

ادراک زنان ایرانی از منشأ اختلالات جنسی: مطالعه کیفی

فیروزه ریسی^۱، فرناز فرنام^{۲*}، عفت‌السادات مرقاتی خویی^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۸/۰۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۱/۰۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: دانستن عوامل اثرگذار بر اختلالات جنسی برای انجام مداخلات پیشگیرانه و درمانی حیاتی است. هدف این مطالعه کیفی کشف درک زنان از منشأ اختلالات جنسی‌شان می‌باشد.

روش بررسی: تحقیق حاضر یک مطالعه کیفی است که در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند با استفاده از مصاحبه حضوری عمیق نیمه ساختاریافته از ۱۵ زن متأهل ۲۱-۴۲ ساله که برای درمان اختلالات جنسی خود به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده بودند، انجام شد. دانستن اختلال جنسی با نظر درمانگر و با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد تأیید شد.

یافته‌ها: در این تحقیق آنالیز محتوا با استفاده از روش مستقیم گرانهایم مورد استفاده قرار گرفت و از تم‌های از پیش مشخص شده عوامل جسمی، روانی، بین فردی و اجتماعی - فرهنگی در ایجاد مشکل جنسی استفاده شد. در عین حال طبقات ایجادکننده این تم‌ها از بعضی جهات متفاوت با مقالات کشورهای غربی بود که بخصوص در تم اجتماعی - فرهنگی این تفاوت مشخص‌تر بود. همچنین بیشترین تأکید شرکت‌کنندگان بر روی عوامل فرهنگی - اجتماعی مانند فشارهای اقتصادی، استرس‌های زندگی، خستگی، نداشتن دانش جنسی، عقاید غیرعادی جنسی بود. همچنین ایدئال‌گرایی و فرزند سالاری به‌وضوح از علل ایجاد اختلالات جنسی به حساب می‌آمد.

نتیجه‌گیری: اگرچه به دلیل ماهیت پیچیده مسائل جنسی جدا کردن کامل عوامل اثرگذار بر اختلالات جنسی امکان‌پذیر نیست، یافته‌ها این مطالعه حاکی از نقش بسزای عوامل فرهنگی در ایجاد اختلالات جنسی در زنان است. این مسئله نشان می‌دهد که در هنگام مداخلات درمانی در زمینه اختلالات جنسی زنان، توجه به عوامل زمینه‌ای ضروری است.

واژه‌های کلیدی: اختلالات جنسی زنان؛ ایران؛ زنان؛ مطالعه کیفی؛ فرهنگ

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره اول، پی‌درپی ۱۱۴، فروردین ۱۳۹۸، ص ۳۱-۲۱

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه سلامت باروری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۲۲۴۲۳۱۵۴

Email: Fz.farnam@gmail.com

مقدمه

(۲، ۳). در دو دهه اخیر پیشرفت‌های اقتصادی - اجتماعی در ایران باعث تغییر سبک زندگی و نقش‌های زنان گردیده است بطوریکه زنان بیشتر در فعالیت‌های اجتماعی و تصمیم‌گیری‌های خانواده نقش ایفا می‌کنند. بدیهی است این وضعیت موجب تغییر خواسته‌ها و نگرانی‌های جنسی زنان می‌گردد. به‌رغم سرعت بالای تغییرات اقتصادی، تغییرات فرهنگی همواره به‌آرامی اتفاق می‌افتد. پرهیز از صحبت در مورد مسائل جنسی به دلیل نرم‌های فرهنگی از یک‌سو و تمایلات برخی جوانان به رفتارهای جنسی رایج در غرب از سوی دیگر، موجب استرس و سردرگمی در روابط جنسی

تمایلات جنسی شامل طیف گسترده‌ای از عقاید، ارزش‌ها، احساسات و رفتارهایی است که از معنویات، فرهنگ و اخلاق سرچشمه می‌گیرد و به‌تبع تمامی این جنبه‌ها در ایجاد اختلالات جنسی سهمیم هستند. اختلالات جنسی در تمامی جوامع شایع بوده و می‌توانند اثرات جدی بر کیفیت زندگی فرد، سلامت عمومی و همچنین سلامت خانواده و اجتماع داشته باشند (۱). مطالعات انجام شده در ایران نیز حاکی از شیوع این اختلالات دارد و میزان اختلالات جنسی زنان از ۳۱ درصد تا ۷۲ درصد گزارش شده است

^۱ متخصص روانپزشکی، بیمارستان روزبه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ دکترای سلامت باروری، گروه سلامت باروری و مامایی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دکترای ارتقا سلامت، مرکز بین‌المللی مطالعات اعتیاد، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

م صاحب‌ه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته به صورت حضور و فرد به‌فرد با ۱۵ زن که حداقل یک اختلال جنسی در آن‌ها به اثبات رسیده بود، انجام شد. مصاحبه‌ها ۵۵ تا ۹۵ دقیقه طول کشید و از دو نفر دوبر مصاحبه به عمل آمد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط گردید و سپس به صورت متن نوشتاری درآمد. برای انجام مصاحبه به‌غیر از سوالات آغازکننده ۲ سؤال اساسی مطرح گردید: زنان در کشورهای مختلف دلایل گوناگونی برای اختلالات جنسی خود دارند، شما چه عواملی را علت مشکل جنسی خود می‌دانید و اختلالات جنسی که ذکر کردید چگونه برای شما اتفاق افتاد.

شرکت‌کنندگان: با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposive) از زنانی که در یک کارآزمایی بالینی شرکت کرده (۹) و تحت درمان برای اختلالات جنسی بودند، دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود به مطالعه کمی شامل زنانی بود که ازدواج تک‌همسری و در وضعیت با ثبات داشتند و مشکل جنسی در آنان تأیید شده بود. برای مطالعه کیفی به‌جز تمایل به شرکت، معیار دیگری در نظر نگرفته شد. هیچ موردی از امتناع برای شرکت در مطالعه و یا خروج مشاهده نشد. به‌منظور ایجاد حداکثر گوناگونی، زنانی در گروه‌های سنی متفاوت با سطح تحصیلات مختلف و با اختلالات متفاوت جنسی وارد مطالعه شدند (در زمان انجام مطالعه معیارهای DSM-IV در زمینه طبقه‌بندی اختلالات جنسی زنان معتبر بود). همچنین از کسانی که تا آن زمان به درمان پاسخ داده و یا نداده بودند، مصاحبه به عمل آمد. اشباع داده‌ها با ۱۵ مصاحبه حاصل شد. میانگین سنی زنان ۲۹،۲ سال با محدوده ۲۱-۴۲ سال، میانگین مدت ازدواج آنان ۴،۷ سال با محدوده ۰،۳-۲۳ و میانگین سال‌های تحصیل آنان ۱۴،۷ سال با محدوده ۸-۲۲ سال گزارش شد (جدول ۱).

تجزیه و تحلیل داده‌ها: تجزیه داده‌ها با تم‌های از پیش مشخص مدل biopsychosocial و با استفاده از روش آنالیز محتوای گرانهایم با رویکرد مستقیم انجام پذیرفت. در ابتدا مصاحبه‌ها به متن نوشتاری تبدیل گشت. متن هر مصاحبه، چندین مرتبه خوانده شد تا درک کلی از محتوای آن به دست آید. سپس متن هر مصاحبه به واحدهای معنایی تقسیم و هر واحد معنایی فشرده و کدگذاری شد. سپس کدهای مختلف با یکدیگر مقایسه و بر اساس شباهت، تفاوت و تجانس محتوا، در زیرطبقات و طبقات قرار داده شدند. برای تجزیه و تحلیل متن دو مصاحبه توسط دو نفر از افراد تیم تحقیق به‌صورت جداگانه کدگذاری شد. این کدها با یکدیگر مقایسه شد و پس از اتفاق نظر متن مجدداً کدگذاری شد. در قدم بعد، مصاحبه‌کننده تمامی مصاحبه‌ها را کدگذاری کرده و در انتها تیم تحقیق به بررسی کدها و طبقات پرداخته است. در نهایت طبقات و نتایج مطالعه توسط دو تن از شرکت‌کنندگان مورد بازبینی قرار

