

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی باور بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی و عروقی

زهرا کهنوجی^۱، طیبه میرزایی^۲، محمد اسدیپور^۳، سکینه سبزواری^{۴*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۱۹

خلاصه

مقدمه: نظر به اهمیت آموزش به منظور ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی- عروقی، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی باور بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی-عروقی در بهورزان شهرستان رفسنجان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است. این مطالعه در سال ۱۳۹۸ بر روی ۷۹ نفر از بهورزان شهرستان رفسنجان که به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و الگوی باور بهداشتی بود. پرسشنامه‌ها در دو نوبت قبل و بعد از انجام مداخله تکمیل شدند. بعد از انجام پیش‌آزمون، مداخله آموزشی طی چهار جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برای گروه مداخله انجام شد. گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، دقیق فیشر و مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره آگاهی ($p < 0/004$)، حساسیت درک شده ($p < 0/001$)، شدت درک شده ($p < 0/002$)، منافع درک شده ($p < 0/001$)، خود کارآمدی درک شده ($p < 0/001$) و رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی-عروقی ($p = 0/001$) در گروه مداخله پس از انجام مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، آموزش بر پایه الگوی اعتقاد بهداشتی می‌تواند در جهت ارتقای رفتار پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی-عروقی مفید و مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش، رفتار، بیماری‌های قلبی - عروقی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش جامع نگر در نظام سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲- دانشیار، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۳- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۴- دانشیار، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده

مسئول)

پست الکترونیکی: S_Sabzevari@kmu.ac.ir، تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۲۱۹

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی آن دسته از بیماری‌های مزمن هستند که بر خون‌رسانی قلب یا مغز و یا نواحی محیطی بدن اثر می‌گذارند [۱]. بسته به شدت و وسعت بیماری، علائم بالینی از یک بیماری مزمن بدون علامت تا مرگ ناگهانی متفاوت است [۲]. بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده سلامت انسان‌ها شناخته شده‌اند [۳] و در بین بیماری‌های غیر واگیر، یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر در کشورها محسوب می‌شوند به طوری که ۲۳ تا ۴۳ درصد مرگ و میر در جهان را به خود اختصاص داده است [۴].

آمارها نشان می‌دهند که شیوع بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای چین، هند و پاکستان در حال افزایش است [۵]. شواهدی وجود دارد که شیوع این بیماری در ایران نیز رو به افزایش می‌باشد، به طوری که شیوع آن ۲۰ تا ۴۵ درصد افزایش یافته است [۶]. طبق بررسی‌های انجام شده، بیماری‌های قلبی عروقی به طور متوسط باعث تلف شدن ۲۷/۲ درصد از سال‌های عمر افراد می‌شوند [۷].

مطالعات متعدد عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی را سن، جنس، دیابت، کلسترول بالا، فشارخون بالا، مصرف دخانیات، اضافه وزن، چاقی، عدم فعالیت فیزیکی و سابقه خانوادگی عنوان کرده‌اند که بیشتر آن‌ها قابل پیشگیری هستند. در همین راستا نهادهای آموزشی با افزایش آگاهی عموم مردم، یکی از ارکان اساسی برنامه‌های پیشگیری به شمار می‌آیند [۸]. آموزش صحیح و برنامه‌های منظم آموزشی، سنجش آگاهی، نگرش جمعیت هدف و تبیین عناصر مؤثر در فرآیند آموزشی می‌توانند عوامل مهمی در پیشگیری از بیماری‌ها در جامعه باشند. تحقیقات نشان می‌دهند که مؤثرترین برنامه‌های آموزشی بر رویکردهای تئوری محور که از الگوهای تغییر رفتار ریشه گرفته‌اند، مبتنی هستند [۹].

یکی از مدل‌های آموزشی مطرح در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی است (Health Belief Model) [۸]. الگوی باور (اعتقاد) بهداشتی به ما می‌گوید چرا رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده مانند تبعیت از دستورات کنترل عفونت و رعایت احتیاط‌های همگانی اجرا می‌شوند یا نمی‌شوند [۱۰]. این الگوها، در سال ۱۹۵۰ طراحی شده و به تدریج توسعه

یافتند [۱۱]. سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی است [۱۲]. بر اساس این مدل برای اتخاذ عملکردهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی و عروقی، افراد نخست باید در برابر مسئله یعنی ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض آن را در ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی خود درک کنند (شدت درک شده) و با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌نمایند (راهنمای عمل)، قابل اجرا بودن برنامه پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی را باور کنند (منافع درک شده) و رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی و عروقی را کم هزینه‌تر از درمان بیماری‌های قلبی و عروقی ببینند (موانع درک شده) تا در نهایت به عملکرد پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی و عروقی اقدام نمایند [۸]. نتایج مطالعه Tavassoli و همکاران نشان داده است که این الگو می‌تواند به عنوان یک الگوی مناسب برای پیشگیری رفتارهای مرتبط با اختلال سلامت از جمله بیماری‌های قلبی عروقی به کار رود [۱۳].

