مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۳، خرداد ۱۳۹۳، ۲۳۴-۲۲۳

ارتباط بین خودکارآمدی با آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیرانه ایدز در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۰

فاطمه بلالی‌میبدی[۱]، سیدوحید احمدی‌طباطبایی[۲]، مهدی حسنی[۳]

دریافت مقاله:۹۲/۰۶/۲۶ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح:۹۲/۰۸/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده:۹۲/۱۰/۲۵ پذیرش مقاله:۹۲/۱۲/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: ایدز یکی از جدی‌ترین و کشنده‌ترین بیماری‌های عفونی است. خودکارآمدی افراد می‌تواند تأثیر بسزایی در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه ارتقادهنده سلامت و کنترل این معضل جهانی داشته باشد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی با آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک شده دانشجویان نسبت به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه ایدز انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی با مشارکت ۲۹۶ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۰ با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای شامل اطلاعات جمعیتی، سؤالات آگاهی و سازه‌های خودکارآمدی، حساسیت، شدت و منافع درک شده بود. برای رتبه‌بندی، پاسخ‌دهی کمتر از ۵۰٪ و بالای ۷۵٪ ملاک قضاوت قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، ANOVA، مجذورکای و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نمره خودکارآمدی ۴۴/۷٪، آگاهی ۵۸/۸٪ و منافع درک شده ۸۰/۳٪ از دانشجویان در سطح خوب ارزیابی گردید. درحالی‌که فقط ۳/۵٪ افراد نمره حساسیت و کمتر از ۱٪ افراد نمره شدت درک شده در سطح خوب کسب نمودند. آنالیز آماری ارتباط معنی‌دار بین نمره خودکارآمدی با جنس (p=۰/۰۰۴)، آگاهی (p=۰/۰۰۱) و منافع درک شده (p<۰/۰۰۱) نشان داد. درحالی‌که نمره خودکارآمدی با سن (p=۰/۶۹۵)، رشته تحصیلی (p=۰/۴۲۸)، وضعیت تأهل (p=۰/۴۹۳)، شدت (p=۰/۳۰۸) و حساسیت درک شده (p=۰/۹۳۰) ارتباطی نداشت.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد توجه به نقش آگاهی و منافع درک شده در افزایش خودکارآمدی افراد نتایج سودمندی به دنبال داشته باشد. پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده ارتباط این سازه‌ها با رفتارهای پیشگیری از ایدز بررسی شود.

واژه‌های کلیدی: ایدز، دانشجویان، خودکارآمدی درک شده، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، آگاهی

۱- (نویسنده مسئول) کارشناس گروه آموزش و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، مرکز تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
تلفن: ۲۱۰۵۷۴۵-۰۳۴۱، دورنگار: ۲۱۱۴۲۳۱-۰۳۴۱، پست الکترونیکی: F.balali@yahoo.com
۲- دکترای بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳- کارشناس روابط بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

مقدمه

عفونت ایجاد شده با ویروس نقص ایمنی انسان [(HIV) Human Immuno deficiency Virus] و بیماری ایدز از جمله بیماری‌هایی است که به لحاظ کشندگی زیاد، هزینه مراقبتی فراوان، ایجاد مشکلات اجتماعی و هدف قرار دادن جمعیت جوان از معضلات مهم جوامع بشری است [۱]. این بیماری از موانع اصلی توسعه جوامع بوده که بیشتر جمعیت فعال و مولد را در برگرفته است [۲]. گرچه برخی از کشورهای توسعه یافته، در مهار اپیدمی موفقیت‌های چشمگیری داشته‌اند اما در کشورهای در حال توسعه گسترش اپیدمی همچنان ادامه دارد و به عنوان یک موضوع جدی و قابل بحث در بین محققین و ارایه دهندگان خدمات سلامت مطرح است [۳]. جوانان در معرض رفتارهای پرخطری مانند مواد مخدر، الکل و تماس‌های جنسی هستند [۱]، این رفتارها باعث افزایش خطر مرگ و میر زودهنگام، ناتوانی و افزایش بروز بیماری‌ها می‌گردند، که در دو دهه اخیر در کشورهای در حال توسعه نظیر کشور ما به سرعت رو به افزایش بوده است [۴].

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 سنین پایین‌تر سبب افزایش رفتارهای پرخطر در جوانان به ویژه دانشجویان شده است [۴، ۱]. با پرهیز از روابط جنسی نامطمئن، وفاداری به همسر، استفاده از کاندوم در روابط جنسی و بالاخره پرهیز از مصرف مواد مخدر یا محرک از قبیل هروئین، الکل و اکستاسی که قدرت تصمیم‌گیری فرد را برای انتخاب رفتارهای سالم مختل می‌کند، می‌توان در برابر بیماری ایدز ایمن ماند [۵]. اگر جوانان حقایق مربوط به عفونت HIV و بیماری ایدز را بدانند، قادر به محافظت از خود خواهند بود [۱].

