تعیین تاثیر یک برنامه آموزشی بر مبنای سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء بهداشت بلوغ جسمی دانش آموزان دختر

رقیه عابدی: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. aunazabedi@yahoo.com
آذر طل: دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. tol.azar@yahoo.com
* **فرشته مجلسی**: استاد، گروه آموزش وارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). dr_f_majlessi@yahoo.com
محمود محمودی مجد آبادی: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. mahmoodim@tums.ac.ir
فاطمه کیا: کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. Mahtabnew5@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: عواملی نظیر فقدان آگاهی صحیح در مورد بهداشت دوران قاعدگی منجر به ایجاد عملکردهای غلط در این دوران می‌شود؛ اما می‌توان با آموزش و ایجاد تغییرات رفتار، آگاهی و مهارت‌های دوران بلوغ را به دانش آموزان انتقال داد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر یک برنامه آموزشی بر مبنای سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر افزایش بهداشت بلوغ جسمی دانش آموزان دختر شهر گنبد در سال ۹۲ طراحی و اجرا گردید.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بود. ۱۰۲ دانش‌آموز واجد شرایط با انجام تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و مقایسه وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بود. برای اندازه‌گیری اعتبار پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد (بر روی ۳۰ نفر و به فاصله ۱۰ روز) استفاده گردید. جهت تعیین اعتبار محتوایی (روایی)، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید صاحب صلاحیت مورد بررسی قرار گرفت. دانش آموزان قبل از انجام مداخله آموزشی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. مبنای طراحی مداخله آموزشی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. مداخله آموزشی بر اساس نتایج پیش‌آزمون به مدت یک ماه به طول انجامید و پس‌آزمون ۳ ماه پس از مداخله آموزشی در دو گروه انجام گردید. سپس داده‌های گردآوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه از آزمون‌های آماری کای دو، مک نمار، من ویتنی، تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج متغیرهای دموگرافیک در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p>0/05$). در گروه مداخله قبل و ۳ ماه بعد از آموزش، متغیر آگاهی از ۹/۷۸ ± ۵۳/۰۷ به ۷/۲۵± ۸۱/۰۹ متغیر عملکرد از ۱۰/۹۳ ± ۴۸/۰۶ به ۱۱/۳۲ ± ۵۳/۹۴، حساسیت درک شده از ۱۰/۴ ± ۷۲/۶۱ به ۹/۶± ۷۹/۶، شدت درک شده از ۷/۹۸ ± ۶۶/۳۳ به ۶/۸۸± ۷۷/۵، منافع درک شده از ۸/۵۱ ±۶۶/۲۰ به ۶/۹۹± ۷۶/۷۸، موانع درک شده از ۱۱/۸۱ ±۵۸/۸۴ به ۱۰/۵۷± ۴۳/۶۴/۷۸، خودکار آمدی از ۹/۳۳± ۷۸/۱۶ به ۷/۰۴± ۹۳/۳۲ و راهنما برای عمل از ۱۶/۸۵± ۶۱/ ۲۶ به ۱۶/۰۵ ± ۴۶/۲۱ رسید. نتایج نشان داد که در گروه مداخله اختلاف معنی‌داری در متغیرهای آگاهی و عملکرد و سازه‌های مدل قبل و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی وجود دارد ($p<0/05$). در گروه مقایسه این متغیرها اختلاف آماری معنی‌داری را نشان ندادند ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: استراتژی مداخلات آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای در ارتقاء رفتار به وجود می‌آورد و انجام مداخلات آموزشی با به‌کارگیری انواع مدل‌های آموزش بهداشت جهت برنامه‌ریزی آموزش مسائل دوران بلوغ پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: بلوغ جسمی، مداخله آموزشی، مدل اعتقاد بهداشتی

مقدمه

بلوغ مرحله‌ای بحرانی از رشد و نمو می‌باشد (۱) که با تغییر و شکل ظاهر بدن همراه است (۲). بهداشت بلوغ شامل اصول و مراقبت‌هایی است که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت روانی، جسمی و عاطفی در طول زندگی فرد می‌شود (۳). طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، ۱۶/۳۶ در صد جمعیت یعنی حدود ۱۲ میلیون را افراد ۱۹- ۱۰ ساله تشکیل می‌دهد (۴).

از شروع زمان بلوغ و بعد از آن دختران در معرض مسائل جسمی– روانی متعددی مانند سوءتغذیه فقر آهن، ابتلا به عفونت‌های دستگاه تناسلی– ادراری، عفونت‌های منتقله از راه جنسی، سندرم پیش از قاعدگی سقط، حاملگی در سنین کم و غیره قرار دارند که برای اولین بار آن‌ها را تجربه می‌کنند (۵). نزدیک به نیمی از زنان در کشورهای درحال‌توسعه دچار کم‌خونی هستند (۶). درد قاعدگی علت اصلی غیبت‌های کوتاه‌مدت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

از مدرسه است (۷). در ایران میزان شیوع دیسمنوره ۸۶-۸۵/۵ درصد است (۸). یافته‌های آوریل و همکاران -نشان می‌دهد که سندرم پیش از قاعدگی موجب ناراحتی‌های روحی در بانوان می‌شود به‌طوری‌که بر اثر این ناهنجاری‌ها دست به خودکشی می‌زنند (۹). بهداشت قاعدگی ضعیف مسئول برخی از عفونت‌های دستگاه تناسلی است (۱۰).

گرچه دوران نوجوانی کوتاه است، اما زیربنا و سرآغاز جهت دهنده دوره بعدی زندگی آنان در بزرگسالی سالمندی است و بعلاوه تأثیر مستقیمی بر خانواده، کودکان و آینده آنان ونیز بر کل جامعه خواهد گذاشت (۱۱). در فرهنگ ما هنوز صحبت از دستگاه تناسلی، عادت ماهیانه در پرده انجام بوده و خانواده‌ها با سکوت از آن می‌گذرند به‌خصوص در بسیاری از موارد خود خانواده‌ها آگاهی زیادی نیز در این مورد ندارند. (۱۲). در مطالعه Koffe و همکاران، دختران گزارش کردند مادران به‌عنوان منبع اطلاعاتی مهم هستند؛ اما اغلب قادر به رفع نیازهای آن‌ها در خصوص قاعدگی نیستند (۱۳).

