ارتباط بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معتادین

فاطمه بستامی [۱]، اکبر حسن زاده [۲]، محمد حیدری [۳]، فیروزه مصطفوی [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ایدز، یکی از مشکلات بهداشتی در جهان به ویژه در کشورهای در حال توسعه است و معتادین به مواد مخدر تقریبا ۶۸/۱۵٪ موارد ایدز در ایران را تشکیل داده، عامل اصلی گسترش ایدز محسوب می‌شوند. هدف این مطالعه تعیین ارتباط بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در معتادین خرم‌آباد می‌باشد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی ۸۸ نفر از معتادینی که در مرکز بازتوانی خرم آباد نگهداری می‌شدند، در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ انجام شد. نمونه‌ها به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، آگاهی و رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز بود. داده ها با آزمون‌های آماری آنالیز رگرسیون خطی چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه وتحلیل گردید.

یافته‌ها: سازههای مدل اعتقاد بهداشتی به همراه آگاهی در مجموع ۴۶٪ واریانس رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز را توضیح دادند. در بین این متغیرها، میزان پیشگویی‌کنندگی متغیر خودکارآمدی درک شده (β=۰/۳۹) بیش ازسایرمتغیرها بود و متغیر آگاهی (β=۰/۲۱) در مرتبه‌ی بعدی بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، رابطه بین خودکارآمدی، شدت و موانع درک شده را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز تأیید می‌کند. نتایج این مطالعه می‌تواند در استراتژی‌های مداخله‌ای تئوری محور، به منظور ایجاد و تغییر رفتار بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، ایدز، معتادین

ارجاع: بستامی فاطمه، حسن زاده اکبر، حیدری محمد، مصطفوی فیروزه. **ارتباط بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معتادین.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۲): ۲۸۷-۲۷۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۳/۱۰ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۲۹**

۱. دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: Fatemae2011bastami@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۳. کارشناس آسیب شناسی اجتماعی، گروه آموزش سلامت، مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان،لرستان، ایران

۴. دکترای سلامت اجتماعی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

مقدمه

ایدز، سندرم نقص ایمنی اکتسابی در اثر عفونت با ویروس (Human Immunodeficiency Virus یا HIV) بوجود می آید. طیف این بیماری وسیع از یک ویرمی خفیف تا نقص شدید ایمنی همراه با عفونت‌های فرصت طلب تهدیدکننده حیات و بدخیمی های مرتبط با ایدز می‌تواند باشد (۱). ایدز یک بیماری عفونی با قدرت سرایت بالا و بار اقتصادی نجومی است که با افزایش خانواده‌های بی سرپرست

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

، زنان بیوه، فقر، مرگ، از دست دادن وجهه اجتمایی، تضیع حقوق بشر، فحشا، خشونت، بزهکاری، بیکاری، گرسنگی نسبت کاملا مسقیمی دارد و اعتیاد هر روز ریشه آن را قوی‌تر می‌کند (۲). معتادین به مواد مخدر از گروه‌های در معرض خطر ابتلا به HIV هستند و دربعضی از کشورهای اروپای شرقی و آسیا تقریباً همه موارد گزارش شده HIV مربوط به معتادین می باشد. مطالعات و آمارها نشان می‌دهد که در این کشورها سن شروع مصرف مواد، کاهش یافته و مصرف مواد به سرعت درحال گسترش است (۴-۳) . این در حالی است که بیشتر معتادین از وضعیت آلودگی خود به HIV بی‌اطلاع هستند (۵).

اعتیاد به مواد مخدر یکی از بزرگترین معضلات بزرگ جامعه‌ی کنونی ما می‌باشد. اعتیاد معلول عوامل و مشکلات مختلف اجتماعی، روان‌شناختی و بیولوژیک است (۶). معتادان به مواد مخدر به ویژه نوع تزریقی آن از جمله گروه‌های پرخطر از نظر ابتلا به عفونت‌های ناشی از ویروس‌های هپاتیت C، هپاتیت B، و ایدز می‌باشند (۷). از جمله رفتارهای پرخطر معتادین تزریقی می‌توان به استفاده از سرنگ مشترک آلوده جهت تزریق مواد اشاره کرد که باعث انتقال عفونت‌های پیش‌گفته در بین این افراد می‌شود (۸). طبق برآوردها ۴/۷٪ جمعیت بالای ۱۵ سال جهان، دچار سوء مصرف مواد هستند. در ایران نیز بین ۱/۷-۲/۸٪ جمعیت بالای ۱۵ سال و ۷/۵-۸٪ جمعیت بالغ کشور، سوءمصرف کننده مواد افیونی هستند (۹) بیشترین موارد ایدز درایران از راه تزریق مواد مخدر انتقال می‌یابد، میزان انتقال HIV ازطریق تزریق مواد مخدر درجهان ۱۰-۵٪ ، درایالات متحده ۳۶ ٪و درایران بیش از ۶۰٪ درصداز موارد ابتلا است (۱۱-۱۰).

