

بررسی نیازهای آموزشی داوطلبین ازدواج شهر قم نسبت به تالاسمی و عوامل مرتبط با آن: یک مطالعه مقطعی

عابدین ثقفی پور^۱، زهرا موسوی میانداشتی^۲، سیامک محبی^۳، طاهره رحیمی^۴، مهدی نوروژی^۵

چکیده

مقدمه: تالاسمی شایع‌ترین بیماری ژنتیک در انسان است و به عنوان یک مشکل بهداشتی در سراسر جهان رو به گسترش است. به علت اهمیت این بیماری در کشور ما برنامه‌های پیش‌گیری از تالاسمی دارای اهمیت قابل توجهی می‌باشد. این مطالعه با هدف، بررسی نیازهای آموزشی داوطلبین ازدواج شهر قم نسبت به تالاسمی و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۴۲۰ داوطلب ازدواج مراجعه کننده به مرکز مشاوره امیرالمؤمنین قم صورت پذیرفت. روش نمونه‌گیری از نوع مبتنی بر هدف و در دسترس بود. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر ۳۶ سؤال صورت پذیرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن ازدواج در آقایان ۲۵/۳۵ و در خانم‌ها ۲۰/۸۱ بود. رادیو و تلویزیون به عنوان مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات پیرامون تالاسمی ذکر شد. در مجموع، ۲۰/۷ درصد آگاهی خوب، ۴۲/۹ درصد آگاهی متوسط و ۳۶/۴ درصد آگاهی ضعیفی درباره تالاسمی داشتند. همچنین از نظر سطح نگرش، ۱۵ درصد نگرش خوب، ۶۱ درصد نگرش متوسط و ۲۴ درصد نگرش ضعیف نسبت به پیش‌گیری و ضرورت مشاوره ازدواج داشتند. تفاوت آماری معنی‌داری از نظر آگاهی و نگرش در مردان و زنان مورد مطالعه مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این که آگاهی و نگرش داوطلبین ازدواج در مورد تالاسمی، از میزان مناسبی برخوردار نبود، طراحی مداخلات آموزشی چند جانبه در این زمینه ضروری می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: تالاسمی، نیازهای آموزشی، داوطلبین ازدواج، قم

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۱/۵/۱۵

دریافت مقاله: ۹۱/۲/۱۱

مقدمه
می‌گردد. این بیماری، شایع‌ترین بیماری ژنتیک در انسان است و به عنوان یک مشکل بهداشتی فزاینده در سطح جهان مطرح می‌باشد (۱-۳). تالاسمی در نواحی مدیترانه، استوایی و

مقدمه
تالاسمی به گروهی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که به علت اختلال ژنتیکی در ساخت زنجیره هموگلوبین طبیعی ایجاد

- ۱- کارشناسی ارشد، گروه علوم بهداشتی، مرکز بهداشت استان قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
- ۲- کارشناس، گروه بهداشت عمومی، مرکز بهداشت استان قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
- ۳- مربی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشجوی دکتری، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسؤول)
- ۵- دانشجوی دکتری، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: t_rahimi20@yahoo.com

بابل نشان داد که اکثریت جوانان مورد مطالعه (۸۵/۵ درصد مردان و ۸۳/۶ درصد زنان) نسبت به ضرورت مشاوره قبل از ازدواج نگرش مثبتی داشته‌اند (۱۶). همچنین نتایج مطالعه صدقیانی و فرشیدفر در بندرعباس نشان داد، با وجود این که اکثر واحدهای پژوهش (۶۰/۱ درصد در مورد آگاهی و ۵۰/۸ درصد در مورد نگرش) دارای آگاهی و نگرش خوب بوده‌اند، اما عملکرد واقعی افراد مطلوب نبوده است (۱۷).

با توجه به این که شناخت میزان آگاهی و نگرش داوطلبین در آستانه ازدواج در تعیین عملکرد آنان در زمینه پیش‌گیری از تالاسمی کمک کننده است و همچنین می‌تواند راهگشای مناسبی جهت طرح‌ریزی مداخلات آموزشی مؤثر در آینده باشد، این مطالعه با هدف بررسی نیازهای آموزشی داوطلبین ازدواج شهر قم نسبت به تالاسمی و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۰ انجام گردید.

