

## اثربخشی آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقاء مهارت خودمراقبتی بر رفتارهای پرخطر جنسی و خودکارآمدی عمومی زنان آسیب‌دیده اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۳

عاطفه عباسی<sup>۱</sup>، قدرت اله عباسی<sup>۲\*</sup>

مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** افزایش رفتارهای ناسالم و پرخطر در میان زنان آسیب‌دیده اجتماعی و کمبود آموزش‌های لازم در این زمینه، موضوعی نگران‌کننده است که نیاز به توجه فوری دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقاء مهارت خودمراقبتی بر رفتارهای پرخطر جنسی و خودکارآمدی عمومی زنان آسیب‌دیده اجتماعی بود.

**روش:** طرح کلی پژوهش حاضر با روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری آن کلیه زنان خدمت‌گیرنده در مرکز حمایت و توانمندسازی زنان آسیب‌دیده اجتماعی (راه نوین) شهرستان آمل در سال ۱۴۰۱ در نظر گرفته شد که از بین جامعه آماری ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در پژوهش پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر جنسی زارعی و همکاران (۱۳۸۹) و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران (۱۹۸۲) به عنوان پیش‌آزمون اجرا و مداخله آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقاء مهارت خودمراقبتی به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش قرار گرفت و پس از اتمام برنامه آموزش، پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS و تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، مداخله آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقاء مهارت خودمراقبتی در کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و افزایش خودکارآمدی عمومی در زنان آسیب‌دیده مؤثر بوده است و بیشترین اثر این مداخله بر متغیر خودکارآمدی عمومی بود ( $p < 0/01$ ).  
**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقاء مهارت خودمراقبتی منجر به کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و افزایش خودکارآمدی عمومی زنان آسیب‌دیده اجتماعی می‌شود. این مداخله می‌تواند به عنوان یک ابزار مؤثر و کاربردی در بهبود سلامت روانی و جسمانی این گروه مورد توجه قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** مهارت خودمراقبتی، رفتارهای پرخطر جنسی، خودکارآمدی عمومی، زنان آسیب‌دیده.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

\*نویسنده مسئول: [gh\\_abbasi@iausari.ac.ir](mailto:gh_abbasi@iausari.ac.ir)

\*\* این مقاله برگرفته از پایان نامه نویسنده دوم می باشد.



# The Effectiveness of Awareness-Based Enhancement of Self-Care Skills on High-Risk Sexual Behaviors and General Self-Efficacy of Socially Disadvantaged Women

Received: 2024/11/15

Accepted: 2025/03/03

Atefeh Abbasi<sup>1</sup>, Ghodratolah Abbasi<sup>2\*</sup>

Original Article

## Abstract

**Introduction:** The rising prevalence of unhealthy and high-risk behaviors among socially disadvantaged women, coupled with inadequate training interventions, presents a pressing public health concern. This study examined the efficacy of Awareness-Based Self-Care Skills Training (ABSST) in reducing high-risk sexual behaviors and enhancing general self-efficacy among marginalized women.

**Method:** Utilizing a quasi-experimental pretest-posttest control group design, the study sampled 30 women receiving services at Rah Novin Support Center in Amol (2022). Participants were randomly assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups. Measurement tools included the High-Risk Sexual Behavior Questionnaire (Zarei et al., 2018) and General Self-Efficacy Scale (Sherer et al., 1982). The experimental group underwent 8 weekly 120-minute ABSST sessions, while the control group received no intervention. Data analysis employed multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using SPSS software.

**Results:** Results demonstrated significant intervention effects, with ABSST effectively reducing high-risk sexual behaviors ( $p < 0.01$ ) and substantially improving general self-efficacy ( $p < 0.01$ ). The most pronounced impact was observed on self-efficacy enhancement.

**Conclusion:** The findings indicate that ABSST represents an effective intervention for mitigating sexual risk behaviors and bolstering self-efficacy among socially disadvantaged women. Implementation of such programs could significantly contribute to improving both psychological well-being and physical health outcomes in this vulnerable population.

**Keywords:** Self-Care Intervention, High-Risk Sexual Behaviors, Self-Efficacy Enhancement, Marginalized Women, Sexual Health.

---

1. Master of Science in Clinical Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.

2. Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.

\*Corresponding author: [gh\\_abbasi@iausari.ac.ir](mailto:gh_abbasi@iausari.ac.ir)

## مقدمه

آسیب‌های اجتماعی به عنوان پدیده‌هایی چندبعدی و پیچیده، تأثیرات عمیقی بر زندگی افراد و ساختارهای جامعه دارند. یکی از گروه‌هایی که به طور ویژه در معرض این آسیب‌ها قرار می‌گیرند، زنان درگیر در کار جنسی یا روسپی‌گری هستند. این گروه نه تنها با چالش‌های سلامت جسمی و روانی مواجه می‌شوند، بلکه به دلیل انگ اجتماعی و تبعیض، دسترسی محدودی به خدمات بهداشتی و حمایت‌های اجتماعی دارند (موخویلیپا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

روسپی‌گری یا کار جنسی اصطلاحاتی هستند که اغلب به جای یکدیگر استفاده می‌شوند و به مبادله رابطه جنسی در ازای پول، اقلام مادی یا دسترسی به منابع اجتماعی اشاره دارند (اورچارد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). برخی زنان این حرفه را به دلیل آزادی بیشتر، درآمد بالاتر، ساعات کاری انعطاف‌پذیر و امکان مدیریت مسئولیت‌های خانوادگی انتخاب می‌کنند (سینها<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). ورود زنان ایرانی به این عرصه را می‌توان دو دسته تحمیلی و انتخابی تقسیم کرد. دلایل تحمیلی شامل فشارهای مالی، مشکلات اجتماعی، چالش‌های خانوادگی و مسائل روانی است. در مقابل، دلایل انتخابی شامل تجربیات جنسی متنوع، کسب درآمد آسان و تأثیر شبکه‌های اجتماعی است که زنان را به سمت این کار سوق می‌دهد. با این حال، هر چند مسائل خانوادگی مانند فروپاشی خانواده، طرد شدن و فقدان حمایت‌های عاطفی و مالی به‌عنوان مهم‌ترین انگیزه‌ها زنان در نظر گرفته می‌شود (فیروزجائیان و شیفته<sup>۴</sup>، ۲۰۲۴). اما این افراد به دلیل شرایط دشوار زندگی و کاری، از نظر سلامت کلی در موقعیت نامطلوبی قرار دارند. ارزیابی وضعیت سلامت این افراد نشان می‌دهد که بسیاری از این افراد از بیماری‌های مزمنی مانند آسم، بیماری انسدادی مزمن ریوی، دیابت، بیماری‌های آلرژیک و اختلالات عصبی، بیماری‌های مقاربتی و مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند (سیمسک و اُزگولنار<sup>۵</sup>، ۲۰۲۴).

سلامت روانی زنان آسیب‌دیده اجتماعی حوزه‌ای است که کمتر مورد مطالعه قرار گرفته اما بسیار مهم است، زیرا این افراد چندین مشکل مرتبط با سلامت روانی مانند افسردگی، اضطراب، علائم روان‌پریشی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء‌مصرف مواد و افزایش احتمال اقدام به خودکشی را تجربه می‌کنند (پیکوز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). این افراد گروهی بسیار آسیب‌پذیر هستند که در معرض استرس روانی شدید ناشی از موانع متعدد سلامت، اجتماعی، اقتصادی و حقوقی قرار دارند. قرار گرفتن در معرض انواع مختلف خشونت در طول زندگی آن‌ها نیز نقش کلیدی در روان‌پریشی و اختلالات سلامت روان ایفا می‌کند. لذا جای تعجب نیست که شیوع علائم روان‌پزشکی در این گروه کمی بیشتر از جمعیت عمومی است (میلان-آنالایس<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

زنان آسیب‌دیده در معرض خطر ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی و به‌ویژه ویروس نقص ایمنی انسانی هستند که می‌توانند به‌عنوان یک پل یا واسطه عمل کنند و بیماری‌های جنسی را به سایر گروه‌های پرخطر و به‌طور کلی به جامعه منتقل نمایند (عابدی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). استفاده ناکافی از کاندوم، تعدد شرکای جنسی، آگاهی پایین درباره انتقال بیماری‌های جنسی، خشونت و سلامت روان ضعیف از عوامل اصلی افزایش خطر در این گروه هستند (کابی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ الو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۲ و اسدی-علی‌آبادی<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). فقر، انگ اجتماعی و دسترسی محدود به خدمات بهداشتی نیز به طور قابل توجهی

