

تأثیر اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد انجام رفتارهای

پرخطر جنسی در زنان زندان وکیل آباد مشهد در سال ۱۳۹۲

منا لریکی^۱، مهین تفضلی^{۲*}، رباب لطیف‌زاد رودسری^۳، محمدتقی شاکری^۴، علی بابایی^۵

خلاصه

مقدمه: رفتارهای پرخطر جنسی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی و عوامل خطر در حیطه سلامت جنسی و باروری است و به نظر می‌رسد آموزش مبتنی بر تئوری‌های تغییر رفتار، یکی از اساسی‌ترین اقدامات در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد انجام رفتارهای پرخطر جنسی در زنان زندان وکیل آباد مشهد در سال ۱۳۹۲ انجام گردید. روش: این مطالعه از نوع پیش‌تجربی یک گروه بود که بر روی ۴۰ نفر از زنانی که به جرم روابط پرخطر جنسی در زندان به سر می‌بردند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته شامل اطلاعات فردی، فعالیت جنسی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بود. محتوای آموزشی مبتنی بر سازه‌های تئوری در هفت جلسه ۷۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. سپس نتایج در سه مرحله قبل، بلافاصله و چهار هفته پس از اجرای برنامه آموزشی با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و پرهیز از قصد انجام رفتارهای پرخطر جنسی در مرحله قبل، بلافاصله بعد و چهار هفته بعد از اجرای برنامه آموزشی وجود داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر پایه تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، استراتژی مؤثری در افزایش پرهیز از قصد انجام رفتارهای پرخطر جنسی است.

واژه‌های کلیدی: آموزش، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، قصد رفتاری، رفتارهای پرخطر جنسی، زنان زندانی

۱- کارشناسی ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران ۲- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران ۳- دانشیار، گروه مامایی و مرکز تحقیقات مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران ۴- استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران ۵- پزشک عمومی، مرکز آموزش علمی- کاربردی منطقه ۶، سازمان زندان‌ها، مشهد، ایران

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: tafazolim@mums.ac.ir

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۲۶

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۴/۷/۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۳/۲۵

مقدمه

رفتارهای پرخطر مهم‌ترین عامل به خطر افتادن سلامت جامعه می‌باشد (۱) که به صورت ترکیب با هم منجر به ایجاد یک شیوه زندگی مخاطره‌آمیز می‌شود؛ به طوری که طبق آمارهای منتشر شده، نیمی از مرگ و میرهای زودرس از ده عامل عمده در کشورهای توسعه یافته، در اثر رفتارهای پرخطر روی می‌دهد (۲). یکی از مهم‌ترین رفتارهای پرخطر موجود در جامعه، رفتارهای پرخطر جنسی می‌باشد که به صورت تعدد شرکای جنسی و رفتار جنسی حفاظت نشده تعریف می‌گردد (۳) و عامل ۲/۵ درصد مرگ‌ها در دنیا است (۴). همچنین، ۹۱/۹ میلیون DALY (Disability adjusted life year) (سال‌های زندگی تعدیل شده بر حسب ناتوانی) قابل انتساب به آن می‌باشد (۴). رفتار پرخطر جنسی مهم‌ترین عامل خطر در حیطه سلامت جنسی و باروری است (۴) و علاوه بر تأثیر بر وضعیت جسمی، بهداشت روان، تعادل عاطفی و رفتاری، عملکرد شناختی انسان را مختل می‌کند و بر کیفیت کلی زندگی انسان تأثیر می‌گذارد (۵).

یکی از گروه‌های پرخطر موجود در جامعه که رفتارهای پرخطر جنسی در آن به وفور رخ می‌دهد، زنان تن‌فروش هستند. در پژوهش میرحیدری، ۸۹/۶ درصد از زنان تن‌فروش در ارتباط جنسی با آخرین مشتری خود، از کاندوم استفاده کرده بودند. مطالعه دیگری که بر روی زنان تن‌فروش شهر تهران با روش نمونه‌گیری RDS (Respondent driven sampling) انجام شد، میزان استفاده از کاندوم را ۶۵/۲ درصد بیان نمود. طبق گزارش‌های منتشر شده پیشرفت کنترل ایدز در ایران در سال ۱۳۹۲، شیوع HIV (Human immunodeficiency virus) در زنان تن‌فروش به ۴/۵ درصد رسیده است که این میزان در کسانی که کمتر از یک سال تن‌فروشی کرده‌اند، ۳/۴ درصد و در افراد با سابقه بیش از یک سال تن‌فروشی، ۳/۷ درصد بوده

است (۶). در مطالعه متاآنالیز Platt و همکاران، شیوع HIV در زنان تن‌فروش اروپا بدون اعتیاد تزریقی، کمتر از ۱ درصد برآورد گردید که این اختلاف ناشی از سازمان یافتن این زنان و دادن خدمات آموزشی بیشتر در زمینه بهداشت باروری و جنسی به آنان می‌باشد (۷). بر اساس یک مدل آماری، تخمین زده شده است که از هر ۸۰ هزار زن تن‌فروش در ایران، ۱۱۰۰ نفر از آنان تا سال ۲۰۱۴ به ایدز مبتلا می‌شوند (۸).

زنان تن‌فروش اغلب در جامعه به صورت پنهانی فعالیت می‌کنند و هیچ نوع نظارت بهداشتی رسمی بر روی آنان صورت نمی‌گیرد و از طرف دیگر، به علت مشکلات موجود مانند تابوهای اجتماعی، کمتر به انجام اقدامات آموزشی در این قشر پرداخته شده است (۹). آمارهای ذکر شده نشان دهنده ضعف رفتارهای بهداشتی در این قشر و لزوم ارایه خدمات آموزشی به آنان است (۱۰).

آموزش از اساسی‌ترین اقدامات در پیشگیری و درمان مبتلایان به آسیب‌های اجتماعی و از عناصر حقوق بشر به شمار می‌رود که در پروتکل‌های سازمان ملل نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۱۱، ۱۲). همچنین، محور و مرکز ثقل هر فعالیت بهداشتی و یکی از ارکان اصلی ارتقای سلامت محسوب می‌گردد (۱۳). آموزش از طریق توانمندسازی زنان، به عنوان یک وسیله مؤثر و کارآمد و عامل تسهیل‌کننده‌ای در امر تغییر رفتار می‌باشد؛ چرا که نقص دانش نقش مهمی در انجام رفتارهای پرخطر دارد، اما داشتن سطوح بالای دانش، به تنهایی به خصوص در زمینه روابط پرخطر جنسی منجر به ایجاد تغییر در زنان نمی‌شود (۱۴، ۱۵). ایجاد تغییر در حیطه رفتارهای پرخطر جنسی، نیازمند مداخلات جدید و ترکیبی می‌باشد که به عوامل کلیدی همچون آگاهی در مورد مسایل جنسی، درک خطر و عوارض نامطلوب آن، باورها و نگرش‌های مرتبط با روابط جنسی، درک از هنجارهای انتزاعی و رسیدن به

استفاه قرار گرفته و در تحقیقات متعددی به عنوان تئوری که می‌تواند به طور مؤثر بر رفتارهای مرتبط با سلامت جنسی تأثیرگذار باشد، مورد حمایت بوده است (۲۵، ۲۶). Turchik و Gidycz (۲۷) و Sacolo و همکاران (۲۸) نیز تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را به عنوان مدلی کارا در پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی می‌دانند.

