Volume 22, Issue 1 (January- February 2023)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]

[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

Providing sexual health services by midwives in comprehensive health centers: A qualitative study from Iran

Maryam Mohseni[1], Hedyeh Riazi[2*], Zahra Karimian[3], Malihe Nasiri[4]

1. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
2. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
4. Department of Biostatics, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 28 December 2022
Accepted for publication: 17 January 2023
[EPub a head of print- 22 January 2023]
Payesh: 2023; 22(1): 61- 73

Objective (s): Sexual health is one of the most important aspects of health However, few healthcare providers are capable of sexual counseling skill in clinical environments. Considering that in Iran most of the reproductive and sexual health services are provided in comprehensive health centers by midwives, the present study was conducted to explain the factors related to the provision of sexual health services by midwives in these centers.

Methods: This qualitative study was conducted in Rafsanjan, Iran in 2018-2019. Participants were 16 midwives, 7 key informants, and 6 women who referred to comprehensive health centers. Data were collected through 3 sessions of focus group discussion and 8 semi-structured interviews and analyzed via the conventional content analysis method. MAXQDA 10 software was used to perform analysis.

Results: In all 87 codes, 27 sub-categories, and 9 categories were extracted. Further examination of the categories led to emergent of three main themes: ‘professional competence of midwives in providing sexual health services’, ‘educational gap in sexual health’, and restrictions to providing sexual health services’.

Conclusion: The results showed that due to the lack of adequate education in sexual health and obstacles such as attitudes of policymakers, limited time and resources, and cultural issues, sexual health services are not provided proficiently. Indeed, considering the professional capacity of midwives, revising the midwifery educational curriculum in sexual health, is recommended.

Keywords: Sexual Health, Midwifery, Qualitative Research, Iran

[*] Corresponding Author: School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: h.riazi@sbmu.ac.ir

سال بیست و دوم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۴۰۱

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

ارائه خدمات سلامت جنسی توسط ماما در مراکز جامع سلامت: یک پژوهش کیفی در ایران

مریم محسنی[۱]، هدیه ریاضی[۲*]، زهرا کریمیان[۳]، ملیحه نصیری[۴]

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۴. گروه آمار حیاتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲ بهمن ۱۴۰۱]
نشریه پایش: ۷۳- ۶۱ :(۱)۲۲؛ ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: سلامت جنسی یکی از جنبه های مهم سلامتی است و مشاوره جنسی یکی از نقشهای مهم کارکنان بهداشتی است اما تعداد کمی از مراقبین سلامت این نقش را در محیط بالینی بدرستی ایفا می کنند. با توجه به اینکه در ایران اغلب خدمات مرتبط با سلامت باروری و جنسی در مراکز جامع سلامت توسط ماما ارائه میشود، مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل مرتبط با ارائه خدمات سلامت جنسی توسط ماما در این مراکز انجام شده است.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه کیفی بود که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ در رفسنجان، ایران انجام شد. شرکت کنندگان شامل ۱۶ ماما، ۷ مطلع کلیدی و ۶ زن مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت بودند. داده ها با استفاده از ۳ جلسه بحث متمرکز گروهی و ۸ مصاحبه نیمه ساختاریافته بدست آمدند و با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی تجزیه تحلیل شدند. نرم افزار مکس کیودا ۱۰ مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها: از تجزیه و تحلیل داده ها ۸۷ کد، ۲۷ زیرطبقه و ۹ طبقه استخراج شد. در نهایت ۳ درونمایه به شرح زیر بدست آمد: "داشتن صلاحیت حرفه ای ماما جهت ارائه خدمات سلامت جنسی" ، "شکاف آموزشها در حیطه سلامت جنسی" و "محدودیتهای ارائه خدمات سلامت جنسی".

نتیجه گیری: بدلیل نبود آموزش کافی در زمینه سلامت جنسی و موانعی مثل رویکرد و نگرش سیاستگزاران، محدودیت زمان و منابع، و مسائل فرهنگی، خدمات مرتبط با سلامت جنسی با تبحر ارائه نمی شود. با بهره بردن از ظرفیت حرفه ای مامایی و اصلاح کوریکولوم آموزشی در زمینه سلامت جنسی و سیاستگزاری متناسب، دستیابی به خدمات سلامت جنسی برای همه زنان از طریق مراکز جامع سلامت قابل دسترس خواهد بود.

کلید واژه ها: سلامت جنسی، مامایی، تحقیق کیفی، ایران

کد اخلاق:IR.SBMU.RETECH.REC.1397.055

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری
E-mail: h.riazi@sbmu.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

مقدمه

سلامت جنسی به عنوان یک جنبه مهم سلامتی، از سالها قبل مورد توجه همگانی قرار گرفته است. روابط جنسی یک مؤلفه اساسی در زندگی انسان محسوب می شود که تحت تاثیر عوامل مختلف بیولوژیکی، اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، اخلاقی، قانونی، تاریخی و معنوی شکل گرفته و از نسلی به نسل دیگر منتقل می شوند [۱،۲]. با وجود اهمیت سلامت جنسی، این موضوع، بدلیل ماهیت پیچیده و دشوار مسائل مربوط به این حوزه، همچنین کمبود زمان و منابع، در هر دو حوزه سیاستگزاری مراقبت ها و عملکرد بالینی پرسنل بهداشتی مغفول مانده است و در اغلب موارد مسائل مرتبط با آن درمراقبتهای روتین ارائه شده توسط کارکنان سلامت به اندازه کافی مورد توجه قرار نمیگیرد [۳] با وجود آنکه مشاوره جنسی یکی از نقشهای مهم پرسنل مامایی است، اما تعداد کمی از آنان این نقش را در محیط بالینی بدرستی ایفا می کنند [۴،۵]. با توجه به اینکه اختلال عملکرد جنسی زنان یک مشکل سلامتی بسیار شایع درکشورهای مختلف دنیاست [۸-۶] و در ایران هم ۵۱-۳۱ درصد از زنان را تحت تأثیر قرار داده است [۹،۱۰]، اهمیت توجه به این موضوع و آموزش در این زمینه کاملا قابل درک است. اما بنا به شواهد، علیرغم تأکید بین المللی بر سلامت جنسی و اهمیت توجه به آن، در کشورهای در حال توسعه پیشرفت کافی در این زمینه حاصل نشده است [۱۱]. در بسیاری موارد سلامت جنسی و مشاوره جنسی به دلیل عوامل سازمانی و ساختاری و برخی خصوصیات فردی در حد مورد انتظار ارائه نمی شود [۵،۱۲]. بعلاوه صحبت کردن در خصوص مسائل جنسی در بسیاری از کشورها و از جمله در ایران به عنوان یک تابو می باشد [۱۳،۱۴]. در موارد متعددی مراقبین سلامت با وجود تمایل بیماران برای صحبت در این زمینه، بدلایل مختلفی مثل عقاید و باورهای مذهبی، اخلاقی، خجالت یا راحت نبودن، محدودیت زمانی، ترس از ناکافی بودن آگاهی و عدم مهارت کافی، عدم اطلاع از روش های درمانی و بطور کلی نداشتن آموزش کافی در این زمینه، توانایی لازم برای توجه به سلامت جنسی مراجعین خود را ندارند [۱۵]. از طرفی خود مراجعه کنندگان نیز به دلیل مسائلی از جمله شرم و خجالت از ابراز مشکلات جنسی خود امتناع می کنند [۱۴،۱۶] این عوامل باعث می شوند که مشکلات جنسی علیرغم شیوع و اهمیت قابل توجه، حل نشده باقی بمانند که خود می تواند منجر به افت کیفیت زندگی شود [۲۰-۱۷].

