Iranian Journal of Health Education and Health Promotion

www.journal.ihepsa.ir

Original Article

A Survey on The Effect of Group-Discussion to HIV Prevention in Self-Care Vulnerable Women, in Karaj in 2014-2015

Nahid Rabie [1], Tayebeh Fasihi Harandi [2], Mostafa Qorbani [3]

1. Dept. of Health Education, School of Public Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
2. Research Center for Social Factors Affecting Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
3. Dept. of Social Medicine, Faculty of Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Article Information

Article history:

Received: 2016/02/09
Accepted: 2017/04/22
Available online: 2017/08/24

IJHEHP 2017; 5(2): 113-120

DOI:
10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113

Corresponding Author:
Dr Tayebeh Fasihi Harandi
Research Center for Social Factors Affecting Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Tel:+989022002806

Email: tfasihih@gmail.com

Abstract

Background and Objective : Undoubtedly, AIDS is the most important infectious disease emerged in the late twentieth century. In recent years, the third wave of HIV transmission through sexual activity is rising. The main aim of this study was to investigate the effect of group-discussion-based education on HIV prevention among vulnerable women, in Karaj in 2015.

Methods: The study was conducted as a semi-experimental trial with pre-, post-intervention on 46 vulnerable women referring to behavioral health counseling Center and special center for counseling vulnerable women. Sampling was conducted based on in-access samples and were evaluated in three Phases (before intervention, one week after intervention and two months after intervention). Data were collected by questionnaire in which two parts existed. The first part included demographic questions and the second part was in regard to the questions about knowledge, attitude, practice and the risky behaviors. Data were evaluated statistically using SPSS version 21 and descriptive tests, t-tests, and Analysis Of Variance (ANOVA).

Results: The results demonstrated that the differences between mean scores of attitude before and two months after the intervention was 2.97 ± 1.78 and difference in performance scores before and two months after the intervention was 2.69 ± 2.11. There was a statistically significant difference (P <0.0001) when comparing the average score of knowledge, attitude and practice of samples pre-, post-intervention. The significant difference between before and after intervention was the use of condoms (P <0/001).

Conclusion: The appropriate method of educational interventions provided positive effects in increasing participats'knowledge, their positive attitudes and improvement in their behavior. A continuous and targeted training in supportive circumstances without prejudice about vulnerable women seems an immediate requirement for health promotion in the society.

KeyWords: AIDS, Group-Discussion, Intervention, Vulnerable Women

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to Cite This Article:

Rabie N, Fasihi Harandi T, Qorbani M. A Survey on The Effect of Group-discussion to HIV Prevention in Self-care Vulnerable Women, in Karaj in 2014-2015. Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5(2):113-120.

Rabie, N., Fasihi Harandi, T. & Qorbani, M. (2017). A Survey on The Effect of Group-discussion to HIV Prevention in Self-care Vulnerable Women, in Karaj in 2014-2015. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(2):113-120.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-12-04]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
تابستان ۱۳۹۶
2017;5(2): 113-120
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

تأثیر آموزش مبتنی بر بحث گروهی در خودمراقبتی زنان آسیب‌پذیر برای پیشگیری از ابتلا به ایدز، شهر کرج

ناهید ربیعی[۱]، طیبه فصیحی هرندی[۲]، مصطفی قربانی[۳]

۱. گروه آموزش بهداشت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۳. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲۰
پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۲
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۶/۰۲

IJHEHP 2017; 5(2): 113-120

نویسندهٔ مسئول:
دکتر طیبه فصیحی هرندی
مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
تلفن: ۰۹۰۲۲۰۰۲۸۰۶
پست الکترونیک:
tfasihih@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سومین موج انتقال اچ آی وی از طریق روابط جنسی در سال‌های اخیر، رو به افزایش است و این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر بحث گروهی در خودمراقبتی زنان آسیب‌پذیر برای پیشگیری از ابتلا به ایدز، در شهر کرج در سال۹۴ -۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی با مداخلهٔ آموزشی از نوع پیش و پس، روی ۴۶ زن آسیب‌پذیر در برابر ابتلا به ایدز، انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه و مشتمل بر دو بخش؛ اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوط به آگاهی، نگرش، عملکرد و رفتارهای پرخطر بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۹ و به‌کارگیری آزمون توصیفی، آزمون تی، آنالیز واریانس و ANOVA تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: تفاوت میانگین نمرات نگرش قبل و دو ماه بعد از مداخلهٔ آموزشی ۱/۷۸±۲/۹۷ و تفاوت میانگین نمرات عملکرد قبل و دو ماه بعد از مداخلهٔ آموزشی ۲/۱۱±۲/۶۹ به‌دست آمد. بین متوسط نمرهٔ آگاهی، نگرش و عملکرد نمونه‌های پژوهش شدهٔ قبل و دو ماه بعد از آموزش تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P<۰/۰۰$). نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین استفاده از کاندوم پیش و پس از آموزش وجود داشت ($P<۰/۰۰$).

