



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2015/01/19

Accepted: 2015/02/14

**The Effect of Education based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of Rabies in Ghods city (2013-2014)**

**Mohammad Hossein Baghiyani moghadam(Ph.D.)<sup>1</sup>, Hossein Fallahzadeh(Ph.D.)<sup>2</sup>, Akram sadat Hosseini(M.Sc.)<sup>3</sup>**

1. Professor , Department of Health Education and Promotion ,School of Public Health ,Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd,Iran.

2. Professor, Research center of prevention and epidemiology of non-communicable disease, Faculty of Health ,Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

3. Corresponding Author: M.Sc. Student in Health Education, Department of Health Education and Promotion ,School of Public Health ,Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd,Iran

Email: hoseyni.akramsadat@yahoo.com Tel:09337694572

**Abstract**

**Introduction:** Rabies is one of the most important zoonotic viral diseases that transfers to human beings through animal bites. It is untreatable by the start of disease and leads to death. More than 55000 people die annually of rabies who are mostly from Asia and Africa. Legislative actions do not seem to be effective in reducing the incidence of bites. Public education, on the other hand, is the key to reduce animal bites. Knowing about the appropriate health behavior change models is important for effective education. One of the models of behavior change in health education is the health belief model that focuses on changing the beliefs, which ultimately leads to behavior change. The aim of this study was to determine the effect of education based on health belief model on preventive behaviors of rabies in Ghods city in 2013.

**Methods:** This interventional quasi- experimental study was conducted among 120 people from Ghods city selected randomly. Data were collected by a researcher-made questionnaire completed through self-reporting. The questionnaire's content validity was approved by a panel of experts and its reliability was confirmed by Cronbach's alpha. In order to analyze data SPSS 20 software was applied. Paired and independent t-tests, analysis of variance, and non-parametric tests were also carried out.

**Results:** The findings showed that the difference between mean scores of knowledge, all HBM subscales, and preventive behaviors was significantly different before and after the educational program. This shows the effect of educational program. There was a significant difference between participants' mean scores of perceived benefits and perceived barriers based on gender. Furthermore, there was also a significant difference between participants' mean scores of perceived severity and preventive behaviors in term of level of education.

**Conclusion :** Findings indicated that participants do not have enough knowledge about rabies to prevent themselves. So, educational programs are needed to increase public knowledge in this area. More studies should also be conducted about rabies based on other health behaviors change models.

**Key word:** Health belief model, Preventive behaviors, Rabies

**Conflict of interest:** The authors declared that there is no Conflict interests.



**This Paper Should be Cited as:**

Mohammad Hossein Baghiyani moghadam, Hossein Fallahzadeh, Akram sadat Hosseini. The Effect of Education Based on Health belief Model on Preventive Behaviors of Rabies ..... Toloobehdasht Journal. 2017; 16(5):86- 97. [Persian]



## بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از هاری

در شهرستان قدس (۱۳۹۳-۱۳۹۲)

نویسندگان: محمدحسین باقیانی مقدم<sup>۱</sup>، حسین فلاح زاده<sup>۲</sup>، اکرم سادات حسینی<sup>۳</sup>

۱. استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۲. استاد مرکز تحقیقات پیشگیری و اپیدمیولوژی بیماری های غیر واگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران. تلفن تماس: ۰۹۳۳۷۶۹۴۵۷۲ Email: hoseyni.akramsadat@yahoo.com

### چکیده

**مقدمه:** هاری یکی از مهمترین بیماری های ویروسی مشترک انسان و دام می باشد که از طریق حیوان گزیدگی به انسان منتقل می شود و با شروع علائم درمان ناپذیر است و مرگ اتفاق می افتد. بیش از ۵۵ هزار نفر سالیانه از بیماری هاری می میرند که بیشتر این مرگ ها در آسیا و آفریقا است. از آنجایی که به نظر نمی رسد اقدامات قانونی به تنهایی در کاهش بروز حیوان گزیدگی ها موثر باشد به نظر می رسد آموزش عموم کلید کاهش موارد حیوان گزیدگی می باشد. برای آموزش موثر دانستن مدل های تغییر رفتار مناسب اهمیت دارد. یکی از مدل های تغییر رفتار در آموزش بهداشت الگوی اعتقاد بهداشتی است که روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد که در نهایت منجر به تغییر رفتار می شود. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از هاری در شهرستان قدس (۱۳۹۳) انجام گردید.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر مطالعه مداخله ای از نوع نیمه تجربی می باشد که در آن ۱۲۰ نفر از مردم شهرستان قدس به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. روش جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته ای بود که به صورت خود ایفاء تکمیل گردید. روایی پرسشنامه توسط پانل خبرگان و پایایی آن توسط آلفا کرونباخ مورد تایید قرار گرفت. برای تجزیه تحلیل داده ها از آزمونهای زوج و مستقل، تحلیل واریانس و آزمون های نان پارامتریک در نرم افزار آماری SPSS ۲۰ استفاده شد.

