

بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکردهای پیش‌گیری‌کننده از کشیدن سیگار در دانش‌آموزان اول دبیرستان

دکتر غلامرضا شریفی راد^۱، دکتر محمد مهدی هزاوه‌ای^۱، اکبر حسن زاده^۲، عبدالباسط دانش آموز^{۳*}

۱- دانشیار، عضو هیئت علمی گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- عضو هیئت علمی گروه خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

تاریخ دریافت ۸۵/۱/۳۰، تاریخ پذیرش ۸۵/۷/۱۹

چکیده

مقدمه: سازمان بهداشت جهانی شیوع سیگار کشیدن را در میان دانش‌آموزان ۱۵ ساله منطقه اروپایی بیش از ۲۴ درصد اعلام نموده است. شاخص مصرف سیگار در کشور ما در افراد بالای ۱۵ سال ۱۱/۹ درصد و در استان محل بررسی، شیوع مصرف سیگار ۱۵/۶ درصد می‌باشد. این تحقیق با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (H.B.M) بر عملکردهای پیش‌گیری‌کننده از کشیدن سیگار در بین دانش‌آموزان انجام شده است.

روش کار: این مطالعه به روش مداخله‌ای (نیمه تجربی) بر روی ۲۴۸ نفر از دانش‌آموزان پایه اول در دبیرستان‌های شهر بوکان (۱۱۹ پسر و ۱۲۹ دختر) انجام گرفته است که به طور تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر ۷۷ سؤال بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و نیز راهنمای عمل و عملکردهای پیش‌گیری‌کننده از کشیدن سیگار) می‌باشد. پس از جمع‌آوری اطلاعات در مرحله اول، نسبت به مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی اقدام گردید و مجدداً در مرحله دوم (پس از مداخله) اطلاعات جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تی با هم مقایسه گردیدند.

نتایج: نتایج نشان داد که میانگین نمره تمامی اجزاء مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت، شدت، منافع درک شده و راهنمای عمل و عملکرد (غیر از موانع درک شده) در گروه آزمون، بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل افزایش معنی‌داری داشت. همچنین همه میانگین‌های نمره عوامل مدل بعد از مداخله آموزشی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌دار داشته است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این تحقیق نشان داد که با افزایش میانگین نمره اجزاء مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت، شدت و منافع درک شده، میانگین نمره اتخاذ عملکردهای پیش‌گیری‌کننده از کشیدن سیگار نیز افزایش می‌یابد. لذا نتایج این تحقیق، تأثیر و کارایی مدل اعتقاد بهداشتی را در اتخاذ عملکردهای پیش‌گیری‌کننده از کشیدن سیگار تأیید می‌کند.

واژگان کلیدی: آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی، سیگار کشیدن، دانش‌آموزان دبیرستان

*نویسنده مسئول: آذربایجان غربی، بوکان، خیابان سردار عزیز خان مکرری (اول ورودی اسلام آباد) ستاد مرکزی بهداشت

مقدمه

استعمال دخانیات از جمله مشکلات همه جانبه بشر متمدن امروز است. مرگ زودرس قابل پیش‌گیری میلیون‌ها نفر از افراد آموزش دیده و مهارت یافته در سنین دارای حداکثر بازدهی، یک ضایعه همگانی و فراتر از حدود ملی است. بسیاری از افراد غیر سیگاری از مواجهه ناخواسته با دود دخانیات و هم‌چنین خطر توسعه و پیشرفت بیماری‌های ناشی از آن رنج می‌برند (۱). در حال حاضر در کل جهان حدود یک میلیارد سیگاری وجود دارد که برآورد شده است تا سال ۲۰۳۰ یک میلیارد نفر دیگر از بزرگسالان جوان‌تر شروع به کشیدن سیگار خواهند کرد. ۴۷ درصد مردان و ۱۲ درصد زنان در جهان سیگار می‌کشند (۲). سازمان جهانی بهداشت، شیوع سیگار کشیدن را در میان دانش‌آموزان ۱۵ ساله بیش از ۲۴ درصد اعلام نموده است (۳). شاخص مصرف سیگار در کل کشور در افراد بالای ۱۵ سال ۱۱/۹ درصد بوده که روزانه به طور میانگین هر کدام ۱۳/۲ عدد سیگار مصرف کرده‌اند (۱۲/۷ درصد در شهر و ۱۴/۱ درصد در روستا) و در استان محل انجام این تحقیق (آذربایجان غربی) شیوع مصرف سیگار با ۳/۷ درصد افزایش نسبت به متوسط کشوری به ۱۵/۶ درصد (در شهر ۱۵ و در روستا ۱۶/۳ درصد) رسیده است (۴). تا پایان قرن بیستم مصرف دخانیات حدود ۶۲ میلیون نفر (۵۲ میلیون مرد و ۱۰ میلیون زن) را در کشورهای توسعه یافته از بین برده است که حدود نیمی از این مرگ‌ها در سنین ۳۵ تا ۶۹ سالگی اتفاق افتاده است (۱). سالیانه ۵۰ هزار نفر در ایران به علت عوارض استعمال دخانیات فوت می‌کنند (۵).

