تأثیر برنامه آموزشی بر آگاهی، نگرش و رفتار های پیشگیرانه از انتقال بیماری در مبتلایان به ایدز

عبدالرحیم طبسی درمیان [۱] - ایرج ضاربان [۲*] - غلامرضا مسعودی [۳] - مهناز شهرکی پور [۴]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان .
۲- دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، عضو هیأت علمی گروه آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳- عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت
۴- دکترای تخصصی آمار زیستی، عضو هیأت علمی داشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان .
- **نویسنده مسئول:** دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، عضو هیأت علمی گروه آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
تلفن: ۰۹۱۵۵۴۱۱۶۹۲ **پست الکترونیکی:** zareban@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بر اساس آمار های موجود ایدز هنوز بعنوان یکی از کشنده ترین بیماریها در جهان مطرح بوده بصورتی که سال ۲۰۱۰ در سراسر جهان تعداد ۱/۸ میلیون نفر را به کام مرگ کشیده است. این مطالعه با هدف ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی بر آگاهی، نگرش و رفتار های پیشگیرانه در مبتلایان به ایدز انجام گرفته است.

روش: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که در سال ۱۳۹۱ بر روی ۹۲ بیمار مبتلا به AIDS/HIV در شهرستان های سراوان و سرباز انجام شد. با توجه به تعداد کم بیماران مبتلا نمونه گیری به روش سرشماری انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته چهار قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک، سؤالات آگاهی، نگرش و عملکرد که یک بار در آزمون اولیه و بار دیگر در آزمون ثانویه (پس از اجرای برنامه آموزشی) مورد استفاده قرار خواهد گرفت. روایی پرسشنامه با نظر متخصصین و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تائید شد. جهت توصیف داده ها از شاخص های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) و جهت تجزیه و تحلیل آنها از آزمونهای تی مستقل، زوجی و کای دو و همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته ها: قبل از مداخله، میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتار در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت. نتایج آزمون تی زوجی پس از آموزش نشان داد که میانگین نمرات تمام متغیرها در گروه مداخله به طور معنی داری افزایش پیدا کرد ه است($P<۰/۰۰۱$). بین متغیر رفتار با آگاهی و نگرش همبستگی معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که برنامه آموزشی بر آگاهی، نگرش و ارتقای رفتارهای پیشگیرانه مؤثر است؛ و از طریق افزایش سطح آگاهی و نگرش می توان رفتار های پیشگیرانه از انتقال بیماری را ارتقاء داد.

کلیدواژه ها: آگاهی، نگرش، ایدز، رفتار های پیشگیرانه، آموزش

فصلنامه علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، دوره ی اول، شماره۴، زمستان ۱۳۹۲

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]

مقدمه

جامعه بشری در حوزه پزشکی بزرگترین پیروزی قرن گذشته خود را ریشه کنی بیماری آبله و فاجعه آمیز ترین شکست خود را بروز بیماری ایدز می داند(۲،۱). زمانیکه که اولین گزارش رسمی ایدز حدود ۳۰ سال قبل منتشر شد کمتر کسی فکر می کرد که ویرانگر ترین اپیدمی در تاریخ بشریت پا به عرصه ظهور گذاشته است(۳). این واقعه امید جامعه پزشکی به ریشه کنی بیماریهای عفونی را تبدیل به یأس نمود(۴). به طوریکه در عرض کمتر از ۲۰ سال ۷۰ میلیون نفر را مبتلا نمود(۵).

ایدز یک بیماری ویروسی کشنده بوده که قدرت آلوده کنندگی و سرایت پذیری بالایی داشته و موجب ضعف سیستم ایمنی بدن انسان می شود(۶). از آغاز پیدایش بیماری ایدز، بیش از ۶۰ میلیون نفر به این بیماری همه گیر آلوده شده و حدود ۳۰ میلیون نفر بر اثر این بیماری در گذشته اند. در سال ۲۰۱۰ تخمین زده شد که حدود ۳۴ میلیون نفر با این بیماری زندگی می کنند؛ و در همین راستا سالانه ۲/۷ میلیون عفونت جدید، ۱/۸ میلیون مرگ و میر مرتبط با این بیماری به ثبت می رسد(۷). در ایران نیز براساس آمار جمع آوری شده از دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تا تاریخ ۱۳۹۱/۷/۱ مجموعاً ۲۵۰۴۱ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده اند که۹۰.۶٪ آنان را مردان و ۹.۴٪ را زنان تشکیل می دهند. تا کنون ۳۷۴۶ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده و ۴۸۵۵ نفر افراد مبتلا فوت کرده اند.۴۶.۲ درصد از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال قرار داشته اند که بالاترین نسبت در بین گروههای سنی را به خود اختصاص می دهند(۸).

چگونگی انتشار ویروس ایدز(HIV)، تعداد افرادی که هم اکنون آلوده هستند، زمان طولانی بین شروع عفونت و ظاهر شدن علایم بیماری و عدم دسترسی به واکسن مؤثر یا علاج قطعی، همه و همه از عواملی هستند که ایدز را بعنوان یک مشکل بهداشتی مهم و نگران کننده مطرح می سازند(۹).

