بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از ابتلای آنفلونزای نوع A بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرکرد

آرش نجیمی[1]، معصومه علی دوستی[2]، علی معظمی گودرزی[2]

چکیده

مقدمه: بیشترین موارد بیماری ناشی از ویروس آنفلونزای جدید در بین نوجوانان رخ داده است و این نشان از اهمیت این گروه سنی در خصوص انتشار این بیماری و موارد مشابه آن دارد. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت رفتارهای پیشگیری کننده از ابتلا و گسترش آنفلونزای جدید بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرکرد انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی روی ۳۱۳ دانش‌آموزان دبیرستانی و با استفاده از پرسشنامه انجام شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه مقدماتی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت (α = ۰/۸). در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری $SPSS_{15}$ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی دانش‌آموزان مورد مطالعه ۱۶/۳۱ سال بود و ۱۶۳ نفر از آنان را دانش‌آموزان پسر تشکیل می‌دادند. آگاهی، شدت درک شده و موانع درک شده بیشتر دانش‌آموزان در سطح متوسط قرار داشت. حساسیت درک شده ۷۵/۴ درصد دانش‌آموزان و منافع درک شده ۵۵/۶ درصد آنان در خصوص آنفلونزای نوع A در سطح بالایی قرار داشت. همچنین رسانه جمعی با بیشترین درصد، به عنوان اولین منبع کسب اطلاعات دانش‌آموزان در زمینه آنفلونزا A بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش و ارتباط سازه‌های تشکیل دهنده مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد دانش‌آموزان، به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از آنفلونزای نوع A مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: آنفلونزا، رفتار پیشگیری کننده، مدل اعتقاد بهداشتی، دانش‌آموزان.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۸۹/۱/۷ *پذیرش مقاله: ۸۹/۱/۱۵*

مقدمه

آنفلونزای نوع A یک نوع ویروس آنفلوانزا است که در انسان ایجاد بیماری می‌کند. این ویروس جدید اولین بار در مردم مکزیک در سال ۲۰۰۹ گزارش شد. سایر کشورها مواردی از ابتلا به این ویروس جدید را گزارش کرده‌اند. این ویروس مانند ویروس عادی آنفلوانزای فصلی از راه انسان به انسان گسترش می‌یابد (۱).

در صورت بی‌توجهی به رعایت اصول بهداشتی بیماری، آنفلوانزای جدید می‌تواند در مدت کوتاه منجر به ابتلای افراد زیادی از جامعه شود و این همه‌گیری عواقب اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی فراوانی در برخواهد داشت. در سال ۲۰۰۹ سازمان جهانی بهداشت بروز احتمالی یک پاندمی در

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: najimiarash@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

www.mui.ac.ir

فاز ۶ و گسترش جهانی آنفلوانزای A از نوع H1N1 را گزارش کرد (۳، ۲).

از ویژگی‌های مهم این بیماری انتشار بسیار سریع از طریق ذرات آلوده معلق در هوا یا مستقر بر روی سطوح اشیا و یا در محیط مرطوب است که لزوم مراقبت‌های بهداشت فردی و جمعی را بیش از پیش نمایان می‌کند (۵، ۴). نکته دیگر در خصوص اهمیت بهداشتی این بیماری این واقعیت است که در حال حاضر ویروس پاندمی ۱۹۷۶ پس از گذشت بیش از چهل سال، همچنان فعال و در جریان است. ویروس آنفلوآنزای پرندگان A (H5N1) هر چند در فاز سوم پاندمی خود متوقف گردیده است ولی همچنان به فعالیت بیماریزایی خود در پرندگان و انسان ادامه می‌دهد و احتمال ورود همزمان این ویروس با یکی از دو ویروس انسانی آنفلوآنزای فصلی یا جدید به بدن انسان و ایجاد تغییرات ژنتیکی و نوپدیدی ویروسی با ویرولانس بسیار بالا و کشندگی بی‌سابقه، بیش از هر زمان دیگری است (۶).

