# The Predictors of Preventive Behaviors of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Zabol Ranchers Based on Health Belief Model

Gholamreza Masoudi
Faculty Member & Member of Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences (ZAUMS), Zahedan, Iran

Mehdi Karimiaval
* MSc Student in Health Education, Health Promotion Research Center, ZAUMS, Zahedan, Iran (Corresponding author) mehdi.karimiaval@gmail.com

Alireza Ansari
Faculty Member & Member of Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences (ZAUMS), Zahedan, Iran

Mohammad Hadi Abbasi
Faculty Member & Member of Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences (ZAUMS), Zahedan, Iran

Mohammad Abaszadeh-bazi
Assistant Professor in Health Education and Health Promotion, Zabol University of Medical Sciences (ZBMU), Zabol, Iran

**Received: 02 February 2015**
**Accepted: 14 July 2015**

## ABSTRACT

**Background and objective**: Crimean-Congo Hemorrhagic fever (CCHF) is a viral zoonosis transmitted by ticks. Determining the predictors of preventive behaviors of this disease and designing a structured educational intervention has an important role in promoting the health of all people who are directly or indirectly exposed to this dangerous disease, including ranchers and their families. The aim of this study was to determine the preventive behavior predictors in ranchers in Zabol.

**Materials and methods**: In this cross-sectional study, 200 rural ranchers by a multi-stage sampling method randomly were selected and surveyed. The data were collected via a multi-section questionnaire that was developed based on the health belief model and its validity and reliability was confirmed by experts and Cornbrash's alpha coefficient (α= 0.72). The data were analyzed in SPSS 16 using descriptive and analytic statistics (percentage, mean, Pearson Correlation coefficient and linear regression test).The significant level was set at 0.05.

**Results:** 91.5%, 46.5% and 31.5% of participants, respectively, were male, illiterate and rancher and over about 50% of them had butchered an animal in the past. Results also showed that preventive behaviors of CCHF have a positive significant association with perceived benefit and perceived self-efficacy, and also results of linear regression test showed that self-efficacy forecasted 11% of behavior variances in participants.

**Conclusion:** Maintaining and improving the ranchers health against the risk of CCHF in tropical regions, particularly in the Sistan region in Sistan and Blooch-estan province is an educational urgency and interventions based on the health belief model should emphasize more on the self-efficacy and perceived susceptibility.

**Paper Type:** Research Article.

**Keywords:** Predictors of preventive behaviors, Health Belief Model (HBM), Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF), Ranchers, Zoonosis, Occupational diseases, Zabol.

▶ **Citation**: Masoudi GR, Karimiaval M, Ansari AR, Abbasi H, Abaszadeh-bazi M. The predictors of preventive behaviors of crimean-congo hemorrhagic fever in Zabol ranchers based on health belief model. *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2016;3*(4): 381- 390 .

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

# پیشگویی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کریمه کنگو در دامداران زابل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی

**غلامرضا مسعودی**
هیئت‌علمی و عضو مرکز ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

**مهدی کریمی‌اول**
* دانشجوی کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)
mehdi.karimiaval@gmail.com

**علیرضا انصاری**
هیئت‌علمی و عضو مرکز ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

**محمد هادی عباسی**
هیئت‌علمی و عضو مرکز ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

**محمد عباس‌زاده‌بزی**
استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

**تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳**
**تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳**

## چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری تب خونریزی‌دهنده کنگو یک بیماری ویروسی مشترک بین انسان و حیوان است که به‌وسیله کنه منتقل می‌شود. تعیین پیشگویی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کنگو و تدوین مداخلات آموزشی ساختارمند نقش مهمی در ارتقای سلامت به‌ویژه دامداران و خانواده‌های آن‌ها دارد. هدف این مطالعه تعیین پیش‌بین‌های رفتارهای پیشگیری از بیماری در دامداران زابل است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی – تحلیلی بود؛ که ۲۰۰ نفر از دامداران به‌وسیله نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای به عنوان نکونه انتخاب‌شده بودند. داده‌ها به‌وسیله پرسشنامه چندبخشی بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی گردآوری شد. روایی و پایایی آن به‌وسیله متخصصان و آزمون آلفای کرونباخ (α=۰/۷۲) تأیید شد. داده‌ها توسط SPSS ۱۶ و با کمک آمار توصیفی و تحلیلی (درصد، میانگین، آزمون کای‌اسکوئر، آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون ضریب رگرسیون خطی) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از بین افراد موردپژوهش ۹۱/۵ ٪ مرد، ۴۶/۵ ٪ بی‌سواد و ۳۱/۵٪ کشاورز بودند و بیش از ۵۰٪ آن‌ها در گذشته دام ذبح کرده بودند. یافته‌ها نیز نشان داد که رفتارهای پیشگیری از بیماری تب کنگو با سازه‌های منافع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده رابطه مثبت معنادار داشتند. بر اساس آزمون رگرسیون خطی نیز خودکارآمدی درک‌شده قادر به پیش‌بینی ۱۱٪ رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کنگو در دامداران بود.

**نتیجه‌گیری:** حفظ و ارتقای سلامت دامداران در برابر خطرات بیماری تب کنگو در مناطق گرمسیر به‌ویژه منطقه سیستان در استان سیستان و بلوچستان یک اولویت آموزشی بوده و مداخلات آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی باید با تأکید بر دو سازه حساسیت و خودکارآمدی درک‌شده اجرا گردند.

