تعیین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی(HBM) در پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در معلمان دبیرستان های پسرانه شهر دهلران

رحمت چتری پور[۱]، داوود شجاعی زاده*[۱]، آذر طل[۱]، کورش سایه میری[۲]

۱) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲) گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹٤/٦/۱۷ تاریخ پذیرش:۹٤/۱۱/۱۹

چکیده

مقدمه: بیماریهای قلبی عروقی علت اصلی ابتلا، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر دنیا هستند. به دلیل اهمیت نقش معلمان در ارتقای سلامت جامعه، مطالعه حاضر با هدف تعیین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از بیماریهای قلبی – عروقی در معلمان دبیرستانهای پسرانه شهر دهلران در سال ۱۳۹۳ انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی, روی ۷۸ معلم دوره اول متوسطه شهر دهلران، که با روش سر شماری انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار تحقیق پرسشنامه حاوی سوالات دموگرافیک و سوالات مربوط به ۶ سازه HBM بود.که روائی آن با استفاده از پانل متخصصان آموزش بهداشت انجام شد؛ جهت تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از سازه ها جداگانه استفاده شد که دامنه آلفاکرونباخ ۶ سازه HBM در این پرسشنامه از۰/۸۹-۰/۶۴ بود. پس از جمع آوری، داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و بهره گیری ازآزمونهای آماری آنالیز واریانس و تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: میانگین BMI معلمین۲۴/۸۴ بود. ۷۵ درصد معلمان کارشناس، ۹۱ درصد متاهل بودند. میانگین نمره راهنماهای برای عمل۰/۳۲±۱/۴۷ و خودکارآمدی ۰/۶۹±۱/۸۴ بود. ارتباط معناداری بین مدرک تحصیلی با شدت درک شده، سابقه کار با خودکارآمدی و شدت درک شده، وضعیت تاهل با منافع درک شده وجود داشت(P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که وضعیت سازه های راهنما برای عمل وخودکارآمدی نامطلوب بودکه این امر بیانگر نیاز به برنامه ریزی برای بهبود خودکارآمدی و راهنماهای برای عمل در معلمان می باشد.

واژه های کلیدی: الگوی اعتقاد بهداشتی، بیماریهای قلبی عروقی, معلمان

* **نویسنده مسئول**: گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: shojae5@yahoo.com

Copyright © 2017 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.35]

مقدمه

بیماری های قلبی عروقی علت اصلی ابتلا، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر دنیا هستند(۱) با وجود پیشرفت های چشمگیری که امروزه در زمینه پیشگیری و درمان بیماری های قلبی عروقی به وجود آمده، هنوز این بیماری ها از علل اصلی مرگ ومیر در دنیا می باشند(۲) در تمام کشورها وجود عوامل خطر بیماری های قلبی- عروقی با بار سلامتی اساسی همراه است(۳) در حقیقت بررسی های نشان داده اند که در کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه از جمله کشور ایران، بیماری های قلبی- عروقی یک مشکل عمده بهداشتی به شمار رفته و ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است(۴) به گونه ای که در ایران بیماریهای قلبی عروقی اولین عامل مرگ و میر هستند و نرخ مرگ ومیر ناشی از این بیماری ها به صورت روند روبه افزایش در کشور ارزیابی شده است(۵) با استناد به گزارش سازمان جهانی بهداشت در ایران ۴۱/۳ درصد کل مرگ های ناشی از بیماری های قلبی عروقی بوده و پیش بینی می شود این میزان تا سال ۲۰۳۰ به ۴۴/۸ درصد برسد(۶،۴).

بروز بیماریهای قلبی عروقی ناشی ازعوامل خطر متعددی می باشند که مهم ترین آن ها اختلالات چربی، فشار خون بالا، سیگار کشیدن، اضافه وزن و چاقی، فعالیت بدنی کم، دیابت و سندرم متابولیک است (۷) که خطر منتسب این عوامل در ایجاد بیماری های قلبی عروقی در ایران شامل: ۲۲درصد به علت کم تحرکی،۲۲درصد ناشی از مصرف سیگار،۱۳درصد به علت مصرف کم میوه و سبزیجات،۶۲ درصد به واسطه فشار خون بالا و ۱۸درصد قابل انتصاب به بالا بودن چربی خون است (برخی از عوامل با یکدیگر همپوشانی دارند)(۸).

