

## مرور نظام‌مند جامع ایسکشوالیتی (فاقد کشش جنسی)، هویت‌یابی و اختلال‌پنداری:

### بینش‌های جهانی و پیامدهای بومی‌سازی در ایران

رضا خنار<sup>۱\*</sup>، صدیقه ابراهیمی علوی کلائی<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی بهشهر، مازندران، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. دکتری روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هشتم، شماره بیست و نهم، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۶۴-۴۹

#### چکیده

ایسکشوالیتی به‌عنوان تجربه‌ای چندبعدی و هویتی، پرسش‌های مهمی را در زمینه هویت جنسی، روابط و سلامت روان مطرح می‌کند. با وجود گسترش ادبیات پژوهشی در جهان، شواهد موجود پراکنده و ناهمگون است و عمدتاً بر جوامع غربی تمرکز دارد؛ همچنین در زمینه ایران تقریباً داده‌ای در دست نیست. این مرور نظام‌مند با هدف جمع‌بندی یافته‌های جهانی و شناسایی شکاف‌های پژوهشی برای بومی‌سازی انجام شد. جستجو در پایگاه‌های پایمد، سایک اینفو، اسکوپوس و گوگل اسکالر با کلیدواژه‌های «ایسکشوالیتی»، «هویت ایسکشوال» و «شکل‌گیری هویت» انجام گرفت. پژوهش‌های کیفی، کمی و آمیخته که به هویت‌یابی، روابط، سلامت روان یا چالش‌های اجتماعی پرداخته بودند، بدون محدودیت زبانی وارد مطالعه شدند. استخراج داده‌ها و ارزیابی کیفیت به‌صورت مستقل و دو برابر انجام شد و برای تحلیل، از سنتز تماتیک و روایتی استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد: (۱) ایسکشوالیتی پدیده‌ای طیفی و سیال است و تعریف‌های پژوهشی از آن یکدست نیست؛ (۲) فرایند هویت‌یابی به دسترسی به واژگان مناسب و حمایت اجتماعی وابسته است؛ (۳) روابط افراد ایسکشوال متنوع است و بر پایه گفت‌وگو و مذاکره شکل می‌گیرد؛ (۴) بار روانی عمدتاً ناشی از انگ اجتماعی، پزشکی‌سازی و کمبود حمایت است، نه ناشی از خود هویت؛ و (۵) شواهد مربوط به جوامع غیرغربی، به‌ویژه ایران، بسیار محدود است. ایسکشوالیتی به‌خودی‌خود اختلال محسوب نمی‌شود و پیامدهای منفی بیشتر محصول عوامل اجتماعی و فرهنگی‌اند. در ایران، نیاز فوری به مطالعات همه‌گیرشناختی، اعتبارسنجی ابزارها، پژوهش‌های کیفی و طولی و نیز طراحی مداخلات آموزشی و حمایتی وجود دارد. تقویت آموزش حرفه‌ای و سیاست‌های حساس به جنسیت نیز از اولویت‌ها به‌شمار می‌آید.

**واژگان کلیدی:** ایسکشوالیتی، هویت جنسی، هویت‌یابی، سلامت روان، روابط، استیگما.

## مقدمه

هویت جنسی و گرایش‌های جنسی در سال‌های اخیر هم از منظر نظری و هم از منظر بالینی و اجتماعی توجه فزاینده‌ای جلب کرده‌اند (بوگارت، ۲۰۱۵؛ ون هودنهوف و همکاران، ۲۰۱۵). یکی از حوزه‌های نوظهور و درعین‌حال پیچیده، ایسکسوالیتی است، طیفی از تجربه‌ها که با فقدان یا کاهش کشش جنسی مشخص می‌شود (راثبلوم و همکاران، ۲۰۲۰)، که هم پرسش‌های بنیادین درباره‌ی چیستی «گرایش جنسی» را مطرح می‌سازد و هم پیامدهای عملی گسترده‌ای برای سلامت روان، ساختارهای میان‌فردی و سیاست‌گذاری سلامت به همراه دارد (چاسین، ۲۰۱۵؛ پژیبلو، ۲۰۱۹). ادبیات پژوهشی معاصر نشان می‌دهد که فهم ایسکسوالیتی به‌عنوان یک هویت یا طیف، نیازمند در نظر گرفتن فرآیندهای پیچیده‌ی هویت‌یابی، نقش مفاهیم همسان‌پنداری (برای مثال، «الزام به جنسیت‌ورزی» و «هنجارانگاری داشتن کشش جنسی») و تفاوت‌های بین «گرایش رمانتیک» و «کشش جنسی» است (کاریگان، ۲۰۱۱؛ گوپتا، ۲۰۱۵)؛ موضوعاتی که مطالعات اسکوپینگ و مرورهای اخیر به‌وضوح بر آن‌ها تأکید کرده‌اند (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ بولمر و ایزوما، ۲۰۱۸).

از منظر سلامت روان، شواهد نوظهور نشان می‌دهد که افراد شناسایی‌شده به‌عنوان ایسکسوال یا آن‌هایی که تجربه‌ی فقدان کشش جنسی دارند، در برخی نمونه‌ها سطوح بالاتری از علائم افسردگی و تنش‌های روانی گزارش کرده‌اند (هوفارت و همکاران، ۲۰۱۶؛ لوکاسن و همکاران، ۲۰۲۳)؛ با این حال اندازه و شکل این رابطه‌ها در مطالعات مختلف متفاوت است و تحت تأثیر میانجی‌گرایی مانند میزان آشکارسازی هویت، دریافت حمایت اجتماعی و مواجهه با انگ‌زد-ایس و ایس‌هراسی قرار می‌گیرد (راثبلوم و همکاران، ۲۰۲۰؛ شرر، ۲۰۰۸). درعین‌حال پژوهش‌های مربوط به روابط، نشان می‌دهند که بسیاری از افراد ایسکسوال در روابط رمانتیک پایدار و رضایت‌بخش حضور دارند و الگوهای تعهد و سرمایه‌گذاری رابطه‌ای آن‌ها را می‌توان در چارچوب نظریه‌های کلاسیک روابط (مثلاً مدل سرمایه‌گذاری) تحلیل کرد (بروتو و همکاران، ۲۰۱۰؛ داوسون و همکاران، ۲۰۱۶)؛ اما شواهد نشان می‌دهد که برخی مکانیسم‌ها (نظیر نقش وابستگی یا انتظارات جنسی) ممکن است برای این گروه‌ها تفاوت‌هایی داشته باشد که باید به‌طور اختصاصی بررسی شوند (کاریگان، ۲۰۱۱).

از منظر اجتماعی-قانونی و سیاستی، فقدان شناخت و پاتولوژیک‌سازی ایسکسوالیتی می‌تواند منجر به محرومیت از خدمات مناسب بهداشت روان، برچسب‌گذاری نادرست و آسیب‌های روانی شود (چاسین، ۲۰۱۷؛ مک‌نیلا و مورفی، ۲۰۱۵)؛ به همین دلیل شناخت دقیق‌تر این هویت برای ارائه‌دهندگان خدمات، سیاست‌گذاران و نهادهای مدافع حقوق ضروری است (پژیبلو، ۲۰۱۹). مروری بر ادبیات نشان می‌دهد که پژوهش‌های بین‌المللی عمدتاً در زمینه‌های چهارگانه‌ی «هویت‌یابی» (شرر، ۲۰۰۸)، «روابط» (داوسون و همکاران، ۲۰۱۶)، «سلامت روان» (لوکاسن و همکاران، ۲۰۲۳) و «چالش‌های اجتماعی / سیاستی» (چاسین، ۲۰۱۵) متمرکز بوده‌اند، اما همچنان کمبودهای نظام‌مند در تعاریف، اندازه‌گیری‌ها و دیدگاه‌های میان‌رشته‌ای دیده می‌شود (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰).

ضرورت بومی‌سازی این دانش در ایران به‌طور ویژه‌ی برجسته است. زمینه‌های فرهنگی، مذهبی و قانونی در ایران می‌توانند مرزهای بیان هویتی و دسترسی به خدمات را تغییر دهند (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۴)؛ مطالعات مرتبط با دسترسی به خدمات سلامت جنسی و بار تابوها نشان می‌دهد که مسائل فرهنگی و کمبود آموزش جنسی، مانع گزارش‌دهی و کمک‌جویی می‌شوند و بدین‌سان مسیرهای پشتیبانی و سلامت روان برای گروه‌های جنسی غیرمرسوم را تضعیف می‌کنند (شیرپاک و همکاران، ۲۰۰۷)؛ یزدخواستی و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، پژوهش‌های نقادانه و بین‌رشته‌ای نشان می‌دهند که گروه‌هایی مانند ایسکسوال‌ها و شهروندان مسلمان دارای هویت‌های جنسی «غیرمتعارف» اغلب در کارهای آکادمیک و سیاست‌گذاری «ناپدید» می‌شوند (پژیبلو و

کوپر، ۲۰۱۴؛ رحمان، ۲۰۱۰)، که این غیبت علمی خود نیازمند بازاندیشی روش‌شناسانه و رویکردهای حساس به زمینه‌های محلی است.