مطالعاتی چند در ارتباط با بیماری‌های قلبی - عروقی انجام شده است. از آن جمله مطالعه Mehri و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار مشخص نمود که رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در جامعه مورد بررسی در حد متوسط بوده است [۱۴]. در مطالعه Baghiani Moghadam و همکاران که بر روی افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی - عروقی انجام شده است، همبستگی معنی‌داری بین سازه‌های منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی با رفتار پیشگیری کننده وجود داشت [۱۵]. مطالعه‌ای دیگر در این زمینه توسط Azar و همکاران بر روی افراد در معرض خطر انجام گرفت. یافته‌های این تحقیق نشان داد که متغیرهای دموگرافیکی و مرتبط با سلامت و بیماری بر درک موانع و منافع اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی تأثیرگذار می‌باشد [۱۶]. نتایج مطالعه Abedi و همکاران نشان داد که تغییر سبک زندگی با استفاده از الگوی اعتقاد

می‌شود. نظر به نتایج ضد و نقیض کارآیی الگوی اعتقاد بهداشتی در مطالعات مختلف و اینکه تا به حال از این الگو جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در بهورزان استفاده نشده است، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی باور بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در بهورزان شهرستان رفسنجان انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل، جامعه پژوهش را کلیه بهورزان زن و مرد مشغول به کار در خانه‌های بهداشت شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونه با توجه به مطالعات قبل [۱۳] و با استفاده از فرمول حجم نمونه زیر، برای دو گروه، ۷۸ نفر پیش‌بینی شد که با احتساب ریزش نمونه‌ها، ۸۰ نفر در نظر گرفته شد که به صورت تصادفی انتخاب شدند. تصادفی‌سازی بدین ترتیب بود که اسامی مراکز روی کاغذ نوشته شد و با قرعه‌کشی به صورت یک در میان بهورزان هر مرکز در گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند.

$$n = (z_1 + z_2)^2 \times (s_1^2 + s_2^2) / d^2$$

(Z_1) ضریب اطمینان ۹۵٪ که برابر با ۱/۹۶ است. (Z_2) ضریب توان آزمون ۸۰٪ که برابر با ۰/۸۴ است. (S_1 و S_2) برآوردی از انحراف معیار نمره مشترک سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه که تقریباً ۱۶/۷ از ۱۰۰ می‌باشد. (d) حداقل اختلاف میانگین نمره هر یک از سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بین دو گروه که تفاوت معنی‌دار را نشان دهد و ۱۲ نمره از ۱۰۰ در نظر گرفته شده است [۱۳].

پس از شروع مطالعه به علت این که تعداد بهورزان برخی مراکز بیشتر از مقدار تعیین شده در فرمول بود و اینکه حذف بعضی از آن‌ها از لحاظ اخلاقی صحیح نبود و یا ممکن بود بر نتایج مطالعه اثر سوء داشته باشد، تعداد نمونه‌های دو گروه با هم اختلاف پیدا کرد. تعداد افراد در گروه مداخله ۳۶ نفر و در گروه کنترل ۴۳ نفر بود.

پژوهشگر پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و کسب کد اخلاق با شناسه

بهداشتی در کاهش عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی زنان بدون تحرک و کم‌تحرک یا نسه مؤثر بوده است. همچنین، استفاده از این الگو به طور معنی‌داری، میزان چربی‌های خون، قند خون و کالری مصرفی را کاهش داد. اما افزایش میزان آگاهی در این مطالعه مشاهده نشد [۱۷]. مطالعات مختلف در زمینه استفاده از این الگو نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند که گاهی در تناقض با یکدیگر بودند [۱۷، ۱۸]. مطالعه Tsunematsu و همکاران، در مورد استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی در رفتارهای غربالگری سرطان پستان در زنان ژاپن، نشان داد که استفاده از این الگو موجب افزایش رفتارهای غربالگری زنان شد. نویسندگان معتقدند که باید دانش صحیح را با استفاده از این مدل افزایش و موانع را کاهش داد [۱۸]. نتایج مطالعه Shao و همکاران که به منظور بررسی تأثیر الگوی اعتقاد بهداشتی بر باور بیماران، فعالیت فیزیکی و میزان اسید اوریک انجام شد، نشان داد که پس از مداخله بیماران به میزان قابل‌توجهی، بهبود یافته بودند [۱۹]. اما برخی پژوهش‌ها نشان داده است که افزایش میزان آگاهی به روش الگوی باور بهداشتی، برای تغییر رفتار پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی مؤثر نبوده است [۱۷].

با توجه به اینکه در نظام بهداشت و درمان کشور اولین رده نیروی انسانی در صف مقدم ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، بهورزان خانه‌های بهداشت هستند که مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی را بر عهده دارند [۲۰]، چنانچه آموزشی برای این قشر از جامعه صورت گیرد و دوره‌های آموزشی بر اساس نیازهای آموزشی بهورزان طراحی شده باشد، نه تنها بهورزان، بلکه مراجعان به خانه‌های بهداشت نیز از این آموزش‌ها بهره می‌برند و از هدر رفتن سرمایه‌های ملی نیز جلوگیری خواهد شد [۲۱]. بر اساس تجارب تیم تحقیق و مشاهدات صورت گرفته، بهورزان کمتر به این بعد از مشکلات سلامت توجه کرده و در آموزش‌های خود به آن می‌پردازند. با توجه به شیوع بیماری‌های قلبی و نقش اعضای تیم بهداشتی در پیشگیری و با توجه به اینکه بهورزان نقش مهمی در ارائه خدمات سلامت به خصوص در سطح اول و در مناطق دور افتاده را دارند، انجام مطالعه در این گروه با رویکرد بیماری‌های قلبی و استفاده از الگوهای آموزشی احساس

شد [۲۲]. برای جلوگیری از سوگیری، پرسشنامه توسط فردی غیر از محقق و به صورت کدگذاری شده در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار گرفت. بعد از تکمیل پرسشنامه، مداخله آموزشی که بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیشگیری-کننده از بیماری‌های قلبی-عروقی (کلیاتی در مورد بیماری‌های قلبی-عروقی، عوامل مستعد کننده برای بیماری، تأثیرات ورزش، رژیم غذایی و دخانیات بر بیماری و راه‌های پیشگیری از بیماری قلبی و عروقی و...) طراحی گردیده بود برای گروه مداخله اجرا گردید.

