

مقدمه

ایران از جمله کشورهای خاورمیانه است که با بحران ایدز مواجه می‌باشد؛ به طوری که طبق آمار منتشره توسط اداره پیشگیری از بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اوایل سال ۱۳۸۱، حدود ۴۲۳۷ مورد آلودگی به ویروس HIV گزارش شده است. از میان آنها ۶۲۶ نفر مبتلا به ایدز بوده و ۵۸۵ نفر به علت ایدز فوت کرده‌اند. ۱۶/۹٪ موارد ایدز در سنین ۲۰ تا ۲۹ سالگی و ۳۴/۸٪ در سنین ۳۰-۳۹ سالگی گزارش شده است که با توجه به دوره کمون طولانی (حدود ۱۰ سال)، بدیهی است که درصد بسیاری از موارد آلودگی به ویروس HIV در زمان نوجوانی و جوانی اتفاق افتاده است. بیشترین راه انتقال در ایران از طریق اعتیاد تزریقی، خون و فرآورده‌های آن و تماس جنسی می‌باشد (به ترتیب ۵۲/۸٪، ۱۹/۸٪ و ۱۵/۸٪) (۱).

جوانان و نوجوانان گروه‌های بسیار آسیب‌پذیری در مقابل ابتلا به ایدز می‌باشند و بالغ بر یک پنجم نوجوانان مبتلا به ایدز، دختر هستند که بیش از دو برابر میزان فوق در جمعیت بالغین است (۲). زیرا نوجوانی زمان تجربه کردن و انتخاب شخصی است و هویت شخصی و جنسی در این زمان شکل می‌گیرد (۲). نوجوانان اغلب تماس جنسی را انکار می‌کنند، لذا خود را در مقابل بیماری‌های مقاربتی و ایدز آسیب‌پذیر نمی‌دانند (۲). هنجارهای فرهنگی و نقش‌های جنسی، نوجوانان را بیشتر در معرض آلودگی به ویروس HIV قرار می‌دهد، به طوری که هویت مردانگی و جرأت و جسارت در پسران منجر به رفتارهای پرخطر مانند تعدد شرکای جنسی و عدم پایبندی به اخلاق در روابط با شریک جنسی خود می‌شود. این رفتارهای پرخطر دختران را بیشتر در معرض خطر عفونت‌های مقاربتی و ایدز قرار می‌دهد. در سراسر جهان روزانه ۵۰۰۰۰۰ جوان با یکی از عفونت‌های مقاربتی آلوده می‌شود. نیمی از موارد آلودگی به ویروس HIV (۸۰۰۰ نفر در

روز) در افراد زیر ۲۵ سال اتفاق می‌افتد. امروزه نزدیک به ۱۲ میلیون جوان با بیماری ایدز در جهان زندگی می‌کنند (۳). بالغ بر ۹۵٪ از کل موارد ایدز و مرگ ناشی از آن در کشورهای در حال توسعه بخصوص جوانان و زنان اتفاق می‌افتد (۴). اپیدمی جهانی ایدز در زنان به میزان هشدار دهنده‌ای رسیده است به طوری که بیش از ۱۱ میلیون زن اخیراً به عفونت HIV مبتلا شده‌اند. فاکتور خطر اولیه برای آلودگی به ویروس HIV در زنان، تماس‌های جنسی حفاظت نشده می‌باشد. چندین فاکتور جانبی از جمله ابتلاء به سایر بیماری‌های مقاربتی، شیوع HIV در جامعه، درگیر بودن در رفتارهای پرخطر جنسی در سنین پایین، تعداد زیاد شرکای جنسی، فاکتورهای هورمونی و ... بر خطر فوق تأثیر می‌گذارند (۵).

حدود ۳۳٪ جمعیت کشور ایران را جوانان ۱۰ تا ۲۴ ساله تشکیل می‌دهند (۶). تغییر شرایط اجتماعی مانند رشد فزاینده شهرنشینی، کاهش سن بلوغ، کاهش خانواده‌های گسترده و حتی هسته‌ای و انتشار سریع اطلاعات از طریق رسانه‌های گروهی در مورد جوانان ایران نیز صادق است. شواهد نشان می‌دهد که همزمان با کاهش سن بلوغ، سن اولین ازدواج در ایران به طور محسوسی افزایش یافته است (۷)، این امر منجر به شکاف زمانی طولانی بین بلوغ و ازدواج گردیده است. به خصوص دسترسی به اطلاعات غیررسمی و یا دسترسی به سایر رسانه‌های جهانی مثل ماهواره و اینترنت آنها را در معرض رفتارهای پرخطر جنسی قرار می‌دهد و تعدادی از شواهد نشان می‌دهد که بعضاً درگیر رفتارهای پرخطر باروری-جنسی می‌باشند (۸). لذا سیاست‌گذاران بهداشتی کشور به ضرورت طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی متناسب با فرهنگ در بین نوجوانان ایرانی پی برده‌اند (۹). از آنجائی که درصد زیادی از نوجوانان در مدارس حضور دارند (حدود ۱۸ میلیون دانش‌آموز در سراسر ایران تحصیل می‌کنند)

آموزش پیشگیری از ایدز توسط دو گروه همسالان و بزرگسالان

خلج آبادی فراهانی و ...

۶). همچنین پیش‌بینی تحصیل دختران ایرانی به طور متوسط تا ۱۱ سال، لذا درصد زیادی از آنان تا پایان مقطع دبیرستان در مدارس حضور دارند (۱۰)، بنابراین آموزش‌های پیشگیری از ایدز در مدارس از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. این‌گونه آموزش‌ها باید ترکیبی از اطلاعات در مورد ایدز و راه‌های انتقال، راه‌های پیشگیری و مهارت‌های لازم برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه ایدز باشد (۲). در راستای اهداف جهانی برای مقابله با ایدز، کشور ایران نیز در قالب یک طرح ملی مبارزه با ایدز در نظر دارد فعالیت‌های جامعی، شامل آموزش در مدارس را آغاز نماید. طرح‌های آموزش بهداشت باروری توسط همسالان در بسیاری از کشورها از جمله کشورهای آفریقایی اجرا می‌شود و به نظر موثر و ارزان بوده و باعث مشارکت و درگیر شدن خود نوجوانان می‌شود (۱۱). چرا که موثر بودن این روش بر اساس آن تئوری است که اطلاعات حساس، راحت‌تر بین افراد هم سن و سال مطرح می‌شود و شناخت خوب همسالان از محیط اجتماعی- فرهنگی گروه هدف، بهبود هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های حمایت‌کننده نگرش‌های مثبت و رفتارهای بهداشتی و درگیر شدن نوجوانان در طراحی طرح‌های مربوط به خودشان از مزایای طرح‌های گروه همسالان شمرده شده است (۲). اما به نظر بعضی از منتقدین این امر ممکن است بر اساس یک تئوری صرف باشد نه بر اساس شواهد اثربخشی. با توجه به اینکه از نظر روش اجرا و تجزیه و تحلیل، اینگونه طرح‌ها مشکل می‌باشد هنوز پاسخ صریحی به انتقاد بالا وجود ندارد. از سوی دیگر بعضی مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان، دوستان و همکلاسی‌های خود را به عنوان افراد محبوب و مناسب برای دریافت اینگونه اطلاعات در مورد ایدز معرفی نموده‌اند؛ چنانچه مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۱ بر روی ۱۳۸۵ نوجوان پسر ۱۵ تا ۱۸ ساله تهرانی انجام شد نشان داد که دوستان با ۱۶/۳٪

محبوب‌ترین فرد برای کسب اطلاعات در مورد روابط جنسی و بهداشت جنسی شمرده شده‌اند (۱۲). موارد ذکر شده همگی این سؤال را مطرح می‌کند که آیا در آموزش پیشگیری از ایدز، گروه همسالان در عمل از بزرگسالان موثرتر هستند؟ در صورت مثبت بودن، در بهبود کدامیک از جنبه‌های آموزشی (بعد آگاهی، نگرش و یا مهارتی)، تأثیر بیشتری دارند. لذا مطالعه حاضر برای پاسخ به سؤال بالا طراحی گردید که با استفاده از مدل تئوری شناختی- اجتماعی اجرا شد تا بتواند مدل اجرایی آموزش پیشگیری از ایدز را به آموزش و پرورش ارائه نماید.

