

مقاله پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره ۱۵، خرداد ۱۳۹۵، ۲۴۶-۲۳۵

تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی جهت ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از ایدز در آرایشگران مرد سیرجان

رضا صادقی^۱، سید سعید مظلومی^۲، مهری هاشمی^۳، محسن رضائیان^۴

دریافت مقاله: ۹۴/۸/۲۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۱۰/۲۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۱۲/۵ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۲/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: شیوع بیماری ایدز در جهان در حال گسترش بوده و به یک مشکل اضطراری تبدیل شده است. بعضی از گروه‌ها از جمله آرایشگران نقش مؤثری در انتقال بیماری ایدز دارند. این مطالعه با هدف بررسی کارایی مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از ایدز در آرایشگران مرد شهرستان سیرجان در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک کارآزمایی آموزشی بود. جمعیت مورد مطالعه، تعداد ۲۰۰ نفر از آرایشگران مرد تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سیرجان بودند که به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر) و کنترل (۱۰۰ نفر) تقسیم شدند. مداخله آموزشی طی دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. اطلاعات از طریق تکمیل پرسش‌نامه محقق ساخته روا و پایا شده (حای ۴۹ سؤال) طی مصاحبه مستقیم قبل از مداخله آموزشی و سه ماه بعد از آن، جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر، t مستقل و t زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از مداخله، نمره‌های آگاهی در هر دو گروه مداخله و شاهد افزایش یافت. این یافته به علت اجرای برنامه‌های آموزشی روتین در آن مراکز بود. همچنین پس از مداخله، نمرات حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع و موانع درک‌شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی نیز در گروه مداخله به طور معنی‌داری افزایش داشت ($p < 0/01$) ولی در گروه شاهد، افزایشی نداشت و اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از ایدز در آرایشگران مرد مؤثر بود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در کنار روش‌های آموزش سنتی، از مدل اعتقاد بهداشتی نیز استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: ایدز، مدل اعتقاد بهداشتی، آموزش بهداشت، آرایشگران مرد

- ۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
- ۲- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
- ۳- کارشناس بهداشت، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
- ۴- نویسنده مسئول، استاد، گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی و مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

تلفن: ۳۱۳۱۵۱۲۳-۰۳۴، دورنگار: ۳۱۳۱۵۰۰۳-۰۳۴، پست الکترونیکی: moeygmr2@yahoo.co.uk

مقدمه

می‌شود و آرایشگری از حرفه‌هایی است که به لحاظ ماهیت کار، در آن از وسایل تیز و برنده استفاده می‌شود و در صورت عدم رعایت موازین بهداشتی، خطر انتقال بیماری افزایش می‌یابد. از این رو آموزش به آرایشگران مرد با توجه به این که سهمی در پیش‌گیری از ایدز بر عهده دارند، یک ضرورت محسوب می‌شود [۷].

ارزش یک آموزش به اثرگذاری آن و تغییر یا ایجاد رفتارهای سلامتی بستگی دارد. تأثیرگذاری آموزشی به استفاده مناسب از تئوری‌های علوم رفتاری بستگی دارد. به این منظور پژوهشگران و محققان از مدل‌ها برای تغییر رفتار کمک گرفته‌اند که یکی از این مدل‌های مؤثر در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی است که رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند و با توجه به اجزائی که دارد، بر اساس این اندیشه تدوین شده است که موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می‌شود و در نتیجه رفتارهای آنها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد [۷]. علت بکارگیری این مدل، مطالعه علل عدم پذیرش مسائل بهداشتی توسط مردم و تبیین رفتار مردمانی بود که خود را از بیمارشدن میرا می‌دانستند. این مدل، الگویی جامع است که بیشتر در پیش‌گیری از بیماری نقش دارد و رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار پیش‌گیری‌کننده مبتنی بر اعتقادات شخصی شامل آسیب‌پذیری شخص نسبت به بیماری، تأثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد و تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری است. سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک‌شده (perceived susceptibility)، منافع درک‌شده (perceived benefits)، راهنمای عمل (cues to action)، شدت درک‌شده

ایدز چهارمین علت مرگ در جهان و از مهلک‌ترین ویروس‌های شناخته‌شده در عصر جدید می‌باشد که به لحاظ میزان کشندگی زیاد و هزینه مراقبتی فراوان، تهدیدی جدی برای سلامت و اقتصاد جوامع است [۱]. ایدز بزرگ‌ترین بیماری عفونی کشنده در دنیاست و آمارهای سال ۲۰۱۳ نشان‌دهنده آلوده بودن حدود ۳۹/۵ میلیون نفر از جمعیت جهان به این ویروس می‌باشد و سالانه در حدود ۲ میلیون نفر در اثر ابتلاء به بیماری ایدز فوت می‌کنند [۲]. آمارها در ایران نشان می‌دهد که تا مهر ۱۳۹۲ حدود ۲۷ هزار نفر به ایدز مبتلا بودند [۳]. ایران یکی از کشورهای در معرض خطر آلودگی به ایدز شناخته شده است و بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، میزان آلودگی ویروس ایدز در ایران تا سال ۲۰۲۰ به ده درصد خواهد رسید [۴].

گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ نشان داد که شیوع HIV (Human Immunodeficiency Virus) در ۱۵ کشوری که بار بیماری بالایی داشتند تا ۲۵٪ کاهش یافته است که این کاهش تا حد زیادی به اجرای برنامه‌های جامع پیش‌گیری از HIV مربوط می‌شود [۵]. منابع علمی، تنها راه مؤثر مبارزه با ایدز را آموزش بهداشت می‌دانند و تأکید می‌کنند که گروه‌های پرخطر و آسیب‌پذیر باید در اولویت اصلی برنامه‌های آموزشی قرار گیرند [۶].

بیماری ایدز از راه‌های مختلفی به انسان منتقل می‌شود؛ یکی از راه‌های انتقال این بیماری، آلودگی وسایل تیز و برنده‌ای است که مکرراً برای افراد مختلف استفاده

نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی در کاهش موانع درک‌شده در خصوص پیش‌گیری از آنفلوآنزا می‌باشد [۱۰]. بررسی متون نشان داد مطالعه مشابهی در ایران در خصوص کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از ایدز در آرایشگران مرد انجام نشده است. با توجه به این که آرایشگران از افرادی هستند که از وسایل تیز و برنده به عنوان ابزار کار استفاده می‌کنند و آلوده بودن این وسایل در انتقال بیماری به دیگران نقش مؤثری دارد؛ لذا محققان حاضر به بررسی اثرات مداخله آموزشی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از ایدز در آرایشگران مرد شهرستان سیرجان پرداخته‌اند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی آموزشی بود. محیط پژوهش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سیرجان در سال ۱۳۹۴ و جمعیت مورد مطالعه، تعداد ۲۰۰ نفر از آرایشگران مرد تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سیرجان بودند که به طور تصادفی ساده به دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر) و کنترل (۱۰۰ نفر) تقسیم شدند. افراد با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از بین ۸ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند، به گونه‌ای که همه افراد در این رده شغلی، از احتمال مساوی برای ورود به مطالعه برخوردار بودند. انتخاب از طریق قرعه‌کشی بود. ابتدا همه افراد شماره‌گذاری شده و سپس به قید قرعه از بین آنها تعداد لازم برای نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول اختلاف نسبت با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪،

(perceived severity)، موانع درک‌شده (perceived barriers) و خودکارآمدی (self efficacy) می‌باشد [۶]. بر اساس این مدل برای اتخاذ رفتارهای پیش‌گیری از ایدز (پیش‌گیری اولیه)، افراد نخست باید در برابر مسئله احساس خطر نمایند (حساسیت درک‌شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند (شدت درک‌شده)، با علائم مثبتی که از محیط اطراف خود دریافت می‌کنند (راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای پیش‌گیری‌کننده را باور نمایند (منافع درک‌شده)، عوامل بازدارنده از اقدام به این رفتارها را نیز کم هزینه‌تر از فواید آن ببینند (موانع درک‌شده) و خود را نیز قادر به انجام رفتارهای پیش‌گیری‌کننده بدانند (خودکارآمدی) تا در نهایت به عملکرد درستی در خصوص پیش‌گیری از ایدز اقدام نمایند [۶].