جهت اجرای برنامه آموزشی و شرکت بهورزان گروه مداخله در جلسات آموزشی، به وسیله تماس تلفنی با تک تک آن‌ها و ذکر ساعت و مدت حضور در کلاس، هماهنگی لازم با آن‌ها به عمل آمد. البته سعی می‌شد که برگزاری کلاس‌ها در گروه مداخله، هم‌زمان با کلاس‌های توجیهی ضمن خدمت که از طرف مرکز بهداشت اجرا می‌شود، باشد تا شرکت بهورزان در کلاس توجیهی آسان‌تر و در نتیجه ریزش نمونه‌ها کمتر شود. برای گروه مداخله، چهار جلسه ۴۵ دقیقه‌ای ماهانه در مرکز آموزش بهورزی شهرستان رفسنجان به روش سخنرانی، بحث گروهی، ارائه عکس و نمایش فیلم و پرسش و پاسخ با کمک ارائه پاورپوینت و ویدئو پروژکتور آموزش داده شد و در پایان جلسه جزوه راه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی - عروقی در اختیار آن‌ها قرار داده شد (جدول ۱).

IR.KMU.REC.1397.11 و همچنین اخذ مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از مرکز مطالعات و توسعه، اقدام به نمونه‌گیری نمود. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که محقق با مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان رفسنجان، لیستی از بهورزان خانه‌های بهداشت شهرستان رفسنجان تهیه نمود. سپس بهورزانی که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. بدین ترتیب که اسامی بهورزان روی کاغذ نوشته شد و با قرعه‌کشی، به طور یک در میان در گروه کنترل و مداخله قرار می‌گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل یک سال سابقه کاری، شاغل بودن در خانه بهداشت در زمان اجرای پژوهش، رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه شامل فوت یا خروج بهورزان از مطالعه در اواسط مطالعه، ابتلا به بیماری‌های قلبی، سابقه شرکت در پژوهش‌های مداخله‌ای با محوریت الگوی اعتقاد بهداشتی بود.

پس از توضیحات لازم در خصوص اهداف مطالعه، نحوه تکمیل پرسشنامه و جلب اعتماد نمونه‌های پژوهش در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و همچنین کسب رضایت از آن‌ها، پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و الگوی باور بهداشتی در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. برای سنجش وضعیت اقتصادی نمونه‌ها، بر اساس هزینه‌ها و درآمد خانواده، چهار گزینه، خوب، متوسط، ضعیف و بسیار ضعیف در نظر گرفته

جدول ۱- محتوای آموزشی ارائه شده به بهورزان شهرستان رفسنجان (گروه مداخله) در سال ۱۳۹۸

جلسه	محتوای آموزشی
اول	تعریف بیماری‌های قلبی عروقی، کلیاتی درباره دستگاه گردش خون، بیماری‌های قلبی عروقی و عوامل خطر آن، بررسی عوامل خطر در بیماری‌های قلبی و عروقی، تغذیه نامناسب و نقش آن در بروز بیماری‌های قلبی عروقی.
دوم	مصرف دخانیات و نقش آن در بروز بیماری‌های قلبی عروقی، فعالیت بدنی ناکافی و ارتباط آن با بیماری‌های قلبی عروقی، میزان فعالیت بدنی توصیه شده برای سلامت قلب و عروق، اصول تغذیه مناسب در محل کار.
سوم	فشار روانی و روش‌های مقابله با آن، عوامل مولد فشار روانی مرتبط با شغل (استرسورهای شغلی)، فشارخون بالا و نقش آن در بروز بیماری‌های قلبی عروقی.
چهارم	دیابت قندی و ارتباط آن با بیماری‌های قلبی عروقی، چاقی و بروز بیماری‌های قلبی عروقی.

برای ارزیابی تأثیر آموزش در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار

بلافاصله پس از اتمام مداخلات آموزشی، مجدداً پرسشنامه‌ها

آمده از پرسشنامه، بیشتر باشد نشانه این است که حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی، مفیدتر و موثرتر بوده است.

پس از جمع آوری داده ها، ورود اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام گرفت. برای مقایسه دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک از آزمون های مجذور کای، تی مستقل و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای مقایسه میانگین نمره الگوی باور بهداشتی در دو گروه مداخله و کنترل و در هر گروه در قبل و بعد از مداخله، از آزمون های آماری تی مستقل و زوجی استفاده شد. سطح معنی داری در تمام آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

اکثر شرکت کننده ها در این مطالعه زن بودند (۶۰/۸٪). توزیع نمونه ها بر حسب جنسیت در دو گروه مداخله و کنترل یکسان بوده و دو گروه از این نظر با هم همسان بودند (۴۳/۱٪). اکثریت افراد دو گروه متأهل بودند و آزمون آماری مجذور کای اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر وضعیت تأهل نشان نداد. همچنین اکثریت افراد دو گروه از شرایط اقتصادی متوسطی برخوردار بودند. آزمون آماری مجذور کای اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی نشان نداد.

