

عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده هپاتیت ب بر پایه الگوی اعتقاد بهداشتی در

شاغلین پرخطر

مژگان رحیمی گیل جالان (Msc)^۱ - دکتر زهرا جلیلی (PhD)^۱ - دکتر ربیع الله فرمان بر (PhD)^۲

*نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

پست الکترونیک: z-jalili@srbiau.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۰۴/۲۱ تاریخ ارسال: ۹۵/۰۶/۰۹ تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۳۱

چکیده

مقدمه: هپاتیت ب یکی از رایج ترین بیماری های شغلی است. افرادی که با خون و فراورده های آن سر و کار دارند به عنوان شاغلین پرخطر این بیماری به شمار می روند. رفتار شاغلین در ابتلا و انتشار بیماری نقش اصلی را به عهده دارد. این رفتار با عوامل انگیزشی، درک بیماری و باور فرد ارتباط دارد که این عوامل پردازش از الگوی باور بهداشتی در آموزش بهداشت است.

هدف: تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده هپاتیت ب بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در شاغلین پرخطر

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۱۱۰ نفر از شاغلین پرخطر مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۶ رشت که تنها مرکز ارائه دهنده خدمات واکسیناسیون به شاغلین در معرض خطر هپاتیت ب است به روش نمونه گیری آسان وارد شدند. اطلاعات با پرسشنامه مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی روا و پایا گردآوری شد و با آزمون های همبستگی پیرسون و تی تست مستقل و آنالیز واریانس تحلیل روی داده ها صورت گرفت.

نتایج: بیشتر واحدهای پژوهش زن (۵۶٪) با میانگین سنی ۳۱ سال با انحراف معیار ± 7 سال بود. در مورد رفتارهای پیشگیری کننده، ۵۶٪ شاغلین پرخطر واکسن هپاتیت ب را دریافت نکرده بودند. از سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی، منافع درک شده و راهنما برای عمل ارتباط معنی داری با رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت ب داشتند ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: بر پایه یافته های این مطالعه با تقویت سازه منافع درک شده و راهنما برای عمل می توان ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت ب در شاغلین پرخطر را انتظار داشت. بنابراین، آموزش پیاپی آشنایی با رعایت احتیاط همگانی با تکیه بر الگوی اعتقاد بهداشتی آموزش مداوم پیشنهاد می شود.

کلید واژه: هپاتیت ب، شاغلین پرخطر، الگوی باور بهداشتی، رفتار.

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و پنجم، شماره ۱۰۰، صفحات: ۱۹-۲۷

مقدمه

آشکار می شود بیشتر نشانه های از بیماری کبدی پیشرفته شامل تب، خستگی، درد شکم و زردی دیده می شود (۳). سیروز کبدی به عنوان یکی از پیامدهای جدی هپاتیت ب سومین سبب مرگ افراد در ۲۵ تا ۶۵ سالگی است (۴). بر پایه نظر سازمان بهداشت جهانی در دنیا نزدیک ۲۴۰ میلیون نفر به هپاتیت مزمن آلوده هستند. کم و بیش نزدیک یک و نیم میلیون نفر سالانه از عفونت هپاتیت و بیماری کبدی می میرند و دو میلیون نفر در سال دستخوش رویارویی با ویروس هپاتیت هستند (۱).

هپاتیت ب عفونتی ویروسی است که به صورت حاد و مزمن در کبد ظاهر می شود. نوع مزمن آن مشکل عمده بهداشتی جهانی است که افراد را در معرض خطر مرگ ناشی از سیروز و سرطان کبد قرار می دهد (۱). دهمین علت مرگ در دنیا آلودگی به ویروس هپاتیت ب است (۲). بسیاری از کسانی که آلوده به این ویروس هستند از نشانه های بیماری بی خبرند و بیماری را ندانسته به دیگران انتقال می دهند. بروز علائم هپاتیت می تواند تا ۳۰ سال طول بکشد و در این مدت سکوت، آسیب کبدی گسترش می یابد و هنگامی که علائم

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۱۹ ۲. دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

