

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی بر آگاهی و نگرش دانشجویان دختر نسبت به سلامت باروری و جنسی

مهديه زنگی آبادی زاده^{*۱}

^۱ مربی، گروه آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاداسلامی، کرمان، ایران

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۲۴

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۲۳

*مؤلف مسئول

ایران، کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه آموزش مامایی

تلفن همراه: ۰۹۱۳۲۴۱۹۸۸۵

پست الکترونیک:

mahdie_zangiabadi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: جوانان در بسیاری از کشورهای در حال توسعه همانند ایران در خطر بارداری ناخواسته و عفونت‌های منتقله از راه جنسی می‌باشند. بر این اساس تحقیق حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های منتقله از راه جنسی بر آگاهی و نگرش دانشجویان دختر نسبت به سلامت باروری و جنسی انجام یافته است.

روش کار: این مطالعه مداخله‌ای- نیمه تجربی باهدف بررسی تأثیر آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های منتقله از راه جنسی بر آگاهی و نگرش دانشجویان دختر نسبت به سلامت باروری و جنسی انجام شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS₁₈، آزمون‌های آمار توصیفی، آزمون طرح اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون اسپیرمن تجزیه- تحلیل شدند.

یافته‌ها: آزمون طرح اندازه‌گیری‌های مکرر تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره آگاهی و نگرش دانشجویان نسبت به روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی ($P < 0.01$) نشان داد و این آزمون این تفاوت آماری را در مورد آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی تا ۶ هفته بعد از اتمام آموزش ($P < 0.05$) همچنان معنی‌دار نشان داد. ولی نتایج نگرش نسبت به بهداشت باروری جنسی ۶ هفته بعد از آموزش معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش باعث افزایش اطلاعات و ایجاد نگرش مثبت نسبت به سلامت باروری و جنسی در دانشجویان دختر و هم‌چنین ماندگاری این اطلاعات و پایداری نگرش مثبت در آن‌ها می‌شود. لذا آموزش سلامت باروری و جنسی از طریق الگوهای آموزشی مختلف برای دختران جوان پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: آموزش، آگاهی، نگرش، سلامت باروری و جنسی

The Study Effect of Teaching Contraceptive and Preventive Methods of Sexual Diseases on Female Students' Knowledge and Attitudes Toward Reproductive and Sexual Health

Original Article

Mahdye Zangiabadi Zade^{1*}

¹ Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Kerman, Iran

Abstract

Introduction: Youths in many developing countries, such as Iran, are at acute risk of sexually transmitted infection and human immune deficiency virus infection and unintended pregnancies. The present research was studying and evaluating the impact of reproductive and sexual health teaching and training on the female students' knowledge and attitude.

Methods: This intervention quasi-experimental aims to study the effects of teaching contraceptive and preventive methods of sexual diseases on the female students' knowledge and their attitudes toward reproductive and sexual health. Analyses was performed by using spss version18 software program, descriptive statistics methods and repeated measurement methods.

Results: Repeated measurement test was shown a significant difference between students' knowledge and attitude scores immediately after teaching and training ($p < 0.001$) and up to 6 weeks after teaching for knowledge ($p < 0.05$). But, no significant difference was observed up two 6 weeks after toward attitude.

Conclusion: According to the results of the present research, it can be said that training increased students' knowledge, attitude and improved the field of reproductive health. Systematic policies of evaluation, guidelines and intervention programs need to be conducted to understand their impact and to maintain adherence.

Keywords: Teaching , Knowledge, Attitude, Reproductive and Sexual Health

Article Info

Received: Jul. 15, 2014
Accepted: Oct. 15, 2014

*Corresponding Author:
Department of
Midwifery, School of
Nursing and
Midwifery, Islamic
Azad University,
Kerman, Iran

Mobile: +989132419885

Email:
mehditaheeri.mt@gmail.com

Vancouver referencing:

Zangiabadi Zade M. The Study Effect of Teaching Contraceptive and Preventive Methods of Sexual Diseases on Female Students' Knowledge and Attitudes Toward Reproductive and Sexual Health. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2014; 1(2): 152-161

مقدمه

جوانان در بسیاری از کشورهای در حال پیشرفت در خطر عفونت‌های منتقله از راه جنسی^۱ (STDs) و عفونت با ویروس نقص سیستم ایمنی اکتسابی^۲ (HIV/AIDS) می‌باشند (۱). بیماری‌های مقاربتی یکی از دو مشکل بهداشتی اساسی در بیشتر کشورها می‌باشند. بیش از ۲۵ بیماری منتقله از راه جنسی شناسایی شده است که گریبان گیر جامعه بشری هستند (۲). سالیانه در آمریکا بیش از پانزده میلیون نفر به بیماری‌های مقاربتی مبتلا می‌شوند که عوارض این بیماری‌ها در زنان شامل نازایی، تولد نوزادان مبتلا به عقب‌ماندگی‌های ذهنی و جسمی، دردهای مزمن لگنی، سرطان سرویکس و مرگ می‌باشد (۳) و سالیانه نیمی از مبتلایان جدید ایدز و یک‌سوم مبتلایان جدید به بیماری‌های مقاربتی را افراد زیر ۲۵ سال تشکیل می‌دهند (۱) ایدز بزرگ‌ترین بلای جامعه بشری بعد از جنگ جهانی دوم است و یکی از علل مهم مرگ‌ومیر در سنین ۲۰ تا ۴۵ سالگی است و دومین علت مرگ در سن جوانی در دنیا می‌باشد (۴)؛ بنابراین جوانان و نوجوانان، گروه‌های بسیار آسیب‌پذیری در مقابل ابتلا به ایدز هستند (۵).

