مقاله اصیل پژوهشی

تأثیر آموزش جنسی بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، بر عملکرد جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی– درمانی شهری مشهد

حسین ابراهیمی‌پور[۱]، زینب جلمبادانی[۲]، نوشین پیمان[۱]، حبیب ا... اسماعیلی[۳]، علی وفایی نجار[۱]

چکیده

زمینه و هدف: بیش از نیمی از مشکلات جنسی که باعث نابودی زندگی و روابط زناشویی می‌شود، به علت آگاهی ناکافی یا عقاید نادرست در مورد روابط جنسی ایجاد می‌شود. تئوری رفتار برنامه ریزی‌شده (Theory of Planned Behavior)، یکی از تئوری‌های مهمی است که فرایند اصلی پذیرش رفتارهای بهداشتی را توضیح می‌دهد. این مطالعه، آموزش جنسی بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر عملکرد جنسی زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان شماره یک مشهد را مورد بررسی قرار داد.

روش تحقیق: این مطالعه نیمه‌تجربی به‌صورت قبل و بعد، بر روی ۸۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی مشهد که در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند، انجام شد. روایی صوری، روایی محتوی و پایایی پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای، به‌وسیله آلفای کرونباخ و آزمون- بازآزمون تعیین شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۱/۵) و آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن و آنالیز رگرسیون، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: پس از مداخله آموزشی، میانگین امتیازات آگاهی، نگرش، درک کنترل رفتار، قصد و عملکرد جنسی در گروه مداخله، به‌صورت معنی‌داری افزایش پیدا کرد. این تغییرات در گروه کنترل معنی‌دار نبود؛ همچنین تفاوت آماری معنی‌داری در هنجارهای انتزاعی دو گروه بعد از مداخله به‌وجود نیامد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر آموزش در ارتقای عملکرد جنسی زنان، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی بهبود عملکرد جنسی، با هدف پیشگیری از مشکلات جنسی با حضور زوجین در مراکز بهداشتی درمانی دایر گردد.

واژه‌های کلیدی: آموزش جنسی، عملکرد جنسی، زنان، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۲۰ (۱): ۵۸-۶۷.

دریافت: ۱۳۹۱/۰۶/۲۷ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱

[۱] استادیار، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

[۲] نویسنده مسؤول، دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

آدرس: مشهد-خیابان دانشگاه- بین دانشگاه ۱۶ و ۱۸- دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۵۱۱ -۸۵۴۴۶۳۳ نمابر: ۸۵۱۷۵۰۵ پست الکترونیکی: jalambadaniz @gmail.com:

[۳] دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

مقدمه

تمایلات جنسی، پدیده‌ای است که اهمیت به آن، امری واقع‌بینانه و نادیده‌انگاشتن آن اشتباه می‌باشد؛ چرا که مانند سایر امیال غریزی انسان، از آغاز تولد کودک وجود داشته است و متناسب با رشد او متحوّل و شکوفا می‌شود. در همین رابطه، سازمان بهداشت جهانی تعریفی را تحت عنوان سلامت جنسی ارائه داده است و و در این تعریف، سلامت جنسی را نوعی هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم در نظر گرفته است که می‌تواند، جنبه‌های عقلانی و اجتماعی انسان را در نظر گرفته و در مسیر رشد شخصیت او سوق دهد (۱– ۴)؛ بنابراین برنامه‌های آموزش جنسی و تنظیم خانواده، از جمله مباحثی است که به منظور بالابردن آگاهی و دانش عمومی در مورد بهداشت خانواده و کاهش مسائل جنسی، در تمام سطوح اجتماع مطرح شده و طبیعی است که نحوه آموزش جنسی، به میزان آگاهی و دانش هر گروه اجتماعی متفاوت است؛ آموزش در مدرسه، دانشگاه و کارخانه، از نظر محتوا متفاوت خواهد بود (۵). آموزش جنسی فرایندی است که به رشد جنسی سالم، بهداشت زناشویی، روابط بین‌فردی، عاطفه، نزدیکی، تصور بدنی و نقش‌های جنسیتی کمک می‌کند. آموزش جنسی، به همه ابعاد جنسیت مانند: ابعاد زیستی، فرهنگی- اجتماعی، روان‌شناختی و مذهبی توجه می‌کند. آموزش جنسی هم به حوزه شناختی (اطلاعات و دانش)، هم به حوزه عاطفی (احساسات، ارزش‌ها و نگرش‌ها) و هم به حوزه رفتاری (مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری) مربوط می‌شود (۶). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، برنامه‌های آموزش جنسی هم برای افرادی که هنوز فعالیت جنسی خود را آغاز نکرده‌اند و هم برای افرادی که فعالیت جنسی خود را آغاز کرده‌اند، یک نیاز به حساب می‌آید. آموزش جنسی جامع، هم تعداد زایمان‌های ناخواسته و برنامه‌ریزی‌نشده را کاهش می‌دهد و هم مانع بیماری‌هایی می‌شود که از طریق فعالیت جنسی و روابط نزدیک جنسی منتقل می‌شوند (۷). آموزش جنسی، باید به افراد کمک کند تا با رعایت اصول بهداشتی، به فعالیت جنسی پرداخته و از رفتارهای خطردار اجتناب کرده و در حفظ سلامت روانی و جسمانی خود تلاش کنند. طبیعی است که فقدان اطلاعات یا اطلاعات غلط در مورد مسائل جنسی، خطر ایجاد انواع اختلالات جنسی، رفتارهای پرخطر، بیماری‌های مقاربتی، کاهش لذت جنسی، حاملگی ناخواسته و مسائل خانوادگی و زناشویی را افزایش می‌دهد؛ به هر حال مطالعات متعدد، اثربخشی آموزش‌های جنسی و تنظیم خانواده را ثابت کرده‌اند (۸). در سال ۲۰۰۴، سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد نمود که بهداشت جنسی، موضوعی مستقل از بهداشت باروری بوده و باید جداگانه مورد بررسی قرار گیرد و همچنین بیان نموده است که بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات در سطح دنیا، ناشی از بی‌توجهی به موضوع بهداشت جنسی است (۹). طبق مطالعه اخیر محققان هاروارد، شایع‌ترین اختلالات جنسی زنان آمریکایی عبارتند از: اشکال در میل جنسی (۳۹ درصد)، اختلال در مرحله انگیختگی (۲۶ درصد) و اختلال در رسیدن به ارگاسم یا رضایت کامل (۲۱ درصد). مطالعات کلینیک سلامت خانواده دانشگاه شاهد ایران در سال ۱۳۸۵ نشان می‌دهد، شایع‌ترین مشکلات زنان نیز اختلال در رسیدن به اوج لذت و آنورگاسمی با فراوانی ۳۸/۷ درصد می‌باشد. واژنیسموس در زنان نیز دومین گروه عمده اختلالات جنسی با فراوانی ۳۲/۲ درصد بوده است (۱۰). مطالعات پراکنده و محدود دیگری که در این رابطه انجام شده، نشان می‌دهند که در مناطق مختلف ایران، ۱۰ تا ۴۰ درصد زنان، با مشکلات جنسی دست به‌گریبان‌اند که می‌توان گفت، آمار بسیار درخور تأملی است و توجهی جدّی را می‌طلبد (۱۱). بر اساس نتایج مطالعات مختلف ،۴۰ درصد زوج‌های راضی از زندگی زناشویی، دچار اختلالاتی در روابط جنسی یا نارضایتی نسبی از اینگونه روابط می‌باشند. تقریباً حدود ۵ درصد زنان ازدواج کرده بالای ۳۵ سال، هرگز ارگاسم را تجربه نکرده‌اند و ۳۰– ۴۰ درصد مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات جنسی ،از انزال زودرس رنج می‌برند. در ارزیابی‌ها، اختلال

عملکرد جنسی در زنان، حدود ۵۰ درصد و اختلال نعوظ در مردان تا۶۰ درصدگزارش شده است (۱۱).

برای داشتن مداخله مفید و مؤثر در زمینه عملکرد جنسی، داشتن یک الگوی مناسب و توانا برای تغییر رفتار، از اولویت خاصی برخوردار است. تئوری که در مطالعه حاضر برای بهبود عملکرد جنسی در زنان انتخاب شده است، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده می‌باشد که در مطالعات زیادی از جمله: آموزش رفتارهای سالم، تنظیم خانواده و سرطان پستان مورد استفاده قرار گرفته است. تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسط Ajzen و Fishbin و در سال ۱۹۸۰ ابداع شد. این تئوری، اصلی‌ترین علت یک رفتار را، قصد برای انجام آن رفتار می‌داند. قصد نیز تحت تأثیر نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی نسبت به رفتار و احساس کنترل فرد بر آن رفتار (از نظر آسانی و یا سختی کار) می‌باشد. مهمترین تعیین‌کننده رفتار یک فرد، قصد رفتاری اوست. قصد رفتاری فرد، به نگرش او نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی مرتبط با آن رفتار بستگی دارد؛ به عبارت دیگر رفتار یک شخص بستگی به نگرش وی به یک رفتار خاص و چگونگی نظر سایر افراد نسبت به آن رفتار دارد (دیدگاه سایر افراد مهم جامعه)؛ هر دوی اینها عواملی هستند که قصد رفتاری یک شخص را و اینکه آیا فرد، رفتاری انجام بدهد یا انجام ندهد، تعیین می‌کند. عامل سومی، در کنار دو عامل گفته‌شده مطرح است که به آن کنترل درک‌شده گفته می‌شود. کنترل درک‌شده، مربوط به وجود شرایط و امکانات برای اتخاذ رفتار مورد نظر است. عوامل ذکرشده، تعیین‌کننده رفتار هر فرد هستند و می‌توان با تغییر نگرش افراد، باعث تغییر رفتارهای ناسالم و حرکت آنان به سمت رفتارهای سالم شد (۱۲– ۱۵). با وجود اینکه تمایلات جنسی، ذاتی و غیرارادی می‌باشند، نگرش و رفتارهای جنسی آموختنی هستند. از آنجا که در دهه گذشته، نگرش اجتماعی در مورد سلامت و بهداشت جنسی تغییر کرده است، با افزایش آگاهی، فرد قادر خواهد بود به سوی سلامت بیشتر مسائل و روابط جنسی حرکت کند (۱۱).

