



نقش تبیینی مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت در مبتلایان و غیر مبتلایان به کووید-۱۹

مریم احمدی نیت: کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

رضا سلطانی شال: استادیار روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

عذرا زبردست: استادیار روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (* نویسنده مسئول) zebardast@guilan.ac.ir

چکیده

کلیدواژه‌ها

کووید-۱۹،

منافع سلامت،

منبع کنترل سلامت،

مدل باور سلامت

زمینه و هدف: جهان بحرانی را در سلامت، با نام علمی کووید-۱۹ تجربه کرده است. از آنجایی که عوامل روان‌شناختی در اتخاذ رفتار سالم و ناسالم به جهت ابتلا به این ویروس نقش دارند، این پژوهش با هدف مقایسه روان‌شناختی دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به کووید-۱۹، مبتنی بر مدل باور سلامت و نظریه منبع کنترل سلامت انجام شده است.

روش کار: طرح این پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل افراد بالای ۱۸ سال ساکن ایران در سال ۱۴۰۰ می‌باشند. نمونه پژوهش شامل ۲۶۲ نفر (۱۱۵ نفر مبتلا و ۱۴۷ نفر غیر مبتلا به کووید-۱۹) به روش نمونه‌گیری در دسترس و با جلب رضایت آگاهانه، از میان کاربران شبکه‌های اجتماعی مجازی واتس‌آپ، تلگرام و ایستاگرام انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه مدل باور سلامت در کووید-۱۹ و پرسشنامه منبع کنترل سلامت فرم C والستون به صورت برخط جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به کووید-۱۹ تفاوت معنادار دارند ($P < 0.05$). همچنین از زیرمقیاس‌های مدل باور سلامت، در متغیرهای شدت بیماری، منافع ادراک شده و هزینه ادراک شده بین دو گروه، تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به نقش آگاهی بخشی عوامل روانی موثر بر رفتار پیشگیرانه، ضروری است متخصصین بهداشت و سلامت در سطح پیشگیری اولیه و به منظور کنترل بیماری‌های واگیر همانند کووید-۱۹، برنامه‌های آموزشی-روانی را جهت مداخله موثر بهداشتی-درمانی لحاظ کنند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Ahmadi Niat M, Soltani Shal R, Zebardast A. Explanatory Role of Health Belief Model and Health Locus of Control in Patients and Non-patients with Covid-19. Razi J Med Sci. 2024(27 Aug);31.97.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) صورت گرفته است.

Explanatory Role of Health Belief Model and Health Locus of Control in Patients and Non-patients with Covid-19

Maryam Ahmadi Niat: MA in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Reza Soltani Shal: Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Azra Zebardast: Assistant Professor in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran (*Corresponding Author) zebardast@guilan.ac.ir

Abstract

Background & Aims: Covid-19 is an infectious disease that spreads rapidly to other people and has become a global health emergency (1). Despite the various vaccines, the best way to prevent this disease is to follow the health guidelines announced by health experts. Based on the confirmed research regarding the role of intrapersonal psychological factors in health psychology, it seems that psychological models related to disease prevention and control can explain the subjective factors of getting infected with Covid-19. Health behavior is any type of action that a person takes for his health in the phase without symptoms of illness or health status. In addition to this definition of health behavior, individual characteristics such as beliefs, expectations, motivations, values, perceptions, and emotional features play a role in health behavior (2). In other words, a person intends less to perform the health behavior or to have preventive behaviors of Covid-19, when he believes he can't affect prevention of Covid-19 with their behavior effectively (3). In general, according to the comprehensive health psychology attitude, people's health in terms of getting infected and not getting infected by Covid-19, like other diseases, is considered at two ends of an illness/wellness continuum to represent people's differing health statuses. Therefore, people's health status changes during this continuum from health to illness by adopting health behavior or illness behavior (4). The answer to why people do or don't do health behaviors is explained in the Health Belief Model (HBM) (5). In this model, several fundamental cognitive beliefs predict why people take action to prevent, screen, or control disease conditions. These beliefs include 1. Perceived susceptibility; 2. Perceived Severity; 3. Perceived benefits; 4. Perceived costs (perceived barriers); and 5. Cues to Action.

One of the comprehensive approaches to the health belief model is the attribution theory, and its related concept is the health locus of control. The health locus of control states that personal control and health may be related together. People differ in whether they tend to consider events as controllable by themselves (internal source of control) or uncontrollable (external source of control) (3). Some people who have a strong sense of personal control may be more likely or able to maintain their health and prevent illness than those who have a weak sense of control (23). People are different in terms of whether they tend to consider events as controllable by themselves (internal locus of control) or not (external locus of control) (3). The Internal health locus of control is related to this belief that one's behaviors affect his/her health status. In contrast, the external health locus of control depends on one's belief that his/her health outcomes depend on external "random" variables such as luck and fate (9).

However, despite the many studies in the field of health behavior during the Covid-19 pandemic, the limitations of the existing studies in the explanation of concepts based on health behavior models and its complementary part, i.e., the source of health control, the current research were conducted to investigate the role of people's belief in getting infected Covid-19, around two conceptual and explanatory parts. These parts are the health belief model and the health locus of control (attribution theory). since according to health psychology experts, the health belief model is not a complete model on its own (3), And this research includes a comparative study of the mentioned constructs in two groups with and without covid-19. In this study, it's supposed that the health belief model and health locus of control can explain

Keywords

Covid-19,
Health benefits,
Locus of Control,
Health belief model

Received: 27/04/2024

Published: 27/08/2024

people's beliefs and their adaptation to health behavior and preventive behavior in the Covid-19 epidemic; and there is probably a significant difference between the beliefs of people with and without Covid-19.

Methods: The current research design is a descriptive method and causal-comparative method was used to analyze the data. The required sample size was 384 people based on the formula of Cochran and with an error level of 5% (14). In the first quarter of 2021, 539 people responded voluntarily and online to demographic questionnaires, the health belief model specific to the Covid-19 pandemic, and the MHLC Form C Walston health locus of control questionnaire according to the research entry criteria. After normalization and removal of outlier data, 262 people were chosen. The entry criteria of research include the age range of 18 years or older, access to a smartphone, the possibility of using social media, a definite diagnosis of a doctor for contracting Covid-19 with or without a history of hospitalization (in the case of samples related to the infected group). The criteria for exclusions included filling questionnaires incompletely and definite covid_19 infection in the case of non-infected samples. The two questionnaires of the current research were collected into the Google Drive site platform to be presented to the participants online (address: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfYu8gPhIjpUFKw5hTKC9WwjsnnNDpFcd->). Then the questionnaire link was shared on popular social media such as Telegram and Instagram. For describing the findings, descriptive statistics were computed on collected data (mean and standard deviation). Also, to compare the health belief model and the health locus of control, between the two groups, the multivariate analysis of variance method was used by SPSS version 26 software.

The ethical considerations were explained to the participants about the research process, the confidentiality of the information, and the approval of the proposed study before implementation in the research ethics committee of Gilan University with the code IR.GUMS.REC.1400.036.