در کشورهایی مانند نپال، دختران و زنان در طول قاعدگی از خوردن غذاهای خاص و حمام کردن در این دوران منع می‌شدند (۱۴). در بنگلادش، زنانی که در کارخانجات پوشاک کار می‌کنند از تکه‌های پارچه به‌عنوان نوار بهداشتی استفاده می‌کنند (۱۴). بسیاری از مدارس روستایی آفریقا، توالت و آب در دسترس ندارند و دختران مجبورند در دوران قاعدگی در خانه بمانند و امتحانات مدرسه را از دست می‌دهند (۱۴).

نتایج تحقیقات در کشور نشان می‌دهد، آگاهی دختران در مورد بلوغ کافی نیست و عملکرد آنان در بعضی موارد نگران‌کننده است. آموزش دختران قبل از بلوغ جهت بالا بردن آگاهی و کاهش اضطراب و عملکرد بهتر و ارتقاء سلامت آن‌ها لازم و مفید است (۱۵).

"کولیر" معتقد است هر چند اطلاعات و آگاهی ضرورتاً به عمل منجر نمی‌شود اما برای دستیابی به رفتارهای مناسب، گام اول محسوب می‌شود (۱۶). اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و الگوهای مورد استفاده در آموزش بهداشت بستگی دارد (۱۷). یکی از مدل‌های مؤثر در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد (۱۸)؛ که به‌عنوان چارچوب اصلی در این پژوهش بکار گرفته شده است، این الگو در بین سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ توسط هوچیام و روزن استوک پایه‌ریزی، توسط بیکر و مایمن تکمیل گردید و در سال ۱۹۸۸ سازه خود کار آمدی به آن اضافه شد. (۱۹). الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belife Model)بر این نکته تأکید دارد که چگونه ادراک و باورهای فردی در زمینه ترس از مشکل بهداشتی و ارزیابی منافع و موانع رفتار پیشگیری‌کننده سبب اتخاذ رفتار می‌شود (۲۰). بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، برای اتخاذ عملکردهای پیشگیری‌کننده، افراد نخست در برابر مسئله احساس خطر نمایند (حساست درک شده)، سپس عمق خطر و جدی بودن آن را درک نمایند (شدت درک شده)، و در صورت ارزیابی مثبت منافع رفتار پیشگیری‌کننده و نبود موانع جدی، نسبت به اتخاذ رفتار پیشگیری‌کننده، اقدام خواهند کرد (۲۱).

ساختارهای اصلی مدل شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی است (۲۲).

مطالعات مختلف انجام گرفته بر اساس این مدل کارایی آن را به اثبات رسانده است. تأثیر آموزش بر اساس این مدل در مطالعات گوناگون، تبعیت مادران از یک رژیم غذایی خاص (۲۳)، تغییر رفتار بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر (۲۴)، رفتار غربالگری سرطان سینه در افراد در معرض خطر (۲۵). مورد بررسی قرار گرفته که باعث افزایش سطح آگاهی و عملکرد افراد مورد مطالعه شده است. تمرکز عمده پژوهش حاضر، بیشتر بحث پیرامون موضوعات بهداشت بلوغ جسمی بود و در مورد مسائل روحی و روانی که خارج از اهداف مطالعه بود صحبت نشد...مطالعات متعددی در خصوص بهداشت بلوغ جسمی در ایران و کشورهای دیگر انجام شده است (۲۹ -۲۶)؛ اما در

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

ارتباط با نقش آموزش بهداشت در ارتقاء بهداشت بلوغ جسمی دانش‌آموزان با استفاده از سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی مطالعات مداخله‌ای اندکی در جوامع مختلف انجام گرفته است. این مطالعه با هدف ارتقاء بهداشت بلوغ جسمی در دانش‌آموزان از طریق مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی و اجرا شد. انتظار می‌رود پژوهش حاضر بتواند در ارائه راهکار مناسب به‌منظور ارتقاء آگاهی و رفتارهای بهداشتی دوران عادت ماهانه دختران، نتایج سودمندی را ارائه بدهد.

روش کار

این مطالعه از نوع نیمه تجربی دو گروهی (مداخله و مقایسه) آینده‌نگر بود. ۱۰۲ دانش‌آموز دختر با انجام تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و مقایسه وارد شدند. این مطالعه در مدارس دولتی دخترانه مقطع سال نهم شهر گنبد در سال ۱۳۹۲ انجام شد. معیار ورود به مطالعه عبارت از دانش‌آموز بودن سال نهم مدارس دولتی شهر گنبد، تجربه منارک (اولین عادت ماهانه)، عدم وجود معلولیت جسمی و ذهنی و داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. به علت اینکه یکی از اهداف این پژوهش ارتقاء عملکرد دختران در مورد بهداشت بلوغ جسمی بود به همین دلیل دانش‌آموزان مقطع سال نهم، اکثریت به علت داشتن تجربه اولین عادت ماهانه وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خودساخته در چند بخش بود که بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی با توجه به منابع معتبر در زمینه بلوغ طراحی گردید. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم سؤالات مربوط به آگاهی (۲۶ سؤال) بود. روش نمره دهی به سؤالات آگاهی به این شکل بود که به پاسخ صحیح نمره ۱ و به پاسخ اشتباه نمره صفر تعلق گرفت. نمره کسب شده بالاتر نشان‌دهنده آگاهی بالاتر بود. حساسیت درک شده (۵ سؤال) بود که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت ۵ تایی (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم)، شدت درک شده (۸ سؤال) مقیاس لیکرت ۵ تایی کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم)، منافع درک شده (۶ سؤال) مقیاس درجه‌بندی لیکرت ۵ تایی کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم)، نحوه امتیازدهی به سؤالات به این شکل بود که به واژ ه کاملاً موافقم عدد ۴ و کاملاً مخالفم عدد صفر اختصاص یافت. موانع درک شده (۸ سؤال)، به‌طوری‌که هرچه امتیاز پایین‌تر باشد، موانع درک شده کمتر است و احتمال اتخاذ رفتار پیشگیری‌کننده بیشتر است. سؤالات سنجش خودکارآمدی (۷ سؤال) بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت است. سؤالات مربوط به راهنمای عمل (۷ سؤال) با پاسخ بلی – خیر تنظیم شد. سؤالات مربوط به عملکرد (۱۹ سؤال) که به پاسخ صحیح نمره ۱ و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت که بالا بودن امتیاز نشان‌دهنده عملکرد بهتر بود. سؤالات عملکرد شامل (تغذیه، مصرف قرص آهن، حمام کردن، و طهارت گرفتن و نحوه انجام هر یک، استفاده از نوار بهداشتی، لباس‌زیر نخی و رنگ روشن و بهداشت لباس‌زیر، انجام فعالیت‌های روزانه و ورزش سبک؛ روش‌های کنترل درد، مراجعه به پزشک در صورت داشتن درد شدید، بهداشت پوست، و کنترل جوش‌ها، بهداشت ناحیه تناسلی, تعویض نوار بهداشتی و نحوه دفع آن) تشکیل شده بود که بر اساس خود گزارش دهی دانش‌آموزان تعیین گردید.