با توجه به اهمیت موضوع و کم‌بودن پژوهش در خصوص آموزش جنسی بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر عملکرد جنسی زنان، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش جنسی بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر عملکرد جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهری مشهد ۱ انجام شد.

روش تحقیق

در این مطالعه نیمه‌تجربی، با توجه به مطالعه ابتدایی اولیه و فرمول تعیین حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، تعداد افراد برای هر گروه ۳۸ نفر و در مجموع ۷۶ نفر محاسبه گردید که با در نظرگرفتن نرخ ریزش ۲۰ درصد برای پیگیری پس از یک ماه، ۴ نفر به این نمونه‌ها اضافه شد و در نهایت ۸۰ نمونه لازم بود. جامعه آماری شامل ۸۰ نفر از زنان متأهّل مراجعه‌کننده به واحد تنظیم خانواده پنج مرکز بهداشتی و درمانی وابسته به مرکز بهداشت شهرستان شماره یک مشهد بودند که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. از هر مرکز بهداشتی و درمانی ۱۶ نفر از زنان مراجعه‌کننده به واحد تنظیم خانواده که معیارهای ورود به مداخله را داشتند، انتخاب شدند که در مجموع از ۸۰ نفر انتخاب‌شده، ۴۰ نفر به گروه مداخله آموزشی و ۴۰ نفر به گروه کنترل، به صورت غیر تصادفی تخصیص داده شدند.

معیارهای انتخاب نمونه‌ها (گروه مداخله و گروه کنترل) شامل موارد زیر بودند: سن بین ۱۸– ۴۹ سال، مراجعه برای دریافت خدمات تنظیم خانواده به مراکز بهداشتی و درمانی مورد پژوهش، تأهّل، در حال زندگی با همسر، تمایل به شرکت در مطالعه، باردارنبودن، ایرانی‌بودن و عدم وجود شرایط خاصی که مانع از ارتباط جنسی معمولشان گردد.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه چندقسمتی شامل: اطلاعات دموگرافیک (۱۳ سؤال)، آگاهی (۲۱ سؤال) و ابعاد تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده شامل: نگرش (۱۲ سؤال)، هنجارهای انتزاعی (۸ سؤال)، کنترل رفتار درک‌شده (۶

سؤال)، قصد رفتاری (۳سؤال) و عملکرد جنسی (۱۹سؤال) بود. برای ۲۱ سؤال آگاهی، حداقل نمره آگاهی صفر و حداکثر نمره ۲۱ درنظر گرفته شد. برای ۱۲ سؤال نگرش، ۸ سؤال هنجارهای انتزاعی و ۶ سؤال کنترل رفتار درک‌شده، از مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف، کاملاً مخالف) با حداقل نمره ۲- و حداکثر نمره ۲+ استفاده شد. برای ۳ سؤال قصد رفتاری، مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم، بسیار کم) با حداقل نمره یک و حداکثر نمره ۵ و برای عملکرد جنسی از پرسشنامه ۱۹ سؤالی که در ۶ حوزه مستقل میل، هیجان جنسی، رطوبت جنسی، اوج لذت جنسی، رضایتمندی و مقاربت دردناک، عملکرد جنسی زنان را می‌سنجید، استفاده شد. با سؤالات ۱ و ۲ عملکرد جنسی، میزان میل جنسی سنجیده شد که حداقل نمره آن ۱/۲ و حداکثر آن ۶ بود. با سؤالات ۳، ۴، ۵ و ۶، موضوع هیجان جنسی، با سؤالات ۷، ۸، ۹ و ۱۰ رطوبت جنسی، با سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۳ اوج لذت جنسی و با سؤالات ۱۷، ۱۸، ۱۹ مقاربت دردناک سنجیده شد که حداقل نمره در این حیطه‌ها صفر و حداکثر نمره ۶ بود. سؤالات ۱۴، ۱۵، ۱۶ رضایت جنسی را سنجید که حداقل نمره در این حیطه ۰/۸ و حداکثر ۶ بود.

