الحاق برنامه آموزش بهداشت جنسی در خدمات مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر تهران

دکتر خسرو رفائی شیرپاک: * متخصص بهداشت مادر و کودک
دکتر حسن افتخار اردبیلی: استاد، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر کاظم محمد: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
مریم چینی چیان: کارشناس بهداشت و تنظیم خانواده، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علی رمضانخانی: دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر اکبر فتوحی: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر مهرزاد سراجی: استادیار، گروه بیماری‌های اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

فصلنامه پایش
سال ششم شماره سوم تابستان ۱۳۸۶ صص ۲۵۶-۲۴۳
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۵/۶/۱۱

چکیده

تعداد ۱۶۰ زن در سن باروری استفاده کننده از خدمات تنظیم خانواده از ۱۴ مرکز بهداشتی ـ درمانی شهر تهران به طور تصادفی در این مطالعه که یک مطالعه مداخله‌ای شاهد دار با هدف تدوین و ارزیابی برنامه آموزشی بهداشت جنسی است شرکت داده شدند.

نیاز سنجی اولیه از نیازهای بهداشت جنسی و همچنین تدوین متن مناسب و تهیه پرسشنامه تحقیق برای چنین آموزش‌هایی با انجام یک مطالعه کیفی به روش بحث گروهی متمرکز انجام شد. مداخله آموزشی انجام شده شامل کارگاه سه روزه برای تعلیم کارکنان مراکز یاد شده به عنوان آموزش دهندگان و ارائه کنندگان اصلی خدمت بود.

مداخله آموزشی برای گروه هدف مطالعه توسط همین کارکنان به صورت سه کلاس یک ساعته در سه هفته متوالی به انجام رسید. پرسشنامه تحقیق قبل و ۶ هفته بعد از اتمام مداخله آموزشی توسط شرکت کنندگان در مطالعه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها هیچ تفاوت معنی‌داری را بین خصوصیات جمعیت شناختی گروه هدف با جمعیت شهر تهران نشان نداد.

این برنامه توانست تغییر معنی‌داری را از نظر آماری در میزان آگاهی (میانه نمره آگاهی از ۷/۰۲ به ۱۳/۵۲ در گروه مورد مداخله و از ۶/۳۸ به ۶/۹ در گروه شاهد تغییر یافت) و نگرش (میانگین نمره نگرش از ۸۸/۳۵ در گروه مورد مداخله به ۹۸/۹۸ افزایش و در گروه شاهد از ۸۹/۸۰ به ۸۸/۷۶ کاهش یافت) به وجود آورد. همچنین در قصد برای تغییر رفتار و نیز در برخی رفتارهای مورد مطالعه نیز تغییرات معنی‌داری به وجود آمد. این مطالعه نشان داد که با در نظر گرفتن حساسیت‌های فرهنگی و دینی و نیز با شناخت نظام بهداشتی و توجه به محدودیت‌های قانونی و اجرائی می‌توان برنامه‌ای مؤثر برای ارتقاء آموزش بهداشت جنسی طراحی و به اجرا درآورد.

کلید واژه‌ها: امور جنسی، آموزش جنسی، ایران، رفتار، نگرش، آگاهی، بهداشت جنسی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ستارخان، خیابان کوثر دوم، کوچه امینی، طبقه دوم
تلفن: ۶۶۹۲۸۷۷۷
E-mail: khrefaie@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

مقدمه

بهداشت جنسی، یکی از جنبه‌های اصلی بهداشت فردی است که همه مردم را در همه سنین و همه مراحل زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به این نکته برنامه‌های آموزش بهداشت جنسی بر روی ارتقاء بهداشت جنسی و کاهش مشکلات جنسی در میان گروه‌های مختلف جامعه تأکید دارند[۱، ۲].

در سال ۱۹۹۴ کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه در قاهره [۳] تعریفی را از بهداشت باروری و جنسی ارائه کرد. در این تعریف، بهداشت باروری وضعیتی توصیف شده است که در آن رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی موجود بود و به تمام مواردی که به سیستم تولید مثل و عمل و فرایند آن ارتباط پیدا می‌کند مربوط می‌گردد و صرفاً به عدم وجود بیماری، ضعف و سستی اطلاق نمی‌شود.

در سال ۲۰۰۴ سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد نموده است که بهداشت جنسی، موضوعی مستقل از بهداشت باروری بوده و باید جداگانه مورد بررسی قرار گیرد و همچنین بیان نموده است که بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات در سطح دنیا ناشی از بی توجهی به موضوع بهداشت جنسی است[۵].

ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای شرکت کننده در کنفرانس قاهره و در راستای تحقق برنامه‌های عملی که این کنفرانس پیشنهاد نموده است اقدامات گسترده‌ای را به ثمر رسانده و بسیاری از خدمات بهداشت باروری به خصوص تنظیم خانواده را در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام کرده است، برای مثال مراقبت‌های دوران بارداری، شیردهی، کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج و یا تشکیل سازمان‌هایی که به موضوع نوجوانان و جوانان می‌پردازد مثل سازمان ملی جوانان. این اقدامات نشان از قدم‌های مثبت و مؤثری است که دولت جمهوری اسلامی در این خصوص برداشته است. علی‌رغم سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه بسیار مؤثر و کارآمد در ایران [۶] و سیستم تنظیم خانواده بسیار موفق ایران، موضوع آموزش بهداشت جنسی به طور کامل مورد عنایت قرار نگرفته است و خلأهایی در این راستا در نظام مراقبت‌های بهداشتی خانواده در سیستم بهداشت و تنظیم خانواده به چشم می‌خورد.

در سال‌های اخیر شاهد برگزاری سمینارهایی که اختصاصاً به موضوع بهداشت جنسی پرداخته‌اند بوده‌ایم و این نشان از آماده بودن نظام دانشگاهی و علمی کشور برای پرداختن به موضوع بهداشت جنسی است.

گذشته از تعهدات بین المللی در جهت ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی در نظام خدمات بهداشتی کشور، تحقیقات متعددی که در داخل کشور به انجام رسیده‌اند نیز حاکی از نیاز مبرم و روز افزون به اینگونه آموزش‌ها هستند (بختیاری [۷]، خدیور زاده [۸]، رفائی شیرپاک [۹]، شریفی اقدس [۱۰]، شکرالهی [۱۱]، قرار خسروشاهی [۱۲]، قنبرزاده [۱۳]).

آموزش‌های بهداشت جنسی علاوه بر نقش مثبتی که در پیشگیری از پیامدهای منفی مانند حاملگی‌های ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی، سوء استفاده‌های جنسی، خشونت‌های جنسی، سرخوردگی‌های جنسی و... دارد می‌تواند نتایج مثبتی را در سطح فردی و در روابط بین فردی ایجاد نماید. از این‌گونه نتایج مثبت می‌توان به ایجاد برقراری ارتباط مناسب بین زوجین (شرکای جنسی)، لذت بردن از روابط جنسی، تقویت اعتماد به نفس و عزت نفس تصمیم‌گیری‌های آگاهانه و... نام برد.

با توجه به تفاوت‌های فاحش اجتماعی و فرهنگی بین کشور ایران و کشورهای غربی به نظر می‌رسد برای تدوین برنامه آموزش بهداشت جنسی در ایران توجه به جنبه‌های خاص فرهنگی، مذهبی و نیز قوانین، هنجارها و ارزش‌های حاکم بر جامعه و خانواده‌ها ضروری است. همچنین برای موفقیت هر برنامه آموزشی، رسانه، پیام مناسب و نیز انتقال دهنده مناسب پیام از اهمیت زیادی برخوردار است.

اما بر اساس ماده ۱۹۲ از فصل ۲۵ قانون توسعه سوم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جمهوری اسلامی ایران، توسعه مراکز درمان سرپایی شهری با مشارکت بخش خصوصی و تعاونی خواهد بود و توسعه فعالیت‌های بخش دولتی منحصر به مناطقی خواهد بود که جذابیتی برای بخش خصوصی وجود ندارد[۱۴]. لذا چنانچه بتوان به نوعی آموزش‌های بهداشت جنسی را در خدمات جاری مراکز بهداشتی ـ درمانی ادغام نمود، حجم وسیعی از زوجین (زنان به طور مستقیم و شوهران آنان غیر مستقیم) از این خدمات بهره‌مند خواهند شد. با در نظر گرفتن محدودیت‌های ذکر شده در قانون سوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی این ادغام نباید به گونه‌ای صورت گیرد که نیازمند توسعه مراکز یا اضافه کردن نیروی انسانی جدید گردد. از طرف دیگر تعدادی از مراجعین نیازمند ارجاع به سطوح بالاتر برای رفع اختلالات یا پاسخگوئی به سؤالاتشان هستند. به همین دلیل ارائه این خدمات باید به گونه‌ای صورت گیرد که از نظام ارجاع تبعیت کند. به نظر می‌رسد الحاق این آموزش‌ها به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

مرتبط‌ترین خدمت بهداشتی جاری در مراکز بهداشتی یعنی خدمات تنظیم خانواده می‌تواند بخش عظیمی از گروه هدف اصلی این آموزش‌ها یعنی زوجین در سنین باروری را با در نظر گرفتن موارد ذکر شده در بالا پوشش دهد.

