

بررسی کاربرد مدل آموزشی پندر در بهبود رفتارهای بهداشتی کارگران

فتیحه کرمان ساروی* - دکتر فاطمه رخشانی** - دکتر مهناز شهرکی پور***

*مری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی زاهدان

**دانشیار گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

***استادیار گروه آمار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۱۱/۲۹

تاریخ پذیرش: ۸۴/۴/۴

چکیده

مقدمه: الگوهای پنداشتی به علت کاربرد در آموزش و تحقیق از اهمیت خاصی برخوردارند، الگوهای زیادی در آموزش بهداشت مطرح شده‌اند. مدل پندریکی از این الگوهای پنداشتی و آموزشی است که در تحقیقات زیادی به کار گرفته شده و نتایج مثبتی بدنبال داشته است. هدف: بررسی کاربرد این مدل آموزشی در بهبود رفتارهای بهداشتی کارگران شاغل در کارخانه‌های مواد غذایی زاهدان. مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی ۲۰۰ نفر از کارگران شاغل در کارخانه‌های مواد غذایی زاهدان شرکت کردند که به شکل تصادفی در دو گروه مورد-شاهد بررسی شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه در دو مرحله قبل و یک ماه بعد از آموزش جمع آوری شد. در این مطالعه $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نمره‌های مفاهیم درکی شناختی (مدل‌های سلامت، درک کنترل سلامت و اهمیت سلامت) و رفتارهای بهداشتی بعد از آموزش افزایش داشته و نتایج آنالیز واریانس تفاوت معنی‌داری را در گروه مورد (بعد از آموزش) نشان داد ($P=0.000$). نتایج آنالیز رگرسیون چندگانه حاکی از ارتباط معنی‌دار مدل‌های سلامت و درک اهمیت سلامت با رفتارهای بهداشتی است ($P=0.02$). همچنین براساس آنالیز رگرسیون چندگانه ارتباط معنی‌داری بین درآمد و فاکتورهای مفهوم سلامت، درک کنترل سلامت و رفتارهای بهداشتی وجود داشت ($P=0.01$). در مورد تأثیر آموزش بر بهبود رفتارهای بهداشتی، آنالیز واریانس تفاوت معنی‌داری نشان داد ($P=0.005$). نتایج رگرسیون چندگانه در زمینه تأثیر هم‌زمان فاکتورهای درکی شناختی و دموگرافیک در رفتارهای بهداشتی نشان داد که مدل‌های کلینیکی ($P=0.04$)، مدل سازگاری ($P=0.01$)، جنس ($P=0.03$) و قومیت ($P=0.02$) ارتباط معنی‌داری با رفتارهای بهداشتی داشت. نتیجه‌گیری: نتایج مؤید مدل آموزشی پندر در بهبود رفتارهای بهداشتی کارگران است.

کلید واژه‌ها: آموزش بهداشت/ رفتار بهداشتی/ مدل‌های آموزشی

مقدمه

کار شاخه‌های مختلف پرستاری از جمله پرستاری بهداشت جامعه بر پایه اصول نظری استوار است. در نتیجه عمل بر پایه تئوری قرار دارد و زمانی عملکرد معتبر است که بر مبنای الگوهای پنداشتی تنظیم شده باشد. کلیه الگوهای پنداشتی هدف مشترک مانند بررسی، ارائه تدابیر، اجرا و روش‌های ارزشیابی برای ساختن جامعه‌ای سالم رادنبال می‌کنند (۷). مدل‌های زیادی در آموزش بهداشت مطرح شده است که معمولاً کاربرد و انتخاب هر یک از آنها بر اساس مطالعات انجام شده و باتوجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه است. پندر در سال ۱۹۸۷ الگوی ارتقای بهداشت خود را به عنوان چهارچوبی برای بیان رفتارهای بهداشتی توصیف می‌کند که متمرکز بر حرکت افراد به سمت

وضعیتی مثبت و برای افزایش تندرستی است. الگوی فوق بر اهمیت فرآیندهای شناختی در کنترل رفتار تأکید دارد (۱۰). در مدل پندر عوامل تعیین کننده رفتارهای بهداشتی، عوامل درکی - شناختی، (ادراک فردی) تعدیل کننده طبقه‌بندی شده و در این مدل با عوامل درکی شناختی به عنوان مکانیسم‌های محرک شناخته می‌شود. درکی که فرد را مستعد انجام رفتارهای توسعه سلامت می‌کند شامل درک اهمیت سلامت، کنترل سلامت و درک مفهوم سلامت است (۱۳) که در این پژوهش بررسی شده است. در این مدل فاکتورهای درکی شناختی تحت تأثیر ویژگی‌های دموگرافیک (سن، جنس، نژاد، تحصیلات و درآمد) تغییر می‌کند. در مجموع رفتارهای بهداشتی از

