

# تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز

\*محمود کریمی (MSc)<sup>۱</sup> - دکتر فضل الله غفرانی پور (Ph D)<sup>۲</sup> - دکتر علیرضا حیدرنیا (Ph D)<sup>۳</sup>

\*نویسنده مسئول: ساوه، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، دانشکده پرستاری

پست الکترونیک: karimymahmood@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۲/۲۶

## چکیده

**مقدمه:** به نظر سازمان جهانی بهداشت مؤثرترین راه علیه ایدز، آموزش بهداشت است و گروه‌های آسیب‌پذیر باید در اولویت برنامه‌های آموزشی قرار گیرند، معنادان به مواد مخدر بویژه معنادان تزریقی از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر HIV بوده و در حال حاضر حدود ۶۶٪ موارد ایدز در کشورمان مربوط به آنهاست. هدف: این پژوهش با هدف ارزیابی تأثیر مدل اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معنادان زرنده انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد است، جامعه پژوهش ۴۹ مرد معناد در انجمن تولد دوباره زرنده بودند که با توجه به حجم محدود نمونه به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، آگاهی و عملکرد بود. پس از برگزاری آزمون اولیه، نتایج با آزمون‌های آماری کای دو، t-test و همبستگی، تجزیه و تحلیل شد، سپس محتوای آموزشی بر این اساس طراحی، تدوین و اجرا شد. ۲ ماه پس از مداخله، آزمون ثانویه با همان پرسشنامه اولیه انجام و داده‌ها با نرم افزار SPSS 11.5 تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** ۴۲٪ نمونه‌ها آگاهی خوب، ۳۱٪ سابقه تماس جنسی پرخطر و ۳۲٪ سابقه استعمال مواد به روش تزریقی داشتند. از نظر اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی اکثر نمونه‌ها شدت درک بالایی داشتند و بین میانگین نمره همه سازه‌ها (حساسیت، منافع، موانع و شدت درک) قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌دار بدست آمد ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز مؤثر بوده است. همچنین، با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود برای رفع موانع رفتارهای پیشگیری کننده با آموزش‌های مشابه و استفاده از نظریه‌ها و الگوهای دیگر تغییر رفتار در سطح فردی و سازمانی، برنامه‌ریزی شود.

## کلید واژه‌ها: آموزش بهداشت / اختلالات ناشی از مواد / سندرم کاهش ایمنی اکتسابی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هجدهم شماره ۷۰، صفحات: ۷۳-۶۴

## مقدمه

طبق گزارش WHO تعداد کشورهایایی که عفونت HIV را در معنادان گزارش می‌کنند رو به افزایش است و کشورهای در حال توسعه آسیب‌پذیری بالایی نسبت به سوء مصرف مواد و عواقب ناشی از آن دارند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که معنادان تزریقی قادرند برای کاهش خطر عفونت HIV در خودشان و نیز دیگران، رفتارهای خود را تغییر دهند و این نکته برای افرادی که در این حیطه فعالیت پژوهشی می‌کنند حائز اهمیت و قابل توجه است (۶).

به نظر سازمان جهانی بهداشت تنها راه مؤثر علیه ایدز، آموزش بهداشت است و گروه‌های آسیب‌پذیر باید در اولویت این برنامه‌های آموزشی قرار گیرند (۷). معنادان به مواد مخدر از گروه‌های در معرض خطر ابتلا به HIV بوده و آمیختگی اعتیاد با مشکلاتی نظیر فقر، کم‌سواد،

سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز که در اثر عفونت با ویروس نقص سیستم ایمنی (HIV) بوجود می‌آید (۱) در سومین دهه حضور خویش تبدیل به بیماری همه‌گیری شده است که جامعه جهانی را تهدید می‌کند (۲) و به کشور و گروه خاصی نیز اختصاص ندارد (۳). گرچه برخی از کشورهای توسعه یافته در مهار اپیدمی موفقیت‌های چشمگیری داشته‌اند، اما در کشورهای در حال توسعه، گسترش اپیدمی همچنان ادامه دارد (۴) و به عنوان یک موضوع جدی و قابل بحث در بین محققان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مطرح است (۵). امروزه، برای جلوگیری از ابتلا به ایدز، آموزش و راهکارهای مؤثری انجام می‌شود، با این حال هر روز شاهد افزایش تعداد بیماران هستیم لذا به نظر می‌رسد اطلاع‌رسانی صرف کافی نبوده و باید در رفتارها تغییر اساسی پدید آورد (۱).

اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت را بیشتر خواهد کرد (۱۵). الگوی اعتقاد بهداشتی که به‌عنوان چهارچوب اصلی در این پژوهش بکار رفته از قدیمی‌ترین تئوری‌های رفتار بهداشتی است و متخصصان مختلف در حوزه‌های مختلف علوم رفتاری آن را در طراحی و ارزیابی مداخله‌های رفتاری بکار برده‌اند.

