پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۴، پی در پی ۱۰۰، صفحات ۱۷۵ تا ۱۸۳
مهر و آبان ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۵/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۹

بررسی ضرورت ارزیابی سلامت جنسی زنان و موانع آن توسط کارکنان بهداشتی و درمانی در مراجعین به بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

گیتی ازگلی[۱]، زهره شیخان[۲]، ماهرخ دولتیان[۲]، مهندس ناصر ولایی[۳]*

۱. مربی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: ارزیابی سلامت جنسی یک حق انسانی در ارایه خدمات سلامت باید در نظر گرفته شود. در بیشتر کشورهای آسیایی، مسایل جنسی کم اهمیت و یا نادیده گرفته شده و بحث راجع به آن عملی زشت و ناپسند محسوب می‌شود. عدم توجه به ارزیابی سلامت جنسی می‌تواند منجر به اختلالات عملکرد جنسی و عوارضی مثل عدم تفاهم و سرخوردگی تا طلاق در زندگی زناشویی شود. لذا جهت شناخت وضعیت موجود، مطالعه‌ای با هدف تعیین آگاهی، نگرش ضرورت ارزیابی سلامت جنسی و موانع آن در کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی و بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی توصیفی بوده که روی ۲۰۰ نفر کادر بهداشتی شامل ماما، پرستار، رزیدنت زنان، رزیدنت جراحی و ۳۰ رزیدنت داخلی که به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از هر مرکز انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بوده است. متغیرهای مورد بررسی شامل مشخصات دموگرافیک، آگاهی، نگرش و موانع ارزیابی سلامت جنسی از نظر کادر بهداشتی بوده است. از آزمون‌های کروسکال والیس، من‌ویتنی و آمار توصیفی جهت بیان نتایج استفاده گردید. از نرم افزار SPSS (نسخه‌ی ۱۳) برای تجزیه و تحلیل نتایج استفاده شد و سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ در نظرگرفته شد.

یافته‌ها: ۱۴ درصد از ارایه‌دهندگان خدمت، ارزیابی سلامت جنسی را انجام می‌دادند. ۸۴/۲ درصد، با ضرورت ارزیابی سلامت جنسی موافق بودند. ۵۸ درصد افراد، علت عدم انجام ارزیابی سلامت جنسی را عدم وجود آگاهی و مهارت، ۶۲ درصد نداشتن توانایی فردی، ۹۰ درصد ندیدن دوره آموزشی، ۷۵/۵ درصد مکان نامناسب و ۷۱/۵ درصد، وقت ناکافی را ذکر کردند. بین آگاهی در گروه‌های شغلی تفاوت وجود داشت. آگاهی رزیدنت‌های زنان بیشتر از سایرین بود. راهکار پیشنهادی از نظر ارایه‌دهندگان خدمت در ۸۱ درصد موارد، آموزش ذکر شده است.

نتیجه‌گیری: عدم ارزیابی سلامت جنسی احتمالاً به دلیل نداشتن آگاهی، توانایی و مهارت در این خصوص می‌باشد. لذا آموزش توسط تیم‌های بین رشته‌ای و بازنگری برنامه‌های آموزش پزشکی پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: ارزیابی سلامت جنسی، ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی، موانع ارزیابی، آگاهی، نگرش

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Ozgoli G, Sheikhan Z, Dolatian M, Valaee N. The survey of obstacle and essentiality health providers for sexual health evaluation in women referring to health centers related of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Pejouhandeh 2014;19(4):175-183.

مقدمه

تمایلات جنسی، تغییرات پویایی در زندگی بوده و به عنوان یک سازه از شخصیت، تحت تأثیر مسایل بیولوژیک، سایکولوژیک، اجتماعی و فرهنگی قرار می‌گیرد. به علاوه، متأثر از ارزش‌ها، رفتار و روابط عاطفی با دیگران بوده و در زمان‌ها و مکان‌های مختلف تغییر می‌کند (۱). عملکرد جنسی، بخشی از سلامتی زن محسوب می‌شود (۲). متأسفانه امروزه

*نویسنده مسؤول مکاتبات: زهره شیخان؛ تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، گروه مامایی؛ پست الکترونیک: zsheikhan@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]

