

مقاله پژوهشی

تحلیل باورهای مرتبط با سلامت جنسی در بین زوجین در آستانه ازدواج با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی

مجید براتی^۱، علیرضا سلطانیان^۲، شهره امدادی^{۳*}، بهاره ظهیری فرد^۴، نفیسه برزگر^۴

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

^۲ دکتری تخصصی آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیر واگیر و گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

^۳ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

^۴ کارشناس بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۹/۵

چکیده

مقدمه: سلامت جنسی، یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم بوده و هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی در رابطه جنسی گردد، می‌تواند نارسایی کنشی جنسی را به همراه داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی باورهای مرتبط با سلامت جنسی در بین زوجین در آستانه ازدواج با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۴۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره ازدواج شهر همدان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی، آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود که از طریق خودگزارش‌دهی توسط زوجین شرکت‌کننده در پژوهش تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS-16 و با آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: طبق یافته‌ها، زوجین سطح آگاهی متوسطی از سلامت جنسی داشتند. برآورد کلی نتایج نیز نشان داد که حساسیت و شدت درک شده پیامدهای رفتارهای جنسی ناسالم در بین زوجین در سطوح مطلوبی نیست، باین‌حال سطح منافع و موانع درک شده در حد نسبتاً مطلوبی گزارش شده بود. اینترنت و دوستان از مهم‌ترین راهنماهای عمل در رابطه با سلامت جنسی بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها جهت ارتقاء سطح آگاهی و اصلاح باورهای مرتبط با سلامت جنسی، تهیه و تدوین بسته‌های آموزشی مناسب با نیازهای زوجین و رفع موانع در جهت انجام رفتارهای جنسی سالم ضروری است.

واژگان کلیدی: آگاهی، زوجین، سلامت جنسی، نگرش

مقدمه

جنسی بهره‌مند هستند به‌گونه‌ای که وضعیت جسمی، روحی و رفتاری آن‌ها مطلوب و حاکی از یک نوع هماهنگی، انس و محبت در زندگی زناشویی باشد (۲، ۳). باین‌حال بر اساس نتایج مطالعات مختلف ۴۰ درصد از زوج‌های راضی از زندگی زناشویی دچار اختلالاتی در روابط جنسی یا نارضایتی نسبی از این‌گونه روابط می‌باشند. تقریباً حدود ۵۰ درصد زنان ازدواج‌کرده بالای ۳۵ سال هرگز

مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول زندگی بوده و سازگاری در روابط جنسی و تناسب و تعادل در مقدار تمایل جنسی در زن و مرد از مهم‌ترین علل خوشبختی و موفقیت یک زندگی زناشویی است (۱). طبق تعاریف، سلامت جنسی (Sexual Health) یعنی موقعیتی که در آن زوجین از یک رابطه سالم، مناسب و بهنجار

* نویسنده مسئول: شهره امدادی، کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

ایمیل: Sh.emdadi@umsha.ac.ir

تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۱۶۴۲

<http://jech.umsha.ac.ir>

ارگاسم را تجربه نکرده‌اند و ۴۰-۳۰ درصد مردان مراجعه-کننده به کلینیک‌های اختلالات جنسی از انزال زودرس رنج می‌برند (۲). برخی از محققین بر این باورند که علت اصلی و حقیقی ۸۰ درصد اختلالات زناشویی عدم رضایت جنسی زوجین است؛ همچنین ۸۰ درصد افراد نابارور دچار نوعی اختلال روان‌شناختی شامل عدم رضایت جنسی، کاهش اعتمادبه‌نفس در ارتباط جنسی و تعداد نزدیکی‌ها، کاهش میل جنسی، خشم و تأثیرات منفی عاطفی می‌باشند (۴).

روابط جنسی سالم و مناسب در زوجین می‌تواند موجبات تحکیم پیوندهای خانوادگی را فراهم آورد و از پیدایش و تشدید اختلالات روانی و ازهم‌گسیختگی بنیان خانواده و به‌تبع آن جامعه جلوگیری نماید (۳،۵). روابط جنسی صحیح به‌عنوان پیش‌زمینه‌ای برای تقویت عواطف و احساسات بین زوج‌ها عمل نموده و در ادامه به‌صورت یک دور مثبت باعث می‌شود که تربیت فرزندان به نحو بهتر و با کارایی بیشتری انجام گیرد. برخورداری از روابط جنسی سالم به عوامل مختلفی مانند باورها و اعتقادات فرهنگی، تحصیلات دانشگاهی و آموزش‌های خانوادگی بستگی دارد (۵،۶)؛ به‌عنوان مثال، خجالت از صحبت کردن درباره مسائل جنسی و عدم درک صحیح و اصولی از چگونگی مسائل جنسی و نداشتن اطلاعات کافی در این زمینه از علل مؤثر در بروز مشکلات جنسی در تجربه‌های اولیه زندگی مشترک است (۲).

