



The Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on Preventive Behaviors of Vaginitis in Health Ambassadors

Elaheh Mokarrami¹, Zahra Jalili², Hamid Tavakoli Ghouchani³

1. MSc. Student, Dept. of Health Education and Health Promotion, School of Medical Sciences and Technologies, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Dept. of Health Education & Health Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Dept. of Health Education & Health Promotion, Faculty of Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2018/08/12

Accepted: 2019/03/09

Available Online: 2019/06/20

IJHEHP 2019; 7(2):211-219

DOI: 10.30699/ijhehp.7.2.211

Corresponding Author:

Zahra Jalili

Associate Professor, Dept. of Health Education & Health Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email:

zahra.jalili@gmail.com

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Background and Objective: one of the most common genital tract infections among women is vaginitis. It is a very serious issue due to its potential side effects for women. The aim of this study is to determine the effect of education based on the Theory of Planned Behavior, on preventive behaviors of vaginitis among *Health Ambassadors* in Maneh and Samalghan County.

Methods: A semi-experimental interventional study was conducted using random sampling method among 80 health ambassadors in reproductive age of 18-49 years of selected comprehensive health centers in the city. Data gathering tool was a questionnaire designed based on the theory of planned behavior, the validity and reliability of which had been approved prior to the study and before and after educational intervention was completed by intervention and control groups.

The data were analyzed by SPSS 19 and using the statistical tests Kolmogorov Smirnov, Chi-square, T-test, Mann-Whitney.

Results: The results showed that the mean age of women was 30.86 ± 6.6 and the mean age of marriage was 18.24 ± 4.1 . After the educational intervention, The mean score of knowledge, constructs of the theory of planned behavior (attitude, subjective norms, perceived behavioral control and behavioral intention), and vaginitis preventive behavior Increased in the intervention group significantly compared to the control group ($P < 0.001$)

Conclusion: The health education program designed based on the theory of planned behavior was effective in Promoting preventive behaviors of Vaginitis.

Keywords: Education, Theory of planned behavior, Behavior, Vaginitis

Copyright © 2019 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved

How to cite this article:

Mokarrami E, Jalili Z, Tavakoli Ghouchani H. The Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on Preventive Behaviors of Vaginitis in Health Ambassadors. Iran J Health Educ Health Promot. 2019; 7 (2) :211-219

Mokarrami, E., Jalili, Z., Tavakoli, Ghouchani, H. (2019). The Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on Preventive Behaviors of Vaginitis in Health Ambassadors. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7 (2), 211-219



تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت در سفیران سلامت

الهه مکرمی^۱، زهرا جلیلی^۲، حمید توکلی قوچانی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم و فن آوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: یکی از شایع‌ترین عفونت‌های دستگاه تناسلی زنان واژینیت است که به دلیل عوارض جانبی بالقوه آن، برای زنان بسیار جدی به شمار می‌آید. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت در سفیران سلامت شهرستان مانه و سملقان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه نیمه‌تجربی مداخله‌ای، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در میان هشتاد سفیر سلامت در سنین باروری ۱۸-۴۹ سال مراکز خدمات جامع سلامت منتخب شهرستان مانه و سملقان انجام شد. برای این منظور از پرسشنامه طراحی شده براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده استفاده شد. تأیید روایی و پایایی این ابزار را قبل از مطالعه و توسط دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد مداخله آموزشی صورت گرفت. داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آزمون‌های آماری کولموگوروف اسمیرنوف، کای دو، تی تست و من‌ویتنی تحلیل شدند.

یافته‌ها: براساس نتایج، میانگین سنی زنان مورد مطالعه $30/86 \pm 6/6$ و میانگین سن ازدواج $4/1 \pm 18/24$ است. پس از مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی، سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (نگرش، نرم‌های انتزاعی، کنترل رفتار درک شده، و قصد رفتار) و میانگین نمره رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش داشته است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش بهداشت مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در ارتقای رفتارهای پیشگیرانه واژینیت مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: آموزش، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، رفتار، واژینیت

کپی‌رایت © حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله
دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۲۱
پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۸
انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۳/۳۰

IJHEHP 2019; 7(2):211-219

نویسنده مسئول:

زهرا جلیلی

دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

پست الکترونیک:

zahra.jalili@gmail.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه

لیبر و زایمان پره‌ترم، کوریو آمینوتیت و آندومتريت پس از سزارین، همچنین افزایش خطر انتقال اچ. آی. وی را به همراه داشته باشد (۵-۹)؛ بنابراین پیشگیری و درمان مناسب این بیماری اهمیت زیادی دارد. از سوی دیگر، با توجه به افزایش شیوع عفونت‌های دستگاه تناسلی در جوامع مختلف، سازمان بهداشت جهانی همواره برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های مقاربتی و لزوم آموزش و مشاوره درباره رفتارهای پیشگیرانه مؤثر بر بیماری‌های شایع عفونی دستگاه تناسلی به‌ویژه واژینیت تأکید می‌کند؛ بنابراین آموزش زنان در سنین باروری در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت در جامعه ضروری است (۵-۱۱). از آنجا که آگاهی ناکافی و رعایت نکردن رفتارهای صحیح بهداشتی در هر جامعه‌ای

