



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
شیراز  
دانشکده بهداشت

پایان نامه تحقیقاتی جهت اخذ درجه کارشناس ارشد (M.Sc)  
رشته: آموزش بهداشت

**عنوان:**

بررسی تاثیر برنامه مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته بر نحوه استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسوار شهر یزد (۱۳۸۵)

**استاد راهنما:**

دکتر سید سعید مظلومی محمود آباد

**اساتید مشاور:**

دکتر محمد علی مروتی شریف آباد

دکتر حسین فلاح زاده

اطلاعات درک علی بابا  
تعمیرات

۱۱ / ۱۲ / ۱۳۸۶

**نگارش:**

علی مهري

زمستان ۱۳۸۵

Handwritten signature

Handwritten signature

۹۴۳۳۲

## خلاصه فارسی

آسیبهای ناشی از تصادف با موتورسیکت یکی از شایعترین آسیبها می باشند، بطوریکه در حال حاضر، حدود ۲۴٪ مرگهای ناشی از تصادفات ترافیکی کشور به موتورسواران اختصاص دارد. علت اصلی (۷۵٪-۶۵٪) مرگ آنان ضربه مغزی می باشد. فاکتور اصلی خطرناک برای موتورسیکت عدم استفاده راکبان آنها از کلاه ایمنی می باشد. استفاده از کلاه ایمنی خطر جراحات سر و میزان کشندگی را بین ۲۰ تا ۴۵٪ کاهش می دهد. در این مطالعه تاثیر برنامه مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته بر نحوه استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسوار شهر یزد مورد بررسی قرار می گیرد. این بررسی یک مطالعه نیمه تجربی است ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بود که به طریق مصاحبه تکمیل گردید. روایی این پرسشنامه از طریق پانل خبرگان و پایایی آن بوسیله آلفای کرونباخ تعیین شد (۰/۹۵- $\alpha=0/71$ ). تعداد نمونه مورد بررسی ۱۲۰ نفر از کارمندان ادارات شهر یزد در سال ۱۳۸۵ بودند که به روش تصادفی - خوشه ای از ۶ اداره انتخاب شدند. گروه مورد بررسی بعد از تکمیل اولیه پرسشنامه و تعیین مهمترین پیشگویی کننده های استفاده از کلاه ایمنی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. بر اساس نتایج اولیه داده ها، برنامه آموزشی تدوین و در گروه مورد اجرا گردید. پس از یکماه از اجرای برنامه آموزشی مجددا داده ها جمع آوری و تجزیه و تحلیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای توصیفی، کای اسکوتر، ویلکاکسون، آنالیز رگرسیون، من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید.

طبق نتایج، احساس گرما مهمترین موانع استفاده از کلاه ایمنی در جامعه مورد بررسی می باشد. نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و درک استفاده از کلاه ایمنی در سایر موتورسواران در مجموع ۶/۶۰٪ واریانس قصد استفاده از کلاه ایمنی را در جامعه مورد بررسی پیشگویی می کند که در بین این متغیرها اثر کنترل رفتاری درک شده بیش از سایرمتغیرها می باشد. سایر نتایج نشان داد که اجرای برنامه آموزشی بر نگرش، قصد و استفاده از کلاه ایمنی در جامعه مورد بررسی موثر بوده است ( $P < 0/01$ ). به طوری که بعد از برنامه آموزشی میانگین نگرش، قصد و استفاده از کلاه ایمنی در گروه مورد به ترتیب از  $\{19/76 \pm 3/22\}$ ،  $\{5/40 \pm 4/26, 14/20 \pm 4/45\}$  به  $\{67/79 \pm 4/15, 15/80 \pm 4/04, 21/08 \pm 2/74\}$  ارتقاء یافته است. بطور کلی نتایج این بررسی نشان داد که در برنامه های آموزشی ارتقاء دهنده استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران، تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته می تواند به عنوان الگویی برای توضیح و پیشگویی قصد و استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران بکار برده شود. اجرای برنامه آموزشی همراه با رفع موانع استفاده از کلاه ایمنی می تواند زمینه را برای ارتقاء استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران فراهم آورد.