1. Mokhwelepa
2. Orchard
3. Sinha
4. Firouzjaeian & Shifteth
5. Şimşek & Özgülnar
6. Picos
7. Millan-Alanis
8. Abadi
9. Cai
10. Eluwa
11. Asadi-Ali Abadi

آسیب‌پذیری آن‌ها و مشارکت آنها در رفتارهای پر خطر جنسی را افزایش می‌دهد (ژانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳ و امینی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در همین راستا، نتایج تحقیق باقری و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان داد که شرکای جنسی زنان آسیب‌دیده اجتماعی تمایلی به استفاده از وسایل پیشگیری مانند کاندوم ندارند و در صورت اصرار بر استفاده، ممکن است از برقراری رابطه جنسی خودداری کنند. همچنین، عدم پایبندی شرکای جنسی به توافقات انجام‌شده در مورد شیوه و هزینه رابطه، منجر به بروز خشونت و انجام عمل جنسی پر خطر می‌گردد. لذا زنان آسیب‌دیده اجتماعی با خطرات بهداشتی قابل توجهی از جمله شیوع بالای اچ‌آی‌وی، استفاده ناسازگار از کاندوم، درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر روبرو هستند (مولیا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۴). این موضوع تأکید می‌کند که مداخلات هدفمند، شامل آموزش خودمراقبتی برای کاهش این خطرات ضروری است.

علاوه بر آن، زنان آسیب‌دیده به دلیل اجتماعی خودکارآمدی پایین و باور ضعیفی نسبت به توانایی‌های خود در مدیریت رفتارهای مرتبط با سلامت مانند استفاده از وسایل پیشگیری در معرض خطرات بیشتری قرار دارند (جیمیر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). بندورا<sup>۵</sup> (۱۹۸۶) خودکارآمدی را به‌عنوان باور افراد نسبت به توانایی خود در انجام امور ضروری برای دستیابی به سطح مشخصی از عملکرد در تکالیف مورد نظر تعریف کرد. خودکارآمدی در میان افراد آسیب‌دیده اجتماعی مانند روسپی‌ها تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند سن شروع کار جنسی، محیط کار (خیابانی یا داخلی)، تاب‌آوری، احساس انگ اجتماعی و مصرف مواد قرار دارد. افرادی که اولین بار قبل از ۱۹ سالگی خدمات جنسی ارائه داده‌اند، تاب‌آوری پایین‌تر و انگ اجتماعی بیشتری داشته‌اند خودکارآمدی منفی بیشتری گزارش کرده‌اند چرا که این عوامل می‌توانند بر احساس توانمندی و کنترل این افراد بر زندگی‌شان تأثیر بگذارند (بینویت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در پژوهش باقری و همکاران (۱۴۰۰) زنان آسیب‌دیده اجتماعی بی‌هدفی در زندگی، نداشتن عزت‌نفس و ارزشمندی و همچنین ناامیدی از توانایی‌های خود را به‌عنوان دلیل روی آوردن به این کار بیان کردند. به عبارتی زمانی که عناصری همچون هدفمندی، امیدواری، ارزشمندی و به‌طور کلی خودکارآمدی عمومی در زندگی زنان کاهش می‌یابد، بستری جهت روی‌آوری به تن‌فروشی و تداوم در این کار فراهم می‌گردد. افراد خودکارآمد از افکار خود در جهت ابراز وجود و رسیدن به اهداف خود استفاده می‌کنند (لوپز‌آلوارادو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در صورتی که اشخاص با خودکارآمدی پایین، دائم با شک و تردید به توانایی‌های خود می‌نگرند و برنامه‌ریزی ضعیف‌تری دارند و کمتر به پیامد اعمال خود فکر می‌کنند در نتیجه ممکن است به رفتارهای پرخطر جنسی سوق پیدا کنند (گنفرنر و گبهرت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). در همین زمینه نتایج تحقیق (ژائو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۸ و کووک<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) نشان داد که خودکارآمدی با استفاده از وسایل پیشگیری در زنان آسیب‌دیده ارتباط دارد. هرچه زنان خودکارآمدی بیشتری در استفاده از کاندوم داشته باشند، بهتر می‌توانند با مشتریان خود درباره استفاده از کاندوم صحبت کنند و همچنین بیشتر از کاندوم استفاده می‌کنند. این ارتباط مثبت نشان می‌دهد که افزایش خودکارآمدی می‌تواند به بهبود رفتارهای محافظتی مانند استفاده از کاندوم کمک کند.

مشکلات بهداشتی و روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده، ضرورت برنامه‌های پیشگیری جامع برای کاهش خطرات بهداشتی و افزایش سلامت روانی آن‌ها را برجسته می‌کند. در ایران تاکنون مداخلات کمی جهت توانمندسازی زنان آسیب‌دیده مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از این مداخلات می‌توان به برنامه پیشگیری و آگاهی از اچ‌آی‌وی مبتنی بر رویکرد نقشه‌نگاری مداخله (جوادی

1. Zhang
2. Amini
3. Muleia
4. Ghimire
5. Bandura
6. Benoit
7. López-Alvarado
8. Gegenfurtner & Gebhardt
9. Zhao
10. Kwok

والا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۳)، مداخلات آموزشی پیشگیری از بیماری مقاربتی (سکخا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) و مداخله کاهش آسیب بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا (ربانی-باجدان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) نام برد که همگی در بهبود رفتارهای جنسی و افزایش دانش و نگرش در مورد اچ‌آی‌وی و عفونت‌های مقاربتی مؤثر بوده‌اند. اما یکی از مداخلاتی که تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است، روش آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا مهارت خودمراقبتی است که به دستور معاونت امور پیشگیری سازمان بهزیستی کشور با دو سرفصل آموزشی شامل مباحث مهارتی و مباحث مربوط به سلامت جنسی و باروری در سال ۱۴۰۱ با هدف توانمندسازی زنان آسیب‌دیده اجتماعی مدون شده است. این روش آموزشی بیشتر از آنکه به دنبال کاهش نشانه باشد، به دنبال ارتقای سواد و آگاهی است تا زنان آسیب‌دیده اجتماعی بتوانند به خودباوری و احیاء حقوق مادی معنوی خود دست‌یافته و با تغییر مطلوب شرایط، بر محیط زندگی کنترل نسبی داشته باشند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۴۰۱).

تمرکز اصلی آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا مهارت خودمراقبتی بر موضوع خودمراقبتی است. بر این اساس، خودمراقبتی موضوعی کاملاً آموختنی به روشی آگاهانه است که هر فرد برای مراقبت از خود، خانواده و دیگران انجام می‌دهد تا در مجموع جامعه سالم بماند. به عبارت دیگر، خودمراقبتی شامل اقدامات و تصمیماتی است که در جهت حفظ سلامت، پیشگیری از خطرات و آسیب‌های اجتماعی و توانایی رفع نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی افراد اخذ می‌شود و در نهایت موجب افزایش کارایی افراد جامعه و کسب مهارت‌های اجتماعی و فردی آنان می‌گردد. هدف این مداخله ارتقای دانش و مهارت‌های افراد به منظور ارتقای سواد سلامت اجتماعی و سواد رسانه‌ای در جهت کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظت‌کننده در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است. در برنامه آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا مهارت خودمراقبتی مهارت‌های متعددی مانند مهارت‌های ارتباط مؤثر، جرات‌ورزی، مدیریت هیجان و خودتنظیمی، حل مسئله، خودمراقبتی، سلامت و باروری و روش‌های پیشگیری از رفتارهای ناسالم آموزش داده می‌شود (سازمان بهزیستی کشور، ۱۴۰۱). در همین زمینه مطالعات متعددی نشان داده‌اند که مداخلات پیشگیرانه و مبتنی بر خودمراقبتی در بهبود سلامت و کاهش رفتارهای پرخطر زنان آسیب‌دیده اجتماعی مؤثر هستند (سیلبرزهان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱، وهر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳، شرم<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). برخی از مطالعات نیز به نقش مریبان هم‌تا در بهبود سلامت و خودکارآمدی این گروه از افراد اشاره کرده‌اند (ی جانسون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳، منگر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶). این یافته‌ها نشان می‌دهند که رویکردهای آموزشی و حمایتی می‌توانند به طور قابل توجهی به ارتقای کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده اجتماعی کمک کنند.