با وجود اهمیت ارزیابی بهداشت جنسی در بهداشت عمومی، ارزیابی کامل سلامتی جنسی در مراقبت‌های اولیه فراموش می‌شود، به طوری که در مطالعه‌ای که به منظور تعیین مشکلات جنسی در زنان انجام شد، ۴۲ درصد زنان حداقل یک مشکل جنسی را ذکر کردند (۳). شرح حال‌های زنان و مامایی هم به چند سؤال محدود می‌شود (۴). عوامل متعددی، زندگی جنسی زن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵)، نظیر افزایش سن که با کاهش سطح هورمون‌های استروئیدی در زنان و اغلب مردان همراه بوده و سبب تغییر در اعتماد به نفس و تغییراتی در عملکرد جنسی می‌شود (۶). همچنین، بیماری‌ها نظیر بیماری‌های قلبی و دیابت (۷)، سکته‌ی مغزی (۸)، سرطان (۹)، اعمال جراحی به خصوص در نواحی لگن (۱۰) و پستان (۱۱)، تغییرات مربوط به حاملگی و شیردهی، تصاویر ارایه شده از زن در رسانه‌های مطبوعاتی، فرهنگ، اخلاق، مذهب (۸)، سبک زندگی نظیر کشیدن سیگار و حتی مصرف داروها (۱۲)، بر زندگی جنسی تأثیر می‌گذارند. از عوامل مؤثر دیگر، حوادث دوران کودکی، تجربیات قبلی جنسی، فشارهای زندگی (۱۳) و حتی نوع روش جلوگیری نظیر قرص و IUD را می‌توان نام برد (۱۴). به عبارت دیگر، در روند زندگی، در اثر تغییرات سلامتی و بیماری و حتی دوره‌های طبیعی زندگی، مسایل جنسی تغییر می‌کند (۴). با وجود اهمیت ارزیابی بهداشت جنسی در مراقبت‌های بهداشتی و حتی ارایه خدمات درمانی، موانعی در این امر وجود دارد (۱۵). عواملی نظیر ناخوشایند یا زشت دانستن بیان مسایل جنسی، ترس از ناکافی یا محدود بودن آگاهی و مهارت فردی در خصوص ارزیابی جنسی، ترس از اغوا شدن توسط بیماران در طی بحث راجع به موضوع، نداشتن آموزش با مهارت‌های رسمی جهت گرفتن شرح حال جنسی، ترس از لغزش بیماران، نگرانی از عدم تشخیص صحیح، ندانستن درمان کافی، ارجاع و تأخیر درمان را می‌توان برشمرد (۱۶). شایان ذکر است در برخی کشورها، دپارتمان‌های سکسولوژی و درمانگاه‌های ویژه‌ای برای این امر وجود دارد (۲)، اما با توجه به اینکه در بیشتر کشورهای آسیایی، مسایل جنسی تنها به دلیل برآورده شدن نیاز تولید مثل، اهمیت دارند، بحث راجع به مسایل جنسی، عملی زشت و ناپسند محسوب می‌شود (۱۷). با توجه به تجربیات پژوهشگران، به نظر نمی‌رسد که ارزیابی جنسی حتی برای جمعیت‌هایی که نیاز به ارزیابی سلامتی دارند نظیر افرادی که از انواع روشهای تنظیم خانواده استفاده می‌کنند، بیماران و سالمندان که در این دوران تغییرات ناشی از سن و روند فیزیولوژیک نظیر بارداری و یائسگی را طی می‌نمایند، انجام پذیرد. این در حالی است که بی‌توجهی به ارزیابی و رها شدن افرادی که نیاز به بررسی سلامت جنسی دارند، ممکن است منجر به اختلالات عملکرد جنسی و عوارض آن در زندگی زناشویی از عدم تفاهم و سرخوردگی‌ها تا طلاق گردد. لذا بر آن شدیم تا به بررسی ضرورت ارزیابی سلامت جنسی از دیدگاه کادر بهداشتی و موانع انجام آن برای مراجعین به بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران، در سال ۱۳۸۹ بپردازیم.

مواد و روش‌ها

پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی بود و پس از تصویب طرح و کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران در سال ۱۳۸۹ انجام شد. نمونه‌گیری به روش سهمیه‌ای انجام گرفت. بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به ۴ منطقه‌ی شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم و از هر منطقه، ۵ مرکز انتخاب شد. سپس بر اساس تعداد افراد واجد شرایط، سهمیه‌ی هر یک از بیمارستان‌های آموزشی مناطق، تعیین گردید. در مرحله‌ی آخر، به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، افراد متخصص از هر مرکز انتخاب شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش و در صورت تمایل آنها به شرکت در پژوهش، از واحدهای مورد پژوهش خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده و پس از ۳ روز، جهت دریافت پرسشنامه‌ها با هماهنگی قبلی، مراجعه شد. کلیه‌ی کادر بهداشتی، در تکمیل پرسشنامه یا عدم تکمیل آن آزاد بودند. ابزار و روش جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه بود که شامل مشخصات دموگرافیک سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، محل و سابقه‌ی خدمت بود. میزان آگاهی کارکنان بهداشتی بر اساس پرسشنامه‌ی محقق ساخته، با ۸ سؤال باز مورد سنجش قرار گرفت. سؤالات این پرسشنامه شامل مراحل پاسخ جنسی طبیعی در زنان و مردان، عوامل مؤثر بر پاسخ جنسی طبیعی در انسان، مهمترین بیماری‌ها و داروهای مؤثر بر پاسخ عملکرد جنسی انسان، راه‌های ارزیابی سلامت جنسی، منابع کسب اطلاعات در این زمینه، مشخص بودن اهداف و ارزیابی سلامت جنسی و ضرورت ارزیابی جنسی بود. میزان نگرش توسط پرسشنامه‌ی نگرش مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۱۳ سؤال بود که در مقیاس لیکرت (به شدت موافقم، موافقم، مخالفم و به شدت مخالفم) طراحی شده بود. موانع ارزیابی سلامت جنسی نیز با استفاده از پرسشنامه‌ی

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]

