

مطالعه کارآزمایی میدانی برای ارتقای رفتارهای پیشگیرانه زنان از HIV

حبیب‌اله حسینی^۱، مرضیه صالحی^۲، زهرا برومندفر^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به روند رو به رشد اچ‌آی‌وی (HIV) در جهان و نقش کلیدی زنان در پیشگیری از این بیماری، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرکننده و قصد رفتاری زنان در زمینه پیشگیری از HIV انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش، یک مطالعه‌ی کارآزمایی میدانی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که بر روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت اصفهان انجام شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (دریافت‌کننده‌ی آموزش مبتنی بر مدل بزنف) و کنترل تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد قبل، بلافاصله بعد و سه ماه پس از مداخله جمع‌آوری و با آزمون آماری آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات و آزمون‌های تعقیبی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله‌ی آموزشی منجر به افزایش معنادار آگاهی ($P < 0/05$)، بهبود نگرش ($P < 0/05$)، تقویت هنجارهای انتزاعی ($P < 0/05$) و افزایش قصد رفتاری ($P < 0/05$) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. همچنین، عوامل قادرکننده بلافاصله پس از مداخله بهبود یافتند.

نتیجه‌گیری: آموزش مبتنی بر مدل بزنف به‌عنوان راهبردی موثر برای ارتقای رفتارهای پیشگیری از ایدز در زنان شناخته شد. این یافته‌ها بر اهمیت طراحی برنامه‌های آموزشی ساختاریافته با تمرکز بر عوامل فردی و اجتماعی تأکید می‌کنند.

واژگان کلیدی: مدل بزنف؛ پیشگیری؛ ایدز؛ ارتقاء سلامت؛ رفتارهای بهداشتی؛ زنان

ارجاع: حسینی حبیب‌اله، صالحی مرضیه، برومندفر زهرا. مطالعه کارآزمایی میدانی برای ارتقای رفتارهای پیشگیرانه زنان از HIV. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۲۸): ۱۰۰۴-۱۰۱۰.

بیماری و عدم استفاده از رفتارهای پیشگیرانه و داشتن رفتارهای پرخطر است (۱، ۲، ۴، ۵). مطالعات دیگری در جمعیت عمومی در ایران نشان می‌دهد، با وجود تحصیلات بالا هنوز تعداد زیادی از افراد در زمینه‌ی ایدز آگاهی در سطح مطلوب ندارند و برخی هم از رفتار پیشگیرانه غفلت می‌کنند و نیازمند آموزش مناسب هستند (۶، ۷) این مسائل نه تنها سلامت زنان را تهدید می‌کند، بلکه پیامدهای اجتماعی و اقتصادی جبران‌ناپذیری را برای خانواده‌ها و جامعه به همراه دارد (۸).

این ناآگاهی و تغییر الگوی فزاینده ضرورت توجه ویژه به برنامه‌های پیشگیرانه برای زنان را آشکار می‌کند. در این بین، مدل بزنف به عنوان یک چارچوب نظری جامع که عوامل فردی و اجتماعی مؤثر بر رفتارهای سلامت را ترکیب می‌کند، با در نظر گرفتن چهار سازه اصلی از جمله آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی و عوامل قادرکننده

مقدمه

شیوع ایدز، به‌عنوان یکی از چالش‌های عمده بهداشتی در جهان، پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت فردی و اجتماعی دارد. با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه پیشگیری و درمان، آمار ابتلا به این بیماری به‌ویژه در بین زنان رو به افزایش است (۱، ۲). در ایران، موج سوم ایدز با انتقال عمده از طریق روابط جنسی محافظت‌نشده شناخته شده است، که در آن زنان به‌طور فزاینده‌ای در چارچوب روابط زناشویی و خانوادگی در معرض خطر قرار دارند. نگرانی اصلی افزایش موارد جدید از زنان از طریق تماس جنسی است. مطالعات اخیر نشان می‌دهد، سهم زنان در موارد جدید ابتلا در سال‌های اخیر بیشتر شده است (۲، ۳). این در حالی است که طبق یافته‌های دیگر مطالعات، یکی از علت‌های اصلی افزایش ابتلا به ایدز، عدم آگاهی افراد نسبت به این

