

Effect of Education Based on the Health Belief Model in the Prevention of Sexually Transmitted Diseases in Couples Participating in Premarriage Training Classes

Ali Khani Jeihooni (PhD)¹, Rabeh Ghaedi (BSc)¹, Seyyed Mansour Kashfi (MD)², Zahra Khiyali (MSc)^{1,*}

¹ Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

² Department of Public Health, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

* **Corresponding Author:** Zahra Khiyali, Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran. Email: khiyaliz@yahoo.com

Abstract

Received: 18/12/2017

Accepted: 20/03/2018

How to Cite this Article:

Khani Jeihooni A, Ghaedi R, Kashfi SM, Khiyali Z. Effect of Education Based on the Health Belief Model in the Prevention of Sexually Transmitted Diseases in Couples Participating in Premarriage Training Classes. *J Educ Community Health*. 2018; 4(4): 4-12. DOI: 10.21859/jech.4.4.4

Background and Objective: Sexually transmitted diseases (STDs) are among the most common infectious diseases in the community. Implementing health education interventions is the best strategy available to promote sexual health. Thus, this study aimed to investigate the effect of STDs prevention training in couples based on the health belief model (HBM) in Fasa, Iran.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted on 70 couples presenting to Fasa health centers in 2016. The participants were randomly assigned to a case or control group (n=35 per group). The study data were collected using a standard questionnaire including demographic variables, the HBM constructs, and couples' performance in the prevention of STDs, which was completed by both groups before and three months post-intervention. The educational intervention included four 50 to 55-minute sessions in the form of group discussions, as well as questions and answers with educational images. To analyze the data, Chi-square test, independent t-test, and paired t-test were run in SPSS, version 22.

Results: The mean age of the participants in the intervention and control groups were 27.02±5.53 and 25.14±4.45 years, respectively. The mean scores of all the HBM constructs and the level of performance of the couples in preventing STDs increased in the intervention group after the intervention (P<0.001).

Conclusion: The results of this study showed that designing and implementing educational programs based on the HBM can be effective in prevention of STDs and promotion of sexual health.

Keywords: Couples; Education; Health Belief Model; Prevention; Sexually Transmitted Diseases

تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی پیش از ازدواج

علی خانی جیحونی^۱، رابعه قائدی^۲، سید منصور کشفی^۳، زهرا خیالی^{۴*}

^۱ دکترای تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

^۲ کارشناس، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

^۳ دکترای تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۴ کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا خیالی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

ایمیل: khyaliz@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: بیماری‌های مقاربتی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عفونی از معضلات بهداشتی جامعه می‌باشند. اجرای مداخلات آموزش بهداشت، بهترین استراتژی در دسترس برای ارتقای بهداشت جنسی محسوب می‌شود؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در زوجین براساس مدل اعتقاد بهداشتی در شهر فسا انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی در سال ۱۳۹۵ در ارتباط با ۷۰ زوج مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر فسا (۳۵ زوج در گروه آزمون و ۳۵ زوج در گروه کنترل) صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای استاندارد شامل: اطلاعات دموگرافیک، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی بود که توسط هر دو گروه قبل و ۳ ماه بعد از مداخله تکمیل گردید. مداخله آموزشی طی ۴ جلسه ۵۰ تا ۵۵ دقیقه‌ای به شیوه بحث گروهی و پرسش و پاسخ همراه با تصاویر آموزشی برای گروه آزمون اجرا شد. سپس، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS 22 گردیدند و با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای، تی مستقل و تی زوجی تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۲۷/۰۲±۵/۳۵ و ۲۵/۱۴±۴/۴۵ بود. میانگین نمرات تمام سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و میزان عملکرد زوجین در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل پس از مداخله آموزشی افزایش یافت ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و بهداشت جنسی اثربخش است.

واژگان کلیدی: آموزش؛ بیماری‌های مقاربتی؛ پیشگیری؛ زوجین؛ مدل اعتقاد بهداشتی

مقدمه

مشکل بهداشت عمومی در سراسر جهان بسیار شایع هستند [۲] و پیامدهای بسیاری از جمله عوارض شدید باروری، آسیب و مرگ نوزادی را به دنبال داشته و به لحاظ اقتصادی هزینه‌های بسیاری را به همراه می‌آورند؛ به گونه‌ای که هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی سالانه این بیماری‌ها در آمریکا معادل ۱۶ میلیارد دلار برآورد شده است [۴].

بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی (STDs: Sexually Transmitted Diseases) یک گروه از بیماری‌های عفونی ناشی از ویروس‌ها، باکتری‌ها، قارچ‌ها، انگل‌ها، پروتوزوئیدها و یا وابسته به آن‌ها [۱] که از شخصی به شخص دیگر طی تماس جنسی از دستگاه تولیدمثلی یک شریک جنسی به دستگاه تولیدمثلی، مقعد، دهان و یا حلق دیگری منتقل می‌شوند [۲]. این بیماری‌ها به‌عنوان یک

که از محیط اطراف خود دریافت می‌نمایند (راهنمای عمل)، مفید و قابل‌اجرا بودن رفتارهای بهداشتی توصیه‌شده را دریابند (منافع درک‌شده) و عوامل بازدارنده فیزیکی، مالی و روانی از اقدام به این رفتارها (موانع درک‌شده) را کم‌هزینه‌تر از فواید آن بیابند و خود را قادر به انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده بدانند (خودکارآمدی) تا در نهایت بتوانند به عملکرد پیشگیری‌کننده از بیماری اقدام نمایند [۱۵].