محقق ساخته که شامل ۱۲ سؤال باز و ۱۱سؤال در مقیاس لیکرت (به شدت موافقم، موافقم، مخالفم، به شدت مخالفم و با توجه به تخصصم نمی‌توانم) بود، مورد سنجش قرار گرفت. اعتبار کلیه‌ی پرسشنامه‌ها بر اساس اعتبار محتوی، علاوه بر کتب و مقالات، از نظرات ۱۰ صاحب نظر شامل متخصص زنان و ماما، متخصص داخلی و جراحی، پرستار، روانپزشک و سکس‌تراپیست و همچنین نظرات ۱۰ نفر از افراد جامعه، استفاده شده بود. برای پایایی ابزار و همسانی درونی پرسشنامه‌ها، از روش آلفا کرونباخ استفاده شد که به ترتیب برای میزان آگاهی ۰/۸۰، برای میزان نگرش ۰/۷۹ و برای موانع ارزیابی سلامت جنسی، ۰/۷۵ بود. نمونه‌های پژوهش شامل ماماهای شاغل در مراکز، رزیدنت‌های زنان و زایمان، داخلی، جراحی و پرستارانی بود که در بخش‌های داخلی و جراحی زنان، با بیماران و مراجعه‌کنندگان زن سر و کار داشتند. تعداد ۲۰۰ نمونه برای این پژوهش در نظر گرفته شد. از آمار توصیفی و برای آمار استنباطی از آزمون‌های کروسکال والیس و من ویتنی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۳ استفاده شد. سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این تحقیق روی ۲۰۰ نفر ارایه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی-درمانی در بیمارستان‌های منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. میانگین سن افراد مورد پژوهش ۶/۴±۳۲/۱ سال و میانگین سابقه‌ی خدمت ایشان۶/۲±۵/۴ سال بود. ۷۷ درصد نمونه‌های مورد پژوهش، زن و ۲۳ درصد مرد بودند. در کل، ۵۵ درصد نمونه، پزشک بودند (جدول ۱). ۵۱ درصد کادر بهداشتی، آگاهی ضعیف و ۴۸ درصد، آگاهی متوسط داشتند (جدول ۲).

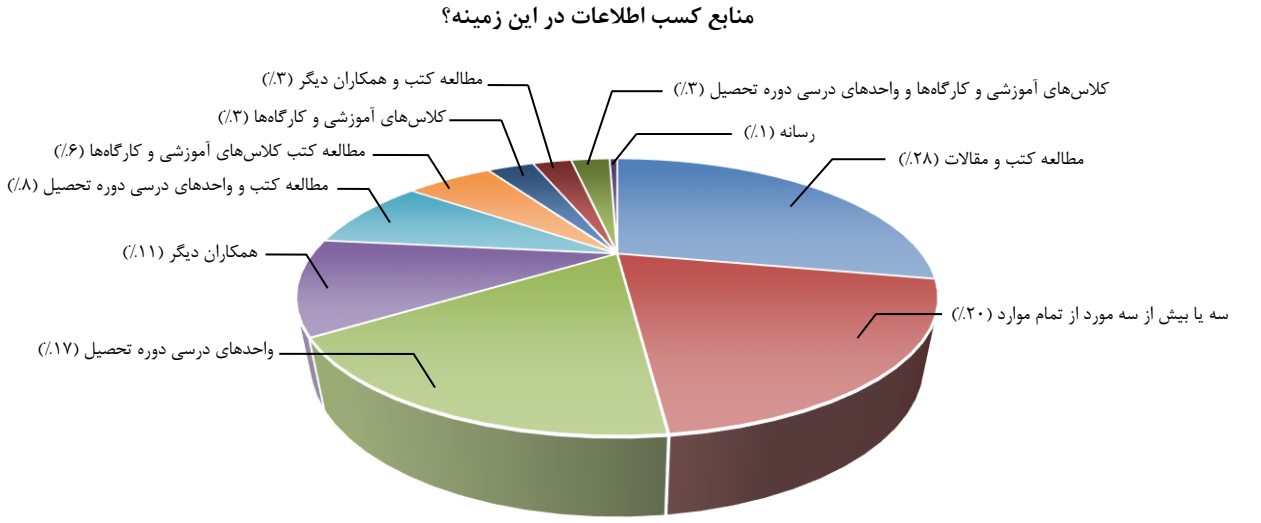
جدول ۱. توزیع فراوانی ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی پژوهش، برحسب تخصص در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۹.

تخصص	تعداد	درصد
ماما	۶۰	۳۰
رزیدنت زنان	۵۰	۲۵
پرستار	۳۰	۱۵
رزیدنت جراحی	۳۰	۱۵
رزیدنت داخلی	۳۰	۱۵
کل	۲۰۰	۱۰۰

جدول ۲. توزیع فراوانی ارایه‌دهندگان خدمت بر حسب میزان آگاهی مورد پژوهش در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۹.

میزان آگاهی	تعداد	درصد
کامل	۲	۱
متوسط	۹۶	۴۸
ضعیف	۱۰۲	۵۱
کل	۲۰۰	۱۰۰

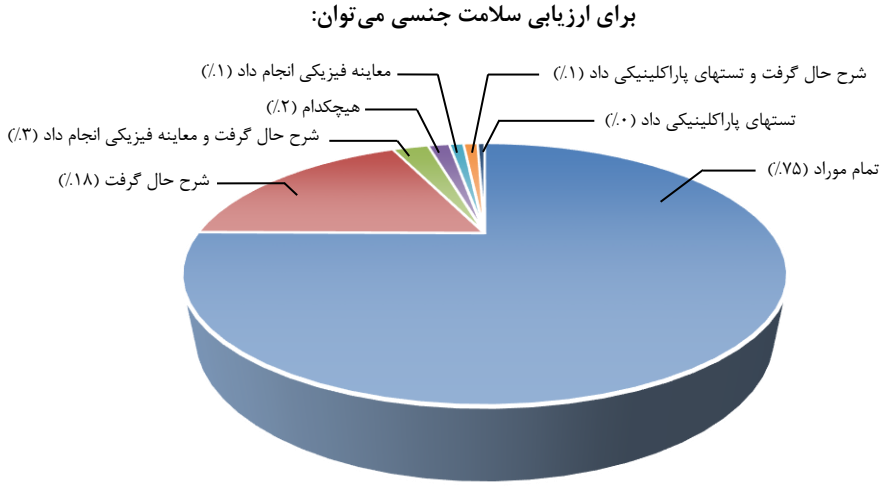
همچنین، ۲۶/۵ درصد مطالعه کتب و مقالات را منبع آگاهی و اطلاعات در زمینه‌ی جنسی ذکر کردند (نمودار ۱).