بنابراین، با توجه به آمارهای مربوط به میزان و گستردگی پیامدهای رفتارهای پرخطر جنسی، ارایه راهکارهای مداخله‌گرانه جهت پیشگیری و کنترل آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و جستجوهای انجام شده در کشور نیز مؤید عدم اجرای مداخله آموزشی تئوری محور در این قشر می‌باشد که اهمیت اجرای این پژوهش را نشان می‌دهد. هدف از انجام مطالعه حاضر، تعیین تأثیر اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر قصد انجام رفتارهای پرخطر جنسی در زنان زندانی زندان وکیل آباد مشهد بود.

روش بررسی

این پژوهش به صورت پیش‌تجربی (۲۹) یک گروه همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون در سال ۱۳۹۲ انجام شد. روش نمونه‌گیری به شیوه تمام‌شماری (Total sampling) بود. جامعه مورد مطالعه را ۴۰ نفر از زنان زندانی حاضر در بند جرایم منکرات که همه آنها در محدوده زمانی تیر تا شهریور سال ۱۳۹۲ زندانی شده بودند، تشکیل داد. معیارهای ورود به پژوهش شامل ایرانی و فارسی زبان بودن، مسلمان و شیعه بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن حکم قطعی قضایی جهت ارتکاب به روابط جنسی نامشروع و داشتن حداقل سه ماه زمان تا پایان دوران محکومیت بود. معیارهای خروج شامل مبتلا بودن به بیماری روحی- روانی (اختلال دو قطبی، نقص توجه و افسردگی) طبق پرونده بهداشتی که مانع تمرکز و آموزش‌پذیری گردد، عدم

قدرت لازم جهت اجتناب از روابط پرخطر جنسی بستگی دارد (۱۶).

متخصصان آموزش سلامت نیز معتقد هستند که برای طراحی مداخلات آموزش سلامت و به منظور تغییر رفتار، بهتر است از نظریه‌ها و الگوهای مناسب در این زمینه استفاده شود (۱۷)؛ چرا که نظریه‌ها و الگوهای رفتاری، علاوه بر این که می‌توانند به طور مؤثری در درک چگونگی پیشگیری از مشکلات بهداشتی مورد استفاده قرار گیرند، جنبه‌های ویژه‌ای نیز برای مداخلات بهداشتی پیشنهاد می‌کنند (۱۷). مطالعات دیگر نیز نشان دهنده این امر است که مداخلات تغییر رفتار که بر مبنای تئوری و مهارت محور هستند، اثرات مثبتی در کاهش رفتارهای پرخطر جنسی مرتبط با ایدز و HIV دارند (۲۰-۱۸).

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده توسط Ajzen و Fishbin در سال ۱۹۸۸ از حوزه روان‌شناسی اجتماعی سرچشمه گرفت و بر مبنای الگوی شناختی- اجتماعی، انتظار- ارزش می‌باشد (۴). تئوری مذکور از نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار تشکیل شده است (۱۴). مهم‌ترین پیش‌بینی کننده رفتار در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، قصد می‌باشد که حاوی عوامل انگیزشی مؤثر بر رفتار است (۲۱). قصد، مقدمه ضروری و بی‌واسطه برای رفتار معرفی می‌شود (۲۱)؛ به طوری که هرچه قصد اتخاذ یک رفتار قوی‌تر باشد، موفقیت بیشتری برای انجام آن رفتار انتظار می‌رود (۲۲، ۲۱).

در بسیاری از مواقع، اندازه‌گیری رفتار یا در عمل غیر ممکن است و یا از نظر اخلاقی امکان‌پذیر نیست. از این‌رو، متخصصان بر این باور هستند که چنانچه رفتار واقعی را نتوان به دلایل مختلفی در قالب یک مداخله سنجید، قصد رفتاری می‌تواند به عنوان شاخص مفیدی به کار رود (۲۴، ۲۳). تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در گذشته در رابطه با پیش‌بینی و تغییر رفتارهای سلامت جنسی و باروری مورد

روایی ابزار تحقیق به روش روایی محتوا، با بهره‌گیری از یک پانل خبرگان ۱۵ نفره و از طریق محاسبه شاخص روایی محتوا تعیین گردید. نسبت روایی محتوا با در نظر گرفتن معیار Lawshe و با میزان ۰/۴۹ مورد تأیید قرار گرفت. Hyrkas و همکاران نمره ۰/۷۹ و بالاتر را برای پذیرش آیت‌ها بر اساس نمره CVI (Content validity index) توصیه نمودند (۳۰). بنابراین، نسبت روایی محتوا (۰/۶۹) و میزان شاخص روایی محتوای پرسش‌نامه (۰/۸۱) به دست آمد. جهت تأیید روایی صوری ابزار از دیدگاه گروه مورد مطالعه، مصاحبه با ۵ نفر از زنان با سطح تحصیلات مختلف برای یافتن دشواری در درک عبارات، کلمات و برداشت‌های نارسا از عبارات انجام گرفت که نظرات آنان به صورت تغییرات جزئی در پرسش‌نامه اعمال شد. جهت تعیین ضریب پایایی در بخش سازه‌های مستقیم از روش Cronbach's alpha استفاده گردید و برای سازه نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۲ به دست آمد. جهت تعیین پایایی سؤالات سازه‌های غیر مستقیم نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ به این صورت که پرسش‌نامه‌ها در فاصله دو هفته در اختیار ۲۰ نفر از زنان گروه هدف قرار داده شد و میزان r برای سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ محاسبه گردید.

شیوه جمع‌آوری اطلاعات این‌گونه بود که پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و ارایه به مسؤولین زندان و کیل‌آباد مشهد، پژوهشگر در ساعات اداری در زندان حضور پیدا می‌کرد و برای زنانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، اهمیت، اهداف و چگونگی کاربرد نتایج را بیان می‌کرد و از آنان رضایت شفاهی و کتبی اخذ می‌نمود. سپس پرسش‌نامه را در اختیار آن‌ها قرار می‌داد و با تأکید بر این که نیازی به ذکر نام در

شرکت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، داشتن بیشتر از یک جلسه غیبت در جلسات آموزشی و رفتن به مرخصی بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سه بخش بود. بخش اول پرسش‌نامه اطلاعات فردی شامل ۶ سؤال (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، میزان درآمد خانواده، داشتن سابقه زندانی و داشتن سابقه اعتیاد)، بخش دوم پرسش‌نامه اطلاعات فعالیت جنسی شامل ۴ سؤال (میزان درگیری دوستان در روابط جنسی نامشروع، سن اولین رابطه جنسی داوطلبانه، نوع روش پیشگیری در رابطه جنسی و میزان استفاده از کاندوم در روابط جنسی) و بخش سوم سازه‌های مستقیم و غیر مستقیم تئوری رفتاری برنامه‌ریزی شده متشکل از ۷۴ گویه بود.

بخش سازه‌های مستقیم متشکل از سازه نگرش (۵ سؤال) با مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از مفید تا مضر (۷-۱)، خوشایند تا ناخوشایند (۷-۱) و عاقلانه تا غیر عاقلانه (۷-۱) بود. علاوه بر این، هنجارهای انتزاعی در ۴ گویه، کنترل رفتاری درک شده در ۳ گویه و قصد در ۴ گویه با مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً موافقم (+۳) تا کاملاً مخالفم (-۳) تنظیم گردید.

در بخش سازه‌های غیر مستقیم نیز باور رفتاری به صورت ۹ گویه از کاملاً صحیح (+۳) تا کاملاً غلط (-۳)، ارزشیابی پیامد در ۹ گویه از کاملاً مطلوب (+۳) تا کاملاً نامطلوب (-۳)، باور هنجاری به صورت ۸ گویه از کاملاً موافقم (+۳) تا کاملاً مخالفم (-۳)، انگیزش برای اطاعت به صورت ۷ گویه از کاملاً صحیح (+۳) تا کاملاً غلط (-۳)، باورهای کنترلی در ۱۲ گویه از کاملاً صحیح (+۳) تا کاملاً غلط (-۳) و قدرت درک شده در ۱۲ گویه از بی‌نهایت آسان (+۳) تا بی‌نهایت سخت (-۳) در نظر گرفته شد که پاسخ تمام سؤالات پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت سنجش شد.