با توجه به نقش آموزش به‌عنوان ابزاری نیرومند در مبارزه علیه گسترش بیماری‌های مقاربتی و اهمیت گروه زوجین جوان که به‌عنوان ستون‌های کانون خانواده و بهترین گروه برای شروع فعالیت‌های پیشگیری‌کننده مورد توجه می‌باشند (زیرا با توجه به فرهنگ ایران، رابطه جنسی در بسیاری از موارد پس از ازدواج شروع می‌شود)، مشاوره قبل از ازدواج یکی از بهترین فرصت‌ها در دستیابی به این مقصود است [۱۶]؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و عملکرد زوجین شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی پیش از ازدواج در ارتباط با بیماری‌های مقاربتی در شهر فسا انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش نیمه‌تجربی حاضر در سال ۱۳۹۵ در شهر فسا انجام شد. با توجه به نتایج مطالعه میرمحمدعلی‌ئی و همکاران [۱۷] و سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان ۸۰ درصد و تفاوت قابل قبول برابر با ۱/۵، حجم نمونه معادل ۷۰ نفر (۳۵ زوج در گروه آزمون و ۳۵ زوج در گروه کنترل) برای انجام مطالعه در نظر گرفته شد. افراد شرکت‌کننده در پژوهش از بین زوجین مراجعه‌کننده برای دریافت گواهی ازدواج و براساس معیارهای ورود به مطالعه که عبارت بودند از: ازدواج اول زوجین، اجباری نبودن ازدواج، ازدواج کردن حداکثر یک ماه پس از شرکت در کلاس‌ها و زندگی کردن با هم انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم گردیدند (نمودار ۱).

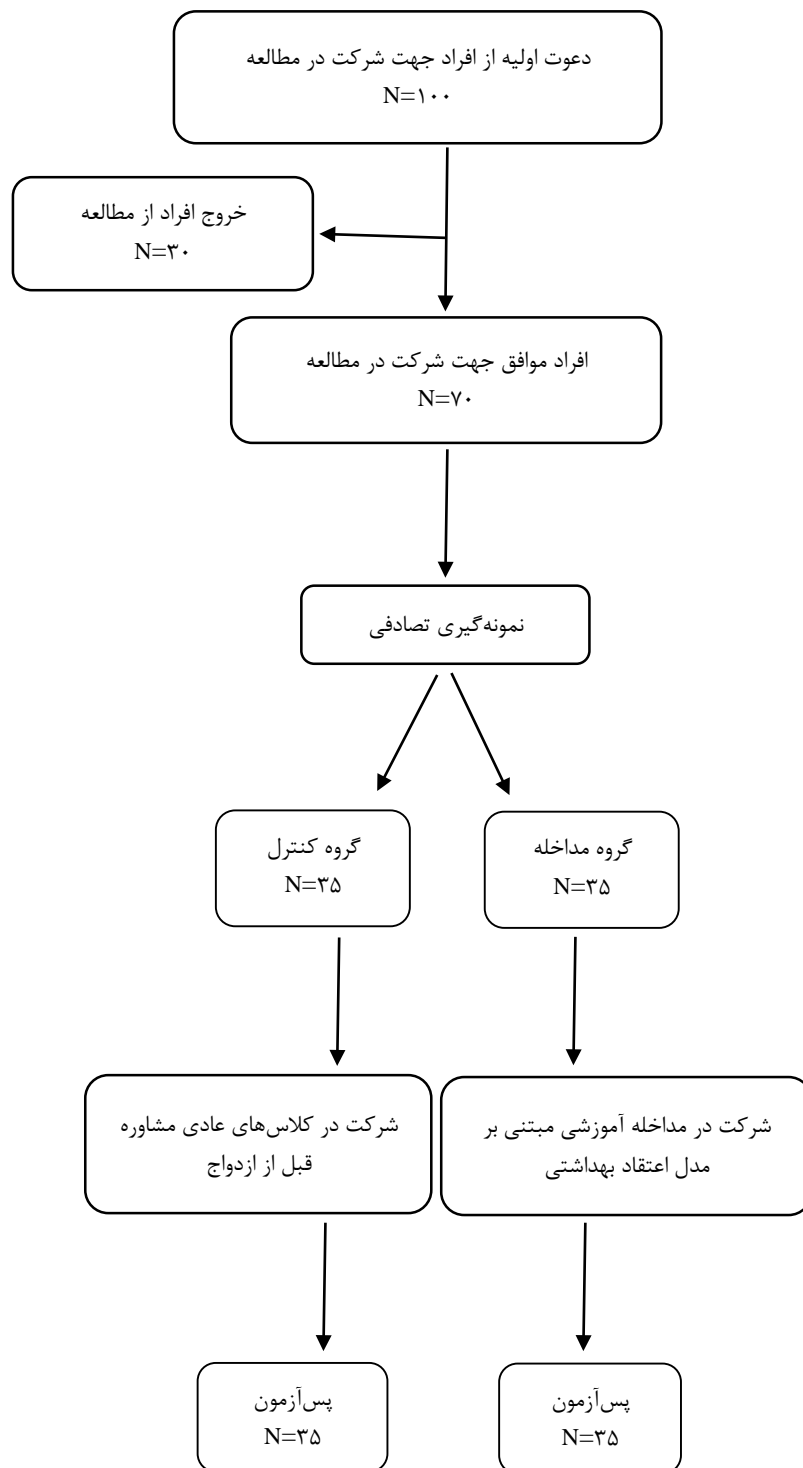
ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای استاندارد مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بود که در مطالعه میرمحمدعلی‌ئی و همکاران [۱۷] به کار برده شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. این پرسشنامه حاوی سؤالات مربوط به مشخصات دموگرافیک از جمله سن، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال و نیز سؤالات مربوط به مدل