مجدد بکار رفت. پرسشنامه در دو نوبت با فاصله ده روز به ۲۰ نفر از افراد مشابه با نمونه‌های مورد مطالعه، داده شد. ضریب همبستگی نمره‌های حاصل از دو نوبت آزمون برای مفهوم سلامت بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰، اهمیت سلامت ۰/۸۵ تا ۰/۷۵ کنترل سلامت ۰/۹۰ و برای رفتارهای بهداشتی بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ بدست آمد. گروه مورد به مدت ۲۰ ساعت با استفاده از شیوه‌های مختلف آموزشی (سخنرانی، ایفای نقش) و وسایل کمک آموزشی (پمفلت، تراکت، فیلم) با مدل‌پندر آموزش دیدند. جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله قبل و یک‌ماه بعد از آموزش صورت گرفت برای بیان مفاهیم سلامت، اهمیت آن و کنترل سلامت از دید کارگران نمره‌ای بین (۵-۲۵) بر اساس هر مفهوم با توجه به مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت در نظر گرفته شد. در مورد رفتارهای بهداشتی نیز با توجه به مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت نمره‌ای بین (۲۰-۸۰) در کل و بین ۵-۲۵ در ارتباط با هر یک از مقیاس‌های فرعی در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نمونه‌های مورد مطالعه ۲۰۰ نفر از کارگران کارخانه‌های مواد غذایی زاهدان بودند که در دو گروه مورد و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. مشخصات دموگرافیک گروه مورد: ۴۹٪ زن، ۵۰٪ مرد، ۹۸٪ فارس، ۱۱٪ بلوچ، میانگین سن ۲۶/۵ سال، میانگین درآمد ۸۴ هزار تومان و میانگین تحصیلات ۹ کلاس و مشخصات دموگرافیک گروه شاهد: ۴۷٪ زن، ۵۰٪ مرد، ۹۴ درصد فارس، ۵٪ بلوچ و میانگین سن ۳۰ سال، میانگین درآمد ۳۷ هزار تومان و میانگین تحصیلات ۸ کلاس بود. در درک مفهوم سلامت کمترین میانگین نمره‌ها در گروه مورد مدل کلینیکی ($M=21/32$) و بیشترین آن مربوط به مدل سازگاری ($M=22/06$) و مدل ایفای نقش ($M=22/06$) بود. در گروه شاهد کمترین میانگین مربوط به مدل حد مطلوب سلامت ($M=18/35$) و بیشترین آن مربوط به مدل کلینیکی ($M=20/56$) بود. در

فاکتورهای درکی شناختی و دموگرافیک متاثر می‌شود. در این بررسی رفتارهای بهداشتی بر اساس تعریف پندر و در زیر مجموعه‌های اهمیت تغذیه، کنترل استرس، مسئولیت‌های بهداشتی و فعالیت‌های فیزیکی مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس این مدل، تحقیقی در کارگران کارخانه‌ای در کالیفرنیا انجام شده است. نتایج تحقیق حاکی از افزایش معنی‌دار رفتارهای بهداشتی بعد از آموزش نسبت به پیش‌آزمون بود و اولین مانع در رفتارهای بهداشتی عوامل درکی - شناختی بودند (۱۱).