**نوع مقاله:** مطالعه پژوهشی.

**کلیدواژه‌ها:** پیشگویی‌کننده‌های رفتار پیشگیری‌کننده، الگوی اعتقاد بهداشتی، تب کریمه، بیماری‌های مشترک بین انسان و حیوان، بیماری‌های شغلی، دامداران، زابل.

◀ **استناد:** مسعودی غ، کریمی‌اول م، انصاری ع، عباسی هـ عباس‌زاده‌بزی م. پیشگویی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کریمه کنگو در دامداران زابل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۴؛۳ (۴): ۳۸۱- ۳۹۰.

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

## مقدمه

بیماری‌های قابل‌انتقال بین انسان و حیوان، (زئونوزها) گروهی از بیماری‌ها هستند که یک قسمت از چرخه زندگی عامل ایجادکننده آن‌ها در بدن حیوانات مهره‌دار طی می‌شود. بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو،[1] یا به اختصار CCHF، یک بیماری خونریزی‌دهنده تب‌دار حاد است و جزو مهم‌ترین بیماری‌های مشترک بین انسان و حیوان به شمار می‌رود. عامل ایجادکننده این بیماری ویروسی از خانواده بونیاویریده[2] جنس ناویروویروس[3] است (۳-۱). با وجودی که بیماری مخصوص حیوانات است ولی موارد تک‌گیر[4] و همه‌گیری‌های ناگهانی این بیماری در انسان‌ها نیز اتفاق می‌افتد (۱). انتقال عامل بیماری‌زا به انسان از راه‌های مختلف صورت می‌گیرد. ویروس تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو توسط گزش کنه آلوده یا له‌کردن آن روی پوست (۱-۲، ۴)، تماس مستقیم با ترشحات یا خون حیوانات هنگام ذبح یا بلافاصله آن به انسان (۱-۲، ۵) و یا از طریق انسان به انسان منتقل می‌شود (۶-۷). از میان کنه‌ها فقط جنس هالیوما[5] مخزن اصلی این بیماری است (۱-۳). علائم بالینی بیماری تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو به‌صورت ناگهانی به شکل تب، درد عضلانی، خستگی، تهوع، استفراغ (۷)، سردرد، درد شکم، اسهال، ورم ملتحمه چشم، گلودرد، یرقان، ترس از نور و اختلالات خلقی و به‌صورت ناگهانی در بیماران دیده می‌شود (۸-۹). این بیماری میزان مرگ‌ومیر بالایی دارد؛ که بین ۳ تا ۷۰٪ متغیر است (۳، ۱۱-۱۲).

این بیماری در قاره‌های آسیا، اروپا و آفریقا (۶، ۱۰، ۱۳) به‌صورت پراکنده گزارش‌شده است. از زمان شناخت بیماری در سال ۱۹۴۴ تاکنون موارد مختلف بیماری در کشورهایی مانند کنیا، موریتانی، سنگال، جنوب آفریقا، کوزوو، آلبانی، روسیه، تاجیکستان، ترکیه، قرقیزستان، عراق، پاکستان، افغانستان، هندوستان و ایران (۱۴) گزارش‌شده است. ویروس بیماری برای اولین بار در ایران در سال ۱۳۴۹ از طریق جداسازی آنتی‌بادی CCHF از سرم ۴۵ گوسفند، که از تهران به مسکو منتقل شده بودند، تشخیص داده شد (۱۵). در سال ۱۳۸۰ موارد مظنون و قطعی بیماری درکل ایران با ۱۴۷ مورد محتمل و ۴۳ مورد مرگ گزارش‌شده است؛ که بیشترین گزارش از استان‌های سیستان و بلوچستان، اصفهان، تهران و گلستان بوده است. بر اساس آخرین گزارش‌های بیماری وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۰، تعداد ۷۹ مورد قطعی شناسایی و گزارش‌شده‌اند؛ که ۱۴ مورد آن به مرگ منجر شده است. بیماری در استان‌های سیستان و بلوچستان (۱، ۱۶-۱۷)، اصفهان، خراسان رضوی، خوزستان و فارس از بروز بیشتری برخورداراست (۱۵).

استان سیستان و بلوچستان، به ویژه شهرستان زابل، به دلیل هم‌جواری با کشور افغانستان ازنظر ورود دام‌های قاچاق (۱۸) از موقعیت ویژه‌ای برخوردار است. درنتیجه، این وضعیت شرایط را برای بروز موارد CCHF در این شهرستان فراهم می‌کند. موارد اولیه این بیماری طی همه‌گیری‌هایی که در سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ در پاکستان (۱۹،۱۴) و افغانستان (۱۴) روی داد. این بیماری از طریق ورود دام‌های آلوده به شهرستان زابل وارد گردید. افراد در معرض خطر این بیماری دامداران و خانواده آن‌ها، کشاورزان، دامپزشکان (۲۰)، قصابان (۲۱-۲۲)، کارکنان کشتارگاه‌ها و شاغلین آزمایشگاه‌ها هستند (۲۳). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۱ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد، بیشترین میزان بیماری در ایران در مشاغل قصابی، کارگر کشتارگاه، کشاورز و دامدار مشاهده‌شده است (۲۴). به همین دلیل، این بیماری به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های شغلی (۲۵) در گروه‌های دامداران، قصاب‌ها و کارگران کشتارگاه‌ها مورد شناسایی قرارگرفته است (۱، ۱۵).