۱- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه بهداشت، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت جامعه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- مرکز تحقیقات علوم باروری و سلامت جنسی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: زهرا برومندفر؛ مرکز تحقیقات علوم باروری و سلامت جنسی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: boroumandfar@nm.mui.ac.ir

دسترس انتخاب شدند. پس از حذف نمونه‌های ناقص، ۵۸ نفر در گروه کنترل و ۵۶ نفر در گروه مداخله تخصیص یافتند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته مبتنی بر مدل بزنف بود که شامل بخش‌های جمعیت‌شناختی، آگاهی (آگاهی از رفتارهای پیشگیری‌کننده از HIV با ۱۴ سؤال)، نگرش (نگرش نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از HIV با ۸ سؤال)، هنجارهای انتزاعی (۹ سؤال درباره رفتارهای پیشگیری‌کننده از HIV)، عوامل قادرکننده (۷ سؤال درباره رفتارهای توانمندساز برای رفتارهای پیشگیری از HIV) و قصد رفتار (۹ سؤال) می‌شد. روایی پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصان و محاسبه شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا تأیید شد. پایایی آن نیز با روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی (۰/۷۹) و مؤلفه‌های مختلف (بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۱) محاسبه گردید.

برای ورود به مرحله اجرا، پژوهشگر نمونه‌ها را در مراکز منتخب از طریق سامانه سبب با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه به صورت در دسترس انتخاب کرد و از طریق تلفن ایشان را جهت شرکت در مطالعه دعوت نمود. پس از تخصیص افراد در گروه ها، گروه مداخله، چهار جلسه آموزشی ۵۰ دقیقه‌ای بر اساس مدل بزنف دریافت کردند که شامل آموزش‌های شناختی، بحث گروهی، نمایش فیلم و انجام تست سریع HIV بود. در مقابل، گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها در سه مرحله (قبل، بلافاصله بعد و سه ماه پس از مداخله) جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی با گزارش میانگین و انحراف معیار و فراوانی و درصد و آمار استنباطی، آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات و آزمون‌های تعقیبی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، حفظ محرمانگی اطلاعات و ارائه آموزش به گروه کنترل پس از اتمام مطالعه بود این مقاله با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.1397.327 در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسید.

یافته‌ها

در این مطالعه، یافته‌های ۵۶ نفر در گروه مداخله و ۵۸ نفر در گروه کنترل تحلیل شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله $31/52 \pm$ سال و در گروه کنترل $30/64 \pm 9/15$ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان خانه‌دار (۶۴/۹ درصد) و دارای تحصیلات کارشناسی (۵۱/۸ درصد) بودند. نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر سن، مدت ازدواج، سن همسر، تعداد فرزند، شغل و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه همتا بودند. میانگین نمره آگاهی زنان در دو گروه و در زمان‌های مختلف در جدول ۱ مقایسه شد.

چارچوب هدفمندی برای طراحی مداخلات آموزشی فراهم می‌آورد. این مدل برخلاف مدل‌های سنتی، تأکید می‌کند که قصد رفتاری به‌تنهایی برای تغییر رفتار کافی نیست و عوامل محیطی و اجتماعی نیز بایستی مورد توجه قرار گیرند (۹-۱۴).

