

Family Awareness about Sexually Transmitted Diseases and its Consequences on Well-being and Indicators of Social Development

Parinaz Taghavi

PhD student in Sociology, Islamic Azad University,
Central Tehran branch, Tehran, Iran.

Hossein Aghajani Mersat *

Associate Professor of Sociology, Islamic Azad
University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

Abstract

High-risk sexual relationships and the resulting diseases cause problems in the lives of parents and their children. Therefore, according to the theory of globalization and its components, such as the lifestyle in the last decade, the current research has caused Iranian youths to tend to establish relationships with the opposite sex outside the framework of accepted cultural rules. The present qualitative research is a contextual method. The statistical population consisted of all experts in the study area and Tehran parents. Twelve people were selected using purposive sampling, theoretical sampling, as well as inclusion and exclusion criteria. The research tool included semi-structured interviews. For data analysis, three steps coding was applied, including open, axial and selective. Awareness of sexually transmitted diseases and their causal, contextual and intervening conditions has been the paradigm model of this research. Finally, it was determined that early onset of high-risk sexual behaviors causes sexually transmitted diseases and substance use, increases the incidence of sexually transmitted diseases (STD) and subsequent infertility, infertility, misconduct and adolescents' chronic and incurable diseases, and ultimately reduces the effective and efficient force of society. Therefore, it seems that this lack of awareness can affect the indicators of social welfare and impose high social costs on society and ultimately lead to adverse consequences at the levels of social welfare and development.


Keywords: Social Welfare Indicators, Welfare and Development, Parental Awareness, Sexually Transmitted Diseases.

* Corresponding Author: A_marsa1333@yahoo.com


How to Cite: Taghavi, P; Aghajani, H. (2022). Family awareness about sexually transmitted diseases and its consequences on well-being and indicators of social development Work Hope Determinates in Tehran city, *Journal of Social Development and Welfare Planning*,14(52), 117-159.

آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی و پیامدهای آن بر رفاه و شاخص‌های توسعه اجتماعی

دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

پریناز تقوی 

دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

حسین آفاجانی مرسات* 

چکیده

روابط پرخطر جنسی و بیماری‌های ناشی از آن باعث به وجود آمدن مشکلاتی در زندگی والدین و فرزندان آنها می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر با توجه به نظریه جهانی‌شدن و مؤلفه‌های آن، مانند سبک زندگی در دهه اخیر، سبب گرایش جوانان ایرانی به برقراری رابطه با جنس مخالف خارج از چارچوب قواعد پذیرفته‌شده فرهنگی شده است. پژوهش حاضر کیفی، از نوع روش زمینه‌ای است. جامعه مورد انتخاب این پژوهش شامل کلیه متخصصین در حوزه بیماری‌های جنسی و والدین تهرانی بودند که تعداد ۱۲ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند. ابزار تحقیق شامل مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود. برای تحلیل داده‌ها از کدگذاری سه مرحله‌ای باز، محوری، انتخابی بهره گرفته شد. آگاهی از بیماری‌های جنسی و شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گرای آن، الگوی پارادایمی این تحقیق بوده است. در نهایت مشخص گردید شروع زودرس رفتارهای پرخطر جنسی سبب بیماری‌های جنسی و مصرف مواد، افزایش میزان بیماری‌های جنسی و متعاقب آن ناباروری، نازایی، کج‌رفتاری‌ها و گرفتار شدن نوجوانان به بیماری‌های مزمن و لاعلاج و نهایتاً کاهش نیروی مؤثر و کارآمد جامعه است. بنابراین به نظر می‌رسد این عدم آگاهی می‌تواند شاخص‌های رفاه اجتماعی را متأثر نماید و هزینه‌های اجتماعی بالایی را بر جامعه تحمیل کرده و نهایتاً منجر به پیامدهای ناگواری در سطوح رفاه و توسعه اجتماعی شود.

واژه‌های کلیدی: شاخص‌های رفاه اجتماعی، رفاه و توسعه، آگاهی والدین، بیماری‌های جنسی.

مسئله پژوهش

یکی از اهداف برنامه‌ریزی اجتماعی، دستیابی به توسعه و توانمندی رفاه اجتماعی پایدار است، و از طرف دیگر ایجاد رفاه پایدار یکی از دغدغه‌های دولت‌ها در جهان کنونی است، به‌طور خلاصه می‌توان گفت که رفاه پایدار علاوه بر اینکه ضرورتی انسانی است، عنصر مهمی در پیشرفت و توسعه یک جامعه هم هست. بسترهای مختلف توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی مستلزم وجود برخورداری از رفاه اجتماعی پایدار هستند. بنابراین، شکی در لزوم ایجاد و حفظ رفاه در تمام معانی آن وجود ندارد. وجود رفاه اجتماعی در هر جامعه، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه‌یافتگی تلقی می‌شود (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۲۸).

ارائه تعریفی از رفاه اجتماعی که توافق همگانی در مورد آن باشد کار آسانی نیست ولی می‌تواند دربرگیرنده وضعیت مناسب در عرصه‌های مانند سلامت و بهداشت و درمان هم باشد. رفاه اجتماعی ابعاد گوناگون زندگی انسان را در دو جنبه عینی و ذهنی در برمی‌گیرد و مهم‌تر اینکه تنها شامل مؤلفه‌های اقتصادی نیست. رفتارهای پرخطر^۱ از جمله رفتارهای آسیب‌زایی هستند که افراد ممکن است مرتکب شوند و در نتیجه به علت عوارض و آسیب‌های وارده بر سلامت افراد و متعاقباً بر رفاه و توسعه اجتماعی نیز تأثیرگذار هستند. (Jiang, Huang & Tao, 2018: 43)

این رفتارها، رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به‌طور ارادی و یا بدون اطلاع از پیامدهای نامطلوب فردی و اجتماعی، مرتکب آن می‌شوند (بوستانی، ۱۳۹۱: ۳). به‌عبارت‌دیگر، رفتارهای پرخطر رفتاریهایی هستند که سلامت و بهزیستی افراد را در معرض خطر قرار می‌دهند. رفتارهای پرخطر طیفی از رفتاریهایی را در برمی‌گیرند که نه تنها برای فرد درگیر این رفتار و افراد مهم زندگی وی زیان‌های جدی به بار می‌آورد، بلکه باعث صدمات غیرعمدی به سایر اعضای جامعه نیز می‌گردد. (Hubach, et al, 2021: 1643)

پژوهش‌های اخیر نشان‌دهنده افزایش بیماری‌های جنسی ناشی از رفتارهای پرخطر، به علت روابط جنسی بدون حفاظ در بین افراد و سرایت بیماری به افراد سالم مانند زنان و خانم‌های باردار و انتقال آن از مادر به جنین در بیماری مانند "ایدز" می‌باشد. این مقوله سبب ایجاد هزینه و صرف بودجه بهداشت و درمان برای بیماری‌ها و تأثیر آن بر رفاه و شاخص‌های توسعه اجتماعی است. (Moore, Rosenthal & Mitchell, 2020: 85) رفتارهای پرخطر جنسی^۱ شامل رفتارهایی است که در آن فرد بدون مراقبت‌های متعارف، به رفتار جنسی با شرکای جنسی متعدد دست می‌زند.

این امر سبب شیوع بیماری‌های متعدد و متعاقب آن ایجاد هزینه‌های درمانی هنگفت برای فرد و اجتماع می‌گردد. (Madise, Zulu & Ciera, 2007: 84) نتیجتاً هزینه‌ها به جای صرف در امور رفاه و توسعه شاخص‌های بهداشتی، صرف درمان می‌شود. (Center for Disease Control and Prevention, 2012: 86) بیماری‌های ناشی از رفتارهای پرخطر جنسی شایع‌ترین بیماری‌های عفونی در آمریکا هستند. که سالانه بیش از ۱۳ میلیون مردان و زنان را مبتلا می‌کند. با توجه به گستردگی و عوارض ناشی از این بیماری‌ها درک حقایقی در مورد راه‌های انتشار، علائم بیماری‌های شایع و روش‌های پیشگیری و درمان آنها، اولین گام برای عدم گسترش و انتشار این بیماری‌ها است (لرکی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۴).

بیماری‌های جنسی به دنبال رفتارهای پرخطر جنسی به آن دسته از بیماری‌هایی اطلاق می‌شود که به‌طور عمده از طریق رفتارهای پرخطر و از راه تماس جنسی منتقل می‌شوند. این بیماری‌ها جزء شایع‌ترین بیماری‌های عفونی هستند. (Barrow, 2020: 1) بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی^۲، گروهی از بیماری‌های عفونی ناشی از ویروس‌ها، باکتری‌ها، قارچ‌ها، انگل‌ها، پروتوزوئیدها و یا وابسته به آن‌ها هستند (WHO, 2015)، که از شخصی به شخص دیگر طی تماس جنسی از دستگاه تولیدمثل یک شریک جنسی به دستگاه تولیدمثل، مقعد، دهان، یا حلق دیگری منتقل می‌شوند (WHO, 2014).

1. Risk sexual behavior
2. STD

تاکنون حدود ۲۵ نوع بیماری جنسی ناشی از رفتارهای پرخطر شناخته شده‌اند که از شایع‌ترین بیماری‌ها می‌توان به کلامیدیا، سوزاک، تریکومونیاژیس؛ کاندیدیا، زگیل تناسلی اشاره کرد. (Hill, et al., 2016: 374) طبق گزارش برنامه مشترک سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۱۶، در ایران ۵۰۰۰ مورد ابتلای جدید ایدز و نیز ۴۰۰۰ مرگ در اثر این بیماری وجود داشته است. (Malary, et al, 2016: 618) همچنین مطالعه اخیر افزایش شیوع این بیماری در بین زنان را نیز نشان داده است. (Roghaei, et al, 2013: 39)

مطالعه‌ای نشان داد که شیوع سوزاک، کلامیدیا و سیفلیس را برای زنان به ترتیب ۲/۴۴، ۵/۰۲ و ۰/۰۴ درصد و برای مردان به ترتیب ۰/۴۳، ۰/۸۲ و ۰/۰۵ در هر هزار نفر می‌باشد. یکی از مواردی که نقش محافظتی و مراقبتی در بیماری جنسی ناشی از رفتارهای پرخطر جنسی واگیر را دارد، خانواده است. (Vautrin, Senn & Cohidon, 2020: 21)

سلامت خانواده یکی از عوامل مهمی است که نهایتاً سلامت جامعه را در بردارد و این خانواده‌ها هستند که نقش‌های محافظتی و مراقبتی را در قبال سایر بخش‌های جامعه بر عهده دارند. بارها در تحقیقات دیده‌شده، افزایش سواد و آگاهی‌های خانواده از بیماری جنسی و آگاهی دادن به فرزندان در این باره سبب ارتقای شاخص‌های بهداشت و سلامت جامعه می‌شود (خدابنده لو و همکاران، ۱۳۹۷: ۲۴۷).

با توجه به توضیحات بالا و آمار ارائه‌شده، بیماری‌های ثانویه در مردان مانند: درد در طول رابطه جنسی یا هنگام خروج ادرار، زخم‌ها و ترشحات غیرمعمول و خونریزی دهنده از آلت تناسلی، بیضه‌های دردناک یا متورم و در زنان شامل: التهاب لگن، سرطان دهانه رحم، نازایی و حاملگی‌های خارج رحمی می‌باشد. لازم به ذکر است در صورتی که خانمی دچار کلامیدیا شود و درمان نشود. هنگام تولد بیماری را به کودک خود منتقل می‌سازد و سبب بروز پنومونی و عفونت‌های چشمی و نهایتاً کوری می‌گردد. در صورت عدم درمان زگیل تناسلی در زنان، سبب ایجاد سرطان رحم و دهان، سرطان واژن می‌شود. در مردان

-
1. Chlamydia
 2. Candida

سبب سرطان آلت تناسلی و سرطان رکتوم می‌گردد. عوارض سوزاک نیز، عفونت مجرای ادراری، غده پروستات، بیضه‌ها، بیماری التهابی لگن و ناباروری می‌باشد. بیماری سیفلیس نیز در صورت عدم درمان در مرحله آخر، سبب نابینایی و ناشنوایی و اختلال حافظه و بیماری روانی، عفونت مغزی یا نخاع و بیماری قلبی و مرگ می‌شود. این بیماری‌های برشمرده، در حال حاضر عواقب زیانباری برای افراد، بخصوص خانواده‌ها و فرزندان‌شان دارد و آسیب جدی برای رفاه و توسعه اجتماعی محسوب می‌شود. هر کدام از این بیماری‌ها در صورت عدم مهار و پیشگیری سبب ضرر و زیان‌های غیرقابل‌جبران خواهند شد. آسیب‌های که تنها در یک نسل ایجاد نمی‌شود. بلکه به نسل‌های آینده هم سرایت می‌کند و دقیقاً همین نقطه مرکز توجه به اهمیت و ضرورت بررسی آگاهی خانواده‌ها در خصوص بیماری‌های جنسی می‌باشد.