در ایران طی ۲۵ سال گذشته شیوع بیماری ایدز، رشد فزاینده‌ای داشته است و عفونت ایدز در جمعیت‌های مختلف دارای رفتارهای پرخطر جنسی در حال افزایش می‌باشد (۶) آمارهای سال ۲۰۱۰ ایران، نشان داده است از میان ۲۲۲۵۰ مورد عفونت ایدز، ۱۸ درصد موارد از طریق روابط جنسی ناایمن انتقال یافته است (۷).

بیش از نیمی از افرادی که در سراسر جهان با HIV زندگی می‌کنند را زنان تشکیل می‌دهند و روزبه‌روز تعداد زنان مبتلا در حال افزایش می‌باشد. ایدز علت اصلی مرگ‌ومیر زنان در سنین باروری است (۸) بالغ‌بر یک‌پنجم نوجوانان مبتلا به ایدز را دختران تشکیل می‌دهند که این میزان دو برابر

بیشتر از ابتلا در جمعیت بالغین است (۹). همچنین اغلب موارد انتقال بیماری به‌وسیله مردانی که از طریق مصرف تزریقی مواد و یا رفتارهای پرخطر جنسی به HIV مبتلا شده‌اند صورت می‌پذیرد (۶). آمارهای سال ۲۰۱۱ در ایران نشان داده است از میان ۱۱۰۰۰۰ مورد عفونت‌های منتقله از راه جنسی ۹۵۵۰۰ نفر (تقریباً ۸۷ درصد موارد) زن بودند و شیوع حاملگی‌های ناخواسته در کشور ۱۹ درصد برآورد شده است (۷). این در حالی است که در سراسر جهان، کمتر از ۳۰ درصد زنان جوان اطلاعات کامل و صحیح در مورد بیماری‌های منتقله از راه جنسی مخصوصاً ایدز را دریافت می‌کنند (۱۰)؛ و اگرچه استفاده از کاندوم در خیلی از کشورها افزایش یافته اما بازهم تماس‌های محافظت نشده بالأخص قبل از ازدواج بالاست (۱۱).

یکی از ناشناخته‌ترین ابعاد جوامع وضعیت سلامت جنسی و باروری جوانان است و این در حالی است که سلامت جسمی، روانی و اقتصادی جوامع به‌شدت توسط عوارض و مرگ‌ومیر ناشی از ایدز و سقط‌های ناایمن تهدید می‌شود (۱۲). شواهد نشان می‌دهد که همزمان با کاهش سن بلوغ، سن اولین ازدواج در ایران به‌طور محسوسی افزایش یافته است. این امر منجر به شکاف زمانی طولانی بین بلوغ و ازدواج گردیده است. از طرفی دسترسی به اطلاعات غیررسمی و یا دسترسی به سایر رسانه‌های جهانی مانند ماهواره و اینترنت، آن‌ها را در معرض رفتارهای جنسی پرخطر قرار می‌دهد (۱۳).

از آنجاکه گروه سنی جوانان (۲۹-۲۵ ساله‌ها)، بزرگ‌ترین گروه جمعیتی در ایران است (۱۴) و طبق اطلاعات منتشرشده توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) فقط یک‌سوم تا یک‌پنجم جوانان خود را در معرض خطر محسوب می‌کنند لذا احساس شکست‌ناپذیری همراه با فقدان آگاهی از نتایج رفتارهای پرخطر، ممکن است باعث شود که کمتر از خودشان محافظت کنند (۱۵). اولین گام تغییر رفتار در راستای

^۱Sexuality transmitted diseases^۲Human immunodeficiency virus infection / acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS)