سلامت جنسی حوزه فعالیتی مهمی برای گروه های مختلف ارائه دهنده مراقبت های سلامتی محسوب میشود [۲۱]، اما به دلیل ماهیت ذاتی، این مراقبت ها بخشی جدایی ناپذیر از خدمات مامایی و بهداشت باروری محسوب میشوند، همچنانکه کنفدراسیون بین المللی ماماها هم، مشاوره و آموزش در مورد مسائل جنسی و سلامت باروری را همراه با سایر وظایف بیان شده توسط سازمان بهداشت جهانی، وظیفه ماماها می داند [۲۲]. در ایران اغلب خدمات مرتبط با سلامت باروری و جنسی از جمله تنظیم خانواده، مراقبت های پیش از بارداری، دوران بارداری، پس از زایمان، میانسالی و سالمندی، کلاس های آموزشی قبل از ازدواج، مشاوره و درمان بیماری های مقاربتی و بهداشت دوران بلوغ که در مراکز بهداشتی ارائه می گردد توسط ماماها انجام میشوند. به عبارتی ماماها خط اول ارائه دهنده خدمات تخصصی در حوزه زنان و مامایی در خدمات بهداشتی هستند. آنها، به دلیل ارتباط نزدیک با بیماران، در موقعیت منحصر به فردی برای ارتقاء سلامت جنسی و ارائه مشاوره جنسی به افراد تحت مراقبتشان قرار دارند [۲۳]. اما علیرغم این نقش قابل توجه و نیز با وجود سوالات و دغدغه های متعدد جنسی مراجعین، مهارت کامل جهت ارائه خدمات در حوزه سلامت جنسی به مراجعین را ندارند و در این زمینه آموزش مکفی ندیده و نیاز به دانش وآموزش بیشتری دارند [۲۴،۲۵]. با توجه به محدودیت تحقیقات در این زمینه، در پژوهش حاضر عوامل مرتبط با ارائه خدمات سلامت جنسی توسط ماماها در مراکز جامع سلامت تبیین شده اند.

مواد و روش کار

این پژوهش، یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای قراردادی بود. شرکت کنندگان، ماماها و مطلعین کلیدی (اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی، متخصصین بهداشت باروری و سلامت جنسی، معاونت بهداشتی، کارشناسان معاونت بهداشتی و معاونت درمان) و ذی نفعان (زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی) بودند که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند. معیارهای ورود به مطالعه، داشتن مدرک کارشناسی یا بالاتر و حداقل یکسال سابقه کار (برای ماماها و مطلعین کلیدی) و تمایل به حضور در مطالعه (برای هر سه گروه) بود. عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه هم تنها معیار خروج از مطالعه محسوب میشد. پس از دریافت مجوزهای لازم، داده ها از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف و با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته جمع آوری شد. به منظور

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

حصول نتیجه بهتر و استفاده از روشهای متنوع، مصاحبه ها به دو روش مصاحبه فردی و گروهی انجام شد چون گروه متمرکز از تعامل گروهی برای تامین داده های مشخص سود می برد و فرایندهای گروهی به افراد کمک می کند تا نظرات خود را به خوبی بیان و تا حد ممکن شفاف نمایند که در مصاحبه فردی به راحتی ممکن نیست. کلیه مصاحبه ها توسط پژوهشگر اصلی انجام شد. نمونه گیری، از آذر ۹۷ تا تیرماه ۹۸ با حداکثر تنوع نمونه ها از نظر موقعیت شغلی، مکان خدمت، رده سازمانی، پست مدیریتی، سطح تحصیلات و سابقه کار، بصورت ۸ مصاحبه فردی و ۳ مصاحبه گروهی در قالب گروههای متمرکز (۲ گروه ۷ و ۸ نفره شامل ماماها و مطلعین کلیدی، و یک گروه ۶ نفره از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی) در رفسنجان، ایران انجام شد و از همه مشارکت کنندگان رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش کسب شد. کلیه مصاحبه های فردی در مکانی آرام و خلوت و دارای امنیت روانی لازم برای مشارکت کننده انجام شد. مصاحبه ها، با استفاده از راهنمای مصاحبه با طرح یک سوال وسیع در مورد اینکه "ارائه خدمات سلامت جنسی توسط ماماها چگونه انجام می شود؟" آغاز می شد و سپس با سرنخ هایی که مشارکت کنندگان می دادند و هدایت محقق، سوالاتی در مورد اینکه :"چه تجربه ای در مورد ارائه خدمات سلامت جنسی داشته اید؟ توانایی ماماها برای ارائه خدمات سلامت جنسی را چگونه ارزیابی می کنید؟ "چالش ها یا مشکلات ماماها در زمینه ارائه خدمات سلامت جنسی چیست؟" پرسیده میشد. مصاحبه با سؤالات کاوشی یا عبارات پیگیری مانند "ممکن است آن را بیشتر توضیح بدهید؟" یا "وقتی می گویید ... منظورتان چیست؟" هدایت می شد. تمام مصاحبه ها ضبط، به طور کامل پیاده سازی و بازنویسی شده و سپس مورد تحلیل قرار گرفت. مدت زمان مصاحبه های فردی از ۳۵ دقیقه تا ۱۰۵ دقیقه مصاحبه های گروهی از ۷۰ تا ۱۰۰ دقیقه بود. در انتها اشباع داده ها از مصاحبه با ۲۹ نفر بدست آمد. فرآیند تحلیل داده ها در بخش کیفی با توجه به مراحل پیشنهادی گرانهایم و لوندمن [۲۶] به روش تحلیل محتوی قراردادی انجام شد. به این منظور متن مصاحبه ها برای ذخیره سازی، بازیابی و تحلیل داده ها وارد نرم افزار مکس کیودا نسخه ۱۰ شد. قبل از شروع کدگذاری، مطالب چندین بار خوانده شده تا پژوهشگر کاملا در داده ها غوطه ور شود و درک کلی از داده ها بدست آورد. سپس جملات و مفاهیم اصلی موجود در هر خط و یا پاراگراف مشخص و کدگذاری گردید. بعد از آن مفاهیم کدبندی شده، خلاصه سازی و طبقه بندی گردیدند و مفاهیم استخراج شدند. در این پژوهش، به منظور تامین صحت و استحکام داده ها چهار معیار لینکلن و گوبا [۲۷] شامل اعتبار یا مقبولیت، انتقال پذیری قابلیت اعتماد و قابلیت تایید در نظر گرفته شد؛ بدین ترتیب که به منظور تایید اعتبار یا مقبولیت، از روش مرور دست نوشته‌ها و تایید توسط شرکت‌کنندگان و دریافت بازخورد از آنها ، همچنین از بازنگری اساتید و اعضای هیات علمی و تایید و اصلاح کدها و طبقه بندی ها توسط آنها استفاده شد. جهت تعیین تایید پذیری، چندین مورد متن مصاحبه‌ها، فرایند کد گذاری و روند استخراج درون مایه-ها در اختیار دیگر اساتید صاحب‌نظر در پژوهش های کیفی، جهت مطالعه و اعلام نظر قرار گرفت. همچنین، حفظ مستندات مربوط به مطالعه، به طوری که شخص دیگری هم بتواند فرایند را دنبال کند، و استفاده از منابع متعدد و تلفیق روش گردآوری داده ها (مصاحبه فردی و گروهی)، به منظور دسترسی به اطلاعات کافی، به تضمین قابلیت تایید این پژوهش کمک کرد. برای ایجاد اعتمادپذیری، درگیری طولانی مدت پژوهشگر و تخصیص زمان کافی برای جمع-آوری داده‌ها، از یک سو موجب جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان شده و از سوی دیگر به عمیق‌تر شدن داده‌ها کمک می‌نمود. جهت تعیین قابلیت انتقال داده ها هم سعی شد با ماماهایی که از نظر موقعیت شغلی، مکان خدمت، رده سازمانی، پست مدیریتی، سطح تحصیلات و سابقه کار متفاوت هستند مصاحبه انجام شود.

