کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه برنامه‌ریزی برای پیشگیری از ایدز در دانشجویان

فاطمه رحمتی نجارکلائی: دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
شمس‌الدین نیکنامی:* دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
فرخنده امین شکروی: استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
فضل‌الله احمدی: دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
محمدرضا جعفری: کارشناس پرستاری، رئیس اداره خدمات دانشجویی، معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه تهران
پروین رهنما: دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال هشتم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۸ صص ۳۵۹-۳۴۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۱۲
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۷ مرداد ۱۳۸۸]

چکیده

تحقیق حاضر، در جهت برنامه‌ریزی آموزشی پیشگیری از ایدز، با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی، به صورت توصیفی ـ مقطعی در سال تحصیلی ۸۴-۸۳ بر روی ۶۶۴ دانشجوی جدیدالورود دانشگاه تهران انجام گرفت. ابزار مورد مطالعه، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که شامل اطلاعات جمعیتی، سؤالات آگاهی، سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده) و نگرش به طرد بیماران و سؤالات رفتارهای پرخطر و قصد انجام آزمایش HIV بود. شیوه نمونه گیری به صورت طبقه‌ای و منظم (سیستماتیک) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار Access 2002 ، SPSS 14 ، آزمون‌های کای مربع (Chi-square)، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون آنوا (Anova) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مطابق نتایج این مطالعه، میانگین سنی دانشجویان ۱/۸ ± ۱۸/۷۴ و ۵۷/۵ درصد از آنها دختر بودند. بر اساس رفتارهای خود گزارش دهی، ۴/۱ درصد از آنها سابقه مصرف سیگار داشتند و ۲/۹ درصد مواد مخدر یا مشروبات الکلی مصرف کرده بودند، ۱/۵ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های آمیزشی و ۵۸/۱ درصد مایل به انجام آزمایش HIV بودند. مهم‌ترین منبع کسب آگاهی دانشجویان درباره ایدز، تلویزیون، روزنامه‌ها و مجلات بودند و ۲۶/۴۶ درصد نیز سطح آگاهی خود را در مورد بیماری ایدز ناکافی اعلام کرده بودند. ۷۱/۱ درصد از دانشجویان مورد بررسی نیز شانس خود را برای ابتلا به ایدز، کم گزارش نموده بودند. اکثر داتشجویان از سطح آگاهی بالایی برخوردار بودند. بین میزان آگاهی و شدت و حساسیت درک شده ایدز و منافع درک شده نسبت به انجام آزمایش HIV ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. بین حساسیت و شدت درک شده نیز رابطه آماری معنی‌داری به چشم می‌خورد. در این مطالعه، سازه منافع درک شده آزمایش HIV الگوی اعتقاد بهداشتی تنها پیش بینی کننده قصد انجام آزمایش HIV بود. عدم دسترسی به مراکز بهداشتی ـ درمانی انجام دهنده آزمایش و ترس از نتیجه آن به عنوان بیشترین مانع انجام آزمایش از طرف دانشجویان ذکر گردید. دانشجویان به ایدز حساس بودند و آن را بیماری وخیمی می‌دانستند، اما باید در مورد چگونگی اعلام نتیجه آزمایش و میزان خدمات و نشانی‌های مراکز مشاوره، اطلاع‌رسانی بیشتری صورت گیرد. این پژوهش، انجام مطالعه مداخله‌ای را با استفاده از نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار در سطح فردی و سازمانی پیشنهاد می‌کند.

کلیدواژه‌ها: الگوی اعتقاد بهداشتی، برنامه‌ریزی آموزش بهداشت، ایدز، دانشجویان

* نویسنده پاسخگو: نویسنده پاسخگو: تهران، تقاطع بزرگراه شهید دکتر چمران و جلال آل احمد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، صندوق پستی: ۱۱۱-۱۴۱۱۵
تلفن: ۸۲۸۸۳۵۴۹
E-mail:niknami6@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

مقدمه

عفونت HIV و بیماری ایدز از جمله بیماری‌هایی است که، به لحاظ میزان کشندگی زیاد و هزینه مراقبتی فراوان، ایجاد مشکلات اجتماعی و هدف قرار دادن جمعیت جوان از معضلات مهم جوامع بشری است [۱]. بر اساس آخرین آمار، در سال ۲۰۰۶ میلادی، ۳۹/۵ میلیون (۴۷/۱- ۳۴/۱ میلیون) فرد مبتلا به HIV در دنیا زندگی می‌کردند و ۴/۳ میلیون (۶/۶ - ۳/۶ میلیون) مورد جدید به HIV آلوده شده و ۲/۹ میلیون مرگ (۳/۵-۲/۵) بر اثر ایدز رخ داده است. بیشترین افزایش موارد بروز HIV در شرق آسیا، اروپای شرقی و آسیای مرکزی اتفاق افتاده است و در اکثر کشورها، موارد جدید عفونت در میان افراد جوان ۱۵تا ۲۴ سال مشاهده می‌شود. در میان بالغان ۱۵ ساله به بالا، جوانان بیش از ۴۰ درصد از موارد جدید عفونت را در سال ۲۰۰۶ تشکیل می‌دهند [۲] و چون قسمت اعظمی از جمعیت جهان را جوانان بین ۱۰ تا ۱۹ سال، تشکیل می‌دهند، بنابراین، ایدز جدی‌ترین مسئله در دوره جوانی است [۳]. جوانان در معرض رفتارهای پرخطری مانند مواد مخدر، الکل و تماس‌های جنسی هستند. مطالعه مرکز مدیریت بیماری‌ها (CDC) بر روی رفتارهای مخاطره‌آمیز جوانان نشان داد که تقریباً ۵۰ درصد از دانش آموزان دبیرستانی، در آمریکا، روابط جنسی داشته‌اند[۴].

حدود ۳۳ درصد از جمعیت ایران را جوانان ۱۰ تا ۲۴ ساله تشکیل می‌دهند [۵]. تغییر شرایط اجتماعی، رشد فزاینده شهرنشینی، کاهش سن بلوغ، کاهش خانواده‌های گسترده و حتی هسته‌ای و انتشار سریع اطلاعات از طریق رسانه‌های گروهی در مورد جوانان ایران نیز صادق است [۶]. بررسی‌های انجام شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، بیانگر سرعت افزایش رفتارهای پرخطری است که می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به ایدز باشد. به عبارتی، افزایش سن ازدواج در کشور در سال‌های اخیر و کمتر شدن تمایل جوانان به ازدواج در سن پایین‌تر، سبب افزایش رفتارهای پرخطر شده است و از سویی کشور ما (ایران)، از لحاظ جغرافیایی، در وضعیت بسیار پرخطری قرار دارد؛ چرا که بر روی مسیر ترافیک مواد مخدر قرار گرفته است [۷]؛ حال آن که بر اساس اعلام وزارت بهداشت، هم اکنون میزان شیوع HIV در ایران از مرحله با شیوع کم (Low level) به مرحله شیوع متمرکز (Concentrated) وارد شده است [۸].

حقیقت این است که اگر جوانان حقایق مربوط به عفونت HIV و بیماری ایدز را ندانند، قادر به محافظت از خود نخواهند بود. نوجوانان پیش از آن که از لحاظ جنسی فعال شوند، باید به حقایق پی ببرند. از سوی دیگر، افراد جوان برای به مرحله عمل در آوردن آنچه فرا می‌گیرند، به مهارت‌هایی نیاز دارند. مهارت‌های زندگی، مهارت در گفتگو، رفع اختلافات، اندیشه مقتدرانه، تصمیم گیری و ارتباطات برای جوانان، امری حیاتی است [۹].

انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام در فرآیند برنامه‌ریزی هر برنامه آموزشی است[۱۰]. الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) از قدیمی‌ترین نظریه‌های رفتار بهداشتی و از اولین الگوهایی است که از نظریه‌های علوم رفتاری برای حل مسائل بهداشتی بر گرفته شده است. این الگو تقریباً نیم قرن، همراه با موفقیت‌های بزرگی در موضوعات مختلف بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است؛ به طوری که می‌توان گفت مادر بزرگ اکثر نظریه‌های مدرن آموزش بهداشت محسوب می‌شود [۱۱].

این الگو، الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و را بطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است. این اعتقادات شامل موارد زیر هستند:

۱- آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری

۲- تأثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد

۳- تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری [۱۲]. الگوی اعتقاد بهداشتی دارای ابعاد زیر است:

۱- حساسیت درک شده (Perceived susceptibility)، ۲- شدت درک شده (Perceived Severity)، ۳- منافع درک شده (Perceived Benefits)، ۴- موانع درک شده (Perceived Barriers)، ۵- راهنمای عمل (Cues to Action) [۱۳] (شکل شماره ۱).

کاربرد این الگو در زمینه HIV/AIDS به درک بهتر رفتارهای مخاطره آمیز جنسی کمک می‌کند. اساس الگو بر روی انگیزه افراد برای عمل است، پس می‌تواند با برنامه‌های آموزش جنسی، تناسب خوبی داشته باشد. سازه‌های این الگو، به صورت زیر، در برنامه‌های آموزشی ایدز کاربرد دارند و به فهم بیشتر رفتارهای پیشگیری از ایدز کمک می‌کنند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]

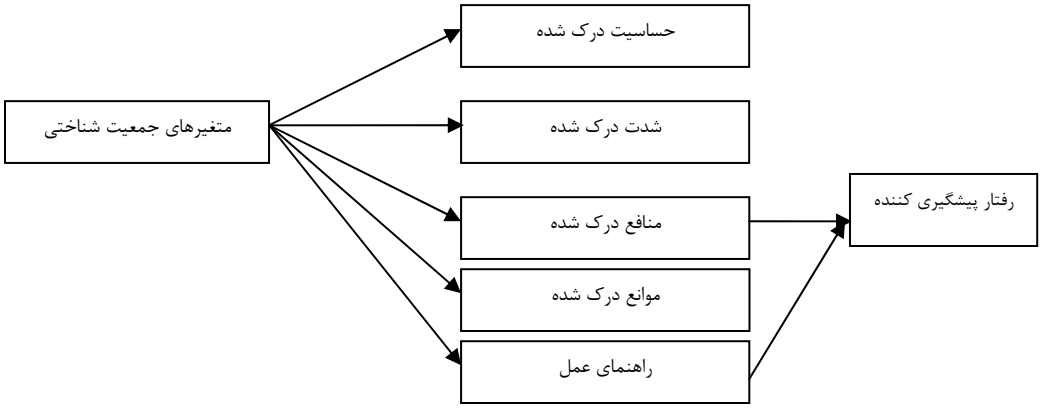
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

به طور مثال، برای پذیرفتن رفتارهایی که خطر عفونت را به حداقل برسانند، افراد نیاز دارند به این که:

- معتقد باشند در معرض خطر بیماری قرار دارند.
- معتقد باشند که عوارض و پیامدهای بیماری، شدید و جدی است.
- برای عمل نمودن، راهنمای حمایت کننده (تبلیغات رسانه‌ای هدفمند) دریافت کنند تا موجب بروز عکس‌العمل در آنها شود.
- معتقد باشند که مهارت‌های کاهش دهنده خطر (ارتباط جنسی سالم یا خویشتن داری) خطر عفونت را به میزان زیاد، کاهش می‌دهد.
- معتقد باشند که منافع آن عمل به منظور کاهش خطر نسبت به هزینه‌های بالقوه و موانع مانند کاهش لذت واکنش منفی شریک جنسی یا جامعه ارزشمندتر است.
- معتقد باشند که توانایی انجام عملکرد مؤثر را دارند مانند پی‌گیری و تداوم تمرین ارتباط جنسی سالم

اکثر بسیج‌های آموزش عمومی در مورد HIV/AIDS با این رویکرد کار می‌کنند. آنها ابتدا به دنبال ترغیب مردم به این مسئله بودند که آنها در معرض خطر بیماری قرار دارند و روی ماهیت مهلک بیماری تأکید داشتند. با گذشت زمان و گسترش شیوع بیماری (اپیدمی)، بسیج‌های آموزش عمومی، بیشتر روی کارایی ارتباط جنسی سالم (به ویژه استفاده از کاندوم) و به حداقل رساندن خطر عفونت و افزایش اعتماد مردم برای استفاده از کاندوم تمرکز نمودند [۱۵]. مطالعات تجربی نشان داده‌اند که پیش‌بینی‌کنندگی رفتارهای پیشگیری از ایدز، بر اساس ایدز الگوی اعتقاد بهداشتی، در افراد آسیایی کاربرد بیشتری دارد. در مطالعه Yep در سال ۱۹۹۳، توانایی پیش‌بینی‌کنندگی الگوی اعتقاد بهداشتی در ۱۴۱ دانشجوی آسیایی آمریکایی تست شد. در این مطالعه شدت درک شده بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را در میان رفتارهای پیشگیری از ایدز به خود اختصاص داده است و خاطرنشان می‌کند که ممکن است عقاید فرهنگی به مثابه واسطه قدرت پیش‌بینی الگو را افزایش دهند. نویسنده همچنین ذکر می‌کند که الگوهای تغییر رفتار، مانند HBM، به درک بیشتر رفتارهای مخاطره‌آمیز در این بیماری کمک می‌کند [۱۶].

امروزه در برنامه‌های پیشگیری از HIV/AIDS از نظریه‌های رفتاری و اجتماعی بسیاری استفاده می‌شود [۱۷]، اما در بسیاری از مطالعات، از الگوی اعتقاد بهداشتی، در زمینه پیشگیری از بیماری ایدز استفاده شده است [۲۲-۱۸] و لذا در این مطالعه نیز، مانند مطالعات ذکر شده، از الگوی اعتقاد بهداشتی به عنوان چهارچوب مطالعه استفاده گردید. با این وجود،تا به حال در ایران به منظور سنجش اعتقادات دانشجویان و برنامه‌ریزی آموزشی در زمینه پیشگیری از ایدز، از الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده نشده است. از همین رو، ما در صدد بر آمدیم تا با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی سطح اطلاعات، اعتقادات و عملکرد مرتبط با ایدز و انجام آزمایش ایدز را، در دانشجویان دانشگاه تهران، تعیین کنیم تا بتوانیم بر اساس آن برای آموزش دانشجویان به تدوین برنامه‌ریزی آموزشی مناسب بپردازیم. مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV به مثابه راهبردی عملی پیشگیری از HIV به میزان وسیعی در مدارک علمی ثبت شده است [۲۳]. بنابراین، در این مطالعه، قصد رفتاری انجام آزمایش HIV را به عنوان رفتار پیشگیری مد نظر قرار دادیم.



