

Research Paper

Sexual Health Challenges in Iran and the Strategies for its Improvement



Behzad Damari¹ , *Forouzan Akrami^{1,2}

1. Department of Health and Governance, Neuroscience Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Damari B, Akrami F. Sexual Health Challenges in Iran and the Strategies for its Improvement. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(2):216-233. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.3502.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.3502.1>



Received: 27 Jun 2020

Accepted: 27 Oct 2020

Available Online: 01 Jul 2021

Key words:

Sexual health,
Reproductive health,
Stigma, Discrimination,
Gender equity,
Iran

ABSTRACT

Objectives Sexual health has been considered as a necessary condition for achieving reproductive health, rather than being a part of it. This study aimed to identify the challenges of sexual health in Iran and the strategies for its improvement.

Methods In this qualitative study using content analysis, a semi-structured interview was used to collect data. The participants were 16 experienced experts who were selected using a purposive sampling method. After individual interviews and theoretical data saturation, data analysis was performed using the deductive content analysis method.

Results Five main themes including the taboo of sexuality and low public awareness, unconventional sexual behaviors and emerging social ills, stigma and discrimination, lack of the political commitment of the government, and lack of statistical indicators and not utilization of existing capacities were identified as the challenges of sexual health in Iran. The strategies to address them included: Public education and empowerment with a special focus on the adolescents and young people, adopting policies and revising the related laws in line with social changes; gaining the political support of the government, promoting the right attitude with a focus on banishing stigma and discrimination against groups with high-risk sexual behaviors, collecting indicators and designing interventions using human resources and existing capacities, and promoting professional ethics and gender equity.

Conclusion For addressing the challenges and achieving the highest levels of sexual health in Iran, it requires the political commitment of the government, revising laws, and inter-sectoral cooperation to design and implement multidisciplinary and multidimensional interventions.

Extended Abstract

1. Introduction

Sexual health and optimal marital relationship provide the basis for strengthening the emotions between couples and prevent the occurrence of mental disorders, disintegration of the family foundation, and social harms by creating a sense of satisfaction, peace, and increased self-confidence. Sexual health is

defined as a physical, emotional, mental, and social well-being in relation to sexuality [3]. Recently, sexual health, instead of being a part of reproductive health, has been considered as the foundation and necessary condition for achieving reproductive health. Sexual health recognizes the desire of individuals and couples with all sexual orientations and backgrounds for desirable sexual relations, and its concerns go beyond fertility and reproduction and covers issues such as impotence, sexual dysfunction, and sexual violence [4].

* Corresponding Author:

Forouzan Akrami, MPH, PhD.

Address: Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 5173894

E-mail: f.akrami@sbmu.ac.ir

Reproductive and sexual health are guaranteed through the rights to access information and to make informed decisions in the field of reproductive and sexual health, free from discrimination and violence [5]. The results of a qualitative study in the UK showed that, according to caregivers and patients, sexual health literacy goes beyond personal health literacy, and the change of unconventional sexual behaviours requires collective effort and inter-sectoral collaboration using older and newer technologies [10]. Given the difference in cultural context and politico-moral foundations of health systems in each country, identifying the challenges of sexual health and adapting reproductive and sexual rights are essential for proper policy-making. This study aimed to identify the challenges of sexual health and the opportunities for its improvement in Iran from the perspective of policymakers and experts.

2. Methods

In this qualitative study using content analysis approach, individual in-depth semi-structured interviews were used to collect data from participants. They were selected using a purposive sampling method from among the experts of the Ministry of Health, members of Supreme Council of Health and Food Security, experienced specialists and faculty members. At first, a list of experts in the fields of sociology, psychiatry, clinical psychology, sexual and reproductive health, public health ethics and law, religious affairs and community medicine was prepared and then snowball sampling was used to select participants who were 16 ex-

perts aged 30-60 years old. After coordination by phone call, an interview was conducted with the participants who expressed their verbal consent in a private and comfortable place. A permission was obtained from the participants to record their voices during the interview and they were assured of the confidentiality of their information. After individual interviews and theoretical saturation of data, data analysis was performed using a deductive content analysis method.

The main questions were: (a) What is the current state of sexual health in the country? (b) What are the barriers and challenges in the field of sexual health? In your opinion, what ethical and legal challenges exist in this field? (c) What are the current measures and existing capacities? (d) What interventions do you recommend to improve the status of sexual health? Recorded interviews were written and read several times and the initial themes were extracted from them. Then, they the main themes were classified based on the similarities. In order to increase the credibility of the study, attempts were made to interview with the experts in various related fields (Triangulation) through establishing good communication and devoting sufficient time. For the dependability of the findings, the reports of some participants were quoted. For the transferability of findings, attempts were made to mention the relevant and effective characteristics of the participants in the quotes. Finally, confirmability was obtained using the trained experts to check the results.

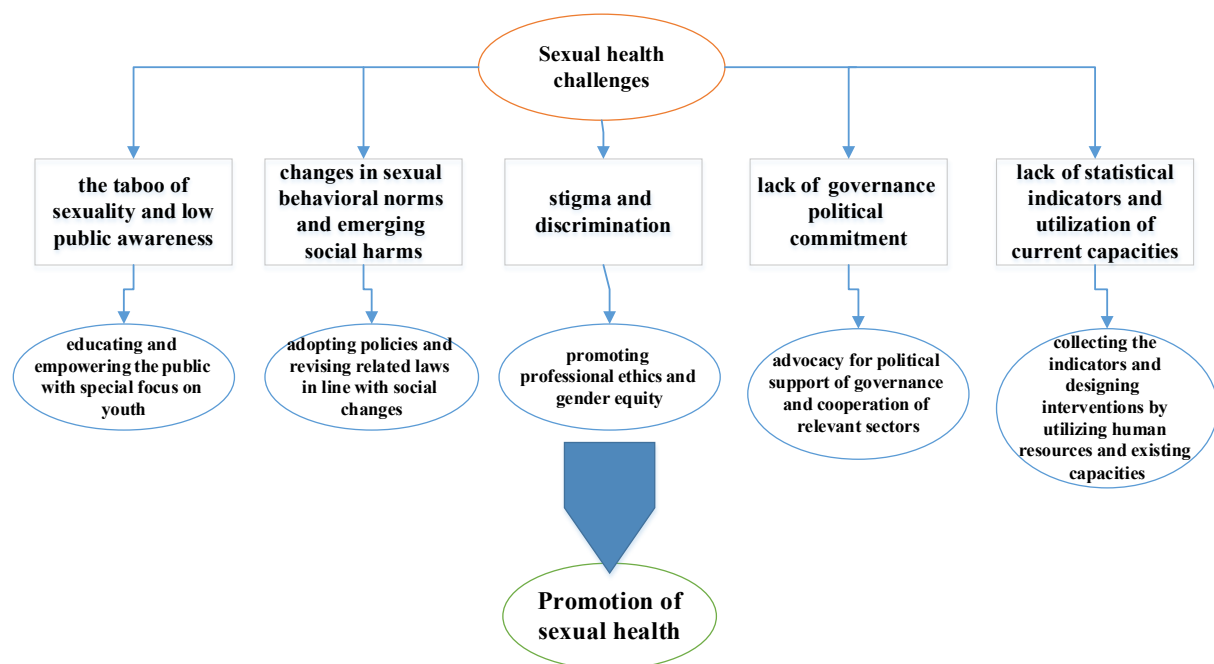


Figure 1. A conceptual model of Iran's sexual health challenges and the strategies for its improvement

3. Results

In this study, five main themes including (a) the taboo of sexuality and low public awareness, (b) unconventional sexual behaviors and emerging social ills, (c) stigma and discrimination, (d) lack of the political commitment of the government, (e) lack of statistical indicators and not utilization of existing capacities were identified as the challenges of sexual health in Iran. The opportunities and strategies to address them included: Gaining political support from the government and cooperation with related sectors, revising the laws and guidelines for accessing to reproductive and sexual health services in line with social changes, public education and empowerment with a special focus on the adolescents and young people, promoting the right attitude with focus on banishing stigma and discrimination against groups with high-risk sexual behaviors, collecting indicators and designing interventions using human resources and existing capacities, and promoting professional ethics and gender equity (Figure 1).

4. Discussion and Conclusion

The first and most important extracted theme was the taboo of sexuality and low public awareness about sexual issues and healthy sexual behaviours. The preparation of standard training packages based on needs of people has been recommended in order to enable them to have healthy sexual behaviours [20]. The studies in the Asia-Pacific region have indicated the changing pattern of sexual relations, increasing age of marriage, and decreasing age of sexual intercourse [22]. The results of a study indicated that the related laws are not consistent with the reproductive and sexual health policies and the needs of young people in the Asia-Pacific region, although laws have been or are being amended to banish stigma and discrimination in the provision of reproductive and sexual health services to the adolescents and the groups with high-risk sexual behaviours in most of the countries in this region [23, 24]. Therefore, persuading policymakers and religious leaders to change policies and laws to reduce social ills is the first step in breaking the taboo of sexuality and removing barriers to its education. In recent years, the use of electronic health technologies has provided an opportunity to increase community knowledge about sexual health and quality of life, especially for all types of sex-related stigma. E-Sexual Health is an opportunity to establish and strengthen the communication between people and providers of sexual health services and the access to these services regardless of age, gender and sexual orientation using various methods such online counselling through text, audio and video messaging, while respecting to privacy and confidentiality [25].

