

## مقایسه اثر دو روش آموزشی بر استفاده از خدمات سلامت در زنان قربانی تجاوز جنسی

فاطمه محمدی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

اعظم نجفی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

گیتا منتظری

مرکز پزشکی قانونی اصفهان، اصفهان، ایران.

### چکیده

**مقدمه:** تجاوز جنسی دارای پیامدهای متعدد جسمی و روانی برای زنان است که نیازمند اقدام بهنگام هستند. به نظر میرسد آموزش قربانیان یک روش موثر در ترغیب افراد برای اقدام در پیشگیری یا درمان پیامدها باشد. آموزش با استفاده از محتوای نوشتاری یک روش رایج، در دسترس و کم هزینه است اما امروزه برای افزایش تاثیرگذاری آموزشها استفاده از مدلهای تغییر رفتار مانند مدل بزنف مورد تاکید قرار گرفته است. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثر دو روش آموزشی بر استفاده از خدمات سلامت در زنان قربانی تجاوز جنسی انجام شد.

**روش:** مطالعه ای نیمه تجربی با نمونه گیری آسان از مرکز پزشکی قانونی شهر اصفهان انجام شد. نمونه شامل ۶۶ نفر از زنان قربانی تجاوز جنسی واجد شرایط ورود به مطالعه بود. مداخله به صورت آموزش مبتنی بر مدل بزنف در قالب سه جلسه حضوری برای گروه اول و ارائه پمفلت به گروه دوم صورت گرفت. اطلاعات دموگرافیک و سازه های مدل طی دو مرحله قبل و بلافاصله بعد از آموزش از طریق پرسشنامه جمع آوری شد و چک لیست استفاده از خدمات یک ماه تکمیل شد. داده ها با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** نتایج نشان دهنده اختلاف معنادار قبل و بعد از مداخله ی نمرات سازه های آگاهی، نگرش، هنجار انتزاعی، قصد رفتاری و عوامل قادر کننده در گروه آموزش مبتنی بر مدل بود. این تفاوت در گروه دریافت کننده پمفلت مشاهده نشد. هرچند قبل از مداخله نمرات سازه ها بین دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت اما بعد از مداخله این تفاوت معنادار بود. یکماه بعد عملکرد زنان در استفاده از خدمات سلامت متفاوت نبود.

**نتیجه گیری:** هرچند که در مطالعه حاضر نمرات آگاهی، نگرش، قصد رفتار و ... در گروه آموزش مبتنی بر مدل افزایش یافته بود و در گروه دریافت کننده پمفلت این افزایش مشاهده نشده بود، اما عدم تفاوت در مراجعه جهت دریافت خدمات سلامت میتواند نشان دهنده نقش موثر عوامل دیگری چون تامین خدمات گسترده و در دسترس و نیاز به حساس به فرهنگ و جنسیت بودن خدمات باشد که باید مورد توجه برنامه ریزان و سیاستگذاران حوزه های مختلف سلامت زنان قرار گیرد.

**کلیدواژه ها:** آموزش، مدل بزنف، تجاوز جنسی، بیماری های مقاربتی، خدمات سلامت

## مقدمه:

پدیده آزار جنسی که تجاوز هم شامل آن می‌شود از دهه ۱۹۸۰ مورد توجه قرار گرفته است. امروزه تجاوز جنسی و خشونت جنسی به یک مشکل عمده جهانی مبدل شده است و جنایتی است که به صورت فراگیر در تمام کشورها و در تمام سطوح اجتماعی رخ می‌دهد. به نظر می‌رسد تجاوز در جوامع مدرن و در تمامی فرهنگ‌ها رو به افزایش است. تجاوز جنسی شامل هر موقعیتی است که در آن تماس جنسی به صورت ناخواسته و بدون اراده و رضایت شخص (Eshaghi, 2003)، با یا بدون دخول و یا لمس کردن ناحیه آئوژنیتال یا سینه‌ها اتفاق بیفتد این مسئله عمدتاً به دلیل فشار جسمانی، فشارهای روانی و یا ناتوانی و اختلال در تصمیم‌گیری (به طور مثال به دلیل مصرف الکل و مواد مخدر) رخ می‌دهد. تجاوز جنسی همچنین ممکن است در شرایطی رخ دهد که فرد قربانی به دلیل سن و یا عدم تکامل نمی‌تواند عواقب انتخاب خود را درک کند (Crawford-Jakubiak et al., 2017). شیوع این مسئله در زنان نقاط مختلف جهان از ۱۳ تا ۳۹ درصد متغیر است و این میزان در مردان ۳ درصد است. آمار مرکز مطالعه ملی زنان نشان می‌دهد که در آمریکا هر ساله بین ۶۸۰ هزار تا ۱/۵ میلیون زن مورد تجاوز قرار می‌گیرند. بیشترین آمار تجاوزات جنسی در کشور کنگو اعلام شده است (Berek, 2020; Cybulska, 2007). در گزارش منتشر شده در سال ۱۳۹۳ در کشور ایران، استان تهران (با یک هزار و ششصد و پنجاه جرم جنسی) و قم با (با یک هزار و پانصد و پنجاه و شش جرم جنسی) بالاترین میزان تجاوز جنسی اعلام شده را داشته‌اند (۹). در کل آمار دقیقی از شیوع تجاوز جنسی در ایران اعلام نشده است، طبق گزارش شاه علی و همکاران احتمالاً ۱۰ درصد زنان ایرانی تجاوز جنسی را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند (Shahali et al., 2016)، این آمار در زنان کارگر جنسی و زنان فراری به ترتیب ۳۵ و ۲۰ درصد است (Hegarty et al., 2013).

