



## Investigating the phenomenon of barriers and facilitators of social work interventions in the direction of couples' sexual satisfaction

Sarah Noruzi<sup>1</sup> | Masoume Maarefvand<sup>2</sup> | Hamid Khanke<sup>3</sup> | Mostafa Eghlima<sup>4</sup>

### Abstract

Sexual satisfaction is one of the most important issues in a married life, and compatibility in sexual relations and balance in the amount of sexual desire in men and women is one of the most important reasons for the happiness and success of married life and vitality and health of couples. Considering the influential role of social workers in this field, the goal of this study is to recognize the challenges ahead in providing specialized social work interventions. This qualitative research was conducted by content analysis method in Tehran and Lorestan provinces, the sampling method was initially targeted and then continued based on the data until theoretical saturation with 21 participants. Data were collected and analyzed using semi-structured interviews. The findings of the research showed that the challenges of providing social work services leading to the sexual satisfaction of couples can be classified into two categories of obstacles and inhibitors and facilitators of service provision. The special attention of policymakers and managers for planning to strengthen supports and remove barriers to service can be an effective step in improving the provision of social work services provided to families in the field of sexual issues.

**Keywords:** Sexual satisfaction, social work, facilitators, barriers and inhibitors.

DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.65.3.3

1. Corresponding author: PhD in social work, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran.

sara.noruzi82@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Social Work, Tehran University of Rehabilitation and Social Health, Tehran, Iran.

3. Professor, Tehran University of Rehabilitation and Social Health, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Social Work, Tehran University of Rehabilitation and Social Health, Tehran, Iran.

## بررسی پدیداری موانع و تسهیل‌کننده‌های مداخلات مددکاری اجتماعی در راستای رضایت جنسی زوجین

سارا نوروزی<sup>۱</sup> | معصومه معارف‌وند<sup>۲</sup> | حمید خانکه<sup>۳</sup> | مصطفی اقلیما<sup>۴</sup>

### چکیده

رضایت جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل مهم یک زندگی زناشویی قرار دارند و سازگاری در روابط جنسی و تناسب و تعادل در مقدار تمایل جنسی در زن و مرد یکی از علل رضایت و موفقیت زندگی زناشویی و نشاط و سلامت زوجین است. با توجه به نقش تأثیرگذار مددکاران اجتماعی در این حوزه، شناخت چالش‌های پیش‌رو در ارائه مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی هدف این مطالعه محسوب می‌شود. این تحقیق کیفی به شیوه تحلیل محتوا در استان‌های تهران و لرستان در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت، روش نمونه‌گیری در ابتدا هدفمند و سپس براساس داده‌ها تا زمان اشباع نظری با ۲۱ مشارکت‌کننده ادامه یافت. داده‌ها به روش مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که چالش‌های ارائه خدمات مددکاری اجتماعی منتهی به رضایت جنسی زوجین را می‌توان در دو دسته موانع و بازدارنده‌ها و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات طبقه‌بندی نمود. توجه ویژه سیاستگذاران و مدیران برای برنامه‌ریزی در جهت تقویت پشتوانه‌ها و رفع موانع خدمت می‌تواند گام مؤثری در بهبود ارائه خدمات مددکاری اجتماعی ارائه شده به خانواده‌ها در زمینه مسائل جنسی باشد.

کلیدواژه‌ها: رضایت جنسی، مددکاری اجتماعی، ارزیابی روانی اجتماعی، عوامل فرهنگی اجتماعی.

۶۵

سال هجدهم  
زمستان ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۷/۱۸

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۰۷/۱۹

صص: ۱۸۴-۱۶۱



DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.65.3.3

۱. نویسنده مسئول: دکترای تخصصی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران.

sara.noruzi82@gmail.com

۲. استادیار، گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، تهران، ایران.

۳. استاد، دانشگاه توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، تهران، ایران.

## مقدمه و بیان مسئله

ازدواج در جامعه متغیر امروزی یک پدیده پیچیده است. ارضای تمایلات جنسی، عشق، امنیت اقتصادی، محافظت، امنیت عاطفی، احساس آرامش و فرار از تنهایی، بعضی از عواملی هستند که باعث گرایش به ازدواج می‌شوند (هاتفیلد، ۱۹۸۲). بسیاری از نیازهای روانی و جسمی زوجین در محیط امن خانوادگی و از طریق رابطه جنسی برآورده می‌شود و این رابطه تأثیر به‌سزایی بر سلامت و بهداشت روانی زوجین دارد (گویتز و فینزی، ۲۰۱۸. ونیر و روزن، ۲۰۱۷). مازلو<sup>۱</sup> (۱۹۷۴) نیاز جنسی را در رده نیازهای جسمانی یا نیازهای حیاتی اولیه قرار داده است و معتقد است که اگر این رابطه قانع‌کننده نباشد ممکن است منجر به احساس محرومیت، ناکامی و عدم احساس امنیت روانی، تضعیف سلامت روان و یا حتی از هم پاشیدگی خانواده، خیانت و افزایش روابط فزاینده شود (مازلو و لویس، ۱۹۸۷. صالحی، ۲۰۱۴).

براساس نظریه ناسازگاری جنسی، عدم توافق جنسی یکی از مهم‌ترین علل جدایی زوجین است و عدم کامیابی جنسی می‌تواند دلیلی مقدم بر سایر علت‌های زمینه‌ای در مسئله طلاق محسوب شود (گلمکانی و همکاران، ۲۰۱۹. رحمتی، ۲۰۰۹). برخی از محققین نیز عقیده دارند که یکی از عوامل مؤثر در اختلافات زناشویی در ایران، نارضایتی جنسی زوجین است (علی محمدی و همکاران، ۲۰۱۹). رضایت جنسی عبارت است از پاسخ مؤثر برخواسته از ارزیابی روابط جنسی که می‌تواند شامل ارزیابی نیازهای جنسی، انجام تکالیف جنسی و نیازهای همسر باشد و در مجموع ارزیابی مثبت از کل رابطه جنسی را در بر می‌گیرد (تیم، ۲۰۰۹). مسائل جنسی زوجین، چند وجهی هستند و شامل نگرش‌ها، ارزش‌ها و احساسات و سیستم‌های گوناگون اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشند. تقاطع بین سیستم‌های خانواده، سازمان، جامعه و اجتماع توأم با مشکلات جنسی مثل سلامت، باروری، صمیمیت، هویت و حساسیت جنسی، بسیار گسترده است. نیروهای اجتماعی پویا مانند نژاد، طبقه، هنجارهای فرهنگی، ایدئولوژی، باورهای مذهبی و سازمان‌های خانوادگی در کنار عوامل سیاسی مانند حاشیه‌نشینی، ظلم و تبعیض‌های اجتماعی همگی می‌توانند مسائل جنسی را در خانواده‌ها تحت تأثیر قرار دهند (لارنس و همکاران، ۱۹۹۸. مسترز و جونز، ۱۹۶۶. تیم، ۲۰۰۹). همین امر باعث شده است تا رویکردهای متفاوتی نظیر درمان‌های ترکیبی به درمان و

