

## مفهوم و ابعاد خدمات پیشگیری از بیماری های مقاربتی حساس به جنسیت: یک مطالعه کیفی

**فاطمه رحمانیان:** دانشجوی دوره دکتری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
**معصومه سیمبر:** دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران - نویسنده رابط :  
msimbar@gmail.com

**علی رمضانخانی:** دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

**فرید زایری:** استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۲۷

### چکیده

**زمینه و هدف:** عفونت های مقاربتی یکی از شایع ترین عفونت ها در دنیا است که بیماری زایی قابل توجهی را ایجاد می کند. در سال های اخیر در کشور ایران تعداد موارد بیماری افزایش نشان داده در نتیجه توسعه و اجرای برنامه های کنترل بیماری های مقاربتی به عنوان یک اولویت در نظر گرفته می شود. در حالیکه نقش قدرت وابسته به جنس در سلامت جنسی در سال های اخیر قابل توجه است، اما در حوزه پیشگیری از بیماری های مقاربتی توجه عملی به آن نشده است. این مطالعه به منظور تبیین مفهوم و ابعاد خدمات پیشگیری از بیماری های مقاربتی حساس به جنسیت انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا انجام گردید. مشارکت کنندگان در این پژوهش ۳۷ نفر از مدیران و ارائه دهندگان خدمات بهداشت باروری - جنسی واجد شرایط پژوهش بودند که با روش هدفمند در ابتدا و سپس روش گلوله برفی انتخاب و مورد مصاحبه عمیق فردی قرار گرفتند. جهت جمع آوری اطلاعات از راهنمای سوال اولیه استفاده گردید. اطلاعات حاصل از ۳۷ مصاحبه ضبط و تایپ گردید و با روش تحلیل محتوا، تجزیه و تحلیل گردید.

**نتایج:** تحلیل محتوای یافته ها دو طبقه اصلی (۱) ساختار خدمات حساس به جنسیت در سه بعد مدیریت، تسهیلات و کارکنان، و (۲) فرآیندهای حساس به جنسیت شامل فرایندهای مراقبتی و آموزشی را آشکار ساخت.

**نتیجه گیری:** ارائه خدمات پیشگیری از بیماری های مقاربتی نیازمند مدیریت، تسهیلات و کارکنان حساس به جنسیت، و برنامه ریزی برای مراقبت ها و آموزش های حساس به جنسیت است.

**واژگان کلیدی:** خدمات حساس به جنسیت، پیشگیری، بیماری های مقاربتی، مطالعه کیفی

### مقدمه

انتشار ایدز نقش مهمی داشتند، در تانزانیا هرپس در ابتلا

۷۴٪ از مردان و ۲۲٪ از زنان به ایدز نقش داشت (Rodríguez et al. 2002).

در سال ۲۰۱۱ در سراسر جهان، ۳۴ میلیون نفر مبتلا به ایدز بودند که از آن میان، زنان ۵۰٪ موارد را تشکیل می - دادند و در کشورهایی که آمار ایدز بیشتر است این آمار به ۶۴٪ می رسد (UNAIDS 2011). در کشور آمریکا، بین

عفونت های مقاربتی و ایدز از شایع ترین عفونت ها در دنیا هستند که بیماری زایی قابل توجهی را ایجاد می کنند. سال ۲۰۰۱ در جهان ۲/۹ میلیون نفر از کل موارد مرگ معادل ۵/۲٪ از مرگ ها مربوط به بیماری های مقاربتی ناشی از روابط جنسی غیر ایمن بود (Guilbert 2003). بعضی از بیماری های مقاربتی مانند هرپس در

مطالعات معدودی به موضوع خدمات حساس به جنسیت پرداخته‌اند. در کشور نیکاراگوئه، از طریق بحث-های گروهی و برنامه‌های تلویزیونی با هدف تصحیح هنجارهای جنسیتی وابسته به رفتارهای جنسی برای دختران و پسران جوان، توانستند مصرف کاندوم را تا ۵۶٪ افزایش دهند (Solórzano 2008). در کامبوج برای نوجوانان پسر، برنامه آموزش برابری جنسیتی و حقوق برابر در روابط جنسی و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی از طریق آموزش هم‌تایان انجام شد که منجر به افزایش قابل توجه رفتارهای جنسی سالم و مسئولانه و رعایت حقوق زنان شد (Hayden 2007). نتایج یک تحقیق کیفی در ایران نشان داد که نقش جنسیتی و عدم حمایت همسر، مانع استفاده از کاندوم در زنان در معرض خطر بیماری ایدز بود (Lotfi et al. 2012). در حالی که نقش قدرت وابسته به جنسیت در روابط جنسی در سال‌های اخیر مورد توجه بوده است، در حوزه‌های مختلف خدمات بهداشت باروری از جمله پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی توجه عملی به آنها نشده است. خدمات بهداشت باروری دولتی در کشور ما تاکنون به عنوان خدمات عام و بدون در نظر گرفتن جنسیت بوده است.

این مطالعه در صدد بوده است تا با تبیین مفهوم و ابعاد خدمات پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز حساس به جنسیت از دیدگاه مدیران و ارائه دهندگان این خدمات، گامی در جهت طراحی و اجرای خدمات موثرتر بردارد.

