

تجربه اولین رابطه جنسی در زنان متأهل شهر سبزوار - یک مطالعه پدیدارشناسی

زینب جلمبادانی^{۱*}، دکتر علی وفائی نجار^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۳

خلاصه

مقدمه: اولین تجربه جنسی نقش بارزی در سلامت جنسی و افزایش رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روانی دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف درک اولین تجربه جنسی زنان شهر سبزوار انجام شد.

روش کار: این مطالعه پدیدارشناسی توصیفی با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، در سال ۱۳۸۹ بر روی ۳۰ زن در شهر سبزوار که کمتر از ۱ سال از ازدواج اول آن‌ها می‌گذشت، انجام شد. پژوهشگر با مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا اولین تجربه جنسی خود را تبیین نمایند. داده‌ها پس از ضبط و پیاده‌سازی، با روش تجزیه و تحلیل محتوایی کلایزی (تجزیه و تحلیل اطلاعات در ۷ مرحله) انجام شد.

یافته‌ها: بار روحی و روانی (ترس، آمادگی روحی همسر و حس آرامش بعد از رابطه جنسی)، تغییر در دیدگاه نسبت به مشاوره (احساس نیاز به مشاوره درست، کسب آگاهی از طریق وسایل نوین ارتباط جمعی، کسب آگاهی از طریق افراد با تجربه خوب و اخلاق خوب همسر)، تفاوت‌های جنسیتی (درد، برافروختگی بدن، پارگی پرده بکارت، عدم اوج لذت جنسی، نحوه آمادگی، شروع کننده رابطه، ظاهر شریک جنسی و عدم استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری) و نشانه‌هایی از تغییرات فرهنگی در اولین رابطه جنسی (نشان ندادن دستمال خونی بعد از پارگی پرده بکارت، رابطه جنسی دوران عقد)، درون مایه‌های استخراج شده در این پژوهش هستند.

نتیجه‌گیری: آموزش زوجین و اصلاح باورها و نگرش، می‌تواند در افزایش سلامت جنسی و بهبود این تجربه مؤثر باشد. شناخت این تجربه می‌تواند به سیاست‌گذاران کمک کند که دوره‌های آموزشی قبل از ازدواج را ارتقاء بخشند.

کلمات کلیدی: اولین رابطه جنسی، پدیدار شناسی، زنان، سلامت جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: زینب جلمبادانی؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۴۴۶۳۳
پست الکترونیک: jalambadaniz@gmail.com

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم که جنبه های اجتماعی و عقلانی انسان را در میسر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می شود، تعریف کرده است. طبق این تعریف برای دستیابی به ارتقاء شخصیت، فرد باید بتواند به هماهنگی میان ذهن و احساس دست یابد (۱).

مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسایل درجه اول زندگی زناشویی قرار داشته و سازگاری در روابط جنسی از عوامل مؤثر در خوشبختی محسوب می شود (۲). نتایج مطالعات نشان می دهند، اولین ارتباط جنسی نقش برجسته ای در زندگی فرد دارد و تعهد افراد را نسبت به شریک جنسی شان افزایش می دهد. همچنین اگر اولین آمیزش پس از اینکه دو فرد به درجه تعهد بالاتری نسبت به هم رسیده اند اتفاق بیفتد، باعث افزایش عشق و نزدیکی بین دو فرد می شود (۳). در بسیاری از کشورها، رابطه جنسی قبل از ازدواج به صورت معمول وجود دارد و افراد معمولاً با داشتن این تجارب پا به زندگی مشترک می گذارند اما در آموزه های اسلام، روابط خارج از ساختار رسمی ازدواج مغایر با عفت دانسته شده و مجازات هایی نیز برای آن در نظر گرفته شده است (۴). لذا در کشورهای اسلامی مانند ایران، در بیشتر افراد اولین ارتباط جنسی ازدواج است که معمولاً این ارتباط تا پایان عمر هم ادامه پیدا می کند لذا تأثیر عواقب این تجربه در بسیاری از اوقات در تمام عمر فرد وجود دارد. در بعضی مناطق ایران هنوز اقوام زن در شب زفاف، در پشت در خوابگاه عروس و داماد، منتظر لباس لکه به خون زن می مانند، تا خود و دیگران را مطمئن سازند که کالای فروخته شده دست اول و دست نخورده بوده است. در غیر این صورت معامله ازدواج بهم خورده و تمام خرج و مخارجی که داماد برای مراسم ازدواج متحمل شده به اضافه مبلغی که برای خرید زن به پدر وی پرداخته به او بازگردانده می شود (۵).

روابط جنسی رضایت بخش یکی از عوامل مؤثر در بقای خانواده و خشنودی و سلامتی آن محسوب می شود (۶). تجارب جنسی نامطلوب به هر علتی که ایجاد شوند

پیامدهای منفی بسیاری به همراه دارد. نارسایی های کنش جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از جمله جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری های روانی و طلاق دارند. چه بسا زوج هایی که دارای نارسایی جنسی بوده و خود از تأثیر آن نارسایی ها در ایجاد ارتباط ضعیف، اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافل بوده اند. همچنین عصبی بودن، بروز دردهای زیر دل و کمر دردها، ناتوانی در تمرکز فکری و حتی ناتوانی در انجام امور روزمره نیز از دیگر عواقب عدم موفقیت در ارضاء غریزه جنسی است. در حالی که عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه ای برای به دست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است (۷).