Using the WHO recommended indicators including social and policy factors, accessibility, service delivery, outcome and impact level [35] to collect and analysis data and indicators by using the existing capacities can be a basis for designing effective interventions and improving the sexual and reproductive health indicators of the society. Political or legal interventions are needed to support the current or new sexual health programs. General laws and policies can provide a framework for implementing health-related policies and programs [3]. The national Constitution law, 20-year national vision document, and a comprehensive health map of the country by developing a roadmap for the involved institutions have provided an appropriate opportunity to amend laws to remove the barriers to the implementation of sexual health interventions. A look at the country's constitution law, general health and population policies, the Charter of Citizens' Rights, and the Charter of Women's Rights and Responsibilities indicates that paying attention to the health of people is one of the most important human rights and politicians and legislators at the macro level have paid special attention to it. These documents and laws imply the approach to the right of health, gender equity, elimination of discrimination, equal legal protection for men and women, and the need to create the necessary political and legal environment to promote sexual and reproductive health in society.

Addressing the challenges and identifying the best indicators of sexual health in Iran requires the political commitment of the government, developing the relevant regulations for education and access to key reproductive health services tailored to social needs, planning for recording and collection of sexual health indicators, adopting a comprehensive approach to design and implement multilevel and multidisciplinary interventions based on the identified challenges using existing capacities, and public education and empowerment with a focus on the adolescents and young people to learn life skills and have healthy sexual behaviours. It is recommended to adopt strategies for inter-sectoral cooperation and public participation in order to banish stigma and discrimination, promote gender equity and improve sexual and reproductive health status of Iran.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The study was approved by the Ethics Committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences (Code: IR.SBMU.RETECH.REC.1398.487).

Funding

The study was supported by Medical Ethics and Law Research Center (MELRC), Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Authors contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interests.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی:

چالش‌های سلامت جنسی ایران و فرصت‌های بهبود آن از دیدگاه سیاست‌گزاران و صاحب‌نظران

بهزاد دمازی^۱، فروزان اکرمی^{۲*}

۱. گروه حاکمیت و سلامت، انستیتوی علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۲. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۰۷ تیر ۱۳۹۹
 تاریخ پذیرش: ۰۶ آبان ۱۳۹۹
 تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۰

اهداف: اخیراً سلامت جنسی به جای جزئی از سلامت باروری، پایه‌گذار و شرط لازم برای دستیابی به سلامت باروری در نظر گرفته شده است. مطالعه حاضر با هدف تبیین دیدگاه‌های سیاست‌گزاران و صاحب‌نظران درباره چالش‌های سلامت جنسی در کشور و فرصت‌های بهبود آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی، برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساختارمند استفاده شد. انتخاب شرکت‌کنندگان به صورت هدفمند از بین متخصصین مرتبط صاحب تجربه صورت گرفت. ابتدا فهرست اولیه از متخصصین صاحب‌نظر تهیه شد و ادامه نمونه‌گیری به شیوه گلوله برفی صورت پذیرفت. پس از مصاحبه فردی با ۱۶ نفر از صاحب‌نظران و اشباع نظری داده‌ها، تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای استقرایی انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه پنج مضمون اصلی تابو بودن مسائل جنسی و کمبود آگاهی عموم؛ رفتارهای جنسی غیرمتعارف و آسیب‌های اجتماعی نوپدید؛ انگ و تبعیض؛ عدم تعهد سیاسی حاکمیت؛ فقدان شاخص‌های آماری و عدم بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود به عنوان چالش‌های سلامت جنسی کشور پدیدار شده و فرصت‌ها و راهکارهای رسیدگی به آن‌ها شامل جلب حمایت سیاسی حاکمیت؛ اتخاذ سیاست‌ها و بازنگری قوانین مرتبط متناسب با تغییرات اجتماعی؛ جمع‌آوری شاخص‌ها و طراحی مداخلات با بهره‌برداری از منابع انسانی و ظرفیت‌های موجود؛ آموزش و توانمندسازی عموم با تمرکز ویژه بر نوجوانان و جوانان؛ ترویج اخلاق حرفه‌ای و عدالت جنسیتی شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: رسیدگی به چالش‌ها و دستیابی به شاخص‌های برتر سلامت جنسی کشور، مستلزم تعهد سیاسی حاکمیت، بازنگری قوانین و همکاری بین‌بخشی برای طراحی و اجرای مداخلات چندسطحی و چندگانه است.

کلیدواژه‌ها:

سلامت جنسی، سلامت باروری، انگ، تبعیض، عدالت جنسیتی، ایران

مقدمه

است. بدیهی است علی‌رغم وجود تفاوت‌های بیولوژیک بین دو جنس، نابرابری‌های فرهنگی و اجتماعی تأثیر عمده‌ای بر افزایش بار بیماری ناشی از مسائل جنسی و باروری در زنان دارد [۱].

مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی، «سلامت باروری عبارت از سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی نه فقط عدم وجود بیماری یا معلولیت، در تمام موارد مربوط به سیستم باروری و در تمام مراحل زندگی است». بنابراین تأکید سلامت باروری بر آن است که مردم قادر به داشتن یک زندگی جنسی سالم، مطلوب و مسئولانه بوده و دارای ظرفیت باروری و آزادی برای تصمیم‌گیری درباره زمان و چگونگی آن باشند. تمامی مردان و زنان بالغ دارای حق ازدواج و تشکیل خانواده، آگاهی و دسترسی به روش‌های سالم، مؤثر و قابل پذیرش برای تنظیم باروری و نیز حق دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی هستند که زنان را

سلامت جنسی و رابطه مطلوب زناشویی دارای اثرات شناخته‌شده‌ای بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. سلامت جنسی و رابطه مطلوب زناشویی با ایجاد احساس رضایتمندی، آرامش و افزایش اعتماد به نفس، زمینه تقویت عواطف بین زوجین را فراهم نموده و از پیدایش اختلالات روانی و ازهم‌گسیختگی بنیان خانواده و آسیب‌های اجتماعی جلوگیری می‌کند. بخش قابل توجهی از بار بیماری‌ها در زنان و مردان، به ناخوشی‌های ناشی از نقض حقوق باروری و جنسی اختصاص دارد. در زنان سنین باروری، نادیده گرفتن حقوق باروری و مشکلات سلامتی مرتبط با آن مانند بارداری برنامه‌ریزی نشده، مرگ‌ومیر مادران، بیماری‌های آمیزشی و اچ‌آی‌وی، ۲۲ درصد سال‌های از دست‌رفته عمر را تشکیل می‌دهد، در حالی که این میزان در مردان ۳ درصد

* نویسنده مسئول:

فروزان اکرمی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.

تلفن: ۵۱۷۳۸۹۴ (۹۱۲) ۹۸+

پست الکترونیکی: f.akrami@sbmu.ac.ir

قادر به یک بارداری و زایمان سالم نموده و بهترین فرصت را برای داشتن فرزند سالم برای زوج فراهم می‌کند [۲].

سلامت جنسی امروزه به صورت وسعت خوب‌زیستی جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی مرتبط با مسائل جنسی درک می‌شود [۳]. اخیراً سلامت جنسی به جای جزئی از سلامت باروری، پایه‌گذار و شرط لازم برای دست‌یابی به سلامت باروری در نظر گرفته شده است. سلامت جنسی تمایل افراد و زوجین با تمام گرایش‌های جنسی و هر زمینه‌ای برای روابط جنسی مطلوب را به رسمیت می‌شناسد و دغدغه‌های آن فراتر از باروری و تولید مثل، مواردی مانند ناتوانی و دیسفانکشن جنسی و خشونت جنسی را دربر می‌گیرد. این موضوعات لزوماً متناسب با یک چارچوب انحصاری مختص سلامت باروری نیستند [۴].

رعایت حقوق باروری تضمین‌کننده سلامت جنسی و باروری افراد است. بسیاری از موانع موجود برای عدالت جنسیتی و توانمندسازی زنان، به نادیده گرفتن این حقوق مرتبط می‌شود؛ به همین دلیل چارچوب‌های پیشنهادی اخیر مبتنی بر حقوق بشر هستند. جان‌قربان و همکاران یکی از اجزای مهم ساختار حقوق جنسی را حق تصمیم‌گیری جنسی فارغ از تبعیض و خشونت و حق آگاهی از اطلاعات و آموزش‌های لازم بیان نموده‌اند [۵]. تحقق حقوق جنسی مردم در گروهی در نظر قرار دادن هر دو جنبه تکنیکی و انسانی است [۶]. حقوق باروری و جنسی از طریق حق دسترسی به اطلاعات و حق تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در زمینه سلامت باروری و جنسی فارغ از تبعیض و خشونت، سلامت باروری و جنسی افراد را تضمین می‌نماید [۵].

همان‌طور که اشاره شد سلامت جنسی و باروری تمام موارد مربوط به سیستم باروری را در تمام مراحل زندگی دربر می‌گیرد. با این حال به دلیل تحولات دوره نوجوانی، اغلب مطالعات به بررسی وضعیت سلامت جنسی و باروری نوجوانان و جوانان و عدالت جنسیتی در کشورهای مختلف، با هدف میزان پیشرفت اهداف توسعه پایدار از جمله تضمین زندگی سالم و ارتقای خوب‌زیستی برای همه سنین پرداخته‌اند [۷]. بهرامی و همکاران در مروری بر چالش‌های بهداشت جنسی نوجوانان کشور، به این نتیجه رسیدند که در زمینه‌هایی مانند تأثیر اعتقادات مذهبی و معنویت، خویش‌داری، شیوع بیماری‌های آمیزشی و اچ‌آی‌وی، مهارت‌های زندگی و رفتارهای جنسی و نیز راهکارهای مداخله‌ای برای ارتقای سلامت نوجوانان شکاف زیادی وجود دارد و نیاز به بررسی و مداخله است [۸]. از سوی دیگر مطالعات اخیر مطرح‌کننده نیاز به مداخلات سلامت جنسی در افراد سنین بالاترند. نتایج یک مطالعه کیفی در استرالیا نشان می‌دهد بیماران سنین بالاتر تمایل دارند پزشک از آن‌ها درباره نگرانی‌های جنسی‌شان سؤال کند، در حالی که به دلیل کاهش فعالیت جنسی در سنین بالاتر، پزشکان انتظار دارند خود این افراد مسائل جنسی‌شان را طرح نمایند. از این‌رو، نظر به افزایش

میزان بیماری‌های آمیزشی در مراحل بعدی عمر، گنجاندن ارائه مراقبت‌های جنسی به افراد سنین ۶۰ سال و بالاتر در مراقبت‌های پایه سلامت را توصیه نموده‌اند [۹]. نتایج مطالعه کیفی دیگری در انگلستان نشان می‌دهد از دیدگاه ارائه‌دهندگان مراقبت و بیماران، سواد سلامت جنسی ویرای سواد سلامت فردی است و تغییر رفتارهای غیرمتمعارف جنسی نیازمند تلاش مشترک جمعی و همکاری بین‌بخشی با استفاده از فناوری‌های قدیمی‌تر و جدید است [۱۰].