فصل اول: معرفی پژوهش

۱-۱-مقدمه	۲
۲-۱-اهمیت موضوع	۴
۳-۱-اهداف تحقیق	۵
۱-۳-۱-هدف اصلی	۵
۲-۳-۱-اهداف فرعی	۵
۳-۳-۱-فرضیات و سوالات	۶
۴-۳-۱-اهداف کاربردی	۷
۴-۱-تعریف متغیرها	۸

فصل دوم: کلیات و مروری بر مطالعات گذشته

۱-۲-حوادث ترافیکی	۱۰
۲-۲-آسیبهای ناشی از حوادث ترافیکی	۱۱
۳-۲-مرگ ها، جراحتهای ناتوانی های ناشی از حوادث ترافیکی	۱۲
۲-۴-مقایسه سیمای حوادث ترافیکی در سالهای ۱۹۹۰، ۲۰۰۲ و ۲۰۲۰	۱۳
۲-۵-توزیع منطقه ای مرگ و میرهای ناشی از حوادث ترافیکی	۱۴
۲-۶-سن و جنس مصدومین حوادث ترافیکی	۱۵
۲-۷-وضعیت اجتماعی اقتصادی و موقعیت در مصدومین حوادث ترافیکی	۱۶
۲-۸-عوارض اقتصادی و اجتماعی ناشی از حوادث ترافیکی	۱۶
۲-۹-عوارض بهداشتی و درمانی ناشی از حوادث ترافیکی	۱۸
۲-۱۰-عوارض اجتماعی و روانی ناشی از حوادث ترافیکی	۱۸
۲-۱۱-پیش بینی و پیش گویی مرگ و میرهای ناشی از حوادث ترافیکی	۲۰
۲-۱۲-مقایسه مرگ و میرهای ناشی از حوادث ترافیکی بین ایران با جهان	۲۰
۲-۱۳-مرگ و میرهای ناشی از حوادث ترافیکی در ایران	۲۱
۲-۱۴-مرگ و میرهای ناشی از حوادث ترافیکی در یزد	۲۲
۲-۱۵-تاریخچه استفاده از وسایل نقلیه و موتورسیکلت	۲۳
۲-۱۶-تعداد وسایل نقلیه دو چرخ در جهان	۲۴
۲-۱۷-بررسی آمار تولید موتورسیکلت در ایران	۲۵
۲-۱۸-موتورسیکلت و آیین نامه های راهنمایی و رانندگی	۲۵
۲-۱۹-استفاده از موتورسیکلت در شهر یزد	۲۷
۲-۲۰-ایمنی موتورسیکلت	۲۷
۲-۲۱-چگونه با موتور سیکلت رانندگی کنیم؟	۲۸
۲-۲۲-مرگ و میر راکبان وسایل نقلیه دوچرخ	۲۹

- ۲۳-۲- عامل اصلی مرگ و ناتوانی: آسیبهای وارده به سر ..... ۲۹
- ۲۴-۲- لزوم استفاده از کلاه ایمنی ..... ۳۰
- ۲۵-۲- استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران ..... ۳۱
- ۲۶-۲- عدم استفاده از کلاه ایمنی و رابطه اش با ضربه مغزی در موتورسواران ..... ۳۲
- ۲۷-۲- آیا برنامه های مربوط به کلاه ایمنی بر استفاده از کلاه ایمنی موثرند؟ ..... ۳۳
- ۲۸-۲- ویژگیهای کلاه ایمنی ..... ۳۵
- ۲۹-۲- چگونه یک کلاه ایمنی کار می کند؟ ..... ۳۵
- ۳۰-۲- انواع کلاه ایمنی ..... ۳۸
- ۳۱-۲- انتخاب نوع کلاه ایمنی ..... ۴۰
- ۳۲-۲- تئوری رفتار برنامه ریزی شده و تئوری عمل منطقی در تحقیقات بهداشتی ..... ۴۱
- ۳۲-۲- ۱- زمینه های تاریخی و نظری تئوری رفتار برنامه ریزی شده ..... ۴۲
- ۳۲-۲- ۲- اساس تئوریک رفتار برنامه ریزی شده ..... ۴۴
- ۳۳-۲- تئوری انتظار-ارزش ..... ۴۴
- ۳۴-۲- تئوری عمل منطقی یا استدلالی ..... ۴۷
- ۳۵-۲- تئوری رفتار برنامه ریزی شده ..... ۴۸
- ۳۶-۲- محدودیت های این تئوری عمل منطقی، رفتار برنامه ریزی شده ..... ۵۰
- ۳۷-۲- اجزای تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته ..... ۵۰
- ۳۷-۲- ۱- گرایش و نگرش نسبت به رفتار ..... ۵۰
- ۳۷-۲- ۲- هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی ..... ۵۲
- ۳۷-۲- ۳- کنترل رفتاری درک شده ..... ۵۴
- ۳۷-۲- ۴- قصد رفتاری ..... ۵۷
- ۳۷-۲- ۵- رفتار ..... ۵۹
- ۳۷-۲- ۶- درک رفتاری سایر افراد ..... ۶۰
- ۳۸-۲- مروری بر مطالعات گذشته ..... ۶۲
- ۳۸-۲- ۱- مطالعات انجام شده در خارج از ایران ..... ۶۲
- ۳۸-۲- ۲- مطالعات انجام شده در ایران: ..... ۸۰