با وجود رشد ادبیات بین‌المللی، چهار شکاف پژوهشی کلیدی باقی است که ضرورت یک مروری نظام‌مند جامع را توجیه می‌کند: (۱) پراکندگی و ناسازگاری در تعاریف و معیارهای شناختی/تشخیصی ایسکسوالیتی (بوگارت، ۲۰۱۵؛ ون هودنهوف و همکاران، ۲۰۱۵)، (۲) فقدان خلاصه‌ی نظام‌مند از فرآیندهای هویت‌یابی در سطوح فردی و اجتماعی (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰)، (۳) کمبود شواهد کمی و کیفی قابل‌اتکا درباره‌ی پیامدهای سلامت روان و ساختارهای حمایتی در فرهنگ‌های غیرغربی (به‌ویژه ایران) (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۴)، و (۴) نبود راهنمایی‌های مبتنی بر شواهد برای بومی‌سازی مداخلات بالینی، آموزشی و سیاستی (مک‌نیلا و مورفی، ۲۰۱۵). این شکاف‌ها در بررسی‌های مروری و مطالعات میدان نیز برجسته شده‌اند (بولمر و ایزوما، ۲۰۱۸؛ راثبلوم و همکاران، ۲۰۲۰) و نشان می‌دهند که نیاز به جمع‌بندی نظام‌مند و تدوین توصیه‌های عملی وجود دارد.

هدف این مرور نظام‌مند، پاسخ به این خلأها از طریق یک جمع‌بندی دقیق و فراگیر از شواهد جهانی در مورد ایسکسوالیتی و هویت‌یابی است، به‌نحوی که هم بینش‌های جهانی را در برگیرد و هم پیامدها و اقتضائات بومی‌سازی برای ایران را مشخص سازد (گوپتا، ۲۰۱۵؛ یزدخواستی و همکاران، ۲۰۱۵). برای این منظور، جستجوی گسترده‌ای در پایگاه‌های علمی بین‌المللی انجام شده و شواهد بر مبنای حوزه‌های موضوعی کلیدی ساختاربندی خواهد شد؛ نتیجه‌ای که می‌تواند هم خلأهای نظری و روش‌شناختی را آشکار کند و هم رهنمودهای عملی برای پژوهش‌های آتی، طراحی مداخلات فرهنگی حساس و سیاست‌گذاری متناسب با بافت ایران ارائه دهد (چاسین، ۲۰۱۷؛ شیرپاک و همکاران، ۲۰۰۷).

### روش پژوهش

در این پژوهش، یک مرور نظام‌مند و جامع با رویکردی شفاف و قابل تکرار به اجرا درآمد تا استانداردهای بین‌المللی کیفیت و دقت علمی تأمین شود. ساختار کلی و مراحل اجرایی مطابق با دستورالعمل‌های به‌روز پریسما ۲۰۲۰ (پیچ و همکاران، ۲۰۲۱) و راهنماهای مؤسسه جی‌بی‌آی و کاکرین (آروماتاریس و مان، ۲۰۲۰؛ هیگینز و همکاران، ۲۰۲۳) طراحی و پیاده‌سازی گردید تا هم فرآیند پژوهش و هم گزارشگری آن با بهترین شیوه‌های علمی همخوانی داشته باشد.

### پروتکل و ثبت مرور

پیش از آغاز مرور، یک پروتکل مفصل تدوین و مستندسازی شد که شامل سؤال‌های پژوهشی، معیارهای واجد شرایط بودن، استراتژی‌های جستجوی منابع، روش‌های ارزیابی کیفیت مطالعات و چارچوب تحلیل داده‌ها بود (پیچ و همکاران، ۲۰۲۱؛ شمسیر و همکاران، ۲۰۱۵). این پروتکل بر اساس توصیه‌های پریسما-پی نگارش یافت (موهر و همکاران، ۲۰۱۵) و هرگونه تغییر یا انحراف از پروتکل اولیه با ذکر دلایل و توجیحات علمی به‌صورت شفاف در گزارش نهایی درج شده است.

### سؤال پژوهشی و اهداف مرور

سؤال اصلی این مرور نظام‌مند عبارت بود از: «شواهد موجود در ادبیات علمی بین‌المللی درباره‌ی ایسکسوالیتی و فرآیندهای هویت‌یابی افراد طیف ایس چه هستند و چگونه می‌توان این دانش را برای توسعه‌ی خدمات و سیاست‌گذاری در ایران بومی‌سازی کرد؟» (بوگارت و همکاران، ۲۰۱۸؛ روئبلوم و همکاران، ۲۰۲۰). اهداف جزئی شامل جمع‌آوری و سنتز تعاریف علمی و مکانیسم‌های هویت‌یابی در طیف ایسکسوالیتی، بررسی پیامدهای سلامت روانی و کیفیت روابط بین‌فردی (هوفارت و همکاران، ۲۰۱۶؛ مک‌نیلا و مورفی، ۲۰۱۵)، شناسایی موانع ساختاری و اجتماعی، و مشخص کردن خلأهای پژوهشی مرتبط با زمینه‌ی ایران و ارائه‌ی پیشنهادها کاربردی برای پژوهش‌های آتی و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد بود.

## معیارهای ورود و خروج

معیارهای انتخاب مطالعات بر پایه‌ی چارچوب پیکوس (جمعیت، مداخله/موضوع، مقایسه‌گر، پیامد، نوع مطالعه) برای مرورهای ترکیبی تنظیم شد (استرن و همکاران، ۲۰۱۴؛ آروماتاریس و مان، ۲۰۲۰):

جمعیت: افرادی در هر گروه سنی که خود را به‌عنوان ایسکسوال، دارای کشش جنسی محدود یا فاقد آن، یا متعلق به طیف ایس/گری‌سکسوال شناسایی کرده‌اند (بوگارت، ۲۰۱۵؛ گریوز و همکاران، ۲۰۱۷)؛ این شامل نمونه‌های جامعه‌محور، بالینی، دانشگاهی و نمونه‌گیری‌های آنلاین می‌شد.

موضوع: مطالعاتی که به فرآیند هویت‌یابی ایسکسوال، تجربه‌ی زیسته‌ی افراد طیف ایس، مکانیسم‌های شکل‌گیری هویت جنسی، نتایج سلامت روانی، سازگاری در روابط عاطفی و چالش‌های اجتماعی-فرهنگی می‌پردازند (کریگان، ۲۰۱۱؛ چیسین، ۲۰۱۳).  
نوع مطالعه: مطالعات کمی (مقطعی، طولی، مورد-شاهدی)، کیفی، روش‌های ترکیبی، مقالات مروری نظام‌مند و مطالعات نظری داده‌محور (مان و همکاران، ۲۰۱۸)؛ گزارش‌های خبری صرف و متون بدون داده‌های قابل ارزیابی از مرور کنار گذاشته شدند.  
زبان: بدون محدودیت زبانی برای پوشش جامع شواهد؛ مطالعات غیرانگلیسی با استفاده از ترجمه‌های تخصصی بررسی شدند (نوسباومر-اشتریت و همکاران، ۲۰۲۰).

بازه‌ی زمانی: از ابتدای دسترسی پایگاه‌های اطلاعاتی تا ۲۳ سپتامبر ۲۰۲۵.

بافت: تمامی کشورها و زمینه‌های فرهنگی وارد شدند؛ مطالعاتی که داده‌های قابل‌تعمیم یا مرتبط با ایران و جوامع مشابه داشتند برای استخراج پیامدهای بومی‌سازی برجسته‌سازی شدند (برنال و همکاران، ۱۹۹۵).

استراتژی جستجوی منابع

جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر شامل پاب‌مد/مدلاین، سایک‌اینفو، اسکوپوس و گوگل اسکالر انجام گرفت (برامر و همکاران، ۲۰۱۷). برای دستیابی به شواهد خاکستری و مطالعات منتشرنشده، پایگاه‌های پایان‌نامه، مجموعه‌مقالات کنفرانس‌ها، سرورهای پیش‌چاپ (مدآرکایو، سای‌آرکایو) و نمایه‌های تخصصی مطالعات جنسیت و سلامت نیز مورد بررسی قرار گرفتند (پائر، ۲۰۱۷).

استراتژی جستجو با ترکیب واژگان کلیدی و سرعنوان‌های استاندارد موضوعی طراحی شد تا تنوع واژگانی پوشش داده شود: ایسکسوالیتی، هویت ایسکسوال، طیف ایس، گری‌سکسوال، فقدان کشش جنسی، شکل‌گیری هویت (مک‌گوآن و همکاران، ۲۰۱۶). عملگرهای بولی (و/یا)، نشانه‌های جایگزین و قطع‌کردن واژه به‌کار رفتند. رشته‌های جستجو برای هر پایگاه تنظیم و تاریخ‌های دقیق جستجو مستندسازی شدند (لفبور و همکاران، ۲۰۲۲).