مواد و روشها

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد بود که بر اساس مدل تئوری شناختی- اجتماعی طراحی شده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه ۴ قسمتی حاوی ۶۹ سؤال بود که شامل ۲۴ سؤال در مورد مشخصات خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۴ سؤال در مورد آگاهی، ۱۵ سؤال نگرشی و ۱۶ سؤال خودبسنده می‌باشد. سئوالات آگاهی در خصوص راه‌های انتقال و پیشگیری بیماری ایدز، وجود ظاهر سالم، درمان‌پذیری و... می‌باشد. سئوالات نگرشی دو نوع بودند؛ نوع اول نگرش آنان را در مورد آسیب‌پذیری نسبت به ایدز و نوع دوم نگرش آنان در مورد طرد بیماران مبتلا به ایدز را ارزیابی کرد و سئوالات خودبسنده شامل سئوالاتی پیرامون مهارت تصمیم‌گیری، حل‌مشکل و ابراز وجود در موقعیت‌های عمومی و اختصاصی برای رفتارهای جنسی و باروری می‌باشد.

تعداد ۴۴۱ دانش‌آموز دختر دبیرستانی پایه دوم منطقه ۴ آموزش و پرورش به روش خوشه‌ای تصادفی از ۷ دبیرستان منطقه ۴ آموزش و پرورش وارد مطالعه

آموزش پیشگیری از ایدز توسط دو گروه همسالان و بزرگسالان

شدند. نمونه‌های مورد نظر به نحوی انتخاب گردیدند که توزیع هر سه گروه (۲ مدرسه برای هر گروه مداخله و ۳ مدرسه برای گروه کنترل) در منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران کاملاً یکنواخت و نمایانگر کل منطقه باشد. در هر مدرسه تعداد تقریبی ۷۵ دانش‌آموز وارد مطالعه شدند. شرط ورود به مطالعه نیز تنها تمایل دانش‌آموز به شرکت در مطالعه بود. براساس جمعیت دانش‌آموزان پایه دوم و رشته مورد نظر (انسانی) در مدرسه فوق تعداد ۳-۲ کلاس انتخاب و کلیه دانش‌آموزان کلاس در مطالعه شرکت کردند. بنابراین در بعضی از مدارس تعداد دانش‌آموزان مورد بررسی کمی بیشتر از تعداد مورد نظر بوده است. پس از کسب مجوزهای لازم از اداره‌های آموزش و پرورش شهر تهران و مدیران مدارس، پیش‌آزمون برای دانش‌آموزان برگزار شد. پس از آن برنامه‌های مداخله آموزشی در گروه‌های مداخله توسط همسالان و بزرگسالان به اجرا درآمد؛ درحالی که گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکرد. یک ماه پس از پیش‌آزمون، مجدداً همان پرسشنامه به عنوان پس‌آزمون تکمیل گردید.

از کل ۴۴۱ نمونه وارد شده در مطالعه حاضر، مجموع ۱۴۷ دانش‌آموز از دو دبیرستان توسط گروه همسالان آموزش دیدند و مجموع ۱۴۳ دانش‌آموز از دو دبیرستان توسط گروه بزرگسالان آموزش پیشگیری از ایدز را دریافت نمودند و مجموع ۱۵۱ دانش‌آموز از سه دبیرستان هیچگونه آموزشی دریافت نکردند (گروه کنترل).

قابل ذکر است که در گروه کنترل در زمان پیش‌آزمون به سئوالات بی‌شمار دانش‌آموزان در خصوص راههای انتقال و پیشگیری ایدز جهت جلوگیری از تورش پاسخی داده نشد. پس از پس‌آزمون پمفلت ایدز که از انتشارات مشترک وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود در اختیار گروه

خلج‌آبادی فراهانی و ...

کنترل قرار داده شد و سئوالات آنها توسط محقق پاسخ داده شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، اطلاعات فوق توسط برنامه SPSS وارد کامپیوتر شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. تست‌های آماری مورد استفاده عبارت بودند از همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و آزمون شفه و ...

به منظور تعیین روائی یا اعتبار علمی پرسشنامه، از روش اعتبار محتوایی و روائی صوری استفاده گردید. به این ترتیب که پرسشنامه تهیه شده در اختیار تعدادی از محققین و اساتید و صاحب‌نظران اعم از متخصص اپیدمیولوژی-آموزش بهداشت، آمار و ... قرار گرفت و پس از جمع‌آوری نظرات و پیشنهادات، اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال گردید.

سنجش پایایی یا اعتماد پرسشنامه روش test-re-test به فاصله ۱۰ روز بر روی ۱۰ نفر از دانش‌آموزان کلاس دوم دبیرستانی در یکی از مدارس منطقه ۴ که نمونه مطالعه حاضر نبودند انجام شد و نتایج با استفاده از Paired t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ضریب همبستگی برای آگاهی از بیماری ایدز بین مرحله اول و دوم، ۰/۸۵ محاسبه گردید. برای نگرش‌های مرتبط با آسیب‌پذیری نسبت به بیماری ایدز و طرد بیماران مبتلا به ایدز ضریب پایایی ۰/۹۴ و برای قسمت خودبستگی، ضریب پایایی ۰/۹۴ نشان داده شد. از آنجائی که برنامه آموزشی برای تغییر رفتار با استفاده از مدل تئوری شناختی-اجتماعی طراحی شده بود لذا تعدادی از اجزاء این مدل که موجب تغییر رفتار می‌شوند در این مطالعه به کار گرفته شد که عبارتند از:

- افزایش اطلاعات و معلومات

- 1- Pearson Correlation
- 2- ANOVA
- 3- Scheffe
- 4-Content Validity
- 5- Face Validity
- 6- Reliability

و پیشگیری و.....، ۲ ساعت آموزش به روش بحث گروهی در مورد برخی نگرش‌های مرتبط با آسیب‌پذیری نسبت به بیماری ایدز و طرد بیماران مبتلا به ایدز، ۲ ساعت آموزش سه مهارت خودبسنده (تصمیم‌گیری، حل‌مشکل و ابراز وجود) به روش حل تمرین و کار گروهی با مثال‌های ارائه شده توسط خود نوجوانان. در گروه آموزش توسط همسالان، حمایت همسالان نیز وجود داشت در حالی که در گروه بزرگسالان وجود نداشت.