جمهوری اسلامی ایران در وضعیت جغرافیایی بسیار پرخطری قرار گرفته است هم اکنون بالاترین سرعت انتقال آلودگی در همسایگان شمالی ایران، منطقه‌ی شرق قاره و نیز منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی دیده می‌شود (۸). هم‌چنین وجود مرزهای طولانی با کشورهای افغانستان و پاکستان که عمده‌ی هروئین دنیا را تولید می‌کنند ایران را با مشکل ترانزیت و داد و ستد مواد مخدر روبرو می‌کند (۹). براساس آمار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی تا تاریخ ۹۲/۷/۱ در مجموع ۲۷۰۴۱ نفر مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده است که ۸۹/۳٪ آنان مرد و ۱۰/۷٪ آنان زن هستند. ۴۵/۹٪ از مبتلایان در زمان ابتلا در گروه سنی ۲۵-۳۴ قرار داشته‌اند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص می‌دهند. علل ابتلا به HIV در بین کل مواردی که تاکنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، اعتیاد تزریقی (۶۸/۱۵٪)، آمیزشی (۱۲/۶۶٪)، خون و فرآورده‌های خونی (۰/۹٪)، انتقال از مادر به فرزند (۱/۲۲٪)، نامشخص (۱۷/۰۵٪) می‌باشد (۱۲).

مطالعات نشان داده‌اندکه معتادان تزریقی قادر هستند برای کاهش خطرعفونت HIV در خود و دیگران، رفتارهای خود را تغییر دهند و این نکته برای محققینی که در این زمینه مطالعه می‌کنند حایز اهمیت است (۱۳). طراحی و به کارگیری یک برنامه مؤثر برای پیشگیری وکنترل ایدز براساس کاهش رفتارهای پرخطر، به یک چالش اساسی برای کارکنان بهداشتی و محققین در سراسر دنیا تبدیل شده است (۱۴). یکی مدل‌های مؤثر در آموزش بهداشت مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد، مدل اعتقاد بهداشتی مدل رفتاری– بهداشتی جامعی است که به وسیله گروهی از روان‌شناسان اجتماعی به دلیل عدم پذیرش مسایل بهداشتی توسط مردم و برای رسیدن به هدف آموزش بهداشت یعنی تغییر رفتار طراحی و ارائه گردیده است این مدل زمینه‌های مداخله‌های رفتاری را در بررسی برای جستجوی اطلاعات، علاقه‌مند شدن و انگیزش به سمت تصمیم‌گیری جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده فراهم می‌کند (۱۵). کارآیی مدل اعتقاد بهداشتی که به عنوان چارچوب نظری دراین مطالعه استفاده شده، در پیشگویی رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز توسط محققین مختلف، ثابت شده و سازه‌های این الگو در برنامه‌های آموزشی ایدز کاربرد داشته و به فهم بیشتر رفتارهای پیشگیری از ایدز و مصرف مواد کمک می‌کند (۱۷-۱۶).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

غفاری و همکاران نیز قدرت مدل را در پیشگویی رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در دانش‌آموزان، ۴۹٪ گزارش کردند (۱۸). کریمی و نیکنامی نیز قدرت پیشگویی‌کنندگی سازه‌های مدل را در رابطه با رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در معتادین ۲۷/۸٪ گزارش کردند (۱۹). Trieu قدرت پیشگویی‌کنندگی سازه‌های مدل را در رابطه با رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز، ۳۴٪ گزارش کرد (۲۰). در مطالعه‌ای که توسط Mutinta و همکاران انجام شد، پیشگویی‌کنندگی سازه‌های مدل برای استفاده از کاندوم و رفتارهای جنسی ایمن در نوجوانان، ۳۳٪ گزارش گردید (۲۱). در مطالعه Lollis و همکاران، ۲۲٪ پراکندگی رفتار جنسی ایمن توسط مدل پیشگویی شد (۲۲).

براساس مدل اعتقاد بهداشتی، حساسیت و شدت درک شده بالا جهت ارتقاء انگیزه افراد در اتخاذ رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه ضروری است و بخشی از برنامه آموزشی در خصوص موضوعاتی مانند ایدز باید بر روی سازه مذکور متمرکز شود. سازه‌های منافع و موانع درک شده برای بیشتر تئوریهای رفتار بهداشتی، معمول و عناصر مرکزی در الگوی اعتقاد بهداشتی هستند، فرد بر اساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع منهای موانع عمل، رفتار را انجام می‌دهد یا از انجام آن خودداری می‌نماید (۱۳). خودکارآمدی به عمق اطمینان فرد راجع به کارآیی شخصی اشاره دارد (۲۳). رابطه بین خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در تحقیقات محققین ثابت شده و این سازه درکاهش رفتارهای پرخطر نقش مؤثری دارد (۲۴). سازه‌های منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده می‌تواند به عنوان پایه نظری در بسیاری از برنامه‌های آموزش بهداشت توسط کارکنان حرفه‌ای بهداشتی به منظور ایجاد تغییر و ارتقاء رفتارهای بهداشتی به کار گرفته شود (۱۹). در واقع اگر نسبت به عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی انسان، شناخت وجود داشته باشد، در ایجاد استراتژی‌ها و روش‌هایی که اهداف آموزش بهداشت را عملی می‌سازند، موقعیت بهتری ایجاد می‌شود و شاخص‌های موفقیت به روش منطقی‌تری انتخاب می‌گردند.

لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین حساسیت و شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده با رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در معتادین خرم‌آباد انجام شده است.

