

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/282920908>

Effect of educational intervention based on Self-Efficacy theory (SET) on behavior of prevention of HIV/ AIDS in high risk women

Article in *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* · January 2015

CITATIONS

10

READS

33



Mahnaz Solhi

Iran University of Medical Sciences

37 PUBLICATIONS 191 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Factors Influencing Fast-Food Consumption Among Adolescents in Tehran [View project](#)



A Structural Equation Model to predict the Social-Cognitive Determinants related to Physical Activity in Iranian women with Diabetes Mellitus. [View project](#)

بررسی تاثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی بر اتخاذ رفتار پیشگیری از

اچ آی وی / ایدز در زنان پرخطر

دکتر حسین ابراهیمی پور^۱، بنین جلالی آکردی^{۲*}، دکتر مهناز صلحی^۳،
دکتر حبیب اله اسماعیلی^۴

۱. دانشیار گروه بهداشت و مدیریت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: اپیدمی اچ آی وی / ایدز در عصر حاضر یکی از مهم ترین مسائل بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی بشریت و از بزرگ ترین معضلات و نگرانی‌های موجود در بسیاری از کشورهای جهان می‌باشد که همچنان بر گستردگی و ابعاد آن افزوده می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری از ایدز در زنان آسیب پذیر و پرخطر شهرستان نکا انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی (شاهددار) در سال ۱۳۹۲ با مشارکت ۷۰ نفر از زنان آسیب‌پذیر و در معرض خطر مراجعه کننده به مراکز گذری کاهش آسیب‌های اجتماعی نکا و ساری انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته همراه مصاحبه تکمیلی بود. بر اساس نتایج به دست آمده از تکمیل اولیه پرسشنامه، مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی تهیه و در گروه مداخله اجرا شد. ۳ ماه پس از مداخله اطلاعات دو گروه جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کای دو، من ویتنی، ویلکاکسون، تی مستقل و تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: پس از مداخله آموزشی، استفاده از کاندوم در گروه مداخله (۴۵/۷٪) در مقایسه با گروه کنترل (۵/۷٪) افزایش یافت. تفاوت قبل و بعد متغیر خودکارآمدی در گروه مداخله (۹/۸۳±۰/۰۵) و کنترل (۱/۵۰±۲/۶۷) و متغیر عملکرد در گروه مداخله با میانه و دامنه میان چارکی ۲/۰ (۳/۰) و کنترل ۰/۰ (۰/۰) معنی دار بود. در گروه مداخله افزایش متغیر خودکارآمدی با افزایش متغیر عملکرد ارتباط معنی‌داری داشت ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: رفتارهای پیشگیری از ایدز و خودکارآمدی در زنان مورد بررسی ناکافی است و مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی می‌تواند در ارتقاء خودکارآمدی و استفاده از کاندوم در پیشگیری از ایدز در این زنان مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: آموزش، اچ آی وی، ایدز، خودکارآمدی، زنان پرخطر.

* نویسنده مسئول مکاتبات: بنین جلالی آکردی؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۳۱-۳۵۹۹۳۸۱۴، پست الکترونیک: b.jalali89@gmail.com

مقدمه

اچ آی وی (HIV¹) به معنای ویروس نقص ایمنی انسان است. به کسانی که به HIV مبتلا شده اند، HIV مثبت (HIV+) یا حامل HIV می‌گویند. ایدز به معنای نشانگان نقص ایمنی اکتسابی² است. این ویروس سلول‌های سیستم ایمنی بدن انسان (عمدتاً سلول‌های دارای CD4 مخصوصاً لنفوسیت T و ماکروفاژها) را از بین می‌برد و یا عملکرد آن‌ها را مختل می‌کند (۱). عفونت با این ویروس که منجر به زوال تدریجی سیستم ایمنی بدن می‌شود، همچنان در سطح جهان در حال افزایش است (۲). اپیدمی AIDS/HIV+ پس از شناخت آن در سال ۱۹۸۱ به بزرگ‌ترین چالش در بهداشت جهانی تبدیل شد که اولین موارد شناسایی شده در مردان همجنس‌باز در ایالات متحده آمریکا و غرب اروپا بود، ولی بیش‌ترین اثر این بیماری همه‌گیر در کشورهای جنوب صحرای آفریقا می‌باشد که بیش‌ترین انتقال در بین دگرجنس‌گرایان رخ می‌دهد (۳). اگرچه آمارهایی که از HIV در سراسر دنیاست چالش برانگیز است، ولی شمار افرادی که جدیداً مبتلا می‌شوند به میزان زیادی کاهش یافته است. اما ابتلا به موارد جدید در برخی نقاط دنیا همچنان رو به افزایش است و از کشوری به کشور دیگر و از ناحیه‌ای به ناحیه دیگر متغیر است (۴). از سال ۲۰۰۲ تا پایان ۲۰۱۲ حدود ۳۵/۳ میلیون نفر (۳۸/۸-۳۲/۲ میلیون) به HIV مبتلا شده‌اند که در این بین ۳۲/۱ میلیون نفر را بزرگسالان، ۱۷/۷ میلیون نفر را زنان و ۳/۳ میلیون نفر را افراد زیر ۱۵ سال شامل می‌شوند. در سال ۲۰۱۲، ۱/۶ میلیون مرگ با این بیماری در سراسر جهان و از این بین ۱/۴ میلیون مرگ در بزرگسالان اتفاق افتاده است، همچنین در سال ۲۰۱۲ حدود ۸۸۰ هزار ابتلاء و ۴۱ هزار مرگ در آسیا رخ داده است (۵). زنان در حال حاضر ۴۹ درصد از مبتلایان به HIV را در سراسر جهان تشکیل می‌دهند و هر یک دقیقه یک زن جوان از طریق تماس جنسی

