



بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از خشونت خانگی در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تهران

غلامرضا گرمارودی^{*}، بیتا سرلک^۱، رویا صادقی^۱، عباس رحیمی فروشانی^۳

۱- دانشگاه علوم پزشکی تهران- دانشکده بهداشت- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت- استادیار.

۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران- دانشکده بهداشت- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت- کارشناس ارشد.

۳- دانشگاه علوم پزشکی تهران- دانشکده بهداشت- گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی- دانشیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۱۴، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۳

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از خشونت خانگی بین دختران دانش آموز دوره دوم متوسطه شهر تهران انجام شده است.

مواد و روش ها: ۲۴۲ دانش آموز دختر شهر تهران به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی است. قبل از مداخله آموزشی، پیش آزمون انجام شده و سپس براساس نتایج حاصله یک برنامه آموزشی در زمینه خشونت خانگی برای گروه مداخله اجرا گردید. ۳ ماه بعد از مداخله همان پرسشنامه مجدداً به افراد مورد مطالعه داده شد تا تکمیل نمایند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری کای-اسکوئر، ویلکاکسون و من ویتنی تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: نمرات آگاهی ($P=0/324$)، نگرش ($P>0/05$) و عملکرد ($P=0/758$) در دو گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش تفاوت معنی داری نداشت اما بعد از آموزش نمرات آگاهی و در ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی نمرات حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و عملکرد در دانش آموزان بین دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P<0/001$) ولی در بعد راهنما برای عمل ($P=0/837$) و خودکارآمدی ($P=0/262$) این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه بیانگر تأثیر آموزش از طریق مدل اعتقاد بهداشتی بر افزایش آگاهی، ادراکات (نگرش) و عملکرد دانش آموزان در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از خشونت خانگی می باشد.

واژه های کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، خشونت خانگی، مداخله آموزشی.

^{*}نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۸-۰۲۱، نمابر: ۸۸۹۸۹۱۲۸-

Email: garmaroudi@tums.ac.ir، ۰۲۱

ارجاع: گرمارودی غلامرضا، سرلک بیتا، صادقی رویا، رحیمی فروشانی عباس. بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از خشونت خانگی در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تهران. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۵؛ ۱۱(۱): ۶۹-۷۴.

مقدمه

خشونت خانگی به‌عنوان یک مشکل عمده سلامت زنان به حساب می‌آید و ممکن است هر زنی در هر کشوری را بدون توجه به وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی درگیر کند. خشونت می‌تواند به طرق مختلف روی سلامت زنان تأثیر گذارد. پیامدهای خشونت خانگی می‌تواند در کوتاه مدت و بلند مدت آشکار شود و به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم روی سلامت زنان تأثیر گذارد (۱).