در ارتباط با رایج‌ترین بیماری‌های مقاربتی می‌توان به این موارد استناد اشاره کرد: گنوره، عفونت کلامیدیائی، سیفلیس، تریکومونیا، شانکروئید، تبخال تناسلی، زگیل تناسلی، ایدز و هیپاتیت B [۱]. سالانه در جهان بیش از ۴۰۰ میلیون نفر از افراد بالغ به یکی از بیماری‌های مقاربتی مبتلا می‌شوند که ۴ عفونت تریکومونازیس، کلامیدیا، سیفلیس و گنوره در رأس آن‌ها قرار دارند [۵]. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO: World Health Organization) هر سال حدود ۱۲۶ میلیون مورد جدید از عفونت‌های منتقل‌شونده از راه تماس جنسی قابل درمان در آمریکا رخ می‌دهد [۶]. آمار موجود در مرکز مدیریت بیماری‌ها از رشد روزافزون موارد ابتلا به ایدز و بیماری‌های آمیزشی حکایت دارد؛ به‌طوری که موارد گزارش‌شده از بیماری‌های آمیزشی با تشخیص آزمایشگاهی در سال ۱۳۸۴ در ایران نزدیک به ۱۸۱۰۰۰ مورد بوده است [۷]. براساس پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، میزان آلودگی به ویروس ایدز در ایران تا سال ۲۰۲۰ میلادی به ۱۰ درصد خواهد رسید [۸].

پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی یکی از اولویت‌های بهداشت عمومی بوده و مداخلات ساده و عملی برای کاهش میزان بروز آن که می‌توانند به راحتی و ارزانی در مقیاس بالینی بالا مورد استفاده قرار بگیرند، مورد نیاز می‌باشند [۹]. مطالعات نشان می‌دهند که آموزش در مورد بیماری‌های مقاربتی می‌تواند در پیشگیری از عفونت‌های منتقل‌شونده از تماس جنسی از طریق ارتقای سلامت جنسی و کاهش میزان بروز بیماری‌های مقاربتی مؤثر باشد [۱۰، ۱۱]؛ اما باید توجه داشت که تأثیرگذاری آموزش به استفاده مناسب از نظریه‌های علوم رفتاری بستگی دارد [۱۲]. یکی از نظریه‌های مؤثر در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی است که رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد و بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد [۱۳]. مطالعات حاکی از آن هستند که مدل اعتقاد بهداشتی یک چهارچوب مفید برای بررسی موضوعات آموزش بهداشت مانند آموزش مسائل جنسی است [۱۴]. سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل: حساسیت درک‌شده، منافع درک‌شده، راهنمای عمل، شدت درک‌شده، موانع درک‌شده و خودکارآمدی می‌باشد [۱۵]. براساس این مدل برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری مقاربتی، افراد باید در مرحله اول احساس خطر نمایند (حساسیت درک‌شده). سپس، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند (شدت درک‌شده) و با علائم و راهنمایی‌هایی

با ۵ سؤال (مانند: ابتلا به بیماری‌های مقاربتی موجب سردشدن رابطه‌ام با همسر می‌شود)، منافع درک‌شده با ۵ سؤال (مانند: آموزش در مورد بیماری‌های مقاربتی موجب ارتقای سلامت جنسی‌ام می‌شود)، موانع درک‌شده با ۵ سؤال (مانند: من خجالت می‌کشم در مورد مسائل جنسی صحبتی کنم) و خودکارآمدی درک‌شده با ۵ سؤال

