

بررسی مقایسه‌ای نیازهای آموزشی بهداشت جنسی و باروری جوانان در دو موقعیت قبل و بعد از ازدواج، تهران ۱۳۹۰

داوود پورمرزی: کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. d_pourmarzi@yahoo.com

*دکتر شهناز ریماز: دانشیار اپیدمیولوژی و آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول) srimaz2000@yahoo.com

دکتر عفت السادات مرقاتی خویی: استادیار ارتقا سلامت جنسی، گروه آموزش و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. effat_mer@yahoo.com

مریم رازی: کارشناس بهداشت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. mrazi_pour@yahoo.com
مصطفی شکوهی: کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان کرمان ایران. shokouhi.mostafa@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱

چکیده

زمینه و هدف: ازدواج پدیده‌ای است که ماهیت نیازهای بهداشت جنسی و باروری را تغییر می‌دهد. عدم توجه به ماهیت متفاوت نیازهای بهداشت جنسی و باروری در موقعیت‌های مختلف از اثر بخشی برنامه‌های آموزشی در این حیطه می‌کاهد. هدف از این مطالعه گزارش نیازهای آموزشی و مقایسه میزان نیاز به آموزش در حیطه بهداشت جنسی و باروری جوانان در دو موقعیت قبل و بعد از ازدواج می‌باشد.

روش کار: در یک مطالعه هم گروهی در سال ۱۳۹۰، ۴۵۰ نفر از داوطلبین ازدواج در تهران به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی شده انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته میزان نیاز به آموزش در زمینه‌های مختلف حیطه بهداشت جنسی و باروری در دو مرحله قبل و بعد از ازدواج با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت مورد بررسی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری تی تست و تی زوج استفاده شد. **یافته‌ها:** میانگین نمره نیاز به آموزش قبل از ازدواج و بعد از ازدواج به ترتیب $3/56 \pm 0/95$ و $3/72 \pm 0/82$ بود. بعد از ازدواج میزان نیاز به آموزش افزایش پیدا کرده بود ولی این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p\text{-value} = 0/096$). مهم‌ترین موضوع آموزشی قبل از ازدواج "سلامت در روابط جنسی" و بعد از ازدواج "بهترین شرایط جسمی، روانی و اجتماعی زن و مرد برای شروع بارداری" بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌کند که محتوای آموزشی متناسب با نیازهای بهداشت جنسی و باروری جوانان با در نظر داشتن موقعیت فرهنگی و اجتماعی آنان طراحی و اجرا شود.

کلیدواژه‌ها: نیاز آموزشی، بهداشت جنسی، بهداشت باروری، ازدواج.

مقدمه

می‌کند، مربوط می‌گردد و صرفاً به عدم وجود بیماری، ضعف و سستی اطلاق نمی‌شود. در این کنفرانس کشورهای شرکت‌کننده متعهد شدند تا مراقبت‌های بهداشت باروری تا سال ۲۰۱۵ در سراسر جهان در دسترس باشد. بعد از گذشت پنج سال بررسی پیشرفت در اجرای برنامه‌های مورد نظر در قاهره، بهداشت و حقوق جنسی همانند بهداشت و حقوق باروری وارد تعهدات کشورها شد. بهداشت جنسی وضعیتی است که در آن رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در رابطه با مسایل جنسی موجود باشد و فقط به نبود بیماری، اختلال و یا ناتوانی اطلاق نمی‌شود. دسترسی به اطلاعات و خدمات بهداشت جنسی و باروری از حقوق

ازدواج پدیده‌ای است که ماهیت نیازهای افراد را در حیطه بهداشت جنسی و باروری تغییر می‌دهد. از آنجایی که بعد از ازدواج جوانان با مسایل مختلفی در این حیطه مواجه می‌شوند، فقدان اطلاعات و یا اطلاعات غلط در این حیطه خطر ایجاد مشکلات خانوادگی و زناشویی را افزایش می‌دهد (۱-۴). در سال ۱۹۹۴ کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره بهداشت باروری را این گونه تعریف کرد: بهداشت باروری وضعیتی است که در آن رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی موجود باشد و به تمام مواردی که به سیستم تولید مثل و عمل و فرایند آن ارتباط پیدا

مرکز مراجعه می‌نمایند. نمونه گیری در زمان قبل از ازدواج در روزهای مختلف از بین افرادی که حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتند و سابقه قبلی ازدواج نداشتند، به صورت طبقه ای تصادفی شده در دو گروه زنان و مردان انجام شد. در این مطالعه ۴۵۰ نفر قبل از شرکت در برنامه مشاوره قبل از ازدواج انتخاب شدند و پرسشنامه را تکمیل کردند تعداد ۱۳۴ نفر از زنان و ۱۴۰ نفر از مردان تمایل خود را برای شرکت در پیگیری شش ماه بعد اعلام کردند. از این تعداد، ۲۹ نفر از زنان و ۳۸ نفر از مردان بعد از شش ماه به دنبال تماس با شماره تلفن داده شده، حاضر به همکاری نشدند. ۳ نفر از زنان و ۳ نفر از مردان ازدواج شان صورت نگرفته بود و تماس با ۴۶ نفر از زنان و ۳۸ نفر از مردان به دلایلی از جمله خاموش بودن، پاسخ گو نبودن، اشتباه بودن، واگذار شدن و مسدود بودن شماره تلفن میسر نشد. در کل برای ۵۶ نفر از زنان و ۶۱ نفر از مردان در مرحله پس از ازدواج پرسشنامه به صورت تلفنی توسط پرسشگر همجنس تکمیل شد و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۱۱۷ پرسشنامه انجام گرفت.

جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو بخش می باشد. بخش اول مشتمل بر سوالاتی در باره ویژگی های اجتماعی-فردی نمونه ها و بخش دوم مشتمل بر عنوان ۱۱ موضوع آموزشی در حیطه بهداشت جنسی و باروری بود. از نمونه ها خواسته شده بود تا میزان نیاز خود به آموزش را در زمینه هر یک از موضوعات بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم نمره ۱ تا خیلی زیاد نمره ۵) اعلام نمایند. در خصوص تعیین روایی و پایایی پرسشنامه از منابع، کتب مرجع و همچنین پرسشنامه های استفاده شده در پژوهش های مرتبط و نظر کارشناسان، متخصصین و اعضای هیئت علمی استفاده شد. برای سنجش روایی، پرسشنامه به چهار نفر کارشناس مامایی که حداقل سه سال سابقه کار در امور بهداشت خانواده داشتند، داده شد و روایی ظاهری و محتوا مورد بررسی قرار گرفت و شاخص روایی محتوا (CVI) ۰/۷۹ محاسبه گردید. در سنجش پایایی

جوانان است که دولت ها موظف به تامین آن هستند (۶۵). هدف آموزش بهداشت جنسی و باروری تامین رفتارهای بهداشتی در جهت حفظ سلامت افراد و جامعه و کاهش مشکلات خانوادگی و زناشویی است (۴,۳,۱) بر گزاری هر برنامه آموزشی نیاز مند شناخت دقیق نیاز های گروه هدف است و بی توجهی به انتظارات این گروه موجب اتلاف هزینه و نیروی انسانی می شود. نیاز سنجی فرایند جمع آوری اطلاعات درباره نیاز ها و اولویت بندی آنها است (۷). نیازهای بهداشتی نیز همانند سایر نیاز های جمعیت مدام در حال تغییر است. ارزیابی نیازهای بهداشتی یک روش منسجم برای مشخص کردن نیاز های برآورده نشده و ایجاد تغییرات برای برآورده کردن آنها است (۸).

در حالی که هم از نظر تئوری و هم از لحاظ عملی منافع برنامه های آمادگی برای ازدواج افزایش پیدا کرده، کمبود اطلاعات درباره نیازهای گروه هدف و عدم توجه به ماهیت متفاوت نیازهای بهداشت جنسی و باروری در موقعیت های مختلف از اثر بخشی برنامه های آموزشی در این حیطه می‌کاهد. در مطالعات مختلف در ایران مشخص گردید که اطلاعات افراد در حیطه بهداشت جنسی و باروری غالباً ضعیف و نادرست است (۹-۱۲).

این مطالعه با هدف گزارش نیازهای آموزشی و مقایسه میزان نیاز به آموزش در حیطه بهداشت جنسی و باروری جوانان در دو موقعیت قبل و بعد از ازدواج انجام شد، تا مبنایی برای برنامه ریزی بهتر در اجرای برنامه های آموزشی در این حیطه باشد.

روش کار

بعد از کسب تاییدیه علمی-اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی تهران، این مطالعه به صورت هم گروهی در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ بر روی مردان و زنان شرکت کننده در برنامه آموزشی مرکز مشاوره قبل از ازدواج هاشمی نژاد انجام شد. این مرکز یکی از بزرگترین مراکز ارایه دهنده مشاوره قبل از ازدواج در شهر تهران است که جوانان از طبقات مختلف اجتماعی و اقتصادی برای دریافت گواهی مشاوره قبل از ازدواج بدون سیستم ارجاع به این

میزان نیاز بعد از ازدواج کمی کاهش پیدا کرده ولی در سایر زمینه‌ها این میزان افزایش نشان داد. در کل میزان نیاز به آموزش در حیطه بهداشت جنسی و باروری بعد از ازدواج افزایش پیدا کرده بود که این افزایش از نظر آماری معنی دار نبود. افزایش میزان نیاز در زمینه‌های "بهترین شرایط جسمی، روانی و اجتماعی زن و مرد برای شروع بارداری" ($p=0/003$)، "چگونگی باردار شدن و تشکیل جنین و عوامل موثر بر آن (بارداری و نازایی)" ($p=0/008$)، "بیماری‌های مادرزادی (ارثی و ژنتیکی) و راه‌های پیشگیری از آن‌ها قبل از بارداری" ($p=0/011$) و "انواع بارداری‌های پر خطر و ناخواسته و عواقب آن‌ها" ($p=0/002$) از نظر آماری معنی‌دار بود.

