

بررسی تأثیر مشاوره قبل از ازدواج بر بهداشت جنسی زوجین

مینو پاکگوهر^۱ ماندانا میرمحمدعلی^۱ دکتر محمود محمودی^۲ فرناز فرنام^۳
^۱ مربی مامایی^۳ کارشناس ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی تهران^۲ استاد آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تهران

حیات مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران دوره ۱۱ شماره ۴-۳ پاییز و زمستان ۱۳۸۴ صص ۴۶-۳۹

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بیماری‌های مقاربتی (STI) و افزایش رفتارهای پرخطر جنسی از یک سو و اعتقادات و باورهای نادرست و عدم آگاهی از جنبه‌های مختلف مسایل جنسی از سوی دیگر، آموزش بهداشت جنسی یکی از اصول اساسی در ارتقای بهداشت فرد و جامعه به شمار می‌آید. مشاوره قبل از ازدواج یکی از بهترین فرصت‌ها در جهت نیل به این مقصود می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با محتوی آموزشی ویژه بر رعایت بهداشت جنسی می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه یک بررسی نیمه تجربی است. بدین منظور از بین زوجینی که برای دریافت گواهی ازدواج به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه نموده بودند، ۳۲ زوج در گروه شاهد و ۳۲ زوج در گروه مداخله به طور تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه مداخله سه جلسه یک ساعته با تأکید بر بهداشت جنسی شامل تنظیم خانواده، بهداشت دستگاه تناسلی، بهداشت مقاربت، جنبه‌های مختلف مسایل جنسی، و تفاوت‌های احساسی - روانی زن و مرد در نظر گرفته شد. گروه شاهد، در کلاس‌های عادی این مراکز با محوریت مسایل تنظیم خانواده و آزمایشات قبل از ازدواج شرکت کردند. به هر دو گروه پرسشنامه‌هایی ارایه شد که می‌بایست ۶ ماه بعد از مشاوره تکمیل گردد. ابزار گردآوری اطلاعات ۱۰ سؤال مربوط به مشخصات فردی و ۱۰ سؤال نیز برای بهداشت جنسی بود. با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، و برای تأیید همسانی دو گروه از آزمون‌های مجذور کای و فیشر و برای مقایسه بهداشت جنسی در دو گروه از آزمون من‌ویتنی استفاده شده است.

یافته‌ها: در گروه مداخله اکثریت زوجین (۹۶/۹٪) رعایت بهداشت جنسی در حد خوب را نشان دادند. حال آن‌که در گروه شاهد بیشترین درصد زوجین (۵۹/۴٪)، رعایت بهداشت جنسی را در حد متوسط گزارش دادند. آزمون من‌ویتنی با $p=0/000$ اختلاف معناداری را در رعایت بهداشت جنسی در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد.

نتیجه‌گیری: برای بالا بردن کیفیت مشاوره قبل از ازدواج علاوه بر تجدید نظر در محتوی آموزشی باید زمان بیشتری را به این کلاس‌ها اختصاص داد. نتایج این مطالعه نشان داد با فراگیر کردن محتوی آموزشی می‌توان رعایت بهداشت جنسی را در افراد به نحو چشمگیری افزایش داد.

^۱ نویسنده مسؤل مقاله:
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی تهران

e-mail:
mpakgohar@razi.tums.
ac.ir

واژه‌های کلیدی: مشاوره، مشاوره قبل از ازدواج، بهداشت جنسی

- تاریخ دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۸۳ - تاریخ پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۳

مقدمه

صحبت و ارزیابی این مسایل اغلب مورد غفلت قرار می‌گیرد و این بدان علت است که صحبت در این حوزه ناخوشایند، خجالت‌آور و گناه تصور می‌شود. (۱) در جامعه ما نیز صحبت

مسایل جنسی سهم به سزایی در بهداشت و سلامت کلی خانواده ایفا می‌کند. اما متأسفانه

راجع به مسایل جنسی با شرم بسیار همراه است. فشار اجتماع و والدین در این زمینه بر کودکان و نوجوانان بسیار زیاد است. از آنجا که بسیاری از برداشتهای اولیه انسان در مورد روابط جنسی در این دوران شکل می‌گیرد، در بسیاری از موارد تفکرات و اعتقادات متعصبانه والدین باعث بروز مشکلات جنسی در زندگی زناشویی آینده آنان می‌گردد. (۲)