شکل شماره ۱- الگوی اعتقاد بهداشتی [۱۴]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی و بـه صـورت مقطعـی اسـت و در آن ۶۶۴ دانشجوی ورودی جدید (مقطع کارشناسی پیوسـته و دکتـری پیوسته) که در رشـتههـای غیرپزشـکی در سـال تحـصیلی ۸۴-۸۳ پذیرفته شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. بر اسـاس چهـارچوب نمونهگیری که شامل فهرست کلی دانشجویان جدیدالورود دانـشگاه بود، سهم هر کدام از دانشکدههای دوازدهگانه (فنی، علـوم، حقـوق، روان شناسی، علوم اجتماعی، جغرافیا، ادبیات، الهیـات، دامپزشـکی، هنرهای زیبا، زبانهای خارجی و اقتـصاد) در نمونـه مـورد بررسـی تعیین گردید که بر اساس شیوه نمونهگیری طبقهای و مـنظم ۶۶۴ دانشجو در این پژوهش شرکت کردند. به دلیل عدم تناسب سؤالات مطرح شده در مطالعات خارج از کـشور بـا ویژگـیهـای فرهنگـی و اخلاقی کشور ما، از پرسشنامهای پژوهشگر ساخته استفاده شد کـه از طریق مطالعه مقدماتی و تحقیقات قبلی طراحـی گردیـد. اعتبـار محتوا و اعتبار صوری پرسشنامه به روش کیفی بـا اسـتفاده از نظـر کارشناسی استادان مربوط و بررسی متون و در نظر گـرفتن تمـامی ابعاد موضوع تـأمین شـد. بـرای تعیـین پایـایی پرسـشنامه از روش همسانی درونی (دو نیمه کردن) و آلفای کرونباخ اسـتفاده شـد کـه پس از انجام مطالعه مقدماتی، همبستگی بـه ترتیـب حـدود ۰/۷۶و ۰/۷۵ محاسبه گردید.

پرسشنامه شامل چهـار بخـش بـود: بخـش اول، حـاوی ۶ سـؤال خصوصیات جمعیتی و بخـش دوم سـؤالات پرسـشنامه مربـوط بـه سنجش آگاهی دانشحویان با ۷ سؤال ساده، با پاسخهای بلـه، خیـر، نمیدانم و ۵ سؤال چند بخشی مربوط به منابع اطلاعـاتی، راههـای سرایت بیماری، افراد در معرض خطـر بیمـاری در ایـران و جهـان و اقدامات مؤثر در خصوص پیشگیری از این بیماری بود. به هر پاسـخ صحیح، امتیاز یک، به پاسخ غلط و نمیدانم امتیاز صـفر اختـصاص داده شد. طبقهبندی سؤالات آگاهی به این صورت بود که نمـرات ۰ تا ۸ ضعیف ۹ تا ۱۷ متوسط و ۱۸ تا ۲۶ نمره خوب محسوب شدند. بخش سوم مربوط به سنجش نگرش (بـر حـسب مقیـاس لیکـرت) دانشجویان با بیست سؤال از طریق سازههای الگوی اعتقاد بهداشتی در مورد حساسیت درک شـده، شـدت درک شـده در مـورد ایـدز و نگرش طرد بیماران مبتلا و نگـرش دربـاره فوایـد آزمـایش HIV و موانع درک شده و قصد انجام آزمایش HIV بود. که به صورت سـه گویهای (موافق ـ بینظر ـ مخـالف) مطـرح شـد و بـه هـر عبـارت، نمرهای بین یک تا سه اختصاص داده شد. در مورد حـساسیت درک شده، کمترین امتیاز ۴ و حداکثر ۱۲ بود. در مورد شدت درک شده، کمترین ۳ و بیشترین ۹ امتیاز و در مورد نگرش بـه طـرد بیمـاران، کمترین ۴ و بیشترین ۱۲ و در مـورد فوایـد انجـام آزمـایش HIV، کمترین ۳ و بیشترین ۹ امتیاز بودند و بالأخره، در موانع درک شده، کمترین ۶ و بیشترین ۱۸ امتیاز و در مورد قصد رفتاری، یک سـؤال مطرح شد. امتیاز دهی مورد نگرش به این صورت بود که نمرات زیر ۵۰ درصـد، نگـرش نـامطلوب و بـالای ۵۰ درصـد نگـرش مطلـوب محسوب شدند. بخش چهارم حاوی ۱۲سؤال مربـوط بـه رفتارهـای پرخطر و قصد انجام آزمایش HIV بود.

پرسشنامهها بـه ایـن صـورت توزیـع گردیدنـد کـه ابتـدا توسـط کارشناسان بهداشت، اهداف مطالعه و محرمانه بودن آن بـه صـورت حضوری به دانـشجویان توضـیح داده شـد و سـپس پرسـشنامه بـه دانشجویان تحویل گردید. بـا نظـر بـه اهمیـت مـسائل اخلاقـی در پژوهش و حساس بودن تعدادی از سؤالات، پرسشنامهها بـدون نـام طراحی شده بودند. دادههـای حاصـل از ایـن مطالعـه نخـست وارد نرمافزار Access 2002 و سـپس وارد نـرمافـزار SPSS 14 شـدند. پس از تکمیل اطلاعات، تجزیه و تحلیـل نهـایی از روی جـدولهـا، شاخصهای مرکزی و پراکندگی توصیف شد و برای تعیین اخـتلاف یا ارتباط بین زیر گروهها از آزمونهای کای مربع، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون Anova استفاده گردید و حد معنیداری آزمونها ۵ درصد در نظر گرفته شد. شایان ذکر است که این طرح با حمایت مالی سازمان ملـی جوانـان و مرکـز بهداشـت دانـشگاه تهـران و بـا موافقت نامه کتبی معاونـت دانـشجویی و فرهنگـی دانـشگاه تهـران تصویب شد و به مرحله اجرا در آمـد. در حقیقـت، ایـن بررسـی بـه منزله مطالعه مقدماتی برای برنامهریزی طرح بـسیج اطـلاع رسـانی پیشگیری از ایدز در دانشجویان دانشگاه تهران بود.

یافتهها

در این مطالعه، میانگین سنی دانـشجویان مـورد بررسـی ۱۸/۷۴ (SD=۱/۴۸) بود کـه ۴۲/۵ درصـد از آنهـا پـسر و ۵۷/۵ درصـد از دانشجویان دختر و در رشتههای مختلف مشغول به تحصیل بودنـد. ۱/۲ درصد از دانشجویان متأهـل بودنـد و ۳/۱ درصـد نیـز خـود را شاغل اعـلام نمـوده بودنـد. همچنـین ۵۳/۶ درصـد از دانـشجویان، تهرانـی و ۴۶/۴ درصـد از آنهـا شهرسـتانی بودنـد. ۳/۶ درصـد از دانشجویان اعلام داشتند که سابقه مثبت تزریق خـون دارنـد. ۱۶/۵ درصد نمیدانستند در آرایشگاهی که به آن مراجعه میکنند از تیـغ

