

خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معتادین زرنديه

محمود کریمی^{۱*}؛ شمس الدین نیکنامی^۲

چکیده

زمینه: معتادین به مواد مخدر، تقریباً ۶۵ درصد موارد ایدز را در ایران تشکیل داده و مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر به عنوان عامل اصلی گسترش ایدز در ایران محسوب می شوند. هدف این مطالعه تعیین خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معتادین می باشد.

روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی ۸۶ نفر از معتادین مراجعه کننده به انجمن تولد دوباره زرنديه در سال ۱۳۸۷ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته شامل سازه های خودکارآمدی، منافع، موانع درک شده و رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بود. داده ها با آزمون های آماری آنالیز واریانس، رگرسیون و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: متغیرهای سن، سطح تحصیلات، آگاهی، منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی در مجموع، ۲۷/۸ درصد از پراکندگی مشاهده شده از رفتار پیشگیری از ایدز را توضیح می دهند که در بین این متغیرها موانع درک شده و خودکارآمدی، بیشترین قدرت پیشگویی کنندگی را داشتند، همچنین ۶۲/۵ درصد از نمونه ها اعتقاد داشتند که توانایی انجام رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز را دارند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه، رابطه بین منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز را تأیید می کند. پیشنهاد می شود که یافته های پژوهش حاضر به عنوان پایه ای برای مداخلات طراحی شده به منظور ایجاد رفتارهای پیشگیری از ایدز مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: خودکارآمدی، مدل باور بهداشتی، ایدز، وابستگی به مواد مخدر

«دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۳/۳۱»

۱. گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری ساوه، دانشگاه علوم پزشکی اراک

۲. گروه آموزش سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران

* عهده دار مکاتبات: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری ساوه، تلفن: ۰۲۵۶-۰۲۲۲۳۵۰

Email: karimymahmood@yahoo.com

مقدمه

اروپای شرقی و آسیا تقریباً همه موارد گزارش شده HIV، مربوط به معتادین می باشد. مطالعات و آمارها نشان می دهد که در این کشورها سن شروع مصرف مواد، کاهش یافته و مصرف مواد به سرعت در حال گسترش است (۴ و ۵). همچنین بیشتر معتادین از وضعیت آلودگی خود به HIV بی اطلاع هستند (۶).

طبق برآوردها ۳/۴ درصد جمعیت جهان و یا ۴/۷ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال جهان، دچار سوء مصرف

ویروس HIV از مهلک ترین ویروس های شناخته شده عصر جدید می باشد که به لحاظ میزان کشندگی زیاد و هزینه مراقبتی فراوان، تهدیدکننده جدی سلامت و اقتصاد جوامع است (۱ و ۲) و در سومین دهه حضور خود، تبدیل به بیماری همه گیری شده است که جامعه جهانی را تهدید می کند (۳). معتادین به مواد مخدر از گروه های در معرض خطر ابتلا به HIV هستند و در بعضی از کشورهای

بیفتند که افراد، تأثیر عمل در برابر موانع آن را پرهزینه، خطرناک، نامطبوع، ناراحت کننده و وقت گیر ارزیابی نمایند (۳). فرد براساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع منهای موانع عمل، رفتار را انجام می دهد یا از انجام آن خودداری می نماید (۳). خودکارآمدی به عمق اطمینان فرد راجع به کارآیی شخصی اش اشاره دارد (۱۶). رابطه بین خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در تحقیقات محققین ثابت شده و این سازه در کاهش رفتارهای پرخطر که می تواند منجر به HIV شود نقش مؤثری دارد (۱۷).

سازه های منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده می تواند به عنوان پایه نظری در بسیاری از برنامه های آموزش بهداشت توسط کارکنان حرفه ای بهداشتی به منظور ایجاد تغییر و ارتقاء رفتارهای بهداشتی به کار گرفته شود. در واقع اگر نسبت به عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی انسان، شناخت وجود داشته باشد، در ایجاد استراتژی ها و روش هایی که اهداف آموزش بهداشت را عملی می سازند، موقعیت بهتری ایجاد می شود و شاخص های موفقیت به روش منطقی تری انتخاب می گردند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معنادین زرنديه انجام شده است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. جمعیت مورد مطالعه، شامل ۸۶ مرد معناد مراجعه کننده به انجمن تولد دوباره زرنديه در فاصله مهر ۱۳۸۷ تا اسفند ۱۳۸۷ بودند که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. در ابتدای مطالعه، توضیحات کافی در مورد هدف مطالعه به واحدهای پژوهش داده شد و مراجعین با اخذ رضایت نامه کتبی در مطالعه، شرکت و اقدام به تکمیل پرسشنامه بی نام کردند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته بود. برای تعیین اعتبار