**یافته ها:** تفاوت میانگین آگاهی، تمامی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری کننده قبل و بعد از مداخله آموزشی معنادار است که نشان دهنده تاثیر برنامه آموزشی انجام شده است. بین نظرات پاسخگویان بر اساس جنسیت در دو متغیر منافع درک شده و موانع درک شده، تفاوت میانگین ها معنادار است. بین نظر پاسخگویان بر اساس تحصیلات در مورد دو متغیر شدت درک شده و رفتارهای پیشگیری کننده تفاوت آماری معناداری وجود دارد.

**نتیجه گیری:** رفتارهای پیشگیری کننده از هاری در جامعه مورد بررسی در حد متوسط بود لذا نیاز به برنامه ریزی آموزشی در خصوص افزایش آگاهی از رفتارهای پیشگیری کننده با استفاده از وسایل ارتباط جمعی و با تاکید بر سازه های این مدل بهداشتی و خودکارآمدی ضروری به نظر می رسد.

**واژه های کلیدی:** مدل اعتقاد بهداشتی، رفتارهای پیش گیری کننده، هاری

این مقاله حاصل از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می باشد.

## طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال شانزدهم

شماره: پنجم

آذر و دی ۱۳۹۶

شماره مسلسل: ۶۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۵



## مقدمه

هاری یکی از مهمترین بیماری های ویروسی مشترک انسان و دام می باشد که از طریق تماس با مواد آلوده، خراش و حیوان گزیدگی به انسان منتقل می شود (۱). دوره کمون بیماری معمولاً ۳-۱ ماه است اما کمتر از یک هفته تا بیشتر از یک سال هم دیده شده است (۲) [علائم اولیه بیماری هاری در افراد شبیه بسیاری از بیماری های دیگر از جمله تب، سردرد، ضعف عمومی و ناراحتی می باشد. با پیشرفت بیماری علائم مشخص تر به نظر میرسد و ممکن است شامل بی خوابی، اضطراب، گیجی، فلج خفیف یا جزئی، تحریک، توهم، افزایش بزاق، اشکال در بلع و آب گریزی (ترس از آب) باشد (۳). در صورت شروع علائم بیماری درمان پذیر نیست و بیماران در طی یک تا دو هفته پس از شروع علائم می میرند (۴)] همه حیوانات خونگرم استعداد ابتلاء به بیماری را دارند ولی سگ و گربه مهم ترین مخازن هاری برای انسان هستند که ۹۹ درصد موارد انسانی هاری مربوط به آنهاست (۵). از مهمترین دلایل اهمیت این بیماری میزان کشندگی بالا، افزایش روند موارد حیوان گزیدگی در انسان، تلفات دام و خسارت های اقتصادی ناشی از این بیماری، فعالیت های گردشگری و جهان گردی به علت پراکندگی جهانی هاری و ترس از ابتلا به آن، هاری به عنوان یک زئونوز نوپدید یا بازپدید را میتوان ذکر کرد (۶). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سالانه ۵۵۰۰۰ نفر به دنبال ابتلاء به هاری تلف می شوند که ۹۵ درصد آن در آسیا (حدود ۳۱ هزار مرگ) و آفریقا (حدود ۲۴ هزار مرگ) است.

چهار مورد از هر ۱۰ مرگ در نتیجه هاری در کودکان کمتر از ۱۵ سال است (۱). میزان بروز حیوان گزیدگی در ایران ۱۴۰

مورد در یک هزار است (۷) گزارش ها حاکی از آن است که روند حیوان گزیدگی در ایران رو به افزایش است به طوری که از ۳۵/۱ مورد در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۶۶ به ۱۵۱ مورد در سال ۱۳۸۱ رسیده است (۸).

چندین مطالعه برای بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد در خصوص پیشگیری از هاری انجام شده است. به عنوان مثال مطالعه مروتی و همکاران نشان داد میزان آگاهی افراد در خصوص ریشه های عفونت هاری و چگونگی پیشگیری از آن کافی نیست و برنامه آموزشی جهت افزایش آگاهی عموم مردم ضروری است (۹).

مطالعه Ravish و همکاران نشان داد که نگرش و عملکرد پرسنل کلینیک های هاری نیز ناکافی است (۱۰). همچنین مطالعه Altmann و همکاران نشان داد فقط ۶/۷ درصد از مسافران فرانسوی در این مورد که خطر بیماری هاری جدی است آگاهی داشتند (۱۱). مطالعه Agarval و Reddaiah در هند نیز نشان داد آگاهی در خصوص جنبه های مختلف بیماری بین مردم محدود است و باید نگرش و عملکرد نیز بهبود یابد (۱۲).

