

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پردیس دانشگاهی قشم

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده

عنوان:

بررسی مقایسه‌ای تعارضات زناشویی، تمایل جنسی و صمیمیت در زنان ختنه شده و زنان ختنه

نشده شهر قشم

استاد راهنما:

دکتر اقبال زارعی

استاد مشاور:

دکتر سید رضا فلاح‌چای

نگارش:

یحیی بازیاری‌زاده

اسفند ۱۳۹۲

چکیده

ختنه زنان که ادر ادبیات علمی از آن به قطع آلت تناسلی زنان نیز یاد می شود طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی شامل کلیه روش هایی می باشد که منجر به آسیب یا خارج کردن قسمتی یا تمام دستگاه تناسلی زنان بر اساس اهداف فرهنگی یا سایر دلایل غیر پزشکی می گردد . این عمل بسته به شدت، وسعت و کیفیت برش و آسیب وارده به آلت تناسلی زنان به چهار نوع تقسیم بندی می شود. تاکنون بیش از ۱۲۵ میلیون زن و دختر در بیش از ۲۸ کشور جهان ختنه شده و کماکان در بسیاری از این کشورها این عمل ادامه دارد . بر پایه تعداد محدودی تحقیقات بعمل رسیده، ختنه زنان در بخش هایی از استان های غربی و جنوب ایران از جمله جزیره قشم شایع می باشد. بر اساس یافته های یک رشته تحقیقات به عمل آمده در مناطق مختلفی از جهان که ختنه زنان در آنها شیوع دارد، پیامدهای مختلفی برای این عمل گزارش گردیده که عمدتاً در ۴ طبقه جسمی، روانی، جنسی و اجتماعی طبقه بندی می گردند. هدف محقق در تحقیق حاضر بررسی مقایسه ای تمایل جنسی، صمیمیت و تعارضات زناشویی در زنان ختنه شده و زنان ختنه نشده شهر قشم بود. جامعه مورد مطالعه این پژوهش زنان ۱۷ تا ۴۵ ساله شهر قشم و روش نمونه گیری مورد استفاده روش در دسترس و ابزار مورد استفاده، پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت، پرسشنامه صمیمیت و پرسشنامه تعارضات زناشویی بود . از میان ۲۵۰ پرسشنامه توزیعی در میان زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی و درمانی شهر قشم ۲۳۳ پرسشنامه عودت یافت و نهایتاً پس از همتاسازی ۱۹۸ پرسشنامه شامل ۱۰۰ پرسشنامه مربوط به زنان ختنه شده و ۹۸ پرسشنامه مربوط به زنان ختنه نشده با روش تی تست گروه های مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه گروه های مستقل با نرم افزار اس پی اس ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های پژوهش نشان داد که تمایل جنسی و صمیمیت میان دو گروه از زنان مورد پژوهش تفاوت معناداری داشت به گونه ای که میانگین این دو متغیر در گروه زنان ختنه شده پائین از زنان ختنه نشده می باشد. بر پایه یافته های این پژوهش تفاوت معناداری در تعارضات زناشویی میان دو گروه مشاهده نگردید.

کلید واژه ها: تمایل جنسی، صمیمیت، تعارضات زناشویی، ختنه زنان

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

*فصل اول: طرح تحقیق

۱۳	مقدمه.....
۱۶	۱-۱- بیان مساله.....
۲۱	۲-۱- اهمیت موضوع تحقیق.....
۲۴	۳-۱- اهداف پژوهش.....
۲۴	۱-۳-۱- هدف کلی.....
۲۴	۲-۳-۱- اهداف جزئی.....
۲۵	۴-۱- سئوالات تحقیق.....
۲۶	۵-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی.....
۲۶	۱-۱-۵-۱- ختنه زنان.....
۲۶	۲-۱-۵-۱- تمایل جنسی.....
۲۷	۳-۱-۵-۱- صمیمیت.....
۲۷	۴-۱-۵-۱- تعارضات زناشویی.....