Results: Statistical analysis of data was performed on 262 samples. 102 people in the sample were women, and 160 were men. The oldest age range in the infected group by Covid_19 was 40 to 59 years old. To compare the two groups, an analysis of covariance was performed. The results showed that there is a significant difference between the two groups in the health belief model and health control source too at the 95% confidence level. Also, according to the mean values, the scores of perceived severity; perceived cost; and perceived benefits in the non-infected covid-19 group were larger than the infected group.

Conclusion: The present study showed that health belief as a hidden mediating variable is effective in participants' tendency to perform or not perform healthy behavior. Therefore, in health emergency conditions such as the Covid-19 pandemic, where the rates of infection are high and discovering a definitive treatment for the disease requires considerable time and cost, it seems that focusing more on prevention is more logical and it costs less coping strategy. Therefore, according to the role of knowledge in psychological factors which affect people's preventive behavior, it is necessary that health experts consider psychological training programs for effective health-therapeutic intervention at the level of primary prevention and to control infectious diseases such as Covid-19.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Ahmadi Niat M, Soltani Shal R, Zebardast A. Explanatory Role of Health Belief Model and Health Locus of Control in Patients and Non-patients with Covid-19. *Razi J Med Sci.* 2024(27 Aug);31.97.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

بیماری کرونا ویروس ۲۰۱۹ با نام علمی کووید-۱۹ (Covid-19) که در زبان عامه به آن کرونا می‌گویند؛ یک نوع بیماری عفونی است که از طریق قطره‌های ریز تنفسی افراد مبتلا در هنگام عطسه، سرفه، یا حتی گفتگو کردن به سرعت به سایر افراد سرایت می‌کند. به دلیل نحوه انتشار آن، این ویروس در مدت زمان کم در سرتاسر دنیا گسترش یافت و به یک بحران عمومی بهداشتی در جهان تبدیل شد. اگرچه نرخ مرگ و میر در این بیماری بین یک تا پنج درصد تخمین زده می‌شود، اما بسته به سلامت جسمانی فرد مبتلا و سن او، احتمال کشنده بودن این بیماری در افراد مختلف، متفاوت است و از یک طیف ملایم تا شدید با علائمی همچون تب، سرفه، تنگی نفس، از دست دادن حس بویایی یا حس چشایی می‌تواند بروز نماید. در موارد شدیدتر ممکن است منجر به ذات‌الریه، نارسایی کلیه و مرگ شود (۱).

با وجود واکنش‌های متنوع، بهترین راه برای پیشگیری از این بیماری رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی اعلام شده از سوی متخصصان بهداشت است. علی‌رغم وجود اطلاعات بسیار در زمینه روش‌های پیشگیری از ابتلا و در عین حال وجود پژوهش‌های تایید شده در خصوص نقش عوامل روان‌شناختی درون فردی در ابتلا به کووید-۱۹، برخی افراد نسبت به رعایت این دستورالعمل‌ها پیروی لازم را ندارند و به نظر می‌رسد مدل‌های روان‌شناختی سهیم در پیشگیری و کنترل بیماری که در روان‌شناسی سلامت (Health Psychology) مطرح شده، می‌توانند تبیین‌کننده این مساله باشند. در تعریف رفتار سلامت (Health Behavior) غیر از این تعریف که رفتار سلامت مبتنی است بر هر رفتاری که توسط فرد به منظور پیشگیری از بیماری یا تشخیص بیماری در یک مرحله بدون علامت، انجام شود، علاوه بر این، ویژگی‌های شخصی مانند باورها، انتظارات، انگیزه‌ها، ارزش‌ها، ادراکات و ویژگی‌های احساسی و عاطفی رفتار سلامت را تعیین می‌کنند (۲). از این‌رو تا زمانی که مردم باور نکنند با رفتار خود می‌توانند تأثیر موثری در پیشگیری کووید-۱۹ ایجاد کنند، انگیزه کمی برای انجام رفتار سلامت و سازگار شدن با رفتارهای پیشگیرانه از کووید-

۱۹ خواهند داشت. عوامل روان‌شناختی و رفتاری، پیش‌بینی‌کننده‌ی پذیرش واکسن برای بیماری کووید-۱۹ است و عوامل روانی در شیوع و شدت عوارض جانبی مرتبط با واکسن دخیل هستند (۳).

به طور کلی، بنابر رویکرد جامع روان‌شناسی سلامت، سلامت افراد از حیث ابتلا و عدم ابتلا به کووید-۱۹، به مثابه سایر بیماری‌ها، در دو سر پیوستار سلامت و بیماری در نظر گرفته می‌شود؛ یعنی افراد قربانی منفعل شناخته نمی‌شوند. درمقابل، افراد با در پیش گرفتن رفتار سلامت یا رفتار بیماری در طول این پیوستار از سلامت تا بیماری در حرکت هستند (۴). روان‌شناسان سلامت از طیف گسترده‌ای از نظریه‌های روان‌شناختی در تبیین و تحلیل رفتار سلامت استفاده می‌کنند؛ از جمله به نقش باور سلامت در رفتار سلامت تاکید دارند. پاسخ به این که چرا مردم رفتارهای سلامت را انجام می‌دهند یا نمی‌دهند، در مدل باور سلامت (Health Belief Model (HBM) تبیین می‌شود (۵). به عبارت دیگر، مطالعات نشان می‌دهد که صرف داشتن معلومات، و دانش در خصوص بیماری و رفتار سلامت مرتبط به آن، به تنهایی، سبب تغییر در رفتار فرد نمی‌شود و یا رفتار سلامت را پیش‌بینی نمی‌کند. بنابراین ذهنیت و باور افراد درباره رفتار سلامت، باید مورد توجه و مطالعه قرار گیرد (۴). این مدل تلاش می‌کند تا عدم مشارکت مردم در برنامه‌های پیشگیری یا تشخیص بیماری‌های بدون علامت را توضیح دهد و نیز چگونگی واکنش افراد به علامت‌های بدنی ادراک شده و عکس‌العمل آن‌ها در پاسخ به بیماری‌های جدی تشخیص داده شده را توضیح دهد. مدل باور سلامت سال‌ها است که برای مطالعه واکنش‌های پایبندی به دارو، مراقبت از دیابت و سایر رفتارهایی استفاده می‌شود که نیاز به اصلاح رفتار بیمار، برای کاهش خطرات سلامت دارد (۵).

