

تبیین نقش خودکارامدی دختران جوان بر مشارکت در رفتار مخاطره‌آمیز جنسی

اعظم رحمانی^۱، عفت‌السادات مرقاتی خوئی^۲، لیدا مقدم بنائم^۳، علی منتظری^۴، ابراهیم حاجی‌زاده^۵، فاطمه زارعی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، تهدید بزرگی برای سلامت جسمی و اجتماعی جوانان محسوب می‌شود. به علت اپیدمی جهانی عفونت‌های آمیزشی، موضوع خودکارامدی جنسی در زمینه رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز و ارتباطات جنسی ایمن، دارای اهمیت خاصی است. مطالعه حاضر با هدف کشف نقش خودکارامدی دختران جوان بر مشارکت در رفتار جنسی انجام شد.

روش: در این مطالعه کیفی، ۷۵ دختر جوان ۱۸-۳۵ ساله مشارکت داشتند. داده‌ها از طریق جلسات گروهی متمرکز (۷ جلسه) و مصاحبه‌های فردی عمیق (۱۲ مصاحبه) در سال ۱۳۹۱ جمع‌آوری شد. روش تحلیل محتوا با رویکرد Graneheim و Lundman جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. برای افزایش اعتبار نتایج، روش‌های چندگانه جمع‌آوری داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و نظارت خارجی استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های کلی مطالعه به سه زیرطبقه «ناتوانی در ختم رابطه، ناتوانی در انتخاب درست و ناتوانی در رد رابطه جنسی» تقسیم شد. برخی از مشارکت‌کنندگان دارای تجربه رابطه جنسی اظهار داشتند که قادر به «نه گفتن» در جواب پیشنهاد جنسی نبودند. برخی از آن‌ها نیز بیان کردند که در انتخاب دوست، درست عمل نمی‌کنند. برخی از شرکت‌کنندگان اظهار داشتند مواقعی که تمایل به ادامه رابطه ندارند، قادر نیستند رابطه دوستی را خاتمه دهند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که مشارکت‌کنندگان از خودکارامدی کافی جهت مدیریت تعامل با جنس مقابل برخوردار نیستند. نتایج به دست آمده می‌تواند در جهت ارایه راهکارهایی برای پیشگیری از رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز دختران جوان مفید باشد.

کلید واژه‌ها: دختران جوان، رفتار مخاطره‌آمیز جنسی، رابطه جنسی، خودکارامدی

ارجاع: رحمانی اعظم، مرقاتی خوئی عفت‌السادات، مقدم بنائم لیدا، منتظری علی، حاجی‌زاده ابراهیم، زارعی فاطمه. تبیین نقش خودکارامدی دختران جوان بر مشارکت در رفتار مخاطره‌آمیز جنسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۴؛ ۴ (۱): ۸۶-۷۳.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۲۰

- ۱- دانشجوی دکتری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۲- استادیار، فلوشیپ جنسیت و سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۳- استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۴- استاد، گروه تحقیقات بهداشت روان، مرکز تحقیقات سنجش بهداشت و درمان، مؤسسه علوم تحقیقات بهداشت ایران، جهاد، تهران، ایران
- ۵- کارشناسی ارشد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۶- دانشجوی دکتری آموزش سلامت، دانشکده آموزش و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: moghaddamb@modares.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: لیدا مقدم

مقدمه

بیماری‌های مقاربتی از جمله HIV/AIDS (Human immunodeficiency virus-Acquired immune deficiency syndrome) در داخل کشورها و بیرون مرزها به سرعت و بدون توجه به جنسیت، وضعیت جغرافیایی و جهت‌گیری جنسی در حال گسترش است. از زمان کشف ویروس HIV، تمام تلاش‌های پیشگیرانه جهت توقف انتقال این بیماری و کنترل رفتارهای جنسی خطرپذیر اعمال شده است (۱)؛ چرا که این رفتارها، تهدید بزرگی برای سلامت جسمی و اجتماعی نوجوانان و جوانان محسوب می‌شود. سالانه ۹۰۰ هزار نوجوان باردار می‌شوند که با تبعات همچون وزن کم هنگام تولد، سندرم مرگ ناگهانی نوزادی، مورد سوء استفاده واقع شدن، عدم توجه (۲)، تأخیر در تکامل شناختی، مشکلات رفتاری، شکست در مدرسه و افزایش احتمال بارداری در سنین نوجوانی همراه است (۳). همچنین، به علت کاهش احتمال تکمیل تحصیلات دبیرستان و دانشگاه، بارداری در این زمان می‌تواند با چالش‌های اقتصادی فراوانی همراه باشد (۲). تئوری مشکل رفتاری که در سال ۱۹۷۷ طراحی گردید، گویای این بود که مشارکت در یک مشکل رفتاری، احتمال مشارکت در مشکلات رفتاری دیگر را افزایش می‌دهد و این نکته در مطالعات گسترده‌ای مورد تأیید قرار گرفته است (۴).

اگرچه آمار مرتبط با رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز جوانان (مانند میزان بارداری ناخواسته) در ایالات متحده آمریکا طی پنج سال اخیر بهبود یافته است، اما میزان شیوع و بروز بیماری‌های مقاربتی گویای آن است که جوانان همچنان در رفتارهای جنسی خطرپذیر مشارکت می‌کنند (۵). مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها در آمریکا (CDC) یا (Center for Disease Control and Prevention) تخمین زده است که بیشتر از ۵۰ درصد موارد مبتلایان جدید HIV، در جوانان سنین زیر ۲۵ تا ۳۰ سال اتفاق می‌افتد (۶-۸). این امر نشان می‌دهد که جوانان بیش از هر گروه دیگری در معرض سرایت و انتقال ویروس هستند (۹، ۸). اکنون در سراسر دنیا، دختران و پسران نوجوان در سنین

پایین‌تری به بلوغ می‌رسند، دیرتر ازدواج می‌کنند و بیشتر مبادرت به اعمال جنسی قبل از ازدواج می‌نمایند (۱۰). طبق گزارش CDC در سال ۲۰۰۹، ۴۶ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی تجربه رابطه جنسی را ذکر کردند و ۳۴ درصد آنان در طول سه ماه گذشته رابطه جنسی داشتند. از بین کسانی که از نظر جنسی فعال بودند، ۳۹ درصد در آخرین تماس جنسی از کاندوم استفاده نکرده بودند و ۱۴ درصد آن‌ها در طول زندگی خود با ۴ نفر یا بیشتر رابطه جنسی برقرار کرده بودند (۹).

محمدی و همکاران در تحقیق خود درباره آگاهی، نگرش و رفتار ۱۳۸۵ پسر نوجوان ۱۵ تا ۱۸ ساله تهرانی گزارش کردند که ۲۷/۷ درصد پسران سابقه تماس جنسی داشتند و میانگین سن اولین تماس جنسی آنان ۱۴/۸ سال بود. ۱۲/۲ درصد از نوجوانانی که سابقه تماس جنسی داشتند، دارای دو رفتار خطرپذیر توأم (عدم استفاده از کاندوم و دارا بودن بیش از یک شریک جنسی) بودند و ۶۸/۲ درصد از نوجوانانی که سابقه تماس جنسی را ذکر نمودند، حداقل یکی از رفتارهای خطرپذیر را داشتند که رقم هشدار دهنده‌ای می‌باشد (۱۱).