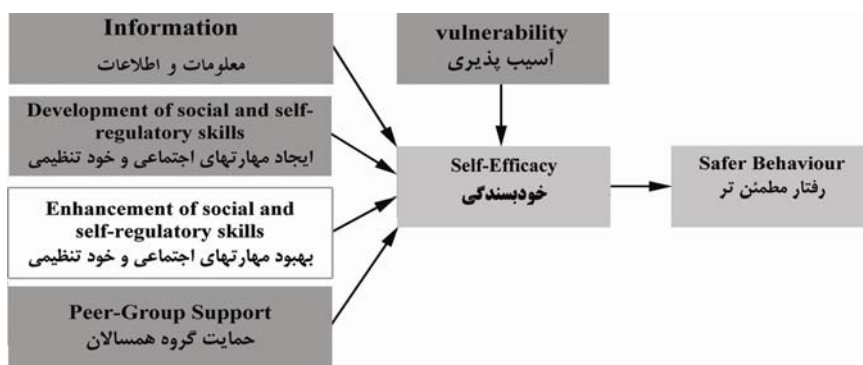
آموزش دهندگان همسال (۱۲ نفر) در کارگاه یک روزه و مشاورین هر مدرسه نیز در یک کارگاه یک روزه توسط کارشناس ارشد رشته آموزش بهداشت و بهداشت باروری در مورد ایدز و نگرش‌ها با استفاده از پمفلت و اسلاید و جزوه آموزش دیدند و مهارت‌های خودبسنده توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی به روش حل تمرین با استفاده از جزوه آموزش داده شد. اما به منظور پیشگیری از خطاهای احتمالی تاثیر سایر مواد آموزشی بر نتایج، آموزش دهندگان همسال و مشاورین مدرسه هیچ مواد آموزشی مکتوب در اختیار دانش آموزان قرار ندادند (مانند پمفلت و جزوه). ارزشیابی آموزش دهندگان همسال و بزرگسال نیز در پایان کارگاه آموزشی با استفاده از پرسش و پاسخ صورت گرفته و از توانایی آموزش دهندگان در انتقال مطالب به دانش آموزان اطمینان حاصل شده است.

سئوالات بخش آگاهی پرسشنامه به صورت ذیل

- ایجاد نگرش آسیب‌پذیری نسبت به بیماری
- ایجاد مهارت‌های خودبسنده و خود تنظیمی
- حمایت اجتماعی یا همسالان

مدل تئوری شناختی- اجتماعی که در این تحقیق به کار رفته است شاخه‌ای از تئوری یادگیری اجتماعی است که براساس آن یک مداخله تغییر رفتار موثر شامل چهار جزء مهم می‌باشد: ۱- افزایش آگاهی و اطلاعات از خطرات بهداشتی و متقاعد کردن افراد که توانایی تغییر رفتار را دارند ۲- توسعه مهارت‌های خودتنظیمی و خطرزدائی مورد نیاز برای تبدیل اطلاعات از خطرات بهداشتی به رفتارهای پیشگیرانه ۳- افزایش سطح این مهارت‌ها و سطح مهارت خودبسنده ۴- توسعه حمایت‌های اجتماعی برای افرادی که این تغییرات را ایجاد می‌کنند به منظور تسهیل در فرآیند تغییر و بقای آن (۱۳) (شکل شماره ۱).

آموزش دهندگان همسال توسط سایر دانش‌آموزان کلاس با رای‌گیری انتخاب گردیدند به طوری که از هر کلاس سه نفر پذیرفته شدند. مجموعاً ۱۲ نفر آموزش‌دهنده همسال برای ۲ مدرسه گروه همسالان و ۶ نفر مشاور مدرسه (رشته روانشناسی تربیتی) برای دو مدرسه مداخله توسط گروه بزرگسالان انتخاب گردیدند و تحت آموزش قرار گرفتند. بنابراین مدت زمان برنامه آموزشی (۶ ساعت) در هر دو گروه (آموزش توسط همسالان و آموزش توسط مشاورین مدرسه) به سه قسمت تقسیم گردید. ۲ ساعت آموزش به روش سخنرانی در مورد بیماری ایدز، راه‌های انتقال



شکل ۱- مدل تئوری شناختی اجتماعی (Social Cognitive Theory) (۱۳)

نگرشی فوق در سه گروه در پیش از مداخله و در پس آزمون با استفاده از تست آنالیز واریانس و آزمون شفه مورد مقایسه قرار گرفت.

پاسخ‌های سئوالات خودبسندهی نیز بر اساس مقیاس سه قسمتی لیکرت نمره‌گذاری شد؛ به طوریکه به پاسخ موافق نمره +۱، به پاسخ بی‌نظر نمره صفر و به پاسخ مخالف نمره -۱ اختصاص دادند. دامنه تغییرات نمره خودبسندهی از نمرات -۱۶ تا +۱۶ بود به‌طوریکه +۱۶ بیشترین نمره خودبسندهی و -۱۶ کمترین نمره خودبسندهی را دارا می‌باشد. میانگین نمرات خودبسندهی در سه گروه در قبل از مداخله و در پس از مداخله با استفاده از آنالیز واریانس آزمون شفه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی دانش‌آموزان مورد بررسی $15/9 \pm 0/7$ سال می‌باشد. $43/6\%$ دانش‌آموزان مذهب را در زندگی مهم و $38/7\%$ آن را خیلی مهم اعلام کردند. $30/8\%$ دانش‌آموزان در میان گذاشتن مسائل مهم با مادر را متوسط و $29/5\%$ آن را راحت اعلام کردند. در حالی که $68/9\%$ دانش‌آموزان مورد بررسی سابقه در میان گذاشتن مسائل جنسی را با مادر خود نداشتند و تنها $31/1\%$ مسائل فوق را قبلاً با مادر خود مطرح نموده بودند. در بین دانش‌آموزان مورد بررسی 427 نفر، $95/3\%$ با هر دوی والدین زندگی می‌کردند؛ در حالی که $4/7\%$ آنان با هر دوی والدین زندگی نمی‌کردند که مهم‌ترین علل آن در درجه اول فوت یکی از والدین ($42/4\%$) و پس از آن طلاق با $33/3\%$ ذکر شده است. حدود یک سوم دانش‌آموزان به اینترنت دسترسی داشتند ($31/8\%$) و بیش از یک سوم آنان به ماهواره دسترسی داشتند ($36/3\%$). $6/6\%$ دانش‌آموزان مورد بررسی سیگار و $1/6\%$ مواد مخدر استعمال می‌کردند. $99/5\%$ دانش‌آموزان مورد بررسی

امتیازبندی گردید. در سئوالات سه گزینه‌ای با پاسخ‌های (بلی، خیر، نمی‌دانم)، به پاسخ صحیح نمره +۱، به پاسخ غلط نمره صفر و به پاسخ نمی‌دانم نمره $0/5$ و در سئوالات دو گزینه‌ای (پاسخ بلی یا خیر)، به پاسخ صحیح +۱ و به پاسخ غلط صفر اختصاص داده شد. مجموع نمرات سئوالات آگاهی به عنوان نمره آگاهی هر فرد در نظر گرفته شد. دامنه تغییرات نمره فوق از نمره 30 (همه پاسخ صحیح) تا نمره صفر (همه پاسخ‌ها غلط) می‌باشد. سپس میانگین نمرات آگاهی دانش‌آموزان در سه گروه قبل و سپس پس از مداخله جداگانه با استفاده از آنالیز واریانس (ANOVA) مورد مقایسه قرار گرفت. از آنجائی که به علت حساس بودن بعضی سئوالات پرسشنامه ناچار به رعایت مسائل اخلاقی بودیم پرسشنامه بی‌نام بوده و همچنین قابلیت جور کردن با کدگذاری به دلایل اخلاقی و اطمینان از پاسخگویی صادقانه دانش‌آموزان وجود نداشت. لذا امکان استفاده از تست‌های paired t-test جهت مقایسه قبل و بعد هر گروه وجود نداشت. همچنین پاسخ صحیح به هر یک از سئوالات آگاهی نیز با استفاده از χ^2 در جداول توافقی 2×2 از پیش آزمون به پس آزمون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت (سطح خطای 5%).