سه اولویت اول آموزشی در مرحله قبل از ازدواج مربوط به موضوعات "سلامت در روابط جنسی (زمان و شرایط مناسب، روش‌های سالم در روابط جنسی، روش‌های غیر طبیعی و عوارض آن‌ها)"، "بهترین شرایط جسمی، روانی و اجتماعی زن و مرد برای شروع بارداری" و "انواع اختلالات شایع در روابط جنسی و نحوه درمان آن‌ها" و در مرحله بعد از ازدواج مربوط به موضوعات "بهترین شرایط جسمی، روانی و اجتماعی زن و مرد برای شروع بارداری"، "انواع بارداری‌های پر خطر و ناخواسته و عواقب آن‌ها" و "بیماری‌های مادرزادی (ارثی و ژنتیکی) و راه‌های پیشگیری از آن‌ها قبل از بارداری" بود (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه میزان نیاز به آموزش در هر دو مرحله بیش از متوسط بود و زنان بیش از مردان نیاز به آموزش را گزارش کردند که البته این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. معنی دار نشدن این تفاوت می‌تواند به دلیل اندازه نمونه مورد مطالعه باشد. در مطالعه خالقی نژاد هم که بر روی زنان و مردانی انجام شد که حداقل یک و حداکثر پنج سال از ازدواج شان گذشته بود و حداقل یک فرزند داشتند، میزان نیاز بیش از متوسط بود و تفاوت میزان نیاز در زنان و مردان معنی‌دار نبود (۱۳). در تحقیق دیگری در کشور،

پرسشنامه به تعداد ۲۰ نفر زن و ۲۰ نفر مرد مشابه نمونه داده شد و همسانی درونی پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن مورد بررسی قرار گرفت. در روش آلفای کرونباخ ضریب آلفا ۰/۹۷ بدست آمد. در روش دو نیمه کردن سوالات بر اساس زوج و فرد به دو دسته تقسیم شد و ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۹۶ بدست آمد.

برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. برای تعیین میزان نیاز به آموزش میانگین احساس نیاز در هر موضوع محاسبه شد و مقایسه میانگین نیاز در هر موضوع در دو مرحله قبل و پس از ازدواج انجام گرفت. جهت تعیین و مقایسه میزان نیاز به آموزش حیطه بهداشت جنسی و باروری در دو مقطع زمانی نمرات احساس نیاز در هر یک از موضوع‌ها با هم جمع و سپس میانگین نمره محاسبه و مقایسه انجام گرفت. برای مقایسه میانگین‌ها بین دو گروه جنسی از آزمون تی مستقل و برای مقایسه میانگین بین دو مقطع زمانی از آزمون تی زوج استفاده شد و p-value کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از کل نمونه‌ها ۶۱ نفر (۵۲/۱٪) مرد و ۵۶ نفر (۴۷/۱٪) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن در مردان $27/70 \pm 3/00$ و در زنان $23/96 \pm 3/82$ بود. سطح تحصیلات ۵۷/۴٪ مردان و ۸۲/۱٪ زنان دانشگاهی بود. بیشتر مردان درآمد بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان در ماه داشتند و بیشتر زنان بدون درآمد بودند. اکثر مردان کارمند و بیشتر زنان شاغل بودند. در بیشتر افراد تحصیلات پدر و مادر کمتر از دیپلم و شغل پدر کارمند و مادر خانه‌دار بود (جدول شماره ۱).

در هر دو مرحله قبل و بعد از ازدواج، میزان نیاز به آموزش بهداشت جنسی و باروری بیش از متوسط (نمره ۳) بود. زنان در هر دو مرحله بیش از مردان نیازمند به آموزش بودند که تفاوت معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲). در سه زمینه "بهداشت دوران قاعدگی"، "روش‌های پیشگیری از بارداری" و "بیماری‌های منتقله از راه جنسی"

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی (۱۱۷ نفر)

متغیر	مردان (n=۶۱)		زنان (n=۵۶)		کل (n=۱۱۷)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات	۷	۱۱/۵	۳	۵/۴	۱۰	۸/۵
	۱۹	۳۱/۱	۷	۱۲/۵	۲۶	۲۲/۲
درآمد به هزار تومان	۳۵	۵۷/۴	۴۶	۸۲/۱	۸۱	۶۹/۲
	۳	۴/۹	۳۱	۵۵/۳	۳۴	۲۹/۰
تحصیلات پدر	۱۹	۳۱/۲	۱۶	۲۸/۶	۳۵	۲۹/۹
	۳۶	۵۹/۰	۹	۱۶/۱	۴۵	۳۸/۵
تحصیلات مادر	۳	۴/۹	۰	۰	۳	۲/۶
	۳۷	۶۰/۷	۲۶	۴۶/۴	۶۳	۵۳/۹
شغل پدر	۱۲	۱۹/۷	۱۴	۲۵/۰	۲۶	۲۲/۲
	۱۱	۱۸/۰	۱۵	۲۶/۸	۲۶	۲۲/۲
شغل مادر	۱	۱/۶	۱	۱/۸	۲	۱/۷
	۳۹	۶۳/۹	۲۸	۵۰/۰	۶۷	۵۷/۳
شغل مردان	۱۴	۲۳/۰	۲۲	۳۹/۳	۳۶	۳۰/۸
	۸	۱۳/۱	۵	۸/۹	۱۳	۱۱/۱
شغل زنان	۰	۰	۱	۱/۸	۱	۰/۸
	۲۹	۴۷/۵	۲۷	۴۸/۲	۵۶	۴۷/۸
شغل مردان	۲۲	۳۶/۱	۲۳	۴۱/۰	۴۵	۳۸/۵
	۷	۱۱/۵	۳	۵/۴	۱۰	۸/۵
شغل زنان	۳	۴/۹	۳	۵/۴	۶	۵/۲
	۵۲	۸۵/۲	۴۸	۸۵/۷	۱۰۰	۸۵/۵
شغل مردان	۷	۱۱/۵	۷	۱۲/۵	۱۴	۱۱/۹
	۲	۳/۳	۱	۱/۸	۳	۲/۶
شغل زنان	۳۲	۵۲/۵	-	-	-	-
	۲۰	۳۲/۸	-	-	-	-
شغل مردان	۶	۹/۸	-	-	-	-
	۲	۳/۳	-	-	-	-
شغل زنان	۱	۱/۶	-	-	-	-
	-	-	۱۱	۱۹/۶	-	-
شغل مردان	-	-	۲۴	۴۲/۹	-	-
	-	-	۲۱	۳۷/۵	-	-

