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

نویسنده‌گان: حسین محسنی پورآ، داوود شجاعی زاده، سیدمحمدرضا شهباززاده

1. نوسنده، مرتضی اکتسای، مهری‌ناز اکتسای، جواد واثی، احمد دراسی، سیدمحمدرضا شهباززاده، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.

Email: hossein.mohseni.12@gmail.com

2. استاد، جواد واثی، استاد، پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.

3. استاد، جواد واثی، استاد، پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی-عروقی از علل اصلی مرگ و میر در جهان می‌باشد. با توجه به تغییرات رژیم غذایی، بیماری‌های قلبی-عروقی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی از عوامل ویژه این گروه را تشکیل می‌دهند. این بیماری‌ها به وسیله تحقیقات آماری و اطلاعات دسترسی‌پذیری، ایجاد درک صحیح در شکل‌دادن رژیم غذایی و حفظ آن کمک می‌کنند.

روش بررسی: این پژوهش به صورت یک مطالعه نظامی تجربی از نوع قبل و بعد می‌باشد که بر روی 80 نفر از دانش آموزان پسر دروس در وزارت بهداشت و در سال 1395 انجام گرفت. برای بررسی نتایج، از نرم‌افزار SPSS 18.0 استفاده گردید.

نتایج: در این مطالعه سطح معنی‌داری آزمون تا 0.05 در نظر گرفته شد. یافته‌ها نشان داد که از اجرای مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری دیوار دیوار و بهداشتی و مقایسه این نظر به‌منظور مداوم اعتقاد بهداشتی وجود داشت (0.05). در گروه مداخله اختلاف معنی‌داری در دو گروه سطح (0.01) حساسیت درک شده (0.01)، حساسیت درک شده (0.01) و موانع درک شده (0.01) که قبل از اجرای مداخله معنی‌داری نبود که پس از اجرای مداخله معنی‌داری با 180 نفر در نظر گرفته شد. نتایج گیری: به نظر می‌رسد این مدل منجر به توانایی ارتقای را از جهت سلامت، بهبود حساسیت، و افزایش موارد مراجعه را پر رنگ نماید. نهایتاً خود کارآمدی دانش آموزان را در زمینه پیشگیری از بیماری قلبی-عروقی ارتقا دهد.

وازدهمین کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، بیماری قلبی-عروقی، مداخله آموزشی، دانش آموزان.
بیماری‌های قلبی - عروقی علت اصلی مارک‌ همراه به جهان است و سالهای موجب مارک‌ ۱۴ میلیون انسان در جهان می‌شود که ۲۰ درصد از کل میزان مارک‌ و میر جهانی می‌باشد. بی‌بینی می‌شود در صورت عدم اقدامات بیشترین مناسب این رقم به ۳۴ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ بررس (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴/۶ درصد کل مارک‌ و میرهای سال ۲۰۰۵ و ۴/۵ درصد مارک‌ و میرهای سال ۲۰۱۱ در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی بوده است (۲۰۵). عدم زیادی در ایجاد بیماری‌های قلبی دخالت دارند. که بر اثر از آنها مانند، نزدیک، جنس و سابقه خانوادگی تغییر ناپذیر و برخی دیگر مانند، می‌باشد که، فشار خون بالا، کم تحرکی، اضطراب‌های روحی، و روایان، افزایش چربی و قند خون قابل کنترل هستند. بیماری از این عوامل از کودکی آغاز شده و سبب به شکل عادات و رفتارهای دوران بزرگسالی تبیین می‌شود (۴). از اینجا که تبیین عوامل خطر از دوران کودکی شروع و تا دوران جوانی ادامه می‌یابد چرا بایستی شاید هرچه بیشتر ایجاد آترواسکلوز در افزایش جوانی (۴). در زمینه ارتباط منظم رفتارهای دوران کودکی و عادات دوران بزرگسالی و ارتباط متقابل آن در با بیماری‌های قلبی عروقی 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 موثر است و می‌توان شیوه زندگی مناسب را به دانش آموزان آموزش و سواد سلامت آنها ارائه داد (۵). نتایج مطالعه Fleming و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که با انجام مداخلات آموزشی

نقشه اثر بخشی مداخله آموزشی بر بیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی در بین نوجوانان پسر...
اعتقاد بهداشتی می‌تواند سبب ارتفع رفتارهای پیشگیری کننده از آسپر های ناشی از حوادث مدرسه‌ای در دانش آموزان گردد (۱۲).

در مطالعه پیرزاده و همکاران (۲۰۱۱) مداخله آموزشی بر مبانی مدل اعتقاد بهداشتی، منجر به افزایش آگاهی، شدت، میزان و موانع درک شده در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری ایدز در دانش آموزان دختر اصفهان شد (۱۲). همچنین در مطالعه Mahalik و همکاران (۲۰۱۱) رفتارهای مرتبط به سیک زندگی قلب سالم (رژیم غذایی مناسب، ورزش و فعالیت فیزیکی) در از سوی مصرف الکل و دخانیات با منافع درک شده، موانع درک شده و میزان آگاهی ارتباط مثبتی بر این مسئله را می‌یابند (۱۵).

لذا با توجه به نتایج مدل اعتقاد بهداشتی در پیش بینی رفتارهای پیشگیری، این مطالعه به‌عنوان یکی از منابع مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی در بین دانش آموزان مورد یک اول مسیره شهر سازی طراحی و اجرای گردید.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مداخله نیمه تجربی است که بر روی ۱۸۰ پسر مدارس متوسطه دوره اول شهر سازی در دبیرستان انجام شد. دانش آموزان به دو گروه ۹۰ نفری مداخله و مقایسه تقسیم شدند.

برای دستیابی به نمونه‌های همسان از نظر شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ابتدا از منابع نواحی دو دانگ آموزش و پرورش سازمان ۴ مدرسه به اینطور که می‌تواند از میان آنها بطور تصادفی ۲ مدرسه انتخاب گردد. در هر مدرسه از بین کلاس‌های هفتم،
برای دانش آموزان گروه مداخله انجام گرفت. این جلسات با محوریت آشنایی داشت آموزش با بیماری قلبی عروقی و راههای پیشگیری از آن و نیز افزایش حساسیت، شدت و منافع در کم شده و کاهش موانع درک شده در زمینه بیماری قلبی بود. برای این منظور آموزش به روش سخت‌ترین و به گروهی انجام گرفت و از وسایل کمک آموزشی (خانه سایه، کتابچه آموزشی، نمایش فیلم) استفاده گردید. برای گروه مقایسه هیچ گونه آموزشی صورت نگرفت. 6 ماه بعد مجددا 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 20 و توزیع آزمون تکرار مشاهدات، اپت مستند انجام گرفت. در این مطالعه سطح معنی داری آزمون 0/05 در نظر گرفته شد. کلیه ملاحظات اخلاقی مربوط به این مقاله طبق بانه سلیمانی رعایت گردیده است.

پایه‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه مداخله (33/77/67/37) و مقایسه (34/67/77/57) بو. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیر سن مشاهده نشد (p>0/05). جدول 1. ابتدای های مرتب به مشخصات دموگرافیک و مربوط باینگی ها افراد شرکت کننده در گروه تحت مطالعه راشانی می دهد (جدول 1).

آزمون آماری کای اسکوتو نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه مداخله و مقایسه از نظر متغیرهای با سطح تحلیل و اینک، سک و فردی، ریه تحلیل دانش آموز در دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت (p>0/05). (جدول 1).

جمله پیشگیری از بیماری قلبی عروقی باعث احساس بهتر در من و سلامتی بیشتر درمی‌شود، موانع درک شده (عوامل از جمله پیشگیری از بیماری قلبی عروقی) نیازمند وقت و هزینه زیادی است، راهنمای رای عمل 5 سوال از جمله از اطلاعات خود را درباره پیشگیری از بیماری قلبی عروقی از معلومن مدیره کسب صمیمی (5 سوال از جمله از احساس می‌کنم که توانام از مصرف زیاد گذاری بریج و شیرین برخه‌نامی) بود.

نحوه ایجاد ده یک از سوالات این بخش بصورت لیست‌کردن 5 گزینه از "کاملا" متأسف (0) بو. بی‌توجهی بروز روانی، پرسشنامه خودسنجی در اختیار 12 نفر از متخصصین آموزش بیماری و پرسنلی قرار داده شد و اصلاحات مورد نظر اعمال گردید. میانگین و CVR و CVI پرسشنامه برتین 54 و 90/0. گزارش گردید. جهت تعیین (Internal consistency) پایایی از روش همسانی دروی (بی‌توجهی بروز روانی) 69/0(p=0/05). رابطه با یکدیگر به اندازه یکدیگر است (رـَٚ1.). بی‌توجهی بروز روانی در 20 از دانش آموزان انتخاب و پرسشنامه درک‌کننده آنها قرار گرفت. ضرب آلفای کروناخ حساسیت درک شده 76/0، شدت درک شده 79/0، منافع درک شده 85/0، موانع درک شده 76/0، خودکار آمدی 54/0 و راهنمای رای عمل 38/0. ضرب آلفای کروناخ كل پرسشنامه 84/0 محسوس گردید. لازم به یاد آوری است که افراد شرکت کننده در مطالعه با بالاتر، جهت بروز روانی و یا پایایی ابزار از مطالعات اصلی خارج شدند.

پرسشنامه از کسب اطلاعات لازم از پرسشنامه های پیش آزمون طراحی جلسات آموزشی انجام گرفت و مداخلات آموزشی طی 5 جلسه 65-75 دقیقه ای بصورت سخنرانی و پرسش و پاسخ...
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>تعداد</th>
<th>تعداد</th>
<th>chi-square test</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کارمند</td>
<td>46</td>
<td>48/9</td>
<td>48</td>
<td>51/1</td>
<td>36</td>
<td>38/9</td>
<td>0.94</td>
</tr>
<tr>
<td>آزاد</td>
<td>36</td>
<td>35</td>
<td>40</td>
<td>36</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>شغل پدر</td>
<td>2</td>
<td>2/2</td>
<td>2</td>
<td>15/1</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پزشکت</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>15/1</td>
<td>15</td>
<td>15</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فوت شده</td>
<td>6/7</td>
<td>6</td>
<td>7/7</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>خانه دار</td>
<td>82/2</td>
<td>74/8</td>
<td>72/8</td>
<td>16/16</td>
<td>16/16</td>
<td>16/16</td>
<td>0.71</td>
</tr>
<tr>
<td>شغل مادر</td>
<td>16/16</td>
<td>16/16</td>
<td>18/18</td>
<td>0.58</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سطح تحصیلات بیاًسواد</td>
<td>2</td>
<td>2/2</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ابتدایی</td>
<td>15/16</td>
<td>15/16</td>
<td>16/17</td>
<td>17/8</td>
<td>16/16</td>
<td>16/16</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>راهنمایی</td>
<td>19/16</td>
<td>19/16</td>
<td>19/19</td>
<td>38/9</td>
<td>35/35</td>
<td>35/35</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دیپلم</td>
<td>33/19</td>
<td>33/19</td>
<td>33/33</td>
<td>25/6</td>
<td>23/23</td>
<td>23/23</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دانشگاهی</td>
<td>21/19</td>
<td>21/19</td>
<td>21/21</td>
<td>1/1</td>
<td>1/1</td>
<td>1/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سطح تحصیلات بیاًسواد</td>
<td>2</td>
<td>2/2</td>
<td>2</td>
<td>8/9</td>
<td>11/11</td>
<td>11/11</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ابتدایی</td>
<td>11/18</td>
<td>11/18</td>
<td>12/12</td>
<td>27/8</td>
<td>27/27</td>
<td>27/27</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>راهنمایی</td>
<td>29/18</td>
<td>29/18</td>
<td>29/29</td>
<td>64/3</td>
<td>64/64</td>
<td>64/64</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دیپلم</td>
<td>37/29</td>
<td>37/29</td>
<td>37/37</td>
<td>18/9</td>
<td>18/18</td>
<td>18/18</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دانشگاهی</td>
<td>11/29</td>
<td>11/29</td>
<td>11/11</td>
<td>54/4</td>
<td>54/54</td>
<td>54/54</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر و مساوی از 2 فرزند</td>
<td>49/54</td>
<td>49/54</td>
<td>49/49</td>
<td>35/6</td>
<td>35/35</td>
<td>35/35</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>رتیه فرزندی</td>
<td>29/53</td>
<td>29/53</td>
<td>29/29</td>
<td>32/2</td>
<td>32/32</td>
<td>32/32</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بین 2 تا 4 فرزند</td>
<td>12/35</td>
<td>12/35</td>
<td>12/12</td>
<td>1/1</td>
<td>1/1</td>
<td>1/1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بیشتر از 4 فرزند</td>
<td>9</td>
<td>9/10</td>
<td>9/9</td>
<td>33/3</td>
<td>33/33</td>
<td>33/33</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سال تکمیل</td>
<td>33/33</td>
<td>33/33</td>
<td>33/33</td>
<td>34/3</td>
<td>34/34</td>
<td>34/34</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سال هشتم</td>
<td>30/33</td>
<td>30/33</td>
<td>30/30</td>
<td>37/8</td>
<td>37/37</td>
<td>37/37</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سال هشتم اول</td>
<td>28/30</td>
<td>28/30</td>
<td>28/28</td>
<td>37/8</td>
<td>37/37</td>
<td>37/37</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سال نهم اول</td>
<td>21/25</td>
<td>21/25</td>
<td>21/21</td>
<td>28/8</td>
<td>28/28</td>
<td>28/28</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 2 مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های مدل اختیار بهداشتی قبل و 6 ماه پس از مداخله در گروه‌های مداخله و مقایسه

<table>
<thead>
<tr>
<th>repeated measurement</th>
<th>گروه‌های مقابل</th>
<th>قبل از مداخله</th>
<th>6 ماه پس از مداخله</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>میانگین</td>
<td>انحراف معیار</td>
</tr>
<tr>
<td>p&lt;0/0</td>
<td>13/8/5/1/4/3</td>
<td>0/3/5/0/4/9</td>
<td>0/3/8/1/0/6</td>
</tr>
<tr>
<td>p&lt;0/0</td>
<td>13/8/5/1/4/3</td>
<td>0/3/5/0/4/9</td>
<td>0/3/8/1/0/6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3 مقایسه توزیع فراوانی واقعی و نسبی راهنمایی عمل در خصوص پیشگیری از بیماری قلبی عروقی قبل و 6 ماه پس از مداخله در گروه‌های مداخله و مقایسه

<table>
<thead>
<tr>
<th>chi-square</th>
<th>مقایسه</th>
<th>مداخله</th>
<th>گروه‌ها</th>
<th>متغیر</th>
<th>زمان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td>قبل از مداخله</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>66</td>
<td>56</td>
<td>28</td>
<td>32</td>
<td>نلوژیون و رادیو</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>64</td>
<td>54</td>
<td>27</td>
<td>42</td>
<td>6 ماه پس از مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>60</td>
<td>55</td>
<td>15</td>
<td>16</td>
<td>قبل از مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>62</td>
<td>55</td>
<td>17</td>
<td>26</td>
<td>قبل از مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>62</td>
<td>55</td>
<td>14</td>
<td>24</td>
<td>قبل از مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>62</td>
<td>55</td>
<td>10</td>
<td>20</td>
<td>قبل از مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>62</td>
<td>55</td>
<td>20</td>
<td>40</td>
<td>قبل از مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>62</td>
<td>55</td>
<td>12</td>
<td>24</td>
<td>6 ماه پس از مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>62</td>
<td>55</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>قبل از مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>62</td>
<td>55</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>معلمان مدرسی</td>
</tr>
<tr>
<td>0/0/0</td>
<td>62</td>
<td>55</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
<td>6 ماه پس از مداخله</td>
</tr>
</tbody>
</table>
آزمونی نی متستان نشان داد که قبل از اجرای مداخله آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و مقیاس از نظرسنجی های آگاهی درک شده(p<0.05)، حساسیت درک شده(p=0.028) و موارد درک شده(p=0.068) نمودار آموزشی نماینده نشان داد که در گروه مداخله اختلاف میانگین نمرات آگاهی درک شده(p<0.001) بوده و بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود به گونه‌ای که به بعد از اجرای مداخله میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی افزایش یافته بود(جدول 2).

فرآیند استفاده از مبانی مختلف راهنما جهت پیشگیری از بیماری قلی عروقی در بین دو گروه مداخله و مقایسه قبل و بعد از مداخله آموزشی مورد مقایسه قرار گرفت (جدول 3).

نتایج به سمت آمده نشان داد که که قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه از نظر میزان استفاده از تلویزیون و رادیو، کتاب، روزنامه و مجله، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، والدین و معلمان مدرسه به عنوان مبانی راهنمای جهت انتخاب رفتار پیشگیری در بیماری قلی عروقی، در بین دو گروه مداخله و مقایسه قبل و بعد از مداخله آموزشی مورد مقایسه قرار گرفت (جدول 3).

نتایج به سمت آمده نشان داد که که قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه از نظر میزان استفاده از تلویزیون و رادیو، کتاب، روزنامه و مجله، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، والدین و معلمان مدرسه به عنوان مبانی راهنمای جهت انتخاب رفتار پیشگیری در بیماری قلی عروقی، در بین دو گروه مداخله و مقایسه قبل و بعد از مداخله آموزشی مورد مقایسه قرار گرفت (جدول 3)
نتایج مطالعه شمسی و همکاران (2014) نیز نشان داد که پس از مداخله آموزشی بین منافع درک شده و منافع که بر مصرف خودسران دروی منجر به افزایش‌کننده اثر مکانیزم رفتاری پیشگیری کننده از بیماری قلبی عروقی افزایش نیاز تایبیکت‌های بود (17).

در مطالعه Rouzbahani و همکاران (2009) آگاهی داشتی در آموزش درگیر مداخله افزایش 4/6 و میزان افزایش گیری بر این گروه کنترل و مداخله از اختلاف میانگین نمرات آگاهی بین دو گروه کنترل و مداخله از 14/6 امتیاز در بخش مطالعه به 24/6 در پس از مداخله افزایش آفت (18). در این تحقیق سازه های شدت، مانع و خودکارآمد درک شده دانش آموزان درجه افزایش میانگین و سازه مانع درک شده در جهت کاهش میانگین به اندازه مورد انتظار، از سایر مقادیر یافته در آموزش هستند. این افزایش شدت درک شده در سایر مطالعات نیز وجود داشته است (21). در مطالعه حاضر گوشدکند عوارض جدی و وخم ناشی از عدم رعایت موارد پیشگیری از بیماری قلبی عروقی و توجه افراد به از دست دادن سلامتی و هزینه های بالای درمان، عوامل مهمی در جهت ارتقای صحه شدت درک شده دانش آموزان در این خصوص بوده است. در خصوص افزایش منافع درک شده بنظر می‌رسد توجه دانش آموزان به این که رعایت موارد پیشگیری از بیماری قلبی عروقی باعث طول عمر احساس بهتر و سلامتی بیشتر و جلوگیری از بیماری فشارخون و چاقی می‌گردد، می‌تواند ارتباط مثبت منافع درک شده دانش آموزان مؤثر باشد. در مطالعه باقی‌مانده مقصد همیشه ای از منافع درک شده و انجام رفتارهای بهداشتی در افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی مثبت بین منافع درک شده و انجام رفتار بهداشتی در افراد در معرض خطر بیماری قلبی عروقی وجود داشت (17). مطالعه شریفی راد (2007) نیز نشان داد که بین منافع درک شده و دوری از سیگار کشیدن در بین نوجوانان رابطه مثبت وجود دارد (23).
References


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 Shojaieizadeh(Ph.D)², Sima Esmaeili Shahmirzadi(Ph.D)², 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
². Professor, Department of Health Education & promotion, School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
³. 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 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. ² 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<0.001), perceived susceptibility (p<0.001), perceived severity (p<0.001), perceived benefit (p<0.001), perceived barrier (p=0.002) self-efficacy (p<0.001) 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