روش‌ها

مطالعه مقطعی حاضر با هدف، بررسی نیازهای آموزشی داوطلبین ازدواج مراجعه کننده به مرکز مشاوره امیرالمؤمنین شهر قم نسبت به بیماری تالاسمی و عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با آن در سال ۱۳۹۰ انجام پذیرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول $n = Z^2 \frac{pq}{d^2} (1-a/2)$ و با دقت ۵ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد ۲۱۰ زوج (۴۲۰ نفر) در نظر گرفته شد. شرط ورود نمونه‌ها به پژوهش موافقت برای ورود به مطالعه، مسلمان بودن، توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه و سکونت در شهر قم و روستاهای تابعه بود.

روش نمونه‌گیری از نوع مبتنی بر هدف و در دسترس بود و نمونه‌های مورد مطالعه از میان داوطلبین مراجعه کننده به تنها مرکز مشاوره ازدواج شهر قم (مرکز مشاوره امیرالمؤمنین) انتخاب شدند. اطلاعات حاصل شده از طریق مصاحبه با هر زوج به طور مستقل و با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته، جمع‌آوری گردید. پرسش‌نامه مورد استفاده در مجموع شامل ۳۶ سؤال و در قالب سه قسمت بود:

بخش اول با ۹ سؤال مشخصات دموگرافیک (مانند سن،

مناطق نزدیک استوا و در قاره‌های آفریقا و آسیا بیشترین شیوع را دارد. این بیماری در ایران در قسمت‌های شمالی و سواحل جنوب کشور و در استان‌هایی نظیر گیلان، مازندران، خوزستان، بوشهر، فارس، هرمزگان، سیستان و بلوچستان و کرمان شایع‌تر است، هر چند در سایر مناطق نیز کم و بیش دیده می‌شود (۴، ۵). طبق آمارهای موجود حدود سه میلیون ناقل و ۲۵ هزار بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور (Major thalassemia) در کشور وجود دارد (۶).

همانند سایر بیماری‌های مزمن عوارض جسمانی، مشکلات روانی-اجتماعی و اقتصادی ناشی از این بیماری حایز اهمیت است. بیماری تالاسمی بر خانواده، سیستم بهداشتی و جامعه تأثیرگذار است. هزینه و زمانی که خانواده بابت درمان بیمار متقبل می‌شود، همچنین هزینه و خدماتی که جامعه و سیستم بهداشتی به خاطر تزریق مکرر خون و استفاده از پرسنل درمانی می‌پردازند، همگی از تبعات سنگین این بیماری است. اختلال رشد و کوتاهی قد، کاهش شنوایی، افسردگی و سطح پایین کیفیت زندگی از دیگر عوارض ذکر شده این بیماری می‌باشد (۷-۱۱).

با توجه به شیوع به نسبت بالای بیماری، در حال حاضر برنامه‌های پیش‌گیری از تالاسمی دارای اهمیت قابل توجهی بوده و تلاش‌های ملی برای پیش‌گیری از تالاسمی در کشور از حدود دو دهه اخیر آغاز شده است (۱۲). در کشور ما برنامه پیش‌گیری به خصوص بر انجام غربالگری و مشاوره قبل از ازدواج استوار می‌باشد (۱۳).

با وجود شیوع بالای بیماری در کشورهای آسیایی، یافته‌های برخی مطالعات نشان می‌دهند که به طور کلی آگاهی و اطلاعات مردم آسیایی پیرامون بیماری تالاسمی، پیش‌گیری و غربالگری آن اندک است (۱۴). در ایران مطالعه توصیفی معدودی در داوطلبین ازدواج پیرامون سنجش میزان آگاهی و نگرش افراد درباره تالاسمی صورت گرفته است.

