

GENDER DIFFERENCES IN OBEYING TRAFFIC REGULATIONS BY STUDENTS

Gender differences in Obeying Traffic Regulations and the Related Cognitive Factors among Elementary School Students in Khorramabad City: Application of Health Belief Model

Maryam Ghavami

MSc. Student in Health Education and Health Promotion, School of Health, Alborz University of Medical Sciences (ABZUMS), Karaj, Iran

Tayebeh Fasihi Harandi

*Assistant Prof., Social Determinants of Health Research Center, Department of Health, ABZUMS, Karaj, Iran. (Corresponding Author)

tfasihih@gmail.com

Kourosh Kabir

Assistant Prof., Dept. of Social Medicine, School of Medicine, ABZUMS, Karaj, Iran

Saeed Saadatmand

Lecturer, Dept. of Psychology, Faculty of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran Branch, Tehran, Iran

Received: 26 December 2015

Accepted: 7 December 2016

ABSTRACT

Background and objective: Vehicles are one of the most common causes of accidents among school students. Therefore, this research was conducted to determine the gender differences in obeying traffic regulations and the related cognitive factors among elementary school students in Khorramabad City, Iran.

Materials and methods: This was a descriptive and correlational comparative study. 360 elementary school students in Khorramabad City in the year 2014-2015 were selected through multistage sampling method which answered the demographic questionnaire and questions related to health belief model (HBM) structures and behaviors. The data were analyzed using SPSS20 through Pearson Correlation, Stepwise Regression, Wilk's Lambda and multivariate analysis of variance (MANOVA) tests.

Results: Perceived self-efficacy, perceived barriers and perceived benefits could predict 21.4% of the changes related to the variable of obeying traffic regulations. Meanwhile, there was a statistically significant difference among female and male students in HBM structures and behavior.

Conclusion: Male students were less informed of HBM structures and behavior compared to female students. Thus, it is necessary to use HBM-based teaching to promote safety culture among students (especially male students).

Paper Type: Research Article.

Keywords: Gender differences, Traffic behaviors, Obeying traffic regulations, Health Belief Model (HBM), Bushehr.

► **Citation:** Ghavami M, Fasihi Harandi T, Kabir K, Saadatmand S. Gender differences in Obeying Traffic Regulations and the Related Cognitive Factors among Elementary School Students in Khorramabad City: Application of Health Belief Model. *Iran J Health Educ Health Promot*. Autumn 2016;4(3): 217-225.

تفاوت‌های جنسیتی در رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی دانش‌آموزان

تفاوت‌های جنسیتی در رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی و عوامل شناختی مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر خرم‌آباد: کاربردی از الگوی اعتقاد بهداشتی

چکیده

زمینه و هدف: وسایل نقلیه یکی از علت‌های شایع حوادث در دانش‌آموزان است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تفاوت‌های جنسیتی در رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی و عوامل شناختی مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر خرم‌آباد انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی و مقایسه‌ای است. ۳۶۰ دانش‌آموز مقطع ابتدایی شهرستان خرم‌آباد در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب و به پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و سؤالات مربوط به سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار پاسخ دادند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از SPSS۲۰ و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، رگرسیون گام‌به‌گام، لامبدای ویلکز و تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: خودکارآمدی درک‌شده، موانع درک‌شده و منافع درک‌شده توانستند ۲۱/۴ درصد تغییرات مربوط به متغیر رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی را پیش‌بینی کنند. همچنین بین باورهای دانش‌آموزان دختر و پسر در کلیه سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار تفاوت معناداری از لحاظ آماری مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** دانش‌آموزان پسر نسبت به دانش‌آموزان دختر آگاهی کمتری نسبت به سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار داشتند. لذا استفاده از آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در ارتقای فرهنگ ایمنی دانش‌آموزان (و خصوصاً در پسران) ضروری است.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه: تفاوت جنسیتی، رفتارهای ترافیکی، تبعیت از قوانین راهنمایی و رانندگی، الگوی اعتقاد بهداشتی، بوشهر.

مریم قوامی

دانشجوی کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

طیبه فصیحی‌هرندی

* استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
(نویسنده مسئول) tfasihih@gmail.com

کوروش کبیر

استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

سعید سعادت‌مند

مریی گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۱۷

◀ **استناد:** قوامی م، فصیحی‌هرندی ط، کبیر ک، سعادت‌مند س. تفاوت‌های جنسیتی در رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی و عوامل شناختی مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر خرم‌آباد: کاربردی از الگوی اعتقاد بهداشتی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۳۹۵؛ ۴(۳): ۲۱۷-۲۲۵.

