

مقاله پژوهشی

تعیین کننده‌های رفتار نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا از مراجعین به خانه‌های بهداشت در بهوزان شهرستان تفت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی

سلیمه زارع عبداللہی^۱، رضا توکلی^{۲*}، محمد علی مردمی شریف آباد^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

^۳ استاد، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، گروه سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهدید صدوقی، بیزد، ایران

* نویسنده مسؤول: دکتر رضا توکلی

hse91tavakoli@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا از مراجعین به خانه‌های بهداشت عملکردی است که انجام صحیح و مرتب آن توسط بهوزان تأثیر قابل توجهی در تأمین و حفظ سلامت روستاییان دارد، لیکن وضعیت انجام این رفتار تابه‌حال در تحقیقات مورد توجه قرار نگرفته است. این مطالعه با هدف بررسی تعیین کننده‌های رفتار نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا از مراجعین به خانه‌های بهداشت در بهوزان شهرستان تفت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر به صورت مقطعی بر روی ۹۰ نفر از بهوزان شهرستان تفت که بهصورت سرشماری در مطالعه وارد شدند، در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته با ۸ زیر مقیاس آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و نیز راهنمایی عمل، خود کارآمدی و رفتار نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا بود که روابی آن توسط نظرات خبرگان و پایابی آن توسط انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر و محاسبه آلفای کرونباخ محاسبه و تأیید شد.داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 22 با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار توصیف شد و رابطه بین سازه‌ها و متغیرهای جمعیت شناختی با استفاده از آزمون‌های همبستگی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۲۰ درصد از بهوزان گزارش نمودند که همیشه نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا به صورت صحیح انجام می‌دهند و فقط ۱۳/۳ درصد از بهوزان گزارش کردند که همیشه از کلیه موارد مشکوک به این بیماری نمونه گیری می‌کنند. میانگین نمره آگاهی $7/37 \pm 5/71$ (از دامنه نمره ۶۶-۲۲)، حساسیت $2/24 \pm 2/88$ (از دامنه نمره ۵۰-۱۰)، شدت $1/44 \pm 1/20$ (از دامنه نمره ۱۵-۳)، منافع $5/26 \pm 5/59$ (از دامنه نمره ۳۵-۷)، موانع $4/34 \pm 9/87$ (از دامنه نمره ۵۵-۱۱)، راهنمایی عمل $11/62 \pm 2/81$ (از دامنه نمره ۱۵-۳) و خود کارآمدی $4/03 \pm 7/54$ (از دامنه نمره ۵۰-۱۰) بود. سازه‌های مدل توانستند ۱۴ درصد از واریانس رفتار نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا را پیش بینی کنند که در این میان حساسیت درک شده ($\beta = 0/271$) و راهنمایی برای عمل $(\beta = 0/377)$ پیش بینی کننده‌های معنی دار بودند.

نتیجه گیری: سطح آگاهی بهوزان از نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا در خانه‌های بهداشت در سطح نسبتاً مناسبی قرار داشت ولی رفتار نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا چندان مناسب نبود و الگوی اعتقاد بهداشتی چهارچوب نسبتاً مناسبی برای ارتقاء این رفتار می‌باشد. ادامه و تقویت برنامه‌های آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی با تأکید بر استفاده از راهنمایی عمل مناسب و افزایش حسایت بهوزان پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی، بهوزان، نمونه گیری مدفعه، وبا

کاربرد مدیریتی: مناسب بودن الگوی اعتقاد بهداشتی به عنوان یک چارچوب مرجع جهت برنامه‌های توانمند سازی بهوزان

مقدمه

(رکود سیستم توریسم و صادرات استان و کشور) و باز سیاسی (انگ فقر فرهنگی و بهداشتی) و تحلیلی بر ناتوانی سیستم بهداشتی کشور جهت پیشگیری در رتبه اول، و همچنین کنترل و نمونه گیری التور از مراجعین مشکوک به وبا به خانه های بهداشت از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۹).

مدل اعتقاد بهداشتی (health belief) برای اولین با در دهه ۱۹۵۰ توسط گروهی از روان شناسان که در خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده فعالیت می کردند، معرفی شد (۱۰) و بالغ بر ۵ دهه است به عنوان یکی از گسترده ترین چارچوب های ادراکی در رفتارهای بهداشتی استفاده می شود (۱۱). تأکید این مدل بر این است که چگونه ادراک فرد با ایجاد انگیزه و حرکت سبب ایجاد رفتار می شود. همچنین بر تغییر در اعتقادات متمرک بوده و آن را عاملی برای تغییر در رفتار می دانند؛ (۱۲). بر اساس این مدل ابتدا فرد باید در برابر مسئله احساس خطر کند (حساسیت درک شده)، سپس عمق خطر را در ابعاد مختلف جسمی، اجتماعی و اقتصادی خود درک کند (شدت درک شده)، با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی دریافت می کند، سودمندی و قابلیت اجرای برنامه را باور کند (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده را نیز کم هزینه تر از فواید آن بیابد (موانع درک شده) تا در نهایت به رفتار نمونه گیری مدفعه از مراجعین مشکوک به وبا اقدام کند (۱۳).