بهداشت خانواده ورودی ۸۸ (۵۷ نفر) و از دانشکده دندانپزشکی دانشجویان دندانپزشکی ورودی ۸۹ (۴۳ نفر) و در مجموع ۱۲۷ نفر) انتخاب شدند. بر اساس مطالعات قبلی و ویژگی‌های محیط پژوهش (با $d=2$ و $P=1.86$) حجم نمونه حداکثر ۱۲۰ نفر برآورد گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سه‌بخشی خود ایفا جهت سنجش آگاهی و نگرش نسبت به روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های منتقله از راه جنسی بود. بخش اول حاوی سؤال‌های دموگرافیک شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات و شغل والدین، منابع کسب اطلاعات در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی بود. بخش دوم سؤالات سنجش آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های جنسی شامل: ۴۰ سؤال بسته مربوط به آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری (قرص ۵ سؤال، کاندوم ۵ سؤال، آی‌و‌دی ۵ سؤال، نوریپلانت ۱ سؤال، روش‌های تزریقی ۴ سؤال، روش منقطع ۲ سؤال، تقویم قاعدگی ۳ سؤال، وازکتومی ۵ سؤال، توبکتومی ۵ سؤال، روش‌های اورژانسی ۵ سؤال)، ۱۰ سؤال بسته مربوط به آگاهی از بیماری‌های جنسی و ایدز بود و بخش سوم نیز شامل ۱۰ گویه مربوط به بهداشت جنسی و باروری بود. برای تعیین روایی ابزارهای گردآوری اطلاعات در این تحقیق، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین منظور ابتدا با مطالعه کتب و مقالات معتبر مربوط به بهداشت باروری و جنسی، ابزار مقدماتی سنجش آگاهی و نگرش تهیه گردید. و با اخذ نظرات اصلاحی اساتید بخش بهداشت و مامایی روایی محتوا تأمین شد. به منظور تأمین پایایی پرسشنامه، از آزمون مجدد که ۲ ماه بعد گرفته شد استفاده شد که ضریب همبستگی محاسبه شده برای پرسشنامه بخش آگاهی برای سؤالات آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری $r=0.59$ ، سؤالات آگاهی از بیماری‌های منتقله از راه جنسی $r=0.7$ و برای سؤالات نگرش $r=0.63$ بود. شیوه محاسبه نمرات آزمون ۴ گزینه‌ای، احتساب

یک موضوع، داشتن آگاهی و دانش کافی در خصوص آن موضوع است (۱۶). در این میان آنچه حائز اهمیت است این است که چه جایی برای جوانان اطلاعات را فراهم می‌آورد؛ و این در حالی است که فقط یک‌ششم جوانان اطلاعات خود را از والدینشان دریافت می‌کنند و بیشتر هم‌تایان و همسالان آن‌ها منبع رایج انتقال اطلاعات هستند که شاید اطلاعات صحیحی را فراهم نمی‌آورند (۷). از آنجایی که جوانان و نوجوانان بیشتر وقتشان را با همسالان خود در مدرسه، سرکار یا در جامعه می‌گذرانند (۱۷) پس محیط‌های آموزشی مانند مدرسه و دانشگاه از مناسب‌ترین مکان‌ها برای دادن اطلاعات صحیح به افراد جوان می‌باشند (۱۸). از این رو پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر آموزش سلامت باروری جنسی بر آگاهی و نگرش دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی کرمان طراحی و اجرا گردید.

روش کار

در این پژوهش مداخله‌ای - نیمه تجربی، تأثیر آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های منتقله از راه جنسی بر آگاهی و نگرش ۱۲۷ دانشجوی دختر ۲۳-۱۸ ساله در حال تحصیل در دانشکده‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفت.

برای نمونه‌گیری، از روش تصادفی خوشه‌ای - چندمرحله‌ای استفاده شد. بدین صورت که به منظور انجام پژوهش، ابتدا از میان دانشکده‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی کرمان، به تصادف سه دانشکده پرستاری و مامایی، بهداشت و دندانپزشکی به عنوان خوشه انتخاب گردیدند؛ و در هر دانشکده به تصادف یک رشته به عنوان خوشه بعدی انتخاب شد. سپس مبنی بر عدم دریافت آگاهی خاص در خصوص موضوع پژوهش از طریق آموزش‌های دانشگاهی نمونه‌ها از میان ورودی‌های سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ سه دانشکده به طور تصادفی (از دانشکده پرستاری و مامایی دانشجویان رشته مامایی ورودی ۸۹ (۲۷ نفر)، از دانشکده بهداشت، دانشجویان

۱- تعیین شرایط:

-تعیین تجارب یادگیری گذشته و نوع نگرش دانشجویان نسبت به بهداشت جنسی و باروری از طریق پیش آزمون.

-گروه‌های تدریس و مدت‌زمان آموزش هر گروه: شرکت کنندگان در ۳ گروه آموزشی بر اساس رشته تحصیلی قرار گرفتند برای هر گروه چهار جلسه آموزشی در چهار روز متوالی برگزار شد. مدت‌زمان هر جلسه دو ساعت بود.

-شیوه تدریس: آموزش مستقیم گروهی از طریق سخنرانی.

۲- تعیین منابع:

-نیروی انسانی: آموزش‌ها توسط مجری طرح (کارشناس ارشد مامایی) صورت پذیرفت.

-مواد و وسایل آموزشی: آموزش‌ها با استفاده از روش‌های کمک آموزشی: نرم‌افزار پاورپوینت و جزوه آموزشی برگزار شد.