در حقیقت یکی از گروه های بزرگ هر جامعه فرهنگیان هستند که از اقشار تاثیر گذار و مرجع جامعه می باشند و در انتخاب موادغذایی و در نتیجه شکل گیری عادات غذایی و همچنین الگوی فعالیت جسمانی دانش آموزان نقش به سزایی دارند در حقیقت آگاهی، نگرش و عملکرد آن ها در هر زمینه ای به طرق مستقیم و یا غیرمستقیم در جامعه منعکس می گردد به این ترتیب اهمیت و نقش مدارس و معلمین در آموزش و تثبیت رفتارهای صحیح بهداشتی و پیشگیرانه از بیماریها ی قلبی عروقی قابل ملاحظه است(۴، ۶، ۹).

از آنجایی که آموزش برنامه ریزی شده بخصوص براساس مدل های آموزشی موجود یکی از اساسی ترین شیوه های پیشگیری، درمان و کنترل بیماریها است و اینکه متخصصان آموزش بهداشت، برای طراحی مداخلات آموزشی، از نظریه ها و الگوهای مناسب در این زمینه استفاده می کنند(۱۰) یکی از الگوهای مناسب به منظور طراحی مداخلات آموزشی الگوی اعتقاد بهداشتی(HBM) است که منحصرا" برای رفتارهای مربوط به سلامت بوجود آمد. ساختارهای این مدل راهنمای ویژه ای را برای برنامه ریزی قسمت مربوط به "چگونگی" مداخلات فراهم می سازد. الگوی اعتقاد بهداشتی دارای ۶ ساختار می باشد و اولین آن ها حساسیت درک شده (باور ذهنی که شخص ممکن است دچار یک بیماری یا حالت زیانباری در نتیجه یک رفتار خاص، گردد) است. دیگر ساختارهای این مدل عبارتند از: شدت درک شده (اعتقاد به وسعت زیان حاصل از ابتلا به یک بیماری یا وضعیت آسیب زای ناشی از یک رفتار خاص)، منافع درک شده(اعتقاد به مزایای روش های پیشنهادی جهت کاهش خطر یا شدت بیماری یا حالت زیانبار ناشی از یک رفتار خاص)، موانع درک شده (اعتقاد مربوط به هزینه های متصور پیگیری یک رفتار جدید)، راهنماهایی برای عمل(نیروی تسریع کننده ای که موجب احساس نیاز فرد به انجام عملی می گردد)، خود کارآمدی (اطمینان فرد به توانایی خود در پیگیری یک رفتار) (۱۱) درطی سال های اخیر الگوی اعتقاد بهداشتی برای تغییر رفتار و پیشگیری از بیماری ها مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است(۱۳،۱۲). بنابر این، مطالعه حاضر با هدف تعیین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از بیماری های قلبی-عروقی در معلمان دبیرستان های پسرانه شهر دهلران در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است، که با هدف بررسی وضعیت سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی به منظور

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.35]

تدوین برنامه های آموزشی مناسب،در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ اجرا شد.

جامعه پژوهش کلیه معلمینی بودند که در زمان جمع آوری داده ها در یکی از دبیرستان های پسرانه دوره اول متوسطه تحت پوشش آموزش پرورش شهر دهلران اشتغال داشتند.

روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت سر شماری بود. به این ترتیب، به تمام معلمین جامعه مورد مطالعه (۸۹ نفر) مراجعه شد و پرسشنامه ها در اختیار معلمینی که مایل به شرکت در مطالعه بودند قرار گرفت که در مجموع ۷۸ نفر معلم از جامعه ۸۹ نفری معلمان مورد مطالعه، در این مطالعه شرکت کردند.

نویسندگان به منظور اطمینان از صحت این پرسشنامه برای مطالعه حاضر اقدام به اعتبار سازی این پرسشنامه به وسیله روایی صوری با کمک ۵ نفر از متخصصان آموزش و ارتقاء سلامت نمودند که پس از تایید نهایی به منظور تعیین پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از سازه ها جداگانه استفاده شد که دامنه آلفاکرونباخ ۶ سازه HBM در این پرسشنامه از۰/۸۹- ۰/۶۴ بود. پرسشنامه مطالعه حاضر مشتمل بر مشخصات دموگرافیک، سوابق تحصیلی و آموزشی معلمان و سوالات مربوط به سنجش سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه پیشگیری از بیماری های قلبی- عروقی بود.