سراجه مصرف سیگار برای افراد ۱۵ سال و بالاتر در ایران ۹۳۰ نخ در سال برآورد شده است (۵) و جمعیت ایران بنا به برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۳ حدود ۷۱ میلیون نفر خواهد بود که از این تعداد ۳۵ درصد شان زیر ۱۵ سال سن دارند. اگر بهای هر نخ سیگار را حداقل ۱۰ تومان

محاسبه کنیم، هزینه سالیانه مصرف سیگار چهارصد و بیست و نه میلیارد و یکصد و نود و پنج میلیون تومان خواهد بود. آموزش بهداشت بدون برنامه کوششی بهبود یافته یا کم اثر خواهد بود (۶) و انتخاب یک مدل آموزشی برنامه را در مسیر صحیح آغاز و آن را در جهت حرکت صحیح نگه می‌دارد (۷). الگوی اعتقاد بهداشتی به عنوان یک مدل فردی مطالعه رفتار بهداشتی که در دهه ۱۹۵۰ میلادی توسط هوک‌بام و روزن استاک در آمریکا پایه‌ریزی (۸) و سپس توسط بیکر و مای من در سال ۱۹۷۴ برای بالا بردن کارایی آن اصلاح گردید (۹)، در این مطالعه به عنوان الگوی مورد استفاده به کار گرفته شده است. در بررسی پژوهش‌های انجام شده بر اساس این الگو، شرکت در عکس‌برداری سینه برای غربال‌گری سل با دو متغیر به هم وابسته درک مستعد بودن برای بیماری و فواید درک شده، رابطه قوی داشت (۸). انتخاب استراتژی آموزشی مناسب در بررسی اسکندریه مصر بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی امکان تعدیل موانع درک شده جهت خود آزمایی پستان دانشجویان دختر را فراهم آورد (۱۰). هم‌چنین مداخله آموزشی بر اساس H.B.M باعث بهبود وضعیت بدنی دانش‌آموزان تهرانی گروه آزمون گردید (۱۱). نتیجه بررسی ورامین بیان‌گر تغییر قابل ملاحظه در رفتارهای پیش‌گیری کننده از کشیدن سیگار در سربازان گروه آزمون بود (۵). بر اساس این مدل برای اتخاذ عملکردهای پیش‌گیری کننده از کشیدن سیگار، افراد باید نخست در برابر مسئله (ابتلاء به سیگار کشیدن یا مواجهه با دود آن) احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)؛ سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن در ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی خود را درک کنند (شدت درک شده)؛ با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کنند (راهنماهای عمل)، مفید و قابل اجراء بودن برنامه پیش‌گیری از کشیدن سیگار را باور نمایند (منافع درک شده) و عوامل باز دازنده از اقدام به این عمل را نیز کم هزینه‌تر از

