اختلالات جنسی روبرو کرده است.

بر اساس گفته دبیر دومین کنگره خانواده و سلامت جنسی که در سال ۱۳۸۴ برگزار گردید، ۱۰ درصد از مردم ایران با نوعی از اختلالات جنسی درگیر هستند و بیش از نیمی از موارد طلاق به علت اختلافاتی که منشأ آن امور جنسی است رخ می‌دهد [۱۵]. بنابراین به نظر می‌رسد پرداختن به موضوع سلامت جنسی نه تنها پرداختن به سلامت تک تک افراد است، بلکه پرداختن به سلامت جامعه است. با توجه به تفاوت‌های فاحش اجتماعی و فرهنگی بین کشور ایران و کشورهای غربی به نظر می‌رسد برای تدوین برنامه آموزش سلامت جنسی در ایران، توجه به جنبه‌های خاص فرهنگی و مذهبی و نیز قوانین، هنجارها و ارزش‌های حاکم بر جامعه و خانواده‌ها ضروری است. همچنین برای موفقیت هر برنامه آموزشی، رسانه، پیام مناسب و نیز انتقال دهنده مناسب پیام از اهمیت زیادی برخوردار است. بدیهی است اینگونه آموزش‌ها نبایستی موجب شکستن حریم‌ها و خدشه وارد کردن به موضوع حیا و عفاف در جامعه ایرانی باشد. بنا به نظر Resincow و همکاران، مؤثرترین راه تضمین موفقیت مداخلات سلامتی، شناخت ساختارهای موجود در گروه هدف تحقیق و عمل کردن بر اساس حساسیت‌های فرهنگی این گروه‌هاست. برای این کار، وی انجام تحقیقات کیفی و بررسی نظر گروه هدف به طور مستقیم و از زبان آنها را پیشنهاد می‌کند [۱۶].

در این مطالعه کیفی برای تحقق اهداف پژوهشی زیر و با هدف مثلثی کردن روش‌های تحقیق کیفی [۱۷] علاوه بر مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه با صاحب‌نظران خدمات سلامت باروری، دو بحث گروهی متمرکز با ۲۱ زن متأهل در سن باروری و دو بحث گروهی متمرکز با ۱۸ ارائه دهنده خدمات سلامت باروری، در مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری شهر تهران به انجام رسید. اهم اهداف این مطالعه عبارت بودند از:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

- کشف نظر زنان مورد مطالعه در مورد نیاز آموزشی آنان در مورد امور جنسی
- بررسی نظر زنان مورد مطالعه درمورد نیازهای اطلاعاتی شوهران آنها
- دستیابی به عقیده زنان تحت مطالعه در مورد باورها و عملکرد جنسی زوج‌ها، آنچه آنها دوست دارند و آنچه نمی‌پسندند
- دستیابی به نظر زنان مورد مطالعه درمورد اهمیت آموزش سلامت جنسی در زندگی افراد

مواد و روش کار

در تحقیقات کیفی، هدف از نمونه گیری انتخاب نمونه قابل تعمیم نیست، بلکه انتخاب مردمی است که خصوصیاتی دارند و یا در شرایطی زندگی می‌کنند که با پدیده اجتماعی تحت مطالعه نزدیک است [۱۸]. در اینجا افراد مطلع اینگونه تعریف می‌شوند: کسانی که بتوانند جنبه‌های رفتاری خاصی از پدیده تحت مطالعه را بیان کنند. این رویکرد در نمونه‌گیری به محقق اجازه می‌دهد تا دامنه وسیعی از افراد کلیدی مطلع را به دلخواه انتخاب کرده و به منابع اطلاعاتی مهمی دست یابد. در این مطالعه یکی از کارکنان مراکز سلامتی ـ درمانی به عنوان همکار تحقیق در هر مرکز سلامتی ـ درمانی به طور متناوب مبادرت به انتخاب نمونه‌های تحقیق نموده و از آنها ثبت نام به عمل آورد. در روز ثبت نام، محل و تاریخ انجام مصاحبه به آنها اطلاع داده می‌شد. از هر یک از افرادی که علاقه‌مندی خود را برای شرکت در این مطالعه نشان می‌داد، درخواست می‌شد که اگر فرد دیگری را با خصوصیات مشابه خود سراغ دارد و علاقه‌مند به شرکت در مطالعه است، به ایشان معرفی کند (Snowball Sampling). به این ترتیب، بعد از کفایت تعداد مجاز برای هر بحث گروهی، نمونه گیری متوقف شد و مصاحبه‌ها در روزهای تعیین شده و در محل مرکز سلامتی ـ درمانی به انجام رسید. با نظر کارشناس مسئول سلامت خانواده معاونت سلامتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۸ نفر از کارکنان واحد سلامت خانواده مراکز سلامتی ـ درمانی مرکز سلامت شمال تهران نیز انتخاب شده و در دو گروه متفاوت مورد مصاحبه قرار گرفتند. مصاحبه‌ها توسط کارشناس ارشد مردم شناسی (همکار تحقیق) که دارای مدرک کارشناسی مامایی بوده و با مقوله سلامت باروری و جنسی و تحقیقات کیفی، خصوصاً بحث گروهی متمرکز، آشنایی فراوانی دارد، به انجام رسید و در هر مصاحبه از یک یادداشت بردار استفاده شد. باتوجه به حساسیت موضوع، هم مصاحبه کننده و هم یادداشت بردار، زن انتخاب شدند تا اختلالی در برقراری ارتباط میان مصاحبه شونده‌ها با مصاحبه کننده ایجاد نگردد. مصاحبه‌ها بین ۱/۵-۱ ساعت به طول انجامید و همه مصاحبه‌ها با رضایت مصاحبه شونده‌ها ضبط گردید. پرسشنامه راهنمایی برای انجام مصاحبه‌ها مورد استفاده قرار گرفت. تعداد بحث‌ها از قبل پیش‌بینی نشده و وابسته به اشباع اطلاعاتی بود؛ یعنی زمانی که احساس می‌شد اطلاعات بیشتری از مصاحبه‌ها حاصل نمی‌شود، مصاحبه جدیدی صورت نمی‌گرفت. اشباع اطلاعاتی در این مطالعه بعد از دو بحث گروهی با کارکنان و دو بحث با زنان مراجعه کننده حاصل شد. بعد از پیاده کردن نوارهای ضبط شده از مصاحبه‌ها و تصحیح آنها با یادداشت‌ها و نظرات مصاحبه کننده و یادداشت بردارها، نوشته‌ها بر اساس اهداف مطالعه کدگذاری شد. در حین کدگذاری، چنانچه به موضوع جدیدی در گفتارها و صحبت‌های مصاحبه شونده‌ها بر می‌خوردیم که در اهداف مطالعه نبود، آن را به عنوان یک موضوع جدید یادداشت کرده و زیر مجموعه‌های آن را به عنوان زیر مجموعه جدید مورد بررسی قرار می‌دادیم و به این ترتیب، چهار موضوع اصلی و زیر موضوعات آنها نتیجه شدند که عبارت بودند از:

۱- سؤالات رایج و نیازهای آموزشی زنان تحت مطالعه در مورد سلامت جنسی
- منبع اصلی زنان برای کسب اطلاعات و گرفتن پاسخ های سوالاتشان
۲- آنچه شوهران این زنان باید بدانند
۳- رفتارهایی که زنان در روابط جنسی نمی پسندند
- دلایل به وجود آمدن چنین رفتارهایی
- واکنش زنان مورد مطالعه به چنین رفتارهایی (اگر از شوهران آنها سر می‌زند)
۴- تغییراتی که بر اثر بالا رفتن اطلاعات در مورد امور جنسی در این زنان حاصل می‌شود

رضایت شفاهی از همه مصاحبه شونده‌ها گرفته شد و شرکت در تحقیق کاملاً داوطلبانه بود. به همه شرکت کننده‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها نزد محققان باقی مانده و رازداری به نحو احسن انجام خواهد شد. تمام مراحل اجرایی این تحقیق، توسط کمیته پژوهش دانشکده سلامت و انستیتو تحقیقات سلامتی بررسی شده است. از طرفی، استمرار شرکت در کلاس‌ها به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

طور داوطلبانه نشان از رضایت زنان مورد مطالعه از شرکت در مطالعه داشت.

یافته‌ها

سن متوسط مراجعه کنندگان ۳۳/۳ با دامنه ۲۳ تا ۴۵ سال بود. متوسط سال‌های ازدواج آنان ۱۲/۹ با دامنه ۱ تا ۲۹ سال و دامنه تعداد بچه‌ها ۳-۰ با میانگین ۱/۵۵ به دست آمد.

میانگین سابقه خدمت ارائه دهندگان خدمت ۱۵ سال با دامنه ۸ تا ۲۸ سال بود. همه متأهل و به جز سه نفر که فارغ‌التحصیل رشته سلامت عمومی بودند، بقیه مدارک کاردانی یا کارشناس مامایی داشتند. پاسخ‌های هر دو گروه زنان مراجعه کننده و ارائه دهندگان خدمت بسیار نزدیک به هم بود. یکی از مسائل عمده‌ای که از طرف هر دو گروه مطرح شد، این بود که زنان، نسبت به شوهرانشان، عمدتاً از میل جنسی کمتری برخوردارند. آنها اظهار می‌داشتند که آنان قادر به پاسخدهی به درخواست‌های مکرر شوهران آنها برای انجام عمل زناشویی نیستند. برخی از زنان فکر می‌کردند که این موضوع به خاطر طبیعت مردان است و می‌گفتند مردان به خاطر خصلت مردانه از میل بیشتری برای برقراری رابطه جنسی برخوردارند، اما برخی دیگر این موضوع را به دلیل بی میلی زنان به موضوع روابط جنسی می‌دانستند.

ارائه کننده خدمت ۳: بیشتر مراجعه کنندگان که این موضوع را مطرح می‌کنند از کم بودن میل جنسی شکایت دارند، من نمی‌دانم که آیا این بی میلی آنهاست یا میل زیاد شوهرانشان که چنین چیزی را سبب می‌شود. آنها این موضوع را غیرمستقیم و خیلی خلاصه بیان می‌کنند. آنها معمولاً اینگونه موضوع را طرح می‌کنند: بیشتر مواقع ما نمی‌خواهیم رابطه جنسی داشته باشیم ولی شوهرمان مایل است ما چه باید بکنیم؟

بعضی از ارائه کنندگان کم بودن میل جنسی در زنان را به ناکافی بودن اطلاعات آنها و شوهرانشان درمورد امور جنسی نسبت می‌دادند. برای مثال یکی از آنها می‌گفت بعضی وقت‌ها مراجعه کنندگان، دردها یا ناراحتی‌های خود را به امور جنسی نسبت می‌دهند و به همین دلیل از روابط جنسی دوری می‌کنند. یکی از ارائه کنندگان می‌گفت مردان به اندازه کافی در مورد دستگاه تناسلی زنان و عملکرد آن اطلاع ندارند و همین امر باعث می‌شود که آنان ندانند که چگونه باید با همسر خود در حین مقاربت عمل کنند. همین موضوع باعث می‌شود که زنان از مقاربت رضایت کافی را به دست نیاورند.

مراجعه کننده ۵: ... بعضی مردان نمی‌دانند که چگونه‌مقاربت کنند. به همین دلیل بعضی زنان از نزدیکی بیزارند.

