دو فصلنامه طبّ جنوب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۷۰- ۷۸ (شهریور۱۳۸۳)

مدل باورهای بهداشتی- باروری- جنسی دانشجویان

دکترمعصومه سیمبر*[۱]، دکتر فهیمه رمضانی تهرانی[۲]، دکتر زینب هاشمی[۳]

[۱] استاد یار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
[۲] دانشیار مرکز ملّی تحقیقات بهداشت باروری، معاونت تحقیقات و فنآوری وزارت بهداشت
[۳]مسئول مرکز آموزش و تحقیقات جمعیت و تنظیم خانواده، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

چکیده :

وضعیت بهداشت باروری جنسی جوانان یکی از مبهم ترین مسایل بهداشتی جامعه ما محسوب می شود که علت حساسیت آن کمتر مورد مطالعه و تحقیق قرار گرفته و این در حالی است که جهان از جمله کشور ما با خطر گسترش بیماری خطرناک و لاعلاج ایدز مواجه است. از این رو با هدف توصیف مدل باورهای بهداشتی دانشجویان راجع به بهداشت باروری ـ جنسی و بررسی کارایی این مدل در پیش بینی رفتارهای مربوطه در یک مطالعه توصیفی، تعداد ۱۱۱۷ دانشجوی دختر و پسر دانشگاه های علوم پزشکی و بین الملل قزوین، در سال ۱۳۸۰، به روش نمونه گیری سهمیه ای شرکت جستند. ابزار بررسی مدل باورهای بهداشتی باروری، پرسشنامه ای حاوی سؤالاتی در زمینه ترس دانشجویان از ابتلابه بیماری و درک شدت بیماری و عواقب ناشی از آن، درک فواید بهداشت باروری، شناسایی موانع و میزان توانایی و خود تأثیری جوانان در امر رعایت بهداشت باروری بود، که توسط خود دانشجویان تکمیل می گردید. در این مطالعه ۶۵۴ نفر مونث و ۴۵۷ نفر مذکر و داری میانگین سنی بترتیب۲۱/۴ و۲۲/۷ شرکت کردند. مدل باورهای بهداشتی دانشجویان نشان دادکه ترسی متوسط از ابتلا به بیماری های مقاربتی، ایدز و حاملگی نا خواسته و خطرات ناشی از این بیماری ها و رفتارهای خطرناک جنسی وجود دارد. دانشجویان اهمیت زیادی برای بهداشت باروری قائل بودند؛ ولی توانایی جوانان را در رعایت بهداشت باروری کم یا متوسط می دیدند. اکثر آنان به عدم کفایت خدمات مربوطه معتقد بودند و علت اصلی آن را نبودن جو مناسب برای ارائه خدمات و یا پایین بودن آگاهی می دانستند. پسران نسبت به دختران ترس بیشتری در مورد ابتلای جوانان داشتند و دختران دارای درک بیشتری از شدت و عواقب ناشی از بیماری ها، نسبت به پسران بودند. مدل باورهای بهداشتی افراد دارای نزدیکی جنسی قبل از ازدواج و فاقد این رفتار، تفاوت معنی داری نداشت. افراد فاقد رفتار نزدیکی قبل از ازدواج و دختران دارای نگرشی مثبت تر در مورد تأخیر در فعالیت جنسی تا زمان ازدواج، نسبت به افراد دارای نزدیکی جنسی قبل از ازدواج و پسران، به ترتیب بودند. ۷۵٪ از دانشجویان پایبندی به اصول اخلاقی را راهی برای پیشگیری از بیماریهای مقاربتی، ایدز و بروز حاملگی ناخواسته می دانستند. با توجه به اعتقاد اکثر دانشجویان، به تأخیر در فعالیت جنسی تا ازدواج بخصوص در دختران، به نظر می رسد که عواملی اجتماعی و فرهنگی، ورای ترس از ابتلای به بیماری ها و شدت آن و درک فواید بهداشت باروری در شکل گیری مدل باورها و پیش بینی رفتارها مؤثرباشند. بنابراین، توسعه بیشتر این مدل و اضافه کردن اجزایی که بر این عوامل تأکید بیشتری داشته باشند، توصیه می شود.

واژگان کلیدی: بهداشت باروری، جوانان، مدل باورهای بهداشتی، بیماری های مقاربتی ، ایدز، حاملگی ناخواسته

* Email: msimbar@yahoo.com

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

در حالیکه مطالعات روان اجتماعی وسیعی در سطح دنیا برای شناخت رفتارهای جنسی و مهار رفتارهای خطرناک جنسی و عواقب ناشی از آن مانند ایدز و بیماریهای مقاربتی، حاملگی ناخواسته و سقط های عمدی انجام می گیرد، رفتارهای جنسی جوانان ما همچنان در پرده ای از ابهام باقی مانده است.