*فصل دوم:پیشنه نظری و پژوهشی

- ۳۱-۲-۱- بخش اول پیشینه نظری.....
- ۳۱-۲-۱-۱- مبانی نظری و تاریخچه ختنه زنان.....
- ۳۹-۲-۱-۱-۱- چهارچوب نظری از منظر مطالعات زنان و و نظریه فمینیسم.....
- ۳۹-۲-۱-۱-۲- ژاک لکان.....
- ۴۶-۲-۱-۱-۳- نظریه سیکسو، هلن.....
- ۴۹-۲-۱-۱-۴- نظریه لوئیس ایرگاری.....
- ۵۱-۲-۲- مبانی نظری تمایل جنسی.....
- ۵۴-۲-۲-۱- نظریه فمینیسم.....
- ۵۵-۲-۲-۲- نظریه روانکاوی.....
- ۵۶-۲-۲-۳- نظریه اریک فروم.....
- ۵۸-۲-۲-۴- نظریه فرانکل.....
- ۵۸-۲-۲-۵- نظریه مازلو.....
- ۵۸-۲-۲-۶- نظریه پرلز.....
- ۵۹-۲-۲-۷- نظریه هورنای.....
- ۶۰-۲-۲-۸- نظری رشد شناختی.....
- ۶۰-۲-۲-۹- نظریه یادگیری اجتماعی.....
- ۶۰-۲-۳- مبانی نظری صمیمیت.....

- ۶۴.....۴-۲- مبانی نظری تعارضات زناشویی
- ۶۹.....۴-۲-۱- الگوه ای ارتباطی زوجین
- ۷۳.....۲-۵- پیشینه پژوهشی
- ۷۳.....۲-۵-۱- پیشینه پژوهشی مربوط به موضوع در خارج از کشور
- ۷۵.....۲-۵-۲- پیشینه پژوهشی مربوط به موضوع در داخل کشور
- ۷۵.....۲-۵-۲-۱- ختنه زنان
- ۷۹.....۲-۵-۲- تمایل جنسی
- ۸۰.....۲-۵-۲-۳- صمیمیت
- ۸۱.....۲-۵-۲-۴- تعارضات زناشویی

***فصل سوم: روش پژوهش**

- ۸۴.....مقدمه
- ۸۴.....۳-۱- جامعه آماری
- ۸۴.....۳-۲- جمعیت نمونه و روش نمونه گیری
- ۸۴.....۳-۳- روش پژوهش
- ۸۵.....۳-۴- ابزار گردآوری اطلاعات
- ۸۶.....۳-۵- اعتبار و روایی ابزار سنجش
- ۸۷.....۳-۶- پایایی و تکرار پذیری ابزار سنجش
- ۸۸.....۳-۷- روش گردآوری داده ها