به این عفونت مبتلا می‌شود. احتمال ابتلاء به HIV در زنان با شرکاء جنسی ناپایدار ۱۳/۵ برابر و در زنان معتاد تزریقی ۵۰٪ بیشتر از سایر زنان است. تخمین زده می‌شود ۵۰ میلیون زن در آسیا در معرض خطر ابتلاء به HIV از شرکاء جنسی خود هستند (۶). ۴/۴۶٪ از مبتلایان به این عفونت در ایران در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار دارند. شیوع اعتیاد تزریقی در بین زنان خیلی کمتر از مردان می‌باشد، اما نیمی از ۲۰۰ هزار تا ۳۰۰ هزار مردان معتاد متأهل می‌باشند و ۵۰-۴۵٪ آنان روابط جنسی خارج از ازدواج داشته‌اند. از سوی دیگر به دلیل احتمال بالای از هم‌گسیختگی خانواده، همسران این مردان نیز ممکن است دارای شرکاء جنسی متعدد بوده و یا به دلیل اعتیاد به هرگونه تماس جنسی پرخطر تن دهند (۷).

اپیدمی ایدز در عصر حاضر یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی بشریت و از بزرگ‌ترین معضلات و نگرانی‌های موجود در بسیاری از کشورهای جهان می‌باشد که متأسفانه روز به روز بر گستردگی و ابعاد آن افزوده می‌شود که این پدیده به دلیل ماهیت خاص خود تمامی ابعاد وجودی و زندگی مبتلایان را به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. آگاهی و فهم کافی نسبت به ابعاد و موارد مهم در زندگی با این معضل، یکی از مبانی و ضروریات هرگونه تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و اقدام لازم توسط تمام نهادهای مسئول، به ویژه سیستم بهداشتی درمانی و تمامی گروه‌های درگیر است. بر اساس نتایج بسیاری از مطالعات، نظر محققین و تأکید WHO، تمام افراد جامعه، خانواده‌ها، سازمان‌ها و نهادهای درگیر با پدیده HIV/AIDS، بدون داشتن زبان مشترک، تعامل مناسب و درک متقابل این مددجویان نمی‌توانند به ثمربخش بودن برنامه‌ها و اقدامات امیدوار باشند، لذا کم‌توجهی و بی‌اطلاعی از این موضوع، به ویژه در طرح‌ها و اقداماتی که اغلب مشارکت و همکاری خود این مددجویان نیز از مهم‌ترین عوامل در توفیق آن محسوب می‌شود، راه به خطا رفتن است؛ چرا که معنا و درک بیماری در زندگی