در این زمینه مطالعات پیشین نشان داده‌اند که آموزش‌های بهداشتی می‌توانند نقش کلیدی در تغییر رفتارهای پرخطر و افزایش قصد پیشگیری از ایدز ایفا کنند (۱۵-۱۷). مطالعاتی اثربخشی این مدل را در تغییر رفتارهای سلامت تأیید کرده‌اند (۱۸، ۱۹)؛ با این حال بیشتر پژوهش‌های موجود بر گروه‌های پرخطر مانند معتادان تزریقی یا کارگران جنسی متمرکز شده‌اند (۲۰-۲۲)، در حالی که زنان عادی که در معرض ابتلا از طریق روابط زناشویی هستند، کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و پیش‌بینی می‌شود نگرش‌های نادرست، هنجارهای اجتماعی محدودکننده، و کمبود عوامل قادرکننده مانند دسترسی به خدمات تست HIV و مشاوره می‌تواند مانع از پیگیری رفتارهای پیشگیرانه در این گروه شوند. با توجه به نقش آگاهی‌رسانی در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه و اهمیت محوری زنان در این زمینه، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی ساختاریافته مبتنی بر مدل بزنف بر ارتقای رفتارهای پیشگیرانه از HIV در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و بهبود قصد رفتاری زنان در پیشگیری از HIV انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش به‌صورت یک کارآزمایی میدانی با دو گروه مداخله (دریافت‌کننده آموزش مبتنی بر مدل بزنف) و کنترل و سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماه بعد انجام شد. هدف اصلی بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر متغیرهای وابسته شامل قصد رفتارهای پیشگیری‌کننده از (Human Immunodeficiency Viruses) HIV، آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی و عوامل قادرکننده بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود که شرایط ورود به مطالعه از جمله ملیت ایرانی، تحصیلات حداقل حد ابتدایی، سن در محدوده ۱۵ تا ۴۹ سال؛ نداشتن اختلالات شدید روانشناسی و جسمانی ثبت شده در سامانه سبب و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای انجام شد؛ ابتدا مراکز بهداشتی به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس از میان آن‌ها چهار مرکز (شهید فدایی، صدرا، انقلاب و ملاحادی سبزواری) با استفاده از جدول اعداد تصادفی گزینش شدند. این مراکز به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (صدرا و انقلاب) و کنترل (شهید فدایی و ملاحادی سبزواری) در نظر گرفته شدند. سپس، ۱۲۲ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز (۶۱ نفر در هر گروه) به روش در

جدول ۱. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی آگاهی زنان گروه مداخله و کنترل در رابطه با HIV قبل، بلافاصله بعد و سه ماه بعد از مداخله

گروه	زمان ۱	زمان ۲	اختلاف میانگین دو زمان	خطای معیار	P
مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۳/۳۱	۰/۲۷	<۰/۰۰۱
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۴/۰۸	۰/۲۶	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۷۶	۰/۰۷	<۰/۰۰۱
کنترل	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۴۵	۰/۱۴	۰/۲۰
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۴۳	۰/۲۳	۰/۰۷
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۰۸	۰/۱۸	۰/۶۵

<). میانگین نمره‌ی نگرش در مقایسه‌ی بازه زمانی بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$). بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله نیز میانگین نمره‌ی نگرش، تفاوت معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه کنترل، اختلاف معنی‌داری بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله و بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله مشاهده نشد. میانگین نمره‌ی هنجارهای انتزاعی زنان در دو گروه و در زمان‌های مختلف در جدول ۳ مقایسه شده است.

طبق جدول ۳، نتایج آزمون Bonferroni نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره هنجارهای انتزاعی در رابطه با HIV بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله، تغییر معنی‌دار داشته است ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین نمره‌ی هنجارهای انتزاعی در رابطه با HIV در مقایسه‌ی بازه زمانی بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله، تفاوت معنی‌دار نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$). بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد

طبق جدول ۱، نتایج آزمون تعقیبی به روش Bonferroni نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره‌ی آگاهی در رابطه با HIV بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله تغییر معنی‌دار داشته است ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین نمره‌ی آگاهی در مقایسه‌ی بازه زمانی بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$). بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله نیز میانگین نمره‌ی آگاهی تفاوت معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه کنترل، اختلاف معنی‌داری بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله دیده نشد. بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار نشان نداد. میانگین نمره‌ی نگرش زنان در دو گروه و در زمان‌های مختلف در جدول ۲ مقایسه شده است.