زوجین گردیده است (۴). در ایران به‌رغم وجود مطالعات گسترده در زمینه مسائل جنسی، اطلاعات اندکی در مورد منشأ اختلالات جنسی زنان وجود دارد (۵). این در حالی است که پیشگیری از ایجاد اختلالات جنسی تنها پس از آگاهی از علل این اختلالات میسر است. همچنین دانستن منشأ اختلالات جنسی از زبان خود زنان شرط لازم برای تأمین و تربیت نیروی انسانی لازم برای مدیریت این مشکلات می‌باشد. در حقیقت مداخلات باید بر مبنای فرهنگ هر کشور و بر اساس نیازهای افراد باشد (۶). در زمینه توصیف اختلالات جنسی مدل‌های تئوری متعدد وجود دارد که در مطالعه حاضر، از مدل جسمی روانی اجتماعی (Biopsychosocial) که اولین بار توسط Rossi در سال ۱۹۹۴ وارد حیطه مسائل جنسی گردید (۷) و سپس توسط McCabe و همکارانش (۸) بسط یافت؛ استفاده شده است. این مدل تمایلات جنسی زنان را مجموعه‌ای از عوامل جسمی، روانی، بین فردی و اجتماعی تعریف می‌کند. از طرف دیگر به‌منظور درک علل ایجاد اختلالات جنسی توجه به گفته‌های خود افراد از مشکلشان ضروری است. در نتیجه مطالعه کیفی و انجام مصاحبه‌های عمیق یکی از بهترین راه‌ها برای درک منشأ اختلالات جنسی از دیدگاه زنان است. این تحقیق بر اساس تم‌های پذیرفته شده مدل Biopsychosocial طراحی شده است. سعی بر آن بوده که با انجام مطالعه کیفی، طبقات تشکیل‌دهنده این تم‌های اصلی در زنان ایرانی مشخص گردد.

مواد و روش کار

طراحی: این تحقیق یک مطالعه کیفی برای درک منشأ اختلالات جنسی زنان می‌باشد که در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. زنانی که برای درمان اختلالات جنسی‌شان به درمانگاه‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کردند وارد مطالعه شدند. انجام مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شده و سپس اجازه نمونه‌گیری از دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ شد. بعد از توضیح اهداف مطالعه و اطمینان بخشی از محرمانه بودن نتایج، از زنانی که تمایل به شرکت در تحقیق داشتند اجازه ضبط صدا و رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. زمان و مکان مصاحبه بر اساس نظر شرکت‌کنندگان تنظیم شد.

تمامی مصاحبه‌ها توسط نویسنده دوم مقاله انجام گردید که درمان اختلالات جنسی زنان را نیز به عهده داشت. این محقق با سابقه ۱۳ سال آموزش و تحقیق روی مسائل جنسی کاملاً به محیط درمانگاه‌ها و مراکز تحت پوشش این دانشگاه اشراف داشته است. همچنین فعالیت محقق در زمینه درمان اختلالات جنسی، احتمال تفسیر صحیح دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در این مطالعه را افزایش می‌داد.

قرار دادن متن مصاحبه‌ها و کدو طبقات در اختیار تیم تحقیق محقق شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تم‌های اصلی ایجادکننده اختلالات جنسی در زنان از پیش مشخص بوده و این تحقیق طبقات این تم‌های را در زنان ایرانی مشخص کرد. بیشترین وقت و تأکید زنان روی مسائل اجتماعی مرتبط با مشکلات جنسی بود. اگرچه به دلیل ماهیت پویا و پیچیده مسائل جنسی جدا کردن کامل عوامل از یکدیگر ممکن نبود. برای شرکت‌کنندگان تمایز بین عوامل مستعد کننده (predisposing) مسائل جنسی از عوامل ادامه یابنده (maintenance) امکان‌پذیر نبود.

گرفت. در این تحقیق به‌منظور افزایش اعتبار از فردی با تجربه (ف) در این زمینه استفاده شد. همچنین از آنجا که محقق علاوه بر مصاحبه‌ها مسئولیت درمان اختلالات جنسی را نیز به عهده داشته و هر بیمار به‌غیر از مصاحبه‌ها حداقل ۶ بار دیگر برای درمان دیده شده است زمانی کاملاً کافی صرف بررسی هر فرد شده و تفسیر داده‌های مصاحبه‌ها با اطمینان بیشتری انجام شد. همچنین شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوع تحصیلاتی، سنی و نوع بیماری در نظر گرفته شدند. به‌منظور افزایش همسانی یا قابلیت ثبات مطالعه از بازنگری مشارکت‌کنندگان و تیم تحقیق استفاده شد. قابلیت انتقال با ثبت دقیق مراحل انجام کار میسر می‌شد. قابلیت تأیید با

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

شماره شرکت‌کننده	سن	مدت ازدواج	سال‌های تحصیل	شغل	نوع مشکل جنسی (DSM-IV)
۱	۲۷	۵	۱۲	نیمه‌وقت	۱
۲	۲۴	۴	۱۶	دانشجو	۲
۳	۲۱	۳	۸	خانه‌دار	۱
۴	۳۵	۱	۱۷	خانه‌دار	۳
۵	۲۸	۱/۲	۱۸	تمام‌وقت	۱
۶	۲۴	۲	۱۳	تمام‌وقت	۴
۷	۲۹	۵	۸	خانه‌دار	۱
۸	۳۷	۶	۱۰	خانه‌دار	۵
۹	۳۱	۱/۳	۲۲	تمام‌وقت	۳
۱۰	۲۷	۴/۵	۱۶	تمام‌وقت	۱
۱۱	۲۸	۲	۱۶	خانه‌دار	۱
۱۲	۲۸	۳/۵	۱۶	تمام‌وقت	۱
۱۳	۲۶	۳/۵	۲۲	تمام‌وقت	۵
۱۴	۲۸	۷	۱۷	تمام‌وقت	۴
۱۵	۴۲	۲۳	۱۰	خانه‌دار	۵

جدول (۲): خلاصه طبقات استخراج‌شده به‌عنوان منشأ اختلالات جنسی زنان

عوامل جسمی	رخداد‌های چرخه بارداری
	درد جنسی
	ویژگی‌های شخصیتی
عوامل روانی	آسیب احساسی
	آسیب جنسی
	فقدان صمیمیت و دل‌زدگی جنسی
عوامل بین فردی	اختلافات زناشویی
	فقدان اعتماد
	اختلالات جنسی همسر
	فقدان دانش جنسی
	خرافات جنسی
	نارضایتی از ظاهر بدن
عوامل فرهنگی-اجتماعی	بی‌عدالتی جنسیتی
	فشارهای مالی
	استرس زندگی و خستگی
	فرزند سالاری
	ایدئال‌گرایی

۱. عوامل جسمی

تغییرات عملکرد جنسی به دلیل حوادث مربوط به چرخه باروری و همچنین درد جنسی به‌عنوان مهم‌ترین عوامل جسمی ایجادکننده اختلالات جنسی برشمرده شد.

۱.۱. رخداد‌های چرخه باروری

زنان بیان داشتند که رخداد‌های مربوط به چرخه تولیدمثل مانند قاعدگی، بارداری، شیردهی و مسائل تنظیم خانواده اثرات قابل‌توجهی بر عملکرد جنسی آن‌ها داشته. البته در لابه‌لای این صحبت‌ها رد پای ناکافی بودن اطلاعات جنسی نیز به چشم می‌خورد.

«رابطه جنسی در کل دوران بارداری به خاطر ترس از سقط و یا آسیب به بچه و حتی چندین ماه بعد از اون قطع میشه. من تا مدت‌ها بعد از زایمانم نه میلی داشتم و نه دردم تمام می‌شد. تمام مدت هم نگران بارداری مجدد بودم. خوب دوره قاعدگی هم که رابطه ندارم تازه قبلش هم چند روز درد دارم و سینه هام حساس است» [۳۷] ساله با ۱۰ کلاس سواد.