اعتقاد بهداشتی بود. در این پژوهش متغیر آگاهی با ۲۰ سؤال (مانند: مهم‌ترین علائم بیماری‌های مقاربتی چیست؟) توسط مقیاس نمره‌دهی بلی (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) اندازه‌گیری گردید. همچنین سازه حساسیت درک‌شده با ۵ سؤال (مانند: با وجود اینکه متأهل شده‌ام، به بیماری‌های مقاربتی مبتلا نمی‌شوم)، شدت درک‌شده



نمودار ۱: نحوه نمونه‌گیری و انتخاب افراد شرکت‌کننده در مطالعه

روانی در مورد انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های مقاربتی شرح داده شد. لازم به ذکر است که محتوای این جلسه در جهت سازه موانع درک شده بود. جلسه ۴: در این جلسه مطالبی در ارتباط با استفاده از کاندوم و عملکرد زوجین به‌منظور پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی بیان شد. همچنین مطالب کلیه جلسات مرور گردید و کتابچه آموزشی به زوجین ارائه گشت.

باید عنوان نمود که این مطالعه مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی فسا می‌باشد (شناسه اخلاق: IR.FUMS.REC.1394.124) و کلیه شرکت‌کنندگان رضایت خود جهت شرکت در پژوهش را از طریق تکمیل فرم رضایت آگاهانه اعلام نمودند. علاوه بر این باید خاطرنشان ساخت که ۳ ماه پس از مداخله آموزشی، با استفاده از پرسشنامه اولیه از هر دو گروه (آزمون و کنترل) پس‌آزمون به‌عمل آمد.

در ادامه اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 و با به‌کارگیری آزمون‌های مجذور کای جهت مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه و آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی به‌منظور مقایسه نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و کنترل تحلیل گردیدند. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌های مورد مطالعه در گروه آزمون و کنترل به‌ترتیب 27.02 ± 5.53 و 25.14 ± 4.45 بود که بیشتر این افراد شاغل و دارای سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. نتایج آزمون آماری مجذور کای نشان داد که تفاوت آماری معناداری در این مورد بین دو گروه آزمون و کنترل وجود ندارد (جدول ۱).

جدول ۲ نشان‌دهنده میانگین نمرات آگاهی، حساسیت،

(مانند: اطمینان دارم که با فراگیری آموزش‌ها می‌توانم از ابتلا به بیماری‌های مقاربتی پیشگیری کنم) با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵)) مورد سنجش قرار گرفتند. عملکرد زوجین نیز توسط ۱۲ سؤال (مانند: برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های مقاربتی از کاندوم استفاده خواهم کرد) با مقیاس دو گزینه‌ای (پاسخ صحیح = ۱ و پاسخ اشتباه = ۰) اندازه‌گیری شد.

پس از برگزاری پیش‌آزمون، گروه کنترل در کلاس‌های عادی مشاوره قبل از ازدواج که در آن بیشتر در مورد تنظیم خانواده و بهداشت فردی صحبت می‌شد شرکت نمود و گروه مداخله به جای این کلاس‌ها، طی ۴ جلسه ۵۵-۵۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگران براساس مدل اعتقاد بهداشتی به روش‌های سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ همراه با تصاویر آموزشی آموزش داده شدند. شایان ذکر است که برای حفظ ماندگاری آموزش و تکرار مطالب، اطلاعاتی به‌صورت پمفلت در اختیار آن‌ها قرار گرفت و ۱ جلسه دیگر برای پاسخگویی به سؤالات و مشکلات زوجین اختصاص یافت. محتوای جلسات آموزشی به شرح زیر بود:

جلسه ۱: طی این جلسه آگاهی در مورد بیماری‌های مقاربتی، روش انتقال و علائم بیماری از طریق تصاویر رنگی علائم و ضایعات آن ارائه گردید. در این مرحله تمرکز بر درک این موضوع است که زوجین در معرض خطر عفونت جدی و عوارض ناشی از ابتلا به این بیماری قرار دارند. لازم به ذکر است که محتوای این جلسه در جهت آگاهی و سازه‌های حساسیت و شدت درک شده بود.

جلسه ۲: در این جلسه منافع پیشگیری و درمان بیماری‌های مقاربتی به لحاظ جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی بیان گردید.

جلسه ۳: در این جلسه عوامل بازدارنده فیزیکی، مالی و

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در زوجین گروه‌های مداخله و کنترل

سطح معناداری	گروه کنترل (n=70)		گروه آزمون (n=70)		متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۱۰۱	۲ (۵/۷۱)	۳ (۸/۷۵)	بی‌سواد	۳ (۸/۷۵)	سطح تحصیلات
	۱۱ (۳۱/۴۴)	۹ (۲۵/۷۲)	زیر دیپلم	۹ (۲۵/۷۲)	
	۴ (۱۱/۴۳)	۶ (۱۷/۱۴)	دیپلم	۶ (۱۷/۱۴)	
	۱۸ (۵۱/۴۲)	۱۷ (۴۸/۵۷)	بالاتر از دیپلم	۱۷ (۴۸/۵۷)	
۰/۵۲۳	۱۸ (۵۱/۴۲)	۱۹ (۵۴/۲۸)	شاغل	۱۹ (۵۴/۲۸)	وضعیت اشتغال
	۱۷ (۴۸/۵۸)	۱۶ (۴۵/۷۲)	بیکار	۱۶ (۴۵/۷۲)	

