



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اراک

دانشکده پزشکی

پایان نامه :

جهت دریافت درجه دکتراي حرفه‌ای در رشته پزشکی

عنوان :

بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و رفتار پیشگیری از

صدمات ناشی از سرسوزن و بیماریهای منتقله از راه خون در پرستاران

اساتید راهنما :

دکتر نادر زرین فر، متخصص عفونی، استادیار دانشگاه

دکتر محبوبه خورسندی، دکترای آموزش بهداشت، استادیار دانشگاه

استاد مشاور :

دکتر بهمن صادقی سده، متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه

نگارش و پژوهش :

مهرشاد صدیق

سال تحصیلی 91-1390



Arak University of Medical Sciences

Faculty of Medicine

A thesis presented for the degree of Doctor of Medicine (MD)

Title:

**The effect of education based on health belief model on
knowledge and prevention behavior of needle stick and
blood borne pathogen among nurses**

Supervises by:

Dr. Zarinfar N.

Infectious disease specialist, Assistant professor

Dr. Khorsandi M.

Education health, Assistant professor

Consular by:

Dr. Sadeghi B

Social medicine, Assistant professor

By:

Sedigh M.

Year: 2010-2011

Thesis No:

اختصارات

- HBM: Health Belief Model مدل اعتقاد بهداشتی
- HCW: Health Care Worker کارکنان بهداشت و درمان
- NSI/SI: Needlestick/Sharps Injuries صدمات سرسوزن و اجسام تیز
- HBV: Hepatitis B Virus هپاتیت B
- HCV: Hepatitis C Virus هپاتیت C
- HIV: Human Immunodeficiency Virus ویروس نقص ایمنی

چکیده فارسی

عنوان: بررسی تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و رفتار پیشگیری از

صدمات ناشی از سرسوزن و بیماریهای منتقله از راه خون در پرستاران

اساتید راهنما: دکتر نادر زرین فر، متخصص عفونی، استادیار دانشگاه

دکتر محبوبه خورسندی، دکترای آموزش بهداشت، استادیار دانشگاه

اساتید مشاور: دکتر بهمن صادقی سده، متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه

نگارش و پژوهش: مهرشاد صدیق

مقدمه: از شایعترین و خطرناکترین خطرات شغلی پرستاران NSI/SI است که از رایجترین

عفونت‌های خونی منتقله از این راه HBV, HCV, HIV است. هدف این مطالعه ارزیابی اثر

آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر دانش و نگرش و رفتارهای پیشگیری از NSI/SI است.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی تعداد 165 پرستار در بیمارستان های علوم پزشکی

اراک به طور تصادفی انتخاب شده‌اند و به 2 گروه شاهد و مداخله تقسیم شده‌اند ابزار

گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و چک لیست رفتاری قبل و

بعد از مداخله تکمیل گردید جهت گروه مداخله کارگاهی براساس هشدار جهانی و مدل

اعتقاد بهداشتی اجرا شد داده‌ها با آزمون تی تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که میانگین نمرات آگاهی مدل اعتقاد بهداشتی غیر از موانع درک شده

افزایش معناداری در گروه مداخله داشته است و موانع درک شده با وجود کاهش معنادار نشده

است. نمره رفتار افزایش داشته است و میزان NSI کاهش داشته است.

نتیجه گیری: برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی باعث افزایش آگاهی و اکثر

نمرات مدل اعتقاد بهداشتی و همچنین بهبود رفتار و کاهش NSI شده است.

کلمات کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، صدمات سرسوزن، پرستاران

Abstract

Title: The effect of education based on health belief model on knowledge and prevention behavior of needle stick and blood borne pathogen among nurses

Supervises by: Dr. Zarinfar N. Infectious disease specialist, Assistant professor

Dr. Khorsandi M. Education health, Assistant professor

Consular by: Dr. Sadeghi B, Social medicine, Assistant professor

By: Sedigh M.

Introduction:

One of the spread abroad and dangerous risks in nurses job is needle stick injury (NSI) that HIV, HCV and HBV are the most common infection transferred by blood. The aim of this study is evaluation of education effect basis on health belief model on knowledge, observation and behavioral prevention of NSI.

Material and method:

This study is quasi-experimental 165 nurses selcted incidentally from hospitals of medical university of Arak , they organized into 2 case and control groups. Data collected with Questionnaire based on health belief model and complete chechlist before and after intervention for control group executed work place according to universal percution and health belief model and datas analysis via T test.

