

۱۰۸۲۹۲



دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده پرستاری و مامایی

بررسی تاثیر آموزش پیشگیری از بیماری های مقاربتی در زوجهین بر اساس مدل باور بهداشتی

در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مامایی (آموزش بهداشت مادر و کودک)

استاد راهنما :

سرکار خانم ماندانا میرمحمدعلی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

استاد مشاور :

سرکار خانم مریم مدرس

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

استاد مشاور آمار :

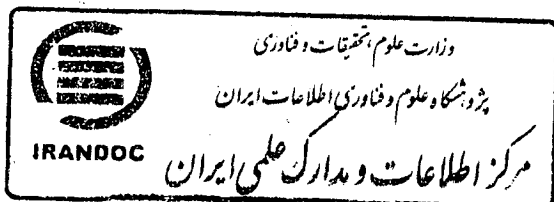
جناب آقای عباس مهران

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشجو :

محبوبه اشتری ماهینی

فرداد ماه ۱۳۸۴



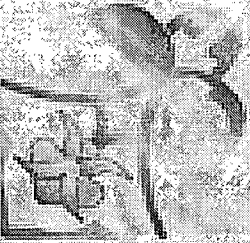
۱۵۸۲۶۲

۱۳۹۰/۳/۱۶



سپاس و ستایش

- ❁ سپاس خدای را که بر من منت نهاده، توفیق تحصیل علم و خدمت به خلق را نصیب نمود؛ او که نعمت‌های بی‌شماری بر من ارزانی داشته و در لحظه لحظه زندگی یار و یاورم بوده است.
- ❁ با تشکر فراوان از سرکار خانم ماندانا میرمحمدعلی‌ئی که در مقام استاد راهنما همواره با علم و درایت و سعه صدر فراوان مرا از رهنمودهای ارزنده‌شان بهره‌مند ساختند.
- ❁ با تشکر از سرکار خانم مریم مدرس که در مقام استاد مشاور با دقت نظر فراوان مرا یاری نمودند.
- ❁ با تشکر از جناب آقای عباس مهران؛ استاد محترم آمار که در تنظیم مطالب آماری پژوهش اینجانب را یاری کردند.
- ❁ با سپاس از سرکار خانم گلین و سرکار خانم بارق که در مقام استادان ناظر قبول رحمت فرمودند.
- ❁ با تشکر از ریاست محترم دانشکده سرکار خانم دکتر پارسا و مسئول تحصیلات تکمیلی سرکار خانم دکتر تقوی و معاونت محترم پژوهشی جناب آقای دکتر نیکبخت.
- ❁ با سپاس فراوان از کلیه اساتید بزرگوارم خصوصاً آقای دکتر غفرانی و سرکار خانم رحیمی کیان، سرکار خانم رضایی پور و سرکار خانم میرمولایی که همواره از رهنمودهایشان بهره برده‌ام.
- ❁ با تشکر فراوان از همکاری صمیمانه مسئول و پرسنل محترم کتابخانه و واحد اطلاع‌رسانی.
- ❁ با سپاس فراوان از دوستان بسیار خوبم معصومه مهاجر و زیبا اشتری.



تقدیم به:

□ پیشگاه مقدس علمدار کربلا حضرت ابوالفضل العباس (ع)

□ پدر و مادر مهربانم :

آنان که سرشار از عشق، محبت، گذشت و فداکاری هستند

آنان که شمع وجودشان روشنی بخش راهم و مهرشان

تسلای وجودم است

□ خواهران و برادران عزیزم :

آنان که در همه مشکلات و سختی‌های زندگی یاورم بودند

□ دایی و زنی بزرگوارم :

آنان که همواره یاری‌گر من بودند و بدون حمایت‌های

بی‌دریغشان قادر به طی این مسیر نبودم

﴿ به همه آنان که دوستشان دارم ﴾

صحت مطالب مندرج در این پایان نامه به عهده پژوهشگر می باشد.