آزارهای جنسی به دو شکل رفتاری و کلامی صورت می‌گیرد و تجاوز یکی از مصادیق آزارهای جنسی رفتاری است که دارای عواقب جدی جسمی و روانی برای زنان است این پیامدها تا مدت‌ها برای بازماندگان باقی می‌ماند و ممکن است هرگز مورد توجه قرار نگرفته و درمان نشود. آثار روانی آن عبارتند از: اختلال استرس و اضطراب پس از ضربه، احساس شرم، گرایش به مصرف مواد مخدر و الکل، آسیب زدن شخص به خود، افسردگی، بازگشت به خاطرات گذشته، اختلالات خواب، اختلالات حافظه و خودکشی و پیامدها جسمی آن مواردی چون ابتلا به عفونت‌های مقاربتی (ایدز، هیپاتیت B و C، سفلیس، سوزاک، کلامیدیا، هرپس تناسلی، پاپیلوما ویروس)، بارداری ناخواسته و سقط جنین غیر ایمن را شامل می‌شوند (Sadock, 2015; Smith et al., 2013). پژوهش‌ها ارائه خدمات پزشکی، مددکاری و روان درمانی را به عنوان راه حلی برای کاهش پیامدهای تجاوز جنسی پیشنهاد کرده‌اند. تاپسانا و همکارانش (سال ۲۰۱۷) در نتایج مطالعه خود بر اهمیت مراقبت بالینی از بازماندگان تجاوز جنسی (آزمایش بارداری، ایدز، مشاوره و ...)، پیگیری مراحل درمان و عملکرد کادر پزشکی بر اساس دستورالعمل‌ها تأکید داشتند (Tapesana et al., 2017). لیندین نیز در مطالعه خود (سال ۲۰۱۱) اشاره کرده که باید مشاوره عاطفی- روانی توسط مددکار یا پرستار متخصص در این حوزه، جمع‌آوری مدارک پزشکی قانونی، تماس با پلیس در صورت رضایت بازمانده تجاوز، برنامه‌های ایمنی پس از ترخیص از جمله پیگیری‌های برنامه ریزی شده و پشتیبانی روانی در خدمات ارائه شده به این زنان مورد توجه قرار گیرند (Linden, 2011). مطالعه قریشی و همکاران و ناهیدی نشان داد که اکثر بازماندگان تجاوز جنسی از احساس سلامت برخوردار نبوده و با احساساتی چون بدبینی، پرخاشگری و اضطراب دست به گریبان هستند (GITI, 2007). بسیاری از قربانیان برای دریافت خدمات مرتبط با پیامدهای تجاوز مراجعه نمی‌کنند. در مطالعه‌ای در آمریکا فقط ۲۶/۲ درصد قربانیان برای دریافت خدمات مراجعه کرده بودند. شواهد نشان می‌دهد حتی در جاهایی که مراقبت‌های پس از تجاوز ارائه می‌شود، عواملی مانند عدم آگاهی از وجود خدمات و محتوای آن، کمبود وقت،

احساسات بد پس از تجاوز (مانند شرم، خودسرزنشگری، ترس)، احساس استرس از بیان واقعه، ترس از قضاوت، انکار شدت مشکل، خفیف جلوه دادن اتفاقی که رخ داده، احساس ناکارآمدی خدمات یا ناآشنایی با خدمات و استفاده از روشهای سازگاری غیرفعال مانع استفاده از این خدمات هستند (Holland & Cortina, 2017). به نظر میرسد که موانع یاد شده عللی چون کمبود آگاهی، نگرش نادرست، بازدارنده های فردی و اجتماعی و .... هستند و آموزش یکی از راهکارهای موثر برای تغییر رفتار و غلبه بر این موانع است. استفاده از مدل های تغییر رفتار باعث افزایش اثر بخشی این آموزش و دستیابی بهتر به رفتار میشود. مدل بزنف یکی از مدل های تغییر رفتار است که با داشتن سازه هایی چون باورها، نگرش، قصد رفتار، هنجارهای انتزاعی و عوامل قادر کننده در مطالعات بسیاری موفق گزارش شده است و برای این هدف مناسب به نظر میرسد. از طرفی ارائه پمفلت نیز یکی از ساده ترین روشهای انتقال اطلاعات به جمعیت های هدفی است که دسترسی کمتری به آنها وجود دارد. لذا پژوهشگران مطالعه حاضر را با هدف مقایسه دو روش آموزشی هدف مقایسه اثر دو روش آموزشی بر استفاده از خدمات سلامت در زنان قربانی تجاوز طراحی کردند.