مطالعاتی در رابطه با بیماری وبا و اپیدمیولوژی آن از جمله، حجت الله براتی و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی اپیدمی وبا در شهرستان کرج (۱۴) و محمد صالحی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه روند بیماری وبا و اپیدمی های رخ داده در ۵۰ سال اخیر در ایران بر اساس متغیرهای اقلیمی (۱۵) انجام شده است و همچنین مطالعات بسیاری در خصوص کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در رفتارهای بهداشتی صورت گرفته است از جمله شریفی راد و همکاران (۲۰۰۹) در مراقبت از پا در بیماران دیابتی نوع ۲ شرکت کننده در سینیارهای انجمن دیابت ایران (۱۶). اما هیچگونه مطالعه ای در خصوص عملکرد بهورزان در نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا صورت نگرفته است. لذا نظر به اینکه نمونه گیری مدفعه

بیماری وبا یکی از بیماری های عفونی است که در اثر خوردن غذا یا آب آلوده به باکتری گرم منفی (vibrio cholera) ایجاد می شود (۱). وبا ممکن است بدون علامت باشد یا از اسهال خفیف تا شدید تظاهر نماید. حالت شدید بیماری با از دست دادن مقادیر فراوانی از آب و الکترولیت ها و در نتیجه ایجاد اسیدوز و کاهش فشارخون و در نهایت بی حالی، کما و مرگ رخ می دهد. اسهال آب برنجی از علائم اصلی بیماری محسوب می شود (۲). دوره نهفتگی این بیماری معمولاً ۱ تا ۳ روز است ولی از چند ساعت تا ۵ روز هم گزارش شده است (۳). راه انتقال بیماری مدفعی - دهانی است و از آنجا که حدود ۱ میلیون ارگانیسم برای ایجاد بیماری مورد نیاز است، انتقال عموماً از طریق آب یا غذای آلوده انجام می شود و از طریق تماس مستقیم فرد به فرد کمتر رخ می دهد. مدت زنده ماندن ویبریو کلرا در آب کوتاه است ولی اگر آب آلوده به مواد آلی و فاضلاب باشد، این مدت تا بیش از ۱ ماه نیز می رسد. برخی از افرادی که مبتلا می شوند ممکن است ویبریو کلرا را تا چندین ماه از طریق مدفع دفع کنند (۴، ۵). بیماری وبا تحت شرایط آب و هوایی خاص در تمام نقاط جهان به صورت بومی یا همه گیری رخ داده است. به طوریکه تاکنون ۷ بار به صورت پاندمیک ظاهر گشته است (۶). میزان کشنندگی بیماری امروزه با تشخیص بهموقع و درمان مناسب به کمتر از ۱ درصد رسیده است (۷).

مؤثر ترین و سریعترین روش تشخیص و اختصاصی کلرا به وسیله میکروسکوپ زمینه تاریک (dark field) می باشد. تشخیص قطعی با انجام کشت مدفعه به صورت مستقیم یا سواپ رکتال قابل تهیه می باشد که این عمل در خانه های بهداشت در روستاهای توسط بهورزان صورت می گیرد (۸). با توجه به کویری بودن استان یزد و بحران خشکسالی چند ساله اخیر، فاصله خیلی دور خانه های بهداشت از مراکز بهداشتی جهت انجام آزمایشات تکمیلی، ساده بودن روش آزمایش و سهولت در حمل آن (هزینه به اثر بخشی)، تشخیص و درمان سریع بیماری در ۲۴ ساعت اول به عنوان نقطه برد در مهار بیماری (هزینه به سود) و همچنین بالا بودن بار سیاسی و عواقب اجتماعی برای کشور و استان یا شهرستان در صورت گزارش یک مورد مثبت وبا که در صورت گزارش مثبت دارای بار اقتصادی

دهی هر یک از سؤالات این بخش به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) بود. آخرین بخش سؤالات رفتار شامل ۱۱ سؤال از جمله من از کلیه موارد مشکوک به این بیماری نمونه مدفعه می‌گیریم، بود. طیف پاسخ‌گویی‌های این بخش از همیشه (۵) تا هرگز (۱) بود.

به منظور بررسی روایی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین آموزش بهداشت قرار داده شد و اصلاحات مورد نظر آنان اعمال گردید. میانگین CVI و CVR پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۱ به دست آمد. جهت تعیین پایایی ابزار از روش همسانی درونی (internal consistency) استفاده گردید. بدین منظور ۲۰ نفر از بهورزان انتخاب و پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت. ضریب الگای کرونباخ حساسیت درک شده ۰/۹۱، شدت درک شده ۰/۹۷، منافع درک شده ۰/۸۸، موانع درک شده ۰/۸۷، خودکارآمدی ۰/۹۶، راهنمایی برای عمل ۰/۸۸ و رفتار ۰/۹۷ به دست آمد. لازم به یادآوری است که افراد شرکت کننده در مطالعه پایلوت از مطالعه اصلی خارج بودند.

پرسشنامه‌ها توسط کلیه بهورزان شهرستان تفت تکمیل گردید و پس از وارد کردن داده‌ها به کامپیوتر، با استفاده از نرم افزار SPSS و همچنین با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار توصیف شد و رابطه بین سازه‌ها و متغیرهای جمعیت شناختی با استفاده از آزمون‌های همبستگی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

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 می‌توانستند در هر زمان از مطالعه خارج شوند و همچنین به بهورزان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محترمانه باقی خواهد ماند. همچنین جهت تکمیل پرسشنامه طبق نامه شماره ۴۵۵۵۱ مورخ ۱۳۹۵/۰۳/۰۸ از معاونت بهداشتی دانشگاه مبنی بر همکاری کامل در تمام مراحل تحقیقی از سوی ریاست شبکه و امور بهورزی و واحد مبارزه با بیماری‌های شهرستان تفت هماهنگی کامل به عمل آمد و سپس با حضور بهورزان در سمینار بهورزی پرسشنامه‌ها تکمیل گردید و همچنین این مطالعه در تاریخ ۱۳۹۴/۱۲/۱۹ در

برای تشخیص وبا از مراجعین به خانه‌های 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 بررسی تعیین کننده‌های رفتار نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا از مراجعین به خانه‌های بهداشت در بهورزان شهرستان تفت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه مقطعی بر روی ۹۰ نفر از بهورزان شهرستان تفت شامل ۵۲ زن و ۳۸ مرد در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری کلیه بهورزان بودنکه به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته شامل ۴ بخش استفاده شد.

بخش اول ۱۰ سؤال مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، محل سکونت، سابقه کار، محل خدمت و شرایط سکونت بود.

