

آگاهی و نگرش زوجین در شرف ازدواج در باره بیماری تالاسمی در شهرستان

بابل

دکتر کریم اله حاجیان*

* استادیار گروه پزشکی اجتماعی - دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی بابل

چکیده

تالاسمی یکی از بیماریهای کم خونی همولیتیک مادرزادی است. آگاهی و نگرش زوجین در شرف ازدواج می تواند در پیشگیری آن نقش مؤثر داشته باشد. لذا هدف از این بررسی تعیین میزان آگاهی و نگرش زوجین در شرف ازدواج در شهرستان بابل است.

این بررسی یک مطالعه مقطعی است که با نمونه ای از ۲۶۸ زوج (۵۳۶ نفر) در شرف ازدواج از مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره تالاسمی امیرکلا بابل در بهمن ماه سال ۱۳۷۸ انجام گردید. اطلاعات آن بوسیله پرسشنامه ای مدون از طریق مصاحبه با زوجین قبل از انجام مشاوره جمع آوری گردید.

یافته ها: نتایج نشان می دهد که اکثریت افراد، ۸۰/۵ درصد مردان و ۸۶/۲ درصد زنان در شرف ازدواج، بیماری تالاسمی را می شناختند. از نظر منابع کسب آگاهی بیشترین افراد (۶۴/۰ درصد) رادیو و تلویزیون را به عنوان منبع اصلی کسب آگاهی بیان نمودند. اکثریت جوانان، ۸۵/۵ درصد مردان و ۸۳/۶ درصد زنان از ضرورت مشاوره قبل ازدواج نگرش مثبت داشتند. بطور کلی اختلاف معنی داری در میزان آگاهی دو جنس مشاهده نشده است ($P > 0/05$) ولی با افزایش سطح سواد، میزان آگاهی از پیشگیری و ماهیت بیماری تالاسمی بطور معنی داری افزایش داشته است ($P < 0/01$). میزان آگاهی جوانان شهری در مقایسه با روستایی از سطح نسبتاً بالاتری برخوردار بوده و این اختلاف در مواردی از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/05$).

نتایج دلالت می کند که در سال های اخیر با بهره گیری از وسایل ارتباط جمعی و آموزش پیرامون بیماری تالاسمی، میزان آگاهی جوانان افزایش یافته است. آموزش وسیع تر و مداوم جهت ارتقاء فرهنگ پیشگیری از بیماری تالاسمی امری ضروری است.

کلید واژه ها: ازدواج / تالاسمی / تالاسمی - پیشگیری و کنترل

مقدمه

مازندران با داشتن بیش از ۲۵۰۰ بیمار و شهرستان بابل بیش از ۶۰۰ بیمار مبتلا به تالاسمی از استانهای شدیداً درگیر با این معضل بهداشتی-درمانی می باشد. بررسی های انجام شده نشان می دهد حدود ۱۰ درصد از جمعیت استان ناقل بیماری تالاسمی می باشند (۴ و ۳). آگاهی و نگرش زوجین در شرف ازدواج از ماهیت بیماری تالاسمی

بیماری تالاسمی یک بیماری ارثی است که بدلیل شیوع زیاد آن در ایران، یکی از مهمترین معضلات بهداشتی-درمانی می باشد (۱). در حال حاضر، بیش از ۲۰ هزار بیمار مبتلا به بتا تالاسمی ماژور در ایران وجود دارد که سالانه ۱۰۰۰ نفر بر تعداد آن افزوده می شوند و هزینه زیادی را صرف خدمات درمانی این بیماران می گردد (۱ و ۲). استان

خویشاوند مبتلا، سؤالات هدف در مورد نگرش از ضرورت مشاوره قبل از ازدواج، آگاهی از پیشگیری و آگاهی از ماهیت بیماری تالاسمی به صورت بسته و پاسخ‌ها به صورت بلی، خیر و نمی‌دانم طراحی شده بود. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SAS انجام گردید. برای تعیین رابطه بین متغیرهایی مانند سن، جنس، محل سکونت، سواد با وضعیت آگاهی و نگرش از ضرورت مشاوره و پیشگیری از تالاسمی از آزمون کای دو استفاده گردید و مقدار P آزمون کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی شده است.

