

تأثیر آموزش بر اساس الگوی جیمز براون بر آگاهی از بهداشت باروری و جنسی در زنان شرکت کننده در کلاس‌های مشاوره ازدواج همدان

بتول خداکرمی*، سمیه علیقلی**

دریافت: ۹۰/۱/۱۵، پذیرش: ۹۰/۶/۲۷

چکیده:

مقدمه و هدف: بیش از نیمی از مشکلات جنسی که به علت آگاهی ناکافی ایجاد می‌گردد، منجر به روابط ناسالم زناشویی می‌شود. نظر به نقش آموزش بهداشت باروری و جنسی در پیشگیری از مشکلات جنسی و ارتقاء سلامت، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی جیمز براون بر میزان آگاهی از بهداشت باروری و جنسی در زنان مراجعه کننده به کلاس‌های آموزش ازدواج انجام شد.

روش کار: این مطالعه مداخله‌ای - نیمه تجربی بر روی ۳۳۰ نفر از زنان همدان در دو گروه مورد و شاهد که به صورت تصادفی نمونه گیری شدند، در سال ۱۳۸۶ انجام شد. در گروه مورد آموزش به روش الگوی جیمز براون و در گروه شاهد به روش کلاس مشاوره ازدواج رایج در درمانگاه انجام گرفت. داده‌ها با برنامه SPSS-11، آزمون مجذور کای و آزمون مقایسه قبل و بعد (paired t-test) با سطح معنی‌داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین نمرات آگاهی گروه مورد پیرامون بهداشت جنسی، آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی، جنبه‌های مختلف بهداشت جنسی و آگاهی از ایدز، STDs و تنظیم خانواده پس از آموزش با الگوی جیمز براون (۸۵/۹، ۸۴/۰، ۷۸/۶ و ۸۱/۷) نسبت به مرحله قبل از آموزش (۴۳، ۴۹، ۴۵، ۴۴) افزایش یافت ($P = 0.00$). میانگین نمرات آگاهی گروه شاهد قبل و بعد از آموزش در کلاس مشاوره ازدواج رایج، تفاوت آماری معنی‌دار نداشت ($P = 0.62$).

نتیجه نهایی: با توجه به یافته‌ها، آگاهی زنان همدان مطلوب نبود. برنامه آموزشی جیمز براون باعث افزایش اطلاعات آن‌ها در مورد بهداشت جنسی شد. لذا آموزش بهداشت باروری و جنسی از طریق الگوی آموزشی جیمز براون برای زنان همدان و با تعمیم به سایر زنان ایران پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: آموزش بهداشت / الگوی آموزشی جیمز براون / باروری / بهداشت و تندرستی

مقدمه:

ندارند بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر جنسی و باروری قرار می‌گیرند (۲). بیماری‌های مقاربتی یکی از دو مشکل بهداشتی اساسی در بسیاری از کشورها است. در سال ۱۹۶۰ تنها ۲ بیماری شایع مقاربتی وجود داشت در حالی که اکنون تعداد آن‌ها به بیش از ۲۵ بیماری رسیده است (۳). سالیانه در آمریکا بیش از ۱۵ میلیون نفر به بیماری‌های مقاربتی مبتلا می‌شوند. عوارض این بیماری‌ها در زنان شامل نازایی، تولد نوزادان مبتلا به عقب ماندگی‌های ذهنی و جسمی، دردهای مزمن لگنی، سرطان

برخورداری از بهداشت جنسی نقش بسزایی در ارتقاء سلامت دارد. بهداشت جنسی بخشی از بهداشت روانی است که اختلال در آن می‌تواند سلامت روانی و جسمی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. علیرغم نقش بهداشت جنسی در سلامت خانواده و جامعه، ارزیابی مسایل جنسی اغلب مورد غفلت قرار می‌گیرد و این بدان علت است که صحبت در این حوزه ناخوشایند، خجالت‌آور و گناه تصور می‌شود (۱). جوانانی که اطلاعات مناسبی در زمینه بهداشت جنسی

* عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان

** کارشناس مامایی، همیوپات و عضو باشگاه پژوهشگران جوان (midwife_aligholi@yahoo.com)

اساس اطلاعات دقیق در مورد الگوی رفتاری و نیازهای آموزشی افراد صورت گیرد؛ این مطالعه به منظور تعیین میزان آگاهی از بهداشت جنسی در افراد مورد پژوهش قبل و پس از آموزش، تعیین تأثیر برنامه آموزشی براساس الگوی جمیز براون بر آگاهی افراد و مقایسه تأثیر آموزش با استفاده از الگوی جمیز براون با آموزش‌های فعلی مشاوره ازدواج انجام شد.