مواد هستند. در ایران نیز بین ۱/۷-۲/۸ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال و ۷/۵-۸ درصد جمعیت بالغ کشور، سوء مصرف کننده مواد افیونی هستند (۷). بیشترین موارد ایدز در ایران از راه تزریق مواد مخدر انتقال می یابد، میزان انتقال HIV از طریق تزریق مواد مخدر در جهان ۱۰-۵ درصد، در ایالات متحده ۳۶ درصد و در ایران بیش از ۶۰ درصد از موارد ابتلاست (۷ و ۸). مطالعات نشان داده اند که معنادان تزریقی قادرند برای کاهش خطر عفونت HIV در خود و دیگران، رفتارهای خود را تغییر دهند و این نکته برای محققینی که در این زمینه مطالعه می کنند حایز اهمیت است (۳). طراحی و به کارگیری یک برنامه مؤثر برای پیشگیری و کنترل ایدز بر اساس کاهش رفتارهای پرخطر، به یک چالش اساسی برای کارکنان بهداشتی و محققین در سراسر دنیا تبدیل شده است (۹).

کارآیی مدل اعتقاد بهداشتی که به عنوان چارچوب نظری در این مطالعه استفاده شده، در پیشگویی رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز توسط محققین مختلف، ثابت شده و سازه های این الگو در برنامه های آموزشی ایدز کاربرد داشته و به فهم بیشتر رفتارهای پیشگیری از ایدز و مصرف مواد کمک می کند (۱۰ و ۱۱). در مطالعه ای که توسط موتینتا و همکاران انجام شد پیشگویی کنندگی سازه های مدل برای استفاده از کاندوم و رفتارهای جنسی ایمن در نوجوانان، ۳۳ درصد گزارش گردید (۱۲). در مطالعه لالیس و همکاران، ۲۲ درصد پراکندگی رفتار جنسی ایمن توسط مدل پیشگویی شد (۱۳). سانگ لانگ تریو نیز قدرت پیشگویی کنندگی سازه های مدل را در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز، ۳۴ درصد گزارش کرد (۱۴). غفاری و همکاران نیز قدرت مدل را در پیشگویی رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در دانش آموزان، ۴۹ درصد گزارش کردند (۱۳).

سازه های منافع و موانع درک شده برای بیشتر تئوری های رفتار بهداشتی معمول و عناصر مرکزی در الگوی اعتقاد بهداشتی هستند (۱۵). تجزیه و تحلیل ناآگاهانه منافع منهای موانع ممکن است در جایی اتفاق

است) تشکیل شده بود که از ۳-۰ نمره داده شد. آلفای کرونباخ، همبستگی درونی سؤالات خودکارآمدی را ۰.۷۸ درصد نشان داد. ۶- بخش ششم سؤالات مربوط به عملکرد شامل ۶ سؤال و با گزینه‌های "بلی یا خیر" یا جواب "صحیح یا غلط" مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس نمره‌های صفر و یک امتیازبندی شد در نتیجه حداکثر امتیاز ۶ و حداقل امتیاز صفر بود. آلفای کرونباخ، همبستگی درونی سؤالات عملکرد را ۰.۸۱ درصد نشان داد. برای بررسی قدرت پیشگویی‌کنندگی رفتارهای پیشگیری‌کننده توسط متغیرهای جمعیت‌شناختی و سازه‌های مدل باور بهداشتی، متغیر وابسته (رفتارهای پیشگیری‌کننده)، یک متغیر دو حالتی با امتیازهای صفر (عدم انجام رفتار پیشگیری‌کننده) و یک (انجام رفتار پیشگیری‌کننده قابل قبول) تبدیل و وارد مدل رگرسیون لجستیک شد. برای انجام این کار بر اساس قرارداد به نمره‌های کم‌تر از سه مددجویان در این بخش، امتیاز صفر و به نمره‌های بالاتر از ۳، امتیاز یک داده شد. اطلاعات از واحدهای پژوهش به روش مصاحبه (برای بی‌سوادان و کم‌سوادان) و پاسخ کتبی خود نمونه‌ها جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS 16.0 و روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی مطلق و نسبی و آمار تحلیلی شامل آزمون‌های تی، ضریب همبستگی، رگرسیون و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، بیشترین میزان فراوانی افراد از نظر سنی (۵۹٪) مربوط به گروه سنی ۲۹-۲۵ سال با میانگین سنی ۲۶/۴۸ بود. میانگین سنی شروع مصرف مواد، ۲۱ و کم‌ترین سن شروع مصرف مواد، ۱۳ سالگی بود. در مورد سطح سواد، بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات راهنمایی (۳۶٪) و در مورد وضعیت اشتغال نیز ۶۵ درصد از افراد مورد مطالعه شاغل بودند (جدول ۱).