در خصوص سئوالات نگرشی، از مقیاس سه قسمتی لیکرت استفاده شد (موافق، بی‌نظر، مخالف)، به طوری که به پاسخ‌های موافق +۱، به پاسخ‌های بی‌نظر صفر و به پاسخ‌های مخالف -۱ داده شد. نمره نگرشی دانش‌آموزان مورد بررسی در مورد حس آسیب‌پذیری نسبت به ایدز دارای دامنه تغییرات از -۸ تا +۸ می‌باشد. نمرات مثبت نشانه احساس آسیب‌پذیری بیشتر و نمرات منفی نشانه احساس آسیب‌پذیری کمتر می‌باشد. در مورد سئوالات نگرشی مربوط به طرد بیماران نیز از روش بالا استفاده شد؛ ولی دامنه تغییرات میانگین نمرات فرد بین +۱۰ و -۱۰ بوده است. میانگین نمره

1- Scoring

2- Match

قبلاً راجع به ایدز شنیده بودند و مهم‌ترین منبع کسب آگاهی در مورد بیماری ایدز به ترتیب تلویزیون ۹۶/۶٪، دوست ۸۵/۹٪، مجله و روزنامه ۸۰/۹٪ و والدین ۶۵/۷٪ اعلام شد.

درصد زیادی (۷۸/۷٪) از دانش‌آموزان دیده یا شنیده بودند که کسی مبتلا به ایدز شده باشد. حدود یک سوم دانش‌آموزان پیش از مداخله سطح آگاهی خود را کافی می‌دانستند (۳۳/۸٪) و ۲۴/۹٪ از دانش‌آموزان سطح آگاهی خود را ناکافی اعلام کردند. تقریباً نزدیک به ۱۰۰٪ دانش‌آموزان (۹۸/۹٪) به ضروری بودن آموزش ایدز به نوجوانان معتقد بودند و اکثریت آنان (۷۹/۵٪) مدرسه را مکان مناسبی برای آموزش پیشگیری از ایدز به نوجوانان می‌دانستند. دانش‌آموزان مورد بررسی، تلویزیون (۹۳/۴٪) و مجله (۸۳/۶٪) را مناسب‌ترین منبع برای دریافت اطلاعات در مورد بیماری ایدز گزارش نمودند.

جالب توجه اینکه در گروه مداخله آموزشی توسط همسالان، فراوانی نسبی دانش‌آموزانی که معلم را به عنوان بهترین فرد برای آموزش ایدز معرفی کرده بودند از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش یافته است (از ۷۲/۴٪ به ۸۱/۳٪، $p < ۰/۰۰۰۱$)، در حالی که این افزایش در گروه مداخله بزرگسالان معنی‌دار نمی‌باشد. در گروه مداخله آموزشی توسط بزرگسالان، فراوانی نسبی پدر، پزشک یا ماما به عنوان فرد مناسب جهت آموزش ایدز بطور معنی‌داری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش می‌یابد (به طوری که پدر به عنوان فرد مناسب برای آموزش از ۳۸/۵٪ در پیش‌آزمون به ۲۸/۱٪ در پس‌آزمون کاهش می‌یابد) ($p = ۰/۰۴$) و پزشک و ماما از ۷۶/۹٪ به ۶۵/۲٪ کاهش می‌یابد ($p = ۰/۰۲$) و مشاور مدرسه به عنوان فرد مناسب از ۷۱/۸٪ در پیش‌آزمون به ۷۶/۷٪ در پس از مداخله توسط مشاورین مدرسه (گروه بزرگسالان) افزایش معنی‌دار می‌یابد ($p = ۰/۰۰۲$).

میانگین نمره آگاهی دانش‌آموزان نسبت به بیماری ایدز در پیش‌آزمون در سه گروه کنترل، مداخله آموزشی توسط بزرگسالان (مشاورین مدرسه) و مداخله توسط همسالان به ترتیب ۲۳/۵، ۲۲/۶ و ۲۲/۲ می‌باشد که در پس‌آزمون ارقام فوق به ترتیب ۲۳/۳، ۲۴/۶ و ۲۴/۲ تبدیل می‌گردد. آنالیز واریانس (آزمون شفه) در پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری بین سه میانگین نشان می‌دهد ($p = ۰/۰۱۶$). در مقایسه‌های دو به دو این اختلاف بین میانگین نمره آگاهی گروه همسالان و کنترل می‌باشد ($\text{Mean Difference} = 1.24$, $p = ۰/۰۱۹$)، درحالی‌که میانگین نمره آگاهی در گروه همسالان پس از مداخله طوری افزایش می‌یابد که اختلاف آن با گروه کنترل در پس‌آزمون از حالت معنی‌داری خارج می‌شود و میانگین نمره آگاهی در گروه بزرگسالان نیز پس از مداخله طوری افزایش می‌یابد که با میانگین نمره آگاهی در گروه کنترل اختلاف معنی‌دار پیدا می‌کند (جدول شماره ۱). بنابراین گروه بزرگسالان و گروه همسالان نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری آگاهی دانش‌آموزان را در مورد ایدز افزایش داده‌اند.

سطح آگاهی نوجوانان براساس نظر خود دانش‌آموزان از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون در گروه مداخله آموزشی توسط همسالان به طور معنی‌داری افزایش یافته است به طوری که آگاهی ناکافی از ۳۴/۷٪ به ۱۱/۵٪ کاهش و آگاهی عالی، خوب و کافی به ترتیب از ۸/۲٪، ۲۸/۶٪ و ۲۸/۶٪ به ۱۲/۹٪، ۳۸/۸٪ و ۳۶/۷٪ افزایش یافت که با خطای ۵٪ این اختلاف معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۰۱$). این در حالی است که اختلاف فراوانی پاسخ به سؤال آگاهی دانش‌آموزان از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون در دو گروه بزرگسالان و گروه کنترل معنی‌دار نشان داده نشد.