آمار جهانی نشان می دهد که سالیانه نیمی از مبتلایان جدید ایدز و یک سوم مبتلایان جدید به بیماری های مقاربتی را افراد زیر ۲۵ سال تشکیل می دهند. در هر دقیقه ۵ فرد زیر ۲۵ سال به ویروس HIV مبتلا می شوند و ۱۰ نوجوان دختر به سقط غیر ایمن دست می زند (۱). بیش از ۳۴۰۰ مورد ایدز نیز در کشور ما گزارش شده است که ۶۰ درصد از طریق تزریق مواد مخدر و ۲۵٪ از طریق جنسی مبتلا شده اند (۲).

علیرغم تفاوت در گسترش ایدز در کشور ما که رفتا رجنسی دلیل دوم انتقال ایدز است، اما آمار نشانگر وسیعتر شدن دامنه این بیماری در کشور و سرعت گسترش آن بدنبال رفتارهای خطرناک جنسی است. اگرچه در فرهنگ غنی جامعه اسلامی و ایرانی ما تأکید بر ازدواج و نزدیکی پس از آن است، اما باید اذعان نمود که توسعه وسایل ارتباط جمعی، نه تنها انتقال دانش و تکنولوژی بلکه انتقال فرهنگ و رفتار را نیز به دنبال خواهد داشت و این حقیقتی انکار ناپذیر است که دو سوم جمعیت کشور یعنی نوجوانان و جوانان در معرض خطر تغییر نگرش ها و رفتارهای ناشی از انتقال فرهنگ و بیماری های ناشی از آن هستند، بطوریکه تحقیقات نشان میدهند که ارتباط معنی داری بین نگرش ها و رفتارهای خطرناک جنسی و استفاده از ماهواره وجود دارد (۳).

برنامه های مداخلاتی زیادی تا بحال برای ترویج بهداشت باروری جوانان و نوجوانان در دنیا طراحی شده اند که تا بحال تعداد معدودی از آنها موفق بوده اند. برخی از صاحبنظران معتقدند که علت عدم موفقیت این برنامه ها عدم پی ریزی آنها بر اساس مطالعات علوم اجتماعی است (۴). مدلهای روانی اجتماعی مختلفی تا بحال برای بررسی رفتارهای بهاشتی مورد استفاده قرارگرفته است، مانند

Social ،Health Belief Model (HBM)
Self ،Learning, Reasoned Action
Management و غیره(۵). مدل اعتقادات بهداشت باروری اولین بار در سال ۱۹۵۰ توسط خدمات بهداشت عمومی امریکا برای برنامه های پیشگیری از سل مورد استفاده قرار گرفت(۶) و پس از آن مکرراً برای بررسی رفتارهای بهداشتی(۷، ۸ و ۹) پی ریزی برنامه های بهداشتی و طراحی آموزشی(۱۵–۱۰) و ارزیابی آنها (۱۶و۱۷). بخصوص در حیطه بهداشت باروری مانند برنامه های پیشگیری از ایدز، ترویج استفاده از کاندوم و بهداشت نوجوانان (۲۶–۱۸)، سرطان پستان و سرطان دهانه رحم، مراقبت های دوران بارداری و تنظیم خانواده (۳۰–۲۷) مورد استفاده قرار گرفته است.

در این مدل میزان ترس افراد از ابتلا به بیماری، میزان درک آنان از شدت و خطرات ناشی از بیماری و اثرات آن بر زندگی و فعالیت آینده، میزان درک آنان از فواید برنامه های پیشگیری و بهداشتی، نظر آنان در مورد موانع موجود برای کسب رفتار سالم و توانایی آنان در انجام رفتار صحیح بهداشتی مورد بررسی قرار می گیرد. از این مدل می توان برای برنامه ریزی های آینده به منظور رفع موانع و چالش های شناسایی شده در کسب رفتار سالم بهره جست (۷و۳۱). مطالعات نشان می دهد که علیرغم آموزش دانشجویان در مورد تنظیم خانواده و روش های پیشگیری از بیماری، میزان اگاهی دانشجویان در این موارد متوسط است و واقعیت نزدیکی قبل از ازدواج، حاملگی نا خواسته و سقط عمدی و بروز بیماریهای مقاربتی در جامعه ما نیز وجود دارد(۳۲).

این مطالعه با بررسی مدل باورهای بهداشتی دانشجویان، به عنوان یک گروه از جوانان در معرض خطر، در خصوص بهداشت باروری–جنسی، کوشیده است تا با

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

شناخت باورها و رفتارهای آنان اساس درستی برای برنامه های آموزشی و خدماتی آینده فراهم آورد.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی، در سال ۱۳۸۰، در دانشگاه های علوم پزشکی و بین الملل قزوین انجام شد. تعداد ۱۱۱۷ دانشجوی دختر و پسر رشته های مختلف ، پزشکی، مهندسی، علوم پایه و علوم انسانی با استفاده از روش نمونه گیری سهمیه ای به ترتیب با متوسط سن ۲۱/۴و ۲۲/۷ سال در این طرح شرکت کردند.