باوجوداینکه تمایلات جنسی، ذاتی و غیرارادی می‌باشند، ولی باورها و رفتارهای جنسی آموختنی هستند؛ بنابراین فعالیت‌های جنسی مشابه می‌تواند برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشد و حتی برای یک شخص از یک‌زمان به زمان دیگر تغییر می‌یابد (۲). در فرهنگ غنی جامعه اسلامی و ایرانی ما تأکید بر ازدواج و نزدیکی پس‌از آن است، اما باید اذعان نمود که توسعه وسایل ارتباط جمعی، نه‌تنها انتقال دانش و فناوری بلکه انتقال فرهنگ و رفتار را نیز به دنبال خواهد داشت و این حقیقتی انکارناپذیر است که دوسوم جمعیت کشور یعنی نوجوانان و جوانان در معرض خطر تغییر باورها، نگرش‌ها و رفتارهای جنسی به دلیل

انتقال فرهنگ می‌باشند (۶،۷). نتایج تحقیقات نیز حاکی از ارتباط معنی‌دار بین نگرش‌ها و رفتارهای پرخطر جنسی است (۸،۹). با توجه به مطلب ذکرشده و احتمال تغییر در نگرش اجتماعی در خصوص سلامت جنسی، توجه هر چه بیشتر مسئولان و برنامه‌ریزان بهداشتی به موضوع سلامت جنسی ضروری به نظر می‌رسد؛ چراکه با انجام مداخلات آموزشی مؤثر در این زمینه افراد قادر خواهند بود به‌سوی سلامت بیشتر مسائل و روابط جنسی حرکت کنند (۲).

برنامه‌های مداخلاتی زیادی تا به حال برای ترویج سلامت جنسی جوانان و نوجوانان در دنیا طراحی شده‌اند که تا به حال تعداد معدودی از آن‌ها موفق بوده‌اند (۶،۱۰). برخی از صاحب‌نظران معتقدند که علت عدم موفقیت این برنامه‌ها عدم توجه به مطالعات سبب‌شناختی و پی‌ریزی آن‌ها بدون در نظر گرفتن مدل‌های روانی اجتماعی به‌عنوان چارچوب فکری مشخص در برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی است (۶).

مدل‌های روانی اجتماعی مختلفی تا به حال برای بررسی رفتارهای جنسی مورد استفاده قرار گرفته است که از جمله می‌توان به مدل اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) اشاره کرد (۹،۱۱). مدل مذکور رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار مناسب و بهداشتی بر اساس اعتقادات شخص شکل می‌گیرد. بر اساس این مدل، رفتار فرد تابعی از دانش و عقاید اوست. این مدل مشخصاً تأکید می‌کند که درک فرد از آسیب‌پذیری نسبت به یک مسئله یا مشکل، تصمیم وی را در رابطه با رفتارهای بهداشتی تحت تأثیر قرار خواهد داد (۱۲).

با توجه به اینکه شرایط و عوامل اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی در برداشت و درک فرد از رفتار و تمایلات جنسی مؤثر است، به نظر می‌رسد که شناخت نگرش‌ها و اعتقادات زوجین در خصوص نیازهای همسر و تفاوت‌های دو جنس در رفع مشکل مؤثر باشد (۲). بنابراین، مطالعه حاضر باهدف بررسی باورهای مرتبط با سلامت جنسی در زوجین در آستانه ازدواج با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی بود که بر روی ۴۰۰ نفر (۲۰۰ زن و ۲۰۰ مرد) از زوجین در آستانه ازدواج مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره سلامت خانواده شهر همدان به‌عنوان تنها مرکز مشاوره قبل از ازدواج در شهر همدان انجام شد. شرکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین زوجین انتخاب و پرسشنامه طراحی‌شده در اختیار آنان قرار داده شد.

روش گردآوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه‌های بدون نام بود که جهت تکمیل آن‌ها از ۲ نفر پرسشگر که در این زمینه دوره‌های لازم را دیده بودند، استفاده شد. این پرسشگران پس از شرکت در جلسه توجیهی، راهنمایی‌های لازم برای تکمیل یکسان پرسشنامه را دریافت کردند. پرسشگران ضمن معرفی خود به زوجین در آستانه ازدواج، هدف از اجرای پژوهش را بیان نموده و به آن‌ها تأکید می‌شد که از نوشتن نام خود بر روی پرسشنامه‌ها خودداری نمایند. به زوجین اطمینان داده می‌شد که تمام پرسشنامه‌ها ضمن حفظ محرمانه بودن، برای تحلیل آماری یکجا گردآوری خواهند شد. شرکت‌کنندگان در مطالعه با تمایل و کسب رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند. مطالعه حاضر مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد. در این مطالعه ۴۸۰ پرسشنامه در بین واحدهای مطالعه توزیع شد و تعداد ۴۰۰ فرم جمع‌آوری گردید (میزان پاسخ‌دهی=۸۴ درصد).

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه کتبی و به روش خودگزارش‌دهی گردآوری شد. پرسشنامه محقق ساخته در سه بخش کلی شامل ۵ سؤال درباره مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در بخش اول، آگاهی از عوامل مؤثر بر سلامت جنسی در بخش دوم و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بخش سوم بود. ارزشیابی و تأیید اعتبار محتوا و ساختار پرسشنامه از طریق استفاده از نظرات گروه کارشناس در زمینه مورد مطالعه انجام شده و پس از انجام مطالعه مقدماتی فرم نهایی سؤالات در هر بخش تعیین گردید. آگاهی از عوامل مؤثر بر سلامت جنسی و پیامدهای آن در رابطه با مواردی همچون بیماری‌های مقاربتی، روش-

های پیشگیری از بارداری، تغذیه، تأثیر مصرف سیگار و مواد مخدر، افسردگی، اضطراب و خواب بر سلامت جنسی در قالب ۲۰ سؤال با مقیاس سه گزینه‌ای (بلی، خیر، نمی‌دانم) بود، برای هر جواب درست نمره یک و برای هر جواب غلط و یا نمی‌دانم نمره صفر در نظر گرفته شده و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده آگاهی بیشتر نسبت به عوامل مؤثر بر سلامت جنسی و پیامدهای آن بود. همچنین پایایی این بخش پرسشنامه در مطالعه مقدماتی با به‌کارگیری آزمون دونیمه کردن ۰/۷۱ به‌دست آمده بود.