نتایج مقایسه سه گروه از نظر تاثیر مداخلات آموزشی بر نوع نگرش دانش‌آموزان به شرح زیر است: نگرش در دو بعد مورد بررسی قرار گرفته است: ۱- نگرش

جدول ۱- میانگین نمره آگاهی در مورد ایدز بین سه گروه مداخله همسالان، مداخله بزرگسالان و کنترل قبل و پس از مداخله در بین دانش آموزان دختر دبیرستان های منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران، سال ۸۲-۱۳۸۱

میانگین M±SD	تعداد	فراوانی و نمره آگاهی	
		زمان و نوع مداخله	
۲۳/۴±۴/۱	۱۲۳	کنترل	پیش از مداخله
۲۲/۶±۲/۸	۱۲۱	مشاور مدرسه	
۲۲/۲±۲/۹	۱۰۹	همسال	
۲۳/۳±۲/۷	۱۰۵	کنترل	پس از مداخله
۲۴/۶±۲/۶	۹۷	مشاور مدرسه	
۲۴/۲±۲/۹	۱۰۲	همسال	

شماره ۲). نتایج مقایسه سه گروه از نظر نگرش نسبت به عدم طرد بیماران مبتلا به ایدز از پیش آزمون تا پس آزمون در جدول ۳ آمده است.

با استفاده از آنالیز واریانس، آزمون شفه، اختلاف معنی دار بین میانگین نمرات نگرشی نسبت به طرد بیماران مبتلا به ایدز در سه گروه در پیش از مداخله مشاهده نشد. البته نگرش در هر سه گروه منفی می باشد. در حالی که پس از مداخله، اختلاف معنی دار بین میانگین نمره نگرش فوق در سه گروه ایجاد شد ($p < 0/0001$)، به طوری که در مقایسه دو به دو گروه ها، این اختلاف بین

آسیب پذیری نسبت به بیماری ایدز، که جزئی از اجزاء مدل تئوری شناختی اجتماعی است و دامنه تغییرات آن بین +۸ و -۸ می باشد؛ ۲- نگرش در خصوص عدم طرد بیماران مبتلا به ایدز؛ که دامنه تغییرات نمره نگرشی فوق بین +۱۰ و -۱۰ می باشد.

با استفاده از آزمون شفه، اختلاف بین میانگین نمره نگرش آسیب پذیری در سه گروه در پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نمی باشد. چنانچه ملاحظه می گردد نگرش آسیب پذیری در هر سه گروه از پیش آزمون تا پس آزمون افزایش یافته است ولی این تغییرات با سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای ۵٪ معنی دار نمی باشد (جدول

جدول ۲- میانگین نمره نگرش در مورد آسیب پذیری در برابر بیماری ایدز بین سه گروه مداخله همسالان، مداخله بزرگسالان و کنترل در قبل و پس از مداخله در بین دانش آموزان دختر دبیرستان های منطقه ۴ آموزش و پرورش

شهر تهران، سال ۸۲-۱۳۸۱

میانگین M±SD	تعداد	فراوانی و نمره نگرش	
		زمان و نوع مداخله	
۴/۰±۲/۷	۱۴۶	کنترل	پیش از مداخله
۴/۱±۲/۶	۱۳۵	مشاور مدرسه	
۴/۱±۲/۵	۱۳۷	همسال	
۴/۳±۲/۵	۱۴۰	کنترل	پس از مداخله
۴/۷±۲/۲	۱۲۹	مشاور مرسه	
۴/۹±۲/۶	۱۲۹	همسال	

جدول ۳- میانگین نمرات نگرش در مورد طرد بیماران مبتلا به ایدز در بین سه گروه مداخله همسالان، مداخله بزرگسالان و کنترل در قبل و پس از مداخله در بین دانش آموزان دختر دبیرستان های منطقه ۴ آموزش و

پرورش شهر تهران، سال ۸۲-۱۳۸۱

میانگین M±SD	تعداد	فراوانی و نمره نگرش	
		زمان و نوع مداخله	
-۱/۱ ± ۴/۵	۱۴۶	کنترل	پیش از مداخله
-۰/۳ ± ۴/۵	۱۳۹	مشاور مدرسه	
-۰/۶ ± ۴/۳	۱۳۸	همسال	
-۰/۴ ± ۴/۴	۱۴۴	کنترل	پس از مداخله
۱/۵ ± ۴/۷	۱۲۹	مشاور مدرسه	
۱/۶ ± ۴/۳	۱۳۰	همسال	

پس از مداخله افزایش و نمره خودبستگی در کنترل کاهش می یابد. لذا نمرات خودبستگی گروه کنترل و گروه بزرگسالان به هم نزدیک می گردد. افزایش در نمره خود بستگی در گروه همسالان نیز مشهود است ولی اختلاف معنی دار با گروه کنترل ندارد. همچنین مقایسه دوه دو گروه ها پس از مداخله هیچ اختلاف معنی داری بین گروه همسالان و بزرگسالان از نظر تاثیر بر خودبستگی نشان نمی دهد (جدول شماره ۴).

بحث

چنانچه نتایج مطالعه فوق نشان داد در هر دو گروه مداخله (همسالان و بزرگسالان)، میزان آگاهی به طور معنی داری از پیش آزمون به پس آزمون افزایش می یابد. این امر تاثیر مثبت مداخله آموزشی (توسط گروه همسالان و بزرگسالان) را در ارتقاء سطح آگاهی دانش آموزان نسبت به ایدز نشان می دهد. مطالعه سال ۱۳۸۱ در ایران نیز تاثیر مثبت آموزش در ارتقای آگاهی پسران دبیرستانی شهر تهران را نشان داد (۸). مطالعه دیگری در کشور نیجریه نشان داد که مداخله آموزشی بر ارتقاء سطح آگاهی و بهبود نگرش و رفتار دانش آموزان تاثیر معنی داری دارد (۱۴). مطالعه ای که

گروه مداخله توسط بزرگسالان و کنترل (Mean Difference = -1.8781, p=0.003) و همچنین گروه همسالان و کنترل (Mean Difference = -1.9743, p=0.001) نشان داده شده است. قابل ذکر است که افزایش نمره نگرش فوق در جهت عدم طرد بیماران مبتلا در دو گروه همسالان و مشاورین به طور معنی داری بیشتر از افزایش در گروه کنترل بوده است. در حالی که میانگین نمره نگرشی فوق بین دو گروه همسالان و بزرگسالان (مشاورین مدرسه) اختلاف معنی داری در پس آزمون مشاهده نگردید (جدول شماره ۳).

میانگین نمره خودبستگی در بین سه گروه در قبل و پس از مداخله در بین دانش آموزان مورد بررسی با استفاده از آنالیز واریانس و آزمون شفه مورد مقایسه قرار گرفت که در جدول ۵ آمده است. براساس نتایج این جدول اختلاف بین میانگین نمره خودبستگی در سه گروه قبل از مداخله معنی دار می باشد (p=۰/۰۱۶). با مقایسه های دوه دو گروه ها این اختلاف بین گروه مشاورین مدرسه و کنترل می باشد (p=۰/۰۲۳). پس از مداخله معنی داری اختلاف بین دو گروه فوق از بین می رود؛ زیرا نمره خودبستگی در گروه بزرگسالان

جدول ۴ - میانگین نمره خودبسندهی در بین سه گروه مداخله همسالان، مداخله بزرگسالان و کنترل قبل و پس از مداخله در بین دانش آموزان دختر دبیرستان‌های منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تهران، سال ۸۲-۱۳۸۱

میانگین M±SD	تعداد	فراوانی و نمره خودبسندهی	
		زمان و نوع مداخله	
۸/۰±۵/۲	۱۳۸	کنترل	پیش از مداخله
۶/۲±۵/۶	۱۳۸	مشاور مدرسه	
۷/۶±۵/۳	۱۳۰	همسال	
۷/۳±۵/۸	۱۳۸	کنترل	پس از مداخله
۷/۵±۵/۶	۱۲۳	مشاور مدرسه	
۸/۱±۵/۲	۱۲۸	همسال	