## فرآیند گزینش و استخراج داده‌ها

کلیدی نتایج جستجو به نرم‌افزار مدیریت مرور (کاویدنس یا ری‌یان) منتقل و موارد تکراری حذف شدند (اوزانی و همکاران، ۲۰۱۶). فرآیند گزینش در دو مرحله انجام شد:

مرحله‌ی اول: غربالگری عنوان و چکیده توسط دو بررسی‌کننده‌ی مستقل؛ اختلافات از طریق بحث و در صورت نیاز با مشورت بررسی‌کننده‌ی سوم حل شد (هیگینز و همکاران، ۲۰۲۳).

مرحله‌ی دوم: بررسی متن کامل مطالعات واجد شرایط توسط دو بررسی‌کننده‌ی مستقل؛ دلایل خروج برای هر منبع ثبت گردید تا نمودار جریان پریسما تهیه شود (پیچ و همکاران، ۲۰۲۱).

استخراج داده‌ها: فرم استاندارد استخراج داده مطابق راهنماهای جی‌بی‌آی/اکارین طراحی و پیش‌آزمون شد (لی و همکاران، ۲۰۲۰). متغیرهای استخراج‌شده شامل مشخصات مطالعه (نویسنده، سال، کشور)، طراحی پژوهش، ویژگی‌های نمونه (سن، جنسیت، هویت)، تعاریف و ابزارهای سنجش ایسکسوالیتی مانند «مقیاس شناسایی ایسکسوالیتی» (یول و همکاران، ۲۰۱۵)، یافته‌های مرتبط با سلامت روانی و روابط، و ملاحظات بومی‌سازی بودند. استخراج اولیه توسط یک بررسی‌کننده و بازبینی ۲۰٪ از رکوردها توسط بررسی‌کننده‌ی دوم برای تضمین کیفیت انجام شد.

### ارزیابی کیفیت و خطر سوگیری

برای ارزیابی کیفیت مطالعات از ابزارهای استاندارد متناسب با نوع طراحی استفاده شد: برای کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی‌شده ابزار «خطر سوگیری ۲» (استرن و همکاران، ۲۰۱۹)، برای مطالعات مشاهده‌ای «رایینز-آی» (استرن و همکاران، ۲۰۱۶)، برای مطالعات توصیفی چک‌لیست‌های جی‌بی‌آی یا مؤسسه ملی سلامت (مان و همکاران، ۲۰۲۰)، و برای مطالعات کیفی ابزارهای کسپ یا جی‌بی‌آی (لاک‌وود و همکاران، ۲۰۱۵). تمامی ارزیابی‌ها توسط دو پژوهشگر مستقل انجام و اختلافات با بحث یا داوری سوم حل و فصل شد. نتایج ارزیابی کیفیت در تحلیل حساسیت و تفسیر یافته‌ها لحاظ گردید (شونمان و همکاران، ۲۰۲۲).

### روش‌های سنتز و تحلیل داده‌ها

برای ترکیب داده‌های کمی همگن، در صورت وجود مطالعات کافی با شاخص‌های قابل تلفیق، متآنالیز با استفاده از مدل‌های اثر ثابت یا تصادفی و محاسبه‌ی شاخص‌های ناهمگنی ( $I^2$ ) مطابق راهنمای اکارین انجام شد (دیکس و همکاران، ۲۰۲۲). برای داده‌های کیفی، روش سنتز تماتیک (توماس و هاردن، ۲۰۰۸) به کار گرفته شد که شامل مراحل کدگذاری خط‌به‌خط، ایجاد تم‌های توصیفی و تولید تم‌های تحلیلی است (نویس و همکاران، ۲۰۲۲). در صورت مناسب بودن، یافته‌های کمی و کیفی از طریق سنتز روایتی و جداول شواهد برای ارائه‌ی نتایج جامع و کاربردی یکپارچه شدند.

### روش گزارشگری و شفافیت

گزارش نهایی براساس چک‌لیست پریسما ۲۰۲۰ (پیچ و همکاران، ۲۰۲۱) تنظیم شد. همچنین برای ارائه‌ی پیامدهای بومی‌سازی در ایران، از چارچوب‌های تطبیق فرهنگی مدل‌های مداخلاتی مانند «مدل اعتبار بوم‌شناختی» (برنال و همکاران، ۱۹۹۵)، «انطباق-آی‌تی» (وینگود و دی‌کلمته، ۲۰۰۸) و «راهنمای مداخله‌ای شکاف سلامت روان» (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۶) استفاده شد تا پیشنهادات عملی برای تبدیل دانش جهانی به برنامه‌ها و سیاست‌های بومی ارائه گردد.

### ملاحظات تکمیلی روش‌شناسی

انتخاب ابزارهای ارزیابی و شیوه‌های ترکیب نتایج متناسب با انواع مطالعات و اهداف مرور (شناسایی تعاریف، مکانیسم‌های هویت‌یابی، پیامدهای روان‌شناختی و شواهد قابل بومی‌سازی) صورت پذیرفت. برای سنجش کمی فقدان کشش جنسی در مطالعات جمعیت‌محور، استفاده از ابزارهایی مانند «مقیاس شناسایی ایسکسوالیتی» (یول و همکاران، ۲۰۱۵) و «مقیاس چندبعدی ایسکسوالیتی» (هاینو و همکاران، ۲۰۲۱) پیشنهاد شد. برای بخش توصیه‌های بومی‌سازی، علاوه بر چارچوب‌های نظری، از شواهد تجربی اخیر درباره‌ی تجربه‌ی هویت‌یابی و پیامدهای سلامت روانی افراد طیف ایس (روثلوم و همکاران، ۲۰۲۰؛ آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰) استفاده شد.

## یافته‌ها

مطالعات مرور شده روش‌شناسی متنوعی را نشان می‌دهند، از مطالعات کیفی عمقی تا مطالعات مقطعی آنلاین، چند مطالعه طولی محدود، و چند مرور نظام‌مند دامنه‌نگر اخیر؛ با این حال، الگوی غالب، پژوهش‌های مبتنی بر نمونه‌گیری غیراحتمالی (در دسترس/آنلاین) و جامعه‌های آنلاین «ایس» بوده است (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ واینر، ۲۰۲۴). همچنین اکثریت مطالعات از کشورهای غربی (ایالات متحده، بریتانیا، سایر کشورهای انگلیسی‌زبان و برخی کشورهای اروپایی/کانادا/استرالیا) گزارش شده‌اند و شواهد بومی از خاورمیانه و ایران بسیار محدود یا غایب است (چیسین، ۲۰۲۴).

## تنوع روش‌شناختی و کیفیت ابزارها

اکثر پژوهش‌ها بر پایه‌ی خود اظهاری و دسترسی از طریق جوامع اینترنتی انجام شده‌اند؛ معیارهای سنجش هویت ایسکشوال و ابزارهای مربوطه همگونی کمی دارند و در بسیاری موارد فاقد استانداردسازی و گزارش جامع اعتبارسنجی‌اند (لیو و لی، ۲۰۲۳). پیامد این ناهمسانی، دشواری مقایسه‌ی مستقیم بین مطالعات و افزایش نااطمینانی روش‌شناختی است (واینر، ۲۰۲۴).

## ۱. هویت‌یابی

## الف) الگوهای مفهومی و تنوع تعاریف

ادبیات معاصر نشان می‌دهد که «ایسکشوالیتی» در پژوهش‌ها به صورت چندگانه تعریف شده است: به عنوان برچسب هویتی خودگزارشی، به عنوان فقدان یا کاستی کشش جنسی، یا به عنوان رفتار جنسی یا نبود رفتار جنسی (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). این ناهمگونی مفهومی منجر به تفاوت در معیارهای ورود به نمونه و نیز تفاوت در تفسیر نتایج شده است (چیسین، ۲۰۱۵). پژوهش‌های اخیر تأکید می‌کنند که ایسکشوالیتی به عنوان یک گرایش جنسی نسبتاً پایدار در طول زمان شناخته می‌شود (بوگارت، ۲۰۲۲).

## ب) طیف‌گرایی و سیالیت

شواهد فراوان کیفی و برخی داده‌های کمی نشان می‌دهد که تجربه‌ی ایسکشوالیتی غالباً بر یک طیف قرار دارد (از «ایس خاکستری» و «نیمه‌جنسی» تا فقدان مطلق کشش) و برای برخی افراد، هویت و خودشناسی می‌تواند در طول زمان تغییر کند (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ لیو و لی، ۲۰۲۳). پدیده‌هایی مانند «شناخت تدریجی خود» در نوجوانان و جوانان گزارش شده است (راثبلوم و همکاران، ۲۰۲۰). یک نمونه جهانی بزرگ شامل ۱۰٬۴۱۹ فرد در طیف ایسکشوال نشان داد که بیش از دوسوم شرکت‌کنندگان خود را ایسکشوال (۶۷/۳٪) شناسایی می‌کنند، درحالی‌که سایرین هویت‌های مرتبط مانند «خاکستری جنسی» (۱۱/۸٪) و «نیمه‌جنسی» (۱۰/۱٪) را گزارش کردند (لیو و لی، ۲۰۲۳).