یافته‌ها

میانگین (+) انحراف معیار) سن شرف ازدواج در مردان ۲۴ (۵/۵+) سال و در زنان ۲۰ (۵/۲+) سال بود و اکثریت مردان (۴۸/۹ درصد) در گروه سنی ۲۴-۲۰ سالگی و اکثریت زنان (۵۶/۷ درصد) در گروه سنی ۱۹-۱۵ سالگی قرار داشتند. اختلاف معنی داری در توزیع سن ازدواج بین مردان و زنان وجود داشت ($P < 0/001$). از نظر محل سکونت ۴۳/۷٪ شهری و ۵۶/۳٪ روستایی بودند. سطح سواد جوانان در شرف ازدواج، ۱/۵ درصد بی سواد، ۰/۴ درصد در سطح خواندن و نوشتن، ۱۰/۵ درصد ابتدایی، ۴۲/۷ درصد در سطح راهنمایی و دبیرستان، ۳۱/۵ درصد دیپلم و فوق دیپلم و ۱۳/۴ درصد در سطح لیسانس و بالاتر قرار داشتند. در رابطه با نسبت فامیلی ۱۲/۳ درصد زوجین نسبت نزدیک، ۹/۳ درصد نسبت فامیلی دور و ۷۸/۴ درصد اصلاً نسبت فامیلی نداشتند. همچنین نتایج نشان داد که ۱/۲ درصد موارد برادر یا خواهر مبتلا به تالاسمی در خانواده وجود داشت و ۵/۸ درصد افراد دارای خویشاوند مبتلا به تالاسمی بودند.

اکثریت افراد مورد مطالعه (۸۰/۵) درصد مردان و ۸۶/۲ درصد زنان) بیماری تالاسمی را می‌شناختند. از نظر منابع کسب آگاهی بیشترین افراد (۶۴/۰ درصد) رادیو و تلویزیون را به عنوان منبع اصلی کسب آگاهی بیان نمودند و در مراتب بعدی به ترتیب، کتب و مجلات (۱۷/۹ درصد)، معلمین (۱۰/۳ درصد) و دوستان و آشنایان (۴/۰ درصد)، مرکز بهداشت و خانه بهداشت (۲/۲ درصد) و والدین (۱/۴ درصد) قرار داشتند.

جدول ۱ میزان نگرش و آگاهی زوجین را نسبت به بیماری تالاسمی در شهر و روستا نشان می‌دهد. میزان

می‌تواند نقش مفیدی را در پیشگیری داشته باشد. با وجود این، مطالعه انجام شده نشان می‌دهد که نگرش مثبت جوانان در شرف ازدواج در مورد ضرورت مشاوره، ضعیف بوده و اکثریت زوجین از نگرش خنثی برخوردار بودند (۵). بر اساس الگوی ژنتیکی این بیماری، در صورتیکه بین ناقلین ژن حامل تالاسمی ازدواج صورت گیرد، شیوع تالاسمی ماژور در جامعه به شدت افزایش می‌یابد. با توجه به بالا بودن هزینه درمانی و تحمیل مشکلات اقتصادی-اجتماعی و روحی-روانی بر خانواده‌ها و جامعه، استراتژی و تدبیر مناسب باید در جهت پیشگیری از تولد کودک مبتلا به تالاسمی ماژور باشد. در این راستا، مشاوره قبل از ازدواج در سیستم بهداشتی-درمانی و آزمایشات خونی لازم برای غربالگری از بیماری از سال ۱۳۷۱ در شهرستان بابل انجام می‌گیرد. اکنون در سطح شهرستان بابل، غربالگری از بیماری تالاسمی برای زوجین در شرف ازدواج در مرکز مشاوره تالاسمی درمانگاه امیرکلا بابل اجرا می‌گردد.

از آنجا که میزان آگاهی زوجین در حال ازدواج نسبت به بیماری تالاسمی ماژور نقش مهمی در توصیه زوجین ناقل برای صرف نظر کردن ازدواج و پیشگیری از تالاسمی ماژور در سطح جامعه دارد، لذا هدف این بررسی تعیین نگرش و وضعیت آگاهی زوجین در شرف ازدواج در مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره تالاسمی (قبل از ازدواج) امیرکلا بابل می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که با نمونه‌ای از ۲۶۸ زوج (۵۳۶ نفر) در شرف ازدواج بطور متوالی از مراجعین به مرکز مشاوره تالاسمی قبل از ازدواج امیرکلا بابل در بهمن ماه ۱۳۷۸ انجام گردید. این اندازه نمونه، میزان آگاهی جامعه پژوهش را نسبت به بیماری تالاسمی با اطمینان ۹۵ درصد و حداکثر حداثتیباه ۰/۰۴ برآورد می‌کند.

داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه با هر دو زوج بطور مستقل، توسط پرسشنامه‌ای مدون از مراجعین به درمانگاه قبل از انجام مشاوره و آزمایشات خونی لازم جمع‌آوری گردید. سؤالات پرسشنامه علاوه بر مشخصات فردی مانند: سن، جنس، سواد، محل سکونت و نسبت خویشاوندی، داشتن افراد مبتلا به تالاسمی در خانواده و یا

در منطقه نسبت به اثرات نامطلوب ازدواج های فامیلی است. بطوریکه نصیری و همکاران در گزارش از وضعیت تالاسمی ماژور در ایران، ۶۶ درصد از کودکان مبتلا به تالاسمی، والدین خویشاوند داشته‌اند (۲). در حالیکه در بررسی از وضعیت مبتلایان به تالاسمی ماژور در بابل، ۲۱/۳ درصد مبتلایان، والدین آنها خویشاوندی نزدیک داشته‌اند (۶) و در بررسی دیگر در گیلان، تنها والدین ۱۶/۸ درصد از مبتلایان به تالاسمی ماژور ازدواج فامیلی داشته‌اند (۷) که نشانگر پراکندگی وسیع ژن تالاسمی در مناطق مختلف است.

در این بررسی نظرات زوجین حاکی است که میزان تمایل به ازدواج در صورت ناقل بودن هر دو زوج در مردان ۱۵/۷ درصد و در زنان ۱۱/۲ درصد می‌باشد. به طور کلی تقریباً ۷۰ درصد زوجین نگرش عدم تمایل به ازدواج (نگرش مثبت) و ۱۶/۶ درصد نگرش خنثی داشتند (جدول ۱). این نتایج میزان نگرش مثبت زوجین را نسبت به خطر داشتن فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور نشان می‌دهد.

نتایج این پژوهش بیان می‌کند که اکثریت جوانان در شرف ازدواج نسبت به ضرورت مشاوره قبل از ازدواج و پیشگیری از بیماری تالاسمی آگاهی و نگرش مثبت داشتند که نشانگر افزایش سطح آگاهی جوانان است و در مواردی از ۱۰ تا ۲۵ درصد از آگاهی و نگرش خنثی برخوردار بودند. آگاهی در مورد ماهیت بیماری تالاسمی در موارد مختلف از ۲۷ درصد تا ۸۶ درصد بود. در مقایسه با مطالعات انجام شده، در یک بررسی از جوانان در شرف ازدواج در قائمشهر (۱۳۷۳) در مورد مشاوره بیماری تالاسمی ۴۵/۳ درصد نگرش مثبت و مشاوره جهت پیشگیری از تالاسمی ۱۵ درصد نگرش مثبت و ۸۵ درصد نگرش خنثی وجود داشته است (۵). پورا ابراهیمی و همکاران (۱۳۷۶) (۸) در یک بررسی از نگرش پرستاران در گیلان در مورد بیماری تالاسمی، اکثر پرستاران از آگاهی متوسط (۷۱/۳ درصد) و حدود ۳۴ درصد از نگرش بی تفاوت برخوردار بوده‌اند (۸). میرا شد و همکاران (۱۳۷۲) (۹) میزان آگاهی دختران دانش آموزان سال چهارم دبیرستانهای شهر رشت گزارش کرده‌اند، ۴۹/۷ درصد از دانش آموزان در مورد پیشگیری از تالاسمی و خطرات ازدواج فامیلی و بطور کلی ۵۹ درصد آنها از میزان آگاهی ضعیفی برخوردار بوده‌اند و همچنین آگاهی از ماهیت بیماری تالاسمی در مورد خونی بودن ۵۹ درصد، ارثی بودن ۳۵ درصد و سوء تغذیه‌ای بودن ۲۵ درصد

نگرش و آگاهی جوانان شهری از سطح نسبتاً بالاتری برخوردار بود و این اختلاف در مواردی از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/05$). نتایج نشان می‌دهد که بطور کلی آگاهی از تالاسمی ۸۳/۲ درصد، نگرش مثبت در مورد ضرورت مشاوره ۸۴/۵ درصد، پیشگیری از تالاسمی با مشاوره قبل از ازدواج ۸۲/۵ درصد، زمان مناسب برای مشاوره ۹۲/۸ درصد، آگاهی از قابل پیشگیری بودن تالاسمی ۶۹/۳ درصد، آگاهی از ازدواج فامیلی در بروز تالاسمی ۷۵/۶ درصد، ازدواج دو فرد ناقل در بروز تالاسمی ۷۸/۷ درصد، آگاهی از ازدواج یک فرد ناقل با فرد سالم در بروز بیماری ۲۴/۲ درصد و تمایل به ازدواج در صورت ناقل بودن هر دو زوج ۱۳/۴ درصد می‌باشد. در این پژوهش میزان آگاهی از ماهیت خونی بودن، ارثی بودن، استخوانی نبودن و تغذیه‌ای نبودن تالاسمی به ترتیب ۸۶/۷ درصد، ۵۳/۷ درصد، ۲۳/۱ درصد و ۲۲/۸ درصد بود.