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

یک بار مصرف استفاده می‌شود یا خیر و ۱۵/۱ درصد نیز جواب خیر به این سؤال دادند. در خصوص رفتارهای پرخطر، ۱/۴ درصد از دانشجویان مورد بررسی بر طبق اظهار خود، در حال حاضر، سیگار می‌کشیدند و ۲/۹ درصد از مواد مخدر یا مشروبات الکلی مصرف می‌کردند. حدود ۱/۵ درصد اذعان نموده بودند که سابقه ابتلا به بیماری‌های آمیزشی مانند سیفیلیس، سوزاک، تبخال و زگیل تناسلی دارند، در صورتی که در قسمت آگاهی پرسشنامه ۸۱/۱ درصد آنها بیان کردند که از علایم بیماری‌های آمیزشی، اطلاعی ندارند. برای پرسیدن میزان رابطه جنسی به دلیل کاهش خطا از سؤالات سوم شخص و به صورت غیرمستقیم استفاده شد. در پاسخ به این سؤال که آیا فکر می‌کنید دوست نزدیک شما با جنس مخالف رابطه دارد، ۱۹/۶ درصد پاسخ مثبت داده بودند و در پاسخ به این که آیا این رابطه ممکن است به رابطه جنسی بینجامد، ۲۲درصد پاسخ مثبت داده بودند (۱۸/۶ درصد از پسران و ۳/۵ درصد از دختران) .میزان استفاده از کاندوم در رابطه جنسی را ۳۷/۵ درصد اعلام نموده بودند. آنها اذعان کرده بودند که ۵۶/۷ درصد جوانان نمی‌دانند از کجا کاندوم تهیه کنند. ۵۸/۱ درصد از آنها مایل بودند آزمایش HIV را انجام دهند. در صورتی که فقط ۱۵/۹ درصد می‌دانستند که برای انجام آزمایش HIV باید به کجا مراجعه کنند. نکته دیگر آن بود که تا به حال ۱۱/۷ درصد به دوستان و اقوام خود توصیه به دادن آزمایش نموده بودند.

۹۹/۷ درصد از دانشجویان مورد بررسی، اطلاعاتی قبلاً راجع به ایدز کسب نموده بودند؛ در صورتی که ۱۳/۹ درصد در مورد بیماری‌هایی که از راه جنسی منتقل می‌شود، اطلاعاتی کسب نکرده بودند. مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری ایدز به ترتیب تلویزیون ۹۳/۱ درصد، روزنامه و مجلات ۸۲درصد، بروشور یا پوسترهای بهداشتی ۷۶/۹ درصد و خانواده و دوستان و آشنایان ۵۶/۶ درصد اعلام شد (مطابق جدول شماره ۱).

حدود یک سوم از دانشجویان مورد بررسی (۲۴/۸درصد) سطح آگاهی خود را در مورد بیماری ایدز خوب و ۶ درصد نیز آگاهی خود را عالی گزارش نموده بودند. جالب آن که ۲۶/۴ درصد نیز سطح آگاهی خود را در مورد بیماری ایدز ناکافی اعلام کردند. ۷۱/۱ درصد دانشجویان تحت بررسی نیز شانس خود را برای ابتلا به ایدز کم، گزارش کرده بودند و ۲۹/۹ درصد نیز به این سؤال پاسخ نمی‌دانم داده‌اند. فقط ۰/۶ درصد شانس ابتلا به ایدز را زیاد و ۵/۴ درصد نیز این شانس را متوسط در نظر گرفته بودند. بیش از نیمی از دانشجویان (۵۶/۵ درصد) در مورد بیماری ایدز با دوستان خود بحث کرده بودند. در پاسخ به این سؤال که آیا از ظاهر فرد آلوده به ویروس ایدز می‌توان فهمید که او بیمار است، ۷۱/۵درصد از دانشجویان پاسخ صحیح و ۲۵/۳درصد از آنها نیز اظهار بی‌اطلاعی نموده بودند.

در خصوص راه‌های انتقال بیماری، ۹۷/۴ درصد از افراد سرنگ و سرسوزن مشترک را راه انتقال بیماری می‌دانستند و ۹۴ درصد رابطه جنسی مرد با زن را راه انتقال شمرده بودند و در عین حال، حدود ۲۸/۴ درصد در مورد گزینه رابطه جنسی مرد با مرد اظهار بی‌اطلاعی کردند. در مورد انتقال بیماری از مادر به جنین در دوران حاملگی ۸۸/۴ درصد و از طریق شیر مادر ۳۹/۱ درصد پاسخ مثبت داده بودند. در مورد راه‌های عدم انتقال بیماری، ۱۲/۸ درصد، حمام و توالت عمومی و ۷/۴ درصد، مصرف غذا و ظروف مشترک را از راه‌های انتقال بیماری می‌دانستند. همچنین ۲۲/۵ درصد، گزش حشرات، ۵ درصد نیز بوسیدن و ۱/۵ درصد لمس بدن را عامل انتقال بیماری ذکر نموده بودند (جدول شماره ۲).

در مورد این سؤال که کدام گروه در معرض خطر ابتلا به ویروس ایدز قرار دارند، ۴۵/۶ درصد از دانشجویان نمی‌دانستند که افراد مبتلا به بیماری‌های آمیزشی در معرض خطر هستند. ۸۹ درصد از دانشجویان می‌دانستند که معتادان تزریقی بیشترین موارد آلودگی به ویروس ایدز را در کشور تشکیل می‌دهند.

در خصوص راه‌های پیشگیری از انتقال ویروس ایدز، ۲۰/۲ درصد از دانشجویان اجتناب از وارد کردن مواد غذایی از کشورهای آلوده به ویروس ایدز را در کنترل بیماری، مؤثر دانسته بودند. همچنین ۲۹/۳ درصد از دانشجویان مورد بررسی، اظهار داشته بودند که ایمن نمودن افراد در مقابل ویروس ایدز از طریق واکسن در حال حاضر می‌تواند از بیماری ایدز پیشگیری کند. ۴۳/۵ درصد نیز جداسازی افراد آلوده به ویروس ایدز را در زمینه پیشگیری از بیماری ایدز مؤثر می‌دانستند. جالب این است که ۹۶/۷ درصد از دانشجویان مورد مطالعه ذکر نموده بودند که آموزش به جوانان می‌تواند در پیشگیری از بیماری مؤثر باشد (جدول شماره ۳). به عبارتی، جوانان دانشجو باز هم خواهان آموزش بیشتر در این زمینه بودند.

