

## تاثیر آموزش از طریق مدل اعتقاد سلامتی روی آگاهی و نگرش معلمان مرد در خصوص مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده

نویسندگان:

ابوذر محمودی<sup>۱\*</sup>، محمود کهن<sup>۲</sup>، فرید عبادی فرد آذر<sup>۳</sup>، مهناز صلحی<sup>۳</sup>، ابراهیم رحیمی<sup>۴</sup>

۱- بخش خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران  
 ۲- بخش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران  
 ۳- بخش خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
 ۴- بخش پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره نهم، شماره سه، پاییز ۱۳۹۰

### چکیده:

**مقدمه:** با توجه به رشد سریع جمعیت در جهان و آثار مخرب آن روی بخش‌های مختلف اجتماع و نقش کم‌رنگ مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش از طریق مدل اعتقاد سلامتی روی آگاهی و نگرش معلمان مرد شهرستان مرودشت در خصوص مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع قبل و بعد بود که در آن با شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تعداد ۹۰ نفر از معلمان مرد شهرستان مرودشت انتخاب شدند. نمونه‌های انتخاب شده طی آزمون اولیه قبل از اجرای برنامه آموزشی و آزمون ثانویه بعد اجرای برنامه آموزشی، با استفاده از پرسش‌نامه‌ای منطبق با مدل اعتقاد سلامتی ارزشیابی شدند. روش آموزش ارائه جزوه آموزشی و جلسه پرسش و پاسخ بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t زوجی، مربع کای، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین نمرات آگاهی و نگرش در قبل و بعد از آموزش اختلاف معنادار آماری وجود دارد ( $P < 0.001$ ). همچنین ضریب همبستگی بین نمرات آگاهی و نگرش افراد با متغیرهای زمینه‌ای سن، سن همسر، تعداد فرزند، شغل و سطح تحصیلات همسر نمونه‌ها نیز محاسبه شد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** آموزش با هدف افزایش مشارکت مردان در تنظیم خانواده می‌تواند باعث افزایش آگاهی و ارتقای نگرش افراد و بهداشت تنظیم خانواده شود. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مناسب آموزشی مختص مردان در این خصوص مد نظر قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** آموزش، مدل اعتقاد بهداشتی، آگاهی، نگرش، تنظیم خانواده

### مقدمه:

جمعیتی متناسب برای کشور، برقراری تعادل بین تعداد جمعیت و منابع موجود است [۱]. در کشور جمهوری اسلامی ایران، سیاست‌های جمعیتی مبتنی بر تنظیم خانواده طی دو مرحله در سال‌های ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۷ و از سال ۱۳۶۸ تا به امروز اجرا شده است [۲]. بر اساس تحقیقات دانشگاه جان هاپکینز، در صورت استفاده وسیع از تدابیر برنامه‌های تنظیم خانواده در کشورهای رو به توسعه، می‌

دولت‌های کشورهای مختلف با توجه به تاثیر رشد جمعیت روی کیفیت خدمات بهداشتی، آموزش و پرورش، بهزیستی و رفاه، مهاجرت‌ها و موارد مختلف اقتصادی اجتماعی، از طریق وضع قوانین و انجام اقدامات گوناگون روی اجزای مختلف جمعیت اثر می‌گذارند. به طور کلی مبنای همه سیاست‌های جمعیتی در تعیین

\* نویسنده مسوول، آدرس: تهران، خیابان جمهوری و ابوریحان مرکز مدیریت حوادث ۱۱۵ تهران، منطقه اسلامشهر، ابوذر محمودی

تلفن تماس: ۰۹۱۷۳۰۱۵۴۴۸ - پست الکترونیک: aboazar.616@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۰۵

تاریخ اصلاح: ۱۳۸۹/۰۷/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۰۷/۱۸

انگیزه‌های کلی فرد برای سلامتی و سرانجام اعتماد به نفس فرد در انجام رفتار پیش‌گیرانه می‌باشد [۹].