با وجود اینکه تمایلات جنسی، ذاتی و غیرارادی است، نگرش و رفتارهای جنسی آموختنی هستند؛ بنابراین فعالیت های جنسی مشابه، می تواند برای افراد مختلف، معانی متفاوتی داشته باشد و حتی برای یک شخص، از یک زمان به زمان دیگر تغییر یابد (۸). با وجود این، اختلالات جنسی در زنان به علت محدودیت های خاص اجتماعی و فرهنگی از مقولاتی است که کمتر به آن پرداخته شده است (۹). عرف و فرهنگ مرسوم در خانواده ها به ویژه برای زنان، حق اعلام تمایلات جنسی و برآوردن آن را به عنوان یک نیاز طبیعی انسانی جایز نمی داند و زنی که چنین تمایلاتی را اظهار نماید، مورد سرزنش قرار می گیرد. قبیح بودن بیان انتظارات جنسی بین همسران از دیدگاه عرف موجب می شود، زوجین توجهی به این نیاز نکنند و جهل به نیاز، منجر به عدم تلاش در جهت رفع آن یا درمان نقیصه های جنسی شود و به همین دلیل، اطلاعات در مورد آن نسبتاً کمیاب است، این در حالی است که این اختلال به عنوان یک عامل بسیار نگران کننده در سلامت عمومی افراد تلقی می شود (۱۰). در ایران تعداد پژوهش های انجام شده در زمینه مسایل جنسی از دید سلامت جنسی چندان زیاد نیست و در بین معدودی از مطالعات هم موضوع اولین رابطه جنسی در زنان مورد توجه نبوده است، لذا مطالعه

حاضر با هدف تبیین اولین تجربه جنسی زنان متأهل شهر سبزوار، به عنوان یک تجربه انسانی، انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی است که به صورت پدیدارشناسی توصیفی انجام شده است (۱۱). این روش مطالعه کیفی می‌کوشد تا تجربیات انسان را در متن و زمینه‌ای که در آن روی می‌دهد توصیف نماید. بسیاری از پدیده‌ها در مراقبت‌های بهداشتی کمی نبوده و قابل اندازه‌گیری نیستند. لذا غیر علمی خواهد بود اگر آن‌ها را به اعداد و نمودار تبدیل کرده و تحت کنترل درآوریم. به نظر می‌رسد یک فرایند علمی مورد نیاز است تا دنیای زنان را در اولین رابطه جنسی شان بعد از ازدواج آن‌ها به‌طور که هست نمایان سازد. جامعه پژوهش ۳۰ نفر از زنانی بودند که کمتر از ۱ سال از ازدواج اول آن‌ها می‌گذشت، دارای اعتیاد به مواد مخدر و بیماری تأثیرگذار بر فعالیت جنسی، بحران روحی شدید و همچنین سایر اختلالات روحی و روانی نبودند. این تحقیق بر اساس روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام گرفت و تا زمان اشباع شدن طبقات ادامه پیدا کرد به این صورت که در زمان جمع‌آوری اطلاعات، هیچ اطلاعات جدیدی اضافه نشد (۱۲). همچنین زمانی که پژوهشگر هنگام جمع‌آوری و تجدید اطلاعات استخراج شده مواردی را مشاهده می‌کرد که مطالب قبلی را تأیید و تصدیق می‌کرد، در این صورت به نمونه‌گیری پایان می‌داد (۱۳).

گردآوری داده‌ها:

گردآوری داده‌ها بر اساس مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته بود (۱۴) که از ملاحظات اخلاقی انجام شده در این طرح این به شمار می‌رفت که پژوهشگر بعد از تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جمع‌آوری نمونه‌های پژوهش پرداخت. پژوهشگر پس از اخذ رضایت نامه کتبی از افراد شرکت‌کننده، جهت انجام مصاحبه، و در مورد ضبط مصاحبه و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داد و در پایان، مطالب استخراج شده از مصاحبه‌ها را به اطلاع شرکت‌کنندگان رساند.

به این ترتیب، پژوهشگر ابتدا خود را به‌طور کامل به شرکت‌کنندگان معرفی نمود، سپس اهداف، اهمیت و روش جمع‌آوری اطلاعات را برای شرکت‌کنندگان به‌طور دقیق توضیح داد. مصاحبه‌ها در منزل یا محل کار شرکت‌کنندگان انجام شد (۱۲). محدوده سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸ تا ۳۰ سال بود و مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵-۶۰ دقیقه (در دو جلسه) به طول انجامید. مصاحبه‌ها با یک پرسش عمومی در زمینه موضوع مورد مطالعه آغاز می‌شد به این صورت که در ابتدای مصاحبه از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا توضیح دهند که اولین رابطه جنسی برای آن‌ها چگونه گذشت و سپس پژوهشگر در خلال گوش دادن و انتقال مطالب و مرور آنها، سؤالاتی نیز برای پیگیری مطالب بعدی مطرح می‌نمود، به این صورت پژوهشگر به دنیای شرکت‌کننده وارد شد تا به‌طور کامل به تجارب آن‌ها دسترسی پیدا نماید. این نوع مصاحبه به شرکت‌کنندگان فرصت می‌داد تا به‌طور کامل تجارب خود را از پدیده مورد نظر توضیح دهند و آزادانه در مورد آن صحبت نمایند (۱۲). پژوهشگر مصاحبه‌ها را ضبط نموده و در صورتی که شرکت‌کنندگان تمایل نداشتند، می‌توانستند در پایان پژوهش، نوارهای مصاحبه خود را تحویل بگیرند (۱۳). در هر مصاحبه، در مورد تجارب شرکت‌کنندگان سؤال می‌شد و بسته به پاسخ آن‌ها سؤالات بعدی مطرح می‌شد، پس از اتمام مصاحبه، بلافاصله مطلب نوشته شده یا نوار ضبط شده توسط محقق مورد بررسی قرار می‌گرفت تا در صورت نامفهوم بودن، موضوع به سرعت مورد پیگیری قرار گرفته و سؤالات لازم از افراد پرسیده شود. در تحقیقات کمی دقت (اعتبار) به باریک شدن، قطعی بودن و عینی بودن بر می‌گردد ولی در تحقیقات کیفی دقت به آزاد بودن، باز بودن، دیدگاه فلسفی و وسواس از طریق جمع‌آوری اطلاعات و ملاحظه تمام اطلاعات در پروراندن تئوری ذهنی بر می‌گردد. از اعتبار خارجی^۱ (معنی داری و قابل استفاده بودن یافته‌های تحقیق برای سایر موقعیت‌های مشابه) استفاده شد (۱۳).