مطالعه جعفری و همکاران در گرگان نشان داد، سطح آگاهی پیرامون بیماری در ۲۹/۱ درصد از زوجین عالی و در ۲/۵ درصد آن‌ها ضعیف بوده است (۱۵). مطالعه حاجیان در

استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون χ^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در مطالعه حاضر، سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۴۲۰ داوطلب ازدواج (۲۱۰ مرد و ۲۱۰ زن) شرکت داشتند و میانگین سن ازدواج در آقایان $4/01 \pm 25/35$ و در خانم‌ها $4/85 \pm 20/81$ سال بود. از نظر میزان تحصیلات، ۳۹/۵ درصد افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۸/۱ درصد دیپلم و ۳۲/۴ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. اکثر مردان (۶۵/۷ درصد) دارای شغل آزاد و اکثر زنان (۷۲/۹ درصد) خانه‌دار بودند و ۹۱ درصد نمونه‌ها محل سکونت خود را شهر و ۹ درصد روستا عنوان کردند.

۱۳/۸ درصد از زوجین دارای نسبت فامیلی نزدیک و ۸/۱ درصد دارای نسبت فامیلی دور بودند و ۷۸/۱ درصد نسبت فامیلی با هم نداشتند. پیرامون وضعیت ازدواج، ۱۰ زوج (۴/۸ درصد) عنوان کردند که قبل از اقدام به آزمایش خون، عقد دایم کرده‌اند و بین ۳۰ زوج (۷ درصد) صیغه محرمیت خوانده شده بود و باقی‌مانده افراد قبل از انجام آزمایش هیچ اقدامی برای ازدواج نکرده بودند. همچنین تنها ۱۹ نفر (۴/۵ درصد) از افراد مورد مطالعه دارای خویشاوند مبتلا به تالاسمی بودند.

جدول ۱ توزیع فراوانی چگونگی کسب اطلاعات پیرامون تالاسمی را در نمونه‌های مورد بررسی نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این جدول، بیشترین منبع کسب اطلاعات داوطلبین ازدواج با تعداد ۱۳۲ نفر (۳۱/۴) از طریق رادیو و تلویزیون بود. جدول ۲ توزیع فراوانی میزان آگاهی نسبت به بیماری تالاسمی را در داوطلبین ازدواج بر حسب جنس نشان می‌دهد. در هر دو گروه بیشتر داوطلبین (۴۱/۹ درصد مردان و ۴۳/۸ درصد زنان) دارای آگاهی متوسطی درباره بیماری تالاسمی بودند.

آزمون آماری χ^2 اختلاف معنی‌داری را در دو جنس از نظر میزان آگاهی نشان نداد ($P = 0/8$). این در حالی است که بین سطح آگاهی و توزیع سنی نمونه‌های مورد پژوهش رابطه

جنس، میزان تحصیلات، محل سکونت، شغل، نسبت فامیلی زوج، وضعیت ازدواج، وجود فرد مبتلا به تالاسمی در خانواده یا خویشاوندان و منبع کسب اطلاعات درمورد تالاسمی) افراد مورد مطالعه را ارزیابی می‌کرد.

بخش دوم شامل ۱۷ سؤال آگاهی‌سنجی در خصوص ماهیت بیماری تالاسمی، نحوه انتقال و راه‌های پیش‌گیری از آن بود. آزمودنی به هر سؤال آگاهی در قالب سه گزینه "بلی، خیر و نمی‌دانم" پاسخ می‌داد و در مجموع هر فرد نمره بین صفر تا ۱۷ دریافت می‌کرد.

بخش سوم شامل ۱۰ سؤال جهت سنجش نگرش فرد پیرامون ضرورت مشاوره ازدواج و پیش‌گیری از تالاسمی را می‌سنجید که در قالب مقیاس لیکرت سه گزینه‌ای بود و هر فرد نمره‌ای بین ۳۰-۱۰ دریافت می‌کرد. جهت تعیین روایی پرسش‌نامه، از مطالعه منابع علمی موجود و نظرات پنج متخصص در این زمینه استفاده گردید. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش آزمون مجدد برای سؤالات آگاهی و از روش محاسبه ضریب جهت سؤالات نگرش استفاده شد.

