

تأثیر مداخله آموزشی بر رفتار پرخطر جنسی افراد دارای سابقه مصرف مواد مخدر بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی

مهدی میرحیدری: کارشناس ارشد، گروه مبارزه با بیماری‌ها، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

صدیقه السادات طوافیان: دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران - نویسنده رابط:

tavafian@modares.ac.ir

علی منتظری: استاد، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

حمیرا فلاحی: دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،

تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: شایع‌ترین راه انتقال HIV در جهان، تماس‌های جنسی محافظت نشده با افراد آلوده است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر

مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پرخطر جنسی در معناداران دارای سابقه اعتیاد استان قم آزمون شد.

روش کار: مطالعه حاضر مطالعه نیمه تجربی شاهد دار، شامل ۱۲۸ مرد شرکت کننده در گروه‌های خودیاری استان قم در سال ۱۳۹۱ می- باشد که با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود که روایی و پایایی

آن تأیید شد و قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی تکمیل شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری کای دو، کولموگروف-اسمیرنوف، تی زوجی و

ویلکاکسون با سطح معنی داری $p < 0/05$ ، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در نظر گرفته شد.

نتایج: قبل از مداخله، دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و میانگین نمرات سازه‌های الگوی باور بهداشتی یکسان بودند ($p > 0/05$).

نتایج مطالعه نشان داد بعد از مداخله میانگین نمرات سازه‌های الگو، در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله بطور معنی داری افزایش

یافت ($p < 0/001$). ولی در گروه شاهد این اختلاف معنی دار نبود. میانگین نمرات قصد رفتاری استفاده از کاندوم در بعد از مداخله،

تفاوت معنی داری را در گروه آزمون نسبت به قبل از آن داشت ($p = 0/001$). در حالی که در گروه شاهد این تفاوت معنی دار نبود

($p = 0/02$).

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی می‌تواند موجب افزایش شدت، حساسیت، منافع و خودکارآمدی درک شده

و کاهش موانع درک شده افراد با سابقه مصرف مواد مخدر شده و نهایتاً قصد رفتار استفاده از کاندوم را در آنان ایجاد نماید

واژگان کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی، اج‌آی‌وی، اعتیاد، رفتارهای پرخطر جنسی

مقدمه

برای پیشگیری رفتار پرخطر به کار می رود، الگوی اعتقاد بهداشتی است (Karimi et al. 2009). در مطالعات متعددی ارتباط بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با رفتارهای جنسی محافظت شده شناسایی شده است و از سازه‌های آن در انجام مداخلات، برای کاهش رفتارهای جنسی پرخطر (Croyle 2005; Glanz et al. 2008) و استفاده از کاندوم در روابط جنسی پرخطر استفاده شده است (Rahmati Najarkolaei and Vakili et al. 2011; 2009 2011; Karimi et al.). از طرفی بررسی رفتارهای جنسی نیز دشوار می‌باشد و برآوردهایی که از شیوع رفتارهای پرخطر به عمل می‌آید متکی بر گزارشات شخصی افراد است (WHO 2002)، ولی نبود اطلاعات موثق، پیرامون رفتارهای جنسی در ایران به ارائه آمارهای غیر قابل اطمینان منجر شده است. (Gheiratmand et al. 2005) دانستن الگوی رفتارهای جنسی و علت رفتارهای پرخطر برای تعیین سیاست‌های کارا، که افراد دارای رفتارهای پرخطر و شرکای جنسی آن‌ها را محافظت کند، ضروری است (Moore 2007). لذا از آن جایی که تعداد مبتلایان به HIV از طریق رفتارهای پرخطر جنسی رو به افزایش بوده (WHO 2002) و گروه مورد نظر در این پژوهش تحت پوشش برنامه آموزشی و پژوهشی قرار نگرفته‌اند (Razzaghi et al. 2006) و برخی از محققین در قسمت پیشنهادات تحقیق خود، مطالعه و انجام مداخله آموزشی در این گروه‌ها را مطرح کرده‌اند (Heidari et al. 2006; Razzaghi et al. 2011). لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پرخطر جنسی در معنادان دارای سابقه اعتیاد در استان قم آزمون شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی شاهد دار، شامل ۱۲۸ مرد شرکت کننده در گروه‌های خودیاری در

سوء مصرف مواد مخدر، بطور مستقیم یا غیر مستقیم، با انتقال ویروس ایدز در جهان مرتبط است و مصرف تزریقی مواد مخدر و روابط جنسی محافظت نشده، از عوامل اصلی انتقال HIV/AIDS در جهان بشمار می‌رود (Etemad et al. 2011). در ایران نیز معنادان به مواد مخدر خطر بروز اپیدمی ایدز را بطور جدی مطرح کرده‌اند (Karimi et al. 2009). با ادامه مصرف مواد اپیوئیدی و افزایش دوز مصرفی در معنادان، سطح تستوسترون خون در مردان معتاد بشدت کاهش می‌یابد، به طوری که این موضوع می‌تواند یکی از علل کاهش میل جنسی در آنها باشد. این در حالی است که پس از ترک مواد مخدر و با بازگشت این افراد به زندگی عادی و ارتقاء سلامت روان آنان، نیاز به فعالیتهای جنسی در این افراد تقویت می‌شود. این امر باعث پرهیز از خویشتن داری و همچنین انجام رفتارهای پرخطر جنسی در این گروه شده است (Ghazanfari ; Heidari et al. 2011). بررسی وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (Rapid Situation Assessment (RSA) که بزرگترین مطالعه در امر اعتیاد در کشور بوده است، نشان داد که حداقل نیمی از معنادان سابقه ارتباط جنسی پرخطر با جنس مخالف را دارند (Rezaei et al. 2011). مطالعات نشان داده است با وجود آگاهی در مورد کاندوم (Rahmati Najarkolaei and Heidari et al. 2011)، اطلاعات و باورهای نادرستی در مورد این وسیله حفاظتی وجود دارد که مانع استفاده از آن می‌شود (Karimi and Heidari et al. 2011). لذا آموزش‌های مربوط به رفتارهای جنسی بهداشتی و محافظت شده (استفاده از کاندوم) برای افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی ضروری است (Rezaei Abhari et al. 2011). از نظر سازمان جهانی بهداشت نیز تنها راه موثر علیه بیماری ایدز آموزش بهداشت است و گروه‌های آسیب پذیر باید در اولویت این برنامه های آموزشی قرار گیرند و یکی از الگوهای