همانگونه که ذکر شد این آموزش‌ها علاوه بر این که می‌تواند آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد صحیح را در زوجین ارتقاء بخشد و از حجم رفتاهای نا سالم و پر خطر بکاهد، می‌تواند نیاز برآورده نشده بهداشت جنسی را پاسخ گفته و زوجین نیازمند کمک را یاری دهد. علاوه بر این با آموزش کارکنان مراکز، ظرفیت سازی مناسبی در کارکنان برای تسری این آموزش‌ها به گروه‌های هدف دیگر مراکز بهداشتی ـ درمانی از جمله زوج‌های در آستانه ازدواج انجام پذیرفته است. همچنین زنان آموزش دیده خود می‌توانند منبع بسیار خوبی برای انتقال اطلاعات به همسران، فرزندان، همکاران و همسانان خود باشند[۱۵].

در این مطالعه هدف این بود که با توجه به همه جوانب بالا برنامه آموزش بهداشت جنسی تدوین شود که قابل الحاق به خدمات بهداشت خانواده در مرکز بهداشتی دولتی بوده و متناسب برای کارکنان واحدهای بهداشت خانواده مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری، پزشکان عمومی این مراکز و زنان مراجعه کننده به این واحدها باشد.

مواد و روش کار

جمعیت مورد مطالعه: در این تحقیق جمعیت مورد مطالعه، زنان متأهل مراجعه کننده‌ای بودند که در طی هفته نمونه گیری به واحدهای تنظیم خانواده مراکز بهداشتی ـ درمانی شهری دولتی مورد مطالعه مراجعه کردند.

محیط پژوهش: محیط این پژوهش ۷ مرکز بهداشتی ـ درمانی وابسته به مرکز بهداشت شمال تهران از مراکز بهداشت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به عنوان مراکز تحت مطالعه و همچنین ۷ مرکز بهداشتی ـ درمانی وابسته به مرکز بهداشت غرب تهران از مراکز بهداشت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران به عنوان مراکز شاهد بوده‌اند.

معیارهای انتخاب مراکز مورد مطالعه و مشاهده

۱) موافقت رئیس مرکز

۲) حداقل وجود دو ارائه دهنده خدمت در واحد تنظیم خانواده. به این دلیل که در طول اجرای برنامه‌های آموزشی و شرکت در کارگاه آموزشی حداقل یک کارشناس دیگر در واحد حضور داشته باشد تا کار واحد با مشکل روبرو نشود.

۳) وجود حداقل یک پزشک عمومی در مرکز. به این دلیل که در صورت نیاز به ارجاع مراجعه کنندگان به سطح بالاتر، به هر دلیلی، پزشک در مرکز حضور داشته و در اختیار مراجعین قرار گیرد.

۴) حداقل ۱۰ مراجعه کننده در روز داشته باشند تا در نمونه گیری و انتخاب مراجعین دچار مشکل نشویم.

با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات مداخله‌ای و با احتساب توان ۸۰ درصد و ضریب اطمینان ۵ درصد و برای نشان دادن ۲۰ درصد تفاوت در متغیرهای تحت مطالعه حجم نمونه‌ای برابر ۸۰ نفر برای گروه تحت مطالعه و ۸۰ نفر برای گروه شاهد در نظر گرفته شد.

برای تعیین نمونه‌ها یکی از همکاران تحقیق در هریک از مراکز بهداشتی ـ درمانی تحت مطالعه مستقر شد و در طی یک هفته از شنبه تا پنج شنبه مبادرت به ثبت نام از زنانی کرد که مایل به شرکت در این مطالعه بودند. این فرد پس از توضیح چگونگی مطالعه، نظر زنان را در مورد علاقه‌مندی به شرکت در تحقیق جویا می‌شد. چنانچه فرد مورد نظر علاقه مند به شرکت در مطالعه بود، نام و نام خانوادگی او ثبت شده و شماره تماس تلفنی مطمئنی از او گرفته می‌شد. هنگام ثبت نام از این افراد برای آنها توضیح داده می‌شد که انتخاب نهائی افراد بر اساس انتخاب تصادفی خواهد بود و این امکان وجود دارد که این فرد خاص برای شرکت در مطالعه انتخاب نشود. با علم به این موضوع از بین ۷ مرکز انتخابی افراد مورد نظر ثبت نام شدند. افراد ثبت نام شده از بین زنانی بودند که به واحد تنظیم خانواده مراکز تحت مطالعه مراجعه کرده و دارای معیارهای انتخاب زیر بودند:

۱) از جمله زنان خدمت گیرنده واحدهای تنظیم خانواده باشند.

۲) متأهل بوده و در حال زندگی با همسرشان باشند.

۳) مایل به شرکت در مطالعه باشند.

۴) باردار نباشند و یا شرایط دیگری نداشته باشند که مانع از ارتباط جنسی معمولشان گردد.

۵) متولد ایران باشند. از آن جائی که در بسیاری از مراکز شهری مراجعه کنندگان افغانی به عنوان خدمت گیرندگان از واحدهای تنظیم خانواده دیده می‌شوند و از آن جائی که این افراد ممکن است باورها و رفتارهای متفاوتی از ایرانیان داشته باشند، متولد ایران بودن به عنوان یکی از معیارهای انتخاب در نظر گرفته شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

همانگونه که قبلاً ذکر شد از هر مرکز یک کارشناس به عنوان واسطه انتقال اطلاعات به زنان گروه هدف انتخاب شد. انتخاب این کارشناس از مراکز تحت مطالعه بر اساس معیارهای انتخاب زیر صورت گرفت:

۱) داوطلب شرکت در مطالعه باشد.

۲) دارای مدرک فوق دیپلم یا لیسانس و بالاتر در رشته مامایی یا بهداشت عمومی باشد.

۳) برنامه‌ای برای گرفتن مرخصی‌های طولانی مدت یا جابجائی و انتقال در طول مطالعه نداشته باشد.

۴) رئیس مرکز با حضور او در مطالعه موافق باشد.

۵) حداقل ۵ سال سابقه کار در واحد تنظیم خانواده را داشته باشد.

چنانچه در مرکزی بیش از یک کارشناس داوطلب واجد شرایط برای شرکت در مطالعه وجود داشت، انتخاب نهایی به عهده رئیس مرکز گذاشته شد تا تداخلی در روابط اداری یا کار مرکز به وجود نیاید.

بعد از پایان هفته ثبت نام در هفت مرکز انتخابی تحت مطالعه بسته به میزان مراجعه کننده مراکز در طی آن هفته و علاقه‌مندی مراجعین لیست های ۱۶ نفره (کمترین تعداد) تا ۵۰ نفره (بیشترین تعداد) به دست آمد. از دو لیستی که کمترین تعداد را داشتند ۱۰ نفر و از بقیه لیست‌ها ۱۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و به عنوان افراد نهایی شرکت در مطالعه انتخاب شدند. توسط شماره تلفنی که از این افراد وجود داشت با آنها تماس گرفته شد و برنامه کلاس‌ها مجدداً برایشان توضیح داده شد. با توافق نهائی آنها تاریخ اولین جلسه تشکیل کلاس به اطلاع آنها رسید. چنین پیش‌بینی شده بود که اگر فردی که انتخاب شده به هر دلیلی حاضر به شرکت در مورد مطالعه نبود، فرد دیگری از لیست جایگزین او گردد که خوشبختانه در این مطالعه چنین اتفاقی نیفتاد. بر اساس یافته‌های پژوهش کیفی انجام شده در ابتدای این تحقیق (به بخش تحقیق کیفی نگاه کنید) و متن آموزشی تهیه شده بر اساس آن، پرسشنامه‌ای شامل ۵۱ سؤال طراحی شد. این پرسشنامه از پنج بخش تشکیل شده بود:

بخش اول: مشخصات دموگرافیک شخص شامل سن، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان و نوع وسیله پیشگیری از بارداری

بخش دوم: سؤالات مربوط به آگاهی

این بخش شامل ۱۷ سؤال است که از بخش‌های زیر تشکیل شده است:

آگاهی در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی، آگاهی در مورد پاسخ جنسی در انسان، نمودار امور جنسی در مراحل مختلف زندگی. این سؤالات به صورت چند جوابی یا سؤالات صحیح / غلط طراحی شده بودند.