نمودار ۱. توزیع فراوانی ارایه دهندگان خدمت، بر حسب منابع کسب اطلاعات در بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۹.

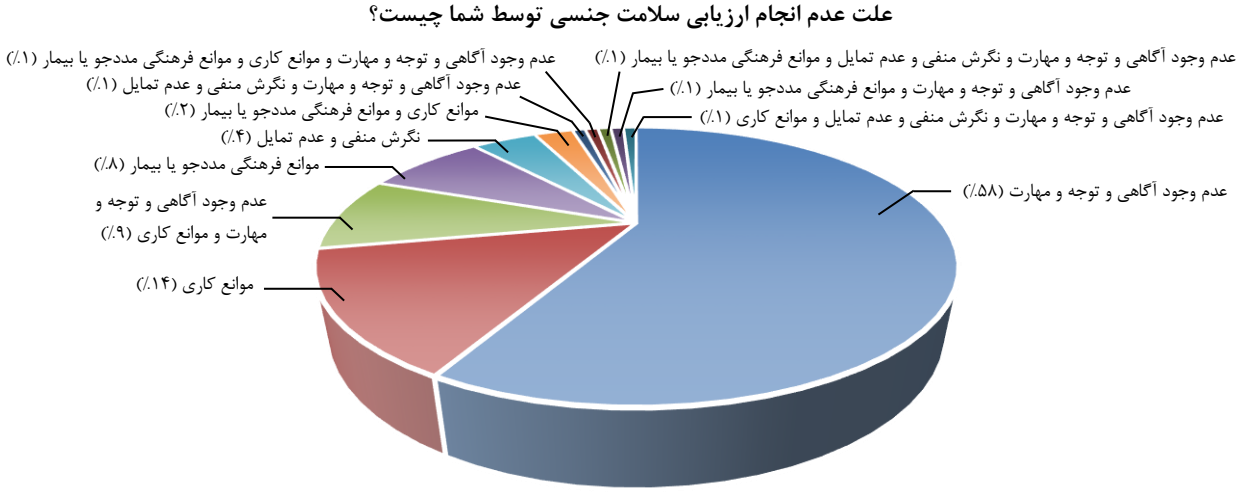
[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]

در بررسی نگرش ارایه‌دهندگان خدمت، مشخص شد که ۹۹ درصد نسبت به انجام ارزیابی جنسی نگرش مثبت داشتند. ۷۴/۵ درصد افراد شرکت‌کننده، ارزیابی سلامت جنسی را لازم می‌دانستند که ۸۴/۵ درصد لزوم ارزیابی سلامتی جنسی را در ارزیابی اولیه ذکر کردند. آنان اظهار داشتند ارزیابی سلامتی حتی در سطوح دوم و سوم مراقبتی نیز باید صورت پذیرد. ۱۴ درصد نمونه‌های مورد پژوهش، ارزیابی سلامتی جنسی را انجام می‌دادند. ۷۵ درصد نمونه‌های مورد پژوهش، گرفتن شرح حال و معاینه‌ی فیزیکی و تست‌های پاراکلینیکی را لازم دانستند (نمودار ۲).



نمودار ۲. توزیع فراوانی ارایه‌دهندگان خدمت، بر حسب نحوه‌ی ارزیابی سلامت جنسی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۹.

در پاسخ به این سؤال که ارزیابی سلامتی جنسی برای چه کسانی لازم است، ۴۸ درصد آن را برای تمام افراد یا زوج‌هایی که از نظر جنسی فعال هستند و ۲۷ درصد، آن را در شرایط خاص نظیر بیماری، وجود مشکل جنسی و درخواست زوجین هنگام ازدواج، لازم دانستند. در پاسخ به سؤال علت عدم انجام ارزیابی سلامت جنسی، ۵۸ درصد افراد عدم وجود آگاهی، توجه و مهارت را ذکر کردند. در پاسخ به ارزیابی موانع شغلی که ۹۰ درصد افراد مورد بررسی، ندیدن آموزش جهت این موضوع، ۷۵/۵ درصد نبودن مکان مناسب و خلوت برای این امر و ۷۱/۵ درصد، نداشتن وقت کافی را ذکر کردند. در پاسخ به این سؤال که در صورت وجود مشکل برای مددجو، آیا آن را ارجاع می‌دهید، ۶۴ درصد پاسخ مثبت دادند (نمودار ۳).