¹ Human Immunodeficiency Virus

² Acquired Immunodeficiency Syndrome

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۷۰ نفر از زنان آسیب پذیر و پرخطر در محدوده سنی ۴۵-۱۵ سال مراجعه کننده به مرکز گذری کاهش آسیب اجتماعی (جهت دریافت خدمات و یا آموزش) شهرستان نکا و ساری به مدت ۵ ماه از بهمن ماه تا خرداد ماه سال ۱۳۹۲ انجام شد. زنانی که در منطقه پرخطر عباس آباد شهرستان نکا سکونت داشتند به عنوان گروه مداخله و زنانی که در منطقه پرخطر نوبنیاد ساری سکونت داشتند به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده بودند. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪/۰ بر اساس نتایج مطالعه فیروزآبادی و همکاران (۱۴)، برای هر گروه ۳۵ نفر محاسبه شد. نمونه گیری در این مطالعه مبتنی بر هدف بوده است. به تمام زنانی که دارای یک و یا چند رفتار پرخطر (تماس جنسی با مورد مشکوک به HIV/AIDS، تماس جنسی خارج از چارچوب خانواده، اعتیاد تزریقی، همسر معتاد تزریقی، همسر مرد دو جنس باز، همسر فرد مبتلا به HIV، تولد یا زندگی در مناطق با شیوع بالای HIV) بودند (۱۵)، اجازه ورود به مطالعه داده شد. برای تمام افراد مراجعه کننده طی دو مرحله (قبل و پس از انجام مداخله آموزشی) پرسش نامه تکمیل شد و در صورتی که افراد به همه سؤالات پاسخ نمی دادند، پرسشنامه های ناقص از مطالعه حذف و نمونه های دیگری جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل چک لیست اطلاعات فردی نظیر: سن، سطح تحصیلات (بی سواد، ابتدایی، راهنمایی، دیپلم و دانشگاهی)، مدت اقامت در منطقه پرخطر، وضعیت اشتغال (خانه دار، تکدی گر، مغازه دار، کارمند، پخش کننده مواد، آرایشگر و سایر)، وضعیت تأهل (متاهل، مجرد، بیوه، مطلقه، صیغه موقت)، مصرف نوشیدنی الکلی (هر روز، حداقل هفته ای یک بار، ماهی یک بار، هرگز)، سابقه استفاده از مواد مخدر (تریاک، هروئین، شیشه، کراک، ناس، قرص، سیگار)، سابقه تزریق مواد مخدر، سابقه زندان و عدم وفاداری به همسر در فرد و شریک جنسی و یک پرسشنامه مشتمل بر سؤالات مربوط به خودکارآمدی که به بررسی توانمندی زنان در رابطه با استفاده از کاندوم به

فعالی افراد بنای مشارکت، حرکت به سمت دیگران و کمک کردن و کمک خواستن از آن ها است (۸).

ارزش برنامه های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه ها بستگی دارد که به نوبه خود به استفاده صحیح از تئوری ها و مدل ها در آموزش بهداشت بستگی دارد. به عبارت دیگر وجود پشتوانه تئوری مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی، اثربخشی برنامه های آموزش بهداشت را بیشتر خواهد کرد (۹). خودکارآمدی عبارت است از اعتمادی که شخص به توانایی اش برای پیگیری یک رفتار دارد. خودکارآمدی نقشی محوری در تغییر رفتار ایفا می کند. بندورا (Albert Bandura) خودکارآمدی را به عنوان مهم ترین عامل تعیین کننده برای تغییر رفتار ذکر می کند، زیرا می تواند بر انتخاب فرد در مراحل اتخاذ رفتار تأثیر بگذارد. همچنین باعث می شود فرد تلاش بیشتری برای دستیابی به عمل صرف کند و در برابر مشکلات و موانع استقامت کند (۱۰).

در بین مطالعات انجام گرفته در داخل کشور در زمینه پیشگیری از ایدز با الهام از الگوی تغییر رفتار می توان به مطالعه غفاری و همکاران (۱۱) و همچنین رحمتی نجارکلایی و همکاران (۱۲) اشاره کرد. البته عدم استفاده از یک الگوی مناسب، تکرار فرآیند آموزشی سنتی، تهیه محتوای آموزشی بدون انطباق با نیازهای روان شناختی، استفاده از پرسشنامه ها و چک لیست های متنوع و نقاط ضعف دیگر در روش کار و مواد به کار رفته در مداخلات آموزشی در زمینه ایدز در کشور (۱۳) لزوم انجام یک مطالعه بر با کاربرد تئوری خودکارآمدی را ضروری ساخته است. با توجه به این که ابتلاء به ویروس HIV در جمعیت زنان این منطقه می تواند در انتشار آلودگی از طریق تولد نوزادان مبتلا به بیماری و تماس جنسی با شرکاء متعدد تأثیر داشته باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در زنان آسیب پذیر شهرستان نکا انجام شد. نتایج این مطالعه در طراحی مداخلات ارتقایی در برنامه ریزی های پیشگیری از ایدز برای این زنان کاربرد دارد.