برای سنجش اعتبار سؤالات، از روش نظر افراد خبره و برای تعیین پایایی سؤالات از روش آزمون- بازآزمون در مطالعه مقدماتی استفاده شد و آلفای کرونباخ برای سازه‌های مختلف محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ، به‌استثنای سؤالات آگاهی و سؤالات رفتار (با توجه به ماهیت سؤال) برای سؤالات نگرش ۰/۸۵، سؤالات قصد رفتاری ۰/۸۰، سؤالات هنجارهای انتزاعی ۰/۷۰ و برای سؤالات کنترل درک‌شده ۰/۷۹بود؛ همچنین ضریب همبستگی بین آزمون و بازآزمون محاسبه شد که به ترتیب برای سؤالات آگاهی ۰/۹۳، سؤالات نگرش ۰/۹۷، سؤالات کنترل درک‌شده ۰/۹۵ و برای سؤالات هنجارهای انتزاعی ۰/۹۶، سؤالات عملکرد ۰/۹۳ و برای سؤالات قصد رفتاری ۰/۹۳ بود.

در مرحله اول (قبل از ارائه آموزش) پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد؛ شرکت‌کنندگان، بر اساس نمره‌ای که برای هر سازه آموزشی، در مرحله اول کسب نموده بودند و نیز با توجه به متغیرهای دموگرافیک، از طریق همسان‌سازی نمرات، در دو گروه ۴۰ نفره مداخله و ۴۰ نفره کنترل قرار گرفتند؛ سپس مداخله آموزشی بر اساس تحلیل نتایج به دست‌آمده از مرحله اول برای گروه مداخله، طی ۴ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای، در مرکز بهداشتی و درمانی دانش‌آموز از مرکز بهداشت شهرستان شماره یک مشهد انجام گرفت.

در جلسه اول، افراد گروه به بحث و تبادل نظر در مورد تجارب دوستان و افراد آشنا و خودشان پرداختند. بحث و تبادل افکار، توسط فرد آموزش‌دهنده، برای مشخص‌کردن عقاید و نگرش‌های مثبت افراد جهت‌دهی شد تا به صورت غیر مستقیم، انگیزه مثبتی را در افراد برای صحبت درباره امور جنسی با همسر و ایجاد نگرش‌های جدید و اصلاح نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی فراهم کند که مدت ۷۵ دقیقه به‌طول انجامید.

در جلسه دوم، هویت جنسی و مراحل و فرایند عملکرد جنسی، با نمایش اسلایدهای آموزشی توضیح داده شد و با تأکید بر انجام رابطه جنسی رضایت‌بخش، سعی بر ایجاد انگیزه بیشتر مبنی بر ضروری‌بودن رابطه جنسی در رابطه زناشویی شد و به دنبال آن به مدت ۳۰ دقیقه بحث و تبادل نظر در خصوص سختی و آسانی انجام رابطه جنسی بین زنان صورت گرفت؛ همچنین باورهای غلط و رایج در مورد رابطه جنسی به بحث گذاشته شد تا از شدت این باورهای غلط کاسته شود و زمینه برای تغییر نگرش و باور آماده شود که مدت ۷۵ دقیقه به طول انجامید.

جلسه سوم و چهارم نیز ۷۵ دقیقه به‌طول انجامید. آموزش غیر مستقیم، با استفاده از یک کتابچه و دو جزوه آموزشی انجام شد. برای گروه کنترل، هیچ مداخله آموزشی به عمل نیامد؛ سپس بعد از یک ماه پیگیری، پرسشنامه‌ها دوباره توسط دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید.

تأثیر مداخله بر روی عملکرد جنسی، یک ماه بعد از مداخله ارزیابی شد. مطالعه داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۱/۵) و آزمون‌های آماری ناپارامتری ویلکاکسون و من‌ویتنی و آزمون‌های پارامتری تی‌مستقل، تی‌زوجی و کای‌دو در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

آزمون آماری کای‌دو اختلاف معنی‌داری را از نظر تحصیلات و شغل زن، بین دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد. میانگین سنی گروه مداخله ۳۵/۷۵ سال و در گروه کنترل ۳۶/۳۵ بود و میانگین سن ازدواج در گروه مداخله ۲۱/۱۵ سال و گروه کنترل ۲۱/۱۸ سال بود. نتایج آزمون تی‌مستقل نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل، از نظر متغیرهای میانگین سن و سن ازدواج، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و دو گروه همگن بودند (جدول۱). آزمون تی‌مستقل، اختلاف آماری معنی‌داری را از نظر متغیرهای میانگین مدت ازدواج، تعداد فرزند، سن بزرگترین و کوچکترین فرزند و وضعیت درآمد قبل از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد (جدول۲).

بر اساس نتایج آزمون تی‌مستقل در مورد مقایسه نمرات کسب‌شده بین گروه مداخله و کنترل پس از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین امتیازات آگاهی، کنترل رفتار درک‌شده، قصد رفتاری و عملکرد جنسی وجود داشت (P<۰/۰۵) ولی در مورد متغیر هنجارهای انتزاعی، آزمون تی‌زوجی نشان‌دهنده وجود تفاوت معنی‌دار آماری بین نمرات کسب‌شده قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله نبود (جدول ۳).