در این مدل چندین باور شناختی بنیادین پیش‌بینی می‌کند که چرا مردم برای پیشگیری، غربالگری یا کنترل شرایط بیماری اقدام می‌کنند. این باورها شامل: ۱. آسیب پذیری ادراک شده (Perceived Susceptibility) در برابر بیماری؛ ۲. شدت ادراک شده (Perceived Severity) بیماری؛ ۳. منافع ادراک شده (Perceived Benefits) از انجام رفتار؛ ۴. هزینه (موانع) ادراک شده (Perceived Barriers) از انجام رفتار

مطالعه‌ای مبتنی بر مدل باور سلامت نشان داد که شدت ادراک شده، منفعت ادراک شده، جنسیت (زن)، سن، فراوانی و تعداد افراد مسن در خانواده، قرار گرفتن در معرض رسانه، دانش، و وضعیت بهداشت شخصی و حمایت اجتماعی بر اقدامات پیشگیرانه تأثیر مثبت دارد، اما آسیب‌پذیری ادراک شده بر آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (۷). آموزشی مبتنی بر مدل باور سلامت برای تغییر رفتار خوددرمانی با داروهای نیازمند نسخه، در زنان ساکن یاسوج، نشان داد که مدل باور سلامت بر تغییر رفتار خوددرمانی موثر است و با افزایش آسیب‌پذیری ادراک شده برای مصرف خود سرانه دارو، می‌توان خوددرمانی در زنان را کاهش داد (۸). بنابراین مردم در نظر می‌گیرند که آیا پیامد تغییر رفتار از موانع عملی و روانی تغییر رفتار بیشتر است یا خیر. به عبارت دیگر افراد منفعت تغییر رفتار خود را برای کاهش خطر سلامتی خود ارزیابی می‌کنند و تصمیم می‌گیرند که آیا اقدامات پیشگیرانه انجام دهند یا خیر (۳).

رویکرد تکمیلی مدل باور سلامت، اضافه شدن نظریه اسناد (Attribution Theory) و مفهوم مرتبط با آن، منبع کنترل سلامت (Health locus of control) است. مفهوم منبع کنترل اشاره به این موضوع دارد که افراد به نتایج خوب یا بد رفتار در زندگی شان، باور دارند. این عوامل می‌تواند درونی باشد، یعنی فرد باور دارد که مستقیماً مسئول اعمال و رفتار خود است و یا بیرونی باشد. یعنی فرد معتقد به عوامل محیطی، نیروهای برتر یا افراد دیگر است که رفتار او را کنترل می‌کنند. افراد در مورد این که آیا تمایل دارند رویدادها را قابل کنترل توسط خود (منبع کنترل درونی) یا غیر قابل کنترل (منبع کنترل بیرونی) بدانند، متفاوت هستند (۳). منبع کنترل سلامت درونی، به این باور افراد مربوط می‌شود که رفتارهای خود فرد، بر شرایط سلامت او تأثیر می‌گذارد. در حالی که منبع کنترل سلامت بیرونی، به باور فرد به این که پیامدهای سلامت او، به عملکرد یا متغیرهای "تصادفی" بیرونی مانند شانس و سرنوشت بستگی دارد (۹).

مقیاسی از منبع کنترل سلامت ساخته شد (۱۰) که ارزیابی می‌کند آیا یک فرد سلامت خود را قابل کنترل

و ۵. نشانه‌های عمل انجام رفتار است (۳). آسیب‌پذیری ادراک شده، ارزیابی فرد از خطر بیماری است، یعنی درک پیامد ناخواسته. در واقع، باور فرد به احتمال مبتلا شدن به بیماری است (۶). مثال آن در خصوص بیماری کووید-۱۹، چنین باوری است که شانس من برای ابتلا به بیماری کووید-۱۹ بالا است. در حالی که شدت ادراک شده یعنی ارزیابی فرد از جدی بودن بیماری، وضعیت یا پیامدهای ناخواسته و پیامدهای بالقوه و ترکیب آسیب‌پذیری ادراک شده و شدت درک شده، ادراک خطر، نامیده می‌شود. درک هزینه یا موانع انجام رفتار در برابر بیماری همان هزینه ادراک شده است. یعنی ارزیابی فرد از پیامدهای منفی و ناخوشایند انجام رفتار. چرا که جنبه‌های بالقوه منفی یک رفتار سلامت معین، ممکن است مانعی برای انجام رفتار سلامت توصیه شده باشد. به طور مثال، "این رفتار می‌تواند به من کمک کند، اما ممکن است گران باشد، عوارض منفی جانبی داشته باشد، ناخوشایند یا وقت‌گیر باشد؛ زدن ما سک، برای جلوگیری از ابتلا به کووید-۱۹ می‌تواند طاقت فرسا باشد. منافع (مزایای) ادراک شده، ارزیابی افراد از پیامدهای مثبت انجام رفتار است: "با رعایت قرنطینه خانگی می‌توانم از مبتلا شدن خودم و عزیزانم جلوگیری کنم". این که آیا تغییر رفتار اتفاق می‌افتد یا خیر بستگی به سنجش و ادراک منافع و موانع دارد. نشانه عمل در مدل باور سلامت پیش‌بینی می‌کند که تصمیم برای تغییر رفتار به دنبال "نشانه عمل" است. این محرک یا اعلان، ممکن است درونی باشد مانند تنگی نفس؛ یا یک علامت بیرونی باشد مانند توصیه‌های سلامت از سوی یک پرستار یا مثلاً اطلاعات مربوط به سلامت در بروشورها (۳، ۶). بنابراین اگر افراد، خود را مستعد ابتلا به یک بیماری بدانند و باور کنند که این بیماری عواقب بالقوه جدی می‌تواند داشته باشد و معتقد باشند که یک اقدام عملی که برای آنها مفید است، می‌تواند در کاهش آسیب‌پذیری آنها یا کاهش شدت بیماری مفید باشد و نیز اگر منافع پیش‌بینی شده برای انجام رفتار را بیشتر از موانع انجام رفتار ادراک کنند؛ به احتمال زیاد، آنها اقداماتی را انجام می‌دهند که معتقدند خطرات بیماری را کاهش می‌دهد (۵).

می‌داند یا خیر. در ارزیابی‌های بعدی و تکمیلی ابعاد توسعه یافته به صورت منبع کنترل سلامت درونی، منبع کنترل بیرونی با تاکید بر سرنوشت و تقدیر و منبع کنترل بیرونی با تاکید بر نقش افراد قدرتمند (موثر) تدوین شد. نتایج نشان می‌دهد بین خوش‌بینی و منبع کنترل سلامت درونی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین رفتار سلامت توام با آگاهی، ۲۵ درصد از تغییرات منبع کنترل سلامت بیرونی را به صورت منفی تبیین می‌کند (۱۱).

