

تبیین راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی: یک مطالعه کیفی

زهرا بستانی خالصی^۱، معصومه سیمبر^۲، سید علی آذین^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بهترین راه حصول اطمینان از یادگیری و اتخاذ رفتار جنسی امن و سالم و محدود کردن رفتار جنسی غیر بهداشتی، آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی است. هدف از انجام پژوهش حاضر، تبیین راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی بود.

روش: در این مطالعه کیفی، از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی استفاده گردید. مشارکت کنندگان به روش هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق ۳۸ مصاحبه عمیق فردی با زنان و مردان در شرف ازدواج و ازدواج کرده و ۹ مصاحبه با مطلعین کلیدی جمع‌آوری گردید. تمام مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شد و سپس با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی در نرم‌افزار MAXQDA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: استخراج کدهای به دست آمده منجر به پدیدار شدن راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی در دو طبقه اصلی «استفاده از همه ظرفیت‌ها برای آموزش (با دو زیرطبقه شامل آموزش رسمی و آموزش غیر رسمی)» و «ساختار مطلوب آموزش (با چهار زیرطبقه شامل همگانی بودن آموزش‌ها، داشتن اهداف آموزشی، مبتنی بر ارکان آموزش بودن و متناسب با ویژگی‌های گروه هدف بودن)» شد.

نتیجه‌گیری: هدف نهایی برنامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت جنسی در کشور، توانمندسازی مردم و جوامع می‌باشد که برای تحقق این هدف در امر سلامت جنسی، بهره‌مندی از تمام ظرفیت‌ها و اصلاح ساختار آموزش ضرورت دارد. از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در طراحی برنامه‌های آموزشی سلامت جنسی با هدف توانمندسازی افراد جامعه به ویژه جوانان استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: آموزش، سلامت جنسی، توانمندسازی

ارجاع: بستانی خالصی زهرا، سیمبر معصومه، آذین سید علی. تبیین راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۳): ۲۶۵-۲۵۳.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۳۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۰

۱- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲- استاد، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری و گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳- استادیار، پژوهشکده بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشگاه فن‌آوری‌های علوم زیستی جهاد دانشگاهی ابن سینا، تهران، ایران

Email: msimbar@yahoo.com

نویسنده مسئول: معصومه سیمبر

مقدمه

آموزش سلامت جنسی، یک‌سری از فعالیت‌های آموزشی است که به افراد در به دست آوردن اطلاعات، انگیزه و مهارت‌های رفتاری در جهت حفظ و ارتقای سلامت جنسی و باروری کمک می‌کند (۱) و بر ارتقای سطح سلامت جنسی و کاهش مشکلات جنسی در میان گروه‌های مختلف جامعه تأکید دارد (۲). آموزش سلامت جنسی توسط سازمان‌های بین‌المللی، به عنوان یک حق انسانی و ضرورتی برای توسعه به رسمیت شناخته شده است (۳). در ایران نیز آموزش سلامت جنسی به خصوص برای جوانان مورد تأکید قرار گرفته است، اما با وجود این ضرورت، هنوز آموزش این مقوله در بسیاری از فرهنگ‌ها همواره با چالش‌هایی روبه‌رو می‌باشد (۴).

در جامعه ایران نیز به عنوان نمونه‌ای از یک جامعه سنتی-مذهبی، امور جنسی همیشه در هاله‌ای از ابهام قرار داشته است و حجب و حیایی که در فرهنگ وجود دارد، موجب خجالت کشیدن و شرم داشتن در طرح موضوعات مربوط به امور جنسی می‌شود (۵) و در دبیرستان‌ها و دانشگاه‌ها هیچ‌گونه آموزش رسمی در زمینه سلامت جنسی ارائه نمی‌شود (۶). سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) یا WHO)، آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی را به عنوان بهترین راه حصول اطمینان از یادگیری و اتخاذ رفتار جنسی امن و سالم و محدود کردن رفتار جنسی غیر بهداشتی برشمرده است (۱).

آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی، فرایند تجهیز افراد، زوجین، خانواده‌ها و جامعه به اطلاعات و مهارت‌های رفتاری است و از طریق آن، افراد مهارت‌هایی را می‌آموزند که با تکیه آن می‌توانند کنترل بیشتری بر عوامل تهدید کننده سلامت جنسی و تصمیم‌گیری صحیح در امور جنسی‌شان داشته باشند (۷). توانمندسازی در زمینه سلامت جنسی می‌تواند تأثیر معنی‌داری بر ارتقای آگاهی و خودکارآمدی افراد داشته باشد و علاوه بر ارتقای دانش و عزت نفس، در تغییر و تبدیل رفتار افراد و اتخاذ یک سبک زندگی سالم به عنوان هدف اساسی ارتقای سلامت نیز مؤثر است (۸). اجرای یک برنامه آموزشی مبتنی بر توانمندسازی

با هدف افزایش آگاهی، عزت نفس و خودکارآمدی در زمینه سلامت جنسی، منجر به خودکنترلی رفتاری و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه و در نهایت، ارتقای سلامت جنسی می‌شود (۹). بنابراین، درک و به کارگیری راهبردهای توانمندسازی، یک آرمان آشکار برای ارتقای ابعاد مختلف سلامت از جمله بعد جنسی سلامت می‌باشد (۸).

بر اساس نتایج مطالعه جوادنوری و همکاران، یکی از راه‌های توانمند نمودن نوجوانان به ویژه دختران در بعد سلامت جنسی، ارائه آموزش‌های رسمی و غیر رسمی سلامت جنسی توسط والدین و معلمان مدارس است (۱۰). نتایج پژوهش پورمرزی و همکاران نشان داد که لازم است برای توانمندسازی زوجین در شرف ازدواج، اطلاعات جامعی در حیطه سلامت جنسی وارد محتوای آموزشی پیش از ازدواج شود تا همسران زندگی زناشویی با کیفیت و سالم‌تری را آغاز نمایند (۱۱). بر اساس یافته‌های تحقیق فروتن و جدید میلانی، یکی از راه‌های توانمندسازی زوجین در زمینه سلامت جنسی، آموزش‌های رسمی سلامت جنسی پیش از ازدواج می‌باشد (۱۲).

هرچند نتایج همه مطالعات صورت گرفته در ایران بر ضرورت آموزش سلامت جنسی اتفاق نظر دارند (۱۴، ۱۳، ۱۰، ۴)، اما تاکنون پژوهشی که به تبیین راهبردهای توانمندسازی در زمینه سلامت جنسی در ایران بپردازد، انجام نشده است. از سوی دیگر، درک افراد از راهبردهای توانمندسازی در زمینه مسایل جنسی، از جمله مفاهیم ذهنی می‌باشد که مناسبات فرهنگی-اجتماعی و نیز چارچوب ارزشی و باورهای حاکم بر جامعه بر این مفهوم سیطره دارد. این ویژگی سبب بررسی این مفهوم با جهان‌بینی روش تحقیق کیفی شد (۱۵).