## روش کار

این مطالعه کیفی بخشی از یک مطالعه کیفی-کمی متوالی اکتشافی است. نمونه‌گیری به شیوه نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در ابتدا و سپس با روش گلوله برفی ادامه یافت. مشارکت کنندگان در این پژوهش ۳۷ نفر شامل ۱۳ مدیر بهداشتی ۱۰ عضو هیأت علمی و ۱۴ ارائه دهنده خدمات بودند. ۱۳ نفر از مشارکت کنندگان مرد و ۲۴ نفر زن بودند. این افراد از کارشناسان حوزه ستادی و ارائه-

سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۳، ۱۵٪ به آمار زنان مبتلا به ایدز اضافه شد، در حالی که در مردان آمار افزایش ۱٪ بود (CDC 2003). هر چند که در همه جهان شیوع بیماری ایدز در گروه‌های پرخطر بیشتر است، در ویتنام، براساس یافته‌های یک متا آنالیز، زنان گروه‌های کم‌خطر به علت رفتارهای پرخطر همسر بیشتر در معرض ایدز بوده‌اند، به طوری که آمار مبتلایان زن از ۱۹٪ در سال ۲۰۰۵ به ۳۵٪ در سال ۲۰۰۸ رسید (Nguyen et al. 2008)، در چین نیز آمار زنان مبتلا در همین دوره دو برابر شده است (Lu et al. 2008).

در ایران، تعداد موارد گزارش شده بیماری‌های مقاربتی براساس از ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۶ هشت برابر افزایش یافت و در ۲۰۰۶ به ۱/۶ مورد در هر ۱۰۰ نفر جمعیت رسید. به طور متوسط شمار مبتلایان به بیماری‌های مقاربتی و ایدز در ۶ دهه اخیر، سالانه ۱۷٪ رشد داشته است (MOHME 2008)، شواهد نشان می‌دهند که در سال‌های اخیر ارتباط جنسی نقش فزاینده‌ای در انتقال بیماری ایدز داشته است (MOHME 2012).

بنابراین، هنجارهای جنسیتی می‌تواند روی رفتارهای جنسی زنان و مردان (PHAC 2009)، پوشش قدرت بین آنان و بی‌عدالتی در دسترسی به آزمایش، مراقبت و درمان (Guilbert 2003) اثر بگذارد. مقالات مرتبط نشان می‌دهند که شناسایی نابرابری‌های جنسیتی می‌تواند به ارتقای بهداشت و بهبود نتایج برنامه‌های بهداشتی ختم شود (Barker et al. 2007).

عدم موفقیت در برنامه‌هایی که به طور سنتی بدون در نظر گرفتن هنجارهای محیطی تقویت کننده رفتارهای پرخطر، دسترسی به خدمات بهداشت باروری، ساختار و پوشش تقسیم قدرت وابسته به جنسیت و پاسخگویی به نیازهای بیان نشده عمل می‌کند، باعث ایجاد چالش‌هایی می‌شود. به طور کلی هنوز خدمات بهداشتی و درمانی نتوانسته‌اند مساله جنسیت را به محوری از مداخلات و برنامه‌های خود تبدیل کنند (Rottach et al. 2009; Bitar 2011).

افزایش یافت. انتقال پذیری و تناسب داده‌ها با ثبت دقیق مشخصات مشارکت کنندگان و کارهای انجام شده در مسیر مطالعه انجام گرفت. برای افزایش تعیین تمام مراحل تحقیق که شامل فایل صوتی، متن کد گذاری شده، یادداشتها، تجزیه و تحلیل ها و مدارک مربوط به مقبولیت و تایید داده‌ها مستند شد. از دو صاحب نظر در زمینه پژوهش‌های کیفی و بهداشت باروری درخواست شد تا گزارشات و دست نوشته‌ها را مرور کنند و نتایج خود را مطرح کنند تا میزان تشابه در نتیجه گیری‌ها مشخص شود که در بیش از ۹۰٪ موارد این تشابه وجود داشت.

### نتایج

در این مطالعه ۳۷ شرکت کننده شامل ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی علوم پزشکی، ۱۳ نفر از مدیران و ۱۴ نفر از ارائه‌دهندگان خدمات پیشگیری از STIs/HIV/AIDS شرکت کردند. ۲۴ نفر آنان زن و ۱۳ نفر مرد بودند. متوسط سن آنان ۴۳/۱ و متوسط سابقه کار آنان ۱۶/۲ سال بود.

از تجزیه و تحلیل محتوای داده‌های استخراج شده ۲ طبقه اصلی ۵ زیر طبقه و ۲۶ کد استخراج گردید (جدول ۱).

۱- ساختار حساس به جنسیت در خدمات پیشگیری از STIs/HIV/AIDS  
اکثر مشارکت کنندگان بر لزوم ارائه خدمات حساس به جنسیت در ساختاری مناسب در سه بعد کارکنان، مدیران و تسهیلات اشاره می کردند.

۱-۱- تربیت ارائه دهندگان خدمات پیشگیری از STIs/HIV/AIDS حساس به جنسیت

۱-۱-۱- تربیت پرسنل مرد برای تشخیص، مشاوره و مراقبت در بیماری‌های مقاربتی مردان

بیشتر مشارکت کنندگان تاکید بر نیاز به نیروی مرد ماهر در خدمات داشتند:

"اگر می‌گوییم که برای آقایان می‌خواهیم خدمات بهداشت باروری بدهیم باید نیروی مرد داشته باشیم که الان نیست" (مدیر خدمات بهداشتی با ۳۴ سال سابقه).

دهندگان خدمات بهداشت باروری (مانند مادری ایمن، تنظیم خانواده، مشاوره ازدواج، بهداشت باروری نوجوانان و کلینیک مشاوره‌ای رفتارهای پر خطر) و دانشگاه‌ها در شهر شیراز و در مراکز ستادی وزارتخانه در تهران بودند. مصاحبه‌ها در مراکز دولتی و ستادی در شهر شیراز و مراکز ستادی وزارت بهداشت در تهران انجام شد.