تحلیل داده‌ها:

¹ Transferability

تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش هفت مرحله‌ای کلایزی انجام شد (۱۴) به این ترتیب که: ۱- کلیه توصیف‌ها و یافته‌های مهم به دقت برای شرکت کنندگان خوانده شد. ۲- عبارات با اهمیت و جملات مرتبط با پدیده استخراج شد. ۳- به جملات مهم استخراج شده، مفهوم خاصی بخشیده شد. ۴- توصیفات شرکت کنندگان و مفاهیم مشترک در دسته‌های خاص مرتب شد. ۵- کلیه عقاید استنتاج شده به توصیفی جامع و کامل تبدیل شد. ۶- توصیف کامل پدیده به یک توصیف واقعی خلاصه و مختصر تبدیل شد. ۷- در مرحله پایانی پژوهشگر جهت روشن نمودن ایده‌های به دست آمده از یافته‌های پژوهشی و نیز موثق نمودن یافته‌ها به شرکت کنندگان مراجعه نمود. برای اطمینان از صحت اطلاعاتی که از شرکت کنندگان به دست آمده بود و یا این که اطلاعات نادرست ارائه نداده اند، از شرکت کنندگان مختلف استفاده شد (۱۴). در مورد ابزار گردآوری داده‌ها نیز مصاحبه گر یا مشاهده کننده تلاش کرد با دقت در فرآیند گردآوری داده‌ها از هر نوع سوگیری اجتناب نماید و در مرحله آخر، صحت تغییر و تفسیر اطلاعات، توسط شرکت کنندگان تأیید و تصدیق شد (۱۵). محقق به افراد شرکت کننده در مطالعه مراجعه نمود و توصیف خود را از تجارب ایشان به تأیید آن‌ها رساند و حذف یا اضافه کردن هر موردی را با اطلاع آن‌ها انجام داد (۱۵).

یافته‌ها

از تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده در این پژوهش چهار طبقه اصلی و تعداد زیادی کد از دیدگاه مشارکت کنندگان پیرامون اولین تجربه رابطه جنسی پدیدار شده است که عبارتند از: ۱- بار روحی و روانی ۲- تغییر در دیدگاه نسبت به مشاوره ۳- تفاوت‌های جنسیتی ۴- نشانه‌هایی از تغییرات فرهنگی در اولین رابطه جنسی.

درون مایه اصلی^۱: بار روحی و روانی (ترس)، آمادگی روحی همسر، حس آرامش بعد از رابطه جنسی)

وسیع‌ترین مفهوم استخراج شده، مفهوم بار روحی روانی بود که کدهای استخراجی برای مفهوم اصلی و زیر مفهوم‌های آن به این شرح بودند:

درون مایه فرعی^۲: ترس (به خاطر تصورات غلط، درد، خونریزی، آغاز رابطه، بارداری)

اکثر زنان شرکت کننده، اغلب ترس خود از رابطه را به دلیل تصورات غلطشان، درد، خونریزی و بارداری ذکر کرده‌اند. آنها منشأ ترس اولیه که سبب احساس ناخوشایندی برای ایجاد رابطه برای آنها شده بود را شنیده‌ها و صحبت‌های اطرافیان‌شان عنوان کرده‌اند. دلیل ارایه شده برای این موضوع هم میزان کم آگاهی نسبت به موضوع و تصورات غلط خود دانسته‌اند. علاوه بر این ناکافی بودن آگاهی در دوران قبل از ازدواج را یکی از عوامل مهم در ایجاد ترس‌شان می‌دانستند. تغییر در تصورات خود بعد از رابطه و اینکه مقدار خونریزی و دردشان در آن حدی که فکر می‌کرده‌اند نبوده بلکه کمتر از تصوراتشان بوده نیز از مسایل مورد تأکید بوده است. یکی از شرکت کننده‌گان می‌گفت: "چون از قبل ذهنیت غلط و بدی داشتم ترس داشتم و وقتی انجام شد آنقدر درد نداشت و معمولی بود، دردی که می‌گفتند نبود".

شرکت کنندگان هنگام توصیف از ترس به خاطر احساس درد، خونریزی، آغاز رابطه و بارداری، احساسات خود را به صورت مرحله‌ای که تمایل داشتند سریع‌تر از آن گذر نموده و وارد مرحله بعدی شوند بیان می‌داشتند. "از درد پارگی پرده بکارت احساس خوبی نداشتم و تمایل داشتم که زمان بگذرد".

درون مایه فرعی^۲: آمادگی روحی و جسمی شوهر
اکثر زنان شرکت کننده در تحقیق آمادگی روحی و جسمی شوهرانشان را در برقراری رابطه جنسی نسبت به خودشان، بیشتر ذکر کرده بودند. زنان آمادگی کمتر خود را به صورت‌هایی مختلف مانند استرس، ناراحتی و نگرانی عنوان کرده‌اند. دلیل ارایه شده برای این موضوع هم آسیب‌پذیری بیشتر زن به دلیل پارگی بکارت، دانش کمتر نسبت به موضوع و نسبت به شوهر خود، تصورات غلطی که به خاطر صحبت‌ها و تجربیات

¹ Theme

² subtheme

بالا بره و بطور زنده ببینم چون اگر این جور چیزها رو به صورت آموزشی در بیارند و نشون بدهند که بد نیست". دیگری می گفت: "ماهواره، اینترنت، سی دی های غیر مجاز دیده بودم و برام مؤثر بود و باعث شد زمان رابطه خیلی ترس نداشته باشم. اگر سی دی های آموزشی برای رابطه جنسی درست توی مشاوره قبل ازدواج بدهند فکر کنم خیلی خوب می شه".

درون مایه فرعی ۴: کسب آگاهی از طریق افراد با تجربه خوب

به گفته یکی از شرکت کنندگان توجه نمایید: "چون گرفتن اطلاعات از همه کس خوب نیست چون اگر تجربه بد خودشون رو به تو بگند ذهنیت تو رو خراب می کنند آگاهی خوب، تجربه خوب و ارتباط خوب رو به دنبال داره آدمی که تجربه کار رو نداره و فقط اطلاعات و آگاهی داره برای آگاهی دادن فرد خوبی نیست".

درون مایه فرعی ۵: اخلاق خوب

یکی از زنان می گفت: "اخلاق شوهر و خوش اخلاق بودن اون تو رابطه اول خیلی مؤثره تا بتونه همسر خود را به آرامش برسونه تا شغل و تحصیلات همسر".