طبق این الگو تصمیم و انگیزه شخص در اتخاذ یک رفتار بهداشتی به سه مقوله مجزای ادراک شخصی، رفتارهای تعدیل‌کننده و احتمال انجام آن عمل یا آن رفتار بر می‌گردد. درک شخصی عواملی هستند که بر درک بیماری یا ناخوشی و همچنین پیامد یک رفتار بهداشتی اثر می‌گذارد. احتمال انجام عمل در مورد عوامل مؤثر بر احتمال اتخاذ رفتار مناسب، بحث می‌کند و عوامل تعدیل یا تسهیل‌کننده که شامل متغیرهای دموگرافی، تهدید درک شده و راهنمای عمل هستند، نقش خود را پس از ظهور ادراک فردی ایفا می‌کنند (۷، ۱۵، ۲۷ و ۲۹).

در حقیقت الگوی اعتقاد بهداشتی به ما اجازه می‌دهد که عوامل روانی احتمالی مؤثر بر تصمیم افراد را بررسی کنیم (۲۷).

بر اساس این الگو، فرد عمل مربوط بهداشتی را در صورتی انجام خواهد داد که:

۱- احساس کنیم که می‌تواند از حالت سلامتی منفی پیشگیری کند مثلاً اجتناب از یک وضعیت بهداشتی منفی مثل HIV.

۲- با انجام عملکرد توصیه شده بتواند از وضع سلامتی منفی جلوگیری کند، یا انتظار مثبت از این که عمل به توصیه‌ها از وضع سلامتی منفی او ممانعت می‌کند مثل تاثیر استفاده از کاندوم در پیشگیری از عفونت HIV.

۳- فرد معتقد باشد که به راحتی و با موفقیت می‌تواند برای جلوگیری از پیامدهای سلامتی منفی به رفتار بهداشتی عمل کند. یعنی معتقد به انجام موفق عمل بهداشتی توصیه شده باشد مثلاً به راحتی و با اطمینان بتواند از کاندوم استفاده کند.

کاربرد این الگو در مورد HIV/AIDS به درک بهتر

بیکاری و بی‌خانمانی خطر ابتلا به HIV را افزایش می‌دهد (۷). اعتیاد تزریقی دومین راه شایع انتقال HIV در دنیا و شایع‌ترین راه در ایران محسوب می‌شود و در آسیای جنوب شرقی (۹).

خطر بروز اپیدمی HIV در ایران جدی است و بی‌شک گسترش این اپیدمی در وضع اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور اثر نامطلوب و گسترده‌ای خواهد داشت. بنابراین، تلاش برای مهار اپیدمی در ایران یک وظیفه ملی بوده و مداخله فوری در گروه‌های پرخطر بویژه معتادان تزریقی، کلید حل این مشکل است (۱۰).

از گروه‌های مختلف جامعه که رفتارهای پرخطر دارند، سرعت گسترش عفونت HIV در هیچ گروهی به اندازه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد نیست (۱۱ و ۱۲).

با توجه به شیوع بالای رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان تزریقی، اعتیاد تزریقی به صورت عامل مؤثری در گسترش عفونت به سایر گروه‌های اجتماعی عمل می‌کند. بنابر این، خطر HIV در معتادان فقط به خودشان محدود نمی‌شود، بلکه در وهله اول شرکای جنسی و فرزندان آنان و سپس سایر گروه‌های اجتماعی را هم در بر می‌گیرد (۱۰).

ناآگاهی و رعایت نکردن رفتارهای صحیح بهداشتی در هر جامعه‌ای اجتناب‌ناپذیر است. افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه‌های درست زندگی، حفظ سلامت و پرهیز از بیماری‌ها، نیازمند آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی هستند (۱۳). تنها راه مهار این بیماری در غیاب درمان یا واکسن مؤثر، آموزش بهداشت در جهت تغییر رفتارهای خطرناک به‌شمار می‌رود (۱۴). آگاه‌سازی جامعه می‌تواند تا حد زیادی در پائین آوردن آمار ابتلای به HIV مؤثر باشد (۵).

ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی دارد و اثربخشی این برنامه‌ها نیز به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش بهداشت دارد. به عبارت دیگر وجود پشتوانه‌ی تئوری مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی باشد،

امتیاز در نظر گرفته شد. معیار سنجش سطح آگاهی، تعداد پاسخ‌های صحیح بود و مجموع امتیاز بدست آمده به‌طور قرار دادی در سه گروه مطلوب (نمره ۱۵-۱۰)، متوسط (نمره ۹-۵) و ضعیف (نمره کمتر از ۴) طبقه‌بندی شد. برای آنالیز بهتر، تغییر رفتار به سه گروه مطلوب (۶-۵)، متوسط (۴-۳) و نامطلوب (۲-۰) تقسیم شد.

