ترجمه و روان‌سنجی مقیاس های پیشگیرانه عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی در زنان

سارا کاظمی[1]، محمود طاووسی[2]، فاطمه زارعی[1*]

۱. دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۸ صص ۱۸۹-۱۸۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۳/۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹ خرداد ۹۸]

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت ارزیابی پیشگیری از عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در گروه آسیب‌پذیر زنان این مطالعه با هدف ترجمه و ارزیابی روایی و پایایی مقیاس های پیشگیرانه عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در زنان برای اولین بار در ایران طراحی گردید.

مواد و روش کار: ابتدا نسخه فارسی چهار مقیاس پیشگیری از عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در زنان با روش ترجمه و باز ترجمه تهیه شد. روایی محتوای مقیاسهای پیشگیرانه عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در زنان (دانش، آسیب‌پذیری درک شده، خودکارآمدی و قصد) با استفاده از اجماع متخصصان بصورت کیفی و کمی (تعیین شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا) و سپس روایی صوری آن ها بصورت کیفی و کمی (تعیین امتیاز تأثیر) مورد بررسی و تائید قرار گفت. پایایی پرسشنامه از روش آزمون-باز آزمون (محاسبه ضریب همبستگی درون طبقه‌ای) و نیز بررسی همبستگی درونی (محاسبه ضریب آلفا-کرونباخ) تعیین شد.

یافته ها: وفق نتایج طیف مقادیر محاسبه شده برای نسبت و شاخص روایی محتوای گویه های چهار مقیاس مورد بررسی به ترتیب (۱/۰۰- ۰/۵۶) و (۱/۰۰- ۰/۸۳) و امتیازتاثیر همه آن ها بالاتر از ۱/۵ بود. در بررسی پایایی طیف ضریب همبستگی درون طبقه‌ای و ضریب آزمون آلفاکرونباخ گویه های چهار مقیاس به ترتیب(۰/۹۷۷- ۰/۸۴۶) و (۰/۸۵- ۰/۶۶) محاسبه شد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج روان‌سنجی در این مطالعه نشان داد نسخه فارسی چهار مقیاس پیشگیری از عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در زنان، از روایی و پایایی مطلوب برخوردار است و از آن ها می‌توان به عنوان ابزارهایی مفید و کاربردی در ارزیابی دانش، آسیب‌پذیری درک شده، خودکارآمدی و قصد پیشگیری از عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی در زنان استفاده کرد.

کلیدواژه: ترجمه و روان‌سنجی، مقیاس، عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی

کد اخلاق: IR.MODARES.REC.1397.154

* نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و بزرگراه چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ساختمان شماره ۱، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
E-mail: f.zarei@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.8.1]

مقدمه

عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی (STIs) بـه انـواع سـندرم‌هـای بالینی و عفونت‌های ناشی از عوامل بیماری‌زایی اطلاق می‌گردد[۱]. این عفونت ها به واسطه تماس جنسی فردبه‌فرد (واژینـال، دهـانی و مقعدی) و از طریق ۳۰ عفونت ویروسی، باکتری و انگلی قابل‌انتقـال هستند[۲]. ایـن عفونـت‌هـا از طریـق تمـاس غیرجنسـی (مصـرف فرآورده‌های خونی آلوده، انتقال در دوران حاملگی و زایمان از طریق مادر آلوده به جنین) نیز منتقل می‌شوند[۱]. شایع‌ترین عفونت‌های قابـل‌انتقـال از راه جنسـی سـفلیس ، کلامیـد یـا (Chlamydia trachomatis)، سوزاک (Neisseria gonorrhea)، شـانکروئید ، تب‌خال تناسلی (Herpes simplex virus)، هپاتیت B ، زگیل تناسـلی (Human Papilloma Virus)، تریکومونیـازیس (Trichomonas vaginalis) و ایـدز هسـتند[۳] در بـین ایـن عفونت‌ها چهار عفونت سفلیس، سوزاک، کلامیدیا و تریکومونیـازیس قابل‌درمان و چهار عفونت دیگر شامل هپاتیت B، تب‌خـال تناسـلی، زگیل تناسلی و ایدز غیرقابل درمان اما قابل‌پیشگیری هستند. ابـتلا به عفونت‌هـای قابـل‌انتقـال از راه جنسـی در حـال حاضـر یکـی از مشکلات سلامت همگانی در جهان هستند.

