



<https://ssoss.ui.ac.ir/?lang=en>

Strategic Research on Social Problems

E-ISSN: 3041-8623

Vol. 14(2), 89-122

Received: 08.10.2024 Accepted: 06.04.2025

Research Paper

Women's Lived Experiences of Sexual and Reproductive Health Challenges in Temporary Marriage: A Phenomenological Study

Fatemeh Ghasemi 

M.A. in Women's Studies, Department of Women Studies, Faculty of Theology and Education of Ahl al-Bayt, University of Isfahan, Isfahan, Iran
ftqsmi@gmail.com

Ghodratollah Khosroshahi *

Associate professor, Department of Law, Faculty of Administrative Sciences and Economics, University of Isfahan, Isfahan, Iran
gh.khosroshahi@ase.ui.ac.ir

Amir Ghamarani 

Associate professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
a.ghamarani@edu.ui.ac.ir

Mahnaz Noroozi 

Associate professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
noroozi@nm.mui.ac.ir

Introduction

Temporary marriage can address the sexual needs and health of couples; however, it may also present significant sexual and reproductive health challenges for women. Factors, such as low self-esteem, traditional gender beliefs, and a lack of sexual awareness, often contribute to women's silence and passivity regarding unsafe sex, leading to various harms in temporary marriages. Identifying these challenges related to women's sexual and reproductive health is crucial for developing effective solutions. Previous research has not independently explored this issue using the phenomenological method in women with experience in temporary marriage. Therefore, this study aimed to investigate women's lived experiences of sexual and reproductive health challenges within the context of temporary marriage through a phenomenological approach.

Materials & Methods

This research employed a qualitative methodology with an interpretative-phenomenological approach. The target group consisted of women residing in Isfahan, who had experienced at least one temporary marriage. Purposeful sampling was conducted with maximum variation, utilizing the snowball method to identify participants. To achieve data saturation, semi-structured in-depth interviews were conducted with a sample of 12 women. Given the study's focus on describing the lived experiences of women facing sexual and

reproductive health challenges in temporary marriages, the phenomenological approach, specifically the Diekelman method, was employed to capture and illustrate their experiences. To ensure the rigor and trustworthiness of the data, the criteria of credibility, confirmability, dependability, and transferability were applied.

Discussion of Results & Conclusion

During data analysis, 114 open codes were identified from a total of 273 codes, resulting in 12 categories and 3 main

*Corresponding author

Ghasemi, F., Khosroshahi, Gh., Ghamarani, A., & Noroozi, M. (2025). Women's lived experiences of sexual and reproductive health challenges in temporary marriage: A phenomenological study. *Strategic Research on Social Problems*, 14(2), 89-122.
<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.142931.2040>

3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.142931.2040>

themes. The first theme, "Unintended Pregnancy and the Heavy Burden of Abortion Decisions", encompassed 4 categories:

- 1.Imposition of Abortion and Lack of Male Responsibility and Support for Women
- 2.Enduring Psychological and Physical Suffering Post-Abortion
- 3.Physiological Stress Induced by Unintended Abortions
- 4.Environmental and Social Constraints on Supporting Women's Reproductive Health

The second theme, "Negligence in Maintaining Sexual Health", included 4 categories:

- 1.Ongoing Unawareness and Escalating Sexual Health Issues
- 2.Women's Sexual Awareness and Attitudes Limited by Societal and Cultural Pressures
- 3.Sexual Attitudes Shaped by Social Interactions
- 4.Interconnectedness of the Body and Sexual Health

The third theme, "Engaging in High-Risk Sexual Behaviors", consisted of 4 categories:

- 1.Evolution of High-Risk Sexual Behaviors over Time
- 2.Instrumentalization of the Body in High-Risk Sexual Relationships
- 3.Emergence of Unintended High-Risk Sexual Relationships

in Uncertain Environments

- 4.Women's Passivity in High-Risk Sexual Interactions
- Overall, the findings suggested that various factors contributed to the challenges faced by women in temporary marriages. These included societal stigma surrounding temporary marriage, women's sexual passivity in relationships lacking male commitment rooted in patriarchal culture, difficulties in negotiating with men, traditional gender roles, insufficient sexual health education, and prevalence of harmful sexual attitudes. Consequently, these factors had led to unwanted pregnancies and coerced abortions, as well as increased engagement in risky sexual behaviors. Women in temporary marriages often experienced both physical and psychological harm from abortions and their involvement in high-risk sexual activities coupled with inadequate access to sexual healthcare heightened their vulnerability to HIV/AIDS, sexually transmitted infections, and unintended pregnancies.

Keywords: Phenomenology, Reproductive Health, Sexual Health, Temporary Marriage, Women.



پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی
سال چهاردهم، شماره پیاپی (۴۹)، شماره دوم، ۱۴۰۴، ص ۸۹-۱۲۲
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۱۷

مقاله پژوهشی

تجارب زیسته زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت: یک مطالعه پدیدارشناسی

فاطمه قاسمی^{ID}، کارشناس ارشد مطالعات زنان، گروه مطالعات زنان، دانشکده الهیات و معارف اهل بیت (ع)، دانشگاه اصفهان،

اصفهان، ایران

ftqsmi@gmail.com

قدرت‌الله خسروشاهی*^{ID}، دانشیار، گروه حقوق، دانشکده علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

gh.khosroshahi@ase.ui.ac.ir

امیر قمرانی^{ID}، دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

اصفهان، اصفهان، ایران

a.ghamarani@edu.ui.ac.ir

مهناز نوروزی^{ID}، دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان،

ایران.

noroozi@nm.mui.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف واکاوی تجارب زیسته زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت انجام شد. روش پژوهش حاضر، کیفی از نوع پدیدارشناسی تفسیری است. پدیده مطالعه‌شده شامل ۱۲ زن با تجربه ازدواج موقت در شهر اصفهان بود که طی نمونه‌گیری گلوله‌برفی تا حد اشباع داده‌ها، انتخاب شدند. با استفاده از روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، جمع‌آوری داده‌ها انجام پذیرفت و با روش تحلیل دی‌کلمن، داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها بیانگر ۳ مقوله محوری بودند که عبارت‌اند از: بارداری ناخواسته و سایه‌های سنگین تصمیم به سقط جنین، سهل‌انگاری در حفظ سلامت جنسی و درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر. یافته‌های پژوهش نشان داد که توجه ناکافی زنان در ازدواج موقت به حفظ سلامت جنسی که برآمده از دانش جنسی ناکافی و نگرش‌های جنسی نادرست آنان است و نیز احقاق جنسی پایین زنان که ناشی از نقش‌های جنسیتی سنتی و فرهنگ مردسالارانه است، باعث ایجاد چالش‌های بارداری ناخواسته و اجبار به سقط جنین عمدی و درگیر شدن زنان در رفتارهای جنسی پرخطر می‌شود که متضمن آسیب‌های جبران‌ناپذیری برای زنان در ازدواج موقت خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: ازدواج موقت، پدیدارشناسی، زنان، سلامت باروری، سلامت جنسی

*نویسنده مسئول

قاسمی، فاطمه، خسروشاهی، قدرت، قمرانی، امیر. و نوروزی، مهناز. (۱۴۰۴). تجارب زیسته زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت: یک مطالعه پدیدارشناسی. پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی، ۱۴ (۲)، ۸۹-۱۲۲. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.142931.2040>



3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.142931.2040>

مقدمه

ازدواج موقت که در ادبیات عربی با عنوان «نکاح منقطع» یا «متعّه» شناخته می‌شود، در ایران به «صیغهٔ محرمیت» یا «ازدواج کوتاه‌مدت» معروف است (Badran et al., 2018: 241). ازدواج موقت یکی از احکام فقهی مذهب شیعه است که مشروعیت آن در عصر پیامبر اسلام (صلی الله علیه و آله) پذیرفته شده ازسوی همهٔ مسلمانان بوده است. این قانون اسلامی حکمی کاملاً مترقی و اصلاحی است و چنانچه به‌طور صحیح و با تمام شرایط و قیود آن اجرا شود، عامل بسیار مؤثری برای ریشه‌کن کردن فحشا و انحرافات جنسی خواهد بود (نوردی و همکاران، ۱۴۰۰: ۲۵۸)؛ اما باوجود مشروعیت دینی و قانونی آن به‌عنوان یکی از مسائلی چالش‌برانگیز در جامعه مطرح است (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۲۰). تأمین نیاز جنسی، جلوگیری از فساد و گناه، نبود شرایط و امکانات لازم برای ازدواج دائم، پیش‌زمینه بودن ازدواج موقت برای ازدواج دائم و ایجاد آرامش فکری و روحی از اصلی‌ترین دلایل مطرح شدن ازدواج موقت است (گوهررستمی، ۱۴۰۱: ۲) و در این پدیده زن با خواندن صیغهٔ ازدواج موقت، خود را برای مدتی معلوم و با مهریهٔ تعیین شده به ازدواج مرد درمی‌آورد (زمانیان، ۱۴۰۰: ۵).

ازدواج موقت به‌عنوان رابطهٔ جنسی مشروع میان مرد و زن مطرح شده است؛ بااین‌حال، ممکن است زنان را از نظر سلامت جنسی آسیب‌پذیر سازد که نادیده گرفتن آن می‌تواند خطر مشکلات بهداشتی، خانوادگی و اجتماعی را برای همسران موقت افزایش دهد (Valizadeh et al., 2021: 7).

درواقع یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی، سلامت جنسی است که بر زوجین در همهٔ سنین و همهٔ مراحل زندگی تأثیر می‌گذارد (Flynn et al., 2016: 3). سلامت جنسی، مستلزم نگاه و رویکردی مثبت به روابط جنسی و مقولهٔ جنسیت و در نظر گرفتن امکان داشتن تجارب جنسی لذت‌بخش و ایمن بدون اجبار، خشونت و تبعیض است و به‌عنوان یکی از جنبه‌های اصلی سلامت انسان در نظر گرفته می‌شود (ظهیری و صمدی‌فرد، ۱۳۹۹: ۲). سلامت جنسی جزئی از سلامت باروری نیز محسوب می‌شود. چنانچه براساس تعریف سازمان بهداشت

جهانی، بهداشت باروری به معنای سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی مرتبط با سیستم تولید مثل است. (World Health Organization, 2021) این بدان معنی است که افراد قادر به داشتن یک زندگی جنسی رضایت‌بخش و ایمن، توانایی تولید مثل و آزادی تصمیم‌گیری دربارهٔ زمان و دفعات بچه‌دار شدن داشته باشند (همدانی و احمدی، ۱۴۰۰: ۸۷)؛ درنتیجه درک و شناخت صحیح از موارد مرتبط با مسائل جنسی، نیازمند ارتقای سلامت جنسی در ابعاد مختلف آن است.

یکی از چالش‌های اساسی در حوزهٔ بهداشت جنسی زنان، عدم آگاهی کافی از مسائل جنسی و بهداشتی است که می‌تواند تأثیرات عمیقی بر تجربه‌های جنسی آنها بگذارد. این ناآگاهی جنسی نه‌تنها در زنان مجرد یا آنهایی که ازدواج نکرده‌اند، بلکه در میان زنان متأهل نیز مواردی مشاهده می‌شود، به‌ویژه زمانی که آنها بدون داشتن اطلاعات کافی وارد تجربه‌های جنسی مرتبط با ازدواج می‌شوند. درحقیقت تجربه عمل پیش از آگاهی، ویژگی مشخص تجارب جنسی زنان است و مورد مشترک میان زنان، موضوع کمبود آگاهی جنسی و وجود تابوهای اجتماعی در این رابطه است (آقایاری‌هیر و همکاران، ۱۳۹۹: ۶۳۹-۶۴۰). ازسوی دیگر این ناآگاهی، در میان زنانی که ازدواج موقت را تجربه می‌کنند، ابعاد پیچیده‌تری پیدا می‌کند؛ زیرا این نوع ازدواج در بسیاری از موارد غیررسمی و پنهان باقی می‌ماند و با فقدان حمایت‌های اجتماعی و قانونی همراه است؛ علاوه‌برآن در بسیاری از جوامع، عده‌ای از زنان در مطالبهٔ حقوق جنسی خود ضعف داشته و عزت‌نفس پایینی دارند و با عدم ابراز خواسته‌های جنسی خود ناتوان در حفظ استقلال فردی‌شان در رابطهٔ زناشویی هستند (بخشی‌زاده، ۱۳۹۷: ۱۲۴-۱۲۵). این ضعف در مطالبهٔ حقوق جنسی و ناتوانی در ابراز خواسته‌ها، زنان را در روابط زناشویی به موقعیت‌هایی آسیب‌پذیرتر سوق می‌دهد؛ موقعیت‌هایی که می‌تواند احتمال قرارگرفتن در معرض خطراتی مانند انتقال بیماری‌های مقاربتی را افزایش دهد، به‌ویژه باتوجه‌به اینکه انتقال این بیماری‌ها از مردان آلوده به زنان به‌مراتب شایع‌تر است (شارما، ۱۳۹۵: ۸) این وضعیت

به‌ویژه در بستر ازدواج موقت، پیامدهای منفی متعددی برای سلامت جنسی و باروری به دنبال دارد.

چنانچه مطالعات متعدد نشان داده است که نکاح متعه، زمینه‌ساز شیوع بالای عفونت‌های مقاربتی (STIs) در این گروه از زنان است. این عفونت‌ها عمدتاً ناشی از نبود مراقبت‌های بهداشتی مناسب، قضاوت‌های نادرست از سوی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و ضعف اطلاع‌رسانی به دلیل تابوهای اجتماعی و فرهنگی است که منجر به عدم گزارش و درمان این مشکلات می‌شود؛ علاوه‌براین، روابط جنسی بدون محافظت و بی‌توجهی به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی از جمله عواملی هستند که به شیوع این بیماری‌ها دامن می‌زنند (Fallahi et al., 2019: 6; Valizadeh et al., 2021). از طرفی زنان در این نوع ازدواج، بیشتر در معرض خشونت و سوءاستفاده توسط همسران خود قرار دارند که می‌تواند پیامدهایی چون بارداری‌های ناخواسته، سقط جنین غیرایمن و ابتلا به بیماری‌های مقاربتی را به همراه داشته باشد (Al-Maharma, 2019: 608). همچنین ازدواج موقت یکی از رایج‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده بارداری‌های ناخواسته، چالش‌های فرزنددارشدن و سقط‌های غیرایمن محسوب می‌شود که معمولاً به دلیل عدم مشارکت مردان در استفاده از روش‌های تنظیم خانواده رخ می‌دهد و زنان در این ازدواج به دلیل مشکلاتی همچون دشواری در تأسیس نسب پدر و فرزند و همچنین هزینه‌های بالای آزمایش‌های پزشکی ممکن است به سقط جنین غیرایمن روی آورند. این امر به‌طور مستقیم بر سلامت جسمی و روانی آنان تأثیر می‌گذارد (شعبانی، ۱۴۰۰: ۳۹). خلاصه آنکه، سلامت جنسی و باروری به‌عنوان بُعد اساسی از سلامت فردی، نیازمند توجه ویژه است؛ زیرا آگاهی پایین درباره این مقوله و وجود تابوهای اجتماعی مرتبط با آن، آسیب‌پذیری زنان در ازدواج موقت را افزایش می‌دهد.

لازم به ذکر است که باتوجه به منابع غیررسمی به نظر می‌رسد که پدیده ازدواج موقت روبه‌افزایش است؛ اما چنانچه ازدواج موقت در بیشتر مواقع به‌صورت غیررسمی صورت می‌گیرد و در مدارک هویتی (شناسنامه) ثبت نمی‌شود و اطلاعات مناسب و دقیقی از شیوع و بروز آن در کشور در

دسترس نیست، بیشتر این نوع ازدواج مخفیانه است و نمی‌تواند از زنان در برابر انواع مختلف سوءاستفاده که بیشتر در ازدواج موقت برای زنان فراهم است، محافظت کند (شعبانی، ۱۴۰۰: ۳۸-۳۹)؛ علاوه‌براین، بسیاری از زنان دارای تجربه ازدواج موقت به علت دید منفی جامعه و ترس از انگ اجتماعی صیغه‌ای‌بودن، درباره بسیاری از مشکلاتی که برای زن در حین ازدواج موقت به وجود می‌آید، سکوت می‌کنند و اعتراضی نمی‌کنند. همچنین ضعف قانون‌گذاری یا عدم ضمانت اجرایی و عدم نظارت دستگاه‌های ذی‌ربط، سبب پنهان و تابوماندن این سبک از ازدواج می‌شود که می‌تواند زنان را در ازدواج موقت دچار آسیب‌های جدی کند و تأثیرات مختلفی بر وضعیت جسمی و روحی این قشر از زنان داشته باشد (Valizadeh et al., 2021: 7)؛ در نتیجه باتوجه به افزایش ازدواج موقت، ماهیت مخفیانه‌بودن این ازدواج در جامعه و پیامدهای گسترده آن، ضرورت بررسی این موضوع بیش‌ازپیش احساس می‌شود و عدم توجه به این موضوع می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری برای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این زنان به همراه داشته و تأثیرات منفی بر جامعه وارد کند. باوجود اهمیت موضوع می‌توان گفت، مطابق با بررسی مطالعات پیشین، موضوع سلامت جنسی و باروری زنان با تجربه ازدواج موقت به روش کیفی از نوع پدیدارشناسی در پژوهش‌های مختلف، به‌طور مستقل بررسی نشده است که بر ضرورت آن می‌افزاید؛ بنابراین، باتوجه به احتمال زیاد بیماری‌های مقاربتی، بارداری ناخواسته و خطرات آن در زنان با تجربه ازدواج موقت و نیز اهمیت مسئله کمبود آگاهی جنسی و وجود تابوهای جنسی که احتمال آسیب جنسی، جسمی و روانی زنان را در ازدواج موقت افزایش می‌دهد، پژوهش حاضر با هدف شناسایی تجربیات زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت انجام شده است.

پیشینه پژوهش

پیشینه تجربی

ازدواج موقت در اسلام موضوعی پیچیده و بحث‌برانگیز است



که در طول تاریخ فقهی مسلمانان به‌ویژه در میان شیعه و اهل سنت، نظرات مختلفی درباره آن وجود داشته است. در این رابطه نوردی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان «بررسی آثار اخلاقی و اجتماعی نکاح منقطع در فقه عامه» تفاوت‌های دیدگاه فقه شیعه و سنی را درخصوص ازدواج موقت بررسی کردند و بر تأثیر شرایط سیاسی و اجتماعی بر صدور احکام آن تأکید دارند. آنان بیان می‌کنند که در فقه اهل سنت، نکاح موقت (متععه) به دلیل مخالفت‌های تاریخی و نظرات حکومتی به‌ویژه تحریم آن توسط خلیفه دوم محدود شده است. درحالی‌که در فقه شیعه این موضوع با آزادی بیشتری پذیرفته شده است؛ اما فقه اهل سنت آن را به اختیارات حکومتی و زهان و مکان مربوط می‌داند. توحیدی‌نیا و همکاران (۱۴۰۳) همچنین به تحول تاریخی حکم ازدواج موقت در دوران پیامبر (ص)، خلفا و ائمه اشاره کرده‌اند و در مطالعه خود نشان می‌دهند که احکام متعه از همان ابتدا در دوران پیامبر، خلفا و ائمه متأثر از شرایط سیاسی، اجتماعی و قواعد رایج مردم بوده و موجب چالش‌های فقهی و کلامی بین مذاهب مختلف شده است. در مقابل، مظهر قراملکی و قربانی (۱۳۹۹) در «نقدی بر ادله روائی نسخ حلیت ازدواج موقت» با نقد ادله نسخ حلیت ازدواج موقت، بر استمرار مشروعیت آن از منظر فقهی تأکید می‌کنند. آنها با بررسی و نقد ادله نسخ، روایات استنادشده را مضطرب و نامعتبر تلقی می‌کنند و با تکیه بر تتبع مزبور و روایات معتبر فریقین و اصل عدم نسخ، استمرار حلیت ازدواج موقت را به اثبات می‌رسانند. ثمنی و همکاران (۱۴۰۲) نیز در پژوهش خود با عنوان «امکان‌سنجی ضابطه‌مندکردن ازدواج موقت بر مبنای شاخصه‌های سبک زندگی اسلامی» در رابطه با جواز ازدواج موقت به ضابطه‌مندکردن ازدواج موقت براساس اصول سبک زندگی اسلامی می‌پردازد و آن را باتوجه به شرایط اجتماعی و مصلحت تغییرپذیر می‌داند. پژوهش‌های ذکرشده عمدتاً از منظر فقهی، کلامی و نظری به موضوع پرداخته‌اند و به دنبال ارائه اصولی برای ضابطه‌مندکردن این نوع ازدواج و ارزش‌گذاری متغیر براساس شرایط بودند؛ درحالی‌که این مقاله

با روش پدیدارشناسی بیشتر بر آسیب‌ها و چالش‌های این نوع ازدواج بر زنان (از جمله مسائل بهداشت جنسی و باروری) تمرکز دارد و فقط به بازتاب تجربه زنان می‌پردازد، بدون اینکه حکم یا ضابطه‌ای ارائه کند؛ درنهایت این دو رویکرد می‌توانند مکمل یکدیگر باشند و درک جامع‌تری از ازدواج موقت ارائه دهند.