بخش سوم پرسشنامه شامل سؤالات متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی با بهره‌گیری از نمونه پرسشنامه‌های مشابه (۶) و با توجه به موضوع مورد مطالعه بود که حساسیت درک شده با ۳ سؤال، شدت درک شده با ۴ سؤال، منافع درک شده با ۸ سؤال، موانع درک شده با ۷ سؤال با مقیاس ۵ گزینه‌ای ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) و راهنمای عمل با ۸ سؤال با مقیاس ۳ گزینه‌ای (بلی، خیر، تا حدودی) اندازه‌گیری شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون-بازآزمون (test-retest) بر روی یک گروه ۴۰ نفری دیگر مورد ارزیابی قرار گرفت. میزان ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) سؤالات نیز برای حساسیت درک شده ۰/۷۵، شدت درک شده ۰/۸۲، منافع درک شده ۰/۷۹، موانع درک شده ۰/۸۴ و راهنمای عمل ۰/۷۲ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و با به‌کارگیری آزمون‌های تی مستقل (t-test) در رابطه با مقایسه میانگین‌ها در دو جامعه مستقل از هم؛ همچنین آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) برای مقایسه میانگین‌ها در بیش از دو جامعه مستقل از هم انجام شد. ارتباط بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی نیز با ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه بین ۱۳ تا ۴۰ سال با میانگین سنی $23/4 \pm 4/5$ سال بوده و اغلب (۶۷/۵ درصد) آن‌ها در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال قرار داشتند.

آماره‌های توصیفی و همچنین ماتریکس ضریب همبستگی بین آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. طبق نتایج آزمون آماری، حساسیت، شدت و منافع درک شده و راهنمای عمل با آگاهی همبستگی مثبت و معنی دار و با متغیر موانع درک شده همبستگی معکوس داشت. همچنین موانع درک شده

۴۲/۲ درصد از زوجین دارای تحصیلات دیپلم و ۲۹/۲ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین ۷۹ درصد از آن‌ها ساکن مناطق شهری بودند. با توجه به نتایج مطالعه ۴۰/۲ درصد از شرکت کنندگان دارای شغل آزاد، ۲۵/۸ درصد خانه‌دار، ۱۴/۴ درصد دانشجو، ۱۱/۸ درصد کارمند سازمان‌های دولتی و ۷/۸ درصد بیکار بودند.

جدول شماره ۱- میانگین، انحراف معیار، محدوده نمره قابل اکتساب و ماتریکس ضریب همبستگی پیرسون بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	میانگین (± انحراف معیار)	محدوده نمره قابل اکتساب
آگاهی	۱						۱۴/۶ (±۳/۴)	۰ - ۲۰
حساسیت درک شده	۰/۱۰۳*	۱					۷/۸ (±۲/۳)	۳ - ۱۵
شدت درک شده	۰/۲۶۲**	۰/۰۹۴	۱				۱۲/۹ (±۲/۹)	۴ - ۲۰
منافع درک شده	۰/۳۶۶**	۰/۰۷۹	۰/۳۵۳**	۱			۳/۱۱ (±۵/۹)	۸ - ۴۰
موانع درک شده	-۰/۲۱۸**	-۰/۱۶۳**	-۰/۰۲۵	-۰/۱۹۲**	۱		۱۶/۶ (±۴/۴)	۷ - ۳۵
راهنمای عمل	۰/۱۳۹**	۰/۰۷۳	-۰/۰۵۲	-۰/۰۱۸	-۰/۱۸۷**	۱	۱۸ (±۳/۵)	۸ - ۲۴

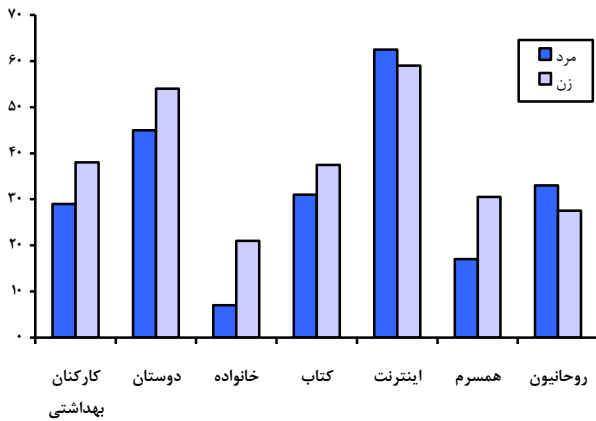
* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار می‌باشد؛ ** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار گویه‌های مرتبط با منافع و موانع درک شده به تفکیک جنسیت