این نکته قابل ذکر است، جوانانی که از نظر جنسی فعال بودند و از هیچ روش یا وسیله پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند، شانس ۹۰ درصدی برای بارداری در طول یک دوره یک ساله را داشتند (۱۲). در این زمینه مشخص شده است که نزدیک به یک سوم زنان جوان قبل از ۲۰ سالگی حداقل یک بار باردار می‌شوند (۳). سالانه ۵ میلیون نوجوان سنین ۱۸-۱۵ سال سقط‌های غیر ایمن را تجربه می‌کنند و ۷۰ هزار مرگ وابسته به سقط در هر سال در این گروه سنی اتفاق می‌افتد (۱۰).

طبق تقسیم‌بندی سازمان جهانی بهداشت، شیوع HIV/AIDS در ایران کمتر از ۱ درصد در جمعیت عمومی است و در جمعیت پرخطر به ۵ درصد می‌رسد (۱۳). تعداد کلی ثبت شده موارد HIV/AIDS در ایران به ۲۴۰۳۵ نفر در سال ۲۰۱۳ رسیده است. سه علت اصلی انتقال ایدز در کشور، روسپیگری (Trading sex) در کشورهای همسایه شمال

عنوان رفتار مخاطره‌آمیز در نظر گرفته شده است؛ چرا که در ایران خدمات سلامت جنسی برای این گروه ارایه نمی‌شود و از طرف دیگر، این نوع رابطه از طرف خانواده و جامعه پذیرفته شده نیست و رابطه جنسی در این بستر می‌تواند زمینه را جهت رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی فراهم نماید.

خودکارآمدی جنسی (Sexual self-efficacy) از موضوعات مهمی است که همواره در متون علمی مورد بحث قرار می‌گیرد. به علت اپیدمی جهانی عفونت‌های آمیزشی، موضوع خودکارآمدی جنسی در زمینه رفتارهای پرخطر و ارتباطات جنسی ایمن، بیشتر مورد مطالعه بوده است (۲۳). خودکارآمدی به معنی «ایمان شخص به خود جهت اجرای موفقیت‌آمیز رفتاری خاص و داشتن انتظار نتایج حاصل از آن» می‌باشد (۲۴). خودکارآمدی در زمینه جنسی باور فرد به توانایی خود در عملکرد جنسی است و این که می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی رفتار و پاسخ مؤثر در زمینه جنسی را انجام دهد (۲۵). مطالعات انجام شده در ایران درباره خودکارآمدی زنان در زمینه‌هایی مانند اثر خودکنترلی بر زنان مبتلا به دیابت نوع دو (۲۶) و نقش خودکارآمدی بر اثربخشی روش‌های پیشگیری از بارداری (۲۸، ۲۷) صورت گرفته و مطالعه‌ای بر روی خودکارآمدی جنسی زنان ایرانی انجام نشده است.

با توجه به اهمیت رفتارهای مخاطره‌آمیز جنسی در سلامت فرد و اجتماع، سؤالی که در جامعه ایران بدون پاسخ باقی مانده این است که «رفتارهای جنسی دختران جوان ایرانی به چه شکل است؟». از آن جا که چنین سؤالی را نمی‌توان با روش‌های کمی پاسخ داد، ضروری است جهت دستیابی به درک و تجربیات دختران جوان، از رویکردهای پژوهشی استفاده گردد تا قادر باشد با درگیری عمیق با مشارکت کنندگان، به هدف پژوهش دست یابد. در این راستا، پژوهش کیفی می‌تواند در کشف درک و تجربیات افراد مؤثر باشد؛ چرا که این نوع رویکرد قادر به شفاف سازی ابعاد ناشناخته پدیده می‌باشد (۲۹).

با وجود این که مطالعات بسیاری در زمینه رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز در سراسر دنیا انجام گرفته (۳۰-۳۳)، اما مطالعات انجام شده در این زمینه در ایران محدود می‌باشد و

ایران، قاچاق مواد مخدر از طریق کشورهای شرقی ایران و رفتارهای جنسی خارج از چارچوب خانواده بیان شده است (۱۴). این در حالی است که آمارهای جدید نشانگر وسیع‌تر شدن دامنه بیماری ایدز در کشور و تغییر الگوی ابتلا به آن می‌باشد. در واقع، موج دوم اپیدمی بیماری ایدز در ایران از طریق اعتیاد تزریقی کنترل شده و موج سوم آن از طریق ارتباطات جنسی ناسالم در حال گسترش می‌باشد و سلامت افراد و جامعه را تهدید می‌کند (۱۶، ۱۵). طبق آخرین آمار منتشر شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، 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 است (۱۷).

طبق نتایج سرشماری انجام شده در کشور در سال ۱۳۸۵، ۲۵/۲ درصد از جمعیت کشور (۱۷/۷ میلیون نفر) را گروه سنی ۱۵-۲۴ سال تشکیل می‌دهند (۱۸). به دلیل جوانی جمعیت کشور، ضرورت هرچه بیشتر اقدامات عاجل در این زمینه و پیشگیری از پیامدهای رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز ضروری به نظر می‌رسد. رفتار جنسی خطرپذیر عبارت است از هر گونه تماس جنسی که در آن فرد از سلامت خود یا شریک جنسی خود آگاه نباشد و یا رفتاری که باعث مستعد شدن فرد نسبت به عفونت‌های مقاربتی (سوزاک، کلامیدیا، سفلیس، هرپس تناسلی، زگیل تناسلی و...) و ابتلا به HIV/AIDS شود و یا موجبات حاملگی ناخواسته (غیر منتظره) (Unwanted pregnancy) و زودرس را فراهم کند (۱۹). بر این اساس، رفتارهای جنسی خطرپذیر به مواردی همچون رابطه جنسی محافظت نشده، تعدد شرکای جنسی (۲۰)، سن کم فرد در اولین رابطه جنسی، وقوع بارداری ناخواسته، روسپیگری (۲۱)، استفاده مواد قبل از برقراری رابطه جنسی (۲۲)، اعمال خشونت در زمان رابطه جنسی، داشتن رابطه جنسی با شریک مبتلا به HIV مثبت و داشتن شریک جنسی که از داروهای اعتیادآور تزریقی استفاده می‌کند (۱۹، ۱۲)، اطلاق می‌شود.

با وجود تعاریف ارایه شده در متون مختلف (۱۹-۲۲، ۱۲)، در مطالعه حاضر رفتارهای خارج از محدوده ازدواج نیز به

دهانی) و نیز افراد خاص دارای رفتار پرخطر (دارای شرکای جنسی متعدد، معتاد و بی‌خانمان) به صورت انفرادی مصاحبه به عمل آمد.

جهت دستیابی به مشارکت کنندگان، در ابتدا از روش نمونه‌گیری هدفمند- قضاوتی (۳۸) و در ادامه از روش گلوله برفی استفاده شد، مشارکت کنندگانی که دارای رفتار جنسی بودند، در جلسات گروهی به مصاحبه دعوت می‌شدند و بعد از مصاحبه فردی، از آن‌ها درخواست می‌شد اگر دختر جوان دیگری را می‌شناسند که دارای رفتار جنسی است، به محقق معرفی و از او جهت شرکت در مطالعه دعوت می‌کردند. از آن‌جا که محقق اصلی پژوهش، دختر جوانی بود و به نوعی جهت انجام پژوهش، خودی (Insider) محسوب می‌شد (۳۹)، در ابتدا از دانشجویان خوابگاه جهت شرکت در جلسات گروهی دعوت به عمل آورد.