باورهای بهداشتی آنان با سؤالاتی بر اساس الگوی باور های سلامت مورد بررسی قرار گرفت. در این بخش میزان ترس آنان از بیماری های مقاربتی و حاملگی ناخواسته، درک آنان از میزان تأثیر این بیماری ها بر زندگی، درک آنان از فواید بهداشت باروری و نظر آنان در مورد توانایی جوانان در رعایت بهداشت باروری مورد پرسش قرار می گرفت. به میزان ترس یا درک دانشحویان نمره های ۱ تا ۴ تعلق می گرفت . بدین معنی که به اصلا نمره ۱، به کم نمره ۲ ، به متوسط نمره ۳ و به زیاد نمره ۴ تعلق می گرفت. در انتها، نظر آنان در مورد کفایت خدمات بهداشت باروری و موانع موجود در اجرای بهداشت باروری، مورد سؤال قرار می گرفت.

این پرسشنامه حاوی بخش های دموگرافیک، آگاهی از روش های پیشگیری از بارداری و بیماری های مقاربتی و ایدز و ۱۰ گویه نگرشی بر اساس طیف لیکرت در ارتباط با بهداشت باروری- جنسی نیز بود. از ۶۶۴ دانشجوی غیر پزشکی، در خصوص داشتن عمل جنسی قبل از عقد دایم سؤال شد که در صورت پاسخ مثبت، به سؤالاتی در خصوص مصرف روش های پیشگیری از بارداری، پیشگیری از بیماری های مقاربتی، ابتلا به حاملگی ناخواسته و بیماری های مقاربتی بروز سقط عمدی نیز پاسخ داده می شد.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و روش هـــای آماری تعیین درصد و نسبت و آزمون های من ویتنی و کای اسکوئر تجزیه و تحلیل شدند.

این طرح توسط کمیته اخلاق پزشکی معاونت پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت و پس از تصویب و قبل از اجرا، موافقتنامه کتبی از نماینده محترم ولی فقیه هر دو دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه بین الملل قزوین و نیز از مسئولین دانشگاه اخذ گردید.

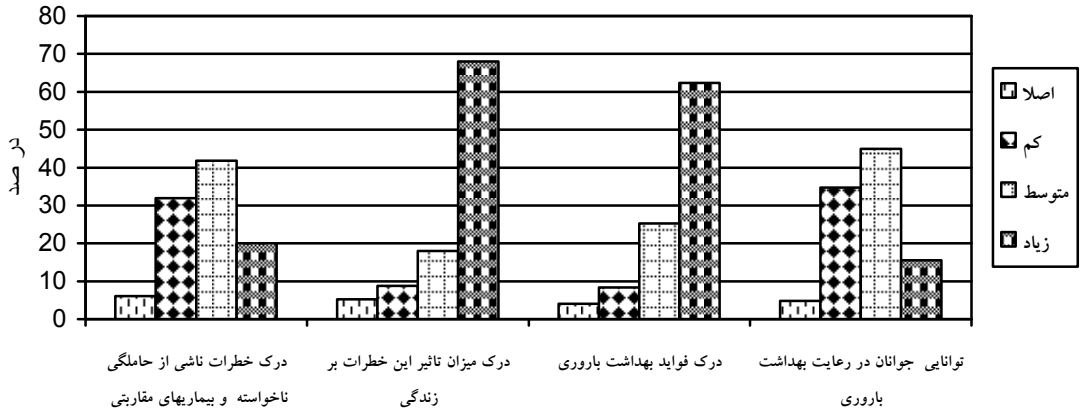
یافته ها

در این مطالعه، ۱۱۱۷ دانشجو از رشته های مختلف ، پرسشنامه را تکمیل کردند. ۶۵۴ نفر(۵۹/۹ ٪) مؤنث و ۴۵۷ نفر (۴۱/۱٪) مذکر بودند و بقیه به جنسیت خود اشاره نکردند. سن دختران و پسران بترتیب (۲/۵± ۲۱/۵)و (۳/۵±۲۲/۷) بود. از ۱۱۰۵ نفری که به وضعیت تأهل خو د اشاره کرده بودند، (۸۳/۶٪) از شرکت گنندگان بی همسر هرگز ازدواج نکرده بودند. از میان ۱۱۱۷ نفر، ۲۲۳ نفر(۲۰٪) در رشته های مهندسی، ۳۹۰ نفر (۳۵٪) در رشته های علوم پزشکی، ۱۴۲ نفر (۱۳٪) در رشته های علوم پایه و ۳۵۹ نفر (۳۲٪) در رشته های علوم انسانی تحصیل می کردند. ۳ نفر از آنان رشته تحصیلی خود را ذکر نکردند.