نیز از آزمون ثبات درونی استفاده شد که با فرمول آلفای کرونباخ محاسبه گردید. میزان آلفای کرونباخ برای آگاهی ۰/۶۹ و سازه حساسیت درک شده ۰/۷۵، شدت درک شده ۰/۹۰، منافع درک شده ۰/۸۷، موانع درک شده ۰/۸۵ و خودکارآمدی درک شده ۰/۹۰ و راهنمای عمل ۰/۹۴ بود، که این میزان‌ها مطلوبیت این مقیاس را نشان داد. برای تعیین ثبات یا پایداری ابزار، همبستگی بین پاسخ‌ها در دو مرحله و بعد از گذشت دو هفته محاسبه گردید. میزان همبستگی برای سوالات آگاهی ۰/۸۴، حساسیت درک شده ۰/۸۴، شدت درک شده ۰/۹۳، منافع درک شده ۰/۸۸، موانع درک شده ۰/۹۵ و خودکارآمدی درک شده ۰/۹۶ و راهنمای عمل ۰/۸۹ بدست آمد که نشان دهنده میزان مطلوب همبستگی است. پرسشنامه دارای ۵۴ سوال، شامل ۱۱ سوال مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناسی- رفتاری و ۷ سوال آگاهی و ۳۶ سوال مربوط به ۶ سازه الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده ۵ سوال، شدت درک شده ۵ سوال، منافع درک شده ۴ سوال، موانع درک شده ۸ سوال و خودکارآمدی و راهنمای عمل هر کدام ۷ سوال) شد. سوالات آگاهی در طیف ۳ قسمتی لیکرت با گزینه‌های صحیح، نمی‌دانم و غلط و به ترتیب با امتیاز ۳، ۲ و ۱ تنظیم شد. تمام هر ۶ سازه بر اساس طیف ۵ قسمتی لیکرت با گزینه‌های کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف (و پس از معکوس نمودن نمرات سازه موانع درک شده) به ترتیب با امتیاز ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ طراحی شدند (Mirheidari 2012). بر اساس اطلاعات موجود در مطالعه انجام شده غفاری در شهر تهران (۱۳۷۸)، با توجه به سازه‌های مطالعه با در نظر گرفتن میانگین سازه حساسیت درک شده در گروه کنترل (۲۲/۸) با انحراف معیار (۳/۷۳) و در گروه مداخله با میانگین (۲۴/۸) و با انحراف معیار (۳/۵۲)، اندازه نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، بر اساس فرمول پوکاک، حدوداً ۵۰ نفر برآورد گردید که با احتساب ۱۰ درصد ریزش، ۵۵ نفر در نظر گرفته شد. Fallahi et al.

شش ماهه اول سال ۱۳۹۱ در استان قم می‌باشد که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس و به شرط داشتن معیارهای ورود به مطالعه (مردان بالای ۱۸ سال، دارای حداقل ۱۲ ماه سابقه اعتیاد، دارای حداقل ۶ ماه سابقه ترک مواد مخدر و عدم اطلاع از وضعیت ابتلاء به اچ آی وی - ایدز یا منفی بودن آزمایش اچ آی وی - ایدز آنها) وارد مطالعه شدند. از آن جا که در ایران، مردان تصمیم‌گیرنده اصلی برای استفاده از کاندوم هستند و از طرفی در کشور، توزیع گسترده کاندوم در داروخانه‌ها از نوع کاندوم مردانه است، لذا در این پژوهش مردان به عنوان گروه هدف در نظر گرفته شدند. در خصوص محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده به نمونه‌های مورد پژوهش اطمینان داده شد. آزمون اولیه متعاقب‌ارایه‌ی توضیحات مرتبط با اهداف و فواید مطالعه به واحدهای پژوهش داده شد و پس از کسب رضایت از آنان و ارائه توضیحاتی در خصوص نحوه پاسخگویی به سوالات، در حضور محقق، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ای بی‌نام کردند. از پرسشنامه‌ی محقق ساخته، جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد و میانگین زمان لازم برای تکمیل هر پرسشنامه ۱۲ دقیقه بود. به منظور تعیین اعتبار ابزار از روش‌های اعتبار صوری و اعتبار محتوا استفاده شد. "شاخص اعتبار محتوا" و "نسبت اعتبار محتوا" نیز برای تعیین اعتبار محتوا بکار گرفته شد. برای سنجش پایایی ابزار هم از روش‌های همسانی درونی و آزمون مجدد استفاده شد. بر اساس شاخص‌های استاندارد جدول تصمیم‌گیری در مورد نسبت اعتبار محتوا (جدول لاوشه)، حداقل امتیاز با حضور ۱۴ متخصص ۰/۵۱ است. پرسشنامه با توجه به میانگین نسبت اعتبار محتوا برای هر سازه و برای کل پرسشنامه از اعتبار محتوایی قابل قبولی برخوردار است. اعتبار محتوا برای سازه آگاهی ۰/۷۵، حساسیت درک شده ۰/۸۸، شدت درک شده ۰/۶۰، منافع درک شده ۰/۸۱، موانع درک شده ۰/۷۷، خودکارآمدی درک شده ۰/۸۹ و راهنمای عمل ۰/۹۵ محاسبه شد و اعتبار آن تأیید گردید. برای تعیین اعتماد علمی پرسشنامه