## روش:

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای نیمه تجربی است که از بهمن ماه ۱۴۰۱ تا تیرماه ۱۴۰۲ در شهر اصفهان انجام گرفت. جامعه آماری را کلیه زنان قربانی تجاوز جنسی مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی اصفهان تشکیل می دادند که از میان آنها ۶۶ نفر با نمونه گیری آسان انتخاب شدند و بر اساس فرد یا زوج بودن روز مراجعه در دو گروه آموزش مبتنی بر مدل بزنف یا دریافت پمفلت قرار گرفتند (هر گروه ۳۳ نفر). معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بالای ۱۸ سال، وقوع تجاوز به صورت دخول (آنال یا واژینال) یا تماس سطحی جنسی (با تشخیص پزشک)، عدم وجود اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان یا عقب ماندگی ذهنی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، ملیت ایرانی، دسترسی به موبایل (برای انجام هماهنگی)، گذشت کمتر از ۱۲۰ ساعت از وقوع تجاوز و عدم وجود اختلال روانپزشکی نیازمند مداخله فوری. معیارهای خروج از مطالعه تمایل برای ترک مطالعه یا عدم شرکت در یکی از جلسات آموزشی بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته ای بود که در ۳ بخش به بررسی اطلاعات دموگرافیک، سازه های مدل بزنف می پرداخت. در گروه آموزش مبتنی بر مدل بزنف (گروه اول) و دریافت کننده پمفلت (گروه دوم) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سازه های مدل بزنف در زمانهای مشابه یعنی قبل و بلافاصله پس از مداخله توسط نمونه ها تکمیل شد. همچنین چک لیستی که جهت بررسی استفاده از خدمات سلامت تهیه شده بود با فاصله یکماه از زمان اتمام مداخله برای هر دو گروه تکمیل شد. به علت اینکه مراجعه کنندگان در زمان های مختلفی به مرکز پزشکی قانونی مراجعه می کردند و همچنین به دلیل حفظ حریم شخصی افراد، آموزش های مبتنی بر مدل بزنف به صورت فردی ارائه شد. قبل از هر جلسه آموزشی با هریک از نمونه های گروه آموزش مبتنی بر مدل بزنف تماس گرفته شد و زمان جلسات با آنها هماهنگ شد. محتوای جلسات شامل این عناوین بود: آگاهی از پیامدهای تجاوز جنسی، میزان ابتلا به هر یک از بیماریهای عفونی و بارداری در زمان وقوع تجاوز جنسی، قابلیت پیشگیری یا درمان این پیامدها (آگاهی)، اهمیت مراجعه جهت پیگیری پیامدهای تجاوز جنسی، دستاوردهای روانی-اجتماعی ناشی از پیگیری پیامدها (نگرش)، اقداماتی لازم برای جلوگیری از پیامدها و شکستن اقدامات به اجزای کوچکتر و تهیه برنامه عمل، آگاهی دادن در مورد این که انجام بسیاری از آزمایشات و پیگیریهای لازم در مراکز بهداشتی-درمانی دولتی و مراکز بیماریهای رفتاری با هزینه کم یا به صورت رایگان انجام میشود (عوامل قادر کننده). بعلاوه یکی از دوستان یا عضوی از خانواده که از نظر زنان فرد تاثیرگذار برای او بود پس از گفتگوهای اولیه و تکمیل پرسشنامه شناسایی شد و هماهنگی برای حضور او در جلسات آموزشی (هنجارهای انتزاعی) انجام

شد. آموزش با استفاده از ترکیبی از روشهای مصاحبه انگیزشی، گفتگو و سخنرانی انجام شد. گروه دیگر یک پمفلت دریافت کردند که حاوی لیستی از پیامدهای تجاوز جنسی و مراکز خصوصی و عمومی که میتوان به آنها مراجعه کرد، بود.

تحلیل داده ها با استفاده از تستهای آماری آزمونهای تی زوجی، تی مستقل، کای اسکوتر، فیشر و من ویتنی و نرم افزار SPSS انجام شد. کلیه ملاحظات اخلاقی در فرآیند طراحی و انجام پژوهش لحاظ شد. بدین صورت که طرح پژوهش به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رسید (IR.MUI.NUREMA.REC.1400.084). قبل از ورود نمونه ها به مطالعه پژوهشگر خود را معرفی کرده، اهداف پژوهش و روش انجام آنها را توضیح داده و از آنها رضایت آگاهانه اخذ کرده است. به زنان شرکت کننده در مطالعه اطمینان داده شد که میتوانند در هر مرحله از پژوهش خارج شوند و اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند.