واژینیت شایع‌ترین عفونت دستگاه تناسلی و شایع‌ترین بیماری در زنان (۱۰ درصد) و در بخش مراقبت‌های اولیه و درمانگاه‌های آنان است. در ۹۰ درصد زنان مبتلا، این بیماری ناشی از واژینوز باکتریال، کاندیدیازیس و تریکومونازیس است (۱-۳). با توجه به نتایج بررسی واژینیت در زنان ایرانی، میزان شیوع برمبنای شکایت از نشانگان واژینیت (کلید تشخیص سریع و درمان این بیماری)، ۴۵/۹ درصد است (۴). این عفونت‌ها سلامت زنان را تهدید می‌کند و ممکن است عواقب شدیدی مانند ناباروری، حاملگی خارج رحم، درد مزمن لگن، سقط‌جنین، پارگی زودرس پرده‌های جنینی،

نمونه برای مقایسه میانگین دو گروه و برای هر گروه ۴۰ نفر است.

$$N = \frac{2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 P(1-P)}{(P_0 - P_1)^2}$$

معیار ورود به مطالعه داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، تأهل، قرارگرفتن در محدوده سنی ۱۸-۴۹، نداشتن واژینیت، ساکن شهرستان بودن، سفیر سلامت بودن است. معیارهای خروج از مطالعه نیز غیبت در جلسات آموزشی بیش از یکبار و رضایت‌نداشتن از تکمیل پرسشنامه محسوب می‌شود. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی، هشتاد سفیر سلامت مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفته بودند انتخاب شدند و بعد از اطمینان از داشتن معیار ورود به مطالعه، در مطالعه شرکت داده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود. که ابتدا سؤالات اولیه پرسشنامه براساس کتب و منابع معتبر و پرسشنامه Noroozi و همکاران (۲۳)، Farrokh Zadian و همکاران (۲۴) و Jalali و همکاران (۲۵) طراحی شد. سپس روایی آن با استفاده از شیوه روایی محتوایی (توسط جمع‌بندی نظرات ۱۱ نفر از اساتید) احراز شد که نسبت روایی محتوایی پرسشنامه حداقل ۰/۷۱ و حداکثر ۰/۸۷ بود و شاخص روایی محتوایی حداقل ۰/۸۷ و حداکثر ۰/۹۷ بود. تعیین ضریب پایایی پرسشنامه از روش آزمون - باز آزمون با فاصله ۲ هفته (با دعوت از ۳۰ نفر از سفیران سلامت) انجام شد و ضریب همبستگی آنها محاسبه شد و مقادیر ضریب پایایی برای سازه آگاهی (۰/۶۳)، نگرش (۰/۶۵)، هنجار انتزاعی (۰/۶۴)، کنترل رفتاری درک شده (۰/۶۹)، قصد رفتاری (۰/۶۹)، رفتار (۰/۸۹) به دست آمد. و در مجموع ضریب پایایی ۰/۹۲ به دست آمد و قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه از سه بخش که شامل: بخش اول مربوط به سؤالات دموگرافیک (۱۵ سؤال)، بخش دوم مربوط سؤالات سازه آگاهی (۱۶ سؤال) و بخش سوم مربوط به سؤالات سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (۴۸ سؤال) بود. سؤالات آگاهی دارای طیف دو گزینه‌ای بلی و خیر که برای پاسخ صحیح نمره یک و برای پاسخ غلط نمره صفر در نظر گرفته شد و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در یک طیف لیکرتی پنج‌تایی با لحاظ نمودن امتیاز ۵-۱ تنظیم شد. سؤالات نگرش دارای ۸ سؤال، هنجار انتزاعی دارای ۶ سؤال، کنترل رفتاری درک شده ۱۰ سؤال، قصد رفتاری دارای ۵ سؤال که دارای طیف پاسخگویی کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم بودند، و رفتار دارای ۱۹ سؤال که دارای طیف پاسخگویی به‌هیچ‌وجه تا همیشه بود. نمره‌گذاری سؤالات نا همسو و نمره کل آگاهی از ۰ تا ۱۶، نگرش از ۸ تا ۴۰، هنجار انتزاعی از ۶ تا ۳۰، کنترل رفتاری درک شده از ۱۰ تا ۵۰، قصد رفتار از ۵ تا ۲۵ و رفتار از ۱۹ تا ۹۵ متغیر بود. محتوای آموزشی