گویه‌های مرتبط با منافع و موانع درک شده	مرد (N=۲۰۰)		زن (N=۲۰۰)	
	میانگین (± انحراف معیار)	میانگین (± انحراف معیار)	میانگین (± انحراف معیار)	میانگین (± انحراف معیار)
رابطه جنسی مطلوب باعث بهبود روابط زناشویی می‌شود.	۴/۰۲ (±۰/۹۶)	۳/۸۶ (±۱/۱)	رابطه جنسی مطلوب باعث صمیمیت بیشتر بین آنها می‌شود.	۴/۰۱ (±۰/۹۶)
رابطه جنسی مطلوب بین زوجین باعث گرم‌تر شدن کانون خانوادگی می‌شود.	۴/۰۶ (±۰/۸۷)	۴/۰۵ (±۰/۹۳)	رابطه جنسی سالم بین زوجین باعث پیشگیری از بیماری مقاربتی می‌شود.	۳/۶۹ (±۱/۱)
رابطه جنسی مطلوب بین زوجین زندگی زناشویی را جذاب‌تر می‌کند.	۴/۱۲ (±۰/۷۸)	۳/۹۸ (±۰/۹۴)	رابطه جنسی سالم و مطلوب باعث برقراری آرامش بین زوجین می‌شود.	۳/۹۶ (±۱/۱)
رابطه جنسی مطلوب باعث تنهایی طرفین می‌شود.	۳/۳۶ (±۱/۲۶)	۳/۳۲ (±۱/۳)	رابطه جنسی بین زوجین از نیازهای اولیه و مهم آن‌ها محسوب می‌شود.	۳/۸۵ (±۱/۱)
بیماری‌های مقاربتی در افراد دارای چند شریک جنسی بروز می‌نماید.	۲/۳۱ (±۰/۹۹)	۲/۵۵ (±۱/۱)	پرسیدن سؤال در مورد مسائل جنسی از دیگران باعث فاش شدن اسرار خانوادگی من می‌شود.	۲/۴۷ (±۱/۱۵)
پرسیدن سؤال از دیگران (کسب اطلاعات) در مورد مسائل جنسی بی‌حیایی محسوب می‌شود.	۲/۱۶ (±۱/۱۱)	۲/۱۹ (±۰/۹۵)	من در این دوران از صحبت در خصوص مسائل جنسی با همسرم خجالت می‌کشم.	۲/۶۵ (±۱/۱۸)
زوجینی که روابط جنسی مطلوب دارند دیگر نیازی به کلاس‌های مشاوره در این زمینه ندارند.	۲/۲۲ (±۱/۱)	۲/۲۹ (±۱/۰۳)	برقراری رابطه جنسی با همسر در دوران عقد پیامدهای خانوادگی خوبی را به دنبال نخواهد داشت.	۲/۵۵ (±۱/۱)
صحبت در خصوص مسائل جنسی در دوران قبل از ازدواج با همسر شرم‌آور است.	۲/۴۷ (±۱/۱)	۲/۵۵ (±۱/۱)		

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار گویه‌های مرتبط با تهدید درک شده به تفکیک جنسیت

گویه‌های مرتبط با تهدید درک شده	مرد (n=۲۰۰)		زن (n=۲۰۰)	
	میانگین (± انحراف معیار)	میانگین (± انحراف معیار)	میانگین (± انحراف معیار)	میانگین (± انحراف معیار)
این احتمال وجود دارد که من در آینده توانایی برقراری رابطه جنسی مطلوب با همسرم را نداشته باشم.	۲/۳۸ (±۱/۱)	۲/۴۵ (±۱/۱)	من از برقراری رابطه جنسی مطلوب با همسرم نگران هستم.	۲/۶۹ (±۱/۱)
مسائل جنسی آن‌قدر مهم نیست که زندگی مرا تحت تأثیر قرار دهد.	۲/۸۸ (±۱/۱)	۳/۱۸ (±۱/۱)	ناآگاهی و عدم توجه به مسائل بهداشتی در برقراری رابطه جنسی ممکن است موجب بروز بیماری مقاربتی (ایدز، سفلیس، سوزاک و ..) گردد.	۲/۹۱ (±۰/۹)
ناآگاهی در با رابطه جنسی مناسب موجب بروز حاملگی ناخواسته می‌شود.	۳/۲۸ (±۱/۱)	۳/۳۶ (±۰/۹)	عدم توانایی در برقراری رابطه جنسی مناسب موجب از بین رفتن روابط عاطفی بین زوجین می‌شود.	۳/۵۱ (±۱/۱)
در صورت عدم برقراری رابطه جنسی مطلوب زندگی مشترک من و همسرم به خطر می‌افتد.	۳/۲۶ (±۱/۱)	۳/۳۷ (±۱/۱)		



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی (درصد) راهنماهای عمل مرتبط با سلامت جنسی به تفکیک جنسیت

سکونت و وضعیت اشتغال با شدت درک شده رابطه معنی- دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین رابطه معنی دار منافع و موانع درک شده با متغیرهای سن، سطح تحصیلات، محل سکونت و وضعیت اشتغال از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر در این بخش بوده است ($P < 0.05$). بین راهنمای عمل و متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، محل سکونت و وضعیت اشتغال نیز رابطه آماری معنی داری مشاهده شده بود ($P < 0.05$).

با سازه حساسیت درک شده همبستگی مثبت و معنی دار و با متغیر منافع درک شده و راهنمای عمل همبستگی معکوس داشته است. سازه منافع درک شده با شدت درک شده نیز همبستگی مثبت و معنی دار را نشان داد ($P < 0.05$).