1. Maslow, A

کاهش مسائل جنسی زوجین و کسب رضایت جنسی شکل گیرد که به دلیل استفاده از استراتژی‌های بین حرفه‌ای از مقبولیت گسترده‌ای در میان درمانگران جنسی برخوردار هستند (تیلور و دیویس، ۲۰۰۷). رویکردهای ترکیبی، رضایت جنسی زوجین را در ابعاد مختلف جسمی، روانی، بین فردی، فرهنگی و اجتماعی مورد توجه قرار می‌دهند و متخصصین گوناگون مانند پزشکان، روانپزشکان، پرستاران، کارشناسان باروری، مددکاران اجتماعی، مشاوران خانواده و روانشناسان هر کدام به فراخور دانش حرفه‌ای خود به صورت فردی یا تیمی با زوج کار می‌کنند (تیلور و دیویس، ۲۰۰۷. آلتوف، ۲۰۱۰) در حرفه مددکاری اجتماعی همزمان با وقوع جنبش‌های زنان و انقلاب جنسی در دهه ۱۹۷۰ میلادی، تمایل برای انجام کارهای پژوهشی در زمینه نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با مسائل جنسی در خانواده‌ها، افزایش یافت (مایرزو میلنر، ۲۰۰۷) و مددکاران اجتماعی که پیش از این به ارائه آموزش و مشاوره در رضایت جنسی زوجین اکتفا می‌کردند<sup>۱</sup> (دانک ۲۰۰۷، دانک وست، ۲۰۱۶) به‌عنوان یکی از اعضای حرفه‌ای در درمان‌های جنسی نقش‌های کلیدی‌تری را برعهده گرفتند و ابعاد مختلف نارضایتی زوجین را مورد توجه قرار دادند و اکنون خدمات گوناگونی شامل مشاوره، برنامه‌ریزی خانوادگی، حمایت‌یابی، مدافعه، میانجی‌گری و آموزش را ارائه می‌دهند (بانک، ۲۰۱۲ تنیل و همکاران، ۲۰۱۴. لوین و همکاران، ۲۰۱۱). فدراسیون بین‌المللی مددکاری اجتماعی نیز استانداردها و ملاحظات اخلاقی را برای مددکاران اجتماعی که عضو تیم‌های درمان جنسی زوجین هستند یا به صورت انفرادی کار می‌کنند، مشخص کرده است که در این استانداردها، علاوه بر زوجین به صورت عام، گروه‌های هدف مختلف با نیازهای ویژه (مانند زوجین مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج، زوجین دارای معلولیت، زوجین نابارور و غیره) نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (تنیل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران نیز از زمان تاسیس این حرفه (سال ۱۳۳۷)، مددکاران اجتماعی مطابق با سرفصل‌های آموزشی و کوریکولوم درسی، آموزش‌های مرتبط برای کار با زوجین را دریافت می‌کنند و به‌عنوان یکی از کارشناسان حوزه خانواده، از رویکردهای اجتماعی، ارتباطی و نگاه سیستمی برای ورود به مسائل جنسی زوجین بهره می‌برند و تیم‌های درمان را در شناخت ریشه‌ای علل نارضایتی جنسی زوجین و توجه به نقش عوامل فرهنگی، آموزشی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی اثرگذار بر این

1. Guchrous, M &amp; Schaltz, A.

2. Tennille

نارضایتی‌ها، یاری می‌کنند. تجارب مددکاران اجتماعی در شوراهای حل اختلاف و دفاتر میانجی‌گری، کلینیک‌های مشاوره و خانواده درمانی و مراکز مشاوره دانشگاهی و خصوصی گویای این موضوع می‌باشد (نوروزی و همکاران، ۲۰۱۸).

اگرچه پرداختن به مسائل جنسی زوجین براساس استانداردهای تعیین شده فدراسیون بین‌المللی مددکاری اجتماعی، یکی از موضوعات ضروری برای مددکاران اجتماعی در حوزه‌های کار با خانواده و خانواده درمانی است اما ابعاد عملی این موضوع در حرفه مذکور کم‌رنگ باقی مانده است (لینین باج، ۲۰۲۲) و به‌رغم اهمیت نقش‌هایی چون آموزش‌دهنده، میانجی‌گری، رابط و تسهیل‌گری، مشاور و مدافع و ایجاد پیوند بین زوجین و منابع حمایت اجتماعی، اما حضور آن‌ها در برنامه‌های ملی و بین‌المللی مراقبت از خانواده‌ها آن‌چنان تأثیرگذار در نظر گرفته نمی‌شود (مک‌کاو و همکاران، ۲۰۱۴) همچنین نقش منحصر به فرد آن‌ها که متمرکز بر سیستم‌های تأثیرگذار اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و خانوادگی اثرگذار بر رضایت جنسی است، در قالب پروتکل‌های حرفه‌ای درون و برون‌سازمانی، به‌طور کامل و مشخص تعریف نشده است (کوربت، ۲۰۱۷) و حتی براساس مشاهدات و جستجوهای محقق شناخت مناسبی از فرآیند ارائه خدمت مددکاران اجتماعی در این حوزه در میان زوجین وجود ندارد.

از این رو با توجه به نقش تأثیرگذار مددکاران اجتماعی در تیم‌های مشاوره، خانواده درمانی و راهنمایی و گسترش رویکردهای ترکیبی و جامعه‌نگر در درمان‌های جنسی زوجین، شناخت چالش‌های پیش روی مددکاران اجتماعی برگرفته از دانش و تجربه ارائه‌دهندگان خدمت در این زمینه، امری ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین مسئله و سوال پژوهش حاضر اینگونه مطرح می‌شود: چالش‌های ارائه خدمات مددکاری اجتماعی برای مداخله در مسائل جنسی زوجین کدام است؟

## روش تحقیق

این مطالعه بخشی از یک مطالعه کیفی در مورد طراحی مدل مددکاری اجتماعی در رضایت جنسی زوجین بود مطالعه حاضر با روش تحلیل محتوای قرار دادی انجام شده است. روش نمونه‌گیری در ابتدا هدفمند بود تا مددکاران اجتماعی مجرب در حوزه کار با خانواده شناسایی

شوند سپس تا زمان اشباع نظری ادامه یافت و ۲۱ مددکار اجتماعی از شاغلین در حوزه‌های مختلف در استان‌های تهران و لرستان در سال ۱۳۹۷ در این پژوهش مشارکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت‌اند از: دارا بودن حداقل دو سال تجربه و سابقه کار با خانواده‌ها و مسائل زناشویی (ارائه خدماتی مانند ارزیابی، مشاوره، زوج درمانی، مدیریت مورد، خانواده درمانی، حمایت‌یابی، ارجاع، پیگیری‌های اجتماعی، حقوقی و اقتصادی) در مراکز خصوصی و دولتی و دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی در رشته مددکاری اجتماعی. ملاحظات اخلاقی مانند محرمانگی و رازداری اطلاعات مورد توجه قرار گرفت.

چهار شرکت‌کننده دو بار و یک شرکت‌کننده سه بار مورد مصاحبه پیگیری قرار گرفتند. هر مصاحبه با توجه به موقعیت و همکاری مشارکت‌کنندگان بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها با این سوال‌ها آغاز می‌شد که ارائه خدمت به زوجین در حیطه رضایت جنسی برای شما چگونه است؟ و چه عواملی ارائه خدمت در زمینه افزایش رضایت جنسی به زوجین را برای شما تسهیل می‌کند و چه موانعی بر سر راه خدمت‌رسانی شما وجود دارد؟ اگرچه سوالاتی که از مصاحبه اول مطرح شده بود در مصاحبه‌های بعدی پرسیده می‌شد، اما مصاحبه‌ها براساس پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان هدایت می‌شد.

برای شکل‌گیری مفهوم از ابتدای جمع‌آوری داده‌ها به کدگذاری و تحلیل آنها پرداخته شد. در آغاز مطالعه، تحلیل بسیار جزئی بود چون قبل از رسیدن به هر نوع تفسیری محقق سعی داشت همه احتمالات موجود را کشف کند. تحلیل‌های بعدی کلی‌تر بودند تا توسعه و اعتباربخشی تفاسیر حاصل شود. هدف فرآیند تحلیل این بود که کدهای اولیه استخراج شوند و آنهایی که از نظر مفهومی مشابه بودند، در یک دسته قرار بگیرند و دسته‌های مشابه نیز در یک گروه قرار بگیرند تا در نهایت درون مایه‌های اصلی مشخص شوند. به عبارتی این فرآیند، گذر از داده‌های خام به سطوح مفهومی انتزاعی را شامل می‌شد.