ضریب همبستگی حاصل از آزمون مجدد ($r = 0/79$) و مقدار ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۷۶ بود که قابل قبول ارزیابی شد. به افراد اطمینان داده شد که جمع‌آوری اطلاعات محرمانه و بدون ذکر نام خواهد بود. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها داده‌ها به صورت کد وارد کامپیوتر شد. در بخش سؤالات آگاهی، نمونه‌های مورد مطالعه بر اساس نمره کسب شده به صورت قراردادی به ۳ گروه تقسیم شدند، افراد با نمره (۰ تا ۵) در گروه آگاهی ضعیف، افراد با نمره (۶ تا ۱۱) در گروه آگاهی متوسط و افراد با نمره (۱۲ تا ۱۷) در گروه آگاهی خوب قرار گرفتند. همچنین در بخش سؤالات نگرش نیز نمونه‌های مورد مطالعه بر اساس نمره کسب شده به ۳ گروه تقسیم شدند؛ به گونه‌ای که نمونه‌های دارای نمره (۰ تا ۱۰) در گروه نگرش ضعیف، نمونه‌های دارای نمره (۱۰ تا ۲۰) در گروه نگرش متوسط و نمونه‌های دارای نمره (۲۰ تا ۳۰) در گروه نگرش خوب طبقه‌بندی شدند. در نهایت داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) وارد شدند و با

آماري معنی‌داری مشاهده شد ($P = 0/001$). بدین صورت که بیشتر افراد (۴۵/۵ درصد) گروه سنی ۳۰-۳۴ سال دارای آگاهی خوب و بیشتر افراد (۴۸/۶ درصد) گروه سنی زیر ۲۰ سال دارای آگاهی ضعیفی در ارتباط با بیماری تالاسمی بودند. همچنین نتایج آزمون آماری χ^2 تفاوت معنی‌داری را بین آگاهی و میزان تحصیلات نشان داد ($P = 0/001$); به گونه‌ای که افراد با سطح سواد بالاتر، دارای آگاهی بیشتری نیز بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی چگونگی کسب اطلاعات درباره بیماری تالاسمی در داوطلبین ازدواج

منبع کسب اطلاعات	تعداد	درصد
کتاب‌های درسی	۹۵	۲۲/۶
مجلات و نشریات	۳۱	۷/۴
اعضای فامیل و دوستان	۵۲	۱۲/۴
رادیو و تلویزیون	۱۳۲	۳۱/۴
اینترنت	۱۰	۲/۴
پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی	۷	۱/۷
فاقد اطلاعات درباره تالاسمی	۹۳	۲۲/۱

تفاوت آماری معنی‌داری بین آگاهی و شغل افراد مشاهده شد ($P = 0/001$) و بیشترین درصد افراد مورد مطالعه که آگاهی خوبی درباره تالاسمی داشتند، در گروه دانشجویان با (۴۵/۵ درصد) و سپس در کارمندان با ۳۹/۶ درصد بود. جدول ۳ توزیع فراوانی میزان نگرش نسبت به بیماری تالاسمی را در داوطلبین ازدواج بر حسب جنس نشان می‌دهد. در هر دو گروه بیشتر داوطلبین (۶۰/۵ درصد مردان و ۶۱/۴ درصد زنان) نگرش متوسطی نسبت به پیش‌گیری از تالاسمی و ضرورت مشاوره ازدواج داشتند. آزمون آماری χ^2 اختلاف معنی‌داری را در دو جنس از نظر میزان نگرش نشان نداد ($P = 0/۰۶$).

بین سطح نگرش و توزیع سنی افراد از نظر آماری اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P = 0/003$); به طوری که بیشترین میزان نگرش مثبت (۲۷/۳ درصد) به گروه سنی ۳۰-۳۴ سال تعلق داشت. همچنین تفاوت آماری معنی‌داری بین نگرش و میزان تحصیلات داوطلبین ازدواج یافت شد ($P = 0/001$) و داوطلبین ازدواجی که تحصیلات دانشگاهی داشتند بیش از سایرین نگرش مثبتی نسبت به پیش‌گیری از تالاسمی و ضرورت مشاوره ازدواج نشان دادند.