روش کار:

این مطالعه مداخله‌ای-نیمه تجربی در سال ۱۳۸۶ در سه مرحله اجرایی انجام شد که عبارتند از: ۱- مرحله قبل از آموزش، ۲- مرحله مداخله آموزشی و ۳- مرحله ارزشیابی پس از آموزش. واحدهای مورد پژوهش در مطالعه حاضر، زنان ۱۸ تا ۲۵ ساله مراجعه کننده به کلاس مشاوره ازدواج مرکز بهداشتی درمانی شهدا در شهر همدان بودند که رضایت کامل برای شرکت در مطالعه را اعلام می کردند. زنانی که ازدواج مجدد داشتند و زنان دارای سطح تحصیلات کمتر از سیکل از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود. پرسش‌نامه در سه بخش تنظیم گردید: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم شامل سؤال‌های بهداشت جنسی و بخش سوم که شامل نیازسنجی آموزشی بود. بخش دوم پرسش‌نامه بر آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی، بهداشت دستگاه تناسلی و بهداشت مقاربت، نگرش و باورهای افراد در مورد اولین نزدیکی، انواع پرده بکارت، مراحل مختلف چرخه پاسخ جنسی، رابطه جنسی در زمان پریود، حاملگی‌های پر خطر، تفاوت‌های احساسی- روانی زن و مرد، مشاوره ژنتیک، تالاسمی، آگاهی از ایدز، بیماری‌های مقاربتی، تنظیم خانواده و مشارکت مردان تأکید داشت.

جهت تعیین اعتبار پرسش‌نامه، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا پرسش‌نامه با استفاده از کتب و نشریات علمی و با توجه به اهداف پژوهش تهیه شد. سپس توسط پنج نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان بررسی شده و بعد از انجام اصلاحات

سرویکس و مرگ می‌باشد(۴). برای کاهش این بیماری‌ها باید رفتارهای پرخطر جنسی را کاهش داد و این همان است که از آن به عنوان رابطه جنسی ایمن یاد می‌شود و دستیابی به رابطه جنسی ایمن نیاز به آموزش صحیح بهداشت باروری و جنسی دارد(۵).

از سوی دیگر بیش از نیمی از مشکلات جنسی که به علت آگاهی ناکافی و عقاید نادرست مردمی ایجاد می‌گردد منجر به روابط ناسالم زناشویی و نابودی زندگی می‌شوند. براساس نتایج مطالعه‌های انجام شده، ۴۰٪ طلاق‌ها در ایران به علت عدم رضایت جنسی صورت می‌گیرد. نتیجه پژوهش در یکی از شهرهای غربی کشور نشان داد که بیش از ۹۰٪ زنان متأهل شهری هیچ‌گاه ارگاسم را تجربه نکرده‌اند. موفقیت زن و شوهر در رابطه جنسی سمبل موفقیت در زندگی زناشویی است، البته بیشتر این برداشتها در سطح ناخودآگاه رخ می‌دهد ولی تأثیر عمیق آن بر رابطه دو طرف باقی می‌ماند و در درازمدت به عاملی پنهان برای شعله‌ور شدن اختلافات زناشویی مبدل می‌شود(۱،۶).

بنابراین آموزش جنسی از عناصر اصلی دستیابی به بهداشت باروری و جنسی مطلوب و در نتیجه بهره‌مندی از زندگی سالم و توأم با موفقیت است. با توجه به نقش آموزش جنسی در ارتقاء آگاهی افراد در سنین قبل از ازدواج، در اکثر جوامع برای تأمین آن برنامه‌ریزی شده است(۷). در حقیقت یکی از اهداف مشاوره قبل از ازدواج دستیابی به بهداشت جنسی است(۶). از نظر دین مبین اسلام نیز ازدواج تنها راه صحیح برای برآوردن نیاز جنسی است. از آنجا که رفتار جنسی تا حد زیادی اکتسابی و مبتنی بر یادگیری است، نیاز به آموزش و تربیت ویژه دارد. به نظر می‌رسد با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی کشور، مشاوره قبل از ازدواج یکی از زمان‌های مناسب جهت «آموزش بهداشت جنسی» زوجین است(۷).

