



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2016/08/24

Accepted: 2016/11/02

## The Effect of Education Based on HBM on Performance of Health Workers in Sampling from Patients to Health Centers Eltor

Salime Zare Abdollahi (M.Sc.)<sup>1</sup>, Reza Tavakoli (Ph.D.)<sup>2</sup>, Mohammad Ali Morowatisharifabad (Ph.D.)<sup>3</sup>

1.M.Sc. Student in Health Education, Research Science Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2.corresponding Author: Associate Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: hse91tavakoli@gmail.com Tel:09121269156

3.Professor, Elderly Health Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

### Abstract

**Introduction:** This study aimed to determine the effectiveness of theory based education on the performance of health workers in samples from patients with diarrhea in the home health eltour city of Taft in the years 2016. This was a quasi-experimental study as pretest and posttest associated with a control group.

**Methods:** In this study, 90 people were selected as convenience sampling in case and control groups. The study population included all health workers in the city of Taft in Yazd province. The independent variable was education based on health belief model in the experimental group. Data was collected using A researcher made questionnaire on the performance made with 8 subscales, which its validity and reliability were calculated according to a small sample. The questionnaire was administered to both groups in the pre-test and post-test. Data was analyzed using the descriptive statistics such as mean, standard deviation, and charts, as well a inferential statistics such as T- test was used for testing hypotheses.

**Results:** the statistical analysis of data showed that there is a significant difference on sample between experimental and control groups following the educational intervention. Our findings showed that there was no significant difference after entering the independent variable. Statistical analysis showed that between the mean scores of the difference between performance in both groups. This means that the independent variable of education based on the health belief model increased the performance of health worker in dimensions such as awareness and behavior, and structures such as perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy and guidance for action in the case group.

**Conclusion:** Considering the limitations of the study, the results showed that education based on the health belief model is one of the most effective ways to improve the performance of health workers.

**Keywords:** Health Belief Model, The performance of Health workers, Home Health, Sampling Eltour, Health workers

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



**This Paper Should be Cited as:**

Salime Zare Abdollahi, Reza Tavakoli, Mohammad Ali Morowatisharifabad, The Effect of Education Based on HBM on Performance of Health Workers in Sampling from ... Toloobehdasht Journal.2018;17(1): 82-95.[Persian]



## تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) بر عملکرد بهورزان در نمونه گیری التور از مراجعین به خانه های بهداشت

نویسندگان: سلیمه زارع عبدالهی<sup>۱</sup>، رضا توکلی<sup>۲</sup>، محمد علی مروتی شریف آباد<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران،

ایران. تلفن تماس: ۰۹۱۲۱۲۶۹۱۵۶ Email: hse91tavakoli@gmail.com

۳. استاد مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

### چکیده

**مقدمه:** نمونه گیری التور از مراجعین به خانه های بهداشت عملکردی است که انجام صحیح و مرتب آن توسط بهورزان تأثیر قابل توجهی در تأمین و حفظ سلامت روستائیان و به تبع آن در شهرها، دارد لیکن وضعیت انجام این رفتار تا به حال در تحقیقات مورد توجه قرار نگرفته است لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکرد بهورزان در نمونه گیری التور از مراجعین مبتلا به اسهال در سطح خانه های بهداشت شهرستان تفت در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش مداخله ای از نوع تجربی و نمونه آماری ۹۰ نفر شامل ۵۲ زن و ۳۸ مرد بودند که به صورت سرشماری از کلیه بهورزان شهرستان تفت در تحقیق وارد شدند. به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار، جداول توزیع فراوانی و هم چنین از آمار استنباطی نظیر آزمون های T-test مستقل و زوجی انجام شد. در این آزمون سطح معنی داری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** نتایج حاصل از مداخله آموزشی نشان داد که قبل از اجرای مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی وجود نداشت. در گروه آزمون اختلاف میانگین نمرات رفتار نمونه گیری التور، آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خود کارآمدی قبل و دو ماه بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار بود به گونه ای که بعد از اجرای مداخله میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی افزایش یافته بود و سازه موانع درک شده کاهش معنی داری داشت ( $p < 0/001$  همه سازه ها).

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج مطالعه، مداخله آموزشی بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی می تواند سبب ارتقاء رفتار نمونه گیری التور از مراجعین مشکوک به وبا و بهبود سازه های الگو در بهورزان در سطح خانه های بهداشت گردد.

**واژه های کلیدی:** الگوی اعتقاد بهداشتی، بهورزان، نمونه گیری التور، وبا.

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران می باشد.

## طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال هفدهم

شماره اول

فروردین واردیبهشت ۱۳۹۷

شماره مسلسل: ۶۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۰۶/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۲



## مقدمه

حایز اهمیت می باشد و این نکته اهمیت فراوانی دارد که بهورزان بواسطه آموزش بهداشت اهمیت نمونه گیری التور را بدانند.

نمونه برداری با استفاده از سواب رکتال در محیط کروی بلر انجام می شود برای تهیه آن یک سواب با نوک پنبه ای تمیز را وارد مقعد بیمار یا مدفوع تازه دفع شده کرده و ۳۶۰ درجه می چرخانند پس از اطمینان از مرطوب شدن پنبه و آغشته شدن به مدفوع در محیط انتقال کروی بلر قرار می دهند. سواب باید به طور کامل داخل محیط کروی بلر قرار گیرد سپس انتهای چوبی سواب را شکسته و درب لوله را می بندند نمونه پس از جمع آوری باید با حفظ شرایط زنجیره سرد هرچه سریع تر به آزمایشگاه انتقال یابد. لازم به ذکر است بیمار هیچ گونه وجهی بابت ارائه این خدمات در طول درمان خود نمی پردازد.