در برخی موارد یک عامل ساده مانند ترس از بارداری شدن ناخواسته نه‌تنها باعث حذف دخول بلکه در بسیاری از موارد حذف هرگونه معاشقه و لذت از کل زندگی جنسی می‌شد

«از ابتدا داروهای استفاده می‌کردم که می‌دانستم می‌تونه موجب مشکلاتی در بچه بشه... قرص (ضدبارداری) هم نمی‌تونستم بخورم، چون اثر بدی روی اعصابم داشت. از طرفی چون هیچ‌وقت اجازه دخول به همسر نمی‌دادم اون هم می‌گفت واسه چی از کاندوم استفاده کنم. از اینکه باردار شوم و بچم دچار مشکل بشه، خیلی می‌ترسیدم. نداشتن دخول یک‌جور محافظت بود. خوب برای اینکه دخول نداشته باشیم اصلاً سراغ همسر نمی‌رفتم و حتی از ترسم از اون نوازشی که دوستش هم داشتم دوری می‌کردم.» [۲۸] ساله، لیسانسیه

۱.۱.۲. درد جنسی

درد جنسی به دلیل بیماری‌های زنان و یا کافی نبودن لغزندگی واژن در طی رابطه یکی از علل مؤثر جسمی ایجادکننده اختلالات جنسی آتی به‌حساب می‌آید.

می‌گذاشت زیرا زن، همواره نگران برطرف کردن نیازهای همسر بوده و کمتر به خواسته‌های خود توجه می‌کرد. خانم ۲۴ ساله دانشجوی مقطع لیسانس، با مشکل ارگاسم، که از دست دادن پدر در نوجوانی، بسیار بر او تأثیر داشته می‌گوید:

«دلم نمی‌خواهد همسرم را هم از دست بدهم، می‌خواهم برای او بهترین باشم و در رابطه جنسی هم همین‌طور... چون برای همسرم خیلی مهم است که من به ارگاسم برسم، همیشه تظاهر کردم که می‌رسم و بسیار لذت می‌برم، درحالی‌که هیچ‌وقت با او به ارگاسم نرسیده‌ام، اما می‌ترسم اگر به او بگویم مرا ترک کند. حالا دیگه نه‌تنها لذت نمی‌برم بلکه احساس می‌کنم میلم هم کم شده».

همچنین خانم ۲۱ ساله که ۹ سال مدرسه رفته است و در کودکی مادرش را از دست داده به‌نوعی این خلأ عاطفی را عاملی برای ادامه مشکل جنسی‌اش (واژینیسموس) می‌داند

«رفتار زن بابا با ما بسیار بد بود... از ترس او به پدرم هم چیزی نمی‌گفتم. الان خیلی خوشبختم که کسی را دارم اما همش استرس دارم که آگه مشکلم حل نشه [واژینیسموس] چی میشه، ترکم می‌کنه؟.. من همش می‌ترسم از دستش بدم و این استرسم را زیاد می‌کنه و موقع رابطه این نگرانی‌ها اجازه نمی‌ده که اون چیزهایی که در تمرینات یاد گرفتم بکار ببرم».

۲.۳. آسیب جنسی

اگرچه زنان در این مطالعه موردی از تجاوز جنسی را گزارش نکردند؛ اما تجربه شنیدن کلمات رکیک و لمس شدن یا مشاهده آلت تناسلی در فضاهای عمومی در دوران کودکی، با وحشت و ترس فراوان همراه بوده و زنان آن را به‌عنوان تروما جنسی تلقی کردند. به نظر می‌رسد که در یک جامعه سنتی احتمال اینکه این تجربیات باعث احساس شرم و گناه شده و باعث نگرش منفی به رفتارهای جنسی در آینده گردد بیشتر است.

«۵-۶ سالم بود که مردی در تاکسی به ران من چند بار دست زد.. خیلی ترسیدم اما به کسی چیزی نگفتم. احساس گناه می‌کردم و تا سال‌ها تصویرش جلوی چشمم بود. وقتی هم ازدواج کردم نمی‌گذاشتم همسرم به من دست بزنه و یا آگه دست می‌زد از جا می‌پریدم و اذیت می‌شدم» [۲۸ ساله، لیسانسیه].

نوع دیگری از ترومای جنسی، از نظر شرکت‌کنندگان، واکنش‌های شدید والدین، در برابر رفتارهای طبیعی جنسی آنان در

«من اصلاً آدم سردمزاجی نبودم، با همسرم هم از همه نظر جور بودم و کلاً نظرم نسبت به روابط جنسی خیلی مثبت بود. اما بعد از اولین رابطه نظرم عوض شد. همیشه در حین رابطه درد داشتم، درد شدیدی که اجازه هیچ لذتی را به من نمی‌داد. ... عجیب اینکه کم‌کم حتی قبل از دخول هم احساس فشار در لگنم داشتم» [۳۵ ساله، دانشجوی فوق‌لیسانس]

۲. عوامل روانی

ویژگی‌های شخصیتی، آسیب عاطفی و جنسی از جمله عوامل روانی ایجادکننده بیماری‌های جنسی بود. عوامل موجود در این دسته ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر و همچنین با عوامل اجتماعی داشتند و در بسیاری موارد جدا کردن کامل آن‌ها از یکدیگر ممکن نبود.

۲.۱. ویژگی‌های شخصیتی

علائم اضطرابی و کمی اعتمادبه‌نفس در زنان مبتلا به درد هنگام نزدیکی و واژینیسموس بیشتر به چشم می‌خورد.

«هیچ‌گاه تنهایی از خیابان رد نشده‌ام، سوار تاکسی نشده‌ام و یا برای خرید خونه تنهایی بیرون نرفته‌ام، همیشه با همسرم و یا یک نفر دیگه می‌روم بیرون. میدونید کلاً از شروع هر کار جدیدی هراس دارم. در رابطه جنسی هم از درد می‌ترسیدم. می‌ترسیدم آگه داخل بدنم بره پاره بشه خونریزی کنم یا به جای اشتباه بره. شنیده بودم یک نفر فلج شده» [۲۱ ساله، با ۹ کلاس سواد].

از دیگر ویژگی‌های شخصیتی مشاهده‌شده در زنان با مشکلات جنسی می‌توان به ایدئال‌گرایی اشاره کرد که در افراد مبتلا به اختلال ارگاسم واضح تردیده می‌شد.

«من لذت می‌برم اما اونجوری که باید باشه نیست. من توی فیلم‌ها دیده‌ام که بعضی‌ها چگونه از هوش می‌روند، انگار هیچ چیز را در اطراف خود حس نمی‌کنند... ولی مال من یک لذت عادی است. باید به جور دیگه باشه» [۲۴ ساله، دانشجوی مقطع لیسانس].

۲.۲. آسیب عاطفی

ترومای عاطفی در این مطالعه، عمدتاً به دلیل از دست دادن والدین در کودکی یا ارتباط نامناسب فرد با والدین و به‌خصوص مادر بود. این تروما، با کاهش اعتمادبه‌نفس فرد، باعث عدم ابراز علاقه و یا بالعکس وابستگی شدید و ترس از دست دادن همسر می‌شد که گاهی در رفتارهای جنسی و احساس لذت و رضایت فرد اثر

۳،۲. اختلافات زناشویی

از آنجاکه یکی از معیارهای ورود به مطالعه، ثبات ازدواج و نداشتن اختلافات شدید زناشویی بود، عدم هماهنگی و اختلاف نظرها، کمتر از حد معمول گزارش گردید. دریا، ۲۷ ساله، اختلاف نظر و نزاع‌های خانوادگی را مسبب کاهش رضایت جنسی می‌داند:

«وقتی دائماً بر سر مسائل ریزودرشت باهم بحث می‌کنیم... من هم در مسائل جنسی مقابله به مثل می‌کنم و به خواسته‌های او بی‌تفاوت می‌شوم» [۲۷ ساله، لیسانسیه].

۳،۳. فقدان حس اعتماد

در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگانی که از نظر مالی و عاطفی به مردان وابسته‌تر بودند، بیشتر نگران خیانت همسر خود بودند و برای خشنودی همسر، گاهی خود را ملزم به انجام رفتارهای جنسی می‌کردند که از آن‌ها منجر بودند. از طرف دیگر، گاهی ترس از خیانت مردان، خودسر منشأ ایجاد یا تداوم مشکل بود. دیدگاهی که مهم‌ترین هدف مرد را از ازدواج، مسائل جنسی و آن‌هم صرفاً دخول بدانند، عدم توانایی زن در نزدیکی را دلیلی قانع‌کننده برای خیانت مرد می‌پندارد.