#### یافته ها:

میانگین سن در گروه آموزش مبتنی بر بزنف ۲۷/۰۳ و در گروه دریافت کننده پمفلت ۲۹/۴۱ سال بود و بین دو گروه از این نظر تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ( $p=0.14$ ,  $t=1.5$ ). از لحاظ سطح تحصیلات بیشترین فراوانی در هر دو گروه تحصیلات سطح متوسطه بود به ترتیب (۴۶/۹) و (۴۳/۸) در گروه مبتنی بر مدل و پمفلت. توزیع فراوانی وضعیت تاهل، شغل و نوع تجاوز بین دو گروه تفاوت آماری معنادار نداشت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی وضعیت تاهل، شغل و نوع تجاوز بین دو گروه

P	آماره	گروه دریافت کننده پمفلت		گروه آموزش مبتنی بر بزنف			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۵۸	*۱/۰۷	۴۶/۸	۱۵	۴۶/۸	۱۵	مجرد	وضعیت تاهل
		۲۵	۸	۳۴/۴	۱۱	متاهل	
		۲۸/۲	۹	۱۸/۸	۶	مطلقه یا بیوه	
۰/۶۷	*۱/۵۴	۱۵/۶	۵	۱۵/۶	۵	بیکار	شغل
		۶/۳	۲	۱۵/۶	۵	خانه دار	
		۶۲/۵	۲۰	۵۶/۲	۱۸	آزاد	
		۱۵/۶	۵	۱۲/۶	۴	کارمند	
۰/۰۹	*۶/۴۵	۳۷/۵	۱۲	۳۴/۴	۱۱	دخول به واژن	نوع تجاوز
		۱۸/۸	۶	۴۰/۶	۱۳	دخول به مقعد	
		۴۳/۷	۱۴	۲۱/۹	۷	تماس ناحیه تناسلی	
		۰	۰	۳/۱	۱	دخول به واژن و مقعد	
۰/۸۲	*۰/۲۳	۰	۰	۳/۱	۱	ابتدایی	سطح تحصیلات
		۱۸/۸	۶	۱۵/۶	۵	راهنمایی	
		۴۳/۸	۱۴	۴۶/۹	۱۵	متوسطه	
		۳۷/۴	۱۲	۳۴/۴	۱۱	دانشگاهی	

\*آزمون کای دو

\*\*آزمون من ویتنی

نتایج نشان داد که در حالی که در گروه آموزش مبتنی بر بزنف میانگین نمرات آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرکننده و قصد رفتار در مورد راههای پیشگیری از پیامدهای تجاوز جنسی بلافاصله بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از قبل از مداخله بود ( $P < 0/05$  برای تمام سازه ها) ولی در گروه دریافت کننده پمفلت میانگین نمرات این سازه ها در زمان قبل و بلافاصله پس از مداخله اختلاف معنادار نداشت ( $P > 0/05$  برای تمام سازه ها)(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرکننده و قصد رفتار در مورد راههای پیشگیری از پیامدهای تجاوز جنسی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

نمره	گروه آموزش مبتنی بر بزنف				گروه دریافت پمفلت				آزمون تی زوجی		
	قبل از مداخله		بعد از مداخله		قبل از مداخله		بعد از مداخله				
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	Df	P
آگاهی	۰/۷۲	۰/۲۰	۵/۹۴	۰/۳۵	۱	۰/۱۹	۱/۴۱	۰/۲۱	۲۶/۱۶	۳۱	<۰/۰۰۱
نگرش	۲۵/۱۹	۳/۹۰	۲۸/۷۸	۳/۴۳	۲۵/۷۵	۳/۷۶	۲۶/۱۶	۴/۰۴	۳/۶۹	۳۱	<۰/۰۰۱
هنجار انتزاعی (باورهای ذهنی)	۷/۰۳	۱/۴۰	۹/۰۹	۱/۸۲	۷/۳۱	۱/۴۰	۷/۶۶	۱/۲۹	۶/۱۴	۳۱	<۰/۰۰۱
هنجارهای انتزاعی (میزان انگیزش برای پیروی)	۹/۷۵	۲/۷۵	۱۰/۸۸	۲/۳۱	۹/۵۶	۲/۱۱	۹/۷۲	۲/۱۴	۲/۱۳	۳۱	۰/۰۳
قصد رفتاری	۱۳/۶۶	۲/۷۳	۱۹/۷۵	۲/۷۰	۱۳/۸۷	۱/۷۶	۱۴/۱۹	۱/۷۹	۱۰/۰۸	۳۱	<۰/۰۰۱
عوامل قادر کننده	۹/۲۲	۲/۷۹	۱۳/۴۷	۲/۲۹	۱۰/۲۸	۳/۵۴	۱۰/۷۸	۳/۳۵	۸/۴۰	۳۱	<۰/۰۰۱