مطالعات اخیر حاکی از آن است که ارتقای سلامت جنسی ویرای رویکردهای پزشکی، مستلزم رسیدگی به حقوق جنسی و کامیابی جنسی است. به همین دلیل اتخاذ یک رویکرد فراگیر برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی را در راستای ارتقای سلامت جنسی پیشنهاد نموده‌اند [۱۱]. رعایت حقوق جنسی و باروری بستگی به اعتقادات مذهبی و فرهنگی هر جامعه دارد. همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند بین مذهب و عملکرد و رضایت جنسی ارتباط وجود دارد [۱۲، ۱۳]. به همین دلیل، محققین عقیده دارند شکستن تابو و ارتقای وضعیت سلامت جنسی در جوامع اسلامی، مستلزم توجه سیاست‌گذاران و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای با همکاری بخش‌های مرتبط است. مطالعات انجام‌شده وضعیت سلامت جنسی کشور را نامطلوب ارزیابی نموده و موضوعات ساختاری عملکردی، سیاستی قانونی و فرهنگی رفتاری را به عنوان نقاط تمرکز سلامت جنسی گزارش نموده‌اند [۱۴]. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف تبیین چالش‌های سلامت جنسی کشور و فرصت‌های بهبود آن از دیدگاه سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران انجام شد. نتایج این مطالعه کیفی می‌تواند به شناخت حیطه‌های چالشی سلامت جنسی کشور و نیز ظرفیت‌ها و فرصت‌های موجود برای ارتقای وضعیت سلامت جنسی جامعه کمک نماید.

روش

در این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی، برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساختارمند استفاده شد. انتخاب شرکت‌کنندگان به صورت هدفمند از بین کارشناسان خبره وزارت بهداشت، اعضای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و متخصصین و اعضای هیئت علمی صاحب تجربه در حیطه مورد مطالعه صورت گرفت. ابتدا فهرست اولیه از متخصصین صاحب‌نظر تهیه شد و ادامه نمونه‌گیری به شیوه گلوله برفی از طریق معرفی توسط افراد مورد مصاحبه صورت گرفت. پرسش‌های اصلی به شرح زیر بودند:

- وضعیت موجود سلامت جنسی کشور چگونه است؟
- موانع و چالش‌های حوزه سلامت جنسی کدامند؟ به نظر شما چه چالش‌های اخلاقی و حقوقی در این زمینه وجود دارد؟

• اقدامات کنونی و ظرفیت‌های موجود کدامند؟

• چه مداخلاتی را برای بهبود وضعیت سلامت جنسی پیشنهاد می‌کنید؟

پس از برقراری تماس تلفنی، مصاحبه با افرادی که رضایت شفاهی خود را برای انجام مصاحبه اعلام نمودند، در مکانی که از نظر شرکت‌کنندگان، خصوصی و راحت تشخیص داده می‌شد، توسط پژوهشگر انجام شد. پس از مصاحبه فردی با ۱۶ نفر از صاحب‌نظران که در محدوده سنی ۳۰ تا ۶۰ سال قرار داشتند و اشیاع نظری داده‌ها، آنالیز داده‌ها به روش تحلیل محتوای استقرایی انجام شد. پس از پیاده‌کردن خط به خط مصاحبه‌های ضبط‌شده، مطالب چندین‌بار خوانده شده و مضامین اولیه، استخراج و سپس بر اساس شباهت‌ها، طبقه‌بندی شدند.

دقت مطالعه: برای افزایش اعتبار مطالعه^۱ سعی شد تا ضمن حسن برقراری ارتباط و اختصاص زمان کافی، با متخصصین حوزه‌های مختلف مرتبط مصاحبه شود. برای اطمینان‌پذیری یافته‌ها^۲ تجربیات برخی از شرکت‌کنندگان به صورت مستقیم نقل قول شد. به منظور انتقال‌پذیری یافته‌ها به موقعیت‌های مشابه^۳ سعی شد تا مشخصات مرتبط و تأثیرگذار مشارکت‌کنندگان با موضوع مطالعه در گزارش نقل قول‌ها مورد اشاره قرار گیرد. برای تأیید‌پذیری یافته‌ها^۴ از نظر افراد صاحب‌تجربه در این حوزه برای کنترل داده‌ها و نتایج تحلیل استفاده شد.

کسب اجازه برای ضبط صدای شرکت‌کنندگان در هنگام مصاحبه، محرمانه بودن اطلاعات و انتشار آن به صورت بی‌نام و گروهی رعایت شد.

یافته‌ها

در این مطالعه پنج مضمون اصلی تابو بودن مسائل جنسی و کمبود آگاهی عموم؛ رفتارهای جنسی غیرمتعارف و آسیب‌های اجتماعی نوپدید؛ انگ و تبعیض؛ عدم تعهد سیاسی حاکمیت؛ فقدان شاخص‌های آماری و عدم بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود به عنوان چالش‌های سلامت جنسی کشور پدیدار شده و فرصت‌ها و راهکارهای رسیدگی به آن‌ها شامل جلب حمایت سیاسی حاکمیت و همکاری بخش‌های مرتبط؛ بازنگری قوانین و دستورالعمل‌های دسترسی به خدمات سلامت باروری و جنسی متناسب با تغییرات اجتماعی؛ آموزش و توانمندسازی عموم با تمرکز ویژه بر نوجوانان و جوانان؛ ترویج نگرش صحیح با تمرکز بر منع انگ و تبعیض علیه گروه‌های دارای رفتارهای جنسی پرخطر،

1. Creditability
2. Triangulation
3. Dependability
4. Transferability
5. Confirmability

جمع‌آوری شاخص‌ها و طراحی مداخلات با بهره‌برداری از منابع انسانی و ظرفیت‌های موجود؛ ترویج اخلاق حرفه‌ای و عدالت جنسیتی شناسایی شد (تصویر شماره ۱).

تابو بودن مسائل جنسی و کمبود آگاهی عموم

اغلب شرکت‌کنندگان تابو بودن مسائل جنسی در جامعه ایرانی و عدم وجود فرهنگ اطلاع‌رسانی به‌ویژه در مدارس و دانشگاه‌ها را به‌عنوان مانعی برای آموزش سلامت جنسی و آگاهی عموم در این زمینه مطرح نموده و عقیده داشتند که نرمال‌سازی مسائل جنسی در جامعه باید به صورت تدریجی صورت گیرد.

یکی از خبرگان سلامت روان عقیده دارد که «مانع اصلی سلامت جنسی تابو بودن آن در جامعه است؛ تا حدی که برای بیان مطالب مرتبط با مسائل جنسی به زبان ساده مقاومت وجود دارد و متخصصین معمولاً برای بیان این مسائل از زبان علمی استفاده می‌کنند که یک مانع برای آگاه‌سازی عموم به شمار می‌رود. این امر مانع شناسایی زود هنگام اختلالات جنسی می‌شود و حتی گاهی فرایندهای درمان را به دلیل تشخیص دیررس با مشکل مواجه می‌سازد. ما حتی اجازه مداخله برای آموزش پیشگیری از سوءاستفاده جنسی در کودکان را نداریم. خیلی از والدین می‌گویند من دوست ندارم چشم و گوش بچه‌ام باز شود و اجازه نمی‌دهند فرزندشان در این باره بدانند». وی ادامه می‌دهد: «ولین و مهم‌ترین مسئله، آگاهی ناکافی افراد جامعه به‌ویژه جوانان درباره نحوه برقراری ارتباط زناشویی و رابطه جنسی است که ناشی از تابو بودن مسائل جنسی از نظر فرهنگی است. اغلب زوجین در حالی ازدواج می‌کنند و رابطه زناشویی خود را آغاز می‌کنند که نه تنها درباره فرایندهای ارتباط جنسی شامل پیش‌نوازی، رضایت زوجین و پس‌نوازی آگاهی ندارند؛ بلکه باورهای غلطی دارند که مانع شکل‌گیری یک رابطه جنسی مطلوب است. از طرف دیگر کسب اطلاعات توسط منابع غیرمعتبر و غیرمتخصص مزید بر علت است. بنابراین مسئله دیگر عدم دسترسی عموم به اطلاعات معتبر و مشاور دوره‌دیده است».