جدول ۲: توزیع فراوانی سطوح آگاهی درباره بیماری تالاسمی بر اساس جنسیت در داوطلبین ازدواج

آگاهی	جنس		زن		مرد		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ضعیف	۷۶	۳۶/۲	۷۷	۳۶/۷	۱۵۳	۳۶/۴	۲۶/۴
متوسط	۸۸	۴۱/۹	۹۲	۴۳/۸	۱۸۰	۴۲/۹	۴۲/۹
خوب	۴۶	۲۱/۹	۴۱	۱۹/۵	۸۷	۲۰/۷	۲۰/۷
جمع	۲۱۰	۱۰۰/۰	۲۱۰	۱۰۰/۰	۴۲۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

جدول ۳: توزیع فراوانی سطوح نگرش درباره بیماری تالاسمی بر اساس جنسیت در داوطلبین ازدواج

نگرش	جنس		مرد		زن		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ضعیف	۵۴	۲۵/۷	۴۷	۲۲/۴	۱۰۱	۲۴	۲۴
متوسط	۱۲۷	۶۰/۵	۱۲۹	۶۱/۴	۲۵۶	۶۱	۶۱
خوب	۲۹	۱۳/۸	۳۴	۱۶/۲	۶۳	۱۵	۱۵
جمع	۲۱۰	۱۰۰/۰	۲۱۰	۱۰۰/۰	۴۲۰	۱۰۰	۱۰۰

بحث

اطلاعات خود را پیرامون بیماری تالاسمی از طریق رادیو و تلویزیون کسب کرده‌اند. در مطالعات دیگری همانند پژوهش حاضر منبع اصلی کسب اطلاعات رادیو و تلویزیون بوده است؛ به طوری که در مطالعه حاجیان، افراد مورد مطالعه از نظر کسب اطلاعات، رادیو و تلویزیون را به عنوان منبع اصلی آگاهی درباره بیماری بیان داشته‌اند (۱۶). سیام و آسمی در مطالعه خود بهترین راه کسب اطلاعات دانشجویان پیرامون این بیماری را رادیو و تلویزیون و سپس کتاب‌های درسی ذکر می‌کند (۱۳). بدیهی است رسانه‌های جمعی در آگاهی‌رسانی عمومی، نقشی بی‌بدیلی را ایفا می‌کنند. بنابراین، باید جایگاه این رسانه‌ها در برنامه‌های سلامت محور مورد اهمیت قرار داده شود.

نتایج این مطالعه نشان داد، از مجموع داوطلبین ازدواج، ۳۶/۴ درصد دارای سطح آگاهی ضعیف، ۴۲/۹ درصد دارای آگاهی متوسط و تنها ۲۰/۷ درصد دارای آگاهی خوبی پیرامون ماهیت بیماری تالاسمی، نحوه انتقال و راه‌های پیش‌گیری از آن بودند. تفاوت آماری معنی‌داری از نظر آگاهی بین دو جنس مشاهده نگردید، ولی بین گروه‌های سنی و نیز میزان تحصیلات با آگاهی، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد. در مطالعه صدقیانی و فرشیدفر بر روی زوجین در آستانه ازدواج، ۱۳/۵ درصد افراد مورد مطالعه دارای آگاهی عالی، ۶۰/۱ درصد دارای آگاهی خوب، ۲۱/۱ درصد آگاهی متوسط و ۵/۳ درصد آگاهی ضعیفی پیرامون تالاسمی داشتند. بین تحصیلات، با آگاهی رابطه آماری معنی‌داری یافت شد. به علاوه در این مطالعه بین سن و آگاهی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۱۷).

مطالعه Ahmed و همکاران نشان داد، بیشتر افراد حاضر در مطالعه، درباره این که تالاسمی یک بیماری خونی است و همچنین از اثری بودن آن آگاهی داشتند، اما اطلاعات آن‌ها درباره ناقلین بیماری و چگونگی انتقال بیماری از طریق ژن‌ها ضعیف بوده است (۱۹). مطالعه سیام و آسمی میزان آگاهی دانشجویان درباره تالاسمی را با ۵۸/۵ درصد آگاهی کم، ۲۹/۳۳ درصد آگاهی متوسط و ۱۲/۱۷ آگاهی زیاد بیان می‌کند. همچنین در این مطالعه میزان آگاهی دختران دانشجو