در حقیقت یکی از اهداف مشاوره قبل از ازدواج دستیابی به بهداشت جنسی است. بهداشت جنسی یعنی لذت، همراه با بیان احساسات و قبول مسئولیت با انجام دادن پاره‌های دستورات به منظور حفاظت از بیماری‌های مقاربتی و ایدز. (۳)

در این مطالعه منظور از بهداشت جنسی مجموعه اطلاعات و مهارت‌های لازم برای فراگیری رفتارهای مناسب در حین مقاربت می‌باشد تا از طریق کاهش رفتارهای پرخطر جنسی، احتمال ابتلای به انواع عفونت‌های واژینال، عفونت‌های ادراری و بیماری‌های مقاربتی خصوصاً ایدز کاهش یابد.

بیماری‌های مقاربتی یکی از دو مشکل بهداشتی اساسی بسیاری از کشورها است. در سال ۱۹۶۰ تنها ۲ بیماری شایع مقاربتی وجود داشت در حالی که اکنون تعداد آنها به بیش از ۲۵ بیماری رسیده است. (۴) سالیانه در آمریکا بیش از ۱۵ میلیون نفر به بیماری‌های مقاربتی مبتلا می‌شوند. عوارض این بیماری‌ها در زنان شامل نازایی، به دنیا آوردن نوزادانی با انواع عقب‌ماندگی‌های ذهنی و جسمی، دردهای مزمن لگنی، سرطان سرویکس و مرگ می‌باشد (۵) در ایران نیز در سال ۱۳۸۰ تعداد مبتلایان به

بیماری‌های مقاربتی (به غیر از ایدز) ۷۰۱۱۰۳ و مبتلایان به ویروس نقص ایمنی و ایدز ۱۲۹۸ مورد بوده است. (۶) این آمار و ارقام توجه بیش از پیش جوامع پزشکی را به راه‌های مقابله با این بیماری‌ها معطوف داشته است. برای کاهش این بیماری‌ها باید رفتارهای پرخطر جنسی را کاهش داد و این همان است که از آن به عنوان رابطه جنسی ایمن یاد می‌شود که شامل خودداری از رابطه جنسی در صورت لزوم، داشتن رابطه تک همسری، کاهش شرکای جنسی و استفاده «مداوم» و «صحیح» از کاندوم است. (۷)

حجازی و همکاران در تحقیقی در سال ۱۳۸۱ دریافتند که در استان گلستان تنها ۱۴ درصد، در کردستان و بوشهر ۳۳ درصد و اسلام‌شهر ۴۳ درصد افراد آگاهی خود را در زمینه مسایل جنسی از کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج کسب نموده‌اند و مهم‌ترین نقاط ضعف کلاس‌ها نامناسب بودن زمان برگزاری و عدم امکان بازگویی مشکلات و سؤالات بیان گردید. (۸) در تحقیق ملک خسروی (۱۳۸۳) ۳۵ درصد از زنانی که تحصیلات دانشگاهی نداشتند هیچ‌گونه اطلاعی از راه‌های انتقال ایدز نداشتند و در کل تنها ۹ درصد افراد این گروه از کاندوم آن هم به عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. ۴۰ درصد از زنان سطح آگاهی خود از بیماری‌های مقاربتی را ناکافی می‌دانستند. در تحقیق چمنی تبریز (۱۳۸۲) در بین ۳۳۰ خانم تهرانی، سطح آگاهی نسبت به راه‌های انتقال و پیشگیری بیماری‌های مقاربتی در ۵۷ درصد افراد شرکت‌کننده در سطح پایین بود. به علاوه با وجود بالا رفتن

پژوهش، به مدت ۵ ماه در سال ۱۳۸۴ به آن دسته از مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران که مشاوره قبل از ازدواج در آنها رایج می‌شد، مراجعه و از بین زوجین مراجعه‌کننده برای دریافت گواهی ازدواج، افراد واجد شرایط جامعه پژوهش انتخاب می‌نمود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از:

۱- ازدواج اول زوجین ۲- اجباری نبودن ازدواج
 ۳- ازدواج کردن حداکثر ۲ ماه بعد از شرکت در کلاس‌ها و زندگی کردن با هم. در این پژوهش ۳۲ زوج در گروه مداخله و ۳۲ زوج در گروه شاهد برآورد شده بود که با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها در هر گروه بالغ بر ۱۰۰ زوج مورد مشاوره قرار گرفتند. گروه شاهد در کلاس‌های عادی این مراکز شرکت می‌کردند که در آن بیشتر در مورد تنظیم خانواده، واکسن‌های ازدواج و بهداشت فردی صحبت می‌شد. گروه مداخله در ۳ جلسه ۱ ساعته که توسط پژوهشگر ارائه می‌شد، شرکت می‌نمودند که ۲ جلسه آن به آموزش و مشاوره در مورد بهداشت و مسایل جنسی برای زنان و مردان (به صورت جداگانه) و ۱ جلسه برای پاسخگویی به سؤالات و مشکلات زوجین اختصاص یافت.

برای این تحقیق با مطالعه مقالات و کتب یک پرسشنامه ۱۰ سؤالی دو گزینه‌ای تدوین گشت که روایی سؤالات آن با نظر اعضای هیأت علمی تعیین شد و پایایی سؤالات بهداشت جنسی از طریق آزمون مجدد به فاصله ۴ هفته و با میانگین ۸۸ درصد تأیید گردید. این پرسشنامه به هر دو گروه ارائه شد و درخواست گردید که حداکثر ۶ ماه بعد از مشاوره (۴ ماه بعد از ازدواج) این پرسشنامه‌ها

نسبی سطح آگاهی‌های افراد از بهداشت فردی، هنوز در بسیاری از موارد از جمله عدم استفاده از مواد شوینده و ضدعفونی‌کننده برای دستشویی ناحیه تناسلی، خشک کردن بعد از هر بار دستشویی رفتن و بسیاری موارد دیگر نه تنها سطح عملکرد که حتی سطح آگاهی افراد در حد پایینی است. (۹)

بهداشت جنسی با بیان احساسات جنسی در مراحل مختلف از جمله قاعدگی، بارداری، بعد از زایمان، در زمان ابتلای به بیماری‌های مقاربتی و یائسگی آگاهی افراد از موانع و محدودیت‌های رابطه جنسی را ارتقای می‌بخشد. تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که در کشور ما عقاید نادرست و خرافات در این زمینه بسیار زیاد است. به طور مثال یغمایی (۱۳۸۲) در تحقیق خود گزارش داد که ۶۳/۹۳ درصد از زنان باردار انجام مقاربت در زمان حاملگی را خطرناک می‌دانستند. در تحقیق بایرامی (۱۳۸۲) این عدد ۵۳ درصد بود که ۳۴/۳ درصد آنان نزدیکی در این دوران را گناه می‌دانستند. (۹) موارد فوق و نقشی که سازمان جهانی بهداشت برای ماماها در ارزیابی و ارتقای بهداشت جنسی قایل است و نیز شرح وظایف ماماها که یکی از ارکان هشت‌گانه آن مشاوره خانواده‌ها در مورد بهداشت جنسی است، ضرورت انجام این پژوهش را با هدف بررسی تأثیر یک برنامه مشاوره ازدواج طراحی شده، بر بهداشت جنسی نشان می‌دهد.

روش بررسی

یکی از پژوهشگران بعد از کسب اجازه از دانشگاه و دریافت رضایت‌نامه از واحدهای

جنسی در دو گروه می‌پردازد. اکثریت افراد گروه مداخله (۹۶/۹ درصد) از نظر رعایت بهداشت جنسی در حد خوب بودند در حالی که بیشترین درصد گروه شاهد (۵۹/۶ درصد) از نظر رعایت بهداشت جنسی در حد متوسط قرار داشته‌اند. آزمون من‌ویتنی مؤید اختلاف معناداری در سطح $p < 0/000$ است.

جدول شماره ۳ توزیع فراوانی پاسخ‌های صحیح دو گروه را نشان می‌دهد و بیانگر آن است که در گروه مداخله در تمامی سؤالات، اکثریت افراد پاسخ صحیح به سؤالات داده‌اند حال آن که در گروه شاهد پاسخ‌های صحیح در سؤالات ۲، ۴ و ۱۰ در کمتر از یک سوم افراد گزارش شده است.