در برابر ترشحات، ماسک و عینک در حد پایین است (۱۲). در نتایج مطالعه‌ای در ارتباط با میزان بکارگیری دوران‌دیشی همه جانبه برای پیشگیری از آسیب حین عمل در پوست کارکنان نشان داده شد که ۴۵/۱ درصد کارکنان پایه‌های مربوط را در حد "خوب" و ۵۴/۹ درصد آنها در حد "ضعیف" رعایت کرده بودند؛ در ارتباط با شیوه به‌کارگیری دوران‌دیشی همه‌جانبه برای پیشگیری از تماس خون بیماران جراحی شده با پوست و غشاهای مخاطی کارکنان، ۴۸/۳ درصد کارکنان اصول مربوطه را در حد "خوب" و ۵۱/۷ درصد آنان در حد "ضعیف" رعایت کرده بودند. در ارتباط با نحوه به‌کارگیری کل دوران‌دیشی‌های همه جانبه ۳۸/۳ درصد کارکنان اصول مربوطه را در حد "خوب" و ۶۱/۷ درصد در حد "ضعیف" رعایت کرده بودند (۱۳).

با توجه به شیوع کم و بیش بالای بیماری، میزان پایین آگاهی جامعه، کارکرد ضعیف کارکنان در معرض خطر و رفتارهای ضعیف رعایت دوران‌دیشی همگانی و رفتارهای پیشگیری‌کننده در ایران و اهمیت دشواری‌های ناشی از پیروی نکردن از دستور کار دوران‌دیشی‌های همگانی، لزوم شناسایی عوامل مرتبط با رعایت دوران‌دیشی‌های همگانی با در نظر گرفتن متغیرهای شناختی و روانی بایسته به نظر می‌رسد (۱۲، ۱۹ و ۷).

با در نظر گرفتن این‌که هپاتیت ب، معضلی بهداشتی- رفتاری است، یکی از الگوهای آموزش بهداشت در زمینه شناسایی رفتارهای پیشگیری و عوامل مرتبط با آن الگوی باور بهداشتی است (۱۵). الگوی اعتقاد بهداشتی تنها الگویی است که به بررسی مفهوم موانع درک شده برای انجام رفتارهای بهداشتی می‌پردازد (۱۶). الگوی اعتقاد بهداشتی، ارتباط اعتقاد و درک شخص نسبت به تهدید ناشی از خطرها و نیز منافع و موانع رفتار را نشان می‌دهد (۱۷) براساس این مدل برای رفتار پیشگیری‌کننده، لازم است افراد نخست در برابر مساله احساس خطر کنند (سازه حساسیت درک‌شده)، سپس ژرفای این خطر و جدی بودن عوارض آن را در ابعاد گوناگون جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی درک کنند (سازه شدت درک شده)؛ فرد علائم مثبت را یا از محیط اطراف یا از محیط داخلی خود دریافت کند (راهنمای عمل)؛ سودمندی اجرایی

در کشور ما در مطالعه‌ای گسترده در سال ۱۳۷۸ نشان داده شد نزدیک ۴/۵ میلیون نفر پیشینه تماس با ویروس هپاتیت ب را داشته‌اند و ایران مانند دیگر کشورهای خاورمیانه جزء مناطق با آلودگی متوسط بشمار می‌آید که استان سیستان و بلوچستان بیشترین آلودگی (۵ درصد) و استان فارس کمترین آلودگی (۱/۷ درصد) را داشته‌اند (۲). در استان گیلان بر پایه گزارش معاونت بهداشتی در سال ۱۳۹۴، ۱۱۴ نفر دچار این بیماری بودند البته این ارقام کاملاً تصادفی و بدون غربالگری از جامعه بدست آمده است (۵).

هپاتیت ب یکی از رایج‌ترین بیماری‌های شغلی است (۶) کارکنان خدمات بهداشتی و درمانی، کارکنان بانک خون و آزمایشگاهی، دندانپزشکان، کارکنان آرامستان‌ها، امدادگران، منشی‌های مطب دندانپزشکی، پاکبان‌های شهرداری، آرایشگران و... دارای مشاغل پرخطر محسوب می‌شوند که در معرض خطر هپاتیت ب قرار دارند (۶ و ۷). ویروس هپاتیت ب از راه آسیب جلدی، تماس با فرآورده‌های خونی، بزاق، مایع منی، اشک و دیگر تراوش‌های آلوده بدن منتقل می‌شود (۸ و ۹).