به منظور ترغیب مددجویان برای تبعیت از درمان در صورت ابتلا، یک سناریوی دیگر را مطرح می‌کرد و از مددجویان درخواست می‌شد تا درباره آن در گروه خود بحث کنند که در چه قسمت از سرگذشت بهتر بود به شیوه دیگری عمل گردد تا به سلامت او کمک بیشتری شود. در انتهای جلسه، دو اپیزود از افرادی که مبتلا به ایدز بودند، نمایش داده شد و اعضای گروه درباره اپیزودهای پخش شده به بحث پرداختند. جهت تأثیر بر سازه‌های انتزاعی، از هر کدام از مددجویان خواسته شد که یک یا دو نفر از دوستان تأثیرگذارشان در زندان را با خود به کلاس بیاورند و با دوستانشان یک گروه را تشکیل دهند و درباره مفید یا مضر بودن، خوشایند یا ناخوشایند بودن، عاقلانه یا غیر عاقلانه بودن و راه‌های پیشگیری از انجام رفتارهای پرخطر جنسی بحث کنند. از هر گروه درخواست گردید تا نظرات خود را با هم گروهی‌اش مقایسه و نقاط مشترک و متفاوت را بیان کند. در این بخش پژوهشگر عقاید صحیح افراد را تقویت و حاضران را تشویق به پیروی از افرادی که عقاید صحیح داشتند، می‌کرد.

به منظور یادآوری و تسهیل در امر یادگیری مددجویان و دوستانشان، به آن‌ها پمفلت آموزشی و پوستر داده شد و از آن‌ها خواسته شد که پوستر را در بند خود نصب نمایند. به منظور ارتقای کنترل رفتاری درک شده، مهارت‌های زندگی شامل عوامل مؤثر بر زندگی سالم، مهارت عزت نفس و کسب احترام، مهارت اجتماعی قاطعیت، کنترل خود و کنترل خشم آموزش داده شد. در این جلسه روان‌شناس توجه مددجویان را به تأثیر عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی (مصرف مواد مخدر، الکل و روابط پرخطر جنسی) بر زندگی سالم با استفاده از ذکر احادیث دینی جلب نمود و از آنان خواست که میزان رعایت هر کدام از این عوامل در زندگی خود را بیان کنند. سپس، از مددجویان درخواست گردید تا در گروه‌های پنج نفره

پرسش‌نامه نیست، آن‌ها را از محرمانه و بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها مطمئن می‌ساخت. اطلاعات با استفاده از مصاحبه چهره به چهره که حدود ۳۵-۳۰ دقیقه به طول می‌انجامید، در محل کتابخانه با نمونه‌ها جمع‌آوری شد.

اساس برنامه‌ریزی آموزشی مبتنی بر یادگیری فعال بود. محتوای آموزشی ارایه شده با هدف تأثیر بر سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در ۷ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای به فاصله هر پنج روز در زندان برگزار شد. در جلسات با هدف ایجاد نگرش صحیح درباره رفتارهای پرخطر جنسی، پژوهشگر به ارایه اطلاعات درباره اجزا و عملکرد دستگاه تناسلی زنان و رفتارهای جنسی، علایم، راه‌های انتقال و مضرات بیماری‌های مقاربتی با استفاده از روش سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی پرداخت. بدین ترتیب که در ابتدای جلسه پژوهشگر مددجویان را به گروه‌های پنج نفره تقسیم نمود و برای هر گروه، از یک نفر به عنوان تسهیل کننده کمک گرفته شد تا شرایطی فراهم گردد که تمام اعضای گروه فرصت صحبت کردن پیدا کنند. سپس، تعدادی سؤال هدفمند با تأکید بر عناوین و مطالب مهم مطرح و از آنان درخواست می‌شد یک نماینده را معرفی کنند تا نظرات گروه را مطرح نماید. پس از آن، پژوهشگر نظرات صحیح را تأیید و اطلاعات نادرست را اصلاح می‌نمود. در صورتی که هیچ کدام از گروه‌ها به برخی اطلاعات کلیدی مربوط به سؤال اشاره‌ای نکرده بودند، پژوهشگر آن‌ها را مطرح می‌کرد و به بحث می‌گذاشت. به منظور این که مددجویان به این نگرش برسند که با وقوع علایم و نشانه‌های عفونت آمیزشی به پزشک مراجعه نمایند، پژوهشگر یک سناریو از فرد مبتلا را در برگه‌های مجزا در اختیار گروه‌ها قرار می‌داد، سپس سناریو را مطرح می‌نمود و از گروه‌ها می‌خواست تا درباره آن بحث کنند که در چه قسمت بهتر بود به شیوه دیگر عمل شود.

جلسه دو عبارت مثبت تأکیدی به منظور افزایش کنترل رفتاری درک شده و مقابله با عواملی همچون استرس به مددجویان آموزش داده می‌شد.

لازم به ذکر است که جلسات آموزشی توسط پژوهشگر (کارشناس ارشد مامایی) و محتوای مرتبط با مهارت‌های زندگی توسط روان‌شناس زندان (کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی) آموزش داده شد. پس از اتمام مداخله آموزشی، پس‌آزمون با روش و ابزاری مشابه پیش‌آزمون و در دو زمان بلافاصله و چهار هفته پس از اتمام برنامه آموزشی اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و درصد) و استنباطی شامل آزمون Kolmogorov-Smirnov جهت بررسی توزیع طبیعی متغیرهای کمی، آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات و آزمون‌های Pearson، Independent t، آنالیز واریانس یک‌طرفه و Paired t در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در آزمون‌ها لحاظ گردید.

نتایج

یافته‌ها نشان داد که میانگین سنی نمونه‌های پژوهش $28/75 \pm 6/8$ سال، سن اولین رابطه جنسی داوطلبانه $3/19 \pm 15/55$ سال و سن تجاوز $8/48 \pm 18/93$ سال بود. وضعیت مشارکت کنندگان از نظر سایر مشخصات فردی و اطلاعات فعالیت جنسی در جدول ۱ ارایه شده است.

تقسیم شوند و اهداف زندگی خود را بر روی کاغذ بنویسند و در مورد هر یک از آن‌ها با یکدیگر بحث کنند. بعد از بیان اهداف، روان‌شناس مددجویانی را که دارای اهداف واقع‌بینانه بودند، تشویق کلامی کرد و سپس اهداف غیر واقع‌بینانه را مشخص و درباره دلایل غیر واقع‌بینانه بودن آن‌ها با مددجویان بحث نمود.