صاحب‌نظران برای پیشگویی و شناسایی عوامل مؤثر بر عملکرد از الگوها استفاده می‌کنند. یکی از این الگوها، الگوی اعتقاد بهداشتی است که بر اساس آن احتمال اینکه افراد یک

1. Crimean Congo Hemorrhagic Fever (CCHF)
2. Bunyaviride
3. Nairovirus
4. sporadic
5. *Hyalomma*

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

رفتار بهداشتی پیشنهادشده را انجام دهند، بستگی به ادراک آن‌ها از بیماری و جنبه‌های مختلف آن دارد (۲۶-۲۸).

الگوی اعتقاد بهداشتی کوشش می‌کند عملکردهای بهداشتی را شرح داده و پیش‌بینی کند. این الگو دارای حیطه‌های مختلف حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنمای عمل و خودکارآمدی است (۲۷). بررسی‌ها نشان داده‌اند که الگوی اعتقاد بهداشتی می‌تواند ساختار مناسبی جهت ساختن مداخله آموزشی در به وجود آوردن رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز و تعیین احتمال ابتلا به بیماری‌های مشترک بین انسان و دام توسط صاحبان دام در گروه‌های متفاوت باشد (۲۸).

باوجودآنکه بر اساس بررسی متون صورت‌گرفته الگوی اعتقاد بهداشتی از قابلیت بالایی برای تبیین و تعدیل رفتارهای پیشگیری از بیماری‌های عفونی مشترک بین انسان و دام برخوردار است (۲۷)، هیچ‌گونه شواهدی در زمینه پیشگویی‌کننده‌های رفتارهای محافظتی از تب کریمه کنگو بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی یافت نشد. با توجه به وضعیت اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی این گروه مطالعه حاضر با هدف تعیین پیشگویی‌کننده‌های رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کنگو در دامداران زابل انجام شد تا بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بتوان نسبت به تدوین یک برنامه آموزشی ساختارمند مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در جهت ارتقای سلامت دامداران منطقه که به‌شدت در معرض این بیماری کشنده هستند اقدام نمود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی به‌صورت مقطعی بود. این مطالعه از اردیبهشت تا خرداد ۱۳۹۴ بر روی ۲۰۰ نفر از دامداران با آلفای ۵٪ و بتای ۰/۲ در شهرستان زابل انجام گرفت. معیار ورود دامداران به مطالعه شامل سکونت در روستاهای تحت پوشش طرح، تماس با دام، یعنی نگهداری دام در منزل و ذبح آن، و داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود و افرادی که پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند از مطالعه خارج شدند.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه تصادفی چندمرحله‌ای بود. ابتدا از بین ۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان زابل، ۲ مرکز به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. در هر یک از ۲ مرکز بهداشتی درمانی روستایی نیز به‌صورت تصادفی ۲ خانه بهداشت انتخاب‌شد و سپس تمام نمونه‌های موردنظر به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و موردپژوهش قرار گرفتند.

در این پژوهش ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود که در ۳ بخش تنظیم‌شده بود: ۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با ۶ سؤال؛ ۲) رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کریمه کنگو با ۹ سؤال؛ و سؤالات سازه‌های مختلف الگوی اعتقاد بهداشتی بود در قالب ۳۷ سؤال- حساسیت، شدت و منافع درک‌شده هرکدام ۶ سؤال، موانع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده هرکدام ۸ سؤال و راهنما برای عمل ۳ سؤال.

ابعاد الگوی اعتقاد بهداشتی بر اساس طیف لیکرت سه‌گزینه‌ای با پاسخ‌های موافقم، نظری ندارم و مخالفم طراحی‌شده بودند. محتوای پرسشنامه بر اساس مطالعات انجام‌شده قبلی و اطلاعات مستند علمی موجود، به‌ویژه دستورالعمل کشوری مبارزه با تب کریمه کنگو در ۱۳۹۰ وزارت بهداشت و دستورالعمل کشوری مبارزه با تب کریمه کنگو در ۱۳۹۳ اداره دامپزشکی، و با توجه به شرایط افراد موردمطالعه به زبان بسیار ساده تدوین‌شده بود.

برای تعیین روایی پرسشنامه از روش روایی محتوایی استفاده شد. برای تائید روایی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین مختلف، شامل پزشکان متخصص عفونی، پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و متخصصین آموزش بهداشت، قرار گرفت. با توجه به نظرات این ۱۰ متخصص، سؤالاتی که در حیطه‌های روایی محتوایی[1] و محاسبه نسبت روایی[2] محتوایی نمره لازم (حداقل نمره ۸۰٪ برای CVI و ۶۲٪ برای CVR) را نگرفته بودند، حذف شدند. همچنین بر اساس نظرات متخصصین، تغییرات لازم در سؤالات داده شد. سپس برای اطمینان از سادگی

1. Content Validity Index (CVI)
2. Content Validity Ratio (CVR)

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

و قابل‌فهم بودن سؤالات برای جامعه موردمطالعه، که یک جامعه روستایی بود، سؤالات به تعدادی از افراد روستایی داده شد و از قابل‌فهم بودن آن‌ها اطمینان لازم حاصل شد.

پایایی ابزار نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ موردبررسی قرار گرفت و درنتیجه پایایی سؤالات برای هر یک از حیطه‌ها مورد تائید قرار گرفت: حساسیت درک‌شده (α=۰/۹۰)، شدت درک‌شده (α=۰/۶۹) ، منافع درک‌شده (α=۰/۹۲)، موانع درک‌شده (α=۰/۷۴)، خودکارآمدی (α=۰/۹۱) و کل پرسشنامه (α=۰/۸۸) بود.