بخش سوم: سؤالات مربوط به نگرش: شامل ۲۵ سؤال: این سؤالات، نگرش گروه هدف را در ۶ حیطه کلی مورد پرسش قرارداد. این حیطه‌ها از قرار زیر بودند:

صحبت و بحث در مورد امور جنسی با همسر

مشترک بودن لذت حاصل از روابط جنسی بین زن و مرد

وجود راه‌های دیگر برای ابراز عشق به جز روابط جنسی

امکان پیشنهاد و روابط جنسی از طرف زن

قبول تغییرات میل جنسی و امور جنسی با افزایش سن

اثر بخشی آموزش بهداشت جنسی به زنان

بخش چهارم: دو سؤال چند جوابی با انتهای باز در جهت سنجش قصد رفتاری گروه هدف در ارتباط با صحبت با شوهر در مورد مسائل جنسی (Negotiation) و نیز در مورد فردی که از او سؤالات و مشاوره‌های خود را خواهند گرفت.

بخش پنجم: یک سؤال چند جوابی با انتهای باز برای سنجش تغییر رفتار زنان در مراجعه به مراکز بهداشتی ـ درمانی برای گرفتن پاسخ سؤالات و مشاوره‌های مربوط به امور جنسی.

در ابتدای جلسه آموزشی اول، پرسشنامه بین همه زنان شرکت کننده در هر ۷ مرکز مورد مطالعه توزیع شد و از آنها خواسته شد که به سؤالات آن پاسخ گویند. پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شده بود که نیازی به توضیح یا مصاحبه فردی نداشته باشد و توسط فرد پرسش شونده تکمیل گردد. همزمان در مراکز بهداشتی ـ درمانی شاهد، همکاران پژوهش پرسشنامه‌ها را به زنان واجد شرایط مراجعه کننده به واحدهای تنظیم خانواده ارائه داده و از آنها خواستند تا آن را تکمیل کنند. قبل از ارائه پرسشنامه به زنان در مراکز شاهد از آنها سؤال شد که آیا ۸ هفته بعد در دسترس همکار پژوهش خواهند بود تا پرسشنامه دیگری را نیز پر کنند. در صورت مثبت بودن پاسخ آنها به این سؤال پرسشنامه به آنها تحویل می‌شد و در غیر این صورت فرد دیگری جایگزین می‌گشت.

قبل از تکمیل پرسشنامه از زنان خواسته شد شماره تلفن مطمئنی که بتوان از طریق آن با آنها تماس گرفته و به آنها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

یادآوری نمود که برای تکمیل پرسشنامه بعدی به مرکز بیایند از آنها گرفته شد. به این ترتیب تعداد ۸۰ پرسشنامه در مراکز تحت مطالعه و ۸۰ پرسشنامه در مراکز شاهد تکمیل گردید.

بعد از تکمیل پرسش‌نامه در مراکز مورد مطالعه اولین جلسه آموزشی برگزار شد و به ترتیب دو جلسه دیگر در دو هفته متوالی برپا شد. شش هفته بعد از آخرین جلسه یعنی ۸ هفته بعد از نوبت اول پرسشگری از طریق تلفن از زنان شرکت کننده در مطالعه خواسته شد تا به مراکز بهداشتی ـ درمانی آمده و پرسشنامه دیگری را تکمیل کنند. همزمان با آنها نیز در مراکز شاهد همکاران پژوهش مبادرت به همین کار کردند. یعنی از طریق تلفن از زنانی که اولین پرسشنامه را تکمیل کرده بودند خواستند تا به مراکز (شاهد) آمده و پرسشنامه دومی را نیز پر نمایند.

برای تکمیل نوبت دوم پرسشنامه از پرسشگرانی استفاده شد که از موضوع تحقیق مطلع نبوده و نیز نمی‌دانستند که آیا به مراکز شاهد رفته‌اند یا به مراکز تحت مطالعه. به عبارتی دیگر نمی‌دانستند که فرد پرکننده پرسشنامه آیا آموزش دیده است یا خیر؟

همه پرسشگران در جلسه آموزشی نیم روزه شرکت کرده و در مورد نحوه انجام کار آموزش دیدند.

در مرحله بعدی، رضایت شفاهی از همه مصاحبه شونده‌ها گرفته شد و شرکت در تحقیق کاملاً داوطلبانه بود. به همه شرکت کننده‌ها نیز اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از تحقیق محققین باقیمانده و راز داری به نحو احسن انجام خواهد شد. تمام مراحل اجرائی این تحقیق توسط کمیته پژوهش دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی بررسی شده است. از طرفی استمرار شرکت در کلاس‌ها به طور داوطلبانه نشان از رضایت زنان مورد مطالعه از شرکت درمطالعه داشت.

مداخله و ارزیابی مداخله آموزشی

محتوای آموزشی:

تحقیق کیفی انجام شده در این مطالعه نشان داد که چه مطالبی می‌بایست در محتوای آموزش گنجانده شده و برنامه آموزشی مناسب از نظر گروه هدف چگونه برنامه‌ای می‌تواند باشد.

بر اساس یافته‌های تحقیق کیفی محتوای آموزشی شامل موارد زیر بود:

- تعریف امور جنسی در انسان و بیان ابعاد مختلف آن
- آناتومی اعضاء تناسلی و غیر تناسلی جنسی
- تصویر از بدن
- فیزیولوژی پاسخ جنسی در انسان به تفکیک زن و مرد
- تغییرات آناتومیکال و فیزیولوژیکال جنسی در شرایط و سنین مختلف
- عشق در مقابل سکس و روابط بین زوجین
- رفتارهای جنسی
- عزت نفس (Self-esteem)، ارزش‌ها و هنجارها
- تعریف رفتارهای جنسی سالم و غیر سالم و نحوه تصمیم‌گیری برای انجام یک رفتار خاص

با توجه به صحبت کارشناسان در بحث‌های گروهی، در تحقیق کیفی، مبنی بر ضعف اطلاعات و آمادگی برای ارائه چنین آموزش‌هائی به مردم، در کارگاه آموزشی کارکنان که شرح آن در ادامه آمده است، مباحثی مبنی بر نحوه ارائه آموزش‌های مطالب حساس و همچنین روش تدریس گنجانده شد.

آموزش کارشناسان

بر اساس محتوای آماده شده، طرح درسی برای کارگاهی سه روزه (مجموعاً ۲۴ ساعت با احتساب وقت ناهار و استراحت) برای کارشناسانی که داوطلب شرکت در مطالعه بودند طراحی شد. از آن جائی که پزشک عمومی مراکز مورد مطالعه قرار بود در قالب تیم و به عنوان سطح ارجاع بالاتر به کارشناسان کمک کنند پزشکان مراکز مورد مطالعه نیز در کارگاه شرکت داده شدند. بنابراین کارگاه مجموعاً با ۱۴ نفر شرکت کننده برگزارگردید.

مدرسین این کارگاه دو تن از نویسندگان این مقاله (مدرس مرد، متخصص بهداشت مادر و کودک و مدرس زن، ماما و فوق لیسانس مردم شناسی) بودند. هر دوی این مدرسین به سبب دیدن آموزش‌های زیادی در کارگاه‌های مختلف بهداشت باروری/جنسی و همچنین انجام پژوهش در این زمینه و سال‌ها تدریس در کلاس‌ها و کارگاه‌های تخصصی و عمومی از تجربه و معلومات کافی برای اجرای این برنامه برخوردار بودند.

آموزش زنان مراجعه کننده

سه کلاس یک ساعته جداگانه، هر هفته یک کلاس توسط کارشناسان تعلیم دیده در کارگاه، در هر مرکز برگزار شد. محتوای درس این کلاس‌ها خلاصه شده محتوای تدریس شده در کارگاه سه روزه بود. اهداف آموزشی این کلاس‌ها به قرار زیر بودند:

ـ بالا بردن آگاهی زنان شرکت کننده در کلاس در مورد بدن خود، امور جنسی، عملکرد جنسی، ارتباط بین رابطه جنسی و عشق، تغییرات میل جنسی و روابط جنسی با افزایش سن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

تغییر نگرش آنها در حیطه‌های زیر:

ـ عملی و مفید بودن صحبت و بحث در مورد امور جنسی با همسر

ـ مشترک بودن لذت حاصل از روابط جنسی بین زن ومرد

ـ وجود راه‌های دیگر برای ابراز عشق به جز رابطه جنسی

ـ امکان و لزوم پیشنهاد روابط جنسی از طرف زن

ـ قبول تغییرات میل روابط جنسی با افزایش سن

ـ اثر بخشی آموزش بهداشت جنسی به زنان

و ایجاد قصد رفتاری و تغییر رفتار آنها در جهت:

ـ صحبت کردن با شوهر در مورد نیازها، علائق و آنچه در مورد روابط جنسی خود دوست ندارند.