ملاحظات اخلاقی: در ابتدای هر مصاحبه، محقق خود را معرفی کرده و اهداف مطالعه را برای مشارکت کنندگان شرح داده و پس از کسب رضایت آگاهانه (امضای فرم کتبی) برای ضبط مصاحبه، به مشارکت کنندگان اطمینان داده می شد که فایلهای صوتی آنها بصورت محرمانه نگهداری خواهد شد. توضیحات کافی در مورد اختیاری بودن مشارکت و امکان کناره گیری از مطالعه در هر مرحله از پژوهش داده می شد. از ذکر نام شرکت کنندگان امتناع شده و کلیه آنان با ذکر شماره مشخص شدند.

یافته‌ها

از ۲۹ مشارکت کننده در مطالعه، ۱۶ نفر ماما بودند که در مراکز جامع سلامت، زایشگاه و یا مطب شاغل بودند. ۳ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی، یک پزشک (معاونت فنی معاون بهداشتی دانشگاه)، ۳ نفر کارشناس معاونت بهداشتی و معاونت درمان و ۶ نفر هم از مراجعه کنندگان به مراکز جامع سلامت بودند. محدوده سنی ماماها و مطلعین کلیدی ۵۴-۲۹ سال با میانگین ۴۱ سال بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

سابقه کار ماماها هم از ۳۰- ۴ سال با میانگین ۱۷ سال بود. سایر مشخصات دموگرافیک ماماها و مطلعین کلیدی و ذی نفعان درجدول ۱ و جدول ۲ آورده شده است.

از تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی ۸۷ کد، ۲۷ زیرطبقه و ۹ طبقه استخراج شد. در نهایت ۳ درونمایه به شرح زیر بدست آمد: " داشتن صلاحیت حرفه ای ماما جهت ارائه خدمات سلامت جنسی" با ۳ طبقه ، " شکاف آموزشها در حیطه سلامت جنسی" با ۳ طبقه و " محدودیتهای ارائه خدمات سلامت جنسی" با ۳ طبقه بدست آمد (جدول ۳).

۱) داشتن صلاحیت حرفه ای ماما جهت ارائه خدمات سلامت جنسی:

از دید ماماها و مطلعین کلیدی شرکت کننده در مطالعه حاضر، برخی عوامل و شرایط مرتبط با رشته و محیط کار مامایی بعنوان ظرفیت شغلی و صلاحیت حرفه ای ماماها برای ارائه خدمات سلامت جنسی به شمار می آیند:

هزینه اثربخشی بالا : مقرون بصرفه بودن ارائه خدمات جنسی توسط ماما، سهولت دسترسی مراجعین و گستردگی مراجعه مردم به ماما از جمله عواملی هستند که سبب صرفه جویی در وقت و هزینه افراد و ارائه خدمات سلامت جنسی در سطح وسیع و گسترده میشوند و به عبارتی هم دسترسی و هم فراهم بودن خدمات را تامین میکند و هزینه اثربخشی وهزینه فایده خدمات را افزایش میدهد:

"مرکز بهداشت رایگانه یا هزینه ش خیلی کمه. این منفعت خیلی خوبیه. خیلی ها پول ندارن که برن پیش پزشک یا روانشناس (شرکت کننده۲۶، گروه متمرکز۳).

"اگر بخواد مطب بره باید وقت بگیره، بچه کوچیک داره، مشکل داره." (شرکت کننده۲۵، گروه متمرکز۳).

"اینجا همه گروهها را تحت پوشش قرار میده، دیگه فقیر و غنی نداره، بعلاوه در سطح پایین جامعه برای چنین مشکلاتی افراد به روانشناس و سکسولوژیست و ... مراجعه نمی کنن" (شرکت کننده۱۹، عضو هیئت علمی دانشگاه)

" ماماها بیشترین مراجعه را دارن توی این زمینه و بیشترین اثرگذاری را میتونن داشته باشن (شرکت کننده۱۷، دکترای سلامت باروری). ظرفیت و ماهیت رشته مامایی: از نظر مشارکت کنندگان، قابلیت و ماهیت رشته مامایی و مرتبط بودن آن با سیستم ژنیتال و مسائل جنسی و وظیفه ای که ماماها از این جهت احساس میکنند سبب شده سلامت جنسی و مراقبتها و خدمات مرتبط خودبخود جزو لاینفک این رشته شود. از طرفی ارتباط صمیمانه ماما با مراجعین، محیط مناسب، علاقه مندی ماماها به آموزش و استفاده از سیستم ارجاع پس از مشاوره اولیه، شرایط مناسبی را به وجود می آورد که میتواند راه ارائه خدمات سلامت جنسی توسط ماماها را هموارتر نماید. برخی از اظهارات مشارکت کنندگان در این زمینه عبارتند از:

"ماما با اندام ژنیتال و سیستم ژنیتال کاملا آشناست. با وضعیت هورمونا ...این نقطه قوتشه واقعاً هیچکس به اندازه یه ماما تو مرکز بهداشت با سیستم ژنیتال آشنا نیست (شرکت کننده۲۰، پزشک).

"وقتی ماما یه دوره ۱۶ ساعته آموزش در این زمینه ببینه خیلی از موارد را می تونه پوشش بده، می تونه لااقل ۷۰-۸۰٪ از مراجعین را جواب بده"(شرکت کننده ۱۷، دکترای سلامت باروری).

"چون مراجعه به بهداشت شون زیاده، مرتب میان، مراقبت میشن، با ماما رابطه صمیمی پیدا میکنن " (شرکت کننده۶، گروه متمرکز ۱).

"تو (اتاق) مامایی چون من تنها هستم، میتونم به مراجعه کننده ها بگم برن بیرون، در رو ببندم، مثلا با این خانوم مشاوره کنم. از این نظر ، مشکلی ندارم" (شرکت کننده ۱).

توانمندی بالقوه ماماها در ارائه خدمات سلامت جنسی: بنا به اظهارات شرکت کنندگان در حال حاضر هم مشاوره های جنسی حین مراقبتهای مامایی، ارزیابی های سامانه سیب و فعالیتهای مرکز مشاوره ازدواج توسط ماماها انجام میشود که ظرفیت بالقوه ماماها در این زمینه را نشان میدهد.