از جمله مواردی که در این مطالعه به تحلیل و یکپارچه‌سازی داده‌ها کمک می‌کرد، تلاش برای دیدن طبقات از دیدگاه زمینه، فرآیند و پیامد بود. به این منظور پژوهشگر همزمان با تحلیل داده‌ها، همه داده‌ها را مجدداً با هدف کشف زمینه و علل بروز رفتارهای تعاملی، استراتژی‌های به کار برده شده در قالب رفتار و عواطف و همچنین پیامد حاصل از به کارگیری استراتژی‌های

انتخاب شده، مرور کرده است. اینگونه تحلیل به پژوهشگر کمک کرد تا مفاهیم و کدها را از نقطه نظر فرآیندی نگاه کند و سبب شکل‌گیری یادآورهایی شود که درک بهتری از فرایند تحت مطالعه ایجاد می‌کند. معیارهای این تحقیق برای ارزیابی قابلیت اعتماد معیارهایی است که داهلگرن<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۰۷) برای بررسی تحقیق کیفی برشمرده‌اند این معیارها عبارت‌اند از: ارزش درستی یا اعتبار (باورپذیری)، قابلیت کاربرد یا انتقال‌پذیری، ثبات یا اطمینان‌پذیری، بی‌طرفی یا تأثیرپذیری. پژوهشگر جهت افزایش اعتبار پژوهش تلاش نموده تا ارتباط مناسبی با شرکت‌کنندگان برقرار نماید و برای انجام مصاحبه‌ها چندین نوبت با بعضی از آنها ملاقات نمود تا رابطه و فضایی که لازمه مصاحبه آزاد و عمیق است فراهم شود. همچنین، درگیری طولانی مدت با پدیده مورد تحقیق و غوطه‌وری کامل در داده‌ها به افزایش اعتبار داده‌ها کمک نمود. قابلیت اعتماد در واقع ثبات و پایایی داده‌ها در زمان و شرایط مشابه است و مفهوم آن مشابه پایایی در پژوهش‌های کمی است یکی از روش‌های مربوط به قابلیت اعتماد انجام حسابرسی می‌باشد. در این مطالعه، جهت تأییدپذیری و حسابرسی تحقیق، پژوهشگر کلیه مراحل و روند تحقیق را به‌طور دقیق از ابتدا تا انتها ثبت و گزارش نمود تا داوران خارجی بتوانند طبق این اسناد حسابرسی را انجام دهند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت تحلیل مضمون انجام شد ۸۲۱ کد به دست آمد که بعد از ادغام این کدها براساس همپوشانی، ۱۱۲ کد باقی ماند. با مقایسه مداوم کدها و داده‌های خام براساس تشابه و تفاوت، کدهای مشابه در یک طبقه کنار هم قرار گرفتند و دسته‌بندی اولیه از کدها به دست آمد. کدهای به دست آمده در ۳۹ طبقه اولیه قرار گرفت و پس از ادغام در ۱۰ زیر طبقه و ۲ طبقه اصلی دسته‌بندی شدند.

## یافته‌ها

جدول شماره ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مددکاران اجتماعی مشارکت‌کننده

ردیف	محل کار	سن	مقطع تحصیلی	جنسیت	سابقه کار (سال)	ردیف	محل کار	سن	مقطع تحصیلی	جنسیت	سابقه کار (سال)
۱	کلینیک مددکاری	۳۷	کارشناسی ارش	زن	۱۲	۱۱	بیمارستان	۳۹	دانشجوی دکترا	مرد	۱۱

1. Dahelgern, M

فصلنامه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

ردیف	محل کار	سن	مقطع تحصیلی	جنسیت	سابقه کار (سال)	ردیف	محل کار	سن	مقطع تحصیلی	جنسیت	سابقه کار (سال)
۲	دانشگاه (مرکز مشاوره)	۴۱	دکتر	مرد	۱۸	۱۲	بیمارستان	۳۴	کارشناسی ارشد	مرد	۹
۳	دانشگاه	۴۵	دکتر	مرد	۲۰	۱۳	دانشگاه	۴۲	دکتر	مرد	۲۱
۴	انجمن	۵۷	کارشناس	زن	۳۵	۱۴	اورژانس اجتماعی بهزیستی	۳۲	کارشناسی ارشد	زن	۵
۵	کلینیک مددکاری	۴۴	دانشجوی دکتر	زن	۲۰	۱۵	دانشگاه	۶۸	دکتر	زن	۴۵
۶	اورژانس اجتماعی بهزیستی	۳۹	دانشجوی دکتر	زن	۱۰	۱۶	کلینیک مددکاری	۵۶	دانشجوی دکتر	زن	۳۲
۷	بیمارستان	۴۹	کارشناسی ارشد	زن	۲۳	۱۷	کلینیک مددکاری	۳۴	کارشناسی ارشد	مرد	۱۰
۸	سازمان زندانها	۳۹	کارشناسی ارشد	مرد	۱۱	۱۸	بهزیستی	۴۲	دانشجوی ارشد	زن	۱۲
۹	بهزیستی	۳۸	دانشجوی دکتر	زن	۱۵	۱۹	بهزیستی	۴۴	کارشناسی ارشد	زن	۲۰
۱۰	بیمارستان	۳۷	دانشجوی دکتر	زن	۱۱	۲۰	بیمارستان	۲۹	کارشناسی ارشد	زن	۳
۱۸						۲۱	دانشگاه	۵۴	کارشناسی ارشد	مرد	۱۸

در این مطالعه ۲۱ مددکار اجتماعی شامل ۸ مرد و ۱۳ زن شرکت کردند که ۲ نفر از آنها مدرک کارشناسی، ۹ نفر مدرک کارشناسی ارشد یا دانشجو و ۱۰ نفر مدرک دکتر یا دانشجوی دکتر بودند. در شکل شماره ۱، شمای کلی از کدهای نهایی ارائه شده است. جدول شماره ۲. نمونه‌ای از تحلیل برای مفهوم

متن مصاحبه یکی از مشارکت‌کنندگان	نمونه کدگذاری باز
بیشتر مشکل شون اینه که نمی‌تونن چطور خواسته‌هاشون رو مطرح کنن یا نیازهاشون رو بگن برای همین ازشون میخوام که با من تمرین کنن و من در ادای کلمات و عبارت‌ها بهشون کمک میکنم تا بتونن خواسته و نیازهاشون رو بگن. ولی بیشتر کاری که در این زمینه انجام میدم تغییر نگرشه.	مهارت سرمشق دهی تصحیح ادبیات مراجع آموزش مهارت‌های گفتاری تغییر نگرش



<p>نمونه کدگذاری باز شناخت باورهای فرهنگی و تربیتی تصحیح باورهای زوج کار روی تحریف‌های شناختی تغییر نگرش</p>	<p>متن مصاحبه یکی از مشارکت‌کنندگان در ضمن کار متوجه میشی که خیلی‌ها به لحاظ فرهنگی یکسری چیزها رو بد میدونن مثلاً زن نباید خواسته‌ای داشته باشه و این مرده که باید همیشه طالب باشه. کاری باید انجام بدیم اینه که باید توضیح بدیم که این باور غلطیه، به زنه می‌گیم همون‌طور که اگه شوهرت برات لباس نخره بهش اعتراض میکنی یا اگه گوشت نخره همه جا میشینی میگی و اعتراض میکنی این هم جزئی از اون نیازهاست و حق داری که از همسرت خواسته جنسی داشته باشی. این موضوع در مورد خانم‌ها جدی تره.</p>
<p>اصل رازداری حرفه‌ای تشکیل جلسات فردی تشکیل جلسات مشترک توجه به اصول حرفه‌ای</p>	<p>گاهی اوقات کیس‌ها به مطالبی رو به شما می‌گن و تأکید می‌کنند که نمی‌خوایم زنون اینو بدونن یا شوهرمون بدونن. به لحاظ اخلاقی شما باید رازدار باشید و نباید اونها را در یک جلسه مشترک بیارید یا اگه لازم شد که یک جلسه مشترک تشکیل بدیم باید مراقب باشیم که مسائلی رو که مراجع تأکید کرده مطرح نکنیم. لازمه که جلسه فردی هم با هرکدام از زوجین داشته باشیم.</p>
<p>منابع ویژه ی مددکار اجتماعی معرفی منابع کمکی و اطلاعاتی تکنیک استفاده از تصویر ارائه ی اطلاعات قابل فهم مطالعه همراه با مراجع</p>	<p>یکسری منابع هست که برای متخصصینه مثل یک کتاب تخصصی و این رو نمیتونیم به مراجع بدیم که بخونه اگر هم قراره به مراجع بدیم باید با حضور تسهیلگر باشه و باید آموزش بدیم. اگر فقط به مراجع کتاب بدیم و بگیم برو این آسیب ایجاد میکنه. باید سواد مراجع رو در نظر بگیریم. اگه کم سواده گاهی اوقات شاید لازم باشه خودمون یک جزوه خیلی ساده براش درست کنیم و بهش بدیم. گاهی لازمه از تصاویر استفاده کنیم. گاهی باید توضیحات خیلی ساده باشه همه این‌ها به مراجع بستگی داره. ولی حتی اگه مراجع سواد بالایی هم داشته باشه و حتی به زبان انگلیسی هم مسلط باشه باز لازمه که کنار اون آدم باشیم و با هم کتاب رو بخونیم.</p>

در این مطالعه موانع و چالش‌ها و تسهیل‌کننده‌های خدمات مددکاری اجتماعی در بهبود رضایت جنسی زوجین شناسایی شد که در ادامه به صورت مبسوط به آن‌ها پرداخته خواهد شد.

