مجله علمی پژوهان دوره ۱۴، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۴، صفحات ۲۴ تا ۳۳

مقاله پژوهشی

آگاهی، اعتقادات و عملکرد رابطین بهداشتی شهر ملایر در خصوص هپاتیت B: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

طاهره برزگر محمودی[۱]، محبوبه خورسندی[۲*]، محسن شمسی[۲]، مهدی رنجبران[۳]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳. مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۲۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲

چکیده

مقدمه: عفونت ویروسی هپاتیت B یک مشکل عمده بهداشتی در سراسر جهان است. با توجه به اینکه انتخاب یک مدل آموزشی منجر به شروع برنامه و ادامه آن در مسیری صحیح می گردد، مطالعه حاضر با هدف تعیین آگاهی، اعتقادات و عملکرد رابطین بهداشتی شهر ملایر در خصوص هپاتیت B بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام گرفت.

روش کار: در این پژوهش مقطعی_تحلیلی ۲۷۲ نفر از رابطینِ بهداشتی شهر ملایر در سال ۱۳۹۳ به صورت سرشماری، مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات بوسیله پرسشنامه محقق ساخته که پایایی و روایی آن سنجیده شده بود، به روش خود گزارش دهی جمع آوری شد. این پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک رابطین بهداشتی، آگاهی، عملکرد و ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی بوده است. داده ها بوسیله نرم افزار SPSS ۲۰ و با استفاده از آزمون های همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی به روش گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در بین سازه ها منافع درک شده بیشترین (۲۶/۸۶) و موانع درک شده کمترین (۹۵/۴۳) نمره را داشتند. در تحلیل رگرسیونی به منظور پیشگویی رفتار، متغیرهای خودکارآمدی، آگاهی و راهنمای عمل خارجی به عنوان پیشگویی کننده رفتار تعیین شدند، که این متغیرها در مجموع ۳۱ درصد از تغییرات رفتار را پیشگویی نمودند (P<۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه در طراحی مداخلات آموزشی باید بر سازه های خودکارآمدی، آگاهی و راهنمای عمل خارجی به عنوان مهمترین پیش بینی کننده های رفتار رابطین بهداشتی تأکید شود.

واژگان کلیدی: آموزش، رابطین بهداشتی، هپاتیت B، مدل اعتقاد بهداشتی

مقدمه

یکی از بیماری های ویروسی است که ممکن است B هپاتیت به صورت حاد یا مزمن تظاهر نماید. همچنین بیش از ۲ میلیارد نفر از جمعیت زنده جهان در زمانی از زندگی خود B شده اند. تعداد ناقلین بیماری هپاتیت B دچار هپاتیت حدود ۳۵۰ میلیون نفر است. ۷۵ درصد از کل ناقلین مزمن این بیماری، در آسیا و ساحل غربی اقیانوس آرام زندگی می کنند [۱]. این بیماری همچنین علت عمده مشکلات کبدی، سیروز و هپاتوسلولر کارسینوما در جهان است [۲]. به طور عمده از طریق انتقال خون B انتقال ویروس هپاتیت یا فرآورده های خونی آلوده، مادر به جنین و تماس جنسی

* نویسنده مسئول: محبوبه خورسندی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
تلفن: ۰۸۶-۳۳۶۸۶۴۴۳ ایمیل: dr.khorsandi@arakmu.ac.ir

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

صورت می گیرد [۳]. با توجه به گستره زیاد آلودگی به در سطح جهان، و عوارض جدی و هزینه B ویروس هپاتیت های درمانی سنگین ناشی از ابتلاء، اقدام به پیشگیری از آن اجتناب ناپذیر است [۴]. از آنجایی که آموزش بهداشت در تغییر رفتار نقش مهمی را ایفا می کند و نظر به اینکه رابطین بهداشتی نقش مهمی در آموزش به مددجویان در جهت کاهش رفتارهای مخاطره آمیز دارند، لذا جهت دستیابی به این مهم، خود باید دارای آگاهی کافی از این عوامل باشند [۶،۵]. با توجه به اینکه انتخاب یک مدل آموزشی منجر به شروع برنامه و ادامه آن در مسیری صحیح می شود، به عبارتی هر چقدر پشتوانه تئوریک مناسبی برای نیازهای بهداشتی وجود داشته باشد، اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود. در این بین مدل اعتقاد بهداشتی بر پایه پنج سازه ی اصلی حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، و خودکارآمدی درک شده قرار دارد. این مدل بر روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد و تغییر در اعتقادات منجر به تغییر در رفتار می شود. بر اساس این مدل به منظور اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده، لازم است افراد نخست در برابر مسئله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض آن را در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی درک کنند (شدت درک شده)، علائم مثبتی از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت کنند (راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن پیشگیری را باور نمایند (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از اقدام به عمل را نیز کم هزینه تر از فواید آن بیابند (موانع درک شده)، تا در نهایت به عملکرد پیشگیری اقدام کنند [۷]. از استدلال های نظری برای انتخاب مدل اعتقاد بهداشتی در این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره نمود:

الف) مدل اعتقاد بهداشتی تناسب بسیار خوبی برای طراحی و اجرای مداخلات آموزشی به منظور پیشگیری از بیماری ها را داشته و به ادراک فرد در مورد خطر ابتلاء به بیماری می پردازد و تغییر رفتارهای او را برای کاهش خطر پیشنهاد می کند.