نحوه محاسبه حداقل نمونه: حداقل نمونه برداری یک منطقه در ماه با استفاده از فرمول

$$\text{حداقل نمونه} = \frac{0.02 \times 2 \times \text{جمعیت زیر 5 سال}}{12}$$

محاسبه می شود. دو صدم از کودکان زیر ۵ سال احتمال ابتلا به اسهال حاد آبکی دو بار در سال را دارد. چون هدف از نمونه گیری مدفوع ردیابی وجود بیماری در منطقه است باید نمونه گیری در تمام ماه های سال در حداقل مورد انتظار انجام شود (۵).

ضرورت نمونه گیری صحیح از موارد مشکوک به و با توسط بهورزان در خانه های بهداشت به شرح دیل می باشد: با توجه به گستره جهانی بیماری وبا در سطح جهان و لزوم افزایش حساسیت ها نسبت به آن با توجه به تاکیدات مکرر

التور یا وبا یکی از بیماریهای واگیردار عفونی است و به شکل بیماری حاد اسهالی که عامل آن ویبریوکلرا (vibrio cholera) است تظاهر می کند (۱).

عامل بیماری وبا غیرتهاجمی بوده و اسهال ناشی از آن به وسیله سم کلرا که منجر به ترشح شدید آب و املاح در روده کوچک می شود ایجاد می گردد. اسهال ممکن است شدید بوده و منجر به کم آبی، کلاپس قلبی - عروقی شده و در صورت جبران نشدن آب و نمک مرگ می تواند در عرض چند ساعت پیش آید مخزن بیماری فقط انسان می باشد (۲). این بیماری معمولاً از طریق آب و غذای آلوده منتقل می شود و از قدرت بیماریزایی و کشندگی بالایی نیز برخوردار است (۳). وبا یکی از بیماری های با قابلیت ایجاد اپیدمی های بزرگ برای نوع بشر است. قدرت آن در مبتلا کردن ناگهانی تعداد زیادی از مردم در جوامع است به طوری که بدون درمان می تواند در عرض چند ساعت منجر به نابودی انسان شود. همین خاصیت بیماری را به صورت یک تهدید بین المللی در آورده و پیدایش بیماری اغلب موجب هراس در ملت ها شده است (۴).

بررسی مداوم اسهال، چه موارد جدید و چه موارد تکراری اساس کشف سریع وبا است. بهترین روش تشخیص بیماری وبا توسط وزارت بهداشت نمونه برداری با استفاده از سواب رکتال از مقعد بیمار مبتلا به اسهال می باشد که واحد های بهداشتی درمانی با توجه به سیستم ارجاع از پایین ترین سطح که خانه های بهداشت و بهورزان شاغل در آن می باشند نمونه گیری آغاز می گردد این روش ساده، ارزان و در دسترس جهت کلیه مراکز بهداشتی با امکانات آزمایشگاهی نه چندان پیشرفته



بحران کم آبی و شیوع بیماریهای اسهالی در منطقه باید شاهد رشد روند نمونه گیری التور در سطح خانه های بهداشت می شدیم در حالیکه این روند به صورت یک نقصان بزرگ در سیستم بهداشتی می باشد (۸).

مدل اعتقاد بهداشتی، مدل جامعی است که در پیشگیری از بیماری ها نقش سازنده ای دارد (۹).

این مدل رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می دهد و بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات شخصی شامل آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری، تأثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد و تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری است (۱۰).

مدل اعتقاد بهداشتی دارای شش بعد است :

۱) حساسیت درک شده *Perceived Susceptibility* (این باور ذهنی که شخص ممکن است دچار یک بیماری یا حالت زیان باری در نتیجه یک رفتار خاص گردد)، ۲) شدت درک شده *Perceived Severity* (اعتقاد به میزان عوارض حاصل از ابتلا به یک بیماری یا وضعیت آسیب زای ناشی از یک رفتار خاص)، ۳) موانع درک شده *Perceived Barriers* (اعتقاد مربوط به هزینه های متصور پیگیری یک رفتار جدید)، ۴) منافع درک شده *Perceived Benefits* (اعتقاد به مزایای روش های پیشنهادی جهت کاهش خطر یا شدت بیماری یا حالت زیان بار ناشی از یک رفتار خاص)، ۵) راهنماهای عمل *Cues to Action* (نیروی تسریع کننده ای که موجب احساس نیاز فرد به انجام عملی می گردد) و ۶) خودکارآمدی *Self-Efficacy* (اطمینان فرد به توانایی خود در پیگیری یک رفتار) (۱۱-۱۲).

سازمان جهانی بهداشت و هم چنین آلودگی ایران و سابقه اپیدمی و به تبع آن استان یزد هم به دلیل : ۱- کویری بودن منطقه و بحران خشکسالی چند ساله اخیر ، ۲- داشتن فاصله خیلی دور خانه های بهداشت از مراکز بهداشتی ( بعضی مناطق به بیش از ۴۰۰ کیلومتر ) جهت انجام آزمایشات تکمیلی ، ۳- ساده بودن روش آزمایش و سهولت در حمل آن در حالیکه اگر یک مورد التور در منطقه پیدا شود به عنوان اپیدمی تلقی می گردد. (هزینه به اثر بخشی) ، ۴- تشخیص و درمان سریع بیماری در ۲۴ ساعت اول به عنوان نقطه برد در مهار بیماری به شمار می رود چرا که یک بیمار مبتلا به التور طی ۲۴ ساعت اول می تواند از پا در آید و به علت واگیر بودن آن کل خانواده و منطقه حتی شهرستان و استان را درگیر خود نماید . (هزینه به سود) ۵- بالا بودن بار سیاسی و عواقب اجتماعی برای کشور و استان یا شهرستان در صورت گزارش یک مورد مثبت و یا که در صورت گزارش مثبت دارای بار اقتصادی (رکود سیستم توریسم و صادرات استان و کشور) و بار سیاسی (انگ فقر فرهنگی و بهداشتی) و تحلیلی بر ناتوانی سیستم بهداشتی کشور ، ۷- برخورداری از نسبت بسیار سنگینی این بیماری در رتبه بندی بار بیماری ها ، (۶) ۸- با توجه به حادثه منا در مکه و حمله و جنگ گروهک های داعش در کشورهای عراق و سوریه و نیز مهاجر پذیری ایران از آن کشورها و کشورهای افغانستان و اپیدمی این بیماری در آن مناطق (۷) معاون بهداشت وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از شناسایی یک مورد و یا در قم و از آماده باش این وزارتخانه برای پیشگیری و کنترل و یا و مرس خبر داد ، ۹- نا خوشایند بودن این روش نمونه گیری برای بهورزان بطوریکه طی سال های اخیر با توجه به خشکسالی منطقه و



(سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، محل سکونت و ...) بود. بخش دوم مربوط به آگاهی (۲۲ سؤال) در زمینه بیماری وبا و نمونه گیری التور بود. سوالات مربوط به آگاهی دارای سه گزینه بلی، خیر و نمی دانم بود که به جواب صحیح نمره ۳ و به جواب نمی دانم نمره ۲ و غلط نمره ۱ تعلق گرفت.

بخش سوم مربوط به سازه های مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده (۷ سؤال از جمله اگر نمونه گیری از افراد مشکوک به بیماری وبا را انجام ندهم خطر ابتلاء به بیماری را در خانواده ام افزایش می یابد)، شدت درک شده (۳ سؤال از جمله عدم تشخیص و درمان به موقع این بیماری خطر مرگ را افزایش می دهد)، منافع درک شده (۷ سؤال از جمله رعایت اصول نمونه گیری صحیح التور در پیشگیری از ابتلا به بیماری وبا موثر است)، موانع درک شده (۱۱ سؤال از جمله انجام نمونه گیری التور برای من ناخوشایند است)، راهنما برای عمل (۳ سؤال از جمله پیام های آموزشی کارشناسان بهداشتی در زمینه بیماری وبا و نحوه نمونه گیری، مرا در انجام موفق نمونه گیری از مراجعین مشکوک به وبا کمک و تشویق می کند)، خودکارآمدی (۱۰ سؤال از جمله من احساس می کنم که می توانم با نمونه گیری صحیح از موارد مشکوک به وبا از آلودگی سایر افراد جلوگیری کنم). و سوالات رفتار (۱۱ سؤال از جمله من از کلیه موارد مشکوک به این بیماری نمونه گیری می کنم). بود. نحوه امتیاز دهی هریک از سوالات این بخش به صورت لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً موافق (۴) تا کاملاً مخالف (۰) بود. به منظور بررسی روایی، پرسشنامه خود ساخته در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین آموزش بهداشت قرار داده شد و

از این الگوی آموزشی در زمینه انجام پاپ اسمیر، مراقبت از پا در بیماران دیابتی نوع دو، رفتارهای پیشگیری کننده از فونت های بیمارستانی در پرستاران، کلسیم دریافتی رژیم غذایی، باورهای غذایی زنان باردار استفاده شده است (۱۶-۱۲). ولی تا بحال از این الگو در زمینه رفتار نمونه گیری التور استفاده نشده است.

لذا نظر به اینکه نمونه گیری التور از مراجعین به خانه های بهداشت عملکردی است که انجام صحیح و مرتب آن توسط بهورزان تأثیر قابل توجهی در تأمین و حفظ سلامت افراد دارد، این مطالعه با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه آموزش تئوری محور بر عملکرد بهورزان در نمونه گیری التور از مراجعین مبتلا به اسهال در سطح خانه های بهداشت شهرستان تفت در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

## روش بررسی

مطالعه حاضر یک مداخله نیمه تجربی است که بر روی ۹۰ نفر از بهورزان شهرستان تفت شامل ۵۲ زن و ۳۸ مرد در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری کلیه بهورزان به صورت سرشماری انتخاب گردیدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی هدف مطالعه برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه شفاهی جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید یعنی شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و بهورزان می توانستند در هر زمان از مطالعه خارج شوند و همچنین به بهورزان اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها محرمانه باقی خواهد ماند.

جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته سه بخشی استفاده شد. بخش اول (۱۰ سؤال) شامل اطلاعات دموگرافیک



سپس پمفلت در اختیار گروه شاهد نیز قرار داده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و توسط آزمون تکرار مشاهدات، تی تست مستقل انجام گرفت. در این مطالعه سطح معنی داری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. کلیه ملاحظات اخلاقی مربوط به این مقاله طبق بیانیه هلسینکی رعایت گردیده است.

### یافته ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه آزمون ( ۰/۹۱ ± ۴۱/۷۲ ) و شاهد ( ۰/۹۸ ± ۴۱/۷۹ ) بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه مطالعه از نظر متغیر سن مشاهده نشد (  $p=0/71$  ).

جدول ۱ یافته های مربوط به مشخصات دموگرافیکی و موقعیت مکانی افراد تحت مطالعه را نشان می دهد ( جدول ۱ ).

آزمون کای اسکوئر نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای با جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت استخدام، شرایط سکونت، محل خدمت، مسافت خانه های بهداشت تا آزمایشگاه، سابقه کار در دو گروه آزمون و شاهد وجود نداشت (  $p>0/05$  ).

(جدول ۱). آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از اجرای آموزشی اختلاف معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر سازه های آگاهی (  $p=0/86$  )، حساسیت درک شده (  $p=0/58$  )، شدت درک شده (  $p=0/61$  )، منافع درک شده (  $p=0/95$  )، موانع درک شده (  $p=0/81$  )، راهنما برای عمل (  $p=0/94$  )، خودکارآمدی (  $p=0/46$  ) و سوالات رفتار (  $p=0/68$  ) وجود نداشت (  $p>0/05$  ).