امروزه برای جلوگیری از ابتلا به ایدز، آموزش و راهکارهای مؤثری انجام می‌شود، با این حال هر روز شاهد افزایش تعداد بیماران هستیم، لذا به نظر می‌رسد اطلاع‌رسانی محض کافی نبوده و باید در رفتارها تغییر اساسی پدید آورد [۶]. در تحقیقات ثابت شده است که رابطه بین خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در کاهش رفتارهای پرخطری که می‌تواند منجر به HIV شود، نقش مؤثری دارند [۷]. خودکارآمدی، اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید [۸] و می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر قادر سازد. از این رو درک خودکارآمدی می‌تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت شود [۹]. افراد با حس خودکارآمدی پایین، دیدشان به مسائل سخت‌تر از آن چیزی است که واقعاً وجود دارد و نسبت به مشکلات یک دید تک بعدی و سطحی خواهند داشت [۱].

خودکارآمدی به معنی ایمانی است که شخص به خود دارد، تا رفتاری خاص را با موفقیت اجرا کند و انتظار نتایج حاصل از آن را داشته باشد. خودکارآمدی پیش نیاز مهم رفتار محسوب می‌شود. خود کارآمدی روی انگیزه فرد اثر گذاشته و فرد را به تلاش و مداومت در رفتار وا می‌دارد [۱۰].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

از سویی ساختار و نگرش منطقی برای برنامه‌های آموزش بهداشت به منظور تغییر رفتارهای بهداشتی عبارتند از: درک شخص از این که در معرض خطر است (حساسیت درک شده) و این خطر تا چه حد جدی است (شدت درک شده) سعی در یافتن راه حلی برای کاهش خطر بر پایه این باور که اگر راه حل را انجام دهد به نفع اوست (منافع درک شده). طبق یک قاعده کلی مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها عکس‌العمل خوب و مناسبی از خود نشان می‌دهند که احساس کنند در معرض خطر جدی قرار دارند، به دنبال این موضوع است که منفعتی را در خصوص تغییر رفتارهای خویش درک می‌کنند (منافع درک شده) و موانع موجود در جهت این تغییرات را به راحتی مرتفع می‌سازند، در این شرایط است که مداخلات و برنامه‌های آموزشی احتمالاً مؤثر است [۱۱]. در واقع اگر نسبت به عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی انسان، شناخت وجود داشته باشد، در ایجاد راهکارها و روش‌هایی که اهداف آموزش بهداشت را عملی می‌سازند، موقعیت بهتری ایجاد می‌شود و شاخص‌های موفقیت به روش منطقی‌تری انتخاب می‌گردد [۷].

Rahmati و همکاران مهارت ضعیف خودکارآمدی در رد نمودن پیشنهادهای خطرزا را از عوامل مؤثر در اتخاذ رفتارهای پرخطر منجر به ایدز اعلام نمودند [۱۲]. در مطالعه‌ای که با عنوان خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در معتادین زرندیه توسط Karimi و همکارش انجام گرفت؛ رابطه منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده با رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز مورد تأیید قرار گرفت [۷]. نتایج مطالعه‌ای در آمریکا نیز مؤید ارتباط معنی‌دار خودکارآمدی با رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان بوده است [۱۳]. نتایج مطالعه Coleman نشان داد که خودکارآمدی درک شده همراه با موانع درک شده، دو سازه کلیدی تعیین‌کننده رفتار پیشگیرانه ایدز می‌باشد [۱۴]. Lin و همکارانش در بررسی خود در بین مهاجرین تایوانی نشان دادند که بین سازه شدت و تهدید درک شده از ایدز و کاهش رفتارهای پرخطر رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۵].

مطالعات انجام شده در ایران از قبیل مطالعه Shakibazadeh در خودمراقبتی بیماران دیابتی [۱۰]، Karimi با خودآزمایی پستان در رابطین بهداشتی زرندیه [۹]، Ghofranipour در فعالیت جسمانی بعد از زایمان زنان شهر اراک [۱۶]، Jalilian در مطالعه افسردگی در دانشجویان همدان [۱۷] Badri در مسواک زدن و نخ دندان کشیدن مراجعین مطب‌های دندانپزشکی تبریز [۱۸] Aghamolaei در فعالیت فیزیکی منظم دانشجویان [۱۹]، به نقش خودکارآمدی در رفتارهای مختلف بهداشتی اشاره می‌کنند. با توجه به این که مطالعه‌ای در ارتباط با خودکارآمدی و سازه‌های حساسیت، شدت و منافع درک شده دانشجویان نسبت به ایدز موجود نبود، و از آن‌جایی‌که خودکارآمدی می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت افراد به ویژه جوانان در پذیرش یا رد رفتارهای پرخطر داشته باشد و با توجه به تأثیر سازه‌های حساسیت، شدت و منافع درک شده نسبت به بیماری ایدز در خودکارآمدی افراد، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط بین خودکارآمدی با آگاهی، حساسیت، شدت و منافع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیرانه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