نتایج مقایسه عملکرد جنسی گروه مداخله و گروه کنترل پس از مداخله آموزشی، با آزمون ویلکاکسون نشان‌دهنده اختلاف معنی‌داری در گروه مداخله قبل و بعد از مطالعه بود؛ در حالی که در گروه کنترل چنین تفاوتی مشاهده نشد (P<۰/۰۵)(جدول ۴).

جدول ۱- میانگین سن و سن ازدواج، قبل از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	مداخله	کنترل	سطح معنی‌داری
	انحراف‌معیار±میانگین	انحراف‌معیار±میانگین	
سن (سال)	۳۵/۷۵±۱۰/۵۳	۳۶/۳۵±۱۰/۷۷	۰/۸۰۲
سن ازدواج (سال)	۲۱/۱۵±۴/۵۶	۲۱/۱۸±۶/۴۷	۰/۹۸۴

جدول ۲- میانگین مدت ازدواج، تعداد فرزند، سن بزرگترین فرزند، سن کوچکترین فرزند و وضعیت درآمد، قبل از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	مداخله	کنترل	سطح معنی‌داری
	انحراف‌معیار±میانگین	انحراف‌معیار±میانگین	
مدت ازدواج (سال)	۱۵/۰۲±۱۱/۷۲	۱۳/۵۸±۱۴/۶۰	۰/۸۸۱
تعداد فرزند	۱/۴۱ ±۱/۶۰	۱/۶۱±۱/۶۲	۰/۹۴۱
سن بزرگترین فرزند (سال)	۱۱/۰۳ ±۱۲/۸۸	۱۲/۴۲ ±۱۲/۷۸	۰/۹۷۶
سن کوچکترین فرزند (سال)	۷/۷۳ ±۶/۶۴	۸/۱۳±۶/۶۵	۰/۹۹۶
وضعیت درآمد (تومان)	۲۵۲۱۸۵/۸۲۹±۵۸۶۵۰۰/۰۰	۲۵۲۱۸۵/۷۷۹±۵۹۶۵۰۰/۰۰	۰/۵۵۱

جدول ۳- مقایسه میانگین متغیرهای مورد مطالعه در گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از مداخله

گروه / متغیر	مداخله			کنترل		
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سطح معنی‌داری	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سطح معنی‌داری
آگاهی	۱۶/۲۵±۲/۹۲	۱۸/۵۵±۱/۸۹	P=۰/۰۰۱	۱۶/۴۷±۳/۱۹	۱۶/۷۲±۳/۰۸	۰/۰۹
نگرش	۲۳/۳۲±۵/۹۲	۲۹/۳۵±۱۵/۳۴	P=۰/۰۲	۲۱/۷۰±۶/۴۶	۲۲/۸۰±۱۵/۹۸	۰/۶۲
هنجارهای انتزاعی	۱۶/۰۲±۱۱/۷۷	۱۹/۱۲±۱۱/۵۴	P=۰/۲۷	۱۹/۱۲±۹/۳۵	۱۸/۹۷±۸/۸۴	۰/۹۳
کنترل رفتار درک‌شده	۱۷/۵۰±۲۰/۵۰	۲۴/۰۰±۶/۰۰	P=۰/۰۰۱	۱۹/۰۰±۱۹/۰۰	۱۷/۰۰±۹/۰۰	۰/۹۰۴
قصد	۳/۰۵±۲/۴۲	۴/۱۰±۱/۸۷	P=۰/۰۲۹	۳/۱۵±۲/۴۴	۳/۱۷±۲/۱۷	۰/۹۶

جدول ٤- مقایسه عملکرد جنسی، قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سطح معنی‌داری
مداخله	۲۸/۲۵±۳/۴۲	۳۰/۴۵±۵/۲۵	۰/۰۱۳
کنترل	۲۸/۷۵±۲/۶۷	۲۸/۰۰±۴/۶۵	۰/۰۵۱

بحث

این مطالعه ،با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و مداخله آموزشی مبتنی بر متغیرهای این تئوری، برای ارتقای عملکرد جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان شماره یک مشهد انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی‌شده، با توجه به بررسی عوامل مهم فرهنگی تأثیرگذار بر عملکرد جنسی از طریق متغیرهای تئوری، باعث ارتقای عملکرد جنسی می‌شود.

