

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء باورهای بهداشتی در دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر اشنویه در خصوص ایدز

صمد دلسوز^۱، حمیدرضا فرخ اسلاملو^۲، حمیدرضا خلخالی^۳، علیرضا دیدارلو^{۴*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۷/۱۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۱۲/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری ایدز یک باندمی و چالش بهداشتی در دنیا بوده و همه افراد جامعه در معرض خطر این معضل بهداشتی هستند. در این بین جوانان و نوجوانان به‌ویژه دانش آموزان آسیب‌پذیرتر از سایر افراد جامعه هستند، بر اساس رویکرد سازمان بهداشت جهانی، تنها راه مؤثر برای پیشگیری و کنترل این بیماری، آموزش بهداشت همگانی بوده و گروه‌های پرخطر و آسیب‌پذیر باید در اولویت برنامه‌های آموزشی قرار بگیرند. **مواد و روش کار:** در این مطالعه نیمه تجربی، ۶۰ دانش‌آموز پسر دوره دوم متوسطه شهر اشنویه در سال ۱۳۹۹ در دو گروه ۳۰ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. برنامه آموزشی برای گروه مداخله به روش سخنرانی، بحث گروهی و نشان دادن فیلم آموزشی انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه سه‌قسمتی روا و پایا شامل مشخصات شخصی، آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Chi-Square، Independent t test و Repeated measures در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مطالعه آشکار کرد که قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه از نظر متغیرهای آگاهی، حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده وجود نداشت ($P > 0/05$)، اما بعد از مداخله آموزشی در متغیرهای ذکر شده اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر، تأثیر و کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی را در ارتقاء باورهای بهداشتی در خصوص پیشگیری از ایدز آشکار کرد و نتایج این تحقیق می‌تواند برای آموزشگران حوزه سلامت اعم از بهداشت و درمان که در طراحی برنامه‌های آموزشی مرتبط با بیماری‌ها تلاش می‌کنند، مفید و سودمند باشد.

کلیدواژه‌ها: مداخله آموزشی، مدل اعتقاد بهداشتی، ایدز، باورهای بهداشتی

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره اول، پیاپی ۱۳۸، فروردین ۱۴۰۰، صص ۶۷-۷۶

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۲۳۰۴

Email: adidarloo@yahoo.com

مقدمه

مراقبت، تهدیدکننده جدی برای سلامت و اقتصاد جوامع بشری می‌باشد. ایدز به‌عنوان یک پدیده اجتماعی و فرهنگی و یک بیماری رفتاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نوجوانان به‌عنوان جمعیت در معرض خطر شناخته می‌شوند (۱). آلودگی به ایدز به‌طور معمول در سنین کمتر از ۲۵ سال آغاز می‌شود و دومین علت مرگ‌ومیر در سن جوانی در دنیا گزارش شده است (۲). تا پایان سال ۲۰۱۹ تعداد افراد مبتلابه HIV/AIDS، در جهان ۳۸

سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)^۱ یک بیماری ویروسی کشنده بوده که قدرت آلوده‌کنندگی و سرایت‌پذیری بالایی داشته و موجب ضعف سیستم ایمنی بدن انسان می‌شود. ایدز در اثر عفونت با ویروس نقص سیستم ایمنی (HIV)^۲ به وجود می‌آید. ویروس HIV یکی از خطرناک‌ترین ویروس‌های شناخته‌شده در جهان است که به لحاظ میزان کشندگی زیاد و هزینه بالای

^۱ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استاد بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ استاد آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشیار بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Acquired Immune Deficiency

^۲ Human Immunodeficiency Virus

زیرا این دوره، اصلی‌ترین مرحله در چرخه زندگی، در زمینه ظهور و اوج رفتارهای پرخطر بهداشتی محسوب می‌شود. بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف سیگار، مواد مخدر، الکل و روابط جنسی نایمن، در سنین جوانی رخ می‌دهد. بررسی‌های مختلف در ایران نشان می‌دهد حدود نیمی از جوانان ایرانی تجربه حداقل یکی از انواع رفتارهای پرخطر بهداشتی را داشته‌اند (۱۰)، گر آموزش و پیشگیری از راه‌های انتقال ایدز را به جدیت ادامه ندهیم، در آینده نزدیک در این زمینه، با بحران روبرو خواهیم شد (۱۱). این در حالی است که تلاش‌ها و اقدامات انجام‌شده در زمینه افزایش آگاهی مردم نسبت به راه‌های انتقال و روش‌های پیشگیری و اقدامات بهداشتی در بسیاری از کشورهای اروپایی و آمریکایی، سبب کاهش آهنگ سرعت وقوع این بیماری در این مناطق گردیده است (۱۰). آموزش بهداشت، محور و مرکز ثقل هر فعالیت بهداشتی بوده و یکی از ارکان اصلی ارتقای سلامت می‌باشد که منجر به فرصت‌هایی جهت رشد و توسعه می‌گردد (۱۲). در سطح فردی نیز آموزش، سطح زندگی فردی را بهبود می‌بخشد و منجر به افزایش مهارت‌ها، بهره‌وری و استانداردهای کلی زندگی می‌گردد (۱۳). جوامع به‌منظور حفظ ارتقای سلامت و پرهیز از بیماری‌ها نیازمند آموزش صحیح رفتارهای بهداشتی هستند؛ به‌ویژه در مورد بیماری ایدز که در غیاب درمان و واکسن مؤثر، این امر از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد؛ از این‌رو سازمان جهانی بهداشت تنها راه مؤثر علیه ایدز را آموزش بهداشت اعلام کرده و معتقد است که گروه‌های آسیب‌پذیر بایستی در اولویت برنامه‌های بهداشتی قرار گیرند (۷). مدارس به‌عنوان مکان‌های کلیدی برای ارتقاء سلامت محسوب می‌شوند. ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها و افزایش اثربخشی آن‌ها نیز به استفاده مناسب از نظریه‌ها و الگوهای آموزش بهداشت بستگی دارد. هدف مدل‌ها کمک به تشخیص و درک عوامل مؤثر بر رفتار و تبیین نحوه عملکرد این عوامل است (۱). یکی از الگوهای مؤثر در آموزش بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی است. این الگو که به‌عنوان چهارچوب اصلی در پژوهش حاضر بکار رفته است، از جمله مهم‌ترین نظریه‌های رفتار بهداشتی به‌شمار می‌رود که با موفقیت‌های بزرگی در موضوعات مختلف سلامت همراه شده است و به‌عنوان یکی از الگوهای دقیقی است که برای پیش‌بینی رفتار مرتبط با سلامت تلاش می‌کند (۱).