بیشترین موارد بیماری ناشی از ویروس انسانی A (H1N1) در بین نوجوانان رخ داده، به نحوی در ژاپن حدود ۸۰ درصد موارد بیماری در سنین ۱۹-۱۰ سالگی گزارش شده است (۷). همچنین در فیلیپین اغلب موارد بیماری در سنین ۲۴-۵ سالگی به وقوع پیوسته و در انگلستان، میانگین سنی را سن ۲۰ سالگی تشکیل داده است (۸). با عنایت به تراکم انسانی بیش از ۱۵ میلیون نفری در مدارس، پیش‌بینی برنامه‌ریزی و ایجاد آمادگی برای مقابله با بحران طغیان این بیماری در مدارس از اولویت‌ها و ضرورت‌های ملی می‌باشد. ضرورت توجه به رفتارهای پیشگیری کننده در مدارس از ابتدای همه‌گیری مورد توجه خاصی بوده است (۶، ۲).

انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام در فرایند بررسی هر برنامه آموزشی است. الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) از قدیمی‌ترین نظریه‌های رفتار بهداشتی و از اولین الگوهایی است که در آن از نظریه‌های علوم رفتاری برای حل مسایل بهداشتی استفاده شد. این الگو قریب به نیم قرن، همراه با موفقیت‌های بزرگی در موضوعات مختلف بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است. این الگو، الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات شخصی شامل آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری، تأثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد و تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری است.

سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده (Perceived susceptibility)، منافع درک شده (Perceived benefits)، راهنمای عمل (Cues to Action)، شدت درک شده (Perceived severity)، موانع درک شده (Perceived Barriers) و خودکارآمدی (Self Efficacy) می‌باشد (۹). بر اساس این مدل، برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آنفلونزای جدید، افراد نخست باید در برابر مسأله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند (شدت درک شده)، با علایم مثبتی که از محیط اطراف خود دریافت می‌کنند (راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای پیشگیری کننده را باور نمایند (منافع درک شده)، عوامل بازدارنده از اقدام به این رفتارها را نیز کم هزینه‌تر از فواید آن بیابند (موانع درک شده) و خود را نیز قادر به انجام رفتارهای پیشگیری کننده بدانند (خودکارآمدی) تا در نهایت به عملکرد پیشگیری کننده از آنفولانزای نوع A اقدام کنند.

با عنایت به مطالب مورد اشاره، محققین در صدد بر آمدند تا با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی سطح اطلاعات، اعتقادات و عملکرد مرتبط با آنفولانزای جدید را در دانش‌آموزان شهرکرد تعیین کنند تا بتوان بر اساس آن به تدوین برنامه‌ریزی آموزشی مناسب در خصوص این بیماری و موارد مشابه آن پرداخت.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی و به صورت مقطعی است و در آن ۳۱۳ نفر (۱۵۰ دختر و ۱۶۳ پسر) از دانش‌آموزان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

www.mui.ac.ir

دبیرستان‌های شهرکرد مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام گرفت که بر اساس نواحی آموزش و پرورش شهر از هر ناحیه ۲ دبیرستان (به منظور کنترل عامل جنسیت یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه) به صورت تصادفی انتخاب شدند؛ سپس در هر مدرسه با توجه به جمعیت دانش‌آموزان آن مدرسه، دانش‌آموزان در رشته‌های ریاضی، علوم تجربی و انسانی به صورت تصادفی انتخاب شدند. تمایل کامل دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش به عنوان یکی از مهم‌ترین شرایط شرکت در مطالعه منظور گردید و در صورت عدم تمایل در هر مرحله از مطالعه دانش‌آموز از مطالعه خارج می‌شد.