جمع آوری داده‌ها با استفاده از راهنمای سؤالات نیمه ساختارمند و از طریق مصاحبه عمیق فردی انجام گرفت. اعتبارسنجی راهنمای سؤالات توسط ۳ تن از اساتید با تجربه بهداشت باروری انجام شد. پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق فردی انجام گرفت. قبل از مصاحبه رضایت افراد کسب شد. هر مصاحبه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طول کشید. در مواردی مصاحبه‌های دوم و سوم به منظور تایید داده‌ها و پر کردن شکاف‌های احتمالی انجام در نهایت ۴۳ مصاحبه ضبط شد. مصاحبه‌ها تا به اشباع رسیدن داده‌ها ادامه داشت.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با روش تحلیل محتوا بود. تمام مصاحبه‌ها ضبط و خط به خط دستنویس و در همان روز کد گذاری می‌شد. ابتدا هر مصاحبه مورد تحلیل قرار می‌گرفت و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌گردید. در این مطالعه، کدگذاری اولیه با روش اشتراوس و کوربین (Corbin and Strauss 1990) بر مبنای مفاهیم موجود در اطلاعات بود. پیام‌های اصلی متن‌ها قبل از کدگذاری با مطالعه مکرر کشف شد. سپس کدهای با مفهوم مشابه کنار هم در یک گروه قرار داده شدند و زیر طبقه‌ها و سپس طبقات شکل گرفتند.

مقبولیت داده‌ها با برقراری ارتباط مناسب بین پژوهشگر و مصاحبه شونده، ارائه نتایج و تجزیه و تحلیل‌ها به دیگران و استفاده از نظرات تکمیلی و انتقادی آنان، استفاده از نمونه‌های متنوع شامل ارائه دهنده خدمات، مدیران و هیئت علمی، در حوزه‌های مختلف خدمات بهداشت باروری، و با تجارب و تخصص‌های گوناگون و با حداکثر تنوع در جنسیت، سن و سابقه کار

کنندگان اختلاف نظر وجود داشت: "من مخالف با صحبت کردن در رابطه با حفاظت در رابطه جنسی با نوجوانان هستم. آنها باید روابط جنسی خود را به تأخیر بیندازند" (مدیر بهداشت خانواده با ۱۶ سال سابقه).

۱-۱-۵- آشنا با حقوق بهداشت باروری زنان و مردان در ازدواج موقت: ازدواج موقت و ارتباط آن با بیماری‌های مقاربتی از جمله نکاتی بود که توسط بیشتر مشارکت کنندگان مورد تأکید قرار گرفت.

"افراد خاصی از ازدواج موقت استقبال می‌کنند، ما متوجه شدیم که احتمال انتشار بیماری‌های مقاربتی در این نوع ازدواج‌ها بیشتر است. این نوع ازدواج‌ها کلاً از نظر نظام سلامت فراموش شده است. باید برای آگاهی طرفین از وضعیت بیماری‌های مقاربتی شریک جنسی برنامه‌ریزی شده و تسهیلاتی فراهم شود" (مدیر مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری با ۸ سال سابقه).

۱-۱-۶- آشنا با حقوق بهداشت باروری زنان و مردان: برخی از مشارکت کنندگان به آشنایی با این حقوق اشاره کردند: "حقوق بهداشت باروری را ما نمی‌دانیم همین باعث می‌شود که در مواردی مثل بیماری‌های مقاربتی واگیر و سلامت همسر یا رضایت از روابط جنسی دخالتی نکنیم یا بترسیم که دخالت ما وضع را بدتر کند." (کارشناس سلامت مردان با ۱۴ سال سابقه).

البته مخالفینی هم در میان مشارکت کنندگان بودند. یکی از آنها گفت: "ما وقت یا نیرویی نداریم که به زنان و مردان در رسیدن به حقوق خودشان کمکی کنیم." (مدیر بهداشت خانواده با ۱۵ سال سابقه).

۱-۱-۷- توانمند در ارائه خدمات به مددجویان جنس مخالف: همه مشارکت کنندگان روی این نکته اتفاق نظر داشتند: "در مورد مشارکت مردان در خدمات بهداشت جنسی، ارائه دهنده خدمت ما شرم می‌کند که مشاوره‌ای برای مردان داشته باشد، برای اینکه جنسیتش با جنسیت آقا متفاوت است، اغلب خانم هستند." (مدیر بهداشت خانواده، ۱۶ سال سابقه).

هم چنین یکی از مشارکت کنندگان گفت: "ما الان مراجعین کمی به بخش بیماری‌های مقاربتی مراکز بهداشتی داریم. یکی از علت‌ها این است که پزشکمان زن است. حتی اگر مردان از طرح مشکلات بیماری مقاربتی خجالت نکشند، پزشک در مشاوره یا معاینه محدود است" (کارشناس بهداشت خانواده با ۱۴ سال سابقه).

۱-۱-۲- آشنا با روش‌های محافظت از خود در زنان: برای کمک به زنان در حفاظت از خود مشارکت کنندگان برای کمک به زنان در حفاظت از خود به این نکته اشاره کردند:

"من باید به زن بگویم او چگونه می‌تواند از مشکلات مربوط به بیماری‌های مقاربتی پیشگیری کند، وقتی شوهر او از کاندوم استفاده نمی‌کند. چگونه می‌توانم به او کمک کنم؟ به من هم آموزش روش جایگزین ندادند. بیشتر تمایل به عدم مداخله داریم" (کارشناس سلامت مردان با ۱۴ سال سابقه).