ب) همچنین با در نظر داشتن این نکته که برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری هپاتیت B اغلب موانعی وجود دارد که فرد را از انجام رفتارهای بهداشتی باز می دارد؛ بنابراین باید رفع این موانع در مداخلات آموزشی مورد توجه و تأکید جدی قرار گیرد. مدل اعتقاد بهداشتی تنها الگویی است که به بررسی مفهوم موانع درک شده برای انجام رفتارهای بهداشتی می پردازد [۸]. زمانی علویجه و همکاران، در مطالعه ای با هدف بررسی قصد رفتاری برای پیشگیری از هپاتیت B در دختران نوجوان توانستند با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی، میانگین نمره قصد رفتاری و تعداد نوبت های واکسن هپاتیت B در فراگیران را افزایش دهند [۹]. دهداری و همکاران، در مطالعه ای با هدف پیشگویی انجام رفتارهای شغلی پیشگیری کننده از عفونت در رفتگران بر دو متغیر شدت درک شده و موانع درک شده در طراحی مداخلات آموزشی بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی تأکید نمودند [۱۰]، از این مدل در پژوهش خود استفاده نموده اند. از آنجایی که ۳۵ درصد ایرانیان با ویروس هپاتیت B برخورد داشته و ۳-۲ درصد جمعیت ناقل مزمن این بیماری هستند، که البته در مناطق مختلف پراکندگی یکسانی ندارند [۱۱]. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین آگاهی، عملکرد و اعتقادات رابطین بهداشتی شهر ملایر در خصوص هپاتیت B بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۱۳۹۳ انجام گردید، به امید آنکه نتایج حاصل از انجام این پژوهش، دستاورد و انگیزه ای برای دست اندرکاران پرسنل بهداشتی، جهت استفاده در امر آموزش هر چه مطلوب تر در این زمینه باشد.

روش کار

مطالعه حاضر حاصل یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۳ بود. در این پژوهش به روش سرشماری ۲۷۲ رابط بهداشتی شهر ملایر وارد مطالعه شدند و پس از کسب مجوزهای لازم ۲۷۲ پرسشنامه بین رابطین بهداشتی توزیع و سپس جمع آوری گردید. معیارهای ورود در این پژوهش شامل رابطین بهداشتی مراکز و پایگاه های شهری، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن و ساکن شهرستان ملایر بوده و معیار خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه بود. در این بررسی، جمع آوری داده ها با مراجعه حضوری محقق به مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی و تکمیل پرسشنامه های محقق ساخته توسط رابطین بهداشتی جمع آوری گردید. این پرسشنامه مشتمل بر قسمت های زیر می باشد: قسمت اول شامل مشخصات دموگرافیک مانند سن، تحصیلات، سابقه همکاری رابطین بهداشتی در مراکز و پایگاه های بهداشتی است. قسمت دوم شامل ۲۲ سؤال آگاهی است که با دامنه نمره صفر تا ۲۲ و با گزینه های بلی، خیر و نمیدانم، مطرح شده است. به هر

