

تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر باورهای بهداشتی در خصوص ایدز در دانش آموزان

خدیجه سلطانی کاظمی^۱، صدیقه السادات طوافیان^۱، محمد مسعود وکیلی^۲

^۱گروه آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، ^۲گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۱۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به افزایش انتقال ویروس ایدز از طریق تماس جنسی، لزوم پیشگیری از انتقال بیماری از راه تماس جنسی، از طریق مدل‌های پیشگیری روشن می‌شود. هدف این مطالعه بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر باورهای بهداشتی در خصوص ایدز در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر تهران بود.

روش بررسی: در این مطالعه مداخله‌ای، ۷۷ نفر از دانش‌آموزان سال اول، دوم و سوم دبیرستان در گروه مداخله و ۷۲ نفر در گروه شاهد از دو دبیرستان منطقه ۸ مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی و سوالات مربوط به الگوی اعتقاد بهداشتی بود. پس از انجام پیش‌آزمون در هر دو گروه، تنها گروه مداخله بر اساس سازه‌های مدل در خصوص رفتارهای پیشگیرانه بیماری ایدز آموزش دیدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری تی زوجی و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: علی‌رغم یکسان بودن دو گروه در آغاز مطالعه، مداخله آموزشی انجام شده براساس باور بهداشتی باعث ارتقای معنی‌دار آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی درک شده، بود ($p < 0/05$). همچنین موانع درک شده دانش‌آموزان در خصوص باورهای مرتبط با رفتارهای پیشگیرانه ایدز به طور معنی‌داری کاهش یافت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر باورهای دانش‌آموزان در خصوص رفتارهای پرخطر جنسی بود، لذا می‌توان پیشنهاد نمود این برنامه آموزشی در صورت تأیید در چند مطالعه دیگر، به مدارس پیشنهاد شود.

واژه‌های کلیدی: برنامه آموزشی، الگوی باور بهداشتی، ایدز، دانش‌آموز

* نویسنده مسئول: صدیقه السادات طوافیان، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه آموزش پزشکی

Email: tavafian@modares.ac.ir

مقدمه

دانش همه‌گیری‌شناسی و چگونگی پیشگیری از انتقال عفونت ویروس نقص ایمنی انسان در میان جوانان گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال به خصوص در میان گروه‌های پرخطر افزایش یافته است. با وجود این، همچنان جمعیت‌های گروه سنی جوان با عدم برخورداری از دانش کافی در خصوص این بیماری، رو به رو هستند و مهم‌تر این که، اغلب آنها فاقد ابزارهای مورد نیاز برای به کارگیری استراتژی‌های کاهش خطر ابتلاء به عفونت ویروس نقص ایمنی هستند (۱)

اطلاعات موجود نشان می‌دهد که همه‌گیری ایدز در ایران، در حال گسترش بوده و در طی چند سال آینده به صورت وسیع‌تری ظاهر خواهد شد. در عین حال کارشناسان معتقد هستند که آمار واقعی انتقال ویروس نقص ایمنی از طریق رابطه جنسی، بیشتر از نسبت اعلام شده است و بخشی که تحت عنوان راه انتقال ناشناخته اعلام می‌شود، در واقع کسانی هستند که از طریق رابطه جنسی آلوده شده‌اند و مایل به ابراز آن نمی‌باشند. به همین جهت کارشناسان در خصوص تغییر الگوی انتقال عفونت از راه تزریق مشترک در بین معتادان تزریقی (موج دوم همه‌گیری در ایران) به انتقال از طریق رابطه جنسی هشدار داده و تأکید می‌نمایند که موج سوم ایدز با گسترش عفونت از طریق روابط جنسی در حال گسترش است (۲). بر این اساس تعداد موارد واقعی ابتلا به عفونت ویروس نقص ایمنی و بیماری ایدز در