اصلاحات مورد نظر اعمال گردید. میانگین CVI و CVR پرسشنامه بترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۱ گزارش گردید. جهت تعیین پایایی ابزار از روش همسانی درونی (Internal consistency) استفاده گردید. بدین منظور بیست نفر از بهورزان انتخاب و پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ حساسیت درک شده ۰/۹۱، شدت درک شده ۰/۹۷، منافع درک شده ۰/۸۸، موانع درک شده ۰/۸۷، خودکارآمدی ۰/۹۶، راهنمای عمل ۰/۸۸، رفتار ۰/۹۷ بود. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۲ محاسبه گردید. لازم به یادآوری است که افراد شرکت کننده در مطالعه پایلوت جهت بررسی روایی و پایایی ابزار از مطالعه اصلی خارج بودند.

پس از کسب اطلاعات لازم از پرسشنامه های پیش آزمون طراحی جلسات آموزشی انجام گرفت و مداخلات آموزشی طی ۴ جلسه ۵ ساعته (از ساعت ۸ لغایت ۱۳) به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و روش نمایشی برای بهورزان گروه آزمون انجام گرفت.

این جلسات با محوریت آشنایی بهورزان با بیماری وبا و اهمیت بیماری و نحوه نمونه گیری صحیح و افزایش حساسیت، شدت و منافع درک شده و کاهش موانع درک شده در زمینه نمونه گیری التور از بیماران مشکوک به وبا بود.

برای این منظور آموزش به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و روش نمایشی انجام گرفت و از وسایل کمک آموزشی (تخته وایت برد، پمفلت، نمایش فیلم) استفاده گردید. برای گروه شاهد هیچ گونه آموزشی صورت نگرفت. یک ماه بعد مجدداً پرسشنامه ها توسط دو گروه تکمیل گردید (۱۶).



جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای زمینه ای در دو گروه مورد مطالعه

| Chi-square test | جمع کل |         | گروه شاهد |         | گروه آزمون |         | گروه ها               | متغیر                              |
|-----------------|--------|---------|-----------|---------|------------|---------|-----------------------|------------------------------------|
|                 | درصد   | فراوانی | درصد      | فراوانی | درصد       | فراوانی |                       |                                    |
| ۰/۳۹۳           | ۵۷/۸   | ۵۲      | ۵۳/۳      | ۲۴      | ۶۲/۲       | ۲۸      | زن                    | جنسیت                              |
|                 | ۴۲/۲   | ۳۸      | ۴۶/۷      | ۲۱      | ۳۷/۸       | ۱۷      | مرد                   |                                    |
| ۰/۱۱۵           | ۵/۶    | ۵       | ۸/۹       | ۴       | ۲/۲        | ۱       | ابتدایی               | سطح تحصیلات                        |
|                 | ۲۸/۹   | ۲۶      | ۳۵/۶      | ۱۶      | ۲۲/۲       | ۱۰      | سوم راهنمایی          |                                    |
|                 | ۳۷/۷   | ۳۳      | ۳۵/۶      | ۱۶      | ۳۷/۸       | ۱۷      | دیپلم                 |                                    |
|                 | ۱۷/۸   | ۱۶      | ۱۳/۳      | ۶       | ۲۲/۲       | ۱۰      | فوق دیپلم             |                                    |
|                 | ۱۰     | ۹       | ۴/۴       | ۲       | ۱۵/۶       | ۷       | لیسانس                |                                    |
|                 | ۱      | ۱       | ۲/۲       | ۱       | ۰          | ۰       | بالتر از لیسانس       |                                    |
| ۰/۴۸۵           | ۴/۴    | ۴       | ۴/۴       | ۲       | ۴/۴        | ۲       | مجرد                  | وضعیت تاهل                         |
|                 | ۹۰     | ۸۱      | ۸۷/۷      | ۳۹      | ۹۳/۳       | ۴۲      | متاهل                 |                                    |
|                 | ۳/۳    | ۳       | ۴/۴       | ۲       | ۲/۲        | ۱       | همسر جدا شده          |                                    |
| ۰/۵۶۲           | ۲/۲    | ۲       | ۴/۴       | ۲       | ۰          | ۰       | همسر از دست داده      | وضعیت استخدام                      |
|                 | ۱۷/۸   | ۱۶      | ۱۵/۶      | ۷       | ۲۰         | ۹       | قراردادی              |                                    |
|                 | ۳/۳    | ۶       | ۴/۴       | ۲       | ۸/۹        | ۴       | پیمانی                |                                    |
| ۰/۵۸۹           | ۷۵/۶   | ۶۸      | ۸۰        | ۳۹      | ۷۱/۱       | ۳۲      | رسمی                  | شرایط سکونت                        |
|                 | ۸۲     | ۷۴      | ۸۲/۴      | ۳۵      | ۸۰         | ۳۶      | بومی                  |                                    |
|                 | ۱۸     | ۱۶      | ۲۰/۶      | ۹       | ۲۰         | ۹       | غیربومی               |                                    |
| ۰/۰۷۴           | ۷۸/۹   | ۷۱      | ۸۴/۴      | ۳۸      | ۷۳/۳       | ۳۳      | خانه بهداشت           | محل خدمت                           |
|                 | ۱/۱    | ۱       | ۲/۲       | ۱       | ۰          | ۰       | خانه سلامت            |                                    |
|                 | ۴/۴    | ۴       | ۶/۷       | ۳       | ۲/۲        | ۱       | پایگاه بهداشتی        |                                    |
|                 | ۱۵/۶   | ۱۴      | ۶/۷       | ۳       | ۲۴/۴       | ۱۱      | مرکز بهداشتی و درمانی |                                    |
|                 | ۶/۷    | ۶       | ۱۱/۱      | ۵       | ۲/۲        | ۱       | کمتر از ۱ کیلومتر     |                                    |
|                 | ۶/۷    | ۶       | ۶/۷       | ۳       | ۶/۷        | ۳       | بین ۱ تا ۵ کیلومتر    |                                    |
| ۰/۲۰۸           | ۱۰     | ۹       | ۱۵/۶      | ۷       | ۴/۴        | ۲       | بین ۵ تا ۱۰ کیلومتر   | مسافت خانه های بهداشت تا آزمایشگاه |
|                 | ۱/۲    | ۱       | ۲/۲       | ۱       | ۰          | ۰       | بین ۱۰ تا ۱۵ کیلومتر  |                                    |
|                 | ۳/۲    | ۳       | ۲/۲       | ۱       | ۴/۴        | ۲       | بین ۱۵ تا ۲۰ کیلومتر  |                                    |
|                 | ۴/۴    | ۴       | ۲/۲       | ۱       | ۶/۷        | ۳       | بین ۲۰ تا ۲۵ کیلومتر  |                                    |
|                 | ۱۱/۱   | ۱۰      | ۱۳/۳      | ۶       | ۸/۹        | ۴       | بین ۲۵ تا ۳۰ کیلومتر  |                                    |
|                 | ۵۶/۷   | ۵۱      | ۴۶/۷      | ۲۱      | ۶۶/۷       | ۳۰      | بیشتر از ۳۰ کیلومتر   |                                    |
| ۰/۰۶۵           | ۱۸/۹   | ۱۷      | ۱۷/۸      | ۸       | ۲۰         | ۹       | کمتر از ۵ سال         | سابقه کار                          |
|                 | ۱۶/۷   | ۱۵      | ۶/۷       | ۳       | ۲۶/۷       | ۱۲      | بین ۵ تا ۱۰ سال       |                                    |
|                 | ۱۳/۳   | ۱۲      | ۱۷/۸      | ۸       | ۸/۹        | ۴       | بین ۱۰ تا ۱۵ سال      |                                    |
|                 | ۶/۷    | ۶       | ۱۱/۱      | ۵       | ۲/۲        | ۱       | بین ۱۵ تا ۲۰ سال      |                                    |
|                 | ۲۶/۷   | ۲۴      | ۳۱/۱      | ۱۴      | ۲۲/۲       | ۱۰      | بین ۲۰ تا ۲۵ سال      |                                    |
|                 | ۱۷/۸   | ۱۶      | ۱۵/۶      | ۷       | ۲۰         | ۹       | بیشتر از ۲۵ سال       |                                    |