بسیاری از مراجعه کنندگان می‌خواستند بدانند که چگونه می‌توانند کاری کنند که فعالیت‌های جنسی آنها از حالت یکنواختی، خسته کنندگی و بی لذتی به موضوعی لذت‌بخش تبدیل شود. هم ارائه کنندگان و هم مراجعان اصرار داشتند که زنان معمولاً خجالتی‌تر از آن هستند که در این موارد سؤال کنند. به همین دلیل سؤال زیر از مراجعه کنندگان پرسیده شد که اگر منبع موثقی برای پاسخ به سؤالاتشان پیدا کنند، چه سؤالی را مطرح خواهند کرد و از ارائه کنندگان پرسیده شد که به نظر آنها نیاز اطلاعاتی مراجعه کنندگان چیست؟

در اینجا نیز پاسخ مراجعه کنندگان و ارائه کنندگان خدمت بسیار نزدیک به هم بود. بعضی از مراجعه کنندگان بر روی اهمیت عشق و صمیمیت بین زن و شوهر تأکید داشتند و بعضی دیگر می‌خواستند در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی بیشتر بدانند. تعداد معدودی نیز موضوع حقوق جنسی خود و همسرشان را مطرح کردند. از دیگر پاسخ‌هایی که مطرح شد، می‌توان به پاسخ جنسی در انسان، عفونت‌های دستگاه باروری و بیماری‌های مقاربتی اشاره کرد.

تقریباً همه شرکت کنندگان و مراجعان به ناکافی بودن اینگونه آموزش‌ها در دوران کودکی و نوجوانی اشاره کرده و آن را یکی از عوامل مهم در ایجاد مشکلاتشان می‌دانستند.

یکی از ارائه کنندگان خدمت، داشتن یا نداشتن اطلاعات را عامل اصلی در کیفیت برقراری روابط جنسی نمی‌دانست. او معتقد بود تا زمانی که شرایط اقتصادی و اجتماعی مناسبی فراهم نباشد، مشکل باقی است. او می‌گفت اگر زنی اطلاعات کافی هم داشته باشد، اما مجبور باشد در اتاق کوچکی که فرزندان نیز در آن اتاق می‌خوابند بخوابد و اتاق خواب خصوصی در اختیار نداشته باشد، یا زنی که در خانه کوچکی با سایر اعضای فامیل، مثل خانواده شوهر یا خانواده خود با حمام مشترک زندگی می‌کند، نمی‌تواند آنگونه عمل کند که واقعاً می‌خواهد.

ارائه کننده خدمت ۴: یکی از مراجعین من می‌گفت: من و همسرم می‌خواهیم رابطه جنسی داشته باشیم اما بچه هایمان در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

همان اتاقی می‌خوابند که ما می‌خوابیم و ما می‌دانیم که ممکن است آنها بیدار باشند و یا بیدار شوند.

عوامل فرهنگی و هنجارهای اجتماعی نیز از مسائل دیگری است که توسط بعضی از مراجعان عنوان شده است:

مراجعه کننده ۱۴: ما عادت نکرده‌ایم جلوی دیگران علاقه خود را نشان دهیم. حجب و حیای ما مانع از این کار می‌شود. ما حتی عادت نکرده‌ایم که جلوی دیگران از کلمات و جملات محبت آمیز و عاشقانه استفاده کنیم. به این ترتیب چگونه می‌توانیم همه این کارها را در خانه‌ای انجام داد که خانواده شوهرم در آن زندگی می‌کنند و کمترین فضای خصوصی برای فرد وجود دارد.

هم مراجعان و هم ارائه کنندگان خدمت دوستان و آشنایان را به عنوان منبع اصلی اطلاعات مرتبط با سلامت جنسی معرفی کردند. کتاب‌های مذهبی، کتاب‌های عمومی، ماهواره و اینترنت به عنوان دیگر منابع یاد شدند. در پاسخ به این سؤال که آیا مرکز سلامتی ـ درمانی را به عنوان محل مناسبی برای کسب اطلاعات می‌دانند یا نه پاسخ دادند: با این که ما مراکز را محل مناسبی برای ارائه چنین خدماتی می‌دانیم، ولی نمی‌دانیم که آیا اصلاً می‌توانیم چنین سؤالاتی را در این مراکز مطرح کنیم یا نه و نمی‌دانیم که آیا کسی در این مراکز هست که برای پاسخدهی به ما از اطلاعات کافی برخوردار باشد.

وقتی همین سؤال را از ارائه دهندگان خدمت پرسیدیم، آنها ابراز داشتند که مراکز سلامتی بهترین محل برای ارائه چنین خدماتی است، ولی اذعان داشتند که آنها از اطلاعات و آموزش کافی در جهت ارائه خدمات آموزش سلامت جنسی برخوردار نیستند. از طرف دیگر آنها به حجب و حیا و خجالت به عنوان مانع اصلی دیگر برای ارائه چنین خدماتی اشاره داشتند.

ارائه کننده خدمات ۸: وقتی من در کلاس آموزش قبل از ازدواج برای دختران چنین مسائلی را مطرح می‌کنم احساس خوبی ندارم، ما به گونه ای بزرگ شدیم که طرح چنین مسائلی برای ما آسان نیست. من همیشه نگران طرح سوالاتی هستم که من برای پاسخ دادن به آنها احساس شرم و خجالت می‌کنم.

به نظر می‌رسد خجالت و شرم یکی از مسائلی است که در مورد طرح مسائل مرتبط با امور جنسی در بین ارائه کنندگان و مراجعان وجود دارد. همه مراجعان و ارائه کنندگان خدمت به این موضوع اشاره کردند. در جریان مصاحبه‌ها همه شرکت کنندگان موقع صحبت در مورد امور جنسی از کلمات خنثی مثل «چیز» به جای کلماتی مانند «نزدیکی» استفاده می‌کردند که این خود نشان‌دهنده خجالت آنها برای طرح اینگونه موضوعات است. یکی از ارائه کنندگان در مورد تدریس خود در کلاسی که شرکت کنندگان آن مرد بودند می‌گفت:

ارائه دهنده ۴: یک بار من در کلاس آموزش قبل از ازدواج مجبور شدم برای آقایان صحبت کنم. در ابتدای کلاس همه شلوغ می‌کردند و به حرف‌های من توجهی نداشتند اما بعد از مدتی که متوجه شدند موضوع کلاس چیست؟ همه سراپا گوش شدند ولی من نیز سراپا خیس عرق بودم. من نه تنها خجالت کشیده بودم بلکه قادر نبودم به سوالاتی که می‌شد پاسخ دهم چرا که اطلاعات و آموزش های قبلی من کفاف پاسخگوئی به سوالات آنها را نمی‌داد.