جدول ۲ میزان نگرش و آگاهی را بر حسب جنس نشان می‌دهد. اکثریت زوجین (۸۵/۵ درصد مردان و ۸۳/۶ درصد زنان) از مشاوره قبل از ازدواج آگاهی داشتند. این نتایج بیانگر آن است که اختلاف معنی‌داری در میزان نگرش و آگاهی دو جنس وجود ندارد ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون کای دو رابطه معنی‌داری را بین تحصیلات بالاتر و میزان نگرش و آگاهی نشان می‌دهد ($P < 0/01$). در حالیکه در زوجین بالای ۲۵ سال، نگرش ضرورت مشاوره قبل از ازدواج و آگاهی از پیشگیری تالاسمی تمایل مثبت‌تری وجود داشته است، ولی از نظر آماری اثر معنی‌داری از سن در میزان نگرش و آگاهی مشاهده نشده است ($P > 0/05$).

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که به طور متوسط سن ازدواج در مردان ۴ سال بیشتر زنان می‌باشد و بیشترین درصد زنان در شرف ازدواج در سن ۱۹-۱۵ سالگی و بیشترین درصد مردان در سن ۲۴-۲۰ سالگی قرار داشت. از نظر تحصیلی اکثر جوانان در شرف ازدواج در سطح راهنمایی و دبیرستان (۴۲/۷ درصد) بودند. تقریباً ۲۱ درصد زوجین نسبت فامیلی نزدیک و دور داشتند، در حالیکه اسماعیلی و واعظ زاده (۱۳۷۳) در بررسی نظرات جوانان شرف ازدواج در قائمشهر گزارش نموده‌اند که تقریباً ۵۰ درصد زوجین نسبت خویشاوندی داشته‌اند (۴). نتایج این پژوهش بطور غیر مستقیم بیانگر افزایش آگاهی جوانان

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش به عنوان اصلی‌ترین منابع کسب اطلاع از بیماری تالاسمی بوده‌اند، مراکز بهداشتی-درمانی و بهورزان خانه‌های بهداشت در جمعیت روستایی باید فعالیت و نقش بیشتری را در اطلاع رسانی آگاهی بهداشتی به ویژه در مورد بیماری‌های ارثی مانند تالاسمی داشته باشند.

گزارش شده است (۹). در بررسی *Khin* و همکاران در میانمار (۱۹۹۲) از مادران، فقط ۱۸ تا ۲۸ درصد مادران در مورد ماهیت ژنتیکی بودن بیماری تالاسمی آگاهی داشتند (۱۰). در گزارش *Zahed* و همکاران (۱۹۹۷) در یک بررسی از زنان در ۳ ماه اول حاملگی در لبنان، ۵۰ درصد زوجین از خطر ژنتیکی تالاسمی آگاه نبودند و ۵۹ درصد با تشخیص پریناتال نگرش مثبت داشته‌اند. در حالیکه در این پژوهش میزان آگاهی از ماهیت خونی بودن و ارثی بودن تالاسمی به ترتیب ۸۶/۷ درصد، ۵۳/۷ درصد بوده است.

نتایج این تحقیق بیانگر آن است که در سالهای اخیر با بهره‌گیری از وسایل ارتباط جمعی و آموزش پیرامون بیماری تالاسمی، تغییراتی در ساختار آگاهی جوانان داده شده است. آموزش وسیع‌تر و مداوم جهت ارتقاء فرهنگ پیشگیری از بیماری امری ضروری است. از آنجا برنامه ریزی اصولی و مداوم در آموزش جوانان تأثیر مهمی رادر ایجاد نگرش و آگاهی جوانان دارد (۱۱)، لذا ضروری است در مناطق تالاسمی‌خیز، در برنامه ریزی آموزشی، مباحثی کوتاه به تالاسمی اختصاص یابد تا بدین طریق در جوانان ایجاد انگیزه و تفکر نماید و زمینه را برای پیشگیری از تالاسمی ماژور فراهم نماید.

در این پژوهش، علی‌رغم اینکه، ساختار سن ازدواج در دو جنس تفاوت معنی‌داری داشته است ولی اختلاف معنی‌داری در آگاهی مردان و زنان نسبت به ضرورت مشاوره قبل از ازدواج و پیشگیری از تالاسمی وجود نداشته است. در حالیکه یافته‌ها، ارتباط معنی‌داری را بین سواد و محل سکونت با هدف کلی پژوهش (ضرورت مشاوره و آگاهی از پیشگیری تالاسمی) نشان می‌دهند. از این نظر با نتایج مطالعه اسماعیلی و واعظ زاده (۱۳۷۳) همخوانی و سازگاری دارد (۵). نتایج همچنین بیانگر آن است که جوانان شهری در مقایسه با جوانان روستایی آگاهی بیش‌تر نسبت به پیشگیری از بیماری تالاسمی داشته‌اند که شاید امکانات آموزشی و دسترسی بیشتری به وسایل ارتباط جمعی و رسانه‌های گروهی در اختیار مناطق شهری می‌باشد و یا از نظر سطح سواد و تعداد افراد با سواد در مناطق شهری بیش‌تر از مناطق روستایی می‌باشد. جهت افزایش آگاهی ساکنین روستایی ضروری است با فعالیت بیشتر، پیام‌های بهداشتی از طریق رسانه‌های گروهی، سریع‌تر در اختیار جوانان روستایی قرار گیرد. در خصوص منابع کسب آگاهی علاوه بر نقش رسانه‌های گروهی و وسایل ارتباط جمعی که