جدول ۲: مقایسه میانگین نمره سازه های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و یک ماه پس از مداخله آموزشی در گروه های آزمون و شاهد

| p-value   | یک ماه پس از مداخله آموزشی |                      | گروه   | متغیر          |
|-----------|----------------------------|----------------------|--------|----------------|
|           | میانگین و انحراف معیار     | قبل از مداخله آموزشی |        |                |
| p < ۰/۰۰۱ | ۶۳/۰۲ ± ۳/۵۶               | ۵۵/۵۳ ± ۱۰/۰۴        | آزمون  | آگاهی          |
| ۰/۶۹      | ۵۶/۴۲ ± ۸/۴۴               | ۵۵/۹۰ ± ۸/۷۷         | شاهد   |                |
|           | p < ۰/۰۰۱                  | ۰/۸۶                 | t-test |                |
| p < ۰/۰۰۱ | ۳۲/۹۳ ± ۲/۵۲               | ۲۸/۶۸ ± ۲/۸۳         | آزمون  | حساسیت درک شده |
| ۰/۰۲      | ۳۰/۴۰ ± ۴/۳۴               | ۲۹/۰۶ ± ۳/۶۳         | شاهد   |                |
|           | p < ۰/۰۰۱                  | ۰/۵۸                 | t-test |                |
| p < ۰/۰۰۱ | ۱۴/۱۸ ± ۱/۰۳               | ۱۱/۹۳ ± ۱/۴۸         | آزمون  | شدت درک شده    |
| ۰/۰۸      | ۱۲/۷۶ ± ۲/۰۰               | ۱۲/۰۹ ± ۱/۴۱         | شاهد   |                |
|           | p < ۰/۰۰۱                  | ۰/۶۱                 | t-test |                |
| p < ۰/۰۰۱ | ۳۱/۱۶ ± ۳/۲۱               | ۲۵/۵۶ ± ۵/۶۷         | آزمون  | منافع درک شده  |
| ۰/۳۸      | ۲۶/۱۳ ± ۴/۵۰               | ۲۵/۶۲ ± ۴/۸۸         | شاهد   |                |
|           | p < ۰/۰۰۱                  | ۰/۹۵                 | t-test |                |
| p < ۰/۰۰۱ | ۱۵/۳۵ ± ۶/۳۰               | ۲۳/۴۰ ± ۱۱/۲۱        | آزمون  | موانع درک شده  |
| ۰/۲۲      | ۴۴/۷۶ ± ۱۱/۴۱              | ۴۲/۰۹ ± ۸/۴۵         | شاهد   |                |
|           | ۰/۰۱                       | ۰/۸۱                 | t-test |                |
| p < ۰/۰۰۱ | ۱۳/۹۶ ± ۱/۴۶               | ۱۱/۶۰ ± ۳/۰۷         | آزمون  | راهنمای عمل    |
| ۰/۸۲      | ۱۱/۷۳ ± ۱/۸۸               | ۱۱/۶۴ ± ۲/۵۵         | شاهد   |                |
|           | p < ۰/۰۰۱                  | ۰/۹۴                 | t-test |                |
| p < ۰/۰۰۱ | ۴۹/۱۸ ± ۲/۹۵               | ۴۵/۶۲ ± ۸/۱۵         | آزمون  | خود کارآمدی    |
| ۰/۹۱      | ۴۴/۵۸ ± ۷/۴۸               | ۴۴/۵۸ ± ۷/۴۷         | شاهد   |                |
|           | p < ۰/۰۰۱                  | ۰/۴۶                 | t-test |                |
| p < ۰/۰۰۱ | ۵۲/۵۱ ± ۳/۷۵               | ۴۰/۴۲ ± ۵/۱۲         | آزمون  | رفتار          |
| ۰/۵۱      | ۴۱/۰۹ ± ۸/۴۷               | ۳۹/۸۰ ± ۸/۸۷         | شاهد   |                |
|           | p < ۰/۰۰۱                  | ۰/۶۸                 | t-test |                |





باشد و بین نمره امتیازات آگاهی افراد قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p < 0/05$ ) (۱۱).