«بعد از اینکه مشکلم طولانی شد و همسرم اصراری برای مراجعه و درمان من نداشت، به او شک کردم... این فکر اشتباه، چک کردن‌ها و دعوای مرتب من باعث شده حالا هم که مشکل واژینیسموس من بعد از درمان‌های طولانی، بسیار کمتر شده، دیگه او به سراغم نمی‌آید» [۲۷ ساله، فوق‌دیپلم].

۳،۴. اختلالات جنسی در همسر

یکی از عوامل اثرگذار بر عملکرد جنسی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر اعتیاد (substance abuse) همسرانشان بود. عوارض جنسی ثابت شده اعتیاد از طرفی و انکار مشکل جنسی از سوی برخی مردان و اکراه از مراجعه از طرف دیگر، از عوامل مسبب و یا ابقای مشکل جنسی در زنان بود.

«از همان روزهای اول ازدواج احساس کردم میل همسرم خیلی کم است، اما آن را به حساب تفاوت‌های فردی گذاشتم. سپس فکر کردم مشکل من علت این کاهش میل است. بعد که به اعتیادش پی بردم و خصوصاً حالا که با تمرینات متعدد مشکل ترسم از بین رفته، ولی اون باز تمایلی نداره؛ می‌فهمم که از اول، همسرم هم مشکل داشته» [۲۷ ساله، فوق‌دیپلم].

کودکی بود. بسیاری از شرکت‌کنندگان بیان داشتند که اگرچه والدین آن‌ها بسیار مهربان بوده‌اند، اما به سؤالات، رفتارها و بازی‌ها جنسی آن‌ها در کودکی واکنش بسیار غیرمنطقی داشتند.

«۶ سالم بود، داشتیم با دوستم بازی می‌کردم. توی بازی، مثلاً در حمام بودیم و لباس‌هایمان را در آورده بودیم، همه بدنمان را شسته بودیم و تا به ناحیه تناسلی رسیدیم، مادرم وارد اتاق شد. فریادی کشید و چنان در صورت من زد که خون از بینی من سرازیر شد... نمی‌دانستم چرا کتک خوردم. این تنها باری بود که از مادرم کتک خوردم. این ترس و احساس بد، همیشه در من باقی ماند و اگرچه اکنون از نوازش لذت می‌برم اما به محض لمس این ناحیه، از جا می‌پریم و احساس ناخوشایندی دارم. حتی خودم هم نمیتونم به بدنم دست بزنم و در هنگام قاعدگی هم با ناراحتی و زجر پدهای بهداشتی را عوض می‌کنم» [۲۸ ساله، لیسانسیه].

۳. علل بین فردی

مصاحبه‌ها در مطالعه حاضر نشان داد که دل‌زدگی جنسی و فقدان صمیمیت، اختلافات زناشویی، احساس عدم اعتماد و بیماری‌های جنسی همسر از مهم‌ترین علل بین فردی ایجاد مشکل جنسی در زنان بود.

۳،۱. فقدان صمیمیت و دل‌زدگی جنسی

مانند بسیاری از مطالعات دیگر، زنان بیان داشتند که گوش ندادن مرد به صحبت‌های زن، عدم توانایی حل مسائل با گفتگو و درک نشدن و در نظر گرفته نشدن، شایع‌ترین علل ارتباطی مشکلات جنسی است، زیرا بدون نزدیکی عاطفی، ارتباط جنسی خوشایند نخواهد بود

«همسرم مرد خوب و مهربانی است... اما با من حرف نمی‌زند. از سر کار که می‌آید می‌رود جلوی تلویزیون تا شب. وقتی باهش حرف می‌زنم حواسش به من نیست و فقط می‌گه «آره»، «نه» یا «نمی‌دونم». شب وقتی شب پیشم می‌آید فکر می‌کنم فقط براش همین چیزها (نزدیکی) مهمه. من هم هیچ هیجانی ندارم» [۲۹ ساله، با تحصیلات راهنمایی].

در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان با رفتار ناخوشایند یا خشونت جنسی، از طرف همسر مواجه نشده بودند و بی‌اطلاعی همسر یا عدم هماهنگی خواسته‌های جنسی را باعث محدود بودن تجربیات جنسی خوشایند و عدم تمایل به روابط جنسی می‌دانستند.

۴. عوامل اجتماعی - فرهنگی

در مطالعه حاضر نداشتن دانش جنسی، خرافات جنسی، نارضایتی از ظاهر بدن، نابرابری جنسیتی، فشار اقتصادی، استرس‌های زندگی و خستگی و فرزند سالاری تشکیلات اصلی عوامل اجتماعی - فرهنگی را دادند.

۴.۱. فقدان دانش جنسی

اغلب شرکت‌کننده نداشتن اطلاعات کافی در مورد مسائل جنسی را به‌عنوان اصلی‌ترین منشأ مشکلات جنسی دانستند اگرچه سطح متوسط سال‌های تحصیل شرکت‌کنندگان ۱۵ سال بود.

«از بچگی مامانم من را از پریدن منع می‌کرد، البته علتش را نمی‌گفت. می‌گفت خونریزی می‌کنی باید ببریمت بیمارستان بهت آمپول بزیم، حالا می‌فهمم که ترسش از پاره شدن پرده بکارت‌م بوده. من هم شیطان بودم و به حرفش گوش نمی‌کردم. وقتی قاعده شدم فکر کردم مال شیطانم و به هیچ‌کس هیچی نگفتم. فکرمی کردم یک بیماری دارم و می‌میرم. به‌جای نوار بهداشتی از دستمال‌کاغذی استفاده می‌کردم... فکر می‌کنم از همان زمان احساسم نسبت به زن بودن خودم منفی شد» [۲۸ ساله، دانشجوی فوق‌لیسانس].

کمبود دانش جنسی، منحصر به عامه مردم نبود زیرا حتی کادر بهداشتی درمانی با قضاوت‌ها و درمان‌های نامناسب وضعیت را از قبل هم آشفته‌تر کرده بود.

«اولش به خیلی دکترا مراجعه کردیم. یکی گفت: داری خودت را لوس می‌کنی، چون شوهر مهربونی داری. اون یکی گفت: اگر وضعیت همین جور بمونه، حتماً شوهرت میره با یک نفره دیگر و آخری هم به همسر گفت: دچار اختلال شدید نعوظی هستی (بدون معاینه و بررسی همسر بیمار. اینکه فکر می‌کردیم مشکل ما حل نشدنی است، ما را خیلی اذیت می‌کرد و باعث می‌شد فکر کنیم که باید با این مشکل بسازیم و در نتیجه تا مدتی به هیچ دکتري مراجعه نکردیم» [۳۱ ساله، دکتر].

۴.۲. خرافات جنسی

در مطالعه حاضر عقاید نادرست به دو دسته تقسیم می‌شد؛ دسته اول، باورهای قدیمی که بیشتر براساس برداشت‌های نادرست از مذهب و فرهنگ شکل گرفته بود. باورهای قدیمی اغلب در افراد با سطح اقتصادی - اجتماعی پایین دیده می‌شد. اگرچه به دلیل تغییرات کلی فرهنگی و اجتماعی در سطح جامعه، اثبات باکره بودن بسیار

کمتر از قبل دیده می‌شد (تنها در ۳ مورد از ۱۵ نفر)، اما در صورت وجود این رسم، اغلب زنان روابط جنسی اولیه را، خاطراتی بسیار ناخوشایند و سرشار از استرس توصیف کردند. اعتقاد به درد شدید در اولین رابطه بسیار شایع بود. نگرانی از درد باعث ایجاد یک چرخه معیوب شده بود. ترس و فوبیا از درد در اولین رابطه منجر به پرهیز از دخول شده و پس از مدتی این پرهیز خود بر استرس و ترس می‌افزاید.

«در دوران نامزدی، همسر ما مجرای زنی را برایم تعریف کرد که با اولین نزدیکی از درد مرده بود. من هم می‌ترسیدم که با اولین رابطه بمیرم. ماه اول به خاطر همسر چند بار این کار را (دخول) کردیم. اما بعدش دیگه از ترس ۵ سال نگذاشتم» [۲۹ ساله، تحصیلات سوم راهنمایی].

