تاثیر مداخله آموزشی به منظور ارتقاء استفاده از کمربند ایمنی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در بین رانندگان خودروهای سواری

نویسندگان: ناصر حاتم زاده[1] مهین نظری[2] لیلا قهرمانی[3]

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

Email: nazarimahin@yahoo.com تلفن : ۰۹۱۷۷۳۲۳۶۶۹

۳. استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

طلوع بهداشت

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال یازدهم
شماره: سوم
پاییز ۱۳۹۱
شماره مسلسل: ۳۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱۱/۱۹
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۱۴

چکیده

سابقه و اهداف: حوادث ترافیکی در ایران همواره بیشترین میزان مرگ و میر را به دنبال داشته است و یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میرها در حین تصادفات رانندگی نبستن کمربند ایمنی می‌باشد، بطوریکه ۶۳ درصد از مرگ‌ها را به آن نسبت می‌دهند. شواهد محکمی در مورد موثر بودن رویکرد استفاده از کمربند ایمنی در کاهش شدت بروز حوادث ترافیکی وجود دارد. ارائه برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مبانی تئوریک مهمترین محور برنامه‌های آموزش بهداشت است. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی به منظور ارتقای استفاده از کمربند ایمنی در بین رانندگان بود.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی بود که در بین کارکنان مراکز بهداشت شهرستان اهواز که دارای خودروی سواری بودند، انجام گرفت. بدین منظور به طور تصادفی از مرکز بهداشت شرق ۸۰ نفر در گروه مداخله و مرکز بهداشت غرب ۷۳ نفر در گروه شاهد وارد مطالعه شدند و به مدت دو ماه مورد پیگیری قرار گرفتند. پس از انجام ارزشیابی تشخیصی اقدام به مداخله آموزشی گردید. داده های حاصل از این پژوهش با استفاده از پرسشنامه محقق ساز، که پایایی آن با انجام یک مطالعه پایلوت توسط آزمون ضریب آلفا کرونباخ و روایی آن نیز با نظر کارشناسان مربوطه حاصل شده بود، به روش خودگزارش دهی، جمع آوری و سپس توسط نرم افزار آماری SPSS ویرایش هفدهم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: قبل از مداخله دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای یکسان بودند و بین سازه‌های مدل در دو گروه اختلاف معناداری مشاهده نشد. ولی بعد از اجرای برنامه آموزشی اختلاف معناداری برای افزایش میانگین نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار استفاده از کمربند ایمنی در بین گروه مداخله وجود داشت ($P < ۰/۰۵$)، اما در گروه شاهد اینگونه نبود. همچنین ارتباط معناداری بین بهره گیری از برنامه آموزشی و سازه راهنما برای عمل در بین هر دو گروه مشاهده شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان دهنده ارتقاء سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار در استفاده از کمربند ایمنی بعد از اتمام برنامه آموزشی در بین گروه مداخله می‌باشد که نشان از موثر بودن آموزش‌های مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی می باشد.

واژه‌های کلیدی: کمربند ایمنی، رانندگان، مدل اعتقاد بهداشتی.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