"توی سامانه سیب، برای مراجعین ۳۰ سال به بالا، فعلا رضایت عملکرد جنسی را و مشکلاتی که موقع نزدیکی دارن را میپرسیم" (شرکت کننده ۱).

" اگر مشکلی پیدا کنن دوباره برمیگردن (مشاوره ازدواج)، حداقل ما یه راهنمایی درستی می کنیم. اگر خودمون بتونیم جواب سوالاشون را میدیم، اگر هم نتونستیم، حداقل یه ارجاع درستی می کنیم." (شرکت کننده ۲)

۲) شکاف آموزشها در حیطه سلامت جنسی

فقدان آموزش کافی در زمینه مسائل و مشکلات جنسی در برنامه آموزشی مامایی سبب شده ماماهای مطالعه حاضر نیاز به دانش و اطلاعات در این حیطه را مهمترین نیاز خود عنوان کنند چرا که برای ارائه آموزشهای سلامت جنسی موثر باید شکاف آموزشی موجود پر شود. بعلاوه نقص آموزش در این زمینه میتواند تاثیر نامطلوبی بر ایجاد نگرش جنسی مناسب در بین ماماها داشته باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

فقدان نگرش جنسی مناسب در ماماها: نتایج حاصل از مطالعه حاضر حاکی از این بود که ماماها نیاز به بازسازی نگرش در زمینه جنسی دارند تا برخی از نگرشهای منفی موجود، مانعی برای ارائه خدمات سلامت جنسی به مراجعین نشود. بعضی از نظرات مشارکت کنندگان که حاکی از وجود نگرشهای نامناسب ماماها در زمینه سلامت جنسی بوده است عبارت بودند از:

" تغییر نگرشها خیلی مهمه، گاهی نگرشها اینقدر بده که وقتی یه سوال جنسی میشه [ماماها] به جای اینکه جواب بدن، بعضی هاشون ممکنه جوری برخورد کنن که اصلا این فرد دیگه نیاد". (شرکت کننده ۱۷، دکترای سلامت باروری)

"شما میخواین[نوجوان را] آموزشش بدین، وقتی دسترسی نداره، خب به چی رو میاره؟ به خودارضایی رو میاره. برمیگرده به اون چیزای خلاف شرعی که درست نیست...". (شرکت کننده ۸ ،گروه متمرکز ۱)

"ما اصلا مشکلات جنسی را پیگیری نمیکنیم، اصلا وقت نمی کنیم و بعنوان وظیفه ما تعریف نشده " (شرکت کننده ۱۳، گروه متمرکز ۱)

عدم کفایت دانش ماماها در زمینه سلامت جنسی: از نظر شرکت کنندگان مطالعه ما، یکی از دلایل مهم عدم ارائه خدمات سلامت جنسی توسط ماماها در مراکز بهداشتی، فقدان آموزش کافی در این زمینه برای ماماها بوده که مانعی برای صحبت و ارائه خدمات شده و در حقیقت بعلت احساس عدم کفایت دانش در این زمینه سعی میکنند از مطرح کردن و یا حتی پاسخ دادن به مشکلات این عرصه طفره روند:

" ماماهای ما آموزشی در مورد برخورد با مشکلات جنسی مردم ندیدن. ذهنیات ،تجربیات زندگی خودشون، نگرش هاشون، عقاید مذهبی شون و...را میگن (شرکت کننده ۱۷، دکترای سلامت باروری).

"واقعا فکر میکنم آدم اگر بخواد لااقل یه چیز مفیدی گفته باشه، به دو واحد تدریس نیاز داره. (شرکت کننده ۱۷، دکترای سلامت باروری).

" تو دوران تحصیلمون درسته یک واحد اختلالات جنسی داشتیم. ولی چیزی که کامل به ما گفته باشن، نبود"(شرکت کننده ۱۲، گروه متمرکز۲).

"مگر اینکه تو ارشد یا تو PhD، این گرایش (مشاوره جنسی) هم اضافه بشه... "(شرکت کننده ۱۸، عضو هیئت علمی).

علاوه بر اصلاح کوریکولوم آموزش مامایی در حیطه جنسی، یکی از راههای افزایش توانمندی ماماها در این خصوص، برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت در زمینه سلامت جنسی توسط مدرسین متبحر و با سابقه بالینی در این عرصه است تا آموزش مباحث سلامت جنسی با تاکید برآموزش عملی مهارتها و متناسب با همه گروههای هدف مراجعه کننده به ماماها ارائه شود و اثربخش و کاربردی باشد:

"ما باید آموزش بیشتری ببینیم تو این زمینه. وقتی آموزش باشه، آدم با دل و قدرت بیشتری جلو میره. ولی خب اینجوری نه"(شرکت کننده ۱۰، گروه متمرکز ۲).

ماماها و مطلعین کلیدی اذعان داشتند که کوریکولوم فعلی آموزش مامایی در زمینه جنسی با نواقصی همراه است که برای عملکرد بهتر ماماها در این زمینه نیاز به اصلاحاتی مثل افزایش تعداد واحدهای آموزشی در زمینه جنسی، آموزش مهارتهای مشاوره ای و دوره های کارآموزی بالینی در حیطه جنسی، همچنین تخصصی کردن آموزش در قالب گرایش سلامت جنسی در مقاطع ارشد و دکترای مامایی دارد:

"ماماها اگر یه دوره آموزشی سکس تراپی را با اساتید برجسته کشور بگذرونن، واقعاً درمانگرهای خوبی میشن"(شرکت کننده ۴).

"از طرفی فعلا بازآموزی وجود نداره، باید دوره های بازآموزی وجود داشته باشه"(شرکت کننده ۱۷، دکترای بهداشت باروری).

عدم وجود آموزش عمومی در زمینه سلامت جنسی: با توجه به صحبتهای مشارکت کنندگان، نبود آموزش جنسی در سطح جامعه و عدم انطباق آموزشها براساس مبانی فرهنگی، ملیتی و مذهبی بخصوص در مورد جوانان و نوجوانان، از دیگر عوامل تاثیرگذار بر مسائل جنسی است که مزید بر علت شده و مشکلات زیادی در ارائه خدمات جنسی به وجود آورده است:

"بعلت نبود آموزش، توی اینترنت میگردن برای جواب سوالاشون، که عمدتا هم خیلی تصورات غلط و اشتباهی دارن " (شرکت کننده ۱۴، گروه متمرکز۲)

"نه از جایی آموزش دیده بودم نه اینکه روم میشد از کسی بپرسم. نمیدونستم ارگاسم چیه؟ خب اگر اینا را مثلا آموزش بدن خیلی خوبه"(شرکت کننده۲۶، گروه متمرکز۳).

