

بررسی تاثیر کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج بر نگرش زنان به مشارکت مردان در امور بهداشت باروری

کتایون وکیلان^۱، افسانه کرامت^۲

۱. استادیار بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. استادیار بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

افلاک/سال هشتم/ شماره ۲۸/۲۹۰ پاییز و زمستان ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: در سیاست‌های نهادهای بین‌المللی مشارکت مردان در بهداشت مورد توجه قرار گرفته است. هدف این مطالعه مقایسه نگرش زنان نسبت به مسئولیت‌پذیری مردان در بهداشت باروری و حیطة‌های آن قبل و بعد از شرکت در کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که بر روی ۲۰۵ نمونه از زنان در شرف ازدواج که به مراکز بهداشتی درمانی شهر شاهرود مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. نمونه‌گیری به روش در دسترس و روش جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته دارای ۲ قسمت مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه نگرش زنان نسبت به مشارکت مردان به بهداشت باروری شامل ۱۶ سوال در ۶ حیطة شامل درمان‌های نازائی (۱)، تنظیم خانواده (۶)، پیشگیری از بیماری مقاربتی (بهداشت جنسی) (۵)، بارداری (۲)، خشونت (۲) و تربیت فرزند (۱) بود. سوالات در طیف لیکرت ۵ تائی با حداقل نمره ۱۶ و حداکثر ۹۰ امتیاز بود. جمع‌آوری اطلاعات قبل و بعد از شرکت در کلاس‌های مشاوره ازدواج به روش خود ایفايي انجام شد و پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی ($r = 0.8$) و ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha = 0.65$) مورد تأیید قرار گرفت. نتایج با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های کای دو و ویل کاکسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت‌کنندگان $22/91 \pm 3/856$ سال بود. میانگین نگرش زنان قبل از شرکت در کلاس $8/284 \pm 69/20$ و بعد از آن $9/6 \pm 72/8$ بود که تفاوت معنی‌داری نداشت ($p=0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به نظر می‌رسد باید در زمینه نگرش زنان نسبت به مسئولیت‌پذیری مردان در امور بهداشت باروری در این کلاس‌ها تأکید شود و به خصوص محتوی و متدهای آموزشی متناسب با اهداف آموزشی برای کلاس‌های مشاوره ازدواج تدوین شود.

واژه‌های کلیدی: بهداشت باروری، مشاوره ازدواج، مشارکت مردان، نگرش زنان

مقدمه

اخیراً ارتقاء مشارکت مردان مورد توجه سازمان‌های بین‌المللی بهداشت باروری قرار گرفته است و در حال حاضر از سیاست‌های مهم بهداشت باروری و برنامه‌های آن است (۱). مشارکت مردان یکی از استراتژی مهم در رسیدن به اهداف توسعه هزاره سوم مانند توانمندسازی زنان، برابری جنسیتی و سلامت مادران نام برده شده است (۳،۲).

همچنین این استراتژی در کنفرانس بیجینگ^۱ ۱۹۹۵ و کارپو^۲ ۱۹۹۴ هم برای ارتقا سلامت زنان تاکید شده است. در برنامه عملکردی کارپو تشویق و توانمند کردن مردان برای مسوولیت مشارکتی در رفتارهای بهداشتی مانند، تنظیم خانواده، بیماری‌های مقاربتی و خشونت علیه زنان و کودکان تاکید شده است (۱). مردان عموماً، به میزان کمی اطلاعات از عواقب منفی بهداشتی زنان ناشی عواقب بارداری‌های با فواصل کم، روش‌های تنظیم خانواده و نحوه صحیح استفاده از آنها را دارند (۵،۴).

از دیدگاه بهداشتی، ارتقاء مشارکت مردان در بهداشت باروری مثبت تلقی می‌شود و این موضوع از سیاست‌های نهادهای بین‌المللی بهداشت باروری است. اما با توجه به ماهیت حساس نقش‌های جنسیتی در فرهنگ‌های متفاوت، ضروری است در وهله اول نگرش گروه‌های ذینفع را نسبت به لزوم مشارکت مردان مورد بررسی قرار داد (۶).