محبوبه اشتری ماهینی

عنوان: بررسی تأثیر آموزش پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین براساس مدل باور بهداشتی در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه: ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری، از اهداف مهم برنامه‌های بهداشتی است. با وجود تلاش‌هایی که جهت ارتقاء سلامتی و بهداشت صورت گرفته، بیماری‌های مقاربتی، هنوز یکی از معضلات بهداشتی جامعه امروزی می‌باشد. برای پیشگیری می‌توان با انجام اقدامات آموزشی خطر انتشار این بیماری‌ها را محدود نمود که در این راستا آموزش بهداشت براساس مدل‌های آموزشی نقش کلیدی دارد. براساس مطالعات انجام شده، یکی از قدرتمندترین مدل‌هایی که در برنامه‌های آموزشی بهداشت، جهت پیشگیری از بیماری‌ها، مورد استفاده قرار گرفته، مدل باور بهداشتی می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین براساس مدل باور بهداشتی، در مراجعین به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

متدولوژی: مطالعه نیمه تجربی بوده که به صورت مورد - شاهدهی در مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نمونه شامل ۳۰ زوج در هر گروه بود که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند. زوجین گروه مورد طی دو جلسه نیم ساعته، براساس مدل باور بهداشتی آموزش داده شدند و زوجین گروه شاهد در کلاس‌های عادی و مشاوره قبل از ازدواج شرکت داشتند. اطلاعات طی ۲ مرحله قبل از آموزش و ۴ ماه بعد از آموزش از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. سپس توسط نرم‌افزار آماري SPSS تجزیه و تحلیل شد. از آمارهای توصیفی مثل درصد، میانگین، انحراف معیار و از آمارهای استنباطی مثل آزمون χ^2 ، t مستقل و t زوج استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که قبل از آموزش دو گروه از نظر سن، تحصیلات، شغل، درآمد ماهانه خانواده، رضایت از میزان درآمد، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده همگن بودند. در گروه مورد بین حساسیت ($P < 0/0001$)، شدت ($P < 0/0001$)، منافع ($P = 0/001$) و موانع درک شده ($P < 0/0001$)، قبل و بعد از آموزش، اختلاف معنی‌داری وجود داشت. در گروه شاهد بین حساسیت ($P < 0/0001$) و شدت درک شده ($P = 0/011$) قبل و بعد از آموزش، اختلاف معنی‌دار بود و بین منافع ($P = 0/419$) و موانع درک شده ($P = 0/119$) قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌دار نبود. مقایسه ۲ گروه مورد و شاهد بعد از آموزش نشان داد که بین حساسیت ($P < 0/0001$)، شدت ($P < 0/0001$)، منافع ($P < 0/0001$)، موانع درک شده ($P = 0/002$) و عملکرد ($P < 0/009$) اختلاف معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری نهایی: یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش از طریق مدل باور بهداشتی در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی مؤثر بود. بنابراین می‌توان با استفاده از این مدل در زمینه پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی به جوانان و سایر افراد جامعه به طرز مؤثری آموزش داد.

واژه‌های کلیدی: آموزش، مدل باور بهداشتی، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول

۱.....	زمینه پژوهش
۶.....	هدف کلی
۶.....	اهداف ویژه
۶.....	فرضیات
۷.....	تعریف واژه ها
۱۰.....	پیش فرضهای پژوهش
۱۱.....	محدودیت‌ها

فصل دوم

۱۲.....	چهارچوب پژوهش
۶۸.....	مروری بر مطالعات

فصل سوم

۷۸.....	نوع پژوهش
۷۸.....	جامعه پژوهش
۷۸.....	نمونه پژوهش
۷۹.....	مشخصات واحدهای پژوهش
۷۹.....	محیط پژوهش
۷۹.....	روش و ابزار گردآوری داده‌ها
۸۰.....	روش تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها
۸۰.....	روش تعیین اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها
۸۰.....	روش جمع‌آوری داده‌ها

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۸۱	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۸۲	ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم

۸۳	یافته‌های پژوهش
۸۴	جداول

فصل پنجم

۱۰۹	نتایج پژوهش
۱۰۹	تجزیه و تحلیل یافته‌ها
۱۲۸	نتیجه‌گیری نهایی
۱۳۵	کاربرد یافته‌ها
۱۳۸	پیشنهادات
۱۴۰	فهرست منابع فارسی
۱۴۴	فهرست منابع انگلیسی