ایران در سال‌های اخیر به دلیل انتقال فرهنگ و اندیشه‌های غربی، دستخوش تحولات فرهنگی-اجتماعی و پیامدهای ناشی از آن از جمله تضاد بین سنت و مدرنیته و تغییر در ارزش‌ها و الگوهای رفتاری شده است. این تضاد ارزش‌ها موجب ایجاد رفتارهای ناهنجار جنسی و گسترش روزافزون طلاق شده است (۱۲). تحولات به وجود آمده زنگ خطری است که لزوم تبیین راهبردهای آموزش سلامت

نظر عواملی مانند تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و محل سکونت (شهر و روستا) تشکیل دادند که به مرکز بهداشت شماره ۸ شهرستان رشت مراجعه کرده بودند. این مرکز یکی از بزرگ‌ترین مراکز دولتی ارائه دهنده خدمات اولیه بهداشتی و تنها مرکز ارائه دهنده خدمات آموزشی پیش از ازدواج شهرستان رشت می‌باشد و دلیل انتخاب آن به عنوان محیط پژوهش، تعداد زیاد و تنوع مراجعان از نظر جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تنها مرکز ارائه دهنده خدمات آموزشی پیش از ازدواج به زوجین در شرف ازدواج بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل تسلط به زبان فارسی، سکونت در شهرستان رشت، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و یا بیماری‌های روانی و تمایل به شرکت در مطالعه و همچنین، معیارهای ورود مطلعین کلیدی به مطالعه شامل تسلط به زبان فارسی، دارای سابقه آموزش یا پژوهش در زمینه سلامت جنسی و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته انفرادی جمع‌آوری شد. جمع‌آوری کنندگان اطلاعات در دو گروه زن و مرد قرار گرفتند و برای شرکت کنندگان مرد، مصاحبه‌گر مرد و برای شرکت کنندگان زن نیز مصاحبه‌گر زن اختصاص داده شد. مصاحبه‌ها به صورت چهره به چهره و با اجازه ضبط (ضبط صوت Sony VOR) انجام گرفت و کلمه به کلمه تایپ گردید. راهنمای سؤالات مصاحبه به وسیله مرور متون و مطالعه مقدماتی تهیه گردید. مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته با یک سؤال کلی و باز به عنوان راهنما (برای توانمند کردن افراد در امر سلامت جنسی چه راه‌هایی را پیشنهاد می‌کنید؟) آغاز شد. سؤالات بعدی و پیگیری کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت کننده ارائه می‌کرد، به سمت روشن شدن سؤال اصلی پژوهش یعنی چستی راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی، هدایت و متمرکز می‌شد. هر مصاحبه بین ۴۵-۶۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه دوم تنها پس از کدگذاری مصاحبه اول انجام می‌گرفت. مصاحبه‌ها در اتاق مشاوره مرکز ارائه دهنده خدمات آموزشی پیش از ازدواج شهرستان رشت انجام و ضبط می‌گردید. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

جنسی مبتنی توانمندسازی و اتخاذ راهکارهای تبیین شده با هدف ارتقای سلامت جنسی افراد جامعه را مشخص می‌کند. بنابراین، تحقیق کیفی حاضر با هدف تبیین راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی انجام گردید.

روش

این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. تحلیل محتوای کیفی، رویکردی برای تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی از طریق فرایندهای طبقه‌بندی نظام‌مند، کدبندی و درون‌مایه‌سازی یا طراحی الگوهای شناخته شده می‌باشد (۱۶). در رویکرد تحلیل محتوا، طبقات به طور مستقیم از داده‌های متنی استخراج می‌شوند و پژوهشگر درک عمیق‌تری از یک پدیده به دست خواهد آورد (۱۷). علت استفاده از رویکرد تحلیل محتوا در مطالعه حاضر، دستیابی به کشف معانی، اولویت‌ها، نگرش‌ها و درک زنان و مردان از آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی با تحلیل پیام‌های زبانی آن‌ها بود؛ چرا که مسایل جنسی و از جمله سلامت جنسی، پدیده‌ای ذهنی مرتبط با ارزش‌ها و وابسته به فرهنگ است که با تحقیق کیفی می‌توان آن را تبیین نمود. همچنین، افراد در مورد این مسأله به راحتی حاضر به گفتگو نیستند و شرایط امن و محترمانه‌ای که فقط در یک پژوهش کیفی فراهم می‌شود، راه را برای دستیابی به تجربیات آن‌ها باز می‌کند.

مطالعه کیفی حاضر بخشی از یک مطالعه اکتشافی متوالی کیفی- کمی (Mix method) بود که از آبان سال ۱۳۹۳ در شهرستان رشت آغاز گردید و در اردیبهشت سال ۱۳۹۴ پایان یافت. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و مصاحبه با ۳۸ نفر از زنان و مردان در شرف ازدواج و ازدواج کرده و ۹ نفر از مطلعین کلیدی صورت گرفت. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه داشت. اشباع داده‌ها هنگامی مسجل می‌شود که محقق با ادامه نمونه‌گیری به داده جدیدی دست نمی‌یابد (۱۸).

مشارکت کنندگان را زنان و مردان در شرف ازدواج (برای دریافت گواهی آموزش‌های پیش از ازدواج) و زنان و مردان ازدواج کرده (برای دریافت خدمات بهداشتی) با حداکثر تنوع از

قبل از شروع کار، ابتدا موافقت مسؤولان ذی‌ربط کسب گردید. در ابتدای مصاحبه درباره هدف تحقیق، روش مصاحبه، اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات و حق شرکت کنندگان در شرکت یا خروج از مطالعه توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان کسب گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۳۸ مشارکت کننده شامل ۱۵ مرد و ۲۳ زن حضور داشتند. حداقل و حداکثر سن مردان به ترتیب ۲۳ و ۳۵ سال با میانگین ۳۱/۳ سال بود. زنان نیز در محدوده سنی ۱۷ تا ۴۶ سال با میانگین ۲۸/۶ سال قرار داشتند. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

مطالعین کلیدی مطالعه نیز شامل متخصصان آموزش بهداشت، روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک، کارشناس مامایی (ارایه دهنده آموزش‌های پیش از ازدواج) و روحانی بودند. مشخصات جمعیت‌شناختی مطالعه کلیدی در جدول ۲ ارائه شده است.

از تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پژوهش، مهم‌ترین راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی زوجین در شرف ازدواج در دو طبقه اصلی «استفاده از همه ظرفیت‌ها برای آموزش و ساختار مطلوب آموزش» پدیدار شد (جدول ۳).

داده‌ها به روش تحلیل محتوای قرار دادی در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۱۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور بررسی داده‌های مطالعه، از معیارهای Guba و Lincoln شامل اعتبار (Credibility)، انتقال‌پذیری (Transfer-ability)، همسانی (Dependability) و تأییدپذیری (Confirmability) استفاده گردید (۱۹). مقبولیت داده‌ها با استفاده از حداکثر تنوع در نمونه‌ها از نظر جنسیت، سن، میزان تحصیلات، شغل و محل سکونت (شهر/روستا) و ارایه تعدادی از متون کدگذاری شده به مشارکت کنندگان جهت بررسی چگونگی و درستی برداشت‌های پژوهشگران تأمین شد. جهت افزایش قابلیت انتقال‌پذیری و تناسب داده‌ها، همه فرایند پژوهش و کارهای انجام شده در مسیر مطالعه به صورت واضح و دقیق و مکتوب تهیه گردید تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه برای دیگران فراهم شود. جهت افزایش قابلیت همسانی یافته‌ها نیز متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری اعضای تیم تحقیق قرار گرفت؛ یعنی کدها و طبقات استخراج شده در اختیار ۲ استاد صاحب‌نظر در تحقیق کیفی که تمام مراحل مطالعه را نظارت می‌نمودند، قرار داده شد و توافقی بالایی میان نتایج استخراج شده وجود داشت. همچنین، به منظور تأییدپذیری، محققان سعی نمودند که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن دخالت ندهند.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان

متغیر	مرد (۱۵ نفر)	زن (۲۳ نفر)	کل (۳۸ نفر)
طیف سنی (سال) (میانگین)	۲۳-۳۵ (۳۱/۳)	۱۷-۴۶ (۲۸/۶)	۱۷-۴۶ (۳۳/۸)
تحصیلات [تعداد (درصد)]	۲ (۱۳/۳)	۱ (۴/۳)	۳ (۷/۹)
سیکل و پایین‌تر	۱ (۶/۷)	۳ (۱۳)	۴ (۱۰/۵)
متوسطه	۴ (۲۶/۷)	۹ (۳۹/۲)	۱۳ (۳۴/۲)
دیپلم	۸ (۵۳/۳)	۱۰ (۴۳/۵)	۱۸ (۴۷/۳)
دانشگاهی	۲ (۱۳/۳)	۱۵ (۶۵/۲)	۱۷ (۴۴/۷)
خانه‌دار یا بیکار	۸ (۵۳/۴)	۷ (۳۰/۵)	۱۵ (۳۹/۵)
شاغل در بخش دولتی	۵ (۳۳/۳)	۱ (۴/۳)	۶ (۱۵/۷)
آزاد	۱۰ (۶۶/۷)	۱۶ (۶۵/۵)	۲۶ (۶۸/۴)
در شرف ازدواج	۵ (۳۳/۳)	۷ (۳۰/۵)	۱۲ (۳۱/۵)
متاهل	۹ (۶۰/۰)	۱۵ (۶۵/۲)	۲۴ (۶۳/۲)
شهر	۶ (۴۰/۰)	۸ (۳۴/۸)	۱۴ (۳۶/۸)
روستا			

جدول ۲. مشخصات جمعیت‌شناختی مطلعین کلیدی

جنسیت	سن (سال)	رشته تحصیلی	میزان تحصیلات	شغل
زن	۴۸	آموزش بهداشت	دکتری PhD	عضو هیأت علمی
زن	۳۳	آموزش بهداشت	دکتری PhD	عضو هیأت علمی
زن	۴۳	مامایی	کارشناس	آموزش دهنده کلاس‌های پیش از ازدواج
مرد	۵۳	روان‌پزشکی	دکتری تخصصی بالینی	بخش خصوصی
مرد	۵۳	روان‌شناسی بالینی	دکتری PhD	بخش خصوصی
مرد	۶۴	روان‌شناسی بالینی	دکتری PhD	بخش خصوصی
مرد	۴۸	روان‌شناسی بالینی	دکتری PhD	عضو هیأت علمی
مرد	۶۱	فلسفه و کلام اسلامی	سطح ۳ (دکتری)	روحانی و عضو هیأت علمی
مرد	۵۸	علوم قرآن و حدیث	سطح ۲ (کارشناس ارشد)	روحانی

جدول ۳. راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی

طبقات	زیرطبقات	کدهای اصلی
استفاده از همه ظرفیت‌ها برای آموزش	آموزش رسمی	آموزش در مدارس آموزش در دانشگاه
	آموزش غیر رسمی	آموزش در حوزه آموزش از طریق رادیو و تلویزیون آموزش توسط همسالان آموزش در پارک‌ها آموزش به والدین
ساختار مطلوب آموزش	همگانی بودن آموزش‌ها	آموزش قبل از بلوغ آموزش بعد از بلوغ آموزش پیش از ازدواج آموزش پس از ازدواج آموزش سالمندان آموزش گروه‌های پرخطر
	داشتن اهداف آموزشی مبتنی بر ارکان آموزش	بهبود نگرش تغییر رفتار به عنوان هدف آموزشی مبتنی بر نیاز مبتنی بر فرهنگ همکاری بین بخش‌های بهداشت، آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی، ورزش و جوانان مشاوره همراه با آموزش
	متناسب با ویژگی‌های گروه هدف	جنسیت سن میزان تحصیلات

آموزش رسمی: آموزش در مدارس توسط همه شرکت کنندگان مورد تأکید قرار گرفت. به عنوان مثال، شرکت کننده‌ای گفت: «مدارس باید در قالب برنامه‌های جذاب، اصول سلامت جنسی‌رو آموزش بدن، ولی حالت نصیحت پیدا نکنه» (خانم ۴۸ ساله، دکتری تخصصی آموزش بهداشت، عضو هیأت علمی).

بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان، یکی از راهبردهای توانمندسازی جوانان در زمینه سلامت جنسی، آموزش در دانشگاه‌ها است. مشارکت کننده‌ای در این زمینه اشاره کرد: «بهترین زمان این آموزش‌ها تو دانشگاهه... بچه‌ها ظرفیتش رو پیدا می‌کنن» (خانم ۲۷ ساله، در شرف ازدواج).

آموزش در حوزه‌ها نیز به عنوان راهبرد دیگر توانمندسازی توسط برخی از مشارکت کنندگان مطرح شد. یکی از آنان در این باره اظهار داشت: «ما طلبه‌هایی هم داریم که تو این حوزه تحقیق می‌کنن؛ چون این عزیزان به عنوان مبلغ به نقاط محروم می‌رن، اونجا می‌تونه خیلی اثربخش باشه» (مرد ۲۳ ساله، در شرف ازدواج).

آموزش غیر رسمی: اغلب مشارکت کنندگان آموزش از طریق رادیو و تلویزیون را از مهم‌ترین راهبردهای توانمندسازی افراد در امر سلامت جنسی می‌دانستند. در این راستا، یکی از آن‌ها عنوان نمود: «طرف وقتشو نمی‌زاره بیاد کتاب فلان دکتر روان‌شناس رو بخونه یا یه مقاله فلان صفحه‌ای رو بخونه، ولی پای رادیو و تلویزیون می‌شیند، گوش می‌ده... حالا منم که دنبال این کتابا رفتم چون به تجربه تلخ

استفاده از همه ظرفیت‌ها برای آموزش

این طبقه از دو زیرطبقه «آموزش‌های رسمی و آموزش‌های غیر رسمی» تشکیل شده است.

تازه‌ای... بر اساس اون احساسات و تمایلات باید آموزش داده بشه» (مرد ۳۲ ساله، در شرف ازدواج).

آموزش پیش از ازدواج سلامت جنسی نیز یکی از راهبردهای پیشنهاد شده‌ای بود که تعداد زیادی از شرکت کنندگان به آن اذعان داشتند. «چون رابطه جنسی تو کشور ما از ازدواج شروع می‌شه، باید تو همین کلاس‌ها گفته بشه» (خانم ۱۷ ساله، در شرف ازدواج).

برخی از مشارکت کنندگان آموزش‌های پس از ازدواج سلامت جنسی را هم در توانمندسازی افراد مهم تلقی می‌کردند. به گفته آنان، بیشتر نیازهای مربوط به سلامت جنسی پس از ازدواج مشخص می‌شود. «بعد از ازدواج که آدم می‌فهمه چی به چیه... اون موقع باید کلاس و مشاوره بذارن» (خانم ۳۸ ساله، ازدواج دوم، در شرف ازدواج).

آموزش سلامت جنسی برای سالمندان نیز توسط تعدادی از مشارکت کنندگان لازم بیان شد. یکی از آن‌ها گفت: «نتیجه یک مطالعه در انگلیس این بود که سلامت روان در دوره سالمندی بستگی به سلامت جنسی سالمند داره» (مرد ۶۴ ساله، دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی).

اغلب شرکت کنندگان به آموزش گروه‌های پرخطر اشاره نمودند و تأکید داشتند که آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی در گروه‌های پرخطر جامعه، برای پیشگیری از اشاعه بیماری‌های مقاربتی ضروری است. «برای روسپی‌ها برنامه داشته باشن، برای معتادا، برای نوجوونا، برای زندانیا... می‌گم کار خیلی وسیعیه... سلامت جنسی یعنی همه اینارو دیدن» (مرد ۵۳ ساله، روان‌پزشک).

داشتن اهداف آموزشی: از نظر مشارکت کنندگان، لازمه توانمند نمودن افراد در زمینه سلامت جنسی، بهبود نگرش آن‌ها در مورد موضوعات جنسی است. مشارکت کننده‌ای اذعان داشت: «آموزش باید زمینه‌ای بشه برای تغییر نگرش... در واقع آموزش وسیله است و تغییر نگرش و رفتار، هدف...» (خانم ۴۸ ساله، دکتری تخصصی آموزش بهداشت، عضو هیأت علمی).

تعدادی از مشارکت کنندگان برنامه آموزشی را در توانمندسازی جنسی اثربخش دانستند که هدف اصلی آن،

داشتنم و الا منم الان تو همین سن هم دنبال این کتابا نمی‌رفتم» (خانم ۲۴ ساله، ازدواج دوم، در شرف ازدواج).

آموزش توسط همسالان، یکی دیگر از راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی بود که توسط تعداد زیادی از مشارکت کنندگان بیان شد. یکی از آنان گفت: «یه گروه آموزش دیده‌رو از خود همین جوون‌ها بذارن که رایگان مشاوره بدن... مطمئناً خیلی استقبال می‌شه؛ چون هم هم‌زبونن، هم اینجور چیزارو راحت‌تر می‌شه به هم‌سن و سال گفت» (مرد ۳۵ ساله، ۶ سال متأهل).

در موارد متعددی مشارکت کنندگان آموزش در مکان‌های عمومی مانند پارک‌ها را در توانمند نمودن افراد در زمینه سلامت جنسی مؤثر دانستند. در این زمینه یکی از آن‌ها بیان کرد: «دولت می‌تونه... توی پارک‌ها و باشگاه‌ها که جوون‌ها بیشترن...» (مرد ۳۵ ساله، ۶ سال متأهل).

آموزش به والدین از جمله نکاتی بود که توسط بیشتر مشارکت کنندگان مورد تأکید قرار گرفت. یکی از آنان گفت: «اول باید آگاهی‌های خانواده‌ها بالا بره و یه مقدار از اطلاعات هم به وسیله خانواده‌ها به بچه‌ها منتقل بشه» (مرد ۴۸ ساله، دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی).

ساختار مطلوب آموزش

این طبقه متشکل از چهار زیرطبقه «همگانی بودن آموزش‌ها، دارای اهداف آموزشی، مبتنی بر ارکان آموزش و متناسب با ویژگی‌های گروه هدف» بود.

همگانی بودن آموزش‌ها: آموزش قبل از بلوغ، از جمله کدهایی بود که برای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی توسط برخی از مشارکت کنندگان ذکر شد. یکی از شرکت کنندگان در این باره گفت: «ز ۱۸-۱۷ ماهگی باید این آموزش‌هارو والدین داشته باشن و سلامت جنسی‌رو در قالب جملاتی که خود بچه از اون تصور درستی داشته باشه، آموزش بدن» (خانم ۴۸ ساله، دکتری تخصصی آموزش بهداشت، عضو هیأت علمی).

تعدادی از مشارکت کنندگان آموزش بعد از بلوغ را بیان کردند. «آموزش‌ها بهتره مرحله‌بندی بشه... مسایلی که بعد از بلوغ پیش میاد و تمایلی‌رو که تجربه می‌کنه، خیلی حس

مشارکت کنندگان بیان شد. یکی از آن‌ها اشاره کرد: «آموزشی که به مرد می‌دن، باید با زن‌ها فرق کنه... یه چیزایی مردونه است یه چیزایی زنونه» (مرد ۲۴ ساله، در شرف ازدواج).

در نظر گرفتن سن گروه هدف یا فراگیران، به عنوان عامل تأثیرگذار در آموزش‌های مبتنی بر توانمندسازی توسط برخی از شرکت کنندگان مطرح گردید. یکی از آنان ذکر کرد: «به نظر من تو سنای خیلی پایین‌تر، مسایل احساسی رو بگن؛ چون ذهن بچه‌ها راحت می‌تونه شکل بگیره. بعد کم‌کم بر حسب سن به مسایل مهم‌تری که بچه‌ها باید بدونن که می‌رسن به دورهای که باید اطلاعات کافی داشته باشن» (مرد ۳۱ ساله، ازدواج دوم، در شرف ازدواج).

تعدادی از مشارکت کنندگان نقش میزان تحصیلات را در درک مفاهیم و فراگیری مطالب آموزشی مهم دانستند و بر این نکته تأکید کردند که برای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی، گروه‌های هدف باید بر اساس میزان تحصیلات تفکیک شوند. یکی از آن‌ها گفت: «آموزش باید بر اساس میزان درک فرد باشه شما نمی‌تونین مطلبی که برای یه کارشناس یا کارشناس ارشد آماده می‌کنی رو بیای برای یه کسی که سواد نداره یا سوادش پایینه هم بگین» (خانم ۲۹ ساله، در شرف ازدواج).

بحث

با توجه به اهمیت نقش آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی در حفظ و ارتقای سلامت جنسی افراد خانواده و جامعه، مطالعه حاضر به تبیین درک زنان و مردان از راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی پرداخت. نتایج نشان داد که استفاده از همه ظرفیت‌ها برای آموزش سلامت جنسی و اصلاح ساختار آموزش با هدف توانمندسازی افراد، لازمه آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی می‌باشد.

بر اساس نظر مشارکت کنندگان، آموزش سلامت جنسی در مدارس، یکی از راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی است. در این راستا، یافته‌های پژوهش Agha

تغییر رفتار گروه هدف باشد و معتقد بودند که افزایش دانش به طور قطع باعث جایگزینی رفتار سالم جنسی با رفتار ناسالم نمی‌شود. یکی از شرکت کنندگان در این رابطه گفت: «آموزش بهداشت باید تفکر بهداشتی به وجود بیاره، زمینه‌ای بشه برای تغییر رفتار و عکس‌العمل سالم...» (خانم ۳۳ ساله، دکتری تخصصی آموزش بهداشت، عضو هیأت علمی).

مبتنی بودن بر ارکان آموزش: اغلب مشارکت کنندگان اشاره کردند که آموزش‌های سلامت جنسی باید مبتنی بر نیازهای گروه هدف باشد تا بتواند موجب توانمندی افراد شود. در این راستا، یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت: «علاوه بر این که آموزش‌ها باید بدون و منظم باشه، حتماً جنسیت، میزان تحصیلات و ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی مخاطبان هم باید در نظر گرفته بشه» (خانم ۴۸ ساله، دکتری تخصصی آموزش بهداشت، عضو هیأت علمی).

بیش از نیمی از مشارکت کنندگان به اهمیت مبتنی بر فرهنگ بودن آموزش‌ها اشاره کردند و تأکید داشتند که بحث فرهنگ در هر جامعه‌ای جزء جدایی‌ناپذیر افراد آن جامعه محسوب می‌شود. یکی از نمونه‌ها اشاره نمود: «ارزش‌های فرهنگی حتماً باید در آموزش‌ها در نظر گرفته بشه...» (مرد ۳۳ ساله، در شرف ازدواج).

مشارکت کنندگان استدلال کردند که رویکرد مناسب در آموزش‌های مبتنی بر توانمندسازی، همکاری بین بخش‌های بهداشت، آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی، ورزش و جوانان می‌باشد. یکی از آن‌ها در این زمینه گفت: «این مسأله، یک مسأله فراوزارتخانه‌ایه... چند تا وزارتخانه مثل وزارت فرهنگ، جوانان و... باید کار کنن» (مرد ۵۳ ساله، دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی).

برخی از شرکت کنندگان، مشاوره همراه با آموزش را لازمه آموزش‌های سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی عنوان کردند. یکی از آن‌ها متذکر شد: «آموزش نقش پیشگیری داره که خیلی هم خوبه، ولی درمان نیست. برای قسمت درمان هم باید فکری بشه» (مرد ۵۳ ساله، روان‌پزشک).

متناسب با ویژگی‌های گروه هدف: حساس به جنس بودن آموزش‌ها، یکی دیگر از کدهایی بود که توسط تعدادی از

ارتقای سلامت جنسی و اطلاع‌رسانی صحیح جهت بهبود وضعیت سلامت جنسی ضروری می‌باشد (۲۳).

مشارکت کنندگان تحقیق حاضر، یکی از راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی را آموزش توسط همسالان عنوان کردند. نتایج مطالعات متعدد نشان داده است که استفاده از همسالان برای آموزش سلامت جنسی، تأثیر بسزایی در انتقال اطلاعات دارد و روش مؤثری برای ارتقای رفتارهای سالم میان نوجوانان و جوانان محسوب می‌شود (۲۶-۲۴).

مشارکت کنندگان تجهیز مکان‌های عمومی مانند پارک‌ها به مکان‌های آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی را یکی از راهبردهای مؤثر دانستند. Ford و همکاران معتقد هستند که فضاهای عمومی مانند پارک‌ها مکان مناسبی برای آموزش‌های بهداشتی محسوب می‌شود؛ چرا که کثرت افراد در مکان‌های عمومی، ابعاد آموزش را وسیع‌تر می‌کند (۲۷).

مطابق نتایج پژوهش حاضر، آموزش به والدین نیز از جمله راه‌حل‌های مناسب برای توانمند نمودن افراد پیشنهاد گردید. در این زمینه Dinaj-Koci بر این باور بود که اگر والدین در مورد ایدز با فرزندان خود بحث و گفتگو کنند، احتمال درگیر شدن آنان با رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد (۲۸). مالک و همکاران نیز در این زمینه اذعان داشتند که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای توانمند کردن والدین، باید اطلاعات لازم در مورد موضوعات بهداشت باروری و جنسی نوجوانان را از طریق روش‌های مختلف در اختیار آنان قرار دهد تا آنها نیز بتوانند با انتقال اطلاعات صحیح، حمایت لازم را از نوجوانان خود به عمل آورند (۲۹). به اعتقاد مشارکت کنندگان، جهت اصلاح ساختار آموزش در راستای توانمندسازی افراد جامعه از نظر سلامت جنسی، علاوه بر همگانی بودن آموزش‌ها لازم است آموزش‌های سلامت جنسی دارای اهداف آموزشی و مبتنی بر ارکان آموزشی باشد.

رفایی شیرپاک در مطالعه خود عواملی همچون همگانی بودن آموزش‌ها، آموزش افراد در سطوح مختلف قبل و بعد از بلوغ و پیش از ازدواج را در ارتقای سلامت جنسی افراد مهم

و Van Rossem نشان داد که در سال‌های مدرسه، نخستین پایه‌های تربیت روانی و عاطفی فرد گذاشته می‌شود و اگر از همان زمان این پایه‌ها به درستی پی‌ریزی نشود، ممکن است فاجعه بزرگی در انتظار خانواده‌ها و جامعه باشد (۲۰). از سوی دیگر، بسیاری از باورهای غلط در خصوص موضوعات جنسی از همین دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرد که بر عملکرد جنسی در دوران بزرگسالی نیز تأثیر می‌گذارد (۲۱). بستانی خالصی و قبری خانقاه نیز در تحقیق خود دریافتند که آموزش سلامت جنسی متناسب با سن افراد و مبتنی بر نیازهای اطلاعاتی و مهارتی آنان به همراه ارزش‌های فرهنگی و مذهبی، جهت توانمندسازی آنها در حفظ و ارتقای سلامت جنسی ضروری است (۱۳).

آموزش در دانشگاه‌ها نیز به عنوان یکی از راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی در مطالعه حاضر مطرح شد. عابدیان و شاه‌حسینی در پژوهش خود، آگاهی دانشجویان آموزش عالی از سلامت جنسی را ضروری عنوان کردند و دلیل این اهمیت را نقش دانشجویان در آموزش جامعه و نقش آنها در انتقال اهمیت سلامت جنسی به افراد جامعه دانستند (۶).

مشارکت کنندگان معتقد بودند که آموزش در حوزه‌ها، از ملزومات توانمندسازی افراد در زمینه سلامت جنسی می‌باشد. در این راستا، فروتن و جدید میلانی نیز نقش حوزه‌های علمیه را در تبیین خط‌مشی‌های لازم برای آموزش سلامت جنسی، منطبق با معارف اسلامی مهم قلمداد کردند (۱۲).

یافته‌های بررسی حاضر حاکی از آن بود که شرکت کنندگان نقش رسانه‌ها و آموزش از طریق رادیو و تلویزیون را برای توانمند نمودن افراد جامعه به لحاظ سلامت جنسی مهم دانستند. Keller و Brown نقش رسانه‌ها را در ترویج فرهنگ سلامت بسیار مؤثر بیان کردند و اذعان داشتند که از رسانه‌ها می‌توان به عنوان بهترین حامی سلامت جهت افزایش دانش عمومی و بهبود نگرش مخاطبان بهره برد (۲۲). در حیطه سلامت جنسی، رسانه‌ها به ویژه رادیو و تلویزیون نقش مؤثرتری در فرهنگ‌سازی و شکستن تابوهای بدون پایه و اساس منطقی دارند و اجرای برنامه‌هایی با هدف

آموزش سلامت جنسی به گروه‌های پرخطر نیز لازم است. آموزش‌های مبتنی بر توانمندسازی بیان شد. هزینه پیشگیری از بروز اختلال یا پیشرفت بیماری‌ها از طریق کنترل، درمان و بازتوانی افراد مبتلا یا در معرض خطر، بسیار کمتر از میزان مورد نیاز برای پوشش دادن کودکان و خانواده آنان یا جبران آسیب‌های احتمالی است (۳۵).

در مطالعه حاضر، شرکت کنندگان اعتقاد داشتند که ارتقای سطح سلامت جنسی مردم، به فرهنگ‌سازی و تغییر نگرش نیاز دارد. تنها آگاه کردن مردم از سلامت و بهداشت جنسی کافی نیست، بلکه مردم باید علاقمند شوند که عادات و روش زندگی خود را در راستای ارتقا و حفظ سلامت جنسی تغییر دهند (۳۶). از نظر آنان، مداخله آموزشی موفق است که بتواند موجب تغییر رفتار در مخاطبان گردد. مداخلات آموزشی حوزه بهداشت باید به گونه‌ای باشد که علاوه بر افزایش دانش و آگاهی مردم، همراه ایجاد تغییر نگرش در آنان، تغییر رفتاری را نیز به وجود آورد (۳۷).

همچنین، مشارکت کنندگان بر این باور بودند که آموزش‌های سلامت جنسی باید مبتنی بر نیاز و فرهنگ گروه هدف باشد. مسأله‌ای که روز به روز مورد توجه بیشتری قرار گرفته است، این که خواست و نیاز مخاطبان باید نقش اساسی را در تصمیم‌گیری و مداخلات و برنامه‌های بهداشتی داشته باشد (۳۸). بنابراین، توجه به نیازسنجی و مشارکت گروه هدف در فرایندها و فعالیت‌هایی که برای توانمندسازی سلامت جوامع صورت می‌پذیرند، ضروری به نظر می‌رسد (۱۳). علاوه بر این، مؤثرترین راه تضمین موفقیت مداخلات بهداشتی، شناخت ساختارهای موجود در گروه هدف تحقیق و عمل کردن بر اساس حساسیت‌های فرهنگی این گروه‌ها می‌باشد (۳۹).

مشارکت‌کنندگان همکاری بین بخش‌های بهداشت، آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی و ورزش و جوانان را مهم‌ترین رویکرد جهت دستیابی به موفقیت در این زمینه قلمداد کردند. WHO هشدار داده است که تأمین، حفظ و ارتقای سلامت یک جامعه، از طریق یک وزارتخانه ممکن نخواهد شد. همکاری بین بخشی برای سلامت، یکی از راه‌های برقراری نظام سلامت است (۱). مشارکت کنندگان،

دانست و بر اهمیت سلامت جنسی از دوران جنینی و بدو تولد تا زمان مرگ در زنان و مردان تأکید کرد (۳۰).

آموزش سلامت جنسی پیش از بلوغ نیز به عنوان نوعی راهبرد توانمندسازی توسط مشارکت کنندگان مطرح شد. Ford و همکاران اعتقاد دارند که آموزش پیش از بلوغ سلامت جنسی و پاسخ صحیح به سؤالات و کنجکاوی‌های جنسی کودکان توسط والدین به ویژه مادران، نقش تعیین کننده‌ای در تربیت جنسی کودکان و آموزش مراقبت و بهداشت جنسی آن‌ها دارد (۲۷).

آموزش سلامت جنسی پس از بلوغ نیز توسط برخی از مشارکت کنندگان مطرح شد. نتایج تحقیق جواد نوری و همکاران نشان داد که نوجوانان ایرانی به ویژه دختران، نیازهای آموزشی برآورده نشده زیادی در زمینه سلامت جنسی دارند. بنابراین، باید سیاست‌گذاران به جای اتلاف بیش از پیش زمان در دایره بسته تردید در ضرورت آموزش، در جهت طراحی و تعیین ویژگی‌های آموزش جنسی مورد نیاز نوجوانان گام بردارند (۱۰).