اکثر زنان شرکت کننده، داشتن مشاوره درست و صحیح را از علل مهم در کاهش ترس و نگرانی خود ذکر کرده اند و استفاده از ماهواره و سایت های پورنوگرافی اینترنتی (سایت هایی که بی پرده به مسائل جنسی می پردازند) و دوستان را از عواملی برای کسب اطلاعات و آگاهی خود عنوان کرده اند. دلیل ارائه شده برای این موضوع را هم دانش کمتر نسبت به موضوع و ترس و نگرانی و تصورات غلط از رابطه دانسته اند. علاوه بر این شرکت کننده گان اخلاق خوب شوهر و نه شغل و تحصیلات او را عامل مهم تری در لذت بخشی رابطه جنسی می دانستند. همچنین افراد با تجربه خوب جنسی و قرار دادن سی دی های آموزشی در اختیار زوجین در مشاوره قبل ازدواج و وجود مراکزی مشخص که مشاوره های جنسی را ارائه دهند را جزء مسائل مهم در آمادگی زن برای داشتن رابطه ای لذت بخش تلقی کرده اند.

درون مایه اصلی ۳: تفاوت های جنسیتی (درد، برافروختگی بدن، پارگی پرده بکارت، عدم اوج لذت جنسی، نحوه آمادگی، شروع کننده رابطه، ظاهر

ناخوشایند اطرافیان شنیده بودند دانسته اند. علاوه بر این نقش مرد در آمادگی زن هم جزء مسایل مورد تأکید بوده است، به طوری که اکثر شرکت کنندگان آمادگی شوهر را عاملی مهم در رسیدن به آرامش در شروع رابطه دانسته اند:

"آمادگی شوهرم بیشتر بود و خیلی راحت بود بدون هیچ نگرانی و ناراحتی. من هم آمادگی داشتم نه در اون حد، و بخاطر حرف هایی که شنیده بودم ترس داشتم. ولی انگار آرامش شوهرم باعث آرامش من می شد".

درون مایه فرعی ۳: حس آرامش بعد از رابطه

از مسایل مهم قابل گزارش دیگر در این تحقیق حس آرامش بعد از رابطه در افراد شرکت کننده بود. بنا به گفته شرکت کنندگان حس آرامش در آنان بعد از انجام رابطه به دلیل از بین رفتن ترس ها و تصورات غلط بعد از رابطه به وجود آمده بود، ولی در همسرانشان به خاطر ارضاء جنسی ایجاد شده بود.

"یک حس آرامش و خواب عمیق، انگار همه ترس هایم تموم شدند. انگار از همه افکار مزاحم راحت شدم و احساس آرامش داشتم و همسرم به طور کامل ارضا شد".

درون مایه اصلی ۲: تغییر در دیدگاه نسبت به مشاوره (احساس نیاز به مشاوره درست، کسب آگاهی از طریق وسایل نوین ارتباط جمعی، کسب آگاهی از طریق افراد با تجربه خوب، اخلاق خوب همسر)

درون مایه فرعی ۱: احساس نیاز به مشاوره درست یکی از شرکت کنندگان اظهار داشت: "در مرکز بهداشت خیلی کم، اون هم درباره روش های جلوگیری از بارداری به صورت سر بسته با من صحبت کردند. در مورد رابطه جنسی هیچی نگفتند و من احتیاج به مشاوره درست و بیشتری داشتم".

درون مایه فرعی ۳: کسب آگاهی از طریق وسایل نوین ارتباط جمعی

"ماهواره، سی دی های غیر مجاز و تصاویری که از طریق گوشی موبایل بلوتوث کرده بودم، دیدم و خوب بود. چیز بدی نیست. این قدر که بد تعریف می کنند نیست. البته من که نمی خواستم تقلید کنم فقط می خواستم آگاهی

شریک جنسی، عدم استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری

اکثر زنان شرکت‌کننده تغییرات جسمانی به وجود آمده بعد از رابطه از جمله درد، برافروختگی بدنشان، پارگی پرده بکارت و عدم اوج لذت جنسی را عنوان می‌کردند ولی همه آنها از اینکه به خاطر ترس از رابطه و استرس و نگرانی نتوانسته‌اند به اوج لذت جنسی برسند عامل مهمی در رابطه خود یادآور شده‌اند. از سوی دیگر آمادگی جسمی و روحی شوهران خود را نیز عامل مهم در رسیدن به اوج لذت جنسی بیان کردند. در مورد نحوه آمادگی، همگی بر نوازش و بوسیدن و لمس و ظاهر آراسته شوهر به عنوان عناصر مهمی از رابطه تأکید کرده و هیچکدام از زنان شرکت‌کننده از وسایل جلوگیری از بارداری با توجه به سطح آگاهی و اطلاعاتی که داشتند استفاده نکرده بودند.

درون مایه فرعی ۱: درد

"شرکت‌کنندگان در این پژوهش علاوه بر ترس، از احساس درد بعد از برقراری رابطه نیز، احساس خوبی نداشتند به گفته‌های چند شرکت‌کننده توجه نمایید: "از درد پارگی پرده بکارت احساس خوبی نداشتم و تمایل داشتم که زمان بگذره".

"در زمان برقراری رابطه همسرم می‌خواست رابطه برقرار کنه ولی از درد نزدیکی و اینکه پرده پاره نشه به شوهرم گفتم باشه روز بعد. روز بعد هم، من از ژل لیدوکائین برای کاهش درد استفاده کردم و وقتی دخول صورت گرفت چیزی متوجه نشدم".

درون مایه فرعی ۲: برافروختگی بدن

به عنوان نمونه یکی از شرکت‌کنندگان اینطور بیان می‌کرد "با لمس و بوسیدن بیشتر تحریک می‌شدم و یک احساس خوبی داشتم. بیشتر از همه با بوسیدن لبهام تحریک می‌شدم. ترشحات واژنم زیاد می‌شد، سینه‌ام قرمز شده بودند و حالت گر گرفتگی داشتم".

درون مایه فرعی ۳: پارگی پرده بکارت

در شب اول اینقدر استرس و ترس داشتم که اصلاً لذت نبردم ولی متوجه پارگی پرده ام شدم".