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زوجین گروه‌های آزمون و کنترل قبل و بعد از

مداخله آموزشی		مداخله آموزشی		متغیر
سطح معناداری*	بعد از مداخله (n=۷۰)	قبل از مداخله (n=۷۰)	مداخله آموزشی	
<۰/۰۰۱	۱۵/۲۲±۱/۱۳	۹/۶۰±۱/۹۱	گروه آزمون	آگاهی
	۹/۲۰±۲/۲۰	۹/۱۱±۲/۲۳	گروه کنترل	
	<۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	سطح معناداری**	
<۰/۰۰۱	۱۸/۸۵±۰/۴۹	۱۰/۹۱±۲/۲۱	گروه آزمون	حساسیت درک شده
	۱۰/۳۱±۲/۳۸	۱۰/۵۴±۲/۱۳	گروه کنترل	
	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۱	سطح معناداری**	
<۰/۰۰۱	۱۲/۴۲±۱/۰۲	۱۰/۷۴±۱/۴۲	گروه آزمون	شدت درک شده
	۱۰/۹۷±۲/۵۳	۱۰/۴۰±۱/۷۳	گروه کنترل	
	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۲	سطح معناداری**	
<۰/۰۰۱	۲۱/۲۰±۱/۰۲	۱۸/۹۷±۲/۶۴	گروه آزمون	منافع درک شده
	۱۸/۵۶±۲/۲۷	۱۸/۳۷±۲/۶۱	گروه کنترل	
	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۱	سطح معناداری**	
<۰/۰۰۱	۱۲/۹۴±۲/۱۴	۱۰/۱۱±۲/۰۹	گروه آزمون	موانع درک شده
	۱۰±۱/۶۲	۱۰/۰۵±۱/۶۴	گروه کنترل	
	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۹	سطح معناداری**	
<۰/۰۰۱	۱۸/۶۸±۱/۵۱	۱۵/۲۲±۲/۶۳	گروه آزمون	خودکارآمدی
	۱۵/۶۷±۱/۸۳	۱۵/۵۱±۱/۹۰	گروه کنترل	
	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۶	سطح معناداری**	

* نتایج آزمون تی زوجی؛ ** نتایج آزمون تی مستقل

شدت، منافع و موانع و خودکارآمدی درک شده در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی می‌باشد. مطابق با یافته‌ها، قبل از مداخله آموزشی تفاوت معناداری در میانگین نمرات آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نمی‌شود؛ اما پس از مداخله آموزشی، اختلاف نمرات آگاهی و تمامی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین دو گروه معنادار است ($P < 0/05$).

در مطالعه حاضر میزان عملکرد زوجین در دو گروه آزمون و کنترل پس از مداخله آموزشی به ترتیب معادل $9/02 \pm 1/93$ و $6/20 \pm 0/90$ بود که حاکی از تفاوت آماری معنادار بین دو گروه می‌باشد ($P < 0/001$).

بحث

آموزش بهداشت با بهبود رفتارهای بهداشتی و حفظ و ارتقای سلامت افراد، یکی از کارآمدترین استراتژی‌های پیشگیری از بیماری‌ها است [۱۸]. نتایج این مطالعه نشان داد که پس از انجام مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی، آگاهی، حساسیت و شدت درک شده، منافع و

موانع درک شده، خودکارآمدی و عملکرد زوجین گروه آزمون در رابطه با بیماری‌های مقاربتی افزایش یافت. همچنین نتایج بیانگر آن بود که مداخله آموزشی بر آگاهی و عملکرد افراد مورد مطالعه در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی تأثیرگذار بوده است که این امر با یافته‌های مطالعات پیشین مطابقت دارد [۲۳-۱۷، ۱۹]. در مطالعه Rink و همکاران نشان داده شد که با افزایش آگاهی جوانان و خانواده‌ها می‌توان از عفونت‌های جنسی، برقراری ارتباط صحیح بین والدین/سرپرستان و فرزندان در ارتباط با مسائل جنسی آن‌ها و افزایش استفاده از کاندوم، بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی از جمله کلامیدیا را کاهش داد [۲۴]. مطالعات قبلی به اثربخشی مداخله آموزشی در کاهش موارد ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و بهبود رفتارهای پیشگیرانه و محافظت‌شده [۲۷-۲۵] و همچنین کاهش عود مجدد بیماری‌های مقاربتی در نوجوانان مبتلا طی پیگیری ۱۲ ماهه اشاره نموده‌اند [۲۸]. این یافته‌ها حاکی از اثربخشی مداخله آموزشی بر آگاهی زوجین در ارتباط با شیوه‌های مختلف انتقال بیماری‌های مقاربتی و اقدامات پیشگیرانه علیه این بیماری‌ها هستند که

مجله آموزش و سلامت جامعه، دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۶

"اثر بخشی الگوی اعتقاد بهداشتی در پیش‌بینی رفتار" نشان داد که منافع و موانع درک‌شده، همواره قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار بوده‌اند [۳۵]. در مطالعه Zhao و همکاران [۳۶] نیز مزایا و موانع درک‌شده، عامل تعیین‌کننده‌ای برای استفاده از کاندوم به‌منظور پیشگیری از ایدز در میان زنان چینی بود.