۳-۸- روش تجزی و تحلیل اطلاعات..... ۸۸

***فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها**

مقدمه..... ۹۰

۴-۱- آمار توصیفی..... ۹۳

۴-۲- آمار استنباطی..... ۱۱۴

***فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری**

۵-۱- بحث و نتیجه گیری یافته‌های پژوهش..... ۱۳۲

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱- توزیع فراوانی بیماری‌های خاص	۹۲
جدول ۴-۲- فراوانی جامعه نمونه پژوهش	۹۳
جدول ۴-۳- فراوانی سن آزمودنی‌ها، سن همسر و تفاوت سنی آن‌ها.....	۹۴
جدول ۴-۴- فراوانی سنوات ازدواج	۹۵
جدول ۴-۵- توزیع فراوانی وضعیت تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک ختنه شده و نشده.....	۹۷
جدول ۴-۶- توزیع فراوانی وضعیت تحصیلات همسر، پدر و مادر آزمودنی‌ها.....	۱۰۰
جدول ۴-۷- وضعیت اشتغال آزمودنی‌ها	۱۰۲
جدول ۴-۸- فراوانی دفعات ازدواج	۱۰۳
جدول ۴-۹- وضعیت مالی خانوادگی آزمودنی‌ها به تفکیک دو گروه	۱۰۵
جدول ۴-۱۰- توزیع فراوانی طلاق	۱۰۶
جدول ۴-۱۱- توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب تعداد فرزندان	۱۰۷
جدول ۴-۱۲- توزیع فراوانی تعداد کل فرزندان، تعداد دختر، تعداد دختر ختنه شده	۱۰۸
جدول ۴-۱۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر اساس متغیر تعارضات زناشویی	۱۱۰
جدول ۴-۱۴- توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب ابعاد و زیرمقیاس‌های هشت‌گانه تعارضات زناشویی.....	۱۱۰
جدول ۴-۱۵- شاخصه‌های آمار توصیفی متغیر تمایل جنسی در دو گروه	۱۱۳
جدول ۴-۱۶- شاخصه‌های آمار توصیفی متغیر صمیمیت در دو گروه	۱۱۳

- جدول ۴-۱۷- آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه میانگین متغیر تمایل جنسی در دو گروه..... ۱۱۵
- جدول ۴-۱۸- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس‌های متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه..... ۱۱۵
- جدول ۴-۱۹- نتایج تحلیل واریانس یک راهه مربوط به مقایسه میانگین متغیر تمایل جنسی در دو گروه..... ۱۱۵
- جدول ۴-۲۰- آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه میانگین متغیر صمیمیت در دو گروه..... ۱۱۶
- جدول ۴-۲۱- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس‌های متغیر صمیمیت در دو گروه..... ۱۱۶
- جدول ۴-۲۲- نتایج تحلیل واریانس یک راهه مربوط به مقایسه میانگین متغیر صمیمیت در گروه‌های تحقیق..... ۱۱۶
- جدول ۴-۲۳- آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه تفاوت میانگین تعارضات زناشویی در دو گروه..... ۱۱۷
- جدول ۴-۲۴- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس متغیر تعارضات زناشویی در دو گروه..... ۱۱۷
- جدول ۴-۲۵- نتایج تحلیل واریانس یک راهه مربوط به متغیر تعارضات زناشویی بر حسب ختنه..... ۱۱۷
- جدول ۴-۲۶- آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه میانگین هشت زیرمقیاس تعارضات زناشویی در دو گروه..... ۱۱۸
- جدول ۴-۲۷- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس خرده مقیاس‌های ۸ گانه..... ۱۱۹
- جدول ۴-۲۸- نتایج تحلیل واریانس ۶ خرده مقیاس از خرده مقیاس‌های تعارضات..... ۱۲۰
زناشویی..... ۱۱۹
- جدول ۴-۲۹- آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه تفاوت میانگین بعد کاهش همکاری در دو گروه..... ۱۲۱
- جدول ۴-۳۰- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس بعد کاهش همکاری در دو گروه..... ۱۲۱

- جدول ۴-۳۱- نتایج تحلیل واریانس خرده مقیاس کاهش همکاری از خرده مقیاس های ۸ گانه..... ۱۲۱
- جدول ۴-۳۲- نتایج آزمون t گروه های مستقل برای مقایسه تفاوت میانگین بعد کاهش روابط جنسی در دو گروه ۱۲۲
- جدول ۴-۳۳- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس خرده مقیاس کاهش روابط جنسی در دو گروه ۱۲۲
- جدول ۴-۳۴- نتایج تحلیل واریانس خرده مقیاس کاهش روابط جنسی از خرده مقیاس های تعارضات زناشویی ۱۲۲
- جدول ۴-۳۵- نتایج آزمون t گروه های مستقل برای مقایسه تفاوت میانگین بعد افزایش واکنش های هیجانی در دو گروه .. ۱۲۳
- جدول ۴-۳۶- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس خرده مقیاس افزایش واکنش های هیجانی. ۱۲۳
- جدول ۴-۳۷- فراوانی و میانگین رتبه خرده مقیاس افزایش واکنش های هیجانی در آزمون کروسکال-والیس. ۱۲۳
- جدول ۴-۳۸- بروندادهای آزمون کروسکال-والیس برای مقایسه میانگین خرده مقیاس افزایش واکنش های هیجانی .. ۱۲۴
- جدول ۴-۳۹- نتایج آزمون t گروه های مستقل برای مقایسه تفاوت میانگین بعد افزایش جلب حمایت فرزند(ان) در دو گروه ۱۲۵
- جدول ۴-۴۰- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس خرده مقیاس افزایش جلب حمایت فرزند(ان) .. ۱۲۵
- جدول ۴-۴۱- نتایج تحلیل واریانس خرده مقیاس افزایش جلب حمایت فرزند(ان)..... ۱۲۵
- جدول ۴-۴۲- نتایج آزمون t گروه های مستقل برای مقایسه تفاوت میانگین بعد کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان خود..... ۱۲۶