نتیجه‌گیری: انجام مداخلات آموزشی با شیوه‌های مناسب در افزایش دانش، تغییرات مثبت نگرش و بهبود عملکرد شرکت‌کنندگان مؤثر بوده است. اجرای آموزش‌های مستمر و هدفمند در محیطی حمایتگر و به دور از پیش‌داوری و قضاوت در زنان آسیب‌پذیر نیاز مهمی ارزیابی می‌شود.

کلمات‌کلیدی: مداخلهٔ آموزشی، بحث‌گروهی، ایدز، زنان آسیب‌پذیر

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفادهٔ علمی از این مقاله برای مجلهٔ آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

مقدمه

ویروس اچ آی وی/ ایدز از مهلک‌ترین ویروس‌های شناخته‌شدهٔ عصرحاضر است و به‌لحاظ کشندگی بالا و هزینهٔ مراقبتی فراوان تهدیدی جدی برای سلامت و اقتصاد جوامع است (۱،۲) همه‌گیری ایدز در تمام کشورهای دنیا و همهٔ گروه‌های سنی، جنسی، نژادی، فرهنگی و طبقهٔ اقتصادی ـ اجتماعی اتفاق افتاده است (۱).

افزون بر ۳ دهه از کشف ویروس می‌گذرد و ۳۵ میلیون نفر در جهان به این ویروس آلوده شده و ۲ میلیون نفر جان خود را در اثر این بیماری از دست داده‌اند. در حال حاضر ۷۰ درصد از تمام موارد جدید ابتلا به کشورهای جنوب صحرای آفریقا مربوط می‌شود و این در حالی است که ۸۲ درصد کشورها برنامه‌های ملی استراتژیک مبارزه با ایدز را انجام می‌دهند (۲).

براساس آمار منتشرشده از سوی کارگروه کشوری ایدز (۱۳۹۲) در ایران نزدیک به ۲۷ هزار تن آلوده به این ویروس شناسایی شده‌اند که نزدیک به ۱۰ درصد آنان زنان هستند (۳). در سال ۱۳۹۱ تخمین زده شد که تعداد زنان آلوده به این ویروس در سال ۱۳۹۴ در مقایسه با سال ۱۳۸۹ بیش از ۳۵ درصد افزایش خواهد یافت (۴). زنان و دختران علاوه بر دلایل زیست‌شناختی به‌علت عوامل اقتصادی ـ اجتماعی و فرهنگی نسبت به بیماری

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-12-04]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113]

آسیب‌پذیرترند. این گروه دو تا چهار برابر مردان مستعد ابتلا به ایدز هستند و تقریباً بیش از ۵۰ درصد موارد جدید ابتلا در دنیا، در این گروه هستند (۵). گروه‌های در معرض خطر دارای رفتارهای پرخطر هستند. رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش دهد (۶). عفونت اچ آی وی/ ایدز با رفتارهای پرخطری مثلِ رابطهٔ جنسی بدون محافظت و استفاده از موادمخدر تزریقی ارتباط دارد. رابطهٔ جنسی، عمده‌ترین راه انتقال این بیماری در دنیاست؛ به‌گونه‌ای که ۸۵ درصد موارد جدید ابتلا از این راه است (۷). در کشور ما بیشترین راه انتقال شامل تزریق مشترک موادمخدر و روابط جنسی است که هر دوی این راه‌ها، جزء رفتارهای پرخطر تلقی می‌شوند (۳).

در سومین برنامهٔ ملی کنترل ایدز کشور، استراتژی اول شامل فعالیت‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی برای گروه‌های هدف مختلف و استراتژی پنجم مبنی بر پیشگیری از انتقال جنسی تعیین‌شده بود. این دو استراتژی، از سوی دولت مبین این امر است که با وجود آموزش‌های کنونی، میزان آگاهی و نگرش این گروه آسیب‌پذیر در سطح مطلوبی نیست (۸). برمبنای اصل مسلم حقوق انسانی مرتبط با سلامت، برای کنترل همه‌گیری اچ آی وی/ ایدز بین زنان آسیب‌پذیر جامعه، مرکز مشاورهٔ ویژهٔ زنان آسیب‌پذیر دایر شده است. گروه‌های هدف این مرکز زنانی هستند که خود یا همسرشان معتادند یا سابقهٔ زندان رفتن دارند، همسران اچ آی وی مثبت دارند یا دارای شرکای جنسی متعددند. از اهداف مهم مرکز، آموزش به این گروه‌ها است (۹).