میانگین سن در گروه مداخله $40/63 \pm 8/55$ و در گروه کنترل $40/88 \pm 6/86$ سال بود. آزمون تی مستقل ارتباط معنی دار آماری بین سن افراد دو گروه نشان نداد و دو گروه از لحاظ سن همگن بودند. دو گروه از لحاظ تعداد فرزندان، سابقه کاری و شاخص متابولیسم پایه نیز همسان بوده و تفاوت معنی دار آماری نداشتند (جدول ۲).

گرفت و اطلاعات مربوطه جمع آوری شد. در این مدت هیچ گونه مداخله آموزشی برای گروه کنترل انجام نشد. در نهایت، جزوه راه های پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی - عروقی در اختیار کلیه افراد شرکت کننده در این مطالعه (مداخله و کنترل) قرار گرفت. لازم به ذکر است که محتوای آموزشی از طریق به روزترین توصیه های انجمن قلب آمریکا (American Heart Association) که به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران نیز رسیده، استخراج گردید و توسط تیم تحقیق به بهروزان مورد مطالعه آموزش داده شد [۲۳].

ابزار گردآوری داده ها شامل دو پرسشنامه بود. بخش اول مشخصات دموگرافیک و بخش دوم پرسشنامه الگوی باور بهداشتی، که در مطالعات قلبی، روانی و پایایی آن بررسی شده است. پایایی پرسشنامه سازه های الگوی باور بهداشتی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ و پایایی بخش رفتاری پرسشنامه ۰/۹۲ محاسبه گردیده است [۱]. این پرسشنامه شامل: بخش اول؛ سؤالات آگاهی (۳۵ سؤال)، با گزینه های صحیح (نمره ۲)، نمی دانم (نمره ۱) و غلط (نمره صفر)، با دامنه نمره ۰-۳۵، بخش دوم؛ حساسیت درک شده (۷ سؤال)، شدت درک شده (۶ سؤال)، منافع درک شده (۶ سؤال) و موانع درک شده (۶ سؤال)، با طیف لیکرت پنج گزینه ای از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) به ترتیب با دامنه نمره ۰-۳۵، ۶-۳۰، ۶-۳۰، ۶-۳۰، و سؤالات خودکارآمدی (۶ سؤال) با طیف لیکرت پنج گزینه ای از کاملاً مطمئنم (نمره ۵) تا اصلاً مطمئن نیستم (نمره ۱) با دامنه نمره ۰-۳۰، بخش سوم سؤالات مربوط به رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی - عروقی (۱۷ سؤال) با طیف پنج گزینه ای لیکرت از هرگز (نمره صفر) تا همیشه (نمره ۴) با دامنه نمره ۰-۶۸ بود [۱]. هر چه نمره بدست

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی بهروزان شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸ برحسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	X ²	Df	P
	۳۶ نفر	۴۳ نفر			
جنسیت	مرد ۱۵ (۴۱/۷)	۱۶ (۳۷/۲)	۰/۱۶۳	۱	۰/۴۳۱***

			۲۷ (۶۲/۸)	۲۱ (۵۸/۳)	زن
			۳ (۷/۰)	۳ (۸/۳)	مجرد
۰/۹۶۵*	۱۲	۰/۰۷۰	۳۹ (۹۰/۷)	۳۲ (۸۸/۹)	متاهل
			۱ (۲/۳)	۱ (۲/۸)	بیوه
			۹ (۲۲/۰)	۵ (۱۴/۳)	خوب
			۲۳ (۵۶/۱)	۲۳ (۶۲/۹)	متوسط
۰/۶۱۹*	۳	۱/۷۷۹	۶ (۱۴/۶)	۷ (۲۰/۰)	ضعیف
			۳ (۷/۳)	۱ (۲/۹)	بسیار ضعیف
			میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
P	Df	t			
۰/۲۴۷#	۷۷	-۰/۱۴۱	۴۰/۸۸ \pm ۶/۸۶	۴۰/۶۳ \pm ۸/۵۵	سن (سال)
۰/۱۵۸#	۷۷	۰/۱۶۷	۱/۹۰ \pm ۰/۸۹	۱/۹۴ \pm ۱/۰۹	تعداد فرزندان (عدد)
۰/۲۶۵#	۷۷	۰/۴۱۱	۱۶/۵۳ \pm ۷/۲۸	۱۷/۲۷ \pm ۸/۷۷	سابقه کاری (سال)
۰/۶۰۴#	۷۷	-۰/۴۴۹	۲۷/۳۲ \pm ۶/۴۱	۲۶/۷۴ \pm ۴/۷۰	شاخص توده بدنی

***آزمون دقیق فیشر، *آزمون کای اسکوئر، #آزمون تی مستقل. چون دو نفر از افراد گروه کنترل به آیت وضعیت اقتصادی پاسخ ندادند تعداد گروه کنترل ۴۱ نفر می‌باشد.