بر اساس نتایج به دست‌آمده از مطالعه حاضر، عملکرد جنسی از ۲۸/۲۵ قبل از مداخله آموزشی، به ۳۰/۴۵ بعد از آموزش در گروه مداخله افزایش پیدا کرد. نتیجه به دست‌آمده در زمینه ارتقای عملکرد جنسی پس از مداخله آموزشی در مطالعه حاضر، با مطالعه Rosen و همکاران که بر روی گروهی از زنان عادی انجام شده بود و نتایج آن نشان داد که میانگین عملکرد جنسی آنان ۳۰/۵ است که از نقطه برش مقیاس عملکرد جنسی بالاتر است (۱۶)، هم‌خوانی دارد؛ همچنین با نتایج مطالعه محمدی و همکاران که بر روی زنان عادی انجام شده بود و میانگین عملکرد جنسی آنان را ۳۰/۱ گزارش کرده بودند، هم‌خوانی دارد (۱۷). از جمله یافته‌های پژوهشی که با نتایج تحقیق حاضر در مورد عملکرد جنسی مطلوب زنان هماهنگ نیست، مربوط به پژوهش‌هایی است که برای زنان با شرایط خاص انجام شده است؛ به عنوان مثال، علی‌اکبری دهکردی در مطالعه خود نشان داد که میانگین عملکرد جنسی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی و روان‌شناسی تهران ۲۰/۹ است که بیانگر عملکرد جنسی نامطلوب است؛ بنابراین می‌توان وجود عملکرد جنسی مطلوب را در زنان از جمله نشانه‌های وجود سلامتی در آنان دانست (۱۸).

نتایج مطالعه حاضر در خصوص تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای آگاهی، نشان می‌دهد که میانگین نمرات آگاهی در گروه مداخله، قبل از مداخله نسبت به پس از مداخله، افزایش معنی‌داری پیدا کرده است که این افزایش در گروه کنترل معنی‌دار نبود. این یافته با نتایج مطالعات زیر هم‌خوانی دارد: رفائی شیرپاک و همکاران در مقاله‌ای، تفاوت میانگین نمره آگاهی را قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله برابر ۲/۲۵ و در گروه کنترل ۰/۲۸ گزارش کردند که تفاوت آماری معنی‌دار داشت (P<۰/۰۰۳)(۱۹). الهام رحیمی و همکاران در پژوهشی بیان نمودند: میانگین نمره دانش افراد از روابط جنسی، در دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب: ۹/۴۶ و ۱۱/۸۶ در قبل از مداخله و بعد از مداخله به ترتیب: در گروه آزمون و کنترل میانگین نمرات ۱۳/۸۴ و ۱۲/۲۶ بود که اختلاف معنی‌داری در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل و نیز نسبت به قبل از

مداخله مشاهده کردند (P<۰/۰۰۱)؛ در حالی که در گروه کنترل اختلاف قبل و بعد از مداخله معنی‌دار نبود (۲۰). این پژوهش در کنار پژوهش‌های دیگر، نشان می‌دهد که مداخله آموزشی مناسب و با هدف، می‌تواند به عنوان عاملی مستعدکننده برای ارتقای عملکرد جنسی باشد و با استفاده از آن، می‌توان سطح آگاهی زنان را نسبت به رابطه جنسی رضایت‌بخش و راه‌های تشخیص زودرس اختلالات جنسی افزایش داد.

از دیگر یافته‌های این مطالعه، معنی‌دارشدن میانگین نمرات نگرش قبل و پس از آموزش می‌باشد. اکرم دهقانی و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که آموزش‌های شناختی و رفتاری، در افزایش مهارت‌های جنسی در گروه آزمون مؤثر بوده است و باعث افزایش معنی‌دار سطح نگرش گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله و همچنین نسبت به گروه کنترل شده است (۲۱). McGuirl و همکاران در تحقیقی در سال ۲۰۰۰، با آموزش علایق و ترجیحات جنسی به زنان و مردان، نگرش مثبت‌تری نسبت به مسائل جنسی در آنها ایجاد کردند (۲۲). فرح نادری و همکاران، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین آگاهی و نگرش جنسی زوجین رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد (۲۳).

نتایج به دست‌آمده در خصوص متغیر هنجارهای انتزاعی (ادراک افراد از حمایت اجتماعی افراد تأثیرگذار)، افزایش معنی‌داری را نسبت به قبل از مداخله در دو گروه نشان نداد. Mausbach و همکاران در پژوهشی بیان کردند که هنجارهای انتزاعی، بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را در میان سایر متغیرهای تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده دارند (t=۸/۱، df=۲۲۱ و P<۰/۰۰۱) که با پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد (۲۴). در مطالعه دیگری ذکر شد که متغیر هنجارهای انتزاعی، رابطه معنی‌دار آماری برای استفاده از کاندوم ندارد که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲۵).

کنترل رفتار و احساس و تحت اراده و اختیاربودن اقدام برای رفتار، یکی از عوامل مهم اقدام به آن رفتار می‌باشد که افزایش آن به دنبال مداخله، نشان‌دهنده تأثیر آموزش در افزایش و بهبود عملکرد جنسی در افراد بوده است؛ همچنین نشان‌دهنده تأثیر آموزش در رفع موانعی است که مانع ارتقای این متغیر و در نتیجه مانع بهبود عملکرد جنسی بوده است.