با توجه به اینکه راه‌های انتقال این بیماری، آن را جزء بیماری‌های رفتاری طبقه‌بندی می‌کند، استفاده از توان خودمراقبتی در آموزش می‌تواند باعث شود افراد در معرض آسیب برحسب توانمندی‌هایشان از یک شیوهٔ زندگی سالم پیروی کنند و سلامت جسمی و روانی خود را حفظ کنند (۱۰). بر این اساس رویکرد پیشگیری در این گروه از زنان آسیب‌پذیر تاکنون در کشور به‌صورت آموزش براساس بحث‌های گروهی بررسی نشده است. روشی که به افراد فرصت دهد تا نظرها، عقاید و تجربیات خود را با دیگران در میان بگذارند و اندیشه‌های خود را با دلایل مستند بیان کنند و فعالانه در امر یادگیری دخیل باشند و در نهایت مناسب‌ترین تصمیم را اتخاذ کنند (۱۱)؛ لذا مطالعهٔ حاضر به‌منظور سنجش تأثیر آموزش مبتنی بر بحث گروهی در خودمراقبتی زنان آسیب‌پذیر جهت پیشگیری از ابتلا به ایدز، شهر کرج صورت پذیرفت.

روش بررسی

مطالعهٔ حاضر، نیمه‌تجربی و از نوع پیش و پس بود. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و آسان روی ۴۶ تن از زنان ۴۵-۱۵ ساله مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهید سبزه‌پرور و دو مرکز زنان آسیب‌پذیر (دارای عفونت اچ آی وی/ ایدز یا زنان با رفتارهای پرخطری مانند رابطهٔ جنسی بدون محافظت و استفاده خود و یا همسر از موادمخدر تزریقی) شهید عنبری و شهدای مشکین دشت کرج انجام شد. معیارهای ورود به این مطالعه، زنان در معرض خطر و آسیب‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، عدم ابتلا به بیماری ایدز و شرکت در برنامهٔ آموزشی حین انجام تحقیق بود. در این مطالعه از پرسش‌نامهٔ Niknami و همکاران (۱۳۸۳) استفاده شد (۱۱). روایی پرسش‌نامه با استفاده از روش اعتبار محتوا و پایایی آن از طریق تست ـ ری‌تست (test retest) ارزیابی، سنجش و تأیید شده بود و ضریب پایایی (r) برای سؤالات آگاهی، نگرش و عملکرد به‌ترتیب ۷۵ ، ۸۱ و ۸۰ درصد به‌دست آمده بود. این پرسش‌نامه مشتمل بر دو بخش می‌شد که بخش اول مربوط به عوامل دموگرافیک شامل (سن، شغل، وضعیت تأهل و تحصیلات) و بخش دوم مرتبط با سنجش میزان آگاهی، چگونگی نگرش، میزان عملکرد و رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز بود. بخش آگاهی مشتمل بر ۱۴ سؤال بود و به هر پاسخ صحیح کدِ ۱ و به هر پاسخ اشتباه کد صفر داده شد. یعنی امتیازات بین ۱۴ – ۰ است. بخش نگرش مشتمل بر ۷ سؤال با طیف لیکرت سه قسمتی موافقم، نظری ندارم و مخالفم درجه‌بندی شده است که به آن به‌ترتیب ۲ – ۱ – ۰ امتیاز داده شد و امتیازها در مجموع بین ۱۴ -۰ است. بخش عملکرد مشتمل بر ۶ سؤال که با طیف بله، گاهی اوقات و خیر، سنجیده شد و به‌ترتیب ۲ – ۱- ۰ امتیاز داشت و مجموع امتیازها بین ۱۲ -۰ است. بخش بررسی رفتارهای پرخطر مشتمل بر ۱۰ سؤال که به هر رفتار پرخطر کد صفر و غیر آن کد ۱ تعلق گرفت. مراحل اداری و اجازهٔ کتبی از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی البرز مبنی برحضور در این مراکز با اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان بعد از شرح کامل طرح برای آنان انجام گرفت.

تمام جامعهٔ آماری با هدایت و رهبری دانشجوی انجام دهندهٔ پایان نامه، در مداخله شرکت کردند. مداخلات آموزشی در هر سه حیطهٔ شناختی، عاطفی و رفتاری به‌صورت آموزش به شیوهٔ پرسش و پاسخ و بحث گروهی در زمینهٔ خودمراقبتی پیشگیری از ابتلا به ایدز به‌مدت ۴ جلسهٔ یک تا یک و نیم ساعته انجام شد. پس‌آزمون پژوهش طی ۲ مرحله به‌صورت تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌دست واحدهای پژوهش یک هفته پس از آخرین جلسهٔ آموزش و سپس

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-12-04]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113]