مدل اعتقاد بهداشتی (HBM)^۳ از اولین مدل‌های رفتار بهداشتی است. این مدل بر پایه سازه‌های حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و راهنمای

میلیون نفر می‌باشد، که تا پایان همین سال تعداد ۱۷۰۰۰۰۰ نفر مورد جدید HIV شناسایی شده است، در همین سال تعداد ۶۹۰۰۰۰ نفر بیمار HIV/AIDS فوت شده‌اند که ۳۰۰۰۰۰ نفر زن و ۳۹۰۰۰۰ نفر مرد بوده است. بر اساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران تا پایان سال ۱۳۹۸، تعداد ۴۱۴۹۶ نفر به HIV/AIDS مبتلا شده‌اند که ۱۹۱۶۴ نفر آن‌ها فوت نموده‌اند. در استان آذربایجان غربی نیز تا پایان سال ۱۳۹۸ تعداد ۴۰۸ نفر به HIV/AIDS مبتلا شده‌اند که تعداد ۲۳۷ نفر آن‌ها فوت شده است. از تعداد ۴۰۸ نفر مبتلابه HIV/AIDS در استان آذربایجان غربی تعداد ۳۵۵ نفر مرد و تعداد ۵۳ نفر زن بوده‌اند که بیشترین گروه سنی درگیر ۴۵-۲۶ سال (حدود ۶۰ درصد کل مبتلایان هستند) (۳). ایدز یک چالش بهداشتی و اجتماعی است؛ که پیامدهای روانی، فرهنگی، اقتصادی و جسمی آن بسیار گسترده است. در اوایل پیدایش بیماری تصور بر آن بود که بیماری مخصوص کشورهای غربی است؛ ولی با انتشار سریع آن در آسیا مشخص شد که ایدز هیچ قوم و نژاد و کشوری را در امان نخواهد گذاشت. امروزه ایدز در کشورهای در حال توسعه به‌سرعت در حال گسترش است که تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر سلامت و توسعه اجتماعی-اقتصادی این کشورها گذاشته است (۴).

امروزه جهان با بحران بزرگ HIV/AIDS که بی‌شک بزرگ‌ترین عارضه بشری پس از جنگ جهانی دوم است، مواجه می‌باشد (۵).

ایران یکی از کشورهای در معرض خطر آلودگی به ایدز شناخته شده است (۶). پیش‌بینی می‌شود که بیشترین رشد بار بیماری‌ها تا سال ۲۰۲۵ در ایران مربوط به رشد بار HIV/AIDS باشد که دلایل رشد بار این بیماری می‌تواند به دلایلی همچون میرایی، ناتوانی و کیفیت زندگی در بیماران ایدزی باشد (۷)؛ از این‌رو بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، ایران یکی از پرخطرترین کشورهای جهان در زمینه آلودگی به ایدز در منطقه خاورمیانه می‌باشد (۸).

هر چند آگاهی جامعه به خصوص جوانان درباره پیشگیری از انتقال HIV/AIDS افزایش یافته است. با این‌وجود، هم‌چنان گروه سنی جوان با عدم برخورداری از دانش کافی در خصوص این بیماری، روبه‌رو هستند (۹) جوانان که عمده‌ترین گروه در معرض بیماری ایدز در دنیا به‌شمار می‌روند، به دلیل ارضای حس کنجکاوی، فشار دوستان، ناآگاهی و بی‌مهارتی، با خطر تماس جنسی غیر ایمن روبه‌رو هستند و بنابراین در مقایسه با بزرگسالان در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به HIV/AIDS قرار دارند (۴)؛

³ Health Belief Model

انجام شد. حجم نمونه مطالعه با استفاده از نتایج مطالعه خرازی و همکاران (۱) که در آن میانگین و انحراف معیار سازه شدت درک شده بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله $23/21 \pm 5/80$ و در گروه کنترل $23/21 \pm 5/65$ بوده و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با استفاده از فرمول مشروحه ذیل (پوکاک) محاسبه گردید.