" ببینین آموزش دهنده ها مهم هستند. ما نمیتونیم هر چیزی را آموزش بدیم. اگر ما به شکل بومی اسلامی و ایرانی به این قضیه نگاه می‌کردیم اینطور نمیشد" (شرکت کننده ۲۰، پزشک).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

" واقعاً با مسائل جنسی آشنا نیستن، همش میترسن. همش نگرانن" (شرکت کننده ۲)

۳) محدودیتهای ارائه خدمات سلامت جنسی

با توجه به صحبتهای مشارکت کنندگان مطالعه، میتوان موانع موجود بر سر راه ارائه خدمات سلامت جنسی در مراکز بهداشتی را در سه گروه رویکرد و نگرش سیاستگزاران، محدودیت زمان و منابع و مسائل فرهنگی طبقه بندی کرد:

رویکرد و نگرش سیاستگزاران: گاهی اوقات بعضی موارد برنامه ریزیها و سیاستها به نحویست که نه تنها به ارائه خدمات جنسی در مراکز بهداشتی کمک نمی کند بلکه گاهی خود مانعی در برابر انجام این خدمات است که اظهارات برخی مشارکت کنندگان موید این نکته است:

"الان ماماهای ما با وضعیت فعلی، تمام فورس صفر تا صدشون را باید بذارن روی مراقبت مادر باردار که اینا یه وقت میسد نشن... ما اجازه نداریم نیرو اضافه کنیم، برا ما تعریف شده تو ساختار شبکه که مثلا برای هر دو هزار و ۵۰۰ نفر، یه نفر ماما باید ببینیم "(شرکت کننده ۲۰، پزشک).

" وقتی یه مشکل جسمی پیش میاد توجه میکنن، تو سامانه پیگیری میخواد. اما یه رابطه جنسی که مشکل داره، بهش توجه نمیشه، پیگیری نمیشه"(ماما،۶ سال سابقه کار، گروه متمرکز۲).

"اگر قرارباشه ماماها خدمات سلامت جنسی را ارائه بدن، ضعف مهم کارشون بحث سلامت روانه. اصلا سلامت جنسی بدون سلامت‌روان به نظر من مردوده. ، این ضعف را داره"(شرکت کننده ۲۰، پزشک). محدودیت زمان و منابع: به عقیده مشارکت کنندگان، مشکلاتی مثل کمبود وقت و تعداد زیاد مراجعه کننده، فضای نامناسب برای مشاوره جنسی، محدودشدن ارائه خدمات سلامت جنسی به زنان و کارآمد نبودن سیستم ارجاع هم جزو مواردی هستند که مانع ارائه مناسب خدمات سلامت جنسی به مراجعین مراکز بهداشتی میشوند:

"چون زنهای باردار در اولویت هستن، اونا باید مراقبت شون به خوبی انجام بشه. بقیه مشکلات در حاشیه ان"(شرکت کننده ۳).

"سامانه سیب کافی نیست. سامانه سوال مشکلات جنسی را اصلا باز نکرده. برا جوونا چیزای خیلی محدودی، برا سالمندان اصلا نداره. برا میانسالان هم در حدی که ما ارجاعشون بدیم، ماما ازشون یه سوال بکنه"(شرکت کننده ۴).

"اتاق ما شلوغه. یه اتاق عمومیه. من نمی تونم برای هر نفر در رو قفل کنم ، مشاوره رو انجام بدم"(شرکت کننده ۶، گروه متمرکز۱).

مسائل فرهنگی: با توجه به صحبتهای مشارکت کنندگان، تابو بودن مسائل جنسی در جامعه ، عدم فرهنگ سازی، نگرش نادرست برخی مراجعین به مسائل جنسی و یا بی توجهی به تاثیر مشکلات جنسی در زندگی افراد هم از جمله عوامل فرهنگی تاثیرگذار بر مسائل جنسی است که مزید بر علت شده و مشکلات زیادی در ارائه خدمات جنسی به وجود آورده است:

"از همان اول خواستن که این مشکل سربسته بمونه.."(شرکت کننده ۹، گروه متمرکز۱).

"به خاطر اینکه تو موضوعهای جنسی مردم شرم و حیا دارن. مسئله تابوست. کمتر مراجعه می کنن"(شرکت کننده ۱).

" کسایی هستن که به قول معروف کارد به استخونشون رسیده، دیگه خیلی مشکل پیدا کردن و مشکل حاد شده، اونوقت مراجعه میکنن"(شرکت کننده ۱۷، دکترای بهداشت باروری).

"گفتم شاید رابطه تون باهم سرد شده، گفت بله ، ما از وقتی عروس و دوماد داریم دیگه کنار هم نمی خوابیم (شرکت کننده ۴).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

جدول ۱: ویژگیهای دموگرافیک ماماهای شرکت کننده

مشارکت کننده	محل خدمت	سن	سابقه کار	وضعیت تاهل	تحصیلات	روش مصاحبه
۱	مرکز جامع سلامت	۴۸	۲۳	متاهل	لیسانس	مصاحبه فردی
۲	مرکز مشاوره ازدواج	۴۹	۲۱	متاهل	لیسانس	مصاحبه فردی
۳	مرکز جامع سلامت	۵۰	۲۲	متاهل	لیسانس	مصاحبه فردی
۴	مرکز جامع سلامت	۵۲	۲۸	متاهل	لیسانس	مصاحبه فردی
۵	مطب مامایی	۴۹	۲۷	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی
۶	مرکز جامع سلامت	۳۴	۹	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی
۷	مرکز جامع سلامت	۳۶	۱۱	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی
۸	مرکز جامع سلامت	۳۸	۱۵	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی
۹	زایشگاه	۳۱	۹	متاهل	فوق لیسانس	مصاحبه گروهی
۱۰	مرکز جامع سلامت	۳۲	۸	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی
۱۱	مرکز جامع سلامت	۳۳	۵	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی
۱۲	مرکز جامع سلامت	۳۹	۶	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی
۱۳	مرکز جامع سلامت	۳۲	۵	مجرد	لیسانس	مصاحبه گروهی
۱۴	زایشگاه	۴۶	۲۴	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی
۱۵	مرکز جامع سلامت	۳۳	۴	مجرد	لیسانس	مصاحبه گروهی
۱۶	درمانگاه خصوصی	۲۹	۶	متاهل	لیسانس	مصاحبه گروهی

جدول ۲: ویژگیهای دموگرافیک مطلعین کلیدی و ذی نفعان شرکت کننده

مشارکت کننده	سمت	محل خدمت	سن	تحصیلات	سابقه کار	روش مصاحبه
۱۷	دکترای سلامت باروری-عضو هیئت علمی	دانشکده پرستاری و مامایی	۵۰	دکترا	۲۶	مصاحبه فردی
۱۸	عضو هیئت علمی	دانشکده پرستاری و مامایی	۵۴	فوق لیسانس	۳۰	مصاحبه فردی
۱۹	عضو هیئت علمی	دانشکده پرستاری و مامایی	۴۶	فوق لیسانس	۲۲	مصاحبه فردی
۲۰	معاون فنی معاونت بهداشتی	معاونت بهداشتی	۴۹	پزشک عمومی	۲۴	مصاحبه فردی
۲۱	ماما – کارشناس معاونت بهداشتی	معاونت بهداشتی	۴۳	لیسانس	۱۹	مصاحبه گروهی
۲۲	ماما- کارشناس معاونت بهداشتی	معاونت بهداشتی	۴۴	لیسانس	۲۲	مصاحبه گروهی
۲۳	ماما- کارشناس درمان	معاونت درمان	۴۷	لیسانس	۲۵	مصاحبه گروهی
۲۴	مراجعه کننده	خانه دار	۴۷	دیپلم	-	مصاحبه گروهی
۲۵	مراجعه کننده	مربی باشگاه	۳۳	لیسانس	-	مصاحبه گروهی
۲۶	مراجعه کننده	خانه دار	۳۲	دیپلم	-	مصاحبه گروهی
۲۷	مراجعه کننده	خانه دار	۳۴	دیپلم	-	مصاحبه گروهی
۲۸	مراجعه کننده	خانه دار	۲۴	ابتدایی	-	مصاحبه گروهی
۲۹	مراجعه کننده	فعال اجتماعی و ورزشی	۵۰	فوق لیسانس	-	مصاحبه گروهی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]