-فضای آموزشی: کلاس‌های آموزش دانشکده پرستاری - مامایی رازی، دانشکده بهداشت و دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

۳- بازده برنامه آموزشی: بازده برنامه آموزش در مرحله بلافاصله بعد از آموزش با پس‌آزمون اول و ۶ هفته بعد از آموزش با پس‌آزمون دوم ارزیابی شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS18، روش‌های آمار توصیفی، آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تغییرات میانگین نمره آگاهی و نگرش دانشجویان قبل و بعد از آموزش و از آزمون اسپیرمن برای بررسی ارتباط سطح آگاهی و نوع نگرش استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش نیمه تجربی، ۱۲۷ دانشجوی مجرد با میانگین سنی $21 \pm 2/4$ سال شرکت داشتند که در رشته‌های بهداشت خانواده، دندانپزشکی و مامایی در دانشگاه علوم پزشکی کرمان مشغول به تحصیل بودند.

نمره صفر برای غلط و نمره یک برای صحیح بود. برای ۴۰ سؤال آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری، نمرات اعلام شده، دامنه صفر تا ۴۰ را داشت؛ و برای ۱۰ سؤال آگاهی از بیماری‌های جنسی، دامنه از صفر تا ۱۰ بود و شیوه محاسبه نمرات نگرش نسبت به بهداشت باروری و جنسی که شامل ۱۰ گویه، ۵ گویه موافق با بهداشت باروری و جنسی و ۵ گویه مربوط به باورهای غلط و مخالف بهداشت باروری و جنسی بود که با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمرات بین ۱ تا ۵ به هر سؤال تعلق گرفت. با توجه به تعداد سؤالات در مجموع دامنه نمرات از ۱ تا ۵۰ متغیر بود.

جهت تأمین محتوای آموزشی از کتاب‌ها و مقالات معتبر استفاده شد. محتوای آموزشی عبارت بود از: انواع روش‌های پیشگیری از بارداری، نحوه استفاده، موارد مصرف، موارد منع مصرف نسبی و کامل روش‌های پیشگیری از بارداری، بیماری‌های منتقله از راه جنسی (سوزاک، سیفلیس و ایدز) و روش‌های پیشگیری از انتقال بیماری‌های جنسی.

برای تعیین گروه‌های تدریس، مدت‌زمان آموزش، شیوه آموزش، فضای آموزشی و استفاده از وسایل کمک آموزشی از الگوی جیمز براون استفاده شد.

در مرحله اول مطالعه پس از جمع‌آوری اطلاعات پایه و تعیین حجم نمونه جهت انجام هماهنگی‌های لازم جهت آموزش با ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی کرمان اقدام شد.

در مرحله دوم: برنامه آموزش به شرح زیر انجام شد.

۱- تدوین اهداف آموزش: با محتوای آموزش روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری (شامل: روش‌های هورمونی، روش‌های سدی، وسایل داخل رحمی، روش‌های جراحی و روش‌های اورژانسی، موارد مصرف، موارد منع مصرف) بیماری‌های منتقله از راه جنسی (سوزاک، سیفلیس و ایدز) و راه‌های پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی.

باروری جنسی قبل از آموزش ۲۱،۰۰۷ از ۵۰ بود و بلافاصله بعد از آموزش ۴۲،۰۰۵ از ۵۰ بود. آزمون آماری طرح اندازه‌گیری‌های مکرر تفاوت معنی‌دار آماری بین تغییرات میانگین نمره نگرش دانشجویان قبل از آموزش و بلافاصله بعد از آموزش نشان داد ($P < 0.05$) ولی این آزمون تفاوت معنی‌دار آماری بین تغییرات میانگین نمرات نگرش قبل و ۶ هفته بعد از آموزش نشان نداد ($P = 0.084$) (جدول ۱). آزمون اسپیرمن ارتباط مثبت معنی‌داری بین سطح آگاهی و نوع نگرش دانشجویان نشان داد ($P < 0.01$ و $r = 0.26$).

میانگین نمره آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی در دانشجویان قبل از آموزش کمتر از نمره میانه (۲۵) یعنی ۱۸،۹۲ از ۵۰ بود که بلافاصله بعد از آموزش به‌طور معنی‌داری افزایش یافت به‌طوری‌که آزمون آماری طرح اندازه‌گیری‌های مکرر تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین نمره آگاهی دانشجویان قبل و بلافاصله بعد از آموزش ($P < 0.001$) نشان داد؛ و این آزمون تفاوت آماری را تا ۶ هفته بعد از اتمام آموزش با $P < 0.05$ همچنان معنی‌دار نشان داد (جدول ۱). میانگین نمره نگرش دانشجویان نسبت به بهداشت

جدول ۱: توصیف شاخص‌های پراکندگی و نتایج بررسی معنی‌داری مقایسه نمره آگاهی و نگرش دانشجویان قبل از آموزش با بلافاصله و ۶ هفته بعد از آموزش

| مبانی مورد مطالعه | قبل از آموزش Mean±SD | بلافاصله بعد از آموزش Mean±SD | ۶ هفته بعد از آموزش Mean±SD | P-value | P-value |
|--|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------|---------|
| آگاهی از روش‌های پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی | ۱۸/۹۲ ± ۲/۶۳ | ۳۸/۲ ± ۲/۶۶ | ۳۱/۶۷ ± ۳/۷۱ | < ۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۲۵ |
| نگرش نسبت به جنبه‌های مختلف سلامت باروری و جنسی | ۲۱/۰۷ ± ۱/۱۳ | ۴۲/۰۵ ± ۱/۶۵ | ۲۶/۵۴ ± ۱/۹۱ | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۸۴ |