رفتارهای پرخطر جنسی امری شایع در بین نوجوانان است و خود مراقبتی و داشتن سواد سلامت و آگاهی در مورد بیماری‌های ناشی از رفتار پرخطر جنسی با پیشگیری و آموزش خود مراقبتی‌ها در قبال این دسته از بیماری‌ها، باعث صرفه‌جویی ریالی و ارزی در بخش بودجه و اقتصاد می‌گردد و سبب ارتقا شاخص رفاه و توسعه اجتماعی می‌شود. از این رو، با توجه به خلأ در پژوهش‌های قبلی، مطالعه حاضر با هدف تبیین آگاهی خانواده در مقابله با روابط پرخطر جنسی و بیمارهای ناشی از آن بر اساس نظریه زمینه‌ای انجام شد. در پژوهش کیفی به جای فرضیه سؤال مطرح می‌شود. حال پژوهش حاضر با رویکردی علمی در پی پاسخ دادن به این سؤال است که مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده الگوی پارادایمی تبیین آگاهی خانواده در مقابله با روابط پرخطر جنسی و بیمارهای ناشی از آن شامل چه مواردی است؟

پیشینه پژوهش

از آنجا که یکی از اهداف برنامه‌ریزی اجتماعی، دستیابی به رفاه و توسعه اجتماعی پایدار است. از این رو بررسی مطالعات قبلی صورت گرفته نشان‌دهنده این است که بیشتر این

آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی...، تقوی و آقاجانی | ۱۲۳

مطالعات به بررسی عوامل زمینه‌ساز و پیامدهای رفتارهای پرخطر جنسی پرداخته و توجه کافی به آگاهی والدین از بیماری‌های ناشی از رفتارهای پرخطر جنسی و آگاهی دادن آنها به فرزندان خود در این باره و همچنین پیامدهای نامطلوب ناشی از رفتار پرخطر جنسی بر رفاه و توسعه اجتماعی در هیچ‌یک از پژوهش‌های قبلی صورت نگرفته است. از این رو شناخت روزافزون بیماری‌های ناشی از رفتار پرخطر جنسی و آموزش خود مراقبتی به وسیله والدین و اثرات مثبت آن بر شاخص‌های کلی رفاه و توسعه اجتماعی امری آشکار و ضروری است.

بنابراین به منظور جلوگیری از بروز پیامدهای ناگوار رفتارهای پرخطر جنسی در کلیه ابعاد رفاه و توسعه اجتماعی و پیشگیری از این رفتارها و بیماری‌های ناشی از آن نیازمند به ارائه الگوی آگاهی خانواده در مقابله با روابط پرخطر جنسی و بیماری‌های ناشی از آن هستیم. از این رو، با توجه به کمبود در پژوهش‌های قبلی، مطالعه حاضر با هدف تبیین آگاهی خانواده در مقابله با روابط پرخطر جنسی و بیماری‌های ناشی از آن بر اساس نظریه زمینه‌ای انجام شد. در این قسمت به مهم‌ترین یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در زمینه آگاهی خانواده‌ها در سطح ملی و بین‌المللی پرداخته می‌شود.

بر اساس مطالعات محقق، پژوهش مستقلی در کشورمان در زمینه آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی ناشی از رفتارهای پرخطر و پیامدهای آن بر رفاه و توسعه اجتماعی صورت نگرفته است. و می‌توان گفت بررسی موضوع حاضر با رویکرد کیفی، اولین کار پژوهشی در نوع خود می‌باشد. البته تحقیقات مشابه و انگشت‌شماری در زمینه‌های مرتبط وجود دارد که یا با روش‌های کمی انجام گرفته و یا از اقشار مختلف استفاده شده است که در ذیل به برخی از آنها اشاره می‌شود.

جدول ۱- پیشینه پژوهش حاضر

محققین	نام پژوهش	نوع پژوهش	نتایج
خداپنده لو و همکاران (۱۳۹۷)	تبیین جامعه‌شناختی شیوع بیماری ژنیتال وارت (زگیل تناسلی) مورد مطالعه بیماران تحت درمان در بیمارستان‌های بوعلی و جواهری تهران	کمی	متغیرهای سرمایه فرهنگی ضابطه‌ای، سرمایه فرهنگی تجسم‌یافته، سرمایه اجتماعی خاص، فشار اجتماعی، یادگیری اجتماعی و کنترل اجتماعی رابطه مستقیم و مثبتی با متغیر وابسته «بیماری زگیل تناسلی» داشتند و رابطه‌ای بین متغیرهای سرمایه فرهنگی عینیت یافته، سرمایه اجتماعی عام و سرمایه اقتصادی با این پدیده وجود نداشت.
اختر خاوری و ندرلو (۱۳۹۸)	میزان شیوع رفتارهای پرخطر جنسی و آگاهی از بیماری‌های مقاربتی میان ساکنین موقت در گرمخانه‌های شهر تهران	کیفی	میزان آگاهی در ۸۰ درصد از افراد پایین گزارش شده است. شناخته‌شده‌ترین بیماری هپاتیت B بود. ۶۴ درصد از افراد کم‌سواد بوده و همگی حداقل یک رفتار پرخطر داشتند. رابطه جنسی خشن بیشترین شیوع و هم‌جنس‌گرایی کمترین شیوع را داشتند.
کن آل ^۱ (۲۰۱۶)	هویت و مفاهیم جنسی از احساسات جنسی و سلامتی مرتبط به آن در بین دانشجویان فارغ‌التحصیل	کیفی	دانش‌آموزانی که رابطه جنسی دارند دارای ریسک بالاتری برای ابتلا به بیماری‌های جنسی ناشی از رفتارهای پرخطر هستند.
نیکول یوسکوویتز ^۲ (۲۰۱۷)	بی‌ثباتی تصمیمات جنسی هنگام رفتارهای پرخطر بر روی هم‌جنس‌گرایان مشغول تحصیل در کالج دانش‌آموزی		تعیین هویت اجتماعی و فاکتورهای مادرزادی روی تصمیمات گرفته‌شده توسط جوانان نقش دارد. همچنین نقش مداخله‌گرها و تکنولوژی نیز در تصمیم‌گیری جوانان مورد بحث بود.

1. KannLet al
2. Nicola Yoskowitz

آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی...، تقوی و آقاجانی | ۱۲۵

محققین	نام پژوهش	نوع پژوهش	نتایج
گلاسفورد ^۱ و همکاران (۲۰۲۰)	رفتارهای پرخطر جنسی و بیمارهای مقاربتی در زنان باردار	کمی	بیماری‌های جنسی ناشی از رفتارهای پرخطر، اگر در دوران حاملگی درمان نشوند می‌توانند سبب عوارض سریع و تخریبی شوند. این عوارض شامل، حاملگی‌های خارج رحمی و زایمان زودتر از موعد می‌باشد.
ویسمن ^۲ و همکاران (۲۰۲۰)	رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده از بخش اورژانس در بین نوجوانان	کیفی	از ۷۵۸ بیمار دارای معیارهای ورود به مطالعه، ۳۴۱ نفر (۴۴/۹٪) دارای تجربه جنسی بودند و از این تعداد، ۱۲۹ نفر (۳۷/۸٪) رفتارهای پرخطر را گزارش کردند. همچنین ۱۰/۹٪ دارای رابطه جنسی سابقه مراجعه به پزشک داشتند و ۲/۶٪ نیز تحت آزمایش مربوط به رفتارهای جنسی قرار گرفتند.
ماهکس ^۳ و همکاران (۲۰۲۰)	رفتارهای پرخطر جنسی در بین ۱۲۲۳ نوجوانان تغییر جنسیتی آمریکا	کیفی	نوجوانان تغییر جنسیت داده دارای رفتارهای جنسی پرخطری از قبیل تماس جنسی و رابطه جنسی بودند. اما شرکت‌کنندگان میزان پایین بیماری‌های مقاربتی و حاملگی را گزارش کردند.
اسمیت ^۴ و همکاران (۲۰۲۰)	عنوان رفتار جنسی و اقدام به خودکشی در بین نوجوانان سنین ۱۲ تا ۱۵ از ۳۸ کشور	کمی	شیوع رابطه جنسی و اقدام به خودکشی به ترتیب ۱۳/۲ و ۹/۱ درصد بود. ارتباط مثبتی بین رابطه جنسی و اقدام به خودکشی در ۳۲ کشور از ۳۸ کشور یافت شد. همچنین داشتن شریک جنسی متعدد با افزایش احتمال اقدام به خودکشی همراه بود.
استیل ^۵ و همکاران (۲۰۲۰)	زمینه خانوادگی و رفتار جنسی مخاطره‌آمیز نوجوانان: بررسی تأثیر	کیفی	تغییر خانواده و طلاق‌های مادران، با افزایش رابطه جنسی خطرناک نوجوانان همراه بود. همچنین در روابط بین ساختار خانواده و تأثیرات تغییر خانواده

1. Glassford
2. Weisman
3. Maheux
4. Smith
5. Steele

محققین	نام پژوهش	نوع پژوهش	نتایج
	ساختار خانواده، انتقال خانواده و فرزند پروری		(تغییر از یک حالت به حالت دیگر) همسالان فعال جنسی، نقش میانجی داشتند. همچنین ساختار خانواده و تغییرات بلوغ در سن ۱۳ سالگی بر مشارکت جنسی پرخطر در نوجوانان ۱۸ ساله تأثیرگذار بود.
آینمورا ^۱ و همکاران (۲۰۲۰)	رابطه جنسی و سایر رفتارهای جنسی خطرناک در بین دانشجویان دختر در یک موسسه دانشگاهی نیجریه	کمی	استفاده از تلفن‌های اندرویدی با رفتارهای جنسی پرخطر دانشجویان ارتباط معنی‌داری دارد علاوه بر این، سن، گروه قومی و کمک‌هزینه ماهانه نیز با رفتارهای جنسی خطرناک مرتبط بود.
ولش ^۲ و همکاران (۲۰۲۰)	مدیریت اختلالات روانپزشکی هم‌زمان و رفتارهای پرخطر جنسی در نوجوانان	کیفی	مدیریت اختلالات روانپزشکی از قبیل افزایش استفاده از داروهای ضدافسردگی به افزایش رفتارهای پرخطر جنسی می‌انجامد.
آنتاماتن و دلیس ^۳ (۲۰۲۰)	به‌کارگیری فناوری‌های جدید، مدیریت بیماری‌های جنسی	کیفی	آگاهی رساندن از طریق وب‌سایت‌ها و همچنین ارائه اطلاعات جدید از روی اپلیکیشن‌های موبایلی می‌تواند اثرگذاری خوبی برای مدیریت بیماری‌های جنسی ناشی از رفتارهای پرخطر داشته باشد.

تحلیل و تبیین پیشینه پژوهش‌ها حاکی از شیوع گسترده رفتارهای پرخطر جنسی و بیماری‌های ناشی از آن است. در تحقیق خدابنده لو و همکاران (۱۳۹۵) شیوع بیماری ژنیتال زگیل تناسلی را مورد بررسی کمی قرار داده است و نتایجی که حاصل شده، با فشار اجتماعی، یادگیری اجتماعی و کنترل اجتماعی همگی اثر مثبت و مستقیمی داشته‌اند ولی بر روی رفاه و توسعه اجتماعی و صرف هزینه‌ها برای سیستم بهداشت و درمان توجهی نشده است. و در تحقیق خاوری و ندرلو (۱۳۹۸) به‌منظور برآورد آگاهی افراد از

-
1. Ayinmoro
 2. Welsh
 3. Anthamaten and Dellis

بیماری‌های مقاربتی و شیوع رفتارهای پرخطر رایج در میان افراد بی‌خانمان شهر تهران انجام شد. رفتارهای پرخطر جنسی شیوع بالایی در بین افراد بی‌خانمان دارد و فرد را در معرض ابتلا به بیماری‌های مقاربتی قرار می‌دهد. افراد بیشتر در مورد بیماری‌های مقاربتی اطلاع داشتند.

درک میزان آگاهی افراد پیرامون بیماری‌های جنسی و شناخت رفتارهای پرخطر رایج در همه گروه‌ها مبنایی برای تدوین برنامه‌های آموزشی مناسب را فراهم می‌کند. در تحقیقات بین‌المللی نیز شواهد نشان می‌دهد، میزان آگاهی والدین و فرزندان آنها از بیماری‌های ناشی از رفتارهای پرخطر جنسی پایین است. از سوی دیگر این مقوله دارای علل زمینه‌ای از قبیل تنش در خانواده، طلاق والدین و استفاده از فضای مجازی نامناسب، که منجر به پیامدهای از قبیل اقدام به خودکشی و افسردگی می‌شود. همچنین آگاهی رساندن از طریق وب‌سایت‌ها و ارائه اطلاعات جدید از روی اپلیکیشن‌های موبایلی هم می‌تواند اثرگذاری خوبی برای مدیریت بیماری‌های جنسی ناشی از رفتارهای پرخطر داشته باشد. هم به نوعی سبب گسترش بیماری‌های ناشی از بی‌مبالاتی‌های جنسی شود. از این رو با توجه به توضیحات ارائه شده، در هیچ‌یک از پژوهش‌های قبلی درباره آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی و پیامدهای آن بر رفاه و شاخص‌های توسعه اجتماعی مورد بررسی قرار نگرفته است.