از دیگر نتایج این مطالعه، تفاوت معنی‌دار میانگین قصد رفتاری قبل و پس از مداخله بود که این نتیجه در راستای نتیجه مطالعه Carmack و همکاران در تحقیقی بیان داشتند، هنجارهای انتزاعی (r=۰/۵۴۴، P<۰/۰۵) و کنترل درک‌شده (r=۰/۶۲۷، P<۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری با قصد استفاده از کاندوم دارند، هم‌خوانی دارد (۲۵).

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که با بهره‌گیری از آموزش بر پایه تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده که بر روی عوامل مهم روان‌شناختی ایجاد و یا تغییر رفتار، تأکید می‌کند، می‌توان عملکرد جنسی را در زنان ارتقا داد؛ بر این اساس، هر زمان که زنان، آگاهی کافی و صحیح به همراه نگرش مثبت نسبت به قابل کنترل‌بودن رابطه جنسی را به‌دست آورند و احساس کنند که برقراری رابطه جنسی رضایت‌بخش از نظر عوامل محیطی (تسهیلات و موانع) در اختیار و اراده آنان می‌باشد، برای برقراری رابطه جنسی قصد بالایی پیدا می‌کنند و اگر قصد، به‌درستی تبیین شود، اقدام به رابطه جنسی با همسر، اتفاق می‌افتد.

نتایج بسیار خوب به دست‌آمده از سنجش برنامه آموزشی تدوین‌شده بر اساس این تحقیق، نشان داد که حتی در جامعه‌ای که حساسیت‌های زیادی در مورد امور جنسی وجود دارد و نیز در جامعه‌ای که پس‌زمینه‌های فرهنگی و مذهبی، آموزش چنین موضوعاتی را امری سخت و گاهی امکان‌ناپذیر جلوه می‌دهد، می‌توان برنامه‌ای مطابق با نیاز و خواسته‌های مردم طراحی کرد و نتایج خوبی هم به‌دست آورد.

با توجه به نتایج به دست‌آمده از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که آموزش جنسی برای مردان نیز بر اساس تئوری

رفتار برنامه‌ریزی‌شده طراحی شود و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. برای بررسی میزان پایداری تأثیر آموزش جنسی؛ پیشنهاد می‌شود که آزمون‌های پیگیری، به فواصل مختلفی پس از اتمام مداخله آموزشی صورت گیرد؛ همچنین با توجه به تأثیر فوق‌العاده آموزش در ارتقای عملکرد جنسی زنان، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی بهبود عملکرد جنسی، با هدف پیشگیری از مشکلات جنسی زوجین، در مراکز بهداشتی و درمانی دایر گردد.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر، حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسؤول مقاله است. نویسندگان، از تمامی دست‌اندرکاران این مطالعه، اعم از تمامی زنان شرکت‌کننده، مسؤولین دانشکده بهداشت مشهد، مرکز بهداشت شماره یک مشهد و تمامی افرادی که به نوعی در این پژوهش ما را یاری دادند، تشکر و و قدردانی می‌نمایند؛ همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای تأمین مالی هزینه‌های پایان‌نامه، تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع:

1- Yans HA. Females Sexual life. Translated by: Nikkhoo MR. 2nd ed. Tehran: sokhan; 2001. pp: 78-95. [Persian]

2- Warnock JJ. Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. CNS Drugs. 2002; 16 (11): 745-53.

3- Spence S. Psychosexual therapy. Translated by: Tozandeh jani H. 3rd ed. Tehran: Peyke farhang; 1991. pp: 58-95. [Persian]

4- Arman S, Fahami F, Hasan Zahraee R. A comparative Study on women's sexual functioning disorders before and after menopause. Arak Medical University Journal. 2006; 8 (3): 1-7. [Persian]

5- Zanjani HA. Population, Development and Reproductive Health. 2nd ed. Tehran: Boshra publishing; 2000. [Persian]

6- Ali SR, Liu WM, Humedian M. Islam 101: Understanding the religion and therapy implications. Prof Psychol-Res Pr 2004; 35 (6): 635-42.

7- Reis J, Herz EJ. An Examination of Young Adolescents' Knowledge of and Attitude Toward Sexuality According to Perceived Contraceptive Responsibility. J Appl Soc Psychol. 1989; 19 (3): 231-50.

8- Vander Zanden JW. Human development. 5th ed. New York: Mcgraw-Hill; 1993.

9- Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME, Gray D. Public health improvement in Iran--lessons from the last 20 years. Public Health. 2004 Sep;118(6):395-402.

10- Ghavam M, TasbihSazan R. Prevalence And Diversity Of Sexual Disorders Among Male And Female Patients In A Family Health Care Clinic, Tehran - Iran. Urmia Medical Journal, The Journal Of Urmia University Of Medical Science. 2008; 18 (4): 634-9. [Persian]

11- Gelder MG, Andreasen N, Lopez-Ibor J, Geddes J. New Oxford Textbook of Psychiatry. 2th ed. Oxford: Oxford university press; 2000.