کلاس‌های قبل از ازدواج فرصتی است که زوجین با حقوق خود در برابر مسایل بهداشت باروری آگاه شده و نگرش‌های خود را در این زمینه تغییر دهند (۷). در مطالعه‌ای نتایج نشان داد که آموزش بهداشت باروری در کلاس‌های مشاوره ازدواج تغییر معنی‌داری را در نگرش زوجین ایجاد کرد به طوری که میانگین نمره نگرش بعد از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافت (۸)؛ از طرفی سایر مطالعات نشان می‌دهند که این کلاس‌ها از کیفیت خوبی برخوردار نیستند (۹). در یک مطالعه کیفیت محتوی آموزشی این کلاس‌ها توسط زوجین ضعیف گزارش شده بود (۱۰). از آنجا که تاکید بر بحث مشارکت مردان در برنامه‌های

آموزشی بهداشت باروری مورد تاکید است برای بررسی محتوی آموزشی این کلاس‌ها یکی از روش‌ها بررسی تغییرات ایجاد شده در دانش، نگرش و رفتار مراجعین بعد از آموزش است. در این تحقیق با هدف بررسی تاثیر آموزش بر میزان نگرش زنان در شرف ازدواج در مورد مسوولیت‌پذیری مردان در بهداشت باروری طراحی شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه پیش و پس آزمون است که با هدف تاثیر کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج بر نگرش زنان نسبت به مسوولیت‌پذیری مردان در ابعاد بهداشت باروری انجام گرفت. نمونه‌گیری در درمانگاهی که برای کلاس‌های زوجین در حال ازدواج در نظر گرفته شده بودند انجام گرفت. تعداد نمونه‌ها با استفاده از فرمول ۲۰۵ نمونه محاسبه شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ی محقق ساخته بود. این پرسشنامه از دو قسمت مشخصات دموگرافیک و دیگری سوالات نگرشی در رابطه با نگرش زنان نسبت به مشارکت مردان در بهداشت باروری تنظیم شد. برای ساخت پرسشنامه ابتدا بررسی متون با مراجعه به بانک‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی انجام شد. سپس سوالات با استفاده از متون بررسی شده تنظیم شد. مجموعاً ۲۵ سوال در ۶ حیطه شامل درمان‌های نازایی یک سوال، تنظیم خانواده ۶ سوال، پیشگیری از بیماری مقاربتی (بهداشت جنسی) ۵ سوال، بارداری ۲ سوال، خشونت ۲ سوال و تربیت فرزند ۱ سوال طراحی شد. سپس سوالات جهت روایی به ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی علوم پزشکی شاهرود داده شد که نظرات و پیشنهادات خود را در آن اعمال نمایند. پس از روایی محتوی تعداد سوالات به ۱۶ سوال تقلیل یافت برای اعتبار محتوی از شاخص نسبت روایی^۳ استفاده شد که با نمره ۸۱/۰ برای کل پرسشنامه مورد تایید نهایی قرار گرفت. جهت

1. Beijing
2. Cario
3. Content Validity Index

پایایی آن از تست باز آزمون استفاده شد و با همبستگی $0/8$ مورد تایید قرار گرفت. همچنین برای پایایی داخلی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که با الفای $0/65$ مورد تایید قرار گرفت. ۱۶ سوال به صورت طیف ۵ تایی لیکرت تنظیم شد که میزان کل نمره ۹۰ امتیاز بود. نمره زیر 50% نگرش ضعیف، بین $(50\% - 70\%)$ نگرش میانه و بالای 70% نگرش خوب تلقی شدند. روش کار بدین ترتیب بود که زنانی که داوطلب شرکت در تحقیق بودند پس از کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه وارد مطالعه شدند روش نمونه گیری در دسترس بود و پرسشنامه توسط خود شرکت کنندگان تکمیل می شد. پرسشنامه یک بار قبل از شرکت در کلاس‌های مشاوره ازدواج و یک بار پس از شرکت در کلاس‌ها به آنان داده شد. اطلاعات با استفاده از درصد، میانگین و آزمون‌های کای دو و ویل کاکسون، تجزیه تحلیل شدند.

یافته ها

میانگین سن نمونه‌ها $22/91 \pm 8.3$ سال بود 45% (۹۱) تحصیلات دیپلم و $39/6\%$ (۸۰) تحصیلات بالای دیپلم داشتند. جدول شماره ۱ گویه‌های مربوط به نگرش زنان را نشان می‌دهد. آزمون ویل کاکسون تفاوت آماری معنی داری، بین میانگین نگرش زنان $8/284 \pm 69/20$ قبل از شرکت در کلاس و بعد از شرکت $9/6 \pm 72/8$ نشان نداد ($p > 0/05$). سایر یافته‌ها در جدول شماره ۲ می‌باشد.