که به این موضوعات پرداخته می شود اما این کلاسها در تامین این نیازها هم چندان موفق نبودند، چرا که کاهش نیاز به آموزش در مرحله بعد از ازدواج بسیار اندک بود و از نظر آماری معنی دار نبود. در کل میزان نیاز افراد به آموزش در زمینه بهداشت جنسی و باروری بعد از ازدواج افزایش پیدا کرده بود. در مطالعه دیگری نشان داده شد که ۷۴/۴٪ مردان و زنان قبل از ازدواج، در مورد مسایل بهداشت باروری اطلاعاتی کسب

تفاوت میزان نیاز در زنان و مردان معنی دار بود و میزان نیاز به آموزش در حیطه بهداشت باروری در داوطلبین ازدواج همانند مطالعه ما بیش از متوسط گزارش شده بود (۱۴ و ۱۵).

کاهش مختصر میزان نیاز به آموزش بعد از ازدواج در سه زمینه "بهداشت دوران قاعدگی"، "روش های پیشگیری از بارداری" و "بیماری های منتقله از راه جنسی" ممکن است به دلیل اثر شرکت در کلاس های مشاوره قبل از ازدواج باشد

جدول ۲- مقایسه میانگین میزان نیاز به آموزش در حیطه بهداشت جنسی و باروری در دو گروه جنسی در دو مرحله قبل و بعد از ازدواج

جنس	قبل از ازدواج	p value (آزمون تی مستقل)	بعد از ازدواج	p value (آزمون تی مستقل)
مردان	۳/۵۰±۱/۰۳	۰/۲۶۶	۳/۶۶±۰/۸۷	۰/۴۹۰
زنان	۳/۷۱±۰/۸۴		۳/۷۷±۰/۷۵	

جدول ۳- مقایسه میانگین نیاز به آموزش موضوع های مختلف حیطه بهداشت جنسی و باروری در دو مرحله قبل و بعد از ازدواج

موضوعات	مرحله	میانگین و انحراف معیار	p value (آزمون تی زوج)
شکل و عملکرد دستگاه تناسلی (اندام جنسی) زنان و مردان	قبل از ازدواج	۳/۰۹±۱/۱۹	۰/۵۹۲
	بعد از ازدواج	۳/۱۵±۱/۲۳	
بهداشت دوران قاعدگی زنان (شرایط یک قاعدگی طبیعی و غیر طبیعی و ...)	قبل از ازدواج	۳/۲۱±۱/۲۰	۰/۷۵۹
	بعد از ازدواج	۳/۱۷±۱/۲۶	
بهترین شرایط جسمی، روانی و اجتماعی زن و مرد برای شروع بارداری	قبل از ازدواج	۳/۷۲±۱/۱۸	۰/۰۰۳*
	بعد از ازدواج	۴/۰۴±۰/۸۵	
چگونگی باردار شدن و تشکیل جنین و عوامل موثر بر آن (بارداری و نازایی)	قبل از ازدواج	۳/۵۴±۱/۲۳	۰/۰۰۸*
	بعد از ازدواج	۳/۸۴±۱/۱۶	
بیماری های مادرزادی (ارثی و ژنتیکی) و راه های پیشگیری از آن ها قبل از بارداری	قبل از ازدواج	۳/۶۵±۱/۱۶	۰/۰۱۱*
	بعد از ازدواج	۳/۹۴±۱/۰۲	
انواع بارداری های پر خطر و ناخواسته و عواقب آن ها	قبل از ازدواج	۳/۶۹±۱/۲۰	۰/۰۰۲*
	بعد از ازدواج	۴/۰۳±۰/۹۶	
مراقبت های دوران بارداری (تغذیه، علایم خطر، وزن گیری مناسب و ...)	قبل از ازدواج	۳/۶۶±۱/۱۲	۰/۰۷۵
	بعد از ازدواج	۳/۸۷±۱/۰۰	
روش های پیشگیری از بارداری (میزان اثر، فواید و مضرات)	قبل از ازدواج	۳/۶۳±۱/۲۳	۰/۹۴۱
	بعد از ازدواج	۳/۶۲±۱/۲۲	
بیماری های منتقله از راه روابط جنسی و راه های کنترل آنها	قبل از ازدواج	۳/۵۹±۱/۲۳	۰/۷۶۷
	بعد از ازدواج	۳/۵۶±۱/۲۰	
سلامت در روابط جنسی (زمان و شرایط مناسب، روش های سالم در روابط جنسی، روشهای غیر طبیعی و عوارض آن ها)	قبل از ازدواج	۳/۷۴±۱/۱۶	۰/۸۲۲
	بعد از ازدواج	۳/۷۷±۱/۱۳	
انواع اختلالات شایع در روابط جنسی و نحوه درمان آن ها	قبل از ازدواج	۳/۷۱±۱/۲۰	۰/۱۴۵
	بعد از ازدواج	۳/۸۷±۰/۹۶	
حیطه بهداشت جنسی و باروری	قبل از ازدواج	۳/۵۶±۰/۹۵	۰/۰۹۶
	بعد از ازدواج	۳/۷۲±۰/۸۲	