عروقی در گروه مداخله پس از انجام مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بالا رفته است (جدول ۳). همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، خود کارآمدی درک شده و رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در گروه مداخله پس از انجام مداخله نسبت به قبل از آن، به طور معنی‌داری افزایش داشته است (جدول ۳).

طبق داده‌های جدول ۳ تنها متغیرهای حساسیت درک شده و منافع درک شده در قبل از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌دار داشته است و سایر متغیرها و رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در دو گروه، تفاوت آماری معنی‌داری را نشان ندادند. نتایج نشان داد که میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، خود کارآمدی درک شده و رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی -

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره الگوی باور بهداشتی بهورزان شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۸ قبل و بعد از مداخله

P	بعد از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	قبل از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	نام گروه	سازه
۰/۰۰۱*	۶۹/۰۵ \pm ۲/۵	۵۹/۶۱ \pm ۷/۲۳	مداخله	آگاهی
۰/۵۵۸	۶۱/۴۶ \pm ۴/۹۷	۶۰/۷۴ \pm ۶/۲۶	کنترل	
	۰/۰۰۴*	۰/۴۱		P
۰/۰۰۱*	۳۴/۳۳ \pm ۲/۹	۳۰/۶۳ \pm ۲/۵۸	مداخله	حساسیت درک شده
۰/۱۶۳	۲۷/۹۷ \pm ۴/۱۶	۲۹/۰۲ \pm ۳/۴۳	کنترل	
	۰/۰۰۱*	۰/۰۵		P
۰/۰۰۱*	۲۹/۰۸ \pm ۲/۶۹	۲۵/۸۸ \pm ۲/۸۵	مداخله	شدت درک شده
۰/۰۰۱*	۲۴/۰۰ \pm ۳/۷۹	۲۶/۶۷ \pm ۳/۴۱	کنترل	
	۰/۰۰۲*	۰/۲۵۴		P

۰/۰۰۱*	۲۹/۲۲±۲/۴۵	۲۴/۶۱±۳/۳۶	مداخله	موانع درک شده
۰/۳۱۶	۲۲/۶۰±۳/۴۶	۲۳/۰۹±۴/۱۴	کنترل	
	۰/۰۷	۰/۹۷۸		P
۰/۰۴۱*	۲۹/۴۱±۱/۶۹	۲۸/۳۸±۲/۵۳	مداخله	منافع درک شده
۰/۰۶۰	۲۶/۱۶±۳/۳	۲۷/۳۴±۲/۸۱	کنترل	
	۰/۰۰۱*	۰/۰۵		P
۰/۰۰۱*	۳۴/۵۵±۱/۵۷	۲۹/۹۷±۳/۶۲	مداخله	خود کارآمدی
۰/۰۰۸*	۲۷/۶۰±۵/۰۸	۳۰/۲۳±۳/۷۷	کنترل	
	۰/۰۰۱*	۰/۶۰۴		P
۰/۰۰۱*	۶۶/۴۱±۵۷/۰۱	۵۰/۷۲±۷/۸۶	مداخله	رفتار پیشگیری کننده از
۰/۰۰۳*	۴۴/۲۰±۸/۹۷	۴۸/۶۵±۱۰/۱۱	کنترل	بیماری‌های قلبی
	۰/۰۰۱*	۰/۱۳۹		P

آزمون تی زوجی، * ۰/۰۵ < p اختلاف معنی دار

در بعد موانع درک شده، هم‌راستا با نتایج Nielsen و همکاران، نمرات بیماران تغییرات مختصری را در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد که از نظر آماری این تغییرات معنی دار نبود. این نتیجه، احتمالاً به دلیل کاهش پیگیری‌ها و برگشت افراد به سبک زندگی قبلی خود بوده است و یا شاید تغییر رفتار در نتیجه آموزش برای موانع درک شده، ناچیز بوده و نیاز به زمان آموزش بیشتری می‌باشد [۲۷]. نتایج مطالعه Babaei و همکاران نشان داد که پس از مداخله آموزشی، موانع درک شده در گروه مداخله به طور معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل بهبود یافته است [۲۸] که با نتایج تحقیق حاضر متناقض است. در توجیه این تناقض می‌توان به متفاوت بودن نمونه‌های دو گروه و همچنین متفاوت بودن محیط انجام مطالعات اشاره کرد.

بررسی‌ها نشان می‌دهند چنانچه موانع درک شده بر منافع درک شده غالب آیند، احتمال بروز رفتار کمتر می‌شود [۱]. در واقع، شناخت موانع درک شده برای رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی و کاهش آن‌ها می‌تواند به ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران و چگونگی برنامه‌ریزی خدمات آموزشی برای افراد به منظور تغییر در رفتار آن‌ها کمک نماید [۱]. در خصوص حساسیت درک شده، یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه Çapik و همکاران همخوانی دارد [۲۹]. همچنین،

بر اساس نتایج این مطالعه میانگین نمره شدت درک شده، خود کارآمدی درک شده و رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در گروه کنترل پس از انجام مداخله نسبت به قبل از آن، به طور معنی‌داری کاهش یافته بود اما بقیه متغیرها تفاوت چندانی نداشته‌اند (جدول ۳).