بحث

نتایج نشان داد که اگرچه میانگین نمره نگرش زنان نسبت به قبل از شرکت افزایش داشت ولی این افزایش معنی دار نبود. همچنین اکثریت زنان نگرش خوبی به مشارکت مردان در بهداشت باروری داشتند. اما میزان این نگرش در حیاط‌های مختلف بهداشت باروری متفاوت بودند به طوری که کمتر از یک سوم زنان با مسوولیت پذیری مردان با روش‌های پیشگیری

از بارداری موافق بودند. در حالی که گلاسیر^۱ و دیگران (۲۰۰۰) در مطالعه خود نشان دادند که اکثریت زنان با مسوولیت پذیری مردان در تصمیم گیری روش‌های پیشگیری از بارداری موافق بودند (۱۱). ولی اکثریت زنان ایرانی با آگاهی مردان از روش‌های پیشگیری موافق نبودند. در ۳ کشور فرانسه، برزیل و اندونزی بیشتر از ۳۰ درصد از نمونه‌ها بیان کردند که زنان به تنهایی در مورد این روش‌ها تصمیم می‌گیرند (۱۲)، در مطالعه حاضر درصد کمی معتقد بودند تعداد بارداری‌ها و فواصل بین بارداری‌ها توسط مردان تعیین می‌شد. در مطالعه‌ای دیگر نشان داد که مردان می‌توانند از طریق ایجاد محدودیت و فاصله گذاری بین فرزندان، در استفاده از ضد بارداری‌ها، مشارکت فعال داشته باشند (۱۲).

در جنوب امریکا $8-12\%$ مردان بیان کردند که به تنهایی در این زمینه حساس تصمیم می‌گیرند (۱۳). آگاهی از این مساله به زوجین کمک می‌کند که با مشارکت یکدیگر فواصل بارداری را بر طبق نیازهای اقتصادی، اجتماعی و روحی-روانی خانواده تنظیم کنند. در بحث تنظیم خانواده، مردان می‌توانند همسرانشان را در استفاده از روش‌های تنظیم خانواده حمایت کرده و از کاندوم استفاده کنند، همچنین از داشتن شرکای جنسی متعدد خودداری و در جلسات مشاوره‌ای شرکت و یا همه مسایل فوق را در برگیرد. مردان به عنوان پدر و همسر، می‌توانند از نیازهای خانواده و نگرانی‌های آنها بیشتر آگاه شده و بهتر برای آینده فرزندان خود برنامه‌ریزی کنند. مردان به عنوان رهبران جامعه، می‌توانند بر روی نگرش مردم جامعه تاثیر گذاشته و بتوانند سیاست‌های جامعه را شکل دهند (۱۴). مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت زنان رابطه جنسی سالم را در مسوولیت‌پذیری مردان می‌دانستند. مردان در نقش همسر اغلب می‌توانند به عنوان مراقب و جستجو کننده رفتارهای بهداشتی برای خانواده هایشان باشند (۱۵، ۱۶).