علمی این پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد. بدین ترتیب که بعد از تدوین، سؤالات مذکور با استفاده از منابع معتبر علمی، در اختیار ده نفر از اساتید آموزش بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی اراک و تربیت مدرس که دارای تخصص و تجربه کافی بودند قرار گرفت تا مناسبت ابزار با اهداف پژوهش بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای شامل کاملاً مناسب، مناسب، نامناسب و کاملاً نامناسب را مشخص نمایند. اعتبار محتوی برای سؤالات آگاهی ۰/۹، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ۰/۹-۰/۸ و سؤالات عملکرد ۰/۹ محاسبه شد و اعتبار آن تأیید گردید. برای تعیین اعتماد علمی پرسشنامه نیز از آزمون ثبات درونی استفاده شد که با فرمول آلفای کرونباخ محاسبه گردید. پرسشنامه در ۶ قسمت شامل ۱- مشخصات فردی (سن، تحصیلات، شغل و ...). ۲- بخش دوم شامل ۱۰ سؤال برای سنجش سطح آگاهی بود که براساس صفر و یک امتیازبندی شد یعنی برای پاسخ درست، نمره یک و برای پاسخ نادرست، نمره صفر در نظر گرفته شد. آلفای کرونباخ، همبستگی درونی سؤالات آگاهی را ۰.۸۲ درصد نشان داد. ۳- سؤالات مربوط به منافع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز شامل ۵ سؤال، که پاسخ آن در طیف سه قسمتی لیکرت "موافقم"، "نظری ندارم" و "مخالفم" تنظیم شده بود. آلفای کرونباخ، همبستگی درونی سؤالات منافع را ۰.۷۹ درصد نشان داد. ۴- سؤالات مربوط به موانع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز شامل ۵ سؤال، که پاسخ آن همچون منافع درک شده در طیف سه قسمتی لیکرت تنظیم شده بود و برای مطلوب‌ترین حالت یعنی کاهش درک موانع، نمره ۲، نظری ندارم، نمره یک و موافقم، نمره صفر در نظر گرفته شد. آلفای کرونباخ، همبستگی درونی سؤالات این بخش را ۰.۸۰ درصد نشان داد. ۵- بخش پنجم نیز از ۱۰ سؤال خودکارآمدی مربوط به رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز تشکیل شده بود که پاسخ هر سؤال از چهار گزینه (اصلاً صحیح نیست، کمی صحیح است، تا حدی صحیح است و کاملاً صحیح

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	
زیر ۲۰ سال	۴ (۴/۶)	
۲۰-۲۴ سال	۱۶ (۱۸/۶)	
۲۵-۲۹ سال	۵۱ (۵۹)	سن
۳۰-۳۴ سال	۱۲ (۱۴/۴)	
بالای ۳۵	۳ (۳/۴)	
شاغل	۵۶ (۶۵)	وضعیت
بیکار	۲۸ (۳۳)	شغلی
دانش آموز یا دانشجوی	۲ (۲)	
بی سواد و ابتدایی	۲۶ (۳۰)	وضعیت
راهنمایی	۳۱ (۳۶)	سواد
متوسطه	۲۸ (۳۳)	
دانشگاهی	۱ (۱)	
متأهل	۴۸ (۵۶)	وضعیت
مجرد	۳۶ (۴۲)	تأهل
مطلقه	۲ (۲)	

پیشگیری‌کننده از ایدز توسط متغیرهای سن، سطح تحصیلات، آگاهی، منافع و موانع درک‌شده و خودکارآمدی از آنالیز رگرسیون استفاده شد و مشخص گردید که این ۶ متغیر در مجموع ۲۷/۸ درصد واریانس رفتارهای پیشگیری‌کننده را توضیح می‌دهند. در بین این متغیرها، پیشگویی‌کنندگی همه متغیرها به استثناء سن معنادار بود و در این میان، میزان پیشگویی‌کنندگی متغیر موانع درک‌شده ($\beta=۰.۴۱$) بیش از سایر متغیرها بود و متغیرهای خودکارآمدی و منافع درک‌شده در مرتبه‌های بعدی بودند (جدول ۳).