همه پاسخ دهندگان از جمله ارائه کنندگان خدمت معتقد بودند که مردان باید طیف وسیعی از اطلاعات را داشته باشند و تأکید داشتند که مردان هر چه بیشتر باید در مورد زنان و نیازهای آنان اطلاعات کسب کنند. آنها اصرار داشتند که مردان باید در مورد امور جنسی و سلامت جنسی زنان اطلاعات کسب کنند.

آنها می‌گفتند مردان معمولاً احساسات خود را شفاهاً به زبان نمی‌آورند و عادت ندارند از کلمات عاشقانه و رمانتیک استفاده کنند. مردان باید بدانند که این موارد به روابط آنها استحکام می‌بخشد.

مراجعه کننده ۷: مردان معمولا در ابراز احساسات (جنسی) خود راحت نیستند و می‌گویند ما احساساتمان را با اعمالمان نشان می‌دهیم. شما باید احساس ما را از آنچه انجام می‌دهیم متوجه شوید. اما من فکر می‌کنم بسیار بهتر می‌بود که آنها احساسات خود را شفاها نیز به زبان می‌آوردند.

مراجعه کننده ۹: مردان بهتر است احساسات خود را در دل نگه نداشته و آنها را بروز دهند.

مذهبی بودن از طرف بعضی از زنان، به عنوان عاملی که به رفتارهای مثبت جنسی مردان کمک می‌کند عنوان شد.

مراجعه کننده ۱۵: مردان مذهبی می‌دانند که چگونه این کار را انجام دهند و تمام سعی خود را می‌کنند تا همسر خود را راضی نگه دارند.

تقریباً باقی شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها نیز با ایشان موافق بودند، اما معتقد بودند چنین مردانی بسیار معدودند. به عقیده یکی از ارائه دهندگان خدمت، مردان نقش بسیار عمده‌ای در شکل دهی روابط بین زوجین دارند و بدون آموزش آنها ما به هیچ نتیجه‌ای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

نخواهیم رسید. یکی دیگر از ارائه دهندگان با او موافق بود، اما به نحوه ارائه روش‌های پیشگیری از بارداری اشاره کرد و گفت: ما کاندوم را به زنان تحویل می‌دهیم و نحوه استفاده از آن را به زنان آموزش می‌دهیم تا به شوهرانشان بگویند. در این کار نیز موفق بوده‌ایم. بنابراین آموزش‌های مربوط به امور جنسی هم می‌تواند به همین شکل به مردان منتقل شود. در پاسخ به این سؤال که زنان چه رفتارهایی را در روابط جنسی نمی‌پسندند، مراجعه کنندگان طیف وسیعی از پاسخ‌ها را ارائه کردند. بیشتر ارائه کنندگان می‌گفتند که مراجعه کنندگان بسیار خجالتی‌تر از آن هستند که درمورد این مسائل صحبت کنند و آنها معمولاً به طور تصادفی با اینگونه مشکلات مراجعه کنندگانِ خود برخورد می کنند. به هرحال آنها معتقد بودند که روابط جنسی «غیرعادی» از عمده رفتارهایی هستند که زنان نمی‌پسندند. هم مراجعه کنندگان و هم ارائه دهندگان اینگونه رفتارها را به عنوان روابط جنسی «غیرطبیعی» نام بردند.

مراجعه کننده ۳: یکی از دوستان من می پرسید: «شوهر من علاقمند به روابط جنسی غیرعادی است. آیا این کار به من آسیبی می‌رساند؟ من نمی‌دانستم که چه باید به او بگویم. من پیشنهاد کردم که او با پزشک مشورت کند اما او گفت: «من خجالت می‌کشم که چنین سوالی را از دکترم بپرسم».

آنها معتقد بودند اینگونه درخواست‌ها به سبب دیدن فیلم‌ها و مجلات مستهجن از طریق ویدئو و CD، ماهواره و اینترنت به وجود می‌آید.

مراجعه کننده ۱۸: یکی از دوستان من می‌گفت: شوهر من فیلم‌های مستهجن نگاه می‌کند و به من هم می‌گوید نگاه کن. او از من می‌خواهد هر کاری را که هنرپیشه زن اینگونه فیلم‌ها انجام می‌دهد برایش انجام دهم.

یکی دیگر از رفتارهایی را که زنان نمی‌پسندیدند، رفتارهای خشن و خشونت آمیز در هنگام روابط جنسی بود. آنها می‌گفتند اینگونه رفتارها سبب می‌شود زنان از داشتن روابط جنسی متنفر شوند، خصوصاً در ابتدای ازدواج.

از دیگر رفتارهایی که زنان نمی‌پسندیدند می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نیمه کاره و ناراضی رها شدن توسط شوهرشان، فقدان اظهار علاقمندی در طی نزدیکی، انجام نزدیکی هنگام پریود، تحقیر آنها به لحاظ نامتناسب بودن اندامشان، نبود گفتار عاشقانه و محبت آمیز و توجه مردان به زنان دیگر و این که مردان به زنان دیگر در خیابان نگاه می‌کنند. بسیاری از زنان عقیده داشتند که این رفتار مردان نشان‌دهنده این واقعیت است که مردان می‌خواهند با زنان دیگر رابطه داشته باشند.

مراجعه کننده ۱۱: ... مردان دوست دارند با زنان دیگر باشند... بعضی مردان غریزه جنسی را کنترل می کنند اما بعضی از آنان نمی‌توانند این کار را بکنند.