میانگین و انحراف معیار گویه‌های سازه‌های حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده مرتبط با سلامت جنسی به تفکیک جنسیت شرکت کنندگان در مطالعه در جداول شماره ۲ و ۳ ارائه شده است. کسب میانگین بالاتر در یک باور خاص حاکی از رایج تر بودن آن باور در بین زوجین در آستانه ازدواج بود. بررسی وضعیت راهنماهای عمل مرتبط با سلامت جنسی نیز نشان داد که اینترنت و دوستان از مهم ترین راهنماهای عمل در رابطه با مسائل جنسی بودند (نمودار شماره ۱).

جدول شماره ۴ به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ارائه شده است. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که بین متغیرهایی همچون سن، جنس و شغل شرکت کنندگان در مطالعه با حساسیت درک شده و متغیرهای سطح تحصیلات، محل

جدول شماره ۴- ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ($n=400$)

متغیرها	حساسیت درک شده		شدت درک شده		منافع درک شده		موانع درک شده		راهنمای عمل	
	P value	میانگین (± انحراف معیار)	P value	میانگین (± انحراف معیار)	P value	میانگین (± انحراف معیار)	P value	میانگین (± انحراف معیار)	P value	میانگین (± انحراف معیار)
سن	۰/۰۰۳	۸/۴۲(±۲/۲)	۰/۳۵۱	۱۲/۵(±۲/۸)	۰/۰۰۱	۲۹/۱(±۶/۱)	۰/۰۱۶	۱۷/۷(±۴/۷)	۰/۹۱۱	۱۸/۱(±۳/۴)
										۱۷/۹(±۳/۵)
										۱۸/۱(±۴/۱)
جنسیت	۰/۰۰۱	۷/۳۲(±۲/۱)	۰/۱۰۲	۱۲/۶(±۲/۹)	۰/۲۲۰	۳۱/۴(±۵/۳)	۰/۰۰۶	۱۶/۱(±۴/۳)	۰/۰۰۶	۱۸/۵(±۳/۱)
										۱۷/۵(±۳/۸)
تحصیلات	۰/۴۶۹	۸/۰۷(±۲/۳)	۰/۰۰۱	۱۱/۱(±۲/۷)	۰/۰۰۱	۲۷/۹(±۴/۵)	۰/۰۰۱	۱۸/۴(±۳/۳)	۰/۰۰۱	۱۸/۲(±۳/۳)
										۱۸/۶(±۲/۹)
										۱۸/۶(±۳/۳)
										۱۶/۷(±۴/۱)
محل سکونت	۰/۲۳۵	۷/۸۹(±۲/۲)	۰/۰۱۴	۱۳/۱(±۲/۸)	۰/۰۱۳	۳۱/۴(±۶/۱)	۰/۰۰۶	۱۶/۳(±۴/۵)	۰/۰۱۸	۱۷/۸(±۳/۷)
										۱۸/۸(±۲/۹)
وضعیت اشتغال	۰/۰۰۳	۷/۵۱(±۱/۹)	۰/۰۰۱	۱۳/۷(±۲/۸)	۰/۰۰۱	۳۴/۱(±۴/۹)	۰/۰۰۱	۱۴/۹(±۴/۱)	۰/۰۰۱	۱۷/۲(±۴/۵)
										۱۸/۶(±۳/۱)
										۱۹/۵(±۳/۳)
										۱۶/۲(±۳/۶)
										۱۸/۱(±۳/۴)

بحث

این مطالعه باهدف بررسی باورهای مرتبط با سلامت جنسی در بین زوجین در آستانه ازدواج با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد. در خصوص آگاهی از مسائل جنسی، شرکت‌کنندگان در مطالعه ۷۳ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را به دست آورده‌اند که حاکی از وضعیت نسبتاً مطلوب آگاهی زوجین از مسائل مرتبط با سلامت جنسی است. در این مطالعه، آگاهی از مسائلی همچون نقش تغذیه و خواب کم در کاهش و یا افزایش میل جنسی دارای کمترین میانگین نمره بودند. این در حالی است که آگاهی از بیماری‌های قابل انتقال از راه جنسی و نقش کاندوم در پیشگیری از بروز بیماری‌های آمیزشی و پیشگیری از بارداری دارای بیشترین میانگین نمره بودند. این نتایج با یافته‌های مطالعات نورانی پور و همکاران (۱۳) و نوحی و همکاران (۵) که میزان آگاهی از مسائل جنسی زوجین جوان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره را در سطح نسبتاً مطلوبی گزارش کرده بودند، همخوانی دارد.

در خصوص وضعیت حساسیت و شدت درک شده، نتایج مطالعه نشان داد که زوجین به ترتیب ۵۲ و ۶۴/۵ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب برای این سازه‌ها را به دست آورده‌اند. به‌طور کلی اعتقاد زوجین به جدی و خطرناک بودن عوارض ناشی از رفتارهای جنسی ناسالم و احتمال آسیب‌پذیری‌شان در حد مطلوب نمی‌باشد و تنها از نظر ۳۰ درصد افراد تحت مطالعه، مسائل جنسی آن‌قدر مهم است که زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.