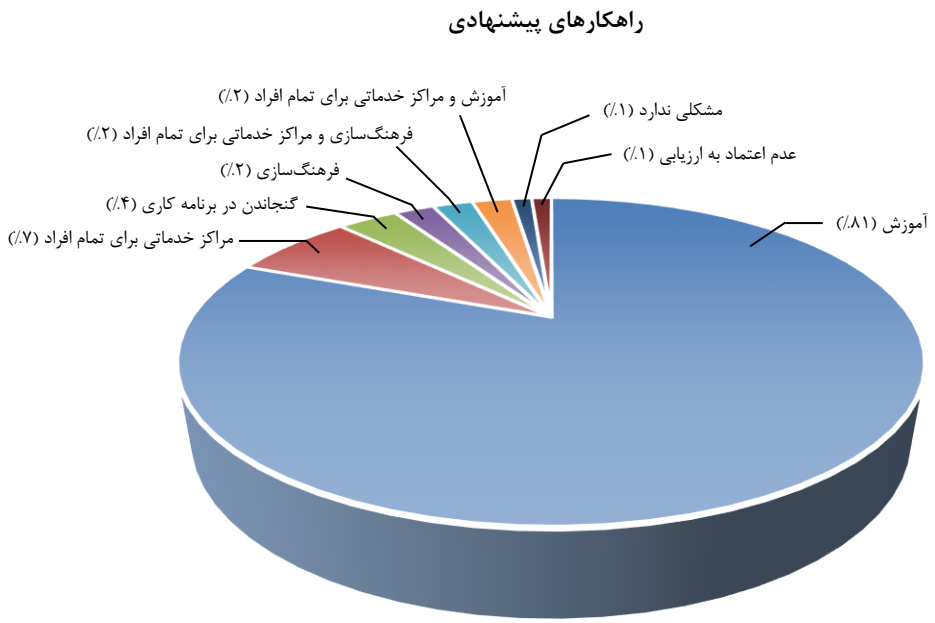
نمودار ۳. توزیع فراوانی ارایه‌دهندگان خدمت، بر حسب علت عدم انجام ارزیابی سلامت جنسی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۹.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]

بیشترین آگاهی با توجه به میانگین رتبه، مربوط به رزیدنت‌های زنان و زایمان بود. بر اساس آزمون کروسکال-والیس، تفاوت بین آگاهی در بین گروه‌های شغلی وجود دارد که با توجه به میانگین رتبه، آگاهی رزیدنت‌های زنان بیشتر بود (P<۰/۰۱) (جدول ۲). راهکار پیشنهادی از نظر ارایه‌دهندگان خدمت در ۸۱ درصد موارد، آموزش ذکر گردید (نمودار ۴).

جدول ۲. میانگین رتبه‌ی آگاهی، نگرش و موانع شغلی بر حسب تخصص ارایه‌دهندگان خدمت در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۹.

تخصص	میانگین رتبه متغیر					
	آگاهی		نگرش		موانع شغلی	
	تعداد	میانگین رتبه	تعداد	میانگین رتبه	تعداد	میانگین رتبه
ماما	۶۰	۱۰۹/۲۳	۶۰	۱۰۱/۰	۵۹	۹۸/۸۳
پرستار	۳۰	۷۷/۹۰	۲۹	۹۷/۵۷	۲۶	۱۱۴/۱۹
متخصص زنان	۵۰	۱۲۴/۷۶	۵۰	۱۰۱/۰۰	۴۸	۷۱/۲۹
جراح	۳۰	۸۷/۸۰	۳۰	۹۷/۶۸	۲۹	۱۱۱/۳۸
متخصص داخلی	۳۰	۷۷/۹۰	۳۰	۱۰۱/۰۰	۲۹	۹۹/۴۵
کل	۲۰۰	-	۱۹۹	-	۱۹۱	-



نمودار ۴. توزیع فراوانی ارایه‌دهندگان خدمت مورد پژوهش، بر حسب راه‌کارهای پیشنهادی جهت ارزیابی سلامتی جنسی، در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۳۸۹.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد حدود نیمی از ارایه‌دهندگان خدمت، آگاهی ضعیفی در مورد ارزیابی سلامت جنسی دارند. Kazutaskas و Lam (۲۰۱۰) نیز در تحقیقی روی مشاوران توانبخشی، آگاهی متوسط ایشان را در خصوص مسایل جنسی گیرندگان خدمات توانبخشی، گزارش دادند (۱۸). پژوهش Dupras (۲۰۱۲) نیز روی ۴۲ نفر از ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی، آگاهی محدود ایشان را در زمینه‌ی افزایش سن و مسایل جنسی، گزارش داد (۱۹). اما تحقیق Garcia (۲۰۰۷) روی ۴۰ رزیدنت زنان و مامایی، حاکی از آگاهی خوب ایشان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]

بود، به طوری‌که به ۸۰ تا ۹۲/۵ درصد سؤالات مربوط به آگاهی، پاسخ صحیح دادند (۲۰). بر اساس گزارش Chun و Carson (۲۰۰۱)، بسیاری از مصاحبه‌کنندگان، آگاهی کافی و تجربه‌ی لازم در زمینه‌ی ارزیابی جنسی را نداشته و بنابراین احساس راحتی نمی‌کنند (۲۱). علت تفاوت‌های موجود در تحقیقات بالا، تفاوت در جوامع مورد پژوهش و مواردی است که مورد بررسی قرار گرفته است. اما نکته‌ی قابل تأمل آن است که در پژوهش حاضر، آگاهی، که اولین شرط ارایه خدمت است، در مورد مسایل جنسی بسیار اندک بوده است. به گفته‌ی رفائی و همکاران (۲۰۱۰)، به ندرت می‌توان کارشناسی را در سیستم سلامتی یافت که به سادگی در دسترس مردم بوده و در مورد رفتارهای جنسی اطلاعات کافی داشته باشد (۲۲).