ایران که در قید حیات هستند، بسیار بیشتر بوده و تخمین زده می‌شود تعداد موارد واقعی ابتلا به ایدز یا ویروس نقص ایمنی در ایران حدود ۸۳ تا ۱۲۰ هزار نفر می‌باشد (۲). مدارک و شواهد موجود حاکی از افزایش شیوع عفونت ویروس نقص ایمنی، تعداد موارد جدید عفونت ویروس نقص ایمنی و تعداد موارد مرگ ناشی از ایدز می‌باشد. براساس آمار مربوط به ایدز یا ویروس نقص ایمنی در جمهوری اسلامی ایران که به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شده است، از آغاز شروع همه‌گیری در ایران تا تاریخ ۹۲/۴/۱ در ایران ۲۶۵۵۶ نفر می‌باشند که ۲۳۷۸۴ نفر آنان مرد و ۲۷۷۲ نفر زن می‌باشند. تعداد مبتلایان به ایدز ۴۷۹۶ نفر که ۴۰۷۶ نفر مرد و ۷۲۰ نفر زن می‌باشند. آمار مبتلایان برحسب راه انتقال شامل موارد زیر می‌باشند؛ اعتیاد تزریقی ۱۸۱۶۸ نفر که ۹۸/۶ درصد آنان مرد و ۱/۴ درصد را زنان تشکیل می‌دهند، از طریق آمیزشی ۴۰/۲ درصد مرد و ۵۹/۸ درصد زن می‌باشند. تعداد ۲۴۶ نفر از راه تزریق فرآورده‌های خونی و تعداد ۳۰۸ نفر از راه مادر به کودک و از راه نامشخص ۴۵۶۷ نفر مبتلا شدند (۳).

امروزه رفتارشناسان بر انجام مداخلات بهداشتی بر اساس الگو تأکید دارند که یکی از این الگوها، الگوی اعتقاد بهداشتی است و در آن تمایل به اجتناب از بیماری یا به دست آوردن سلامتی و باور این که انجام یک رفتار سلامتی خاص که در دسترس فرد قرار دارد، یک ارزش است، باعث پیشگیری از

مدل اعتقاد بهداشتی بود تا بر اساس آن بتوان نسبت به کارگیری یک برنامه آموزشی مناسب جهت ارتقاء باورهای بهداشتی دانش‌آموزان دختر در زمینه ایدز، به وسیله مسئولین ذیربط تصمیم‌گیری شود.

روش بررسی

در این مطالعه مداخله‌ای، افراد مورد مطالعه شامل؛ ۷۷ نفر از دانش‌آموزان سال اول تا سوم دبیرستان درگروه مداخله و ۷۲ نفر از دانش‌آموزان همین پایه‌ها در گروه شاهد بودند. برای نمونه‌گیری ابتدا از بین دبیرستان‌های دولتی دخترانه منطقه ۸، دو دبیرستان به طور تصادفی انتخاب شد و سپس به طور تصادفی یکی از آنها به عنوان مدرسه مداخله و مدرسه دیگر به عنوان شاهد انتخاب شد. سپس از هریک از پایه‌های ۹، ۱۰ و ۱۱ یک کلاس به طور تصادفی انتخاب و تمام دانش‌آموزان آن کلاس در صورت تمایل به شرکت در مطالعه و واجد شرایط بودن انتخاب شدند، لذا حجم نمونه در هر گروه برابر کل دانش‌آموزان واجد شرایط سه کلاس انتخاب شده در هر مدرسه بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد که به روش کتبی و خود اجرایی به وسیله دانش‌آموزان مورد مطالعه تکمیل شد. جهت تهیه ابزار تحقیق از پرسشنامه‌های مورد استفاده در مطالعه‌های قبلی انجام شده به وسیله وکیلی بهره گرفته شد که روایی و پایایی آنها مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است (۹-۷). ابزار مذکور شامل شش سازه اصلی