در مورد آگاهی کلی دانشجویان درباره بیماری ایدز و راه‌های انتقال و پیشگیری از بیماری ایدز، ۱ درصد از دانشجویان از آگاهی کم، ۳۲/۳ درصد از آنها از آگاهی متوسط و ۶۶/۸ درصد از آگاهی زیاد برخوردار بودند. تنها ۴ نفر (۰/۶ درصد) از دانشجویان آگاهی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

ضعیفی داشتند. میانگین نمرات آگاهی در پسران، ۱۸/۱۶ (SD= ۳/۴۹) و در دختران ۱۸/۵۲ (SD=۳/۰۸) بود که از لحاظ آماری، تفاوت معنی‌داری بین پسران و دختران مشاهده نشد. همچنان که در استفاده از منابع اطلاعاتی نیز تفاوت معنی‌داری بین دو جنس وجود نداشت. در این مطالعه، بین میزان آگاهی و مشخصات جمعیتی، رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. در مورد سؤالات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، میانگین نمرات حساسیت درک شده نسبت به ایدز ۹/۱۳ (SD=۱/۶۷) در مورد شدت درک شده نسبت به ایدز ۷/۳۱ (SD=۱/۱۷) و در مورد نگرش نسبت به طرد بیماران، ۹/۱ (SD=۲/۵) و در مورد منافع انجام آزمایش HIV ۸/۳۲ (SD= ./۹۸) و در خصوص موانع انجام آزمایش HIV ۱۲/۵ (SD=۲/۱۷) بود. ۲۷/۸ درصد با انجام آزمایش، موافق و ۲۵/۹ درصد مخالف انجام آزمایش بودند (مطابق جدول شماره ۴). بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع انجام تست) و نگرش به طرد بیماران با سن، جنس و وضعیت تأهل، ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. اما دانشجویان مجرد، منافع درک شده بیشتری در مورد دادن آزمایش HIV در مقایسه با متأهلان داشتند (P=۰/۰۴۶). بین آگاهی و شدت درک شده ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۰۱) (r=۰/۱۴). بین آگاهی و حساسیت درک شده نیز ارتباط آماری معنی‌داری به چشم می‌خورد (P=۰/۰۰۳) (r=۰/۱۱)؛ همچنان که بین آگاهی و نگرش طرد بیماران ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۰۱) (r=۰/۲۳). بین میزان آگاهی و منافع درک شده آزمایش HIV نیز ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد (P=۰/۰۰۵) (r=۰/۱۱)، در صورتی که آگاهی با موانع درک شده ارتباط معنی‌داری نداشت. بین حساسیت و شدت درک شده از دادن آزمایش HIV ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۰۱) (r=۰/۲۰). ۷۱/۹ درصد از دانشجویان، با این گزینه که اگر من هم رفتار پرخطر داشته باشم، در معرض ابتلا به ایدز قرار می‌گیرم، موافق بودند و ۷۲/۷ درصد با این گزینه که این بیماری خاص افراد بی بند و بار است مخالف بودند. به عبارتی، دانشجویان خود را در معرض خطر بیماری می‌دانستند و درک خطر و آسیب پذیری بیماری در آنها ایجاد شده بود.

در خصوص شدت بیماری، ۸۲/۵ درصد از آنها ایدز را بیماری کشنده‌ای می‌دانستند و به عبارتی، شدت درک شده بیماری در آنها زیاد بود. در خصوص نگرش نسبت به طرد بیماران، ۶۱/۸ درصد مخالف اخراج افراد بیمار از سر کار بودند و ۴۸/۴ درصد، مخالف این بودند که افراد مبتلا باید از جامعه جدا و قرنطینه شوند. به عبارتی، نگرش منفی چندانی به بیماران نداشتند و ۷۵/۷ درصد انجام آزمایش ایدز را از راهکارهای پیشگیری از ایدز در جامعه می‌دانستند و ۸۱/۷ درصد موافق بودند که همه افراد در معرض خطر باید آزمایش بیماری بدهند. به عبارتی، نگرش مثبتی نسبت به دادن آزمایش ایدز داشتند. از سویی نیز ۸۷ درصد، ایدز را بیماری قابل پیشگیری می‌دانستند.

کمبود مراکز بهداشتی ـ درمانی انجام دهنده آزمایش و ترس از نتیجه آزمایش به عنوان بیشترین مانع انجام تست از طرف دانشجویان ذکر گردید؛ به طوری که ۵۲ درصد ترس از نتیجه آزمایش را یکی از دلایل انجام ندادن آزمایش HIV می‌دانستند و ۷۲/۳ درصد به این عبارت که ای کاش مراکز انجام آزمایش همه جا در دسترس بود، جواب موافق داده بودند.

در این مطالعه، تنها سازه منا فع درک شده آزمایش HIV ارتباط معنی‌داری با قصد انجام آزمایش HIV داشت (P =۰/۰۰۲). به عبارتی، تنها منافع درک شده از الگوی اعتقاد بهداشتی، پیش بینی کننده قصد رفتاری انجام آزمایشHIV در دانشجویان است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی منابع اطلاعاتی کسب شده دانشجویان دانشگاه تهران درباره بیماری ایدز

منابع اطلاعاتی	تعداد	درصد
تلویزیون	۶۱۷	۹۳/۱
روزنامه‌ها و مجلات	۵۴۱	۸۲
بروشور یا پوسترهای بهداشتی	۵۰۸	۷۶/۹
خانواده، دوستان یا آشنایان	۴۳۱	۵۶/۶
کتاب	۲۷۵	۴۱/۷
معلمان یا استادان دانشگاه	۲۳۶	۳۵/۹
کارشناسان مراکز بهداشتی یا پزشکان	۲۱۶	۳۲/۹
رادیو	۲۰۲	۳۰/۷
اینترنت	۹۶	۱۴/۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

جدول شماره ۲- توزیع راه‌های انتقال HIV/AIDS از نظر دانشجویان مورد بررسی

راه‌های انتقال بیماری ایدز	تعداد	درصد
سرنگ و سر سوزن مشترک	۶۴۶	۹۷/۴
آمیزش جنسی مرد با زن	۶۲۳	۹۴
از مادر به جنین در حاملگی	۵۸۶	۸۸/۴
خالکوبی یا تاتو	۵۷۹	۸۷/۳
آمیزش جنسی مرد با مرد	۴۳۴	۶۵/۵
از مادر به کودک هنگام شیردهی	۲۵۹	۳۹/۱
نیش حشرات	۱۴۹	۲۲/۵
حمام و توالت عمومی	۵۷	۸/۶
مصرف غذا و ظروف مشترک	۴۹	۷/۴
بوسیدن	۳۳	۵
لمس بدن	۱۰	۱/۵

جدول شماره۳- توزیع روش‌های پیشگیری از بیماری ایدز از نظر دانشجویان مورد بررسی

راه‌های پیشگیری از ایدز	تعداد	درصد
آموزش به جوانان در زمینه این بیماری	۶۴۱	۹۶/۷
پایبندی به اصول اخلاقی و اجتناب از بی بند و باری جنسی	۶۲۸	۹۴/۷
دقت در وارد کردن خون و فرآورده‌های خونی	۶۱۵	۹۲/۸
جداسازی افراد بیمار و آلوده از جامعه	۲۸۸	۴۳/۴
ایمن نمودن افراد در برابر بیماری ایدز از طریق واکسن	۱۹۴	۲۹/۳
اجتناب از وارد کردن مواد غذایی از کشورهای آلوده به ایدز	۱۳۴	۲۰/۲

جدول شماره ۴- مقایسه میانگین نمرات آگاهی و عوامل تشکیل دهنده الگو در دانشجویان تحت بررسی