پژوهش حاضر نشان داد، ۹۹ درصد افراد، نگرش مثبت دارند. در تحقیق Kazutaskas و Lam (۲۰۱۰) روی مشاوران توانبخشی و Garcia و Fisher (۲۰۰۷) روی رزیدنت زنان نیز به نگرش مثبت ایشان اشاره شده است (۲۰). وجود نگرش مثبت در تحقیق حاضر و تحقیقات مشابه، می‌تواند مبین این مطلب باشد که پیش‌زمینه‌ی مناسب برای ارزیابی سلامت جنسی وجود دارد و باید گام‌های دیگر جهت اجرای آن برداشته شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد بیش از ۳/۴ درصد ارایه‌دهندگان خدمت، با لزوم ارزیابی سلامت جنسی در مراقبت‌های اولیه و حتی سطوح دوم و سوم مراقبت، موافق هستند، اما فقط حدود نیمی از ایشان آن را برای تمام افراد با فعالیت جنسی لازم می‌دانند، به طوری‌که حدود ۱/۴ درصد انجام آن را در شرایط خاص، نظیر وجود مشکل جنسی، بیماری‌ها و ... ذکر کردند. بر اساس گزارش Berek و همکاران (۲۰۱۲)، کمتر از نیمی از ارایه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی، از بیماران در خصوص مسایل جنسی سؤال می‌کنند و برای خودشان پیش فرض‌هایی دارند. این در حالی است که فقط ۹ درصد زنان در مورد مسایل جنسی خود، از متخصصان سؤال می‌کنند و بیش از ۳/۴ درصد تمایل دارند ارایه‌دهنده‌ی خدمات سلامتی، از ایشان بپرسد (۲). همچنین، Kazutaskas و Lam (۲۰۱۰) ذکر می‌کنند ۷۱ درصد افراد دارای فعالیت جنسی اذعان دارند که متخصصین این موضوع را فراموش می‌کنند، در حالی که ۶۸ درصد مددجویان و بیماران از بحث درباره‌ی این موضوع با متخصص خود، می‌ترسند (۱۸). به نظر نویسندگان، عدم شروع ارزیابی سلامتی جنسی از طرف ارایه‌دهنده‌ی خدمت بهداشتی و درمانی، با توجه به عدم بیان این نیاز از طرف گیرنده‌ی خدمت، موجب غفلت از این بخش سلامتی خواهد بود.

رفائی و همکاران (۲۰۱۰) نیز بیان می‌کنند با وجود برنامه‌های خوب سلامت باروری در کشور، اما برنامه‌ی جامعی در این خصوص در مراقبت های اولیه، منظور نشده است (۲۲). این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت از سال ۲۰۰۴ و صندوق جمعیت ملل متحد از سال ۱۹۹۴، پیشنهاد جدایی سلامت جنسی را از سلامت باروری، با توجه به اهمیت آن، مطرح کرده‌اند (۲۴،۲۳).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد فقط ۱۴ درصد ارزیابی جنسی، توسط ارایه‌دهندگان خدمت انجام می‌شود و تمام افرادی که آن را انجام می‌دهند، ارزیابی را به نحو صحیح و مطلوب انجام می‌دهند. در مطالعات دیگران مانند Holey و همکاران (۱۹۹۹) که روی ۲۴۱ متخصص زنان و ۱۰۸۶پزشک عمومی در خصوص ارزیابی جنسی انجام شد، در مورد تاریخچه‌ی سوء استفاده جنسی، تنها ۲/۲ درصد پزشکان عمومی و ۳ درصد متخصصین زنان و زایمان برای بیماران، ارزیابی سلامت جنسی را انجام داده بودند (۲۵). در این تحقیق پزشکان اعلام کردند نیاز به افزایش مهارت و تجربه دارند. Garcia و Fisher (۲۰۰۷) گزارش کردند ۳/۷ درصد رزیدنت‌های زنان، ارزیابی سلامت جنسی را به طور معمول انجام می‌دهند و ۱۱/۱ درصد نیز ذکر کردند که بعداً آن را انجام خواهند داد (۲۰).

در این پژوهش، ۲/۳ درصد افراد مورد پژوهش، نحوه‌ی ارزیابی سلامتی جنسی را با گرفتن شرح حال، معاینه‌ی فیزیکی و تست‌های کلینیکی عنوان کردند. انجام این مراحل، برای ارزیابی سلامتی در هر زمینه‌ای از جمله مسایل جنسی، لازم می‌باشد. Hicks (۲۰۱۰) نیز ذکر می‌کند که در گرفتن شرح حال جنسی، توجه به جزئیات تاریخچه برای شناخت مشکل جنسی، کمک‌کننده می‌باشد (۲۶).

در مطالعه‌ی حاضر، ۱/۳ درصد ارایه‌کنندگان خدمت، علت عدم انجام ارزیابی سلامتی را عدم آگاهی، ۲/۳ درصد عدم توانایی و مهارت در این زمینه و بیش از ۲/۳ درصد، عدم راحتی را ذکر کردند. نتایج مطالعه‌ی Garcia و Fisher (۲۰۰۷) روی رزیدنت‌های زنان (۴۷ نفر) نشان داد، مهارت متوسط در این خصوص دارند (۲۰). در تحقیق کیفی که توسط Fountion و Allen (۲۰۰۷) روی پرستاران انجام شد نیز پرستاران عنوان کردند تجارب ناخوشایندی برای ارزیابی سلامت جنسی دارند و فقط زمانی این امر انجام می شود که لزوم آن تشخیص داده شود (۲۷).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]

در پژوهش حاضر، ۹۰ درصد افراد، عدم آموزش و حدود ۳/۴ درصد، مکان نامناسب و نداشتن مهارت کافی را به عنوان دلیل اصلی عدم ارزیابی سلامتی جنسی، اظهار داشته بودند. سایر مطالعات نیز کم و بیش ارزیابی موانع شغلی مشابه را نظیر محدودیت زمان، مسایل بیمه‌ای، عدم توجه به اهمیت موضوع، احساسات متخصص در مورد روابط جنسی نظیر ترس از عواقب بررسی، اضطراب، تجربیات پزشکی، تفاوت‌های زبان، فرهنگ، سن و جنسیت را بیان کرده بودند (۳۱،۳۰،۲۹،۲۸،۲۷،۱۹).