مقدمه

آسیبهای ناشی از حوادث یکی از تهدید کننده‌های مهم سلامتی در همه کشورها می‌باشد (۱). بطوریکه سالانه بیش از ۵ میلیون نفر در سراسر جهان به دلیل نوعی حادثه جان خود را از دست می‌دهند (۲). در ایران نیز گزارش شده است که سالانه ۱۶ هزار مرگ به علت حوادث رخ می‌دهد، که قسمت عمده آن در تصادفات جاده‌ای به وقوع می‌پیوندد (۳). بطوریکه بر اساس آمار رسمی ۲۶ درصد تخت‌های بیمارستانی در ایران توسط حادثه دیدگان جاده ای اشغال شده است (۴). حوادث ترافیکی در ایران همواره بیشترین میزان مرگ و میر را به دنبال داشته است و متاسفانه براساس آمار رسمی کشور، هر ۲۶ دقیقه یک نفر جان خود را در حوادث ترافیکی از دست می‌دهد (۵) و همچنین خسارت‌های ناشی از حوادث ترافیکی در کشورمان سالانه رو به رشد است (۶). عوامل مختلفی در تصادفات رانندگی دخالت دارند که در ۹۰ تا ۹۵ درصد اکثر سوانح و تصادفات رانندگی، رفتار راننده به عنوان عامل اصلی بروز حوادث شناخته شده است (۷). از جمله عواملی که در تصادفات جاده‌ای دخالت دارند می توان به نبستن کمربند ایمنی به عنوان یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میرها در حین تصادفات رانندگی اشاره کرد، بطوریکه ۶۳ درصد از مرگ‌ها را به آن نسبت می‌دهند، این در حالی است که مطالعات نشان داده‌اند بستن کمربند ایمنی ریسک حوادث وسائل نقلیه ۳۸ تا ۴۶ درصد در رانندگان و ۴۵ درصد در مسافرینی که در صندلی جلو نشسته‌اند را کاهش می‌دهد (۸). همچنین بستن کمربند ایمنی در حفاظت رانندگان از جراحات و مرگ و میر در تصادفات جاده‌ای موثر بوده (۹) و شدت جراحات تصادفات جاده‌ای را کاهش می‌دهد (۱۰). گزارش شده است که بستن کمربند ایمنی در آمریکا به طور تقریبی جان ۱۵ هزار نفر را نجات می‌دهد (۱۲-۱۰). علی رغم مزایای ذکر شده مطالعات مختلف در ایران نشان می دهند که نزدیک به ۴۷ تا ۵۹ درصد از رانندگان خودروهای سواری از کمربند ایمنی استفاده نمی‌کنند (۱۴، ۱۳). ارائه برنامه‌های آموزشی بر مبانی تئوریک در جهت بهبود و کاهش خطرات سوانح و تصادفات رانندگی می‌تواند مثمر ثمر باشد. با توجه به اهمیت موضوع برای استفاده از یک مدل تحلیل رفتاری به منظور پیش بینی عوامل تاثیر گذار بر استفاده از کمربند ایمنی در بین رانندگان جهت ارائه راهکار مناسب برای افزایش استفاده از کمربند ایمنی، در این مطالعه از مدل اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model)، استفاده شد (۱۶، ۱۵). مدل اعتقاد بهداشتی الگویی روانشناسی است که تلاش می‌کند رفتارهای بهداشتی را توضیح داده و پیش گویی نماید. بنابراین روی نگرش‌ها و عقاید افراد (تغییر در اعتقادات) متمرکز است و رابطه اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد، در حقیقت مدل اعتقاد بهداشتی به ما اجازه می‌دهد که عوامل روانی احتمالی موثر بر تصمیم افراد را مورد بررسی قرار دهیم (۱۹-۱۷).

مطالعات مختلفی با بهره گیری از این تئوری در زمینه‌های مختلف رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی مانند استفاده از کمربند ایمنی در داخل و خارج از کشور صورت گرفته است (۲۰، ۱۶، ۱۵، ۹، ۸).

با توجه به اهمیت موضوع، در این مطالعه با بهره گیری از مدل اعتقاد بهداشتی به طراحی و اجرای یک برنامه آموزشی به منظور ارتقاء استفاده از کمربند ایمنی در بین کارمندان دارای خودروی سواری مرکز بهداشت شهرستان اهواز پرداخته شد،

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

انتظار می‌رود که نتایج این مطالعه در این راستا سودمند واقع شود.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی بود که در طی بهار و تابستان سال ۱۳۹۰ در بین ۱۵۳ نفر از کارکنان دارای خودروی سواری شاغل در مراکز بهداشت شهرستان اهواز (شرق و غرب) انجام گرفت.