طبق جدول ۲، نتایج آزمون Bonferroni نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمره‌ی نگرش در رابطه با HIV بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله، تغییر معنی‌دار داشته است ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی نگرش زنان گروه مداخله و کنترل در رابطه با HIV قبل، بلافاصله بعد و سه ماه بعد از مداخله

گروه	زمان ۱	زمان ۲	اختلاف میانگین دو زمان	خطای معیار	P
مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۸۳	۰/۱۹	<۰/۰۰۱
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۵/۶۴	۱/۸۳	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۲/۸۰	۱/۷۸	<۰/۰۰۱
کنترل	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۳۲	۰/۲۱	۰/۱۳
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۸۴	۰/۲۵	۰/۰۶
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۳۰

جدول ۳. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی هنجارهای انتزاعی زنان گروه مداخله و کنترل در رابطه با HIV قبل، بلافاصله بعد و سه ماه بعد از مداخله

گروه	زمان ۱	زمان ۲	اختلاف میانگین دو زمان	خطای معیار	P
مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۷۶	۰/۱۷	<۰/۰۰۱
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۳/۷۶	۰/۲۰	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۱/۰۰	۰/۰۸	<۰/۰۰۱
کنترل	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۳۴	۰/۲۱	۰/۱۱
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۴۴	۰/۲۵	۰/۰۷
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۱۰	۰/۱۵	۰/۴۷

بحث

پژوهش حاضر با بررسی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان، نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، مدت ازدواج، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و تعداد فرزندان همگن بودند. این همگنی حاکی از آن دارد، تفاوت‌های مشاهده شده در نتایج، ناشی از مداخله آموزشی و نه متغیرهای زمینه‌ای بوده است.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل بزنف به‌طور معنی‌داری، نمره‌ی آگاهی زنان در مورد رفتارهای پیشگیری از ایدز را افزایش داد. این بهبود نه تنها بلافاصله پس از مداخله، بلکه در مرحله‌ی پیگیری سه‌ماهه نیز حفظ شد.

همان‌طور که تحقیقات متعددی اشاره داشتند، ناآگاهی نسبت به این بیماری، منجر به افزایش آن شده است (۱، ۲، ۴، ۵). در این زمینه، یافته‌های مطالعه دیگری نشان داد آموزش‌های ساختاریافته بر اساس مدل بزنف می‌تواند آگاهی افراد را در زمینه‌های مختلف سلامت ارتقا دهد (۱۹) و یافته‌های این مطالعه در هماهنگی با آن است. از مبنای نظری، این یافته را می‌توان با تأکید مدل بزنف بر نقش دانش و اطلاعات در تغییر رفتار تبیین کرد. در جلسات آموزشی، اطلاعاتی درباره راه‌های انتقال HIV، روش‌های پیشگیری و باورهای نادرست ارائه شد که به زنان کمک کرد تا درک بهتری از بیماری پیدا کنند. همچنین، فضای تعاملی جلسات و پاسخگویی به سؤالات شرکت‌کنندگان، انگیزه‌ی آن‌ها را برای یادگیری افزایش داد. همچنان که روش انتقال محتوا و ایجاد فرصت برای پرسش و پاسخ نیز می‌تواند در اثربخشی آموزش نقش مؤثر داشته باشد.

از مداخله نیز میانگین نمره‌ی هنجارهای انتزاعی، تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/001$). در گروه کنترل، اختلاف معنی‌داری بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله و بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله مشاهده نشد. میانگین نمره‌ی عوامل قادرکننده‌ی زنان در دو گروه و در زمان‌های مختلف در جدول ۴ مقایسه شده است.