عنوان رفتار پیشگیری از ابتلاء به HIV پرداخته است و شامل ۱۰ سؤال می‌باشد و سؤالات عملکرد که به بررسی همیشگی، موقتی و یا عدم استفاده از کاندوم در رابطه جنسی پرداخته و شامل ۳ سؤال می‌باشد. سؤالات مربوط به بخش خودکارآمدی، با مقیاس لیکرت سنجیده و به پاسخ کاملاً صحیح نمره ۵، صحیح ۴، نمی دانم ۳، غلط ۲ و کاملاً غلط ۱ اختصاص داده شد. در بخش سؤالات مربوط به عملکرد در خصوص استفاده از کاندوم، به همیشگی نمره ۳، گاهی ۲ و هرگز نمره ۱ اختصاص داده شد. اعتبار علمی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا توسط اساتید محقق در زمینه اچ آی وی/ایدز مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن‌ها پس از تجزیه و تحلیل آماری با محاسبه میزان آلفای کرونباخ $\alpha=0/93$ و $\alpha=0/86$ به ترتیب برای سنجش خودکارآمدی و عملکرد تعیین شد.

مدت زمان تقریبی تکمیل پرسشنامه برای هر فرد حدود ۱۵ دقیقه بود. پرسشنامه‌های پیش آزمون و پس آزمون در مجموع به مدت ۲ ماه با فاصله زمانی ۳ ماهه در مرکز گذری کاهش آسیب و همچنین با مراجعه حضوری به درب منازل، به صورت مصاحبه ای و بدون هیچ دخل و تصرفی توسط پرسشگر دوره دیده تکمیل شد. لازم به ذکر است که قبل از تکمیل پرسش نامه، اهداف طرح به تفصیل برای تک افراد جمعیت مورد نظر توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه شفاهی و کتبی از داوطلبان، پرسش نامه تکمیل شد. محتوای آموزشی بر اساس نیازهای تعیین شده در مرحله ارزشیابی تشخیصی و نیازهای ارزیابی شده از زنان در معرض خطر ابتلاء به HIV تهیه شد؛ بدین صورت که محتوای مطالب آموزشی بر اساس سازه‌های مدل خودکارآمدی در استفاده از کاندوم در نظر گرفته شد. آموزش با استفاده از روش‌های سخنرانی، بحث گروهی، مشاوره فردی، پرسش و پاسخ و اهداء جوایز به زنان در معرض خطر ابتلاء به HIV ارائه شد. طی آموزش، گروه مداخله به ۳ گروه ۱۴، ۱۱، ۱۰ تایی با توجه به سن (گروه‌های ۲۴-۱۵، ۳۴-۲۵، ۴۵-۳۵ سال) و سابقه استفاده از کاندوم (در هر گروه

یک نفر که همیشه از کاندوم استفاده می‌کرد، قرار داده شد) تقسیم شدند و برای هر گروه ۳ جلسه آموزشی برگزار شد. جلسه اول: آشنایی با اهمیت بیماری ایدز، رفتارهای پیشگیری کننده از آن (سازه خودکارآمدی: تجارب موفق)؛ جلسه دوم: آموزش استفاده از کاندوم (سازه خودکارآمدی: شکستن رفتار به اجزای کوچک تر)؛ جلسه سوم: با عنوان چه تمریناتی استفاده از کاندوم را راحت تر می‌کند؟ (سازه خودکارآمدی: تجارب جانشین). چیدمان صندلی در کلاس آموزشی به صورت میزگرد بود تا هم آموزش دهنده تسلط کافی در افراد را داشته باشد و هم اعضاء گروه بهتر بتوانند تبادل اطلاعات و در بحث‌ها مشارکت نمایند. در تمامی ۹ جلسه آموزشی (۳ جلسه برای هر گروه) پذیرایی و اهداء جوایز صورت پذیرفت. ۳ ماه پس از مداخله اطلاعات دو گروه مجدداً جمع آوری شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای دو، من ویتنی، ویلکاکسون، تی مستقل و تی زوجی انجام شد. یافته‌های توصیفی کمی و کیفی به ترتیب به صورت میانگین و انحراف معیار، تعداد و درصد گزارش شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان مورد مطالعه در گروه مداخله $28/5 \pm 1/35$ سال و در گروه کنترل $28/38 \pm 1/38$ سال بود. اکثر زنان مورد مطالعه در گروه مداخله و کنترل دارای سطح تحصیلات ابتدایی (۵۵/۷٪)، خانه دار (۶۸/۶٪)، فروشنده مواد (۱۵/۹٪) و تکدی گر (۱۲/۹٪) بودند. اغلب زنان متأهل (۷۲/۹٪) و صیغه (۲۰٪) و با سابقه استفاده از مواد مخدر تریاک (۳۰٪)، سیگار (۲۷/۱٪)، کراک (۲۰٪)، شیشه (۲۰٪) بودند. در این مطالعه اقامت در منطقه پرخطر بیشتر از ۲۰ سال در ۳۷ نفر (۵۲/۹٪)، سابقه زندان در شریک جنسی افراد مورد مطالعه در ۳۴ نفر (۴۸/۶٪)، سابقه تزریق مواد مخدر در شریک جنسی افراد مورد مطالعه در ۳۷ نفر (۵۲/۹٪) وجود داشت (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات فردی واحدهای پژوهش