شرکت کنندگان، آموزش پیش از ازدواج سلامت جنسی را بسیار مهم قلمداد کردند. نتایج برخی مطالعات، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های زندگی مشترک را ارتباط جنسی سالم و رضایت‌بخش زوجین گزارش نمودند (۳۱). بنابراین، با توجه به اهمیت خانواده در جامعه ایرانی و نقش سلامت جنسی زوجین در تداوم و عملکرد مثبت خانواده، ادغام آموزش سلامت جنسی در آموزش‌های پیش از ازدواج و توانمند نمودن زوجین ضروری به نظر می‌رسد (۳۲). آموزش‌های سلامت جنسی پس از ازدواج نیز در توانمندسازی افراد مهم بود و حتی بر نیاز بیشتر زوجین به آموزش‌های سلامت جنسی نسبت به پیش از ازدواج تأکید شده است (۳۳).

مشارکت کنندگان معتقد بودند که آموزش سلامت جنسی برای سالمندان هم لازم است. محدودیت‌های بالقوه زیست‌شناختی ناشی از فرایند طبیعی سالخوردگی و بیماری‌های مزمن شایع در دوره سالمندی، سلامت جنسی سالمندان را در معرض خطر قرار می‌دهد و لزوم آموزش سلامت جنسی در این سنین را الزامی می‌سازد (۳۴).

صحبت و اظهار نظر کنند. بنابراین، از دیگر محدودیت‌های این طرح، انتخاب افراد علاقمند به اشتراک تجربیاتشان بود.

نتیجه‌گیری

نتایج مربوط به درک و تجارب زنان و مردان از راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی نشان داد که ابعاد راهبردها در دو بعد «استفاده از همه ظرفیت‌ها برای آموزش سلامت جنسی و اصلاح ساختار به سمت ساختار مطلوب» خلاصه می‌شود. توجه به مفاهیمی مانند توانمندسازی، در حفظ و ارتقای سلامت افراد و بهبود نتایج مداخلات اجتناب‌ناپذیر است. از طرف دیگر، تغییر رویکرد در آموزش سنتی بهداشت نیز از ضروریات به شمار می‌رود. امید است تصمیم‌گیران و کارکنان نظام سلامت با تغییر خطمشی از آموزش سنتی به رویکردهای نوین آموزشی، گامی تازه و اساسی در این حوزه بردارند. یافته‌های مطالعه حاضر و درک اهمیت آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی و چالش‌های موجود در این زمینه می‌تواند سیاست‌گذاران کلان بهداشتی را در طراحی برنامه‌های مرتبط با توانمندسازی جامعه جهت ارتقای سطح سلامت جنسی افراد، ایفای نقش همسری آن‌ها، حفظ و دوام خانواده و کاهش پیامدهای منفی ناشی از فقدان آموزش سلامت جنسی یاری نماید.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از نتایج رساله مقطع دکتری تخصصی بهداشت باروری مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد که توسط کمیته اخلاق دانشگاه با شماره SBMU2.REC.1394.130 مورد تأیید قرار گرفت. بدین‌وسیله از همه شرکت‌کنندگان مطالعه و همچنین، حمایت‌های مالی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مشاوره همراه با آموزش را برای توانمند نمودن افراد مهم دانستند. مشاوره سلامت جنسی برای دریافت راهنمایی، اطلاع‌رسانی و حل مسایل جنسی ضروری می‌باشد (۱۴).

در تحقیق حاضر، حساس به جنس بودن آموزش‌ها توسط مشارکت‌کنندگان مطرح گردید. نتایج مطالعه رحمانیان و همکاران نشان داد که ارائه خدمات سلامت جنسی نیازمند مدیریت، تسهیلات و کارکنان حساس به جنسیت و برنامه‌ریزی برای مراقبت‌ها و آموزش‌های حساس به جنسیت است (۴۰). در نظر گرفتن سن مخاطبان نیز یکی دیگر از کدهایی بود که توسط نمونه‌ها مهم تلقی شد. آموزش‌های سلامت جنسی باید حساس به جنسیت، سن، قومیت، مذهب، ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی باشد (۲).

شرکت‌کنندگان توجه به میزان تحصیلات را به عنوان عامل تأثیرگذار در درک مفاهیم لازم دانستند. Wells و Wollack به این نتیجه رسیدند که سطح تحصیلات فراگیران با میزان درک مفاهیم رابطه مثبت و معنی‌داری دارد (۴۱).

محدودیت‌ها: مفاهیم و موضوعات جنسی در هر جامعه‌ای به شدت با فرهنگ و طرحواره‌های اجتماعی آمیخته است؛ به طوری که رفتارها، باور و اعتقادات جنسی افراد یک جامعه، متأثر از ساختار فرهنگی و آن طرحواره‌ها می‌باشد و این باورها و رفتارها نیازهای آموزشی افراد را شکل می‌دهد. بنابراین، اگرچه نمونه‌گیری در مرکز بهداشتی-درمانی شماره ۸ شهرستان رشت که تنها مرکز ارائه دهنده آموزش‌های پیش از ازدواج در این شهرستان می‌باشد و تمامی زوجین برای دریافت گواهی پیش از ازدواج به این مرکز مراجعه می‌کنند، انجام شد، اما نتایج به دست آمده به دلیل تفاوت در شکل‌گیری طرحواره‌های جنسی و تأثیر آن بر نیازهای آموزشی، قابل تعمیم نمی‌باشد. از سوی دیگر، پرسش و تحقیق در مورد مقوله جنسی در فرهنگ ایرانی، امری نیست که به راحتی بتوان از افسار جامعه درخواست کرد راجع به آن

References

1. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Developing sexual health programmes: A framework for action. Geneva, Switzerland: 2010.
2. Trudel G. Sexuality and marital life: Results of a survey. J Sex Marital Ther 2002; 28(3): 229-49.