برای تعیین اعتبار روایی، پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید صاحب صلاحیت بررسی گردید سپس نظرات آن‌ها در پرسشنامه اعمال و در نهایت پس از رفع اشکالات و ابهامات روایی آن مورد تأیید گرفت. برای تعیین اعتبار پایایی از روش آزمون مجدد (Test re test) استفاده گردید. بدین منظور نمونه پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از دانش‌آموزان (به غیر از گروه‌های شرکت‌کننده در مطالعه) تکمیل شد و بر اساس آنالیز داده‌های حاصل ضریب آلفا کرونباخ قسمت‌های مختلف پرسشنامه تعیین و به قرار ذیل است: سازه حساسیت درک شده (۸۰/۶)، شدت درک شده (۶۷/۲)، منافع درک شده (۶۰/۸)، موانع درک شده (۷۰/۳)، خودکارآمدی (۶۶/۸). روش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جمع‌آوری اطلاعات به این شکل بود که برای جلوگیری از آلودگی اطلاعات ۲ مدرسه دولتی جهت گروه مداخله و ۲ مدرسه دولتی جهت گروه مقایسه از مناطق مختلف شهر گنبد به‌طور تصادفی انتخاب شد. در هر مدرسه ۳ کلاس نهم بود که یک کلاس بر اساس قرعه‌کشی انتخاب شد. با در نظر داشتن معیارهای ورود به پژوهش، پرسشنامه پیش‌آزمون توسط دانش‌آموزان مقطع سال نهم در دو گروه مورد مطالعه تکمیل شد. نحوه تکمیل پرسشنامه خود ایفا بود. افرادی که شرایط ورود به مطالعه را نداشتند در صورت تمایل در کلاس‌های آموزشی شرکت داده می‌شدند. برنامه آموزشی بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی گردید. آموزش فقط برای گروه مداخله طی یک ماه در قالب ۴ جلسه به‌صورت آموزش ترکیبی نظیر (پرسش و پاسخ، سخنرانی، بحث گروهی، ارائه کتابچه و پمفلت و...) انجام گردید. همچنین به سؤالات دانش‌آموزان در خارج از جلسات پاسخ داده می‌شد. مدت زمان هر جلسه ۵۰-۴۵ دقیقه بود که به‌صورت هفتگی و منظم برگزار گردید. اساس برنامه‌ریزی آموزشی در این پژوهش مبتنی بر یادگیری فعال بود و در طول مداخله آموزشی سعی گردید تا دانش‌آموزان به‌طور فعالانه در برنامه آموزشی شرکت داشته باشند. به دلیل رعایت کرامت اخلاقی، رضایت‌نامه کتبی از دانش‌آموزان و مادران گرفته شد و اهداف مطالعه برای آن‌ها توضیح داده شد و به آنان اطمینان داده شد که در هر بخش از مطالعه در صورت تمایل دانش‌آموز می‌تواند از مطالعه خارج شود و شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است. از طرف دیگر پرسشنامه‌ها بدون نام تکمیل می‌گردید و به‌منظور رعایت اخلاقی، پس از برگزاری پس‌آزمون، برنامه آموزشی برای گروه مقایسه طی دو جلسه اجرا گردید. پس‌آزمون به فاصله ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی در دو گروه انجام شد. سپس داده‌های گردآوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی عوامل دموگرافیک از آزمون آماری کای دو استفاده شد. برای بررسی آگاهی، عملکرد و سازه‌های مدل از آزمون‌های مک نمار، من ویتنی، تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس استفاده گردید. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۱۰۲ دانش‌آموز شرکت کردند. از آزمون Kolmogorov-Smirnov Z برای داده‌های کمی استفاده شد و نشان داد توزیع داده‌ها نرمال است. اطلاعات دموگرافیک در دو گروه مداخله و مقایسه پس از تخصیص تصادفی با آزمون مجذور کای دو، نیز سنجش شد و تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p>0/05$) (جدول ۱).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر اثربخش بودن آموزش ترکیبی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء بهداشت بلوغ جسمی در دانش‌آموزان بود. یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین نمره آگاهی در مرحله قبل و ۳ ماه بعد از آموزش در گروه مداخله سیر صعودی داشت و اختلاف این میانگین‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بود که نشان‌دهنده تأثیر آموزش در بهبود آگاهی این گروه بود. ولی در گروه مقایسه اختلاف میانگین از نظر آماری معنی‌دار نبود. بسیاری از مطالعات انجام شده با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی حاکی از اثربخشی این مدل آموزش بهداشت در بهبود آگاهی افراد تحت بررسی می‌باشد از جمله مطالعات انجام شده مطالعه کریمی و همکاران در رابطه با بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر توانمندسازی مادران روستایی در پیشگیری از بروسلوز (۳۰) و مطالعه قادری و همکاران در افزایش آگاهی دانش‌آموزان در مورد بهداشت دهان و دندان بود (۳۱). نتایج این مطالعه در بخش آگاهی با مطالعه حاضر همخوانی دارد و بسیاری از مطالعات دیگر مؤید اثربخشی استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در بهبود آگاهی افراد تحت بررسی دانش‌آموزان می‌باشد (۳۳ و ۳۲).