بر اساس آمارهـای بـرآورد شـده سـازمان سـلامت جهـان در سـال ۲۰۱۶، روزانه بـیش از یـک‌میلیـون نفـر بـه ایـن عفونـت‌هـا مبـتلا می‌شوند. سالانه تقریبـاً ۳۵۷ میلیـون مـورد جدیـد از عفونـت‌هـای قابل‌انتقـال از طریـق جنسـی در بـین افـراد ۴۹-۱۵ سـال مبتلابـه کلامید یا سوزاک، سفلیس و تریکومونیا کشف می‌گردد؛ کـه از ایـن میان موارد ابتلا بـه تریکومونیـازیس ۱۴۳ میلیـون، کلامیـدیا ۱۳۱ میلیون، سوزاک ۷۸ میلیون، سفلیس ۵/۶ میلیون هستند. همچنین بیش از ۵۰۰ میلیون نفر با عفونت تب‌خال تناسلی زندگی می‌کننـد و ۴۱۷ میلیون نفر مبتلابه ویروس تـب‌خـال نـوع دو و حـدود ۲۹۰ میلیون زن مبتلابه ویروس پاپیلومای انسانی هسـتند[۲]. ایـن آمـار بیانگر ایـن اسـت کـه میـزان شـیوع در کشـورهای توسـعه‌یافتـه و به‌خصوص در کشورهای درحال‌توسعه روندی رو به افـزایش داشـته است[۴]. این در حالی اسـت کـه میـزان بـروز چهـار نـوع عفونـت قابل‌انتقال از راه جنسی قابل‌درمـان بـرای منطقـه مدیترانـه شـرقی حدود ۲۶/۴ میلیون نفر برآورد شده بود[۵].

زنان و نوزادان به‌شدت در برابـر ایـن عفونـت‌هـا در معـرض آسـیب هسـتند. اگرچـه عوامـل تعیـین‌کننـده در سـطح فـردی، ازجملـه رفتارهای پرخطر جنسی در گروه زنان، خطر انتقال و ابـتلا بـه ایـن عفونت‌ها را افزایش مـی‌دهـد، موانـع اجتمـاعی بـرای پیشـگیری و کنترل عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی به‌عنوان یک عامل مؤثر، شیوع بیماری‌های عفونی را افزایش می‌دهد[۶] عوارض و پیامدهای طولانی‌مدت این عفونت‌های درمان نشـده بسـیار جـدی و در زنـان بسیار بیشتر از مـردان اسـت. آنـاتومی زنـان در مقایسـه بـا مـردان می‌تواند او را در خطر بیشتری برای کسب این عفونت‌ها قـرار دهـد. ابتلا زنان به عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی در مقایسه با مردان بیشتر و شایع‌تر و اکثراً بدون علامت است. درنتیجه می‌توانـد منجـر به عوارض جدی سلامت به‌خصوص تأثیر منفی بر روی برنامـه‌هـای باروری زنان شود[۷]، اگرچـه اکثـر عفونـت‌هـای قابـل‌انتقـال از راه جنسی قابل‌درمان نیستند ولی همه آن‌ها قابـل‌پیشـگیری هسـتند؛ بنابراین توجه به پیشگیری و درمان این عفونت‌ها تا حـد زیـادی بـر سلامت عمومی تأثیرگذار است[۳].