پیوست‌ها

.....	چکیده پژوهش به زبان انگلیسی
.....	پرسشنامه
.....	پمفلت‌های آموزشی

فهرست جداول

عنوان

صفحه

- جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد ۸۴
- جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن مردان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد ۸۵
- جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی تحصیلات زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد ۸۶
- جدول شماره ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی تحصیلات مردان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد ۸۷
- جدول شماره ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شغل زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد ۸۸
- جدول شماره ۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شغل مردان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد ۸۹
- جدول شماره ۷- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح درآمد ماهانه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد ۹۰
- جدول شماره ۸- توزیع فراوانی مطلق و نسبی رضایت از درآمد ماهانه خانواده زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد ۹۱
- جدول شماره ۹- توزیع فراوانی مطلق و نسبی حساسیت درک شده از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد قبل از آموزش ۹۲
- جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی مطلق و نسبی حساسیت درک شده از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران قبل و بعد از آموزش در گروه مورد ۹۳

فهرست جداول

عنوان

صفحه

جدول شماره ۱۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی حساسیت درک شده از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران قبل و بعد از آموزش در گروه شاهد	۹۴
جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی حساسیت درک شده از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران بعد از آموزش در گروه مورد و شاهد	۹۵
جدول شماره ۱۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت درک شده از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد قبل از آموزش	۹۶
جدول شماره ۱۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت درک شده از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران قبل و بعد از آموزش در گروه مورد	۹۷
جدول شماره ۱۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت درک شده از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران قبل و بعد از آموزش در گروه شاهد	۹۸
جدول شماره ۱۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت درک شده از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران بعد از آموزش در گروه مورد و شاهد	۹۹
جدول شماره ۱۷- توزیع فراوانی مطلق و نسبی منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد قبل از آموزش	۱۰۰

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره ۱۸- توزیع فراوانی مطلق و نسبی منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گروه مورد قبل و بعد از آموزش ۱۰۱	۱۰۱
جدول شماره ۱۹- توزیع فراوانی مطلق و نسبی منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گروه شاهد قبل و بعد از آموزش ۱۰۲	۱۰۲
جدول شماره ۲۰- توزیع فراوانی مطلق و نسبی منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد بعد از آموزش ۱۰۳	۱۰۳
جدول شماره ۲۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو گروه مورد و شاهد قبل از آموزش ۱۰۴	۱۰۴
جدول شماره ۲۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گروه مورد قبل و بعد از آموزش ۱۰۵	۱۰۵
جدول شماره ۲۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گروه شاهد قبل و بعد از آموزش ۱۰۶	۱۰۶
جدول شماره ۲۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گروه مورد و شاهد بعد از آموزش ۱۰۷	۱۰۷
جدول شماره ۲۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی عملکرد زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در مراجعین به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در گروه مورد و شاهد بعد از آموزش ۱۰۸	۱۰۸

فصل اول

زمینه پژوهش :

حفظ و ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری، از اهداف مهم سیستم‌های بهداشتی است (مهاجر، ۱۳۸۰، ص ۱۱). با وجود تلاش‌هایی که در جهت ارتقاء سلامتی و بهداشت صورت گرفته است، بیماری‌های مقاربتی هنوز یکی از معضلات جامعه امروز می‌باشد. در قرن بیست و یکم تعداد مبتلایان به بیماری‌های مقاربتی و سندرم نقص ایمنی اکتسابی روز به روز در حال افزایش است. در سال ۱۹۹۴ تعداد ۱۳۸/۰۰۰ مورد مبتلا به سوزاک در سنین ۱۹-۱۵ ساله گزارش شده است، علاوه بر این تعداد بیش از ۶۸۸/۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۹ مبتلا به ایدز در آمریکا تشخیص داده شده که طبق گزارش مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC) ^۱، ۶۰٪ از اینها فوت کرده‌اند (ویلیامز و همکاران ^۲، ۲۰۰۳، ص ۲). در کل سالانه ۵/۶ میلیون نفر مبتلای جدید به ایدز و ۶۴۰ میلیون نفر مبتلای جدید به دیگر بیماری‌های مقاربتی در جهان وجود دارد، که این مبتلایان از عوارض متعدد آن رنج می‌برند (رمضانی تهرانی، ۱۳۸۲).