ـ انتخاب کارشناسان و پزشکان مراکز به عنوان فرد مطلع برای پاسخدهی به سؤالات مرتبط با بهداشت جنسی

ـ انتقال اطلاعات به شوهر

آموزش‌ها عمدتاً سخنرانی بود. در جریان سخنرانی‌ها از پوسترهای سیاه و سفید ساده‌ای که روی برگه‌های A3 کپی شده بود به عنوان وسایل کمک آموزشی استفاده می‌شد. در مجموع ۵ پوستر آموزشی برای این کلاس‌ها طراحی شده بود. در جریان کلاس، شرکت کنندگان به پرسیدن سؤال تشویق می‌شدند و بحث‌های درگرفته در کلاس به تبادل اطلاعات و فهم بیشتر و مشارکت فعال‌تر شرکت کنندگان کمک می‌کرد.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها به ترتیب ۷۳ و ۷۱ پرسشنامه از گروه مورد مداخله و گروه شاهد مورد استفاده قرار گرفت. ۱۶ نفر از زنان مورد مطالعه در روز پرسشگری بعد از مداخله موفق به پر کردن پرسشنامه نشدند. در گروه مورد مداخله: بیمار بودن فرزند (۲ نفر)، مهمان داشتن (یک نفر)، بیمار بودن خود فرد (یک نفر)، مسافرت بودن (۳ نفر) و در گروه شاهد: مسافرت بودن (۵ نفر)، مایل نبودن به ادامه کار (۲ نفر)، نقل مکان کردن از محل قبلی (۲ نفر).

خصوصیات جمعیت شناختی

اختلاف معنی‌داری در خصوصیات جمعیت شناختی دو گروه دیده نشد (جدول شماره ۱). همانطور که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود زنان مورد مطالعه به طور متوسط در ابتدای دهه چهارم زندگی خود بوده و شوهران آنها به طور متوسط ۶ سال از آنها بزرگتر هستند. مانند جمعیت عمومی تهران بیشتر زنان شرکت کننده در مطالعه شغل درآمد زائی نداشتند (وزارت بهداشت در سال ۷۹ گزارش کرده است که فقط ۱۰/۱ درصد از زنان ۱۰ سال به بالا شاغل هستند) [۷، ۸]. به جز دو نفر بی سواد در گروه شاهد بقیه افراد شرکت کننده در مطالعه با سواد بودند. این موضوع کاملاً با وضعیت سواد در تهران همخوانی دارد. در تهران ۹۴/۲ درصد از مردان و ۸۷/۴ درصد از زنان با سواد هستند [۷، ۸].

تغییرات آگاهی و نگرش در گروه‌ها

جدول شماره ۲ تغییرات میزان آگاهی و نگرش را در هر دو گروه مورد مداخله و شاهد نشان می‌دهد. با استفاده از آزمون t نشان داده شد که افزایش آگاهی در گروه مورد مداخله تفاوت معنی‌داری با این تغییر در گروه شاهد دارد (تفاوت میانگین نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله در گروه مورد مداخله برابر با ۶/۵۰ و در گروه شاهد برابر ۰/۵۲ بود. مقدار t برابر ۱۷/۳۱، درجه آزادی برابر ۱۴۲ و Pvalue=۰/۰۰۱). در مورد نمره نگرش نیز تغییر معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد (تفاوت میانگین نمره نگرش قبل و بعد از مداخله در گروه مورد مداخله برابر با ۱۰/۶۳ و در گروه شاهد برابر ۰/۳۲- بود. مقدار t برابر ۵/۵۴، درجه آزادی برابر ۱۴۲ و Pvalue=۰/۰۰۱). جدول شماره ۳ تغییرات حیطه‌های مختلف نگرشی را در هر دو گروه مورد مداخله و شاهد نشان می‌دهد. در هر حیطه تفاوت معنی‌داری در گروه مورد مداخله نسبت به گروه شاهد دیده شد. جدول شماره ۴ تغییرات رخ داده در مقاصد رفتاری و رفتارها را نشان می‌دهد. در حالی که در گروه شاهد هیچ تغییری اتفاق نیفتاد، تفاوت معنی‌داری (۲۸/۷ درصد افزایش) در گروه مورد مداخله رخ داد. به این صورت که بعد از مداخله افزایش ۲۸/۷ درصدی در تعداد زنانی به وجود آمد که می‌گفتند اگر درخواستی از آنان بشود که مایل به انجام آن نباشند، به جای به اجبار قبول کردن آن و یا رد کردن آن به طور غیر مستقیم و با آوردن بهانه‌های مختلف، با شوهر خود صحبت کرده و سعی می‌کنند او را متقاعد کنند که از درخواست خود چشم پوشی کند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت شاختی گروه مورد مداخله و شاهد

خصوصیات جمعیتی		گروه	
		مداخله	شاهد
سن	میانگین	۳۰/۷۸	۳۲/۹۴
	انحراف معیار	۶/۷۹	۷/۹۱
	بیشترین	۴۹	۴۸
	کمترین	۱۹	۱۹
سن شوهر	میانگین	۳۶/۲۹	۳۸/۷۳
	انحراف معیار	۶/۹۷	۹/۳۶
	بیشترین	۵۳	۶۲
	کمترین	۲۳	۲۳
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۷/۸ درصد	۲۲/۵ درصد
	بدون شغل درآمدزا	۸۲/۲ درصد	۷۷/۵ درصد
وضعیت اشتغال شوهر	کارمند دولت	۷۱/۲ درصد	۵۴/۹ درصد
	کارمند بخش خصوصی	۱۹/۲ درصد	۳۲/۴ درصد
	آزاد	۹/۶ درصد	۱۲/۷ درصد
وضعیت سواد	بی سواد و ابتدائی	۸/۲ درصد	۱۶/۹ درصد
	راهنمائی	۱۲/۳ درصد	۸/۵ درصد
	دبیرستان	۶۳ درصد	۴۵/۱ درصد
	دانشکاهی	۱۶/۴ درصد	۲۹/۶ درصد
وضعیت سواد شوهر	بی سواد و ابتدائی	۸/۲ درصد	۵/۶ درصد
	راهنمائی	۲۱/۹ درصد	۱۸/۳ درصد
	دبیرستان	۴۵/۲ درصد	۳۲/۴ درصد
	دانشکاهی	۲۴/۷ درصد	۴۳/۷ درصد
تعداد فرزندان	میانگین	۱/۶۴	۱/۷۲
	انحراف معیار	۰/۹۹	۰/۹۷
	بیشترین	۶	۴
	کمترین	۰	۰
تعداد سال‌های ازدواج	میانگین	۱۰/۷۰	۱۱/۲
	انحراف معیار	۷/۱۹	۸/۲۰
	بیشترین	۳۶	۳۲
	کمترین	۱	۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

جدول شماره ۲- وضعیت آگاهی و نگرش گروه‌های مورد مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

وضعیت آگاهی و نگرش	دامنه نمرات	گروه مداخله		گروه شاهد	
		میانگین	انحراف معیار		
آگاهی	۰-۱۷				
قبل		۷/۰۲	۳/۰۹	۶/۳۸	۲/۵۸
بعد		۱۳/۵۲	۲/۰۸	۶/۹۰	۲/۴۸
تفاوت قبل و بعد		۶/۵۰	۱/۰۱	۰/۵۲	۰/۱۰
t-test=۱۷/۳۱؛ df=۱۴۲؛ P≤۰/۰۰۱					
نگرش	۲۵-۱۲۵				
قبل		۸۸/۳۵	۱۱/۲۳	۸۹/۰۸	۱۰/۳۵
بعد		۹/۹	۱۰/۱۴	۱۱/۹۲	۸۸/۷۶
تفاوت قبل و بعد		۱۰/۶۳	۱/۰۹	۱/۵۷	-۰/۳۲
t-test=۵/۵۴؛ df=۱۴۲؛ P≤۰/۰۰۱					