در خصوص عملکرد دانش‌آموزان، میانگین نمره عملکرد ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی به‌طور معنی‌دار افزایش یافت ولی در گروه مقایسه این

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱- توضیح فراوانی مطلق ونسبی نتایج دموگرافیک در گروه مداخله ومقایسه در دانش آموزان

متغیر	گروه مداخله			گروه مقایسه		– مقدار احتمال
	گروه	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن(سال)	۱۳-۱۳/۵	۱۱	۲۱/۶	۹	۱۷/۷	۰/۶۷۷
	۱۴-۱۴/۵	۲۱	۴۱/۲	۲۴	۴۷/۱	
	۱۵-۱۵/۵	۱۹	۷۳/۳	۱۸	۳۵/۲	
سن منارک (سال)	۱۰-۱۱	۵	۹/۸	۵	۹/۸	۰/۲۴۴
	۱۲-۱۳	۳۷	۷۴/۸	۳۵	۶۸/۷	
	۱۴-۱۵	۹	۱۵/۸	۱۱	۲۱/۵	
مدا عادت ماهیانه(روز)	۳-۵	۴	۷/۹	۷	۱۳/۷	۰/۸۱۸
	۵-۷	۲۳	۴۵	۲۱	۴۱/۲	
	۷-۱۰	۲۴	۴۷/۱	۲۳	۴۵/۲	
سن مادر (سال)	۲۹-۳۲	۳	۵/۹	۷	۱۳/۷	۰/۴۹۳
	۳۳-۳۶	۸	۱۵/۶	۱۲	۲۳/۵	
	۳۷-۴۰	۲۰	۳۹/۲	۱۵	۲۹/۴	
	۴۱-۴۴	۱۰	۱۹/۶	۹	۱۷/۷	
	۴۵-۴۸	۵	۹/۸	۶	۱۱/۸	
	۴۹-۵۲	۴	۷/۸	۲	۳/۹	
	۵۳-۵۶	۱	۱/۹	۰	۰	
رتبه تولد (عدد)	۱-۲	۳۰	۶۰/۸	۳۳	۶۴/۸	۰/۷۰۳
	۳-۴	۱۴	۲۷/۵	۱۴	۲۷/۴	
	۵-۶	۶	۱۱/۷	۳	۵/۹	
	۷-۸	۰	۰	۱	۱/۹	
تعداد خواهران بزرگتر(عدد)	۰	۲۶	۵۱	۲۷	۵۲/۹	۱
	۱	۱۷	۳۳/۳	۱۷	۳۳/۳	
	۲	۲	۳/۹	۱	۲	
	۳	۶	۱۱/۸	۶	۱۱/۸	
سطح تحصیلات مادر	بی سواد	۵	۹/۸	۷	۱۳/۷	۰/۸۱۵
	ابتدایی	۲۰	۳۹/۲	۱۷	۳۳/۳	
	راهنمایی	۱۱	۲۱/۶	۱۳	۲۵/۵	
	دبیرستان	۱۱	۲۱/۶	۸	۱۵/۷	
	دانشگاهی	۴	۷/۸	۶	۱۱/۸	
سطح تحصیلات پدر	بی سواد	۱	۱/۹	۲	۳/۹	۰/۵۴۰
	ابتدایی	۹	۱۷/۷	۶	۱۱/۸	
	راهنمایی	۷	۱۳/۸	۱۰	۱۹/۶	
	دبیرستان	۲۲	۴۳/۱	۱۶	۳۱/۴	
	دانشگاهی	۱۲	۲۳/۵	۱۷	۳۳/۳	
شغل مادر	شاغل کارمند	۵	۹/۸	۱	۲	۰/۲۳۲
	شاغل غیر کارمند	۴	۷/۸	۶	۱۱/۸	
	خانه دار	۴۲	۸۲/۴	۴۴	۸۶/۳	

میانگین تفاوت معنی‌دار نداشت که نشان‌دهنده تأثیر مطلوب برنامه اجراشده در ارتقاء رفتارهای بهداشتی بلوغ در بین دختران بود از جمله مطالعات انجام شده توسط شریفی راد و همکاران در رابطه با اثربخشی آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکردهای پیشگیرانه از مصرف سیگار در نوجوانان (۳۴) و مطالعه جان در آمریکا بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز (۳۵). همچنین مطالعه علویجه و همکاران در پیشگیری از تغذیه نامناسب و مطالعه رمضانخانی و همکاران در دانش‌آموزان تأثیر مثبت داشته است (۳۷ و ۳۶).

نتایج مطالعه حاضر در زمینه تأثیر مداخله آموزشی برسازه حساسیت درک شده در گروه مداخله ۳ ماه بعد از مداخله اختلاف میانگین از لحاظ آماری معنی‌دار بود؛ اما در گروه مقایسه، اختلاف معنی‌داری نداشت.