دسته دوم اعتقادات خرافی جنسی در مطالعه حاضر، انتظارات بیش از اندازه و غیر معقول از رابطه جنسی و به‌نوعی ایدئال‌گرایی جنسی (sexual perfectionism) بود که اغلب ناشی از شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌ها بوده و بیشتر در افراد جوان، تحصیل کرده و شاغل به چشم می‌خورد که سطح اجتماعی فرهنگی بالاتر داشتند. در این میان، عقاید خرافی مربوط به ارگاسم شایع‌تر بود. این توقعات موجب اضطراب عملکرد (performance anxiety) و کاهش لذت جنسی می‌گردد. خانم ۲۴ ساله که دانشجوی مقطع لیسانس بوده و از مشکل نرسیدن به ارگاسم شاکی بوده بیان می‌دارد:

«من لذت می‌برم اما اونجوری که باید به ارگاسم نمی‌رسم. توی فیلم‌ها دیدم که زنان چقدر به دفعه تحریک می‌شوند، چگونه از هوش می‌روند، انگار هیچ چیز را در اطراف خود حس نمی‌کنند، آن‌ها فریاد می‌زنند و یک حالتی هستند که هیچی در دنیا شبیه اون نیست... ولی مال من یک لذت عادی است؛ اونجوری که باید باشه نیست».

۴.۳. نارضایتی از ظاهر بدن

گفته‌های زنان در این مطالعه نشان داد که معیار قرار دادن آنچه در رسانه‌های جمعی به‌عنوان نرم زیبایی معرفی می‌شود، باعث انتقاد همسر یا احساس ناخرسندی خود زن، از ظاهر بدن می‌گردد. کاهش احساس جذابیت و اعتماد جنسی حاصله، یا باعث پرهیز از روابط جنسی شده و یا منجر شده بود که زن در حین فعالیت جنسی دائماً به ایرادات خود فکر کرده که موجبات اضطراب عملکرد و عدم تمرکز بر تحریکات جنسی می‌گردد.

تا دکتر می گن: آگه شوهرت ارضا نشه میره سراغ کس دیگرا! آگه امتناع کنی، گناه می کنی؛ خب پس من چی؟ احساسات و خواسته های من چی میشه؟»

۴.۵. فشارهای اقتصادی

زندگی در کلان شهری مانند تهران همراه با کارهای پراسترس، اضافه کار در تعطیلات و نگرانیهای مالی فراوان است. ۱۳ نفر از ۱۵ شرکت کننده، مشکلات اقتصادی را دومین عامل اثرگذار (بعد از فقدان دانش)، بر سلامت جنسی دانستند. فشارهای اقتصادی تنها باعث دعوای بین زوجین می گردد، بلکه مشغولیت ذهنی و سلب آرامش روانی ناشی از آن، میل جنسی و رسیدن به ارگاسم آنها را تحت الشعاع قرار داده است. دریا، ۲۷ ساله، که برای تأمین هزینه های زندگی، شغلی پراسترس و با ساعات کاری زیاد دارد می گوید:

«همیشه از یک ماه قبل از تمام شدن موعد اجاره (از نگرانی میزان افزایش اجاره بها) همسرم اصلاً طرف من هم نمی آید. من هم اصلاً نمی تونم ریلکس بشوم» [۲۷ ساله، لیسانسیه].

۴.۶. استرس های زندگی و خستگی

نبود حمایت های اجتماعی مناسب سبب شده بود که انجام مسائل مربوط به فرزندان، رسیدگی به والدین و حتی مشکلات خواهر و برادر، به گونه نامتعارفی برعهده زوج و در بسیاری از موارد زن باشد که نگرانی و خستگی آن باعث می شد که زنان نه تنها کمتر افکار جنسی داشته باشند بلکه در مواجهه با تحریکات همسر، به جای تمرکز بر تحریکات به مشغولیت های ذهنی خود توجه کنند.

«مجبورم مرتب به مادرم سربرزم. از نظر جسمی و روحی در وضع بدی است و چون از نظر مالی هم در مضیقه هست و همش ما (فرزندان) باید بهش برسیم احساس عذاب می کنه... کنار همسرم هم که هستم همش نگران وضع مادرم هستم. اصلاً نمی تونم به چیز دیگه ای فکر کنم. گاهی اصلاً احساس گناه می کنم که چرا من دارم لذت می برم» [۲۴ ساله، دانشجوی مقطع لیسانس].

«خستگی» یکی ازواژه هایی بود که در صحبت های زنان به کرات دیده می شد. اگرچه در بسیاری از موارد منشأ این خستگی مشکلات اقتصادی و استرس های ناخواسته زندگی بود؛ در برخی شرایط مسبب آن زیاده خواهی زن بود.

«ما صبح در دانشگاه هستیم و عصر هم هر کدام می ریم به مطبی، مریض می بینم. در خانه هم که هستیم یا هر دو درس

«حساس می کنم خیلی بد هیکنم، اگر همسرم می گفت: بیا فیلم ببینیم، از ترس اینکه نکنم همسرم، من را با زنان زیبای فیلم، مقایسه کند حاضر نمی شدم و حتی با او هم دعوا می کردم... در اتاق خواب، همسرم دوست دارد نور کمی روشن باشد، من هم دوست دارم او را ببینم، اما از ترس اینکه او به بدن من نگاه کند و شکم گنده من را ببیند، چراغ را خاموش می کنم، وقت هایی که روشن است، تمرکز کم می شود و به ارگاسم نمی رسم» [۲۸ ساله، دانشجوی فوق لیسانس].

۴.۴. بی عدالتی جنسیتی

اغلب زنان بیان داشتند که در زندگی از بیان خواسته و نیازهای جنسی خود به همسرشان پرهیزی کردند. اغلب زنان در تعریف رابطه جنسی تابع مردان بوده و «رابطه واژینال» را به عنوان رابطه جنسی در نظر می گرفتند اگرچه خود از سایر رفتارهای بیشتر لذت می بردند. در مطالعه حاضر، زنانی که از امکانات اقتصادی و فرهنگی کمتری برخوردار بودند، کمتر به مشکلات جنسی خود اهمیت داده و انجام بعضی رفتارها را ناپسند و غیر اخلاقی می شمردند و بیشتر در مواردی به جستجوی درمان بر می آمدند که فشاری بر همسر احساس می کردند. آنان تمایلات جنسی را کنترل و سرکوب می کردند که علت عمده آن به رسمیت شناخته نشدن این نیاز در عرف حاکم بر جامعه بود که لذت بردن از روابط جنسی را خاص مردان می دانست. خانم ۳۷ ساله با تحصیلات تا کلاس ۱۰ که با مشکل کاهش میل جنسی مراجعه کرده بود می گوید

«اوایل ازدواج اینجوری نبودم، خیلی دلم می خواست سمت همسرم بروم، اما نمی دانستم همسرم چی فکری کنه. روم نمی شد بگم. حتی نشون نمی دادم که لذت می برم و اون هم به خاطر اینکه من اذیت نشوم دیر به دیر می آمد سراغم. کم کم فکر کردم این، آن چیزی که فکری کردم نبود. سال ها بعد من تازه فهمیدم که من هیچ وقت ارضا نشدم» [۳۷ ساله، تحصیلات تا کلاس ۱۰]

هنجارهای جنسی حاکم بر جامعه برطرف کردن نیازهای جنسی مردان را مهم و مقدم بر وضعیت و احساس لذت زن می داند. یک خانم ۲۷ ساله و لیسانسیه با مشکل واژینیسموس ثانویه می گوید:

«سر کار می روم ونیمی از هزینه های زندگی را تأمین می کنم. به خانه هم که برمی گردم تمام کارهای منزل را هم باید انجام دهم. پیشگیری از بارداری و درمان مشکل جنسی هم وظیفه من است. تحمل این همه فشار کاری کافی نیست، تازه همه از دوست گرفته

بررسی و توجه ویژه دارد. نمونه‌ای از ایدئال‌گرایی در مورد فرزندان در صحبت‌های خانم ۴۲ سال با تحصیلات در حد ۱۰ کلاس که با مشکل کاهش میل جنسی مراجعه کرده بود دیده می‌شود:

«هم من و هم همسر همش نگران تهیه جهاز برای دختر بزرگمان هستیم. وضع مالی ما خوب نیست و همسرم مجبور خیلی کار کنه و من هم خیلی صرفه جویی می‌کنم.. اما فکر می‌کنم که باید جهازش از هرجهت تکمیل باشه... این فشار باعث میشه که اصلاً خودمون را فراموش کنیم».