ایدز در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. جامعه پژوهشی، کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی کرمان (دانشکده‌های بهداشت، پرستاری و مامایی، مدیریت، پیراپزشکی، داروسازی، دندانپزشکی و پزشکی) بودند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول $n=z^2p(1-p)/d^2$ (z=۱/۸۶ و p=٪۳۱ و d=۰/۰۵) ۲۹۶ تعیین گردید که مقدار p میزان آگاهی دانشجویان در پیش مطالعه بود. نمونه‌ها با روش طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. به این ترتیب که لیست دانشکده‌ها از آموزش کل دانشگاه دریافت و سهم هر دانشکده از نمونه‌ها تعیین گردید. سپس با مراجعه به دانشکده‌ها پرسش‌نامه به طور تصادفی به افراد متقاضی داده و پس از تکمیل، تحویل گرفته می‌شد.

ریزش نمونه‌ها با توجه به ویژگی و نوع رفتار در انتقال بیماری و لزوم ارائه این گونه سؤالات در سنجش سازه‌ها، قابل پیش‌بینی بود. بنابراین پس از بیان اهداف و توجیه دانشجویان مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات و کسب رضایت‌نامه شفاهی، پرسش‌نامه بدون نام در اختیار افراد قرار داده می‌شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد شده‌ای بود که قبلاً روایی و پایایی آن انجام شده بود [۲۰]. با این حال در یک مطالعه مقدماتی با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تأیید گردید.

پرسش‌نامه در سه بخش مجزای؛

۱- اطلاعات جمعیت شناختی شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، رشته تحصیلی، سابقه تزریق، مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی و منبع کسب اطلاعات

۲- سؤالات سنجش آگاهی شامل: شناخت ماهیت عامل بیماری (۷ سؤال ۵ گزینه‌ای که فقط یک پاسخ صحیح داشت)، وجود عامل بیماری در ترشحات بدن (۸ سؤال)، گروه‌های در معرض خطر (۷ سؤال)، راه‌های انتقال و عدم انتقال (۱۶ سؤال)، اقدامات لازم برای پیشگیری از بیماری (۱۲ سؤال) و اقداماتی که فرد آلوده برای جلوگیری از سرایت بیماری خود به دیگران باید انجام دهد (۹ سؤال) به صورت بلی/ خیر

۳- سازه‌های خودکارآمدی (۱۰ سؤال) و منافع درک شده (۱۶سؤال) با گویه‌های در زمینه پرهیزکاری جنسی، استفاده از کاندوم، رد پیشنهاد خطرزا، رعایت اصول بهداشتی در آرایشگاه‌ها و خدمات دندانپزشکی و هنگام استفاده از وسایل تیز و برنده و سازه حساسیت درک شده (۶ سؤال مبنی بر احتمال ابتلا به بیماری و میزان در معرض خطر بودن) و شدت درک شده (۴ سؤال مبنی بر شدت و قدرت کشندگی بیماری) که در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (Likert Scale) از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف طراحی شده بود.

در بخش سنجش آگاهی به هر پاسخ صحیح یک امتیاز و به پاسخ غلط صفر تعلق گرفت. دامنه نمرات بین ۵۹-۰ متغیر بود. در بخش سازه‌ها نیز نمره‌ای بین ۱ تا ۵ امتیاز اختصاص داده شد. بدین ترتیب دامنه نمرات در سازه خودکارآمدی ۵۰-۱۰، منافع درک شده ۸۰-۱۰، حساسیت درک شده ۳۰-۶ و شدت درک شده ۲۰-۴ متغیر بود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

معیار قضاوت برای تحلیل داده‌ها کسب ۵۰ و ۷۵٪ نمره سؤالات بود که به سه سطح ضعیف (زیر ۵۰٪)، متوسط (۷۵-۵۰٪) و خوب (بالای ۷۵٪) رتبه‌بندی گردید.

اطلاعات پس از جمع‌آوری در SPSS نسخه ۱۷ وارد شد و برای تعیین ارتباط بین زیر گروه‌ها از آزمون مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و ANOVA استفاده گردید و حد معنی‌داری ۰/۰۵ برای آزمون‌ها در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه، میانگین سنی دانشجویان مورد بررسی ۳/۳۵±۲۲ سال بود. ۶۲/۲٪ آن‌ها مؤنث، ۱۱/۸٪ متأهل و ۳/۴٪ آن‌ها شاغل بودند که در رشته‌های پزشکی (۱۷٪)، مدیریت (۱۶٪)، پرستاری و مامایی (۱۵/۳٪)، دندانپزشکی (۱۳/۳٪)، پیراپزشکی (۱۲/۹٪)، داروسازی (۱۲/۹٪)، بهداشت (۱۲/۶٪)، مشغول به تحصیل بودند.