شواهد نشان می‌دهد میـزان شـیوع عفونـت‌هـای قابـل‌انتقـال از راه جنسی در ایران پراکنده بوده و علاوه بر قابلیت تعمیم بسیار محدود به جمعیـت عمـومی، در حـال افـزایش اسـت. کمیتـه ملـی ایـدز و عفونت‌های قابل‌انتقـال از راه جنسـی وابسـته بـه وزارت بهداشـت و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۰ در گزارش خود اعلام کرده بـود کـه تنها یک‌میلیون مـورد از مـوارد ابـتلا بـه ایـن عفونـت‌هـا در ایـران شناسایی‌شده اند[۸]. البته دلایل فراوانـی همچـون شـروع فعالیـت جنسی قبل از ازدواج، افزایش آمار طلاق، بـالا رفـتن سـن ازدواج و ارتباط با شرکای جنسی متعدد را می‌توان برای آن ذکر نمود[۹]. با توجه به افزایش رفتارهای پرخطر جنسی و با توجه به کمبود دانش در مورد سلامت جنسـی و بـاروری، توانمندسـازی زنـان ایرانـی در سلامت جنسی و باروری بسیار مهـم اسـت. ماهیـت بـدون علامـت عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی و انگ (استیگما) مربوط بـه آن، مانعی در کنترل مؤثر این بیماری اسـت[۱۰]. یکـی از رویکردهـای مؤثر در پیشگیری، پرهیـز از رفتارهـای پرخطـر و محافظـت نشـده جنسی و ترویج رفتارهای سالم، بـه عنـوان مـؤثرترین راه‌کـار بـرای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی است [۱۱].

با توجه به اهمیت رفتارهای پیشگیرانه از بیماری‌های قابل‌انتقـال از راه رفتارهای جنسی، لازمه انجام مطالعه در دسترس بـودن ابـزاری اختصاصی و استاندارد است. ابزارهای سنجش متغیـر بیمـاری‌هـای قابل‌انتقال از راه جنسی بیشتر متمرکز بر سـنجش دانـش و میـزان آگاهی از بیماری‌های منتقلِ جنسی، نگرش نسبت به این بیماری‌ها ورفتارهای پرخطر جنسی بوده اند[۱۳, ۱۲]. ابزارهای سنجش ایـن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.8.1]

رفتارها بر اساس سایر مدل‌ها (مانند مدل اعتقاد بهداشتی [۱۴]) و نظریه‌ها انجام‌گرفته است. ابزاری اختصاصی برای سنجش این متغیر به‌صورت مبتنی بر نظریه محافظت ـ پیشگیری در متون یافت نشده است. در نظریه انگیزش –پیشگیری (Prevention Motivation Theory) فرض بر این است که پذیرش رفتارهای بهداشتی توصیه‌شده، یک عمل مستقیم از انگیزش فرد برای حفاظت از خودش است. از نظر راجرز ترس از طریق سازه‌های خودکارآمدی، کارآمدی پاسخ، هزینه‌های پاسخ، حساسیت درک شده و شدت درک شده می‌تواند برانگیزش محافظت تأثیر بگذارد. مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان داد که سازه‌های این نظریه اهمیت زیادی در پیش‌گویی رفتارهای پیشگیری‌کننده دارند [۱۵].

چهار مقیاس پیشگیری از عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در زنان که به زبان کره ای توسط سوکینگ با الهام از نظریه فوق طراحی وتدوین شده است. این مقیاس ها شامل دانش عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی (۲۹ گویه)، باور آسیب‌پذیری درک شده (۴ گویه)، خودکارآمدی پیشگیری (۴ گویه)، قصد پیشگیری از عفونت‌ها (۴ گویه) هستند. در این ابزار با ۲۹ گویه، دانش عمومی عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی و ۶ بیماری قابل‌انتقال از راه جنسی (ایدز، سوزاک، کلامیدیا، سفلیس، تب‌خال تناسلی، زگیل تناسلی) اندازه‌گیری می‌شود. طیف گزینه های پاسخ برای گویه های بخش دانش شامل گزینه های "درست، نادرست، نمی‌دانم" و با نمره کل بین ۲۹-۰ است. نمره بالا نشانگر سطح بالاتری از دانش عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی است.