### فصل سوم: روش کار

- ۱-۳- جامعه آماری و خصوصیات افراد مورد مطالعه ..... ۸۴
- ۲-۳- نوع مطالعه تعداد نمونه و روش نمونه گیری ..... ۸۴
- ۳-۳- تعیین نوع و تعریف متغیرها: ..... ۸۵
- ۴-۳- روش و ابزار گردآوری اطلاعات ..... ۸۶
- ۵-۳- بخشهای مختلف پرسشنامه ..... ۸۶
- ۱-۵-۳- بخش اول پرسشنامه ..... ۸۶
- ۲-۵-۳- بخش دوم پرسشنامه ..... ۸۶

۸۷	..... ۳-۵-۲-۱- زیرمقیاس کنترل رفتاری درک شده
۸۹	..... ۳-۵-۲-۲- زیرمقیاس نگرش
۹۱	..... ۳-۵-۲-۳- زیرمقیاس هنجارهای انتزاعی
۹۳	..... ۳-۵-۲-۴- درک استفاده از کلاه ایمنی در سایر موتورسواران
۹۴	..... ۳-۵-۲-۵- زیرمقیاس قصد
۹۴	..... ۳-۵-۲-۶- استفاده از کلاه ایمنی
۹۵	..... ۳-۶-۱- تعیین روایی و اعتبار ابزارهای مورد استفاده
۹۵	..... ۳-۶-۱- تعیین وضوح آیتمها
۹۵	..... ۳-۶-۲- تعیین روایی صوری
۹۶	..... ۳-۶-۳- تعیین روایی محتوی
۹۶	..... ۳-۶-۴- تعیین پایایی پرسشنامه
۹۸	..... ۳-۶-۵- ضریب ثبات پرسشنامه
۹۹	..... ۳-۷- روش انجام تحقیق
۱۰۰	..... ۳-۸- برنامه آموزشی
۱۰۱	..... ۳-۸-۱- هدف کلی برنامه آموزشی
۱۰۱	..... ۳-۸-۲- اهداف ویژه برنامه آموزشی
۱۰۱	..... ۳-۸-۲-۱- اهداف شناختی
۱۰۱	..... ۳-۸-۲-۲- اهداف نگرشی
۱۰۲	..... ۳-۸-۲-۳- اهداف رفتاری
۱۰۳	..... ۳-۸-۳- فعالیتهای آموزشی و جدول زمانبندی جلسات آموزشی
۱۰۴	..... ۳-۹- روش آموزشی
۱۰۴	..... ۳-۱۰- محتوای آموزشی
۱۰۴	..... ۳-۱۱- ارزشیابی برنامه آموزشی
۱۰۵	..... ۳-۱۲- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۱۰۵	..... ۳-۱۳- استفاده کنندگان از نتیجه پایان نامه
۱۰۵	..... ۳-۱۴- محدودیتهای پژوهش
۱۰۷	..... <b>فصل چهارم: نتایج</b>
۱۴۳	..... <b>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری</b>
۱۴۴	..... ۵-۱- بحث در نتایج
۱۵۴	..... ۵-۲- نتیجه گیری
۱۵۴	..... ۵-۳- پیشنهادات
۱۵۷	..... منابع و ماخذ (References)

## فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره ۱-۱: تعریف متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه	۸
جدول شماره ۲-۱: میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی در استان یزد (سال ۱۳۸۴)	۲۲
جدول شماره ۳-۱: تعیین نوع و تعریف متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه	۸۵
جدول شماره ۳-۲: تفسیر آلفای کرونباخ	۹۷
جدول شماره ۳-۳: مقدار آلفای کرونباخ مقیاسهای مورد استفاده براساس اطلاعات مطالعه مقدماتی	۹۸
جدول شماره ۳-۴: مقدار ضریب ثبات مقیاسهای مورد استفاده براساس اطلاعات مطالعه مقدماتی	۹۹
جدول شماره ۳-۵: فعالیتهای آموزشی و جدول زمانبندی جلسات آموزشی در گروه مورد	۱۰۳
جدول شماره ۴-۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک کارمندان مورد بررسی در دو گروه	۱۰۹
جدول شماره ۴-۲: توزیع میانگین، انحراف معیار و میانه متغیرهای الگوی مورد بررسی در دو گروه مورد و شاهد قبل از مداخله	۱۱۰
جدول شماره ۴-۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اجزای تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر حسب دامنه متغیر در جامعه مورد بررسی قبل از مداخله	۱۱۱
جدول شماره ۴-۴: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی جریمه توسط پلیس به دلیل عدم استفاده از کلاه ایمنی، تاثیر جریمه پلیس، سابقه تصادف، داشتن کلاه ایمنی در هنگام تصادف	۱۱۲
جدول شماره ۴-۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی به آیتم های زیر مقیاس کنترل رفتاری درک شده (مستقیم) در آزمودنیها قبل از مداخله	۱۱۳
جدول شماره ۴-۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی به آیتم های زیر مقیاس هنجارهای انتزاعی (مستقیم) در آزمودنیها قبل از مداخله	۱۱۴
جدول شماره ۴-۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی به آیتم های زیر مقیاس قصد در آزمودنیها قبل از مداخله	۱۱۵
جدول شماره ۴-۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی به آیتم های زیر مقیاس نگرش (مستقیم) در آزمودنیها قبل از مداخله	۱۱۶
جدول شماره ۴-۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی به عقاید رفتاری (موانع) استفاده از کلاه ایمنی در آزمودنیها قبل از مداخله	۱۱۷
جدول شماره ۴-۱۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی نسبت به تاثیر هر یک از موانع بر استفاده از کلاه ایمنی در آزمودنیها قبل از مداخله	۱۱۸
جدول شماره ۴-۱۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی به عقاید رفتاری (فوائد) استفاده از کلاه ایمنی در آزمودنیها قبل از مداخله	۱۱۹
جدول شماره ۴-۱۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی در مورد ارزیابی هر یک از فوائد استفاده از کلاه ایمنی در آزمودنیها قبل از مداخله	۱۲۰
جدول شماره ۴-۱۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی به میزان انتظار هر یک از افراد زیر در مورد استفاده آنها از کلاه ایمنی قبل از مداخله	۱۲۱

- جدول شماره ۴-۱۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی نسبت به میزان انگیزه آنها برای انجام کارها مطابق با انتظار هر یک از افراد زیر قبل از مداخله ..... ۱۲۲
- جدول شماره ۴-۱۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت پاسخگویی جامعه مورد بررسی نسبت به درک استفاده از کلاه ایمنی برای هر یک از افراد زیر قبل از مداخله ..... ۱۲۳
- جدول شماره ۴-۱۶: توزیع میانگین، انحراف معیار و میانه متغیرهای الگوی مورد بررسی بر حسب سطح تحصیلات کارمندان ..... ۱۲۴
- جدول شماره ۴-۱۷: توزیع میانگین، انحراف معیار و میانه متغیرهای الگوی مورد بررسی بر حسب گروه سنی کارمندان ..... ۱۲۵
- جدول شماره ۴-۱۸: توزیع میانگین، انحراف معیار و میانه متغیرهای الگوی مورد بررسی بر حسب میزان درآمد کارمندان ..... ۱۲۶
- جدول شماره ۴-۱۹: توزیع میانگین، انحراف معیار و میانه متغیرهای الگوی مورد بررسی بر حسب مدت زمان استفاده از موتورسیکلت ..... ۱۲۷
- جدول شماره ۴-۲۰: توزیع میانگین، انحراف معیار و میانه متغیرهای الگوی مورد بررسی بر حسب داشتن گواهی نامه ..... ۱۲۸
- جدول شماره ۴-۲۱: توزیع میانگین، انحراف معیار و میانه متغیرهای الگوی مورد بررسی بر حسب جریمه توسط پلیس ..... ۱۲۹
- جدول شماره ۴-۲۲: توزیع میانگین، انحراف معیار و میانه متغیرهای الگوی مورد بررسی بر حسب سابقه تصادف ..... ۱۳۰
- جدول ۴-۲۳: ماتریس ضریب همبستگی اجزاء تئوری رفتار برنامه ریزی توسعه یافته (مستقیم) ..... ۱۳۱
- جدول ۴-۲۴: ماتریس ضریب همبستگی اجزاء تئوری رفتار برنامه ریزی توسعه یافته (غیر مستقیم) ..... ۱۳۲
- جدول ۴-۲۵: بهترین راه پیشنهادی جامعه مورد بررسی برای افزایش کلاه ایمنی در موتورسواران ..... ۱۳۳
- جدول شماره ۴-۲۶: شاخصهای آنالیز رگرسیون اجزاء تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته ..... ۱۳۴
- جدول شماره ۴-۲۷: مقایسه میانگین و انحراف معیار استفاده از کلاه ایمنی و زیرمقیاس های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته شده را در مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله ..... ۱۳۵
- جدول شماره ۴-۲۸: مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب گروه سنی ..... ۱۳۶
- جدول شماره ۴-۲۹: مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب سابقه تصادف ..... ۱۳۷
- جدول شماره ۴-۳۰: مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب جریمه شدن توسط پلیس ..... ۱۳۸
- جدول شماره ۴-۳۱: مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب داشتن یا نداشتن گواهی نامه ..... ۱۳۹
- جدول شماره ۴-۳۲: مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب میزان درآمد کارمندان ..... ۱۴۰
- جدول شماره ۴-۳۳: مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب سطح تحصیلات ..... ۱۴۱
- جدول شماره ۴-۳۴: مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب مدت زمان استفاده از موتورسیکلت ..... ۱۴۲