برای نمره‌دهی سؤالات در حیطه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع، موانع درک‌شده و خودکارآمدی) که به روش لیکرت سه سطحی (موافقم، نظری ندارم و مخالفم) استفاده‌شده بود و برای هر پاسخ صحیح نمره ۳، غلط نمره ۱ و نمی‌دانم نیز نمره ۲ تعلق گرفت. حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب برای پاسخ‌دهندگان در هر یک از حیطه‌های رفتاری، حساسیت، شدت و منافع درک‌شده بین ۶ تا ۱۸ نمره بود. همچنین در حیطه موانع و خودکارآمدی درک‌شده حداقل نمره قابل اکتساب ۸ و حداکثر نمره نیز ۲۴ بود. سؤالات حیطه راهنمایی عمل نیز به‌صورت سه سطحی تدوین‌شده بود؛ که حداقل نمره قابل اکتساب ۳ و حداکثر نمره ۹ بود.

پس از تائید پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان از دانشگاه علوم پزشکی و اداره دامپزشکی زابل مجوز لازم کسب گردید. سپس هماهنگی‌های لازم انجام شد. اهداف مطالعه برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها دریافت شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS ۱۶ از آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی شامل ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون خطی stepwise استفاده شد. ضمناً سطح معناداری آزمون‌ها در سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

## یافته‌ها

اکثریت ۲۰۰ نفر از دامداران مشارکت‌کننده در این مطالعه مرد (۹۱/۵ ٪) بودند. دامنه سنی آن‌ها از ۲۲ تا ۸۵ سال بود و حدود نیمی از آن‌ها در گروه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال بودند. همچنین ۴۶/۵ ٪ بی‌سواد و ۳۱/۵ ٪ آن‌ها کشاورز بودند. بیش از ۵۰٪ آن‌ها نیز قبلا دام ذبح کرده بودند (جدول ۱).

**جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد موردمطالعه**

| مشخصات فردی | | تعداد | درصد |
|---|---|---|---|
| سن (سال) | ۳۰-۲۰ | ۱۸ | ۹ |
| | ۴۰-۳۰ | ۴۲ | ۲۱ |
| | ۵۰-۴۰ | ۵۵ | ۲۷/۵ |
| | ۶۰-۵۰ | ۵۰ | ۲۵ |
| | +۶۰ | ۳۵ | ۱۷/۵ |
| جنس | مرد | ۱۸۳ | ۹۱/۵ |
| | زن | ۱۷ | ۸/۵ |
| تحصیلات | بی‌سواد | ۹۳ | ۴۶/۵ |
| | ابتدایی | ۵۱ | ۲۵/۵ |
| | راهنمایی | ۳۵ | ۱۷/۵ |
| | دبیرستان | ۱۱ | ۵/۵ |
| | کاردانی و بالاتر | ۱۰ | ۵ |
| شغل | دامدار | ۴۲ | ۲۱ |
| | خانه‌دار | ۱۷ | ۸/۵ |
| | کارمند | ۶ | ۳ |
| | کشاورز | ۶۳ | ۳۱/۵ |
| | کارگر | ۱۴ | ۷ |
| | سایر | ۵۸ | ۲۹ |
| سابقه ذبح | دارد | ۱۳۰ | ۶۵ |
| | ندارد | ۷۰ | ۳۵ |
| جمع | | ۲۰۰ | ۱۰۰ |

میانگین نمره رفتار و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی برای افراد موردپژوهش محاسبه شد. نمره برای رفتار و سازه‌های حساسیت، شدت و منافع درک‌شده، به ترتیب، ۹/۹۰±۳/۰۶، ۱۵/۲۱±۳/۵۶، ۱۷/۰۹±۱/۶۳ و ۱۶/۲۱±۲/۹۱ بود. میانگین سازه‌های موانع و خودکارآمدی درک‌شده نیز، به ترتیب، ۱۵/۳۰±۴/۸۵ و ۲۰/۹۰±۴/۲۸ بود. به‌طورکلی، در کلیه موارد موردبررسی افراد موردمطالعه تقریباً نیمی از نمره کل در نظر گرفته‌شده در پرسشنامه را کسب نمودند (جدول ۲).

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و درصد نمره کسب‌شده از کل نمره به سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار دامداران شهرستان زابل**

| سازه‌های الگوی | نمره کسب‌شده | |
|---|---|---|
| | انحراف معیار± میانگین | درصد نمره کسب‌شده از کل |
| عملکرد | ۹/۹۰±۳/۰۶ | ۵۱/۷۷ |
| حساسیت درک‌شده | ۱۵/۲۱±۳/۵۶ | ۵۱/۷۸ |
| شدت درک‌شده | ۱۷/۰۹±۱/۶۳ | ۵۱/۸ |
| منافع درک‌شده | ۱۶/۲۱±۲/۹۱ | ۵۱/۷۸ |
| موانع درک‌شده | ۱۵/۳۰±۴/۸۵ | ۵۱/۷۹ |
| خودکارآمدی | ۲۰/۹۰±۴/۲۸ | ۵۱/۷۹ |

تجزیه‌وتحلیل داده‌های آزمون آماری همبستگی پیرسون نشان داد که رفتارهای پیشگیری از تب کریمه کنگو با سازه‌های منافع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده و راهنمایی برای عمل رابطه مثبت معنادار آماری دارد (جدول ۳).