Results:

Results showed that mean score of knowledge and health belief model constructs are in consistent with perceived barrier had meaning ful increase in control group and perceived barrier didn't whow meaningful decrease. Behavior score increased and needle stick injurie (NSI) decreased.

Conclusion:

Education program based on health belief model cause increase knowledge and most of health belief model constructs score and also improving prevention behavior and lead to decrease needle stick injury (NSI)

Key words: health belief model, needle stick injury, nurses

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول : کلیات
2-1-1	بیان مسئله.....
2-1-2	کلیات.....
1-2-1	لزوم تدوین برنامه آموزش بهداشت مبتنی بر تئوری.....
2-2-1	الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model).....
3-2-1	طراحی و توسعه الگوی اعتقاد بهداشتی.....
4-2-1	اساس تئوریک الگوی اعتقاد بهداشتی.....
5-2-1	اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی.....
3-1-3	اهداف.....
1-3-1	هدف اصلی.....
2-3-1	اهداف ویژه.....
3-3-1	اهداف کاربردی.....
4-1-4	فرضیات و سؤالات.....
5-1-5	تعاریف واژه‌ها.....
	فصل دوم : بررسی متون
1-2-1	مروری بر مطالعات انجام شده.....

فصل سوم : مواد و روش کار

- 24-1-3- جامعه هدف..... 24
- 24-2-3- جامعه آماری..... 24
- 24-3-3- روش نمونه گیری..... 24
- 24-4-3- نحوه محاسبه حجم نمونه و تعداد آن..... 24
- 25-5-3- روش اجرا..... 25
- 26-6-3- ابزار جمع آوری اطلاعات و مشخصات آنها..... 26
- 27-7-3- خطاهای تصادفی و سیستماتیک و روش حل آنها..... 27
- 27-8-3- نحوه تجزیه و تحلیل اطلاعات..... 27
- 27-9-3- محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آنها..... 27
- 28-10-3- جدول متغیرها..... 28
- 29-11-3- ملاحظات اخلاقی..... 29

فصل چهارم : یافته‌ها

- 31-1-4- نتایج..... 31

فصل پنجم : بحث و نتیجه‌گیری

- 54-1-5- بحث..... 54
- 61-2-5- نتیجه‌گیری..... 61

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول 4-1: مقایسه میانگین و انحراف معیار سن و سابقه کار به تفکیک گروه	32
جدول 4-2: مقایسه تغییر آگاهی و نگرش در حیطه های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش	33
جدول 4-3: مقایسه رسته شغلی به تفکیک گروه های مورد مطالعه	34
جدول 4-4: مقایسه بیمارستان محل خدمت به تفکیک گروه های مورد مطالعه	35
جدول 4-5: مقایسه بخش محل خدمت به تفکیک گروه های مورد مطالعه	36
جدول 4-6: مقایسه وضعیت تاهل به تفکیک گروه های مورد مطالعه	37
جدول 4-7: مقایسه جنسیت به تفکیک گروه های مورد مطالعه	38
جدول 4-8: مقایسه سابقه کارگاه مشابه به تفکیک گروه های مورد مطالعه	39
جدول 4-9: میانگین نمره آگاهی و نگرش گروه شاهد اولیه و شاهد 3 ماه بعد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی	40
جدول 4-10: مقایسه میانگین نمره آگاهی و نگرش به تفکیک زمان در گروه مداخله	41
جدول 4-11: مقایسه میانگین نمره آگاهی و نگرش به تفکیک زمان در گروه مداخله	49
جدول 4-12: مقایسه میانگین نمره رفتار قبل از مداخله و 3 ماه بعد از آموزش	50
جدول 4-13: مقایسه میانگین نمره رفتار گروه شاهد و گروه مداخله 3 ماه بعد از آموزش	51
جدول 4-14: مقایسه میانگین نمره رفتار گروه مداخله در زمان پیش آزمونی 3 ماه بعد از آموزش	52