از طرفی دیگر، ایدز با مبتلا ساختن مردم در پربارترین سالهای عمرشان(حدود ۲/۳مبتلایان زیر ۲۵ سال سن دارند) خانواده ها و در کل ملتها را از جوانان خوش بنیه و قوی محروم کرده و بار اقتصادی هنگفتی را بر دوش آنها خواهد نهاد(۱۱،۱۰). در نتیجه مبتلایان به ایدز بجای اینکه در اقتصاد خانواده شرکت داشته باشند، بعلت نیاز به خدمات درمانی گران قیمت، بار سنگینی را به امکانات درمانی کشورشان که حقاً باید برای مقابله با سایر مشکلات بهداشتی بکار رود تحمیل می کنند(۱۰). بطوریکه مطابق با نظر کارشناسان، مداوای هر بیمار مبتلا به ایدز در سال ۸۰ بین ۶۰ تا ۲۵۰ میلیون ریال هزینه داشته که این رقم در سال ۸۱ برابر با ده هزار دلار هزینه برآورد شده است. با توجه به عدم درمان مؤثر تنها طول عمر مبتلایان اندکی افزایش می یابد(۹). با توجه به اینکه امکان به وجود آمدن واکسنی مؤثر در آینده نزدیک بسیار ضعیف است و نیز تاکنون درمانی برای این بیماری کشف نشده است بهترین امید به پیشگیری بخصوص از طریق آموزش بهداشت است(۱۱).

از این رو سازمان جهانی بهداشت تنها راه مؤثر علیه ایدز را آموزش بهداشت اعلام کرده و معتقد است که گروههای آسیب پذیر بایستی در اولویت برنامه های بهداشتی قرار گیرند(۱۲). چون پیشگیری از ابتلا به عفونت HIV، ۲۸ بار مقرون به صرفه تر از درمان بیماران بوده و یک برنامه جامع آموزشی می تواند از ابتلای میلیون ها مورد جدید در دنیا پیشگیری نماید(۱۳).

علیرغم اینکه تا به حال برای جلوگیری از ابتلا به ایدز آموزش و راهکار های فراوانی انجام گردیده، ولی همچنان هر روز شاهد افزایش مبتلایان هستیم، بنابراین به نظر می رسد که بایستی به جای آگاهی دادن صرف، در رفتار ها، تغییر اساسی ایجاد گردد(۱۴،۱۲). زیرا افراد برای شناخت شیوه های سالم زندگی و عمل طبق آنها، حفظ و ارتقاء سلامت و پرهیز از ابتلای به بیماریها، نیازمند آموزش رفتارهای سالم بهداشتی می باشند (۱۵). هدف برنامه های آموزش بهداشت، دادن اطلاعات، تأثیر بر نگرش ها و باورها، ارتقای مهارت های تصمیم گیری و توانمند سازی افراد به تغییر خود و جامعه شان است(۱۷،۱۶،۳).

در ایران و سایر کشورهای جهان مطالعات متعددی با هدف بررسی نقش آموزش بهداشت در ایجاد رفتار های پیشگیرانه از بیماری ایدز انجام شده و نتایج آنها حاکی از تأثیر آموزش بهداشت در افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد بعد از اجرای برنامه آموزشی می باشد(۱۹،۱۸،۱۲،۳). مطالعات اخیر دریافته اند که تعداد قابل توجهی از بیماران HIV مثبت درگیر روابط جنسی نا ایمن هستند(۲۰). در مطالعه Jean B و همکارانش نشان داد که ۳۸٪ از بیماران وضعیت خود را به شریک جنسی خود اعلام نکرده بودند. ۵۹٪ از بیماران اذعان داشتند که بیماری از طریق نیش پشه هم منتقل می شود. همچنین ۶۲٪ بیماران یک شریک جنسی، ۱۴٪ دو شریک جنسی و ۹٪ هم بیش از دو شریک جنسی داشته اند(۲۱). مطالعه Suneil.R و همکارانش در هندوستان نشان داد که ۴۱٪ از بیماران در زمینه درمان ضد رترو

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]

ویروسی آگاهی نداشته اند(۲۲). نتیجه مطالعه Marks و همکارانش در لس آنجلس نشان داد که ۴۸٪ بیماران همجنس گرا و ۳۹٪ بیماران به هر دو جنس گرایش داشتند(۲۳). مطالعات انجام شده در ایران نیز گویای این واقعیت بوده، بطوریکه مطالعه همبستگی عبدی و همکارانش بر روی ۵۰ بیمار HIV مثبت نشان داد که ۹۸٪ بیماران تجربه اعتیاد به مواد مخدر را داشتند. ۲۵٪ بیماران تجربه رابطه جنسی داشته که ۹۶٪ این بیماران روابط جنسی نا ایمن داشته اند(۲۴). مطالعه کوشا و همکارانش بر روی ۶۴ بیمار مبتلا به ایدز نشان داد که ۷۵٪ بیماران سابقه تزریق با سرنگ مشترک بدلیل عدم دسترسی به سرنگ یکبار مصرف را داشته اند. ۵۶/۶٪ از بیماران اظهار داشته اند که بدلیل کاهش لذت رابطه جنسی توسط کاندوم، تماس جنسی نا ایمن داشته اند. ۲۲٪ بیماران سابقه خالکوبی دسته جمعی داشته اند همچنین ۹۰/۶٪ بیماران سابقه حبس در زندان داشته که از این بیماران ۸/۸٪ سابقه تزریق با سرنگ مشترک بدلیل آگاهی پایین از انتقال ایدز به وسیله سرنگ مشترک را عنوان کرده اند(۲۵).