روش‌ها

مطالعه حاضریک مطالعه توصیفی مقطعی بود. نمونه‌ها از۴ مرکز بازتوانی انتخاب شدند. به علت محدودیت تعداد جمعیت مورد مطالعه، نمونه‌ها به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. تعداد نمونه با توجه به رابطه زیر حداقل ۸۲ نفر به دست آمد.

$$n = \frac{(z_1 + z_2)^2 (1 - r^2)}{r^2} + 2$$

Z_1ضریب اطمینان 95% که برابر است با 1.96

Z_2ضریب توان آزمون 80% که برابر است با 0.84

r : برآوردی از ضریب همبستگی بین نمره‌ی رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی است که حداقل ۰/۳ در نظر گرفته شده است.

با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها، تعداد آن‌ها ۸۸ نفر در نظر گرفته شد. افراد مورد مطالعه مردان معتادی بودندکه در مرکز بازتوانی نگهداری می‌شدند. در این مراکز، خدمات آموزشی در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز ارائه نمی‌شد. معتادین به صورت شبانه‌روزی نگهداری می‌شدند. غیر از معتادینی که تحت درمان نگهدارنده بودند به سایرین داروی خاصی داده نمی‌شد. پژوهشگر با ارائه معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به مرکز بازتوانی معتادین خرم‌آباد معرفی گردید، در ابتدای مطالعه توضیحات کافی در مورد هدف مطالعه به واحدهای پژوهش داده شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه در ۹ قسمت بود: شامل: ۱- مشخصات فردی(سن، تأهل، تحصیلات، شغل و...) ۲- بخش دوم شامل ۱۰ سؤال برای سنجش سطح آگاهی، براساس امتیازبندی صفر و یک ۳- بخش سوم سؤالات مربوط به حساسیت درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز شامل ۶ سؤال، پاسخ آن براساس طیف ۴ قسمتی لیکرت ۴- سؤالات مربوط به شدت درک شده نسبت به رفتارهای

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

پیشگیری‌کننده از ایدز شامل ۸ سؤال، پاسخ آن براساس طیف ۴ قسمتی لیکرت ۵- این بخش نیز از ۱۰ سؤال خودکارآمدی درک شده مربوط به رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز، پاسخ آن براساس طیف ۴ قسمتی لیکرت. ۶- سؤالات مربوط به منافع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز شامل۸ سؤال، پاسخ آن براساس طیف ۴ قسمتی لیکرت. ۷- سؤالات مربوط به موانع درک شده نسبت به رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز شامل ۷ سؤال، پاسخ آن براساس طیف ۴ قسمتی لیکرت. ۸- سؤالات مربوط به راهنماهای عمل شامل ۴ سؤال و با گزینه‌های بلی یا خیر مورد بررسی قرار گرفت. ۹- سؤالات مربوط به عملکرد شامل ۶ سؤال و با گزینه‌های" بلی یا خیرمورد بررسی قرار گرفت و بر اساس نمره‌های صفر و یک امتیازبندی شد.

پرسش‌نامه آگاهی و عملکرد محقق ساخته بود، برای تعیین اعتبار علمی، این پرسش‌نامه در اختیار چند نفر از اساتید آموزش بهداشت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که دارای تجربه و تخصص کافی هستند قرار گرفت. برای تعیین اعتماد علمی پرسش‌نامه نیز از آزمون ثبات درونی استفاده شد که با فرمول آلفای کرونباخ محاسبه گردید. آلفای کرونباخ، همبستگی درونی سؤالات آگاهی و عملکرد را ۷۶/۳٪ نشان داد. پرسش‌نامه حساسیت و شدت درک شده، خوکارآمدی، منافع و موانع درک شده مورد استفاده در این پژوهش، در مطالعه کریمی در سال ۱۳۸۷ به کار گرفته شده است (۱۳).

اطلاعات از واحدهای پژوهش به روش مصاحبه (برای بیسوادان و کم سوادان) و پاسخ کتبی خود نمونه‌ها جمع‌آوری و با نرم افزار SPSS۲۰ و روش‌های آماری توصیفی شامل توزیع فراوانی مطلق و نسبی و آمار تحلیلی شامل آزمون‌های آنالیز رگرسیون خطی چندگانه و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۳/۳۱ بود. از نظر وضعیت تاهل بیشترین فراوانی مربوط به همسردارها و کمترین فراوانی مربوط به بیوه ها بود. در مورد سطح تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات زیر دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات فوق‌لیسانس بود. از لحاظ نوع وسیله ارتباطی، بیشترین نوع وسیله‌ی ارتباطی مورد استفاده صدا و سیما بود. از لحاظ نوع اعتیاد، فراوانی غیر تزریقی‌ها بیشتر بود. مشخصات دموگرافیکی واحدهای مورد مطالعه در جدول ۱ بیان شده است.

برای بررسی میزان پیشگویی‌کنندگی رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز توسط متغیرهای آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی از آنالیز رگرسیون استفاده شد و مشخص گردید که این ۶ متغیر در مجموع ۴۶٪ تغییرات رفتاری را پیش‌بینی می‌کنند. در بین این متغیرها، میزان پیشگویی کنندگی متغیر خودکارآمدی درک شده (ß=۰/۳۹) بیش از سایرمتغیرها بود و متغیر آگاهی (ß=۰/۲۱) در مرتبه ی بعدی بود. ضرایب خام و استاندارد شده ی نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگویی نمره ی رفتار با استفاده از آنالیز رگرسیون خطی چندگانه در جدول ۲ ذکر شده است.