جدول شماره ۳- وضعیت حیطه‌های مختلف نگرشی

حیطه‌های نگرش	دامنه نمرات	گروه مداخله		گروه شاهد	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
قبول چانه زنی در روابط جنسی	۶-۳۰				
قبل		۲۰/۴۵	۳/۶۶	۲۰/۱۹	۳/۱۲
بعد		۲۳/۴۵	۳/۲۳	۲۰/۴۷	۳/۷۴
قبل و بعد		۲/۰۰	۰/۴۳	۰/۲۸	۰/۶۲
t-test=۵/۱۰؛ df=۱۴۲؛ P≤۰/۰۰۱					
باور بر مشترک بودن لذت جنسی	۶-۳۰				
قبل		۲۱/۹۴	۳/۹۹	۲۲/۸۵	۴/۰۷
بعد		۲۴/۴۲	۳/۴۳	۲۲/۲۳	۴/۴۰
قبل و بعد		۲/۴۷	۰/۵۶	-۰/۶۲	۰/۳۳
t-test=۳/۳۰؛ df=۱۴۲؛ P≤۰/۰۰۱					
باور بر وجود راه‌های مختلف برای ابراز عشق	۳-۱۵				
قبل		۱۰/۹۶	۱/۶۳	۱۰/۹۰	۱/۸۴
بعد		۱۲/۰۱	۱/۵۹	۱۰/۸۱	۱/۷۹
قبل و بعد		۱/۰۵	۰/۰۴	-۰/۰۹	۰/۰۵
t-test=۴/۲۲؛ df=۱۴۲؛ P≤۰/۰۰۱					
پذیرفته بودن شروع روابط جنسی توسط زن	۲-۱۰				
قبل		۶/۹۵	۱/۷۱	۷/۲۱	۱/۴۵
بعد		۸/۳۴	۱/۴۷	۷/۴۰	۱/۵۵
تفاوت قبل و بعد		۱/۳۹	۰/۲۴	۰/۱۹	۰/۱۰
t-test=۳/۷۰؛ df=۱۴۲؛ P≤۰/۰۰۱					
قبول تغییرات جنسی به عنوان روند طبیعی رشد	۳-۱۵				
قبل		۱۰/۵۲	۱/۹۳	۱۰/۶۳	۱/۸۳
بعد		۱۱/۷۶	۱/۶۵	۱۰/۵۰	۱/۶۷
قبل و بعد		۱/۲۴	۰/۲۸	-۰/۱۳	۰/۱۶
t-test=۴/۵۴؛ df=۱۴۲؛ P≤۰/۰۰۱					
ضرورت آموزش بهداشت جنسی	۵-۲۵				
قبل		۱۷/۷۸	۳/۱۸	۱۷/۲۸	۲/۹۵
بعد		۱۹/۰۰	۲/۷۱	۱۷/۳۰	۲/۵۶
قبل و بعد		۱/۲۲	۰/۴۷	۰/۰۲	۰/۳۹
t-test=۳/۸۳؛ df=۱۴۲؛ P≤۰/۰۰۱					

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

جدول شماره ۴- وضعیت مقاصد رفتاری و رفتار مورد مطالعه در گروه‌های مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

	گروه مداخله (درصد پاسخ مثبت)	گروه شاهد (درصد پاسخ مثبت)
آیا بر سر مسائل جنسی با شوهر خود چانه زنی خواهد کرد؟		
قبل	۳۸/۴	۳۳/۸
بعد	۶۷/۱	۳۳/۶
افزایش پاسخ مثبت قبل و بعد از مداخله	۲۸/۷	-۰/۰۲
χ^2=۱۳/۴۱؛ df=۱؛ P<۰/۰۰۱		
آیا برای گرفتن راهنمائی و حل مشکل در مورد مسائل جنسی به مراکز بهداشتی ـ درمانی مراجعه می‌کند؟		
قبل	۲۱/۹	۱۲/۷
بعد	۳۵/۶	۵/۶
قبل و بعد	۱۳/۷	-۷/۱
χ^2=۱۹/۶۱؛ df=۱؛ P<۰/۰۰۱		
آیا اطلاعات کسب شده را با شوهر خود در میان گذاشته‌اند؟		
قبل	۲۱/۹	۲۳/۹
بعد	۷۶/۷	۴۲/۳
قبل و بعد	۵۴/۸	۱۸/۴
χ^2=۱۷/۷۶؛ df=۱؛ P<۰/۰۰۱		

بحث و نتیجه گیري

همانگونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود اختلاف معنی‌داری بین خصوصیات جمعیتی افراد شرکت کننده در گروه مداخله و شاهد وجود ندارد. بر اساس آخرین اطلاعات موجود در حال حاضر سطح سواد در تهران برای مردان ۹۴/۲ درصد و برای زنان ۸۷/۴ درصد گزارش شده است[۱۶]. در گروه مداخله و شاهد نیز ملاحظه می‌شود که تعداد افراد بی سواد بسیار پائین است.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش با جمعیت شهر تهران که تحقیق در آن انجام شده است شبیه بوده و می‌توان این جمعیت را نمونه‌ای از آن محسوب کرد.

همانطور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است میزان آگاهی در گروه‌های مورد مداخله و شاهد قبل از مداخله بسیار پائین بوده و با هم اختلاف معنی‌داری نداشتند. در مواردی که آگاهی گروه هدف نسبت به موضوع مورد مطالعه پائین است، هر مداخله آموزشی می‌تواند به افزایش قابل توجهی در میزان آگاهی منجر شود. در این مطالعه نیز همین اتفاق حاصل شد و همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌گردد بعد از مداخله آموزشی میزان آگاهی در گروه هدف به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت.

با این که وضعیت نگرش به امور جنسی و حیطه‌های اندازه گیری شده در این مطالعه چندان هم بد نبوده است، اما بعد از مداخله میزان تغییر نگرش با وضعیت آن قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری را نشان می‌داد. موضوعی که در اینجا باید به آن اشاره کرد این است که با توجه به نگرش نسبتاً مثبت گروه مورد مداخله به امور و بهداشت جنسی عملکرد آنها در حیطه‌هائی که این مطالعه به آن پرداخته است چندان رضایت بخش نبوده است. به نظر می‌رسد تنها نگرش مثبت برای داشتن عملکرد درست کافی نبوده و باید اطلاعات مناسب نیز در اختیار باشد. مثلاً این که گروه مورد مداخله نسبت به بهره‌مندی از لذت جنسی نگرش مثبتی داشتند، ولی از طرفی از چگونگی و کیفیت آن بی اطلاع بودند. نشان می‌دهد که عملکرد نادرست آنها برای کسب این لذت به خاطر بی اطلاعی از چگونگی انجام آن بوده است.

نکته دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که وقتی نگرش گروه هدف نسبت به امور جنسی مثبت است و آنها این موضوع را موضوعی لازم برای زندگی مشترک خود می‌دانند، ولی منبع آموزشی مناسبی برای کسب این اطلاعات در دسترس آنها قرار ندارد، ممکن است به منابع غیر موثق و گاه مخرب موجود از جمله محصولات مستهجن و تلویزیون‌های ماهواره‌ای و یا سایت‌های پورنوگرافیک اینترنتی روی آورند. این موضوع را به خوبی می‌توان از نتایج مطالعه کیفی که در این پژوهش به انجام رسیده است استنباط کرد. در مطالعه کیفی انجام شده نتیجه شد که استفاده از فیلم‌ها و برنامه‌های مستهجن در بعضی خانواده‌ها صورت می‌گیرد و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

این نشان می‌دهد که احتمالاً این زوجین به دنبال گرفتن اطلاعات در مورد امور جنسی به منابع غیر موثق روی می‌آورند.

به هر حال نگرش افراد تحت مطالعه قبل و بعد از مطالعه اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد، در حالی که این اختلاف در گروه شاهد معنی‌دار نبوده است. به عبارت دیگر مداخله آموزشی باعث به وجود آمدن این اختلاف در گروه مورد مداخله شده است.