میزان آگاهی و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی	میانه	حداکثر و حداقل امتیاز کسب شده	میانگین در دختران	میانگین در پسران	میانگین کل
آگاهی (۲۶-۰)	۱۹	۲۶-۵	۱۸/۵۲± ۳/۰۸	۱۸/۱۶ ± ۳/۴۹	۱۸/۳۷± ۳/۲۵
شدت درک شده (۹-۳)	۷	۹-۳	۷/۳۹±۱/۱	۷/۲۱±۱/۲۵	۷/۳۱±۱/۱۷
حساسیت درک شده (۱۲-۴)	۹	۱۳-۴	۸/۹۸ ±۱/۷۱	۹/۳۴ ±۱/۵۸	۹/۱۳ ±۱/۶۷
موانع درک شده نسبت به آزمایش HIV (۱۸-۶)	۱۲	۱۸-۷	۱۲/۴۰ ±۲/۱۳	۱۲/۶۲ ±۲/۲۳	۱۲/۵ ±۲/۱۷
منافع درک شده نسبت به آزمایش HIV (۹-۳)	۹	۹-۵	۸/۲۹ ±۰/۰۹	۸/۳۵ ±۰/۹۸	۸/۳۲ ±۰/۹۸
نگرش نسبت به طرد بیماران (۱۲-۴)	۱۰	۱۲-۴	۹/۱۶ ±۲/۵۸	۹/۰۴ ±۲/۳۸	۹/۱ ±۲/۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، ۶۶۴ دانشجوی ورودی جدید دانشگاه تهران، از نظر سطح آگاهی در مورد بیماری ایدز، راه‌های انتقال و روش‌های پیشگیری از بیماری و نگرش بر اساس سازه‌های الگو اعتقاد بهداشتی و خود گزارش دهی رفتارهای پرخطر مورد بررسی قرار گرفتند. به طور کلی، ۶۶/۸ درصد از دانشجویان از آگاهی بالا و ۳۳/۳ درصد، از آگاهی متوسط و پایین برخوردار بودند. این مطلب می‌تواند نشان‌دهنده افزایش سطح آگاهی جوانان و اطلاع‌رسانی مناسب رسانه‌های جمعی در زمینه بیماری ایدز باشد. یافته جالب این است که میزان آگاهی دانشجویان در مورد راه‌های انتقال معمول بیماری در کشور، بیش از روش‌های پیشگیری از بیماری ایدز بود. به عبارتی دانشجویان، اطلاعات نسبتاً کمتری در مورد حفاظت خود در مقابل این بیماری داشتند. این مسئله می‌تواند نشان‌دهنده اطلاع‌رسانی کمتر رسانه‌ها در خصوص راه‌های حفاظت از افراد در برابر ویروس ایدز و رفتارهای محافظت کننده بیماری به علت مسائل فرهنگی خاص کشور باشد. در مطالعه نجومی و همکاران نیز در سال ۸۱-۱۳۸۰، با وجود آگاهی خوب دانش آموزان تهرانی در مورد بیماری ایدز، میزان آگاهی از راه‌های انتقال بیماری ایدز در بین دانش آموزان بیش از روش‌های پیشگیری از بیماری بود [۲۴]. در مطالعه دیگری که بر روی دانشجویان پاکستانی انجام گرفت، میزان آگاهی آنها از بیماری ایدز، راه‌های انتقال و پیشگیری از بیماری رضایتبخش بود [۲۵]. در مطالعه مشابه دیگر که بر روی دانشجویان هندی صورت پذیرفت، با وجود آگاهی زیاد دانشجویان در مورد راه‌های انتقال بیماری ایدز، در مورد بیماری‌های مقاربتی و روش‌های پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی و ایدز، سطح آگاهی آنان در سطح کمی بود (فقط ۴۷ درصد از دانشجویان می‌دانستند که بیماری‌های مقاربتی، با افزایش خطر HIV همراه هستند) [۲۶].

مانند مطالعه قبلی در بررسی حاضر نیز ۴۳ درصد از دانشجویان، نمی‌دانستند که ابتلا به بیماری‌های مقاربتی، با افزایش خطر بیماری ایدز همراه است. همچنین در مطالعه‌ای که برروی دانشجویان دوره کارشناسی در بریتانیا انجام گرفت، بیشتر دانشجویان به طرز شگفت آوری، فاقد اطلاعات اساسی درباره همه بیماری‌های مقاربتی، به استثنای HIV/AIDS بودند که در این مورد اطلاعات آنها گسترده بود. آخرین بررسی‌ها تأیید می‌کنند که سطح آگاهی در باره ویروس ایدز بالاست، اما آگاهی جوانان از دیگر بیماری‌های مقاربتی هنوز بسیار کم است [۲۷]. در این مطالعه نیز اکثریت دانشجویان به صورت صادقانه اذعان داشتند که از علایم بیماری‌های مقاربتی اطلاعی ندارند. بنابراین، لزوم بازآموزی بیشتر در زمینه بیماری‌های مقاربتی مانند سیفیلیس، سوزاک، کلامیدیا، تبخال تناسلی و ... در جوانان احساس می‌شود. در این مطالعه، مشاهده شد که آگاهی از راه‌های معمول و شایع بیماری ایدز در حد خوب و قابل توجهی قرار دارد و در مورد روابط همجنس، از آنجا که در فرهنگ ما چنین روابطی بر خلاف عرف و نامعمول است، آگاهی در حد کمتری بود. در مورد انتقال از طریق شیر مادر نیز حدود یک سوم از دانشجویان مورد مطالعه پاسخ صحیح دادند. در مطالعه حاتمی و نوربالا در سال ۷۸-۷۷ بر روی دانشجویان رازی کرمانشاه، حدود ۲۷/۶ درصد از افراد مورد مطالعه، از این راه انتقال مطلع بودند [۲۸]. نکته جالب توجه این است که برداشت‌های نادرستی در مورد بعضی از راه‌های انتقال وجود داشت (۳۳ درصد)، از آن رو که آنها انتقال از طریق نیش حشرات را ذکر کرده بودند. در مطالعات مشابهی که بر روی دانشجویان کشورهای عمان و هند انجام گرفت، تصورات غلطی در مورد راه‌های انتقال بارز وجود داشت [۲۹، ۳۰].

در این مطالعه، مهم‌ترین منبع اطلاعاتی دانشجویان در زمینه بیماری ایدز، رادیو، تلویزیون و نشریات (رسانه‌های جمعی) بوده است. این مسئله نشان‌دهنده آن است که این دو رسانه از بیشترین مقبولیت در نزد قشر جوان برخوردار هستند و لذا ادامه و تقویت برنامه‌های تلویزیونی مناسب و فیلم‌های آموزشی می‌تواند در اطلاع‌رسانی جوانان بسیار مؤثر باشد. مطالعات دیگری که در کشور فنلاند، ترکیه و ایران عمل آمده نیز بیشترین نقش اطلاع‌رسانی بیماری ایدز را این رسانه‌ها عهده‌دار بوده‌اند [۳۳-۳۱].

در مطالعه حاضر، حدود یک سوم از دانشجویان تحت بررسی، آگاهی خود را در مورد بیماری ایدز، ناکافی دانسته‌اند. در مطالعه خلج آبادی و عبادی فرد نیز مشابه همین نتیجه به دست آمد[۳۴]. ۷۱/۱ درصد از دانشجویان، شانس خود را برای ابتلا به ویروس ایدز کم گزارش کرده بودند، در حالی که تعدادی از آنها سابقه مصرف دخانیات و مواد مخدر را گزارش کرده بودند و تعدادی سابقه ابتلا به بیماری‌های آمیزشی داشتند و این مسئله نشان‌دهنده آن است که این دانشجویان خود را در معرض ابتلا به این بیماری نمی‌دانند و از همین رو ممکن است به رفتارهای پرخطر ادامه دهند.