$$n = \frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \times (s_1^2 + s_2^2)}{(x_1 - x_2)^2}$$

$$n = \frac{(1/96 + 0/84)^2 \times (5/8^2 + 5/65^2)}{(27/85 - 23/21)^2} = 24$$

تعداد نمونه پس از قرار دادن مقادیر در فرمول فوق برای هر گروه ۲۴ نفر به دست آمد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش تعداد ۳۰ نمونه برای هر گروه و در مجموع ۶۰ نمونه وارد مطالعه شدند. برای انتخاب نمونه‌ها، ابتدا شهر اشنویه از نظر جغرافیایی به ۴ بخش (شمال - جنوب - شرق و غرب) تقسیم شد. با توجه به اینکه این بخش‌ها از لحاظ ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی - اجتماعی تفاوت زیادی باهم ندارند مدارس موجود در این ۴ منطقه را همگن در نظر گرفته شد و سپس بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۲ مدرسه به‌عنوان خوشه طوری انتخاب شد که این دو مدرسه از نظر فاصله حداقل ۱ کیلومتر (۱۰۰۰ متر) از هم فاصله داشته باشند که یکی از این مدارس به‌عنوان گروه مداخله و دیگری به‌عنوان گروه کنترل انتخاب گردید.

پس از انتخاب مدارس، با توجه به اینکه ۳ پایه مختلف در این مدارس وجود دارد (دهم، یازدهم، دوازدهم) نمونه‌ها را طوری انتخاب کردیم که از هر ۳ پایه در نمونه‌ها وجود داشته باشد، بطوریکه بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از هر پایه به نسبت در درون گروه‌های مورد مطالعه (گروه‌های مداخله و کنترل) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل: دانش‌آموز پسر مقطع دوم متوسطه، اعلام موافقت و شرکت در کلاس رسمی آموزش ایدز، حضور در مدرسه هنگام مطالعه، تکمیل رضایت‌نامه کتبی شرکت در مطالعه بودند. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل: انتقال از مدرسه مورد مطالعه به مدارس یا شهرهای دیگر طی دوره مطالعه، غیبت بیش از یک جلسه در رده‌های آموزشی و عدم رضایت به ادامه مطالعه بود.

عمل قرار دارد، به این صورت که حساسیت درک شده، اشاره به باور ذهنی یک فرد درباره احتمال ابتلا به یک بیماری یا وضعیت زیان‌بار ناشی از اقدام به یک رفتار خاص دارد. شدت درک شده، مربوط به باور ذهنی شخص در مورد گستره آسیبی که می‌تواند در نتیجه ابتلا به یک بیماری یا وضعیت زیان‌بار حاصل از یک رفتار خاص پدید آید. منافع درک شده، شامل باورهایی به مزایای روش‌های پیشنهادی جهت کاهش خطر یا شدت بیماری یا حالت زیان‌بار ناشی از یک رفتار خاص هست. موانع درک شده، شامل باورهایی راجع به هزینه‌های واقعی و متصور ناشی از پیگیری رفتار جدید است. خودکارآمدی درک شده، اشاره به اعتقاد به این مسئله است که توانایی موفقیت در انجام رفتار مورد نیاز برای دستیابی به نتایج مورد تمایل وجود دارد و راهنمای عمل نیروی تسریع‌کننده‌ای است که موجب احساس نیاز فرد به انجام عملی می‌گردد (۱۴). لذا بر اساس این مدل برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از HIV/AIDS، افراد باید ابتدا در برابر مسئله (ابتلا به HIV/AIDS) احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده). سپس این خطر و جدی بودن عوارض ناشی از آن را در ابعاد مختلف جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و... را درک کنند (شدت درک شده)، با اشارات مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کنند (راهنماهای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن برنامه پیشگیری از ابتلا به HIV/AIDS را باور نمایند (منافع درک شده)، عوامل بازدارنده از اقدام به این عمل را نیز کم‌هزینه‌تر از فواید آن بدانند (موانع درک شده) و جهت غلبه بر موانع رفتار، احساس کفایت و بسندگی کنند (خودکارآمدی) تا در نهایت اقدام به رفتارهای پیشگیری‌کننده از HIV/AIDS نمایند (۱۶).

با توجه به مطالب فوق و اهمیت ارتقای آگاهی و باورهای دانش آموزان در خصوص اهمیت پیشگیری از ایدز و عدم وجود مطالعات مشابه در این زمینه در شهرستان اشنویه مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای باورهای بهداشتی در خصوص ایدز در دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهرستان اشنویه طراحی شد تا گامی در جهت ارتقای سلامت جامعه برداشته شود. امید است با ارائه نتایج این تحقیق به برنامه ریزان و مسئولان، بتوان گامی مؤثر در جهت ارتقای آگاهی، باورهای بهداشتی و سلامت دانش آموزان و مردان آینده جامعه در زمینه ایدز برداشت.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد کنترل دار بوده و باهدف بهبود و ارتقاء باورهای بهداشتی دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه نسبت به بیماری ایدز در شهر اشنویه در سال ۱۳۹۹

و هر جلسه به مدت یک ساعت در گروه مداخله در قالب گروه‌های ۱۰ نفر برگزار شد.

جلسه اول آموزشی باهدف معارفه و افزایش آگاهی در خصوص کلیات بیماری HIV/AIDS به مدت یک ساعت در کلاس درس و سالن آموزشی مدرسه برگزار شد که دانش‌آموزان در ۳ گروه ۱۰ نفر تقسیم‌بندی شدند و جهت مؤثر بودن آموزش و فعال کردن دانش‌آموزان از روش‌های آموزشی تعاملی (بحث گروهی و پرسش و پاسخ) استفاده گردید، رسانه‌ها و وسایل آموزشی شامل پمفلت آموزشی، ویدئو پروژکتور و سی دی آموزشی بود.