۱-۱-۳- تغییر باور در مورد زنانه بودن خدمات: همه مشارکت کنندگان باورهای کارکنان را در ارائه خدمت به مردان با اهمیت می‌دانستند: "من در مورد تابوهای خودمان صحبت می‌کنم، ما می‌گوییم که ورود آقایان به محل ارائه خدمات ممنوع است. بنابراین من فکر می‌کنم باور باید در پرسنل بهداشتی تغییر کند. خیلی از پرسنل اصلاً نمی‌توانند با مردان ارتباط برقرار کنند، واقعاً سخت است که با آنها صحبت کنند، خجالت می‌کشند. چون در همین جامعه بزرگ شدند." (مدیر اداره سلامت خانواده با ۱۷ سال سابقه)

۱-۱-۴- آشنا با برنامه‌های کاهش خطر در نوجوانان: بیشتر مشارکت کنندگان موافق بودند که در زمینه آموزش برنامه‌های کاهش خطر برای نوجوانان ناتوان هستند:

"سرویس‌های ما برای نوجوانان محدود به ارائه کاندوم هستند. ما پایش یا مشاوره‌ای در رابطه با روابط جنسی آنها نداریم. ما آموزش خاصی در رابطه با کاهش خطر در این گروه ندیده‌ایم" (مدیر بهداشت خانواده با ۱۶ سال سابقه). از طرف دیگر، در این زمینه بین مشارکت

۱-۲-۳- ایجاد محیط امن و خصوصی برای ارزیابی خطر در بیماری‌های مقاربتی: همه‌ی مشارکت‌کنندگان بر نقش حریم خصوصی در دسترسی به گروه‌های پرخطر به خصوص در زنان حامله تأکید داشتند:

"زن حامله می‌بیند وقتی که او در رابطه با عوامل خطر جنسی همسرش صحبت می‌کند، همسایه، دوست یا اقوام همسرش می‌شنود و یا ممکن است که کارکنان دیگری در اطاق باشند، او می‌ترسد که همسرش از گزارش او مطلع شود. پس موارد پرخطر در رفتار جنسی شوهرش را اطلاع نمی‌دهد." (کارشناس بهداشت خانواده با ۲۵ سال سابقه)

۱-۲-۴- ایجاد تسهیلات غربالگری برای بیماری‌های مقاربتی و ایدز برای مددجویان خدمات پیش از ازدواج: ارتباط بین مشاوره قبل از ازدواج با پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی نیز توسط بیشتر مشارکت‌کنندگان تأکید شد: «ما می‌دانیم که اغلب عفونت‌های مقاربتی که زنان می‌گیرند از رابطه جنسی بعد از ازدواج است. ما باید کسانی که قبل از ازدواج در جستجوی درمان هستند را غربالگری و درمان کنیم" (مشاور آموزش پیش از ازدواج با ۶ سال سابقه).

۱-۳-۱- مدیریت در ساختار ارائه خدمات پیشگیری از STIs/HIV/AIDS حساس به جنسیت:

۱-۳-۱-۱- تنظیم آمار در رابطه با رفتارهای پرخطر نوجوانان یکی از مشارکت‌کنندگان با تأکید بر ضرورت داشتن آمار برای برنامه‌ریزی گفت: "در میان شاخص‌های مربوط به خطرات سلامت، ما هیچ اشاره‌ای به رفتارهای جنسی پرخطر نوجوانان نداریم. حتی آمار دیده نمی‌شود، ما نمی‌دانیم علل عمده رفتار جنسی زود هنگام یا حتی هم جنس بازی چیست؟ نوجوانان می‌ترسند گزارش کنند و ما هم می‌ترسیم باور کنیم" (مدیر بهداشت نوجوانان با ۱۲ سال سابقه).

۱-۳-۲- حفاظت از کارکنان در موارد دفاع از حقوق بهداشت باروری زنان: بیشتر مشارکت‌کنندگان به مشکلات عملی که در حین دفاع از حقوق زنان با آن روبرو شده بودند اشاره کردند: "مشاوره در رابطه با بیماری مقاربتی ممکن است منجر به کشف روابط جنسی پرخطر

۱-۱-۸- توانا به مشاوره در مورد مسایل جنسی: از نظر اغلب مشارکت‌کنندگان مشاوره جنسی باید در آموزش‌های ایشان دیده شود: "مشاوره جنسی در هیچ قسمت از آموزش‌های ما دیده نشده است. اگر کلاسی هم برای آموزش مشاوره جنسی گذاشتند مربی خودش بحث را سانسور می‌کند. نتیجه بحث‌های تکراری می‌شود، من که چیزی یاد نگرفتم. چند توصیه سرهم بندی شده می‌کنند" (کارشناس بهداشت خانواده با ۱۴ سال سابقه).

۱-۱-۹- اجتناب از سوگیری در ارائه خدمات به مراجعین: برخی از مشارکت‌کنندگان به اثرپذیری ارائه دهندگان خدمات از فرهنگ جامعه اشاره کردند:

"واقعیت این است که من همکارهایی را می‌شناسم که اصلاً ارائه خدمت به زنان و یا مردان مجرد را غلط می‌دانند. ما نمی‌توانیم این خدمات را با کارکنان سنتی خود انجام دهیم" (مدیر بهداشت خانواده با ۱۶ سال سابقه).

۱-۲-۲- تسهیلات برای ساختار ارائه خدمات پیشگیری از STIs/HIV/AIDS حساس به جنسیت:

۱-۲-۱- معرفی امکاناتی برای تشخیص، درمان و پی‌گیری بیماری‌های مقاربتی مردان: بیشتر مشارکت‌کنندگان گفتند که مشارکت مردان امکانات خاصی می‌خواهد: "الآن در هیچ کجای مراکز بهداشتی حداقل دولتی جایی برای مردها در مورد بیماری مقاربتی و مشاوره جنسی نیست، وقتی مردی مراجعه کرد احساس می‌کند اشتباه آمده." (هیئت علمی دانشگاه با ۲۰ سال سابقه).

۱-۲-۲- معرفی مراکز برای پی‌گیری رفتار پرخطر نوجوانان: ضرورت وجود مراکز برای پیگیری رفتار پرخطر نوجوانان مورد تأکید همه مشارکت‌کنندگان بود: "یک دختر ازدواج نکرده در مراجعه به این مراکز در معرض انگ و برخورد قضاوت‌مندان قرار می‌گیرد، البته پسرها راحت‌تر مراجعه می‌کنند. این مراکز تنها موظف به درمان مبتلایان به ایدز هستند، برای بقیه موارد کاری نمی‌کنند" (کارشناس مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری با ۶ سال سابقه).