در خصوص سؤالات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، اکثر دانشجویان، خطر بیماری را درک کرده بودند و شدت درک شده و حساسیت درک بیماری در آنها زیاد بود که این نتیجه با مطالعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

Nakahara از نپال مطابقت دارد [۳۵]. همچنین در مطالعه Maswanya و همکاران او از ژاپن، ۹۸ درصد از دانشجویان با این که ایدز بیماری تهدید کننده زندگی است موافق بودند و شدت بیماری را درک نموده بودند که این خود به دلیل اطلاع‌رسانی رسانه‌ها برای افزایش آگاهی بوده است؛ اما این رسانه‌ها، تأثیر کمی بر نگرش دانشجویان داشتند [۳۶]. در مطالعه حاضر نیز احتمالاً تلویزیون و مطبوعات، با اطلاع‌رسانی خود در خصوص مرگ آور بودن بیماری و خطر آن، شدت و حساسیت بیماری را در دانشجویان افزایش داده است. بنابراین، به نظر می‌رسد در آموزش بیماری به این قشر نیازی به اطلاع‌رسانی زیادی در خصوص خطرات و شدت بیماری و آسیب پذیری بیماری نداریم. عکس این مطلب در مطالعه Koopman و Volk از کنیا صادق است؛ به طوری که در آن بررسی توصیه به آموزش در خصوص شدت بیماری ایدز شده بود [۳۷]. در مطالعه Memon از کشور انگلستان نیز ادراک شدت و حساسیت، تأثیر قطعی بر قصد انجام رفتار و رفتار پیشگیری از ایدز داشت. در آن مطالعه، محقق، بررسی عوامل مؤثر بر قصد رفتاری و ادراکات مربوط به HIV/AIDS را برای آموزش بیماری مؤثر لازم می‌داند. به عبارتی، مطالعات نشان می‌دهند جوانان با وجود مطلع بودن از خطرات رفتارهای مخاطره آمیز، قصد رفتاری و رفتار خود را به سمت رفتار سالم جنسی تغییر نمی‌دهند [۳۸]. در مطالعه مشابه دیگری Mattson می‌نویسد که با آموزش رفتارهای جنسی ترغیب کننده و توصیه به رفتار جنسی سالم، می‌توان در کوتاه مدت افراد را به پذیرش توصیه‌ها رسانید و این مطالعه نیز استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی را با مرکزیت سازه راهنمای عمل مفید می‌داند [۳۹]. Oakley و همکاران از انگلستان می‌نویسند که آموزش بهداشت جنسی ممکن است آگاهی جوانان را افزایش دهد، اما تغیر رفتار در آنها ایجاد نکند. بنابراین، جوانان به اطلاعات مهارتی نیاز دارند که آنها را از بیماری‌های مقاربتی محافظت نماید و با در نظر گرفتن محدودیت های محیطی زندگی واقعی، روی جنبه‌های آناتومیک و اخلاقی رفتار جنسی تأکید کند [۴۰].

مطالعه سیمبر و همکاران او [۴۱] نشان می‌دهد که تنها عامل مستقل در بروز رفتار جنسی در دانشجویان مورد بررسی، جنسیت بود؛ به طوری که پسران بیش از دختران، رابطه جنسی قبل از ازدواج را گزارش کرده بودند. بنابراین، در برنامه‌ریزی آموزشی این قشر به برنامه‌های خاص هر جنس و اعتقادات هنجاری ویژه دختران و پسران توجهی خاص شود. یعنی باید آموزش‌ها به نحوی ارائه شود که مبتنی بر جنسیت (Gender base) باشد. در خصوص منافع درک شده، چون این سازه تنها سازهای از الگو بود که قصد انجام آزمایش HIV را پیش بینی می‌کرد، بنابراین، در آموزش‌های ارائه شده به این قشر، برای تشویق دانشجویان به انجام آزمایش HIV می‌توان از این سازه کمک گرفت و با ذکر منافع و فواید انجام آزمایش، آنها را به این امر واداشت. در صورتی که معمولاً رسانه‌های جمعی در خصوص فواید آزمایش HIV و استفاده از کاندوم آموزش بسیار کمی ارائه می‌دهند.

با توجه به نتایج مطالعه، باید اطلاع‌رسانی بیشتری به دانشجویان در مورد چگونگی اعلام نتیجه انجام آزمایش صورت گیرد و همچنین در مورد نشانی مراکز مشاوره و نوع خدمات کلینیک‌های مثلثی، اطلاع‌رسانی بیشتری از طریق رسانه‌های گروهی، به خصوص تلویزیون و جراید صورت گیرد تا افراد در صورت لزوم به این مراکز مراجعه و تحت مشاوره قبل و بعد از انجام آزمایش قرار گیرند. در مطالعه Goodman از کالیفرنیا نیز بر گسترش خدمات رسانی در مورد ایدز در سطح جامعه برای نوجوانان تأکید شده است [۴۲]. در نهایت، با در نظر گرفتن این نکته که این پژوهش در بین دانشجویان ورودی جدید صورت پذیرفته است، از نتایج آن می‌توان برای برنامه‌ریزی آموزشی دانش آموزان و هم دانشجویان استفاده نمود، چرا که میزان آگاهی‌های دانش آموزان در سطح پیش از دانشگاه و نیازهای آموزشی دانشجویان را برای برنامه‌ریزی آموزشی مناسب نشان می‌دهد.

در پایان پیشنهادهایی برای مطالعات بعدی ارائه می‌شود:

۱- بررسی میزان خود کارآمدی درک شده دانشجویان و جوانان برای رد کردن رفتارهای پرخطر مانند رابطه جنسی و مصرف مواد

۲- استفاده از دیگر الگوهای تغییر رفتار مانند نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده و الگوی قصد رفتاری و نظریه شناختی اجتماعی به منظور پیش بینی، تغییر و تداوم رفتارهای پرخطر

۳- برنامه‌ریزی برای مداخلات آموزشی جامعه محور با بهره گیری از خود جوانان و استفاده از از تشکل‌های خودجوش دانشجویی (کانون های دانشجویی و انجمن‌های دانشجویی، هلال احمر...) و درگیر نمودن آنها در فعالیت‌های پیشگیری از HIV/AIDS

۴- مصون سازی نوجوانان با آموزش مهارت‌های زندگی (حل مسئله، تصمیم گیری، جرأت ورزی، رد پیشنهاد و تأخیر انداختن) در سنین پایین‌تر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

منابع

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت ـ مرکز مراقبت بیماری‌ها. مصوبه کمیته کشوری مراقبت و درمان و کمیته تکنیکال ایدز، *دستورالعمل برخورد بالینی با بیماران HIV/AIDS*. ۱۳۸۲

2- CDC. The Global HIV/AIDS Pandemic 2006; 55: 841-44

3- Mahajan P, Sharma N. Awareness level of adolescent girls regarding HIV/AIDS (a comparative study of rural and urban areas of Jammu. *The Journal of Human Ecology* 2005; 4: 313-14

4- Simon DA, Roach JP, Dimitrievich E. Assessment of knowledge and practice of high risk sexual behavior at a private Midwestern university. *South Dakota Journal of Medicine* 2003; 56: 265-9

5- Statistical Centre of Iran. Population, Iran Statistical Yearbook .Statistical Centre of Iran, 2000, 46-75

6- Ross J, Stover J, Willard A. Profile for Family Planning and Reproductive Health Programs, 116 countries. International Family Planning Perspectives 1999; 13: 179-89

