

# فقدان حمایت اجتماعی چگونه بر رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی دختران جوان اثرگذار است؟ یک مطالعه کیفی

اعظم رحمانی<sup>۱</sup>، عفت‌السادات مرقاتی خویی<sup>۲</sup>، لیدا مقدم بنایم<sup>۳</sup>، نرگس صادقی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، تهدید بزرگی برای سلامت افراد است. جوانان بیش از هر گروه دیگر در معرض انتقال بیماری‌های مقاربتی هستند. مطالعه حاضر با هدف تبیین نقش فقدان حمایت اجتماعی بر رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز دختران جوان انجام شد.

**روش:** در این مطالعه کیفی، ۷۲ دختر جوان ۱۸-۳۵ سال در مطالعه شرکت کردند. داده‌ها از طریق جلسات گروهی متمرکز (۷ جلسه) و مصاحبات فردی عمیق (۱۲ مصاحبه) در سال ۱۳۹۱ جمع‌آوری شد. روش تحلیل محتوا از رویکرد Graneheim جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای افزایش اعتبار نتایج، روش‌های چندگانه جمع‌آوری داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و چک همکاران، مورد استفاده قرار گرفت.

**یافته‌ها:** چهار طبقه اصلی از آنالیز داده‌ها از جمله چتر عاطفی، پشتیبانی خدماتی، هسوروی اجتماعی و نگهداشت اطلاعاتی استخراج شد. نگهداشت اطلاعاتی دارای دو زیرطبقه تعلیم جنسی ناکارآمد و گم‌یافت تعلیم جنسی بود. چتر عاطفی از دو زیرطبقه مهرورزی دوست پسر و غیابت مهر خانواده تشکیل شد. مشارکت کنندگان عقیده داشتند که حمایت عاطفی دوست پسر و فقدان حمایت خانواده، عوامل عاطفی مهمی در مشارکت آنان در رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی بوده است. آن‌ها گزارش کردند که به خدمات و آموزش جنسی دسترسی ندارند. همچنین، آموزش جنسی محدودی نیز که ارایه می‌شود، از کیفیت مطلوب برخوردار نیست.

**نتیجه‌گیری:** مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که انواع متفاوت حمایت اجتماعی در مشارکت آن‌ها برای رفتار مخاطره‌آمیز جنسی نقش داشته است. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در راستای طراحی مراکز جهت ارایه مشاوره سلامت جنسی به دختران جوان کمک کننده باشد.

**کلید واژه‌ها:** رفتارهای مخاطره‌آمیز، رفتارهای جنسی، زنان، جوان، حمایت اجتماعی

**ارجاع:** رحمانی اعظم، مرقاتی خویی عفت‌السادات، مقدم بنایم لیدا، صادقی نرگس. فقدان حمایت اجتماعی چگونه بر رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی دختران جوان اثرگذار است؟ یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶(۱): ۶۲-۴۹.

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۸

۱- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات ملی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴- استادیار، دانشکده پرستاری مامایی و مرکز تحقیقات ارتقای سلامت و سالمندی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: effat\_mer@yahoo.com

نویسنده مسئول: عفت‌السادات مرقاتی خویی

## مقدمه

رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، تهدید بزرگی برای سلامت جسمی و اجتماعی نوجوانان و جوانان محسوب می‌شود؛ چرا که با تبعاتی چون مشکلات رفتاری، افزایش احتمال بارداری، وزن کم هنگام تولد و سندرم مرگ ناگهانی نوزادی همراه است (۱، ۲). همچنین، به علت کاهش احتمال تکمیل تحصیلات دبیرستان و دانشگاه، بارداری در این زمان می‌تواند با چالش‌های اقتصادی فراوانی همراه باشد (۱). اکنون در سراسر دنیا، دختران و پسران نوجوان در سنین پایین‌تری به بلوغ رسیده، دیرتر ازدواج کرده و به میزان بیشتری به رفتار جنسی قبل از ازدواج مبادرت می‌کنند (۳). محمدی و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۳۸۵ پسر نوجوان ۱۸-۱۵ ساله تهرانی گزارش کردند که ۲۷/۷ درصد پسران، سابقه تماس جنسی را ذکر نموده و میانگین سن اولین تماس جنسی آنان ۱۴/۸ سال بوده است. ۱۲/۲ درصد از نوجوانانی که سابقه تماس جنسی داشتند، دارای دو رفتار مخاطره‌آمیز توأم (عدم استفاده از کاندوم و رابطه با بیش از یک شریک جنسی) بودند. ۶۸/۲ درصد از نوجوانانی که سابقه تماس جنسی را ذکر نمودند، حداقل دارای یکی از رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی بودند که رقم هشدار دهنده‌ای است (۴).

آمارهای جدید نشانگر وسیع‌تر شدن دامنه بیماری ایدز در کشور و تغییر الگوی ابتلای آن می‌باشد. در واقع، موج دوم اپیدمی ایدز در ایران از طریق اعتیاد تزریقی به طور نسبی کنترل شده و موج سوم آن از طریق ارتباطات جنسی ناسالم در حال گسترش است. طبق آخرین آمار منتشر شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۰)، تغییر الگوی ابتلا به این بیماری از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۰، به صورت ۳/۵ درصد کاهش از راه اعتیاد تزریقی و ۱۱ درصد افزایش از طریق روابط جنسی بوده است (۵، ۶).

رفتار جنسی مخاطره‌آمیز، هر گونه تماس جنسی است که در آن فرد از سلامت خود یا شریک جنسی خود آگاه نبوده و یا رفتاری داشته باشد که باعث گردد تا فرد نسبت به عفونت‌های مقاربتی (سوزاک، کلامیدیا، سفلیس، هرپس تناسلی، زگیل تناسلی و...) و ابتلا به HIV/ایدز مستعدتر شده

یا موجبات حاملگی ناخواسته و زودرس را فراهم کند (۷). بر خلاف تعاریفی که در متون ارایه شده است، در مطالعه حاضر رفتارهای خارج از محدوده ازدواج نیز به عنوان رفتار مخاطره‌آمیز در نظر گرفته شده است؛ چرا که در ایران، خدمات سلامت جنسی برای جوانانی که رابطه جنسی را قبل از ازدواج تجربه می‌کنند، ارایه نمی‌شود. از طرف دیگر، این نوع رابطه از طرف خانواده و جامعه پذیرفته شده نیست و چنین روابطی در بستر ایران می‌تواند زمینه را جهت رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی فراهم کند.

حمایت اجتماعی در پیشینه پژوهشی دارای دو شکل حمایت عاطفی و حمایت ابزاری است. حمایت عاطفی را می‌توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و با محبت با فرد دانست. حمایت ابزاری نیز به ارایه خدمات و آموزش‌هایی که در اختیار فرد قرار می‌گیرد، اطلاق می‌شود (۸). حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف و نیز منابع متفاوت (همچون دوستان، اقوام، همسر، جامعه و دولت) پیشگویی کننده مهمی جهت وضعیت سلامت، بیماری‌زایی و مرگ و میر ناشی از برخی از بیماری‌ها محسوب می‌شود (۹). مطالعات محدودی به نقش حمایت اجتماعی در رفتارهای پیشگیری کننده از رفتارهای پرخطر و HIV پرداخته که نتایج متفاوتی را به دنبال داشته است (۱۰-۱۲). نتایج پژوهشی که درباره نقش حمایت اجتماعی بر پیشگیری از HIV در زنان در معرض خطر انجام شده، نشان داد که اغلب مشارکت کنندگان بر این باور بودند که برخورداری از حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری از منابع مختلف، باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی به ویژه در آنان شده و با افزایش اعتماد به نفس و توانایی آن‌ها در محافظت در برابر HIV همراه بوده است. نتایج این پژوهش گویای این بود که حمایت اجتماعی باعث موفقیت بیشتر برنامه‌های پیشگیری می‌شود؛ به طوری که زنانی که به میزان بیشتری مورد علاقه و احترام بودن را احساس می‌کردند، جسارت و توانایی بیشتری برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی و به کارگیری تکنیک‌های محافظتی داشتند (۹).