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد آگاهی و نگرش زوجین در شرف ازدواج در باره بیماری تالاسمی بر حسب منطقه سکونت در مراجعین به مرکز مشاوره تالاسمی امیرکلا بابل (بهمن ۷۸)

مقدار P آزمون	جمع			روستا			شهر			منطقه سکونت نگرش و آگاهی از تالاسمی
	خیر نمی دانم تعداد (درصد)	بله تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	خیر نمی دانم تعداد (درصد)	بله تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	خیر نمی دانم تعداد (درصد)	بله تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	
۰/۰۰۱	-	۹۰	۴۴۶	-	۶۵	۲۳۷	-	۲۵	۲۰۹	آیا تالاسمی را می شناسید؟
	-	(۱۶/۸)	(۸۳/۲)	-	(۲۱/۵)	(۷۸/۵)	-	(۱۰/۷)	(۸۹/۳)	
۰/۰۰۳	۵۱	۳۲	۴۵۳	۳۵	۱۰	۲۵۷	۱۶	۲۲	۱۹۶	آیا مشاوره قبل از ازدواج ضرورت دارد؟
	(۹/۵)	(۵/۹)	(۸۴/۵)	(۱۱/۶)	(۳/۳)	(۸۵/۱)	(۶/۸)	(۹/۴)	(۸۳/۸)	
NS	۶۰	۳۴	۴۴۲	۴۰	۱۸	۲۴۴	۲۰	۱۶	۱۹۸	آیا مشاوره قبیل از ازدواج می تواند تالاسمی را پیشگیری کند؟
	(۱۱/۲)	(۶/۳)	(۸۲/۵)	(۱۳/۲)	(۵/۹)	(۸۰/۸)	(۸/۵)	(۶/۸)	(۸۴/۶)	
NS	۷	۳۲	۴۹۷	۵	۱۹	۲۷۸	۲	۱۳	۲۱۹	آیا زمان مناسب برای مشاوره قبل از ازدواج است؟
	(۱/۳)	(۵/۹)	(۹۲/۸)	(۱/۷)	(۶/۳)	(۹۲/۵)	(۰/۸)	(۵/۶)	(۹۳/۵)	
NS	۸۱	۸۳	۳۷۰	۵۱	۴۹	۲۰۰	۳۰	۳۴	۱۷۰	آیا تالاسمی قابل پیشگیری است؟
	(۱۵/۲)	(۱۵/۵)	(۶۹/۳)	(۱۷/۰)	(۱۶/۳)	(۶۶/۷)	(۱۲/۸)	(۱۴/۵)	(۷۲/۶)	
NS	۶۵	۶۶	۴۰۵	۴۲	۳۶	۲۲۴	۲۳	۳۰	۱۸۱	آیا ازدواج فامیلی در بروز تالاسمی موثر است؟