3. Eisenberg ME, Bernat DH, Bearinger LH, Resnick MD. Support for comprehensive sexuality education: perspectives from parents of school-age youth. *J Adolesc Health* 2008; 42(4): 352-9.
4. Latifnejad RR, Javadnoori M, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Socio-cultural challenges to sexual health education for female adolescents in Iran. *Iran J Reprod Med* 2013; 11(2): 101-10.
5. DeJong J, Jawad R, Mortagy I, Shepard B. The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reprod Health Matters* 2005; 13(25): 49-59.
6. Abedian K, Shahhosseini Z. University students' point of views to facilitators and barriers to sexual and reproductive health services. *Int J Adolesc Med Health* 2014; 26(3): 387-92.
7. Grose RG, Grabe S, Kohfeldt D. Sexual education, gender ideology, and youth sexual empowerment. *J Sex Res* 2014; 51(7): 742-53.
8. Karimy M. Evaluation of the effect of educational intervention based on empowerment model of health promotion behaviors on menopausal women. *Daneshvar Med* 2011; 18(94): 63-72. [In Persian].
9. Hsu HY, Lien YF, Lou JH, Chen SH, Wang RH. Exploring the effect of sexual empowerment on sexual decision making in female adolescents. *J Nurs Res* 2010; 18(1): 44-52.
10. Javadnoori M, Roudsari RL, Hasanpour M, Hazavehei SM, Taghipour A. Female adolescents' experiences and perceptions regarding sexual health education in Iranian schools: A qualitative content analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(7): 539-46.
11. Pourmarzi D, Rimaz S, Merghati Khoii E A, Razi M, Shokoohi M. Comparative survey of youth's sexual and reproductive health educational needs in two stages before and after marriage, Tehran 2011. *Razi J Med Sci* 2013; 20(106): 30-9. [In Persian].
12. Foroutan SK, Jadid Milani M. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. *Daneshvar Med* 2008; 16(78): 37-42. [In Persian].
13. Bostani Khalesi Z, Ghanbari Khanghah A. Perception and experience of married women of reproductive age about the importance of sexual health education: A content analysis study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(172): 7-17. [In Persian].
14. Bostani Khalesi Z, Simbar M, Azin SA. Explaining sexual health education needs of pre-marriage couples: A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2015; 4(3): 290-303. [In Persian].
15. Khoei EM. Language of love in culture of silence: Iranian Women's sexual understandings and sociocultural context. Sydney Australia: University of New South Wales; 2006.
16. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. London, UK: SAGE Publications; 2017.
17. Spannagel C, Glsser-Zikuda M, Schroeder U. Application of qualitative content analysis in user-program interaction research. *Forum Qual Soc Res* 2005; 6(2): Art. 29.
18. Maxwell JA. *Qualitative research design: An interactive approach*. 3rd ed. London, UK: SAGE Publications; 2013.
19. Guba E, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. 1st ed. London, UK: SAGE Publications; 1989.
20. Agha S, Van Rossem R. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents. *J Adolesc Health* 2004; 34(5): 441-52.
21. Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A. How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. *Am J Health Behav* 2009; 33(1): 37-48.
22. Keller SN, Brown JD. Media interventions to promote responsible sexual behavior. *J Sex Res* 2002; 39(1): 67-72.
23. Gruber E, Grube JW. Adolescent sexuality and the media: A review of current knowledge and implications. *West J Med* 2000; 172(3): 210-4.
24. Mikhailovich K, Arabena K. Evaluating an indigenous sexual health peer education project. *Health Promot J Austr* 2005; 16(3): 189-93.
25. Milburn K. A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Educ Res* 1995; 10(4): 407-20.
26. Abdi F, Simbar M. The peer education approach in adolescents- narrative review article. *Iran J Public Health* 2013; 42(11): 1200-6.
27. Ford JV, Barnes R, Rompalo A, Hook EW 3rd. Sexual health training and education in the U.S. *Public Health Rep* 2013; 128(Suppl 1): 96-101.
28. Dinaj-Koci V, Deveaux L, Wang B, Lunn S, Marshall S, Li X, et al. Adolescent sexual health education: Parents benefit too! *Health Educ Behav* 2015; 42(5): 648-53.

29. Malek A, Abbasi SH, Faghihi AN, Bina M, Shafiee-Kandjani AR. A study on the sources of sexual knowledge acquisition among high school students in northwest Iran. *Arch Iran Med* 2010; 13(6): 537-42.
30. Refaie Shirpak K. Sexuality and sexual health. In: Hatami H, Razavi S, Ardabili H, editors. *Comprehensive public health book*. 4th ed. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2011. p. 1591-5. [In Persian].
31. Bostani Khalesi Z, Simbar M, Azin SA. A qualitative study of sexual health education among Iranian engaged couples. *Afri Health Sci* 2017; 17(2): 382-90.
32. Farnam F, Pakgohar M, Mir-mohammadali M. Effect of pre-marriage counseling on marital satisfaction of Iranian newlywed couples: A randomized controlled trial. *Sex Cult* 2011; 15(2): 141-52.
33. Peate I. Sexuality and sexual health promotion for the older person. *Br J Nurs* 2004; 13(4): 188-93.
34. Esere MO. Effect of sex education programme on at-risk sexual behaviour of school-going adolescents in Ilorin, Nigeria. *Afr Health Sci* 2008; 8(2): 120-5.
35. Cartagena RG, Veugelers PJ, Kipp W, Magigav K, Laing LM. Effectiveness of an HIV prevention program for secondary school students in Mongolia. *J Adolesc Health* 2006; 39(6): 925-16.
36. United Nations Population Fund (UNFPA). *Comprehensive sexuality education* [Online]. [cited 2016 Sep 30]; Available from: URL: <http://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education#>
37. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health* 2010; 31: 399-418.
38. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS* 2000; 14(Suppl 1): S11-S21.
39. McAuliffe L, Bauer M, Fetherstonhaugh D, Chenco C. Assessment of sexual health and sexual needs in residential aged care. *Australas J Ageing* 2015; 34(3): 183-8.
40. Rahmanian F, Simbar M, Ramezankhani A, Zaeri F. The concept and dimensions of Gender sensitive STIs/HIV/AIDS prevention services: a qualitative study. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2014; 12(1): 29-40. [In Persian].
41. Wells CS, Wollack JA. *An instructor's guide to understanding test reliability*. Madison, WI: University of Wisconsin; 2003.

An Explanation of Empowerment-based Sexual Health Education Strategies: A Qualitative Study

Zahra Bostani-Khalesi¹, Masoumeh Simbar², Seyed Ali Azin³

Original Article

Abstract

Introduction: Empowerment-based sexual health education is the best way to ensure the learning, implement safe and healthy sexual behavior, and confine the unhealthy sexual behavior. This study aimed to explore strategies for empowerment-based sexual health education.

Method: Conventional content analysis approach was recruited in this qualitative study. Participants were selected purposefully. Data were collected through 38 in-depth interviews with engaged and married men and women and 9 key informants. All the interviews were recorded and transcribed. The data were analyzed using content analysis method and using qualitative data analysis MAXQDA software.

Results: Code extraction revealed strategies for empowerment-based sexual health education in two main themes including use all capacities to educate (with two subthemes of formal and non-formal education), and structure of optimal education (with four subthemes of education for all, educational objectives, education on pillars, and commensurate with the characteristics of the target group).

Conclusion: The ultimate goal of educational development and sexual health promotion in the country is individuals and community empowerment. To achieve this goal, using all capacities to take advantage and rearrangement of sexual health education structure is essential. The results of this project would allow us to design sexual health education programs with the aim empowerment of individuals, especially youth.

Keywords: Education, Sexual health, Empowerment

Citation: Bostani-Khalesi Z, Simbar M, Azin SA. **An Explanation of Empowerment-based Sexual Health Education Strategies: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(3): 253-65.

Received date: 10.03.2016

Accept date: 20.06.2016

1- Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2- Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center AND Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Assistant Professor, Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute (ACECR), Tehran, Iran
Corresponding Author: Masoumeh Simbar, Email: msimbar@yahoo.com