لذا با توجه به وضعیت استراتژیک شهرستان سراوان و هم مرز بودن با کشور پاکستان و از طرفی تردد اهالی این شهرستان به منظور کار به کشور پاکستان و کشورهای حوزه خلیج فارس و بعضاً آلوده شدن این افراد در این کشورها، آمار بالای ایدز در شهرستان و الگوی غالب انتقال در این شهرستان که انتقال از راه جنسی و ناشناخته بوده و تعداد ۱۶ مرد مبتلا که همسران سالم دارند، این پژوهش با هدف ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی بر آگاهی، نگرش و رفتار های پیشگیرانه در مبتلایان به ایدز در شهرستان سراوان و سرباز انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه نیمه تجربی با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر آگاهی، نگرش و رفتار های پیشگیرانه در مبتلایان به ایدز انجام گرفت. که بر روی ۹۲ نفر بیمار مبتلا به ایدز در سال ۱۳۹۱ انجام شد. تعداد ۴۶ نفر بیمار از شهرستان سراوان بعنوان گروه مداخله و تعداد ۴۶ نفر از شهرستان سرباز بعنوان گروه کنترل با روش سرشماری وارد مطالعه شدند. انتخاب گروه مداخله بصورت تصادفی انجام گردید. ابزار و روش گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته چهار قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک، سؤالات آگاهی، سؤالات نگرش و سؤالات عملکرد که یک بار در آزمون اولیه(pre test) و بار دیگر در آزمون ثانویه(post test) از طریق پرسشگری تکمیل گردید. پرسش نامه در ابتدا به ۱۰ نفر از بیمارانی که جزء شرکت کنندگان در مطالعه نبودند، داده شد و نظرات آنها به منظور بررسی جنبه های مبهم سئوالات جمع آوری و تغییرات لازم اعمال گردید. برای تعیین روایی (Validity) پرسشنامه ابتدا به ۹ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و یک متخصص عفونی ارسال گردید و نظر آنان همراه با فرم پیوستی در مورد ساختار و موضوع سؤالات خواسته شد و همچنین جایگاهی جهت سئوالات و پیشنهادات اصلاحی مدنظر این افراد در نظر گرفته شد، که تعداد ۵ متخصص(۴ متخصص آموزش بهداشت و ۱ متخصص عفونی) پاسخ دادند. سپس پرسشنامه ها جمع آوری و اصلاحات انجام گرفت و نسبت روایی محتوایی(CVR) و شاخص روایی محتوایی(CVI) بر اساس فرمول محاسبه گردید. که CVI سوالات بین ۰/۹۷ تا ۱ بود؛ بطوری که CVI سوالات آگاهی ۰/۹۷، نگرش ۰/۹۸، رفتار ۱ و کل پرسشنامه ۰/۹۸۳ بود.

CVR پرسشنامه ۱ محاسبه شد. به طوریکه CVR سوالات آگاهی، نگرش و رفتار ۱ بدست آمد.

روایی صوری سوالات بین ۴/۸ تا ۴/۹ محاسبه شد. روایی صوری سوالات آگاهی۴/۹، نگرش ۴/۸، رفتار ۴/۹ و روایی صوری کل پرسشنامه ۴/۸۶ بدست آمد.

برای اندازه گیری(پایایی) Reliability، پرسشنامه برای ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به AIDS/HIV که در مطالعه شرکت نداشته اند، تکمیل گردید و Reliability پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید. بطوری که α کرونباخ سوالات آگاهی ۰/۷۱۲، سوالات نگرش ۰/۷۲۲، رفتار ۰/۷۲۱ و α کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۱۸ بدست آمد.