در رابطه با دلایل و زمینه‌های ازدواج موقت زنان مطالعات انجام‌گرفته به اشتراکاتی چون نقش نیازهای اقتصادی، عاطفی و جنسی در گرایش زنان به ازدواج موقت اشاره دارند؛ اما تفاوت‌هایی در ترتیب اهمیت این عوامل و رویکردهای تحلیل دیده می‌شود. پریشی (۱۳۸۷) در «بررسی زمینه‌ها و پیامدهای ازدواج موقت برای زنان» بیان داشت که دلایل ازدواج موقت زنان شامل نیاز عاطفی و جنسی، نیاز اقتصادی، نیاز به حمایت اجتماعی و ترکیبی از نیازهای جنسی، عاطفی و اقتصادی است. بیشتر این قشر از زنان دلیل عمده ازدواج موقت خود را برطرف‌شدن نیازهای اولیه اقتصادی خود و فرزندانشان ابراز کردند و زنانی که نیاز جنسی و عاطفی را جزء دلایل ازدواج خود به شمار آوردند، نخست تأکید بر تأمین نیاز عاطفی کرده و سپس نیاز جنسی را بیان نموده‌اند. درمقابل گوهررستمی (۱۴۰۱) در پژوهش توصیفی خود با عنوان «بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی بر ازدواج موقت دختران جوان شهر رامسر» نشان داد هر یک از عوامل محرومیت‌های جنسی، نیازهای اقتصادی، تناقضات اجتماعی درکشده از ازدواج، نگرش‌های فردی، تعارضات و ناهنجاری‌های اجتماعی و تعارضات خانوادگی بر ازدواج موقت دختران جوان تأثیر داشته است. همین‌طور نتایج رتبه‌بندی این عوامل نیز مشخص کرد که به ترتیب محرومیت‌های جنسی، نگرش‌های فردی و تعارضات و نیازهای اقتصادی بیشترین تأثیر را بر تصمیم به ازدواج موقت دختران جوان دارند؛ درنهایت، تعارضات خانوادگی کمترین تأثیر را داشته است. مهدوی لیف شاگرد (۲۰۱۷) نیز با رویکردی پدیدارشناسانه به تفاوت‌های نگرش میان مردان و زنان به ازدواج موقت می‌پردازد و تأکید می‌کند که در نگاه عمومی، نیازهای عاطفی و مالی زنان از جنبه‌های

مثبت این ازدواج است؛ اما برطرف کردن نیاز جنسی به عنوان جنبه‌ای منفی تلقی می‌شود و اگر عناصر جامعه ثبات جامعه را مختل کنند، کژکارکردی و اگر به ثبات جامعه کمک کنند، کارکردی هستند. پژوهش‌های ذکر شده همانند مقاله حاضر بر جنبه‌های عاطفی و جنسی زن در ازدواج موقت تأکید می‌کنند، با این تفاوت که مقاله حاضر، تجارب زیسته زنان را واکاوی می‌کند؛ درحالی‌که سایر تحقیقات بیشتر به دلایل و نگرش‌های زنان به ازدواج موقت توجه کرده‌اند. از نظر روش‌شناسی نیز، هرچند پژوهش مهدوی لیف شاگرد (2017) پدیدارشناسانه است، بیشتر بر نگرش عمومی مردان و زنان تمرکز دارد و ابعاد مثبت و منفی اجتماعی ازدواج موقت را بررسی می‌کند.

همچنین مطالعات پیشین پیامدهای ازدواج موقت را از جنبه‌های مثبت و منفی بررسی کرده‌اند و هریک براساس زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی خاص، نتایج متفاوتی ارائه داده‌اند. غدیری (2021) در مطالعه «کارکردهای نکاح موقت در سلامت اخلاقی جامعه» ازدواج موقت را راه‌حلی برای بهبود سلامت اخلاقی جامعه معرفی می‌کند؛ زیرا می‌تواند با کاهش زنا و پاسخ‌گویی به نیازهای جنسی و عاطفی به تقویت اخلاق فردی و اجتماعی کمک کند. این مطالعه با مطالعه نوردی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه «نکاح متعه، تأثیر و شرایط قرآنی، روایی آن در بهزیستی روان‌شناختی» هم‌راستا است که تأثیرات مثبت این نوع ازدواج را در بهزیستی روان‌شناختی از جمله افزایش رضایت، رشد شخصی و ارتباطات مثبت اجتماعی مطرح می‌کنند؛ با این حال، هر دو مطالعه تأکید دارند که این پیامدهای مثبت مشروط به این است که ازدواج موقت موجب تهدید نظام خانواده یا آسیب به بنیان‌های اجتماعی نشود. مطالعه دیگری که نجفی و همکاران (2012) انجام دادند، نشان داد که سرپرستان خانوار دارای ازدواج موقت، وضعیت روانی، عاطفی، جنسی و جسمی بهتری در مقایسه با سرپرستان خانوار بدون ازدواج موقت داشتند. لشکر (2022) نیز در پژوهش خود به جنبه دیگری از پیامدهای مثبت این ازدواج اشاره دارد و آن را چارچوبی اخلاقی و مدرن برای روابط عاشقانه حلال معرفی می‌کند که

به جوانان مسلمان اجازه می‌دهد خارج از ساختارهای خانوادگی سنتی، روابط مشروع داشته باشند. او تأکید می‌کند که ازدواج موقت، علاوه بر پاسخ‌گویی به نیازهای فردی، می‌تواند به عنوان مدلی اخلاقی برای مسلمانان (اعم از شیعه و سنی) در جوامع مدرن استفاده شود. در نقطه مقابل، احمدی (2023) در تحلیل آسیب‌شناختی ازدواج موقت یا متعه در ایران با تحلیل پیامدهای اجتماعی و اقتصادی ازدواج موقت، به اثرات منفی آن مانند افزایش بیکاری در میان زنان و کاهش تمایل مردان به ازدواج دائم اشاره دارد که می‌تواند بنیاد خانواده را تضعیف کند. این دیدگاه با نتایج سهود و سیابانی^۱ (2014) نیز همخوانی دارد که در پژوهش خود، جنبه‌های اقتصادی و اجتماعی ازدواج موقت را در قالب «گردشگری جنسی حلال» در اندونزی بررسی کرده‌اند و درعین توجه به مزایای اقتصادی آن، به آسیب‌های اجتماعی و اخلاقی این نوع ازدواج‌ها اشاره کردند. آنها بیان داشتند گردشگران عمدتاً از کشورهای خاورمیانه، زنان را-چه فاحشه و چه زنان معمولی- به عنوان همسر برای مدت معین انتخاب می‌کنند و این ازدواج‌های قراردادی ازسوی جامعه حمایت می‌شود؛ زیرا به افزایش ثروت برای افرادی منجر می‌شود که درگیر آن هستند. مطالعات پیشین و مطالعه حاضر، به‌طورکلی هر دو بر پیامدهای مثبت و منفی ازدواج موقت تأکید داشتند. درمقابل، تفاوت‌هایی نیز وجود دارد. برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش احمدی (2023)، آسیب‌های اجتماعی و روانی ازدواج موقت را بررسی کرده‌اند؛ درحالی‌که این پژوهش پیامدها را به‌طور خاص در حوزه بهداشت جنسی و باروری تحلیل کرده است. پژوهش‌هایی مانند لشکر (2022) و سهود و سیابانی (2014) نیز جنبه‌های خاصی از پیامدهای مثبت و منفی را در جوامع مدرن و در قالب مفاهیمی مانند «دوستی حلال» یا «گردشگری جنسی حلال» بررسی کرده‌اند که این موضوعات کمتر در پژوهش حاضر مطرح شده‌اند. از نظر روش‌شناسی، پژوهش‌های گذشته عمدتاً توصیفی و تحلیلی بوده‌اند و بر پیامدهای اجتماعی و اخلاقی ازدواج موقت تمرکز کرده‌اند؛ درحالی‌که مقاله پدیدارشناسی به روش کیفی و با تحلیل

¹ Suhud & Syabaini

عمیق‌تری در زیست جنسی، چالش‌های سلامت جنسی و باروری زنان را در ازدواج موقت بررسی کرده است. مطالعاتی نیز معایب احتمالی ازدواج موقت را از منظر خطرات بهداشتی و بیماری‌های مقاربتی (STI) زنان بررسی کرده‌اند. پریشی (۱۳۸۷) نشان داد که بسیاری از زنان در این نوع ازدواج به دلیل اعتماد نادرست به شریک جنسی خود یا بی‌توجهی به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، در معرض خشونت جنسی و آسیب‌های بهداشتی قرار گرفته‌اند. این یافته‌ها با مطالعه ولی‌زاده و همکاران (۲۰۲۱) هم‌راستا است؛ زیرا آنها نیز به خطراتی مانند عفونت‌های جنسی، بارداری ناخواسته، سقط جنین و خشونت اشاره دارند که ناشی از انگ اجتماعی و نبود خدمات باکیفیت در حوزه سلامت جنسی است؛ در همین راستا فلاحی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه توصیفی-تحلیلی با عنوان «اثرات نامطلوب تجارب اولیه در انتقال عفونت جنسی در میان زنان بی‌خانمان» به‌طور خاص به زنان بی‌خانمان پرداخته و نشان داده است که تجربه نکاح متعه در این گروه، احتمال ابتلا به بیماری‌های مقاربتی را چند برابر افزایش می‌دهد. علاوه‌براین، مطالعه المحرمه^۱ و همکاران (۲۰۱۹) که بر روی زنان پناهنده سوری انجام شد، نشان داد که ۱۱.۵٪ از زنان دارای ازدواج موقت، عفونت‌های مقاربتی داشته‌اند و دوسوم آنها اظهار داشتند که همسرانشان در طول رابطه جنسی از کاندوم استفاده نکرده‌اند. مطالعه پریشی و مطالعه حاضر هر دو از روش‌های کیفی استفاده و به تأثیرات اجتماعی و فرهنگی در این موضوع توجه کرده‌اند. اما پریشی (۱۳۸۷) به‌طور کلی به عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر در ازدواج موقت می‌پردازد، در حالی که این پژوهش چالش‌های سلامت جنسی و باروری زنان در این نوع ازدواج را بررسی می‌کند. مطالعه المحرمه و همکاران (۲۰۱۹) و ولی‌زاده و همکاران (۲۰۲۱) به مشکلات بهداشتی در ازدواج موقت توجه کرده و به تبعات اجتماعی و روانی این مسائل کمتر پرداخته‌اند. همچنین از آن جهت که این مطالعه بیشتر به جنبه‌های آماری و کمی پرداخته است، عمق و غنای اطلاعات

کمتری در مقایسه با مطالعات کیفی مانند مطالعه پدیدارشناسی دارد. ازطرفی مطالعه المحرمه نیز به گروه خاصی از زنان (پناهندگان سوری) محدود شده است و به شرایط اجتماعی و فرهنگی زنان ایرانی توجه ندارد.

همچنین ازسوی دیگر، در رابطه با بارداری ناخواسته و پیامدهای آن در ازدواج موقت شعبانی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه «واکاوی مشکلات زنان دارای تجربه ازدواج موقت ساکن شهر قم» به چالش‌های جدی بارداری ناخواسته در این نوع ازدواج پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که این بارداری‌ها بیشتر با انکار هویت فرزند و فشار به سقط غیرقانونی جنین همراه است و همین امر موجب بروز تنش‌ها و مشکلات زیادی در این زنان شده است. این یافته با پژوهش جلالی (۱۳۹۲) هم‌راستا هستند که به تأثیرات منفی ازدواج موقت بر کودکان و خانواده‌ها توجه کرده است. چنانچه او در «بررسی معایب و مزایای اجتماعی ازدواج موقت» بیان داشت که معایب ازدواج موقت بیش از مزایای آن است و این معایب آسیب‌های بسیار جدی به‌خصوص به قشر زنان، خانواده‌های متأهل و کودکان حاصل این ازدواج وارد کرده است. به‌طور مشابه، مطالعه‌ای که نخودیان و همکاران (۲۰۱۲) در اصفهان انجام دادند، نشان داد که ۳۶٪ از زندانیان زن دارای ازدواج موقت سابقه سقط جنین داشتند. مطالعات جلالی (۱۳۹۲) و شعبانی و همکاران (۱۴۰۰) در روش پژوهش با مطالعه حاضر هماهنگ هستند؛ اما بیشتر بر جنبه‌های اجتماعی و فرهنگی ازدواج موقت و مشکلات زنان در این زمینه تأکید دارند، درحالی‌که پژوهش حاضر بیشتر چالش‌های سلامت جنسی و باروری را بررسی کرده است. از جهت دیگر، مطالعه نخودیان و همکاران (۲۰۱۲) بیشتر با استفاده از روش‌های کمی بر ابعاد پزشکی و آماری مانند بارداری ناخواسته و سقط جنین زن در ازدواج موقت تمرکز کرده است. درمقابل، مطالعه حاضر با استفاده از روش کیفی بر چالش‌های سلامت جنسی و باروری تأکید دارد و درکنار آن به تأثیر فرهنگ و نگرش‌های جنسی نادرست در مشکلات سلامت جنسی و باروری پرداخته است.

¹ Al-Maharma

مطالعاتی نیز مرتبط با خشونت و سوءاستفاده جنسی زنان در ازدواج موقت بودند. چنانچه مطالعه‌ای که خانی و همکاران (2018) در شمال ایران انجام دادند، نشان داد که دلیل اصلی مراجعه این زنان به مراکز پزشکی، اجبار جنسی بوده است و ۸۵٪ از شرکت‌کنندگان گزارش کردند که همسرانشان در طول رابطه جنسی از کاندوم استفاده نمی‌کردند. درواقع، بی‌توجهی به وضعیت سلامت و نیازهای بهداشتی زنان دارای ازدواج موقت به‌عنوان سوءاستفاده همسر در نظر گرفته می‌شود. بدران و ترنبول^۱ (2018) نیز در پژوهش خود با تحلیل محتوای وبلاگ‌ها به مشکلات مرتبط با آزادی زیاد در روابط ازدواج موقت اشاره کردند و بیان داشتند که در ازدواج موقت، زن و مرد آزادی‌هایی داشته و برای ایجاد احساس بهتر زوجین در رابطه، هر دو در ازدواج موقت فضا و حریم خصوصی خود را دارند، درحالی‌که این فضای خصوصی می‌تواند به مردان استثمارگر فرصت بیشتری دهد تا از همسر خود استفاده ابزاری کنند. در هر دو مطالعه مرتبط با مقاله حاضر مسائل بهداشتی، اجتماعی و روانی مرتبط با ازدواج موقت بررسی شده است؛ اما برخلاف این مقاله از روش‌های کمی و تحلیل محتوای وبلاگ‌ها استفاده کردند؛ درنهایت، مطابق با مرور منابع پیشین می‌توان بیان داشت که در مطالعات با روش کیفی به‌صورت جداگانه موضوع مهم سلامت جنسی و باروری زنان در ازدواج موقت بررسی نشده و باتوجه به اینکه ازدواج موقت راهکار شرعی برای تأمین نیاز جنسی افراد است، تجارب زیسته زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری برای پیشگیری از آسیب‌های جنسی، جسمی و روانی و ارتقای سلامت جنسی و باروری آنان حائز اهمیت است. از آنجایی که پدیدارشناسی روش تحقیق نظام‌دار و دقیق است که به جلوه‌گری و نمایش تجربیات انسانی درباره انواع پدیده‌ها از طریق توصیف دقیق و تحلیلی می‌پردازد، مطالعه حاضر با هدف شناسایی تجربیات و درک زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت انجام شد.

چارچوب مفهومی

پژوهش حاضر با روش پدیدارشناسی تفسیری به بررسی عمیق تجربه زیسته بهداشت جنسی و باروری زنان پرداخته است که تجربه ازدواج موقت داشتند. ازدواج موقت یا متعه، که در ایران به «صیغه» معروف است، ازدواجی است که زن با قرلث صیغه‌ای، خود را برای مدتی معلوم و با مهریه تعیین شده به ازدواج مردی درمی‌آورد (رشیدی‌نژاد و واحد یاریجان، ۱۳۹۸: ۶۸) و این ازدواج از مسائل اختلافی میان شیعه و اهل سنت است. اهل سنت معتقدند این حکم نسخ شده، اما درباره ناسخ و زمان نسخ اختلاف نظر دارند؛ برخی قرآن و برخی سنت پیامبر را ناسخ می‌دانند. در مقابل، شیعیان با استناد به آیه ۲۴ سوره نساء، روایات ائمه و شواهد تاریخی، ازدواج موقت را شرعی، قانونی و بدون هیچ نص یا روایت متواتر دال بر نسخ می‌دانند (هرمزی، ۱۴۰۲: ۹۹). این تعریف حقوقی و اختلافات شیعه و سنی بر مبنای آن، بیان‌کننده مبانی فقهی و حقوقی ازدواج موقت است، اما تجارب زنان در این پدیده فراتر از این مبانی و تعاریف باقی می‌ماند. چراکه از منظر رویکرد پدیدارشناسی، تجربه زیسته زنان در ازدواج موقت تنها محدود به تعاریف اجتماعی و حقوقی آن نیست بلکه به‌عنوان تجربه زیسته‌ای درک می‌گردد که در احساسات، تعاملات و ادراکات افراد یافت می‌شود. در این چهارچوب مفهومی، تجربه مشارکت‌کنندگان را نه صرفاً به‌عنوان یک قرارداد، بلکه به‌عنوان انعکاسی از درک و معانی در نظر دارد که در بستر زندگی روزمره آن‌ها جاری است. همچنین در این پژوهش با روش پدیدارشناسی، مرور نظریه‌ها به برای افزایش حساسیت نظری پژوهشگر مطرح شده است و استفاده مستقیم از آن‌ها در روش کیفی پدیدارشناسی متداول نیست.

پدیدارشناسی، علم مطالعه توصیف و تفسیر دقیق پدیده‌های گوناگون زندگی است که بر تمام حوزه‌های تجربی تأکید دارد و در آن محقق به معانی توجه می‌کند که کنشگران اجتماعی به پدیده می‌دهند. کما اینکه این معناها با آنچه تاکنون درباره واقعیت پدیده‌ها می‌دانستیم متفاوت باشند. مطالعات پدیدارشناسی به دو گروه توصیفی و تفسیری تقسیم می‌شوند (میر و دهدشتی شاهرخ، ۱۴۰۱: ۱۴۳) که مطالعه حاضر از

¹ Badran & Turnbull



نوع پدیدارشناسی تفسیری است. پدیدارشناسی تفسیری، روشی است که فراتر از توصیف صرف پدیده به واکاوی می‌پردازد. به‌گونه‌ای که در آن محقق به دنبال معانی پنهان در زندگی انسان‌ها است (Van Manen, 2016: 20). درواقع سنت پدیدارشناسی تفسیری ریشه در درک عمیقی از هستی دارد که امکانات روش‌شناختی گسترده‌ای را برای پژوهشگران فراهم می‌کند (Frechette et al., 2000: 11). از دیگر سو، اعتقاد هایدگر این است که انسان به‌عنوان هستی‌ای در جهان، ناتوان در جداسازی تجارب خود از بستر زندگی‌اش و فهم گذشته‌اش است (Wimpeny & Gass, 2000: 1490). در این مبانی، توصیف تجربه همیشه توأم با تفسیر است و انسان‌ها درواقع مفسرانی هستند که درکشان در بستر تاریخی، اجتماعی و فرهنگی شکل می‌گیرد که در آن زندگی می‌کنند. درواقع در این رویکرد تجربه به‌عنوان واقعییتی عینی در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه به‌عنوان واقعییتی مبنی بر پدیده تفسیر می‌شود؛ به همین دلیل بر اهمیت بررسی تجربه فرد در بستر اجتماعی-فرهنگی خاص او تأکید می‌شود (Bayer, 2024: 195-197)؛ درنتیجه، تجربه زیسته زنان با تجربه ازدواج موقت، به هم مرتبط و درهم‌آمیخته با بسترهای متفاوتی است که پدیده مد نظر را در تسلط دارد و نمی‌توان آن را به‌طور مجزا از این ابعاد درهم‌تنیده درک و تفسیر کرد.