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

جواب صحیح، یک امتیاز و به جواب خیر و نمیدانم، امتیاز صفر تعلق گرفت؛ مانند: هپاتیت B از طریق خالکوبی منتقل می شود؛ قسمت سوم سازه های مدل اعتقاد بهداشتی شامل: سؤالات حساسیت درک شده (۸ سؤال)، با دامنه نمره ۸ تا ۴۰ و با گزینه های کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) می باشد؛ مانند: به نظر من احتمال ابتلاء به هپاتیت B در من وجود ندارد؛ برای پیشگیری از القاء جواب ها برخی از سؤالات این قسمت در جهت عکس طراحی شدند، لذا امتیاز گذاری این سؤالات نیز، معکوس محاسبه گردیدند. سؤالات معکوس در این قسمت شامل «به نظر من فقط اطفال در معرض هپاتیت B هستند» و «به نظر من بیماری هپاتیت B تنها خاص افراد بی بندوبار است»، می باشد. شدت درک شده (۷سؤال)، با دامنه نمره ۷ تا ۳۵ و با گزینه های کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) می باشد؛ مانند: به نظر من بیماری هپاتیت B یک بیماری جدی است؛ سؤال معکوس در این قسمت شامل «به نظر من مبتلایان به هپاتیت B، باید جدا از خانواده ی خود زندگی کنند»، می باشد. منافع درک شده (۷ سؤال)، با دامنه نمره ۷ تا ۳۵ و با گزینه های کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) می باشد؛ مانند: به نظر من بیماری هپاتیت B، قابل پیشگیری است؛ موانع درک شده (۱۰ سؤال)، با دامنه نمره ۱۰ تا ۵۰ و با گزینه های کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) می باشد؛ مانند: به همراه بردن وسایل شخصی به آرایشگاه برایم سخت است؛ خودکارآمدی درک شده (۴ سؤال)، با دامنه نمره ۴ تا ۲۰ با گزینه های کاملاً مطمئنم (۵)، مطمئنم (۴)، نظری ندارم (۳)، مطمئن نیستم (۲) و اصلاً مطمئن نیستم (۱)؛ مانند: می توانم در صورت لزوم با مراکز بهداشتی-درمانی تماس بگیرم؛ انواع راهنمای عمل داخلی و خارجی (۱۰ سؤال)، با دامنه نمره ۱۰ تا ۵۰ و با گزینه های خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، کم (۳)، بسیار کم (۲)، اصلاً (۱)، مانند: ترس از ابتلاء به بیماری هپاتیت B (راهنمای عمل داخلی) / تلویزیون (راهنمای عمل خارجی)؛ قسمت چهارم عملکرد رابطین را در زمینه پیشگیری از هپاتیت B در طی سه ماه گذشته به روش خود اظهاری (۱۱ سؤال) می سنجید؛ دامنه نمره این قسمت ۱۱ تا ۵۵ و با گزینه های هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵) می باشد؛ مانند: حین رفتن به آرایشگاه، وسایل شخصی خود را همراهتان برده اید. همچنین امتیاز هر رابط بهداشتی در هر قسمت بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید؛ بدین صورت که تعداد جواب های صحیح فرد تقسیم بر تعداد کل سؤالات، ضرب در ۱۰۰ شد. در پایان نمرات کمتر از ۴۰ در دسته ضعیف، نمرات بین ۴۰ تا ۷۵ در دسته متوسط و ۷۵ تا ۱۰۰ در دسته بندی خوب قرار گرفتند. سنجش روایی این پرسشنامه با شیوه روایی محتوایی انجام شد؛ به این صورت که پرسشنامه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و با توجه به منابع و کتب معتبر تهیه گردید [۱۲-۱۴]. حداقل مقدار قابل قبول نسبت روایی محتوایی (CVR) بر اساس جدول لاواشه، و بر اساس تعداد متخصصینی که سؤالات را مورد ارزیابی قرار دادند (در این پژوهش ۱۰ نفر شامل یک متخصص بیماری های عفونی، هشت نفر متخصص آموزش بهداشت و یک پرستار) این شاخص ۰/۶۲ بود [۱۵]. بنابراین سؤالاتی که مقدار نسبت روایی محتوایی محاسبه شده برای آن ها کمتر از ۰/۶۲ بود، در این مطالعه کنار گذاشته شدند. مقدار شاخص روایی یا CVI قابل قبول در پرسشنامه طراحی شده نیز به این ترتیب بود: چنانچه عدد حاصل از هر آیتم بیشتر از ۰/۷۹ بود، مناسب؛ و اگر بین ۰/۷۹-۰/۷۰ بود، سؤال برانگیز قلمداد شد که در این صورت نیاز به اصلاح و بازنگری داشت و چنانچه شاخص CVI گویه ای کوچکتر از ۰/۷۰ بود، غیر قابل قبول و آیتم حذف شد [۱۶]. نهایتاً پس از رفع برخی از اشکالات و ابهامات، روایی آن به صورت کمی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین به لحاظ بررسی کیفی روایی محتوی از متخصصین درخواست شد تا ابزار را بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری آیتم ها در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب بررسی نمایند و در نهایت نظرات آنان جمع بندی و در پرسشنامه اعمال شد. پرسشنامه ای حاوی ۷۹ سؤال طراحی گردید. پایایی پرسشنامه مذکور نیز از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از رابطین بهداشتی که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند سنجیده شد. مقدار آلفای کرونباخ در آگاهی (۰/۷۰) و در سازه حساسیت درک شده (۰/۶۸)، شدت درک شده (۰/۷۳)، منافع درک شده (۰/۷۴)، موانع درک شده (۰/۸۵)، خودکارآمدی درک شده (۰/۷۸) و عملکرد (۰/۷۲) بدست آمد. در این پژوهش مجوزهای لازم از مراجع مربوطه کسب شده و به جهت اجرا در استان همدان (شهرستان ملایر)، کد اخلاق پژوهش به شماره ۱۶۳۵۹۳۵۵۹ از دانشگاه علوم

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

پزشکی همدان دریافت گردید. در این مطالعه پژوهشگر جمعیت مورد مطالعه را از اهداف و فواید تحقیق آگاه و رضایت آن ها را جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه جلب نمود. سرانجام داده های جمع آوری شده از پرسشنامه پس از ورود به نرم افزار آماری SPSS ۲۰ با استفاده از میانگین، انحراف معیار و آزمون های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی به روش گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین و انحراف معیار سنی رابطین بهداشتی مورد مطالعه ۸/۶۷ ± ۳۳/۷۷ و حداقل سن آن ها ۱۵ و حداکثر ۵۹ سال بود. میانگین و انحراف معیار تحصیلات رابطین بهداشتی مورد مطالعه ۳/۳۸ ± ۱۰/۶۴ و حداقل تحصیلات آن ها ابتدایی و حداکثر کارشناسی ارشد بود. همچنین میانگین تعداد سال های همکاری و فعالیت به عنوان رابط بهداشت ۵/۲۳ ± ۴/۷۲ و حداقل تعداد سال های همکاری یک سال و حداکثر ۲۷ سال بود.