نتیجه آزمون	مداخله		کنترل		جمع		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$p=0/30$ $\chi^2=1/06$	۲۶	۷۴/۳	۲۲	۶۲/۹	۴۸	۶۸/۶	خانه دار
$p=0/03$	۱	۲/۹	۸	۲۲/۹	۹	۱۲/۹	تکدی گر
$p>0/99$	۱	۲/۹	۰	۰	۱	۱/۴	کارمند
$p=0/74$ $\chi^2=0/10$	۶	۱۷/۱	۵	۱۴/۲	۱۱	۱۵/۷	فروشنده مواد
$p>0/99$	۱	۲/۹	۰	۰	۱	۱/۴	آرایشگر
$p=0/18$ $\chi^2=1/81$	۲۸	۸۰/۰	۲۳	۶۵/۷	۵۱	۷۲/۹	متاهل
$p>0/99$	۱	۲/۹	۱	۲/۹	۲	۲/۸	مجرد
$p>0/99$	۲	۵/۷	۱	۲/۹	۳	۴/۳	مطلقه
$p=0/07$ $\chi^2=3/21$	۴	۱۱/۴	۱۰	۲۸/۶	۱۴	۲۰/۰	صیغه
$p=0/43$ $\chi^2=1/70$	۸	۲۲/۸	۷	۲۰/۰	۱۵	۲۱/۴	بی سواد
	۱۷	۴۸/۶	۲۲	۶۲/۹	۳۹	۵۵/۷	ابتدایی
	۱۰	۲۸/۶	۶	۱۷/۱	۱۶	۲۲/۹	راهنمایی
$p=0/43$ $\chi^2=0/61$	۹	۲۵/۷	۱۲	۴۳/۳	۲۱	۳۰/۰	تریاک
$p=0/43$	۲	۵/۷	۵	۱۴/۳	۷	۱۰/۰	هروئین
$p=0/07$ $\chi^2=3/21$	۴	۱۱/۴	۱۰	۲۸/۶	۱۴	۲۰/۰	شیشه
$p=0/06$ $\chi^2=3/54$	۶	۱۷/۲	۱۳	۳۷/۱	۱۹	۲۷/۱	سیگار
$p=0/23$ $\chi^2=1/43$	۵	۱۴/۳	۹	۲۵/۷	۱۴	۲۰/۰	کراک
$p=0/40$ $\chi^2=0/70$	۷	۲۰/۰	۱۰	۲۸/۶	۱۷	۲۴/۳	دارد
$p=0/49$	۰	۰/۰	۲	۵/۷	۲	۲/۹	دارد

بر اساس نتایج آزمون ویلکاکسون، میزان عملکرد افرادی که تحت آموزش قرار گرفته بودند، افزایش یافته بود ($p<0/001$) و در گروه کنترل میزان عملکرد افراد گروه کنترل تغییری نیافت ($p=0/64$, $Z=0/46$) میزان عملکرد افرادی که تحت آموزش قرار گرفته بودند از افرادی که آموزش ندیده بودند، بیشتر بود. تفاوت قبل و بعد متغیر عملکرد در گروه مداخله و کنترل معنی دار بود ($p<0/001$) (جدول ۲).

متغیر سن، متغیر نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل و نمره عملکرد بعد از مداخله در گروه مداخله دارای توزیع نرمال بود. متغیر نمره عملکرد قبل از مداخله در گروه مداخله و کنترل و پس از مداخله در گروه کنترل دارای توزیع غیر نرمال بود. نتایج حاصل از آموزش و مداخله در ۹۰ روز بعد از آموزش جمع‌آوری شد و با زمان قبل از مداخله مقایسه شد. استفاده از کاندوم در ۱۶ نفر (۴۵/۷٪) از گروه مداخله و ۲ نفر (۵/۷٪) از گروه کنترل افزایش داشت.