زنان به نسبت بیشتری تحت تأثیر بیماری‌های مقاربتی قرار می‌گیرند، عوارض وخیم شامل بیماری‌های التهابی لگن (PID) ^۳، نازائی، حاملگی خارج رحمی، سرطان دستگاه تناسلی و پیامد منفی حاملگی می‌باشند (بست ^۴، ۲۰۰۱، ص ۱۶). چنانچه یک زن مبتلا به بیماری‌های مقاربتی حامله شود، بیماری می‌تواند به جنین وی منتقل گردد. تریکومونا با زایمان زودرس و کمبود وزن جنین ارتباط دارد، سوزاک موجب کونژکتیویت، عفونت منتشر ^۵ و مننژیت در نوزاد، کلامیدیا موجب کونژکتیویت، پنومونی، برونشیت و عفونت گوش میانی و سیفلیس موجب سیفلیس مادرزادی و مرگ نوزاد می‌شود. هپاتیت B موجب هپاتیت و سیروز، ویروس هرپس سیمپلکس موجب آسیب‌های موضعی و سیستمیک اعصاب مرکزی، پاپیلوما ویروس انسانی موجب پاپیلوماتوز حنجره و ویروس نقص ایمنی اکتسابی می‌تواند باعث ایدز در نوزادان شود. درمان کامل در مبتلایان ممکن است به علل گوناگونی انجام نشود، از جمله اینکه

1- Center for Diseases Control and prevention

2- Willams

3- Pelvic Inflammatory Diseases

4- Best

5 - Sepsis

ممکن است به علت دوری راه، به مراکز درمانی دسترسی نداشته باشند و یا آزمایشات و داروهای مربوطه گران باشد و یاممکن است زنان از معاینات لگنی ترس داشته باشند. عفونت‌هایی مثل سوزاک و کلامیدیا ممکن است بدون علامت باشند و تأخیر و یا فقدان درمان این بیماری‌ها می‌تواند خطرناک و حتی کشنده باشد (بست، ۲۰۰۰، ص ۸ و ۹).

احتمال انتقال بیماری‌های مقاربتی از مردان آلوده به زنان، بیشتر از احتمال انتقال آن از زنان آلوده به مردان می‌باشد (سیم بر، ۱۳۸۲). احتمال انتقال سوزاک یا سیفلیس از یک فرد آلوده به فرد غیر آلوده، با یک بار نزدیکی جنسی، حدود ۵۰ درصد و احتمال آلودگی به کلامیدیا و عفونت‌های ویروسی مقاربتی، تا حدودی کمتر از این میزان است، خطر آلودگی به سوزاک برای یک زن، از یک شریک جنسی آلوده دو برابر احتمال حاملگی وی به دنبال نزدیکی بدون استفاده از روش جلوگیری (حتی در ایامی که در اوج باروری قرار دارد) می‌باشد (اسمیت^۱، ۲۰۰۲، ص ۱۵).

طبق گزارش مرکز مبارزه با بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت و درمان ایران در سال ۱۳۷۵ تعداد مبتلایان به بیماری‌های مقاربتی (به غیر از ایدز) ۱۹۰۴۴ نفر بوده و در سال ۱۳۸۰، این تعداد به ۷۰۱۱۰۳ نفر افزایش یافته است. همچنین موارد گزارش شده آلودگی به ویروس نقص ایمنی و ایدز از ۴۰ مورد در سال ۱۳۷۰ به ۱۲۹۸ مورد در سال ۱۳۸۰ رسیده است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۱). در همان طور که واضح است این آمارها نشان‌دهنده روند رو به رشد فزاینده این بیماری‌ها در کشورمان می‌باشد و این در حالی است که تاکنون یک برنامه روتین غربالگری جهت تشخیص موارد آلودگی در کشور ما وجود نداشته است. بر اساس همین گزارش، بیشترین آلودگی به ویروس نقص ایمنی در مردان ۴۹-۱۹ ساله و بیشترین آلودگی به دیگر بیماری‌های مقاربتی در زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله اعلام شده است که واقع در سن باروری و فعالیت جنسی می‌باشند. با توجه به افزایش رو به رشد موارد جدید ابتلاء، به خوبی واضح است که همسران و فرزندان حاصل از این گروه، در معرض آلودگی قرار دارند. بنابراین اهمیت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز واضح و روشن می‌باشد. پیشگیری بر درمان ارجحیت دارد و باعث حفظ سلامت افراد می‌شود (ادلمن و مندل^۲، ۲۰۰۲، ص ۱۶). پیشگیری اولیه از عفونت‌های مقاربتی مؤثرترین راه کاهش عواقب ناگوار این عفونت‌ها برای زنان و جامعه می‌باشد، باتوجه به ظهور

1- Smith

2- Edelman & Mandel

بیماری‌های مقاربتی خطرناک و بالقوه کشنده که در کوتاه مدت درمان نمی‌شوند و یا لا علاج هستند، پیشگیری اولیه بسیار مهم و حیاتی است (دونال و همکاران^۱، ۲۰۰۲، ص ۷۶).