در بین نمره میانگین سازه ها، منافع درک شده بیشترین نمره (۸۶/۲۶) و موانع درک شده کمترین نمره (۴۳/۹۵) را داشتند. سایر اطلاعات در این زمینه در ادامه آمده است (جدول ۱) .برای پاسخ به این سوال که کدامیک از سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در پیش بینی عملکرد نقش مهمتری را داشت، از رگرسیون خطی گام به گام استفاده شد. در نتیجه تحلیل رگرسیون خطی در رابطین بهداشتی، سه الگوی آماری بدست آمد (جدول ۲). در این الگوها متغیر وابسته عملکرد بود. طبق جدول ۳ در الگوی سوم که دارای ضریب تعیین بیشتری نسبت به سایر الگوها بود متغیرهای پیش بینی کننده به ترتیب اولویت خودکارآمدی، آگاهی و راهنمای عمل خارجی بودند. با توجه به مقادیر جدول شماره ۳، می توان با وارد نمودن ضرایب بدست آمده در فرمول زیر، متغیر وابسته یعنی عملکرد را پیش بینی نمود.

$$Y = b_1x_1 + b_2x_2 + \ldots + b_nx_n + a$$

$$Y = 0/379x_1 + 0/231x_2 + 0/148x_3 + 19/647$$

در این فرمول «خودکارآمدی درک شده =x_1»، «آگاهی =x_2» و «راهنمای عمل خارجی =x_3» بود، که هرگاه با انجام یک مطالعه مقادیر هر یک از این متغیرها اندازه گیری شود و در فرمول فوق قرار گیرد، مقدار y یعنی عملکرد محاسبه می شود. با توجه به مقدار ضریب تعیین استاندارد شده، از این طریق می توان در حدود ۳۱ درصد عملکرد را توجیه نمود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، عملکرد و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی رابطین در خصوص پیشگیری از بیماری هپاتیت B

متغیر	میانگین و انحراف معیار	ضعیف	متوسط	خوب
آگاهی	۴۹/۲۳± ۱۸/۰۴	۲۰/۲۲	۷۶/۸۳	۲/۹۴
حساسیت درک شده	۷۶/۰۸± ۱۰/۵۲	۰/۳۶	۵۱/۴۷	۴۸/۱۶
شدت درک شده	۷۹/۹۸ ±۱۱/۰۹	۰	۳۸/۹۷	۶۱/۰۲
منافع درک شده	۸۶/۲۶ ±۱۰/۳۱	۰	۱۷/۲۷	۸۲/۷۲
موانع درک شده	۴۳/۹۵ ±۱۴/۲۱	۴۷/۰۵	۴۹/۲۶	۳/۶۷
راهنمای عمل داخلی	۸۱/۵۴ ±۱۸/۳۰	۳/۶۷	۲۶/۸۳	۶۹/۴۸
راهنمای عمل خارجی	۶۵/۷۲ ±۱۳/۵۶	۸/۴۵	۵۹/۹۲	۳۱/۶۱
خودکارآمدی درک شده	۸۲/۸۶ ±۱۸/۰۵	۱/۱۰	۳۴/۱۹	۶۴/۷۰
عملکرد	۷۲/۱۱± ۱۴/۸۰	۱/۸۳	۵۱/۸۳	۴۶/۳۲

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۲. تحلیل رگرسیون سازه های پیشگویی کننده عملکرد رابطین بهداشتی در خصوص پیشگیری از بیماری هپاتیت B

متغیر ملاک	ضریب همبستگی (R)	ضریب تعیین (R^2)	متوسط	ضریب تعیین تعدیل شده (R^2)
عملکرد رابطین بهداشتی	خودکارآمدی	۰/۴۲۱	۰/۱۷۷	۰/۱۷۴
	خودکارآمدی آگاهی	۰/۵۳۹	۰/۲۹۱	۰/۲۸۵
	خودکارآمدی آگاهی راهنمای عمل خارجی	۰/۵۶۴	۰/۳۱۸	۰/۳۱۱

جدول ۳. برآورد ضرایب رگرسیون گام به گام برای متغیرهای پیش بین عملکرد رابطین بهداشتی در پیشگیری از هپاتیت B

گام	متغیرهای پیش بین	ضریب غیر استاندارد Std. Error(B)	ضریب استاندارد (Beta)	مقدار آزمون (t)	معنی داری (P-value)
۱	مقدار ثابت	۳۴/۰۶۳	۵/۰۶	۶/۷۳۱	<۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۰/۴۵۹	۰/۰۶	۷/۶۱۹	<۰/۰۰۱
۲	مقدار ثابت	۲۴/۲۳۳	۴/۹۳	۴/۹۰۶	<۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۰/۴۱۲	۰/۰۵	۷/۲۹۲	<۰/۰۰۱
	آگاهی	۰/۲۷۹	۰/۰۴	۶/۵۶۶	<۰/۰۰۱
۳	مقدار ثابت	۱۹/۶۴۷	۵/۰۴	۳/۸۹۴	<۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۰/۳۷۹	۰/۰۵	۶/۷۱۱	<۰/۰۰۱
	آگاهی	۰/۲۳۱	۰/۰۴	۵/۲۲۹	<۰/۰۰۱
	راهنمای عمل خارجی	۰/۱۴۸	۰/۰۴	۳/۳۰۰	<۰/۰۰۱