افزایش حساسیت و شدت درک شده یکی از

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

ادامه جدول ۱

شغل پدر	شاغل کارمند	۸	۱۵/۷	۱۳	۲۵/۵	۰/۴۷۷
	شاغل غیر کارمند	۳۱	۶۰/۸	۳۰	۵۸/۸	
	بازنشسته	۶	۱۱/۸	۴	۷/۸	
		مداخله		مقایسه		
شغل پدر	گروه	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	بیکار	۶	۱۱/۸	۳	۵/۹	
وضعیت اقتصاد خانواده	ضعیف	۲	۳/۹	۶	۱۱/۸	۰/۱۹۳
	متوسط	۲۵	۴۹	۱۶	۳۱/۴	
	خوب	۱۹	۳۷/۳	۲۵	۴۹	
	عالی	۵	۹/۸	۴	۷/۸	
زندگی والدین با هم	بله	۴۹	۹۶/۰۷	۴۹	۹۶/۰۷	۱
	خیر	۲	۳/۹۲	۲	۳/۹۲	
داشتن ترس ونگرانی	بله	۳۰	۵۸/۸	۲۹	۵۶/۹	۱
	خیر	۲۱	۴۱/۲	۲۲	۴۳/۱	
اطلاع داشتن از قبل	بله	۴۴	۸۶/۲۷	۴۳	۸۴/۳	۱
	خیر	۷	۱۳/۷۲	۸	۱۵/۷	

عوامل اتخاذ رفتارهای مناسب بهداشتی می‌باشد که در مطالعات مختلف نشان داده شده است (۳۸ و ۳۴). مطالعه شیرزادی و همکاران در تهران با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء بهداشت بلوغ جسمی دختران نوجوان نشان داد تمام سازه‌های مدل بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته است که نتایج با مطالعه حاضر همخوانی دارد. این امر نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله آموزشی می‌باشد. (۳۸)؛ اما مطالعه سومی پارک و همکاران در بررسی تأثیر مداخله آموزشی در افزایش شرکت زنان در برنامه غربالگری سرطان رحم، اختلاف معنی‌داری بین حساسیت درک شده زنان گروه مداخله بیان نمی‌کنند آن‌ها کم بودن مدت آموزش جهت تغییر در نگرش‌ها را دلیل این مسئله می‌دانند (۳۹).

در این مطالعه سازه شدت درک شده در گروه مداخله ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف میانگین از لحاظ آماری معنی‌دار بود اما در گروه مقایسه، اختلاف معنی‌داری نداشت که مطالعه سومی پارک (۳۹) علویجه و همکاران (۳۶) هزوه‌ای و همکاران (۴۰) تأثیر مثبت داشته است. این موضوع حاکی از اثربخش بودن برنامه آموزشی اجرا شده درافزایش شدت درک شده دانش‌آموزان بعد از مداخله را نشان می‌دهد. در واقع درک افراد و ارزیابی آن‌ها از خطر، محور کاربر الگو می‌باشد و باید شدت درک شده به‌عنوان شکل‌دهنده رفتاری که در آن ضعف وجود دارد توسط والدین، معلمان مدرسه و مربیان بهداشت مدارس افزایش یابد (۳۹). در این مطالعه میانگین نمرات منافع درک شده در گروه مداخله نسبت به گروه مقایسه بعد از مداخله آموزشی به‌صورت معنادار افزایش داشته است. بر اساس مطالعات مختلف انجام شده رابطه قوی بین افزایش منافع درک شده و اتخاذ رفتارهای بهداشتی وجود دارد از جمله مطالعات انجام شده مطالعه کریمی و همکاران در رابطه با پیشگیری از بیماری ایدز با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی و مطالعه سومی پارک و همکاران می‌باشد که نتایج با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۴۱ و ۳۹)؛ اما در مطالعه ترشیزی و همکاران با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر پیشگیری از استئوپروز در زنان یائسه قسمت منافع درک شده معنادار نشد (۴۲).

همچنین در این مطالعه میانگین نمرات موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی به‌صورت معنادار کاهش یافته است. وجود اختلاف معنی‌دار در موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر رفع موانع درک شده در گروه مداخله بوده است. مطالعه شریفی راد و همکاران نیز مؤید این مطلب است و نشان داد که با کاهش موانع درک شده، نوجوانان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۲- مقایسه میانگین وانحراف معیارسازه های مدل اعتقاد بهداشتی درگروه مداخله و مقایسه در دانش آموزان

متغیر ها	گروه ها	قبل از مداخله		بعد از مداخله		اثر آموزش		مقدار احتمال حاصل از تی زوجی	مقدار احتمال حاصل از تی مستقل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
آگاهی	مداخله	۵۲/۰۷	۹/۷۸	۸۱/۰۹	۷/۲۵	۲۹/۰۲	۸/۶۸	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۵۱/۶۵	۱۲	۵۳/۴۵	۱۲/۵۹	۱/۸	۶/۶۶	۰/۰ ۵۹	
عملکرد	مداخله	۴۸/۰۶	۱۰/۹۳	۵۳/۹۴	۱۱/۳۲	۵/۸۸	۱۱/۷۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۴۴/۲۴	۹/۹۸	۴۶/۸۲	۹/۲۴	۲/۵۸	۹/۴۸	۰/۰۵۸	
حساسیت درک شده	مداخله	۶۱/۷۲	۱۰/۹۴	۷۹/۶	۹/۶۰	۱۷/۸۸	۱۲/۵۸	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۶۱/۷	۱۰/۴۰	۶۴/۶۲	۱۲/۷۵	۲/۹۲	۱۰/۹۷	۰/۰۶۵	
شدت درک شده	مداخله	۶۶/۳۳	۷/۹۸	۷۷/۵	۶/۸۸	۱۱/۱۷	۷/۳۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۶۸/۲۸	۸/۹	۶۶/۸۹	۶/۸	۱/۳۹	۵/۵۹	۰/۰۸۱	
منافع درک شده	مداخله	۶۶/۲۰	۸/۵۱	۷۶/۷۸	۶/۹۹	۱۰/۵۸	۷/۳۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۶۷/۱۸	۱۰/۰۵	۶۶/۱۸	۹/۱۵	۱	۵/۰۸	۰/۶۴۸	
موانع درک شده	مداخله	۵۸/۸۴	۱۱/۸۱	۴۳/۶۴	۱۰/۵۷	۱۵/۲	۱۰/۹۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۶۱/۰۷	۱۱/۴۳	۶۲/۳۶	۱۲/۳۲	۱/۲۹	۱۳/۹۸	۰/۵۱۵	
خودکارآمدی	مداخله	۷۸/۱۶	۹/۳۳	۹۳/۳۹	۷/۰۴	۱۵/۲۳	۱۱/۱۴	<۰۰۱/۰	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۷۹/۳۲	۸/۱۵	۷۸/۳۲	۱۱/۹۱	۱/۰۷	۹/۷۹	=۰/ ۴۴۵	
راهنمای عمل	مداخله	۲۶/۶۱	۱۴/۸۵	۴۶/۲۱	۱۶/۰۵	۱۹/۶۰	۱۶/۴۰	۰/۴۴۵	<۰/۰۰۱
	مقایسه	۲۸/۵۷	۱۶/۱۶	۳۰/۵۳	۱۷/۶۱	۱/۹۶	۹/۹۰	۰/۱۶۴	