درون مایه فرعی ۴: عدم اوج لذت جنسی

"شوهرم زود به اوج لذت جنسی رسید و لذت برد و زود به انزال رسید ولی من به لذت نرسیدم. چون آمادگی شوهرم برای رابطه از من بیشتر بود و ترسی که داشتم مانع لذت‌م شد".

درون مایه فرعی ۵: نحوه آمادگی

تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان، نحوه آمادگی قبل از رابطه جنسی را مانند هم بیان کردند: "با مالش سینه‌ها، مکیدن سینه و لمس بدنم بیشتر تحریک می‌شد و ترشحات واژنم افزایش پیدا می‌کرد و احساس خوبی داشتم".

"شوهرم قبل از رابطه شروع به نوازش و بوسیدن و لمس کردن من کرد و من رو واسه رابطه آماده کرد از لحاظ روحی جملات عشقی و شهوت‌انگیز بیان می‌کرد. شوهرم با آرامش و با ملایمت این کار رو انجام داد، بدون اضطراب و خیلی راحت".

درون مایه فرعی ۶: شروع کننده رابطه

"شروع کننده رابطه شوهرم بود و می‌خواست تا زودتر رابطه انجام بشه. تا رابطه جنسی را تجربه کنه. تا به اون احساسی که شنیده بود دست پیدا کنه. می‌خواست ببینه این رابطه ای که همه از اون حرف می‌زنند و از ارگاسم و بقیه مسائل مربوط به رابطه، خودش اون رو تجربه کنه".

درون مایه فرعی ۷: ظاهر شریک جنسی

"در رابطه جنسی، لباس نو، عطر و حمام که میری بدن لطیف تر میشه و بوی خوش باعث میشه که بیشتر تحریک بشی و آمادگی بیشتری برای برقراری رابطه پیدا کنی. البته، زیبایی همسر و خوش تیپ بودن اون در امر تحریک کردن و رابطه بی تأثیر نیست".

درون مایه فرعی ۸: عدم استفاده از وسایل

جلوگیری از بارداری

بیشتر شرکت‌کنندگان از وسایل جلوگیری از بارداری با توجه به آگاهی‌های که داشتند باز هم استفاده نکرده بودند و آنها را به عنوان وسایلی که مانع از لذتشان می‌شود نام می‌بردند یکی از شرکت‌کنندگان چنین بیان کرد: "کاندوم و قرص اصلاً استفاده نکردم. چون کاندوم حس خوبی نداره. یک پلاستیک و هیچی مثل لمس

را به عنوان عامل مهم در عشق و علاقه زیاد به شوهر می دانستند. تقریباً در بیشتر شرکت کنندگان این باور که زن و شوهر بعد از عقد شرعی می توانند به برقراری رابطه جنسی بپردازند وجود داشت. ولی در عین حال به مسئله حیا و شرم در روزهای اولیه بعد از عقد نیز معتقد بودند. بیشتر زنان فقدان رابطه را در روزهای اول پس از عقد عامل مهمی در سوء تفاهات و نارضایتی هایی در روابط با شوهران خود می دانستند. از همه مهم تر این که، این موضوع می تواند مانع از صحبت کردن و توافق بر سر چگونگی و کیفیت روابط جنسی در شب حجله شود.

یکی از شرکت کنندگان چنین بیان می داشت: "رابطه اول ما در دوران عقد بود. مانعی ندیدیم که بخواهیم رابطه را به دوران شب اول عروسیمون بذاریم. و خیلی مشتاق بودیم تا از طریق رابطه جنسی به هم بیشتر نزدیک بشیم و احساساتمون رو بروز بدیم. چون دیگه مثل قدیم نیست که حتماً شب عروسی باشه. بلکه به توافق دو طرف داره. حالا جامعه پیشرفت کرده و بعضی از این رسم و رسومها باید کنار گذاشته بشه و به جوونها آزادی بیشتری بدنند. چون دیگه عقد شدند و با هم محرمند و مشکلی نداره".

بحث

مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی پدیدارشناختی است که در شهر سبزوار انجام شد و در آن با ۳۰ زن که کمتر از ۱ سال از ازدواج اول آنها می گذشت مصاحبه انجام شد. درون مایه‌های اصلی استخراج شده در این مطالعه عبارت بودند از: ۱- بار روحی و روانی ۲- تغییر در دیدگاه نسبت به مشاوره ۳- تفاوت های جنسیتی ۴- نشانه هایی از تغییرات فرهنگی در اولین رابطه جنسی. تجربه ترس یکی از موضوع های اصلی مورد توجه زنان در این مطالعه بوده است. این موضوع جنبه های مختلفی از جمله ترس به دلیل تصورات غلط، ترس از درد، ترس از خونریزی، ترس از آغاز رابطه و ترس از بارداری داشته و در هر کدام از زن ها به یک صورت یا ترکیبی از صورت های مختلف خود را نشان داده است. متفاوت بودن انواع ترس حاکی از این است که به لحاظ موضعی

مستقیم نیست. چون بیشتر تحریک میشی و لذت می بری و حال خوبی بهت دست میده".

درون مایه اصلی ۴: نشانه هایی از تغییرات فرهنگی در اولین رابطه جنسی (نشان ندادن دستمال خونی بعد از پارگی پرده بکارت، رابطه جنسی دوران عقد)

درون مایه فرعی ۱: نشان ندادن دستمال خونی بعد از پارگی پرده بکارت

از جمله تغییراتی که زنان شرکت کننده به عنوان تغییر فرهنگی از آن یاد می کردند مسئله خصوصی بودن رابطه و دخالت نکردن خانواده ها در انجام رابطه در شب حجله (شب زفاف) و یا چند روز بعد از آن بود و شرکت کنندگان این امر را یکی از تغییرات مثبت، که در فرهنگشان ایجاد شده تلقی می کردند. با ورود عروس و داماد به اتاق حجله، شب زفاف رسماً آغاز می شود. از قرن سیزدهم و تا پنجاه سال گذشته در تهران و بسیاری از شهرهای ایران، رسم بر این بود که عروس و داماد تا سه روز، در اتاق تنها باشند و فقط برای حوائج ضروری از اتاق خارج شوند. در گذشته اگر داماد نمی توانست در این شب موفق به رفع پرده بکارت دختر شود، اقوام عروس و حتی خود داماد، اصطلاحاً او را پشت در مانده می خواندند و سرزنشش می کردند. در شکل سنتی این رسم، یکی از کسان عروس، موظف بود در شب زفاف نزدیک حجله بماند و پس از نزدیکی مدرک بکارت که دستمالی خونی بود را جمع آوری و به برخی زنان، همچون مادر داماد نشان دهد.