این یافته می‌تواند ناشی از این باشد که زوجین در آستانه ازدواج به دلیل عدم برخورداری از تجربه رابطه جنسی، احتمال بروز عوارض و پیامدهای رفتارهای جنسی ناسالم و یا وقوع آن به‌طور شدید را برای خود بسیار کم ارزیابی می‌نمایند، این در حالی است که تقریباً برای تمام زوجین احتمال بروز عوارض شدید و ناگوار وجود دارد (۱۴). نتایج این بخش از مطالعه با دست‌آوردهای سایر مطالعات که حکایت از سطح متوسط باورهای تهدید و ترس از پیامدهای رفتارهای جنسی ناسالم دارند همخوانی دارد (۱۱-۵، ۸، ۶). بدیهی است که بدون درک حساسیت

ابتلا به پیامدهای رفتارهای جنسی ناسالم، رفتار جنسی صحیح جهت حصول سلامت جنسی اتخاذ نخواهد شد؛ لذا بالا بردن درک زوجین از اینکه آن‌ها را در معرض خطر عوارض این‌گونه رفتارها می‌باشند، ضروری است.

در رابطه با وضعیت نمره حساسیت و شدت درک شده برحسب متغیرهای جمعیت شناختی، نتایج این مطالعه نشان داد که زنان به‌طور معنی‌داری از سطح حساسیت درک شده بالاتری برخوردارند که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۵، ۱۶). از آنجایی که زنان در سطح جامعه از استقلال کمتری برخوردار بوده و وابستگی آن‌ها به خانواده بیشتر از مردان می‌باشد، هرگونه پیامد اجتماعی در زندگی مشترک و ترس از جدایی و طلاق دلیلی بر درک بالاتر آن‌ها در رابطه با حساسیت مسئله می‌باشد. در همین حال افرادی که سنشان کمتر از ۲۰ سال بود حساسیت درک شده بالاتری را گزارش کرده بودند که این مسئله نیز می‌تواند ناشی از تجربه کم زوجین و وابستگی اجتماعی بیشتر آن‌ها به اطرافیان باشد (۱۷).

در این بررسی زنان خانه‌دار به دلیل عدم استقلال مالی و ترس از فروپاشی کانون خانواده و طلاق حساسیت درک شده بالاتری نسبت به پیامدهای روابط جنسی ناسالم داشته‌اند. همچنین در این مطالعه افراد دارای سطح تحصیلات بالاتر و بالطبع این سطح تحصیلات، کارمند و یا دانشجو بودن آن‌ها، شدت درک شده بالاتری نسبت به پیامدها و عوارض روابط جنسی ناسالم را گزارش کرده‌اند. به نظر می‌رسد که با افزایش آگاهی‌های عمومی نسبت به سلامت جنسی می‌توان درک احتمال ابتلای به پیامدهای آن را افزایش داد (۱۸).

در خصوص منافع درک شده، افراد تحت مطالعه اعتقاد زیادی به منافع روابط جنسی سالم داشتند و به‌طور متوسط ۷۷/۷ درصد فواید روابط جنسی سالم را درک کرده بودند. در این میان اعتقاد به بهبود روابط زناشویی و عدم احساس تنهایی بین زوجین بیشترین فراوانی را داشت. این یافته نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزشی بیشتر به فواید و منافع روحی و روانی روابط جنسی صحیح تأکید دارند. این یافته با سایر مطالعات در این زمینه نیز همخوانی دارد

به طوری که منافع درک شده افراد در مطالعه Deptula و همکاران (۹) و Prochaska و همکاران (۱۹) در حد قابل-قبول گزارش شده است.

از دیگر یافته‌های مطالعه، میزان پایین موانع درک شده برای برقراری روابط جنسی صحیح در جمعیت مورد مطالعه بود که به لحاظ مدیریت برنامه‌های آموزشی مطلوب می-باشد و از این نظر با مطالعات Lauby و همکاران (۲۰) و Deptula و همکاران (۹) مشابه است. بیشترین موانع گزارش شده، خجالت کشیدن از صحبت در خصوص برقراری رابطه جنسی با همسر و تلقی فاش شدن اسرار خانوادگی در صورت پرسیدن سؤال در خصوص روابط جنسی صحیح می‌باشد، که به نظر می‌رسد با توجه به ماهیت موضوع این نتیجه طبیعی و منطقی باشد.

رابطه معنی‌داری بین سن و تحصیلات با منافع و موانع درک شده مشاهده شد، با این تفاوت که با افزایش سن و سطح تحصیلات میزان منافع درک شده جهت برقراری روابط جنسی صحیح افزایش می‌یابد، این در حالی است که موانع درک شده برقراری روابط جنسی صحیح با افزایش سن و سطح تحصیلات کاهش می‌یابد. این یافته‌ها طبیعی به نظر می‌رسد چراکه با افزایش سن و کسب تجربیات بیشتر در زمینه مسائل جنسی و همچنین افزایش آگاهی بیشتر در این زمینه با بالا رفتن سطح تحصیلات میزان منافع مرتبط با روابط جنسی سالم افزایش یافته و در مقابل نیز با بهره‌گیری از سطح آگاهی و تجربه بیشتر در جهت رفع موانع موجود از میزان موانع درک شده کاسته خواهد شد. یافته‌های این بخش با نتایج مطالعه مشابه همخوانی دارد (۶،۹). این نتیجه بر لزوم آموزش مداوم به زوجین در آستانه ازدواج در جهت افزایش منافع درک شده تأکید دارد.