درک شده عبارتند از: مطلوب‌ترین حالت = ۲، بدترین حالت = ۰ و نظری ندارم = ۱. در خصوص موانع درک شده بر مبنای قرارداد به مطلوب‌ترین حالت که همان «کاهش ادراک موانع» بود نمره «دو» اختصاص یافته و نمره «صفر» به بدترین حالت یعنی «افزایش ادراک موانع» و این که فرد به دلیل این محدودیت‌ها به انجام عملکرد پیش‌گیری کننده اقدام نمایند، داده شده و مانند سایر عوامل نمره «یک» مخصوص حالت «نظری ندارم» می‌باشد. بنابراین افزایش میانگین نمره «موانع درک شده» به معنی افزایش میانگین تعداد پاسخ‌های «مخالقم» در پرسش‌نامه بوده و از مخالفت فرد با مانع در برابر عملکرد پیش‌گیری کننده که در سؤال ذکر گردیده، حکایت می‌نماید. در این مطالعه نمره متغیر «راهنمای عمل» بر روی یک طیف شامل صفر (بی‌تأثیر)، یک (تأثیر کم) و دو (تأثیر زیاد) در نظر گرفته شده است که مطلوب‌ترین حالت پذیرفتن تأثیر زیاد از راهنماهای عمل یعنی نمره دو می‌باشد. نمره «عملکرد» دارای دو وضعیت «بلی» و «خیر» است که اقدام و عدم اقدام به عملکرد پیش‌گیری کننده را می‌رساند. برای اقدام به عمل (بلی) نمره «یک» و برای عدم اقدام به عمل (خیر) نمره «صفر» در نظر گرفته شده است. در این بررسی بر مبنای چهارچوب الگو، آگاهی به طور اختصاصی و مستقیم اندازه‌گیری نشده است بلکه تغییرات عوامل گرایشی الگو که ناشی از تغییر در میزان آگاهی‌ها و عوامل تسهیل‌گر الگو مانند متغیرهای جمعیت‌شناختی، اجتماعی و ساختاری و نیز جزء راهنمای عمل می‌باشد، اندازه‌گیری شده است. برنامه مداخله آموزشی که بر مبنای محتوای آموزشی طراحی شده بر پایه الگوی اعتقاد بهداشتی و هدف کلی تحقیق یعنی افزایش میزان آگاهی، گرایش نسبت به محتوای آموزشی و ایجاد و تقویت عملکردهای پیش‌گیری کننده از کشیدن سیگار در گروه آزمون و اهداف اختصاصی در سه حیطه شناختی، نگرشی و عملکردی تدوین شده بود، طی ۴ جلسه آموزشی (هر هفته یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) در محل کلاس‌های درسی گروه

فوائد آن بیابند (موانع درک شده) تا در نهایت به عملکرد پیش‌گیری کننده از کشیدن سیگار اقدام کنند. این مطالعه هدف سنجش تأثیر آموزش بهداشت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی عملکردهای پیش‌گیری کننده از کشیدن سیگار دانش‌آموزان دبیرستان را دنبال می‌کند.

روش کار

این مطالعه از نوع مداخله‌ای (نیمه تجربی) بوده و بر روی ۲۴۸ نفر از دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان (۱۱۹ پسر و ۱۲۹ دختر) با میانگین سنی ۱۵ سال انجام گرفته است. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شده است که جهت انجام کار، به شکل تصادفی از ۱۷ دبیرستان شهر بوکان (۹ دبیرستان پسرانه و ۸ دبیرستان دخترانه)، ۴ دبیرستان پسرانه و ۴ دبیرستان دخترانه انتخاب و سپس به شکل تصادفی ۴ دبیرستان برای گروه آزمون (۲ دبیرستان پسرانه و ۲ دبیرستان دخترانه) و ۴ دبیرستان برای گروه شاهد (۲ دبیرستان پسرانه و ۲ دبیرستان دخترانه) انتخاب گردیدند و در مرحله آخر به روش تصادفی در هر دبیرستان منتخب، یک کلاس اول برگزیده شد. برای سنجش، پرسش‌نامه طراحی شده بر اساس موضوع و مدل اعتقاد بهداشتی شامل ۷۷ سؤال، در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به کار گرفته شد. متغیرهای مورد اندازه‌گیری شامل ۱۲ متغیر مستقل زمینه‌ای یادموگرافیک با ۱۴ سؤال (سن، وضعیت تحصیلی، جنس، محل سکونت، والدین زنده، سرپرست، سن سرپرست، تحصیلات سرپرست، درآمد سرپرست، سابقه سیگار سرپرست، سیگاری بودن فعلی سرپرست و دلایل ترک ناموفق سیگار سرپرست) و متغیرهای مربوط به کشیدن سیگار شامل حساسیت درک شده ۹ سؤال، شدت درک شده ۱۰ سؤال، تهدید درک شده، منافع درک شده ۱۱ سؤال و موانع درک شده ۹ سؤال، تأثیر راهنماهای عمل در اتخاذ عملکردهای پیش‌گیری کننده از کشیدن سیگار ۱۲ سؤال و عملکردهای پیش‌گیری کننده از کشیدن سیگار ۱۲ سؤال، بودند. نمره قراردادی عوامل حساسیت، شدت، تهدید و منافع