## ج) تفکیک گرایش رومانیتیک و جنسی

یک تم تکرارشونده، جداسازی گرایش رومانیتیک از گرایش جنسی است: بسیاری از افراد خود را ایسکشوال (نداشتن کشش جنسی) اما دارای گرایش رومانیتیک (مثلاً «دگرجنس‌گرای رومانیتیک») توصیف می‌کنند (واینر، ۲۰۲۴؛ آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). این تفکیک که به عنوان «مدل تفکیک کشش» شناخته می‌شود، اهمیت بالینی و پژوهشی دارد زیرا نیازها و پیامدهای حمایتی رومانیتیک و جنسی می‌تواند متفاوت باشد (واینر، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ایسکشوال‌های آرومانیتیک، رفتارهای اجتناب جنسی بیشتری را گزارش می‌کنند و سبک دلبستگی اجتنابی تری دارند؛ درحالی‌که ایسکشوال‌هایی که کشش رومانیتیک تجربه می‌کنند، احتمال بیشتری برای داشتن شرکای جنسی قبلی و گشودگی به روابط رومانیتیک دارند (کاروالیو و رودریگز، ۲۰۲۲).

(د) مسیرها و عوامل مؤثر بر هویت‌یابی

نقش اینترنت و جوامع آنلاین: دسترسی به واژگان، پشتیبانی همتا و امکان «آزمون هویتی» در انجمن‌ها و شبکه‌های اجتماعی، عامل کلیدی در تسریع فرایند هویت‌یابی گزارش شده است (راثلوم و همکاران، ۲۰۲۰؛ میچل و هانیکات، ۲۰۲۴). نتایج بزرگ‌ترین پیمایش‌های آنلاین نیز نشانگر نقش محوری جوامع اینترنتی در شکل‌گیری هویت و دریافت پشتیبانی‌اند، به طوری‌که سازمان‌هایی مانند «شبکه دیده‌شدن و آموزش ایسکسوال‌ها» و «اوریا» بزرگ‌ترین جوامع آنلاین ایسکسوال را میزبانی می‌کنند (آون، ۲۰۲۴).

نقش خانواده، همسالان و فرهنگ محلی: پذیرش یا طرد خانوادگی، دین، هنجارهای جنسی و فشارهای اجتماعی، مسیر هویت‌یابی را تعیین می‌کنند (میچل و هانیکات، ۲۰۲۴؛ کاتبرت، ۲۰۱۹). در جوامع محافظه‌کار این فرایند غالباً پنهان، به تأخیر افتاده یا همراه با تضاد درونی است (چیسین، ۲۰۲۴). مطالعات کیفی نشان می‌دهند که بسیاری از ایسکسوال‌ها فرایندی از احساس «تفاوت» با همسالان، جستجوی هویت جنسی، و درنهایت کشف هویت ایسکسوال را تجربه می‌کنند (میچل و هانیکات، ۲۰۲۴). شواهد کیفی قوی و گزارش‌های مرور دامنه‌نگر از این موارد حمایت می‌کنند: (۱) تنوع تعاریف، (۲) نقش تعیین‌کننده‌ی فضای مجازی، و (۳) سیالیت هویتی (وایتر، ۲۰۲۴؛ آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). با این وجود، شواهد کمی نماینده و نیز مطالعات طولی که مسیرهای زمانی هویت‌یابی را به وضوح نشان دهند، محدود است (بوگارت، ۲۰۲۲).

۲. روابط

ساختار روابط و انواع رابطه‌ها

مطالعات نشان می‌دهند ایسکسوال‌ها در انواع روابط شرکت می‌کنند: روابط رمانتیک بدون فعالیت جنسی، روابط توافقی با فقدان یا کاهش فعالیت جنسی، روابطی با تنظیم غیرجنسی محبت (توافق‌های عاطفی)، و در برخی موارد روابط چندپاره/باز برای پاسخ به نیازهای غیرجنسی شریک خود (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاروالیو و رودریگز، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها تأکید می‌کنند که بسیاری از ایسکسوال‌ها علی‌رغم نداشتن کشش جنسی، همچنان تمایل به داشتن روابط رمانتیک دارند و صمیمیت را از طریق شیوه‌های غیرجنسی تجربه می‌کنند (کاروالیو و رودریگز، ۲۰۲۲).

تأثیر بر رضایت و پایداری

نتایج متغیر است: برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند رضایت رابطه در میان ایسکسوال‌ها مشابه یا حتی بالاتر است، درحالی‌که در مواردی، ناسازگاری با انتظارات جنسی شریک، عدم اطلاع‌رسانی و استیگما موجب کاهش رضایت می‌شود (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعه‌ی «مدل سرمایه‌گذاری» در نمونه‌ی ایسکسوال‌ها نشان می‌دهد «رضایت»، «سرمایه‌گذاری» و «کیفیت گزینه‌های جایگزین» همچنان پیش‌بینی‌کننده‌ی تعهد هستند (سیگل و فریلی، ۲۰۲۳)؛ بنابراین، چارچوب‌های کلاسیک روابط می‌توانند در این جمعیت نیز صادق باشند، اما با تعدیل عواملی مانند سبک دلبستگی (سیگل و فریلی، ۲۰۲۳). یافته‌های جالب نشان می‌دهد برای ایسکسوال‌های دارای اضطراب دلبستگی پایین، رضایت و سرمایه‌گذاری ارتباط قوی‌تری با تعهد دارند (سیگل و فریلی، ۲۰۲۳).

چالش‌های مذاکره با شرکای جنسی

عدم آگاهی شریک یا فشارهای فرهنگی می‌تواند به سوءتفاهم، احساس گناه یا اجبار بینجامد (میچل و هانیکات، ۲۰۲۴؛ کاتبرت، ۲۰۱۹). راهکارهای موفق گزارش شده شامل شفاف‌سازی، تعیین مرزها و توافق‌های دوسویه‌ی غیرجنسی-اجتماعی است (کاروالیو

و رودریگز، ۲۰۲۲). ایسکسوال‌های زن به‌ویژه گزارش می‌کنند که هنگام افشای هویت خود با اجبار جنسی بیشتری مواجه می‌شوند (میچل و هانیکات، ۲۰۲۴).

خلاصه‌ی سطح شواهد در حوزه روابط: شواهد کیفی و چندین مطالعه‌ی مقطعی قوی حاکی از تنوع تجربی‌ی رابطه‌ای و اهمیت مهارت‌های مذاکره است (سیگل و فریلی، ۲۰۲۳؛ کاروالیو و رودریگز، ۲۰۲۲)؛ اما داده‌های کمی نماینده درباره‌ی پیامدهای بلندمدت و شیوع‌های خاص (مثلاً نرخ طلاق) اندک و ناهمگون‌اند (بوگارت، ۲۰۲۲).

### ۳. سلامت روان

#### وضعیت کلی سلامت روانی

مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌های اخیر نشان می‌دهد که ایسکسوال‌ها در برخی شاخص‌های افسردگی، سطوح بالاتری گزارش می‌کنند (بیانکی و همکاران، ۲۰۲۴؛ بوش و همکاران، ۲۰۲۱). یک فراتحلیل چندمتغیره و مطالعات چندملیتی جدید نیز نشان‌دهنده‌ی افزایش سطح علائم افسردگی در میان افراد هویت‌یافته به‌عنوان ایسکسوال نسبت به برخی گروه‌های مرجع است (بیانکی و همکاران، ۲۰۲۴). در یک نمونه‌ی بزرگ، ۶/۵٪ شرکت‌کنندگان خود را ایسکسوال شناسایی کردند و سطوح بالاتری از علائم افسردگی را نسبت به دگرجنس‌گرایان گزارش دادند (بیانکی و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین افراد ایسکسوال، شیوع بالاتری از اضطراب و سایر اختلالات خلقی را نسبت به افراد دارای گرایش‌های جنسی دیگر نشان می‌دهند (بوش و همکاران، ۲۰۲۱).