دلایل زیادی برای به وجود آمدن چنین رفتارهایی عنوان شد. کمبود اطلاعات مردان و زنان در مورد مسائل مربوط به امور جنسی، بعضی حقوق قانونی که به مردان داده می‌شود، فیلم‌ها و تولیدات مستهجن، باورها و هنجارهای اجتماعی ـ فرهنگی و طریقی که ایرانیان فرزندانشان را بزرگ می‌کنند، به عنوان دلیل ذکر شد. ژنتیک مردان به عنوان دلیل چنین رفتارهایی از طرف یکی از مراجعه کنندگان عنوان شد. دو نفر از مراجعه کنندگان معتقد بودند اگر مردان به زنان نگاه می‌کنند، به خاطر نوع پوشش و آرایش آن زنان است که نظر مردان را جلب می‌کند.

فقط یکی از پاسخ دهندگان به صحبت کردن و سعی در قانع کردن شوهر به عنوان راه گریز از چنین رفتارهایی اشاره کرد. بقیه می‌گفتند که این واکنش‌ها بستگی به موقعیت دارد. گاهی زنان بحث و جدل می‌کنند، گاهی می‌جنگند، گاهی تمارض می‌کنند و گاهی مجبورند قبول کنند. به عقیده بیشتر پاسخ دهندگان، بهانه‌های زنان در مواردی که نمی‌خواهند به درخواست‌های جنسی شوهرشان پاسخ دهند به قرار زیر هستند:

زودتر یا دیرتر از شوهرشان می‌خوابند، می‌گویند پریود هستم، خانه را تمیز نمی‌کنند، از پوشیدن لباس‌های باز و تحریک کننده خودداری می‌کنند، به خودشان عطر نمی‌زنند، سر بچه‌ها داد می‌کشند و سر شوهرشان را با فیلمی یا موضوعی گرم می‌کنند.

یکی از باورهای قوی بین پاسخ دهندگان این بود که پاسخ مثبت دادن به درخواست شوهر، نشانه اهمیت زندگی زناشویی بین ایرانیان است.

ارائه دهنده ۷: زنان ایرانی به شوهرانشان اهمیت می‌دهند و تعداد کمی از آنها با شوهرانشان بحث و جدل می کنند. این بخشی از فرهنگ ماست، ما فکر می‌کنیم اگر با شوهرانمان بحث و جدل کنیم روابطمان را با خطر روبرو کرده ایم.

ما از زنان در مورد نگرش آنان در مورد تأثیر آموزش سلامت جنسی بر روی زندگی زناشویی پرسیدیم و دو پاسخ متضاد گرفتیم. بعضی معتقد بودند که این آموزش‌ها تأثیر مثبت خواهد گذاشت و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

بعضی دیگر فکر می‌کردند که این آموزش‌ها تا زمانی که شرایط اجتماعی و قانونی تغییر نکند، اثری نخواهد داشت.

بعضی پاسخ دهندگان به جنبه‌های سلامتی این آموزش‌ها اشاره داشتند و می‌گفتند اگر زنان بدانند که چه رفتار هایی سلامت آنها را به خطر می‌اندازد، مطمئناً از آن رفتارها دوری خواهند کرد. بعضی زنان نیز می‌گفتند این آموزش‌ها آرامش را به خانه‌ها خواهد آورد. بیشتر ارائه کنندگان معتقد بودند این نوع از آموزش‌ها به زنان قدرت استقلال و صحبت کردن با شوهرانشان را خواهد داد و آنها را از پیامدهای انجام اعمالی که نمی‌پسندند دور می‌کند.

ارائه کننده ۱۰: اگر زنان به اندازه کافی اطلاعات داشته باشند می‌توانند این موضوع (روابط جنسی) را مدیریت کنند. و قادر خواهند بود از این روابط هم لذت ببرند و هم (به شوهرانشان) لذت برسانند. بدین ترتیب شوهرانشان نیز به زنان دیگر توجهی نخواهند کرد.

اثر مثبت این آموزش‌ها بر روی روابط والدین و فرزندان نیز یکی دیگر از منافع این آموزش‌ها بود که توسط بعضی از مصاحبه شوندهها قید شد.

همزمان بعضی از شرکت کنندگان در مصاحبه معتقد بودند که این آموزش‌ها بی تأثیر است.

مراجعه کننده ۱: اطلاعات مردان پائین است. ریشه مشکلات جنسی مردان هستند. مردان پشت صحنه هستند.

مراجعه کننده ۲: جامعه ما مرد سالار است. مردان فکر می‌کنند حق با آنهاست و دوست ندارند مشاوره کنند.

بحث و نتیجه گیری

یکی از موانع اصلی که مانع گرفتن مشاوره، اطلاعات و کمک در مورد مسائل جنسی می‌شود، حجب و حیایی است که در فرهنگ ما وجود دارد. خجالت کشیدن و شرم داشتن در طرح موضوعات مربوط به امور جنسی در بین ایرانیان رواج دارد [۱۹]. این مطالعه نشان داد که موضوع خجالت، حتی در میان ارائه کنندگان خدمات سلامت باروری نیز وجود دارد. این موضوع موجب ایجاد مشکل در برقراری ارتباط میان زوجین، والدین و فرزندان و نیز مردم با ارائه کنندگان خدمت خواهد شد. این فقدان ارتباط بین مردم و ارائه کنندگان خدمت در امور جنسی باعث می‌گردد که نظام سلامتی مشکلات جنسی مردم را شناسایی نکرده در نتیجه آنها را در الویت‌های کاری خود قرار ندهند. در ایران بخش قابل توجهی از مراقبت‌های سلامتی باروری شامل تنظیم خانواده و مشاوره و درمان بیماری‌های مقاربتی و HIV/AIDS، آموزش‌های قبل از ازدواج، مشاور و آموزش غربالگری و درمان سرطان‌های دستگاه باروری شامل سرطان پستان و دهانه رحم و غیره ارائه می‌گردد، اما همه این خدمات در قالب اسم سلامت باروری ارائه می‌شوند و در واحدهای سلامت خانواده ارائه می‌گردد. سلامت جنسی در نام این خدمات آورده نشده است و ممکن است به همین دلیل باشد که پاسخ دهندگان این مطالعه نمی‌دانستند که آیا می‌توانند از مراکز سلامتی، خدمات مربوط به سلامت جنسی را هم بگیرند. اگرچه حیا و عفاف در مقابل بی بند و باری و رعایت ادب و مسائل شرعی در اینگونه موارد در حد خود لازم و واجب است، اما در عین حال بایستی راه حلی برای اینگونه آموزش‌ها در چارچوب فرهنگ دینی و ملی خود پیدا کنیم.