فهرست شکلها

صفحه	عنوان
۳	شکل ۱-۱: اجزای تئوری رفتار برنامه ریزی شده
۴۸	شکل شماره ۱-۲: اجزای تئوری عمل منطقی (استدلالی)
۶۱	شکل شماره ۲-۲: اجزای تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته شده



# فصل اول

## معرفی پژوهش

آسیبهای ناشی از وسایل نقلیه جاده ای یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی می باشد که در بین سایر مسائل بهداشتی مورد غفلت واقع شده است و پیشگیری از آن نیازمند اقدامات موثر و پایدار می باشد. بر طبق اطلاعات سازمان جهانی بهداشت (WHO)، مرگ و میر حوادث ترافیکی از حدود ۹۹۹۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۰ به حدود ۱۲۰۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۲ افزایش یافته است. یعنی مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی از رشد ۱۰٪ برخوردار بوده است. بیشترین رشد این مرگ و میرها در کشورهای با درآمد کم و متوسط بوده است. در بین کاربران جاده ای، موتورسواران همراه با دوچرخه سواران بدلیل متحمل شدن بیشترین خسارتها به عنوان کاربران پرخطر راهها خوانده می شوند. معمولا در کشورهای صنعتی، تعداد موتورسواران کشته شده حدود ۰.۱۸٪-۰.۵٪ کل کشته شدگان ترافیکی را تشکیل می دهند (۱). در حالی که در ایران، این میزان ۲۳/۸٪ می باشد (۲).

در حالی که استفاده از کلاه ایمنی میزان مرگ و میر و آسیبهای جدی ناحیه سر موتورسواران را ۴۵-۲۰٪ کاهش می دهد، آمار سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که حدود ۲۵٪ قربانیان حوادث ترافیکی از آسیبهای مربوط به ضربه های مغزی رنج می برند (۲).

بررسی ها نشان داده است که همراه داشتن کلاه ایمنی الزاما منجر به استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران نمی شود بلکه افراد باید قصد استفاده از کلاه ایمنی را داشته باشند (۳، ۴). در این مطالعه تاثیر برنامه مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته بر نحوه استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسواران شهر یزد مورد بررسی قرار می گیرد.

تئوری رفتار برنامه ریزی شده یکی از تئوری های مهم می باشد که مکانیسم اصلی پذیرش رفتارهای بهداشتی را توضیح می دهد. این تئوری از نگرش، کنترل رفتار درک شده، هنجارهای انتزاعی، قصد و رفتار تشکیل شده

است (۸۴). این تئوری وقوع یک رفتار ویژه را پیش بینی می کند مشروط بر اینکه فرد قصد انجام رفتار را داشته

باشد. برطبق این مدل قصد برای انجام یک رفتار توسط سه عامل پیش بینی می شود:

۱- فرد دید مثبتی نسبت به انجام رفتار داشته باشد (نگرش).

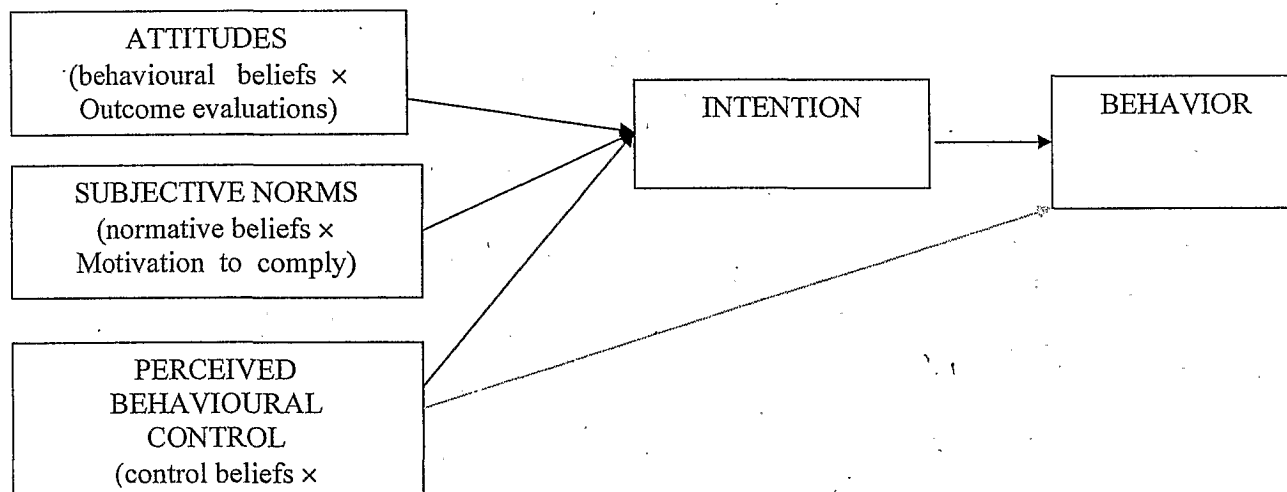
۲- فرد احساس کند برای انجام دادن رفتار تحت فشار اجتماعی می باشد (هنجارهای انتزاعی).