۷- محمدمهدی گویا. HIV/AIDS در جهان و ایران فرصت ها و تهدیدها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت مرکز مدیریت بیماریها، ۱۳۸۲

۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ـ معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها. *گزارش فعالیت‌ها و دستاوردها درباره اچ آی وی و ایدز در ایران*. نشر صدا، تهران، ۱۳۸۵

۹- ترانسورژن، *جوانان و HIV/AIDS: فرصتی در میانه بحران*. ویرایش محمد مهدی گویا و حمیدرضا ستایش، تهران، یونیسف، ۱۳۸۱

۱۰- نوری کبری، شجاعی‌زاده داوود. *آموزش سلامت و تغییر رفتار*. چاپ اول، نشانه، تهران، ۱۳۸۳

11- Mississippi State University is an equal opportunity institution.1- HEALTH EDUCATION BEHAVIOR MODELS AND THEORIES- A REVIEW OF THE LITERATURE - PART I URL: http://msucares.com/health/health/appa1.htm

۱۲- محمدی ناصر، رفیعی‌فر شهرام. *آموزش سلامت آشنایی با مفاهیم کاربردی*. جلد اول، مهر راوش، تهران، ۱۳۸۴

۱۳- شجاعی زاده داوود. *مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت*. چاپ اول، انتشارات اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت، حوزه معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۹

14- Rutter D, Quine L. *Changing health behaviour intervention and research with social cognition models and models*. Buckingham, Open University Press, 2002

15- Nutbeam D, Harris E. *Theory in a Nutshell*. 2 nd Edition, MC Graw - Hill component, 2004

16- Lin P, Jane S, Zemon V. The health belief model, sexual behaviors and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Education and Prevention* 2005; 5: 469-83

17- Harla E. HIV/AIDS prevention and education services: effective interventions and strategies-definitions of theories and models. Washington State Department of Health, Available from: http://www.doh.wa.gov/. 2004

18- Ann FB, Jane Banaszak-Holl. HIV Risk behavior and the health belief model: an empirical test in an African American community sample. *Journal of Community Psychology* 1996; 24: 44-65

19- Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Application of the health belief model to the prevention of occupational needle accidents. *Revista de Saude Publica* 2001; 2: 193-201

20- Poureslami M, Roberts S, Tavakoli R. College students' knowledge, beliefs and attitudes towards AIDS in predicting their safe sex behavior. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2001; 6: 880-93

21- Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH. The efficacy of the health belief model for predicting condom usage and risky sexual practices in university students. *AIDS Education Prevention* 1997; 6: 551-63

22- B Winfield E, L Whaley A. A comprehensive test of the health belief model in the prediction of condom use among African American collage students. *Journal of Black Psychology* 2002; 4: 330-46

23- Kakoko DC, Astrøm AN, Lugoe WL, Lie GT. Predicting intended use of voluntary HIV counseling and testing services among Tanzanian teachers were using the theory of planned behaviour. *Social Science & Medicine* 2006; 63: 991-99

۲۴- نجومی مرضیه، شعاعی حسن، عامریان محمدعلی. آگاهی دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران درباره بیماری ایدز، حکیم ۱۳۸۱، ۳، ۴۶-۴۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]

۳۴- خلج آبادی فراهانی فریده، عبادی فرد آذر فربد. مقایسه تـأثیر آموزش پیشگیری از ایدز توسـط گـروه همـسالان و بزرگـسالان بـر آگاهی، نگرش و خودبسندگی دانش آموزان دختر دبیرستانی منطقه ۴ آمـوزش و پـرورش شـهر تهـران بـا اسـتفاده از مـدل تئـوری شـناختی ـ اجتمـاعی، ۸۲-۱۳۸۱. *بـاروری و نابـاروری* ۱۳۸۲، ۱، ۷۷-۹۱

35- Iriyama S, Nakahara S, Jimba M, Ichikawa M, Wakai S. Aids health beliefs and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu Nepal: a test of perceived severity and susceptibility. *Journal of the Royal Institute of Public Health* 2007; 1: 64-72

36- Maswanya E, Moji K, Aoyagi K, Yahata Y, Kusano Y. Knowledge and attitudes toward AIDS among female college students in Nagasaki, Japan. *Health Education Research* 2000; 1; 5-11

37- Volk JE, Koopman C. Factors associated with condom use in Kenya: a test of the health belief model. *AIDS Education and Prevention* 2001; 6: 529-46

38- Memon A. Young people's knowledge, beliefs and attitudes about HIV/AIDS: a review of research. *Health Education Research* 1990; 3: 327-35

39- Mattson M .Toward a reconceptualization of communication cues to action in the health belief model: HIV test counseling. *Communication Monographs* 1999; 3: 240-65

40- Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnold S, France-Dawson M. Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *British Medical Journal* 1995; 310: 158-62

۴۱- سیمبر معصومه، رمضانی تهرانی فهیمه، هاشـمی زینـب. مـدل باورهـای بهداشـتی ـ بـاروری ـ جنـسی دانـشجویان. *طـب جنـوب* ۱۳۸۳، ۱، ۷۸-۷۰

42- Goodman E, Berecochea JE. Predictors of HIV testing among runaway and homeless adolescents. *Journal of Adolescents Health* 1994; 7: 566-72

25- Farid R, Choudhry AJ. Knowledge about AIDS/HIV infection among female college students. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2003; 13: 135-7

26- Lal SS, Vasan RS, Sarma PS. Thankappan KR. Knowledge and attitude of college student in Kerala towards HIV/AIDS, sexually transmitted diseases and sexuality. *National Medical Journal of India* 2000; 13: 231-6

۲۷- پیتر ماریان، *روانشناسی بهداشـت پیـشگیری*، ترجمـه منـصور تقوی آذر شربیانی، چاپ اول، انتـشارات وزارت بهداشـت، درمـان و آموزش پزشکی، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیمـاری‌هـا، تهـران، ۱۳۷۸

۲۸- حاتمی حسین، نوربالا احمدعلی، *بررسی میزان آمادگی، نگرش و رفتارهای نظری دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه درباره ایدز در سال تحصیلی ۷۸-۷۷*، حـوزه معاونـت تحقیقـات و فنـاوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۲، ۸۲-۲۶۵

29- Al- jabri AA, AL- Abri JH. Knowledge and attitudes of undergraduate medical and non-medical students in Sultan Qaboos University toward acquired immune deficiency syndrome. Saudi Medical Journal 2003; 24: 273-77

30- Ganguli SK, Rekha PP, Gupte N, Charan UA, AIDS awareness among undergraduate students, Maharashtra. Indian Journal of Public Health 2002; 46: 8-12

31- Serlo Kl, Aavarinne H. Attitudes of university students towards HIV/AIDS. Journal of Advanced Nursing 1999; 29: 463-700

32- Gokengin D, Yamazhan T, Ozkaya D. Sexual knowledge, attitudes and risk behaviors of students in Turkey. Journal of School Health 2003; 73: 258-63

۳۳- عبادی‌فرد آذر فربد، براتی احمد، موسویان پور میر کبیر، منابع اطلاعاتی دانش آموزان دبیرستان‌های پسرانه دولتی شهر تهـران در خصوص بیماری ایدز، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشـکی و خـدمات بهداشتی ـ درمانی قزوین* ۱۳۸۳، ۳۰، ۶۳-۵۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-14]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.4.1]