جلسه دوم آموزشی باهدف افزایش نمره دو سازه حساسیت و شدت درک شده دانش‌آموزان در خصوص HIV/AIDS به مدت یک ساعت در کلاس درس و سالن آموزشی مدرسه برگزار شد که دانش‌آموزان در ۳ گروه ۱۰ نفر تقسیم‌بندی شدند و از روش‌های آموزشی تعاملی (بحث گروهی، پرسش و پاسخ و ایفای نقش) استفاده گردید و رسانه‌ها و ابزارهای آموزشی شامل ویدئو پروژکتور و سی دی آموزشی بود. همچنین در این جلسه قسمت‌هایی از فیلم و عکس‌های گرافیکی از افراد ایدزی و عوارض وحشتناک بیماری به دانش‌آموزان نشان داده شد.

جلسه سوم آموزشی باهدف افزایش منافع و کاهش موانع درک شده دانش‌آموزان در خصوص HIV/AIDS به مدت یک ساعت در کلاس درس و سالن آموزشی مدرسه برگزار شد که دانش‌آموزان در ۳ گروه ۱۰ نفر تقسیم‌بندی شدند و از روش‌های آموزشی سنتی و تعاملی (سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و ایفای نقش) استفاده گردید و رسانه‌ها و وسایل آموزشی شامل، ویدئو پروژکتور و سی دی و پمفلت آموزشی بود.

جلسه چهارم آموزشی باهدف افزایش خودکارآمدی درک شده دانش‌آموزان در خصوص HIV/AIDS به مدت یک ساعت در کلاس درس و سالن آموزشی مدرسه برگزار شد که دانش‌آموزان در ۳ گروه ۱۰ نفر تقسیم‌بندی شدند و بیشتر از روش‌های آموزشی تعاملی (ایفای نقش، نقش بازی، سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ) استفاده گردید و رسانه‌ها و وسایل آموزشی شامل ویدئو پروژکتور و سی دی آموزشی بود. همچنین در این جلسه در خصوص نحوه بالا بردن اعتماد فراگیران در مورد نقش و جمله "من می‌توانم" بحث و گفتگو شد.

موضوعات و محتوای جلسات آموزشی در زمینه بیماری ایدز و راه‌های انتقال و پیشگیری از آن و نیز افزایش حساسیت، شدت و منافع درک شده و خودکارآمدی و کاهش موانع درک شده در زمینه ایدز بود. برای گروه شاهد هیچ مداخله آموزشی صورت نگرفت. بلافاصله و یک ماه بعد از آخرین جلسه آموزشی دوباره پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها پس از

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، شامل یک پرسشنامه روا و پایا شده سه‌قسمتی وکیلی و همکاران (۱۷) می‌باشد. ابزار پژوهش اولیه شامل ۵۳ گویه، با مقادیر شاخص تأثیر آیتم بالای ۱/۵، نسبت روایی محتوای بالای ۰/۴۹ و شاخص روایی محتوای بالای ۰/۷۹ تأیید شد. با تحلیل عامل اکتشافی ۵ عامل، شامل ۳۰ گویه برای دانش‌آموزان و ۳۱ گویه برای دانشجویان و با بار عاملی بیش از ۰/۴۰ با عنوان حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده شناسایی شد، که قادر به پیشگویی ۵۸ درصد از تغییرات بود. پایایی ابزار با محاسبه آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ و شاخص ضریب همبستگی بالای ۰/۸۶ تأیید شد. بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات جمعیت شناختی با ۱۰ سؤال در مورد سن دانش‌آموز، سن پدر، سن مادر، بعد خانوار، شغل پدر، شغل مادر، میزان تحصیلات پدر، میزان تحصیلات مادر، وضعیت مسکن، وضعیت اقتصادی بوده و بخش دوم پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال مربوط به آگاهی درباره بیماری ایدز می‌باشد که نحوه امتیازبندی سؤالات آگاهی به این صورت می‌باشد که برای هر سؤال صحیح دو امتیاز (جواب سؤالات شماره ۱۰-۸-۷-۶-۲-۱) گزینه صحیح و جواب سؤالات شماره ۹-۵-۴-۳ گزینه غلط می‌باشد، برای هر پاسخ نمی‌دانم یک امتیاز و برای هر پاسخ غلط صفر امتیاز در نظر گرفته شد. در بخش آگاهی حداکثر امتیاز ۲۰ و حداقل امتیاز صفر بود. بخش سوم مربوط به سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بوده و شامل ۳۰ سؤال در رابطه با باورهای فرد نسبت به بیماری ایدز می‌باشد که حداکثر امتیاز در این بخش ۱۵۰ و حداقل امتیاز ۳۰ بود و سازه‌های مدل مطالعه شامل حساسیت درک شده (۶ سؤال) که حداکثر امتیاز ۳۰ و حداقل امتیاز ۶، شدت درک شده (۵ سؤال) که حداکثر امتیاز ۲۵ و حداقل امتیاز ۵، منافع درک شده (۷ سؤال) که حداکثر امتیاز ۳۵ و حداقل امتیاز ۷، موانع درک شده (۵ سؤال) که حداکثر امتیاز ۲۵ و حداقل امتیاز ۵ و خودکارآمدی درک شده (۷ سؤال) که حداکثر امتیاز ۳۵ و حداقل امتیاز ۷ بود و سؤالات سازه‌های حساسیت، شدت و منافع درک شده با مقیاس لیکرت ۵ سطحی از کاملاً موافقم (۵ نمره) تا کاملاً مخالفم (۱ نمره) رتبه‌بندی شدند. سؤالات سازه موانع درک شده با مقیاس لیکرت ۵ سطحی از کاملاً مخالفم (۵ نمره) تا کاملاً موافقم (۱ نمره) مرتب شدند و سؤالات سازه خودکارآمدی از همیشه (۵ نمره) تا اصلاً (۱ نمره) نمره‌گذاری شدند.