۳- فرد احساس کند قادر است رفتار را انجام دهد (کنترل رفتاری درک شده).

به عنوان یک قاعده کلی، در این مدل نگرش مثبت فرد نسبت به انجام کار، هنجارهای انتزاعی مطلوب و کنترل

رفتاری درک شده زیاد باعث می شود که فرد قصد انجام رفتار را داشته باشد (۱۳۵، ۷۹، ۸۰). شکل زیر الگوی

تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته شده را نشان می دهد.



شکل شماره ۱-۱: اجزای تئوری رفتار برنامه ریزی شده

## ۱-۲- اهمیت موضوع :

مطابق مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی - اقتصادی حق مسلم هر انسانی می باشد (۱۵۴). در استان یزد براساس گزارش استانداری این استان، در سال ۱۳۸۴ تعداد ۴۰۹ نفر در اثر حوادث ترافیکی کشته شده و بیش از ۴۰۰۰ نفر نیز در اثر حوادث ترافیکی مجروح شده اند. از تعداد ۴۰۹ نفری که بر اثر حوادث ترافیکی کشته شده اند، حدود ۱۲۹ نفر از آنها موتورسوار بوده اند و علت اصلی (۷۳٪) مرگ آنان ضربه به سر بوده است. سهم تصادفات موتورسیکلت نیز از کل تصادفات وسایل نقلیه حدود ۱۸٪ بوده است (۲۸-۳۹). از آنجایی که تصادفات با موتورسیکلت و مرگ و میر ناشی از آن در استان یزد از شیوع بالایی برخوردار است و استفاده از کلاه ایمنی نقش تعیین کننده ای در کاهش ضربات وارده به سر دارد، لذا مطالعه در این مقوله ها ضروری به نظر می رسد. بیشتر مطالعات موجود در کشور جنبه توصیفی داشته و مطالعه ای که نشاندهنده آن باشد که اجرای برنامه آموزشی بر استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران موثر است، در استان یزد انجام نشده است، لذا بر آن شدیم تا براساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته تاثیر برنامه آموزشی را بر قصد و استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسوار مورد بررسی قرار دهیم.

### ۳-۱- اهداف تحقیق

۳-۱-۱- هدف اصلی: تعیین تاثیر برنامه مبتنی بر "تئوری رفتار برنامه ریزی شده ی توسعه یافته" بر نحوه استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسوار شهریزد (۱۳۸۵)

### ۳-۱-۲- اهداف فرعی:

- ۱- تعیین وضعیت متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد شاهد قبل از مداخله
- ۲- تعیین و مقایسه نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب گروه سنی
- ۳- تعیین و مقایسه نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب سطح تحصیلات
- ۴- تعیین و مقایسه نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب داشتن یا نداشتن گواهی نامه
- ۵- تعیین و مقایسه نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب سابقه تصادف
- ۶- تعیین و مقایسه نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب سابقه جریمه شدن توسط پلیس
- ۷- تعیین و مقایسه نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب مدت زمان استفاده از موتورسیکلت
- ۸- تعیین و مقایسه نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب میزان درآمد
- ۹- تعیین همبستگی نمره های سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل از مداخله
- ۱۰- تعیین وضعیت پیشگویی کنندگی نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و رفتارهای دیگران بر قصد استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسوار قبل از مداخله
- ۱۱- مقایسه نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

### ۱-۳-۳- فرضیات و سوالات

- ۱- وضعیت متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل از مداخله چگونه است؟
- ۲- میانگین نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب گروه سنی چگونه است؟
- ۳- میانگین نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب سطح تحصیلات چگونه است؟
- ۴- میانگین نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب داشتن یا نداشتن گواهی نامه چگونه است؟
- ۵- میانگین نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب سابقه تصادف چگونه است؟
- ۶- میانگین نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب سابقه جریمه شدن توسط پلیس چگونه است؟
- ۷- میانگین نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب مدت زمان استفاده از موتور سیکلت چگونه است؟
- ۸- میانگین نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله بر حسب میزان درآمد چگونه است؟
- ۹- آیا همبستگی معنی داری بین نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در دو گروه مورد و شاهد قبل از مداخله وجود دارد؟
- ۱۰- وضعیت پیشگویی کنندگی نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده و رفتارهای دیگران بر قصد و استفاده از کلاه ایمنی در کارمندان موتورسوار قبل از مداخله چگونه است؟
- ۱۱- آیا اجرای برنامه آموزشی بر نمره سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته گروه مورد موثر است؟

### ۱-۳-۴-اهداف کاربردی:

- ۱- ارائه راه حل برای ارتقاء استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران
- ۲- تعیین مهمترین عوامل موثر بر قصد و استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران که مسئولین مربوطه می توانند در مداخلات خود جهت ارتقاء استفاده از کلاه ایمنی بکار ببرند.
- ۳- طراحی و تدوین برنامه آموزشی موثر در خصوص استفاده از کلاه ایمنی برای موتورسواران
- ۴- برداشتن گامی در راه گسترش علم آموزش بهداشت از طریق آزمون بخشی از تئوری رفتار برنامه

ریزی شده در جامعه ایرانی

۴-۱- تعریف متغیرها: متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه در جدول زیر نشان داده شده است (۷۹،۸۰).

جدول شماره ۱-۱: تعریف متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه

تعریف متغیر	نام متغیر
یک گرایش روانشناسی می باشد که بوسیله ارزیابی یک رفتار ویژه با درجه ای از طرفداری کردن یا طرفداری نکردن مشخص می شود.	Attitude (نگرش)
نتایج درک شده از یک رفتار می باشد.	Behavioral belief (عقاید رفتاری)
ارزیابی نتایج درک شده از یک رفتار می باشد.	evaluation Outcome (ارزیابی نتایج)
فشار اجتماعی درک شده برای انجام دادن یا ندادن یک رفتار مشخص می باشد.	Subjective norms (هنجارهای انتزاعی)
درک ترجیحات اشخاصی می باشد که برای فرد مهم هستند مبنی بر اینکه آیا شخص باید رفتار مورد نظر را انجام دهد.	Normative beliefs (عقاید هنجاری)
اندازه ای که یک فرد احساس می کند تمایل دارد تا رفتارش را با انواع مختلف فشار اجتماعی تطبیق کند.	Motivation to comply (انگیزه برای تطابق)
درک درباره اینکه چقدر انجام دادن یک رفتار آسان یا مشکل می باشد.	Perceived behavioral control (کنترل رفتاری درک شده)
عقیده درباره اینکه احتمال دارد که شخص منابع و فرصتهایی در اختیار داشته باشد که به نظر می رسد برای انجام دادن آن رفتار لازم می باشد.	Control beliefs (عقاید کنترلی)
انگیزه شخص در حسی از برنامه آگاهانه اش می باشد که کوشش می کند تا یک رفتار را انجام دهد.	Intention (قصد)
یک عمل که در یک زمان بخصوصی انجام می شود. و در اصطلاحاتی از خود عمل، زمینه و هدف توصیف می شود.	Behavior (رفتار)



# فصل دوم

کلیات

و

مروری بر مطالعات گذشته

## ۲-۱- حوادث ترافیکی:

حادثه به عنوان رویداد غیر منتظره و برنامه ریزی نشده ای تعریف می شود که میتواند موجب آسیب شود. سازمان جهانی بهداشت (WHO) نیز آن را به صورت رویدادی بی سابقه که موجب آسیب قابل تشخیص می شود تعریف نموده است. حادثه در هر شرایطی که اتفاق بیفتد منجر به آسیبهای جسمانی، عوارض روحی و روانی و خسارت اجتماعی می شود، بنابراین دامنه خسارات بهداشتی و درمانی ناشی از آن می تواند مدت زمانی طولانی فرد و جامعه را با خود درگیر کند (۵).

سالانه، در سرتاسر جهان حدود ۱/۲ میلیون نفر در اثر تصادفات جاده ای کشته می شوند. در حالی که تعداد مجروحین تصادفات جاده ای به بیش از ۵۰ میلیون نفر هم می رسد، تخمین زده می شود اگر ابتکار عملی صورت نگیرد، در سرتاسر جهان در بین سالهای ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۲۰ تعداد مرگها و جراحتهای حدود ۶۵٪ افزایش پیدا خواهد کرد. انتظار می رود در این مدت در کشورهای با درآمد کم و متوسط میزان مرگ و میرهای ناشی از حوادث جاده ای بیش از ۸۰٪ افزایش خواهد یافت. در این کشورها اکثر مرگ و میرهای حوادث ترافیکی در بین استفاده کنندگان آسیب پذیر جاده ای مانند عابرین پیاده، موتورسواران و دوچرخه سواران رخ می دهد. در حالی که در کشورهای صنعتی و با درآمد بالا بیشترین مرگ و میرهای حوادث ترافیکی در بین رانندگان اتومبیل می باشد (۱).