بحث

با دقت در طبقات ایجاد شده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که عوامل مؤثر در اختلالات جنسی در بسیاری موارد در بین زنان ساکن نقاط مختلف دنیا یکسان می‌باشد. اگرچه در بحث عوامل اجتماعی این عوامل می‌تواند تا حدی متفاوت باشد. آنجا که شباهت بین یافته‌های این مطالعه با سایر مطالعات در زمینه عوامل جسمی، روانی و بین فردی ایجادکننده اختلالات جنسی زیاد می‌باشد مختصراً به بحث در مورد آن‌ها پرداخته و بیشتر در مورد عوامل اجتماعی بحث می‌شود.

در بین علل جسمی رخدادهای چرخه باروری و همچنین درد جنسی به‌عنوان مهم‌ترین عوامل ایجادکننده اختلالات جنسی برشمرده شد. تأثیر درد و ترس بر روی مسائل جنسی اثبات شده است (۱۰). باید یادآور شد که در بسیاری از عوامل جسمی نه‌تنها پیشگیری امکان‌پذیر است بلکه درمان مؤثر و آسان هم وجود دارد. در مواردی مانند ترس از نزدیکی در بارداری، ترس از بارداری ناخواسته، پیامدهای سندرم پیش از قاعدگی و... با افزایش آگاهی و همچنین مراجعه به مراکز درمانی می‌توان از ادامه مشکل جلوگیری کرد.

در بین عوامل روانی ویژگی‌های شخصیتی، آسیب عاطفی و جنسی ازجمله عوامل مؤثر در ایجاد اختلالات جنسی در زنان شرکت‌کننده بودند. این عوامل اغلب با اضطراب و استرس موجب عدم توانایی در تمرکز و شکل‌گیری فانتزی و در نتیجه اختلال در میل جنسی و همچنین لذت جنسی می‌گردند. مفاهیم اضطراب، ترس و افسردگی، در بسیاری از عبارات بیماران به چشم می‌خورد. اضطراب و ترس با مشکل واژینیسموس و درد جنسی و افسردگی با کاهش میل و لذت همراه بود. این همراهی در مقالات متعدد مشاهده شده است بطوریکه یکی از روش‌های درمانی مرسوم برای درمان واژینیسموس کاهش اضطراب است. همچنین یکی از مواردی که باید در صورت کاهش میل جنسی رد شود وجود افسردگی است (۱۱). بیسن (Basson) بیان می‌دارد که ترومای عاطفی و

داریم ویا از شدت خستگی روی مبل به خواب می‌رویم. در عرض این ۳/۵ سال که ازدواج کرده‌ایم فقط یک هفته مسافرت رفته‌ایم و تنها زمانی هم که واقعاً از زندگی جنسی لذت بردم همین یک هفته بود. نه درس بود و نه کار. اما الان اصلاً نمی‌تونم کارم رو کم کنم» (۲۶ ساله، دکتر) [۱].

۴،۷. فرزند سالاری

فرزند سالاری یعنی مبنای خانواده اساساً بر نیازها، خواسته‌ها و اهداف فرزندان استوار است. اگرچه در سنوات گذشته این مرد سالاری بود که تأثیر زیادی بر روش زندگی خانواده‌های ایرانی داشت، تفسیر گفته‌های شرکت‌کنندگان آشکار کرد که امروزه مردسالاری تا حد زیادی جای خود را به فرزند سالاری داده است. محوریّت فرزندان در خانواده، مخصوص یک قشر خاص مثلاً غنی یا فقیر یا بی‌سواد و تحصیل کرده نبود و بیشتر یک معضل اجتماعی به نظر می‌رسید که به طور مستقیم و غیرمستقیم، زندگی جنسی زنان را، تحت تأثیر قرار داده بود.

«پسرم تا ۵ سالگی پیش ما می‌خوابید. حالا هم که در اتاق خودش می‌خوابد، خیلی دیرمی‌خوابد، درست همزمان با ما. معمولاً در اتاقمان راهم نمی‌بندیم، اگر هم ببندیم، قفل نمی‌کنیم، می‌گوییم شاید پسرم نصف شب کاری داشته باشه. می‌ترسم که پسرم سرزده بیاد تو. اگر فکرم راحت‌تر بود، خیلی بیشتر لذت می‌بردم» [۲۸ ساله، دانشجوی مقطع فوق‌لیسانس].

البته فقدان دانش و مهارت‌های فرزند پروری و ترس از بیان حقایق جنسی، به تسلیم شدن والدین و به‌خصوص مادران در برابر خواسته‌های غیر منطقی فرزندان، دامن می‌زد و آنان را به کتمان نیازهای جنسی خود و می‌داشت.

«برای آنکه فرزندم از من سؤال می‌کرد که: چرا تو و پدر که بزرگ هستی در کنار هم می‌خوابید و من که بچه‌ام باید تنها بخوابم؟ سال‌ها در کنار فرزندم خوابیدم تا او به خواب برود».

۴،۸. ایدئال‌گرایی

در نقل قول‌های شرکت‌کنندگان در بسیاری از موارد رد پای ایدئال‌گرایی به چشم می‌خورد که خود می‌تواند موجبات اضطراب عملکرد و کاهش لذت و رضایت جنسی را فراهم سازد. از ایدئال‌گرایی در مورد ظاهر بدن تا انتظارات غیر واقعی و بیش از حد جنسی از خود و شریک جنسی، از ایدئال‌گرایی در تربیت فرزند تا ایدئال‌گرایی در تحصیلات و شغل همگی مواردی است که نیاز به

عوامل اجتماعی- فرهنگی در مطالعه حاضر بیشترین طبقه را داشت. بیشترین زمان مصاحبه افراد به بیان علل اجتماعی اختصاص یافت. نداشتن دانش جنسی، خرافات جنسی، نارضایتی از ظاهر بدن، نابرابری جنسیتی، فشار اقتصادی، استرس‌های زندگی و خستگی و فرزند سالاری تشکیلتی اصلی عوامل اجتماعی- فرهنگی را دادند. اگرچه بسیاری از این عوامل مشابه سایر مطالعات انجام شده در سرتاسر دنیا بود اما برخی مانند فرزند سالاری و ایدئال‌گرایی کمتر در مطالعات دیگر دیده شده و برخی مانند نداشتن دانش جنسی اگرچه در مطالعات متعدد ذکر شده اما عدم آگاهی در این زمینه حتی در اقبال تحصیل کرده مسئله‌ای قابل تأمل بود. نداشتن دانش جنسی شایع‌ترین عامل ایجادکننده مشکلات جنسی نه تنها در این دسته بلکه در بین کل عوامل معرفی شد. این عدم آگاهی محدود به سیکل جنسی ویا تمایلات جنسی نبوده و شامل اطلاعات در زمینه قاعدگی، بلوغ، مکان و عملکرد اندام‌های جنسی و تولیدمثل نیز می‌شد. در حقیقت زنان از ابتدای کودکی از دستیابی به دانش جنسی مربوط به سن خود محروم بودند که خود موجب ترس و بد بینی به نقش‌های زنانه می‌گشت. نبود آموزش تنها به عامه مردم، خلاصه نمی‌شد و شامل کادر درمانی نیز می‌گشت. با وجود کثرت متخصصان در سایر حوزه‌های پزشکی، فقدان کادر آموزش دیده و مراکز ارجاعی برای بررسی و درمان مشکلات جنسی، موجب سردرگمی و اضطراب شدید بیماران شده و در بسیاری موارد عدم توجه به مشکل جنسی ویا درمان‌ها و قضاوت‌های نادرست وضعیت را از قبل هم آشفته‌تر کرده بود. مطالعات متعددی در ایران به این کمبود دانش جنسی و خرافات متعددی که به همین دلیل ایجاد می‌شود اشاره داشته است (۱۸، ۱۹). علاقه بر خرافات قدیمی که به دلیل کمبود دانش است انتظارات غیر عادی نیز در این مطالعه خصوصاً در افراد تحصیل کرده دیده می‌شد. در حقیقت این انتظارات غیر عادی خود منشأ نارضایتی از ظاهر بدن می‌گردد زیرا افراد خود را با افرادی در رسانه‌ها مقایسه می‌کنند. آمارها نشان می‌دهد که کشور ایران با خیل عظیمی از زنانی روبرو است که درخواست جراحی‌های زیبایی دارند. بر اساس یک تحقیق ایرانیان سالی ۲۰۰۰ میلیون دلار در سال صرف لوازم آرایشی می‌نمایند و از این لحاظ مقام هفتم در کل دنیا را دارند (۲۰). این یافته‌ها تأکید بر نتایج Dune و همکارانش است که بیان می‌دارد در دنیای امروزی رسانه‌ها باعث شکل‌گیری نرم‌های جنسی می‌شوند اما این نرم‌ها لزوماً برگرفته از واقعیت‌های جنسی در انسان نیستند. در تبلیغات به عکس تحقیقات علمی، رابطه جنسی مطلوب بدون نیاز به بحث و گفتمان جنسی بین زوج‌ها و تنها با ذهن خوانی و عشق امکان‌پذیر است که باور و درونی کردن این انتظارات جنسی غیر واقعی، منجر به شکل‌گیری اختلالات جنسی می‌شود (۲۱). یافته‌های ما نشان داد که

