سنجش اثر بخشی مداخله آموزشی بر بیشگری از بیماری‌های قلبی - عروقی در بین نوجوانان پسر: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

نویسنده‌گان: حسین محمدی بیضا، داوود شجاعی‌زاده، سیما اسماعیلی، شهرم رادی ۴، اعظم سفی‌مکری‌نژاد

چکیده
مدل‌های قلبی - عروقی از علل اصلی مرگ و میر در جهان می‌باشند. با توجه به تغییر شیوه زندگی، بیماری از عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی از دوران‌های کودکی و نوجوانی آغاز می‌شود. بنابراین این مطالعه هدف نشان دهنده رابطه مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر بیشگری از بیماری‌های قلبی - عروقی طراحی و اجرای گردیده است.

روش بررسی: این پژوهش به صورت یک مطالعه نیمه تجربی به نوع قبل و بعد از یک گروه، به صورت تصادفی به دو گروه 90 نفره مداخله و مقایسه تقيیم شدند. سپس قبل از مداخله و 6 ماه بعد از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابتدا گردونی اطلاعات پرسشنامه و پیش‌بینی ایجاد سنجش بیشگری از بیماری‌های قلبی عروقی اساس سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 20 و توسط آزمون نکردن مشاهدات‌های کم‌ستقلی و اسکوئر انجام گردید. در این مطالعه سطح معنی‌داری آزمون 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مداخله آموزشی نشان داد که با اجرای مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر سازه‌ها مدل اعتقاد بهداشتی وجود نداشت (p<0/05). در گروه مداخله اختلاف معنی‌داری درک شده‌(p<0/01) حساسیت درک شده (p<0/01) و میزان درک شده (p<0/01) و میزان درک شده (p<0/01) (مقطع) درک شده (p<0/01) و میزان درک شده (p<0/01) (مقطع) درک شده (p<0/01) و میزان درک شده (p<0/01) (مقطع).

نتیجه گیری: به نظر می‌رسد این مدل می‌تواند موانع اپراکی را تا حدودی از بین ببرد، بعلاوه حساسیت، شدت و حمایت موضعی را به رنگ نماید و نتایج خودکار آموزشی دانش آموزان را در دسته‌بندی پیشگیری از بیماری قلبی عروقی ارائه دهد.

طلوع بهداشت
دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بانعدد
شماره: ششم
بعن و اسفند ۱۳۹۵
شماره مسلسل: ۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۰۲/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۱۶

واته‌ها: کلیدی مدل اعتقاد بهداشتی، بیماری قلبی عروقی، مداخله آموزشی، دانش آموزان.
منحل اثر پخشی مداخله آموزشی بر پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی در بین نوجوانان پسر

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی حتی اصول مراکز و میر در جهان است و سالانه موجب میلیون‌ها می‌شود که ۳۰ درصد از کل میزان مرگ و میر جهانی می‌باشد. پیش بینی می‌شود در صورت عدم اقدامات پیشگیری مناسب این رقم به ۷۰/۵ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برود (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۳) در کل مرگ و میرهای سال ۲۰۰۵ و ۲۰۱۲ منجر به مرگ و میرهای سال ۲۰۱۱ در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی بوده است (۵۵٪). عوامل زیادی در ایجاد بیماری‌های قلبی دخالت دارد که بر از آنها مانند سیگار کشیدن، فشار خون بالا، کم تحركی، اضطرابهای روحی و روانی، افزایش جریان قلب قابل قابل شنیدن، بیماری از این عوامل از کودکان آغاز شده و پس از شکل عادات و رفتارهای دوران بزرگسالی تثبیت می‌شود (۴). از آنجا که می‌توان عوامل خطر از دوران کودکی شروع و تا دوران جوانی ادامه می‌یابد لذا بایستی شناخت هرچه بیشتر ایجاد آتروسکلروز از آفرود جوانی نخواهد بود (۵). در زمینه ارتباط منتج می‌تواند رفتارهای دوران کودک و عادات دوران بزرگسالی و ارتباط منطقی آن را به بیماری‌های قلبی و عوارض مطالعات متعددی انجام شده است. مطالعه Harrell و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که مداخله آموزشی در افزایش دانش سلامت و بهبود رژیم غذایی دانش آموزان موتور است و بر عهده خودگذاری و راهنمایی عمل می‌باشد (۱۱). مطالعات مختلفی به بررسی کاربرد این مدل در خصوص رفتار های پیشگیری کننده پیش‌بینیه‌ای ایند (۲۲). نتایج مطالعه وجدانی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که مداخله آموزشی بر میزان مدل
۱۲
do ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه بهداشت و روان‌پزشکی

 اعتقاد بهداشتی می تواند سبب ارتباط رفتارهای پیشگیری کننده از آسپریولین به اوترپریکا، پایکلیک و آموزش کردن (۱۲).

در مطالعه پیرزاده و همکاران (۲۰۱۱) مداخله آموزشی بر مبانی مدل اعتقاد بهداشتی، منجر به افزایش آگاهی، شدت، منافع و موانع درک شده در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری ایندز در دانشآموزان دختر اصفهان شد (۱۲). همچنین در مطالعه Mahalik و همکاران (۲۰۱۱) رفتارهای مرتبط به سیک زندگی قلب سالم (روی غذاهای مناسب، ورزش و فعالیت فیزیکی) بهره از سوز مصرف الکل و دخانیات) با مانع درک شده، موانع درک شده و میزان آگاهی ارتباط معنی داری داشتند (۱۵).

لذا با پویا توجه به نوآوری مدل اعتقاد بهداشتی در پیش بینی رفتارهای پیشگیری، این مطالعه با هدف سنجش اثر پیشگیری مداخله آموزشی می‌تواند ایجاد اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی در بین دانش آموزان دوره ی اول متوسطه شهر ساری طراحی و اجرای گردید.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مداخله نیمه تجربی است که بر روی ۱۸۰ پسر مدارس متوسطه دوره اول شهر ساری در سال ۱۳۹۴ انجام شد. دانش آموزان به دو گروه ۹۰ نفری مداخله و مقایسه تقسیم شدند. برای دستیابی به نمایه‌های همسان از نظر شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی انتخاب از میان نواحی دوگانه آموزشی و پرورش ساری ۴ مدرسه و مسپس از میان آنها بصورت تصادفی به مدرسه انتخاب گردید. در هر مدرسه از بین ۲۰ کلاسه هفتم،
برای داشتن آموزش گروه مداخله انجام گرفت. این جلسات با محوریت آشنا ویانی، دانش آموزان با بیماری قلبی عروقی و راههای پیشگیری از آن و نیز افزایش حساسیت، شدت و منافع درک شده و کاهش موانع درک شده زمین بیماری قلبی بود. برای این منظور آموزش به روش سختناری و بحث گروهی انجام گرفت و از وسایل کمک آموزشی (اتخاذ سیم، کتابچه آموزشی، نمایش فیلم) استفاده گردید. این گروه مقایسه هیچ گونه آموزشی صورت نگرفت. ۶ ماه بعد مجدد پرسشنامه ها توسط هر دو گروه تکمیل گردید. سپس کتابچه آموزشی در اختیار گروه مقایسه نیز قرار داده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسبت ۲۰ تا توسط آزمون نکردار مشاهدات، نیست مستند انجام گرفت. در این مطالعه سطح معنی داری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. كلي ملاحظات اخلاقی مربوط به اين مقاله طلب یکپارچگی رعایت گردي از. 

یافته ها

مانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه مداخله (۰/۴۳) و مقایسه (۰/۴۷)، بود. آزمون همستگی پرسشنامه داده كه اختلاف آماري معنی داري بین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغير سن مشاهده شد (۶/۱۹). جدول ۱. یافته هاي مربوط به مشخصات دموغرافیکي و مرتبط با سلامت افراد تحت مطالعه را تشکیل می دهد (جدول ۱).

آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که اختلاف آماری معنی داري بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر متغيرهای با سطح تحسیلات و الدين، شغل و الدين، رنگ فریدنی، رده تحصیلی دانش آموز در دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت (۰/۵۵). (جدول ۱)

جمله پیشگیری از بیماری قلبی عروقی باعث احساس بهتر در من و سلالمی بیشتر می شود (موفقیت در کدام شده (هسبال از جمله پیشگیری از بیماری قلبی عروقی نیازمند وقت و هزینه زیادی است)، راهنما برای عمل ۵ سوال از جمله از اطلاعات خود را درباره پیشگیری از بیماری قلبی عروقی از معلمان مدرسه کسب می کنم. خودکارآمیزی (۵ سوال از جمله از احساس می کنم که نتایج از مصرف زیاد غذاهای پرچرب و شیرین پرهیز نمایم) بود.

نحوه انتباخ دهم یک از سوالات این بخش بصورت لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً موافق (۴ نا کاملاً) مخالف (۰) بود. پجنورد بررسی روابط، پرسشنامه خودساخت در اختیار ۱۲ نفر از متخصصین آموزش بهداشت و پرسانتی قرار داده شد و اصلاحات مورد نظر اعمال گردید. مانگین و CVR پرسشنامه بین بی ۸/۴۹ و ۸۰/ گزارش گردید. جهت تعیین (Internal consistency) پایاپی ازار از روش همسانی دروئی ( Cronbach's Alpha).

استفاده گردید. بدين منظور ۲۰ نفر از دانش آموزان انتخاب و پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ سپس درک شده ۶/۷۹، شدت درک شده ۷۸/۷۰، منافق درک شده ۷۸/۸۵، مواد درک شده ۷۶/۸۵، خودکارآمیزی ۹۰/۰ و راهنما برای عمل ۸۳/۸۰ بود. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۸۲/۸۵ محاسبه گردید. لازم به یاد آوری است که افراد شرکت کننده در مطالعه یا پایش با بررسی روابط و پایاپی ابزار از مطالعه اصلی خارج شده. پس از کسب اطلاعات لازم از پرسشنامه های پیش آزمون طراحی جلسات آموزشی انجام گرفت و مداخلات آموزشی طی ۵ جلسه ۶۰-۶۵ دقیقه ای بصورت مختصر و پرسشنامه باور...
جدول 1: مقایسه خصوصیات دموگرافیک افراد شرکت کننده در دو گروه مداخله و مقایسه

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>گروه ها</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه شاهد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شغل پدر</td>
<td>46</td>
<td>51/1</td>
<td>48</td>
<td>6/9</td>
<td>3/6</td>
</tr>
<tr>
<td>پدر</td>
<td>3/6</td>
<td>3/5</td>
<td>40</td>
<td>7/9</td>
<td>6/7</td>
</tr>
<tr>
<td>خانه دار</td>
<td>72/2</td>
<td>74/8</td>
<td>66</td>
<td>84/7</td>
<td>6/7</td>
</tr>
<tr>
<td>شغل مادر</td>
<td>40/1</td>
<td>40/1</td>
<td>30</td>
<td>6/11</td>
<td>6/1</td>
</tr>
<tr>
<td>می سواد</td>
<td>2/6</td>
<td>2/5</td>
<td>2/11</td>
<td>3/10</td>
<td>6/7</td>
</tr>
<tr>
<td>پدر</td>
<td>33/8</td>
<td>33/6</td>
<td>35/7</td>
<td>37/8</td>
<td>3/3</td>
</tr>
<tr>
<td>دانشگاهي</td>
<td>23/5</td>
<td>23/3</td>
<td>22/4</td>
<td>23/2</td>
<td>2/1</td>
</tr>
<tr>
<td>می سواد</td>
<td>2/11</td>
<td>2/1</td>
<td>1/11</td>
<td>1/11</td>
<td>2/2</td>
</tr>
<tr>
<td>ابتداي</td>
<td>12/5</td>
<td>15/6</td>
<td>15/15</td>
<td>15/15</td>
<td>15/15</td>
</tr>
<tr>
<td>پدر</td>
<td>32/4</td>
<td>32/2</td>
<td>32/25</td>
<td>32/24</td>
<td>3/2</td>
</tr>
<tr>
<td>دانشگاهي</td>
<td>39/6</td>
<td>39/12</td>
<td>39/17</td>
<td>39/17</td>
<td>11/12</td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر و مساوی از 4 فرزند</td>
<td>49/54</td>
<td>49/42</td>
<td>49/42</td>
<td>49/42</td>
<td>49/42</td>
</tr>
<tr>
<td>رتبه فرزندی</td>
<td>54/6</td>
<td>54/5</td>
<td>54/5</td>
<td>54/5</td>
<td>54/5</td>
</tr>
<tr>
<td>بین 2 تا 4 فرزند</td>
<td>29/39</td>
<td>29/42</td>
<td>29/42</td>
<td>42/42</td>
<td>42/42</td>
</tr>
<tr>
<td>بیشتر از 4 فرزند</td>
<td>12/31</td>
<td>12/31</td>
<td>12/31</td>
<td>12/31</td>
<td>12/31</td>
</tr>
<tr>
<td>سال هفتم</td>
<td>32/4</td>
<td>32/3</td>
<td>32/2</td>
<td>32/2</td>
<td>3/2</td>
</tr>
<tr>
<td>سال هفتم</td>
<td>33/3</td>
<td>33/3</td>
<td>32/3</td>
<td>32/3</td>
<td>3/3</td>
</tr>
<tr>
<td>دانش آموزان</td>
<td>30/8</td>
<td>30/8</td>
<td>30/8</td>
<td>30/8</td>
<td>30/8</td>
</tr>
<tr>
<td>سال هفتم</td>
<td>28/7</td>
<td>28/7</td>
<td>30/8</td>
<td>30/8</td>
<td>1/1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های مدل اعتقاد به داداشی قبل و بعد پس از مداخله در گروه های مداخله و مقایسه

<table>
<thead>
<tr>
<th>میانگین و انحراف معیار</th>
<th>متغیر</th>
<th>قبل از مداخله</th>
<th>بعد پس از مداخله</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>طبیعی</td>
<td></td>
<td>۱۴/۱۹±۲/۹۱</td>
<td>۱۵/۲۸±۱/۷۲</td>
</tr>
<tr>
<td>آگاهی درک شده</td>
<td></td>
<td>۱۴/۱۹±۲/۹۱</td>
<td>۱۵/۲۸±۱/۷۲</td>
</tr>
<tr>
<td>حساسیت درک شده</td>
<td></td>
<td>۱۴/۱۹±۲/۹۱</td>
<td>۱۵/۲۸±۱/۷۲</td>
</tr>
<tr>
<td>شدت درک شده</td>
<td></td>
<td>۱۴/۱۹±۲/۹۱</td>
<td>۱۵/۲۸±۱/۷۲</td>
</tr>
<tr>
<td>شدت درک شده موثر</td>
<td></td>
<td>۱۴/۱۹±۲/۹۱</td>
<td>۱۵/۲۸±۱/۷۲</td>
</tr>
<tr>
<td>شدت درک شده غیر موثر</td>
<td></td>
<td>۱۴/۱۹±۲/۹۱</td>
<td>۱۵/۲۸±۱/۷۲</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین انحراف معیار</td>
<td></td>
<td>۱۴/۳۱±۱/۷۳</td>
<td>۱۵/۳۸±۱/۸۶</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی راه‌نماهای عمل در خصوص پیش‌گیری از بیماری قلبی عروقی قبل و بعد پس از مداخله در گروه های مداخله و مقایسه

<table>
<thead>
<tr>
<th>chi-square</th>
<th>مقایسه</th>
<th>مداخله</th>
<th>گروه ها</th>
<th>متغیر</th>
<th>زمان</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تلویزیون و رادیو</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۲۲</td>
<td>۶۲</td>
<td>۳۲</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کتاب، روزنامه و مجله</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۱۶</td>
<td>۳۲</td>
<td>۲۶</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کارکنان مراکز بهداشتی</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۱۲</td>
<td>۲۴</td>
<td>۱۲</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>درمانی</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۱۰</td>
<td>۴۴</td>
<td>۲۴</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پدر و مادر</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۱۰</td>
<td>۴۴</td>
<td>۲۴</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>معیار</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۱۰</td>
<td>۴۴</td>
<td>۲۴</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>معلمان مدرسه</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>۱۰</td>
<td>۴۴</td>
<td>۲۴</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از اجرای مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر سازه های آگاهی درک شده (p=0.01)، حساسیت درک شده (p=0.22) و مقایسه میانگین درک شده (p=0.37) در مکان های رادیویی و تلویزیونی بیشترین میزان استفاده را به خود اختصاص دادند. 

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کلی تی مطالعه، کارآزمایی گروهی اعتراف بهداشتی را در تغییر ادراکات دانش آموزان در خصوص پیشگیری از بیماری قلبی عروقی تأیید نمود و سازه‌ای این مدل توانست مؤثر را باعث کاهش حوزه نامه‌ای می‌شورن تا حدودی از بین ببرد، اهمیت موضوع را برجسته‌تر سازد و اگرچه از لحاظ فردی بهداشتی از بیماری قلبی عروقی، ایجاد تفاوت. یافته‌های تحقیق بنابراین آن است که اطلاعات دانش آموزان در زمینه عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در سطحی ضعیف قرار داشت و مداخله آموزشی توانست در اختلاف آگاهی دانش آموزان در باب موضوعات مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی موثر باشد و این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار داشت (p<0.05). در مطالعات Harrell و همکاران (2005) نشان داده شد که برنامه‌های آموزشی می‌تواند منجر به افزایش آگاهی و عادت‌های بهداشتی در دانش آموزان گردد، البته در زمینه که این عادات به‌صورت در حال شکل‌گیری هستند (6). نتایج مطالعه دوستان و همکاران (2004) نشان داد که برنامه آموزشی توانست در افزایش آگاهی از ریسک‌ها بهره‌برداری قلبی عروقی موثر باشد و برین نمره امتیازات آگاهی فرد قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری وجود داشت. (p<0.05). در مطالعه باقی‌مانده مقدم و همکاران آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از اجرای مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر سازه‌های آگاهی درک شده (p=0.01)، حساسیت درک شده (p=0.22) و مقایسه میانگین درک شده (p=0.37) در مکان‌های رادیویی و تلویزیونی بیشترین میزان استفاده را به خود اختصاص دادند. 

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کلی تی مطالعه، کارآزمایی گروهی اعتراف بهداشتی را در تغییر ادراکات دانش آموزان در خصوص پیشگیری از بیماری قلبی عروقی تأیید نمود و سازه‌ای این مدل توانست مؤثر را باعث کاهش حوزه نامه‌ای می‌شورن تا حدودی از بین ببرد، اهمیت موضوع را برجسته‌تر سازد و اگرچه از لحاظ فردی بهداشتی از بیماری قلبی عروقی، ایجاد تفاوت. یافته‌های تحقیق بنابراین آن است که اطلاعات دانش آموزان در زمینه عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در سطحی ضعیف قرار داشت و مداخله آموزشی توانست در اختلاف آگاهی دانش آموزان در باب موضوعات مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی موثر باشد و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار داشت (p<0.05). در مطالعات Harrell و همکاران (2005) نشان داده شد که برنامه‌های آموزشی می‌تواند منجر به افزایش آگاهی و عادت‌های بهداشتی در دانش آموزان گردد، البته در زمینه که این عادات به‌صورت در حال شکل‌گیری هستند (6). نتایج مطالعه دوستان و همکاران (2004) نشان داد که برنامه آموزشی توانست در افزایش آگاهی از ریسک‌ها بهره‌برداری قلبی عروقی موثر باشد و برین نمره امتیازات آگاهی فرد قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری وجود داشت. (p<0.05). در مطالعه باقی‌مانده مقدم و همکاران آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از اجرای مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر سازه‌های آگاهی درک شده (p=0.01)، حساسیت درک شده (p=0.22) و مقایسه میانگین درک شده (p=0.37) در مکان‌های رادیویی و تلویزیونی بیشترین میزان استفاده را به خود اختصاص دادند. 

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کلی تی مطالعه، کارآزمایی گروهی اعتراف بهداشتی را در تغییر ادراکات دانش آموزان در خصوص پیشگیری از بیماری قلبی عروقی تأیید نمود و سازه‌ای این مدل توانست مؤثر را باعث کاهش حوزه نامه‌ای می‌شورن تا حدودی از بین ببرد، اهمیت موضوع را برجسته‌تر سازد و اگرچه از لحاظ فردی بهداشتی از بیماری قلبی عروقی، ایجاد تفاوت. یافته‌های تحقیق بنابراین آن است که اطلاعات دانش آموزان در زمینه عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در سطحی ضعیف قرار داشت و مداخله آموزشی توانست در اختلاف آگاهی دانش آموزان در باب موضوعات مرتبط با پیشگیری از بیماری قلبی عروقی موثر باشد و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار داشت (p<0.05). در مطالعات Harrell و همکاران (2005) نشان داده شد که برنامه‌های آموزشی می‌تواند منجر به افزایش آگاهی و عادت‌های بهداشتی در دانش آموزان گردد، البته در زمینه که این عادات به‌صورت در حال شکل‌گیری هستند (6). نتایج مطالعه دوستان و همکاران (2004) نشان داد که برنامه آموزشی توانست در افزایش آگاهی از ریسک‌ها بهره‌برداری قلبی عروقی موثر باشد و برین نمره امتیازات آگاهی فرد قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری وجود داشت. (p<0.05). در مطالعه باقی‌مانده مقدم و همکاران
نتایج مطالعه شمسی و همکاران (2014) نیز نشان داد که پس از مداخله آموزشی، بین منافع درک تعداد رشد و در اثر عصر خودرسانه در این منابع جهت پیشگیری از بیماری قلی عروقی در هر یک گروه از مداخله آموزشی در وضعیت یکسانی قرار داشت و آزمون‌های مستقل هم اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره موانع درک شده در دو گروه نشان نداشت. اما وجود اختلاف معنی‌دار در میانگین م Данک میانگین در میانگین میانگین درک شده بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تاثیر مداخله آموزشی بر رفع موانع درک شده در خصوص رعایت نکات پیشگیری از بیماری قلی عروقی در گروه تربیتی بود. است. بین میانگین درک شده از سوی دانشآموزان جهت پیشگیری از بیماری قلی عروقی شاخص مهم تلقی نکردن ان، صرف وقت و هزینه بالا، نابسامانی کمک والدین و مشکل بودن انجام آن بود. در پژوهش آسف زاده نیز مهمترین منبع جهت عدم مصرف صحیح داروها مهم تلقی نکردن بیماری‌ها از سوی افراد ذکر شده بود (24). در مطالعه شریفی راد (2007 نیز با کاهش موانع درک شده، نمونه کمتر اقدام به سیگار کشیدن کردند بودند (26). در مطالعه جولی کوچی (2007) نیز رفع موانع درک شده بیماران دیابتی بیشتر اقدام به پایه روي نموده بودند (26). همچنین در مطالعه باقی‌مانند مقدم و همکاران (2012) بین موانع درک شده و انجام رفتارهای بهداشتی در افراد در معرض خطر بیماری قلی عروقی همبستگی مثبتی وجود داشت (17). بعد از مداخله، میانگین نمره خودرسانه در گروه تربیتی نسبت به گروه شاهد با اختلاف معنی‌داری افزایش یافت که این امر را می‌توان به تاثیر آموزشی نسبت داد که با نتایج مطالعه

(2012) برنامه آموزشی مناسب برای آموزش دانش آموزان در مورد احتمال بروز بیماری قلی عروقی از جمله این موارد می‌تواند بهبودی در جهت پیشگیری از این بیماری بیشتر باشد.

در مطالعه Rouzbahani و همکاران (2009) دانش آموزان در گروه مداخله افزایش 34.7 درصدی داشتند و اختلاف میانگین نمرات آگاهی بین دو گروه کنترل و مداخله از 12.4 امتیاز در شروع مطالعه به 46/53 در پس از مداخله افزایش یافت (18). در این تحقیق سازه های یاد شده، منابع و خودکارمی درک شده دانش آموزان درجه افزایش میانگین و سازه موانع درک شده در جهت کاهش میانگین به نفع آموزش موثرتر از سازه‌های قبل بحث در آموزش هستند. بنابراین افزایش شدت درک شده در سایر مطالعات نیز وجود داشته است (22-19). در مطالعه حاضر گوشه‌کردن عوارض جدی و وخم ناشی از عدم رعایت موارد پیشگیری از بیماری قلی عروقی و توجه افراد به این دست دادن سلامتی و هزینه های بالای درمان، عوامل مهمی در جهت ارتقاء سطح شدت درک شده دانشآموزان در این خصوص بوده است. در خصوص افزایش منابع درک شده بیماری قلی عروقی، نیز صورت گرفته است. در این مقاله افزایش احتمال بروز بیماری قلی عروقی باعث طول عمر حساسیت با وسایل و جلوگیری از بیماری و تفاوت، می‌تواند در ارتقاء سطح منابع درک شده دانشآموزان مؤثر باشد. در مطالعه باقی‌مانند مقدم همبستگی مثبتی بین منابع درک شده و انجام رفتار بهداشتی در افراد در معیار خطر بیماری قلی عروقی وجود داشت (17). مطالعه شریفی راد (2007) نیز نشان داد که بین منابع درک شده و دو گروه از سیگار کشیدن در بین نوجوانان رابطه مثبتی وجود دارد (17).
ناتی از نوع مخاطب و توجه و تمرکز این افراد به نوع منبع اطلاعاتی باشد. باتوجه به این که در این پژوهش رادیو و تلویزیون در هر دو گروه مطالعه به عنوان پرکاربردترین منبع راهنما برای عمل ازسر دانش آموزان معرفی شده است، می توان از اصول مدل اعتقاد بهداشتی برای طراحی برنامه های آموزشی و تولید پیام های تربیت کننده کمک گر فت تهیه درصد بیشتری از دانش آموزان را در راستای پیشگیری از بیماری قلبی عروقی راهنما کرد.

مطالعه حاضر کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در ارتباط آگاهی و ادراکات دانش آموزان در پیشگیری از بیماری قلبی عروقی تأیید نمود. لذا این آگاهی می تواند موانع ادراک را نا حسی و بین بی پردازند که در کنار شده و منافع موضوع را بر رنج نماید و خود کار آمیزی در کرک شده دانش آموزان را ارتقاء دهد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسنده گان این مقاله مراقب سیاس و قدردانی خود را از مدیریت، معلمان مربوط و دانش آموزان مدارس دوره اول موسطه شهرسازی به دلیل همکاری در انجام این مطالعه اعلام می دارند.

References


سنجش اثر بخشنی مداخله آموزشی بر پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی در بین نوجوانان پسر


Efficacy of Educational Intervention about the Prevention of Cardiovascular Disease among Adolescent Boys; an Application of Health Belief Model

Hossein Mohsenipouya(Ph.D)¹,Davoud Shojaeizadeh(Ph.D)⁶, Sima Esmaeili Shahmirzadi(Ph.D)⁶,Azam Seifi Makerani(BS)⁴

¹. Corresponding author: PhD student in Health Education & Promotion, Department of Health Education & Promotion, School of Public Health, International Campus of Tehran University of Medical Sciences, Tehran
⁶. Professor, Department of Health Education & promotion, School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
⁴. PhD student in Health Education & Promotion, Department of Health Education & Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
⁴. Bachelor of Science in Nursing, Mazandaran Heart Center.

Abstract

Introduction: Cardiovascular disease is the main cause of mortality all over the world. According to lifestyle changes it seems that risk factors of Coronary-heart disease started in childhood and adolescence. The present study is aimed to assess the efficiency of educational intervention about the Prevention of Cardiovascular Disease which is implemented based on health belief model in Sari.

Methods: The study was conducted as a semi-experimental study (post and pre-experiment) on 180 student in 2014. The participants were divided randomly into two groups of 90 individuals. Afterward, the participants were observed at two stages (before / after 6 months). A two sections questionnaire (demographic and Knowledge about the Prevention of Cardiovascular Disease based on component of HBM). Data analyses were carried out by using SPSS ver. 20 using Chi-Square test and independent T-test and Repeated Measurement. Level of significant was set at 0.05.

Results: There were no significant difference between interventions and control group before Intervention in terms of health belief model component. There were significant difference between pre-test and post-test in knowledge (p<0.01), perceived susceptibility (p<0.01), perceived severity (p<0.01), perceived benefit (p<0.01), perceived barrier (p=0.02), self-efficacy (p<0.01) among students in intervention group.

Conclusion: It seems, this model can eliminate the perceived barriers. In addition, HBM Can be Highlighted perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit about the prevention of cardiovascular and finally, self-efficacy regarding the prevention of cardiovascular disease among student can be enhanced with health belief model.

Keywords: health belief model, cardiovascular disease, educational intervention, student