یکی از خبرگان حوزه سلامت جنسی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی می‌گوید: «کلید سلامت جنسی، آموزش است. با آموزش از سنین پایین افراد یاد می‌گیرند که چگونه با هم ارتباط برقرار کنند. نقطه تمرکز ما در آموزش عمومی نوجوانان و جوانان هستند و بیشترین چالش ما در حوزه آموزش و پرورش است؛ زیرا هنوز باور ندارند که به طور واضح باید به مسئله سلامت جنسی پرداخته شود، به گونه‌ای که ما نتوانستیم برای پیشگیری از رفتار جنسی حفاظت‌نشده به محتوای آموزشی آن‌ها ورود پیدا کنیم و تنها توانستیم آن را در مدول آموزشی معلمان لحاظ نماییم که نشان‌دهنده آن است که تا سیاست‌گزاران حوزه آموزش و پرورش دانش‌آموزان پای‌میز نیابند ما موفق نمی‌شویم». وی ادامه می‌دهد: «با فرهنگ «نگو» در خصوص آموزش و اطلاع‌رسانی

جدول ۱. ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه (۱۶ نفر)

تعداد	متغیر
۵	زن
۱۱	مرد
۲	متخصص روان‌پزشک
۱	متخصص روان‌شناس
۲	کارشناس سلامت روان
۱	کارشناس سلامت عمومی
۳	متخصص پزشکی اجتماعی
۱	جامعه‌شناس
۱	حقوقدان
۱	متخصص سلامت جنسی و باروری
۲	متخصص اخلاق و حقوق سلامت
۱	متخصص مددکاری اجتماعی
۱	کارشناس امور مذهبی و استاد حوزه

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

رابطه جنسی خارج از ازدواج شکل می‌گیرد؛ گه‌گاهی چندپارتنری است و فرد از عواقب آن اطلاع ندارد، چون ما کانال اطلاع‌رسانی مشخص و معتبری نداریم و آن‌ها اطلاعات خود را از شبکه‌های مجازی می‌گیرند که معتبر نیست.»

رفتارهای جنسی غیرمتعارف عامل آسیب‌های اجتماعی نوپدید

مدیریت مسائل جنسی بر بهداشت روانی جامعه تأثیر دارد و سبب پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی می‌شود. یکی از صاحب‌نظران باتجربه حوزه پزشکی اجتماعی می‌گوید: «مسائل جنسی ایرانیان از نوپدیده‌های سلامت اجتماعی است. آسیب‌های جنسی همیشه و همه جا وجود داشته است، اما نه به شدت زمان حاضر و نه به حدت ایران معاصر. اگرچه روابط جنسی نامشروع در کتاب تهران قدیم و رابطه جنسی با همجنس در میان برخی اشراف در دیوان ایرج میرزا نیز مورد اشاره قرار گرفته است، اما متأسفانه انبساط مدرنیته خارجی و انقباض سنت داخلی باعث ترویج رفتارهای نابهنجار جنسی مانند برقراری رابطه جنسی در سنین نوجوانی، ارتباط با همجنس و ارتباطات نامشروع به صورت چندموسری، خانه‌های مجردی، تن‌فروشی‌های اختصاصی و ازدواج‌های سپید، اجازه دادن به زنان توسط پدران یا شوهرانشان به‌ویژه توسط افراد معتاد به صورت موردی یا در قالب خانه‌های عفاف شده است.»

یکی دیگر از صاحب‌نظران حوزه امور مذهبی می‌گوید:

درباره مسائل جنسی در جامعه باید مبارزه کرد. عبارت کلینیک ازدواج بهتر از کلینیک سلامت جنسی است، چون انگ ندارد.»

یکی صاحب‌نظران حوزه علوم اجتماعی می‌گوید: «خوشبختانه تغییرات اجتماعی بستر فرهنگی مناسب برای آموزش سلامت جنسی را فراهم آورده است، اما ترویج این آموزش‌ها نیاز به حمایت‌طلبی از سیاست‌مداران جامعه دارد. بدیهی است که اطلاع‌رسانی و آموزش مبتنی بر آموزه‌های ایرانی اسلامی و تسهیل دسترسی به مشاوره جنسی می‌تواند باعث پیشگیری از روابط جنسی نابهنجار و پرخطر در جامعه و طلاق شود.» وی ادامه می‌دهد: «برای هماهنگی خانواده‌ها و اولیای مدارس برای شناخت صحیح مسئله باید تلاش کرد. در بافتار کنونی آموزش مستقیم به دانش‌آموزان میسر نیست و باید از ظرفیت انجمن اولیا و مربیان مدارس برای راهنمایی آنان استفاده کرد. فرهنگ‌سازی باید به صورت تدریجی و با احتیاط و بر اساس آموزه‌های ایرانی اسلامی صورت گیرد. هم‌سویی مراکز حوزوی با مراکز علمی و دانشگاهی و استفاده از ظرفیت حوزه‌ها و مراکز مذهبی برای رفع موانع فرهنگی جامعه سنتی لازم است.»

یکی از خبرگان باتجربه در حوزه پیشگیری از اعتیاد و اچ‌آی‌وی می‌گوید: «بسیاری از ازدواج‌ها به‌ویژه در سنین پایین به صورت هیجانی صورت گرفته و به دلیل فقدان آگاهی و نداشتن رابطه صحیح جنسی منجر به طلاق می‌شود که نشان‌دهنده اهمیت آموزش است. در سنین بالاتر به دلیل نداشتن آموزش مناسب،

بحران‌های هویتی، روان‌شناختی و رفتاری را به دنبال دارد با ازدواج به ۱۰ تا ۱۵ سال رسیده است. به تدریج سهم بیشتری از جوانان از سن مجرد قطعی عبور می‌کنند و اینکه تصور کنیم همه آن‌ها اوقات خود را با مطالعه کتاب و ورزش و فعالیت‌های اجتماعی می‌گذرانند با واقعیت فاصله دارد. در مطالعات انجام‌شده روی افراد مجرد، اغلب رفتارهای جنسی آن‌ها نادیده گرفته شده است.»

انگ و تبعیض

یکی از خبرگان سلامت روان عقیده دارد که «قبل از اینکه روی درمان اختلالات جنسی کار شود، ابتدا باید انگ‌زدایی مسائل جنسی، آگاه‌سازی عموم و ارتقای سواد سلامت جنسی صورت گیرد. اختلالات روانی خودش انگ دارد، اما اختلالات جنسی مرتبط با اختلالات روانی بار بیشتری دارد. به همین دلیل نام کلینیک مشاوره جنسی در کشور ما مورد پذیرش نیست و باید با اختلالات جنسی مانند یک بیماری جسمی برخورد شود. نتایج پیمایش سلامت روان در سال ۱۳۹۰ نشان داده است که شیوع اختلالات عملکرد جنسی در مردان ۲۵-۱۰ درصد و در زنان ۶۳-۲۵ درصد است که نشانه نیاز به تمرکز بیشتر روی زنان به عنوان قشر آسیب‌پذیر است.» وی ادامه می‌دهد: «سختی ارتباط بین پزشک یا مشاور با بیمار برای بیان مسائل جنسی وجود دارد و به دلیل عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای و حریم خصوصی افراد، ما در شناسایی اختلالات جنسی با مشکل مواجه هستیم.»

یکی از متخصصین اخلاق و حقوق سلامت دارای تجربه در حوزه سلامت باروری می‌گوید: «مسئله مهم دیگر این است که سلامت جنسی، بنیان سلامت باروری است. به مخاطره افتادن سلامت جنسی علاوه بر تبعات اجتماعی مانند بی‌بندوباری، سست شدن بنیان خانواده و طلاق می‌تواند باعث افزایش بیماری‌های آمیزشی و اچ‌آی‌وی و حتی ناباروری شود که دارای تبعات اجتماعی غیرمستقیم هستند. آمارها نشان می‌دهند اعتیاد تریپتی به عنوان اولین عامل انتقال اچ‌آی‌وی، جای خود را به برقراری رابطه جنسی به زنان تن‌فروش داده است. هم‌اکنون ما شاهد موارد جدید عفونت اچ‌آی‌وی در دختران کم‌سن و مردان سالمند هستیم و این امر بسیار نگران‌کننده است. بنابراین توجه به حقوق جنسی و باروری با رویکرد عدالت جنسیتی در همه جوانب از جمله آموزش و اشتغال از موارد دیگری است که در سیاست‌گذاری سلامت جنسی باید مورد توجه قرار گیرد.» وی ادامه می‌دهد: «مسئله دیگر، انگ ناشی از بیماری‌های آمیزشی و اچ‌آی‌وی است که اعمال آن از سوی پزشکان و سایر اعضای گروه درمان به مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی یا درمانی باعث تبعیض و عدم مراجعه و پیگیری برای مراقبت و درمان، محرومیت این افراد از خدمات سلامت و انتشار عفونت در جامعه می‌شود و یکی از راه‌های مهم برون‌رفت از آن آموزش اخلاق حرفه‌ای به حرفه‌مندان سلامت و ترویج عدالت جنسیتی است.»

«مسئولیت‌گریزی دختران و پسران برای رفتن زیر بار تعهدات ازدواج و فرزندآوری، سختی معیشت و افزایش طلاق، تشکیل گروه‌های مجازی و افزایش روزافزون بی‌بندوباری، گسترش مصرف مواد مخدر و مسکر، کم‌رنگ شدن باورهای مذهبی در حد دین‌گریزی و دین‌ستیزی، سخت‌گیری غیراصولی عوامل امر به معروف و نهی از منکر و عدم کفایت رسانه‌ها به‌ویژه رسانه ملی در آگاه‌سازی عموم و ارتقای کرامت انسانی، مجموعه‌ای از علل ممکن وضعیت نامطلوب سلامت جنسی کشور هستند.»