چارچوب نظری

نظریه‌های جامعه‌شناختی رابطه جنسی بین دختر و پسر ترکیبی از نظریه‌های منزلت اجتماعی، مبادله، فشار فرهنگی و آنومی، جهانی‌شدن، نظریه چندمرحله‌ای شکل‌گیری ارتباطات می‌باشد. طبق نظریه منزلت اجتماعی، ماکس وبر^۱ بر این باور بود که علاوه بر تبیین ساختاری باید به کنش‌های مبتنی بر معانی ذهنی افراد نیز توجه کرد. از نظر "وبر"،

1. Max Weber

کنش‌های اجتماعی افراد که مبتنی بر انگیزه‌ها و معانی ذهنی هستند، سبب دگرگونی اجتماعی می‌شوند. به همین دلیل، او چهار نوع کنش اجتماعی را بر اساس انگیزه و معانی ذهنی تفکیک کرد. (۱) کنش سنتی، (۲) کنش عاطفی، (۳) کنش عقلانی معطوف به ارزش (۴) کنش عقلانی معطوف به هدف. "وبر" بر این باور بود که بین این چهار نوع کنش و دگرگونی‌های اجتماعی قرابت معنایی وجود دارد و در جامعه، همواره ترکیبی از این چهار نوع کنش وجود دارد.

اما همواره یکی از این کنش‌ها بر بقیه غلبه دارد و دگرگونی‌های اجتماعی نیز با این کنش‌های اجتماعی قرابت دارند (کوزر، ۱۴۰۰: ۳۰۰). برای مثال، نوع کنش با نوع جامعه، نوع اقتدار، نهادهای اجتماعی و نوع نهادها رابطه دارد. "وبر" معتقد است که در جامعه مدرن، کنش افراد مبتنی بر عقلانیت معطوف به هدف است و افراد در تعامل اجتماعی با دیگران، بر اساس دستیابی به اهداف شخصی خود به کنش می‌پردازند. یکی از این اهداف شخصی، کسب منزلت اجتماعی است و افراد بر اساس آن با دیگران به کنش می‌پردازند.

از این رو نوجوانان با برقراری رابطه با جنس مخالف، در گروه‌های دوستی منزلت کسب می‌کنند و می‌توانند ابراز وجود کنند. البته کسب منزلت در گروه‌های دوستی معیارها و شاخص‌هایی نیز دارد. تجربه زیاد رابطه با جنس مخالف یا داشتن تجربه هم‌زمان با چند نفر از جنس مخالف، از جمله شاخص‌ها و معیارهای کسب منزلت در گروه‌های دوستی به شمار می‌آید. از سوی دیگر در نظریه مبادله، رابطه با جنس مخالف خارج از چارچوب و قواعد پذیرفته‌شده فرهنگی را به‌عنوان یک مبادله بین دو جنس در نظر می‌گیرد. مطابق این نظریه، محیطی که رفتار در آن رخ می‌دهد (خواه اجتماعی و خواه فیزیکی) از رفتار تأثیر می‌پذیرد و آن‌هم به‌نوبه خود به روش‌های گوناگون بازخورد دارد. این واکنش (مثبت، منفی و خنثی) بر رفتار بعدی کنشگر اثرگذار است.

اگر این واکنش برای کنشگر پاداش داشته باشد، احتمال دارد همان رفتار در آینده در موقعیت‌های مشابه تکرار شود، اما اگر این واکنش برای کنشگر، آسیب، تنبیه یا پیامد منفی داشته باشد، احتمال تکرار آن کاهش می‌یابد. بنابراین، در نظریه مبادله، رفتار انسان

شبهه مدل‌های اقتصادی و سود و زیان در بازار است؛ یعنی انسان‌ها خواهان حداکثر پاداش و حداقل هزینه هستند (ریترز، ۱۳۹۰: ۲۳۶ نقل در نوغانی دخت بهمنی و محمدی، ۱۳۹۵).

همچنین بر اساس نظریه جهانی شدن، جوانان از الگوهایی از روابط دختر و پسر پیروی می‌کنند، که محصول مؤلفه‌های جهانی شدن از جمله سبک‌های جدید زندگی است، که از طریق تماس و ارتباط به‌ویژه فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی نو با جوامع دیگر که به لحاظ فرهنگی متفاوت و گاه متعارض با فرهنگ آنهاست، کسب کرده‌اند.

این فناوری‌ها تغییرات فرهنگی و به تبع آن تغییر در هویت و نگرش افراد به جهان را سبب می‌شوند. کسانی که از این فناوری‌ها استفاده می‌کنند (به‌ویژه جوانان) همواره در معرض ارزش‌ها و هنجارهایی هستند که غیربومی و ساخته فرهنگ‌های جوامع دیگر است. بنابراین، جهانی شدن و مؤلفه‌های آن، مانند سبک‌های جدید زندگی، در دهه اخیر، سبب گرایش جوانان ایرانی به برقراری رابطه با جنس مخالف خارج از چهارچوب قواعد پذیرفته‌شده فرهنگی شده است (خواجانه‌نوری و دل‌آور، ۱۳۹۱: ۶۲ نقل در نوغانی دخت بهمنی و محمدی، ۱۳۹۵). همچنین جرج لوینگر^۱ (۱۹۷۲) نظریه‌ای چندمرحله‌ای درباره شکل‌گیری ارتباطات مطرح می‌کنند.

در مراحل اولیه، افراد یکدیگر را گهگاه در مجموعه‌های طبیعی یا گروه‌های اجتماعی ملاقات کرده و کمک از وجود یکدیگر آگاهی پیدا می‌کنند، اما تعامل خاصی با هم ندارند. تعاملات خلاصه و اطلاعات حاشیه‌ای است. در این موقعیت‌ها، اگر به یکدیگر کشش پیدا کنند، ارتباطات به سمت صمیمیت پیش می‌رود. دو نفر به تدریج اطلاعات و احساسات خود را برای یکدیگر افشا می‌کنند و تعاملات از حداقل به سمت حداکثر پیش می‌رود. از این دیدگاه، عشق رمانتیک نقش مهمی در ارتباطات بین دو جنس دارد و عشق می‌تواند آغازی برای ارتباطات جدید باشد. جوانان، در این سنین، به عشق و رابطه جنسی به‌گونه‌ای تخیلی می‌نگرند. مطابق با این دیدگاه، زمانی که روابط دوطرفه و عشق با سائق جنسی جفت می‌شود، زنگ خطر به صدا درمی‌آید (زارع شاه‌آبادی و سلیمانی، ۱۳۹۱: ۳۴۴).

با توجه به آنچه در چارچوب نظری و نیز پیشینه تجربی تحقیق آمده است. می‌توان سؤالات پژوهش را چنین مطرح کرد. برداشت والدین شرکت‌کننده در مصاحبه، از مفهوم بیماری‌های جنسی چگونه است؟

۱. شرایط (علی، مداخله‌ای، زمینه‌ای) از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مورد بیماری‌های جنسی شامل چه مواردی است؟
۲. راهبردهای کنش و کنش متقابل شرکت‌کنندگان در شرایط ایجادشده چیست؟
۳. پیامدهای بیماری‌های جنسی از دیدگاه شرکت‌کنندگان شامل چه مواردی است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از حیث روش کیفی از نوع نظریه زمینه‌ای^۱ می‌باشد. نظریه زمینه‌ای یک روش پژوهش استقرایی است که به پژوهشگران در حوزه‌های موضوعی، گوناگون امکان می‌دهد تا به‌جای اتکا به نظریه‌های موجود، خود به تدوین نظریه از طریق تجزیه و تحلیل مقیاس‌های مشاهده‌ای اقدام کنند (بازرگان، ۱۳۸۷: ۱۲۱). در نظریه حاصل از اجرای چنین روش پژوهشی، نظریه فرایندی است که با استفاده از شیوه‌های منظم گردآوری داده‌ها، به تشخیص مقوله‌ها، مضمون‌ها و برقراری رابطه میان این مقوله‌ها پرداخته و نظریه‌ای برای تبیین یک فرایند عرضه می‌شود. (Strauss & Corbin, 1997)

جامعه مورد انتخاب پژوهش حاضر را خبرگان آشنا به موضوع پژوهش (اساتید دانشگاه در حوزه مطالعه) و والدین در خانواده‌های تهرانی تشکیل می‌دادند. که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند^۲ (نمونه‌گیری نظری) و با توجه به ملاک‌های ورود (دارا بودن مطالعات مستند در زمینه موضوع مورد مطالعه، انجام حداقل یک پژوهش در زمینه‌های

1. Grounded theory
2. Purposive sampling

آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی...، تقوی و آقاجانی | ۱۳۱

مرتبط با موضوع پژوهش، داشتن نظریه معتبر در زمینه موضوع مورد پژوهش، انجام ترجمه یا تألیف کتاب در زمینه موضوع پژوهش و دارا بودن سابقه تدریس در زمینه‌های مرتبط با موضوع پژوهش) انتخاب شدند. تعداد نمونه مورد مصاحبه بر اساس اصل اشباع در حجم نمونه در نظر گرفته شد. (Glaser & Strauss, 1967: 25) (جدول ۲).

بر طبق این اصل، زمانی که محقق به این نتیجه برسد که انجام مصاحبه‌های بیشتر، اطلاعات بیشتری در اختیار وی قرار نداده و صرفاً تکرار اطلاعات قبلی است، گردآوری اطلاعات را متوقف می‌سازد. نظرات افراد مصاحبه‌شونده در این تحقیق از مصاحبه ۱۲ به بعد به اشباع رسید و فرایند مصاحبه با نفر ۱۲ پایان یافت. در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگانی انتخاب شدند که به اصطلاح "غنی از اطلاعات" بودند. به آن معنی که بر اساس اصل پژوهش‌های کیفی، نمونه‌هایی انتخاب شدند که تصویری قوی از پدیده تحت مطالعه را ارائه می‌دادند.

جدول ۲- اعضای خبرگان مصاحبه باز و سمت آنها

ردیف	سمت	تحصیلات
۱	استاد حوزه و خانواده	دکتری
۲	استاد حوزه و خانواده	دکتری
۳	استاد حوزه و خانواده	دکتری
۴	استاد دانشگاه	دکتری
۵	استاد دانشگاه	دکتری
۶	استاد حوزه و خانواده	کارشناسی ارشد
۷	استاد حوزه و خانواده	دکتری
۸	استاد دانشگاه	دکتری
۹	استاد حوزه خانواده	دکتری
۱۰	استاد دانشگاه	دکتری
۱۱	استاد دانشگاه	دکتری
۱۲	استاد حوزه و خانواده	کارشناسی ارشد

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش مصاحبه بود. در این مطالعه جهت جمع‌آوری داده‌ها از تکنیک مصاحبه نیمه ساختاریافته^۱ از نوع توصیفی/ تفسیری صورت انفرادی استفاده شده است. این نوع مصاحبه انعطاف‌پذیر و عمیق است. روش انجام کار بدین صورت بود که قبل از مصاحبه طی تماس تلفنی، موضوع مصاحبه و هدف از انجام این پژوهش برای متخصصین حوزه مورد مطالعه و والدین تشریح شد. پس از جلب رضایت آنها تاریخ مصاحبه تعیین می‌گردید. با توجه به شیوع گسترده بیماری "کووید ۱۹" و با توجه به محدودیت‌ها و رعایت اصول حفظ سلامت، مصاحبه‌ها با استفاده از وسایلی نظیر فایل‌های صوتی و پیام‌رسان واتس‌آپ صورت گرفت.

در ابتدای هر مصاحبه نیز با ارائه توضیحات کافی ابهامات احتمالی موجود برای شرکت‌کنندگان برطرف شد، سپس مصاحبه به صورت مجازی آغاز می‌گردید. مدت‌زمان هر مصاحبه در حدود ۹۰ دقیقه بود. بعد از اتمام مصاحبه از روی فایل صوتی، کار کدگذاری آنها آغاز می‌شد. در نظریه زمینه‌ای بخش طراحی سؤال‌های مصاحبه دارای اهمیت است. بدین منظور پژوهشگر با توجه به هدف پژوهش، سؤال‌های مصاحبه را طراحی می‌کرد (از آنجایی که صورت مصاحبه نیمه ساختاریافته بود، در صورت لزوم، در حین مصاحبه سؤال‌های دیگری برای تشریح ابعاد سؤال مطرح می‌گردید). پس از طراحی پرسش‌ها، در گام نخست به صورت مقدماتی با یک متخصص که معیارهای ورود به مطالعه را داشت مصاحبه انجام شد.