۲ ماه پس از آن انجام شد. تجزیه‌وتحلیل آماری متغیرهای کمی به‌صورت میانگین (انحراف‌معیار) و متغیرهای کیفی به‌صورت درصد گزارش شدند. نرمال بودن داده‌ها را با استفاده از آزمون شاپیروویلک بررسی کردیم و برای بررسی اثر مداخله بر تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد از آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. برای بررسی تأثیر متغیرهای دموگرافیک بر تغییرات عملکرد افراد تحت‌مطالعه در قبل و ۲ ماه پس از آموزش از آزمون تی، آنالیز واریانس و ANOVA استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۹ صورت پذیرفت و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ لحاظ شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف‌معیار) سن افراد تحت‌مطالعه ۶/۹ ±۳۱/۰۸ بود و نمونه‌های پژوهش محدودهٔ سنی حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۵ سال داشتند. تحصیلات جامعهٔ بررسی‌شده به‌میزان ۷۶/۱ درصد در حد متوسطه و بالاتر بود و ۷۰ درصد معادل حدوداً دو سوم این جامعهٔ آماری خانه‌دار بودند و از نظر وضعیت تأهل ۵۶/۵ درصد معادل بیش از نیمی از زنان مطالعه‌شده غیرمتأهل یعنی بیوه، مجرد و مطلقه بودند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش

متغییر بررسی‌شده	گروه	فراوانی	
		تعداد	درصد
سن (سال)	۱۵ – ۲۵	۱۳	۲۸/۲۵
	۲۶ - ۳۵	۴۳/۵	۲۰
	۳۶ - ۴۵	۲۸/۲۵	۱۳
تحصیلات	پایین‌تر از متوسطه	۲۳/۹	۱۱
	متوسطه و بالاتر	۷۶/۱	۳۵
اشتغال	خانه‌دار	۶۹/۶	۳۲
	شاغل	۳۰/۴	۱۴
تأهل	متأهل	۴۳/۵	۲۰
	غیرمتأهل	۵۶/۵	۲۶

نتایج بررسی میانگین نمرات آگاهی پیش از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله به‌ترتیب ۸/۶۷، ۱۲/۸۹ و ۱۲/۷۴ بود. همچنین نتایج میانگین نمرات متغییر نگرش پیش از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله هم به‌ترتیب ۱۰/۴۸، ۱۳/۰۲ و ۱۳/۴۱ بود و نتایج میانگین نمرات متغییر عملکرد پیش از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله به‌ترتیب ۶/۲۸ ، ۸/۵۴ و ۸/۹۸ بود (جدول ۲). یافته‌ها نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون بلافاصله پس از مداخله و پس‌آزمون ۲ ماه پس از مداخله) در متغیر آگاهی، نگرش و عملکرد تفاوت معنی‌داری به‌دست آمده است (P<۰/۰۰۰).

جدول ۲ . اثر مداخله بر میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد واحدهای پژوهش

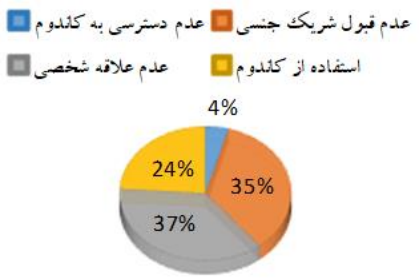
زمان	پیش از مداخله			بلافاصله پس از مداخله			دو ماه پس از مداخله			
متغیر مطالعه‌شده	میانگین	انحراف معیار	درجهٔ آزادی	میانگین	انحراف معیار	درجهٔ آزادی	میانگین	انحراف معیار	درجهٔ آزادی	*P. value
آگاهی	۸/۶۷	۲/۱۱	۱	۱۲/۸۹	۱/۱۲	۱	۱۲/۷۳	۱/۲۰	۱	<۰/۰۰۰۱
نگرش	۱۰/۴۳	۱/۵۵	۱	۱۳/۰۲	۱/۲۳	۱	۱۳/۴۱	۰/۹۷	۱	<۰/۰۰۰۱
عملکرد	۶/۲۸	۱/۹۹	۱	۸/۴۵	۱/۲۰	۱	۸/۹۳	۰/۸۲	۱	<۰/۰۰۰۱

بین میانگین نمرات تغییرات رفتار (پیش و دو ماه پس از مداخله) با مشخصات دموگرافیک (تأهل، تحصیلات و شغل) در زنان آسیب‌پذیر تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. این نتایج نشان می‌دهد که تأهل، تحصیلات یا شاغل بودن زنان آسیب‌پذیر در تغییر رفتار تأثیر نداشته است. در حالی که تفاوت آماری معنی‌دار بین میانگین نمرات تغییرات رفتار به تفکیک سن در زنان

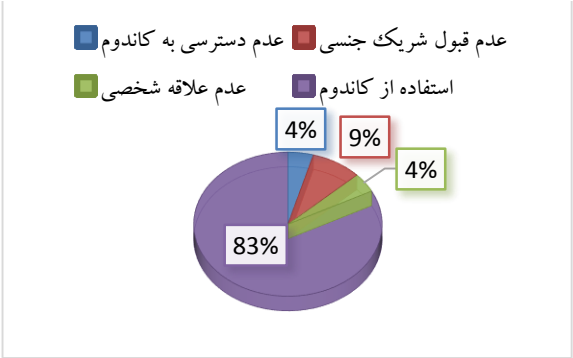
[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-12-04]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113]