تعداد کل سوالات پرسشنامه ۴۵ سوال بود . ۱۳ سوال مربوط به اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان و تعداد ۱۳ سوال مربوط به سنجش آگاهی از نوع بسته(با پاسخ بلی، خیر، نمی دانم)، ۸ سوال مربوط به نگرش و ۱۱ سوال مربوط به سنجش رفتار. سوالات نگرش با طیف لیکرت ۳ تایی(موافقم، نظری ندارم، مخالفم) و سوالات مربوط به عملکرد بصورت بسته با پاسخ(همیشه ، گاهی اوقات و هرگز) در نظر گرفته شد. به گزینه صحیح سوالات آگاهی نمره ۲، به گزینه غلط نمره صفر و به گزینه نمی دانم نمره یک تعلق گرفت.(مجموع امتیازات مربوط به سوالات آگاهی بین ۰ و ۲۶ متغییر بود). به حالت مطلوب سوالات مربوط به نگرش نمره ۳ و به حالت نامطلوب نمره ۱ و به گزینه نظری ندارم نمره ۲ اختصاص یافت. (مجموع امتیازات سوالات نگرش بین ۸ و ۲۴). به عملکرد مطلوب نمره ۲ و به عملکرد نامطلوب نمره صفر و به گزینه ی گاهی اوقات نمره یک

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]

تعلق گرفت.(مجموع امتیازات سوالات رفتار بین ۰ و ۲۲ متغییر بود).

پیش آزمون در گروه مداخله و کنترل انجام گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه ها در مرحله پیش آزمون، داده ها وارد نرم افزار SPSS۱۵ گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، محتوای آموزشی برای بیماران بر اساس منابع معتبر و بر اساس نتایج حاصل از پیش آزمون تهیه گردید.

مداخله آموزشی فقط در گروه مداخله با برگزاری ۴ جلسه آموزشی با مدت زمان ۴۵ دقیقه طی ۴ هفته انجام گرفت. و گروه کنترل هم همان مراقبت های روتین مرکز مشاوره را در یافت داشتند. گروه مداخله به دو گروه مردان و زنان تقسیم شدند و آموزش با استفاده از روش سخنرانی، بحث گروهی انجام گرفت، برای تکرار مطالب آموزشی پمفلت با موضوع بیماری ایدز تهیه و در اختیار بیماران گروه مداخله قرار گرفت. معیارهای ورود شامل مبتلا بودن به بیماری ایدز، سن بالای ۱۸ سال، سکونت در شهرستان سراوان و سرباز و داشتن پرونده در مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری و معیار های خروج نیز شامل قطع همکاری بیمار با مرکز مشاوره، فوت بیمار و مهاجرت بیمار بود.

بعد از گذشت دو ماه از مداخله آموزشی مجدداً همان پرسشنامه در گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. و داده ها مجددا وارد نرم افزار SPSS۱۵ گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت توصیف داده ها از شاخص های مرکزی(میانگین) و پراکندگی(انحراف معیار) و جهت تجزیه و تحلیل آنها از آزمونهای تی مستقل، زوجی و کای دو و همبستگی پیرسون استفاده گردید.

در این مطالعه کد های اخلاقی ۱،۳، ۵ و۸ که به ترتیب مربوط به کسب رضایت آگاهانه به صورت کتبی،کسب رضایت آگاهانه بصورت داوطلبانه، تشریح روش اجرا واهداف مطالعه برای افراد مورد مطالعه و قائل شدن حق انصراف از شرکت در مطالعه بنا به تشخیص فرد مورد مطالعه در هر زمان از اجرای طرح، که مصوب کمیته کشوری اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی است، رعایت گردیده است.

یافته ها

شرکت کنندگان ۹۲ بیمار مبتلا به ایدز یا HIV^+ بودند که مشخصات جمعیت شناختی آنها در جدول ۱ به طور کامل آمده است.

جدول۱ : توزیع فراوانی و درصد بیماران بر حسب سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سواد درگروه مداخله و کنترل

متغیر		مداخله		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه سنی	۳۵ -۲۰ سال	۱۶	۳۴.۸	۱۹	۴۱.۳
	۵۰ -۳۶ سال	۲۱	۴۵.۷	۲۱	۴۵.۷
	۶۵-۵۱ سال	۷	۱۵.۲	۵	۱۰.۹
	بیشتر از ۶۵ سال	۲	۴.۳	۱	۲.۲
جنسیت	زن	۱۵	۳۲.۶	۵	۱۰.۹
	مرد	۳۱	۶۷.۴	۴۱	۸۹.۱
وضعیت تاهل	هرگز ازدواج نکرده	۱۰	۲۱.۷	۱۰	۲۱.۷
	متأهل	۲۰	۴۳.۵	۲۲	۴۷.۸
	جداشده از همسر	۹	۱۹.۶	۸	۱۷.۴
	همسرمرده	۷	۱۵.۲	۶	۱۳
سطح سواد	بیسواد	۲۲	۴۷.۸	۲۳	۵۰
	ابتدایی و راهنمایی	۱۸	۳۹.۱	۱۸	۳۹.۱
	دبیرستان و بالاتر	۶	۱۳	۵	۱۰.۹

بر اساس آزمون مجذور کای دو در گروه مداخله و کنترل از نظر جنسیت اختلاف معنی داری وجود دارد(p=۰/۰۲۱). علت اختلاف بدلیل وجود تنها ۵ بیمار زن در گروه کنترل بوده که تمامی آنها وارد مطالعه شده اند، در حالیکه در گروه مداخله ۱۵ بیمار زن وارد مطالعه شده اند و بدلیل جمعیت پایین بیماران همسان سازی از نظر جنسیت امکانپذیر نبود. آزمون مجذور کای دو نشان داد که بین گروه مداخله و کنترل از نظر وضعیت تاهل(p=/۹۷۲)، وضعیت سواد(p=۰/۹۴۵) و سن (p=۰/۸۲۰) اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]