### الف) موانع و چالش‌ها

این طبقه شامل هفت زیر طبقه "نداشتن پروتکل مشخص"، "همکاری ضعیف مراجع"، "ساختارهای معیوب ارائه خدمت"، "باورهای فرهنگی اجتماعی"، "کمبود آگاهی جامعه از نقش مددکار اجتماعی"، "تداخل نقش" و "شفاف نبودن مداخله مددکاری اجتماعی" می‌باشد.

#### ۱-۱: نداشتن پروتکل (دستورالعمل) مشخص

در ایران مددکاران اجتماعی برای مداخله در حوزه خانواده و بهبود رضایت جنسی زوجین، پروتکل مشخصی با توجه به اهداف مداخله و نوع موسسه محل ارائه خدمت ندارند و مداخلات براساس آموزش‌های عمومی در دانشگاه و پروتکل‌های بین‌المللی بدون توجه به نیازهای بومی جامعه هدف انجام می‌شود که این امر باعث شده وحدت رویه در خدمت‌رسانی وجود نداشته باشد. همچنین گرایش تخصصی برای کار با زوجین وجود ندارد و مددکاران اجتماعی صرفاً آموزش‌های عمومی در زمینه کار با خانواده‌ها و خانواده درمانی را کسب می‌کنند در حالی که برای ارائه مداخلات مؤثرتر، نیاز به واحدهای آموزشی ویژه در این زمینه می‌باشد، بسیاری از مددکاران اجتماعی، خلاءهای آموزشی را با شرکت در کارگاه‌های آموزشی و سمینارها یا مطالعه کتب پوشش می‌دهند. (مددکار اجتماعی، ۵۷ ساله، کارشناس، شاغل در انجمن احبا):

"بهترین دانشگاه‌های ما علامه و علوم بهزیستی هستن برای تربیت دانشجو ولی حتی توی این دو تا دانشگاه هم مسائل خیلی عمومی مطرح میشه و سطحی از کنارش میگذرن ما حتی در سطح ارشد هم به این موضوع نپرداختیم و واحد درسی اختصاصی برای مسائل جنسی نداریم."

(مددکار اجتماعی، ۳۹ ساله، دانشجوی دکترا، شاغل در بیمارستان):

"واحد درسی برآش نداریم، خیلی از اساتید با بی‌حوصلگی از کنار این موضوع رد میشن، خیلی‌ها اطلاعاتشون رو در اختیار دانشجو قرار نمیدن، بعضی‌ها قضیه رو شوخی می‌گیرن کلا هر کسی هر کاری دوس داره یا میتونه انجام میده ولی درست و غلطش توسط هیچ مرجعی بررسی نمیشه، استانداردها رعایت نمیشن، چارچوب نداریم."

### ۲-۱: همکاری ضعیف مراجع

هنگامی مداخلات مددکاری اجتماعی در رفع مشکل اثربخش خواهد بود که انگیزه و همکاری کافی در مراجع وجود داشته باشد و به‌عنوان سیستم تغییر به خوبی وارد عمل شده و مشارکت مؤثری در فرآیند مشکل‌گشایی از خود نشان دهد در غیر این صورت تلاش‌های مددکار اجتماعی در بسیاری از موارد بی‌نتیجه خواهد بود. همکاری ضعیف مراجعین معمولاً به دلیل تابو بودن مسائل جنسی زوجین، عدم همکاری یکی از طرفین در پیگیری جلسات درمانی، مشکلات اقتصادی و ضعف مالی در پرداخت حق‌الزحمه مشاوره و نبود پوشش بیمه درمانی برای این خدمات و اولویت نبودن مسائل جنسی برای زوجین می‌باشد.

(مددکار اجتماعی، ۴۵ ساله، دکترا، شاغل در دانشگاه):

"من اکثر مشاوره‌ها ۲-۳ جلسه است چون مردم ادامه نمیدن حالا یا به خاطر هزینه است یا طولانی بودن مسیر یا شوهر اجازه نمیده که خانم بیاد و برعکس."

(مددکار اجتماعی، ۳۹ ساله، کارشناسی ارشد، شاغل در سازمان زندان‌ها):

"توی ایران کیس‌ها کار رو پیگیری نمیکنن، پول واسه مشاوره نمیدن، ترجیح میدن پولشونو صرف جراحی زیبایی بکنن ولی به مسئله زناشویشون بی‌توجهن."

### ۳-۱: ساختارهای معیوب ارائه خدمت

خدمات مددکاری اجتماعی در بستری از ساختارهای اجتماعی و سازمان‌ها ارائه می‌شود و در صورت وجود هرگونه نقص و ناهماهنگی، خدمت‌رسانی به خوبی انجام نخواهد شد. کمبود

امکانات برای مشاوره مانند کمبود مراکز مشاوره یا دفاتر حل اختلاف، کمبود مددکار اجتماعی متخصص در شهرستان‌ها، ارتباطات بین حرفه‌ای ضعیف و عدم ارجاع از سوی سایر حرفه‌های یاورانه و کمبود منابع اطلاعاتی (مانند کمبود کتب ترجمه شده و کتاب‌های کار با مراجعین، سمینارها و کارگاه‌های آموزشی) در این حوزه از جمله مشکلاتی است که مشارکت کنندگان به آن‌ها اشاره کردند.

(مددکار اجتماعی، ۴۴ ساله، کارشناسی، شاغل در بهزیستی):

"بیشتر آسیب‌های اجتماعی که توی خانواده ما باهاش مواجهیم بخاطر ناآگاهی از مسائل جنسیه، بخشی از خیانت‌ها و روابط کنترل نشده هم به همین دلیل ولی وقتی میخوایم به زن و شوهر کمک کنیم تعداد مشاورین و مددکارهامون که کار بلد و با تجربه باشن خیلی کمه، نوبت‌گیری از کلینیک‌ها سخته یا باید بفرستیم که برن شهرهای بزرگ مثل تهران و اصفهان. توی شهرستان به کتاب‌های جدید دسترسی نداریم یا کتاب‌های خوب هنوز ترجمه نشدن."

(مددکار اجتماعی، ۴۴ ساله، دانشجوی دکترا، شاغل در کلینیک مددکاری اجتماعی):

"کیس رو پیش بقیه مددکارا میفرستم یا مثلاً به شهرستان ارجاع میدم ولی اونا امکانش رو ندارن که خدمات خوبی ارائه بدن، متخصص ندارن یا به کارگاه‌های آموزشی دسترسی ندارن."

#### ۱-۴: باورهای فرهنگی و اجتماعی

به اعتقاد مشارکت کنندگان، وجود برخی از باورهای فرهنگی و اجتماعی می‌تواند به عنوان مانعی بر سر راه مداخلات مؤثر مددکاران اجتماعی باشد که به سه نمونه از آنها در زیر اشاره می‌شود:

(مددکار اجتماعی، ۴۱ ساله، دکترا، شاغل در دانشگاه):

"در ضمن کار متوجه میشی که خیلی‌ها به لحاظ فرهنگی یکسری چیزها رو بد میدونن مثلاً زن نباید خواسته‌ای داشته باشه و این مرده که باید همیشه طالب باشه، تغییر این تفکر کار دشواریه و جلسات متعدد شناخت درمانی لازمه، همینطور باید روی خانواده اولیه (گسترده) یا حتی فرهنگ اون جامعه کار کنیم که به کارهای

جامعه‌ای طولانی و آموزش‌های گسترده نیاز دارد و ممکنه برای زوجی که الان

مراجعه کرده چندان اثربخش یا زود بازده نباشه."