از آن‌جا که آموزش سلامت جنسی در گروه متأهلان و مجردان در بستر ایران بسیار متفاوت است (۱۳)، چالش‌ها و

حساسیت‌های فرهنگی اجتماعی، به بررسی اجمالی در این زمینه بسنده شده است. از این‌رو، با توجه به این که در جامعه ایران، تحقیقی با این موضوع و نیز رویکرد کیفی بر روی دختران جوان صورت نگرفته و همچنین، از آن‌جا که مسایل جنسی به میزان زیادی وابسته به فرهنگ جامعه بوده و از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف تبیین نقش فقدان حمایت اجتماعی بر مشارکت در رفتار جنسی مخاطره‌آمیز طراحی شد.

### روش

جهت تبیین رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز مشارکت کنندگان، مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا مرسوم (Conventional content analysis) به کار گرفته شد. دلیل به کارگیری روش تحلیل محتوا مرسوم این بود که رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، مفهومی پیچیده و دارای ابعاد مختلف بوده، این ابعاد در جامعه ایرانی شناخته شده نیست و فرضیه‌ای در این زمینه وجود ندارد. از این‌رو، روش تحلیل محتوا مرسوم جهت کشف حیطه‌ها و ابعاد ناشناخته آن کمک کننده بود.

در مطالعه کیفی حاضر ۷۲ دختر جوان ۱۸-۳۵ ساله (۶۲ نفر در جلسات متمرکز گروهی و ۱۲ نفر در مصاحبات فردی که ۲ نفر به صورت مشترک در جلسات متمرکز گروهی و مصاحبات فردی) شرکت کردند. این محدوده سنی بر اساس تعریف انجمن جوانان دانمارک (The danish youth council) انتخاب شد. رفتار جنسی انسان بر سه عامل ظرفیت جنسی (آن چه فرد توان انجام آن را دارد)، انگیزش (آن چه فرد می‌خواهد انجام دهد) و عملکرد (آن چه فرد اجرا می‌کند) استوار بوده است (۲۵). در واقع، انسان به صورت ذاتی موجودی جنسی به دنیا می‌آید و در ارتباط با ۳ سطح نامبرده، تا حدی دارای درک و تجربه است. به همین دلیل، افراد بدون توجه به تجربه جنسی (بی‌خطر و پرخطر) در جلسات گروهی شرکت داده شدند. در مرحله بعد، با مشارکت کنندگانی که دارای انواع رفتار جنسی (واژینال، مقعدی و دهانی) بودند، به صورت انفرادی مصاحبه به عمل آمد.

موانع مختلفی نیز جهت ارایه آموزش به این قشر وجود دارد. صرف نظر از پیشرفت‌های عظیمی که در زمینه پزشکی و بهداشت عمومی در سطح کشور صورت گرفته، سیستم جامعی جهت آموزش جنسی کودکان، جوانان و بزرگسالان وجود ندارد (۱۴). خانواده‌ها نیز در این زمینه به کودکان خود آموزشی ارایه نمی‌دهند. در واقع، فرهنگ سکوت در بستر ایران باعث فقدان دانش و مهارت والدین در زمینه آموزش فرزندان شده است. بسیاری از والدین نیز بر این باورند که کودکان آن‌ها نیازی به آموزش جنسی ندارند؛ چرا که والدین، آموزش جنسی در زندگی دریافت نکرده و بر این باورند که فرزندان آن‌ها نیز نیازی به این نوع آموزش ندارند (۱۵). این درحالی است که یکی از مهم‌ترین بخش‌های برنامه‌ریزی سلامت، خدمت‌رسانی به گروه‌هایی است که در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۱۶) و شواهد گویای این است که قشر جوان، به میزان بیشتری در معرض رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی و انتقال HIV قرار دارند (۱۷). از طرف دیگر، طبق نتایج سرشماری انجام شده در کشور در سال ۱۳۹۰، بالغ بر ۲۰ درصد از جمعیت کشور (۱۵ میلیون نفر) را گروه سنی ۱۵-۲۴ سال تشکیل می‌دهد (۱۸).

با توجه به اهمیت رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی در سلامت فرد و اجتماع، سؤالی که در جامعه ایران بدون پاسخ باقی مانده، این است که «نقش حمایت اجتماعی در رفتارهای مخاطره‌آمیز دختران جوان به چه شکل است؟» از آن‌جا که پاسخ چنین سؤالی را نمی‌توان با روش‌های کمی ارایه داد، ضروری است که جهت دستیابی به درک و تجربیات دختران جوان، از رویکردهای پژوهشی استفاده شود که قادر باشد با درگیری عمیق با مشارکت کنندگان، به هدف پژوهش نایل گردد. در این راستا، پژوهش کیفی می‌تواند در کشف درک و تجربیات افراد مؤثر باشد؛ چرا که این نوع رویکرد، قادر به شفاف‌سازی ابعاد ناشناخته پدیده می‌باشد (۱۹). با این که مطالعات بسیاری در زمینه رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز در سراسر دنیا انجام گرفته (۲۰-۲۳)، مطالعات صورت گرفته در این زمینه، در ایران محدود بوده و اغلب مطالعات، به روش کمی انجام شده است (۲۴، ۱۵) و یا به علت برخی

مصاحبات و جلسات، رضایت مشارکت کنندگان جهت ضبط کردن مکالمات جلب می‌شد. جلسات اول به صورت بدون ساختار اجرا شد و با توجه به مفاهیم مستخرج و نیز تحلیل داده‌ها، فهرست عناوین تنظیم گردید و جلسات و مصاحبات بعدی به صورت نیمه ساختارمند مدیریت شد. بدین ترتیب که در ابتدا محقق خود را معرفی کرده و هدف مطالعه و نیز هدف بحث گروهی متمرکز را بیان می‌نمود. بحث با یک سؤال باز، «زندگی جنسی دختران جوان به چه شکل است؟» شروع می‌شد و سپس، با توجه به جواب‌هایی که مشارکت کنندگان ارائه می‌دادند، سؤالات بعدی پرسیده می‌شد. هر جلسه گروهی متمرکز، حدود ۲-۱ ساعت به طول می‌انجامید. جلسات گروهی به صورتی مدیریت می‌شد که از روابط خصوصی افراد صحبت به میان نمی‌آمد، اما مشارکت کنندگانی که رابطه دوستی با جنس مخالف و رابطه نزدیک را تجربه کرده بودند، شناسایی و در مرحله بعدی مطالعه، دعوت به مصاحبه فردی می‌شدند. در واقع، جلسات گروهی، بستری را جهت تشخیص افراد کلیدی برای مصاحبات فردی فراهم می‌کرد. در ادامه، مشارکت کنندگانی که دارای رفتار جنسی و نیز رفتار جنسی مخاطره‌آمیز بودند، دوستان خود را معرفی می‌کردند (نمونه‌گیری گلوله برفی) که در صورت تمایل، از آن‌ها نیز مصاحبه به عمل می‌آمد. اشیاع داده‌ها بعد از ۷ جلسه گروهی و ۱۰ مصاحبه فردی به دست آمد. جهت اطمینان از اشیاع داده‌ها، ۲ مصاحبه فردی بعد از به اشیاع رسیدن داده‌ها انجام شد و داده جدیدی از ۲ مصاحبه نهایی به دست نیامد. در مطالعه حاضر، با الهام از رویکرد Graneheim و Lundman (۲۸)، روش تحلیل محتوای کیفی به کار گرفته شد. تحلیل داده‌ها در طول جمع‌آوری داده‌ها، انجام گردید. هر جلسه گروهی و مصاحبه فردی، قبل از جلسه و مصاحبه بعدی بازنویسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. در طول تحلیل داده‌ها، از روش یادداشت برداری (Memo writing) استفاده شد. نمونه‌گیری و تحلیل داده‌ها ۱۱ ماه (خرداد ماه ۱۳۹۰ تا اسفند ۱۳۹۱) به طول انجامید. مراحل تجزیه و تحلیل به صورت زیر دنبال می‌شد:

- جلسات و مصاحبه‌ها به صورت دست‌نوشته در آورده

جهت دستیابی به مشارکت کنندگان، در ابتدا از روش نمونه‌گیری هدفمند و در ادامه از روش نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شد. از آن‌جا که محقق اصلی پژوهش، دختر جوان بوده و به نوعی جهت انجام پژوهش، خودی (Insider) محسوب می‌شد (۲۶)، در ابتدا از دانشجویان خوابگاه، جهت شرکت در جلسات گروهی دعوت به عمل آورد. جهت دستیابی به نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، نمونه‌گیری از سنین مختلف و وضعیت اقتصادی اجتماعی متفاوت به عمل آمد. به این صورت که در قدم اول، دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های وابسته به دانشگاه تربیت مدرس جهت شرکت در مطالعه، دعوت شدند، به این شکل که فراخوانی مبنی بر «گفتمان رفتارهای جنسی دختران جوان» جهت شرکت افراد علاقمند در پژوهش در نقاط مختلف خوابگاه نصب شد و مشارکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش ثبت نام کردند. به علاوه، از خوابگاه‌های غیر وابسته به دانشگاه در سطح شهر تهران نیز نمونه‌گیری به عمل آمد؛ چرا که این احتمال وجود داشت که وابستگی به دانشگاه، به نوعی بر پاسخ‌گویی مشارکت کنندگان در این زمینه خاص اثرگذار باشد. همچنین، جهت دستیابی به مشارکت کنندگانی که دارای سطح تحصیلات کمتر و نیز سطح اقتصادی اجتماعی پایین‌تری بودند، از دختران جوان مراجعه کننده به مرکز دوستدار نوجوان جنوب شهر نیز نمونه‌گیری به عمل آمد.

از جلسات گروهی متمرکز به عنوان مرحله اولیه جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. استفاده از روش بحث گروهی متمرکز، موجبات دسترسی آسان به گروه هدف، بررسی امکان استفاده از این تکنیک در موضوعات جنسی و ایجاد حس اعتماد در مشارکت کنندگان را فراهم کرد. جلسات گروهی در خوابگاه‌های وابسته به دانشگاه (۳ جلسه) و غیر وابسته به دانشگاه (۲ جلسه) و نیز مرکز دوستدار نوجوان (۲ جلسه) انجام شد. مکان جهت برگزاری جلسات به نوعی انتخاب می‌شد که به اندازه کافی فضا داشته و مشارکت کنندگان بتوانند به شکل دایره قرار گیرند. محل مصاحبات فردی، بر اساس تمایل مشارکت کنندگان (خوابگاه، محل کار مشارکت کنندگان یا مرکز دوستدار نوجوان) تنظیم می‌شد. در ابتدای

مجوز انجام مطالعه به وسیله کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس در اختیار گروه تحقیق قرار گرفت. به تمام مشارکت کنندگان، اهداف مطالعه و مصاحبات توضیح داده می‌شد و فرم رضایت آگاهانه به امضای آنان می‌رسید. به تمام مشارکت کنندگان نام مستعار داده شد و به آن‌ها آگاهی داده شد که جهت شرکت در پژوهش مختار بوده و در هر قسمت از مصاحبه یا جلسات گروهی که تمایل به ادامه نداشته باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند. همچنین، به آن‌ها اطمینان داده شد که اصول رازداری رعایت خواهد شد و داده‌ها بدون ذکر نام، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و منتشر خواهد شد.

#### یافته‌ها

مطالعه کنونی قسمتی از یک پژوهش کیفی وسیع در مورد عوامل مخاطره‌آمیز مرتبط با رفتارهای جنسی دختران جوان است. شرکت کنندگان مطالعه حاضر زنان جوان ۱۸-۳۴ ساله مجرد بودند. آن‌ها دارای سطح تحصیلات مختلف (دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد، و دکتری) و وضعیت اجتماعی و اقتصادی متفاوت بودند. اغلب آن‌ها در خوابگاه و تعداد اندکی از آن‌ها با خانواده‌های خود زندگی می‌کردند. اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

سن	جلسات		وضعیت اقتصادی
	مصاحبه فردی (۱۲ نفر)	گروهی (۶۲ نفر)	
۱۸-۲۵	۴	۲۱	سن
۲۶-۳۴	۸	۴۱	
دیپلم	۳	۷	سطح تحصیلات
کارشناسی	۳	۲۱	
کارشناسی ارشد	۴	۲۲	
دکتری	۲	۱۲	
مطلوب	۳	۱۷	وضعیت اقتصادی
متوسط	۷	۲۹	اجتماعی
نامطلوب	۲	۱۶	
با خانواده	۳	۱۲	وضعیت اقامت
در خوابگاه	۹	۵۰	

می‌شد و جهت به دست آوردن درک کلی از گفته‌های مشارکت کنندگان، چندین بار خوانده می‌شد.

- بر اساس رویکرد Graneheim و Lundman (۲۷)، مناسب‌ترین واحد تجزیه و تحلیل، کل مصاحبه یا مشاهده می‌باشد. واحد تجزیه و تحلیل در واقع دست‌نوشته‌های کتبی بود که مورد تحلیل قرار گرفت.

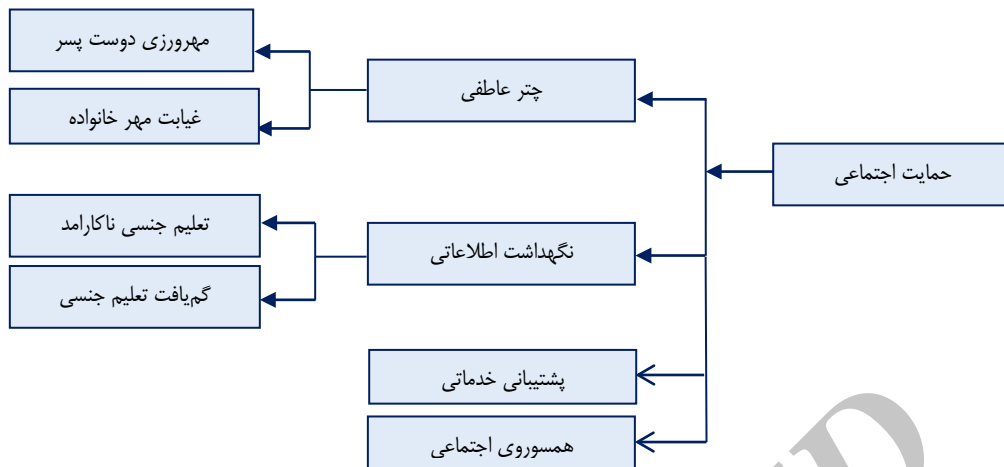
- کلمات، جملات یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنا در نظر گرفته شد. واحدهای معنا، کلمات یا جملاتی بود که دارای معنی واحد بودند که در کنار هم قرار می‌گرفت.

- در مرحله بعد واحدهای معنا، با توجه به مفهوم آشکار یا پنهان آن‌ها، نام‌گذاری شده و کدی به هر یک از آن‌ها اختصاص داده می‌شد.

- تفاوت‌ها و تشابهات کدها مورد ارزیابی قرار می‌گرفت و بر این اساس، در زیرطبقات و طبقات جای داده شده و برچسب انتزاعی‌تر به آن اختصاص داده می‌شد.

- در نهایت، با مقایسه طبقات و تعمق در داده‌ها، محتوای نهفته هر طبقه، درون‌مایه کشف می‌شد.

کیفیت جلسات گروهی و مصاحبات فردی از نظر صحت پیشبرد روند مصاحبه، با یکی از افراد گروه تحقیق که در زمینه مطالعه کیفی متخصص بود، مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. همچنین، از ۵ نفر از مشارکت کنندگان خواسته شد که کدهای حاصل از مصاحبه خود یا جلسه‌ای که در آن حضور داشتند را مرور کرده و به محقق فیدبک دهند (Member check). همچنین، کدها و درون‌مایه‌ها توسط محققان خارج از تیم پژوهش که به روش تحلیل محتوی کیفی آشنا بودند، چک شده و مورد ارزیابی قرار گرفت (Peer check) و بدین وسیله، قابلیت تأیید (Confirmability) یافته‌ها تأمین شد. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (انتخاب نمونه‌ها با سنین، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی اجتماعی متفاوت) قابلیت انتقال (Transferability) یافته‌ها را تسهیل کرد. همچنین، روش‌های متفاوت نمونه‌گیری (جلسه گروهی و مصاحبه فردی) به منظور تقویت اعتبار (Credibility) و قابلیت اطمینان (Dependability) داده‌ها صورت گرفت (۱۹).