در سال ۲۰۰۶ نتایج مطالعه‌ای در زمینه خشونت خانگی علیه زنان که با همکاری سازمان جهانی بهداشت بر روی ۲۴۰۰۰ زن در ۱۰ کشور جهان انجام شده بود، نشان داد که میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان توسط شریک نزدیک در طول زندگی از ۱۵٪ در ژاپن تا ۷۱٪ در ایتویپی متفاوت است (۱). بنابر گزارش بانک جهانی، ۱۹٪ از کل بار بیماری‌های زنان ۱۹ تا ۴۴ ساله در کشورهای صنعتی مربوطه خشونت خانگی و تجاوز می‌باشد. این به این معناست که از هر ۵ سال زندگی سالم این زنان، ۱ سال به علت صدمات، بیماری یا مرگ زودرس مرتبط با خشونت خانگی از دست می‌رود (۲). پیامدهای منفی ناشی از خشونت خانگی قابل مقایسه با تأثیراتی است که سرطان‌ها، دیابت و فشارخون بر روی سلامتی افراد می‌گذارد (۳). بر طبق نتایج پژوهش‌ها در کشورمان، توانمندسازی زنان و دختران در مواجهه با مشکلات زندگی و آموزش مهارت‌های زندگی سالم به آنان، آشنا نمودن آنان به عوامل زمینه‌ساز بروز خشونت و اجتناب از ایجاد زمینه خشونت، همچنین آشنا نمودن آنان با مهارت‌های ارتباطی و سازگاری برای مواجهه با مشکلات و انتخاب درست رفتارهای جایگزین در حل مسأله، مراجعه و استفاده از خدمات مشاوره خانوادگی در هنگام بروز مشکلات، می‌تواند در پیشگیری و یا کاهش موارد خشونت خانگی اثربخش باشد (۴). استفاده از الگوها و تئوری‌های تغییر رفتار، احتمال افزایش تأثیر برنامه‌های آموزش بهداشت را افزایش می‌دهد و به شناسایی ویژگی‌های فردی و محیط اطراف که به نحوی بر رفتارها اثر دارد کمک می‌کند (۵). از مدل‌های قصد رفتاری، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، مدل اعتقاد بهداشتی و پرسید-پرسوید در زمینه خشونت‌های خانگی استفاده شده است. این مدل‌ها همچنین برای پیش‌بینی اعتقادات و رفتارهای افراد در زمینه‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد (۶-۷). اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و الگوهای مورد استفاده در آموزش بهداشت بستگی دارد لذا امروزه استفاده از تئوری‌ها و الگوهای تغییر رفتار برای متخصصان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت امری ضروری است (۸). از جمله روش‌های مورد تأکید صاحب‌نظران، استفاده از کتاب‌های درسی مقاطع مختلف جهت آموزش دانش‌آموزان، تهیه

کتابچه‌های آموزشی ویژه دانش‌آموزان، برگزاری کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و توانایی حل مسأله برای دانش‌آموزان و خانواده‌ها می‌باشد (۹). این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر الگوی مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقای رفتارهای پیشگیرانه از خشونت خانگی در بین دختران دبیرستانی شهر تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل می‌باشد که روی ۲۴۲ نفر از دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه مدارس منطقه ۸ شهر تهران انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه گرفته شده از مطالعه سلیمان اختیاری (۱۰) می‌باشد. پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و سؤالات سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد براساس مدل اعتقاد بهداشتی است. بخش آگاهی این پرسشنامه شامل ۷ سؤال (به‌صورت چهارگزینه‌ای و یا به‌صورت پاسخ بلی، خیر و نمی‌دانم) که حداکثر نمره قابل کسب در این بخش ۲۰ است. بخش نگرش حاوی ۲۶ سؤال بر مبنای مقیاس ۵ قسمتی لیکرت (کاملاً موافقم، تا کاملاً مخالفم) که به‌ترتیب نمرات آنها از (۱) تا (۵) داده شده است. حداکثر نمره قابل کسب این بخش ۱۳۰ است. بخش رفتار خود گزارشی شامل ۹ سؤال (هر سؤال دارای چهار گزینه جواب شامل همیشه، بیشتر اوقات، گاهی و هرگز) است و هر سؤال بین (۱) تا (۴) نمره‌دهی شده و حداکثر نمره قابل کسب این بخش ۳۶ است.

حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و سطح خطای ۵٪ به‌صورت زیر تعیین گردید:

$$n = \frac{(Z_{(1-\alpha/2)} + Z_{(1-\beta)})^2 \cdot d^2}{n}$$

بنابراین حجم نمونه در هر گروه ۱۰۰ نفر برآورد شد. با توجه به اینکه روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۲ مرحله‌ای می‌باشد نمونه فوق در ضریب ۱/۲ به‌عنوان ضریب اثر طرح نمونه‌گیری ضرب گردید و تعداد کل نمونه‌ها ۲۴۰ به‌دست آمد و بدین ترتیب ۱۲۰ نفر برای آموزش و ۱۲۰ نفر برای کنترل انتخاب شدند.