بحث

این مطالعه به بررسی اعتقادات رابطین بهداشتی شهر ملایر در خصوص هپاتیت B بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی پرداخته است، با توجه به متون و مقالات مرور شده، مطالعه ای در این زمینه در میان رابطین بهداشتی یافت نشد، لذا نتایج این پژوهش با سایر مطالعات مشابه مقایسه می گردد. در این مطالعه نیمی از رابطان بهداشتی (۵۱/۴۷) حساسیت درک شده متوسطی داشتند که گویای این مطلب می باشد که خود را مستعد ابتلاء به بیماری هپاتیت B می دانستند. در مطالعه انجام شده توسط باقیانی مقدم نیز میزان حساسیت درک شده دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز ۶۶/۲۱ درصد کل امتیاز قابل اکتساب بود [۱۷]؛ در حالی که در مطالعه زمانی علویجه و همکارانش، در خصوص بررسی عوامل مرتبط با رفتار پیشگیری از هپاتیت B در دختران دبیرستانی با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی، بیش از یک سوم افراد مورد مطالعه بیان کرده بودند که به هیچ وجه به هپاتیت مبتلا نمی شوند. برداشت و تلقی آنها از میزان احتمال ابتلاء در حد پایین بود، آنان همچنین خود را خیلی در معرض خطر نمی دانستند [۱۸]. مطالعه انجام شده توسط Grace در خصوص هپاتیت B و واکسیناسیون علیه آن در مهاجرین ویتنامی [۱۹] و مطالعه حاجیان و همکاران در خصوص الگوی اعتقاد بهداشتی برای شناسایی رفتارهای خودآزمایی پستان و شرکت در غربالگری سرطان پستان در زنان ایرانی [۲۰]، مغایرت دارد. شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از حساسیت درک شده ی بالاتری در مقایسه با مطالعات مشابه در این زمینه برخوردار بودند؛ به نظر می رسد امر به دلیل متفاوت بودن جامعه مورد پژوهش باشد، چرا که رابطین بهداشتی به دلیل همکاری با پایگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی خود را همانند کارکنان این مراکز بیشتر در معرض خطر می بینند.

شدت درک شده در اکثر رابطین بهداشتی (۶۱/۰۲) در

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

این مطالعه در حد خوب بود و هیچ رابط بهداشتی شدت درک شده ضعیفی نداشت، که نشان دهنده اهمیت دادن به سلامت خود و در نظر گرفتن عوارض بیماری هپاتیت B می باشد. در مطالعه ای مشابه که توسط باقیانی مقدم و همکاران، انجام گرفت میزان خطر درک شده مدیران بهداشتی در خصوص هپاتیتB، بسیار بالا بوده و توانستند ۹۷/۳۱ درصد از نمره کل قابل اکتساب را کسب کنند [۲۱]. همانطور که مشاهده می شود شدت درک شده در مطالعه باقیانی مقدم بیشتر از مطالعه حاضر است که این امر را می توان به متفاوت بودن جامعه مورد پژوهش نسبت داد. مدیران بهداشتی به دلیل درگیر بودن با مسایلی از این قبیل باید ابتدا خود دارای آگاهی بالایی بوده و عوامل تهدید کننده در خصوص این مسائل را به خوبی بشناسند، تا بتوانند به مردم خدمت کنند. میانگین شدت درک شده در مطالعه زمانی علویجه و همکاران نیز ۲/۸۴ ± ۱۵/۱۷بود و نشان داد شرکت کنندگان ۶۰/۶۸ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نموده اند [۱۸]. میزان شدت درک شده ی رابطین بهداشتی نسبت به شرکت کنندگان در مطالعه زمانی بالاتر می باشد؛ که این موضوع احتمالاً به دلیل آگاهی و اطلاعات بیشتر رابطین بهداشتی نسبت به دانش آموزان باشد. هرچند میزان شدت درک شده در پژوهش حاضر در حد متوسطی است؛ اما می توان با افزایش آگاهی و برگزاری جلسات آموزشی در خصوص عوارض ناشی از ابتلاء به این بیماری، میزان شدت درک شده رابطین بهداشتی را افزایش داد. در مطالعه حاضر میزان منافع درک شده اکثر رابطین بهداشتی (۸۲/۷۲) در حد خوب می باشد که نشان می دهد رابطین بهداشتی درک خوبی از فواید حاصل از انجام رفتارهای بهداشتی داشته اند. با توجه به اینکه افزایش منافع درک شده می تواند نقش مهمی در پیشگیری از رفتارهای مضر بهداشتی داشته باشد. نتایج مطالعه نجیمی و همکاران، نشان داد منافع درک شده دانش آموزان در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از این بیماری در سطحی بالا قرار دارد [۲۲] که با نتایج پژوهش حاضر همخوان است؛ اما میزان منافع درک شده در مطالعه باقیانی مقدم ۷۵/۴۱ بود [۱۷]، که با یافته های این پژوهش مغایرت دارد.