در این مطالعه نگرش در ۶ حیطه مختلف نگرشی بررسی شده و در هر حیطه اختلاف میزان نگرش را قبل و بعد از مداخله به دست آوردیم. جدول شماره ۳ نیز مقایسه میزان نگرش گروه مورد مداخله را با شاهد در حیطه‌های نگرشی اندازه گیری شده در این مطالعه نشان می‌دهد. همانگونه که در این جدول دیده می‌شود نگرش گروه مورد مداخله بعد از آموزش به طور معنی‌داری افزایش یافته است، در صورتی که در گروه شاهد چنین تفاوتی دیده نشد. این که چرا زنان تحت مطالعه در مورد آمورزش بهداشت جنسی قبل از مطالعه نگرش چندان خوبی نداشتند را می‌توان به این واقعیت نسبت داد که زنان فکر می‌کردند که آموزش بهداشت جنسی خصوصاً وقتی فقط به زنان آموزش داده شود، نمی‌تواند کارآئی لازم را داشته باشد. آنها معتقد بودند که تا وقتی مردان آموزش نبینند رفتارشان تغییر نخواهد کرد و آموزش به زنان نمی‌تواند مردان را تحت تأثیر قرار دهد. در تحقیق کیفی انجام شده در این پژوهش برخی از پاسخ دهندگان بر این موضوع تکیه داشتند که عوامل اجتماعی و فرهنگی مانع از این خواهد شد که بتوان آنچه را که آموزش داده می‌شود پیاده کرد. مثلاً برخی از آنها به این موضوع اشاره داشتند که زندگی در خانه‌های کوچک و یا زندگی در یک خانه با خانواده شوهر و یا خانواده زن باعث می‌شود که فضای خصوصی کافی برای زوج باقی نماند تا بتوانند آنچنان که می‌خواهند عمل کنند. به هر حال بعد از آموزش همانگونه که از جدول شماره ۳ مشهود است، این نگرش بعد از آموزش تغییر کرده و زنانی که مورد آموزش قرار گرفته بودند بر اهمیت آموزش بهداشت جنسی برای داشتن یک زندگی شادتر تأکید داشته و نگرش آنها نسبت به موضوع تغییر کرده بود. در حالی که در گروه شاهد این تغییر نگرش مشاهده نشد.

در جدول شماره ۳ همچنین وضعیت نگرش زنان تحت مطالعه در مورد چانه زنی در مورد مسائل جنسی با شوهر نشان داده شده است. در این مطالعه منظور از چانه زنی، توان و شجاعت صحبت کردن و سعی در توجیه شوهر برای انجام ندادن رفتارهائی است که زنان نمی‌پسندند و یا به هر دلیلی مایل به انجام دادن آن نیستند.

این موضوع از این جهت قابل اهمیت است که یکی از خصوصیات رفتار سالم از نظر جنسی فراهم بودن رضایت دو طرفه در انجام آن رفتار است. به همین دلیل برای ارزیابی سلامت ارتباط جنسی بین زوجین یکی از عواملی که باید مورد بررسی قرار گیرد همین رضایت و قدرت چانه زنی است. از طرف دیگر قدرت چانه زنی به زنان کمک می‌کند تا برای استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری بتوانند با شوهر خود صحبت کرده و روشی را انتخاب کنند که با خصوصیات هر دو زوج منطبق باشد. مثلاً اگر کاندوم وسیله مناسب‌تری برای زوجی تلقی می‌شود زن بتواند و این قدرت را داشته باشد که شوهر خود را برای استفاده از کاندوم توجیه کند. در تحقیق کیفی انجام شده در این پژوهش زنان از اینکه مجبورند رفتارهائی را انجام دهند که شوهرانشان از آنها می‌خواهند و آنها مایل به انجام آن نیستند شاکی بوده و می‌گفتند آنها چاره‌ای جز اطاعت از شوهران خود ندارند. بعضی‌ها علت این اجبار را باورهای مذهبی و برخی دیگر مسائل قانونی می‌دانستند. بعضی هم می‌ترسیدند که اگر آنچه شوهرانشان می‌گویند انجام ندهند ممکن است شوهران به ازدواج مجدد (دائم یا موقت) روی آورند و یا به زنان دیگر تمایل پیدا کنند. در برنامه آموزشی که در این پژوهش برگزار گردید به زنان آموخته شد که چگونه می‌توانند با استفاده از اطلاعات به دست آورده خود در این کلاس‌ها در مورد رفتارهائی که نمی‌پسندند، با شوهران خود چانه زنی کنند و ملاحظه شد که نگرش گروه مداخله به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد افزایش یافت.

نگرش گروه مورد مداخله در مورد حق لذت بردن از امور جنسی برای هر دو نفر در هر دو گروه شاهد و مورد مداخله نسبتاً رضایت بخش بوده است. هر چند که در گروه مورد مداخله میانگین نمره نگرش بعد از مداخله به طور معنی داری نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود. نگرش نسبتاً مثبت به این موضوع که لذت بردن از امور جنسی حق هر دو زوج یعنی هم مرد و هم زن است نشان‌دهنده این واقعیت است که زنان به این امر باور دارند که فقط به عنوان وسیله‌ای برای ارضاء جنسی شوهران خود نیستند، اما از طرف دیگر در مصاحبه هائی که با زنان شرکت کننده در تحقیق کیفی به عمل آمده بود ایشان اظهار داشتند که یکی از مسائلی که آنان با آن دست و پنجه نرم می‌کنند این است که شوهران آنان چندان توجهی به نیازهای جنسی همسران خود نداشته و بیشتر به نیازهای خود توجه می‌کنند. زنان مصاحبه شونده یکی از دلایل این

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

امـر را نـا آشـنائی مـردان بـا آنـاتومی و فیزیولـوژی جنسـی زنـان می‌دانستند و می‌گفتند که مردان با نیازهـای روحـی زنـان در امـور جنسی آشنا نیستند. بنابراین به نظر می‌رسد آموزش همزمان مردان امری ضروری بوده و باید به آن توجه ویژه‌ای داشت.

در مورد ارتباط عشق و روابـط جنسـی، زنـان شـرکت کننـده در مطالعه نگرش نسبتاً مثبتی داشتند. اما به نظر می‌رسید که ارتبـاط مستقیمی بین عشق و ارتباط جنسی قائل بودند. به این معنـی کـه فکر می‌کردند کم شدن دفعات یا تغییر در روابط جنسی بـه معنـی کمرنگ شدن روابط عاطفی و عشق بین زوجین است، بدون در نظر گرفتن این که آنها چگونه ارتباطی را بین عشق و روابط جنسی قائل بودند. این نکته قابل تأمل است که آنها وجود عشق و روابط عاطفی را بخش مهمی از زندگی زناشوئی تلقی کرده و بر اهمیت آن تأکیـد داشتند. در طی کلاس‌های آموزشی با توضیح تئوری مثلثـی عشـق [۱۷] برای زنان شرکت کننده توضیح داده شد کـه روابـط جنسـی فقط یک ضلع از مثلث عشق است و ایـن مثلـث اضـلاع دیگـری از جمله تعهد و صمیمیت دارد و هر یـک از ایـن اضـلاع مـی‌توانـد در مرحله‌ای از زندگی کمرنـگ‌تـر و در مرحلـه‌ای دیگـر از زنـدگی پـر رنگ‌تر گردد. بنابراین با کم شدن یک ضلع (روابط جنسی) نمی‌توان این نتیجه را گرفت که عشق میان دو نفر رو به انتهـا اسـت و یـا بـا خطر روبرو است.

زنان نسبت به این که امور جنسی امری دو طرفه است و زنان نیز مـی‌تواننـد بـرای ارضـاء نیازهـای جنسـی خـود از شـوهران خـود درخواست کرده و پیشنهاد دهنده شروع روابط جنسی باشند نگرش خوبی داشتند اما در عمل آنچنان که از تحقیق کیفی نتیجه شد این کار را عملی نمـی‌دانسـته و مـی‌گفتنـد ممکـن اسـت شوهرانشـان واکنش‌های غیر قابل پیش بینی نسبت به این امر داشته باشند. این موضوع بار دیگر آموزش آقایان را مورد تأکید قرار می‌دهد.