همچنین در این مطالعه بین محل سکونت زوجین و منافع و موانع درک شده رابطه معنی‌داری مشاهده شده بود. میزان منافع درک شده در بین ساکنین مناطق شهری از میزان منافع درک شده افراد ساکن در روستا بیشتر بوده و بالعکس میزان موانع درک شده روستائیان از افراد ساکن در شهر بیشتر بود. این اختلاف نیز ریشه در سطح آگاهی‌ها و

دانش متفاوت افراد ساکن در مناطق شهری و روستایی دارد (۲۱). در این پژوهش، موانع درک شده جهت برقراری روابط جنسی صحیح در بین مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان مشاهده شد که در مطالعه Deptula و همکاران (۹) نیز همین نتایج به دست آمد.

وضعیت راهنماهای عمل مرتبط با سلامت جنسی در حد متوسط گزارش شده بود و این بدان معنی است که راهنماهای عمل قابل قبولی برای برقراری روابط جنسی صحیح وجود ندارد، یافته فوق نیز با مطالعات مشابه در این زمینه همخوانی دارد (۵،۲۲). به‌علاوه ذکر این نکته ضروری است که زوجین در آستانه ازدواج ممکن است به‌طور واقعی راهنمای عملی در جهت برخورداری از سلامت جنسی در اختیار داشته باشند ولی درک زوجین از این راهنماها و کاربرد آن‌ها در سطح قابل قبولی نمی‌باشد.

بیشترین راهنماهای عمل خارجی گزارش شده توسط زوجین، اینترنت و از طریق دوستان بود و نکته قابل توجه در این زمینه عدم اطلاع‌رسانی صحیح در جامعه و استفاده کمتر از کتب علمی و کارشناسان به‌منظور کسب اطلاعات لازم در مورد رابطه جنسی صحیح است که در یک مطالعه گذشته در ایران نیز به این مسئله تأکید شده است (۲۳). این مسئله در مطالعه‌ای که به مقایسه زوج‌های انگلیسی و تایوانی پرداخته، نیز عنوان شده است. زوج‌های انگلیسی که از کتاب‌های راهنما برای کسب آگاهی در زمینه روابط جنسی صحیح استفاده می‌کردند، نسبت به هم‌تایان تایوانی خود که بیشتر از نسل‌های پیشین مسائل جنسی را می-آموختند، آگاهی و نگرش بهتری را گزارش کرده بودند (۲۴). این یافته لزوم اجرای کلاس‌های منظم و هدفمند آموزشی و تهیه مواد و متون آموزشی مناسب با نیازهای آموزشی این گروه از افراد جامعه را بیش‌ازپیش نشان می-دهد.

عدم تمایل برخی زوجین جهت شرکت در مطالعه به دلیل حساس بودن موضوع و کمبود وقت را می‌توان یکی از محدودیت‌های اجرایی مطالعه حاضر بیان کرد این موضوع باعث کاهش درصد پاسخ‌دهی افراد مورد مطالعه شد. بدیهی است که بالا بودن درصد پاسخ‌دهی افراد می‌تواند

انجام رفتارهای جنسی سالم داشته باشند ولی معتقدند که این راهنماهای عمل در آن حد نیست که بتواند کمکی در انجام رفتار بکند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرحی تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان است (شماره ثبت: ۸۹۱۱۱۹۱۷۶۶۶۶) و با پشتیبانی مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه (مرکز تحقیقات علوم بهداشتی) انجام پذیرفته است که بدین‌وسیله نهایت سپاس و قدردانی به عمل می‌آید. منافع شخصی نویسندگان با نتایج این تحقیق ارتباطی نداشته است.

قدرت تعمیم‌پذیری مطالعه را افزایش دهد و این مسئله نقطه عطفی در مطالعات توصیفی تحلیلی خواهد بود.

نتیجه‌گیری

درمجموع زوج‌های جوانی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند سطح آگاهی متوسطی از روابط جنسی صحیح را داشتند. برآورد کلی نتایج نشان داد که حساسیت و شدت درک شده پیامدهای رفتارهای جنسی ناسالم در بین زوجین در سطوح مطلوبی نمی‌باشد، با این حال سطح منافع و موانع درک شده در حد نسبتاً مطلوبی گزارش شده بود. به‌علاوه ذکر این نکته ضروری است که زوجین در آستانه ازدواج ممکن است به‌طور واقعی راهنمای عملی در جهت