طبق گزارش دفتر مدیترانه ای WHO هنوز آموزش بهداشت عمومی و ارتقاء آگاهی برای مشارکت در برنامه های کنترل و پیشگیری هاری ناکافی می باشد (۱۳). فقدان برنامه های آموزش بهداشت موثر در خصوص هاری باعث درجه پایینی از آگاهی از بار بیماری و روش های ضروری جهت پیشگیری و کنترل آن می شود. کمبود آگاهی همچنین باعث مشارکت ضعیف جامعه در برنامه های کنترل هاری محلی می گردد (۱۴). [افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه های درست زندگی حفظ سلامت و پرهیز از بیماری ها، نیازمند



مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از هاری انجام گردید.

### روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه مداخله ای نیمه تجربی (قبل وبعد از مداخله آموزشی) بود. با در نظر گرفتن سطح معنادار ۵ درصد و توان آزمون ۸۰٪ در صورتیکه بخواهیم به اختلاف معنادار ۲ واحد در میانگین نمره آگاهی پس از مداخله در برسیم تعداد ۱۲۰ نفر مورد نیاز می باشد. لذا جامعه مورد بررسی ۱۲۰ نفر از ساکنین شهرستان قدس بودند که به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ۵۹ سوالی محقق ساخته با روایی و پایایی معتبر بود که روایی آن توسط پانل خبرگان توسط سه استاد آموزش بهداشت و یک دانشیار و پایایی آن در یک پیش مطالعه در میان ۳۰ نفر از افراد مشابه نمونه انتخابی با محاسبه آلفا کرونباخ مورد تایید قرار گرفت و در ۳ بخش شامل: بخش اول اطلاعات دموگرافیک که این قسمت دارای ۷ سوال بود که اطلاعات شرکت کنندگان در خصوص نام و نام خانوادگی، جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، نگهداری حیوان در منزل را مورد ارزیابی قرار می داد. بخش دوم سئوالات و گویه های مربوط به سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل آگاهی با ۱۷ سوال (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۵). با دامنه نمرات صفر تا ۵۱ برای مثال {کدامیک از حیوانات زیر می توانند بیماری هاری را منتقل نمایند}، حساسیت درک شده با ۵ گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۶۹). و دامنه نمرات ۵ تا ۲۵ برای مثال {چون بیشتر چوپانان

آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی هستند(۱۵)}. [از جمله رفتارهای بهداشتی و پیشگیری کننده از هاری پرهیز از نگهداری و تماس با حیواناتی مانند سگ و گربه و در صورت اجبار به نگهداری انجام واکسیناسیون آنها، خودداری از بازی و آزار و اذیت حیوانات، انجام خدمات درمان پیشگیری هاری در صورت گاز گرفتگی توسط حیوانات و... می باشد.

[ارزش برنامه های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه ها بستگی دارد و اثربخشی این برنامه ها به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری ها و مدل ها در آموزش بهداشت دارد. به عبارت دیگر هر قدر پشتوانه تئوریک مناسب به همراه نیازهای اسای بهداشتی وجود داشته باشد اثربخشی برنامه های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود(۱۶)].

الگوی اعتقاد بهداشتی خصوصا برای طرح ریزی برنامه هایی جهت پیشگیری از بیماری ها و آسیب مفید می باشد (۱۷).

شهرستان قدس با جمعیتی بالغ بر ۳۲۸۰۰۰ نفر و مساحت بیش از ۲۷۰۰ هکتار یکی از شهرستان های غرب استان تهران از جمله مناطقی است که به دلیل پایین بودن سطح سواد مردم این منطقه و مهاجر پذیر و حاشیه نشین بودن دارای آمار بالای موارد حیوان گزیدگی می باشد و با توجه به این نکته که پژوهش های انجام گرفته در خصوص تاثیر برنامه آموزشی بر رفتارهای پیشگیری کننده از هاری در کشور محدود است و در استان تهران نیز تا زمان انجام این پژوهش، مطالعه ای انجام نشده است از الگوی اعتقاد بهداشتی که از قدیمی ترین تئوری های رفتار بهداشتی است استفاده شد و این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش



در پایان داده های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ و با کمک آمار توصیفی و آزمون های زوج و مستقل و آزمون های نان پارامتریک مورد آزمون قرار گرفتند.