ضمناً، روایی و پایایی پرسشنامه به ترتیب با روش‌های اعتبار محتوا و آزمون مجدد سنجش و ارزیابی شد. بدین ترتیب که اعتبار پرسشنامه طراحی شده، با استفاده از منابع و مقاله‌های معتبر علمی با نظرخواهی از متخصصان پژوهش و نیز استفاده از نظر اصلاحی ایشان تایید شد. پایایی پرسشنامه با آزمون مجدد با ضریب همبستگی ( $r=0.79$ ) تعیین شد. ضریب پایایی با آزمون آلفا کرونباخ برای آگاهی، ۸۳ ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی، ۷۶ و عملکرد، ۷۵ درصد محاسبه شد که از نظر آماری قابل پذیرش و معتبر است.

برنامه آموزشی پس از جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات پرسشنامه‌ها، بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی و تدوین شد. سپس، این گروه در معرض مداخله پژوهشگر، یعنی برنامه آموزش بهداشت قرار دادند تا بر اساس این مدل برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز نخست در برابر مساله (ابتلا به ایدز) احساس خطر کنند (حساسیت درک شده). سپس، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خود درک کنند (شدت درک شده). با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کنند (راهنمای عمل) مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای خود را باور نمایند (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را نیز کم هزینه‌تر از فوائد آن ببینند (موانع درک شده)، تا در نهایت به اتخاذ رفتار پیشگیری کننده اقدام کنند. برنامه آموزشی با استفاده از روش‌های سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ، جزوه آموزشی و نمایش فیلم در مدت دو هفته به اجرا درآمد.

رفتارهای مخاطره آمیز جنسی و مصرف مواد کمک می‌کند. اساس الگو بر انگیزه افراد برای عمل است. پس، می‌تواند با برنامه‌های آموزش جنسی و مصرف مواد تناسب خوبی داشته باشد. سازه‌های این الگو در برنامه‌های آموزشی ایدز کاربرد دارد و به فهم بیشتر رفتارهای پیشگیری از ایدز کمک می‌کند. اساس کار آموزش بهداشت بکارگیری نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار برای برنامه‌ریزی مؤثرتر و مداخله آموزشی با موفقیت بیشتر است. لذا این پژوهش با هدف ارزیابی تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معنادان زرنده انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه نیمه تجربی، جامعه آماری شامل کلیه مردان معتادی (۵۱ نفر) بود که در پائیز ۸۶ به انجمن تولد دوباره زرنده مراجعه کرده بودند. با توجه به حجم محدود نمونه، کل جامعه پژوهش به‌عنوان نمونه به‌صورت سرشماری انتخاب و ۲ نفر به‌علت ندادن رضایت و مراجعه نکردن حذف، و ۴۹ نفر باقیمانده به عنوان واحدهای پژوهش، وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه چند قسمتی شامل اطلاعات دموگرافی (۸ سؤال)، آگاهی (۱۵ سؤال)، ۲۵ سؤال ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی [شامل حساسیت (۵ سؤال)، شدت (۵ سؤال)، منافع (۵ سؤال)، موانع درک شده (۵ سؤال) و راهنمای عمل در بعد خارجی (۵ سؤال)] و سنجش عملکرد (۶ سؤال) به‌صورت خود گزارش دهی بود.

نمره قراردادی عوامل حساسیت، شدت، تهدید و منافع درک شده به این صورت تعیین شد: به مطلوب‌ترین حالت نمره ۲، بدترین حالت نمره صفر و نظری ندارم نمره ۱ داده‌شد. در موانع درک شده، به مطلوب‌ترین حالت نمره ۲ یعنی کاهش درک موانع، به بدترین حالت نمره صفر یعنی اثر درک موانع و حالت نظری ندارم نمره ۱ داده شد در راهنمای عمل خارجی برای هر جزء یک

عامل راهنما محسوب می‌شد. همچنین، روش‌های آموزش مورد علاقه گروه به ترتیب عبارت بودند از فیلم آموزشی ۵۱٪، سخنرانی ۳۲٪، بحث گروهی ۱۹٪، جزوه آموزشی و پمفلت به ترتیب ۱۲ و ۱۰ درصد.

جدول ۱: مقایسه میانگین و توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمره آگاهی واحدهای پژوهشی قبل و بعد از مداخله آموزشی

گروه آزمون	قبل تعداد(درصد)	بعد تعداد(درصد)
امتیازات		
ضعیف(۰-۴)	۱۱ (۲۲)	۶ (۱۲)
متوسط(۵-۹)	۱۸ (۳۶)	۲۰ (۴۱)
مطلوب(۱۰-۱۵)	۲۱ (۴۲)	۲۳ (۴۷)
جمع	۴۹ (۱۰۰)	۴۹ (۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار	۹/۷±۲	۱۱/۶±۲/۲
p	<۰/۰۰۰۱	

جدول ۲: مقایسه میانگین و توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمره عملکرد واحدهای پژوهش قبل و بعد از مداخله آموزشی

گروه آزمون	قبل تعداد(درصد)	بعد تعداد(درصد)
امتیازات		
ضعیف(۰-۲)	۲۱ (۴۲)	۱۴ (۲۹)
متوسط(۳-۴)	۱۹ (۴۰)	۲۴ (۴۹)
مطلوب(۵-۶)	۹ (۱۸)	۱۱ (۲۲)
جمع	۴۹ (۱۰۰)	۴۹ (۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار	۲/۹±۱/۱	۳/۸±۰/۹
p	<۰/۰۰۰۱	