جدول ۲- میانه و دامنه میان چارکی نمره عملکرد قبل و بعد از مداخله در دو گروه

نتیجه آزمون ویلکاکسون	تفاوت قبل و بعد		قبل از مداخله	
	میان (دامنه میان چارکی)	میان (دامنه میان چارکی)	میان (دامنه میان چارکی)	میان (دامنه میان چارکی)
$P < 0/001$	۲/۰ (۳/۰)	۶/۰ (۷/۰)	۳/۰ (۴/۰)	۳/۰ (۴/۰)
$p = 0/64$	۰/۰ (۰/۰)	۳/۵ (۴/۰)	۳/۵ (۴/۰)	۳/۵ (۴/۰)
	$P < 0/001$	$p = 0/001$	$p = 0/92$	نتیجه آزمون من ویتنی

بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، میزان خودکارآمدی افرادی که تحت آموزش قرار گرفته بودند از افرادی که آموزش ندیده بودند بیشتر بود. تفاوت قبل و بعد متغیر خودکارآمدی در گروه مداخله و کنترل معنی دار بود ($p < 0/001$) (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی افراد مورد مطالعه، قبل و بعد از مداخله در دو گروه

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		تفاوت قبل و بعد	آزمون تی زوجی
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
مداخله	۲۶/۴۳ ± ۱۳/۱۹	۳۶/۲۶ ± ۱۳/۲۴	۹/۸۳ ± ۰/۰۵			$p < 0/001$ $t = 6/03$
کنترل	۲۶/۴۴ ± ۱۲/۶۵	۲۷/۹۴ ± ۱۵/۳۲	۱/۵۰ ± ۲/۶۷			$p = 0/$ $t = 1/06$
آزمون تی مستقل	$p = 0/90$ $t = 0/12$	$p = 0/02$ $t = 2/42$	$P < 0/001$ $T = 2/85$			

مداوم به طور چشمگیری نسبت به پیش آزمون و نسبت به گروه کنترل افزایش یافت (افزایش ۴۵/۷ درصدی). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میزان عملکرد افرادی که تحت آموزش قرار گرفته بودند، از افرادی که آموزش ندیده بودند در خصوص اتخاذ رفتار پیشگیری از ایدز، بیشتر بود.

در مطالعه کریمی و همکار (۲۰۱۱)، در معتادین زرنده، سابقه تماس جنسی خارج از حریم خانواده در ۱۹/۸٪ نمونه‌ها ملاحظه شد که ۷۸٪ از نمونه‌ها اعلام کردند که این تماس، محافظت نشده (بدون استفاده از کاندوم) بوده است و درصد بالایی از افراد مورد مطالعه، علی‌رغم آگاهی، رفتار پیشگیرانه مناسبی نداشتند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۶).

در مطالعه طوافیان و همکاران (۲۰۱۲) تمام زنان مبتلا در پژوهش نیز از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده با همسران بیمار خود به بیماری مبتلا شده بودند. این مسئله ضرورت استفاده از کاندوم را در افراد با

بین تغییرات متغیر خودکارآمدی و تغییرات متغیر عملکرد در دو گروه مداخله ($p < 0/001$) و کنترل ($p = 0/03$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همچنین تغییرات نمره خودکارآمدی بیشترین تأثیر را بر تغییرات نمره عملکرد داشت ($p = 0/02$, $f = 3/54$).

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی بر اتخاذ رفتار پیشگیری از ایدز در زنان پرخطر انجام شد، در مرحله پیش آزمون، میزان استفاده مداوم از کاندوم در گروه مداخله ۸/۵۷٪ و در گروه کنترل ۱۷/۴٪ بود و ۶۰٪ از افراد در دو گروه اصلاً از کاندوم استفاده نکرده بودند. اما پس از مداخله آموزشی، تفاوت معناداری بین استفاده همیشگی از کاندوم در زنان گروه مداخله نسبت به مرحله پیش آزمون ایجاد شد. استفاده از کاندوم به صورت همیشگی و همچنین استفاده غیر

معنی داری ($p < 0.05$)، به عنوان متغیرهای مهم در این بررسی در نظر گرفته شده بود، برای کنترل آن ها از رگرسیون خطی استفاده شد و مشخص گردید که هیچ کدام از متغیرها با نمره خودکارآمدی ارتباطی نداشتند، بنابراین افزایش در نمره خودکارآمدی را می توان به مداخله آموزشی نسبت داد.