سه مقیاس اندازه‌گیری آسیب‌پذیری درک شده، خودکارآمدی پیشگیری و قصد پیشگیری وجود دارد. طیف گزینه های پاسخ برای گویه های سه مقیاس دیگر در قالب لیکرت چهار گزینه ای (از به‌شدت مخالف تا کاملاً موافق) تنظیم شده است. نمره کل برای هر یک از مقیاس‌ها ۱۶-۴ در نظر گرفته شده است. نمره بالاتر در مقیاس آسیب‌پذیری درک شده عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی نشان‌دهنده اعتقاد قوی‌تر به این نکته است که قرارگیری در معرض عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی باعث افزایش حساسیت به کسب آن می‌شود. خودکارآمدی پیشگیری از عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی مربوط به اعتقاد و باور زنان به توانایی پیشگیری از ابتلا به عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی است. نمره بالاتر در مقیاس خودکارآمدی پیشگیری نشان‌دهنده اعتقاد قوی به توانایی فرد برای جلوگیری از عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی است.

قصد پیشگیری از ابتلا به عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی شامل برنامه‌هایی برای استفاده از کاندوم برای جلوگیری از ابتلا و قصد کاهش رفتارهای پرخطر در رابطه با عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی است. نمره بالاتر در مقیاس قصد پیشگیری از ابتلا به عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی، نشان‌دهنده قصد قوی‌تر برای جلوگیری از رفتارهای پرخطر است که علت عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی شناخته می‌شوند[۱۶].

با توجه به فقدان نسخه فارسی برای مقیاس های روا و پایا مبتنی بر نظریه انگیزش محافظت برای پیشگیری از رفتارهای مرتبط با بیماری‌های قابل‌انتقال از راه جنسی در زنان ، مطالعه حاضر با هدف ترجمه و ارزیابی روایی و پایایی مقیاس های پیشگیرانه عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در زنان برای اولین بار در ایران انجام شد.

مواد و روش کار

در این مطالعه چهار مقیاس اصلی به زبان فارسی برگردان شدند، سپس روایی و پایایی آن ها مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا ابتدا برای برگردان مقیاس ها از زبان‌اصلی (کره‌ای) به زبان فارسی پس از کسب اجازه و دریافت دستورالعمل آن از پدیدآورندگان، فرآیندForward-Backward انجام شد. دو نفر متخصص حوزه سلامت این مقیاس ها را به فارسی ترجمه نمودند. پس از مروری دقیق و تطابق فرهنگی، تغییرات اندکی در پرسشنامه اعمال شد، سپس نسخه‌های ترجمه‌شده باهم مقایسه و گویه های ترجمه‌شده باهم تطبیق داده شدند. پس از این مراحل، متن نهایی مقیاس ها جهت مقایسه و تطبیق با نسخه های اصلی به زبان کره‌ای بازگردانده شد و توسط سازنده بررسی و تایید شد.

در مرحله بعد نسخه های فارسی تهیه‌شده برای چهار مقیاس دانش، باور آسیب‌پذیری، خودکارآمدی پیشگیری و قصد پیشگیری از نظر روایی محتوا (Content Validity) به‌صورت کیفی و کمی مورد بررسی قرار گرفت. برای این کار ابتدا مقیاس ها در اختیار ۱۲ نفر از متخصصان در رشته‌های آموزش بهداشت (۵ نفر)، بهداشت باروری (۵ نفر) و آموزش پرستاری (۲ نفر) به عنوان خبرگان مسائل مرتبط با عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی قرار گرفت و نظر نهایی آنان با رویکرد کیفی دریافت شد. در این بررسی از متخصصان درخواست شد پس از مطالعه دقیق مقیاس ها ، دیدگاه‌های اصلاحی خود را به‌صورت کتبی ارائه نمایند. همچنین تأکید شد که در ارزیابی کیفی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.8.1]

روایی محتوا از نظر معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت و قرارگیری عبارات در جای مناسب خود مورد بررسی قرار دهند. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصان، تغییرات لازم اعمال شد.