فهرست نمودار

صفحه	عنوان
42	نمودار 1-4 : نمره آگاهی در گروه مداخله در آزمون های پیش آزمون و پس آزمون و پس آزمون 3 ماه بعد.....
43	نمودار 2-4 : نمره منافع درک شده در گروه مداخله در آزمون های پیش آزمون و پس آزمون و پس آزمون 3 ماه بعد.....
44	نمودار 3-4 : نمره موانع درک شده در گروه مداخله در آزمون های پیش آزمون و پس آزمون و پس آزمون 3 ماه بعد.....
45	نمودار 4-4 : نمره حساسیت درک شده در گروه مداخله در آزمون های پیش آزمون و پس آزمون و پس آزمون 3 ماه بعد.....
46	نمودار 4-5 : نمره شدت درک شده در گروه مداخله در آزمون های پیش آزمون و پس آزمون و پس آزمون 3 ماه بعد.....
47	نمودار 4-6 : نمره خودکار آمدی در گروه مداخله در آزمون های پیش آزمون و پس آزمون و پس آزمون 3 ماه بعد.....
48	نمودار 4-7 : نمره راهنمای عمل در گروه مداخله در آزمون های پیش آزمون و پس آزمون و پس آزمون 3 ماه بعد.....

فصل اول

مقدمه

۱-۱- بیان مسئله

از خطرات بالقوه شغلی کارکنان بهداشتی درمانی HCW تماس‌های شغلی است که شایعترین و خطرناک‌ترین تماس شغلی صدمات ناشی از سر سوزن/اجسام تیز است (1-5). صدمات ناشی از سر سوزن / اجسام تیز مهمترین علت عفونت‌های خونی مرگبار در کارکنان بهداشتی درمانی است. (9,8,7,6,1,10) و بیش از 20 پاتوژن می‌تواند از طریق صدمات ناشی از سر سوزن / اجسام تیز به انسان منتقل شود که در بین این پاتوژن‌ها HIV، HCV و HBV از احتمال بیشتری برخوردار هستند (14,13,12,11,1). سازمان بهداشت جهانی در سال 2005 اعلام کرده است که از 35 میلیون کارکنان بهداشتی درمانی در سرتاسر جهان هر سال 3 میلیون نفر از طریق این صدمات در معرض پاتوژن‌های خونی قرار می‌گیرند که 2 میلیون نفر HBV و 0/9 میلیون نفر HCV و 170000 نفر HIV است. این زخم‌ها باعث 15000 مورد HCV و 70000 مورد HBV و 500 مورد HIV می‌شود (16 و 15) که هپاتیت B, C و HIV به ترتیب 37٪ و 39٪ و 4/4٪ از این عفونت‌ها را شامل می‌شود (15). خطر انتقال سه بیماری ویروسی HBV و HCV و HIV پس از یکبار صدمه سرسوزن/ اجسام تیز 30-6٪ و 1/8٪ و 0/3٪ است (17).

مطالعات در سرتاسر دنیا نشان می‌دهد بیشترین گروه کارکنان بهداشتی درمانی در معرض خطر پرستاران می‌باشند. (23,22,21,20,19,18,8) متأسفانه دانش و رفتار پرستاران در مورد صدمات ناشی از سر سوزن / اجسام تیز در سطح پایینی می‌باشد. پژوهشی که در پاکستان توسط Naveed Zjunj و همکاران انجام شد مبین دانش کم کارکنان بهداشتی

درمانی در مورد انتقال این بیماری‌ها از طریق صدمات سرسوزن / اجسام تیز است (24). عدم گزارش صدمات ناشی از سر سوزن / اجسام تیز در محیط کار مشکل عمده ای است که کارکنان بهداشتی با آن مواجه هستند. (25) تخمین زده شده است که سالانه 800000 – 600000 مورد آسیب ناشی از فرو رفتن سر سوزن در کارکنان بهداشتی رخ می‌دهد که تقریباً 70٪ موارد گزارش نمی‌شود (26,27).

در تحقیقات انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی اراک توسط کوهستانی و همکاران عملکرد تعدادی از دانشجویان پرستاری در مورد اولین اقدام بعد از صدمات سرسوزن / اجسام تیز مناسب نبوده است در 51٪ افراد فشردن محل جراحت و 40٪ به مربی خود گزارش نداده اند. در صورتی که اولین اقدام شستشو با آب و صابون و در سطوح مخاطی شستشو با نرمال سالین است (22).