اطلاعات موردی پاسخگویان و ارسال یک نسخه از گزارش نهایی کار به آموزش و پرورش رعایت شده است.

نتایج

نتایج نشان می‌دهد میانگین نمره تهدید درک شده گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته است (به ترتیب ۱/۵۵ و ۱/۴۶، $p=0/04$). اما تفاوت معنی‌داری در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله ملاحظه نگردید (به ترتیب ۱/۴۱ و ۱/۴۲). از طرف دیگر میانگین نمره تهدید درک شده دو گروه آزمون و شاهد در مرحله قبل از مداخله (به ترتیب ۱/۴۶ و ۱/۴۱) با هم تفاوت معنی‌داری نداشت، اما بعد از مداخله افزایش معنی‌داری داشته است (به ترتیب ۱/۵۵ و ۱/۴۲، $p=0/002$).

آزمون اجراء گردید. شیوه‌های تدریس شامل سخنرانی، طرح سوال کلاسی، کار گروهی، مطالعه جزوه در منزل، بحث مشارکتی و مسابقه انگیزشی و آموزش بستگان برای یادگیری مطالب بوده است. روایی پرسش‌نامه تحقیق با هماهنگی انجام شده با اساتید و مشاور آماری و استفاده از سایر تحقیقات و با تکمیل آن در یک کلاس اول دبیرستان پسرانه (محاسبه آزمون آماری آلفا کرونباخ ۷۷ درصد)، تعیین شد. در این تحقیق داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی زوج و تی مستقل به تفکیک گروه‌های آزمون و شاهد در دو مرحله قبل و بعد از مداخله مورد تحلیل و مقایسه قرار گرفتند. اخلاق پژوهشی با گرفتن مجوز از سازمان آموزش و پرورش استان و هماهنگی کامل با دبیرستان‌های محل تحقیق و محرمانه نگه داشتن

جدول ۱. میانگین نمره عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکرد در گروه‌های آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله آموزشی

P	گروه				نام متغیر	
	شاهد		آزمون			
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
*	۰/۲۹	۱/۲	۰/۲۶	۱/۲۸	قبل از مداخله	حساسیت درک شده
۰/۰۳۵	۰/۳۵	۱/۲۳	۰/۲۷	۱/۳۳	بعد از مداخله	
		*	*		p	
*	۰/۳۵	۱/۶۱	۰/۳۷۱	۱/۶۱	قبل از مداخله	شدت درک شده
۰/۰۰۳	۰/۴۷	۱/۵۸	۰/۳۶	۱/۷۵	بعد از مداخله	
		*	۰/۰۱۹		p	
*	۰/۲۵	۱/۴۱	۰/۲۵۴	۱/۴۶	قبل از مداخله	تهدید درک شده
۰/۰۰۲	۰/۳۶	۱/۴۲	۰/۲۵۲	۱/۵۵	بعد از مداخله	
		*	۰/۰۴		p	
*	۰/۳۴	۱/۴۷	۰/۳۴	۱/۴۸۶	قبل از مداخله	منافع درک شده
۰/۰۰۰۰۱	۰/۴۳	۱/۳۷۱	۰/۳	۱/۶۵	بعد از مداخله	
		*	۰/۰۰۲		p	
*	۰/۳۶	۱/۲	۰/۳۴۲	۱/۲	قبل از مداخله	موانع درک شده
۰/۰۰۰۰۱	۰/۴۲	۱/۱۳	۰/۳۵	۱/۳۲	بعد از مداخله	
		*	۰/۰۵۶		p	
*	۰/۴۲	۱/۵۱۵	۰/۴۵	۱/۵۴	قبل از مداخله	راهنمای عمل
۰/۰۰۰۰۱	۰/۵۰۷	۱/۴۵	۰/۳۷۳	۱/۷۱۵	بعد از مداخله	
		*	۰/۰۱۲		p	
*	۰/۱۸	۰/۳۶۸	۰/۱۸۸	۰/۴۲۳	قبل از مداخله	عملکرد
۰/۰۰۰۰۱	۰/۲۳	۰/۴۱۵	۰/۲۳۶	۰/۶۲۳	بعد از مداخله	
		*	۰/۰۰۰۰۱		p	