در این تحقیق سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، راهنما برای عمل، خودکارآمدی و رفتار بهورزان در جهت افزایش میانگین و سازه موانع درک شده در جهت کاهش میانگین به نفع آموزش موثرتر، از سازه های قابل بحث در آموزش هستند. اگر چه این افزایش میانگین در سازه حساسیت درک شده در گروه شاهد نیز افزایش داشت ولی این افزایش به لحاظ آماری معنی دار نبوده است. این نشان می دهد حساسیت بهورزان نسبت به این بیماری و توجه بیشتر به نمونه گیری التور از مراجعین مشکوک به وبا بیشتر شده و حساسیت در نوع خود از بهترین سازه های روان شناسی می باشد و در نهایت می تواند به احساس وظیفه در عمل، خود آگاهی و خود شکوفایی گردد. چرا که امروزه سازمان ها بدلیل تعدد وظایف سازمانی خود به طور مثال تعدد وظایف بهورزان در سیستم بهداشتی خود به مرور زمان باعث کاهش حساسیت به برنامه های در حال اجرا می گردد و با اجرای برنامه های آموزشی در قالب این مدل می توان حساسیت بهورزان را نسبت به وظایفشان بالا برده و باعث رشد و شکوفایی و تعالی سازمان شد. افزایش معنادار میانگین نمره حساسیت درک شده و شدت درک شده در سایر مطالعات نیز وجود داشته است. در مطالعه هزاوه ای و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد که بین حساسیت درک شده و شدت درک شده با ارتقا رفتار تغذیه رابطه مثبتی وجود داشت (۱۶). مطالعه شریفی راد (۲۰۱۰) نیز نشان داد که پس از مداخله آموزشی بین حساسیت درک شده، شدت درک

آزمون تحلیل تکرار مشاهدات نشان داد که در گروه آزمون اختلاف میانگین نمرات آگاهی ( $p < 0/001$ )، حساسیت درک شده ( $p < 0/001$ )، شدت درک شده ( $p < 0/001$ )، منافع درک شده ( $p < 0/001$ )، موانع درک شده ( $p < 0/001$ )، راهنما برای عمل ( $p < 0/001$ )، خودکارآمدی ( $p < 0/001$ ) و سوالات رفتار ( $p < 0/001$ ) قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار بود به گونه ای که بعد از اجرای مداخله میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی افزایش یافته بود (جدول ۲).

### بحث و نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش، کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی را در ارتقاء عملکرد نمونه گیری التور از مراجعین مشکوک به وبا و در بهورزان در سطح خانه های بهداشت تأیید نمود و سازه های این مدل توانست موانعی را که باعث کاهش خودکارآمدی و عملکرد می شود تا حدودی از بین ببرد، اهمیت موضوع را پررنگ کند و انگیزه لازم را در بهورزان در زمینه نمونه گیری التور از مراجعین مشکوک به وبا به عمل آورند. یافته های تحقیق نشان داد که مداخله آموزشی توانست در ارتقای آگاهی بهورزان در باب بیماری وبا و اهمیت نمونه گیری از موارد مشکوک به وبا موثر باشد و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0/05$ ).

در مطالعه احمد پور و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده شد که برنامه های آموزشی می تواند منجر به افزایش آگاهی بهورزان درباره بیماران مسلول گردد (۱۵). نتیجه مطالعه شریفی راد و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که برنامه آموزشی توانسته در افزایش آگاهی زنان واجد شرایط انجام پاپ اسمیر از آزمایش پاپ اسمیر موثر



همکارانش (۲۰۰۹) نیز با کاهش موانع درک شده در تغییر رفتار بیماران دیابتی تأثیر مثبت و قابل ملاحظه ای ایجاد نمودند (۱۹). پیرزاده و همکارانش (۲۰۱۲) نیز با رفع موانع درک شده موجب ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمائیوز جلدی شدند (۲۰). همچنین در مطالعه مهدوی فر و همکارانش (۲۰۱۵) بین موانع درک شده و عملکرد زنان نسبت به خوددرمانی با دارو همبستگی مثبتی وجود داشت (۲۱).

مقایسه میانگین نمره راهنمای عمل، قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان داد که نمره راهنمای عمل در گروه آزمون افزایش معنی داری داشت و این مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر روی سازه راهنمای عمل تأثیر گذار بوده است. در نتیجه بهورزان با توجه به منابع موجود در خانه های بهداشت همانند کتب و جزوات آموزشی یا برگزاری جلسات آموزشی بر حسب دیدگاه های شخصی مدیران رده میانی سازمان و یا بر حسب علایق یک مدیر به یک برنامه خاص می توانند با برنامه های آموزشی در قالب مدل اعتقاد بهداشتی و با استفاده از سایر رسانه های آموزشی یا به قولی استفاده از رسانه های جدید آموزشی (پیامک) که در این برنامه از توانمندی های این رسانه جدید استفاده شده است می توان با استفاده از این رسانه های جدید و در نوع خود بی نظیر، تلنگر های لحظه ای به پرسنل زد. رضوی و همکارانش (۲۰۱۲) در بررسی باورهای بهداشتی در زمینه انجام آزمون پاپ اسمیر براساس سازه های مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) در زنان مراجعه کننده به درمانگاه های مراکز بهداشت شهر بندرعباس نشان دادند که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر نمره راهنما برای عمل پس از آموزش به طور معناداری موثر بوده است. افزایش معنادار در