دانش‌آموزان در دو گروه پس از آگاه شدن از محرمانه ماندن اطلاعاتشان، پرسشنامه‌ها را قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله آموزشی تکمیل کردند. بعد از تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون، برنامه آموزشی مبتنی بر مدل طراحی و به تعداد ۴ جلسه آموزشی

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای کمی قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. ($P > 0/05$)

نتایج جدول شماره ۲ نیز نشان می‌دهد که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای کیفی اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). و این جداول نشانه همسان بودن دو گروه قبل از مداخله می‌باشد.

جدول شماره ۳ به مقایسه جفتی میانگین آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در سه زمان مختلف (قبل از مداخله آموزشی، بلافاصله بعد از مداخله آموزشی و یک ماه بعد از مداخله آموزشی) بین دو گروه مداخله و کنترل می‌پردازد. نتایج جدول شماره ۳ بیانگر آن است که در زمان‌های بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری در متغیر آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بین دو گروه مشاهده شد ($P < 0/05$) ولی در زمان قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌دار نبود ($P > 0/05$).

جمع‌آوری، پردازش و سازمان‌دهی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ وارد شد و سپس برای نمایش متغیرهای کیفی مطالعه از شاخص‌های آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی و نمودارها) و برای نمایش داده‌های کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده گردید. علاوه بر داده‌های مطالعه با استفاده از آزمون‌های Paired t و Independent t و chi-square (کای-اسکوئر) و آزمون اندازه‌گیری مکرر (Repeated measures) و Anova در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۰ نفر از دانش آموزان وارد مطالعه شدند که ۳۰ نفر به‌عنوان گروه مداخله و ۳۰ نفر به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. میانگین سنی دانش آموزان ۱۶/۹۵ سال و انحراف معیار ۰/۷۶ بود و دامنه سنی دانش آموزان نیز بین ۱۶ تا ۱۸ سال بود. در بدو مطالعه دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک یکسان بودند. نتایج

جدول (۱): مقایسه فراوانی متغیرهای کمی جمعیت‌شناسی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		نتیجه آزمون تی مستقل (P-value)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن دانش‌آموز	۱۶/۹۰	۰/۷۵	۱۷	۰/۷۸	t=- /۰۰ df=۰۸ P=۰/۶۱۸
سن پدر	۴۶/۳۰	۵/۸۵	۴۵/۹۳	۶/۳۳	t=- /۲۳ df=۰۸ P=۰/۸۱۷
سن مادر	۴۱/۶۳	۴/۴۰	۴۳/۱۰	۶/۷۳	t=- /۹۹ df=۰۸ P=۰/۳۲۲
بعد خانوار	۴/۹۳	۱/۰۸	۵	۲	t=- /۱۶ df=۰۸ P=۰/۸۷۳

جدول (۲): مقایسه فراوانی متغیرهای کیفی جمعیت‌شناسی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
بی‌سواد	۱(۳/۳)	۵(۱۶/۷)	۱(۳/۳)	۵(۱۶/۷)
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۱۸(۶۰)	۲۰(۶۶/۷)	۲۰(۶۶/۷)
دیپلم و بالاتر	۱۱(۳۶/۷)	۵(۱۶/۷)	۵(۱۶/۷)	۵(۱۶/۷)
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۱۳(۴۳/۳)	۱۱(۳۶/۷)	۱۱(۳۶/۷)

df=2	۱۶(۵۳/۳)	۱۴(۴۶/۷)	زیر دیپلم	
P=۰/۸۶۱	۳(۱۰)	۳(۱۰)	دیپلم و بالاتر	
Chi-Square = ۰/۱۳	۲۶(۸۶/۷)	۲۵(۸۳/۳)	شاغل	
df=1	۴(۱۳/۳)	۵(۱۶/۷)	غیر شاغل	شغل پدر
P=۰/۷۱۸				
Chi-Square = ۱/۴۵	۲(۶/۷)	۵(۱۶/۷)	شاغل	
df=1	۲۸(۹۳/۳)	۲۵(۸۳/۳)	غیر شاغل	شغل مادر
P=۰/۲۲۸				
Chi-Square = ۲/۲	۶(۲۰)	۱۱(۳۶/۷)	خوب	
df=2	۲۲(۷۳/۳)	۱۸(۶۰)	متوسط	وضعیت اقتصادی
P=۰/۳۳۲	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	ضعیف	
Chi-Square = ۰/۱۶	۲۷(۹۰)	۲۶(۸۶/۷)	شخصی	
df=1	۳(۱۰)	۴(۱۳/۳)	استیجاری	وضعیت مسکن
P=۰/۶۸۸				

جدول (۳): مقایسه میانگین گروه‌های جفتی (مقایسه‌های چندگانه) نمرات آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بین گروه مداخله و کنترل