- جدول ۴-۴۳- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس خرده مقیاس کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان خود... ۱۲۶.....
- جدول ۴-۴۴- نتایج تحلیل واریانس خرده مقیاس کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان خود... ۱۲۶.....
- جدول ۴-۴۵- نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه تفاوت بعد افزایش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان... ۱۲۷.....
- جدول ۴-۴۶- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس خرده مقیاس کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان... ۱۲۷.....
- جدول ۴-۴۷- نتایج تحلیل واریانس خرده مقیاس کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان... ۱۲۷.....
- جدول ۴-۴۸- نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه تفاوت میانگین بعد جدا کردن امور مالی از یکدیگر... ۱۲۸.....
- جدول ۴-۴۹- آزمون همگنی واریانس لوین برای بررسی برابری واریانس خرده مقیاس جدا کردن امور مال از یکدیگر... ۱۲۸.....
- جدول ۴-۵۰- نتایج تحلیل واریانس خرده مقیاس جدا کردن امور مالی از یکدیگر... ۱۲۸.....

فهرست نمودارها

صفحه

عنوان

- نمودار ۴-۱- توزیع فراوانی بیماری‌ها به تفکیک دو گروه ۹۲
- نمودار ۴-۲- توزیع فراوانی اختلاف سنی آزمودنی‌ها با همسرانشان ۹۵
- نمودار ۴-۳- میانگین، کمترین و بیشترین سنوات ازدواج آزمودنی‌ها ۹۶
- نمودار ۴-۴- توزیع فراوانی وضعیت تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک مقاطع در دو گروه ختنه شده و نشده ۹۸
- نمودار ۴-۵- توزیع فراوانی وضعیت تحصیلات همسر، پدر و مادر آزمودنی‌ها ۱۰۲
- نمودار ۴-۶- وضعیت اشتغال آزمودنی‌ها ۱۰۳
- نمودار ۴-۷- فراوانی دفعات ازدواج آزمودنی‌های دو گروه ۱۰۴
- نمودار ۴-۸- وضعیت مالی خانوادگی آزمودنی‌ها به تفکیک دو گروه ۱۰۵
- نمودار ۴-۹- توزیع فراوانی طلاق به تفکیک دو گروه ۱۰۶
- نمودار ۴-۱۰- توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب تعداد فرزندان ۱۰۷

فصل اول

طرح تحقیق

موضوع سلامتی از بدو خلقت و در قرون و اعصار متممادی مطرح بوده است . طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱، جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده ایی در زمینه اپیدمیولوژی بیماری ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود . به گونه ای که بیماری های غیر واگیر بویژه بیماری های روانی جایگزین بیماری های عفونی و واگیردار گردیده و در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ های زودرس قرار می گیرند(محمدی، یاوریان و عارفی، ۱۳۹۰).

طبق برآوردهای این سازمان میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. طبق گزارش این سازمان در سال ۱۹۹۳ حداقل ۵۲ میلیون نفر در جهان در سنین مختلف دچار بیماری روانی همچون اسکیزوفرنی^۲ و بیش از ۱۵۰ میلیون نفر دچار اختلال های روان نژندی^۳ بوده که بخش اعظم آنها در کشورهای در حال توسعه می باشد(مقدم تبریزی، ۱۳۸۴).

زنان نیمی از جمعیت هر جامعه ای را تشکیل می دهند و در عین حال پرورش دهنده همه افراد جامعه هستند . فراهم کردن غذا، آموزش و پرورش و مراقبت های بهداشتی افراد خانواده به عهده زنان است . امروزه با پیشرفت جوامع بشری و حضور بیشتر زنان در بیرون از خانه، این مسئولیت زنان به کل افراد جامعه تعمیم یافته است و زنان به یک نیروی کار اصلی و ارزان قیمت تبدیل شده اند.

به نظر می رسد هم چنان توقع از زنان به سبب ماهیت وجودی شان از لحاظ جسمی و عاطفی بالاست، که این خود منجر به افزایش فشارهای روانی - اجتماعی بر زنان می شود و تمام ابعاد سلامت (فیزیکی، روانی و اجتماعی) را در این گروه تحت تاثیر قرار می ده . تمام این ها بیان کننده اهمیت سلامت خصوصاً سلامت روان^۴ در زنان است . سلامت چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی بی تردید از مهم ترین ابعاد حیات انسان است . سلامت شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی

1. World health organization

2. Schizophrenia

3. Neurosis

1. Mental health

است و همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند.

از نظر تالکوت پارسونز^۱ کسی که دچار بیماری می‌شود، ضمن این‌ها از بر عهده گرفتن مسئولیت ناتوانی خود به دلیل خارج از کنترل بودن آن معاف می‌شود، از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است. تعریف ناتوانی به عنوان یک بیماری، مشروعیتی پدید می‌آورد که در پناه آن افراد می‌توانند از انجام نقش عادی و تعهدات هر روزه خود معاف گردند (سگال^۲، ۱۹۷۶).

از جمله مواردی که سلامت جسمی و روانی زنان را به مخاطره می‌افکند مقوله خشونت علیه زنان می‌باشد. خشونت علیه زنان در خانواده پدیده‌ای است کههن و مسئله است جهانی، اما وخامت امر به اندازه‌ای است که ایجاب می‌کند کشورهای مختلف، متناسب با ویژگی‌های خود، ریشه آن را بشناسد و با بسیج تمام امکانات به کنترل و مهار آن پردازد.

به سخن دیگر، تعدیل خشونت علیه زنان، کار پیگیر و خاص می‌طلبد و چنانچه از زوایای گوناگون به بحث و بررسی گذاشته شود، خشونت زدایی در زندگی زنان میسر می‌شود اما هیچ‌الگویی وجود ندارد که موجب از بین رفتن اعمال خشونت بر زنان در همه جوامع گردد.

البته در هر تدبیر یا راهکار اتخاذ شده برای مبارزه با اعمال خشونت علیه زنان باید عناصر مشترکی گنجانده شود اما این‌الگو حتما باید زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی مختلف کشورهای گوناگون منطبق شود. در بسیاری موارد خشونت علیه زنان را به کمک آداب و رسوم و سنت‌های غیر مذهبی توجیه می‌کنند. به طور کلی، گروه‌های اجتماعی-اعم از شهری، روستایی و عشایری-ویژگی‌های فرهنگی و قومی خاصی دارند و رسوم متفاوتی در میان آنان رایج است (کار، ۱۳۸۷).

بسیاری از روش‌های اعمال خشونت علیه زنان نهادینه شده و به صورت سنت‌های اجتماعی قداست یافته‌اند. گرچه بسیاری از موارد بسیاری از موارد خشونت به خواست و اراده مردان می‌باشد اما عامل اجرای آن خود زنان می‌باشند (کریمی، ۱۳۸۹).

2. Talcott Parsons

3. Segall

ختنه زنان از جمله رسوم و یکی از مظاهر خشونت علیه زنان بوده که طبق یک رشته تحقیقات بین المللی اثرات سوء جسمانی، روانی و جنسی بر سلامت زنان دارد.

ختنه زنان یکی از مسائلی است که در دو دهه اخیر از سوی مجامع بین المللی مورد توجه قرار گرفته است. دلایل مختلفی از قبیل ورود به بزرگسالی، کاهش میل جنسی، پیشگیری از انتقال بیماری‌های جنسی، نظافت، حفظ زنانگی، کسب رضایت شوهر و ... به عنوان دلایل انجام این عمل از سوی انجام دهندگان آن‌ها عنوان شده است. عمل ختنه زنان که در محافل علمی با عنوان قطع آلت تناسلی زنان از آن یاد می‌شود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از کلیه روش‌هایی که منجر به آسیب یا خارج کردن قسمتی یا تمام دستگاه تناسلی زنان بر اساس اهداف فرهنگی یا سایر دلایل غیر پزشکی می‌باشد (گنت و واک‌گاری^۱، ۲۰۰۹).

این عمل بطور خاص با قطع و آسیب کلیتوریس بر بهداشت جنسی و باروری زنان اثری منفی داشته و برخی پیامدهای روانی از قبیل ترس، کابوس، اضطراب، افول اعتماد به نفس، عزت نفس و کلا سلامت روان برای آن عنوان گردیده است. با روشن شدن مضرات عمل قطع آلت تناسلی زنان و مسائل مختلفی که زنان طی این عمل با آن روبرو می‌شوند و همچنین فهم و درک تجربه زنان طی این عمل اهمیت و ضرورت بررسی این مسئله را آشکار گردیده است (کریمی، ۱۳۸۹).

طبق گزارش یونسف این عمل در بیش از ۲۸ کشور آفریقایی از جمله مصر شیوع داشته و تاکنون بیش از ۱۳۰ میلیون نفر دختر و زن در این کشورها ختنه شده‌اند. با توجه به شیوع این عمل در بخش‌هایی از ایران بویژه بخش‌هایی از استانهای کردستان و کرمانشاه در غرب و هرمزگان در جنوب ایران و پیامدهای جسمانی، روانی، جنس و اجتماعی آن، مطالعه و پژوهش در این زمینه می‌تواند در شناخت ابعاد و پیامدهای آن برای رسیدن به تصمیمات سازنده در پیوند با این موضوع و تقلیل و توقف آن و پیشگیری از برخی پیامدهای زاینبار آن راهگشا باشد.

هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می‌آید بایستی در به کار بردن این مفهوم دقت کنیم چرا که مفهومی متغیر در بین دو جنس محسوب می‌شود. درست است که مرگ و میر زنان در برخی از

گروه‌های سنی کمتر از مردان است اما زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع برخی بیماری‌ها در میان آنان بیشتر است و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی شرایط نامساعدتری دارند. سازمان بهداشت جهانی^۱ بر این عقیده است که این نوع تفاوت‌ها در رابطه با جنسیت از بدو تولد و در سراسر جهان مطرح است (احمدی، فاتحی‌زاده و قلیلی، ۱۳۸۵).

۱-۱- بیان مساله

در دو دهه گذشته توجه به سلامت زنان افزایش یافته است. زنان به طور مکرر در هر سنی مبتلا به اختلالات اضطرابی^۲ می‌شوند اگر چه به طور کلی در سنین بالا میزان بروز کاهش می‌یابد (سپهرمنش، ۱۳۸۷). مطالعات سالیان اخیر متخصصین سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه از افزایش دامنه شیوع افسردگی^۳، اضطراب و علائم بدنی در میان جوامع در حال رشد حکایت دارد (احقر، ۱۳۸۸).

زنان اختلالات اضطرابی بیشتری را تجربه می‌کنند از جمله اضطراب منتشر^۴، اختلال هراس^۵ و بیشتر از ۹۰٪ اختلال خوردن^۶ در زنان رخ می‌دهد. در حقیقت تقریباً یک سوم زنان معیارهای یک اختلال اضطرابی را در طول عمر دارند (کسلر^۷، مک گناگل، سوارتز، بلازر و نلسون، ۱۹۹۳).

سلامت جنسی^۸ به معنای هماهنگی و سازگاری جنبه‌های جسمی، عاطفی، عقلانی و اجتماعی انسان است که منجر به ارتقای شخصیت، روابط و عشق در او می‌گردد (کادری^۹، مک هیچی و مک هاگرا، ۲۰۰۲). در

1. World Health Organisation

2. Anxiety Disorders

3. Depression

4. General Anxiety Disorder

5. Fear Disorder

6. Eating Disorder

7. Kessler

8. Sexual Health

9. Kadri

این صورت روابط جنسی نه تنها لذت بخش است بلکه ارتباطات و روابط بین فردی را نیز تقویت می کند. این روابط یک فرآیند پیچیده، حاصل تعامل عوامل عروقی، عصبی و هورمونی است که تحت تاثیر عوامل مختلفی مانند ویژگی های زیست شناختی^۱ فرد، روابط بین فردی، سنت های حاکم بر خانواده و جامعه، فرهنگ و مذهب قرار می گیرد (فورکروی^۲ ۲۰۰۳).

اختلالات فعالیت جنسی در زنان به معنی اختلالات مداورم یا عود کننده در چهار حیطه تمایل جنسی^۳، تحریک جنسی^۴، درد حین نزدیکی یا عدم توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی^۵ است (الپوبانل و رابینرسون^۶، ۲۰۰۴). موانع اجتماعی و فرهنگی، وجود تابوها و کج فهمی ها، برآورد دقیق شیوع این اختلالات را دشوار می نماید اما به نظر می رسد که شیوع این اختلالات در زنان بالا بوده و تاثیر شگرفی بر کیفیت زندگی، اعتماد بنفس، خلق و خو، روابط همسری و ف عالیت های اجتماعی آنها می گذارد (آناستاسیادیس^۷، دیویس، سلامون، برچارد و شبسیق، ۲۰۰۲).

برآورد می گردد که ۲۵ تا ۶۳ درصد زنان از اختلالات جنسی رنج می برند و تفاوت های نژادی، قومی و فرهنگی و سنت های حاکم بر جامعه از عوامل تفاوت در شیوع اختلالات جنسی عنوان شده در بین کشورها محسوب می گردد. مطالعات محدودی در رابطه با اختلالات جنسی در بین زنان ایرانی انجام شده که نتایج متفاوتی را در پی داشته است (صفری نژاد، ۲۰۰۶).

اختلال عملکرد جنسی ممکن است تحت تاثیر عوامل شخصیتی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی پنهان باقی بماند و در مواردی خود را با علائم و نشانه های دیگری مثل ناراحتی های جسمانی، اختلال

-
1. Biological
 2. Fourcroy
 3. Sexual Desire
 4. Sexual Arousal
 5. Orgasm
 6. Abarbanel & Rabinerson
 7. Anastasiadis

افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و گاه تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و جدایی پیش رود (اوحدی، ۲۰۰۴).

یکی از رسومات اجتماعی جاری در برخی جوامع که سلامت زنان در ابعاد مختلف جسمانی، روانی، جنسی و اجتماعی متاثر می‌سازد ختنه زنان می‌باشد.

ختنه یک عمل سنتی است که ریشه در اعتقادات شخصی و مذهبی دارد. (اسنو، اسلنجر، اوکونوفوا، اورونسای و واکر^۱، ۲۰۰۲) ختنه زنان^۲ طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی شامل کلیه روش‌هایی که منجر به آسیب یا خارج کردن قسمتی یا تمام دستگاه تناسلی زنان بر اساس اهداف فرهنگی یا سایر دلایل غیر پزشکی می‌باشد (گنت و واکگاری^۳، ۲۰۰۹).

از ختنه زنان در ادبیات علمی مورد استفاده سازمان بهداشت جهانی با عناوین بریدن با مثله کردن آلت تناسلی زنان یاد می‌شود. این نام‌گذاری تفاوت و پیامدهای زیان‌بار آن را نسبت به ختنه مردان نشان می‌دهد و اینکه بمنظور تفکیک این تفاوت بهتر آن است که این عمل را ختنه ننماید. این عمل در ۴ نوع یا درجه به انجام می‌رسد. نوع اول شامل برداشتن بخشی یا تمام کلیتورس^۴ می‌باشد. نوع دوم شامل برداشتن برداشتن نسبی یا کامل کلیتوریس و لب‌های کوچک می‌باشد. نوع سوم ختنه زنان شامل تنگ کردن دهانه واژن از طریق ایجاد یک مهر و موم پوششی با قطع کردن و تغییر دادن مکان لب‌های کوچک و بزرگ با یا بدون برش کلیتوریس می‌باشد.

نوع چهارم ختنه در برگیرنده برداشتن بافت نبوده و شامل تمام روش‌های دیگر آسیب به اندام‌های تناسلی زنان برای مقاصد غیر پزشکی، که شامل روش‌های مختلفی از قبیل سوراخ نمودن کلیتوریس با سوزن، سوزاندن یا اثر زخم گذاشتن و همچنین شکافتن و یا پاره کردن کلیتوریس و لب‌های بزرگ و کوچک می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸).

1. Snow, Slanger, Okonofua, Oronsaye, Wacker

2. Female Genital Mutilation/Cutting

3. Getnet & Wakgari

4. Clitoris

این عمل از دیرباز در بسیاری کشورها در حال انجام می باشد. تاریخچه انجام این عمل طبق برخی شواهد به قبل از میلاد مسیح و عمدتاً در کشور مصر^۱ باستان بر می گردد. این عمل از صدها سال قبل تاکنون در بیش از ۳۰ کشور آفریقایی و بخش هایی از آسیا و خاورمیانه صورت می پذیرد. (تیلور^۲ ۲۰۰۳) در کشورهای سودان، اتیوپی و سومالی^۳، انجام این عمل به ۹۰٪ می رسد (رایمر^۴، ۲۰۰۳).

در اکثر جوامع این عمل با ادوات ابتدایی و توسط افراد فاقد تخصص و در شرایط غیر استریل به انجام می رسد و بر اساس بخشی از تحقیقات بانجام رسیده پیامدهای مختلف جسمانی، روانی، جنسی و اجتماعی در پی دارد. خونریزی، درد، عفونت، شوک، اختلال های ادراری به همراه انتقال بیماری ایدز و هیپاتیت از دیگر عوارض اجرای آن می باشد (ابوسحلیه^۵، ۱۹۹۴).

آسیب های وارده به ناحیه های تناسلی زنان در اثر انجام ختنه موجب کاهش رضایت جنسی (ایزت و توبیا^۶، ۲۰۰۰) و یک رشته پیامدهای روانی از جمله اضطراب نیز می شود (برادی^۶، ۱۹۹۸).

هدف و اهمیت انجام ختنه دخترها و همچنین سن و درجه انجام آن از جامعه ایی به جامعه دیگر و از خانواده ای به خانواده ای دگر متفاوت بوده و بطور کلی دلایلی که برای انجام آن می توان ذکر کرد عبارتند از: اعتقادهای مذهبی، عمل به سنت ها، کنترل میل جنسی زنان، کمک به حفظ پاکیزگی و زیبایی، حفظ وضعیت دختر بودن، جلوگیری از رشد غیر طبیعی دستگاه تناسلی، جلوگیری از نازایی و مرگ جنین هنگام زایمان و افزایش سطح بهداشت (کارونگاری^۷، ۱۹۹۵).

برخی دلایل انجام ختنه زنان از دیدگاه عوام به قرار ذیل می باشد (کریمی، ۱۳۸۹):

5. Eygept

1. Taylor

2. Sudan, Ethiopia & Somalia

3. Rymer

4. Abu Sahlieh

5. Izet S & Tubia

6. Brady

7. Karungari