در تحقیقات آزادی و انوشه مشخص شد که از 38 پرستار که دچار صدمات ناشی از سرسوزن و اجسام تیز در طی یک سال شده‌اند تنها 36٪ بعد از صدمات آنها را به سوپروایزر و کمیته کنترل عفونت بیمارستان گزارش دادند که از مهمترین علل گزارش ندادن پرستاران قضاوت شخصی ایشان در خصوص پایین بودن خطر عفونت و عدم آشنایی با مراحل گزارش دهی بوده است (23). در مطالعات tabak n و همکاران نشان داده شده که درک شدت بیماری حاصل از صدمات ناشی از سر سوزن / اجسام تیز و اعتماد به موثر بودن گزارش و انگیزه برای سلامت ماندن ارتباط مستقیمی با گزارش دادن صدمات ناشی از سر سوزن / اجسام تیز دارد (28).

در پژوهش یانگ و همکاران در تایوان خطر صدمه با اشیاء نوک تیز 1/50٪ بیان شده است که 8 بار در سال به ازای هر نفر است. این میزان در پرستارانی که آموزش بیشتر دیده‌اند 7/3 و در پرستاران که آموزش کمتر دیده‌اند 11/7 می‌باشد (29).

در مطالعات انجام شده آموزش بر دانش و رفتار افراد در زمینه کاهش صدمات ناشی از سر سوزن / اجسام تیز تاثیر داشته است (31,29,30,33,32).

در مجموع به نظر می‌رسد که افزایش دانش و آگاهی و بینش پرستاران در مقایسه با افزایش دانش تنها تاثیر بیشتری دارد.

مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مدل‌های آموزش بهداشت می‌باشد که به بررسی عوامل مؤثر انجام رفتار بهداشتی خصوصاً رفتار پیشگیری کننده در افراد می‌پردازد. در این مدل اعتقاد بر این است که افراد رفتار پیشگیری کننده از بیماری را فقط در صورتی دنبال می‌کنند که خود را در معرض تهدید آن بیماری بدانند و به سودمندی رفتار پیشگیری کننده باور داشته باشند. از طرفی موانع درک شده انجام این رفتار در آنها حداقل باشد (34).

با توجه به اهمیت اطلاع پرستاران از رفتار پیشگیری کننده صدمات ناشی از سر سوزن اجسام تیز و اینکه مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند در تبیین رفتار پیشگیری کننده از صدمات ناشی از سر سوزن / اجسام تیز و بیماری‌های منتقله ناشی از آن مؤثر است و از آنجا که این صدمات و عواقب عوارض گاهاً جبران ناپذیر همراه هستند لذا انجام مطالعه در این زمینه از اهمیت خاصی برخوردار است و گروه پرستاران به علت تماس مستقیم با خون و ترشحات از گروه پرخطر محسوب می‌شوند و تا کنون در زمینه تأثیر آموزش بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار و آگاهی این قشر در زمینه رفتارهای پیشگیری از صدمات سرسوزن و اجسام نوک تیز در کشور و اراک تحقیقی صورت نگرفته است. مطالعه حاضر به منظور بررسی تأثیر آموزش بر انجام رفتارهای پیشگیری کننده از صدمات ناشی از سرسوزن و

بیمارهای منتقله بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی در پرستاران شهر اراک در سال 1391 طرح‌ریزی گردید.

۱-۲-۱ کلیات

1-2-1- لزوم تدوین برنامه آموزش بهداشت مبتنی بر تئوری

تغییر رفتار مشکل‌تر از آن است که بتوان با آموزش‌های سنتی انتظار تحقق آن را داشت، بنابراین تئوری‌ها چارچوب جامعی را برای درک و پیش‌بینی عوامل تعیین‌کننده رفتار فراهم می‌آورند (35). انتخاب یک الگوی آموزشی برنامه را در مسیر صحیح آغاز و آن را در جهت حرکت صحیح نگه می‌دارد (36).