آزمون تی زوجی در گروه مداخله نشان داد که میانگین نمره آگاهی، نگرش و رفتار های پیشگیرانه بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش پیدا کرده است(P<۰/۰۰۱). ولی در گروه کنترل بین میانگین نمره آگاهی، نگرش و رفتار قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری مشاهده نشد(P =۰/۱۶۰، p=۰/۴۸۶، ۰/۰۹۶=p)(جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره آگاهی ، نگرش و رفتار قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروههای مداخله و کنترل

متغیر	گروه	قبلازمداخله	بعدازمداخله	p-value
		Mean±SD	Mean±SD	آزمون تی زوجی
آگاهی	مداخله	۲۱/۴۱±۳/۴۴	۲۵/۵±۰/۸۳	P <۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۳۵±۲/۴۹	۲۱/۴۳±۲/۴۷	P =۰.۱۶۰
نگرش	مداخله	۱۹/۵۹±۲/۴۵	۲۳/۳۹±۰/۹۳۰	P <۰/۰۰۱
	کنترل	۱۹/۶۳±۲/۲۶	۱۹/۶۷±۲/۲۳	P =۰.۴۸۶
رفتار	مداخله	۱۵/۰۴±۱/۸۴	۱۷/۸۰±۰/۹۸	P <۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۸۷±۱/۸۸	۱۴/۹۸±۱/۸۹	P =۰/۰۹۶

آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره، آگاهی، نگرش و رفتار های پیشگیرانه در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نشد(به ترتیب P= ۰/۹۱۷ ، P=۰/۹۳۰ ، P= ۰/۶۵۶). ولی بعد از مداخله آموزشی بین میانگین نمره آگاهی، نگرش و رفتار های پیشگیرانه در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱)(جدول شماره ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره آگاهی ، نگرش و رفتار قبل و بعد از مداخله بین گروه مداخله و کنترل

متغیر		آگاهی		نگرش		رفتار	
		قبل ازمداخله	بعدازمداخله	قبل ازمداخله	بعدازمداخله	قبل ازمداخله	بعدازمداخله
		Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
گروه	مداخله	۲۱/۴۱±۳/۴۴	۲۵/۵±۰/۸۳	۱۹/۵۹±۲/۴۵	۲۳/۳۹±۰/۹۳۰	۱۵/۰۴±۱/۸۴	۱۷/۸۰±۰/۹۸
	کنترل	۲۱/۳۵±۲/۴۹	۲۱/۴۳±۲/۴۷	۱۹/۶۳±۲/۲۶	۱۹/۶۷±۲/۲۳	۱۴/۸۷±۱/۸۸	۱۴/۹۸±۱/۸۹
p-value آزمون تی مستقل		p=۰/۹۱۷	P <۰/۰۰۱	p=۰/۹۳۰	P <۰/۰۰۱	p=۰/۶۵۶	p<۰/۰۰۱

همچنین در گروه مداخله بین متغیر رفتارهای پیشگیرانه با آگاهی و نگرش از نظر آماری همبستگی معنی داری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت(جدول ۴).

جدول ٤: ماتریس ضریب همبستگی بین تغییرات آگاهی، نگرش، رفتار در گروه مداخله

همبستگی پیرسون		آگاهی	نگرش
آگاهی	r	۱	
	p		
نگرش	r	۰/ ۳۷۹**	۱
	p	۰/۰۰۹	
رفتار	r	۰/۳۸۴**	۰/۵۱۴**
	p	۰/۰۰۸	<۰/۰۰۱

بحث

در یک نگاه یافته های مطالعه حاکی از آن است که مداخله آموزشی بر آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیرانه از انتقال ایدز در بیماران مبتلا به ایدز مؤثر است. یافته ها نشان می دهد که میانگین نمره آگاهی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته است؛ که نشان از تأثیر برنامه آموزشی بر افزایش آگاهی بیماران دارد(P<۰/۰۰۱). نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه با نتایج این مطالعه همخوانی

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]

دارد. در مطالعاتی که توسط پیرزاده در دانش آموزان دختر دبیرستانی اصفهان(۲۶)، تقدیسی در زنان باردار بهبهان (۲۷)،کریمی در زنان شوهر دار زرندیه(۲۸)، Peltzer K در بیماران مبتلا به ایدز آفریقای جنوبی(۲۹)، Mini KV در بیماران مبتلا به ایدز (۳۰) و Jacquelyn H در زنان کم در آمد لس آنجلس(۳۱) انجام شد، نتایج مشابهی یه دست آمد یعنی اجرای برنامه آموزش بهداشت موجب افزایش آگاهی افراد تحت مطالعه گردید.