جدول شماره ۴ نشانگر ارزیابی زوجین از کلاس‌ها می‌باشد. بیشتر زوجین گروه مداخله (۵۶/۳ درصد) کلاس‌ها را بسیار خوب و بیشترین درصد زوجین گروه شاهد (۴۶/۹ درصد) کلاس‌ها را در سطح متوسط ارزیابی کرده‌اند. آزمون مجذور کای در سطح $p < 0/000$ اختلاف معناداری را از نظر رضایت دو گروه از کلاس‌های آموزشی نشان می‌دهد.

را تکمیل و ارسال نمایند. نمونه‌ها به مدت ۵ ماه پی‌گیری و با بیش از ۲۰۰ زوج (هر کدام حداقل ۳ بار) تماس برقرار شد. برای هر کدام از ۱۰ سؤال بهداشت جنسی نمره‌گذاری به صورت ۰ و ۱ انجام پذیرفت. لذا حداکثر نمره آزمودنی برابر ۱۰ یعنی رعایت کامل بهداشت جنسی بود. به منظور طبقه‌بندی، نمره بالای ۷ به عنوان رعایت بهداشت جنسی در سطح خوب، نمره بین ۵-۷ سطح متوسط و نمره زیر ۵ به عنوان ضعیف تلقی گردیده است. با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و پس از تأیید همسانی خصوصیات فردی در دو گروه از طریق آزمون مجذور کای و فیشر، رعایت بهداشت جنسی در دو گروه با آزمون من‌ویتنی سنجیده و $p < 0/05$ به عنوان اختلاف معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ مربوط به خصوصیات فردی زوجین است که با انجام آزمون‌های آماری فیشر و مجذور کای نشان داده شد و گروه از نظر خصوصیات فردی اختلاف معناداری ندارند و همسان تلقی می‌شوند. جدول شماره ۲ به مقایسه بهداشت

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی خصوصیات فردی زوجین دو گروه مداخله و شاهد، در زوجین مراجعه‌کننده به

درمانگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون	شاهد		مداخله		اکثریت تعداد	گروه خصوصیات فردی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$F=0/955$	۵۰	۱۶	۵۳/۱	۱۷	۲۱-۲۵	سن (سال)
$\chi^2=0/062$	۷۸/۱	۲۵	۵۶/۲	۱۸	خانه‌دار	شغل
$F=0/716$	۴۰/۶	۱۳	۵۳/۱	۱۷	دانشگاهی	تحصیلات
$F=0/124$	۵۰	۱۶	۴۰/۶	۱۳	۱۰۰-۲۰۰	درآمد (هزار تومان)
$\chi^2=0/123$	۳۱/۳	۱۰	۳۴/۴	۱۱	۰-۶	مدت آشنایی (ماه)
$\chi^2=0/491$	۸۱/۲	۲۶	۸۷/۵	۲۸	مستقل	وضعیت اسکان

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی زوجین دو گروه مداخله و شاهد، بر حسب رعایت بهداشت جنسی در زوجین مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون من‌ویتنی	شاهد		مداخله		گروه بهداشت جنسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
U=125/0 p=۰/۰۰۰	۲۱/۹	۷	۹۶/۹	۳۱	خوب
	۵۹/۴	۱۹	۳/۱	۱	متوسط
	۱۸/۸	۶	۰	۰	ضعیف
	۱۰۰	۳۲	۱۰۰	۳۲	جمع

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی زوجین دو گروه مداخله و شاهد، بر حسب جواب‌های صحیح به سؤالات بهداشت جنسی در زوجین مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

گروه شماره سؤالات	مداخله		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۲۸	۸۷/۵	۲۳	۷۱/۹
۲	۲۳	۷۱/۹	۹	۲۸/۱
۳	۲۷	۸۴/۴	۲۲	۶۸/۸
۴	۲۹	۹۰/۶	۶	۱۸/۸
۵	۳۰	۹۳/۸	۱۶	۵۰/۰
۶	۳۱	۹۶/۹	۱۹	۵۹/۴
۷	۳۱	۹۶/۹	۲۲	۶۸/۸
۸	۳۰	۹۳/۸	۲۶	۸۱/۳
۹	۳۱	۹۶/۹	۲۹	۹۰/۶
۱۰	۲۷	۸۴/۴	۴	۱۲/۵