در مطالعه کیفی انجام شده در این پژوهش زنان شـرکت کننـده معتقد بودند که با افزایش سن، میل جنسی کم شده و کم کم امـور جنسی به امری خسته کننده و عادی بدل می‌شود و شاید به همین دلیل بود که نگرش آنها نسـبت بـه اهمیـت امـور جنسـی در همـه مراحل مختلف زندگی قبل از مداخله با نگرش آنهـا بعـد از مداخلـه اختلاف معنی‌داری پیدا کرده است. امور جنسی اگر چـه در مراحـل مختلف زندگی از شکلی به شـکل دیگـر تظـاهر پیـدا مـی‌کنـد امـا همیشه نشانه‌های آن را مـی‌تـوان در همـه جسـتجو کـرد. در ایـن مطالعه چند تغییر در رفتار و قصد برای تغییر رفتار در گـروه تحـت مداخله مورد هدف بود. یکی از سؤالات مطرح در ایـن مطالعـه ایـن بود که آیا می‌توان زنان را به عنوان رسانه‌ای برای انتقال اطلاعات به شوهران شناخته و از آنان به عنوان انتقال دهنـده ایـن آمـوزش‌هـا استفاده کرد. این موضوع از آن جهت اهمیت داشت که دسترسی به مردان برای اجرای چنین آموزش‌هائی خصوصاً در نظـام بهداشـتی کنونی کشور امری سخت و در بعضی موارد غیـر ممکـن مـی‌باشـد. نظام کنونی بهداشتی کشـور بـه گونـه‌ای طراحـی شـده اسـت کـه دسترسی مردان به خدمات بهداشت خانواده اگر نگوئیم غیر ممکن، به سختی امکان پذیر است. بـرای مثـال تقریبـاً تمـامی واحـدهـای بهداشت و تنظیم خانواده توسط کارکنان زن اداره مـی‌شـود و ورود آقایان به اغلب این واحدها ممنوع است. مراکز بهداشـتی ـ درمـانی در ساعاتی فعال هستند که اغلب مردان نیز به حِرف خود مشـغولند و امکان استفاده از خدمات ایـن مراکـز بـرای آنهـا در ایـن سـاعات مقدور نیست و یا با سختی همراه است. تجربه شخصی نگارنده ایـن مقاله نیز نشان می‌دهد که زنان بسـیار راحـت از مـردان حاضـر بـه شرکت در کلاس‌هـای آموزشـی بـوده و بـرای دریافـت آمـوزش‌هـا آماده‌تر هستند. به همین دلایل به نظر می‌رسید اگر میـزان انتقـال اطلاعـات از طـرف زنـان بـه شوهرانشـان بعـد از مداخلـه افـزایش معنی‌داری پیدا کند می‌توان از زنان به عنوان انتقال دهنده خوبی به شوهرانشان بهره برده و به این ترتیب آموزش‌های بهداشـت جنسـی را به مردان منتقل کنیم تا وقتی که راه مناسبی نیـز بـرای آمـوزش مردان طراحـی گـردد. ایـن تجربـه قـبلاً نیـز در مـورد اسـتفاده از روش‌های تنظیم خانواده مردانه مثل وازکتومی و کاندوم تجربه شده بود. استفاده مردان از کاندوم‌هائی که در مراکز بهداشـتی ـ درمـانی دولتی به زنان آنها داده شده بود، نشان از انتقال اطلاعـات از طـرف زنان به مردان بوده اسـت. چـرا کـه در مـورد کانـدوم نیـز آمـوزش چگونگی استفاده از کاندوم به زنان داده می‌شـد ولـی در واقـع ایـن مردان بودند که باید از کاندوم استفاده می‌کردند. در مطالعه حاضـر نیز انتقال اطلاعات از طرف زنان به مردان انجام شد و تفاوت کسانی که قبل از مطالعه اطلاعات آموخته شده خـود را (اگـر اصـلاً چنـین اطلاعاتی وجود می داشت) به شوهرانشان منتقل می‌کردنـد نسـبت به بعد از مطالعه تفاوت معنی‌داری نشان می‌داد (جدول شماره ۴).

همانگونه که قبلاً گفته شد یکی از اهداف اصـلی ایـن پایـان‌نامـه توانمند سازی زنان برای چانه زنی با شوهرانشان بر سر انجام نـدادن رفتارهائی بود که آنهـا نمـی‌پسـندیدند یـا درخواسـت بـرای انجـام رفتارهائی که می‌خواستند برایشان انجام شود. در این مطالعه منظور

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

از چانه زنی توان و شجاعت صحبت کردن و سعی در توجیه شوهر برای انجام ندادن رفتارهائی است که است که زنان نمی پسندند و یا به هر دلیلی مایل به انجام دادن آن نیستند. موضوع پیروی محض از شوهر برای انجام دادن یا انجام ندادن بعضی رفتارهای جنسی را می‌توان از جنبه‌های مختلفی مورد بررسی قرار داد. بر اساس قوانین دینی و نیز قوانین مدنی زنان باید از شوهران خود تمکین داشته باشند. تمکین در معنای خاص آن است که زن نزدیکی جنسی با شوهر را به طور متعارف بپذیرد و جز در مواردی که مانع موجهی داشته باشد از برقراری رابطه جنسی با او سر باز نزند. هر گاه زنی تمکین نکند شوهر می‌تواند به دادگاه مراجعه کرده الزام زن را به تمکین بخواهد. به علاوه زن نمی‌تواند از شوهر مطالبه نفقه کند. ماده ۱۱۰۸ قانون مدنی در این زمینه مقرر می‌دارد: «هر گاه زن بدون مانع مشروع از ادای وظایف زوجیت امتناع کند مستحق نفقه نخواهد بود»[۱۸]. این موضوع سبب می‌شود که زنان گاهی مجبور باشند آنچه را که شوهرانشان می‌خواهند حتی اگر مایل به انجام آن نباشند بپذیرند. در تحقیق کیفی انجام شده در این پژوهش موضوعی که به طور واضحی جلب نظر می‌کرد بحث کم میلی زنان به انجام نزدیکی بود. این موضوع تقریباً از طرف همه زنان شرکت کننده در مطالعه بیان شد. به نظر می‌رسد زنان حاضرند با بی‌میلی وارد یک رابطه جنسی با همسرشان بشوند، ولی به شوهرانشان جواب رد ندهند. یکی از دلایل این امر می‌تواند همین بحث تمکین و الزام زنان برای اطاعت از شوهرانشان باشد. اما موضوع دیگری که می‌توان به آن اشاره داشت موضوع ترس و نگرانی زنان از این موضوع است که نکند شوهرانشان به دلیل عدم ارضای جنسی در خانه به سراغ زنان دیگر رفته و تن به ازدواج مجدد (دائمی یا موقت) دهند. این موضوع به وضوح یکی از نگرانی‌های زنان شرکت کننده در مطالعه کیفی بود.

در آموزش‌های صورت گرفته در مداخله آموزشی که در این پژوهش به انجام رسید، بعد از توضیح رفتار سالم جنسی و اهمیت رضایت دو طرف در برقراری یک رابطه جنسی سالم سعی بر این شد که به زنان یاد داده شود که چگونه می‌توانند با استفاده از ابزار اطلاعاتی خود و با تشریح رفتار سالم جنسی از رفتارهائی که نمی‌پسندند یا به نوعی نا سالم تلقی می‌گردند امتناع کرده، بدون این که در روابط آنها با شوهرانشان مشکلی پدید آید. پس از پالایش داده‌ها تمامی راه‌هائی را که زنان برای امتناع از پذیرفتن درخواست‌های شوهر، که با آن موافق نبودند را در مقابل چانه زنی قرار داده و قبل و بعد از مداخله را برای هر دوی گروه مداخله و شاهد بررسی کردیم. تفاوت معنی‌داری در گروه مورد مداخله در مورد استفاده از چانه زنی به جای بهانه آوردن و استفاده از سایر توجیهات نسبت به قبل از مداخله مشاهده شد. در حالی که این تغییر در گروه شاهد به وجود نیامد (جدول شماره ۴). این موضوع نشان می‌دهد که چنانچه زنان از آگاهی کافی برای صحبت و توجیه شوهران خود بهره مند باشند می‌توانند از این ابزار برای چانه زنی با شوهر خود استفاده کرده و درخواست هائی را که مایل به انجام آن نیستند انجام ندهند.

یکی دیگر از تغییرات رفتاری که در این مطالعه به دنبال آن بودیم این بود که زنان مورد مطالعه بعد از مطالعه برای پرسیدن سؤالات خود و چاره جوئی برای مشکلات جنسی خود به مراکز بهداشتی ـ درمانی مراجعه کرده و این مراکز را مرجع خوبی برای این موضوع بدانند. در مطالعه کیفی انجام شده در این پژوهش به این نتیجه رسیدیم که زنان علی‌رغم اعتمادی که به مراکز بهداشتی ـ درمانی دارند اما این مراکز را به عنوان مراکز مرجع برای طرح مشکلات جنسی خود نمی‌شناسند. دلیل این امر شاید این باشد که این مراکز هیچگاه در این باره خدمت رسانی نداشته‌اند و این که کارکنان این مراکز نیاز به آمادگی بیشتر برای کمک به مراجعین خود در ارتباط با مسائل جنسی دارند. بنابراین به نظر می‌رسید که چنانچه کارکنان آموزش‌های لازم را ببینند و در این مورد کلاس‌هائی در این مراکز گذاشته شود، مردم برای گرفتن خدمات مربوطه این مراکز را ترجیح داده و به آنها مراجعه می‌کنند.