در ادامه، پژوهشگر جهت ارتقای مهارت عزت نفس، از مددجویان خواست که خوب به یکدیگر نگاه کنند. سپس آن‌ها را در گروه‌های دو نفره تقسیم نمود و از آنان خواست هر کدام از زوجها مجدداً خوب به یکدیگر نگاه کنند و شباهت‌های یکدیگر (پنج یا شش مورد) را یادداشت نمایند. دوباره از زوجها درخواست شد به یکدیگر نگاه کنند و این بار تفاوت‌های یکدیگر را یادداشت کنند. بعد از تکمیل این بخش، از گروه‌ها خواسته شد که شباهت‌ها و تفاوت‌های خود با هم‌گروهی‌شان را با صدای بلند بخوانند و روان‌شناس در مورد علل تفاوت‌ها و شباهت‌های افراد با مددجویان بحث نمود. در زمینه مهارت کسب احترام، روان‌شناس از مددجویان درخواست نمود تا رفتارهایی را که از نظر آنان منجر به کسب احترام از اطرافیان می‌شود، بیان کنند. پس از بیان نظرات، دلایل سالم و ناسالم بودن این رفتارها توسط روان‌شناس بیان گردید. در این جلسه، از روش سخنرانی و بحث گروهی استفاده شد. آرایش کلاسی در تمام جلسات به شیوه نیم‌دایره طراحی شده بود تا مددجویان با یکدیگر و پژوهشگر ارتباط چشمی بیشتری داشته باشند. در طول هفت جلسه آموزشی، در هر

جدول ۱. بررسی مشخصات فردی و اطلاعات فعالیت جنسی در زنان مورد مطالعه (۴۰ نفر)

مشخصات مشارکت کنندگان	تعداد (درصد)
ابتدایی	۹ (۲۲/۵)
مدرک تحصیلی	
راهنمایی	۱۵ (۳۷/۵)
دبیرستان و بالاتر	۱۶ (۴۰/۰)
کمتر از حد کفاف	۱۸ (۴۵/۰)
سطح درآمد	
در حد کفاف	۱۷ (۴۲/۵)
بیشتر از حد کفاف	۵ (۱۲/۵)
مجرد	۲ (۵/۰۰)
وضعیت تأهل	
متأهل	۷ (۱۷/۵)
مطلقه	۳۱ (۷۷/۵)
منقطع	۱۶ (۴۰/۰)
کاندوم	۱۲ (۳۰/۰)
بیشترین روش پیشگیری مورد استفاده در رابطه جنسی	
آبودی	۶ (۱۵/۰)
قرص خوراکی	۴ (۱۰/۰)
آمپول	۲ (۵/۰۰)
اصلاً	۱۰ (۲۵/۰)
میزان استفاده از کاندوم	
گاهی اوقات	۲۰ (۵۰/۰)
بیشتر اوقات	۸ (۲۰/۰)
همیشه	۲ (۵/۰۰)
هیچ کدام	۲ (۵/۰۰)
میزان درگیری دوستان در روابط پرخطر جنسی	
کمتر از نیمی	۱۳ (۳۲/۵)
نیمی از آنان	۴ (۱۰/۰)
بیشتر از نیمی	۱۱ (۲۷/۵)
تمامی آنان	۱۰ (۲۵/۰)
سابقه زندانی شدن	
بلی	۱۷ (۴۲/۵)
خیر	۲۳ (۵۷/۵)
سابقه اعتیاد	
بلی	۲۹ (۷۲/۵)
خیر	۱۱ (۲۷/۵)
سابقه تجاوز	
بلی	۱۷ (۴۲/۵)
خیر	۲۳ (۵۷/۵)

شده و قصد) در مراحل قبل، بلافاصله و چهار هفته بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری را نشان داد ($P < 0/001$)

نتایج جدول ۲ در خصوص میانگین نمرات سازه‌های مستقیم (نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک

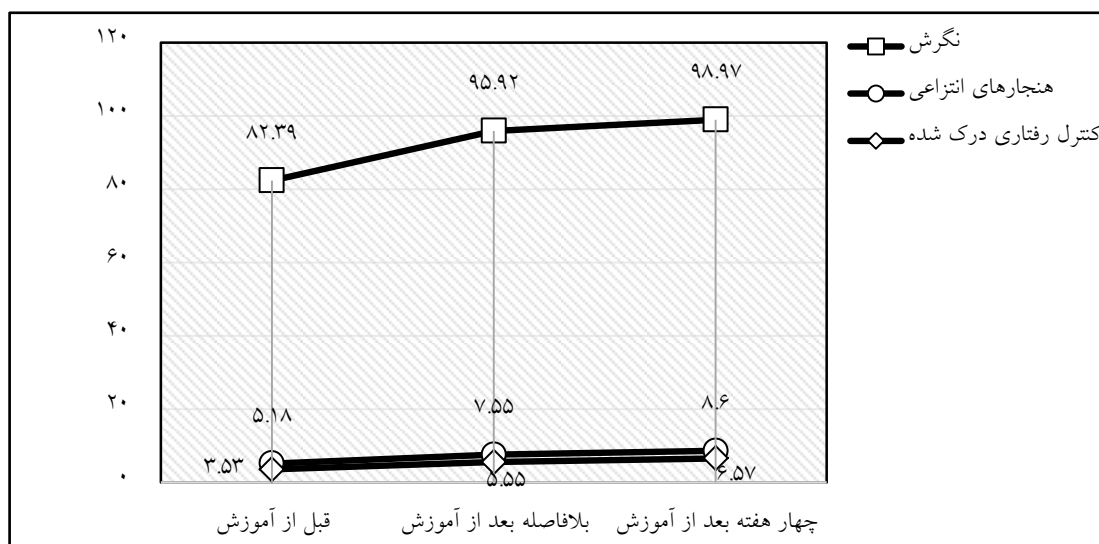
برنامه‌ریزی شده نگرش (باور رفتاری + ارزشیابی پیامد)، هنجارهای انتزاعی (باورهای هنجاری + انگیزش برای اطاعت) و کنترل رفتاری درک شده (باورهای کنترلی + قدرت درک شده) نیز مشاهده گردید ($P < 0/001$) (جدول ۳).

(شکل ۱). جهت بررسی روند این تغییرات از آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات استفاده شد و نتایج تحلیل نشان داد که آموزش بر بهبود نگرش، ایجاد هنجارهای انتزاعی مثبت، کنترل رفتاری درک شده و قصد پرهیز از رفتارهای پرخطر جنسی مؤثر بوده است. طبق آزمون مذکور، این اختلاف معنی‌دار در سازه‌های غیر مستقیم تئوری رفتار

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های مستقیم در مرحله قبل، بلافاصله و چهار هفته بعد از مداخله در زنان مورد مطالعه (۴۰ نفر)

سازه‌های مستقیم	قبل از مداخله		
	میانگین \pm انحراف معیار	بلافاصله بعد از مداخله	چهار هفته بعد از مداخله
نگرش	۸۲/۶ \pm ۵/۰	۹۵/۹ \pm ۱۱/۹	۹۸/۹ \pm ۹/۷
هنجارهای انتزاعی	۵/۰۷ \pm ۴/۵۰	۷/۵ \pm ۳/۴	۸/۶ \pm ۲/۸۰
کنترل رفتاری درک شده	۳/۵ \pm ۳/۰۶	۵/۵۰ \pm ۳/۲	۶/۵ \pm ۲/۷۰
قصد	۵/۶ \pm ۴/۳	۷/۹ \pm ۲/۶	۹/۰۵ \pm ۲/۵

*معنی‌داری در سطح $P < 0/050$



شکل ۱. مقایسه میانگین نمرات کل سازه‌های مستقیم بر قصد انجام رفتارهای پرخطر جنسی در مراحل قبل، بلافاصله و چهار هفته بعد از مداخله در زنان مورد مطالعه (۴۰ نفر)

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های غیر مستقیم در مراحل قبل، بلافاصله و چهار هفته بعد از مداخله در زنان مورد مطالعه (۴۰ نفر)

آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات	چهار هفته بعد از مداخله		قبل از مداخله	سازه‌ها (غیر مستقیم)
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
$*P < 0/001$ $F = 11/4$	$34/9 \pm 10/1$	$33/6 \pm 8/6$	$20/3 \pm 10/9$	نگرش (باور رفتاری + ارزشیابی پیامد)
$*P < 0/001$ $F = 12/1$	$35 \pm 10/6$	$29/5 \pm 8/3$	$21/5 \pm 8/7$	هنجارهای انتزاعی (باورهای هنجاری + انگیزش برای اطاعت)
$*P < 0/001$ $F = 14/7$	$42/1 \pm 16/21$	$30/4 \pm 12/14$	$26/2 \pm 12/3$	کنترل رفتاری درک شده (باورهای کنترلی + قدرت درک شده)