امروزه حوادث جاده‌ای و خسارات ناشی از آن یکی از چالش‌های عمده جوامع بشری است. این حوادث هزینه‌های مالی زیادی را بر اقتصاد کشورها تحمیل کرده است؛ که در مقایسه بین کشورهای پیشرفته و درحال توسعه، بیشتر قربانیان این معضل را کشورهای درحال توسعه تشکیل می‌دهند (۱). در حال حاضر تصادفات جاده‌ای هشتمین علت DALY (سال‌های ازدست‌رفته زندگی با ناتوانی یا معلولیت) و یازدهمین علت مرگ‌ومیر در سراسر جهان است و تا سال ۲۰۲۰ به سومین علت مرگ‌ومیر در جهان تبدیل خواهد شد (۲). بیش از ۹۰٪ حوادث ترافیکی که منجر به مرگ می‌شوند در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد (۳). آسیب‌های حوادث ترافیکی و غرق‌شدگی دو علت اصلی مرگ‌ومیر در کودکان به‌خصوص در کشورهای درحال توسعه می‌باشند (۴). همچنین آسیب‌های حوادث ترافیکی علت اصلی مرگ‌ومیر در میان کودکان ۱۰-۱۹ سال در سراسر جهان است (۵). تصادفات جاده‌ای همچنین یکی از پنج عامل اصلی علت‌های مرگ‌ومیر در کشورهای جنوب شرقی آسیا است؛ که بیشتر در جوانان و به‌ویژه در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال رخ می‌دهد (۶). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، ایران نیز یکی از بالاترین میزان مرگ‌ومیر ناشی از حوادث جاده‌ای را در جهان به خود اختصاص داده است. به‌گونه‌ای که تصادفات ترافیکی دومین علت مرگ‌ومیر در این کشور است (۷). بر اساس نتایج مطالعه زمانی‌علویجه و همکاران (۸) سه‌چهارم موارد آسیب‌دیدگی در اثر تصادفات جاده‌ای در مردان اتفاق می‌افتد. ۴۲/۱٪ قربانیان حوادث ترافیکی را عابرن تشکیل می‌دهند؛ که ۸/۹٪ آن‌ها کودکان هستند (۹). چهار عامل انسانی، جاده، وسایل نقلیه و محیط مهم‌ترین عوامل در وقوع حوادث ترافیکی هستند (۱۰). عوامل انسانی یکی از عوامل اصلی است نقش برجسته‌ای در وقوع این حوادث دارد (۱۱) و مسئول ۹۵٪ وقوع حوادث جاده‌ای است (۱۲)؛ عادات رفتاری نیز از زیرمجموعه‌های مهم این عوامل انسانی است (۱۱).

از میان عوامل انسانی و عادات رفتاری می‌توان به بازیگوشی، بی‌تجربگی و حواس‌پرتی دانش‌آموزان در مدرسه و در مسیر مدرسه اشاره کرد؛ این عادات ممکن است در وقوع تصادفات این گروه سنی تأثیر بسزایی داشته باشند (۱۳). از طرفی، یکی از مسائل مهم در زمینه رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی درک رفتارهای عابرن پیاده و ارزیابی صحیح آن‌ها در این زمینه است. بنابراین، استفاده از یک الگو یا نظریه جهت ارزیابی رفتارهای ایمن ضروری است (۱۴).

الگوی اعتقاد بهداشتی، الگوی رفتاری-بهداشتی جامعی است که در طول سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ به‌وسیله گروهی از متخصصین بهداشتی و روان‌شناسان اجتماعی به دلیل قبول نکردن مسائل بهداشتی توسط افراد جامعه و برای رسیدن به هدف آموزش بهداشت، یعنی تغییر رفتارهای بهداشتی، تدوین شده است. بنابراین، این الگو برای تنظیم و سازماندهی موضوع این مطالعه انتخاب شده است تا راهکارهایی اساسی را برای جستجوی اطلاعات، علاقه‌مند شدن و انگیزش به سمت تصمیم‌گیری جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از حوادث ترافیکی فراهم کند (۱۲). الگوی اعتقاد بهداشتی^۱ بر مبنای سازه‌های خود به پیش‌بینی رفتار نیز می‌پردازد. بنابراین، می‌توان گفت از بین مدل‌ها و الگوهای مطالعه رفتار، این الگو به دلیل دارا بودن سازه‌های مناسبی، مانند حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنمایی برای عمل و خودکارآمدی کارایی بهتری به‌منظور پیشگویی و تغییر رفتار در رابطه با قوانین راهنمایی و رانندگی دارد (۱۵). از آنجاکه نوجوانان تمایل بیشتری به انجام رفتارهای پرخطری مانند سرعت، پذیرش خطر و رفتارهای رقابتی دارند، این رفتارها خطر افزایش سوانح ترافیکی را در پی دارد (۱۶). از طرفی، با توجه به اینکه استان لرستان و مخصوصاً شهر خرم‌آباد ارتباط‌دهنده مرکز و شمال کشور به جنوب و جنوب غرب است، سالانه میلیون‌ها نفر مسافر و گردشگر از این خیابان‌ها تردد و از اماکن توریستی شهر