جدول شماره ۴ - توزیع فراوانی زوجین دو گروه مداخله و شاهد، بر حسب ارزیابی از کلاس آموزشی در زوجین مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون مجذور کای	شاهد		مداخله		گروه ارزیابی کلاس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p=۰/۰۰۰	۳/۱	۱	۵۶/۳	۱۸	خیلی خوب
	۲۴/۴	۱۱	۳۱/۳	۱۰	خوب
	۴۶/۹	۱۵	۹/۳	۳	متوسط
	۱۶/۶	۵	۳/۱	۱	بدون جواب
	۱۰۰	۳۲	۱۰۰	۳۲	جمع

بحث

گروه همسان تلقی می‌شوند و بنابراین تفاوت در بهداشت جنسی دو گروه، ناشی از تأثیر مشاوره می‌باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که رعایت

آزمون‌های آماری فیشر و مجذور کای نشان داد که خصوصیات فردی در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری ندارد و دو

مفیدتر از گروه شاهد بوده است. Williams ارزش کلاس‌های آمادگی ازدواج را بسیار بالا (حدود ۴۱ درصد) ذکر می‌کند. (۱۴) در تحقیق بحرینیان نیز ۹۵ درصد زنان متأهل ابراز داشتند که میزان آگاهی‌های جنسیشان کم و آموزش جنسی قبل از ازدواج بسیار ضروری است. در تحقیق وحیدی زوجین فردی را مناسب آموزش توصیف کرده‌اند که از ذکر جزئیات خجالت نکشد. (۸) به نظر می‌رسد که یکی از علل تأثیر این کلاس‌ها انتخاب محتوای آموزشی مناسب و ذکر مسایل و مشکلات جنسی به صورت واضح و روشن می‌باشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج نیاز به اصلاح اساسی دارد. از آن جا که تحقیق حاضر جزء اولین مطالعاتی است که به بررسی محتوی جدید و میزان تأثیر آن پرداخته است، به نظر می‌رسد که مهم‌ترین اصل در راه ارتقای این کلاس‌ها انتخاب یک محتوی آموزشی فراگیر بر اساس نیازها و مشکلات اساسی و واقعی زوجین می‌باشد چرا که ملاحظه می‌گردید گروه شاهد در اغلب موارد در خلال کلاس‌ها جلسه را ترک می‌کردند، ولی گروه مداخله با کمال میل و رغبت در کلاس‌ها حضور فعال داشتند. زمان کلاس‌های رسمی نیز نامناسب و کوتاه است. در نظر خواهی از زوجین، اگر چه گروه شاهد کمتر از ۱ ساعت در کلاس شرکت نمودند، اما آن را کافی ارزیابی کردند در حالی که گروه مداخله بعد از حضور در متجاوز از ۳ ساعت

بهداشت جنسی زوجین در دو گروه تفاوت معنادار دارد طوری که رعایت بهداشت جنسی در حد خوب، در اکثریت گروه مداخله (۹۶/۹ درصد)، و تنها در ۲۱/۹ درصد گروه شاهد دیده شد.

رعایت بهداشت جنسی در حد ضعیف، در هیچ یک از افراد گروه مداخله وجود نداشت (در مقابل ۱۸/۸ درصد گروه شاهد). میانگین و انحراف معیار نمره رعایت بهداشت جنسی در گروه مورد عدد $sd=1/12$ ، $M=8/96$ و در گروه شاهد $sd=1/16$ ، $M=5/5$ بود که آزمون من‌ویتنی اختلاف معناداری در سطح $p=0/000$ را نشان می‌دهد. در تحقیق Donati ۶-۴ ماه پس از آموزش بهداشت جنسی میانگین نمرات افراد از $M=5/00$ به $M=10/7$ رسید. (۱۰) مطالعه‌ی Greenberg نیز مؤید آن است که آموزش‌های جنسی با کاهش حاملگی‌های ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی، ارتقای بهداشت و سلامت افراد را در پی دارد. (۱۱) Thistle معتقد است آموزش بهداشت جنسی نه تنها باعث افزایش آگاهی افراد می‌شود و بلکه با تغییر رفتار، باعث رسیدن به سطح بهداشتی مناسب می‌گردد. (۱۲) اشتهری در تحقیق خود به این نتیجه رسید که عملکرد زوجین، در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در گروه مداخله و شاهد بعد از آموزش، در سطح $p=0/009$ متفاوت بوده و آموزش باعث بهبود عملکرد زوجین گروه مداخله شده است. (۱۳)