یافته‌ها نشان داد رادیو و تلویزیون (۵۳٪)، دوستان و آشنایان (۴۱٪)، پزشکان و پرسنل بهداشتی و درمانی (۲۵٪) و کتاب، مجله و سایر مطالب نوشتاری (۱۷٪)، مهم‌ترین راهنمای عمل خارجی یا مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات در مورد ایدز بودند.

بررسی سابقه و نحوه مصرف مواد نشان داد که میانگین سابقه مصرف مواد در واحدهای پژوهش برابر ۵/۰۷ سال، رایج‌ترین ماده مخدر مصرفی به ترتیب اهمیت شامل هروئین (۴۱٪) و تریاک (۳۹٪) و رایج‌ترین شکل مصرف، روش تدخین (دود کردن) با ۶۷/۵ درصد است، همچنین ۲۰/۶ درصد از نمونه‌ها نیز به روش تزریقی، مواد مصرف می‌کردند. رفع مشکلات روحی (۳۷٪)، حس کنجکاو (کسب تجربه) (۲۴٪) و اصرار دوستان و آشنایان (۱۶٪) از مهم‌ترین عوامل شروع مصرف بودند.

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و میانگین نمره عملکرد از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد که نتایج نشان داد، بین متغیرهای وضعیت تأهل و اشتغال با عملکرد، اختلاف معناداری وجود دارد ($P=۰/۰۱۸$)، به طوری که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد و مطلقه، عملکرد بهتری داشتند و نمره عملکرد شاغلین از افراد بیکار بالاتر بود. در این مطالعه بین متغیرهای سن، تحصیلات و طول مدت مصرف مواد با عملکرد، ارتباط معناداری ملاحظه نگردید ($P>۰/۰۵$).

در مقایسه میانگین نمره آگاهی بر اساس ویژگی‌های فردی، آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین متغیرهای سطح سواد، تأهل و سن با آگاهی، ارتباط معناداری وجود دارد، به طوری که با افزایش سطح سواد و سن، آگاهی بالاتر می‌رفت و میزان آگاهی متأهلین بیشتر از مجردین و مطلقه‌ها بود ($P=۰/۰۱۴$). اما بین متغیرهای وضعیت اشتغال و طول مدت مصرف مواد با آگاهی، ارتباط معناداری مشاهده نشد.

به طور متوسط، ۶۷ درصد از نمونه‌ها نمره قابل اکتساب منافع نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز را درک کردند در حالی که ۵۹ درصد نمونه‌ها موانعی را نسبت به اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز درک کرده بودند و ۶۲/۵ درصد از نمونه‌ها نیز اعتقاد داشتند که توانایی انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز را دارند (جدول ۲).

برای بررسی میزان پیشگویی‌کنندگی رفتارهای

جدول ۲- میانگین ($\pm SD$) و دامنه نمرات قابل اکتساب و درصد میانگین از بیشترین نمره مورد بررسی در واحدهای پژوهش

توصیف	مقیاس	میانگین و انحراف معیار	محدوده نمرات قابل اکتساب	درصد میانگین از بیشترین نمره
منافع درک شده		$6/90 \pm 1/51$	۰-۱۰	۶۷
موانع درک شده		$6/62 \pm 2/04$	۰-۱۰	۵۹
خود کارآمدی		$22/03 \pm 6/20$	۰-۳۰	۶۲/۵
آگاهی		$6/15 \pm 3$	۰-۱۰	۵۲/۸
رفتار		$3/84 \pm 1/80$	۰-۶	۴۳/۷

جدول ۳- آنالیز رگرسیون متغیرهای مرتبط با رفتارهای

پیشگیری کننده

متغیر مستقل	بتا استاندارد شده	P value	R2
سن	۰/۹۶	۰/۷۵۲	
سطح تحصیلات	۰/۱۸	۰/۰۴۹	
منافع	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۲۷۸
موانع	۰/۴۱	۰/۰۰۰	
خودکارآمدی	۰/۳۸	۰/۰۰۰	