(مددکار اجتماعی، ۵۷ ساله، کارشناسی، شاغل در انجمن احبا):

"کیسی دارم که آقاهه ۲۵ ساله با خانمش هیچ ارتباط جنسی نداره بعد در جلسه

مشاوره به شما میگه که همسرم با این قضیه مشکلی نداره اگه مشکلی داشت حتما

میگفت، این یه باور نادرست فرهنگی رو نشون میده که برای تغییرش باید زمان

زیادی رو صرف کنی، حتی ممکنه بچه‌های خانواده هم تحت تاثیر این تفکر

بزرگ شده باشن که در این صورت باید خانواده درمانی انجام بدیم، پیدا کردن

ریشه‌ها و اصلاح کردن اون‌ها کار بسیار سخت و زمان بریه."

تعدادی از مددکاران اجتماعی به این موضوع اشاره کردند که وجود برخی از تعصبات قومی

و مذهبی در مراجعین باعث شده است تا نتوانند از تکنیک‌های رایج در خانواده درمانی استفاده

کنند.

(مددکار اجتماعی، ۴۴ ساله، کارشناسی، شاغل در بخش بهزیستی):

"از بعضی از تکنیک‌های رایج دنیا نمیتونیم استفاده کنیم چون مثلاً یکی از طرفین

با ما همکاری نمیکنه یا انقدر غرق در تفکرات زن سالارانه یا مرد سالارانه است

که به خوبی همکاری نمیکنه و فکر میکنه این توصیه‌ها خلاف اون باورها یا

عقایدیه که تا حالا داشته، وقتی راجع به نادرستی اون باور باهش حرف میزنیم

ممکنه اصلاً نپذیره و جلسه رو ترک کنه یا مقاومت نشون بده که این کار مسیر

درمان رو سخت میکنه، یه وقتایی زوج از الگوی رفتاری پدر یا مادرشون تبعیت

می‌کنند و اون الگو رو بی نقص و کامل میدونن"

### کمبود آگاهی جامعه از نقش مددکار اجتماعی

یکی از مهم‌ترین موانعی که مددکاران اجتماعی در مسیر حرفه‌ای خود با آن روبه‌رو هستند، نا

آگاهی جامعه از نقش‌ها و حوزه‌های مداخله‌ای آنهاست. حتی گاهی دیده می‌شود که سایر

حرفه‌های یاورانه و کارشناسان مسائل اجتماعی نیز از نقش‌های مددکاران اجتماعی بی‌اطلاع

هستند. یکی از دلایل این موضوع می‌تواند ناشی از کمبود تعداد دانشگاه‌های تربیت‌کننده مددکار اجتماعی و به تبع آن کمبود تعداد نیروی تخصصی مددکاری اجتماعی به‌ویژه در مقاطع کارشناسی ارشد و دکترا باشد و این کمبود در سازمان‌های مختلف امدادی رفاهی مانند کمیته امداد و بهزیستی، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، مراکز مشاوره دانشگاهی و خصوصی، اداره زندان‌ها و شوراهای حل اختلاف و دفاتر میانجی‌گری قوه قضائیه دیده می‌شود. همین موضوع باعث شده است تا در بسیاری از حوزه‌های کاری، نقش‌های حرفه‌ای مددکاران اجتماعی چندان شناخته شده نباشد و مردم از نقش‌های این گروه اطلاع کافی نداشته باشند. همچنین به دلیل ضعف آموزش کار تیمی در دانشگاه‌ها، معمولاً افراد از حوزه عمل سایر حرفه‌ها و رشته‌های دانشگاهی، آگاهی کافی ندارند.

(مددکار اجتماعی، ۶۸ ساله، دکترا، مدرس بازنشسته):

"خیلی از مردم نمیدونن که ما دقیقاً چه کاری انجام میدیم حتی خانواده یا فامیل خودمون هم ممکنه ندونن."

(مددکار اجتماعی، ۲۹ ساله، کارشناسی ارشد، شاغل در بیمارستان):

"من وقتی کتاب‌های کشورهای دیگه رو میخونم میبینم که حرفه‌ها از کار هم باخبرن و کلیاتی از خدماتی که هر رشته انجام میده رو میدونن، توی رشته ما هم همینطوره یعنی به ما میگن که رشته‌های درمانی، توانبخشی، مشاوره‌ای، آموزشی هر کدوم چه کارهایی انجام میدن، ما منابع اجتماعی رو خوب میشناسیم چون اینا لازمه کار تیمیه ولی خب متاسفانه بقیه رشته‌ها اینجوری نیستن و این باعث میشه که مراجعین و افراد حرفه‌ای هم حوزه‌ی کاری ما رو به خوبی ازش آگاه نباشن."

#### ۱-۵: تداخل نقش‌ها

از آنجا که مددکاری اجتماعی حرفه‌ای بین رشته‌ای است، یکی از موانعی که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره نموده‌اند، تداخل نقش‌هاست. مشاوره خدمت‌مشارکتی است که توسط مددکاران اجتماعی، مشاوران و روانشناسان و گاهی روانپزشکان ارائه می‌شود اما هر حرفه بر مبنای توانمندی‌ها و مرزهای حرفه‌ای خود اجازه ارائه خدمت دارد، عدم آشنایی با نقش‌های حرفه‌ای در این زمینه می‌تواند مانعی برای مداخله مؤثر باشد. مشاوره در مددکاری اجتماعی،

خدمتی است که با توجه به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های مراجع، محیطی که فرد در آن زندگی می‌کند و زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی موثر بر مشکل، ارائه می‌شود و دو هدف عمده‌ی بهزیستی و توانمندسازی مراجعین را دنبال می‌کند.

(مددکار اجتماعی، ۴۵ ساله، دکتر، شاغل در دانشگاه):

"ما مشاوره میدیم، روانشناسا و مشاورا هم مشاوره میدن ولی مرزها مشخص نیست هر کدوم تو کار هم دخالت میکنن، وارد مرزهای هم میشن، معمولا ما مرزهامون رو میشناسیم حتی عقب تر هم حرکت می‌کنیم ولی روانپزشک تو کار ما دخالت میکنه، روانشناس ناشیانه وارد حریم کاری ما میشه، پزشک نسخه اجتماعی میپیچه خوب اینا مشکل ایجاد میکنه اونوقت ما از مردم عادی چه انتظاری داریم."

#### ۱-۶: شفاف نبودن مداخله مددکاری اجتماعی برای مراجع

یکی از مهم‌ترین موانع در مسیر مداخله مددکاران اجتماعی در حوزه رضایت جنسی زوجین، شفاف نبودن مداخله‌ی مددکاری است به این معنا که در بسیاری از موارد مشخص نیست که چه ویژگی‌های منحصر به فردی در خدمات مددکاران اجتماعی وجود دارد که باعث شده تا به عنوان حرفه‌ای مجزا وارد عمل شوند. در زیر به گفته‌های مشارکت‌کنندگان در این خصوص اشاره می‌شود:

(مددکار اجتماعی، ۳۹ ساله، دانشجوی دکتر، شاغل در بیمارستان):

"خود شما اگه میدونستی که نقش ما چیه هیچ وقت راجع بهش تحقیق نمی‌کردی ما حتی تا مقطع ارشد هم نمیدونیم کارمون دقیقا چیه، میتونیم همه کاری بکنیم ولی هیچ کاری رو هم کامل انجام نمیدیم همه چی تو رشته ما نصفه نیمه است."

(مددکار اجتماعی، ۳۴ ساله، کارشناسی ارشد، شاغل در کلینیک مددکاری اجتماعی):

"نقش‌هامون دقیقا مشخص نیست چون این حوزه تابوئه و ما حتی مطمئن نیستیم که باید واردش بشیم یا نه."

(مددکار اجتماعی، ۴۵ ساله، دکتر، شاغل در دانشگاه):

" یکی از مزیت‌های علوم بین رشته‌ای اینه که دانش شما در میانه همه چیزه، یعنی توی حیطه‌های مختلف میتونی وارد بشی و نگاه چند جانبه به مسائل داشته باشی، این برای کشورهای توسعه یافته یک مزیت محسوب میشه برای همین تعداد علوم بین رشته‌ای خیلی زیاده و حتی علوم به سمت ادغام شدن و چند بعدی شدن حرکت می‌کنند ولی خب در کشور ما که هنوز این علوم توسعه زیادی پیدا نکردن شاید مداخلات بین رشته‌ای مرزهای شفافی نداشته باشن که منطقی هم نباید داشته باشن چون مرزها ماهیت عینی دارن ولی واقعیت جنبه‌ی انتزاعی داره."