از مجموع ۲۴ مدرسه‌ی دولتی و غیردولتی دخترانه دوره دوم متوسطه‌ی منطقه ۸ تهران (طبق آمار سال ۹۳)، ۶ مدرسه (۴ مدرسه دولتی و ۲ مدرسه غیر دولتی) به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس مدارس به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. به‌منظور جلوگیری از تبادل اطلاعات ما بین دو گروه، انتخاب مدارس به گونه‌ای انجام شد که مدارس از هم فاصله مکانی داشته باشند. با توجه به پیگیری مستمر توسط محقق در مراحل پژوهش ریزش وجود نداشت. دانش‌آموز دختر پایه دوم در دوره دوم متوسطه و موافقت جهت همکاری، به‌عنوان معیار ورود به مطالعه و عدم تمایل دانش‌آموز برای شرکت در مطالعه به‌عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

اطلاعات آنها نزد محقق محرمانه می‌ماند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ویلکاکسون، من ویتنی و کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در تمامی تحلیل‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

آزمون کای اسکور جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای کیفی شامل ویژگی‌های دموگرافیک بیماران، آزمون من ویتنی جهت بررسی اختلاف قبل و بعد از آموزش در دو گروه مورد و شاهد و آزمون ویلکاکسون جهت بررسی اختلاف قبل و بعد از آموزش در هر گروه مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

نتایج نشان داد توزیع ویژگی‌های دموگرافیک در دو گروه مداخله و کنترل یکسان بود. اختلاف معناداری از نظر ویژگی‌های دموگرافیک بین دو گروه وجود نداشت (جدول ۱).

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات آنها به صورت کدگذاری شده وارد برنامه کامپیوتری شد. سپس باتوجه به یافته‌های به دست آمده از نتایج پیش آزمون، یک برنامه آموزشی بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی اجرا شد. عناوین برنامه آموزشی عبارت بودند از تعریف خشونت و انواع آن، عوارض جسمی و روانی خشونت خانگی، علائم بروز خشم، راه‌های پیشگیری و کنترل خشم، محتوای آموزشی به گروه مداخله با روش‌های آموزشی به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و بارش افکار، ارائه گردید. همچنین به منظور تسهیل در درک مطالب، رسانه‌های آموزشی مانند پمفلت به کار برده شد. محتوای آموزشی، در طول یک ماه به صورت سه جلسه (هر جلسه ۴۵ دقیقه) برای گروه مداخله اجرا شد. ۳ ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی، همان پرسشنامه مجدداً از هر دو گروه جمع‌آوری گردید. به منظور رعایت موازین اخلاقی در پژوهش، آموزش به گروه کنترل پس از اتمام مرحله پس آزمون انجام شد و در هر مرحله از مطالعه به افراد اطمینان داده شد که

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک بین گروه مداخله و گروه کنترل

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		P.V
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تعداد اعضای خانواده					
۱-۳	۲۹	۲۴/۰	۲۲	۱۸/۲	۰/۴۳۸
۴	۶۳	۵۲/۱	۷۱	۵۸/۷	
۵ و بالاتر	۲۹	۲۴/۰	۲۸	۲۳/۱	
رتبه تولد					
۱	۶۴	۵۲/۹	۶۰	۴۹/۶	۰/۴۰۳
۲	۳۷	۳۰/۶	۴۶	۳۸/۰	
۳ و بالاتر	۲۰	۱۶/۵	۱۵	۱۲/۴	
تحصیلات پدر					
زیر دیپلم	۴۰	۳۳/۱	۳۴	۲۸/۱	۰/۰۶
دیپلم	۵۶	۴۶/۳	۴۴	۳۶/۴	
دانشگاهی	۲۵	۲۰/۷	۴۳	۳۵/۵	
تحصیلات مادر					
زیر دیپلم	۳۸	۴/۳۱	۳۰	۸/۲۴	۰/۱۳۹
دیپلم	۶۴	۹/۵۲	۶۰	۶/۴۹	
دانشگاهی	۱۹	۷/۱۵	۳۱	۶/۲۵	
شغل پدر					
کارمند	۵۳	۴۳/۸	۵۷	۴۷/۱	۰/۶۰۶
آزاد	۶۸	۵۶/۲	۵۴	۵۲/۹	
شغل مادر					
خانه‌دار	۸۸	۷۲/۷	۹۳	۷۶/۹	۰/۴۵۹
شاغل	۳۳	۲۷/۳	۲۸	۲۳/۱	
وضعیت محل سکونت					
ملکی	۶۶	۵۴/۵	۷۹	۶۵/۳	۰/۰۸
استیجاری	۵۵	۴۵/۵	۴۲	۳۴/۷	
اتاق شخصی					