کمتر اقدام به سیگار کشیدن کرده بودند (۴۳). مطالعه کریمی و همکاران نیز کاهش موانع انجام رفتارهای مرتبط با سلامت را بعد از اجرای برنامه‌های آموزشی عنوان کرده‌اند (۴۴). مطالعه جولی کوچ در آمریکا نشان داد که با افزایش منافع درک شده افراد و رفع موانع، بیماران دیابتی بیشتر اقدام به پیاده‌روی نموده بودند. (۴۵). مطالعه هزاوه‌ای و همکاران در زمینه آموزش پیشگیری از استئوپروز در دختران دبیرستان گرمسار تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمرات موانع درک شده بعد از مداخله آموزشی نشان نداد (۳۸).

مطالعات انجام شده (گذشته‌نگر و آینده‌نگر) نشان داده‌اند که موانع درک شده توانمندترین بعد در بیان یا پیش‌بینی رفتارهای محافظت‌کننده سلامتی است (۴۶)؛ بنابراین این مطلب گویای این واقعیت این است که ارائه آموزش‌های لازم به دانش‌آموزان جهت قبول منافع ناشی از اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت بلوغ و غلبه آنان بر موانع موجود در زمینه اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت بلوغ ضروری می‌باشد.

در این مطالعه میانگین نمرات خود کارآمدی درک شده در گروه مداخله نسبت به گروه مقایسه بعد از مداخله آموزشی به‌صورت معنادار افزایش داشته است. خودکارآمدی از عوامل مؤثر در اتخاذ رفتارهای بهداشتی می‌باشد ازجمله مطالعه Burak و همکاران در رابطه با پیشگیری از سرطان رحم (۴۷).

در بررسی‌ها نشان داده شده است که خود کارآمدی اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و خودکارآمدی بالا، باعث افزایش توانایی، قابلیت، لیاقت و کفایت می‌شود (۴۸). سازه خود کار آمدی از این جهت که می‌تواند ارتباط قوی با بروز رفتار داشته باشد در واقع مقدمه انجام یک رفتار است که می‌بایست مورد توجه ویژه قرار گیرد، زیرا تنها دانستن این‌که فرد می‌بایستی چه‌کاری انجام دهد و دانستن علل انجام آن رفتار برای او کافی نمی‌باشد، بلکه خود را برای انجام آن رفتار خاص توانا بداند (۳۷). بنابراین برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی الگو محور در جهت افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان ضروری می‌باشد.

بر اساس یافته‌های این تحقیق در گروه مداخله نسبت به گروه مقایسه بین میانگین نمرات راهنما

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

برای عمل (رسانه‌های نوشتاری و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی) بعد از مداخله آموزشی تفاوت معنادار با قبل از مداخله آموزشی وجود داشت ولی از نظر منابع دیگر در گروه مداخله نسبت به گروه مقایسه بعد از مداخله آموزشی وجود نداشت؛ که این امر به دلیل استفاده از کتابچه، پمفلت در کلاس‌های آموزشی برگزار شده برای گروه مداخله بود. در مطالعه حاضر، داشتن راهنمای عمل داخلی که مادران را از سمت درون به انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده ترغیب می‌کند و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی به‌عنوان مهم‌ترین راهنمای عمل خارجی در ارتقاء بهداشت بلوغ می‌تواند حائز اهمیت باشد که لازم است در تدوین برنامه‌های آموزشی در جهت تغییر رفتار به این عوامل نیز توجه گردد.

فینان هم در مطالعه‌ای بیان کرد که والدین مهم‌ترین و اولین منبع آموزش موضوعات بلوغ به نوجوانان می‌باشند. به‌علاوه تیم پزشکان و تیم بهداشتی نیز می‌توانند به نوجوانان کمک کنند که تغییرات فیزیکی و فیزیولوژیکی بلوغ را درک کرده و آنان را از خطرات آگاه کنند (۴۸).

مطالعات مختلف نشان داد راهنما برای عمل از پیشگویی قوی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کنند و سالم برخوردار است. از جمله مطالعات انجام شده توسط Lajunen نشان داد که راهنما برای عمل از پیشگویی قوی در استفاده از کلاه ایمنی در بین نوجوانان برخورداراست (۴۹).

علی‌رغم محدودیت‌هایی مانند دشواری اندازه‌گیری عملکرد به دلیل استفاده از روش خود ابرازی (پرسشنامه)، محدودیت زمانی برای آموزش و مشکل بودن هماهنگی جلسات. نشان داد که آموزش بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی اثرات مثبت عملکردی در اکثر رفتارهای بهداشتی بلوغ جسمی داشت. مطالعه فقط در دانش‌آموزان دختر مقطع سال نهم از محدودیت دیگر پژوهش بود.

بنابراین با توجه به کار آیی و اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء بهداشت بلوغ جسمی پیشنهاد می‌گردد این مدل در سایر مناطق کشور به‌صورت آموزش ترکیبی که فراگیر در آن شرکت داشته باشد، مورد استفاده قرار گیرد ونیز در طراحی برنامه‌های آموزشی از متخصصین این حرفه استفاده شود تا با استفاده از روش آموزشی مناسب، بیشترین تأثیر را در ارتقاء رفتارهای بهداشت بلوغ داشته باشد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله نویسندگان از مسئولین حراست اداره کل آموزش و پرورش استان گلستان و شهرستان گنبد، به دلیل مجوز انجام این مطالعه و همکاری صادقانه دانش‌آموزان و مسئولین محترم مدارس که با همکاری با پژوهشگر گامی در شناخت بهتر یکی از مسائل بهداشتی جامعه برداشتند، کمال تشکر را دارند. این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۲۴۵۶۵ مصوب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران است که با کد IRCT201312088742N4 در کارآزمایی بالینی ثبت شده است.