### یافته ها

در این پژوهش که مداخله آموزشی بر اساس اهداف مطالعه، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و متناسب با گروه هدف طراحی و با استفاده از روش سخنرانی و پرسش و پاسخ در مرکز بهداشتی درمانی امام خمینی (ره) اجرا گردید، میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۷/۱۳ سال بود. ۶۵ نفر (۵۴/۲ درصد) مونث و ۵۵ نفر (۴۵/۸ درصد) مذکر بودند. ۹۰ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی (۷۵ درصد) و ۲۹ نفر دیپلم (۲۴/۲ درصد) و ۱ نفر (۸ درصد) زیر دیپلم بودند. ۴۵ نفر کارمند (۳۷/۵ درصد) و ۱۳ نفر (۱۰/۸ درصد) کارگر و ۳۵ نفر (۲۹/۲ درصد) بیکار و ۲۷ نفر (۲۲/۵ درصد) دارای سایر مشاغل بودند، ۷۰ نفر (۵۸/۳ درصد) متأهل، ۳۵ نفر (۲۹/۲ درصد) مجرد و ۱۵ نفر (۱۲/۵ درصد) مطلقه یا بیوه بوده اند. ۶۳ نفر در خانواده هایی با جمعیت بیش از ۴ نفر (۵۲/۵ درصد) و ۵۷ نفر (۴۷/۵ درصد) در خانواده هایی با جمعیت کمتر از ۴ نفر زندگی می کردند. و ۱۱۱ نفر (۹۲/۵ درصد) در منزل هیچ حیوانی نگهداری نمی کردند و ۹ نفر (۷/۵ درصد) در منزل حیوانات انتقال دهنده مثل هاری نگهداری می کردند. جدول یک مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، رفتارهای پیشگیری کننده قبل و بعد از مداخله آموزشی و آزمون تی را نشان می دهد که تفاوت میانگین آگاهی، سازه های مدل و رفتارهای پیشگیری کننده قبل و بعد از مداخله آموزشی معنادار است.

و دامداران در معرض ابتلاء به هاری هستند پس خطری برای من وجود ندارد، شدت درک شده با ۷ گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۳). و دامنه نمرات ۳۵ تا ۷ برای مثال {مرگ یکی از پیامدهای ابتلاء به بیماری هاری است}، منافع درک شده با ۵ گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۱). و دامنه نمرات ۵ تا ۲۵ برای مثال {آگاهی از راههای پیشگیری از بیماری هاری نفع زیادی برای من دارد}، موانع درک شده با ۷ گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۷). و دامنه نمرات ۳۵ تا ۷ برای مثال {پیشگیری از بیماری هاری پر هزینه است} و راهنما برای عمل با ۹ سوال (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۴) و دامنه نمرات ۹-۰. بخش سوم شامل خودکارآمدی با ۴ گویه (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸) و دامنه نمرات ۱۶-۰ برای مثال {من می توانم راهکارهای پیشگیری از بیماری هاری را به آسانی انجام دهم} و رفتارهای پیشگیری کننده با ۵ سوال (بلی/خیر) (ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲) و دامنه نمرات ۵-۰ برای مثال {آیا در طی ۳ ماهه گذشته زباله های مصرفی خود را به طور بهداشتی دفع کرده اید و از ریختن زباله در اماکن عمومی و فضای باز خودداری نموده اید} گویه های مربوط به سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده به سبک پرسشنامه لیکرت و با مقیاس پاسخ دهی ۵ امتیازی به صورت کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بود که به صورت خود گزارشی توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید.

شایان ذکر است شرکت کنندگان در خصوص نحوه و هدف از انجام مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات توجیه و سپس وارد مطالعه شدند.



جدول دو، آزمون تی مستقل برای بررسی رابطه بین جنس و آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری کننده را نشان می دهد که با توجه به نتایج تفاوت میانگین ها در سازه های منافع و موانع درک شده بر حسب جنسیت معنادار است.

جدول سه آزمون تحلیل واریانس برای بررسی رابطه بین تحصیلات افراد، سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری کننده را نشان می دهد که با توجه به نتایج تفاوت میانگین ها در سازه های شدت درک شده و رفتارهای پیشگیری کننده بر حسب تحصیلات معنادار است.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی، راهنما برای عمل، رفتارهای پیشگیری کننده قبل و بعد از مداخله آموزشی و آزمون تی

نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون تی	تفاوت میانگین قبل و بعد از مداخله آموزشی	سطح معناداری (دو دامنه)
نمره آگاهی	قبل از مداخله آموزشی	۱۵/۵۱	۳/۰۳	-۸۴/۲۹	۰/۰۰۰
	بعد از مداخله آموزشی	۴۲/۲۳	۱/۸۳	-۲۶/۷۱	
نمره حساسیت درک شده	قبل	۱۳/۴۰	۳/۲۱۱	-۳۹/۲۹۱	۰/۰۰۰
	بعد	۲۴/۹۸	۰/۱۵۷	-۱۱/۵۷	
نمره شدت درک شده	قبل	۲۱/۵۰	۳/۶۸۱	-۳۸/۶۷	۰/۰۰۰
	بعد	۳۴/۸۰	۰/۵۱۲	-۱۳/۳	
نمره منافع درک شده	قبل	۱۵/۲۷	۱/۸۶	-۵۱/۲۰	۰/۰۰۰
	بعد	۲۴/۸۴	۰/۴۴۹	-۹/۵۷	
نمره موانع درک شده	قبل	۲۴/۲۹	۲/۶	-۴۵/۲۹	۰/۰۰۰
	بعد	۳۴/۹۴	۰/۲۳۵	-۱۰/۶۵	
نمره خودکارآمدی	قبل	۱۱/۲۹	۱/۱۹	-۱۵/۷۱	۰/۰۰۰
	بعد	۱۳/۰	۰/۰۰	-۱/۷۰	
نمره راهنما برای عمل	قبل	۲/۴۸	۰/۶۹۸	-۵۳/۲۲	۰/۰۰۰
	بعد	۶/۸۲	۰/۴۶۷	-۴/۳۳	
نمره رفتارهای پیشگیری کننده از هاری	قبل	۱/۶۱	۰/۵۵	-۲۵/۵۹	۰/۰۰۰
	بعد	۳/۰۹	۰/۴۱	-۱/۴۸	



جدول ۲: جدول آزمون تی مستقل برای بررسی رابطه بین جنس و آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی، راهنما برای عمل، رفتارهای پیشگیری کننده

متغیر مورد مقایسه	شرایط پیش فرض برابری واریانسها	آزمون لوین		نتایج آزمون t	
		F	P	t	df
آگاهی	رعایت پیش فرض برابری واریانسها	۲/۴۳	۰/۰۶	-۱/۲۸۷	۱۱۸
	عدم رعایت پیش فرض برابری واریانسها			-۱/۲۵۸	۹۹/۵۵
حساسیت درک شده	رعایت پیش فرض برابری واریانسها	۰/۷۶۹	۰/۳۸۲	۰/۴۳۷	۱۱۸
	عدم رعایت پیش فرض برابری واریانسها			۰/۴۴۶	۱۱۷/۱۴
شدت درک شده	رعایت پیش فرض برابری واریانسها	۱۰/۱۱	۰/۰۰۲	۱/۴۳	۱۱۸
	عدم رعایت پیش فرض برابری واریانسها			۱/۵	۱۰۱/۷۳
منافع درک شده	رعایت پیش فرض برابری واریانسها	۲۱/۷۱	۰/۰۰	-۲/۱۹	۱۱۸
	عدم رعایت پیش فرض برابری واریانسها			-۲/۰۷	۷۳/۰۵
موانع درک شده	رعایت پیش فرض برابری واریانسها	۳۳/۷۶	۰/۰۰	۲/۵۵	۱۱۸
	عدم رعایت پیش فرض برابری واریانسها			۲/۷۷	۶۴/۰
راهنما برای عمل	رعایت پیش فرض برابری واریانسها	۱/۰۴	۰/۳۰۹	۰/۴۲۳	۱۱۸
	عدم رعایت پیش فرض برابری واریانسها			۰/۴۲۴	۱۱۵/۶۵
رفتارهای پیشگیری کننده	رعایت پیش فرض برابری واریانسها	۳/۵۳	۰/۰۶	-۰/۹۱	۱۱۸
	عدم رعایت پیش فرض برابری واریانسها			-۰/۹۴	۱۰۸/۵۸

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس برای بررسی رابطه بین تحصیلات و آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی، راهنما برای عمل، رفتارهای پیشگیری کننده

متغیر مورد مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig
درون گروهی	۳۹۲/۰	۱۱۷	۳/۳۵۰		
بین گروهی	۰/۰۲۵	۲	۰/۰۱۳	۰/۵۰۴	۰/۶۰۵
درون گروهی	۲/۹	۱۱۷	۰/۰۲۵		
بین گروهی	۱/۶	۲	۰/۸	۳/۱۶۲	۰/۰۴
درون گروهی	۲۹/۶	۱۱۷	۰/۲۵۳		
بین گروهی	۱/۰	۲	۰/۵۰۱	۲/۵۵۲	۰/۰۸۲
درون گروهی	۲۲/۹۸	۱۱۷	۰/۱۹۶		
بین گروهی	۰/۱۳۶	۲	۰/۰۶۸	۱/۲۳۳	۰/۲۹۵
درون گروهی	۶/۴۵	۱۱۷	۰/۰۵۵		
بین گروهی	۰/۵۴۹	۲	۰/۲۷۵	۱/۲۶۴	۰/۲۸۶
درون گروهی	۲۵/۴۱	۱۱۷	۰/۲۱۷		
پیشگیری بین گروهی	۳/۸۲	۲	۱/۹۱	۱۳/۸۲۴	۰/۰۰۰
درون گروهی	۱۶/۱۷	۱۱۷	۰/۱۳۸		