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که به زعم گروه مداخله این کلاس‌ها به مراتب

همچنین تمامی کارکنان بهداشتی از جمله ماماها باید در جهت مشاوره، تشخیص، درمان و ارجاع مشکلات جنسی زوجین نقش فعال‌تری را در جامعه به عهده گیرند، زیرا که بهداشت جنسی و رضایت جنسی نقش به‌سزایی در رضایت ازدواج و در نهایت بقاء خانواده و جامعه دارد.

تشریح و قدردانی

برخود لازم می‌دانیم از کلیه پرسنل مراکز بهداشتی درمانی و کلیه زوجینی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند و همچنین از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران که از این پروژه حمایت مالی نموده، قدردانی نماییم.

کلاس، زمان کلاس‌ها را ناکافی و بسیار کم گزارش نمودند که به نظر می‌رسد بیشتر به علت توجه به احتیاجات و مشکلات واقعی زوجین، در محتوای آموزشی و مطرح کردن آزادانه سؤالات توسط آنان بود. علاوه بر اصلاح محتوای آموزشی و زمان کلاس‌ها باید سعی گردد در بعضی مباحث مثل تفاوت‌های روانی مرد و زن، کلاس‌ها به صورت مختلط برگزار شود و علاوه بر آن مشاوران هم باید آگاه، روشن، با قابلیت انعطاف و توانا در جلب اعتماد زوجین باشند و بدین منظور اختصاص دادن فرد مشاور مرد و زن برای هر درمانگاه ضروری است. در نهایت پیشنهاد می‌شود پژوهش بعدی با هدف بررسی تأثیر مشاوره قبل از ازدواج بر رضایت جنسی زوجین و تعیین تفاوت بین زن و مرد انجام گیرد.

References

- 1 - Maclaren A. Primary care for women, comprehensive sexual health assessment. *Journal of nurse-midwifery*. 1995; 40(2): 104-119.
- 2 - نجاتی خسرو. روان‌شناسی زناشویی، تهران: نشر بیکران، ۱۳۸۱.
- 3 - Willson H, Macandrew S. *Sexual health: foundations for practice*. London: Bailliere Tindall; 2000. P. 3.
- 4 - Mclihaney J. Sexually transmitted infection and teenage sexuality. *Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2000; 183: 334-338.
- 5 - Carlson K, Eisenstat S. *Primary care of women*, London: Mosbey; 2002. P. 164.
- 6 - معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آمار مربوط به عفونت HIV و STI در ایران، تهران: مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۲.
- 7 - Stopparads M. *Family health guide*. New York: DK (A Dorling Kindersley book); 2002. P. 116.
- 8 - دانشگاه شاهد. اولین همایش خانواده و مشکلات جنسی (مجموعه خلاصه مقالات)، تهران: دانشگاه شاهد، ۱۳۸۲.
- 9 - پژوهشکده ابن سینا. جایگاه بهداشت جنسی در باروری و ناباروری (مجموعه خلاصه مقالات)، تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۳: ص ۳۸، ۴۳، ۵۶، ۶۷، ۸۵.
- 10 - Donati S. Sex education in secondary schools. *Journal of adolescent medicine*. 2000; 26: 303-3.
- 11 - Greenberg J, Brues C, Haffner D. *Exploring the dimension of human sexuality*. Boston: Janes & Bartlet; 2002. P. 62.
- 12 - Thistle S, Carolin R. Sex & relationship education. *Journal of Nursing Standard*. 2002; 17(1): 44-65.
- ۱۳ - اشتری ماهینی محبوه. بررسی تأثیر آموزش پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۴.
- 14 - Williams L. Empirical approach to designing marriage program. *American journal of family therapy*. 1999; 27: 271-283.