نحوه انجام مطالعه بدین شرح بود که پس از هماهنگی با مرکز بهداشت شهرستان اهواز به طور تصادفی یک مرکز (۸۰ نفر) به عنوان گروه مداخله که برنامه آموزشی را دریافت کردند و مرکز دیگر به عنوان گروه شاهد (۷۳ نفر) در نظر گرفته شد. شرکت کنندگان در پژوهش در زمینه چگونگی انجام مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این مطالعه توجیه شده وهمگی با تمایل وارد مطالعه شدند. در ابتدا ارزشیابی تشخیصی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بین کارمندان صورت گرفت و بر اساس آن محتوای برنامه آموزشی طراحی گردید، سپس برنامه آموزشی تدارک دیده شده بر روی گروهی از کارمندان که به عنوان گروه مداخله در نظر گرفته شده بودند اجرا شد و ۲ ماه بعد از انجام مداخله آموزشی دوباره اطلاعات لازم از دو گروه مورد بررسی جمع آوری شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. محتوای آموزشی تهیه شده شامل چهار قسمت بود: اطلاع رسانی در مورد شیوع سوانح و حوادث در ایران و جهان، مشکلات جسمی و روانی مرتبط با حوادث، ارتباط بین عدم استفاده از کمربند ایمنی و شدت جراحات ناشی از حوادث و همچنین عوارض و مشکلات ناشی از عدم استفاده از کمربند ایمنی. انجام مداخله آموزشی با بکارگیری روش‌های آموزشی مانند دادن پخش کلیپ، ارائه جزوات، پمفلت و سخنرانی در طول دو کارگاه آموزشی انجام گرفت. لازم به ذکر است که به منظور رعایت اصل اخلاق در پژوهش، پس از انجام ارزشیابی نهائی به گروه شاهد نیز آموزش داده شد. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه کتبی از قبل طراحی شده، که توسط شرکت کنندگان به روش خود گزارش دهی تکمیل می شد استفاده گردید. پرسشنامه دارای سه بخش: سوالات زمینه‌ای و دموگرافیکی مانند؛ سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل و نوع استخدام. گویه های سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی که هر کدام با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی زیاد، بسیار موافقم) تا ۵ (خیلی کم، بسیار مخالفم) و سوالات رفتار با مقیاس سه گزینه‌ای (همیشه، گاهی اوقات، خیر) اندازه گیری گردید. در این پژوهش با بهره گیری از مطالعات مختلف و به ویژه مطالعه سیم سکوقلو (Simsekoglu) (۹) پرسشنامه طراحی شد و با انجام یک پایلوت برای ۳۰ نفر از شرکت کنندگان پایائی آن با استفاده از آزمون ضریب آلفا کرونباخ (Coefficient alpha) مورد سنجش قرار گرفت. پایائی گویه های حساسیت درک شده ۰/۸۸، برای مثال (من از آسیب به دلیل عدم استفاده از کمربند ایمنی در حین تصادفات رانندگی نگران هستم.)، شدت درک شده ۰/۸۹، برای مثال (نبستن کمربند ایمنی ممکن است باعث آسیب شدید و حتی معلولیت دائمی من شود.)، منافع درک شده ۰/۸۱، برای مثال (بستن کمربند ایمنی می‌تواند آسیب ناشی از حوادث را کم کند.)، موانع درک شده ۰/۸۶، برای مثال (کمربند ایمنی در حین رانندگی، آزادی حرکت من را محدود می‌کند.)، خودکارآمدی درک شده ۰/۸۴، برای مثال

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

(من مطمئنم که در کوچه و خیابان، به طور مرتب از کمربند ایمنی استفاده می‌کنم.)، راهنما برای عمل ۰/۹۴، برای مثال (برنامه‌های آموزشی صدا و سیما، استفاده از کمربند ایمنی را به یاد من می‌آورد.)، همچنین پایایی گویه های رفتار ۰/۷۱، برای مثال (من در هنگام رانندگی در کوچه و خیابان، به طور مرتب از کمربند ایمنی استفاده می‌کنم.). ارزشیابی و تائید اعتبار محتوا و ساختار پرسشنامه مورد استفاده از طریق نظرات گروه کارشناسان در زمینه مورد مطالعه صورت گرفت. لازم به ذکر است که میزان پاسخگویی در این مطالعه ۸۸ درصد بود. به طوریکه از بین ۱۷۴ نفر مورد بررسی در ابتدای آموزش تعداد ۲۱ نفر از آنان به دلایل مختلف من جمله عدم همکاری و عدم دسترسی از مطالعه خارج شدند و در پایان ۱۵۳ نفر در مطالعه باقی ماندند. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش هفدهم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۸/۶۸±۳۵/۶۸ سال و دامنه سنی ۱۹-۶۰ سال بود همچنین سایر متغیرها در جدول ۱ نشان داده شده اند. سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار استفاده از کمربند ایمنی قبل از اجرای برنامه آموزشی در گروه‌های مداخله و شاهد مورد بررسی قرار گرفت و از این لحاظ تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مشاهده نشد(جدول ۲). در جدول ۳ نیز نمره میانگین و انحراف معیار هر یک از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار استفاده از کمربند ایمنی قبل و بعد از مداخله آموزشی آورده شده است که در گروه مداخله تمام سازه‌ها رابطه معناداری دارند.