برای انجام نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، نمونه‌ها از همه گروه‌های مجرد و متأهل، سنین مختلف و وضعیت اقتصادی- اجتماعی متفاوت انتخاب شد. در گام اول، دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های وابسته به دانشگاه تربیت مدرس جهت شرکت در مطالعه دعوت شدند، بدین صورت 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 ثبت‌نام کردند. علاوه بر این، 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 بین دختران جوان حداقل ۱۸ ساله مراجعه کننده به مرکز دوستدار نوجوان یافت‌آباد نیز نمونه‌گیری به عمل آمد و ۱۸ نفر وارد مطالعه شدند. در مرحله نهایی نمونه‌گیری و جهت دسترسی به نمونه‌های خاص دارای رفتار پرخطر جنسی، با ۳ نفر از مراجعان یکی از مراکز گذری کاهش آسیب شهر تهران نیز مصاحبه انجام شد. قبل از هر مصاحبه و جلسه

بیشتر به روش کمی انجام شده است (۳۵، ۳۴) و به علت برخی حساسیت‌های فرهنگی- اجتماعی، اغلب بررسی‌ها اجمالی هستند. بنابراین با توجه به این‌که در جامعه ایران تحقیقی با موضوع رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز و رویکرد کیفی صورت نگرفته است و از آن‌جا که مسایل جنسی به میزان زیادی به فرهنگ جامعه وابسته می‌باشد و از جامعه‌ای به جامعه دیگر تفاوت دارد و اطلاعاتی درباره نقش خودکارآمدی بر مشارکت رفتار جنسی دختران جوان در بستر ایران وجود ندارد، مطالعه حاضر با هدف تبیین نقش خودکارآمدی دختران جوان بر مشارکت در رفتار مخاطره‌آمیز جنسی انجام شد تا بدین وسیله در جهت ارتقای سلامت جنسی دختران جوان جامعه ایرانی قدمی برداشته شود.

روش

در این مطالعه جهت تبیین رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز مشارکت کنندگان، نوع کیفی مطالعه با روش تحلیل محتوا به کار گرفته شد. دلیل به کارگیری روش تحلیل محتوا این بود که رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز دارای مفهومی پیچیده و ابعاد مختلفی است و این روش به کشف حیطه‌ها و ابعاد آن کمک می‌نماید.

مشارکت کنندگان را ۷۵ دختر جوان ۱۸-۳۵ ساله (۶۰ نفر در جلسات متمرکز گروهی، ۱۱ نفر در مصاحبه‌های فردی و ۲ نفر به صورت مشترک در جلسات متمرکز گروهی و مصاحبه‌های فردی) تشکیل دادند. این محدوده سنی بر اساس تعریف انجمن جوانان دانمارک (The Danish Youth Council) انتخاب شد (۳۶). از آن‌جا که رفتار جنسی انسان بر سه عامل ظرفیت جنسی (آنچه فرد توان انجام آن را دارد)، انگیزش (آنچه فرد می‌خواهد انجام دهد) و عملکرد (آنچه فرد اجرا می‌کند) استوار می‌باشد (۳۷) و انسان به صورت ذاتی موجودی جنسی به دنیا می‌آید، در ارتباط با سه سطح نام برده شده تا حدی دارای درک و تجربه است و به همین دلیل، افراد در جلسات گروهی بدون توجه به تجربه جنسی (بی‌خطر و پرخطر) شرکت داده شدند. با مشارکت کنندگان دارای انواع رفتار جنسی (واژینال، مقعدی و

گروهی، رضایت کتبی از مشارکت کنندگان اخذ گردید. در مطالعه حاضر از جلسات گروهی متمرکز به عنوان مرحله اولیه جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. به دلیل این‌که مشارکت کنندگان دارای درک متفاوتی از رفتار جنسی بودند، ممکن بود نسبت به رفتار جنسی مخاطره‌آمیز واکنش نشان دهند و ضروری بود که عقاید بالقوه جوانان در این زمینه مورد بررسی قرار گیرد (۴۰). همچنین، استفاده از روش بحث گروهی متمرکز، موجب دسترسی آسان به گروه هدف، بررسی امکان استفاده از این تکنیک در موضوعات جنسی و ایجاد حس اعتماد در مشارکت کنندگان شد.

جلسات گروهی در خوابگاه‌های وابسته به دانشگاه (۳ جلسه)، خوابگاه‌های غیر وابسته به دانشگاه (۲ جلسه) و مرکز دوستدار نوجوان (۲ جلسه) انجام گرفت. مکان برگزاری جلسات به نوعی انتخاب شد که به اندازه کافی فضا داشته باشد و مشارکت کنندگان بتوانند به شکل دایره قرار گیرند. محل مصاحبه‌های فردی بر اساس تمایل مشارکت کنندگان شامل خوابگاه، محل کار، مرکز دوستدار نوجوان یا مرکز گذری کاهش آسیب بود. در ابتدای مصاحبه‌ها و جلسات، رضایت مشارکت کنندگان جهت ضبط کردن مکالمات اخذ گردید.

جلسات اول به صورت بدون ساختار اجرا و با توجه به مفاهیم مستخرج و تحلیل داده‌ها، فهرست عناوین تنظیم شد و جلسات و مصاحبه‌های بعدی به صورت نیمه ساختار یافته مدیریت گردید؛ بدین ترتیب که در ابتدا محقق خود را معرفی می‌کرد و هدف مطالعه را به صورت «بررسی چگونگی رفتار جنسی دختران جوان و چگونگی مدیریت آن» توضیح می‌داد. بحث با سؤالات باز مانند «زندگی جنسی دختران جوان به چه شکل است؟ و دختران جوان چگونه زندگی جنسی خود را مدیریت می‌کنند؟» شروع و سپس با توجه به پاسخ‌های اولیه شده مشارکت کنندگان، سؤالات بعدی پرسیده می‌شد. هر جلسه گروهی متمرکز، حدود ۱ تا ۲ ساعت به طول می‌انجامید. متوسط تعداد افراد شرکت کننده در هر جلسه گروهی ۱۰ نفر بود و در مجموع ۶۰ نفر در جلسات گروهی شرکت کردند. اشباع داده‌ها بعد از ۷ جلسه گروهی و ۱۱ مصاحبه فردی به دست آمد. جهت اطمینان از اشباع داده‌ها، ۲ مصاحبه

فردی بعد از به اشباع رسیدن داده‌ها انجام شد و داده جدیدی از آن‌ها به دست نیامد. بعد از اتمام جلسات گروهی، محقق اصلی اطلاعاتی در زمینه مسایل جنسی در اختیار مشارکت کنندگان قرار می‌داد؛ چرا که این روش انگیزه بیشتری را برای مشارکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه و مصاحبه‌های فردی فراهم می‌کرد. در واقع جلسات گروهی بستری جهت تشخیص افراد کلیدی برای مصاحبه‌های فردی بود. طراحی مطالعه به گونه‌ای بود که در مرحله اول به واسطه جلسات گروهی متمرکز، دیدگاه و باور مشاقت کنندگان استخراج می‌شد و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، تجربیات شخصی آنان مورد بحث قرار نمی‌گرفت. تجربیات شخصی در مصاحبه فردی بررسی می‌شد. در این مطالعه علاوه بر دو روش جلسات گروهی و مصاحبه فردی، روش ثبت مواجهه‌های غیر رسمی (یک مکالمه دو نفری و ۲ نفر دارای رفتار پرخطر) نیز مورد استفاده قرار گرفت. تمام جلسات و مصاحبات فردی ضبط و سپس بازنویسی شد. مواجهه‌های غیر رسمی نیز ثبت گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در مطالعه حاضر با الهام از رویکرد Graneheim و Lundman (۴۱)، روش تحلیل محتوای کیفی به کار گرفته شد. تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها انجام شد. هر جلسه گروهی و مصاحبه فردی، قبل از جلسات و مصاحبه‌های بعدی بازنویسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. در طول تحلیل داده‌ها، از روش یادداشت‌برداری (Memo writing) و همچنین ثبت ایده‌های شخصی محقق اصلی (Reflective journal) استفاده شد. روش اخیر به منظور براکت کردن ایده‌های شخصی محقق و پیشگیری از سوء تعبیر در تجزیه و تحلیل داده‌ها صورت گرفت. نمونه‌گیری و تحلیل داده‌ها ۱۱ ماه (خرداد ماه ۱۳۹۰ تا اسفند ماه ۱۳۹۱) به طول انجامید. مراحل تجزیه و تحلیل به شکل زیر دنبال شد:

✓ جلسات، مصاحبه‌ها و مشاهدات به دست‌نوشته تبدیل می‌شد و جهت به دست آوردن درک کلی از گفته‌های مشارکت کنندگان، چندین بار خوانده می‌شد.