یکی از شرکت کنندگان چنین بیان می داشت "رسم نشون دادن دستمال خونی رو داشتیم ولی دستمال رو به کسی نشون ندادیم. چون کسی از ما نخواست و بزرگترها می گفتند به خودتون مربوطه و دیگه مثل گذشته خانواده ها به این مسئله کاری ندارند چون فرهنگ ها عوض شده و این رسم و رسوم ها داره کم رنگ می شه. چون به شوهرت بر می گرده که چقدر بهت مطمئن باشه نه به دیگران".

درون مایه فرعی ۲: رابطه جنسی دوران عقد

شرکت کنندگان، داشتن رابطه جنسی در دوران عقد را مسئله ناراحت کننده و بدی نمی دانستند بر عکس، آن

این مسأله بسیار گسترده بوده و شناخت ابعاد آن موضوع بسیار مهمی است. اما مسأله‌ای که بین تمام این تجربیات مشترک بوده، این است که یا ترس غیر واقعی بوده و اصلاً موضوع درست نبوده یا این که واقعیت موضوع کوچک‌تر از آن چیزی که در ابتدا تصور می‌شده بوده است. نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهند، درصدی از زنان از رابطه جنسی ترس داشته‌اند (۱۶). نکته جالب توجه در یافته‌های این مطالعه این است که در بیشتر موارد موضوعی که زنان از آن به عنوان دلیل اصلی نگرانی و ترس خود اعلام می‌کردند بعد از تجربه نزدیکی جنسی از بین رفته و مشخص شده که این ترس، واقعی نبوده است. بدیهی است که مسأله ترس می‌تواند تا حدود زیادی این تجربه را تحت تأثیر قرار دهد و احتمالاً کسانی هم بوده‌اند که این موضوع باعث تغییر و نامطلوب شدن تجربه جنسی در آنها شده است. بنابراین با آموزش مناسب و انتقال تجربیات واقعی می‌توان تا حدود زیادی این مشکل را رفع نمود. موضوع دیگر، نقش همسر در کاهش این ترس است. از وسیع‌ترین مفاهیم شناخته شده در این تحقیق این بود که مردان بیش از زنان شروع کننده رابطه بودند. زنان شروع کردن رابطه از طرف شوهران خود را به عنوان عاملی که می‌تواند آرامش بیشتری به آنها بدهد بیان کردند (۱۷). در مطالعه ایم پت و همکاران در سال ۱۹۹۹ نشان داد که مردان بیش از زنان آغاز کننده فعالیت جنسی هستند (۲/۳ مردان در مقابل ۱/۲ زنان) (۱۷). در مطالعه دیگری، مردان در مقایسه با زنان در شروع رابطه جنسی راحت تر بودند و بیشتر به کسب لذت تمرکز داشتند (۳۱). در پژوهش‌های دیگر نیز گزارش شده است توانایی مردان در خود ابرازی جنسی بیش از زنان است (۱۸-۲۰). آگاهی همسر از وجود ترس در زن و همچنین سعی در کاهش آن با استفاده از روش‌های مختلف روانشناختی و همچنین تلاش برای درک و درمان آن و اصلاح تصورات غلط، به میزان زیادی در کاهش ترس و افزایش لذت جنسی و تجربه احساس خوشایند مؤثر بوده است. بنابراین آگاه کردن مردان و آموزش آنان در این زمینه می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد (۲۱).

یکی دیگر از مسائلی که در این مطالعه از جانب تعداد زیادی از شرکت کنندگان مطرح شد نیاز به مشاوره درست می‌باشد. احساس نیاز به مشاوره درست قبل از ازدواج توسط اکثر شرکت کنندگان به عنوان عامل کلیدی در کاهش ترس و نگرانی، تصورات غلط، آرامش در زمان انجام رابطه می‌دانستند که با توجه به نقش کلیدی مشاوره درست قبل از ازدواج باید به آن توجه بیشتری صورت گیرد و آموزش‌های قبل از ازدواج با صبر و دقت بهتری صورت گیرد تا بیشتر مواردی که باعث دغدغه‌های ذهنی زنان قبل از رابطه می‌باشد برطرف شود. به نظر می‌رسد خجالت از صحبت کردن درباره مسائل جنسی، عدم درک صحیح و اصولی از چگونگی مسائل جنسی و نداشتن اطلاعات کافی در این زمینه از علل مؤثر در بروز مشکلات جنسی در تجربه‌های اولیه زندگی مشترک باشد. مسئله مشاوره درست با مطالعات دیگری که انجام شده است همخوانی دارد (۲۲). با توجه به اهمیت تنظیم خانواده، زوجین بهتر است قبل از تصمیم به ازدواج در این زمینه آموزش داده شوند و دوران تحصیلات دبیرستان برای این آموزش مناسب می‌باشد (۲۳).

در زمینه روابط جنسی، دو اولویت مهم آموزشی در زمینه روابط جنسی در زنان، زمان و شرایط مناسب و انواع روش‌های روابط جنسی سالم؛ و در گروه مردان: بهداشت روابط جنسی و اختلالات روابط جنسی و درمان آنها می‌باشد (۲۴).

آموزش‌های بهداشت جنسی علاوه بر نقش مثبتی که در پیشگیری از پیامدهای منفی مانند بارداری‌های ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی، سوء استفاده‌های جنسی، خشونت‌های جنسی، سرخوردگی‌های جنسی و غیره دارد می‌تواند نتایج مثبتی را در سطح فردی و در روابط بین فردی ایجاد نماید. از این گونه نتایج مثبت می‌توان به ایجاد برقراری ارتباط مناسب بین شرکای جنسی (لذت بردن از روابط جنسی، تقویت اعتماد به نفس و عزت نفس تصمیم‌گیری‌های آگاهانه) نام برد.