نتایج مطالعه حاضر که با هدف بررسی نیازهای آموزشی داوطلبین ازدواج شهر قم نسبت به تالاسمی و عوامل مرتبط با آن انجام شد، نشان داد که میانگین سن ازدواج در آقایان ۲۵/۳۵ و در خانم‌ها ۲۰/۸۱ سال بود که به طور تقریبی مشابه میانگین سنی برای ازدواج در سایر مناطق کشور می‌باشد. چنان چه حاجیان در مطالعه خود در شهرستان بابل (۱۶)، میانگین سن ازدواج را در مردان ۲۴ سال و در زنان ۲۰ سال و همچنین جعفری و همکاران در گرگان (۱۵) این میزان را ۲۴/۸۶ سال در آقایان و ۲۶/۵ سال در خانم‌ها عنوان می‌کنند. از نظر میزان تحصیلات نتایج بررسی حاضر نشان داد، بیشتر داوطلبین شرکت کننده در این مطالعه تحصیلات زیر دیپلم داشته و شغل اکثر مردان آزاد و شغل بیشتر زنان خانه‌دار عنوان شد که مشابه با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه است (۱۵).

اکثر داوطلبین ازدواج ساکن شهر بوده و تنها ۹ درصد نمونه‌ها ساکن روستا بودند که این به علت توزیع بیشتر جمعیت استان در شهرهای استان قم می‌باشد. میزان نسبت فامیلی دور و نزدیک زوجین ۲۱/۹ گزارش شد که مشابه مطالعه حاجیان (۲۱ درصد) و کمتر از مطالعه جعفری و همکاران (۳۹/۴) می‌باشد (۱۶، ۱۵).

با وجود دستورالعمل تالاسمی وزارت بهداشت مبنی بر این که اولین قدم در هر ازدواجی انجام آزمایش خون می‌باشد، ۴/۸ درصد از زوجین به انجام عقد دایم و ۷ درصد به خواندن صیغه محرمیت مبادرت ورزیده بودند. آگاهی‌رسانی به جوانان و خانواده‌های آنان در این زمینه و پیش از اقدام به هر عملی برای ازدواج امری ضروری است. در ۴/۵ درصد از افراد مورد مطالعه خویشاوند مبتلا به تالاسمی وجود داشت. در مطالعه حاجیان در بابل (۱۶) این میزان ۵/۸ و در مطالعه اسماعیلی و واعظ زاده در قائم‌شهر (۱۸) ۶/۷ درصد عنوان شد که این تفاوت به علت شیوع بیشتر بیماری در استان‌های شمالی کشور می‌باشد.

در مطالعه حاضر بیشتر داوطلبین ازدواج عنوان کردند که

در مطالعه حاجیان ۸۵/۵ درصد مردان و ۸۳/۶ زنان نسبت به ضرورت مشاوره قبل از ازدواج نگرش مثبت داشتند (۱۶). باید خاطر نشان ساخت که فقدان آگاهی و نگرش مناسب درباره تالاسمی به عنوان سدی در برابر پیش‌گیری از بیماری می‌باشد (۲۱) و علاوه بر افزایش آگاهی، تغییر نگرش افراد پیرامون یک مسأله بهداشتی گام مهم دیگری در جهت بروز تغییر رفتار است که نباید از آن غافل بود. Tuchinda و همکاران در مطالعه خود نشان داد که نگرش افراد به وسیله آموزش چهره به چهره قابل تغییر است و آموزش چهره به چهره تأثیر بسزایی در نگرش افراد در این زمینه دارد (۲۲).

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد، سطح آگاهی و نگرش جوانان قم پیرامون این بیماری از وضعیت مطلوبی برخوردار نبوده و طراحی مداخلات آموزشی جهت افزایش آگاهی و نگرش نسبت به بیماری تالاسمی، به ویژه در جوانان و در تمام گروه‌های سنی و شغلی و تحصیلی الزامی می‌باشد. استفاده از رسانه‌های گروهی و کتاب‌های درسی برای گسترش پیام‌های آموزشی سلامت محور کمک کننده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب با عنوان "بررسی میزان آگاهی و نگرش داوطلبین ازدواج مراجعه کننده به مرکز مشاوره امیرالمؤمنین (ع) شهر قم در مورد بیماری تالاسمی در سال ۱۳۹۰" می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم اجرا شده است.

