

## تاثیر مداخله آموزشی بر سلامت باروری زوجین داوطلب ازدواج استان قم در سال ۱۳۹۵

مهدی میرحیدری<sup>۱</sup>، لیلا قزوینیان<sup>۲</sup>، مرضیه رضایی عارف<sup>۲</sup>، زهره کریمی راهجردی<sup>۲</sup>، مصطفی قزوینیان<sup>۳</sup>، عابدین ثقفی پور<sup>۴</sup>\*

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۲۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** کلاسهای آموزشی مشاوره حین ازدواج با هدف افزایش اطلاعات و ایجاد نگرش مثبت به مسائل مختلف سلامت باروری می‌تواند پایه‌گذار یک زندگی زناشویی موفق باشد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر سلامت باروری و بهداشت جنسی زوجین شرکت کننده در کلاس‌های حین ازدواج می‌باشد.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر مداخله ای - نیمه تجربی، به صورت قبل و بعد از آموزش و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی بر ۴۲۴ نفر مراجعه کننده جهت شرکت در کلاس‌های مشاوره هنگام ازدواج که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند انجام شد. بعد از وارد کردن داده‌های پرسشنامه، از آزمون‌های آماری جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین آگاهی قبل از مطالعه در شرکت کنندگان از  $1/40 \pm 0/428$  به  $1/87 \pm 0/183$  افزایش یافته است. و در خصوص نگرش نیز میانگین آن از  $4/45 \pm 0/402$  به  $4/43 \pm 0/380$  افزایش یافته است. میانگین نمره آگاهی و نگرش شرکت کنندگان در مطالعه، بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله آموزشی به طور معنی داری در تمامی حیطه‌ها افزایش نشان می‌دهد ( $p < 0/001$ )

**نتیجه گیری:** مطالعه حاضر نشان داد آموزش موجب افزایش آگاهی و نگرش زوجین شرکت کننده در کلاس‌های هنگام ازدواج شد. پیشنهاد می‌شود آموزش‌ها بر اساس الگوهای آموزش بهداشت طراحی و با تداوم این قبیل آموزش‌ها و برگزاری دوره‌های آموزشی مختلف پس از ازدواج، کمک بسزایی در ایجاد رضایت زناشویی گردد.

**واژگان کلیدی:** مداخله آموزشی، زوجین داوطلب ازدواج، سلامت باروری

### مقدمه

دوران بلوغ و باروری، خدمات تنظیم خانواده و دوران بارداری و زایمان، غربالگری سرطان‌های زنان و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و مشکلات جنسی و مسایل مرتبط با بایستگی را برای آن مطرح کرده است (۲). سلامت باروری به معنای "سلامت کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی مربوط به سیستم تولید مثل و روند و عملکرد آن در طول زندگی هر فرد" می‌باشد (۳). با وجود تمام این تأکیدات، سلامت باروری زنان در جهان، در معرض خطر می‌باشد و در ایران نیز مطالعات متعددی نشان دهنده گستردگی و تأثیر عوارض باروری بر سلامت و کیفیت زندگی زنان می‌باشد، از جمله نتایج مطالعه‌ی رضایی تهرانی و همکاران حاکی از شیوع عفونت‌های سیستم تناسلی (۳۷/۶ درصد)، شلی‌های لگنی (۴۰/۴ درصد) و خونریزی غیر طبیعی رحمی (۳۱ درصد) بود (۴). در طرح تحقیقاتی وزارت بهداشت در سال ۸۴ (IMES) میزان آمار باروری ناخواسته استان قم ۳۱/۱ درصد گزارش گردید که در مقایسه با میزان کشوری آن (۱۸/۶ درصد) بسیار بالا می‌باشد (۵). توجه به آمار نسبت ازدواج به طلاق ثبت شده، نشان

یکی از با اهمیت‌ترین و ارزشمندترین نهاده‌ها در ایران خانواده است و برای تحکیم بنیان خانواده، پرداختن به همه‌ی ابعاد سلامت خانواده ضروری می‌باشد. از بین ابعاد مختلف سلامت خانواده، ارتباط زناشویی به ویژه در آغاز زندگی مشترک از اهمیت بیش‌تری برخوردار است (۱). در این راستا آرایه‌ی مراقبت‌های سلامتی به ویژه خدمات سلامت باروری، از اهمیت خاصی برخوردار است. به طوریکه بیانیه‌ی کنفرانس جمعیت و توسعه‌ی قاهره، حفظ و ارتقای سلامت باروری را مورد تأکید قرار داده است و ابعاد متعددی، مثل مشاوره‌ی نوجوان و آموزش بهداشت

۱. گروه مبارزه با بیماریها، مرکز بهداشت شهرستان قم، دانشگاه علوم پزشکی قم  
 ۲. گروه سلامت خانواده و جمعیت، مرکز بهداشت شهرستان قم دانشگاه علوم پزشکی قم

۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم.

\* (نویسنده مسؤول) Email: abed.saghafi@yahoo.com

صحیح پایه گذاری نمایند (۱۳). لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر سلامت باروری و بهداشت جنسی زوجین شرکت کننده در کلاس‌های هنگام ازدواج استان قم در سال ۱۳۹۵ انجام می‌شود.