زنان آسیب‌دیده اجتماعی، به‌ویژه آن‌هایی که درگیر کار جنسی هستند، با چالش‌های متعددی روبرو می‌شوند که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این زنان اغلب در معرض خشونت، سوءاستفاده، انزوای اجتماعی و تبعیض (پیت و وار<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷)، بارداری‌های ناخواسته، ابتلا به اچ‌آی‌وی و سایر بیماری‌های آمیزشی قرار دارند (عابدی و همکاران، ۲۰۱۸). این پیامدها نه تنها سلامت فردی آن‌ها را به شدت تهدید می‌کند، بلکه می‌تواند تأثیرات منفی گسترده‌ای بر خانواده و جامعه از جمله افزایش هزینه‌های درمانی، کاهش بهره‌وری اجتماعی و تشدید چرخه فقر و آسیب‌های اجتماعی داشته باشد. از این‌رو، طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مؤثر برای ارتقای مهارت‌های خودمراقبتی و کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در این گروه از اهمیت و ضرورت بالایی برخوردار است (ژائو و همکاران، ۲۰۱۸؛ کووک و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال، علیرغم اهمیت

1. Javadivala
2. Sakha
3. Rabani-Bavojdan
4. Silberzahn
5. Vohraa
6. Sherman
7. Johnson
8. Menger
9. Pyett & Warr

این موضوع، مداخلات آموزشی موجود برای زنان آسیب‌دیده اجتماعی در ایران اغلب به صورت جامع و نظام‌مند ارزیابی نشده‌اند و شواهد علمی کافی در مورد اثربخشی آن‌ها وجود ندارد. این شکاف تحقیقاتی باعث شده است که برنامه‌های آموزشی موجود نتوانند به طور کامل پاسخگوی نیازهای این گروه باشند. در این راستا، دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی اقدام به طراحی و اجرای برنامه‌هایی مانند طرح آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا مهارت خودمراقبتی کرده است (دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، ۱۴۰۱). اما این برنامه تاکنون به صورت کمی و آماری مورد ارزیابی دقیق قرار نگرفته است و اثربخشی آن در توانمندسازی زنان آسیب‌دیده اجتماعی به طور علمی بررسی نشده است. این خلأ تحقیقاتی نشان‌دهنده ضرورت انجام مطالعاتی است که بتوانند با ارائه شواهد علمی معتبر، به تدوین برنامه‌های آموزشی مؤثرتر برای این گروه کمک کنند. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا مهارت خودمراقبتی بر کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و افزایش خودکارآمدی عمومی زنان آسیب‌دیده اجتماعی طراحی شده است. نتایج این مطالعه می‌تواند گامی مهم در جهت بهبود سلامت فردی و اجتماعی این گروه بردارد و به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در طراحی مداخلات آموزشی مؤثرتر یاری رساند.

## روش

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان خدمت‌گیرنده در مرکز حمایت و توانمندسازی زنان آسیب‌دیده اجتماعی (راه نوین) شهرستان آمل در سال ۱۴۰۱ بودند. این مرکز تنها مرکز غیردولتی و غیر اقامتی حمایت و توانمندسازی روزانه از زنان آسیب‌دیده اجتماعی (روسی) در استان مازندران بوده که توسط بخش غیردولتی و با مجوز و نظارت سازمان بهزیستی و باهدف ارائه خدمات توانمندسازی و کاهش آسیب به زنان آسیب‌دیده اجتماعی از سال ۱۳۹۷ راه اندازی شده است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از خدمت‌گیرندگان مرکز راه نوین آمل بودند که با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۲۵، آلفا ۰/۰۵ و توان ۰/۹۰ با استفاده از نرم افزار GPower که شرط ورود به مطالعه را در پرونده خود داشتند به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس ۳۰ نفر از زنان واجد شرایط به طور تصادفی یکی در میان به دو گروه ۱۵ نفری، آزمایش و گواه تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ۱- هوشبهر نرمال (شرط پذیرش در مرکز هوشبهر نرمال است) ۲- دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال، ۳- سابقه یک بار ازدواج به صورت دائم یا موقت، ۴- سابقه روابط جنسی نامشروع ۵- گرایش جنسی هتروسکچوال (عدم روابط جنسی با همجنس)، ۶- تابعیت ایرانی، ۷- عدم سابقه اختلالات روانپزشکی شدید (عدم سابقه بستری)، ۸- عدم سابقه بیماری‌های مزمن جسمی- حرکتی و ۹- توانایی و هوشیاری برای شرکت در کلاس‌های آموزشی بوده است. همه این معیارهای ورود بر اساس اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌های مراجعین مرکز آسیب‌های اجتماعی راه نوین و از طریق مصاحبه ارزیابی شد. لازم به ذکر است که تشکیل پرونده مراجعین با ارزیابی تشخیصی و تخصصی اورژانس اجتماعی انجام شده و سپس به مرکز تخصصی زنان آسیب‌دیده اجتماعی ارجاع داده می‌شوند. معیارهای ورود پژوهش با معیارهای تشکیل پرونده مراجعین در این مرکز تخصصی یکسان بوده است. تمامی این معیارها توسط تیم پژوهش، شامل روان‌شناسان و کارشناسان مرکز، به صورت سیستماتیک و با استفاده از اطلاعات مستند و معتبر موجود در پرونده‌های مراجعین تأیید شدند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از ۱- دوجنسیتی و ترنس‌سکچوال، ۲- اعتیاد، ۳- اختلالات اعصاب و روان (مصرف دارو و یا سابقه بستری و دریافت یک و بیش از یک دوره ETG)، ۴- دریافت همزمان هر نوع مداخله یا آموزشی در زمینه پژوهش، ۵- ابتلا به بیماری یا اختلال مداخله‌کننده در آموزش و ۶- عدم تمایل به شرکت در آزمایش را داشتند.

بسته آموزشی این پژوهش به صورت شیوه‌نامه توسط معاونت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی با عنوان "شیوه‌نامه طرح آگاه‌سازی دختران و زنان با تأکید بر خودمراقبتی" تهیه شد. روند اجرای این طرح با نظارت کارشناس مسئول ستادی و کارشناس شهرستانی همراه بود و گزارش‌دهی منظمی در طول اجرای طرح برای ارزشیابی کشوری انجام شد. در این

مطالعه، گروه آزمایش در ۸ جلسه هفتگی (هر جلسه ۱۲۰ دقیقه) بر اساس پروتکل آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقای خودمراقبتی تحت آموزش قرار گرفتند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تمامی شرکت‌کنندگان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی عمومی و رفتارهای پرخطر جنسی را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۶ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. همچنین، به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده گردید. ضمناً این مطالعه با رعایت تمامی اصول اخلاقی انجام شده است. پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تأیید و کد اخلاقی به شماره IR.IAU.SARI.REC.1402.021 دریافت کرده است. مشارکت تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه داوطلبانه بود و پیش از شروع پژوهش، رضایت آگاهانه کتبی از آن‌ها اخذ شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد و تنها برای اهداف پژوهشی استفاده می‌گردد. همچنین، هیچ گونه افت آزمودنی در طول مطالعه رخ نداد.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزار زیر جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد.

**الف) پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر جنسی:** به منظور سنجش رفتارهای پرخطر جنسی از پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر جنسی زارعی و همکاران (۱۳۸۹) استفاده گردیده است. این پرسش‌نامه شامل ۱۰ سؤال است که نمره‌گذاری هشت سؤال اول به صورت مستقیم و از ۰ تا ۴ و دو سؤال آخر به صورت معکوس و از ۰ تا ۳ متغیر می‌باشد که در مجموعه نمره رفتارهای پرخطر شخص را مشخص می‌سازد حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۰ و ۴۲ است. نمره صفر به این معنا است که فرد از لحاظ رفتارهای پرخطر جنسی در پایین‌ترین سطح و نمره ۴۲ به این معنا است که فرد از لحاظ رفتارهای پرخطر جنسی در بالاترین سطح قرار دارد. بدین ترتیب هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده میزان بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی او می‌باشد. این پرسش‌نامه میزان رفتارهای پرخطر جنسی را در ابعاد استفاده از کاندوم در هنگام روابط جنسی، مصرف مواد مخدر در حین رابطه، شرکای جنسی زیاد، روابط جنسی غیرمعمول مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی ۰/۶۸ و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ محاسبه شده است. روایی این پرسش‌نامه نیز به شیوه روایی محتوایی مورد تأیید قرار گرفته است (زارعی و همکاران، ۱۳۸۹). برهانی (۱۳۹۸) پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ بدست آورده است. در این پژوهش پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۱ بدست آمده است.