1. Glasyr

جدول شماره ۱: گویه های مربوط به نگرش زنان نسبت به مشارکت مردان در بهداشت باروری

بی نظری	مخالف تا کاملاً مخالف	موافق تا کاملاً موافق		
(۱۵/۶)۳۲	(۷۱/۲)۱۴۴	(۱۴/۱)۲۹	قبل	تنها زنان باید از روش پیشگیری از بارداری استفاده کنند
(۱۸/۷)۳۶	(۷۱/۰)۱۳۹	(۹۴)۱۸	بعد	
(۱۰/۲)۲۱	(۵۶/۶)۱۱۶	(۳۳/۲)۶۸	قبل	زنان باید از روش های پیشگیری آگاهی داشته باشند
(۸/۳)۱۷	(۶۵/۸)۱۳۵	(۲۵/۸)۵۳	بعد	
(۷/۳)۱۵	(۸۳/۴)۱۷۱	(۱۱/۳)۱۹	قبل	تصمیم تعداد فرزندان باید با مرد باشد
(۱۰/۴)۲۰	(۶۹/۴)۱۳۴	(۲۰/۲)۳۹	بعد	تنظیم خانواده
(۲۲/۹)۴۷	(۳۳/۴)۸۹	(۳۳/۷)۶۹	قبل	تنظیم فواصل فرزندان باید با زنان باشد
(۱۸/۱)۳۵	(۶۴/۲)۱۲۴	(۱۷/۶)۳۴	بعد	
(۲۵/۹)۵۳	(۵۴/۲)۱۱۱	(۲۰/۴)۴۱	قبل	مسئولیت استفاده از روش پیشگیری از بارداری با همسر می باشد
(۲۰/۷)۴۰	(۵۲/۹)۱۰۲	(۲۶/۴)۵۱	بعد	
(۱۹/۷)۳۹	(۱۰۲/۲)۲۱	(۷۰/۷)۱۴۵	قبل	مردان در متقاعد کردن زنان در تعداد فرزندان موثرند
(۱۷/۶)۳۶	(۱۶/۹)۳۴	(۶۸/۳)۱۴۰	بعد	
(۷/۸)۱۶	(۲)۴	(۹۰/۳)۱۸۵	قبل	همسر را در جریان بیماری مقاربتی قرار خواهم داد
(۷/۸)۱۵	(۴/۲)۸	(۸۸/۱)۱۷۰	بعد	
(۱۶/۶)۳۴	(۱۹/۹)۳۹	(۶۴/۴)۱۳۲	قبل	رابطه جنسی سالم با مسئولیت مردان است
(۱۱/۴)۲۲	(۲۰/۷)۴۰	(۶۷/۹)۱۲۸	بعد	
(۷/۸)۱۶	(۲)۴	(۹۰/۳)۱۸۵	قبل	همسر را در جریان بیماری مقاربتی قرار خواهم داد
(۷/۸)۱۵	(۴/۲)۸	(۸۸/۱)۱۷۰	بعد	بیماری مقاربتی
(۷/۳)۱۵	(۴/۴)۹	(۸۸/۳)۱۸۱	قبل	زنان باید از روش های پیشگیری از بیماری های مقاربتی اطلاع داشته باشند
(۷/۸)۱۶	(۳)۶	(۸۹/۳)۱۸۳	بعد	
(۱۲/۲)۲۵	(۸۱/۴)۱۶۷	(۵/۹)۱۲	قبل	مردان باید از عواقب بیماری های مقاربتی آگاه باشند
(۱۳/۵)۲۶	(۷۹/۳)۱۵۳	(۷/۳)۱۴	بعد	
(۹/۸)۲۰	(۲/۴)۸	(۸۶/۳)۱۷۶	قبل	مردان باید در مورد زایمان اطلاعاتی داشته باشند
(۹/۸)۱۹	(۴/۷)۹	(۸۵/۵)۱۶۵	بعد	بارداری و زایمان
(۸/۶)۱۴	(۱/۵)۳	(۹۱/۷)۱۸۶	قبل	مردان باید در بارداری از زنان حمایت کنند
(۸/۸)۱۷	(۴/۷)۹	(۸۶/۵)۱۶۷	بعد	
(۹/۸)۲۰	(۲/۵)۵	(۸۷/۸)۱۸۰	قبل	احترام متقابل همسران به یکدیگر قابل تأیید است
(۹/۸)۱۹	(۵/۷)۱۱	(۸۴/۵)۱۶۳	بعد	خشونت
(۱۸/۵)۳۸	(۵۳/۳)۱۰۹	(۲۸/۳)۵۸	قبل	گاهی خشونت به همسر (مردان به زنان) را جایز می دانم.
(۱۹/۶)۴۰	(۵۱/۵)۱۰۵	(۲۸/۹)۵۹	بعد	
(۲/۴)۵	(۲/۹)۶	(۹۳/۷)۱۹۴	قبل	مردان هم باید در تربیت فرزند با زنان مشارکت داشته باشند.
(۲/۶)۵	(۳/۱)۶	(۹۴/۳)۱۷۳	بعد	تربیت فرزند
(۲۱/۹)۸۷	(۵۲/۸)۳۱۰	(۲۵/۴)۱۰۱	قبل	زنان وظیفه دارند برای نازایی اقدام کنند
(۱۷/۶)۳۶	(۵۵/۱)۱۱۳	(۲۷/۳)۵۶	بعد	نازایی