* معنی دار نیست

حاضر تأیید مجددی بر کارآیی این مدل آموزش بهداشتی در تغییر رفتار می‌باشد (۱۲).

یافته‌ها نشان می‌دهند که قبل از انجام مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری میان میانگین نمره عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی وجود ندارد در حالی که بعد از مداخله آموزشی عوامل مذکور به طور معنی‌داری در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش یافته‌اند. هم‌چنین میانگین نمره گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله به طور معنی‌داری در تمامی این عوامل به جز حساسیت درک شده افزایش نشان می‌دهد. البته در خصوص موانع درک شده نیز با وجود افزایش نسبت به قبل از آزمون، معنی‌دار نشده است که در هر دو مورد در معرض آموزش و تبلیغات رسانه‌ای بودن، می‌تواند تا حدودی این نتایج را توجیه نماید. این در حالی است که گروه شاهد در هیچ کدام از عوامل الگو تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمره قبل و بعد از مداخله نشان نمی‌دهد. یافته‌های مذکور نشان‌گر تأثیر آموزش بهداشت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی نمره گرایش‌های بهداشتی فراگیران شامل عوامل نام‌برده الگو می‌باشد.

عدم تفاوت در میانگین نمره حساسیت درک شده در مطالعه هانوی‌نکر و آشاور نیز ملاحظه می‌شود (۱۳). تفاوت در میانگین نمره گروه آزمون بعد از مداخله در مطالعات انجام شده توسط رمضانخانی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیش‌گیری از کشیدن سیگار سربازان و وظیفه در ورامین (۵) و مطالعه کمالی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیش‌گیری از وضعیت بدنی نامناسب دانش‌آموزان تهرانی (۱۱) در تمامی اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی به دست آمده است. مطالعه امل قادری و همکاران بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیش‌گیری از سرطان پستان با خودآزمایی توسط دانشجویان پرستاری در اسکندریه مصر، مؤید افزایش نمره منافع درک شده در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی به شکل معنی‌دار می‌باشد (۱۴). مطالعه غفرانی پور بر اساس الگوی اعتقاد

یافته‌ها بیان‌گر آن است که میان میانگین نمره منافع درک شده گروه آزمون در قبل و بعد از مداخله (به ترتیب ۱/۴۸۶ و ۱/۶۵، $p = 0/002$) با هم تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اما چنین تفاوتی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله (به ترتیب ۱/۴۷ و ۱/۴۴/۳۷۱) وجود ندارد. هم‌چنین میان میانگین نمره منافع درک شده دو گروه آزمون و شاهد در مرحله قبل از مداخله (به ترتیب ۱/۴۸۶ و ۱/۴۷) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد اما بعد از مداخله (به ترتیب ۱/۶۵ و ۱/۳۷۱، $p < 0/00001$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتایج اخذ شده، بیان می‌دارد که میانگین نمره عملکرد گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله نسبت به مرحله قبل از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته است (به ترتیب ۰/۶۲۳ و ۰/۴۲۳، $p < 0/00001$). اما تفاوت معنی‌داری در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله ملاحظه نگردید (به ترتیب ۰/۴۱۵ و ۰/۳۶۸). از طرف دیگر میانگین نمره عملکرد دو گروه آزمون و شاهد در مرحله قبل از مداخله (به ترتیب ۰/۴۲۳ و ۰/۳۶۸) تفاوت معنی‌داری با هم ندارد، اما بعد از مداخله افزایش معنی‌داری داشته است (به ترتیب ۰/۶۲۳ و ۰/۴۱۵، $p < 0/00001$). جدول یک تأثیر آموزش بهداشت بر سایر عوامل الگوی اعتقاد بهداشتی را نشان می‌دهد.