همچنین قبل از مداخله میانگین نمرات آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرکننده و قصد رفتار در مورد راههای پیشگیری از پیامدهای تجاوز جنسی بین دو گروه تفاوت معنادار نداشت ( $P > 0/05$ ) اما پس از مداخله میانگین این نمرات بین دو گروه دارای تفاوت معناداری بود(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرکننده و قصد رفتار در مورد راههای پیشگیری از پیامدهای تجاوز جنسی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه

نمره	قبل از مداخله				آزمون تی مستقل			بعد از مداخله				آزمون تی مستقل		
	گروه آموزش مبتنی بر بزنف		گروه دریافت پمفلت					گروه آموزش مبتنی بر بزنف		گروه دریافت پمفلت				
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P	Df	t	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P	Df	t
آگاهی	۰/۷۲	۰/۲۰	۱	۰/۱۹	۱/۰۳	۶۲	۰/۳۱	۵/۹۴	۰/۳۵	۱/۴۱	۰/۲۱	۲۱/۱۴	۶۲	<۰/۰۰۱
نگرش	۲۵/۱۹	۳/۹۰	۲۵/۷۵	۳/۷۶	۰/۵۹	۶۲	۰/۵۶	۲۸/۷۸	۳/۴۳	۲۶/۱۶	۴/۰۴	۲/۸۰	۶۲	۰/۰۰۷
هنجار انتزاعی (باورهای ذهنی)	۷/۰۳	۱/۴۰	۷/۳۱	۱/۴۰	۰/۸۰	۶۲	۰/۴۲	۹/۰۹	۱/۸۲	۷/۶۶	۱/۲۹	۳/۶۵	۶۲	۰/۰۰۱
هنجارهای انتزاعی (میزان انگیزش برای پیروی)	۹/۷۵	۲/۷۵	۹/۵۶	۲/۱۱	۰/۳۱	۶۲	۰/۷۶	۱۰/۸۸	۲/۳۱	۹/۷۲	۲/۱۴	۲/۰۷	۶۲	۰/۰۴
قصد رفتاری	۱۳/۶۶	۲/۷۳	۱۳/۸۷	۱/۷۶	۰/۳۸	۶۲	۰/۷۰	۱۹/۷۵	۲/۷۰	۱۴/۱۹	۱/۷۹	۹/۷۲	۶۲	<۰/۰۰۱
عوامل قادرکننده	۹/۲۲	۲/۷۹	۱۰/۲۸	۳/۵۴	۱/۳۳	۶۲	۰/۱۹	۱۳/۴۷	۲/۲۹	۱۰/۷۸	۳/۳۵	۳/۷۵	۶۲	<۰/۰۰۱

یکماه بعد از مداخله فراوانی مراجعه برای دریافت خدمات سلامت در دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت ( $P > ۰/۰۵$ ) (جدول شماره ۴). همچنین مقایسه ها نشان داد که یکماه بعد از مداخله فراوانی مراجعه به مراکز بیماری‌های رفتاری در گروه آموزش مبتنی بر مدل بزنف به طور معناداری بیشتر از گروه دیگر بود. اما فراوانی مراجعه به متخصص زنان در گروه دریافت پمفلت بیشتر بود. از نظر فراوانی مراجعه به ماما در هر دو گروه در رتبه بعدی قرار داشت (آموزشی مبتنی بر مدل ۴۳/۸ درصد و دریافت کننده پمفلت ۳۱/۲ درصد)

جدول شماره ۴: مقایسه توزیع فراوانی مراجعه برای دریافت خدمات سلامت بین دو گروه

آزمون کای اسکور			گروه دریافت کننده پمفلت		گروه آموزش مبتنی بر بزنف		مرکز
P	df	$\chi^2$	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
<۰/۰۰۱	۱	۲۵/۹۱	۹/۴	۳	۷۱/۹	۲۳	مراکز بیماری‌های رفتاری
۱	-	-	۰	۰	۰	۰	متخصص عفونی

متخصص زنان	۵	۱۵/۶	۱۴	۴۳/۸	۶/۰۶	۱	۰/۰۱
ماما	۱۴	۴۳/۸	۱۰	۳۱/۲	۱/۰۷	۱	۰/۳۰
پزشک عمومی	۶	۱۸/۸	۵	۱۵/۶	۰/۱۱	۱	۰/۷۴
سایر موارد	۱	۳/۱	۱	۳/۱	-	-	۱
مراجعه کلی برای دریافت خدمت	۳۲	۱۰۰	۲۸	۸۷/۵	-	-	۰/۱۱ *
	۰	۰	۴	۱۲/۵			