**جدول ۳. ضریب همبستگی پیرسون سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری تب کنگو در دامداران**

| سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار پیشگیری‌کننده | راهنما برای عمل | خود کارآمدی | موانع درک‌شده | منافع درک‌شده | شدت درک‌شده | حساسیت در ک شده |
|---|---|---|---|---|---|---|
| رفتار | ۰/۱۶۵* | ۰/۳۳۹** | ۰/۰۵۷ | ۰/۲۹۶** | ۰/۰۳۱ | ۰/۰۵۹ |
| حساسیت درک‌شده | ۰/۳۸۰** | ۰/۶۹۱** | -۰/۰۴۵ | ۰/۷۰۴** | ۰/۴۵۲** | |
| شدت درک‌شده | ۰/۳۵۱** | ۰/۴۰۳** | -۰/۱۰۱ | ۰/۳۹۴** | | |
| منافع درک‌شده | ۰/۲۴۹** | ۰/۸۰۲** | -۰/۰۰۳ | | | |
| موانع درک‌شده | -۰/۳۷۶** | ۰/۰۲۲ | | | | |
| خودکارآمدی | ۰/۳۷۱** | | | | | |

*اختلاف معناداری در سطح p<۰/۰۵؛ ** اختلاف معناداری در سطح p<۰/۰۱

بر اساس آزمون خطی رگرسیون نیز، خودکارآمدی درک‌شده قادر به پیش‌بینی ۱۱٪ از واریانس رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری تب کریمه کنگو در دامداران موردمطالعه بود (جدول ۴).

**جدول ۴. نتایج آزمون رگرسیون خطی بین میانگین نمره رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری تب کریمه کنگو با میانگین نمره سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در دامداران موردمطالعه**

| متغیر | R۲ | B | R | Beta | p |
|---|---|---|---|---|---|
| خودکارآمدی | ۰/۱۱ | ۰/۲۴۲ | ۰/۳۳۹ | ۰/۳۳۹ | ۰/۰۰۱ |

## بحث

این مطالعه نشان داد که اکثریت افراد موردمطالعه مرد (۹۱/۵ ٪) بودند و گروه سنی (فعال) ۴۰ تا ۶۰ سال بیشترین گروه سنی مشارکت‌کنندگان (۵۲/۵٪) بود. درصدبالایی بی‌سواد (۴۶/۵ ٪) بودند. و بیش از ۵۰٪ افراد سابقه ذبح دام داشتند. همچنین رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کریمه کنگو با سازه‌های منافع و خودکارآمدی درک‌شده رابطه معنادار داشت. سازه خودکارآمدی درک‌شده عامل اصلی پیشگویی رفتارهای پیشگیری از بیماری تب کریمه کنگو در دامداران از دیگر نکات قابل‌توجه این مطالعه بود.

بر اساس این مطالعه، گروه سنی فعال جامعه ازنظر کاری و اقتصادی بیشترین مشارکت را در این مطالعه داشتند؛ مطالعه رضایی و همکاران (۲۹) در سال ۱۳۹۰ و ابوالقاسمی و همکاران (۳۰)، که در سال ۱۳۸۰ در ایران بر روی بیماران مبتلا به CCHF انجام دادند، بیشترین فراوانی بیماران به ترتیب مربوط به گروه سنی ۲۵-۴۶ سال و ۱۰-۴۹ سال اعلام نمودهبودند؛ که با تحقیق حاضر همخوانی دارد. همچنین مطالعات خارج از کشور مانند مطالعه یولماز و همکاران (۳۱) در ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷ متوسط میانگین سنی بیماران مبتلا به CCHF بین ۱۸/۴-۴۹/۶ سال بود؛ که با نتایج این مطالعه مطابقت داشت. شاید این گروه سنی به دلیل مواجهه‌های شغلی خویش بیشتر از سایر گروه‌های سنی در معرض خطر بیماری بوده و بیماری و مرگ‌ومیر آن‌ها می‌تواند همراه با فقر اقتصادی موجود در منطقه پژوهش بود که میزان اختلالات بهداشتی را به‌شدت برای خانواده‌های مبتلابه افزایش دهد.

از طرفی، درصد بالای افراد بی‌سواد (۴۶/۵ ٪) و بیش از ۵۰٪ سابقه ذبح دام افراد موردپژوهش بیانگر این مسئله است؛ که بیماری تب کنگو در صورت به‌کارنگرفتن یک راهبرد مناسب پیشگیری در افراد در معرض خطر (دامداران و قصابان) یک مشکل بزرگ بهداشتی خواهد بود. لذا لازم است مداخلات آموزشی مناسب برای پیشگیری از آن‌ها تدوین و اجرا شود؛ کم بودن سطح سواد افراد در معرض خطر خود به‌تنهایی دامنه این مشکلات را افزایش می‌دهد. رابطه بین پایین بودن سطح

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

سواد و مشکلات بهداشتی در مطالعات بسیاری به اثبات رسیده است که در مطالعه یولماز و همکاران (۳۲) در خصوص آگاهی و نگرش عمومی در رابطه با بیماری تب کریمه کنگو در ترکیه نشان داده شد که ۲۸/۹٪ شرکت‌کنندگان آگاهی کافی در مورد این بیماری نداشتند. همچنین نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که افراد باسواد در مقایسه با افراد بی‌سواد اطلاعات و آگاهی بهتری درباره بیماری داشتند.