میانگین سنی شروع مصرف مواد ۲۶ سالگی و رفع مشکلات روحی، سبک‌شدن و کنجکاوی به ترتیب با ۳۶، ۲۹ و ۲۷ درصد جزء مهم‌ترین عوامل شروع مصرف بودند. ۶۳ درصد افراد سابقه اعتیاد به مدت ۵-۳ سال، ۲۲ درصد کمتر از سه سال و مابقی بیش از ۵ سال داشتند. آزمون آماری ضریب همبستگی بین طول مدت اعتیاد با آگاهی و عملکرد رابطه معنی‌دار نشان نداد. ۳۲٪ نمونه‌ها سابقه تزریق مواد مخدر، ۱۳٪ خالکوبی و ۳۱٪ سابقه تماس جنسی خارج از حریم خانواده داشتند.

پس از سپری شدن زمان مناسب، یعنی حداقل ۲ ماه پس از اجرای برنامه آموزشی، مجدداً اطلاعات مربوط به آگاهی، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد واحدهای پژوهشی توسط همان پرسشنامه جمع‌آوری شد. پس از استخراج داده‌ها، اطلاعات با نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های  $t$ ، همبستگی و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شد. اخلاق پژوهشی با اخذ رضایت‌نامه از واحدهای پژوهش و همچنین محرمانه نگهداشتن اطلاعات پاسخگویان رعایت شده است.

### نتایج

براساس نتایج، بیشترین میزان فراوانی افراد از نظر سنی (۶۱٪) مربوط به گروه سنی (۲۹-۲۵) ساله بود. با آزمون ضریب همبستگی، بین سن و آگاهی و عملکرد واحدهای پژوهش رابطه معنی‌دار وجود نداشت. ۴۱/۵ درصد افراد تحصیلات دیپلم، ۴۸/۳ درصد راهنمایی، ۷ درصد بی‌سواد و ۳/۲ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. آزمون آنالیز واریانس بین میزان تحصیلات و آگاهی رابطه معنی‌دار نشان داد ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). اما میزان تحصیلات با عملکرد رابطه معنی‌دار نداشت. ۴۲٪ واحدهای پژوهش آگاهی خوب و ۳۶٪ آگاهی متوسط داشتند اما تنها ۱۸٪ عملکردشان خوب بود و ۴۰٪ عملکرد متوسط داشتند و عملکرد مابقی ضعیف بود (جداول ۱ و ۲).

۶۳/۸٪ افراد مجرد و ۳۷/۲٪ متأهل بودند. آزمون آماری تی‌تست رابطه معنی‌داری بین وضع تأهل و تغییر نمره آگاهی عملکرد پیش و پس از مداخله نشان داد ( $p < ۰/۰۵$ ). نتایج یافته‌ها با آزمون آماری تی‌زوج نشان داد که بین میانگین نمره آگاهی و عملکرد نمونه‌های مورد پژوهش قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌دار وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ) (جداول ۱ و ۲).

مهم‌ترین راهنما برای عمل (خارجی) به ترتیب اهمیت عبارت بودند از دوستان و آشنایان (۵۱٪)، رادیو و تلویزیون (۳۳٪)، روزنامه و مجله (۱۲٪)، کارکنان بهداشتی و درمانی (۱۲٪) و کتاب که مورد اخیر با ۷٪ کم‌اهمیت‌ترین

موانع درک شده قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی دار بدست آمد ( $p < .001$ ) (جدول ۳). آنالیز رگرسیون برای تعیین عوامل مؤثر در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده نشان داد که حساسیت یا آسیب پذیری به همراه منافع درک شده بیشترین قابلیت پیشگویی انجام رفتارهای پیشگیری کننده را داشته اند.

که از این تعداد، ۹۸٪ سابقه تماس جنسی غیرایمن (بدون استفاده از کاندوم) را می دادند و هیچیک از وضعیت ابتلای عفونت HIV در شریک جنسی خود اطلاعی نداشتند. ۸٪ افراد سابقه مراجعه به پزشک به علت ابتلای به بیماری های آمیزشی سابقه مراجعه به پزشک داشتند. بین میانگین نمره های حساسیت، شدت، تهدید، منافع و

جدول ۳: نمره عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی قبل و بعد از مداخله آموزشی

p	آزمون				
	بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۷/۱۵	۰/۳۲	۴/۴۳	حساسیت درک شده
<۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۹/۰۱	۰/۳۵	۷/۱۵	شدت درک شده
<۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۸/۰۸	۰/۳۸	۵/۸۷	تهدید درک شده
<۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۶/۷۲	۰/۲۹	۳/۳۵	منافع درک شده
<۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۴/۰۱	۰/۳۳	۶/۹۲	موانع درک شده
<۰/۰۰۰۱	۰/۲۴	۳/۶۱	۰/۲۷	۲/۱۰	راهنمای عمل

## بحث و نتیجه گیری

آگاهی کامل از فرهنگ مصرف مواد و همه گیرشناسی محلی انجام شده باشند (۲۱). در این پژوهش ۳۲ درصد نمونه ها سابقه تزریق مواد و ۳۱ درصد سابقه رفتارهای پرخطر جنسی (تماس جنسی خارج از حریم خانواده) داشتند و بندرت کاندوم استفاده می کردند. بررسی ماهر و همکاران در بانکوک نشان داد که عامل عمده سرعت بخشیدن به گسترش عفونت HIV در معتادان تزریقی دسترسی نداشتن به وسایل تزریق استریل بوده که به شراکت وسیع سرنگ و سوزن در بین معتادان منجر شده است (۱۰ و ۱۷).