*معنی داری در سطح $P < 0/05$

بدون تجربه تجاوز ($4/00 \pm 5/60$)، قصد پرهیز از رفتارهای پرخطر جنسی بیشتری را داشتند، اما طبق آزمون Independent t، این اختلاف آماری معنی دار نبود ($0/280 = P$). بین گروه‌های سنی تجاوز و میانگین نمره قصد، اختلاف آماری معنی دار مشاهده شد ($P = 0/020$)؛ به طوری که افرادی که در سن قبل از ۲۰ سالگی تجربه تجاوز داشتند ($12/7 \pm 1/88$)، نسبت به افرادی که در سن بیشتر از ۲۰ سالگی تجربه تجاوز داشتند ($5/25 \pm 0/88$)، از میانگین نمره کل قصد پرهیز از رفتارهای پرخطر جنسی بیشتری برخوردار بودند.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمره نگرش مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله وجود داشت. این یافته بیانگر نقش مؤثر برنامه آموزشی در تقویت باورها و اصلاح نگرش منفی نسبت به رفتارهای پرخطر جنسی در زنان می‌باشد. Patterson و همکاران در مطالعه‌ای پایلوت، به ارزیابی برنامه آموزشی پیشگیری از ایدز با استفاده از تئوری عمل منطقی در زنان

لازم به ذکر است که در مورد سازه‌های مستقیم بر اساس آزمون Paired t، اختلاف آماری معنی داری در پس‌آزمون (مقایسه قبل و بلافاصله پس از آموزش)، (مقایسه بلافاصله و چهار هفته پس از آموزش) و (مقایسه قبل و چهار هفته پس از آموزش) وجود داشت ($0/001 < P$)، اما در مورد سازه‌های غیر مستقیم، در نمرات نگرش ($P = 0/190$) و هنجارهای انتزاعی ($P < 0/090$) در مرحله بلافاصله و چهار هفته بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد.

بر اساس نتایج پژوهش، بین سن و نمره قصد بر اساس آزمون Pearson، ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت ($P = 0/200$). همچنین، بین میانگین نمره قصد بر حسب تحصیلات نیز اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد (بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه) ($P = 0/370$)؛ بدین معنی که تحصیلات نقشی در اتخاذ قصد پرهیز از رفتارهای پرخطر جنسی نداشت. در بررسی ارتباط بین داشتن تجربه تجاوز و نداشتن آن در افراد مورد مطالعه، آنچه که به وضوح مشاهده می‌گردد آن است که اگرچه افراد دارای تجربه تجاوز ($29/6 \pm 1/72$) نسبت به افراد

Griffin و Stein که با هدف پیشگویی کننده‌های رفتارهای پرخطر جنسی در مادران نوجوان شرکت کننده در یک برنامه پیشگیری از HIV انجام شد (۳۵)، مطابقت داشت. در پژوهش آنان با وجود این که در مداخله آموزشی، هیچ برنامه‌ای برای تأثیر بر هنجارهای انتزاعی نمونه پژوهش در نظر گرفته نشده و آموزش توسط پرستاران انجام گرفته بود، اما چون مداخله به طور کامل در محیط مدرسه صورت می‌گرفت، می‌توان توجیه نمود که تأثیر غیر مستقیمی بر سایر دانش‌آموزان نیز گذاشته و از این طریق سبب تعدیل در هنجارهای نوجوانان گردیده است (۳۵). McNulty و همکاران مطالعه‌ای را با هدف افزایش غربالگری تست کلامیدیا در جمعیت عمومی انجام دادند و در فرایند مداخله خود از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده استفاده کردند. نتایج حاصل شده پس از گذشت نه ماه از مداخله، بیانگر ایجاد تغییر معنی‌دار در هنجارهای انتزاعی جامعه پژوهش بود (۳۶). آنان در مطالعه خود از روش آموزش بحث گروهی، ارایه بازخورد، نمایش فیلم، استفاده از پوستر، ارسال نامه‌های یادآوری و ایمیل در طول نه ماه پیگیری استفاده کردند و با وجود این که از روش‌های آموزشی متفاوتی با مطالعه حاضر و با هزینه بیشتر و در دوران پیگیری طولانی‌تری استفاده کرده بودند (۳۶)، اما یافته‌هایی مشابه با نتایج مطالعه حاضر به دست آوردند.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیق ابراهیمی‌پور و همکاران مغایرت داشت. آموزش در مطالعه آن‌ها بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر عملکرد جنسی زنان بود (۳۷). این عدم مغایرت را می‌توان چنین تشریح نمود که در مطالعه ابراهیمی‌پور و همکاران نه تنها افراد کلیدی در فرایند آموزش حضور نداشتند، بلکه از بین افراد کلیدی نمونه‌های پژوهش همچون همسر، مادر و خواهر، تنها پمفلت و جزوه آموزشی در اختیار همسران آنان قرار داده شد. همچنین، امکان دارد در آزمون اولیه نظرات و افکار

تن‌فروش مکزیکی پرداختند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که بلافاصله در پس‌آزمون، تغییر مثبت معنی‌داری در نگرش زنان درباره روابط ایمن جنسی ایجاد شد (۳۱). فرایند مداخله مطالعه آن‌ها با استفاده از تئوری عمل منطقی و شناختی اجتماعی Bandura صورت گرفت و برای تعدیل سازه نگرش موجود در تئوری و رفع موانع در استفاده از کاندوم، از آموزش مهارت‌های زندگی و رویکردهای حل مسأله استفاده شده بود (۳۱) که از این نظر با مطالعه حاضر تفاوت دارد. Booth و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که نمره نگرش مثبت نسبت به انجام تست کلامیدیا (Chlamydia) در یک جمعیت از زنان و مردان پرخطر، بلافاصله پس از پایان مداخله مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده نسبت به مرحله قبل مداخله، افزایش معنی‌داری یافته است (۳۲). Armitage و Talibudeen در مطالعه خود اثربخشی آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را در ارتقای قصد روابط جنسی ایمن در نوجوانان بررسی کردند و نتیجه گرفتند، اگرچه سطح نگرش مطلوب نوجوانان شرکت کننده در برنامه آموزشی بیشتر از گروه شاهد بود، اما این تفاوت معنی‌دار نبود (۳۳). از دلایل عدم تغییر در نمره نگرش را می‌توان این‌گونه تشریح کرد که شاید سطح نگرش در آزمون اولیه و قبل از مداخله در حد مطلوبی قرار داشته است و برای این که حالت ترس بیش از حد در افراد ایجاد نشود، آموزش محدودی به گروه هدف ارایه شده است؛ چرا که بر اساس الگوی موازی توسعه یافته، اگر حالت ترس بیش از حد در افراد پیش آید، در مسیر فرایند کنترل ترس قرار می‌گیرند نه در فرایند کنترل خطر و در چنین فرایندی، نمی‌توان انتظار اتخاذ رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده از مشکل بهداشتی را از طرف افراد داشت (۳۴).

بین میانگین نمره هنجارهای انتزاعی قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت و با مطالعه Koniak-

فردی و به میزان زیادی خود کارآمدی را می‌توان به عنوان مفاهیم یا سازه‌های جایگزین کنترل رفتاری درک شده به کار برد (۳۹).