فقدان ارتباط بین زوجین می‌تواند باعث سوء تفاهمات و نارضایتی‌هایی در روابط آنها گردد. به این موضوع، بسیاری از مصاحبه شوندهها اشاره کردند و از همه مهم‌تر این که این موضوع می‌تواند مانع از صحبت کردن و توافق بر سر چگونگی و کیفیت روابط جنسی بین زوجین باشد، که خود ممکن است باعث ایجاد رفتارهای ناسالم و خشن گردد. گرفتاری ۴۰ درصد از زنان ایرانی، به یکی از انواع اختلالات جنسی و این حقیقت که ۵۰ درصد از طلاق‌ها در ایران به خاطر مشکلات جنسی بین زوجین رخ می‌دهند [۲۰]، به علاوه این که بر اساس یافته‌های تحقیق دکتر احمدی، ۱۰ درصد از زنان تهرانی به نوعی تحت خشونت جنسی قرار دارند مؤید همین موضوع است [۲۱].

فقدان رابطه درست بین والدین و فرزندان، بین فرزندان و دیگر بالغان، از جمله معلمان و دست اندرکاران این موضوع، درک درست چگونگی رفتار و نیازهای جنسی این قشر را مشکل می‌سازد. بسیاری از شرکت کنندگان در مطالعه اظهار می‌داشتند که روابط جنسی «غیرطبیعی» را دوست ندارند. استفاده از کلمه «غیرطبیعی» برای اینگونه رفتارها نشان از نوع باور مردم درمورد این نوع از اعمال جنسی دارد.

ایران تنها کشور در منطقه خاورمیانه است که کارخانه ساخت کاندوم با حمایت دولتی دارد. این کارخانه سالانه ۴۵ میلیون کاندوم در ۳۰ شکل، رنگ و طعم مختلف تولید می‌کند [۲۲]. این موضوع، نشان می‌دهد که عمل جنسی در ایران تنها برای باروری نیست و لذت بردن جزء اهداف آن است. اما متأسفانه به راحتی نمی‌توان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

کارشناسی را در سیستم سلامتی یافت که به سادگی در دسترس مردم بوده و در مورد رفتارهای جنسی اطلاعات کافی داشته و بتواند مشاوره دهد. به همین دلیل بعضی از مردم، برنامه‌های مستهجن تلویزیون‌های ماهواره‌ای و اینترنت و نیز فیلم‌ها و مواد تولید شده مستهجن دیگر را الگوی رفتاری خود قرار می‌دهند. سؤالی که مطرح می‌شود این است که اینگونه افراد چه پیامی را از این گونه فیلم‌ها و تصاویر خواهند گرفت. خصوصاً وقتی می‌دانیم که دانش زبان انگلیسی در بین مردم خیلی رواج ندارد و زبان اصلی بیشتر این گونه برنامه‌ها نیز انگلیسی است. لذا این طور به نظر می‌رسد که بیشتر مردم به برداشت سطحی از این تصاویر بسنده می‌کنند. بنابراین خطر سوء برداشت و سوء درک از آنچه دیده می‌شود وجود داشته و ممکن است منجر به رفتارهای پر خطر جنسی [۲۳]، ارتباط نادرست، نارضایتی و خشونت و بیماری شود.

متأسفانه تحقیقات کمی در مورد نوع و شیوع رفتارهای خاص جنسی در ایران انجام شده است. به همین دلیل از میزان شیوع رفتارهای ناسالم جنسی و خطراتی که این رفتارها بر سلامت جامعه وارد می‌کنند، اطلاع کافی در دست نیست. نزدیکی پاسخ مراجعه کنندگان و ارائه دهندگان خدمت ممکن است نشان‌دهنده این موضوع باشد که ارائه کنندگان خدمت، مراجعان خود را به خوبی می‌شناسند، اما از طرف دیگر ارائه کنندگان اظهار می‌داشتند که مراجعان خجالتی‌تر از آن هستند که اینگونه مسائل را به راحتی اعلام کنند و آنها معمولاً تصادفاً مشکلات جنسی مراجعه کنندگان خود را کشف می‌کنند. این موضوع، فرض دیگری را ایجاد می‌کند که شاید نزدیکی پاسخ مراجعه کنندگان و ارائه کنندگان خدمت به این دلیل باشد که ارائه کنندگان خود به علت نداشتن آموزش‌ها و پس زمینه‌های علمی لازم، در نقش مراجعه کننده وارد مصاحبه شده‌اند و پاسخ آنها را می‌توان در واقع در قالب پاسخ مردم عادی قلمداد کرد. به هر صورت پاسخ‌های به دست آمده، نشان‌دهنده نیازهای زنان ازدواج کرده ایرانی در مورد سلامت جنسی است. همانطور که قبلاً ذکر شد این تحقیق برای روشن کردن نیازهای آموزشی و یافتن بهترین برنامه آموزشی برای آموزش سلامت جنسی زنان ازدواج کرده در سن باروری ایرانی طراحی شده بود.

آنچه ارائه کنندگان خدمت بیان کردند، بسیار نزدیک به آن چیزی بود که توسط مراجعان گفته شد. همه عقیده داشتند که اگر زنان، ساختمان دستگاه تناسلی و کارکرد آن را بشناسند، لذت بیشتری از روابط جنسی خود خواهند برد. بنابراین ما به این نتیجه رسیدیم که آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی و چگونگی پاسخ جنسی در انسان باید جزیی از برنامه آموزشی باشد. هر دوی ارائه کنندگان و مراجعان بر روی ناکافی بودن ارتباط بین زوجین در زمینه امور جنسی تأکید داشتند که نشان‌دهنده این واقعیت بود که مهارت‌های ارتباطی و صحبت کردن باید در برنامه گنجانده شود.