بخش دوم مربوط به آگاهی (۲۲ سؤال) در زمینه بیماری وبا و نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا بود. سؤالات مربوط به آگاهی دارای ۳ گزینه بلی، خیر و نمی دانم بود که به جواب صحیح نمره ۳، به جواب نمی دانم نمره ۲ و جواب غلط نمره ۱ تعلق گرفت.

بخش سوم مربوط به سایر سازه‌های 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 می‌یابد)، شدت درک شده (۳ سؤال از جمله عدم تشخیص و درمان به موقع این بیماری خطر مرگ را افزایش می‌دهد)، منافع درک شده (۷ سؤال از جمله رعایت اصول نمونه گیری صحیح وبا در پیشگیری از ابتلاء به بیماری وبا مؤثر است)، موانع درک شده (۱۱ سؤال از جمله انجام نمونه گیری مدفعه برای تشخیص وبا برای من ناخواهی‌اند است)، راهنمایی برای عمل (۳ سؤال از جمله پیام‌های 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 می‌کند)، خودکارآمدی (۱۰ سؤال از جمله من احساس می‌کنم که می‌توانم با نمونه گیری صحیح مدفعه از موارد مشکوک به وبا از آسودگی سایر افراد جلوگیری کنم) بود. نحوه امتیاز

تحصیلات دیپلم (۲۶/۷ درصد) و سیکل (۲۸/۹ درصد) داشتند و ۸۱ نفر آنها (۹۰/۱ درصد) متاهل بودند. همچنین ۷۵/۶ درصد از بهورزان استخدام رسمی بودند و محل خدمت اکثر آنان (۷۸/۹ درصد) در خانه بهداشت بود و نیز ۲۶/۷ درصد از بهورزان سابقه کار بین ۲۰-۲۵ سال داشتند (جدول ۱).

دانشکده علوم و فناوری پزشکی دانشگاه علوم تحقیقات تهران با کد اخلاقی ۱۰۲۵۰۵۹۹۴۲۰۰۶ مورد تأیید قرار گرفت و تمام موارد اخلاقی در آن رعایت شده است.

یافته ها

بر اساس نتایج به دست آمده، ۵۷/۸ درصد از بهورزان زن و ۴۲/۲ درصد مرد بودند. اکثر بهورزان سطح

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک افراد مورد مطالعه

نام متغیر	سطح متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۵۲	۵۷/۸
	مرد	۳۸	۴۲/۲
سن	۲۰-۳۰ سال	۱۶	۱۷/۸
	۳۰-۴۰ سال	۳۱	۳۴/۴
سطح تحصیلات	۴۰-۵۰ سال	۲۹	۳۲/۲
	بالای ۵۰ سال	۱۴	۱۵/۶
وضعیت تأهل	ابتدایی	۵	۵/۶
	سوم راهنمایی	۲۶	۲۸/۹
	دیپلم	۳۳	۳۶/۷
	فوق دیپلم	۱۶	۱۷/۸
	لیسانس	۹	۱۰/۰
	بالاتر از لیسانس	۱	۱/۰
وضعیت استخدام	مجرد	۴	۴/۴
	متاهل	۸۱	۹۰/۰
	همسر جدا شده	۳	۳/۳
	همسر از دست داده	۲	۲/۲
شرایط سکونت	قراردادی	۱۶	۱۷/۸
	پیمانی	۶	۶/۷
	رسمی	۶۸	۷۵/۶
	بومی	۷۴	۸۲/۰
محل خدمت	غیربومی	۱۶	۱۸/۰
	خانه بهداشت	۷۱	۷۸/۹
	خانه سلامت	۱	۱/۱
	پایگاه بهداشتی	۴	۴/۴
سابقه کار	مرکز بهداشتی و درمانی	۱۴	۱۵/۶
	کمتر از ۵ سال	۱۷	۱۸/۹
	بین ۵ تا ۱۰ سال	۱۵	۱۶/۷
	بین ۱۰ تا ۱۵ سال	۱۲	۱۳/۳
	بین ۱۵ تا ۲۰ سال	۶	۶/۷
	بین ۲۰ تا ۲۵ سال	۲۴	۲۶/۷
	بیشتر از ۲۵ سال	۱۶	۱۷/۸

برای تشخیص وبا را در مکان و محیط مناسب از بیمار اخذ می نمایم" می باشد و کمترین رفتار در عملکرد بهورزان مربوط به "نمونه گرفته شده را به مدت ۴۸ ساعت در دمای ۲-۶ درجه یخچال و پس از آن در دمای ۱۸ - درجه سانتی گراد در فریزر نگهداری می کنم" گزارش شد (جدول ۲).

بیشترین میانگین نمره گویه های رفتارهای نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا که نشان دهنده بالا بودن آن رفتار در بهورزان است به ترتیب "نمونه سوپ رکتال را به روش صحیح از بیمار اخذ می نمایم" ، "ممولاً نمونه التور را قبل از ارسال در یخچال قرار می دهم" ، "نمونه گیری مدفع

جدول ۲: توزیع فراوانی و میانگین نمرات گویه های رفتار نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا در بهورزان مورد مطالعه