مطالعات متعددی با این مدل انجام شده است؛ در مطالعه‌ای در شهر تهران که با مدل اعتقاد بهداشتی انجام شده، نشان داده شد که رابطه معنی‌داری بین آگاهی شرکت‌کنندگان و شدت درک‌شده، حساسیت درک‌شده، و منافع درک‌شده در خصوص انجام تست غربالگری ایدز وجود دارد [۸]. نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که قوی‌ترین سازه پیش‌بینی‌کننده برای پیش‌گیری از ایدز، منافع درک‌شده و کمترین آن حساسیت درک‌شده می‌باشد [۷]. در مطالعه دیگری، آموزش با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی منجر به افزایش سازه‌های حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده و کاهش موانع درک‌شده در ایجاد رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از ایدز در معتادان تزریقی شد [۹]. نتایج پژوهش دیگری

اختلاف میانگین عملکرد قبل و بعد از مداخله حدود ۳/۳ با انحراف معیار ۷، به تعداد ۸۴ نفر در هر گروه محاسبه شد که به دلیل احتمال ریزش نمونه‌ها، تعداد ۱۰۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد [۱۱].

$$z = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه داشتن شغل آرایشگری و سکونت در شهرستان سیرجان، و معیار خروج از مطالعه، عدم تمایل برای ادامه شرکت در مطالعه بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه محقق ساخته روا و پایا شده‌ای بود که از طریق مصاحبه و توسط پرسش‌گر آموزش دیده، تکمیل گردید. پرسش‌نامه بی‌نام و به‌صورت کدگذاری شده در سه قسمت تنظیم شده بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک دارای ۴ سؤال در زمینه سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت بود. بخش دوم مربوط به سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. در این بخش ۷ سؤال برای حساسیت درک‌شده، ۵ سؤال برای شدت درک‌شده، ۶ سؤال برای منافع درک‌شده، ۵ سؤال برای موانع درک‌شده، ۶ سؤال برای راهنما برای عمل و ۶ سؤال برای سازه خودکارآمدی در نظر گرفته شد. بخش سوم مربوط به سنجش سازه‌های آگاهی و شامل ۸ سؤال بود. نحوه نمره‌دهی به سؤالات پرسش‌نامه بدین صورت انجام یافت که در سؤالات بخش آگاهی و راهنما برای عمل، به پاسخ بلی نمره ۲ و به پاسخ خیر یا اطلاعی ندارم نمره ۱ تعلق یافت که دامنه نمره‌های آن برای آگاهی از ۸ تا ۱۶ و برای راهنما برای عمل از ۶ تا ۱۲ بود. در سؤالات مربوط به منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، نگرش و عملکرد بر اساس مقیاس پنج‌گانه

لیکرت تنظیم و به پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق گرفت. دامنه نمره‌ها برای منافع درک‌شده و خودکارآمدی از ۶ تا ۳۰، برای شدت و موانع درک‌شده از ۵ تا ۲۵ و برای حساسیت درک‌شده از ۷ تا ۳۵ بود.

در این تحقیق برای تعیین روایی محتوایی پرسش‌نامه، ابتدا همه مطالعات انجام شده در این زمینه و پرسش‌نامه‌های مطالعاتی در دسترس، مورد بررسی قرار گرفته و پیش‌نویس اولیه تهیه شد. برای این امر، پرسش‌نامه برای بررسی در مورد جامع بودن به تأیید ۹ نفر از متخصصین آموزش بهداشت و روان‌شناسی دانش‌آموخته دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و یزد رسید. همچنین برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد که به فاصله ۲ هفته بر روی ۲۰ نفر از آرایشگرانی که جزو گروه مطالعه نبودند، استفاده گردید. ضریب همبستگی بین پاسخ‌های دو نوبت برای سؤالات آگاهی ۰/۸۶، برای حساسیت درک‌شده ۰/۷۳، شدت درک‌شده ۰/۷۷، منافع درک‌شده ۰/۸۳، راهنما برای عمل ۰/۸۴، موانع درک‌شده ۰/۷۹ و خودکارآمدی ۰/۷۵ محاسبه گردید.

محقق پس از انتخاب افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به صورت تصادفی آنها را به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم کرد. ابتدا پرسش‌نامه پیش‌آزمون طی مصاحبه توسط پژوهش‌گر، تکمیل گردید و سپس برنامه آموزشی در محل مراکز بهداشتی برای گروه مداخله انجام شد. محتوای آموزشی شامل تعریف بیماری ایدز، راه‌های انتقال، روش‌های پیش‌گیری و همچنین آموزش

نحوه محافظت فردی، نحوه ضدعفونی کردن وسایل و تجهیزات آرایشگری بود.

برنامه آموزشی برای چهار گروه ۲۵ نفری (۱۰۰ نفر گروه مداخله) شامل دو جلسه آموزشی به مدت یک ساعت به فاصله یک ماه بود که به روش سخنرانی، بحث گروهی و نمایش عملی برگزار گردید. روش سخنرانی به دلیل ارائه منظم، صرفه‌جویی در وقت و امکانات؛ روش پرسش و پاسخ به دلیل مشارکت فراگیران در جریان یادگیری؛ و روش نمایش عملی برای یادگیری مهارت‌ها از طریق مشاهده به کار برده شد. در پایان جلسه‌های آموزشی نیز مطالب به صورت کتابچه (booklet) و جزوه (pamphlet) آموزشی در اختیار آرایشگران قرار گرفت. محل برگزاری کلاس‌های آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی بود. پس از سه ماه از برگزاری کلاس‌ها، پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون توسط محقق برای آرایشگران در دو گروه مداخله و شاهد تکمیل گردید. برای رعایت اخلاق پژوهش، قبل از شروع مطالعه هدف از انجام آن و همچنین محرمانه ماندن اطلاعات برای آنها توضیح داده شد. آنها با رضایت کامل و آگاهانه وارد مطالعه شدند. در ضمن هر چند گروه شاهد تحت مداخله آموزشی قرار نگرفتند، اما پس از تکمیل پس‌آزمون، آموزش‌ها با همان کمیت و کیفیت برای گروه شاهد ارائه شد.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه

میانگین نمره آگاهی و ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها از آزمون t زوجی، برای مقایسه افزایش نمره آگاهی، سن و ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی بین دو گروه از آزمون t مستقل و برای بررسی همگن بودن گروه‌ها از لحاظ وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت از آزمون مجذور کای و یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۰۰ نفر در دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر) و شاهد (۱۰۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند که پس از تقسیم تصادفی میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد بررسی در گروه مداخله و شاهد به ترتیب $۴۲/۹۲ \pm ۱۱/۵۳$ و $۴۳/۴۲ \pm ۱۰/۷۷$ سال بود. این تفاوت بر اساس آزمون t مستقل در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p=۰/۲۶۴$). سایر خصوصیات دموگرافیک جمعیت نیز در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد (جدول ۱).

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله، اختلافی معنی‌دار مشاهده نشد، ولی بعد از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی مشخصات فردی گروه مداخله و شاهد آرایشگران مرد سیرجان در سال ۱۳۹۴

مقدار P	گروه شاهد (n= ۱۰۰)		گروه مداخله (n= ۱۰۰)		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
					وضعیت تأهل
*۰/۷۶۴	۷۹	۷۹	۷۷	۷۷	متأهل
	۲۱	۲۱	۲۳	۲۳	مجرد یا مطلقه یا همسر فوت شده
					تحصیلات
**۰/۸۰۱	۵۱	۵۱	۶۱	۶۱	بی سواد
	۱۹	۱۹	۱۶	۱۶	ابتدایی
	۱۴	۱۴	۱۰	۱۰	راهنمایی
	۱۱	۱۱	۹	۹	دیپلم
	۵	۵	۴	۴	لیسانس و بالاتر
					محل سکونت
*۰/۴۳۷	۷۰	۷۰	۶۷	۶۷	شهر
	۳۰	۳۰	۳۳	۳۳	روستا

* آزمون مجذور کای ** آزمون دقیق فیشر

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات متغیرهای آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مداخله و شاهد به تفکیک قبل و بعد از مداخله آرایشگران مرد سیرجان در سال ۱۳۹۴

مقدار P *	بعد از مداخله		مقدار P *	قبل از مداخله		
	انحراف معیار ± میانگین			انحراف معیار ± میانگین		
	گروه شاهد (n=۱۰۰)	گروه مداخله (n=۱۰۰)		گروه شاهد (n=۱۰۰)	گروه مداخله (n=۱۰۰)	
<۰/۰۰۱	۱۳/۸۹±۱/۵۶	۱۵/۴۲±۰/۶۴	۰/۲۱۱	۱۲/۹۴±۱/۴۲	۱۲/۲۲±۱/۱۴	نمره آگاهی
<۰/۰۰۱	۲۹/۸۶±۳/۰۱	۳۶/۷۷±۱/۷۷	۰/۳۶۲	۲۹/۷۷±۳/۰۹	۳۲/۱۴±۲/۶۱	حساسیت درک شده
<۰/۰۰۱	۳۲/۲۹±۳/۹۷	۳۸/۱۸±۱/۷۵	۰/۰۵۵	۳۲/۶۴±۴/۳۷	۳۳/۹۴±۳/۴۲	شدت درک شده
<۰/۰۰۱	۳۲/۵۴±۲/۷۸	۳۷/۵۰±۱/۷۸	۰/۳۴۵	۳۲/۷۱±۲/۸۳	۳۳/۱۹±۲/۳۷	منافع درک شده
۰/۸۲۳	۲۱/۶۸±۵/۸۳	۲۲/۱۲±۵/۶۹	<۰/۰۰۱	۲۱/۵۸±۵/۴۳	۳۳/۳۰±۲/۴۹	موانع درک شده
<۰/۰۰۱	۱۳/۰۹±۱/۹۳	۱۵/۴۶±۰/۷۷	۰/۱۷۰	۱۳/۰۸±۰/۱۸	۱۳/۷۲±۱/۴۱	راهنما برای عمل
۰/۰۰۷	۲۹/۳۷±۳/۳۲	۳۵/۷۵±۲/۴۸	۰/۷۳۵	۲۹/۳۱±۳/۴۶	۲۹/۵۳±۳/۴۹	خودکارآمدی

* آزمون t مستقل، <۰/۰۵ p اختلاف معنی دار

نتایج آماری هم‌چنین نشان داد که آگاهی آرایشگران مرد هم در گروه مداخله و هم در گروه شاهد بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از آن افزایش معنی‌داری یافته است. هم‌چنین در گروه مداخله بین میانگین نمره حساسیت و شدت درک‌شده، منافع و موانع درک‌شده، راهنما برای عمل، خودکارآمدی بعد از مداخله تغییر معنی‌داری مشاهده شد و مداخله آموزشی مؤثر بود (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات متغیرهای آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌های مداخله و شاهد آرایشگران مرد سیرجانی در سال ۱۳۹۴

مقدار * P	گروه شاهد		مقدار * P	گروه مداخله		
	انحراف معیار ± میانگین			انحراف معیار ± میانگین		
	قبل از مداخله (n=۱۰۰)	بعد از مداخله (n=۱۰۰)		قبل از مداخله (n=۱۰۰)	بعد از مداخله (n=۱۰۰)	
۰/۰۲۱	۱۳/۸۹±۱/۵۶	۱۲/۹۴±۱/۴۲	<۰/۰۰۱	۱۵/۴۲±۰/۶۴	۱۲/۲۲±۱/۱۴	نمره آگاهی
۰/۳۱۶	۲۹/۸۶±۳/۰۱	۲۹/۷۷±۳/۰۹	<۰/۰۰۱	۳۶/۷۷±۱/۷۷	۳۲/۱۴±۲/۶۱	حساسیت درک‌شده
۰/۴۲۷	۳۲/۸۴±۳/۹۷	۳۲/۶۴±۴/۳۷	<۰/۰۰۱	۳۸/۱۸±۱/۷۵	۳۳/۹۴±۳/۴۲	شدت درک‌شده
۰/۱۷۶	۳۲/۵۴±۲/۷۸	۳۲/۷۱±۲/۸۳	<۰/۰۰۱	۳۷/۵۰±۱/۷۸	۳۳/۱۹±۲/۳۷	منافع درک‌شده
۰/۴۲۳	۲۱/۶۸±۵/۸۳	۲۱/۵۸±۵/۴۳	<۰/۰۰۱	۲۲/۱۲±۵/۶۹	۳۳/۳۰±۲/۴۹	موانع درک‌شده
۰/۸۸۵	۱۳/۰۹±۱/۹۳۴	۱۳/۰۸±۰/۱۸	<۰/۰۰۱	۱۵/۴۶±۰/۷۷	۱۳/۷۲±۱/۴۱	راهنما برای عمل
۰/۴۱۷	۲۹/۳۷±۳/۳۲	۲۹/۳۱±۳/۴۶	<۰/۰۰۱	۳۵/۷۵±۲/۴۸	۲۹/۵۳±۳/۴۹	خودکارآمدی

* آزمون t زوجی، $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

خصوص تأثیر آموزش پیش‌گیری از آیدز در دانش‌آموزان و مطالعه Sadeghi و همکاران در بیماران دیابتی نشان داد که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی منجر به افزایش سطح آگاهی گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است [۹، ۱۱].

در مطالعه حاضر میانگین نمرات حساسیت درک‌شده در مرحله بعد از مداخله در گروه مداخله افزایش یافت. افزایش میانگین نمرات حساسیت درک‌شده پس از آموزش در مطالعات متعدد مشاهده شده است [۱۱-۱۲]. در مطالعه Ghafari و همکارش مداخله آموزشی باعث افزایش

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که به‌کاربردن مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش آرایشگران مرد به افزایش آگاهی و نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (به‌جز سازه موانع درک‌شده) گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد انجامیده است.

یافته‌ها حاکی از افزایش معنی‌دار میانگین نمره آگاهی آرایشگران مرد گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی بود؛ که نشان‌دهنده تأثیر مثبت برنامه آموزشی ارائه‌شده در این زمینه می‌باشد. یافته‌های مطالعه Karimi و همکاران در

نمرات سازه حساسیت درک‌شده دانش‌آموزان در خصوص ایدز نشد که با نتایج این مطالعه مغایرت دارد [۱۳].

مطالعه حاضر حاکی از افزایش معنی‌دار میانگین نمره شدت درک‌شده آرایشگران مرد گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی بود. این امر نشان می‌دهد افراد علاوه بر این که خود را در برابر بیماری ایدز حساس می‌دانند بلکه آن را کشنده و مهلک نیز می‌دانند که با درک عقوبت بیماری اقدام به رفتارهای پیش‌گیری‌کننده می‌نمایند. نتایج مطالعات متعدد، همسو با نتایج این تحقیق، نشان‌دهنده افزایش میانگین نمره شدت درک‌شده افراد بر اثر مداخله مناسب آموزشی می‌باشد [۱۵-۱۴، ۱۲].

وجود کاهش معنی‌دار در میانگین نمره موانع درک‌شده بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه، حاکی از تأثیر مثبت آموزش بر رفع موانع درک‌شده در گروه مداخله است. ارتقاء آگاهی و اصلاح باورهای نادرست به همراه بحث و گفتگو می‌تواند نقش مؤثری در کاهش موانع درک‌شده داشته باشد. مطالعه Pirzadeh و همکارش در شهر اصفهان نشان داد که آموزش با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی نقش مؤثری در کاهش موانع درک‌شده در خصوص پیش‌گیری از ایدز در دانش‌آموزان دختر داشته است [۱۶].

در مطالعه‌ای دیگر Najimi و همکاران نشان دادند که مداخله آموزشی در کاهش موانع درک‌شده در خصوص بیماری آنفلوانزا مؤثر بوده است [۱۰].

اتخاذ عمل برای پیش‌گیری از بیماری یا برای اقدام در مورد یک بیماری، به درک منافع آن وابسته است. در مطالعه حاضر بعد از آموزش، میانگین نمره منافع درک‌شده گروه مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش

معنی‌داری پیدا کرد که با نتایج مطالعات مشابه هم‌خوانی دارد [۱۷، ۱۵].

هم‌چنین در این مطالعه، بعد از آموزش، میانگین نمره راهنما برای عمل آرایشگران مرد گروه مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش معنی‌داری نشان داد که با نتایج مطالعات مشابه هم‌خوانی دارد [۱۹-۱۸، ۹].

در مطالعه حاضر میانگین نمره خودکارآمدی نیز پس از مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش یافت. Bandura خودکارآمدی را به عنوان اطمینان فرد نسبت به توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز یک عمل تعریف کرده است [۲۰]. مطالعه‌ای در ترکیه نشان داد که خودکارآمدی و انگیزه سلامتی دو بخش مهم از اجزاء مدل باور بهداشتی هستند که نسبت به سایر اجزاء مدل، پیش‌گویی کننده قوی‌تری برای خودآزمایی پستان در زنان است [۲۱]. نتایج مطالعات مشابه نیز نشان‌دهنده تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در افزایش میانگین نمره خودکارآمدی می‌باشد [۲۴-۲۲].

با توجه به این بررسی و یافته‌های به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌گردد یک برنامه‌ریزی دقیق آموزشی برای آرایشگران مرد و زن بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام گیرد و برنامه‌ریزان با استفاده از روش‌های آموزشی فردی و گروهی اقدام به آموزش آنها نموده تا بتوان تا حدودی از این بیماری مهلک پیش‌گیری نمود.

از محدودیت‌های این مطالعه، پایین بودن احتمالی اعتبار ابزار پرسش‌نامه برای سنجش دیدگاه واقعی افراد بود که با بدون نام کردن آن و دادن اطمینان جهت

اعتقاد بهداشتی جهت تقویت آگاهی و ارتقاء رفتارهای پیش‌گیری‌کننده از ایدز ضروری است.

تشکر و قدردانی

محققان از کمیته تحقیقات دانشکده علوم پزشکی سیرجان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان برای حمایت مالی و نیز از آرایشگران مرد شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر را دارند.

محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات افراد، تا حدودی کنترل گردید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی آرایشگران مرد شهرستان سیرجان در خصوص پیش‌گیری از ایدز دارد. بنابراین به نظر می‌رسد آموزش و مداخله بر اساس مدل

References

- [1] World Health Organization WH. AIDS epidemic update, December 2006: *World Health Organization Genera*; 2007.
- [2] Organization WH. Joint WHO/UNAIDS annual consultation with pharmaceutical companies and stakeholders on forecasting global demand of antiretroviral drugs for 2013-2016: 25-26 November 2013 *Geneva, Switzerland*, March 2014. 2014.
- [3] Kazerooni PA, Motazedian N, Motamedifar M, Sayadi M, Sabet M, Lari MA, et al. The prevalence of human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections among female sex workers in Shiraz, South of Iran: By respondent-driven sampling. *International J STD & AIDS* 2014; 25(2): 155-61. [Farsi]
- [4] Staff JUNPoHA, Organization WHO, Staff WHO. AIDS epidemic update, December 2006: *World Health Organization*; 2006.
- [5] Schwartländer B, Stover J, Hallett T, Atun R, Avila C, Gouws E, et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet* 2011; 377(9782): 2031-41.
- [6] Safari M, Shojaei-Zadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpur A. Theories, models and methods of health education and health promotion. *Tehran: Asaresobhan* 2009; 64-75. [Farsi]
- [7] Solhi M, Haghighi M, Rahmati Najarkolaei F, Zemestani A. HIV prevention perception among barbers according to health belief model case study from Marand. *JRH* 2014; 4(1): 592-8. [Farsi]

- [8] Rahmati K, Niknami S, Aminshokravi F, Ahmadi F, Gafari M, Rahnama P. The implication of health belief model in planning educational programmers for preventing HIV/AIDS among university students. *JIIHSR* 2009; 8(4): 147-66. [Farsi]
- [9] Karimi M, Ghofranipor F, Heidarnia A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of AIDS on addict in Zarandieh. *JGUMS* 2009; 18(70): 64-73. [Farsi]
- [10] Najimi A, Alidousti M, Moazemi GA. A survey on preventive behaviors of high school students about Influenza A based on health belief model in Shahrekord, Iran. *JMUI* 2010; 11(45): 32-9. [Farsi]
- [11] Sadeghi R, Rezaeian M, Khanjani N, Iranpour A. The Applied of Health Belief Model in Knowledge, Attitude and Practice in People Referred for Diabetes Screening Program: An Educational Trial. *JRUMS* 2015; 13(11): 1061-72. [Farsi]
- [12] Vakili M, Hidarnia A, Niknami S, Mousavinasab S. Effect of Communication Skills Training on Health Belief Model Constructs about AIDS in Zanjan Health Volunteers (2010-11). *ZUMS Journal* 2011; 19(77): 78-93. [Farsi]
- [13] Ghafari M, Rafee SA. HIV/AIDS Education and Change Behavior. 1, edition: *Barish Publication* 2009: 65-68. [Farsi]
- [14] Soltani k, Avafian S, Vakili S. Influence of Educational Program Based on Health Belief Model in Health Beliefs in AIDS Among Students. *Armaghane danesh* 2014; 19(9): 797-807. [Farsi]
- [15] Sharifirad G, Entezari M, Kamran A, Azadbakht L. Effectiveness of nutrition education among patients with type 2 diabetes, use of the health belief model. *JDLDD* 2007; 7(4): 379-86. [Farsi]
- [16] Pirzadeh A, Sharifirad GhR. Effect of educational program on knowledge and health belief model structures about acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among high school female student in Isfahan, Iran. *JGUMS* 2012; 14(3): 66-71. [Farsi]
- [17] Canbulat N, Uzun Ö. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *EJON* 2008; 12(2): 148-56.
- [18] Majidpour A, Habibzadeh S, Amani F, Hemmati F. The Role of Media in Knowledge and Attitude of Students about AIDS. *JAUMS* 2006; 6(1): 67-72. [Farsi]
- [19] Sadeghi R, Mohseni M, Khanjani N. The Effect of an Educational Intervention According to Hygienic Belief Model in Improving Care and Controlling among Patients with Hypertension. *JRUMS* 2014; 13(4): 383-94. [Farsi]
- [20] Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *JOM*, 2012; 38(1): 9-44.

- [21] Avci IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *EJON* 2008; 12(2): 127-33.
- [22] Morovati SMA, Rouhani TN. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *JDM* 2008; 9(6): 78-86. [Farsi]
- [23] Buglar ME, White KM, Robinson NG. The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model. *Patient education and counseling* 2010; 78(2): 269-72.
- [24] Barclay TR, Hinkin CH, Castellon SA, Mason KI, Reinhard MJ, Marion SD, et al. Age-associated predictors of medication adherence in HIV-positive adults: health beliefs, self-efficacy, and neurocognitive status. *HP* 2007; 26(1): 40.

The Effects of an Educational Intervention Based on the Health Belief Model to Enhance HIV-Preventive Behaviors among Male Barbers in Sirjan

R. Sadeghi¹, S. S. Mazloomi², M. Hashemi³, M. Rezaeian⁴

Received: 14/11/2015

Sent for Revision: 14/11/2015

Received Revised Manuscript: 24/02/2016

Accepted: 07/03/2016

Background and Objectives: The AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) epidemic is considerably widespread across the world, turning out to be an exigent problem. Some groups such as barbers have a more effective role in HIV/AIDS transmission. The aim of this study was to assess the effects of an educational intervention based on the Health Belief Model (HBM) to enhance HIV-preventive behaviors among male barbers in Sirjan.

Materials and Methods: This was an educational trial study. Two hundred male barbers attending health centers in Sirjan city, were selected to participate in this study (100 in intervention group and 100 in control group). The intervention was conducted over two sessions in 60 minutes. Data were collected by conducting a validated and reliable questionnaire made by researcher (including 49 questions) before intervention and three months after intervention. Data was analyzed by chi-square, Fisher's exact, paired t-test and independent t-test.

Results: After intervention, knowledge scores increased significantly in both intervention and control group, which was probably due to the routine education program in that center. Perceived susceptibility, severity, benefits, and barriers, cues to action, and self-efficacy changed significantly in the intervention group compared to the control group ($p < 0.001$). But, there was no increase or significant difference in the control group ($p > 0.05$).

Conclusion: HBM was effective in educating the male barbers. Therefore, it is proposed traditional training methods along with the HBM in training barbers.

Key words: AIDS, Health belief model, Health education, Male barbers

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

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Kerman University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Sadeghi R, Mazloomi SS, Hashemi M, Rezaeian M. The Effects of An Educational Intervention Based on the Health Belief Model to Enhance Hiv-Preventive Behaviors Among Men Barbers in Sirjan. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(3): 235-46 [Farsi]

1- PhD Candidate in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2- Prof., Social Determinants of Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3- Health Expert, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4 -Prof., Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Occupational Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

(Corresponding Author) Tel: (034) 31315123, Fax: (034) 31315003, E-mail: moeygmr2@yahoo.co.uk