آسیب‌پذیر مشاهده شد ($P<۰/۰۵$). نتایج آزمون نمونه‌های پژوهش‌شده نشان داد که پیش از مداخله فقط ۲۴ درصد از زنان همیشه از کاندوم استفاده می‌کردند و ۷۶ درصد آنها رابطه‌های محافظت‌نشده داشتند و پس از مداخله تقریباً ۸۲ درصد نمونه‌ها استفادهٔ دائم از کاندوم را ذکر کرده بودند و ۱۸ درصد بنا به دلایلی مثل در دسترس نبودن، علاقهٔ شخصی نداشتن و قبول نکردن شریک جنسی رابطه‌های محافظت‌نشده داشتند (نمودارهای ۲-۱). تفاوت معنی‌داری بین استفاده از کاندوم پیش و پس از مداخلهٔ آموزشی در زنان آسیب‌پذیر وجود داشت ($P<۰/۰۰$).



نمودار ۱. فراوانی استفاده از کاندوم پیش از مداخله در افراد تحت مطالعه



نمودار ۲ . فراوانی استفاده از کاندوم دو ماه پس از مداخله در افراد تحت مطالعه

بحث

در پژوهش حاضر نتایج میانگین نمرات آگاهی پیش از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله به‌ترتیب ۸/۶۷ و ۱۲/۸۹ و ۱۲/۷۴ بود و در سطح $P<۰/۰۰۰$ تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین نتایج میانگین نمرات نگرش پیش از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله به‌ترتیب ۱۰/۴۸ ، ۱۳/۰۲ ، ۱۳/۴۱ و نتایج میانگین نمرات عملکرد پیش از مداخله، بلافاصله پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله به‌ترتیب ۶/۲۸ ، ۸/۵۴ ، ۸/۹۸ بود. این نتایج بیانگر آن است که مداخلهٔ آموزشی مبتنی بر بحث گروهی بر افزایش نمرهٔ متغیر آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به انجام رفتارهای پیشگیری از ایدز در زنان آسیب‌پذیر مؤثر بوده است و با مطالعات Niknami و همکاران (۱۳۸۳) در همسران معتادان کرمانشاه (۱۱)، Najarkolaei و همکاران (۱۳۹۳) (۱۲)، Ramezani Tehrani و همکاران (۱۳۸۷) روی ۳ گروه با رفتارهای پرخطر (۱۳)، همچنین مطالعهٔ Sakha و همکاران (۱۳۹۲) روی ۸۰ زن تن‌فروش در شیراز هم‌خوانی دارد (۱۴). در این تحقیق نشان داده شد که مداخلهٔ آموزشی مبتنی بر بحث گروهی بر افزایش میانگین نمرهٔ آگاهی، نگرش و عملکرد نسبت به انجام رفتارهای پیشگیرانه از ایدز در زنان آسیب‌پذیر، مؤثر بوده است. تفاوت میانگین نمرات آگاهی پیش و ۲ ماه پس از مداخلهٔ آموزشی ۲/۱۵±۴/۰۶ و تفاوت میانگین نمرات نگرش پیش و ۲ ماه پس از مداخلهٔ آموزشی ۱/۷۸±۲/۹۷ و تفاوت میانگین نمرات عملکرد پیش و ۲ ماه پس از مداخلهٔ آموزشی ۲/۱۱±۲/۶۹ به‌دست آمد. بر طبق گزارش‌های جهانی ایدز (۲۰۱۰) دربارهٔ ایران، آگاهی زنان دربارهٔ بیماری ایدز فقط ۲۵ درصد و آگاهی مردان حدود ۲۰ درصد ارزیابی شده است و با هدف این سازمان که دستیابی به آگاهی بالاتر از ۶۰ درصد در جمعیت جوان است فاصلهٔ چشمگیری دارد (۲).