سطح معنی داری (Pvalue)	خطای استاندارد	اختلاف میانگین‌های (۱-۲)	گروه ۲	گروه ۱	زمان	متغیر
۰/۵۰۶	۰/۵۴۷	-۰/۳۶۷	کنترل	مداخله	قبل	
۰/۰۰۱	۰/۳۹۱	۴/۸۳۳	کنترل	مداخله	بلافاصله	آگاهی
۰/۰۰۱	۰/۳۹۴	۴/۵۰۰	کنترل	مداخله	یک ماه بعد	
۰/۶۱۰	۰/۹۰۹	۰/۴۶۷	کنترل	مداخله	قبل	حساسیت
۰/۰۰۱	۰/۵۶۱	۲/۳۳۳	کنترل	مداخله	بلافاصله	درک شده
۰/۰۰۲	۰/۴۸۲	۱/۵۳۳	کنترل	مداخله	یک ماه بعد	
۰/۶۳۴	۰/۹۷۶	-۰/۴۶۷	کنترل	مداخله	قبل	شدت درک شده
۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۴/۳۳۳	کنترل	مداخله	بلافاصله	
۰/۰۰۱	۰/۵۲۲	۴/۲۶۷	کنترل	مداخله	یک ماه بعد	
۰/۴۹۳	۰/۸۶۹	۰/۰۰۶	کنترل	مداخله	قبل	منافع درک شده
۰/۰۰۱	۰/۶۹۰	۴/۷۶۷	کنترل	مداخله	بلافاصله	
۰/۰۰۱	۰/۶۱۱	۵/۶۰۰	کنترل	مداخله	یک ماه بعد	
۰/۵۷۲	۰/۹۹۷	-۰/۵۶۷	کنترل	مداخله	قبل	موانع درک شده
۰/۰۰۱	۰/۶۶۰	۴/۰۶۷	کنترل	مداخله	بلافاصله	
۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۴/۶۰۰	کنترل	مداخله	یک ماه بعد	
۰/۹۴۱	۱/۳۵۲	-۰/۱۰۰	کنترل	مداخله	قبل	خودکار آمدی درک شده
۰/۰۰۱	۰/۸۷۷	۳/۵۳۳	کنترل	مداخله	بلافاصله	
۰/۰۰۱	۰/۷۶۵	۲/۸۳۳	کنترل	مداخله	یک ماه بعد	

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی سبب افزایش آگاهی، حساسیت، شدت، منافع، خودکارآمدی و کاهش موانع درک شده در دانش آموزان پسر گردید.

آگاهی دانش آموزان در گروه مداخله، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی داری نشان داد که این اختلاف معنی دار نشان دهنده اثر مداخله آموزشی برافزایش آگاهی دانش آموزان است. این یافته‌ها با نتایج مطالعه خرازی (۱)، مطالعه رفیعی (۱۴)، مطالعه صادقی (۱۸)، مطالعه کاظمی (۹)، مطالعه پیرزاده (۱۹) و مطالعه کریمی (۲۰) همخوانی داشت.

سازه حساسیت درک شده در قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری نشان داد که این یافته‌ها با مطالعات انجام گرفته مطالعه رفیعی (۱۴)، مطالعه کاظمی (۹)، مطالعه وکیلی (۲۱)، مطالعه صادقی (۱۸) و مطالعه محمدی (۲۲) همخوانی داشت، اما با مطالعه خرازی (۱) و مطالعه پیرزاده (۱۹) همخوانی نداشت که می‌تواند به دلیل متفاوت بودن جنسیت گروه هدف، روش مطالعه و حجم نمونه باشد زیرا مطالعه آن‌ها در دانش آموزان دختر بود و احتمال انجام رفتارهای پرخطر مانند رفتارهای جنسی و اعتیاد تزریقی در این گروه کمتر مشاهده می‌شود و ایجاد حساسیت در دانش آموزان دختر نیازمند برنامه‌های مداخله طولانی‌مدت می‌باشد. در مطالعه حاضر بعد از مداخله آموزشی دانش آموزان به این نکته پی بردند که خطر ابتلا به ایدز فقط برای دیگران نیست و آن‌ها نیز ممکن است در معرض ابتلا به بیماری باشند.

آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی سبب افزایش معنی دار سازه شدت درک شده بعد از مداخله آموزشی شد که با مطالعه خرازی (۱)، مطالعه صادقی (۱۸)، مطالعه کاظمی (۹)، مطالعه وکیلی (۲۱) و مطالعه شریف راد (۲۳) همخوانی داشت و نتایج آن‌ها نیز نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند نقش بسزایی در ارتقاء شدت درک شده افراد داشته باشد، اما با نتیجه مداخله رفیعی (۱۴) و مطالعه محمدی (۲۲) در خصوص شدت درک شده همخوانی نداشت که تفاوت در جنسیت گروه هدف، تعداد جلسات آموزشی و یا خصوصیات فرهنگی جامعه مورد مطالعه می‌تواند از علل این عدم همخوانی باشد. در مطالعه حاضر بعد از مداخله آموزشی دانش آموزان به این نتیجه رسیدند که در صورت ابتلا به بیماری ایدز دچار عوارض و مشکلات شدید از جمله طرد از دوستان، خانواده و جامعه خواهند شد.