بر اساس آنچه از صحبت فردی مراجعان و ارائه کنندگان بر می‌آمد، به نظر می‌رسید که جزء جسمی امور جنسی جزء غالب ذهن آنها است و کمتر به ابعاد روانی و اجتماعی موضوع توجه دارند. بنابراین تشریح اجزاء دیگر امور جنسی از جمله جزء روانشناختی و اجتماعی آن از عناوین برنامه آموزشی در نظر گرفته شد.

بیشتر مراجعه کنندگان از این موضوع شاکی بودند که موضوع ارتباط جنسی به موضوعی خسته کننده و عادی تبدیل شده است و آنها لذتی از این مسئله احساس نمی‌کنند. این موضوع ما را بر آن داشت که تغییرات طبیعی و چگونگی امور جنسی را در دوره‌های مختلف زندگی در برنامه آموزشی بگنجانیم.

وجود این باور در میان شرکت کنندگان در مطالعه که کاهش تعداد نزدیکی‌ها به معنای کاهش عشق میان زوجین است، ما را متقاعد کرد که موضوعی را با عنوان رابطه میان ارتباط جنسی و عشق در برنامه جای دهیم.

ارائه کنندگان بیان داشتند که آنها از پشتوانه علمی و تجربه کافی برای ارائه چنین مبحثی برخوردار نیستند و از طرف دیگر نمی‌دانند چطور باید چنین موضوع حساسی را با مراجعه کنندگان خود در میان بگذارند. بنابراین در برنامه آموزشی که برای ارائه کنندگان خدمت ترتیب داده شد، نحوه روش تدریس و چگونگی برخورد با باورها و عقاید مختلف مردم درمورد امور جنسی در نظر گرفته شد. بر اساس آنچه ما از مصاحبه‌ها دریافتیم، نیاز به تغییر نگرش زنان در بعضی حیطه‌های مرتبط با امور جنسی کاملاً محسوس بود. این حیطه‌ها از قرار زیر بودند:

- امکان صحبت درمورد امور جنسی و روابط حاکم با همسر. بعضی از مراجعه کنندگان معتقد بودند که همسران آنها به آنها گوش نخواهد داد.

- باور این که امور جنسی، امری مشترک بین زن و شوهر است. بعضی از شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند که لذت بردن از امور جنسی مربوط به مردان است و زنان حقی در این مورد ندارند.

- باور این که تعداد دفعات نزدیکی، لزوماً رابطه مستقیمی با عشق میان زوجین ندارد. بعضی از زنان معتقد بودند که کاهش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

تعداد دفعات نزدیکی به معنی کاهش عمق عشق و صمیمیت میان زوجین است.

- عقیده به این که روابط جنسی به مرور زمان به امری خسته کننده و عادی تبدیل می‌شوند. برخی از پاسخ دهندگان گفته‌اند که امور جنسی بعد از مدتی که از ازدواج گذشت به امری عادی و بی لذت تبدیل می‌شوند.

- امکان پیشنهاد شروع رابطه جنسی از طرف زنان. به نظر تعدادی از زنان درخواست رابطه جنسی از طرف آنها امری ناپسند می‌آمد.

- لزوم وجود آموزش سلامت جنسی. در نهایت، برخی شرکت کنندگان در مطالعه تصور می‌کردند آموزش سلامت جنسی در زنان کمکی به آنان نخواهد کرد.

ساختار نسبتاً مناسب ارائه خدمات سلامتی دولتی [۵]، برنامه عالی تنظیم خانواده [۶]، وجود برنامه‌های ملی برای سلامت باروری جوانان [۷]، درآمد و ثروت نسبتاً بالای ایران نسبت به بسیاری از کشورهای در حال توسعه که منابع مالی خوبی را برای اجرای برنامه‌های ملی سلامت باروری فراهم می‌کند [۲۴] و همچنین نیروی انسانی کافی در بخش سلامت و این واقعیت که پویایی قوانین شریعت اسلام در ایران قادر به پاسخدهی به نیازهای روز جامعه از جمله نیازهای سلامت باروری است، راه را برای تدوین برنامه جامع سلامت جنسی که مطابق با فرهنگ، مذهب و حساسیت‌های اجتماعی، باشد هموار می‌کنند.

نتایج بسیار خوبی که از سنجش برنامه آموزشی که بر اساس این تحقیق تدوین شده بود به دست آمد نشان داد که حتی در جامعه‌ای که حساسیت‌های زیادی در مورد امور جنسی وجود دارد و در جامعه‌ای که پس زمینه‌های فرهنگی و مذهبی، آموزش چنین موضوعاتی را امری سخت و گاهی امکان ناپذیر جلوه می‌دهد، نیز می‌توان برنامه‌ای مطابق با نیاز و خواسته‌های مردم طراحی کرد و نتایج خوبی هم به دست آورد.

منابع

۱- رفائی شیرپاک خسرو. سلامت جنسی، فاتحی حسین و همکاران، *کتاب جامع سلامت عمومی* (جلد سوم). انتشارات ارجمند، تهران ۱۳۸۳: ۱۲۸۱-۱۲۷۶

2- Ministry of Health. *Canadian Guidelines for Sexual Health Education*. Minister of Health Community Acquired Infections Division Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Canada, 2003

3- UNFPA (1994). *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo*, 5-13 September 1994. Paragraph 7.2, 7.3 and 7.48