منابع

1. Christensen KY, Maisonet M, Rubin C, Holmes A, Flanders WD, Heron J, et al. Progressionthroug puberty in girls enrolled in a contemporary British cohort. J Adolesc Health; 2010.47(3): 282-9.

2. Davison KK, Werder JL, Trost SG, Baker BL, Birch LL. Why are early maturing girls less active? Links between pubertal development, psychological well-being, and physical activity among girls at ages 11 and 13. Social science & medicine (1982); 2007.64(12):23-91.

3. Ghahremani LHA, Babaii GH. Effect of physical puberty educational health program in healthy behavior among female students in guideance school of chabahar. Journal of booshehr university of medical sciences; 2009.11(1): 61-8. (Persian)

4. Statistical center of Iran. Selected results of population and housing census, 2006.Tehran: Statistics Center Publication; 2007. (Persian)

5. Russell V, Robert B. ABC of adolescence. BMJ; 2005.330(7488):– 411-4.

6. Ministry of Health and Medical Education. Improved child nutrition and growth. Tehran: United Nations Children's Fund; 2001. (Persian)

7. Wong LP, Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls.International Journal of Gynecology & Obstetrics; 2010.108(2): 139-42.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

8. Mirzaei F, Bakhsi H, Yasini SM, Bashardoust N. The prevalence and intensity of primarydysmenorrheal based on personality type in girl'shigh school student Rafsanjan city. J of RafsanjanUni of Med Sci; 2003. 2(3&4): 27-32. (Persian).

9. Avril M, Abraham A, Huang Z, Lawrence JD. Knowledge, Attitudes, and Consequences of mental Health in urban Adolescont Female, J Pediatric and Adolescent Gynecology; 2006. 19(4): 271-275.

10. Davidovici BB, Wolf R. The role of diet in acne: facts and controversies. Clinics in Dermatology; 2010.28:12-16.

11. Ahmadi B, Malekafzali H. Puberty health educational needs of girl students tips third south of Tehran, 1998. Iran Health; 1999.28(1):7-10. (Persian)

12. Majlessi F, Mirza Agha M. Menstrual health behavior among high school students in Tehran: A comparison between the north and the south**.** Payesh; 2004.3(2):153 –158. (Persian)

13. Koff E, Rirrdan J. Preparing girls for menstration recommendation from adolescent girls. |Journal of Adolescence; 1995. (120):795-811.

14. Summer M. Improve guidelines in the health and development of adolescents and young people Chandra-Mouli et al. Reproductive Health; 2013.10-51.

15. Akhavan Karbasi SSM. Educational assessment about puberty health and efficacy face to fac education and platelet in increase theirs aknowledge in the girls student. Iranian Journal of pediatrics; 2003.13: 68-82. (Persian)

16. Collier P. Health Behaviours of women, Nursing clinic of North American; 1988.17(1): 121.

17. Kosroshahi MS. New educational methods in Europ. [Online 2005]. Available from:

http://www.linkestan.com/News/ARTICLE view. asp. Practice. 4th ed. San Francisco: JOSSEY-BASS 2008:45-65.

18. Heydarnia A. Topic on health education process. Tehran: Zamani Press; 2004. P. 88-112.

19. Ghofranipour F. Behavior change Models. Liverpool: 2007-2008.P. 114-8.

20. Rosenstock LM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health BeliefModel. Health Educ Quarterly; 1988. (15):175-183.

21. Shojaeizadeh D. Health Education Models. 1ed.Tehran, Communication and health educationcenter publisher; 2000.P:20-35. (Persian)

22. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour T. Health Education & Promotion-Theories, Models & Methods. Tehran. John P, Don P, Robert H. The health Belife model And Predicion Of diertay compliance: A fietb experiment.joyrnal of health and social behavior; 1997. (18):348-366. (Persian)

23. Marshall H, Lois A, John P, Don P, Robert H. The health Belife model And Predicion Of diertay compliance: A fietb experiment. Journal of health and social behavior; 1997Dec.18:348-368.

24. Zighaimat F, Ebadi A, Karimi-Zarchi AA, Moradi N, Hajiamini Z, Mehdizadeh S. The effect of education based on Health Belief Model on dietary behavior of Coronary Artery Bypass Graft patients. Iran J Nurs; 2010.23(65):50-60. (Persian)

25. Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the Health Belief Model on screening behavior in high risk women for breast cancer, Tehran, Iran. Asian Pac J Cancer Prev; 2011.12(1):49-54. (Persian)

26. Abioye-Kuteyi EA. Menstrualknowledgw and practices amongest secondary school girls in all life Nigeria. Journal of so promote health; 2000 Mar.120(11):6-230.

27. Tuck SK. Adolescent patterns of communicatoni about menstural cycle, sex contracedtion. J Pediatr Nurs. 1990;5(6):393-400.