[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

جدول ۳: زیر طبقات، طبقات و درونمایه های حاصل از مطالعه

زیر طبقه	طبقه	درونمایه
مقرون بصرفه بودن ارائه خدمات جنسی توسط ماما سهولت دسترسی مراجعین به ماما گستردگی مراجعه مردم به ماما	**هزینه اثربخشی بالا**	
جزو شرح وظایف بودن مرتبط بودن رشته مامایی با سلامت تناسلی و جنسی ارتباط صمیمانه و مداوم ماما با مراجعین محیط نسبتا مناسب امکان ارجاع مشکلات جنسی به متخصصین پس از مشاوره علاقه مندی ماماها به آموزش در زمینه سلامت جنسی	**ظرفیت و ماهیت رشته مامایی**	**داشتن صلاحیت حرفه ای ماما جهت ارائه خدمات سلامت جنسی**
مشاوره جنسی حین مراقبتهای مامایی ارزیابی جنسی نسبی در سامانه سیب ارائه خدمت در مراکز مشاوره ازدواج	**توانمندی بالقوه ماماها در ارائه خدمات سلامت جنسی**	
نگرش منفی ماماها به مسائل جنسی بی توجهی ماماها به سلامت جنسی	**فقدان نگرش جنسی مناسب در ماماها**	
آموزش جنسی ناکافی درکوریکولوم وسرفصل آموزش مامایی عدم برگزاری دوره های ضمن خدمت در زمینه سلامت جنسی	**عدم کفایت دانش ماماها در زمینه سلامت جنسی**	**شکاف آموزشها در حیطه سلامت جنسی**
عدم فرهنگ سازی در زمینه سلامت جنسی	**عدم وجود آموزش عمومی در زمینه سلامت جنسی**	
عدم بومی سازی در زمینه آموزش جنسی نگرش دخیل در سیاستگزاری های کلان بی توجهی به سلامت جنسی در سامانه سیب	**رویکرد و نگرش سیاستگزاران**	
	محدودیت زمان و منابع	
کمبود وقت و تعداد زیاد مراجعه کننده فضای نامناسب برای مشاوره جنسی محدودشدن ارائه خدمات سلامت جنسی به زنان کارآمد نبودن سیستم ارجاع	**مسائل فرهنگی**	**محدودیتهای ارائه خدمات سلامت جنسی**
تابو بودن مسائل جنسی نگرش مراجعین به مسائل جنسی بی توجهی به تاثیر مشکلات جنسی در زندگی افراد		

بحث و نتیجه‌گیری

بنا به اظهارات مشارکت کنندگان مطالعه ما، ماماها از توانمندی وصلاحیت حرفه ای بالقوه جهت ارائه خدمات سلامت جنسی برخوردارند و با توجه با قابلیتها و ماهیت حرفه خود میتوانند خدماتی هزینه اثربخش، گسترده و در دسترس برای مراجعین خود در مراکز بهداشتی فراهم نمایند و بدین صورت توصیه WHO برای ادغام سلامت جنسی در خدمات اصلی مراقبت های بهداشتی اولیه را جهت دستیابی به اهداف سلامت جنسی تحقق بخشند.

گستردگی مراجعه به ماما، سهولت دسترسی و ارتباط مداوم و صمیمانه با مراجعین از ظرفیتهای مهم حرفه مامایی برای ارائه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

خدمات سلامت جنسی توسط آنها در سطح مراکز جامع سلامت به شمار می آیند که این نتایج با یافته های مطالعه کریمیان و همکاران در مورد نقاط قوت ارائه خدمات سلامت جنسی توسط ماماها از جمله ارتباط مستمر ماما و مراجع، هزینه اثربخشی، خط اول بودن و در دسترس بودن همخوانی دارد [۲۸]. همچنین مطالعه Viveiros & Darling که دانش و تجربه ماماها، تداوم مراقبتها ، گستردگی و عمومیت مراقبتها و حمایت توسط ماماها را به عنوان تسهیل کننده های دسترسی به مراقبت های مامایی معرفی کرده اند، در همین راستا بوده است [۲۹]. این نتایج با مطالعه Mansour & Mohamed که نشان دادند در دسترس بودن محیط خصوصی، رابطه خوب بیمار با مراقب ، مهارت ارتباطی خوب و فراهم کردن آموزشهای مرتبط جنسی برای مراقبین از عوامل تسهیل کننده ارائه مراقبت های سلامت جنسی هستند نیز همسو می باشد [۳۰].

همانند بسیاری از مطالعات مرتبط، نکته قابل توجه در مطالعه ما اهمیت مبحث آموزش سلامت جنسی به ماماها ست. بر اساس یافته ها، از آنجا که یکی از مشکلات مهم و اصلی برای ارائه خدمات سلامت جنسی در مراکز جامع سلامت، ناکافی بودن آموزش ماماها در این زمینه هست، یکی از راهکارهای مهم تسهیل کننده برای ارائه این خدمات هم، توجه به آموزش و تصحیح روند آن در مراحل مختلف آموزشی است. بر اساس نتایج ما، در حال حاضر آموزش مامایی، ماماها را برای ارائه خدمات سلامت جنسی و مشاوره جنسی صحیح آماده نمیکند که این نتایج با مطالعات متعدد دیگر که به ناکافی بودن آموزشهای مامایی در این زمینه اشاره داشتند [۳،۱۶،۲۵،۳۱] همخوانی دارد، و ضرورت توجه متصدیان امر آموزش مامایی را به نقش حیاتی آموزش مکفی و برنامه ریزی برای اجرای آن در دو مسیر اصلاح کوریکولوم آموزشی دانشجویان این رشته و تقویت ظرفیت حرفه ای ماماهای شاغل از طریق برگزاری دوره های بازآموزی و آموزش ضمن خدمت مشخص میکند تا مقدمات لازم برای ارائه خدمات با کیفیت توسط ماماها فراهم شود. در این خصوص خدیوزاده وهمکاران هم تهیه محتوای مناسب آموزشی ، استفاده از روشهای تدریس متناسب با اهداف آموزشی و داشتن اساتید مجرب برای افزایش توانمندی دانشجویان مامایی را توصیه کردند [۲۴] و یا مطالعات مشابه دیگر، برگزاری کارگاه های جنسی، دوره های بازاموزی ارزیابی و مشاوره جنسی را برای آموزش ماماها ضروری میدانند [۱۶،۲۸].