۷/۵٪ از دانشجویان اعلام داشتند که سابقه تزریق خون داشته‌اند. در خصوص رفتارهای پرخطر ۵/۸٪ از دانشجویان مورد بررسی بر طبق اظهار نظر خود، سیگار می‌کشیدند و ۵/۱٪ اذعان نمودند که مصرف مواد مخدر و ۴/۴٪ سابقه مصرف مشروبات الکلی داشتند.

میانگین نمره خودکارآمدی دانشجویان ۶/۲۲±۳۹/۰۷ به دست آمد. میانگین نمره آگاهی و سایر سازه‌ها در جدول ۱ نمایش داده شده است. ۴۴/۷٪ از دانشجویان نمره خودکارآمدی در سطح خوب، ۴۸/۵٪ متوسط و ۶/۹٪ در سطح ضعیف کسب کردند. ۵۸/۸٪ از دانشجویان آگاهی خوب و ۳۹/۹٪ آگاهی متوسط و ۱/۴٪ آگاهی ضعیفی نسبت به ایدز و راه‌های انتقال و پیشگیری از آن داشتند (جدول ۲).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات آگاهی و سازه‌های مورد بررسی در دانشجویان تحت مطالعه

	دامنه نمره	حداکثر و حداقل نمره کسب شده	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	۰-۵۹	۱۶-۵۸	۴۵/۲۸	۵/۱۴
خودکارآمدی	۱۰-۵۰	۱۱-۵۰	۳۹/۰۷	۶/۲۲
منافع	۱۶-۸۰	۳۱-۸۰	۷۱/۶۰	۹/۳۶
حساسیت	۶-۳۰	۶-۳۰	۱۷/۸۳	۴/۰۳
شدت	۴-۲۰	۴-۲۰	۱۲/۵۹	۲/۵۰

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی دسته بندی نمرات خودکارآمدی، منافع، حساسیت و شدت درک شده و آگاهی دانشجویان تحت مطالعه

نمره	رتبه	خودکارآمدی تعداد(درصد)	منافع درک شده تعداد(درصد)	حساسیت درک شده تعداد (درصد)	شدت درک شده تعداد (درصد)	آگاهی تعداد (درصد)
زیر۵۰٪	**ضعیف**	(۶/۹)۲۰	(۲/۱)۶	(۴۰/۳)۱۱۶	(۳۱/۷)۹۳	(۱/۴)۴
۷۵-۵۰٪	**متوسط**	(۴۸/۵)۱۴۱	(۱۷/۶)۵۱	(۵۶/۳)۱۶۲	(۶۷/۶)۱۹۸	(۳۹/۹)۱۱۸
بالای۷۵٪	**خوب**	(۴۴/۷)۱۳۰	(۸۰/۳)۲۳۲	(۳/۵)۱۰	(۰/۷)۲	(۵۸/۸)۱۷۴

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

برای بررسی ارتباط بین میانگین نمره خودکارآمدی با متغیرهای جنس و وضعیت تأهل از آزمون تی مستقل استفاده شد که ارتباط این متغیر با جنسیت (p=۰/۰۰۴) معنی‌دار بود، به طوری که میانگین نمره خودکارآمدی درک شده در زنان بیش از مردان بود. در حالی که با وضعیت تأهل (p=۰/۴۹۳) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

جهت سنجش ارتباط بین خودکارآمدی درک شده با متغیر سن دانشجویان، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید که رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (p=۰/۶۹۵).

برای بررسی ارتباط آماری بین خودکارآمدی با مجذورکای منافع، شدت و حساسیت درک شده از آزمون کای دو استفاده گردید، که نتایج نشان داد رابطه خودکارآمدی فقط با منافع درک شده (p<۰/۰۰۱) معنی‌دار است، در حالی که بین خودکارآمدی درک شده با سازه شدت درک شده (p=۰/۳۰۸) و حساسیت درک شده (p=۰/۹۳۰) رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

آزمون ANOVA رابطه خودکارآمدی با آگاهی دانشجویان (p=۰/۰۰۱) را معنی‌دار مثبت نشان داد، ولی با رشته تحصیلی دانشجویان (p=۰/۴۲۸) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

بررسی نتایج در این مطالعه نشان داد دانشجویان از آگاهی، خودکارآمدی و منافع درک شده خوبی برخوردار بودند در حالی‌که نمره حساسیت و شدت درک شده در حد خوب، خیلی پایین بود.