بازدید می‌کنند. با توجه به محدود بودن پل‌های هوایی در سطح شهر، رعایت نکردن مقررات راهنمایی و رانندگی و بالا بودن میزان ترافیک، بروز حوادث در سطح شهر به نسبت بالا است (۱۷). با توجه به اینکه تاکنون مطالعات اندکی در زمینه مقایسه رفتارهای ایمن بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان پسر و دختر در ایران انجام شده است و اکثر مطالعات انجام شده بر اساس سایر الگوهای بهداشتی هستند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تفاوت‌های جنسیتی در رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی و عوامل شناختی مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر خرم‌آباد انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی و مقایسه‌ای بود. جامعه مورد مطالعه دانش‌آموزان مقطع ششم ابتدایی شهرستان خرم‌آباد بودند و در از بین آن ۳۶۰ نفر (۱۸۰ نفر دانش‌آموز دختر و ۱۸۰ نفر دانش‌آموز پسر) مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی چندمرحله‌ای طبقاتی انجام گرفت. در مرحله اول، مدارس بر اساس منطقه آموزش و پرورش (منطقه ۱ و ۲ شهرستان خرم‌آباد) و برحسب جنسیت (دخترانه و پسرانه) طبقه‌بندی شدند؛ مجموعاً ۴ مدرسه پسرانه و ۴ مدرسه دخترانه به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله آخر نیز در هر مدرسه یکی از کلاس‌های مقطع ششم به صورت تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه به دانش‌آموزان علاقه‌مند به شرکت در مطالعه ارائه شد. برای سنجش رفتارهای ایمن و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی از پرسشنامه طراحی شده توسط حشمتی و همکاران (۱۴) در پژوهش «بررسی رفتارهای مرتبط با قوانین راهنمایی و رانندگی در دانش‌جویان در سال ۱۳۹۳» که روایی و پایایی آن مشخص شده بود، استفاده شد. این پرسشنامه شامل سه بخش [البته در متن دو بخش است است: اطلاعات جمعیت‌شناختی، سؤالات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و سؤالات حیطه رفتار. اطلاعات جمعیت‌شناختی از ۷ سؤال تشکیل شده بود. سؤالات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی

از ۲۶ سؤال تشکیل شده بود: ۴ سؤال حساسیت درک شده، ۶ سؤال شدت درک شده، ۵ سؤال منافع درک شده، ۶ سؤال موانع درک شده و ۵ سؤال خودکارآمدی. گزینه‌های پاسخ سؤالات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی به صورت طیف لیکرت ۵ قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) تنظیم شده بود. به گزینه کاملاً موافقم کد ۴، موافقم کد ۳، نظری ندارم کد ۲، مخالفم کد ۱ و کاملاً مخالفم کد صفر داده شد و نمره نهایی هر سازه از ۱۰۰ تراز گردید. حیطه رفتار شامل ۱۲ سؤال بود. گزینه‌های آن شامل همیشه، اکثر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز بود؛ که به گزینه همیشه کد ۴ و گزینه اکثر اوقات کد ۳ و گزینه گاهی اوقات کد ۲، به ندرت کد ۱ و هرگز کد صفر داده شد. بدین ترتیب، دامنه نمرات سؤالات حیطه رفتار بین صفر تا ۴۸ و نمره نهایی از ۱۰۰ تراز شد. با توجه به این که پرسشنامه برای دانشجویان طراحی شده بود، پایایی ابزار مجدداً با مطالعه بر روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان بررسی شد و همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ کلی ۰/۷۷ به دست آمد. بعد از اعمال نظرات ده نفر از متخصصان و کارشناسان در این زمینه و تأیید روایی پرسشنامه، این ابزار جهت دانش‌آموزان مورد استفاده قرار گرفت.

با کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش و هماهنگی لازم با ادارات نواحی و مدارس مربوطه مطالعه انجام شد. بعد از اخذ رضایت کتبی از والدین و رضایت آگاهانه از دانش‌آموزان، پرسشنامه توسط دانش‌آموزان به صورت خودگزارشی تکمیل شد. در نهایت، برای رعایت ملاحظات اخلاقی پمفلت با محتوای رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی به دانش‌آموزان داده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون، رگرسیون گام به گام، لامبدای ویلکز و تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سن دانش‌آموزان $12 \pm 15/63$ و سن بیشتر دانش‌آموزان ۱۲ سال (۶۱/۱۱٪) بود که ۱۸۰ نفر آن‌ها دختر و ۱۸۰ نفر پسر بودند. اکثر پدران آن‌ها دارای تحصیلات دانشگاهی

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش بر حسب جنسیت

آزمودنی		دختر (۱۸۰ نفر)		پسر (۱۸۰ نفر)		کل (۳۶۰ نفر)
متغیر	M	SD	M	SD	M	SD
حساسیت	۱۳/۲۴	۲/۷۷	۱۲/۵۱	۳/۱۷	۱۲/۸۸	۳/۰۰
شدت	۱۶/۰۸	۴/۸۵	۱۵/۱۱	۴/۴۶	۱۵/۵۹	۴/۶۸
منافع	۱۵/۹۰	۳/۰۲	۱۴/۴۸	۳/۰۵	۱۵/۱۹	۳/۱۱
موانع	۱۶/۴۸	۴/۹۵	۱۴/۹۶	۴/۱۹	۱۵/۷۲	۴/۱
خودکارآمدی	۱۴/۰۳	۳/۶۷	۱۳/۳۸	۳/۴۳	۱۳/۷۱	۳/۵۶
رفتار	۳۴/۲۴	۷/۵۲	۳۱/۷۱	۷/۹۲	۳۲/۹۸	۷/۸۲

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در همه متغیرهای مورد پژوهش میانگین نمرات دختران از پسران بیشتر است. برای اطمینان از وجود تفاوت معنادار بین متغیرهای پژوهش در دانش‌آموزان دختر و پسر از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا) استفاده شد. قبل از بررسی نتایج، از پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانووا) اطمینان حاصل شد. تحلیل مقدماتی آزمون ام‌باکس نشان داد که سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ است و مفروضه همگنی واریانس برقرار است (۳۱/۱۷ ام‌باکس، $F_{1/46}$ ، $p_{0/080}$). لذا می‌توان نتایج تحلیل آماری را گزارش کرد. هم‌چنین نتایج آزمون لون نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای مورد بررسی در هر دو گروه در سطح کمتر ۰/۰۵ قرار ندارد و معنادار نمی‌باشد و در نتیجه پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج در جدول‌های شماره ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لانداى ویلکز تحلیل واریانس چندمتغیره

نوع آزمون	ارزش آماره	F	DF مفروض	DF خطا	p	توان آماری
لانداى ویلکز	۰/۹۱	۵/۸۸	۶	۳۵۳	۰/۰۰۱	۱

نتایج آزمون لانداى ویلکز تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۳ نشان داد که بین متغیرهای مورد پژوهش در دانش‌آموزان بر حسب جنسیت در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج نشان می‌دهد که در حداقل یکی از متغیرهای

(۳۶/۱۱٪) و اکثر مادران دارای تحصیلات متوسطه (۲۵/۲۸٪) بودند. بیشتر پدران کارمند (۴۳/۸۹٪) و اکثریت مادران خانه‌دار (۸۴/۷۲٪) بودند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان

متغیر	شاخص	فراوانی	درصد	سطح معناداری
جنس	دختر	۱۸۰	۵۰	۱
	پسر	۱۸۰	۵۰	
سن	۱۱	۴۴	۱۲/۲۲	۰/۰۰۱
	۱۲	۲۲۰	۶۱/۱۱	
	۱۳	۹۶	۲۶/۶۷	
تحصیلات پدر	بی‌سواد ابتدایی	۳۸	۱۰/۵۵	۰/۰۰۱
	سیکل	۷۴	۲۰/۵۵	
	متوسطه	۵۸	۱۶/۱۱	
	دانشگاهی	۶۰	۱۶/۶۸	
تحصیلات مادر	بی‌سواد ابتدایی	۴۰	۱۱/۱۱	۰/۰۰۱
	سیکل	۸۳	۲۳/۰۶	
	متوسطه	۵۹	۱۶/۳۹	
	دانشگاهی	۹۱	۲۵/۲۸	
شغل پدر	کارمند	۱۵۸	۴۳/۸۹	۰/۰۰۱
	کارگر	۹۸	۲۷/۲۲	
	راننده	۱۹	۵/۲۸	
	بیکار	۳۷	۱۰/۲۸	
شغل مادر	سایر موارد	۴۸	۱۳/۳۳	۰/۰۰۱
	کارمند	۴۰	۱۱/۱۱	
	خانه‌دار	۳۰۵	۸۴/۷۲	
	سایر موارد	۱۵	۴/۱۷	