فان مانن نیز هم‌سو با مبانی نظری هایدگر بر درک تجربه‌های انسانی در زندگی روزمره تأکید دارد و بیان می‌دارد که تجربه زیسته ارتباطی عمیق و پیچیده با جهان اطراف فرد دارد و لازم است فهم و تفسیر پدیده بدون توجه به روابط آماری با تحلیلی جامع صورت گیرد (Van Manen, 2016: 12-9)؛ در همین راستا فان مانن نظریه جهان زیسته را عنوان می‌کند و ابعاد زیسته پدیدارشناسی را به‌گونه‌ای ترسیم می‌کند که در آن مکان زیسته، رابطه زیسته، بدن زیسته و زمان زیسته به‌هم‌پیوسته و درهم‌آمیخته وجود دارند. این ابعاد درهم‌آمیخته زمانی اهمیت می‌یابد که بخواهیم پدیده‌ای مانند ازدواج موقت را در بستر تجربه زیسته تفسیر کنیم. فان مانن این جدایی‌ناپذیری چهار بُعد جهان زیسته را به جریان رودخانه

تشبیه کرد که در مسیر خود از میان دشت‌ها، نهرها، درختان، کوه‌ها و جنگل‌ها عبور می‌کند و همه‌چیز به‌دست‌آمده در این مسیر را در ارتباط با خود درمی‌آورد. نکته اینکه رودخانه بدون جریان، دیگر رودخانه نیست؛ همان‌طور که تجربه زیسته بدون پیوستگی رابطه، بدن، زمان و مکان کامل درک نمی‌شود. فان مانن این هم‌زمانی را «جهان زیسته پدیدارشناسی» عنوان می‌کند. جهان زیسته فان مانن در رویکرد پدیدارشناسی به پژوهشگران کمک چشمگیری می‌کند تا بتوانند ابعاد اصلی تفسیر تجربیات زیسته را به پژوهش خود بیفزایند. همین‌طور باید دقت کرد که جهان زیسته در پدیدارشناسی تنها ابزاری است که به تجربیات زیسته مشارکت‌کنندگان رسید (Basnet, 2022: 90). در این چهارچوب، بدن زیسته چیزی فراتر از اعضای بدن است و منظور خود فرد و دیگران است که در فضایی مشترک با گذر زمان با دیگران در تعامل است؛ فضای زیسته به معنای مکانی است که فرد در آن با دیگران تعامل دارد و منظور فضاهای فیزیکی نیست؛ زمان زیسته با زمان اشیا متفاوت است و مدت زمان احساسی تعامل بین فرد با دیگران است و رابطه زیسته تنها به تعامل انسانی محدود نمی‌شود، بلکه به معنای کل این تعاملات است. این ابعاد چهارگانه جهان زیسته به‌طور جدایی‌ناپذیری با یکدیگر آمیخته و یکی شده‌اند که لازم است برای فهم عمیق و واقعی تجربیات زیسته از درک سطحی اجتناب کرد (Basnet, 2022: 75). این ابعاد درهم‌آمیخته، فضایی را ایجاد می‌کند تا پژوهشگر بتواند تجارب مشارکت‌کنندگان در ازدواج موقت را، به‌عنوان انعکاسی از فهم عمیق زندگی زنان و نه به‌صورت سطحی، واکاوی کند. درواقع جهان زیسته در اینجا، ادامه دیدگاه هایدگر بر بسترمندی است و سبب می‌شود تا محقق در این تحقیق از تمام ابعاد تفسیری تجربه زیسته استفاده کند.

در دیدگاه پدیدارشناسی تفسیری، ازدواج موقت تنها ماحصل الگوهای شرطی‌شده رفتار و نیازهای بنیادی افراد نیست، بلکه برآمده از چگونگی درک و تفسیر زنان از تعاملات و بستر زندگی‌شان است. از این منظر، نیازها و انگیزه‌های شخصی که منجر به به ازدواج موقت می‌شوند، در

تعامل با ابعاد فرهنگی - اجتماعی و ابعاد فردی زندگی زنان ایجاد می‌شود؛ بنابراین، لازم است به نظریه‌های روان‌شناختی مختلف در رابطه با عوامل انگیزشی و نیازهای فردی در شکل‌گیری ازدواج موقت اشاره شود. طبق نظریه مازلو نیاز اقتصادی، نیاز فیزیولوژیک، نیاز به ایمنی، نیاز به توجه و احترام و نیاز به عشق و تعلق از جمله نیازهای اساسی انسان است که به‌ویژه در شرایط خاص اقتصادی و اجتماعی می‌تواند عاملی قوی برای انتخاب ازدواج موقت باشد. مطابق با این نظریه، احساس نیاز اساسی می‌تواند عاملی برای ازدواج موقت باشد. چنانچه زنانی با تجربه ازدواج موقت، عامل نیاز اقتصادی در قالب نیاز به مسکن کمتر و نیاز به حمایت مالی را به‌عنوان عامل نافذ در اقدامشان به ازدواج موقت می‌دانند. ازطرفی نیاز جنسی زنان نیز در کنار سایر عوامل، عاملی مؤثر قلمداد شده و اشاره به میل جنسی مختص مردان نبوده است (وکیلی، ۱۳۹۷: ۸۶)؛ علاوه‌براین، می‌توان ازطریق تأمل در چگونگی تجربیات گذشته و عوامل محیطی زندگی افراد، به درک و شناخت عمیق‌تری از تصمیمات و رفتارهای آنان رسید. نظریه رفتارگرایی هال^۱ و نظریه یادگیری گاتری^۲ بر این باورند که محیط و رفتارهای شرطی می‌تواند نقش مهمی در انتخاب فردی و جمعی در زمینه ازدواج موقت ایفا کنند. نظریه رفتارگرایی هال بیان می‌کند که توان واکنش فرد برای انجام هر رفتار خاصی با حاصل ضرب نیرومندی عادت آن رفتار در سائق، پیش‌بینی‌پذیر و محاسبه‌شونده است، به‌گونه‌ای که اگر یک موقعیت محرک با پاسخی دنبال شود که آن نیز با تقویت دنبال شود، تداعی بین آن محرک و پاسخ نیرومند می‌شود. به عبارتی «عادت‌دادن» آن پاسخ به آن موقعیت محرک نیرومندتر می‌شود (Hergenhahn & Olson, 2022: 194). گاتری در نظریه یادگیری خود که به نظریه محرک-پاسخ یا نظریه مجاورتی شناخته می‌شود نیز این دیدگاه را تکمیل می‌کند و بیان می‌دارد که ترکیبی از محرک‌ها که با حرکتی همراه شده است، زمانی که دوباره ظاهر شود، همان حرکت را به دنبال خواهد داشت. به بیان مختصر اگر فردی در موقعیتی معین عمل خاصی را انجام دهد، بار دیگر که در آن موقعیت قرار گیرد،

همان عمل را انجام خواهد داد (Hergenhahn & Olson, 2022: 275). نظریات هال و گاتری نشان می‌دهد که تجربه زیسته زنان در این بستر را می‌توان ازطریق شناسایی الگوهای تکرارشونده در رفتار و پاسخ‌های آنان بهتر درک کرد و به ما این امکان را می‌دهد که به‌جای تکیه صرف بر دلایل سطحی، تأثیر محرک‌های محیطی و تجربیات گذشته را در انتخاب‌های کنونی زنان در ازدواج موقت بررسی کنیم و به الگوهای عمیق‌تری از تصمیم‌گیری و رفتارهای آن‌ها پی ببریم.

سلامت جنسی، پدیده‌ای است که درهم‌تنیدگی عمیقی با ابعاد روانی، جسمی و اجتماعی زندگی افراد دارد (مژده و ضیغمی محمدی، ۱۳۹۲: ۴۲). این مفهوم در چارچوب این پژوهش تنها یک وضعیت عینی نیست، بلکه به‌مثابه بستری برای تجربه زیسته است که افراد ازطریق آن به درک خود و روابطشان برسند. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی هنگامی که به‌صورت مثبت زیست شود، مستلزم امکان ایجاد تجربیات جنسی لذت‌بخش و ایمن بدون خشونت، تبعیض و اجبار و همچنین داشتن رویکردی مثبت و محترمانه به روابط جنسی است (World Health Organization, 2021). سواد جنسی، مفهومی دیگر در این پژوهش است که به تجربه افراد به‌مواجهه با نگرش‌های نادرست و کسب مهارت و دانش مرتبط با مسائل جنسی تعبیر می‌شود. این مفهوم فقط در سطح فردی مطرح نیست، بلکه به‌عنوان پدیده‌ای اجتماعی تعریف می‌شود که با کلیشه‌های فرهنگی و نگرش‌ها مرتبط است (آقایاری‌هیر و همکاران، ۱۳۹۹: ۶۴۰)؛ زیرا از نظر فرهنگی - اجتماعی، کلیشه‌های جنسیتی و انگ در فرهنگ مردسالاری منجر به نابرابری جنسیتی و فقدان قدرت مذاکره زنان با مردان می‌شود؛ اینها مشکلات زیادی از جمله دسترسی کمتر به مراقبت‌های بهداشتی وابستگی اقتصادی را در زنان دارای ازدواج موقت ایجاد می‌کند (Lotfi et al., 2012: 7).

سلامت جنسی زنان در دیدگاه رفتارشناختی براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده آجزن و فیشبین در سال ۱۹۸۰ به‌عنوان پدیده‌ای تجربه‌شده در نظر گرفته می‌شود که ریشه در قصد رفتاری افراد دارد. قصد رفتاری فرد به نگرش او به رفتار

¹ Clark Leonard Hull

² K. C. Guthrie



زن درونی شود، زنان ناتوان در ابزار تمایلات جنسی مشروع خود در روابط جنسی به گونه صحیح بوده و احقاق جنسی آنان در روابط جنسی پایین خواهد آمد (اسدی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۲۱)؛ بنابراین، این طرحواره‌ها به ویژه در شرایط ازدواج موقت که بیشتر با محدودیت‌های اجتماعی و نگرش‌های منفی همراه است، می‌تواند اثرات عمیقی بر کیفیت زیست جنسی زنان و احقاق جنسی آنان داشته باشند؛ زیرا احقاق جنسی پایین زنان در رابطه جنسی با سلامت جنسی زنان مرتبط است. احقاق جنسی با موارد بیشتری از فعالیت جنسی توافقی، تعداد بیشتر ارگاسم، سطح بالاتری از میل جنسی برای شریک جنسی خود و رضایت جنسی بیشتر همبستگی مثبت دارد (Greene & Faulkner, 2005: 248).

در در دیدگاه فمینیستی اساس و بنیان ازدواج در هر شکل و صورتی حتی از نوع موقت نیز از ساختار مردسالار و پدرسالار سرچشمه می‌گیرد. طبق این نظریه مردان از طریق ازدواج، قدرت نظارت بر بدن زنان را نیز پیدا می‌کنند و نکته مهم‌تر آنکه این نظارت مردان بر بدن زنان برای رفع نیازهای مردان است نه نیازهای زنان (پریشی، ۱۳۸۷: ۷۴). درواقع نقد نظریه پردازان فمینیست بر ازدواج، ناشی از توجه ویژه آنان بر میل جنسی است؛ زیرا هویت شخصی زن را با احساسات جنسی او در ارتباطی بسیار نزدیک در نظر می‌گیرند و براین باورند مسئله‌ای که بیش از همه به زن متعلق است (یعنی میل جنسی)، بیش از همه از او گرفته شده است (تانگ، ۱۴۰۱: ۱۸۱). فمینیست‌های رادیکال، بیش از فمینیست‌های لیبرال و مارکسیست توجه عمومی را به شیوه‌های کنترل مردان بر بدن زنان جلب کرده‌اند و به بیان صریح شیوه‌هایی پرداخته‌اند که مردان از آن استفاده می‌کنند تا میل جنسی زنان نه در خدمت زنان، بلکه در راستای تأمین منافع، امیال و خواسته‌های مردان باشد (تلنگ، ۱۴۰۱: ۱۲۰-۱۲۱). به باور آنها، زنان همچنان در برابر مردان فرودست باقی خواهند ماند، مگر آنکه مفهوم میل جنسی بازسازی و بازنگری شود (تانگ، ۱۴۰۱: ۱۸۲). همچنین سیمین دوبوار^۱ از تأثیرگذارترین افراد بر موج دوم فمینیسم در کتاب خود با عنوان «جنس دوم» بیان می‌کند که برای مردان،

و هنجارهای ذهنی مرتبط با آن رفتار بستگی دارد؛ به عبارت دیگر رفتار شخص بستگی به نگرش وی به رفتاری خاص و چگونگی نظر سایر افراد به آن رفتار دارد؛ علاوه بر دو عامل ذکر شده، عامل کنترل درک شده نیز مربوط به وجود شرایط و امکانات برای اتخاذ رفتار مدنظر است و این سه عامل تعیین کننده رفتار هر فرد هستند و می‌توان با تغییر نگرش افراد باعث تغییر رفتارهای ناسالم و حرکت به سمت رفتارهای سالم شد. با وجود اینکه تمایلات جنسی، ذاتی و غیرارادی هستند، نگرش و رفتارهای جنسی آموختنی هستند و می‌توان رفتارهای سالم جنسی را به افراد آموزش داد (ابراهیمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۲۷). طبق این نظریه در ازدواج موقت، نگرش‌های اجتماعی و کلیشه‌های جنسیتی می‌توانند بر قصد رفتاری زنان تأثیر منفی بگذارند. همچنین فرایند یادگیری اجتماعی اشاره به باورهای منفی و نگرش منفی اسطوره‌ها دارد. نگرش‌های منفی، اسطوره‌ها و باورها کلیشه‌هایی هستند که ویژگی‌هایی مانند نیاز به آسیب‌پذیری و محافظت را ویژگی زنان می‌دانند و خصوصیات مانند قدرت، کنترل و جاه‌طلبی را در مردان ذاتی می‌دانند (Pulerwitz et al., 2019: 7)؛ همچنین این طرحواره‌های جنسی نیز به عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر رفتار جنسی مطرح‌اند. طرحواره‌های جنسی، باورهای بنیادین و پایه‌ای فرد هستند که ناشی از تجارب گذشته بوده و می‌توانند با تأثیرگذاری بر پردازش اطلاعات جنسی، بر تجارب و رفتارهای جنسی کنونی زنان تأثیر بگذارند. در این رابطه اندرسن و سیرانوسکی (Andersen 1080: 1994 & Cyranowski) نیز سه نوع طرحواره جنسی را در دو دسته قرار داده‌اند؛ دسته اول طرحواره‌های جنسی مثبت که شامل طرحواره پرشور عاشقانه و طرحواره صریح باز می‌شود و دسته دوم که شامل طرحواره جنسی منفی است که طرحواره خجالتی محتاط را در برمی‌گیرد (جماعتی اردکانی و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۰۲-۱۰۳). همسو با تأثیر طرحواره‌های جنسی و به دلیل وجود باورهای منفی و نگرش منفی اسطوره‌ها که در رابطه با روابط جنسی و تمایلات در میان زنان وجود دارد و سبب شده است تا در جوامع مردسالار باورهای نادرستی در

¹ Simone de Beauvoir

برنامه‌ریزی شده‌آجزن و فیشین برای روشن‌سازی نگرش و قصدهای رفتاری مرتبط با سلامت جنسی و از نظریه‌های مازلو، رفتارگرایی هال و یادگیری گاتری برای شناخت الگوهای شرطی شده‌انگیزی و رفتاری، چگونگی شکل‌گیری تصمیمات زنان مرتبط با سلامت جنسی را در بستر ازدواج موقت تفسیر می‌کند. در ادامه دیدگاه‌های فمینیستی با نقد ساختار مردسالار و روشن‌سازی عوامل قدرت بر زنان و سلب احقاق جنسی زنان، تأثیرات فرهنگی و اجتماعی را بر ادراکات و عملکرد جنسی زنان تفسیر می‌کند؛ بنابراین، مرور نظریات ذکر شده برای استفاده از مفاهیم موجود و ایجاد پیوند مناسب میان نظریه و داده‌های تجربی است تا تفسیری منسجم و غنی از پدیده ارائه شود و زمینه را برای درک و تفسیر عمیق‌تر تجربه‌های زیسته زنان از سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت فراهم کند.

روش‌شناسی پژوهش

این مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری^۲ انجام شده است. جامعه هدف پژوهش حاضر، زنان ساکن در شهر اصفهان با وجود حداقل تجربه یک بار ازدواج موقت بودند که رضایت و علاقه خود به شرکت در پژوهش را اعلام کردند. نمونه‌گیری پدیدۀ مطالعه شده به صورت هدفمند^۳ از نوع ناهمگون^۴ و به روش گلوله‌برفی^۵ انجام شد. طبق این روش، ابتدا دو نمونه از طریق مراجعه به دفاتر ازدواج انتخاب شدند و سپس با توجه به انگ اجتماعی، ماهیت پنهان و تابو بودن موضوع ازدواج موقت در جامعه، توسط روش گلوله‌برفی به نمونه‌های دیگر دسترسی پیدا شد. لازم به ذکر است که در ارائه یافته‌ها این دو گروه از هم تفکیک نشده‌اند که این موضوع به عنوان محدودیتی در پژوهش حاضر درخور توجه است. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

زنان، «بیگانه» و «دیگری» هستند که فقط ابزار جنسی هستند، کارکرد دیگری ندارند و باید برای لذت جنسی و بهره‌وری از آنها استفاده کرد (Millett, 1970: 24). طبق این رویکرد زنان در ازدواج موقت اغلب نمی‌توانند نیازها و میل جنسی خود را به درستی ابراز کنند و این وضعیت منجر به کاهش احقاق جنسی و آسیب به سلامت جنسی و باروری آنها می‌شود. همچنین دورتی دینرستین^۱ از نظریه پردازان فمینیسم روان‌کاوانه، درباره شکل‌گیری جنسیتی و نظام مردسالار، که مرتبط با جایگاه زنان در ازدواج موقت و سلامت جنسی و باروری آنان است، نتیجه نیاز مردان به مهار زنان و نیاز زنان به مهار شدن را مجموعه ناهنجار شش قرارداد جنسیتی می‌داند. این موارد عبارت‌اند از: ۱. مردان از نظر جنسی بیش از زنان انحصارطلب هستند و حتی بسیاری از زنان انحصارطلبی جنسی مردان را به نوعی حق ایشان می‌دانند؛ اما عموماً چنین حقی را برای خود مطالبه نمی‌کنند؛ ۲. خاموش شدن تکانش شهوانی زن که زن فقط به سوی لذت مردان متمایل شده و خواهان ارضای جنسی مرد است؛ ۳. زن اگر به شریک جنسی خود اجازه دهد که او را به ارگاسم برساند، احساس گناه شدیدی می‌کند؛ ۴. زن از داشتن شخصیت انسانی محروم می‌شود و برخلاف مرد که فاعلی انسانی است، به زن همچون شیئی مفعول می‌نگرد؛ ۵. احساس دودلی عمومی افراد به کالبدشان دارند و ۶. مردان باید به عرصه عمومی بروند و زنان در عرصه عمومی باقی بمانند (تانگ، ۱۴۰۱: ۲۴۴-۲۴۷).

خلاصه آنکه برای واکاوی و تفسیر سلامت جنسی و باروری زنان در بستر ازدواج موقت رویکرد پدیدارشناسی هایدگر و در ادامه آن مفهوم جهان زیسته فان مانن با تکیه بر بافت اجتماعی و تاریخی پدیدۀ مطالعه شده و در نظر گرفتن ابعاد مختلف مرتبط تأثیرگذار بر جهان زیسته چون بدن، زمان، مکان و رابطه زیسته می‌تواند محقق را در فهم و تفسیر عمیق پدیده هدایت کنند؛ در این راستا محقق از نظریه رفتار

⁴ Maximum Variation Sampling

⁵ Snowball sampling

¹ Dorothy Dinnerstein

² Descriptive phenomenology

³ Purposive sampling



جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان

Table 1- Participant characteristics

ردیف	نام (مستعار)	سن	میزان تحصیلات	شغل	وضعیت قبل از ازدواج موقت	تعداد فرزند	تعداد تجربه ازدواج موقت	وضعیت ثبت ازدواج
۱	اعظم	۴۲	دیپلم	خانه دار	بیوه	۲	۲	عدم ثبت
۲	صفورا	۵۰	ابتدایی	خانه دار	مطلقه	۲	۱	عدم ثبت
۳	پگاه	۴۲	لیسانس	پرستار	مطلقه	۱	۲	عدم ثبت
۴	رعنا	۲۷	سیکل	کارمند	مطلقه	۱	۲	عدم ثبت
۵	نسیم	۳۳	سیکل	آرایشگر	مطلقه	۲	۱	ثبت شده
۶	شیلان	۳۷	لیسانس	بیکار	مطلقه	۰	۱۳	سه مورد ثبت شده
۷	راحله	۵۱	سیکل	بیکار	مطلقه	۰	۴	ثبت شده
۸	گلی	۳۱	سیکل	بیکار	مطلقه	۰	۱	عدم ثبت
۹	مارال	۵۰	لیسانس	آشپز بین‌المللی	مطلقه	۲	۲	یک مورد ثبت شده
۱۰	نازنین	۴۷	سیکل	پرستار سالمند	مطلقه	۱	۴	یک مورد ثبت شده
۱۱	سمیرا	۳۵	دیپلم	خانه دار	مطلقه	۱	۱	عدم ثبت
۱۲	فرزانه	۴۸	لیسانس	مشاور	بیوه	۰	۱	عدم ثبت

همسران (همسرانان) برای حفظ سلامت جنسی خود چه مواردی را در نظر داشتید؟ چه اقداماتی انجام می‌دادید؟ در روابط جنسی با همسران (همسرانان) با چه مشکلاتی روبه‌رو شدید؟ برای حل این مشکلات چه اقداماتی انجام دادید؟ و سپس پاسخ‌های باز و تفسیری مشارکت‌کنندگان، روند آن را هدایت می‌کرد. در زمان انجام مصاحبه، رفتارهای غیرکلامی مشارکت‌کنندگان ضمن ضبط صدا به‌منظور رعایت یادداشت‌برداری در عرصه توسط محقق ثبت شد.