همسرانشان کمک کنند" (مسئول نظارت خانه های بهداشت با ۲۵ سال سابقه).

۱-۲-۳- مشاوره رفتار پر خطر در کنار استفاده از کاندوم: بیشتر مشارکت کنندگان در مورد نحوه ارائه کاندوم انتقاد داشتند: "ما فقط کاندوم را به رایگان در اختیار مردان می-گذاریم و مشاوره ای در مورد کاهش شرکای جنسی، شناخت شریک جنسی یا آشنایی با علائم بیماری مقاربتی نداریم، وقت و نیروی آن را هم نداریم" (مدیر بهداشت خانواده، ۱۶ سال سابقه).

۱-۲-۴- بررسی اختلالات دستگاه تناسلی مردانه مانع استفاده از کاندوم: تعداد کمی از مشارکت کنندگان به اندازه واحد کاندوم‌هایی که به هم‌هی مردان پیشنهاد می‌شود، اشاره کردند: "یک شکایت قدیمی در میان استفاده کنندگان از کاندوم مسئله احساس راحتی و متناسب بودن اندازه آن است. کاندوم‌ها از نظر اندازه بررسی نمی‌شوند. در نتیجه استفاده از کاندوم کاهش می‌یابد" (مدرس کلاس های پیش از ازدواج با ۶ سال سابقه).

۱-۲-۵- غربالگری بیماری‌های مقاربتی مردان هنگام مصرف IUD توسط زنان: یکی از مشارکت کنندگان براساس تجربه متوجه نکته ای شده بود: "ما هیچ همسری را از نظر بیماری مقاربتی یا رفتار پر خطر قبل از کارگذاری IUD بررسی نمی‌کنیم، بنابراین برای یک زن در معرض رابطه پرخطر IUD می‌گذاریم و شانس بیماری مقاربتی او را افزایش می‌دهیم" (کارشناس بهداشت خانواده با ۲۵ سال سابقه).

۱-۲-۶- مراقبت از سلامت زنان در روابط پرخطر با معرفی کاندوم زنانه: بیشتر مشارکت کنندگان کاندوم زنانه را به عنوان یکی از روش‌های حفاظت از زنان می‌دانستند:

"وقتی مرد دارای رفتار پرخطر جنسی از کاندوم استفاده نمی‌کند، لازم است ما یک روش حفاظتی مثل کاندوم زنانه داشته باشیم، ما باید این روش را پیشنهاد کنیم" (مدیر بهداشت خانواده با ۱۵ سال سابقه).

۱-۲-۲- آموزش حساس به جنسیت در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی

از طرف مرد شود. ما چگونه می‌توانیم به زنان کمک کنیم؟ آیا سیستمی برای حمایت از ارائه دهنده خدمات وجود دارد؟ آیا مورد مواخذه مسئولین قرار نمی‌گیریم؟ سؤالات بی‌پاسخ زیادی برای ارائه دهندگان خدمات وجود دارد" (مدیر بهداشت خانواده با ۱۶ سال سابقه).

۱-۳-۳- حل مشکلات ارائه دهندگان در ارائه خدمات پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی به مردان: اغلب مشارکت کنندگان بر حل مشکلات کارکنان در ارائه خدمات به مردان اشاره می‌کردند: "مردان، گروه هدف ما نیستند. حتی ما شاخصی در مورد اطلاعات و عملکرد مردان متاهل تحت پوشش مرکز نداریم، در مقابل نوجوانان پسر و جوانان مجرد هم که مسئولیتی نداریم" (کارشناس بهداشت خانواده با ۶ سال سابقه).

۲- فرآیند حساس به جنسیت در خدمات پیشگیری از STIs/HIV/AIDS: اکثر مشارکت کنندگان بر ارائه فرایندهای حساس به جنسیت شامل مراقبت و آموزش حساس به جنسیت اشاره کردند.

۱-۲-۱- مراقبت حساس به جنسیت

۱-۲-۱- جلب مشارکت مردان در غربالگری بیماری‌های مقاربتی در بارداری: ضرورت مشارکت مردان در غربالگری بیماری‌های مقاربتی توسط اغلب مشارکت کنندگان مطرح شد: "ما باید تمرکز بر زنان را در مشاوره‌ها و دستورالعمل‌ها تغییردهیم و ارائه دهندگان خدمات را تشویق به دعوت مردان برای غربالگری و ارزیابی بیماری‌های مقاربتی در کلینیک‌های قبل از بارداری کنیم" (کارشناس بهداشت خانواده با ۲۵ سال سابقه).

۱-۲-۲- آشنا کردن زنان با علائم بیماری‌های مقاربتی مردان: یکی از مشارکت کنندگان با توجه به برنامه‌های مراقبتی که در حال حاضر اجرا می‌شود، این نکته را مطرح کرد: "بهرتر است زنان علائم بیماری‌های مقاربتی مردان را بشناسند تا هم خود را حفظ کنند هم به

## بحث

این مطالعه برای اولین بار به بررسی مفهوم و ابعاد خدمات پیشگیری از بیماری های مقاربتی حساس به جنسیت در کشور پرداخت.