بخش اول شامل ۵ سوال مربوط به سنجش خصوصیات دموگرافیک معلمین مورد مطالعه(سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سابقه کار، وضعیت مسکن) بود، بخش دوم شامل ۶ سوال حساسیت درک شده (مانند: من فرد مقاومی هستم ونیاز به رعایت احتیاطات لازم برای پیشگیری از بیماری های قلب و عروق ندارم، در خانواده من بیمار مبتلا به بیماری قلب وعروق وجود ندارد. پس من در معرض خطر نیستم)، ۶ سوال شدت درک شده (مانند: اگر من به بیماری قلب و عروق مبتلا شوم در بیمارستان بستری خواهم شد. اگر من به بیماری های قلب وعروق مبتلا شوم از انجام کارهای روزانه ام باز می مانم)، ۵ سوال منافع درک شده(مانند: من معتقدم پیشگیری ازبیماریهای قلب و عروق نسبت به درمان آنها پول کمتری می خواهد. من معتقدم رعایت اصول پیشگیری از بیماریهای قلب و عروق در حفظ سلامت افراد موثر است)، ۷ سوال موانع درک شده (مانند: چون ورزش و تحرک بدنی روزانه وقت گیر است من فرصت انجام آن را ندارم. چون قیمت میوه و سبزیجات گران شده است خرید آنها برای من مقدور نیست) ، ۳ سوال راهنماهایی برای عمل (مانند: دربرنامه های تلویزیونی به حد کافی در مورد نحوه پیشگیری از بیماریهای قلب وعروق اطلاعات ارائه می شود. پزشک من درباره پیشگیری از بیماریهای قلب وعروق اطلاعات مورد نیاز را به من ارائه می دهد. هر سوال شامل سه گویه بله، تاحدودی، خیر) و۷ سوال برای سنجش خود کارآمدی (مانند: من می توانم سه بار در هفته وهر بار به مدت حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت جسمانی داشته باشم. من می توانم به توصیه های پزشکی در زمینه پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی عمل نمایم)بود، سوالات حساسیت درک شده، شدت، منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی به صورت لیکرت ۵ گویه ای طراحی شده بودند (کاملا" موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملا" مخالفم). که برای هر سوال به مطلوبترین حالت نمره ۵، بدترین حالت نمره ۱ تعلق گرفت،(مجموع نمرات حاصل از سوالات هر سازه تقسیم بر تعداد سوالات آن سازه بیانگر نمره سازه مربوطه می باشد که برای سازه های حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی حداکثر نمره ۵ و حداقل نمره ۱ و درخصوص سازه راهنما برای عمل حداکثر نمره ۳ و حداقل نمره ۱ می باشد، با این ترتیب نمرات حاصله به صورت درصد بیان شدند). بنابراین وضعیت سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در واحدهای مورد پژوهش براساس نمرات بالای ۷۵ درصد وضعیت خوب، نمرات بین ۷۵ – ۵۰ درصد وضعیت متوسط و نمرات زیر ۵۰ درصد عملکرد ضعیف تلقی شدند. پس از صدور معرفی نامه از سوی دانشگاه علوم پزشکی تهران به آموزش و پرورش شهرستان دهلران، محقق با ورود به مدارس مورد نظر و معرفی خود به افراد و توجیه نمودن ایشان در مورد اهداف پژوهش، در صورت تمایل آن ها برای شرکت در بررسی، نسبت به تکمیل پرسشنامه همراه با رعایت موازین اخلاقی و اطمینان به محرمانه بودن اطلاعات (تکمیل فرم رضایت) اقدام نمود، به این ترتیب پرسشنامه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.35]

های یکسان برای افراد مورد مطالعه به کار گرفته شد، سپس با به دست آمدن داده های اولیه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS16 و آزمون های آنالیز واریانس و تی مستقل داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل شده در قالب مقادیر فراوانی، درصد، میانگین وانحراف معیار گزارش شدند و مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنادار در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش

در این پژوهش که به صورت سر شماری انجام شد از ۷۸ نمونه مورد پژوهش که ۱۰۰ درصد مرد بودند. ۹۱ درصد نمونه ها متاهل و ۹ درصد آن ها مجرد بودند. اکثریت (۷۵ درصد) معلمین دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بودند. میانگین BMI افراد مورد مطالعه ۲۴/۸۹ و اکثریت (۳۹/۷) نمونه های مورد مطالعه در دامنه سنی ۴۵-۴۱ سال قرار داشتند و دامنه سنی آن ها در محدوده ۶۰-۲۰ سال بودند. اکثریت(۸۵ درصد) افراد مورد پژوهش سابقه کار بیش از ۱۰ سال در شغل معلمی داشتند. در این مطالعه ارتباط معناداری بین شدت درک شده با مدرک تحصیلی، سابقه کار و سن، خود کارآمدی با سابقه کار، منافع درک شده با تاهل، وجود داشت (P<۰/۰۵)(جدول شماره۱).