* اختلاف میانگین بین دو مرحله از نظر آماری معنی دار است.

مربوط به موضوع "سلامت در روابط جنسی(زمان و شرایط مناسب، روش های سالم در روابط جنسی، روش های غیر طبیعی و عوارض آنها)" بود. بعد از ازدواج هم میزان نیاز به آموزش در این زمینه افزایش پیدا کرده بود، هرچند اولویت اول را نداشت. از اهداف اصلی ازدواج تامین نیازهای جنسی زوجین است. آموزش در زمینه چگونگی برقراری رابطه جنسی با ارتقا آگاهی افراد در اوایل زندگی زناشویی باعث افزایش رضایت از زندگی زناشویی می شود (۱۰، ۱۶ و ۱۷). در مطالعه ای که

کرده اند ولی ۸۳/۲٪ آنان آگاهی ضعیفی در این زمینه داشتند (۱۱). با توجه به در دسترس نبودن منابع اطلاعاتی معتبر در حیطه بهداشت جنسی و باروری افراد، در مرحله شروع زندگی زناشویی و ابتدای آن نیاز به آموختن در این زمینه ها را احساس می کنند که البته با شروع زندگی مشترک با توجه به درک بهتر از موقعیت و همچنین مواجه شدن با مسایل جنسی و باروری این نیاز بیشتر می شود. بیشترین میزان نیاز در مرحله قبل از ازدواج

آموزش زوجین بخصوص در حین ازدواج است (۱۱). در مطالعه خالقی نژاد هم این موضوع اولویت دوم در حیطه باروری بود (۱۳). در مطالعه دیگری این موضوع اولویت اول را برای زنان داشت (۱۴). آموزش در موضوع "انواع اختلالات شایع در روابط جنسی و نحوه درمان آنها" اولویت سوم در مرحله قبل و اولویت چهارم بعد از ازدواج بود. از آن جایی که اختلالات در روابط جنسی از جمله مواردی است که باعث بروز اختلالات و ناسازگاری در روابط زناشویی و ایجاد مشکلات روانی و جسمی برای زوجین می شود، شاید به دلیل ترس از بروز چنین اختلالاتی افراد سعی می کنند در این موضوع به اطلاعات معتبر دست پیدا کنند (۲۴). در مطالعه عقدک در بین ۲۱ موضوع مطرح شده این موضوع اولویت هفتم را داشت (۱۵). در مطالعه دیگری این موضوع در حیطه روابط جنسی مطرح شده بود و در گروه مردان اولویت دوم را داشت (۱۴).

"انواع بارداری های پر خطر و ناخواسته" اولویت دوم در مرحله بعد از ازدواج بود. این موضوع در مرحله قبل از ازدواج اولویت چهارم بود. بارداری های پرخطر در سنین زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، دلیل ۲۵ درصد از علت مرگ و میر زنان در کشور می باشد. همچنین حدود ۴۰ درصد از زنان به دلیل استفاده نکردن از روش های علمی جلوگیری از بارداری، ناخواسته باردار می شوند (۲۳). تحقیقات نشان دادند که تعدادی از این بارداری های ناخواسته به سقط های غیر ایمن و مخفیانه می انجامند. عوارض سقط ها یکی از دلایل اصلی مرگ مادران در دنیا است (۲۵). بارداری ناخواسته یکی از مشکلات بهداشتی است که علت اصلی بروز آن نا آگاهی زوجین از روش های مناسب پیشگیری از بارداری است (۱۷ و ۲۶). بر اساس قوانین اسلامی، سقط فقط در شرایطی که بارداری تهدیدی برای زندگی مادر باشد و یا ناهنجاری های مادرزادی مثل تالاسمی تشخیص داده شده باشد، مجاز است (۲۷). بنابراین بارداری ناخواسته شرایط سختی را برای زوجین ایجاد می کند و برای پیشگیری از آن آموزش افراد در این زمینه ها لازم می باشد. در