جنسی بر پروسه تحریک جنسی در مغز زن اثر نامطلوب دارد. برخی مانند موساف (Musaph) حتی تروماهای عاطفی مانند ارتباط نامطلوب مادر با دختر در کودکی را از علل برخی مشکلات جنسی مانند واژینیسیموس می‌دانند (۱۱). در مطالعه ما آسیب جنسی اغلب به صورت آزار زبانی و یا لمسی در خیابان و یا مکانهای عمومی بود. این نتایج همسو با مطالعات لهسایی زاده است که بیان می‌دارد بیان حرفهای رکیک و یا لمس در مکانهای شلوغ شایع‌ترین نوع آسیب جنسی در ایران است (۱۲). در مورد نقش آسیب جنسی در مشکلات جنسی نظرات گوناگون وجود دارد. برخی معتقد هستند که سو استفاده جنسی لزوماً همراه با اختلالات جنسی نیست و در صورت تأثیر بیشتر با مشکلات ارگاسم و کاهش صمیمیت عاطفی در زندگی آینده همراه می‌باشد (۱۳). در برخی دیگر از مطالعات سابقه سو استفاده جنسی یک عامل بسیار اثرگذار در مشکلات جنسی آینده است (۱۴).

در میان عوامل بین فردی مؤثر بر اختلال جنسی شرکت‌کنندگان به دل‌زدگی جنسی و فقدان صمیمیت، اختلافات زناشویی، احساس عدم اعتماد و بیماری‌های جنسی همسر اشاره کردند. پژوهش‌های کمی و کیفی فراوانی ارتباط لذت و رضایت جنسی را با نزدیکی و صمیمیت عاطفی زوج نشان داده‌اند. Bancroft نشان داد یکی از عواملی که سبب می‌شود که دوزن با یک مشکل جنسی مشابه، واکنش و سطح دیسترس جنسی متفاوتی نسبت به آن مشکل داشته باشند، ارتباط عاطفی با همسر است (۱۵).

اختلافات زناشویی نیز نه تنها بر روی صمیمیت عاطفی اثر کرده و تمایلات جنسی را در زنان کاهش می‌دهد بلکه تمرکز روی عوامل منفی در هنگام روابط جنسی، فرایند تحریک را تحت تأثیر قرار داده و سبب عدم لوبریکاسیون کافی و افزایش احتمال درد جنسی و کاهش لذت جنسی می‌گردد. در مطالعه‌ای در کشور انگلستان موثرترین عامل در مشکلات جنسی عدم رضایت از روابط بین زوج معرفی شد (۱۴). احساس عدم اعتماد به همسر اغلب نتیجه خیانت است. تحقیقات نشان می‌دهد که خیانت مرد - با کاهش اعتماد و احساس جذابیت در زن - از جمله عوامل اثرگذار بر سلامت جنسی زنان است (۱۶). مشکلات جنسی در مردان در این مطالعه بیشتر به دلیل اعتیاد بود. ویژگی‌های جغرافیایی باعث شیوع بالای مصرف مواد مخدر در مردان ایرانی شده است (۱۷). این پدیده نه تنها باعث جرو بحث‌های خانوادگی می‌شود بلکه عوارض خلقی و اختلالات جنسی ایجاد شده در مرد باعث نارضایتی روحی و جنسی در زن می‌گردد.

(Habke) نشان داد که اگرچه هر دو جنبه ایدئال‌گرایی فردی و اجتماعی می‌تواند اثرات مخربی بر رضایت جنسی داشته باشد، اما زیانهای ایدئال‌گرایی اجتماعی به مراتب بیشتر است (۲۴).

نتیجه‌گیری

از میان تمام عوامل «نداشتن دانش جنسی» و «استرس‌های زندگی و خستگی» بیشترین زمان مصاحبه و تأکید را به خود اختصاص داده بودند. در حقیقت نبود آگاهی‌های درست جنسی، در شکل‌گیری بسیاری از عوامل کاهنده رضایت جنسی، در هر چهارتم بدست آمده سهمیم بود. رد پای فقدان دانش جنسی در شکل‌گیری اختلالات جنسی حاصل از تغییرات طبیعی دوران باروری، آسیب جنسی، دل‌زدگی جنسی، انتظارات جنسی و تربیت فرزند مشهود بود. در مطالعه حاضر فرزند سالاری مفهوم جدیدی بود که در شکل‌گیری اختلالات جنسی زنان نقش داشت اگرچه این موضوع نیاز به بررسی بیشتر دارد. برخی محدودیتها در مطالعه اخیر به چشم می‌خورد. این مطالعه در زناپی انجام شده است که مشکل جنسی داشته‌اند و درمان دریافت می‌کردند. این احتمال وجود دارد که فرایند درمانبر توصیف و تعریف آنان از مشکل جنسی اثر گذاشته باشد. علاوه بران با توجه به شرط ورود ازدواج درحال ثبات، ممکن است برخی عوامل مهم اثرگذار در مطالعه ما دیده نشده باشد و در نتیجه عوامل اجتماعی فرهنگی بیشتر و برگتر از حد عادی دیده شده باشد.

بر اساس گفته‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه عوامل فرهنگی- اجتماعی نقش بیشتری در شکل‌گیری اختلالات جنسی در کشور ما دارند. این یافته‌ها همسو با نتایج «the New View Campaign» دارد که در بسیاری از موارد فقدان دانش و القانات فرهنگی و استرس‌های کاری از عوامل مهم ایجاد مشکل در زنان است. در نتیجه درمانگران باید قبل از هر مداخله‌ای به توصیف زن از مشکلش دقت نمایند و تلاش نمایند که در تطبیق زن با محیط پیرامونش او را یاری رسانند (۲۵، ۲۶).

کد اخلاق: کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳۹۱۰۲۶

تقدیر و تشکر

بخشی از این مطالعه حاصل از گرنت دانشگاه علوم پزشکی تهران بخش دیگری حاصل آر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد

نابرابری جنسیتی می‌تواند سرمنشأ مشکلات جنسی باشد. البته این مسئله خاص ایران نبوده و در بسیاری از کشورها تعاریف، انتظارات و هنجارهای جنسی از روی نیازهای مردانه تعریف می‌شود و زنان موظف به برطرف کردن این نیازها تحت هر شرایطی می‌باشند (۱۶). پیرسون (Pearson) در تحقیق خود نشان داد که تعریف جامعه سنتی از یک زن خوب به نحوی است که زن را از نظر جنسی منفعل و آرام توصیف کرده و تمایلات در زن را وابسته به خواست مرد می‌داند. در چنین فضایی زن نیازها و ترجیحات جنسی خود را سرکوب کرده و بیان نمی‌دارد که خود منجر به عدم لذت و دل‌زدگی جنسی می‌شود (۲۲). فشار اقتصادی، استرس‌های زندگی و خستگی عواملی هستند که در بسیاری از مطالعات در سراسر دنیا به‌عنوان عوامل تهدیدکننده سلامت جنسی بیان شده‌اند (۱۱، ۱۴).