در پژوهش حاضر وضعیت درک تقریباً نیمی از رابطین بهداشتی (۴۹/۲۶) از موانع موجود در حد متوسط بود. در مطالعه مشابه توسط میرزایی علویجه، در خصوص اعتقادات پرسنل بهداشتی شهرستان تفت در خصوص هپاتیت B، شرکت کنندگان در سازه موانع درک شده با کسب میانگین نمره ۲/۶±۱۰/۶۸ به میزان ۵۳/۴ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند. موانع درک شده در خصوص بیماری هپاتیت B و پیشگیری از آن در این مطالعه در سطح نسبتاً پایینی بود [۲۳]، که همسو با نتایج مطالعه حاضر می باشد؛ در حالی که موانع درک شده شرکت کنندگان در مطالعه باقیانی مقدم ۵۹/۰۶ درصد کل امتیاز قابل اکتساب بود [۱۷]، که با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد. از دلایل این موضوع، می توان به متفاوت بودن جامعه مورد پژوهش اشاره نمود؛ چرا که در مطالعه میرزایی علویجه، پرسنل بهداشتی همانند رابطین بهداشتی، آشنایی بیشتری در خصوص بیماری هپاتیت B و راهکارهای مقابله با موانع درک شده دارند، پس موانع کمتری را در اتخاذ رفتارهای پیشگیری از این بیماری احساس می کنند؛ در حالی که دانش آموزان در مطالعه باقیانی مقدم آشنایی اندکی نسبت به پرسنل و رابطین بهداشتی در خصوص بیماری هپاتیت B داشتند، بنابراین موانع بیشتری را هم در اتخاذ رفتارهای پیشگیری از هپاتیت B احساس می کردند. البته می توان با افزایش آگاهی، پررنگ نمودن منافع حاصل از پیگیری رفتارهای پیشگیری از هپاتیت B، و ارائه راهکارهایی برای برطرف نمودن موانع درک شده، به شرکت کنندگان کمک نمود تا موانع کمتری را احساس نمایند.

در مطالعه حاضر اکثر رابطین بهداشتی (۶۴/۷۰) از خودکارآمدی درک شده ی خوبی برخوردار بودند. خودکارآمدی در این مطالعه همچنین ۱۷ درصد از واریانس رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت B در رابطین بهداشتی را پیشگویی کرد. در حالی که یافته های مطالعه مظلومی محمودآباد [۲۴] نشان داد میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی درک شده شرکت کنندگان در این پژوهش ۶/۱۱±۳۸/۰۳ بود و خودکارآمدی در این مطالعه ۲۱ درصد از واریانس رفتارهای پیشگیری کننده از دیابت نوع دو در افراد در معرض خطر را پیشگویی می کرد. از آنجا که رابطین افرادی هستند که به صورت داوطلبانه با پایگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی همکاری دارند؛ احتمالاً این توانایی را در خود دیده اند که می توانند رفتارهای پیشگیری از بیماری ها را اتخاذ و به عنوان الگو و نمونه ای برای افراد محله خود بوده و سبب ترویج رفتارهای بهداشتی شوند.

در پژوهش حاضر بیش از نیمی از رابطین بهداشتی از راهنمای عمل داخلی و خارجی کمک گرفتند. در این مطالعه

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

تلویزیون، پرسنل مراکز بهداشتی درمانی، کتاب و نشریات، پزشک، خانواده و آشنایان، رادیو و اینترنت به ترتیب به عنوان مهمترین راهنماهای عمل خارجی، و افزایش اعتماد به نفس، ترس از ابتلاء به بیماری و آرامش ناشی از اقدام به موقع در مواجهه با بیماری هپاتیت B به ترتیب به عنوان مهمترین راهنماهای عمل داخلی شناخته شدند. در مطالعه مشابه توسط قیاسی و همکاران [۲۵]، با عنوان بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد آرایشگران سبزوار نسبت به بیماری هپاتیت B، نتایج این مطالعه نشان داد ۵۷/۶ درصد افراد آگاهی خود را از رسانه های گروهی(رادیو و تلویزیون) و فقط ۱۶/۳ درصد اطلاعاتشان را از طریق بروشور و پمفلت کسب کرده بودند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، رابطین بهداشتی سعی می کنند بیشتر از منابع معتبر همچون تلویزیون، پرسنل مراکز بهداشتی درمانی و کتاب استفاده نمایند چرا که این منابع علاوه بر معتبر و دقیق بودن، نسبت به رادیو و اینترنت در دسترس تر و مورد علاقه شرکت کنندگان می باشد. عملکرد نیمی از رابطین بهداشتی (۵۱/۸۳) در مطالعه حاضر، در حد متوسطی بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد تنها ۳۳/۱ درصد از رابطین بهداشتی همیشه حین رفتن به آرایشگاه، وسایل شخصی خود را همراه خود می بردند؛ همچنین ۶۲/۱ درصد از افراد همیشه از ناخن گیر شخصی استفاده می کردند. Tibdewal و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش نمودند که ۵۵/۹ درصد دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی برنامه ایمنسازی علیه هپاتیت B را کامل نموده اند [۲۶]، در مطالعه Okeke و همکاران در نیجریه مشخص شد که تنها ۱۰ درصد دانشجویان پزشکی که نیدل استیک می شوند، اقدامات پس از آسیب و واکسیناسیون هپاتیت B را انجام می دهند [۲۷]. هر چند که همکاری با پایگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی توانسته است عملکرد رابطین بهداشتی را بهبود بخشد، اما از آنجا که این افراد خود نمونه و الگویی برای سایر افراد جامعه هستند؛ انتظار می رود با استفاده ی بیشتر از راهنماهای عمل خارجی، در ارتقاء آگاهی و خودکارآمدی رابطین بهداشتی کوشید تا بدین وسیله احتمال تصمیم گیری برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری هپاتیت B در آن ها افزایش پیدا کند.

از نقاط قوت مطالعه حاضر نیز می توان به استفاده از تمام سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و سنجش میزان آگاهی شرکت کنندگان نام برد و از محدودیت های این مطالعه می توان به زمان بر بـودن جمع آوری اطلاعات و همچنین جمع آوری داده ها از طریق خودگزارش دهی اشاره نمود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه در طراحی مداخلات آموزشی باید بر سازه های خودکارآمدی، آگاهی و راهنمای عمل خارجی به عنوان مهمترین پیش بینی کننده های رفتار رابطین بهداشتی تأکید شود. در حقیقت با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی علاوه بر افزایش آگاهی رابطین بهداشتی می توان با پررنگ کردن منافع و کم رنگ نمودن موانع با ارائه راهکارهای مناسب و نیز افزایش خودکارآمدی درک شده در رابطین بهداشتی، شاهد افزایش اتخاذ رفتارهای بهداشتی در آنها باشیم. پیشنهاد می شود تحقیقات کیفی به منظور شناسایی موانع و منافع درک شده مؤثر بر رفتارهای پیشگیری از بیماری هپاتیت B انجام گیرد تا درک جامع تری در این زمینه حاصل شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب سال ۱۳۹۳ معاونت تحقیقات و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی اراک به شماره طرح ۱۲۱۵بوده و با تأمین اعتبار مالی دانشگاه مذکور انجام گرفته است؛ نویسندگان بدین وسیله بر خود فرض می دانند از مسئولین محترم رابطین ملایر سرکار خانم دهنوی و همچنین از پرسنل محترم واحد بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری های ملایر، خصوصاً سرکار خانم دکتر رقیه شاهسوند و جناب آقای محمد حسنی و نیز کلیه رابطین و افرادی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را نمایند.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی نداشته است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

References

1. Iravani S, Amiri M, Najariyoun O, Nasiri S. Evaluation of the effect of education on the awareness and attitude levels about hepatitis transmission among soldiers of the 02 garrison. Journal of Artesh University of Medical Sciences. 2008;6(1):5-8. (Persian)
2. Kwon SYL, Lee CH. Epidemiology and prevention of Hepatitis B virus infection. Korean Journal of Hepatology. 2011;17(2):87-95.
3. Ozer A, Yakupogullari Y, Beytur A, Beytur L, Koroglu M, Salman F, Aydogan F. Risk factors of Hepatitis B virus infection in Turkey: A population_based, case_control study: Risk factors for HBV infection. Hepatitis Monthly. 2011;11(4):263-268.
4. Gholami A, Alinia T, Moosavi Jahromi L. Hepatitis B vaccination coverage among teaching hospitals workers in the Urmia city. Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2010;8(4):212-219. (Persian)
5. Bayati A, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Jafari M. Effect of first aid educational program in Health Volunteers, rescue method during disasters in Arak. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2009;12(2):1-7. (Persian)
6. Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Tarahi M, Asadi M, Lashgarara B. Application of health belief model in prevention of osteoporosis in volunteers of Khorramabad city Health Centers, Iran. Journal of Health System Research. 2012; 8(2):184-193. (Persian)
7. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. John Wiley & Sons;2008 Aug 28.
8. Tussing L, Chapman Novakofski K. Osteoporosis prevention education: Behavior theories and calcium intake. Journal of the American Dietetic Association. 2005;105(1):92-97.
9. Zamani Alavijeh F, Shafiee A, Ghofranipour F, M Arjmndzadgan. Effect of Health Belief Model on Behavioral Intention to Prevent Hepatitis B Girls. 2012;4(11):545-554. (Persian)
10. Dehdari T, Farshad AA. Prediction of occupational behavior lead to prevention of infection in street sweepers based on health belief model constructs. Iran Occupational Health. 2013;10(4):88-94. (Persian)
11. Parmar Z, Khadivi R, Sadeghi B, Rahimi Madiseh M. Immunization following Hepatitis B mass vaccination in the 18 years old students in Chaharmahal va Bakhtyari province in Iran. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2011;13(4):35-41. (Persian)
12. Alavian SM. Hepatitis B. Tehran:Pejvak Elm Aria;2013. (Persian)
13. Nabavi M. Strategic plan to control Hepatitis B and C. Tehran:Andishmand;2013. (Persian)
14. Alevis SM. A comprehensive guide HBV to public. Tehran:Pezeshkan Salamat Pajuhan Kosar Cooperative Company;2013. (Persian)
15. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology. 1975;28(4):563-575.
16. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and methods. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2004.
17. Baghianimoghadam MH, Forghani H, Zulghadr R, Rahaii Z, Khani P. Health belief model and HIV/AIDS among high School female students in Yazd, Iran. Journal of Research in Medical Sciences. 2010;15(3):189-190. (Persian)
18. Zamani Alavijeh F, Yazdani R, Kheiriat M, Shafiee A, Arjmandzadegan M. Factors associated with preventive behaviors of Hepatitis