رفتار خواهد شد. الگوی اعتقاد بهداشتی الگویی است که دارای شش سازه حساسیت درک شده، به این مفهوم که فرد خود را در معرض ابتلا به بیماری بداند، شدت درک شده به این مفهوم که وخامت بیماری را درک نماید، منافع درک شده به این منظور که منافع حاصل از اتخاذ رفتارهای پیشگیری را درک نماید، موانع درک شده یعنی این باور که موانع انجام رفتارهای پیشگیرانه را باور کرده باشد، خودکارآمدی درک شده به این مفهوم که اعتماد به نفس کافی در خصوص انجام رفتار را داشته باشد و راهنمای عمل درک شده به این مفهوم که یادآورها می‌توانند باعث تکرار و ادامه رفتار شوند، می‌باشد (۴). طبق نظر رفتار شناسان تدوین برنامه آموزشی بر مبنای مدل می‌تواند نقش اساسی بر ارتقاء آگاهی و باورهای مردم در خصوص رفتارهای بهداشتی داشته باشد که این دو مولفه مقدمه تغییر رفتارهای غیر بهداشتی و یا اتخاذ رفتارهای پیشگیری می‌باشد (۴).

مداخلات انجام شده گذشته بر اساس الگوی باور بهداشتی نشان داده است که این گونه مداخلات می‌تواند در تغییر باورهای جامعه پژوهش و اتخاذ رفتارهای پیشگیری ایدز مؤثر باشد (۶ و ۵).

نظر به این که در سیستم آموزش و پرورش کشور هنوز برنامه آموزشی مدونی با توجه به ویژگی‌های خاص مذهبی، فرهنگی و اجتماعی ما وجود ندارد، لذا هدف این تحقیق ارزیابی تأثیر یک مداخله آموزشی طراحی شده بر اساس سازه‌های

می‌باشد که عبارتند از؛ حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق نمره ۵، موافق نمره ۴، بی‌نظر نمره ۳، مخالف نمره ۲، کاملاً مخالف نمره ۱) و سازه آگاهی که میانگین نمرات این سازه بین ۲ تا ۱۴ می‌باشد، طراحی شد. همچنین اطلاعات دموگرافیکی دانش‌آموزان مورد سؤال قرار گرفت. سازه راهنمای عمل، نیز از سازه‌های اصلی الگو است، ولی با توجه به این که مدت پیگیری این مطالعه صرفاً دو ماه بود و محققین به این نتیجه رسیدند که شاید در این دو ماه بهتر است خود فرد را با مداخله آموزش به جایی رسانید که بتواند باور تغییر رفتار را به دست آورد، قبل از این که متکی به محرک‌های خارجی باشد. در این مطالعه علی‌رغم این که متغیر آگاهی جزء سازه‌های مدل باور بهداشتی بود، ولی به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار زمینه‌ای و پیش‌نیاز باور مورد بررسی قرار گرفت.

پس از انجام پیش‌آزمون، محتوای آموزشی با عناوین اپیدمیولوژی ایدز در ایران، راه‌های انتقال ویروس، جمعیت در معرض خطر، رفتارهای پرخطر و راه‌های پیشگیری تدوین و تأیید گردید. سپس مداخله به روش بحث گروهی و پرسش و پاسخ (گروه‌های ۱۰ الی ۱۲ نفره) در ۲ جلسه ۱/۵ ساعته برای هر گروه و جمعاً ۱۲ جلسه در طی دو هفته برای گروه مداخله به وسیله پژوهشگر به مرحله اجرا درآمد. در این جلسات ابتدا برای ارتقاء آگاهی افراد در خصوص

مطالب فوق به مدت نیم ساعت سخنرانی شد و افراد سوالات خود را مطرح نمودند و سپس از طریق بحث گروهی در جلسات ۱۰ الی ۱۲ نفره برای هر کدام از سازه‌ها به مدت نیم ساعت سعی شد افراد به باورهای صحیح در خصوص شدت بیماری ایدز در کلاس شدت درک شده، مستعد بودن خودشان در خصوص احتمال ابتلا به ایدز در کلاس حساسیت درک شده، منافع انجام رفتارهای پیشگیرانه در کلاس منافع درک شده، موانع انجام رفتار در کلاس موانع درک شده و اعتمادسازی در افراد برای انجام رفتار در کلاس خودکارآمدی درک شده می‌رسیدند. هشت هفته پس از اتمام مداخله آموزشی مرحله دوم جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. با توجه به محدود بودن زمان پژوهش و همچنین زمان حضور دانش‌آموزان در مدارس و قبل از این که پژوهشگر به تعطیلی تابستانی برخورد نماید زمان هشت هفته برای پی‌گیری انتخاب شد که البته این مورد از محدودیت‌های این مطالعه بود و باید در مطالعات آتی لحاظ شود.