بحث

کاهش رفتارهای مضر برای سلامتی مثل استعمال دخانیات (۱۲)، رفتاری است بهداشتی که به عنوان هدف نهایی آموزش بهداشت مد نظر می‌باشد (۶). مدل H.B.M که در این پژوهش به عنوان چهارچوب اصلی به کار رفته است، مورد استفاده صدها مورد از طرح‌های پژوهشی در آموزش بهداشت قرار گرفته و زمینه مداخلات رفتاری را در بررسی‌ها فراهم کرده است. این مدل توسط متخصصین مختلف (در حوزه‌های مختلف رفتاری) جهت طرح ریزی و ارزیابی مداخلاتی که در تغییر رفتار مؤثرند، مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج مطالعه

بودن سرپرست یا دوستان یا گروه همسالان با عوامل الگو و عملکرد فراگیران بررسی گردد. هم چنین تأثیر اجرای برنامه‌های آموزشی به صورت مستقیم و غیر مستقیم نیز در بالا بردن حساسیت و تهدید درک شده در مطالعات بعدی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

منابع

۱. خواجه دلویی م، مولوی نحوی م. در ترجمه دستور العمل‌های کنترل و پایش همه گیری دخانیات. سازمان بهداشت جهانی (مؤلف)، چاپ اول، تهران، مرکز نشر صدا، ۱۳۸۲.
2. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross country comparison. Tobacco Control 2002;11:252-270.
3. Currie C, et al. Health and health behaviour among young people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;1999 (Health Policy for Children and Adolescents Series, No. 1).
۴. وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری. سیمای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی آذربایجان غربی. تهران، نشر تبور، ۱۳۸۱، ص ۷۳.
۵. رمضانخانی ع، حیدرنیا ع ر، غفرانی پور ف. سنجش تأثیر آموزش بهداشت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر آگاهی و رفتارهای پیش‌گیری کننده از مصرف سیگار. پایان نامه دکتری آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، سال ۱۳۷۸.
۶. شفیعی ف، آذرگشب ا. در ترجمه آموزش بهداشت. رامچاندرا، دارمالیگام ت (مؤلفین). چاپ چهارم، تهران، موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، ۱۳۸۳.
۷. نوری ک، شجاعی زاده د. آموزش سلامت و تغییر رفتار. چاپ نخست، تهران، نشر نشانه، ۱۳۸۳.
۸. شفیعی ف. در ترجمه رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت تئوری، پژوهش و عملکرد. کارن گلانز، فرانسیس م لوئیس، باربارا رایمرک (مؤلفین). جلد ۱، چاپ اول، تهران، انتشارات لادن، ۱۳۷۶.

بهداشتی در پیش‌گیری از تب مالت نیز نشان داد که عوامل الگو بعد از مداخله آموزشی افزایش معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله نشان می‌دهند (۱۵).