خودکارآمدی اکثر نمونه‌های مورد مطالعه در سطح متوسط تا خوب برآورد شد. Karimi با عنوان خودکارآمدی، موانع و منافع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در معتادین زرندیه نشان داد که خودکارآمدی درک شده بعد از موانع، مهم‌ترین پیشگویی‌کننده در انجام رفتارهای پیشگیرانه بود [۷]. نقش خودکارآمدی به عنوان سازه‌ای مهم برای کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در مطالعه zamboni و همکارانش نیز تأیید شده است [۲۱]. مطالعه Lin و همکارانش در تایوان نیز نشان داد که خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار جنسی ایمن و یا غیر ایمن می‌باشد [۱۵]. با توجه به اینکه خودکارآمدی روی انگیزه فرد تأثیر می‌گذارد و او را به تلاش و مداومت در رفتار پیشگیری‌کننده وا می‌دارد [۱۴]، لذا پیشنهاد می‌گردد مداخلات آموزشی در جهت حفظ و ارتقاء خودکارآمدی در دانشجویان طراحی و اجرا گردد.

همچنین، اکثر دانشجویان مورد مطالعه از آگاهی و منافع درک شده خوب و بالایی در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز برخوردار هستند. مطالعه Rahmati و همکاران با عنوان کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه برنامه‌ریزی برای پیشگیری از ایدز در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه تهران نشان داد، اکثر نمونه‌ها از آگاهی خوبی درباره راه‌های انتقال و رفتارهای پیشگیری از ایدز برخوردارند [۱]. همچنین مطالعه Karimi و همکاران با عنوان تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز نشان داد که اکثر نمونه‌ها از آگاهی نسبتاً خوبی در زمینه ایدز برخوردارند [۳].

از دیگر نتایج مطالعه حاضر این بود که فقط ۳/۵٪ افراد حساسیت و کمتر از ۱٪ افراد نمره شدت درک شده در سطح خوب کسب نمودند. در صورتی که در مطالعه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

Rahmati اکثر دانشجویان، خطر بیماری را درک کرده بودند و شدت درک شده و حساسیت درک شده بیماری در آن‌ها زیاد بود [۱]. با توجه به بالا بودن نسبی آگاهی در این مطالعه، واحدهای مورد پژوهش از این که ایدز بیماری خطرناک و لاعلاج است درک لازم را نداشتند. شدت و حساسیت پایین ممکن است دقت لازم نسبت به انجام رفتار محتاطانه را کاهش دهد و افراد بیشتری در معرض خطر بیماری HIV قرار گیرند [۳]. در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش بهداشت ممکن است آگاهی جوانان را افزایش دهد اما تغییر رفتار در آن‌ها ایجاد نکند. چنانچه یک فرد نسبت به یک مسئله بهداشتی حساس بوده و معتقد باشد که بدون داشتن علایم می‌تواند به بیماری مبتلا شود، این حساسیت منجر به پیشگیری از رفتارهای پرخطر و ابتلا به ایدز خواهد شد [۲۲]. بنابراین مداخلات آموزشی به منظور بالابردن درک افراد از مرگبار بودن و در معرض خطر قرار داشتن بیماری و افزایش شدت و حساسیت درک شده در دانشجویان نسبت به بیماری ایدز ضروری می‌باشد [۲۳]. لذا پیشنهاد می‌گردد که یافته‌های پژوهش حاضر به عنوان پایه‌ای برای مداخلات طراحی شده به منظور ایجاد رفتارهای پیشگیری از ایدز مورد استفاده قرار گیرد.

بررسی نتایج نشان داد که رابطه آماری مثبت و معنی‌داری بین خودکارآمدی و منافع درک شده ($p<۰/۰۰۱$) و آگاهی ($p=۰/۰۰۱$) دانشجویان وجود دارد. در مطالعه Jahani Maleki و همکاران با عنوان رابطه سطح آگاهی از مهارت‌های زندگی با باورهای خودکارآمدی در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی [۲۴]، نشان دادند که بین خودکارآمدی و سطح دانش ارتباط معنی‌دار وجود دارد. مطالعه Vakili و همکاران با عنوان بررسی تأثیر برنامه آموزشی تؤام ایدز و مهارت‌های ارتباطی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رابطین سلامت نشان داد، بین منافع درک شده و خودکارآمدی ارتباط معنی‌دار وجود دارد [۲۳]. همچنین مطالعه Karimi و همکاران در معتادان زرندیه نیز نشان داد که حساسیت درک شده و منافع درک شده بیشترین قابلیت پیشگویی انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز را دارند [۷]. در مطالعه Rahmati و همکاران آمده است که سازه منافع درک شده، تنها سازه‌ای از الگو بود که قصد انجام آزمایش HIV را پیش‌بینی می‌کرد [۱].

