

## بررسی تاثیر برنامه‌ی آموزشی توأم ایدز و مهارت‌های ارتباطی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رابطین سلامت (زنجان ۹۰-۱۳۸۹)

محمد مسعود وکیلی<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا حیدرنیا<sup>۲</sup>، دکتر شمس الدین نیکنامی<sup>۳</sup>، دکتر نورالدین موسوی نسب<sup>۳</sup>

نویسنده‌ی مسؤل: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده‌ی علوم پزشکی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت hidarnia@modares.ac.ir

دریافت: ۹۰/۵/۲۲ پذیرش: ۹۰/۷/۱۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** ایدز تمامی کشورهای دنیا و همه‌ی گروه‌های جنسی، سنی و نژادی را تحت تاثیر قرار داده است. آمارها نشان دهنده‌ی موارد عفونت و ابتلای به ایدز در منطقه و ایران می‌باشد. هدف این مطالعه ارزیابی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به رابطین سلامت شهر زنجان، بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مورد ایدز بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه‌ی نیمه تجربی، تعداد ۸۰ رابط سلامت متأهل واقع در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال از ۱۱ پایگاه بهداشت شهر زنجان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی محقق ساخته بود که قبل و ۲۰ هفته بعد از اتمام مداخله‌ی آموزشی تکمیل شد. جهت گروه مداخله کارگاه آموزشی ایدز و مهارت‌های ارتباطی و جهت گروه کنترل کارگاه آموزشی ایدز اجرا شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی مستقل، تی زوج، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** آزمون آماری تی زوج نشان داد در گروه مداخله ما بین نمرات حساسیت درک شده ( $P=0/010$ )، شدت درک شده ( $P=0/003$ ) و موانع درک شده ( $P<0/001$ )، قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت ولی در سازه‌های خودکارآمدی درک شده، منافع درک شده و قصد رفتاری، این اختلاف معنی‌دار نبود. در گروه کنترل آزمون آماری تی زوج فقط در سازه‌ی موانع درک شده، اختلاف آماری معنی‌دار را نشان داد ( $P<0/001$ ) و نمره‌ی سازه‌ی خودکارآمدی درک شده نیز، کاهش جزئی داشت. یافته‌های مطالعه نشان داد سازه‌ی خودکارآمدی درک شده بیشترین توان پیش‌گویی کنندگی قصد رفتار را دارا بود.

**نتیجه گیری:** افزایش بیشتر نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه مداخله، حاکی از نقش مثبت آموزش توأم مهارت‌های ارتباطی در کنار ایدز می‌باشد. نتایج این مطالعه لزوم ارتقای دانش و مهارت‌های ارتباطی رابطین سلامت را مورد تأکید قرار می‌دهد.

**واژگان کلیدی:** مهارت‌های ارتباطی، ایدز، مدل اعتقاد بهداشتی، سازه

۱- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه تربیت مدرس

۲- دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

۳- دکترای تخصصی آمار حیاتی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

## مقدمه

همه گیری ایدز در تمامی کشورهای دنیا اتفاق افتاده است، به طوری که همه ی گروه های سنی، جنسی، نژادی و فرهنگی در طبقات اجتماعی و اقتصادی مختلف را تحت تاثیر قرار داده است (۱). از آغاز همه گیری ایدز در سال ۱۹۸۱ تا پایان سال ۲۰۰۷ میلادی بیش از ۲۵ میلیون نفر در اثر این بیماری فوت نموده اند (۲). پیش بینی می شود که ۳۳/۳ میلیون نفر از جمعیت جهان در انتهای سال ۲۰۰۹، با عفونت اچ آی وی زندگی می کرده اند که در مقایسه با ۲۶/۲ میلیون نفر در سال ۱۹۹۹، از افزایشی ۲۷ درصدی برخوردار بوده است (۳). بنا به نظر سازمان جهانی بهداشت، تنها راه مؤثر مبارزه علیه ایدز، آموزش بهداشت است و گروه های پرخطر و آسیب پذیر باید در اولویت اصلی برنامه های آموزشی قرار بگیرند (۴). پیشگیری از ابتلا به عفونت HIV، ۲۸ بار ارزان تر از درمان بیماران است و یک برنامه ی جامع پیشگیری از عفونت، می تواند از ابتلا میلیون ها مورد جدید عفونت در دنیا پیشگیری نماید (۵). علی رغم نقش و اهمیت آشکار آموزش بهداشت جهت پیشگیری از گسترش عفونت HIV، کارشناسان بر کافی نبودن و اطلاع رسانی رسانه ای غیر شفاف در خصوص سومین موج همه گیری تاکید می نمایند. از آنجا که آموزش همگانی جامعه از طریق رسانه های گروهی به دلیل برخی حساسیت های فرهنگی و ویژگی های این همه گیری در کشور ایران با محدودیت های مهمی همراه می باشد، استفاده از سایر شیوه های آموزشی که با ارزش ها و خصوصیات فرهنگی تناسب داشته، دارای کارایی لازم نیز باشد، از اولویت برخوردار خواهد بود. نتایج تحقیقات نشان می دهد که مداخلات آموزشی مدل محور، از شانس موفقیت بیشتری برخوردار هستند (۶). با وجود این تحقیقات انجام شده ی قبلی، کمتر به طراحی مداخلات آموزشی متناسب با ویژگی های فرهنگی در جوامع اسلامی به خصوص در افشار و جمعیت های عمومی توجه نموده اند (۷ و ۸). مدل اعتقاد

بهداشتی یکی از قدیمی ترین تئوری های رفتار بهداشتی و از اولین مدل هایی محسوب می شود که از تئوری های علوم رفتاری برای حل مسایل بهداشتی برگرفته شده است. مدل اعتقاد بهداشتی بر پایه ی پنج سازه ی اصلی حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده قرار دارد (۹). این مدل برای برنامه های پیشگیری محور و مداخلات نسبتاً کوتاه مدت برای دستیابی به تغییرات خاص بسیار مناسب می باشد و اکثر بسیج های آموزش عمومی در رابطه با HIV & AIDS با این رویکرد کار می کنند (۱۰). از طرف دیگر مهارت های ارتباطی از دیر باز به عنوان یک بخش مهم در ارایه ی مراقبت های بهداشتی و پزشکی شناخته شده است و بحث و جدل های زیادی در مورد اینکه ارتباط مؤثر پایه و اساس کیفیت خدمات و مراقبت ها را تشکیل می دهد، مطرح بوده است (۱۱ و ۱۲). داشتن مهارت ارتباطی برای ارایه دهندگان مراقبت های بهداشتی و درمانی به منظور حفظ روابط مؤثر و تأثیرگذار با گیرندگان خدمات، ضروری است (۱۳). ارایه ی مؤثر خدمات بهداشتی و درمانی به درک صحیح شرایط زیست شناختی، روانی - اجتماعی و فرهنگی گیرنده ی خدمت وابسته است. دستیابی به چنین درکی، نیازمند توانایی ارتباطی مؤثر مابین ارایه دهنده و دریافت کننده ی خدمات می باشد (۱۴). این واقعیت در مطالعات پژوهشگران، مورد تأکید قرار گرفته است که برخورداری از مهارت های ارتباطی مناسب، با شناخت بهتر نیازها و مشکلات گیرنده ی خدمات، تشخیص بهتر علل مشکل، کاهش نگرانی های گیرنده ی خدمات، کاهش خطاهای ارایه دهندگان خدمات، افزایش میزان رضایت مندی گیرندگان خدمات و حتی بهبودی سریع تر بیماران مرتبط است. علی رغم چنین تاکید و اهمیتی، نتایج تحقیقات انجام شده نشان می دهند که کیفیت مهارت های ارتباطی ارایه دهندگان خدمات، همواره به عنوان یک نگرانی فزاینده در حیطه ی مراقبت های سلامت مطرح بوده است (۱۵-۱۷). مطالعات انجام شده در مورد نحوه ی

است که آیا آموزش همزمان مهارت‌های ارتباطی در کنار یک موضوعی مهم بهداشتی مانند ایدز، می‌تواند به درک بهتر و عمیق‌تر اهمیت موضوع و ارتقای قصد رابط سلامت در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه و آموزشی منجر شود. روند صعودی بیماری ایدز در کشور و منطقه (۲۳ و ۳) و به ویژه نقش کلیدی و تناسب فرهنگی و اجتماعی رابطین سلامت در آموزش خانوارهای تحت پوشش، اهمیت و ضرورت انجام این مطالعه را بیشتر آشکار می‌نماید. علی‌رغم مطالعات متعددی که با هدف بررسی اثر آموزش مهارت‌های ارتباطی و یا ایدز، به‌طور مجزا انجام شده است، پژوهشگران این مطالعه به تحقیقی که اثر همزمان دو موضوع مذکور را مورد بررسی قرار داده باشد، دست پیدا نکردند. هدف اصلی این مطالعه طراحی و ارزشیابی تأثیر برنامه‌ی آموزشی مهارت‌های ارتباطی از طریق تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات سازه‌های اصلی مدل اعتقاد بهداشتی در مورد ایدز، در رابطین سلامت شهر زنجان بود.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه ی نیمه تجربی بود که در کل پایگاه‌های بهداشت برخوردار از رابط سلامت فعال، یعنی یازده پایگاه بهداشت تحت پوشش ۶ مرکز بهداشتی درمانی شهر زنجان اجرا شد. گروه هدف این مطالعه عبارت بود از رابطین سلامت فعال در پایگاه‌های مذکور که در زمان انجام مطالعه ۱۸۰ نفر بود. معیارهای ورود رابطین سلامت به مطالعه عبارت بود از قرار داشتن در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن تحصیلات در حد حداقل اول راهنمایی، تأهل، عدم تغییر محل سکونت از زمان شروع تحقیق برای مدت یک سال، تمایل و امکان شرکت فعال و مناسب در کلاس‌های آموزشی. به این ترتیب تعداد ۸۰ رابط سلامت واجد شرایط، انتخاب و جهت شرکت در مطالعه اعلام آمادگی نمودند. در تخصیص رابطین سلامت به دو گروه مداخله و کنترل، عدم امکان تماس

ادراک و احساسات گیرندگان و ارزیابی دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، نشان می‌دهد که مشکلات مرتبط با نحوه‌ی برقراری ارتباط گیرندگان خدمات با کارکنان بهداشتی و درمانی، کلید نگرانی مراجعین به این گونه مراکز می‌باشد (۱۹ و ۱۸). بدین ترتیب، نیاز بسیار عمیقی در خصوص ضرورت برقراری ارتباطات مؤثرتر در طیف وسیعی از حیطه‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی وجود دارد (۱۷ و ۱۱). نتایج تحقیقات بر این نکته تأکید می‌نماید که کمبود مهارت‌های ضروری ارتباطی در ارزیابی دهندگان این‌گونه خدمات، از آموزش‌های ناکافی منشا گرفته و در عین حال نتیجه‌ی عدم درک اهمیت نقش محوری مهارت‌های ارتباطی با گیرندگان خدمات می‌باشد (۲۱ و ۲۰، ۱۵). در حال حاضر بیش از یک‌صد هزار زن داوطلب، به‌عنوان رابط سلامت در سطح کشور با پایگاه‌های بهداشت همکاری می‌کنند که پس از شرکت در کلاس‌های آموزش بهداشت، اطلاعات کسب شده را به خانوارهای تحت پوشش، انتقال می‌دهند. علی‌رغم تدوین بیش از ۲۵ موضوع مهم بهداشتی از جمله ایدز، جهت آموزش به جمعیت تحت پوشش رابطین سلامت، تاکنون برنامه‌ی مدونی در خصوص آموزش مهارت‌های ارتباطی رابطین سلامت طراحی نشده است. دیوید برلو از دانشمندان معروف علم ارتباط، در زمینه‌ی اهمیت مهارت‌های ارتباطی منبع، این سوال را مطرح می‌کند که: «اگر یک معلم از دانش کافی برخوردار باشد، آیا وی دیگر به داشتن چیز بیشتری برای موفقیت در تدریس، نیازی ندارد؟ یا بالعکس مهم نیست که معلم، تا چه اندازه نسبت به موضوع مورد بحث، اشراف و تسلط دارد، بلکه فقط میزان مهارت وی در زمینه‌ی روش تدریس و نحوه‌ی برقراری ارتباط با فراگیرانش، حایز اهمیت است». سپس برلو به سؤال فوق، اینگونه پاسخ می‌دهد که: «معلم موفق، به هر دوی اینها نیاز دارد. چرا که یکی از این دو، نشان دهنده‌ی مهارت‌های ارتباطی و دیگری معرف سطح دانش وی است» (۲۲). در واقع سوال اصلی این مطالعه، این

میان رابطین دو گروه، تشابه پراکندگی جغرافیایی پایگاه‌های بهداشت و ویژگی‌های جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی مدنظر قرار گرفت. بر این اساس، تعداد پنج پایگاه بهداشت در یک گروه و تعداد شش پایگاه بهداشت در گروه دیگر قرار گرفت. سپس به روش تصادفی ساده، یکی از آن‌ها به‌عنوان گروه مداخله و دیگری به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شد. تعداد رابطین سلامت واجد شرایط و علاقمند به شرکت در مطالعه در هر گروه ۴۰ نفر بود. با توجه به نامناسب بودن پرسشنامه‌های خارجی از نظر فرهنگی و عدم وجود پرسشنامه‌ی معتبر به زبان فارسی جهت گروه هدف مذکور، اقدام به طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی محقق ساخته شد. جهت طراحی ابزار گردآوری داده‌ها، بر اساس بررسی متون ابتدا یک لیست کلی از سوالات بر اساس هر یک از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی تهیه شد. پس از حذف آیتم‌های مشابه و نامناسب به لحاظ فرهنگی اجتماعی، پرسشنامه‌ی اولیه تدوین شد. جهت تعیین‌روایی ابزار تحقیق بر اساس فرایند روان‌سنجی، ابتدا به تعیین‌روایی صوری اقدام شد. در این مرحله، لیست کاملی از آیتم‌های ابزار تحقیق، در اختیار یک نمونه‌ی ۲۰ نفره از رابطین سلامت محلات که از نظر خصوصیات جمعیتی و اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشابه جامعه‌ی اصلی مورد مطالعه بودند، قرار گرفت. سپس شاخص امتیاز تأثیر آیتم با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت و از طریق حاصل‌ضرب میانگین نمرات هر آیتم در نسبت افرادی که گزینه‌های ۴ و ۵ را انتخاب نموده بودند، محاسبه شد و سوالاتی که نمره‌ی شاخص امتیاز تأثیر آن‌ها، بیشتر از یک و نیم بود، به‌عنوان آیتم‌های مناسب انتخاب شدند. به این ترتیب در سازه‌های حساسیت درک شده تعداد ۹ سوال، شدت درک شده تعداد ۸ سوال، منافع درک شده تعداد ۹ سوال، موانع درک شده تعداد ۱۳ سوال و خودکارآمدی درک شده تعداد ۹ سوال جهت تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شده و حفظ شدند. جهت تعیین

روایی محتوا، نسبت روایی محتوا (CVR) با بهره‌گیری از نظرات یک گروه پانزده نفره از متخصصین صاحب‌نظر محاسبه شد و با مراجعه به جدول لاوشه (Lawsche)، آیتم‌هایی که مقدار نسبت روایی محاسبه شده‌ی بزرگتر از ۰/۴۹ داشتند، با سطح معنی داری آماری قابل قبول (کمتر از ۰/۰۵) ضروری و مهم تلقی شدند (۲۴). جهت محاسبه‌ی شاخص روایی محتوی (CVI) از سه معیار سادگی و روان بودن، مربوط بودن و وضوح یا شفاف بودن با استفاده از طیف لیکرت ۴ قسمتی برای هر آیتم استفاده شد. آیتم‌های دارای نمره‌ی شاخص روایی محتوای بالاتر از ۰/۷۹ مناسب، نمره‌ی شاخص روایی محتوای مابین ۰/۷۰ تا ۰/۷۹ سوال برانگیز تلقی شدند و نمره‌ی شاخص روایی محتوای کمتر از ۰/۷۰ غیرقابل قبول تلقی شده، حذف شد (۲۷-۲۵). پس از محاسبه‌ی دو نسبت و شاخص مذکور، تعداد آیتم‌های پذیرفته شده در سازه‌ها شامل حساسیت درک شده: ۵ آیتم، شدت درک شده: ۶ آیتم، منافع درک شده: ۶ آیتم، موانع درک شده: ۱۱ آیتم، خودکارآمدی درک شده: ۹ آیتم بود. جهت سنجش قصد رفتاری پیشگیری از ایدز نیز تعداد ۷ آیتم افزوده شد. روایی سازه‌های ابزار نیز با فاکتور آنالیز اکتشافی ارزیابی و مورد تایید قرار گرفت (۲۸). جهت تعیین پایایی ابزار، یک نمونه از پرسشنامه‌ی نهایی در اختیار یک نمونه‌ی ۲۰ نفری از رابطین سلامت ۲۰ تا ۴۰ سال قرار گرفت و آلفای کرونباخ محاسبه شده برای هر کدام از سازه‌های مدل مابین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ و برای کل سازه‌های ابزار، برابر ۰/۸۲ محاسبه شد. جهت سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از مقیاس پنج درجه‌ای سنجش نگرش لیکرت استفاده شد که از حالت «کاملاً مخالف» (نمره‌ی ۱) تا «کاملاً موافق» (نمره‌ی ۵) را در بر گرفت. با عنایت به تعداد سوالات سازه‌های مدل، حداقل و حداکثر نمرات اخذ شده جهت سازه‌های حساسیت درک شده «از ۵ تا ۲۵»، شدت درک شده و منافع درک شده از «۶ تا ۳۰»، موانع درک شده (پس از معکوس نمودن نمرات)

کارگاه اول به بیان اصول و مبانی ارتباط، تعاریف، عناصر و موانع ارتباطی، کارگاه آموزشی دوم به بیان مهم‌ترین مهارت‌های ارتباطی و شرح نکات کلیدی مرتبط با هر مهارت و کارگاه سوم به تمرین عملی مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش آموزشی ایفای نقش اختصاص داده شد. در تمام طول مدت انجام مطالعه رابطین سلامت گروه کنترل از اجرای برنامه‌ی آموزشی مرتبط با مهارت‌های ارتباطی در گروه مداخله، بی‌اطلاع بودند. ۲۰ هفته پس از اتمام مداخلات آموزشی و با استفاده از پرسشنامه‌ی کتبی مشابه آزمون اولیه، آزمون ثانوی به‌طور همزمان و در هر دو گروه مداخله و کنترل اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 17 انجام شد و روش‌ها و آزمون‌های آماری شاخص پراکندگی و تمایل مرکزی، بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها، کای اسکویر، تی زوج و تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره مورد استفاده قرار گرفت.

#### یافته‌ها

در این مطالعه‌ی نیمه تجربی، تعداد ۸۰ رابط سلامت گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال پایگاه‌های بهداشت شهر زنجان انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه مداخله و کنترل، قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد میانگین سنی نمونه‌های گروه مداخله، ۳۰/۸۰ سال با انحراف معیار ۶/۵۸ و در نمونه‌های گروه کنترل، ۲۸/۹۵ سال با انحراف معیار ۶/۷۵ بود. آزمون آماری کای اسکویر نشان داد، اختلاف آماری معنی‌داری از نظر توزیع سنی، میان دو گروه مذکور وجود ندارد. از نظر میزان تحصیلات، یافته‌های مطالعه نشان داد در هر دو گروه مورد مطالعه، نزدیک به نیمی از نمونه‌ها در حد دیپلم و یا بالاتر بوده، بیش از نیمی از آن‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم تا اول راهنمایی هستند. آزمون آماری کای اسکویر، اختلاف آماری معنی‌داری میان سطح تحصیلات دو گروه نشان نداد. از

از «۱۱ تا ۵۵» و خودکارآمدی درک شده از «۸ تا ۴۰» و قصد رفتاری از «۷ تا ۳۵» متغیر بود. آزمون اولیه متعاقب ارایه‌ی توضیحات مرتبط با اهداف و فواید مطالعه و اخذ رضایت نامه‌ی آگاهانه و کتبی، اجرا شد. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، در خصوص نحوه‌ی پاسخگویی به سوالات پرسشنامه و عدم لزوم ذکر نام، توضیحات ضروری ارایه شد و پرسشنامه‌ها در حضور محقق و در یک فضای مناسب تکمیل و گردآوری شد. پس از انجام آزمون اولیه نسبت به کدگذاری، استخراج و آنالیز داده‌ها اقدام شد. متعاقب توصیف و تحلیل داده‌های گردآوری شده در مرحله‌ی آزمون اولیه و تعیین نیازهای آموزشی بر اساس آن، محقق نسبت به طراحی محتوای آموزشی و اجرای مداخله اقدام نمود. محتوای آموزشی در مورد ایدز بر اساس آخرین اطلاعات همه‌گیری شناسی ایران و جهان و متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی، تدوین شد. مداخله‌ی آموزشی ایدز شامل دو کارگاه آموزشی یک روزه با استفاده از اسلاید پاورپوینت و جزوه بود که در گروه‌های ۲۰ نفره و به تفکیک گروه کنترل و مداخله، توسط پژوهشگر و به شیوه‌ی کاملاً یکسان برگزار شد. یک هفته پس از برگزاری کارگاه آموزشی اول، کارگاه دوم برگزار و ضمن مرور اهم مطالب آموزشی، زمینه‌ی بحث گروهی و پاسخ دهی به سوالات فراهم شد. پس از اتمام مداخله‌ی آموزشی ایدز، مداخله‌ی آموزشی مرتبط با مهارت‌های ارتباطی صرفاً جهت رابطین سلامت گروه مداخله به اجرا درآمد. محتوای آموزشی مرتبط با مهارت‌های ارتباطی با استفاده از منابع موجود توسط گروه محققین در دو بخش اصلی «اصول، مبانی و مفاهیم ارتباط» و «مهارت‌های ارتباطی» طراحی و تدوین شد. مهارت‌های ارتباطی شامل سخن گفتن، گوش دادن، تفسیر و شفاف سازی صحبت‌های مخاطب، طرح سوال، تشویق و ترغیب مخاطب و بازخورد بود. جهت آموزش مهارت‌های ارتباطی به رابطین سلامت گروه مداخله سه کارگاه آموزشی یک روزه به فاصله‌ی سه هفته متوالی اختصاص داده شد.

نظر سابقه‌ی فعالیت به عنوان رابط سلامت، در گروه مداخله بیشترین درصد را گروه ۵ تا ۹ سال (۴۵/۵ درصد) و در گروه کنترل، بیشترین درصد را رابطین با سابقه‌ی ۴ تا ۱۰ سال (۵۲/۵ درصد)، بدون مشاهده‌ی اختلاف آماری معنی‌دار، تشکیل داد (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی گروه‌های سنی، تحصیلات و سابقه‌ی کار در رابطین سلامت گروه‌های مداخله و کنترل (مرکز بهداشت شهرستان زنجان ۱۳۹۰-۱۳۸۹)

P-Value	گروه کنترل		گروه مداخله		ویژگی‌های دموگرافیکی رابطین سلامت بر حسب گروه‌های مداخله و کنترل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۷۱۴	۱۲	۳۰/۰	۹	۲۲/۵	۲۰ - ۲۴
	۱۱	۲۷/۵	۹	۲۲/۵	۲۵ - ۲۹
	۷	۱۷/۵	۸	۲۰/۰	۳۰ - ۳۴
	۱۰	۲۵/۰	۱۴	۳۵/۰	۳۵ و بالاتر
۰/۸۲۶	۱۱	۲۷/۵	۹	۲۲/۵	اول تا سوم راهنمایی
	۱۰	۲۵/۰	۱۲	۳۰/۰	اول تا سوم دبیرستان
	۱۹	۴۷/۵	۱۹	۴۷/۵	دیپلم و بالاتر
۰/۲۵۲	۲۱	۵۲/۵	۱۵	۳۷/۵	۱-۴
	۱۱	۲۷/۵	۱۸	۴۵/۵	۵-۹
	۸	۲۰/۰	۷	۱۷/۵	۱۰-۱۵
	۴۰	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	جمع

جدول ۲: آزمون برابری واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها بر اساس مقادیر P-Value در رابطین سلامت گروه‌های مداخله و کنترل، قبل و بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی (مرکز بهداشت شهرستان زنجان ۱۳۹۰-۱۳۸۹)

نتایج آزمون آماری تی مستقل میان گروه‌های مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله	مقادیر آزمون کولموگروف اسمیرنوف گروه کنترل	مقادیر آزمون کولموگروف اسمیرنوف گروه مداخله	آزمون برابری واریانس‌ها در دو گروه مداخله و کنترل (بعد از مداخله)	آزمون برابری واریانس‌ها در دو گروه مداخله و کنترل (قبل از مداخله)	سازدهای مدل اعتقاد بهداشتی و قصد رفتاری
۰/۲۳۵	۰/۹۹۹	۰/۰۹۷	۰/۹۲۰	۰/۴۱۶	حساسیت درک شده
۰/۹۹۰	۰/۲۶۳	۰/۹۱۳	۰/۹۶۰	۰/۳۲۲	شدت درک شده
۰/۹۰۲	۰/۹۹۹	۰/۹۸۸	۰/۸۵۷	۰/۵۲۳	منافع درک شده
۰/۳۷۴	۰/۹۹۹	۰/۵۳۷	۰/۷۰۶	۰/۱۶۶	موانع درک شده
۰/۱۰۱	۰/۹۱۳	۰/۵۷۳	۰/۵۱۲	۰/۳۳۹	خودکارآمدی درک شده
۰/۶۵۶	۰/۹۹۹	۰/۹۱۳	۰/۶۰۸	۰/۶۹۱	قصد رفتاری

پس از استخراج داده‌های گردآوری شده، جهت اطمینان از توزیع نرمال داده‌ها، آزمون نرمال بودن داده‌ها جهت گروه‌های مدخله و کنترل انجام و مورد تأیید قرار گرفت. همچنین با عنایت به تعداد نمونه‌های برابر در گروه‌های مدخله و کنترل، پیش فرض برابری واریانس‌ها در دو گروه پذیرفته شد و در عین حال آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف، برابری واریانس‌های دو گروه را تأیید نمود (جدول ۲). این جدول میانگین نمرات هر یک از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه کنترل و مدخله قبل از انجام مداخله را نشان می‌دهد. جهت بررسی وجود یا عدم وجود اختلاف معنی‌دار آماری نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مرحله‌ی قبل از انجام مداخله، از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد و نتایج این آزمون نشان داد مابین میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مداخله و کنترل، اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد. به منظور بررسی وجود رابطه میان سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با متغیر قصد رفتار پیشگیری کننده از ایدز، از تحلیل ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. همانگونه که جدول مذکور نشان می‌دهد، از میان تمامی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، دو سازه‌ی خودکارآمدی درک شده و منافع درک شده، با متغیر قصد رفتار پیشگیری کننده از ایدز، ارتباط مستقیم داشتند ( $P < 0/0001$ ). میان سازه‌ی خودکارآمدی درک شده با سازه‌ی منافع درک شده ( $P < 0/001$ ) و موانع درک شده ( $P < 0/05$ ) نیز رابطه‌ی معنی‌دار و مستقیم مشاهده شد. به منظور مطالعه‌ی توان پیش‌گویی کنندگی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر قصد رفتاری پیشگیری از ایدز، از تحلیل رگرسیون چند منظوره استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد از میان سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سازه‌ی خودکارآمدی درک شده در سطح معنی‌داری قابل قبول ( $P < 0/0001$ ) مقدار بتای  $0/512$  و دوربین واتسون  $1/80$ ، قادر است حدود ۴۰ درصد از تغییرات متغیر قصد رفتار پیشگیرانه و آموزشی

مرتبط با ایدز را بیان نماید. همانگونه که جدول (۴) نشان می‌دهد در هر دو گروه مداخله و کنترل، کمترین میانگین نمره، به سازه‌ی حساسیت درک شده و بیشترین میانگین نمره به منافع درک شده و قصد رفتاری تعلق دارد. جهت تعیین تأثیر مداخله بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل، از آزمون آماری تی زوج استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است. همانگونه که جدول مذکور نشان می‌دهد، در گروه مداخله مابین نمرات سازه‌های حساسیت درک شده ( $P = 0/010$ )، شدت درک شده ( $P = 0/003$ ) و موانع درک شده ( $P = 0/0001$ )، در قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت ولی در رابطه با سازه‌های منافع درک شده، خودکارآمدی درک شده و قصد رفتاری، این اختلاف معنی‌دار نبود، هرچند میانگین نمرات آنها بعد از مداخله در مقایسه با قبل از آن، با افزایش همراه بود. در رابطه با گروه کنترل، آزمون آماری تی زوج فقط در سازه‌ی موانع درک شده، اختلاف آماری معنی‌دار را نشان داد ( $P = 0/0001$ ) ولی در مورد سایر سازه‌های مدل، اختلاف آماری معنی‌دار مشاهده نشد. در عین حال نمره‌ی سازه‌ی خودکارآمدی درک شده در گروه کنترل، با کاهش جزئی همراه بود. مقایسه‌ی میانگین نمرات قصد رفتار پیشگیری از ایدز نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری میان قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی در هیچکدام از دو گروه وجود نداشت، اگر چه در گروه مداخله، افزایش و در گروه کنترل کاهش جزئی میانگین نمره مشاهده شد.

جدول ۳. ضریب همبستگی پیرسون سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و قصد رفتار پیشگیری از آیدز در رابطین سلامت گروه‌های مداخله و کنترل، قبل از اجرای مداخله‌ی آموزشی (مرکز بهداشت شهرستان زنجان ۱۳۹۰-۱۳۸۹)

سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و قصد رفتاری	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	خودکارآمدی درک شده	قصد رفتاری
حساسیت درک شده	۱					
شدت درک شده	-۰/۰۰۳	۱				
منافع درک شده	-۰/۰۳۰	*۰/۳۸۱	۱			
موانع درک شده	۰/۹۵	-۰/۱۵۲	۰/۱۴۳	۱		
خودکارآمدی درک شده	۰/۰۴۳	-۰/۰۱۷	*۰/۳۵۶	*۰/۲۲۳	۱	
قصد رفتاری	۰/۱۵۷	۰/۱۸۰	۰/۲۴۶	۰/۱۲۲	*۰/۵۱۷	۱
	۰/۱۶۴	۰/۱۱۱	۰/۰۲۸	۰/۲۸۱	۰/۰۰۰۱	n (۸۰)

\*\* اختلاف معنی‌دار در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  \* اختلاف معنی‌دار در سطح  $P < ۰/۰۰۵$

جدول ۴. تغییرات میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در آیدز در رابطین سلامت گروه‌های مداخله و کنترل، قبل و بعد از اجرای مداخله‌ی آموزشی (مرکز بهداشت شهرستان زنجان ۱۳۹۰-۱۳۸۹)

آزمون تی زوج Sig.	گروه مداخله				آزمون تی زوج Sig.	گروه کنترل				سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی
	انحراف معیار	میانگین نمرات	بعد از مداخله	قبل از مداخله		انحراف معیار	میانگین نمرات	بعد از مداخله	قبل از مداخله	
۰/۱۹۰	۰/۶۸	۳/۷۲	۰/۸۹	۳/۵۳	۰/۰۱۰	۰/۷۱	۳/۷۰	۰/۸۷	۳/۳۰	حساسیت درک شده
۰/۵۳۹	۰/۵۱	۳/۸۸	۰/۷۵	۳/۸۱	۰/۰۰۳	۰/۴۷	۴/۱۷	۰/۶۷	۳/۸۰	شدت درک شده
۰/۶۹۴	۰/۴۳	۴/۵۶	۰/۴۸	۴/۵۲	۰/۳۹۱	۰/۴۳	۴/۶۰	۰/۴۱	۴/۵۳	منافع درک شده
۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۳/۹۱	۰/۵۶	۳/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۴/۰۰	۰/۷۵	۳/۵۲	موانع درک شده
۰/۱۳۵	۰/۵۰	۴/۰۸	۰/۴۷	۴/۲۴	۰/۳۲۱	۰/۵۳	۴/۲۰	۰/۵۴	۴/۰۵	خودکارآمدی درک شده
۰/۸۵۰	۰/۵۰	۴/۵۴	۰/۴۴	۴/۵۶	۰/۷۳۷	۰/۴۸	۴/۵۶	۰/۴۱	۴/۵۲	قصد رفتاری



## بحث

در این مطالعه تعداد ۸۰ رابط سلامت گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ که در یازده پایگاه بهداشت تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان زنجان به همکاری می‌نمودند، در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد از میان سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سازه‌ی خودکارآمدی درک شده بیشترین توان پیش‌گویی‌کنندگی متغیر قصد رفتار پیشگیرانه و آموزشی مرتبط با ایدز را دارا بود. همچنین میان سازه‌های خودکارآمدی درک شده و موانع درک شده، ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده شد. این بدان معنی است که هر اندازه فرد احساس خودکارآمدی بیشتری داشته باشد، موانع درک شده‌ی کمتری را در پیش روی خود خواهد دید. در مطالعه‌ی که توسط رحمتی انجام شد، سازه‌ی منافع درک شده، بیشترین توان پیش‌گویی‌کنندگی قصد رفتار انجام آزمایش تشخیصی ایدز را بر عهده داشت (۷) در حالی که در مطالعه‌ی شیگمی سازه‌ی شدت درک شده، از بیشترین توان پیش‌بینی‌کنندگی قصد رفتار برخوردار بود (۲۹). علی‌رغم تفاوت نتایج دو مطالعه‌ی مذکور با نتایج مطالعه‌ی اخیر، مطالعات متعدد نقش سازه‌ی خودکارآمدی درک شده در بیان قصد رفتاری را مورد حمایت قرار داده‌اند که از آن جمله می‌توان به نتایج مطالعات انجام شده توسط لین، وولفرت، و اولیری اشاره نمود (۳۰-۳۲). نتایج مطالعه‌ی کولمن نیز نشان داد که خودکارآمدی درک شده همراه با موانع درک شده، دو سازه‌ی کلیدی تعیین‌کننده‌ی قصد رفتار پیشگیرانه از ایدز می‌باشند (۳۳). نتایج مطالعه‌ی آقا ملایی و همکاران و حسنی و همکاران، نیز که بر رابطه‌ی سازه‌های خودکارآمدی درک شده و موانع درک شده با پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی فعالیت فیزیکی و خودآزمایی پستان تأکید داشتند، با نتایج مطالعه‌ی اخیر کاملاً همخوانی دارند (۳۴ و ۳۵). یافته‌های این مطالعه نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، قبل از انجام مداخله‌ی آموزشی

ایدز و مهارت‌های ارتباطی، اختلاف آماری معنی‌داری با هم نداشتند. یکی از مفاهیم مورد بررسی در این مطالعه، حساسیت درک شده نسبت به ایدز بود که در مرحله‌ی قبل از مداخله، میانگین نمره‌ی آن در مقایسه با سایر سازه‌ها، از کمترین میزان برخوردار بود و با اینکه پس از مداخله، میانگین نمرات این سازه در هر دو گروه افزایش یافت، ولی فقط در گروه مداخله این افزایش با اختلاف آماری معنی‌دار همراه بود. نتایج مطالعه‌ی اریک نیز نشان داد، خطر درک شده در زنان مورد مطالعه بسیار پایین بود که با نتایج مطالعه‌ی اخیر مشابه است (۳۶). نتایج مطالعه‌ی غفاری افزایش معنی‌دار امتیاز حساسیت درک شده در گروه مداخله و بالعکس، کاهش امتیاز سازه‌ی مذکور در گروه شاهد را نشان داد (۸). بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، حساسیت درک شده‌ی بالا، جهت ارتقای انگیزه‌ی افراد در اتخاذ رفتار بهداشتی پیشگیرانه، ضروری است و بخشی از برنامه‌ی آموزشی در خصوص موضوعاتی مانند ایدز، باید بر روی این سازه متمرکز شود. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش همزمان ایدز و مهارت‌های ارتباطی به رابطین، در مقایسه با آموزش ایدز به تنهایی، در افزایش نمره‌ی این سازه مؤثرتر بوده است. وقتی رابطین سلامت به آسیب‌پذیری خود و یا جمعیت تحت پوشش خود باور داشته باشند، احتمالاً تلاش بیشتری در جهت آموزش آن‌ها به عمل خواهند آورد و این امر می‌تواند به افزایش سطح آگاهی گروه‌های تحت پوشش منجر شود. در خصوص اینکه چگونه آموزش مهارت‌های ارتباطی توانسته است، ادراک رابطین در خصوص آسیب‌پذیری نسبت به ایدز را تحت تأثیر قرار دهد، مطالعه‌ی در دست نبود تا بتوان بر اساس آن قضاوت نمود، ولی از آنجا که در برنامه‌ی آموزشی مهارت‌های ارتباطی، به عناصر مدل ارتباطی و اهمیت هر کدام از آن‌ها، به‌خصوص پیام و ضرورت توجه به درک مفهوم آن توسط مخاطب، به‌طور مفصل پرداخته شد، شاید

این موضوع به عنوان یک عامل تأثیرگذار به تعمق و تفکر بیشتر رابطین به مطالب آموزشی ارایه شده در مورد ایدز منجر شده باشد. در عین حال کسب اطلاعات درست نیز می‌تواند حساسیت درک شده‌ی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و بخشی از افزایش میانگین نمره‌ی این سازه در هر دو گروه، می‌تواند ناشی از این امر باشد. نتایج مطالعات انجام شده توسط شریفی‌راد و آقاملایی نیز افزایش نمره‌ی سازه‌ی حساسیت درک شده را فقط در گروه‌های مداخله نشان داد (۳۸ و ۳۷). در مورد سازه‌ی شدت درک شده نیز نتایج این مطالعه وضعیتی مشابه آنچه را که در مورد سازه‌ی حساسیت درک شده بیان شد، نشان داد با این تفاوت که در هر دو گروه مداخله و کنترل، میانگین نمره‌ی سازه‌ی مذکور در مرحله‌ی قبل از مداخله، در مقایسه با سازه‌ی حساسیت درک شده، به طور چشمگیری بیشتر بود. یکی از دلایل مناسب بودن کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی جهت بیماری ایدز، پی‌آمدهای مرگبار این بیماری است و از نظر افراد جامعه، ایدز به طور کلی یک بیماری کشنده و مرگبار محسوب می‌شود. اینکه افراد مورد مطالعه، علی‌رغم برخورداری از حساسیت درک شده‌ی پایین‌تر، از شدت درک شده‌ی بالاتری بهره‌مند هستند، قابل توجه می‌باشد. این بدان معنی است که افراد مورد مطالعه با اینکه ایدز را یک بیماری با عواقب و پی‌آمدهای شدید، تلقی می‌کنند، اما خود را به همان میزان در معرض خطر ابتلا به بیماری نمی‌دانند که البته با توجه به خصوصیات جامعه‌ی مورد مطالعه، این یافته تا حدی واقع بینانه به نظر می‌رسد. یکی از عوامل مهم در ابتلای افراد به وضعیت‌های خاص بهداشتی، باور نداشتن آن‌ها به آسیب‌پذیر بود نشان در ابتلا به آن وضعیت خاص می‌باشد. با وجود این شدت درک شده‌ی بیشتر در مورد بیماری ایدز، می‌تواند مثبت باشد چرا که این موضوع می‌تواند در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه، سودمند واقع شود. در عین حال آموزش توأم ایدز و مهارت‌های ارتباطی، افزایش معنی‌دار میانگین نمره‌ی سازه‌ی مذکور در مقایسه با

گروه کنترل را به همراه داشته است. دلیل این امر می‌تواند علاوه بر آنچه که در خصوص سازه‌ی حساسیت درک شده مورد اشاره قرار گرفت، فراهم شدن زمینه‌ی بحث و گفتگوی عمیق‌تر در زمینه‌ی ایدز، در حین برگزاری کارگاه آموزشی مهارت‌های ارتباطی بوده باشد. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی غفاری همخوانی ندارد (۸) در حالی که با نتایج مطالعات شریفی‌راد و آقاملایی همخوانی دارد (۳۸ و ۳۷). نتایج مطالعه‌ی کریمی نیز نشان داد با وجود شدت درک شده‌ی بالا در مرحله‌ی قبل از مداخله‌ی آموزشی، پس از آموزش نیز نمره‌ی این سازه‌ی با افزایش چشمگیر همراه بود که مشابه‌ی نتایج مطالعه‌ی اخیر می‌باشد (۳۹). همانطور که گفته شد، در مرحله‌ی قبل از اجرای مداخله، سازه‌ی منافع درک شده در هر دو گروه مداخله و کنترل، از میانگین نمره‌ی بسیار بالایی برخوردار بودند و اجرای برنامه‌ی آموزشی، فقط به میزان اندکی آن را افزایش داد. این یافته با نتایج مطالعه‌ی غفاری کاملاً تطابق دارد (۸) در حالی که در مرحله‌ی قبل از مداخله، میانگین نمره‌ی سازه‌ی موانع درک شده، همانند سازه‌ی حساسیت درک شده، در پایین‌ترین سطح قرار داشت. درک منافع ناشی از رفتارهای پیشگیرانه از ایدز در جامعه‌ی مورد مطالعه، یکی از ویژگی‌های مثبت گروه مورد مطالعه محسوب می‌شود، ولی در مقابل وضعیت متفاوت سازه‌ی موانع درک شده، به این معنی است که اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه، بدون کنار زدن موانع درک شده، قابل انتظار نبوده یا با دشواری همراه خواهد بود. نکته‌ی حایز اهمیت در این مطالعه، افزایش معنی‌دار نمره‌ی سازه‌ی موانع درک شده در هر دو گروه مداخله و کنترل، متعاقب اجرای مداخله می‌باشد. در این مطالعه افراد دو گروه مداخله و کنترل، شاید قبلاً در موقعیتی قرار نداشته‌اند که در خصوص موانع مرتبط با رفتارهای پیشگیرانه و طرق مقابله با آن به بحث و گفتگو پردازند. یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با موانع درک شده، میزان آگاهی رابطین در این خصوص می‌باشد و از آنجا که

طی این مداخله‌ی آموزشی، اطلاعات اساسی و ضروری مرتبط با ایدز به افراد هر دو گروه ارائه شد، ارتقای آگاهی و اصلاح برخی باورهای نادرست می‌تواند نقشی مثبت در برطرف شدن موانع درک شده را ایفا نموده باشد. به هر حال همسو شدن سازه‌های منافع و موانع درک شده با هم از نتایج مثبت مداخله‌ی آموزشی در خصوص ایدز محسوب می‌شود. همانگونه که ذکر شد میان سازه‌ی خودکارآمدی درک شده با سازه‌های منافع و موانع درک شده، ارتباط معنی‌دار مشاهده شد، یعنی هر اندازه منافع درک شده بیشتر و موانع درک شده کمتر (ارزش‌گذاری نمرات سازه‌ی موانع درک شده به صورت معکوس انجام شد و نمره‌ی درک شده‌ی بیشتر در مواقع به معنی موانع درک شده‌ی کمتر خواهد بود) باشند، فرد از خودکارآمدی درک شده‌ی بالاتری برخوردار خواهد بود. رابطه‌ی مستقیم شدت درک شده با منافع درک شده نیز به این معنی است که هر اندازه پی‌آمدهای ناشی از یک موقعیت مرتبط با سلامت شدیدتر باشد، احتمالاً منافع درک شده‌ی ناشی از اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه، بالاتر خواهد بود. نتایج مطالعه‌ی کریمی، نشان داد مداخله‌ی آموزشی به افزایش نمرات سازه‌های حساسیت و شدت درک شده و منافع و موانع درک شده، منجر شده است که در کل با نتایج مطالعه‌ی اخیر مشابهت دارد (۳۹). نتایج مطالعات انجام شده توسط شریفی‌راد و آقاملایی نیز، اثر مثبت مداخله‌ی آموزشی بر موانع درک شده را نشان داد (۳۸ و ۳۷)، ولی نتیجه‌ی مطالعه‌ی غفاری با نتایج مطالعه‌ی اخیر همخوانی نداشت (۸). به هر حال نتایج مطالعات مختلف در رابطه با سازه‌ی موانع درک شده، بسیار با هم متناقض بوده‌اند که دلیل اصلی آن به تنوع قابل توجه موانع درک شده از جمله موانع مادی و فیزیکی، روانی و اجتماعی و اثر متفاوت مداخلات آموزشی بر تعدیل موانع مذکور بر می‌گردد. به عبارت دیگر نباید انتظار داشت، موانعی مانند هزینه، عدم دسترسی به خدمات، انگ‌های اجتماعی و غیره که عواملی خارجی و یا خارج از اراده‌ی فرد

هستند، با مداخلات آموزشی تعدیل شوند. بدین ترتیب موانع درک شده در این مطالعه، احتمالاً از نوع موانعی ذهنی بوده‌اند که مداخله‌ی آموزشی قادر به تعدیل آن بوده است. چنین یافته‌ای لزوم طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در سطح کلان جامعه را آشکار می‌نماید. در رابطه با سازه‌ی خودکارآمدی درک شده، نتایج این مطالعه، افزایش جزئی در گروه مداخله و کاهش جزئی در گروه کنترل را نشان داد. البته قبل از اجرای مداخله‌ی آموزشی، احساس خودکارآمدی درک شده در هر دو گروه بسیار بالا بود و این می‌تواند از ابعاد مثبت مشارکت رابطین سلامت در برنامه‌های آموزش ایدز محسوب شود. از طرفی کاهش جزئی میانگین نمره‌ی سازه‌ی خودکارآمدی درک شده، در گروه کنترل بر خلاف گروه مداخله، قابل تأمل می‌باشد. نتایج مطالعه‌ی غفاری نشان داد نمره‌ی سازه‌ی خودکارآمدی در یکی از گروه‌های مداخله و گروه شاهد تغییر نکرد ولی در گروه مداخله‌ی بعدی، نمره‌ی سازه‌ی مذکور به‌طور معنی‌داری کاهش یافت (۹)، در حالی که نتایج مطالعه‌ی انجام شده توسط آقاملایی، افزایش نمره‌ی سازه‌ی مذکور را نشان دادند (۴۰). نتایج مطالعه‌ی غفاری و کینزلر (۴۰ و ۸) حاکی از عدم تغییر معنی‌دار در نمره‌ی سازه‌ی خودکارآمدی درک شده بودند، در حالی که نتایج مطالعه‌ی کریچینکو و همکاران، افزایش غیرمعنی‌دار نمره‌ی سازه‌ی خودکارآمدی درک شده را نشان داد (۴۱) که با نتایج مطالعه‌ی اخیر، نسبتاً شباهت دارد ولی با نتایج مطالعه‌ی مک کلندون و همکارانش (۴۲) که نشان دهنده‌ی کاهش معنی‌دار در سازه‌ی خودکارآمدی درک شده در افراد مورد مطالعه بود، متفاوت می‌باشد. به‌طور منطقی ارتقای مهارت‌های ارتباطی رابطین سلامت، باید به ارتقای احساس خودکارآمدی آن‌ها منجر شود، چرا که کسب چنین مهارتی به معنی کسب توانایی بیشتر در برقراری ارتباط مؤثر با مخاطب می‌باشد. لزوم اشراف رابطین به موضوع آموزشی ایدز در کنار بر خورداری از مهارت‌های ارتباطی مؤثر، واقعیتی آشکار محسوب می‌شود

آموزشی ایدز در جمعیت تحت پوشش منجر شود. البته پایین بودن حساسیت درک شده در مرحله‌ی قبل از مداخله، می‌تواند به‌کاهش اینگزه‌ی رابطین سلامت در این راستا بیانجامد ولی مداخله‌ی آموزشی در گروه مداخله، توانست میانگین نمره‌ی این سازه را نیز به طور معنی دار افزایش دهد، در حالی‌که در گروه کنترل، چنین تغییری روی نداد. طراحی و اجرای همزمان دو برنامه‌ی آموزشی مهم، پراکندگی جغرافیایی وسیع پایگاه‌های بهداشت و عدم وجود رابطه‌ی استخدامی و سازمانی رابطین سلامت با پایگاه‌های بهداشتی، از نظر هماهنگی شرکت در برنامه‌های آموزشی و پیگیری مداخلات، از دشواری‌های این مطالعه بود. عدم دسترسی به نتایج مطالعات کاملاً مشابه با این تحقیق و عدم بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی توسط رابطین سلامت در جمعیت تحت پوشش، می‌تواند به‌عنوان محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر محسوب شوند.

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد آموزش همزمان مهارت‌های ارتباطی و موضوع ایدز، به ارتقای بیشتر حساسیت و شدت درک شده‌ی رابطین سلامت نسبت به موضوع آموزشی منجر شد. بنابراین انتظار می‌رود امکان اینکه رابطین سلامت به آموزش مؤثرتر جمعیت تحت پوشش مبادرت نمایند، بیشتر شود. با آموزش مهارت‌های ارتباطی، رابطین سلامت قادر خواهند بود فرایند ارتباط را بهتر شناخته و از طریق درک اهمیت عناصر اصلی این فرایند، یعنی منبع، پیام، مخاطب و بازخورد (۴۳)، درک بهتری از تأثیر پیام بر مخاطب را کسب نمایند. به این ترتیب یادگیری مهارت‌های ارتباطی به رابطین سلامت، کمک خواهد نمود تا به طیف وسیع‌تری از نیازها و نگرانی‌های افراد تحت پوشش خود، به طور مناسب پاسخ دهند. پیشنهاد می‌شود برنامه‌ی آموزشی مهارت‌های ارتباطی جهت رابطین سلامت، در سطح وسیع‌تری به

و میان این دو، نوعی ارتباط دو طرفه وجود دارد. یعنی اشراف بیشتر به موضوع آموزشی و برخورداری از مهارت ارتباطی برتر، هر دو می‌توانند به ارتقای احساس خودکارآمدی بیشتر، منجر شوند. در مدل اعتقاد بهداشتی نیز سازه‌ی خودکارآمدی که از تئوری شناختی اجتماعی بندورا اخذ شده است، به عنوان کلیدی‌ترین سازه‌ی مدل، مطرح بوده و بیانگر اعتقاد فرد به توانایی موفق انجام رفتار بهداشتی می‌باشد (۹). بنابراین حفظ و ارتقای میانگین نمره‌ی سازه‌ی خودکارآمدی درک شده در گروه مداخله، می‌تواند نتیجه‌ی مستقیم آموزش مهارت‌های ارتباطی به رابطین محسوب شود. آشنایی رابطین سلامت با مفاهیم و اهداف اساسی ارتباط، عناصر و اهمیت خاص هر کدام از اجزای فرایند ارتباط، در کنار برخورداری از مهارت‌های ارتباطی مؤثر مانند سخن‌گفتن، گوش دادن، سؤال پرسیدن، بازخورد و رفع ابهامات و سؤالات مخاطب، جهت ایفای نقش آموزشی بهتر، شایسته‌ی برخورداری از اهمیت اولویت بالا می‌باشد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند لزوم گنجاندن برنامه‌های آموزشی مهارت‌آموزی، جهت رابطین سلامت در کنار سایر موضوعات بهداشتی را مورد تأکید مضاعف قرار دهد. همانگونه که ذکر شد در میان متغیرهای مورد مطالعه در این تحقیق، متغیر قصد رفتار پیشگیرانه از ایدز، در هر دو گروه در مرحله‌ی قبل از مداخله در بالاترین سطح قرار داشت و علت اصلی عدم تغییر نمره‌ی سازه‌ی مذکور در هر دو گروه مداخله و کنترل می‌تواند همین موضوع باشد. البته به‌دلیل استفاده از روش خودگزارشی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، احتمال دارد بیان قصد رفتار پیشگیرانه توسط رابطین سلامت، بیش از میزان واقعی گزارش شده باشد، ولی نکته‌ی حایز اهمیت این است که افراد مورد مطالعه در هر دو گروه، احتمالاً مخالفتی با اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه نداشته‌اند. وجود احساس خودکارآمدی بیشتر، در کنار شدت و منافع درک شده‌ی بالا و موانع درک شده‌ی پایین، می‌تواند به افزایش میزان مشارکت رابطین سلامت در مداخلات

تربیت مدرس مورخ ۱۳۸۹/۰۷/۱۱ کمیته‌ی اخلاق دانشگاه تربیت مدرس مورخ ۱۳۸۹/۰۷/۱۷ می‌باشد. لذا از کلیه‌ی اعضای محترم شورای پژوهشی و کمیته‌ی اخلاق دانشگاه تربیت مدرس سپاس‌گزاریم. از راهنمایی‌های ارزنده‌ی اساتید محترم دکتر فاطمه رخشانی، دکتر علی منتظری، دکتر فضل‌اله غفرانی‌پور، دکتر سیده‌السادات طوافیان و دکتر فضل‌اله احمدی، صمیمانه تشکر می‌نماییم. از همکاری‌های مناسب مسوولین، کارشناسان و مربیان مرکز بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه‌های بهداشت شهر زنجان و کلیه‌ی رابطین سلامت شرکت کننده در این مطالعه و معاونت محترم پژوهشی و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان قدردانی می‌نماییم.

مرحله‌ی اجرا گذاشته شود و تأثیر آن بر روی جمعیت تحت پوشش در رابطه با موضوعات آموزشی ارایه شده به خصوص ایدز، مورد ارزیابی قرار گیرد. اضافه می‌نماید نتایج این مطالعه، بخشی از یک تحقیق وسیع‌تر می‌باشد که جهت ارزیابی تأثیر مداخله‌ی آموزشی رابطین سلامت گروه‌های کنترل و مداخله بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مورد ایدز، در بیش از ۸۰۰ زن گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ ساله‌ی تحت پوشش پایگاه‌های بهداشت شهر زنجان، در حال اجرا می‌باشد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکترای تخصصی آموزش

بهداشت و ارتقای سلامت مصوب شورای پژوهشی دانشگاه

### References

- 1- Evans H. Students with HIV/AIDS and school consideration teacher education and special education: *J Teacher Educ Division Counc Except Child*. 2006; 29: 213.
- 2- UNAIDS/WHO. 2008 Report on the global AIDS epidemic. July 2008.
- 3- UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2010; 21, 54. Available from: [http://www.unaids.org/documents/20101123\\_GlobalReport\\_em.pdf](http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf).
- 4- High-level event on the millennium development goals. United Nations Headquarters. New York September 2008. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/>
- 5- United Nations. The millennium development goals report. New York; 2008: 28-30.
- 6- Simbar M, Ramazani Tehrani F, Hashemi Z. Health Belief Model. Student Reproductive Persian. *J Tebe Jonob*. 2004; 1: 70-78.
- 7- Rahmati Najarkolaei F, Shamsaddin Niknami SH, Aminshokravi F, Ahmadi F, Jafari MR, Rahnama P. Health Belief Model application for AIDS prevention planning in student. *J Payesh*. 2009; 8: 349-59.
- 8- Ghaffari M, Niknami, Sh, Kazemnejad A, Mirzae E, Ghofranipour F. Designing and validating 10 conceptual scales to prevent HIV among adolescents. *J of Behood*. 2007; 1: 38-50.
- 9- Glanz K, Barbara KR, Viswanathk K. Health behavior and health education: Theory, Research and Practice. San Francisco: JOOSSEY-BASS A Wiley Imprint; 2008.

- 10- Nutbeam D, Harris E. Theory in a Nutshell. New York: MC Graw-Hill component; 2004.
- 11- McCabe C. Nursepatient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs.* 2004; 13: 41-9.
- 12- McGilton, K, Robinson HI, Boscart V. Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *J Adv Nurs.* 2006; 54: 35-44.
- 13- Chauhan, G, Long A. Communication is the essence of nursing care 1: breaking bad news. *British J Nurs.* 2000; 9: 931-8.
- 14- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford, New York: Radcliffe Medical Press; 2005.
- 15- Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication skills: some problems in nursing education and practice. *J Clin Nurs.* 2002; 11: 12-21.
- 16- Kruijver IPM, Kerkstra A, Bensing JM, van de Wiel HBM. Nursepatient communication in cancer care: a review of the literature. *Cancer Nurs.* 2000; 23: 20-31.
- 17- Vydelingum V. South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital: a phenomenological study. *J Adv Nurs.* 2000; 32: 100-7.
- 18- Jarrett N, Payne S. A selective review of the literature on nurse patient communication: has the patient's contribution been neglected? *J Adv Nurs.* 1995; 22: 72-8.
- 19- Jones L, Woodhouse D, Rowe J. Effective nurse parent communication: a study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Edu Counsel.* 2007; 69 (1-3): 206-12.
- 20- McConkey R, Morris L, Purcell M. Communications between staff and adults with intellectual disabilities in naturally occurring settings. *J Intellectual Disability Research.* 1999; 43: 194-205.
- 21- Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student patient relationship: experiences of students and patients. *Nurse Education Today.* 2005; 25: 344-54.
- 22- Mohsenirad M. Communicology. Tehran: Soroush; 2008.
- 23- Control Disease Center. The last statistic of HIV/AIDS in IRAN. Tehran: Ministry of Health. 2011.
- 24- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Person Psychol.* 1975; 28, 563-75.
- 25- Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *J Med Educ.* 2003; 3: 25-7.
- 26- Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity?. *Research in Nursing & Health.* 2007; 30: 459-467.
- 27- Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research.* 1992; 5: 194-7.
- 28- Vakili MM, Hidarnia A, Niknami Sh, Mousavinasab N. Development and psychometric of health belief model instrument about AIDS. *Zahedan J Res Med Sci.* 2012. In press.

- 29- Shigemi I, Shinji N, Masao I, Susumu W. AIDS health belief and intention for sexual abstinence among male adolescent students in Kathmandu, Nepal: A test of perceived severity and susceptibility. *Journal of The Institute of Public Health*. 2007; 121: 64-72.
- 30- Lin P, Simon JM, Zemon V. The health belief model, sexual behaviors and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Education and Prevention*. 2005; 17: 469-83.
- 31- Wulfert E, Wan CK. Condom use: A self-efficacy model. *J Health Psychol*. 1993; 12: 346-53.
- 32- O'Leary A, Goodhart F, Jemmott LS, Boccher-Lattimore D. Predictors of safer sex on the college campus: A social cognitive theory analysis. *J Am College Health*. 1992; 40: 254-63.
- 33- Coleman C L. Health belief and high risk sexual behaviors among HIV-infected African American men. *Applied Nurs Res*. 2007; 20: 110-5.
- 34- Aghamolaei T, Tavafian SS, Hasani L. Self-efficacy, benefits and barriers' perceived about regular physical activity in students. *Iranian J Epidemiol*. 2007; 4: 9-15.
- 35- Hasani L, Aghamolaei T, Tavafian SS, Zare Sh. Level of Predictor of health belief model constructs in breast self-examination. *J HAYAT*. 2011; 17: 62-69.
- 36- Eric Y, Tenkorang, Rajulto F, Matlickatyndale E. Perceived risk of HIV/AIDS and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS Behavior*. 2009; 13: 234-45.
- 37- Sharifi-rad GhR, Hazavei MM, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on prevention actions of smoking. *J Arak Uni Med sci*. 2005; 10: 1-8.
- 38- Aghamolaei T, Eftekhari H, Kazem M. Application of Health Model Belief for behavioral change in diabetic disease. *J Payesh*. 2003; 4: 263-9.
- 39- Karimi M, Ghofranipour F, Heidarnia A. The Effect of Education Based Health Belief Model on Behavioral Prevention of AIDS. *J Babol Uni Med Sci*. 2008; 18: 64-73.
- 40- Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Education Research*. 2004; 19: 730-8.
- 41- Kyrychenko P, Kohler C, Sathiakumar N. Evaluation of a school-based HIV/AIDS educational intervention in Ukraine. *J Adolescence Health*. 2006; 39: 900-7.
- 42- McClendon BT, Prentice-Dunn S, Blake RM, McMath B. The role of appearance concern in responses to intervention to reduce skin cancer risk. *Health Education*. 2002; 102: 76-83.
- 43- Vakili MM, Hidarnia A, Niknami Sh. Communicology & interpersonal communication skills. Zanjan: *Zanjan Uni Med Sci Pub*; 2011.

---

***Effect of Communication Skills Training on Health Belief Model Constructs about AIDS in Zanjan Health Volunteers (2010-11)***

Vakili MM<sup>1</sup>, Hidarnia A<sup>1</sup>, Niknami Sh<sup>1</sup>, Mousavinasab N<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Health Education and health Promotion, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>Dept. of Social Medicine Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

**Corresponding Author:** Hidarnia A, Dept. of Health Education and health Promotion, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

***Email:*** hidarnia@modares.ac.ir

**Received:** 13 Aug 2011    **Accepted:** 2 Oct 2011

---

***Background and Objective:*** The prevalence of AIDS/HIV is dramatically increasing worldwide. Iran and other Middle East countries are no exception in this regard. The main aim of this study was to assess the effects of communication skills program and AIDS education on Health Belief Model (HBM) constructs among the health volunteers in Zanjan.

***Materials and Methods:*** The study was conducted as a quasi-experimental trial. Eighty health volunteers were divided into two equal groups. The interventional group participated in two educational programs on communication skills and AIDS, compared to the control group that participated in AIDS education program only. Data collection was done both prior to and 20 weeks after the intervention using a self-report type questionnaire.

***Results:*** The results of this study show that combining AIDS education program and communication skills training had a significant effect on susceptibility, ( $P<0.01$ ) severity ( $P<0.003$ ) and perceived barrier ( $P<0.0001$ ) constructs of AIDS in the test group. By contrast, only the perceived barrier construct ( $P<0.0001$ ) showed a significant change in the control group. Self-efficacy was the strongest predictor within the HBM.

***Conclusion:*** Findings of this study indicate that a combination of communication skills training and AIDS education program could have a better effect on Health Belief Model constructs on AIDS in health volunteers than the AIDS education program by itself.

***Keywords:*** *Communication skills training, Health belief model, Construct, AIDS*