در گام بعدی، فایل مصاحبه در اختیار دو متخصص دیگر حوزه مورد مطالعه قرار گرفت که خارج از نمونه پژوهش حاضر بودند تا با توجه به سؤال‌های مصاحبه تعیین کنند، آیا می‌توان به اهداف پژوهش دست یافت یا خیر. پس از اصلاحات مدنظر متخصصان، فرآیند مصاحبه‌های اصلی آغاز شد. بعد از اتمام مصاحبه‌ها، فایل‌های مصاحبه بازخوانی و بر اساس روش استراوس و کوربین (۲۰۱۵) کدگذاری در سه مرحله باز^۲، محوری^۳ و انتخابی^۴ انجام شد. که تعریف این مفاهیم در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

-
1. Semi-structured interview
 2. Open coding
 3. Axial coding
 4. Selective coding

جدول ۳- تعاریف مهم‌ترین مفاهیم پژوهش حاضر

مفاهیم	تعریف
کدگذاری باز	در این مرحله پژوهشگر مقوله‌های اولیه اطلاعات در خصوص پدیده در حال مطالعه را، به وسیله بخش‌بندی اطلاعات شکل می‌دهد. کدهای باز بدون در نظر گرفتن روابط و فقط به‌عنوان مفهوم‌ها و یا گزاره‌های مفهومی تلقی می‌شوند که برچسب‌های ذهنی جداگانه به وقایع و پدیده‌ها نسبت می‌دهند.
کدگذاری محوری	در این مرحله فرآیند ربط دهی مقوله‌ها به زیرمقوله‌ها، و پیوند دادن مقوله‌ها در سطح ویژگی‌ها و ابعاد صورت می‌گیرد. در این مرحله، پژوهشگر، یک مقوله مرحله کدگذاری باز را انتخاب کرده و آن را در مرکز فرآیندی که در حال بررسی آن است به‌عنوان پدیده مرکزی قرار می‌دهد. این پدیده مرکزی دارای ویژگی‌های از قبیل: آن مقوله محور باشد؛ همچنین باید به‌کرات در داده‌ها ظاهر شود. این بدان معناست که در همه یا تقریباً همه موارد، نشانه‌هایی وجود دارند که به آن مفهوم اشاره می‌کنند.
کدگذاری انتخابی	در این مرحله بر اساس نظریه داده بنیاد، به‌منظور طراحی الگوی پارادایمی، یکی از مقوله‌ها به‌عنوان مقوله اصلی در فرآیند مورد بررسی تعیین و مقوله‌های دیگر به‌طور نظری به آن مرتبط می‌گردد.
شش مؤلفه/طبقه در الگوی پارادایمی نظریه زمینه‌ای	۱. شرایط علی؛ مقوله‌هایی مربوط به شرایطی که بر مقوله محوری تأثیر می‌گذارند ۲. شرایط زمینه‌ای؛ شرایط خاصی که بر راهبردها تأثیر می‌گذارند ۳. مقوله پدیده هسته‌ای؛ یک صورت ذهنی از پدیده‌ای که اساس فرآیند است ۴. شرایط مداخله‌ای؛ شرایط زمینه‌ای عمومی که بر راهبردها تأثیر می‌گذارند ۵. راهبردهای کنشی؛ کنش‌ها یا برهم‌کنش‌های خاصی که از پدیده محوری منتج می‌شود ۶. پیامدها؛ خروجی‌های حاصل از استخدام راهبردها. (Strauss & Corbin, 2015)
بیماری‌های جنسی واگیردار	بیماری‌های مقاربتی به آن دسته از بیماری‌هایی اطلاق می‌شود که به‌طور عمده از طریق رابطه جنسی منتقل می‌شوند. این بیماری‌ها جزء شایع‌ترین بیماری‌های عفونی هستند. که مسبب عوارض جبران‌ناپذیری می‌شوند. (Shim, 2011)

1. core category
2. contextual condition
3. main phenomenon
4. Environmental conditions
5. Action strategies
6. Consequences

همچنین جهت تعیین قابلیت اطمینان و کفایت داده‌ها از سه روش استفاده شد:

۱. کنترل و اعتبار یابی توسط گروه نمونه: در این روش مصاحبه‌های ضبط و ثبت شده برای اطمینان بیشتر به مصاحبه‌شونده‌ها بازگشت داده می‌شد تا از صحت اطلاعات ارائه شده، پژوهشگر را مطلع سازند.
۲. استفاده از نظارت همکاران متخصص: در این روش، دو نفر از متخصصان به‌عنوان داور، بخشی از مصاحبه‌ها را مورد تحلیل قرار داده و تحلیل‌های آنها با تحلیل‌های پژوهشگر، مقایسه شده و در نهایت توافق کلی حاصل گردید.
۳. مقایسه‌های تحلیلی: در این روش به داده‌های خام رجوع شد تا ساخت‌بندی نظریه با داده‌های خام مقایسه و ارزیابی شود.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر داده‌ها در سه سطح کدگذاری باز^۱، محوری^۲ و انتخابی^۳ تجزیه و تحلیل شدند (Strauss & Corbin, 2015). در طول مرحله کدگذاری باز مقوله‌های اولیه اطلاعات در خصوص پدیده در حال مطالعه، به‌وسیله بخش‌بندی اطلاعات شکل گرفتند. همچنین پژوهشگر در این رهیافت به تحلیل جزئی پرداخت یا به بیان دیگر، متون و داده‌های مصاحبه را خط به خط و کلمه به کلمه تحلیل کرد. در مرحله کدگذاری محوری فرآیند ربط‌دهی مقوله‌ها به زیر مقوله‌ها و پیوند دادن مقوله‌ها در سطح ویژگی‌ها و ابعاد صورت گرفت.

در این مرحله، پژوهشگر، یک مقوله مرحله کدگذاری باز را انتخاب کرده و آن را در مرکز فرآیندی که در حال بررسی آن است به‌عنوان پدیده مرکزی قرار می‌دهد. در مرحله آخر یعنی کدگذاری انتخابی بر اساس نظریه زمینه‌ای به‌منظور طراحی الگوی پارادایمی، یکی از مقوله‌ها به‌عنوان مقوله اصلی در فرآیند مورد بررسی تعیین و مقوله‌های

-
1. Open Coding
 2. Axial Coding
 3. Selective Coding

آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی... ، تقوی و آقاجانی | ۱۳۵

دیگر به‌طور نظری به آن مرتبط می‌گردد. با توجه به توضیحات فوق و با دستیابی به اشباع نظری در مصاحبه، ۸۲ کد باز شناسایی شدند، که در ۱۲ زیر مقوله (کدگذاری محوری) و در ۵ مقوله اصلی (کدگذاری انتخابی) طبقه‌بندی شدند. جدول ۴ دسته‌بندی کدهای استخراج شده را نشان می‌دهد.

جدول ۴- کدگذاری و مقوله‌بندی اطلاعات

کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری
نگرانی از نداشتن زندگی سالم در آینده ایجاد بیماری‌های جدی و غیرقابل شناخت عدم سواد کافی در مورد بیماری‌ها و طریقه انتقال آن‌ها عدم شناخت خصوصیات رفتاری و اجتماعی افراد مبتلا کل‌نگری و عدم توجه به تمام ابعاد بیماری‌های مقاربتی نگرانی نسبت به ناآگاهی و شناخت از ابعاد گسترده کلیه بیماری‌های جنسی و پیامدهای آن	عدم آگاهی و شناخت از بیماری‌ها جنسی
فشارهای محیط از جمله همسالان به‌صورت قلدری فشار فردی و روانی نوجوان وابستگی به گروه همسالان جنگیدن با پدر و مادر بر سر هویت، اثبات هویت، اثبات استقلال تضاد دیدگاه‌های والدین و نوجوانان، آموزش غیرمستقیم از دوستان، دیدن فیلم‌های مبتذل با دوستان تماشای فیلم‌های مبتذل با دوستان صحبت کردن با دوستان درباره رابطه جنسی نظر مثبت دوستان درباره رابطه جنسی یادگیری رفتارهای جنسی از دوستان بزرگ‌تر گذراندن اکثر اوقات با دوستان نقش دوستان درباره پیدا کردن دوست‌دختر/پسر	فشارهای محیط، دخالت همسالان و شکاف نسل‌ها
اولویت دادن به ارزش‌های فرهنگی و دینی آرمان‌گرایی در امر آموزش عدم تمرکز روی مهارت‌های زندگی بی‌بندوبار شدن نوجوانان	تفاوت برداشت‌ها از آموزش جنسی

کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری
<p>پاره شدن پرده حیا بین فرزندان و والدین عدم لزوم آموزش جنسی و خود مراقبتی نوجوانان عدم کنترل نوجوانان با آموزش جنسی دلسوزی غلط و افراطی افراد بدون سواد تربیت جنسی پیروی از تابوی موجود در جامعه بی‌توجهی به محدودیت‌های دینی و فرهنگی</p>	
<p>تربیت جنسی در مرحله گذار در جامعه تعارض و تضاد ارزش‌های فرهنگی و مذهبی، قومی قبیله‌ای و خانوادگی اختلاف نظر در نوع خانواده‌ها (خانواده هسته‌ای و خانواده گسترده، خانواده مهاجر) بی‌توجهی به سلامت جنسی بچه‌ها تفاوت نگرش‌ها و دیدگاه‌های مسائل مرتبط با تربیت جنسی زندگی مدرن شهری و گسترش بی‌تفاوتی در روابط اجتماعی تأثیر آزادی جنسیتی بر نوع رابطه در جامعه حس انتقام‌گیری از شرایط جامعه تأثیر محدودیت‌های جنسی بر افزایش لذت رابطه نقش جدایی جنسیتی بر تمایل به رفتارهای جنسی</p>	<p>مسائل اجتماعی و فرهنگی</p>
<p>بیکاری و یا درآمد پایین فقر ادراک شده گرانی و مشکلات معیشتی خانواده مخارج و هزینه‌های زندگی ضعف برنامه‌های اقتصادی برای بالا بردن سطح درآمد خانواده تمایل به رفتارهای جنسی جهت تن‌فروشی و خودفروشی برای رفع نیازهای مالی کسب بالا رفتن سطح رابطه جنسی در صورت پولدار بودن کسب درآمد با رابطه جنسی در صورت فقر تعدد رابطه جنسی در صورت وضع اقتصادی بالاتر عدم حمایت مالی خانواده از دختر و تأمین وسایل موردنیاز زندگی عدم حمایت مالی خانواده از پسر برای ازدواج تمایل به رابطه جنسی به خاطر پول در صورت وضع مالی ضعیف</p>	<p>مسائل و مشکلات اقتصادی</p>

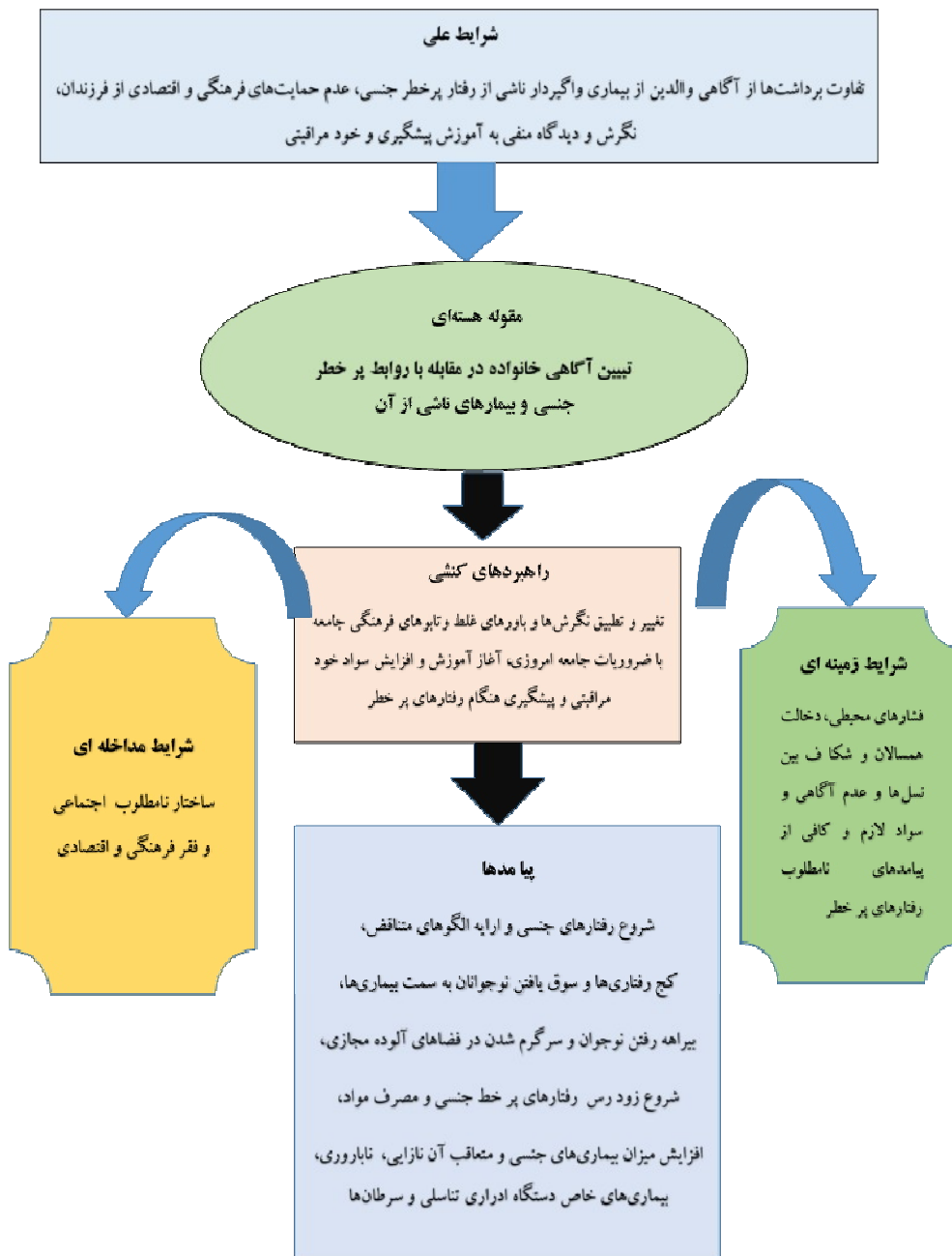
آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی...، تقوی و آقاجانی | ۱۳۷