طبق جدول ۴، نتایج آزمون Bonferroni نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره‌ی عوامل قادرکننده در رابطه با HIV بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله تغییر معنی‌دار داشته است ($P < 0/001$). میانگین نمره‌ی عوامل قادرکننده در مقایسه‌ی یازده زمانی بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله، تفاوت معنی‌دار نشان داد ($P < 0/001$). بلافاصله بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله میانگین نمره‌ی عوامل قادرکننده تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = 0/37$). در گروه کنترل، اختلاف معنی‌داری بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله و بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله مشاهده نشد میانگین نمره‌ی قصد رفتار زنان در دو گروه و در زمان‌های مختلف در جدول ۵ مقایسه شده است.

طبق جدول ۵، نتایج آزمون Bonferroni نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره‌ی قصد رفتار در رابطه با HIV بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله تغییر معنی‌دار داشته است ($P < 0/001$). میانگین نمره‌ی قصد رفتار در مقایسه‌ی یازده زمانی بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله، تفاوت معنی‌دار نشان داد ($P < 0/001$). در گروه کنترل، اختلاف معنی‌داری بلافاصله بعد از مداخله نسبت به قبل مداخله، و بین سه ماه بعد از مداخله و قبل از مداخله مشاهده نشد.

جدول ۴. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی عوامل قادرکننده زنان گروه مداخله و کنترل در رابطه با HIV قبل، بلافاصله بعد و سه ماه بعد از مداخله

گروه	زمان ۱	زمان ۲	اختلاف میانگین دو زمان	خطای معیار	P
مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۲۱	۰/۱۳	<0/001
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۲/۲۱	۰/۱۷	<0/001
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۰۸	۰/۱۰	۰/۳۷
کنترل	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۶۳
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۲۲	۰/۱۴	۰/۱۲
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۲۷	۰/۱۷	۰/۱۲

جدول ۵. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی قصد رفتار زنان گروه مداخله و کنترل در رابطه با HIV قبل، بلافاصله بعد و سه ماه بعد از مداخله

گروه	زمان ۱	زمان ۲	اختلاف میانگین دو زمان	خطای معیار	P
مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۳/۲۳	۰/۱۵	<0/001
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۴/۴۴	۰/۱۵	<0/001
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۱/۲۱	۰/۰۷	<0/001
کنترل	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۰۵	۰/۲۲	۰/۸۲
	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۵۰	۰/۴۳	۰/۲۵
	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	۰/۴۴	۰/۳۷	۰/۲۳

طبق یافته‌های مطالعه، قصد انجام رفتارهای پیشگیرانه در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. این نتیجه با بهبود آگاهی، نگرش و هنجارهای انتزاعی مرتبط بود و نشان می‌دهد که مدل بزنف به‌درستی می‌تواند قصد رفتاری را پیش‌بینی کند. این یافته با مطالعاتی همچوانی دارد که اثربخشی مدل بزنف را در تغییر رفتارهای پرخطر و افزایش قصد پیشگیری از ایدز (۱۵-۱۷) و ارتقاء رفتارهای سلامت (۱۸، ۱۹) تأیید کرده‌اند. با این حال، همان‌طور که در نظریه بزنف اشاره شده است، قصد رفتاری لزوماً به معنای انجام رفتار نیست. عواملی مانند موانع محیطی یا کمبود منابع ممکن است مانع از تبدیل قصد به عمل شوند. بنابراین، برای دستیابی به نتایج پایدارتر، همزمانی بکارگیری آموزش با خدمات حمایتی لازم است.