از سوی دیگر، نتایج مطالعه حاضر حاکی از افزایش معنادار خودکارآمدی درک‌شده زوجین در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل پس از مداخله آموزشی بود که با یافته‌های مطالعات Jadgal و همکاران [۳۱]، بسطامی و همکاران [۳۲]، میرمحمدعلی‌ئی و همکاران [۱۷]، Diallo و همکاران [۲۳] و Diclemente و همکاران [۲۶] همخوانی دارد. نتایج مطالعه Nikpour و همکاران [۳۷] نیز نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ترویج خودکارآمدی در استفاده از کاندوم برای جلوگیری از بیماری‌های مقاربتی در میان معتادان جوان مفید است. در مطالعه ابراهیمی‌پور و همکاران نیز آموزش به زنان آسیب‌پذیر منجر به خودکارآمدی بیشتر و در نهایت عملکرد بهتر و استفاده مناسب از کاندوم شده بود [۳۸].

پژوهش حاضر علاوه بر نقاط قوت، دارای محدودیت‌هایی نیز بود که از آن جمله می‌توان به این مهم اشاره کرد که این مطالعه ممکن است برای سایر گروه‌های قومی و یا نوجوانان قابل اجرا نباشد. علاوه بر این، مشخص نیست که آیا اثرات مداخله در طول دوره‌های طولانی، پایدار خواهد بود یا خیر. همچنین در مطالعه حاضر به نقش اثرگذار افراد مهم مانند خانواده، همسر و دوستان در انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده اشاره نشده است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه و به روش خودگزارشی نیز می‌تواند از دیگر محدودیت‌ها باشد. در نهایت باید گفت که عدم سنجش راهنما برای عمل یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود که این امر با توجه به نقش راهنمایانی همچون دوستان در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی اهمیت زیادی دارد.

نتیجه‌گیری

مطابق با یافته‌ها، طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و بهداشت جنسی در زوجین شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی پیش از ازدواج اثربخش بود. این مطالعه پیشنهاد می‌کند که برای کاهش بار بیماری‌های مقاربتی در جامعه، برنامه‌های آموزشی در سایر

این امر خود می‌تواند بر عملکرد افراد در جهت پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مقاربتی مؤثر باشد. به نظر می‌رسد که اثربخشی مداخله حاضر ناشی از اجرای برنامه آموزشی مدون و نظریه‌محور و بهره‌گیری از روش‌های آموزشی مشارکتی نسبت به آموزش معمول و سنتی در کلاس‌های عادی مشاوره قبل از ازدواج باشد.

در ارتباط با وضعیت حساسیت و شدت درک‌شده، نتایج مطالعه براتی و همکاران [۲۹] و کبودی و همکاران [۳۰] نشان داد که اعتقاد زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره ازدواج به جدی و خطرناک بودن عوارض ناشی از رفتارهای جنسی ناسالم و احتمال آسیب‌پذیری آن‌ها در حد مطلوب نمی‌باشد و تنها از نظر درصد محدودی از زوجین مسائل جنسی آنقدر مهم است که بتواند بر زندگی اثرگذار باشد؛ از این رو بهبود درک زوجین نسبت به این موضوع که آن‌ها در معرض عوارض و پیامدهای این رفتارها قرار دارند، ضروری می‌باشد. از سوی دیگر، نتایج مطالعه حاضر بیانگر افزایش معنادار نمرات حساسیت و شدت درک‌شده زوجین گروه آزمون نسبت به گروه کنترل در مورد بیماری‌های مقاربتی پس از مداخله آموزشی بود که این مهم با نتایج مطالعات میرمحمدعلی‌ئی و همکاران [۱۷]، Jadgal و همکاران [۳۱] و بسطامی و همکاران [۳۲] همخوانی دارد. براساس یافته‌های مطالعات پیشین، ارتقای حساسیت درک‌شده فرد نسبت به مشکلات بهداشتی و نیز ارتقای ارزیابی وی از جدی بودن عواقب بیماری می‌تواند منجر به تغییر رفتار فرد گردد تا بدین طریق خطر ابتلا به بیماری کاهش یابد [۳۳]. در این راستا، Li و همکاران [۳۴] نشان دادند که ارتقای حساسیت افراد باعث جلوگیری از رفتارهای پرخطر جنسی در آن‌ها می‌شود.