## بحث و نتیجه گیری

کار آیی مدل اعتقاد بهداشتی قبلاً در ایجاد و تقویت رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری در زنان (۱۸،۱۹) سالک (۲۰) ، مصرف سیگار (۲۱)، دهانه رحم (۲۲،۲۳)، رفتارهای تغذیه ای پیشگیری کننده از پوکی استخوان (۲۴) تب مالت (۲۵) و بارداری ناخواسته (۲۶)، رفتارهای پیشگیری و کنترل کننده بهداشت دوران بلوغ (۲۷) اثبات شده است. در این مطالعه میانگین نمره آگاهی قبل از مداخله  $3/03 \pm 15/51$  بود که بعد از مداخله به  $1/83 \pm 42/23$  افزایش یافت. این اختلاف معنادار را می توان به تشکیل کلاس آموزشی و انجام آموزش نسبت داد. در این مطالعه میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله  $3/21 \pm 13/40$  بود که بعد از مداخله به  $0/157 \pm 24/98$  افزایش یافت که با نتایج مطالعه تقدیسی و نژاد صادقی مطابقت دارد (۱۹). کارمل نیز با بررسی ۴۶ مطالعه که با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شده است به این نتیجه رسید که حساسیت درک شده بیشترین قدرت را در پیش بینی رفتار دارد (۲۸). در این مطالعه میانگین نمره شدت درک شده  $3/68 \pm 21/50$  بود که بعد از مداخله آموزشی به  $0/512 \pm 34/80$  افزایش یافت که این افزایش می تواند به علت آموزش ارائه شده باشد و به نظر می رسد افزایش آگاهی شرکت کنندگان از جدی بودن عوارض ابتلاء به هاری و کشندگی آن عامل مهمی در ارتقاء سطح شدت درک شده در این زمینه است که این یافته ها با یافته های لین در مهاجرین تایوان که نشان داد بین شدت و تهدید درک شده از ایدز و کاهش رفتارهای پرخطر رابطه معنادار وجود داشت همخوانی دارد (۲۹). بر اساس آزمون تحلیل واریانس انجام شده رابطه معنی داری بین شدت درک شده (sig=/.04) و رفتارهای

پیشگیری کننده (sig=/.000) بر حسب تحصیلات مشاهده گردید. یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره منافع درک شده پیش از آموزش  $1/86 \pm 15/27$  بود که پس از مداخله به  $0/449 \pm 24/84$  افزایش یافت که با مطالعه دواتی درخصوص اتخاذ رفتارهای محافظت کننده در برابر اشعه خورشید (۳۰) و همچنین مطالعه تقدیسی و نژاد صادقی مطابقت دارد (۱۹). افزایش نمره موانع درک شده از  $2/6 \pm 24/29$  قبل از آموزش به  $0/235 \pm 34/94$  بعد از مداخله آموزشی حاکی از آن است که افراد بعد از مداخله آموزشی آگاهی بیشتری از موانعی که باعث خودداری آنها از انجام رفتار پیشگیرانه می شود یافته و تلاش در برطرف نمودن آنها می نمایند. رابطه معنی داری بین نظرات زنان و مردان در مورد منافع درک شده (p=/.03) و موانع درک شده (p=/.012) مشاهده گردید اما در سایر سازه ها وجود ندارد. از آنجایی که خودکارآمدی درک شده مقدمه انجام یک رفتار محسوب می شود در این مطالعه تئوری خودکارآمدی نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله  $1/19 \pm 11/29$  بود که بعد از انجام مداخله به  $0/2 \pm 13$  افزایش یافت. در مطالعه سانگ نیز نشان داده شده است که طراحی برنامه های ارتقاء دهنده خودکارآمدی می تواند بر سطوح خودکارآمدی تاثیرگذار باشد (۱۳). به طور کلی یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین آگاهی و تمام اجزاء سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بعد از مداخله افزایش داشته است که این یافته ها با مطالعه شریفی راد و همکاران (۲۱) مطالعه ندا معتمدی و همکاران (۲۰) و نیز مطالعه شمسی و همکاران مطابقت داشته است (۳۲). یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره رفتارهای پیشگیری کننده از هاری پیش از





جواهری تهرانی و نیکپور درخصوص رفتارهای پیشگیری از عفونت ادراری نیز بعد از مداخله میانگین نمره کل رفتارهای بهداشتی و پنج حیطه آن در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل اختلاف معنادار نشان داد که قبل از مداخله در هیچکدام از رفتارها اختلاف معنادار نبود (۱۸). در این پژوهش مشاهده شد داشتن راهنمای عمل داخلی که فرد را از درون به رفتارهای پیشگیری کننده ترغیب نماید و مشارکت اعضاء خانواده به عنوان مهمترین راهنمای عمل خارجی حایز اهمیت است که با مطالعه شمسی و همکاران مطابقت داشته است (۳۲).

### تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچگونه تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه عزیزانی که در این بررسی شرکت کرده اند و گروه آموزش بهداشت دانشگاه شهید صدوقی یزد قدردانی به عمل می آید.

آموزش  $۱/۶۱ \pm ۰/۵۵$  بود که پس از مداخله به  $۳/۰۹ \pm ۰/۴۱$  افزایش یافت. افزایش نمره رفتار در مطالعات مداخله ای مختلف مشاهده شده است. به عنوان مثال مطالعه رمضانخانی (۳۳) و مطالعه کمالی (۳۴) یافته های مذکور را تایید می کنند که نشان دهنده تاثیر آموزش بهداشت در مداخلات آموزشی می باشد. یافته های این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه آموزش بهداشت در بهبود آگاهی و افزایش رفتارهای پیشگیری کننده از هاری تاثیر داشته است که این یافته ها با یافته های پژوهش مسیبی و همکاران در زمینه رفتارهای پیشگیری کننده از ژیا ردیا لامبلیا (۳۵) و شریفی راد و همکاران در زمینه آموزش تغذیه به بیماران دیابتی نوع ۲ (۳۶) کریمی و همکاران در زمینه ایدز (۳۷) و هزاوه ای و همکاران در زمینه حفاظت فردی تنفسی (۳۸) همخوانی دارد. وبا یافته های پژوهش یوسف حمیدزاده اربابی و همکاران درخصوص تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر میزان بروز حیوان گزیدگی و سطح آگاهی از ماهیت بیماری و رفتارهای پیشگیری کننده از هاری مطابقت دارد (۸). در مطالعه

### References

- 1-Rabies Factsheet No .99 Update July 2013 ,World Health Organization,2013. Available from: [Http://www.who.aho.or](http://www.who.aho.or). Accessed jun 3,2013.
- 2-Rabies , Available from: <http: www. WHO.int/sysmedia/style/css/screen/reset.css>. Accessed Feb 12, 2013.
- 3-Rabies .Available from: <http: cdc.org>. Accessed jun 3, 2013.
- 4- Center for Disease Management.National guidelines for rabies control ( I.R.Iran.2004) Ministry of health and Medical,Education,Health affairs,Iran;2004:1-56.
- 5-Pastoret PP, Brochier B.Epidemiology and elimination of rabies in western europe ,The veterinary journal .1998 ;156:83-90.
- 6-Aldavood SJ,Akbarein H,Bahonar AR. Rabies in Iran .1<sup>nd</sup> ed.Iran,mashghe shab.2011;(5):30-2.[Persian]



- 7-Alavi SM, Alavi L. Epidemiology of animal bites and sting in khuzestan Iran Journal of Infection and public health. 1997-2006; (1): 51-5. [Persian]
- 8-Hamidzadeh Arbabi Y, Rezakhani H, Savadpoure MT. The Impact of health education on Incidence of Animal Bites and Knowledge on Rabies and Preventive Behaviors in selected villages of Ardabil city. Journal of health Ardabil university of Medical sciences. 2013; 4(1): 84-93. [Persian]
- 9-Morovatisharifabad MA, Karimi M, Janati M. Utility of the health belief model to assess predictors of rabies preventive measures. Journal of Education and promotion. 2014; 3(1, 2)
- 10- Ravish Hardanahalli Sh, Gangaboraiah B, Doddabele Hanumanthappa A. Knowledge attitudes and practice of practitioner about rabies prophylaxy in India. Asian biomedicine. 2013; 7(2): 237-42
- 11- Altmann M, Parola P, Delmont J. Knowledge attitudes and practice of French Travelers from Marseille regarding rabies risk and prevention. Journal Travel Med. 2009; 16: 107-11
- 12- Agarvval N, Reddaiah V. Knowledge, Attitude and Practice following dog bite: a community – based epidemiological study. Health and population journal. 2003; 26(4): 154-61.
- 13- Inter-Country Experts workshop protecting humans from domestic and wildlife rabies in the middle east 23-25 june 2008. Amman Jordan WHO(HQ-MZCP)/OIE WHO/CDS/CSR/EPH/2002/8,. Available from: <http://www.who.int/emc> Accessed feb 5, 2013.
- 14- Strategies For The Control And Elimination Of Rabies In Asia, Report Of WHO Interregional Consultation, Geneva, Switzarland 17-21 july 2001 Available from: <http://www.who.int/emc>. Accessed jan 10, 2015.
- 15- Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F. The effect of health education program on the knowledge and practice sailors towards HIV/AIDS in chababar. Zahedan university of medical science journal. 2006; 8(1): 29-33. [Persian]
- 16- Karimy M, Hasani M, Khorrm R. The effect of education based on health belief model on breast self examination in the Health volunteer in zarandieh. Tabibe Shargh; Jzahedan University Medicine Sciences. 2008; 10(4): 79-87. [Persian]
- 17- Safari M, Shodjaizadeh D, Ghofranipoor F, Heydarnia AR, Pakpour HA. Theories, models and methods of health education and health promotion. Tehran: **Sobhan; 2009: 224.** [Persian]
- 18- Javaheri tehrani F, Nikpor S. The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in woman. Preventive care in Nursing and Midwifery journal. spring and summer. 2013; 3: 1-11. [Persian]