در مطالعهٔ Phrasisombath و همکاران (۲۰۱۲) در کشور لائوس، نیمی از نمونه‌های پژوهش، ۳ ماه پیش از تحقیق نشانه‌هایی مبنی بر بیماری‌های آمیزشی داشته‌اند؛ ولی فقط دو سوم آنها به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند و دلیل مراجعه نکردن خود را نگرش منفی درمانگران نسبت به خود بیان کردند (۱۵). در مطالعهٔ Zhang و همکاران (۲۰۱۳) در چین شیوع بیماری‌های مقاربتی ۳۰ درصد ذکر شد و شروع رابطهٔ جنسی در سن پایین‌تر، تحصیلات کم و ترک مدرسه، رابطهٔ جنسی محافظت‌نشده و مصرف موادمخدر پیش‌گویانی قوی برای ابتلا به بیماری‌های آمیزشی و مقاربتی بیان شده‌اند (۱۶) در مطالعهٔ کشوری زیستی ـ رفتاری زنان تن‌فروش در سال (۱۳۸۹) گزارش شد که ۵۳ درصد از این افراد در یک سال اخیر ترشح دستگاه تناسلی و ۲۸ درصد زخم تناسلی داشته‌اند؛ ولی فقط ۳۹ درصد به‌علت این علائم به پزشک مراجعه کرده‌اند (۱۸). ابتلا به این بیماری‌ها خطر انتقال ویروس اچ آی وی به فرد دیگر را افزایش می‌دهد؛ لذا انجام آموزش‌هایی در زمینهٔ پیشگیری از ابتلا یا درمانِ کامل بیماری‌های مقاربتی برای کاهش انتقال ویروس اچ آی وی مهم و مؤثر است.

در پژوهش حاضر ۷۴ درصد از نمونه‌ها سابقهٔ تعدد شرکای جنسی را ذکر کرده بودند. به گزارشِ مطالعهٔ مداخله‌ای Kelly و همکاران (۱۹۹۴) که شامل ۴ هفته آموزش به زنان در معرض خطر بود؛ با اینکه مصرف کاندوم ۲۰ درصد افزایش داشته ولی تغییری در تعدد شرکای جنسی ایجاد نشده بود (۱۸). در مطالعهٔ حاضر نیز با اینکه پس از مداخلهٔ آموزشی، میانگین نمره‌های عملکرد افزایش

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-12-04]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113]

یافته بودند، بین تعدد شرکای جنسی پیش و پس از مداخلهٔ آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. از آنجایی که ۵۶/۵ درصد از نمونه‌های پژوهش‌شده غیرمتأهل (مجرد، مطلقه و بیوه) بودند و ۷۰ درصد آنان شغلی نداشته و فقط خانه‌دار بودند؛ احتمالاً نداشتن حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی آنان را به سمت تن‌فروشی سوق داده بود و حتی پس از آموزش همچنان دارای شرکای جنسی متعدد بودند. مطالعات تأکید می‌کند آنچه بیش از تعدد شرکای جنسی زنان تن‌فروش را در معرض آلودگی به ویروس اچ آی وی/ ایدز قرار می‌دهد، رابطهٔ جنسی حفاظت‌نشده با شرکای جنسی است (۲۰). Marshall و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیقی روی جوانان خیابانی در کلمبیا گزارش کردند که در این گروه رابطهٔ جنسی برای بقا، پول، مسکن و موادمخدر وجود دارد (۲۰) .

۲۴ درصد زنان آسیب‌پذیر این پژوهش، پیش از مداخله روابط جنسی محافظت‌شده داشتند که ۲ ماه پس از مداخله، ۸۳ درصد استفادهٔ دائمی از کاندوم را در ماه گذشته ذکر کرده بودند و تفاوت معنی‌داری بین استفاده از کاندوم پیش و پس از آموزش وجود داشت. اثر بخشی کاندوم در جلوگیری از انتقال ویروس اچ آی وی بین ۶۰ تا ۹۶ درصد و به‌طور متوسط ۸۷ درصد است (۲۲). در مطالعهٔ Armstrong و همکاران (۲۰۱۳) روی زنان تن‌فروش در شرق هند، پس از مداخله در استفاده از کاندوم، بهبود معنی‌داری دیده شد. به‌گونه‌ای که در آخرین رابطهٔ جنسی مصرف گاه‌به‌گاه از کاندوم از ۳۵/۲ درصد به ۷۲/۴ و مصرف همیشگی از کاندوم از ۲۵/۸ درصد به ۵۷/۷ افزایش یافته بود (۲۲).

مطالعهٔ ye و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که زنان مطالعه‌شده در شانگهای چین که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، رابطهٔ جنسی محافظت‌شدهٔ بیشتری داشتند. همچنین کسانی که درک بالاتری از خطر بیماری داشتند نیز روابط محافظت‌شدهٔ بیشتری را گزارش داده بودند (۲۳). ۳۵ درصد نمونه‌ها بیان کرده بودند، شرکای جنسیشان راضی به استفاده از کاندوم نمی‌شوند. مطالعهٔ Dunkle و همکاران (۲۰۰۴) در جامعهٔ پژوهش در کشور آفریقای جنوبی، به‌وضوح نقش قدرت و ویژگی‌های نابرابری جنسیتی را در شیوع بیماری ایدز بیان داشته است (۲۴).