قبل از شرکت در مطالعه اهداف و شیوه اجرای مطالعه برای افراد شرکت کننده توضیح داده شد و بعد از کسب رضایت آنها و امضای کتبی فرم رضایت‌نامه، افراد وارد مطالعه می‌شدند. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس مورد تأیید واقع شده است

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی زوجی و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌های جدول ۳ نشان داد میانگین و

انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون در همه سازه‌های آگاهی ($p < 0/001$)، حساسیت درک شده ($p = 0/001$)، شدت درک شده ($p < 0/001$)، منافع درک شده ($p < 0/001$)، خودکارآمدی ($p = 0/004$) به طور معنی‌دار افزایش یافته است. موانع درک شده نیز بطور معنی‌داری کاهش یافت که وضعیت بهتر را در بعد از مداخله نشان می‌دهد ($p < 0/019$). همچنین بر اساس نتایج این جدول میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد در سازه‌های آگاهی ($p = 0/78$)، حساسیت درک شده ($p = 0/23$)، شدت درک شده ($p = 0/06$)، منافع درک شده ($p = 0/416$) و خودکارآمدی ($p = 0/264$) تفاوت معنی‌دار دیده نشد، ولی سازه موانع درک شده به طور معنی‌دار کاهش یافت ($p < 0/001$) که نشان از بهبود وضعیت موانع درک شده در گروه شاهد نیز می‌باشد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۴۹ نفر از دانش‌آموزان وارد مطالعه شدند و پرسشنامه‌ها را در دو مرحله تکمیل نمودند (میزان پاسخ‌دهی ۱۰۰ درصد). میانگین سنی آنها ۱۵/۵۷ سال با انحراف معیار ۰/۹۵ و دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۱۴ تا ۱۷ سال گسترده بود. در بدو مطالعه دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک یکسان بودند. نتایج جدول ۱ نیز نشان می‌دهد قبل از مداخله، افراد دو گروه در همه سازه‌های آگاهی ($p = 0/49$)، حساسیت درک شده ($p = 0/13$)، شدت درک شده ($p = 0/64$)، منافع درک شده ($p = 0/26$)، موانع درک شده ($p = 0/78$) و خودکارآمدی ($p = 0/77$) با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشته و همسان بودند. یافته‌های جدول ۲ نشان داد ۲ ماه بعد از مداخله، بین دو گروه از نظر همه متغیرهای آگاهی ($p < 0/001$)، حساسیت درک شده ($p < 0/001$)، شدت درک شده ($p < 0/001$)، منافع درک شده ($p < 0/001$)، موانع درک شده ($p < 0/001$) و خودکارآمدی ($p = 0/001$) تفاوت معنی‌دار مشاهده شد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله

سازه‌ها	آزمون میانگین \pm انحراف معیار	شاهد میانگین \pm انحراف معیار	سطح معنی‌داری
آگاهی	۱۰/۳۲ \pm ۱/۹۳	۱۰/۱۱ \pm ۱/۸۴	۰/۴۹۱
حساسیت درک شده	۱۹/۳۲ \pm ۳/۸۰	۱۸/۴۳ \pm ۳/۴۵	۰/۱۳۵
شدت درک شده	۲۱/۹۸ \pm ۴/۷۰	۲۱/۶۳ \pm ۴/۳۷	۰/۶۴۰
منافع درک شده	۱۹/۲۳ \pm ۴/۰۴	۱۹/۹۳ \pm ۳/۴۷	۰/۲۶۰
موانع درک شده	۲۱/۴۸ \pm ۴/۰۳	۲۱/۳۰ \pm ۳/۸۲	۰/۷۸۶