به دلیل نبود ابزار معتبر در این موضوع، از پرسشنامه‌ای که توسط پژوهشگر و از طریق مطالعه مقدماتی طراحی گردید، استفاده شد. اعتبار محتوا و اعتبار صوری پرسشنامه به روش کیفی با استفاده از نظر کارشناسی استادان مربوط و بررسی متون و در نظر گرفتن تمامی ابعاد موضوع تأمین شد. پایایی ابزار با استفاده از روش‌های آزمون مجدد و همسانی درونی (α = ۰/۸) سنجیده شد و پس از اطمینان از روایی و پایایی آن مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه شامل پنج بخش بود؛ بخش اول، حاوی ۸ سؤال خصوصیات جمعیتی بود و بخش دوم سؤالات پرسشنامه مربوط به سنجش آگاهی دانش‌آموزان با ۱۰ سؤال چند گزینه‌ای مربوط به اطلاعات در خصوص عامل بیماری، راه‌های سرایت، عوارض و علایم، افراد در معرض خطر و اقدامات مؤثر در خصوص پیشگیری از این بیماری بود. بخش سوم مربوط به سنجش نگرش (بر حسب مقیاس لیکرت) دانش‌آموزان با ۲۳ سؤال، بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در مورد حساسیت درک شده، شدت درک شده و نگرش درباره منافع و موانع درک شده و نیز خودکارآمدی شخص در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در مورد آنفلونزای نوع A بود که به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق، کاملاً موافق) مطرح شد و به هر عبارت نمره‌ای بین ۱ تا ۵ اختصاص یافت؛ در مورد حساسیت درک شده کمترین امتیاز ۶ و حداکثر ۳۰، در مورد شدت درک شده کمترین امتیاز ۳ و حداکثر ۱۵، در مورد منافع درک شده کمترین امتیاز ۵ و حداکثر ۲۵، در مورد موانع درک شده کمترین امتیاز ۴ و حداکثر ۲۰ و در مورد خودکارآمدی کمترین امتیاز ۵ و حداکثر ۲۵ بود.

بخش چهارم مربوط به سنجش فعالیت‌ها جهت پیشگیری از ابتلا و گسترش بیماری آنفولانزا بود که شامل ۶ فعالیت بود که به صورت ۴ گزینه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) مطرح و به هر عبارت نمره‌ای بین ۱ تا ۴ اختصاص داده شد و به این ترتیب کمترین امتیاز در این بخش ۶ و حداکثر ۲۴ بود. در خصوص آگاهی، سازه‌های مدل و عملکرد دانش‌آموزان نمره کلی از ۱۰۰ محاسبه شد و امتیاز دهی آن‌ها به صورت از۰ تا ۳۳ ضعیف، از ۳۳ تا ۶۶ متوسط و از ۶۶ تا ۱۰۰ سطح بالا بود.

بخش پنجم شامل منابع اطلاعاتی در دسترس دانش‌آموزان در خصوص بیماری آنفلونزای نوع A که شامل ۷ گزینه بود و دانش‌آموزان یک یا چند گزینه مورد نظر را انتخاب می‌کردند.

اطلاعات در مدت ۱ ماه و در آبان ماه سال ۱۳۸۸ جمع‌آوری گردید. جهت جمع آوری داده‌ها ابتدا از طریق اداره آموزش و پرورش هماهنگی لازم با ادارات ناحیه انجام شد. سپس با حضور پرسشگران در مدارس، ضمن تشریح اهداف مطالعه و این که اطلاعات این طرح به صورت گروهی تجزیه و تحلیل و در پیشگیری از بیماری به کار گرفته خواهد شد، تلاش کردند تا انگیزه مشارکت آن‌ها در طرح فراهم شود. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۵}$، آمار توصیفی و آزمون‌های آماری Independent t و ضریب همبستگی Pearson استفاده شد. برای همه آزمون‌ها سطح معنی‌داری α =۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی دانش‌آموزان مورد بررسی (۱/۱۷ ±) ۱۶/۳۱ سال با حداقل و حداکثر ۱۴ و ۲۰ سال بود. از مجموع ۳۱۳

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

www.mui.ac.ir

نفر شرکت کننده در مطالعه، ۱۵۰ نفر (۴۷/۹ درصد) را دانش‌آموزان دختر و ۱۶۳ نفر (۵۲/۱ درصد) را دانش‌آموزان پسر تشکیل می‌دادند که در رشته‌های علوم تجربی، ریاضی و علوم انسانی مشغول به تحصیل بودند. تحصیلات پدر و مادر دانش‌آموزان مشابه که بیشتر آن‌ها در سطح دیپلم می‌باشند. مادران بیشتر پاسخ دهندگان (۸۹/۵ درصد) خانه‌دار بودند و پدران ۳۵/۸ درصد از شرکت کنندگان دارای شغل آزاد بودند.