نتایج مربوط به تفاوت متغیرها بر حسب سن دانش‌آموزان نشان داد که بین نمره دانش‌آموزان بر حسب سن در متغیرهای حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، خودکارآمدی درک‌شده و رفتار تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود ندارد.

یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش بر حسب جنسیت در جدول ۲ ارائه شده است.

مورد پژوهش برحسب جنسیت در دانش‌آموزان تفاوت وجود دارد. توان آماری ۱ حاکی از کفایت حجم نمونه است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره متغیرهای مورد پژوهش در دانش‌آموزان برحسب جنسیت

متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F آماره	سطح معناداری
حساسیت درک‌شده	۴۷/۶۷	۱	۴۷/۶۷	۵/۳۸	۰/۰۲۱
شدت درک‌شده	۸۴/۱۰	۱	۸۴/۱۰	۳/۸۸	۰/۰۵۰
منافع درک‌شده	۱۸۰/۶۳	۱	۱۸۰/۶۳	۱۹/۶۰	۰/۰۰۰
موانع درک‌شده	۲۰۷/۰۳	۱	۲۰۷/۰۳	۱۲/۴۹	۰/۰۰۰
خودکارآمدی درک‌شده	۳۸/۶۸	۱	۳۸/۶۸	۳/۰۶	۰/۰۸۱
رفتار	۵۸۰/۱۴	۱	۵۸۰/۱۴	۹/۷۲	۰/۰۰۲

نتایج ارائه‌شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمره دانش‌آموزان دختر و پسر در متغیرهای حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده و رفتار از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمره دانش‌آموزان دختر از دانش‌آموزان پسر در این متغیرها بیشتر است. اما بین نمره خودکارآمدی درک‌شده در دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ اگرچه میانگین نمره دانش‌آموزان دختر از پسر در این متغیر بیشتر بود.

در جدول ۵ ماتریس همبستگی بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی ارائه‌شده است.

جدول ۵. ماتریس همبستگی بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی

متغیر	رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات	حساسیت درک‌شده	شدت درک‌شده	موانع درک‌شده	منافع درک‌شده
رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات	-				
حساسیت درک‌شده	۰/۱۸***	-			
شدت درک‌شده	۰/۱۴*	۰/۲۶***	-		
موانع درک‌شده	۰/۱۷***	۰/۳۲***	۰/۱۱*	-	
منافع درک‌شده	۰/۳۱***	۰/۱۴*	۰/۳۱***	۰/۱۸***	-
خودکارآمدی درک‌شده	۰/۴۰***	۰/۰۹*	۰/۲۶***	۰/۱۶***	۰/۴۲***

$$p < 0/05; p < 0/01; p < 0/001$$

همان‌طور که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین رفتارهای

مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی با سازه‌های حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۶. تحلیل رگرسیون زیرمقیاس‌های سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی با رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی

متغیر	B	β	t	p	R	R ²	Change R ²	F	p
گام اول	۰/۸۹	۰/۴۰۴	۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴	۰/۱۶۱	۰/۱۶۳	۶۹/۹۲	۰/۰۰۱
گام دوم	۰/۳۹	۰/۲۰۵	۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	۰/۲۰۰	۰/۰۴۱	۴۵/۸۸	۰/۰۰۱
گام سوم	۰/۳۵	۰/۱۴۱	۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰	۰/۲۱۴	۰/۰۱۶	۳۳/۵۸	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۶ نشان داد که F مشاهده‌شده در متغیر رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی معنادار است و از کل مقدار ۲۱/۴ درصدی ضریب تبیین متغیر ملاک، در گام اول تحلیل رگرسیون و مدل ۱ متغیر پیش‌بینی‌کننده، یعنی خودکارآمدی درک‌شده، وارد معادله شد و با ضریب بتای ۰/۴۰۴، ۱۶/۳ درصد از تغییرات متغیر