گرچه میزان عفونت هپاتیت ب با واکسن می‌تواند کاهش یابد اما ۱۰ سال پس از واکسیناسیون میزان پادتن هپاتیت ب در ۳۳٪ افراد واکسینه کاهش می‌یابد و ۱۵ سال پس از واکسیناسیون، واکسن پشتیبانی نمی‌کند (۱۰) و با در نظر گرفتن شیوع و عوارض بیماری‌های کبدی، پیشگیری از هپاتیت ب یکی از هدف‌های برنامه بهداشتی بیشتر کشورهای جهان و از آن میان ایران است (۱۱).

دوران‌دیشی‌های همگانی مرکز کنترل بیماری‌ها و پیشگیری (CDC) به عنوان احتیاط‌هایی که در کنار واکسیناسیون برای رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ویروس هپاتیت ب و سایر پاتوژن‌های منتقل شونده از راه خون تعریف شده که دربردارنده شستن دست، استفاده از دستکش، حمل و دفن مناسب سرسوزن‌ها، پوشیدن گان، ماسک و عینک، نپوشاندن سوزن پس از استفاده و... است (۷). به‌رغم پافشاری بر آموزش دوران‌دیشی‌های همگانی و رفتارهای پیشگیری‌کننده برای شاغلان در معرض خطر، استفاده از وسایل حفاظت فردی مانند دستکش، گان مقاوم

متغیرهای مورد بررسی شامل متغیرهای دموگرافی در قالب ۱۰ پرسش بسته و داده‌های مربوط به واکسیناسیون با ۶ سوال بسته و سوالات مربوط به سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل: سازه حساسیت درک شده با ۶ سوال، سازه شدت درک شده با ۶ سوال، منافع درک شده با ۵ سوال، موانع درک شده با ۸ سوال در گستره لیکرتی ۶ حالتی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، سازه خود کارآمدی با ۶ سوال در طیف لیکرتی ۵ حالتی از اصلاً مطمئن نیستم تا کاملاً مطمئنم، سازه راهنما برای عمل با ۶ سوال در طیف لیکرتی ۵ حالتی، آگاهی در خصوص رفتارهای پیشگیری از هپاتیت ب و احتیاط‌های همگانی با ۹ سوال چند گزینه‌ای و همچنین رفتار پیشگیری از هپاتیت ب با ۸ سوال در یک طیف لیکرتی ۴ حالتی از هرگز تا همیشه به روش خود ایفا ارزیابی شد. برای تحلیل داده‌ها پس از برآورد میانگین نمره هر کدام از سازه‌ها به صورت بخش جمع امتیاز پرسش‌های آن سازه بر تعداد سوالات آن، از نرم افزار SPSS ۱۹ با آزمون‌های استنباطی همبستگی، تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد.

نتایج

بیشتر واحدهای پژوهش زن (۵۶٪) با میانگین سنی ۳۱ ساله و انحراف معیار ± 7 سال بودند. مشاغل شرکت کننده در این پژوهش شامل بهورز، ماما، پزشک عمومی، دستیار دندانپزشک، پرستار، کارکنان آزمایشگاه، کمک بهیار، دانشجویان پزشکی و پرستاری و دندانپزشکی و مامایی، استاد دانشگاه، امدادگر، امور خیریه، پزشکی قانونی، دامپزشک، دستیار دندانپزشک و کادر بیمارستانی بودند و نیروهای خدماتی بیشترین فراوانی (۲۷/۳٪) را داشتند. همچنین، رابطه استخدامی به صورت قراردادی (۵۴٪)، میزان تحصیلات لیسانس (۵۰٪)، به صورت شیفت در گردش (۵۸٪)، شاغل در بیمارستان (۳۳٪)، بایشینه کار کمتر از ۵ سال (۵۴٪) بود. در خصوص واکسیناسیون، ۵۶٪ شاغلین واکسن هپاتیت ب را دریافت نکرده بودند و تنها به ۲۴٪ آنها سه مرحله واکسن هپاتیت ب تزریق شده بود. ۵۱٪ شاغلین فاصله بین تزریق‌ها را رعایت کرده بودند و ۶۷٪ تیتراژ آنتی بادی هپاتیت ب بعد از واکسیناسیون را کنترل نکرده بودند.