در حال حاضر کنترل بیماری‌های مقاربتی، در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته در اولویت برنامه‌های بهداشتی قرار دارد، نه فقط مراقبین بهداشتی، بلکه هر کسی که دارای فعالیت جنسی است، باید از علائم و نشانه‌ها، خطرات و روش‌های جلوگیری از آنها آگاه باشد (آمارال^۲، ۱۹۹۸، ص ۱۸۹). مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی آمریکا، اصول زیر را جهت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، پیشنهاد نموده است که عبارتند از: آموزش افراد در معرض خطر در مورد چگونگی کاهش عوامل خطرزا، خودداری کردن از مقاربت با فرد مبتلا، استفاده دائمی و صحیح از کاندوم‌های مردانه و زنانه، خودداری از انجام دوشه‌های واژینال، گزارش به موقع این بیماری‌ها و مشاوره با شرکای جنسی بیماران و بررسی و درمان آنها جهت پیشگیری از بیماری مجدد و انتشار بیماری، تزریق واکسن (رایان و همکاران^۳، ۱۹۹۹، ص ۴۶۴). در حال حاضر به جز واکسن هپاتیت B، هیچ واکسن دیگری جهت پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی وجود ندارد (بست، ۲۰۰۱، ص ۳).

روش‌های پیشگیری از بارداری سدکننده، مؤثرترین راه پیشگیری از انتقال جنسی ویروس نقص ایمنی و دیگر بیماری‌های مقاربتی می‌باشند (سازمان بهداشتی جهانی، ۲۰۰۰، ص ۳-۱۲). تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که خطر انتقال عفونت‌های مقاربتی در میان زنان استفاده کننده از کاندوم، نسبت به کسانی که از کاندوم استفاده نمی‌کنند، ۸۷٪ کاهش یافته است. علی‌رغم اینکه کاندوم یک وسیله بسیار مؤثر علیه بیماری‌های مقاربتی است، بسیاری از مردم به دلایل متعدد مثل ترس از حساسیت و مخالفت همسر، عدم دسترسی به کاندوم و یا کاهش لذت جنسی، از آن استفاده نمی‌کنند (فینگر^۴، ۲۰۰۱، ص ۲۴ و ۲۵). تحقیقات در کشورما نیز نشان می‌دهد که کاندوم کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مطالعه‌ای که توسط شفیع در سال ۱۳۷۷، بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مردان متأهل در مورد تنظیم خانواده انجام شده، آگاهی از کاندوم ۲۱/۵ درصد و استفاده از آن ۱۶/۵ درصد گزارش شده است. طبق گزارش جمالی در سال ۱۳۸۰، مصرف کاندوم در مرکز بهداشت جنوب تهران ۲۸٪ بوده است.

1- Donnal & et al

2- Amaral

3- Rayan & et al

4- Finger

در کل پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز یک فرآیند پیچیده است که نیازمند استراتژی‌های جدید و مؤثر می‌باشد تا بتواند آگاهی، نگرش و مهارت‌های تصمیم‌گیری را تغییر دهد و از رفتارهای پرخطر جنسی که باعث انتقال بیماری‌ها می‌شود، پیشگیری کند و یا آنها را کاهش دهد، برای رسیدن به این هدف ضروری است که به جوانان دربارهٔ خطرات بیماری‌های مقاربتی و راه‌های پیشگیری از آنها و مهارت‌هایی مثل استفاده از کاندوم و پیش‌بینی نتایج بعدی رفتارهایشان، آموزش‌های لازم و کافی داده شود (بویر و همکاران^۱، ۱۹۹۷، ص ۲۵). در واقع آموزش نقش کلیدی در تغییر دادن آگاهی، نگرش و رفتار دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