	(۱۲/۱)	(۱۲/۳)	(۷۵/۶)	(۱۳/۹)	(۱۱/۹)	(۷۴/۲)	(۹/۸)	(۱۲/۸)	(۷۷/۳)	
۰/۰۰۸	۷۶	۴۷	۴۱۳	۵۵	۳۳	۲۲۴	۲۱	۲۴	۱۸۹	آیا شناسایی فرد مبتلا در پیشگیری از تالاسمی موثر است؟
	(۱۴/۲)	(۸/۸)	(۷۷/۱)	(۱۸/۲)	(۷/۶)	(۷۴/۲)	(۸/۹)	(۱۰/۳)	(۸۰/۸)	
NS	۷۸	۳۶	۴۲۲	۲۰	۱۴	۲۳۹	۲۹	۲۳	۱۸۳	آیا ازدواج دو فرد ناقل تالاسمی در بروز بیماری موثر است؟
	(۱۴/۵)	(۶/۷)	(۷۸/۷)	(۱۲/۴)	(۴/۶)	(۷۹/۱)	(۱۳/۴)	(۹/۴)	(۷۸/۲)	
۰/۰۰۱	۱۳۶	۱۳۰	۲۷۰	۹۲	۵۸	۱۵۲	۴۴	۷۲	۱۱۸	آیا ازدواج یک فرد مبتلا به تالاسمی با فرد سالم در بروز بیماری موثر است؟
	(۲۵/۴)	(۲۴/۲)	(۵۰/۴)	(۳۰/۵)	(۱۹/۲)	(۵۰/۳)	(۱۸/۸)	(۳۰/۸)	(۵۶/۴)	
۰/۰۰۲	۸۹	۳۷۵	۷۲	۵۵	۲۲۰	۲۷	۳۴	۱۵۵	۴۵	اگر هر دو زوج ناقل تالاسمی باشند آیا هنوز تمایل به ازدواج دارید؟
	(۱۶/۶)	(۷۰/۰)	(۱۳/۴)	(۱۸/۲)	(۷۲/۸)	(۸/۹)	(۱۴/۵)	(۶۶/۲)	(۱۹/۲)	
۰/۰۰۲	۵۰	۲۱	۲۶۵	۳۵	۸	۲۵۹	۱۵	۱۳	۲۰۶	آیا تالاسمی یک بیماری خونی است؟
	(۱۶/۶)	(۳/۹)	(۸۶/۷)	(۱۱/۶)	(۲/۶)	(۸۵/۸)	(۶/۴)	(۵/۶)	(۸۸/۰)	
NS	۹۹	۱۴۹	۲۸۸	۶۳	۷۵	۱۶۴	۳۶	۷۴	۱۲۴	آیا تالاسمی یک بیماری ارثی است؟
	(۱۸/۵)	(۲۷/۸)	(۵۳/۷)	(۲۰/۹)	(۲۴/۸)	(۵۴/۳)	(۱۵/۴)	(۳۱/۶)	(۵۲/۹)	
NS	۱۶۸	۲۲۵	۱۱۳	۹۷	۱۴۶	۵۹	۷۱	۱۰۹	۵۴	آیا تالاسمی بیماری استخوانی است؟
	(۳۱/۳)	(۴۷/۶)	(۲۱/۱)	(۳۲/۱)	(۴۸/۳)	(۱۹/۵)	(۳۰/۳)	(۴۶/۶)	(۲۳/۱)	
NS	۱۷۸	۲۳۶	۱۲۲	۱۰۵	۱۲۹	۶۸	۷۳	۱۰۷	۵۴	آیا تالاسمی به دنبال سوء تغذیه ایجاد می شود؟
	(۳۳/۲)	(۴۴/۰)	(۲۲/۸)	(۳۴/۸)	(۴۲/۷)	(۲۲/۵)	(۳۱/۲)	(۴۵/۷)	(۲۳/۱)	

NS: not significant P > ۰/۰۵

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد آگاهی و نگرش زوجین در شرف ازدواج در باره بیماری تالاسمی بر حسب جنس در مراجعین به مرکز مشاوره تالاسمی امیرکلا پابل (بهمن ۷۸)

مقدار P آزمون	جمع			زن			مرد			جنس نگرش و آگاهی از تالاسمی
	خیر نمی‌دانم		بله	خیر نمی‌دانم		بله	خیر نمی‌دانم		بله	
	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	
NS	-	۹۰	۲۴۶	-	۳۷	۲۳۱	-	۵۳	۲۱۵	آیا تالاسمی را می‌شناسید؟
	-	(۱۶/۸)	(۸۳/۲)	-	(۱۳/۸)	(۸۶/۲)	-	(۱۹/۸)	(۸۰/۲)	
NS	۵۱	۳۲	۲۵۳	۲۵	۱۹	۲۲۴	۲۶	۱۳	۲۲۹	آیا مشاوره قبیل از ازدواج ضرورت دارد؟
	(۹/۵)	(۶/۰)	(۸۴/۵)	(۹/۳)	(۷/۱)	(۸۳/۶)	(۹/۷)	(۴/۸)	(۸۵/۸)	
NS	۶۰	۳۴	۴۴۲	۳۱	۱۵	۲۲۲	۲۹	۱۹	۲۲۰	آیا مشاوره قبیل از ازدواج می‌تواند تالاسمی را پیشگیری کند؟
	(۱۱/۲)	(۶/۳)	(۸۲/۵)	(۱۱/۶)	(۵/۶)	(۸۲/۸)	(۱۰/۸)	(۷/۱)	(۸۲/۱)	
NS	۳۲	۷	۴۹۷	۱۹	۴	۲۴۵	۱۳	۳	۲۵۲	آیا زمان مناسب برای مشاوره قبل از ازدواج است؟
	(۶/۰)	(۱/۳)	(۹۲/۸)	(۷/۱)	(۱/۵)	(۹۱/۴)	(۴/۸)	(۱/۱)	(۹۴/۱)	
NS	۸۱	۸۳	۳۷۰	۴۲	۴۶	۱۸۰	۳۹	۳۷	۱۹۰	آیا تالاسمی قابل پیشگیری است؟
	(۱۵/۲)	(۱۵/۵)	(۶۹/۳)	(۱۵/۷)	(۱۷/۲)	(۶۷/۲)	(۱۴/۷)	(۱۳/۹)	(۷۱/۴)	
NS	۶۵	۶۶	۴۰۵	۳۰	۴۰	۱۹۸	۳۵	۲۶	۲۰۷	آیا ازدواج فاسمی در بروز تالاسمی موثر است؟
	(۱۲/۲)	(۱۲/۳)	(۷۵/۶)	(۱۱/۲)	(۱۴/۹)	(۷۳/۹)	(۱۳/۱)	(۹/۷)	(۷۷/۲)	
NS	۷۶	۴۷	۴۱۳	۳۵	۳۰	۲۰۳	۴۱	۱۷	۲۱۰	آیا شناسایی فرد مبتلا در پیشگیری از تالاسمی موثر است؟
	(۱۴/۲)	(۸/۷)	(۷۷/۱)	(۱۳/۱)	(۱۱/۲)	(۷۵/۷)	(۱۵/۳)	(۶/۳)	(۷۸/۴)	
NS	۷۸	۳۶	۴۲۲	۴۰	۲۲	۲۰۶	۳۸	۱۴	۲۱۶	آیا ازدواج در فرد ناقل تالاسمی در بروز بیماری موثر است؟
	(۱۴/۵)	(۶/۷)	(۷۸/۷)	(۱۴/۹)	(۸/۲)	(۷۶/۹)	(۱۴/۳)	(۵/۲)	(۸۰/۶)	
NS	۱۳۶	۱۳۰	۲۷۰	۶۹	۷۱	۱۲۸	۶۷	۵۹	۱۴۲	آیا ازدواج یک فرد مبتلا به تالاسمی با فرد سالم در بروز بیماری موثر است؟
	(۲۵/۴)	(۲۴/۲)	(۵۰/۴)	(۲۵/۷)	(۲۶/۵)	(۴۷/۸)	(۲۵/۰)	(۲۲/۱)	(۵۲/۹)	
NS	۸۹	۳۷۵	۷۲	۴۹	۱۸۹	۳۰	۴۰	۱۸۶	۴۲	اگر هر دو زوج ناقل تالاسمی باشید آیا هنوز تمایل به ازدواج دارید؟
	(۱۶/۶)	(۶۹/۹)	(۱۳/۴)	(۱۸/۳)	(۷۰/۵)	(۱۱/۲)	(۱۴/۹)	(۶۹/۴)	(۱۵/۷)	
NS	۵۰	۲۱	۴۶۵	۲۶	۱۲	۲۳۰	۲۴	۹	۲۳۵	آیا تالاسمی یک بیماری خونی است؟
	(۹/۳)	(۳/۹)	(۸۶/۸)	(۹/۷)	(۴/۵)	(۸۵/۸)	(۸/۹)	(۳/۴)	(۸۷/۷)	
NS	۹۹	۱۴۹	۲۸۸	۴۶	۷۵	۱۴۷	۵۳	۷۴	۱۴۱	آیا تالاسمی یک بیماری ارثی است؟
	(۱۸/۵)	(۲۷/۸)	(۵۳/۷)	(۱۷/۲)	(۲۸/۰)	(۵۴/۸)	(۱۹/۸)	(۲۷/۶)	(۵۲/۶)	
NS	۱۶۸	۲۲۵	۱۱۳	۸۳	۱۲۵	۶۰	۸۵	۱۳۰	۵۳	آیا تالاسمی بیماری استخوانی است؟
	(۳۱/۳)	(۴۷/۶)	(۲۱/۱)	(۳۰/۹)	(۴۶/۶)	(۲۲/۴)	(۳۱/۷)	(۴۸/۵)	(۲۹/۸)	
NS	۱۷۸	۲۳۶	۱۲۲	۹۱	۱۱۶	۶۱	۸۷	۱۲۰	۶۱	آیا تالاسمی به دنبال سره تغذیه ایجاد می‌شود؟
	(۳۳/۲)	(۴۴/۰)	(۲۲/۸)	(۳۳/۹)	(۴۳/۳)	(۲۲/۸)	(۳۲/۵)	(۴۴/۷)	(۲۲/۸)	

NS: P > ۰/۰۵

منابع

۱. پاکباز، زهرا؛ عماري، اشکان؛ کورسدري، غلامحسين: نتایج غربالگری ۸۵۰۰ دانش آموز دبیرستانی مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش شهر تهران (۱۳۷۵-۱۳۷۴). فصلنامه انجمن تالاسمی ایران، ۱۳۷۶، شماره ۱۲، صص: ۵۳-۵۵.
۲. نصیری طوسی، محسن؛ [و دیگران]: گزارش وضعیت کودکان و نوجوانان تالاسمی ماژور در ایران بهار ۱۳۷۶. فصلنامه انجمن تالاسمی ایران، ۱۳۷۶، شماره ۱۲، صص: ۲۶-۴۹.
۳. کوثریان، مهرنوش: بررسی موارد تالاسمی مینور در دانش آموزان شهرستان ساری: سومین کنگره بیماریهای کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۰.
۴. دریانی، فرهاد: کنترل بیماری تالاسمی ماژور از طریق شناسایی حاملین ژن معیوب تالاسمی. مجله علمی-فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی بابل (شافی)، ۱۳۷۴، سال سوم شماره ۷ و ۸، صص: ۹۴-۸۹.
۵. اسماعیلی، زهرا؛ واعظ زاده، نازنین: بررسی نظرات جوانان در شرف ازدواج پیرامون مشاوره قبل از ازدواج بیماری تالاسمی در شهرستان قائم شهر در سال ۱۳۷۳. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۷۷-۱۳۷۶، سال هفتم و هشتم شماره ۱۷ و ۱۸، صص: ۳۹-۳۳.
۶. زارع اطاقسرای، حبیب اله، صفرپور، محمد اسماعیل؛ تمدنی، احمد: بررسی بیماران تالاسمی در مرکز درمانی تحقیقاتی تالاسمی امیرکلا. پایان نامه دکتری عمومی چاپ نشده دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۳۷۷.
۷. درجانی، عباس: تالاسمی و بررسی آماری ۵۰۰ مورد تالاسمی ماژور در استان گیلان. پایان نامه دکتری چاپ نشده دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۶۹.
۸. پورابراهیمی، طاهره؛ رضایی پور، افسر؛ سمیعی، سوسن؛ کمالی، پرویز: بررسی نگرش پرستاران در مورد بیماری تالاسمی. فصلنامه انجمن تالاسمی ایران، ۱۳۷۶، شماره ۱۲، صص: ۴۶-۴۴.
۹. میرراشد، فریده؛ رحیمیا، فهیمه؛ ملکی، هما: بررسی میزان آگاهی دانش آموزان دختر سال چهارم دبیرستانهای رشت در مورد بیماری تالاسمی سال ۱۳۷۲. فصلنامه انجمن تالاسمی ایران، ۱۳۷۶، شماره ۱۲، صص: ۴۹-۴۷.
9. Khin Ei, Aung MH, Thein TM. Thalassaemia the Outpatient Department of the Yangon Children's Hospital in Myanmar: Knowledge, Attitude and Practice in Relation to Thalassaemia. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1992; 23(2):269-72.
10. Zahed L, Bou- Dames J. Acceptance of First- Trimester Prenatal Diagnosis for the Haemoglobinopathies in Lebanon. Prenat Diagn 1997; 17(5): 423-8.
۱۱. سال مه، فاطمه: تأثیر آموزش بر میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر نسبت به بیماری تالاسمی و پیشگیری آن. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۷۵، سال ششم شماره ۱۳، صص: ۱۲-۱۰.

Attitude and Knowledge of Couple About Thalassemia at the Stage of Marriage in Babol

Hajian KO

ABSTRACT

Thalassemia is a genetic hemoglobinopathy. The attitude and knowledge of couple at the stage of marriage has an important role in prevention of that. The objective of this study was to determine the attitude and knowledge of couple at stage of marriage in relation to the necessary of consulting program, prevention and the nature of thalassemia in Babol.

A cross-sectional study of 268 couples (536 subjects) at the stage of marriage was conducted in consulting center of thalassemia in Amirkola-Babol in 2000. The data was collected with interviewing of the couple using a questionnaire. In the statistical analysis, chisquare test was used.

The findings show that 80.7% of men and 86.2% of women at the stage of marriage know thalassemia. The most source of their information (64%) was radio and television. The most of subject (85.5% of men and 83.6% of women) have a positive attitude with respect to the necessary of consulting before marriage. In general, there is no significant difference between the knowledge of men and women ($P > 0.05$) but the rate of knowledge and positive attitude with respect to the prevention of thalassemia was significantly increased in urban area and higher levels of education ($P < 0.01$).

The results indicates that the attitude and knowledge of couple about prevention of Thalassemia was increased in the recent years using communication systems. The more extensive education program with continuing is necessary for promotion of prevention of thalassemia.

Key Words: Marriage/ Thalassemia/Thalassemia- Prevention and control