بودن پیشگیری را باورکنند (سازه منافع درک شده) و عوامل بازدارنده از اقدام به عمل را نیز کم هزینه تر از فواید آن ببینند (سازه موانع درک شده) و با داوری و نداشتن تردید در مورد توانایی انجام کار (سازه خود کارآمدی) در پایان به رفتار پیشگیری دست بزنند (۱۸). با توجه به این که تاکنون مطالعات بسیار اندک در مورد بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت ب در شاغلان پرخطر در کشور صورت گرفته و در شهر رشت هیچ مطالعه‌ای با الگوی اعتقاد بهداشتی در مورد هپاتیت ب انجام نشد این مطالعه با هدف "تعیین عوامل مرتبط با رعایت دوراندیشی های همگانی و رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت ب بر اساس الگوی باور بهداشتی در شاغلین پر خطر" صورت گرفت تا مبنایی برای پژوهش‌ها و پادرمیانی پیشین باشد.

مواد و روش‌ها

در مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی، واحدهای پژوهش وارد شدند شامل پزشکان، دندانپزشکان، ماماها، پرستاران، نیروهای خدماتی، کارکنان آزمایشگاه‌ها، دانشجویان علوم پزشکی، آرایشگران و دیگر افرادی که به دلیل حرفه خود در خطر ابتلای به هپاتیت ب باشند و برای واکسیناسیون هپاتیت ب به مرکز بهداشتی درمانی شماره ۶ شهر رشت مراجعه می‌کنند. این افراد ساکن شهرستان رشت بوده و بنا به ویژگی شغلی خود ممکن است با خون یا دیگر مایعات بدن اشخاص آلوده به ویروس عامل هپاتیت ب، سرو کار داشته باشند. چون مرکز بهداشتی- درمانی شماره ۶ تنها مرکز ارائه دهنده واکسیناسیون بزرگسالان در شهر رشت برای شاغلین پرخطر است، از شاغلین پرخطر مراجعه کننده به این مرکز نمونه گیری به روش آسان با توجه به حجم نمونه تعیین شده ۱۱۰ نفر انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه برگرفته از مطالعات پیشین (۱۹، ۲۰ و ۷) که از نظر کمی و کیفی روایی محتوایی با نظر صاحب نظران متخصص آموزش بهداشت، پرستاری، پزشکی اجتماعی و عفونی تایید شد و همچنین، پایایی ابزار با مطالعه پایلوت بر ۲۰ نفر از شاغلین پرخطر که از لحاظ ویژگی‌های دموگرافی مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند با سنجش تجانس درونی با روش آلفا کرونباخ تایید شد.

از نظر وضعیت نمره سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، سازه حساسیت درک شده بیشترین میانگین نمره و آگاهی کمترین میانگین را داشت (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین نمره سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت ب

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|-----------------|---------|--------------|-------|--------|
| آگاهی | ۱/۳۴ | ۰/۲۲۳ | ۱ | ۲/۶۷ |
| حساسیت درک شده | ۴/۸۹ | ۰/۸۶۴ | ۲/۳۳ | ۶ |
| شدت درک شده | ۳/۵۱ | ۱/۱۶ | ۱ | ۶ |
| منافع درک شده | ۴/۵۳ | ۰/۷۴۳ | ۱/۴۰ | ۶ |
| موانع درک شده | ۲/۶۷ | ۱/۰۳ | ۱ | ۶ |
| خودکارآمدی | ۳/۹۱ | ۰/۸۴۵ | ۱/۳۳ | ۵ |
| راهنما برای عمل | ۳/۴۳ | ۰/۴۵۹ | ۱/۸۰ | ۵ |
| رفتار | ۳/۴۳ | ۰/۴۵۹ | ۲ | ۴ |

جدول ۲. ماتریس همبستگی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری از هپاتیت ب

| متغیرها | آگاهی | حساسیت درک شده | شدت درک شده | مزایای درک شده | موانع درک شده | خود کارآمدی | راهنما برای عمل | رفتار |
|-----------------|--------|----------------|-------------|----------------|---------------|-------------|-----------------|-------|
| آگاهی | ۱ | | | | | | | |
| حساسیت درک شده | ۰/۸۶۰ | ۱ | | | | | | |
| شدت درک شده | ۰/۰۲۸ | ** | ۱ | | | | | |
| | ۰/۵۵۶ | | | ۱ | | | | |
| منافع درک شده | ۰/۸۳۰ | ** | ** | ** | ۱ | | | |
| | ۰/۳۲۹ | ۰/۳۹۱ | | | | ۱ | | |
| موانع درک شده | -۰/۱۳۵ | -۰/۰۲۷ | ۰/۰۴۴ | ۰/۱۷۳ | ۱ | | | |
| خود کارآمدی | ۰/۲۲ | ۰/۱۷۸ | ۰/۱۲۱ | ۰/۱۴۴ | * | ۱ | | |
| | | | | | -۰/۲۲۵ | | ۱ | |
| راهنما برای عمل | ۰/۱۰۶ | ** | ** | ** | ** | ** | ۱ | |
| | ۰/۲۸۲ | ۰/۳۰۸ | ۰/۴۶۹ | -۰/۰۵۴ | ۰/۳۳۷ | | | ۱ |
| رفتار | ۰/۲۱۲ | ۰/۱۲۵ | ۰/۱۷۳ | ** | -۰/۰۴۸ | ۰/۱۶۹ | ** | ۱ |
| | | | | ۰/۳۷۸ | | ۰/۳۵۵ | | |

**p<0.001 *p<0.05

پیشگیری کننده هپاتیت ب ارتباط معنی داری وجود نداشت (جدول ۴).

یافته‌های این مطالعه نشان داد از سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، منافع درک شده و راهنما برای عمل ارتباط معنی داری با رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت ب داشتند (p<۰/۰۰۱) (جدول ۲).

در این مطالعه نشان داده شد که بین ساعت کاری با رفتارهای پیشگیری کننده ارتباطی وجود ندارد ولی بین سن با رفتارهای پیشگیری کننده ارتباط معنی دار وجود داشت (جدول ۳). همچنین، بین متغیرهای کیفی دموگرافی با رفتارهای

جدول ۳. ضریب همبستگی متغیرهای کمی با رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت ب.

| متغیر | رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت ب |
|-----------------|-------------------------------------|
| | ضریب همبستگی پیرسون |
| سن | ۰/۰۶ |
| میزان ساعت کاری | ۰/۱۱ |

جدول ۴. وضعیت ارتباط متغیرهای دموگرافیک با رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت ب در شاغلین پرخطر

| متغیرهای دموگرافیک | رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت ب |
|--------------------|-------------------------------------|
| | سطح معنی داری |
| جنس | ۰/۳۹ |
| وضعیت تاهل | ۰/۲۳ |
| شغل | ۰/۸۸ |
| وضعیت استخدامی | ۰/۳۲ |
| سطح سواد | ۰/۱۱ |
| شیفت های کاری | ۰/۲۸ |
| سابقه کاری | ۰/۵ |

کارآمدی، آگاهی و راهنمای عمل خارجی به عنوان پیش‌گویی کننده رفتار تعیین شدند (۲۱). از سویی دیگر مطالعه یزدانی و همکاران با عنوان بررسی عوامل مرتبط با رفتار پیشگیری از هیپاتیت ب در دختران دبیرستانی با الگوی اعتقاد بهداشتی سازه‌های موانع درک شده، حساسیت درک شده و خود کارآمدی با رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت ب ارتباط معنی دار داشت (۲۲) که با مطالعه ما تفاوت دارد. این تفاوت شاید به نظر مربوط به تفاوت در جامعه پژوهش باشد که در مطالعه ما جامعه پژوهش مشاغل پرخطر مانند کادر بیمارستانی، آرایشگران، نیروهای امدادگر، دستیاران دندانپزشک، دانشجویان علوم پزشکی و سایرین بود که بیشتر خود را در معرض هیپاتیت ب احساس می‌کنند و شدت آن را درک می‌کردند در نتیجه بر مزایای رفتار پیشگیری کننده تاثیرگذار بود. این در حالی است که در مطالعه یزدانی و همکاران دانش آموزان هنوز در درک حساسیت و مزایای آن و اینکه این درک چقدر بر رفتار فرد تاثیرگذار است ضعیف بودند که نیاز به آموزش دارد (۲۲) همچنین، در این تحقیق مزایای درک شده با حساسیت درک شده و شدت درک شده، ارتباط معنی دار داشت که نشان‌دهنده آن است که هر چه

از نظر وضعیت ارتباط متغیرهای دموگرافی با سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، ارتباط میزان سواد با درک از موانع و راهنما برای عمل معنی دار بود ($p < 0/008$ و $p < 0/04$) همچنین، شغل رابطه معنی داری با آگاهی داشت ($p < 0/001$) و نوبت کاری با درک موانع نیز رابطه معنی داری داشت ($p < 0/04$) و در بقیه ارتباطها آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه رابطه معنی داری نشان نداد (جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده هیپاتیت ب بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در شاغلین پر خطر انجام شده است. در این پژوهش از عوامل یا سازه‌های مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی، سازه مزایای درک شده و راهنما برای عمل ارتباط معنی داری با رفتارهای پیشگیری کننده هیپاتیت ب داشت، این یافته با مطالعه اسد پور و همکاران همخوانی داشت به طوری که در مطالعه آنها نیز سازه‌های مزایای درک شده و راهنما برای عمل ارتباط معنی داری با رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت ب داشت (۷). در تحقیقات برزگر محمودی و همکاران نیز منافع درک شده بیشترین نمره (۲۸/۶) را داشت و متغیرهای خود

مناسب عمل شود. علی‌رغم یافته‌های مهمی که از مطالعه بدست آمد با توجه به این‌که این مطالعه در جامعه محدودی از شاغلین پرخطر در شمال کشور انجام شد، از نظر گسترش نتایج محدودیت‌هایی دارد که نیازمند تکرار مطالعه در جمعیت‌های متنوع و جوامع متعدد است. همچنین، به خاطر ماهیت مطالعه مقطعی رابطه علت و معلولی دست یافتنی نبود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی یا مداخله‌ای مناسبی به منظور بررسی علت و معلولی صورت گیرد. در پایان با توجه به استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی امکان تورش در یادآوری و مطلوب‌گرایی، اجتناب‌ناپذیر بود بنابراین، استفاده از ابزار مشاهده‌ای برای سنجش رفتار پیشنهاد می‌شود.

در پایان، علیرغم محدودیت‌های بیان شده براساس یافته‌های این مطالعه، می‌توان گفت که در طراحی مداخلات مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی می‌توان با تقویت سازه مزایای درک شده و راهنما برای عمل، همچنین با افزایش حساسیت درک شده و شدت درک شده، شاهد ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده هپاتیت ب در شاغلین پرخطر باشیم. بدیهی است مطالعات تجربی از نوع کارآزمایی شاهد دار تصادفی خواهد توانست با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی این مطالعه، اثر آنرا در ارتقاء رفتارهای پیشگیری‌کننده از هپاتیت ب به‌طور مشخص نشان دهد.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان لازم میدانند مراتب سپاسگزاری خود را از دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات اعلام نمایند، همچنین از همکاری مسئولین معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و مرکز بهداشت شهرستان رشت و شاغلین پرخطر مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان رشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان صمیمانه قدردانی می‌شود.

شاغلان پرخطر، خود را بیشتر در معرض ابتلای به هپاتیت ب ببینند شدت و وخامت مساله را بیشتر درک خواهند کرد و در نتیجه مزایای رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری هپاتیت ب بیشتر درک خواهد شد و آن را آگاهانه‌تر انجام خواهند داد که این یافته با پیشرفت ارتباط سازه‌ها با همدیگر در الگوی اعتقاد بهداشتی هماهنگ است. همچنین، در یافته مطالعه اسد پور و همکاران نیز بین شدت درک شده با حساسیت و منافع درک شده ارتباط معنی‌داری وجود داشت که با یافته مطالعه ما همخوانی دارد (۷). همچنین، مطالعه جین فنک (Jinfeng) و همکاران و نیز جیو جی (GuoJie) و همکاران با یافته مطالعه ما همخوانی داشت (۲۴ و ۲۳).

از نظر وضعیت نمره‌های سازه‌ها میانگین نمره حساسیت درک شده بیشترین مقدار و نمره آگاهی کمترین مقدار را به خودش اختصاص داده بود که نشان‌دهنده اهمیت به سلامت خود و درک در معرض خطر قرار گرفتن در شاغلین پرخطر است. در مطالعه ماریا می‌می بری (Maria Meimei Brevidelli) و سیان سیرولر (Tamara Iwanow Cianciarullo) با عنوان کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیشگیری از آسیب شغلی بر پرستاران ساوپالو برزیل نیز حساسیت درک شده بالاتری را پرستاران نمونه پژوهش داشتند (۲۵) در مطالعه مشابه باقیانی مقدم و همکاران میزان خطر درک شده نسبت به هپاتیت ب در مشاغل بهداشتی بالا بود (۲۶). همچنین، میانگین نمره حساسیت درک شده در مطالعه مشابه برزگر محمودی و همکاران با مطالعه حاضر همخوان است (۲۱). ولی به‌رغم درک بالای حساسیت نسبت به هپاتیت ب نتایج مطالعه ما نشان داد که آگاهی مشاغل پرخطر نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از هپاتیت ب و رعایت احتیاط‌های همگانی پایین بوده که نیازمند برنامه‌ریزی ریزبینانه و مدون آموزشی و بازآموزی است. در حالی که در مطالعه اسدپور بر پرستاران آگاهی وضعیت مطلوبی داشت (۷). این یافته مبین این نکته است که شاغلین پرخطر در گیلان حساسیت و تهدید در معرض خطر بودن هپاتیت ب را درک کرده‌اند ولی از آنجاکه آگاهی دلخواه را نداشتند این تهدید درک شده می‌بایست با دادن آگاهی و اطلاعات درست و کافی سامان‌دهی و جهت داده شده و هدایت شود تا رفتارهای پیشگیری‌کننده نیز

1. WHO. prevent Hepatitis. Act now. [Serial online] 2015Jul.AvailableFrom:URLhttp://www.who.int/campaigns/hepatitisday/2015/event/en/
2. Zabihi A, Hajian K. Survey Effect of health education program on knowledge attitude and behaviors of prophylactic Babylon man in relation to the beauticians' hepatitis b disease hepatitis B in 2003. Jurnal of Medical Hormozgan 2004; 8(3), 134-138. [Text in Persian]
3. CDC.hepatitis B information/ Division of viral Hepatitis [serial online] 2015 May.AvailableFrom: URLhttps://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/
4. Zandi M, et al. Effects of a self-care program on quality of life of cirrhotic patients referring to Tehran Hepatitis Center. Health and Quality of Life 2005; 23(35):1-8. [Text in Persian]
5. Portal of vice-chancellor of health Guilan University of medical sciences, communicable diseases report, 2015.
6. Nazari M. Survey a comparative of the relationship between knowledge and application of safety principles for prevention of suffering hepatitis B in midwifery students of hospitals affiliated to Tehran University of medical sciences. Journal of Medical Council of IRAN 2006; 24(2): 165-171. [Text in Persian]
7. Asadpour M. Promotion and Maintenance of Preventive Behaviors from HIV, HBV and HCV Infections in Health Care Workers with Using Constructs of Health Belief Mode In Precede –Proceed Model . A Thesis Presented for the Degree of Philosophy of Doctor (Ph.D.) in Health Educatio TarbiatModares University. Tehran; TarbiatModares University:School of Medical Sciences,2010 . [Text in Persian]
8. Sharifi Hoossin. Survey of dental students knowledge of Tabriz University of medical sciences-about the ways of transmission and prevention of hepatitis. A Thesis Presented for the Degree of DDS in Dentistry of Ardabil. 2013. [Text in Persian]
9. Taheri Zahra. Investigation quality of self care in patients an healthy members of families which have simplex and multipex hepatitis B which refered to consultation clinic of center of blood transfusion of Rasht in year 2004 .Hayat 2005; 11(3-4):63-72. [Text in Persian]
10. Hung Ya – Wen .et al. The effect of health education through th internet on university femal students hepatitis B knowledge and cognation. Journal of Clinical Nursing 2009; 18: 3342-3348.
11. Ahmadi Zibandeh, et al. survey the rate of knowledge and attitude and performance of the service workers on the disease hepatitis b educational labbafinejad hospital. Nursing School of Shahid Beheshty University 2007; 16(57):44-50. [Text in Persian]
12. Sahafi L; et al. Exposure to blood during various procdures: results of two surveys before and after the implementation of universal precautions. Am J Infect Control 1992; 20(2): 7-53.
13. Jodati AR. et al. Evaluation of the use comprehensive precautions by staff operating Room. Medical Journal of Tabriz University of medical sciences and health services, 2003; 3 (59): 33-35. [Text in Persian]
14. Delshad Mohammad Hossein, et al . Designing criteria for preventive behaviors of hepatitis B in health personnel. JQUMS 2014; 18(3): 18-26. [Text in Persian]
15. Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M. Effect of education base on health belief model on preventive behaviors from smoking in adolescents girls. Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat) 2011; 17(3):15-26.
16. Tussing L, Chapman Novakofski K.Osteoporosis prevention education: Behaviortheories and calcium intake. Journal of the American Dietetic Association 2005 ;105(1):92-97.
17. Tavafian S,Ramazanzadeh F.Socioeconomic characteristics and induced abortion:a cross sectional study based on health belief model. Payesh 2007; 6(2):157-164.
18. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K.(Editors) . Health behavior and health education:Theory, research , and practice.New York ; John Wiley & Sons, 2008: 28.
19. Delshad Mohammad Hossein ,et al. The effect of education on standard precautions for the prevention of hepatitis B virus infection in health care workers in eastern Tehran. Scientific-Research Journal of Shahed University 2015; 22(17):29-39. [Text in Persian]
20. Alavijeh zamani Fereshte, et al . Survey Effect of the application of the health belief model on behaviora l intention to prevent hepatitis b in adolescent girls. Payesh 2012; 11(4) :545-554. [Text in Persian]
21. Barzegar Mahmudi Tahereh , et al . Knowledge, Beliefs and Performance of health volunteers in Malayer cityabout Hepatitis B: An application of health belief model..20166 .2016 ;;14(2) : 24-33. [Text in Persian]
22. Yazdani Rezvan, et al. Factors associated with preventive behaviors of hepatitis B among high school girls using the health belief model. Scientific-Research Journal of Shahed University 2013 ; 20(105). [Text in Persian]
23. Gao Jinfeng . Health belief model of pations wuth choronic hepatitis B and the correlation analysis of treatment adherence . X in Jiang Medicine 2012 ; 42 :36-38.
24. Zhang Guo Jie ,Wang Zhen , Wang yang . The inner drive rasons of rurual adults choose to hepatitis B vaccination in china . Chiness Jornal of Health Policy 2011; 5(11): 60-65.
25. Meimei Brevideilli Maria , Iwanow Cianciarullo Tamara .Application of the health belief model to the prevention of occupational needlestick injuries . Rev Saúde Pública 2001; 35(2):193-201.

26. Baghianimoghadam MH, Morowatisharifabad MA, Forghani H, Zulghadr R. Knowledge, Riskperceptions and behavioral intentions for Hepatitis B among health

managers in Yazd province. Hepatitis Monthly. 2009; 4(9):317-318. [Text in Persian]

Factors Related to Preventive Behaviors of Hepatitis B Based on Health Belief Model in High Risk Workers

Rahimi-ghilchalan M (MSc)¹- *Jalili Z (PhD)¹- Farmanbar R (PhD)²

*Corresponding author: Department of Health Education and promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: z-jalili@srbiau.ac.ir

Received: 11/Jul/2016 Revised: 30/Aug/2016 Accepted: 21/Sep/2016

Abstract:

Introduction: Hepatitis B is one of the most common occupational diseases. People who are dealing with blood and its derivatives as workers are at high risk for the diseases. The behavior of employees plays a major role in morbidity and spread of such diseases. These behaviors are related to motivation, perception of disease and individuals' beliefs about disease so that these factors are part of the health belief model in health education.

Objective: The aim of the present study was to determine factors related to preventive behaviors of Hepatitis B based on health belief model in high risk workers.

Materials and Methods: In this descriptive- analytical study, 110 high risk workers referred to health center no 6 in Rasht city, that is only service provider for employees at risk of hepatitis B vaccination were selected by simple sampling. Data were collected by a valid and reliable questionnaire based on health belief model. The data were analyzed using software SPSS through the Pearson correlation, independent t-test and analysis of variance.

Results: Most of the participants were female (56 %) and mean age was 31 ± 7 years. As for preventive behaviors, 56 % of high-risk workers had not received hepatitis B vaccine. The findings of this study showed that among the Constructs of HBM, Perceived benefits and cues to action were significantly associated with Preventive behaviors of hepatitis B ($P < 0.005$).

Conclusion: Based on the findings of this study, reinforcement of the constructs of perceived benefits and cues to action can promote preventive behaviors of hepatitis B in high-risk workers. Therefore, pre-cautious continuous training with emphasis on health belief model is recommended.

Conflict of interest: None declared.

Key words: Hepatitis, high risk workers, Health belief model, behaviors

Please cite this article: Rahimi-ghilchalan M., Jalili Z., Farmanbar R. Factors Related to Preventive Behaviors of Hepatitis B Based on Health Belief Model in High Risk Workers. J of Guilan Univ of Med Sci 2016; 25(100):19-27. [Text in Persian]

1. Department of Health Education and Health Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Health Education and Health Promotion, Research center of Health and Environment, Health school, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.