ولی در مطالعه Ghadamgahi و همکاران با عنوان آگاهی، نگرش و خودکارآمدی پرستاران در کنترل عفونت‌های بیمارستانی ارتباط معنی‌دار آماری بین آگاهی و خودکارآمدی مشاهده نشد [۲۵]. از دلایل احتمالی عدم همخوانی این نتیجه می‌توان به اختلاف گروه هدف و موضوع مورد مطالعه اشاره کرد.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر عدم ارتباط معنی‌دار بین نمره خودکارآمدی با شدت درک شده ($p=۰/۳۰۸$) و حساسیت درک شده ($p=۰/۹۳۰$) در دانشجویان بود. همسو با مطالعه حاضر مطالعه Vakili و همکاران نشان داد که بین خودکارآمدی و حساسیت و شدت درک شده در مرحله قبل از آموزش ارتباط معنی‌دار وجود ندارد [۲۳].Rahmati و همکاران در نمونه‌های مورد مطالعه تهدید و آسیب‌پذیری کمی نسبت به ایدز و رفتارهای پرخطر احساس می‌نمودند [۱۲]. خطر درک شده در زنان مورد مطالعه Tenkorang و همکاران نیز بسیار پایین بود که با نتایج مطالعه اخیر مشابهت داشت [۲۶]. در حالی که با مطالعه Iriyama در نپال [۲۷] و Lin و همکاران در مهاجرین تایوان [۱۵] همسویی نداشت. از دلایل احتمالی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

آن می‌توان به موفقیت رسانه‌ها در امر اطلاع‌رسانی و افزایش آگاهی در جوامع فوق دانست، زیرا در ایران رسانه‌های جمعی در خصوص آموزش روابط جنسی محافظت شده و استفاده از کاندوم محدودیت‌هایی دارد.

از دیگر یافته‌های این مطالعه رابطه آماری معنی‌دار بین خودکارآمدی دانشجویان و متغیر دموگرافیکی جنس (p=۰/۰۰۴) بود، به طوری که زنان از خودکارآمدی درک شده بالاتری نسبت به مردان برخوردار بودند، اما خودکارآمدی با سایر متغیرهای سن، وضع تأهل، رشته تحصیلی ارتباط آماری معنی‌دار نداشت. همسو با مطالعه حاضر، Karimi و همکاران که به بررسی ارتباط اعتماد به نفس و خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده در رابطین بهداشتی زرندیه پرداخته بودند، بین سن و وضعیت تأهل با انجام خودآزمایی پستان رابطه معنی‌داری مشاهده نکردند ولی به همبستگی مستقیم خودکارآمدی و تحصیلات دست یافتند [۹]. درحالی‌که Aghamolaei و همکاران در مطالعه خود به عدم وجود اختلاف معنی‌دار بین دانشجویان دختر و پسر از نظر فعالیت منظم فیزیکی دست یافتند [۱۹]. از دلایل احتمالی این اختلافات می‌توان به تفاوت در جمعیت مورد مطالعه یا ابزار سنجش اشاره کرد. بنابراین در طراحی مداخلات آموزشی باید به متغیر جنس توجه خاص مبذول گردد. به نظر می‌رسد آموزش به این قشر و اطلاع رسانی در خصوص خطرات، شدت و آسیب‌پذیری این بیماری با عنایت به تفکیک جنسیت ضروری باشد. به عبارتی آموزش‌ها به نحوی ارائه شوند که مبتنی بر جنسیت باشند [۱].

به نظر می‌رسد زمانی که افراد با منافعی که با پرهیزکاری جنسی و رعایت اصول بهداشتی در روابط جنسی، دندانپزشکی و آرایشگاه‌ها کسب می‌کنند و درک این که، من در معرض خطر ابتلا به ایدز قرار دارم و ایدز می‌تواند مشکل من هم باشد و پیامد مرگباری که در صورت آلودگی انتظار می‌رود، شدت و حساسیت درک شده بیماری در افراد، زیاد شده و موجب افزایش توانایی‌هایی نظیر انجام آزمایش ایدز و رد نمودن پیشنهادهای پرخطر در فرد خواهد شد، که در نهایت به کاهش آلودگی به ایدز منجر می‌گردد. 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، تصمیم‌گیری و ارتباطات برای جوانان، امری حیاتی است [۱]. لذا پیشنهاد می‌گردد آموزش‌ها در زمینه ایدز، مهارت محور بوده و مداخلات در جهت افزایش خودکارآمدی و تقویت مهارت‌هایی از جمله مهارت در نه گفتن و امتناع صورت گیرد.

از محدودیت‌های موجود در مطالعه می‌توان به تکمیل پرسش‌نامه به شیوه خود گزارش‌دهی اشاره کرد، که با توجه به ویژگی و نوع رفتار در مطالعاتی از این نوع اجتناب‌ناپذیر است. همچنین، با توجه به اهمیت و امکان انتقال از راه تماس جنسی و پرداختن به این گزینه در سؤالات سنجش سازه‌ها و مشارکت آزادانه در پژوهش، ریزش نمونه‌ها قابل پیش‌بینی بود. البته با تدابیر لازم و پیگیری، موفق به جمع‌آوری نمونه‌های مورد نیاز شدیم.