بحث

نتایج نشان داد که میانگین نمره آگاهی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش یافته است. این یافته با نتایج مطالعات Amodeo و همکاران [۲۴] همسو است. افزایش میانگین نمره آگاهی در گروه مداخله بسیار بارز و مهم تلقی می‌شود، زیرا داشتن آگاهی در خصوص بیماری‌های قلبی - عروقی، عوامل خطر این بیماری و راه‌های پیشگیری، به عنوان پیش نیاز جهت ایجاد نگرش صحیح در خصوص بیماری‌های قلبی - عروقی و اتخاذ رفتار مناسب در نظر گرفته می‌شود [۲۵].

همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد منافع درک شده بعد از انجام مداخله آموزشی در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری دارد. افزایش نمره منافع درک شده بعد از آموزش با نتایج مطالعه Zainali و همکاران [۱] و ShojaFard و همکاران [۲۶] همخوانی دارد.

می‌تواند در جهت ارتقاء رفتار پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی مفید عمل کرده و مؤثر واقع شود.

علت تأثیر برنامه حاضر، شاید این امر باشد که سعی شد از طریق آموزش مبتنی بر الگوی بهداشتی، نیازهای بهداشتی بهورزان به آن‌ها شناسانده شود و متناسب با آن نیازها، محتوا و راهبردهای آموزشی انتخاب گردد. این پژوهش همچنین نشان می‌دهد که باید برنامه‌های آموزشی در جهت بارور نمودن ذهن بهورزان نسبت به ابعاد آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و خودکارآمدی درک شده صورت پذیرد که در این میان آموزش‌های ارائه شده از طریق کارگاه‌های آموزشی و کلاس‌های ضمن خدمت، از مهم‌ترین منابع اطلاعاتی برای بهورزان می‌باشند.

از دید کلی می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌ریزی‌های آموزشی منسجم و بر پایه نیاز مخاطبین، در هر زمان مهم‌ترین سلاح در جهت پیشگیری است. بنابراین تمام کارکنان در بخش بهداشتی و درمانی بایستی مداخلات خود را بر پایه این اصل قرار دهند و آموزش را به عنوان پرچم‌دار تلاش‌های خود مد نظر داشته باشند. تحقق این امر بایستی ما را به جستجوی راه‌حل‌های عملی در جهت کنترل و پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی هدایت نماید و در این میان افزایش سطوح آگاهی و عملکرد در بهورزان به‌واسطه آموزش، امری بدیهی است و مستلزم اقدامات و برنامه‌ریزی‌های گسترده در سطح جامعه می‌باشد.

قابل ذکر است که در هیچ یک از مراحل این پژوهش، ریزش نمونه‌ها وجود نداشت اما در بخشی از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک که مربوط به وضعیت اقتصادی بهورزان بود، یک نفر از گروه مداخله و دو نفر از گروه کنترل، از جواب دادن به این متغیر، خودداری کرده بودند. از آنجا که پرسشنامه توسط فردی غیر از محقق و به صورت کدگذاری شده از نمونه‌ها دریافت شده بود، امکان اصلاح متغیر اقتصادی مربوط به این سه نمونه، میسر نبود.

عدم تمایل بعضی از بهورزان برای شرکت در مطالعه، محدودیت این پژوهش بود که ضمن آزاد بودن واحدهای پژوهش برای شرکت در مطالعه، سعی می‌شد که کلاس‌های آموزشی مربوط به این پژوهش، هم‌زمان با کلاس‌های ضمن

نتایج این بخش از مطالعه با نتایج تحقیق Karimy و همکاران که از مدل اعتقاد بهداشتی جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری - کننده از تب مالت در زنان روستایی استفاده کرده بودند [۳۰] و Motamedi و همکاران [۳۱] هم‌راستا بود.

همچنین بخش دیگری از نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی درک شده و رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در گروه مداخله، بعد از مداخله نسبت به قبل از آن، به طور معنی‌داری بهبود یافته است. هم‌راستا با نتایج ذکر شده، نتایج مطالعه Baghianimoghadam و همکاران نشان داد که میانگین نمره متغیرهای آگاهی، حساسیت درک شده، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی به طور معنی‌داری در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود [۳۲]. افزایش میانگین نمره شدت درک شده افراد در این مطالعه با نتایج مطالعه Yousafzai و همکاران [۳۳] همسو می‌باشد.

سازه دیگر الگوی اعتقاد بهداشتی، خودکارآمدی درک شده است. وجود اختلاف معنی‌دار بین میانگین نمره خودکارآمدی بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از آن در گروه مداخله، حاکی از تأثیر مثبت آموزش بر بهبود خودکارآمدی و ارتقای رفتارهای محافظت‌کننده در گروه مداخله است. این نتایج با مطالعه Mehri و همکاران [۳۴] همخوانی دارد.

در واقع سازه خودکارآمدی از این جهت که می‌تواند ارتباط قوی با بروز رفتار داشته باشد، مقدمه انجام یک رفتار است. زیرا تنها دانستن این که فرد بایستی چه کاری انجام دهد و دانستن علل آن رفتار، برای او کافی نمی‌باشد بلکه باید خود را برای انجام آن رفتار خاص توانا بداند [۳۵].

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که قبل از مداخله، علی‌رغم اهمیت رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های قلبی - عروقی در بهورزان، وضعیت آگاهی آن‌ها در سطح قابل قبولی نبود، که نیاز به اجرای مداخلات آموزشی در این زمینه را چندین برابر می‌کند. بخش دیگری از نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش بر پایه الگوی اعتقاد بهداشتی

بهورزان گروه مداخله و به دنبال آن افزایش رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی - عروقی در این گروه است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بهورزان مرکز بهداشت شهرستان رفسنجان که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری کردند و همچنین از مسئولین مربوطه در مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تقدیر و تشکر می شود.