استفاده از خودگزارش‌دهی و عدم امکان برنامه‌ریزی برای دوره پیگیری بلندمدت، از محدودیت‌های مطالعه بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با طراحی روش‌های ترکیبی (کیفی و کمی) و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر انجام شوند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه نشان داد، مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر مدل بزنف می‌تواند به‌طور مؤثری آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی و قصد رفتاری زنان را در زمینه‌ی پیشگیری از ایدز بهبود بخشد. این یافته‌ها، اهمیت آموزش‌های ساختاریافته و مبتنی بر نظریه را اثربخش گزارش می‌کند و بر توجه همزمان به عوامل فردی و اجتماعی، برای تغییر رفتار سلامت تأکید دارد. در این زمینه، با توجه به این که یافته‌ها، کاهش بار بیماری و بهبود شاخص‌های سلامت جامعه را هدف قرار دادند کارکنان بهداشتی می‌توانند این الگو را در مشاوره‌های فردی و گروهی به کار گیرند و به پژوهشگران توصیه می‌شود مطالعه را به سایر گروه‌های جمعیتی و رفتارهای سلامت تعمیم دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی پرستاری سلامت جامعه با کد ۳۹۶۸۷۳ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه تقدیر و تشکر می‌شود.

از جمله یافته‌های مهم این پژوهش، بهبود نگرش زنان نسبت به رفتارهای پیشگیری از ایدز پس از مداخله آموزشی بود. این نتیجه با یافته‌های مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند آموزش مبتنی بر مدل بزنف می‌تواند نگرش افراد را نسبت به مسائل سلامت تغییر دهد (۶، ۱۵، ۱۷، ۲۲). این تغییر نگرش عمدتاً ناشی از اصلاح باورهای نادرست، مانند انگ زدن به افراد مبتلا یا تصور غیرقابل کنترل بودن بیماری، بود. برای نمونه، در جلسات آموزشی تأکید شد که ایدز تنها محدود به گروه‌های خاصی نیست و هر فردی می‌تواند در معرض خطر قرار گیرد. این پیام به کاهش ترس و افزایش پذیرش رفتارهای پیشگیرانه کمک کرد. همچنین با توجه به این که نگرش، ترکیبی از باورها، احساسات و تمایل به عمل است، زمانی که زنان دریافتند پیشگیری از ایدز نه تنها امکان‌پذیر است، بلکه پیامدهای مثبتی برای سلامت آن‌ها دارد، نگرش‌شان به‌صورت مثبت تعدیل شد.

هنجارهای انتزاعی، به عنوان تأثیر اطرافیان بر رفتار فرد، در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بهبود یافت. در این زمینه، یافته‌های مطالعاتی نشان دادند که آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند در بهبود مهارت پیشگیری از ایدز مؤثر باشد (۱۰، ۱۳).

در این مطالعه، طراحی مداخله به‌گونه‌ای بود که نه تنها بر فرد، بلکه بر شبکه‌ی اجتماعی او نیز تأثیرگذار است. با توجه به این که تغییر می‌تواند تا حدی ناشی از حضور اعضای خانواده یا دوستان نزدیک در جلسات آموزشی باشد کاهش فشار اجتماعی و افزایش حمایت از رفتارهای پیشگیرانه را به همراه دارد. بر این اساس رویکرد جامع‌نگر به کار گرفته شده نشان می‌دهد که چطور هنجارهای انتزاعی در گروه مداخله موجب بهبودی شد.



یافته‌ها نشان داد عوامل قادرکننده در گروه مداخله افزایش یافت. با این حال، این بهبود در مرحله پیگیری پایدار نبود، که احتمالاً به دلیل محدودیت‌های مالی یا کمبود زمان برخی شرکت‌کنندگان بود. این یافته با یافته‌های مطالعاتی همسو است که نشان دادند آموزش می‌تواند توانمندی‌های فردی و محیطی را در پیشگیری و ارتقاء سلامت تقویت کند (۱۰، ۱۳، ۱۵). در این مطالعه، راهکارهایی مانند تأمین هزینه ایاب و ذهاب و ارائه جزوات آموزشی به افزایش موقت عوامل قادرکننده کمک کرد. اما برای دستیابی به نتایج پایدار، احتمالاً نیاز به مداخلات چندجانبه است که همزمان بر شرایط محیطی و توانمندی افراد تأثیرگذار باشد.