از پژوهش‌های ناهمسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به مطالعه Kinsler و همکاران اشاره کرد (۴۰). آنان به بررسی مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری عمل منطقی و شناختی اجتماعی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در نوجوانان پرداختند و سه ماه بعد از مداخله، تغییر معنی‌داری را در نمره خود کارآمدی نوجوانان گروه تجربی نسبت به گروه شاهد مشاهده نکردند. در پژوهش آن‌ها، کلاس‌های آموزشی توسط ۱۲ نفر از هم‌تایان که در مدت چهار روز و به مدت ۳۲ ساعت شش ماه قبل از مداخله تحت آموزش قرار گرفته بودند، اداره می‌شد. هرچند سه ماه بعد نیز جلسات یادآوری مجدد برای هم‌تایان اجرا شد (۴۰)، اما شاید به دلیل این که فاصله بین آموزش اولیه هم‌تایان تا شروع مداخله زیاد بوده است، هم‌تایان تمام تکنیک‌ها را جهت آموزش به سایر دانش‌آموزان به خوبی به خاطر نسپرده باشند، اما در مطالعه حاضر جلسات آموزشی به منظور ارتقای کنترل رفتاری درک شده در زنان بر پایه نیازهای آموزشی شناخته شده آنان و محتوای آموزشی تأیید شده‌ای بود که توسط روان‌شناس آموزش داده می‌شد. عدم مغایرت در نتایج حاصل شده را چنین می‌توان توجیه نمود که افراد برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه با طیف گسترده‌ای از موانع مادی، روانی، محیطی و هنجاری به طور واقعی یا درک شده مواجهه هستند. بنابراین، تنها اجرای برنامه‌های آموزشی فرد محور در تغییر رفتار، ممکن است مؤثر واقع نشود و شاید لازم باشد به عوامل محیطی و خارج از کنترل فرد نیز توجه نمود. برای مرتفع ساختن موانعی همچون عدم داشتن مهارت کافی و عدم اطلاع از خطرات تهدیدکننده این رفتارها، آموزش مهارت‌های فردی کفایت می‌کند، اما

واحدهای پژوهش در پاسخدهی به سؤالات هنجارهای انتزاعی تأثیرگذار بوده باشد و پس از آزمون اولیه، واحدهای پژوهش به بحث و تبادل نظر با افراد کلیدی و دریافت عقاید آنان پرداخته باشند، در نتیجه پاسخدهی آنان دقیق‌تر شده؛ به طوری که در دوران پیگیری هنجارهای انتزاعی واقعی گزارش شده و در نهایت منجر به عدم تغییر در این سازه شده است (۳۷)، اما حضور روان‌شناس زندان در پژوهش حاضر و بهره‌گیری از مشارکت سایر هم‌بندیان و پویایی‌های گروهی در جلسات آموزشی، علاوه بر نصب پوسته‌های آموزشی در بند محل استقرار واحدهای پژوهش، شاید توانسته باشد در ارتقای هنجارهای انتزاعی مرتبط با قصد پرهیز از انجام رفتارهای پرخطر جنسی تأثیر بگذارد.

بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر، بین میانگین نمره کنترل رفتاری درک شده قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد. Wong و همکاران نیز در مطالعه‌ای به بررسی یک مداخله رفتاری، به منظور ارتقای استفاده از کاندوم در زنان تن‌فروش پرداختند. برنامه آموزشی این مطالعه مبتنی بر مدل Precede و خود کارآمدی Bandura بود که سبب ایجاد تغییر مثبت معنی‌داری در نمره خود کارآمدی زنان تن‌فروش شرکت کننده در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد در زمینه مهارت‌های مذاکره و رد پیشنهاد رابطه جنسی بدون کاندوم در مرحله بلافاصله بعد از مداخله گردید (۳۸). علت تشابه در نتایج ذکر شده با مطالعه حاضر را می‌توان به محتوای آموزشی تا حدودی یکسان جهت تأثیرگذاری در خود کارآمدی افراد مرتبط دانست که این آموزش‌ها بر مهارت‌های زندگی مانند جرأت‌ورزی و کنترل خود تأکید داشته است. هرچند که در مطالعه Wong و همکاران به مفهوم خود کارآمدی به عنوان متغیر وابسته اشاره گردید (۳۸) و در مطالعه حاضر به مفهوم کنترل رفتاری درک شده پرداخته شد، اما محققان معتقد هستند که مفاهیمی مانند موانع درک شده، پویایی

برای نمونه‌های پژوهش در طول شش ماه رخ داده است و امکان دارد مانع از ایجاد انگیزه جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی شده باشد، ارتباط داد. همچنین، این مغایرت را می‌توان به دلیل تفاوت در قصد رفتاری سنجیده شده که مصرف الکل می‌باشد، توجیه نمود و با توجه به این که مطالعه در آفریقا انجام شده است، به علت تفاوت جغرافیایی و فرهنگی موجود، شاید مصرف الکل چندان رفتار نابهنجاری برای نوجوانان تلقی نگردد که قصد ترک آن را با مداخله آموزشی کسب نمایند. هرچند محتوای آموزش داده شده در مطالعه Fitzgerald و همکاران به صورت مهارت محور بود (۴۳)، اما با تمرکز بر کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز صورت گرفت که به نظر می‌رسد در حاشیه آن سایر رفتارهای پرخطر مانند وابستگی به مواد مخدر، اعتیاد و مصرف الکل نیز آموزش داده شده است، اما تغییر رفتارهایی مانند مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی به خودی خود نیازمند اجرای مداخلات تفکیکی می‌باشد. همچنین، با توجه به این که محتوای آموزشی ارائه شده مبتنی بر فرهنگ جوامع غربی می‌باشد، شاید نیازمند اعمال تغییراتی در محتوای آموزشی جهت سازگار شدن با جامعه آفریقا بوده است.

در مطالعه حاضر بین نمره قصد پرهیز از رفتارهای پرخطر جنسی بر اساس سن، تحصیلات و وجود یا عدم وجود تجربه تجاوز اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت، اما نتایج مطالعه Mahapatra و همکاران بر روی یک نمونه از زنان تن‌فروش نشان داد که از بین متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی سنجیده شده، سن بیشتر از ۳۵ سال، متأهل بودن، مدت بیشتر از ۱۰ سال انجام تن‌فروشی و داشتن رابطه جنسی سه بار یا بیشتر در روز، با انجام رفتارهای پرخطر جنسی ارتباط معنی‌داری داشت (۴۴). در مطالعه حاضر، بین نمره قصد بر حسب گروه سنی رخداد تجربه تجاوز اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد؛ به

در زمینه داشتن حمایت خانواده، افراد به مداخلات ترکیبی به صورت فردی و محیطی نیازمند هستند (۴۱).

با توجه به این که جامعه پژوهش مطالعه حاضر را نوجوانان تشکیل دادند و افراد در این دوران اغلب با خانواده خود زندگی می‌کنند، مداخله باید با دخالت والدین در زمینه یادگیری مهارت‌های مذاکره درباره رفتارهای جنسی ایمن و حتی در اختیار قرار دادن هزینه به نوجوانان جهت انجام رفتارهای جنسی ایمن صورت می‌گرفت تا نوجوانان بتوانند به خودکارآمدی دست یابند. یافته‌های تحقیق حاضر نشان دهنده آن است که بین میانگین نمره قصد در مرحله قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت. این امر بیانگر تأثیر کارای برنامه آموزشی بر اتخاذ تصمیم جهت پرهیز از انجام رفتارهای پرخطر جنسی می‌باشد و با نتایج مطالعه Patterson و همکاران (۳۱) و Lau و همکاران (۴۲) همخوانی داشت. Lau و همکاران در مطالعه خود به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تئوری در ترویج استفاده از کاندوم در زنان دارای یک شریک جنسی مبتلا به عفونت‌های مقاربتی پرداختند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که در طول دوران پیگیری دو و سه ماه بعد از مداخله آموزشی نسبت به مرحله قبل از مداخله، قصد زنان در درخواست استفاده از کاندوم از شریک جنسی افزایش معنی‌داری یافته بود (۴۲).