12- Armitage CJ. Can the Theory of Planned Behavior Predict the Maintenance of Physical Activity? Health Psychol. 2005; 24 (3): 235-45.

13- Godin G, Gagné C, Maziade J, Moreault L, Beaulieu D, Morel S. Breast Cancer: the intention to have a mammography and a clinical breast examination-application of the theory of planned behavior. Psychology & Health. 2001; 16 (4): 423-41.

14- Tolma EL, Reininger BM, Evans A, Ureda J. Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. Health Educ Behav. 2006; 33 (2): 233-51.

15- Mohr DC, Lukas CVD, Meterko M. Predicting healthcare employees' participation in an office redesign program: Attitudes, norms and behavioral control. Implement Sci. 2008; 3(1): 47.

16- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000; 26 (2): 191-208.

17- Mohammadi kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Science Research. 2008; 7 (3): 269-78. [Persian]

18- Aliakbari Dehkordi M. Relationship between women sexual function and marital adjustment. Journal of Behavioral Sciences. 2010; 4 (3): 199-206. [Persian]

19- Refaei Shirpak KH, eftekhar ardebili H, Mohammad K, Chinichian M, Ramezankhani A, Fotouhi A, et al, Incorporation of a sex education programs health care center in Tehran. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Science Research. 2007; 6 (3): 243-56.

20– Rahimi E, Shafiabady A, Unesi F, The Effect of Sexual Cognitive-Behavioral Therapy on Females' Sexual Knowledge,Sexual Attitude, and Sexual Self-Confidence. A Case Study in Shiraz, Iran. Armaghane-danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences. 2009. 14 (3): 103-111. [Persian]

21- Dehghani A, mohamad khani P, unosi SJ . Influence of Sexy Skills Training of Attitude of Sex in Young Couples. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2003; 0 (30): 21-38.

22- McGuirl KE, Wiederman MW. Characteristics of the ideal sex partner: gender differences and perceptions of the preferences of the other gender. J Sex Marital Ther. 2000; 26 (2): 153-9.

23- Naderi F, Heidari AR, Hosseinzadeh maleki Z. The relationship between knowledge and sexual attitudes, love and marital satisfaction components Married with spouse abuse staff government offices in the city of Ahvaz. Women and Culture. 2009: 1 (1): 28-45. [Persian]

24- Mausbach BT, Semple SJ, Strathdee SA, Patterson TL. Predictors of safer sex intentions and protected sex among heterosexual HIV-negative methamphetamine users: an expanded model of the Theory of Planned Behavior. AIDS Care. 2009; 21 (1): 17-24.

25- Carmack CC, Lewis-Moss RK. Examining the theory of planned behavior applied to condom use: the effect-indicator vs. causal-indicator models. J Prim Prev. 2009; 30 (6): 659-76.

Abstract *Original Article*

Effect of sex education, based on the theory of planned behavior, on the sexual function of the woman attending Mashhad health centers

Hossein Ebrahimipour[1], Zeinab Jalambadany[2], Nooshin Peyman[1], Habibollah Ismaili[3], Ali Vafaii Najjar[1]

Background and Aim: More than half of the sexual problems which cause family life abolishment and marital relationships are due to insufficient knowledge or erroneous beliefs about sexual relationships. Theory of Planned Behavior is one of the important theories that explains the main process of adopting health behaviors.

The present study investigated the effect of sex education, based on Theory of Planned Behavior, on the sexual function of married women referring to Mashhad healthcare centers (H.C.C).

Materials and Methods: In this Semi experimental study, 80 of women visiting 5 H.C.C of Mashhad were selected and assessed through semi-experimental method. The validity and reliability of the questionnaire used were determined through face and content validity and through Cronbach's alpha and test-retest; respectively. The obtained data was analyzed by SPSS software (V: 11.5) using statistical tests Spearman's correlation coefficient, and regression analysis.

Results: After educational intervention, the average rates of knowledge, attitude, perceived behavioral control and intention of sexual functioning in the sex education group significantly increased ($P<0.05$); the mentioned changes were not significant in the control group. Besides, a significant statistical difference was not observed in abstract norms between the two groups after intervention.

Conclusion: Regarding the effect of education in promoting women's sexual function, it is suggested that sexual function promotion workshops for couples should be held in health centers with the aim of preventing sexual problems.

Key Words: Sex Education, Theory of Planned Behavior, Sexual Function

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2013; 20 (1): 58-67.

Received: September 17, 2012 ***Accepted: January 30, 2013***

[1] *Assistant Professor, department of health and management, school of public health, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.*
[2] *Corresponding Author, Student Health Education, school of health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran jalambadaniz@gmail.com*
[3] *Associate Professor, department of biostatistics, school of public health, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.*