ملاک را تبیین کرد. در گام دوم و مدل ۲ متغیر پیش‌بینی‌کننده یعنی موانع درک‌شده وارد معادله شد و با ضریب بتای $0/205$ ، $4/1$ درصد از تغییرات متغیر ملاک را تبیین کرد و سپس در گام سوم و مدل ۳ متغیر منافع درک‌شده به آن اضافه شد و با ضریب بتای $0/141$ ، $1/6$ درصد از تغییرات رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی را تبیین کرد. ضمناً متغیر حساسیت درک‌شده و شدت درک‌شده پیش‌بینی‌کننده معناداری برای متغیر رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی نمی‌باشد و در نتیجه در معادله رگرسیون وارد نشدند.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی با سازه‌های حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، موانع درک‌شده، منافع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده رابطه مثبت و معناداری دارد. یعنی درواقع افزایش هرکدام از این سازه‌ها باعث افزایش رفتارهای ایمن در دانش‌آموزان می‌شود. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه علیزاده مطابقت داشت (۱۸). در مطالعه چن و همکاران (۱۹) نیز منافع و خودکارآمدی درک‌شده با رفتار همبستگی معنادار داشت. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که متغیرهای خودکارآمدی درک‌شده، موانع درک‌شده و منافع درک‌شده پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای متغیر رفتارهای مرتبط با رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی می‌باشند که در مطالعه آزادبخت و همکاران (۲۰) نیز موانع درک‌شده، خودکارآمدی درک‌شده و شدت درک‌شده به‌عنوان تعیین‌کننده‌های نهایی رفتار مشخص شدند؛ که با تمرکز و آموزش بیشتر بر این سازه‌ها می‌توان سبب ارتقای رفتارهای ایمن در دانش‌آموزان شد.

میانگین نمره متغیر حساسیت درک‌شده در دختران بیشتر از پسران بود؛ نتیجه این مطالعه با نتیجه مطالعه معتمدی و همکاران (۲۱) و شهری و همکاران (۲۲) مطابقت داشت. دلیل آن می‌تواند حساسیت بیشتر دختران نسبت به زیبایی و ظاهر خود نسبت به پسران باشد (۲۱).

میانگین نمره شدت درک‌شده در دختران نسبت به پسران بیشتر بود که این نتیجه‌گیری با نتیجه مطالعه هزاوه‌ای و همکاران (۲۳) همسو بود. می‌توان گفت که پسران درک کمتری نسبت به آسیب‌پذیری خود در برابر آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی دارند. میانگین نمرات منافع درک‌شده در دختران نسبت به پسران بیشتر بود؛ که نتیجه مطالعه حاضر با نتایج مطالعات حشمتی و همکاران (۱۴) و نجیمی و همکاران (۲۴) مطابقت داشت. میانگین نمرات موانع درک‌شده در دانش‌آموزان دختر نسبت به پسر مطابقت داشت؛ که این نتیجه‌گیری با نتیجه مطالعه معتمدی و همکاران (۲۱) و چانگ و همکاران (۲۵) همسو بود. در این مورد می‌توان گفت دانش‌آموزان پسر به دلیل هیجانی و عجول بودن هنگام عبور از عرض خیابان، یا تصور اینکه استفاده از پل هوایی و غیره وقت‌گیر است و در کل درک این موضوع که منافع رعایت مقررات راهنمایی رانندگی نسبت به موانع پیش‌رو کمتر است، درک کمتری نسبت به غلبه بر موانع دارند.

میانگین نمرات خودکارآمدی درک‌شده در دختران بیشتر از پسران بود؛ این نتیجه‌گیری با نتیجه‌گیری مطالعه مروتی‌شریف‌آبادی و روحانی‌تنکابنی (۲۶) مطابقت نداشت؛ به‌طوری‌که مردان خودکارآمدی بالاتری نسبت به زنان داشتند. شاید دلیل عمده آن عوامل اجتماعی و بهره‌مندی بیشتر مردان از فرصت‌ها نسبت به زنان بوده باشد. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین دانش‌آموزان برحسب جنسیت در متغیرهای حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده و موانع درک‌شده تفاوت معناداری وجود دارد؛ که این نتیجه‌گیری با نتایج مطالعات معتمدی و همکاران (۲۱) و نجیمی و همکاران (۲۴) مطابقت داشت. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین خودکارآمدی در دانش‌آموزان برحسب جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد؛ این نتیجه‌گیری با نتیجه مطالعه جهانلو و همکاران (۲۷) مطابقت داشت. ممکن است دلیل عمده آن احساس ثبات اجتماعی بیشتر، حمایت‌های همسالان و تشویق آن‌ها در ارتباطات اجتماعی و حس مسئولیت دانش‌آموزان و

مفید بودن آن‌ها در جامعه و در نهایت داشتن خودکارآمدی در رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی در هردو جنس و در این گروه سنی باشد.

در این مطالعه میانگین نمرات رفتار در دانش‌آموزان دختر نسبت به دانش‌آموزان پسر بیشتر بود. این نتیجه‌گیری با نتایج مطالعه مروتی‌شریف‌آباد و همکاران (۲۸) مطابقت داشت. همچنین در مطالعه صادق‌نژاد و همکاران (۲۹) نیز زنان در هنگام رانندگی بیشتر از مردان از کمر بند ایمنی استفاده می‌کردند. دلیل این امر می‌تواند برانگیخته شدن کمتر پسران در زمینه ترس از انجام رفتارهای پرخطر یا تأثیر گروه همسالان مانند ترس از مورد تمسخر قرارگرفتن توسط آن‌ها و در نهایت انجام رفتارهای غیرایمن باشد.

نتیجه‌گیری: در کل می‌توان گفت در مقایسه بین نمرات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار، دانش‌آموزان دختر نسبت به دانش‌آموزان پسر آگاهی بیشتری داشته و بالاترین نمرات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار را دارند. در صورتی که دانش‌آموزان پسر ممکن است بیشتر در معرض آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی باشند. لذا استفاده از روش‌های آموزشی مبتنی بر الگوهای بهداشتی و به‌خصوص الگوی اعتقاد بهداشتی به دلیل تمرکز بر سازه‌هایی مانند حساسیت و شدت درک‌شده در دانش‌آموزان (مخصوصاً پسران) سبب برانگیختگی احساس

ترس در آن‌ها و سازه‌هایی مانند منافع و موانع درک‌شده سبب درک بیشتر دانش‌آموز نسبت به فواید انجام رفتارهای ایمن و در نهایت خودکارآمدی سبب افزایش احساس شایستگی و لیاقت دانش‌آموزان در رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی می‌شود. از طرفی با توجه به اینکه دانش‌آموزان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در جامعه بوده و محیط مدرسه نیز یکی از بهترین مکان‌ها جهت ارتقای فرهنگ ایمنی است و یکی از راهبردهای اساسی جهت کاهش حوادث ترافیکی و صدمات جاده‌ای آموزش است، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی به تدوین برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای صحیح‌ترین فرهنگ ایمنی و آموزش قوانین عبور و مرور در کودکان و نوجوانان پرداخته شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی البرز به لحاظ حمایت‌های مالی و همچنین از اداره کل آموزش و پرورش شهرستان خرم‌آباد، آموزش و پرورش نواحی یک و دو، معلمان، مدیران و دانش‌آموزان محترم مدرسی که در این طرح همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

References:

1. Sherafati, A, Kashfi, S, Mehmandar, M. Factors affecting management of road accidents Lorestan Province. Lahoar. 2013;10(22):31-53. [Persian]
2. Mohtasham Amiri Z, Yousefzadeh-Chabok SH, Haghdoust Z, Hemmati H. Road traffic injuries are life-threatening phenomenon in Gilan. J Guilan Univ Med Sci. 2014;1:8-23. [Persian]
3. Herman J, Ameratunga S, Jackson R. Burden of road traffic injuries and related risk factors in low and middle-income Pacific Island countries and territories: a systematic review of the scientific literature (TRIP 5). BMC Public Health. 2012;12:479.
4. Peden M. World report on child injury prevention appeals to "Keep Kids Safe". Inj Prev. 2008;14(6):413-4.
5. Cao ZJ, Chen Y, Wang SM. Health belief model based evaluation of school health education programme for injury prevention among high school students in the community context. BMC Public Health. 2014;14:26-34.
6. Bayan P, Bhawalkar JS, Jadhav SL, Banerjee A. Profile of non-fatal injuries due to road traffic accidents from a industrial town in India. Int J Crit Illn Inj Sci. 2013;3(1):8-11.
7. Montazeri A. Road-traffic-related mortality in Iran: a descriptive study. Public Health. 2004;118(2):110-3.
8. zamani alavijeh F, Ahmadi Engali K, Nadi Baghoo M, Dalf Zargani H, Taghi Rahdari M. Damages driving in hospital clients Masjed Soleiman. Payesh J. 2012;12(1):45-52. [Persian]
9. Matin H, Afkari ME, Taghdisi MH. Promote safe behaviors