کدگذاری محوری	کدگذاری انتخابی
عدم حمایت‌های جدی مادی و معنوی	نداشتن حمایت و سواد کافی برای مشورت توسط، اولیاء و مربیان نداشتن حمایت کافی از خانواده توسط نهاد مدرسه و دوستان و نزدیکان بی‌اعتمادی به دین و مبلغان دینی جامعه و ارزش‌های معنوی گرایش پایین به مناسک مذهبی و شعائر دینی بی‌توجهی به موضوعات و کاهش اعتقادات مذهبی و معنوی کاهش پایبندی به انجام تکالیف شرعی
درک آموزش و پیشگیری و خود مراقبتی	عدم پیش‌بینی کج رفتاری‌ها و سوق یافتن جوانان به سمت بیماری‌ها عدم درک درست از خود مراقبتی و پیشگیری عدم استفاده از وسایل خود مراقبتی بی‌توجهی به مقوله پیشگیری و خود مراقبتی مبارزه با افکار پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها در ارتباط با پیشگیری از بیماری‌ها
پیش‌بینی شروع رفتارهای جنسی و ارائه الگوهای متناقض	یادگیری رفتارهای جنسی و برداشت آن در افراد متفاوت ترس خانواده‌ها از یادگیری فرزندان و فروریختن تابوها شروع رفتارهای جنسی زودرس و بروز آثار روانی نامطلوب در فرزندان بی‌توجهی و عدم نظارت خانواده‌ها بر رفتار فرزندان عدم حمایت عاطفی خانواده از فرزندان و گرایش آنها به جنس مخالف
شکل‌دهی نگرش‌ها و باورها در زمینه خود مراقبتی	نگرش‌های هم چون بلوغ زودرس و عدم کنترل دقیق فرزندان ممانعت از بی‌راهه رفتن فرزندان و سرگرم شدن آنها به اعتیاد و رفتارهای پرخطر جلوگیری از دور شدن حال و هوای درس و مدرسه و پیوستن آنها به دنیای مجازی و فضای جنسی آن ایجاد تغییرات مثبت و منفی همگون با فضای خانواده سنتی خودداری از رفتارهای موقتی برای رهایی از فشار جامعه و گروه همسالان رفع مشکلات اعتمادسازی در گروه همسالان
آغاز آموزش و پیشگیری و خود مراقبتی	ایجاد فرصت‌های مناسب جهت آموزش ایجاد آمادگی ذهنی و روانی هر فرد ایجاد تجارب مثبت و مفید و استفاده آنها در طول زندگی گرایش به آموختن خود مراقبتی و انعکاس آن در طول زندگی اجتماعی گرایش به روش‌های اخلاقی مشترک پسندیده در بین همسالان

کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری
بررسی سود و زیان و ایجاد حس شک و تردید در بین خانواده‌ها دوگانگی در بین رفتارها و احساسات شخصی اولویت‌بندی معیارهای اخلاقی و تداخل آن با معیارهای اجتماعی ترس و نگرانی از آینده و کارایی این آموزش‌ها در زندگی شخصی فرد	دوسویه‌گرایی آموزش خود مراقبتی
عدم تمایل به آموزش تربیت جنسی و کارشنکی در سر راه نظام آموزشی ایجاد اختلاف بین والدین و فرزند افزایش شکاف فکری بین والد و فرزند مشکلات روحی و روانی و عاطفی و درخواست‌های نا به‌جای فرزندان کمال‌گرایی نوجوانان در زندگی نگرانی از آموزش تربیت جنسی کم‌رنگ شدن اعتمادبه‌نفس و احساس درماندگی و ناتوانی والدین	نگرش منفی به آموزش تربیت جنسی و خود مراقبتی

الگوی پارادایمی در روش نظریه زمینه‌ای، دربرگیرنده پنج مؤلفه/طبقه است که با استفاده از آن‌ها می‌توان به روش منظم درباره داده‌ها فکر کرد و آنها را به صورتی پیچیده به یکدیگر مرتبط نمود. این الگو در واقع پاسخ اصلی به سؤال محوری پژوهش یعنی " آگاهی خانوادگی در خصوص بیماری‌های جنسی و پیامدهای ناشی از آن بر رفاه و شاخص‌های توسعه اجتماعی" بود. که شامل مقوله‌های شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌ای، مقوله هسته‌ای، راهبردهای کنشی و پیامدها است.

پس از مقوله‌بندی انجام‌شده، پارادایم این فرآیند نیز حاصل گردید که قادر است هم به پرسش‌های پژوهش پاسخ دهد و هم منشأ تولید پرسش‌های جدید شود. برای رسیدن به این هدف تمامی مقولات عمده برحسب جنبه‌های شرایطی، تعاملی و پیامدی با یکدیگر تلفیق شده و یک الگوی انتزاعی و عمومی که بیانگر سؤال اصلی پژوهش بود استخراج گردید. الگوی زمینه‌ای نیز پیرامون مقوله نهایی بعدازآن، ترسیم شد. این الگو در واقع پاسخ اصلی به سؤال محوری پژوهش یعنی " آگاهی خانوادگی در خصوص بیماری‌های جنسی و پیامدهای ناشی از آن بر رفاه و شاخص‌های توسعه اجتماعی" بود. شواهدی که از اظهارات پاسخ‌دهندگان برای برخی از طبقات نامبرده در ادامه آمده است.



نمودار ۱- الگوی پارادایمی تبیین آگاهی خانواده در مقابله با روابط پرخطر جنسی و بیماری‌های ناشی از آن بر رفاه و شاخص‌های توسعه اجتماعی، بر اساس نظریه زمینه‌ای

پیامدها: خلأ روابط عاطفی و ازهم‌پاشیدگی خانواده، آشفتگی در روند زندگی، کاهش اعتماد به نفس و خودکارآمدی پایین، کاهش انگیزه درونی، کاهش حس هدفمندی در زندگی، نازایی و ناباروری و بیماری‌های خاص دستگاه ادراری تناسلی و سرطان‌ها. همه این موارد بخصوص بیماری‌ها بروی کیفیت زندگی و خدمات بهداشتی و نهایتاً رفاه اجتماعی و کاهش شاخص‌های توسعه اجتماعی تأثیرگذار هستند.

شرایط علی: سطح پایین سواد والدین، حمایت عاطفی پایین از سوی والدین، چالش‌های ذهنی و عینی و رفتاری در خانواده، تعارض در خانواده، درآمد پایین خانواده. شرایط زمینه‌ای: اعتیاد به فضای مجازی، شرایط ناهنجار زندگی، جو نامطلوب اجتماعی، روابط با همسالان نامناسب،

راهبردهای کنشی: ارائه مشاوره فنی و تخصصی در خانواده‌ها در زمینه رفتارهای پرخطر جنسی و پیامدهای ناشی از آن، حمایت عاطفی والدین از فرزندان، روابط صمیمی والدین با فرزندان و بالعکس، نظارت مناسب والدین بر روی رفتار فرزندان، تأکید در کودکی بر خود مراقبتی و تربیت جنسی آنان
شرایط مداخله‌ای: ساختار نامطلوب اجتماعی و فقر فرهنگی و اقتصادی

مقوله‌های شرایط علی:

نگرش منفی به آموزش تربیت جنسی و خود مراقبتی:

خود مراقبتی بهترین شکل مراقبت اولیه در کشورهای توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه می‌باشد. در هرم مراقبت از سلامت، مراقبت از خود در رأس هرم قرار گرفته که نشان‌دهنده اهمیت آن به عنوان اولین منبع در دسترس هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی است. (محمد پور، ۱۳۹۵: ص ۴). یکی از نشانه‌های توسعه یافتگی افزایش سواد بهداشتی افراد جامعه می‌باشد. می‌توان گفت در سایه این سواد ضروری، رفاه خانواده با هزینه‌های کمتری تأمین می‌شود و خانواده فرصت بیشتری برای رشد و شکوفایی استعدادها در زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی پیدا می‌کند.

زمانی که نیرو و استعداد افراد بواسطه بیماری‌های لاعلاج و غیرقابل درمان هدر نرود. و منابع و ذخایر مالی و ارزی پس‌انداز شود، برنامه‌های دولت نیز جهت رفاه و توسعه‌یافتگی جامعه با چالش‌های کمتری مواجه می‌شود. نکته قابل توجه این است که شکاف زیادی بین تفکرات والدین و فرزندان در مورد خود مراقبتی و تربیت جنسی وجود دارد. نوجوانان با توجه به روحیه کمال‌گرایی، تفکرات ایده آل‌گرایانه ای نسبت به زندگی و جنس مخالف دارند. نگرش منفی والدین نسبت به آموزش و تربیت جنسی سد محکمی در قبال "آموزش تربیت جنسی و خود مراقبتی" می‌باشد. حتی خواسته و ناخواسته با افکار منفی پدر بزرگ‌ها و مادر بزرگ‌ها همراهی می‌کنند.

مصاحبه شونده شماره ۹ مادر سه فرزند:

"هم دختر و هم پسر از حرف زدن با ما فرار می‌کنند. چه برسه بخواهیم در مورد این جور چیزا صحبت کنیم. پدر شون خواسته باهاشون صحبت کنه ولی زیربار نرفتند و پیچوندن. اصلاً دوست ندارند به دقیقه هم در این مورد چیزی بشنون".

تفاوت برداشت‌ها از آموزش جنسی:

در این مقوله والدین سه دسته می‌شوند: دسته اول معتقدند، آموزش جنسی سبب می‌شود پرده حیا بین والدین و فرزندان از بین برود و در واقع دلسوزی‌های غلط و افراطی افراد بدون سواد تربیت جنسی سبب مخالفت آنها با تربیت جنسی می‌باشد. و معتقدند کنترل آنها بر روی رفتارهای فرزندان سخت و غیرممکن می‌شود و فرزندان‌شان اهمیتی برای ارزش‌های فرهنگی و دینی قائل نمی‌شوند. دسته دوم والدین به صورت راسخ معتقدند رابطه جنسی تابوی دارد که نمی‌توان آن را در هم شکست.

دسته سوم نیز معتقد بودند: آموزش جنسی سبب عدم تمرکز روی مهارت‌های زندگی و بی‌بندوباری فرزندان آنها خواهد شد. همه این موارد ریشه در عدم تربیت جنسی خود والدین دارد

مصاحبه‌شونده شماره ۹ مادر سه فرزند:

"هم دختر و هم پسر از حرف زدن با ما فرار می‌کنند. چه برسه بخواهیم در مورد این جور چیزا صحبت کنیم. پدر شون خواسته باهاشون صحبت کنه ولی زیربار نرفتند و پیچوندن. اصلاً دوست ندارند یه دقیقه هم در این مورد چیزی بشنوند".

عدم حمایت‌های مادی و معنوی:

حمایت‌های مادی و معنوی در رفاه مؤثرند. رفاه اجتماعی تعبیری است معطوف به وضعیت اقتصادی، اجتماعی و سیاسی که حفظ کرامت انسانی و مسئولیت‌پذیری افراد جامعه در قبال یکدیگر و ارتقای توانمندی‌ها از اهداف آن است. در صورتی که حتی خانواده‌ها جهت مراجعه به مشاور، در مورد آموزش تربیت جنسی و خود مراقبتی توان مالی کافی را ندارند. عدم تأمین این هزینه‌ها سبب می‌شود. والدین به آموزش تربیت جنسی و خود مراقبتی اهمیتی ندهند. و از سوی دیگر کاهش اعتقادات مذهبی و معنوی هم می‌تواند منجر به بی‌توجهی به آموزش تربیت جنسی و خود مراقبتی فرزندان شود.

مصاحبه‌شونده شماره ۶ مادر ۳۵ ساله دارای یک فرزند:

"دوست دارم پسرمو بفرستم پیش مشاور ولی از شما چه پنهون خیلی خرج این کارا زیاده به پدرشم که میگم، حرفش آینه من زرننگ باشم شکمشو سیر کنم. خودش یاد میگیره چند تا مجلس مردونه بره همه چیو یاد می‌گیره".

مقوله‌های شرایط زمینه‌ای

عدم آگاهی و شناخت از بیماری‌ها به دنبال رفتارهای پرخطر:

در سال‌های اخیر با در نظر گرفتن ابعاد متنوع زندگی انسان، رفاه اجتماعی عبارت است از مجموعه سازمان‌یافته‌ای از قوانین مقررات، برنامه‌ها و سیاست‌هایی است که در قالب مؤسسات رفاهی و نهادهای اجتماعی به منظور نیازهای مادی و معنوی و تأمین سعادت

انسان ارائه می‌شود تا زمینه رشد و تعالی او را فراهم آورد. رشد و تعالی نیز همراه با دانش و آگاهی و شناخت بدست می‌آید. والدین از ابعاد گسترده بیماری‌های جنسی و طریقه انتقال آنها آگاهی ندارند و از عوارض بیماری‌ها برای فرزندان خود بی‌اطلاع هستند. سواد جنسی آنها در سطحی نیست که از بیماری‌های مانند سرطان‌های دستگاه تناسلی زنانه و مردانه، بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی، حاملگی‌های نابجا و ناباروری‌ها مطلع باشند.