توزیع مواد در ۲۱ درصد از نمونه‌ها و سابقه تماس جنسی خارج از حریم خانواده در ۱۹/۸ درصد نمونه‌ها ملاحظه گردید که ۷۸ درصد از نمونه‌ها اعلام کردند که این تماس، محافظت نشده (بدون استفاده از کاندوم) بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درصد بالایی از افراد مورد مطالعه، علی‌رغم آگاهی، رفتار پیشگیرانه مناسبی نداشتند. در مطالعه‌ای که کارول در معتادان زندان مرکزی لندن انجام داد نیز مشخص شد که آن‌ها به‌طور متوسط، ۷ شریک جنسی داشته و ۲۶ درصد نیز سابقه توزیع مشترک داشتند (۱۸).

مطالعه میمن در انگلستان نشان داد که جوانان با وجود مطلع بودن از خطرات رفتارهای مخاطره‌آمیز، قصد رفتاری و رفتار خود را به سمت رفتار سالم جنسی تغییر نمی‌دهند (۲). مطالعات مختلف نشان داده‌اند وقتی بدن فرد معتاد، نیاز به ماده مخدر پیدا می‌کند برای برآوردن نیاز خود از هیچ عملی فروگذاری ننموده و امکان دست زدن به رفتارهای پرخطر افزایش می‌یابد (۳).

در مورد آگاهی، نکته جالب توجه این‌که تصورات غلط در مورد راه‌های انتقال همچون دست دادن (۶۹٪) و بوسیدن (۷۶٪) در بین نمونه‌های پژوهش وجود دارد. مطالعه عشرتی در بین زندانیان رجائی شهر نیز مؤید همین باور غلط در مورد راه‌های انتقال بود (۱۹)، مطالعه رحمتی نیز در بین دانشجویان تهرانی نشان داد که ۳۳ درصد از نمونه‌ها آگاهی کم در مورد بعضی راه‌های

بحث

در این پژوهش، رابطه سازه‌های خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بررسی شد و مشخص گردید که سازه‌های فوق به همراه متغیرهایی همچون سن، سطح تحصیلات و آگاهی در مجموع ۲۷/۸ درصد واریانس رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز را توضیح می‌دهند.

نتایج این پژوهش نشان داد ۵۲/۸ درصد از نمونه‌ها آگاهی خوب و ۳۳ درصد از آگاهی متوسط برخوردار بودند و بیشترین آگاهی در مورد راه‌های انتقال بیماری و کمترین میزان آگاهی در مورد علایم بالینی بیماری بود. علی‌رغم آگاهی خوب ۵۲/۸ درصد از نمونه‌ها، ۳۹/۵ درصد از آن‌ها عملکرد مناسبی نداشتند و به عبارت بهتر، اقدام پیشگیرانه مناسبی برای پیشگیری از ابتلا انجام نمی‌دادند. به طوری که سابقه رفتارهای پرخطر همچون

(۲۳) و اصغری در ایران (۲۴) که نشان دادند بین منافع درک‌شده و انجام فعالیت بدنی، رابطه معناداری وجود دارد همخوانی دارد.

در این مطالعه، کسب میانگین نمره ۶/۶۲ از ۱۰، نشان‌دهنده آن است که نمونه‌های پژوهش به‌طور متوسط ۵۹ درصد موانع را در راه اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز درک کرده بودند و موانع درک‌شده، بیشترین قدرت پیشگویی را در انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده داشت. از مهم‌ترین موانع درک‌شده نمونه‌های پژوهش، می‌توان به ترس از نتیجه آزمایش و در دسترس نبودن و رایگان نبودن مراکزی برای آزمایش اشاره کرد. کارگزاران و برنامه‌ریزان بهداشتی اگر به این مسایل و موانع در برنامه‌ریزی‌ها توجه نکنند، موانع درک‌شده توسط افراد، ممکن است به‌عنوان موانعی جهت انجام یک رفتار عمل کنند و افراد علی‌رغم آگاهی از روش‌ها و رفتارهای پیشگیری، اقدام به رفتارهای پرخطر کنند.