خودکارآمدی ۲۰/۳۱±۳/۶۶ ۲۰/۴۸±۳/۸۲ ۰/۷۷۷
 جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله

متغیر	گروه مداخله		سطح معنی‌داری
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
آگاهی	۱۲/۹۰±۱/۳۳	۱۰/۱۶±۱/۸۵	<۰/۰۰۱
حساسیت درک شده	۲۱/۷۰±۴/۲۹	۱۷/۸۷±۴/۳۲	<۰/۰۰۱
شدت درک شده	۲۵/۴۸±۵/۴۵	۲۰/۶۱±۴/۶۲	<۰/۰۰۱
منافع درک شده	۲۲/۱۸±۲/۹۰	۱۹/۴۴±۳/۸۶	<۰/۰۰۱
موانع درک شده	۲۰/۱۲±۳/۱۶	۱۸/۰۸±۳/۴۶	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۲۱/۸۷±۳/۶۱	۱۹/۸۱±۳/۹۰	۰/۰۰۱

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه	قبل از مداخله		سطح معنی‌داری
		میانگین ± انحراف معیار	بعد از مداخله	
آگاهی	آزمون	۱۰/۳۲±۱/۹۳	۱۲/۹۰±۱/۳۳	<۰/۰۰۱
	شاهد	۱۰/۱۱±۱/۸۴	۱۰/۱۶±۱/۸۵	۰/۷۸۸
حساسیت درک شده	آزمون	۱۹/۳۲± ۳/۸۰	۲۱/۷۰±۴/۲۹	۰/۰۰۱
	شاهد	۱۸/۴۳±۳/۴۵	۱۷/۸۷±۴/۳۲	۰/۲۳۱
شدت درک شده	آزمون	۲۱/۹۸±۴/۷۰	۲۵/۴۸±۵/۴۵	<۰/۰۰۱
	شاهد	۲۱/۶۳±۴/۳۷	۲۰/۶۱±۴/۶۲	۰/۰۶۰
منافع درک شده	آزمون	۱۹/۲۳±۴/۰۴	۲۲/۱۸±۲/۹۰	<۰/۰۰۱
	شاهد	۱۹/۹۳±۳/۴۷	۱۹/۴۴±۳/۸۶	۰/۴۱۶
موانع درک شده	آزمون	۲۱/۴۸±۴/۰۳	۲۰/۱۲±۳/۱۶	۰/۰۱۹
	شاهد	۲۱/۳۰±۳/۸۲	۱۸/۰۸±۳/۴۶	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	آزمون	۲۰/۳۱±۳/۶۶	۲۱/۸۷±۳/۶۱	۰/۰۰۴
	شاهد	۲۰/۴۸±۳/۸۲	۱۹/۸۱±۳/۹۰	۰/۲۶۴

بحث

ارزش است که در آن تمایل به اجتناب از بیماری با به دست آوردن سلامتی و باور این که انجام یک رفتار سلامتی خاص که در دسترس فرد قرار دارد یک ارزش است و باعث پیشگیری از رفتار خواهد شد نهادینه شده است. هدف کلی این مطالعه بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر باورهای بهداشتی درخصوص ایدز در دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر تهران بود.

دانش همه‌گیری‌شناسی و چگونگی پیشگیری از انتقال عفونت ویروس نقص ایمنی در میان جوانان گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال به خصوص در میان گروه‌های پرخطر افزایش یافته است. با وجود این همچنان جمعیت های گروه سنی جوان و از جمله دانش‌آموزان با عدم برخورداری از دانش کافی و باورهای صحیح درک شده در خصوص این بیماری، رو به رو هستند. الگوی اعتقاد بهداشتی یک انتظار

غفاری مداخله آموزشی اثری بر حساسیت درک شده بر روی دانش آموزان نداشت(۸)، که شاید علت این تفاوت با این مطالعه در اثر نوع مداخله آموزشی که به صورت بحث گروهی و پرسش و پاسخ بوده است، می باشد.