خدمت بهورزان باشد و همچنین با توضیح اهداف پژوهش سعی شد همکاری آن ها جلب گردد. با توجه به اینکه داده های این پژوهش از یک شهرستان جمع آوری شده اند، در تعمیم نتایج آن به سایر مناطق باید احتیاط شود. پیشنهاد می گردد به منظور ارتقای سطح سلامت کادر بهداشتی درمانی، مطالعاتی به صورت آموزش با استفاده از سایر امکانات آموزشی مشابه، استفاده شود تا بتوان به نحو بهتر و مؤثرتری اثر این نوع مداخله ها را بر سطح سلامتی افراد بررسی نمود.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاضر نشان دهنده تأثیر

مثبت برنامه آموزشی طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر بهبود میزان حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی در

References

- Zainali M, Asadpour M, Aghamolaei T, EsmailiNadimi A, Farshidi H, Ghanbarnejad A. Effect of educational intervention based on health belief model to promote preventive behaviors of cardiovascular disease in people with normal angiographic results. JPM 2015; 1(2):1-12. [Persian]
- Malani P. Harrison's principles of internal medicine. 8th ed. New York 2012:1813-4.
- Tavassoli E, Reisi M, Javadzade H, Mazaheri M, Ghasemi S, Shakoori S. The effect of the health belief model-based education & improvement of consumption of fruits and vegetables: An interventional study. JHITF 2017; 1(2):28-35. [Persian]
- Minasian AG, Van den Elshout FJ, Dekhuijzen PR, Vos PJ, Willems FF, van den Bergh PJ, et al. COPD in chronic heart failure: less common than previously thought? Heart & Lung 2013; 42(1):365-371.
- Rezaian MD, Tabatabaie S: Age and sex patterns of deaths due to cardiovascular diseases in Kerman province. homaye saadat 2012;4(41):1-12. [Persian]
- Shahsavari S, Nazari F, Karimyar Jahromi M, Sadeghi M. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012-2013. IJCN 2013; 2(2):14-21.
- Shabani R, Mozaffari M, Heidari Moghadam R, Shirmohamadi T, Vafae R. Effect of cardiac rehabilitation program on quality of life in patients with myocardial infarction in Hamadan. Research in Medicine 2013; 36(5):117-122. [Persian]
- Moshki M, Mojadam M, Dusti Irani A. Associated Factors for Preventive Behaviors of Cardiovascular Diseases in Employees of Khuzestan Province Health Center Utilizing the Health Belief Model. Journal of health 2015; 6(4):367-377. [Persian]
- Kudo Y, Okada M, Tsunoda M, Satoh T, Aizawa Y. A lifestyle to prevent or combat the metabolic syndrome among Japanese workers: analyses using the health belief model and the multidimensional health locus of control. Industrial health 2011; 49(4): 543-543.
- Mohseni M, Mahboubi M, Sayyadi A, Shabani Z, Asadpour M. The effect of an educational intervention based on health belief model on the standard precautions among medical students of Rafsanjan university of medical sciences. RME 2015; 7(1):63-72. [Persian]
- Niazi S, Ghafari M, Noori A, Khodadoost M. Impacts of a health belief model-based education program about osteoporosis prevention on junior high school students' physical activity, Kalaleh, Iran, 2012. JBJ 2014; 1(1):1-9. [Persian]
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco. John Wiley & Sons; 2008.47-9.