- boys primary school students based on Precede-Proceed Model. *J Health Prom Health Educ*. 2012;1(1):21. [Persian]
10. Yaghoobi H. Examines the role of human factors in the incidence of traffic accidents in Iran. *J Psychiatr Clin Psychol Think Behav*. 2000;6(1):60-7. [Persian]
 11. Ashoogh M, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A, Tajvar A. Application of the theory of planned behavior to predict the safety behavior of truck drivers. *Health Educ Prom Health*. 2013;1(3):5-14. [Persian]
 12. Maduakonam DE, Miriam DU, Arthur N. Retrospections on Road Traffic Injuries as a Social Burden: The Role of Public Health Education Initiatives in a Developing Country. *Niger J Med*. 2015;24(2):169-74.
 13. Tajedini M, Norouzi D. The impact of games on learning signs traffic regulations. *Stud Traffic Manag Rahvar*. 2012;1(2). [Persian]
 14. Heshmati H, Behnampour N, Binaei G, Khajavai S. Determinants of Behavior of Students as Pedestrian and Car Occupants in Relation to Traffic Laws in 2013, Gorgan, Iran; An Application of Health Belief Model. *Bull Emerg Trauma*. 2014;2(3):115-20.
 15. Vahedian-Shahroodi M, Elaheh L-m, Esmaily H, Tehrani H, Hamidreza M-H. Prediction of osteoporosis preventive behaviors using the Health Belief Model. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014;2(3):199-207. [Persian]
 16. Waylen A, Mckenna F. Cradle Attitudes - Grave Consequences-The Development of Gender Differences in Risky Attitudes and Behaviour in Road Use. *Transport Res Lab*2002..
 17. Sherafati A, Kashfi S, Mehmandar M. Factors affecting the management of road traffic accidents author of Job. *Rahvar Q*. 2012;22(10).
 18. Alizadeh Sivaki H, Jadgal KM, Shojaeian Razavi N, Zareban I, Heshmati H, Saghi N. Effect of education based on health belief model of nutritional behaviors of elementary school students in the city of Torbat 91. *J Health Hygiene*. 2014;5(4):289-99. [Persian]
 19. Chen CH, Chiu PJ, Chih YC, Yeh GL. Determinants of influenza vaccination among young Taiwanese children. *Vaccine*. 2015;33(16):1992-8.
 20. Azadbakht M, Garmaroodi G, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheisvandi. Health Promoting Self-Care Behaviors and Its Related Factors in Elderly: Application of Health Belief Model. *J Educ Commun Health* 2014;1(2):20-9. [Persian]
 21. Motamedi N, Hejazi SH, Hazavehei SMM, Zamani AR, Saberi S, Rahimi E. Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis. *J Mil Med*. 2012;11(4):231-6. [Persian]
 22. Shehri S, Abdel-Fattah M, Hifnawy TSS-. Knowledge and concern about avian influenza among secondary school students in Taif, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2006;12(Suppl 2):178-88.
 23. Hazavei SMM, Sohrabi Vafa M, Moeini B, Soltanian AR, Rezaei L. Assessment of oral – dental health status: using Health Belief Model (HBM) in first grade guidance school students in Hamadan. *Jundishapoor J Health Sci*. 2012;4(3):65-75. [Persian]
 24. Najimi A, Alidoosti M, Moazemi Goodarzi A. Preventing influenza type A behavior based on health belief model. *J Health System Res*. 2010;6(1). [Persian]
 25. Zhang LL, Dalal K, Wang SM. Injury related risk behaviour: a Health belief model-based study of primary school students in a safe community in Shanghai. *PLoS One*. 2013;8(8):e70563.
 26. Morowatisharifabad M, Tonekaboni NR. Per-ceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Re-search Center. *J Birjand Univ Med Sci*. 2009;15(4):91-9. [Persian]
 27. Shahab Jahanloo A, Ghofranipour F, Vafae M, Kimiyagar M, Heydarnia AR, Sobhanei AR. Testing Helth Belief Model With HbA1c In Diabetic Patients. *Hormozgan Med J*. 2008;12(1):37-42.
 28. Morowatisharifabad MA, Momeni Sarvestani M, Barkhordari Firoozabadi A, Fallahzadeh H. Predictors of unsafe driving in the city of Yazd on protection motivation theory in year 1389. *Ofogh-e-Danesh J Gonabad Univ Med Sci*. 2012;18(1):49-59. [Persian]
 29. Sadeghnejad F, Niknami S, Montazeri A, Heydarnia A. Safety belt use among drivers and front passengers in Tehran: findings from observations and an interview survey. *J Iran Inst Health Sci Res*. 2014;177:13-87. [Persian]