جدول ۱: بررسی متغیرهای زمینه ای در دو گروه مورد مطالعه قبل از آموزش

گروه / متغییر		مداخله		شاهد		P
		میانگین (تعداد)	انحراف معیار (درصد)	میانگین (تعداد)	انحراف معیار (درصد)	
جنس	مرد	۵۱	۵۶	۴۶	۵۵/۴	۰/۹۳۶
	زن	۴۰	۴۴	۳۷	۴۴/۶	
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۳	۲۵/۲۷	۱۵	۱۸/۰۷	۰/۲۳۷
	دیپلم	۱۵	۱۶/۴۸	۷	۸/۴۳	
	فوق دیپلم	۱۹	۲۰/۸۷	۱۸	۲۱/۶۸	
	لیسانس	۲۲	۲۴/۱۷	۳۰	۳۶/۱۴	
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۲	۱۳/۱۸	۱۳	۱۵/۶۶	
وضعیت تاهل	متاهل	۶۱	۶۷/۰۳	۶۶	۷۹/۵	۰/۰۶۴
	مجرد	۳۰	۳۲/۹۶	۱۷	۲۰/۵	
نوع شغل	راننده	۱۱	۱۲/۰۸	۱۹	۲۲/۸۹	۰/۱۲۱
	بهداشتی	۶۶	۷۲/۵۲	۵۶	۶۷/۴۶	
	درمانی	۱۴	۱۵/۳۸	۸	۹/۶۳	
نوع استخدام	رسمی	۳۶	۳۹/۵۶	۲۷	۳۲/۵۳	۰/۱۲۳
	پیمانی	۳۲	۲۴/۱۷	۲۳	۲۷/۷۱	
	قراردادی	۲۳	۲۵/۲۷	۳۳	۳۹/۷۵	

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

جدول ۲ :سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مورد مطالعه در مرحله پیش از آموزش

گروه / متغییر	گروه مداخله			گروه شاهد			P (آزمون t مستقل)
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
حساسیت درک شده	۸۰	۶/۷۳	۲/۲۲	۷۳	۶/۹۸	۲/۴۱	۰/۵۰۸
شدت درک شده	۸۰	۷/۱۸	۲/۳۴	۷۳	۶/۹۵	۲/۳۲	۰/۵۴۷
منافع درک شده	۸۰	۱۱/۷۳	۲/۱۸	۷۳	۱۱/۳۱	۲/۴۲	۰/۲۵۸
موانع درک شده	۸۰	۱۷/۴۱	۳/۶۵	۷۳	۱۷/۳۹	۴/۷۵	۰/۹۸۲
خودکارآمدی	۸۰	۱۹/۲۷	۴/۴۴	۷۳	۱۸/۱۰	۳/۴۵	۰/۰۷۴
راهنما برای عمل	۸۰	۲۹/۷۲	۱۰/۵۸	۷۳	۲۶/۷۱	۸/۹۹	۰/۰۶۱
رفتار	۸۰	۶/۹۲	۱/۷۸	۷۳	۶/۴۷	۱/۷۸	۰/۱۲۵

جدول ۳: مقایسه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین گروه‌های مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیر و گروه	زمان	قبل از مداخله		بعد از مداخله		P	T
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
حساسیت	مداخله	۶/۷۳	۲/۲۲	۷/۵۶	۱/۹۲	۰/۰۰۰	-۵/۷۱۸
	شاهد	۶/۹۸	۲/۴۱	۷/۰۶	۱/۹۵	۰/۵۳۵	-۰/۶۲۳
شدت	مداخله	۷/۱۸	۲/۳۴	۸/۲۶	۲/۳۲	۰/۰۰۰	-۵/۲۶۴
	شاهد	۶/۹۵	۲/۳۲	۷/۰۵	۲/۲۹	۰/۱۶۳	-۱/۴۰۹
منافع	مداخله	۱۱/۷۳	۲/۱۸	۱۲/۵۱	۱/۹۰	۰/۰۰۱	-۳/۳۱۲
	شاهد	۱۱/۳۱	۲/۴۲	۱۱/۴۷	۲/۲۱	۰/۳۹۷	-۰/۸۵۱
موانع	مداخله	۱۷/۴۱	۳/۶۵	۱۶/۱۸	۳/۲۶	۰/۰۰۰	۵/۸۰۰
	شاهد	۱۷/۳۹	۴/۷۵	۱۷/۴۳	۲/۹۶	۰/۹۳۸	-۰/۰۷۸
خودکارآمدی	مداخله	۱۹/۲۷	۴/۴۴	۲۰/۵۶	۳/۰۵	۰/۰۰۰	-۳/۸۵۱
	شاهد	۱۸/۱۰	۳/۴۵	۱۸/۲۶	۲/۷۴	۰/۴۴۸	-۰/۷۶۲
راهنما برای عمل	مداخله	۲۹/۷۲	۱۰/۵۸	۳۲/۵۸	۷/۲۱	۰/۰۰۰	-۴/۰۸۱
	شاهد	۲۶/۷۱	۸/۹۹	۲۷/۸۴	۷/۴۸	۰/۰۴۹	-۱/۹۹۹
رفتار	مداخله	۶/۹۲	۱/۷۸	۷/۹۵	۱/۲۷	۰/۰۰۰	-۶/۷۹۲
	شاهد	۶/۴۷	۱/۷۹	۶/۶۳	۱/۶۱	۰/۳۹۸	-۰/۸۵۰

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان دهنده ارتقاء سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار استفاده از کمربند ایمنی در بین رانندگان خودروهای سواری است. هیچکدام از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در این مطالعه قبل از آموزش در بین گروه مورد و شاهد با بهره گیری از آزمون t مستقل معنادار نشدند همچنین از نظر متغیرهای زمینه‌ای نیز شرایط یکسانی داشتند. نتایج این مطالعه بعد از آموزش نشان داد که میانگین نمره حساسیت درک شده در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته است که این میزان افزایش از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۱) ولی در گروه شاهد این افزایش معنادار نبود. مطالعات زیادی (۲۶-۲۱) وجود دارد که نشان می‌دهند هرچه حساسیت درک شده بالاتر باشد احتمال اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده نیز بیشتر می‌شود. چرا که حساسیت درک شده به عنوان یکی از عوامل موثر در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده در نظر گرفته می‌شود و پیشگیری واقعی درباره حساسیت شخص و خطرات مرتبط با آن دارد. این بررسی نشان می‌دهد که میانگین نمره شدت درک شده در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته و این میزان افزایش از نظر آماری معنادار بود (P<۰/۰۰۱) ولی در گروه شاهد افزایش نیافته بود، که این افزایش می‌تواند به علت برگزاری کلاس‌های آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی باشد که منجر به توجه رانندگان نسبت به عوارض حاصل از عدم انجام رفتار پیشگیری کننده چون از دست دادن سلامتی، ایجاد معلولیت، هزینه‌های بالای درمان تصادفات، ناتوانی و نقص عضو شد. نتایج این پژوهش با مطالعات مختلف (۳۰-۲۱) در زمینه‌ی بکار گیری مدل اعتقاد بهداشتی و سودمندی انجام مداخلات آموزشی بر افزایش شدت درک شده افراد، مشابهت دارد. همچنین این نتایج گویای این مطلب می‌باشد که با ارائه برنامه‌های آموزشی و تاکید بر شدت عوارض رعایت نکردن رفتارهای مناسب بهداشتی می‌توان به نتایج مطلوبی دست یافت.

نتایج این بررسی نشان می‌دهد که میانگین نمره منافع درک شده که به درک ذهنی فرد از سود و زیان یک عمل یا رفتار اشاره دارد مانند اینکه فرد به این باور برسد که با بستن کمربند ایمنی می‌تواند شدت جراحات وارده بدن خود را در تصادف کاهش دهد و این اقدام برای وی سودمند خواهد بود، در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته است که این میزان افزایش از نظر آماری معنادار بود (P<۰/۰۰۱) ولی این افزایش در گروه شاهد معنادار نبود، نتایج این پژوهش در ارتباط با منافع درک شده با یافته‌های مطالعات دیگر (۳۰، ۲۹، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۱) مشابهت داشت. میانگین نمره موانع درک شده در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی کاهش یافته است که این میزان کاهش از نظر آماری معنادار بوده است (P<۰/۰۰۱) ولی در گروه شاهد این کاهش معنادار نبود، اختلاف معنادار در میانگین نمره موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله حاکی از تاثیر مثبت برنامه‌های آموزشی بر رفع موانع درک شده نسبت به بستن کمربند ایمنی است، که این موانع می‌تواند احساس ناراحتی و خفگی یا چین و چروک شدن لباس افراد و گرما باشد. نوعی تجزیه و تحلیل درباره کمتر شدن تحرک فرد در موقع استفاده از کمربند ایمنی، احساس ناراحتی و خفگی یا چین و چروک شدن لباس افراد ممکن است به نتیجه‌ای بیانجامد که مانع بستن کمربند ایمنی گردد که این امر

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

نیاز به آموزش دارد. تاثیر آموزش بر رفع موانع درک شده برای انجام رفتارهای پیشگیرانه بهداشتی در چندین مطالعه (۲۹، ۲۸، ۲۶، ۲۵، ۲۱) تایید شده است.

نتایج مربوط به نمره خودکارآمدی حاکی از افزایش معنادار نمره خودکارآمدی در گروه مداخله پس از اتمام برنامه آموزشی نسبت به بستن کمربند ایمنی می‌باشد. این تغییرات با مطالعات مختلف انجام شده در زمینه خودکار آمدی (۲۸، ۲۶، ۲۵) همخوانی دارند ولی با مطالعه وکیلی (۲۷) که میانگین نمره خودکار آمدی در هر دو گروه قبل و بعد از مداخله معنادار نبود مغایرت دارد. در این مطالعه سعی شد برای گروه مداخله رفتار استفاده از کمربند ایمنی مرحله به مرحله تقویت شود. ابتدا در مورد لزوم بستن کمربند ایمنی در جاده‌های بین شهری صحبت شد مثلا اینکه در این جاده‌ها سرعت ماشین‌ها بالاست، مسیرها طولانی و نظارت پلیس هم زیاد است، پس لازم است کمربند ایمنی را حتما در تمام مسیر ببندیم. سپس در مورد بستن کمربند ایمنی در اتوبان‌های داخل شهری آموزش داده شد و دست آخر در مورد بستن کمربند ایمنی در کوچه و خیابان و اینکه بستن کمربند ایمنی در حال رانندگی برای تمام مسیرها حتی مسیرهای کوتاه هم لازم است، آموزش‌های لازم ارائه شد. افزایش معنادار نمره خودکارآمدی در گروه مداخله نشان دهنده تاثیر برنامه‌ی آموزشی ارائه شده می‌باشد.

راهنما برای عمل عواملی هستند که با یاد آوری و هشدار در مورد یک مشکل بهداشتی بالقوه مانند تصادفات ترافیکی احتمال درک خطر و بستن کمربند ایمنی را افزایش می‌دهند. میانگین نمره راهنما برای عمل این مطالعه در گروه مداخله دو ماه پس از اتمام دوره آموزشی افزایش یافته است که با مطالعات دیگر در خصوص این سازه (۲۸، ۲۶، ۲۵) مشابهت دارد و می‌تواند متاثر از برنامه‌ی آموزشی ارائه شده باشد ولی نکته قابل ذکر این است که میانگین نمره راهنما برای عمل در گروه شاهد هم بعد از دو ماه، در بررسی مجدد افزایش یافته بود و این میزان افزایش نیز از نظر آماری معنادار بود (P=۰/۰۴۹). به نظر می‌رسد که افزایش نمره راهنما برای عمل در گروه شاهد مرتبط با وضع قوانین جدید راهنمایی و رانندگی کشور در اوایل سال جاری و تبلیغات صدا و سیما برای استفاده از کمربند ایمنی و افزایش جریمه‌ها در کشور باشد. از محرک‌ها یا راهنما برای عمل که رانندگان را به سمت استفاده از کمربند ایمنی ترغیب می‌نمایند عوامل انسانی و عوامل رسانه‌ای موثر از جمله فیلم‌های آموزشی، پمفلت ها و کتابچه‌های آموزشی، تشویق یا هشدار همکاران، حضور پلیس، جریمه شدن و احساس رضایت درونی خود فرد از رعایت قانون بوده‌اند که توجه رانندگان را به استفاده از کمربند ایمنی جلب نموده‌اند.

مهم‌ترین هدف آموزش بهداشت تغییر رفتار بهداشتی است و رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است و شناخت این شبکه علیتی به منظور تحت تاثیر قرار دادن عوامل موثر بر رفتار از جمله امور بسیار مهمی است که متخصصین علوم رفتاری در پی آن هستند (۱۵،۱۶). در این مطالعه نیز در بررسی رفتار بستن کمربند ایمنی در گروه مداخله مشخص شد که نمره رفتار از ۶/۹۲ قبل از آموزش به ۷/۹۵ بعد از ارائه آموزش ارتقاء یافته که از نظر آماری نیز معنادار بود (P<۰/۰۰۱)، ولی در گروه شاهد این افزایش معنادار نبود این یافته‌ها با مطالعات دیگر با این مدل در مورد عملکرد (۳۰، ۲۶، ۲۵، ۲۱) مشابهت دارد. در این راستا یافته‌ها نشان می‌دهند که هر چه حساسیت، شدت و منافع

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی بالاتر و موانع درک شده پایین‌تر باشد، احتمال تغییر رفتار بیشتر می‌شود که این تاثیر و کارایی آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه عوامل موثر بر بهبود رفتار را تایید می‌کنند. به طور کلی نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان دهنده وجود تفاوت آماری معنادار در سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار استفاده از کمربند ایمنی بعد از اتمام برنامه آموزشی در بین دو گروه مداخله و شاهد می‌باشد که حاکی از تاثیر مثبت برنامه آموزشی اجرا شده می‌باشد، لذا به نظر می‌رسد اگر از مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شود می‌تواند نتایج سودمندی را برای تغییر رفتارهای بهداشتی در زمینه استفاده از کمربند ایمنی درپی داشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات علوم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شماره ۵۶۲۶ مورخ ۱۳۹۰/۰۴/۱۹ مربوط به پایان نامه کارشناسی ارشد دانشجو ناصر حاتم زاده می‌باشد که بدین وسیله از کلیه مسئولین مربوطه و کارکنان مراکز بهداشت اهواز که در مطالعه حاضر همکاری و شرکت کردند، نهایت قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

Reference

1- Tavakoli R, Rafie SH, et al. Basij, the pattern of healthy living (health education guide for teachers of health and relief and Basij bases). Tehran: Department of Community Health, 2005:226-235. [Persian]

2-Naghvi M. Epidemiology of external causes of injuries resulting from accidents in Iran. Tehran: Barg Rizwan, 2004: 49. [Persian]

3- Peden M, Askvrfyld R, Slate DM, et al. World report on road traffic accident prevention. Translation: adviser Mohammad Hadi, praised Mehran, Jamshid Krmanchy. Tehran: Fekrat, 2004: 221. [Persian]

4- Pahlavan B, Aghaei M, Karimi H. Multiple trauma victims were admitted to hospital five months of Ali ebn-e- Abi Talib (AS) Rafsanjan. [PhD thesis] Rafsanjan University of Medical Sciences 2003. [Persian]

5- Maghysy A. in translation Canadian Safe Community Foundation, community safety handbook. Ministry of Health, Center for Disease Management. 1st ed. Tehran: Center seda Publishing, 2002: 11-17. [Persian]

6-Ayatollahi SM, Hassanzadeh A, Ramezani AS. Burden of a traffic accident in South Khorasan province in 2005. Iranian Journal of Epidemiology Community 2008; 4(3&4): 57-51. [Persian]

7- Goudarzi M, Shirazi M. Relationship between savings and stimulate high-risk driving behavior. Journal of Psychology 2005; 33 (1):35-50. [Persian]

8- Bashiryan S, Jalilian F, Barati M. Safety belt use among drivers of passenger cars in Iran: health motivation, susceptibility, benefits and perceived barriers. Proceedings of the Third Congress set health education and health promotion. Hamedan, November 2008; 9. [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

9- Simsekoglu O, Lajunen T. Social psychology of seat belt use: A comparison of theory of planned behavior and health belief model. Transportation Research Part F 2008; 11:181–191.

10- Bendak S. Seat belt utilization in Saudi Arabia and its impact on road accident injuries. Accid Anal Prev 2005; 37: 367–371.

11 .Evans L. Safety-belt effectiveness: The influence of crash severity and-selective recruitment. Accid Anal Prev 1996; 28: 423-433.

12-Cunill M, Gras ME, Planes MO, et al. An investigation of factors reducing seat belt use amongst Spanish drivers and passengers on urban roads. Accid Anal Prev 2004: 36: 439–445.

13- Tavafiyan S, Aghamolaei T, Gregory D et al. Prediction of Seat Belt Use among Iranian Automobile Drivers: Application of the Theory of Planned Behavior and the Health Belief Model. Traffic Injury Prevention 2011; 12:48–53.

14- Shams M, Rahimi-movaghar V. Risky Driving Behaviors in Tehran, Iran. Traffic Injury Prevention 2009; 10:91–94.

15- Shojaeezadeh D. Health Education models. 1st ed. Tehran: communication and Health Education center publisher; 2000: 4. [Persian]

16. Mohammadi N, Rafii S. Health and Medical Education Department of the Ministry of Health with the basic concepts of communication and health education. 1st ed. Tehran: mehr Ravseh; 2005: 78-75. [Persian]

17- SharifiRad GH, Baghyanimoghadam M, Shamsi M, et al. Research in health education. Printing, Publications of Sobhan; 2009: 22-26. [Persian]

18-Heydar Nia AR. Issues in the health education process. Tehran: Zamani publisher; 2002: 87. [Persian]

19- Safari M, Shojaeezadeh D, Heydar Nia AR, et al. health education and promotion theories, models and methods. Tehran: sobhan; 2009: 63-53. [Persian]

20- Sims_ekogˇlu O, Timo L. Relationship of seat belt use to health and driver behaviors. Transportation Research Part F 2009; (12): 235–241.

21- Hazavaei M, Shadezi Sh, Askari AT, et al. Effect of a respiratory protection program on the safety performance of workers through the Health Belief Model. Iranian Journal of Occupational Health 2008; 5 (1): 21-30. [Persian]

22- Sharifirad Gh, Entezari M, Kamran A, et al. Effectiveness of nutrition education to patients with type 2 diabetes: the health belief model. I J D L D 2008; 7 (4):386-79.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

23- Morovvati Sharif Abadi M, Rohani Tonekaboni N. Analyzed the determinants of self care of diabetes patients referred to Yazd Diabetes Research Center using the health belief model structures developed. Proceedings of the Third National Health Education and Health Promotion, Hamedan, 9-7 November 2008. [Persian]

24-Shamsi M, Sharifyrad GH, Kachuei A, et al. Effects of walking training on glycemic control in patients with type 2 diabetes based on the health belief model. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2009; 11 (5):490-499. [Persian]

25- Assadi Zandi M, Farsi Z, Mehri Najafi S, et al. The Survey of Effect Education on Health Belief, Knowledge and Practice in Diabetics Patients Based On Health Beliefs Model. IJDL 2007; 6 (2): 169-76. [Persian]

26- Shamsi M, Bayati A, Mohamad-baygi A, et al. Effect of health education on preventive behaviors Belief Model based on the arbitrary use of the drug in pregnant women Arak. Pazhovhandeh Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2010; 6 (72):331-324. [Persian]

27- Vakili M, Heidarnia A, Niknami Sh, et al. Training and communication skills combined effect of AIDS on the health belief model structures in healthy volunteers (Zanjan 2011- 2012). Journal of Zanjan University of Medical Sciences 2012; 19(77):93-78. [Persian]

28- Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, et al. The impact of education on preventive behavior Belief Model on smoking in adolescent girls. Journal of Nursing Faculty of Tehran University of Medical Sciences2012; 17(3): 15-26. [Persian]

29- Pirzadeh A. Impact on performance in education based on Belief Model Kuhdasht city health centers. Journal of Health Research 2010; 6 (2): 372-365. [Persian]

30-Sharifirad Gh, Hazavaei M, Hassanzadeh A, et al. Effect of health education based on health belief model and preventive functions of smoking in high school students. Journal of Medical Sciences, Arak 2006; 10 (1):86-79. [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]

Impact of Educational Intervention on Seat Belt Use among Drivers Based on Health Belief Model

Hatamzadeh N (MSc)[1] Nazari M (PhD) [*2] Ghahramani L (PhD)[3]

1. MSc of Health Education, Department of Health Education, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran.

2.Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Health Education, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Health Education, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran.

Abstract

Background: Traffic accidents have the highest mortality rate in Iran and one of the main causes of deaths (63%) in traffic accidents is unused seat belt. There are Strong evidences about the effectiveness of using safety belts in reducing the severity of traffic accidents consequences. Providing theoretical based training programs, is the main focus in health education. In this study, the effectiveness of a health belief model based educational program on using seat belt by drivers has been investigated.

Methods: In the quasi-experimental study, among health care workers in Ahwaz,153 drivers who owned cars were participated. The participants were divided in two groups, personnel of East Health Center (80 cases) and West Health Center (73 cases). They were randomly selected for intervention and control groups respectively and followed up for two months. After the diagnostic evaluation, educational programs about the use of safety belts were conducted and then post test was done. In both pre- and post test, data were collected via a researcher designed self administered questionnaire based on HBM, which its validity assessed by experts panel and for assessing its reliability Cranach alpha coefficients were calculated in a pilot study. Data were analyzed by appropriate statistical methods using SPSS-17.

Results: Background and demographic variables of both groups were similar and it is found that before interventions, two groups have no statistically significant differences in their model constructs scores. But after the training program, scores for health belief model constructs and behavior among intervention group unlike the control group, significantly increased ($P< 0.05$). A significant relationship between using educational program and the cues to action constructs were observed in both groups.

Discussion: The results indicate promote health belief model and behavior of structures in the use of safety belts after completing the training program is among the intervention group and the requirement to provide training based on health belief model indicate.

Key words: Safety belts, drivers, Health Belief Model

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-02-13]