## ۲-۲- آسیبهای ناشی از حوادث ترافیکی:

اطلاعات سازمان جهانی بهداشت (WHO) نشان داد، در سرتاسر جهان در سال ۲۰۰۲ به طور متوسط هر روز ۳۲۴۲ نفر در نتیجه حوادث ترافیکی کشته شده اند. بطور کلی در سال ۲۰۰۲ میزان مرگ و میر حوادث ترافیکی ۱۹ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است.

میزان مرگ و میر حوادث ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط کمی بیش از میزان متوسط جهانی آن می باشد (۹۰٪). در حالی که میزان مرگ و میر حوادث ترافیکی برای کشورهای صنعتی از میزان متوسط جهانی آن کمتر می باشد (۱۰٪). بر طبق اطلاعات سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲، جراحتهای ناشی از حوادث جاده ای حدود ۲/۱٪ تمام مرگ و میرهای جهانی را تشکیل داده است و به عنوان یازدهمین عامل عمده مرگ و میر طبقه بندی شده است. بعلاوه مرگ و میرهای ناشی از حوادث جاده ای حدود ۲۳٪ همه مرگ و میرهای ناشی از صدمات را در سرتاسر جهان تشکیل داده است.

در سال ۲۰۰۲ آسیبهای ناشی از حوادث جاده ای نهمین عامل ناتوانی سالهای از دست رفته زندگی بوده است. در این سال بیش از ۳۸ میلیون سال از دست رفته (DALYs) بر آورد شد. {DALYs: شاخص کیفیت زندگی می باشد و بیانگر سالهای از دست رفته عمر و ناتوانی به علت بیماریها می باشد- Disability Life Years} به عبارت دیگر ۲/۶٪ بار جهانی بیماری به علت حوادث جاده ای بوده است. در سرتاسر جهان، جراحتهای ناشی از حوادث ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط حدود ۹۱/۸٪ سالهای از دست رفته عمر را به خود اختصاص داده است. بنابراین آسیبهای ترافیکی جاده ای در سرتاسر جهان بیشتر در کشورهای با درآمد کم و متوسط می باشد (۱).

## ۲-۳- مرگ ها، جراحتهای ناتوانی های ناشی از حوادث ترافیکی:

در سرتاسر جهان هر روز حدود ۱۶۰۰۰ نفر در اثر انواع آسیبها و جراحات می میرند. عامل اصلی (۱۲٪) بار جهانی بیماریها به جراحتهای و آسیبها اختصاص دارد. عمده جراحتهای و آسیبها در سرتاسر جهان، آسیبها و جراحتهایی هستند که در جاده ها رخ می دهند. بر طبق اطلاعات سازمان جهانی بهداشت، حدود ۲۵٪ همه مرگ و میرهای ناشی از جراحات به مرگ و میرهای ناشی از حوادث جاده ای اختصاص دارد. برآورد تعداد مرگ و میرهای ناشی از حوادث ترافیکی از ۷۵۰۰۰۰ تا ۱۸۳۴۹۲ نفر در سال متفاوت می باشد. بطور کلی حدود ۸۵٪ مرگهای جاده ای جهانی و ۹۰٪ سالهای ناتوانی در اثر تصادفات می باشد.

در حالی که مرگهای ناشی از حوادث جاده ای در کشورهای با درآمد بالا بیشتر در بین رانندگان اتومبیل اتفاق می افتد. نتایج نشان می دهد که تقریباً در سرتاسر جهان خطر مرگ و میر ناشی از حوادث جاده ای برای قشر آسیب پذیر جاده ای (عابرین پیاده، دوچرخه سواران و موتورسواران) بیش از رانندگان اتومبیل می باشد (۱). با استفاده از مدارک اپیدمیولوژیکی بدست آمده از مطالعات ملی، می توان یک تخمین تقریبی از نسبتهای بین مرگهای جاده ای، جراحات نیاز به درمانهای سرپایی و جراحات کوچک بدست آورد که در بسیاری از کشورها این نسبت ۱:۱۵:۷۰ بدست آمده است. در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط بار ناشی از آسیبهای حوادث جاده ای بین ۳۰ تا ۸۶٪ تمام پذیرش های ترومایی متغیر می باشد. در حالی که پیش بینی می شود بین سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ در کشورهای صنعتی یک کاهش ۳۰٪ در مرگ و میرهای ناشی از تصادفات جاده ای اتفاق خواهد افتاد (۱).