جدول شماره ۱: وضعیت سازه های مدل HBM در معلمان مورد مطالعه

نوع سازه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره کسب شده	بیشترین نمره کسب شده
حساسیت درک شده	۷۸	۴/۰۰	/۸۹	۱/۰۰	۵/۰۰
شدت درک شده	۷۸	۴/۰۲	/۶۴	۲/۳۳	۵/۰۰
منافع درک شده	۷۸	۴/۲۲	/۵۴	۲/۸۰	۵/۰۰
موانع درک شده	۷۸	۳/۷۹	/۷۲	۱/۸۶	۵/۰۰
راهنماهایی برای عمل	۷۸	۱/۴۷	/۳۲	۱/۰۰	۲/۰۰
خودکارآمدی	۷۸	۱/۸۴	/۶۹	۱/۰۰	۴/۴۳

بحث و نتیجه گیری

کاهش رفتارهای مضر برای سلامتی به عنوان هدف نهایی آموزش بهداشت مد نظر می باشد. الگوی اعتقاد بهداشتی (HBM) که در این مطالعه به عنوان چهارچوب اصلی به کار گرفته شد، مورد استفاده طرح های پژوهشی زیادی در آموزش بهداشت قرارگرفته و زمینه انجام اقدامات و مداخلات پیشگیرانه از رفتارهای مضر را در مطالعات فراهم کرده است. این مدل توسط متخصصین مختلف (در حوزه های مختلف رفتاری) جهت طرح ریزی و ارزیابی مداخلاتی که در تغییر رفتار موثرند مورد استفاده قرار گرفته است (۱۵،۱۴). هدف اولیه این پژوهش، تهیه برنامه آموزشی مناسب به منظورکاهش عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی در معلمان مورد مطالعه بود. در حقیقت تحقق اهداف به نحو مطلوب و محدودیت منابع، کارشناسان حوزه سلامت را بر آن داشته که در راستای تدوین برنامه های آموزشی از الگو ها و نظریه های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت استفاده نمایند. یافته های این پژوهش که در میان ۷۸ نفر معلم مرد دبیرستان های پسرانه دوره اول متوسطه تحت پوشش آموزش و پرورش شهر دهلران انجام شد نشان داد که خودکارآمدی و عوامل راهنما کننده در افراد مورد مطالعه در سطح قابل قبولی قرار نداشتند و بین سازه خودکارآمدی با سازه های شدت درک شده، موانع و منافع درک شده ارتباط معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵). مطالعه کریمی نشان داد که خود کارآمدی درک شده بعد از موانع درک شده، مهمترین پیشگویی کننده در انجام رفتارهای پیشگیرانه می باشد(۱۶) نقش خودکارآمدی به عنوان سازه ای مهم برای کاهش رفتارهای پرخطر با بیماری های قلبی- عروقی در مطالعه عابدی و همکاران تایید شده است(۱۲). در حقیقت ضعف خود کارآمدی افراد نسبت به انجام رفتارهای پیشگیرانه از بیماریهای قلبی عروقی در نهایت در مبانی شناختی فرد تاثیر گذاشته و باعث کاهش انجام رفتارهای پیشگیری کننده در خصوص جلوگیری و یا به تأخیر انداختن بروز بیماری های قلبی عروقی می شود (۱۱). بنابراین لزوم توجه به بحث آموزش این گروه از افراد مبتنی بر علم آموزش

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.35]