با توجه به تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی بین کشور ایران و کشورهای غربی (۲۵) به نظر می‌رسد برای

جنسی زنان شده بود. اوحدی بیان می کند که در بسیاری از زنان، اختلالات مرحله تحریک همراه با آمیزش دردناک و فقدان میل جنسی است (۹).

مسئله نرسیدن به اوج لذت جنسی موضوع دیگری است که در این تحقیق مورد تأکید قرار گرفته و ریشه آن آگاهی ناکافی نسبت به رابطه جنسی و به دنبال آن ترس و تصورات غلط بوده است. اضطراب، احساس گناه، پریشانی و اشتغال ذهنی با افکار دیگر و عدم تمرکز بر تهییج جنسی محرک های منفی هستند که می توانند رسیدن به ارگاسم را دچار اختلال سازند (۲۸). مقاربت دردناک می تواند سبب تحریکناپذیری جنسی، نرسیدن به ارگاسم و کاهش یا حذف میل جنسی شود (۲۹). در مطالعه باکر (۱۹۹۹) در کشور آمریکا، تصور گناه بودن ارتباط جنسی، حیاء و شرم از ارتباط جنسی، نزدیکی دردناک و سابقه سوء استفاده جنسی از جمله عواملی بودند که برای نرسیدن به ارگاسم کامل ذکر شدند (۳۰).

موضوع نحوه آمادگی (رفتار فرد به منظور آماده شدن برای مقاربت) و ظاهر شریک جنسی جزء مسائلی است که مورد تأکید تعداد زیادی از افراد شرکت کننده در این تحقیق بوده است. این موضوع با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۳۱). بوسیدن، لمس و مقاربت از جمله فعالیت هایی بود که اغلب نمونه ها به عنوان فعالیت جنسی نام برده اند (۳۱). آراستگی زن بیش از مرد در ایجاد ارتباط جنسی خوب مؤثر است (۳۱). نوع رفتار شریک جنسی، ابزار مهمی در برقراری ارتباط عمیق عاطفی با او بوده و کفایت جنسی، لازمه کسب تجربه کامل فیزیکی عشق است. رفتار جنسی که به طور مداوم و منظم در زوج اتفاق می افتد، زوجین را قادر به برقراری عشق متقابل می کند (۲۸). وقتی فردی همسر خود را بدون نیت رابطه جنسی لمس می کند به همسرش عشق می ورزد و زوجین باید به این نکته آگاه باشند که در نزدیکی همیشه هدف رابطه جنسی نیست، بلکه هر گونه عشق ورزیدن فیزیکی نیز نوعی از فعالیت جنسی است (۳۲).

اغلب مصاحبه شوندهگان تمایلی به استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری به ویژه روش های فیزیکی از

تدوین برنامه آموزش بهداشت جنسی در ایران توجه به جنبه های خاص فرهنگی، مذهبی و نیز قوانین، هنجارها و ارزش های حاکم بر جامعه و خانواده ها ضروری است. همچنین برای موفقیت در هر برنامه آموزشی، رسانه، پیام مناسب و نیز انتقال دهنده مناسب پیام از اهمیت زیادی برخوردار است (۲۳).

مفهوم اصلی دیگری که از یافته های این پژوهش آشکار شده است، کسب آگاهی از طریق وسایل نوین ارتباط جمعی می باشد نکته دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که وقتی نگرش گروه هدف نسبت به امور جنسی مثبت است و آنها این موضوع را موضوعی لازم برای زندگی مشترک خود می دانند، ولی منبع آموزشی مناسبی برای کسب این اطلاعات در دسترس آنها قرار ندارد، ممکن است به منابع غیر موثق و گاه مخرب موجود از جمله محصولات مستهجن و برنامه های ماهواره ای و یا سایت های پورنوگرافی اینترنتی روی آورند. این موضوع را به خوبی می توان از نتایج مطالعه کیفی که در این پژوهش به انجام رسیده است استنباط کرد. نتایج این مطالعه نشان می دهد استفاده از فیلم ها و برنامه های مستهجن که در بعضی خانواده ها صورت می گیرد و احتمالاً زوجین به دنبال گرفتن اطلاعات در مورد امور جنسی به منابع غیر موثق روی می آورند (۲۰، ۲۵). آموزش بهداشت جنسی نه تنها باعث افزایش آگاهی افراد شده بلکه با تغییر رفتار، باعث رسیدن به سطح بهداشتی مناسب می شود (۲۶). بیشتر زنان متأهل ابراز داشتند که میزان آگاهی های جنسی شان کم و آموزش جنسی قبل از ازدواج بسیار ضروری است. در مطالعه حاضر، زوجین فردی را مناسب آموزش توصیف کرده اند که از ذکر جزئیات خجالت نکشد (۲۷).

در تحقیقی نشان داده شد که آموزش ها و اطلاعات جنسی مربوط به چرخه پاسخ جنسی، آناتومی بدن و تکنیک های جنسی از جمله اصول اساسی رویکرد رفتاری مؤثر در درمان ناهنجاری جنسی هستند (۲۴). درد نیز از جمله مواردی بود که اغلب شرکت کنندگان بیان می کردند. احساس درد قبل از رابطه در بروز شدت درد واقعی حاصل از رابطه بی تأثیر نبوده است به طوری که باعث احساس درد شدید و کاهش میل

جمله کاندوم که مانع از تماس مستقیمی شود، نداشتند و دلیل آن را عدم آگاهی یا کاهش لذت جنسی ذکر نموده‌اند. در ۱۵ سال گذشته کوشش‌های فراوانی برای گسترش کاندوم به عنوان یکی از سه وسیله اصلی پیشگیری از ایدز در مقاربت جنسی به عمل آمده ولی به عکس استفاده از آن در میان زن و شوهرها موفقیت کمتری داشته به طوری که فقط ۳ درصد از زن و شوهرها در کشورهای در حال توسعه از کاندوم به منظور تنظیم خانواده استفاده می‌کنند (۳۳).