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که موانع درک‌شده، توانمندترین بعد در بیان یا پیش‌بینی رفتارهای محافظت‌کننده سلامتی است (۱۱). در مطالعه سنن هانتون در مناطق روستایی بنین و در مطالعه ماتسون در کنیا موانع درک‌شده، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده برای قصد استفاده از کاندوم بود (۲۲). مطالعه وین فیلد نیز در دانشجویان ایالات متحده نشان داد که موانع درک‌شده و جنس، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم استفاده از کاندوم بودند (۲۵)، مطالعه آدیچ در غنا نیز نشان داد که افرادی که سطح پایین موانع درک‌شده دارند تقریباً ۶ برابر بیشتر از دیگران در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده کرده بودند (۲۶). مطالعه ولک در کنیا نیز نشان داد که موانع درک‌شده هم در زنان و هم در مردان، تنها جزء الگوی HBM بود که بر روی استفاده از کاندوم مؤثر بود (۲۷).

در پژوهش حاضر، خودکارآمدی درک‌شده بعد از موانع، مهم‌ترین پیشگویی‌کننده در انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده بود. در بررسی‌هایی که رابطه

انتقال همچون نیش حشرات داشتند (۲). این مسأله، لزوم آموزش بیشتر و یا بازنگری در نحوه آموزش در مورد علائم بیماری و راه‌های انتقال را نشان می‌دهد.

برطبق یافته‌های این پژوهش، میانگین نمره رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز افراد متأهل و شاغل بالاتر بود که این مسأله را می‌توان به وضعیت باثبات‌تر مادی و روانی افراد شاغل و نیز حمایت اجتماعی یا معنوی خانواده در افراد متأهل نسبت داد. این ارتباط در مطالعه نیکنامی که در معتادین خودمعرف کرمانشاه انجام شده نیز تأیید شده است (۳).

در این مطالعه، واحدهای پژوهش، اعتقاد زیادی به منافع رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز داشتند که میانگین نمره ۶/۹۰ از حداکثر نمره قابل اکتساب ده، دال بر آن است که ۶۷ درصد نمونه‌ها فواید رفتارهای پیشگیری را درک کرده بودند. سطح نسبتاً مطلوب منافع درک‌شده توسط واحدهای پژوهش، نشان‌دهنده آن است که منافع بالقوه رفتارهای پیشگیری، توسط افراد به خوبی درک شده و با برطرف کردن موانع اتخاذ رفتار، می‌توان به سمت تغییر رفتار و اتخاذ رفتارهای ایمن در جامعه حرکت کرد.

مطالعه لالیس نیز نشان داد که بین نگرش فرد نسبت به منافع استفاده از کاندوم در پیشگیری از ایدز با استفاده از آن رابطه مستقیم وجود دارد (۲۰). بر طبق نظر محققین، درک شخص از منافع، مسیر اقدام را هموار می‌سازد و فرد بر اساس تجزیه و تحلیل منافع منهای موانع عمل، رفتار را انجام می‌دهد یا از آن خودداری می‌نماید (۲۱). مطالعه رحمتی نیز نشان داد که تنها منافع درک‌شده از الگوی اعتقاد بهداشتی پیش‌بینی‌کننده قصد رفتاری انجام آزمایش HIV در دانشجویان بود (۲). مطالعه لارکو در نوجوانان آمریکایی نشان داد که منافع درک‌شده کاندوم در جهت پیشگیری از حاملگی، مهم‌ترین سازه پیشگویی‌کننده برای استفاده از آن بود (۲۲). یافته‌های پژوهش حاضر در مورد تأثیر منافع درک‌شده بر انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده با مطالعات راتان سوان در تایلند

پژوهش حاضر نشان داد که صدا و سیما مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات افراد در مورد بیماری بوده است. این مسأله تأکیدی بر اهمیت صدا و سیما و نقش آن در اطلاع‌رسانی درست و لزوم بهره‌گیری و همکاری بیش از پیش وزارت بهداشت با رسانه ملی در تهیه برنامه‌های تغییر رفتار و ایجاد رفتارهای سالم در جامعه است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، رابطه بین خودکارآمدی، منافع و موانع درک‌شده را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز تأیید می‌کند. نتایج این مطالعه می‌تواند در استراتژی‌های مداخله‌ای تئوری‌محور، به‌منظور ایجاد و تغییر رفتار بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد تا شاخص‌های موفقیت به‌روش منطقی‌تری انتخاب گردند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از شیوه خودگزارش‌دهی جهت گردآوری اطلاعات اشاره کرد که با توجه به ویژگی و نوع رفتار در مطالعاتی از این نوع، اجتناب‌ناپذیر است، در خانمه، انجام پژوهشی کیفی در مورد رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در گروه‌های پرخطر همچون مصرف‌کنندگان مواد و نیز بررسی تأثیر سازه‌های مدل در محیط‌های مشابه و مناطق دیگر توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