بله	۸۳	۶۸/۶	۸۶	۷۱/۱	۰/۶۷۴
خیر	۳۸	۳۱/۴	۳۵	۲۸/۹	
وضعیت زندگی					
پدر و مادر	۱۰۹	۹۰/۱	۱۱۳	۹۴/۳	۰/۳۵
سایرین	۱۲	۹/۹	۸	۶/۶	

نتایج تحلیل داده‌های پیش آزمون نشان داد که قبل از مداخله، تفاوت معناداری بین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد دانش‌آموزان در مورد خشونت خانگی در دو گروه وجود نداشت ($P > 0/05$) ولی سه ماه بعد از مداخله آموزشی و مقایسه نمرات متغیرهای آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و عملکرد بین دو گروه، اختلاف معناداری ($P < 0/05$) مشاهده شد؛ ولی در بعد راهنما برای عمل و خودکارآمدی این اختلاف معنادار نبود. این در حالی است که در هیچ‌گونه اختلاف معناداری بعد از گذشت زمان در گروه کنترل دیده نشده است ($P > 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲- نتایج تحلیل داده‌ها پیش و پس از مداخله در گروه‌ها

میانگین آگاهی	آموزش	گروه	میانگین	انحراف معیار	P.V
قبل از آموزش	مداخله	۷/۷۰	۲/۲۶	۰/۳۳۴	
کنترل	۷/۷۸	۲/۱۲			
بعد از آموزش	مداخله	۱۶/۳۶	۳/۲۳	<0/001	
کنترل	۸/۳۷	۲/۶۷			
حساسیت درک شده					
قبل از آموزش	مداخله	۱۰/۶۸	۱/۹۴	0/170	
کنترل	۱۰/۱۰	۲/۲۸			
بعد از آموزش	مداخله	۱۲/۱۴	۱/۷۷	<0/001	
کنترل	۱۰/۶۲	۱/۵۷			
شدت درک شده					
قبل از آموزش	مداخله	۱۹/۴۹	۲/۶۲	0/899	
کنترل	۱۹/۲۹	۳/۱۶			
بعد از آموزش	مداخله	۲۱/۱۵	۱/۶۳	<0/001	
کنترل	۱۹/۸۶	۳/۳۴			
منافع درک شده					
قبل از آموزش	مداخله	۱۷/۵۶	۲/۳۹	0/771	
کنترل	۱۷/۳۹	۲/۶۰			
بعد از آموزش	مداخله	۱۹/۳۵	۲/۳۹	<0/001	
کنترل	۱۷/۷۹	۳/۰۳			
موانع درک شده					
قبل از آموزش	مداخله	۱۵/۴۷	۳/۶۲	0/368	
کنترل	۱۵/۸۳	۳/۵۹			
بعد از آموزش	مداخله	۱۷/۱۱	۲/۸۶	<0/001	
کنترل	۱۵/۶۶	۲/۹۴			
راهنما برای عمل					
قبل از آموزش	مداخله	۱۷/۳۳	۳/۴۴	0/434	
کنترل	۱۷/۴۳	۳/۲۷			

بحث

در دهه‌های اخیر، پیشگیری اولیه از بروز خشونت خانگی علیه زنان و همچنین شناسایی زنان خشونت دیده و مدیریت این موارد در بسیاری از کشورها به‌عنوان یک اولویت سلامت زنان مورد توجه قرار گرفته است و انواع مختلفی از مداخلات با راهکارهای متنوع از جمله راهکارهای آموزشی، حمایتی و قانونی برای برخورد درست با این مشکل عمده سلامت زنان طراحی و اجرا شده است.

در این مطالعه نتایج به‌دست آمده بیانگر تأثیر مثبت مداخله آموزشی مبتنی بر مهارت‌ها، بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی می‌باشد. در این تحقیق نمرات آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و عملکرد در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود که این نتایج مشابه نتایج به‌دست آمده از مطالعه سلیمان اختیاری است در این مطالعه ۲ ماه بعد از مداخله آموزشی رفتارهای پیشگیرانه از خشونت خانگی در گروه مداخله به‌طور معنادار افزایش یافته بود (۱۰).