از جمله پژوهش‌های ناهمسو با مطالعه حاضر می‌توان به مطالعه Fitzgerald و همکاران (۴۳) اشاره کرد. آنان مطالعه خود را با هدف به کارگیری یک برنامه مداخله‌ای در جهت کاهش خطر HIV در نوجوانان آفریقایی انجام دادند. در فرایند مداخله از تئوری انگیزش حفاظت استفاده شد و پس از گذشت شش ماه از مداخله، تغییر معنی‌داری در کاهش قصد مصرف مشروبات الکلی در دختران و پسران گروه مداخله نسبت به گروه شاهد حاصل نگردید (۴۳). این اختلاف را می‌توان به اثر زمان و تجاری که

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن تعداد نمونه‌های پژوهش و زندانی بودن آن‌ها اشاره نمود که سبب می‌شود در تعمیم نتایج آن به کل جامعه زنان تن فروش با احتیاط عمل شود. همچنین، به علت ارتباط زنان زندانی و انتشار اطلاعات با یکدیگر، امکان داشتن گروه شاهد در این مطالعه وجود نداشت. کنترل تفاوت‌های موجود در حافظه، علاقه، وضعیت روحی- روانی، اعتقادات مذهبی و مسایل فرهنگی- اجتماعی مشارکت کنندگان از عهده پژوهشگر خارج بود. محدود بودن تعداد پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج کشور و غیر مجاز بودن برخی از کلید واژه‌های مورد نیاز در این پژوهش، دسترسی به تمام مقالات را مشکل نمود که تلاش شد با استفاده از سایر کلید واژه‌ها، تا حدود زیادی دسترسی به مقالات فراهم گردد.

با توجه به شرایطی که پژوهشگر در طول این مطالعه با آن مواجه شد، پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی با رویکرد کیفی و کمی با تلفیق دیگر تئوری‌های تغییر رفتار در سایر زنان گروه‌های پرخطر برای ترک رفتارهای پرخطر جنسی و تداوم قصد پرهیز از انجام رفتارهای پرخطر جنسی انجام گیرد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مامایی با شماره ۹۱۱۱۴۵ می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رئیس و همکاران بند نسوان زندان مرکزی مشهد به ویژه خانم‌ها جنگی و متولی، شرکت کنندگان پژوهش و کلیه عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

طوری که افرادی که تجربه تجاوز در سن پایین‌تر داشتند، قصد پرهیز از انجام رفتارهای پرخطر جنسی در آنان بیشتر بود. یافته‌های مطالعه‌ای بیان کرد که اجرای مداخلات مبتنی بر رویکردهای شناختی- رفتاری در سطوح فردی و خانوادگی، در تغییر رفتار افراد با تجربه تجاوز تأثیرات مفیدی دارد (۴۵). با توجه به این یافته، می‌توان اظهار نمود که ارایه آموزش به زنان دارای تجربه تجاوز به علت آسیب درک شده بیشتری که در آنان وجود دارد، تأثیرگذارتر می‌باشد. بنابراین، با هدف قرار دادن این زنان در برنامه‌ریزی‌های آموزشی از سنین پایین‌تر، می‌توان در روند جامعه‌پذیری صحیح و کاهش آسیب‌های وارد شده به آنان در آینده تأثیرگذار بود. در مجموع، با توجه به این که حجم نمونه مطالعه حاضر برای بررسی این ارتباطات برآورد نشده است، به نظر می‌رسد که وجود و یا عدم وجود رابطه بین متغیرهای ذکر شده در بخش یافته‌های جانبی با قصد انجام رفتارهای پرخطر جنسی، نیاز به مطالعات اختصاصی‌تر با حجم نمونه مناسب و تمرکز بر این متغیرها دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که حتی با وجود حساسیت‌های فراوان در جامعه ایرانی که از پس‌زمینه‌های فرهنگی و مذهبی منحصر به فرد در رابطه با رفتارهای جنسی و به خصوص رفتارهای پرخطر جنسی نشأت می‌گیرد و آموزش چنین موضوعاتی را سخت و گاهی امکان‌ناپذیر جلوه می‌دهد، می‌توان برنامه‌ای مطابق با فرهنگ و نیاز زنان پرخطر طراحی و اجرا کرد و به نتایج خوبی هم دست یافت. نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده تغییر و افزایش معنی‌دار پیش‌نیازهای تغییر رفتار از منظر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد) می‌باشد.

References

1. Malekshahi F, Moumennasab M. The effects of high - risk - behavior prevention educational program on the knowledge and attitude of school health trainers in Khoramabad in 2005. *Yafteh* 2007; 9(2): 47-54. [In Persian].
2. Baban A, Craciun C. Changing health-risk behaviors: A review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *J Cogn Behav Psychot* 2007; 7(1): 45-66.
3. Bayrami M, Esmaili A. The comparison of factors and personality traits in sexually high risk and non- high risk students. *Urmia Med J* 2010; 21(3): 215-20. [In Persian].
4. Hatami H, Razavi SM, Eftekhar H, Majlesi F. Text of public health. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2007. [In Persian].
5. Santelli J, Carter M, Orr M, Dittus P. Trends in sexual risk behaviors, by nonsexual risk behavior involvement, U.S. high school students, 1991-2007. *J Adolesc Health* 2009; 44(4): 372-9.
6. Mirheidari M. The effects of theory based educational intervention on sexual behaviors of Iranian men with history of addiction [Thesis]. Tarbiat Modares University; 2012. [In Persian].
7. Platt L, Jolley E, Rhodes T, Hope V, Latypov A, Reynolds L. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. *BMJ Open* 2013; 3: e002836.
8. Sajadi L, Mirzazadeh A, Navadeh S, Osooli M, Khajehkazemi R, Gouya MM, et al. HIV prevalence and related risk behaviours among female sex workers in Iran: results of the national biobehavioural survey, 2010. *Sex Transm Infect* 2013; 89(Suppl 3): iii37-iii40.
9. UNAIDS. Progress report control AIDS in Islamic Republic of Iran. 2014. Available at: URL: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownowyo/urresponse/countryprogressreports/2014countries/IRN_narrative_report_2014_fa.pdf. Accessed April 7, 2015.
10. Das A, Prabhakar P, Narayanan P, Neilsen G, Wi T, Kumta S, et al. Prevalence and assessment of clinical management of sexually transmitted infections among female sex workers in two cities of India. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2011; 2011: 8.
11. Seyednejad A, Khosroabadi M. Education in prison. *Reforming and Training (Eslah-o Tarbiyat)* 2008; 7(82): 45-6. [In Persian].
12. Landry MJ. MDMA: a review of epidemiologic data. *J Psychoactive Drugs* 2002; 34(2): 163-9.
13. Hardeman W, Sutton S, Griffin S, Johnston M, White A, Wareham NJ, et al. A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation. *Health Educ Res* 2005; 20(6): 676-87.
14. Walsh J. A mixed-methods exploration of magazine use and safe sex in emerging