در این مطالعه طراحی ساختاری مناسب برای ارائه خدمات حساس به جنسیت شامل تربیت نیروی انسانی، تسهیلات و مدیریت حساس به جنسیت مورد اشاره قرار گرفت. در تربیت نیروی انسانی، مشارکت کنندگان بر آموزش مناسب ارائه دهندگان و ضرورت توسعه و تکامل آموزش آموزش دهندگان را مطرح کردند. یافته های ما مشابه با مطالعاتی بود که در زمینه اثر باورها، دانش، مهارتها و ارزش های ارائه دهندگان در ارائه خدمت حساس به جنسیت بود (James-Traore et al. 2009). تسهیلات لازم با در نظر گرفتن هنجارهای جنسیتی جامعه در مورد بیماری های مقاربتی مانند حفظ حریم خصوصی، وجود مراکز تخصصی و امکانات مناسب توصیف شد که مشابه با یافته های دیگر بود (Macdonald et al. 1997; Khau et al. 2009). نقش مدیریت در توانمند سازی پرسنل در دفاع از حقوق زنان و راهکارهای نظام سلامت برای اطمینان از مصونیت های قانونی در مطالعات مشابه نیز تایید شد (Rodríguez et al. 2001; Bwambale et al. 2008).

در مطالعه ما روی مشارکت مردان در خدمات غربالگری بیماری های مقاربتی و توجه به نقش جنسیت در مراقبت تاکید شد که البته در مطالعات سایر جوامع نیز یافته های مشابهی در رابطه با نقش جنسیت وجود دارد (Howell et al. 2002; Flood 2004). آموزش استفاده از کاندوم زنانه نکته ای بود که تاکنون به آن پرداخته نشده و حتی نظام سلامت در آموزش آن به ارائه دهندگان خدمات نقص داشت. نتایج حاصل از رویکرد جنسیتی در تحقیق ما ارتباط بین معرفی و آموزش این روش با توانمندسازی زنان در حفاظت از خود را مطرح کرد که توسط مطالعات دیگری نیز اثر بخشی آن پذیرفته شده است

۲-۲-۱- آموزش جنسی مبتنی بر نیازهای زنان و مردان: اغلب مشارکت کنندگان بر فقدان آموزش جنسی متناسب با زنان و مردان تاکید می کردند: "تغییر باور مرسوم به رابطه جنسی آزادانه و غیرمسئولانه از طرف مردان و منفعل بودن زنان در روابط جنسی را باید در آموزش مورد توجه قرار داد" (مدرس کلاس های پیش از ازدواج با ۵ سال سابقه).

۲-۲-۲- آموزش حفاظت از خود به زنان: برخی از مشارکت کنندگان بر آموزش حفاظت از زنان پس از ازدواج تاکید می کردند. "کنترل کمتر زنان روی نوع و زمان رابطه ی جنسی پس از ازدواج و قدرت کم آنان در چانه زنی با همسر برای حفاظت از خود در موارد پرخطر نادیده گرفتن حق سلامت زنان است" (مدیر آموزش سلامت با ۱۴ سال سابقه).

۲-۲-۳- آموزش چانه زنی در استفاده از کاندوم: مشارکت کنندگان، اغلب آموزش چانه زنی را یکی از نیازهای مشترک ارائه دهندگان خدمات و مراجعین می دانستند: "آموزش دهنده ما مثلا همکاران خانم ما در مراکز بهداشتی، آموزشی در رابطه با چانه زنی در استفاده از کاندوم ندیدند حتی خودشان در زندگی شخصی مشکل دارند. پس اگر زنی در این مورد مشکل داشت ترجیح می دهند وارد بحث نشوند" (مسئول طرح بهداشت مردان با ۱۴ سال سابقه).

۲-۲-۴- آموزش مناسب در مورد نحوه شناسایی زنان و مردان پرخطر در روابط جنسی: برخی از مشارکت کنندگان نیاز به آموزش نحوه ارزیابی خطر در رابطه جنسی اشاره کردند.

"سوال کردن و ارزیابی خطر شریک جنسی کار مشکلی است، نیاز به آموزش اصولی دارد که ما باید در آموزش هایمان نحوه پرسیدن و بحث در مورد آن را به خصوص به افراد مجرد آموزش دهیم. بیشتر مراجعین به مراکز پرخطر آموزشی در این رابطه نداشته اند" (مشاور بیماری های رفتاری با ۸ سال سابقه).

خدمات این مهارت را نمی دانستند. در حالی که هم زمان با همه گیر شدن بیماری های مقاربتی و ایدز، مداخله های زیادی برای ارتقای این مهارت انجام شده است ( IPPF 2002; Exavery et al. 2012).

### نتیجه گیری

ارائه خدمات پیشگیری از STIs/HIV/AIDS حساس به جنسیت در کشور ما نیازمند اصلاحاتی در ابعاد ساختار و فرآیندها می باشد تا این برنامه ها را از برنامه های خنثی از نظر جنسیتی به سطح کامل تر حساس به جنسیت ارتقا بخشد و اثر بخشی این برنامه ها افزایش یابد.

### تشکر و قدر دانی

این تحقیق بخشی از رساله دکترای بهداشت باروری فاطمه رحمانیان به راهنمایی دکتر معصومه سیمبر می باشد. بدینوسیله مراتب قدر دانی خود را از کلیه مشارکت کنندگان در این پژوهش که با ارائه مسئولانه نظرات و تجارب ارزشمند خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند ابراز می داریم.

( Ramanathan and Khambete 2007; Rivers et al. 1998). یکی از نکات پنهان مانده در ارائه کاندوم مردانه عدم آشنایی نظام سلامت با اختلالات دستگاه تناسلی مردان بود که به علت محدودیت های مربوط به هنجارهای جنسیتی نظام سلامت در سطح ارائه دهنده خدمات و سیاست گذار به آن نپرداخته است. در حالیکه مطالعه دیگری نیز بر اهمیت بررسی آن تأیید کرد (Ankrah and Attika 1997).