Rime , Lewis , Glans اظهار می‌دارند که اهداف رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت در جهت کمک به آموزش دهندگان در درک بعضی از مهمترین نظریه‌های زیر بنایی در آموزش بهداشت و استفاده از تئوری در پژوهش و عمل است. جهت کاربر مؤثرتر و مفید در آموزش بهداشت، افراد نیاز به درک وسیعی از تئوری، پژوهش و عملکرد دارند. تغییر رفتار به سمت سلامت پدیده‌ای نیست که به راحتی انتظار تحقق آن را داشته باشیم. اساساً تغییر رفتار مددجویان و افراد به سمت اتخاذ رفتارهای بهداشتی بسیار مشکل و یک وظیفه پیچیده است. الزاماً آرایه پیام غنی از نظر منافع و مضرات سلامتی نمی‌تواند منجر به تغییر رفتار شود، چرا تأکید بر استفاده صحیح از کاربرد تئوری‌ها و الگو در برنامه آموزش بهداشت وجود دارد؟ Glanz و همکارانش معتقدند، ترکیبی از تئوری پژوهش و عملکرد در پیشرفت معلومات موجود در مورد رفتار بهداشتی مؤثرند. مربی آموزش بهداشت بدون استفاده از تئوری فقط یک تکنسین است. در حالی که متخصصینی که درک درستی از تئوری و پژوهش دارند، می‌توانند به دنبال چرا بروند و مداخله مورد نظر را طراحی کنند (37).

بحث پایه برای ضرورت کاربرد برنامه‌های آموزش بهداشت مبتنی بر پایه تئوریک این است که تئوریهای علوم رفتاری پایه گذار و اساس بهترین اطلاعات در دسترس و مسیری که مردم رفتار می‌کنند و انجام می‌دهند و در مسیری است که آموزش دهندگان بهداشت به دنبال تغییر رفتار سودمند هستند و موجب افزایش اثر بخشی آموزش بهداشت می‌شود(37).

انتخاب الگوی آموزش بهداشت اولین گام در فرآیند طراحی یک برنامه آموزشی می‌باشد. تئوری‌ها و الگوهای تغییر رفتار قسمت‌ها و اجزای اصلی و ضروری برای طرح و گسترش برنامه آموزشی می‌باشند. یک الگوی آموزشی برنامه را در جهت و مسیر صحیحی شروع کرده و قسمت‌های ناپیدا و مبهمی را که ممکن است در محتوای اصلی یک مداخله آموزشی وجود داشته باشد را کاهش می‌دهد و همچنین یک چارچوبی برای اندازه‌گیری و ارزیابی برنامه آموزشی فراهم می‌کند و به این ترتیب، به هدایت برنامه تا مرحله ارزشیابی ادامه می‌دهد(38).

باتلر در مورد اهمیت و ارزش تئوری در آموزش بهداشت اینگونه نظر می‌دهد: هدف تئوری کمک به تشخیص و درک عوامل مؤثر در رفتار و تعیین نحوه عملکرد این عوامل است. همچنین پیشنهاداتی را به ما ارائه می‌دهد که چگونه در شرایط گوناگون بتوانیم بر این عناصر تأثیر نماییم. تئوری آموزش دهندگان بهداشت را به ابزار با ارزش، در حل مسائل متعدد و گسترده مجهز می‌نماید. اگر یک تئوری بطور مناسب انتخاب گردد و ماهرانه در موضوع خاص تطبیق داده شود، ما را در پیش بینی نتایج مداخلات گوناگون در موقعیت‌هایی که حتی قبلاً با آن روبرو نشده‌ایم یاری می‌کند.

کاربرد تئوری‌ها در آموزش بهداشت مزایای زیادی دارد از جمله:

- ❖ نظریه‌ها و الگوها پایه و اساس مداخلات بهداشتی هستند.
- ❖ ابزاری برای تبیین و توصیه طرح‌های بهداشتی هستند.

❖ ابزاری برای تبیین و توصیه طرح‌های بهداشتی هستند.

❖ چارچوبی برای برنامه ریزی مداخلات بهداشتی هستند.

❖ به برنامه حقانیت و جهت می‌دهند.

امکان تکرار مجدد مداخلات بهداشتی را فراهم می‌کنند(39).

جامعه‌شناسان، روانشناسان و انسان‌شناسان دامنه‌ای از تئوری‌ها و الگوهای مختلف را برای تشریح عوامل مؤثر بر رفتار پیشنهاد کرده‌اند که یکی از اولین الگوهای ارائه شده در آموزش بهداشت، الگو اعتقاد بهداشتی می‌باشد که در سال 1950 به وسیله روانشناسان اجتماعی آمریکا مطرح شده است(40).

بر اساس مطالعات انجام شده یکی از بهترین الگوهایی که در برنامه‌های آموزش بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است الگوی اعتقاد بهداشتی است(41). الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) بر این قاعده استوار است که مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماریها واکنش خوب و مناسب از خود نشان می‌دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (جزء حساسیت درک شده) خطر تهدید کننده آنها بسیار جدی است (جز شدت درک شده) تغییر رفتار برای آنها منافع زیادی دارد (جزء منافع درک شده) و موانع موجود در جهت انجام رفتارهای بهداشتی را می‌توانند مرتفع سازند (جزء موانع درک شده). در این شرایط است که مداخلات و برنامه‌های آموزشی احتمالاً مؤثر واقع می‌شود(41).