در بررسی روایی محتوا به صورت کمی، از نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) استفاده شد. در محاسبه نسبت روایی محتوا از متخصصان درخواست شد که در خصوص گویه ها در هر یک از مقیاس ها ، یکی از گزینه‌های (ضروری است)، (ضروری نیست ولی مفید است) و (ضرورتی ندارد) را انتخاب کنند. پاسخ‌ها بر اساس فرمول زیر محاسبه و با جدول Lawshe انطباق داده شد. بر اساس جدول فوق گویه های بالاتر از ۰/۵۶ بنا به نظر ۱۲ متخصص مورد قبول است.

$$CVR = \frac{n_e - \frac{n}{2}}{\frac{n}{2}}$$

n_e: تعدادی از اعضای پانل است که آن گویه را ضروری تشخیص داده‌اند.

$\frac{n}{2}$: تعداد کل اعضای گروه

برای بررسی شاخص روایی از شاخص Waltz and Basel بهره گرفته شد. بدین منظور مقیاس ها جهت محاسبه CVI به متخصصان ذکر شده ارائه شد و از آنان خواسته شد که در مورد هر یک از گویه ها، با سه معیار زیر بر اساس طیف لیکرت چهار قسمتی اظهار نظر نمایند: مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن. (مثلاً ۱: غیر مرتبط، ۲: تا حدودی مرتبط، ۳: مرتبط و ۴: کاملاً مرتبط). بدین منظور امتیاز CVI به وسیله مجموع امتیازات موافق برای هر گویه که رتبه ۳ و ۴ (بالاترین نمره) کسب کرده‌اند بر تعداد کل رأی‌دهندگان محاسبه خواهد شد. در این مطالعه با استفاده از فرمول CVI شاخص روایی محتوا محاسبه شد. حداقل مقدار قابل‌قبول برای شاخص CVI برابر ۰/۸۳ بود و اگر شاخص CVI گویه ای کمتر از ۰/۷۹ بود، آن گویه حذف می‌شد. در مرحله بعد برای بررسی روایی صوری از دو روش کمی و کیفی استفاده گردید. برای بررسی روایی صوری کیفی نیز از نظر متخصصان فوق جهت بررسی قابلیت درک مفاهیم و نبود ابهامات استفاده شد تا از شفاف بودن گویه ها اطمینان حاصل شود. برای تعیین روایی صوری کمّی، امتیاز تأثیر (Impact Score)، ابتدا برای هر یک از گویه ها طیف لیکرت ۵ قسمتی در نظر گرفته شد: کاملاً مهم (۵ امتیاز)، مهم (۴ امتیاز)، به‌طور متوسط مهم (۳ امتیاز)، اندکی مهم (۲ امتیاز) و اصلاً مهم نیست (۱ امتیاز). سپس مقیاس ها جهت بررسی روایی صوری در اختیار چند تن از مخاطبان قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه توسط این افراد، با استفاده از فرمول روش تأثیر آیتم (Impact Score=Frequency(%)×Importance)، روایی صوری کمی محاسبه شد.

در مرحله نهایی جهت بررسی پایایی (ثبات) هر یک از مقیاس ها از آزمون- آزمون مجدد که نشانگر قابلیت تکرارپذیری یک شاخص است آنها در اختیار ۳۰ نفر از زنان ۳۵-۱۸ سال قرار داده شدند. سپس هفت روز بعد از آن‌ها خواسته شد تا مجدداً این کار را تکرار کنند. شایان ذکر است درصورتی‌که مقادیرICC (Intra–class coefficient correlation)، ۰/۸یا بالاتر محاسبه شود، پایایی آزمون عالی، درصورتی‌که بین ۰/۶ تا ۰/۷۹ باشد، پایایی متوسط و درصورتی‌که کمتر از ۰/۶ باشد، پایایی ضعیف است[۱۷]. همچنین در این مطالعه جهت بررسی پایایی (همبستگی درونی) از روش آلفاکرونباخ استفاده شد[۱۸].