در مطالعهٔ outwater و همکاران (۲۰۰۰) در تانزانیا برتری سنی مشتریان همچون عامل تصمیم‌گیرندهٔ استفاده از کاندوم ذکر شده است (۲۵) و در مطالعهٔ Rahimi Movaghar و همکاران (۱۳۹۳) اختلال در لذت جنسی، علت مصرف نکردن کاندوم به‌وسیلهٔ شریک جنسی مرد ذکر شده است (۲۶). مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که استفاده از کاندوم ماهیتی پیچیده و چند بعدی دارد. تعامل بین عوامل فردی، محیطی و اجتماعی در استفاده از آن نقش مهمی دارد (۲۹، ۲۸) و نمی‌توان صرفاً با تکیه بر عوامل فردی، رفتار استفاده از کاندوم را پیشگویی کرد (۳۰).

از آنجا که در روش آموزشیِ بحث گروهی، افراد در تعامل بسیار نزدیک با یکدیگر قرار دارند و حتی آزادانه تجربیات مثبت یا منفی خود را در رابطه با راه‌های پیشگیری از ابتلا به ایدز ذکر می‌کنند، افراد در معرض آسیب می‌توانند حمایت اجتماعی بیشتری کسب کرده و در بستری قرار گیرند که با کمک تجارب زنانی که کمابیش مثل خودشان هستند، درشرایط خاص بتوانند رفتارهای بهداشتی پیشگیرانهٔ مناسب‌تری انجام دهند.

در اجرای این چنین پژوهش‌هایی به نظر می‌رسد که پیگیری‌های بیشتر شامل ۶ ماه و یک سال پس از اجرای مداخلهٔ آموزشی بتواند به سودمندتر شدن برنامه کمک کند.

نتیجه‌گیری

جامعهٔ زنان آسیب‌پذیر، بخش بالقوهٔ انتقال و ابتلا به ویروس اچ آی وی است. استفاده از روش‌های آموزشی، به‌ویژه روش‌های مبتنی بر بحث گروهی و ایجاد فضای تعامل در ارتقای آگاهی و نگرش این جامعه، می‌تواند منجر به اصلاح عملکرد آنها شود. به نظر می‌رسد که موقتی و کوتاه بودن چنین پژوهش‌هایی منجر به حصول نتایج اطمینان بخش نمی‌شود و پیگیری‌های بیشتر در ۶ ماه و یک سال پس از اجرای مداخلهٔ آموزشی بتواند به سودمندتر شدن برنامه کمک کند. با توجه به تأثیر مداخلهٔ آموزشی در این گروهِ آسیب‌پذیر پیشنهاد می‌شود تا روش‌ها، فنون و شیوه‌های آموزشی تدارک دیده شود که جوانان و به‌ویژه زنان و دختران بتوانند با تکیه بر آنها سلامت خود و جامعهٔ فردای میهن را به‌عنوان پرورش‌دهندگان نسل آینده حفاظت کرده و ارتقا دهند.

سپاسگزاری

مقالهٔ حاضر برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد رشتهٔ آموزش بهداشت و ارتقای‌سلامت با کد اخلاق ABZUMS.REC.1394.6 است. از کلیهٔ بانوان مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ بیماری‌های رفتاری و مرکز زنان آسیب‌پذیر که در اجرای این پژوهش همکاری کردند و از مسئولین این مراکز، نیز معاونت امور بهداشتی و خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه به‌خاطر مساعدت در انجام این پژوهش صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-12-04]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113]