با توجه به وجود مشکلات ناشی از مسایل جنسی و نیاز به آموزش صحیح بهداشت جنسی -در جهت پیشگیری اولیه از بروز مشکلات جنسی و ارتقاء سلامت- و با توجه به اینکه هر گونه برنامه‌ریزی در این زمینه باید بر

توصیه شده، به شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان فرستاده شد. در شورای مورد نظر محتوا ارزیابی شد. پس از انجام اصلاحات نهایی پرسش نامه مورد استفاده قرار گرفت. پرسش نامه با رضایت کتبی واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد و سعی شد تمام جوانب رازداری در مطالعه منظور گردد، به طوری که افراد بدون نوشتن نام و تنها با کلمه رمز پاسخ نامه خود را تحویل می دادند.

محتوی آموزشی دو گروه مورد و شاهد مشابه بود. جهت تعیین محتوی آموزشی از محتوی آموزشی کلاس های مشاوره ازدواج رایج در مراکز بهداشتی استفاده شد که عبارتند از عملکرد دستگاه تناسلی زنان و مردان، بهداشت جنسی با تأکید بر نگرش و باورهای افراد در مورد اولین نزدیکی، انواع پرده بکارت، مراحل مختلف چرخه پاسخ جنسی، تفاوت های احساسی- روانی زن و مرد، روش های جلوگیری از بارداری، مشارکت مردان در تنظیم خانواده، حاملگی های پرخطر، ازدواج فامیلی و مشاوره ژنتیک، تالاسمی، ایدز و بیماری های مقاربتی.

در مرحله اول مطالعه پس از جمع آوری اطلاعات پایه و تعیین حجم نمونه، جهت هماهنگی لازم با مسئول مرکز بهداشتی درمانی شهدا در شهر همدان اقدام شد. ابتدا ۳۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به کلاس های مشاوره ازدواج به روش تصادفی آسان، نمونه گیری شدند. سپس از واحدهای مورد پژوهش پرسشگری به عمل آمد.

در مرحله دوم مطالعه نمونه ها به طور تصادفی به دو گروه مورد (۱۶۵ نفر) و شاهد (۱۶۵ نفر) تقسیم شدند. گروه شاهد در کلاس های مشاوره ازدواج رایج در مرکز بهداشتی شهدا شرکت کردند. در این کلاس ها برای زنانی که جهت مشاوره ازدواج مراجعه می کردند، یک جلسه آموزشی دو ساعته توسط مسئول مشاوره ازدواج درمانگاه برگزار شد.

در گروه مورد آموزش براساس الگوی جمیز براون انجام شد. الگوی طراحی منظم آموزشی جمیز براون بر پایه تدوین اهداف آموزشی، تعیین شرایط آموزشی، تعیین منابع آموزشی و بررسی بازده آموزشی استوار می باشد (۶،۷). تعریف عملیاتی الگوی طراحی منظم

آموزشی جمیز براون به شرح زیر می باشد:

۱- تدوین اهداف آموزش:
- اهداف جلسه اول، آموزش بهداشت روانی ازدواج، جمعیت و بهداشت باروری، آناتومی و فیزیولوژی سیستم تناسلی زنان و مردان، تالاسمی، ازدواج های فامیلی و مشاوره ژنتیک بود.

- در جلسه دوم آموزش مسایل مختلف بهداشت جنسی، ایدز و بیماری های مقاربتی، روش های پیشگیری از بارداری و بارداری ایمن مورد هدف قرار گرفت.

۲- تعیین شرایط:

- تجارب یادگیری: که از طریق پرسشگری در مرحله اول مطالعه تعیین شد.