با وجودی که مطالعات مختلف موانع متفاوتی در ارائه خدمات سلامت جنسی دخیل دانسته اند، در اغلب موارد عدم آموزش ، عدم وجود اعتماد به نفس و شرم بعنوان موانع اصلی شروع بحث جنسی بودند [۳،۱۴،۱۶،۳۱]. البته از دید مشارکت کنندگان مطالعه کریمیان و همکاران [۲۸] مهمترین مانع، چندپیشگی ماماها و بعد از آن نداشتن زمان کافی، محیط فیزیکی نامناسب و نداشتن انگیزه کافی بود که با مطالعه ما که اکثر قریب به اتفاق ماماها به فقدان دانش و آموزش در این زمینه اشاره کرده و از آن بعنوان دلیل مهمی در طفره رفتن و عدم پرداختن به مسائل و مشکلات جنسی مراجعینشان نام برده بودند متفاوت بود. در مطالعه ما رویکرد و نگرش سیاستگزاران در مورد نحوه ارائه سلامت جنسی هم از دیگر موانع تاثیرگذاری بود که در اظهارات مشارکت کنندگان، بخصوص مطلعین کلیدی که نقش اجرایی به عهده داشتند بخوبی مشخص بود. بطوری که به نظر می آید در نگرش سیاستگزاران خدمات سلامت اولا جایگاه ویژه ای که باید برای سلامت جنسی و مراقبتهای مرتبط با آن در نظر گرفته شود، لحاظ نشده است و به همین جهت برنامه های موجود نظام سلامت، در رابطه با نیازهای سلامت جنسی مردم ناموفق بوده و نیازهای سلامت جنسی مردم را به میزان کافی تامین نمی کند [۳۲،۳۳]، ثانیا در روند ارائه ناکافی خدمات سلامت جنسی مراکز جامع سلامت به نقش مهم و حیاتی ماماها و استفاده از پتانسیل بالقوه آنها در این حیطه توجهی نشده است و در مطالعه Quinn و همکاران هم شرکت کنندگان به این نکته اشاره کرده بودند که بحث در مورد مسائل جنسی با بیماران از اولویت مراکزخدمات بهداشتی و درمانی نیست [۳۴]. همچنین در کنار موانع دیگری مثل کمبود وقت و پرسنل، به موارد دیگری مانند کمبود تشویق از سطح مدیریتی و یا فقدان ابزار مشاوره به عنوان موانع موجود اشاره داشتند [۱۷،۳۱] و عنوان کردند آموزش به تنهایی به تغییر مواضع در پرداختن به مسائل جنسی بیماران کمکی نمی کند بلکه حمایتهای سازمانی و مدیریتی به همراه آموزش در مورد مسائل جنسی ضروری هستند.

در اظهارات مشارکت کنندگان ما، عواملی مثل کمبود وقت و تعداد زیاد مراجعه کننده، فضای نامناسب برای مشاوره جنسی، محدودشدن ارائه خدمات سلامت جنسی به زنان و کارآمد نبودن سیستم ارجاع از دیگر موانع عنوان شده بودند که با سایر مطالعاتی که به کار سنگین ، کمبود کارمندان و کمبود منابعی از قبیل زمان یا یک مکان خصوصی برای بحث وگفتگو بعنوان دلایل نبود زمان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

لازم برای گفتگو در مورد مسائل جنسی با بیماران، اشاره کرده بودند [۳۴،۳۵] یا مطالعه Mansour & Mohamed که منابع محدود، خجالت بیمار، کمبود کارکنان، نگرانیهایی فراتر از داشتن رابطه جنسی را از مهمترین موانع ارائه آموزش سلامت جنسی گزارش کرده بودند [۳۰]، همخوانی داشت. نهایتا موانعی مثل تابو بودن مسائل جنسی، نبودآموزش عمومی و عدم بومی سازی آموزش در زمینه سلامت جنسی هم از جمله موانعی هستند که به دلایل فرهنگی و اجتماعی در جامعه ما پررنگ بوده و بطور کلی بر روی نحوه ارائه خدمات سلامت جنسی اثرگذارند. همچنانکه مطالعه خدیوزاده و همکاران [۱۶] هم نشان داد علاوه بر دانش ناکافی ماماها و شرم ماماها یا بیمارشان، عدم کفایت آموزش دررسانه های عمومی توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و سعی بیماران در کمک گرفتن ازشفادهندگان، دوستان، اقوام و ادعیه به جای کارکنان مامایی از دلایل ماماها برای نداشتن مکالمه جنسی مناسب بود [۱۶] و یا نتایج مطالعه Çuhadaroğlu حاکی از این بود که در ترکیه هم آموزش جنسی تابو است و آموزش رسمی هرگز مشمول آموزش جنسی نمیشود [۱۳]. این نتایج به خوبی تایید کننده نتایج مطالعه طباطبائی است که می گوید مسائل جنسی اغلب یکی از دشوارترین موضوعات برای گفتگو در جوامع محافظه کار و در اغلب کشورهای مسلمان است که آموزش جنسی در مدارس و دانشگاه ها یا وجود ندارند و یا محتوای آن رضایت بخش نیست[۳۶].

از نقاط قوت مطالعه ما مصاحبه با روشهای متفاوت (فردی و گروهی) و استفاده از مزیتهای هر دو روش بود. همچنین مصاحبه با مطلعین کلیدی و ذی نفعان، علاوه بر ماماها نقطه قوت دیگر مطالعه بود. محدودیت مطالعه، انجام پژوهش در یک شهر کوچک بود که با توجه به ماهیت مباحث جنسی، تحت تاثیر مسائل فرهنگی و اجتماعی قرار می گیرد. با توجه به تاثیر زیاد باورهای فرهنگی و اجتماعی و مذهبی در مسائل جنسی پیشنهاد میشود این مطالعه در سطحی وسیعتر در بسترهای فرهنگی و اجتماعی متفاوت انجام شود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، با آموزش هدفمند و کاربردی به ماماها از طریق اصلاح کوریکولوم آموزشی دانشجویان این رشته، همچنین برگزاری دوره های بازآموزی و آموزش ضمن خدمت برای شاغلین، میتوان از ظرفیت حرفه ای و صلاحیتها و تواناییهای بالقوه ماماها برای ارائه خدمات سلامت جنسی در دسترس، گسترده و هزینه اثربخش در سطح مراکز خدمات بهداشتی به زنان جامعه بهره جست. از طرفی با فرهنگ سازی جهت آموزش درست و مبتنی بر آموزه های فرهنگی و مذهبی و اجتماعی در جامعه و بسترسازی برای اعمال رویکرد و نگرش موافق درسیاستگزاران موانعی مثل کمبود وقت و نیروی انسانی و فضای نامناسب برطرف شده و مسیر ارائه این جنبه مهم و حیاتی خدمات سلامتی برای ارائه دهندگان مراقبت های سلامتی هموارتر میگردد.

کاربرد پژوهش: مطالعات مختلف بر اهمیت رسیدگی به مشکلات جنسی افراد در سیستم سلامت و دلایل و موانع مختلف عدم تامین این مهم از جمله عدم کفایت آموزش کارکنان و مراقبین سلامت در زمینه مسائل جنسی اذعان داشته اند. نتایج این پژوهش به عوامل تاثیرگذار در زمینه ارائه خدمات سلامت جنسی در مراکز جامع سلامت و نقش ماماها در این زمینه پرداخته است. یافته های پژوهش حاضر توجه متولیان امر آموزش در رشته مامایی را به خلا آموزشی در زمینه مشاوره و ارزیابی جنسی برای تحصیلکردگان این رشته جلب کرده و اهمیت برنامه ریزی آموزشی در این جهت و آموزشهای ضمن خدمت برای ماماها را گوشزد میکند. از این نتایج میتوان در جهت استفاده از پتانسیل بالقوه ماماها بهره جست تا آنان نقش کلیدی خود در ارتقاء سلامت جنسی مراجعین را به خوبی ایفا کنند.