گرفت. اهداف مطالعه به تمام مشارکت کنندگان توضیح داده شد و فرم رضایت آگاهانه به امضای آنان رسید. تمام مشارکت کنندگان نام مستعار داشتند و به آن‌ها آگاهی داده شد که جهت شرکت در پژوهش اختیار تام دارند 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 می‌گیرد.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان مطالعه را دختران جوان مجرد ۱۸-۳۵ ساله و دارای سطوح مختلف تحصیلی (دیپلم، لیسانس، کارشناسی ارشد و دکتری) تشکیل دادند. اغلب آن‌ها در خوابگاه و برخی همراه با خانواده‌های خود زندگی می‌کردند. مشارکت کنندگان دارای سطوح مختلف اقتصادی-اجتماعی بودند.

یافته‌های مطالعه در زمینه عوامل مؤثر بر مشارکت دختران جوان در رفتار جنسی مخاطره‌آمیز، به دو طبقه اصلی (عوامل فردی و اجتماعی) تقسیم شد. مطالعه حاضر حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی انجام شده در مورد تجارب جنسی دختران جوان می‌باشد که «ناخودکارآمدی در مدیریت رابطه» جزء عوامل فردی مؤثر بر این رفتارها بود و دارای سه زیرطبقه «ناتوانی در رد رابطه، ناتوانی در انتخاب درست و ناتوانی در ختم رابطه» می‌باشد (جدول ۱). جزئیات طبقات دیگر به علت وسع بودن در مقالات بعدی منتشر خواهد شد. مشارکت کنندگانی که تجربه رابطه جنسی داشتند، بیان کردند که قادر نیستند رابطه دوستی را به خوبی مدیریت کنند؛ به طوری که اگر آن‌ها تمایل به ادامه رابطه نداشتند، قادر نبودند عدم تمایل خود را به راحتی و به طور مستقیم بیان کنند. این ضعف در مدیریت رابطه نه تنها در زمینه تداوم رابطه، بلکه در شروع رابطه و نیز ناتوانی در رد رابطه جنسی نیز وجود داشت.

ناتوانی در رد رابطه جنسی

برخی از مشارکت کنندگان اظهار داشتند که در رابطه دوستی خود قادر به «نه گفتن» در جواب پیشنهاد جنسی نبودند.

✓ مناسب‌ترین واحد تجزیه و تحلیل بر اساس رویکرد Graneheim و Lundman، 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 شامل کلمات یا جملاتی بود که دارای معنی واحد بودند و در کنار هم قرار می‌گرفتند.

✓ در مرحله بعد واحدهای معنا با توجه به مفهوم آشکار یا پنهانشان نامگذاری شده، 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 می‌گرفت و برچسب انتزاعی‌تر به آن اختصاص داده می‌شد. ✓ در نهایت با مقایسه طبقات و تعمق در داده‌ها، محتوای نهفته هر طبقه (درون‌مایه) کشف گردید.

کیفیت جلسات گروهی و مصاحبه‌های فردی از نظر صحت پیشبرد روند مصاحبه، با یکی از افراد گروه تحقیق (متخصص در زمینه مطالعه کیفی) مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین، از ۵ نفر از مشارکت کنندگان درخواست گردید کدهای حاصل از مصاحبه خود یا جلسه‌ای که در آن حضور داشتند را مرور کنند و به محقق بازخورد دهند (Member check). کدها و درون‌مایه‌ها توسط محققان خارج از تیم پژوهش که به روش تحلیل محتوای کیفی آشنا بودند، بررسی شد 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. روش‌های متفاوت نمونه‌گیری (جلسه گروهی، مصاحبه فردی، مشاهده و ثبت مواجهه‌های غیر رسمی) به منظور تقویت اعتبار (Credibility) و قابلیت اطمینان (Dependability) داده‌ها صورت گرفت (۲۹).

مجوز انجام مطالعه به وسیله کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس در اختیار گروه تحقیق قرار

خود چنین بیان می‌کند: «تو یکی از دوستی‌هام، پسره‌رو یکی دو بار دیدمش بعد رابطه جنسی پیش اومد دیگه و من هم نتونستم مقاومت کنم. یه ضرب‌المثلی هست که می‌گه وقتی داره بهت تجاوز می‌شه، سعی کن لذت ببری؛ چون هیچ کار دیگه‌ای نمی‌تونی بکنی...».

ملیحه دختری است که در اولین رابطه عذاب وجدان، احساس گناه و اشتباه داشته است و بعد از دومین رابطه دوستی خود و تجربه لذت جنسی، رابطه جنسی را به عنوان جزء خوشایند دوستی می‌پذیرد. به نظر می‌رسد بعد از برقراری ارتباط جنسی با چندین نفر، رفتار جنسی برای او به صورت یک رفتار عادی در دوستی تلقی می‌شود؛ به طوری که اگر رابطه جنسی پیش می‌آید، باور داشت که نه تنها نیاز به مقاومت وجود ندارد، بلکه می‌توان از آن رابطه جنسی استقبال کرد یا این‌که در این موقعیت یک حالت منفعل به خود گرفت و بر این باور بود که کار دیگری جز لذت بردن از رابطه، از او ساخته نیست.

خاطره دختر ۳۰ ساله‌ای بود که سابقه دو ازدواج ناموفق را گزارش کرد و بعد از طلاق دوم، با دو نفر وارد رابطه دوستی و جنسی شد. او نیز در تجربه دوستی اول خود بر این نکته تأکید کرد: «وقتی با دوست پسرم باشم، نمی‌تونم بهش نه بگم، دوستش دارم. خودم تمایل دارم رابطه جنسی/اتفاقی بیفته».

فروزنده دختر ۱۸ ساله‌ای بود که با دوست پسر خود رابطه جنسی مقعدی محافظت نشده برقرار کرده و بعد از کسب آگاهی از چگونگی انتقال بیماری‌های مقاربتی، نگران شده بود و در این زمینه احساس خطر می‌کرد. او در زمینه چگونگی پیشرفت رابطه بیان داشت: «وقتی بهم پیشنهاد داد، نتونستم بهش نه بگم... دوستش داشتم... بهش اعتماد داشتم».

به نظر می‌رسد ناتوانی فروزنده در رد رابطه جنسی تحت تأثیر عواملی همچون احساس عاطفی و نیز اعتماد به طرف مقابل قرار گرفته است. در واقع او در مدت آشنایی، از طرفی نسبت به دوست پسر خود حس اعتماد پیدا کرده و از طرف دیگر به او علاقمند شده بود. مشارکت کنندگان حس اطمینان به طرف مقابل را به صورت‌های مختلفی توصیف می‌کردند. فروزنده چنین بیان کرد که اگر پسری بکارت او را از بین نبرد، می‌تواند به او اعتماد کند و با وی رابطه جنسی برقرار کند؛ چرا که از مادر خود چنین آموزشی دریافت کرده بود که «با پسرها رابطه جنسی برقرار نکن؛ چون تو را از دختری درمی‌آورند». به نظر می‌رسد ضعف مدیریت رابطه برخی از مشارکت کنندگان ناشی از این امر است که یاد نگرفته‌اند با وجود دوست داشتن و نیز اعتماد نسبی به طرف مقابل، به پیشنهاد رابطه جنسی جواب رد دهند.