مصاحبه‌شونده شماره ۷ مادر ۵۷ ساله دارای سه فرزند:

"این مریضی‌ها توقع داریم هم بودند من یادمه خالم بچه‌دار نمی‌شد مامانم می‌گفت میگن از شوهرشه، مثل اینکه برا کار می‌رفته به جایی دور از شهر خودشون به مریضی میگیره که یه سره خارش و سوزش داشته بعدشم میره دکتر میگه بچه‌دار نمیشی و خاله‌ام هم مجبور بود بسوزه و بسازه چون خودش مشکلی نداشت ولی شوهرش نمیتونست بچه دار بشه".

فشارهای محیط، دخالت همسالان و شکاف نسل‌ها:

در کنار شاخص‌های اصلی چند شاخص فرعی هم داریم یکی از آنها گذراندن اوقات فراغت می‌باشد. و تأکید بر پرشان این اوقات توسط مهارت‌های مفرح و مهارت‌های زندگی است. بچه‌ها به‌سادگی از هم می‌آموزند و تمایل به جدایی از خانواده در سنین نوجوانی دارند. و همین امر در درونشون سبب ناآرامی می‌شود. و از طرفی بین دیدگاه‌های والدین و فرزندان تضاد و شکاف زیادی در مورد رابطه با جنس مخالف وجود دارد. فشار فرهنگی هم مزید بر این شکاف نسلی می‌شود.

فرزندان در سنین نوجوانی به دلیل صمیمت زیادی که با دوستان خود دارند، ناخودآگاه از والدین خود فاصله می‌گیرند و این استقلال زودرس، کم‌کم در آنها شکل می‌گیرد. طوری که فرزندان در جمع دوستان خود درباره رابطه جنسی به‌صراحت صحبت می‌کنند و این امر در جمع دوستان و همسالان مورد تشویق قرار می‌گیرد. ولی هیچ‌گاه از والدین خود در این مورد راهنمایی نمی‌طلبند. حتی اگر به مشکلی بر بخورد.

مصاحبه‌شونده شماره یک مادر ۳۷ ساله دارای دو فرزند دوقلو:

"بچه‌های من با دوستانشون خیلی جیک تو جیکند. بارها دیدم با تلفن ساعت‌ها باهم گپ می‌زنند. دوستانشون هر چی میگن بی برو برگرد قبول می‌کنند. من اگر حرفی بهشون بگم به من میگن دست از سرم بردار همه به هم میگن "بچه‌ننه". منو تو حرفه‌اشون به حساب نمیارند. فکر می‌کنم چقدر تنهام. بچه‌هام سرشون تو لاک خودشونه".

مقوله‌های شرایط محیطی^۱

ساختار نامطلوب اجتماعی و فقر فرهنگی و اقتصادی

از مفاهیم محوری در تعریف رفاه اجتماعی حل یا کنترل مسائل اجتماعی است که یکی از آنها رفتارهای پرخطر و بیماری‌ها می‌باشد فقر فرهنگی سبب تفاوت دیدگاه‌ها و نگرش‌های والدین نسبت به تربیت جنسی وعدم اهمیت به سلامت جنسی فرزندان می‌شود. همچنین وضعیت نامطلوب اقتصادی خانواده سبب می‌شود، که فرزندان در زمان مناسب ازدواج نکنند و سبب بروز روابط جنسی نامشروع و رفتارهای پرخطر و گهگاه کسب درآمد از طریق تن‌فروشی و خودفروشی شود.

مصاحبه‌شونده شماره ۶ چنین گفت:

"من یک روز به مدرسه دخترم دعوت شدم و در مورد دوستی‌های بین پسرها و دخترها خیلی صحبت کردند. حتی گفتند چه بیماری‌های هست و دخترها وقتی حامله بشن به خانواده شون چیزی نمیگن و میرند سقط می‌کنند. جالبه مامانا همش می‌گفتند خودتون به بچه‌هامون بگین ما رومون نمیشه. اگر جامعه مون بهتر بود این جور نبود، خب واقعاً دختر پسر مجبور نمی‌شدن این کارا رو بکنن. آگه این قدر مثلاً گرونی و این جور چیزا نبود شرایط ازدواج دختر پسر با هم دیگه مثلاً مهیا می‌شد زودتر با هم دیگه ازدواج می‌کردن که دیگه این اتفاقاً پیش نیاد که مثلاً برن با دختری که مثلاً محرمشون نیست این کارا رو بکنن خودشونم به مشکل بر بخورن. به نظرم وضع پولی اصلاً خوب نیست".

مقوله‌های پدیده هسته‌ای^۱:

درک آموزش و پیشگیری و خود مراقبتی:

از شاخص‌های رفاه اجتماعی در ایران می‌توان به دسته اول: آموزش و پرورش، بهداشت و درمان، تغذیه، مسکن دسته دوم شامل: جنبه‌های اطلاعاتی و فرهنگی، سوادآموزی، آموزش و پرورش، کتابخانه‌ها، روزنامه‌ها و دسته سوم مربوط به مسائل اجتماعی مانند: حقوق بشر، وضعیت زنان، مشارکت، برابری، امنیت فردی، کودکان کار، استعمال مواد مخدر و فساد و وضعیت محیط‌زیست است. دسته چهارم شاخص‌ها مربوط به ذهن و جان آدمی شامل: خوشبختی، احساس امنیت، رضایت‌مندی، آرامش، امید به زندگی و مشابه آن اشاره کرد. (اکبری، ۱۳۸۰: ۳۴)

والدین باید آمادگی ذهنی و روانی لازم را در ارتباط با آموزش مسائل جنسی و بایدها و نبایدهای آن داشته باشند. تا این شاخص‌های مطرح شده بتوانند اجرا شوند آنچه که از همه مهم‌تر است درک و دریافت ضرورت آموزش فرزندان جهت خود مراقبتی در قبال رفتارهای پرخطر می‌باشد. آموزش خود مراقبتی، خودبه‌خود پیشگیری از بیماری‌ها را به دنبال دارد.

مصاحبه‌شونده شماره ۷ پدر دارای دو فرزند پسر:

"من دو تا پسر دارم برای اینکه پی کارهای بد و خلاف نروند سعی می‌کنم باهاشون خیلی عیاق بشم ولی حرف بابا خدا بیامرزم تو گوشه که "باید بین خودت و بچه‌ها همیشه یه پرده حجاب باشه" ولی خودم همیشه براشون از دوست شدنهام و رفت و آمدهام با دخترها میگم تا حواسشون جمع باشه. یه سری از موارد هم که مربوط به بدنشونه میگم. ولی خب بازم حجب و حیا اجازه نمیده خیلی چیزها را بگم دوست دارم یکی دیگه بگه".

پیش‌بینی شروع رفتارهای جنسی و ارائه الگوهای متناقض:

از عناوین دسته اول شاخص‌های توسعه سوادآموزی و آموزش و پرورش می‌باشد. به علت ضعف آموزش در والدین و عدم سواد کافی جنسی والدین هیچ‌گونه اهمیتی به آموزش مسائل جنسی به فرزندان خود نمی‌دهند. ترس خانواده‌ها از فروریختن تابوی رفتارهای جنسی و شروع رفتارهای جنسی زودرس، عدم توانایی در حمایت عاطفی والدین از فرزندان، و تمایل فرزندان به داشتن ارتباط با جنس مخالف. همه این موارد سبب شانه خالی کردن والدین از زیر بار مسئولیت و محول کردن آن به مدرسه و دانشگاه می‌باشد. و الگوی متناقض حمایت و سلب مسئولیت اتفاق می‌افتد.

مصاحبه‌شونده شماره ۱۰:

"واقعیت اینه که با سؤال شما به فکر افتادم که ای دادو بی‌داد چقدر مهمه و چقدر من عقیم که نمیدونستم باید در این مورد با بچه‌هام صحبت کنم و خیلی چیزها رو بهشون بگم. ولی از بس از این ور و اونور شنیدم که اصلاً تو این حرفها وارد نشی. بزار خودشون یاد می‌گیرند. بزار برند دبیرستان همه چیو یاد می‌گیرند. هر کس چیزی می‌گفت. نمیتونستم تصمیم بگیرم".

مقوله‌های راهبردهای کنشی:

نگرش‌ها و باورها در زمینه خود مراقبتی:

یکی از ابعاد الگوهای رفاه اجتماعی بعد زیستی می‌باشد. که شامل سلامت جسمی در مقابل معلولیت و بیماری است. و سلامت روانی بعد دوم می‌باشد (ترکیب جمعیت، هرم سنی، امید به زندگی و تغذیه). بعد زیستی حامی خود مراقبتی است. نگرش‌های هم چون بلوغ زودرس و عدم کنترل دقیق فرزندان، سرگرم شدن آن‌ها به اعتیاد و رفتارهای پرخطر، دور شدن از حال و هوای درس و مدرسه و پیوستن آن‌ها به دنیای ناامن مجازی و فضای جنسی موجود در آن، سبب عدم پذیرش شرایط موجود برای خانواده‌ها می‌شود. تغییر

باورها، نظرات ناهمگون مثبت و منفی که با بافت خانواده سنتی در تضاد است را تحت تأثیر قرار می‌دهد. و مشکلات اعتمادسازی در گروه همسالان را به راحتی از بین می‌برد. با تغییر نگرش‌ها و باورها، اشتیاق آموزش در والدین اتفاق می‌افتد. بروز اشتیاق سبب ایجاد آمادگی و پذیرش دانش جنسی در فرزندان می‌شود. افزایش دانش و سواد جنسی، باعث پیشگیری از رفتارهای پرخطر و بیماری‌ها می‌شود.

در ارتباط با مقوله فوق مصاحبه‌شونده شماره ۲ چنین گفت:

"بچه‌ها تو سن بلوغ حرف‌های درگوشی زیاد با هم می‌زنند. حتی کاری رو که نکرده‌اند بلوف می‌زنند، ما این غلط‌ها را می‌کنیم. الان هم با این فضای مجازی که خیلی خفنه و به راحتی هر چی که بخوان تو دسترس شونه. ولا من فکر می‌کنم خیلی باید بچه‌ها رو آموزش بدیم. نزاریم از این ور و انور چیزهای نامربوط یاد بگیرند".

آغاز آموزش و افزایش سواد خود مراقبتی و پیشگیری هنگام رفتارهای پرخطر:

رفاه به‌عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات اجتماعی روز، مفهوم ذهنی، عینی، فردی، جمعی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیستی و حقوقی است و خصلت پویا و تغییر یابنده آن موجب می‌شود. متناسب با تحولات جامعه و دگرگونی در نیازها و انتظارات، این مفهوم با تغییراتی مواجه شود. ایجاد فرصت‌های مناسب جهت شروع آموزش، و آمادگی ذهنی و روانی هر فرد، ایجاد تجارب مثبت و مفید و استفاده آن‌ها در طول زندگی، گرایش به آموختن خود مراقبتی و انعکاس آن در طول زندگی اجتماعی، سبب می‌شود گرایش به روش‌های اخلاقی مشترک در بین همسالان بسیار کم‌رنگ شود و نقش والدین در تربیت جنسی بچه‌ها پررنگ‌تر بشود.

مصاحبه‌شونده شماره ۵ چنین گفت:

"من خودم همین طوری از این ور و انور از خاله و عمه یه چیزهای شنیدم ولی

هیچ وقت نشد که مامانم بصورت مستقیم با من حرف بزنه اصلاً باور کنید آرزو به دل بودم، مامانم با هم صمیمی باشه. مامان بعضی از دوستانم خیلی با بچه‌هاشون صمیمی بودند. ولی پدر و مادرم می‌گفتند چشم و گوش بچه رو نباید باز کرد. بچه باید سرش تو درس و مشق باشه. من خودم میگم اول پدر و مادر باید بدوند تا به بچه‌هاشون بگن. ولی متأسفانه ما پدر و مادرها هم خودمون نمیدونیم. اصلاً نمیدونیم از کجا باید بگیم و چی بگیم."

مقوله پیامدها

بیراهه رفتن نوجوان و سرگرم شدن در فضاهای آلوده مجازی

رژیم رفاهی از ابداعات فر، هنگی انسان مدرن و مدرنیته است. این امر ابتدا در جوامع اروپایی و غرب اتفاق افتاد سپس به دیگر ممالک کشیده شده است. متأسفانه فرزندان زمان زیادی را در فضای مجازی، بدون نظارت خانواده‌ها سپری می‌کنند. والدین هم نمی‌توانند نظارتی بر روابط دختر و پسر در فضای مجازی داشته باشند. امروزه هم به دلیل استفاده از اینترنت در امر آموزش، کنترل استفاده از فضای مجازی بسیار سخت شده است. و خود این مسئله نیز نیاز به آموزش والدین دارد تا فرزندان بتوانند هم بهره مفید از این فضا ببرند و هم آنها بتوانند، مانع آسیب‌های عمیق و غیرقابل جبران شوند.