### روش بررسی

مطالعه حاضر مداخله ای \_ نیمه تجربی، بر روی ۲۵۰ زوج ایرانی مراجعه کننده جهت شرکت در کلاس‌های مشاوره هنگام ازدواج به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. نمونه‌ها از بین زوجین ایرانی که برای اولین بار در کلاس‌های مشاوره قبل ازدواج شرکت کرده‌اند، انتخاب گردید و پس از توجیه زوجین در مورد اهداف طرح و دریافت مجوز از دانشگاه علوم پزشکی قم و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات آنان، در صورتی که هر دو نفر آنها تمایل به شرکت در مطالعه را داشته باشند، وارد مطالعه شدند. زوجین ساکن استان قم که سواد خواندن و نوشتن و یا تمایلی به شرکت در مطالعه را نداشته باشند و یا قبلاً در دوره آموزشی پیش از ازدواج شرکت کرده باشند و یا فقط یکی از زوجین پرسشنامه را تکمیل نمایند و یا ناقص تکمیل گردد، از مطالعه خارج شدند. پس از کسب رضایت از آنان و ارائه توضیحاتی در خصوص نحوه پاسخگویی به سوالات، در حضور محقق، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ای بی‌نام کردند. از پرسشنامه‌ی محقق ساخته و به روش خود گزارشی اطلاعات جمع آوری گردید. میانگین زمان لازم برای تکمیل هر پرسشنامه ۱۰ دقیقه بود. در پژوهش حاضر پرسشنامه بر اساس اهداف طرح، از طریق بررسی متون تهیه و جهت روانسنجی ابزار، از روشهای اعتبار صوری و اعتبار محتوا برای سنجش اعتبار استفاده شد. "نسبت اعتبار محتوا" و "شاخص اعتبار محتوا" نیز برای تعیین اعتبار محتوا بکارگرفته شد. برای تعیین پایایی از روش بررسی همسانی درونی و آزمون مجدد استفاده شد. برای تعیین اعتبار صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. پس از انجام اصلاحات لازم بر اساس نظر ۱۰ نفر از صاحب نظران، اهمیت هر سوال را بر اساس طیف لیکرت ۵ قسمتی کاملاً مهم است (امتیاز ۵)، تا اندازه‌های مهم است (امتیاز ۴) به طور متوسط مهم است (امتیاز ۳)، اندکی مهم است (امتیاز ۲) و اصلاً مهم نیست (امتیاز ۱) محاسبه گردید که نمره تاثیر همه سوالات ۱/۵ و بالاتر بود. نسبت اعتبار محتوا بر مبنای جدول لاوشه و با توجه به شرکت ۱۰ مدرس حداقل ۰/۶۲ بود. پرسشنامه با توجه به میانگین نسبت اعتبار محتوا، از اعتبار محتوایی قابل قبولی برخوردار است و شاخص اعتبار محتوا بیشتر ۰/۸۰ حفظ گردید و متوسط شاخص روایی محتوا ۰/۸۹ محاسبه شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ زوج شرکت کنندگان در کلاس‌های آموزشی محاسبه گردید که میزان آلفای کرونباخ برای ۰/۹۱ بود. به منظور بررسی آزمون - باز آزمون ابزار، پرسشنامه در دو مرحله با فاصله زمانی

دهنده روند رو به رشد طلاق بخصوص در استان قم می باشد که در سال‌های اخیر به شدت رو به افزایش است و مهمتر اینکه بیشترین آمار طلاق در یک سال اول زندگی اتفاق افتاده است (۶). از طرفی سازمان جهانی بهداشت نیز آمار ۱۵ تا ۷۵ درصدی از شیوع همسر آزاری و خشونت‌های خانگی را در کشورهای مختلف ارائه داده است (۷). خشونت خانگی شامل طیفی از اعمال عمدی خشن جسمی، روانی-عاطفی و جنسی است که تاثیر منفی بر سلامت جسم و روان زوجین می‌گذارد (۸). به طوری که نتایج مطالعات متعددی نشان می‌دهد میزان خشونت خانگی، بسیار بالا می باشد (۹). در همین راستا آموزش سلامت باروری و مسائل زناشویی به زوجین، می‌تواند نقش مؤثری در برخورداری زوجین از سلامت زناشویی و برقراری ارتباط جنسی صحیح و در نهایت حفظ و تحکیم خانواده داشته باشد (۱) و یکی از مناسبترین گروه‌ها برای آموزش سلامت باروری در جامعه، زوجین در آستانه ازدواج می باشند که اولین تماس آنان با سیستم بهداشتی در کلاس‌های مشاوره و آموزش‌های پیش از ازدواج روی می‌دهد (۱۰). در حال حاضر آموزش‌های هنگام ازدواج، با رویکردی آموزشی، درمانی و پیش‌گیرانه بر روی جنبه‌های حیاتی خدمات بهداشت باروری و فرزندآوری و تحکیم خانواده تأکید دارد (۱۱) که در صورت اجرای صحیح این فرایند آموزشی می‌تواند علاوه بر جلوگیری از ناراضی‌تی و شکست در زندگی زناشویی، نقش بسیار مهمی در پیشگیری از مرگ و میر و معلولیت‌ها در مادران و نوزادان داشته باشد (۱۲). کلاس‌های هنگام ازدواج فرصتی است تا زوجین با حقوق و مسئولیت‌های مشترک و اختصاصی در ارتباط با مسائل بهداشت باروری آگاه و حتی موجب تغییر نگرش آنان گردد (۱۳). مطالعات انجام شده در چهار ایالت آمریکا، نشان داد که با وجود اینکه میزان مشارکت در کلاسهای آموزشی زناشویی و میزان رضایت از ازدواج با نژاد، درآمد و سطح آموزش ارتباط قوی دارد، اما شرکت در کلاسهای آموزشی زناشویی را برای طیف وسیعی از زوجها مفید دانست (۱۴). مطالعه کارول و همکاران در خصوص اثر بخشی برنامه‌های آموزشی قبل از ازدواج نیز نشان داد که شرکت در این برنامه‌ها باعث افزایش قابل توجه مهارت‌های فردی و کیفیت رابطه زوجین گردید (۱۵). طرح آموزش مسائل زناشویی، پس از بازنگری و تدوین محتوای آموزشی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی مربیان سراسر کشور، در قالب مجموعه آموزش‌های هنگام ازدواج وارد برنامه‌ی کشوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده است و قریب به ۱۰۰ درصد زوجین از این آموزش‌ها برخوردار می‌شوند (۱) تا زن و مرد در ابتدای زندگی زناشویی با اطلاعات کافی و مناسب در زمینه جنبه‌های گوناگون بهداشت باروری، پیشگیری از بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مقاربتی، ژنتیکی و آشنایی با واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، مسائل و مشکلات جنسی و بررسی سیاستهای جدید جمعیتی، زندگی مشترک را بر مبنای