**ب) مقیاس خودکارآمدی عمومی<sup>۱</sup>:** مقیاس خودکارآمدی عمومی توسط شرر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است مقیاس دارای ۱۷ سؤال است و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف، نمره‌گذاری شد (کاملاً موافقم = ۱ کاملاً مخالفم = ۵) حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۱۷ و ۸۵ است. نمره ۱۷ به این معنا است که فرد از لحاظ خودکارآمدی عمومی در پایین‌ترین سطح و نمره ۸۵ به این معنا است که فرد از لحاظ خودکارآمدی عمومی در بالاترین سطح قرار دارد. شرر و همکاران (۱۹۸۲) از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی روایی سازه استفاده کردند. نتایج نشان داد که مقیاس از ساختار تک عاملی برخوردار است و تمامی گویه‌ها به طور معناداری به عامل کلی خودکارآمدی عمومی مرتبط هستند. همچنین پایایی این مقیاس را به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۸۲) به دست آمد.

1. General Self-Efficacy Scale

2. Sherer

## روش اجرا

پس از انتخاب نمونه در گروه آزمایش و گواه، از هر دو گروه پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته رفتارهای پرخطر جنسی، خودکارآمدی عمومی به عمل آمد. سپس بسته آموزشی مداخله‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. بعد اجرای ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای مجدداً پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون بر روی گروه آزمایش و گروه گواه اجرا شد. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت گروهی و با حضور پژوهشگر توزیع و جمع‌آوری گردید و به تمامی سوالات آزمون‌شوندگان در حین پرکردن پاسخ‌نامه بدون هیچ‌گونه سوگیری پاسخ داده شد.

### جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا مهارت خودمراقبتی (سازمان بهرستی، ۱۴۰۱)

جله	هدف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی اعضا با یکدیگر و قوانین گروه؛ آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر (۱)	اجزای فرایند ارتباطی، ارتقای مهارت‌های ارتباطی، ویژگی‌های تعامل‌سازنده، ویژگی‌های شنونده خوب	تحلیل یک موقعیت ارتباطی شخصی و شناسایی نقاط قوت و ضعف در ارتباط
۲	مروری بر اشتباهات رایج و موانع در ارتباط. آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر (۲)	اشتباهات رایج (جنگ قدرت، انتقاد غیرسازنده)، تأثیر الکل یا مواد روان‌گردان بر ارتباط، نقش جنسیت در گفتگوها	ارائه راهکارهای بهبود برای یک موقعیت ارتباطی چالش‌برانگیز
۳	آموزش مهارت ابراز وجود و خودکارآمدی عمومی	ابراز وجود، سبک‌های ارتباطی (پرخاشگری، منفعلانه، جرات‌ورزی)، مزایای جرات‌ورزی، آموزش خودکارآمدی	اجرای یک موقعیت جرات‌ورزانه و گزارش نتایج
۴	آموزش مدیریت هیجان و خودتنظیمی شناختی	انواع هیجان‌ها، اصول بروز هیجان‌ها، مزایای مدیریت هیجان، روش‌های تنظیم هیجان و خودتنظیمی	تحلیل یک موقعیت هیجانی و ارائه راهکارهای مدیریت هیجان
۵	مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری و رفتار کارآفرینانه	تفاوت مسئله با مشکل، سبک‌های حل مسئله (عجولانه، وسواسی، پشت‌گوش‌اندازی)، مراحل تصمیم‌گیری منطقی، استفاده از خلاقیت	حل یک مسئله شخصی با استفاده از مراحل حل مسئله
۶	آموزش مفاهیم خودمراقبتی و خودآگاهی	تعریف خودمراقبتی، انواع خودمراقبتی، خودآگاهی و عناصر آن (خودارزشمندی، مراقبت از خود)	طراحی یک برنامه خودمراقبتی برای یک هفته آینده
۷	آموزش حقوق جنسی و سلامت باروری	حقوق جنسی، نحوه احقاق حقوق جنسی، سلامت جنسی و باروری، مقابله با نادیده گرفتن حقوق	تحلیل یک موقعیت مبتنی بر حقوق جنسی و ارائه راهکارهای مقابله
۸	بررسی عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخطر جنسی و آموزش پیشگیری	تعریف رفتارهای پرخطر جنسی، عوامل فردی، بین‌فردی و اجتماعی مؤثر بر رفتارهای پرخطر، عفونت‌های مقاربتی، HIV/AIDS، روش‌های پیشگیری و درمان	طراحی یک برنامه پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه بودند که میانگین سنی گروه آزمایش  $31/73 \pm 5/10$  سال و گروه گواه  $31/60 \pm 5/53$  سال بود دامنه سنی در گروه آزمایش و گواه از ۲۰ الی ۴۰ سال بود که گروه آزمایش ۶/۷ درصد بین ۲۰-۲۴ سال، ۳۳/۳ درصد در دامنه سنی ۲۵-۲۹ سال، ۲۶/۷ درصد در ۳۰ الی ۳۴ سال و ۳۳/۳ درصد بین ۳۵ تا ۴۰ سال بودند در گروه آزمایش ۱۳/۳ درصد بین ۲۰-۲۴ سال، ۲۰ درصد در دامنه سنی ۲۵-۲۹ سال، ۲۰ درصد ۳۰ الی ۳۴ سال و ۴۶/۷ درصد بین ۳۵ تا ۴۰ سال بودند دو گروه از نظر توزیع فراوانی سنی تحت آزمون دقیق فیشر همگن بودند ( $P=0/767$ ).

در بررسی تحصیلات دو گروه ملاحظه شد در گروه آزمایش ۲۰/۰ درصد بی‌سواد، ۳۳/۳ درصد تحصیلات ابتدایی، ۳۳/۳ درصد تحصیلات راهنمایی و ۱۳/۳ درصد تحصیلات متوسطه داشتند بررسی در گروه گواه نیز نشان داد ۲۰/۰ درصد بی‌سواد،

۲۰/۰ درصد تحصیلات ابتدایی، ۵۳/۳ درصد تحصیلات راهنمایی و ۹/۷ درصد تحصیلات متوسطه داشتند دو گروه از نظر توزیع فراوانی وضعیت تحصیلات تحت آزمون دقیق فیشر همگن بودند ( $P=۰/۷۶۳$ ) در گروه آزمایش ۹/۷ درصد زندگی با همسر داشتند، ۱۳/۳ درصد سرپرستی تحت والدین بود و ۸۰ درصد خود سرپرست بودند در گروه گواه ۱۳/۳ درصد تحت سرپرستی والدین و ۸۶/۷ درصد خودسرپرست بودند دو گروه از نظر توزیع وضعیت سرپرست تحت آزمون دقیق فیشر همگن بودند ( $P=۰/۷۶۳$ ).

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتار پرخطر جنسی	آزمایش	۲۲/۰۷	۴/۸۹	۱۴/۸۰	۴/۴۳
	گواه	۲۲/۷۳	۴/۶۲	۲۲/۶۰	۴/۶۷
خودکارآمدی عمومی	آزمایش	۳۳/۸۰	۷/۱۱	۴۳/۴۰	۷/۱۹
	گواه	۳۳/۶۰	۷/۳۲	۳۳/۷۳	۷/۳۵
گرایش به آغازگری رفتار	آزمایش	۱۲/۶۰	۳/۱۴	۱۵/۸۷	۳/۰۷
	گواه	۱۲/۷۳	۲/۶۹	۱۲/۵۳	۲/۶۱
تمایل به ادامه کوشش و تلاش	آزمایش	۱۱/۵۳	۳/۲۹	۱۵/۱۳	۳/۵۸
	گواه	۱۱/۳۳	۳/۱۱	۱۱/۴۰	۳/۳۳
پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی	آزمایش	۹/۶۷	۳/۳۷	۱۲/۴۰	۲/۸۰
	گواه	۹/۵۳	۲/۵۹	۹/۶۰	۲/۶۷