و بیماری‌های آمیزشی مورد بررسی قرار گرفت. به منظور کم کردن موانع درک شده، به بررسی موانع موجود در استفاده از کاندوم و آموزش راه‌های مقابله با این موانع پرداخته شد. به منظور ارتقای خودکارآمدی درک، با تاکید بر مهارت استفاده از کاندوم، مهارت پیشنهاد کردن و مهارت نه گفتن، در جهت بهبود خودکارآمدی برای استفاده از کاندوم اقدام شد.

اطلاعات از واحدهای پژوهش به روش مصاحبه جمع آوری و با SPSS 16 و انجام آزمون‌های کای دو، کولموگروف-اسمیرنف و بر حسب نرمال بودن یا نبودن از آزمون تی زوجی یا ویلکاکسون استفاده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p < 0/05$ سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه، بیشترین میزان فراوانی افراد از نظر سنی، ۶۶ نفر (۵۱/۵٪) در گروه سنی ۲۵-۳۴ بود. ۵۶ نفر (۴۳/۸٪) سطح درآمد متوسط داشتند. میانگین سنی شروع مصرف مواد ۱۷ سال (انحراف معیار ۱۳/۵) و کمترین سن شروع مصرف مواد، ۱۰ سالگی بود. در خصوص استفاده از کاندوم، تنها ۱۵ نفر (۱۱/۷٪) از آن‌ها به طور دائم از کاندوم استفاده کرده‌اند. این در حالی است که ۴۶ نفر (۳۶٪) آنها در یک ماه گذشته، رفتارهای جنسی پرخطر (با شرکای جنسی غیر از همسر دائم خود) را داشته‌اند. در مطالعه حاضر ۳ ماه پس از انجام مداخله، استفاده از کاندوم در گروه آزمون ۲۳/۶٪ افزایش نشان می‌دهد. در حالی که این افزایش در گروه شاهد، ناچیز می‌باشد (۰/۷٪). اطلاعات مربوط به مشارکت کنندگان در جدول ۱ آمده است. ابتدا در دو گروه آزمون و شاهد، نمونه‌ها از نظر همسانی و تطابق عوامل جمعیت شناختی زمینه ای تاثیرگذار در پژوهش، توسط آزمون کای دو، مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای مورد بررسی وجود ندارد ($p > 0/05$). لذا تطابق و همگنی دو

(2011). با توجه به حجم نمونه و تعداد گروه‌هایی که تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند، به صورت یک در میان در گروه مداخله و در گروه شاهد تقسیم شده تا تعداد نمونه‌های مورد نظر تکمیل گردد. لازم به ذکر است که در ابتدای مطالعه تعداد نمونه‌های پژوهش در گروه آزمون ۵۵ نفر و در گروه شاهد، ۷۲ نفر بودند که با توجه به ریزش ۳ نفر از افراد پس از انجام مداخله در گروه آزمون و ۷ نفر در گروه شاهد (به دلیل عدم دسترسی) اندازه نمونه در گروه آزمون ۵۲ نفر و در گروه شاهد ۶۶ نفر در نظر گرفته شد. پرسشنامه در گروه مداخله و کنترل، در دو مرحله جمع آوری شد که در مورد گروه مداخله قبل از آموزش و ۳ ماه بعد از آموزش است. در گروه شاهد نیز پرسشنامه‌ها با رعایت فاصله زمانی ۳ ماه تکمیل گردید. متعاقب توصیف و تحلیل داده‌های گردآوری شده در مرحله قبل از مداخله و تعیین نیازهای آموزشی بر اساس آن، برنامه آموزشی طراحی و تدوین شد، که این طراحی مبتنی بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و به منظور بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی (استفاده از کاندوم) تکمیل گردید. محتوای آموزشی با استفاده از مرور متون و منابع موجود (Fallahi and Karimi et al. 2011)، تنظیم گردید و از روش سخنرانی، بحث گروهی، بارش افکار، پرسش و پاسخ، توزیع جزوه و پمفلت آموزشی، استفاده شد و افراد در طی ۲ روز در گروه‌های ۴-۷ نفره به مدت ۵/۵ ساعت تحت آموزش قرار گرفتند. جهت بهبود آگاهی و حساسیت درک شده افراد در خصوص بیماری اچ آی وی-ایدز، راه‌های انتقال ایدز، خطرات ارتباط جنسی محافظت نشده، همچنین خطرات ارتباط جنسی در ازدواج موقت، مورد بحث قرار گرفت. جهت افزایش شدت درک شده بیماری ایدز با استفاده از مطرح کردن سناریوهای واقعی و بیان تجارب قبلی نمونه‌های مورد پژوهش در کنار سایر روش‌های آموزشی، چالش‌ها و پیامدهای ناشی از ابتلا به ایدز آموزش داده شد. جهت ارتقای منافع درک شده، در خصوص نقش کاندوم در پیشگیری از انتقال ایدز