سازه منافع درک شده در قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری نشان داد که بیانگر تأثیر مداخله آموزشی

برافزایش منافع درک شده دانش آموزان می‌باشد که با مطالعات خرازی (۱)، مطالعه صادقی (۱۸)، مطالعه کاظمی (۹) و مطالعه محمدی (۲۲) همخوانی دارد و نتایج آن‌ها نیز نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند نقش بسزایی در ارتقاء منافع درک شده افراد داشته باشد، اما با نتیجه مداخله رفیعی (۱۴) در خصوص منافع درک شده همخوانی نداشت که تفاوت در جنسیت گروه هدف، تعداد جلسات آموزشی و یا خصوصیات فرهنگی جامعه مورد مطالعه می‌تواند از علل این عدم همخوانی باشد. در مطالعه حاضر بعد از مداخله آموزشی دانش آموزان به این نکته پی بردند که با بالا بردن آگاهی خود و دوری از رفتارهای پرخطر و تهیه و استفاده از وسایل شخصی از ابتلا به بیماری مصون خواهند بود.

بعد از مداخله آموزشی کاهش معنی داری در موانع درک شده مشاهده گردید که این امر نشان می‌دهد مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی سبب شده است تا دانش آموزان منافع بیشتر و موانع کمتری را در زمینه پیشگیری از ابتلا به ایدز درک کنند که با مطالعه خرازی (۱)، مطالعه رفیعی (۱۴)، مطالعه صادقی (۱۸)، مطالعه کاظمی (۹)، مطالعه کریمی (۲۰)، مطالعه عشرتی (۲۴) و مطالعه محمدی (۲۲) همخوانی دارد و نتایج آن‌ها نیز نشان داد که مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند نقش بسزایی در کاهش موانع درک شده افراد داشته باشد. بعد از مداخله آموزشی موانعی همچون عدم تهیه وسایل شخصی جهت بردن به آرایشگاه و عدم صحبت و مشاوره در خصوص بیماری با پدر و مادر و معلم مرتفع گردید.

در این مطالعه سازه خودکارآمدی درک شده نیز بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری نشان داد که با مطالعه کاظمی (۹)، مطالعه و صادقی (۱۸)، مطالعه محمدی (۲۲)، مطالعه خرازی (۱) همخوانی دارد و نتایج آن‌ها نیز نشان داد مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند نقش بسزایی در ارتقاء خودکارآمدی افراد داشته باشد. بعد از مداخله آموزشی مهارت "نه گفتن" به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان و جمله "من می‌توانم" تقویت شد.

در نتیجه این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی انجام شده مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی نه تنها بر روی آگاهی، بلکه بر حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده در ارتقاء باورهای بهداشتی دانش آموزان دوره دوم متوسطه در خصوص ایدز تأثیر مثبتی داشته است، لذا افزایش دانش و آگاهی، بهبود حساسیت، شدت، منافع، خودکارآمدی و کاهش موانع درک شده در شرکت کنندگان را می‌توان حاصل تأثیر مثبت آموزش مبتنی بر

توجه به اینکه مطالعه فقط در پسران انجام شده پیشنهاد می‌شود در جمعیت‌های عمومی نیز مورد مطالعه واقع شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر سایر مدل‌های آموزش بهداشت نیز مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی سازه راهنمای عمل نیز مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی تأثیر مداخله آموزشی در زمان بیشتر از یک ماه بعد از مداخله آموزشی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به شماره IR.UMSU.REC.1399.087 مورخه ۹۹/۲/۲۴ می‌باشد. بدین‌وسیله از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فناوری و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به دلیل حمایت و پشتیبانی مالی از پایان‌نامه و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان به‌خصوص دانش‌آموزانی که در مطالعه مشارکت نمودند تقدیر و تشکر می‌گردد.

References:

1. kaarazi s, Peyman N. Effect of educational interventions based on the health belief model on the promotion of aids preventive behaviors among female High School Students in Mashhad, Iran, in 2016. Health Res J 2017;13(1):14-8.
2. Heshmati H, Behnampour N, Pirzadeh A. A Study on High-School Students' Knowledge about the AIDS in Ashkhane City, Iran, 2012. Applying Health Belief Model 2016;12(1):1-5.
3. The latest HIV / AIDS status in the world, Iran and West Azerbaijan Province, Deputy Health University of West Azerbaijan Province. 2020.
4. Avanesian E, Naserirad M, Abrahamian H, Anis S. Size of Social Network and Probability of Occurrence of HIV/AIDS among Sexually Affected Patients in Behavioral Diseases Consulting Centers. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2017;5(2):73-80.
5. Vakili M, Babakhani L, Sharifi S, Moazen A, Mehrabi Z, Kamali K, et al. Development and Psychometric Analysis of A 44-Item HIV/AIDS Knowledge Scale: An Iranian Cultural and Population Based Study. Iran J Epidemiol 2018;14(2):116-25.
6. World Health Organization. Global AIDS update [Online]. [cited 2006]; Available from: URL: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/global-aids-update-2016-pub/en>. 2017.
7. Vatanchi A. A review of HIV/AIDS prevention interventions in Iran. Navid No 2018;21(66):63-76.
8. Secretariat NAC. Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report. Ministry of Health and Medical Education Tehran; 2015. 2018.
9. Soltani K, Tavafian S, Vakili M. Influence of educational program based on Health Belief Model in health beliefs in AIDS among students. Armaghane-danesh 2014; 19 (92): 797 - 807.
10. Roshandel S. Opportunities and challenges of mobile phone technology for HIV treatment and prevention. J Mod Med Info Sci 2017;3(2):56-66.
11. Besoain F, Perez-Navarro A, Caylà JA, Aviñó CJ, de Olalla PG. Prevention of sexually transmitted infections using mobile devices and ubiquitous computing. Int J Health Geogr 2015;14(1):1-12.