ردیف	رفتار	همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هرگز	میانگین رتبه	تعداد	درصد										
۱	من نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا را به صورت صحیح انجام می دهم.	من نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا را به صورت صحیح انجام می دهم.	۰/۰	۰	۱۰/۰	۹	۲۷/۸	۲۵	۴۲/۲	۳۸	۲۰/۰	۱۸	۰/۰	۳/۷۲	۵	۳/۷۲			
۲	من نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا را به موقع انجام می دهم.	من نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا را به موقع انجام می دهم.	۲/۲	۲	۱۳/۳	۱۲	۱۱/۱	۱۰	۴۵/۶	۴۱	۲۷/۸	۲۵	۲/۸۳	۴	۳/۸۳				
۳	من از کلیه موارد مشکوک به بیماری وبا نمونه مدفع می گیرم.	من از کلیه موارد مشکوک به بیماری وبا نمونه مدفع می گیرم.	۲/۲	۲	۱۰/۰	۹	۴۰/۰	۳۶	۳۴/۴	۳۱	۱۳/۳	۱۲	۳/۴۷	۱۰	۳/۴۷				
۴	همیشه نمونه های گرفته شده را به موقع به آزمایشگاه ارسال می کنم.	همیشه نمونه های گرفته شده را به موقع به آزمایشگاه ارسال می کنم.	۱/۱	۱	۸/۰	۷	۳۸/۹	۳۵	۳۶/۷	۳۳	۱۵/۶	۱۴	۳/۵۸	۶	۳/۵۸				
۵	نمونه سوپ رکتال را به روش صحیح از بیمار اخذ می نمایم.	نمونه سوپ رکتال را به روش صحیح از بیمار اخذ می نمایم.	۱/۱	۱	۷/۸	۷	۳/۳	۳	۲/۰	۶۵	۱۵/۶	۱۴	۳/۹۳	۱	۳/۹۳				
۶	ممولاً نمونه مدفع برای تشخیص وبا را قبل از ارسال در یخچال قرار می دهم.	ممولاً نمونه مدفع برای تشخیص وبا را قبل از ارسال در یخچال قرار می دهم.	۱/۱	۱	۱۰/۰	۹	۳/۳	۳	۶۶/۷	۶۰	۱۸/۹	۱۷	۳/۹۲	۲	۳/۹۲				
۷	نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا را در مکان و محیط مناسب از بیمار اخذ می نمایم.	نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا را در مکان و محیط مناسب از بیمار اخذ می نمایم.	۱/۱	۱	۱۲/۲	۱۱	۲/۲	۲	۶۷/۸	۶۱	۱۶/۷	۱۵	۳/۸۷	۳	۳/۸۷				
۸	من محیط نمونه گیری (کری بلر) را قبل از نمونه گیری و استفاده در یخچال نگهداری می کنم.	من محیط نمونه گیری (کری بلر) را قبل از نمونه گیری و استفاده در یخچال نگهداری می کنم.	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۲۷/۸	۲۵	۶۶/۷	۶۰	۵/۶	۵	۳/۵۰	۹	۳/۵۰				
۹	کلیه اطلاعات بیمار را بر روی فرم مخصوص ثبت و یک نسخه به همراه نمونه ارسال و نسخه دیگر توسط فرستنده با پیگانی می کنم.	کلیه اطلاعات بیمار را بر روی فرم مخصوص ثبت و یک نسخه به همراه نمونه ارسال و نسخه دیگر توسط فرستنده با پیگانی می کنم.	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۲۴/۴	۲۲	۷۰/۰	۶۳	۵/۶	۵	۳/۵۷	۷	۳/۵۷				
۱۰	من نمونه برداری را در مدت زمان ۲۴ ساعت اول بیماری قبل از مصرف هر گونه آنتی بیوتیک یا داروی دیگری انجام می دهم.	من نمونه برداری را در مدت زمان ۲۴ ساعت اول بیماری قبل از مصرف هر گونه آنتی بیوتیک یا داروی دیگری انجام می دهم.	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۲۶/۷	۲۴	۶۷/۸	۶۱	۵/۶	۵	۳/۵۲	۸	۳/۵۲				
۱۱	نمونه گرفته شده را به مدت ۴۸ ساعت در دمای ۲-۶ درجه یخچال و پس از آن در دمای ۱۸ - درجه سانتی گراد در فریزر نگهداری می کنم.	نمونه گرفته شده را به مدت ۴۸ ساعت در دمای ۲-۶ درجه یخچال و پس از آن در دمای ۱۸ - درجه سانتی گراد در فریزر نگهداری می کنم.	۰/۰	۰	۰/۰	۰	۴۲/۲	۳۸	۵۲/۳	۴۸	۴/۴	۴	۳/۲۰	۱۱	۳/۲۰				

اختصاص داده اند و کمترین نمره کسب شده مربوط به حساسیت درک شده و منافع درک شده می باشد. به منظور تعیین همبستگی بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه رفتار بهورزان در نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد

وضعیت میانگین و انحراف معیار نمره سازه های مورد بررسی، محدوده نمره قابل اکتساب و درصد نمره کسب شده از نمره قابل کسب سازه ها در جدول ۳ آمده است. در میان سازه ها، خود کارآمدی و آگاهی و شدت درک شده بیشترین درصد میانگین از ماقریم نمرات را به خود

که ضرایب همبستگی بین سازه ها در جدول ۴ آمده است.
ضریب همبستگی بین متغیرهای رفتار و حساسیت درک به لحاظ آماری معنی دار بود.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار محدوده نمره قابل اکتساب و درصد نمره کسب شده از نمره قابل کسب سازه های مورد بررسی

سازه های مدل اعتقاد بهداشتی	انحراف معیار \pm میانگین	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد نمره کسب شده
آگاهی	$55/71 \pm 9/37$	۲۲ - ۶۶	۸۴/۴۱
حساسیت درک شده	$28/88 \pm 3/24$	۱۰ - ۵۰	۵۷/۷۶
شدت درک شده	$12/01 \pm 1/44$	۳ - ۱۵	۸۰/۰۷
منافع درک شده	$25/59 \pm 5/26$	۷ - ۳۵	۶۷/۳۴
موانع درک شده	$42/24 \pm 9/87$	۱۱ - ۵۵	۷۶/۹۸
راهنمایی برای عمل	$11/62 \pm 2/81$	۳ - ۱۵	۷۷/۴۷
خود کارآمدی	$45/03 \pm 7/54$	۱۰ - ۵۰	۹۰/۰۶
رفتار	$40/11 \pm 7/21$	۱۱ - ۵۵	۷۲/۹۳

جدول ۴: ماتریس ضریب همبستگی بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه رفتار نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا در بهورزان