28. Margayy khoei M, Nouri Sistani M, Taghdisi MH. Promoting knowledge, Attiude and practices (KAP) of the mothers in the girls pubertal health Based on peer Education approach. JBUMS 2010, 11(6): 33-39

29. Maleki Adelkhoush M, Haji Amini Z, Ebadi A, Ahmadi KH, Ajali A. Effect of health puberty education through reliable sources on health behaviour of girl. Journal of behevioral of sciences; 2010, 4(2): 23-24. (Persian)

30. Karimi 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. Arak Medical University Journal Winter; 2012.14(4):85-94. (Persian)

31. Ghaderi A. The Efficiency of Child to Child Health Education Program Based on Health Belife Model (HBM) for Dental Plaque Control among elementary students in Sanandaj. [Dissertation]. Hamadan: Hamadan University of Medical Sciences; 2010. (Persian)

32. Namakin K, Sharifzadeh Gh, Miri MR. Prevalence of cigarette smoking and evaluation of attitude and knowledge in its high school boys in Birjand, 2005. Journal of Birjand University of Medical Sciences; 2008.15(1):66-70. (Persian)

33. Hatamizadeh N, Ziaei P, Dolatabadi S, Vameghi R, Vaseghi S. Survey of Tehran gigh school students knowledge and belief towaed the smoking effect. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology Journal; 2003.9(1):103-8. (Persian)

34. 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.Rahavard Danesh Gournal of Arak Univ Med Sci; 2007.1(10):79-86. (Persian)

35. Jean NR, Richard N, Alferda K. HIV/AIDS Education AmonIncarcerated Youth. Jcriminal Justice; 2000.2(23):145.

36. Zamani Alavijeh F, Faghihzadeh S, Sadeghi F.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Application of the Health Belief Model for UnhealthyEating Prevention among Primary School Children in Arak / Iran (2004-2005)]. Behbood, TheScientific Quarterly; 2008.11(4):352-367. (Persian)

37. 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. Scientific Med J; 2011.10(2):221-28. (Persian)

38. Shirzai S Shojaeezadeh D, Taghdisi M Hosseini A. Theeffect of educationbased belief model on promotion of physical puberty health among teen girls in welfare boarding centers in Tehran. Sjsph; 2012.10(2):59-71. (Persian)

39. Somi P, SoonBok Ch, Chaeweon Ch. Effects of acognition-Emotion focused to increase publicparticipation in papanicolaou smear screening. Public health nursing; 2005.22(4):289-98

40. Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M. Application of the Health Belief Model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. Educ Health (Abingdon); 2007.20(1):1-10. (Persian)

41. Karimi M, Ghofranipour FA, Heidarnia AR. The effect of health education based on health belief model preventive actions of aids on addict in Zarandieh. Journal of Guilan University of Medical Sciences; 2009.18(70):64-73. (Persian)

42. Torshizi L, Anoosheh M, Ghofranipour F, Ahmadi F, Houshyar-rad A. [The effect of education based on Health Belief Model on preventive factors of osteoporosis among postmenopausal women]. Iran Journal of Nursing; 2009.22(59):71-82. (Persian)

43. 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.Rahavard Danesh Gournal of Arak Univ Med Sci; 2007.1(10):79-86. (Persian)

44. Karimi M, Gallali M, Niknami SH, Aminshokravi F, Tavafian SS. The effect of health education program based onHealth Belief Model on the performance of Pap smear test among women referring to health care centers in Zarandieh. Journal of Jahrom University Medical Science; 2012.10(1):47-53. (Persian)

45. Koch J. The role of exercise in the African-American woman with type 2 diabetes mellitus: application of the health belief model. J AmAcad Nurse Pract; 2002.14(3):126-9.

46. Hallberg U, Camling E, Zickert I, Robertson A, Berggren U. Dental appointment no shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? Int J Paediatr Dent; 2008.18(1):27–34.

47. Burak LJ, Meyer M. Using the Health Belief Model to examine and predict college women's cervical cancer screening beliefs and behavior. Health Care Women Int; 1997. 18(3):62-251.

48. Finan SL. Promoting health sexuality guidelines for the school age child and adolescent. The nurse pract; 1997.22(11):62-72.

49. Lajunen T, Rasanen M. Can social psychological models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the Health Belief Model, Theory of Planned Be havior and the Locus of Control. J Safety Res; 2004.35(1):23- 115.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Determining the effect of an educational intervention based on constructs of health belief model on promotion of physical puberty health among student girls

Roghayeh Abedi, MSc Student of Health Education Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Azar Tol, MPH, PhD of Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. tol.azar@yahoo.com
***Fereshte Majlessi**, MCH, Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). dr_f_majlessi@yahoo.com
Mahmood Mahmoodi Majdabadi, PhD, Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background: Factors such as lack of proper knowledge on health period of menarche leads to wrong behavior in this period. But we can transfer knowledge and basic skills to students by teaching and changing their behavior. Consequently, present study mainly aimed to determine the effect of educational intervention based on Health Belief Model (HBM) on promotion of physical puberty health among the girls in Gonbad in 2014.
Methods: This study was a quasi-experimental. In this study102 girl students were selected using random sampling method. Data collection was performed through a designed questionnaire based on HBM model. We used test re-test to investigate the reliabity of the questionnaire and the questionnaire was evaluated by competent Professors in order to determine its content validity. The 30 participants filled out questionnaire befor the intervention. Education intervention was performed for intrvention group. Educational intervention in case group was a speech, along with group discussion, and application of pamphlet and educational booklet. Two groups filled out questionnaires three months after completion of intervention. The data were analyzed through SPSS v.22 software using Chi-square test, Mann-Whitney, Mac-Nemar, Wilcoxon, t-test, and analysis of Covariance (ANCOVA).
Results: Findings of the present study showed that demographic variables were not significantly different in two groups. Before and three months after the education in the intervention group, Knowledge scores raised from 52.07 ± 9.7 to 81.09± 7.25, practice from 48.06 ± 10 to 53.94± 11.32, susceptibility from 61.72 ± 10.4 to 79.6± 9.6, severity from 66.33 ± 7.98 to 77.5± 6.88, benefits from 66.2 ± 8.51 to 76.78± 6.99, barriers from 58.84 ± 11.81 to 43.64± 10.57, cues to action from 26.61 ± 16.85 to 46.21± 16.05, and self-efficacy from 78/16 ± 9/33 to 93/32± 7/04. They were significantly different in the intervention group ($p< 0.05$), but not in the control group ($p> 0.05$).
Conclusion: The results showed that the educational intervention strategy based on HBM Model could bring significant changes in the awareness and behaviour of adolescent girls. Different types of training is recommended based on health educational models on promotion of physical puberty health.

Keywords: Physical puberty, Educational Intervention, Health Belief Model

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]