افزون‌براین، نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده افزایش معنادار نمرات منافع و موانع درک‌شده زوجین گروه آزمون نسبت به گروه کنترل در مورد بیماری‌های مقاربتی پس از مداخله آموزشی بود. دلیل این افزایش می‌تواند استفاده از روش بحث گروهی و پرسش و پاسخ برای زوجین و بهره‌گیری از نمایش فیلم و تصاویر آموزشی در زمان مداخله آموزشی باشد؛ به طوری که این آموزش موجب ترغیب استفاده از کاندوم و عملکرد بهتر زوجین به‌منظور پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی گردید. این نتایج با یافته‌های مطالعات میرمحمدعلی‌ئی و همکاران [۱۷]، Jadgal و همکاران [۳۱] و بسطامی و همکاران [۳۲] مطابقت دارد. در این راستا، Carpenter در یک متاآنالیز تحت عنوان

که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام شده است. بدین وسیله نهایت قدردانی و تشکر از آن‌ها به عمل می‌آید. همچنین از همکاری مسئولان محترم مراکز بهداشت شهر فسا و کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه قدردانی می‌گردد. شایان ذکر می‌باشد که هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مکان‌ها مانند مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های رفتاری و مدارس و برای سایر گروه‌ها از جمله دانش‌آموزان و معلمان با الگوهای آموزشی دیگر اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی فسا (شماره طرح: ۹۴۰۲۹) می‌باشد

REFERENCES

- Sexually transmitted infections (STIs). World Health Organization. Available at: URL: http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/en/; 2015.
- Sexually transmitted infections (STIs), Fact sheet. World Health Organization. Available at: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>; 2014.
- Dutra MR, Campos LN, Guimarães MD. Sexually transmitted diseases among psychiatric patients in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2014;**18**(1):13-20. PMID: 23933407 DOI: 10.1016/j.bjid.2013.04.004
- Mark H, Dhir A, Roth C. Sexually transmitted infections in the United States: overview and update. *Am J Nurs*. 2015;**115**(9):34-44. PMID: 26273928 DOI: 10.1097/01.NAJ.0000471245.76692.28
- Landry DJ, Turnbull W. Sexually transmitted diseases hamper development efforts. *Issues Brief (Alan Guttmacher Inst)*. 1998;**2**:1-4. PMID: 12138905
- World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Rahmatinjar Kolaei F. Tehran University students' knowledge about sexually transmitted disease. *J Holistic Nurs Midwifery*. 2007;**17**(58):9-14.
- Miri M, Mogharab M, Hoseinpour F. Knowledge, attitude and performance of male workers of Birjand factories toward AIDS & hepatitis B. *J Sci Quart Birjand Nurs Midwifery Facul*. 2009;**6**(1-4):12-8. [Persian]
- Warner L, Klausner JD, Rietmeijer CA, Malotte CK, O'Donnell L, Margolis AD, et al. Effect of a brief video intervention on incident infection among patients attending sexually transmitted disease clinics. *PLoS Med*. 2008;**5**(6):e135. PMID: 18578564 DOI: 10.1371/journal.pmed.0050135
- Rink E, Montgomery-Andersen R, Anastario M. The effectiveness of an education intervention to prevent chlamydia infection among Greenlandic youth. *Int J STD AIDS*. 2015;**26**(2):98-106. PMID: 24713230 DOI: 10.1177/0956462414531240
- Gates ML, Walker V, Webb NC. Sexual health education in Georgia: a role for reducing sexually transmitted infections among adolescents. *J Georgia Public Health Assoc*. 2015;**5**(2):191-95.
- Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. *J Isfahan Uni of Med Sci*. 2009;**14**(1):1-8. PMID: 21772854
- Zareban I, Karimy M, Ahmadi R, Tabasi Darmiyan A, Taher M. Effectiveness of a theory-based education program in prevention of HIV transmission risk behaviors in HIV+ patients: an intervention in health belief model framework. *Horizon Med Sci*. 2015;**21**(4):13-8. [Persian]
- Tarkang EE, Zotor FB. Application of the health belief model (HBM) in HIV prevention: a literature review. *Central Afr J Public Health*. 2015;**1**(1):1-8. DOI: 10.11648/j.caiph.20150101.11
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2008.
- Ramazani A, Faraji O, Fatemi M, Solooki M. The effects of pre-marriage education and consultation on knowledge and attitude of couples regarding to reproductive health. *Toloo-E-Behdasht*. 2012;**11**(3):56-65. [Persian]
- Mirmohammadalei M, Moddares M, Mehran A, Ashtari Mahini M. Effect of preventive education of STD based on health belief model in the couples. *J Hayat*. 2006;**11**(4):89-96. [Persian]
- Khiyali Z, Manoochri M, Khani Jeihooni A, Babaei Heydarabadi A, Mobasheri F. Educational Intervention on Preventive Behaviors on Gestational Diabetes in Pregnant Women: Application of Health Belief Model. *Int J Pediatr*. 2017;**5**(5):4821-31. DOI: 10.22038/ijp.2016.7750
- Henry Akintobi T, Trotter J, Zellner T, Lenoir S, Evans D, Rollins L, et al. Outcomes of a behavioral intervention to increase condom use and reduce HIV risk among urban African American young adults. *Health Promot Pract*. 2016;**17**(5):751-9.
- Fogel CI, Crandell JL, Neevel AM, Parker SD, Carry M, White BL, et al. Efficacy of an adapted HIV and sexually transmitted infection prevention intervention for incarcerated women: a randomized controlled trial. *Am J Public Health*. 2015;**105**(4):802-9. PMID: 25211714 DOI: 10.2105/AJPH.2014.302105
- Carey MP, Senn TE, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Brief and intensive behavioral interventions to promote sexual risk reduction among STD clinic patients: results from a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2010;**14**(3):504-17. PMID: 19590947 DOI: 10.1007/s10461-009-9587-1
- Diallo DD, Moore TW, Ngalame PM, White LD, Herbst JH, Painter TM. Efficacy of a single-session HIV prevention intervention for black women: a group randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2010;**14**(3):518-29. PMID: 20135214 DOI: 10.1007/s10461-010-9672-5
- Witherspoon UL. Effect of an educational intervention for prevention of STD in minority women. Indiana: Valparaiso University; 2016.
- Rink E. An evaluation of the interaction of place and community-based participatory research as a research methodology in the implementation of a sexually transmitted infection intervention for Greenlandic youth. *Int J Circumpolar Health*. 2016;**75**:32239. PMID: 27938642
- Appel PW, Warren BE, Yu J, Rogers M, Harris B, Highsmith S, et al. Implementing substance abuse intervention services in New York City sexually transmitted disease clinics: factors promoting interagency collaboration. *J Behav Health Serv Res*. 2017;**44**(1):168-76. PMID: 26276420 DOI: 10.1007/s11414-015-9473-8
- DiClemente RJ, Davis TL, Swartzendruber A, Fasula AM, Boyce L, Gelaude D, et al. Efficacy of an HIV/STI sexual risk-reduction intervention for African American adolescent girls in juvenile detention centers: a randomized controlled trial. *Women Health*. 2014;**54**(8):726-49. PMID: 25190056 DOI: 10.1080/03630242.2014.932893
- Vivancos R, Abubakar I, Phillips-Howard P, Hunter P. School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults. *Public Health*. 2013;**127**(1):53-7. PMID: 23127519 DOI: 10.1016/j.puhe.2012.09.016
- In-iw S, Braverman PK, Bates JR, Biro FM. The impact of health education counseling on rate of recurrent sexually transmitted infections in adolescents. *J Pediatr Adolesc*