سازه ها	آگاهی	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	راهنمایی عمل	خود کارآمدی	رفتار
۱								
آگاهی								
حساسیت درک شده	۱	۰/۱۸						
شدت درک شده		۰/۱۵	۱					
منافع درک شده			۰/۰۲۱	۰/۰۴۶	۰/۰۳۷			
موانع درک شده			- ۰/۰۸	- ۰/۲۱	- ۰/۰۱۳			
راهنمایی عمل			۰/۱۱	۰/۰۴۰	۰/۱۷			
خود کارآمدی			۰/۰۳	۰/۰۳۳	۰/۰۳			
رفتار			۰/۰۱	۰/۰۲۷	۰/۰۱			
۱								

* معنی دار در سطح معنی داری $p < 0.05$ ** معنی دار در سطح معنی داری $p < 0.01$

متغیر، راهنمایی برای عمل پیش بینی کننده قوی تر رفتار بود و در مجموع سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی ۱۴ درصد از واریانس رفتار بهورزان در نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا را پیشگویی نمودند (جدول ۵).

تحلیل رگرسیون، متغیرهای حساسیت درک شده $0.05 < p < 0.10$ و راهنمایی عمل $0.01 < p < 0.05$ را به عنوان پیش بینی کننده های معنی دار رفتار بهورزان در نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا تعیین کرد و از بین ۲

جدول ۵: آنالیز رگرسیون سازه های مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) به عنوان پیش بینی کننده رفتار نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا

متغیر وابسته	R ²	مقدار p	ضرایب استاندارد β	متغیر مستقل
رفتار نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا	۰.۱۴۰	۰/۹۵۵ ۰/۰۱۲* ۰/۹۹۲ ۰/۸۱۳ ۰/۷۵۶ ۰/۰۰۴* ۰/۴۹۸	۰/۰۰۶ ۰/۲۷۱ ۰/۰۰۱ ۰/۰۳۱ - ۰/۰۳۵ ۰/۳۷۷ ۰/۰۷۶	آگاهی حساسیت درک شده شدت درک شده منافع درک شده موانع درک شده راهنمایی عمل خود کارآمدی

* معنی دار در سطح معنی داری $p < 0.05$

بحث

شهر قزوین (۲۰)، پیروزاده (۱۳۸۹) در زمینه استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکرد زنان در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان کوهدهشت در مورد تست پاپ اسمیر (۲۱) نیز مشابه نتایج مطالعه حاضر بوده و نمره حساسیت درک شده در سطح پایین قرار داشت.

میانین نمره منافع درک شده نیز نسبت به سایر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در حد متوسط، پس از سازه حساسیت درک شده با کمترین نمره، گزارش شد. منافع درک شده عبارتست از ادراک فرد نسبت به جدی بودن وضعیت سلامتی و آیا این ادراک منجر به تغییر رفتار و اقدامات قابل انجام برای کاهش خطر بیماری می گردد (۱۱). این بدان معنی است که بهورزان منافع حاصل از انجام عمل نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا در مراجعین مشکوک به وبا را نسبتاً درک نکرده اند.

میانگین نمره خود کارآمدی خوب و بالاترین نمره را به خود اختصاص داده بود. خود کارآمدی عبارت است از اطمینان فرد به توانایی انجام موققیت آمیز یک رفتار که سرانجام به پیامد مورد نظر منجر خواهد شد و خود کارآمدی بالا عامل تقویت انجام رفتار است (۱۱). بنابراین هر چه در فرد خود کارآمدی بالاتر باشد، احتمال انجام رفتار بیشتر خواهد بود. بهورزان نیز به عنوان یک نیروی بهداشتی در منطقه از توانایی خود در انجام نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا اطمینان دارند. این نتایج با نتایج قدس بین و همکاران (۲۰۱۴) در مردان بازنیسته از اداره آموزش و پژوهش شیراز در انجام رفتار غربالگری سلطان پروستات همخوانی داشت (۲۲) و همچنین با نتایج مطالعه رسول ابهر و همکاران (۱۳۹۶) در خصوص رفتار پیشگیری کننده از سلطان پروستات در بین مردان نظامی در استان هرمزگان نیز همسو بود (۲۳). این شباهت را می توان اینگونه اظهار داشت که خود مدیریتی نیز به نوعی جزء رفتارهای بهداشتی و ارتقاء دهنده سلامت تلقی می گردد.

با توجه به تحلیل رگرسیون، حساسیت درک شده و راهنمای برای عمل، پیشگویی کننده های معنی دار رفتار تعیین شدند که در این میان نقش راهنمای برای عمل بیشتر بود. با توجه به همبستگی راهنمای برای عمل با عملکرد بهورزان در راستای نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا از

هدف این مطالعه بررسی تعیین کننده های رفتار نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا از مراجعین به خانه های بهداشت در بهورزان شهرستان تفت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود. نتایج این مطالعه حاکی از این مورد می باشد که ۲۰/۰ درصد از بهورزان همیشه نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا را به صورت صحیح انجام می دهند و فقط ۱۳/۳ درصد از بهورزان همیشه از کلیه موارد مشکوک به این بیماری نمونه گیری انجام می دهند. در کل میانگین اکثر رفتار بهورزان در نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا در محدوده یکدیگر بود و گرینه رفتاری "نمونه سواب رکتال را به روش صحیح از بیمار اخذ می نمایم" رتبه اول را در رفتار بهورزان کسب نمود که این به دلیل آموزش هایی که در سینیارهای بهورزی و یا دستورالعمل های موجود گذرانده اند، می باشد و خود نشان دهنده انجام رفتار مناسب نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا از مراجعین به خانه های بهداشت از سوی بهورزان در صورت انجام نمونه گیری می باشد.

