

بررسی ارتباط سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» در معنادرین مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر همدان

مسعود خداویسی^۱، میترا صالحی خواه^۲، سعید بشیریان^{۳*}، منوچهر کرمی^۴

^۱ استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن در منزل دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: دکتر سعید بشیریان، استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: s_bashirian@yahoo.com

DOI: 10.20286/nmj-24028

چکیده

مقدمه: معنادرین به مواد مخدر، از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر هیپاتیت «ب» هستند. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» در معنادرین مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر همدان انجام شد.
روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است. نمونه‌های پژوهش را ۱۳۵ نفر از معنادرین مراجعه کننده به مرکز دولتی درمان سوء مصرف مواد مخدر سمیعی ۸ تشکیل داده که با روش سرشماری، انتخاب شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه مشتمل بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب»، جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از همبستگی اسپیرمن و تی تست مستقل با کمک نرم افزار PSS ویراست ۲۲ انجام شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $38/65 \pm 10/52$ سال بود. میانگین نمره کسب شده در هر یک از سازه‌ها عبارت بودند از: حساسیت درک شده $4/95 \pm 9/23$ با حداکثر نمره قابل اکتساب ۲۴ (متوسط)، شدت درک شده $9/16 \pm 20/24$ با حداکثر نمره قابل اکتساب ۳۲ (متوسط)، منافع درک شده $6/47 \pm 11/40$ با حداکثر نمره قابل اکتساب ۲۴ (متوسط)، موانع درک شده $12/56 \pm 21/87$ با حداکثر نمره قابل اکتساب ۶۴ (ضعیف)، راهنما برای عمل $7/27 \pm 10/05$ با حداکثر نمره قابل اکتساب ۲۰ (متوسط)، خودکارآمدی $11/58 \pm 18/73$ با حداکثر نمره قابل اکتساب ۴۰ (متوسط) و رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» $2/92 \pm 4/01$ با حداکثر نمره قابل اکتساب ۱۶ (ضعیف) بود. در این مطالعه همبستگی معناداری بین مشخصات دموگرافیک با نمره رفتارهای پیشگیرانه مشاهده نشد ($P > 0/05$)؛ همچنین هیچ کدام از سازه‌های یاد شده با نمره رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» همبستگی معناداری نداشتند ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نمره پایین افراد در سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و وجود شرایط مخاطره آمیز متعدد پیرامون این افراد، برنامه‌های آموزش بهداشت به منظور پیشگیری از ابتلا به هیپاتیت «ب» در معنادرین توسط متولیان بخش بهداشت و درمان خصوصاً پرستاران پیشنهاد می‌گردد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۰۸

واژگان کلیدی:

الگوی اعتقاد بهداشتی

اعتیاد به مواد مخدر

هیپاتیت B

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی یا رفتاری مواجه شود، معنادرین می‌شود [۱]. امروزه مشکل اعتیاد به صورت معضلی ملی در آمده و ملل و دولت‌های سراسر جهان با مشکل مواد مخدر و اعتیاد روبرو هستند [۲]. مطابق پژوهشی که در سال ۱۳۹۱ توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور

اعتیاد به مواد مخدر، مصرف نایجا و مکرر مواد مخدر است که موجب وابستگی بدنی و روانی می‌شود. فردی که از راه‌های گوناگون مانند خوردن، کشیدن، تزریق و استنشاق یک یا چند ماده مخدر را به صورت مداوم مصرف کند و

خانواده‌هایشان طرد می‌شوند [۱۱].

راه‌های انتقال هپاتیت «ب» در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و شامل انتقال عمودی (انتقال از مادر به جنین) و انتقال افقی (انتقال از طریق تزریق خون و فرآورده های خونی، تماس جنسی، تزریق وریدی دارو و مواد مخدر، عفونت بیمارستانی، پیوند اعضا) است [۱۲]. طبق مطالعات انجام شده، رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر تزریقی و رفتارهای جنسی مهمترین عوامل انتقال هپاتیت «ب» به شمار می‌روند [۱۳]. راه‌های پیشگیری از این بیماری در جامعه آموزش‌های لازم به گروه‌های در معرض خطر، واکسیناسیون و ایمن سازی غیرفعال می‌باشد. مهم‌ترین راه مقابله با هپاتیت «ب» پیشگیری از آن است. امروزه مهمترین روش پیشگیری از بیماری‌ها، آموزش معرفی شده است. [۱۴]. قابل ذکر است که ۸۵ تا ۹۰٪ مرگ‌های ناشی از هپاتیت «ب» با واکسن قابل پیشگیری است [۱۵].

در این مطالعه جهت پیشگیری از هپاتیت «ب» در معتادین از چارچوب تئوریک الگوی اعتقادبهداشتی استفاده شد. الگوی اعتقادبهداشتی الگویی روانشناسی است که تلاش می‌کند رفتارهای بهداشتی را توضیح داده و پیشگویی نماید. این الگو روی نگرش‌ها و عقاید افراد (تغییر در اعتقادات) متمرکز است و رابطه اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد. در حقیقت الگوی اعتقادبهداشتی به بررسی عوامل روانی احتمالی مؤثر بر تصمیم افراد می‌پردازد [۱۶]. کارآیی مدل اعتقادبهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده مختلف مانند پذیرش غربالگری سل، مصرف الکل، حوادث رانندگی و کنترل تصادف، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، رفتار تغذیه‌ای، آسم، مشاوره ژنتیک، سیگار کشیدن، افزایش فشار خون، ارتقای سلامتی نارسایی قلبی و سلامت دهان و دندان ثابت شده است [۱۷]. پرستاران از مهمترین عوامل کلیدی تأثیرگذار در این الگو هستند. نقش پرستار در این الگو عبارت است از آموزش و مشاوره در گروه‌های در معرض خطر؛ که اهداف آموزشی آن عبارتند از: (۱) آگاه‌سازی در خصوص روشهای صحیح محافظت فردی و تغییر در رفتار در زمینه رعایت ایمنی تزریق و رعایت احتیاطات استاندارد در همه گروه‌ها، امحاء و دفع صحیح وسایل مصرفی پزشکی (۲) افزایش آگاهی عموم جامعه در خصوص شناخت بیماری و علائم آن (۳) افزایش سطح آگاهی در زمینه راههای انتقال بیماری و نحوه پیشگیری از آن (۴) شناسایی افراد در معرض خطر و افراد آلوده به هپاتیت ب و انجام مداخله پیشگیرانه (۵) ارائه مشاوره مورد نیاز در زندانها و مراکز ترک اعتیاد [۱۸].

یونار در سال ۲۰۱۱ پژوهشی را به منظور بررسی تأثیر

انجام شد، تعداد معتادین ۱,۳۲۵,۰۰۰ نفر تخمین زده شد [۳]. مصرف مواد مخدر آثار و پیامدهای نامطلوب و بنیادی روانی، اجتماعی، انسانی، اقتصادی، سیاسی، آموزشی و فرهنگی بر ساختار و کارکرد جامعه دارد [۴].

یکی از مهمترین عوارض اعتیاد، بیماری‌های عفونی است که یکی از شایع‌ترین این بیماری‌ها هپاتیت «ب» می‌باشد. از میان افراد در معرض خطر هپاتیت «ب» مانند افراد دارای شریک جنسی متعدد، افراد خانواده فرد مبتلا به هپاتیت، کارکنان بهداشتی، بیماران همودیالیزی، معتادین تزریقی، شیرخواران مادران مبتلا به هپاتیت و افراد همجنس‌گرا، سرعت گسترش این بیماری در هیچ گروهی به اندازه معتادین تزریقی نیست. معمولاً در اثر استفاده از سرنگ‌ها و سوزن‌های مشترک توسط معتادین تزریقی انتقال هپاتیت به سرعت اتفاق می‌افتد [۵].

هپاتیت «ب» یک عفونت حاد کبدی است که توسط ویروس هپاتیت «ب» (HBV) بوجود می‌آید. و باعث متورم شدن کبد، سیروز کبد و حتی سرطانی شدن کبد گردد [۶]. پس از سل و مالاریا، سومین بیماری واگیردار و نهمین علت مرگ در جهان است [۷]. میزان شیوع ویروس هپاتیت «ب» در مناطق مختلف جهان متفاوت و به میزان ۱ تا ۱۰٪ گزارش شده است. از نظر میزان آلودگی به ویروس هپاتیت «ب»، افراد جهان را به سه منطقه با آلودگی کم (آلودگی کمتر از ۱٪) مانند کشورهای آمریکای شمالی و اروپای غربی، مناطق با آلودگی متوسط (آلودگی حدود ۲ تا ۵٪) مانند مناطقی از خاورمیانه و شبه قاره هند و مناطق با بالاترین آلودگی (آلودگی حدود ۵ تا ۱۰٪) مانند کشور چین و کشورهای آسیای جنوب شرقی، آمازون و مرکز اروپا، تقسیم می‌شود [۲]. ایران از نظر آلودگی به این ویروس در گروه دوم یعنی آلودگی متوسط بامیانگین ۵-۲ درصد قرار دارد و گزارش شده است که ۳۵٪ ایرانیان با ویروس هپاتیت «ب» تماس داشته‌اند [۸]. پراکندگی ویروس هپاتیت «ب» در استان‌های مختلف کشور متفاوت بوده و در محدوده ۳/۸-۱/۳ قرار دارد. این رقم در برخی نقاط کشور مانند فارس ۱٪ و در برخی دیگر مانند سیستان و بلوچستان ۵٪ گزارش شده است [۹]. این بیماری باعث ایجاد عوارض جسمی و روحی در بیماران مبتلا شده و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۰]. کرامت و همکاران بیان می‌کنند که بیماری هپاتیت «ب» موجب افسردگی و اضطراب، سرخوردگی و ناامیدی در بیماران می‌شود و اکثر بیماران مبتلا به هپاتیت از لحاظ پیدا کردن شغل، توانایی کار کردن و مراقبت از خانواده هایشان دچار مشکل می‌شوند و توسط اجتماع و حتی گاهی توسط

از هیاتیت «ب» بود. روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از افراد صاحب نظر به روش اعتبار محتوا تأیید گردید. در این مطالعه جهت تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی با ضریب ۰/۹۰ تأیید شد. همچنین مقدار آلفا برای حساسیت درک شده ۰/۷۲۸، شدت درک شده ۰/۹۰۷، منافع درک شده ۰/۹۰۲، موانع درک شده ۰/۹۴۴، راهنمای عمل ۰/۹۵۸ و خودکارآمدی ۰/۹۴۷ بود.

متغیرهای دموگرافیک شامل ۲۰ سؤال در مورد فرد (جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت سکونت، وضعیت تأهل، وضعیت مالی و...)، سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل ۶ بخش، ۱- حساسیت درک شده: شامل ۶ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ تایی، نمره هر سؤال از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) و محدوده نمره (۰-۲۴)، ۲- شدت درک شده: شامل ۸ سؤال، با مقیاس لیکرت ۵ تایی، نمره هر سؤال از ۰ (هیچ) تا ۴ (خیلی زیاد) و محدوده نمره (۰-۳۲)، ۳- منافع درک شده: شامل ۶ سؤال، با مقیاس لیکرت ۵ تایی، نمره هر سؤال از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) و محدوده نمره (۰-۲۴)، ۴- موانع درک شده: شامل ۱۶ سؤال، با مقیاس لیکرت ۵ تایی، نمره هر سؤال از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) و محدوده نمره (۰-۶۴)، ۵- بخش راهنمای عمل: شامل ۱۰ سؤال، با مقیاس رتبه‌ای ۱ تا ۳ گزینه‌ای، نمره هر سؤال از ۰ (خیر) تا ۲ (بلی) و محدوده نمره (۰-۳۰)، ۶- خودکارآمدی: شامل ۱۰ سؤال، با مقیاس لیکرت ۵ تایی، نمره هر سؤال از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) و محدوده نمره (۰-۴۰)، و رفتارهای پیشگیری کننده از هیاتیت ب شامل ۴ سؤال با چهار دامنه پاسخ از ۰ تا ۱۶، بدین معنی که نمره بالاتر به معنی رفتار پیشگیرانه یا بهداشتی و نمرات پایین‌تر به معنی رفتار غیرپیشگیرانه می‌باشد. لازم به ذکر است پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارش دهی توسط معتادین تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار SPSS ویراست ۲۲ شد و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی (درصد)، میانگین، انحراف معیار و جداول توصیف گردید. به منظور تعیین همبستگی بین سازه‌ها و رفتارهای پیشگیرانه از هیاتیت ب از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. همچنین رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و نمره رفتار پیشگیرانه با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن و تی تست مستقل تحلیل گردید. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین سن افراد مورد مطالعه

بکارگیری الگوی اعتقاد بهداشتی در کاهش آسیب‌های اجتماعی همانند انتقال بیماری‌ها، بین معتادین تزریقی در اوهایو و میشیگان آمریکا انجام داد. براساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد شد که برای رفع موانع رفتارهای پیشگیری کننده، با آموزش‌های مشابه و استفاده از نظریه‌ها و الگوهای دیگر تغییر رفتار در سطح فردی و سازمانی برنامه‌ریزی شود [۱۹]. زمانی و همکاران در سال ۱۳۸۵ مطالعه‌ای را بر روی دختران دبیرستانی شهر اراک به منظور ارزیابی رابطه اعتقادات بهداشتی و رفتارهای پیشگیری از هیاتیت ب انجام دادند. نتایج نشان داد بین میانگین نمرات قصد رفتار پیشگیری قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه آزمون اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P > 0/01$) [۲۰]. همچنین براتی و همکاران در سال ۲۰۱۴ در مطالعه‌ای به بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر استفاده از متافتامین در بین افراد بالغ در شهر همدان پرداختند. آنان دریافتند که مجرد بودن و نیز داشتن تحصیلات بالاتر از دبیرستان می‌توانند به عنوان متغیرهای مستقل اثرگذار بر استفاده از متافتامین معرفی شوند [۲۱]. جلیلیان و همکاران نیز در سال ۲۰۱۵ در مطالعه خود به بررسی عوامل اجتماعی و فردی مؤثر بر مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل در بین دانشجویان علوم پزشکی در اصفهان پرداختند. در این مطالعه نشان داده شد که سطح تحصیلات مادر، محل زندگی، وضعیت اقتصادی و وضعیت طلاق والدین از جمله عوامل اثر گذار هستند [۲۲]. با توجه اینکه معتادین از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر ابتلا به هیاتیت «ب» هستند و در سال‌های اخیر تعداد این افراد در شهر همدان افزایش یافته، پیشگیری از ابتلا به این بیماری در این گروه پرخطر حائز اهمیت است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی رفتارهای پیشگیری کننده از هیاتیت «ب» در معتادین بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در مرکز دولتی درمانی سومصرف مواد مخدرسمیعی ۸ شهر همدان انجام شد [۹].

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی از نوع مقطعی بود. جامعه مورد بررسی، کلیه معتادین دارای پرونده در مرکز دولتی درمان سوء مصرف مواد مخدر سمیعی ۸ شهر همدان بود. نمونه گیری به روش سرشماری انجام شد و تمامی ۱۳۵ نفر مرد مراجعه کننده، شرایط ورود به مطالعه را داشتند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه ۸۰ سوالی محقق ساخته شامل سه بخش متغیرهای دموگرافیک، سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری کننده

در زمان پژوهش $10/52 \pm 38/65$ سال و میانگین سن افراد در زمان شروع مصرف مواد مخدر $19/37 \pm 5/85$ سال بود. ۹۰ نفر (۶۸٪) باسواد زیردیپلم، ۷۸ نفر (۶۳/۴٪) مجرد، ۵۵ نفر (۴۲/۳٪) با والدین خود زندگی می‌کنند، ۷۵ نفر (۵۶/۸٪) بیکار، ۷۹ نفر (۷۱/۸٪) دارای درآمد کمتر از پانصد هزار تومان، ۳۸ نفر (۳۱/۷٪) دارای سابقه اعتیاد در خانواده و ۱۵ نفر (۱۲/۲٪) دارای سابقه هیپاتیت در خانواده بودند (جدول ۱ با این توضیح که سن فعلی و سن افراد در زمان شروع مواد مخدر بصورت پیوسته در نظر گرفته شده است و به همین دلیل در این جدول نوشته نشده است).

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی معنادار و رابطه آن‌ها با رفتارهای پیشگیری از هیپاتیت ب			
متغیر	فراوانی	درصد	آماره آزمون
سطح تحصیلات (آزمون همبستگی)			
بی‌سواد	۱۵	۱۱	۰/۲۹۷
باسواد زیردیپلم	۹۰	۶۸	
با سواد دیپلم و بالاتر	۲۷	۲۱	
وضعیت تاهل*			
مجرد	۷۸	۶۳/۴	۰/۱۰۴
متاهل	۳۸	۳۰/۹	
مطلقه/بیوه	۷	۵/۷	
وضعیت سکونت*			
تنها	۳۴	۲۶/۱	۰/۴۴۲
همراه با والدین	۵۵	۴۲/۳	
همراه با همسر و فرزند	۱۹	۱۴/۶	
بی‌خانمان	۲۲	۱۶/۹	
وضعیت شغلی*			
بیکار	۷۵	۵۶/۸	۰/۵۵۸
کارگر	۲۱	۱۵/۹	
کارمند	۵	۳/۸	
آزاد	۳۱	۲۳/۴	
سطح درآمد (آزمون همبستگی)			
کمتر از پانصد هزار تومان	۷۹	۷۱/۸	۰/۴۶۲
پانصد هزار تا نهصد و نود و نه هزار تومان	۲۱	۱۹/۱	
یک میلیون تا یک میلیون و نهصد و نود و نه هزار تومان	۷	۶/۴	
بیش از دو میلیون تومان	۳	۲/۷	
نوع اولین ماده مخدر مصرفی*			
تریاک	۷۲	۶۱/۰	۰/۹۴۸
هروئین	۲۰	۱۶/۹	
کراک	۴	۳/۴	
مواد توهم زا	۱۷	۱۴/۴	
حشیش	۵	۴/۲	
سابقه اعتیاد در خانواده			
بله	۳۸	۳۱/۷	۰/۳۱۴
خیر	۸۲	۶۸/۳	
سابقه ابتلا به هیپاتیت در خانواده			
بله	۱۵	۱۲/۲	۰/۱۲۹
خیر	۱۰۸	۸۷/۸	

مغایرت جمع کل با تعداد کل نمونه‌ها به این علت است که بعضی از سؤالات از سوی افراد نمونه بدون پاسخ بوده‌اند.

* مقادیر P value با استفاده از آزمون ANOVA محاسبه شده است.

هیپاتیت «ب» با شغل ($P > 0/05$) و نوع ماده مخدر مصرفی ($P > 0/05$) نشان نداد. ارتباط نمره رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» با وضعیت تأهل نیز معنی دار نبود ($P > 0/05$) (جدول ۱). در این مطالعه همبستگی معناداری بین نمره رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» با هر یک از سازه‌ها ($P > 0/05$) وجود نداشت (جدول ۳).

بحث

مطالعه حاضر توصیفی-مقطعی، روی ۱۳۵ نفر مرد از معتادین مراجعه کننده به مرکز دولتی درمان سومصرف مواد مخدر سمیعی ۸ در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در مطالعه حاضر، بیشترین ماده مخدر مصرفی تریاک با ۶۱ درصد بود. در مطالعه امین‌زاده و آقازاده نیز بیشترین مواد مخدر مصرفی شامل تریاک خوراکی و استنشاقی بود [۱۸]. میانگین سنی معتادین $38/65 \pm 10/52$ سال بود و تمام افراد مطالعه مرد بودند. در مطالعه قاسمیان و همکاران ۹۷/۷ درصد معتادین مرد و میانگین سنی آن‌ها $38/65 \pm 10/52$ سال بود [۱۹]. در مطالعه امین‌زاده و آقازاده نیز میانگین سنی $34/4 \pm 9/6$ سال گزارش

بر اساس یافته‌ها؛ میانگین نمره کسب شده در هر یک از سازه‌ها عبارتند از: حساسیت درک شده $4/95 \pm 9/23$ (حداکثر نمره قابل اکتساب ۲۴)، شدت درک شده $9/16 \pm 20/24$ (حداکثر نمره قابل اکتساب ۳۲)، منافع درک شده $6/47 \pm 11/40$ (حداکثر نمره قابل اکتساب ۲۴)، موانع درک شده $12/56 \pm 21/87$ (حداکثر نمره قابل اکتساب ۶۴)، راهنما برای عمل $7/27 \pm 10/05$ (حداکثر نمره قابل اکتساب ۲۰)، خودکارآمدی $11/58 \pm 18/73$ (حداکثر نمره قابل اکتساب ۴۰) و رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» $2/92 \pm 4/01$ (حداکثر نمره قابل اکتساب ۱۶) بود (جدول ۲).

طبق نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی‌داری بین نمره رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» با سن ($P > 0/05$, $r = -0/070$) و با سن در زمان شروع مصرف مواد مخدر ($P > 0/05$, $r = -0/055$) وجود نداشت. آزمون همبستگی اسپیرمن نیز ارتباط معنی‌داری بین رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» با سطح تحصیلات ($P > 0/05$, $r = 0/037$)، سطح درآمد ($P > 0/05$, $r = 0/071$)، نشان نداد. آزمون آنالیز واریانس نیز ارتباط معنی‌داری بین رفتارهای پیشگیری کننده از

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی رفتارهای پیشگیری از هیپاتیت ب

سازه	میانگین	انحراف معیار
حساسیت درک شده	۹/۲۳	۴/۹۵
شدت درک شده	۲۰/۲۴	۹/۱۶
منافع درک شده	۱۱/۴۰	۶/۴۷
موانع درک شده	۲۱/۸۷	۱۲/۵۶
راهنما برای عمل	۱۰/۰۵	۷/۲۷
خودکارآمدی	۱۸/۷۳	۱۱/۵۸
رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت ب	۴/۰۱	۲/۹۲

جدول ۳: همبستگی بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری از هیپاتیت ب

سازه	همبستگی	P value
حساسیت درک شده	۰/۰۳۸	۰/۷۱۳
شدت درک شده	۰/۱۰۶	۰/۳۰۸
منافع درک شده	۰/۱۳۴	۰/۲۰۰
موانع درک شده	-۰/۰۲۴	۰/۸۲۱
راهنما برای عمل	۰/۱۹۲	۰/۰۶۴
خودکارآمدی	۰/۱۳۹	۰/۱۸۳

در مطالعه باقیانی مقدم میزان منافع درک شده دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز $59/06$ درصد کل امتیاز قابل اکتساب بود، که تقریباً هم سطح با مطالعه حاضر بود [۲۶]. سازه خودکارآمدی از این جهت که می‌تواند ارتباط قوی با بروز رفتار داشته باشد، باید مورد توجه قرار گیرد چرا که اطلاع از انجام و علل انجام آن رفتار به تنهایی کافی نیست، بلکه باید فرد برای انجام یک رفتار خود را توانا بداند [۳۱]. در سازه خودکارآمدی افراد مورد مطالعه با کسب میانگین نمره $11/58 \pm 18/73$ به میزان $55/72$ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب کردند که امتیاز متوسطی است. در مطالعه باقیانی مقدم نیز میزان خودکارآمدی دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز $50/80$ درصد کل امتیاز قابل اکتساب بود، که تقریباً هم سطح با مطالعه حاضر بود [۲۶].

معتادین در بخش رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت «ب» با کسب میانگین نمره $2/92 \pm 4/01$ از حداکثر 16 ، امتیاز پایینی را کسب کردند. امتیاز شرکت کنندگان در مطالعه دهقانی تفتی و همکاران نیز در بخش رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری هپاتیت «ب» مانند این مطالعه نسبتاً پایین بود [۳۰].

نتایج این پژوهش نشان‌دهنده همبستگی مستقیم بین تمام سازه‌ها به جز سازه موانع درک شده با رفتارهای پیشگیری کننده از هپاتیت «ب» بود. اگرچه به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، با توجه به فرض الگوی اعتقاد بهداشتی، احتمال اینکه فرد عملی را در خصوص سلامتی خود انجام دهد، به حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده در مقابل موانع انجام رفتار بهداشتی بستگی دارد [۲۵].

محدودیت مطالعه حاضر، جمع‌آوری داده‌ها از طریق خود گزارش‌دهی است. علی‌رغم این محدودیت، نتایج مطالعه حاضر نشان داد عقاید معتادین شهرستان همدان در برخی بخش‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص بیماری هپاتیت «ب» پایین بود، بنابراین با توجه به اهمیت و ضرورت آموزش مداوم در خصوص پیشگیری و مقابله با انتقال بیماری در میان معتادین به علت وجود شرایط مخاطره آمیز متعدد پیرامون این افراد، آموزش از طریق برگزاری دوره‌های بازآموزی و آشنایی با مسائل و نحوه برخورد با بیمار و مراقبت از آنان توسط کارکنان بهداشتی خصوصاً پرستاران که از عوامل کلیدی تأثیر گزار در آموزش و مشاوره در گروه‌های در معرض خطر می‌باشند، پیشنهاد می‌گردد.

شد و تمام معتادین مرد بودند [۲۳]. در مطالعه حاضر $33/8$ درصد از معتادین سابقه استفاده از سرنگ مشترک را ذکر کردند. همسو با این مطالعه در مطالعه قاسمیان و همکاران سابقه استفاده از سرنگ مشترک در میان معتادین 50 درصد گزارش شده است [۲۴].

طبق نتایج مطالعه در بخش سازه حساسیت درک شده شرکت کنندگان با کسب میانگین $4/95 \pm 9/23$ به میزان $49/13$ درصد، از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند که امتیاز متوسطی است. میزان حساسیت درک شده در مورد هپاتیت ب، در مطالعه گریس که روی مهاجرین ویتنامی انجام شده بود نیز در حد متوسط بود [۲۵]. در مطالعه باقیانی مقدم میزان حساسیت درک شده دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز $66/21$ درصد کل امتیاز قابل اکتساب بود [۲۶]. در بخش سازه شدت درک شده شرکت کنندگان با کسب میانگین $9/16 \pm 20/24$ به میزان $69/37$ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند که امتیاز قابل قبولی است. در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران میزان خطر درک شده مدیران بهداشتی در خصوص هپاتیت «ب» بسیار بالا بوده و توانستند $97/31$ درصد از نمره کل قابل اکتساب را کسب کنند [۲۷].

معتادین مورد مطالعه در سازه منافع درک شده با کسب میانگین $6/47 \pm 11/40$ به میزان $56/26$ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند، که در سطح قابل قبولی بود. میزان منافع درک شده دختران دبیرستانی شهر یزد در خصوص بیماری ایدز در مطالعه باقیانی مقدم $75/41$ درصد بود [۲۶].

موانع درک شده، مهم‌ترین بخش الگوی اعتقاد بهداشتی است [۲۸]. مظلومی در مطالعه خود نشان داد، هر چه درک فرد از خطر یک بیماری، کم باشد موانع درک شده افزایش می‌یابد [۲۹]. معتادین در این بخش با کسب میانگین نمره $12/56 \pm 21/87$ به میزان $45/76$ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند که امتیاز پایینی است. در مطالعه دهقانی تفتی و همکاران، شرکت کنندگان در سازه موانع درک شده به میزان $52/4$ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند، و موانع درک شده آن‌ها در رابطه با بیماری هپاتیت ب و پیشگیری از آن مانند مطالعه حاضر در سطح نسبتاً پایینی بود [۳۰].

در بخش سازه راهنما برای عمل با کسب میانگین نمره $7/27 \pm 10/05$ به میزان $64/8$ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب را کسب نمودند که امتیاز متوسطی است.

سیاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه تحت عنوان «تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از هیپاتیت «ب» در معتادین مراجعه کننده به مرکز دولتی درمان سومصرف مواد مخدر سمعی ۸» در سال ۹۳۱۳ است که با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان (۹۴۰۳۰۵۱۱۱۵) اجرا شد. این مطالعه با شناسه اختصاصی کمیته اخلاق UMSHA.REC.1394.39 مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان قرار گرفت.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه در مورد پایین بودن نمرات شرکت کنندگان در سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار پیشگیری کننده از هیپاتیت ب و وجود شرایط مخاطره آمیز متعدد پیرامون معتادین، به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزش بهداشت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی توسط متولیان بخش بهداشت و درمان خصوصاً پرستاران بتواند در پیشگیری از ابتلا به هیپاتیت «ب» در معتادین مؤثر واقع گردد.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

REFERENCES

- Nabipour S, Ayu Said M, Hussain Habil M. Burden and nutritional deficiencies in opiate addiction- systematic review article. *Iran J Public Health*. 2014;43(8):1022-32. PMID: 25927032
- Denis CM, Gelernter J, Hart AB, Kranzler HR. Inter-observer reliability of DSM-5 substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2015;153:229-35. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.019 PMID: 26048641
- Iran Drug Control Headquarters: Addiction is a solution to reduce the actual number of drug users 2015 [updated 2016; cited 2016]. Available from: <http://yon.ir/cGe7>.
- Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*. 2014;9(4):e91936. DOI: 10.1371/journal.pone.0091936 PMID: 24694747
- Ayatollahi J, Navvab A, Ezzeddini F. [Hepatitis B]. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci Health Serv*. 2007;2(1):94-103.
- Gao S, Duan ZP, Coffin CS. Clinical relevance of hepatitis B virus variants. *World J Hepatol*. 2015;7(8):1086-96. DOI: 10.4234/wjv.7.8.1086 PMID: 26052397
- Zabihi A, Hajian K. [Assessment of the effect of education program on knowledge, attitude and]. *Bimon J Hormozgan Uni Med Sci*. 2004;8(3):133-8.
- Sadeghian H, Varasteh N, Esmaealzadeh A, Nomani H, Alimardani M, Davoodnejad M, et al. Distribution of hepatitis delta virus genotypes in mashhad, northeast iran. *Jundishapur J Microbiol*. 2015;8(2):e14908. DOI: 10.5812/jjm.14908 PMID: 25793092
- Alavian SM, Hajarizadeh B, Ahmadzad-Asl M, Kabir A, Bagheri-Lankarani K. Hepatitis B Virus Infection in Iran: A Systematic Review. *Hepat Mon*. 2014;8(4):281-94.
- Zhuang G, Zhang M, Liu Y, Guo Y, Wu Q, Zhou K, et al. Significant impairment of health-related quality of life in mainland Chinese patients with chronic hepatitis B: a cross-sectional survey with pair-matched healthy controls. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:101. DOI: 10.1186/1477-7525-12-101 PMID: 24928466
- Keramat F, Mamani M, Torabian S, Aliparast D. Assessment and Comparison of Health-Related Quality of Life in Chronic Hepatitis B and C Patients with Healthy Persons in Hamadan Province. *Sci J Hamadan Uni Med Sci*. 2013;20(2):8-150.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Bruner & Sudarths Textbook of Medical and Surgical Nursing. 12th ed. New York: Williams & Wilkins; 2010.
- Azizi A, Amirian F, Amirian M. [Prevalence and associated factors of hepatitis C in self-introduced substance abusers]. *J Hayat*. 2011;17(1):55-61.
- Puri P. Tackling the Hepatitis B Disease Burden in India. *J Clin Exp Hepatol*. 2014;4(4):312-9. DOI: 10.1016/j.jceh.2014.12.004 PMID: 25755578
- Barkhordari E, Rezaei N, Ansari-pour B, Larki P, Alighardashi M, Ahmadi-Ashtiani HR, et al. Proinflammatory cytokine gene polymorphisms in irritable bowel syndrome. *J Clin Immunol*. 2010;30(1):74-9. DOI: 10.1007/s10875-009-9342-4 PMID: 19844779
- Groenewold G, de Bruijn B, Biltsborrow R. Psychosocial Factors of Migration: Adaptation and Application of the Health Belief Model. *Int Migrat*. 2012;50(6):211-31. DOI: 10.1111/j.1468-2435.2012.00781.x
- Hall KS. The Health Belief Model can guide modern contraceptive behavior research and practice. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(1):74-81. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2011.00110.x PMID: 22251916
- Asgari F. [State Manual of Hepatitis B Care]. 1st ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2008.
- Bonar E. Using the Health Belief Model to Predict Injecting Drug Users' Use of Harm Reduction: Bowling Green State University; 2011.
- Zamani Alavigh F, Shafiei A, Ghofranipour F, Argmandzadegan M. [Assessment of the Health Belief Model effect on behavioral intention for hepatitis B prevention among adolescent girls]. *Payesh*. 2012;11(4):421-511.
- Barati M, Ahmadpanah M, Soltanian AR. Prevalence and factors associated with methamphetamine use among adult substance abusers. *J Res Health Sci*. 2014;14(3):221-6. PMID: 25209911
- Jalilian F, Karami Matin B, Ahmadpanah M, Ataei M, Ahmadi Jouybari T, Eslami AA, et al. Socio-demographic characteristics associated with cigarettes smoking, drug abuse and alcohol drinking among male medical university students in Iran. *J Res Health Sci*. 2015;15(1):42-6. PMID: 25821025
- Aminzadeh Z, Aghazadeh Sarhangi K. [Seroepidemiology of HIV, syphilis, hepatitis B and C in intravenous drug users at Loghman Hakim hospital]. *Iran J Med Microb*. 2007;1(3):53-6.
- Ghasemian R, Najafi N, Amirkhanloo K. [The study of infections due to injection drug abuse in the injecting drug users hospitalized at Imam Khomeini Hospital in Sari and Razi Hospital in Ghaemshahr]. *J Mazandaran Uni Med Sci*. 2011;21(2):8-15.
- Ma GX, Fang CY, Shive SE, Toubeh J, Tan Y, Siu P. Risk perceptions and barriers to Hepatitis B screening and vaccination among Vietnamese immigrants. *J Immigr Minor Health*. 2007;9(3):213-20. DOI: 10.1007/s10903-006-9028-4 PMID: 17265128
- Baghianimoghadam MH, Forghani H, Zolghadr R, Rahaii Z, Khani P. [Health Belief Model and HIV/AIDS among high school female students in Yazd, Iran]. *J Res Med Sci*. 2010;15(3):189-90.
- Zulghadr R, Moghadam MHB, Ali Morowatisharifabad M, editors. Knowledge, Risk perceptions and behavioral intentions for Hepatitis B among Health Managers in Yazd Province (IRAN). The First International & 4th National Congress on health Education & Promotion; 2011; Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
- Piri A. [Effects of education based on health belief model on dietary adherence in diabetic patients]. *J Diabet Metab Disord*. 2010;9(1):15.
- Mahmoodabadi SM, Tonekaboni NR. [Survey of some related factors to oral health in high school female students in Yazd, on the basis of health behavior model (HBM)]. *J Birjand Uni Med Sci*. 2008;15(3):40-7.

30. Deghani Tafti A, Farzaneh Z, Morowatishaifabad M, Mohammadloo A, Mirzaei Alavijeh M. [Beliefs of Health Sector Personnel in Taft District about Hepatitis B: An Application of Health Belief Model]. *Tolooebehdasht*. 2014;13(2):145-56.
31. Mazloomi S, Mirzaei A, Afkhami Ardakani M, Baghiani Moghadam M, Fallahzadeh H. [The role of health beliefs in preventive behaviors of individuals at high-risk of type2 diabetes mellitus]. *J Shahid Sadoghi Uni Med Sci*. 2010;18(1):24-31.

Archive of SID

Study of Preventive Behaviors of Hepatitis B Based on Health Belief Model among Addicts Affiliated to Hamedan

Masoud Khodaveisi¹, Mitra Salehikha², Saeed Bashirian^{3,*}, Manoochehr Karami⁴

¹ Assistant Professor, Chronic Disease (Home Care) Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Student Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center and Department of Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Saeed Bashirian, Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: s_bashirian@yahoo.com

DOI: 10.20286/nmj-24028

Received: 26.01.2016

Accepted: 27.04.2016

Keywords:

Health Belief Model

Drug Addiction

Hepatitis B

How to Cite this Article:

Khodaveisi M, Salehikha M, Bashirian S, Karami M. Study of Preventive Behaviors of Hepatitis B Based on Health Belief Model among Addicts Affiliated to Hamedan. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;24(2):129-137. DOI: 10.20286/nmj-24028

© 2016 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Hepatitis B is a major global health problem. Injecting drug users are at high risk of hepatitis B and the majority of cases with hepatitis B are among this group. The purpose of this survey was to study the preventive behaviors of hepatitis B based on Health Belief Model among addicts affiliated to Hamedan.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study on 135 male addicts selected as research units. The data collection tool was a questionnaire designed based on Health Belief Model and preventive behaviors of hepatitis B. The validity of the questionnaire was determined by content validity method and its reliability was assessed by Cronbach's alpha. The collected data was analyzed statically by Pearson's correlation test, Spearman's correlation test and t-test with SPSS version 22.

Results: The mean age of subjects was 10.52 ± 38.65 years. The mean mark in each structure was as follows; perceived susceptibility: 4.95 ± 9.23 (maximum 24), perceived severity: 9.16 ± 20.24 (maximum 32), perceived benefits: 6.47 ± 11.40 (maximum 24), perceived barriers: 12.56 ± 21.87 (maximum 64), cue to action: 7.27 ± 10.05 (maximum 30), self-efficacy: 11.58 ± 18.73 (maximum 40), behaviors: 2.92 ± 4.01 (maximum 16). There was no significant correlation between the variables and behavior ($P > 0.001$). There was no significant relationship between age, level of education, income, occupation, marital status and preventive behaviors of hepatitis B ($P > 0.001$).

Conclusions: Considering risky circumstances, educating drug users is important and necessary for the prevention of hepatitis B. Health education programs, therefore, are recommended to prevent hepatitis B in addicts.