\* آزمون دقیق فیشر

#### بحث :

مطالعه حاضر با هدف مقایسه دو روش آموزشی بر آموزشی بر استفاده از خدمات سلامت در زنان قربانی تجاوز جنسی انجام شد. ویژگیهای دموگرافیک و نوع تجاوز در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. در گروه آموزش بر اساس مدل ، مداخله باعث افزایش معنادار نمره آگاهی شده بود اما این افزایش در گروه دریافت کننده پمفلت مشاهده نشد و پس از مداخله نیز نمره این گروه به طور معناداری پایین تر بود. در مطالعه ای که علیمحمدی و همکاران نیز اکثر آزمودنیها آشنایی با انواع و راههای انتقال بیماری های مقاربتی (۵۷/۹ درصد)، مداخلات لازم پس از تجاوز جنسی (۴۷.۹ درصد) و نحوه تشخیص و درمان بیماری های مقاربتی (۳۱.۴ درصد) را نیازهای آموزشی خود در رابطه با پیشگیری از بیماریهای مقاربتی پس از تجاوز جنسی اعلام کردند ( Alimohammadi, Baghersad, & Boroumandfar, 2016). همچنین تامپسون بیان می کند که آموزش بازماندگان تجاوز یک مسئله کلیدی در کمک به آنهاست، این افراد باید در مورد گزینه های موجود، مسائل مرتبط با حادثه و بهترین اقدام پیشرو اطلاعات کافی داشته باشند (Thompson, 2020). در تایید این یافته مطالعات دیگر نیز مدل بزنف را یک مدلهای آموزش تغییر رفتار موثر در ارتقا سطح آگاهی افراد مورد مداخله گزارش کرده اند ( Hashemi Bakhshi, Jalili, & Mahmoudi, 2018; IZADIRAD, MASOUDI, & ZAREBAN, 2014; Tori, Shojaeizadeh, Sum, & Hajian, 2019).

تحلیل داده ها نشان داد که قبل از مداخله نمره نگرش زنان در زمینه راههای پیشگیری از پیامدهای تجاوز جنسی در دو گروه تفاوت معناداری نداشت اما بعد از مداخله نمره گروه آموزش بر اساس مدل نسبت به گروه دیگر بالاتر بود و نسبت به نمره قبلی خود نیز افزایش معنادار داشت. به طور مشابه هاشمی بخشی و همکاران گزارش کردند که استفاده از این مدل منجر به بهبود معنادار نمره نگرش مادران در خصوص مراقبت جنسی از کودکان در گروه مداخله شده است اما این نمره در گروه کنترل تغییر معناداری نداشت (Hashemi Bakhshi et al., 2018).

در مطالعه حاضر مداخله مبتنی بر مدل بزنف منجر به افزایش نمره هنجارهای انتزاعی شده بود اما در گروه دریافت کننده پمفلت این افزایش مشاهده نشد. به طور مشابه استفاده از این مدل برای آموزش جهت بهبود پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به HIV باعث

افزایش نمره کلیه سازه های مدل از جمله هنجارهای انتزاعی در گروه مداخله شده است (اسماعیلی، طهماسبی، نوروزی، وحدت، & ای، ۲۰۱۶). همچنین کاربرد این مدل برای بهبود سبک زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با افزایش معنادار نمرات سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادر کننده و قصد رفتار همراه بوده است (مسلك، مرقاتی، & دیدارلو، ۲۰۱۷).

استفاده از مدل باعث افزایش نمره عوامل قادر کننده در گروه مورد مداخله شد اما در گروه دریافت کننده پمفلت تغییر معناداری مشاهده نشد. در تایید یافته های مطالعه حاضر عارفی و همکاران (اثر آموزش بر اساس مدل بزنف بر انتخاب نوع زایمان)، ایزدی راد و همکاران (اثر آموزش بر اساس مدل بزنف بر رفتارهای خودمراقبتی در هایپرنتشن) (IZADIRAD et al., 2014) و شهبازی و همکاران (اثر آموزش بر اساس مدل بزنف بر بهبود کیفیت روابط زناشویی) هم در نتایج مطالعه خود گزارش کردند که استفاده از این مدل با افزایش نمره عوامل قادر کننده در گروه مداخله همراه بوده است در حالی که این افزایش در گروه کنترل مشاهده نشده است (Shahbazi et al., 2020).

مقایسه میانگین نمرات نشان داد که قبل از مداخله نمره قصد رفتار در دو گروه در زمینه راههای پیشگیری از پیامدهای تجاوز جنسی تفاوت معناداری نداشته است اما این نمره بعد از مداخله بین دو گروه دارای تفاوت معنادار بود و در گروه آموزش با استفاده از مدل این نمره بالاتر از قبل بود. شهبازی و همکاران نیز گزارش کردند که آموزش مبتنی بر مدل بزنف با بهبود عوامل توانمندساز و افزایش معنادار درخواست مشاوره جنسی در زنان دارای ناباروری شده است (Shahbazi et al., 2020). در مطالعه مومن آبادی و همکاران نیز استفاده از این مدل باعث افزایش معنادار قصد ترک رفتار مصرف قلیان در دانشجویان شد (Momenabadi, Kaveh, & Hashemi, 2018). صالحی و همکاران نیز گزارش کردند که استفاده از این مدل در ایجاد قصد رفتار در پیشگیری از رفتارهای پرخطر مستعدکننده فرد برای ابتلا به HIV اثر بخش بوده است (صالحی، ۱۳۹۹).