References

- Mahmoudian N. Discrimination against people with AIDS: Challenges in Iran and the world. [in Persian]. 2024. Available from: <https://civilica.com/doc/2138160>
- Ahmadnia Sh, Zahedi Mazandarani MJ, Kazemi Nejhah Z. Sociological Analysis of Lived Experience of Women Infected with AIDS [in Persian]. Journal of Social Studies and Research in Iran, 2017, 6(4): 633-60.

3. Fathi M, Abbasi M, Khakrangin M. Exploring the problems and challenges of HIV-infected women: A qualitative study. *Iranian Journal of Health Psychology* 2021; 4(4): 59-66.
4. Lou LX, Chen Y, Yu CH, Li YM, Ye J. National HIV/AIDS mortality, prevalence, and incidence rates are associated with the Human Development Index. *Am J Infect Control* 2014; 42(10): 1044-8.
5. Torkashvand F, Asadpor M, Sheikh Fathollahi M, Sheikh E, Salehi Shahrabaki MH, RezaHoseini O, et al. Frequency of high risk behaviour in HIV positive patients referred to centers for behavioural disorders of Rafsanjan and Kerman in 2012. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 14(7): 587-98.
6. Mosalanejad E, Farahmandfard MA, Norouzi M, Torabi Jahromi S, Alipanah M. Knowledge and attitude of marriage candidates referring to premarital counseling classes about AIDS in Jahrom [in Persian]. *Pars Journal of Medical Science* 2017; 15(4): 9-15
7. Workagegn F, Kiros G, Abebe L. Predictors of HIV-test utilization in PMTCT among antenatal care attendees in government health centers: institution-based cross-sectional study using health belief model in Addis Ababa, Ethiopia, 2013. *HIV AIDS (Auckl)* 2015; 7: 215-22.
8. Khosravani Poor H, Mir mohammad khani M, Najafi L, Davar Panah M A. The Mediating Role of Demographic Variables in the Relationship Between High-Risk Behaviors and HIV/AIDS in the Referrals to Behavioral Disease Counseling Centers of Shiraz University of Medical Sciences in 2020: A Descriptive Study [in Persian]. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2022; 21(8): 835-52.
9. Cherutich P, Kaiser R, Galbraith J, Williamson J, Shiraishi RW, Ngare C, et al. Lack of knowledge of HIV status a major barrier to HIV prevention, care and treatment efforts in Kenya: results from a nationally representative study. *PLoS One* 2012; 7(5): e36797.
10. Pakpourhaji AA, Mohammadi Zaidi A, Mohammadi Zeidi B. The effect of training based on the theory of planned behavior on AIDS prevention skills in adolescents [in Persian]. *Iranian Nursing Journal* 2012, 25(78): 1-13.
11. Ahmadi H, Moeini M. Investigating the relationship between social skills and risky behaviors of youth: A case study of Shiraz [in Persian]. *Strategic Research on Social Problem* 2015; 4(1): 1-24
12. Zareipour M, Mahmoudi H, Rezaei Moradali M, Mohammadi S, Zare F. Predictors of skin cancer prevention based on the BASNEF model in students [in Persian]. *Rahavard Salamat Journal* 2017; 3(1): 13-2.
13. Sadeghi R, Mazloumi SS, Hashemi M, Rezaian M. The effect of educational intervention based on the health belief model to promote AIDS preventive behaviors in male hairdressers in Sirjan [in Persian]. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(3): 235-46.
14. Bastami F, Hassanzadeh A, Heydari M, Mostafavi F. The relationship between health belief model constructs with regard to AIDS preventive behaviors among addicts [in Persian]. *J Health Syst Res* 2015; 11(2): 276-87.
15. Karimi M, Zarban A, Tabasi Darmian A, Taher M, Fayazi N. Beliefs and factors affecting preventive behaviors against HIV transmission in HIV-positive patients [in Persian]. *Iranian Journal of Infectious Diseases* 2016, 21(72): 41-7.
16. Pourtaheri A, Tavakoly Sany S B, Ahangari H, Peyman N. Evaluating the effectiveness of theory-based education in preventing high-risk sexual behaviors in adolescents: a systematic review [in Persian]. *J Jiroft Univ Med Sci* 2024; 11(2):1584-600.
17. Ghasemi M, Jadidi R, Shamsi M, Alian Fini F. Investigating the effect of health education on improving the level of awareness and attitude of students of Islamic Azad University of Arak regarding the prevention of emerging diseases [in Persian]. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2014, 2(2): 14-21.
18. Ramezanzadeh Z, Safarian M, Emadzadeh A, Ismaili H, Teymouri E. The effect of BASNEF model-based education on nutritional behavior of middle-aged women with overweight and obesity [in Persian]. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci* 2022; 9(3): 47-55.
19. Dehghani Tafti A, Dehghani Tafti A, Zobeidi M, Tofiqian A. The effect of education intervention based on the BASNEF model in promoting preventive behaviors against celiac disease among parents of households living in Ram Hormoz County [in Persian]. *J Toloo-e-behdasht* 2017; 16(2): 62-74
20. Carovano K. More than mothers and whores: Redefining the AIDS prevention needs of women. *In Women's Health, Politics, and Power. Int J Health Serv* 1991; 21(1): 131-42.
21. Bassett MT, Mhloyi M. Women and AIDS in Zimbabwe: the making of an epidemic. *In Women's Health, Politics, and Power. Int J Health Serv* 1991; 21(1): 143-56.
22. Narimani MR, Vahidi R, Jannati A, Taj Nesaei M. Behavior change strategies in society regarding AIDS prevention from the perspective of professors [in Persian]. *Health Image Journal* 2011; 2(2): 29-33.