همچنین مردان می توانند حمایت کننده و ارتقا دهنده گان بهداشت خانواده باشند (۱۹، ۱۸، ۱۷). مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت زنان موافق داشتن اطلاعات مردان در مورد بارداری، حمایت زنان در بارداری و مشارکت مردان در تربیت فرزندان بودند. سازمان بهداشت جهانی مشارکت مردان در برنامه های مادری ایمن را شامل مواردی همچون: تسهیل دسترسی و استفاده از مراقبت های پری ناتال، افزایش آگاهی در مراقبت های پری ناتال و شرکت در برنامه ریزی برای زایمان می داند و انجام نیازسنجی و شناسایی استراتژی های مناسب برای درگیری آنان

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان نگرش در زنان در شرف ازدواج نسبت به مسئولیت پذیری مردان در بهداشت باروری

نگرش زنان در شرف ازدواج	خوب	متوسط	کل	P value
قبل از شرکت در کلاس مشاوره	تعداد: ۱۲۴	درصد: ۶۰/۵	تعداد: ۲۰۵	درصد: ۱۰۰
بعد از شرکت در کلاس مشاوره	تعداد: ۱۲۹	درصد: ۶۲/۹	تعداد: ۳۷/۱	درصد: ۷۶

را ضروری می‌داند (۲۰). در مطالعه حاضر اکثریت زنان موافق آگاهی زنان در مورد روش‌های پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی بودند و معتقد بودند مردان هم باید از عواقب بیماری‌های مقاربتی آگاه باشند. در یک مطالعه کیفی مردان تعهد کمی به پیشگیری از بیماری مقاربتی نشان دادند، اما تعهد آنها به شروع درمان برای حفظ همسرانشان در صورت ابتلا به بیماری مقاربتی قابل ملاحظه بود، این عمل به منظور پیشگیری از عفونت مجدد بود. با این حال اغلب مردان و زنان گزارش دادند که شریک جنسی خود را در جریان بیماری خود قرار نمی‌دهند ولی به طور پنهان درمان را شروع می‌کنند (۲۱). در مطالعه حاضر اکثریت زنان موافق در جریان گذاشتن همسر برای بیماری مقاربتی بودند. در یک مطالعه زنان همسر دار هم گزارش کردند که به همسرانشان در مورد بیماری مقاربتی چیزی نخواهند گفت، چون دچار خشونت از طرف آنان خواهند شد. اما در صورت ابتلا به اچ آی وی و ایدز، همسرشان را در جریان قرار خواهند داد (۲۲). در این مطالعه بیش از نیمی از زنان موافق اقدامات نازایی برای مردان بودند و آن را مسوولیت صرف برای زنان نمی‌دانستند. مطالعه حاضر نشان داد که ۲۸/۹٪ زنان گاهی خشونت مردان را جایز می‌دانند. مطالعات خشونت خانگی در کشور ما گزارش شده است. به طور مثال مطالعه‌ای در ارومیه نشان داد که بیشترین میزان خشونت از نوع جسمی و فیزیکی است (۵۰ درصد)، و سپس خشونت روانی و مالی به ترتیب ۲۵/۷ و ۲۳/۲ درصد را نشان می‌دهد (۲۱). مطالعه‌ای در اصفهان نشان داد که بیشترین فراوانی انواع خشونت‌ها مربوط به خشونت کلامی-روانی (۳۴ تا ۶۲ درصد) بود. خشونت‌های جنسی، اقتصادی و فیزیکی در مراتب بعدی گزارش شده است (۵۳-۵ درصد) گزارش شده است (۲۲). مساله خشونت علیه زنان آنچنان فراگیر و بدون مرز است که نهادهای جهانی نظیر سازمان ملل متحد و سازمان‌های دفاع از حقوق بشر را واداشته است که نسبت به این موضوع واکنش نشان دهند، به طوری که در قطعنامه کنفرانس حقوق بشر که