می‌باشد که با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی داشت (National AIDS Committee Secretariat 2012; Karimi et al. 2011). در مورد سازه حساسیت درک شده، نتایج این مطالعه وضعیتی مشابه آنچه را که در مورد آگاهی بیان شد، بدست آمد و نشان داد که بعد از مداخله آموزشی، افزایش معنی داری در سازه‌ی حساسیت درک شده در گروه آزمون ایجاد شده است. به طوری که این سازه بعد از قصد رفتاری و سازه موانع درک شده، با نمره ۰/۷۷۳، بیشترین اختلاف میانگین قبل و بعد از مداخله را به خود اختصاص داد. این امر نشانه تأثیر مثبت مداخله آموزشی انجام گرفته بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی است. در حالی که در گروه شاهد تفاوت معنی داری مشاهده نگردید. در این الگو، حساسیت درک شده بالا، موجب ارتقاء انگیزه افراد در اتخاذ رفتار بهداشتی پیشگیرانه، می‌گردد، لذا ضروری است بخشی از برنامه‌های آموزشی پیرامون ایدز، بر روی این سازه متمرکز گردد (Vakili et al. 2011). افزایش آگاهی و اصلاح باورهای نادرست افراد می‌تواند یکی از علل افزایش میانگین نمره‌ی این سازه در گروه مداخله باشد. نتایج مطالعه حاضر در خصوص افزایش حساسیت درک شده پس از آموزش با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد (Sharifirad and Ghaffari et al. 2007; karimi et al. 2011; National AIDS Committee Secretariat 2012). ولی مداخله آموزشی اثری بر حساسیت درک شده بر روی دانش آموزان دختر دبیرستانی در مطالعه Pirzadeh و همکارانش نداشت (2012). Pirzadeh et al. همانند سازه‌ی حساسیت درک شده، تفاوت معنی داری در سازه‌ی شدت درک شده در گروه آزمون مشاهده شد، با این تفاوت که در هر دو گروه مداخله و کنترل، میانگین نمره‌ی سازه مذکور در مرحله قبل از مداخله در مقایسه با سازه‌ی حساسیت درک شده، به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. این امر نشان داد که با وجود اینکه افراد کمتر خود را در معرض ابتلا به

گروه فوق از نظر متغیرهای تأثیرگذار مورد تایید قرار گرفت و آزمون برابری واریانس های دو گروه را تأیید نمود (جدول ۲). برای تعیین نحوه توزیع نمونه‌ها در انتخاب آزمون مناسب، قبل از هر آزمونی، ابتدا نحوه توزیع متغیرها از جهت نرمال بودن، در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله، با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف مورد بررسی شد و سپس میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

بحث

هدف کلی این مطالعه، تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر تغییر رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان دارای سابقه ترک مواد مخدر بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی است. مطالعات متعددی (Etemad et al. 2011; Nedjat et al. 2006) نشان داده است که معتادان آگاهی زیادی در مورد بیماری ایدز ندارد، ضمن اینکه باورهای نادرستی نیز در مورد راه انتقال بیماری در بین آنان وجود دارد (Karimi et al. 2009, 2011). لذا در این مطالعه نیز با توجه به قرابت جامعه پژوهش با مطالعات فوق و آگاهی کم معتادان در خصوص بیماری ایدز، آگاهی نیز در کنار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت. از آنجایی که در تمام سازه‌ها، نمره بیشتر وضعیت مطلوب-تر را از نظر اتخاذ رفتارهای پیشگیری از ایدز و استفاده از کاندوم در رفتارهای پرخطر جنسی را نشان می‌دهد. بر این اساس یافته‌ها نشان می‌دهند که میانگین نمره آگاهی و نمرات عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی در گروه آزمون، بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله به طور معنی داری در تمامی این عوامل افزایش نشان می‌دهد (۰/۰۰۱ < p). ولی در گروه شاهد تغییر معنی داری در میانگین نمره افراد مشاهده نشده است. نتایج مطالعه حاضر بیانگر تأثیر مداخله آموزش بر افزایش آگاهی نمونه های پژوهش

نتایج مطالعه‌ی اخیر همخوانی نداشت (Ghaffari et al. 2007). یکی از مفاهیم مورد بررسی در این مطالعه، خودکارآمدی درک شده بود که نتایج نشان داد آموزش باعث افزایش معنی‌دار این سازه در گروه آزمون شده است. در حالی که تفاوت معنی‌داری در خودکارآمدی گروه شاهد دیده نشد. مطالعات متعددی نتایج پژوهش حاضر در مورد افزایش خودکارآمدی درک شده پس از آموزش، را تأیید نمود (Harvey et al. 2009; Diclemente et al. 2011; Fallahi et al. 2010). خودکارآمدی به توانایی فرد برای انجام رفتار خاص یا مجموعه‌ای از رفتار اشاره دارد و عامل واسطه‌ای بین کسب آموزش و رفتار بهداشتی است (Wolf et al. 2007). با توجه به اینکه اعضاء گروه‌های خودیاری ضمن انتقال انرژی مثبت و اعتماد به نفس، از طریق مشارکت در مباحث گروه و استفاده از تجربیات سایر اعضاء گروه اقدام به ترک اعتیاد می‌نمایند، این روحیه در پیشبرد مباحث مربوط به این سازه کمک کرده و به ارتقای احساس خودکارآمدی بیشتر در آنها منجر شد. لذا افزایش خودکارآمدی درک شده می‌تواند باعث ارتقای استفاده از کاندوم در افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی جهت اتخاذ رفتار محافظت‌کننده جنسی شود. در خصوص سازه‌ی راهنمای عمل نیز نتایج نشان داد که پس از آموزش تفاوت معنی‌داری در راهنمای عمل در گروه آزمون مشاهده شده و با انجام آموزش، راهنمای عمل در افراد افزایش یافت. اما تفاوت معنی‌داری در گروه شاهد مشاهده نشد. لذا تأثیر مداخله انجام گرفته بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی مثبت ارزیابی شد. در مطالعه Karimi و همکارانش که به منظور بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در معتادان انجمن تولد دوباره زرنديه انجام شد، نشان داد که اجرای برنامه آموزش بهداشت در بهبود راهنمای عمل در رابطه اتخاذ رفتارهای پرخطر جنسی تأثیر داشته است. بطوری که میانگین راهنمای عمل در قبل از مداخله ۲/۱۰ به ۳/۶۱ بعد از مداخله ارتقاء یافت (Karimi et al. 2011)، ($p < 0/05$) در حال حاضر