پیشگیری اولیه از طریق فعالیت‌های ارتقاء سلامتی مثل آموزش بهداشت دربارهٔ عوامل خطر یک بیماری و اقدامات حفاظتی مثل ایمن‌سازی علیه هیپاتیت B انجام می‌شود به عبارتی آموزش بهداشت یکی از کارآمدترین روش‌های مداخله‌ای جهت پیشگیری از بیماری‌هاست، چون وقتی مردم به اندازهٔ کافی از بیماری‌ها آگاهی داشته باشند و تشویق شوند که احتیاط‌های لازم را به موقع به کار برند، می‌توان از بروز تعداد زیادی از بیماری‌ها جلوگیری کرد. از طرفی آموزش بهداشت با استفاده از تئوری‌ها یا مدل‌های آموزشی جهت افزایش آگاهی، تغییر نگرش و اتخاذ رفتارهای بهداشتی مؤثر و اساسی است (ادلمن و مندل، ۲۰۰۲، ص ۲۴۹ و ۱۶). لذا بر اساس مطالعات انجام شده یکی از بهترین مدل‌هایی که در برنامه‌های آموزش بهداشت جهت پیشگیری از بیماری‌ها مورد استفاده قرار گرفته است «مدل باور بهداشتی»^۲ است که در سال ۱۹۵۰ مطرح شد و بتدریج توسعه یافت و در حدود نیم قرن با موفقیت زیادی در آموزش استفاده از کمربند ایمنی، کاندوم، مراقبت‌های پزشکی و غربالگری بهداشتی مورد استفاده بوده است (ReCAAP^۳، ۲۰۰۴). مدل باور بهداشتی روزنشتاک^۴، بکر^۵ و مایمن^۶، عمدتاً بر پیشگیری از وقوع بیماری‌ها متمرکز است و ارتباط بین باورها و عقاید بهداشتی فرد با رفتارهای وی را نشان می‌دهد. اولین جزء این مدل «درک فرد از استعداد ابتلا به یک بیماری» می‌باشد. جزء دوم آن «درک فرد از جدی بودن بیماری» است. این درک تحت تأثیر عوامل دموگرافیکی، متغیرهای اجتماعی-

1- Boyer & et al

2- Health Belief Model

3- Reseource Center for Adolescent Pregnancy Prevention

4- Rosenstoch

5- Becker

6- Maiman

روانی، تهدید درک شده از بیماری و راهنماهای عمل (مثل برنامه‌های رسانه‌های گروهی، توصیه خانواده، دوستان و کارکنان بهداشتی درمانی) قرار گرفته و تعدیل می‌شود. سومین جزء آن «احتمال عمل» است که در نتیجه درک فرد از منافع و موانع کاربرد عمل مزبور می‌باشد (پوتر و پری^۱، ۲۰۰۳، ص ۳۰۴).

الگوی باور بهداشتی بر این قاعده استوار است که مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها، عکس‌العمل خوب و مناسبی از خود نشان می‌دهند که احساس کنند که در معرض خطر قرار دارند، خطر تهدیدکننده آنها بسیار جدی است، تغییر رفتار برای آنها منافع زیادی دارد و موانع موجود در جهت انجام رفتارهای بهداشتی را می‌توانند مرتفع سازند. در این شرایط است که مداخلات و برنامه‌های آموزشی احتمالاً مؤثر است (ReCAAP، ۲۰۰۴). در این میان نقش کارکنان بهداشتی از جمله ماماها در آموزش افراد جامعه بسیار مهم و مؤثر می‌باشد. طبق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۰، انجام مشاوره و آموزش در زمینه‌های مختلف بهداشتی از جمله مسائل جنسی و بیماری‌های مقاربتی یکی از وظایف مهم ماماها در نظر گرفته شده است. ماماها به عنوان یکی از پرسنل مراقبت‌های اولیه هم در فعالیتهای ارتقاء سلامتی و هم آموزش بهداشت فعالانه شرکت دارند و به خاطر رابطه منحصراً به فردی که با زنان و خانواده آنها دارند، می‌توانند نقش مؤثری در پذیرش دستورات بهداشتی داشته باشند (دانکلی^۲، ۲۰۰۰، ص ۲۲).