بهداشت با توجه به بار حاصل از بیماری های قلبی عروقی که به استناد گزارش سازمان جهانی بهداشت در ایران ۴۱/۳ درصد کل مرگ های ناشی از بیماری های قلبی- عروقی است (۶،۴) و نقش تاثیر گذار آن ها در سلامت دانش آموزان مهم به نظر می رسد. همچنین با توجه به اینکه خودکارآمدی درک شده روی انگیزه فرد تاثیر می گذارد و او را به تلاش و مداومت در رفتارهای پیشگیری کننده سوق می دهد (۱۱) بنابراین پیشنهاد می شود مداخلات آموزشی در جهت حفظ و ارتقاء خودکارآمدی و عوامل راهنما کننده در معلمان طراحی و اجرا شود. همچنین نتایج حاصل از مطالعه حاضر در بخش حساسیت درک شده، و شدت درک شده با نتایج حاصل از دیگر مطالعات (۱۷-۲۰)که به نوعی به مطلوب بودن این دو سازه در میان افراد مورد مطالعه اشاره دارد مشابهت داشت. همچنین یافته های مطالعه حاضر نشان داد که نمره سازه منافع درک شده در واحد های مورد پژوهش، از سطح مطلوبی برخوردار می باشند. که این نتیجه با نتایج حاصل از دیگر مطالعات (۱۷،۹-۲۰) هم خوانی دارد. نتایج مطالعه توسلی و همکاران (۱۹) و مبشری وهمکاران (Mobasheri et al. 2014) (۲۱) در مورد منافع درک شده در افراد مورد مطالعه سطح متوسطی را نشان دادند. و در خصوص سازه موانع درک شده که در مطالعه حاضر سطح قابل قبولی داشت با نتایج مطالعه مظلومی و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. نتایج دیگرمطالعات(۲۱،۱۸،۹) سطح متوسطی از موانع درک شده را در افراد مورد مطالعه نشان دادند. پژوهش های قبلی نشان داده است که افزایش میزان آگاهی در مورد پیشگیری از بیماری های قلبی- عروقی به تنهایی برای تغییر رفتار کافی نیست و آموزش متناسب با ویژگی های افراد مورد نیاز است (۱۲). نقطه قابل توجه در این پژوهش آن بود که جهت طراحی و اجرای مداخله آموزشی مناسب، لازم به نظر می رسد با استفاده از الگوها و نظریه های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت نقاط قوت و ضعف افراد مورد مداخله به منظور داشتن مداخله ای موثر شناسایی گردد. سازه خودکارآمدی که یکی از ارکان اصلی الگوی اعتقاد بهداشتی جهت اتخاذ رفتار پیشگیرانه در افراد است و نشاندهنده اطمینان فرد به توانایی خود در پیگیری یک رفتار می باشد (۱۱). وضعیت این سازه در نمونه های مورد مطالعه دارای سطح ضعیفی بود

بنابراین با استفاده از این نتایج و توجه به این موضوع که وضعیت خوب سازه های حساسیت درک شده و شدت درک شده دال بر آگاهی خوب معلمین مورد مطالعه در زمینه پیشگیری از بیماری های قلبی- عروقی می باشد. به این ترتیب در هنگام تدوین برنامه های آموزشی به منظور پیشگیری از بیماری های قلبی- عروقی جهت معلمین مورد مطالعه، بر روی افزایش سطح خودکارآمدی و راهنماهایی برای عمل آن ها توجه بیشتری معطوف گردد تا اینکه موجبات بهبود رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی - عروقی در معلمین مورد مطالعه را افزایش دهد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از اساتید محترم دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره آموزش و پرورش شهرستان دهلران تشکر و قدردانی می شود.

References

1.Kelishadi R, Sadry G, Sarraf Zadegan N, Alikhassy H, Bashardoust N, Ansari R, et al. [Lipid profile and fat intake of adolescents Isfashan healthy heart program-heart health promotion from children]. Koomesh J 2003;4:63-72. (persian)

2.Avazeh A, Jafari N, Mazloomzadeh S. [Knowledge level attitude and performance of women on diet and exercise and their relation with cardiovascular diseases risk factors]. ZUMS J 2010;18:51-60. (persian)

3.Davati A, Alikhah A, Safabakhsh M, Gharebaghi R, Razzaghi MH, Mehri M, et al. [Effects of education on students parents knowledge]. IAU-TMU J 2006;16:35-8. (persian)

4.Imanipour M, Bassampour S, Haghani H. [Relationship between preventive behaviors and knowledge regarding cardiovascular diseases]. HayatJ 2009;14:41-9. (persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.35]