بیمای ایدز می‌دانند، اما این بیماری را کشنده و ابتلا به آن را مرگبار قلمداد می‌کنند و می‌توان یکی از دلایل مناسب بودن استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی برای بیماری ایدز را پیامدهای ناگوار این بیماری ذکر کرد. نتایج مطالعات متعددی که در زمینه شدت درک شده انجام شده، یافته پژوهش حاضر را تأیید کرد (Baghiani Moghadam 2005; Sharifirad et al. 2007; karimi et al. 2011; Fallahi et al. 2009). اما یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی غفاری همخوانی نداشت (Ghaffari et al. 2007). بر اساس نتایج بدست آمده سازه‌های منافع درک شده در هر دو گروه مداخله و کنترل، در مقایسه با دیگر سازه‌های الگو از بالاترین میانگین نمره برخوردار بودند و اجرای برنامه آموزشی نیز توانست به میزان کمی این نمره را افزایش دهد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه وکیلی و مطالعه غفاری به طور کامل تطابق داشت (Ghaffari et al. 2007). نتایج دیگر مطالعات نیز، یافته پژوهش حاضر مبنی بر این که منافع درک شده پس از آموزش افزایش یافته است را تأیید کرد (Aboud et al. 2003; Al Iryani et al and Fallahi et al. 2011). بالعکس سازه منافع درک شده، پایین‌ترین میانگین نمره سازه‌ها مربوط به سازه موانع درک شده بود که بعد از اجرای برنامه آموزشی در گروه مداخله، پس از قصد رفتاری، بیشترین میزان افزایش نمره در بین سازه‌ها، در این سازه مشاهده شد. ارتقای آگاهی و اصلاح باورهای نادرست به همراه ایجاد فضای بحث و گفتگو در خصوص استفاده از کاندوم در روابط جنسی پرخطر می‌تواند نقش مثبتی در رفع موانع درک شده داشته باشد (Vakili et al. 2011). در حالی که درک بالای منافع استفاده از کاندوم در نمونه‌های پژوهش نیز به پذیرش مطالب و رفع موانع و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از ایدز کمک کننده است. نتایج مطالعات متعدد (Karimi et al and Fallahi 2011; Sharifirad et al. et al and Milhausen et al. 2007)، تأییدی بر نتایج پژوهش حاضر داشت و تأثیر مثبت مداخله آموزشی انجام گرفته را بر کاهش موانع درک شده مورد تأیید قرار می‌دهد. ولی نتیجه مطالعه غفاری با

آموزش بهداشت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی نمره گرایش‌های بهداشتی فراگیران شامل عوامل نام برده الگو شد. علی‌رغم اینکه انجام این تحقیق در گروه‌های خودیاری یکی از نقاط قوت این مطالعه به شمار می‌آید، اما از آنجا که ورود به این گروه‌ها و شرکت در جلسات عمومی گروه‌های خودیاری برای اعضاء غیر عضو بسیار سخت است و از طرفی متقاعد کردن اعضاء آن دشوار می‌باشد، انجام این مطالعه را در این گروه‌ها با محدودیت مواجه کرده است.

نتیجه‌گیری

نتایج بیانگر این است که مداخله آموزشی انجام شده بر اساس الگوی مذکور نه تنها بر روی آگاهی، حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده افراد در خصوص استفاده از کاندوم تأثیر مثبتی داشته بلکه تأثیر مثبت آن بر روی قصد رفتار استفاده از کاندوم نیز مشهود است. نتایج نشان داد حتی با وجود منافع درک شده بالا، تا زمانی که موانع اتخاذ رفتار بهداشتی برطرف نگردد، تغییر رفتار نیز با دشواری همراه خواهد بود و همسو شدن این دو سازه با هم می‌تواند به بروز رفتار بهداشتی کمک شایانی کند، به خصوص اگر پیامدهای ناشی از ابتلا به آن بیماری هم شدید باشد. نظر به اینکه جامعه پژوهش در این مطالعه افراد با سابقه مصرف مواد مخدر بودند، لذا در ابتدا به‌نظر نمی‌رسید آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بتواند بطور چشمگیری ادراکات این افراد را در همه سازه‌های الگو جهت ایجاد قصد رفتار استفاده از کاندوم ارتقاء بخشد. ولی به هر حال نتایج این مطالعه نشان داد استراتژی‌های مداخله‌ای تئوری محور بر اساس الگوی باور بهداشتی می‌تواند در ارتقاء رفتارهای پیشگیرانه در این گروه هدف آسیب پذیر موثر واقع گردد.