در پژوهش حاضر میانگین نمره حساسیت درک شده پایین بود. حساسیت درک شده، باورهای فرد در مورد احتمال ابتلاء به بیماری را بیان می کند (۱۱). زمانی که فرد عاقب منفی و خطرات ناشی از عدم انجام رفتار را باور داشته باشد، آن رفتار را بهتر و سهل تر انجام می دهد. نتایج حاکی از آن است که اکثر بهورزان احتمال ابتلاء خود به بیماری وبا را کمتر حس می کردند. پژوهش آیله و همکاران (۲۰۱۲) تحت عنوان رفتارهای خود مراقبتی در میان بیماران دیابتی در اتیوپی نشان داد که حساسیت درک شده در بیشتر افراد تحت مطالعه در حد متوسط رو به پایین بود (۱۷) که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی داشت. نتایج مطالعه دشپانده و همکاران (۲۰۰۹) تحت عنوان عوامل تأثیر گذار بر عادات غذایی دانشجویان در کانادا نشان داد که میانگین نمره حساسیت درک شده همسو با مطالعه اخیر بود (۱۸). همچنین در نتایج مطالعه کریمی و سام (۲۰۰۵) در مورد استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه خود آزمایی پستان در زنان شهرستان رامسر (۱۹)، یخ فروش ها و همکاران (۱۳۸۸) درخصوص آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش کارکنان داوطلب بهداشتی در مورد پاپ اسمیر در مراکز

همخوانی دارد (۲۹). لذا ضرورت دارد پزشکان و تیم پزشکی در اولویت آموزش و توجیه سازی قرار گیرند. با توجه به تحلیل رگرسیون، حساسیت درک شده نیز پیشگویی کننده معنی دار رفتار تعین شد که با مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۲۰۱۲) در خصوص قصد انتخاب روش زایمان در زنان نخست زایی که در ۳ ماهه سوم بارداری به مراکز بهداشتی و درمانی یزد مراجعه کرده بودند، در یک راستا بود (۳۰). اما با سازه شدت درک شده رابطه معنی داری وجود نداشت. اگر به بهورزان اطلاعات کافی راجع به اهمیت نمونه گیری از بیماران مشکوک به وبا برای خودشان داده شود، بهتر می توان میزان انجام این رفتار را افزایش داد تا اینکه به بهورزان اطلاعات در خصوص عوارض جدی و وحشتناک بیماری داده شود و بهورز از طریق احساس در معرض خطر بودن خود، رفتار نمونه گیری از موارد مشکوک به وبا را انتخاب کند. نبودن ارتباط معنی دار بین شدت درک شده و رفتار نمونه گیری مدفعع برای تشخیص وبا در بهورزان تا حدی می تواند از این ادعا حمایت کند و همچنین با توجه به همبستگی بین حساسیت درک شده و شدت درک شده با رفتار در مطالعه های متعدد، علت این عدم همبستگی در مطالعه حاضر می تواند تفاوت در تعداد و نحوه سؤال های طراحی شده پرسشنامه و تعداد گزینه های محدود در مقیاس شدت و حساسیت درک شده نسبت به نمونه گیری مدفعع برای تشخیص وبا در مقایسه با سایر مطالعات مشابه باشد. در خصوص افزایش حساسیت درک شده لازم است، پرسنل بهداشتی و پزشکان از طریق آمار و ارقام مربوط به میزان ابتلای افراد به بیمار وبا و با توجه به بروز و شیوع لحظه ای این بیماری که هر لحظه ممکن است این بیماری گریبان گیر خود فرد و خانواده او شود، بهورزان را نسبت به موضوع حساس کرده تا آمادگی لازم جهت انجام رفتار نمونه گیری مدفعع برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا را بالا برد.

نتایج حاکی از عدم رابطه معنی داری بین آگاهی و رفتار نمونه گیری مدفعع برای تشخیص وبا از مراجعین مشکوک به وبا می باشد. این یافته با یافته های پورمحمد و جلیلی (۱۳۹۶) در خصوص رفتار خود مراقبتی سالماندان مبتلا به فشارخون تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی ارومیه نیز همسو بود (۲۷). اما با یافته های پژوهشی شریفی

موارد مشکوک به وبا، در نتیجه منابع موجود در خانه های بهداشت همانند کتب و جزو اموزشی یا برگزاری جلسات آموزشی بی برنامه بر حسب دیدگاه های شخصی مدیران رده میانی سازمان، آموزش های ناقص منتقل می گردد که می توان با برنامه های آموزشی در قالب سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و با استفاده سایر رسانه های آموزشی یا به قولی استفاده از رسانه های جدید آموزشی، تلنگرهای لحظه ای به پرسنل زده این خود باعث افزایش حساسیت و راهنمایی برای عمل کردن به دستور العمل ها و وظایف سازمانی خواهد شد. در مطالعه مظلومی محمود آباد و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان رفتارهای پیشگیری کننده دیابت نوع ۲ افراد در معرض خطر شهر اردکان نشان داد که پیشگویی کننده راهنما برای عمل با رفتارهای پیشگیری کننده دیابت نوع ۲ افراد در معرض خطر رابطه معنی داری داشت (۲۴) و با نتیجه ما همسو بود. همچنین نتایج پژوهش حاضر با مطالعه هزاوهای و همکاران (۱۳۹۴) در زمینه بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی بیماران فشار خونی بالای ۳۰ سال روسه ای شهرستان همدان با مدل اعتقاد بهداشتی (۲۵)، با مطالعه مردمی و همکاران (۱۳۹۶) در خصوص تعیین کننده های رفتارهای بهداشتی در مسافران هوایی فرودگاه بین المللی شهید دستغیب شیراز (۲۶) و با مطالعه پورمحمد و جلیلی (۱۳۹۶) در خصوص رفتار خود مراقبتی سالماندان مبتلا به فشارخون تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی ارومیه نیز همسو بود (۲۷).