در مطالعه‌ی حاضر، ۸۱ درصد افراد مورد پژوهش، آموزش را به عنوان راهکار پیشنهادی برای رفع معضلات ارزیابی جنسی ذکر کردند، اما یافته‌ها نشان داد حدود ۱/۴ درصد افراد، نحوه‌ی کسب اطلاع خود را کتب و مقالات و ۱۶/۵درصد، واحدهای دوره‌ی تحصیل ذکر کردند. همین امر مبین آن است که در برنامه‌های آموزش رسمی ارایه‌دهندگان خدمت، بسیار کم به این موضوع پرداخته شده است. در منابع قدیمی‌تر و حتی جدید سایر کشورها نیز، غفلت از پرداختن به موضوع روابط جنسی در امر آموزش پزشکی، به طور جدی مطرح می‌باشد. سه دلیل برای این موضوع، عنوان شده است: ۱) بیشتر دانشکده‌ها هنوز برنامه‌ی آموزش مسایل جنسی را ندارند، ۲) در مورد رفتارهای جنسی، آگاهی علمی لازم وجود ندارد و ۳) تعداد معلمین با آگاهی کافی در این خصوص، کم می‌باشد. Szasz (۱۹۷۲) و Wylie (۲۰۱۰) اظهار می‌دارند که در کشور آمریکا و کانادا، ۵۴ درصد دانشکده‌ها بین ۳ تا ۱۰ ساعت در این خصوص آموزش دارند و آموزش اختلالات جنسی ۸۵ درصد، درمان‌ها ۷۹ درصد و اختلالات هویت جنسی در بیماری‌ها و ناتوانی‌ها ۶۹ درصد انجام شده و فقط ۴۲ درصد برنامه‌ی کلینکی، تمرکز بر درمان بیماران با مشکلات جنسی بوده است (۳۳،۳۲). همچنین، با مطالعه روی برنامه‌ی درسی آموزش پزشکی ۲۵ کشور انگلیسی زبان، فقط ۵ مورد آموزش در زمینه‌ی مسایل جنسی وجود داشت. به عبارتی، کمبود آموزش مسایل جنسی گرچه در سایر کشورها نیز وجود دارد، به نظر می‌رسد در کشور ما نیز مصداق دارد. با این حال، در کشورهای دیگر، مراجع علمی وجود دارد که متشکل از متخصصین مختلف بین رشته‌ای بوده و متولی امور آموزش مسایل جنسی و صدور گواهینامه‌های رسمی مربوطه می‌باشند. لذا در صورت نیاز، متخصصین می‌توانند در جهت کسب آگاهی و افزایش مهارت، به طور عملی اقدام کنند (۱۸). با توجه به شیوع بالای مشکلات جنسی در مناطق مختلف کشور که گاه بین ۶۰ تا ۸۹ درصد عنوان شده است (۲۲) و برخی موارد نظیر اختلال نعوظ در مردان که دلیل اصلی ناشناخته ماندن آن در ۷۰ درصد موارد، عدم پرسش متخصصان و اظهار بیماران بوده است (۳۳) و این موضوع که از ۴۰ درصد زنانی که مشکل جنسی دارند فقط ۱۵ تا ۲۰ درصد آنان دچار مشکلات روانی می‌شوند (۳۴)، غفلت از ارزیابی سلامتی جنسی قابل تأمل است. حتی در طبیعی‌ترین شرایط مؤثر مثل حاملگی، بیشتر زنان نیاز دارند اطلاعات کافی را در زمینه‌ی روابط جنسی از ارایه دهندگان خدمت دریافت کنند، اما راحت‌تر خواهند بود اگر شروع کننده‌ی بحث، متخصص باشد (۲۷).

ارزیابی سلامت جنسی برای ارایه دهندگان خدمات بهداشتی لازم و ضروری است زیرا سلامت جنسی نه تنها به معنای نداشتن بیماری و اختلال عملکرد، بلکه مبین سلامتی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی وابسته به مسایل جنسی (۳۴) و حتی یک حق جنسی از حقوق انسانی است (۳۳). از سال ۱۹۹۴، مراقبت‌های سلامت باروری شامل سلامت جنسی نیز شده است و همه‌ی کشورها باید هرچه سریع‌تر و نه دیرتر از سال ۲۰۱۵ میلادی، آن را به تمام افراد نیازمند آن، از طریق مراقبت‌های اولیه ارایه دهند (۲۱). بدیهی است برای دستیابی به این حق، ارایه دهندگان خدمات باید قادر به انجام آن باشند. از محدودیت‌های این پژوهش، عدم اظهار کادر بهداشتی در مورد نداشتن آگاهی نسبت به مسایل جنسی به علت شرم و خجالت در مورد آن بوده است.