با توجه به اینکه پیشگیری اولیه یعنی پیشگیری از وجود یا ایجاد عامل خطر در کشور یا گروه‌های جمعیتی که هنوز عوامل خطر در آنها بروز نکرده است (شجاعی تهرانی به نقل از جی ای پارک^۳، ۱۳۷۷، ص ۸۳)، به نظر می‌رسد در شرایط کنونی ایران، زوجین مراجعه کننده جهت مشاوره قبل از ازدواج بهترین گروهی هستند که می‌توان فعالیت‌های پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی را از آنان شروع کرد، زیرا با توجه به فرهنگ جامعه ما اکثر جوانان تا رسیدن به زمان ازدواج آموزش‌های جامع و صحیح در زمینه پیشگیری از این بیماری‌ها را از طریق والدین و مدارس دریافت نمی‌کنند و اطلاعات آنان کافی نیست. چنانکه بر اساس مطالعه مقدماتی که در این زمینه انجام شد، میزان آگاهی زوجین مراجعه کننده جهت مشاوره ازدواج ۳۰٪ بود. از طرفی این افراد با ازدواج و شروع فعالیت جنسی در معرض

1- Potter & Perry

2- Dunkley

3- J. E. Park

بیماری‌های مقاربتی قرار می‌گیرند. همچنین پژوهشگر با توجه به سابقه کار در مراکز بهداشتی و درمانی مختلف و برخورد با افراد مبتلا به بیماری‌های مقاربتی متوجه گردید که اطلاعات افراد در زمینه این بیماری‌ها کم است، تا جائیکه همسران آنها به علت عدم آگاهی، از مصرف داروهای تجویز شده جهت درمان مشترک زوجین امتناع می‌کنند و عود بیماری به کرات مشاهده می‌شود، بنابراین پژوهشگر به علت احساس نیاز به دلایل فوق اقدام به انجام تحقیقی با هدف تعیین تأثیر آموزش پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین بر اساس مدل باور بهداشتی نموده است. در ضمن نتیجه این تحقیق می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌های بهداشتی کاربرد داشته باشد.

هدف کلی :

تعیین تأثیر آموزش پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی زوجین بر اساس مدل باور بهداشتی، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

اهداف ویژه :

- ۱- تعیین تغییرات حساسیت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از آموزش در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۲- تعیین تغییرات شدت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از آموزش در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۳- تعیین تغییرات منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از آموزش در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۴- تعیین تغییرات موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از آموزش در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۵- تعیین تفاوت عملکرد زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در گروه مورد و شاهد، بعد از آموزش در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

فرضیات :

- ۱- حساسیت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، قبل از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تفاوت ندارد.

- ۲- شدت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، قبل از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تفاوت ندارد.
- ۳- منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، قبل از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تفاوت ندارد.
- ۴- موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، قبل از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تفاوت ندارد.
- ۵- حساسیت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، بعد از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، متفاوت است.
- ۶- شدت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، بعد از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، متفاوت است.
- ۷- منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، بعد از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، متفاوت است.
- ۸- موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین گروه مورد و شاهد، بعد از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، متفاوت است.
- ۹- عملکرد زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در گروه مورد و شاهد، بعد از آموزش، در مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، متفاوت است.

تعریف واژه‌ها:

آموزش (تعریف نظری):

آموزش فرایندی است که از یک سری اعمال سیستماتیک، مداوم و طرح‌ریزی شده‌ای تشکیل شده و شامل دو بخش عمده وابسته به یکدیگر، یعنی آموزش و یادگیری می‌باشد و نتیجه این فرایند زمانی حاصل می‌گردد که تغییر در آگاهی، نگرش و مهارت‌های فراگیر به وجود آید (باستابل^۱، ۲۰۰۳، ص ۱۰).

آموزش زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی (تعریف عملی):

منظور از آموزش در این پژوهش، اجرای برنامه تدوین شده‌ای است که طی دو جلسه نیم ساعته، به صورت آموزش چهره به چهره و پرسش و پاسخ بر اساس مدل باور بهداشتی برای زوجین گروه مورد

انجام شد و اطلاعاتی نیز به صورت پمفلت در اختیار آنها قرار داده شد. زوجین گروه شاهد نیز در کلاس‌های عادی مشاوره قبل از ازدواج شرکت کردند.

بیماری‌های مقاربتی (تعریف نظری):

بیماری‌هایی هستند که به طور اولیه از طریق تماس جنسی بین افراد منتقل می‌شوند و شامل بیش از ۲۵ ارگاناسم عفونی می‌باشند که سندرم‌های بالینی متعددی ایجاد می‌کنند. متداولترین آنها عبارتند از: کلامیدیا، ویروس پاپیلومای انسانی، سوزاک، تب خال تناسلی، سیفلیس و ایدز. موارد دیگر شامل شانکروئید، لسنفوگرانولوم، هپاتیت ویروسی A و B، تریکومونا، سیتومگالوویروس، عفونت‌های استروپتوککی گروه B، شپش عانه و ... می‌باشد (دونال و همکاران ۲۰۰۲ ص ۷۵).