مطالعه‌ای که بتواند شاخص استفاده از کاندوم در رفتار جنسی پرخطر را اندازه‌گیری کند، موجود نیست (National AIDS Committee Secretariat 2012). در مطالعه حاضر ۳ ماه پس از انجام مداخله، استفاده از کاندوم در گروه آزمون ۲۳/۶ درصد افزایش نشان داد. در حالی که این افزایش در گروه شاهد، ناچیز بود (۰/۷ درصد). از آنجا که این احتمال وجود داشت که عده‌ای از افراد تحت مطالعه سابقه تماس جنسی نداشته باشند، مرحله قصد رفتار، که مرحله پیش از رفتار است (Wang et al. 2006)، بعنوان ملاکی برای احتمال بروز رفتار قرار گرفت. لذا به منظور بررسی احتمال انجام رفتار استفاده از کاندوم، قصد رفتار استفاده از کاندوم در هر دو گروه آزمون و شاهد در قبل و بعد از مداخله نیز مورد بررسی قرار گرفت. در بعضی مطالعات، مداخله انجام شده بر روی قصد رفتاری و تغییر رفتار تأثیری نداشته است (Morrison-Beedy et al. 2005). ولی در بعضی دیگر از مطالعات، تأثیر مداخلات انجام شده بر استفاده کاندوم در افراد مثبت عنوان شده است (Zhang et al. 2011; Karimi et al. 2004 2010; Vakili et al. 2011). در این مطالعه مقایسه میانگین نمرات قصد رفتاری استفاده از کاندوم در رفتارهای پرخطر جنسی، تفاوت معنی‌دار میان قبل و بعد از مداخله آموزشی را در گروه مداخله نشان داد ($p=0/001$). در حالی که در گروه کنترل این تفاوت معنی‌دار نبود ($p=0/02$). البته به دلیل استفاده از روش خود گزارشی جهت تکمیل پرسشنامه، احتمال دارد بیان قصد رفتار استفاده از کاندوم، بیش از میزان واقعی گزارش شده باشد، ولی به هر حال نشان دهنده موافقت اکثر نمونه‌های پژوهش با اتخاذ رفتارهای محافظتی بود. به نظر می‌رسد آگاهی، در کنار وجود احساس خودکارآمدی بالا به همراه حساسیت، شدت و منافع درک شده بالا و موانع درک شده پایین، توانست به افزایش قصد رفتاری منجر گردد. این موضوع در خصوص اعضاء گروه‌های خودیاری که رویکرد جدیدی به زندگی پیدا کرده‌اند، بیشتر به چشم می‌خورد. یافته‌های مذکور نشان‌گر تأثیر

تشکر و قدردانی

دانشگاه تربیت مدرس که اجرا و اعتبارات این مطالعه را مورد حمایت قرار دادند و همچنین از همکاری کلیه مددجویان شرکت کننده در این مطالعه صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مهدی میرحیدری، با شماره ثبت ۱۰۴۴۰۱۳ از دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهشی

متغیر	تعداد (درصد)
سن	
۱۵-۲۴ سال	۱۴ (۱۰/۹)
۲۵-۳۴ سال	۶۶ (۵۱/۵)
۳۵-۴۴ سال	۴۵ (۳۵/۱)
۴۵-۵۴ سال	۳ (۲/۳۴)
وضعیت	
متاهل	۶۶ (۵۱/۵)
مجرد	۶۲ (۴۸/۴)
کم	۳۰ (۲۳/۴)
وضعیت درآمد	
متوسط	۵۶ (۴۳/۸)
خوب	۳۸ (۲۹/۷)
عالی	۴ (۳/۱)
ابتدایی	۲۶ (۲۳/۳)
وضعیت سواد	
راهنمایی	۵۴ (۴۲/۲)
دبیرستان	۳۵ (۲۷/۳)
دانشگاهی	۱۳ (۱۰/۲)
بیکار	۲۹ (۲۲/۶)
وضعیت اشتغال	
کارمند	۱۰ (۷/۸)
آزاد	۸۹ (۶۹/۵)
جمع	۱۲۸ (۱۰۰)

جدول ۲ - بررسی همسانی گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای زمینه ای

متغیر	آزمون کای دو	
	P-value	X ²
سن	۰/۲۲۰	۳۵/۶۵
تحصیلات	۰/۳۱۱	۳/۵۷
اشتغال	۰/۰۶۳	۵/۵۳
تاهل	۰/۰۶۹	۰/۷۴۹
بیمه	۰/۵۷۹	۰/۳۰۸
درآمد	۰/۱۶۲	۵/۱۳۳
سن شروع مصرف مواد مخدر	۰/۵۹۴	۱۵/۹۷۳
زمان ترک مواد مخدر	۰/۰۶۴	۵/۴۹۲