مثلاً مصاحبه‌شونده شماره ۲ چنین گفت:

"الآن تلگرام و گوشی‌های پیشرفته کار دختر، پسر رو آسون کرده. کسی زیاد نمی‌فهمه. الآن همه سرشون داخل گوشی‌هاشونه، عادی شده. احتمال افشای این رابطه‌ها تقریباً صفره. مگر زن و شوهرها بفهمن. دیگه کاری با آدم ندارن که کجا میرم و میام. بچه‌ها همش سرشون تو گوشیه. با هم قرار میدارن. اگر سر قرارت نری، یه وقتی حتی تهدید به اخاذی می‌کنند."

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف آگاهی خانواده در خصوص بیماری‌های جنسی و پیامدهای آن بر رفاه و شاخص‌های توسعه اجتماعی، بر اساس نظریه زمینه‌ای انجام شد. در این بخش به تبیین الگوی پارادایمی پژوهش حاضر بر اساس نظریه زمینه‌ای می‌پردازیم. در الگوی پارادایمی که توسط استراوس و کوربین (۲۰۱۵: ۳۳). ارائه شد، توجه به عناصر پنج‌گانه (شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌ای، راهبردهای کنشی و پیامدها) در تبیین نظریه مطرح شده مورد تأکید قرار گرفته است؛ بنابراین بحث و نتیجه‌گیری ناظر بر تشریح الگوی پیشنهادی بر اساس این عناصر است. شرایط علی (تأثیرگذار): به شرایطی اطلاق می‌شود که عامل اصلی عدم آگاهی والدین از بیماری‌های جنسی و پیامد آن بر رفاه و شاخص‌های توسعه اجتماعی می‌باشد.

پژوهش حاضر تفاوت برداشت‌ها از آگاهی والدین از بیماری و اگیردار ناشی از رفتار پرخطر جنسی، عدم حمایت‌های فرهنگی و اقتصادی از فرزندان، نگرش و دیدگاه منفی به آموزش جهت پیشگیری و خود مراقبتی به‌عنوان عوامل مؤثر بر مقوله اصلی پژوهش حاضر شناسایی شدند. شرایط زمینه‌ای: زمینه، نشانگر سلسله خصوصیات ویژه‌ای است که به پدیده‌ای دلالت می‌کند؛ به عبارت دیگر زمینه، عبارت است از سلسله شرایط خاصی که در آن راهبردهای کنش متقابل برای اداره، مدیریت و پاسخ به پدیده مقوله اصلی صورت می‌گیرد.

اجزای تشکیل دهنده شرایط زمینه‌ای در پژوهش حاضر عبارت‌اند از: وجود زمینه‌های مخاطره‌آمیز در درون خانواده، تأثیر رسانه‌ها و اعتیاد به فضای مجازی، گرایش به سبک زندگی ناهنجار، خطر جویی، هیجان‌طلبی، کنج‌کاو‌ی بویژه در بین نوجوانان، جو نامطلوب اجتماعی، روابط با همسالان نامناسب، فشار ناشی از مشکلات مربوط به بهداشت روان، شکست‌های تحصیلی و افسردگی، شیوه‌های نامناسب فرزند پروری، دخالت همسالان و شکاف بین نسل‌ها و عدم آگاهی و سواد لازم و کافی از پیامدهای خطر به‌عنوان شرایط زمینه‌ای مقوله اصلی پژوهش حاضر شناسایی شدند. شرایط مداخله‌ای مؤثر بر راهبردها:

شرایط واسطه‌ای شرایط کلی و وسیعی هستند که بر چگونگی کنش متقابل و راهبردهای پیشنهادی اثر می‌گذارند (Strauss & Corbin, 1990) (ترجمه محمدی، ۱۳۸۵: ۲۸).

بر اساس مصاحبه‌های صورت گرفته شرایط واسطه‌ای مورد نظر در پژوهش حاضر ساختار نامطلوب اجتماعی و فقر فرهنگی و اقتصادی و روانشناختی بودند. راهبردهای کنشی: راهبردهای مورد نظر در نظریه داده بنیاد به ارائه راه‌حلی برای مواجهه با پدیده مورد مطالعه اشاره دارد. به عبارت دیگر هدف راهبردها اداره کردن، نحوه برخورد، انجام رساندن و حساسیت نشان دادن نسبت به پدیده است. در مطالعه حاضر تغییر تابوهای فرهنگی و باورهای غلط و تطبیق نگرش‌های افراد با ضروریات جامعه امروزی، آموزش و افزایش سواد خود مراقبتی و پیشگیری هنگام رفتارهای پرخطر راهبردهای کنشی مقوله اصلی پژوهش حاضر هستند. پیامدها: کنش‌ها و واکنش‌هایی هستند، که برای مقابله با مدیریت پدیده صورت می‌گیرد، و پیامدهای جبران‌ناپذیری را در پی خواهند داشت.

پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان مؤلفه‌هایی مانند شروع رفتارهای جنسی و ارائه الگوهای متناقض، کج‌رفتاری‌ها و سوق یافتن نوجوانان به سمت بیماری‌ها، بیراهه رفتن نوجوانان و سرگرم شدن در فضاهای آلوده مجازی، شروع زودرس رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف مواد، افزایش میزان بیماری‌های جنسی و متعاقب آن نازایی، ناباروری، و حاملگی‌های خارج از رحم، بیماری‌های خاص دستگاه ادراری تناسلی و سرطان‌ها را مطرح کردند. همه این موارد به علت هزینه‌های درمانی، پیامدهای ویژه‌ای بر رفاه و شاخص‌های اجتماعی دارند. نتایج فوق موافق با یافته‌های اخترخاوری و ندرلو (۱۳۹۸: ۲۳۰)، صادقی (۱۳۹۸: ۴۸) و خدابنده‌لو و همکاران (۱۳۹۷: ۲۴۸) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی یک گروه از بیماری‌های عفونی ناشی از ویروس‌ها، باکتری‌ها، قارچ‌ها، انگل‌ها، پروتوزوئیدها و یا وابسته به آن‌ها هستند، که از شخصی به شخص دیگر طی تماس جنسی از دستگاه تولیدمثل یک شریک جنسی به دستگاه تولیدمثل، مقعد، دهان و یا حلق دیگری منتقل می‌شوند. این بیماری‌ها به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی در سراسر جهان بسیار

شایع هستند (Dutra, et al, 2014: 16). و پیامدهای بسیاری از جمله عوارض شدید باروری، آسیب و مرگ نوزادی را به دنبال داشته و به لحاظ اقتصادی هزینه‌های بسیاری را به همراه می‌آورند؛ به گونه‌ای که هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی سالانه این بیماری‌ها در آمریکا معادل ۱۶ میلیارد دلار برآورد شده است (Mark, et al, 2015: 37).

داشتن بیماری و پرداخت هزینه‌های درمان طی سال‌های متمادی تحمیل بار اقتصادی به بودجه کشور از طریق افزایش هزینه‌های درمان و مراقبت‌های پزشکی برای وزارت بهداشت و درمان، افزایش هزینه برای نیروی انتظامی، نیروی قضایی، همه موارد به علت بار سنگین مالی، بر روی رفاه اجتماعی و شاخص‌های توسعه تأثیرگذار است. برای تغییر رفتار و ارتقای سلامت جنسی و پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی در بین افراد باید ساختار جنسی و باورهای آنان را کشف کرد. گفتن این جمله که بیماری‌های آمیزشی خطرناک هستند و سبب عوارض جبران‌ناپذیری در بین افراد می‌شوند کافی نیست، بلکه باید آنها را توانمند ساخت و به خانواده‌ها، راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها و خود مراقبتی را در سنین نوجوانی آموخت. و از کودکی بر روی تربیت جنسی تأکید داشت.

شناخت، کنترل و کاهش عوامل خطرآفرین و تهدیدکننده کودکان و نوجوانان نیز مسئله بسیار مهمی است که باید توسط تمامی نهادهای اجتماعی مانند خانواده و نهادهای مردمی و دولت مورد نظر قرار گیرند. در پزشکی پیشگیری رکن اساسی است و با شناخت علت بیماری‌ها، روش جلوگیری از بروز بیماری‌ها نیز تعلیم داده می‌شود. البته به نحوی که برای گروه مخاطب قابل درک باشد و تناسب لازم با زندگی آنان داشته باشد (لرکی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۴). در رویکرد پیشگیری به‌طور معمول دو یا چند مورد از این موارد باید آموزش داده شود.

(۱) مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری (۲) مهارت‌های مقابله با فشارهای بین فردی و رسانه‌ای (۳) افزایش خودکنترلی و عزت‌نفس (۴) مقابله و کنترل استرس و اضطراب (۵) مهارت‌های اجتماعی به‌صورت کلی (۶) جرأت ورزی و ابراز وجود (محسنی تبریزی، ۱۳۹۳: ۳۲۱). میزان آگاهی، نوع نگرش و عملکرد ما، بیشترین نقش را در تربیت رفتارهای

جنسی سالم فرزندان دارد. جایگاه غریزه جنسی در میان مشکلات و معضلات متعدد این عصر، جایگاه مطرحی است. مشکل روابط ناهنجار جنسی امروز بی‌تردید یکی از مسائل است که ذهن بشر را به خود مشغول کرده است.

غالب جوامع در قرن حاضر به بحران‌های جنسی دچار گردیده‌اند که شکل حادی به خود گرفته و هر روز به وخامت این موضوع افزوده می‌شود. تربیت جنسی یکی از مؤثرترین راه‌های افزایش آگاهی، نگرش و توانایی کودکان در محافظت از خودشان، است. که برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی در آینده و نتایج منفی آن ضروری به نظر می‌رسد (Reis, et al, 2011: 480). آموزش جنسی یا تربیت جنسی به‌عنوان یک فرایند تغییر رفتار، دربرگیرنده جریان درازمدت کسب اطلاعات درباره زندگی خصوصی، هویت جنسی^۱ و روابط است.

مهم‌ترین هدف آموزش جنسی توسعه رفتارهای مثبت جنسی است که موارد ذیل را شامل می‌شود: اعتماد به نفس، اتخاذ رویکردی محترمانه به خود و دیگران، دوری از تجاوز و خشونت جنسی^۲، تجارب جنسی سالم و برنامه‌ریزی برای پدر و مادر شدن در آینده می‌باشد. آموزش جنسی را می‌توان، فرایند کسب اطلاعات و شکل‌دهی نگرش‌ها، باورها و ارزش‌ها درباره موضوعات مهمی چون هویت، روابط و صمیمیت در گستره عمر تعریف کرد، که همه افراد حق آموزش جنسی را به‌طور جامع دارند.

آموزش جنسی با ارائه اطلاعات، کشف احساسات و ارزش‌ها و نگرش‌ها به مشخص کردن ابعاد اجتماعی، فرهنگی، زیستی، روان‌شناختی و معنوی مربوط به مناسبات جنسی کمک می‌کند و مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی را بهبود می‌بخشد. (UNESCO, 2009) جامعه‌شناسی با کسب اطلاعات درست از واقعیت‌ها و نیازهای جامعه، سازمان آموزش و پرورش را یاری می‌دهد تا با استفاده از آمار و اطلاعات واقع‌بینانه، در تحقق اهداف و وظایف خود موفق باشد (سیف الهی، ۱۳۸۸: ۸۱).

1. Gender Identity
2. Sexual Violence

پیشنهادها

باید سطح سواد سلامت جنسی افراد را ارتقاء داد. و با مشخص شدن علت بیماری‌ها، روش جلوگیری از بروز بیماری‌ها، را بصورت مدون و توسط افراد متخصص همراه با استفاده از فیلم‌های آموزشی برای قشر نوجوان و جوان ارائه داد. استفاده از اینترنت در ارتباطات سلامت به‌طور فزاینده‌ای رو به افزایش است و با گذاشتن وینارها و کلاس‌های آموزشی توسط متخصصین، مانند ماماها و پزشکان عمومی و کارشناسان بهداشتی سطح آگاهی خانواده‌ها را افزایش داد و آن‌ها را از پیامدهای خطرناک رفتارهای پرخطر جنسی مطلع ساخت. (Vautrin, Senn & Cohidon, 2020: 21).

با توجه به توضیحات فوق پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از قبیل، پژوهش فقط مربوط به جمعیت والدین شهر تهران می‌باشد. از آنجایی که در بین مناطق کشور تفاوت فرهنگی و اجتماعی وجود دارد، لذا باید برای تعمیم نتایج حاصل، از پژوهش به سایر مناطق کشور محتاط بود. همچنین محدودیت منابع در خصوص موضوع مورد مطالعه و دشواری کسب اعتماد کامل پاسخگویان (با وجود آنکه چندین بار به پاسخگویان تفهیم شد که هویت آنان پنهان خواهد ماند و هدف فقط انجام دادن پژوهش میدانی است، با وجود این کسب اطلاعات کار بسیار دشوار بود) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

با توجه به این محدودیت‌ها، آموزش و ارتقای سواد رسانه‌ای والدین و فرزندان آنها به‌منظور پیشگیری از درگیر شدن با رفتارهای پرخطر جنسی و بیماری‌های واگیردار ناشی از آن و بالطبع بهبود رفاه و توسعه اجتماعی، آموزش شیوه‌های فرزند پروری به والدین به‌منظور درک متقابل بیشتر والدین از فرزندان خود و افزایش صمیمیت در خانواده توسط سازمان‌های متولی از جمله آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و همچنین حمایت روانی- اجتماعی از نوجوانانی که دارای رفتارهای پرخطری جنسی هستند، توسط مشاوران مدارس و سازمان‌های ذی‌ربط پیشنهاد می‌شود. برنامه‌هایی برای بالا بردن آگاهی‌های خانواده و روش انتقال آن به فرزندان باید بصورت کارگاه‌های آموزشی صورت پذیرد.