افزایش معنی دار میانگین نمره نگرش در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله آموزشی از تأثیر مثبت برنامه اموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر نگرش بیماران در مورد رفتارهای پیشگیرانه از ایدز حکایت دارد. نتایج مطالعات Santana RT در کارکنان بهداشتی فیلیپین (۳۲)، EmanTaher در دانشجویان پرستاری قاهره(۳۳)، Rickert Vi در زنان فعال از نظر جنسی(۳۴)، نوابیریگی در دبیران زاهدان(۳۵)، با یافته های این مطالعه همخوانی دارد.

نتایج آزمون آماری تی زوجی حاکی از آن است که میانگین نمره رفتار در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله آموزشی افزایش معنی داری دارد. که نشان دهنده اثربخش بودن برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیرانه بیماران دارد. مطالعات انجام شده در این زمینه با این نتایج موافقند.

مطالعات Rose CD بر روی بیماران مبتلا به HIV در کالیفرنیا(۳۶)، Raul D در بیماران مبتلا به ایدز نیویورک(۳۷)، Seth C Kalichman در بیماران مبتلا(۳۸)، Wong Fl در بیماران مبتلا در چهار شهر ایالات متحده (۳۹)، Mini Kv در بیماران مبتلا در هند(۴۰)، Ergene T در دانشجویان ترکیه(۴۱)، کریمی در زنان شوهر دار زرندیه(۲۹) و شریفی راد در بیماران مبتلا به دیابت کرمانشاه(۴۲) همه به نتایج مشابه نتایج مطالعه حاضر در این زمینه دست یافتند.

یافته های مطالعه نشان می دهد که بین تغییرات آگاهی با تغییرات رفتار از نظر آماری همبستگی معنی داری وجود دارد. رحمتی نجارکلائی در دانشجویان(۴۳)، لطفی ماین بلاغ در دانش آموزان ابتدایی زاهدان(۴۴) به نتایج های مشابهی در این زمینه دست یافتند.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد برنامه آموزشی بر آگاهی، نگرش و رفتار های پیشگیرانه از ایدز در بیماران مبتلا به ایدز موثر است و از طریق افزایش سطح آگاهی و نگرش می توان رفتار های پیشگیرانه از انتقال بیماری را ارتقاء داد. نتایج این مطالعه در جهت بهبود رفتارهای پیشگیرانه ی مبتلایان به ایدز یک سری پیشنهاداتی ارائه می دهد و مؤسساتی مثل دانشگاه علوم پزشکی ، مراکز مشاوره و دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی می توانند از نتایج این مطالعه بهره ببرند. پیشنهاد می شود مداخلات آموزشی در راستای افزایش آگاهی و نگرش به منظور ارتقای رفتارهای پیشگیرانه بیماران مبتلا به ایدز در سطح وسیعتر و با تعداد نمونه بیشتر در سایر شهرستانهای کشور با تفاوت های فرهنگی، قومی، اجتماعی و اقتصادی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت و از بیماران شرکت کننده در این مطالعه صمیمانه سپاسگزاریم. این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه درجه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۶۹۳ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان تحت عنوان"تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار های پیشگیرانه از انتقال بیماری در مبتلایان به ایدز" می باشد.

References:

1. MohebiNobandeganiZ,MobarakiA,Afrasiabi-far A,Moshfe AA. Knowledge and Attitude of Health Personnels Working in Educational-Treatmental Hospitals-Yasuj City Regarding Aids. Armaghane-danesh.2003;8(30):47-53. [Article in Persian]

2. Anthoysf.The AIDS Epidemic.The New England JoUrnal Of Medicine ,1999:1046-1049

3.Karimy M. Application ofthe health belief modelon knowledge,attitude and behaviorof barbersaboutAIDS in Zarandieh.TwelfthNational Conference onEnvironmentalHealth,ShahidBeheshtiUniversity ofMedicalSciences.2009.[Article in Persian]

4.Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F, Jabbari H, Abdollahi-Mohammad A. Efficacy of AIDS prevention training program on knowledge, attitude and practice of Chabahar sailors, Iran. tabib_e_shargh.2006;8(1):29-36. . [Article in Persian]

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]

Medical Sciences. 2004; 8 (1) :40-45. . [Article in Persian]
19.GhorbaniGh,AlishiriGH,JonaidiN,SfahaniA,Hosaini S. The effectof education onnurses'attitudesand knowledgeaboutAIDStwenty years aftertheepidemic in Iran.Iran J Infect Dis Trop Med.2006;11(35):85-89. [Article in Persian]
20.Thom Reilly and Grace Woo. Predictors of High-Risk Sexual Behavior Among People Living With HIV/AIDS. AIDS and Behavior. 2001;5: 205-217
21. Nachega, Jean B; Lehman, Dara A; Hlatshwayo, Dorothy; Mothopeng, Rachel; Chaisson, Richard E; Karstaedt, Alan S. HIV/AIDS and Antiretroviral Treatment Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in HIV-Infected Adults in Soweto, South Africa. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.2005 ; 38 : pp 196-201
22. Suneil R. Ramchandani, Shruti H. Mehta, Dattatray G. Saple, Satish B. Vaidya, Ved P. Pandey, Ravi Vadrevu, SikhamaniRajasekaran, Vandana Bhatia, AbhayChowdhary, Robert C. Knowledge, Attitudes, And Practices of Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Adults Attending Private And Public Clinics in India. AIDS Patient Care and STDs. February 2007;21: 129-142
23.Gary Marks, Cherilyn R, Bingman and T,ShelleyDuval.Negative Affect AND unsafe Sex In HIV- Positive Men. AIDS and Behavior.1998;2:89-99
24.AbdiS,NajafiZadaehP,TariBarazinN.The relationship between sensation seeking and behavioral activation/inhibition brain system in HIV positive patients.The first international & 4th national congress on health education&promotion.16-19 may 2011 .tabriziran
25.Kousha A,NarimaniM.R,ShokriA,GhahramaniG,HajizadehF, HakimiS,FaryadiS,MatlabiH.Behavioral factors amongst patients with HIV referrd to Tabriz counseling center for behavioral disease. The first international & 4th national congress on health education&promotion.16-19 may 2011 .tabriziran