تحلیل داده‌ها با رویکرد دیکلمن و همکارانش انجام شد. این رویکرد دارای هفت مرحله است: در مرحله اول، تمام مصاحبه‌ها به دقت به‌صورت متن پیاده‌سازی و چندین بار برای درک احساس و تجارب شرکت‌کنندگان مطالعه شد؛ در مرحله بعد خلاصه‌های تفسیری نوشته شد و برای موضوعات جست‌وجو انجام گرفت؛ در مرحله بعد به‌منظور مشخص کردن مضمون‌های اصلی تحلیل گروهی همه خلاصه‌ها انجام گرفت؛ سپس به متن اصلی مصاحبه‌ها یا مشارکت‌کنندگان برای تبیین موضوعات معین رجوع شد و تحلیلی ترکیبی برای

در این پژوهش پس از مصاحبه با ۱۲ نفر شامل ۵ مصاحبه تلفنی و ۷ مصاحبه حضوری داده‌ها به حد اشباع مفهومی رسیدند؛ به این معنا که اطلاعات جدیدی ارائه نشد و مفاهیم تکراری شدند. در راستای رعایت اخلاق پژوهش، به مشارکت‌کنندگان برای محرمانه‌بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد و برای رعایت امانت و ذکر رازداری برای ضبط مصاحبه‌ها رضایت آنان جلب شد. زمان مصاحبه‌ها مطابق با میزان مشارکت پاسخ‌گو و مسیر منحصر به هر گفت‌وگو از ۴۵ تا ۷۰ دقیقه متفاوت بود. الگوی مصاحبه به دلیل ماهیت پدیدارشناختی پژوهش، انعطاف‌پذیر بوده و گستره اطلاعات دریافتی، سؤالات اکتشافی جزئی و حتی ادبیات سؤالات اصلی، همه متناسب با میزان اشتیاق شرکت‌کننده، توان گزارش‌دهی و توصیف موقعیت، از مصاحبه‌ای به مصاحبه دیگر متفاوت بود. مصاحبه‌ها با مشارکت‌کنندگان با سؤالات کلی شروع می‌شد؛ مانند «لطفاً از تجربیات مربوط به روابط جنسی با همسران (همسرانان) در ازدواج (ازدواج‌های) موقتی که داشته‌اید، برایم توضیح دهید؟ در روابط جنسی با

یافته‌های پژوهش

تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، برقراری رابطه جنسی با شریک خود را در قالب ازدواج موقت توصیف کردند و اقدام خود به این نوع از ازدواج را برای پیشگیری از گناه بیان کردند. زنان مشارکت‌کننده در پژوهش در رابطه با دلایل ازدواج موقت خود به مواردی مانند: تأمین نیاز عاطفی، تأمین نیاز جنسی، برخورداری از حمایت مالی (اقتصادی) در طول دوره ازدواج، ترجیح ازدواج موقت به ازدواج دائم، امید تبدیل شدن ازدواج موقت به ازدواج دائم، پرکردن خلأ تنهایی و برخورداری از ثواب به دنبال رفع نیاز جنسی مرد اشاره کردند. لازم به ذکر است که در رابطه با تعدادی از مشارکت‌کنندگان، اقدام به ثبت ازدواج موقت نداشتند و آنان مواردی مانند اهمیت‌ندادن مرد به موضوع ثبت ازدواج، هزینه‌بر بودن ثبت ازدواج و نیز عدم آگاهی از مشکلات احتمالی حاصل از عدم ثبت ازدواج را دلیل عدم ثبت ازدواج خود مطرح کردند.

در فرایند واکاوی چالش‌های سلامت جنسی باروری زنان در ازدواج موقت در شهر اصفهان ۳ مقوله محوری شامل بارداری ناخواسته و سایه‌های سنگین سقط جنین، سهل‌انگاری در حفظ سلامت جنسی و درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر به دست آمد. در جدول ۲ هر مقوله محوری همراه با مفاهیم مربوط به خود آورده شده است.

جدول ۲- مفاهیم و مقوله‌های به دست آمده از تحلیل داده‌ها

Table 2- Concepts and categories obtained from data analysis

مقوله نهایی	مقوله محوری	کدهای باز
چالش‌های سلامت جنسی و باروری زنان در ازدواج موقت	بارداری ناخواسته و سایه‌های سنگین تصمیم به سقط جنین	تحمل سقط جنین و فقدان مسئولیت‌پذیری و حمایت مرد به زن تداوم رنج روانی و جسمی سقط جنین در گذر زمان تحمل فشارهای فیزیولوژیک ناشی از سقط جنین ناخواسته محدودیت‌های محیطی و اجتماعی در حمایت از سلامت باروری زنان
	سهل‌انگاری در حفظ سلامت جنسی	تداوم ناآگاهی و تشدید مشکلات سلامت جنسی در گذر زمان آگاهی و نگرش جنسی زنان در حصار جامعه و فرهنگ نگرش‌های جنسی متأثر از تعاملات اجتماعی ارتباط متقابل بدن و مراقبت از سلامت جنسی
	درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر	تحول رفتارهای جنسی پرخطر در گذر زمان ابزارمندی بدن در تجربه روابط جنسی پرخطر شکل‌گیری روابط جنسی پرخطر ناخواسته در فضای نامطمئن انفعال زنان در تعاملات جنسی پرخطر

هر مصاحبه نوشته شد؛ در مرحله بعد متن مصاحبه‌ها برای تعیین و وصف معانی مشترک و فعالیت‌ها مقایسه شد؛ در مرحله ششم الگوهایی مرتبط با موضوعات مشخص شد و در مرحله آخر از پیشنهادات و نظرات گروه مفسر و دیگر متخصصان درباره پیش‌نویس نهایی و نوشتن گزارش نهایی استفاده شد (هالوی و ویلر، ۱۳۸۵: ۱۳۳).

برای برآورده‌سازی معیار اعتمادپذیری، اطلاعات در اختیار دو متخصص تحقیقات کیفی قرار گرفت تا تحلیل داده‌ها به صورت جداگانه انجام گیرد و شباهت نتایج کار دو تحلیلگر با یکدیگر مقایسه شد. همچنین در این تحقیق تلاش شد با بیان شرایط تحقیق و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، تا حدی انتقال‌پذیری داده‌ها پوشش داده شود. از جهت دیگر، محقق برای ارتقای اعتبار پژوهش با صرف زمان کافی و مناسب به جمع‌آوری داده‌ها و همچنین برقراری ارتباط مؤثر و محترمانه با شرکت‌کنندگان پرداخت و بعد از پیاده‌کردن مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان درخواست کرد تا مطالب پیاده‌شده را مطالعه و صحت‌وسقم آنها را ارزیابی کنند. همچنین وجود علاقه محقق به پدیده مدنظر، مطالعه طولانی‌مدت و تلاش برای بهره‌مندی از نظرات متخصصان در این زمینه از عوامل تعیین‌کننده تأییدپذیری بود.

بارداری ناخواسته و سایه‌های سنگین تصمیم به سقط جنین

طبق نتایج تحلیل داده‌ها مقوله محوری بارداری ناخواسته و سایه‌های سنگین تصمیم به سقط جنین از کدهای باز: تحمیل سقط جنین و فقدان مسئولیت‌پذیری و حمایت مرد به زن، تداوم رنج روانی و جسمی سقط جنین در گذر زمان، تحمل فشارهای فیزیولوژیک ناشی از سقط جنین ناخواسته، محدودیت‌های محیطی و اجتماعی در حمایت از سلامت باروری زنان دست آمد.

کد باز «تحمیل سقط جنین و فقدان مسئولیت‌پذیری و حمایت مرد به زن» از بُعد رابطه زیسته به مقوله اصلی می‌پردازد. این کد از منظر رابطه زیسته، به‌وضوح بیان می‌دارد که چگونه زنان در این روابط بدون اختیار و به‌طور ناخواسته مجبور به سقط جنین می‌شوند تا موجب دلسردی مرد از رابطه نشوند و از تغییرات احتمالی پیشگیری کنند که ممکن است سبب تبدیل ازدواج موقت به ازدواج دائم شود. چنانچه طبق یافته‌ها در ازدواج موقت زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته برخلاف میل خود مجبور به سقط جنین شدند و مردان یا خانواده آنها در صورت آگاهی از بارداری زن، برای جلوگیری از پیشروی رابطه و قوی‌شدن احتمال تبدیل ازدواج موقت به ازدواج دائم به‌واسطه تولد فرزند، اقدام به سقط جنین را به زن تحمیل کردند و زن نیز برای حفظ رابطه و جلب رضایت مرد و خانواده وی، به‌طور ناخواسته به سقط جنین اقدام می‌کرد. این وضعیت نه تنها به دنبال نابرابری قدرت و سلطه در این‌گونه روابط است، بلکه به دلیل عدم مسئولیت‌پذیری عاطفی مردان، زن به ابزاری تبدیل می‌شود که باید خواسته و منافع آنان را تأمین کند. درحقیقت، از این منظر، سقط جنین به‌عنوان اقدامی برای جلوگیری از تهدید منافع شخصی مردان و حفظ رابطه معنا می‌شود که بیانگر بی‌توجهی به نیازهای انسانی و عاطفی زن و نابرابری‌های بنیادین است. درواقع از دیدگاه زنان مشارکت‌کننده، رفتار مردان به‌وضوح نشان می‌داد که رابطه برای آنها فقط ابزاری برای تأمین نیازهای جنسی بوده است، نه پیوندی معنادار و متعهدانه. این مردان به‌جای

دیدن زن به‌عنوان شریک انسانی و ارزشمند، بیشتر بر حفظ شرایطی متمرکز بودند که کمترین تعهد و مسئولیت را برایشان ایجاد کند؛ به همین دلیل، هرگونه تغییری که می‌توانست رابطه را از حלת موقت به دائمی تبدیل کند، مانند بارداری و تولد فرزند، تهدیدی برای منافع شخصی و استقلال آنها تلقی می‌شد. در این رابطه مارال گفت:

«چون خانوادش فهمیدن که پای بچه وسطه و بچه داره گیر می‌وفته، اومدن منو راضی کردن که بچه رو سقطش کنم و گفتن بهم بعدها هم می‌شه این اتفاق بیفته و من متأسفانه باز برای جلب رضایت خانوادش این کار رو ناخواسته کردم... گفتم من گردن نمی‌گیرم، از گردن من رد شده این موضوع. گفتن اشکال نداره، شما بنداز گردن ما؛ اما این کار رو انجام بده.»

ازسویی دیگر، طبق بیانات مشارکت‌کنندگان، مردان به دنبال سقط جنین، زن را مورد حمایت عاطفی قرار ندادند و هیچ‌گونه رفتار همدلانه با وی نداشتند. این بی‌توجهی به نیازهای عاطفی زن و فقدان حمایت همدلانه در چنین شرایط بحرانی، به‌وضوح نشان‌دهنده شکاف عمیق در رابطه زیسته میان زن و مرد است. از دیدگاه نظریه هاکس فان مانن، این تجربه‌های عاطفی و روانی زنان در مواجهه با سقط جنین و فقدان همدلی مردان، تأثیرات عمیق و بلندمدتی بر هویت و احساسات آنها به جای می‌گذارد؛ زیرا زمانی که زنان مجبور به تصمیمات سخت و عاطفی می‌شوند، اما از حمایت احساسی و همدلی شریک خود محروم می‌شوند، این عدم همراهی در لحظات بحرانی به‌گونه‌ای عمیق و ماندگار بر تجارب زیسته آنان تأثیر می‌گذارد. چنانچه پگاه در این رابطه گفت:

«من می‌دونستم جنین کامله. نمی‌خواستم که جنین تو سیفون دستشویی بیفته؛ چون من جنین رو نگه داشتم، تنها دفنش کردم، همسرم کنارم نبود. کامل بود.»

طبق یافته‌ها، کد باز «تداوم رنج روانی و جسمی سقط جنین در گذر زمان» نیز به دست آمد که در رابطه با تأثیر بُعد زمان زیسته در تجربه زیسته بارداری ناخواسته و تصمیم به سقط جنین زن در ازدواج موقت بیانگر اثرات و عوارض سقط

تجارب زیسته بیانگر آن است که بدن در این‌گونه روابط نه فقط به‌عنوان موجودی زنده با حقوق و نیازهای خود نادیده گرفته می‌شود، بلکه به‌عنوان ابزار و وسیله‌ای برای تأمین خواسته‌ها، نیازها و حفظ شرایط اجتماعی و مردانه به حساب می‌آید. پگاه در این رابطه گفت:

«مثلاً یکیشو که تا ۴ ماهم شد بعد ۴ ماهگی فهمیدم که باردارم که مجبور شدم زایمانش کنم؛ چون بزرگ شده بود دیگه بچه. من خودمم چون پرستارم، خودم سقطش کردم (خنده تلخ کوتاه). دیگه با آمپول فشار و دیگه قرصای سقط جنین و اینا.»

یکی دیگر از ابعاد تأثیرگذار بر مقوله محوری، مکان زیسته بود که در کد باز «محدودیت‌های محیطی و اجتماعی در حمایت از سلامت باروری زنان» به دست آمد. این کد بیان دارد، در جامعه‌ای که ازدواج موقت به‌عنوان تابو و رابطه‌ای کم‌ارزش شناخته می‌شود و نگرش‌های منفی به آن وجود دارد، زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته در چنین روابطی در فشارهای اجتماعی و فردی بسیاری قرار می‌گیرند؛ زیرا در این چارچوب فرهنگی، یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌ها برای مردان، احتمال تبدیل شدن رابطه موقت به رابطه دائم و به‌ویژه تولد فرزند بود که به‌طور غیرمستقیم در معرض قضاوت و برچسب‌گذاری‌های اجتماعی قرار می‌گرفتند؛ به همین دلیل، مردان در مواجهه با بارداری ناخواسته به‌ویژه در روابط موقت به فشار آوردن به زن برای سقط جنین متوسل شدند؛ در این راستا مردان برای متقاعد کردن زن به انجام سقط جنین به شکل‌های متفاوتی مانند صحبت و گفت‌وگوی عاشقانه، بحث و مشاجره کلامی، اعمال رفتارهای خشونت‌آمیز یا تهدید زن به قطع رابطه و جدایی عمل کردند که این فشارها باعث می‌شود که زنان تصمیمات خود را متأثر از زمان و فشارهای محیطی اتخاذ کنند.

ازسویی دیگر، باوجود اهمیت مراقبت‌های بعد از سقط جنین، طبق بیانات مشارکت‌کنندگان، زنان پس از سقط جنین به تنهایی با بحرانی روبه‌رو شدند که به‌شدت بر بدنشان تأثیر گذاشته بود و نیازمند حمایت و مراقبت‌های پزشکی بودند که بیشتر ازسوی همسرشان، معمولاً به دلیل نبود تعهد اجتماعی

جنین در زنان در طول زمان بود. طبق یافته‌ها، تعدادی از زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته برای حفظ فرزند خود از تصمیم مرد برای سقط جنین، مجبور به پنهان کردن بارداری بودند؛ زیرا تولد فرزند را به‌منزله تحکیم رابطه موقت خود و تبدیل آن به ازدواج دائم می‌دانستند. در این شرایط و با افزایش سن حاملگی (ماه چهارم به بعد بارداری)، زنان سقط جنین را با عوارض جسمی بیشتری تجربه کردند و علاوه بر آن، متحمل آسیب‌های روانی به دنبال سقط جنین نیز شدند که اثرات آن بر زندگی آنها در طول زمان ادامه یافت. همچنین احساسات ناخوشایند گناه و ناراحتی مشارکت‌کنندگان به سقط جنین که مطرح کردند، تنها به زمان انجام سقط جنین محدود نشده، بلکه در طول زمان و حتی پس از گذشت مدت‌ها از این تجربه همچنان در بدن و ذهن آنها حضور داشت و با یادآوری این اتفاق به‌شدت تداعی می‌شد. نازنین گفت:

«بعد من بچه رو که سقط کردم و اون (همسر) خیلی بی‌رحم بود. بهشم نشون دادم حتی. گفتم ببینش. حتی یادم میاد حالم بد می‌شه. قیافه اون بچه که جلو چشمم میاد.»

از منظر بدن زیسته، کد باز «تحمل فشارهای فیزیولوژیک ناشی از سقط جنین ناخواسته» نشان‌دهنده تأثیر پیچیده و عمیقی است که فشارهای جسمی و روحی در فرایند سقط جنین بر بدن زنان در ازدواج موقت وارد می‌سازد. طبق یافته‌های به‌دست‌آمده، زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته با متوسل شدن به روش‌های ختم بارداری طبی (دارویی) تلاش می‌کردند تا به حاملگی ناخواسته خود پایان دهند و در شرایطی نیز به دنبال شکست تلاش در این زمینه مجبور می‌شدند از طریق روش‌های جراحی (کورتاژ) به شکل غیرقانونی به حاملگی خود خاتمه دهند. در این شرایط بدن این زنان به‌عنوان محملی برای تجربه‌های سخت و گاهی دردناک سقط جنین عمل کرد و عمل سقط جنین، چه به‌طور دارویی و چه از طریق جراحی، به بدن فشار وارد آورد و آن را به وسیله‌ای برای فراهم کردن تصمیماتی تبدیل کرد که به‌واسطه شرایط نامساعد به آنها تحمیل شده بود. درواقع این

دیر هنگام علائم ایدز، هپاتیت و عفونت رحم و باور ایجاد انگل‌های روده‌ای در رابطه جنسی مقعدی بود. همچنین تعداد کمی از زنان مشارکت‌کننده ضرورت تلقیح واکسن گارداسیل را درک کرده و پیشنهاد به الزامی شدن واکسن گارداسیل برای عموم را دادند.

زنان در طول زمان با مشکلات زیادی در آگاهی از مسائل جنسی مواجه بودند. بسیاری از آنها اطلاعات کافی و دقیق درباره مسائل بهداشتی و خطرات جنسی نداشتند و به همین دلیل باورهای غلط و نادرست در ذهن آنها شکل گرفته بود. در این رابطه کد باز «تداوم ناآگاهی و تشدید مشکلات سلامت جنسی در گذر زمان» از تأثیر تداوم زمان بر تشدید خطرات سلامت جنسی زنان در تجربه ازدواج موقت بیان می‌دارد، به گونه‌ای که وضعیت نامساعد زنان به‌ویژه زمانی که آنها با خطرات سلامت جنسی روبه‌رو باشند، در طول زمان ادامه می‌یابد. درواقع شرایط زندگی زنان به گونه‌ای است که منابع اطلاعاتی صحیح و معتبر در دسترس ندارند و بیشتر به منابع غیررسمی تکیه می‌ورزند؛ از همین رو، باورهای غلط در رابطه با مسائل جنسی در ذهن آنها به وجود می‌آید و باعث می‌شود تا اطلاعات اشتباه و غیرعلمی همچنان به عنوان واقعیت پذیرفته شود. حال این ضعف در آگاهی و تغییر رفتار سبب می‌شود که مشکلات سلامت جنسی در طول زمان تقویت شود و ادامه یابد. گاهی اوقات نیز امکان دارد زنان به تدریج مشکلات جسمی و روانی خود را متوجه شوند؛ اما این مشکلات به دلیل اطلاعات و آگاهی ضعیف و نادرست که در طول زمان ادامه یافته می‌تواند همچنان در زندگی‌شان تأثیر منفی بگذارد. شکیلا در رابطه با آگاه شدن خود پس از گذشت زمان گفت:

«اما الآن فکر می‌کنم چه کار اشتباهی کردم. الآن

مطالعاتم بیشتر شده، در مورد بیماری HPV و اینا. خدا

خیلی به من رحم کرده. واقعاً وقتی بهش فکر می‌کنم، ببین

مثلاً بعضی از بیماری‌ها هستن که به گلو، دهن، زبون

آسیب می‌رسون.»