در مصر انجام شد، مهم ترین موضوع برای دریافت اطلاعات برای جوانان در حین ازدواج و تازه ازدواج کرده مسایل مربوط به روابط جنسی بود (۱۸). در تحقیقی در تهران که بر روی زنان انجام شد، نشان داده شد که زنان نگرش مثبتی به امور و بهداشت جنسی داشتند ولی به علت عدم دسترسی به اطلاعات مناسب عملکرد آنها چندان مطلوب نبود (۱۹). چنانچه در - تحقیقی موضوع "سلامت در روابط جنسی" اولویت دوم بود (۱۵). در مطالعه دیگری که حیطه ها و دسته بندی سوالات با ما متفاوت بود، این موضوع در حیطه روابط جنسی مطرح شده و اولین اولویت بود (۱۳ و ۱۴). در مطالعه ای که بر روی دختران دانشجو در تهران انجام شد، آگاهی در زمینه بهداشت جنسی ضعیف بود (۹). در پژوهشی ۲۴٪ افراد اطلاعی درباره رابطه جنسی صحیح نداشتند و بیشترین جنبه ای که افراد از آن اظهار بی اطلاعی می کردند، روابط جنسی سالم بود. در این مطالعه ۸۶٪ زنان و ۸۴٪ مردان آموزش روابط جنسی را ضروری می دانستند (۲۰). در مطالعه حجازی که به ارزیابی کلاس های مشاوره قبل از ازدواج پرداخته بود، مشخص شد که ۹۳٪ افراد موافق آموزش مسایل بهداشت جنسی در کلاس های مشاوره قبل از ازدواج بودند (۲۱). در مطالعه دیگری نشان داده شد که آگاهی افراد از روابط جنسی صحیح ضعیف بود و ۸۶٪ افراد کسب اطلاعات را از مراجع بهداشتی ضروری می دانستند (۲۲).

"بهترین شرایط جسمی، روانی و اجتماعی زن و مرد برای شروع بارداری" اولویت دوم در مرحله قبل از ازدواج و اولویت اول در مرحله بعد از ازدواج بود. از جمله اهداف مهم ازدواج تولید مثل است. حدود ۳۰ درصد زوج های ایرانی بلافاصله پس از ازدواج به فکر بچه دار شدن می افتند و از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی کنند (۲۳). لذا افراد در این زمینه نیاز به کسب اطلاعات دارند. وقوع بارداری در زمانی که زوجین آمادگی های لازم را از نظر جسمی روانی و اجتماعی حتی اقتصادی نداشته باشند، می تواند مشکلات متعددی را برای زوجین و کودکان ایجاد نماید. یکی از راه هایی که می توان از بروز چنین مشکلاتی پیشگیری کرد،

نتایج این پژوهش نشان داد که زوجین جوان به آموزش حیطه بهداشت جنسی و باروری احساس نیاز می کنند. افراد در حین ازدواج انتظار دارند در کلاس های مشاوره حین ازدواج به اطلاعات جامعی در این حیطه دست یابند ولی چنانکه نتایج مرحله بعد از ازدواج، که داده های آن شش ماه بعد از شرکت افراد در این کلاس ها جمع آوری شدند نشان داد، میزان نیاز در اکثر زمینه های مطرح شده افزایش داشته است. به نظر می رسد کلاس های مشاوره حین ازدواج حتی در زمینه روش های پیشگیری از بارداری هم چندان موفق عمل نکرده اند بدین معنا که با محتوا و اجرای کنونی، نیاز زوجین مورد مطالعه بر طرف نشده است و میزان نیاز افراد در این زمینه، قبل از شرکت در این کلاس ها و بعد از آن تقریباً بدون تغییر مانده است. طراحی محتوای آموزشی متناسب با نیازهای بهداشت جنسی و باروری جوانان و کاربرد روش های آموزشی ویژه بزرگسالان مبتنی بر نظریه های موجود مانند یادگیری اجتماعی می تواند گامی موثر در جهت پاسخ به نیازهای آموزشی جوانان در حیطه بهداشت جنسی و باروری باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان "مقایسه نیازهای آموزشی مرتبط با زندگی زناشویی مردان و زنان در حین ازدواج و پس از شروع زندگی مشترک" مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۸۹ به کد ۱۰۱۲ می باشد که با حمایت همان دانشگاه اجرا شده است و بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر و قدردانی می شود. همچنین نگارندگان مراتب سپاس خود را از کارکنان واحد آموزش و ارتقاء سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و واحد آموزش و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت غرب تهران و همچنین از پرسنل آزمایشگاه هاشمی نژاد به خاطر همکاری صمیمانه اعلام می دارند.

مطالعه عقدک هم این موضوع اولویت سوم را داشت (۱۵). در تحقیقی دیگر این موضوع اولویت دوم را برای مردان داشت (۱۴). در مطالعه ملکی که بر روی زنان باردار در زنجان انجام شد، نشان داده شد که فقط ۱۶/۹٪ زنان آگاهی خوب درباره فاکتورهای خطر مرتبط با پیامد نامطلوب بارداری داشتند (۲۸).