ملیحه دختر ۲۶ ساله‌ای بود که با ۴ پسر رابطه دوستی و جنسی برقرار کرده است. او در یکی از تجربیات جنسی اتفاقی

جدول ۱. نمونه‌ای از فرایند تحلیل

واحد‌های معنا	کدها	زیرطبقه	طبقه
«پسره‌رو یکی دو بار دیدمش... بعد رابطه جنسی پیش اومد دیگه و من هم نتونستم مقاومت کنم».	ناتوانی در مقاومت پیشنهاد رابطه جنسی	ناتوانی در رد رابطه جنسی	
«وقتی با دوست پسرم باشم، نمی‌تونم بهش نه بگم».	ناتوانی در نه گفتن		
«تتخابم غلط بود... به صرف خوش اومدن باهاش دوست شدم».	برقراری رابطه دوستی به صرف خوش آمدن از طرف مقابل		ناخودکارآمدی در مدیریت رابطه
«دیگه صبر نکردم و یه مدت بدون کسی باشم تا یه مورد مناسب پیش بیاد».	صبر نکردن جهت یافتن مورد مناسب	ناتوانی در انتخاب درست	
«من نمی‌تونستم بگم خوشم نمی‌یاد و کات کنم؛ چون فکر می‌کردم زشته و ضایع می‌شه».	ناتوانی در ختم رابطه به علت ترس از ضایع شدن	ناتوانی در ختم رابطه	
«منی‌تونستم مستقیم بهش بگم نمی‌خوام ادامه بدم».	ناتوانی در ختم رابطه به طور مستقیم		

دوره‌های بحرانی زندگی و نیاز به یک همدل و همراه بیان کرد. او چنین ادامه می‌دهد که این انتخاب غلط در دوران قبل از کنکور، روزهای پر استرس و تنهایی اتفاق افتاده است. در واقع یسنا باور داشت که در شرایط عادی به نحو بهتری می‌تواند تصمیم‌گیری کند و شرایط استرس‌زا و تنهایی موجب این انتخاب نادرست شده است.

همین‌طور خاطره در این زمینه بیان کرد: «انتخاب من غلط بود. من وارد رابطه با کسی شدم که خوشم نمی‌یومد ازش و از بودن باهاش هم لذتی نمی‌بردم». خاطره نه تنها به طور واضح انتخاب خود را نادرست می‌داند، بلکه از ادامه رابطه نیز ناراضی است. او بیان می‌کند که در اولین رابطه جنسی، احساس ناخوشایندی به دوست پسر خود داشته و با وجود این احساس، وارد روابط جنسی بعدی نیز شده است. به نظر می‌رسد ولع خاطره به تجربه ارگاسم و ارجحیتی که او برای بعد جنسی نسبت به بعد عاطفی قایل بود، او را وادار با ادامه رابطه نمود و باعث شد او تنها بر بعد جنسی تأکید کند و بعد عقلانی رابطه را نادیده بگیرد. این تحلیل از آن‌جا قوت بیشتری می‌یابد که خاطره از این انتخاب اظهار پشیمانی کرده است و بیان می‌کند که تصمیم دارد در انتخاب‌های بعدی خود، به قصد رابطه جنسی صرف با کسی رابطه دوستی برقرار نکند و جوانب دیگر مثل منطقی بودن رابطه یا دوست داشتن طرف مقابل را لحاظ کند.

مژگان دختر ۲۷ ساله‌ای بود که احساس می‌کند در خانواده مورد تبعیض واقع شده است و نسبت به خواهرش به میزان بسیار کمتری مورد توجه، محبت و حمایت والدینش (به خصوص پدر خانواده) قرار می‌گیرد. او دلیل انتخاب‌های نامناسب خود را نیاز به حمایت عاطفی بیان می‌کند: «من تو هر برهه از زمان یک نفر رو به خاطر احساسم و نیازم به یه ساپورت انتخاب کردم... دیگه صبر نکردم و یه مدت بدون کسی باشم تا یه مورد مناسب پیش بیاد». مژگان حمایت عاطفی را از خانواده دریافت نکرده است و در خارج خانواده به دنبال پر کردن این خلأ عاطفی می‌باشد؛ به طوری که در گفت‌وگوهای خود بیان داشت این نیاز را احساس می‌کند که با پسرهای زیادی رابطه داشته باشد و با آن‌ها صحبت کند. در

خاطره طی ازدواج اول و نیز یک سال اول ازدواج دوم خود، رابطه جنسی را به شکل کامل (واژینال) تجربه نکرده بود. خاطره و همسرش از چگونگی رابطه جنسی کامل اطلاع نداشتند. علاوه بر این، همسر دوم او مبتلا به ناتوانی جنسی بوده است. یک سال بعد از ازدواج دوم خود، توسط یکی از دوستان با ارگاسم جنسی در زن‌ها آشنا می‌شود و در حالی که در طول زندگی خود ارگاسم را تجربه نکرده بود، نسبت به تجربه آن حریص می‌شود. از طرف دیگر، شوهر او قادر نیست آنچنان که خاطره تمایل دارد، رابطه جنسی برقرار کند و او را به ارگاسم برساند. خاطره به علت ناتوانی جنسی همسر خود طلاق گرفت و بعد از طلاق، همچنان درصد تجربه کردن ارگاسم بود. به همین جهت بیان می‌کند که در روابط دوستی خود، میل به تجربه جنسی داشته است و بعد جنسی رابطه دارای اهمیت بیشتری نسبت به بعد عاطفی است. در واقع، خود خاطره به برقراری رابطه جنسی در دوستی‌های خود تمایل داشته است؛ این در حالی است که قبل و بعد از رابطه دوستی، تمایل درونی جهت برقراری رابطه جنسی در قالب دوستی در او وجود نداشت. به نظر می‌رسد میل به تجربه ارگاسم در خاطره، او را از رد رابطه جنسی بر حذر داشته است.

ناتوانی در انتخاب درست

برخی از مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که در انتخاب دوست پسر درست عمل نمی‌کنند و معیارهای منطقی را در دوستی لحاظ نمی‌نمایند و تنها بر اساس احساسات و عاطفه وارد رابطه دوستی و جنسی می‌شوند. یسنا دختر ۲۴ ساله‌ای است که با چند پسر رابطه دوستی و با ۲ نفر آن‌ها رابطه جنسی برقرار کرده است. او در مورد انتخاب‌های خود چنین اظهار داشت: «من الآن مشکلی که دارم این هست با پسر سطح خیلی پایین رابطه برقرار می‌کنم. مثلاً دوست پسر قبلم آدم غلطی بود، انتخابم غلط بود... به صرف خوش اومدن باهاش دوست شدم».

یسنا باور دارد که جهت انتخاب دوست پسر، در درجه اول باید به معیارهای عقلانی توجه کند، اما غلبه احساسات و صرف خوشایند بودن رابطه با طرف مقابل، او را جهت برقراری رابطه ترغیب نموده است. او دلیل انتخاب غلط خود را قرار داشتن در

بعد از مدت کوتاهی رابطه دوستی را خاتمه دهد. در واقع، طاهره بعد از مهاجرت به تهران تصمیم به برقراری رابطه دوستی و جنسی گرفته بود و بعد از یک دوستی ناموفق، با این دوست پسر خود آشنا شده بود. او در این رابطه احساس می‌کرد که نیاز به شناخت بیشتر طرف مقابل در قالب دوستی دارد و به گفته او «شاید به مرور زمان، اوضاع بهتر شود» و رابطه خود را به این امید ادامه داده بود.