در دو دهه گذشته بسیاری از کشورها متوجه ضرورت راهکارهای علمی تر و انعطاف پذیرتر برای کاهش خطر انتقال عفونت HIV در معتادان شده اند زیرا خطر گسترش عفونت HIV در افراد جامعه مهم تر از مصرف مواد است (۱۰). بررسی کریستوفر لانس در مورد رفتارهای پرخطر در بین مردان HIV آمریکائی نشان داد که ۴۷٪ از آنها با شریکان جنسی خود درباره رفتار جنسی ایمن برای

رعایت نکردن رفتارهای بهداشتی در هر جامعه آموزش دیده، بی سواد، باسواد، ثروتمند یا فقیر دیده می شود رفتار درست یا نادرست بخشی از فرهنگ محسوب می شود. آمادگی مردم برای شناخت و عمل کردن به شیوه های درست زندگی در جهت حفظ سلامت و اجتناب از بیماری نیاز به شکل دادن رفتار آنها دارد (۸).

یافته های این پژوهش نشان می دهد که به رغم آگاهی خوب در مورد ایدز و راه های پیشگیری از آن در ۴۲ درصد واحدهای پژوهش، ۴۲ درصد آنها عملکرد ضعیف داشتند. به نظر محققان داشتن آگاهی به تنهایی برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده کافی نیست بلکه طرز تفکر و نگرش درباره یک بیماری، عامل مهمی در اقدام پیشگیرانه است (۱۶). امروزه بررسی های مختلف ثابت کرده اند که محدود کردن گسترش HIV متکی به آموزش بهداشت برای تشویق و کمک به حفظ تغییر رفتار است که خطر کسب یا انتقال این ویروس را کاهش می دهد و در این میان مداخله هایی بیشترین احتمال موفقیت را دارند که با

این مسئله ممکن است دقت و حساسیت رفتار آنها را نسبت به انجام رفتار احتیاطی کاهش دهد و افراد بیشتری را در معرض خطر بیماری HIV قرار دهد. کارمل با بررسی ۴۶ مطالعه انجام شده با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی به این نتیجه رسید که حساسیت درک شده بیشترین قدرت را در پیش بینی رفتار بر عهده دارد (۲۵). اگر یک فرد نسبت به یک مسأله بهداشتی حساس بوده و معتقد باشد که بدون داشتن علائم بیماری می تواند مبتلا به بیماری باشد این حساسیت می تواند منجر به پیشگیری از رفتارهای پر خطر و ابتلا به ایدز شود (۲۶).

ارزیابی از نتایج بالینی پزشکی بیماری توسط فرد بر روی شدت درک شده اثر دارد (۲۶) در این مطالعه قبل از مداخله آموزش میانگین نمره شدت درک شده ۷/۱۵ درصد بود که بعد از مداخله این میزان به ۹/۰۱ افزایش یافت. این مسئله بیانگر شدت درک شده خوبی قبل از آموزش است یعنی واحدهای پژوهش به خاطر نوع آموزش جامعه ما آگاهی خوبی از این که بیماری ایدز بیماری خطرناک و لاعلاجی می باشد دارند، در پژوهش ماهر در بانکوک، ۹۵٪ از معتادان اعتقاد داشتند که ایدز بیماری خطرناکی است که درمان ندارد و در صورت ابتلا به ایدز احتمال مرگ ۱۰۰٪ است (۱۰). بررسی رحمتی و همکاران نشان داد که اکثر دانشجویان نسبت به بیماری ایدز حساس بوده و آنرا بیماری وخیمی می دانند (۲۷).

در بررسی و یکی آر درایو در مورد بیماران دیابتی، مشخص شد که با افزایش معنی دار تهدید درک شده، میزان قطع عضو به علت عارضه پای دیابتی ۸۴٪ کاهش می یابد (۱۵) همچنین در مطالعه دیگر که در رابطه با باورهای بهداشتی و خطر بیماری های قلبی در مردان سوئدی انجام شد ملاحظه شد که بین تهدید درک شده و کاهش تمرینات عادتت رابطه معنی داری وجود دارد (۲۸). در مطالعه لالیس و همکاران در دانشجویان آمریکایی نیز بین میزان تهدید درک شده و میزان استفاده از کاندوم ارتباط مستقیمی وجود داشت (۲۹). بررسی لین در بین مهاجرین در تایوان نشان داد که بین شدت و تهدید درک

پیشگیری از ابتلا به HIV صحبت نکرده و ۲۵٪ نیز در طی تماس جنسی از کاندوم استفاده نکرده اند (۱۸). بررسی کارول نیز در بین معتادان زندان مرکزی لندن نشان داد که آنها بطور متوسط ۷ شریک جنسی داشته و ۲۶٪ سابقه تزریق مشترک داشتند (۱۹).