- گروه های تدریس و مدت زمان آموزش هر گروه: شرکت کنندگان به ۱۱ گروه پانزده نفری تقسیم شدند. برای هر گروه دو جلسه آموزشی در دو روز متوالی برگزار شد. مدت زمان هر جلسه آموزشی دو ساعت بود. در مورد اختلاف ساعت و تعداد برگزاری جلسات در دو گروه مورد و شاهد باید گفت که یکی از خصوصیات الگوی آموزشی جمیز براون توجه به مدت زمان آموزش است. در مطالعه حاضر با توجه به حجم بالای محتوی آموزشی و تجارب یادگیری افراد در مرحله قبل از آموزش، مدت زمان آموزش در گروه مورد از یک جلسه به دو جلسه اصلاح شد.

- شیوه تدریس: آموزش مستقیم گروهی از طریق سخنرانی.
۳- تعیین منابع:

- نیروی انسانی: آموزش ها توسط مجری طرح (کارشناسی مامایی) صورت پذیرفت.

- مواد و وسایل آموزشی: آموزش ها با استفاده از روش های کمک آموزشی عکس، اسلاید پاورپوینت و جزوه آموزشی برگزار شد.

- فضای آموزشی: آمفی تئاتر دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان بود.

۴- بازده برنامه آموزشی: بازده روش آموزشی در مرحله پس از آموزش با پرسشگری مجدد پس از دو هفته ارزیابی شد. در مرحله سوم مطالعه پس از دو هفته مجدداً همان پرسش نامه توسط دو گروه مورد و شاهد پر شد. در این

بین ۳۳/۴ تا ۶۶/۶ بود، آگاهی متوسط و اگر بین ۶۶/۷ تا ۱۰۰ بود آگاهی خوب ارزیابی شد. همچنین درصد فراوانی پاسخ صحیح به هر سؤال به طور جداگانه تجزیه و تحلیل شد.

قبل از آموزش میانگین نمرات هر دو گروه مورد و شاهد متوسط ارزیابی شد. پس از آموزش آگاهی گروه شاهد متوسط بود ولی آگاهی گروه مورد خوب ارزیابی شد (نمودار ۱).

در گروه مورد اختلاف آماری معناداری بین نمرات آگاهی قبل و پس از آموزش وجود داشت (P=0.00). در گروه شاهد بین نمرات آگاهی در دو مرحله قبل و پس از آموزش اختلاف آماری معنادار نبود (P=0.62). جدول ۱ میانگین نمرات آگاهی واحدهای مورد پژوهش پیرامون بهداشت باروری و جنسی را در گروه مورد و شاهد نشان می‌دهد.

مرحله پرسش‌نامه ۳۱۴ نفر (۱۵۷ نفر گروه شاهد و ۱۵۷ نفر گروه مورد) که به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ کامل داده بودند مورد بررسی آماری قرار گرفت. جهت مقایسه دو روش آموزشی با یکدیگر، داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS-11 و آزمون‌های آماری T-test & Chi-square تجزیه و تحلیل شد.

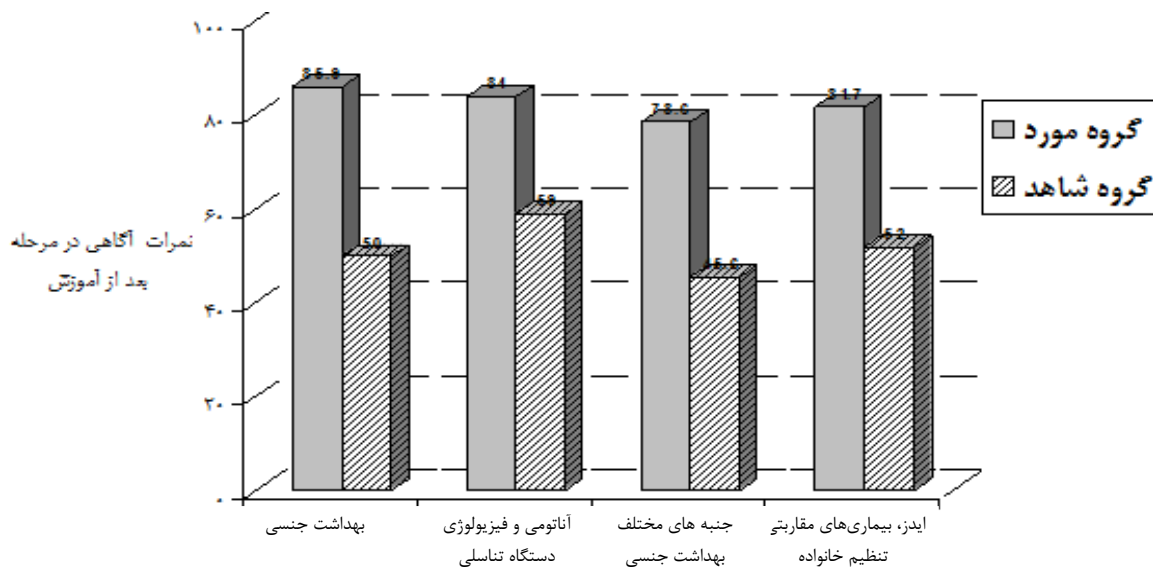
نتایج:

طبق یافته‌های حاصل از مطالعه آزمون‌های آماری فیشر و مجذور کای نشان داد که دو گروه مورد و شاهد از نظر خصوصیات فردی شامل سن، سن ازدواج، سن منارک، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، میزان تحصیلات مادر، میزان تحصیلات پدر، شغل خود و همسر و تعداد فرزندان خانواده یکسان بودند. میزان آگاهی در این مطالعه از طریق محاسبه میانگین

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات آموزش بر اساس الگوی جیمز براون با کلاس‌های مشاوره ازدواج رایج بر آگاهی از بهداشت جنسی و

باروری

ارزش P	میانگین ± انحراف معیار		گروه مورد مطالعه	مبانی بهداشت باروری مورد مطالعه
	قبل از آموزش	بعد از آموزش		
۰.۰۰۰	۰/۶۸۳	۸۵/۹±۱۸/۲	روش جمیز براون (مورد)	بهداشت جنسی
		۵۰±۲۰/۳	روش معمول (شاهد)	
۰.۰۰۰	۰/۶۷۱	۸۴±۲۱	روش جمیز براون (مورد)	آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی
		۵۹±۲۲/۹	روش معمول (شاهد)	
۰.۰۰۰	۰/۶۳۵	۷۸/۶±۲۵/۲	روش جمیز براون (مورد)	نگرش و باورهای صحیح در مورد جنبه‌های مختلف بهداشت جنسی
		۴۵/۶±۲۵/۹	روش معمول (شاهد)	
۰.۰۰۰	۰/۷۸۳	۸۱/۷±۱۶/۵	روش جمیز براون (مورد)	آگاهی از ایدز، بیماری‌های مقاربتی، تنظیم خانواده و مشارکت مردان
		۵۲±۱۸/۴	روش معمول (شاهد)	



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمرات آگاهی از بهداشت جنسی و باروری پس از آموزش در گروه مورد و شاهد

بحث:

آزمون‌های آماری نشان داد که خصوصیات فردی در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری ندارد و دو گروه همسان تلقی می‌شوند و بنابراین تفاوت در بهداشت جنسی دو گروه، ناشی از تأثیر نوع روش آموزشی می‌باشد.

طبق نتایج مطالعه حاضر کلاس‌های آموزش گروهی بر اساس الگوی طراحی منظم جمیع برارون در مقایسه با کلاس‌های فعلی مشاوره ازدواج، در افزایش آگاهی از بهداشت باروری و جنسی در زنان همدان مؤثرتر بود. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که به زعم گروه مداخله این کلاس‌ها به مراتب مفیدتر از گروه شاهد بوده است. لازم به ذکر است الگوی جمیع برارون بر تعیین گروه‌های تدریس، مدت زمان آموزش، شیوه تدریس، فضای آموزش و استفاده از وسایل کمک آموزشی تأکید دارد. بنابراین با توجه به تأثیر الگوی جمیع برارون در افزایش اطلاعات افراد، اصلاح اهداف آموزشی، شرایط آموزش، گروه‌های تدریس، مدت زمان آموزش، شیوه تدریس، فضا و وسایل کمک آموزشی در کلاس‌های فعلی مشاوره ازدواج پیشنهاد می‌گردد.

در مطالعه حاضر برای نخستین بار از الگوی آموزشی جمیع برارون در زمینه مشاوره ازدواج استفاده شد. با این حال مطالعات انجام شده در زمینه کلاس‌های مشاوره ازدواج رایج مورد بررسی قرار گرفت. Williams ارزش کلاس‌های آمادگی ازدواج را بسیار بالا (حدود ۱۴ درصد) ذکر می‌کند (۸). حجازی و همکاران در تحقیقی در سال ۱۳۸۱ دریافتند که در استان گلستان تنها ۱۴ درصد، در کردستان و بوشهر ۳۳ درصد و اسلام‌شهر ۴۳ درصد افراد آگاهی خود را در زمینه مسایل جنسی از کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج کسب نموده‌اند و مهمترین نقاط ضعف کلاس‌ها نامناسب بودن زمان برگزاری و عدم امکان بازگویی مشکلات و سؤال‌ها بیان گردید (۹).

یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که آگاهی زنان پیرامون مبانی بهداشت باروری و جنسی در مرحله قبل از ازدواج نامطلوب و با عقاید نادرست همراه است. در تحقیق بحرینیان نیز ۹۵ درصد زنان متأهل ابراز داشتند که میزان

به منظور مشارکت افراد در تعیین نیازهای آموزشی، سؤال‌های ویژه‌ای طرح شد تا در برنامه‌ریزی آموزش بهداشت جنسی ازدواج مورد توجه قرار گیرند طبق یافته‌ها ۷۱/۶ درصد گروه مورد و ۶۹/۷ درصد گروه شاهد اعلام کردند که به آموزش بیش‌تر در زمینه بهداشت جنسی نیاز دارند. واحدهای مورد پژوهش بیان نمودند که ۷/۱ درصد در مورد نحوه روابط جنسی، ۶/۷ درصد در مورد روش‌های جلوگیری از بارداری، ۱/۲ درصد در مورد راه‌های پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، ۰/۴ درصد در مورد نحوه رابطه جنسی در زمان بارداری، ۱/۲ درصد در مورد بهداشت قاعدگی، ۲/۴ درصد در مورد مراحل رسیدن به اوج لذت جنسی، ۷/۹ درصد در مورد بهداشت روانی ازدواج، ۱/۲ درصد در مورد آناتومی و فیزیولوژی دستگاه باروری به آموزش نیاز دارند. همچنین ۶۷/۳ درصد افراد با انتخاب گزینه همه موارد اعلام نمودند که در مورد تمام موارد ذکر شده فوق به آموزش نیاز دارند.

در مرحله قبل از آموزش واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد، ۴/۲ درصد مادر، ۹/۲ درصد خواهر، ۱۶/۰ درصد پزشک، ۱۵ درصد ماما، ۱۷/۶ درصد روانشناس و ۳۲/۷ درصد کلاس آموزشی گروهی را بهترین راهکار آموزشی جهت کسب اطلاعات در زمینه بهداشت جنسی معرفی نموده و در گروه شاهد، ۸/۳ درصد مادر، ۱۱ درصد خواهر، ۳۴/۲ درصد پزشک یا ماما، ۱۴/۷ درصد روانشناس و ۳۰ درصد کلاس آموزشی گروهی را بهترین راهبرد آموزشی جهت کسب اطلاعات در زمینه بهداشت جنسی معرفی نمودند.

میزان رضایت گروه مورد از کلاس‌های آموزشی برنامه‌ریزی شده (الگوی طراحی منظم آموزشی جمیع برارون) بدین ترتیب بود: ۲/۲ درصد رضایت کم، ۱۲/۶ درصد رضایت متوسط، ۳۱/۹ درصد رضایت زیاد و ۵۳/۳ درصد رضایت خیلی زیاد. میزان رضایت گروه شاهد از کلاس‌های آموزشی رایج در درمانگاه بدین ترتیب بود: ۲/۳ درصد عدم رضایت، ۶/۹ درصد رضایت کم، ۳۶/۲ درصد رضایت متوسط، ۲۶/۲ درصد رضایت زیاد و ۲۸/۵ درصد رضایت خیلی زیاد.

بیماری‌های مقاربتی در ۵۷ درصد افراد شرکت کننده در سطح پایین بود (۱۰).

در مورد مهمترین منبع کسب اطلاعات بهداشت باروری و جنسی توسط جوانان، مطالعه‌های انجام شده در کشورهای در حال توسعه بر این حقیقت تأکید می‌کند که اطلاعات در خصوص بهداشت باروری به ندرت توسط متخصصین بهداشتی منتقل می‌شود و اغلب والدین نیز اولین منبع کسب اطلاعات نیستند؛ بلکه مهم‌ترین منبع اطلاعات، دوستان و رسانه‌های گروهی هستند (۷، ۱۴). این امر عواقب خطرناکی به دنبال خواهد داشت. در مطالعه‌های کشورهای فیلیپین، نیروبی، ویتنام و اندونزی، گروه همسالان مهمترین منبع کسب اطلاع در خصوص بهداشت جنسی می‌باشند (۱۵). در مطالعه حاضر با توجه به توافق اکثر زنان با کلاس آموزش گروهی توسط متخصصین بهداشتی (ماما یا پزشک) و همچنین با توجه به رضایت زیاد اکثر افراد از برنامه آموزشی جیمز براون، راهبرد آموزش بهداشت جنسی به طریق الگوی جیمز براون می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. آموزش انفرادی، مراکز آموزش بهداشت باروری ویژه زنان و مردان جوان، کتب آموزشی و... از دیگر راهکارهای آموزشی هستند که می‌توان در آموزش بهداشت باروری و جنسی قبل ازدواج به کار برد.

نتیجه نهایی:

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که کلاس‌های فعلی مشاوره ازدواج نیاز به اصلاح و بازنگری دارد. به نظر می‌رسد مهمترین نقاط ضعف کلاس‌های مشاوره ازدواج رایج، کوتاه بودن مدت زمان آموزش و نامناسب بودن فضای آموزشی و گروه‌های تدریس است. به علاوه در جهت ارتقای این کلاس‌ها انتخاب یک محتوی آموزشی فراگیر بر اساس نیازها و مشکلات اساسی زوجین ضروری می‌باشد. علاوه بر اصلاح محتوی آموزشی و زمان کلاس‌ها باید سعی گردد در بعضی مباحث مثل تفاوت‌های روانی مرد و زن، کلاس‌ها به صورت مختلط برگزار شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود پژوهش بعدی با هدف بررسی تأثیر مشاوره قبل از ازدواج بر رضایت جنسی زوجین و تعیین تفاوت بین زن و مرد انجام

آگاهی‌های جنسیشان کم و آموزش جنسی قبل از ازدواج ضروری است. (۹) تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که در کشور ما عقاید نادرست و خرافات در این زمینه بسیار زیاد است. به طور مثال یغمایی (۱۳۸۲) در تحقیق خود گزارش داد که ۶۳/۹۳ درصد از زنان باردار انجام مقاربت در زمان حاملگی را خطرناک می‌دانستند. در تحقیق بایرامی (۱۳۸۲) این عدد ۵۳ درصد بود (۱۰).

بهداشت جنسی با بیان احساسات جنسی در مراحل مختلف از جمله قاعدگی، بارداری، بعد از زایمان، در زمان ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و یائسگی، آگاهی افراد را از رابطه جنسی ارتقا می‌بخشد. طبق نتایج این پژوهش، آموزش بر اساس الگوی جیمز براون منجر به افزایش آگاهی زنان مورد مطالعه پیرامون بهداشت دستگاه تناسلی و بهداشت مقاربت، رابطه جنسی در زمان پریدود، حاملگی‌های پرخطر، آناتومی و فیزیولوژی دستگاه باروری، انواع پرده بکارت و اولین نزدیکی، آگاهی از ایدز و بیماری‌های مقاربتی شد. در تحقیق Donati ۴ تا ۶ ماه پس از آموزش بهداشت جنسی میانگین نمرات افراد از $M=5.00$ به $M=10.7$ رسید (۱۱). مطالعه‌ی Greenberg نیز مؤید آن است که آموزش‌های جنسی کاهش بیماری‌های مقاربتی، ارتقا بهداشت و سلامت افراد را در پی دارد. (۱۲) Thistle معتقد است آموزش بهداشت جنسی نه تنها باعث افزایش آگاهی افراد می‌شود؛ بلکه با تغییر رفتار، باعث رسیدن به سطح بهداشتی مناسب می‌گردد (۱۳).

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که قبل از آموزش آگاهی افراد در زمینه ایدز، بیماری‌های مقاربتی، تنظیم خانواده و مشارکت مردان مناسب نبود و کلاس‌های آموزشی برنامه‌ریزی شده بر اساس الگوی جیمز براون در افزایش آگاهی واحدهای مورد پژوهش در موارد ذکر شده مؤثر بود. در تحقیق ملک خسروی (۱۳۸۳) ۳۵ درصد از زنانی که تحصیلات دانشگاهی نداشتند هیچگونه اطلاعی از راه‌های انتقال ایدز نداشتند. ۴۰ درصد از زنان سطح آگاهی خود را از بیماری‌های مقاربتی ناکافی می‌دانستند. در تحقیق چمنی تبریز (۱۳۸۲) در بین ۳۳۰ خانم تهرانی، سطح آگاهی نسبت به راه‌های انتقال و پیشگیری

- solution on couple sexual health]. Hayat 2005; 11(3-4): 39-46 (Persian).
7. Olfati F, Aligholi S. [A study on education needs of teenage girls regarding the reproductive health and determination of proper strategies in achieving the target goals in Qazvin]. The Journal of Qazvin Univ of Med Sci. 2008; 12(2): 76-82 (Persian).
 8. Williams L. Empirical approach to designing marriage program. Am J Family Therap 1999; 27: 271-283.
 9. Shahed University. [The first seminar of family and sexual problems. The collection of the articles summaries book]. Tehran: Shahed university, 2003; 27 (Persian).
 10. Ebne Sina Research Center. [The effect of the sexual health on fertility and Infertility]. Tehran: Shahid Beheshti university of medical sciences; 2004: 38, 43,56,67,85 (Persian).
 11. Donati S. Sex education in secondary schools. J Adolescent Med 2000; 26: 303-3.
 12. Greenberg J, Brues C, Haffner D. Exploring the dimension of human sexuality. Boston: Janes & Bartlet, 2002: 62.
 13. Thistle S, Carolin R. Sex & relationship education. J Nursing Standard 2002; 17(1): 44-65
 14. Jejeebhoy ShJ. Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India. Sac Sci Med. 1998 May; 46(10): 1275-90.
 15. Brown AD, Jejeebhoy SJ, Iqbal S, Kathryb M. Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies. UNDP/ UNFPA/ WHO/ World Bank, Geneva: WHO. 2001; 56-60.
 16. Willson H, Macandrew S. Sexual health: foundations for practice. London: Bailliere Tindall; 2000: 3.

گیرد. همچنین تمامی کارکنان بهداشتی از جمله ماماها باید در جهت مشاوره، تشخیص، درمان و ارجاع مشکلات جنسی زوجین نقش فعال تری را در جامعه به عهده گیرند، زیرا که بهداشت جنسی و رضایت جنسی نقش به سزایی در رضایت ازدواج و در نهایت بقاء خانواده و جامعه دارد(۱۶).

سپاسگزاری:

این مطالعه به عنوان طرح پژوهشی مصوب در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد. بدین وسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی، سرکار خانم خداکرمی به عنوان استاد راهنما و جناب آقای دکتر پویا مشاور آماری طرح تشکر می‌نماید.

منابع:

1. Maclaren A. Primary care for women, comprehensive sexual health assessment. Journal of nurse midwifery. 1995; 40(2): 104-119
2. Sundby Y, Young people's sexual and reproductive health rights. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006 Jun;20 (3):355-68.
3. Mclihaney J. Sexually transmitted infection and teenage sexuality. J Obstet Gynecol 2000; 183: 334-338.
4. Carlson K, Eisenstat S. Primary care of women. London: Mosby, 2002: 164.
5. Stopparads M. Family health guide. New York: DK (A Dorling Kindersley book); 2002: 116.
6. Pakgozar M, Mirmohammadaliyi M, Mahmodi M, Farnam F. [The effect of pre-marriage con-