یکی از صاحب‌نظران حوزه روان‌پزشکی می‌گوید: «سکسوالیتی پدیده‌ای است که ارتباط عمیقی با شخصیت فرد و دینامیک‌های درون‌روانی و بین‌روانی دارد. همچنین تابعی از وضعیت سلامت روان و گفتمان فرهنگی جامعه است. به همین دلیل مشکلات جنسی کنونی جامعه با مشکلاتی که ده سال پیش با آن روبه‌رو بودیم، متفاوت است.» یکی از خبرگان سلامت روان در این رابطه عقیده دارد که: «عدم آگاهی و شناخت افراد نسبت به اختلالات جنسی بر روابط زناشویی، خانوادگی و اجتماعی آنان تأثیر می‌گذارد که می‌تواند جامعه را از طریق افزایش مسائلی مانند طلاق از توازن نرمال خارج نموده و سلامت اجتماعی را تهدید کند.»

یکی از صاحب‌نظران حوزه پزشکی اجتماعی معتقد است: «سلامت جنسی متأثر از ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بنابراین تقویت ابعاد چهارگانه سلامت برای ارتقای سلامت جنسی جامعه ضرورت دارد. حتی برخی از متخصصین پزشکی اجتماعی معتقدند که سلامت جنسی یک مسئله اجتماعی است نه فردی که آسیب‌های ناشی از آن می‌تواند سلامت عمومی را خدشه‌دار کند.»

صاحب‌نظر دیگری می‌گوید: «گسترده‌گی حیطه سلامت جنسی باعث می‌شود که تهدیدات آن فقط در بیماری‌ها خلاصه نشود. تهدیدات سلامت جنسی عبارتند از: افزایش جراحی‌های زیبایی، نقش شبکه‌های مجازی و ماهواره‌ای در شکل‌گیری باورها، نگرش‌ها و عملکرد جنسی، نارضایتی یا بی‌تعهدی در روابط زناشویی، خشونت جنسی، اعتیاد و مصرف مواد روان‌گردان، تغییرات جمعیتی به سوی سالمندی و سلامت جنسی، قاچاق و استثمار جنسی و بالاخره اختلالات و بیماری‌هایی نظیر افزایش شیوع اچ‌آی‌وی، اختلال عملکرد جنسی به میزان ۴۰-۲۰ درصد و ناباروری. با توجه به گسترده‌گی این حیطه، برای ارتقای آن، دخالت و پشتیبانی دستگاه‌های مختلف فرهنگی، آموزشی، انتظامی، قضایی و غیره لازم خواهد بود.»

یکی از متخصصین سلامت باروری می‌گوید: «توجوانان بسیار مستقل‌تر از قبل تصمیم می‌گیرند و رفتار می‌کنند. والدین و مربیان روی آن‌ها نفوذ کمتری دارند و گاهی از پاسخ دادن به سؤالات و قانع کردن آن‌ها عاجزند. فاصله سن بلوغ که با خود

فقدان شاخص‌های آماری و عدم بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود

بهداشتی ریخته است، اما آن‌ها توانمند و مشتاق هستند. وزارت بهداشت با توجه به رسالتی که دارد می‌تواند به عنوان متولی به این مسئله ورود پیدا کند و با همکاری دفاتر مرتبط در معاونت بهداشت، برای سلامت جنسی برنامه‌ریزی نماید و از مشارکت نمایندگان سایر سازمان‌ها هم در کمیته سلامت جنسی استفاده کند تا برنامه‌ای که نوشته می‌شود در سطح حاکمیتی قابل قبول باشد. البته ابلاغ بخش‌نامه‌هایی از سطوح بالاتر کمک‌کننده است. یک دفتر باید مسئولیت برنامه سلامت جنسی را برعهده گیرد و پرداختن به آن در پوشش سایر برنامه‌ها کفایت نمی‌کند.

یکی دیگر از خبرگان سلامت جنسی اشاره می‌کند: «آموزش یک حق اساسی است، ولی بایستی حمایت‌طلبی برای جلب حمایت سیاست‌گزاران در حوزه سلامت جنسی صورت گیرد. مانند برنامه پیشگیری از اچ‌آی‌وی بایستی از روحانیون کمک گرفت و حتی برای شروع آموزش در سنین پایین از آن‌ها فتوی گرفت. ما نیاز داریم که آموزش و اطلاع‌رسانی را از طریق سایر دستگاه‌ها و رسانه‌های همگانی انجام دهیم».

عدم تعهد سیاسی حاکمیت

نظرات شرکت‌کنندگان منعکس‌کننده آن است که اعتقادات مذهبی و فرهنگی حاکم بر جامعه بر تصمیمات سیاست‌گزاران تأثیر داشته است. یکی از خبرگان سلامت روان می‌گوید: «حمایت سیاست‌گزاران از طریق ابلاغ قوانین اجرایی زیرساختی وجود ندارد که بخش‌های مربوطه را به انجام مداخلات لازم موظف نموده و به پرداختن به مسئله سلامت جنسی تأکید کنند. تنها مداخله تا کنون فقط به صورت پیشگیری و در چارچوب برنامه آموزش هنگام ازدواج بوده است. در حالی که نشانه‌های اختلال جنسی هم باید آموزش داده شود تا افراد تشویق شوند در صورت مشکل برای مشاوره جنسی مراجعه نمایند؛ یعنی باید اولویت نظام سلامت بشود تا برای آن برنامه‌ریزی صورت گیرد».

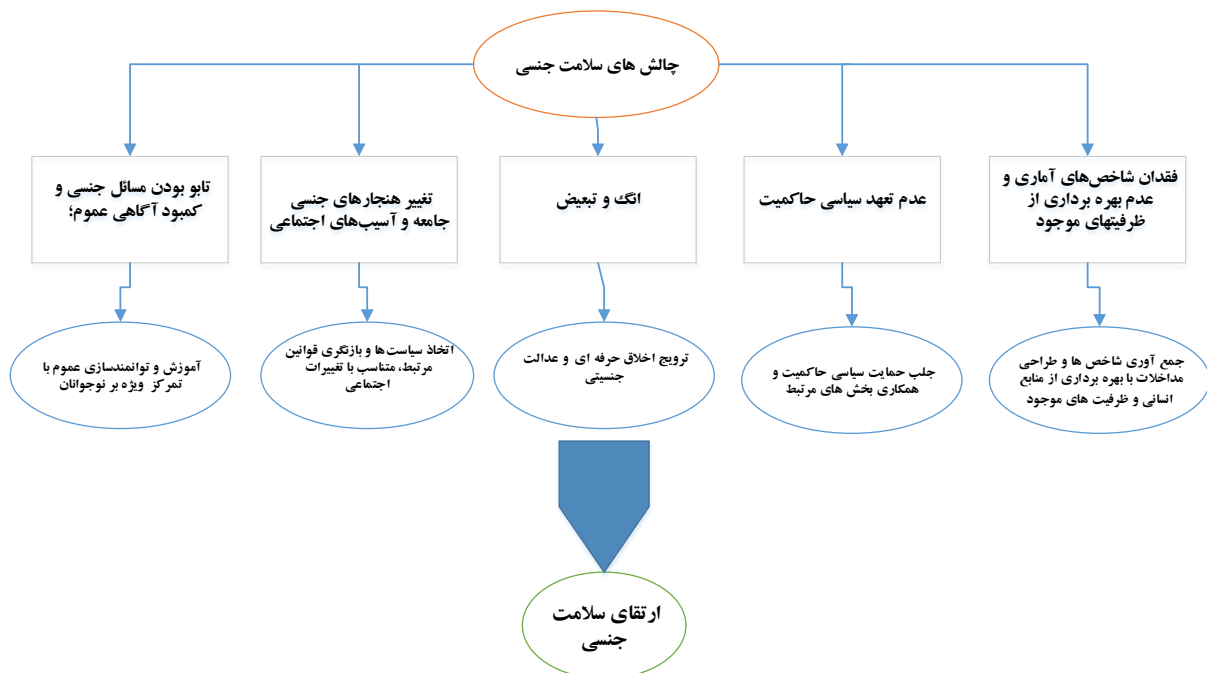
صاحب‌نظر دیگری می‌گوید: «در حیطه سلامت جنسی انواع مداخلات بدون کارشناسی و پشتوانه علمی پژوهشی مبتنی بر سلیقه‌های مدیریتی و نگرش‌های خاص و فردی طی دهه‌های گذشته ضمن بی‌اثر بودن و اتلاف منابع، بخش مهمی از افراد را به نوعی در تقابل با این مداخلات تشویق کرده است. اگر امروز در دورافتاده‌ترین روستاهای کشور، مادری فعالانه به دنبال کامل کردن واکسیناسیون فرزند دل‌بندش است، به دلیل آن است که بر دانش و تدبیر متولیان نظام سلامت اعتماد کرده و با آن همگام شده است. مداخلات دستگاه‌های مختلف در حوزه سلامت جنسی هنوز نتوانسته است به چنین مطلوبیتی در افکار عمومی نائل شود. البته نباید فراموش کرد که مسائل جنسیتی با متغیرهای متعدد فرهنگی اجتماعی در ارتباط است و به مراتب پیچیده‌تر از ایجاد ایمنی در افراد با واکنس است. در این خصوص حتی خبرگان تفاوت‌های جدی در دیدگاه‌های خود دارند، به

یکی از خبرگان می‌گوید: «مشاوره در کشور بی‌سامان است؛ بهزیستی، وزارت ورزش و نوجوانان، وزارت بهداشت و غیره همه مرکز مشاوره دارند که یک هیئت نظارت و هماهنگی توسط وزارت کشور برای استفاده از ظرفیت همه آن‌ها مورد نیاز است. در دادگاه‌های طلاق مشاوره جنسی باید بخشی از برنامه باشد».