- adulthood [PhD Thesis]. Ann Arbor, MI: University of Michigan; 2010.
15. Health Center Kalat city. High risk behavior in young [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: http://www.mums.ac.ir/ch_kalat/fa/raftarporkhatar
 16. Roberts J. Behavioural beliefs concerning gender and high-risk sexual behaviours in the context of HIV/AIDS in PNG: views from within teacher education [PhD Thesis]. Brisbane, QLD: Queensland University of Technology; 2012.
 17. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2008.
 18. Centers for Disease Control and Prevention. Evolution of HIV/AIDS prevention programs --- United States, 1981--2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2006; 55(21): 597-603.
 19. Jaworski BC, Carey MP. Effects of a brief, theory-based STD-prevention program for female college students. *J Adolesc Health* 2001; 29(6): 417-25.
 20. Sikkema KJ, Winett RA, Lombard DN. Development and evaluation of an HIV-risk reduction program for female college students. *AIDS Educ Prev* 1995; 7(2): 145-59.
 21. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol* 2001; 40(Pt 4): 471-99.
 22. Trenholm S. Human communication theory. 2nd ed. New Jersey, NJ: Prentice-Hall; 1991.
 23. Peters MA, Phelps L. Body image dissatisfaction and distortion, steroid use, and sex differences in college age bodybuilders. *Psychology in the Schools* 2001; 38(3): 283-9.
 24. Zamani Alavigeh F, Shafiei A, Ghofranipoo F, Argmandzadegan M. Assessment of the health belief model effect on behavioral intention for hepatitis B prevention among adolescent girls. *Payesh* 2012; 11(4): 545-54. [In Persian].
 25. Asare M, Sharma M. Using the theory of planned behavior to predict safer sexual behavior by Ghanaian immigrants in a large Midwestern U.S. city. *Int Q Community Health Educ* 2009; 30(4): 321-35.
 26. Mausbach BT, Semple SJ, Strathdee SA, Patterson TL. Predictors of safer sex intentions and protected sex among heterosexual HIV-negative methamphetamine users: an expanded model of the Theory of Planned Behavior. *AIDS Care* 2009; 21(1): 17-24.
 27. Turchik JA, Gidycz CA. Exploring the intention-behavior relationship in the prediction of sexual risk behaviors: can it be strengthened? *J Sex Res* 2012; 49(1): 50-60.
 28. Sacolo HN, Chung MH, Chu H, Liao YM, Chen CH, Ou KL, et al. High risk sexual behaviors for HIV among the in-school youth in Swaziland: a structural equation modeling approach. *PLoS One* 2013; 8(7): e67289.

29. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. Philadelphia, PA: Saunders; 2003.
30. Hyrkas K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(6): 619-25.
31. Patterson T, Semple SJ, Fraga M, Bucardo J, Davila-Fraga W, Strathdee SA. An HIV-prevention intervention for sex workers in Tijuana, Mexico: a pilot study. *Hispanic J Behav Sci* 2005; 27(1): 82-100.
32. Booth AR, Norman P, Goyder E, Harris PR, Campbell MJ. Pilot study of a brief intervention based on the theory of planned behaviour and self-identity to increase chlamydia testing among young people living in deprived areas. *Br J Health Psychol* 2014; 19(3): 636-51.
33. Armitage CJ, Talibudeen L. Test of a brief theory of planned behaviour-based intervention to promote adolescent safe sex intentions. *Br J Psychol* 2010; 101(Pt 1): 155-72.
34. Witte K. Fear control and danger control: A test of the extended parallel process model (EPPM). *Communication Monographs* 1994; 61(2): 113-34.
35. Koniak-Griffin D, Stein JA. Predictors of sexual risk behaviors among adolescent mothers in a human immunodeficiency virus prevention program. *J Adolesc Health* 2006; 38(3): 297-11.
36. McNulty CAM, Hogan AH, Ricketts EJ, Wallace L, Oliver I, Campbell R, et al. Increasing chlamydia screening tests in general practice: a modified Zelen prospective Cluster Randomised Controlled Trial evaluating a complex intervention based on the theory of planned behaviour. *Sex Transm Infect* 2013; 90(3): 188-94.
37. Ebrahimipour H, Jalambadany Z, Peyman N, Ismaili H, Vafaii Najjar A. Effect of sex education, based on the theory of planned behavior, on the sexual function of the woman attending Mashhad health centers. *J Birjand Univ Med Sci* 2013; 20(1): 58-67. [In Persian].
38. Wong ML, Chan R, Koh D, Wong CM. Theory and action for effective condom promotion: illustrations from a behavior intervention project for sex workers in Singapore. *Int Q Community Health Educ* 1994; 15(4): 405-21.
39. Kellar I, Abraham C. Randomized controlled trial of a brief research-based intervention promoting fruit and vegetable consumption. *Br J Health Psychol* 2005; 10(Pt 4): 543-58.
40. Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Educ Res* 2004; 19(6): 730-8.
41. Henry H, Reimer K, Smith C, Reicks M. Associations of decisional balance, processes of change and self-efficacy with stages of change for increased fruit and vegetable intake among low-income, African-American mothers. *J Am Diet Assoc* 2006; 106(6): 841-9.
42. Lau JT, Li J, Choi KC, Gu J. A randomized controlled trial evaluating the

- efficacy of a theory-based intervention promoting condom use among Chinese monogamous female sexually transmitted infection patients. *Int J Behav Med* 2014; 21(4): 719-29.
43. Fitzgerald AM, Stanton BF, Terreri N, Shipena H, Li X, Kahihuata J, et al. Use of Western-based HIV risk-reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *J Adolesc Health* 1999; 25(1): 52-61.
44. Mahapatra B, Lowndes CM, Mohanty SK, Gurav K, Ramesh BM, Moses S, et al. Factors associated with risky sexual practices among female sex workers in Karnataka, India. *PLoS One* 2013; 8(4): e62167.
45. National Crime Victims Research and Treatment Center. Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment [Online]. [cited 2004 Apr]; Available from: URL: http://academicdepartments.musc.edu/ncvc/resources_prof/OVC_guidelines04-26-04.pdf

The Effect of a Training Program Based on the Theory of Planned Behaviour (TPB) on Sexual High-Risk Behavioural Intentions in Female Prisoners, Vakil Abad Prison, Mashhad, Iran, 2013

Mona Larki, M.Sc.¹, Mahin Taffazoli, M.Sc.^{2*}, Robab Latifnejad-Roudsari, Ph.D.³,

Mohammad Taghi Shakeri, Ph.D.⁴, Ali Babaee, M.D.⁵

1. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Associate Professor, Department of Midwifery AND Evidence-Based Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. General Practitioner, Applied Science Education Center, District 6 Prison Organization, Mashhad, Iran

* Corresponding author; e-mail: tafazolim@mums.ac.ir

(Received: 14 June 2015 Accepted: 17 Oct. 2015)

Abstract

Background and Aims: High-risk sexual behaviors are of the most important risky behaviours in the area of sexual and reproductive health. It seems that educational programs based on health behavioural change theories are of the most basic measures in prevention of social damages. Therefore, the present study was carried out to determine the effect of a training program based on the theory of planned behaviour (TPB) on sexual high-risk behavioural intentions in female prisoners in Vakil Abad Prison, Mashhad, Iran, in 2013.

Methods: This was a pre-experimental one group designed study on 40 women gotten prisoned due to doing high-risk sexual behaviours. Data were collected using self-structured questionnaires including demographics information, data related to sexual activity and constructs of the theory of planned behaviour. The training program was designed based on the constructs of this theory and was then implemented as seven 70-minute sessions. The questionnaires were completed before, immediately after, and four weeks after completing the training program. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics tests via SPSS software.

Results: There were significant differences between the mean scores of attitude, subjective norms, perceived behavioral control and behavioral intention for abstinence from high-risk sexual behaviors in female prisoners before, immediately after and four weeks after implementation of the training program ($P < 0.001$ for all).

Conclusion: Developed health educational program on the basis of theory of planned behavior was an effective strategy for abstinence from high-risk sexual behavioral intention in jailed women .

Keywords: Education, Theory of planned behaviour, Behavioral intention, High-risk sexual behaviour, Female prisoners