جدول ۳ - مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله

نتیجه آزمون	آماره آزمون	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه	زمان سنجش	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
p < ۰/۰۰۱	-۵/۸۸۶	۰/۱۳۲	۲/۹۰۹	۰/۲۶۶	۲/۴۷۸	آزمون**	آگاهی	
p = ۰/۳۶۸	-۰/۹۰۰	۰/۲۷۴	۲/۴۸۲	۰/۲۹۷	۲/۴۶۷	شاهد**		
p < ۰/۰۰۱	-۵/۷۷۸	۰/۳۴۱	۴/۷۲۳	۰/۷۴۶	۳/۹۵۰	آزمون**	حساسیت درک شده	
p = ۰/۲۶۶	۱/۱۲۳	۰/۷۲۲	۳/۹۲۱	۰/۷۰۰۳	۳/۹۷۵	شاهد*		
p < ۰/۰۰۱	-۴/۹۶۴	۰/۴۸۹	۴/۵۶۵	۰/۶۷۳	۴/۰۵۷	آزمون**	شدت درک شده	
p = 0/736	-۰/۳۳۸	۰/۷۴۹	۴/۱۲۱	۰/۶۹۱۲	۴/۱۰۹	شاهد*		
p < ۰/۰۰۱	۴/۹۶۹	۰/۳۲۱	۴/۷۲۶	۰/۵۶۹	۴/۳۲۲	آزمون**	منافع درک شده	
p = ۰/۰۸۶	۱/۷۴۴	۰/۶۷۲	۴/۱۷۰	۰/۶۳۴	۴/۲۱۲	شاهد*		
p < ۰/۰۰۱	-۱۱/۳۴۵	۰/۳۷۹	۴/۳۱۴	۰/۵۲۹	۳/۲۴۰	آزمون*	موانع درک شده	
p = ۰/۹۰۴	-۰/۱۲۲	۰/۵۸۵	۳/۲۳۳	۰/۶۳۴۵	۳/۲۲۹	شاهد*		
p < ۰/۰۰۱	-۷/۷۴۳	۰/۴۳۰	۴/۵۵۴	۰/۵۸۵	۳/۹۰۱	آزمون*	خودکارآمدی درک شده	
p = ۰/۵۵۴	-۰/۵۹۴	۰/۶۹۰	۳/۶۹۹	۰/۷۴۰	۳/۶۷۹	شاهد*		
p < ۰/۰۰۱	-۷/۱۰۰	۰/۴۳۱	۴/۵۴۱	۰/۵۵۸	۴/۰۰۸	آزمون*	راهنمای عمل	
p = ۰/۶۰۵	-۰/۵۱۸	۰/۷۶۸	۳/۹۶۱	۰/۷۲۵	۳/۹۸۲	شاهد**		
p = ۰/۰۰۱	۵/۹۴۱	۱/۱۳	۵/۱۱	۱/۹۶	۳/۷۵	آزمون*	قصد رفتاری استفاده از کاندوم	
p = ۰/۰۲	۲/۳۸۶	۱/۶۵	۴/۰۶	۱/۹۵	۳/۷۴	شاهد*		

* توزیع نرمال می باشد، از آزمون تی زوجی استفاده شد.

** توزیع نرمال نمی باشد، از آزمون ویلکاکسون استفاده شد.

References

- Abood, D., Black, DR. and Feral, D., 2003. Nutrition education worksite intervention for university Staff: Application of the Health Belief Model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 35(5), pp. 260-267.
- Al Iryani, B., Basaheem, H., Al Sakkaf, KH., Crutzen, R., Kok, J. and Van den borne, B., 2011. Evaluation of a school-based HIV prevention intervention among Yemeni adolescents. *BMC Public Health*, 11(297), pp. 1-10.
- Baghiani Moghadam, MH., 2005. The effect of health education in promoting health of hairdressers about Hepatitis B based on Health Belief Model : A field trial in Yazd,Iran. *Acta Medica Iranica*, 43 (5), pp. 342-346.
- Croyle, RT., 2005. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. *Health Education Quarterly*, 15, pp. 351-377.
- Diclemente, RJ., Wingood, GM., Rose, E., Sales, GM. and Corby, RA., 2010. Evaluation of an HIV/STD sexual risk-reduction intervention for pregnant African American adolescents attending a prenatal clinic in an urban public hospital : preliminary evidence of efficacy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(1), pp. 32-28.
- Eshrati, B., TaghizadehAsl, R., Dell, CA., Afshar, P., Millson, PM., Kamali, M. and Weekes, J., 2008. Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: initial support for providing education on the benefits of harm reduction practice. *Harm Reduction Journal*, 5(21), pp. 1-7.
- Etemad, K., Eftekhar Ardabili, H., Rahimi, A., Gouya, MM., Heidari, A. and Kabir, MJ., 2011. Attitudes and Knowledge of HIV Positive Persons and High Risk Behaviors Groups in Golestan, Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*, 7(1), pp. 23-31 [In Persian].
- Fallahi, homira., 2011. Effect of Educational Intervention on Reproductive Health Behavior Change in People Living With HIV/AIDS Base on Health Belief Model. Ph.D . Shaheed Beheshti University of Medical Sciences.
- Ghaffari, M., Niknami, S., Kazemnejad, A., Mirzae, E. and Ghofranipour, F., 2007. Designing and validating 10 conceptual scales to prevent HIV among adolescents. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 1(32), pp. 38-50[In Persian].
- Ghazanfari Amlashi, damon., 2010. Haipogonadism of Opioid. *Novin Magazine, Iranain Health Magazine*, 12(490), pp. 352-354 [In Persian].
- Gheiratmand, R., Navipour, R., Mohebbi, MR. and Mallik, AK., 2005. Uncertainty on the number of HIV/AIDS patients: Our experience in Iran. *Sexually Transmitted Infections*, 81(3), pp. 279-280.
- Glanz, K., Rimer, BK. and Viswanath, K., 2008. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th edition, Jossey-Bass Inc Pub, SanFrancisco.
- Harvey, SM., Kraft, JM., West, SG., Taylor, AB. and Pappas Deluca, KA., 2009. Effects of a Health Behavior Change Model based on HIV-STI prevention intervention on condom use among heterosexual couples: A randomized trial . *Health Education Behavior*, 36(5),pp. 878-894.
- Heidari, AR., Mirahmadizadeh, A., Keshtkaran, A., Javanbakht, M., Etemad, K. and Lotfi, M., 2011. Changes in unprotected sexual behavior and shared syringe use among addicts referring to Methadone Maintenance Treatment (MMT) centers affiliated to Shiraz University of Medical Sciences in Shiraz, Iran: An uncontrolled interventional study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 9(1), pp. 67-76 [In Persian].
- Karimi, M., Ghofranipour, F. and Heidarnia A., 2009. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Actions of AIDS on Adiction in Zarandieh. *Journal of Guinal University of Medical Sciences*, 18(70), pp. 64-73 [In Persian].
- Karimi, M. and Niknami, Sh., 2011. Self-efficacy and perceived benefits / barriers on the AIDs preventive behaviors. *Journal of kermanshah Univercity of Medical Sciences*, 15(5), pp. 384-392 [In Persian].
- Karimi, M., Niknamy, SH., Haidarnia, AR. and Ramezankhani A., 2004 .Effects of