یافته های این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه آموزش بهداشت در بهبود آگاهی و عملکرد واحدهای مورد پژوهش در رابطه با بیماری ایدز تأثیر داشته است این یافته ها با یافته های پژوهش نیکنامی و همکاران در معتادان کرمانشاه (۶)، ضاربان در ملوانان چابهار (۱۳)، و مطالعه کوک در جوانان سنگاپور (۱) و مطالعه جان در زنان آمریکایی (۲۰) مطابقت دارد. برطبق نظر محقق، دادن آگاهی در مورد راه های انتقال و روش های پیشگیری از HIV و پذیرش آن از طرف افراد به منظور تغییر رفتارهای پرخطر مؤثر بوده و باعث کاهش انتشار HIV می شود (۸). یافته های این مطالعه حاکی از آن است که بین متغیر دموگرافیکی سطح سواد و آگاهی از ایدز رابطه معنی داری وجود دارد. اما بین سطح تحصیلات و عملکرد رابطه معنی دار ملاحظه نگردید. مطالعات انجام شده در آمریکا نشان داد که تأثیر آموزش در سلامت بطور کلی بیشتر از درآمد و شغل بوده و بیسوادی می تواند موجب احساس عدم مسئولیت نسبت به امور بهداشتی و درمانی گردد (۸).

در مطالعه کریمی در دانش آموزان یزد (۲۲) و نیکنامی در معتادان خود معرف کرمانشاه (۶) رابطه معنی داری بین سطح تحصیلات با آگاهی و نگرش در رابطه با ایدز ملاحظه گردید. همچنین یافته های این پژوهش حاکی از عدم رابطه بین سن نمونه ها با آگاهی و عملکرد پیشگیری کننده از ایدز بود که این یافته با یافته های صالح در دانشجویان دانشگاه بنین (۲۳) و مومنی در دانش آموزان شهر یاسوج (۲۴) مطابقت دارد. یافته های این پژوهش حاکی از آن است که قبل از مداخله آموزشی در جامعه مورد پژوهش بسیاری از افراد خود را در خطر ابتلا به ایدز نمی دانستند به طوری که میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله ۴/۴۳ بود که بعد از مداخله به ۷/۱۵ افزایش یافت

کرد. در بررسی سنن هاوتن در مناطق روستایی بنین از موانع عمده مصرف کاندوم، در دسترس نبودن آن در هنگام رفتارهای پرخطر و نیز تمایل نداشتن شریک جنسی به مصرف آن برشمرده شده است (۳۳). بررسی عشرتی و همکاران نیز نشان داد که درک صحیح زندانیان از منافع و موانع درک شده، در کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز مؤثر است (۳۴). یافته‌های مطالعه کریستوفر نشان داد که خودکارآمدی، مشاوره جنسی ایمن و موانع درک شده متغیرهای کلیدی استفاده از کاندوم و رفتارهای جنسی ایمن هستند (۱۸).

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی با ارتقای سطح آگاهی و تأثیر مثبت بر حساسیت، شدت و تهدید درک شده و با توجه به منافع و موانع درک شده، تأثیر قابل توجهی در رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معنادار زرنده داشته است که مشابه یافته‌های مطالعات لالیس در آمریکا (۲۹)، ولک در کنیا (۳۱)، سنن هاوتون در بنین (۳۳)، لین در مهاجرین تایوانی (۳۰) و رحمتی در دانشجویان تهران (۲۷) است.

به‌رغم پیشرفت‌ها، چشم‌انداز دسترسی به یک واکسن و درمان مؤثر همچنان در دوردست باقیمانده و با توجه به یافته‌های این مطالعه، برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز مؤثر بوده است. همچنین، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی برای رفع موانع رفتارهای پیشگیری کننده با طریق آموزش‌های مشابه با استفاده از نظریه‌ها و الگوهای دیگر تغییر رفتار در سطح فردی و سازمانی، صورت گیرد.

شده از ایدز و کاهش رفتارهای پرخطر رابطه معنی داری وجود دارد (۳۰).