References

- Omidvar B, FatehiZadeh MAS, Ahmadi SA. [The Effect of Premarital Training on Marital Expectations and Attitudes of University Students in Shiraz]. *Journal of Family Research*.2009; **5**(2):231-46. (Persian)
- Bolourian Z, Ganjloo J. [Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers]. *J Reprud Infertil*.2007; **8**(31):163-70. (Persian)
- Maarefi Gh. [Study on Sexual Health of Spouses Along with Ways of Attaining it in Shi'ite Perspective Based on the Ahaadith of Vasaa'elosh-shi'e Book]. *Bimonthly Official Publication Medical Daneshvar*.2009; **16**(78):67-74. (Persian)
- Nourani Sh, Jonaidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Sexual Satisfaction in Fertile and Infertile Women Attending State Clinics in Mashad. *J Reprud Infertil*.2010; **10**(41):269-77. (Persian)
- Noohi S, Azar M, Shafiee Kandjani AR, Tajik A. [Knowledge and Beliefs of Couples attending Marriage Counseling Centers toward correct sexual relationships]. *Journal of HAYAT*.2007; **13**(3):77-83. (Persian)
- Simbar M, Ramezani Tehrani F, Hashemi Z. [Sexual-Reproductive Health Belief Model of college students]. *Iranian South Medical Journal*.2004; **7**(1):70-78. (Persian)
- Rafaei Shirpak Kh, Chini Chian M, Eftekhari Ardabili H, Pour Reza A, Ramezankhani A. [Educational need assessment of sexual health among women referring family planning unite in Tehran Health Care Centers]. *Payesh*.2010; **9**(3):251-260. (Persian)
- Lou JH, Chen SH. Relationship among sexual knowledge, sexual attitudes and safe sex behavior among adolescents: A structural equation model. *Int J Nurs Stud*.2009; **46**(12):1595-603.
- Deptula DP, Henry DB, Shoeny ME, Slavick JT. Adolescent sexual behavior and attitudes: A costs and benefits approach. *J Adolesc Health*.2006; **38**(1): 35-43.
- 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**(52):93-100. (Persian)
- Miri MR, Fani MJ, Matlabi M, Nazemi H. [Using Health Belief Model STDs on Medical Students]. *Journal of Ghonabad University of Medical Sciences*.2002; **8**(1):26-34. (Persian)
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass publisher, 2008, PP:67-92.
- Nouranipour RA, Beshart MA, Yousefi E. [An Investigation of the Correlation between Sexual Knowledge and Attitude with Marital Satisfaction among Sarried Couples Inhabiting in Married Students Dormitory at Shahid-Beheshti University]. *Counseling Research and Development*.2008; **6**(24):27-39. (Persian)
- Eaton L, Flisher AJ, Aaro LE. Unsafe sexual behaviour in South African youth. *Soc Sci Med*.2003; **56**(1):149-65.
- Coyne-Beasley T, Baccaglini L, Johnson RM, Webster B, Wiebe DJ. Do partners with children know about firearms in their home? evidence of a gender gap and implications for practitioners. *Pediatrics*.2005; **115**(6):662-7.
- Olsson II. Spouses' attributions for helping: the effects of styles of help-seeking, self-serving bias, and sex. *Scand J Psychol*.2002; **43**(4):279-89.
- 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.
- Moodi M, Miri Mr, Sharifirad G. The effect of instruction on knowledge and attitude of couples attending pre-marriage consultation classes. *J Educ Health Promot*.2013; **2**:52.

19. Prochaska JO, Redding CA, Harlow LL, Rossi JS, Velicer WF. The transtheoretical model of change and HIV prevention: a review. *Health Educ Q.*1994; **21**(4):471-86.
20. Lauby JL, Semaan S, Cohen A, Leviton L, Gielen A, Pulley LV, and et al. Self-efficacy, decisional balance, and stages of change for condom use among women at risk for HIV infection. *Health Educ Res.*1998; **13**(3):343-56.
21. Biri A, Korucuoglu U, Ilhan M, Bingol B, Yilmaz E, Biri H. Turkish women's level of knowledge and attitude toward sexual health. *Maturitas.*2007; **58**(3):236-40.
22. Hanassab S. Acculturation and young Iranian women: attitudes toward sex roles and intimate relationships. *J Multicult Couns Devel.*1991; **19**(1):11-21.
23. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *J Sex Marital Ther.*1999; **25**(3):211-5.
24. Hojat M, Shapurian R, Nayerahmadi H, Farzaneh M, Foroughi D, Parsi M. Premarital sexual, child rearing, and family attitudes of Iranian men and women in the United States and in Iran. *J Psychol.*1999; **133**(1):19-31.

*Research Article***Analyzing Sexual Health-Related Beliefs among Couples in Marriage Based on the Health Belief Model****Majid Barati (MSc)¹, Alireza Soltanian (PhD)², Shohreh Emdadi (MSc)^{3*}, Bahareh Zahiri (BSc)³, Nafiseh Barzeghar (BSc)³**

¹ Social Determinants of Health Research Center and Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

² Modeling of Non-Communicable Diseases Research Center and Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

³ Department of Public Health, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received 26 Nov. 2013

Accepted 14 Apr. 2014

Abstract

Introduction: Sexual health is the integrity between mind, emotions, and body, and any disorder leading to discoordination, can be associated with sexual dysfunction. The aim of this study was to investigate the beliefs of couples attending marriage counseling centers toward sexual health based on the health belief model.

Materials and Methods: This cross sectional descriptive study was performed on 400 couples referring to marriage counseling centers of Hamadan recruited with a random sampling method. The participants completed a self-administered questionnaire including demographic characteristics, knowledge and health belief model constructs. Data analysis was performed using SPSS-16 software, by Pearson's coefficient correlation, independent T-test, and one-way ANOVA.

Results: Couples had a moderate knowledge of sexual health. In addition, perceived susceptibility and severity of the consequences of unsafe sexual behavior among couples were not satisfactory; however, perceived benefits and barriers were reported in a relatively good level. Internet and friends were the most important sources for sexual health information.

Conclusions: Promoting knowledge and beliefs toward sexual health by preparing training packages based on the needs of couples and removing obstacles to have normal sexual behavior are necessary.

Keywords: Attitude; Couples; Knowledge; Sexual Health

Corresponding Author: Shohreh Emdadi, MSc in Health Education, Dept. of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: Sh.emdadi@umsha.ac.ir, Tel: 081-38381642

Please cite this article as: Barati M, Soltanian A, Emdadi Sh, Zahiri B, Barzeghar N. [Analyzing Sexual Health-Related Beliefs among Couples in Marriage Based on the Health Belief Model]. *Journal of Education and Community Health*.2014; 1(1):36-46. (Persian)