بحث

نتایج مطالعه گویای این نکته بود که مشارکت کنندگان از خودکارآمدی کافی جهت مدیریت تعامل با جنس مقابل برخوردار نیستند. این ناخودکارآمدی در برقراری و تداوم تعامل و مشارکت در رفتار جنسی وجود داشت. خودکارآمدی به عنوان یکی از مفاهیم اصلی نظریه شناختی-اجتماعی، برای اولین بار توسط Bandura در سال ۱۹۸۶ معرفی شد (۴۲) و سپس مورد توجه دیگر نظریه‌پردازان تغییر رفتار قرار گرفت. این نظریه بیان می‌کند که رفتار فرد تحت تأثیر نیروهای اجتماعی قرار می‌گیرد، اما نحوه برخورد و چگونگی این تأثیرگذاری در اختیار فرد است. به عبارت دیگر، به همان میزان که شرایط محیطی رفتار فرد را شکل می‌دهد، فرد نیز موقعیت‌ها را انتخاب می‌کند و بر محیط تأثیر می‌گذارد (۴۲). نیروهای اجتماعی بیان شده توسط مشارکت کنندگان که می‌توانست بر مشارکت آن‌ها در رفتار جنسی نقش داشته باشد، شامل حمایت عاطفی دوست پسر یا احساس خوشایند اولین ارتباطات جنسی بود. از جمله نیروهای اجتماعی که مشارکت کنندگان را از رفتار جنسی بر حذر می‌داشت شامل ملاحظات فرهنگی، مخالفت خانواده و... بود. چگونگی تأثیرگذاری عوامل اجتماعی به گونه‌ای است که برخی از مشارکت کنندگان بیان کردند با وجود مخالفت خانواده یا اجتماع، خود به عنوان یک فرد بالغ تصمیم می‌گیرند که در رفتار جنسی مشارکت داشته باشند. در مقابل، برخی از مشارکت کنندگان نیز گزارش نمودند که به علت مخالفت اجتماعی نسبت به رابطه جنسی در تجرد، تمایل به برقراری رابطه جنسی ندارند. در واقع، با وجود نیروهای اجتماعی

واقع، مژگان از طرفی نیاز به یک حمایت را احساس می‌کند و از طرف دیگر، پسران را به میزان زیادی قابل اعتمادتر از دختران یافته است. به همین ترتیب، ترجیح می‌دهد جهت پر کردن این خلأ عاطفی با پسران رابطه دوستی و به تبع آن رابطه جنسی برقرار کند.

ناتوانی در ختم رابطه

برخی از مشارکت کنندگان بیان داشتند، مواقعی که تمایل به ادامه رابطه ندارند، قادر نیستند رابطه دوستی را به طور مستقیم یا غیر مستقیم خاتمه دهند. مهسا دختر ۲۷ ساله‌ای است که بعد از برقراری رابطه، از ادامه رابطه منصرف شده است، اما قادر به خاتمه دادن رابطه نیست. او در این زمینه اظهار داشت: «خودم هم افتاده بودم تو معذوریات و نمی‌خواستم قبول کنم که اشتباه کردم و نشون می‌دادم که آگاهانه مخ تورو زدم... بعد یه بار تو دفترش منو بغل کرد، می‌خواست ببینه من چکار می‌کنم، اما من نمی‌تونستم بگم خوشم نمی‌یاد و کات کنم؛ چون فکر می‌کردم زشته و ضایع می‌شه».

مهسا حاضر به پذیرفتن اشتباه خود در حضور طرف مقابل نیست؛ چرا که طرف مقابل را فرد باسواد و باشخصیت می‌داند و در زمینه‌های تحصیلی و کاری از او راهنمایی می‌گرفت. مهسا تصور می‌کرد چون این حمایت را از طرف مقابل دریافت می‌کند، درست نیست به طور مستقیم رابطه را رد کند و ابراز نماید که حاضر به ادامه رابطه نیست.

طاهره دختر ۳۰ ساله‌ای است که از رابطه اخیر خود با دوست پسرش راضی نیست. او نیز در این زمینه بیان داشت: «منی‌تونستم مستقیم بهش بگم نمی‌خوام ادامه بدم. به خودم می‌گفتم حالا که وارد رابطه با این شدم، نمی‌تونم کات کنی... یه روز با این باشی، بعد با اون باشی. این رابطه رو شروع کردی، فوری نیا بگو خد/حافظ». طاهره احساس می‌کرد که باید به طور غیر مستقیم و نه مستقیم به طرف مقابل بفهماند که تمایل به ادامه رابطه ندارد. این ناتوانی در ابراز عدم تمایل، از اعتماد به نفس پایین طاهره ناشی می‌شد؛ به طوری که در گفته‌هایش بیان داشت که در ابتدای آشنایی با جنس مقابل، از اعتماد به نفس کافی در این زمینه برخوردار نبوده است. از طرف دیگر، او فکر می‌کرد که درست نیست

همکاران، افراد باید یاد بگیرند چه موقع، کجا و چطور با جنس مقابل تعامل برقرار کنند و چطور در برابر رفتار جنسی مقاومت نمایند. به عبارت دیگر، افراد باید بدانند به چه شکل تعامل و ارتباط جنسی خود را مدیریت کنند. اگرچه خودکارآمدی جنسی به توانایی فرد جهت عملکرد مطلوب اطلاق می‌شود، جهت مدیریت موقعیت پرخطر جنسی و امتناع از رابطه جنسی ناخواسته، خودکارآمدی جنسی امری ضروری است (۲۳). به همین جهت مکرر گزارش شده است که خودکارآمدی جنسی پایین موجبات روابط جنسی پرخطر در میان جوامع کم‌سواد را فراهم می‌کند (۲۵). بنابراین چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که خودکارآمدی جنسی نه تنها برای باور فرد به توانایی کنترل رفتارهای خود، بلکه برای باور او که می‌تواند انتظارات اصلی یک موقعیت جنسی را کنترل کند، ضروری است (۲۳).

Illes در مطالعه خود بیان کرد که خودکارآمدی جنسی شامل سه بعد توانایی «نه گفتن» در مواجهه جنسی ناخواسته، توانایی بیان تمایلات جنسی و توانایی رعایت جانب احتیاط در مواجهه‌های جنسی است (۴۴). مطالعات خودکارآمدی در زنان نتایج مختلفی را نشان داده است. پژوهشگران دریافتند که بین خودکارآمدی و رفتارهای جنسی ایمن (مانند استفاده از کاندوم و اجتناب از رابطه جنسی پرخطر) ارتباط وجود دارد (۴۶، ۴۵، ۲۵). این در حالی است که نتایج برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که ارتباطی بین این متغیرها وجود ندارد (۴۷). خودکارآمدی در هر زمینه‌ای، به همان قلمرو فعالیت اختصاص دارد و کسب خودکارآمدی در هر زمینه‌ای مبتنی بر تمرین و کسب تسلط در آن زمینه است (۴۸). Murphy و همکاران خودکارآمدی را عامل پیش‌بینی کننده مهمی در توانایی پذیرش الگوهای تعاملی و رفتارهای جنسی می‌دانند و معتقد هستند که می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارت‌ها و دانش مورد نیاز، خودکارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد. خودکارآمدی مشارکت کنندگان در زمینه مدیریت تعامل و رابطه جنسی با جنس مقابل نیز می‌تواند ارتقا یابد (۴۹). می‌توان با در نظر گرفتن عوامل مؤثر بر ارتقای خودکارآمدی و همچنین فراهم کردن بستر لازم در این زمینه، به این امر مهم دست یافت.