References

1. Evans H. Students with HIV/AIDS and School Consideration Teacher Education and Special Education. J Teacher Educ Division Counc Except Child. 2006;29:213.
2. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2010; 21, 54. Available from: http://www.unaids.org/ documents/20101123_GlobalReport-em.pdf. 2010. Progress report on Iran's AIDS control 2013.
3. Control Disease Center. The last statistic of HIV/AIDS in IRAN. Tehran: Ministry of Health. 2011.
4. NAIDS and WHO. AIDS epidemic update. December. 2009; Available at: http://www.data.unaids.org/pub/report/2009_epidemic_update_en.pdf.
5. Exner TM, Seal DW, Ehrhardt A. A Review of HIV Interventions for At-Risk Women. AIDS Behav. 1997;1(2):93-124.
6. Abdul- karim SS AQ. Global epidemiology HIV – AIDS. Infect Dis Clin N Am. 2007;21(1):17.
7. Third National Strategic Plan AIDS control Islamic Republic of Iran Secretariat of the National Committee for AIDS 2010 - 2015.
8. Protocols Counseling Center of vulnerable women Health Deputy Minister of Health (CDC) 2010.
9. Gerald L, Mandell, John E, Bennett, Raphael Dolin. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease. 6th ed. Philadelphia: Elsevrier; 2005. p. 1489-93 , 1479-87.
10. Shabani H. Skills and Technology Education Teaching Methods. Tehran: Publishers Samt; 1999. p.304.
11. Niknami Sh, Hatami A, Heidarnia AR. The Effect of Health Educational Program on Preventing AIDS in Self-reported Addicts' Wives [persian]. J Kermanshah Univ Med Sci Behbood. 2004;11(2):120-8.
12. Najarkolaei FR, Niknami S, Aminshokravi F, Tavafian SS, Jafari NA, Golabchi A. Promoting Sexual Abstinence Intention among Female University Students: A Quasi-experimental Study. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2013;18(1):37.
13. Ramezani Tehrani F, Malek-Afzali H. Knowledge, Attitudes and Practices Concerning HIV/AIDS among Iranian at-Risk Sub-populations. East Mediterr Heal J. 2008;14(1):142-56.
14. Sakha M a, Kazerooni P a, Lari M a, Sayadi M, Azar FEF, Motazedian N. Effect of an Educational Intervention on Knowledge, Attitudes and Preventive Behaviours Related to HIV and Sexually Transmitted Infections in Female Sex Workers in Southern Iran: a quasi-experimental study. Int J STD AIDS [Internet]. 2013;24(9):727-35. Available from: http://std.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/0956462413482424
15. Phrasisombath K, Thomsen S, Sychareun V, Faxelid E. Care Seeking Behaviour and Barriers to Accessing Services for Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Laos: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012;12(1):37. Available from: http://www.biomedcentral .com/1472-6963/12/37
16. Zhang X-D, Temmerman M, Li Y, Luo W, Luchters S. Vulnerabilities, Health Needs and Predictors of High-risk Sexual Behaviour among Female Adolescent Sex Workers in Kunming, China. Sex Transm Infect [Internet]. 2013; 89(3): 237–44. Available from: http://sti.bmj.com/cgi/doi/10.1136/sextrans-2012-050690
17. Haghdoost. A, Sajadi L, Mostafavi.A Kazemi.R, Mirzadeh.A, Navadeh. S Z. Behavioral Care and serological HIV. vulnerable women in Iran Regional Centre of Education Care University of Medical Sciences, Kerman, Iran. Report project. 2012.
18. Kelly JA, Murphy D, Washington CD, Wilson TS, Koob JJ, Davis DR, et al. The Effects of HIV/AIDS Intervention Groups for High-risk Women in Urban Clinics. Am J Public Health. 1994;84(12):1918-22.
19. Lau JT, Zhang J, Zhang L, Wang N, Cheng F, Zhang Y, Gu J. Comparing Prevalence of Condom Use among 15, 379 Female Sex Workers Injecting or not Injecting Drugs in China. Sex Transm Dis. 2007;34:908-16.
20. Marshall BD, Shannon K, Kerr T, Zhang R, Wood E. Survival Sex Work and Increased HIV Risk among Sexual Minority Street-Involved Youth. J Acquir immune Defic Syndr NIH. 2010;53(5):661-4.
21. Sherwood L, Gorbach John G. Bartlett NRB. Infectious Disease, 3nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 1197-1333-1341-1344-1358.
22. Armstrong G, Medhi GK, Kermode M, Mahanta J, Goswami P, Paranjape R. Exposure to HIV Prevention Programmes Associated with Improved Condom Use and Uptake of HIV Testing by Female Sex Workers in Nagaland, Northeast India. BMC Public Health. BMC Public Health; 2013;13(1):476. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3658933&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
23. Ye X, Shang M, Shen T, Pei B, Jiang X, Cai Y. Social, Psychological and Environmental-Structural Factors Determine Consistent Condom Use among Rural-to-Urban Migrant Female Sex Workers in Shanghai China. BMC Public Health [Internet]. BMC Public Health. 2012;12(1):599-621.
24. Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntryre J a, Harlow SD. Gender-based Violence, Relationship Power and Risk of HIV Infection in Women Attending Antenatal Clinics in South Africa.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-12-04]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113]

Lancet (London, England). 2004; 363(9419):1415–21. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673604160984

25. Outwater A, Nkya L, Lwihula G, Leshabari M, Nguma J, Mwizarubi B, et al. Patterns of Partnership and Condom Use in Two Communities of Female Sex Workers in Tanzania. J the Association Nurses AIDS Care. 2000;11(4):46-54.

26. Malayerikhah Langroodi Z, Rahimi Movaghar A, Delbarpour Ahmadi SH, AminEsmaeili M. Barriers of Condom use among Female Sex Workers in Tehran, a Qualitative study [in persian]. Sci J Sch Public Heal Inst Public Heal Res. 2014;12(2):23-34.

27. Nattrass N, Poverty N. Sex and HIV. AIDS Behav. 2009;13(3):833-40.

28. Mallory C, Harris G SC. Midlife African-American Women's Protective and Risky Practices Related to HIV. J Adv Nurs. 2009;65:1248-58.

29. Evans C, Lambert H. The Limits of Behaviour Change Theory: condom use and contexts of HIV risk in the Kolkata sex industry. Cult Heal & Sexuality. 2008;10:27-42.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-12-04]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.113]