کد باز «آگاهی و نگرش جنسی زنان در حصار جامعه و

یا قانونی به مراقبت از زن در بحران سقط جنین نادیده گرفته شدند. از طرف دیگر، نگرش فرهنگی که ازدواج موقت را به عنوان رابطه‌ای کم‌اهمیت و بی‌پایان می‌داند، سبب می‌شد که برخی مردان در مواجهه با مسائل جدی مانند سقط جنین به مسئولیت‌های خود بی‌توجه باشند. درواقع مجموع این شرایط، مکان زندگی زن را که باید مکانی برای حمایت و آرامش باشد، به فضایی تبدیل کرد که در آن زنان بدون هیچ حمایتی از سوی همسر خود، باید بحران سقط جنین را پشت سر می‌گذاشتند. در این رابطه نازنین گفت:

«تو خونه سقط کردم. آقا زحمت نمی‌کشید منو به

دکتر ببره. بعدش که تو خونریزی شدید می‌فاندم، حتی یکبار

هم منو دکتر نمی‌برد. حتی مثلاً قرص تقویتی هم برای من

نمی‌گرفت. کسی نبود ازم پرستاری کنه. من تا دم مرگ هر

چهار بار می‌رفتم و برمی‌گشتم.»

توجه ناکافی به حفظ سلامت جنسی

این مقوله محوری دربرگیرنده آگاهی ناکافی و باورهای نادرست درباره روابط جنسی و مراقبت‌های بهداشتی محدود و ناکافی زنان در رابطه با سلامت جنسی است و از کدهای تداوم ناآگاهی و تشدید مشکلات سلامت جنسی در گذر زمان، آگاهی و نگرش جنسی زنان در حصار جامعه و فرهنگ، نگرش‌های جنسی متأثر از تعاملات اجتماعی، ارتباط متقابل بدن و مراقبت از سلامت جنسی به دست آمد. این مقوله محوری بیان می‌دارد که برخی از زنان مشارکت‌کننده با چالش‌هایی در درک مفاهیم مربوط به سلامت جنسی مواجه بودند و به اطلاعات کافی دسترسی نداشتند. طوری که اطلاعات زنان مشارکت‌کننده در رابطه با بیماری‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی، محدود به مواردی شامل انتقال زگیل تناسلی از طریق مقاربت و نیز بزاق دهان، عدم پاکیزگی لباس زیر زن از دلایل عفونت رحمی، عمیق بودن رابطه جنسی علت امکان بیشتر ابتلا به بیماری‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی، عفونت قارچی بدترین نوع عفونت، سوزش و خارش علائم عفونت قارچی، بروز

فرهنگ» به‌دست‌آمده بیانگر نقش مکان زیسته در فهم و چگونگی تجارب زیسته جنسی زنان مرتبط با سلامت جنسی آنان است. طبق یافته‌های به‌دست‌آمده زنان از منابع غیررسمی، شنیده‌های اطرافیان و تجربیات شخصی که بیشتر فاقد پایه علمی هستند، اطلاعاتی را در رابطه با بهداشت رابطه جنسی کسب کرده بودند و محیط فرهنگی و اجتماعی که زنان با تجربه ازدواج موقت در آن زندگی می‌کنند، نقش مهمی در شکل‌گیری نگرش‌ها و باورهای نادرست داشته است؛ زیرا در جامعه ایرانی، مسائل جنسی به‌ویژه در رابطه با ازدواج‌های موقت به‌شدت محدود و تابو هستند. این محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی باعث شده‌اند که بسیاری از افراد، به‌ویژه زنان، اطلاعات محدودی درباره سلامت جنسی داشته باشند و بسیاری از باورهای غلط و خرافی در این زمینه رواج پیدا کنند. در نتیجه در این شرایط، کمبود آموزش‌های صحیح و فقدان منابع معتبر اطلاعاتی باعث می‌شود که بسیاری از زنان به اطلاعات اشتباه یا تجربیات فردی و شنیده‌های اطرافیان تکیه کنند. در چنین وضعیتی، مکان زیسته نه تنها به‌عنوان محیط و فضا، بلکه به‌عنوان بستری برای استمرار محدودیت‌های شناختی و بازتولید ناآگاهی در حوزه سلامت جنسی نقش ایفا می‌کند. در این رابطه سمیرا گفت:

«خب من نمی‌دونم چقدر صحت داره؛ اما می‌گن اگه یک بار و یا هر چندبار بخواد سکس مقعدی انجام بده نمی‌دونم از لحاظ بهداشتی یا از لحاظ علمی چقدر صحت داره که می‌گن تو بدن زن یک کرم‌هایی به وجود میاد انتهای روده‌های زن و اگر مرد بخواد مرتباً سکس مقعدی داشته باشه، اون زن واقعاً دچار بیماری می‌شه و حتی نمی‌تونه خودشو نگه داره.»

همچنین طبق نتایج، زنان مشارکت‌کننده روایت کردند که در راستای حفظ سلامت جنسی، در انتخاب مردان به‌عنوان شریک جنسی خود توجه کردند و در این انتخاب به سطح تحصیلات بالا، متأهل بودن و ظاهر تمیز و مرتب مردان به‌عنوان امتیاز مثبت در رعایت بهداشت جنسی توجه داشتند. درواقع برای بسیاری از زنان، تحصیلات بالا و متأهل بودن مردان به‌عنوان نشانه‌ای از مسئولیت‌پذیری و توانایی حفظ

رابطه‌ای متعهدانه و سالم جنسی تلقی می‌شود. نکته درخور توجه مرتبط با بُعد مکان زیسته در این یافته این است که انتخاب شریک جنسی براساس معیارهایی همچون متأهل بودن یا تحصیلات بالا بیانگر این است که زنان به فرهنگ‌های فرهنگی، اجتماعی و ارزشی تکیه دارند که در محیط زندگی‌شان وجود دارد و این معیارها را به‌عنوان مهم‌ترین معیار برای تضمین ارتباطات متعهدانه و حفظ سلامت جنسی می‌دانند؛ در نتیجه، در روابط جنسی، زنان به دنبال نشانه‌هایی برآمده از فرهنگ محیط زندگی‌شان از تعهد اجتماعی و فرهنگی هستند که بتوانند از آنها به‌عنوان ضامنی برای حفظ سلامت و بهداشت جنسی خود استفاده کنند. شکایلا در این زمینه گفت:

«خب من یکی دو مورد البته از شون مطمئن بودم خب؟ اینکه با هر خانمی نبودن، با هر کسی نبودن، متأهل بودن و اینا. خب شخصی که متأهل نمی‌تونه بی‌بندوبار باشه. به‌خاطر همسر و خانواده‌ش و اینا.»

طبق یافته‌های به‌دست‌آمده کد باز «نگرش‌های جنسی متأثر از تعاملات اجتماعی» مرتبط با رابطه زیسته در نظریه فان مانن، بیانگر تعاملات فرهنگی و اجتماعی در روابط جنسی است. طبق روایات زنان مشارکت‌کننده، در رابطه با سطحی بودن آگاهی جنسی، تعدادی از مردان فقط با شست‌وشوی ناحیه تناسلی قبل و بعد از مبادرت به رابطه جنسی و توجه به حمام کردن قبل از رابطه جنسی، بهداشت فردی و تناسلی خود را رعایت کرده‌اند و همین‌طور تعدادی از زنان و نه تمامی آنان از مردان تقاضای انجام آزمایش HIV داشتند. موارد ذکرشده نشان‌دهنده این است که هر دو طرف مرد و زن در رابطه اقدامات ناقص و ناکافی در حوزه رعایت بهداشت جنسی و باروری دارند. هر دوی آنها متناسب با آگاهی عمومی که از اطلاعات سطحی و تجربیات روزمره گرفته شده است، از رعایت بهداشت در تمامی زمینه‌ها و بر طبق آنچه تصمیم‌گیری می‌کنند که در تعاملات روزمره و در جامعه به‌عنوان «درست» معرفی و شناخته می‌شود. در این رابطه گلی گفت:

«یعنی فقط رعایت بهداشت شخصی داشتم، دوش

گرفتن و شیو کردن و اینچیزا بوده ولی این که کار خاصی

انجام بدم نه، همینا رو میدونستم که باید انجام بدم.»

طبق یافته‌ها کد باز «ارتباط متقابل بدن و مراقبت از سلامت جنسی» بیان می‌دارد که برخی از زنان به دلایلی چون عدم علاقه و حس تنفر به رابطه جنسی مقعدی و دهانی و این شکل از روابط جنسی و همین‌طور آگاهی از مشکلات حاصل از این‌گونه روابط جنسی (به‌ویژه روابط جنسی بدون استفاده از کاندوم) به داشتن روابط جنسی مقعدی و دهانی رضایت نمی‌دادند؛ این بدین معناسست که بدن در فرایند تصمیم‌گیری‌های جنسی زنان نقشی بسیار کلیدی ایفا می‌کند؛ زیرا تصمیمات و نگرش‌های زنان به دنبال آگاهی از مشکلات بهداشتی و تأثیرات طولانی مدت این مشکلات و آسیب‌ها بر سلامت بدن زنان ایجاد شده است. به گونه‌ای که آگاهی از آسیب‌های بهداشتی و جسمانی که از روابط جنسی پرخطر بر زن عارض می‌شود، مانند بیماری‌های جنسی از روابط جنسی محافظت‌نشده و آسیب‌های جسمانی در روابط مقعدی باعث می‌شود زنان از موارد غیربهداشتی اجتناب ورزند. درواقع بدن به‌عنوان مرجعی برای تعیین حد و مرزهای جنسی عمل می‌کند. در این رابطه مارال گفت:

«من همیشه سعی می‌کردم مثل خانواده‌های قدیمی، سنتی رفتار کنم؛ یعنی فقط رابطه از جلو. سعی می‌کردم؛ چون می‌دونستم تو هر کدومش به علائم نرمالی نیست. برای رابطه از مقعد هم دکتر زنان که رفته بودم، بهم گفت چون غضروف‌های خروجی در حالت عادی انعطاف داره، ولی در رابطه جنسی مقعدی به مرور زمان شکسته می‌شه، در سنین بالا آدما دچار مشکل می‌شن، دیگه کنترلی از خودشون ندارن، کنترلسونو از دست میدن یا ضعیف‌تر می‌شن.»

نکته دیگر آنکه، بیشتر زنان مشارکت‌کننده روایت کردند که در زمینه رعایت بهداشت فردی و تناسلی، فقط به حمام‌رفتن، شیوکردن، توجه به تعویض لباس زیر و شست‌وشوی اندام تناسلی و تخلیه ادرار بعد از انجام رابطه جنسی مبادرت کرده‌اند. این اقدامات که در بیشتر فرهنگ‌های متفاوت به‌طور معمول برای پیشگیری از بیماری‌های جنسی

استفاده می‌شوند، بیانگر این است که مراقبت‌های بهداشتی ناکافی براساس اطلاعات عمومی و نه تخصصی ایجاد شده است. این موضوع نشان می‌دهد بدن زنان متأثر از عوامل فرهنگی و اجتماعی می‌تواند در معرض آسیب قرار گیرد. درحقیقت بدن زنان به‌عنوان محملی برای برخورد سطحی با سلامت جنسی در نظر گرفته می‌شود که صحت و دقت کافی برای پیشگیری از آسیب‌های سلامت بهداشتی ندارد. شکایلا در رابطه با رعایت نکات بهداشتی در رابطه جنسی فقط به یک مورد اشاره کرد و در این زمینه گفت:

«من خودم حتماً بعد از رابطه جنسی دستشویی میرم. اصلاً یادم نمیداد که بعداً برم. اصلاً دوست ندارم این قضیه رو. همون لحظه دستشویی میرم؛ چون خود مثانه یعنی ادرار مانع از انتقال بیماری و عفونت مثانه و کلیه و این‌جور چیزا می‌شه.»

درگیرشدن در رفتارهای جنسی پرخطر

مقوله محوری «درگیرشدن در رفتارهای جنسی پرخطر» بیان می‌دارد که زنان با داشتن شرکای جنسی متعدد غیرهم‌زمان در بستر ازدواج‌های موقت مکرر، تجربه انواع روابط جنسی (واژینال، دهانی و مقعدی) بدون استفاده از کاندوم، مبادرت به رفتارهای جنسی پرخطر در تنگنای شرایط مکانی، سهل‌انگاری در انجام واکسناسیون و آزمایشات تشخیصی دوره‌ای بیماری‌های مقاربتی درگیر رفتارهای جنسی پرخطر بودند. این مقوله محوری با اشاره به نبود قدرت مذاکره زنان با مردان، ابزارمندی بدن زنان، کلیشه‌های جنسیتی سنتی و تأثیر زمان به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر درگیری زنان در رفتارهای جنسی پرخطر به شرح آن پرداخته که از کدهای باز تحول رفتارهای جنسی پرخطر در گذر زمان، ابزارمندی بدن در تجربه روابط جنسی پرخطر، انفعال زنان در تعاملات جنسی پرخطر و کد باز شکل‌گیری روابط جنسی پرخطر ناخواسته در فضای نامطمئن به دست آمد.

از منظر زمان زیسته کد باز «تحول رفتارهای جنسی پرخطر در گذر زمان» نشان‌دهنده تغییر تصمیمات، تجربیات و

باورهای جنسی زنان در طول زمان است به گونه‌ای که در طول رابطه ازدواج موقت زنان با مواجهه با آسیب‌های بهداشتی جنسی و روانی ناشی از آن، به مرور نگرش و باورهای جنسی آنان تغییر کرده و از تجارب گذشته خود اظهار پشیمانی کردند. چنانچه طبق یافته‌ها، زنان در اوایل رابطه و تجارب اولیه خود در ازدواج موقت بی‌توجه به آسیب‌های جدی بلندمدت به روابط جنسی پرخطر مبادرت کردند. آنها در انواع رابطه جنسی (دهانی، مقعدی و واژینال) به‌خصوص رابطه جنسی دهانی از کلندوم استفاده نمی‌کردند. یکی از دلایل اصلی عدم استفاده از کلندوم در این گونه روابط، ناآگاهی آنان در اوایل رابطه از احتمال انتقال بیماری‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی از طریق رابطه جنسی به‌خصوص رابطه دهانی بود. زنان مشارکت‌کننده باور داشتند که HIV فقط از طریق رابطه جنسی واژینال انتقال می‌یابد. آنها همچنین نبود آثار و نشانه‌های زگیل تناسلی در آلت تناسلی مرد را دلیلی قطعی بر سلامت مرد می‌دانستند و ضرورتی بر استفاده از کلندوم نمی‌دیدند. این رفتارها که متأثر از باورها و تجارب گذشته نیز بود، باعث می‌شد خطرات بهداشتی از جمله بیماری‌های مقاربتی و HIV نادیده گرفته و در لحظه تصمیم‌گیری شود. درواقع می‌توان بیان کرد که زنان در آن لحظه، غفلت‌ورزی و تصمیم‌گیری آنی براساس اطلاعات ناقص و بدون درک عمیق از آینده داشتند. درمقابل، عده‌ای از زنان مشارکت‌کننده نیز بیان داشتند که بعد از تجارب جنسی ناایمن در گذشته، در زمینه عواقب روابط جنسی محافظت‌نشده خود آگاه شده‌اند. در این فرایند، درک زنان از آسیب‌های جدی روابط پرخطر در طول زمان ایجاد می‌شود. درواقع این تحول و تغییر رفتار به دلیل گذشت زمان و آگاهی بر آسیب‌های تجربه‌شده در گذشته به‌ویژه از طریق تجربه‌های عینی و آگاهی‌های جدید از بیماری‌ها به دست آمده است. نازنین گفت:

«رابطه مقعدی (بدون کلندوم) اذیتم می‌کرد، درد داشتم. من از این نوع آدمایی بودم که تو زندگی اصلاً انگاری که نمی‌فهمیدم چه بلایی داره سرم میاد. حتی مخالفتی نمی‌کردم، حالا پشیمونی فایده نداره.»

نکته درخور توجه دیگر آنکه عده‌ای از زنان مشارکت‌کننده

به دلیل داشتن چندین تجربه ازدواج موقت، شرکای جنسی متعددی داشتند. چنانچه به تعدد ازدواج‌های موقت خود عادت می‌کردند و پس از اتمام دوره یک ازدواج موقت به‌فوریت وارد ازدواج موقت دیگر می‌شدند؛ به گونه‌ای که عده‌ای برای یافتن همسر موقت، از شبکه‌های مجازی همسریابی ازدواج موقت استفاده می‌کردند. همچنین آنها از روابط جنسی متعدد خود احساس نگرانی نداشتند و به خطرات ناشی از آن اعم از افزایش احتمال انواع بیماری‌ها و عفونت‌های مقاربتی آگاه نبودند. دراین‌باره، زنان زیسته در تجربه زیسته جنسی زنان به‌صورت چرخه‌ای تکراری عمل می‌کند که در آن زنان در فرایند زمانی زندگی خود به‌تدریج به تجربه مکرر ازدواج‌های موقت عادت کرده‌اند. این الگوی رفتاری از تکرار روابط موقت، به‌خصوص زهانی که پس از اتمام یک رابطه ازدواج موقت زن به‌سرعت ازدواج موقت تازه‌ای را آغاز می‌کند، بیانگر یک تغییر در درک زمان و تداوم روابط در تجربه زیسته این قشر از زنان است.

زنان در تجربه ازدواج موقت با تجربه روابط جنسی پرخطر چون تجربه رابطه جنسی مقعدی و روابط جنسی محافظت‌نشده در معرض آسیب‌های جسمی بودند. آنها به دنبال تجربیات روابط جنسی مقعدی محافظت‌نشده خود، احساس درد شدید، افت فشار خون و تحلیل جسمی را بیان کردند. در این زمینه، کد باز «ابزارمندی بدن در تجربه روابط جنسی پرخطر» بیان می‌دارد که زنان به‌طور معمول بدن خود را به‌عنوان ابزاری برای تأمین نیازهای جنسی و عاطفی مرد می‌بینند، بدون آنکه به‌طور جدی به پیامدهای بهداشت سلامت جنسی این روابط توجه داشته باشند. همچنین طبق یافته‌ها بیشتر زنان مشارکت‌کننده مبادرت به انجام رابطه جنسی مقعدی بدون استفاده از کلندوم داشتند و از خطرات عدم استفاده از کلندوم آگاه نبودند. آنها تنها کاربرد کلندوم را پیشگیری از بارداری می‌دانستند؛ بنابراین، درباره تأثیر کلندوم در پیشگیری از انتقال بیماری‌های مقاربتی در روابط مقعدی آگاهی نداشتند و در مواردی مانند عمل وازکتومی در مرد یا ناباروری در زن از کلندوم استفاده نمی‌کردند؛ اما عده‌ای دیگر به‌طورکلی به استفاده از کلندوم احساس مثبت و خوبی

پرخاطر مردان ایجاد می‌شود و در ادامه در این شرایط، هویت جنسی زنان متأثر از این رابطه زیسته شکل می‌گیرد. رعنا در این رابطه گفت:

«استفاده از کاندوم هیچ‌وقت نداشتیم؛ چون آقا لوله‌هاشو بسته بود. واسه همین نگران چیزی نبودم؛ چون روز اول که رابطه جنسی انجام دادیم، دیدم جلوگیری نکرد. من خیلی عصبی شدم و بهش گفتم یعنی چی این کار و گفت که به خدا من لوله هامو بستم. بعد هرچی رابطه مون گذشت، دیدم آره اتفاقی نیفتاده و راست می‌گه.»

طبق یافته‌ها زنان با سهل‌انگاری در انجام آزمایشات تشخیصی دوره‌ای بیماری‌های مقاربتی در معرض آسیب‌های جنسی و جسمی روابط جنسی پرخاطر بودند. از آنجاکه پدیدارشناسان به درک جهان از دیدگاه فرد و چگونگی ارزیابی آن در تعامل با محیط تأکید دارند، سهل‌انگاری در انجام واکسیناسیون و آزمایشات زنان در این پژوهش می‌تواند بازتابی از درک محدود یا اشتباه فرد از اهمیت مراقبت‌های بهداشتی باشد. این یافته‌ها بیانگر کد «شکل‌گیری روابط جنسی پرخاطر ناخواسته در فضای نامطمئن» است و نشان می‌دهد که چنانچه دلایلی مانند بی‌اطلاعی از روابط جنسی متعدد مرد، باور به عدم ضرورت تزریق واکسن HPV به دلیل همگانی‌نبودن واکسن، ناتوانی در پرداخت هزینه واکسن HPV، لزوم تزریق واکسن فقط در افراد بی‌قیدوبند و هوسران یا با ازدواج‌های موقت مکرر و بی‌اعتمادی به نتایج آزمایشات در مرحله نهفته HIV سبب شده بود تا زنان مشارکت‌کننده در انجام تزریق واکسن HPV و هپاتیت B و انجام آزمایشات دوره‌ای مربوط به تشخیص بیماری‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی کوتاهی ورزند. درواقع باتوجه به نگاه منفی جامعه به ازدواج موقت و تابو بودن آن، نگرش‌ها و رفتارهای زنان در رابطه با سلامت جنسی و اقدامات بهداشتی از جمله تزریق واکسن HPV و هپاتیت B متأثر از این دیدگاه‌ها قرار می‌گیرد؛ به گونه‌ای که بسیاری از زنان به دلیل احساس شرم یا ترس از دست دادن وجهه اجتماعی خود، اقدام به تزریق واکسن نمی‌کنند یا باور دارند این واکسن‌ها برای افرادی ضروری است که درگیر روابط جنسی پرخاطر یا ازدواج‌های

نداشتند و معتقد بودند که کاندوم روش تضمینی پیشگیری از بارداری نیست و استفاده از آن ضرورتی ندارد. پس در این یافته زنان به دلیل ناآگاهی از پیامدهای جدی روابط جنسی پرخاطر بدن و جسم خود را در معرض آسیب قرار می‌دادند و نگرانی از آن نداشتند؛ در این رابطه گلسا گفت:

«من از کاندوم استفاده نکردم؛ چون بچه‌دار نمی‌شدم. اونا هم مشکلی نداشتن؛ چون می‌دونستن که من بچه‌دار نمی‌شم.»