بی‌اطلاع نگه‌داشتن جوانان از این مسائل می‌دانستند (۲،۴) از ۱۰) درحالی‌که تعداد زیادی از دانشجویان بعد از آموزش با دادن آگاهی در زمینه بهداشت باروری به جوانان کاملاً موافق بودند (۴،۶ از ۱۰) و ارائه خدمات مربوط به پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی به افراد مجرد را لازم می‌دانستند (۴،۵ از ۱۰) (جدول ۲).

نتایج این مطالعه در مورد منابع کسب اطلاعات دانشجویان نشان داد که بیشترین منبع کسب اطلاعات مربوط به مشاورین و معلمین مدرسه (۳۱،۵ درصد) بود درحالی‌که دوستان (۲۸،۶ درصد)، کتب و نشریات (۱۴،۲ درصد)، والدین و خانواده (۱۰،۸ درصد) در رتبه‌های بعدی منابع اطلاعاتی دانشجویان در زمینه بهداشت باروری و جنسی قرار داشتند و کمترین منبع مربوط به مراکز بهداشتی-درمانی شهری (۸،۷ درصد) و رسانه‌های گروهی (۶،۲ درصد) بود. سطح تحصیلات اکثر والدین زیر دیپلم بود (۹۱،۳ درصد مادران و ۸۱،۴ درصد پدران) و اغلب مادران خانه‌دار (۷۸،۷ درصد) و اکثر پدران شغل آزاد (۵۷،۴ درصد) داشتند. بین میزان آگاهی و نوع نگرش دانشجویان با سطح تحصیلات والدین، شغل والدین و منبع کسب اطلاعات ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. اکثر دانشجویان قبل از آموزش، بهترین روش پیشگیری از حاملگی ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی را

بحث

گونه یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که قبل از آموزش، آگاهی دانشجویان در زمینه بیماری‌های مقاربتی و ایدز و روش‌های پیشگیری از بارداری ناخواسته و نگرش آن‌ها نسبت به سلامت باروری و جنسی مناسب نبوده است. همان‌گونه که در تحقیق انجام‌شده توسط استوار و همکارانش مشاهده شد که ۴۰ درصد از زنان در سنین باروری در شهر تهران، سطح آگاهی بسیار ضعیفی از بیماری‌های مقاربتی دارند (۱۹) و

مطالعه گشتاسبی و همکاران هم حاکی از پایین بودن سطح آگاهی مناسب زنان (۱۱ درصد) در زمینه روش های انتقال بیماری ایدز و لزوم آموزش های بیشتر این گروه در معرض خطر بود (۲۰).

جدول ۲: درصد نگرش مثبت دانشجویان در مورد بهداشت باروری قبل و بعد از آموزش

| گویه های مربوط به بهداشت باروری | قبل از آموزش | بلافاصله بعد از آموزش | ۶ هفته بعد از آموزش |
|---|--------------|-----------------------|---------------------|
| ۱- بهترین روش جلوگیری از بیماریهای مقاربتی و حاملگی ناخواسته به تأخیر انداختن فعالیت جنسی تا زمان ازدواج است | ۲/۰۲ | ۴/۶۲ | ۲/۸۵ |
| ۲- استفاده از وسایل پیشگیری پیش از ازدواج، موجب نازایی در آینده می شود. | ۲/۱۶ | ۴/۷۰ | ۳/۴۶ |
| ۳- استفاده از وسایل پیشگیری به مدت طولانی موجب نازایی در آینده می شود. | ۲/۰۶ | ۴/۴۱ | ۴/۱۰ |
| ۴- بهترین روش پیشگیری از حاملگی ناخواسته و بیماریهای مقاربتی بی اطلاع نگه داشتن جوانان از این مسائل است. | ۱/۷ | ۴/۶۰ | ۴/۴۰ |
| ۵- وسایل پیشگیری از بارداری مانند کاندوم باید به آسانی در دسترس مجردین نیز باشد. | ۳/۷ | ۴/۵۰ | ۴/۷۰ |
| ۶- جوانان چه مجرد و چه متأهل باید طرز استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و بیماریهای مقاربتی را بدانند. | ۱/۷ | ۳/۹۹ | ۳/۸۳ |
| ۷- جوانان مجرد به دلیل نداشتن تماس جنسی پیش از ازدواج به آموزش بهداشت باروری نیاز ندارند. | ۲/۲۱ | ۳/۹۴ | ۳/۰۲ |
| ۸- با توجه به شرعی بودن عقد موقت، ارائه خدمات مربوط به پیشگیری از بارداری و بیماریهای مقاربتی به مجردین نیز لازم است. | ۱/۶۶ | ۴/۵۰ | ۴/۳۸ |
| ۹- جزوه های آموزشی در مورد پیشگیری از بارداری و بیماریهای مقاربتی باید در مراکز تجمع جوانان در دسترس باشد. | ۲/۳۵ | ۳/۸۳ | ۳/۲۷ |
| ۱۰- آموزش روش های پیشگیری از بارداری و بیماریهای مقاربتی به مجردین، موجب ترویج آزادی جنسی است. | ۱/۱ | ۲/۹۶ | ۲/۵۳ |
| میانگین | ۲۱/۰۷ | ۴۲/۰۵ | ۳۶/۵۴ |