محققین این مطالعه بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری کلیه مددجویان شرکت‌کننده در این مطالعه و نیز مسئول محترم انجمن تولد دوباره، تقدیر و تشکر نمایند.

خودکارآمدی درک‌شده با رفتارهای بهداشتی را مورد مطالعه قرار داده‌اند نشان داده شده است که خودکارآمدی، اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و در برخی از بررسی‌ها خودکارآمدی بیش از ۵۰ درصد واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین می‌کند (۲۸). مطالعات آینده باید حاوی استراتژی‌هایی برای بالا بردن خودکارآمدی و منافع درک‌شده و نیز استراتژی‌هایی برای کاهش موانع درک‌شده برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده باشند. نقش خودکارآمدی به‌عنوان سازه‌ای مهم برای کاهش رفتارهای خطر مرتبط با ایدز در مطالعات زامبونی (۲۹)، اسمیت (۳۰)، باندورا (۱۳) و سون‌ئین کانگ (۱۳) تأیید شده است. بهبود خودکارآمدی به‌عنوان یک هدف میانی برای کاهش عفونت HIV مطرح است (۱۳). براساس تئوری شناخت اجتماعی، فردی که خودکارآمدی پایین دارد بیشتر احتمال دارد که در یک رفتار پرخطر درگیر شود تا فردی که خودکارآمدی بالاتری دارد (۱۳). در مطالعه آدیچ در غنا افراد با سطح خودکارآمدی بالا، سه برابر بیشتر از کاندوم استفاده کرده بودند (۲۶). مطالعه لین در تایوان نیز نشان داد که خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار جنسی ایمن و یا غیرایمن بود (۳۱). مطالعه کیسون نشان داد که دانش‌آموزانی که در عدم پذیرش فعالیت جنسی، خودکارآمدی پایین داشتند دو برابر دانش‌آموزان با سطح خودکارآمدی بالا آمیزش جنسی داشته و ۵ برابر کم‌تر از کاندوم استفاده کرده بودند (۳۲). همچنین مطالعه سون‌ئین کانگ در معتادین نشان داد که خطر استفاده از سرنگ مشترک و تماس جنسی غیرایمن در افراد با خودکارآمدی پایین، به ترتیب ۱/۶۱ و ۱/۳۲ برابر افراد با سطح خودکارآمدی بالاست (۱۳).

References

1. Taeri K, Kasaeian N, Fadei NR, Ataei B. [The prevalence of hepatitis B, hepatitis C and associated risk factors in intravenous drug addicts with HIV in Isfahan(Persian)]. Journal of Isfahan Medical School 2008;26(90): 273-7.
2. Rahmati KF, Niknami SH, Aminshokravi F, Ahmadi F, Gafari MR, Rahnama P. [The implication of health belief model in planning educational programmers for preventing HIV/AIDS among university students(Persian)]. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2009;8(4):147-66.