شکل ۱. طبقات و زیرطبقات حمایت اجتماعی

که به آن‌ها توجهی نداشته و برای آن‌ها ارزش قایل نیست. دختر ۳۲ ساله‌ای که با ۴ پسر به طور متناوب رابطه دوستی برقرار کرده بود، در جلسه گروهی دوم دلیل رابطه‌های دوستی خود را نیاز به حمایت عاطفی ذکر کرده و بیان می‌دارد: «من با توجه به شرایطم تو هر برهه از زمان فقط یک نفر رو انتخاب کردم و اون فرد رو به خاطر احساسم و نیازم به یه ساپورت انتخاب کردم» (FGD2).

مشارکت کنندگان دلیل برقراری رابطه را نیاز به حمایت عاطفی و روحی دانسته و اگر پسری را می‌یافتند که از این نظر، آن‌ها را تأمین می‌کرد، وارد رابطه می‌شدند. در واقع، ادامه رابطه بر اساس عوامل عاطفی و نه از روی منطق و مطابقت معیارها بوده است. مشارکت کنندگان ذکر می‌کردند که موقعیت‌های بحرانی زندگی مثل کنکور، شکست عاطفی و خستگی از موضوع خاص، زمینه را جهت برقراری دوستی فراهم می‌کرده است.

دختر ۲۸ ساله در مصاحبه فردی این چنین بیان کرد: «ممکنه پسر نیاد به زور دست تو رو بگیره بیره، اما طوری رفتار می‌کنه که تو خودت رضایت می‌دی. خوب مردها تجربشون بیشتره و می‌دونند چکار کنند. طوری تو رو حمایت می‌کنند و مورد توجه قرار می‌دند که دختر خودش بخواد» (Ind.int).

**غیابت مهر خانواده:** مورد محبت و توجه واقع شدن در خانواده می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی جهت برقراری رابطه دوستی با جنس مخالف ایفای نقش کند. یکی از

درون‌مایه‌های استخراج شده از مطالعه شامل عوامل فردی و اجتماعی بود. حمایت اجتماعی یکی از طبقات عوامل اجتماعی می‌باشد که در این مقاله به آن پرداخته شده است. یافته‌های مطالعه در زمینه تبیین نقش حمایت اجتماعی بر مشارکت دختران جوان در رفتار مخاطره‌آمیز جنسی، به چهار طبقه اصلی چتر عاطفی، پشتیبانی خدماتی، همسوروی اجتماعی و نگهداشت اطلاعاتی تقسیم شد. نگهداشت اطلاعاتی دارای دو زیرطبقه تعلیم جنسی ناکارآمد و گم‌یافت تعلیم جنسی بود. همچنین، چتر عاطفی نیز از دو زیرطبقه (مهرورزی دوست پسر و غیابت مهر خانواده) تشکیل شد (شکل ۱).

### حمایت عاطفی

**مهرورزی دوست پسر:** تعداد زیادی از مشارکت کنندگان مهرورزی دوست پسر را عامل مهمی در شروع و تداوم رابطه دوستی و به تبع آن رابطه جنسی می‌دانستند. آنان بیان می‌داشتند که در ابتدای رابطه، تمایلی به برقراری رابطه جنسی نداشته و با هدف سرگرمی و یا فرار از تنهایی وارد رابطه دوستی شده‌اند، اما با گذشت زمان، از حمایت عاطفی دوست پسر خود برخوردار شده و این امر موجب شده که با تمایل و رضایت درونی وارد رابطه جنسی شوند. حمایتی که مشارکت کنندگان بیان می‌داشتند نه تنها شامل حمایت عاطفی بود، بلکه حمایت مالی را نیز در بر می‌گرفت. این حمایت مالی، برای این گروه از مشارکت کنندگان جنبه عاطفی داشت؛ چرا که بیان می‌داشتند اگر پسری برای آن‌ها خرج نکند، به این معنی است

جوان خود حمایت می‌کند و او را مورد تعریف و تمجید قرار می‌دهد، اعتماد به نفس و عزت نفس وی افزایش یافته و باعث می‌شود در صورت مورد توجه واقع شدن از طرف جنس مخالف، واکنش مناسب نشان داده و به نحو بهتری تصمیم‌گیری کند.

### نگهداشت اطلاعاتی

گم‌یافت تعلیم جنسی: نکته‌ای که اغلب مشارکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند این بود که آن‌ها در هیچ مرحله از زندگی یا مقطع تحصیلاتی خود، آموزش جنسی به طور رسمی یا غیر رسمی دریافت نکرده‌اند. برخی از آن‌ها بیان می‌داشتند که آموزش‌هایی مرتبط با بلوغ یا بهداشت قاعدگی را از مادر یا خانواده‌های خود دریافت کرده‌اند. مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که جامعه ایران، یک جامعه بسته است. در این بستر یا آموزش جنسی ارابه نمی‌شود و یا آموزش‌ها سانسور شده و گزیده بوده و مطالب اساسی را پوشش نمی‌دهد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند که در مدرسه وقتی آموزش اندام‌ها داده می‌شد، وقتی به آموزش دستگاه تناسلی می‌رسید، آموزش متوقف می‌شد. دختر ۳۲ ساله در این زمینه بیان کرد: «وقتی در مورد اندام‌ها بهمون آموزش می‌دادند، چه اشکالی داشت در مورد دستگاه تناسلی هم بدوینیم. نه این که به روده که می‌رسه قطع بشه. ما از دهن می‌دونستیم تا روده. حتی در مورد پاهامون هم خیلی نمی‌دونستیم» (FGD3).

آن‌ها اظهار می‌داشتند که خانواده، جامعه و رسانه‌ها، در این زمینه، سیاست سکوت را برگزیده‌اند. برخی از آن‌ها بر این امر صحنه می‌گذاشتند که عدم ارابه آموزش به دختران و محدود کردن آن‌ها بدون ارابه آموزش و توجیه منطقی، نه تنها نمی‌تواند جنبه محافظتی داشته باشد، بلکه حس کنجکاوی آن‌ها را جهت تجربه رابطه، ترغیب نموده است. دختر ۳۲ ساله چنین اظهار نمود: «وقتی فقط این گفته می‌شه که خودتون رو کنترل کنید و یا این که رابطه با جنس مخالف بده، اما هیچ آموزشی در این زمینه ارابه نمی‌شه و دلیل و توجیه منطقی برای اون آورده نمی‌شه، این بیشتر تحریک کننده است تا بازدارنده» (FGD7).

مشارکت‌کنندگان دختری بود که در خانواده مورد بی‌محبتی و بی‌توجهی واقع شده؛ به طوری که پدر خانواده، توجه زیادی را به خواهر او مبذول می‌داشت. فرزانه احساس می‌کرد در خانواده مورد تبعیض و بی‌مهری واقع شده و به همین ترتیب، از صحبت با دوستان اجتماعی خود به خصوص دوستان از جنس مذکر، جهت پر کردن این خلأ عاطفی استفاده می‌کرد. او در این زمینه در مصاحبه فردی بیان کرد: «پدرم، خواهرم رو خیلی دوست داره و اصلاً به من توجهی نمی‌کنه. البته، از اول همین طور بوده و اون براش سوگلی بوده، همش به خواهرم توجه می‌کنه. خوب من هم نیاز به یه حمایت دارم و نیاز دارم که بیرون از خونه با پسرای زیادی حرف بزنم. هرچند برخی از این پسرها فقط دوستای اجتماعی من هستند» (Ind.int).