(۲۲)؛ که لزوم ارتقاء سطح آگاهی، آموزش های گسترده تر و غربالگری زنان را بیش از گذشته آشکار ساخته است. طبق نتایج مطالعه حاضر کلاس های آموزش گروهی در افزایش سطح آگاهی و ایجاد نگرش مثبت در زمینه پیشگیری از حاملگی ناخواسته و بیماری های جنسی مؤثر بوده است. لازم به ذکر است برای تعیین گروه های تدریس، مدت زمان

طی مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه مشاهده شده است که درصد زیادی از نوجوانان معتقدند که اولین تماس جنسی هیچ خطر حاملگی را در بر ندارد و این باور غلط هم در دختران و هم در پسران دیده شده است (۲۱). در مجموع مروری بر تحقیقات انجام شده نشان داد که در کشورهای خاورمیانه سطح آگاهی زنان ۴۲-۱۵ ساله در ارتباط با عفونت های منتقله از راه جنسی ضعیف تا متوسط می باشد

آموزش، شیوه تدریس، فضای آموزشی و استفاده از وسایل کمک آموزشی از الگوی جیمز براون استفاده شد.

در مطالعات زیادی مشاهده شد آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری و رفتارهای جنسی پرخطر موجب افزایش آگاهی در نوجوانان و جوانان در زمینه سلامت باروری و جنسی می‌شود (۲۳ و ۲۴ و ۲۵) که با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا می‌باشد. مطالعه گرین بری نیز مؤید آن است که آموزش‌های سلامت باروری و جنسی کاهش بیماری‌های مقاربتی، ارتقا بهداشت و سلامت افراد را در پی دارد (۲۶). حال آنکه نتایج تحقیقی دیگر نشان داد که آموزش هم‌سالان در مردان هم‌جنس‌باز نمی‌تواند بر رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز مؤثر باشد (۲۷).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش گروهی دانشجویان با افزایش سطح آگاهی همراه بوده است که منجر به ایجاد نگرش مثبت بلافاصله بعد از آموزش شده است و از طرفی دیگر آزمون‌های آماری ارتباط مثبت معنی‌داری بین سطح اطلاعات و نگرش مثبت دانشجویان نسبت به سلامت باروری و جنسی نشان داد. نتایج مطالعات زیادی با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد (۹ و ۱۳ و ۲۵). ولی کربی در سال ۱۹۹۷ دریافت که آموزش سلامت باروری و جنسی باعث افزایش قابل توجه سطح آگاهی دانش آموزان دبیرستانی در زمینه بهداشت باروری شد اما تأثیری بر نگرش و تغییر رفتارهای پرخطر آن‌ها در زمینه ایدز و بارداری ناخواسته نداشت (۲۸). در مطالعه حاضر ۶ هفته بعد از آموزش با وجود بالا بودن سطح آگاهی دانشجویان نسبت به قبل از آموزش، نگرش آن‌ها نسبت به بهداشت باروری و جنسی تفاوت معنی‌داری نسبت به قبل از آموزش نشان نمی‌داد. که نشان‌دهنده این است که آگاهی عمقی جوانان و نوجوانان نسبت به بهداشت باروری و جنسی و بیماری‌های مقاربتی محدود بوده و همان‌گونه که در مطالعات زیادی مشاهده شده جوامعی هم که در این زمینه آگاهی بهتری دارند این آگاهی

سطحی و غیر عمقی است و باورهای نادرست در مورد خطرات عمل جنسی نامطمئن و عواقب آن به میزان زیادی دیده می‌شود (۲۹).

در این مطالعه بین سطح تحصیلات والدین و شغل والدین با میزان آگاهی و نوع نگرش دانشجویان ارتباط مثبت معنی‌داری مشاهده نشد. حال آنکه در تحقیقی که توسط سیمبر و همکارانش در سال ۱۳۸۲ انجام شد میزان آگاهی دانشجویان را با سطح تحصیلات والدین و اقتصاد خانواده مرتبط یافت و این امر را مؤید تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی در امر بهداشت باروری دانشجویان دانست (۳۰).