- 19- Hossein Taghdisi M, Nejadsadegi E. The effect of health education based on health belief model on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant woman. *journal Research and health*. 2012; 2: 126-36. [Persian]
- 20- Motamedi N, Hejazi S.H, Hazavei S.M.M. Effect of education based on health belief model on promoting preventive behavior of caetaneous leishmaniasis *journal of Military Medicine winter*. 2010; 11(4): 231-6. [Persian]
- 21- Sharifirad G, Hazavie M, Hasan zadeh A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *Arak Medical university journal (AMUJ)*. 2007; 10(1): 79-86. [Persian]
- 22- Yakhforoushha A, Solhi M, Ebadi fardazar F. Effect of health education through health belief model on knowledge and attitude of health volunteers about test pap smear in urban centers. *Journal of Midwifery and Nursing school ,shahid beheshti*. 2008; 14: 35-42. [Persian]
- 23- Karimy M, Gallahi M, Niknami SH. The effect of health education based on health belief model on performance of Pap smear test among women referring to health care centers in zarandieh. *journal jahrom Medical university Science*. 2012; 10(1): 47-53. [Persian]
- 24- Ghaffari M, Tavassoli E, Esmailzadeh A. Effect of Health Belief Model based intervention on promoting nutritional behaviors about osteoporosis prevention among students of female middle schools in Isfahan, Iran. *journal Education Health Promotion*. 2012; 1: 14. [Persian]
- 25- Karimy M, Montazeri A, Araban M. The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis. *Arak Medical university journal (AMUJ)*. 2012; 14(4): 85-94. [Persian]
- 26- Jadgal KhM, Zareban I, Rakhshani F. The Impact of health education based on health belief model on preventive behavior of unwanted pregnancy among chabahr women. *journal of health Ardabil university of Medical sciences. Autumn*. 2014; 5(3): 191-202. [Persian]
- 27- Mazloomi Mahmoodabad SS, Norouzi S, Norouzi A. effect of health belief model in adopting prevention and control of health behaviors during puberty high school students in Ardakan city. *Toloo-e-behdasht journal , yazd university of Medical sciences spring*. 2013(1): 56-66. [Persian]
- 28- Carmel S. The health belief model in the research of AIDS-related preventive behavior. *public health reviews*. 1991; 18(1): 73-85



- 29- Lin P, simony JM, Zemon V. The health belief model, sexual Behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AIDS Educ prev* 2005, 17(5):469-483
- 30- Dvati A, Moradi M. HBM model and preventive of cancer skin. *proceedings of the 3th national congress on health education and promotion. Hamedan: Iran. 2008; 88. [Persian]*
- 31- Song KJ. The effects of self efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self efficacy, health behavior and quality of life. *Taehan Kanho Hakhoe chi*. 2003; 33(4): 510-18
- 32- Shamsi M, Bayati A, Mohammad beige A. The effect of education program based on health belief model (HBM) on preventive Behavior of self-medication in woman with pregnancy in Arak, Iran. *Pejoohandeh journal*. 2012; 14(6): 324-31
- 33- Ramezankhani A, Heidarnia AR. Measuring the impact of health education based on HBM Model on Knowledge And Preventive behaviors of smoking. *Thesis for Doctorate in health education . Tarbiat Moddares university. sept 2008: 22. [Persian]*
- 34- Kamali M, Heidarnia AR. The Effect of Health Belief Model on student Body status. *Thesis for Doctorate in Health Education. Tarbiat Moddares university. 2008; 36 [Persian]*
- 35- Mosayebi M, Zamani F, Khazaii Mr. The effect of education based on a health belief model on Giardia lamblia preventive behaviors of primary school students in Arak. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*. 2011; 14(56): 64-72. [Persian]
- 36- Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A. Effectiveness of nutrition education to patients with type 2 diabetes: application of health belief model. *Iranian journal of Diabetes and Lipid*. 2008; 7(4): 379-86. [Persian]
- 37- Karimi M, GHofraniporm F, Heidarnia AR. The effect of health education based on health belief model on prevents action of AIDS on addict in zaradieh. *Gilan University of Medical Sciences journal* . 2008; 18(70): 64-73. [Persian]
- 38- Hazavehei SMM, Shadzi Sh, Asgari T. The effect of safety education based on health belief model (HBM) on the workers practice of borujen industrial town in using the personal protection respiratory equipments. *Iranian journal of Healths work* . 2008; 7(1): 21-30. [Persian]