در چارچوب رابطه زیسته طبق دیدگاه فان مانن، تجربه رابطه جنسی پرخاطر زنان در ازدواج موقت نیز طبق یافته‌های به‌دست‌آمده می‌تواند برآمده از روابط قدرت، تأثیرپذیری و تعاملات جنسی در زندگی زنان مشارکت‌کننده باشد. باتوجه به آنچه از تجارب مشارکت‌کنندگان به دست آمد، در بیشتر موارد مردان نقش اصلی را در عدم استفاده از کاندوم ایفا می‌کردند و به دلایلی چون هزینه‌بر بودن کاندوم و نیز به دلیل کاهش لذت جنسی، رابطه جنسی واژینال بدون استفاده از کاندوم را ترجیح می‌دادند. در این موارد زنان نیز مخالفتی نداشتند و به رابطه جنسی بدون محافظت رضایت می‌دادند. برخی دیگر نیز باوجود آگاهی به لزوم حفاظت در روابط جنسی، در مذاکره و گفت‌وگوی مؤثر با مردان درباره استفاده حتمی از کاندوم در روابط جنسی ناتوان بودند و در نهایت مجبور به پذیرفتن خواسته‌های جنسی پرخاطر مرد می‌شدند. همچنین عده‌ای از زنان نیز در مواجهه با عدم تمایل مرد به استفاده از کاندوم در رابطه جنسی دهانی منفعلانه رفتار می‌کردند؛ به گونه‌ای که حتی عده‌ای از زنان تجربه رابطه جنسی دهانی محافظت‌نشده بلافاصله پس از رابطه جنسی واژینال را روایت کردند. درواقع مردان نقش اصلی را در تصمیم‌گیری برای استفاده نکردن از کاندوم و مبادرت به روابط جنسی پرخاطر را دارند و زنان بیشتر در این فرایند منفعل باقی می‌مانند. این نابرابری قدرت در رابطه به‌طور مستقیم بر تجربه زیسته زنان تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود زنان برخلاف اراده خود خواسته‌های جنسی پرخاطر مرد را قبول کنند؛ بنابراین، در این یافته رابطه زیسته زنان در چارچوبی از عدم آگاهی، نابرابری قدرت و عملکرد منفعلانه در مقابل تقاضاهای جنسی

موقت مکرر هستند.

همچنین در رابطه با بُعد مکان زیسته در تجربه روابط جنسی پرخطر، زنان مشارکت‌کننده روایت کردند که به دلیل در تنگنا قرارگرفتن از نظر شرایط مکانی مجبور به مبادرت به رابطه جنسی دهانی بدون استفاده از کاندوم در مکان‌هایی مانند داخل اتومبیل شده‌اند. همچنین به دلیل حضور در منزل مرد، در مقابل پیشنهادات پرخطر وی از جمله مصرف مشروبات الکلی و شیشه و نیز رابطه جنسی محافظت‌نشده (بدون استفاده از کاندوم) تسلیم شده و انفعال خود در مقابل اجبار جنسی مرد را وابسته به نبود مکان مناسب برای مبادرت به رابطه جنسی دانستند. این موقعیت‌ها به دلیل نبود مکان مناسب و امن برای برقراری رابطه جنسی بود که ارتباط تنگاتنگ تجارب جنسی زنان را با محیط زیستی نشان می‌دهد؛ به‌گونه‌ای که تصمیم‌های زنان و به دنبال آن سلامت جنسی و باروری آنان در تأثیر مستقیم شرایطی قرار می‌گرفت که در تصمیم‌گیری آگاهانه، احقاق جنسی بالا و مقاومت در مواجهه با تقاضاهای جنسی نابجای مرد، استقلال را از زنان سلب می‌کرد و زنان در شرایط مکانی نامناسب مجبور به اطاعت مطلق جنسی از خواسته‌های مرد بودند. رعنا در این رابطه گفت:

«مثلاً من و سجاد و احمد و مریم بودیم. بعد سجاد از من می‌خواست همون پشت رابطه اورال داشته باشم براش؛ مثلاً به بار یادمه که غتایی بودیم. سجاد از احمد خواست که بره رانندگی کنه و خودش عقب اوعد و ازم خواست رابطه اورال رو و بعد کارش که تموم شد و ارضا شد، خودشو جمع کرد و منو هل داد عقب و پاشد رفت نشست جلو ماشین. اونوقت بود که احساس هرزه‌بودن کردم. خیلی اذیت شدم. هیچ‌وقت نمی‌بخشمش.»

بحث و نتیجه

در پژوهش حاضر با استفاده از روش کیفی پدیدارشناسی تفسیری «تجارب زیسته زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت» در شهر اصفهان واکاوی شد. در این پژوهش با ۱۲ نفر از زنان با تجربه ازدواج موقت مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام شد. براساس یافته‌ها، تجارب زیسته

زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت شامل سه مقوله محوری «بارداری ناخواسته و سایه‌های سنگین تصمیم به سقط جنین»، «سهل‌انگاری در حفظ سلامت جنسی» و «درگیرشدن در رفتارهای جنسی پرخطر» بود.

طبق نتایج پژوهش حاضر، یکی از چالش‌های اساسی سلامت جنسی و باروری زنان در ازدواج موقت، بارداری ناخواسته و سایه‌های سنگین تصمیم به سقط جنین است. در رابطه با بُعد رابطه زیسته از ابعاد نظریه جهان زیسته فان مانن زنان در مواجهه با بارداری ناخواسته برخلاف مردان مایل به انجام سقط جنین نبودند؛ اما به دنبال صحبت و گفت‌وگوی عاشقانه مرد، بحث و مشاجره، اعمال رفتارهای خشونت‌آمیز یا تهدید زن به قطع رابطه توسط مرد برای انجام سقط جنین عمدی در تنگنا قرار گرفتند و برخلاف میل و خواسته خود، برای حفظ رابطه و جلب رضایت مرد و خانواده وی اقدام به سقط جنین عمدی کردند. درواقع، به باور فمینیست‌ها نظام مردسالار مسئولیت سلامت باروری را بر دوش زنان قرار می‌دهد، درحالی‌که تصمیم‌گیری‌ها بیشتر متأثر از نیازهای مردان است. این موضوع با نظریه دوبار در ارتباط است که مردان، زنان را به ابزار جنسی تقلیل داده و از آنها انتظار دارند تا عواقب بارداری ناخواسته را خود مدیریت کنند (Millett, 1970: 24). این یافته با نتایج پژوهش خیری خامنه و زاهد (۱۳۹۰) و پریشی (۱۳۸۷) در یک راستاست. از مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش مرتضوی و همکاران (۱۳۹۰) تفاوت واکنش مردان به سقط جنین در ازدواج دائم و ازدواج موقت مشخص می‌شود. مرتضوی و همکاران (۱۳۹۰) در رابطه با تصمیم‌گیری زوجین درباره سقط جنین عمدی بیان کردند که تصمیم زنانی که در ازدواج دائم خواستار سقط جنین عمدی هستند، متأثر از مخالفت با سقط جنین توسط همسر و مادر زنان تغییر خواهد یافت و از سقط جنین زن جلوگیری می‌شود؛ درحالی‌که طبق یافته‌های پژوهش حاضر، در ازدواج موقت تصمیم زنان بر ادامه بارداری بود و متأثر از اصرار مرد یا خانواده وی، مجبور به سقط جنین عمدی می‌شدند.

نکته دیگر آنکه باوجود اهمیت حمایت عاطفی مرد در دوره حساس اقدام به سقط جنین عمدی، زنان در ازدواج موقت، عدم حضور، عدم درک و همدلی و بی‌مسئولیتی مرد را تجربه کردند و به تنهایی یا به کمک دوستان و خانواده خود توانستند از این بحران عبور کنند. آنها همچنین به دلیل تجربه سقط جنین، عوارض روانی و جسمی (بیشتر در سن چهارماهگی جنین یا بیشتر) را تجربه کردند. از بُعد رابطه زیسته در نظریه فان مانن این وضعیت نشان‌دهنده نابرابری قدرت، فقدان حمایت عاطفی مردان و بی‌توجهی به نیازهای انسانی زنان است. درحقیقت، براساس دیدگاه‌های دوبار و دینرستین این وضعیت از شیء‌انگاری زنان و انحصارطلبی جنسی مردان ناشی می‌شود. درواقع کلیشه‌های جنسیتی که مردان را به‌عنوان کنترل‌گران قدرت و زنان را وابسته به مردان نشان می‌دهند (7; Pulerwitz et al., 2019) مانع از دریافت حمایت عاطفی لازم توسط زنان در موقعیت‌های حساس، مانند سقط جنین، می‌شود؛ زیرا این کلیشه‌ها زنان را به پنهان‌کاری و احساس شرم وادار می‌کند و درعین‌حال، مردان را به‌عنوان افراد صاحب قدرت و زنان را به‌عنوان موجودات وابسته و منفعل نشان می‌دهد. همچنین طرحواره‌های جنسی منفی مانند طرحواره خجالتی محتاط، تولنایی زنان را در ابراز نیازهای عاطفی و جنسی کاهش می‌دهد و فاصله عاطفی بین زن و مرد را تشدید می‌کند.

در بُعد مکان زیسته می‌توان به فضای فرهنگی و اجتماعی محیط زندگی زنان اشاره کرد که ازدواج موقت را تابو می‌داند و نگاه منفی به ازدواج موقت زنان داشت؛ بنابراین، تابو بودن ازدواج موقت در محیط زندگی زنان سبب می‌شود تا مردان به دلیل علنی‌نشدن ازدواج موقت و دائمی‌نشدن این ازدواج به سقط جنین زن اصرار ورزند. به‌طورکلی در رابطه با سقط جنین زنان در ازدواج موقت می‌توان گفت که ارتباط زن و مرد در ازدواج موقت به‌عنوان ارتباط خارج از عرف جامعه، دلیل اصلی رضایت زن به انجام سقط جنین بود. در صورتی‌که رازقی نصرآباد و سنجر (۱۳۹۶) و چینی‌چیان و همکاران (۱۳۸۶) که درباره دلایل انجام سقط جنین عمدی پژوهش

کردند، به وضعیت زنان باردار متقاضی سقط جنین در ازدواج موقت اشاره نکردند و رازقی نصرآباد و سنجر (۱۳۹۶) بارداری ناخواسته خارج از عرف را یکی از دلایل سقط جنین عمدی زنان بیان کردند و فقط زنان متقاضی سقط جنین را که در دوران عقد هستند و زندگی مشترک خود را آغاز نکرده‌اند، بدون در نظر گرفتن زنان متقاضی سقط جنین در ازدواج موقت، به‌عنوان زنان با بارداری ناخواسته خارج از عرف نام برده‌اند.

در بُعد زمان زیسته و بدن زیسته، تجربه زنان از سقط جنین به همراه پیامدها و آسیب‌های جسمی و روانی بود. درواقع در این شرایط بدن این زنان به‌عنوان محمولی برای تجربه‌های سخت و گاهی دردناک سقط جنین عمل کرد. این آسیب‌ها فقط مرتبط با زمان انجام سقط جنین نبود، بلکه پیامدهای جسمی و روانی آن در گذر زمان همچنان وجود داشت. احساس عذاب وجدان، پشیمانی و احساس گناه و به‌طورکلی آسیب‌های روحی ناشی از سقط جنین، حتی سال‌ها بعد نیز در زنان باقی می‌ماند. همچنین در مواردی که زنان تلاش می‌کردند بارداری را مخفی نگه دارند و به کمک گذشت زمان مرد را از تصمیم به سقط جنین منصرف کنند، متأسفانه مردان متوجه شدند و همچنان با اصرار به سقط جنین سبب شدند زنان سقط را در ماه‌های بالاتر با پیامدهای روانی عمیق‌تر و عوارض جسمی شدیدتر تجربه کنند. نکته درخور توجه اینکه پژوهش‌های مختلف در حیطه سقط جنین، عوارض روانی سقط‌های عمدی برای زنان را از عوارض سقط‌های غیرعمدی کمتر دانستند. چنانکه سلیمی و همکاران (۱۳۹۵) بیان داشتند که در سقط‌های عمدی ناراحتی در اثر سقط کمتر دیده می‌شود؛ زیرا این عمل کاملاً آگاهانه است و معمولاً اشخاص احساس گناه نمی‌کنند؛ اما در سقط‌های غیرعمدی، نگرانی‌ها و اضطراب‌ها بیشتر به افسردگی تبدیل می‌شوند؛ باین‌حال برخلاف یافته سلیمی و همکاران (۱۳۹۵) طبق نتایج پژوهش حاضر، پیامدهای روانی درخور توجهی به دنبال سقط جنین عمدی در زنان در ازدواج موقت عارض می‌شود؛ زیرا بیشتر زنان در ازدواج مایل

به سقط جنین نبودند و علاقه شدیدی به همسر خود داشته و فرزندآوری را وسیله‌ای برای حفظ رابطه و تبدیل آن به ازدواج دائم در نظر داشتند. مقوله فوق با نتایج پژوهش ولی‌زاده و همکاران (2021)، خیری خامنه و زاهد (۱۳۹۰)، پریشی (۱۳۸۷) در یک راستا است. فراش خیالو و همکاران (۱۳۹۹)؛ ظفری دیزجی (۱۳۹۳) و نجاتی حاتمیان (۱۳۸۹) در نتایج مطالعات خود بیان داشتند که هرچه بر میزان دینداری افراد افزوده می‌شود بر شدت و قوت نگرش مثبت به سقط جنین کاسته می‌شود. مرتبط با این یافته، زنان در ازدواج موقت به حکم شرعی سقط جنین بی‌توجه بودند. چنانچه آنها فقط از جنبه اخلاقی و نه شرعی از انجام سقط جنین احساس گناه و تأسف داشتند.

برخلاف ضرورت اجتناب زنان در ازدواج موقت از رفتارهای جنسی پرخطر، آنان روابط جنسی محافظت‌نشده و رابطه جنسی با شریک جنسی پرخطر را تجربه کردند و با تجربه ازدواج‌های موقت متعدد، شرکای جنسی متعددی داشتند. عدم آگاهی زنان به چستی رفتارهای جنسی پرخطر و آسیب‌های جدی آن و عدم توانایی گفت‌وگوی مؤثر با مردان در رابطه با لزوم استفاده از کاندوم در رابطه جنسی، علت درگیر شدن زنان در رفتارهای پرخطر جنسی بود. بدین لحاظ عدم آگاهی و انفعال جنسی زنان از موارد تهدیدکننده سلامت جنسی آنان در ازدواج موقت است. این یافته با نتایج پژوهش لطفی و همکاران (2012) در یک راستاست. در رابطه با بُعد زمان زیسته فان مانن نیز می‌توان گفت که زنان در آن لحظه، غفلت‌ورزی و تصمیم‌گیری آنی براساس اطلاعات ناقص و بدون درک عمیق از آینده یکی از دلایل درگیری زنان در این‌گونه روابط بوده و عده‌ای نیز پس از گذشت زمان ضمن کسب تجارب تلخ و پیامدهای منفی ناشی از تجارب روابط جنسی پرخطر عملکرد جنسی خود را تغییر دادند. درواقع در این فرایند، درک زنان از آسیب‌های جدی روابط پرخطر در طول زمان ایجاد می‌شود. همچنین براساس نظریه محرک- پاسخ گاتری و نظریه رفتارگرایی هال، رفتارهای زنان در زمینه روابط جنسی و مراقبت‌های بهداشتی می‌تولند ناشی از

شرطی‌سازی در مواجهه با محرک‌های محیطی باشد (Hergenbahn & Olson, 2022: 194). چنانچه در ازدواج موقت تکرار موقعیت‌های خاص در بستر فرهنگی، مانند باورهای نادرست یا رفتارهای پرخطر، روابط جنسی بدون استفاده از کاندوم یا بی‌توجهی به واکسیناسیون و آزمایش‌های پیشگیرانه‌ای که به دلیل نبود محرک‌های مثبت یا فشار محیطی تقویت شوند، احتمال تکرار آنها افزایش می‌یابد و سبب می‌شود که این رفتارها به‌عنوان پاسخ‌های آموخته‌شده تثبیت شوند؛ بنابراین، تجربه روابط مکرر و رفتارهای پرخطر در بستر ازدواج‌های موقت یا شرایط مکانی خاص می‌تواند نتیجه مستقیم این فرایند یادگیری باشد.

در رابطه با بُعد رابطه زیسته، انفعال زنان در مقابل خواسته‌های جنسی پرخطر مرد درواقع به خودکارآمدی جنسی پایین و عدم توانایی در پیشنهاد کاندوم به مرد مربوط می‌شود که توسط طرحواره‌های نقش جنسیتی و فرهنگ مردسالارانه که موجب کاهش قدرت و فرودست بودن زن از نظر اجتماعی و اقتصادی می‌شود، می‌تواند افزایش یابد. چنانچه در نظام مردسالار، زن با ازدواج به دلیل قرارگرفتن در محیط مثلاً امن خانواده یا حمایت مالی مجبور به اطاعت جنسی از مردان و ارضای جنسی آنها می‌شود (Millett, 1970: 24) و درواقع فرهنگ مردسالار با حذف استقلال اقتصادی زن، ابتدا از زن موجودی زنانه (یعنی منفعل، آزارخواه و خودشیفته) می‌سازد و سپس او را متقاعد می‌کند که این «زنانگی» که درواقع نوعی سازگاری منفعلانه با سلطه مردانه است، حقیقت وجودی او به شمار می‌آید (تانگ، ۱۴۰۱: ۲۴۱). ازطرفی انفعال جنسی یا به عبارتی احقاق جنسی پایین زنان که ناشی از طرحواره‌های نقش جنسیتی تحمیل‌شده ازسوی جامعه است، در زنان باعث می‌شود تا زنان درخواست‌های جنسی‌شان را با مرد مطرح نکنند و در این‌باره سکوت کنند. چنانچه در طرحواره‌های جنسیتی منفی از زنان انتظار می‌رود که خجالتی باشند و درباره تمایلات جنسی خود در زندگی زناشویی کمتر صحبت کنند و نارضایتی خود را کمتر ابراز دارند (Hoknbury et al., 2016: 407). به‌گونه‌ای که این نقش‌ها زنان را به سمت

تعلق داشتن به دیگران و نادیده گرفتن هدف‌های شخصی خود و مردان را به سمت فردیت و نادیده گرفتن تعلق و نزدیکی سوق می‌دهد (بخشی‌زاده، ۱۳۹۷: ۶). تجربه رفتارهای جنسی پرخطر زنان در ازدواج موقت با نتایج پژوهش ولی‌زاده و همکاران (۲۰۲۱) در اشتراک است. همین‌طور در این راستا فلاحتی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود بیان داشتند که زنان بی‌خانمان با تجربه نکاح متعه ۴ برابر بیشتر از زنان بی‌خانمان بدون تجربه نکاح متعه در معرض ابتلا به بیماری‌های مقاربتی بودند؛ براین اساس، شیوع HIV در بین افرادی بالاتر بود که در رابطه چندهمسری ازدواج موقت یا زندگی مشترک داشته‌اند.