#### نقش استیگما و پزشکی‌سازی

شواهد قوی نشان می‌دهد بخشی از بار روانی افزوده، ناشی از استیگمای اجتماعی، تجربه‌ی نامطلوب در مراقبت‌های سلامت، و تلاش برخی ارائه‌دهندگان برای نسبت دادن ایسکسوالیتی به اختلال یا مشکل طبی است (چیسین، ۲۰۲۴؛ لیندر، ۲۰۲۴). مطالعات تجربی و مرورها گزارش کرده‌اند که مواجهات نامطلوب با درمانگران و پزشکان می‌تواند دسترسی به کمک حرفه‌ای را کاهش دهد و بار روانی را تشدید کند (چیسین، ۲۰۲۴). در یک مطالعه در سال ۲۰۲۰، بیش از یک‌سوم شرکت‌کنندگان گزارش دادند که پزشکان آن‌ها به‌اشتباه به‌جای شناسایی ایسکسوالیتی، برایشان تشخیص یک بیماری پزشکی گذاشته‌اند (لیندر، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که ۶۴/۸٪ از ایسکسوال‌ها استرس اقلیت مبتنی بر گرایش جنسی و/یا رمانتیک را تجربه می‌کنند (بورگونیا و همکاران، ۲۰۲۳). برخی ایسکسوال‌ها حتی تحت فشار برای «درمان تبدیل» قرار می‌گیرند، که به‌عنوان معادل درمان تبدیل برای ایسکسوال‌ها توصیف شده است (چیسین، ۲۰۲۴).

#### عوامل میانجی/تعدیل‌کننده

پشتیبانی اجتماعی (خانواده، دوستان و اجتماع ایس) و سطح آگاهی بالینی ارائه‌دهندگان از مهم‌ترین عوامل تعدیل‌کننده‌اند (سیر، ۲۰۲۴؛ آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). در صورت وجود حمایت و آگاهی، اختلافات سلامت روانی کاهش می‌یابد (بوش و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات نشان می‌دهند داشتن ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت که هویت ایسکسوال را از منظر حمایتی و غیرقضاوت‌گرانه می‌بیند، می‌تواند بسیار درمان‌بخش و عادی‌سازی‌کننده باشد (سیر، ۲۰۲۴).

خلاصه‌ی سطح شواهد در حوزه سلامت روان: شواهد نشان می‌دهند میان ایسکسوال بودن و نشانه‌های افسردگی ارتباطی وجود دارد (بیانکی و همکاران، ۲۰۲۴؛ بوش و همکاران، ۲۰۲۱)، اما علت‌مندی مستقیم نامطمئن است و نقش عوامل محیطی (استیگما، محرومیت اجتماعی، رفتار درمانگران و پزشکان) برجسته است (چیسین، ۲۰۲۴). برای نتیجه‌گیری قطعی به مطالعات طولی و نمونه‌گیری نماینده نیاز است (بوگارت، ۲۰۲۲).

## ۴. چالش‌های اجتماعی

## استیگما و نامرئی‌سازی

مطالعات متعددی گزارش می‌کنند که ایسکشوال‌ها «نامرئی» فرض می‌شوند یا هویت‌شان انکار می‌شود (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ میچل و هانیکات، ۲۰۲۴)، وضعیتی که نادیده‌گرفتن نیازهای خاص و تقویت کلیشه‌ها را تشدید می‌کند (چیسین، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها تأکید می‌کنند که ایسکشوالیتی اغلب مورد سؤال قرار می‌گیرد و افراد با پرسش‌هایی مانند «شاید فقط شخص مناسب را پیدا نکرده‌اید؟» مواجه می‌شوند که می‌تواند ناامیدکننده و دلسردکننده باشد (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰).

## پزشکی‌سازی و مسیر مراقبت

تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از ارائه‌دهندگان سلامت، دانش کافی در مورد ایسکشوالیتی ندارند (لیندر، ۲۰۲۴؛ چیسین، ۲۰۲۴). پیامدها شامل ارجاع‌های نامناسب، تلاش برای «درمان» یا نسبت‌دادن هویت به شرایط طبی است (لیندر، ۲۰۲۴). بسیاری از ایسکشوال‌ها به‌صورت حکایتی گزارش می‌کنند که هویت‌شان توسط متخصصان پزشکی پاتولوژیزه می‌شود، آزمایش‌های غیرضروری برایشان درخواست می‌شود، یا غربالگری‌های لازم انجام نمی‌شود زیرا گزارش می‌کنند میل جنسی کمی دارند یا هیچ میل جنسی ندارند (لیندر، ۲۰۲۴). برخی نیز به‌اشتباه با شرایطی مانند افسردگی تشخیص داده می‌شوند و ایسکشوالیتی آن‌ها به‌عنوان علامتی که نیاز به «رفع» دارد دیده می‌شود (چیسین، ۲۰۲۴).

## قانون و سیاست عمومی

در اغلب نظام‌های سیاست‌گذاری، ایسکشوالیتی به‌عنوان وضعیتی نیازمند حمایت خاص شناسایی نشده است (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین برنامه‌های حمایتی و آموزشی به‌ندرت شامل این جمعیت می‌شوند (چیسین، ۲۰۲۴). باوجوداینکه ایسکشوالیتی ممکن است حرف «آ» را در «ال‌جی‌بی‌تی کیو‌آی‌ای+» نشان دهد، جایگاه آن در جامعه‌ی کوئیر گسترده‌تر اغلب مورد سؤال قرار می‌گیرد (واینر، ۲۰۲۵).

خلاصه‌ی سطح شواهد در حوزه اجتماعی: شواهد کیفی و مطالعات مروری قوی از وجود استیگما و فقدان سازوکارهای حمایتی حکایت دارند (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ چیسین، ۲۰۲۴)؛ اما داده‌های نظام‌مند کمی در مورد تأثیر قوانین و سیاست‌ها نادر است (بوگارت، ۲۰۲۲).

## ۵. ارزیابی کیفیت شواهد و محدودیت‌ها

## نقاط قوت:

غنا مطالعات کیفی که بینش‌های کاربردی و مفهومی فراهم می‌کنند (میچل و هانیکات، ۲۰۲۴؛ کاتبرت، ۲۰۱۹). پوشش تماتیک گسترده (هویت، روابط، سلامت، سیاست) (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ واینر، ۲۰۲۴). محدودیت‌ها و سوگیری‌ها:

اتکای فراوان به نمونه‌گیری‌های آنلاین و داوطلبانه (نمونه‌های فعال اینترنتی)، که نمایندگی عمومی را تضعیف می‌کند (لیو و لی، ۲۰۲۳؛ واینر، ۲۰۲۴).

تنوع تعاریف و ابزارها؛ فقدان استانداردسازی که مقایسه‌ی میان مطالعات را دشوار می‌سازد (بوگارت، ۲۰۲۲).

کمبود مطالعات طولی و داده‌های اپیدمیولوژیک در مناطق غیرغربی (چیسین، ۲۰۲۴؛ واینر، ۲۰۲۴).

## ۶. نتیجه‌گیری بخش یافته‌ها

ایسکشوالیتی پدیده‌ای چندبعدی، غالباً سیال و به‌شدت تحت تأثیر بافت اجتماعی و منابع اطلاعاتی (به‌ویژه اینترنت/جوامع آنلاین) است (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰؛ میچل و هانیکات، ۲۰۲۴). پیامدهای روانی و رابطه‌ای عمدتاً تابع عوامل محیطی از جمله استیگما، پشتیبانی اجتماعی و کیفیت مراقبت‌های بالینی هستند (چیسین، ۲۰۲۴؛ بوش و همکاران، ۲۰۲۱). ایسکشوال بودن، خودبه‌خود معادل آسیب روانی نیست؛ بلکه شرایط اجتماعی می‌تواند آسیب را ایجاد و تقویت کند (بیانکی و همکاران، ۲۰۲۴؛ بورگونیا و همکاران، ۲۰۲۳). کمبود داده‌های نماینده، ابزارهای بومی‌شده و مطالعات طولی، مهم‌ترین موانع انتقال دانش بین‌المللی به سیاست‌گذاری و مداخلات بالینی در ایران هستند (واینر، ۲۰۲۴).

## ۷. خلأهای پژوهشی

۱. انجام مطالعات اپیدمیولوژیک ملی با نمونه‌گیری مناسب برای برآورد شیوع و ساختار جمعیت‌شناختی طیف ایس در ایران (واینر، ۲۰۲۴).

۲. ترجمه، سازگار سازی و اعتبارسنجی ابزارهای اندازه‌گیری هویت ایسکشوال (و زیرمقیاس‌های مرتبط) برای بستر ایرانی (بوگارت، ۲۰۲۲).

۳. مطالعات طولی پیگیری‌شده برای بررسی مسیرهای هویت‌یابی و پیامدهای روانی-اجتماعی در طول زمان (بوگارت، ۲۰۲۲؛ واینر، ۲۰۲۴).

۴. طراحی مطالعات مخلوط‌روش (کیفی+کمی) برای تلفیق عمق تجربه‌هایی که در پژوهش‌های کیفی مشاهده می‌شود با برآوردهای کمی قابل تعمیم (میچل و هانیکات، ۲۰۲۴).

۵. ارزیابی مداخلات آموزشی/پذیرشی برای ارائه‌دهندگان سلامت و مداخلات حمایتی مبتنی بر جامعه برای کاهش استیگما و بهبود دسترسی به مراقبت (چیسین، ۲۰۲۴؛ لیندر، ۲۰۲۴).