میانگین نمره برای میزان ترس دانشجویان از بیماریهای مقاربتی ۰/۸۴ ±۲/۷۶ و میانگین نمره اعتقادشان به تاثیر این بیماری ها بر کار و زندگی آینده ۰/۸۶±۳/۴۹ و میانگین نمره اعتقادشان به بهداشت باروری ۰/۸۱±۳/۴۶ و میانگین نمره اعتقادشان به توانایی جوانان در رعایت بهداشت باروری ۰/۷۸±۲/۷۱ بود. نمودار ۱ فراوانی دانشجویان با باورهای بهداشتی مختلف را نشان میدهد. آزمون من ویتنی نشان داد که دانشجویان پسر به طور معنی داری دارای ترس بیشتری از ابتلا به بیماری های مقاربتی و ایدز و بروز حاملگی نا خواسته، درک کمتری از خطرات ناشی از بیماری و تأثیر بر زندگی، کار و روابط اجتماعی و اعتقـاد کـمتری نسبـت به توانایی جوانـان در

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

نمودار ۱ : توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب شدت اعتقادات مختلف در مورد بهداشت باروری



اعتقادات بر اساس مدل باورهای بهداشتی

رعایت بهداشت باروری نسبت به دختران □□□□□P<□بودند. اما هر دو گروه به شدت به مفید بودن برنامه ها و خدمات بهداشت باروری معتقد بودند.

مدل اعتقادات بهداشت باروری مجردین و متأهلین، افراد با عمل جنسی قبل از ازدواج و بدون آن تفاوت معنی داری را نشان نداد □□□□□P<□ . همچنین، مدل باورهای بهداشتی افراد دارای عمل جنسی قبل از ازدواج، با استفاده یا عدم استفاده از روش های پیشگیری و یا مصرف و عدم مصرف کاندوم ارتباطی نداشت □□□□□P<□.

میزان ۷۸٪ از دانشجویان به عدم کفایت و ۲۲٪ از آنان به کفایت آموزش و خدمات بهداشت باروری معتقد بودند. این در حالی بود که افرادی که به عدم کفایت خدمات معتقد بودند به طور معنی داری دارای نمره آگاهی و نگرش بهتری نسبت به گروه دیگر بودند □□□□□P<□.

از میان دانشجویانی که به عدم کفایت آموزش ها و خدمات معتقد بودند، ۴۶٪ نبودن جو مناسب برای دسترسی به خدمات، ۴۵٪ پایین بودن آگاهی در مورد بهداشت باروری و۱۲٪ به عدم دسترسی به وسایل پیشگیری را به عنوان علل ناکافی بودن خدمات بهداشت باروری ذکر می کردند.

تفاوت معنی داری در درک میزان خطر ابتلا، ترس از عواقب ناشی از ابتلای به بیماریهای مقاربتی، درک فواید بهداشت باروری و اعتماد به توانایی جوانان در رعایت بهداشت باروری در دانشجویانی که دارای عمل جنسی قبل از ازدواج بودند و دانشجویان فاقد این رفتار و همچنین در گروههای مصرف کننده و غیر مصرف کننده روش های پیشگیری از بارداری و کاندوم ، وجود نداشت □ □□□□P<□.

۷۵٪ از دانشجویان پایبندی به اصول اخلاقی را یکی از راههای پیشگیری از ایدز می دانستند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

نگرش دانشجویان در مورد به تأخیر انداختن فعالیت جنسی تا زمان ازدواج بدین صورت بود که ۵۹ درصد موافق، ۲۳ درصد مخالف و ۱۸ درصد نیز بی نظر بودند.

دانشجویانی که فاقد عمل جنسی قبل از ازدواج بودند به طور معنی داری دارای نگرش مثبت تری نسبت به تأخیر در فعالیت جنسی تا زمان ازدواج بودند. همچنین

دانشجویان دختر دارای نگرش مثبت تری در مورد به تأخیر انداختن فعالیت جنسی تا زمان ازدواج نسبت به پسران بودند □□□□□P<□.