در سال ۱۹۹۷ در وین برگزار شد با اشاره به اشکال خشونت اعمال شده بر علیه زنان در سراسر جهان به این نکته تاکید شده است که باید در نگرش مردان به زنان تغییر ایجاد شود و زنان به مردان یاری برسانند که در برداشتهای خود نسبت به زنان تجدید نظر کنند (۲۳). لذا نگرش زنان خود می‌تواند به مساله خشونت دامن بزند، و باید به زنان در این زمینه آگاهی کافی داده شود و کلاس‌های مشاوره می‌تواند مکان مناسبی در حل این مسئله باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که کلاس‌های قبل از ازدواج بر روی مسایل مشارکت مردان و آشنایی زنان با این مقوله کمتر تمرکز دارد و به نظر می‌رسد محتوای آموزشی این کلاس‌ها باید باز-نگری شود. در مطالعه‌ای که مودی^۱ و همکاران بر روی زوج‌های در شرف ازدواج انجام دادند نتایج نشان داد که آموزش بهداشت باروری در کلاس‌های مشاوره ازدواج تغییر معنی داری را در زوجین ایجاد کرد (۸)؛ در رابطه با نیازهای زوجین در محتوای آموزشی کلاس‌ها مطالعه حسینی در سال ۱۳۸۲ نشان داد که سه اولویت اول در مشاوره قبل از ازدواج به ترتیب به ارتباط، مسوولیت پذیری و حل اختلاف بود (۲۲). پژوهشی در اصفهان در ارتباط با آموزش‌های مرتبط با بهداشت باروری در ابتدای زندگی مشترک نشان داد که بیش از ۷۵ درصد از داوطلبان نیاز به فراگیری حیطه بهداشت باروری، به خصوص روش‌های پیشگیری از بارداری، پیشگیری از سرطان‌های شایع زنان، بارداری‌های ناخواسته پرخطر و عواقب آنها و سلامت روابط جنسی داشتند (۷). آموزش قبل از ازدواج عمده‌تاً شامل روش‌های تنظیم خانواده، مسایل مربوط به باروری، بیماری‌های ژنتیکی و به میزان کمتری چگونگی ارتباط با همسر است. در حالی که با ازدواج، بعد وسیعی از مسایل پیش‌روی زوجین گشوده می‌شود که نیاز به آموزش برای آمادگی در برخورد با هر یک از این مسایل احساس می‌شود (۲۵). مطالعه حاضر محدودیت‌هایی داشت از جمله اینکه مداخله‌های آموزشی صورت

نگرفت و برنامه روتین کلاس های مشاوره ارزیابی شد که پیشنهاد می شود برای تاثیر آموزش و مشاوره بر نگرش نسبت به مسایل بهداشت باروری زوجین مطالعات مداخله ای صورت گیرد. همچنین حضور مردان در هنگام پر کردن پرسشنامه نیز متغیری بود که می توانست بر پاسخ زنان تاثیر گزار باشد که قابل کنترل در این مطالعه نبود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که باز نگری محتوی آموزشی کلاس های مشاوره ازدواج در مورد آگاه کردن زنان به جنبه های مختلف بهداشت باروری از نقطه نظر مشارکت مردان برای ایجاد یک رابطه سالم جنسی و نیز مسایل خانوادگی در چارچوب بهداشت باروری و حیطه هایی که در کنفرانس توسعه و جمعیت به آن اشاره شده است ضروری به نظر می رسد.

تقدیر و تشکر

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و تمام کسانی که ما را در این طرح یاری کردند تشکر و قدردانی می شود. در ضمن کد طرح باشماره ۸۷۴۲ در سامانه پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به ثبت رسیده است و جز تحقیقات کمیته دانشجویی می باشد.

References

1. United Nation Population Fund (UNFPA). International conference on population and development; 1994 September 2-3; Cairo, Egypt. [Cited 2009]; Available from: <http://www.unfpa.org/public/icpd>.
2. United nation Population fund (UNFPA). Enhancing men's roles and responsibilities in family life. A new role for men. [Cited 2009]; Available from: <http://www.unfpa.org/intercenter/role4men/enhancin.htm>.
3. Greene EG, Mehta M, Pulrwitz J, Wulf D, Bankole A & et al. Involving men in reproductive health: contributes to development, Background paper to the public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the millennium development goals. United Nation Millennium Development project. [Cited 2009]; Available from: http://www.unmillenniumproject.org/documents/Greene_et_al-inal.pdf. Balaiah
4. Martin LT, McNamara MJ, Milot AS, HalleT, Hair EC. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Maternal and Child Health Journal* 2007; 11(6):595-602.
5. Dibaba A. Rural men and their attitude towards vasectomy as means of contraception in Ethiopia. *Tropical Dorfor* 2001; 31:100-2
6. Mullany BC. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. *Social Science & Medicine* 2006; 62(11):2798-809.
7. Aghdak P, Majlesi F, Zarei H. Reproductive health and educational needs among pre-marriage couples. *Payesh* 2009; 8(4): 379-85 [In Persian].
8. Moodi M, Sharifzadeh GR. The effect of instruction on knowledge and attitude of couples attending pre-marriage consultation classes. *Birjand University of Medical Sciences* 2008; 15(3): 32-9. [In Persian]
9. Glasier AF, Anakwe R, Everington D, Martin CW, Van der Spuy Z, Cheng L, Ho PC and Anderson RA. Would women trust their partners to use a male pill? *Hum Reprod* 2000; 15, 646-649.
10. Shahidzadeh A, Mir Moeeni ES, Azimian MH, ani-Kashani Kh. A qualitative assessment of urban family planning facilities Hamadan, May September 2003. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2004; 2(1): 1-10.
11. Salarvand SH, 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 (I.U.M.S)* 2011, 29 (128);138-146.
12. Drennan M, Robey B. Reproductive Health, (New Perspectives on Men's Participation. *Population Reports*. 1998; Volume XXVI, Series J, Number 2 October,
13. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Human Reproduction* 2005; 20(2):549-556
14. Lee RB. Filipino Men's Involvement in women's health draft report. The Hague Johns Hopkins Center forInitiatives: Status, Challenges Communication Programme, 1998
15. Sternberg P, Hublely J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. *Health Promotion International* 2004 19(3): 389-96.