در مطالعه حاضر میانگین نمره عملکردهای پیش‌گیری کننده قبل از انجام مداخله در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌دار آماری را نشان نمی‌دهد اما بعد از انجام مداخله آموزشی این تفاوت به شکل معنی‌داری مشهود است. هم چنین میانگین نمرات عملکرد در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به طور معنی‌دار افزایش یافته است. مطالعه رمضانخانی (۵) و مطالعه کمالی (۱۱) یافته‌های مذکور را تأیید می‌کنند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دشواری اندازه‌گیری عملکرد به دلیل استفاده از روش خود ابرازی (پرسش‌نامه)، مانند سایر تحقیقات مشابه، محدودیت زمانی اجراء به دلیل تقارن با امتحانات دانش‌آموزان و عدم امکان جدا کردن دانش‌آموزان سیگاری یا دارای والدین سیگاری از سایرین اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که متغیر مستقل آموزش بهداشت بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیش‌گیری از کشیدن سیگار در دانش‌آموزان دبیرستان، تأثیر معنی‌داری را در میانگین نمره اجزاء الگوی اعتقاد بهداشتی شامل متغیرهای وابسته گرایشی و راهنمای عمل و نیز متغیر نهایی عملکردهای پیش‌گیری کننده از کشیدن سیگار نشان می‌دهد. بنابراین لازم است متولیان آموزش و پرورش با اتخاذ برنامه‌های آموزشی در جهت ایجاد عملکردهای مناسب پیش‌گیری از کشیدن سیگار اقدام نمایند.

پیشنهاد می‌شود برای افزایش میزان تأثیر آموزش بهداشت از مدل‌های مطالعه رفتاری جهت طراحی مداخله آموزشی استفاده شود و در مطالعات بعدی رابطه سیگاری

9. Naidoo J, Wills J. Health promotion foundations for practice. second ed. London: Bailyere Tindall ;2000.

۱۰. رخشانی ف، انصاری مقدم ع، عالمی ر. آگاهی، ادراک و عملکرد زنان منطقه بلوچستان در مورد مالاریا. مجله علمی طبیب شرق زاهدان، تابستان ۱۳۸۰، سال سوم، شماره ۱، ص ۹-۱۴.
۱۱. کمالی م، حیدر نیاع. بررسی میزان تأثیر الگوی باور بهداشتی بر وضعیت بدنی دانش آموزان. پایان نامه دوره دکتری آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، سال ۱۳۷۸.
۱۲. پارسی نیاس، حکمت س. در ترجمه برقراری ارتباط برای بهداشت. جان هابلی (مؤلف). چاپ اول، تهران، انتشارات ترمه، ۱۳۷۸.

13. Hanewinkel R, Asshauer M. Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. Health Education Research(Oxford University Press) 2004;19(2).

14. Amal Kadry A, Dalal Aly Mohamed AR, Ibrahim Kamel L. Effect of an educational film on the health belief model and breast self-examination practice. 1997;(3)435-44.
۱۵. غفرانی پور ف. کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از بیماری تب مالت در شهرستان شهرکرد. پایان نامه دکتری آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، سال ۱۳۷۶.

The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students

Sharifi-rad GhR¹, Hazavei MM¹, Hasan-zadeh A², Danesh-amouz A³

Abstract

Introduction: World health organization has proclaimed the prevalence of smoking among 15 years old European region students, more than 24 percent. The cigarette smoking indicator in our country among over 15 years old individuals is 11.9 percent and in the province under survey is 15.6 percent. This research has been performed in order to study the effect of health education program based on health belief model (H.B.M) on preventive actions of smoking in middle school students.

Materials and Methods: This is a quasi-experimental study, done on 248 students of grade one in middle schools of Boukan city (119 boys and 129 girls) that were randomly divided into experimental and control groups. Data collection tool was a questionnaire including 77 questions based on health belief model (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers to smoking, and cues to action) and preventive actions of smoking. After data collection in the first stage, action was taken with regard to educational intervention and then in the second stage (after the intervention), data was collected again. Data was analyzed using T test.

Results: Results showed that the mean score of all parts of health belief model in experimental group(except for perceived barriers) after educational intervention compared to before intervention was increased significantly and also the mean score of all parts of HBM after intervention was significantly increased in experimental group compared to control group.

Conclusion: The results of this survey show that by increasing the score of health belief model parts; including, perceived susceptibility, perceived severity and perceived benefits, adopting preventive actions of smoking also increases. Therefore, the results of this survey confirm the efficiency of health belief model in adopting preventive actions of smoking.

Key word: Health education, health belief model, smoking, middle school students

1- Associate professor, department of health services, school of health, Isfahan University of medical sciences.

2 - Department of health services, Isfahan University of medical sciences.

3- MSc. of health education, Uremia University of medical sciences.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.