بیماری‌های مقاربتی عفونت‌هایی هستند که از طریق تماس جنسی حفاظت نشده با شریک جنسی آلوده منتقل می‌شوند (اوجوا و لیسکار^۱ ۲۰۰۲ ص ۷۰).

مدل باور بهداشتی (تعریف نظری):

مدل باور بهداشتی رفتار بهداشتی پیشگیری‌کننده را با تمرکز در ارتباط رفتار با سلامتی و بهره‌گیری از خدمات بهداشتی موجود تشریح و پیش‌بینی می‌کند (پوتر و پری، ۲۰۰۳، ص ۳). براساس این مدل فرد زمانی رفتار بهداشتی را انجام می‌دهد که: ۱- وجود یک وضعیت منفی بهداشتی را که قابل اجتناب است احساس کند مثل ابتلا به ایدز. ۲- انتظارات مثبتی داشته باشد که با انجام رفتار بهداشتی توصیه شده، از آن وضعیت منفی بهداشتی جلوگیری به عمل آید مثلاً استفاده از کاندوم در پیشگیری از ایدز مؤثر است. ۳- باور داشته باشد که می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی آن فعالیت بهداشتی را انجام دهد مثلاً می‌تواند به راحتی و با اطمینان از کاندوم استفاده نماید (ReCAPP، ۲۰۰۴، ص ۲).

مدل باور بهداشتی (تعریف عملی):

در این پژوهش منظور از مدل باور بهداشتی استفاده از اجزای مدل شامل حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی توسط زوجین می‌باشد که برنامه آموزشی بر این اساس تدوین و تأثیر آن از طریق پرسشنامه و پاسخ‌های دریافت شده سنجیده شد.

حساسیت درک شده (تعریف نظری):

یعنی درک افراد از حساسیت نسبت به یک بیماری (پتروپری، ۲۰۰۳، ص ۳). حساسیت درک شده یعنی باور فرد در مورد شانس قرارگرفتن در یک وضعیت نامطلوب بهداشتی (ReCAPP، ۲۰۰۴، ص ۲).

حساسیت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی توسط زوجین (تعریف عملی):

منظور از حساسیت درک شده در این پژوهش عبارت است از میزان درک زوجین از احتمال ابتلا به بیماری‌های مقاربتی که از طریق پاسخ به سؤالات پرسشنامه سنجیده شده است.

شدت درک شده (تعریف نظری):

یعنی درک فرد از جدی بودن بیماری (پتروپری، ۲۰۰۳، ص ۳). شدت درک شده عبارت است از باور فرد در مورد جدی بودن یک بیماری و عواقب آن (ReCAPP، ۲۰۰۴، ص ۲).

شدت درک شده نسبت به بیماری‌های مقاربتی توسط زوجین (تعریف عملی):

منظور از شدت درک شده در این پژوهش میزان درک زوجین از وخامت بیماری‌های مقاربتی و عوارض آن می‌باشد که از طریق پاسخ به سؤالات مربوطه در پرسشنامه سنجیده می‌شود.

منافع درک شده (تعریف نظری):

یعنی باور فرد در مورد کارایی عمل توصیه شده جهت کاهش خطر یا جدیت آن، یا به عبارتی انتظارات مثبتی که با انجام رفتار بهداشتی توصیه شده از آن وضعیت منفی بهداشتی جلوگیری به عمل آید (ReCAPP، ۲۰۰۴، ص ۳).

منافع درک شده نسبت به پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی توسط زوجین (تعریف عملی):

در این پژوهش منظور از منافع درک شده، باور زوجین در مورد مزایای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و بکارگیری روش‌های پیشگیری از آن می‌باشد که از طریق پاسخ به سؤالات پرسشنامه سنجیده می‌شود.

موانع درک شده (تعریف نظری):

باور فرد در مورد موانع و بهای جسمی و روانی که باید بابت رفتار توصیه شده بپردازد (ReCAPP، ۲۰۰۴، ص ۳). موانع درک شده عبارتست از جنبه‌های منفی بالقوه‌ای که به صورت مانعی برای انجام یک رفتار، عمل می‌کنند (شجاعی زاده ۱۳۷۹ ص ۱۰).