نتیجه‌گیری

بیشتر افراد مورد پژوهش در این مطالعه، آموزش را به عنوان راهکار ذکر کردند. این آموزش می‌تواند از طریق بازنگری در برنامه‌های آموزشی رسمی دانشگاهی و یا ایجاد نهادهای علمی رسمی متشکل از متخصصین روانپزشک، روانشناس، زنان، ارولوژیست، ماما، پرستار، مددکاران اجتماعی، حقوقدانان و فقها ارایه شود. به این ترتیب، متولیان امر آموزش سلامت جنسی، در قالب برنامه‌های کوتاه مدت و بلند مدت و تربیت متخصصین در این زمینه موجب می‌شوند موضوع مهم ارزیابی سلامت جنسی حتی اگر مورد نیاز مددجو و بیمار باشد و بیان نشود، مورد غفلت قرار نگیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران به جهت تصویب طرح و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]

کلیه‌ی ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمـانی کـه در انجـام این طرح همکاری نمودند، نهایت تشکر به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Brenhard LA. Sexuality and sexual health care for women. Clin Obstet Gynecol 2002; 45: 1089-98.

2. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. 14th ed. California: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 1324.

3. Murtagh J. Female sexual function dysfunction and pregnancy: implication for practice. J Midwifery Women Health 2012; 55: 438-46.

4. Fogel CI. Sexuality. In: Schuiling KD, Likis FK, editors. Women's gynecologic health. Jones and Bartlett; 2006. p. 145.

5. Bosson F. Human sex response cycles. J Sex Marital Ther 2001; 27: 1-4.

6. Deek A, Mccabe M. Sexual function and the menopausal women: the importance of age and partner's sexual function. J Sex Res 2001; 38: 219-25.

7. Enzlin P, Mathieu CH, Demyttenaere K. Gender differences in the adjustment to diabetes type 1: The role of coping, depression and marital relation. Diabetes Res Clin Pract 2000; 50: 217.

8. Nusbaum M, Rosenfield A. Sexual health across the life cycle. Cambridge University Press; 2004. p. 762.

9. Jahanfar SH, Molaeenezhad M. Textbook of sexual disorders. 2nd ed. Tehran: Bizhan & Salemi Publication; 2001. p. 354. (Full Text in Persian)

10. Rogers RG, Kammerer-Deak D, Darrow A. Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapsed: a multi-center prospective study. Am J Obstet Gynecol 2004; 191: 206-10.

11. Ganz B. Life after breast cancer: understanding women's health related quality of life and sexual function. J Clin Oncol 1998; 160: 501-14.

12. Napoli M. Male and female dysfunction: how effective are the drugs. Health Facts 2003; 28: 1-2.

13. Aston G. Sexuality during and after pregnancy. Women's sexual health. 3rd ed. London: Bailier Tindal Publication; 2005. p. 112.

14. Bjorn C, Odden S. Women's satisfaction with birth control. Contraception 1999; 59: 227-39.

15. Peck SA. The importance of the sexual health history in the primary care setting. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2001; 30: 269-79.

16. Maclaren A. Primary care for women: comprehensive sexual health assessment. J Nurse Midwifery 1995; 40: 104-19.

17. Okazaki S. Influences of culture on Asia Americans sexuality. J Sex Res 2002; 39: 34-41.

18. Kazutaskas KA, Lam ES. Disability and sexuality: knowledge, attitudes and level of comfort among citified rehabilitation counselor. Rehabil Can Bull 2010; l54: 15-25.

19. Dupras A. University students, education to sexuality through reflective analysis of their sexual practice. Sexology 2012; 21: 171-5.

20. Garcia M, Fisher WA. Obstetrics and gynecology residents, self-rated knowledge, motivation, skill and practice patterns in counseling for contraception, STD prevention, sexual corona. J Obstet Gynecol 2007; 30: 59-65.

21. Chun J. Carson C. Physician-patient dialogue and clinical evaluation of erectile dysfunction. Urol Clin North Am 2001; 128: 249-58.

22. Refaie Shirpak Kh, Chinichian M, Eftekhar Ardebili H, Pourreza AGH, Ramezankhani A. Need assessment: sexual health education in family planning centers, Tehran, Iran. J Payesh 2010; 9: 251-60. (Full Text in Persian)

23. World Health Organization (WHO). Progress in reproductive and sexual research. 2004; Avaible from: www.who.com.

24. UNFPA. Report of the international conference on population and development. 1994; Aviable from: www.unfpa.com.

25. Holey N, Mahenux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician gynecologist? Am J Public Health 1999; 89: 899-902.

26. Hicks MK. Women's sexual problems- a guide to integrating the "new view" approach. CME 2010; Available from: www.medscape.com.

27. Allen L, Fountion L. Addressing sexuality and pregnancy in child birth education classes. J Primatol Educ 2007; 16: 32-6.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]

28. Bermen L, Berman J, Felder S. Seeking help for sexual function complicates who gynecologist need to know about female patient experience. Fertil Steril 2003; 79: 572-6.

29. Rosen F. Assessment of female sexual dysfunction view of validated methods. Fertil Steril 2002; 77: 589-93.

30. Family health tem. Advancing primary health care. Guide to inter disciplinary team roles and responsibilities missing try of health and long term care. 2005; Available from: www.familyhealth.com.

31. Kuriansky J. Sexuality education section. What medical practitioners need to know for improved doctor-patient communication? News Bulletin International Society for Sexual Medicine. 2009; Avaible from: www.issir.org.

32. Szasz G. Sex education of amply physician. Canadian Family Physician Publication; 1972. p. 23.

33. Wylie K. Sex education and the influence on sexual wellbeing. Proc Soc Behav Sci 2010; 5: 440-4.

34. Palacios S, Castano R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. Maturitas 2009; 63: 119-23.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-09-13]