یکی از کارشناسان سلامت روان عقیده دارد: «یکی از مشکلات ما نداشتن آمار دقیق مانند آمار تجاوز، سقط‌های عمدی و غیرقانونی و متولی برای ثبت و گزارش آن‌هاست تا بتوان بر اساس شواهد برنامه‌ریزی کرد». وی ادامه می‌دهد: «در حال حاضر روان‌شناسان در کلینیک‌های خصوصی مشاوره جنسی ارائه می‌دهند، اما متأسفانه آن‌ها آگاهی و تجربه لازم را در این زمینه ندارند و لازم است افرادی که مشاوره جنسی می‌کنند توسط یک سازمان مشخص دوره ببینند و گواهی‌نامه معتبر داشته باشند. مراکز جامع خدمات سلامت تنها و بهترین ظرفیت در نظام مراقبت سلامت هستند که می‌توان آموزش و غربالگری را در آن‌ها انجام داد. اما برای اثربخشی بیشتر لازم است آموزش اولیه از دوره مدرسه شروع شود؛ در سن یازده‌سالگی یک دختر باید درباره بلوغ و علائم آن آگاهی داشته باشد. با توجه به آموزه‌های دینی کشور ما، می‌توان از ظرفیت‌هایی مانند جشن تکلیف برای شروع این آموزش‌ها استفاده کرد تا والدینی که مقاومت می‌کنند نیز بیشتر از آموزش استقبال کنند».

یکی از صاحب‌نظران باتجربه در حوزه سیاست‌گذاری سلامت در این رابطه می‌گوید: «ما ارگان‌ها و سازمان‌های غیردولتی مختلفی داریم که می‌توانند در صورتی که محتوای آموزشی استاندارد تهیه‌شده توسط وزارت بهداشت در اختیار آن‌ها قرار گیرد، در امر آموزش همگانی مشارکت کنند. همچنین حرفه‌مندان سلامت نظیر روان‌شناسان و ماماها پتانسیل خوبی برای گذراندن دوره مشاوره جنسی و ارائه این خدمت در مدارس و جامعه دارند. یک راهکار دیگر، ایجاد نظام‌های ثبت و انجام بررسی‌های ملی برای برآورد شاخص‌های سلامت جنسی در حیطه‌های مختلف دسترسی و پیامد و غیره است تا بتوان بر اساس تغییرات و روند آن‌ها برنامه‌ریزی و مداخله کرد».

یکی از کارشناسان خبره بر این عقیده است که: «ما افراد دوره‌دیده و نیز روان‌شناسانی داریم که می‌توانیم از آن‌ها استفاده کنیم. مراکزی وجود داشتند که با هدف پیشگیری و درمان اختلالات جنسی راه‌اندازی شده بودند، ولی اطلاع‌رسانی درباره آن‌ها انجام نشد. موانع فرهنگی خیلی پررنگ هستند و مانع استفاده از ظرفیت‌های موجود می‌شوند». کارشناس خبره دیگری در این زمینه می‌گوید: «ما نیروی انسانی مشتاقی داریم. علی‌رغم کار زیادی که روی دوش ماماها و روان‌شناسان نظام مراقبت



تصویر ۱. مدل مفهومی چالش‌های سلامت جنسی کشور و فرصت‌ها و راه‌های ارتقای سلامت جنسی

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

حیطه سلامت جنسی بازار بزرگی را برای افرادی به وجود آورده است که بیش از سلامت مردم به فکر پر کردن جیب خود هستند؛ از آنجایی که نظام سلامت تا کنون این نیازها را چندان به رسمیت نشناخته است و برای تأمین آن‌ها بدیل و برنامه‌ای ندارد».

بحث

اولین و مهم‌ترین مضمون مورد اشاره توسط شرکت‌کنندگان عبارت از تابو بودن مسائل جنسی در جامعه و کمبود آگاهی عموم در زمینه مسائل و رفتارهای سالم جنسی پیرو آن بود. مطالعات نشان می‌دهند افراد اغلب از گفت‌وگو درباره تاریخچه روابط جنسی و رابطه جنسی سالم با شرکای جنسی خود خودداری می‌کنند و این امر احتمال پیامدهای منفی سلامت را افزایش می‌دهد. تحقیق و نظریه‌پردازی نشان می‌دهد نمایش برنامه‌های تلویزیونی که در آن‌ها شخصیت‌ها درباره رابطه جنسی سالم و ایمن گفت‌وگو می‌کنند، می‌تواند به لحاظ اجتماعی رفتار مخاطبان را تحت تأثیر قرار دهد [۱۵]. نتایج مطالعه‌ای که با هدف تبیین نقش پیش‌بینی‌کننده عوامل زیستی و روان‌شناختی با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای عوامل فرهنگی در سلامت جنسی زنان یائسه انجام شد، نشان‌دهنده تأثیر مستقیم عوامل فرهنگی بر سلامت جنسی و نیز تأثیر مستقیم و غیرمستقیم عوامل زیستی و روان‌شناختی بر سلامت جنسی با واسطه عوامل فرهنگی است [۱۶]. یک مطالعه کیفی نشان داد سؤالات کنجکاوانه جنسی کودکان از والدین شامل سه مضمون اصلی تفاوت‌های بین دو جنس، نحوه باروری، بارداری و تولد بوده است که بر نیاز به آموزش‌های استاندارد دلالت دارد [۱۷].

همین دلیل مداخلات مبتنی بر شواهد باشد باید برای مسوولین ملاک باشد تا صرفاً نظرات شخصی افراد».

یکی از کارشناسان خبره می‌گوید: «متأسفانه نظام سلامت، بیشتر درمان‌محور است و روی پیشگیری از اختلالات و معضلات جنسی کار نکرده است. مراکز مشاوره جنسی اغلب در بخش خصوصی متمرکز هستند. کسی که پول ندارد تا زمانی که دچار اختلال عملکرد جنسی نشود، مراجعه نمی‌کند؛ به همین دلیل به عمومی‌سازی خدمات نیازمندیم».

کارشناس خبره دیگری می‌گوید: «ما با مقاومت حاکمیت مواجه هستیم. با وجود اینکه نیاز احساس شده و با توجه به اینکه افزایش آمار طلاق از شورای عالی انقلاب فرهنگی به وزارت بهداشت ابلاغ شده است، ما مشکلات ساختاری داریم. به عبارتی چارت سازمانی برای آن در مراکز جامع خدمات سلامت وجود ندارد و بودجه‌ای برای آن در نظر گرفته نشده است. ما هنوز در مرحله ب‌بسم‌الله هستیم. ما می‌خواهیم یک تصویر بزرگ از بچه سه‌ساله تا سالمندی برای هویت جنسی و مراقبت جنسی داشته باشیم، ولی هنوز نمی‌دانیم سیاست ما برای آموزش عموم دقیقاً چه باید باشد. مداخلات اولی و اثربخشی این مداخلات مشخص نشده‌اند؛ محتوای آموزشی استاندارد بومی تهیه نشده است و فرد و قابلیت‌های فردی که این خدمت را ارائه دهد، هنوز تعریف نشده است. متون آموزشی قابل قبول، معتبر و در دسترس نداریم و فضاهای مجازی اطلاعات غلط را منتقل می‌کنند».

صاحب نظر دیگری می‌گوید: «توقعات جنسی در زنان و مردان تغییر کرده است. نیاز به تقاضای تبدیل‌شده در اقصاء مختلف، در

رفتارهای غیرمعتاد جنسی به عنوان عامل آسیب‌های اجتماعی نوپدید، دومین مضمون پدیدار شده در این مطالعه بود. نتایج یک مطالعه کیفی درباره چالش‌های سلامت جنسی از دیدگاه نوجوانان جدا شده از خانه تحت مراقبت شبانه‌روزی در شهر تهران و دست‌اندرکاران مراقبت از آن‌ها نشان می‌دهد قلدری و بهره‌کشی جنسی از هم‌سالان، رفتارهای جنسی پرخطر و نگرش منفی جنسی، و استفاده از منابع اطلاعاتی غیرمعتبر از جمله دوستان و فیلم‌های پورن، از مهم‌ترین چالش‌ها و تهدیدهای سلامت جنسی در نوجوانان است. به همین دلیل طراحی و اجرای مداخلات آموزشی توصیه شده است [۲۶]. یکی از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری هنجارهای اجتماعی، ساختارهایی نظیر محیط، سیاست‌ها و قوانین هستند [۲۷]. بنابراین اتخاذ سیاست‌ها و تصمیم‌گیری متناسب با تغییرات اجتماعی می‌تواند باعث ارتقای هنجارهای رفتاری و کاهش آسیب‌های اجتماعی شود. مطالعات نشان می‌دهند قوانین دسترسی نوجوانان به خدمات سلامت باروری غالباً از سیاست‌ها عقب مانده‌اند که علت آن فرایند طولانی لغو قوانین محدودکننده و تصویب قوانین مقررات جدید برای حمایت از دسترسی گسترده به این خدمات است [۲۳].

پدیدار شدن مضمون منع انگ و تبعیض با رویکرد عدالت جنسیتی، نشان‌دهنده اهمیت توجه به آن در برخورداری همگان از مراقبت‌های اولیه سلامت است. در مطالعه کیفی درباره دیدگاه‌های کارشناسان ستادی درباره ملاحظات اخلاقی در برنامه راهبردی پیشگیری و کنترل ای‌چ‌آی‌وی، منع انگ و تبعیض یکی از مضامین کلیدی مورد اشاره برای جلوگیری از ارزش‌زدایی، انزوا و محرومیت از مراقبت سلامت گزارش شد [۲۸]. دست‌یابی به بالاترین سطح قابل حصول سلامت جنسی بستگی به درجه رعایت، حفاظت و تأمین حقوق انسانی مانند حق عدم تبعیض، حریم خصوصی و محرمانگی، آزادی از خشونت و اجبار و به همان اندازه حق دسترسی به اطلاعات و آموزش و خدمات مراقبت سلامت دارد [۳]. فرج‌خدا و همکاران موضوعاتی را که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جنسی و باروری بایستی به عنوان یک راهنمای اخلاقی مرتبط با محرمانگی رعایت نمایند، در پنج دسته شامل حق بر محرمانگی، دسترسی به اطلاعات، مدیریت امن اطلاعات افراد، منافع شخص ثالث و افشای قانونی و غیرقانونی سازمان‌دهی کرده‌اند [۲۹]. همچنین مطالعه حقوق جنسی و باروری از دیدگاه قرآن نشان‌دهنده فراوانی اشاره به مسائل مرتبط با روابط جنسی، انتخاب باروری و منع خشونت علیه زنان و عدالت جنسیتی است و تحقق ظرفیت انسانی زنان مستلزم رعایت حقوق جنسی و باروری آنان است [۳۰]. بنابراین آموزش و ایجاد نگرش صحیح و به طور هم‌زمان تدوین و اجرای مقررات منع انگ و تبعیض علیه گروه‌های دارای رفتارهای جنسی پرخطر در موقعیت‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی برای ارتقای سلامت جنسی و نیز سلامت عمومی ضرورت دارد [۳۱].