در مطالعه حاضر، افزایش متغیر خودکارآمدی باعث افزایش متغیر عملکرد در گروه مداخله شد و این امر از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0.001$). مطالعه کریمی و همکار (۲۰۱۱) بر روی معتادین زرنديه تأیید کننده رابطه بین خودکارآمدی درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بود (۱۶) و با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه کیسون دانش آموزانی که در عدم پذیرش فعالیت جنسی، خودکارآمدی پایین داشتند، ۲ برابر دانش آموزان با سطح خودکارآمدی بالا آمیزش جنسی داشته و ۵ برابر کمتر از کاندوم استفاده کرده بودند (۲۱). همانند مطالعه حاضر، نقش خودکارآمدی به عنوان سازه ای مهم برای کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در مطالعه زامبونی تأیید شده است (۲۲). در نهایت نتیجه گیری می شود مداخله آموزشی می تواند باعث افزایش نمره خودکارآمدی در این زنان شود. در مطالعه حاضر بین تغییرات متغیر خودکارآمدی و تغییرات متغیر عملکرد در دو گروه مداخله و کنترل ارتباط معنی داری وجود داشت. نتایج مدل خطی عمومی نشان داد که تغییرات نمره خودکارآمدی، بیش ترین تأثیر را بر تغییرات نمره عملکرد داشت ($F=3/54$ و $p=0/02$). نتایج این مطالعات، بیانگر ارتباط مستقیم خودکارآمدی با عملکرد می باشد.

محدودیت های مطالعه حاضر، محدودیت دسترسی به زنان در معرض خطر ابتلاء به HIV؛ محرمانه بودن و حساسیت زیاد بیماری؛ زمان بر بودن انجام کار و محدود بودن تعداد افراد دارای شرایط ورود به مطالعه و همچنین تعمیم نتایج به سایر زنان آسیب پذیر و در معرض خطر به دلیل متفاوت بودن الگوی رفتاری و فرهنگی مناطق مختلف و نیمه تجربی بودن مطالعه بود.

رفتارهای پرخطر جنسی تأکید می کند (۱۷). با توجه به آزمون به کار رفته تفاوت قبل و بعد متغیر عملکرد در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۲ و صفر بود. قبل از انجام مداخله آموزشی در این مطالعه، مهم ترین رفتار پیشگیری از بیماری ایدز (استفاده از کاندوم) در دو گروه مورد بررسی نامناسب بود و نشان داد که مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی می تواند در ارتقاء رفتار پیشگیری از ایدز مؤثر باشد. در مطالعه حاضر در مرحله پیش آزمون، بیشتر زنان خودکارآمدی پایینی داشتند اما پس از شرکت در جلسات آموزشی، تفاوت معنی داری بین خودکارآمدی زنان نسبت به مرحله پیش آزمون ایجاد شد، یعنی خودکارآمدی گروه مداخله نسبت به پیش آزمون و نسبت به گروه کنترل افزایش یافت، بنابراین می توان نتیجه گرفت که میزان خودکارآمدی افرادی که تحت آموزش قرار گرفته بودند، از افرادی که آموزش ندیده بودند بیشتر بود. نتیجه مطالعه فیروزآبادی و همکاران (۲۰۱۳) بر روی زنان معتاد شهر اصفهان حاکی از افزایش خودکارآمدی بود (۱۴) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در بررسی هایی که رابطه خودکارآمدی درک شده با رفتارهای بهداشتی را مورد مطالعه قرار داده اند نشان داده شده است که خودکارآمدی، اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و در برخی بررسی ها خودکارآمدی بیش از ۵۰٪ واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین می کند. در مطالعه آدیچ در غنا افراد با سطح خودکارآمدی بالا، ۳ برابر بیشتر از کاندوم استفاده کرده بودند (۱۸). مطالعه لین و همکاران (۲۰۰۵) در تایوان نیز نشان داد که خودکارآمدی، قوی ترین پیش بینی کننده رفتار جنسی ایمن و یا غیر ایمن است (۱۹). در مطالعه حیدرنیا و همکاران (۲۰۱۱) که از میان سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، خودکارآمدی درک شده بیش ترین توان پیشگویی کنندگی رفتار پیشگیرانه و آموزشی مرتبط با ایدز را دارا بود (۲۰). در مطالعه حاضر با کنترل متغیرهای مداخله گر، دو گروه مداخله و کنترل از نظر تغییرات نمره خودکارآمدی مقایسه شدند. با توجه به اینکه متغیرهای، تکدی گر، صیغه موقت، مصرف شیشه و سیگار در دو گروه به دلیل نزدیک بودن با سطح