در زمینه مشکل شکاف نسل‌ها و عدم ارتباط درست والدین با فرزندان، باید از مشاوران و روانشناسان در این زمینه یاری جست. ایجاد کلینیک‌های تربیت جنسی جهت آموزش‌های تربیت جنسی مطابق فرهنگ اسلامی دینی، تا خانواده‌ها بتوانند. با فرهنگ‌سازی بیشتر، در بستر خانواده در زمینه تربیت مسائل جنسی، پویاتر شوند. این امر مستلزم حمایت دولت می‌باشد. نگرش‌ها باید در زمینه مسائل جنسی از نگرش سنتی و تابو‌گرایی به نگرش علمی و منطقی تغییر یابند.

منابع

- اخترخاوری، تارا و ندرلو، بهنام. (۱۳۹۸)، «میزان شیوع رفتارهای پرخطر جنسی و آگاهی از بیماری‌های مقاربتی میان ساکنین موقت در گرمخانه‌های شهر تهران»، نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، سال هشتم، شماره ۳.
- استراوس، آنسلم و کوربین، جولیت. (۱۳۸۵)، اصول روش تحقیق کیفی: نظریه‌مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها، ترجمه: بیوک محمدی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۰).
- انواری، محمدرضا. (۱۳۹۰)، «نقد و بررسی نظریه کنش متقابل نمادین»، معرفت، شماره ۱۶۷.
- آزاد ارمکی، تقی و شریفی ساعی، محمدحسین. (۱۳۹۰)، «تبیین جامعه‌شناختی روابط جنسی آنومیک در ایران»، فصلنامه خانواده‌پژوهی، شماره ۲۸.
- بازرگان، عباس. (۱۳۸۷)، مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته، رویکردهای متداول در علوم رفتاری، تهران: نشر دیدار، چاپ اول.
- پاشا، ابراهیم. (۱۳۸۶)، «از سازمان رسمی تا بوروکراسی»، علوم اجتماعی، شماره ۱۲.
- خدابنده‌لو، پیام؛ ودیعه، ساسان و ملک‌افضلی اردکانی، بهاره. (۱۳۹۷)، «تبیین جامعه‌شناختی شیوع بیماری ژنیتال‌وارت (زگیل تناسلی) مورد مطالعه بیماران تحت درمان در بیمارستان‌های بوعلی و جواهری تهران»، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۸، شماره ۳.
- زارع‌شاه‌آبادی، اکبر و سلیمانی، زکیه. (۱۳۹۱)، «بررسی عوامل مرتبط با گرایش دانشجویان به روابط پیش از ازدواج در دانشگاه یزد»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوازدهم، شماره ۴۵.
- سیف‌الهی، سیف‌اله. (۱۳۸۸)، مبانی جامعه‌شناسی، اصول، مبانی و مسائل اجتماعی، تهران: موسسه انتشارات جامعه پژوهان سینا.
- صادقی، محمدجواد. (۱۳۹۸)، «نقش خانواده در تربیت جنسی کودکان»، مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۳۰.

- عبدی، ج.، و افتخار، ح.، و محمودی، م.، و شجاعی زاده، د.، و صادقی، ر. (۱۳۹۳)، وضعیت سبک زندگی کارکنان ادارات شهر همدان: کاربرد مدل مراحل تغییر. آموزش و سلامت جامعه، سال اول، شماره ۱: ۴۶-۵۴.
- قلیچ بیگی، اشرف؛ پاکدامن، مجید و کارشکی، حسین. (۱۴۰۰)، «وارسی باورهای انگیزشی ناکارآمد بر اساس نظریه داده بنیاد»، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، دوره ۲۰، شماره ۱۰۸.
- کرایب، یان. (۱۳۷۸)، نظریه‌های مدرن در جامعه‌شناسی: از پارسونز تا هابرماس، ترجمه: محبوبه مهاجر، تهران: انتشارات سروش.
- کوزر، لوئیس آلفرد. (۱۴۰۰)، زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی، تهران: نشر نی.
- لرکی، منا؛ تفضلی، مهین؛ لطیف نژاد رودسری، رباب؛ شاکری، محمدتقی و بابایی، علی. (۱۳۹۳)، «بررسی نیازهای آموزشی درک شده زنان آسیب‌دیده در رابطه با رفتارهای پرخطر جنسی»، مجله مامایی و نازایی زنان ایران، دوره ۱۷، شماره ۱۳۰.
- محسنی تبریزی. (۱۳۹۳)، جامعه‌شناسی بالینی مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی مداخله‌گر و درمان‌مدار، تهران: موسسه انتشارات دانشگاه تهران.
- محمد پور، علی و محمد پور، مینا. (۱۳۹۵)، خود مراقبتی در اچ آی وی و ایدز مبتنی بر تجارب مبتلایان، گناباد: انتشارات خسروی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- میرسنده‌سی، سید محمد. (۱۳۷۵)، عوامل مؤثر بر درک مردم از عدالت و رابطه آن با برابری (نابرابری) مطالعه موردی شهر مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پژوهشگری اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی.
- نصیریان، مریم؛ حق جو، لیلا؛ مونسان، لیلا؛ کمالی، کیانوش و حق‌دوست، علی‌اکبر. (۱۳۹۴)، «وضعیت نظام مراقبت بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی در ایران از دید کارشناسان و درمان‌گران مرتبط با این بیماری‌ها»، مجله بهداشت و توسعه، سال چهاردهم، شماره ۳.
- نوغانی دخت بهمنی، محسن و محمدی، فردین. (۱۳۹۵)، «گرایش به ارتباط با جنس مخالف: مطالعه‌ای در باب نوجوانان پسر مشهد»، مسائل اجتماعی ایران، سال هفتم، شماره ۱.
- هزارجریبی، جعفر و صفری شالی، رضا. (۱۳۹۱)، آناتومی رفاه اجتماعی، تهران: نشر جامعه و فرهنگ.

- Alipour Z, Eskandari N. (2016). "Mokhah S. Evaluation of Knowledge and attitude of non-medical students about AIDS. " *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 26(1), 10-20.
- Anthamaten, A., N, Dellis. (2020). "the Use of Technology in the Management of Sexually Transmitted Infections. " *Nursing Clinics of North America*, 55(3), 379-391.
- Ayinmoro, A. D., Uzobo, E., Teibowei, B. J., & Fred, J. B. (2020). "Sexting and other risky sexual Behaviour among female students in a Nigerian academic institution. " *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15(2), 116-121.
- Barrow, R. Y., Ahmed, F., Bolan, G. A., & Workowski, K. A. (2020). "Recommendations for providing quality sexually transmitted diseases clinical services. " *MMWR Recommendations and Reports*, 68(5), 1.
- Boostani D. (2012). "Social capital and risky behavior: case study of high school students of Kerman. " *Journal of Social Sciences*, 9 (1), 1-31.
- CDC. (2012). "Estimated HIV incidence among adults and adolescents in the United States, 2007–2010. " *HIV Surveillance Supplemental Report*; 17(4).
- Dutra MR, Campos LN, Guimares MD. (2014). "Sexually transmitted diseases among psychiatric patients in Brazil. " *Braz J Infect Dis*, 18(1), 13-20. PMID: 23933407 DOI: 10. 1016/j. bjid. 2013. 04. 004.
- Farazmand K, Keshavarz N, Etemad K, et al. (2015). "Assessment of students' knowledge and attitude toward sexually transmitted infections in Shahid Beheshti University of Medical sciences. " *Journal of Health in the Field* 2016, 4.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Glenn, D. (1987). *A Studies of Faculty Development Programs in American Association of Bible. Colleges Member Institutions. A Dissertation Doctor of Philosophy*, Kansas State University
- Glassford, M., M, Davis and S, Rivas. (2020). "Sexually Transmitted Infections in Pregnancy: An Update for Primary Care Providers. " *Nursing Clinics of North America*, 55(3), 403-416.
- Hill SA, Masters TL, Wachter J. (2016). "Gonorrhea - an evolving disease of the new millennium. " *Microbial Cell*, 3(9), 371-89.
- Hubach, R. D., O'Neil, A., Stowe, M., Giano, Z., Curtis, B., & Fisher, C. B. (2021). "Perceived confidentiality risks of mobile technology-based ecologic momentary assessment to assess high-risk behaviors among rural men who have sex with men. " *Archives of sexual behavior*, 50(4), 1641-1650.

- Jiang, Q., Huang, X., & Tao, R. (2018). "Examining factors influencing internet addiction and adolescent risk behaviors among excessive internet users. " *Health communication*, 33(12), 1434-1444.
- Kann, L., Olsen, E. O. M., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H.,... & Zaza, S. (2016). "Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-related behaviors among students in grades 9–12—United States and selected sites, 2015. " *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 65(9), 1-202.
- Leitsch, D. (2016). "Recent advances in the *Trichomonas vaginalis* field. " *F1000Research*, 5.
- Levinger GK, J. Snoek D. (1972). *Attraction in Relationship: A New Look at Interpersonal Attraction*. The University of Michigan General Learning Press.
- Madise, N., Zulu, E., & Ciera, J. (2007). "Is poverty a driver for risky sexual Behaviour? Evidence from national surveys of adolescents in four African countries. " *African journal of reproductive health*, 83-98.
- Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2020). "Examining Sexual Behavior among US Transgender Adolescents. " *The Journal of Sex Research*, 1-11.
- Malary M, Abedi G, Hamzehgardeshi Z, et al. (2016). "The prevalence of herpes simplex virus type 1 and 2 infection in Iran: A meta-analysis. " *International journal of reproductive biomedicine (Yazd, Iran)*, 14(10), 615- 24.
- Mark H, Dhir A, Roth C. (2015). "Sexually transmitted infections in the United States: overview and update. " *Am J Nurs*; 115(9):34-44. PMID: 26273928 DOI: 10. 1097/01. NAJ. 0000471245. 76692. 28
- Moore, S., Rosenthal, D., & Mitchell, A. (2020). *Youth, AIDS and sexually transmitted diseases*. Routledge.
- Nicola A. (2017). *Yoskowitz. Cognitive Informatics in Heath and Biomedicine*. 02 June, 165-193.
- Reis, M., Ramiro, L., De Matos, M. G., Diniz, J. A. (2011). "The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. " *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 29, 477- 485.
- Roghaei MA, Jamdar F, Ghaheri A. (2013). "Application of plasma exchange in patients with history of unexplained recurrent abortion: a case series. " *International journal of fertility & sterility*; 7(1), 39-42.
- Shim, BS. (2011). "Current Concepts in Bacterial Sexually Transmitted Diseases. " *Korean Journal of Urology*; 52(9), 589-97.
- Smith, L., Jackson, S. E., Vancampfort, D., Jacob, L., Firth, J., Grabovac, I., & Koyanagi, A. (2020). "Sexual behavior and suicide attempts among

- adolescents aged 12–15 years from 38 countries: A global perspective." *Psychiatry research*, 287, 112564.
- Steele, M. E., Simons, L. G., Sutton, T. E., & Gibbons, F. X. (2020). "Family context and adolescent risky sexual behavior: An examination of the influence of family structure, family transitions and parenting. " *Journal of youth and adolescence*, 49(6), 1179-1194.
 - Strauss, A., & Corbin, J. (2015). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage. (Original work published 1990), (2nd Ed), Thousand Oaks. CA: Sage.
 - Strauss, A., & Corbin, J. M. (1997). *Grounded theory in practice*. Sage.
 - Vautrin, H., Senn, N., & Cohidon, C. (2020). "Primary prevention of sexually transmitted infections in Switzerland: practices of family physicians and their determinants—a national cross-sectional survey. " *BMJ open*, 10(9), e032950.
 - Weisman, J., Chase, A., Badolato, G. M., Teach, S. J., Trent, M. E., Chamberlain, J. M., & Goyal, M. K. (2020). "Adolescent sexual behavior and emergency department use. " *Pediatric emergency care*, 36(7), e383-e386.
 - Welsh, J. W., Mataczynski, M., Sarvey, D. B., & Zoltani, J. E. (2020). "Management of complex co-occurring psychiatric disorders and high-risk behaviors in adolescence. " *Focus*, 18(2), 139-149.
 - World Health Organization (WHO). (2012). *Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection*. [cited 2014 May 5] Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75729/1/9789241504478_eng.pdf
 - World Health Organization (WHO). *Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infections*. 2011. [cited 2014 Sep 10] Available from:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>