نتایج این مطالعه در مورد منابع کسب اطلاعات دانشجویان نشان داد که بیشترین منبع کسب اطلاعات باروری و جنسی مربوط به مشاورین و معلمان مدرسه (۳۱،۵ درصد) و سپس دوستان (۶۰،۲ درصد) بود. در مورد مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات سلامت باروری و جنسی مطالعه‌های انجام شده در کشورهای در حال توسعه بر این حقیقت تأکید داشتند که اطلاعات در مورد سلامت باروری به‌ندرت توسط متخصصین بهداشتی منتقل می‌شود و اغلب والدین نیز اولین منبع کسب اطلاعات نیستند بلکه مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات، دوستان و رسانه‌های گروهی هستند (۳۰ و ۳۱). پیلتری نیز نشان داد که نوجوانان و جوانان به‌ندرت برای صحبت کردن در مورد مسائل جنسی و روش‌های پیشگیری از بارداری به مرکز بهداشتی مراجعه می‌کنند و با کارکنان بهداشتی صحبت می‌کنند (۲۸). این در حالی است که نتایج مطالعه شجاعی زاده و همکارانش باهدف بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش دانش آموزان دبیرستان‌های شهرستان فاروج در مورد ایدز نشان داد که بیشترین منبع کسب اطلاعات مربوط به رسانه‌های گروهی و کمترین منبع مربوط به والدین می‌باشد (۳۰). در تحقیقی دیگر که توسط محمدی و همکارانش در سال ۱۳۸۱ در تهران انجام شد، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات پسران نوجوان در مورد روابط با جنس

همچنین سهیم نمودن نوجوانان و جوانان در طراحی برنامه‌ها و محتوای آموزشی و ارائه اطلاعات به خود نوجوانان و جوانان، با برنامه‌ریزی مدون یکی از راهکارهای مؤثر برای تشویق آن‌ها به پایبندی به اصول اخلاقی و رعایت بهداشت باروری و جنسی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که بسیاری از دانشجویان بعد از آموزش با دادن آگاهی در زمینه بهداشت باروری به جوانان کاملاً موافق بودند و ارائه خدمات مربوط به پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی به مجردها را لازم می‌دانستند و از آنجا که بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر بیشترین منبع کسب اطلاعات جوانان و نوجوانان مشاورین و مدرسین می‌باشند توصیه می‌شود که با ارائه صحیح و مداوم از طرف مشاورین و مدرسین به ارتقای سلامت جنسی نوجوانان و جوانان کمک شود. همچنین ضرورت دارد سیاست‌گذاران بهداشتی کشور اقدام به طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی متناسب با فرهنگ در بین جوانان ایرانی نمایند.

تقدیر و تشکر

محققین از تمامی دانشجویانی که بدون همکاری آن‌ها انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود و مسئولین دانشگاه علوم پزشکی کرمان کمال تشکر را دارند.

مخالف و بهداشت جنسی، دوست (۲۵ درصد) و منبع ترجیحی نیز دوست (۱۶،۳ درصد) معرفی شده است (۲۹) همان‌گونه که در این مطالعه اکثر دانشجویان با دادن آگاهی در زمینه سلامت باروری و جنسی به جوانان موافق بودند و ارائه خدمات مربوط به پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی به مجردها را لازم می‌دانستند در مطالعه‌ای که تحت عنوان بررسی میزان آگاهی شهروندان از روش‌های ابتلا و راه‌های پیشگیری از ایدز توسط مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران در سال ۱۳۸۰ انجام شد، ۹۰ درصد مردم موافق آموزش اجباری در سطح دانشگاه، مدارس و ادارات بودند.

در مطالعه حاضر با توجه به رضایت زیاد اکثر افراد از برنامه آموزشی، راهبرد آموزش سلامت باروری و جنسی از طرق مختلف می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد و از آنجا که در جوامع مختلف با فرهنگ‌های متنوع، تفاوت‌های زیادی در نوع رفتارهای جنسی و باروری وجود دارد لذا طراحی برنامه‌های آموزشی بهداشت باروری و جنسی متناسب با فرهنگ و سن نوجوانان و جوانان به صورت آموزش انفرادی، مراکز آموزش بهداشت باروری ویژه زنان و مردان جوان، کتب و جزوات آموزشی در محیط‌های آموزشی و در محل کار از دیگر راهکارهای آموزش هستند که می‌توان در آموزش سلامت باروری و جنسی قبل از ازدواج به کاربرد.

References

1. Christopher F, Roosa M. An evaluation of an adolescent pregnancy prevention Program: Is "just say no" enough. *Family Relations*. 1990;39: 68-72.
2. McIlhane J. Sexuality transmitted infection and teenage sexuality. *Obstet Gynecol* 2000; 183:334-338.
3. Stopparads M. *Family health guide*. New York: DK (adorling Kindersley); 2002:116.
4. Mendel G, Dolin R, Bennets J. Human immunodeficiency viruses. In: Mendel G, Bennets J, Dolin R, editors. *Principles and practice of infectious Diseases*. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill; 2005. [UNAIDS.org](http://www.unaids.org)[Internet]. Available from URL: [http // www. Unaids. Org/en/Resources](http://www.unaids.org/en/Resources), UNAIDS/09.36E/JC1700E. [Updated November 2009].
5. Jafarisirizi M, Dehnavieh R, Ibrahimipour H. Iranian Health System Decentralization Reform: A Qualitative Study Of Various Levels Of Autonomy Granted To Public Hospitals Affiliated With Ministry Of Health In Iran. *Value In Health*. 2011;14 (7):54-65.
6. 5 th Country Programme - Unfpa Iran/iran.unfpa.org. Dp/Fpa/Cpd/Irn/5. United Nations Population Found/ Final Country Programme Document For The Islamic Republic Of Iran. First Regular Session 2012.1 To 3 February 2012, New York. Item 7 Of The Provisional Agenda.