نتیجه گیری

رفتارهای پیشگیری از ایدز و خودکارآمدی در زنان مورد بررسی ناکافی است و مداخله آموزشی بر اساس تئوری خودکارآمدی می‌تواند در ارتقاء خودکارآمدی و استفاده از کاندوم در پیشگیری از ایدز در این زنان مؤثر باشد. ارتقاء خودکارآمدی زنان در معرض خطر ابتلاء به HIV/AIDS در میزان استفاده از کاندوم تأثیر اساسی دارد. آموزش به زنان آسیب پذیر، منجر به خودکارآمدی بیشتر و در نهایت عملکرد بهتر و استفاده مناسب از کاندوم می‌شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر بخشی از نتایج پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد و مصوب معاونت پژوهشی (۹۳۰۷۱۷) دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین وسیله از همکاری زنان شرکت کننده، مسئولین دانشکده بهداشت مشهد، پرسنل دلسوز مرکز گذری کاهش آسیب‌های اجتماعی شهرستان نکا و ساری، همکاری ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان نکا و تمامی افرادی که به نوعی ما را در این مطالعه یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Fast facts about HIV2008. Available at: URL:<http://www.unaids.org/>. Accessed 2012 .
2. Gerbi GB, Habtemariam T, Robnett V, Nganwa D, Tameru B. Psychosocial factors as predictors of HIV/AIDS risky behaviors among people living with HIV/AIDS. AIDS HIV Res. 2012;4(1):8-16.
3. De Cock KM JH, Curran JW. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. AIDS HIV Res. 2012 Aug 24;26(13):1733.
4. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Available at: URL:<http://www.unaids.org/>. Accessed 2012.
5. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Available at: URL:<http://www.unaids.org/>. Accessed 2013.
6. Women out loud: How women living with HIV will help the world end AIDS 2011. Available at: URL:<http://www.unaids.org/>. Accessed 2012.
7. Kolahi A, Sayarifard A, Rastgarpour A, Sohraby M, Abdi A, Nabavi M. Of vulnerable and at-risk women compared to HIV prevention. Journal of Ghom University of Medical Sciences. 2012;6(2):58-64 [IN Persian].
8. Mohammadpour A, Parsa z, Nikbakht A, Mohraz M. Experience of people living with HIV/aids from interacting with others. ofogh danesh. 2010;16(1):24-36 [IN Persian].
9. Pirzadeh A, Sharifirad GhR. Effect of educational program on knowledge and health belief model structures about acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among high school female student in Isfahan, Iran. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2012;3(4):70-66. [IN Persian].
10. Bandura A. Social foundations of thought and action: A cognitive social theory. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York. 1986.
11. Ghafari M. Comparing the efficacy of health belief model and its integrated model in AIDS education among male high school students in Tehran. PhD thesis in health education. Tehran: Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University 2007;187-95 [IN Persian].
12. Rahmati najarkolahi F, Nikhnami SH, Amin shokravi F, Ravari A. The social stigma HIV / AIDS patients experience. majale tahghighat keifi dar ulom salamat. 2012;1(2):71-80 [IN Persian].
13. Baghianimoghadam M, Mazlumi M, Sharifir GH, Morovati M, Community Health Education and Educational Technology. cheragh danesh. 2005;1:8 [IN Persian].
14. Frozabadi S, GHasemi H, Safari S, Ebrahimi A, Etemadi O. Promotes self-esteem and self-efficacy of motivational interviewing group sessions addicted women. 2013;7(26):145-58 [IN Persian].
15. Motamedi M, Mohraz M. HIV / AIDS diagnosis, care and treatment. tehran: Sound Publishing Center. 1382 [IN Persian].
16. karimi M, Niknami SH. Self-efficacy, perceived benefits and barriers to HIV preventive behavior in addicts Zarandieh. behbood. 2011;15(5):384-92 [IN Persian].
17. Falahi H, Tavafian S, Yaghmaei F, Hajizade A. Perspectives of people with HIV / AIDS, condom use barriers. fasname paiesh. 2012;10 [IN Persian].
18. Adih WK, Alexander CS. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. J Adolesc Health 1999;24(1):63-72.
19. Lin P, Simoni JM, Zemon V. The health belief model, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. AIDS Educ Prev. 2005;17(58-469).

20. Heidarnia A, Vakili M, Niknami SH, Mosavi nasab N. Effect of coexisting HIV education programs on communication skills of the health belief model structure in health volunteers. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2011;19(77):78-93[IN Persian.]
21. Kasen S, Vaughan RD, Walter HJ. Self-efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. *Health Educ Q* 1992;19(2):187-202.
22. Zamboni BD, Crawford I, Williams PG. Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: implications for HIV prevention. *AIDS Educ Prev* 2000;12(6):492-504.