یافته‌ها

نتایج نسبت روایی حاکی از آن بود که تمامی گویه ها به جز ۷ گویه از مقیاس ها مساوی یا بزرگ‌تر از عدد مشخص شده در استاندارد جدول Lawshe (۰/۵۶) بودند. این مطلب حاکی از آن بود که گویه های ضروری و مهم در این ابزار به کار گرفته‌شده است. شایان ذکر است ۶ گویه از ۷ گویه فوق مقداری بین ۰/۵ تا ۰/۵۶ داشتند؛ که گروه تحقیق بعد از بازبینی تصمیم به حفظ این گویه ها گرفت. پس از حذف یک گویه، میزان نسبت روایی همه گویه ها در چهار مقیاس دانش، باورآسیب پذیری، خودکارآمدی و قصد قابل قبول (با طیف میانگین بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۱) محاسبه شد. همچنین نتایج بررسی شاخص روایی حاکی از آن بود که این میزان برای تمامی گویه ها در چهار مقیاس نمره بالاتر از ۰/۷ (با طیف میانگی بین ۰/۹۳ تا ۱) قابل قبول بود. همچنین در بررسی روایی صوری کمی نتایج امتیاز تأثیر حاکی از آن بود که تمامی گویه های چهار مقیاس امتیاز مساوی یا بیش از ۱/۵ دارند، بنابراین همگی حفظ شدند (جدول ۱).

در بررسی پایایی گویه ها در مقیاس های دانش، باور آسیب‌پذیری درک شده و خودکارآمدی و قصد پیشگیری، میزان آلفای کرونباخ در طیف مقادیر بین ۶۶/ ۰تا ۰/۸۵ و میزان ICC در طیف مقادیر بین ۰/۸۴۶ تا ۰/۹۷۷ محاسبه شد (جدول ۱).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.8.1]

جدول ۱: میانگین مقادیر محاسبه شده برای شاخص های روایی و پایایی گویه ها در هر یک از مقیاس ها

	تعداد گویه ها	نسبت روایی	شاخص روایی	امتیاز تاثیر	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب همبستگی درون طبقه‌ای
دانش	۲۸	۰/۷۷	۰/۹۵	>۱/۵	۰/۸۱	۰/۹۷
باور آسیب پذیری	۴	۰/۸۳	۰/۹۳	>۱/۵	۰/۶۶	۰/۸۴
خودکارآمدی	۴	۰/۹۱	۱	>۱/۵	۰/۸۳	۰/۹۷
قصد	۴	۰/۹۱	۱	>۱/۵	۰/۸۵	۰/۹۷

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر فرآیند روان‌سنجی مقیاس های پیشگیرانه از عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی نشان داد، که آن ها از روایی محتوای خوبی برخوردار هستند؛ به طوری که میانگین شاخص روایی برای کلیه گویه ها چهار مقیاس دانش، باورآسیب پذیری، خودکارآمدی و قصد بالاتر از ۰/۹۳و میانگین نسبت روایی آن ها بالاتر از ۰/۷۷ محاسبه شد. شایان ذکر است در بررسی روایی محتوایی نسخه اصلی پرسشنامه سوکینگ نیز شاخص روایی (CVI) برای کلیه گویه ها بالاتر از ۰/۸۰ محاسبه شد[۱۶].