نتیجه‌گیری

از آن جایی‌که وجود خودکارآمدی بیشتر در کنار شدت و حساسیت و منافع درک شده بالا می‌تواند به توانمندی دانشجویان در رد رفتارهای پرخطر منجرگردد، لذا پیشنهاد می‌گردد مداخلات آموزشی با استفاده از

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

تئوری‌هایی که سازه‌های آن به درک بیشتر رفتارهای مخاطره‌آمیز کمک می‌کند برای دانشجویان برگزار گردد. به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های زندگی از قبیل تفکر نقاد و جرأت‌مندی به منظور توانمندسازی جوانان و نوجوانان برای گفتن نه و رد پیشنهادهای خطرزا ضرورت داشته باشد. در خاتمه توصیه می‌شود که در مطالعات آینده ارتباط این سازه‌ها با رفتارهای پیشگیری از ایدز در محیط‌های مشابه و مناطق دیگر بررسی شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کمیته HSR انجام شد. بر خود لازم می‌دانیم از همکاران محترم معاونت پژوهشی و دانشجویان عزیز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

References

[1] Rahmati Najarkolaei F, Niknami SH, Aminshokravi F, Ahmadi F, Jafari MR, Rahnama P. Health Belief Model application for AIDS prevention planning in students. *Payesh* 2009; 8: 349-59. [Farsi]

[2] Etemad K, Heydari A, Eftekhar Ardabili H, Kabir MJ, Sedaghat M. Knowledge and attitude levels in high risk groups about HIV/AIDS and relation with socioeconomic level indicators in Golestan province (2007). *Gorgan Univ Med Sci* 2010; 12(2): 63-70. [Farsi]

[3] Karimi M, Ghofranipor F, Heidarnia AR. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Actions of AIDS on Addict in Zarandieh. *Guilan Univ Med Sci* 2009; 18(70): 64-73. [Farsi]

[4] Hajian K, Khirkhah F, Habibi M. Frequency of risky behaviours among students in Babol Universities (2009). *Gorgan Univ Med Sci* 2011; 13(2): 53-60. [Farsi]

[5] Mahmoudifar Y, Ziba Khazrate Z. Effect of training in the field of AIDS on awareness rate and attitude of students. *Education Strategies* 2009; 2(3): 109-15. [Farsi]

[6] Seyam Sh. Survey of Womens Knowledge about Aids in Rasht 2006. *Guilan Univ Med Sci* 2008; 17(65): 59-67. [Farsi]

[7] Karimi M, Niknami SH. Self-efficacy and perceived benefits/barriers on the AIDS preventive behaviourse. *Behbood* 2011; 15(5): 384-92. [Farsi]

[8] Jalilian F, Allahverdipour H, Barati B, Moghimbeigi A, Hatamzadeh N. Relation of Self-efficacy and Perceived Behaviour Control on Gym Users' Anabolic Steroid Use Related Behaviors. *Sci Hamadan Univ Med Sci* 2012; 19(1): 45-52. [Farsi]

[9] Karimi M, Niknami SH, Amin Shokravi F, Shamsi M, Hatami A. The Relationship of Breast self-examination with Self-esteem and Perceived Benefits/Barriers of Self-efficacy in Health

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

Volunteers of Zarandieh city. *Iranian Breast Dis* 2009; 2 (2): 41-8. [Farsi]

[10] Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaeezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. Perceived Barriers and Self-efficacy: Impact on Self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *Faculty of Nursing and Midwifery* 2010; 15(4): 69-78. [Farsi]

[11] Miri MM, Fani MG, Motalebi M, Nazemi H. Using health belif model S.T.Ds on medical Students. *Ofogh-e- Danesh* 2002; 8(1): 26-34. [Farsi]

[12] Rahmati Najarkolaei F, Niknami Sh, Amin Shokravi F, Ahmadi FA, Tavafian SS, Haji Zadeh E. Individual factors predisposing HIV/AIDS high risk behaviours: a qualitative study. *Payesh* 2011; 10(2): 205-15. [Farsi]

[13] Lee YH, Salman A, Fitzpatrick JJ. HIV/AIDS preventive self-efficacy, depressive symptoms, and risky sexual behaviour in adolescents: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nur Studies* 2009; 5: 653-60

[14] Coleman CL. Health belief and high risk sexual behaviors among HIV-infected African American men. *Appl Nurs Res* 2007; 20(3): 110-5.

[15] Lin P, Simoni JM, Zemon V. The health belief model, Sexual Behaviors, And HIV Risk Among Taiwanese Immigrants. *AIDS Educ Pre*v 2005; 17(5): 469-83.