- health education program on the AIDS preventive behaviors in prisoners. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*; Spring (30), pp. ۴۰-۴۵ [In Persian].
- Milhausen, R., Wood, J., Sanders, SA. and Crosby, RA., 2011. A novel, self-guided, home-based intervention to promote condom use among young men: A pailot study. *Journal of Men,s Health*, 8(4), pp. 274-281.
- Moore, AR. and Oppong, J., 2007. Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS in Togo. *Social Science & Medicine*, 64(5), pp. 1057-1066.
- Morrison Beedy, D., Carey, MP., Kowaghski, J. and Tu, X., 2005. Group – based HIV risk reduction intervention for adolescent girls: evidence of feasibility and efficacy. *Research in Nursing & Health*, 28(1), pp. 3-15.
- National AIDS Committee Secretariat., 2012. *Ministry of Health and Medical Education, Islamic Republic of Iran Progress Report On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS*, Tehran.
- Nedjat,S., Feizzadeh, A., Asgharie, Sh., Keshtkar, AA., Heshmat, R. and Majdzadeh, SR., 2006. HIV risk factors in Iran; systematic review, meta-analysis and generalized impact fraction approaches. *Payesh Journal* , 6(1), pp. 45-54 [In Persian].
- Pirzadeh, A. and Sharifirad, GhR., 2012. 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. *J Gorgan Uni Med Sci*, 14 (3), pp.66-71[In Persian].
- Rahmati Najarkolaei, F., Niknami, Sh., Amin Shokravi, F., Ahmadi, F., Tavafian, SS. Haji Zadeh, E., 2011. Individual factors predisposing HIV/AIDS high risk behaviors: a qualitative study. *Payesh Journal*, 10(2), pp. 205-215 [In Persian].
- Razzaghi, EM., Movaghar Rahimi, A., Mohammad, K. Hosseini M., 2006. A qualitative study of risky sexual behavior in injecting drug users in Tehran. *Harm Reduction Journal*, 2(2), pp. 1-10[In Persian].
- Rezaei Abhari, F., Hamzehgardeshi, Z., Hajikhani Golchin, NA., Zabihei, M. and Hamzehgardeshi L., 2011. Drug user girls' perceptions of their sexual decision making: Qualitative research. *Iran Journal of Nursing*, 6(21), pp. 79-87 [In Persian].
- Sharifirad, GhR., Hazavei, M., Hasanzadeh, A. Daneshamouz, A., 2007. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *Arak University of Medical Sciences Journal*, 10(1), pp. 79-86 [In Persian].
- Organization Who, The world health report., 2002. reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization.
- Vakili, MM., Hidarnia, AR., Niknami, SH. Mosavinasab, N., 2011. Effect of Communication Skills Training on Health Belief Model Constructs about AIDS in Zanjan Health Volunteers (2010-11). *ZUMS Journal*, 19 (77), pp. 78-93 [In Persian].
- Wang, Sh., Charron Prochownik, D. and Sereika, SM., 2006. Camparing three theories in predicting reprproductive health behavioral intention in adolescent women with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 7(2), pp.108-115.
- Wolf, MS., Davis, TC., Osborn, CY., Skripkauskas, S., Bennett Ch, L. and Makoul, G., 2007. Literacy, Self –efficacy and HIV medication medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 65(2), pp. 253-260.
- Zhang, H., Wu, Z., Zheng, Y., Wang, J., Zhu, J. and Xu, J., 2010. A pilot intervention to increase condom use and HIV testing and counseling among men who have sex with men in Anhui, China. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 53(1), pp. 88-92.

Effect of educational interventions on sexual high risk behavior between drug addicts ex-users based on the Health Belief Model

Mirheidari, M., M.Sc Department of disease control and prevention, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Tavafian, SS., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Education, Medical School, Medical School, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran- Corresponding author: tavafian@modares.ac.ir

Montazeri, A., Ph.D. Research Professor, Mental Health Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, Tehran, Iran

Fallahi, H., Ph.D. Centers for Disease Control and prevention, Deputy for Health, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: Dec 19, 2013

Accepted: Jul 26, 2014

ABSTRACT

Background and Aim: Addiction behaviors have been established among high risk behaviors among different age groups in Iran. This study aimed to investigate the effects of a designed educational program on high risk behaviors of a sample of addicts in Qom, Iran.

Materials and Methods: Totally, 128 men with addiction history in self help groups referred to health centers in Qom were studied. The instruments used to collect data were a self administered demographic questionnaire and the designed scale high risk behavior based on Health Belief Model (HBM).

Results: The mean age of participants was 32.4 years. There were no significant difference between two groups at baseline in terms of all demographic data and all HBM constructs. The mean scores of HBM constructs, improved significantly in comparison with baseline. ($p < 0.05$).

Conclusions: This study indicated that designed educational program could improve all HBM constructs after intervention. Additionally, behavior intention might be changed after intervention significantly.

Keywords: Health Belief Model; HIV; Addiction; sexual high risk behavior