مطالعات انجام‌شده اثر معنی‌دار آموزش و افزایش آگاهی را بر ارتقای رفتار جنسی سالم، هویت‌یابی جنسی، سلامت روانی و پیشگیری از اختلالات جنسی و سلامت خانواده نشان داده‌اند [۱۸]. در مطالعه کیفی دیگری که با هدف شناخت دیدگاه‌ها و تجربیات دختران نوجوان و بزرگسالان در زمینه ضرورت آموزش سلامت جنسی انجام شد نیز پنج طبقه دانش ناکافی و نگرش نادرست جنسی، عدم وجود منابع اطلاع‌رسانی معتبر، تغییرات فرهنگی و اجتماعی، افزایش مسائل سلامت جنسی و آسیب‌های آن در نوجوانان و تأثیر مسائل مذهبی به عنوان مهم‌ترین دلایل ضرورت آموزش سلامت جنسی به دختران نوجوان گزارش شده و توصیه به طراحی و برنامه‌ریزی آموزش سلامت جنسی بر اساس ویژگی‌های گروه نوجوان شده است [۱۹]. در یک مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۱ روی مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره ازدواج شهر همدان، سطح آگاهی زوجین از سلامت جنسی متوسط بوده، حساسیت و شدت درک پیامدهای رفتارهای جنسی ناسالم در بین آنان مطلوب نبوده، ولی میانگین و منافع و موانع درک‌شده نسبتاً مطلوب بود و نیز اینترنت و دوستان از مهم‌ترین منابع مورد استفاده توسط آنان گزارش شد. به همین دلیل تهیه بسته‌های آموزشی استاندارد مبتنی بر نیاز و رفع سایر موانع سلامت جنسی جهت توانمندسازی برای انتخاب رفتارهای جنسی و باروری سالم توصیه شده است [۲۰]. همچنین مطالعات انجام‌شده بر نیاز به طرح تفاوت‌های فیزیولوژیک جنسی زنان و مردان در کلاس‌های آموزش هنگام ازدواج دلالت دارند [۲۱]. مطالعات انجام‌شده در کشورهای منطقه آسیای پاسفیک نیز نشان‌دهنده بافتار در حال تغییر روابط جنسی، افزایش سن ازدواج و کاهش سن شروع رابطه جنسی هستند [۲۲].

نتایج یک مطالعه بر ناهم‌خوانی قوانین با سیاست‌ها و نیازهای سلامت باروری و جنسی جوانان در کشورهای منطقه آسیای پاسفیک دلالت دارد؛ اگرچه در اغلب این کشورها اصلاحات قوانین در راستای منع انگ و تبعیض در ارائه خدمات سلامت باروری و جنسی به گروه‌های دارای رفتارهای جنسی پرخطر و دسترسی نوجوانان به خدمات نام‌برده صورت گرفته یا در حال انجام است [۲۴]. بنابراین حمایت‌طلبی و جلب نظر سیاست‌گزاران و نیز رهبران مذهبی برای تغییر سیاست‌ها و قوانین به منظور کاهش آسیب‌های اجتماعی، اولین گام برای شکستن تابوی جامعه نسبت به مسائل جنسی و رفع موانع آموزش و پیشگیری است. علاوه بر این، در سال‌های اخیر استفاده از فناوری‌های الکترونیک فرصتی را برای افزایش دانش جامعه درباره سلامت جنسی و کیفیت زندگی، به‌ویژه برای انواع ارتباطات جنسی همراه با انگ یا استیگما فراهم نموده است. سلامت جنسی الکترونیک فرصتی برای برقراری و تقویت ارتباط بین مددجویان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت جنسی و دسترسی به این خدمات صرف نظر از سن، جنسیت و جهت‌گیری جنسی با استفاده از شیوه‌های مختلف مشاوره آنلاین متنی، صوتی و تصویری با رعایت حریم خصوصی و محرمانگی است [۲۵].

می‌توانند چارچوبی را برای اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت جنسی فراهم نمایند [۴]. وجود قانون اساسی، سند چشم‌انداز بیست‌ساله، نقشه جامع علمی سلامت کشور با تدوین نقشه راه برای نهادهای مرتبط درگیر، منشور حقوق شهروندی و قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، فرصت لازم برای اصلاح قوانین به منظور رفع موانع اجرایی برنامه‌های سلامت جنسی و برنامه‌ریزی و مداخله را در این زمینه فراهم کرده است. نگاهی گذرا به قانون اساسی کشور، سیاست‌های کلی سلامت و جمعیت، منشور حقوق شهروندی و قانون منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان در جمهوری اسلامی ایران نشان می‌دهد توجه به سلامت مردم جامعه از مهم‌ترین حقوق انسانی است که سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران در سطح کلان به آن توجه ویژه داشته‌اند. این اسناد و قوانین بر رویکرد حق بر سلامت به عنوان یک حق اجتماعی، عدالت جنسیتی، رفع تبعیض و حمایت قانونی برابر مردان و زنان و نیاز به ایجاد محیط سیاستی و قانونی لازم برای ارتقای سلامت جنسی و باروری جامعه دلالت دارند.

نتیجه‌گیری

رسیدگی به چالش‌ها و دست‌یابی به شاخص‌های برتر سلامت جنسی کشور، مستلزم تعهد سیاسی حاکمیت، تدوین و ابلاغ مقررات و دستورالعمل‌های آموزش و دسترسی به خدمات کلیدی سلامت باروری متناسب با نیازهای اجتماعی، برنامه‌ریزی برای ثبت و جمع‌آوری شاخص‌های سلامت جنسی و اتخاذ یک رویکرد فراگیر برای طراحی و اجرای مداخلات چندسطحی و چندگانه بر اساس چالش‌های شناسایی شده با استفاده از ظرفیت‌های موجود و همکاری بخش‌های مرتبط از جمله آموزش و توانمندسازی عموم به‌ویژه نوجوانان و جوانان برای یادگیری مهارت‌های زندگی و انتخاب رفتارهای جنسی سالم است. اتخاذ راهبردهای همکاری بین‌بخشی و مشارکت جامعه به منظور فرهنگ‌سازی، منع‌انگ و تبعیض، ترویج عدالت جنسیتی و ارتقای سلامت جنسی و باروری جامعه توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اخلاق پژوهش

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دارای کد کمیته اخلاق-IR.SBMU.RE-TECH.REC.1398.487 است.

حامی مالی

حمایت مالی این تحقیق توسط مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفته است.

نظرات شرکت‌کنندگان منعکس‌کننده تأثیر اعتقادات مذهبی و فرهنگی حاکم بر جامعه بر تصمیمات سیاست‌گذاران و عدم تعهد سیاسی حاکمیت برای رفع موانع سلامت جنسی، فقدان ساختارهای لازم از جمله مقررات و دستورالعمل‌های دسترسی به آموزش‌ها و خدمات سلامت باروری و جنسی به‌ویژه برای نوجوانان و پاسخ‌گویی از طریق ابلاغ بخش‌نامه‌های لازم‌الاجرا برای برنامه‌ریزی و مداخلات عمل‌محور در زمینه سلامت جنسی است. به همین دلیل سازمان بهداشت جهانی (WHO) یک رویکرد چندبخشی همراه با اقدامات تکمیلی در پنج حیطه کلیدی سیاست‌ها و حقوق بشر، قوانین، فرهنگ و جامعه، آموزش، اقتصاد و نظام سلامت را توصیه کرده است [۶]. مطالعات نشان می‌دهند نابرابری‌های جنسیتی چندبعدی هستند و قابل کاهش به برخی از اولویت‌های مورد توافق واحد و جهانی نیستند و آنچه تضمین‌کننده عدالت جنسیتی است، تغییر سیاست‌هایی است که اجرای آن به زنان اجازه مشارکت، پیش، تصمیم‌گیری و ایفای سایر نقش‌های مرتبط پاسخگو را بدهد [۳۲]. مطالعه ارزیابی وضعیت سلامت نوجوانان و جوانان ایرانی نیز نشان می‌دهد مهم‌ترین اولویت در نوجوانان و جوانان ایرانی اصلاح رفتار و سبک زندگی آن‌ها، کمبود بهره‌مندی از مراقبت‌های اولیه سلامت در شهرها و بالابودن نرخ بازماندگان تحصیلی است. برای دست‌یابی به شاخص‌های برتر در این گروه سنی، مداخلات مبتنی بر محل تحصیل یا کار، فراهم آوردن نظام مراقبت‌های اولیه شهری و توسعه سیاست‌های عمومی سالم پیشنهاد شده است [۳۳].