بحث

مدل های روان اجتماعی Psychosocial جهت برنامه ریزی و ارزیابی برنامه های آموزش بهداشت باروری مرتباً مورد استفاده قرار می گیرد. ما برای اولین بار در ایران به توصیف باورهای بهداشت باوری جوانان با استفاده از یکی از رایجترین مدل ها به نام مدل باورهای بهداشتی پرداختیم. بررسی مدل اعتقادات بهداشتی دانشجویان نشان داد که، اکثریت دانشجویان تهدید متوسط ناشی ازرفتارهای خطرناک جنسی و ابتلا به بیماریهای مقاربتی ، ایدز و حاملگی نا خواسته و شدت عواقب ناشی این بیماریها را درک می کنند و به فواید بهداشت باروری اعتقاد دارند، اما توانایی جوانان مجرد را در رعایت بهداشت باروری متوسط می دانند. اکثریت جوانان، معتقد به عدم کفایت خدمات و آموزش های بهداشت باروری بودند و این نشان دهنده نیاز و تقاضای بیشتر برای این خدمات و آموزش ها است. علت عدم کفایت به نظر اکثریت افراد، نبودن جو مناسب برای دسترسی به خدمات و نبودن آگاهی ذکر گردید. مطالعات نشان می دهند که دادن آگاهی و خدمات و ترویج وسایل پیشگیری کافی نیست، بلکه ارتقای درک اجتماعی، توانمند سازی جوانان در جهت کنترل آنان بر زندگی و اعتقادات و ارزش ها، در نظر گرفتن تفاوت های فرهنگی جوامع و مداخله از اولین مراحل شروع رفتارهای پرخطر، جلب کمک والدین و گروههای همسال، تأکید بیشتر بر خود داری از رفتارهای پر خطر و سر انجام ارزیابی برنامه ها، اساسی هستند (۳۳).

تفاوت در مدل باورهای بهداشتی دانشجویان مؤنث و مذکر و عملکرد آنان مؤید اهمیت عوامل اجتماعی سازنده نقش های جنسیتی در ساختار اعتقادی دانشجویان و عملکرد آنان است، که باید در طراحی خدمات و آموزش های متناسب با هرجنس، لحاظ گردد(۳۴). به نظر می رسید که مهمترین عامل مستقل مؤثر بر رفتار جنسی جوانان جنسیت آنان بود. بطوریکه پسران به طور معنی داری بیشتر از دختران دارای فعالیت جنسی قبل از ازدواج بودند. بنابراین در برنامه ریزی های آتی آموزشی و خدماتی، جنسیت فراگیران و گیرندگان خدمات باید مد نظر قرار گیرد. به عنوان مثال، مطالعات نشان میدهند که برنامه های به تأخیر انداختن فعالیت جنسی برای دختران تا حدی مؤثر است، اما در مورد پسران بخصوص پسران فعال جنسی استفاده از کاندوم نیز باید لحاظ گردد (۳۵).

نتایج این مطالعه نشان داد، که افرادی که نزدیکی جنسی قبل از ازدواج نداشتند، به طور معنی داری دارای نگرش مثبت تری راجع به تآخیر در فعالیت جنسی تا زمان ازدواج بودند. اعتقاد به تأخیر درفعالیت جنسی تا زمان ازدواج در اکثریت قشر جوان به نظر می رسد که تا بحال فاکتور فرهنگی و اجتماعی مهمی در کنترل رفتار های جنسی خطرناک و پیشگیری از بیماریهای مقاربتی و ایدز در قشر نوجوان و جوان ما بوده است، که حفظ این اعتقاد باید مد نظر مسئولین بهداشتی جامعه قرار گیرد. نگرش مثبت تر دانشجویان دختر در مورد به تأخیر انداختن فعالیت جنسی تا زمان ازدواج، نشان دهنده تفاوت های نگرش دو جنسیت است که باز به نظر می رسد عوامل فرهنگی و اجتماعی در تفاوت این نگرش نقش اصلی را ایفا می کنند.

تفاوت معنی داری در مدل باورهای بهداشت باروری افراد دارای نزدیکی قبل از ازدواج با افراد فاقد این رفتار

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

و همچنین مصرف کنندگان روش های پیشگیری از بارداری و کاندوم با کسانی که آنها را مصرف نمی کردند، وجود نداشت. در حالیکه مطالعات دیگر، تفاوت در درک فواید مصرف کاندوم را نشان داده اند (۳۶) و یا ارتباط درک و ترس بیشتر از ابتلا و کاهش رفتار خطرناک جنسی را نشان می دهند (۳۷) . به نظر می رسد که این تناقض مربوط به افراد گروه هدف یعنی دانشجویان بود که از لحاظ اجتماعی دارای آگاهی بیشتر، نگرشی مثبت تر و درکی بهتر نسبت به بیماری ها و روش های پیشگیری نسبت به عامه هستند. مطالعه رفتار جنسی دانشجویان با استفاده از مدل باورهای بهداشتی در آمریکا نیز نتایج مشابهی را نشان داد که آنان علت آن را محدود بودن این مدل به عنوان یک پیش بینی کننده رفتار جنسی در دانشجویان می دانند(۳۸).

استفاده از مدل باورهای بهداشتی برای طراحی بهتر مداخلات توسط برنامه ریزان برنامه های پیشگیری از ایدز متداول است و توصیه می شود(۸، ۱۳، ۳۹ و۴۰). به عنوان مثال، طراحی آموزش پسران در پذیرفتن مسئولیت برای پیشگیری از بیماریهای مقاربتی و حاملگی نا خواسته را پیشنهاد می کنند (۱۴). برخی نیز توصیه می کنند تا ارائه دهندگان خدمات بهداشتی از این مدل برای ارزیابی نیازهای متقاضیان و کمک به آنان در درک واقع گرایانه از خطرات رفتارهای خطرناک و فواید رفتارهای بهداشتی و نیز اصلاح نظرگاههای نا درستی که افراد را به خطر می اندازند، بهره گیرند (۲۴).