شدت درک‌شده باورهای ذهنی یک دامدار در خصوص احتمال ابتلا به بیماری تب کنگو یا وضعیت زیان‌بار ناشی از آن است. میانگین و انحراف معیار نمره شدت درک‌شده برابر با ۱/۶۳±۱۷/۰۹ بود. نتایج پژوهش حاضر ارتباط آماری معناداری بین شدت درک‌شده و انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کنگو را گزارش نکرد؛ که با نتایج مطالعه اسلامی و همکاران (۳۳) در خصوص عوامل مرتبط با اتخاذ رفتار سالم بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در بیماران مسلول در استان اصفهان همخوانی داشت؛ ولی با نتایج مطالعه کریمی و همکاران (۳۴) در خصوص باورهای بیماران مسلول مراجعه‌کننده به مرکز مبارزه با سل زابل نسبت به بیماری سل و درمان آن، از طریق الگوی اعتقاد بهداشتی، همخوان نبود. همچنین در مطالعه کریمی و همکاران (۳۵) در خصوص تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در معتادان مرد انجمن «تولد دوباره» زرندیه مشخص شد که شدت درک‌شده در مورد بیماری ایدز در معتادان در سطح بالایی قرار داشت؛ که با مطالعه حاضر ناهمخوان است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کریمه کنگو با منافع درک‌شده ارتباط معنادار دارد؛ که با مطالعه ویلر (۳۶)، در خصوص استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی در تعیین احتمال ابتلا به بیماری‌های مشترک انسان و دام، توسط دامداران نشان داد که افزایش منافع درک‌شده منجر به افزایش اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از این بیماری‌ها می‌شود و مطالعه اسلامی و همکاران (۳۳) در خصوص عوامل مرتبط با اتخاذ رفتار سالم بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در بیماران مسلول در استان اصفهان منافع درک‌شده با انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده ارتباط مثبت را نشان داد همخوان است. از طرفی با مطالعه آثاری (۳۷) با عنوان استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیش‌بینی رفتار سالم‌تر جنسی و ارتباط جنسی در میان مهاجران آفریقایی ناهمخوان است.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کنگو با سازه خودکارآمدی ارتباط آماری مثبت معنادار دارد؛ که با مطالعه آثاری (۳۷) همخوانی دارد؛ ولی با نتایج مطالعه نورمن و همکاران (۳۸) با هدف استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی به‌منظور پیش‌بینی خودآزمایی پستان در میان زنان با سابقه خانوادگی سرطان پستان ناهمخوان بود.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، خودکارآمدی قوی‌ترین عامل پیشگویی‌کننده برای رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو در دامداران بود. بر طبق نظر باندورا، افراد چنانچه خود را در موقعیت‌های مختلف ضعیف ببینند، احتمال دارد که سختی‌ها و مشکلات را سخت‌تر از آنچه هست تداعی نمایند. این امر سبب می‌شود فرد از موقعیت‌های مشکل‌آفرین دوری کند و یا از کوشش برای مرتفع کردن آن‌ها بکاهد (۳۹). از بین پژوهش‌های مرتبط با الگوی ارتقاء سلامت ۸۶٪ از اهمیت خودکارآمدی به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده رفتار حمایت و پشتیبانی نمودند (۴۰). همسو با یافته این مطالعه وکیلی و همکاران (۴۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی یک از عوامل مهم در توان پیشگویی‌کنندگی قصد رفتار در بیماری ایدز است. در مطالعه دیگر، کریمی و همکاران (۳۴) در خصوص عوامل مؤثر در تمکین درمانی بیماران سلی: ارزیابی کارایی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی انجام‌شده همخوان بوده است؛ درحالی‌که با نتایج مطالعه دهداری و همکاران (۲۷) در خصوص پیشگویی انجام رفتارهای شغلی پیشگیری‌کننده از عفونت در رفتگران بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی ناهمخوان بود. ازاین‌رو، متخصصان بهداشتی و

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

دامپزشکان باید اعتماد را در دامداران برای رعایت رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کریمه کنگو تقویت کنند.

## نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج این مطالعه و توان پیشگویی‌کنندگی رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کریمه کنگو بین دامداران توسط خودکارآمدی، می‌توان تغییرات انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از تب کریمه کنگو در دامداران را پیش‌بینی کرد. لذا برای اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت و طراحی مداخلات آموزشی می‌توان این دو سازه پیشگو را بیشتر مورد توجه قرارداد. لذا ارتقای دانش آن‌ها درباره راه‌های پیشگیری از بیماری تب کنگو ازجمله استفاده از وسایل حفاظت فردی (مانند استفاده از دستکش، ماسک، چکمه یا کفش جلو بسته مقاوم و روپوش روشن در هنگام ذبح دام یا زمان ورود به محل نگهداری دام) و به‌ویژه دادن مهارت‌های لازم در خصوص سم‌پاشی دام‌ها و محل نگهداری دام و نیز بهره‌مندی از تجربیات مستقیم و غیرمستقیم، که بتواند خودکارآمدی آن‌ها را در انجام فرآیندهای سلامت فردی در پیشگیری از انتقال بیماری تب کنگو افزایش دهد، یک راهبرد مؤثر ارتقای سلامت برای جمعیت دامدار و نیز همه کسانی خواهد بود که به‌صورت غیرمستقیم با دام ارتباط دارند. مهم‌ترین این افراد نیز کارکنان کشتارگاه‌ها و قصاب‌های محلی هستند. همچنین تقویت خودکارآمدی درک‌شده دامداران برای ایجاد رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری تب کریمه کنگو دامداران تأکید نمایند تا افراد احساس کنند که می‌توانند مسئولیت سلامت خود را بر عهده گیرند.

## سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت با کد ۷۱۲۰ در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است. لذا ضمن تقدیر و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه در تأمین مالی این مطالعه، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب سپاس خود را از کلیه دامداران عزیز شرکت‌کننده در این طرح، خانواده ایشان، بهورزان محترم و کارکنان واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت شهرستان زابل اعلام نمایند.

## References:

1.Whitehouse CA. Crimean–Congo hemorrhagic fever. Antiviral research. 2004;64(3):145-60. Abstract/FREE Full Text

2.Tahmasebi F, Ghiasi SM, Mostafavi E, Moradi M, Piazak N, Mozafari A, et al. Molecular epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus genome isolated from ticks of Hamadan province of Iran. Journal of vector borne diseases. 2010;47(4):211. Abstract/FREE Full Text

3.Ozturk B, Tutuncu E, Kuscu F, Gurbuz Y, Sencan I, Tuzun H. Evaluation of factors predictive of the prognosis in Crimean-Congo hemorrhagic fever: new suggestions. International Journal of Infectious Diseases. 2012;16(2):e89-e93. Abstract/FREE Full Text

4.Chinikar S, Moghadam AH, Parizadeh S, Moradi M, Bayat N, Zeinali M, et al. Seroepidemiology of crimean congo hemorrhagic Fever in slaughterhouse workers in north eastern iran. Iranian journal of public health. 2012;41(11):72. Abstract/FREE Full Text

5. Yesilyurt M, Gul S, Ozturk B, Kayhan BC, Celik M, Uyar C, et al. The early prediction of fatality in Crimean Congo hemorrhagic fever patients. Saudi medical journal. 2011;32(7):742-3.Abstract/FREE Full Text

6. Knust B, Medetov ZB, Kyraubayev KB, Bumburidi Y, Erickson BR, MacNeil A, et al. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever, Kazakhstan, 2009–2010. Emerging infectious diseases. 2012;18(4):643.Abstract/FREE Full Text

7. Gandhi S, Dave P, Patel G, Khatri H, Shah N, Mishra U. An epidemiological investigation of a multisource outbreak of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Gujarat. The Journal of communicable diseases. 2011;43(3):161-7. Abstract/FREE Full Text

8. Yilmaz G, Koksal I, Topbas M, Yilmaz H, Aksoy F. The effectiveness of routine laboratory findings in determining disease severity in patients with Crimean-Congo hemorrhagic fever: severity prediction criteria. Journal of clinical virology. 2010;47(4):361-5. Abstract/FREE Full Text

9. Ozer A, Miraloglu M, Ekerbicer HC, Cevik F, Aloglu N. Knowledge levels about Crimean-Congo hemorrhagic fever among midwifery and nursing students in Kahramanmaras, Turkey. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2010;41(1):77. Abstract/FREE Full Text

10. Vorou R, Pierroutsakos IN, Maltezou HC. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Current opinion in infectious diseases. 2007;20(5):495-500. Abstract/FREE Full Text

11.Izadi S, Naieni KH, Madjdzadeh SR, Nadim A. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Sistan and Baluchestan