همچنین، مشارکت‌کنندگانی که در خانواده از محبت و توجه کافی برخوردار بودند، تمایل کمتری به برقراری رابطه با جنس مخالف را گزارش می‌کردند. مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که اگر دختر در خانواده مورد تعریف و تمجید واقع شود و مورد توجه قرار گیرد، اعتماد به نفس وی تقویت شده و به این ترتیب توانمندی بیشتری جهت انتخاب‌های بهتر در روابط خود داشته، به صرف خوش آمدن از طرف مقابل، با وی رابطه برقرار نمی‌کند و دلایل منطقی و عقلانی را جهت برقراری رابطه بر می‌گزیند. برخی از مشارکت‌کنندگان نیز بر این باور بودند که چون برادر بزرگتر داشتند و مسایل و مشکلاتشان را حتی در تعاملات با جنس مخالف با او در میان می‌گذاشتند، نیاز به برقراری رابطه با جنس مخالف را به میزان کمتری احساس می‌کردند. دختر ۲۷ ساله‌ای که از حمایت خانواده به خصوص برادر بزرگتر خود برخوردار بوده و در مراحل مختلف رشد و زندگی خود، آموزش جنسی را از مادر خود دریافت داشته است، در این زمینه بیان نمود: «رابطه من با خانوادم به خصوص برادرم خیلی خوب هست و در تمام زمینه‌ها حتی ارتباط با جنس مخالف باهاشون مشورت می‌کنم و ازشون نظر می‌خوام. به نظر من این رابطه خوب و گرفتن نظرات اون‌ها در زندگی‌ام باعث شده کمتر نیاز به برقراری رابطه با جنس مخالف رو احساس کنم» (FGD5).

ریحانه این چنین تحلیل می‌کند که وقتی خانواده از دختر

هرچند مشارکت کنندگان به نقش پررنگ خانواده در ارایه آموزش‌های جنسی تأکید داشتند، اما اکثریت آن‌ها آموزشی از خانواده دریافت نکرده بودند. تعداد محدودی از آن‌ها که آموزش از خانواده دریافت کرده بودند، بیان می‌داشتند که خانواده به آموزش مواردی چون قاعدگی و نهایت بکارت اشاره می‌کند و بر این نکته تأکید می‌کند که مواظب بکارتات باش، اما در مورد چگونگی برقراری ارتباط با جنس مخالف و نیز خطراتی که ممکن است دختران جوان را در زمینه رفتار جنسی تهدید کند، آموزشی ارایه نمی‌شود.

#### پشتیبانی خدماتی

یکی از ابعاد حمایت اجتماعی، پشتیبانی خدماتی می‌باشد. مشارکت کنندگان به این نکته اشاره می‌کردند که مرکزی جهت ارایه خدمات برای جوانان مجرد وجود ندارد و آن‌ها به خدمات و مشاوره در این زمینه دسترسی ندارند. دختر ۲۰ ساله این چنین به این نکته اشاره نمود: «جایی وجود نداره که بشه اطلاعات گرفت، چه برسه بخوان خدماتی در این زمینه بدنند» (Ind.int).

همچنین، دختر ۲۸ ساله تجربه دوست خود را چنین بیان کرد: «یکی از دوستانم با دوست پسرش رابطه برقرار کرده بود و می‌ترسید که باردار شده باشه. من شنیده بودم که حتی اگه دختری بکارتش سالم باشه، می‌تونه باردار بشه، بهش گفتم که احتمال داره باردار بشی. اون می‌گفت نه امکان نداره. من خیلی نتونستم متقاعدش کنم، جایی هم نبود که بتونه در این زمینه مشاوره بگیره یا این که در این شرایط بتونه یه معاینه بشه یا این که وسیله پیشگیری از بارداری در اختیارش قرار بده» (Ind.int).

#### همسوروی اجتماعی

همسوروی اجتماعی همسالان از عامل اجتماعی دیگری بود که نه تنها در تجربیات مشارکت کنندگان به چشم می‌خورد، بلکه در گفته‌های آن‌ها نیز معنی‌پردازی شده بود. اکثر مشارکت کنندگان گزارش می‌کردند که در شهرستان در فضایی پرورش یافته‌اند که باورهای مذهبی و فرهنگی قوی جهت عدم برقراری رابطه با جنس مقابل وجود داشته است. برخی از آن‌ها بیان می‌داشتند که وقتی وارد شهر بزرگی چون

تعلیم جنسی ناکارآمد: با وجود این که اغلب مشارکت کنندگان آموزش جنسی رسمی یا غیر رسمی دریافت نکرده بودند، برخی اذعان داشتند که آموزش مختصری دریافت داشته و این آموزش مختصر نتوانسته پاسخگوی سؤالات و کنجکاوی‌های آن‌ها باشد و این آموزش ناکامل، موجبات کنجکاوی بیشتر آن‌ها را جهت کسب اطلاعات بیشتر فراهم کرده است. یکی از مشارکت کنندگان هم اکنون به عنوان یک ماما و مشاور مشغول کار بود که توسط معلم پرورشی خود، آموزش مختصر درباره بلوغ و بهداشت قاعدگی دریافت کرده بود. او در جلسه پنجم چنین بیان کرد که آموزش به طور نادرست به آن‌ها ارایه شده: «معلم بهداشت این رو اشتباه به ما آموزش داد و گفت که این خون کثیفه که هر ماه خارج می‌شه. بعد یه سری از بچه‌ها که زودتر از ما پریود شدند و ما می‌گفتیم که این‌ها خونشون کثیف‌تر از ما است. به خاطر اون آموزش اشتباهی که داده شده بود، ما همه باور کرده بودیم که اون خون کثیفه» (FGD5).

این آموزش باعث شده بود که این مشارکت کننده تصور خوبی از قاعدگی و به تبع آن از جسم خود نداشته باشد و تا سن جوانی و تحصیل در رشته مامایی توانسته باور کثیف بودن خون قاعدگی را از بین ببرد. اگرچه بعد از تصویب قانون تنظیم خانواده در ایران، دانشگاه واحدی با عنوان تنظیم خانواده به دانشجویان تمام رشته‌ها ارایه می‌دهد، اما اغلب مشارکت کنندگانی که این واحد را گذرانده بودند، آن را ناکافی و خالی از محتویاتی یافته بودند که نیاز به آن را احساس کرده بودند.

«درس تنظیم خانواده هم مشکل داره، چون تو یه مقطع خیلی بدی می‌دارن. اطلاعات خاصی هم که به درد آینده آدم بخوره نمی‌گن. مثلاً من خودم سر کلاس همش مسخره‌بازی در می‌آوردم. یعنی همش می‌گفتیم و می‌خندیدیم» (FGD1). دختر ۲۳ ساله نیز در جلسه ششم چنین بیان کرد که «تو دانشگاه ما درسی به نام تنظیم خانواده نبود. یه درس ۲ واحدی بود در مورد مهارت‌های زندگی. یه چیزای بی‌خودی در مورد کنترل خشم. تو اون درس اصلاً چیزی در مورد مسایل جنسی به ما یاد ندادند» (FGD6).



## بحث

در مطالعه حاضر، مشارکت کنندگانی که رابطه دوستی و رابطه جنسی را در دوران مجرد تجربه کرده بودند، انواع متفاوت حمایت اجتماعی را در مشارکت یا محافظت از رفتار مخاطره‌آمیز جنسی مؤثر دانستند. حمایتی که مشارکت کنندگان به آن اشاره می‌کردند، شامل حمایت عاطفی و حمایت اطلاعاتی بود. وقتی حمایت‌های اجتماعی در ابعاد مختلف و به واسطه منابع متفاوت ارایه شود، می‌تواند فوایدی چون کاهش بیماری‌زایی و مرگ و میر را دربر داشته و موجبات ارتقای سلامت فرد را فراهم کند (۹). به عبارت دیگر، افرادی که حمایت اجتماعی درک شده بالاتری دارند، به میزان بهتری می‌توانند با استرس‌ورهای زندگی مقابله کنند (۲۸). همچنین، حمایت اجتماعی درک شده بالاتر در بیماران مبتلا به بیماری قلبی، سرطان پستان و ایدز با افزایش طول عمر در آن‌ها در ارتباط بوده است (۳۱-۲۹). حمایت اجتماعی در حیطه رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی نیز از این امر مستثنی نیست. چنانچه زنانی که به میزان بیشتری مورد احترام و محبت واقع شدن را تجربه کرده بودند، با احتمال بیشتری رفتارهای محافظتی چون استفاده از کاندوم را از خود بروز می‌دادند (۹).