با آزمون کردن تفاوت پاسخ‌های گروه تحت مداخله قبل و بعد از مداخله نشان داده شد که بین این پاسخ‌ها قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشته و تعداد قابل توجهی از مراجعین، مراکز بهداشتی ـ درمانی را برای گرفتن اطلاعات و طرح مشکل جنسی خود انتخاب کردند، در حالی که این تفاوت در گروه شاهد دیده نشد (جدول شماره ۴).

ادغام این آموزش‌ها در نظام بهداشتی فعلی

این مطالعه با این هدف کاربردی طراحی شد که در نهایت مدلی را برای ادغام در سیستم بهداشتی ارائه دهد. اما بر اساس ماده ۱۹۲ از فصل ۲۵ قانون توسعه سوم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جمهوری اسلامی ایران، توسعه مراکز درمان سرپائی شهری با مشارکت بخش خصوصی و تعاونی خواهد بود و توسعه فعالیت‌های بخش دولتی منحصر به مناطقی خواهد بود که جذابیتی برای بخش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

خصوصی وجود ندارد[۱۱]. لذا چنانچه بتوان به نوعی آموزش‌های بهداشت جنسی را در خدمات جاری مراکز بهداشتی ـ درمانی ادغام نمود، حجم وسیعی از زوجین (زنان به طور مستقیم و شوهران آنان غیر مستقیم) از این خدمات بهره مند خواهند شد. با در نظر گرفتن محدودیت‌های ذکر شده در قانون سوم توسعه اقتصادی ـ اجتماعی و فرهنگی این ادغام نباید به گونه‌ای صورت گیرد که نیازمند توسعه مراکز یا اضافه کردن نیروی انسانی جدید گردد. از طرف دیگر تعدادی از مراجعین نیازمند ارجاع به سطوح بالاتر برای رفع اختلالات یا پاسخگوئی به سؤالات خود هستند. به همین دلیل ارائه این خدمات باید به گونه‌ای صورت گیرد که از نظام ارجاع تبعیت کند.

نتایج حاصله نشان می‌دهد که طی اجرای برنامه هیچگونه خللی در برنامه‌های جاری مراکز بهداشتی ـ درمانی حاصل نگردید. چرا که کلاس‌ها در ساعات آموزشی معمول مرکز طراحی گردیده بود و برای اجرای آنها از تکنولوژی‌های پیشرفته آموزشی استفاده نشد و آموزش‌ها توسط کارشناسان مرکز ارائه شد. این کارشناسان در سراسر کشور مشغول به کار بوده و می‌توان با طراحی برنامه آموزش آبشاری این برنامه را در همه دانشگاه‌های علوم پزشکی اجرا کرد. به این صورت که می‌توان یک گروه اولیه آموزشی تربیت کرد. این گروه آموخته‌های خود را به کارشناسانی که از هر دانشگاه معرفی شوند انتقال داده و کارشناسان دانشگاهی مسئولیت آموزش کارشناسان مراکز بهداشتی ـ درمانی خود را به عهده می‌گیرند.

تهیه متن آموزش و طرح درس واحد و نظارت و پایش کیفیت و تداوم برنامه می‌تواند تا اندازه زیادی کیفیت آموزش‌های ارائه شده را تضمین کند. البته با توجه به تغییرات سریع اجتماعی که بخشی از آن به پیشرفت‌های سریع تکنولوژی و رسانه‌ای مرتبط است، این الزام را به وجود خواهد آورد که متن آموزشی و نحوه انتقال پیام هر چند وقت یک بار بازنگری شود و نیازسنجی‌های دوره‌ای به انجام برسد.

آموزش و مشارکت پزشکان عمومی مشاغل در مراکز می‌تواند سطح ارجاع بعد از کارشناسان را تضمین کرده و چنانچه هریک از مراجعین با مشکلی روبرو بودندکه به دست کارشناسان قابل حل نبود به آنها ارجاع داده شود.

متخصصین بهداشت مادر و کودک، روانپزشکان، متخصصین ارولوژی، زنان و زایمان، روانشناسان بالینی، مراکز مشاوره و سایر تخصص‌ها و خدمات مربوطه می‌تواند سطوح بالاتر ارجاع را تشکیل دهد.

به این ترتیب برای انجام چنین برنامه‌ای نه به فضای فیزیکی اضافه و نه به پرسنل تخصصی خاص نیاز خواهد بود.

پیشنهادات برای پژوهش های بعدی

۱- نیاز سنجی و برنامه هائی برای آموزش مردان طراحی شود.

۲- این برنامه در اندازه‌های بزرگتر (استانی یا کشوری) پایلوت شود و بعد از رفع اشکالات و نقاط ضعف آن به صورت برنامه کشوری در خدمات بهداشتی ـ درمانی ادغام شود.

منابع

۱- رفائی شیرپاک خسرو، بهداشت جنسی، در: فاتحی حسین و همکاران، کتاب جامع بهداشت عمومی (جلد سوم)، چاپ اول، ارجمند، تهران، ۱۳۸۳: ۱۲۸۱-۱۲۷۶

2- Minister of Health, Canadian Guidelines for Sexual Health Education. Minister of Health Community Acquired Infections Division Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Canada, 2003

3- UNFPA (1994). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. Paragraph 7.2, 7.3 and 7.48

4- WHO (2004) Progress in Reproductive and Sexual Research. No. 64

5- Asadi-Laria, M., Sayyarib, A.A., Akbaric M.E, Graya, D. Public health improvement in Iran-lessons from the last 20 years, PUBLIC HEALTH. Journal of the Royal Institute of Public Health 2004; 118: 395-402

۶- بختیاری افسانه، حیدری نرجس، اسماعیل نژاد طیبه، بررسی اختلالات شیوع جنسی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر بابل، مجموعه خلاصه مقالات اولین سمینار جایگاه بهداشت جنسی در بهداشت باروری، پژوهشکده ابن سینا، تهران ۱۳۸۳

۷- خدیور زاده طلعت، اسماعیلی حبیب ا...، سر گلزائی محمد رضا، تأثیر برنامه آموزش رفتار جنسی بر رضایت جنسی زوجین دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر، مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]

۸- رفائی شیرپا ک، خسرو، چینی چیان مریم، هلاکوئی کوروش، حمیدرضا صادقی پور، بررسی میزان آگاهی و نگرش زوج های در آستانه ازدواج شهر تهران در مورد بهداشت جنسی و عوامل مؤثر بر آن، دهمین کنگره بین المللی اپیدمیولوژی، جانسی، هند، ۲۰۰۱

۹- شریفی اقدس، فرزانه خضری فروزان، بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات عملکرد جنسی درزنان متأهل ایرانی، مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

10- Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. Journal of Sex & Marital Therapy 1999; 25: 211-15

۱۱- قرار خسرو شاهی زهرا، عجمی محمد اسماعیل، جوانمرد ملیحه، بررسی شیوع انواع اختلالات جنسی در خانم‌های متأهل دارای تحصیلات عالی در رشته‌های علوم پزشکی، مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

۱۲- قنبر زاده ناهید، نجفی سمنانی محمد، خزائی زهره، اپیدمیولوژی اختلالات جنسی در خانم‌های متأهل ۵۰-۱۷ ساله در شهر بیرجند، مجموعه خلاصه مقالات اولین کنگره ملی مشکلات جنسی و خانواده، دانشگاه شاهد، مهر ماه ۱۳۸۲

۱۳- سازمان برنامه و بودجه، قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۹-۱۳۸۳)، فصل ۲۵، ماده ۱۹۲

14- Abdel-Tawab N, Nawar L, Youssef Y, Huntington D 2000. Integrating issues of sexuality into Egyptian family planning counselling, final report of the project, counselling family planning clients about sexuality and the use of barrier methods: An Explanatory Intervention Study in Egypt

15- Population Action International (2002) in this generation. Sexual and reproductive health policies for a youthful world. Washington DC, USA

16- Iran's Ministry of Health and Medical Education (2000) Population and Health in the Islamic Republic of Iran, DHS, retrieved April, 2005, from: http://www.mohme.gov.ir/HNDC/Indicators/DHS_Eng/MAIN.SWF

17- Robert J Steinberg. A triangular theory of love. Psychological Review 1986; 93: 119-35

۱۸- دکتر سید حسین صفائی، دکتر اسدالله امامی، مختصر حقوق خانواده، چاپ ششم، نشر میزبان، تهران، ۱۳۸۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.8.9]