اکثریت دانشجویان به نبودن جو مناسب برای ارائه خدمات و پایین بودن سطح آگاهی به عنوان موانع اساسی برنامه های بهداشت باروری اشاره کردند. مطالعات نیز نشان می دهند که در برنامه های ترویج رفتارهای بهداشتی باید بر حمایت عوامل محیطی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی تأکید گردد(۴۱). مهمترین و متداولترین تئوری های روان اجتماعی برای برنامه ریزی های بهداشت نوجوانان تا بحال تئوری های عمل منطقی (Reason Action Theory)، تئوری درک اجتماعی(Social Learning theory) و مدل باورهای بهداشتی بوده اند که همگی کوشش کرده اند تا نشان دهند یادگیری فراگیر در اجتماع صورت می گیرد و بنابر این استراتژی های مداخلاتی می بایست، نرم های اجتماعی و توانایی افراد برای رفتار مناسب را در نظر بگیرند (۴۲).

در این مطالعه مدل باورهای بهداشتی درپیش بینی رفتار دانشجویان، ناتوان به نظر می رسید، به طوریکه، ارتباطی بین عملکرد دانشجویان با مدل بهداشت باروری آنان وجود نداشت و این در حالیست که مدلهای سایکوسوشالی موفقترند که بتوانند رفتارها را، بهتر پیش بینی کنند. در این مطالعه مدل باورهای بهداشتی در پیش بینی رفتارها ناکافی به نظر می رسید. ناکافی بودن مدل باورهای بهداشتی (۴۳)و نیاز به توسعه بیشتر این تئوری (۴۴، ۲۳)و استفاده از تئوریهای جدید که به برنامه های پیشگیری از HIV و ایدز (۴۶، ۴۵) بپردازد توصیه شده است. برخی از صاحبنظران نیز پیشنهاد می کنند که عوامل فرهنگی مانند اعتقادات در مورد بیماریهای مقاربتی و ایدز، در مورد روشهای پیشگیری از آنها و روابط جنسی نیز در این مدلها در نظر گرفته شوند(۴۷). ما نیز پیشنهاد می کنیم که اعتقاد جوانان به Abstinance یا تأخیر در روابط جنسی تا زمان ازدواج در این مدلها در نظر گرفته شود، همچنانکه در این مطالعه اعتقاد به Abstinance بیش از همه عوامل دیگر مربوط به مدل باورهای بهداشتی دانشجویان پیش بینی کننده رفتار نزدیکی قبل از ازدواج در آنان بود.

با توجه به مدل باورهای بهداشتی توصیف شده در این مطالعه پیشنهاد می شود که برنامه های مداخلاتی آینده بر اساس نتایج این مطالعه، به ایجاد جوی حامی خدمات و آموزش های بهداشت باروری بپردازد. تفاوت در نیاز های آموزشی و خدماتی جوانان دختر و پسر، در نظر گرفته شود و به حفظ و تقویت اعتقاد به پایبندی به اصول اخلاقی و تأخیر در فعالیت جنسی تا زمان ازدواج که باور اکثریت جوانان ماست و ترویج استفاده از کاندوم و اجتناب از رفتارهای خطرناک جنسی، برای اقلیتی که دارای نزدیکی قبل از ازدواج هستند، اهتمام ورزند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

مطالعات نیز نشان داده اند که تابحال آن دسته از برنامه های بهداشت جنسی بیشترموفق بوده اند که بر اساس مدلهای سایکو سوشال بوده اند، به فرهنگ و تأثیر تبلیغات و دوستان و همسالان توجه داشته اند، اطلاعات در مورد بیماریهای مقاربتی و مخاطرات ناشی از مقاربت های محافظت نشده و کاهش خطرات ناشی از آن ارائه نموده اند، به تقویت و گسترش خودداری از مقاربت تا ازدواج پرداخته اند و فرصت بحث و تمرین مهارت ها در مورد روش های پیشگیری را داده اند (۴۸).