[16] Ghofranipour F, Roozbahani N, Eftekhar-Ardebili H, Hajizadeh E. The relationship between self-efficacy and stage of change and physical activity behavior in postpartum women. *Arak Med Univ (AMUJ)* 2013; 15(68): 61-71. [Farsi]

[17] Jalilian F, Emdadi Sh, Karimi M, Barati M, Gharibnavaz H. Depression among Collage Students; The Role of General Self-Efficacy and Perceived Social Support. *Sci Hamadan Univ Med Sci* 2012; 18(2): 60-6. [Farsi]

[18] Badri Gargari R , Salek Hadadian N. The role of self-efficacy and factors of health belief model in dental patients' brushing and flossing. *Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2011; 9(3): 130-38. [Farsi]

[19] Aghamolaei T, Tavafian SS, Hasani L. Selfefficacy, benefits and barriers. perceived about regular physical activity in students. *Iranian J Epidemiol* 2007; 4: 9-15. [Farsi]

[20] Ghaffari M, Niknami S, Kazemnejad A, Mirzaii E, Ghofranipoor F. Designing and Validating 10 Conceptual Scales to Prevent HIV among Adolescents. *Behbood* 2007; 11(1): 38-50. [Farsi]

[21] Zamboni BD, Crawford I, Williams PG. Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: implications for HIV prevention. *AIDS Educ Prev* 2000; 12(6): 492-504.

[22] Mohamadi N, Rafii SH. Health Education. 4 th ed., Tehran, Ministary of Health. 2006.

[23] Vakili MM, Hidarnia AR, Niknami Sh, Mousavinasab N. Effect of Communication Skills Training on Health Belief Model Constructs about AIDS in Zanjan Health Volunteers (2010-11). *Zanjan Univ Med Sci* 2011; 19(77): 78-93. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

[24] Jahani Maleki S, Sharifi M, Jahani Maleki R, Nazari Bolani G. The Relationship between Awareness Levels of Life Skill with Self Efficacy Beliefs among Shahid Beheshti University Student. *Psychol* 2011; 6(22): 26-56. [Farsi]

[25] Ghadamgahi F, Zighaimat F, Ebadi A, Houshmand A. Knowledge, attitude and self-efficacy of nursing staffs in hospital infections control. *Iranian Military Med* 2011; 13(3): 167-72. [Farsi]

[26] Tenkorang EY, Rajulton F, Maticka-tyndale E. Perceived risk of HIV/AIDS and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav* 2009; 13: 234-45.

[27] 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. *Public Health* 2007; 121(1): 64-72.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]

The Relationship of Self-Efficacy with Awareness and Perceptiveness Severity and Benefits in Regard to Adopting AIDS Preventive Behaviors among Students of Kerman University of Medical Sciences in 2011

F. Balali Meybodi[1], S.V. Ahmadi Tabatabaei[2], M .Hasani[3]

Received: 17/09/2013 Sent for Revision: 06/11/2013 Received Revised Manuscript: 15/01/2014 Accepted: 01/03/2014

Background and Objective: AIDS is one of the most serious and fatal infectious diseases. The self-efficacy of preventive behaviors can be effective in promoting health and controlling the major problems of the world. This study was carried out to find the relationship between self-efficacy and perceptiveness, benefits and severity in regard to adopting AIDS preventive behaviours among university students.

Materials and Methods: This study was done with 296 students in Kerman University of Medical Sciences who were enrolled into this cross-sectional descriptive-analytic study by stratified random sampling in 2011. Data were collected by a questionnaire including demographic part, awareness-testing questions and constructs of perceived susceptibility, severity, benefits and self-efficacy. Judgment criteria for ranking the participants were levels of responding less than 50% and over 75%. Data analysis was performed using independent *t* test, ANOVA, x^2 test and Pearson correlation coefficient.

Results: 44.7% of the self-efficacy score, 58.8% of the knowledge score and 80.3% of perceived benefits score of students were assessed as suitable levels. While only 3.5% of sensitivity score and less than 1% of perceived severity score were in good levels. Self-efficacy score showed significant relationship with gender (p=0.004), perceived awareness (p=0.001) and perceived benefits (p=0.000); while, it released no significant relationship with age, field of study, marital status and perceived susceptibility and severity (p>0.05).

Conclusion: It seems that it will have useful results to pay attention to the role of awareness and perceived benefits in order to increasing self-efficacy of participants. It is recommended in future studies should examine the relationship between these structures and AIDS preventive behaviours.

Key words: AIDS, University students, Perceived self-efficacy, Perceived susceptibility, Perceived severity, Perceived benefits, Awareness

Funding: This research was funded by Kerman University of Medical Sciences.

Conflict of Interest: None declared

Ethical approval: The Ethics Committee of Kerman University of Medical Sciences (Ethics code: KA/90/119) apporoved the study.

How to cite this article: Balali meybodi F, Ahmadi Tabatabaei S.V, Hasani M. The Relationship of Self-Efficacy with Awareness and Perceptiveness Severity and Benefits in Regard to Adopting AIDS Preventive Behaviors among Students of Kerman University of Medical Sciences in 2011. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2014; 13(3): 223-34.

1- BSc in Public Health, Research Center for Health Services Management, Institute of Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
(Corresponding Author) Tel: (0341) 2105745, Fax: (0341) 2114231, Email: f.balali@yahoo.com
2- MD-MPH in School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3- BSc in International Relations, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.3.4.9]