نتایج تحقیق دیگری نشان داد که فاکتورهای درکی شناختی با رفتارهای بهداشتی ارتباط آماری معنی‌دار دارد (۴). حال برای بررسی کاربرد این مدل در تغییر رفتارهای بهداشتی کارگران در جامعه ما، این تحقیق در کارگران کارخانه‌های مواد غذایی زاهدان انجام شد. امیدواریم با استفاده از نتایج این پژوهش بتوان از مدل پندر به عنوان الگوی مناسبی برای ارتقای رفتارهای بهداشتی کارگران و اقشار مختلف در برنامه‌های آموزش بهداشت استفاده کرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی برای بررسی کاربرد مدل آموزشی پندر در تعیین رفتارهای بهداشتی کارگران کارخانه‌های مواد غذایی زاهدان در سال ۸۰ است. جامعه پژوهش کلیه کارگران کارخانه‌های مواد غذایی زاهدان بودند. حجم نمونه شامل ۲۰۰ کارگر بود. (۱۰۰ مورد، ۱۰۰ شاهد) که به شکل تصادفی ساده انتخاب شده بودند. کارخانه‌ها بر اساس قرعه‌کشی در گروه مورد و شاهد جای گرفتند. گردآوری اطلاعات با پرسشنامه و در ۵ بخش انجام شده شامل مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، قومیت، تحصیلات، درآمد)، ۲۰ سوال مربوط به مفهوم سلامت بر اساس چهار مدل کلینیکی ایفای نقش، سازگاری حد مطلوب سلامت، ۵ سؤال مربوط به اهمیت سلامت، ۵ سؤال مربوط به کنترل سلامت و ۲۰ سؤال مربوط به رفتارهای بهداشتی. برای تعیین روائی ابزار، از روش روائی محتوا و برای پایایی پرسشنامه‌ها آزمون

آنالیز رگرسیون چندگانه در ارتباط فاکتورهای مفهوم سلامت، درک کنترل سلامت و اهمیت سلامت با رفتارهای بهداشتی نشان داد که درک مفهوم سلامت بر اساس مدل کلینیکی (P=0.01) و مدل سازگاری (P=0.02) با رفتارهای بهداشتی ارتباط معنی داری داشت یعنی مدل کلینیکی با کاهش رفتارها و مدل سازگاری با افزایش رفتارها همراه بوده است. همچنین درک اهمیت سلامت یکی از عوامل تعیین کننده رفتارها بوده که ارتباط معنی داری با رفتارهای بهداشتی داشته است (P=0.02) (جدول ۳) در مورد ارتباط متغیرهای دموگرافیک (درآمد، قومیت، تحصیلات، جنس، سن) با رفتارهای بهداشتی نتایج رگرسیون چندگانه و آزمون تی نشان داد که تنها متغیر درآمد ارتباط معنی داری با رفتارها داشت (P=0.01) (جدول ۴). همچنین نتایج رگرسیون چندگانه در زمینه ارتباط متغیرهای درکی شناختی با دموگرافیک نشان داد که متغیرهای مفهوم سلامت و درک کنترل سلامت با فاکتور درآمد ارتباط معنی داری داشت (P=0.02) نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که مدل کلینیکی (P=0.04)، مدل سازگاری (P=0.01)، جنس (P=0.03) و قومیت (P=0.02) ارتباط معنی داری با رفتارهای بهداشتی دارند و از فاکتورهای تعیین کننده و نیز عامل موثر در بهبود رفتارهای بهداشتی هستند (جدول ۵).

کل میانگین نمرات مفهوم سلامت بعد از آموزش در هر مدلی افزایش داشت (جدول شماره ۱). نتایج مقایسه درک مفهوم سلامت در چهار گروه تفاوت معنی داری در مدل های ایفای نقش، حد مطلوب سلامت (P=0.0009) و سازگاری (P=0.000) نشان داد که مربوط به گروه دوم (بعد از آموزش) بوده است. برای مقایسه درک اهمیت سلامت و کنترل آن در چهار گروه از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج، تفاوت معنی داری نشان داد که مربوط به گروه مورد (بعد از آموزش) بوده است (P=0.000). در رفتارهای بهداشتی، بیشترین میانگین مربوط به تغذیه (M=15.51) و کمترین آن مربوط به فعالیت های فیزیکی (M=12.05) بود. در مجموع جدول ۱ نشان می دهد که کلیه نمرات مقیاس های فرعی رفتارهای بهداشتی بعد از آموزش افزایش یافته اند. برای مقایسه میانگین نمرات کل رفتارها از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج ارتباط معنی داری در گروه مورد (بعد از آموزش) نشان داد (P=0.0005). نتایج فوق مؤید فرض دوم پژوهش است (جدول ۲). در مقایسه میانگین نمرات مقیاس های فرعی رفتارهای بهداشتی در چهار گروه، نتایج آنالیز واریانس تفاوت معنی داری در مقیاس فرعی مسئولیت های بهداشتی در گروه مورد (بعد از آموزش) نشان داد (P=0.002). نتایج

جدول ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات مدل های سلامت، اهمیت سلامت، کنترل سلامت و مقیاس های فرعی رفتارهای بهداشتی در کارگران کارخانه های مواد غذایی زاهدان

نمرات	گروهها		گروه مورد			
	میانگین	انحراف معیار	قبل از آموزش	بعد از آموزش	میانگین	انحراف معیار
مفاهیم درکی شناختی و رفتارهای بهداشتی	۱۹/۷۸	۴/۹۵	۲۱/۳۲	۳/۶۲	۲۰/۵۳	۲۰/۵۶
مدل کلینیکی	۲۱/۲۲	۴	۲۲/۰۶	۳/۲۲	۲۰/۷۴	۲۰/۲۸
مدل ایفای نقش	۲۲/۰۳	۳/۰۴	۲۲/۵۶	۳/۰۶	۱۹/۵۳	۱۹/۲۰
مدل سازگاری	۲۱/۲۱	۴/۰۷	۲۱/۵۱	۳/۳۲	۱۸/۴۴	۱۸/۳۵
مدل حداعلائی سلامت	۲۱/۳	۴/۰۸	۲۲/۲۴	۲/۷۰	۱۹/۱۹	۱۹/۲۱
اهمیت سلامت	۲۲/۵۷	۳/۲۹	۲۲/۵۵	۳/۷۳	۱۹/۹۴	۱۹/۰۹
کنترل سلامت	۱۵/۴	۲/۸۶	۱۵/۵۱	۲/۹۲	۱۵/۲۴	۱۴/۹۳
تغذیه	۱۳/۵۳	۳/۹۴	۱۴/۳۶	۳/۲۷	۱۴	۱۳/۴۲
کنترل استرس	۲۱/۲۴	۴/۰۸	۱۳/۹۷	۳/۴۸	۱۲/۶۹	۱۲/۳۱
مسئولیت های بهداشتی	۱۱/۱۳	۴/۸۵	۱۲/۰۵	۳/۸۷	۱۱/۷۱	۱۱/۲۰
فعالیت های فیزیکی						

جدول ۲: آنالیز واریانس یکطرفه نمرات دریافتی رفتارهای بهداشتی در کارگران کارخانه‌های مواد غذایی زاهدان

F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع تغییرات
۴/۲۶۸۵(S)	۴۳۸/۹۲۸۵	۳	۱۳۱۶/۷۸۵۵	بین گروه‌ها
	۱۰۲/۸۲۹۵	۳۹۴	۴۰۵۱۴/۸۲۵۱	داخل گروه‌ها
		۳۹۷	۴۱۸۳۱/۶۱۰۶	جمع

P<۰/۰۵

جدول ۳: جدول رگرسیون چندگانه ارتباط فاکتورهای مدل‌های سلامت، اهمیت سلامت کنترل سلامت رفتارهای بهداشتی کارگران کارخانه‌های نان رضوی زاهدان

B	F	متغیرهای مستقل
-۲/۵۲۱(S)	۰/۴۲۵۴۹	مدل کلینیکی
۱/۲۱۸(N.S)	۰/۰۹۲۸۵	مدل ایفای نقش
۲/۳۵۴(N.S)	۰/۴۴۹۵۵	مدل سازگاری
-۰/۷۵۲(N.S)	۰/۰۵۶۴۶	مدل حداعلا سلامت
۴/۱۶۹(N.S)	۰/۸۷۲۳۴	درک اهمیت سلامت
۰/۴۶۹(N.S)	۰/۰۳۴۹۸	کنترل سلامت

ضریب ثابت=۱۸/۵۰۳۹۱

جدول ۴: جدول رگرسیون چندگانه ارتباط فاکتورهای سن، تحصیلات، درآمد رفتارهای بهداشتی کارگران کارخانه نان رضوی زاهدان

B	F	متغیرهای مستقل
۰/۶۱۷(N.S)	۰/۱۹۷	سن
۰/۱۳۹(N.S)	۰/۱۰۴	تحصیلات
۲/۴۱۹(S)	۵/۲۸۲	درآمد

ضریب ثابت=۲۵/۹۸۵

جدول ۵: جدول رگرسیون چندگانه ارتباط همزمان فاکتورهای درکی-شناختی و دموگرافیک رفتارهای بهداشتی در کارگران کارخانه‌های نان رضوی زاهدان

B	F	متغیرهای مستقل
-۱/۸۲(S)	۰/۶۲	مدل کلینیکی
-۱/۳۵(N.S)	-۰/۵۲	مدل ایفای نقش
۲/۴۹(S)	۱/۱۵	مدل سازگاری
۰/۸۶۸(N.S)	۰/۳۴	مدل خدمت‌مطلوب سلامت
-۰/۴۷(N.S)	-۰/۴۳	اهمیت سلامت
۱/۷۲(N.S)	۰/۷۷۵	کنترل سلامت
۰/۷۸۴(N.S)	۰/۲۱	سن
۲/۱۹۲(S)	۴/۴۵	جنس
۱/۶۱(N.S)	۱/۰۹	تحصیلات
۲/۲۳(S)	۷/۰۷	قومیت
۰/۸۸(N.S)	۰/۰۹	درآمد

(S) یعنی معنی دارمی باشد و (N.S) یعنی معنی دار نیست. ضریب ثابت=۳۳/۴۴۵

بحث و نتیجه گیری

رفتار است. مثلاً در یک تحقیق افرادی که در فعالیت‌های فیزیکی شرکت کرده بودند اهمیت بیشتری برای سلامت خویش قائل شده بودند (۸). نتیجه دیگر این بررسی ارتباط فاکتور درآمد با رفتارهای بهداشتی، مفهوم سلامت و درک کنترل سلامت که با مشابه تحقیق لافری است (۴). پالانک معتقد است که تأثیر ویژگی‌های دموگرافیک بر رفتارهای بهداشتی در گروه‌های مختلف باید مورد توجه قرار گیرد، زیرا تأثیر آن بر رفتار در گروه‌های مختلف متفاوت است. وضعیت اقتصادی اجتماعی مانند تحصیلات، درآمد و شغل هر یک مستقلاً بر رفتارهای بهداشتی تأثیر دارد. به‌طور خلاصه وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد پیوسته بر رفتارها تأثیر می‌گذارد (۸). بنابراین در برنامه‌های آموزشی رفتارهای بهداشتی توجه دقیق به عوامل دموگرافیک کمک مؤثری می‌کند (۹). نتایج نشان داد که فاکتورهای درکی شناختی همراه با متغیرهای دموگرافیک با رفتارهای بهداشتی کارگران ارتباط دارد که این نتیجه با نتایج دافی (۲)، و پندر و همکاران (۱۱) همخوانی دارد. این محققان در تفسیر نتایج خود اظهار می‌دارند که فاکتورهای درکی شناختی همراه با فاکتورهای دموگرافیک از تعیین کننده‌های رفتارهای بهداشتی هستند. به اعتقاد فییس (۱۲) انگیزه شرکت در رفتارهای بهداشتی تحت تأثیر درک فرد از سلامت است.

در مجموع یافته‌ها نشان داد که مدل آموزشی پندر در جامعه ما به عنوان یک الگوی آموزشی مؤثر در تغییر رفتارها کاربرد دارد و به نظر می‌رسد الگوی مناسبی برای آموزش رفتارهای بهداشتی باشد.

تشکر و قدردانی: با سپاس از جناب آقای مهندس وفادار مدیر محترم کارخانه نان رضوی زاهدان به خاطر مساعدت در این پژوهش و با تشکر از واحد آموزش بهداشت استان به خاطر پیگیری و زحمات فراوانی که متقبل شده‌اند.

میانگین نمرات مدل‌های سلامت و آنالیز آنها نشان داد که مفهوم سلامت از دید کارگران بیش از بیمار نبودن است و این نتیجه انعکاسی از تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت است. لافری در گزارش تحقیق خود به چند بعدی بودن مفهوم سلامت اشاره می‌کند (۵). با توجه به معنی‌دار بودن نتایج مربوط به مقایسه درک اهمیت سلامت و کنترل سلامت در چهار گروه چنین استنتاج می‌شود که دانش فرد در مورد سلامت و موضوع‌های بهداشتی، در اهمیت دادن به سلامت تأثیر زیادی دارد و نتایج تحقیقات نیز نشان داد که ارتباط قوی بین کنترل سلامت و رفتارهایی مثل استفاده از کمربند ایمنی، کنترل جمعیت، استعمال نکردن دخانیات و کنترل وزن وجود دارد (۸). آنالیز رفتارهای بهداشتی نشان داد که برنامه‌های آموزشی برای رفتارهای بهداشتی، عامل مؤثر در تمایل اشخاص به قبول مسئولیت در مورد سلامتی است (۱) لوگان و داوکینز علاوه بر آموزش، عوامل دیگری از قبیل ابعاد مذهبی، روانی، اجتماعی و درک فردی را در انجام رفتارهای بهداشتی مؤثر می‌دانند (۶). در این پژوهش فاکتورهای مفهوم سلامت، کنترل سلامت و اهمیت سلامت با رفتارهای بهداشتی ارتباط معنی‌دار داشتند. نتایج فوق مشابه یافته‌های تحقیق لافری و تحقیق پندر است که درک مفهوم سلامت با رفتارهای بهداشتی ارتباط مستقیم دارد (۱۱ و ۴) به طوری که درک مفهوم سلامت بر اساس مدل سازگاری و ایفای نقش که مفاهیم پیچیده‌تر سلامت هستند با افزایش رفتارها و بر اساس مدل کلینیکی که مفهوم ساده سلامت است با کاهش رفتارهای بهداشتی همراه بوده است همچنین در این تحقیق درک اهمیت سلامت متغیر دیگری است که با رفتارهای بهداشتی ارتباط نشان داد. نتایج چندین تحقیق نشان داد که این متغیر فاکتوری مهم، در رفتارهای حفاظتی و تعیین کننده شروع

منابع

1. Brunner LS, Sodars D. Medical Surgical Nursing. Philadelphia; JB Lippincott, 2004: 45-6.

2. Duffi M, Determinants of Health Promotion

In Midlife Women. Nursing Research 1999; 37(6):358-61.

۳- کرمان ساروی، فتیحه؛ [و دیگران]: بررسی ارتباط درک

مفهوم سلامت با رفتارهای ارتقاء سلامت در دانشجویان پرستاری کرمان. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۴.

4- Eachus P, Health Behavior Choice as Related to Self Actualization and Health Conception: Western J of nurse Research 1995; 7(3): 279-92.

5. Laffery Sh, Development of a Health Conception Scale. Research in Nursing Health 1996;107-133.

6. Logan BB, Dawkins CE. Family Centered Nursing in the Community. New york; Addison-Wesley, 1999.

7. McMurray A. Community Health Nursing Primary Health Care Practice. Melburn; Churchill Livingstone, 1999; 40-50.

8. Palank Ch, Determinants of Health Promotion Behaviour. Nurs Clinic of North Am 1990; 26(9): 815-26.

9. Penderr N, Health Promotion in Nursing Practice. Appleton Century Crofts 1998; 57-71. |

10. Penderr N, Walker S, Schrist K. Health Premotion and Disease, Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Out look 1992; 40(3): 106-12.

11. Penderr N, Whetson W, Wilhid EL. Predicting Health Promotion Life Style in the Workeplace. Nursing Research 1995: 39(6): 326-32.

12. Phipps W, Monahan F, Sands J, et al. Medical Surgical Nursing Process Approach. 13th ed. Stlouis: Mosby, 2003: 43-51.

13. Spellbring A. Nursing's Role in Health Promotion. Nursing Clin of North Am 1998; 26(4): 805-13.

Applying Pender's Educational Model in Promotion of Health Behavior of Workers

Kerman saravi F.(MSc), Rakhshani F.(Ph.D), Sharakhipoor M.(Ph. D)

Abstract

Introduction: Conceptual models are important because they are used in education and research. Several models are discussed in health education. One of them is panders educational model, which has been applied in some research, and led to positive outcome too.

Objective: This research was performed to study the application of panders model in improving workers health behavior in Zahedan faculty of Nan Razawi.

Materials and Methods: In this quasi- experimental study, 200 workers were selected randomly from population of workers and they were studied in two groups of case and control. Data gathering tool was a question pair. Date obtained before education and one month after education. For data analysis descriptive and analytical statistics were used.

Results: Based on findings, the marks of cognitive – conceptual concepts such as health models, perception of health control and health importance increased after education and there was a statistically significant difference in case group after education ($P=0.000$). There was a significant relation between health models and perception of health importance with health behavior too ($P=0.02$). Also, there was a significant relation between income and health concept, perception of health control, and health behaviors ($P=0.01$). ANOVA indicated effect of education on promotion of health behaviors and there was significant difference ($P=0.005$). Findings revealed that there was a significant relation between cognitive – perceptual factors such as clinical models ($P=0.04$), adoption model ($P=0.01$) and demographic factors such as sex ($P=0.03$) and race ($P=0.02$) with health behaviors.

Conclusion: Pender's educational model is effective in promotion of workers health behaviors.

Key words: Health behavior/ Health Education/ Models, Educational