آگاهی بیشتر دانش‌آموزان (۷۱/۲ درصد) در سطح متوسط بود (جدول ۱). علاوه بر آن دانش‌آموزان دختر در مقایسه با دانش‌آموزان پسر دارای میانگین نمره آگاهی بالاتری بودند که آزمون Independent t این اختلاف را معنی‌دار نشان داد (P = ۰/۰۰۹). در میان کل پاسخ دهندگان، ۳۲/۳ درصد عامل بیماری آنفلونزا را ویروس ذکر نمودند؛ ۷۵/۱ درصد مهم‌ترین راه انتشار بیماری آنفلونزا را تماس شخص به شخص اشاره کردند؛ ۳۶/۴ درصد میزان ابتلا به آنفلونزای نوع A را زیاد عنوان کردند؛ ۷۶/۷ درصد آن‌ها بهترین راه پیشگیری از آنفلونزا را رعایت بهداشت فردی می‌دانستند و تنها ۱۵ درصد افراد شرکت کننده سنین ۲۵-۵ سال به عنوان گروهی سنی با بیشترین موارد ابتلا ذکر نمودند.

حساسیت درک شده دانش‌آموزان (۷۵/۴ درصد) در خصوص آنفلونزای نوع A در سطح بالا بود؛ به صورتی که ۴۴/۱ درصد افراد مورد مطالعه، خود را در معرض ابتلا به آنفلونزای نوع A می‌دانستند. ۷۸/۹ درصد تماس با افراد بیمار را باعث ابتلا خودشان بیان کردند و ۵۲/۷ درصد افراد از شیوع آنفلونزای نوع A احساس نگرانی نمودند. اما در خصوص شدت درک شده توسط دانش‌آموزان در خصوص آنفلونزای نوع A، وضعیت به گونه‌ای دیگر بود؛ به صورتی که ۷۹/۶ درصد افراد در سطح متوسط و ۲۰/۴ درصد آنان در سطح ضعیف قرار داشتند. در این میان ۷۲/۸ درصد دانش‌آموزان قدرت واگیری آنفلونزای نوع A را در جامعه زیاد ذکر نمودند و ۶۹/۳ درصد آنفلونزای نوع A را بیماری با عواقب اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی فراوانی می‌دانستند و ۷۶/۷ درصد بیان نمودند که آنفلونزای نوع A می‌تواند سبب مرگ افراد مبتلا شود.

منافع درک شده توسط دانش‌آموزان در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از آنفلونزای نوع A در سطح بالایی قرار داشت. ۷۳/۸ درصد دانش‌آموزان اجتناب از تماس مستقیم با افراد بیمار و بد حال را باعث پیشگیری از آنفلونزا می‌دانستند و ۷۷/۴ درصد آنان شستشوی مکرر دست با آب و صابون را در پیشگیری از آنفلونزای نوع A مؤثر ذکر نمودند.

موانع درک شده اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در دانش‌آموزان در سطح متوسطی قرار گرفته بود. ۶۵ درصد دانش‌آموزان اظهار نمودند که پیشگیری از آنفلونزا نوع A نیاز به تلاش بسیار زیادی دارد و ۳۲/۵ درصد رعایت مسایل بهداشتی جهت پیشگیری را سخت و وقت‌گیر دانستند اما تنها ۱۹/۸ درصد شستشوی مکرر دست با آب و صابون را مشکل ذکر نمودند.

خودکارآمدی بیشتر دانش‌آموزان در سطح بالایی بود؛ به صورتی که ۶۵/۵ درصد آنان خود را قادر به خودداری از حضور در مکان‌های شلوغ می‌دانستند و ۶۹/۷ درصد اظهار نمودند که می‌توانند از روبوسی و دست دادن در هنگام شیوع بیماری خودداری کنند. ۷۶ درصد خود را قادر به دور ماندن از افراد بیمار می‌دانستند و ۷۷/۹ درصد اظهار نمودند که می‌توانند دست‌های خود را به صورت مرتب با آب و صابون شستشو دهند.

رفتارهای خودگزارش‌دهی در دانش‌آموزان در مورد پیشگیری از ابتلا به آنفولانزای نوع A در سطح بالایی قرار داشت به صورتی که ۸۰/۶ درصد دانش‌آموزان شستشوی دست‌ها را به صورت منظم انجام می‌دادند و ۶۰/۴ درصد دانش‌آموزان از تماس مستقیم با افراد بیمار و یا مشکوک به بیماری خودداری می‌کردند و همچنین در تماس‌های مستقیم، ۵۵ درصد دانش‌آموزان فاصله یک متری خود را با افراد مشکوک حفظ می‌کردند. با این حال در خصوص خودداری از روبوسی و دست دادن، تنها ۳۰/۷ درصد دانش‌آموزان این رفتار را همیشه رعایت می‌کردند.

از میان عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکرد

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

www.mui.ac.ir

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره آگاهی، متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکرد دانش‌آموزان در دو جنس

نام متغیر	جنسیت دانش‌آموزان				t-test	P Value
	پسر (۱۶۳ نفر)		دختر (۱۵۰نفر)			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
آگاهی	۴۶/۰۱	۱۶/۳۱	۵۰/۸	۱۵/۸۶	۲/۶۲	۰/۰۰۹*
حساسیت درک شده	۷۲/۵۸	۱۱/۸۷	۷۳/۹۶	۱۳/۴۱	۰/۹۶	۰/۳۳
شدت درک شده	۳۷/۷۳	۹/۳۱	۳۹/۸۸	۸/۲۹	۲/۱۵	۰/۰۳*
منافع درک شده	۶۲/۲۲	۱۲/۴۲	۶۷/۱۷	۱۲/۵	۳/۵۱	۰/۰۰۱*
موانع درک شده	۳۹/۱۸	۹/۳۳	۴۰/۰۰	۱۰/۶۱	۰/۷۲	۰/۴۶
خودکارآمدی	۶۱/۹۶	۱۴/۱۷	۶۵/۲۴	۱۴/۵	۲/۰۲	۰/۰۴*
عملکرد	۷۴/۱۵	۱۸/۷۳	۷۷/۶۶	۱۵/۵۴	۱/۷	۰/۰۸

* اختلاف معنی‌دار آماری

جدول ۲: همبستگی اجزای مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد دانش‌آموزان در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از آنفولانزای نوع A

متغیر	آگاهی	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	خودکارآمدی
عملکرد						
ضریب همبستگی	۰/۳۸	۰/۲۷۴	۰/۳۱۴	۰/۳۵۶	۰/۰۵۶	۰/۵۰۶
P Value	۰/۵۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۳۲۲	< ۰/۰۰۱

دانش‌آموزان در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از آنفلونزای نوع A تنها بین میانگین شدت، منافع و خودکارآمدی درک شده در دانش‌آموزان دختر و پسر اختلاف معنی‌داری وجود داشت (جدول ۱).

آزمون همبستگی Pearson نشان داد که عملکرد دانش‌آموزان در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده با همه اجزای مدل اعتقاد بهداشتی به جز موانع درک شده رابطه معنی‌داری وجود دارد به طوری که میانگین نمره رفتارها با خودکارآمدی بیشترین همبستگی (r = ۰/۵۰) و با حساسیت درک شده (r = ۰/۲۷) کمترین همبستگی معنی‌دار را دارد (جدول ۲).

در میان افراد شرکت کننده در مطالعه ۱۰/۲ درصد افراد هیچ‌گونه اطلاعاتی در خصوص آنفلونزای نوع A کسب نکرده بودند و در میان ۸۹/۸ درصد شرکت کنندگان مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات تلویزیون (۷۱/۹ درصد) و منابع چاپی (۳۰/۷ درصد) می‌باشد (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی منابع کسب اطلاعات در جمعیت مورد مطالعه

انواع منابع کسب اطلاعات	تعداد(درصد)
خانواده	۸۸ (۲۸/۱)
دوستان و اطرافیان	۹۵ (۳۰/۴)
پوسترها و منابع چاپی	۹۶ (۳۰/۷)
تلویزیون و رادیو	۲۲۵ (۷۱/۹)
کارکنان بهداشتی و درمانی	۶۹ (۲۲)

بحث

آنفلونزا یکی از بیماری‌های ویروسی شناخته شده است که در طول تاریخ با ایجاد همه‌گیری‌ها، طغیان‌ها و موارد تک‌گیر خود در سطح جهان افراد زیادی را به کام مرگ فرو برده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از ابتلا و گسترش آنفلونزای نوع A بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر روی دانش‌آموزان صورت گرفت.

میانگین نمره آگاهی دانش‌آموزان در مطالعه حاضر متوسط

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

www.mui.ac.ir

بود. به نظر می‌رسد آگاهی پایین دانش‌آموزان از مواردی همچون عامل ایجاد کننده بیماری، بی‌اطلاعی از قرار گرفتن خودشان در گروه سنی در معرض خطر و مهم‌تر از همه تماس شخص به شخص به عنوان اصلی‌ترین راه‌های انتقال بیماری و از نکات قابل تأمل در نتایج مطالعه می‌باشد. در مطالعه‌ای نیز که Khan و همکاران بر روی دانشجویان تازه وارد به دانشگاه در خصوص آگاهی نسبت به آنفلونزای پرندگان انجام داده‌اند، تنها ۳۶ درصد شرکت کنندگان از اشتراک بیماری بین انسان و پرندگان آگاهی داشتند و ۳۵ درصد آنان با علایم بیماری آشنا بودند با این وجود ۷۰ درصد دانشجویان عامل بیماریزا را ویروس ذکر نمودند (۱۰). علاوه بر آن Leslie و همکاران در مطالعه‌ای که در خصوص آگاهی مردم افغانستان نسبت به آنفلونزای پرندگان انجام داده‌اند، آگاهی در سطح عموم مردم را پایین گزارش نموده‌اند ولی در کمپ‌های مورد مطالعه که امکانات آموزش جهت افراد ساکن در آن‌ها فراهم بود، متوسط گزارش نموده‌اند (۱۱).

نتایج حاصل نشان می‌دهد حساسیت درک شده بیشتر دانش‌آموزان در این مطالعه در خصوص آنفلونزای نوع A در سطح بالا می‌باشد؛ این حاکی از آن است دانش‌آموزان خود را نسبت به ابتلا به بیماری آنفلونزا حساس و خود را در معرض خطر می‌دانند و وقتی دانش‌آموزان می‌پذیرند که نسبت به بیماری آنفلونزا حساس می‌باشند و ممکن است به بیماری مبتلا شوند، رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری را اتخاذ می‌کنند و با توجه به سطح بالای منافع درک شده در دانش‌آموزان این امر نشان می‌دهد که این رفتارها از نظر آن‌ها مفید و قابل انجام است.

میانگین نمره خودکارآمدی در دانش‌آموزان در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده نسبت به سایر اجزای مدل اعتقاد بهداشتی بیشتر بود و این نشان از ظرفیت درک شده بالای دانش‌آموزان برای اجرای موفقیت آمیز رفتارهای پیشگیری کننده می‌باشد؛ به علاوه عملکرد دانش‌آموزان نیز بیشترین همبستگی را با این متغیر دارد.

شدت درک شده به معنی احساس تهدید دانش‌آموزان از آنفولانزای نوع A در سطح متوسط می‌باشد. علاوه بر آن موانع درک شده به عنوان جنبه‌های منفی درک شده اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده نیز در سطح متوسط قرار دارد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد عملکرد دانش‌آموزان در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از آنفلونزا خوب و در سطحی مناسب می‌باشد به علاوه همه متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی به جز موانع درک شده با عملکرد دانش‌آموزان ارتباط معنی‌داری داشت که این امر در سایر مطالعات انجام شده بر اساس این مدل نیز به اثبات رسیده است (۱۳، ۱۲).

در این مطالعه بین میانگین نمرات شدت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی دانش‌آموزان در دو جنس اختلاف معنی‌داری وجود داشت؛ در مطالعه Al Shehri و همکاران نیز دانش‌آموزان دختر بیش از دانش‌آموزان پسر از شیوع آنفلونزای پرندگان نگران بودند (۱۴). در مطالعه Di Giuseppe و همکاران در ایتالیا گزارش شده است که درصد زیادی از افراد مورد مطالعه نسبت به در معرض خطر بودن آنفلونزای پرندگان، بی‌اطلاع بودند؛ به علاوه تنها ۲۶/۹ درصد افراد مورد مطالعه دست‌های خود را قبل و بعد از لمس گوشت خام شستشو می‌دادند و یا از دستکش استفاده می‌کردند (۱۵).

مطالعه Xiang و همکاران نگرانی افراد شهری و روستایی چین را در سطح متوسطی گزارش نمود که بین دو منطقه مورد مطالعه از این نظر اختلاف معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه آنان، عملکرد شرکت کنندگان در خصوص شستشوی دست‌ها جهت پیشگیری از آنفلونزای پرندگان خوب گزارش شد و درصد قابل توجهی از افراد، حتی در روستا، عمل شستشوی دست‌ها را به خوبی انجام می‌دادند (۱۶).

مسایل بهداشت و درمان امروزه بخش بزرگی از اطلاع رسانی رسانه‌های جمعی را تشکیل می‌دهند. در سال ۱۹۹۰ در ایالات متحده آمریکا حداقل یک چهارم مقالات و مطالب روزنامه‌ها به مسایل مرتبط با سلامت اختصاص داشته‌اند (۱۷). در اخبار تلویزیون محلی آمریکا نیز موضوعات مرتبط با سلامت یکی از ۵ موضوع رایج بوده است (۱۸). مطالعه‌ای

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

www.mui.ac.ir

دیگر در خصوص تلویزیون‌های ایالات متحده آمریکا نشان داد که بیش از ۱۷ آگهی تجاری در ساعت با موضوعات سلامت مرتبط است (۱۹). تأکید رسانه‌های جمعی به خصوص تلویزیون بر مسایل بهداشتی سبب شده است که افراد سهم قابل توجهی از اطلاعات خود را از این رسانه دریافت نمایند. در مطالعه حاضر نیز تلویزیون به عنوان مهم‌ترین عامل کسب اطلاعات در دانش‌آموزان معرفی شد. در موارد مشابه و بیماری‌های نوپدید دیگر نیز بسیاری از مطالعات به نقش مهم رسانه‌های جمعی از جمله تلویزیون و منابع چاپی همانند روزنامه‌ها و مجلات اشاره کرده‌اند و نتایجی همانند مطالعه حاضر را گزارش نموده‌اند. به طوری که در مطالعه Al Shehri و همکاران ۷۰ درصد شرکت کنندگان، رسانه‌های جمعی را به عنوان منابع اطلاعاتی خود معرفی نموده‌اند (۱۴) و در مطالعه Khan و همکاران نیز ۷۰ درصد شرکت کنندگان، تلویزیون و ۵۱ درصد آنان روزنامه را به عنوان منابع اطلاعاتی خود در خصوص آنفلونزای پرندگان ذکر نمودند (۱۰). در مطالعه Xiang و همکاران نیز به ترتیب تلویزیون، روزنامه و اینترنت به عنوان مهم‌ترین منابع اطلاعاتی افراد بیان شد (۱۶). همه این نتایج را می‌توان تأیید یافته‌های مطالعه انجام شده در تایلند دانست که در آن تلویزیون به عنوان کارآمدترین منبع اطلاعات معرفی شده است (۱۹).

همانند بسیاری از مطالعات، مطالعه حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. حجم نمونه کم و محدود مطالعه، از قابلیت تعمیم‌پذیری و اطمینان از نتایج تا حدودی کاسته است؛ علاوه بر آن عدم جدیت دانش‌آموزان برای شرکت در مطالعه نیز یکی از مشکلات مهم انجام این پژوهش بود.

در نهایت با توجه به نتایج پژوهش در خصوص ارتباط اجزای مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد دانش‌آموزان به نظر می‌رسد با ارایه آموزش‌های لازم در خصوص بیماری با تأکید بیشتر بر در معرض خطر بودن دانش‌آموزان و ایجاد خودکارآمدی بیشتر در انجام رفتارهای پیشگیری کننده، می‌توان شاهد بهبود عملکرد دانش‌آموزان در خصوص این رفتارها بود.

References

1. Centers for Disease Control and Prevention. Key Facts about Swine Influenza (Swine Flu), Available from: http://www.cdc.gov/flu/swineflu/key_facts.htm; 2009.
2. Haghdoost AA, Gooya MM, Baneshi MR. Modelling of H1N1 flu in Iran. Arch Iran Med 2009; 12(6): 533-541.
3. Lister SA, Redhead CS. CRS Report for Congress. The 2009 Influenza Pandemic: An Overview; 2009. Available from: http://fpc.state.gov/documents/organization/130258.pdf
4. World Health Organization. Influenza-like illness in the United States and Mexico. Available from: http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html; 2009.
5. Kamigaki T, Oshitani H. Lancet Conferences: Influenza in the Asia-Pacific. Expert Rev Vaccines 2009; 8(11): 1527-9.
6. Blake N, Stevenson K, England D. H1N1 pandemic: life span considerations. AACN Adv Crit Care 2009; 20(4): 334-41.
7. Centers for Disease Control and Prevention. H1N1 Flu Clinical and Public Health Guidance, Available from: http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/; 2009.
8. National Center for Biotechnology Information. Influenza Virus Resource, Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/genomes/FLU/FLU.html; 2009.
9. Glanz K, Rimer BA, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
10. Khan SA, Hashmi I, Ranjha AN, Yosufzai MK, Hashmi SK, Anjum Q. Awareness of bird flu amongst young college students. J Pak Med Assoc 2008; 58(8): 466-9.
11. Leslie T, Billaud J, Mofleh J, Mustafa L, Yingst S. Knowledge, attitudes, and practices regarding avian influenza (H5N1), Afghanistan. Emerg Infect Dis 2008; 14(9): 1459-61.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

www.mui.ac.ir

12. Sharifirad Gh, Mohebbi S, Matlabi M. Survey of the feet care based on Health Belief Model in diabetes type II patients referring to the Diabetes research center of Kermanshah in 2006. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2009; 15(4): 84-91.
13. Khosravi Sh, Jahani F, Gazerani N, Eshrati B, Moghimi M. Determining knowledge and attitude of students in Arak University of medical sciences about Ecstasy based on Health Belief Model in 2006. Arak Medical University Journal 2007; 10(2): 1-7.
14. Al Shehri AS, Abdel-Fattah M, Hifnawy T. Knowledge and concern about avian influenza among secondary school students in Taif, Saudi Arabia. East Mediterr Health J 2006; 12(Suppl 2): S178-88.
15. Di Giuseppe G, Abbate R, Albano L, Marinelli P, Angelillo IF. A survey of knowledge, attitudes and practices towards avian influenza in an adult population of Italy. BMC Infect Dis 2008; 8:36.
16. Xiang N, Shi Y, Wu J, Zhang S, Ye M, Peng Z, et al. Knowledge, attitudes and practices (KAP) relating to avian influenza in urban and rural areas of China. BMC Infect Dis 2010; 10: 34.
17. Walsh-Childers K, Chance J, Swain KA. Daily Newspaper Coverage of the Organization, Delivery and Financing of Health Care. Newspaper Research Journal 1999; 20.
18. Brannstrom I, Lindblad IB. Mass Communication and Health Promotion: The Power of the Media and Public Opinion. Health communication 1994; 6(1): 21-36.
19. Olsen SJ, Laosiritaworn Y, Pattanasin S, Prapasiri P, Dowell SF. Poultry-handling practices during avian influenza outbreak, Thailand. Emerg Infect Dis 2005; 11(10): 1601-3.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
www.mui.ac.ir

A survey on preventive behaviors of high school students about Influenza A based on health belief model in Shahrekord, Iran

Arash Najimi[1], Masoomeh Alidousti[2], Ali Moazemi Goudarzi[2]

Abstract

Background: The higher prevalence rate of influenza A among adolescence emphasizes the importance of preventative strategies among this age group of population. The aim of this study was to evaluate the preventive behaviors of high school students regarding type A influenza, in Shahrekord, Iran.

Methods: In this cross-sectional study, high school students were enrolled. Preventive behaviors of influenza A was evaluated by components of The Health Belief Model (HBM), using a questionnaire which reliability were verified through a pilot study (alpha score of 0.8).

Findings: 313 (163 boys and 148 girls) high school students were studied. Mean age of students was 16.31 years. Knowledge, perceived severity and perceived barriers were in the modest level among the students. The highest scores were related to perceived sensitivity (75.4%) and perceived benefit (55.6%). Mass media was the main source of their information regarding influenza A.

Conclusion: Considering the findings of this study and the relation between HBM components and the preventive behaviors of students, it seems that using HBM could be useful in improving preventive behaviors of influenza A among the studied population

Key words: Influenza A, Preventive Behaviors, Health Belief Model, Students

1- MSc of Health Education, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: najimiarash@yahoo.com
2- MSc of Health Education, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

www.mui.ac.ir