فرزند سالاری به‌عنوان عاملی جدید در این مطالعه معرفی شد که به طور مستقیم و غیرمستقیم زندگی جنسی زنان را، تحت الشعاع قرار داده بود. اثر مستقیم فرزند سالاری ناشی از فقدان محیط ایمن و خصوصی برای زوج بود. والدین یا از اصول تربیت فرزند بی اطلاع بودند و یا قدرت و توان مقابله با خواسته‌های غیرمنطقی کودکان را نداشتند. نیستن در اتاق خواب، خوابیدن دیر هنگام کودکان و خوابیدن در کنار پدر و مادر از جمله این موارد بود. این مسئله باعث می‌گردید که زوج هیچ فرصتی برای صحبت کردن و درکنار هم بودن، نداشته باشند و در ثانی، از شنیده شدن صدایشان توسط فرزندان نگران باشند. در مورد فرزندان بزرگتر، با افزایش سن ازدواج، بیکاری و ترک دیرتر خانه ابعاد جدیدی به مشکلات جنسی زنان اضافه می‌شد. از طرفی دیگر به دلیل عدم تعریف «اوقات فراغت دوفره» و یا دیدگاه منفی جامعه نسبت به آن، عملاً زوج در یک وضعیت بدون راه حل قرار می‌گرفتند. فرزند سالاری، بطور غیر مستقیم نیز، بر سلامت جنسی زنان اثر می‌گذاشت. فرزندان در تمام مراحل زندگی، مورد حمایت بیش از اندازه مالی و عاطفی قرار می‌گرفتند که باعث استرس و فشار اقتصادی بر والدین گردیده و توانایی تمرکز بر زندگی زناشویی را به آن‌ها نمی‌داد. اگرچه نبود فضای خصوصی در سایر مطالعات نیز نشان داده شده (۸) اما بحث فرزندان در ایران مسائل خاص قابل توجهی را دنبال می‌کند (۲۳).

در مورد ایدئال‌گرایی رد پای این ویژگی در تربیت فرزندان، انتظارات جنسی، ظاهر بدن، انتظارات تحصیلی و شغلی به چشم می‌خورد که هم ناشی از عوامل روانی و فردی و هم ناشی از عوامل اجتماعی و القانات جامعه می‌باشد. بلمی (Bellmay) گزارش می‌کند که ایدئال‌گرایی نسبت به ظاهر بدن موجبات کاهش اعتمادبه‌نفس و بروز اختلالات جنسی را فراهم می‌نماید (۱۶). هبک

References

1. Ryle R. Questioning gender: A sociological exploration: Sage Publications; 2011.
2. Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Gharibi T, Akaberian S, Mirzaei K, Kamali F, et al. Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehrrian women of Iran. *Sex Disabil* 2010;28(1):39-49.
3. Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi Foroshani A. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: An urban Iranian population-based study. *J Sex Med* 2009;6(11):2988-96.
4. Abbasi-Shavazi MJ, McDonald P. Family change in Iran: Religion, revolution, and the state. *International Family Change: Routledge*; 2012. p. 191-212.
5. DeJong J, Jawad R, Mortagy I, Shepard B. The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reprod Health Matter* 2005;13(25):49-59.
6. Farnam F, Pakgohar M, Mirmohamadali M, Mahmoodi M. Effect of sexual education on sexual health in Iran. *Sex Educ-Sex Soc Lea* 2008;8(2):159-68.
7. Rossi AS. Eros and Caritas: A biopsychosocial approach to human sexuality and reproduction. *Sexuality across the life course* 1994;1994:3-36.
8. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2010;7(1pt2):327-36.
9. Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E. Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on Women's sexual problems in Tehran, Iran: a randomized controlled trial. *J Sex Med* 2014;11(11):2679-89.
10. Farnam F, Janghorbani M, Merghati-Khoei E, Raisi F. Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *Int J Impot Res* 2014;26(6):230.
11. Balon R, Segraves RT. Handbook of sexual dysfunction: CRC Press; 2005.
12. Lahsaeizadeh A, Yousefinejad E. Social aspects of women's experiences of sexual harassment in public places in Iran. *Sex Cult* 2012;16(1):17-37.
13. Staples J, Rellini AH, Roberts SP. Avoiding experiences: Sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch Sex Behav* 2012;41(2):341-50.
14. Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *J Sex Med* 2011;8(9):2420-30.
15. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003;32(3):193-208.
16. Bellamy G, Gott M, Hinchliff S. Women's understandings of sexual problems: findings from an in-depth interview study. *J Clin Nurs* 2013;22(23-24):3240-8.
17. United Nation Office on Drug and Crime. World drug report 2012 2012 [Available from: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf].
18. Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi foroshani A. Prevalence and Potential Risk Factors of Female Sexual Difficulties: An Urban Iranian Population-Based Study. *J Sex Med* 2009;6(11):2988-96.
19. Ibrahimipure H, Jalambadani Z, Najjar AV, Dehnavieh R. The first experience of intercourse in married women of Sabzevar city: a phenomenological study. *Health Med* 2012;6:453-61.

20. A Comparative Study Of The Iran Cosmetic Industry - UK Essays [Available from: <https://www.ukessays.com/essays/marketing/a-comparitive-study-of-the-iran-cosmetic-industry-marketing-essay.php>.
21. Dune TM, Shuttleworth RP. "It's just supposed to happen": The myth of sexual spontaneity and the sexually marginalized. *Sex Disabil* 2009;27(2):97-108.
22. Pearson J. Personal control, self-efficacy in sexual negotiation, and contraceptive risk among adolescents: The role of gender. *Sex Roles* 2006;54(9-10):615-25.
23. Ghanbarzadeh N, Nadjafi-Semnani M, Ghanbarzadeh M-R, Nadjfai-Semnani A, Nadjfai-Semnani F. Female sexual dysfunction in Iran: study of prevalence and risk factors. *Arch gynecol Obstet* 2013;287(3):533-9.
24. Habke AM, Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism and sexual satisfaction in intimate relationships. *J Psychopathol Behav* 1999;21(4):307-22.
25. McHugh MC. What Do Women Want? A New View of Women's Sexual Problems. *Sex Roles* 2006;54(5-6):361-9.
26. Tiefer L. *Sex is not a natural act and other essays*: Westview Press; 1995.

UNDERSTANDING OF THE IRANIAN WOMEN OF THE ORIGIN OF THEIR SEXUAL DYSFUNCTIONS: QUALITATIVE RESEARCH

*Firoozeh Raisi¹, Farnaz Farnam^{*2}, Effat Merghati-khoei³*

Received: 29 Oct, 2018; Accepted: 26 Jan, 2019

Abstract

Background & Aims: Detecting influential factors of sexual dysfunction could be essential in preventive and intervention strategies. The aim of this qualitative study was to explore the women's understanding of the origin of their sexual problems.

Materials & Methods: Fifteen married women with sexual dysfunction aged 21-42 were interviewed in person as they were referred to Tehran University outpatient sexual health clinics to receive care and treatment. Sexual dysfunction approved by clinician judgment and standard questionnaires.

Results: Applying directed content analysis, we applied from previous known themes of physiological, psychological, interpersonal and socio-cultural determinants of sexual dysfunction. However, categories that constitute main themes were in some aspects different with those found in Western contexts specifically, in socio-cultural issues. In addition, the greatest focus of our participants was on socio-cultural related factors such as financial pressures, life stressors and fatigue, lack of sexual knowledge, erroneous sexual beliefs and perfectionism. These findings revealed also some new attributing factors of sexual problems such as patriarchy.

Conclusions: Our results suggest that socio-cultural determinants and their impacts need to be taken into account in delivering culturally sensitive interventions for treatment of women sexual problems.

Keywords: Iran, Qualitative Research, Female Sexual Dysfunction, Women, Culture

Address: Tehran University of Medical Sciences, Reproductive health Department, Tehran

Tel: +98 9122423154

Email: Fz.farnam@gmail.com

¹ Associate Prof, Tehran University of Medical Sciences, Rozbeh Hospital

² Assistant Prof, Tehran University of Medical Sciences, Reproductive health Department (Corresponding Author)

³ Associate Prof, Tehran University of Medical Sciences, Iranian National Center of Addiction Studies (INCAS)