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات رفتارهای پرخطر جنسی در گروه آزمایش از ۲۲/۰۷ در پیش‌آزمون به ۱۴/۸۰ در پس‌آزمون کاهش داشت نمره رفتار پرخطر جنسی در گروه گواه از ۲۲/۷۳ به ۲۲/۶۰ تغییر داشت متغیر خودکارآمدی عمومی با سه خرده‌مقیاس در مطالعه بررسی شد. در گرایش به آغازگری رفتار نمره گروه آزمایش از ۱۲/۶۰ در پیش‌آزمون به ۱۵/۸۷ در پس‌آزمون افزایش داشت در گروه گواه این متغیر از ۱۲/۷۳ به ۱۲/۵۳ تغییر داشت. بعد تمایل به ادامه کوشش و تلاش در گروه آزمایش از ۱۱/۵۳ در پیش‌آزمون به ۱۵/۵۳ در پس‌آزمون تغییر داشت در گروه گواه این متغیر از ۱۱/۳۳ به ۱۱/۴۰ تغییر داشت متغیر بعدی مورد بررسی در مطالعه پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی بود که در گروه آزمایش از ۹/۶۷ در پیش‌آزمون به ۱۲/۴۰ در پس‌آزمون تغییر داشت در گروه گواه این متغیر از ۹/۵۳ به ۹/۶۰ تغییر داشت. در نهایت خودکارآمدی عمومی در گروه آزمایش از پیش‌آزمون ۳۲/۸۰ به ۴۳/۴۰ در پس‌آزمون و در گروه گواه از پیش‌آزمون ۳۳/۶۰ به ۳۳/۷۳ در پس‌آزمون تغییر داشت

جهت بررسی تحلیل کوواریانس مفروضه‌های مربوط به این تحلیل نخست مورد بررسی قرار گرفت. متغیرهای وابسته و متغیرهای کووریت باید از نوع پیوسته (مقیاس فاصله یا نسبت) باشند که در این مطالعه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری پرسش‌نامه و کامپیوت کردن در مقیاس فاصله ای تعریف شده‌اند. متغیر مستقل بایستی شامل دو یا چند سطح باشد که در این مطالعه شامل گروه آزمایش و گواه بود. مفروضه بعدی استقلال مشاهدات است که هیچ ارتباطی بین مشاهدات در هر گروه و یا بین گروه‌ها وجود نداشته و هیچ یک از شرکت‌کننده‌ها (اعضای نمونه) در بیش از یک گروه نبودند. بررسی داده پرت با استفاده از ترسیم نمودار جعبه ای و نیز روش فاصله بین چارکی (IQR) انجام شد که مشاهده ای خارج از محدوده قابل قبول واقع نشد. جهت

ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر گروه و کل گروه در طی مطالعه از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. بررسی توزیع تقریبی نرمال در متغیرها به تفکیک گروه‌ها و کلی در طی مطالعه

متغیر	زمان	آزمایش	گواه	کلی
رفتار پر خطر جنسی	پیش	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
	پس	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
خودکارآمدی عمومی	پیش	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
	پس	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
گرایش به آغازگری رفتار	پیش	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
	پس	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
تمایل به ادامه کوشش و تلاش	پیش	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
	پس	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی	پیش	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی
	پس	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی	کشیدگی چولگی

نتایج از جدول ۴ نشان داد که مقادیر چولگی و کشیدگی هر متغیر در طی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در بازه  $\pm 1/96$  بودند که دلالت بر تأیید نرمال بودن مقادیر دارد.

جدول ۵. نتایج بررسی همگنی واریانس تحت آزمون لوین

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	f	مقدار احتمال	f	مقدار احتمال
رفتار پر خطر جنسی	۰/۰۶۹	۰/۷۹۴	۰/۱۵۴	۰/۶۸۹
خودکارآمدی عمومی	۰/۰۴۸	۰/۸۲۷	۰/۰۹۲	۰/۷۶۴
گرایش به آغازگری رفتار	۱/۱۲۰	۰/۲۹۹	۱/۴۸۵	۰/۲۳۳
تمایل به ادامه کوشش و تلاش	۰/۱۱۳	۰/۷۳۹	۰/۰۱۶	۰/۸۹۹
پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی	۱/۷۸۲	۰/۱۹۳	۰/۰۰۰	۱/۰۰

مفروضه بعدی همگنی واریانس بود که در هر متغیر تحت آزمون لوین ارزیابی صورت گرفت نتایج از جدول ۵ نشان داد که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر یک از متغیرها فرض همگنی واریانس تحت آزمون لوین برقرار بود؛ زیرا مقادیر احتمال بزرگ‌تر از  $0/05$  بودند. همچنین فرض همگنی ماتریس کوواریانس در ابعاد خودکارآمدی در پیش‌آزمون ( $F=1/250$ ,  $Box's\text{SM}=8/492$ ) و در پس‌آزمون ( $F=0/581$  و  $P=0/745$ ) برقرار بود. در راستای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس نمرات کلی خودکارآمدی و رفتار پر خطر جنسی نیز در مرحله پیش‌آزمون ( $F=0/104$  و  $P=0/957$ ) و پس‌آزمون ( $F=0/31$  و  $P=0/993$ ) همگن بودند.

جدول ۶. نتایج بررسی ناهمگنی واریانس تحت آزمون براش - پاگان و آزمون وایت

متغیر	براش-پاگان			وایت	
	آماره	درجه آزادی	مقدار احتمال	آماره	درجه آزادی
رفتار پر خطر جنسی	۰/۹۳۷	۱	۰/۳۳۳	۵/۶۱۳	۴
خودکارآمدی عمومی	۱/۰۲۰	۱	۰/۳۱۲	۴/۴۰۳	۴
گرایش به آغازگری رفتار	۰/۰۱۷	۱	۰/۸۹۵	۵/۲۲۹	۴
تمایل به ادامه کوشش و تلاش	۰/۴۶۷	۱	۰/۴۹۴	۵/۹۷۷	۴
پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی	۲/۲۱۵	۱	۰/۱۳۷	۹/۴۲۰	۴

در جدول ۶ نتایج آزمون‌های براش - پاگان و وایت برای بررسی ناهمگنی واریانس برای متغیرهای تحقیق نشان داده شده است. برای تمام متغیرها، مقادیر احتمال هر دو آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است، که نشان‌دهنده عدم وجود ناهمگنی واریانس در این مدل‌ها تحلیل کوواریانس است.

جدول ۷. نتایج بررسی خطی بودن رابطه بین متغیر کوواریت با متغیر وابسته

متغیر	همبستگی	f	مقدار احتمال
رفتار پر خطر جنسی	۰/۷۵۱	۲۲/۱۸۲	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی عمومی	۰/۸۱۲	۳۶/۲۷۴	<۰/۰۰۱
گرایش به آغازگری رفتار	۰/۸۱۱	۴۷/۶۶۳	<۰/۰۰۱
تمایل به ادامه کوشش و تلاش	۰/۸۳۷	۵۶/۲۳۵	<۰/۰۰۱
پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی	۰/۸۵۲	۷۶/۰۳۳	<۰/۰۰۱

جهت بررسی بودن رابطه خطی بین متغیر کوواریت و متغیر وابسته پس از آزمون از آزمون خطی بودن رابطه تحت آزمون f و محاسبه همبستگی استفاده شد که نتایج نشان در جدول ۷ نشان داد مقادیر همبستگی بالاتر از ۰/۵ بوده و تماماً معنی‌دار بودند. جهت ارزیابی هم‌خطی هم‌زمان بین ابعاد خودکارآمدی از شاخص VIF استفاده شد که این شاخص در بین ابعاد خودکارآمدی کمتر از ۲ بوده به طوری که در گرایش به آغازگری رفتار ۱/۶۴، تمایل به ادامه کوشش و تلاش ۱/۲۳۹، پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی ۱/۴۹۷ شد که نشانگر عدم هم‌خطی معنی‌دار است. همچنین در بررسی خودکارآمدی و رفتار پرخطر جنسی نیز مقدار شاخص برای هر دو متغیر ۱/۰۱۳ بود که هم‌خطی را نشان نمی‌دهد. همگنی شیب رگرسیون با بررسی تعامل متغیر مستقل با متغیرهای کوواریت تحت آزمون F بررسی شد که مقادیر احتمال نظیر هر منبع اثر بالاتر از ۰/۰۵ بود که همگنی شیب خط رگرسیون را نشان داد جدول ۸ نتایج آمده است.

جدول ۸. نتایج بررسی همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای تحقیق

منبع اثر	ss	df	ms	f	مقدار احتمال
اثر تعامل گروه با پیش‌آزمون رفتار پر خطر جنسی	۰/۸۸۶	۱	۰/۸۸۶	۰/۳۶۲	۰/۵۵۳
اثر تعامل گروه با پیش‌آزمون خودکارآمدی عمومی	۰/۱۰۵	۱	۰/۱۰۵	۰/۰۳۹	۰/۸۴۴
اثر تعامل گروه با پیش‌آزمون گرایش به آغازگری رفتار	۰/۰۲۵	۱	۰/۰۲۵	۰/۰۴۰	۰/۸۴۴
اثر تعامل گروه با پیش‌آزمون تمایل به ادامه کوشش و تلاش	۰/۰۳۷	۱	۰/۰۳۷	۰/۰۲۸	۰/۸۷۵
اثر تعامل گروه با پیش‌آزمون پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی	۲/۰۵۴	۱	۲/۰۵۴	۳/۰۹۱	۰/۰۹۱

باتوجه به بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس و برقراری مفروضه‌ها در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره از ابعاد خودکارآمدی و نیز نمره کل خودکارآمدی و رفتار پر خطر جنسی در قالب دو تحلیل مانکوا تحت آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۹ ارائه شد.