A Field Trial Study to Promote Women's HIV Preventive Behaviors

Habibollah Hosseini¹, Marziyeh Salehi², Zahra Boroumandfar³

Original Article

Abstract

Background: Given the growing trend of HIV in the world and the key role of women in preventing this disease, this study aimed to determine the effect of education based on the BASNEF model on women's knowledge, attitudes, abstract norms, enabling factors, and behavioral intentions in the field of HIV prevention.

Methods: This study was a field trial study with a pre-test and post-test design that was conducted on women referring to comprehensive health service centers in Isfahan. Participants were randomly divided into two intervention groups (receiving education based on the BASNEF model) and control. Data were collected using standard questionnaires before, immediately after, and three months after the intervention and analyzed using ANOVA with repeated observations and follow-up tests.

Findings: The results showed that the educational intervention resulted in a significant increase in awareness ($P<0.05$), improved attitude ($P<0.05$), strengthened abstract norms ($P<0.05$), and increased behavioral intention ($P<0.05$) in the intervention group compared to the control group. Also, enabling factors improved immediately after the intervention.

Conclusion: BASNEF model-based education was identified as an effective strategy for promoting AIDS prevention behaviors in women. These findings emphasize the importance of designing structured educational programs focusing on individual and social factors.

Keywords: BASNEF model, Prevention, AIDS, Health promotion, Health behaviors, Women

Citation: Hosseini H, Salehi M, Boroumandfar Z. A Field Trial Study to Promote Women's HIV Preventive Behaviors. J Isfahan Med Sch 2025; 43(828): 1004-10.

1- Nursing and Midwifery Care Research Center, Health Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Health Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- Reproductive Sciences and Sexual Health Research Center, Midwifery & Reproductive Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Zahra Boroumandfar, Reproductive Sciences and Sexual Health Research Center, Midwifery & Reproductive Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: boroumandfar@nm.mui.ac.ir