در پژوهش حاضر، تجربه مبادرت به رابطه جنسی محافظت‌نشده در انواع روابط جنسی از دیگر تجارب مرتبط با رفتارهای جنسی پرخطر در بیشتر زنان مشارکت‌کننده بود به گونه‌ای که عده کمی از مشارکت‌کنندگان اقدام به رابطه جنسی محافظت‌شده را گزارش دادند. در رابطه با علت عملکرد متفاوت زنان در مواجهه با روابط جنسی مقعدی و دهانی می‌توان به دو عامل تفاوت در میزان آگاهی زنان در رابطه با خطرات احتمالی این‌گونه روابط و تفاوت در چگونگی احقاق جنسی زنان اشاره کرد. به گونه‌ای که تعداد معدودی از مشارکت‌کنندگان به دلایل عدم علاقه، تنفر، احقاق جنسی بالا، آزار جسمی و آگاهی از آسیب‌های روابط جنسی مقعدی و دهانی از این روابط اجتناب کردند. در مقابل عدم اجتناب از روابط جنسی مقعدی و دهانی محافظت‌نشده مشارکت‌کنندگان ناشی از عدم توانایی زن در پیشنهاد کاندوم به مرد و ناتوانی در مخالفت در مقابل خواسته جنسی مرد به دلیل خودکارآمدی جنسی پایین زنان بود. همچنین عدم آگاهی از خطرات روابط جنسی مقعدی و دهانی محافظت‌نشده و اطلاعات جنسی ناقص و نادرست زنان مانند باور به «کاربرد کاندوم تنها برای پیشگیری از بارداری است»، زنان را در روابط جنسی مقعدی و دهانی محافظت‌شده در خطر قرار می‌داد؛ درحالی‌که خطر رابطه جنسی مقعدی بدون استفاده از کاندوم کمتر از روابط پرخطر دیگر نیست و انتقال HIV از مرد به زن در رابطه

جنسی مقعدی بیشتر از رابطه جنسی واژینال است (شارما، ۱۳۹۵: ۸). همچنین باوجود اینکه احتمال انتقال HIV از طریق تماس دهان با آلت جنسی مرد از رابطه جنسی واژینال و مقعدی بسیار کمتر است، در برخی از افراد ممکن است این بیماری از طریق منی یا مایع پیش از انزال در جریان رابطه جنسی دهانی انتقال یابد. شواهدی نیز در دست است که داشتن آزمایش مثبت HIV می‌تواند با تماس دهان با آلت جنسی مرد مربوط باشد (شارما، ۱۳۹۵: ۸). در این رابطه، چنانچه چارچوب پدرسالاری مسئولیت استفاده از پیشگیری از بارداری را به‌طور عمده بر دوش زنان قرار می‌دهد و در نتیجه، کلیشه‌های جنسیتی و نابرابری‌های قدرت را در روابط تقویت می‌کند و نابرابری‌های قدرت میان زنان و مردان به مخالفت شرکای مرد با استفاده از پیشگیری از بارداری منتج می‌شود (Nkonde et al., 2023: 7)، در ازدواج موقت نیز چارچوب‌های مردسالاری نه تنها با تقلیل مسئولیت پیشگیری به زنان، بلکه با تقویت کلیشه‌هایی که قدرت تصمیم‌گیری زنان را محدود می‌کند، به این شرایط فضا داده و سلامت جنسی زنان را در معرض خطر قرار می‌دهند. این کلیشه‌ها با قراردادن مردان در موقعیت کنترل و زنان در موقعیت تبعیت باعث کاهش توانایی زنان برای احقاق جنسی و محافظت از خود در برابر رفتارهای جنسی پرخطر می‌شوند.

درحالی‌که اقدام و توجه زنان در ازدواج موقت به آزمایش‌های تشخیصی دوره‌ای بیماری‌های مقاربتی و واکسن‌های لازمه ضروری است، طبق نتایج پژوهش حاضر، زنان در ازدواج موقت به تزریق واکسن HPV و هپاتیت B و انجام آزمایشات دوره‌ای مربوط به تشخیص بیماری‌های مقاربتی کوتاهی کردند. این کوتاهی ناشی از دلایلی مانند ناآگاهی درباره خطر انتقال بیماری‌های مقاربتی، هزینه بالای واکسن HPV و آزمایشات تشخیصی دوره‌ای بیماری‌های مقاربتی و در نهایت اعتماد بی‌جا به شریک جنسی بود. همچنین طبق نتایج پژوهش حاضر، رعایت بهداشت فردی و تناسلی زنان در ازدواج موقت متناسب با سطح آگاهی و نگرش در زمینه بهداشت جنسی و باروری بود. آنها در راستای

بهداشت فردی به اقدامات ساده‌ای مانند حمام رفتن، شیو کردن، توجه به تعویض لباس زیر، شست‌وشوی اندام تناسلی و تخلیه ادرار بعد از انجام رابطه جنسی بسنده کرده بودند و تعدادی از آنان نیز به روابط جنسی غیرواژینال رضایت نداده بودند. این درحالی است که سلامت جنسی زنان تنها با رعایت نکات ذکر شده تأمین نمی‌شود و توجه زنان در ازدواج موقت به محدود کردن تعداد شرکای جنسی، استفاده مداوم از کاندوم در زمان مبادرت به هرگونه رابطه جنسی، توجه به سلامت شریک جنسی، عدم مبادرت به رابطه جنسی با شریک جنسی پرخطر، تزریق واکسن HPV و هپاتیت B و توجه به انجام آزمایشات و چکاپ‌های دوره‌ای برای تشخیص بیماری‌های مقاربتی نیز برای تأمین سلامت جنسی آنان ضروری است (Dimbuene et al., 2014: 1-3).

در این راستا می‌توان به نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده آجزن و فیشین اشاره کرد که عامل کنترل درک شده است که مربوط به وجود شرایط و امکانات برای اتخاذ رفتار مدنظر بوده و رفتار هر فرد را تعیین می‌کند. این عامل نشان می‌دهد که چگونه محدودیت‌های مکانی، نبود امکانات و فشارهای محیطی می‌تواند زنان را به سمت رفتارهای پرخطر سوق دهند (ابراهیمی‌پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۲۷). چنانچه در بسیاری از موارد، شرایط محیطی نامناسب و فقدان دسترسی به ابزارهای محافظتی، مانند کاندوم یا خدمات بهداشتی مناسب، توانایی زنان را برای انجام رفتارهای ایمن محدود می‌کند. این محدودیت‌ها به‌ویژه زمانی که با نگرش‌های منفی فرهنگی و باورهای محدودکننده همراه می‌شوند، احتمال انتخاب رفتارهای پرخطر را افزایش می‌دهند. ازطرفی، محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی نیز نقش مهمی در کاهش عامل کنترل درک‌شده و دسترسی زنان به خدمات پزشکی دارند. در بسیاری از موارد نیز، باورهای منفی فرهنگی و فشارهای محیطی مانع از این می‌شوند که زنان به‌موقع از خدمات پیشگیری، مشاوره و درمان‌های مرتبط با سلامت جنسی بهره‌مند شوند. این امر در بستر ازدواج موقت بیشتر دیده می‌شود؛ جایی که تصمیم‌گیری‌های دیر هنگام برای مراقبت‌های

بهداشتی می‌تواند به عواقب جدی‌تری منجر شود.

باتوجهبه یافته‌های پژوهش، زنان در ازدواج موقت درگیر نگرش‌ها و باورهای نادرست و بی‌اساس بودند و اطلاعات و دانش‌های اندکی در رابطه با حفظ سلامت جنسی داشتند. همچنین آنان در ازدواج موقت اهمیت و لزوم آگاهی از دانش مرتبط با حفظ سلامت جنسی را نمی‌دانستند و از اطلاعات کسب‌شده از منابع غیرمعتبر احساس رضایت داشتند. چنانچه مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر با انواع مختلف بیماری‌های مقاربتی زنان مانند عفونت کلامیدیایی، سوزاک (گنوره)، بیماری تریکومونیازیس، سیفلیس و تبخال تناسلی آشنایی نداشتند و تنها درباره بیماری لیدز، هپاتیت، زگیل تناسلی و به‌طور کلی عفونت‌های دستگاه تناسلی اطلاعات اندکی داشتند که این موارد توجه ناکافی به حفظ سلامت جنسی، تجربه درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر و نیز تجربه بارداری ناخواسته و اجبار به سقط جنین را در آنان به همراه داشته است. پریشی (۱۳۸۷) در این راستا بیان داشت که بیشتر زنان این قشر، اطلاعات بسیار محدودی از بیماری‌های لیدز و هپاتیت و راه‌های انتقال آن داشتند. نتایج پژوهش مرور سیستماتیک ولی‌زاده و همکاران (2021) نیز با نتایج به‌دست‌آمده در یک راستا بود و پژوهشگران معتقدند که در شرایط فعلی با گزارش نشدن حوادث مربوط به ازدواج موقت به دلیل لنگ اجتماعی و عدم وجود خدمات با کیفیت در سلامت جنسی، این زنان در معرض خطر عفونت‌های منتقله از راه تماس جنسی (STI) قرار دارند.

شایان ذکر است که ابعاد مختلف مکان، زمان، رابطه و بدن زیسته بر تجرب زیسته زنان از آگاهی و سلامت جنسی زنان تأثیر مستقیم دارند. در بُعد بدن زیسته زنان به دلیل عدم آگاهی و باورهای نادرست درباره سلامت جنسی به مراقبت‌های سطحی و ناکافی از بهداشت جنسی اکتفا کردند. این اقدامات ناکافی بهداشت جنسی زنان زمینه تجارب روابط جنسی پرخطر را برای زنان فراهم کرد و بدن آنان را در معرض آسیب‌های جسمی و روانی گاه جبران‌ناپذیری قرار داد. در بُعد رابطه زیسته، هر دو زوجین در رابطه اقدامات ناقص و ناکافی

است. انتخاب شریک جنسی براساس معیارهایی همچون متأهل بودن یا تحصیلات بالا بیانگر این است که زنان به ضوابط فرهنگی، اجتماعی و ارزشی تکیه دارند که در محیط زندگی‌شان وجود دارد و این معیارها را به‌عنوان مهم‌ترین معیار برای تضمین ارتباطات متعهدانه و حفظ سلامت جنسی می‌دانند. این یافته‌ها با یافته‌های پریشی (۱۳۸۷) همسو است که نشان می‌دهد اولویت مرد متأهل بر مرد مجرد به‌عنوان معیار انتخاب بیشتر زنان در ازدواج موقت است.

نتیجه و پیشنهادها

یافته‌های پژوهش نشان داد که در ازدواج موقت به‌عنوان رابطه‌ای خارج از عرف جامعه، فقدان قدرت مذاکره زنان با مردان، نقش‌های جنسیتی سنتی و سکوت و انفعال زن در مقابل رابطه جنسی بدون تعهد ازسوی مردان به دلیل فرهنگ مردسالاری جامعه وجود دارد که باعث در تنگنا قرارگرفتن زنان برای سقط جنین عمدی، اجبار به سقط جنین و رویارویی با پیامدهای جسمی و روانی آن شده است. ازسوی دیگر زنان با تجربه ازدواج موقت به دلیل نداشتن اطلاعات کافی در زمینه حفظ سلامت جنسی و نگرش‌های نادرست در این زمینه درگیر رفتارهای جنسی پرخطر شده‌اند؛ مانند داشتن شرکای جنسی متعدد به دنبال ازدواج‌های موقت مکرر، عدم استفاده مداوم از کاندوم در زمان مبادرت به هرگونه رابطه جنسی، مبادرت به روابط جنسی پرخطر در تنگنای شرایط مکانی و عدم پیگیری تزریق واکسن HPV و هیپاتیت B و انجام آزمایشات منظم برای بررسی بیماری‌های مقاربتی.

در راستای نتایج حاصل از پژوهش، انجام مشاوره‌های قبل از ازدواج موقت برای به چالش کشیدن طرحواره‌های نقش جنسیتی و تلاش بر تغییر طرحواره‌های نادرست به کمک افزایش آگاهی زنان ضرورت می‌یابد. همچنین برای ارتقای سواد سلامت جنسی زنان و مردان، برگزاری کلاس‌های مشاوره و آموزش قبل از انعقاد عقد ازدواج موقت برای زنان و مردان متقاضی (مانند کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج

در حوزه رعایت بهداشت جنسی و باروری دارند. آنها متناسب با یک آگاهی عمومی که از اطلاعات سطحی و تجربیات روزمره گرفته شده و بر طبق آنچه که در تعاملات روزمره و مردم در جامعه به‌عنوان «درست» معرفی و تلقی می‌کنند، به موارد بهداشتی عمل می‌کنند. آگاهی ناکافی زنان و نگرش‌های نادرست زنان در بُعد زمان زیسته نیز درخور توجه است. چنانچه این باورهای نادرست در طول زمان به به بخشی از تجارب زیسته زنان تبدیل شد و پیامدهای منفی آن بر جسم و روح زنان ادامه یافت و گاه باقی ماند. درمقابل نیز برخی از زنان در طول زمان به مرور به اشتباهات گذشته خود در مراقبت‌های بهداشتی جنسی و باروری آگاهی یافتند و سعی در عدم تکرار موارد اشتباه گذشته و جبران اشتباهات داشتند. همچنین در بُعد مکان زیسته، فضای اجتماعی و فرهنگی نقش درخور توجهی در نحوه ایجاد نگرش و دانش سلامت جنسی و باروری زنان داشت؛ زیرا در جامعه ایرانی، مسائل جنسی به‌ویژه در رابطه با ازدواج‌های موقت به‌شدت محدود و تابو هستند. این محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی در محیط زندگی زنان باعث شده‌اند که آنان اطلاعات محدودی درباره سلامت جنسی داشته باشند و بسیاری از باورهای غلط و خرافی در این زمینه رواج پیدا کند. در چنین وضعیتی، مکان زیسته نه تنها به‌عنوان محیط و فضا، بلکه به‌عنوان بستری برای استمرار محدودیت‌های شناختی و بازتولید ناآگاهی در حوزه سلامت جنسی نقش ایفا می‌کند. نکته درخور توجه مرتبط با بُعد مکان زیسته در این یافته این است که زنان در انتخاب شریک جنسی سالم خود به‌عنوان همسر موقت، معیارهای سطحی و ناکافی را در نظر گرفتند و تنها به ظاهر تمیز و آراسته و سطح تحصیلات بالای مرد اکتفا کردند؛ علاوه بر آن، عده‌ای از زنان برای توجه به حفظ سلامت جنسی خود، ازدواج موقت با مرد متأهل را بر مرد مجرد ترجیح دادند؛ زیرا طبق باور برخی از زنان، مرد متأهل به دلیل شرایط تأهل و تعهد به همسر اول و برای حفظ آبروی خانوادگی خود، به میزان کمتری در روابط متعدد جنسی درگیر شده است؛ بنابراین، در مقایسه با مرد مجرد، شریک جنسی سالم‌تری

دائم) ضروری است. در این رابطه می‌توان در فضای مجازی در قالب سایت یا اپلیکیشن، بستری درخصوص پاسخ‌گویی به نیازهای آموزشی سلامت جنسی زنان طراحی کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که برای ارجاع زنان و مردان متقاضی ازدواج موقت برای انجام چکاپ‌های سلامت جنسی به‌طور منظم و دوره‌ای تمهیداتی اندیشیده شود. از طرفی برای پیشگیری از بروز سرطان دهانه رحم، انجام واکسیناسیون HPV قبل از آلودگی و بروز عفونت و نیز توجه به واکسیناسیون هپاتیت B از جمله اقدامات ضروری است؛ علاوه بر این، باتوجه به اقدام زنان به ازدواج‌های موقت متعدد، وضع قوانین در برای انجام این نوع ازدواج در شرایط کنترل‌شده، برای برخورداری از کارکردهای مثبت و به حداقل رساندن آسیب‌های حاصل از آن ضروری است.

منابع فارسی

آقایاری هیر، ت.، عباس‌زاده، م.، عزیززاده اقدم، م. ب. و کاتبی علی‌آبادی، م. (۱۳۹۹). سلامت جنسی به مثابه مسئله‌ای اجتماعی: بازسازی معنایی سلامت جنسی در میان زنان متأهل شهر شیراز. زن در توسعه و سیاست، ۱۸ (۴)، ۶۱۹-۶۴۲
<https://doi.org/10.22059/jwdp.2021.314986.1007927>
 ابراهیمی‌پور، ح.، جلمبادانی، ز.، پیمان، ن.، اسماعیلی، ح. و وفایی نجار، ع. (۱۳۹۱). قصد برقراری رابطه جنسی براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (TPB) در زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری مشهد. سلامت و بهداشت، ۵ (۴)، ۳۲۳-۳۳۲
https://healthjournal.arums.ac.ir/files/site1/user_files_902ca9/yhamidzadeha-A-10-351-5-add3d38.pdf
 اسدی، ع.، منصور، ل.، خدابخش کولایی، آ. و فتح‌آبادی، ج. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین دلدزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان دارای همسر مبتلا به دیابت و مقایسه آن با زنان دارای همسر غیرمبتلا. خانواده‌پژوهی، ۹ (۳)، ۳۱۱-۳۲۴
https://jfr.sbu.ac.ir/article_97191.html
 امیرخانی، ش. و ویسی، م. (۱۳۹۸). بازخوانی ادبیات فقهی حاکم بر روابط جنسی زوجین با رویکرد تحقق «سلامت

جنسی» در ازدواج. فقه پزشکی، ۱۱ (۴۰-۴۱)، ۶۸-۵۹.
<https://doi.org/10.22037/mfj.v11i41-40.32626>
 بخشی‌زاده، ف. (۱۳۹۷). *آزمون مدل علی آگاهی جنسی، تمایز یافتگی خود، طرحواره‌های نقش جنسیتی و رضایت زناشویی* [رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت]. گنج.

<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/50f9b470310260049989785d3a53068c>
 پریشی، م. (۱۳۸۷). *بررسی زمینه‌ها و پیامدهای ازدواج موقت برای زنان* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی]. گنج.

<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/e3ebb00066ca2d172e85217b0afdf172>
 تانگ، ر. (۱۴۰۱). *نقد و نظر: درآمدی جامع بر نظریه‌های فمینیستی (منیژه نجم عراقی، مترجم)*. چاپ دهم. نی.

توحیدی‌نیا، ر.، جعفریان، ر. و دانش‌پژوه، م. (۱۴۰۳). نقش عرف و مقتضیات زمانه در صدور احکام غیرعبادی عصر حضور؛ مطالعه موردی فرایند صدور حکم ازدواج موقت. *تاریخ اسلام*، ۲۵ (۱)، ۷۴-۷۳.
<https://www.ensani.ir/fa/article/589664>

ثمینی، ل.، رحمانی، ع. و شهریاری، م. (۱۴۰۲). امکان‌سنجی ضابطه‌مندی ازدواج موقت بر مبنای شاخصه‌های سبک زندگی اسلامی. *سبک زندگی*، ۲ (۱۷)، ۸۸-۶۳.
<https://doi.org/10.22034/jl.2024.202532>
 جلالی، ف. (۱۳۹۲). *بررسی معایب و مزایای ازدواج موقت* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس]. گنج.

<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/6a4bf1d1819bbac03f0a21c01ce6e1a9>
 جماعتی اردکانی، ر.، برزگری، ر.، نصیرپور، ن. و سلیمانی، م. (۱۳۹۹). *طرحواره جنسی و رضایت جنسی در زنان بارور و نابارور. زن و مطالعات خانواده*، ۱۳ (۴۷)، ۹۳-۱۰۷.
<https://sanad.iau.ir/journal/jwsf/Article/673818?jid=673818>

چینی‌چیان، م.، هلاکوئی نائینی، ک. و رفائی شیرپاک، خ. (۱۳۸۶). *مطالعه کیفی دلایل انجام سقط جنین عمدی در ایران*. *پایش*، ۶ (۳)، ۲۱۹-۲۳۲.