در مطالعه حاضر تفاوت معنی دار در سازه شدت درک شده در گروه آزمون بعد از مداخله مشاهده شد، این امر نشان می دهد که با وجود این که افراد خود را در معرض ابتلا به بیماری ایدز می دانند این بیماری را کشنده و ابتلا به آن را مرگبار هم قلمداد می کردند و می توان یکی از دلایل مناسب بودن استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی برای بیماری ایدز را پیامدهای ناگوار این بیماری ذکر کرد که افراد با درک عقوبت بیماری به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه می پردازند. نتایج مطالعه های متعددی که در ایران در زمینه شدت درک شده انجام شده، یافته پژوهش حاضر مبنی بر این که شدت درک شده پس از آموزش افزایش یافته است را تأیید می کند(۱۵-۱۴).

بر اساس نتایج حاضر اگر چه دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله از نظر درک منافع یکسان بودند، ولی اجرای برنامه آموزشی نیز توانست به طور چشمگیری منافع را در گروه آزمون افزایش دهد. به نظر می رسد برنامه آموزشی حاضر به صورت پرسش و پاسخ و بحث گروهی توانسته است به خوبی منافع اتخاذ رفتارهای پیشگیری از بیماری ایدز را برای دانش آموزان روشن کند. این

یافته ها نشان داد که قبل از انجام مداخله آموزشی تفاوت معنی داری میان میانگین نمره آگاهی در دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت، در حالی که بعد از مداخله آموزشی عوامل مذکور به طور معنی داری در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش یافته اند، ولی در گروه شاهد تغییر معنی داری در میانگین نمره افراد در زمینه آگاهی مشاهده نشد. به نظر می رسد مداخله آموزشی در این مطالعه که در گروه های کوچک و به صورت پرسش و پاسخ و بحث گروهی بوده است توانست آگاهی دختران دانش آموز را در زمینه پیشگیری از بیماری ایدز افزایش دهد. در مطالعه کریمی و همکاران که به منظور بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معنایان انجمن تولد دوباره زرنیدیه انجام شد، نشان داد که اجرای برنامه آموزش بهداشت در بهبود آگاهی در رابطه با بیماری ایدز تأثیر داشته است(۱۰).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بعد از مداخله آموزشی، افزایش معنی داری در سازه حساسیت درک شده در گروه آزمون ایجاد شده است. این امر نشانه تأثیر مثبت مداخله آموزشی انجام گرفته بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی است که موجب شد دختران دبیرستانی خود را حساس و در معرض خطر بیماری ایدز بدانند. مطالعه های وکیلی و همکاران، فلاحی و همکاران و رحمتی و همکاران نیز نشان داد که مداخله آموزشی می تواند موجب افزایش حساسیت نسبت به بیماری شود(۱۳-۱۱). در مطالعه

یافته‌ها با نتایج مطالعه دیگران به طور کامل تطابق دارد (۱۵-۱۳).

نتایج این مطالعه نشان داد بعد از مداخله سازه موانع درک شده بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌دار داشت، ولی در هر دو گروه با کاهش میانگین این سازه مواجه شد. البته این کاهش در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد از کاهش کمتری برخوردار بود، لذا نتایج حاکی از آن است بعد از مداخله آموزشی گروه آزمون موانع کمتری را در ارتباط با اتخاذ رفتارهای پیشگیری از ایدز درک کردند.

ارتقای آگاهی و اصلاح باورهای نادرست به همراه ایجاد فضای بحث و گفتگو در خصوص رفتارهای پرخطر ایدز در مداخله آموزشی این مطالعه نقش مثبتی در کاهش موانع درک شده داشت (۱۲). در حالی که درک بالای منافع، اتخاذ این رفتارهای پیشگیرانه در نمونه‌های پژوهش نیز به پذیرش رفتار و رفع موانع و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از ایدز کمک کننده است. به نظر می‌رسد حتی با وجود منافع درک شده بالا، تا زمانی که موانع اتخاذ رفتار بهداشتی برطرف نگردد، تغییر رفتار نیز با دشواری همراه خواهد بود و همسو شدن این دو سازه با هم می‌تواند به بروز رفتار بهداشتی کمک شایانی کند، نتایج برخی مطالعه‌ها نیز تأثیر مثبت مداخله آموزشی را بر کاهش موانع درک شده بیان می‌کنند (۱۸-۱۶). ولی نتیجه مطالعه غفاری با نتایج مطالعه اخیر هم‌خوانی نداشت (۱۶) علت این تناقضات در نتایج سازه موانع درک شده، می‌توان تفاوت در تنوع انواع موانع درک