مردان به ویژه در جوامع سنتی، نقش ریش سفید و قدرت برتر در خانواده را دارند و اتخاذ تصمیمات درست در زمینه‌هایی از قبیل تعداد فرزندان، فاصله‌گذاری بین حاملگی‌ها و انتخاب روش‌های پیش‌گیری از حاملگی بدون آگاهی کافی، بینش صحیح و مشارکت عملی آن‌ها میسر نخواهد بود. تردیدی نیست که آموزش در راستای ارتقاء آگاهی و تغییر نگرش مردان که منجر به تصحیح عملکرد و تغییر شیوه زندگی آن‌ها شود از ضروریات مهم برنامه‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری است [۱۰].

به دلیل این که معلمین نقش مهمی در گسترش آموزه‌های سلامتی چه برای خانواده خود و چه برای جامعه دارند، افزایش سطح آگاهی‌های بهداشتی و توسعه پنداره‌های مثبت از رفتارهای بهداشتی در آن‌ها می‌تواند عاملی جهت ارتقای سلامت جامعه باشد. بر همین اساس این گروه از جامعه برای سنجش میزان آگاهی و نگرش و همچنین آموزش موضوع تنظیم خانواده و بهداشت باروری انتخاب شدند.

### روش کار:

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد بود که با هدف سنجش تأثیر آموزش از طریق مدل اعتقاد بهداشتی روی آگاهی و نگرش معلمین تحت آموزش در باره مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده در بهار سال ۱۳۸۷ انجام و در آن متغیرهای آگاهی و نگرش افراد قبل و بعد از آموزش اندازه گرفته شد. جامعه پژوهش، تمام معلمین شاغل در مدارس ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان‌های آموزش و پرورش شهرستان مرودشت بودند. با توجه به نتایج مطالعات قبلی و محدودیت‌های موجود، با استفاده از فرمول حجم نمونه و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد، تعداد نمونه مورد نیاز ۹۰ نفر تعیین شد. معیارهای حذف در این پژوهش، مجرد بودن و عدم رضایت فرد برای مشارکت در طرح بود.

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ای پژوهشگرساخته، مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، سوالات مربوط به آگاهی (۱۸ سوال) و سوالات مربوط به نگرش (۱۵ سوال) استفاده شد که بر اساس مدل اعتقاد سلامتی و مطالعات مشابه قبلی طراحی شده بود. برای تعیین روایی و پایایی ابزار به ترتیب از روش اعتبار محتوا و روش آزمون مجدد ( $r = 0/85$ ) استفاده شد.

توان سالیانه از مرگ و میر ۵۸ میلیون نفر جلوگیری کرد. هم‌اکنون برآورد شده است که سالانه تقریباً ۱۰/۵ میلیون کودک و ۴۵۰ هزار مادر در کشورهای در حال توسعه می‌میرند [۳].

همچنین در سطح جهان در هر دقیقه یک زن به خاطر بارداری و مشکلات ناشی از آن می‌میرد. به علاوه، هر ساله حدود ۸۰ میلیون زن با حاملگی ناخواسته یا برنامه‌ریزی نشده روبرو هستند که از این تعداد، ۲۰ میلیون نفر در معرض خطر سقط جنین قرار دارند و ۶۸۰۰۰ نفر می‌میرند [۴]. با توجه به این که تعداد زیاد حاملگی بر سلامتی زنان تأثیر می‌گذارد، مد نظر قرار دادن تعداد حاملگی‌ها و فاصله‌گذاری بین آن‌ها در تضمین سلامت زنان و سلامت روانی دیگر افراد خانواده مهم می‌باشد. بدیهی است تحقق تمام این موارد نیازمند مشارکت مردان در امور مربوط به تنظیم خانواده است. از آن‌جا که تصمیم‌گیری در مورد بارداری هر دو زوج را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در تصمیم‌گیری‌های مربوط به استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری هر دو نفر باید مشارکت داشته باشند [۵]. مشارکت مردان در بهداشت باروری دو جلوه عمده دارد:

\* آن‌چه نشان دهد که مرد نیازها، عقاید و حقوق همسر خویش در زمینه بهداشت باروری را پذیرفته است و بدان عمل می‌کند.  
\* آن‌چه به بهداشت جنسی خود و رفتار سالم او در این زمینه مربوط می‌شود [۶].

در بررسی‌های مختلف، مردان دلایل گوناگونی برای مخالفت خویش با تنظیم خانواده و یا بی‌اعتنایی به بهداشت باروری اعلام داشته‌اند. ترس از کم‌شدن اقتدار، نگرانی از خیانت همسر، واهمه از دست‌زدن به اقدامی خلاف شرع، ترس از عوارض وسایل جلوگیری از حاملگی و بسیاری نادانسته‌های دیگر از این گونه موارد است [۶]. این دلایل همگی نشان‌دهنده اعتقادات اشتباه و آگاهی‌های ناصحیح است که رفع آن نیازمند آموزش مناسب است. عوامل شناختی نقش مهمی در رفتارهای بهداشتی دارند [۷]. مدل اعتقاد سلامتی (Health Belief Model) به شکل گسترده‌ای برای سنجش اعتقادات بهداشتی در رابطه با رفتارهای پیش‌گیرانه مورد استفاده قرار گرفته است. مدل اعتقاد سلامتی یک مدل شناختی است که سعی در شناسایی الگوهای رفتارهای بهداشتی دارد [۸]. بر اساس این مدل، انجام یک رفتار بهداشتی تحت تأثیر شش مفهوم کلی درک حساسیت یا میزان شانس درگیری با یک بیماری، درک شدت خطر یا میزان عوارض و عواقب یک بیماری، درک فواید یا نتایج مثبت ناشی از یک رفتار بهداشتی، درک موانع یا نتایج منفی و مزاحمت‌های پیش روی انجام یک عمل بهداشتی،

امتیازات کسب‌شده در گروه‌های ضعیف (با امتیاز کمتر از ۵۰ درصد امتیاز کل)، متوسط (۵۰ تا ۷۰ درصد امتیاز کل) و خوب (بیش‌تر از ۷۰ درصد امتیاز کل) قرار گرفتند. سطح معناداری مطالعه کمتر از ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها:

محدوده سنی نمونه‌های مورد مطالعه، ۲۹ تا ۵۹ با میانگین ۴۰/۴ و انحراف معیار ۱۷/۶، میانگین تعداد فرزندان تقریباً ۳ نفر و سطح تحصیلات همگی لیسانس بود. وضعیت نمونه‌ها از نظر سطح آگاهی و نگرش قبل و بعد از آموزش در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: درصد افراد مورد پژوهش در گروه‌های ضعیف، متوسط و خوب، قبل و بعد از آموزش

سطوح درجه‌بندی	آگاهی		نگرش		خطر درک شده		موانع درک شده		منافع درک شده	
	قبل از آموزش	بعد از آموزش	قبل از آموزش	بعد از آموزش	قبل از آموزش	بعد از آموزش	قبل از آموزش	بعد از آموزش	قبل از آموزش	بعد از آموزش
ضعیف	۶۶/۷	۴۱/۱	۶۷/۸	۵۰	۶۶/۷	۵۱/۱	۸۸/۹	۶۱/۱	۶۸/۹	۵۲/۳
متوسط	۲۲/۲	۳۷/۸	۲۵/۶	۳۴/۴	۲۰	۳۱/۱	۱۰	۳۱/۱	۲۶/۷	۳۴/۴
خوب	۱۱/۱	۲۱/۱	۶/۷	۰/۶	۱۳/۳	۱۷/۸	۱/۱	۰/۸	۴/۴	۱۲/۲

میانگین نمرات آگاهی قبل و بعد از آموزش به ترتیب  $18.92 \pm 45.85$  و  $21.89 \pm 57.54$  بود که با استفاده از آزمون آماری  $t$  زوجی بین میانگین نمرات آگاهی قبل و بعد از آموزش تفاوت معنادار آماری مشاهده شد ( $t = -2.75$  و  $P < 0.007$ ). میانگین نمرات موانع درک‌شده قبل و بعد از آموزش به ترتیب  $20.96 \pm 31.52$  و  $21.74 \pm 48.88$  بود که با استفاده از آزمون آماری  $t$  زوجی بین میانگین نمرات موانع درک‌شده قبل و بعد از آموزش تفاوت معنادار آماری مشاهده شد ( $t = -9.44$  و  $P < 0.001$ ). همبستگی بین نمرات آگاهی و ادراکات افراد مورد بررسی به قرار زیر بود.

در فرایند نمونه‌گیری، هر کدام از مدارس شهرستان مرودشت به صورت یک خوشه در نظر گرفته شدند. بعد از انتخاب تصادفی نمونه‌ها، هدف و شرایط پژوهش برای آنان توضیح داده شد. به هر یک از معلمان علاقه‌مند به شرکت در طرح یک شماره به عنوان کد شناسایی برای درج روی پرسش‌نامه داده شد. در مرحله پیش‌آزمون، پرسش‌نامه‌های ارائه شده توسط نمونه‌ها تکمیل و داده‌های اولیه جمع‌آوری شد. در مرحله بعد، مطالب آماده شده براساس اهداف مورد نظر و مدل اعتقاد سلامتی به صورت ارائه جزوه آموزشی و همچنین پرسش و پاسخ شخصی به نمونه‌ها آموزش داده شد و بعد از سه هفته با تکمیل دوباره پرسش‌نامه‌ها ارزشیابی نهایی انجام شد. امتیاز همه سوالات یکسان بود و افراد با توجه به

میانگین نمرات آگاهی قبل و بعد از آموزش به ترتیب  $20.38 \pm 45.9$  و  $18.76 \pm 58.6$  بود که با استفاده از آزمون آماری  $t$  زوجی بین میانگین نمرات آگاهی قبل و بعد از آموزش تفاوت معنادار آماری مشاهده شد ( $t = -15.86$  و  $P < 0.001$ ). میانگین نمرات نگرش قبل و بعد از آموزش به ترتیب  $18.30 \pm 42.66$  و  $18.38 \pm 52.38$  بود که با استفاده از آزمون آماری  $t$  زوجی بین میانگین نمرات نگرش قبل و بعد از آموزش تفاوت معنادار آماری مشاهده شد ( $t = -9.6$  و  $P < 0.001$ ). میانگین نمرات خطرات درک‌شده قبل و بعد از آموزش به ترتیب  $23.06 \pm 45.38$  و  $21.21 \pm 53.27$  بود که با استفاده از آزمون آماری  $t$  زوجی بین میانگین نمرات خطرات درک‌شده قبل و بعد از آموزش تفاوت معنادار آماری مشاهده شد ( $t = -5.83$  و  $P < 0.001$ ).

جدول ۲: ارتباط بین ادراکات و آگاهی افراد مورد بررسی قبل از آموزش

خطر درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	آگاهی
$r = 0.744$	$r = 0.675$	$r = 0.627$	خطر درک شده
---	---	$r = 0.446$	منافع درک شده
$r = 0.580$	---	---	موانع درک شده
---	$r = 0.685$	---	

$P < 0.001$

جدول ۳: ارتباط بین ادراکات و آگاهی افراد تحت بررسی بعد از آموزش

موانع درک شده	منافع درک شده	خطر درک شده	
$r=0.731$ $P<0.001$	$r=0.336$ $P<0.001$	$r=0.858$ $P<0.001$	آگاهی
$r=0.736$ $P<0.001$	-----	-----	خطر درک شده
-----	-----	$r=0.261$ $p=0.013$	منافع درک شده
-----	$r=0.241$ $p=0.022$	-----	موانع درک شده

گرفت که آموزش سبب بهبود نگرش افراد در خصوص مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده می‌شود ( $t = -9.6$  و  $P < 0.001$ ). نتایج مطالعه‌ای که عباس‌زاده در سال ۱۳۷۵ روی کارگران گروه صنعتی کفش بلا و ملی انجام داد حاکی از این بود که آموزش سبب افزایش آگاهی در گروه تحت بررسی شده است [۱۵]. چیکارا نیز در مطالعه خود در سال ۱۹۹۰ به این نتیجه رسید که آموزش از طریق وسایل ارتباط جمعی سبب افزایش آگاهی و نگرش افراد مخاطب می‌شود [۱۶].

در رابطه با اجزاء مدل اعتقاد سلامتی و سنجش تأثیر آموزش بر آن‌ها با توجه به جدول ۱ و همچنین نتیجه آزمون‌های  $t$  زوجی مربوط به قبل و بعد از آموزش در مورد میانگین نمرات خطرات درک شده ( $t = -5.83$  و  $P < 0.001$ )، منافع درک شده ( $t = 2.75$  و  $P < 0.001$ ) و موانع درک شده ( $t = -9.44$  و  $P < 0.001$ ) می‌توان گفت که آموزش سبب افزایش ادراکات افراد مورد بررسی در باره مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده شده است. نتایج مطالعه ابراهیمی نیز نشان‌دهنده تأثیر آموزش بر اجزای مدل اعتقاد بهداشتی بود [۱۷].

با توجه به جداول ۲ و ۳، بین آگاهی و ادراکات افراد مورد بررسی رابطه همبستگی مستقیم مشاهده می‌شود. به بیان دیگر افرادی که دارای آگاهی بالاتری بوده‌اند از ادراکات بهتری نسبت به مشارکت در تنظیم خانواده برخوردارند که با نتیجه مطالعه ابراهیمی همخوانی دارد [۱۷].

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و دیگر مطالعات مشابه که از مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شده است [۱۸] می‌توان گفت که آموزش می‌تواند سبب از بین رفتن باورهای ناصحیح و ایجاد آگاهی و نگرش مثبت در افراد تحت آموزش شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی مخصوص مردان در مراکز ارائه خدمات تنظیم خانواده مدنظر قرار گیرد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین ادراکات و آگاهی افراد مورد بررسی قبل از آموزش ارتباط مستقیم وجود دارد. جدول ۳ نشان می‌دهد که بین ادراکات و آگاهی افراد تحت بررسی بعد از آموزش ارتباط مستقیم وجود دارد.

بررسی میزان همبستگی نگرش معلمین با متغیرهای زمینه‌ای نشان دهنده رابطه غیر مستقیم و تقریباً قوی با سن افراد ( $r = -0.415$ ،  $P < 0.001$ )، رابطه معکوس با سن همسران ( $r = -0.38$ ،  $P < 0.001$ )، رابطه مستقیم با سطح تحصیلات همسران ( $r = 0.692$ ،  $P < 0.001$ )، رابطه معکوس با تعداد فرزندان ( $r = -0.478$ ،  $P < 0.001$ ) است. لازم به ذکر است که ارتباط بین آگاهی افراد و متغیرهای زمینه‌ای نیز مانند ارتباط با نمرات نگرش است.

### بحث و نتیجه‌گیری:

با توجه به داده‌های جدول ۱ و نتیجه آزمون آماری  $t$  زوجی بین میانگین نمرات آگاهی افراد مورد بررسی می‌توان نتیجه گرفت که آموزش سبب ارتقاء سطح آگاهی در خصوص مشارکت در برنامه‌های تنظیم خانواده می‌شود ( $t = -15.86$  و  $P < 0.001$ ). شفيعی نیز در این مورد بیان می‌دارد که آموزش سبب ارتقاء آگاهی‌ها در زمینه بهداشت می‌شود [۱۱]. در مطالعات حسینی جلیلی در سال ۱۳۷۴ در دانشگاه تربیت مدرس و طاووسی نیکابادی در سال ۱۳۸۳ و همچنین جمالی و همکاران در سال ۱۹۹۸ در نیجریه مشخص شد آموزش سبب افزایش میانگین نمرات آگاهی افراد می‌شود [۱۲-۱۴]. یافته‌های این پژوهش‌ها همگی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در رابطه با سنجش تأثیر آموزش بر نگرش افراد با توجه به جدول ۱ و همچنین نتیجه آزمون آماری  $t$  زوجی بین میانگین نمرات نگرش نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از آموزش می‌توان نتیجه

## References:

1. Shojaie Tehrani H, Ebadi Fard A. Population, family planning, marital health. Tehran: Samt Publ; 2001: 10-25. (Persian)
2. Amani M. General Demography of Iran. Tehran: Ministry Foreign Affairs Publ; 2001: 4-5. (Persian)
3. Leridon H, Helzner JF. Human fertility: the basic components: Chicago and London: Univ Chicago Press; 1977.
4. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes. *JAMA: J Am Med Assoc* 2006; 295(15): 1809.
5. Bahar S, Digan, B, Akin A. Male involvement in family planning in Turkey. *World Health Organ*: 1998: 71-8.
6. Hatami H, Razavi M, Eftekhari H, et al. Public health comprehensive book. Tehran: Arjmand Publ; 2006. (Persian)
7. Cohen M. First-degree relatives of breast cancer patient; cognitive perception, coping and adherence to breast self-examination. *Behav Med* 2002; 28 (1): 15-22.
8. Champion VL. Instrument development for the health belief model constructs. *ANS Adv Nurs Sci* 1984; 6(3): 73-85.
9. Champion VL, Miller TK. Variables related to breast cancer self-examination. *Psychol Women Quart* 1992; 81: 86.
10. Hadi N, Aramesh K, Azizi M. Shirazian high-school student knowledge about marital health. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2002; 1(1): 49-55. (Persian)
11. Shafie F. Health education. [Thesis]. Tehran: Univ Tehran; 1997: 22. (Persian)
12. Tavosi Nikabadi M. Effect of health education on man participation in family planning. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares Univ; 2004: 116-36. (Persian)
13. Hoseini jabeli H. Effect of health education on man participation in family planning. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares Univ; 1374: 120-34 (Persian)
14. Jamali AR. A comparative study in male involvement in family planning. *Int Fam Plan Perspectives* 1998; 17(2): 23-31.
15. Abbas Zadeh M. Effect of health education on knowledge and attitude of workers about family planning. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares Univ; 1996: 232-38. (Persian)
16. Chikara FT. Mass media and family planning campaigns, male involvement campaign. *Stud Fam Plan* 1990; 21(5): 265-74.
17. Ebrahimi F. Effect of health education according to Health Belief Model on knowledge and attitude of Kabuli student girls. [Thesis]. Tehran: Iran Univ Med Sci; 2005. (Persian)
18. Sajadi Hazaveh M, Shamsi M. Assessment of mother's behavior about prevention of febrile seizure in children in Arak city: application of Health Belief Model. *J Jahrom Univ Med Sci* 2011; 9(2): 34-40.

## The impact of education on the knowledge and attitude of male teachers about their practice of family planning: application of health belief model

Mahmoodi A<sup>\*1</sup>, Kohan M<sup>2</sup>, Ebadifard Azar F<sup>3</sup>, Solhi M<sup>3</sup>, Rahimi E<sup>4</sup>

Received: 10/10/2009

Revised: 10/09/2010

Accepted: 02/24/2011

1. Dept. of Health Services, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
3. Dept. of Health Services, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Dept. of Social Medicine, School of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

---

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 9, No. 3, Fall 2011

### Abstract

#### Introduction:

Due to the population explosion and its detrimental effects on different parts of society and the fact that men do not play a significant role in family planning, this study was conducted aiming at investigating the effects of education through health Belief Model on the knowledge and attitude of male teachers in Marvedasht about family planning.

#### Material and Methods:

This is a quasi-experimental research. It was a kind of before and after intervention research. 90 male teachers were evaluated by a questionnaire including personal, attitudinal, and knowledge-estimating questions. The educational program was performed using pamphlets and question and answer meetings according to health belief model. The results were analyzed using t-tests,  $\chi^2$ , and Pearson and Spearman correlation.

#### Results:

The results of the t-tests between the scores of awareness and attitude before and after training the teachers under the study show that there was a statistically significant difference before and after the training program ( $P < 0.001$ ). Moreover, there was a correlation between awareness and attitude scores of the individuals as well as the variables of the individuals' age, their spouses' age, the number of children, job, and their spouses' level of education.

#### Conclusion:

Education can increase the knowledge and change in the attitudes of the individuals about family planning. Finally, it is suggested that the educational programs related to family planning which are specially designed for men be designed by the health authorities in our country.

**Keywords:** Education, Health Belief Model, Knowledge, Attitude, Family Planning

---

\* Corresponding author, Email: aboozarmahmoodi@yahoo.com