<http://payeshjournal.ir/article-1-701-fa.html>
 خیری خامنه، ب. و زاهد، س. (۱۳۹۰). *بررسی نگرش زنان*

- سریپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر شیراز به ازدواج موقت. زنان، ۲(۴)، ۴۳-۶۶.
https://womenstudy.ihcs.ac.ir/article_540.html
- رازقی نصرآباد، ح. ب. و سنجرى، ا. (۱۳۹۶). عوامل مؤثر بر اقدام زنان به سقط جنین عمدی: تجربه زیسته زنان از سقط جنین در تهران. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۵(۲)، ۱۰۵-۱۳۶.
<https://doi.org/10.22051/jwsp.2017.8299.1165>
- رشیدی‌نژاد، ز. و واحد یاریجان، ی. (۱۳۹۸). وجوه تفاوت و تشابه ازدواج موقت با پدیده «ازدواج سفید». *نامه الهیات*، ۱۲(۴۸)، ۸۷-۶۵.
https://journals.iau.ir/article_677514.html
- زمانیان، م. (۱۴۰۰). *بایدها و نبایدهای ازدواج موقت از دیدگاه قرآن و روایات* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور]. گنج-
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/acf8507269b32fe070108811e4e0401f>
- سلیمی، م. بهرامی کوتنایی، ل. و عبدی حسین‌آبادی، و. (۱۳۹۵). سقط جنین. *اولین کنفرانس ملی فقه، حقوق و روانشناسی*، آذر ۱۳۹۵، شیراز.
<https://sid.ir/paper/830433/fa>
- شعبانی، آ. علی‌پور، ف.، جوادی، م. ح. و پاشازاده، ح. (۱۴۰۰). واکاوی مشکلات زنان دارای تجربه ازدواج موقت ساکن شهر قم. *رفاه اجتماعی*، ۲۱(۸۰)، ۴۳-۹.
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17358191.1400.21.80.2.3>
- شارما، س. (۱۳۹۵). *ازدواج، رفتار جنسی و آشنایی با ایدز* (عطاءالله محمدی، مترجم). ارجمند.
- ظفری دیزجی، ا. (۱۳۹۳). *تجربه زیسته زنان در ختم بارداری ارادی* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا]. گنج-
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/c2fff7afa04afc2cd3dc84d82bde0084>
- ظهري، ن. و صمدی‌فرد، ح. ر. (۱۳۹۹). پیش‌بینی سلامت جنسی در بین زوجین براساس منبع کنترل، حمایت اجتماعی و فراهیجان. *روان پرستاری*، ۸(۶)، ۱-۱۰.
<http://ijpn.ir/article-1-1564-fa.html>
- غدیری، ج. (۱۴۰۱). کارکردهای نکاح موقت در سلامت اخلاقی جامعه. *پژوهش‌های اخلاقی*، ۱(۱۳)، ۹۱-۱۱۰.
<http://akhlagh.saminattech.ir/Article/38915/FullText>
- فراش خیللو، ن.، رمضی، ن.، و صادقی، ر. (۱۳۹۹). تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی نگرش دانشجویان به سقط جنین. *مطالعات راهبردی زنان*، ۲۲(۸۷)، ۱۳۰-۱۰۹.
<https://doi.org/10.22095/jwss.2020.208964.2173>
- کلاتری، ع.، صادقی فسایی، س. و رضائیا، ص. (۱۳۹۳). مطالعه کیفی شرایط و زمینه‌های شکل‌گیری ازدواج موقت زنان. *زن در توسعه و سیاست*، ۱۲(۴)، ۵۲۳-۵۰۷.
<https://doi.org/10.22059/jwdp.2014.54532>
- گوهر رستمی، ف. (۱۴۰۱). بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی بر ازدواج موقت دختران جوان شهر رامسر. *مطالعات راهبردی علوم انسانی و اسلامی*، ۴(۴۶)، ۱۱-۱.
<https://civilica.com/doc/2028558>
- مرتضوی، ف.، دامغانیان، م.، متقی، ز. و شریعتی، م. (۱۳۹۰). تجربیات زنان نسبت به حاملگی ناخواسته: یک مطالعه کیفی. *دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)*، ۱۵(۶)، ۴۹۲-۵۰۳.
<https://www.sid.ir/paper/20984/fa.503>
- مظهر قراملکی، ع. و قربانی، ا. (۱۳۹۹). نقدی بر ادله روائی نسخ حلیت ازدواج موقت. *مطالعات فقه و حقوق اسلامی*، ۱۲(۲۳)، ۳۰۹-۳۳۲.
<https://doi.org/10.22075/feqh.2021.13635.1396>
- محمدزاده، ز. و نظری توکلی، س. (۱۴۰۰). اجاره‌انگاری ازدواج موقت و چالش‌های فقهی آن. *فقه و مبانی حقوق اسلامی*، ۵۴(۱)، ۱۶۷-۱۸۲.
<https://doi.org/10.22059/jjfil.2021.322316.669154>
- مژده، ف. و ضیغمی محمدی، ش. (۱۳۹۲). ارتباط بین افسردگی و شاخص عملکرد جنسی در زنان متأهل. *دانشکده پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۲۱(۱)، ۵۱-۴۱.
<http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1129-fa.html>
- مهدوی لیف شاگرد، ف. (۱۳۹۶). *پدیدارشناسی متعه (مورد مطالعه شهروندان شهر تهران)* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان]. گنج-
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/cf08ed3ac529a80d9729bb1e2cbcb409>
- میر، ف. س. و دهدشتی شاهرخ، ز. (۱۴۰۱). ماهیت پدیدارشناسی با تمرکز بر واکاوی تطبیقی انواع استراتژی‌های پدیدارشناسانه. *شبک*، ۸(۲)، ۱۳۵-۱۴۴.
<https://sid.ir/paper/1008362/fa>

References

- Aghayarihir, T., Abbaszadeh, M., Alizadeh-Aghdam, M. B., & Katebi-Aliabadi, M. (2020). Sexual health as a social problem: Meaning reconstruction of sexual health among married women of Tabriz city. *Woman in Development & Politics*, 18(4), 619-642. [In Persian].
<https://doi.org/10.22059/jwdp.2021.314986.1007927>
- Ahmady, K. (2023). Pathological analysis of mut'ah or temporary marriage in Iran. *TAJDID*, 30(1), 85-113.
<https://doi.org/10.36667/tajdid.v30i1.1324>
- Al-Maharma, D., Safadi, R., Ahmad, M., Halasa, S., Nabolsi, M., & Dohrn, J. (2019). Knowledge, attitudes and practices of syrian refugee mothers towards sexually transmitted infections. *International Journal of Women's Health*, 11, 607-615. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s221605>
- Amirkhani, S., & Veisi, M. (2020). Revising the jurisprudential literature ruling the couples' sexual relationships with the approach of achieving sexual health in marriage. *Journal of Medical Figh*, 11(40), 59-68. [In Persian].
<https://doi.org/10.22037/mfj.v11i41-40.32626>
- Andersen, B. L., Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self- schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079-1100.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.67.6.1079>
- Asadi, E., Mansour, L., Khodabakhshi, A. & Fathabadi, J. (2014). The relationship between couple burnout, sexual assertiveness, and sexual dysfunctional beliefs in women with diabetic husbands and comparing them with women with non-diabetic husbands. *Journal of Family Research*, 9(3), 311-324. [In Persian].
- Badran, S. Z., & Turnbull, B. (2018). Contemporary temporary marriage: A blog-analysis of first-hand experiences. *Journal of International Women's Studies*, 20(2), 241-256.
<https://vc.bridgew.edu/jiws/vol20/iss2/17>
- Basnet, B. (2022). Meaning making of lived experiences in phenomenological inquiry. *Journal of Education and Research*, 12(2), 75-93.
<https://doi.org/10.51474/jer.v12i2.626>
- Bayer, O. (2024). Interpretative phenomenological analysis as a metod of qualitative psychological research. *Psychology and Personality*, 1, 196-208.
<https://doi.org/10.33989/2226-4078.2024.1.298782>
- Fallahi, A., Rahmani, A., Azin, S. A., Molavi, N., Higgs, P., & Allahqoli, L. (2019). Effects of adverse early-life experiences on sexually transmitted infections among homeless women. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 8(3), e91295.
<https://doi.org/10.5812/ijhrba.91295>
- Bakshizadeh, F. (2017). *Testing the causal model of sexual awareness, self-differentiation, gender role schemas and marital satisfaction* [Doctoral thesis, Islamic Azad University, Maroodasht Branch]. [In Persian].
- Chinichian, M., Holakoic-Nainie, K., & Rafaie-Shirpak, N. (2019). *تجارب زیسته زنان از چالش‌های سلامت جنسی و باروری در ازدواج موقت: یک مطالعه پدیدارشناسی*. تهران: انتشارات روان.
- نجاتی حاتمیان، س. (۱۳۸۹). *تجربه و ادراک سقط جنین‌های ارادی و پیامدهای روانی و اجتماعی آن در زنان متأهل شهر تهران* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی]. گنج.
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/c990857a4ad3c1fbcce2fcf6b4d6424f>
- نجفی، م.، تقوایی، د. و سالاری‌فر، م. ر. (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست با و بدون ازدواج موقت. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۱۵(۱)، ۸۶-۶۵.
https://islamicpsy.rihu.ac.ir/article_883.html
- نوردی، ع.، عاصی‌مذنب، ا. و صادقیان، ا. (۱۴۰۰). نکاح متعه، تأثیر و شرایط قرآنی، روایی آن در بهزیستی روان‌شناختی. *قرآن و حدیث*، ۱۴(۲۸)، ۲۷۱-۲۴۹.
<https://ensani.ir/fa/article/452664>
- هللوی، ا.، ویلر، ا. (۱۳۸۵). *روش‌های پژوهش کیفی در پرستاری* (حیدرعلی عابدی، مترجم). بشری.
- هراتی، م. و زارعان، م. (۱۴۰۱). ازدواج موقت: بررسی مقایسه‌ای در سنت زرتشتی اواخر دوران ساسانی و شیعه دوازده‌امامی. *پژوهش‌های ادیبانی*، ۱۰(۲۰)، ۳۵-۶۶.
<https://doi.org/10.22034/jrr.2022.298082.1900>
- هرگنهان، ب. ر. و السون، م. چ. (۱۴۰۱). *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری* (علی‌اکبر سیف، مترجم). چاپ ششم. دوران.
- هرمزی، ج. (۱۴۰۲). *مشروعیت متعه در کتاب و سنت. علوم انسانی و اسلام در هزاره سوم*، ۷(۳)، ۸۹-۱۰۰.
www.hijournal.ir/fa/downloadpaper.php?pid=349&rid=36&p=A
- همدانی، ز. و احمدی، گ. (۱۴۰۰). بررسی آگاهی و نگرش دانشجویان شهر کرج در زمینه بهداشت باروری و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۴۰۰. *طلوع بهداشت یزد*، ۲۰(۶)، ۸۵-۹۹.
<http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3291-fa.html>
- وکیلی، م. (۱۳۹۷). *نگرش به ازدواج موقت در زنان مطلقه شهر شیراز* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت]. گنج.
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/c13aa8d6a37d87376f641f8d877405fd>

- sunnah. *Specialized Scientific Journal of Human Sciences and Islam in the Third Millennium*, 7(3), 89-100. [In Persian].
www.hijournal.ir/fa/downloadpaper.php?pid=349&rid=36&p=A
- Ibrahimipour, H., Jalabadani, Z., Peyman, N., Esmaeili, H. A., & Vafaei Najjar, A. (2012). Intercourse intention based on planned behavior theory in married women visiting healthcare centers of Mashhad City. *Health and Hygiene*, 5(4), 323-332. https://healthjournal.arums.ac.ir/files/site1/user_files_902ca9/yhamidzadeha-A-10-351-5-add3d38.pdf [In Persian].
- Lechkar, I. (2022). The role of temporary marriage in the formation of a 'modern' Islamic sexual and relational ethics for halal dating among young pious Muslim men. *Religion and Gender*, 12(2), 129-150. <https://doi.org/10.1163/18785417-01202007>
- Lotfi, R., Tehrani, F. R., Yaghmaei, F., & Hajizadeh, E. (2012). Barriers to condom use among women at risk of HIV/AIDS: A qualitative study from Iran. *BMC Women's Health*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-13>
- Jalali, F. (2013). *Examining the advantages and disadvantages of temporary marriage* [Master's thesis, Tarbiat Modares University]. [In Persian].
- Jamati-Ardakani, R., Barzegari, R., Nasirpour, N., & Soleimani, M. (2020). Sexual schema and sexual satisfaction in fertile and infertile women. *Women and Family Studies*, 13(47), 93-107. [In Persian]. <https://doi.org/10.30495/jwsf.2020.1884371.1412>
- Kalantari, A. H., Sadeghi-Fasaei, S., & Rezaniya, S. (2014). A qualitative study on terms and conditions of women's temporary marriage. *Woman in Development & Politics*, 12(4), 507-523. [In Persian] <https://doi.org/10.22059/jwdp.2014.54532>.
- Khani, S., Moghaddam-Banaem, L., Mohamadi, E., Vedadhir, A. A., & Hajizadeh, E. (2018). Women's sexual and reproductive health care needs assessment: An Iranian perspective. *Eastern Mediterranean Health*, 24(7), 637-643. <https://doi.org/10.26719/2018.24.7.637>
- Kheiry-Khameneh, B., & Zahed, S. S., (2019). Investigating the attitude of female heads of households covered by the Imam Khomeini Relief Committee (RA) in Shiraz city towards temporary marriage. *Women's Journal*, 2(4), 43-66. [In Persian].
- Mahdavi-Leifshagerd, F. (2017). *Phenomenology of mut'ah (Case study of citizens of Tehran)* [Master's thesis, University of Gilan]. [In Persian].
- Margalit, Y. (2018). Temporary marriage: A comparison of the Jewish and Islamic conceptions. *Journal of Law and Religion*, 33(1), 89-107. <https://doi.org/10.1017/jlr.2018.12>
- Mazhar-Gharamaleki, A., & Ghorbani, E. (2021). A critique in the reasons of abolishing of legitimation of temporary marriage. *Journal of Studies in Islamic Law & Jurisprudence*, 12(23), 309-332. [In Persian].
- K. (2007). Voluntary abortion in Iran: A qualitative study. *Payesh*; 6(3), 219-232. [In Persian] <http://payeshjournal.ir/article-1-701-en.html>
- Dimbuene, Z. T., Emina, J. B. O., & Sankoh, O. (2014). UNAIDS 'multiple sexual partners' core indicator: promoting sexual networks to reduce potential biases. *Global Health Action*, 7(1), 1-6. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23103>
- Farash-Kheialo, N., Ramzi, N., & Sadeghi, R. (2020). Social and cultural determinants of students' attitudes toward abortion. *Women's Strategic Studies*, 22(87), 109-130. [In Persian]. <https://doi.org/10.22095/jwss.2020.208964.2173>
- Frechette, J., Bitzas, V., Aubry, M., Kilpatrick, K., & Lavoie-Tremblay, M. (2020). Capturing lived experience: Methodological considerations for interpretive phenomenological inquiry. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.1177/1609406920907254>
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., ..., & Weinfurt, K. P. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642-1650. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>
- Ghadiri, J (2021). The functions of temporary marriage in the moral health of society. *Ethical Research*, 1(13), 91-110. [In Persian]. <http://akhlagh.saminattech.ir/Article/38915/FullText>
- Gohar-Rostami, F. (2022). Investigating economic and social factors on the temporary marriage of young girls in Ramsar city. *Strategic Studies of Humanities and Islamic Sciences*, 46(11), 1-11. [In Persian].
- Greene, K., & Faulkner, S. L. (2005). Gender, belief in the sexual double standard, and sexual talk in heterosexual dating relationships. *Sex Roles: A Journal of Research*, 53, 239-251. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-5682-6>.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2006). *Qualitative research in nursing* (H. A. Abedi, Trans.). Boshra. [In Persian].
- Hamedani, Z., & Ahmadi, G. (2022). Investigating knowledge and attitude of Karaj students in the field of reproductive health and its related factors in 2021. *TB*, 20(6), 85-99. [In Persian]. <http://dx.doi.org/10.18502/tbj.v20i6.8960>
- Harati, M., & Zarean, M. (2023). Temporary marriage: A comparative study between the zoroastrian tradition of the late Sassanid Period and Twelver Shiism. *Religious Research*, 10(20), 35-66. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jrr.2022.298082.1900>
- Hergenbahn, B. R., & Olson, M. H. (2022). *An Introduction to theories of learning* (A. A. Seif, Trans.). Doran. [In Persian].
- Hoknbury, D. H., Hoknbury, S. E., & Nolan, S. A. (2016). *Discovering psychology*. Rachel Losh.
- Hormazi, J (2022). Legitimacy of mutah in the book and

- address social norms that influence adolescent sexual and reproductive health. *Journal of Adolescent Health*, 64(4), 7-9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.014>
- Rashidinejad, Z., & Vahed-Yarijan, Y. (2018). Differences and similarities between temporary marriage and "white marriage" phenomenon. *Theology Letter*, 12(48), 65-87. [In Persian].
- Razeghi-Nasrabad, H. B., & Sanjari, E. (2017). Factors associated with induced abortion: Lived experiences of women in Tehran. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(2), 105-136. [In Persian]. <https://doi.org/10.22051/jwsps.2017.8299.1165>
- Salimi, M., Bahrami-Kutnai, L., & Abdi-Hosseinabadi, V. (2016). Abortion national conference of jurisprudence. *Law and Psychology Shiraz*, 1, 1-13. [In Persian].
- Samani, L., Rahmani, A., & Shahriyari, M. (2024). A feasibility study of codified temporary marriage based on indicators of Islamic lifestyle. *Journal of Lifestyle*, 9(2), 63-88. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jl.2024.202532>
- Shaabani, A., Alipour, F., Javadi, M. H., & Pashazade, H. (2021). Exploring the social problems of women with temporary marriage experience in Qom. *Refahj*, 21(80), 9-43. [In Persian]. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3395-en.html>
- Sharma, S. (2016). *Marriage, sexual behavior and familiarity with AIDS* (A. Mohammadi, Trans.). Arjamand. [In Persian].
- Suhud, U., & Syabaini, N. S. (2014). Halal sex tourism in Indonesia: understanding the motivation of young female host to marry with middle eastern male tourists. *Journal of Economics and Sustainable Development*, 5(25), 91-94. <https://www.academia.edu/29745643/>
- Tohidinia, R., Jafarian, R., & Daneshpajoh, M. (2024). The role of customs and requirements of time in issuing non-religious decrees in the age of presence; A case study of the process of issuing temporary marriage decree. *History of Islam*, 25(1), 43-74. [In Persian]. doi: 10.22081/hq.2022.58032.2060
- Tong, R. (2022). *Feminist thought a comprehensive introduction* (M. Najm-Iraqi, Trans.). Ney. [In Persian].
- Vakili, M. (2017). *Attitude towards temporary marriage among divorced women in Shiraz* [Master's thesis, Islamic Azad University]. [In Persian].
- Valizadeh, F., Mohammadbeigi, A., Chaman, R., Kashefi, F., Nazari, A. M., & Motaghi, Z. (2021). Sexual and reproductive health challenges in temporary marriage: A systematic review. *Journal of Research in Health Sciences*, 21(1), e00504. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2021.42>
- Van Manen, M. (2016). *Reaserching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. (2nd Edition.). NY: Routledge.
- World Health Organization. (2021). Reproductive health. Retrieved from <https://doi.org/10.22108/srspi.2025.142931.2040>
- <https://doi.org/10.22075/feqh.2021.13635.1396>
- Millett, K. (1970). *Sexual politics*. Garden City. Doubleday.
- Mir, F. S., & Dehdashti-Shahrokh, Z. (2022). The nature of phenomenology with a focus on comparative analysis of a variety of phenomenological strategies. *Shebak*, 8(2), 135-144. [In Persian]. <https://sid.ir/paper/1008362/en>
- Mohammadzade, Z., & Nazari-Tavakkoli, S. (2021). Lease assuming the temporary marriage and its jurisprudential challenges. *Jurisprudence the Essentials of the Islamic Law*, 54(1), 167-182. [In Persian]. <https://doi.org/10.22059/jjfil.2021.322316.669154>
- Mojdeh, F., & Zeighami-Mohamadi, S. (2013). The relationship between depression and sexual function Index among married women. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 21(1), 41-51. [In Persian]. <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1129-en.html>
- Mortazavi, F., Damghanian, M., Mottaghi, Z., & Shariati, M. (2012). Women's experiences of unwanted pregnancy. *Journal Kermanshah University Medicen Science*, 15(6), 492-503. [In Persian]. *Sci*. 2012;15(6): e78904
- Najafi, M., Taghvaei, D., & Salarifar, M. R. (2015). The comparison between general health and psychological well-being among women-headed households with and without temporary marriage. *Studies in Islam and Psychology*, 8(15), 65-86. [In Persian].
- Navardi, A., Asi-Mozneb, A., & Sadeqian, A. (2021). Temporary marriage: Its effect and qurqanic conditions, its validity in psychological well-being. *Pazhouhesh name-ye quran va hadis*, 14(28), 249-271. [In Persian] <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20080417.1400.14.28.10.6>
- Nejati-Hatamian, S. (2009). *Experience and perception of self-induced abortions and its psychological and social consequences in married women of Tehran* [Master's thesis, Allameh Tabatabai University]. [In Persian].
- Nkonde, H., Mukanga, B., & Daka, V. (2023). Male partner influence on women's choices and utilisation of family planning services in Mufulira district, Zambia. *Heliyon*, 9(3), e14405. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14405>
- Nokhodian, Z., Yazdani, M. R., Yaran, M., Shoaie, P., Mirian, M., Ataei, B., Babak, A., & Ataie, M. (2012). Prevalence and risk factors of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female prisoners in Isfahan, Iran. *Hepat Mon*, 12(7), 442-447. <https://doi.org/10.5812/hepatmon.6144>
- Parishi, M. (2008). *Examining the contexts and consequences of temporary marriage for women* [Master's thesis, Allameh Tabatabai University]. [In Persian].
- Pulerwitz, J., Blum, R., Cislighi, B., Costenbader, E., Harper, C., Heise, L., Kohli, A., & Lundgren, R. (2019). Proposing a conceptual framework to

- Zamanian, M. (2021). *The guidelines for temporary marriage from the perspective of the qur'an and hadith* [Master's Thesis, Payam Noor University]. [In Persian]
- Zohri, N., & Samadifard, H. (2021). Predicting sexual Health in couples based on locus of control, social support and meta-emotions. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 8(6), 1-10. [In Persian]. <http://ijpn.ir/article-1-1564-en.html>
- <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health>
- Wimpenny, P., & Gass, J. (2000). Interviewing in phenomenology and grounded theory: Is there a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1458-1492. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01431.x>
- Zafari-Dizji, A. (2014). *Lived experience of women in voluntary abortion* [Master's thesis, Al-Zahra University]. [In Persian].