در یک فراگرد کلی می توان چنین نتیجه گیری نمود که در مطالعه ما مدل باورهای بهداشتی دختران و پسران تفاوت معنی داری داشت، اما این مدل در پیش بینی رفتار افراد مانند داشتن یا نداشتن نزدیکی قبل از ازدواج و مصرف و یا عدم مصرف کاندوم و وسایل پیشگیری از بارداری، ناتوان بود. از طرفی، اعتقاد قوی تر دانشجویان فاقد رفتار نزدیکی قبل از ازدواج، به تأخیر در فعالیت جنسی نشان می داد که این فاکتور فرهنگی، بهتر می تواند رفتار جنسی آنان را پیش بینی کند، که این امر می بایست در اعتلای مدلهای سایکوسوشال مد نظر قرار گیرد. به نظر می رسد که در جامعه ما ترس از ابتلا به بیماری و یا عواقب ناشی از ایجاد بیماری نمی توانند عوامل اصلی برای پیش بینی رفتار باشند، بلکه عوامل فرهنگی مانند اعتقاد به پایبندی به اصول اخلاقی و تأخیر در فعالیت جنسی تا ازدواج می توانند فاکتورهای مهمتری در پیش بینی این رفتارها باشند. بنابراین پیشنهاد می کنیم که در برنامه ریزی های ترویج بهداشت باروری آینده ، علاوه بر تأکید بر برنامه ریزی برای رفع نیازهای مربوط به گروهی که دارای نزدیکی قبل از ازدواج هستند، بر حفظ، تقویت و حمایت از باورهای بهداشتی گروه کثیر دانشجویان و جوانانی که پایبندی به اصول اخلاقی تا ازدواج و معتقد به تأخیر در فعالیت جنسی تا زمان ازدواج هستند ، تأکید بیشتری گردد.

تشکر و قدر دانی: بدینوسیله مراتب تشکر و قدر دانی خود را از دکتر حسین ملک افضلی و مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور به خاطر حمایت مادی و معنوی از این پروژه و نیز از همکاری علمی حانمها فرزانه حجازی، مرضیه رستمی، نازی رضایی، شکوفه کاظمی، فریده فراهانی و مسئولین محترم دانشگاههای علوم پزشکی و امام خمینی قزوین و نمایندگان محترم ولی فقیه در دانشگاههای مذکور اظهار میداریم.

Refrences :

1. Coen A. Young people reproductive health needs neglected, Fact Sheets, Populat Act Int 2002; 19:1.

۲.گزارش اداره مبارزه با بیماریها در مورد ایدز، اداره مبارزه با بیماریها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲.

۳. رمضانی ف، ملک افضلی ح. گزارش طرح ترویج بهداشت باروری در جوانان اسلامشهر، مرکز ملی تحقیقات بهداشت باروری، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰.

4. Wight D, Abraham C, Scott S. Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion. Health Educ Res 1998; 13: 317-30.

5. Elder JP. Ayala GX, Harris S. Theories and intervention approaches to health behavior change in primary care. Am J Prev Med 1999; 17: 275-84.

6. Bowes J. Review prepared for the National Network of Libraries of Medicine, Pacific Northwest Region, Seattle, December 1997. www.comminit.com.The communication initiative, 5148 Polson Trace, Victoria, British Colombia, Canada V8Y 2C4, 2003, 47-54.

7. Rosenstock IM. The health belief model: explaining through experiences. In: Glanz K, Lewis FM. Health behavior and health education: theory and practice. Sanfrancisco: Jossy-Bass Publishers, 1990, 39-62.

8. Gielen AC, Faden RR, O'Campo P, et al. Women's perspectives about sexual behavior: a test of the health belief model. AIDS Educ Prev 1994; 6: 1-11.

9. Davis RD, Duncan L, Turner LW, et al. Perception of human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases risk among low

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

23. Abraham C, Sheeran P, Spears R, et al. Health beliefs and promotion of HIV-preventive intentions among teenagers: a scottish perspective. Health Psychol 1992; 11: 363-70.

24. Hitabiddle SJ. Adolescent condom use, the health belief model, and the prevention of sexually transmited disease. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996; 25: 61-6.

25. Mulvihil CK. AIDS education for college students, review and proposal for a reason-based curriculum. AIDS Educ Prev 1996; 8: 11-25.

26. Montgomery KS. Health promotion with adolescents: examining theoretical perspectives to guide research. Res Theory Nurs Pract 2002; 16:119-34.

27. Stout AE. Prenatal care for low-income women and health belief model: a new beginning. J Community Health Nurs 1997; 14: 169-80.

28. Ashing Giwa K. Health behavior change models and their socio-cultural relevance for breast cancer screening in African American women. Women Health 1999; 28: 53-71.

29. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, et al. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. Women Health Iss 2002; 12: 122-8.

30. Sear AM, Turner MN. Factors associated with short-term oral contraceptive discontinuation. Fam Plann Perspect 1974; 6: 230-3.

31. Rural center for AIDS/STD prevention, Behavior change models for reducing HIV/STD risk, Fact sheets No 3, 1995. URL: http://www.indiana.edu/~aids

۳۲. سیمبر م، رمضانی تهرانی ف، هاشمی ز، نیازهای بهداشت باروری دانشجویان، مجله دانشکده پزشکی قزوین،(شماره ۲۸): پیوست پاییز ۱۳۸۲، ۱۳-۵.

33. Weed SE, Olsen JA. Policy and program considerations for teenage pregnasncy prevention: a summay for policy makers. Int Rev 1989; 13: 267-93.