16. Piet-Pelon N, Rob U. Khan M.E. Men in Bangladesh, India and Pakistan: Reproductive health issues, Hindustan Publishing Corporation, New Delhi 1999
17. Carter M W. Because he loves me. Husbands' involvement in maternal health in Guatemala, Culture, Health, & Sexuality 2002 4 (3): 259-279.
18. Pulerwitz J, Barker G, Seg undo M, Nascimento M. Promoting more gender-equitable norms and behaviors among young men as an HIV/AIDS prevention strategy. Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council. 2003.
19. Sternberg P. and Hubley J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion Health Promotion International 2004 19(3): 389-96.
20. World Health Organization. Programming For Male Involvement In Reproductive Health. Report Of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health WHO/PAHO, Washington DC, 2001 USA5-7.
21. Arefi M. Domestic surveying Violence in women in orumie .women studies.; 2004,1(2), 130.[In Persian].
22. Malek afzali h, mahdizadeh m, zamani ahmad reza, farajzadegan z. surveying domestic violence against women in isfahan in 2003. Medical sciences Journal of Islamic Azad University 2005 14(2):63-68 [In Persian].
23. Hajian S, Vakilian K, Mirzaii Najm-Abadi K, Hajian P, Jalalian M Violence against Women by Their Intimate Partners in Shahroud in Northeastern Region of Iran Glob J Health Sci. 2014 27;6(3):117-30.
24. Hoseini M. The effect education of sexual behavior program in couple sexual satisfaction in Azad university student in Azad Shahr. Dissertation master science of midwifery medical science of Mashad 2001:130.
25. Jayson SH. Premarital education could cut divorce rate, survey. [Cited 2006 Jul 1]. Available from: http://www.morris-king.com/multi/Beliefnet_USAToday_June.2006.

The Effect of Preparation Marriage Classes in the Attitude of Females on the Participation of Men in Reproductive Health in Shahroud 1390

Vakilian K¹, Keramt A²

1. Assistant Professor of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Iran

2. Assistant Professor of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

Abstract:

Background & Aim: Male involvement in maternal health is one of the policies promoted by International reproductive health bodies. This study was performed to determine knowledge and attitude of couples before and after attending marriage consultation in Shahroud 2011.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on 205 women referring to health centers in Shahroud. Convenient sampling was used. The data-gathering tool was a researcher made questionnaire containing 2 forms. The first form included demographic questions and 18 attitude questions in likert 5 range were responsibility female in 5 area with 16 in less and 90 in high score including in fertility(1), family planning(6), , sexual disease prevention (sexual health)(5), pregnancy(2) , parenting(1) infertility (1)Violence(2). Assessment was done pre and post consultation marriage class. Test re test reliability and Cronbach's alfa were respectively 0.8 and 0.65. Descriptive statistics and analytics such as, χ^2 , Wilcoxon, were used for analyzing the data.

Results: Mean age of the females under study was 22.91 ± 3.856 years. Mean of women attitude from 69.20 ± 8.284 (before consult) to 72.8 ± 9.6 after invention ($P=0.05$).

Conclusion: Regarding data it seems attitude should be improved in the field of reproductive health and specially emphasize on content and appropriate educational method in marriage class.

Key Words: Reproductive Health, Marriage counseling, Male Participation