26. Pirzadeh A, SharifiradGhR. [Effect of educational program on knowledge and healthbelief model structures about acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among high school female student inIsfahan, Iran]. J GorganUni Med Sci. 2012; 14(3): 66-71. [Article in Persian]
27.HosseinTaghdisi M, Nejadsadeghi E. The effect of health education based on healthbelief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. J Research & Health2012; 2:126-136. . [Article in Persian]
5. Karimy M. Effects of Health Education program on the AIDS preventive behaviors in prisonersofGhezelhesarprison inTehran. Master's thesis, School ofMedicalSciencesTarbiatModares University. 2003. .[Article in Persian]
6. Massoudi M, Farhadi A. Family Social Support Rate of HIV positive Individuals in KhorramAbad .Yafteh. 2005; 7 (3) :43-48. [Article in Persian]
7.http://www.who.int/gho/hiv/en/index.htmi; Internet;accessed 26 NOV 2012
8.The laststatistics aboutinfectionHIV / AIDSin the Islamic Republicof Iranto take advantageof forgeneraluse. Ministry of Health and Medical Education.Summer 2012.[Article in Persian]
9. AIDSandHIVinIran.Tehran: Ministry of Health and Medical Education.2001. . [Article in Persian]
10.B Sadrizadeh .Epidemiologyof HIV.Tehran: Ministry of Health and Medical Education.1988. [Article in Persian]
11. James P. Grant .The state of the word's childeren. United Nations Chi ldren's Fund (UNICEF).1993
12.KarimiM,GhofraniporF.HeidarniaA.R.The effectof health educationbased onhealth belief modelon preventiveactions of AIDSon addictsinZarandieh. Journal ofGuilanUniversity of Medical Sciences.2009;18(70):64-73. [Article in Persian]
13. United Nations. The millennium developmentgoals report. New York; 2008: 28-30
14.Seyam SH. Survey of women's knowledgea bout AIDS in rasht . Journal ofGuilanUniversity of Medical Sciences.2006;(17)65:59-67. [Article in Persian]
15.Bluthe ntha.RN,KralAH,GeeI,etall.The effect of syringe exchange use of highrisk injection drug users ,a cohort study .AIDS 2000,605-610
16. Goshtasbi A, Vahdaninia M , Rezaee N. Knowledge of Married Women in Kohgilouyeh&Boyerahmad Urban Areas on AIDS andSexualy Transmitted Infections ArmaghanDanesh, Yasuj University of Medical Research Sciences journal 2006; 11(43):98-106. [Article in Persian]
17.Sharifi-rad G, Hazavei M, Hasan- zadeh A, Danesh-amouz A. 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. 2007; 10 (1) :79-86. [Article in Persian]
18.Karimy M, .Niknamy S, .Haidarnia A, .Ramezankhani A. Effects of Health Education program on the AIDS preventive behaviors in prisoners. The Journal of Qazvin University of

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]

28.KarimyM,ZarebanI,MontazeriA,AminshokraviF. Effect ofeducation based onHBMonpreventive Behaviors of unwanted pregnancy .IJOGI.2012;15(23): 18-27. [Article in Persian]
29.Peltzer K, Ramlagan S, et al. . Efficacy of a lay health worker led group antiretroviral medication adherence training among non-adherent HIV-positive patients in KwaZulu-Natal, South Africa: Results from a randomized trial. SAHARA J.2012; 9 (4): 218-26
30.Mini KV , Adepu R , Mothi SN , Swamy T. Impact of Education on Knowledge Attitude and Practice (KAP) of HIV/AIDSPatients towards their disease management- A study Indian Journal of Pharmacy Practice. Oct - Dec, 2010; Volume 3 Issue 4
31. Jacquelyn H, Adeline M. Effects of an AIDS education program on the knowledge, attitudes and practices of low income black and Latina women.Journal of Community Health. December 1990; Volume 15, Issue 6, pp 343-355
32.Santana ,et al.AIDS education for hospital workers in Manila: effects on knowledge, attitudes, and infection control practices.AIDS. November 1992; 6(11):1359-1364
33.EmanTaher , Rehab Abdelhai,Nurses' knowledge, perceptions, and attitudes towards HIV/AIDS: Effects of a health education intervention on two nursing groups in Cairo University, Egypt. Journal of Public Health and Epidemiology. April 2011; Vol. 3(4), pp. 144-154,
34.Vaughn I. Rickert, Anita Gottlieb, M.SusanJay.A comparison of three clinic-based AIDS education programs on female adolescents' knowledge, attitudes, and behavior. Journal of Adolescent Health Care. , July 1990;Volume 11, Issue 4, Pages 298–303
35.NavvabiRigiSh.D, Kerman Saravi F, NavidianA,Khazaiyan S, Sharaki poor M, SharakiSanavi F, Jafari A. The effect of teaching Selfbreastexamination based on health belief model in teacher. Medical - Surgical Nursing Journal 2012; 1(1):24-30. [Article in Persian]
36.Rose CD, Courtenay-Quirk C, et al. HIV intervention for providers study: a randomized controlled trial of a clinician-delivered HIV risk-reduction intervention for HIV-positive people. J. Acquir. Immune Defic. Syndr.2010; 55 (5): 572-81.
37.Cleary Paul D,et all. A randomized trial of an education, and support program for HIV-infected individuals. AIDS.1995; 9(11):1271-1278
38. Kalichman SC, et al. Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. Am J Prev Med. 2001; 21(2):84-92
39.Wong FL, Rotheram-Borus MJ, et al . Effects of behavioral intervention on substance use among people living with HIV: the Healthy Living Project randomized controlled study. Addiction.2008; 103 (7): 1206-14.
40.K. V. Mini1, Adepu Ramesh1, G. Parthasarathi1, S. N. Mothi , V. T. Swamy. Impact of pharmacist provided education on medication adherence behaviour in HIV/AIDS patients treated at a non-government secondary care hospital in India. Journal of AIDS and HIV Research. April 2012; Vol 4(4), pp. 94-99,
41.Ergene T, Cok F, et al. . A controlled-study of preventive effects of peer education and single-session lectures on HIV/AIDS knowledge and attitudes among university students in Turkey. AIDS Educ Prev.2005; 17 (3): 268-78.
42.Sharifirad G, Hazavehie S, Mohebi S, Rahimi M, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2006; 8 (3) :231-239. [Article in Persian]
43.Fatemeh RahmatiNajarkolaei, ShamsaldinNiknami, FarkhondehAminShokravi, FazlolahAhmadi,JafariMohammad Reza,RahnamaParvin.Application ofthehealth belief modelAIDS preventionprogramforstudents.Payesh journal..2009;8(4):349-359. [Article in Persian]
44.LotfiMainbolagh B, Rakhshani F, Zareban I, Montazerifar F, AlizadehSivaki H, Parvizi Z. The effect of peer education based on health belief model on nutrition behaviors in primary school boys. J Research Health 2012; 2(2):214-225. [Article in Persian]

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]

The Effect of Educational Program on Knowledge, Attitudes and Preventive Behaviors of Disease Transmission in Patients with AIDS

Tabasi Darmiyan A[1], Zareban I[2*], Masuodi GH[3], SHahrakipoor M[4]

1-Scholar of Health Educationand Health Promotion, faculty of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences.
2- Ph.D is Health Educationand Health Promotion, Faculty Member faculty of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences.
3- Faculty Member faculty of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences.
4-Ph.D is Biostatistics, Faculty Member faculty of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences
***Corresponding Author:** Ph.D is Health Educationand Health Promotion, Faculty Member faculty of Public Health, Zahedan University of Medical Sciences.*
***Email:** zareban@gmail.com*

Abstract

Background and Aim: According to available statistics, AIDS is still one of the most deadly diseases in the world which killed 1.8 million people in 2010. This study aimed to assess the effect of educational program on knowledge, attitude and behaviors of disease transmission in patients with AIDS**.**

Material and Methods: This research is a quasi experimental study which involved 92 patients with AIDS / HIV Saravan and Sarbaz in 2012. Due to the low number of patients with the sampling, the method was census. Researcher-developed questionnaire included demographic information, knowledge questions, questions of attitude and performance in a preliminary test and again in the second test(after implementing the curriculum) were used. Experts confirmed the validity of the questionnaire and its reliability coefficient alpha 0.72 was confirmed. To describe data, the parameters of the central (mean) and dispersion (standard deviation) for the analysis of independent t-tests, paired t-test, Chi-square and Pearson correlation were used.

Results: Before the intervention, the mean score of knowledge, attitude and behavior was not significantly different between the two groups. T-test results showed that the mean scores of all variables after training in the experimental group has significantly increased ($p<0/001$). There was a significant correlation between knowledge, attitudes and behavior.

Conclusion: Survey results indicate that the training program on knowledge, attitudes and behaviors to promote effective prevention of HIV transmission and to increase the knowledge and attitudes can promote the preventive behaviors.

Keywords: Knowledge, Attitudes, AIDS, Preventive Behavior, Education

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-10-14]