1-2-2- الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model)

تغییر رفتار فرآیندی پیچیده است (42). چون رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است و شناخت این شبکه علیتی به منظور تحت تأثیر قرار دادن عوامل مؤثر بر رفتار از جمله

امور بسیار مهمی می‌باشد که طی سالیان متمادی متخصصین علوم رفتاری در پی آن بوده‌اند. آموزش بهداشت که محور و مرکز ثقل هر فعالیت بهداشتی می‌باشد به دنبال تغییر یا تعدیل رفتارهای موجود و نیز جایگزین نمودن رفتارهای جدید می‌باشد و این بسیار مهم است که ما بدانیم چرا و چگونه مردم رفتارهای جدید را می‌پذیرند؟ اینکه تغییر رفتار چگونه اتفاق می‌افتد و چه عواملی منجر به این امر می‌شوند، سئوالی است که به دلیل وجود فرهنگ‌ها و جوامع مختلف پاسخ‌های متعددی دارد و مسأله‌ای است که توسط روانشناسان علوم اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است.

رویکردها و تئوری‌های متعددی برای بررسی این پدیده در نظر گرفته شده که یکی از این رویکردها الگو اعتقاد بهداشتی می‌باشد. این الگو یکی از الگوهای اجتماعی - روانشناسی است که جهت درک رفتار بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این الگو اولین تئوری تغییر رفتار می‌باشد و سابقه طولانی داشته و در سطح گسترده‌ای پذیرفته شده و کاربرد تجربی وسیعی نیز داشته است (40).

1-2-3- طراحی و توسعه الگوی اعتقاد بهداشتی

الگوی اعتقاد بهداشتی در اوایل سال 1950 میلادی توسط گروهی از روانشناسان اجتماعی امریکا که عضو گروه خدمات بهداشتی بودند، طراحی شده است و به تدریج توسعه پیدا نمود. این الگو در سال 1966 توسط روزن استوک به طور رسمی ارائه شد و مراحل توسعه آن به این ترتیب بود که در سال 1974 میلادی توسط بکر و در ادامه در سال 1975 میلادی توسط مای من این الگو کاملتر شده است (40). الگوی اعتقاد بهداشتی بر این اندیشه تدوین شده که ادراک فرد از یک تهدید سلامتی، رفتارهای آنها را تغییر می‌دهد یا نه و این الگو عمدتاً بر پیشگیری از بیماریها و رفتارهای اتخاذ شده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی‌ها

و بیماری‌ها متمرکز است و از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای تعیین رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار به کار می‌رود (40). این الگو رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری کننده بر اساس اعتقادات شخص است و این اعتقادات عبارتند از :

- ❖ شخص نسبت به بیماری آسیب پذیر است.
- ❖ وقوع بیماری که تأثیر متوسط یا شدید در زندگی فرد دارد.
- ❖ اقدامات بهداشتی که در کاهش حساسیت و شدت بیماری مؤثرند.

الگوی اعتقاد بهداشتی الگوی جامعی است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نق دارد تا کنترل آن. باید توجه داشت که الگوی مذکور در پیشگیری ثانویه روی کنترل بیماریها متمرکز است (43).

1-2-4- اساس تئوریک الگوی اعتقاد بهداشتی

اجزای اصلی الگوی اعتقاد بهداشتی از تئوری روانشناسی رفتار حاصل شده است. بر اساس این تئوری رفتار انسان بستگی به دو متغیر دارد :

ارزشی که توسط شخص بر روی هدف نهاده می‌شود. ارزش گذاری فرد بر روی هدف به تئوری انتظار ارزش برمی‌گردد بر این مبنا استوار است یک فرد وقتی رفتارش را تغییر می‌دهد که به این نتیجه رسیده باشد که انجام رفتار برای وی سود دارد.

تخمین شخص از احتمال اجرای رفتاری است که باعث دست یافتن به هدف مورد نظر می‌شود. وقتی که فرد این موضوع را در ذهن خود پیروانند منتج به دو سیستم می‌شود که عبارتند از :

تمایل برای دوری کردن از بیماری

الف) سعی می‌کند که بیمار نشود.