"بیماری های مادرزادی (ارثی و ژنتیکی) و راه های پیشگیری از آن ها قبل از بارداری" اولویت سوم بعد از ازدواج و اولویت ششم قبل از ازدواج بود. در حال حاضر ناهنجاری های مادرزادی علت سوم مرگ و میر و ناتوانی در کودکان در کشورهای در حال توسعه و علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جوامع توسعه یافته می باشد. ناهنجاری های عمده مادرزادی در ۲ تا ۳ درصد نوزادان زنده دنیا آمده، مشاهده می شود، حدود ۳ درصد دیگر تا سن پنج سالگی به این مقدار افزوده می شود و در مجموع به حدود ۸ درصد تا سن ۱۸ سالگی می رسد. ناهنجاری های جزئی مادرزادی در حدود ۱۵ درصد نوزادان مشاهده می شود. نقایص مادرزادی در هنگام تولد در حالت کلی مسئول یک پنجم مرگ و میرها می باشند (۲۹). در مطالعه ای در شهر کرد، ۲/۵٪ نمونه های مورد بررسی ناهنجاری های مادرزادی آشکار داشتند (۳۰). دادن آگاهی به زوج های جوان که تولید نسل آینده را برعهده دارند، می تواند گامی موثر در پیشگیری از بروز این نوع بیماری ها باشد. از محدودیت های مطالعه ما تعداد زیاد ریزش نمونه ها در پیگیری بود که احتمالاً به دلیل حساس بودن موضوع پرسش در زمینه مسایل زناشویی ایجاد شده است. در مواجهه با این محدودیت آنالیز نهایی فقط روی داده های مربوط به افرادی که در هر دو مرحله در مطالعه شرکت کرده بودند، انجام گرفت. همچنین حجم پایین نمونه ها امکان آنالیز های بیشتر مثل آنالیز کوواریانس با در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت شناختی را به ما نداد. پیشنهاد می شود مطالعات بعدی با حجم نمونه بالاتر و زمان پیگیری طولانی تر انجام گیرد.

14. Davazdahemami Sh, Ghasemi S, Ehsanpour S. Comparison of premarital educational needs among would be spouses in Molahady center. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research .2004; 29: 33-41. [Persian].
15. Aghdak P. Reproductive health and educational needs among pre-marriage couples. MPH. Tehran University of Medical Sciences. 2006. [Persian].
16. Farnam F, Pakgohar M, Mir-mohammadali M. Effect of pre-marital counseling on marital satisfaction of Iranian newlywed couples, a randomized controlled trial. Sexuality & Culture. 2011; 15: 141-152.
17. Pakgohar M, Mirmohammadali M, Mahmodi M, Farnam F. Effect of premarriage counseling on the sexual health. Hayat. 2005;11(3-4): 39-46. [Persian].
18. TAHSEEN Project. Reproductive health services for young engaged and newly married couples. Project funded by the United States Agency for International development .2004: Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADF090.pdf. Accessed April 6 2011.
19. Refaei Shirpak KH, Eftekhari ardabili H, Mohammad K, Chinichian M, Ramezankhani A, Fotouhi A, et al. Incorporation of a sex education programs health care center in Tehran. Payesh. 2007; 6(3):243-256. [Persian].
20. Noohi S, Shafiii Kandjani A, Tajik A. Knowledge and Beliefs of Couples attending Marriage Counseling Centers toward correct sexual relationships. Hayat .2007; 13(3): 77-83. [Persian].
21. Hejazi F, Ramezani F, Eftekhari M, Rostami M. Evaluation of pre-marriage counseling in three province of Iran. Proceeding of the congress of sexual health in reproductive health; 2005 Feb 24-25; Tehran, Iran; Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2005. [Persian].
22. Parsai S, Zahedi M, Modarresi B. The study of couple's knowledge about sexual relationship. Proceeding of the congress of sexual health in reproductive health. 2005 Feb 24-25;Tehran, Iran; Shahid beheshti university of medical sciences. 2005. [Persian].
23. Eslami M. High-risk pregnancies are a quarter cause of death in Iranian women [interview on the internet]. 2010: Available from: http://www.aftabir.com/news/view/2010/aug/13/c4c1281785932_social_organization_womens_death.ph p. Accessed 28 Feb 2012.
24. Foroutan SK, Jadidmilani M. The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested. Daneshvar Medicine. 2008;16(78): 39-44. [Persian].
25. Erfani A. Abortion in Iran: What Do We Know? [Monograph on the internet]. University of Western Ontario, department of sociology; 2008:

منابع

1. Vural BK, Temel AB. Effectiveness of premarital sexual counseling program on sexual satisfaction of recently married couples. J Adoles Res. 1997; 12(4): 421-53.
2. Parizadeh SM, Khadivzadeh T. Premarital Health. In: Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardabili H, Majlesi F, Seyed nozadi M, et al. Textbook of public health. Vol3. 1nd ed. Tehran: Arjmand Publication; 2006. p. 1223-1231.[Persian].
3. Mahmodi GH, Hassanzadeh R, Heidari g. The effect of sex education on family health on Mazandran medical university students. Ofofogh danesh .2007; 13(2): 64-70. [Persian].
4. Riahi ME, Aliverdi-nia A, Bahrami kakavand S. A sociological analysis of tendency towards divorce. Women's Research. 2008: 5(3): 109-130. [Persian] .
5. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo. 5-13 September 1994; United Nations publication: Sales No. E.95.XIII.18), chap. I, resolution 1, annex.
6. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PFA. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet. 2006; 368: 1595-607.
7. Fathi Vajargah K. Educational Need Assessment: Models and Techniques. 3rd ed. Tehran: Abeeze publication; 2005. [Persian].
8. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. BMJ. 1998; 316(7140): 1310-3.
9. Dolatian M, Hajian S, Simbar M, Alavi majd M. Knowledge and attitude of nonmedical students regarding reproductive health. Journal of Nursing and Midwifery 2007; 17(56): 3-16. [Persian].
10. Dehghani A, Mohammadkhani P, Unesi S. Influence of sexy skills training of attitudes of sex in young couples. Danesh va Pezhouhesh in psychology. 2007;8(30): 21-38. [Persian].
11. Moodi M, Sharifzadeh GHR. The effect of instruction on knowledge and attitude of couples attending pre-marriage consolation classes. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* .2008;15(3):32-40. [Persian].
12. Mazloomi Mahmood-Abad SS, Shahidi F, Abbasi-Shavazi M, Shahrizadeh F. Evaluating knowledge, attitude and behavior of women on reproductive health subjects in seven central cities of Iran. Journal of reproduction & infertility .2007; 7(4): 391-400. [Persian].
13. Khaleginejad K, Abbaspour Z, Afshari P, Attari Y, Rasekh A. Educational needs in premarital counseling: viewpoints of couples referring to health care centers in mashhad. Iranian Journal of Medical Education. 2008; 8(2): 247-253. [Persian].

Available from: <http://sociology.uwo.ca/popstudies/dp/dp08-01.pdf>. Accessed April 6 2011.

26. Jahanfar S, Ramazani Tehrani F, Sadat Hashemi M. The prevalence of unwanted pregnancy and its effective factors in 10 cities Iran. *Journal of School of Medicine, Iran University of Medical Sciences*. 2002;60(4): 334-340. [Persian].

27. Malekafzali H. Population control and reproductive health in the Islamic Republic of Iran. *Arch Iranian Med*. 2004; 7(4): 247 – 250.

28. Maleki A, Mazloomzadeh S, Ghaffarzadeh A. Survey of pregnant Zanjan women about risk factors related to pregnancy outcome in women attending family planning clinics in 10 hospitals. *Proceeding of the 6th Iranian Congress of Epidemiology*; 2010 June 1- 3; Shahroud, Iran. [Persian].

29. Dastgerdi S. Congenital malformations. In: Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardabili H, Majlesi F, Seyed nozadi M, Parizadeh SM. *Textbook of Public Health*. Vol3. 1st, Tehran: Arjmand Publication; 2006:p.1223-1231. [Persian].

30. Sereshti M, Banaeyan SH, Kazemeyan A. Prevalence of apparent major congenital malformations and some associated factors, in terminated pregnancyies in Hajar hospital of Shahrekord, 2005-2006, Iran. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2008;10(1): 36-43. [Persian].

Comparative survey of youth's sexual and reproductive health educational needs in two stages before and after marriage, Tehran 2011

Davood Pourmarzi, MSc. Epidemiologist. Deputy of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. d_pourmarzi@yahoo.com

***Shahnaz Rimaz**, PhD. Associate Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) srimaz2000@yahoo.com

Effat Al-sadat Merghati Khoii, PhD. Assistant Professor of Sexual health promotion, Department of Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Effat_mer@yahoo.com

Maryam Razi, Bsc. Health, Deputy of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. mrazi_pour@yahoo.com

Mostafa Shokoohi, MSc. Epidemiologist, Research Center for Modeling in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. shokouhi.mostafa@gmail.com

Abstract

Background: Marriage is a phenomenon that changes the nature of sexual and reproductive health needs. Ignorance of natural differences of sexual and reproductive health needs in different situations reduces the effectiveness of training programs in this area. This research aimed to compare of sexual and reproductive health educational needs in two stages, before and after marriage in youth.

Methods: In a cohort study in 2011, by random stratified sampling in males and females, 450 engaged youth that participated in pre-marital counseling in Tehran, were selected. The level of sexual and reproductive health educational needs was measured by a self designed questionnaire which was a 5-point Likert-scale in two stages before and after marriage. Data were analyzed by SPSS15. Descriptive Statistics, t-test and paired t-test were used.

Results: Means of educational need score before and after marriage were 3.56 ± 0.95 and 3.72 ± 0.82 . After marriage, the level of sexual and reproductive health educational needs had increased but this wasn't significant ($p\text{-value} = 0.096$). "Healthy sexual relationships" in before marriage and "best physical condition, mental and social sex for pregnancy" in after marriage were the most important educational topics.

Conclusions: Findings suggest designing and implementation of sexual and reproductive health educational content based on needs of young people with regard to cultural and social situations of them is a must.

Keywords: Educational needs, Sexual health, Reproductive health, Marriage.