یافته های این پژوهش نشان داد که از میان متغیرهای دموگرافیکی، بین سن با عملکرد همبستگی مستقیم وجود داشت. در این پژوهش آبین گاهی با متغیرهای عملکرد، حساسیت و شدت درک شده، منافع و خودکارآمدی درک شده همبستگی مستقیم وجود داشت. د ولی بین متغیر موانع درک شده با آگاهی، عملکرد، خودکارآمدی و شدت درک شده همبستگی قوی معکوس وجود داشت. در حالی که بین عملکرد با شدت و خودکارآمدی درک شده همبستگی مستقیم وجود داشت. بین خودکارآمدی درک شده با شدت و منافع درک شده همبستگی مستقیم وجود داشت. بین منافع با موانع درک شده همبستگی معکوس وجود داشت ولی از لحاظ آماری معنادارنبود. ضرایب همبستگی بین متغیرهای مختلف در جدول ۳ آمده است.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

جدول ۱. مشخصات دموگرافیکی واحدهای مورد مطالعه

مشخصات دموگرافیکی	تعداد	درصد
وضعیت تأهل		
همسردار	۴۸	۵۴/۵۴
همسر جدا شده	۱۵	۱۷/۰۴
بیوه ها	۴	۴/۵۴
مجرد	۲۱	۲۳/۸۶
جمع کل	۸۸	۱۰۰
نوع اعتیاد		
تزریقی	۳۳	۳۷/۵
غیر تزریقی	۵۵	۶۲/۵
جمع کل	۸۸	۱۰۰
سطح تحصیلات		
بی سواد	۲۴	۲۷/۲۷
زیر دیپلم	۴۰	۴۵/۴۵
دیپلم	۱۸	۲۰/۴۵
لیسانس	۵	۵/۶۸
فوق لیسانس	۱	۱/۱۳
جمع کل	۸۸	۱۰۰

جدول ۲. ضرایب خام و استاندارد شده ی نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگویی نمره‌ی رفتار با استفاده از آنالیز رگرسیون خطی چندگانه

	ضرایب خام	ضرایب استاندارد شده	P- value
نمره آگاهی	۰/۱۹۶	۰/۲۱	۰/۰۴
نمره حساسیت درک شده	-۰/۱۲۹	+۰/۱۳	۰/۲۳
نمره شدت درک شده	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۲۹
نمره منافع درک شده	-۰/۰۶	+۰/۰۴	۰/۷۴
نمره موانع درک شده	۰/۰۰۳	-/۰۰۳	۰/۹۸
نمره خودکارآمدی درک شده	۰/۴۷۵	۰/۳۹	۰/۰۰۱

متغیر سن حذف شده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین متغیرهای مختلف

	سن	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	خودکارآمدی درک شده	عملکرد
آگاهی		R=۰/۲۳۳	R=۰/۲۰۳	R=۰/۲۳۹	R=-۰/۳۰۴	R=۰/۲۴۴	R=۰/۲۲۶
		P<۰/۰۵	P<۰/۰۵	P<۰/۰۵	P<۰/۰۵	P<۰/۰۵	P<۰/۰۵
عملکرد	R=۰/۲۷۱		R=۰/۲۱۴		R=-۰/۵۵۹	R=۰/۲۵۰	

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

	P<۰/۰۵	P<۰/۰۵	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۵
خودکارآمدی	R=۰/۳۰۲	R=۰/۳۵۹	R=-۰/۲۳۲	
	P<۰/۰۵	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۵	
شدت درک شده			R=-۰/۲۶۸	
			P<۰/۰۵	

بحث

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. جمعیت مورد مطالعه شامل ۸۸ مرد معتاد بود که در مرکز بازتوانی نگهداری می‌شدند. در این پژوهش، رابطه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بررسی شد و مشخص گردید که سازه‌های فوق به همراه آگاهی در مجموع ۴۶٪ واریانس رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز را توضیح می‌دهند. در مطالعه کریمی که رابطه‌ی سازه‌های خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز در معتادین بررسی شد، مشخص شد که در مجموع ۲۷/۸٪ واریانس رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز را توضیح می دهند (۱۹).

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که بین متغیر دموگرافیکی سن با متغیر عملکرد رابطه معنی‌داری وجود داشت به این صورت که با افزایش سن، عملکرد نمونه‌های مورد پژوهش بهتر شد. هم‌چنین متغیر دموگرافیکی سن با آگاهی و هیچ کدام سازه‌های مورد مطالعه رابطه نداشت، که از این جهت با یافته‌های Salleh در دانشجویان دانشگاه بنین (۲۵) و مومنی در دانش‌آموزان شهر یاسوج (۲۶) و مطالعه محمود کریمی در معتادین زرندیه مطابقت دارد (۲۷).

همچنین یافته‌ها نشان داد که بین تحصیلات با آگاهی، عملکرد و هیچ کدام از سازه‌های مورد مطالعه رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. که این یافته با مطالعه کریمی در دانش‌آموزان یزد در سال ۱۳۸۲ (۲۸) و نیکنامی در معتادین خود معرف کرمانشاه در سال ۱۳۸۳ که رابطه معنی‌داری بین سطح تحصیلات با آگاهی و نگرش در رابطه با ایدز ملاحظه گردید، همخوانی نداشت (۲۹) ولی با مطالعه کریمی در سال ۱۳۸۷ از این جهت که که بین سطح تحصیلات با عملکرد رابطه معناداری ملاحظه نگردید، همخوانی داشت (۲۷).

دراین پژوهش در بین این متغیرها، میزان پیشگویی کنندگی متغیر خودکارآمدی درک شده بیش از سایر متغیرها بود و متغیر آگاهی در مرتبه‌ی بعدی بود. مطالعه‌ی وکیلی نشان داد از میان سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سازه‌ی خودکارآمدی درک شده بیشترین توان پیشگویی‌کنندگی متغیر قصد رفتار پیشگیرانه مرتبط با ایدز را دارا می‌باشد (۳۰).

مطالعه Lin در تایوان نیز نشان داد که خودکارآمدی قویترین پیش‌بینی کننده رفتار جنسی ایمن و یا غیر ایمن بود (۳۱). هم‌چنین در مطالعه Adih آجدرغنا افراد با سطح خودکارآمدی بالا، سه برابر بیشتر از کاندوم استفاده کرده بودند (۳۲). مطالعه Kasen نشان داد که دانش‌آموزانی که در عدم پذیرش فعالیت جنسی، خودکارآمدی پایین داشتند دو برابر دانش‌آموزان با سطح خودکارآمدی بالا آمیزش جنسی داشته و ۵ برابر کمتر از کاندوم استفاده کرده بودند (۳۳). هم‌چنین مطالعه Kang در معتادین نشان دادکه خطراستفاده از سرنگ مشترک وتماس جنسی غیر ایمن در افراد با خودکارآمدی پایین، به ترتیب ۱/۶۱ و ۱/۳۲ برابر افراد با سطح خودکارآمدی بالا است (۳۴).

در مطالعه‌ای که توسط رحمتی انجام شد، سازه ی منافع درک شده، بیشترین توان پیشگویی کنندگی رفتار بهداشتی را برعهده داشت (۲). علی رغم تفاوت نتایج این مطالعات با مطالعه‌ی حاضر، مطالعات متعدد نقش سازه‌ی خودکارآمدی درک شده در پیش‌بینی رفتار را مورد حمایت قرار می‌دهند که از ان جمله می‌توان به نتایج مطالعات انجام شده توسط Wulfert و OLeary اشاره نمود (۳۶-۳۵).

یافته‌ها نشان داد که بین عملکرد با خودکارآمدی درک شده همبستگی قوی مستقیم وجود داشت، یعنی با افزایش

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

خودکارآمدی درک شده، عملکرد افراد در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بهتر شد. نقش خودکارآمدی به عنوان سازه‌ای مهم برای کاهش رفتارهای خطر مرتبط با ایدز در مطالعات Zamboni (۳۷) و Smith (۳۸) تأیید شده است. این مطالعات همبستگی مستقیم خودکارآمدی با عملکرد فرد را نشان می‌دهند و پژوهش حاضر با یافته‌های آن‌ها همسو است. بهبود خودکارآمدی به عنوان یک هدف میانی برای کاهش عفونت HIV مطرح است. در این مطالعه بین شدت درک شده با خودکارآمدی درک شده همبستگی مستقیم وجود داشت، یعنی با افزایش شدت درک شده، خودکارآمدی درک شده‌ی افراد در رابطه با رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز بیشتر شد. رابطه‌ی مستقیم شدت درک شده با خودکارآمدی درک شده به این معنی است که هر اندازه پیامدهای ناشی از یک موقعیت مرتبط با سلامتی شدیدتر باشد، احتمالا فرد برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه احساس خودکارآمدی بیشتری خواهد کرد.

یافته‌ها نشان داد بین منافع با خودکارآمدی درک شده همبستگی قوی مستقیم وجود داشت، یعنی با افزایش منافع درک شده، خودکارآمدی درک‌شده‌ی افراد در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بیشتر شد. این یافته با یافته‌ی مطالعه‌ی وکیلی همخوانی دارد که در آن میان سازه‌ی خودکارآمدی با سازه‌ی منافع درک شده، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۳۰) یعنی هر اندازه منافع درک شده بیشتر باشد، فرد از خودکارآمدی درک شده‌ی بالاتری برخوردار خواهد بود. یافته‌ها نشان داد بین موانع با خودکارآمدی درک شده همبستگی معکوس وجود داشت، یعنی با کاهش موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده‌ی افراد در در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بیشتر شد. مطالعه وکیلی نشان داد میان سازه‌های موانع درک شده با خودکارآمدی درک شده، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شده است (۳۰) این بدان معنا است که هر اندازه فرد احساس خودکارآمدی بیشتری داشته باشد، موانع درک شده‌ی کمتری را در پیش روی خود خواهد دید. نتایج مطالعه‌ی Coleman نیز نشان داد که خودکارآمدی درک شده همراه با موانع درک شده، دو سازه‌ی کلیدی تعیین‌کننده‌ی رفتار پیشگیرانه از ایدز می‌باشند (۳۹). نتایج مطالعه‌ی Lin بر روی مهاجران تایوانی نیز نشان داد آن‌هایی که خودکارآمدی پایین‌تری دارند بیشتر درگیر روابط جنسی محافظت نشده می‌شوند و کمتر رفتارهای بهداشتی را در رابطه با بیماری ایدز رعایت می‌کنند (۳۱).

یافته‌های این پژوهش نشان داد بین عملکرد با آگاهی همبستگی مستقیم وجود داشت، یعنی با افزایش آگاهی، عملکرد افراد در رابطه با رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز بهتر شد. بر طبق نظر محققین دادن آگاهی در مورد راه‌های انتقال و روش‌های پیشگیری از ایدز و پذیرش آن از طرف افراد به منظور تغییر رفتارهای پرخطر مؤثر بوده و باعث کاهش انتشار HIV می‌شود (۴۰). در این مطالعه بین عملکرد با شدت درک شده همبستگی مستقیم وجود داشت، یعنی با افزایش شدت درک شده، عملکرد افراد در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بهتر شد. بررسی Lin در بین مهاجران در تایوان نشان داد که بین شدت درک شده از ایدز با رفتارهای پرخطر رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت (۳۱) در مطالعه Lollis و همکاران، در دانشجویان آمریکایی نیزبین میزان شدت درک شده با میزان استفاده از کاندوم ارتباط مستقیمی وجود داشت (۴۱).

یافته‌ها نشان داد که بین عملکرد با موانع درک شده همبستگی قوی معکوس وجود داشت، یعنی با کاهش موانع درک شده، عملکرد افراد در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بهتر شد. مطالعات مختلف نشان داده‌اندکه موانع درک شده، توانمندترین بعد در بیان یا پیش‌بینی رفتارهای محافظت کننده سلامتی است (۴۲). در مطالعه Hounton در مناطق روستایی بنین موانع درک شده، قویترین پیش‌بینی کننده برای استفاده از کاندوم بود (۴۳). مطالعه Adih در غنا نیز نشان داد که افرادی که سطح پایین موانع درک شده دارند تقریباً ۶ برابر بیشتر از دیگران در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده کرده بودند (۳۲). این مطالعات رابطه موانع درک شده با عملکرد و همبستگی معکوس آن‌ها را نشان می دهد، بنابراین

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

نتایج این مطالعه با پژوهش آن‌ها همسو می‌باشد. در این مطالعه بین منافع با موانع درک شده همبستگی معکوس وجود داشت ولی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. در مورد ارتباط منافع با موانع درک شده، بررسی عشرتی و همکاران نشان داد که درک صحیح زندانیان از منافع و موانع درک شده، در کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز مؤثر است (۴۴). در این مطالعه بین شدت با موانع درک شده همبستگی قوی معکوس وجود داشت، یعنی با افزایش شدت درک شده، موانع درک شده افراد در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز کمتر شد. Yep نیز در مطالعه‌ی خود دریافت که این دو سازه با هم همبستگی معکوس داشته و با هم قویترین پیشگویی کننده‌های رفتارهای بهداشتی در رابطه با ایدز بودند (۴۵).

در این پژوهش بین آگاهی با حساسیت درک شده همبستگی مستقیم وجود داشت، یعنی با افزایش آگاهی، حساسیت درک شده افراد در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز بیشتر شد. این نتیجه نشان می‌دهد که کسب اطلاعات درست و بالا رفتن آگاهی نیز می‌تواند حساسیت درک شده‌ی افراد را تحت‌تأثیر قرار دهد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، رابطه بین خودکارآمدی، شدت و موانع درک شده با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز تأیید می‌کند. با توجه به این‌که در این پژوهش خودکارآمدی درک شده بیشترین توان پیشگویی را برای رفتاری پیشگیری‌کننده در رابطه با بیماری ایدز داشت، پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری و سایر مراکز بهداشتی، خودکارآمدی درک شده این گروه از افراد از طریق تشویق مددجویان برای انجام و پیگیری رفتارهای پیشگیرانه مرتبط با ایدز، آموزش نحوه تهیه و استفاده از کاندوم و سرنگ بهداشتی تقویت شود. زیرا در بررسی‌هایی که رابطه خودکارآمدی درک شده با رفتارهای بهداشتی را مورد مطالعه قرارداده‌اند نشان داده شده است که خودکارآمدی، اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد. نتایج این مطالعه می‌تواند در استراتژی‌های مداخله‌ای تئوری محور، به منظور ایجاد و تغییر رفتار بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از شیوه‌ی خود گزارش دهی جهت گردآوری اطلاعات اشاره کرد که با توجه به نوع رفتار مورد پژوهش اجتناب‌ناپذیر است. در خاتمه، انجام پژوهشی کیفی در مورد رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز در گروه‌های پرخطر هم‌چون معتادین مواد مخدر توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت به شماره ثبت (۳۹۱۴۷۴) مورخه (۹۱/۱۰/۲۷) انجام یافته است. محققین این مطالعه بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری مددجویان شرکت‌کننده در این مطالعه، مسؤولین محترم مراکز بازتوانی، و نیز پرسنل محترم مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری شهرستان خرم آباد تقدیر و تشکر نمایند.