- Gynecol.* 2015;**28**(6):481-5. PMID: [26220351](#) DOI: [10.1016/j.jpap.2015.02.001](#)
29. Barati M, Soltanian A, Emdadi S, Zahiri B, Barzeghar N. Analyzing sexual health-related beliefs among couples in marriage based on the health belief model. *J Educ Community Health.* 2014;**1**(1):36-45. [Persian] DOI: [10.20286/jech-010136](#)
 30. Kabodi S, Barati M, Rajabi Gilan N, Reshadat S. Application of the health belief model for investigation of couples' attitude toward sexual health. *Health Educ Health Promot.* 2014;**2**(3):45-56. [Persian]
 31. Jadgal KH, Siouki HA, Razavi NS. The using of health belief model on AIDS preventive behaviors among health volunteers. *J Res Health.* 2015;**5**(1):58-64.
 32. Bastami F, Sharafkhani N, Bakhteyar K, Heydari M, Hassanzadeh A, Mostafavi F. Effect of educational intervention based on health belief model on psychological factors of AIDS preventive behaviors in addicts. *J Res Health.* 2017;**7**(6):1120-9.
 33. Montanaro EA, Bryan AD. Comparing theory-based condom interventions: health belief model versus theory of planned behavior. *Health Psychol.* 2014;**33**(10):1251-60. PMID: [23977877](#) DOI: [10.1037/a0033969](#)
 34. Li X, Lei Y, Wang H, He G, Williams AB. The health belief model: a qualitative study to understand high-risk sexual behavior in Chinese men who have sex with men. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2016;**27**(1):66-76.
 35. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Commun.* 2010;**25**(8):661-9. PMID: [21153982](#) DOI: [10.1080/10410236.2010.521906](#)
 36. Zhao J, Song F, Ren S, Wang Y, Wang L, Liu W, et al. Predictors of condom use behaviors based on the health belief model (HBM) among female sex workers: a cross-sectional study in Hubei province, China. *PLoS One.* 2012;**7**(11):e49542. PMID: [23185355](#) DOI: [10.1371/journal.pone.0049542](#)
 37. Nikpour S, Haghani H. The effect of educational program based on health belief model (HBM) on self efficacy related to condom use for preventing of sexually transmitted diseases (STDs) and AIDS among youth addicts admitted to the drug treatment centers. *J Bacteriol Parasitol.* 2014;**5**:4.
 38. Ebrahimipour H, Jalali Akerdi B, Solhi M, Esmaeli H. Effect of educational intervention based on Self Efficacy Theory (SET) on behavior of prevention of HIV AIDS in high risk women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2015;**18**(144):19-27. [Persian]