7. Key populations at higher risk of HIV exposure: the diversity by region. Knowledge Hub for HIV/AIDS surveillance. Kerman University of medical Science, Iran. Issue 3, November ۲۰۰۹.
8. Rose MA. Effect of an AIDS education program for older adults. *J community Health Nurs* 1996; 13(3):141-8.
9. Abdool-Karim S, Preston-Whyte Q, Sankar N. Reasons for lack of condom use among high school students. *South African Medical Journal*;82:107-110.
10. Brounland G. Reproductive health: a health priority, general assembly special session on world health organization ICPD+4. 1999, 8-12 February, New York.
11. Kaponda CP, Jere DL, Chimango JL, Chimwaza AF, Crittenden KS, Kachingwe SI, et al. Impacts of a peer-group intervention on HIV-related knowledge, attitudes, and personal behaviors for urban hospital workers in Malawi. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(3):230-42.
12. Gielen AC, Faden RR, Ocampo P, Kass N, Anderson J. Women's protective sexual behaviors. *J of AIDS education and prevention*. 1995;6(1):1-11.
13. Stephenson JM, Strange V, Forrest S, Oakley A, Copas A, Allen E, et al. Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet*. 2004;364(9431):338-46.
14. Lines S, Rbert J. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of evidence. *Journal of adolescent health*. 2003; 33(5):324-348.
15. Olley BO, Ephraim-Oluwanuga O, Lasebikan VO, Gureje O. Attitudes towards community based residential care for people living with HIV/AIDS in Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2006; 35: 103-8.
16. Ostovar M, Nassiriziba F, Taavoni S, Haghani H. Knowledge and attitudes of women towards sexually transmitted diseases and AIDS. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2007; 19:47-54. (in Persian)
17. Goshtasbi A, Vahdaninia M, Rezaei N. Knowledge of married women in Kohgilouyeh & Boyerahmad Urban areas on AIDS and sexually transmitted infections. *Armaghan Danesh*. 2006;11(3):100-7. (in Persian)
18. Brown AD, Jejeebhoy SHJ, Iqbal SB, Kathry M. Sexual relations among Young people in developing countries: Evidence from WHO case studies, UNDP/UNFPA/WHO/World bank special programme of Research, Development and research Training in Human Reproduction, Development of reproduction health and Research, family and community Health, world Health Organization, Geneva, 2001.
19. Ray S, Ghosh T, Mondal PC, Basak S, Alauddin M, Choudhury SM, et al. Knowledge and information on psychological, physiological and gynaecological problems among adolescent schoolgirls of eastern India. *Ethiop J Health Sci*. 2011; 21(3):183-9.
20. Varney H. Sexuality transmitted diseases and reproductive health in woman. *Journal of nurse- midwifery*. 1998;43:431-445.
21. Foroqhameri G. Attitude toward AIDS and nursing in ADSS patients. *J Tabliqheboshra*. 2001(in Persian)
22. Ramezani F. The Comparison of two education of poburch health on knowledge, attituds and behavior of adolescents in Tehran schools. The national center of Reproductive health. 2008. (in Persian)
23. Greenberg J, Brues C, Haffner D. Exploring the dimension of human sexuality. Boston: Janes & Bartlet, 2002: 62.
25. Elford J. Peer education has no significant impact on HIV/AIDS risk behavior among gay men in London. *AIDS J*. 2001; vol: 15.
26. Kirby D. An impact evaluation of project SNAPP: an AIDS and pregnancy prevention high school program. *AIDS education and prevention*. 1997 N: 9.
27. Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z. Reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian college students. *East Mediterr Health J*. 2005;11(5-6):888-97.
28. 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. (in Persian)
29. Jejeebhoy SJ. Adolescent sexual and reproductive behavior: a review of the evidence from India. *Sac Sci Med*. 1998; 46(10):1275-90.
30. Pillitery A. *Maternal and Child Health Nursing*. 4th ed. London: Lippincott publication 2003; 52: 261-271.
31. Shojaeizadeh D, Ebrahim Taheri G, Tehrani H, Hosseini H. The Effect of Education on knowledge and attitude of high school students about aids in faruji, Iran. *Journal of Health & Development*. Vol 1, no 1, Spring 2012.(In Persian)
32. Mohamadi MR, Mohamad K, Khalajabadi farahani F, Alikhani S, et al. The assessment of 15-18 ages adolescent Tehrani boys knowledge, attitude and behavior toward reproductive health. *Fertility and infertility J*;2002:237-250. .(In Persian)