در مطالعه حاضر یکماه بعد از مداخله فراوانی مراجعه برای دریافت خدمات پیشگیری از پیامدهای پس از تجاوز در دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت. همچنین مقایسه ها نشان داد که یکماه بعد از مداخله فراوانی مراجعه به مراکز بیماری های رفتاری در گروه آموزش بر اساس مدل بالاتر از گروه دیگر بود. در نتایجی متفاوت با یافته های مطالعه ما خاکبازان و همکاران گزارش کردند که مداخله با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی باعث مراجعه بیشتر گروه مداخله برای دریافت خدمات مرتبط با پیشگیری از پیامدهای تجاوز جنسی شده بود (۸۵/۷٪ در گروه مداخله در مقابل ۴۸/۶٪ در گروه کنترل). اما از نظر مراکز مورد مراجعه بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت (خاکبازان et al., 2021). شاید علت تفاوت در یافته ها این مسئله باشد که گروه دوم در مطالعه حاضر یک پمفلت آموزشی دریافت کردند اما گروه کنترل در مطالعه خاکبازان هیچ مداخله ای دریافت نکرده است.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان می دهد که ارائه آموزش با استفاده از الگوهای اثر گذاری مانند بزنف میتواند باعث ارتقاء آگاهی و نگرش و سایر سازه های مدل در زنان در زمینه پیشگیری از پیامدهای تجاوز شود. در نهایت با افزایش تمایل زنان برای حفاظت از خود در برابر این پیامدها آنها را برای انجام اقداماتی در این زمینه به حرکت وادارد. هر چند که دادن اطلاعات توسط پمفلت در گروه دیگر باعث شد که تفاوتی از نظر فراوانی مراجعه برای دریافت خدمات بین دو گروه مشاهده نشود، اما مداخله باعث شده بود که گروه آموزش مبتنی برمدل بزنف برای دریافت مشاوره بیشتر به مراکز بیماریهای رفتاری مراجعه کنند. مزیت مراجعه به این مرکز این



مسئله است که به طور معمول این مراکز خدمات جامعی در زمینه پیشگیری از پیامدهای تجاوز به این زنان ارائه می کند. از نظر نویسندگان عدم تفاوت در مراجعه جهت دریافت خدمات سلامت میتواند نشان دهنده نقش موثر عوامل دیگری چون تامین خدمات گسترده و در دسترس و نیاز حساس به فرهنگ و جنسیت بودن خدمات باشد که باید مورد توجه برنامه ریزان و سیاستگذاران حوزه های مختلف سلامت زنان قرار گیرد.

#### References:

- Alimohammadi, N., Baghersad, Z., & Boroumandfar, Z. (2016). Vulnerable women's self-care needs in knowledge, attitude and practice concerning sexually transmitted diseases. *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(3), 219.
- Berek, J. S. (2020). *Berek & Novak's Gynecology Essentials*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Crawford-Jakubiak, J. E., Alderman, E. M., Leventhal, J. M., Flaherty, E. G., Idzerda, S., Legano, L., . . . Adelman, W. P. (2017). Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*, 139(3).
- Cybulska, B. (2007). Sexual assault: key issues. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(7), 321-324.
- Eshaghi, M. (2003). Sexual harassment in a legal review. *Strategic studies of women*(20), 29.
- GITI, G. A. (2007). Mental profile of girls experiencing sexual abuse.
- Hashemi Bakhshi, S., Jalili, Z., & Mahmoudi, M. (2018). The Effect of Theory – Based Educational Intervention on Mother's Skill About Sexual Care of Their Children. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 16(1), 87-98. Retrieved from <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5622-fa.html>
- Hegarty, K. L., O'doherty, L. J., Chondros, P., Valpied, J., Taft, A. J., Astbury, J., . . . Feder, G. S. (2013). Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(2), 273-294.
- Holland, K. J., & Cortina, L. M. (2017). "It happens to girls all the time": Examining sexual assault survivors' reasons for not using campus supports. *American journal of community psychology*, 59(1-2), 50-64.
- IZADIRAD, H., MASOUDI, G. R., & ZAREBAN, I. (2014). Evaluation of efficacy of education program based on BASNEF model on Self-care behaviors of women with hypertension.
- Linden, J. A. (2011). Care of the adult patient after sexual assault. *New England Journal of Medicine*, 365(9), 834-841.
- Momenabadi, V., Kaveh, M. H., & Hashemi, S. Y. (2018). Effect of educational intervention on intention of university students' disuse of hookah smoking: BASNEF model. *Journal of Substance Use*, 23(3), 262-267.
- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015): Wolters Kluwer Philadelphia, PA.
- Shahali, S., Mohammadi, E., Lamyian, M., Kashanian, M., Eslami, M., & Montazeri, A. (2016). Barriers to healthcare provision for victims of sexual assault: a grounded theory study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(3).
- Shahbazi, A., Behboodi Moghadam, Z., Maasoumi, R., Saffari, M., Mohammadi, S., & Montazeri, A. (2020). Effect of a health-education program based on the BASNEF model of overall sexual health satisfaction and satisfaction with quality of sexual relationship among women with infertility. *International Journal of Women's Health*, 975-982.
- Smith, J. R., Ho, L. S., Langston, A., Mankani, N., Shivshanker, A., & Perera, D. (2013). Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings. *Conflict and health*, 7(1), 1-10.