بیش از پسران بوده و تفاوت آماری معنی‌داری از نظر آگاهی در دو جنس مشاهده شد. علاوه بر این با افزایش پایه تحصیلی، در میزان آگاهی دانشجویان افزایش معنی‌داری مشاهده شد (۱۳).

در مطالعه Wong و همکاران آگاهی بیشتر درباره تالاسمی در گروه‌هایی با میزان درآمد بیشتر، تحصیلات بیشتر و دارای مشاغل حرفه‌ای و مدیریتی یافت شد (۲۰). یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که از نظر سطح نگرش، ۲۴ درصد دارای سطح نگرشی ضعیف، ۶۱ درصد متوسط و ۱۵ درصد دارای سطح نگرشی خوب نسبت به پیش‌گیری از تالاسمی و ضرورت مشاوره ازدواج بودند. تفاوت آماری معنی‌داری از نظر سطوح نگرش بین دو جنس مشاهده نگردید، اما بین گروه‌های سنی و میزان تحصیلات با نگرش، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد. چنانچه داوطلبین ازدواجی که تحصیلات دانشگاهی داشتند بیش از سایرین نگرش مثبتی نسبت به پیش‌گیری از تالاسمی و ضرورت مشاوره ازدواج نشان دادند.

در مطالعه صدقیانی و فرشیدفر، ۱۵/۲ درصد دارای نگرش عالی، ۵۰/۸ درصد دارای نگرش خوب، ۲۱/۴ درصد دارای نگرش متوسط و فقط ۷/۴ درصد دارای نگرش ضعیف بودند. مشابه مطالعه ما در این مطالعه نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین سطوح نگرش و میزان تحصیلات داوطلبین ازدواج یافت شد؛ در حالی که اختلافی بین دو جنس در ارتباط با نگرش مشاهده نشد (۱۷). در مطالعه Ahmed و همکاران نگرش افراد به انجام غربالگری پیش از بارداری مثبت بود، اما به علت ناکافی بودن آگاهی درباره ناقلین بیماری، بیشتر افراد نگرشی منفی نسبت به ازدواج با یک فرد ناقل تالاسمی داشتند (۱۹).

References

1. Cunningham MJ. Update on thalassemia: clinical care and complications. *Pediatr Clin North Am* 2008; 55(2): 447-60, ix.
2. Khani H, Majdi MR, Azad Marzabadi E, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life in Iranian Beta-Thalassemia Major patients of southern coastwise of the Caspian Sea. *J Res Behav Sci* 2009; 2(4): 325-32.
3. Vichinsky EP. Changing patterns of thalassemia worldwide. *Ann N Y Acad Sci* 2005; 1054: 18-24.
4. Vichinsky EP, MacKlin EA, Waye JS, Lorey F, Olivieri NF. Changes in the epidemiology of thalassemia in North America: a new minority disease. *Pediatrics* 2005; 116(6): e818-e825.