4- WHO (2004) *Progress in Reproductive and Sexual Research.* No. 64

انتخاب مکان مناسب، گروه هدف مناسب و همچنین مواد آموزشی مناسب و منطبق با نیاز و پس زمینه‌های فرهنگی و مذهبی گروه هدف، موفقیت برنامه را تا حد زیادی تضمین خواهد کرد. بهرحال این مطالعه از کمبودهایی نیز برخوردار است. در درجه اول، این مطالعه در زنان صورت گرفت و نظر و عقاید آنان را جستجو کرده است. سؤال و تحقیق از یک طرف یک رابطه دو طرفه، مصداق مثل معروف «یک طرفه به قاضی رفتن و خوشحال برگشتن» است. این نوع تحقیق ممکن است باعث برخی سوء تفاهمات و سوء برداشت‌ها از رابطه میان زوجین در یک رابطه دو طرفه گردد. در این مطالعه ما از مردان سؤالات مشابه را نپرسیدیم. این موضوع می‌تواند پرسش پژوهشی برای کارهای بعدی باشد. در درجه بعدی، این مطالعه یک مطالعه کیفی است و نتایج آن قابل تعمیم به کل جامعه‌ای که نمونه‌ها از آن گرفته شده‌اند نیست. بعضی مواردی که زنان در مورد رفتارهایی که نمی‌پسندیدند، مثل رابطه جنسی غیر عادی یا اِعمال خشونت در هنگام ارتباط جنسی عنوان کردند، به معنی این نیست که این گونه رفتارها در ایران شایع است و یا توسط همه مردم انجام می‌شود.

برای شناخت میزان شیوع اینگونه رفتارها بین زوجین، مطالعات مکمل دیگری مورد نیاز است.

سهم نویسندگان

خسرو رفائی شیرپاک: پژوهشگر اصلی

مریم چینی چیان: همکار تحقیق، از طراحی تا تهیه گزارش نهایی

حسن افتخار اردبیلی: پژوهشگر اصلی

ابوالقاسم پور رضا: همکار تحقیق، تحلیل داده‌ها و تهیه گزارش نهایی

علی رمضانخانی: همکار تحقیق، طراحی، حمایت در جمع آوری و تحلیل داده‌ها و تهیه گزارش نهایی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]

5- Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME, Gray D. Public health improvement in Iran-lessons from the last 20 years. *Public Health* 2004; 118: 395-402

6- Roudi-Fahimi F. Iran's family planning program: responding to a nation needs. Population Reference Bureau 2002 retrieved at: http://www.prb.org/pdf/IransFamPlanProg_Eng.pdf

7- Jocelyn D, Rana J, Iman M, Bonnie S. The sexuality and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reproductive Health Matters* 2005; 13: 49-59

۸- بررسی اختلالات شیوع جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز سلامتی ـ درمانی شهر بابل. مجموعه خلاصه مقالات اولین سمینار جایگاه سلامت جنسی در سلامت باروری، پژوهشکده ابن سینا، تهران ۱۳۸۳

۹- خدیور زاده طلعت، اسماعیلی حبیب الله، سر گلزائی محمدرضا. تأثیر برنامه آموزش رفتار جنسی بر رضایت جنسی زوجین دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر. مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

۱۰- رفائی شیرپا ک خسرو، چینی چیان مریم، هلاکوئی کوروش، صادقی پور حمیدرضا. بررسی میزان آگاهی و نگرش زوجهای در آستانه ازدواج شهر تهران در مورد سلامت جنسی و عوامل مؤثر بر آن. دهمین کنگره بین‌المللی اپیدمیولوژی، جانسی، هند، ۲۰۰۱

۱۱- شریفی اقدس فرزانه، خضری فروزان. بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات عملکرد جنسی درزنان متأهل ایرانی. مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

12- Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. Journal of Sex & Marital Therapy 1999; 25: 211-15

۱۳- قرار خسرو شاهی زهرا، عجمی محمد اسماعیل، جوانمرد ملیحه. بررسی شیوع انواع اختلالات جنسی در خانمهای متأهل دارای تحصیلات عالی در رشته‌های علوم پزشکی. مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

۱۴- قنبر زاده ناهید، نجفی سمنانی محمد، خزائی زهره. اپیدمیولوژی اختلالات جنسی در خانمهای متأهل ۵۰-۱۷ ساله در شهر بیرجند. مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

۱۵- قنبر زاده ناهید، نجفی سمنانی محمد، خزائی زهره. اپیدمیولوژی اختلالات جنسی در خانمهای متأهل ۵۰-۱۷ ساله در شهر بیرجند. مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

16- Resnicow K, Baranowski T, Ahluwalia JS, Braithwaite RL. Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. Ethnicity and Disease 1999; 9: 10-21

17- Esterberg, G. Qualitative Methods in Social Research. 1st Edition, Mc Graw Hill: UK, 2002

18- Mays N, Pope C. Qualitative research: rigor and qualitative research. British Medical Journal 1995; 311: 109- 11

19- Shahidian H. Gender and sexuality among immigrant Iranians in Canada. *Sexuality* 1999; 2: 189-222

۲۰- احمدی بتول، علی محمدیان معصومه، گلستان بنفشه. آزار جنسی در زنان بالای ۱۵ سال ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸۲. مجموعه خلاصه مقالات اولین سمینار جایگاه سلامت جنسی در سلامت باروری، پژوهشکده ابن سینا، تهران ۱۳۸۳

۲۱- احمدی بتول، علی محمدیان معصومه، گلستان بنفشه. آزار جنسی در زنان بالای ۱۵ سال ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸۲. مجموعه خلاصه مقالات اولین سمینار جایگاه سلامت جنسی در سلامت باروری، پژوهشکده ابن سینا، تهران ۱۳۸۳

22- Jim Muir, BBC online news, 24 April, 2002, retrieved at: http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/middle_east/1949068.stm

۲۳- محمدی محمدرضا، عالی خانی سیامک، فراهانی خلج آبادی فریده، رمضانخانی علی. فاکتورهای پیش بینی کننده رفتارهای پر خطر جنسی دربین نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر تهران. مجموعه خلاصه مقالات اولین سمینار جایگاه سلامت جنسی در سلامت باروری، پژوهشکده ابن سینا، تهران ۱۳۸۳

24- Population Action International in this generation. Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World. Washington DC, 2002

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.3.2.4]