در امر آموزش، آموزش جنسی مبتنی بر نیازهای زنان و مردان و با توجه به هنجارهای جنسیتی آموزش حفاظت از خود در زنان، آموزش شناسایی رابطه پرخطر مورد تأکید قرار گرفت که البته نقش پاسخگویی به نیازهای زنان و مردان در امر مراقبت و درمان برای رسیدن به زندگی سالم جنسی و نتایج بهداشتی موفق تر در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است ( Crosby et al. 2010; UNIFEM 2009). عدم تعادل قدرت بین زنان و مردان در جامعه و نقش غالب مردان در استفاده از کاندوم در تحقیق ما عاملی برای طرح ضرورت آموزش مهارت چانه زنی از طرف زنان بود که تا کنون نظام سلامت در مورد آن اقدامی نکرده و حتی ارائه دهندگان



جدول ۱- طبقات اصلی و فرعی استخراج شده از درک مدیران و ارائه دهندگان از برنامه و خدمات پیشگیری از

STIs/HIV/AIDS حساس به جنسیت

طبقه اصلی	زیر طبقه	کدهای اصلی
ساختار حساس به جنسیت در خدمات پیشگیری از بیماری های مقاربتی و ایدز	نیروی انسانی	تربیت پرسنل مرد برای تشخیص، مشاوره و مراقبت در بیماری های مقاربتی مردان آشنا با روش های محافظت از خود در زنان
		تغییر باور در مورد زنانه بودن خدمات آشنا با برنامه های کاهش خطر در نوجوانان
		آشنا با حقوق بهداشت باروری زنان و مردان در ازدواج موقت
		آشنا با حقوق بهداشت باروری زنان و مردان
		توانمند در ارائه خدمات به مددجویان جنس مخالف
		ارتقا توانایی مشاوره در مورد مسایل جنسی
		اجتناب از سو گیری در ارائه خدمت به مراجعین
		معرفی امکاناتی برای تشخیص، درمان و پیگیری بیماری های مقاربتی مردان
		معرفی مراکزی برای پیگیری رفتار پر خطر نوجوانان
		ایجاد محیط امن و خصوصی برای ارزیابی خطر در بیماری های مقاربتی
تسهیلات		ایجاد تسهیلات غربالگری برای بیماری های مقاربتی و ایدز برای مددجویان خدمات پیش از ازدواج
		تنظیم آمار در رابطه با رفتارهای پر خطر نوجوانان
		حفاظت از پرسنل در موارد دفاع از حقوق بهداشت باروری زنان
		حل مشکلات ارائه دهندگان در ارائه خدمات پیشگیری از بیماری های مقاربتی به مردان
فرآیند حساس به جنسیت در خدمات پیشگیری از بیماری های مقاربتی و ایدز	مراقبت	جلب مشارکت مردان در غربالگری بیماری های مقاربتی در بارداری
		آشنا کردن زنان با علائم بیماری های مقاربتی مردان
		مشاوره رفتار پر خطر در کنار استفاده از کاندوم
		بررسی اختلالات دستگاه تناسلی مردانه مانع استفاده از کاندوم
		غربالگری بیماریهای مقاربتی مردان هنگام مصرف IUD توسط زنان
		پیگیری در موارد ابتلا یکی از زوجین به بیماری مقاربتی در جهت حفاظت از همسر
		آموزش جنسی مبتنی بر نیازهای زنان و مردان
		آموزش حفاظت از خود به زنان
		آموزش چانه زنی در استفاده از کاندوم
		آموزش مناسب ارائه دهندگان در مورد شناسایی افراد پر خطر در زنان و مردان
آموزش		

## References

- Ankrah, E.M. and Attika, S.A., 1997. *Adopting Female Condom in Kenya and Brazil: Perspectives of Women and Men*, AIDSCAP Womens Initiative, Arlington.
- Barker, G., Ricardo, C. and Nascimento, M., 2007. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*, World Health Organization, Geneva.
- Bhana, D., 2007. The price of innocence: teachers, gender, childhood sexuality, HIV and AIDS in early schooling. *International Journal of Inclusive Education*, **11**(4), pp. 431-444.
- Bitar, S., 2011. Increasing health service visits and family planning use among young women in rural India: scaling up best practices in India. *Best practice brief*. USAid, Washington.
- Bwambale, F.M., Ssali, S.N., Byaruhanga, S., Kalyango, J.N. and Karamagi, C.A., 2008. Voluntary HIV counselling and testing among men in rural western Uganda: implications for HIV prevention. *BMC Public Health*, **8**(1), pp. 263.
- CDC., 2003. Centers for Disease Control, National Center for Infectious Diseases, Division of HIV/AIDS. *HIV/AIDS Surveillance*. US Department of Health and Human Services.
- Corbin, J. and Strauss, A., 1990., *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*, Sage, Thousand Oaks.
- Crosby, R., Yarber, W., Graham, C. and Sanders, S., 2010. Does it fit okay? Problems with condom use as a function of self-reported poor fit. *Sexually transmitted infections*, **86**(1), pp. 36-38.
- Exavery, A., Kanté, A.M., Jackson, E., Noronha, J., Sikustahili, G., Tani, K., Mushi, H.P., Baynes, C., Ramsey, K. and Hingora, A., 2012. Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health*, **12**(1), pp. 1097.
- Flood, M., 2004. Men, gender, and development. *Development bulletin*, **64**, pp. 26-30.
- Guilbert, J., 2003. The world health report 2002-reducing risks, promoting healthy life. *Education for health-abingdon-carfax publishing limited*, **16**(2), pp. 230.
- Hayden, R., 2007. *Young men like us: Experiences and changes in sex, relationships and reproductive health among young, urban Cambodian men*, Phnom Penh.
- Homsy, J., Kalamya, J.N., Obonyo, J., Ojwang, J., Mugumya, R., Opio, C. and Mermin, J., 2006. Routine intrapartum HIV counseling and testing for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a rural Ugandan hospital. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, **42**(2), pp. 149-154.
- Howell, E.A., Gardiner, B. and Concato, J., 2002. Do women prefer female obstetricians? *Obstetrics and Gynecology*, **99** (6), pp. 1031-1035.
- IPPF., 2002. *International Planned Parenthood Federation (IPPF), Learning from the field: experience in HIV prevention from family planning associations worldwide* [Online]. London: IPPF. Available: [[http:// www.popline.org/node/238368](http://www.popline.org/node/238368)] [Accessed 2013 May 20].
- James-Traore, T., Finger, W., Ruland, C. and Stephanie, S., 2009. *Teacher training: Essential for school-based reproductive health and HIV/AIDS education*, Family Health International, Arlington.
- Khau, M., Mitchell, C. and Pithouse, K., 2009. 'We are also human': how do teachers' own sexualities affect how they deal with HIV and AIDS in the classroom? *Teaching and HIV and AIDS*