به دلیل تعداد کم افراد شرکت کننده در این پژوهش امکان تعمیم آن به همه جامعه زنان نداشته و به این منظور پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر که امکانات زمانی و مالی بیشتری را می‌طلبند انجام شود. همچنین به دلیل تابو بودن (حرام شمردن) مسائل جنسی در جامعه، در مرحله نمونه‌گیری، محقق با مشکلات فراوانی در جهت توجیه افراد برای شرکت و ادامه پژوهش مواجه بود. از سویی شرم و حیا در زنان ممکن است سابقه تجاوز جنسی، رابطه عاطفی قبل

ازدواج و تمایلات جنسی غیر معمول را اظهار نکرده باشند.

نتیجه گیری

در اولین رابطه جنسی زنان تغییرات متعددی رخ می‌دهد که متأسفانه برخی از آنها از آگاهی ناکافی و در نتیجه عدم اطلاع رسانی و مشاوره درست ناشی می‌شود لذا استفاده از پژوهش‌های کیفی به منظور درک دنیای زنان و دیدگاه آنها و تأمین داده‌های مستند و گسترش پیرامون مسائل جنسی در دوره قبل ازدواج ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۸۹۱۸۰ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند، ریاست محترم دانشکده بهداشت جناب آقای دکتر علی تقی پور، کلیه زنان محترم شرکت کننده در پژوهش و همچنین دست اندرکاران علمی و اجرایی که نهایت همکاری را در اجرای تحقیق داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. Arch Sex Behav 2004 Jun;33(3):189-95.
2. Sattarzadeh N. [Survey on sexual function variation in pregnancy] [in Persian]. Fam Sex Prob 2003;10:16.
3. Cate R, Long E, Angera J, Draper KK. Sexual intercourse and relationship development. Fam Relat 1993;42(2):158-64.
4. Maarefi G. [Survey of couple sexual health and sex complying method in Shias Faith Based on the Hadis (Holly statements) of vasaelo-Shia book] [Article in Persian]. Shahde Uni J 2008;78(10).
5. Sotudeh S. [Woman and sex in history] [in Persian] 2008. Available from: abradat.com/Books/Siamac-Sotudeh/Zan-va-sex-dar-Tarikh.pdf.
6. Qoreishizadeh S. [Family conflict role in appearance and intensification of sexual disorders] [Abstract I Persian]. Fam Sex Prob 2003;10:16.
7. Bayrami R, Haghighi-Moghaddam Y. [Sexual intercourse in pregnancy] [in Persian]. Qom: Mehre Amirolmomenin; 2006.
8. Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen NC. New Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2000.
9. Ovhad B. [Sexual inclination and behaviour] [in Persian]. Isfahan: Sadeq Hedayat; 2001.
10. Asadi LS. [Sexual right, disorder and perversion in substantive laws of Iran] [in Persian]. Nedaye Sadeq 2007;43:36-61.
11. Lopez KA, Willis DG. Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge. Qual Health Res 2004 May;14(5):726-35.
12. Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
13. Sanders C. Application of Colaizzi's method: interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. Contemp Nurse 2003 Jun;14(3):292-302.

14. Bondas T, Eriksson K. Women's lived experiences of pregnancy: a tapestry of joy and suffering. *Qual Health Res* 2001 Nov;11(6):824-40.
15. LoBiondo WG, Haber J. *Nursing research: methods, critical appraisal, and utilization*. 5th ed. St Louis: Mosby; 2002.
16. Chisholm ID. Sexual problems in marriage: non-consummation. *Postgrad Med J* 1972 Sep;48(563):544-7.
17. Impett EA, Peplau LA. Sexual compliance: gender, motivational, and relationship perspectives. *J Sex Res* 2003 Feb;40(1):87-100.
18. Le Gall A, Mullet E, Riviere Shafighi S. Age, religious beliefs and sexual attitudes. *J Sex Res* 2002 Aug;39(3):207-16.
19. Huston TL, Caughlin JP, Houts RM, Smith SE, George LJ. The connubial crucible: newlywed years as predictor of marital delight, distress and divorce. *J Pers Soc Psycho* 2001 Feb;80(2):232-52.
20. Broman CL. Sexual attitudes: the impact of trauma. *J Sex Res* 2003 Nov;40(4):351-7.
21. Nouhi S, Azar M, Kondjani AS, Tajik A. [Awareness and attitudes of couples toward healthy sexual relation] [Article in Persian]. *Hayat* 2007;13(3):77-83.
22. Williams L. Empirical approach to designing marriage program. *Am J Fam Ther* 1999;27:271-83.
23. Impett EA, Peplau LA. Sexual compliance: gender, motivational and relationship perspectives. *J Sex Res* 2003 Feb;40(1):87-100..
24. Davazdahemami S, Ghasemi S, Ehsanpour S. [Comparison of premarital educational needs among would be couple in Molahady Center-Isfahan] [Article in Persian]. *J Isfahan Uni Med Sci* 2005;10(4).
25. Sternberg JR. A triangular theory of love. *Psychol Rev* 1986;93(2):119-35.
26. Thistle S, Ray C. Sex & relationship education: the role of the school nurse. *Nurs Stand* 2000 Sep 18-24;17(1):44-53.
27. Stulhofer A, Gregurovic M, Pikić A, Galic I. Sexual problems of urban women in Croatia: prevalence and correlates in a community sample. *Croat Med J* 2005 Feb;46(1):45-51.
28. Jahanfar S, Molaeinejad M. [Sexual disorder handbook] [in Persian]. Tehran: Salemi; 2001.
29. Butcher J. Female sexual problems: female sexual pain and sexual fear. *West J Med* 1999;318(7176):110-12.
30. Ishak WW, Bokarius A, Jeffrey JK, Davis MC, Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: a literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med* 2010 Oct;7(10):3254-68.
31. Zyaei T, Khorie E. [Womans view of facilitating factors in onsetting of intercourse in woman of Gorgan City] [Article in Persian]. *Gorgan Nurs Midwif J* 2006;3(1):32-5.
32. Oh K. Does she want it? 2003 [cited 2011 27/6]; Available from: www.AdulthoodWonderful.com.
33. Cleland J. Use of the male condom within marriage. *IPPF Med Bulletin. Research* 2005 Sep;39(3):351-7.