مصاحبه عمیق با مشارکت کنندگانی که به جنس مخالف اعتماد کرده و با آن‌ها رابطه برقرار کرده بودند، بیانگر این بود که آن‌ها دارای بحران‌های عاطفی و حمایتی هستند. در واقع، دختر جوان، حمایت عاطفی را در خانه دریافت نکرده و در جستجوی حمایت عاطفی بیرون از بستر خانواده است. در این زمان، دختران هم‌جنس را دوست قابل اعتماد نمی‌بینند و به جنس مخالف به عنوان یک منبع حمایت عاطفی پناه می‌برند. از طرف دیگر، با توجه به تعریف نشدن این نوع روابط در جوامع و خانواده‌های ایرانی، دختر جوان قادر به بیان مشکلات و سؤالات خود در این زمینه نیست و نمی‌تواند از خانواده و حتی دوستان خود در این زمینه مشاوره بگیرد.

هرچند عواملی چون تحصیلات بالاتر، درآمد بیشتر، دسترسی به اینترنت و ماهواره و برخی از عوامل چون اعتقاد کمتر جوانان به باورهای مذهبی و عدم پایبندی والدین به

تهران شده‌اند یا این که به دانشگاه راه پیدا کرده‌اند، دنیای جدیدی پیش روی آن‌ها نمایان گشته است. تا قبل از این مهاجرت یا ورود به دانشگاه در فضای محدود و بسته خانواده و تحت باورهای مذهبی و عرفی حاکم بر شهرستان رشد یافته و دنیایی که متصور بودند در حد چارچوب‌های محدود بوده است. با آنالیز و سؤالات عمیق در این زمینه، مشارکت کنندگان بیان داشتند که بعد از ورود به اجتماعی بزرگتر با قوانین متفاوت حاکم بر آن، ضروری یافتند تا در این زمینه تغییراتی را متقبل شوند. به این صورت که برقراری رابطه برای برخی از مشارکت کنندگان در بستر و فضای بسته شهرستان امری غیر قابل قبول بوده، اما وقتی به تهران مهاجرت کرده و در قالب دوست دختر نقش پذیرفته، از او انتظار رابطه جنسی می‌رود. او به ادامه دوستی متمایل و از برقراری رابطه جنسی اکراه دارد، اما در نهایت، به این نتیجه می‌رسد که برقراری رابطه جنسی یک حق طبیعی برای او محسوب می‌شود. تفسیر روایات گویای این بود که با ورود به محیط بازتر و بزرگتر اجتماعی، فرد مهار بیرونی جهت دوستی و تعامل با جنس مقابل را حس نمی‌کند و خود را از این جهت آزاد می‌بیند و به رابطه دوستی و جنسی مبادرت می‌ورزد. این حالت تا وقتی که فرد بتواند به یک مهار درونی جهت برقراری رابطه جنسی دست یابد، ادامه خواهد داشت.

دختر ۳۱ ساله تجربه به تهران آمدن خود را چنین توصیف نمود: «من به چیز رو صادقانه بگم که گفته‌های دیگران و محیط روم تأثیر می‌ذاره. می‌گن دختر شهرستانی می‌یاد تهران و محیط روش تأثیر می‌ذاره. رو من به معنی واقعی صرفش کردم، یعنی برای من اتفاق افتاد. اولین بار تفکر دوست پسر این جا تو سر من افتاد. من تو شهرستان اصلاً به این فکر نمی‌کردم. احساس نیاز نمی‌کردم و حاضر نبودم برم تو رابطه با یه پسر، اما تو تهران بعد از مدتی، اینو حق خودم می‌دیدم» (FGD4).

دختر ۲۷ ساله نیز به تهران آمدن را به صورت تجربه‌ای متفاوت و منحصر به فرد توصیف کرد: «وقتی اومدم تهران دیدم چه کلاهی سرم رفته. وقتی می‌بای شهر، چارتا کتاب می‌خونی، با چند تا آدم صحبت می‌کنی، می‌بینی چه کلاهی سرت رفته و زندگی اون چیزی نیست که تو قبلاً تجربه کردی» (Ind.int).

جنسی تمایل زیادی دارند (۳۵).

در مطالعه وسیعی که در شهرهای تبریز، ارومیه و اردبیل بر روی ۲۶۰۰ نوجوان دبیرستانی انجام شد، به این نتیجه رسیدند که منابع اطلاعاتی مرتبط با دانش جنسی آن‌ها به ترتیب شامل دوستان نزدیکی و صمیمی، عکس‌ها، مجلات و کتاب‌ها، وسایل سمعی بصری، آموزش‌های مدارس، پزشکان، روحانیون، مراکز مشاوره، خانواده و خویشاوندان است (۳۶). مطالعه‌ای دیگر در تهران نشان داد که منبع اصلی گرفتن اطلاعات در این زمینه دوستان بودند (۴). این در حالی است که با توجه به اولویت‌های آموزشی کشور، می‌توان آموزش جنسی را بسته به نیاز افراد در مراحل مختلف زندگی ارائه داد. اولویت‌های آموزش جنسی در کشور شامل شیوه‌های کنترل غریزه، بهداشت بلوغ، تأثیر دوستان بر سلامت جنسی، خطرات و بیماری‌های مقاربتی، دیدگاه اسلام در مورد رابطه جنسی قبل از دواج، مسایل شرعی بلوغ و سلامت جنسی، اثر بی‌بندوباری بر سلامت اجتماع و روش‌های ایجاد اعتماد به نفس جنسی در دختران و پسران است (۳۷).

مشارکت کنندگانی که دارای تجربه زندگی در تهران بودند، به خصوص آن‌هایی که از شهرستان به تهران مهاجرت کرده بودند، بستر تهران را محیط مستعدی جهت تعامل و دوستی با جنس مقابل و رابطه جنسی می‌دانستند. آن‌ها بر این باور بودند که فرهنگ حاکم بر شهر تهران با فرهنگ شهرستان‌ها متفاوت است و آن‌ها می‌توانند آزادانه و بدون ترس از آبرو یا قضاوت اجتماعی نامطلوب، وارد رابطه با جنس مقابل شوند. آن‌ها بر این باور بودند که تهران با هر شهر دیگر در ایران متفاوت است؛ چرا که پذیرای هر نوع فرهنگ و هر نوع رفتار می‌باشد و به نوعی همه چیز در تهران عادی به نظر می‌رسد. همچنین، بستر شهری و نیز روابط اجتماعی حاکم بر آن، باعث شده که اغلب مشارکت کنندگان به این باور برسند که خود را ناگزیر از پذیرش فرهنگ حاکم و نیز تبعیت از رفتار جمعی ببینند. یادگیری اجتماعی، بنابر مشاهده و تقلید، به طور ناخودآگاه در بسیاری از افراد به صورت مثبت و منفی انجام می‌گیرد و پیامدهای ثمربخش، یا زیان‌بار خود را به دنبال خواهد داشت (۳۸). در مطالعه حاضر، جنبه منفی

مسایل اخلاقی باعث شده فرزندان به میزان بیشتری دوستی با جنس مخالف را گزارش کنند، اما خانواده‌ها همچنان قادر نیستند به طور مؤثر با فرزندان خود ارتباط برقرار کنند. در یک مطالعه کیفی در ایران، دختری بیان داشته که «اگر با مادرم در مورد مسایل جنسی صحبت کنم، او فکر می‌کند که من دارم این کار رو می‌کنم. در خانواده ما حرف زدن در مورد مسایل جنسی حتی قاعدگی هم صحیح نیست، چه برسد به رابطه جنسی که حتماً گناه بزرگیه». این گونه دختران به دوستان خود بیش از والدین اعتماد داشته و چالش‌های عمیقی در ارتباط خود با خانواده دارند (۳۲). برخی از والدین عوامل خطر را نمی‌شناسند و با چگونگی ارتباط با فرزندان خود آشنا نیستند. در این راستا، نتیجه مطالعه نصیری و همکاران گویای این بود که هرچند والدین و فرزندان نحوه ارتباط خود را مطلوب می‌دانند، اما بین دیدگاه‌های فرزندان و والدین درباره مشکلات ارتباطی فرزندان با والدین در زمینه‌های استقلال‌طلبی، بلوغ جنسی و کسب شخصیت اختلاف معنی‌دار وجود داشت (۳۳).

نکته‌ای که اغلب مشارکت کنندگان بر آن تأکید داشتند، این بود که آن‌ها در هیچ مرحله از زندگی یا مقطع تحصیلاتی خود، آموزش جنسی به طور رسمی یا غیر رسمی دریافت نکرده‌اند. آن دسته از مشارکت کنندگان که آموزش مختصری دریافت کرده بودند، بیان داشتند که این آموزش مختصر نتوانسته پاسخگوی سؤالات و کنجکاوی‌های آن‌ها باشد. فقدان اطلاعات یا اطلاعات غلط درباره مسایل جنسی می‌تواند موجبات رفتارهای پرخطر، بیماری‌های مقاربتی و بارداری ناخواسته را افزایش دهد. از این‌رو، آموزش جنسی برای جوانان در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴ مورد تأکید واقع شده است (۳۴). از آن‌جا که جوانان از آموزش، تجربه و امکانات کمتری نسبت به بزرگسالان برخوردار هستند و از این جهت در معرض خطر بیشتری قرار دارند، ضروری است که اهمیت خاصی برای سلامت باروری و جنسی جوانان در برنامه‌های بهداشت باروری در نظر گرفته شود (۱۳). مطالعه انجام شده در این زمینه گویای این است که نوجوانان و جوانان ایرانی به فراگیری در زمینه سلامت

جهت تأسیس چنین مراکز مشاوره برای نوجوانان و جوانان مجرد کمتر احساس می‌شود و به نوعی خلاف عرف و باورهای مذهبی در نظر گرفته می‌شود.

رفتارهای جنسی یک موضوع به نسبت خصوصی با درجات مختلفی از محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی، مذهبی، اخلاقی و حقوقی است. تحقیق در مورد روابط جنسی قبل از ازدواج نیز دارای محدودیت‌ها و مشکلات بیشتری است؛ چرا که رفتارهای جنسی قبل از ازدواج در بستر ایران پذیرفته شده نیست و از نظر قانونی و شرعی غیر قابل قبول می‌باشد (۴۰). از این رو، در مطالعه حاضر بسیاری از افراد ترجیح می‌دادند در مورد تجارب جنسی خود صحبت نکنند. بنابراین، محقق جهت کاهش این محدودیت، نهایت سعی خود را در جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان به کار می‌گرفت. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که به دلیل ملاحظات شرعی و قانونی، احتمال داشت که دختران جوانی که دارای انگیزه بالاتر و شاید افکار آزادی خواهانه بودند، در مطالعه شرکت کرده باشند. هرچند، همه دختران جوان برای شرکت در مطالعه فراخوانده شدند.

### نتیجه‌گیری

مشارکت‌کنندگانی که رابطه دوستی و رابطه جنسی را در دوران مجرد تجربه کرده بودند، انواع متفاوت حمایت اجتماعی را در مشارکت یا محافظت از رفتار مخاطره‌آمیز جنسی مؤثر دانستند. حمایتی که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره می‌کردند، شامل حمایت عاطفی، اطلاعاتی، خدماتی و همسوروی اجتماعی بود. نتایج پژوهش می‌تواند در راستای طراحی مراکزی جهت ارائه مشاوره سلامت جنسی دختران جوان کمک کننده باشد. همچنین، ضروری است به خانواده‌ها آموزش داده شود که حمایت عاطفی می‌تواند به عنوان یک عامل مهم، فرزندان آن‌ها را از گرایش به رابطه دوستی با جنس مخالف و برقراری رابطه جنسی محافظت کند. پیشنهاد می‌گردد که مطالعه‌ای مشابه بر روی پسران جوان انجام شود و به نقش حمایت اجتماعی آن‌ها بر مشارکت در رفتار مخاطره‌آمیز جنسی بپردازد.

الگوپذیری از دوستان در زمینه تجربه جنسی دلالت داشت؛ به طوری که مشاهده دوستی و رابطه جنسی در دوستان، آن‌ها را به تجربه جنسی ترغیب می‌کرد.

نوجوانان و جوانانی که در جوامعی زندگی می‌کنند و جامعه دارای وضعیت آشفته، میران بالای استفاده از مواد مخدر، خشونت و گرسنگی است، احتمال رفتار جنسی زودهنگام و بارداری در سنین پایین افزایش می‌یابد. نوجوانان بیشتر احتمال دارد وارد رابطه جنسی شوند، اگر بهترین دوستان و همسالان آن‌ها مسن‌تر باشند، از الکل یا مواد مخدر استفاده کنند و یا در سایر رفتارهای منفی شرکت کنند. به طور مشابه، این احتمال زمانی افزایش می‌یابد که دوستان آن‌ها رابطه جنسی داشته یا دارای نگرش مثبت نسبت به بارداری و دیدگاه آسان‌گیر نسبت به مسایل جنسی باشند (۳۹). اثر همسالان و دوستان به خوبی در مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر به چشم می‌خورد؛ به طوری که آن‌ها تحت تأثیر دوستان خود، انگیزه کافی جهت برقراری رابطه با جنس مقابل و نیز رابطه جنسی پیدا می‌کردند. اگر دوستان آن‌ها دارای نگرش مثبت نسبت به تجربه جنسی در مجرد بودند، آن‌ها بیان می‌داشتند که فالانی (دوست من) رابطه جنسی را تجربه کرده و اگر من نیز تجربه کنم، اتفاق خاصی نخواهد افتاد.

اگرچه، ارایه خدمات و مشاوره سلامت جنسی برای نوجوانان و جوانان با موانع و مشکلات زیادی در بستر ایران روبه‌رو است (۴)، ارایه چنین خدماتی با لحاظ کردن ارزش‌های ایرانی - اسلامی ضروری به نظر می‌رسد. فقدان پشتیبانی خدماتی نشان دهنده بستر متفاوت ایران از کشورهای دیگر می‌باشد؛ به طوری که تمام اصول و قوانین جامعه ایران، بر اساس اصول اسلامی پایه‌گذاری شده و مذهب دارای اثر پررنگ‌تری نسبت به جوامع دیگر می‌باشد. رفتار جنسی در مجرد در آیین اسلامی، مثل آیین‌های آسمانی دیگر پذیرفته شده نیست و به همین علت، در سیستم قانون‌گذاری و نیز بستر فرهنگی ایران، رابطه جنسی قبل از ازدواج خلاف قانون، شرع و فرهنگ ایرانی اسلامی می‌باشد (۱۵). از این رو، تجربه جنسی در مجرد همیشه و از هر جهت محکوم بوده و قابل پذیرش نیست. به همین دلیل، ضرورتی

## تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکتری در رشته بهداشت باروری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس بوده

است. محققان، مراتب تشکر خود را از تمام کسانی که در پژوهش مشارکت داشتند، اعلام می‌دارند.

## References

1. Vesely SK, Wyatt VH, Oman RF, Aspy CB, Kegler MC, Rodine S, et al. The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *J Adolesc Health* 2004; 34(5): 356-65.
2. Sieving RE, McMorris BJ, Beckman KJ, Pettingell SL, Secor-Turner M, Kugler K, et al. Prime time: 12-month sexual health outcomes of a clinic-based intervention to prevent pregnancy risk behaviors. *J Adolesc Health* 2011; 49(2): 172-9.
3. The United Nations Population Fund (UNFPA). Adolescent sexual and reproductive health toolkit for humanitarian settings. New York, NY: UNFPA; 2009.
4. Mohammadi MR, Mohammad K, Khalajabadi Farahani F, Alikhani S, Zare M, Ramezani Tehrani F, et al. Reproductive knowledge, attitude and practice of Tehranian adolescent boys aged 15-18 years, 2002. 2003; 4(3): 237-51.
5. Danial Z, Moayed M, Kalantar Motamedi MH, Mirhashemi S, Zamanian H. New Wave of Sexually-Transmitted HIV in Iran. *Hosp Pract Res* 2017; 2(1): 25-6.
6. Nasirian M, Doroudi F, Gooya MM, Sedaghat A, Haghdoost AA. Modeling of human immunodeficiency virus modes of transmission in Iran. *J Res Health Sci* 2012; 12(2): 81-7.
7. Hall PA, Holmqvist M, Sherry SB. Risky adolescent sexual behavior: A psychological perspective for primary care clinicians. *Topics in Advanced Practice Nursing* 2004; 4(1): 1-6.
8. Motamedi Shalamzari A, Ezhei J, Azad Falah P, Kiamanesh A. The role of social support on life satisfaction, general health and loneliness of people older than 60 years. *Journal of Psychology* 2002; 6(2): 115-33. [In Persian].
9. Lotfi R, Ramezani Tehrani F, Yaghmaei F. Social support and HIV prevention among women "at risk": A qualitative study. *Payesh Health Monit* 2013; 12(5): 467-78. [In Persian].
10. Dandona R, Dandona L, Gutierrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F, et al. High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health* 2005; 5: 87.
11. Bachanas PJ, Morris MK, Lewis-Gess JK, Saret-Cuasay EJ, Sirl K, Ries JK, et al. Predictors of risky sexual behavior in African American adolescent girls: Implications for prevention interventions. *J Pediatr Psychol* 2002; 27(6): 519-30.
12. Darbes LA, Lewis MA. HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychol* 2005; 24(6): 617-22.
13. Ramezanzadeh F, Haghollahi F, Shariat M, Mahmood Arabi M, Hosseini H, Jaafar Abadi M, et al. Reproductive health service centers for youth in Iran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2010; 7(4): 1-10. [In Persian].
14. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani FK, Alikhani S, Zare M, Tehrani FR, et al. Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran. *Int Fam Plan Perspect* 2006; 32(1): 35-44.
15. Merghati Khoei E. Language of love in culture of silence: Iranian women sexual understandings and sociocultural context. Sydney, Australia: University of New South Wales; 2006.
16. Bahrami N, Simbar M, Soleimani M. Sexual health challenges of adolescents in Iran: A review article. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2013; 10(4): 1-16. [In Persian].
17. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas 2009 [Online]. [cited 2011 Feb]; Available from: URL: [https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics\\_2009\\_hiv\\_surveillance\\_report\\_vol\\_21.pdf](https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics_2009_hiv_surveillance_report_vol_21.pdf)
18. Statistical Center of Iran. General Census of Population and Housing 2006 [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: <https://www.amar.org.ir/%D8%B3%D8%B1%D8%B4%D9%85%D8%A7%D8%B1%DB%8C-%D8%B9%D9%85%D9%88%D9%85%DB%8C-%D9%86%D9%81%D9%88%D8%B3-%D9%88-%D9%85%D8%B3%DA%A9%D9%86/%D9%86%D8%AA%D8%A7%DB%8C%D8%AC-%D8%B3%D8%B1%D8%B4%D9%85%D8%A7%D8%B1%DB%8C/%D9%86%D8%AA%D8%A7%DB%8C%D8%AC-%DA%A9%D9%84%DB%8C-%D8%B3%D8%B1%D8%B4%D9%85%D8%A7%D8%B1%DB%8C-1385>

19. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
20. Busen NH, Marcus MT, von Sternberg KL. What African-American middle school youth report about risk-taking behaviors. *J Pediatr Health Care* 2006; 20(6): 393-400.
21. Baumgartner SE, Valkenburg PM, Peter J. Assessing causality in the relationship between adolescents' risky sexual online behavior and their perceptions of this behavior. *J Youth Adolesc* 2010; 39(10): 1226-39.
22. Gloppen KM, David-Ferdon C, Bates J. Confidence as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *J Adolesc Health* 2010; 46(3 Suppl): S42-S58.
23. Solorio MR, Rosenthal D, Milburn NG, Weiss RE, Batterham PJ, Gandara M, et al. Predictors of sexual risk behaviors among newly homeless youth: a longitudinal study. *J Adolesc Health* 2008; 42(4): 401-9.
24. Zadehmohammadi A, Ahmadabadi Z. The co-occurrence of risky behaviors among high school adolescents in Tehran. *Journal of Family Research* 2008; 4(13): 87-100. [In Persian].
25. Avasthi A, Kaur R, Prakash O, Banerjee A, Kumar L, Kulhara P. Sexual behavior of married young women: a preliminary study from north India. *Indian J Community Med* 2008; 33(3): 163-7.
26. Morse JM. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publication; 1994. p. 220-35.
27. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
28. Cohen S, Janicki-Deverts D. Can we improve our physical health by altering our social networks? *Perspect Psychol Sci* 2009; 4(4): 375-8.
29. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med* 2005; 67(6): 869-78.
30. Gidron Y, Ronson A. Psychosocial factors, biological mediators, and cancer prognosis: A new look at an old story. *Curr Opin Oncol* 2008; 20(4): 386-92.
31. Lee M, Rotheram-Borus MJ. Challenges associated with increased survival among parents living with HIV. *Am J Public Health* 2001; 91(8): 1303-9.
32. Rezaei Abhari F, Hamzehgardeshi Z, Hajikhani Golchin NA, Zabihei M, Hamzehgardeshi L. Drug user girls' perceptions of their sexual decision making: Qualitative research. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(21): 79-87. [In Persian].
33. Nasiri M, Tefagh M, Maghsoudi J, Hasanzade A. Comparative investigation of adolescent's communicational problems with parents from the points of view of these two groups. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2001; 3(2): 31-8. [In Persian].
34. Holzner BM, Oetomo D. Youth, sexuality and sex education messages in Indonesia: Issues of desire and control. *Reprod Health Matters* 2004; 12(23): 40-9.
35. Boromandfar K, Abedi MR, Hasanzadeh A. Investigation of high school boys' educational needs concerning adolescence period, in Isfahan City, 2002. *Iran J Med Educ* 2002; 2(2): 15-20. [In Persian].
36. Malek A, Abbasi SH, Faghihi AN, Bina M, Shafiee-Kandjani AR. A study on the sources of sexual knowledge acquisition among high school students in northwest Iran. *Arch Iran Med* 2010; 13(6): 537-42.
37. Farmahini Farahani M. Appropriate content for sex education in secondary schools. *Daneshvar Raftar* 2005; 11(9): 1-14. [In Persian].
38. Nezakatalhosseini m, Movahedi a, Salehi h. The role of self-control feedback in learning through observation. *Journal of Development and Motor Learning* 2011; 3(1): 81-101.
39. Kirby D. Antecedents of adolescent initiation of sex, contraceptive use, and pregnancy. *Am J Health Behav* 2002; 26(6): 473-85.
40. Farahani FK, Cleland J, Mehryar AH. Associations between family factors and premarital heterosexual relationships among female college students in Tehran. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2011; 37(1): 30-9.

## How the Lack of Social Support Affects Young Women's Risky Sexual Behaviors? A Qualitative Study

Azam Rahmani<sup>1</sup>, Effat Merghati-Khoei<sup>2</sup>, Lida Moghaddam-Banaem<sup>3</sup>, Narges Sadeghi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Risky sexual behavior is a great threat for youth's health. Youth are at risk of sexually transmitted diseases more than any other groups. This study was designed to explore the role of lack of social support on young women's risky sexual behaviors.

**Method:** In this qualitative inquiry, we recruited 72 young women aged 18 to 35 years. Data were collected using focus group discussions (7) and individual interviews (12) during 2012. Content analysis (Graneheim and Lundman's approach) was applied to analyze the data. Multiple data collection methods, maximum variation sampling, and external check were used to enhance the dependability and credibility of the data.

**Results:** Four main themes were emerged from analyzing the data including "emotional umbrella", "support services", "social adherence", and "informational support". Informational support had two subclasses as "dysfunctional sexual education" and "lack of sexual education". Emotional umbrella included two subclass, "boyfriends love" and "absence of family emotion". Participants believed that their boyfriend's emotional support and lack of familial support were important emotional factors in their involvement in risky sexual behaviors. They reported they did not have access to sexual health services and education. In addition, provided limited sexuality education did not have a good quality.

**Conclusion:** Participants believed that different types of social support affect their involvement in risky sexual behavior. The results can be helpful to design some centers in order to support young women and provide sexual health consult.

**Keywords:** Risk-taking behaviors, Sexual behaviors, Young, Women, Social support

**Citation:** Rahmani A, Merghati-Khoei E, Moghaddam-Banaem L, Sadeghi N. **How the Lack of Social Support Affects Young Women's Risky Sexual Behaviors? A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(1): 49-62.

Received date: 30.09.2015

Accept date: 11.04.2017

1- Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Iranian National Center of Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Nursing AND Elderly Care and Health Promotion Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Effat Merghati-Khoei, Email: effat\_mer@yahoo.com