شده و ادراک تغذیه ای دانش آموزان رابطه آماری معنی داری وجود دارد (۱۷). در خصوص افزایش منافع درک شده به نظر می رسد که توجه بهورزان به نمونه گیری صحیح و ارسال به موقع نمونه از موارد مشکوک به وبا باعث شناسایی افراد مشکوک و پیشگیری از آلودگی سایر افراد به این بیماری، کاهش هزینه های درمان و کاهش خطر مرگ افراد و در نهایت کاهش باربیماری در جامعه می گردد، می تواند در ارتقای سطح منافع درک شده بهورزان موثر باشد. نتایج مطالعه شمسی و همکارانش (۲۰۱۲) نیز نشان داد که پس از مداخله آموزشی بین منافع درک شده و دوری از مصرف خودسرانه داروها رابطه معنی داری وجود دارد (۱۸). وضعیت عملکرد بهورزان از موانع موجود در نمونه گیری از بیماران مشکوک به وبا در هر دو گروه قبل از مداخله آموزشی در وضعیت یکسانی قرار داشت و آزمون تی مستقل هم اختلاف معنی داری بین میانگین نمره موانع درک شده در دو گروه نشان نداد، اما وجود اختلاف معنی دار در موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر رفع موانع درک شده در نمونه گیری التور از مراجعین مشکوک به وبا در گروه تجربی بوده است.

بیشترین و مهمترین موانع درک شده از سوی بهورزان وقت گیر بودن و ناخوشایند بودن نمونه گیری التور بود و در ادامه عدم ارسال به موقع نمونه ها به آزمایشگاه بدلیل مسافت طولانی خانه بهداشت تا آزمایشگاه، ترس از ابتلای خود به بیماری وبا در طی نمونه گیری، کاهش بیماری وبا و تصور بر عدم ارزش گذاری بر نمونه گیری مطلوب در نظارت ها توسط مسئولین و مشغله زیاد بهورزان ذکر گردید. در پژوهش معتمدی و



میانگین نمره راهنما برای عمل پس از مداخله آموزشی حاصل گردید (۲۲).

بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره خودکارآمدی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد با اختلاف معنی داری افزایش پیدا کرد که این امر را می توان به تأثیر آموزش نسبت داد که با نتایج مطالعه نوایی و همکاران (۲۰۱۲) در زمینه خودآزمایی پستان و ارتباط مستقیم خودکارآمدی با عملکرد هم خوان بود (۲۳). این خود نشان می دهد که خود کارآمدی سازمانی و به فعلیت رساندن قابلیت های مهم ترین منابع سازمانی یا کارمندان، فقط و فقط با افزایش منابع مادی یا دادن سایر تشویقی های روحی و روانی همراه نمی باشد چرا که با نگاهی ساده در می یابیم که سازمان ها می توانند با سایر اقدامات از جمله آموزش نیز باعث خود کارآمدی، رشد و شکوفایی و بالا بردن هزینه به سود منابع در داخل سازمان ها گردند و این خود یکی از راه های بهینه سازی منابع سازمانی می تواند به شمار رود نه همه آن.

مقایسه میانگین نمره رفتاری در قبل و ۱ ماه پس از مداخله آموزشی در گروه آزمون افزایش معنی داری داشت و این نشان می دهد که این مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر روی سازه رفتاری تأثیر گذار بوده است.

این جدول نتیجه، ما حاصل و غایت تمام برنامه های داخل سازمانی می باشد. آنچه که سازمان ها در غایت و متن های برنامه های آموزشی خود اجرا می کنند رسیدن، پیشرفت و تغییر در سازه رفتار سازمانی و انتهای ترین حلقه مفقوده سازمان ها می باشد.

در برنامه های آموزشی نیز تغییر رفتار سازمانی غایت برنامه های بهداشتی می باشد، خواه این تغییر رفتار در مردم و یا منابع انسانی

سازمانی باشد البته تغییر رفتار در مهم ترین منابع سازمان (نیروی انسانی) خود در نوع خود یکی از مولفه های بی نظیر در مدیریت می باشد چرا تا زمانی که پرسنل سازمانی در درون خود به بلوغ سازمانی، بلوغ در انجام وظایف و پرهیز از نظارت مدیران بالا دستی تربیت گردند.

این روش منتج به بهینه سازی منابع و پیشگیری از هدر رفت منابع سازمان و در نهایت خود شکوفایی سازمانی و تعالی اهداف سازمان خواهد شد در این جدول مشاهده می گردد با اینکه خانه های بهداشت از منابع آموزشی و برنامه های آموزشی غافل نبوده و نیستند اما استفاده از این مدل و رسانه جدید آموزشی این سازه مهم را با تغییر بالایی مواجه کرده و در نوع خود بی نظیر است می تواند به عنوان راهبردی در استفاده از رسانه های جدید آموزشی در باز آموزی ها گردد و با توجه به این که مرتباً سمینارهای ماهیانه بهورزی نیز برگزار می گردد آموزش ها را بر اساس مدل پیاده کنند تا موفق تر و مثمر ثمر واقع گردد.

نتیجه این قسمت از تحقیق با نتایج برخی تحقیقات در این زمینه هم خوانی دارد.

مطالعه ای که Manios و همکارانش (۲۰۰۹) به منظور ارتقاء کیفیت رژیم غذایی در زنان یائسه با استفاده از مدل آموزشی اعتقاد بهداشتی انجام داد و پس از آموزش میزان مصرف چربی و شیر بهبود یافت و میزان مصرف پروتئین ها، کلسیم، منیزیم، فسفر، پتاسیم و ویتامین D، در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد ارتقاء معناداری یافت (۲۴). Huang و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه مشابه دیگر در خصوص پیشگیری از استئوپروز با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی، نتایج مشابهی را با نتایج حاصل از مطالعه حاضر داشت (۲۵).



### تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند صمیمانه از مدیر گروه محترم آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، شبکه بهداشت و درمان شهرستان تفت، همکاران شاغل در واحدهای آموزشگاه بهورزی و مبارزه با بیماری های واگیردار و همچنین بهورزان محترم و سایر عزیزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

مطالعه حاضر کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در ارتقای آگاهی و عملکرد بهورزان در نمونه گیری التور از مراجعین مشکوک به وبا تأیید نمود. لذا این الگو می تواند سبب ارتقاء رفتار نمونه گیری التور از مراجعین مشکوک به وبا و بهبود سازه های الگو در بهورزان در سطح خانه های بهداشت گردد.

### تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### References

- 1-Farsar AR, Imanzadeh F, Sayyari AA, Yaghoobi M, Akbari MR, Shafagh H. Celiac disease in children with diarrhea is more frequent than previously suspected. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2005 ; 40(3):309-11.
- 2-Emond RT, Rowland HA. A colour atlas of infectious diseases. Wolfe Medical Publications Limited. 1987;5(4):118-218
- 3-WHO Expert Committee on the Selection, Use of Essential Medicines, World Health Organization. The selection and use of essential medicines. World Health Organization. 2008;1(3):360.
- 4-Izadi S, Tabatabaei S, Miradi MR, Sheikhzadeh K. Routes of transmission of cholera in the border areas of Zahedan District, Sistan and Baluchestan Province, summer 2003. *Journal of Medical Sciences*. 2005;5(4):233-8. [Persian]
- 5-WHO Expert Committee on the Selection, Use of Essential Medicines, World Health Organization. The selection and use of essential medicines. World Health Organization. 2008;7(3):365
- 6-Cogswell ME, Serdula MK, Hungerford DW, Yip R. Gestational weight gain among average-weight and overweight women—what is excessive? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995; 172(2):705-12.



- 7-Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*.1987;36(2):76-81
- 8-Robinson TD. Hypertension Beliefs and Behaviors of African Americans in Selected Cleveland Public Housing [PhD thesis].USA: Kent State University. 2012
- 9- Mahmoodi MR. Molecular identification of Leishmania species causing cutaneous leishmaniasis in Mashhad, Iran. *Jundishapur Journal of Microbiology*.2010 ; (4):195-200.[Persian]
- 10-Hashemi SZ.The effect of education on health belief model on the beliefs and practices of eligible women Pap smear. *Journal of Tehran University of Medical Sciences*. 2011;(3):132.[Persian]
- 11-Sharifirad G, Entezari M, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2009 ;14(1):1-6.[Persian]
- 12-Ghanbari M. Effect of education based on health belief model on preventive behaviors among nurses hospital infections. Master's thesis University of Medical Sciences;2013.[Persian]
- 13-Naghashpour M, Shakerinejad G, Lourizadeh MR, Hajinajaf S, Jarvandi F. Nutrition education based on health belief model improves dietary calcium intake among female students of junior high schools. *Journal of health, population, and nutrition*.2014;32(3):420.
- 14- Khoramabadi M , Dolatian M, Hajian S, Zamanian M, Taheripannah R, Sheikhan Z, Mahmoodi Z, Seyedi ,et all. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Behaviors of Iranian Pregnant Women.2014;21(3):512.[Persian]
- 15-Ahmadpoor H, Maheri A, Shojaizadeh D. Effectiveness of Nutrition Education Based on Health Belief Model during Pregnancy on Knowledge and Attitude of Women Referred to Health Centers of Gonbad Kavous City. *Journal Neyshabur University of Medical Sciences* .2015;3(2):52-60.
- 16-Hazavehei S, Sharifirad G, Mohabi S. The effect of educational program based on health belief model on diabetic foot care. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*.2007;27(1):82-90.
- 17-Sharifirad GH, Mohebi S, Matlabi M , Shahsiah M.Effectiveness of nutrition education, program based on health belief model compared with traditional training on the recommended weight gain during pregnancy.2010;(4): 480-9



- 18-Shamsi M. Measuring Health Belief Model Constructs in Preventive Behavior about Self-Medication in Pregnant Women in Arak City. Qom University of Medical Sciences Journal. 2012;5(3):64-70.
- 19-Motamedi N. Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behaviors of cutaneous leishmaniasis. Military Medicine. 2009; 11(4) : 236-1. [Persian]
- 20-Pirzadeh A, Sharifi Gh. Knowledge and practice of self-medication with drugs on women than on health belief model. Journal of Medical Sciences. 2012 ; 13(4): 76-83. [Persian]
- 21-MahdaviFar M, Sabzevari S, Harandi TF. Using Health Belief Model for Assessing Health Beliefs about Papsmear in Women Referred to Health Care Centers in Bandar Abbas, Iran. Journal of Health and Development. 2015;4(2):133-45.
- 22-Razavi SN. Effect of education based on health belief model on nutritional efficacy in preventing bone Azpvky Nvjvan .payan girls Arshddanshgah a Bachelor of Medical Sciences, Tehran: Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran ;2014. [Persian]
- 23-Navvabi Rigi Sh, Navidian A , Khazaiyan S , Sharaki poor M , Sharaki Sanavi F, Jafari A. The effect of teaching breast self-examination based on health belief model in teachers in Zahedan Medical. Surgical Nursing Journal. 2012;1(1):24-30.
- 24-Manios Y, Moschonis G, Katsaroli I, Grammatikaki E, Tanagra S. Changes in diet quality score, macro and micronutrients intake following a nutrition education intervention in postmenopausal women. Journal of Human Nutrition and Dietetics. 2007;20(2):126-31.
- 25-Huang CM, Su CY, Chien LY, Guo JL. The effectiveness of an osteoporosis prevention program among women in Taiwan. Applied Nursing Research. 2011;24(4): 29-37.