13. 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. *Journal of School Health and Institute of Health Research* 2010; 8(3):12-23.
14. Mehri A, Mohagheghnejad M. Utilizing the Health Belief Model to Predict Preventive Behaviors for Heart Diseases in the Students of Islamic Azad University of Sabzevar (2010). *TBJ* 2011, 9(2):21-32. [Persian]
15. Baghiani Moghadam M, Mirzaei M, Rahimdel T. Role of health beliefs in preventive behaviors of individuals at risk of cardiovascular diseases. *JHSR* 2012, 8(7):1151-1158. [Persian]
16. Azar T, Sima ES, Davoud S, Reza EM, Bahram M. Determination Of Perceived Barriers And Benefits Of Adopting Health-Promoting Behaviors In Cardiovascular Diseases Prevention: Application Of Preventative Behavior Model. *Payavard Salamat* 2012; 6(3):12-22[Persian]
17. Abedi P, Huang M, Kandiah M, Yassin Z, Shojaezadeh D, Hosseini M. Lifestyle change using the health belief model to improve cardiovascular risk factors among postmenopausal women. *JHSR* 2011; 7(1):127-137. [Persian]
18. Tsunematsu M, Kawasaki H, Masuoka Y, Kakehashi M. Factors affecting breast cancer screening behavior in Japan-assessment using the health belief model and conjoint analysis. *APJCP* 2013; 14(10):6041-6048.
19. Shao C, Wang J, Liu J, Tian F, Li H. Effect of a health Belief Model-based education program on patients' belief, physical activity, and serum uric acid: a randomized controlled trial. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12(1):1239-45.
20. Saidi M, Khorram R, Koohpayehzadeh J. Assessment of Knowledge, Attitude and Practice Educational Needs of Health Care Providers (Behvarzan) Working toward Maternal Health in Health Networks in Saveh. *JTHUS* 2014; 1(14):62-67. [Persian]
21. Yamani N, Shakour M, Ehsanpour S. Educational needs of reproductive health students: A Delphi study. *JMED* 2013; 8(2):65-76 [Persian]
22. Ebrahimi Z, Esmailzadeh Ghandehari MR, Veisi K. The Effect of Physical Activity Based on Intergenerational Programs on the Quality of Life of Older Adults. *IJA* 2020; 14(4):406-421.
23. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *JACC* 2019; 74(1):e177-e232.
24. Amodeo R, De A, Sorbara L, Avanzini F, Di P, De M. How to increase patient knowledge of their coronary heart disease: impact of an educational meeting led by nurses. *Giornale italiano di cardiologia* 2006; 10(4): 249-255.
25. Zeinali M, Asadpour A, Aghamolaei T, Esmaili Nadimi A, Farshidi H, Ghanbarnejad A. Effect of educational intervention based on health belief model to promote preventive behaviors of cardiovascular disease in people with normal angiographic results. *jpm* 2014; 1 (2):1-12
26. Shojafard J, Naderian H, Ndrian H, Baghiani Moghadam M, Mazlomi Mahmodabad S, Sanati H, et al. Effect of an educational program on self care behaviors and its perceived benefits and barriers in patients with Heart Failure in Tehran. *Payavard Salamat* 2009; 2(4):43-55.
27. Nielsen JB, Leppin A, Gyrd-Hansen D, Jarbøl DE, Søndergaard J, Larsen P. Barriers to lifestyle changes for prevention of cardiovascular disease—a survey among 40–60-year old Danes. *BMC cardiovascular disorders* 2017; 17(1):245-450.
28. Babaei V, Garmaroodi G, Batebi A, Alipour D, Shahbaz M, Babazadeh T. The effectiveness of an educational intervention based on the health belief model in the empowerment of stockbreeders against high-risk behaviors associated with brucellosis. *JECH* 2014; 1(3):12-19.
29. Çapik C, Gozum S. The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *EJON* 2011; 16(1):71-77.
30. Karimy M, Montazeri A, Araban M. The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis. *JAMS* 2012; 14(7):85-97.
31. Motamedi N, Hejazi SH, Hazavehei SM, Saberi S, Rahimi E. Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis. *MMJ* 2010; 11(4):231-236.
32. Baghianimoghadam M, Shogafard G, Sanati H, Baghianimoghadam B, Mazloomi S, Askarshahi M. Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients. *Acta Medica Iranica* 2013; 51(1):52-58.
33. Yousafzai M, Siddiqui A, Janjua N. Health belief model to predict sharps injuries among health care workers at first level care facilities in rural Pakistan. *AJIM* 2013; 56(1):479-487.

34. Mehri A, Morowatisharifabad M. Utilizing the Health Promotion Model to predict oral health behaviors in the students of Islamic Azad University of Sabzevar. JDM 2009; 22(1), 81-87.
35. Ramezankhani A, Mazaheri M, Dehdari T, Movahedi M. Relationship between health belief model constructs and DMFT among five-grade boy students in the primary school in Dezfool. JSMJ 2011; 10(2): 221- 8.

Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model to Promote Cardiovascular Disease Preventive Behaviors

Kahnnooji Z¹, Mirzaei T², Asadpour M³, Sabzevari S⁴

1- Master Student of Holistic Health Education, School of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

2-Associate Prof, Dept. of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

3-Assistant Prof, Dept of Health Education and Promotion, School of Health, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

4-Associate Prof, Dept of Medical-Surgical Nursing, Razi School of Nursing and Midwifery, Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. (Corresponding Author)

Email: S_Sabzevariz@yahoo.com, Tel: 034-31325219

Received: 23 February 2020

Accepted: 10 October 2020

Introduction: Cardiovascular diseases are among the leading causes of mortality worldwide. Given the importance of education in promoting behaviors to prevent cardiovascular diseases, this study aims to investigate the effect of training intervention based on the health belief model on the diseases preventive behaviors in health workers of Rafsanjan.

Materials and Methods: This semi-experimental study was conducted on 79 health workers of Rafsanjan city in 2019. The samples were selected purposively and divided into intervention and control groups randomly. Specific questionnaires of demographic information and health belief model were completed in two sessions before and after the intervention. For the intervention group, four 45-minute training sessions were provided, while no training intervention was implemented for the control group. The collected data were analyzed using independent t-test, fisher's exact test, and chi-square (χ^2) tests of the SPSS Version 18 software at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that the mean scores of awareness ($p<0.004$), perceived sensitivity ($p<0.001$), perceived severity ($p=0.002$), perceived benefits ($p<0.001$), self-efficiency ($p<0.001$), and preventive behaviors from cardiovascular diseases ($p<0.001$) increased significantly in the intervention group compared to the control group.

Conclusion: This study showed that health belief model-based training could effectively improve the preventive behaviors from cardiovascular diseases.

Keywords: Education, Behavior, Cardiovascular Diseases

Please cite this article as follows:

Kahnnooji Z, Mirzaei T, Asadpour M, Sabzevari S. Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model to Promote Cardiovascular Disease Preventive Behaviors. *Community Health journal* 2021; 14 (4): 1-12.

Ethical approval NO: IR.KMU.REC.1397.11.

Funding: Kerman University of Medical Sciences.

Conflict of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.