شده از جمله موانع مادی و فیزیکی، موانع روانی و اجتماعی از طرفی و اثر متفاوت مداخلات آموزشی بر تعدیل موانع مذکور از طرف دیگر باشد. به نظر می‌رسد که مداخله آموزشی بر روی موانع ذهنی (۶) که با افزایش آگاهی و بحث و گفتگو پیرامون این موانع و خلق موقعیت‌های جدید برای نمونه‌های پژوهشی همراه است، به مراتب بیشتر می‌تواند به رفع موانع در جهت اتخاذ رفتار بهداشتی کمک کند.

یکی دیگر از مفاهیم مورد بررسی، خودکارآمدی درک شده بود که نتایج نشان داد آموزش باعث افزایش معنی‌دار این سازه در گروه آزمون شده است. در حالی که تفاوت معنی‌داری در خودکارآمدی گروه شاهد دیده نشد. مطالعه پژوهشگران ایرانی که اخیراً بر اساس الگوی باور بهداشتی در جمعیت‌های مختلف در خصوص رفتارهای پیشگیری از ایدز تحقیق نموده‌اند نشان داد که مداخلات آموزشی باعث افزایش خودکارآمدی افراد در خصوص اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه ایدز شده است (۱۵ و ۱۲، ۱۱).

نتیجه‌گیری

مداخله آموزشی انجام شده بر اساس الگوی مذکور نه تنها بر روی آگاهی، بلکه بر حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده افراد در خصوص رفتارهای پیشگیرانه ایدز تأثیر مثبتی داشته است، لذا بهبود حساسیت، شدت، منافع و خودکارآمدی درک شده و کاهش موانع درک شده

جهت اتخاذ رفتار پیشگیری از ایدز در دانش آموزان شرکت کننده را می توان حاصل تأثیر مثبت آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی دانست. نتایج این مطالعه می تواند در استراتژی های مداخله ای تئوری محور، به منظور ایجاد و تغییر رفتارهای بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس بود که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد.