## بحث و نتیجه‌گیری

شواهد ترکیبی (کیفی و کمی) نشان می‌دهد که ایسکشوالیتی پدیده‌های چندبعدی و سیال است که شدیداً در بستری اجتماعی-فرهنگی ریشه دارد (واینر، ۲۰۲۵). مطالعات کیفی اخیر تکراراً روند هویت‌یابی ایسکشوال‌ها را به‌عنوان فرآیندی تدریجی و وابسته به دسترسی به واژگان هویتی و شبکه‌های حمایتی گزارش کرده‌اند (مولت، ۲۰۲۱)؛ جوامع و پلتفرم‌های آنلاین نقش کلیدی در «نام‌گذاری» تجربه‌ها و فراهم‌ساختن سرمایه‌های اجتماعی هویتی ایفا می‌کنند (کاریگان، ۲۰۱۱). از منظر کمی، گردآوری شواهد نشان می‌دهد که زیرگروه‌هایی از افراد ایسکشوال در برخی شاخص‌های سلامت روان، از جمله علائم افسردگی و اضطراب بار روانی بالاتری گزارش کرده‌اند (اشتکلر و همکاران، ۲۰۲۴)، اما الگوها پیچیده بوده و به‌طور معنی‌داری توسط عوامل میانجی مانند استیگما، حمایت اجتماعی و تجربه‌ی پزشکی‌سازی تعدیل می‌شوند (مایر، ۲۰۰۳)؛ بنابراین، شواهد موجود از منظر علت‌معلولی حاکی از این نیست که ایسکشوالیتی «به‌عنوان ذاتاً یک اختلال» طبقه‌بندی شود؛ بخش بزرگی از بار روانی گزارش‌شده قابل توضیح از راه مدل استرس اقلیتی و پیامدهای اجتماعی - فرهنگی آن است (مایر، ۲۰۰۳؛ پاچانکیس و همکاران، ۲۰۱۵).

تبیین نتایج نسبت به حوزه‌های محوری

## ۱) هویت‌یابی

یافته‌ها نشان می‌دهد هویت ایسکشوال غالباً نتیجه‌ی تعامل تجربه‌ی درونی فقدان کشش جنسی، جستجوی اطلاعات و مواجهه با واژگان هویتی است؛ دسترسی به انجمن‌ها و منابع آنلاین فرآیند «نام‌گذاری» و پذیرش را تسریع می‌کند (کاریگان، ۲۰۱۱؛ گوپتا،

۲۰۱۷). در بافت‌های محافظه‌کارانه یا مذهبی مسیر هویت‌یابی ممکن است پنهانی، متضاد یا به تأخیر افتاده باشد که نیازمند روش‌های پژوهشی حساس فرهنگی برای درک دقیق است (وینر، ۲۰۲۵).

استخلاص نظری: لازم است چارچوب‌های نظری هویت جنسی بازنگری شوند تا جدایی میان گرایش رمانتیک و گرایش جنسی و نیز طیف‌گرایی تجربه‌ها به درستی لحاظ شود (وینر، ۲۰۲۴)؛ ساده‌سازی‌های دوقطبی می‌تواند موجب عدم تطابق مفاهیم با تجربه‌های واقعی گردد.

### ۲) روابط بین‌فردی

مطالعات گزارش می‌کنند که افراد ایسکسوال طیف وسیعی از الگوهای رابطه‌ای دارند از روابط رمانتیک بدون فعالیت جنسی تا قراردادهای پیچیده با شرکای آلسکسوال (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰). رضایت رابطه‌ای به توانایی طرفین در مذاکره، اطلاع‌رسانی روشن و تنظیم انتظارات بستگی دارد (آنتونسن و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین مداخلات مبتنی بر مهارت‌های ارتباطی و آموزش قراردادهای رضایت‌محور می‌توانند اثرگذار باشند.

### ۳) سلامت روان

شواهد نشان‌دهنده شیوع بالاتر علائم افسردگی و اضطراب در برخی نمونه‌های ایسکسوال است، اما نتایج ناهمگن‌اند و ارتباط مستقیم علی میان هویت ایسکسوال و اختلالات روانی قطعی نیست (اشتکلر و همکاران، ۲۰۲۴). مرورها و متاآنالیزها نشان می‌دهند که ایسکسوال‌ها در سطوح بالاتر از علائم افسردگی قرار می‌گیرند (جی هجز = ۰/۴۴)، اما خطر خودآسیب یا اقدام به خودکشی در مقایسه با گروه‌های دیگر پیچیده و وابسته به زیرگروه‌هاست (راباسکو و اندور، ۲۰۲۳). الگوی تجمیعی با مدل استرس اقلیتی همخوانی دارد: تبعیض، نادیده‌انگاری و پزشکی‌سازی می‌توانند میانجی‌گر افزایش بار روانی باشند (مایر، ۲۰۰۳؛ رندینا و همکاران، ۲۰۱۷).

پیامد پژوهشی: مطالعات طولی، داده‌های مبتنی بر جمعیت نماینده، و طراحی‌های کنترل‌شده لازم‌اند تا اثر محیط اجتماعی را از ویژگی‌های ذاتی هویت جدا کنند و مسیرهای علیتی را روشن سازند.

### ۴) چالش‌های اجتماعی و نظام سلامت

گزارش‌ها مکرراً به نامرئی‌سازی، فقدان پوشش در سیاست‌ها و پزشکی‌سازی اشاره کرده‌اند؛ همچنین کمبود آموزش تخصصی در حوزه بهداشت جنسی و روان‌شناسی منجر به برخوردهای نادرست در مراکز درمانی شده است (بروتو و یول، ۲۰۱۷)؛ سرانکوفسکی و میلکس، ۲۰۲۴). این موانع ساختاری، همگرایی منفی سلامت را تشدید می‌کنند.

پیامد سیاستی: تدوین دستورالعمل‌های حساس جنسیتی/هویتی و آموزش نظام‌مند ارائه‌دهندگان سلامت برای تفکیک «کمبود میل پاتولوژیک» از «هویت ایسکسوال» حیاتی است (بروتو و یول، ۲۰۱۷).

محدودیت‌های ادبیات موجود و پیامد آن برای تفسیر نتایج

ناهمگنی مفهومی و ابزارسنجی: تفاوت در تعاریف (خود-شناسایی در برابر مبتنی بر کشش در برابر مبتنی بر رفتار) و ابزارها (مثلاً استفاده یا عدم استفاده از مقیاس هویت ایسکسوال یا مقیاس‌های معادل) همگنی نتایج را کاهش می‌دهد و مانع ترکیب متقن نتایج می‌شود (یول و همکاران، ۲۰۱۵)؛ لذا استانداردسازی یا شفاف‌سازی عملیاتی‌سازی‌ها پیش‌نیاز مطالعات بعدی است.

نمونه‌گیری مبتنی بر دسترسی: غالب مطالعات بر نمونه‌های آنلاین یا دانشگاهی تکیه داشته‌اند که باعث سوگیری انتخاب و محدودیت تعمیم‌پذیری می‌شود؛ استفاده از روش‌هایی مانند نمونه‌گیری مبتنی بر پاسخ‌دهندگان (آردی‌اس) یا طراحی‌های نماینده برای جمعیت‌های عمومی توصیه می‌شود.

کمبود شواهد بومی و طولی: اکثریت شواهد از متون غربی است؛ شواهد بومی خاورمیانه و ایران اندک است یا تمرکز موجود بر گروه‌های خاص (مانند جندرمینیوریتی‌ها) بوده است؛ بنابراین انتقال مستقیم یافته‌ها به متن ایران باید با تحلیل انتقادی بُعد فرهنگی و حقوقی انجام شود (وینر، ۲۰۲۵؛ گودوین، ۲۰۲۲).

انتشار گزینشی: احتمال انتشار گزینشی و فقدان داده‌های منفی وجود دارد که تفسیر دستگامی نتایج را دشوار می‌کند. این محدودیت‌ها به این معنی‌اند که توصیه‌های سیاستی و بالینی باید محتاطانه باشند و همواره با مداخلات و پژوهش‌های تکمیلی بومی تقویت شوند.

شکاف‌های پژوهشی در ایران

۱. مطالعات اپیدمیولوژیک پایه (اولویت ۱): پیمایش‌های نماینده‌ی ملی یا استانی با نمونه‌گیری چندمرحله‌ای یا تلفیق نمونه‌گیری پایه و نمونه‌گیری بیش‌ازحد برای برآورد شیوع خود-گزارشی ایسکشوالیتی و بررسی همبستگی‌های جمعیت‌شناختی در طراحی از راهنمایی‌های بین‌المللی برای اندازه‌گیری گرایش جنسی و هویت جنسیتی و ابزارهای حساس استفاده شود.