### ب) تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمت

همان‌گونه که در قسمت قبلی اشاره شد، موانعی در مسیر مداخلات حرفه‌ای مددکاران اجتماعی وجود دارد که روند خدمت‌رسانی را با مشکلاتی توأم می‌کند ولی در کنار تمامی موانع ذکر شده، تسهیل‌کننده‌هایی نیز وجود دارد که مددکاران اجتماعی با یاری گرفتن از آنها می‌توانند با انگیزه بیشتری به مراجعین کمک کنند. علاقه‌مندی مددکاران اجتماعی، التزام حرفه‌ای و امکانات و ساختارهای کمکی بخشی از این تسهیل‌کننده‌ها محسوب می‌شوند.

### ۱-۲: التزام حرفه‌ای به خدمت‌رسانی

بسیاری از مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که التزام حرفه‌ای و تعهد مددکاران اجتماعی برای خدمت‌رسانی عامل بسیار مهمی است که باعث می‌شود تا آنها بسیاری از محدودیت‌ها را نادیده گرفته و برای رفع مشکلات زوجین وارد عمل شوند.

(مددکار اجتماعی، ۵۶ ساله، دانشجوی دکترا، شاغل در کلینیک مددکاری اجتماعی):

" ما قبل از انقلاب این آموزش‌ها رو میگرفتیم، مددجو به هر دلیلی که پیش ما میومد موظف بودیم که در مورد تنظیم خانواده و روش‌هاش از اون سوال پرسیم و موظف بودیم که مسائل جنسی رو چک کنیم چون به ما یاد داده بودن که این یکی از عواملیه که میتونه باعث بقا یا فروپاشی خانواده بشه و باید آموزش میدیدیم اجباری بود."



(مددکار اجتماعی، ۳۴ ساله، کارشناسی ارشد، شاغل در بیمارستان):

"وقتی کیس میاد واز شما انتظار کمک داره همیشه دست رد به سینه اش زد از روز اول هم یادمون دادن که هر جا مشکلی هست و ما میتونیم باید وارد عمل بشیم."

## ۲-۲: امکانات و ساختارهای کمکی

مددکاران اجتماعی برای ارائه خدمات مورد نیاز به مراجعین به امکانات و ساختارهای کمکی نیاز دارند که می‌تواند شامل همکاری‌های بین بخشی، دسترسی به منابع اجتماعی، امکانات مادی و معنوی درون و بیرون از سازمان محل خدمت باشد. در زیر به برخی از این امکانات که توسط مشارکت کنندگان مشخص شده است، اشاره می‌شود.

(مددکار اجتماعی، ۴۴ ساله، دانشجوی دکتر، شاغل در کلینیک مددکاری اجتماعی):

"کلینیک‌های مددکاری ظرفیت‌های خوبی واسه مشاوره خانواده دارن، هم محیطش مناسبه و هم مددکار دغدغه کمتری داره و با آرامش مشاوره میده، چون کار خصوصیه به نظر من دستش بازتره هم تو ارجاع هم توی آموزش."

(مددکار اجتماعی، ۴۲ ساله، دانشجوی کارشناسی ارشد، شاغل در کلینیک مددکاری

اجتماعی):

"چون کار ما اینجا (اورژانس اجتماعی بهزیستی) مشاوره دادنه و امکان پیگیری داریم به نظرم فرصت بیشتری واسه مددکارا فراهمه، ماشین در اختیار ماست واسه بازدید از منزل، اتاق‌های مختلفی واسه مشاوره داریم هم انفرادی هم گروهی."

(مددکار اجتماعی، ۲۹ ساله، کارشناسی ارشد، شاغل در بیمارستان):

"باید قبول کنیم که امکانات لازمه، باید با ما همکاری کنن وگرنه ما چقدر قدرت داریم که همه چیز رو عوض کنیم، رئیس خوب لازمه که کار منو بفهمه، اتاق مخصوص مشاوره لازمه که کیس با خیال راحت بشینه حرف بزنه حتی معتقدم باید مشاوره‌ها بره تحت پوشش بیمه که خانواده‌ها نگران هزینه‌ها نباشن."

## ۲-۳: حیطة مورد علاقه مددکار اجتماعى

مددکاران اجتماعى طى آموزش‌هاى حرفه‌اى خود به اين نتيجه رسيده‌اند که خانواده مهم‌ترين سيستمى است که به‌عنوان گروه هدف بايد با آن کار کنند. از سوى ديگر علاقه شخصى برخى از مددکاران اجتماعى براى ورود به اين حوزه سبب شده تا آنها با جديت بيشتري دست به مداخله حرفه بزنند.

(مددکار اجتماعى، ۴۴ساله، کارشناسى، شاغل در بهزيستى):

"قطعا علاقه داشتم که در موردش مطالعه کردم و دوره‌هاى آموزشى رو گذروندم غير از اين بود يه بخش بي دردسر تر رو انتخاب مى کردم که خيلى ها دارن توش کار مى کنن."

(مددکار اجتماعى، ۳۹ساله، دانشجوى دکترا، شاغل در اورژانس اجتماعى):

"کار با خانواده‌ها رو دوس دارم چون نجات يه خانواده از طلاق و جدائى بهم حس خوبى ميده بين مثلاً من حوزه اعتياد رو دوس ندارم چون عملاً احساس مى کنم انقد ساختارها معيوبه و همه چيز پيچيده است که کارى از دست من برنميايد ولى خانواده‌ها رو دوس دارم چون هنوز ميشه يه کارايى کرد که حفظشون کنيم."

## بحث

اين مطالعه با هدف شناخت چالش‌هاى مددکاران اجتماعى در ارائه مداخلات تخصصى منتهى به رضائت جنسى زوجين صورت گرفت. شواهد نشان مى‌دهد که همواره عوامل، خدمت‌رسانى مددکاران اجتماعى را مورد تأثير قرار مى‌دهد اين عوامل گاهى موجب تسهيل اقدامات آنها مى‌شود و گاهى نيز ارائه خدمت را با محدوديت‌هاى مواجه مى‌سازد. موانع اين مطالعه عبارت‌اند از: نداشتن پروتکل مشخص، همکارى ضعيف مراجع، ساختارهاى معيوب ارائه خدمت، باورهاى فرهنگى اجتماعى، کمبود آگاهى جامعه از نقش مددکار اجتماعى، تداخل نقش و شفاف نبودن مداخله مددکارى اجتماعى مى‌باشد. على‌رغم اينکه فدراسيون بين‌المللى مددکارى اجتماعى، استانداردها و صلاحيت اخلاقى و حرفه‌اى لازم را براى مداخلات مددکاران اجتماعى در بهبود

رضایت جنسی زوجین تدوین کرده است و با توجه به اینکه کار با خانواده و خانواده درمانی در حرفه‌ی مددکاری اجتماعی از پیشینه و مقبولیت بالایی برخوردار است و نظریه پردازانی همچون ویرجینیا ستیر به عنوان یک مددکار اجتماعی، نظریه خانواده درمانی ارتباطی را مطرح نمودند و با در نظر گرفتن نقش‌های گسترده‌ی مددکاران اجتماعی در مراکز مشاوره خانواده خصوصی و دانشگاهی، مراکز و شوراهای حل اختلاف و میانجی‌گری قوه قضائیه، کلینیک‌های مددکاری اجتماعی و سایر فیلدهای کاری، اما چالش‌هایی نیز در ارائه خدمات منتهی به رضایت جنسی زوجین وجود دارد که در این مطالعه به آن‌ها پرداخته شده است.