مطالعه فوشی و همکاران (۲۰۰۴) همانند پژوهش حاضر نشان داد گروهی که برنامه مداخله‌ای در مورد خشونت خانگی را دریافت کرده بودند، ۴ سال بعد از برنامه، به‌طور معناداری خشونت جسمی و جنسی کمتری را گزارش کردند (۱۱). همچنین نتایج مطالعه کراجوسکی و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که بعد از مداخله تفاوت معناداری در آگاهی و نگرش در گروه مورد نسبت به گروه شاهد ایجاد شده است (۱۲). مطالعه مک فارلن و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بعد از مداخله، زنان گروه مورد به‌طور معناداری رفتارهای ایمن تطبیقی در مورد خشونت خانگی بیشتری نسبت به گروه شاهد گزارش داده بودند (۱۳).

References

1. Audi CA, Segall-Correa AM, Santiago SM, Andrade Mda G, Perez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica* 2008;42:877-85.
 2. Nojomi M, Agae S, Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. *Arch Iran Med* 2007;10:309-15.
 3. United States Department of Health & Human Services. Healthy People 2000. Washington, DC: US Government Printing Office, 1997.
 4. Sarichloo ME, Ghafelehbashy SH, Kalantari Z, Moradi Bagloei M, Jahani-Hashemi H. Effectiveness of health education interventions to prevent domestic violence against women. *J Soc Welfare* 2010;11:237-57.
 5. Jackson C. Behavioral science theory and principles for practice in health education. *Health Edu Res* 1997;12:143-50.
 6. Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *J Experi Soc Psychol* 1986;22:453-74.
 7. Davidson AR, Morrison DM. Predicting contraceptive behavior from attitudes: a comparison of within- versus across-subjects procedures. *J Pers Soc Psychol* 1983;45:997-1009.
 8. Armitage CJ, Conner M. Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychol Health* 2000;15:173-89.
 9. Ahmadi B, Naseri S, Mohammadian A. View of men and women in Tehran on domestic violence against women in Iran: a qualitative study. *J Pub Health Inst Health Res* 2008;6:67-81.
 10. Ekhtiari S. The effect of intervention based on the precede-proceed model health belief model much of global preventive treatment of domestic violence among high school girls in Tehran [dissertation]. Tehran, Iran: Tehran Univ Med Sci; 2010. [Persian].
 11. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Linder GF, Benefield T, Suchindran C. Assessing the long-term effects of the safe dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *Am J Public Health* 2004;94:619-24.
 12. Krajewski SS, Rybarik MF, Dosch MF, Gilmore GD. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *J Family Viol* 1996;11:93-112.
 13. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, et al. Protection orders and intimate partner violence: an 18-month study of 150 black, Hispanic, and white women. *Am J Public Health* 2004;94:613-8.
 14. Nabi RL, Southwell B, Hornik R. Predicting intentions versus predicting behaviors: domestic violence prevention from a theory of reasoned action perspective. *Health Commun* 2002;14:429-49.
 15. Sarichloo ME, Ghafelehbashy SH, Kalantari Z, Moradi Bagloei M, Jahani-Hashemi H. Determine the types and effects of domestic violence against women and the impact of communication skills, problem-solving and coping with stress in women decrease. *JQUMS* 2009;13:19-24.
 16. Yom YH, Eun LK. Effects of a CD-ROM educational program on sexual knowledge and attitude. *Comput Inform Nurs* 2005;23:214-9.
- مطالعه نابی و همکاران (۲۰۰۲) هم نشان داد، آموزش در جهت تغییر باورهای شخصی و نرم‌های اجتماعی منجر به اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از خشونت‌های خانگی خواهد شد (۱۴). در مطالعه سارچلو و همکاران (۲۰۰۹) پس از مداخله، میانگین خشونت علیه زنان توسط همسرانشان کاهش یافته بود ناراحتی روانی-عصبی، سقط جنین، کبودی دورچشم هر یک از مصادیق خشونت به‌طور جداگانه کاهش معناداری داشتند (۱۵). در این پژوهش از برخی از رسانه‌های آموزشی مانند پمفلت استفاده شده است. مشابه مطالعات یوم و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی با استفاده از سی دی آموزشی در زمینه پیشگیری از خشونت‌های جنسی در بین ۷۹ دانش‌آموز پسر ایالت Kwangwon کره انجام دادند، گروه مداخله، سی دی آموزشی دریافت کردند. میزان آگاهی و نگرش گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی سنجیده شد. به‌دنبال مداخله آموزشی افزایش معناداری در نمره‌ی آگاهی گروه مداخله مشاهده شده است (۱۶). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تکمیل پرسشنامه‌ها به شیوه خود گزارشی اشاره نمود.
- نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر تأثیر آموزش از طریق مدل اعتقاد بهداشتی بر افزایش آگاهی، ادراکات و عملکرد دانش‌آموزان در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از خشونت خانگی می‌باشد. کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی به لحاظ ایجاد تهدید درک‌شده در دانش‌آموزان دختر، تشریح پیامدهای منفی ناشی از عدم انجام رفتارهای پیشگیری کننده از خشونت و در مقابل توصیف منافع حاصل از انجام رفتارهای پیشگیری کننده از خشونت خانگی در پیشگیری از خشونت خانگی تأثیرگذار می‌باشد. همچنین آموزش مهارت‌های زندگی، آگاه‌سازی عمومی و اجرای برنامه‌هایی در جهت افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان پیشنهاد می‌گردد. در این راستا توانمندسازی زنان و دختران برای تطبیق رفتارهای پیشگیرانه از خشونت خانگی می‌تواند منجر به کاهش موارد خشونت علیه زنان و دختران در کشورمان گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت است. بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از زحمات و همکاری صمیمانه اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران، اداره آموزش و پرورش منطقه ۸، مدیران و مسئولین مدارس و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این مطالعه کمال قدردانی و تشکر را داشته باشیم.