مهمترین راهنما برای عمل در این مطالعه، استفاده از پیام های آموزشی توسط پزشک یا کارمندان بهداشتی در زمینه وبا و نحوه نمونه گیری بود و در درجه بعدی پیام های آموزشی مندرج در کتاب و دستورالعمل وبا، به بهورزان در به کار گیری روش های نمونه گیری مدفعع برای تشخیص وبا کمک مؤثری می کرد که با یافته های مطالعه دیدارلو و همکاران (۱۳۹۵) در مورد رفتارهای پیشگیری از سلطان پروسه ات در میان معلم ان مرد ارومیه (۲۸) و با مطالعه ابهر و همکاران (۱۳۹۶) در خصوص رفتار پیشگیری کننده از سلطان پروسه ات در میان مردان نظامی استان هرمزگان نیز همسو بود (۲۳). این نتیجه نیز با مطالعه رضاخانی مقدم و همکاران (۱۳۹۳) با موضوع تأثیر آموزش توسط داوطلبان بهداشت جامعه بر انتخاب نوع تحويل در زنان باردار اردبیل

بهداشتی در پیش بینی رفتار بهورزان در نمونه گیری مدفع برای تشخیص وبا حمایت می کند و با توجه به اینکه یکی از راهبردهای حذف و یا کاهش بیماری ها در کشور، آموزش و اطلاع رسانی می باشد، حساسیت درک شده و راهنمایی عمل بهترین پیش بینی کننده های این رفتار می باشند. لذا برنامه ریزی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی با تأکید بر استفاده از راهنمایی برای عمل مناسب و افزایش حسایت بهورزان به منظور بهبود رفتار توصیه می گردد.

سپاسگزاری

نویسنده گان بر خود لازم می دانند صمیمانه از شبکه بهداشت و درمان شهرستان تفت، همکاران شاغل در واحد آموزشگاه بهورزان و مبارزه با بیماری های واگیر و همچنین بهورزان محترم و سایر عزیزانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند تشکر نمایند.

مشارکت نویسنده گان

طراحی پژوهش: ر. ت، م. ع. م. ش، س. ز
جمع آوری داده ها: س. ز

تحلیل داده ها: س. ز، ر. ت، م. ع. م. ش
نگارش و اصلاح مقاله: س. ز، ر. ت، م. ع. م. ش

سازمان حمایت کننده

این مطالعه برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می باشد که از سوی هیج سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافعی از سوی نویسنده گان گزارش نشده است.

References

- Albert MJ, Neira M, Motarjemi Y. The role of food in the epidemiology of cholera. *World Health Stat Q* 1997; 50(1-2): 111-8. PMID: 9282393.
- Zalunardo N, Lemaire M, Davids MR, Halperin, ML. Acidosis in a patient with cholera: a need to redefine concepts. *QJM* 2004; 97(10): 681-96. doi: 10.1093/qjmed/hch110.
- Faruque SM, Sack DA, Sack RB, Colwell RR, Takeda Y, Nair GB. Emergence and evolution of *Vibrio cholerae* O139. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2003; 100(3): 1304-9. doi: 10.1073/pnas.0337468100.
- Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Churchill Livingstone; 2004: 2536-44.
- Global Task Force on Cholera Control. *Cholera Outbreak: Assessing the Outbreak Response and Improving Preparedness*. World Health Organization: Geneva. 2010.
- World Health Organization. *Weekly Epidemiological Record*. Relevé épidémiologique hebdomadaire 1999; 74(39): 321-8.
- Goya MM, Pire Y, Zamani S. Center for Disease Management Control and Fight against Epidemics of Cholera. *pursina*; 2005. [Persian]