۲. بومی‌سازی و اعتبارسنجی ابزارها (اولویت ۱): ترجمه و سازگارسازی معیارهای استاندارد (مثلاً مقیاس هویت ایسکشوال) و انجام مطالعات روان‌سنجی شامل تحلیل ساختاری عاملی و آزمون‌های همزمان و بازآزمایی (یول و همکاران، ۲۰۱۵).

۳. مطالعات کیفی عمیق و ترکیبی (اولویت ۲): نمونه‌گیری نظری، گروه‌های کانونی با نمایندگان جامعه‌ی محلی و طراحی‌های ترکیبی برای درک روایت‌های هویتی، نقش خانواده، مذهب و شبکه‌های اجتماعی (کاریگان، ۲۰۱۱).

۴. مطالعات طولی و کوهورت (اولویت ۲-۳): پیگیری ۲-۵ ساله برای بررسی پویایی هویت و پیامدهای سلامت روانی بلندمدت همراه با سنجش محافظت‌کننده‌ها (حمایت اجتماعی، تاب‌آوری).

۵. مداخلات و ارزیابی نظامی (اولویت ۳): طراحی و آزمایش مداخلات آموزشی برای خانواده‌ها، کلینیسین‌ها و توسعه گروه‌های حمایتی؛ مطالعات پایلوت کارآزمایی تصادفی‌سازی‌شده یا خوشه‌ای در محیط‌های بالینی.

۶. تحقیق نظام سلامت و سیاست (اولویت ۲): بررسی آموزش حرفه‌ای، مسیرهای ارجاع در نظام سلامت و تحلیل اسناد سیاستی برای جلوگیری از پاتولوژیک‌سازی ناموجه (بروتو و یول، ۲۰۱۷).

پیشنهادات روش‌شناختی و عملی برای پژوهشگران ایران

همه مطالعات باید تعریف عملیاتی ایسکشوالیتی (خود-شناسایی در برابر مبتنی بر کثش رفتار) را صریح گزارش دهند (یول و همکاران، ۲۰۱۵).

استفاده از روش‌های ترکیبی نمونه‌گیری: پیمایش‌های نماینده + آردی‌اس یا نمونه‌گیری گلوله‌برفی هدفمند برای رسیدن به جمعیت‌های مخفی.

بهره‌گیری از ابزارهای استاندارد بین‌المللی و دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت برای پرسش‌های حساس.

رعایت پروتکل‌های اخلاقی حساس: تضمین محرمانگی، پروتکل پشتیبانی برای گزارش‌کنندگان تجربه‌های آزاردهنده و فرآیندهای اخذ رضایت فرهنگی حساس.

مشارکت جامعه‌محور در طراحی سوالات و مداخلات تا افزایش پذیرش و مطابقت فرهنگی حاصل شود (تسلر و وینر، ۲۰۲۳).

پیامدهای بالینی و سیاستی (عملیاتی)

آموزش حرفه‌ای: افزودن واحدهای آموزشی درباره‌ی طیف‌های جنسی (شامل ایسکشوالیتی) در برنامه‌های پزشکی و روان‌شناسی، همراه با بسته‌های آموزشی بالینی و چک‌لیست برای تشخیص تفکیک کمبود میل پاتولوژیک و هویت ایسکشوال (بروتو و یول، ۲۰۱۷).

خط‌مشی‌های حساس: تدوین دستورالعمل‌های ملی / استانی که از پاتولوژیک‌سازی جلوگیری کرده و راهنمایی حمایتی فراهم کند (چیسن، ۲۰۱۳؛ کیم، ۲۰۱۱).

دسترسی به خدمات حمایتی: تقویت خدمات مشاوره‌ی غیرقضاوتی و گروه‌های حمایتی آنلاین/آفلاین. آگاهی‌سازی عمومی: کمپین‌های آموزشی که تفاوت میان کمبود میل پاتولوژیک و هویت ایسکشوال را روشن کنند تا آستیگما کاهش یابد (بروتو و یول، ۲۰۱۷).

### نتیجه‌گیری کلی

ایسکشوالیتی یک هویت معتبر و متنوع است؛ طبقه‌بندی آن به‌عنوان «اختلال ذاتی» مورد حمایت شواهد معتبر نیست و بسیاری از مشکلات گزارش‌شده ناشی از آستیگما، پزشکی‌سازی و فقدان حمایت اجتماعی است (مایر، ۲۰۰۳؛ اشتکلر و همکاران، ۲۰۲۴). برای ترجمه‌ی شواهد بین‌المللی به سیاست و مداخلات مؤثر در ایران، ضروری است داده‌های بومی تولید شود: پیمایش‌های نماینده، ابزارهای بومی‌شده و مطالعات طولی (وینز، ۲۰۲۵).

سرمایه‌گذاری همزمان در پژوهش، آموزش حرفه‌ای و آگاهی عمومی بهترین مسیر برای کاهش بار روانی، ارتقای کیفیت روابط و جلوگیری از پاتولوژیک‌سازی ناموجه است (بروتو و یول، ۲۰۱۷؛ وینز، ۲۰۲۵).

### قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آقای رضا خنار در رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت‌الله کوهستانی بهشهر، تحت راهنمایی سرکار خانم دکتر صدیقه ابراهیمی علوی کلائی می‌باشد. بدین‌وسیله از راهنمایی‌ها و حمایت‌های ارزشمند ایشان صمیمانه قدردانی می‌شود.

### منابع

- Antonsen, A. N., Zdaniuk, B., Yule, M., & Brotto, L. A. (2020). Ace and aro: Understanding differences in romantic attractions among persons identifying as asexual. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1615–1630. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01600-1>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBİ manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBİMES-20-01>
- AVEN. (2024). *Asexual Visibility and Education Network*. Retrieved from <https://www.asexuality.org>
- Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(1), 67–82. <https://doi.org/10.1007/BF01447045>
- Bianchi, F. T., Reyes, M. E. S., Eustaquio, M. T., & Melgar, A. A. (2024). Depressive symptoms among individuals identifying as asexual: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 14, Article 16120. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-66900-6>
- Bogaert, A. F. (2015). Asexuality: What it is and why it matters. *Journal of Sex Research*, 52(4), 362–379. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1015713>
- Bogaert, A. F. (2022). Understanding asexuality: Development, stability, and correlates of a sexual orientation. In D. P. VanderLaan & W. I. Wong (Eds.), *Gender and sexuality development: Contemporary theory and research* (pp. 209–235). Springer.
- Bogaert, A. F., Ashton, M. C., & Lee, K. (2018). Personality and sexual orientation: Extension to asexuality and the HEXACO model. *Journal of Sex Research*, 55(8), 951–961. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1287844>
- Borgogna, N. C., Lathan, E. C., & Mitchell, A. (2023). Minority stress and mental health among asexual individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 10(1), 88–98. <https://doi.org/10.1037/sgd0000510>