خانم‌های شرکت کننده در کلاسهای هنگام ازدواج، استفاده - گردید و برای جلوگیری از تفاوت آموزش در دو گروه، آموزش دهندگان از بین مریبانی انتخاب شدند که دوره‌های آموزشی تربیت مربی برگزار شده توسط وزارت بهداشت را گذرانده و دارای گواهی نامه شرکت در کارگاه مشاوره ازدواج می باشند و قبل از اجرای کلاس‌های آموزشی طی جلسات حضوری در مورد اهداف مطالعه و شیوه تدریس با آنان هماهنگی لازم صورت گرفت. آموزش از طریق سخنرانی و نمایش اسلایدها و فیلمهای مشابه تهیه شده توسط وزارت بهداشت در دو کلاس آقایان و خانم‌ها برگزار شد. برای مقایسه تغییرات دو گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی از میانگین استفاده می‌شود. به این ترتیب که کلیه امتیازات داده شده توسط هر یک از نمونه‌های پژوهش با هم جمع و تقسیم بر تعداد سوالات سازه می‌شود. برای سهولت در مقایسه تغییرات در سازه‌های مختلف در تمام موارد، نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتری می‌باشد. جهت پیگیری زوجین از طریق تماس تلفنی برای تکمیل پرسشنامه به مرکز بهداشت شهرستان دعوت شده و پرسشنامه‌ها نوبت دوم تکمیل گردید. پیش بینی گردید در مواردی که از لحاظ مسافتی زوجین قادر به حضور در مرکز مشاوره ازدواج نبودند، با هماهنگی قبلی، از آنان دعوت گردید جهت تکمیل پرسشنامه به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی منطقه سکونت خود مراجعه کنند و جهت تشکر و قدردانی از مشارکت شرکت کنندگان در پژوهش، هدایایی نیز به آنها اهدا گردید. بعد از وارد کردن داده‌های پرسشنامه، از آزمون‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و آزمون کای دو، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات، از نرم افزار SPSS 21 استفاده می‌گردد.

#### یافته‌ها

با توجه به سن شرکت کنندگان در این مطالعه، میانگین سن ازدواج در آقایان (۲۵٫۴ (انحراف معیار ۴/۸۷) و در خانمها ۲۰٫۸ سال (انحراف معیار ۵/۰۴۶) بود و کمترین و بیشترین سن شرکت کننده در مطالعه در آقایان ۱۴ و ۵۲ سال و در خانمها ۱۲ و ۴۳ سال بود. ۴۸ زوج -۹۶ نفر- (۲۲/۶٪) نسبت فامیلی داشتند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش و جدول شماره ۲ میزان رضایتمندی واحدهای پژوهش را نشان می‌دهد. جدول شماره ۲ مقایسه میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش بر اساس تفکیک جنسیتی قبل و بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه پس از مداخله آموزشی را نشان می‌دهد.

دو هفته توسط ۱۵ نفر از مراجعین به مراکز مشاوره ازدواج در شرایط مشابه تکمیل گردید. برای تعیین پایداری ابزار، همبستگی بین پاسخ‌های ۱۵ نفر از مراجعین به مراکز مشاوره ازدواج، در دو مرحله و بعد از گذشت دو هفته محاسبه گردید. میزان همبستگی برای سوالات ۰/۸۹ بدست آمد. مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی که پس از دریافت مجوز از دانشگاه علوم پزشکی قم، به صورت قبل و بعد از آموزش و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی بر روی ۲۵۰ زوج ایرانی مراجعه کننده جهت شرکت در کلاس‌های مشاوره هنگام ازدواج انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای که شامل ۳۹ سوال است که شامل ۱۱ سوال مربوط به اطلاعات جمعیتی شناختی- رفتاری، ۱۶ سوال آگاهی و ۱۲ سوال جهت سنجش نگرش در مورد کلاس‌ها و مسائل مطرح شده در کلاس‌ها می‌شود. سوالات آگاهی به صورت سه گزینه‌ای با گزینه‌های صحیح، غلط و نمی‌دانم و به ترتیب با امتیاز ۲، ۱ و ۰ تنظیم شد که در صورت پاسخ صحیح به تمام سوالات آگاهی مجموع امتیازات کسب شده توسط فرد ۳۲ امتیاز می‌باشد. سوالات نگرشی به صورت ۵ گزینه‌ای و بر اساس طیف ۵ قسمتی لیکرت با گزینه‌های کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف و به ترتیب با امتیاز ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ طراحی شدند. کسب نمره بالاتر نشان دهنده آگاهی بیشتر و نگرش مثبت زوجین نسبت به مسائل مربوط به ازدواج می‌باشد. پرسشنامه توسط شرکت کنندگان و در حضور مریبان تکمیل می‌گردد. جامعه آماری زوجین شرکت کننده در کلاس آموزشی هنگام ازدواج می‌باشد که نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده از هر دو جنس انجام می‌گردد. با توجه به حجم نمونه انتخاب شده توسط پورمرزی در مطالعه بررسی مقایسه‌ای نیازهای آموزشی بهداشت جنسی و باروری جوانان در دو موقعیت قبل و بعد از ازدواج، در تهران (۱۶)، اندازه نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد، بر اساس فرمول پوکاک

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S1^2 + S2^2)}{(\mu1 - \mu2)^2} = 455$$

حدوداً ۴۵۵ نفر برآورد گردید که با احتساب ۱۰ درصد ریزش، ۵۰۰ نفر، برابر با ۲۵۰ زوج در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که در ابتدای مطالعه تعداد نمونه‌های پژوهش ۵۰۰ نفر (۲۵۰ نفر زوج) بودند که با توجه به ریزش ۷۶ نفر از افراد پس از انجام مداخله، اندازه نمونه ۴۲۴ نفر (۲۱۲ زوج) شد. آموزش‌ها بر اساس بسته آموزشی تهیه شده توسط وزارت بهداشت و با توجه به سیاست‌های جدید جمعیتی طراحی گردید. برای آموزش از دو مربی فوکال پوینت آموزشی آقا و خانم جهت آموزش آقایان و

جدول (۱): مقایسه مشخصات دموگرافیک زوجین مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	
	آقایان	خانمها
سن	کمتر از ۱۵ سال	۲ (۰/۹)
	۱۶-۲۰ سال	۱۶ (۷/۵)
	۲۱-۲۵ سال	۹۶ (۴۵/۳)
	۲۶-۳۰ سال	۸۲ (۳۸/۷)
	۳۱-۳۵ سال	۸ (۳/۸)
	بیشتر از ۳۶ سال	۸ (۳/۸)
وضعیت شغل	بیکار (خانه دار)	۱۷۴ (۸۲/۱)
	آزاد (شاغل)	۱۲۲ (۵۷/۵)
	کارمند	۳۹ (۱۸/۴)
وضعیت تحصیلات	کارگر	۲۴ (۱۱/۳)
	راهتمایی	۸۵ (۴۰/۱)
	دبیرستان	۶۲ (۲۹/۲)
	دانشگاهی	۶۵ (۳۰/۷)

جدول (۲): میزان رضایتمندی واحدهای پژوهشی

متغیر	تعداد (درصد)		
	کم	متوسط	زیاد
فضای کلاس	۱۳ (۳/۱)	۱۵۶ (۳۶/۸)	۲۵۵ (۶۰/۱)
مطالب آموزشی	۱۳ (۳/۱)	۱۵۲ (۳۵/۸)	۲۵۹ (۶۱/۱)
نحوه آموزش	۶ (۱/۴)	۶۷ (۱۵/۸)	۳۵۱ (۸۲/۸)
لزوم شرکت در کلاس	۱۰ (۲/۶)	۱۲۸ (۲۹/۹)	۲۸۶ (۶۷/۵)

جدول (۳): مقایسه میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش بر اساس تفکیک جنسیتی قبل و بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه پس از مداخله آموزشی

نتیجه آزمون *p-value	آماره آزمون (Chi-Square)	بعد از مداخله آموزشی (نفر ۴۲۴)		بلافاصله بعد از آموزش (نفر ۴۲۴)		قبل از مداخله آموزشی (نفر ۴۲۴)		زمان سنجش	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
< .۰/۰۰۱	۸۵/۰۳	۰/۲۵	۱/۹۲	۰/۲۹	۱/۹۲	۰/۵۱	۱/۶۳	مرد	آگاهی
< .۰/۰۰۱	۶۶/۲۶	۰/۰۶	۱/۹۹	۰/۲۵	۱/۹۴	۰/۵۰	۱/۷۵	زن	
< .۰/۰۰۱	۱۶۶/۹۲	۰/۲۲	۱/۸۸	۰/۱۷	۱/۹۴	۰/۴۴	۱/۵۵	مرد	
< .۰/۰۰۱	۲۰۳/۵۲	۰/۲۲	۱/۸۷	۰/۱۸	۱/۹۴	۰/۵۶	۱/۳۳	زن	
< .۰/۰۰۱	۱۳۲/۴۰	۰/۳۳	۱/۷۶	۰/۲۹	۱/۸۲	۰/۵۸	۱/۲۸	مرد	
< .۰/۰۰۱	۱۹۴/۳۳	۰/۳۳	۱/۷۶	۰/۲۶	۱/۸۳	۰/۵۶	۱/۱۷	زن	
< .۰/۰۰۱	۱۹۴/۸۷	۰/۲۶	۱/۹۰	۰/۲۰	۱/۹۲	۰/۵۲	۱/۴۲	مرد	
< .۰/۰۰۱	۲۶۲/۹۳	۰/۲۱	۱/۹۰	۰/۲۲	۱/۹۲	۰/۶۳	۱/۱۱	زن	
< .۰/۰۰۱	۷۴/۷۳	۰/۵۲	۴/۴۶	۰/۵۱	۴/۶۵	۰/۷۱	۴/۱۳	مرد	
< .۰/۰۰۱	۹۹/۸۸	۰/۴۷	۴/۵۵	۰/۴۷	۴/۶۸	۰/۷۷	۴/۰۷	زن	
< .۰/۰۰۱	۱۳۰/۶۶	۰/۶۵	۴/۱۷	۰/۶۶	۳/۵۹	۰/۶۶	۳/۵۹	مرد	نگرش
< .۰/۰۰۱	۱۰۲/۵۲	۰/۶۵	۴/۱۳	۰/۶۹	۳/۴۷	۰/۶۹	۳/۴۷	زن	
< .۰/۰۰۱	۱۴/۰۴	۰/۵۸	۴/۵۰	۰/۵۷	۴/۴۸	۰/۶۴	۴/۳۱	مرد	
< .۰/۰۰۱	۴۴/۷۲	۰/۵۳	۴/۵۵	۰/۵۸	۴/۵۵	۰/۶۵	۴/۲۴	زن	
< .۰/۰۰۱	۷۱/۴۹	۰/۵۴	۴/۵۷	۰/۵۳	۴/۶۱	۰/۷۹	۴/۱۱	مرد	
< .۰/۰۰۱	۳۱/۸۷	۰/۶۰	۴/۵۱	۰/۶۲	۴/۵۷	۰/۷۵	۴/۲۴	زن	

\*  $p < 0.05$  سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

تمام حیطه های آموزشی نمره بیشتر نشان دهنده وضعیت مطلوب تر و کسب آگاهی و نگرش مناسب تر نسبت به مسائل مختلف بهداشت باروری می باشد، یافته ها نشان می دهند که میانگین نمره آگاهی و نگرش شرکت کنندگان در مطالعه، بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله آموزشی به طور معنی داری در تمامی حیطه ها افزایش دارد. ( $p < 0.001$ ).

### بحث و نتیجه گیری

داشتن اطلاعات مناسب و صحیح در زمینه های مختلف سلامت باروری، بهداشت جنسی و استفاده از مشاوره ژنتیک به منظور جلوگیری از اختلالات مادرزادی و بیماری های ژنتیکی و تغییر دیدگاه زوجین در خصوص فرزندآوری و آشنایی با فرزندآوری بهنگام، می تواند راهنمای خوبی برای زوجین جوان در ابتدای زندگی مشترک باشد (۱۷). بنابراین کلاسهای آموزشی مشاوره هنگام ازدواج با هدف افزایش اطلاعات و ایجاد نگرش مثبت به مسائل مختلف سلامت باروری می تواند پایه گذار یک زندگی زناشویی موفق باشد (۱۸) و تشکیل این کلاسها توسط افراد کارآمد از مهمترین وظایف سیستم بهداشتی جامعه می باشد. این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در این زمینه بیانگر ضرورت انجام مشاوره هنگام ازدواج می باشد (۱۱، ۱۲ و ۱۹-۱۷). یافته های مطالعه لعل بخش در بررسی اثر بخشی آموزش مهارتهای پس از ازدواج بر افزایش رضایت زناشویی زوجین نیز نشان داد که تاثیر این جلسات آموزشی موجب افزایش رضایت زناشویی گردیده است (۲۰). این نتیجه در سایر مطالعات مشابه نیز بدست آمده است (۲۱، ۲۲). اما مطالعه حاجی کاظمی و همکاران نشان داد که آموزش قبل از ازدواج بر روی دختران در شرف ازدواج، گرچه باعث افزایش معنی دار در نمره آگاهی گردید، اما تغییر معنی داری در نگرش آنان ایجاد نکرد (۲۳ و ۲۶). نتایج مطالعه حاضر بیانگر تاثیر مداخله آموزشی بر افزایش آگاهی نمونه های پژوهش در هر چهار حیطه بهداشت باروری، بهداشت جنسی و تنظیم خانواده و ژنتیک می باشد. به طوریکه میانگین آگاهی قبل از مطالعه در شرکت کنندگان از  $0.428 \pm 0.140$  به  $0.83 \pm 0.183$  و  $0.390 \pm 0.147$  با اختلاف اندکی بیشتر از میانگین آگاهی خانمها ( $0.455 \pm 0.134$ ) می باشد. این در حالی است که پس از مداخله آموزشی، آگاهی در دو گروه تقریباً به یک میزان افزایش یافته است. در کل اختلاف میانگین آگاهی قبل از مداخله آموزشی با سه ماه بعد از مداخله آموزشی در گروه خانمها بیشتر است که نشان دهنده تاثیر بیشتر آموزش بر گروه خانمها می باشد. به ترتیب بیشترین اختلاف میانگین (۱، ۰۱) در پاسخگویی به سوالات آگاهی مربوط به چگونگی استفاده از قرص اورژانس جهت جلوگیری از حاملگی ناخواسته با میانگین قبل از مداخله ( $0.925 \pm 0.182$ ) و سه ماه بعد از مداخله ( $0.464 \pm$

۱/۸۷) می باشد. بیشترین میزان آگاهی در قبل و بعد از مداخله در بین تمام سولات آگاهی در پاسخگویی صحیح به سوال "در ازدواج فامیلی انجام مشاوره ژنتیک لازم است؟" می باشد. در حالی که ۴۸ زوج ( $22.6\%$ ) نسبت فامیلی داشتند که نشان دهنده آگاهی و توجه زوجین به پیشگیری از بیماریهای ژنتیکی و نقایص مادرزادی و مراجعه به مراکز مشاوره ژنتیک می باشد. نتایج بدست آمده در مطالعه مودی و همکاران نشان داد که نمره میانگین آگاهی زوجین مورد مطالعه در زمینه بیماریهای ژنتیک و معلولیت ها از  $1.6 \pm 2.3$  به  $1.6 \pm 3.4$  افزایش یافت و این تغییرات از لحاظ آماری معنی دار بود. ( $p < 0.001$ ) (۱۹). نتایج مطالعه کوثریان و همکاران در خصوص انجام مشاوره ژنتیک در مازندران نیز مؤید تاثیر آموزش بر کاهش موارد جدید تالاسمی ماژور و انصراف از ازدواج ۵۱ درصد زوجین ناقل تالاسمی مینور می باشد (۲۴). در مطالعه اقداک آموزش باعث افزایش اندک در آگاهی دختران گردید (۲۵). لذا به نظر می رسد استفاده از شیوه های مختلف منجر به افزایش اثر بخشی بیشتر آموزش می شود (۲۲). نتایج بدست آمده در مطالعه مودی و همکاران نشان می دهد که سطح آگاهی و نگرش زوجین مورد مطالعه در سه حیطه بهداشت باروری و، تنظیم خانواده و بیماریهای ژنتیکی و معلولیتها، قبل و بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته و این اختلاف معنی دار می باشد ( $p < 0.001$ ). ولی این افزایش در سطح آگاهی بسیار بالا نبود، و تنها ۸ درصد زوجین مورد مطالعه پس از مداخله آموزشی از سطح آگاهی خوبی برخوردار بودند (۱۹). مطالعات نشان می دهند که افزایش آگاهی و اطلاعات به افراد می تواند نگرش آنان را تغییر دهد (۲۶). در مطالعه حاضر نیز آموزش پیش از ازدواج باعث بهبود نگرش واحد های پژوهش نسبت به بهداشت باروری گردید و میانگین نگرش در ۳ ماه پس از مداخله آموزشی یافته است و این افزایش معنی دار می باشد ( $p < 0.001$ ) و بیشترین اختلاف میانگین نگرش نسبت به حیطه های مختلف سلامت باروری و جنسی مربوط به حیطه باروری سالم می باشد. این در حالی است که این حیطه هم در قبل از مداخله آموزشی و هم بعد از آن کمترین میانگین نمرات را به خود اختصاص داده است که می دهد با وجود اینکه آگاهی واحدهای پژوهش نسبت به مسائل مختلف بهداشت باروری خوب می باشد، اما نگرش آنان نسبت به این مسائل مناسب نیست. در بین سوالات مختلف این حیطه کمترین میانگین نمرات مربوط به سیاست های جمعیتی جدید می باشد و به نظر می رسد با وجود تبلیغات فراوان از سوی رسانه های مختلف در خصوص افزایش جمعیت، اما تمایل به دیر فرزنددار شدن و فاصله زیاد بین فرزندان و دارا بودن یک خانواده کم جمعیت برای آنان در اولویت می باشد. با وجود اینکه آموزشها در زمینه نگرش شرکت کنندگان در مورد داشتن ۳ فرزند و بیشتر موثر بوده است، اما در مبحث اقدام برای بارداری و صاحب اولین فرزند شدن والدین پس از

ازدواج، تمایل واحدهای پژوهش به اقدام برای بارداری در ۲ سال اول ازدواج کم می‌باشد و با وجود پایین بودن نمره میانگین  $(3/17 \pm 1/353)$  در قبل از مداخله آموزشی، این میانگین با اختلاف ناچیز  $0/32$  در سه ماه بعد از مداخله آموزشی به  $3/49 \pm 1/354$  افزایش داشته است. در مجموع به نظر می‌رسد حتی پس از مداخله آموزشی هنوز هم واحدهای پژوهش بهترین زمان برای اقدام به بارداری را ۲ سال بعد از ازدواج و تمایل به داشتن فرزندان با اختلاف سنی حتی بیشتر از ۵ سال دارند. مطالعه اولیوری واید نشان داد که آموزش زوجین می‌تواند منجر به روابط زناشویی رضایت بخش گردیده که بطور مستقیم یا غیرمستقیم، فرایند فرزندآوری و فرزند پروری را تسهیل نماید  $(27)$ . نتایج مطالعه وکیلان و همکاران نشان داد که ۶۰ درصد نگرش خوب و ۴۰ درصد نگرش متوسط نسبت به مشارکت مردان در بهداشت باروری داشتند و اختلاف معنی داری در بعد از شرکت در کلاس آموزشی ایجاد نشد  $(13)$ . در حیطه بهداشت جنسی مطالعات نشان دادند که آموزش بهداشت جنسی و مهارت‌های مرتبط با آن در مرحله پیش از ازدواج کمک شایانی به صمیمیت جنسی بیشتر زوجین و رفع اختلال در عملکرد جنسی می‌نماید  $(26)$ . یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تفاوت‌های ایجاد شده در نمرات پس از آزمون واحدهای پژوهش در حیطه نگرشی بهداشت جنسی معنی دار بوده است  $(p < 0/001)$ . بنابراین آموزش مهارت‌های جنسی در بهبود نگرش واحدهای پژوهش موثر بوده است. مطالعه دشتستان نژاد و همکاران نشان داد که ۷۶٫۵ درصد کاهش باورهای ناکارآمد جنسی شرکت کنندگان در گروه آزمایش را می‌توان با آموزش مهارت‌های جنسی پیش از ازدواج نسبت داد  $(26)$ . لعل بخش و همکاران خود نشان دادند که تاثیر جلسات آموزشی موجب افزایش رضایت زناشویی و روابط جنسی گردیده است  $(20)$ . سایر مطالعات نیز مؤید نقش آموزش در ارتقاء بهداشت جنسی و مهارت‌های جنسی زوجین می‌باشد  $(21, 28, 29)$ . در حیطه نگرش واحدهای پژوهش به سوالات مختلف بهداشت جنسی، منجمله نگرش آنان نسبت به خصوصی بودن مشکلات جنسی زوجین، روابط جنسی ایمن و سالم و پرهیز از تماس‌های جنسی مقعدی و دهانی، تماس جنسی با شرکای متعدد و یا ایجاد نارضایتی جنسی و بالارفتن توقعات جنسی متعاقب تماشای فیلم‌های جنسی و خصوصی بودن مسائل و مشکلات مربوط به روابط جنسی، پایین‌ترین میانگین نمره در قبل از مداخله آموزشی  $(3/22 \pm 1/044)$  و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی  $(3/94 \pm 1/153)$  در پاسخ به سوالاتی مربوط به خصوصی دانستن مشکلات مربوط به روابط جنسی بین همسران و عدم تمایل آنان جهت مراجعه و استفاده از راهنمایی متخصصین امر می‌باشد. این در حالی است که ۵۰ درصد از زوجین اختلال جنسی را تجربه خواهند کرد، ولی تعداد کمی تحت مشاوره و درمان قرار می‌گیرند

که مهمترین دلیل عدم مراجعه افراد به مشاوره، فرهنگ شرم و حیای افراطی می‌باشد و موانع فرهنگی و تشویق افراد به محرمانه ماندن مسائل جنسی مانع اصلی برای کسب اطلاعات درباره مسائل جنسی است  $(26)$ . بنابراین آموزش افراد در زمینه بهداشت جنسی ضروری می‌باشد، چون دانش صحیح کافی منجر به ایجاد نگرش سالم نسبت به مسائل جنسی و رفتار مسئولیت پذیر می‌شود  $(30)$  در کل با وجود سیستم مراقبت‌های اولیه فعال و کارآمد و اجرای برنامه‌های موفق بهداشت خانواده، اما در زمینه بهداشت جنسی و آموزش مهارت‌های جنسی خلاءهای در سیستم بهداشتی و نظام سلامت کشور به چشم می‌خورد. در حالی که تحقیقات داخل کشور نیاز مبرم و روز افزون به این قبیل آموزشها را نشان می‌دهد  $(26)$ . مطالعه حاضر نشان داد که در خصوص رضایت از نحوه آموزش و شیوه ارائه مطالب توسط مربی، اظهار رضایت و نحوه تدریس و برخورد مربی بسیار خوب ذکر شد و تشکیل کلاس آموزشی و حضور در کلاس بعنوان بهترین شیوه آموزش سلامت باروری و جنسی عنوان شد. نتایج مطالعه سالاروند و همکاران نشان داد که اکثر شرکت کنندگان در مطالعه محیط فیزیکی کلاس، کیفیت وسایل کمک آموزشی متوسط ارزیابی گردید. در مطالعه سالاروند و همکاران  $51/5$  درصد از زوجین کیفیت تدریس مطالب ارائه شده را خوب،  $41/7$  درصد متوسط و  $6/9$  درصد ضعیف ارزیابی کردند  $(11)$ . با وجود اینکه در مطالعاتی میزان اثر بخشی کلاسهای آموزشی پیش از ازدواج را پایین دانستند  $(18)$ ، ولی توجه به کیفیت ارائه آموزش و فراهم آوردن امکانات جهت برگزاری یک کلاس آموزشی مناسب، بکارگیری مربیان کارآمد می‌توان موجب افزایش رضایت گیرندگان خدمت و ترغیب آنان برای ادامه ارتباط با سیستم بهداشتی باشد  $(16)$ . این مطالعه نیز نشان داد، می‌توان با بکارگیری مربیان متخصص و آموزش دیده و با بهره گیری از شیوه‌های آموزشی مناسب و وسایل کمک آموزشی، بر کیفیت کلاسهای آموزشی افزود و با ایجاد آگاهی و جایگزین کردن اطلاعات صحیح با اطلاعات نادرست بخصوص در مسائل بهداشت جنسی و بهداشت باروری، زمینه مطالعه، شرکت در کلاسهای مشاوره و مراجعه به افراد متخصص و مشاوران را فراهم و زمینه اتخاذ رفتارهای بهداشتی نسبتاً پایدار در زوجین جوان و در نهایت ارتقای سطح سلامت آنان ایجاد نمود. در مجموع مطالعه حاضر نشان داد می‌توان تلاش کرد تا به زوجین آموزش داده شود، که به شکل سازنده‌تری نسبت به مسائل مختلف سلامت باروری و جنسی خود توجه داشته باشند. لذا داشتن اطلاعات پایه به رغم آن که به صورت مفصل و کامل هم نباشد، می‌تواند احتمال رضایت زناشویی را افزایش دهد. در این راستا توجه ویژه مسئولین نسبت به فراهم کردن حداقل امکانات جهت برگزاری هرچه بهتر کلاسهای آموزشی می‌تواند موجب افزایش کارایی این دوره آموزشی گردد. پژوهشگر و

آموزشی مختلف پس از ازدواج بخصوص در سالهای ابتدایی زندگی، کمک بسزایی در ایجاد رضایت زناشویی داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله با حمایت دانشگاه علوم پزشکی قم اجرا شده است. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم تشکر و قدردانی می شود. همچنین نگارندگان مراتب سپاس خود را از کارکنان مرکز مشاوره ازدواج امیرامومنین<sup>(ع)</sup> معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم و واحد آموزش و ارتقاء سلامت مرکز بهداشت شهرستان قم به خاطر همکاری صمیمانه اعلام می دارند. هیچ گونه تضاد منافی هم وجود ندارد.

همکاران در این پژوهش با محدودیت‌های مواجه بودند. با توجه به اینکه بعد از اتمام کلاس آموزشی ارتباط فراگیران با سیستم بهداشتی کاملاً قطع می‌گردد، لذا جلب همکاری شرکت کنندگان برای تکمیل پرسشنامه در مرحله سه ماه بعد از مداخله آموزشی سخت بود. محدودیت دیگر این مطالعه نداشتن گروه شاهد می باشد و چون افراد در مرحله قبل از ازدواج قرار دارند، امکان سنجش رفتار در این قبیل پژوهش‌ها فراهم نیست. پیشنهاد می شود با استفاده از الگوهای مختلف آموزشی بر اساس منابع وزارت بهداشت و انتخاب مناسبترین الگو آموزشی می‌تواند مورد توجه سایر پژوهشگران در طرحهای تحقیقاتی مختلف قرار گیرد. به نظر می‌رسد تداوم این قبیل آموزش‌ها و برگزاری دوره های

### References

- Eslami M. Education and sexual health services in the Islamic Republic of Iran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2012; 5: 1-46 .
- Rezasoltani P. Maternal and Child Health. 4th Sanjesh Publication: 2009: Tehran, Iran.
- Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardebili H, Majlesi F, Seyed Nozadi M, Parizade MJ. Text book of public health. 3rd ed. Tehran: Arjmand Publication; 2008. 1354-72 .
- Ramezani Tehrani F, Simbar M, Abedini M. Prevalence of Reproductive Morbidity in Four Selected Provinces in Iran. Hakim Research Journal. 2011; 14: 32-40.
- A comprehensive system of monitoring and evaluation services related to family health programs (IMES), the Ministry of Health, Iran, 2005. Organization for Civil Registration of Iran. <http://www.sabteahval.ir/Default> .
- Rahbar Taramsari M, Badsar AR, Imanabadi RZ, Khajeh Jahromi S, Maafi A, Yaghubi MM. Evaluation of Physical Intimate Partner Violence in Respective Victims in Rasht. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2012; 21: 21-26. [Persian].
- Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women referred to the health care centers in Semnan (2003). Koomesh Journal. 2005; 6: 115-122 .
- Razeghi N, Tadayonfar M, Akaberi A. The incidence of wife abuse and its related factors in women referred to health centers in Sabzevar. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2010; 17: 39-47.
- Aghamolaei T, Zare SH, Kebriaei A, Pvdar A. Quality primary health services from the view point of women referred to health centers in Bandar Abbas. Payesh. 2008; 7: 121-7 .
- Aghamolaei T, Zare SH, Abedini S. The quality gap of educational services from the point of view of students in Hormozgan University of Medical Sciences. SDMEJ. 2006; 3: 78-85 .
- Salarvand S, Bahri N, Heidary S, Khadive M. Assessing Quality of the Pre-marriage Family Planning Consulting Classes: Viewpoints of Participant Couples. Journal of Isfahan Medical School. 2011; 29: 138-146.

12. Motamedi B, Soltan Ahmadi Z, Nikian Y. Effect of premarrage counseling on girls' knowledge. KAUMS Journal (FEYZ). 2004; 8: 101-107 .
13. Vakilian K, Keramat A. The Attitude of Men in Reproductive Health before Marriage. Zahedan Journal of Reserch Medical Scienes. 2012; 14: 94-97 .
14. Stanley, Scott M, Amato Paul R, Johnson C, Markman A, Howard J. Premarital education, marital quality, and marital stability: Findings from a large, random household survey. Journal of Family Psychology. 2006; 20: 117-126.
15. Carroll JS, Doherty WJ. Evaluating the Effectiveness of Premarital Prevention Programs: A Meta-Analytic Review of Outcome Research. Family Relations. 2003; 52: 105-118 .
16. Pourmarzi D, Rimaz SH, MerghatiKhoii E, Razi M, Mostafa SH. Comparative survey of youth's sexual and reproductive health educationalneeds in two stages before and after marriage, Tehran 2011. Razi Journal of Medical Sciences. 2013; 20: 31-39 .
17. Khodakarami B, Aligholi S. The Effect of Education Based on James Brown Pattern on Knowledge of Reproductive & Sexual Health in Women Participant Marriage Council Classes in Hamadan. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2011; 19: 52-62 .
18. Hazavehei MM, Shirahmadi S, Roshanaei GH, M kazem- zade, Majzubi MM. Evaluate the Effectiveness of Premarital Counseling Centers in Province Hamadan Based on Theory of Reasoned Action (TRA). Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2013; 3: 241-247 .
19. Moodi M, Sharifzadeh GHR. The effect of instruction on knowledge and attitude of couples attending pre-marriage consultation. Journal of Birjand Medical School. 2008;15: 32-40 .
20. Lael Bakhsh P, Soudans M, Shafi- Abadi. Evaluate the effectiveness of skills training to improve marital satisfaction after marriage. Journal of Behavioral Sciences. 2011; 3: 105-130 .
21. Lund lad AM, Hansson K. Couples therapy; effectiveness of treatment and long-term follow-up. Journal of Family Therapy. 2006; 28: 136-152.
22. Mahamed F, Parhizkar A, Raygan AR. Knowledge and Attitudes of Couples about to Get Married in Yasuj, Iran about Reproductive Health. Health System Research journal. 2011; 7: 176-182 .
23. Haji Kazemi ES, Mohammadi R, Hosseini F. Study on the Effect of Premarital Health Counseling on Girls' Awareness. Journal of Iran University of Medical Sciences. 2006; 13: 93-99 .
24. Kosaryan M, Okhvatian A, Babamahmoodi F. How much we have been successful in nation wide preventive program for Thalassemia in Mazandaran University of Medical Sciences in 1992-2002. Journal of Mazandaran University of Medical Science. 2004; 41: 47-54 .
25. Aghdak P, Majlesi F, Zarei H. Reproductive health and educational needs among pre-marriage couples. Payesh. 2009; 8: 379-85 .
26. Dashtestannejad A, Eshghi R, Afkhami E. Effectiveness of Premarital Sex Education on Sexual Dysfunctional Beliefs of Couples, Isfahan. PCNM. 2015; 4: 14-22 .
27. O'leary S, Vidair B. Marital adjustment, child-rearing disagreement, and over



- reactive parenting: Predicting child behavior problems Journal of Family Psychology. 2005; 19: 205-206.
28. Sehat E, Sehat N, Shahsiah M, Mohebi S, Tabaraie Y. The effect of sex education on sexual satisfaction increase of couples' in Esfahan. Life Science Journal. 2013; 10: 31-5 .
29. Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. The effect of Sexual health education on Sexual Satisfaction in couples. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013; 15: 22-30 .
30. Dehghani A, Mohamad Khani P, Unosi J. Influence of Sexy Skills Training of Attitude of Sex in Young Couples. 2006; 30: 21-48.