- 8) Kalantary N. Diagnosis and Treatment of Eltro's Disease. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. Health Department; 1998. [Persian]
- 9) World Health Organization. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, October 2007 (including the model list of essential medicines for children). World Health Organization: Geneva. 2007.
- 10) Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health Behavior Models. The International Electronic Journal of Health Education 2000; 3(Special Issue): 180-93.
- 11) Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. Jossey-Bass; 2008.
- 12) Shojaeizadeh D, Hashemi SZ, Moeini B, Poorolajal J. The Effect of Educational Program on Increasing Cervical Cancer Screening Behavior among Women in Hamadan, Iran: Applying Health Belief Model. J Res Health Sci 2011; 11(1): 20-5. PMID: 22911943.
- 13) Tanner-Smith E, Brown TN. Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. Social Theory & Health 2010; 8(1): 95-125. doi: 10.1057/sth.2009.23.
- 14) Barati H, Golmohammadi A, Momeni I, Moradi G. A Cholera Outbreak Investigation in Karaj District in 2008. Irje 2010; 6(3): 28-34. [Persian]
- 15) Mohammadsalehi N, Holakouie Naieni K, Eshrat B, Mohammadbeigi A, Ahmadnezhad E, Arsangjarg S. Trend of Cholera in the Last 50 Years and Modeling the Effect of Annual Temperature and Rainfall on Incidence of New Outbreaks in Iran (2005-2014). Irje 2018; 14(1): 1-8. [Persian]
- 16) Sharifirad Gh, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. J Res Med Sci 2009; 14(1): 1-6. PMID: 21772854.
- 17) Ayele K, Tesfa B, Abebe L, Tilahun T, Girma E. Self Care Behavior among Patients with Diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belief Model Perspective. PLoS One 2012; 7(4): e35515. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035515>.
- 18) Deshpande S, Basil MD, Basil DZ. Factors influencing healthy eating habits among college students: an application of the health belief model. Health Mark Q 2009; 26(2): 145-64. doi: 10.1080/07359680802619834.
- 19) Karimi H, Sam Sh. Effect of breast self-examination (BSE) education on increasing women's knowledge and practice, Ramsar. JBUMS 2005; 7(3): 61-8. [Persian]
- 20) Yakhforoushha A, Solhi M, Ebadi Fard azar F. Effects of Education via Health Belief Model on Knowledge and Attitude of Voluntary Health Workers Regarding Pap Smear in Urban Centers of Qazvin. Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly 2009; 18(63): 25-30. [Persian]
- 21) Pirzadeh A. The effect of health education based on health belief model on performance of women regarding Pap smear test in Kouhdasht health centers in 2010. Journal of Health System Research 2010; 6(2): 365-72. [Persian]
- 22) Ghodbin F, Zare M, Jahanbin I, Ariaifar A, Keshavarzi S. A Survey of the Knowledge and Beliefs of Retired Men about Prostate Cancer Screening Based on Health Belief Model. Int J Community Based Nurs Midwifery 2014; 2(4): 279-85. PMID: 25349871.
- 23) Abhar R, Hassani L, Montaseri M, Paydar Ardakani M. Survey of Prostate Cancer-Preventive Behaviors Based on the Health Belief Model Constructs among Military men. Journal of Preventive Medicine 2017; 4(2): 8-18. [Persian]
- 24) Mazloomi Mahmood Abad S, Hajizadeh A, Aalaei MR, Mirzaie Alavije M, Afkhami A, Fatahi M. Status of preventive behaviors in individuals at risk for type 2 diabetes: Application of the health belief model. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2012; 11(6): 544-50. [Persian]
- 25) Hazavehei SMM, Dashti S, Moeini B, Faradmal J, Shahrabadi R, Yazdi AH. Factors related to self-care behaviors in hypertensive individuals based on Health Belief Model. Koomesh 2015; 17(1): 37-44. [Persian]
- 26) Morowatisharifabad MA, Saki Malehi A, Saeedfiroozabadi M. Determinants of Health Behaviors among Air Travelers of Shiraz Shahid Dastghaib International Airport based on Health Belief Modelbased on Health Belief Model. Tolooebehdasht Journal 2017; 16(5): 11-25. [Persian]
- 27) Poormuhamad S, Jalili Z. Related factors to self-care behaviors in elderly with hypertension based on the Health Belief Model in Uremia County. joge 2017; 2(1): 41-50. doi: 10.29252/joge.2.1. 41. [Persian]
- 28) Didarloo A, Pourali R, Sorkhabi Z, Sharafkhani N. Survey of Prostate Cancer-Preventive Behaviors Based on the Health Belief Model Constructs among Male Teachers of Urmia City, IN 2015. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016; 14(3): 271-81. [Persian]
- 29) Rezakhani Moghaddam H, Shojaeizadeh D, Taghdisi MH, Hamidzadeh Arbabi Y, Savadpour MT. The effect of education by community health volunteers on choice of delivery kind in pregnant women based on the Behavioral Intention Model (BIM). sjsp 2013; 10(3): 27-40. [Persian]
- 30) Baghianimoghadam MH, Zolghadar R, Baghianimoghadam B, Darayi M, Jozy F. Related factors to choose normal vaginal delivery by mothers based on Health Belief Model. J Edu Health Promot 2012; 1: 17. doi: 10.4103/2277-9531.99216.

- 31) Sharifirad Gh, Hazavehie SMM, Mohebi S, Rahimi MA, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2006; 8(3): 231-9. [Persian]



Research Article

Determinants of Stool Sampling Behavior for Cholera Diagnosis of Clients to Health Homes among Health Workers in Taft City Based on the Health Belief Model

Salime Zare Abdollahi¹, Reza Tavakoli^{2*},
Mohammad Ali Morowatisharifabad³

¹ MSc student in Health Education and Health Promotion, School of Medical Sciences and Technology, Science and Research Branch Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Medical Sciences and Technology, Science and Research Branch Islamic Azad University, Tehran, Iran

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

* Corresponding Author: Reza Tavakoli

hse91tavakoli@gmail.com

A B S T R A C T

Citation: Zare Abdollahi S, Tavakoli R, Morowatisharifabad MA. Determinants of Stool Sampling Behavior for Cholera Diagnosis of Clients to Health Homes among Health Workers in Taft City Based on the Health Belief Model. Manage Strat Health Syst 2018; 3(1): 44-55.

Received: January 08, 2018

Revised: June 17, 2018

Accepted: June 20, 2018

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Background: Stool sampling for cholera diagnosis of clients to health homes has significant effects on provision and maintenance of rural people health if it is done properly and regularly. However, the status of doing this behavior have not addressed in the studies. Therefore, this study aimed to examine determinates of stool sampling behavior for cholera diagnosis of clients to health homes among health workers in Taft city based on the Health Belief Model (HBM).

Methods: This cross-sectional study was carried out on 90 health workers of Taft city which entered the study by census in 2016. Date collection tool was a researcher made questionnaire including the subscales of knowledge, susceptibility, severity, perceived benefits and barriers as well as cues to action, self-efficacy, and stool sampling behavior for cholera diagnosis. Its validity was approved by a panel of expert and its reliability was approved by accounting Cronbach alpha in a pilot study ($n = 20$). Data were analyzed by SPSS 22 and using mean and standard deviation and the relationship between constructs and demographic variables were analyzed by correlation coefficient and regression tests.

Results: In this study, 20 % of the participants reported that they always do stool sampling for cholera diagnosis correctly and only 13.3 % reported that they always do sampling for the suspected cases to the disease. The mean score of knowledge, susceptibility, severity, benefits, barriers, cues to action, self-efficacy were 55.71 ± 9.37 (22-66 possible range), 28.88 ± 3.24 (10-50 possible range), 12.01 ± 1.44 (3-15 possible range), 22.59 ± 5.26 (7-35 possible range), 42.34 ± 9.87 (11-55 possible range), 11.62 ± 2.81 (3-15 possible range) and 45.03 ± 7.54 (10-50 possible range), respectively. The HBM constructs accounted for 14 % of variance in stool sampling behavior which amongst perceived susceptibility ($\beta = 0.271$) and cues to action ($\beta = 0.377$) were the significant predictors.

Conclusion: The knowledge level of health workers in health homes regarding stool sampling for cholera diagnosis was at desirable level; however, the behavior was not so adequate. The Health Belief Model is a relatively suitable framework for promoting the behavior. Continuing and reinforcement of the HBM based programs with emphasizing on cues to action and perceived susceptibility are recommended.

Key words: Health belief model, Health worker, Stool sampling, Cholera