REFERENCES

- 1.UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2010. Available from: http://www.unaids.org/documents/2010/11/23_GlobalReport_em.pdf.
- 2.The Center for Disease Control. Latest statistics on HIV / AIDS in Iran. Ministry of Health and Medical Education; 2009; Tehran, Iran.
- 3.The Center for Disease Control. Latest statistics on HIV / AIDS in Iran. Ministry of Health and Medical Education, 2013; Tehran, Iran
- 4.Glanz K, Rimer Bk, Viswanath K. Health behavior and health education theory, Research and Practice. USA Jossey – Bass, 2008.
- 5.Fallahi H, Sadat Tavafian S, Yaghmaie F, Hajizadeh E. Perceived susceptibility to AIDS in men living with HIV: a qualitative research. Payesh 2014; 13: 357-65.[Persian]
- 6.Fallahi H, **Tavafian** SS, Yaghmaie F, Hajizadeh E. Perspectives of HIV/AIDS patients towards condom use barriers. Payesh 2013; 11(6): 831-40.[Persian]
- 7.Iriyama S, Nakahara S, Jimba M, Ichikawa M, Wakai S. AIDS health belief 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.
- 8.Vakili MM, Hidarnia A, Niknami SH. The effect of communication skills to community health volunteers Branch on HBM constructs on HIV / AIDS in the population covered by the Branch. PhD thesis. Tarbiyat Modares University 2011; Tehran, Iran.]
- 9.Montazeri A. AIDS knowledge and attitudes in Iran: results from a population-based survey in Tehran. Patient Educ Couns 2005; 57(2): 199-203.
- 10.Karimi M, GhofraniPour F, Hidarnia A. The effect of education based on health belief model in the development of AIDS preventive behavior. Gilan University of Medical Sciences 2009; 18(70): 64-73.
- 11.Rahmati NajjarKalaie F, Niknami SH, Aminshokravi F, Ahmadi F, Jafari M, Rahnama P. The use of HBM in the context of HIV prevention programs for students. Journal of Payesh 2009; 8(4): 349-59.
- 12.Vakili MM, Hidarnia A, Niknami SH, Mousavinasab N. Development and Psychometrics of Health Belief Model Instrument about HIV/AIDS. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences zahedan 2012; 14(9): 64-71.
- 13.Fallahi H. Effect of educational intervention on reproductive health behavior change among HIV - AIDS on the health belief model. PhD thesis Reproductive Health, Shahid Beheshti University, 2012. Tehran , Iran
- 14.Karimi M, Niknami SH. Self-efficacy and perceived benefits / barriers on the AIDS preventive behaviors. Journal of Behboud 2011; 15(5): 384-92.[Persian]
- 15.Mirhaidari M. The effect of educational intervention on sexual risk behaviors of drug users by health belief model health education master thesis. Tarbiyat Modares University 2013; Tehran, Iran.
- 16.Gaffari M, Niknami S, Kazemnejad A, Mirzaie E. Design, Reliability and validity of the Ten-scale HIV prevention in adolescents. Journal of Behboud 2007; 11(1): 36-50.[Persian]
- 17.Karimi S, Kazemi M, Shaabani shahraki Z, Vaziri Nejad R. Comparing the effects of lecture presentation and pamphlet on knowledge and attitudes of female senior students in Sirjan high school about AIDS. Medical Journal of Hormozgan 2006; 10(3): 285-90.
- 18.Eshrati B, Taghizadeh Asl R, Dell CA, Afshar P, Millson PM, Kamali M, et al. Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: initial support for providing education on the benefits of harm reduction practice. Harm Reduction Journal 2008; 5(21): 1-7.

Influence of Educational Program Based on Health Belief Model in Health Beliefs in AIDS Among Students

Soltani K¹, Tavafian SS^{2*}, Vakili MM³

¹Health education Department, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, ²Health education Department, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, ³Health education Department, School of Medicine, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

Received: 17 Feb 2014 Accepted: 17 May 2014

Abstract:

Background and aim: Considering the rise of HIV transmission through sexual contact, the necessity of disease prevention through sexually transmitted is apparent from the models. The aim of this study was to evaluate the effect of educational program based on health belief model in health beliefs about AIDS in high school female students in tehran.

Methods: The present interventional study was conducted on 77 students in level one, two and three as intervention group and 72 students as control group from two high schools of area 8. Data collection tool was a questionnaire containing demographic information and questions related to the health belief model. After pretest on both groups the only intervention group was educated based on HIV and AIDS preventive behaviors. Collected data were analyzed by Paired t-test and Independent t-test.

Results: In spite of similarity in both groups at baseline, the intervention was carried out based on health belief leads to a significant improvement in knowledge, perceived susceptibility, severity, benefits and self-efficacy respectively ($p < 0.05$). It also indicated that the students' perceived barriers to HIV preventive behaviors and beliefs associated to the disease significantly declined ($p < 0.05$).

Conclusion: Results of study revealed that the educational program might improve the health beliefs of the students regarding HIV preventive behaviors. Therefore it is recommended to high schools if the training program be approved by other studies.

Keywords: Health education program, Health Belief Model, HIV/AIDS, student, Iran

*Corresponding Author: **Tavafian SS**, Health education Department, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: tavafian@modares.ac.ir

Please cite this article as follows:

Soltani K, Tavafian SS, Vakili MM. Influence of Educational Program Based on Health Belief Model in Health Beliefs in AIDS Among Students. *Armaghane-danesh* 2014; 19(9): 789-807.