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمره منافع درک شده پیش از آموزش ۳/۳۵ بود که پس از مداخله به ۶/۷۲ افزایش یافت. مطالعات مختلف رابطه قوی بین منافع درک شده و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده را نشان داده‌اند و درک شخص از منافع مسیر اقدام را هموار می‌سازد (۲۶). بررسی فرانک سلطانیان در زمینه حفظ رفتار ورزشی برای افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی - عروقی نشان داد که منافع درک شده نقش مهمی در گروه تمرین کننده نسبت به غیرتمرین کننده داشته است (۲۸). اما برگر نشان داد باور بهداشتی به منافع درک شده به‌عنوان یک متغیر به تنهایی رابطه معنی داری با مشارکت و پذیرش دستورهای پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان ندارد (۲۸)، به عقیده لالیس بین نگرش فرد نسبت به منافع استفاده از کاندوم در پیشگیری از ایدز با استفاده از آن رابطه وجود دارد (۲۹). بررسی ولک در کنیا نیز تایید کننده همین مطلب بود (۳۱). مطالعه دواتی بر زنان تهرانی نشان داد که منافع درک شده بیشترین ارتباط را با اتخاذ رفتارهای محافظت کننده در برابر اشعه خورشید دارد (۳۲).

یافته‌های پژوهش ما نشان می‌دهد که میانگین نمره موانع درک شده پیش از آموزش ۶/۹۲ بود که بعد از مداخله ۴/۰۱ کاهش یافت. با دید تحلیلی به یافته‌های این بخش از مهم‌ترین موانع ذکر شده در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده می‌توان به دسترسی نداشتن به سرنگ یکبار مصرف و کاندوم در هنگام نیاز، ترس از ابتلا و نیز طرد از خانواده در صورت مثبت شدن آزمایش HIV اشاره

## منابع

1. Siam SH. Survey of Knowledge towards HIV among Rasht City Women Persian. Gillan Journal of University Of Medical Sciences Health Services 2007; 17(65): 59-66. [Text in Persian]
2. Hatami H. Emerging, Re-Emerging Infectious Diseases and Employee Health. Seda Center Publication, 2004.
3. Stilawrence JS, Brasfield TI. HIV Risk Behaviour among Homeless Adults. AIDS Education Prevention 1995; 7(1): 22-31.
4. Anonymous: AIDS Epidemic Update; December 2003. UNAIDS WHO 2003. Available At: /Www.Unaids.Org. Accessed June 2003.

5. Nojoomi M, Anbari KH. A Comparison of Quality Of Life in HIV/AIDS Patients and Control Group. Iran Journal Of University Of Medical Sciences Health Services 2002; 15(85):169-175. [Text in Persian]
6. Niknami SH, Hatami A, Hedarnia AR. The Effect Of Health Educational Program On Preventing AIDS In Self-Reported Addicts Wives Kermanshah. Kermanshah Journal Of University Of Medical Sciences Health Services 2004; 11(2): 120-126. [Text in Persian]
7. Ghafari M, Niknami SH, Kasemnejad A Et Al. Design And Validity HIV/AIDS Questionnaire In Teens Kermanshah. Kermanshah Journal of University Of Medical Sciences Health Services 2005; 11(1):38-42. [Text in Persian]
8. Karimy M, Niknami SH, Hedarnia A. The Effect of Health Educational Program on Preventing AIDS in Addicts Prisoners Geserhesar Tehran. Ghazvin Journal of University Of Medical Sciences Health Services 2004; 8(1):40-48. [Text in Persian]
9. Schatte RK, Garret GR. Responding To the Homless: Policy and Practice. Newyork; Plenum, 1992.
10. Farhoodi B. HIV/AIDS And Injection Drug Users Tehran; Nehran; Nashreh Seda Publication, 2003.
11. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee I, et al. The Effect Of Syringe Exchange Use Of High Risk Injection Drug Users, A Cohort Study. AIDS 2000. 605-610.
12. McCoy Cb, Brid AG, Lifson A, et al. Injection Drug Users Practices And Attitudes Toward Intervention And Potential For Reducing The Transmission Of HIV. Med Anthropol 1997; 18(1): 35-60.
13. Zareban I, Hedarnia AR, Rakhshani F, et al. The Effect Of Health Education Programe On The Knowledge And Practice Seliors Towards HIV/AIDS In Chababar. Zahedan Journal Of University Of Medical Sciences Health Services 2006; 8(1):29-33 [Text in Persian]
14. Gashtasbi A, Vahdanisadat M, Rezai N. Survey Of Knowledge Towards HIV Among Rasht City Women. Armaghan Danesh Journal Of Khorasanrazavi University Of Medical Sciences Health Services 2007; 10(43): 29-33. [Text in Persian]
15. Sharifirad Gh, Hasavei MM, Hasanzadeh A, et al. The Effect of Health Education Based On HBM Model on Preventive Actions of Smoking In Grade One, Middle School Students. Rahavarde Danesh Journal of Arak University of Medical Sciences Health Services 2007; 17(65): 59-66. [Text in Persian]
16. Ralf J. HIV/AIDS In Prison: Final Report. Montreal; Canadian HIV/AIDS Legal Network and AIDS Society 1996.
17. The Joint United Nations Program on HIV AIDS (UNAIDS). Prison And AIDS; How Has Alarming Situation Arisen? UNAIDS Point Of View, 1997.
18. Christopher Lance Coleman. Health Beliefs and High Risk Sexual Behaviors among HIV-Infected African American Men. Appl Nurs Res 2007; 20(3):110-115.
19. Carvell AI, Haret GJ. Risk Behaviours for HIV Infection among Drug Users in Prison. BMJ 1990; 300(6736):1383-4.
20. Jean NR, Richard N, Alferda K. HIV/AIDS Education Among Incarcerated Youth. J Criminal Justice 2000; 2(23):145-9.
21. Adler MW. ABC Of AIDS, 4<sup>th</sup> ed. Javadi A, Attai B. Esfahan; Esfahan University Of Medical Sciences, 1997.
22. Karimy M, Sadatgoo L. Survey Of Knowledge And Attitude Towards HIV Among Student Yazd City. Yazd Journal Of University Of Medical Sciences Health Services 2003; 11(4): 5-10. [Text in Persian]
23. Salleh ED. Sexual KAP To AIDS And Sexually Transmitted Disease Of Students At The University Of Benin (Togo). Sante 1999; 9(2):102-109.
24. Momeni E, Karimy Z, Malekzadeh GM, et al. Survey Of Knowledge And Attitude Towards HIV among Student Yasug City. Yazd Journal Of University Of Medical Sciences Health Services 2005; 10(1): 24-30. [Text in Persian]
25. Carmel S. The Health Belief Model In The Research Of AIDS-Related Preventive Behavior. PUBLIC HEALTH REVIEWS 1991; 18(1):73-85.
26. Mohamadi N, Rafii SH. Health Education. 4<sup>th</sup> ed. Tehran; Ministry Of Health, 2006.
27. Rahmati F, Niknami SH, Aminshokravi F, et al. Evaluation HBM Model On Planning Preventive Of HIV/AIDS In The Students Tehran University. The 3<sup>rd</sup> National Congress on Health Education & Promotion. Hamedan; Hamedan University of Medical Sciences, 2008. [Text in Persian]
28. Bagianimoghadam MH, Mazloomi S, Ehrampoosh MH. Evaluation HBM Model On KAP Of HB In The Barbers Yazd. The 4<sup>th</sup> National Congress On Environment Health, Tehran, 2003. [Text in Persian]
29. Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH. The Efficacy Of The Health Belief Model For Predicting Condom Usage And Risky Sexual