5. Rabbani A, Azar Keiwan A, Farhadi Langeroudi M, Korosdari GH. Clinical evaluation of 413 Thalassemic patients. *Tehran Univ Med J* 2000; 58(3): 35-41. [In Persian].
6. Abdolsamadi H, Torkzaban P, Hosseini M. Sialochemistry of Parotid, and Assessment of Dental Caries Rate and Gingivitis in Patients with Major Thalassemia. *J Dent Shiraz Univ Med Sci* 2008; 8(4): 76-81. [In Persian].
7. Thongsong T, Srisomboon J. Medical complications in pregnant woman. 2nd ed. Bangkok, Thailand: Foreign Book Center; 1993. p. 190.
8. Low LC. Growth of children with beta-thalassemia major. *Indian J Pediatr* 2005; 72(2): 159-64.
9. Taziki MH, Gosalipour MJ, Behnampour N. The determination of hearing loss in Thalassemia major. *J Gorgan Uni Med Sci* 2004; 6(1): 35-9. [In Persian].
10. Mikelli A, Tsiantis J. Brief report: Depressive symptoms and quality of life in adolescents with b-thalassaemia. *J Adolesc* 2004; 27(2): 213-6.
11. Hadi N, Karami D, Montazeri A. Health-related quality of life in major thalassemic patients. *Payesh* 2009; 8(4): 387-93. [In Persian].
12. Kosaryan M, Vahidshahi K, Siami R, Nazari M, Karami H, Ehteshami S. Knowledge, attitude, and practice of reproductive behavior in Iranian minor thalassemia couples. *Saudi Med J* 2009; 30(6): 835-9.
13. Seyam S, Assemi A. Study of the knowledge in guilan university students about thalassemia. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2010; 8(3): 150-5. [In Persian].
14. Lakhani N. Thalassaemia among Asians in Britain. *Thalassaemia Society is working to improve awareness. BMJ* 1999; 318(7187): 873.
15. Jafari F, Node-Sharifi A, Zayeri F. Effectiveness of thalassemia prevention program on couples knowledge and carriers and marriage avoidance in Gorgan province- Iran. *J Gorgan Uni Med Sci* 2007; 8(4): 68-72. [In Persian].
16. Hajian KO. Attitude and knowledge of couple about Thalassemia at the stage of marriage in Babol. *J Gilan Univ Med Sci* 2000; 9(33-34): 103-10. [In Persian].
17. Sadeghiani S, Farshid Far GhR. Knowledge and attitude of couples about Thalassemia before marriage in Bandar Abbas. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2001; 5(3): 30-4. [In Persian].
18. Esmaili Z, Vaez Zadeh N. Survey of the attitude of the young about the role of pre-marital consultation in prevention of Thalassemia in Ghaemshahr in the year 1994. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2000; 8(17-18): 33-9. [In Persian].
19. Ahmed S, Bekker H, Hewison J, Kinsey S. Thalassaemia carrier testing in Pakistani adults: behaviour, knowledge and attitudes. *Community Genet* 2002; 5(2): 120-7.
20. Wong LP, George E, Tan JA. Public perceptions and attitudes toward thalassaemia: Influencing factors in a multi-racial population. *BMC Public Health* 2011; 11: 193.
21. Khin EH, Aung MH, Thein TM. Thalassemia in the outpatient department of the Yangon Children's Hospital in Myanmar: knowledge, attitudes and practice in relation to thalassemia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1992; 23(2): 269-72.
22. Tuchinda S, Chotpitayasunondh T, Teeraratkul A. Knowledge, attitudes, and practices of senior high school students regarding human immunodeficiency virus infection. *J Med Assoc Thai* 1998; 81(2): 130-5.

Educational Needs Regarding Thalassemia and Related Factors for Couples

*Abedin Saghafipour¹, Zahra Moosavi-Myandashti², Siyamak Mohebi³,
Tahereh Rahimi⁴, Mehdi Noroozi⁵*

Abstract

Background: Thalassemia is the most common genetic disease in humans and is considered as a growing health problem worldwide. Due to its importance, thalassemia prevention program has considerable importance in Iran. This study aimed to examine the educational needs about thalassemia and related for candidate married couples in Qom, Iran.

Methods: This cross sectional study was carried out on 420 marriage candidate who referred to Amir Al Momenin counseling center in Qom. Samples were selected by judgmental and convenient sampling. Data were collected with questionnaires. Statistical analysis of data was performed by SPSS software version 16. $P < 0.05$ was considered significant.

Findings: The average age of marriage was 25.35 in men and 20.81 in women. Media was mentioned as the most important source of providing information about thalassemia. In total 20.7% of the subjects had good information, 42.9% had average and 36.4 % of them had weak awareness about the disease. Also in terms of attitude, 15% had good attitude, 61% had moderate and 24% poor attitude towards prevention and the need for marriage counseling. There was no significant difference regarding knowledge and attitudes between men and women ($P > 0.05$).

Conclusion: As it was shown in the results, marriage candidates lack efficient information and knowledge about thalassemia, therefore designing multilateral educational interventions is essential.

Keywords: Thalassemia, Educational Needs, Marriage Candidates, Qom

1- MSc, Department of Health Sciences, Health Center of Qom Province, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

2- Department of Public Health, Health Center of Qom Province, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

3- Lecturer, School of Public Health, Qom University of Medical Sciences, PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- MSc, Department of Health Education, School of Public Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran (Corresponding Author)
Email: t_rahimi20@yahoo.com

5- PhD Candidate, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahid Behshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran