تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان شهر ایذه در مورد بیماری‌های قلب و عروق: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

فیروزه مصطفوی [۱]، سارا سلحشوری [۲]، مصطفی جیبا [۳]، جواد هارونی [۴]، آرش سلحشوری [۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بررسی‌های موجود حاکی از این هستند که اغلب رفتارهای بهداشتی و غیر بهداشتی افراد در سنین نوجوانی شکل گرفته و تداوم می‌یابد و آموزش‌پذیری از خصیصه این سنین است. بنابراین سرمایه‌گذاری در امر سلامت و آموزش جوانان درجهت پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی، امری زیر بنایی تلقی می‌شود. این پژوهش به منظور بررسی تأثیر آموزش بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان در مورد بیماری‌های قلبی عروقی صورت گرفت.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه‌تجربی (Quasi- Experimental) از نوع قبل و بعد، از میان کل دانش‌آموزان دبیرستانی ساکن شهر ایذه ۱۹۶ نفر (۷۹ دختر و ۱۱۷ پسر) به شیوه نمونه‌برداری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. پرسش‌نامه خودساخته بر اساس اهداف تهیه و پس از تأیید روایی و پایایی آن در دو مرحله قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 ،آمار توصیفی و آزمون‌های آماری t زوجی، همبستگی پیرسون و اسپیرمن در سطح $\alpha=0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره آگاهی دانش‌آموزان در زمینه عوامل خطرساز بیماری‌های قلب و عروق قبل از آموزش ۴/۱۸±۱۲/۹۵ بود که بعد از آموزش به ۴/۴۸±۲۳/۸۵ افزایش یافت ($p<0/001$). میانگین نمره نگرش نیز بعد از آموزش از ۹/۲۱±۶۸/۱۰ به ۸/۲۷±۸۲/۴۴ افزایش یافت ($p<0/001$). میانگین نمره کلیه سازه‌های مدل (حساسیت درک شده،شدت درک شده، منافع و موانع درک شده،خودکارآمدی درک شده و راهنمای عمل) در قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری داشت ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه اثربخشی مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی را در جهت ارتقای سطح آگاهی و تأثیر بر سازه های حساسیت، شدت، منافع درک شده، موانع و خود کارآمدی درک شده و راهنمای عمل دانش آموزان در رابطه با بیماری‌های قلبی و روش‌های پیشگیری از آن را تأیید می‌نماید، لذا جهت ارتقای رفتارهای محافظت‌کننده در برابر بیماری‌های قلبی عروقی و در نهایت پیشگیری از ابتلا به این بیماری‌ها در سنین بالاتر، به کارگیری برنامه‌ی آموزشی بر اساس این مدل به عنوان یک اولویت آموزشی در مدارس می‌بایست مورد توجه مسؤولین و مدیران بهداشتی و آموزشی کشور قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، نگرش، آموزش، بیماری‌های قلب و عروق، مدل اعتقاد بهداشتی

ارجاع: مصطفوی فیروزه، سلحشوری آرش، سلحشوری سارا، هارونی جواد. **تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان شهر ایذه در مورد بیماری‌های قلب و عروق: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۲): ۲۴۹-۲۳۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۹/۱۶ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۰۱**

۱. استادیار، سلامت اجتماعی، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. دانشجوی ارشد روان شناس بالینی، دانشکده علوم انسانی ، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز،ایران
۳. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی و مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۴. دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت،کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، تهران،ایران
۵. دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کارشناس ستاد گسترش شبکه، مرکز بهداشت ایذه، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران (نویسنده مسؤول) Email: Aidin_salahshoori@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی از مهم‌ترین معضلات جوامع امروزی و از شایع‌ترین علل مرگ ومیر در دنیا محسوب می‌شوند (۱). بررسی‌های موجود حاکی از این هستند که در کشور ما نیز بیماری‌های قلبی عروقی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌رود که ابعاد آن‌ها به سرعت در حال افزایش است (۲). عوامل خطرزای بیماری‌های قلبی عروقی به دو دسته کلی قابل تغییر و غیرقابل تغییر تقسیم می‌شوند. عوامل خطرزای قابل تغییر شامل عوامل مربوط به سبک زندگی از جمله فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی، مصرف سیگار و الکل وعوامل فیزیولوژیک و بیوشیمیایی شامل افزایش فشارخون، وزن، قند خون و کلسترول خون می‌باشند که با حذف هر یک از فاکتورهای فوق شانس بیماری‌های قلبی عروقی کاهش می‌یابد (۳). مطالعات نشان داده‌اند که افزایش روز افزون ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق بیانگر بروز تغییرات مهم در عادات غذایی، سطح فعالیت فیزیکی و مصرف تباکو در سراسر دنیا است (۵-۴). مطالعات نشان می‌دهند حدود ۲۰٪ از رشد قد و ۵۰٪ از افزایش وزن دوران بزرگسالی در دوره نوجوانی به دست می‌آید (۶) . بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه قند و لیپید تهران ۱۸٪ از نوجوانان به اضافه وزن یا چاقی مبتلا هستند، ۱۲ تا ۱۸٪ نوجوانان ۱۱ تا ۱۹ ساله کلسترول بالای ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر دارند (۷) . در ایران بیشترین شیوع چاقی در سنین نوجوانی دیده می‌شود. طبق گزارش مرکز کنترل بیماری‌های قلب و عروق سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۸ کشور ایران از نظر شیوع بالای چاقی دوران نوجوانی یکی از ۷ کشور اول جهان می‌باشد (۸) . چاقی در نوجوانان ۱۸-۱۲ ساله علاوه بر ایجاد افسردگی و تهدید سلامت روانی با عوارضی چون بیماری‌های قلبی- عروقی، افزایش فشارخون، دیابت قندی، استئوآرتریت و سرطان کولون در بزرگسالی همراه است (۹، ۶) .

از طرفی اغلب رفتارهای بهداشتی و غیربهداشتی افراد در سنین نوجوانی شکل گرفته و تداوم می‌یابد و آموزش‌پذیری از خصیصه این سنین است. بنابراین سرمایه‌گذاری در امر سلامت و آموزش جوانان درجهت پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی، امری زیربنایی تلقی می‌شود که برای دستیابی به نتایج بهتر در این خصوص لازم است وضعیت موجود از لحاظ میزان آگاهی و نگرش نوجوانان بررسی شود، زیرا آموزش بهداشت به منظور اثربخشی برنامه‌های خود نیازمند شناخت رفتار و عوامل مؤثر بر آن به منظور تغییر و یا تعدیل رفتارهای موجود و نیز جایگزین نمودن رفتارهای جدید است (۱۰) .

کسب آگاهی موجب تغییر در فرایند فکری و نهایتا اعمال فرد می‌شود .از طرفی مهم‌ترین جزء در پیشگیری سطح اول، آموزش و اطلاع‌رسانی است . بنابراین بررسی نیازهای آموزشی و تعیین میزان آگاهی فراگیران، پایه و اساس فعالیت‌های آموزشی محسوب می‌شود (۱۱) . آموزش بهداشت یکی از کارآمدترین روش‌های مداخله جهت پیشگیری از بیماری‌ها است (۱۲) . زیرا هدف از آموزش بهداشت تغییر رفتارهای بهداشتی به منظور ارتقاء و حفظ سلامتی است (۱۳) . اما تغییر رفتار مشکل‌تر از آن است که بتوان با آموزش‌های سنتی انتظار تحقق آن را داشت (۱۴) . اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت به مقدار زیادی بستگی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌های مورد استفاده در آموزش بهداشت دارد . یک مدل آموزشی، برنامه را در جهت و مسیر صحیح شروع کرده و قسمت‌های ناپیدا و مبهمی که ممکن است در محتوای اصلی یک مداخله آموزشی وجود داشته باشد را کاهش می‌دهد و هم‌چنین یک چارچوبی برای اندازه‌گیری و ارزیابی برنامه‌های آموزشی فراهم می‌کند و به این ترتیب به هدایت برنامه تا مرحله ارزشیابی ادامه می‌دهد (۱۵-۱۴).

نقش عوامل رفتاری در ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی و هم‌چنین نقش آموزش در تعدیل عوامل خطر آن‌ها به اثبات رسیده است. اما ارزش یک آموزش به اثرگذاری آن و تغییر یا ایجاد رفتارهای بهداشتی بستگی دارد و تغییر رفتار هدفی نیست که به سادگی قابل دستیابی باشد. تئوری‌های علوم

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

رفتاری دارای پتانسیل عظیمی برای افزایش اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت هستند و ارائه برنامه‌های آموزش مبتنی بر مبانی تئوریک، مهم‌ترین محور برنامه‌های آموزش بهداشت است (۱۶).

مدل اعتقاد بهداشتی از جمله الگوهایی است که آموزش‌دهندگان سلامت به منظور پیش‌بینی و توضیح رفتارهای بهداشتی استفاده می کنند (۱۷) . این مدل رابطه اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری‌کننده بر اساس اعتقادات شخصی است یا به عبارت دیگر رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند (۱۹–۱۸) .

فلسفه این مدل این است که، آموزش‌هایی منجر به ایجاد و یا تغییر در رفتار فراگیران می‌گردند که دارای چهار ویژگی باشند: نخست آن که انجام رفتار بهداشتی مورد نظر برای آنان دارای فایده یا فوایدی از جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی باشد، دوم آن که آموزش‌دهندگان باید موانع موجود برای فراگیران اعم از فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی را شناسایی و بر طبق آن برنامه‌ریزی کنند، سوم آن که برنامه‌های آموزشی بایستی قادر باشند در مورد عوارض و خطرات ناشی از عدم انجام رفتارهای بهداشتی اعم از اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی، در فراگیران حساسیت لازم را ایجاد کنند و چهارم آن که جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی، لازم است علاوه بر سایر موارد مذکور، از راهنماهایی برای عمل شامل توصیه‌های کارکنان مراکز بهداشتی -درمانی، پزشک معالج، وسایل ارتباط جمعی، پوستر، پمفلت و کارت‌های به خاطرآورنده نیز استفاده شوند (۲۰) .

لذا با توجه به تازگی مطالعه و نبود اطلاعات کافی در این زمینه و هم‌چنین با توجه به نقش شناخته شده عوامل خطرساز مانند دیابت، پرفشاری خون، چربی، تحرک بدنی، سیگار ، تغذیه و غیره در بیماری‌های قلبی و از طرفی نقش آموزش در تعدیل عوامل خطرساز برآن شدیم که آموزش در مورد بیماری‌های قلب و عروق را در مدارس شهر ایذه در مقطع دبیرستان به عنوان نماینده‌ای از جامعه‌ی جوانان کشورمان انجام دهیم و نتایج آموزشی را در بهبود نگرش و آگاهی دانش‌آموزان بسنجیم، تا از این طریق با فراهم نمودن اطلاعات مورد نیاز، توانایی خود را در طراحی برنامه‌های مناسب برای پیشگیری از الگوهای رفتاری پرخطر و نهایتا پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی افزایش دهیم.

روش‌ها

این یک مطالعه نیمه‌تجربی (Quasi- Experimental) از نوع قبل و بعد می‌باشد که بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ایذه انجام شد. *روش* انجام کار در این پژوهش به این صورت است که پس از کسب معرفی‌نامه از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ارایه آن به مسؤولین آموزش و پرورش شهر ایذه و انجام هماهنگی‌های مربوطه، به صورت نمونه‌برداری تصادفی چندمرحله‌ای از میان کل دانش‌آموزانی که برای شرکت در مطالعه رضایت داشتند و حداقل تا ۳ ماه آینده قصد اقامت در شهر ایذه را داشتند، مجموعا ۱۹۶ دانش آموز (۷۹ دختر و ۱۱۷ پسر) انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات نیز با استفاده از پرسش‌نامه‌ای صورت گرفت که مشتمل بر ۵۰ سؤال در ۳ بخش کلی بود. ویژگی‌های فردی، سؤالات مربوط به دانش و نگرش بود. ویژگی‌های فردی شامل ۷ سؤال در خصوص سن، جنس، قد، وزن، مدرک تحصیلی، درآمد ماهانه و وضعیت مسکن بود. سؤالات دانش شامل ۱۵ سؤال می‌باشد که آگاهی دانش‌آموزان را در ارتباط با بیماری‌های قلبی عروقی می‌سنجد. سؤالات نگرش نیز شامل ۲۸ عبارت (در زمینه نگرش آزمودنی‌ها در ارتباط با بیماری‌های قلبی عروقی که شامل ۶ سؤال جهت سنجش حساسیت درک شده، ۶ سؤال جهت سنجش شدت درک شده، ۵ سؤال جهت سنجش منافع درک شده، ۷ سؤال جهت موانع درک شده، ۳ سؤال جهت سنجش علائم برای عمل در بعد خارجی و یک سؤال جهت سنجش خودکارآمدی درک شده) بود. جهت تعیین روایی وپایایی پرسش‌نامه به ترتیب با استفاده از روش‌های اعتبار محتوا و آزمون مجدد مورد سنجش و ارزیابی قرار داده شد . بدین ترتیب که پرسش‌نامه طراحی شده از منابع و مقالات

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

معتبر علمی با ارائه و نظرخواهی از متخصصین امر در زمینه پژوهش و با استفاده از نظرات اصلاحی ایشان اعتبار آن تأیید گردید .پایایی پرسش‌نامه نیز از طریق انجام آزمون مجدد بررسی و تعیین شد. بدین‌صورت که پرسش‌نامه توسط ۱۰ نمونه تکمیل و پس از یک هفته مجددا پرسش‌نامه‌ها به همان افراد داده شد، ضریب پایایی با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ برای آگاهی ۸۷ و ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی ۷۹ درصد به دست آمده است. پرسش‌نامه‌ها در دو مرحله توسط افراد شرکت‌کننده در این مطالعه تکمیل گردید ابتدا، قبل از انجام مداخله، مرحله دوم، سه ماه بعد از مداخله آموزشی بود. در مرحله اول بعد از تکمیل پرشس‌نامه‌ها توسط افراد، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شدند و در مرحله بعد، اقدام به انجام مداخله آموزشی کردیم. به این ترتیب که افراد انتخاب شده، در جلسات آموزشی با موضوع بیماری‌های قلبی عروقی به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای شرکت نمودند و سه ماه بعد پرسش‌نامه ها مجددا به‌وسیله نمونه انتخاب شده تکمیل شد. در اجرای مداخلات آموزشی، بسته به اهداف آموزشی و ویژگی‌های فراگیران از روش‌های سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ و نیز وسایل کمک آموزشی پاورپوینت، پمفلت و وایت‌برد استفاده شد. همچنین بنا به درخواست مدیران از یک آموزش‌دهنده و پرسشگر خانم برای آموزش به دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه استفاده شد.

جهت استخراج اطلاعات از ابزار، با در نظر گرفتن نمرات هریک از سؤالات دانش [پاسخ صحیح ۲ امتیاز و پاسخ غلط و بی‌پاسخ (۰) امتیاز] و سؤالات نگرش [هر پاسخ "کاملا مخالف" ۱ امتیاز ، "مخالف" ۲ ، "موافق" ۳ و "کاملا موافق" ۴] پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و ورود دادها به **spss20** ، به کمک آمار توصیفی و آزمون‌های آماری **t** زوجی، همبستگی پیرسون و اسپیرمن، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا تأثیر آموزش بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه هدف مورد ارزیابی قرار گیرد . ملاک معنی‌داری آماری p=۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۹۶ نفر (۷۹ پسر و ۱۱۷ دختر) از دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانی شهر ایذه مورد آزمایش قرار گرفتند. سن آن‌ها در رده بین ۱۴ –۱۹ سال با میانگین ۱۶/۱۳±۰/۹۵ قرار داشت.۳۳/۲۰ درصد آن‌ها در پایه اول، ۳۳/۲۰ درصد در پایه دوم و ۳۳/۷ درصد در پایه سوم دبیرستان مشغول تحصیل بودند. ۸۳/۷ درصد آنان دارای مسکن شخصی، ۱۴/۸ درصد نیز دارای مسکن استیجاری و ۱/۵ درصد آنان دارای مسکن سازمانی بودند. هم‌چنین درآمد خانواده ۴۹ درصد دانش‌آموزان زیر ده میلیون ریال، ۴۰/۳ درصد آنان درآمد ده تا ۱۵ میلیون ریال داشتند و تنها ۱۰/۷ درصد آنان درآمد بالای ۱۵ میلیون ریال داشتند. در این مطالعه میانگین نمره BMI در دختران دانش‌آموز ۱۹/۹۶±۲/۹۷ و در دانش‌آموزان پسر ۴/۴۳±۰/۱ ۲۰ بود . ۴/۶ درصد شرکت‌کنندگان BMI بین۳۰– ۲۵ و ۲ درصد آنان نیز BMI بالاتر از ۳۰ داشتند.

مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و سازه‌های الگو (حساسیت، شدت، موانع، منافع ، خودکارآمدی درک شده و راهنمای عمل) قبل و بعد از آموزش در دانش‌آموزان در جدول ۱ ارائه شده است. حداقل و حداکثر میانگین نمره آگاهی شرکت‌کنندگان قبل از مداخله به ترتیب (۰ و ۲۲) و بعد از مداخله به ترتیب (۸ و۳۰) بود. میانگین نمره آگاهی دانش آموزان قبل از مداخله (۱۲/۹۵±۴/۱۸) و بعد از مداخله (۲۳/۸۵±۴/۴۸) بود که نتایج آزمون آماری t زوجی این اختلاف را معنی‌دار نشان داد (p<.۰/۰۰۱). حداقل و حداکثر میانگین نمره نگرش شرکت‌کنندگان قبل از مداخله (۴۴ و ۱۰۹) و بعد از مداخله (۶۵ و ۱۰۳) بود. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، میانگین نمره نگرش آنان قبل از مداخله (۲۱ /۹±۶۸/۱۰) و بعد از مداخله (۸۲/۴۴±۸/۲۷) بود که نتایج آزمون آماری t زوجی این اختلاف را نیز معنی‌دار نشان داد (p<۰/۰۰۱). بر اساس یافته‌های این مطالعه میانگین نمره کلیه سازه‌های مدل (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی درک

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

شده و راهنمای عمل) در قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری داشت (p<۰/۰۰۱).

یافته های جدول ۲ نشان می‌دهد بین میزان آگاهی دانش‌آموزان قبل از مداخله آموزشی با سن، BMI، میزان تحصیلات و وضعیت مسکن رابطه معنی‌داری وجود نداشت. در حالی که با وضعیت درآمد خانواده رابطه معنی‌دار داشت. به طوری که با افزایش میزان درآمد خانواده دانش‌آموزان، میزان آگاهی قبل از آموزش افزایش می‌یابد. بین میزان آگاهی دانش‌آموزان بعد از مداخله با متغیرهای BMI ، درآمد و وضعیت مسکن رابطه معنی‌دار دیده نشد حال آن‌که بین میزان آگاهی دانش‌آموزان بعد از مداخله با سن و میزان تحصیلات ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت (جدول ۲).

یافته های جدول ۳ نشان می‌دهد بین نگرش دانش‌آموزان قبل از مداخله آموزشی به طور کلی با سطح تحصیلات و هم‌چنین بین سازه‌های حساسیت درک شده قبل از مداخله با سطح تحصیلات و درآمد خانواده، میان شدت درک شده قبل از مداخله با سن و سطح تحصیلات، بین موانع درک شده قبل از مداخله با سطح تحصیلات، بین خودکارآمدی درک شده با سن و هم‌چنین بین راهنمای عمل با سن و سطح تحصیلات رابطه مثبت و معنی‌داری دیده شد (جدول ۳).

جدول ۱. بررسی تأثیر آموزش برآگاهی و نگرش دانش‌آموزان مورد مطالعه در شهر ایذه طی سال ۱۳۹۲

نام متغیر	قبل از آموزش	بعد از آموزش		P-value
	M±SD	M±SD	اثر آموزش	
آگاهی	۱۲/۹۵±۴/۱۸	۲۳/۸۵±۴/۴۸	۱۰/۸۹	p<۰/۰۰۱
نگرش	۶۸/۱۰±۹/۲۱	۸۲/۴۴±۸/۲۷	۱۴/۳۳	p<۰/۰۰۱
حساسیت درک شده	۲۱/۴۴±۷/۴۱	۲۵/۷۲±۵/۱۲	۴/۲۸	p<۰/۰۰۱
شدت درک شده	۲۳/۵۱±۵/۲۹	۲۵/۷۰±۵/۶۲	۲/۱۸	p<۰/۰۰۱
منافع درک شده	۲۸/۵۸±۵/۵۹	۳۰/۱۳±۴/۴۳	۱/۵۴	p<۰/۰۰۱
موانع درک شده	۱۵/۹۸±۵/۴۷	۲۷/۲۷±۳/۹۱	۱۱/۲۸	p<۰/۰۰۱
خودکارآمدی درک شده	۷۶/۵۳±۲۴/۱۰	۸۶/۲۲±۱۷/۰۳	۹/۹۶	p<۰/۰۰۱
راهنمای عمل	۲۴/۶۰±۹/۳۱	۲۹/۷۱±۷/۵۲	۵/۱۱	p<۰/۰۰۱

جدول۲. بررسی ارتباط آماری بین آگاهی دانش‌آموزان قبل و بعد از مداخله آموزشی و برخی از مشخصات دموگرافیک دانش آموزان دبیرستانی شهرستان ایذه

متغیر	سن	BMI	سطح تحصیلات	میزان درآمد خانواده	وضعیت مسکن
آگاهی دانش آموزان قبل از مداخله	r=-۰/۱۰۵	r=-۰/۰۴۱	r=-۰/۱۳۶	r=۰/۱۶۱*	r=۰/۱۰۲
	p=۰/۱۴	p=۰/54	p=۰/۰۵	p=۰/۰۲	p=۰/۱۵
آگاهی دانش آموزان بعد از مداخله	r=۰/۲۰۵*	r=۰/۱۰۵	r=۰/۱۶۹*	r=۰/۰۱۱	r=۰/۰۹۳
	p=۰/۰۰۴	p=۰/۱۴	p=۰/۰۱	p=۰/۸۸	p=۰/۱۹

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

جدول۳. بررسی ارتباط آماری بین نگرش دانش‌آموزان و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی قبل از مداخله آموزشی و برخی از مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان ایذه

متغیر	سن	BMI	سطح تحصیلات	میزان درآمد خانواده	وضعیت مسکن
نگرش دانش آموزان	r=۰/۱۲۲	r=-۰/۰۷۲	r=۰/۲۱۷*	r=-۰/۱۲۰	r=-۰/۱۲۲
	p=۰/۰۸۷	p=۰/۳۱۸	p=۰/۰۰۲	p=۰/۰۹۵	p=۰/۰۸۸
حساسیت درک شده	r=۰/۰۵۴	p=-۰/۰۳۳	r=۰/۱۹۹*	r=۰/۱۵۲*	r=-۰/۱۳۰
	p=۰/۴۵۴	p=۰/۶۴۴	p=۰/۰۰۵	p=۰/۰۳۳	p=۰/۰۷۰
شدت درک شده	r=۰/۱۶۸*	p=-۰/۰۷۶	r=۰/۱۴۳*	r=-۰/۰۹۰	r=۰/۰۱۳
	p=۰/۰۱۸	p=۰/۲۸۸	p=۰/۰۴۵	p=۰/۲۰۸	p=۰/۸۵۹
منافع درک شده	r=-۰/۰۹۴	r=-۰/۰۳۵	r=-۰/۰۴۴	r=۰/۰۲۶	r=-۰/۰۲۳
	p=۰/۱۹۲	p=۰/۶۲۵	p=۰/۵۴۴	p=۰/۷۱۸	p=۰/۷۴۷
موانع درک شده	r=۰/۰۸۸	r=۰/۱۱۳	r=۰/۱۶۶*	r=-۰/۰۹۷	r=-۰/۱۰
	p=۰/۲۲۲	p=۰/۱۱۶	p=۰/۰۲۰	p=۰/۱۷۷	p=۰/۱۶۳
خودکارآمدی درک شده	r=۰/۱۹۸*	r=-۰/۱۰۱	r=-۰/۱۳۳	r=۰/۰۰۷	r=۰/۰۳۴
	p=۰/۰۰۵	p=۰/۱۶۰	p=۰/۰۶۳	p=۰/۹۲۱	p=۰/۶۴۱
راهنمای عمل	r=۰/۱۸۳*	r=-۰/۰۰۸	r=۰/۱۷۸*	r=-۰/۱۱۴	r=-۰/۰۲۳
	p=۰/۰۱۰	p=۰/۹۰۸	p=۰/۰۱۳	p=۰/۱۱۲	p=۰/۷۴۹

بحث

برای این‌که مردم آماده شناخت و عمل کردن به شیوه‌های درست زندگی در جهت حفظ سلامت و اجتناب از بیماری باشند نیاز به شکل دادن رفتار می‌باشد. علم و هنر آموزش مناسب برای تأمین رفتار بهداشتی و جلب مردم به یک فرآیند یادگیری برای ایجاد رفتار مطلوب به منظور سلامت، به آموزش بهداشت موسوم است که با هدف تغییر رفتار غیر بهداشتی به رفتار بهداشتی وارد عمل می‌شود (۲۱) .

بیماری‌های قلبی عروقی بیماری‌های بسیار شایعی هستند که سبک زندگی سالم نقش بسیار مهم و پررنگی در پیشگیری از آن‌ها دارد، بر اساس نتایج مطالعه حاضر، الگوی اعتقاد بهداشتی به طور مؤثری موجب بالا بردن دسته‌ای از عوامل مؤثر در پیشگیری از این بیماری‌ها در گروهی از دانش‌آموزان داشته است.

مقایسه میانگین نمرات آگاهی و نگرش در رابطه با بیماری‌های قلبی و روش‌های پیشگیری از آن در دانش‌آموزان تحت بررسی نشان داد که بین نمرات آگاهی و نگرش در رابطه بیماری‌های قلبی و روش‌های پیشگیری از آن، قبل و بعد از آموزش اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. به طوری که بعد از آموزش میانگین نمرات آگاهی و نگرش آن‌ها افزایش معنی‌داری داشته است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که آموزش می‌تواند بر آگاهی و نگرش دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته باشد.

یافته‌های پژوهش کرمی متین و همکاران با عنوان"بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و نگرش دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی " نشان داد میانگین نمره آگاهی دانشجویان قبل و بعد از مطالعه اختلاف معنی‌دار نداشت حال آن‌که میانگین نمره نگرش آن‌ها بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از آموزش افزایش معنی‌داری داشته است (۲۲).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

یافته‌های مطالعه ما حاکی از آن است که قبل از مداخله آموزشی، در جامعه مورد پژوهش بسیاری از افراد خود را در خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی نمی‌دانستند به‌طوری که میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله ۷/۴۱±۲۱/۴۴ بود که بعد از آموزش به ۵/۱۲±۲۵/۷۲ افزایش یافت .این مسأله ممکن است دقت و حساسیت رفتار آن‌ها را نسبت به انجام رفتار پیشگیرانه کاهش دهد و به این ترتیب با الگوگیری دیگران از آن‌ها در انجام چنین رفتارهای پرخطری، افراد بیشتری را درمعرض خطر ابتلا به این بیماری‌ها قرار دهد. برخلاف مطالعه ما نتایج مطالعه Hanewinkel وAsshauer عدم تفاوت در میانگین نمره حساسیت درک شده در رفتارهای پیشگیری‌کننده از استعمال دخانیات را نشان داد (۲۳).

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین نمره شدت درک شده قبل از آموزش ۵/۲۹±۲۳/۵۱ بود که بعد از مداخله به ۵/۶۲±۲۵/۷۰ افزایش یافت. همسو با مطالعه ما، نتایج مطالعه‌ی لطفی ماین بلاغ و همکاران با عنوان " تأثیر آموزش همسالان مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای تغذیه‌ای دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی" در شهر زاهدان نشان داد پس از آموزش میانگین نمره شدت درک شده در گروه مداخله به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرد(۲۴).

در مطالعه شریفی راد جزء شدت درک شده پس از آموزش در گروه مورد افزایش معنی‌دار یافت و با مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۵) . اما نتایج مطالعه پارک با مطالعه حاضر متفاوت بوده و نشان می‌دهد که بین میانگین نمره شدت درک شده گروه مورد قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، چون قبل از مداخله نیز نمره شدت درک شده‌ی بالا بود (۲۶) .

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش سبب افزایش میانگین نمره منافع درک شده در دانش‌آموزان تحت بررسی می‌شود. همسو با تحقیق ما نتایج مطالعه شجاعی‌زاده و همکاران که با هدف بررسی اثر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر دانش و نگرش کارکنان مرکز بهداشت کرمانشاه در مورد پیشگیری از بیماری‌های قلبی انجام شد، نشان داد نمره فواید درک شده آموزش گیرندگان بعد از مداخله آموزشی افزایش معنی‌داری داشته است (۲۷) .

براساس مطالعه حاضر موانع درک شده شرکت‌کنندگان مورد بررسی در قبل و بعد از آموزش از نظر آماری اختلاف معنی‌داری را نشان داد .علاوه بر این راهنمای عمل دانش‌آموزان درباره بیماری‌های قلبی و روش‌های پیشگیری از آن قبل و بعد از آموزش از نظر آماری اختلاف معنی‌داری داشت. همسو با مطالعه ما، تفاوت در میانگین نمره گروه آزمون بعد از مداخله، در مطالعات انجام شده توسط رمضانخانی براساس الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیشگیری از کشیدن سیگار سربازان وظیفه در ورامین و مطالعه کمالی براساس همین الگو برای پیشگیری از وضعیت بدنی نامناسب دانش‌آموزان تهرانی در تمامی اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی به دست آمده است (۲۸) . بر اساس نتایج مطالعه حاضر اختلاف میانگین نمره‌ی خودکارآمدی درک شده دانش‌آموزان قبل و بعد از آموزش معنی‌دار بود. در مطالعه پارک نیز بعد از مداخله آموزشی میزان خود کارآمدی در گروه مورد افزایش یافته بود (۲۶) . نتایج مطالعه رهنورد براساس این الگو، بر رفتارهای پیشگیرانه از مصرف سیگار در نوجوانان دختر نیز نشان داد که عوامل الگو بعد از مداخله آموزشی، افزایش معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله نشان داده‌اند (۲۹).

بر اساس یافته‌های پژوهش میان درآمد خانواده و میزان آگاهی دانش‌آموزان از بیماری‌های قلبی قبل از مداخله آموزشی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد اما بعد از آموزش این ارتباط معنی‌دار نبود. از دلایل آماری عدم معنی‌داری این اختلاف می‌توان به افزایش تأثیر برنامه آموزشی و به دنبال آن ارتقای میزان آگاهی دانش‌آموزان با درآمد خانوادگی کمتر نسبت به قبل از مداخله اشاره کرد. مطالعه جلالی و همکاران نیز نشان داد خانواده‌های با درآمد کمتر سطح پایین‌تری از آگاهی درباره عوامل خطر بیماری‌های قلبی را نشان دادند (۳۰). بر اساس یافته‌های جدول ۲ میان سن و سطح تحصیلات با سطح آگاهی دانش‌آموزان بعد از مداخله ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه جلالی و همکاران نیز ارتباط

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

معنی‌داری میان دو متغیر سطح تحصیلات و گروه سنی افراد با آگاهی افراد از عوامل خطر بیماری‌های قلبی مشاهده شد (۳۰) . یافته‌های مطالعه ما نشان می‌دهد به طور کلی میان نگرش دانش‌آموزان قبل از آموزش با سطح تحصیلات، هم‌چنین میان سازه‌های حساسیت درک شده و شدت درک شده قبل از آموزش و راهنمای عمل قبل و بعد از آموزش با سطح تحصیلات دانش‌آموزان ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این میان شدت درک شده قبل از مداخله آموزشی با متغیر سن رابطه مثبت معنی‌دار مشاهده شد.

این در حالی است که نتایج مطالعه چرکزی و همکاران درباره پرفشاری خون نشان داد بین نگرش کادر پرستاری درباره فشار خون با متغیرهای سن و میزان تحصیلات قبل از آموزش رابطه معنی‌داری وجود نداشت (۳۱) . مطالعات انجام شده در آمریکا نشان داد بیسوادی می‌تواند موجب احساس عدم مسؤولیت نسبت به امور بهداشتی و درمانی گردد (۳۲) .

آن گونه که نتایج نشان می‌دهد قبل از مداخله، علی‌رغم اهمیت پیشگیری از بیماری‌های قلبی -عروقی در نوجوانان و جوانان به دلیل کسب بسیاری از رفتارها در این دوران و انتقال آن‌ها به بزرگسالی، وضعیت آگاهی و نگرش آن‌ها در سطح مطلوبی نمی‌باشد که نیاز به اجرای مداخلات آموزشی در زمینه پیشگیری از بیماری‌های قلبی -عروقی را چندین برابر می‌کند. در عین حال، بعد از اجرای مداخله آموزشی طراحی شده می‌توان این‌گونه اظهار نمود که برنامه آموزشی به منظور اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی -عروقی دارای تأثیرات مثبت بوده و توانسته در قشر کوچکی از دانش‌آموزان این کشور تغییری در آگاهی و نگرش از عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه اثربخشی مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی را در جهت ارتقای سطح آگاهی و تأثیر بر سازه‌های حساسیت، شدت، منافع درک شده، موانع و خودکارآمدی درک شده و راهنمای عمل دانش‌آموزان در رابطه با بیماری‌های قلبی و روش‌های پیشگیری از آن را تأیید می‌نماید، لذا جهت ارتقای رفتارهای محافظت‌کننده در برابر بیماری‌های قلبی عروقی و در نهایت پیشگیری از ابتلا به این بیماری‌ها در سنین بالاتر، به کارگیری برنامه‌ی آموزشی بر اساس این مدل به عنوان یک اولویت آموزشی در مدارس یعنی جایی که دسترسی به نوجوانان بهتر است و هم‌چنین استفاده از متخصصان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و علوم تغذیه می‌توانند زمینه‌های لازم را برای بهبود سبک زندگی سالم نوجوانان و در نتیجه جامعه فراهم آورند. لذا این مهم می‌بایست مورد توجه مسؤولین و مدیران بهداشتی و آموزشی کشور قرار گیرد.

تشکر وقدردانی

مجری طرح و همکاران از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان جهت تأمین هزینه طرح و هم‌چنین اداره آموزش و پرورش شهر ایذه، مدیران محترم دبیرستان‌های محل پژوهش، دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه و کلیه کسانی که به هر نحو در انجام این پژوهش همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. André C, Costa MF, Raggio R, Vermelho LL, Novis SA. Knowledge and practices regarding stroke at a university hospital. Arq Neuro P.siquiatr 1997; 55(3B): 573-9.
2. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of Common disease in Iran. Tehran: Eshtiagh Publishing; 2001;1-12.
3. Mackay J, Mensah GA. The atlas of heart disease and stroke. Geneve: World Health Organization; 2004.
4. Gohlke H. Lifestyle modification- is it worth it? Herz 2004; 29(1): 139-44.
5. Fakhrzade H, Pourebrahim R, Nouri M, Heshmat R, Javadi E, Rahimi I, etal. Distribution of

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

cardiovascular risk factors in population lab region of Tehran University of medical sciences. Iranian Diabetes Lipid Dis. (Supplement) 2003; 1 (5): 27-3.[In Persian].
6. Doost-Mohammadian A, Keshavarz A, Dorosty A, Mahmoodi M, Sadrzadeh H. Survey of the nutritional status and relationship between physical activity and nutritional attitude with index of BMI-for-age in Semnan girl secondary school, winter and spring, 2004. koomesh 2005; 6 (3) :187-94 [In Persian].
7. Farhadlo R, shojaeizadeh D, Mohebi S, Sadeghi R, Vahedian M, Gharabaglo M. Comparison of two education methods (lecture session and booklet) on nutritional knowledge, attitude and behavior in secondary school students Qom, 2012. J Health Syst Res. 2013; 9(10):1032-1040.[In Persian].
8. Rezyipour A, Yousefi F, Mahmoodi M, Shakeri M. Relationship between nutritional behaviors and physical activity in adolescent girls with their perceptions of parents' lifestyle. HAYAT. 2007;13(3):17–25. [In Persian].
9. Salem Z, Vazirinejad R. Evaluation of anthropometric features in adolescent girls of Rafsanjan Iran-2007. jhum; 3. 2009; 13 (1) :47-53 [In Persian].
10. Whitehead D, Russell G. How effective are health education programes resistance , reactance, rationality and risk ? Recommendations for effective practice.International Journal of Nursing Studies. 2004; 41 (2): 163 -72.
11. Babaie Asl F. Study of knowledge of Kerman's High School for Boys Students about the Consequences of Psychoactive Substance Abuse. Sicientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery. 2008; 3. 0; 16 (1) :18-28.
12. Golyan Tehrani S, Ghobadzadeh M, astou M. Promoting Health Status of Menopausal Women by Educating Self Care Strategies. Hayat 2007; 13 (3) :67-75. [In Persian].
13. Mohajer T. Principles of Patient Education:Patient education guide to all members of the healthcare team.1st ed. Tehran: Salemi; 2001.[In Persian]
14. Safarzadeh S, Behboodi Moghadam Z, safari M. The Impact of Education on Performing Postpartum Exercise Based on Health Belief Model. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2014,57(6):776-784.[In Persian].
15. Blalock SJ , Devellis RF. Health salience: reclaiming a concept from the lost and found. Health Educ Res 1998 Sep;13(3):399-406.
16. Lynch L, Happell B. Implementation of clinical supervision in action: Part 2: Implementation and beyond. Int J Ment Health Nurs 2008; 17(1):65-72.
17. Shah Abadi Sara ." The effect of education on knowledge and attitude prevention of cardiovascular diseases in health care workers of Kermanshah, based on the Health Belief Model [MS Thesis]. Tehran: School of Medical Sciences: 2010.
18. Shamsi M , Bayati A , Mohamadbeygi A , Tajik R . The Effect of Educational Program Based on Health Belief Model (HBM) on Preventive Behavior of Self-Medication in Woman with Pregnancy in Arak, Iran. Pajoohandeh Journal 2010; 14 (6):324-31 [In Persian].
19. Safari M, Shojaeezadeh D, Ghofranipour F, Haidarnia A, Pakpour Hajiagha A. Theories, models and methods of health education and promotion. Tehran: Sobhan; 2009. [In Persian].
20. Spikmans FJ, Brug J, Doven MM, Kruizenga HM, Hofsteenge GH, van Bokhorst-van der Schueren MA. Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? J Hum Nutr Diet 2003; 16(3):151-8.
21. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR. The effect of syringe exchange use of high risk injection drug users, a cohort study. AIDS 2000 31;14(5):605-11.
22. Karami Matin B, Sepahi S, Khoshay A, Sepahi V, Shahabadi S, Laghaei Z, Samiei S, Geravandi A. The Effect of Training Based on Health Belief Model on the Awareness and Attitude of Nursing and Midwifery Students in Preventing Cardiovascular Diseases. Edu R Med S 2012; 1(2): 28-33.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

23. Hanewinkel R, Asshauer M. Fifteen-month follow-up results results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. Health Educ Res 2004;19(2):125-37.
24. Lotfi Mainbolagh B, Rakhshani F, Zareban I, Alizadeh Sivaki H, Parvizi Z. The effect of peer education based on health belief model on nutrition behaviors in primary school boys . J Research Health. 2012; 2 (2) :214-226.[In Persian].
25. Sharifi-rad GhR, Hazavei MM, Hasan- zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. J Arak Med Sci Uni 2007; 10 (1) :79-86. [In Persian]
26. Park S, Chang S, Chang C. Effects of a cognition emotion focused progam to increase public participation in papanicolaou smear screening. Public Health Nurs. 2005; 22(4):289-98
27. Shojaeizadeh D, Shahabadi S, Samee S, geravandi A, Sepahi Sh. The Effect of education based on Health Belief Model on knowledge and attitude of health center staff in Kermanshah about cardiovascular diseases prevention. The First International & 4th National Congress on health Education &Promotion, 2011. [Online]. Available at: http://congress.tbzmed.ac.ir/hepc/Abstract/210. Accessed June 2 ,2003
28. Motamedi N, Hejazi S H, Hazavehei S. M. M, Zamani Aaa. R. , Saberi S. , Rahimi E. Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis. Journal of Military Medicine 2010; 11 (4) :231-6. [In persian]
29. Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M." An Educational Intervention Using Health Belief Model on Smoking Preventive Behavior among Female Teenagers". Hayat 2011; 17 (3):15-26. [In persian]
30. Jalali F, Haji Ahmadi M, Hosseinpour M, Angari M, Asadi E. Knowledge, attitude and practice (KAP) of people living in Babol about clinical symptoms and risk factors of coronary artery diseases (CAD). JBUMS. 2004; 6 (1) :43-9. [In Persian].
31. Charkazi AR, Koochaki Gh M, Badeleh MT , Gazi SH, Ekrami Z, Bakhsha F." The effect of education on nurse's staff knowledge, attitude and practice toward hypertension ". J Gorgan Uni Med Sci 2007;9(1):43-8. [In Persian]
32. Karimi M. "Application of the health belief model on knowledge, attitudes and practices towards AIDS in hairdressers Zarandieh". Twelfth Congress of Iran Environmental Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, November 2009:2360-2369. [online] Available at:http://www.civilica.com/Paper-NCEH12-NCEH12_104.html]. Accessed June 2 , 2003

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]

The effect of educational intervention on knowledge and attitude of students in Izeh about cardiovascular disease: Application of the Health Belief Model

Firoozeh Mostafavi [1], Sara Salahshouri [2], Mostafa Jiba [3], Javad Harooni [4], Arash Salahshouri [5]

Original Article

Abstract

Background: The studies indicate that the majority of healthy and unhealthy behaviors formed during adolescence and **t**hey are considered educable. Therefore, investing in the health and education of young people toward prevention of cardiovascular disease is considered as the underlying action. This study's aim was to investigate the effect of educational intervention on knowledge and attitude of students regarding cardiovascular diseases using constructs of Health Belief Model.

Methods: In this pre-post quasi experimental study that conducted throughout high schools in Izeh City, the subjects were196students (79 girls and 117 boys) who were selected through the multistage random sampling method; A self-designed questionnaire was prepared on the basis of the specified goals of study, and its validity and reliability were confirmed. The questionnaire was filled out in two stages, before and after the intervention. The obtained data were analyzed by SPSS 20 software, descriptive statistics & T-test, Pearson and Spearman correlation statistical tests at the significant level of α=0.05.

Findings: The mean of the total score of the students' knowledge about risk factors of Cardiovascular Diseases was 12.95±4.18 before the intervention and 23.85±4.48 after the intervention ($p<0.001$). The mean of the student' attitude also increased from 68.10±9.21 to 82.44±8.27 ($p<0.001$). The mean of all model constructs (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy and cues to action) before and after the intervention showed significant difference ($p <0.001$).

Conclusion: The results of this study, verifies the effectiveness of educational interventions based on health belief model to promote level of knowledge and the effect on students' perceived susceptibility ,perceived severity, perceived benefits, perceived barriers ,perceived self-efficacy and cues to action in relation to heart disease and their prevention methods. Therefore, to improve the cardiovascular protective behaviors and ultimately, prevention of being infected with these diseases at older ages, applying educational program based on this model should be considered as an educational priority in schools by authorities and managers of education and health.

Key Words: Knowledge, Attitudes, Education, Cardiovascular Disease, Health Belief Model

Citation: Mardanian Dehkordi L, Kahangi L. S. **Relationship between structural and contextual dimensions in organizational structure of ZahedanKhatamolanbia hospital.** J Health Syst Res 2015; 11(2): 239-249

Received date: 07.12.2013 **Accept date: 23.09.2014**

1. Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences,Isfahan, Iran
2. MSc Student, Department of Clinical Psychology, Ahvaz Branch, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
3. MSc Health Education, Department of Public Health, and Infectious and Tropical Diseases Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
4. PhD Student in Health Education & Health promotion, Faculty of Health, Student's Research Committee, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. PhD Student in Health Education & Health promotion, Expert of Health Affairs, Izeh Health Center,Ahvaz Jundishapur University of Medical sciences, Ahvaz, Iran (Corresponding Author): Email: Aidin_salahshoori@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-15]