- Practices In University Students. AIDS Educ Prev 1997; 9(6):551-63.
30. Lin P, Simoni JM, Zemonv. The Health Belief Model, Sexual Behaviours, And HIV Risk Among Taiwanese Immigrants. AIDS Education And Prevention 2005; 17(5):469-483.
31. Wolk JE, Koopman C. Factors Associated With Condom Use In Kenya: A Test Of The The Health Belief Model. AIDS Educ Prev 2001; 13(6):495-508.
32. Davati A, Moradi LM. HBM Model And Preventive Of Cancer Skin. The 3<sup>rd</sup> National Congress On Health Education & Promotion. Hamedan; Hamedan University of Medical Sciences, 2008. [Text in Persian]
33. Sennen H Hounton, Hélène Carabin, Neil J Henderson. Towards An Understanding Of Barriers To Condom Use In Rural Benin Using The Health Belief Model: A Cross Sectional Survey. BMC Public Health 2005; 5: 8.
34. Eshrati B, Asl RT, Dell CA, Afshar P, et al. Preventing HIV Transmission Among Iranian Prisoners: Initial Support For Providing Education On The Benefits Of Harm Reduction Practices. Harm Reduct J 2008; 5:21.

## The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Actions of AIDS on Addict in Zarandieh

\*Karimi M.(MSc)<sup>1</sup>-Ghofranipor F.(Ph D)<sup>2</sup>- Heidarnia A.R.(Ph D)<sup>2</sup>

\*Corresponding Author: Faculty of Nursing, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, IRAN

E- mail: karimymahmood@yahoo.com

Received: 18/Nov/2008 Accepted: 16 Mar/2009

### Abstract

**Introduction:** Based on World Health Organization (WHO) studies health education is the best possible way for HIV prevention. To Fulfit the matter high risk population is the priority. Injecting drug user is heavily affected and accounts for near 66% of all cases.

**Objective:** This study goal is to affect of health education program based on HBM model on the AIDS preventive behaviors of addict in zarandieh.

**Materials and Methods:** This is a quasi-experimental before and after study, on 48 male addicted Tavoloddobareh association of Zarandieh selected as research units. Data collection tool was a questionnaire design based on Health Belief Model (HBM), knowledge and behavior. The training content was designed, edited, and executed after the analysis of the results of the first test. Two months after the intervention, the secondary test was performed using the same questionnaire. Function collected data was analyzed statically tests like t-test, chi-square.

**Results:** 42% of addicted had good knowledge, 31% of them, had risky sexual and 45% had drugs injection. There were significant different, better mean scores of all parts before and after educational intervention.

**Conclusion:** The results of the study indicated, designed health education program, on the basic of HBM was effective in AIDS preventive behaviors: this research suggest intervention study by using other methods a model for behaviors change.

**Key words:** Acquired Immunodeficiency Syndrome/ Health Education/ Substance- Related Disorder

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 70, Pages:64 -73