5.Charkazi A, Hassanzadeh A. [The effect of health education intervention based on PRECEDE framework on modification of vegetable oils consumption habits in families under the cover of health centers in Mani Shahr of Khomein]. AMUJ 2011;13:133-42. (persian)
6.Imanipour M, Haghani H. [Knowledge and performance of teachers regarding coronary artery disease prevention and its related factors]. J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwif 2008;18. (persian)
7.Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschireiner E. The perception and knowledge of cardiovascular risk factors among medical students. CMJ 2012;53:278-84.
8.Pourreza B. [Effect of education programs on preschool children their teachers principals and parents cardiovas health]. GUMSJ 2013;22:67-8. (persian)
9.Ghaffari M, Tavassoli E, Esmailizadeh A, Hasanzadeh A. [The effect of education based on health belief model on the improvement of osteoporosis preventive nutritional behaviors of second grade middle school girls in Isfahan]. HSRJ 2011;6:714-23. (persian)
10.Charkazi A, Kochaki GH, Badelah M, Gazi SH, Akrami Z, Bakhsha F. [The effect of education on nurse's staff knowledge, attitude and practice toward hypertension]. GUMSJ 2007; 9:43-8. (persian)
11.Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. Health education and promotion-theories models and methods. Tehran Iran Sobhan Publication. 2012;P.132-4.
12.Abedi P, Huang MSL, Kandiah M, Yassin Z, Shojaeizadeh D, Hosseini M. Lifestyle change using the health belief model to improve cardiovascular risk factors among postmenopausal women. Sci Res J Health Sys Res 2011;7:127-37.
13. Villard LC, Ryden L, Stahle A. Predictors of healthy behaviours in Swedish school children. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil2007;14:366-72.
14.Shahabadi S. The effect education based on health belief model on knowledge and attitude about in the heart-cardiovascular disease in health centers staff kermanshah province. TUMS 2009;111.
15.Sharifirad G, Hazavei MM, Hasanzadeh A, Daneshamouz A. [The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one middle school students]. AMUJ 2007;10:79-86. (persian)
16.Karimi M, Niknami SH. [Self efficacy and perceived benefits/barriers on the Aids preventive behaviourse]. J Kermanshah Uni Med Sci 2011;15:384-92. (persian)
17.Mazloomy S, Mirzaei A, Afkhami AM, Baghiani MM, Fallahzadeh H. [The role of health beliefs in preventive behaviors of individuals at high-risk of type2 diabetes mellitus]. JSSU 2010;18:24-39. (persian)
18.Mehri A, Mohaghegh NM. [Utilizing The health belief model to predict preventive behaviors for heart diseases in the students of Islamic Azad University of Sabzevar 2010]. Toloo-E-Behdasht J 2010;9:21-33. (persian)
19.Tavassoli E, Hasanzadeh A, Ghiasvand R, Tol A, Shojaezadeh D. [Effect of health education based on the health belief model on improving nutritional behavior aiming at preventing cardiovascular disease among housewives in Isfahan]. J Sch Public Health Ins Res2010;8:12-23. (persian)
20.Mainbolagh BL, Rakhshani F, Zareban I, Montazerifar F, Sivaki HA, Parvizi Z. The effect of peer education based on health belief model on nutrition behaviors in primary school boys. JRH 2012;2:214-25.
21.Mobasheri M, Hassanzadeh A, Tavassoli E, Raisi M, Javadzade H. Determination of health belief model structures and health promoting nutritional behaviors in prevention of cardiovascular disease. Life Sci J 2014;11.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.35]

Determining Health Belief Model Constructs to Prevent Cardiovascular Diseases among Teachers of Boys high Schools in Dehloran City

*Chatripour R[1], ShojaeizadehD[1 *], Tol A[1], Sayehmiri K[2]*

(Received: September 8, 2015 Accepted: February 8, 2016)

Abstract

Introduction: All around the world, cardiovascular disease is the main reason of mortality and disability, due to importance of teacher's role in health promotion. This research aimed at determining the Health Belief Model constructs to prevent cardiovascular disease among boys high schools teachers in Deloran in 2014.

Materials & methods: This cross-sectional study performed among 78 of 10th grade teachers in Dehloran city which setected by census sampling method. The research's questionnaire included demographic information and items of six HBM constructs , which its validity has carried out by expert panel of health education. Meanwhile to determine reliability Cronbach's alpha coefficient separately for each component usedand the Cronbach's alpha range was from 0.64-0.89. The collected data analyzed by SPSS version16 using cross suitable statistical tests.

Findings: the average of teachers' BMI was 24.84. seventy five percent of participants were experts and 91% were married. Average score of cues to ation was 1.47 ± 0.32 and self- efficacy was 1.84 ± 0.69 . There was a significant correlation between the perceived suseptibility, job experience with self-efficacy, marital status with perceived benefits ($P<0.05$).

Discussion & conclusions: The results revealed components status had undesirable in cues to action and action and self-efficacy. This important issue indicates the necessity of planning to improve the self-efficacy and cues to action among teachers.

Keywords: Health belief model, Cardiovascular disease, Teachers

1.Dept of Health, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
**Corresponding author Email: shojae5@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.2.35]