3. Karimy M, Heidarnia AR, Ghofranipour GH. [The effect of health education based on health belief model on preventive behaviors of AIDS in addict in Zarandieh (Persian)]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2009; 18(70):64-73.
4. Sanaei Moghadam E, Sargolzaie N, Karami Sh, Shideh M, Khosravi S, Fadaie M, et al. [Knowledge, attitude and practice regarding blood donation among Sistan and Baluchistan province blood donors about HIV(Persian)]. *Journal of Blood* 2009;6(2):117-23.
5. Dolan KA, Niven H. A review of HIV prevention among young injecting drug users: A guide for researchers. *Harm Reduct J* 2005; 2(1): 5.
6. Safdar S, Mehmood A, Abbas SQ. Prevalence of HIV/AIDS among jail inmates in Sindh. *J Pak Med Assoc* 2009;59(2):111-2.
7. Amani F, Sadeghieh S, Salamati P. [Features addicts referred to their centers referrals Ardabil (Persian)]. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2005; 4(1):55-9.
8. Kalichman SC, Rompa D, Cage M, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, et al. Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *Am J Prev Med* 2001;21(2):84-92.
9. Rhodes T, Platt L, Sarang A, Vlasov A, Mikhailova L, Monaghan G. Street policing, injecting drug use and harm reduction in a Russian city: a qualitative study of police perspectives. *J Urban Health* 2006;83(5):911-25.
10. Gahanloo A, Ghofranipour F, Vafaei M, Kimiagar M, Heidarnia AR, Sobhani AR. [Assessment HBM structures along with DBA1C in diabetic patients with optimum and un-favorable diabetic(Persian)]. *Hormozgan Medical Journal* 2008; 12(1):37-42.
11. Karimy M, Hasani M, Khorram R, Ghafari M, Niknami Sh. [The effect of education based on health belief model on breast self examination in the health volunteers in Zarandieh (Persian)]. *Tabibe Sharg Journal of Zahedan Medical School* 2008;10(4):79-87.
12. Mutinta R, Simuzoshya M. Variables associated with condom use among college freshmen within the health belief model framework. PhD thesis in Public Health. Virginia: Faculty of Public Health, Walden University 2009; 201-10.
13. 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.
14. Trieu S L, Naomi NM, Marshak HH, Males MA, Bratton SI. Factors associated with the decision to obtain an HIV test among Chinese/Chinese American community college women in Northern California. *Californian J Health Promot* 2008; 6(1):111-27.
15. Kang SY, Deren S, Andia J, Colón HM, Robles R. Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addict Behav* 2004;29(3):567-74.
16. Peyman N, Heidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnegad A, Khodai Gh, Aminshokravi F. [The relationship between perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centers in Mashad in order to decrease unwanted pregnancies (Persian)]. *Journal of Reproduction Infertility* 2007; 8(30):78-90.
17. Maibach E, Schlenger W, Stein JA, Murphy DA. Con-centralizing the multidimensional nature of self-efficacy: assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health Psychol* 2001; 20(4):281-90.
18. Carvell AL, Haret GJ. Risk behaviors for HIV infection among drug users in prison. *BMJ* 1990; 300(6736):1383-94
19. Eshrati B, Asl RT, Dell CA, Afshar P, Millson PM, Kamali M, et al. Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: initial support for providing education on the benefits of harm reduction practices. *Harm Reduct J* 2008;5: 21.
20. Lollis CM, Johnson EH, Antonio MH. The efficacy of HBM for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Education prevention* 1997; 9(6):551-63.
21. Glanz K, Barbara K, Rimer K. Health behavior and health education, theory, research and practice. 2nd ed. Jossey-Bass A Wiley Imprint 2008; 25-36.
22. Hounton SH, Carabin H, Henderson NJ. Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: a cross sectional survey. *BMC Public Health* 2005; 5: 8.
23. Ratanasawan T, Indharapakdi S, Promrerk R, Komolviphat T, Thanamai Y. Health belief model about diabetes mellitus in Thailand: the culture consensus analysis. *J Med Assoc Thai* 2005;88(5):623-31.
24. Asghari T. [The effect of educational program safety on based health belief model in workers(persian)]. PhD thesis in Health education. Esfahan: Public Health Faculty, Esfahan University of Medical Science 2006; 120-9.
25. Winfield EB, Whaley AL. A comprehensive test of the HBM in the predicting condom use among African American collage students. *Journal of Black Psychology* 2002; 28(4):330-46.

26. Adih WK, Alexander CS. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. *J Adolesc Health* 1999;24(1):63-72.
27. Volk JE, Koopman C. Factors associated with condom use in Kenya: a test of the health belief model. *AIDS Educ Prev* 2001;13(6):495-508.
28. Mazloomi M S, Mehri A, Morowatisharifabad M A. [The relationship of health behavior with Self-esteem and self-efficacy in students of Yazd Shahid Sadooghi University of Medical Sciences (Persian)]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2006;3(2):111-117
29. 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.
30. Smith KW, McGraw SA, Costa LA, McKinlay JB. A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: development and evaluation. *AIDS Educ Prev* 1996;8(2):97-105.
31. Lin P, Simoni JM, Zemon V. The health belief model, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Educ Prev* 2005;17(5):469-83.
32. Kasen S, Vaughan RD, Walter HJ. Self-efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. *Health Educ Q* 1992;19(2):187-202.