است که طرح‌های همسالان لزوماً موثرتر از طرح‌های مشابهی است که توسط بزرگسالان هدایت می‌شود (۱۷). A.R. Mellanby در سال ۲۰۰۱ به یک بررسی مقایسه‌ای آموزش مسائل جنسی توسط گروه همسالان و بزرگسالان در انگلیس پرداخت و در نهایت پیشنهاد کرد که هر دو روش در آموزش بهداشت جنسی جایگاه دارند و تنها به ضعف همسالان در انتقال مطالب علمی به گروه هدف و فهماندن مطالب و درگیر کردن دانش‌آموزان در کلاس تاکید نمود (۱۸). همچنان که محقق در طرح حاضر بر روی دختران نوجوان تهرانی در مراحل نظارت بر جلسات مداخلات آموزشی نیز متوجه این نکته گردید. از سوی دیگر انتخاب آموزشگر مناسب که مورد پذیرش دیگر دانش‌آموزان باشد و قدرت بیان و کنترل گروه را داشته باشد نیز از شرایطی است که به نظر محقق از نکات ضروری انتخاب همسالان برای آموزش می‌باشد.

در خصوص استنباط نوجوانان از سطح آگاهی خودشان در مورد ایدز، نتایج نشان داد دانش‌آموزانی که توسط همسالان آموزش دیدند از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به طور معنی‌داری آگاهی خود را بهتر ارزیابی کردند به طوری که درصد دانش‌آموزانی که

برای ارزیابی تأثیر آموزش همسالان بر روی نوجوانان در خصوص رفتارهای پیشگیری ایدز و بیماری‌های مقاربتی در کشور کامرون انجام شده بود نشان داد که آموزش توسط همسالان به طور معنی‌داری با ارتقاء آگاهی در مورد روش‌های جدید پیشگیری از بارداری و علائم بیماری‌های مقاربتی همراه بوده است (۱۵). مطالعه مشابهی در کشور پرو در سال ۲۰۰۰ بر روی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه و در جامعه‌ای که مربیان همسال ساکن بودند انجام شد. این پروژه مربیان همسال را در طی دو ماه آموزش داد و هر مربی همسال مسئول آموزش بهداشت باروری به حداقل ۲۵ نوجوان دیگر در طی مدت ۶ ماه بود. طرح فوق پس از ۱۸ ماه پیگیری، تغییر معنی‌دار و مهمی در ارتقای سطح آگاهی در بین دانش‌آموزان مدارس مداخله ایجاد نمود (۱۱).

بر اساس مطالعه حاضر، دو گروه مداخله (توسط بزرگسالان و توسط همسالان)، از نظر تأثیر بر آگاهی دانش‌آموزان با هم اختلاف معنی‌دار نشان نداده‌اند. این نتیجه توسط مطالعه Siegle و همکاران در سال ۱۹۹۸ که نشان دهنده یکسان بودن تأثیر آموزش همسالان و بزرگسالان بوده نیز تأیید می‌شود (۱۵). همچنین در سایر تحقیقات در مورد طرح‌های همسالان ثابت نشده

سطح آگاهی خود را عالی و خوب می‌داشتند به ترتیب از ۸/۲٪ و ۲۸/۶٪ در پیش‌آزمون به ۱۲/۹٪ و ۳۸/۸٪ در پس‌آزمون افزایش یافت ($p < 0.001$). این در حالی است که در گروه آموزشی توسط بزرگسالان این افزایش معنی‌دار نمی‌باشد. لذا به نظر می‌آید گروه همسالان توانسته‌اند حس اعتماد به نفس بهتری در مورد اطلاعات مربوط به ایدز به گروه هدف بدهد و یا شاید به علت پاسخگوئی و تاکید همسالان بر نکاتی که بیشتر مورد سؤال دانش‌آموزان بوده و رفع ابهامات آنان، دانش‌آموزان گروه هدف بیشتر احساس می‌کنند که اطلاعاتشان افزایش یافته است و برعکس این حالت در گروه آموزش توسط بزرگسالان رخ می‌دهد. همچنین پاسخ به سؤال فوق در بعضی از موارد ممکن است با خطا همراه باشد زیرا ممکن است دانش‌آموزان به منظور القای ضرورت آموزش ایدز به نوجوانان در سیاست‌گذاران آموزشی و بهداشتی، به طور عمدی سطح اطلاعات خود را پائین‌تر نشان دهند.

در خصوص بهترین منبع دریافت اطلاعات راجع به پیشگیری از ایدز، همانطور که یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد تلویزیون، مجله و کتاب به ترتیب با ۹۳/۴٪، ۸۳/۶٪ و ۸۱/۵٪ ذکر شده است که نتایج مطالعه سال ۱۳۸۱ بر روی پسران نوجوان تهرانی نیز موید یافته‌های فوق می‌باشد (۸). بنابراین ادامه و تقویت برنامه‌های تلویزیونی مناسب می‌تواند در مورد اطلاع رسانی بویژه در نوجوان بسیار مؤثر باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر همچنین نشان می‌دهد در مقایسه پاسخ‌های صحیح به برخی سئوالات آگاهی در سه گروه، از پیش‌آزمون به پس‌آزمون، پاسخ صحیح به برخی از سئوالات در گروه همسالان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش معنی‌داری یافته است در مقایسه با گروه بزرگسالان و کنترل، مانند: سؤال " آیا ویروس HIV از طریق نیش حشرات منتقل می‌شود؟" و یا سؤال " آیا بیماری ایدز از طریق استفاده از توالی

مشترک منتقل می‌گردد؟" و یا "آیا ویروس HIV از طریق مراقبت از فرد مبتلا به ایدز منتقل می‌شود؟" و یا " آیا یکی از راه‌های پیشگیری از ایدز اجتناب و دوری از نیش حشرات است؟" و "آیا اگر فردی با فرد مبتلا به ایدز غذا بخورد ممکن است به بیماری ایدز مبتلا گردد؟" و یا " آیا پیشگیری بر علیه ایدز وجود دارد؟". سئوالات فوق اغلب توسط دانش‌آموزان پس از انجام پیش‌آزمون از پژوهشگر سؤال می‌شد که به آنها در آن زمان پاسخ داده نمی‌شد. این گونه سئوالات مورد نگرانی بیشتر دانش‌آموزان در خصوص بیماری ایدز بود. بنابراین به نظر می‌رسد آموزش دهندگان همسال از آنجائی که نیازهای گروه هدف (همکلاسی‌های هم‌سن و سال خود) را بهتر از بزرگسالان می‌دانسته‌اند بیشتر بر همان اطلاعات تاکید کرده‌اند و در القاء اطلاعات فوق موثرتر و موفق‌تر از گروه آموزش توسط بزرگسالان بوده‌اند. در حالی که گروه آموزش دهندگان بزرگسال در القا و رسانیدن نوعی دیگر از اطلاعات در خصوص ایدز به دانش‌آموزان بیشتر موفق بوده‌اند مانند وضعیت درمان ایدز، یا واکسیناسیون بر علیه ایدز. لذا علی‌رغم اینکه هر دو گروه مداخله آموزشی (همسالان و بزرگسالان) در ارتقای نمره آگاهی به طور یکسان موثر بوده‌اند و اختلاف معنی‌داری نشان نداده‌اند ولی نوع اطلاعات داده شده توسط دو گروه متفاوت می‌باشد به طوری که اطلاعات القاء شده توسط گروه همسالان در مقایسه با گروه بزرگسالان بیشتر متناسب با نیازهای اطلاعاتی گروه هدف می‌باشد.

همچنین در گروه همسالان، پس از مداخله آموزشی، دانش‌آموزانی که گزینه معلم را بعنوان بهترین فرد برای آموزش ایدز انتخاب کرده‌اند به طور معنی‌داری بیشتر شد ($p < 0.001$). این حالت ممکن است به علت رویت ضعف در آموزشگران همسال در کنترل کلاس و یا احاطه کافی به موضوع در زمان آموزش بوده است و یا ممکن است به علت برخی رقابت‌ها بین دانش‌آموزان

نسبتاً خوبی از حس آسیب‌پذیری قرار داشت. زیرا دامنه تغییرات آن از ۸- تا ۸+ می‌باشد که در هر سه گروه نمره نگرش فوق بین ۳/۹۸ تا ۴/۹۱ متغیر بود که نشان‌دهنده حس آسیب‌پذیری خوب نسبت به بیماری ایدز در بین دانش‌آموزان مورد بررسی می‌باشد.

در خصوص نگرش عدم طرد بیماران مبتلا به ایدز، هر دو گروه مداخله تاثیر مثبتی برافزایش نمره نگرش فوق داشتند. هرچند این اثر در مقایسه دو به دو هر دو گروه مداخله اختلاف معنی‌داری نداشت. علت اثر بخشی معنی‌دار در مورد این نوع نگرش را می‌توان به بعد خارجی این نوع نگرش نسبت داد نه بعد شخصی. مطالعه Magnani نیز یافته‌های فوق را تأیید می‌نماید (۱۱). نتایج نشان می‌دهد که مداخله آموزشی توسط همسالان تاثیر بیشتری در برخی از نگرش‌ها نشان داده‌اند.

براساس نتایج مطالعه حاضر، گروه مداخله توسط بزرگسالان به طور معنی‌داری باعث ارتقاء نمره خودبستگی در دانش‌آموزان شده است (در مقایسه با گروه کنترل)، درحالی که بین دو گروه مداخله توسط بزرگسالان و همسالان اختلاف معنی‌داری مشاهده نشده است و فرضیه صفر مبنی بر یکسان بودن دو گروه پذیرفته می‌شود. Speizer و همکارانش در سال ۲۰۰۰ که به بررسی تاثیر برنامه همسالان بر روی جوانان در نیجریه و قنا پرداخت توانست نشان دهد که میزان خودبستگی در مدارس مداخله نسبت به مدارس کنترل افزایش یافت (۱۹). البته مطالعه Speizer مقایسه‌ای با گروه مداخله بزرگسالان نداشته است.

آنچه از مطالعه حاضر بر روی دختران دبیرستانی شهر تهران استنباط می‌شود مدت زمان آموزش مهارت‌های خودبستگی تنها ۲ ساعت بود که به نظر می‌آید برای نوجوانان، مدت زمان بیشتری جهت یادگیری مهارت‌ها لازم است که با تحقیق و تفحص بیشتر می‌توان به آن پی‌برد. مطالعه Mellanby و همکاران که بر روی ۱۰۶۴

باشد که مورد توجه پژوهشگر در زمان انجام مطالعه قرار گرفت. برعکس در گروه مداخله توسط بزرگسالان (مشاورین مدرسه)، درصد دانش‌آموزانی که مشاور مدرسه و معلم را به عنوان بهترین فرد برای آموزش معرفی کرده بودند از پیش‌آزمون به پس‌آزمون به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. به طوری که قبل از مداخله اکثریت دانش‌آموزان پزشک و ماما را به عنوان مناسب‌ترین فرد اعلام کرده بودند؛ ولی پس از مداخله، گزینه معلم و مشاورین مدرسه بر پزشک و ماما برتری یافتند. دلیل این امر می‌تواند رضایت آنان از کلاس‌های هدایت شده توسط مشاورین مدرسه بوده باشد.

در خصوص نگرش آسیب‌پذیری نسبت به ایدز، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که هیچکدام از دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری در نمره نگرش آسیب‌پذیری دانش‌آموزان مورد بررسی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون نداشته‌اند. این نگرش با تغییرات عمیق درونی در افکار و باورها ایجاد می‌گردد زیرا به خود آنها مربوط بوده و به نظر می‌رسد برای تغییر نگرش فوق مدت مداخله آموزشی باید افزایش یابد. زیرا فاکتورهای متعدد شخصی بر آن اثر می‌گذارد و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مدت زمان بیشتری صرف بحث گروهی برای ایجاد نگرش آسیب‌پذیری منظور گردد. همچنان‌که در مطالعه‌ای در کشور پرو که در مدارس متوسطه و در سطح جامعه به بررسی تاثیر آموزش همسالان پرداخته بود نشان داد که برنامه فوق که در مدت ۶ ماه، مربیان همسال موظف به آموزش دیگر جوانان بودند تاثیر معنی‌دار و مثبتی بر نگرش دانش‌آموزان مداخله در مقایسه با مدارس کنترل داشته است (۱۱). لذا بدیهی است مدت آموزش مطالعه پرو بسیار بیشتر از مطالعه حاضر بر روی دانش‌آموزان تهرانی می‌باشد. البته قابل ذکر است که میانگین نمره آسیب‌پذیری در هر سه گروه در محدوده

آگاهی و مهارت‌های خودبسنده‌گی مشاهده گردید که به ناچار به بررسی تغییرات متغیرهای فوق از پیش‌آزمون به پس‌آزمون پرداختیم.

پیشنهادات

۱- از آنجائی که این مطالعه دارای محدودیت‌های زمانی برای طول مدت آموزش پیشگیری از ایدز و مهارت‌ها بوده، لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعه دیگری با مدت زمان بیشتر آموزش به خصوص در مورد مهارت‌های خودبسنده‌گی با حجم نمونه بیشتری به اجرا در آید.

۲- با توجه به نیاز شدید دانش‌آموزان به دریافت اینگونه اطلاعات (که توسط محقق احساس شد)، برنامه جامع آموزش پیشگیری از ایدز با تکیه بر مهارت‌های خودبسنده‌گی (تصمیم‌گیری، ابراز وجود، حل مشکل و ارتباط موثر) در مدارس ایران به اجرا در آید.

۳- تدابیری اندیشیده شود که بتوان رفتارهای نوجوانان را پس از اینگونه آموزش‌ها در خصوص بهداشت جنسی و پیشگیری از ابتلا به ایدز سنجید؛ مانند استفاده از کاندوم، مراجعه به مراکز درمانی، امتناع از عمل جنسی قبل از ازدواج و ...

۴- جهت پی بردن به اعتقادات عمقی دانش‌آموزان و دید آنان نسبت به اینگونه برنامه‌ها و پیشنهادات آنها انجام یک مطالعه کیفی پیشنهاد می‌گردد.