تقویت کننده و مهار کننده، خود مشارکت کنندگان تصمیم نهایی را می‌گرفتند که با جنس مقابل رابطه دوستی و جنسی برقرار کنند یا نکنند.

خودکارآمدی به صورت باور فرد به توانایی‌های خود جهت دستیابی به موفقیت در انجام کار معینی تعریف می‌شود. این باور از راه ایجاد انگیزه در خود و انجام اقدامات لازم در آن زمینه شکل می‌گیرد. مطالعات گویای آن است که خودکارآمدی، پیشگویی کننده رفتارهای سالم می‌باشد (۴۳). این رفتار سالم می‌تواند در جنبه‌های مختلف زندگی از جمله برقراری رابطه دوستی با جنس مقابل، اتمام رابطه و یا برقراری رابطه جنسی با شریک جنسی مصداق پیدا کند. خودکارآمدی، پیش‌نیاز مهم رفتار محسوب می‌شود؛ چرا که به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید (۲۴). در مطالعه حاضر، اگر مشارکت کنندگان از توانایی کافی جهت مدیریت رابطه برخوردار بودند، می‌توانستند به طور مطلوب با جنس مقابل تعامل برقرار کرده، مواقعی که تمایل به ادامه رابطه یا برقراری رابطه جنسی نداشتند، عدم تمایل خود را به طور مستقیم ابراز دارند.

زنان خودکارآمدی خود را بر اساس تجربیات و عملکردهای قبلی و حالات فیزیولوژیک و عاطفی کنونی خود شکل می‌دهند (۴۳). در مطالعه حاضر ناتوانی مشارکت کنندگان در مدیریت رابطه با جنس مقابل، با تجربیات قبلی آن‌ها در ارتباط بود. به عنوان مثال اگر آن‌ها در تجارب قبلی خود تجربه ارگاسم نداشتند و نسبت به تجربه آن حریص بودند، این ولع باعث می‌شد تمایل بیشتری به برقراری رابطه جنسی و برطرف کردن آن داشته باشند. از طرف دیگر، نتایج پژوهش حاکی از این بود که روابط جنسی تا حدود زیادی تحت تأثیر عاطفه و احساسات مشارکت کنندگان قرار داشت و آنان در برخی از موارد برخلاف میل درونی خود رفتار کرده، بر اساس احساسات به رابطه دوستی راضی شده بودند و در رابطه جنسی مشارکت می‌کردند.

خودکارآمدی بر باور فرد به توانایی خود در عملکرد جنسی و این که می‌تواند به طور موفقیت‌آمیز رفتار و پاسخ مؤثر در زمینه جنسی داشته باشد، دلالت دارد (۲۵). از دیدگاه Rostosky و

خودکارآمدی کافی جهت مدیریت تعامل با جنس مقابل برخوردار نیستند. این ناخودکارآمدی در برقراری و تداوم تعامل و همچنین مشارکت در رفتار جنسی مشاهده شد. چالش‌هایی در انجام مطالعه حاضر وجود داشت که از آن جمله می‌توان به دسترسی سخت به مشارکت‌کنندگانی که رفتار مخاطره‌آمیز جنسی داشتند، اشاره کرد. همچنین خصوصی بودن زندگی جنسی، استخراج تجربیات مشارکت‌کنندگان را با سختی همراه می‌کرد که در این زمینه محقق سعی کرد دیدگاه غیر قضاوتی داشته باشد و طوری با مشارکت‌کنندگان رفتار یا صحبت کند که کمترین اثر را بر روند مصاحبه و پاسخگویی آن‌ها داشته باشد. پیشنهاد می‌شود جهت مقایسه نتایج، مطالعه‌ای با سؤال پژوهش مشابه در پسران ایرانی طراحی و اجرا شود. نتایج تحقیق حاضر می‌تواند در جهت ارایه راهکارهایی برای پیشگیری از رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز دختران جوان و تقویت خودکارآمدی آنان به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری رشته بهداشت باروری در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران بود. بدین وسیله نویسندگان از تمام افرادی که در پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که گاهی اوقات کنترل مطلوبی بر انتخاب‌های خود جهت برقراری رابطه و همچنین تداوم و مشارکت در رابطه جنسی ندارند. اگر در مشارکت‌کنندگان این احساس تقویت شود که قادر به کنترل رابطه هستند و مهارت‌های لازم در این زمینه را کسب کنند، به نحو مطلوب‌تری می‌توانند در تعاملات و مواجهه‌های جنسی خود تصمیم‌گیری نمایند. در واقع وقتی فرد حس کنترل و فعالیت جهت حل مشکل داشته باشد، باعث می‌شود به میزان بیشتری در تصمیمات خود فعالانه ایفای نقش کند (۵۰). از طرف دیگر، خودکارآمدی فرد تحت تأثیر عواملی مانند دانش و مهارت‌های فرد، سلامتی جسمی و روانی و شرایط محیطی قرار می‌گیرد (۴۹). آگاهی کم و فقدان آموزش‌های کافی در حوزه تعامل و فعالیت‌های جنسی زنان، انتخاب رفتارهای جنسی مناسب و تصمیم‌گیری در این زمینه را دچار مشکل می‌سازد (۵۱). به نظر می‌رسد اگر دختران جوان در زمینه چگونگی تعامل با جنس مقابل و برقراری رابطه جنسی آموزش ببینند و مهارت‌های لازم مانند «نه گفتن» به آن‌ها آموزش داده شود و عزت نفس آن‌ها تقویت گردد، به نحو بهتری می‌توانند در تعامل با جنس مقابل و مواجهه‌های جنسی خود تصمیم‌گیری نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه گویای این مطلب بود که مشارکت‌کنندگان از

References

1. Bailey SL, Camlin CS, Ennett ST. Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth. *J Adolesc Health* 1998; 23(6): 378-88.
2. 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.
3. 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.
4. Turner AK, Latkin C, Sonenstein F, Tandon SD. Psychiatric disorder symptoms, substance use, and sexual risk behavior among African-American out of school youth. *Drug Alcohol Depend* 2011; 115(1-2): 67-73.
5. Evans AE, Sanderson M, Griffin SF, Reininger B, Vincent ML, Parra-Medina D, et al. An exploration of the relationship between youth assets and engagement in risky sexual behaviors. *J Adolesc Health* 2004; 35(5): 424-30.
6. Aalsma MC, Tong Y, Wiehe SE, Tu W. The impact of delinquency on young adult sexual risk behaviors and sexually transmitted infections. *J Adolesc Health* 2010; 46(1): 17-24.
7. Malow RM, Stein JA, McMahon RC, Devieux JG, Rosenberg R, Jean-Gilles M. Effects of a culturally adapted HIV prevention intervention in Haitian youth. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2009; 20(2): 110-21.