در مطالعه حاضر در بررسی پایایی گویه ها در مقیاس های دانش، باور آسیب‌پذیری درک شده و خودکارآمدی و قصد پیشگیری، میزان همبستگی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) به ترتیب " ۰/۸۱ ، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۵" محاسبه شد. این مقادیر در نسخه اصلی به ترتیب ۰/۸۷ ۰/۶۰، ۰/۷۰، ۰/۷۹ محاسبه‌شده بود[۱۶]. بر اساس مقایسه نتایج بررسی روایی و پایایی نسخه اصلی و نسخه ترجمه شده (فارسی) می توان نتیجه گرفت که این دو نسخه از نظر خصوصیات روان سنجی (روایی و پایایی) تا حدود زیادی مشابه بود و به رغم تفاوت زبان و منظور نشدن مشخصات بوم شناختی در نسخه فارسی ، تطبیق قابل قبولی با هم دارند.

این مطالعه جهت ترجمه مقیاس های پیشگیرانه از عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی و بررسی روایی و پایایی آن برای ارزیابی چگونگی تغییر در متغیرهای دانش، باور آسیب پذیری، خودکارآمدی و قصد پیشگیری و اثر آن بر سلامت جنسی انجام شد. مطالعه حاضر اولین مطالعه ای است که به ترجمه این مقیاس ها به زبان فارسی پرداخته است و بر اساس جستجوی تیم تحقیق مورد مشابهی برای مقایسه شاخص های روانسنجی آن ها یافت نشد، لذا برای داشتن درک بهتری از نسخه فارسی پرسشنامه رفتارهای پیشگیرانه از عفونت‌های قابل‌انتقال جنسی لازم است این ابزار در مطالعات مداخله ای متعدد بکار گرفته شود. شایان ذکر است که گویه های مقیاس های فوق الذکر از هم سنخی و هم راستایی مطلوبی برای تجمیع و ایجاد یک پرسشنامه یکپارچه برای رفتارهای پیشگیرانه از عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی برخوردارند؛ در آن صورت ابزار حاصل را می توان در تمامی گروه‌های زنان آسیب‌پذیر یا سالم مورد استفاده قرار داد تا در نهایت اثربخشی رفتارهای پیشگیرانه در عفونت‌های قابل‌انتقال از راه جنسی منطبق بر فرآیند انگیزشی–پیشگیری (PMT) مورد بررسی قرار گیرد؛ امری که به دلیل ناکافی بودن نمونه (از محدودیت های مطالعه) در مطالعه حاضر امکان پذیر نشد. محدودیت اصلی این مطالعه مشکلات موجود برای ترجمه و باز ترجمه از زبان کره‌ای به زبان فارسی بود ، که البته این کار به سختی و با همکاری سازنده اصلی پرسشنامه سوکینگ انجام گرفت.

سهم نویسندگان

سارا کاظمی: اجرای مطالعه ، استخراج داده ها و نگارش مقاله

محمود طاووسی: تحلیل داده ها ، مشارکت در نگارش و ویرایش نهایی مقاله

فاطمه زارعی: طراحی و نظارت علمی مطالعه، نویسنده مسئول

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از یک پایان نامه مصوب در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس است. بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس که تیم تحقیق را از حمایت های خود برای انجام این پژوهش بهره مند ساختند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.8.1]

منابع

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections(STIs)Geneva: World Health Organization; 2013 [Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/index.html.

2. World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: toward ending STIs 2016 [Available from : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf. Access in June 2016

3. Toskin I. Epidemiology of STIs: factors, numbers and surveillance. Paper presented at: Training Course in Sexual and Reproductive Health Research; Geneva: World Health Organization; 2015[Available from: https://www.gfmer.ch/SRH-Course-2015/sti/Epidemiology-STIs-Toskin-2015.htm Access in Jul 2015

4. Mabey D. Epidemiology of STIs: worldwide. Medicine 2005;33:4-7

5. World Health Organization. The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Geneva: World Health Organization 2013 [Available from http://www.who.int/iris/handle/10665/75838 Access in June 2012