The Effect of an Intervention Based on the Health Belief Model on Preventive Behaviors of Domestic Violence in Female High School Students

Gholamreza Garmaroudi (Ph.D.)^{1*}, Bita Sarlak (M.Sc.)¹, Roya Sadeghi (Ph.D.)¹, Abbas Rahimi Foroushani (Ph.D.)²

1- Dept. of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Dept. of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 5 December 2015, Accepted: 3 January 2016

Abstract:

Introduction: This study aimed to determine the effect of education on health belief model on preventive behaviors of domestic violence among female secondary school students in Tehran.

Methods: 242 female students in high schools of Tehran were divided randomly into two groups (intervention and control). Data collection tool were a questionnaire composed of demographic information and health belief model structures before the intervention, a pre-test was performed, and then based on the results of a training program about domestic violence, and intervention was conducted in intervention group. 3 months after the intervention, the same questionnaires were given to fill out. Data were analyzed using SPSS software and Chi-Square, Wilcoxon and Mann-Whitney tests.

Results: The results showed that scores of knowledge ($P=0.324$), attitude ($P>0.05$) and practice ($P=0.758$) in both intervention and control groups were not significantly different before training, but after training, knowledge scores and in the case of health belief model scores of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers and performance significant difference was observed ($P<0.001$) but in the case of operation ($P=0.837$) and efficacy ($P=0.262$) the difference was not significant statistically.

Conclusions: The results of this study showed the effect of education on health belief model on awareness, perceptions, attitude and practice of students about domestic violence about preventive behaviors. A training program based on this model for female students in all academic courses was proposed to be implemented.

Keywords: Health belief model (HBM), Domestic violence, Educational intervention.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: Gh. Garmaroudi, Email: garmaroudi@tums.ac.ir

Citation: Garmaroudi GH, Sarlak B, Sadeghi R, Rahimi Foroushani A. The effect of an intervention based on the health belief model on preventive behaviors of domestic violence in female high school students. Journal of Knowledge & Health 2016;11(1):69-74.