12. Larki M, Taffazoli M, Latifnejad-Roudsari R, Shakeri MT, Babae A. The Effect of a Training Program Based on the Theory of Planned Behaviour (TPB) on Sexual High-Risk Behavioural Intentions in Female Prisoners, Vakil Abad Prison, Mashhad, Iran, 2013. *J Kerman Univ Med Sci* 2016;23(4):497-514.
13. Akande R. Impact of education on living standard in Nigeria. *International Journal of Development and Management Review* 2016;11(1):215-20.
14. Rafiei N, Aghapoor S, Behnampour N, Heshmati H, Ghasemyani S. Promoting AIDS Preventive Beliefs in Turkmen Students by Using the Health Belief Model in Aq-Qala. *Iran J Health Educ Health Promot* 2019;7(4):323-32.
15. Didarloo a, pourali R, sorkhabi z, Sharafkhani N. Survey of prostate cancer-preventive behaviors based on the health belief model constructs among male teachers of Urmia City, in 2015. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;14(3):271-81.
16. Osta A, Vasli P, Hosseini M, Nasiri M, Rohani C. The effects of education based on the health belief model on adherence to standard precautions among operating room staff. *Iran Red Crescent Med J* 2018;20(S1).
17. Vakili M, Moazen A, Sharifi S, Kamali K. Development, Psychometric and Factor Analysis of HIV/AIDS Health Belief Model Scale in Adolescents and Youth (Second Phase: A Study Based on Theory, Culture and Population of Iran). *Iran J Epidemiol* 2018;14(3):255-64.
18. Sadeghi R, Mazloomi S, Hashemi M, Rezaeian M. The effects of an educational intervention based on the health belief model to enhance HIV-preventive behaviors among male barbers in Sirjan. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016;15(3):235-46.
19. Pirzadeh A, Sharifirad GR. 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. *J Gorgan Univ Med Sci* 2012;14(3).
20. Karimy M, Ghofranipor F, Heidarnia A. the effect of health education based on health belief model on preventive actio of aids on addict in zarandieh. *J Guilan Univ Med Sci* 2009;18(70):64-73.
21. Vakili MM, Hidarnia A, Niknami S, Mousavinasab SN. Effect of communication skills training on health belief model constructs about AIDS in Zanjan health volunteers (2010-11). *J Adv Med Biomed Res* 2011;19(77):78-93.
22. Mohammadi N, Hooshian M, Omidi A, Soltanian A. The effect of health belief model education on nutrition behavior of boys in secondary schools in Hamadan. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2019;26(6):397-406.
23. Sharifirad G, Entezari M, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of education of nutrition on diabetic patients type 2: The application of the model of health belief. *J Diab Lipid Iran* 2008;7(4):379-86.
24. Eshrati B, Asl RT, Dell CA, Afshar P, Millson PM, Kamali M, et al. Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: initial support for providing education on the benefits of harm reduction practices. *Harm Reduction Journal* 2008;5(1):1-7.

THE IMPACT OF EDUCATIONAL INTERVENTION BASED ON HEALTH BELIEF MODEL ON PROMOTING HEALTH BELIEFS AMONG MALE HIGH SCHOOL STUDENTS IN OSHNAVIEH TOWARD AIDS

Samad Delsooz¹, Hamid Reza Farrokh Eslamlou², Hamid Reza Khalkhali³, Alireza Didarloo^{4*}

Received: 10 November, 2020; Accepted: 23 February, 2021

Abstract

Background & Aims: AIDS is a pandemic and a health challenge in the world, and all the people of society are at risk of this health problem. Among the population, teenagers and young adults, especially students, are more vulnerable than any other in the community. According to the World Health Organization (WHO) approach, the only effective way to prevent and control this disease is through health education, and high-risk and vulnerable groups should be given priority to educational programs. The present study aimed to determine the effect of educational intervention based on the health belief model (HBM) on promoting health beliefs among male high school students in Oshnavieh city toward AIDS.

Materials & Methods: This quasi-experimental study was conducted on 60 male high school students. The subjects were divided equally into intervention and control groups (n = 30). The educational intervention was performed using lectures and group discussion and show of training film. The data collection tool was a valid and reliable 3-part questionnaire consisting of demographic characteristics, and knowledge about HIV/AIDS, and HBM constructs. The study data were analyzed using independent t-test, chi-square, and repeated measures in SPSS software version 16.

Results: The study revealed that there was no statistically significant difference between the two groups in terms of knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and self-efficacy ($p > 0.05$). After educational intervention significant differences were observed in the aforementioned variables ($p < 0.05$).

Conclusion: The present study revealed the effect and effectiveness of the health belief model on promoting health beliefs regarding prevention of AIDS, and the results of this study can benefit health educators/promoters in designing educational programs regarding diseases and health problems.

Keywords: AIDS, Students, Health Belief Model, Oshnavieh, Health Education

Address: Department of Public Health, School of Public Health, Urmia, Iran

Tel: +9844-327523041

Email: adidarloo@yahoo.com

¹ Msc in Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Professor, Mother and Child Health, College of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Professor, Biostatistics, College of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Public Health, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)