- Bramer, W. M., Rethlefsen, M. L., Kleijnen, J., & Franco, O. H. (2017). Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. *Systematic Reviews*, 6(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y>
- Brotto, L. A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., & Erskine, Y. (2010). Asexuality: A mixed-methods approach. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 599–618. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9434-x>
- Brotto, L. A., & Yule, M. (2017). Asexuality: Sexual orientation, paraphilia, sexual dysfunction, or none of the above? *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 619–627. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0802-7>
- Bulmer, M., & Izuma, K. (2018). Implicit and explicit attitudes toward sex and romance in asexuals. *Journal of Sex Research*, 55(8), 962–974. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1303438>
- Bush, H. H., Williams, L. W., & Mendes, E. (2021). Brief report: Asexuality and young women on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(2), 725–733. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05259-8>
- Carrigan, M. (2011). There's more to life than sex? Difference and commonality within the asexual community. *Sexualities*, 14(4), 462–478. <https://doi.org/10.1177/1363460711406462>
- Carvalho, J., & Rodrigues, D. L. (2022). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *Archives of Sexual Behavior*, 51(6), 2143–2162. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02341-6>
- Cerankowski, K. J., & Milks, M. (Eds.). (2024). *Asexualities: Feminist and queer perspectives* (Revised and expanded 10-year anniversary ed.). Routledge.
- Chasin, C. J. D. (2013). Reconsidering asexuality and its radical potential. *Feminist Studies*, 39(2), 405–426. <https://doi.org/10.1353/fem.2013.0054>
- Chasin, C. J. D. (2015). Making sense in and of the asexual community: Navigating relationships and identities in a context of resistance. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 25(2), 167–180. <https://doi.org/10.1002/casp.2203>
- Chasin, C. J. D. (2017). Considering asexuality as a sexual orientation and implications for acquired female sexual arousal/interest disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 631–635. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0893-1>
- Chasin, C. D. (2024). Asexuality is finally breaking free from medical stigma. *Scientific American*. Retrieved from <https://www.scientificamerican.com/article/asexuality-is-finally-breaking-free-from-medical-stigma/>
- Cuthbert, K. (2019). Pushing boundaries: Asexuality and (a)sexuality studies. *Sexualities*, 22(3), 544–563. <https://doi.org/10.1177/1363460717740138>
- Dawson, M., McDonnell, L., & Scott, S. (2016). Negotiating the boundaries of intimacy: The personal lives of asexual people. *Sociological Review*, 64(2), 349–365. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.12362>
- Deeks, J. J., Higgins, J. P. T., & Altman, D. G. (Eds.). (2022). *Analysing data and undertaking meta-analyses*. In J. P. T. Higgins et al. (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.3). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Greaves, L. M., Barlow, F. K., Huang, Y., Stronge, S., Fraser, G., & Sibley, C. G. (2017). Asexual identity in a New Zealand national sample: Demographics, well-being, and health. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2417–2427. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0977-6>
- Gupta, K. (2015). Compulsory sexuality: Evaluating an emerging concept. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 41(1), 131–154. <https://doi.org/10.1086/681774>
- Gupta, K. (2017). “And now I’m just different, but there’s nothing actually wrong with me”: Asexual marginalization and resistance. *Journal of Homosexuality*, 64(8), 991–1013. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236590>
- Heino, E., Sandström, G. M., & Kteily, N. (2021). Perceptions of groups higher and lower in warmth and competence. *Current Directions in Psychological Science*, 30(6), 511–518.
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2023). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.4). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Hoffarth, M. R., Drolet, C. E., Hodson, G., & Hafer, C. L. (2016). Development and validation of the Attitudes Towards Asexuals (ATA) scale. *Psychology & Sexuality*, 7(2), 88–100. <https://doi.org/10.1080/19419899.2015.1050446>
- Kim, E. (2011). Asexuality in disability narratives. *Sexualities*, 14(4), 479–493. <https://doi.org/10.1177/1363460711406463>
- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Featherstone, R., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M.-I., Noel-Storr, A., Paynter, R., Rader, T., Thomas, J., & Wieland, L. S. (2022). Technical supplement to Chapter 4: Searching for and selecting studies. In J. P. T. Higgins et al. (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.3). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Li, T., Higgins, J. P. T., & Deeks, J. J. (2020). Collecting data. In J. P. T. Higgins et al. (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.1, pp. 109–141). Cochrane.
- Liao, K. Y. H., Kashubeck-West, S., Weng, C. Y., & Deitz, C. (2015). Testing a mediation framework for the link between perceived discrimination and psychological distress among sexual minority individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 226–241. <https://doi.org/10.1037/cou0000064>
- Linder, K. (2024). The medicalization of asexuality in healthcare settings. *Salon*. Retrieved from <https://www.salon.com/2024/03/16/different-not-broken-asexual-people-still-reckon-with-erasure-from-their-doctors/>

- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Lucassen, M. F. G., Samra, R., Iacovides, I., Fleming, T., Shepherd, M., Stasiak, K., & Moselen, E. (2023). Mental health and asexuality: A systematic review. *Psychology & Sexuality*, 15(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/19419899.2023.2168552>
- Lyu, T. J., & Li, X. (2023). Sexual, romantic, and community experiences of individuals at the intersection of asexuality and autism. *Archives of Sexual Behavior*, 52(4), 1893–1909. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02589-3>
- MacNeela, P., & Murphy, A. (2015). Freedom, invisibility, and community: A qualitative study of self-identification with asexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 799–812. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0458-0>
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V., & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 guideline statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mitchell, H., & Hunnicutt, G. (2024). Asexual identity development and internalisation: A thematic analysis. *Sexual and Relationship Therapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/14681994.2022.2091127>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Munn, Z., Barker, T. H., Moola, S., Tufanaru, C., Stern, C., McArthur, A., Stephenson, M., & Aromataris, E. (2020). Methodological quality of case series studies. *JBISIRIR-D-19-00099*. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-D-19-00099>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1019–1029. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.07.003>
- Noyes, J., Booth, A., Moore, G., Flemming, K., Tunçalp, Ö., & Shakibazadeh, E. (2022). Synthesising quantitative and qualitative evidence to inform guidelines on complex interventions: Clarifying the purposes, designs and outlining some methods. *BMJ Global Health*, 7(Suppl. 1), e005363. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005363>
- Nussbaumer-Streit, B., Klerings, I., Dobrescu, A. I., Persad, E., Stevens, A., Garritty, C., Kamel, C., Affengruber, L., King, V. J., & Gartlehner, G. (2020). Excluding non-English publications from evidence-syntheses did not change conclusions: A meta-epidemiological study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 118, 42–54. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.10.011>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Paez, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), 233–240. <https://doi.org/10.1111/jebm.12266>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 875–889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Przybylo, E. (2019). *Asexual erotics: Intimate readings of compulsory sexuality*. Ohio State University Press.
- Przybylo, E., & Cooper, D. (2014). Asexual resonances: Tracing a queerly asexual archive. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 20(3), 297–318. <https://doi.org/10.1215/10642684-2422669>
- Rabasco, A., & Andover, M. S. (2023). Comparing asexual with heterosexual, bisexual, and gay/lesbian individuals on risk factors for self-harm and suicide. *Archives of Sexual Behavior*, 52(7), 3029–3041. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02681-x>
- Rahman, M. (2010). Queer as intersectionality: Theorizing gay Muslim identities. *Sociology*, 44(5), 944–961. <https://doi.org/10.1177/0038038510375733>
- Rahmani, A., Merghati-Khoei, E., Moghaddam-Banaem, L., Hajizadeh, E., Hamdieh, M., & Montazeri, A. (2014). Development and psychometric evaluation of the Premarital Sexual Behavior Assessment Scale for Young Women (PSAS-YW): An exploratory mixed method study. *Journal of Sex Research*, 51(1), 91–103. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.750027>
- Rendina, H. J., Gamarel, K. E., Pachankis, J. E., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2017). Extending the minority stress model to incorporate HIV-positive gay and bisexual men's experiences: A longitudinal examination of mental health and sexual risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 147–158. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9822-8>

- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01801-x>
- Scherrer, K. S. (2008). Coming to an asexual identity: Negotiating identity, negotiating desire. *Sexualities*, 11(5), 621–641. <https://doi.org/10.1177/1363460708094269>
- Schneckeburger, S., Weis, J., & Barth, J. (2023). Asexuality: An emergent sexual orientation or symptom of psychiatric illness? *Sexual Medicine Reviews*, 11(1), 30–42. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2022.07.002>
- Schünemann, H. J., Higgins, J. P. T., Vist, G. E., Glasziou, P., Akl, E. A., Skoetz, N., & Guyatt, G. H. (2022). Completing “Summary of findings” tables and grading the certainty of the evidence. In J. P. T. Higgins et al. (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.3). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Segal, N., & Fraley, R. C. (2023). A test of the investment model among asexual individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 52(3), 1151–1165. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02445-z>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ*, 349, g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Shirpak, K. R., Chinichian, M., Maticka-Tyndale, E., & Ardebili, H. E. (2007). A qualitative assessment of the sex education needs of married Iranian women. *Sexuality & Culture*, 11(1), 26–44. <https://doi.org/10.1007/s12119-007-9001-x>
- Stern, C., Jordan, Z., & McArthur, A. (2014). Developing the review question and inclusion criteria. *American Journal of Nursing*, 114(4), 53–56. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86>
- Sterne, J. A. C., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A. W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., ... Higgins, J. P. T. (2016). ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, 355, i4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4919>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366, i4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4898>
- Stöckler, S., Kaempf, T., Koops, T., & Konnopka, A. (2024). Depressive symptoms among individuals identifying as asexual: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 14, Article 16120. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-66900-6>
- Tessler, H., & Winer, C. (2023). The freedom not to be sexual: Asexuality, compulsory sexuality, and sex positivity. *Journal of Positive Sexuality*, 9(1), 22–34.
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Van Houdenhove, E., Gijls, L., T’Sjoen, G., & Enzlin, P. (2015). Asexuality: A multidimensional approach. *Journal of Sex Research*, 52(6), 669–678. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.898015>
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (2008). The ADAPT-ITT model: A novel method of adapting evidence-based HIV interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47(Suppl. 1), S40–S46. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181605df1>
- Winer, C. (2024). 2024 asexuality research recap. Canton Winer, PhD. Retrieved from <https://cantonwiner.substack.com/p/2024-asexuality-research-recap>
- Winer, C. (2024). The split attraction model. Canton Winer, PhD. Retrieved from <https://cantonwiner.substack.com/p/splitting-attraction>
- Winer, C. (2024). Ace attractions: An ace community guide to attraction, love, and sex. Sounds True.
- Winer, C. (2025). Is asexuality queer? *Sexuality Research and Social Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15365042251351967>
- Winer, C. (2025). Is asexuality queer? *Sexuality Research and Social Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s13178-025-01059-0>
- World Health Organization. (2016). mhGAP.
- Yazdkhasti, M., Simbar, M., & Abdi, F. (2015). Empowerment and sexual health: A qualitative study about Iranian women’s experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 28558. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.28558>
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>