سهم نویسندگان

مریم محسنی: جمع آوری و تنظیم داده ها، تحلیل داده ها، تنظیم پیش نویس مقاله

هدیه ریاضی: استاد راهنما، طراحی پژوهش، تحلیل داده ها، اصلاح و تهیه نسخه نهایی مقاله

زهرا کریمیان: بررسی متون و تنظیم داده ها

ملیحه نصیری: تحلیل داده ها و مشارکت در تنظیم مقاله

تشکر و قدردانی

این مطالعه با دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بعنوان بخشی از پایان نامه دکترای نویسنده اول انجام شده است. بدینوسیله از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و از همه مشارکت کنندگانی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند سپاسگزاری می نماییم.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

منابع

1. Evangelista ADR, Moreira ACA, Freitas C, Val DRD, Diniz JL, Azevedo SGV. Sexuality in old age: knowledge/attitude of nurses of family health strategy. Revista da Escola de Enfermagem da U S P 2019; 53:e03482

2. Maroufizadeh S, Riazi H, Lotfollahi H, Omani-Samani R, Amini P. The 6-item Female Sexual Function Index (FSFI-6): factor structure, reliability, and demographic correlates among infertile women in Iran. Middle East Fertility Society Journal 2019; 24:7

3. Ören B, Zengin N, Yazıcı S, Akıncı A. Attitudes, beliefs and comfort levels of midwifery students regarding sexual counselling in Turkey. Midwifery 2018;56:152-7

4. Wang P, Ai J, Davidson PM, Slater T, Du R, Chen C. Nurses' attitudes, beliefs and practices on sexuality for cardiovascular care: A cross-sectional study. Journal of Clinical Nursing 2019; 28: 980–986

5. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. The Journal of Sexual Medicine 2013; 10:2658-70

6. Halle-Ekane GE, Timti LF, Tanue EA, Ekukole CM, Yenshu EV. Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction among sexually active students of the University of Buea. Sexual Medicine 2021; 9: 100402

7. Alselaiti M, Saleh MA, Muhammed H, Attallah E, Dayoub N. Prevalence of female sexual dysfunction and barriers to seeking primary health care treatment in an Arab male-centered regime. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences 2022; 20:493-7

8. Zhu Y, Yang X, Fan X, et al. Decreased sexual desire among middle-aged and old women in China and factors influencing it: A questionnaire-based study. Evidence-based complementary and alternative medicine 2021; 6649242

9. Ranjbaran M, Chizari M, Maturi P. The prevalence of female sexual dysfunction in Iran: systematic review and meta-analysis. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2015; 22:1117-25 [Persian]

10. Ghiasi A, Keramat A. Prevalence of sexual dysfunction among reproductive-age women in Iran: a systematic review and meta-analysis. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2018; 6:1296-304 [Persian]

11. Alizadeh S, Riazi H, Majd HA, Ozgoli G. The effect of sexual health education on sexual activity, sexual quality of life, and sexual violence in pregnancy: a prospective randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21:334

12. Baker-Green R. Nurses experiences discussing sexuality with urinary catheter patients: Nurses experiences discussing sexuality. International Journal of Urological Nursing 2016; 6-12

13. Çuhadaroğlu A. The effects of sex education on psychological counseling students in Turkey. Sex Education 2017; 17:209-19

14. Khandan S, Riazi H, Amir Ali Akbari S, Nasiri M, Montazeri A. Adaptation to maternal role and infant development: a cross sectional study. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2018; 36:289-301

15. Ford JV, Barnes R, Rompalo A, Hook EW, 3rd. Sexual health training and education in the U.S. Public Health Reports 2013; 128 Suppl 1:96-101

16. Khadivzadeh T, Ghazanfarpour M, Latifnejad Roudsari R. Cultural barriers influencing midwives' sexual conversation with menopausal women. Journal of Menopausal Medicine 2018; 24:210-216

17. McPhillips H, Wood AF. Consultation and clinical assessment for advanced clinical practitioners in sexual health. British Journal of Nursing 2022; 31:478-481

18. Chokka PR, Hankey JR. Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression. Therapeutic Advances in Psychopharmacology 2018; 8:13–23

19. Gambrah HA, Hagedorn JC, Dmochowski RR, Johnsen NV. Understanding sexual health concerns in women after traumatic pelvic fracture. Neurourology and Urodynamics 2022; 41:1364-1372

20. Eissa MF, Missiry MA, Kamel KFW, Mahmoud DAM. Sexual dysfunction and quality of life in female patients with major depression disorder. Middle East Current Psychiatry 2022; 29: 43

21. Coleman E, Elders J, Satcher D, Shindel A, Parish S, Kenagy G, Bayer CR, Knudson G, Kingsberg S, Clayton A, Lunn MR, Goldsmith E, Tsai P, Light A. Summit on medical school education in sexual health: report of an expert consultation. The Journal of Sexual Medicine 2013;10:924-38

22. ICM. ICM International definition of the midwife; The Netherlands: International Confederation of Midwive; 2011. https://www.internationalmidwives.org

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]

23. Elmerstig E, Thomtén J. Vulvar pain-associations between first-time vaginal intercourse, tampon insertion, and later experiences of pain. Journal of Sex & Marital Therapy 2016; 42:707-20

24. Khadivzadeh T, Ardaghi M, Mirzaii K, Mazloum SR. The effect of interactive educational workshops with or without standardized patients on the self-efficacy of midwifery students in sexual health counseling. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2016; 4:562-70

25. Walker SH, Davis G. Knowledge and reported confidence of final year midwifery students regarding giving advice on contraception and sexual health. Midwifery 2014; 30:e169-e76

26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24:105-12

27. Guba EG. Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK and Lincoln YS. Eds. Handbook of Qualitative Research, 1st Edition, Sage Publications: USA,1994

28. Karimian z. Designing and evaluation of the community-based modules in sexual health assessment and counceling to promote midviews' professional practices.PhD thesis. Shahrud: shahrud University of Medical Sciences; 2016 [Persian]

29. Viveiros CJ, Viveiros CJ, Darling EK. Barriers and facilitators of accessing perinatal mental health services: The perspectives of women receiving continuity of care midwifery. Midwifery 2018; 65:8-15

30. Mansour SE, Mohamed HE. Handling sexuality concerns in women with gynecological cancer: Egyptian nurs's knowledge and attitudes. Gynecology & Obstetrics 2015; 6:146-59

31. Percat A, Elmerstig E. "We should be experts, but we're not": Sexual counselling at the antenatal care clinic. Sexual & Reproductive Health Care 2017; 14:85-90

32. Lamyian M, Maasoumi R. How Iranian practitioners in primary health care setting can provide client's sexual problems? A case report study. Health Education and Health Promotion 2014; 2:57-65

33. Motamedi M. Sexual health program assessment in health system. MSc. dissertation. Esfahan: Esfahan university of medical sceince; 2016 [Persian]

34. Quinn C, Happell B, Browne G. Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. International Journal of Mental Health Nursing 2011; 20:21-8

35. Zeng YC, Liu X, Loke AY. Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. Journal of Advanced Nursing 2012; 68:280-92

36. Tabatabaie A. Constructing the ideal Muslim sexual subject: problematics of school-based sex education in Iran. Sex Education 2015; 15:204-16

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.22.1.6.1]
[DOI: 10.52547/payesh.22.1.61]