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

Province of Iran, a case-control study on epidemiological characteristics. International Journal of Infectious Diseases. 2004;8(5):299-306. Abstract/FREE Full Text
12. Mardani M, Keshtkar-Jahromi M. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Archives of Iranian medicine. 2007;10(2):204-14. Abstract/FREE Full Text
13. Mostafavi E, Chinikar S, Moradi M, Bayat N, Meshkat M, Khalilifard M. A Case Report of Crimean Congo Hemorrhagic Fever in Ostriches in Iran. The Open Virology Journal.2013; 7:81-83.Abstract/FREE Full Text
14. Owaysee H., Eini P., Eizadi M., Nasir Oghli F., Saravani S. Assessment of patients with Crimean-Congo hemorrhagic fever admitted in Amir-Almomenin Hospital of Zabol from 2003 to 2005. Journal of Military Medicine. 2008;9(4):303-8. Abstract/FREE Full Text
15. Health WHOR, Diseases WHOC, Promotion H. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice: World Health Organization; 2006. Abstract/FREE Full Text
16. IzadiSh, HolakoeiNaeeniK, MajdzadehSR, ChinikarS, RakhshaniF, NadimAh, et. al. the Prevalence of Crimean-congo hemorrhagic fever in Sistan and Baluchestan Province: a serologic study. Payesh Quarterly. Spring of 2010,2(2): 85-93Abstract
17. ShahramianI, MoeenAA, MoradiAV, Fatemi M, YarmohammadiF, Afshari M. Epidemiology of diseases in Sistan Region. Health vice-presidency of Zabol Medical Sciences and Health, Treatment Services University. Communications and health training Group publication and Taftan publication. 1st edition, 2006: 69-78
18. SaqafipourA, Norozi M, ZiaSheikholeslamiN, Mostafavi R. Epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever patients and related factors.Journal of military medicine. 2012,14(1): 1-5Abstract/FREE Full Text
19. ChinikarS,GhiasiSM, HewsoR, MoradiM, Haeri A. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Iran and neighboring Countries. Journal of Clinical Virology. 47(2010)110-114. Abstract/FREE Full Text
20. Yilmaz R, Ozcetin M, Erkorkmaz U, Ozer S, Ekici F. Public knowledge and attitude toward Crimean Congo hemorrhagic fever in Tokat Turkey. Journal of Arthropod-Borne Diseases. 2009;3(2):12. Abstract/FREE Full Text
21. KarimiI, RostamiJalalianM, ChinikarS, AtaeiB, KasaeianN, JalaliN, et. al. Seroepidemiologic examination of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Esfahan Province butchers and slaughters. journal of medical faculty of Esfahan Medical Sciences University. 2006, 24(83): 57-62Abstract/FREE Full Text
22. YavariP, Sharifi H, AkbarinH, EsmaeilnasabN, ShirzadiMR, AmirkhaniA, et. al. Epidemiology of prevalent infectious diseases in Iran. Gap publication. Iranian Epidemiologists Society. 2013, ch. 10: 117-132
23. Abolqasemi H, MehrrabiTavana A. Crimean-Congo hemorrhagic fever. Journal of military medicine. 2001,3(3): 179-182Abstract/FREE Full Text
24. Tabatabaei M, Zahraei M, AhmadniaH, QotbiM, RahimiF. principles of preventing and controlling diseases. Ministry of Health and Medical Education. health vice-presidency. the center for managing diseases. Publisher of the center for managing diseases with the cooperation of Chekameh Ava art group.3rd edition, 2007: 47-54
25. Chinikar S, Ghiasi SM, Hewson R, Moradi M, Haeri A. Crimean-Congo hemorrhagic fever in Iran and neighboring countries. Journal of clinical virology. 2010;47(2):110-4. Abstract/FREE Full Text
26. Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Hasani Kabootarkhani M. Applying Socioecological Model to Improve Women's Physical Activity: A Randomized Control Trial. Iran Red Crescent Med J. 2016;18(2):e21072. Epub 2016-01-01.Abstract/FREE Full Text
27. Vahedian-Shahroodi M, Lael-monfared E, Esmaily H, Tehrani H, Mohaddes-Hakkak H. Prediction of osteoporosis preventive behaviors using the Health Belief Model. Iranian Journal of Health Education & Promotion. 2014;2(3):199-207Abstract/FREE Full Text
28. Wheeler KL. Use of the health belief model to explain perceptions of zoonotic disease risk by animal owners. 2007. Abstract/FREE Full Text
29. Rezai F, Rezazadeh A, Moghaddami M, MirAhmadizadeh AR, RezazadehF.Reported 5 cases of Crimean-Congo hemorrhagic fever in the state guolfin 2011, the Southern Medical Journal, Institute of Biology - Medical Persian Gulf, Bushehr University of Medical Sciences and Health Services. 2012; 15(3): 241.Abstract
30. Abolqasemi H, MehrabiTavana A, MazaheriV.Crimean-Congo hemorrhagic fever. Journal of Military Medicine 2001; 3 (3):179.persian.Abstract/FREE Full Text
31. Yilmaz GR, Buzgan T, Irmak H, Safran A, Uzun R, Cevik MA, et al. The epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey, 2002–2007. International Journal of Infectious Diseases. 2009;13(3):380-6. Abstract/FREE Full Text
32. Yilmaz R, Ozcetin M, Erkorkmaz U, Ozer S, Ekici F. public knowledge an attitude toward Crimean congo hemorrhagic fever in tokat turkey. Iranian j arthropod – borne dis. 2009; 3(2): 12-17.Abstract/FREE Full Text
33. Johari, M., Eslami, A., Alahverdipoor, H., Hasanzade, A., Farid, F. Factors Related with Adopting Healthy Behaviors by Patients with Tuberculosis in Isfahan, Iran: Application of Health Belief Model. Health System Research. 2011, 7(3): 315-322Abstract/FREE Full Text
34. Karimi M, ZarebanI, Sarani M, RakhshaniF, KouhpayehzadEsfahaniJ, Baradaran H. Effective factors in treatment acceptance of Tuberculosis patients: evaluating

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]

the effectiveness of health belief model constructs. The Scientific and research Monthly of Kermanshah Medical Sciences University. 2014;18(4): 213-219Abstract/FREE Full Text

35. Karimi M, Zareban I, Montazeri A, Shokravi FA. The Effect of Training Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of Unwanted Pregnancy. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility. 2012;15(23). Abstract/FREE Full Text
36. Karen L. Wheeler. use of health belief model to explain perceptions of zoonotic disease risk by animal oweners, Colorado State University Fall 2011Abstract/FREE Full Text
37. Asare m. using the health belief model and acculturation to predict safer swxual behavior and sexual communication among African immigrants, In the School of Human Services of the College of Education, Criminal Justice, and Human Services, 2011Abstract/FREE Full Text
38. Norman P, Brain K. An application of an extended health belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. British journal of health psychology. 2005;10(1):1-16. Abstract
39. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The health belief model and HIV risk behavior change. Preventing AIDS: Springer; 1994. p. 5-24. Abstract/FREE Full Text
40. Karimy M, Niknami SH, Amin Shokravi F, Shamsi M. The Relationship of Breast Self-examination withSelf-esteem and Perceived Benefits/Barriers of Self-efficacy in Health Volunteers of Zarandieh City. Iranian Journal of Breast Disease. 2010; 2(2): 41-8.Abstract
41. Vakili M, Hidarnia A, Niknami S, Mousavinasab S. Effect of communication skills training on health belief model constructs about AIDS in Zanjan health volunteers (2010-11). ZUMS Journal. 2011;19(77):78-93.Abstract/FREE Full Text

[ Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23 ]