ب) اگر بیمار باشد تمایل برای بهبودی حاصل کردن در او ایجاد می‌شود.

اعتقاد به اینکه یک عمل (رفتار) بهداشتی مانع بیمار شدن او می‌گردد (40).

1-2-5- اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی

حساسیت درک شده (perceived susceptibility) : بعد درک حساسیت به درک ذهنی از خطری که به سلامتی لطمه می‌زند اطلاق می‌شود. در مورد بیماری که از لحاظ پزشکی شناخته شده است این امر شامل تشخیص و برآورد شخصی از مستعد بودن به بیماری و در معرض خطر قرار گرفتن مجدد می‌باشد (44).

شدت درک شده (perceived severity) : احساس‌هایی را در برمی‌گیرد که درباره توجه به جدی بودن ابتلا به یک بیماری یا درمان نکردن آن می‌باشد که شامل ارزیابی پیامدهای پزشکی و کلینیکی است (45).

برخی از محققین از جمله بیکرومی من ، دو عامل حساسیت درک شده و شدت درک شده را در هم ادغام کرده و «تهدید درک شده» را به عنوان یکی از ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی ارائه داده‌اند (44). این در واقع به عقاید یک فرد درباره اثرات یک بیماری یا یک وضعیت که بر امور زندگی وی اثر خواهد گذاشت برمی‌گردد. این اثرات می‌تواند از نقطه نظر اینکه بیماری چه مشکلاتی را ایجاد می‌کند مورد توجه قرار گیرند که می‌تواند شامل درد و ناراحتی، از دست دادن زمان کار، بار مالی، مشکلات خانوادگیف ارتباطات و حساسیت به شرایط آینده باشد (40).

منافع درک شده (perceived benefits) : حساسیت و شدت درک شده اگر چه

می‌توانند نیرویی در جهت بروز رفتار ایجاد کنند ولی نمی‌توانند اقدام مشخص را پیش بینی

کنند و این موضوع به اعتقاد و درک درباره مفید بودن اقدام در جهت کاهش خطر بیماری و یا درک فواید حاصل از اقدام بهداشتی بستگی دارد. وقتی فردی این مسئله را پذیرفت که نسبت به یک بیماری حساس است و این اعتقاد در وی پدید آمد که ممکن است به این بیماری مبتلا شود، رفتاری را اتخاذ می‌کند که این رفتار اولاً بیشترین سود را در بر داشته باشد و ثانیاً در جامعه شدنی و قابل دسترس باشد. به عبارت دیگر مفید و عملی بودن رفتار باید درک شود. پس با توجه به مطالب عنوان شده مشخص می‌شود که حساسیت درک شده و شدت درک شده توأمافرد را در جهت فعالیتی و ادار می‌کنند ولی انجام این عمل به منافع درک شده حاصل از انجام آن رفتار توسط فرد بستگی دارد(40).

موانع درک شده (barriers perceived) : عواملی منفی که مانع از انجام رفتار پیشنهاد شده می‌شود(45). این بعد از الگو اعتقاد بهداشتی به جنبه‌های منفی درک شده رفتار اشاره دارد که این جنبه‌ها بالقوه بوده، عوامل بالقوه منفی یک رفتار خاص یا موانع درک شده، امکان دارد که مانع انجام رفتار پیشنهاد شده شوند، این عوامل عبارتند از :

هزینه سود : به این معنی که فرد در هنگام انجام رفتار بهداشتی ابتدا تجزیه و تحلیل می‌کند که انجام رفتار بهداشتی مورد نظر تا چه میزان برای او سود دارد؟ و اینکه آیا ارزش هزینه پرداخت شده و یا وقت صرف شده را دارد یا نه؟

اثرات جانبی : ممکن است جنبه‌های منفی رفتار به طور بالقوه برای فرد ناخوشایند، ناراحت کننده، دردناک، نامناسب و وقت گیر باشد، که همه اینها به عنوان عوامل بالقوه منفی رفتار به صورت مانع بوده و در انجام رفتار فرد تأثیر می‌گذارد(40).

علائم برای عمل (cues to action) : فاکتورهایی هستند که آمادگی برای تغییر رفتار را فعال می‌کنند(45). به محرک‌هایی اطلاق می‌شود که ممکن است داخلی یا خارجی باشند.