لاولر (۱۹۹۱) معتقد است که گاهی اوقات تفاوت قابل توجهی بین دانش آموخته شده در کلاس درس و کتاب‌های درسی و آنچه در عمل بالینی آموخته می‌شود، وجود دارد. درمانگران مسائل جنسی (مشاوران خانواده، روانشناسان و مددکاران اجتماعی) باید از راهنماها و دستورالعمل‌های مشخص استفاده کنند در غیر این صورت ابتکارات شخصی درمانگر آن‌ها را از اهداف تعیین شده دور می‌سازد (لاولر، ۱۹۹۱). این تحقیق هم عدم آمادگی آموزشی و نداشتن پروتکل یا چارچوب کاری مشخص برای برخورد با مسائل مربوط به سلامت جنسی نکته‌ای است که مددکاران اجتماعی در بسیاری از مصاحبه‌ها، به آن اذعان کرده‌اند. همچنین بسیاری از مداخله‌گران در این حوزه از فرصت‌های کافی برای دستیابی به سطح یادگیری متناسب با نیازهای مراجعین و ارتقاء مهارت‌های حرفه‌ای برخوردار نیستند. بخشی از این فرصت توسط دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و بخشی دیگر در محیط کاری فراهم می‌شود.

تام (۲۰۱۰) معتقد است که مددکاران اجتماعی که بلافاصله فارغ‌التحصیل شده و شروع به کار کرده‌اند در ابتدا در تطابق تئوری و عمل با مشکل مواجه شدند اما بعد از کسب تجربه کاری توانستند بین تئوری‌ها و کار روزانه خود ارتباط برقرار کنند (پوستروم و هالستروم، ۲۰۱۰). این تبیین می‌تواند بر اهمیت تجربه کاری و کسب مهارت‌های عملی در کار مددکاران اجتماعی اشاره کند. پس مددکاران اجتماعی می‌توانند بخشی از توانمندی‌های حرفه‌ای لازم برای کار با زوجین را در محیط‌های واقعی و با نظارت سرپرستان (سوپروایزر) کسب نمایند.

یکی از موانعی که در این مطالعه به آن اشاره شد، ساختارهای معیوب ارائه خدمت هستند که به کمبود منابع و امکانات مورد نیاز برای خدمت‌رسانی اشاره می‌کنند مانند نبود امکانات کافی برای مشاوره با زوج، عدم دسترسی به فضای مناسب، کمبود مددکار اجتماعی متخصص در شهرستان‌ها، ارتباطات بین حرفه‌ای ضعیف و عدم ارجاع از سوی سایر حرفه‌های یاورانه و کمبود منابع مطالعاتی ترجمه شده در این حوزه (نوروزی و همکاران، ۲۰۱۹). جونز و نواک (۱۹۹۳) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که کمبود منابع و امکانات سبب می‌شود تا مددکاران اجتماعی کنترل و استقلال کمتری در ارائه‌ی خدمت خود داشته باشند که با یافته‌های این مطالعه هم‌راستا می‌باشد (جونز و نواک، ۲۰۱۲).

وجود برخی از باورهای فرهنگی و اجتماعی نیز می‌تواند به عنوان مانعی بر سر راه مداخلات مؤثر مددکاران اجتماعی باشد که در این مطالعه به آن پرداخته شده است. کینگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که یکی از دلایل ناتوانی مددکاران اجتماعی در توسعه و تعریف نقش‌های حرفه‌ایشان به دلیل نوع نگاه سیاستگذاران به این حرفه می‌باشد (کینگ و روس، ۲۰۰۴). تأثیر باورهای فرهنگی و اجتماعی در ارتباط با مسائل جنسی کمتر مورد توجه قرار گرفته است در حالی که از نظر کلین پلاتز<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) لازم است تا اهداف درمان‌های جنسی تغییر کند و به جای توجه گسترده به جنبه‌های جسمانی، نقش عوامل اجتماعی، فرهنگی و مذهبی در بروز مشکلات و اختلالات جنسی نیز باید مورد توجه قرار گیرد زیرا ساختارهای اجتماعی نقش مهمی در ایجاد و بقای مشکلات جنسی ایفا می‌کنند (کلین پلاتز، ۲۰۱۳).

یکی دیگر از موانع شناسایی شده در این مطالعه، ناآشنایی برخی از مددکاران اجتماعی و سایر حرفه‌های یاورانه به مرزهای مداخله‌ای است که سبب ایجاد تداخل در ایفای نقش‌های حرفه‌ای شده است. از نظر مک دونالد و همکاران (۲۰۰۷) بزرگ‌ترین مانع در اقدامات مددکاری اجتماعی، فاصله‌ای است که بین ایده‌آل‌های مددکار اجتماعی و آنچه او در عمل انجام می‌دهد وجود دارد و تربیت حرفه‌ای این فاصله را کاهش می‌دهد (نوروزی و همکاران، ۲۰۱۸). مک دونالد و همکاران، (۲۰۰۸). یکی دیر از موانعی که مددکاران اجتماعی با آن روبه‌رو هستند ناآگاهی عموم مردم از نقش‌ها و وظایف حرفه‌ای آنهاست که این مشکل از دو جنبه باید مورد توجه قرار

1. King, A

2. Kleinplatz, K

گیرد اول اینکه اگرچه حرفه مددکاری اجتماعی در ایران سابقه‌ای ۶۵ ساله دارد اما تعداد دانشگاه‌هایی که متولی تربیت دانشجو در این رشته هستند محدود است و تعداد فارغ‌التحصیلان برای اشتغال در حوزه‌های کاری مختلف، کافی نمی‌باشد. دوم اینکه نقش مددکاران اجتماعی در سازمان‌های امدادی و رفاهی مانند بهزیستی و کمیته انداد آنقدر پررنگ است که سایر نقش‌ها و حوزه‌های کاری مددکاران اجتماعی مورد بی‌توجهی قرار گرفته‌اند، خوشبختانه در سال‌های اخیر با جذب نیروهای مددکاری اجتماعی در دفاتر مشاوره و میانجی‌گری قوه قضاییه و ارائه مشاوره‌های خانواده توسط این گروه، شناخت و آگاهی مردم از نقش‌های گسترده‌ی مددکاران اجتماعی در حال افزایش می‌باشد. از نظر روس<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) عدم شناخت عموم مردم از حرفه مددکاری اجتماعی به دلیل نوع کار و بین رشته‌ای بودن و نقش‌های متعددی است که در این حرفه ایجاد شده است اما به سرعت حرفه‌های دیگر مورد تعریف قرار نگرفته است وی تأکید می‌کند که نیازی نیست در مورد نداشتن دانش کافی برای مداخله نگران باشیم زیرا اغلب مراجعه‌کنندگان انتظار ندارند که راه حلی برای مسائل‌شان بشنوند بلکه فقط احتیاج دارند تا از سوی درمانگر درک شوند، این امر مستلزم ایجاد محیطی امن برای اوست تا بتواند صدای دغدغه‌ها و نگرانی‌هایش را به گوش درمانگر برساند. پس لازم است تا مداخله‌گر به مهارت‌های شنیدن مسلط باشد، خودآگاه بوده و به ارزش‌ها، باورها و رفتارهای مراجع احترام بگذارد (روس، ۲۰۰۷). بخشی از بی‌اعتمادی مردم جامعه نیز به تابو بودن مسائل جنسی اشاره دارد، مردم به دشواری در مورد تابوها صحبت می‌کنند و غریبه‌ها را برای مداخله در موضوعات خصوصی و محرمانه خود قابل اعتماد نمی‌دانند که این موضوع نیز برگرفته از تربیت‌های جنسی در دوران مدرسه و دانشگاه و سایر عوامل اجتماعی و خانوادگی است که بر شناخت و نگرش افراد نسبت به موضوعات جنسی تأثیر می‌گذارد. البته ذکر این نکته ضروری است که سرفصل‌های آموزشی مناسبی هم در محیط‌های آموزشی برای پرداختن به مسائل جنسی وجود ندارد و اگر هم آموزشی وجود دارد، محدود و سر بسته است و به ذکر کلیات اکتفا می‌کند.

همان‌گونه که گفته شد، موانعی در مسیر مداخلات حرفه‌ای مددکاران اجتماعی وجود دارد که روند خدمت‌رسانی را با مشکلاتی توأم می‌کند ولی در کنار تمامی این موانع،

1. Ross, R

تسهیل‌کننده‌هایی نیز وجود دارد که مددکاران اجتماعی با یاری گرفتن از آنها می‌توانند با انگیزه بیشتری به مراجعین کمک کنند. علاقه‌مندی مددکاران اجتماعی به حرفه‌ای که در آن تحصیل کرده‌اند و علاقه به کمک‌رسانی و مشکل‌گشایی از انسان‌ها، التزام حرفه‌ای و تعهدات اخلاقی که براساس منشورهای اخلاق حرفه‌ای بر عهده آن‌ها گذاشته شده است و امکانات و ساختارهای کمکی مانند کلینیک‌های تخصصی زوج درمانی، سازمان‌های حمایتی، امدادی و رفاهی و قوانین حمایت از خانواده بخشی از این تسهیل‌کننده‌ها محسوب می‌شوند.