- in a South African Classroom*, pp. 168-181.
- Lotfi, R., Tehrani, F.R., Yaghmaei, F. and Hajizadeh, E., 2012. Barriers to condom use among women at risk of HIV/AIDS: a qualitative study from Iran. *BMC women's health*, **12**(1), pp. 13.
- Lu, L., Jia, M., Ma, Y., Yang, L., Chen, Z., Ho, D.D., Jiang, Y. and Zhang, L., 2008. The changing face of HIV in China. *Nature*, **455**(7213), pp. 609-611.
- Macdonald, M., Sprenger, E. and Dubel, I., 1997. *Gender and organizational change: bridging the gap between policy and practice*, Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT), Amsterdam.
- MOHME., 2008. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), HIV/STI Office. *Situation analysis of sexually transmitted infections in the Islamic Republic of Iran*.
- MOHME., 2012. Ministry of Health and Medical Education (MOHME), National AIDS Committee Secretariat. *Islamic Republic of Iran AIDS progress report*.
- Nguyen, T.A., Oosterhoff, P., Hardon, A., Tran, H.N., Coutinho, R.A. and Wright, P., 2008. A hidden HIV epidemic among women in Vietnam. *BMC Public Health*, **8**(1), P. 37.
- PHAC., 2009. Public Health Agency of Canada. *HIV and AIDS in Canada, Surveillance Report to December 31, 2008*. Public Health Agency of Canada, Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Surveillance and Risk Assessment Division.
- Ramanathan, M. and Khambete, A., 2007. *Case Study: The Gender Mainstreaming in Medical Education-The Indian Initiative* Achutha Menon Centre for Health Science Studies, Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology, Trivandrum, India.
- Rivers, K., Aggleton, P., Elizondo, J., Hernandez, G., Herrera, G., Mane, P., Niang, C.I., Scott, S. and Setiadi, B., 1998. Gender relations, sexual communication and the female condom. *Critical Public Health*, **8**(4), pp. 273-290.
- Rodríguez, M.A., Sheldon, W.R., Bauer, H.M. and Pérez-Stable, E.J., 2001. The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. *Journal of Family Practice*, **50**(4), pp. 338-344.
- Rodríguez, M. d. M. P., Obasi, A., Mosha, F., Todd, J., Brown, D., Chagalucha, J., Mabey, D., Ross, D., Grosskurth, H. and Hayes, R., 2002. Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV incidence: a prospective study in rural Tanzania. *Aids*, **16**(3), pp. 451-462.
- Rottach, E., Schuler, S.R. and Hardee, K., 2009. *Gender perspectives improve reproductive health outcomes: New evidence*, Population Reference Bureau Washington, DC, Washington.
- Solórzano, I., 2008. *Catalyzing Personal and Social Change Around Gender, Sexuality, and HIV: Impact Evaluation of Puntos de Encuentro's Communication Strategy in Nicaragua*, Population Council, Horizons, Washington.
- UNAIDS., 2011. World Health Organization (WHO), UNAIDS, UNICEF. *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*. WHO, Geneva.
- UNIFEM., 2009. *United Nations Development Fund for Women (UNIFEM), Gender and AIDS web portal* [Online]. New York: United Nations Development Fund for Women. Available:[<http://www.eldis.org/go/topics/resource-guides/gender/websites/gender-and-healthandid=6938andtype=Organisation>] [Accessed June 7, 2013].

## The concept and dimensions of Gender sensitive STIs/HIV/AIDS prevention services: a qualitative study

**Rahmanian, F.**, Ph.D. Student, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

**Simbar, M.**, Ph.D. Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran- Corresponding author: msimbar@gmail.com

**Ramezankhani, A.**, Ph.D. Associate Professor, Department of public health, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

**Zayeri, F.**, Ph.D. Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Para medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Aug 13, 2013

Accepted: Nov 18, 2013

**Background and Aim:** Sexually transmitted infections are one of the most prevalent infections all over the world that impose significant morbidity on people. There are an increasing number of sexually transmitted infections in Islamic Republic of Iran during recent years. So developing and implementing programs for STIs prevention and control is considered as a health priority. While the role of gender based power in sexual relationships has in recent years been acknowledged, the understanding has largely lacked practical considerations in the STIs/HIV/AIDS prevention fields. This study aims to explore gender sensitive STIs/HIV/AIDS prevention services concepts and dimensions.

**Materials and Methods:** This study employed content analyzes research design. Semi-structured in-depth interviews were conducted with 37 expert reproductive health managers and providers that selected purposively and then continued by snow ball method. Data collected by using semi-structured interview guide. The interviews were transcribed and typed. Data was analyzed according to content analysis.

**Results:** 2 categories emerged as the result of data content analysis: 1) gender sensitive structure including employers, facilities and management dimensions 2) gender sensitive process including care and educational processes.

**Conclusion:** providing gender sensitive STIs/HIV/AIDS prevention services need gender sensitive management, facilities and providers and gender sensitive care and educational design.

**Key words:** Gender sensitive services, Prevention, STIs/HIV/AIDS, Qualitative research