8. James S, Montgomery SB, Leslie LK, Zhang J. Sexual risk behaviors among youth in the child welfare system. *Child Youth Serv Rev* 2009; 31(9): 990-1000.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas [Online]. [cited 2011 Feb]; Available from: URL: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics_2009_hiv_surveillance_report_vol_21.pdf
10. United Nations Population Fund. Adolescent sexual and reproductive health toolkit for humanitarian settings [Online]. [cited 2009 Sep]; Available from: URL: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_english.pdf
11. 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. *J Reprod Infertil* 2003; 4(3): 237-50.
12. Westheimer RK, Lopater S, Frabotta R. Study guide to accompany human sexuality. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
13. Ramezani TF, Malek-Afzali H. Knowledge, attitudes and practices concerning HIV/AIDS among Iranian at-risk sub-populations. *East Mediterr Health J* 2008; 14(1): 142-56.
14. Vakilian K, Mirzaii K. Reproductive health in Iran: international conference on population and development goals. *Oman Med J* 2011; 26(2): 143-47.
15. Ghaderi S. The third wave of transmission of HIV is increasing [Online]. [cited 2010 Aug 27]; Available from: URL: <http://obour.ir/ejtemaei/5968-.html> [In Persian].
16. Moayerinejad H. Knowledge, the missing chain of increasing incidence of AIDS [Online]. [cited 2010 Mar]; Available from: URL: <http://www.khabaronline.ir/detail/132022/society/health> [In Persian].
17. Salimi O. Ugly face of AIDS in Iran [Online]. [cited 2011 Jun 4]; Available from: URL: <http://www.daneshju.ir/forum/sitemap/t-126347.html> [In Persian].
18. Statistical Center of Iran. The overall results of general population and housing census [Online]. [cited 2006]; Available from: URL: <https://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=521> [In Persian].
19. Hall PA, Holmqvist M, Sherry SB. Risky adolescent sexual behavior: a psychological perspective for primary care clinicians. *Topics in Advanced Practice Nursing Journal* 2004; 4(1).
20. Coley RL, Medeiros BL, Schindler HS. Using sibling differences to estimate effects of parenting on adolescent sexual risk behaviors. *J Adolesc Health* 2008; 43(2): 133-40.
21. Tyler K. Social network characteristics and risky sexual and drug related behaviors among homeless young adults. *Social Science Research* 2008; 32(2): 673-85.
22. Schiff M, Zeira A. Dating violence and sexual risk behaviors in a sample of at-risk Israeli youth. *Child Abuse Negl* 2005; 29(11): 1249-63.
23. Rostosky SS, Dekhtyar O, Cupp PK, Anderman EM. Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: a possible clue to promoting sexual health? *J Sex Res* 2008; 45(3): 277-86.
24. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107(2): 186-95.
25. Reissing E, Laliberte GM, Davis H. Young women's sexual adjustment: the role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2005; 14: 63-75.
26. Didarloo AR, Shojaezadeh D, Gharaaghaji AR, Habibzadeh H, Niknami S, Pourali R. Prediction of self-management behavior among Iranian women with type 2 diabetes: application of the theory of reasoned action along with self-efficacy (ETRA). *Iran Red Crescent Med J* 2012; 14(2): 86-95.
27. Peyman N, Hidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnezhad A, Oakley D, Khodae G, et al. Self-efficacy: does it predict the effectiveness of contraceptive use in Iranian women? *East Mediterr Health J* 2009; 15(5): 1254-62.
28. Peyman N, Heidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnejad A, Khodae GH, Shokravi FA. The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashhad in order to decrease unwanted pregnancies. *Journal of Reproduction and Infertility* 2007; 8(1): 78-90.
29. Speziale H, Streubert H, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
30. 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.
31. 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.

32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Zadehmohammadi A, Ahmadabadi Z. The Co-occurrence of risky behaviors among high school adolescents in Tehran. *Family Research* 2008; 4(13): 87-100. [In Persian].
36. Wikipedia. Youth [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Youth>
37. 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.
38. Russell CK, Gregory DM. Evaluation of qualitative research studies. *Evid Based Nurs* 2003; 6(2): 36-40.
39. Morse JM. Designing funded qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 1994.
40. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
41. 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.
42. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982; 37(2): 122-47.
43. Buxton KE, Gielen AC, Faden RR, Brown CH, Paige DM, Chwalow AJ. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *Am J Prev Med* 1991; 7(2): 101-6.
44. Illes J. Young sexual citizens: reimagining sex education as an essential form of civic engagement. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning* 2012; 12(5): 613-25.
45. Jemmott JB, III, Jemmott LS, Hacker CI. Predicting intentions to use condoms among African-American adolescents: the theory of planned behavior as a model of HIV risk-associated behavior. *Ethn Dis* 1992; 2(4): 371-80.
46. Sikkema KJ, Kelly J, Winett R, Solomon LJ, Cargill VA, Roffman R, et al. Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *Am J Public Health* 2000; 90(1): 57-63.
47. Rosenthal D, Moore S, Flynn I. Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 1991; 1(2): 77-88.
48. Luthans F, Youssef CM, Avolio Donald BJ, Clifton S. Psychological capital: developing the human competitive edge: developing the human competitive edge. New York, NY: Oxford University Press, 2006.
49. Murphy DA, Stein JA, Schlenger W, Maibach E. Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group. *Health Psychol* 2001; 20(4): 281-90.
50. Lawrence J, Reitman D, Jefferson K, Alleyne E, Brasfield T, Shirley A. Factor structure and validation of an adolescent version of the Condom Attitude Scale: An instrument for measuring adolescents' attitudes toward condoms. *Psychological Assessment* 1994; 6(4): 352-9.
51. DeJudibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002; 39(2): 94-103.

Determination of the role of self-efficacy in young women's involvement in risky sexual behaviors

Azam Rahmani¹, Effat Merghati Khoei², Lida Moghaddam-Banaem³, Ali Montazeri⁴,
Ebrahim Hajizadeh⁵, Fatemeh Zareei⁶

Original Article

Abstract

Introduction: Risky sexual behaviors are a great threat to the physical and social health of the youth. Sexually transmitted diseases (STDs) have become a global epidemic; therefore, sexual self-efficacy has an important role in the area of risky sexual behaviors and safe sex. This study was designed to explore the role of young women's self-efficacy on risky sexual behavior.

Method: In this qualitative study, we recruited 75 young women aged 18-35. Data was collected using focus group discussions (7 sessions) and individual in-depth interviews (12 interviews) in 2012. We employed content analysis with Graneheim and Lundman's approach to analyze the data. We used multiple data collection methods, maximum variation sampling, and external observation to enhance dependability and credibility of data.

Results: The results of the present study were categorized into three subcategories of "inability to end relationship", "inability to make a correct decision", and "inability to reject sexual relation". Some participants who had sexual experience expressed that they were not able to say "no" in response to a sexual offer. Some others reported that they did not select appropriate boyfriends. Some participants stated that they were not able to end a relationship when they no longer desired to continue.

Conclusion: The results showed that participants do not have sufficient self-efficacy to manage cross-sex interactions. Results of the present study can be useful in planning preventive strategies regarding young girls' risky sexual behaviors.

Keywords: Young girls, Risky sexual behaviors, Sexual relationship, Self-efficacy.

Citation: Rahmani A, Merghati Khoei E, Moghaddam-Banaem L, Montazeri A, Hajizadeh E, Zareei F. **Determination of the role of self-efficacy in young women's involvement in risky sexual behaviors.** J Qual Res Health Sci 2015; 4(1): 73-86.

Received date: 10.1.2015

Accept date: 12.3.2015

1- PhD Candidate, Department of Obstetrics and Reproductive Health, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2- Assistant Professor, Fellowship of Gender and Health, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Assistant Professor, Department of Obstetrics and Reproductive Health, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
4- Professor, Department of Mental Health Research, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, Academic Center for Education, Culture, and Research, Tehran, Iran
5- Department of Biostatistics, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
6- PhD Candidate, Department of Health Education and Promotion, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Lida Moghaddam, Email: moghaddamb@modares.ac.ir