اجتناب‌ناپذیر است، افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه‌های درست زندگی، حفظ سلامت و پرهیز از بیماری‌ها به آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی نیاز دارند (۱۲). آموزش بهداشت رکن اساسی تمامی رفتارهای پیشگیری‌کننده است که می‌تواند از راه‌های مختلف، به‌ویژه از سوی سفیران سلامت عاملی غنی‌کننده و توانگر در انتقال اطلاعات و ایجاد نگرش صحیح بهداشتی در مراکز بهداشتی و در نهایت تغییر رفتار در خود و سایر افراد باشد (۱۳). در واقع آموزش موارد بهداشتی عامل مهمی برای ارتقای تندرستی، بالابردن کیفیت و استانداردهای زندگی سالم و افزایش مشارکت جامعه در فعالیت‌های رفاهی، جسمی، روانی و اجتماعی است. ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت و میزان اثربخشی این برنامه‌ها نیز وابستگی زیادی به استفاده صحیح از نظریه‌ها و الگوها دارد (۱۴)؛ زیرا تئوری‌ها به طراحان آموزش بهداشت کمک خواهند کرد تا به مسائل ماورای فردی هنگام انجام نیازسنجی و طراحی برنامه‌ها بیندیشند و درک درستی از عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی و محیطی کسب کنند (۱۵). در این میان تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده یکی از تئوری‌های مهم در برنامه‌های آموزش بهداشت است که براساس آن مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار هر فرد، قصد رفتاری است که از نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتار درک شده تأثیر می‌پذیرد. (۱۶). کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، پیش‌بینی و درک رفتار است و طیف رفتاری شامل تغییر رفتار، قصد رفتاری تا نمایش رفتاری را دربرمی‌گیرد که تأثیر آن به‌صورت تجربی در بسیاری از مطالعات تأیید شده است (۱۷-۲۰). همچنین ظرفیت بالقوه‌ای برای مداخلات تغییر رفتار دارد (۲۱). مطالعه حاضر برای تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت در سفیران سلامت مراکز جامع سلامت شهرستان مانه و سملقان طراحی و اجرا شد. دلیل این پژوهش قابلیت استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در تشخیص و درک عوامل محیطی و فردی مؤثر بر رفتار، اهمیت پیشگیری از واژینیت به‌دلیل عواقب شدید آن و مطالعه‌نداشتن در زمینه تأثیر مداخلات آموزشی برای تغییر رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت در سفیران سلامت سنین باروری است. نتایج این مطالعه را می‌توان چارچوبی برای طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در سایر مراکز جامع سلامت شهری و روستایی در راستای آموزش و پیشگیری از عوارض سوء ناشی از واژینیت در زنان سنین باروری دانست.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ انجام شده است، مداخله‌ای نیمه‌تجربی قبل و بعد همراه با گروه مداخله و کنترل است که جامعه مورد مطالعه آن سفیران سلامت مراکز جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان مانه و سملقان هستند. تعیین حجم نمونه براساس سازه آگاهی از مطالعه مرتبط با Noroozi و همکاران (۲۲) برآورد شد که ضریب اطمینان آن ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد با احتساب ۱۰ درصد ریزش تعداد نمونه‌ها با استفاده از فرمول حجم

نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های آماری کولموگروف اسمیرنوف، کای دو، تی تست، من ویتنی، ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده و مقدار ($P < 0/05$) نیز به‌عنوان سطح معنادار آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

براساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین سنی آزمودنی‌ها $30/86 \pm 6/58$ سال بود. و میانگین سن ازدواج آزمودنی‌ها $4/01 \pm 18/24$ سال بود. در مطالعه حاضر ۷۶ نفر از آزمودنی‌ها (۹۵٪) خانه‌دار و ۴ نفر (۵٪) شاغل بودند. و همچنین ۲۶ نفر (۳۲/۵٪) از آزمودنی‌ها دارای سطح تحصیلات سیکل، ۲۰ نفر (۲۵٪) در سطح تحصیلات دبیرستان، ۲۰ نفر (۲۵٪) در سطح تحصیلات دیپلم و ۱۴ نفر (۱۷/۵٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. برای بررسی همسان بودن گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک از مجذور کای استفاده شد و نتایج نشان داد هر دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان هستند ($P > 0/05$) (جدول ۱).

همچنین برای مقایسه میانگین نمره آگاهی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در دو گروه قبل و بعد از مداخله براساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام شده بر روی داده‌های اولیه و ثانویه تنها برای سازه کنترل رفتاری درک شده و رفتار قبل از مداخله از آزمون تی مستقل و سازه کنترل رفتاری درک شده و رفتار بعد از مداخله و سایر سازه‌ها قبل و بعد از مداخله از آزمون من ویتنی استفاده شد. براساس نتایج آزمون‌های انجام شده مشاهده شد که در مقایسه میانگین نمره سازه آگاهی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله هیچ‌گونه اختلاف معناداری یافت نشد و این نتایج نشان داد دو گروه کنترل و مداخله، قبل از مداخله همسان هستند ($P > 0/05$) (جدول ۲). همچنین برای مقایسه میانگین نمره سازه آگاهی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله و کنترل از آزمون من ویتنی استفاده شد. نتایج حاصل از این مقایسه نشان داد، که افزایش معناداری در میانگین نمره آگاهی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در گروه مداخله ایجاد شده که سبب ایجاد اختلاف معنادار میانگین نمرات دو گروه بعد از اجرای آموزش شده است ($P < 0/05$) (جدول ۳). برای تعیین و اثربخشی مداخله آموزشی از طریق مقایسه میانگین نمرات سازه‌ها قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه از آزمون ویلکاکسون استفاده شد و نتایج اختلاف معناداری بین میانگین نمره آگاهی و نمره سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله را نشان داد ($P < 0/05$) درحالی‌که در گروه کنترل هیچ‌گونه اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$) (جدول ۴).

براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و نتایج اولیه آزمون در سه جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای با شیوه‌های سخنرانی به دلیل صرفه‌جویی در وقت، ارائه حجم زیاد مطالب نظری و ایجاد آگاهی کافی در خصوص واژینیت و رفتارهای پیشگیری‌کننده از آن و بحث گروهی جهت حمایت از تغییر نگرش و رفتار، پرسش و پاسخ جهت فعال نمودن سفیران سلامت و افزایش تمرکز آنان بر موضوع و با استفاده از وسایل کمک‌آموزشی پمفلت، تراکت و نمایش اسلاید به‌وسیله دبیتا پروژکتور برای گروه مداخله اجرا شد. و همچنین با توجه به نقش پیشگویی‌کنندگی رفتار توسط هنجار انتزاعی در نتیجه تجزیه و تحلیل داده‌های اولیه از نمونه‌های مورد مطالعه از دوستان، خانواده سفیران سلامت جهت شرکت در جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد و به سفیران سلامت توصیه شد مطالب آموزشی را به همسر، دوستان و آشنایانی که امکان حضور در جلسات برایشان فراهم نبود منتقل نمایند. در این جلسات سعی شد که سفیران سلامت نسبت به واژینیت، علائم و نشانه‌های آن، اهمیت و ضرورت پیشگیری از آن، شناخت و آگاهی کسب کرده و باورهای صحیحی درباره واژینیت برای سفیران سلامت ایجاد گردد و سفیران سلامت بعد از کسب انگیزه کافی از سوی اطرافیان و شناخت منابع و امکانات از جمله ارائه خدمات مشاوره‌ای و درمانی توسط ماما و پزشکان مراکز خدمات جامع سلامت نسبت به توانمندی‌های خود جهت انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت اطمینان حاصل نمایند و در نهایت به رفتار پیشگیری‌کننده از واژینیت دست یابند لازم به ذکر است جهت رعایت اخلاقیات، قبل از جمع‌آوری داده‌ها برای هر یک از نمونه‌ها، اهداف پژوهش توضیح داده شد و به فرد اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده کاملاً محرمانه بوده و جمع‌آوری اطلاعات تنها از افرادی صورت گرفت که تمایل به شرکت داشتند. و همچنین جهت محروم نمودن گروه کنترل از موضوعات آموزشی، جلسات آموزشی بعد از اتمام مطالعه برای آنها برگزار شد و پمفلتها و تراکت‌های طراحی شده در اختیار آنها قرار گرفت. عناوین و سرفصل مداخله آموزشی: شامل تعریف واژینیت، انواع واژینیت و علائم آن، عوامل مستعد کننده، عوارض ابتلا به واژینیت در سنین باروری و بارداری، راه‌های پیشگیری از واژینیت (عادات غذایی، عادات لباس پوشیدن، بهداشت قاعدگی، بهداشت فردی و جنسی، انجام معاینات دوره‌ای معمول و ویژه برای افراد دیابتی)، و معرفی خدمات ارائه‌شده در مراکز خدمات جامع سلامت توسط ماما و پزشک در خصوص پیشگیری و درمان واژینیت و سایر عفونت‌های دستگاه تناسلی بود.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری‌شده از طریق تکمیل پرسشنامه توسط گروه کنترل و مداخله، یک ماه بعد از اتمام آخرین جلسه آموزشی برای گروه مداخله،

جدول ۱. مقایسه فراوانی خصوصیات دموگرافیک گروه مداخله و کنترل

| P value | کنترل | | مداخله | | طبقات | نام متغیر |
|---------|-------|------|--------|------|----------|-----------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | |
| ۰/۰۸ | ۱۷ | ۴۲/۵ | ۸ | ۲۰ | ۱۸-۲۷ | سن |
| | ۱۸ | ۴۵ | ۲۷ | ۶۷/۵ | ۲۸-۳۸ | |
| | ۵ | ۱۲/۵ | ۵ | ۱۲/۵ | ۳۹-۴۹ | |
| ۰/۰۹۶ | ۸ | ۲۰ | ۱۱ | ۲۷/۵ | ۱۱-۱۵ | سن ازدواج |
| | ۲۲ | ۵۵ | ۱۹ | ۴۷/۵ | ۱۶-۲۰ | |
| | ۴ | ۱۰ | ۶ | ۱۵ | ۲۱-۲۵ | |
| | ۶ | ۱۵ | ۴ | ۱۰ | ۲۶-۳۰ | |
| ۰/۳۵۸ | ۳ | ۷/۵ | ۱ | ۲/۵ | شاغل | شغل |
| | ۳۷ | ۹۲/۵ | ۳۹ | ۹۷/۵ | خانه‌دار | |
| | ۵ | ۱۲/۵ | ۵ | ۱۲/۵ | کارمند | |
| ۰/۸۴۱ | ۱۹ | ۴۷/۵ | ۲۱ | ۵۲/۵ | آزاد | شغل همسر |
| | ۱۲ | ۳۰ | ۱۲ | ۳۰ | کارگر | |
| | ۴ | ۱۰ | ۲ | ۵ | بیکار | |

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره آگاهی و سازه های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در رابطه با رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله

| P value | Mann-Whitney-u & t-test* | گروه مداخله | | گروه کنترل | | سازه |
|-------------|--------------------------|--------------|---------|--------------|---------|----------------------|
| | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| $P > 0.05$ | ۰/۷۶۲ | ۱/۵۹ | ۱۲/۱۲ | ۲/۳۶ | ۱۱/۶۰ | آگاهی |
| $P > 0.05$ | ۰/۴۰۶ | ۵/۰۲ | ۳۱/۹۲ | ۳/۹۷ | ۳۱/۷۲ | نگرش |
| $P > 0.05$ | ۱/۷۵۲ | ۲/۳۶ | ۲۳/۰۷ | ۲/۶۲ | ۲۴/۱ | هنجار انتزاعی |
| $*P > 0.05$ | $*0/۵۲۶$ | ۴/۱۲۷ | ۴۲/۲۰ | ۳/۹۴ | ۴۲/۶۷ | کنترل رفتاری درک شده |
| $P > 0.05$ | ۰/۹۵۲ | ۲/۵۷ | ۲۰/۹۵ | ۲/۵۰ | ۲۱/۴۵ | قصد رفتار |
| $*P > 0.05$ | $*0/۲۸۸$ | ۷/۵۳ | ۷۷/۳۰ | ۷/۱۹۸ | ۷۷/۷۷ | رفتار |

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره آگاهی و سازه های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در رابطه با رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله

| P value | Mann-Whitney-u | گروه مداخله | | گروه کنترل | | سازه |
|-------------|----------------|--------------|---------|--------------|---------|----------------------|
| | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| $P < 0.001$ | ۷/۷۶۷ | ۰/۹۸۵ | ۱۵/۵۵ | ۱/۷۵ | ۱۱/۴۰ | آگاهی |
| $P < 0.001$ | ۶/۲۲۹ | ۱/۸۱ | ۳۸/۳۰ | ۴/۱۱ | ۳۲/۶۸ | نگرش |
| $P < 0.001$ | ۶/۳۰۰ | ۱/۳۹ | ۲۸/۴۰ | ۲/۷۷ | ۲۴/۱۲ | هنجار انتزاعی |
| $P < 0.001$ | ۶/۷۰۲ | ۱/۷۰ | ۴۸/۶۸ | ۳/۶۶ | ۴۲/۸۵ | کنترل رفتاری درک شده |
| $P < 0.001$ | ۵/۰۴۱ | ۱/۰۹ | ۲۴/۲۰ | ۲/۵۴ | ۲۱/۶۸ | قصد رفتار |
| $P < 0.001$ | ۷/۴۶۶ | ۲/۴۱ | ۹۱/۸۰ | ۸/۲۱ | ۷۷/۷۵ | رفتار |

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره آگاهی و سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد مداخله

| P value | Z- Wilcoxon | بعد از مداخله | | قبل از مداخله | | گروه | سازه |
|-------------|-------------|---------------|---------|---------------|---------|--------|----------------------|
| | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | |
| $P < 0.001$ | ۵/۵۶۳ | ۰/۹۸۵ | ۱۵/۵۵ | ۱/۵۹ | ۱۲/۱۲ | مداخله | آگاهی |
| $P > 0.05$ | ۰/۹۲۴ | ۱/۷۵ | ۱۱/۴۰ | ۲/۳۶ | ۱۱/۶۰ | کنترل | |
| $P < 0.001$ | ۵/۱۹۸ | ۱/۸۱ | ۳۸/۳۰ | ۵/۰۲ | ۳۱/۹۲ | مداخله | نگرش |
| $P > 0.05$ | ۱/۷۰۰ | ۴/۱۱ | ۳۲/۶۸ | ۳/۹۷ | ۳۱/۷۲ | کنترل | |
| $P < 0.001$ | ۵/۵۲۷ | ۱/۳۹ | ۲۸/۴۰ | ۲/۳۶ | ۲۳/۰۷ | مداخله | هنجار انتزاعی |
| $P > 0.05$ | ۰/۳۸۳ | ۲/۷۷ | ۲۴/۱۲ | ۲/۶۲ | ۲۴/۱ | کنترل | |
| $P < 0.001$ | ۵/۳۷۲ | ۱/۷۰ | ۴۸/۶۸ | ۴/۱۲۷ | ۴۲/۲۰ | مداخله | کنترل رفتاری درک شده |
| $P > 0.05$ | ۰/۴۵۹ | ۳/۶۶ | ۴۲/۸۵ | ۳/۹۴ | ۴۲/۶۷ | کنترل | |
| $P < 0.001$ | ۵/۳۴۲ | ۱/۰۹ | ۲۴/۲۰ | ۲/۵۷ | ۲۰/۹۵ | مداخله | قصد رفتاری |
| $P > 0.05$ | ۰/۴۷۶ | ۲/۵۴ | ۲۱/۶۸ | ۲/۵۰ | ۲۱/۴۵ | کنترل | |
| $P < 0.001$ | ۵/۵۰۰ | ۲/۴۱ | ۹۱/۸۰ | ۷/۵۳ | ۷۷/۳۰ | مداخله | رفتار |
| $P > 0.05$ | ۰/۴۱۳ | ۸/۲۱ | ۷۷/۷۵ | ۷/۱۹۸ | ۷۷/۷۷ | کنترل | |

درمانی رشت، که تفاوت معناداری در میانگین نمره آگاهی بین دو گروه مورد مطالعه بعد از مداخله آموزشی وجود داشت (۲۹)، هم خوانی داشت.

با افزایش شناخت و آگاهی سفیران سلامت نسبت به واژینیت، علائم، عوارض و عوامل مستعد کننده و همچنین راه های پیشگیری از آن از طریق جلسات آموزشی، باور و نگرش صحیح در سفیران سلامت نسبت به این بیماری، ایجاد شد و سبب معنادار شدن اختلاف میانگین نمره نگرش، قبل و پس از آموزش در گروه مداخله شد به طوری که سبب افزایش میانگین نمره نگرش از 31.93 ± 5.02 به 38.30 ± 1.80 گردید که این نتیجه در گروه کنترل یافت نشد. که این نتایج با نتایج مطالعه Loraci و همکاران که در خصوص تعیین اثر اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر قصد انجام رفتارهای پرخطر جنسی در زنان زندانی زندان وکیل آباد که به جرم روابط پرخطر بسر می بردند انجام گرفت و نتایج مطالعه نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین نمره نگرش قبل و بعد از مداخله وجود داشت ($P < 0.05$)، هم خوانی داشت (۲۹،۳۰) و همچنین به نظر می رسد دعوت از دوستان و خانواده (مادر و خواهر) سفیران سلامت و توزیع پمفلت بین آنها و توصیه به سفیران سلامت جهت ارائه مطالب به همسر، دوستان و آشنایانی که در جلسه امکان حضور نداشتند موجب افزایش انگیزه سفیران از طریق ارتقاء نرم های انتزاعی در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت گردید و همچنین برخورداری از حمایت خانواده، دوستان و معرفی منابع، امکانات موجود و در دسترس به سفیران سلامت، موجب افزایش توانمندی و کنترل درک رفتاری آنها گردید به طوری که اختلاف معنادار

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت در سفیران سلامت شهرستان مانه و سملقان انجام شد و یافته های مطالعه نشان داد که با استفاده از این تئوری می توان تفاوت معناداری در رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت به وجود آورد. کارایی تئوری رفتار برنامه ریزی شده در ایجاد رفتارهای پیشگیری کننده در چندین مطالعه از جمله مطالعه Baghianimoghadam در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز جلدی در مادران (۲۶) و مطالعه Alizadeh Sevaki در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از ایدز (۲۷) و مطالعه Jalali در رابطه با رفتارهای پیشگیری کننده از عفونت ادراری اثبات شده است و با توجه به اینکه در بررسی های پژوهشگران این مطالعه، مطالعه ای بر مبنای تئوری رفتار برنامه ریزی شده در رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت در زنان سنین باروری و سفیران سلامت یافت نشد در این مطالعه تغییرات نمره سازه ها در مطالعات نسبتاً مشابه بررسی شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی در این مطالعه باعث افزایش میانگین نمره آگاهی گروه مداخله در رابطه با واژینیت و رفتارهای پیشگیری کننده از آن نسبت به قبل از مداخله و نسبت به گروه کنترل گردیده است به طوری که میانگین نمره آگاهی از 12.12 ± 1.59 به 15.55 ± 0.98 در گروه مداخله افزایش یافته است. که با مطالعه Moeini و همکاران، تحت عنوان تأثیر برنامه های آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر انتخاب روش زایمانی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی

بودن سازه‌های نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و رفتار زمینه‌های مختلفی را جهت تدوین مداخلات آموزشی پیشنهاد نموده و سبب اثربخشی بیشتر مداخله آموزشی شده است.

به طوری که از طریق تأثیر بر کلیه سازه‌های تئوری و سازه آگاهی بر عملکرد سفیران سلامت جهت انجام رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت مؤثر واقع گردیده است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به:

□ خود گزارش دهی رفتار که با توجه به ماهیت سؤالات مرتبط با موضوع مورد مطالعه امکان دارد سفیران سلامت به لحاظ شرم و یا خجالت، واقعیت‌ها را بیان نکرده باشند، هرچند که پژوهشگران مطالعه تلاش نمودند با توجیه طرح پژوهشی، تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات نمایند و اعتماد سفیران سلامت را جلب نمایند.

□ انجام مطالعه در بین سفیران سلامت که حداقل داشتن ۸ کلاس سواد برای پذیرفته شدن آنها مدنظر مراکز بر اساس دستورالعمل است لذا نتایج آن مستقیماً قابل تعمیم به کل زنان سنین باروری نیست.

اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر کارایی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را در رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت نشان داد. از این رو این تئوری می‌تواند به عنوان چارچوبی جهت طراحی و اجرای مداخلات آموزشی جهت پیشگیری از واژینیت استفاده شود. همچنین می‌توان نتیجه گرفت که در این مطالعه با افزایش شناخت و آگاهی کافی نسبت به علائم، نشانه‌ها و عوامل مستعد کننده ابتلا به واژینیت و راه‌های پیشگیری از آن باور صحیح در سفیران سلامت ایجاد شده و از سوی دیگر با کسب انگیزه لازم از سوی همسر، کارکنان بهداشتی، دوستان و آشنایان، سفیران سلامت به توانمندی خود نسبت به انجام رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت اطمینان حاصل کردند و در نهایت به انجام رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت نائل آمدند.

با توجه به نقش آموزش به عنوان رکن اساسی تمامی رفتارهای پیشگیری کننده و نتایج حاصل از این مطالعه موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

ایجاد توانمندی لازم با معرفی منابع، امکانات موجود آموزشی و مشاوره‌ای، ارائه خدمات مامایی و بهداشتی در مراکز ارائه دهنده خدمت به گروه هدف به عنوان یک عامل مؤثر جهت انجام رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت

□ بهره‌گیری از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت در سایر شهرهای استان و کشور و در سایر موضوعات

آماری به لحاظ افزایش میانگین نمره هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله و نسبت به گروه کنترل یافت شد (هنجار انتزاعی از $23/07 \pm 2/36$ به $28/40 \pm 1/39$ و کنترل رفتاری درک شده از $42/20 \pm 4/12$ به $48/68 \pm 1/70$). که این نتایج با نتایج مطالعه Baghianimoghadam و همکاران که با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز جلدی در مادران ساکن در مناطق آندمیک شهرستان نطنز انجام گرفت و در میانگین نمره هنجارهای انتزاعی دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله اختلاف معناداری یافت شد ($P < 0/05$) که قبل از مداخله اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت و نتایج مطالعه Hoseini Soorand و همکاران که با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و تأثیر آن بر سازه‌های تئوری در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام گرفت و میانگین نمره کنترل رفتاری درک شده در گروه مداخله بعد از آموزش افزایش یافت که این اختلاف معنادار بود ($P < 0/05$)، هم‌خوانی داشت (۳۰).

در پژوهش حاضر بیان عوارض و عوامل مستعد کننده واژینیت، اهمیت و ضرورت پیشگیری از آن و بحث درباره استراتژی‌های اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت از جمله اصلاح عادات لباس پوشیدن، اصلاح عادات غذایی، رعایت بهداشت فردی، جنسی، قاعدگی و انجام معاینات دوره‌ای همراه با توزیع تراکت و پمفلت مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده از واژینیت موجب افزایش انگیزه و توانمندی لازم برای قصد و انجام رفتار پیشگیری کننده از واژینیت گردید به طوری که موجب اختلاف معنادار آماری از طریق افزایش میانگین نمره قصد رفتاری و رفتار در گروه مداخله نسبت به قبل و نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله آموزشی گردید به طوری که میانگین نمره قصد رفتاری از $20/95 \pm 2/57$ به $24/20 \pm 1/09$ و میانگین نمره رفتار از $7/53 \pm 7/30$ به $91/80 \pm 2/40$ افزایش یافت، که این نتایج با نتایج مطالعه Ebrahimipour و همکاران که با هدف تعیین تأثیر آموزش بر مبنای تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر بهبود رفتار بهداشت دهان و دندان زنان باردار شهر آسرخانه انجام گرفت و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معناداری در نمره قصد رفتار گروه مداخله قبل و بعد از اجرای آموزش وجود داشت ($P < 0/05$). که در گروه کنترل وجود نداشت. (۳۱) و همچنین با نتایج مطالعه Mozafari و همکاران که با هدف تعیین تأثیر آموزش تئوری محور بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده مادران در زمینه مصرف خودسرانه دارو در کودکان بر روی مادر دارای کودک انجام گرفت و میانگین نمره رفتار در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری را نشان داده بود ($P < 0/05$) در حالی که در گروه کنترل چنین اختلافی مشاهده نشده بود، هم‌خوانی داشت (۳۲).

یافته‌های این مطالعه نشان دهنده ارزش تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر برای تغییر رفتار بهداشتی است چون این تئوری به لحاظ دارا

متصدیان محترم این مطالعه، اعم از گروه آموزش بهداشت ارتقاء و سلامت دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، معاونت پژوهشی دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی و کمیته اخلاق دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات تهران، ریاست و معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی، سرپرست شبکه بهداشت و درمان، مسئولین و همکاران مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی شهرستان مانه و سملقان، تمامی سفیران سلامت شرکت‌کننده و کلیه عزیزانی که به‌نوعی در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. 14th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2007.
2. Egan M, Lipsky M.S. Diagnosis of vaginitis Am FAM Physician 2000;62(5):1095-1104.
3. Karaer A, Boylu M, Avsar AF. Vaginitis in Turkish women: symptoms, epidemiologic-microbiologic association. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2005;121(2):211-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.11.030>
4. Farahmand M, Abedini M, Hashemi Z. Prevalence of vaginitis in Iranian women--symptoms and clinical association. Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch. 2012 ;22(1):62-8.
5. World Health Organization. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections Integrating STI/RTI Care for Reproductive Health a GUIDE TO essential practice, 2005.
6. World Health Organization. Sexually Transmitted Infections, The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. 2013. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO-RHR-13.02-eng.pdf>
7. Population council. Reproductive Tract infections: an Introductory Overview. <http://www.popcouncil.org/pds/RTIFacsheetsRev.pdf>.
8. Xia DY, Liao SS, He QY, Choi KH, Mandel JS. Self-reported symptoms of reproductive tract infections among rural women in Hainan, China: prevalence rates and risk factors. Sexually transmitted diseases. 2004;31(11):643-9. <https://doi.org/10.1097/01.olq.0000143111.33741.40>
9. Msuya S.E, Mbizro E, Stray B, Sundby J, Sam

بهداشتی در مراکز خدمات جامع سلامت.

□ بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تداوم رفتار ۶ ماه تا یک سال بعد در سفیران سلامت مورد مطالعه

□ توجه به هنجارهای انتزاعی در امر آموزش رفتارهای پیشگیری‌کننده از واژینیت

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت مصوبه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی- واحد علوم و تحقیقات به شناسه 1397.028 IR.IAU.SRB.REC. است، نویسندگان از تمامی

- N.E, et al. Reproductive tract infection and the risk of HIV among women in Moshi, Tanzania, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia 2002;81:886-893. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810916.x>
10. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. Translated by: GhaziJahani B, Ghotbi R Translated by: GhaziJahani B, Ghotbi R Tehran.2012.
11. Ray K, Muralidhar S, Bala M, Kumari M, Salhan S, Gupta SM, Bhattacharya M. Comparative study of syndromic and etiological diagnosis of reproductive tract infections/sexually transmitted infections in women in Delhi. International Journal of Infectious Diseases. 2009 Nov 1;13(6):e352-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2008.11.021>
12. Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F. The Effect of Health Education Programe on the Knowledge and Practice Seliors towards HIV/AIDS In chabahr. ZJRMS. 2006; 8(1):29-33
13. Abdollahi B. The effect of model-based educational intervention on HIV / AIDS prevention behaviors in Health Ambassadors of Jajroud County[dissertation]. [Dublin]: Azad University, Science Research Branch: 2017.
14. Armitage CJ, Conner M. Social cognition models and health behavior: a structured review. Physical health. 2000;15:89- 173.
15. McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer. San Francisco, CA: Pearson/Benjamin Cummings; 2009.
16. Didarlu A, Shojaeizadeh D, Mohammadian H. Planning health promotion.Tehran;Sobhan publication. 2009;74.
17. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health behavior and health education,4th ed, USA, Jossey Bass . 2008: 23-44

18. Allahverdipoor H. Passing through traditional health education towards theory oriented health education. *Health Promote Educ Quart.* 2004; 1(3):1:75-79
19. Taylor D, Bury M, Campling N, Carter S, Garfied S, Newbould J, Rennie T. A Review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006:1-215.
20. Sharma M, Roams J. Theoretical foundation of health education and health promotion, 1st ed, USA, Barlett. 2008: 3-17.
21. Pakpur Haji Agha A, Safari M. Applying the theory of planned behavior to predict brushing behavior among high school students in Qazvin. *J dental Society dentists.* 2012; 24(3):201-7.
22. Noroozi F, Tahmasebi R, Noroozi A. The effect of teaching the preventive behaviors of Urinary Tract Infection based on the health belief model in both the face-to-face approaches in pregnant women referring to Health Centers. *J Alborz Univ of Med Sci.* 2015;4(4):237-247. <https://doi.org/10.18869/acadpub.aums.4.4.237>
23. Noroozi F, Noroozi A, Tahmasebi R. Influencing factors in the health promoting behaviors of Urinary system based on health belief model in pregnant women in Bushehr 2013-14. *ISMJ.* 2015;18(3):597-606.
24. Farrokh Zadian J, Kermani Shahnaz Z, Sabzevari S. Knowledge, Attitude and Practice of Women Referring to Kerman Health Centers on the Prevention of Genital Infection. *JRI.* 2004;5:4(20): 346-355
25. Jalali M, Shamsi M, Roozbahani N, Kabir K. The effect of education based on the theory of planned behavior in promoting preventive behaviors of urinary tract infection in pregnant women. *Par J Med Sci* 2014;12(3):49-57.
26. Baghianimoghadam MH, Tavakoli B, Ayatollahi J, Mirzaei M. The Effect of education Based on the Theory of Planned Behavior on Preventive Behaviors of Cutaneous Leishmaniasis in Mothers Living in Endemic City of Natanz. *Toloo e Behdasht.* 2016;3(57); 54- 65.
27. Alizadeh Seivaki H, Zareban I, Rakhshani F, et al. The impact of peer education on HIV preventive behaviors based on the theory of planned behavior in second high school students in Zahedan. *J Ofogh Danesh.* 2013;18(5):233-240.
28. Moeini B, Besharati F, Hazavehei SMM, moghimbeigi A. women's Attitudes toward Elective Delivery Mode Based on the Theory of planned Behavior. *J Guilan Univ Med Sci.* 2011; 20(79): 68 -76.
29. Loraci M, Taffazoli M, Latifnejad roudsari R. The Effect of a Training program Based on the Theory of Planned Behavior (TPB) on Sexual High Risk Behavioral Intentions in female Prisoners, Vakil Abad prison, Mashhad, Iran. *J Kerman Univ Med Sci.* 2016; 23(4): 497-514.
30. Hoseini Soorand A, Miri M R, Sharifzadeh G. Effect of curriculum based on theory of planned behavior, on components of theory in patients with hypertension. *J Birjand Univ Med Sci.* 2015; 22 (3): 199-208.
31. Ebrahimipour H, Mohamadzadeh M, Niknami SH, Ismaili H, Vafaii Najjar A. Predictors of oral health care in pregnant women based on theory of planned behavior. *J Health Syst Res.* 2015; 11(3):496-504.
32. Mozafari S, Shamsi M, Roozbahani N, Ranjbaran M. Measurement of Theory Structures of Planned Behavior in Prevention of Self-Treatment in Mothers of Azadshahr City). *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2012; 23(2): 15-23