مطالعات نشان می‌دهد که منبع کنترل سلامت به تغییر رفتار فرد (مثلاً ترک سیگار) یا پیروی از توصیه‌های پزشک مربوط می‌شود. همچنین، با نوع سبک ارتباطی افراد از متخصصان بهداشت نیز بستگی دارد. به عبارت دیگر، اگر یک پزشک، فردی را که عموماً منبع کنترل بیرونی دارد، تشویق کند تا سبک زندگی خود را تغییر دهد، بعید است که فرد از این امر پیروی کند. زیرا خود را مسئول سلامتی خود نمی‌داند. در مطالعه‌ای بر روی افراد جوان مبتلا به دیابت، باور به کنترل سلامت بیرونی فرد، با درک کمتری از خطرات مرتبط با این بیماری همراه بود (۳). پژوهشی از نوع کوهورت در کشور سوئد با مدت پیگیری پنج سال و سه ماه، رابطه بین منبع کنترل سلامت و مرگ و میر را برآورد کرد. در این مطالعه افرادی با منبع کنترل سلامت درونی ناچیز، یا بدون منبع کنترل سلامت درونی، خطر مرگ قابل توجهی، در مقایسه با افرادی با منبع کنترل درونی بالا داشتند (۱۲). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داد که منبع کنترل سلامت افراد به‌طور غیرمستقیم بر رفتار خرید برخط مصرف‌کنندگان و تمایل به خرید برخط آن‌ها در طول همه‌گیری تأثیر می‌گذارد. به ویژه، منبع کنترل سلامت درونی (در مقابل بیرونی) افراد، آگاهی سلامت بالاتر (در مقابل پایین‌تر) و رفتار فاصله‌گذاری اجتماعی بیشتر (در مقابل پایین‌تر) را پیش‌بینی می‌کند. همچنین فاصله‌گذاری اجتماعی بر رفتار خرید فعلی افراد و تمایل به خرید برخط در آینده، موثر است و البته با سن افراد نیز رابطه دارد. زیرا اثرات قوی‌تری برای افراد مسن‌تر شناسایی شده است (۱۳). اما با وجود مطالعات فراوان در زمینه رفتار سلامت در

همه‌گیری کوید-۱۹، محدودیت مطالعات موجود این است که پژوهش‌های قبلی صرفاً بر روی متغیرهای خاص، و بیشتر حول مسئله رفتارهای پیشگیرانه و درمان متمرکز است. از آنجایی که کووید-۱۹ بیماری نوظهوری است، برخی از ابعاد مثل بخش تبیین مفهوم‌ها مبتنی بر مدل‌های رفتار سلامت و بعد تکمیلی آن یعنی منبع کنترل سلامت کمتر پرداخته شده است؛ به طور اختصاصی- در بیماری کووید-۱۹ تاکنون انجام نشده است؛ بنابراین پژوهش حاضر قصد دارد نقش باور افراد را در زمینه ابتلا به کووید-۱۹، حول دو محور مفهومی و تبیینی یعنی مدل باور سلامت و منبع کنترل رفتار سلامت (نظریه اسناد) بررسی کند. زیرا بر طبق نظر متخصصین روان‌شناسی سلامت، مدل باور سلامت به تنهایی مدل کاملی نیست؛ چه آن که متخصصین حوزه سلامت ادعا می‌کنند که سازمان‌های مدیریت بحران، باید از بررسی تفاوت‌های جمعیتی شناختی در جهت سازش‌یافتگی افراد در انجام رفتارهای پیشگیرانه کمک بگیرند تا با اتکا به یافته‌های مطالعاتی، به توسعه راهبردهای هدفمند دست یابند. راهبردهایی که با تغییر رفتار جامعه می‌توانند در شرایط بحران، مفید و موثر واقع شوند (۳).

از طرفی ضرورت پژوهش حاضر از این جهت مطرح می‌شود که پژوهش درباره یک ویروس نوظهور می‌تواند منجر به کسب دانش، آگاهی و آمادگی بیشتر در شرایط مشابه، در آینده شود. همان‌طور که نتایج پژوهش‌ها در خصوص ویروس‌های پیشین مانند مرس و سارس توانست دانش متخصصین را نسبت به ویروس کووید-۱۹ که هم‌خانواده با این ویروس هاست، افزایش دهد. به عنوان مثال، نتایج مطالعه‌ای نشان داد آسیب‌پذیری ادراک شده، نشانه‌های عمل و منافع انجام رفتار، می‌توانند پیش‌بینی‌کننده موثری برای پوشیدن ماسک صورت، برای پیشگیری از ابتلا به ویروس سارس باشند (۷). بنابراین نیاز به اطلاعات پژوهشی جهت طراحی و توسعه راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر شواهد، در پاندمی کووید-۱۹ قابل ملاحظه است؛ خصوصاً دانش سازمان‌یافته کمی مبتنی بر روانشناسی سلامت درباره کووید-۱۹ وجود دارد. بنابراین پژوهش حاضر قصد دارد

خصوصاً انجام رفتار سلامت در برابر بیماری کووید-۱۹ مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. برای نمره گذاری از مقیاس دو بعدی موافقم یا مخالفم استفاده شده است که در صورت موافق بودن، امتیاز یک و در صورت مخالف بودن امتیاز صفر منظور می‌شود. در بعضی سوالات، جهت تشخیص پاسخ‌های تصادفی یا دروغ سنج، از نمره گذاری معکوس، استفاده شده است. یعنی اگر فرد پاسخ "موافقم" را انتخاب کند، امتیاز صفر و اگر پاسخ "مخالفم" را انتخاب کند، امتیاز یک را برای آن سوال کسب می‌کند. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از متخصصین روانشناسی حوزه سلامت بررسی شده است و ضریب CVR و CVI به ترتیب مقادیر ۱ و ۰/۹۵۵ بدست آمد. بعد از بررسی روایی محتوا، همسانی درونی این مقیاس، از طریق آلفای کرون باخ برای ۱۸ سوال، ۰/۷۹۶ به دست آمد که از لحاظ آماری برای همسانی درونی مناسب است (۱۵).

پرسشنامه چند وجهی منبع کنترل سلامت (MHLC) فرم C والستون: در سال ۱۹۹۴ منتشر شد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که دارای نمره گذاری مقیاس ۶ بعدی لیکرت است و دارای سه زیر مقیاس منبع کنترل سلامت درونی، زیر مقیاس منبع کنترل سلامت مربوط به افراد موثر و زیر مقیاس سلامت مربوط به شانس است. شیوه نمره گذاری پرسشنامه منبع کنترل سلامت بدین صورت است که برای بدست آوردن نمره هر زیر مقیاس کافی است امتیاز همه عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر با هم جمع شود. ضریب پایایی کودر - ریچاردسون برای هر یک از مقیاس منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱، ۰/۷۷ گزارش شده است. همبستگی نمرات این آزمون با وضعیت سلامتی آزمودنی‌ها حاکی از اعتبار ملاکی مطلوب این آزمون است. روایی همزمان مقیاس منبع کنترل سلامت با مقیاس درونی - بیرونی روتر مشخص شده است. همچنین این پرسشنامه همبستگی قابل قبولی با پرسشنامه جایگاه کنترل درونی و بیرونی Levenson دارد (۱۶). این فرم در جهت اندازه‌گیری منبع کنترل سلامت در جمعیت بزرگسال

بررسی کند که آیا بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به کووید-۱۹ از لحاظ روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد یا خیر و این مقیاس روان‌شناختی را مبتنی بر نظریه‌های مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت تبیین کند.

روش کار

طرح پژوهش حاضر توصیفی و به روش علی - مقایسه‌ای انجام شد. جامعه پژوهش تمام افراد بالای ۱۸ سال ساکن ایران در سال ۱۴۰۰ بودند. اجرای روش پژوهش، برای تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران در سطح خطای ۵ درصد، نمونه مورد نیاز ۳۸۴ نفر بدست آمد (۱۴). ۵۳۹ نفر با توجه به ملاک‌های ورود پژوهش، در سه ماهه اول سال ۱۴۰۰، بصورت داوطلبانه به پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، مدل باور سلامت ویژه همه‌گیری کووید-۱۹ و پرسشنامه چندوجهی منبع کنترل سلامت MHLC فرم C والستون به صورت برخط پاسخ دادند. پس از نرمال سازی و حذف داده‌های پرت، حجم نمونه به تعداد ۲۶۲ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۸ سال و بالاتر، دسترسی به تلفن همراه هوشمند و توانایی استفاده از آن برای دسترسی به فضای مجازی، داشتن تشخیص قطعی از پزشک برای ابتلا به کرونا- با یا بدون سابقه بستری (در مورد نمونه‌های مربوط به گروه مبتلایان) و ملاک‌های خروج شامل پاسخ‌دهی ناقص پرسشنامه‌های برخط و ابتلای قطعی به کرونا در مورد نمونه‌های غیرمبتلا بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سوالات درباره سن، تحصیلات، سابقه ابتلا به کووید-۱۹: پرسشنامه مدل باور سلامت ویژه همه‌گیری کووید-۱۹: مقیاس فارسی برای سنجش سازه‌های نظریه الگوی باور سلامت ویژه بیماری کووید-۱۹ در ایران تدوین شد. در این مقیاس پنج گویه‌ای یعنی ادراک آسیب‌پذیری؛ ادراک شدت بیماری؛ ادراک منافع انجام رفتار؛ ادراک هزینه انجام رفتار؛ نشانه‌های عمل انجام رفتار؛ باور فرد در

یافته‌ها

تعداد ۵۳۹ آزمودنی در فرصت سه ماه سوم سال ۱۴۰۰ که برای جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفته شده بود، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند، اما تعدادی از موارد به جهت نرمال‌سازی حذف شدند و در نهایت تحلیل آماری داده‌ها با ۲۶۲ نمونه ادامه یافت. ۱۰۲ نفر از نمونه را زنان و ۱۶۰ نفر را مردان تشکیل دادند. بیشترین محدوده سنی گروه مبتلایان دوره سنی ۴۰ تا ۵۹ بود. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش گزارش شده است. طبق این جدول میانگین نمره کل مدل باورسلامت و نمره کل منبع کنترل سلامت در گروه غیرمبتلایان، بیشتر از گروه مبتلایان است.

جهت تحلیل داده‌های پژوهش، از روش تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد که این روش تحلیل، مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی است که قبل از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. از شاخص کجی و کشیدگی، برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها، استفاده شد و نتایج نشان داد که همه سطوح پژوهش در دامنه ۳ و ۳- قرار داشتند و این به معنی نرمال بودن داده‌ها است.

به منظور بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در دو گروه (مبتلا و غیرمبتلا) از Levene's test استفاده شد. نتایج، عدم معنی‌داری این آزمون را در تمام سطوح، در سطح ۰/۰۵ نشان داد ($P > 0/05$). بنابراین شرط همگنی واریانس‌های بین گروهی برقرار بود. نتایج آزمون Box's M، همگن بودن ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) را مورد تایید قرار داد ($P = 0/241$ ، $F = 5/952$ ، $Box' M = 18/009$). زیرا مقدار P از ۰/۰۵ بیشتر است. همچنین با استفاده از فاصله ماهالانویس عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری بررسی شد که چون داده پرتی شناسایی نشد، صحت این فرضیه نیز برقرار است. علاوه بر این هم‌خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و این فرضیه نیز مورد تایید قرار گرفت. بنابراین با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری،

ایرانی روایی و پایایی قابل قبولی دارد. این مقیاس دارای پایایی قابل قبول با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و در مورد خرده مقیاس‌ها ضریب بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۹ است (۱۷).

روش اجرا: در مراحل اجرا تحقیق، در قدم نخست سه پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مدل باور سلامت ویژه همه‌گیری کووید-۱۹ و منبع کنترل سلامت، جهت ارائه به آزمودنی‌ها به صورت اینترنتی، توسط محققین در پلت‌فرم سایت گوگل درایو (به آدرس <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfYu8gP-hIJpUfKw5hTKC9WwjsnmNDpFcd->) یکپارچه سازی شد. سپس جهت به اشتراک گذاشتن پیوند الکترونیکی پرسشنامه در گروه‌های تلگرامی و صفحه اینستاگرامی پرمخاطب هماهنگی صورت گرفت تا همه افراد بتوانند به صورت داوطلبانه در این پژوهش به عنوان آزمودنی شرکت کرده و پاسخ‌ها را ارسال کنند. سازوکار پرسشنامه‌ها از این قرار بود که به محض این که گزینه ارسال در انتهای پرسشنامه تعبیه شده بود، توسط شرکت‌کنندگان انتخاب می‌شد، فرم تکمیل شده به صورت خودکار به حساب کاربری محقق ارسال می‌شد و خروجی پاسخ‌ها به شکل فایل Excel قابل مشاهده بود. پس از اجرای این مرحله، به منظور بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون با روش کشیدگی-چولگی Z، به منظور توصیف یافته‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و همچنین جهت بررسی مقایسه مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت، بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا از روش تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: شامل آگاهی دادن به شرکت‌کنندگان از روند پژوهش، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات لحاظ گردید. همچنین پیشنهاد پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش‌های دانشگاه گیلان بررسی و بعد از صدور مجوز با کد IR.GUMS.REC.1400.036، پژوهش حاضر انجام شد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی نمرات مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت

شاخص متغیر	گروه‌ها		کل (n=۲۶۲)		انحراف استاندارد	میانگین
	مبتلایان (n=۱۱۵)	غیر مبتلایان (n=۱۴۷)	انحراف	میانگین		
نمره کل مدل باور سلامت	۵/۸۲۸	۶۶/۹۵	۴/۰۴	۶۶/۲۹	۴/۹۵	۶۶/۲۹
نمره کل منبع کنترل سلامت	۱/۱۰	۸/۰۴	۱/۰۵	۷/۹	۱/۰۸	۷/۹
مدل باور سلامت						
آسیب پذیری	۰/۳۱	۱/۸۸	۰/۳۴	۱/۸۹	۰/۳۲	۱/۸۹
شدت	۰/۶۱	۰/۴۸	۰/۶۷	۰/۴۱	۰/۶۵	۰/۴۱
منافع انجام رفتار	۰/۲۶	۱/۹۷	۰/۱۴	۱/۹۵	۰/۲۰	۱/۹۵
هزینه انجام رفتار	۰/۳۲	۰/۹۷	۰/۱۶	۰/۹۳	۰/۲۵	۰/۹۳
نشانه‌های عمل	۰/۵۹	۲/۷۱	۰/۵۸	۲/۷۰	۰/۵۸	۲/۷۰
شانس	۳/۹۴	۱۶/۶	۳/۷۲	۱۶/۶۹	۳/۸۲	۱۶/۶۹
منبع کنترل سلامت						
افراد موثر	۴/۶۰	۲۴/۰۶	۴/۰۷	۲۳/۷۲	۴/۳۲	۲۳/۷۲
درونی	۲/۶۸۷	۲۶/۷۸	۳/۶۶	۲۶/۳۴	۳/۷۰	۲۶/۳۴