۵- استفاده از هر دو گروه همسالان و مشاورین مدرسه در برنامه‌های آموزشی ایدز برای پوشش اثربخشی در جنبه‌های مختلف نگرشی و آگاهی و آموزش تعدادی مشاور مدرسه جهت استقرار در مدارس و در صورت لزوم مراجعه نوجوانان پر خطر جهت دریافت خدمات و اطلاعات.

۶- ادامه برنامه‌های تلویزیونی در خصوص بیماری ایدز، به خصوص نمایش بیماران مبتلا به ایدز و مصاحبه با آنان بسیار مورد درخواست دانش‌آموزان بود.

۷- انتخاب دانش‌آموزان علاقمند که محبوب و همچنین مورد احترام کلاس باشد؛ و بتوانند با همه اقشار

دانش‌آموز ۱۴-۱۳ ساله انجام شد به مقایسه آموزش بهداشت جنسی در ۴ جلسه توسط همسالان و بزرگسالان پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد در خصوص مهارت‌های ابراز وجود پس از تصحیح قبل از مداخله، میانگین نمرات پس از مداخله در دو گروه مداخله بزرگسالان و همسالان مشابه بود (۱۹). چنانچه یک مطالعه نیمه تجربی در سال ۲۰۰۱ که به بررسی اثرات کوتاه مدت و دراز مدت پیشگیری از خطرات جنسی ویروس HIV در بین دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه بر روی آگاهی، خودبسنده‌گی و قصد رفتاری و رفتارهای آنان پرداخت، نشان داد که در کوتاه مدت، مداخله آموزشی در هر دو گروه مداخله توسط بزرگسالان و همسالان اثر قوی بر معلومات داشته و معلومات دانش‌آموزان را به طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل افزایش دادند. مقایسه‌های تغییرات خودبسنده‌گی در بین گروه‌های مداخله به تغییر معنی‌دار نرسید که تا حدودی نتیجه مطالعه حاضر را تأیید می‌کند؛ درحالی که در مورد اثرات دراز مدت نمرات آگاهی و معلومات طولانی مدت و خودبسنده‌گی مسائل جنسی در بین گروه‌های مداخله بیشتر از کنترل بوده است.

ممکن است این سؤال مطرح گردد که چرا میزان آگاهی، نوع نگرش و مهارت‌های خودبسنده‌گی دانش‌آموزان در پیش‌آزمون در سه گروه کنترل و مداخله توسط همسالان و مداخله توسط بزرگسالان یکسان نبوده است. در پاسخ باید متذکر گردید که فاکتورهای متعدد اجتماعی - خانوادگی و ... بر آگاهی، نگرش و خودبسنده‌گی دانش‌آموزان تأثیر می‌گذارند و علی‌رغم تلاش جهت یکسان بودن تقریبی وضعیت نمونه‌ها در سه گروه مورد بررسی از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی در پیش‌آزمون، باز هم در عمل، تفاوت معنی‌داری در بین سه گروه در پیش‌آزمون بین میزان

وزارت مربوطه و همچنین سازمان آموزش و پرورش شهر تهران و اداره آموزش و پرورش منطقه ۴ تهران و کلیه مدیران و مشاورین مدارس مورد بررسی تشکر و سپاس فراوان نمائیم. همچنین از جناب آقای دکتر محمد، متخصص آمار و جناب آقای دکتر حقانی به جهت راهنمایی‌های ارزنده‌شان کمال تشکر و قدردانی را دارم.

دانش‌آموزان ارتباط موثر برقرار کنند جهت آموزش عمقی به آنان و به کارگیری در برنامه‌های آموزشی در کلاس و مدرسه برای انتقال مطالب به سایر دانش‌آموزان.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی معاونت تربیت بدنی و تندرستی وزارت آموزش و پرورش در سال ۸۲-۱۳۸۱ به اجرا در آمد. لازم است از همکاری‌های بی‌دریغ دفتر فوق و

منابع

- ۱- معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. عفونت HIV و ایدز در ایران، مهر ۱۳۸۱.
- 2- Rotheram- Borus M.J., Miller S., Koopman C., Haignere C., Selfridge C. Adolescents living safely, AIDS awareness, attitudes and actions. HIV Centre for Clinical and Behavioural studies. New York, 2002.
- 3- Kiragu K., Youth and HIV/AIDS: Can we avoid catastrophe? Population Reports, Series L, No. 12 Baltimore, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, 2001.
- 4- Quek J.T., Li S.C. A study of the effectiveness of AIDS health education interventions among the adolescent population of Singapore. Singapore Med J. 2002; 43(7): 359-364.
- 5- Fowler M.G., Menick S.L., et al. Women and HIV, Epidemiology and global overview. Obstet Gynecol Clin North Am. 1997; 24(4): 705-29.
- 6- Statistical Centre of Iran. Population, Iran Statistical Yearbook, 2000, 46-75.
- 7- Ross J., Stover J., Willard A. Profile for Family Planning and Reproductive Health Programs, 116 countries. 1999.
- ۸- موسویان پور میرکبیر. تأثیر آموزش پیشگیری از ایدز بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه دولتی منطقه ۳ تهران (سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت. سال ۱۳۸۱-۱۳۸۰.
- ۹- سیاست‌های وزارت آموزش و پرورش در پیشگیری از آلودگی به بیماری ایدز، دفتر تغذیه و بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سال ۱۳۸۲.
- 10- UNFPA, Annual Report. Programme priorities, Adolescent reproductive health, 1998.
- 11- Magnani R., Gaffikin L., Espinoza V., et al. Evaluation of Juventud Es Salud, an adolescent reproductive and sexual health peer education program implemented in six department in Peru. (Final report prepared for Focus on Young Adults), Washington DC.
- ۱۲- محمدی محمدرضا، محمد کاظم، خلج آبادی فراهانی فریده، و همکاران. بررسی آگاهی، نگرش و رفتار پسران نوجوان ۱۵ تا ۱۸ ساله تهرانی در مورد بهداشت باروری- سال ۱۳۸۱. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، سال چهارم، ۱۳۸۲، شماره ۳، صفحات ۲۳۷-۲۵۰.
- 13- Peterson J.L., Diclemente R.J., Handbook of HIV prevention, Kluwer academic/ Plenum publishers, New York, 2000.
- 14- Fawole I.O., Asuzu M.C., Oduntan S.O., Brieger W.R. A school based AIDS education Program for secondary school students in Nigeria, a review of effectiveness. Health Edu Res. 1999; 14(5): 675-683.
- 15- Speizer I.S., Tambashe B.O., Tegang S.P. An Evaluation of the Enter Nous Jeunes Peer-educator Program for Adolescents in Cameroon. Stud Fam Plan. 2001; 32(4): 339-351.
- 16- Siegel D.M., Aten M.J., Enaharo M. Long-term effects of a middle school and high school-

18- Mellanby A.R., NewCombe R.G., Rees J., Tripp J.H. A comparative study peer –led and A dult –led school sex education. Health Edu Res. 2001;16(4):481-492.

19- Speizer I., Heller G., Brieger W. Findings from the West African Youth Initiative Project: Final evaluation of peer Educator Intervention. New York, NY: Rockefeller Foundation,2000.

based human immune deficiency virus sexual risk prevention intervention. Arch Pediatr Adolesc Med.2001;155(10):1117-26.

17- Philliber S. National campaign to prevent teen pregnancy In search of peer power: a review of research on peer-based interventions for teens, in: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1999, pp. 81-111.