- Tapesana, S., Chirundu, D., Shambira, G., Gombe, N. T., Juru, T. P., & Mufuta, T. (2017). Clinical care given to victims of sexual assault at Kadoma General Hospital, Zimbabwe: a secondary data analysis, 2016. *BMC infectious diseases*, 17(1), 1-6.
- Thompson, K. M. (2020). Helping survivors of sexual assault. *JAAPA*, 33(1), 39-44.
- Tori, N. A., Shojaeizadeh, D., Sum, S., & Hajian, K. (2019). Effect of BASNEF-based nutrition education on nutritional behaviors among elderly people and Mini Nutritional Assessment on nutritional status in elderly with diabetes with type 2 diabetes (A clinical trial intervention). *Journal of education and health promotion*, 8(1), 94.
- اسماعیلی، طهماسبی، نوروزی، وحدت، & ای، ک. (۲۰۱۶). تأثیر آموزش پایبندی به درمان مبتنی بر الگوی ارتقاء سلامت بر کیفیت زندگی (3)، 173-183. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران، ۴ (HIV) بیماران آلوده به ایدز
- خاکبازان، مهدی زاده، ارزو، عظیمی، میرمحمدعلی، & ماندانا. (۲۰۲۱). بررسی میزان آگاهی زنان و دختران شاکی از تجاوز جنسی مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی بابل درباره بیماری های مقاربتی. پزشکی قانونی ایران، ۱۰۱ (۲۷)، ۷۵-۷۲
- بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر قصد رفتارهای پیشگیری کننده از اچ آی وی در زنان مراجعه کننده به مراکز. (صالحی، م. ۱۳۹۹) خدمات جامع سلامت. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان
- بزنف بر سبک زندگی بیماران مبتلا به مسلک، م. ه. پ.، مرقاتی، س. ز. & دیدارلو، ع. (۲۰۱۷). بررسی تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی بیماری نارسایی قلبی. پایش، ۱۶ (۴)، ۵۱-۵۱۰

## Comparison of the effect of two educational methods on the utilization of health services in female rape victims

Fatima Mohammadi<sup>1</sup>

Azam Najafi

Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Gita Montazeri

Isfahan Forensic Medicine Center, Isfahan, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Sexual assault has many physical and psychological consequences for women, and need timely action. It seems that educating the victims is an effective way to encourage them to take action to prevent or treat the consequences. Education using written content is a common, accessible and low-cost method. Today, to increase the effectiveness of education, using behavior change models such as the Bezenf model is emphasized.

**Object:** the present study was conducted with the aim of comparing the effect of two educational methods on the utilization of health services in women victims of rape.

**Method:** A semi-experimental study was conducted with easy sampling (included 66 female rape victims who had eligible criteria) from the Forensic Medicine Center of Isfahan city. The intervention was conducted in the form of training based on the Bezenf model in the form of three face-to-face sessions for the first group and a pamphlet was given to the second group. Demographic information and model constructs were collected in two stages before and immediately after the training through a questionnaire, and the checklist of using services after one month was completed. The data was analyzed with SPSS software.

**Results:** The results showed a significant difference before and after the intervention in the scores of the constructs of awareness, attitude, abstract norm, behavioral intention and enabling factors in the model-based education group. This difference was not observed in the pamphlet receiving group. Although there was no statistically significant difference between the two groups in the scores of the constructs before the intervention, this difference was significant after the intervention. One month later, the performance of women in using health services was not different.

**Conclusion:** Although in the present study, the scores of awareness, attitude, behavior intention, etc. increased in the model-based training group, and this increase was not observed in the group that received the pamphlet, but there was no difference in referrals to receive health services. The effective role of other factors such as the provision of wide and accessible services and the need to be sensitive to the culture and gender services should be taken into consideration by the planners and policy makers .

**Keywords:** education, Bezenf model, sexual assault, sexually transmitted diseases, health services

---

<sup>1</sup> corresponding author