جدول ۲- آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس چند متغیره برای متغیرهای وابسته پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	df	E df	p	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلائی	۰/۰۳۹	۵/۲۹۴	۲	۲۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۹	۰/۸۳۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۶۱	۵/۲۹۴	۲	۲۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۹	۰/۸۳۹
آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۴۱	۵/۲۹۴	۲	۲۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۹	۰/۸۳۹
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۴۱	۵/۲۹۴	۲	۲۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۹	۰/۸۳۹

مجاز به استفاده از این آزمون آماری جهت تحلیل داده‌های بدست آمده از پژوهش هستیم. برای تعیین اثر کلی متغیر گروه، برمتغیرهای پژوهشی از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۲ گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول-۲، اثر کلی گروه معنی‌دار است چرا که F مربوط به هر چهار آزمون (۵/۲۹۴) و با درجه آزادی (۲) در سطح معنی‌داری $P > 0/001$ معنی‌دار است. یعنی بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش (مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای تعیین این‌که این تاثیر کلی در کدام متغیر پژوهش وجود دارد، نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۳ ارائه شده است. از جدول ۳، چنین استنباط می‌شود که بین دو گروه مبتلایان و غیرمبتلایان، هم در مدل باور سلامت و هم در

منبع کنترل سلامت، در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. باتوجه به مقادیر میانگین‌ها در جدول ۱ می‌توان نتیجه گرفت میانگین نمرات مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت در گروه غیر مبتلا بیشتر از میانگین نمرات در گروه مبتلا است. جهت بررسی این‌که تفاوت بین گروه‌ها در کدام زیرمقیاس مدل باور سلامت (آسیب‌پذیری، شدت بیماری، هزینه ادراک شده، منافع ادراک شده و نشانه‌های عمل) وجود دارد، تحلیل واریانس چند متغیره به شرح جدول ۴ انجام شد. با توجه به جدول ۴، چنین استنباط می‌شود که در زیرمقیاس‌های مدل باور سلامت بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا تفاوت در سطح معناداری $P < 0/05$ وجود دارد. همچنین طبق نتایج آماری جدول ۵، بین نمرات دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به کووید-۱۹، در زیرمقیاس‌های شدت بیماری، هزینه انجام رفتار و منافع انجام رفتار، در سطح معناداری $P > 0/05$ تفاوت معنادار

جدول ۳- نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت

متغیر	SS	DF	MS	F	p	اندازه اثر
مدل باور سلامت	۶/۲۱۶	۱	۶/۲۱۶	۵/۳۴۴	۰/۰۲۲	۰/۰۲۰
منبع کنترل سلامت	۱۴۹/۹۳۸	۱	۱۴۹/۹۳۸	۶/۲۲۹	۰/۰۱۳	۰/۰۲۳

جدول ۴- آزمون معنی داری تحلیل واریانس چند متغیره برای زیرمقیاس‌های مدل باور سلامت

نام آزمون	مقدار	F	df	E df	p	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلابی	۰/۰۷۱	۳/۹۳۵	۵	۲۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۱	۰/۹۴۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۲۹	۳/۹۳۵	۵	۲۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۱	۰/۹۴۴
آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۷۷	۳/۹۳۵	۵	۲۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۱	۰/۹۴۴
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۷۷	۳/۹۳۵	۵	۲۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۱	۰/۹۴۴

جدول ۵- نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره برای تعیین تفاوت بین گروهی در زیرمقیاس‌های مدل باور سلامت

متغیر	SS	df	MS	F	p	اندازه اثر
آسیب پذیری	۰/۰۵۳	۱	۰/۰۵۳	۰/۴۹۰	۰/۴۸۴	۰/۰۰۲
شدت بیماری	۱/۸۲۲	۱	۱/۸۲۲	۴/۳۱۴	۰/۰۳۹	۰/۰۱۶
هزینه ادراک شده	۰/۵۷۷	۱	۰/۵۷۷	۹/۲۶۱	۰/۰۰۳	۰/۰۳۴
منافع ادراک شده	۰/۲۱۶	۱	۰/۲۱۶	۴/۹۹۸	۰/۰۲۶	۰/۰۱۹
نشانه های عمل	۰/۰۲۲	۱	۰/۰۲۲	۰/۰۶۴	۰/۸۰۰	...

وجود دارد. از طرفی با توجه به مقادیر میانگین در جدول ۱ نتیجه می‌گیریم که میانگین نمرات شدت بیماری و هزینه ادراک شده و منافع ادراک شده انجام رفتار در گروه غیرمبتلایان بیشتر از گروه مبتلایان است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش تبیینی نظریه مدل باور سلامت و منبع کنترل سلامت در مقایسه روان‌شناختی دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به کووید-۱۹ بود. نتایج تحلیل‌ها نشان داد که مدل باور سلامت در افراد مبتلا و غیر مبتلا به کووید-۱۹ تفاوت معنادار دارند و افراد غیر مبتلا، از باور سلامت بالاتری نسبت به افراد مبتلا برخوردار هستند. این نتایج با نتایج پژوهش مشابه دیگر، هم‌سو است. نتایج یک مطالعه نشان داد هرچه نمرات مدل باور سلامت در فرد بالاتر باشد، تمایل بالاتری برای واکنش زدن و هزینه کردن برای واکنش کووید-۱۹ پیش‌بینی می‌شود (۱۸). همچنین نتایج بررسی زیرمقیاس‌های مدل باور سلامت در پژوهش حاضر نشان داد که شدت ادراک شده از بیماری کووید-

۱۹ در افراد مبتلا ضعیف‌تر از غیرمبتلایان است و منافع ادراک شده و هزینه ادراک شده افراد غیرمبتلا نسبت به افراد مبتلا، بالاتر است. اما در میانگین نمرات آسیب‌پذیری و نشانه‌های عمل، بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های دیگر هم‌سو است. در یک مطالعه، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده تمایل بیشتر افراد به استفاده از برنامه ردیاب جهت شنا سایی افراد آلوده به ویروس کووید-۱۹، منوط به میزان منافع ادراک شده و موانع ادراک‌شده این برنامه بود، اما آسیب‌پذیری با تمایل به استفاده از برنامه ردیاب، رابطه نداشت. علاوه بر این، نشانه‌های انجام رفتار به طور مثبتی با تمایل به استفاده از برنامه مرتبط بود (۱۹). از سوی دیگر، یافته‌های یک پژوهش فراتحلیلی نشان داد که رابطه بین آسیب‌پذیری ادراک شده و شدت ادراک شده با رفتارهای سلامت، بسیار کم و تقریباً نزدیک به صفر است (۲۰). در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که به نظر می‌رسد با توجه به این که از بروز بیماری کووید-۱۹ و پیامدهای منفی ناشی از آن

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که میانگین نمرات منبع کنترل سلامت درونی در افراد غیر مبتلا بطور معنادار بالاتر از افراد مبتلا است. این نتایج با نتایج پژوهش دیگر همسو است که نشان می‌دهد منبع کنترل سلامت درونی بالاتر در افراد، آگاهی سلامت بالاتر و رفتار فاصله‌گذاری اجتماعی بیشتر را نشان می‌دهد که سبب افزایش خرید برخط افراد در طول همه‌گیری شده است (۱۳). در توضیح چرایی این نتایج می‌توان گفت که منبع کنترل سلامت شامل باورهای شخصی افراد و مبتنی بر تجربیات گذشته در مسائل بهداشتی است و داشتن کنترل سلامت درونی/بیرونی قوی‌تر یا ضعیف‌تر، به گونه‌ای است که، می‌تواند بر رفتار سلامت فرد و به تبع آن بر سلامت فرد تأثیرگذار باشد. بدیهی است فردی که منبع کنترل سلامت درونی بالاتری دارد، خود را بیشتر مسئول سلامت خود می‌داند. از این رو، بیشتر در خصوص رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی تلاش می‌کند. پژوهش‌های پیشین نتایج مشابهی را نشان می‌دهد مبنی بر این که منبع کنترل سلامت درونی با خودکارآمدی فرد رابطه دارد (۹).

در خصوص نتایج حاصله از پژوهش حاضر نباید از نظر دور داشت که این یافته‌های مهم را در کنار محدودیت‌هایی در طرح تحقیق باید لحاظ کرد. محدودیت‌هایی همچون اجرای برخط پرسشنامه‌ها که اگر چه در شرایط اجرایی امکانی جز این نبوده اما با استفاده از روش برخط، مشارکت برخی از گروه‌های مهم جمعیتی از جمله سالمندان و جمعیت محروم مانند مهاجران، افراد بی‌خانمان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر را محدود می‌کند. به عبارت دیگر، امکان شرکت در پژوهش، تنها برای افرادی مقدور بود که به گوشی هوشمند و فضای مجازی دسترسی داشتند، از این رو بهتر است در تعمیم‌دهی یافته‌های بدست آمده، دقت و احتیاط لازم لحاظ شود. همچنین، به دلیل به‌کارگرفتن پرسشنامه، به عنوان ابزار پژوهش و مسأله خودگزارش‌دهی آزمودنی‌ها، امکان سوءگیری در پاسخ‌دهی افراد وجود دارد. در پژوهش حاضر تفاوت‌ها در آداب و رسوم جغرافیایی در نظر گرفته نشد. در حالی که باور سلامت افراد تحت تأثیر آداب و رسوم

تا زمان اجرای پژوهش، بیش از دو سال گذشت، احتمالاً این امر منجر به خستگی و دلزدگی روانی افراد از انجام رفتار سلامت و عادی‌شدن همزیستی با این ویروس شده است. به طوری که، ادراک افراد از آسیب‌پذیری در برابر این ویروس کاهش یابد. همچنین با توجه به این که ترکیب "شدت بیماری ادراک شده" و "آسیب‌پذیری ادراک شده" به عنوان "خطر ادراک شده" در نظر گرفته می‌شود که به آگاهی در مورد شرایط بستگی دارد (۲۱). در طول همه‌گیری ویروس کووید-۱۹، جهان از نزدیک با مفهوم "جبران خطر (Risk Compensation)" آشنا شد. افراد در موقعیت‌های که آن را پرخطر تلقی می‌کنند، به طور طبیعی برای به حداقل رساندن آن خطر دست به رفتار جبرانی می‌زنند. در خصوص بیماری کووید-۱۹، واکسن زدن به عنوان یک رفتار جبرانی عمل می‌کند. در آغاز کسانی که ویروس کرونا را تهدیدکننده و خطرناک می‌پنداشتند، در بیشتر موارد، ماسک می‌زدند، دست‌های خود را می‌شستند و با افزایش موارد ابتلا، از حضور در جمعیت، پرهیز می‌کردند. اما اثرات "جبران خطر" به مرور زمان با از بین رفتن تازگی یک تهدید، محو می‌شود. برای کووید-۱۹ این موضوع، به عنوان "خستگی همه‌گیر" تلقی می‌شود که سبب کاهش پیروی از دستورالعمل‌های بهداشتی در برخی از اقشار می‌شود و ادراک خطر آن‌ها را کاهش می‌دهد. در حال حاضر از آنجایی که واکسن‌های کووید-۱۹ در میان پیام‌های خوش‌بینی و سرخوشی در سراسر جهان پخش می‌شوند، رهبران بهداشت عمومی، باید با ویژگی دیگری از جبران خطر مقابله کنند. واکسنی که به عنوان نوش‌داروی بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ اعلام شده است، باعث تضعیف بیشتر رعایت سایر اقدامات بهداشتی و پیشگیری، نظیر فاصله‌گذاری اجتماعی و ماسک می‌شود. این پدیده، که در آن افراد با افزایش رفتار جبرانی، به رفتار مخاطره‌آمیز خود پاسخ می‌دهند، "اثر پلترمن (The "Peltzman Effect")" نامیده می‌شود (۲۲). بنابراین با شواهد ذکر شده به نظر می‌رسد چون ادراک خطر کاهش یافته است، آسیب‌پذیری و شدت بیماری کاهش یافته است.

مورد ارزیابی قرار گرفته است تا مردان. در پژوهش حاضر تفاوت‌ها در آداب و رسوم جغرافیایی در نظر گرفته نشد. در حالی که باور سلامت افراد تحت تاثیر آداب و رسوم اجتماعی آنها- اهمیت صله رحم- در شرایط قرنطینه و فاصله‌گذاری قابل توجه است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در نمونه همگن از لحاظ جنسیت انجام شود و روی زیرمقیاس‌های مدل باور سلامت و ادراک خطر، بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا بررسی مقایسه ای انجام شود.

نتیجه‌گیری

در بحران‌های بهداشتی نظیر همه‌گیری کووید-۱۹، که سرعت ابتلای بیماری بالاست- درحالی‌که کشف درمان قطعی برای بیماری، مستلزم زمان و هزینه قابل توجه است- تمرکز بیشتر بر پیشگیری از بیماری، راهبرد کوتاه‌تر و کم هزینه‌تری است. بنابراین اهمیت رفتار سلامت در کنترل بیماری‌ها، از الویت بالاتری برخوردار است. با درک این موضوع، شناسایی عواملی که باعث افزایش رفتار سلامت می‌شود، هدف قرار می‌گیرد. در طی چند دهه گذشته، باور سلامت به عنوان یک عامل روان‌شناختی، در قالب مفاهیم نظری و کاربردی همچون نظریه باور سلامت و نظریه منبع کنترل سلامت، هم برای تبیین رفتار سلامت و هم به عنوان چارچوبی راهنما، جهت مداخلات رفتار سلامت، مطرح شده است. پژوهش حاضر نشان داد که باور سلامت به عنوان یک متغیر واسطه‌ای پنهان، در تصمیم و تمایل فرد به انجام یا عدم انجام رفتار سلامت، موثر است.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله حاضر در دانشگاه گیلان است، نویسندگان مقاله حاضر از حمایت علمی و معنوی معاونت آموزشی تحصیلات تکمیلی و معاونت پژوهشی دانشگاه گیلان قدردانی می‌کنند. همچنین نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش سپاس‌گزاری می‌کنند، زیرا بدون مشارکت داوطلبانه

اجتماعی آنها- مانند اهمیت و ضرورت صله رحم- در شرایط قرنطینه و فاصله‌گذاری قابل توجه است. همچنین محدودیت دیگر طرح تحقیق حاضر، سنجش باور به واکسن زدن یا نزدن، به عنوان یک متغیر پنهان، در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹، مسئله قابل تاملی محسوب می‌شود که در این پژوهش به آن پرداخته نشده است. زیرا این پژوهش قبل از فراگیری رسمی واکسیناسیون در ایران انجام شد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مصاحبه - به دلیل شرایط ویژه همانند کرونا به صورت تلفنی- به عنوان روش مکمل یا روش جایگزین استفاده شود تا محدودیت نظرسنجی برخط کاهش یابد و همچنین سبب کاهش سوگیری پاسخ‌های شرکت کنندگان به ابزار پرسشنامه شود، همچنین پژوهش‌های مشابهی با در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی از حیث آداب و رسوم اجتماعی افراد در شهرهای مختلف- نظیر صله رحم- انجام شود. با توجه به شرایط تقریباً اجباری دریافت واکسن، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی زیرمقیاس‌های منبع کنترل سلامت در دو گروه واکسینه شده و کسانی که تمایل به واکسن ندارند، بررسی مقایسه‌ای انجام دهند و رابطه بین رفتار جبرانی و تمایل به گرفتن واکسن یا هزینه کردن برای آن بررسی شود.

• یافته‌های این مطالعه تاکید دارد که سیاست‌گذاران کلان بهداشتی و درمانی لازم است با مد نظر گرفتن نقش باورها در خصوص رفتارهای سلامت، اقداماتی را جهت ارتقاء باور سلامت افراد، انجام دهند. زیرا ارتقاء باور سلامت افراد می‌تواند منجر به کنترل بهتر بیماری‌ها خصوصاً در شرایط همه‌گیری شود. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای مطالعات عمیق‌تر و وسیع‌تر، جهت شناسایی عوامل مرتبط با سازه‌های مدل توسعه یافته الگوی باور سلامت قرار گیرد. پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است. به دلیل بکاربردن روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلب، نمونه از لحاظ جنسیت ناهمگن است و از آنجایی که اغلب شرکت کنندگان پژوهش، زن بودند، شاید بتوان گفت که این پژوهش بیشتر از دیدگاه زنان

Preliminary Study for Designing an Intervention Based on Health Belief Model]. *Sisph*. 2016;14(3):97-108. (Persian)

9. Wu AMS, Tang CSKK, Kwok TC. Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging Ment Health*. 2004;8(1):21-28.

10. Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess*. 1994;63(3):534-53.

11. Baloochi Bidokhi M, Mousavi A, Moshki M, Panahi Urban M. [Predicting Health Locus of Control in Women through Optimism and Mindfulness]. *Positive Psychology Research*. 2018;3(4):51-64. (Persian)

12. Lindström M, Rosvall M. Health locus of control and mortality: a population-based prospective cohort study. *Public Health*. 2020;185:209-211.

13. Itani OS, Hollebeek LD. Consumers' health-locus-of-control and social distancing in pandemic-based e-tailing services. *J Serv Mark*. 2021;35(8):1073-1091.

14. Rahbar H. Concepts of descriptive and inferential statistics. Mashhad: Computer Library Publications; 1392. p. 34-39. (Persian)

15. Ahmadi Niat M, Soltani Shal R, Zebardast A. [The pattern of health belief and the role of the source of health control and health motivation in the Covid-19 epidemic]. Master Thesis. University of Guilan. 1400. (Persian)

16. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. [Validity and Reliability of the Multidimensional Health Locus of Control (Form B) Scale in Iranian Medical Students]. *International Medicine Today*. 2006;12(1):33-42. (Persian)

17. Mani A, Ahsant N, Nakhlpavar N, Asadi pooya A. [The Investigation of the Properties of Form C Psychometrics from the Multi-dimensional Scale of the Locus of Health Control on Normal Adults]. *Sadra Medical Journal*. 2018;7(1):47-58. (Persian)

18. Wong LP, Alias H, Wong PF, Lee HY, AbuBakar S. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *Hum Vaccin Immunother*. 2020;16(9):2204-2214.

19. Walrave M, Waeterloos C, Ponnet K. Adoption of a contact tracing app for containing COVID-19: a health belief model approach. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(3):e20572.

20. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Commun*. 2010;25(8):661-669.

21. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr*.

ایشان، بررسی دقیق موضوع ممکن نبود.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان این مقاله در تلاش کردند که اصول اخلاقی زیر در این مقاله علمی رعایت شده باشد:

- قبل از اجرای پژوهش از طریق پیشنهاد پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش‌های دانشگاه گیلان بررسی و بعد از صدور مجوز با کد IR.GUMS.REC.1400.036، پژوهش حاضر انجام شد.

مشارکت نویسندگان

طرح موضوع و تعیین عنوان پژوهش، نگارش و بازبینی مقاله: دکتر عذرا زبردست؛ نظارت بر اجرای پژوهش و تحلیل داده‌ها: دکتر رضا سلطانی شال؛ اجرا و تحلیل داده‌ها، نگارش اولیه مقاله: مریم احمدی نیت

References

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard with Vaccination Data. (n.d.). Retrieved April 17, 2021, from <https://covid19.who.int/>.
2. Simons-Morton B. Health behavior in ecological context. *Health Educ Behav*. 2013;40(1):6-10.
3. Ogden J. *Health Psychology*. 6e. New York: McGraw Hill; 2019. p. 45-96.
4. Madison AA, Shrout MR, Renna ME, Kiecolt-Glaser JK. Psychological and behavioral predictors of vaccine efficacy: Considerations for COVID-19. *Perspect Psychol Sci*. 2021;16(2):191-203.
5. Sheppard J, Thomas CB. Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model. *Res Social Adm Pharm*. 2021;17(1):1984-1987.
6. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 45-56.
7. Kim S, Kim S. Analysis of the impact of health beliefs and resource factors on preventive behaviors against the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res and Public Health*. 2020;17(22):8666.
8. Behroozpour A, Shams M, Mousavi M, Ostovar R, Maleki M. [Self-Medication Among Women in Yasouj City and Factors Associated with it: A

1974;2(4):354-386.

22. Trogen B, Caplan A. Risk compensation and COVID-19 vaccines. *Ann Intern Med.* 2021;174(6):858-859.

23. Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: Biopsychosocial interactions.* New York: John Wiley & Sons; 2014. p.76.