۳۴ . سیمبر م، رمضانی تهرانی ف، هاشمی ز، بررسی آگاهی، نگرش دانشجویان در مورد بهداشت باروری، مجله پژوهنده، (شماره۴): ۳۰۴،۱۳۸۲-۲۹۹.

35. Aarons SJ, Jenkins RR, Raine TR, et al. Postponing sexual intercourse among jonior high school students a randomized controlled evaluation. J Adolesc Health 2000; 27: 236-47.

36. Thatot S, Charron-Prochownik D, Dorn LD, et al. Predictors of condom use among adolescent Thai vocational students. J Nurs Scholarsh 2003; 35: 157-63.

income adults: a pilot study. Appl Nurse Res 2001; 14: 105-9.

10. Manning DT, Barenberg N, Gallese L, et al. College students' knowledge and health beliefs about AIDS: Implications for educational prevention. J Am College Health 1989; 37: 254-9.

11. Abraham C, Sheeran P, Orbell S. Can social cognitie models contribute to the effectiveness to HIV prevention behavioral interventions? A brief review of literature. Br J Med Psychol 1998; 71: 297-310.

12. Wight D, Abraham C. From psych-social theory to sustained classroom practice: developing a research based teacher-derived sex education program. Health Educ Res 2000;15: 25-38.

13. Kirby D. No easy answers research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington Dc: National campaign to prevent teen pregnancy (1997). Cited in: The Facts, Advocacy for youth, The Anniversary Conference, 2001 Dec 2-4,Washington Dc,USA.

14. Watt LD. Pregnancy prevention in primary care for adolescent males. J Pediatr Health Care 2001; 15: 223-8.

15.Roye CF, Handson M. Developing a culturally video to promote dual method use by urban teens; rational and methodology. AIDS Educ Prev 2003; 15: 148-50.

16. Thomas LW. A Critical feminist perspective of health belief model: implication nursing theory, research, practice and education. J Prof Nurs 1995; 11: 246-52.

17. Eizen M, Zellman GL, McAlister AC. Evaluating the impact of theory based sexuality and contraception education program. Fam Plan Perspect 1990; 22: 621-71.

18. Herold ES. The health belief model: can it help us to understand contraceptive use among adolescents? J Sch Health 1983 53: 19-21.

19. Eizen M, Zellman GL, McAlister A. A health belief model approach to adolescents' fertility control, some pilot program finding. Health Educ 1985; 12: 185-210.

20. Camel S. The health belief model in the research of AIDS related preventive behaviors. Public Health Rev 1990-91; 18: 73-85.

21. Keith JB, McCreary C, Collins K, et al. Sexual activity and contraceptive use among low-income urban black adolescent females. Adolescence 1991; 26: 769-85.

22. Eisen M, Zellman GL, McAlister AL. A health belief model-social learning theory approach to adolescents' fertility control: findings from a controlled field trial. Health Educ 1992; 19: 249-62.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

37. Mc Bride DC, Weatheby ML, Inciadig J A, et al. AIDS susceptibility in a migrant population: perception and behavior, Subs use misuse. 1999; 34: 633-52.

38. Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. AIDS Educ Prev 1997; 9: 551-63.

39. Hill Tabiddle SJ. Adolescents condom use, the health belief model , and the prevention of sexually transmitted diseases. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996; 25: 61-6.

40. Mahoney CA, Thombs DL, Ford OJ. Health belief and self efficacy models, their utility in explaining college students condom use. AIDS Educ Prev 1995; 7: 32-47.

41. Wong ML. Behavioral interventions in the control of immunodeficiency virus and other sexually transmitted diseases- A review. Ann Acad Med Sigapore 1995; 24: 602-7.

42. D'Souza CM, Shrier LA. Prevention and intervention of sexually transmitted diseases in adolescents. Curr Opin Pediatr 1999; 11: 287-91.

43. Ritchi LM, Stwart–Kruger J. AIDS risk among street children and youth implication for

interventions. AFR J Psychol 1995; 25: 31-8.

44. Abraham C, Sheeran P. In search of psychology of safer sex promotion: beyond beliefs and texts. Health Educ Res 1993; 8: 245-54.

45. Wilson D, Lauella S, Green Span R, et al. Psychological predictors of HIV preventive behavior among Zimbabwean students. J Soc Psycol 1991; 131 : 293-5.

46. Mantoomdy SB, Joseph JG, backer MH, et al. The health belief model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS how useful? AIDS Educ Prev 1989; 1: 303-23.

47. Yep GA. HIV prevention among Asian American college students, does the health belief model work? J Am College Health 1993; 41:199-205.

48. PanAmerican Health Organization, World health Organization. World Association for Sexology. Promotion of Sexual health, In Antigua Guatemala, Guatemwla, May, 19-20, 2000, Officially Published in 2001.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]