یکی از محدودیت‌های تحقیق کمبود تعداد مددکاران مجرب در این حوزه بود که محقق سعی کرد با استفاده تکنیک گلوله برفی تعدادی از این افراد را شناسایی نماید، محدودیت دیگر تعیین زمان مصاحبه با مددکاران اجتماعی بود که به علت مشغله کاری آنها و تعدد و تنوع وظایف محوله بسیار دشوار بود. از این‌رو، محقق سعی نمود به منظور جلب رضایت آنها و تنظیم بهترین زمان مصاحبه با توجه به ساعات کاری آنها از بیشترین انعطاف‌پذیری ممکن برخوردار باشد.

## نتیجه‌گیری

در این مطالعه تلاش شد تا ابعاد و ویژگی‌های خدمات مددکاری اجتماعی در عرصه رضایت جنسی زوجین شناسایی شود. این مطالعه متمرکز بر درک مددکاران اجتماعی از موانع و تسهیل‌کننده‌های ارائه خدمات در افزایش رضایت جنسی زوجین در ایران است و بینش مهمی را در ارائه خدمات در این حوزه فراهم می‌کند. با ارائه تجربیات، مشکلات، نگرانی‌ها و دغدغه‌های مددکاران اجتماعی از یک‌سو و کاربرد استراتژی آنها در پاسخ به زمینه می‌تواند در جهت توانمندسازی آنان استفاده شود. به نظر می‌رسد طراحی و تدوین پروتکل مراقبت‌های روانی-اجتماعی-جنسی از خانواده‌ها از جمله اقداماتی است که می‌تواند منجر به تقویت و یکپارچگی و جامعیت خدمات مددکاری اجتماعی در این عرصه شود. همچنین توجه ویژه سیاست‌گذاران و مدیران برای برنامه‌ریزی در جهت تقویت پشتوانه‌ها و رفع موانع خدمات می‌تواند گام مؤثری در بهبود ارائه خدمات مددکاری اجتماعی ارائه شده به خانواده‌ها در زمینه مسائل جنسی را به دنبال خواهد داشت. خدمات مددکاری اجتماعی به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم انجام می‌گیرد. یکی از روش‌های غیر مستقیم ارائه خدمات مددکاری اجتماعی ورود به حیطه‌های مدیریت و

برنامه‌ریزی می‌باشد که با استفاده از نتایج این پژوهش، محقق امیدوار است تا در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی برای کاهش آسیب‌های خانوادگی، خدمات مددکاران اجتماعی نیز در نظر گرفته شود. این مطالعه جهت رساله دکترای تخصصی در رشته مددکاری اجتماعی با کد اخلاق ۹۰۲۶۹۷۰۰۳-۹۰۲۶۹۷۰۰۳ از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در سال‌های ۱۳۹۷ طراحی و اجرا شد.

### تشکر و قدردانی

از همه مددکاران اجتماعی مشارکت‌کننده در این پژوهش به‌ویژه خانم نازنین تدین کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تضاد منافع

تضاد منافی میان نویسندگان این مطالعه وجود ندارد.



- Alimohammadi, L., Zarei, F., & Mirghafourvand, M. (2019). The effect of counseling based on Bandura's self-efficacy theory on sexual self-efficacy and quality of sexual life. *Women Health*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1662871>
- Althof, S. E. (2010). What's new in sex therapy (CME). *J Sex Med*, 7(1), 5-13.
- Banks, S. (2012). *Ethics and values in social work*. Macmillan International Higher Education.
- Boström, M., & Hallström, K. T. (2010). NGO power in global social and environmental standard-setting. *Global environmental politics*, 10(4), 36-59.
- Corbett, K. (2017). From social work to sex therapy: increasing clinicians' sexual intervention self-efficacy beliefs.
- Dunk-West, P. (2016). *Sexual identities and sexuality in social work: Research and reflections from women in the field*. Routledge.
- Dunk, P. (2007). Everyday sexuality and social work: Locating sexuality in professional practice and education. *Social Work & Society*, 5(2), 135-142.
- Gewirtz-Meydan, A., & Finzi-Dottan, R. (2018). Sexual Satisfaction Among Couples: The Role of Attachment Orientation and Sexual Motives. *J Sex Res*, 55(2), 178-190. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1276880>
- Golmakani, N., Ebrahimzadeh Zagami, S., Esmaily, H., Vatanchi, A., & Kabirian, M. (2019). The relationship of the psychological coping and adjustment strategies of infertile women with the success of assisted reproductive technology. *Int J Reprod Biomed (Yazd)*, 17(2). <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i2.3989>
- Hatfield E, G. D., Traupmann J, Lambert P. (1982). Equity and sexual satisfaction in recently married couples. *J Sex Res*, 18(1), 18-32.
- Jones, C., & Novak, T. (2012). *Poverty, welfare and the disciplinary state*. Routledge.
- King, N., & Ross, A. (2004). Professional identities and interprofessional relations: evaluation of collaborative community schemes. *Social Work in Health Care*, 38(2), 51-72.
- Kleinplatz, P. J. (2003). What's new in sex therapy? From stagnation to fragmentation. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(1), 95-106.
- Kleinplatz, P. J. (2013). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Routledge.
- Lawler, J. (1991). Behind the screens. *Nursing, Somology and the Problem of the Body*.
- Lawrance, K.-a., Byers, E. S., & Cohen, J. N. (1998). Interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire. *Sexuality-related measures: A compendium*, 514-519.
- Levine, S. B. (2009). I am not a sex therapist! *Archives of sexual behavior*, 38(6), 1-33.
- Levine, S. B., Risen, C. B., & Althof, S. E. (2011). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. Routledge.
- Maslow, A., & Lewis, K. J. (1987). Maslow's hierarchy of needs. *Salenger Incorporated*, 14, 987.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). Human sexual response.



- McCave, E., Shepard, B., & Winter, V. R. (2014). Human sexuality as a critical subfield in social work. *Advances in Social Work, 15*(2), 409-427.
- McDonald, A., Postle, K., & Dawson, C. (2008). Barriers to retaining and using professional knowledge in local authority social work practice with adults in the UK. *British Journal of Social Work, 38*(7), 1370-1387.
- Myers, S., & Milner, J. (2007). *Sexual issues in social work*. Policy Press.
- Noruzi, S., Maarefvand, M., Khankeh, H., & Eghlima, M. (2019). Sexual satisfaction studies in Iran, a systematic review. *Women's Health Bulletin, 6*(4), 1-7.
- Noruzi, S., Maarefvand, M., & Khankeh, H. R. (2018). Experiences of Social Workers in Sexual Satisfaction Interventions. *Postmodern Openings/Deschideri Postmoderne, 9*(2).
- Rahmani, A., Khoei, E. M., & Gholi, L. A. (2009). Sexual satisfaction and its relation to marital happiness in Iranians. *Iranian Journal of Public Health, 77-82*.
- Ross, E. (2007). Traditional healing in South Africa: ethical implications for social work. *Social Work in Health Care, 46*(2), 15-33.
- Salehi, A., Momtanzade. (2014). sexual satisfaction in woman with Histerectomy serjery. *Women Health, 12*(21), 45-66.
- Taylor, B., & Davis, S. (2007). The extended PLISSIT model for addressing the sexual wellbeing of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexuality and Disability, 25*(3), 135-139.
- Tennille, J., Solomon, P., & Bohrman, C. (2014). Using the FIELD model to prepare social work students and field instructors on sexuality and intimacy for persons with psychiatric disabilities. *Sexuality and Disability, 32*(4), 469-483.
- Timm, T. M. (2009). "Do I really have to talk about sex?" Encouraging beginning therapists to integrate sexuality into couples therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 8*(1), 15-33.
- Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2017). Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. *J Sex Med, 14*(3), 387-395. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.239>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی