

درک و تجربه زنان متأهل سنین باروری از اهمیت آموزش سلامت جنسی: یک مطالعه تحلیل محتوا

زهرا بستانی خالصی^{۱*}، عاطفه قنبری خانقاه^۲

۱. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۲. دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۸

خلاصه

مقدمه: طی سال های اخیر میزان گسترش بیماری های مقاربتی به ویژه در میان زنان به عنوان گروه آسیب پذیر رو به افزایش است. وضعیت سلامت جنسی زنان متأهل سنین باروری، یکی از مهم ترین مسائل بهداشتی جامعه محسوب می شود که حساسیت آن کمتر مورد مطالعه و تحقیق قرار گرفته است. مطالعه کیفی حاضر با هدف تبیین اهمیت آموزش سلامت جنسی زنان متأهل سنین باروری انجام شد.

روش کار: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۳ در رشت انجام شد. نمونه گیری به روش هدفمند و جمع آوری اطلاعات به صورت ۱۸ مصاحبه عمیق فردی و یک بحث گروهی متمرکز با زنان متأهل سنین باروری و ۶ مصاحبه با مطلعین کلیدی بود. تمام مصاحبه ها ضبط و تایپ شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی و نرم افزار MAXqda تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: از تحلیل دیدگاه ها و تجربیات مشارکت کنندگان، مهم ترین دلایل اهمیت آموزش سلامت جنسی برای زنان متأهل سنین باروری در ۵ طبقه: دانش ناکافی در ارتباط با موضوعات جنسی، فقدان منابع معتبر علمی در زمینه سلامت جنسی، آسیب های مرتبط با فناوری های جدید، عوامل خطر برای سلامت جنسی و پیامدهای عدم کفایت آموزش سلامت جنسی طبقه بندی شد.

نتیجه گیری: آموزش سلامت جنسی برای زنان متأهل سنین باروری به دلیل افزایش دانش جنسی و پیشگیری از عوامل تهدیدکننده سلامت جنسی ضروری می باشد. لذا ادغام آموزش سلامت جنسی در برنامه های مراقبت بهداشت اولیه پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: آموزش، سلامت جنسی، مطالعه کیفی

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا بستانی خالصی؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. تلفن: ۰۱۳۱-۳۲۱۰۱۲۸؛ پست الکترونیک: z_bostani@yahoo.com

مقدمه

برخورداری از سلامت، حق تمام انسان‌هاست. سلامت جنسی نیز اساس سلامت جسمی و عاطفی و رفاه افراد، زوجین و خانواده‌ها (۱) و یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی است که تمام مردم را در همه سنین و همه مراحل زندگی، تحت تأثیر قرار می‌دهد و سهم بسزایی در بهداشت و سلامت کلی خانواده ایفا می‌کند (۲) و هدف از آن توانایی داشتن زندگی جنسی آگاهانه، لذت بخش، بی خطر و احترام متقابل در روابط جنسی می‌باشد (۳). آموزش سلامت جنسی مؤثر، بهترین راه حصول اطمینان از یادگیری و اتخاذ رفتار جنسی امن و سالم جوانان و محدود کردن خطرات و آسیب‌های ناشی از رفتار جنسی غیر بهداشتی و تجهیز افراد، زوجین، خانواده‌ها و جامعه به اطلاعات و مهارت‌های رفتاری است (۴) و باید حساس به جنسیت، سن، قومیت، مذهب، زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی، توانایی‌های فیزیکی/شناختی و ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی باشد (۵). آموزش سلامت جنسی توسط سازمان‌های بین‌المللی به عنوان یک حق انسانی و یک ضرورت برای توسعه به رسمیت شناخته شده است (۶)، اما آموزش این مقوله در بسیاری از فرهنگ‌ها همواره با چالش‌هایی رو به رو بوده است (۷). در جامعه ایران نیز به عنوان نمونه‌ای از یک جامعه سنتی - مذهبی، امور جنسی همیشه در هاله‌ای از ابهام قرار داشته است و حجب و حیایی که در فرهنگ وجود دارد، باعث خجالت کشیدن و شرم داشتن در طرح موضوعات مربوط به امور جنسی می‌شود (۸).

در سال‌های اخیر رفتارهای ناهنجار جنسی و طلاق، روز به روز گسترش و عمق بیشتری پیدا کرده است (۹)؛ به گونه‌ای که بر اساس آخرین آمار ثبت احوال در سال ۱۳۹۳، در مجموع ۱۶۳۵۷۲ مورد طلاق در کشور به ثبت رسیده بود که این رقم نسبت به مدت مشابه سال قبل (۱۳۹۲)، با افزایش ۵/۳ درصدی روبه‌رو بوده است. به عبارت دیگر به ازای هر ۴/۴ مورد ازدواج در کشور، یک مورد طلاق و هر ساعت ۱۹ طلاق به ثبت رسیده است (۱۰). با توجه به اینکه افزایش رضایت جنسی باعث افزایش رضایت‌مندی و شادکامی کلی

زناشویی می‌شود (۱۱) و نارضایتی از رابطه جنسی در بیش از ۵۰٪ طلاق‌ها وجود دارد، ادغام آموزش سلامت جنسی در مراقب‌های بهداشتی اولیه بسیار مهم است تا افراد با آگاهی هر چه بیشتر و تجهیز به دانش کافی در زمینه سلامت جنسی، بر سلامت خود کنترل داشته باشند (۱۲).

مطالعه ورال و همکار (۲۰۰۹) در ترکیه، اثربخش بودن آموزش جنسی را بر رضایت جنسی زوجینی که اخیراً ازدواج کرده بودند، نشان داد. در این مطالعه مشکلات جنسی در گروه دریافت‌کننده آموزش‌ها به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود (۱۳).

اگرچه در ایران مطالعات متعددی با هدف تعیین نیازهای آموزشی زنان انجام شده است که نتایج آن‌ها ضرورت آموزش‌های سلامت جنسی را نشان داده‌اند، اما بسیاری از این مطالعات کمی بوده و به طور اختصاصی به بحث اهمیت آموزش سلامت جنسی نپرداخته‌اند، در حالی که بررسی صرفاً کمی مسائل جنسی مردم بدون در نظر گرفتن باورها و دیدگاه‌های آنان به اندازه کافی اجازه رسیدن به اهداف سلامت جنسی را نمی‌دهد. از سوی دیگر درک زنان از اهمیت آموزش سلامت جنسی از جمله مفاهیم ذهنی می‌باشد که مناسبات فرهنگی - اجتماعی و چارچوب ارزشی و باورهای حاکم بر آن سیطره دارد (۱۴). این ویژگی دلیل بررسی این مفهوم با روش تحقیق کیفی شد. درک اهمیت آموزش سلامت جنسی و چالش‌های موجود در این زمینه می‌تواند سیاست‌گذاران کلان بهداشتی را در طراحی برنامه‌های مرتبط با توانمندسازی زنان در ایفای نقش همسری، حفظ و دوام خانواده و کاهش پیامدهای منفی ناشی از نبود آموزش سلامت جنسی یاری کند، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین درک و تجربه زنان متأهل سنین باروری از اهمیت آموزش سلامت جنسی انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است. تحلیل محتوای کیفی، روش تحقیقی برای تفسیر ذهنی محتوایی داده‌های متنی از طریق فرآیندهای

طبقه‌بندی نظام‌مند، کدبندی و تم‌سازی یا طراحی الگوهای شناخته شده است (۱۵). در رویکرد تحلیل محتوا، طبقات به طور مستقیم از داده‌های متنی استخراج می‌شوند و پژوهشگر درک عمیق تری از یک پدیده به دست خواهد آورد (۱۶). علت استفاده از رویکرد تحلیل محتوا در این مطالعه، دستیابی به کشف معانی، اولویت‌ها، نگرش‌ها و درک زنان در زمینه سلامت جنسی با تحلیل پیام‌های زبانی آن‌ها بود، زیرا مسائل جنسی و از جمله سلامت جنسی، پدیده‌ای ذهنی، مرتبط با ارزش‌ها و وابسته به فرهنگ است که با تحقیق کیفی می‌توان آن را تبیین کرد. همچنین مردم در مورد این مسأله به راحتی حاضر به گفتگو نیستند و شرایط امن و محترمانه‌ای که فقط در یک مطالعه کیفی فراهم می‌شود، راه را برای دستیابی به تجربیات آن‌ها باز می‌کند. این مطالعه کیفی با نمونه‌گیری به روش هدفمند با ۱۸ نفر از زنان متأهل سنین باروری به صورت مصاحبه عمیق فردی و یک بحث گروهی متمرکز و ۶ مصاحبه با مطلعین کلیدی انجام شد. مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ و مشخصات مطلعین کلیدی در جدول ۲ ارائه شده است. نمونه‌گیری تا اشباع اطلاعات ادامه داشت. اشباع داده‌ها هنگامی مسجل می‌شود که محقق با ادامه نمونه‌گیری به داده جدیدی دست نمی‌یابد. مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر عواملی مانند مدت ازدواج، تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و محل سکونت (شهر و روستا) بودند که برای دریافت مراقب‌های بهداشتی اولیه به مرکز بهداشت شماره ۸ شهرستان رشت مراجعه کرده بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تسلط به زبان فارسی، ساکن شهرستان رشت، بدون بیماری‌های مزمن و یا بیماری‌های روانی و تمایل زنان به شرکت در مطالعه بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های فردی و بحث گروهی متمرکز انجام شد. مصاحبه‌ها به صورت چهره به چهره و با اخذ رضایت، ضبط و کلمه به کلمه برای تجزیه و تحلیل تایپ شد. به منظور هدایت مصاحبه از راهنمای مصاحبه استفاده شد. راهنمای سؤالات مصاحبه به وسیله مرور متون و مطالعه مقدماتی تهیه

شد. نمونه‌ای از سؤالات مطرح شده در مصاحبه‌های فردی بدین صورت بود، به نظر شما مسائل جنسی چقدر در رابطه زناشویی اهمیت دارد؟ زمانی که در مورد مسائل جنسی به مشکل برخوردید یا سؤال در این مورد داشته باشید از چه راهی پاسخ پرسش‌تان را به دست می‌آورید؟ نظر شما در مورد آموزش مسائل جنسی برای زنان متأهل چیست؟ هر مصاحبه بین ۴۵-۶۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه دوم تنها پس از کدگذاری مصاحبه اول انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت. اشباع داده‌ها هنگامی مسجل می‌شود که محقق با ادامه نمونه‌گیری به داده جدیدی دست نمی‌یابد (۱۷). بحث گروهی متمرکز برگزار شد. بحث گروهی متمرکز، روشی کاربردی در فرآیند ارزشیابی نیازها در طی یا پایان برنامه و برآیندهای برنامه است و به منظور جمع‌آوری اطلاعات ارزشمند برای تصمیم‌گیری به کار می‌رود (۱۸). اتاق مربوط به آموزش‌های پیش از ازدواج مرکز بهداشت شماره ۸ به عنوان محیط مناسب اجرای بحث گروهی تشخیص داده شد که دلایل آن، ماهیت مطالعه و امکان تماس و دسترسی به شرکت‌کنندگان و استفاده از فضا و امکانات سمعی و بصری جهت ضبط مصاحبه‌ها بود. مشارکت‌کنندگان بر اساس اعلام آمادگی از نظر روز و ساعت حضور در جلسه، در یک گروه قرار گرفتند. در هر گروه، ۵ نفر شرکت داشتند و طول مدت این جلسه یک و نیم ساعت بود. پس از کسب اجازه از شرکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط شد. پژوهشگر میانجی (نویسنده اول) بحث را متعادل و هدایت می‌کرد تا سؤالات موجود در راهنمای بحث مباحثه شوند. در حین مصاحبه‌ها، سؤالات توسط پژوهشگر میانجی مطرح می‌شد و پژوهشگر مشاهده‌گر (نویسنده دوم) ضمن نظارت بر روند اجرای جلسات، در مواقع خاص جهت وضوح بیشتر مطالب مطرح شده و جلوگیری از دست دادن اطلاعات غیر کلامی، اقدام به یادداشت‌برداری می‌کرد. تعهدات اخلاقی جهت حفظ حقوق مشارکت‌کنندگان مورد توجه محقق قرار گرفت، هدف از مطالعه توضیح داده شد و حفظ حریم خصوصی اطلاعات، محرمانه

ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، شیوه جمع‌آوری داده‌ها، نحوه تحلیل داده‌ها همراه با مثال‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان تهیه شد تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه برای دیگران فراهم باشد. جهت افزایش قابلیت همسانی یافته‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار دو استاد صاحب نظر در تحقیق کیفی که تمام مراحل مطالعه را نظارت می‌کردند، قرار گرفت و توافق بالایی در میان نتایج استخراج شده وجود داشت. به منظور تأییدپذیری، از نظرات اساتید مجرب حوزه سلامت جنسی در خارج از تیم تحقیق در تمام مراحل فرآیند مطالعه مانند نمونه‌گیری، گردآوری و تحلیل و تفسیر داده‌ها استفاده شد. همچنین به منظور افزایش قابلیت تأییدپذیری، محققان سعی کردند که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن دخالت ندهند. این مطالعه قبل از اجرا مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گیلان قرار گرفت.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۱۸ زن با محدوده سنی ۱۷-۴۴ سال و میانگین سنی $25 \pm 1/2$ سال بودند. مشخصات جمعیت‌شناسی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

بودن و حق خروج از مطالعه در هر زمان تضمین شد. تمام شرکت‌کنندگان با رضایت نامه کتبی در مطالعه شرکت کردند. پس از آن در یک اتاق خصوصی برای داوطلبان هدف از پژوهش کاملاً توضیح داده شد. در صورت تمایل شرکت‌کننده، فرم رضایت از شرکت در تحقیق تکمیل می‌شد. مصاحبه در اتاق مشاوره در مرکز بهداشت شماره ۸ رشت انجام و ضبط شد. داده‌ها به روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل توصیه شده توسط اشتراوس و کوربین استفاده شد (۱۵)؛ به این صورت که همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل نیز صورت می‌گرفت. متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه و داده‌ها کدگذاری شدند. سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی بر روی داده‌ها انجام شد. به این منظور ابتدا متن هر مصاحبه خط به خط خوانده و کدهای باز استخراج می‌شد. کدهای حاصل با یکدیگر مقایسه و کدهایی که از نظر مفهومی شبیه یکدیگر بودند، در یک طبقه جای می‌گرفتند، تا به تدریج طبقات شکل می‌گرفت. طبقات نیز با یکدیگر مقایسه شده و در صورت نیاز با یکدیگر ادغام و یا از هم تفکیک می‌شد تا در نهایت درونمایه‌های اصلی به دست آمدند. در کدگذاری انتخابی نیز نحوه ارتباط مقولات تشکیل شده با یکدیگر مشخص شد. به منظور بررسی داده‌ها در این مطالعه از معیارهای گوبا و لینکلن (۱۹۸۹) شامل اعتبار^۱، انتقال‌پذیری^۲، همسانی^۳ و تأییدپذیری^۴ استفاده شد (۱۸). بدین منظور با درگیری طولانی مدت با مشارکت‌کنندگان و غوطه‌وری در داده‌ها، تأیید مطالب توسط مشارکت‌کنندگان، بازنگری ناظرین و داشتن حداکثر تنوع در نمونه‌ها از نظر سن، میزان تحصیلات، شغل، و محل سکونت (شهر/روستا) اعتبار داده‌ها تأمین شد. انتقال‌پذیری داده‌ها از طریق بازنگری یافته‌ها توسط زنان دارای معیارهای ورود به مطالعه که در پژوهش شرکت نکرده بودند، انجام شد. برای افزایش انتقال‌پذیری داده‌ها، بستر و فرهنگ و

¹ Credibility

² Transfer-ability

⁴ Dependability

⁵ Confirmability

جدول ۱- مشخصات جمعیتی شرکت‌کنندگان در مطالعه کیفی درک و تجربه زنان متأهل سنین باروری از اهمیت آموزش سلامت

جنسی	
نام متغیر	تعداد (درصد)
کمتر از ۲ سال	۳ (۱۶/۶)
۲-۵	۳ (۱۶/۶)
مدت ازدواج (سال)	
۵-۸	۵ (۲۷/۷)
بیشتر از ۸ سال	۷ (۳۸/۹)
سیکل و پایین‌تر	۱ (۵/۵)
متوسطه	۳ (۱۶/۶)
دیپلم	۸ (۳۹/۲)
دانشگاهی	۶ (۳۳/۳)
شغل	
خانه‌دار	۱۲ (۶۶/۶)
شاغل	۶ (۳۳/۳)
محل سکونت	
شهر	۱۱ (۶۱/۱)
روستا	۷ (۳۸/۹)

مطالعین کلیدی در این مطالعه را ۴ عضو هیئت علمی با درجه دکترای تخصصی آموزش بهداشت، بهداشت باروری، جامعه شناس و کارشناس ارشد مامایی و همچنین دو متخصص زنان و نازایی و روانشناسی بالینی شاغل در بخش خصوصی تشکیل می‌دادند که مشخصات جمعیتی شناختی آن‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- مشخصات جمعیتی شناختی مطالعین کلیدی شرکت‌کننده در مطالعه کیفی درک و تجربه زنان متأهل سنین باروری از اهمیت آموزش سلامت جنسی

ردیف	جنس	سن	رشته تحصیلی	میزان تحصیلات	شغل
۱	زن	۵۱	آموزش بهداشت	دکترای PhD	عضو هیئت علمی
۲	زن	۳۹	بهداشت باروری	دکترای PhD	عضو هیئت علمی
۳	زن	۳۲	مامایی	کارشناس ارشد	عضو هیئت علمی
۴	زن	۴۸	زنان و نازایی	دکترای تخصصی بالینی	بخش خصوصی
۵	مرد	۵۳	روانشناسی بالینی	دکترای PhD	بخش خصوصی
۶	مرد	۳۸	جامعه شناس	دکترای PhD	عضو هیئت علمی

مهم‌ترین دلایل اهمیت آموزش سلامت جنسی برای زنان متأهل سنین باروری در ۵ طبقه: دانش ناکافی در ارتباط با موضوعات جنسی، فقدان منابع معتبر علمی در زمینه سلامت جنسی، آسیب‌های مرتبط با فناوری‌های جدید، افزایش عوامل خطر برای سلامت جنسی و پیامدهای عدم کفایت آموزش سلامت جنسی طبقه بندی شد.

جدول ۳- طبقات و زیر طبقات در مطالعه کیفی درک و تجربه زنان متأهل سنین باروری از اهمیت آموزش سلامت جنسی

زیر طبقات	طبقات
نبود آموزش رسمی	دانش ناکافی در ارتباط با موضوعات جنسی
عدم آموزش توسط والدین	
دانش پایین کارکنان بهداشتی	
تعدد منابع	فقدان منابع معتبر علمی در زمینه سلامت جنسی
نامعتبر بودن منابع	

آسیب‌های ناشی از اینترنت	آسیب‌های مرتبط با فناوری‌های جدید
آسیب‌های ناشی از تلفن همراه	
آسیب‌های ناشی از ماهواره	
مقاومت فرهنگی	عوامل خطر برای سلامت جنسی
عدم حمایت اجتماعی	
کمبود نیروی متخصص	
عدم برخورداری از اولویت در سیاست‌گذاری‌ها	
جراحی‌های زیبایی کاذب	پیامدهای عدم کفایت آموزش سلامت جنسی
شیوع بیماری‌های مقاربتی	
نارضایتی زناشویی	
سرطان‌های دستگاه تناسلی	
اعتماد بنفَس جنسی پایین	
طلاق	
طلاق عاطفی	

خواستم ازدواج کنم سراغ اینترنت رفتم، حالا نمی‌دونم که چقدر درست بود" (خانم ۲۸ ساله، ۲ سال تأهل). یافته‌های مطالعه بیانگر آن بود که بسیاری از مشارکت‌کنندگان نیز به نادرست بودن اطلاعات دریافتی از همتایان آگاه بودند.

یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "وقتی به مشکل بر بخوری چاره ای نداری جز اینکه از دوستان بپرسی، حالا ممکنه اونم چیزی ندونه یا یه سری اطلاعات غلط بهت بده" (خانم ۲۵ ساله، ۵ سال تأهل).

اکثر مطلعین کلیدی نیز به دلیل وجود منابع اطلاعاتی جنسی نامعتبر بر لزوم آموزش سلامت جنسی تأکید داشتند. در این راستا یکی از مطلعین کلیدی گفت: "تا جایی که من اطلاع دارم هیچ منبع معتبر علمی (در زمینه سلامت جنسی) که جامع و با زبان قابل درک برای عموم باشه نداریم، کتاب‌هایی که فعلاً توی بازار هست خیلی علمی و اصولی نوشته شدن و بیشتر در مورد یک سری بدیهیات صحبت کردن" (۴۹ ساله، متخصص بهداشت باروری).

آسیب‌های مرتبط با فناوری‌های جدید

برخی مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که درصد زیادی از افراد جامعه در معرض خطر آسیب‌های ناشی از اینترنت، تلفن همراه و ماهواره هستند. آسیب‌های ناشی از اینترنت توسط یک مشارکت‌کننده به شرح زیر بیان شد: "الان تو هر خونه‌ای که نگاه کنی یه کامپیوتر هست، بالاخره ممکنه وسوسه هم بشن یه سرکی به

دانش ناکافی در ارتباط با موضوعات جنسی اکثر مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند که در مورد سلامت جنسی دانش کافی ندارند و بر ارتقاء دانش جنسی تأکید داشتند و معتقد بودند که نبود آموزش رسمی، از دلایل اصلی دانش ناکافی در آن‌ها است. در این راستا، یکی از آن‌ها اظهار داشت: "هیچ وقت نه تو مدرسه ما به صورت رسمی آموزشی دیدیم نه تو دانشگاه، یه واحد تنظیم خانواده تو دانشگاه داشتیم که چیز زیادی نداشت" (خانم ۳۶ ساله، ۸ سال تأهل).

یکی دیگر از نکات اشاره شده توسط مشارکت‌کنندگان، عدم آموزش توسط والدین بود. در این راستا یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "اون موقع مادرا چیزای خیلی ساده مثل پرپود رو هم به ما نمی‌گفتن چه برسه به چیزای جنسی، کلاً خیلی از خانواده‌ها تو این مورد بسته عمل می‌کنن" (خانم ۳۶ ساله، ۲ سال تأهل).

یکی دیگر از دلایل فقدان اطلاعات جنسی ذکر شده توسط تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان، دانش پایین کارکنان بهداشتی بود. یک مشارکت‌کننده گفت: "اگر بریم سوآلی در این مورد بپرسیم اصلاً خوششون نمیاد حالا یا فکر بد در مورد آدم می‌کنن یا خودشون چیزی بلد نیستند" (خانم ۲۴ ساله، ۳ سال تأهل).

فقدان منابع معتبر علمی در زمینه سلامت جنسی

از دلایل دیگر ضرورت آموزش سلامت جنسی که توسط بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان مطرح شد، منابع نامعتبر بود. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: "من که می

بعضی سایت های غیر مجاز هم بزمن" (خانم ۳۶ ساله، ۸ سال تأهل، بحث گروهی).

مشارکت کننده دیگری به آسیب های ناشی از تلفن همراه اشاره کرد: "تو وایبر و واتس آپ گروه هایی هستن که فقط راجع به این جور چیزا (مسائل جنسی) صحبت می کنن" (خانم ۳۳ ساله، ۲ سال تأهل).

یکی از نکاتی که مکرر توسط مشارکت کنندگان بیان می شد، آسیب های ناشی از ماهواره بود. در این راستا یکی از شرکت کنندگان گفت: "اینقدر فیلم های ماهواره جذابه که خیلی از خانم ها از ساعت ۸ کار و تعطیل می کنن تا سریال هاش رو ببینن، سریالاش هم که معلومه" (خانم ۳۵ ساله، ۵ سال تأهل، بحث گروهی).

عوامل خطر برای سلامت جنسی

بسیاری از مطلعین کلیدی معتقد بودند که جامعه ایران سال های تحولات فرهنگی- اجتماعی را تجربه کرده است که می تواند از عوامل تهدید کننده سلامت جنسی افراد باشد. این تحولات باعث تغییر در رفتارهای افراد از جمله رفتار جنسی نسبت به گذشته نیز شده است. در این راستا، یکی از مشارکت کنندگان گفت: "خیلیا به خصوص مردا این فیلما رو می بینن فکر می کنن باید مثل اونا باشن، زن های بیچاره هم که به خاطر اینکه زندگیشون حفظ بشه و مرده دنبال یکی دیگه نره، حرف مرد رو گوش می کنن" (خانم ۴۱ ساله، ۱۸ سال تأهل).

اکثر مشارکت کنندگان از انواع بیماری های مقاربتی و راه های انتقال آن اظهار بی اطلاعی می کردند. مسئله ای که بیشتر نگران کننده بود، عدم احساس تهدید نسبت به ابتلاء به بیماری های مقاربتی بود. یکی از مشارکت کنندگان در مورد علائم بیماری های مقاربتی چنین گفت: "من تا الان فکر نمی کردم ادم اگه فقط با شوهرش ارتباط داشته باشه هم ممکن این بیماری ها رو بگیره" (خانم ۴۳ ساله، ۲۶ سال تأهل، بحث گروهی).

در موارد متعددی مشارکت کنندگان به ویژه زنان از سرد شدن رابطه جنسی پس از ازدواج ابراز نگرانی کرده و نیاز به آموزش روش های پیشگیری از آن را بیان کردند. در این زمینه یکی از مشارکت کنندگان گفت: "چند سال بعد ازدواج ادم خیلی سرد میشه. فقط من اینجوری نیستم. با بچه ها که حرف می زنم اونا هم

همین مشکل رو دارن، باید بدونیم چطور خودمون رو جویون نگه داریم" (خانم ۳۷ ساله، ۱۵ سال تأهل).

افکار منفی به هنگام مواجهه با مشکل جنسی، از جمله عوامل تهدید کننده دیگر سلامت جنسی بود که توسط اکثر مشارکت کنندگان مورد تأکید قرار گرفت. یکی از مشارکت کنندگان گفت: "وقتی یه بار دلم نخواد و بخوام فقط برای رفع تکلیف رابطه داشته باشم، همش فکرای منفی سراغم میاد نمی دونم چطور از این فکرا خلاص شم" (زن ۳۵ ساله، ۶ سال تأهل).

در موارد متعدد، مشارکت کنندگان عدم توانایی تمرکز بر رابطه جنسی به دلایل مختلف به خصوص عوامل محیطی را از جمله عوامل تهدید کننده سلامت جنسی دانستند. یکی از زنان شرکت کننده در مصاحبه گفت: "هر وقت دخترم بیدار باشه من نمی تونم تمرکز کنم اعصابم به هم میریزه، اعصاب شوهرمم خورد می کنم" (خانم ۴۳ ساله، ۲۶ سال تأهل).

اکثر مشارکت کنندگان باورهای نادرست را از عوامل تهدید کننده سلامت جنسی ذکر کردند. در این راستا یکی از مشارکت کنندگان گفت: "کسی که فکر می کنه سوزاک فقط از عقب (رابطه جنسی از راه مقعد) منتقل میشه" (خانم ۲۸ ساله، ۴ سال تأهل).

برخی مشارکت کنندگان معتقد بودند که نداشتن آگاهی از رفتارهای پرخطر جنسی، از عوامل تهدید کننده سلامت جنسی است. چنانچه یکی از شرکت کنندگان در بحث گروهی بیان کرد: "من ۵ ساله عروسی کردم، هنوز نمی دونم چه کاری برام ضرر داره چه کاری نداره" (خانم ۲۷ ساله، ۵ سال تأهل).

برخی مطلعین کلیدی به نقش مهم آگاهی و بکارگیری تکنیک ها و مهارت های جنسی در رضایت مندی زناشویی اشاره کردند و نداشتن این مهارت را از عوامل تهدید کننده سلامت جنسی دانستند؛ به طوری که یکی از مطلعین کلیدی در این باره گفت: "همه خانم ها باید در مورد تکنیک ها و مهارت های جنسی آموزش ببینند، به کار بردن این مهارت ها به استحکام زندگی زناشویی شون خیلی کمک می کنه" (مرد ۶۴ ساله، دکترای تخصصی روانشناسی بالینی).

پیامدهای عدم کفایت آموزش سلامت جنسی

میزان بالای بیماری‌های مقاربتی به دلیل دانش ناکافی سلامت جنسی، از دیگر مضامینی بود که توسط برخی مشارکت‌کنندگان ذکر شد. یکی از مطلعین کلیدی در این رابطه گفت: "خیلی از بیماری‌های مقاربتی رو که ما قبلاً تو کتاب‌ها می‌خوندیم، الان تو مراجعین می‌بینیم. متأسفانه خیلی زیاد هم شده" (متخصص زنان، ۵۱ ساله).

علاوه بر شیوع بیماری‌های مقاربتی که دغدغه بیان شده توسط اکثر مشارکت‌کنندگان بود، مضمون نارضایتی زناشویی به دنبال بی میلی جنسی نیز توسط همه آنها عنوان شد. یک مشارکت‌کننده گفت: "یکی از مشکلاتی که خانم‌ها دارن، اینه که نمی‌دونن چه جوری میل جنسیشون رو تقویت کنن. خیلی سخته پا به پای مرد عمل کنی" (خانم ۳۹ ساله، ۱۶ سال تأهل).

از نظر مطلعین کلیدی، شیوع سرطان‌های دستگاه تناسلی، یکی از پیامدهای نبود آموزش سلامت جنسی است. یکی از آنها گفت: "اگه نتونیم جلوی STD (بیماری‌های مقاربتی) رو بگیریم، بزودی باید منتظر افزایش سرطان سرویکس باشیم" (متخصص بهداشت باروری، ۴۴ ساله).

اکثر مشارکت‌کنندگان اشاره کردند که خیلی از طلاق‌ها به دلیل نبود آموزش‌های لازم در مورد سلامت جنسی رخ می‌دهد. یکی از مطلعین کلیدی گفت: "مطالعات زیادی در زمینه ارتباط طلاق و رضایت زناشویی کار شده که همشون ارتباط مستقیم و قوی و این دو تا رو نشون میدن" (مرد ۴۸ ساله، روانشناس بالینی).

یکی دیگر از پیامدهای منفی اشاره شده توسط مشارکت‌کنندگان، طلاق عاطفی بود. یکی از آنها گفت: "من فک می‌کنم اگه یه زن نتونه یه رابطه (جنسی) خوب با شوهرش داشته باشه، مرد هم سرد می‌شه یا ممکنه سرش یه جای دیگه مشغول بشه، کلاً دیگه رابطه عاطفیشون هم به هم می‌خوره" (خانم ۳۲ ساله، ۱۲ سال تأهل).

جراحی‌های زیبایی کاذب یکی دیگر از نگرانی‌های ابراز شده توسط برخی از مطلعین کلیدی بود. در این زمینه، یکی از مطلعین کلیدی گفت: "آموزش سلامت جنسی

اگر به صورت جامع و کامل باشه، جلوی خیلی از جراحی‌های کاذب واژینوپلاستی و لابیا رداکشن رو می‌گیره" (متخصص زنان، ۵۱ ساله).

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، زنان در ایران به اطلاعات کافی و خدمات بهداشت جنسی دسترسی ندارند که دلایل آن دانش ناکافی، عدم آموزش رسمی، عدم آموزش توسط والدین قبل از تأهل و دانش پایین کارکنان بهداشتی می‌باشد. جوادنوری و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند فقدان دانش و نگرش صحیح جنسی، بدآموزی و وجود منابع نادرست آگاهی جنسی، علت ناآگاهی جنسی نوجوانان است (۱۹). متأسفانه در بسیاری از فرهنگ‌ها، والدین از بحث در مورد مسائل جنسی با فرزندان خود احساس راحتی نمی‌کنند و بنابراین منبع مؤثری برای آگاهی و حمایت در این مسائل نیستند. این موضوع می‌تواند تسهیل‌گر اتکای فرزندان به منابع نامعتبر باشد. وجود منابع نامعتبر آگاهی، معمولاً باعث انتقال باورهای غلط و اطلاعات نادرست می‌شود (۲۰). تابوها، اعتقادات و سنت‌ها نیز ممکن است مانع دسترسی جوانان به اطلاعات کافی و صحیح سلامت جنسی شود (۲۱). اگرچه آموزش سلامت جنسی در تمام طول زندگی برای همه افراد جامعه تأکید شده است، اما هنوز آموزش جامع و رسمی جنسی برای ایرانیان انجام نمی‌شود (۲۲).

در این مطالعه اکثر مشارکت‌کنندگان تحولات فرهنگی - اجتماعی را از عوامل تهدید کننده سلامت جنسی جوانان می‌دانستند و آن را دلیل اصلی ضرورت آموزش سلامت جنسی به زنان بیان کردند. اعتیاد و ضعف اعتقادات مذهبی با انجام رفتارهای پرخطر جنسی ارتباط مستقیم دارد و بدین لحاظ افزایش خطر ابتلاء به بیماری‌های منتقله جنسی ناشی از انحراف در رفتارهای جنسی سالم می‌تواند از عوامل تهدید کننده سلامت جنسی در افراد باشد (۸).

از نظر مشارکت‌کنندگان در حال حاضر ایران با چالش چشمگیر میان سنت و مدرنیته روبروست که خود می‌تواند از علل تحولات فرهنگی - اجتماعی سال‌های اخیر

و تهدیدی برای سلامت جنسی جامعه باشد. انتقال فرهنگ و اندیشه‌های غربی به کشور، فرهنگ ایران را در معرض تغییر ارزش‌ها و الگوهای رفتاری قرار داده و باعث تضاد ارزش‌ها بین سنت و مدرنیته و ایجاد نگرش‌های متفاوت به مسائل از جمله مسئله جنسی شده که بر رفتار جنسی نیز مؤثر است (۲۳).

در این مطالعه اکثر مشارکت‌کنندگان بیان کردند که در ایران روابط جنسی دچار تغییر شده است که با نتایج مطالعه هاشمی و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر افزایش شیوه‌های مختلف رابطه جنسی، از جمله رابطه جنسی غیر واژینال در میان زنان ایرانی همخوانی داشت. رفتارهای نامتعارف جنسی ممکن است به سلامت جسمی و روانی فرد و شریک جنسی او آسیب برساند و همچنین موقعیت خانوادگی و اجتماعی او را تهدید کند (۲۴). عدم آگاهی از رفتارهای پرخطر جنسی نیز به عنوان عامل خطر برای سلامت جنسی توسط اکثر مشارکت‌کنندگان مطرح شد که می‌تواند باعث افزایش شیوع بیماری‌های منتقله از راه جنسی و پیامدهای منفی ناشی از آن شود (۲۵).

در این مطالعه اکثر مشارکت‌کنندگان آسیب‌های ناشی از اینترنت، تلفن همراه و ماهواره را از آسیب‌های مرتبط با فناوری‌های جدید و از عوامل اصلی تهدیدکننده سلامت جنسی می‌دانستند که نشان دهنده ضرورت آموزش بهداشت جنسی می‌باشد.

مطالعه قویدل و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که استفاده از اینترنت، موبایل و ماهواره، جوانان را بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر جنسی قرار می‌دهد (۲۶) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. بسیاری از کشورها همزمان با ورود و افزایش تکنولوژی، برای پیشگیری و مقابله با این آسیب‌های نوپدید در حال برنامه ریزی هستند، اما در کشور ما با توجه به سرعت گسترش در تکنولوژی تلفن همراه و توسعه فضای مجازی و اینترنت، برنامه‌ریزی و پیش‌بینی خاص انجام نشده است. به همین علت آسیب‌های اجتماعی نوپدید در ایران در حال افزایش است. بر اساس مطالعه ایرانی و همکاران (۲۰۱۴) در صورت عدم استفاده صحیح از تکنولوژی‌های در حال ظهور ممکن است فرصت‌های

جدید انحراف پیش روی افراد یا حداقل تسهیل این فرآیند قرار گیرد و اثرات منفی بر رفتارهای جنسی آن‌ها داشته باشد (۲۷). بنابراین برنامه جامع آموزش سلامت جنسی می‌تواند در جلوگیری از اثرات مخرب ناشی از این فناوری‌های نوین مؤثر باشد. البته تکنولوژی و فناوری‌های نوین هم فرصت هستند و هم تهدید، لذا باید تدابیری اندیشیده شود تا از آن در جهت ارتقاء سلامت بهره برد که لازمه آن ورود همزمان پیوست فرهنگی و اجتماعی به همراه تکنولوژی است.

به اعتقاد تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان، پیامدهای نبود آموزش سلامت جنسی، آموزش سلامت جنسی را ضروری می‌سازد. پیامدهای منفی فردی که توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شد شامل: جراحی‌های زیبایی کاذب، شیوع بیماری‌های مقاربتی، نارضایتی زناشویی و سرطان‌های دستگاه تناسلی بود. انجام برخی مطالعات عمیق، آموزش سلامت جنسی را یکی از مؤثرترین راه‌های محافظت جوانان از پیامدهای منفی مانند بیماری‌های مقاربتی پیشنهاد می‌کند. در جهان امروز گروه‌هایی که دانش جنسی کمتری دارند، بیشتر در معرض پیامدهای منفی جنسی از جمله ابتلاء به بیماری‌های منتقله از راه جنسی می‌باشند؛ در حالی که داشتن اطلاعات صحیح، احتمال تصمیم‌گیری مسئولانه و آزادانه آن‌ها را در حوزه سلامت جنسی افزایش می‌دهد (۵، ۲۵). علاوه بر این آموزش سلامت جنسی افراد اعتماد به نفس آن‌ها را بهبود بخشیده و از عمل‌های جراحی زیبایی غیر ضروری جلوگیری می‌کند (۲۸). آموزش جنسی از طریق ارتقاء آگاهی افراد باعث افزایش رضایت زناشویی می‌شود (۲۹).

در این مطالعه، مشارکت‌کنندگان پیامدهای عدم کفایت آموزش سلامت جنسی از جمله طلاق، طلاق عاطفی را نیز مطرح کردند. طی سال‌های اخیر در ایران طلاق روز به روز گسترش و عمق بیشتری پیدا کرده است (۲۳)؛ به گونه‌ای که بر اساس آخرین آمار ثبت احوال در سال ۱۳۹۳، میزان طلاق نسبت به مدت مشابه سال قبل با افزایش ۵/۳ درصدی روبه‌رو بوده است (۱۰). با توجه به اینکه افزایش رضایت جنسی باعث افزایش رضایت‌مندی و شادکامی کلی زناشویی می‌شود (۳۰) و

نتیجه گیری

بر اساس نظر اکثر شرکت کنندگان، آموزش سلامت جنسی به زنان متأهل نه تنها به دلایل پزشکی بلکه به عنوان یک ضرورت در راستای استحکام زندگی زناشویی غیر قابل انکار است. زیرا ازدواج پدیده ای است که ماهیت نیاز افراد را در حیطه مسائل جنسی تغییر می دهد و فقدان اطلاعات یا اطلاعات نادرست در این زمینه می تواند خطر ایجاد مشکلات خانوادگی و زناشویی را افزایش دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی تحت عنوان "تبیین نیازهای آموزشی سلامت جنسی زنان متأهل سنین باروری" بود. لذا از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و تمام شرکت کنندگان در این مطالعه که تجاربشان را به اشتراک گذاشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

نارضایتی از رابطه جنسی در بیش از ۵۰٪ طلاقها وجود دارد (۱۲)، ادغام آموزش سلامت جنسی در مراقب‌های بهداشتی اولیه ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه رستم خانی و همکاران (۲۰۱۵) در ایران نیز نشان داد که با استفاده از مدل PLISSIT توسط کارکنان بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی می‌توان به راحتی اختلالات جنسی و نیازهای سلامت جنسی مراجعین را برطرف نمود (۳۱).

در مطالعات کیفی، یافته‌ها به میزان زیادی به زمینه فرهنگی و اجتماعی داده‌ها بستگی دارد، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع از نظر سن، میزان تحصیلات و سطوح مختلف اقتصادی و اجتماعی، از نقاط قوت این مطالعه بود. با توجه به مقاومت فرهنگی موجود در جامعه برای مسائل جنسی، ارتباط تنگاتنگ و اعتمادسازی بین محققین و شرکت‌کنندگان از دیگر نقاط قوت این مطالعه بود. از آنجایی که نمونه‌گیری تنها در شهرستان رشت انجام شد و شکل‌گیری طرحواره‌های جنسی حتی در یک جامعه از شهری به شهر دیگر می‌تواند متفاوت باشد، لذا غیر قابل تعمیم بودن یافته‌های این پژوهش همانند دیگر مطالعات کیفی از محدودیت‌های این مطالعه بود.

منابع

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006.
2. World Health Organization. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: WHO; 2010.
3. Comprehensive sexuality education, Giving young people the information, skills and knowledge they need. United Nations Population Fund. Available at: URL: <http://www.unfpa.org/public/home/adolescents/>; 2011.
4. Weaver AD, Byers ES, Sears HA, Cohen JN, Randall HE. Sexual health education at school and at home: Attitudes and experiences of New Brunswick parents. *Can J Hum Sex* 2012; 11(1):19-32.
5. World Health Organization. The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Geneva: WHO; 2013.
6. Erevik Amado L. Sexual and bodily rights as human rights in the Middle East and North Africa. *Reprod Health Matters* 2004; 12(23):125-8.
7. Abedian K, Shahhosseini Z. University students' point of views to facilitators and barriers to sexual and reproductive health services. *Int J Adolesc Med Health* 2014; 26(3):387-92.
8. DeJong J, Jawed R, Mortagy I, Shepard B. The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reprod Health Matters* 2005; 13(25):49-59.
9. Peterson GW, Bush KR. Handbook of marriage and the family. New York: Springer Dating and Mate Selection; 2013. P. 221-34.
10. Ministry of interior. National Organization for Civil Registration. Islamic Republic of Iran. Available at: URL: <http://www.sabteahval.ir/default.aspx?tabid=4760>; 2015.
11. Refaie Shirpak Kh. Sexual health. In: Hatami H, Razavi S, Ardabilly H, editors.

- Comprehensive Public Health Book. 4th ed. Tehran, Iran: Arjmand Pub; 2011.
12. Foroutan SK, Jadid MM. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. *Daneshvar Med* 2009; 16(78):37-42.
 13. Vural B, Temel A. Effectiveness of premarital sexual counseling program on sexual satisfaction of recently married couples. *Sex Health* 2009; 6(3):222-32.
 14. Khoei EM. Language of love in culture of silence: Iranian women's sexual understandings and sociocultural Context. [PhD Dissertation]. Sydney, Australia: New South Wales University; 2006.
 15. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 4rd ed. Thousand Oaks: Sage publications; 2014.
 16. Maxwell JA. Qualitative research design: an interactive approach. 4th ed. Los Angeles: Sage; 2014.
 17. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. 5th ed. London: Sage Publications; 2015.
 18. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA: Sage; 1989.
 19. Javadnoori M, Roudsari RL, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Female adolescents' experiences and perceptions regarding sexual health education in Iranian schools: a qualitative content analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(7):539-46.
 20. Ghorbani B. Improper sexual myths. *Iran J Med Ethics History* 2012; 5(2):1-20. (Persian.)
 21. Latifnejad Roudsari R, Javadnoori M, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(2):101-10.
 22. Maasoumy R, Lamyian M, Khalaj Abadi F, Montazeri A. Women's perception of sexual socialization in Iran: a qualitative study. *J Gual Res Health Sci* 2013, 2(3):221-33.
 23. Bahrami N, Simbar M, Soleimani MA. Sexual health challenges of adolescents in Iran: a review article. *J Sch Pub Health Instit Pub Health Res* 2013; 10(4)1-16. (Persian.)
 24. Hashemi S, Seddigh S, Tehrani FR, Khansari SM, Khodakarami N. Sexual behavior of married Iranian women, attending taleghani public health center. *J Reprod Infertil* 2013; 14(1):34-8.
 25. Hops H, Ozechowski TJ, Waldron HB, Davis B, Turner CW, Brody JL, et al. Adolescent health-risk sexual behaviors: effects of a drug abuse intervention. *AIDS Behav* 2011; 15(8):1664-76.
 26. Ghavidel M, Kazemi Y, Nikmanesh Z, Azar F. Relationship between sexual behavior and communication media (Internet, satellite and mobile) in adolescents of Zahedan. National Congress on Border Cities and Security; Challenges and Strategies-CBCS. University of Sistan and Baluchestan, Iran; 2012. (Persian.)
 27. Irani S, Yaghoubi R, Rakee N, Habibi F. Social pathology of mobile phones: mobile phones and social deviations. *Indian J Fund Appl Life* 2014; 4(S4):2168-74.
 28. Berer M. Cosmetic surgery, body image and sexuality. *Reprod Health Matters* 2010; 18(35):4-10.
 29. McFarland MJ, Uecker JE, Regnerus MD. The Role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: evidence from married and unmarried older adults. *J Sex Res* 2011; 48(2-3):297-308.
 30. Shahsiyah M, Bahrami F, Etemadi O, Mohebi S. Effect of sex education on improving couples martial satisfaction in Isfahan. *Health Sys Res* 2011; 6(4):690-7.
 31. Rostamkhani F, Jafari F, Ozgoli G, Shakeri M. Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: a quasi-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015; 20(1):139-4.