**جدول ۹. نتیجه تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی متغیرهای وابسته تحقیق تحت آزمون لامبدای ویلکز**

متغیر	منبع اثر	شاخص لامبدا مقدار F درجه آزادی مقدار احتمال اندازه اثر اتا دو توان
	پیش خودکارآمدی عمومی	۰/۰۴۶ ۲۶۰/۶۹۶ (۲ و ۲۵) <۰/۰۰۱ ۰/۹۵۴ ۱
	گروه	۰/۰۵۲ ۲۲۷/۷۱۴ (۲ و ۲۵) <۰/۰۰۱ ۰/۹۴۸ ۱
ابعاد	پیش گرایش به آغازگری رفتار	۰/۰۹۲ ۷۵/۶۹۸ (۳ و ۲۳) <۰/۰۰۱ ۰/۹۰۸ ۱
خودکارآمدی	پیش تمایل به ادامه کوشش و تلاش	۰/۱۲۲ ۵۵/۳۶۶ (۳ و ۲۳) <۰/۰۰۱ ۰/۸۷۸ ۱
	پیش پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی	۰/۱۰۹ ۶۲/۵۰۷ (۳ و ۲۳) <۰/۰۰۱ ۰/۸۹۱ ۱
	گروه	۰/۰۴۹ ۱۴۹/۲۰۸ (۳ و ۲۳) <۰/۰۰۱ ۰/۹۵۱ ۱

نتایج آزمون‌های لامبدای ویلکز نشان‌دهنده وجود تفاوت‌های معنادار بین گروه آزمایش و گواه در خودکارآمدی و رفتار پرخطر جنسی ( $p < 0.001$ ,  $f = 227/714$ ) و نیز در ابعاد خودکارآمدی ( $p < 0.001$ ,  $f = 149/208$ ) وجود داشت و اندازه اثر هم‌زمان روش آگاهی‌سازی زنان مبتنی بر ارتقای مهارت خودمراقبتی بر مجموعه ابعاد خودکارآمدی ۰/۹۵۱ و بر نمونه کل خودکارآمدی و رفتار پرخطر جنسی ۰/۹۴۸ گزارش شد. بعد از تعدیل اثر متغیرهای کوواریت به بررسی اثر مداخله روی هر یک از متغیرها پرداخته شد که نتایج نشان داد روش آگاهی‌سازی زنان مبتنی بر ارتقای مهارت خودمراقبتی بر رفتار پر خطر جنسی داری اثربخشی ۰/۸۷۴ بود ( $P < 0.001$ ,  $F = 179/542$ ) و بر نمره کل خودکارآمدی دارای اثربخشی ۰/۹۰۶ بود ( $P < 0.001$ ,  $F = 252/072$ ). همچنین در بررسی ابعاد خودکارآمدی ملاحظه شد روش آگاهی‌سازی زنان مبتنی بر ارتقای مهارت خودمراقبتی بر گرایش به آغازگری رفتار ( $p < 0.001$ ,  $f = 136/142$ )، بر تمایل به ادامه کوشش و تلاش ( $p < 0.001$ ,  $f = 61/609$ ) و بر پافشاری در تکلیف در صورت ناکامی ( $p < 0.001$ ,  $f = 90/073$ ) به ترتیب دارای اندازه اثر ۰/۸۴۵، ۰/۷۱۱ و ۰/۷۸۳ شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا مهارت خودمراقبتی بر رفتارهای پرخطر جنسی و خودکارآمدی عمومی زنان آسیب‌دیده اجتماعی بود. این مطالعه نشان داد آموزش آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا خودمراقبتی منجر به کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در گروه آزمایش شد. آموزش آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا خودمراقبتی مهارت‌های مهمی برای کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و سلامت جنسی زنان آسیب‌دیده اجتماعی دارد. این مهارت‌ها کمک می‌کند تا زنان آسیب‌دیده اجتماعی بتوانند نگرش و رفتارشان نسبت به رفتارهای پرخطر را کاهش دهند. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات قبلی سیلبرزهان و همکاران (۲۰۲۱)، شرم‌ن و همکاران (۲۰۲۳)، منگر (۲۰۱۶)، جانسون و همکاران (۲۰۲۴)، جوادی والا و همکاران (۲۰۲۳) و سخا، و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. این مطالعات نشان می‌دهند که آموزش مداخلات متعدد به زنان آسیب‌دیده اجتماعی در رفتارهای پرخطر جنسی مثل استفاده از وسایل پیشگیری کمک می‌کنند. با این حال، تفاوت‌هایی در پروتکل‌های درمانی با مطالعه حاضر وجود دارد. در حالی که در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان تحت نظر درمانگر مورد آموزش قرار گرفته و مداخله حاضر از یک طرح جامع مبتنی بر خود مراقبتی اقتباس شده است، سایر مطالعات جهت ارتقای سلامت روانی - اجتماعی و توانمندسازی زنان آسیب‌دیده از مربیان هم‌تا (افرادی که خود تجربه آسیب داشته‌اند) برای آموزش و توانمندسازی بهره برده‌اند (شرمن و همکاران، ۲۰۲۱) و یا اینکه از رویکرد متفاوتی مثل نقشه‌نگاری ذهنی (جوادی والا و همکاران، ۲۰۲۳) و سخنرانی، آموزش حضوری،

اطلاعات چاپی، فیلم آموزشی، ایفای نقش (سحا و همکاران، ۲۰۱۳) برای تغییر نگرش زنان برای کاهش رفتار پرخطر استفاده کرده‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس مدل باور بهداشتی<sup>۱</sup>، رفتارهای انسان تحت تأثیر باورها و نگرش‌هایش درباره سلامت قرار دارد. این مدل نظری نشان می‌دهد که مشارکت فرد در رفتارهای سالم تابعی درک تهدید (احساس آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و درک شدت بیماری)، ارزیابی رفتاری (درک مزایای انجام رفتار و موانع درک شده برای انجام آن)، و خودکارآمدی در انجام موفقیت‌آمیز رفتار موردنظر است (اورجی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس این مدل نظری، در مداخله آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقای خودمراقبتی، شرکت‌کنندگان با پیامدهای جدی رفتارهای پرخطر جنسی (مانند ابتلا به HIV) آشنا می‌شوند. این آموزش‌ها به آن‌ها کمک می‌کند تا احساس آسیب‌پذیری و شدت تهدید را درک کنند و رفتارهای پرخطر را به‌عنوان یک خطر واقعی برای سلامت خود ببینند. همچنین، با آموزش مهارت‌هایی مانند خودمراقبتی، حقوق جنسی، استفاده از وسایل پیشگیری و کاهش تعداد شرکای جنسی، شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند چگونه از خود در برابر بیماری‌های مقاربتی محافظت کنند. این مداخله با تقویت خودکارآمدی و مهارت‌های حل مسئله، به زنان آسیب‌دیده اجتماعی کمک می‌کند تا موانع روانی، اجتماعی و عملی را شناسایی و برطرف کنند، از حقوق خود دفاع کنند و در برابر فشارهای اجتماعی مقاومت نمایند. در همین زمینه نتیجه تحقیق آسفا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهد که کارگران جنسی زن با دانش بالاتر درباره HIV و خودکارآمدی بیشتر، احتمال بیشتری دارد که رفتارهای پیشگیری از HIV را انجام دهند. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که افزایش آگاهی و خودکارآمدی از طریق مداخلات آموزشی می‌تواند به کاهش رفتارهای پرخطر جنسی و بهبود سلامت این گروه کمک کند. بنابراین، مداخله آگاه‌سازی مبتنی بر خودمراقبتی با تقویت باورهای بهداشتی و خودکارآمدی، نقش کلیدی در کاهش رفتارهای پرخطر جنسی ایفا می‌کند.