فقدان شاخص‌های آماری و عدم بهره‌برداری از ظرفیت‌های موجود از دیگر موضوعات پدیدار شده در این مطالعه بود. نتایج یک مطالعه کیفی با هدف تبیین راهبردهای آموزش سلامت جنسی مبتنی بر توانمندسازی روی زنان و مردان در شرف ازدواج و ازدواج‌کرده از دیدگاه مطلعین کلیدی، نشان‌دهنده دو راهبرد آموزشی اصلی استفاده از همه ظرفیت‌ها برای آموزش رسمی و غیررسمی و ساختار مطلوب آموزش شامل همگانی بودن، هدفمندی، مبتنی بودن بر ارکان آموزشی و تناسب با ویژگی‌های گروه هدف است. مؤلفین نتیجه گرفتند که هدف‌نهایی آموزش و ارتقای سلامت جنسی در کشور، توانمندسازی عموم بوده که مستلزم بهره‌برداری از تمامی ظرفیت‌ها و اصلاح ساختار آموزش است [۳۴]. استفاده از چارچوب شاخص‌های پیشنهادی WHO شامل تعیین‌کننده‌های: عوامل اجتماعی و سیاستی، شاخص‌های دسترسی، شاخص‌های ارائه خدمت و شاخص‌های سطح پیامد و اثر [۳۵]، برای جمع‌آوری و تحلیل آمارها و شاخص‌ها با استفاده از ظرفیت‌های موجود، می‌تواند پایه‌ای برای برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات اثربخش و بهبود شاخص‌های سلامت جنسی و باروری باشد.

مداخلات سیاستی یا حقوقی برای حمایت از برنامه‌های سلامت جنسی موجود یا جدید ضرورت دارد. قوانین و سیاست‌های کلی

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] AbouZahr C, Vaughan JP. Assessing the burden of sexual and reproductive ill-health: Questions regarding the use of disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(5):655-66. [PMID] [PMCID]
- [2] World Health Organization. Reproductive health [Internet]. 2013 [Updated 2013 September 17]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>
- [3] World Health Organization. Sexual health, human rights and the law [Internet]. 2015 [Updated 2015 June]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/
- [4] World Health Organization. Developing sexual health programmes. A framework for action [Internet]. 2010 [Updated 2010]. Available from: https://www.who.int/reproductive-health/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
- [5] Janghorban R, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A, Abbasi M. [A review of the concept and structure of sexual and reproductive rights in international human rights documents (Persian)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014; 17(100):16-26. [DOI:10.5812/ircmj.23731]
- [6] Huezo C, Diaz S. Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception*. 1993; 9(2):129-39. [DOI:10.1007/BF01990143]
- [7] Guglielmi S, Jones N. The invisibility of adolescents within the SDGs [Internet]. 2019 [Updated 2019 December]. Available from: https://www.gage.odi.org/wp-content/uploads/2020/01/The-invisibility-of-adolescents-within-the-SDGs_report.pdf
- [8] Bahrami N, Simbar M, Soleimani MA. [Sexual health challenges of adolescents in Iran: A review article (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2013;10(4):1-16. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-1-en.html>
- [9] Malta S, Temple-Smith M, Bickerstaffe A, Bouchier L, Hocking J. 'That might be a bit sexy for somebody your age': Older adult sexual health conversations in primary care. *Australasian Journal of Ageing*. 2020; 39(S1):40-8. [DOI:10.1111/ajag.12762]
- [10] McDaid L, Flowers P, Ferlatte O, Young I, Patterson S, Gilbert M. Sexual health literacy among gay, bisexual and other men who have sex with men: A conceptual framework for future research. *Culture, Health & Sexuality*. 2021; 23(2):207-23. [DOI:10.1080/13691058.2019.1700307]
- [11] Gruskin S, Yadav V, Castellanos-Usigli A, Khizanishvili G, Kismödi E. Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: Meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2019; 27(1):29-40. [DOI:10.1080/26410397.2019.1593787]
- [12] Nameni F, Yousefzadeh S, Golmakani N, Najaf Najafi M, Ebrahimi M, Modares Gharavi M. [Evaluating the effect of religious-based sex education on sexual function of married women (Persian)]. *Evidence Based Care*. 2014; 4(2):53-62. [DOI:10.22038/EBCJ.2014.2914]
- [13] Kamyabinia Z, Azhari S, Mazloum SR, Asgharipour N. [Relationship between religion and female sexual function at reproductive age (Persian)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 19(10):9-19. [DOI:10.22038/IJOGI.2016.7110]
- [14] Damari B, Tabrizchi N, Riazi-Isfahani S. Designing a national plan for improving sexual health in Iran: An experience of an Islamic country. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016; 30:407. [PMID] [PMCID]
- [15] Moyer-Gusé E, Chung AH, Jain P. Identification with characters and discussion of taboo topics after exposure to an entertainment narrative about sexual health. *Journal of Communication*. 2011; 61(3):387-406. [DOI:10.1111/j.1460-2466.2011.01551.x]
- [16] Zarei J, Pourhosein R, Tarafdari A, Habibi Askar Abad M, Babakhani M. [Development and evaluation of a bio-psychological model of sexual health in menopausal women: Mediator role of cultural factors (Persian)]. *Research in Psychological Health*. 2016; 10(1):1-11. <http://rph.khu.ac.ir/article-1-2613-fa.html>
- [17] Ghorbani M, Zamani-Alavjeh F, Shahry P, Zare K, Marashi T. [Understanding childhood's sexual curiosity: An introduction to sexual health education and health promotion (Persian)]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2015; 3(3):198-210. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-328-en.html>
- [18] Mahmodi Gh, Hassanzadeh R, Niyaz Azari K. [The effect of sex education on family health on Mazandran Medical University students (Persian)]. *The Horizon of Medical Sciences*. 2007; 13(2):64-70. <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-168-fa.html>
- [19] Latif Nejad R, Javad Nouri M, Hasanpour M, Hazaveyi SMM, Taghipour A. [The necessity of sexual-health education for Iranian female adolescents: A qualitative study (Persian)]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 15(12):7-17. [DOI:10.22038/IJOGI.2012.5695]
- [20] Barati M, Soltanian AR, Emdadi Sh, Zahiri B, Barzeghar N. [Analyzing sexual health-related beliefs among couples in marriage based on the health belief model (Persian)]. *Journal of Education and Community Health*. 2014; 1(1):36-45. [DOI:10.20286/jech-010136]
- [21] Ghorashi Z, Merghati Khoei E. [Exploring the reducing satisfactory response in married women of reproductive age: Qualitative study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017; 22(4):300-7. [DOI:10.18869/nirp.ijpcp.22.4.300]
- [22] Godwin J, Szabo G, Sass J, Sauvarin J. Righting the mismatch between law, policy and the sexual and reproductive health needs of young people in the Asia-Pacific Region. *Reproductive Health Matters*. 2014; 22(44):137-47. [DOI:10.1016/S0968-8080(14)44808-0]
- [23] UNESCO, UNFPA, UNAIDS, UNDP. Youth Lead. Young people and the law in Asia and the Pacific: A review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health and HIV services. Bangkok: UN Educational, Scientific and Cultural Organization; 2013. <https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/>
- [24] United Nations Development Programme (UNDP). HIV and the law in South-East Asia [Internet]. 2015 [Updated 2016 May 9]. Available from: https://www.asia-pacific.undp.org/content/rbap/en/home/library/democratic_governance/hiv_aids/hiv-and-the-law-in-south-east-asia.html
- [25] Minichiello V, Rahman S, Dune T, Scott J, Dowsett G. E-health: Potential benefits and challenges in providing and accessing sexual health services. *BMC Public Health*. 2013; 13:790. [DOI:10.1186/1471-2458-13-790]
- [26] Razaghi R, Borjali A, Sohrabi F, Delavar A. [Sexual health challenges of out of home adolescents (Persian)]. *Social Welfare*. 2013; 13(48):73-92. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1246-en.html>

- [27] Rozier MD. Structures of virtue as a framework for public health ethics. *Public Health Ethics*. 2016; 9(1):37-45. [DOI:10.1093/phe/phv036]
- [28] Akrami F, Abbasi M. Ethical considerations from the viewpoint of headquarters experts on HIV/AIDS prevention and control strategic program. *International Journal of Preventive Medicine*. 2019; 10(1):8. [DOI:10.4103/ijpvm.IJPVM_275_17] [PMID] [PMCID]
- [29] Farajkhoda T, Roudsari RL, Abbasi M. Ethical performance in delivery of sexual and reproductive health services: A Delphi study focused on the right of confidentiality. *Health and Medical*. 2012; 6:3385-94. https://www.researchgate.net/profile/Ebrahim-Hosseini/publication/287306891_
- [30] Janghorban R, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A, Abbasi M. Sexual and reproductive rights from Qur'anic perspective: A quantitative content analysis. *Asian Social Science*. 2015; 11(3):182-7. [DOI:10.5539/ass.v11n3p182]
- [31] Akrami F. Research report: Development of ethical framework and executive directive to end stigma & discrimination in health-care settings. Tehran: UNAIDS; 2019.
- [32] Kabeer N. Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third millennium development goal 1. *Gender & Development*. 2005; 13(1):13-24. [DOI:10.1080/13552070512331332273]
- [33] Damari B, Alikhani S, Akrami F. Analysis of Iranian youth health policy: Necessity of action-oriented interventions. *International Journal of Preventive Medicine*. 2018; 9(1):39. [DOI:10.4103/ijpvm.IJPVM_341_16]
- [34] Bostani Khalesi Z, Sembor M, Azen SA. [An explanation of empowerment-based sexual health education strategies: A qualitative study (Persian)]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2017; 6(3):253-65. http://jqr1.kmu.ac.ir/article_90898.html
- [35] World Health Organization, UNFPA. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators [Internet]. 2010 [Updated 2010]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_rhr_10.12/en/

This Page Intentionally Left Blank