References

1. Taeri K, Kasaeian N, Fadei NR, Ataei B. [The prevalence of hepatitis B, hepatitis C and associated risk factors in intravenous drug addicts with HIV in Isfahan. Journal of Isfahan Medical School 2008;26(90):273-7. [In Persian].
2. Rahmati Najarkalaee F, Niknami SH, Aminshokravi F, Ahmadi F, Gafari MR, Rahnama P. [The implication of health belief model in planning educational programmers for preventing HIV/AIDS among universitystudents. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2009;8(4):147-66. [In Persian].
3. Sanaei Moghadam E, Sargolzaie N, Karami Sh, Shideh M, Khosravi S, Fadaie M, et al. [Knowledge, attitude and practice regarding blood donation among Sistan and Baluchistan province blood donors about HIV. Journal of Blood 2009;6(2):117-23. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

4. Dolan KA, Niven H. A review of HIV prevention among young injecting drug users: A guide for researchers.Harm Reduct J 2005; 2(1): 5.
5. Safdar S, Mehmood A, Abbas SQ. Prevalence of HIV/AIDS among jail inmates in Sindh. J Pak Med Assoc2009;59(2):111-2.
6. Esmaeilian J. Assessment of some demographic, social and occupational characteristics of self represent drug abuse drivers in Isfahan addiction prohibition centers. [Thesis]: IsfahanUniversity of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
7. Des Jarlais DC, Semaan S. HIV prevention for injecting drug users: the first 25 years and counting. Psychoosom Med 2008:70(5):606-11.
8. Mirahmaizadeh AR, Kadivar MR, Ghane ShiraziR, Fararooei M. Prevalence of HIV infectionamong intravenous drug addicts in Shiraz .Journal of Gorgan University of MedicalSciences 2001; 3(2): 37-42. [In Persian].
9. Amani F, Sadeghieh S, Salamati P. [Features addicts referred to their centers referrals Ardabil . Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2005; 4(1):55-9. [In Persian].
10. Amani F, Sadeghieh S, Salamati P. [Features addicts referred to their centers referrals Ardabil . Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2005; 4(1):55-9. [In Persian].
11. Kalichman SC, Rompa D, Cage M, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, et al. Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. Am J Prev Med 2001;21(2):84-92.
12. Ministry of Health. Center for Disease Control, Recent statistics on HIV/AIDS in Iran [on line], 2013; Available from: URL: http://www.behdasht.gov.ir/
13. Karimy M, Heidarnia AR, Ghofranipour GH. [The effect of health education based on health belief model onpreventive behaviors of AIDS in addict in Zarandieh . Journal of Guilan University of MedicalSciences 2009; 18(70):64-73. [In Persian].
14. Rhodes T, Platt L, Sarang A, Vlasov A, Mikhailova L, Monaghan G. Street policing, injecting drug use andharm reduction in a Russian city: a qualitative study of police perspectives. J Urban Health 2006;83(5):911-25.
15. Karimy M, Hasani M, Khorram R, Ghafari M, Niknami Sh. [The effect of education based on health belief model on breast self examination in the health volunteers in Zarandieh . Tabibe Sharg Journal of Zahedan Medical School 2008;10(4):79-87. [In Persian].
16. Gahanloo A, Ghofranipour F,Vafaei M, Kimiagar M, Heidarnia AR, Sobhani AR. [Assessment HBMstructures along with DBA1C in diabetic patients with optimum and un-favorable diabetic. Hormozgan Medical Journal 2008; 12(1):37-42. [In Persian].
17. Karimy M, Hasani M, Khorram R, Ghafari M, Niknami Sh. [The effect of education based on health beliefmodel on breast self examination in the health volunteers in Zarandieh . Tabibe Sharg Journal of Zahedan Medical School 2008;10(4):79-87. [In Persian].
18. Ghafari M. [Comparing the efficacy of health belief model and its integrated model in AIDS education amongmale high school students in Tehran(Persian]. PhD thesis in health education. Tehran: Medical Sciences Faculty,Tarbiat Modares University 2007;187-95. [In Persian].
19. Karimy M, Niknami Sh. Self efficacy, benefits and barriers perceived toward AIDS preventive behaviors in addicts zarandihe. Behbood Journal of Kermanshah University of MedicalSciences. 2011: 15(18). [In Persian].
20. Trieu S L, Naomi NM, Marshak HH, Males MA, Bratton SI. Factors associated with the decision to obtain anHIV test among Chinese/Chinese American community college women in Northern California. Californian J Health Promot 2008; 6(1):111-27.
21. Mutinta R, Simuzoshya M. Variables associated with condom use among college freshmen within the healthbelief model framework. PhD thesis in Public Health. Virginia: Faculty of Public Health, Walden University2009; 201-10.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

22. Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH. The Efficacy of The Health Belief Model for Predicting Condom Usage And Risky Sexual Practice in University Students. AIDS Prev 1997; 9(6): 551-63.
23. Peyman N, Heidarnia A, Ghofranipour F, Kazemnegad A, Khodai Gh, Aminshokravi F. [The relationshipbetween perceived self-efficacy and contraceptive behaviors among Iranian women referring to health centersin Mashad in order to decrease unwanted pregnancies. Journal of Reproduction Infertility 2007;8(30):78-90. [In Persian].
24. Maibach E, Schlenger W, Stein JA, Murphy DA. Con-centralizing the multidimensional nature of self-efficacy: assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. Health Psychol 2001: 20(4): 90-281.
25. Salleh ED. Seual KAP to AIDS And Sexually Transmitted Disease of Student At The University of Benin (Togo). Snnte 1999; 9(2): 102-109.
26. Momeni E, Karimy Z, Malekzadeh GM, et al. Survey of Knowledge And Attitude Towards HIV among student Yasug City. Yazd Journal of University of Medical Sciences Health Services 2005; 10(1): 24-30. [In Persian].
27. Karimy M, Heidarnia AR, Ghofranipour GH. [The effect of health education based on health belief model on preventive behaviors of AIDS in addict in Zarandieh. Gilan Journal of University of Medical Sciences Health Services, 2009: 18(70). [In Persian].
28. Karimy M, Sadatgoo L. Survey Knowledge And Atittude Towards HIV Among Yazd City. Yazd Journal Of University of Medical Science Health Services 2003; 11(4): 5-10. [In Persian].
29. Niknami Sh, Hatami A, Hedarnia AR. The Effect of Health Educational Program on Preventing AIDS in Self- reported Addicts Wives Kermanshah. Behbood Journal Of University Of Kermanshah Medical Sciences Health Serrvices 2007: 11(2): 120-126[In Persian].
30. Vakili MM, Hidarnia A, Niknami Sh, Mousavinasab N. Effect of Communication Skills Training on Health Belief Model Constructs about AIDS in Zanjan Health Volunteers. Zanjan Journal of University of Medical Sciences, (2011): 19(77). [In Persian].
31. Lin P, Simoni JM, Zemon V. The health belief model, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. AIDS Educ Prev 2005;17(5):469-83.
32. Adih WK, Alexander CS. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. JAdolesc Health 1999;24(1):63-72
33. Kasen S, Vaughan RD, Walter HJ. Self-efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students. Health Educ Q 1992;19(2):187-202.
34. Kang SY, Deren S, Andia J, Colón HM, Robles R. Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV riskbehaviors over time. Addict Behav 2004;29(3):567-74.
35. Wulfert E, Wan CK. Condom use: A selfefficacy model. J Health Psychol. 1993; 12: 346-53.
36. OLeary 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.
37. Zamboni BD, Crawford I, Williams PG. Examining communication and assertiveness as predictors of condomuse: implications for HIV prevention. AIDS Educ Prev 2000;12(6):492-504.
38. Smith KW, McGraw SA, Costa LA, McKinlay JB. A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: developmentand evaluation. AIDS Educ Prev 1996;8(2):97-105.
39. Coleman C L. Health belief and high risk sexual behaviors among HIV-infected African American men. Applied Nurs Res. 2007; 20: 110-5.
40. Karimy M, Niknami Sh. Hedarnia A. The Effect of Health Educational Program on Preventing AIDS in Addicts Prisoners Geserhesar Tehran. Ghazvin Journal Of University Of Medical Sciences Health Services 2004; 8(1): 40-48. [In Persian].
41. Lollis CM, Johnson EH, Antoni MH. The Efficacy of The Health Belief Model for Predicting Condom Usage And Risky Sexual Practice in University Students. AIDS Prev 1997; 9(6): 551-63.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

42. Vakili MM, Hidarnia A, Niknami Sh, Mousavinasab N. Effect of Communication Skills Training on Health Belief Model Constructs about AIDS in Zanjan Health Volunteers. Journal of Zanjan University of Medical Sciences, (2011): 19(77). [In Persian].
43. Hounton SH, Carabin H, Henderson NJ. Towards An understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: A cross sectional survey. BMC Public Healt.2005, 5:8h.
44. 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 Reduct J 2008;5: 21. [In Persian].
45. Yep, G. A. HIV prevention among Asian–American college students: Does the Health Belief Model work? College Health. (1993) 41, 199-205.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]

The Relationship between Health Belief Model Constructs with Regard to AIDS Preventive Behaviors among Addicts

Fatemeh Bastami [1], Akbar Hassanzadeh [2], Mohmmad Heydari [3], Firoozeh Mostafavi [4]

Original Article

Abstract

Background: AIDS is a public health problem throughout the world, especially in the developing countries. Injecting drug users are heavily affected and account for nearly 68.15% of all cases in Iran. The purpose of this study is to determine the relationship between the health belief model constructs and AIDS preventive behaviors among addicts in Khorramabad, Iran.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 2012-2013. The study population 88randomly selected men admitted to a rehabilitation center in Khorramabad. The data collection tool was a questionnaire designed to assess the health belief model (HBM) constructs, knowledge, and behavior. The data was analyzed using multiple linear regression analysis and Pearson correlation coefficients.

Findings: Health belief model constructs together with knowledge explained 46% of the variance in HIV preventive behaviors. Among these variables, the predictive power of slf-efficacy (ß=0.39) was higher than the other variables and knowledge (ß = 0.21) was the next.

Conclusion: The findings of the present study confirmed the relationship between self-efficacy, perceived severity and perceived barriers toward the adoption of preventive behaviors against AIDS.

The results of this study can be used in theory-based interventional strategies to establish and change health behaviors.

Key Words: Health Belief Model, AIDS, Drug User

Citation: Bastami F, Hassanzadeh A, Heydari M, Mostafavi F. **The Relationship between Health Belief Model Constructs with Regard to AIDS Preventive Behaviors among Addicts .** J Health Syst Res 2015; 11(2):276-287

Received date: 31.05.2014 **Accept date: 21.10.2014**

1. PhD Candidate, Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran(Corresponding Author): Email: Fatemae2011bastami@yahoo.com
2. Biostatistics, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Social Pathologist, Department of Health Education, Health Care Center, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran
4. PhD, Social Health, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-09]