همچنین، بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده<sup>۴</sup>، نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری ادراک شده، عناصر حیاتی تصمیم‌گیری رفتاری هستند که برای توضیح و پیش‌بینی استفاده از وسایل پیشگیری و کاهش رفتارهای پرخطر نقش دارند (آزجن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱). این نظریه چارچوب مناسبی برای تبیین اثربخشی مداخله آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقای خودمراقبتی در کاهش رفتارهای پرخطر جنسی ارائه می‌دهد. در این مداخله، آموزش‌هایی مانند مهارت‌های ارتباط مؤثر، ابراز وجود و حقوق جنسی ارائه می‌شود که می‌توانند نگرش شرکت‌کنندگان را نسبت به رفتارهای پرخطر تغییر دهند. مطالعه هوانگ<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که تغییر نگرش کارگران جنسی زن نسبت به استفاده از کاندوم، گامی مهم برای افزایش تمایل و قصد آن‌ها به انجام رفتارهای ایمن است. بنابراین، این مداخله با تغییر هنجارهای ذهنی و تقویت کنترل رفتاری ادراک‌شده، به زنان آسیب‌دیده اجتماعی کمک می‌کند تا توانایی لازم برای انجام رفتارهای ایمن را کسب کنند و از سلامت جنسی خود محافظت نمایند.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا خودمراقبتی منجر به افزایش خودکارآمدی عمومی زنان آسیب‌دیده اجتماعی گشته است. آموزش آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا خودمراقبتی از طریق آموزش مهارت‌های زندگی و تاب‌آوری می‌تواند نقش مهمی در افزایش عزت‌نفس و ارزشمندی زنان آسیب‌دیده داشته باشد. این مداخله با کاهش باورهای منفی افراد نسبت به خود و افزایش انگیزه برای زندگی سالم بر زنان آسیب‌دیده تأثیر می‌گذارد. این نتیجه با یافته‌های منگر (۲۰۱۶)، جوادی والا و همکاران (۲۰۲۳)، یوئن<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۳) ربانی - باوجدان و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی دارد که تأکید می‌کنند مداخله‌ها

1. Health Belief Model
2. Orji
3. Asefa
4. Theory of Planned Behavior
5. Azjen
6. Huang
7. Yuen

پیشگیرانه برای زنان آسیب‌دیده منجر به توانمندسازی افزایش خودکارآمدی افراد آسیب‌دیده اجتماعی می‌گردد. این مطالعات مبتنی بر رویکرد نقشه‌نگاری (جوادی والا و همکاران، ۲۰۲۳) برنامه تقویت تاب‌آوری و غنی‌سازی شخصی (یوئن و همکاران، ۲۰۱۳) و درمان گروهی کاهش آسیب بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا (ربانی-باوجدان و همکاران ۲۰۱۷) بودند، درحالی‌که مداخله پژوهش حاضر بر اساس مهارت‌های مورد نیاز برای خود مراقبتی و مبتنی بر اصول مهارت‌های زندگی تدوین شده است. در تبیین این یافته می‌توان از نظریه خودکارآمدی بندورا (۱۹۸۶) استفاده کرد. این نظریه بر این ایده استوار است که باور افراد به توانایی‌های خود (خودکارآمدی) نقش کلیدی در تغییر رفتار و مقابله با چالش‌ها دارد. برنامه آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا خودمراقبتی با ارائه آموزش‌هایی مانند خودمراقبتی، خودآگاهی، خودکارآمدی و خودارزشمندی مستقیماً بر افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده تأثیر می‌گذارد. آموزش خودآگاهی به افراد کمک می‌کند تا نقاط قوت و ضعف خود را شناسایی کنند و درک بهتری از خود داشته باشند و تاب‌آوری خود را افزایش دهند. در این زمینه نتایج تحقیق یوئن و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده است که افزایش تاب‌آوری از طریق تقویت خودکارآمدی، عزت‌نفس و مهارت‌های مقابله‌ای منجر به افزایش سلامت و کاهش رفتارهای پرخطر کارگران جنسی زن می‌گردد. همچنین، آموزش خودارزشمندی و خودمراقبتی در این مداخله به زنان آسیب‌دیده کمک می‌کند تا باور کنند شایسته مراقبت و احترام هستند و می‌توانند رفتارهای سالم‌تری را در پیش بگیرند. این موضوع مستقیماً با افزایش خودکارآمدی مرتبط است.

از طرف دیگر، مشارکت گروهی در این مداخله به عنوان یکی از عوامل کلیدی و انگیزه‌بخش در افزایش خودکارآمدی زنان آسیب‌دیده عمل می‌کند. بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا (۱۹۸۶)، تعامل با افرادی که شرایط مشابهی را تجربه کرده‌اند یا توانسته‌اند در موقعیت‌های دشوار و پرخطر موفق عمل کنند، می‌تواند به سایر اعضای گروه انگیزه دهد و توانایی‌های لازم برای غلبه بر موانع را در آن‌ها تقویت کند. علاوه بر این، تشویق و حمایت کلامی از سوی دیگران در گروه نیز نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی ایفا می‌کند. وقتی افراد از سوی هم‌گروهی‌های خود تشویق می‌شوند، باور می‌کنند که توانایی موفقیت را دارند و می‌توانند در موقعیت‌های دشوار مقاومت کنند. این تشویق‌ها نه تنها انگیزه آن‌ها را افزایش می‌دهد، بلکه باعث می‌شود که بهترین تلاش خود را به کار بگیرند و عملکرد بهتری داشته باشند (ربانی باوجدان و همکاران، ۲۰۱۷). در نتیجه، مشارکت فعال و حمایت گروهی در مداخله آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقا خودمراقبتی احتمال افزایش خودکارآمدی و موفقیت در مواجهه با چالش‌ها را تقویت می‌کند.

محدودیت اولیه این مطالعه اعتبار بیرونی آن است، زیرا منحصراً بر روی زنان آسیب‌دیده شهر آمل انجام شده است. در نتیجه، تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها نیاز به بررسی بیشتر بر با نمونه‌های متنوع‌تر و گسترده‌تری از زنان آسیب‌دیده اجتماعی در شهرها و مناطق مختلف ایران دارد. استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی ممکن است سوگیری ایجاد کرده باشد که به طور بالقوه اعتبار، پایایی و تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. برای پرداختن به این موضوع، مطالعات آینده باید استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و طرح‌های آزمایشی حقیقی را برای افزایش استحکام یافته‌های خود در نظر بگیرند. محدودیت دیگر عدم کنترل یا شناسایی متغیرهای مخدوش‌کننده بالقوه مانند انگ اجتماعی، مشکلات خانوادگی و اقتصادی است. این متغیرها ممکن است به طور غیرمستقیم بر نحوه مشارکت افراد در درمان و نتایج مشاهده شده تأثیر بگذارند. پژوهش‌های آتی باید به صراحت این عوامل را مورد بررسی قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود از روش‌های ترکیبی (کیفی و کمی) در پژوهش‌های آتی استفاده شود تا به درک عمیق‌تر و جامع‌تری از مسائل این گروه کمک کند.

همچنین، پیشنهاد می‌شود به کارکنان مراکز بازپروری و سازمان‌هایی مانند اورژانس اجتماعی و مشاوران تلفنی ۱۲۳، برنامه آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقای خودمراقبتی آموزش داده شود تا کیفیت خدمات ارائه‌شده به زنان آسیب‌دیده را به طور چشمگیری بهبود ببخشند. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آگاه‌سازی مبتنی بر ارتقای خودمراقبتی به زنان آسیب‌دیده آموزش داده شود و از

آن‌ها به‌عنوان مربیان هم‌تا (افرادی که خود تجربه آسیب داشته‌اند) استفاده گردد. این افراد به دلیل تجربه مشترک می‌توانند ارتباط مؤثرتری با زنان آسیب‌دیده برقرار کنند و به عنوان الگوهایی الهام‌بخش عمل نمایند. در نهایت ارائه خدمات بهداشتی و روان‌شناختی تخصصی رایگان و در دسترس جهت کاهش رفتارهای پرخطر افزایش خودکارآمدی زنان آسیب‌دیده اجتماعی پیشنهاد می‌گردد.

## تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از همکاری و مشارکت همه کسانی که ما را در انجام هر چه بهتر این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

## منابع

- باقری، معصومه، شهریاری، مرضیه و گنجی، پروین (۱۴۰۰). تجربه زیسته زنان در گرایش به روسپی‌گری و رفتارهای جنسی پرخطر. فصلنامه علوم اجتماعی، سال بیست و هشتم، ۹۲، ۲۳۷-۲۷۴.
- برهانی، محمد (۱۳۹۸). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی بر اساس سه گانه تاریک شخصیت، تصویر بدنی و کیفیت رابطه با والدین. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه یزد.
- زارعی فرساد، خاکباز حمی و، کرمی، حوریه (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر ارتباط با جنس مخالف در معتادان. فصلنامه علمی اعتبارپژوهی. ۴ (۱۵): ۶۳-۷۰.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۴۰۱). طرح آگاه‌سازی زنان و دختران با تأکید بر خودمراقبتی. بازیابی شده از <https://www.behzisti.ir>
- Abadi, M. A. A., Abolghasemi, J., Rimaz, S., Majdzadeh, R., Shokoochi, M., Rostami-Maskopae, F., & Merghati-Khoei, E. (2018). High-risk behaviors among regular and casual female sex workers in Iran: a report from Western Asia. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(1), 1-6.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.
- Amini, M. A., Bagheri, P., & Ameli, F. (2014). Mental health and HIV-related high-risk behaviors among female sex workers. *Shiraz E-Medical Journal*, 15(4), 1-6.
- Asefa, A., Midaksa, G., Qanche, Q., Wondimu, W., Nigussie, T., Bogale, B., ... & Yosef, T. (2022). Does the perception of HIV risk among Female sex workers affect HIV prevention behavior? application of the Health Belief Model (HBM). *BMC Public Health*, 22(1), 1646.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ*, 1986(23-28), 2.
- Benoit, C., Smith, M., Jansson, M., Magnus, S., Flagg, J., & Maurice, R. (2018). Sex work and three dimensions of self-esteem: Self-worth, authenticity and self-efficacy. *Culture, health & sexuality*, 20(1), 69-83.
- Cai, G., Liu, Y., Zhuang, J., Chen, Z., Lu, Y., Wu, J., ... & He, F. (2024). Differences in socio-demographics status, risk behaviours, healthcare uptake and HIV/sexually transmitted infections (STIs) between brothel-based and street-based female sex workers in Yunnan, China. *International journal of STD & AIDS*, 35(8):584-592.
- Eluwa, G. I., Strathdee, S. A., Adebajo, S. B., Ahonsi, B., Azeez, A., & Anyanti, J. (2012). Sexual risk behaviors and HIV among female sex workers in Nigeria. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 61(4), 507-514.
- Firouzjaeian, A. A., & Shifteh, M. (2024). Identifying the Motivations Underlying Sex Work: Insights from the Experiences of Female Sex Workers in Iran. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-15.
- Gegenfurtner, A., & Gebhardt, M. (2017). Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues in schools. *Educational Research Review*, 22, 215-222.
- Ghimire, L., Smith, W. C. S., van Teijlingen, E. R., Dahal, R., & Luitel, N. P. (2011). Reasons for non-use of condoms and self-efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal. *BMC women's health*, 11, 1-8.
- Huang, J. Y., Zhang, W. H., Meng, Y., Wang, K., Zhao, R. X., Yang, S. L., ... & Wei, S. (2019). Predictors related to condom use behaviors based on the theory of planned behavior among female sex workers. *Chinese Journal of Disease Control & Prevention*, 1492-1497.
- Javadi, Z., Najafi, A., Shirzadi, S., Najafi, S., Nadrian, H., Mansuri, P., ... & Bhalla, D. (2024). Development of a HIV Prevention Program to Promote Condom Use Among Iranian Female Sex Workers: Application of An Intervention Mapping Approach. *Archives of Sexual Behavior*, 1-18.

- Johnson, L., Potter, L. C., Beeching, H., Bradbury, M., Matos, B., Sumner, G., ... & Luchenski, S. A. (2023). Interventions to improve health and the determinants of health among sex workers in high-income countries: a systematic review. *The Lancet Public Health*, 8(2), e141-e154.
- Kwok, Q. M., Chau, J. P., & Holroyd, E. A. (2010). Examining the relationships between condom use self-efficacy and condom use among mainland Chinese sex workers in Hong Kong. *Japan Journal of Nursing Science*, 28(2), 23-32.
- López-Alvarado S, Van Parys H, Cevallos-Neira A, Enzlin P.(2020) Latin American women's beliefs, views and ideas about sexual assertiveness: a focus group study in Cuenca (Ecuador). *Journal of Sex Research*, 57(3), 307-321.
- Menger, L. M. (2016). *Promoting psychosocial health and empowerment among female sex workers in Nepal: A pilot peer education intervention* (Doctoral dissertation, Colorado State University).
- Millan-Alanis, J. M., Carranza-Navarro, F., de León-Gutiérrez, H., Leyva-Camacho, P. C., Guerrero-Medrano, A. F., Barrera, F. J., ... & Saucedo-Urbe, E. (2021). Prevalence of suicidality, depression, post-traumatic stress disorder, and anxiety among female sex workers: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 24(6), 867-879.
- Muleia, R., Banze, A. R., Damião, S. L., & Baltazar, C. S. (2024). Patterns of inconsistent condom use and risky sexual behaviors among female sex workers in Mozambique. *BMC Public Health*, 24(1), 2-12.
- Mokhwelepa, L. W., Ngwenya, M. W., & Sumbane, G. O. (2024). Systematic Review on Public Health Problems and Barriers for Sex Workers. *The Open Public Health Journal*, 17(1), 1-14.
- Orchard, T. (2019). Sex work and prostitution. *Encyclopedia of Sexuality and Gender*, 1-3.
- Orji, R., Vassileva, J., & Mandryk, R. (2012). Towards an effective health interventions design: an extension of the health belief model. *Online journal of public health informatics*, 4(3), e61050.
- Picos, A. P., González, R. P., & de la Iglesia Gutiérrez, M. (2018). Exploring causes and consequences of sex workers' psychological health: Implications for health care policy. A study conducted in Spain. *Health care for women international*, 39(8), 844-858.
- Pyett, P. M., & Warr, D. J. (1997). Vulnerability on the streets: Female sex workers and HIV risk. *AIDS Care*, 9(5), 539-547.
- Rabani-Bavojdan, M., Rabani-Bavojdan, M., Rajabizadeh, G., Kaviani, N., Bahramnejad, A., Ghaffari, Z., & Shafiei-Bafti, M. (2017). The effectiveness of the harm reduction group therapy based on bandura's self-efficacy theory on risky behaviors of drug-dependent sex worker women. *Addiction & health*, 9(3), 175-182.
- Sakha, M. A., Kazerooni, P. A., Lari, M. A., Sayadi, M., Azar, F. E. F., & Motazedian, N. (2013). Effect of an educational intervention on knowledge, attitudes and preventive behaviours related to HIV and sexually transmitted infections in female sex workers in southern Iran: a quasi-experimental study. *International journal of STD & AIDS*, 24(9), 727-735.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-671.
- Sherman, S. G., Tomko, C., Nestadt, D. F., Silberzahn, B. E., Clouse, E., Haney, K., ... & Galai, N. (2023). Impact of a community empowerment intervention on sexually transmitted infections among female sex workers in Baltimore, Maryland. *Sexually transmitted diseases*, 50(6), 374-380.
- Silberzahn, B. E., Tomko, C. A., Clouse, E., Haney, K., Allen, S. T., Galai, N., ... & Sherman, S. G. (2021). The EMERALD (Enabling Mobilization, Empowerment, Risk Reduction, and Lasting Dignity) Study: protocol for the design, implementation, and evaluation of a community-based combination HIV prevention intervention for female sex workers in Baltimore, Maryland. *JMIR Research Protocols*, 10(4), e23412.
- Simşek, K. O., & Özgülner, N. (2024). Evaluation of health status of transgender sex workers in Turkey: A qualitative study. *Atencion Primaria*, 56(6), 1-9.
- Sinha, S. (2015). Reasons for women's entry into sex work: A case study of Kolkata, India. *Sexuality & Culture*, 19, 216-235.
- Vohraa, M., Mahajan, S., Padda, P., & Kaur, J. (2023). Targeted Interventions to Improve the Health of Female Sex Workers in Amritsar: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 14(2), 143-148.
- Yuen, W. W. Y., Wong, W. C. W., Tang, C. S. K., Holroyd, E., Tiwari, A. F. Y., Fong, D. Y. T., & Chin, W. Y. (2013). Evaluating the effectiveness of personal resilience and enrichment programme (PREP) for HIV prevention among female sex workers: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 1-9.
- Zhang, X. D., Temmerman, M., Li, Y., Luo, W., & Luchters, S. (2013). Vulnerabilities, health needs and predictors of high-risk sexual behaviour among female adolescent sex workers in Kunming, China. *Sexually transmitted infections*, 89(3), 237-244.
- Zhao, R., Wang, B., Fang, X., Li, X., & Stanton, B. (2008). Condom use and self-efficacy among female sex workers with steady partners in China. *AIDS care*, 20(7), 782-790.