6. Braxton J, Carey D, Davis DW, Footman A, Flagg EW, Grier L, et al. Reported STDs in the United States: 2012 national data for chlamydia, gonorrhea, and syphilis 2014[Available from https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21549 Access in January 2014

7. Boroumandfar Z, Kianpour M, Zargham A, Abdoli S, Tayeri K, Salehi M, et al. Changing beliefs and behaviors related to sexually transmitted diseases in vulnerable women: A qualitative study. Iranian journal of Nursing and Midwifery Research 2017;22:303

8. Roshani D, Ramazanzadeh R, Farhadifar F, Ahmadi A, Derakhshan S, Rouhi S, et al. A PRISMA systematic review and meta-analysis on Chlamydia trachomatis infections in Iranian women (1986–2015). Medicine 2018;97:16

9. Ghaffari M, Jamali R, Rakhshanderou S, Eslami AA. Effect of educational program on HIV/AIDS-related knowledge, attitude, and behavioral intentions of male high school's students in Bavanat (Fars province): An interventional research. Journal of Health in the Field 2013;1: 6-12

10. Mousavi M, Fararouei M, Kazerooni PA, Nasirian M, Ghaem H. Population based estimation of point and period prevalence of sexully transmitted infections based the iranian symptoms surveillance system. Amazonia Investiga. 2019 14;8:29-42

11. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, Baumler E, Carvajal S, Harrist R. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. Public health reports. 2016 Nov 30

12. Farazmand K, Keshavarz N, Etemad K, Farazmand P. Assessment of female students' knowledge and attitude towards sexually transmitted infections in Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2015. Journal of Health in the Field 2017;4:27-35

13. Rahmatinajar klaie f. Tehran University students knowledge about sexually transmitted disease. Journal of Holistic Nursing And Midwifery 2007;17:9-14

14. 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;4:4-12

15. Prentice-Dunn S, Rogers RW. Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. Health education research 1986;1:153-61

16. Jeong S, Cha C, Lee J. The effects of STI education on Korean adolescents using smartphone applications. Health Education Journal 2017;76:775-86

17. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity 1. Personnel psychology1975;28:563-75

18. Santos JRA. Cronbach's alpha: A tool for assessing the reliability of scales. Journal of extension1999;37:1-5

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.8.1]

ABSTRACT

Translation and psychometric properties of the sexually transmitted infection prevention scales in females

Sara Kazemi [1], Mahmoud Tavousi [2], Fatemeh Zarei [1*]

1. Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University (TMU), Tehran, Iran
2. Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(2): 183- 189
Accepted for publication: 29 May 2019
[EPub a head of print-9 June 2019]

Objective (s): Considering the importance of preventive behaviors of sexually transmitted infections in women as a vulnerable group, for the first time this study aimed to translate and evaluate the validity and reliability of four sexually transmitted infection prevention scales in females.

Methods: A standard forward-backward translation method used to develop the Persian version of four sexually transmitted infection prevention scales. Content validity of the scales (knowledge, perceived vulnerability, self-efficacy, and Intention) was assessed through a panel expert. Face validity of scales was established via impact score and a sample of lay people. The reliability of the questionnaire was evaluated by the test-retest method (intraclass correlation coefficient) and internal consistency (calculating the Cronbach's alpha coefficient).

Results: The CVR and CVI for the four-scales ranged from 0.56 to 1.00 and from 0.83 to 1.00 respectively. The impact score of all items was more than 1.5. The Cronbach's alpha coefficient and intraclass correlation coefficient was 0.66 – 0.85 and (0.84- 0.97 respectively.

Conclusion: The results showed that the Persian version of four sexually transmitted infection prevention scales has proper validity and reliability. It can be used as a useful tool to evaluate knowledge, perceived vulnerability, self-efficacy, and intent to prevent infections about STI in females.

Key Words: Translation and psychometric**,** Scale, Sexually Transmitted Infections, Female

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.2.8.1]

[*] Corresponding author: Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University (TMU), Tehran, Iran
E-mail: f.zarei@modares.ac.ir