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

B among high school girls using the Health Belief Model. Scientific Research Journal of Shahed University. 2013;20(105):11-22. (Persian)

19. Grace X, Carolyn Y, Fang Steven E. Risk perceptions and barriers to Hepatitis B screening and vaccination among Vietnamese Immigrants. Journal of Immigrant Minority Health. 2007;9(3):213-220.

20. Hajian K, Auladi S. Health belief model and practice of breast self_examination and breast cancer screening in Iranian women. Brest Cancer. 2014;21(4):429-434. (Persian)

21. Baghianimoghadam MH, Morowatisharifabad MA, Forghani H, Zulghadr R. Knowledge, Risk perceptions and behavioral intentions for Hepatitis B among health managers in Yazd province. Hepatitis Monthly. 2009;4(9):317-318. (Persian)

22. Najimi A, Alidousti M, Moazemi GA. Study on preventive behaviors of high school student about influenza a base on health belief model in Shahrekord. Health System Research. 2010;6(1):14-22. (Persian)

23. Mirzaei AM, Dehghani Tafti A, Farzaneh Z, Morowatishaifabad MA, Mohammadloo A. Beliefs of health sector personnel in taft district about Hepatitis B: An application of health belief model. Toloo-e-behdasht. 2014;13(1):145-156. (Persian)

24. Mazlumi MS, Haji Zadeh A, Aelaii M, Mirzaii Alavijeh M, Afkhami A, Fatahi M. Status prevention behaviors of type two diabetes in people at risk: Health Belief Model. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2012;11(6):544-555. (Persian)

25. Ghiasi M, Nasery Zadeh MR, Khamirchi R, Akaberi A. Survey knowledge, attitude and practice barbers (man and woman) Sabzevar to Hepatitis B in 87 years. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2009;14(3-4):15-20. (Persian)

26. Tibdewal H, Barad P, Kumar S. Comparing dental and students knowledge and attitudes toward Hepatitits B and C and HIV infected patients in India. Journal of International Oral Health. 2009;1(1):20-30.

27. Okeke EN, Ladep NG, Agaba EI, Malu AO. Hepatitis B vaccination status and needle stick injuries among medical students In A Nigerian university. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2008;17(3):330-332.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

Pajouhan Scientific Journal Vol 14, No 2, Winter 2016

Research Article

Knowledge, Beliefs and Performance of health volunteers in Malayer city about Hepatitis B: An application of health belief model

Tahereh Barzegar Mahmudi[1], Mahboobeh Khorsandi[2*], Mohsen Shamsi[2], Mehdi Ranjbaran[3]

1. MSc Student of Health Education, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. Departmant of Public Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
3. Instructor in Epidemiology, Faculty of health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Recieved: 1 Feb. 2016 Accepted: 8 Aug. 2015

Abstract

Introduction: Hepatitis B is an infectious disease as a major health problem worldwide. Since the selection of an educational model results in its start and continuation in a right destination, the purpose of the present study was to determine the knowledge, beliefs and performance of Malayer city's health volunteers about hepatitis B based on the health belief model (HBM).

Methods: In this cross-sectional study, 272 health volunteers of Malayer city were selected by the census sampling method, in 2015. Data were collected by the self-report method through a questionnaire prepared by researcher and verified its validity and reliability. The questionnaire included the demographic information of the health volunteers and knowledge, performance and dimensions of the HBM. Finally, the data were analyzed using software SPSS 20 through the correlation and linear regression.

Results: Among the structures, the perceived benefits had the most score (26.86) and the perceived barriers had the lowest score (95.43). In regression analysis to predict behaviors, the variables: self-efficacy, knowledge and foreign practice guide were detected. These variables could predict totally 31% of behavior's changes ($P<0.001$).

Conclusion: Based on the findings obtained by the current study, in design of educational interventions, structures of self-efficacy, knowledge and foreign practice guide should be emphasized as the most important predictors of health volunteers' behavior.

Keywords: Education, Health volunteers, Hepatitis B, Health belief model

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-12]

* **Coresponding Author**: **Mahboobeh Khorsandi**, Departmant of Public Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Email: dr.khorsandi@arakmu.ac.ir Tel: +988633686443

Please cite this article as: Barzegar Mahmudi TS, Khorsandi M, Shamsi M, Ranjbaran M. [Knowledge, Beliefs and Performance of health volunteers in Malayer City about Hepatitis B: An application of health belief model]. *Pajouhan Scientific Journal.* 2016;14(2):24-33