مقاله تحقیقاتی

بررسی تأثیر برگزاری جلسات آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر نگرش سربازان در پیشگیری از مصرف سیگار

سمیرا املایی خوزانی[1]، *آرمین زارعیان[2]، مریم روشندل[3]

چکیده

مقدمه: مصرف سیگار به‌عنوان اولین عامل قابل پیشگیری در بیماری و مرگ در دنیا بوده و از جمله مشکلات بشر متمدن امروز محسوب می‌شود که مرگ زودرس و در عین حال قابل پیشگیری میلیون‌ها نفر از افراد آموزش دیده و مهارت یافته در سنین دارای حداکثر بازدهی را سبب می‌شود. از این رو آموزش راهکارهای پیشگیری از مصرف سیگار، در جوانان یک نیاز جدی و ضروری است. به همین منظور این پژوهش با هدف کلی بررسی تأثیر برگزاری جلسات آموزشی به روش مدل اعتقاد بهداشتی بر نگرش سربازان در پیشگیری از مصرف سیگار انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تجربی که در سال ۱۳۹۳ انجام گردید، دو گروهان از دو گردان متعلق به یک پادگان آموزشی آجا به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و تعداد ۳۰ نفر از سربازان هر گروهان به‌طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۴۷ سؤال بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، منافع، موانع، خودکارآمدی، راهنمای عمل) بود. اطلاعات در دو مرحله‌ی قبل و پس از آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: آزمون آماری تی زوجی در رابطه با آگاهی و نگرش گروه آزمون در مرحله‌ی قبل و بعد آموزش اختلاف آماری معناداری را نشان داد ($P< ۰/۰۵$) و آزمون آماری تی مستقل جهت مقایسه دو گروه حاکی از وجود اختلاف معنادار آماری در تمام اجزای مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت، منافع، موانع، راهنمای عمل (به‌جز خودکارآمدی) بعد از مداخله آموزشی بود ($P< ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اثربخش بودن برگزاری جلسات آموزشی بود. لذا توصیه می‌گردد، دوره‌های آموزشی مورد نیاز به‌طور مداوم و مستمر تکرار شوند.

کلمات کلیدی: پیشگیری، سرباز، سیگار، مدل اعتقاد بهداشتی.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال دوم ■ شماره ۲ ■ تابستان ۱۳۹۴ ■ شماره مسلسل ۴ ■ صفحات ۶۳-۶۸

مقدمه

بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۳۰، تعداد مرگ ناشی از مصرف سیگار به فراتر از ده میلیون نفر می‌رسد. با وجود عوارض شناخته شده‌ای که سیگار بر روی سلامتی دارد، بسیاری از جوانان دست به این رفتار پر خطر می‌زنند و مصرف سیگار را ادامه می‌دهند. شیوع بالای مصرف سیگار در بین جوانان، خطر وابستگی به آن و عواقب منفی بر روی سلامتی را در پی خواهد داشت (۱). از آنجایی که مصرف سیگار ارتباط نزدیکی با از دست رفتن سال‌های توأم با سلامتی در افراد دارد، می‌توان به کیفیت زندگی افراد سیگاری به‌عنوان عاملی که تحت تأثیر مصرف سیگار قرار می‌گیرد، توجه نمود. در این راستا مطالعات مقطعی نشان داده‌اند که افراد سیگاری از نظر سلامتی جسمی و روانی در

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری نظامی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری
۲- دکترای تخصصی آموزش پرستاری، استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه بهداشت (*نویسنده مسئول)
۳- کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه بهداشت جامعه

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.63]

سطح پایین‌تری از غیرسیگاری‌ها قرار دارند (۲). توانمندسازی در سطح فردی عبارت است از برطرف نمودن ناتوانایی‌های شخصی و شکل دادن به احساس قدرت شخصی و خودکارآیی. بررسی‌ها نشان می‌دهد برنامه‌های آموزشی با فراهم ساختن دانش و آگاهی لازم برای انجام کارها و نیز افزایش حمایت همتایان نقش مهمی در توانا ساختن افراد دارند (۳).

در مطالعه‌ی حاضر مدل اعتقاد بهداشتی به‌عنوان چارچوب مرجع انتخاب شد. این مدل یک مدل جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد تا کنترل آن، اما باید توجه داشت مدل مذکور بر پیشگیری ثانویه روی کنترل بیماری متمرکز است. به‌طوری که به‌موجب این مدل هنگامی فرد عمل بهداشتی را انجام می‌دهد که تهدید، حساسیت، شدت بیماری و ارزش بهداشتی آن عمل را درک کند (۴). اثربخشی این مدل تاکنون در مورد مسائلی نظیر پیشگیری از بارداری ناخواسته (۵)، غربالگری ماموگرافی (۶)، رفتار مسواک زدن (۷)، پیشگیری از ایدز (۸)، پیشگیری از سرطان دهانه‌ی رحم (۹)، پیشگیری از لیشمانیوز جلدی (۱۰) بررسی شده است. با توجه به اهمیت مخاطرات مربوط به سربازان و ضرورت پیشگیری این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برگزاری جلسات آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر نگرش سربازان در پیشگیری از مصرف سیگار انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع تجربی بوده و بر روی ۲۰۰ نفر از سربازان یکی از پادگان‌های آموزشی ارتش جمهوری اسلامی ایران انجام شد. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده که جهت انجام کار به شکل تصادفی از میان سه گروهان از یک گردان متعلق به پادگان نام برده شده، دو گروهان انتخاب شدند و باز به‌طور تصادفی ۳۰ نفر از هر گروهان در گروه آزمون و ۳۰ نفر در گروه شاهد قرار گرفت. معیار ورود، سواد خواندن و نوشتن و عدم سابقه‌ی مصرف سیگار بود و معیار خروج عدم تمایل به شرکت در مطالعه و عدم شرکت در هر یک از جلسات آموزشی (۵ جلسه) بود که بر این اساس هیچ نمونه‌ای از مطالعه خارج نشد. نحوه محاسبه حجم نمونه:

$$N = \left(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}\right)^2 \left(d_1^2 + d_2^2\right) / \mu_1 + \mu_{2=}$$
$$= \left(1/96 + 0/85\right)\ \left(1/05\right) / 0/3 = 27/6 \qquad \alpha=0/05,\ \beta=0/2$$

با استفاده از این فرمول تعداد سربازان انتخاب شده برای هر گروه ۲۷ نفر بود که با توجه به احتمال ریزش ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. برای سنجش از پرسشنامه طراحی شده بر اساس موضوع و مدل اعتقاد بهداشتی مشتمل بر ۴۷ سؤال، در دو مرحله قبل و بعد مداخله به کار گرفته شد. متغیرهای مورد اندازه‌گیری شامل متغیر زمینه‌ای یا دموگرافیک با ۱۳ سؤال (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، خانواده سیگاری، سابقه‌ی بیماری اعصاب و روان، میزان درآمد ماهیانه، سابقه‌ی مصرف سیگار، سابقه‌ی مصرف قلیان، میزان مصرف) و متغیرهای مربوط به مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده (۷ سؤال)، منافع درک شده (۱۱ سؤال)، موانع درک شده (۵ سؤال)، خودکار آمدی درک شده (۶ سؤال)، راهنمای عمل (۵ سؤال) بودند. در بخش مربوط به نمرات اعتقاد بهداشتی از مقیاس لیکرت استفاده شد به این ترتیب که نمره عوامل حساسیت، منافع، موانع، خودکارآمدی، راهنمای عمل بر اساس کاملاً موافقم (۶ امتیاز) تا کاملاً مخالفم (۱ امتیاز) داده شد. لازم به ذکر است به ۵ سؤال امتیاز به شکل معکوس تعلق گرفت؛ یعنی از کاملاً مخالفم (۶ امتیاز) تا کاملاً موافقم (۱ امتیاز) داده شد و در مورد سؤالات دموگرافیک نیز به ترتیب به گزینه‌های بلی و خیر ۲ و ۱ امتیاز تعلق گرفت. این پرسش‌نامه توسط محقق تهیه شد و توسط ۱۰ نفر از اساتید ارزیابی و تائید شد. این پرسش‌نامه تا به حال در هیچ مطالعه‌ی دیگری استفاده نشده بود.

در این بررسی آگاهی به‌طور مستقیم اندازه‌گیری نشده است بلکه با تغییر رفتارهای بهداشتی و عوامل زمینه‌ای که منجر به افزایش آگاهی و شناخت شده بود اندازه‌گیری شد. برنامه مداخله آموزشی به این صورت بود که محتوای آموزشی با جستجو در منابع اینترنتی و کتابخانه‌ای به‌صورت اسلاید تهیه شد و طی ۵ جلسه آموزشی (هر هفته یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) در آمفی‌تئاتر پادگان به گروه آزمون آموزش داده شد. پس از پایان تحقیق منابع به‌صورت کتابچه در اختیار گروه شاهد قرار گرفت.

شیوه‌ی تدریس شامل سخنرانی و پرسش و پاسخ بود. روایی محتوای پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه مورد تائید قرار

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.63]

گرفت. روایی صوری با استفاده از یک مطالعه راهنما تأمین گردید و پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آزمون- باز آزمون بر روی ۳۰ نفر انجام شد و ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۴ محاسبه گردید. پیش‌آزمون قبل از مداخله و پس‌آزمون به فاصله زمانی دو هفته پس از اجرای مداخله به عمل آمد. این مطالعه در شورای پژوهش و همچنین کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا مورد تایید قرار گرفت. ضمنا به واحدهای پژوهش اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه‌ها فقط به منظور دستیابی به اهداف پژوهش و به صورت داده‌های آماری استفاده خواهد شد و کاملا محرمانه خواهد ماند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و آزمون آماری تی مستقل و زوجی و با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ محاسبه گردید.

یافته‌ها

آزمون‌های آماری بر روی داده‌های دموگرافیک نشان داد افراد مورد مطالعه در دو گروه آزمون و شاهد از نظر سن، میزان تحصیلات، سابقه‌ی بیماری اعصاب و روان، میزان درآمد ماهیانه با یکدیگر همگن بودند و در مورد وضعیت تأهل و داشتن اعضای خانواده سیگاری نیز آزمون‌های آماری تفاوت معناداری را نشان نداد (جدول ۱).

نتایج پژوهش نشان می‌دهد قبل از مداخله بین میانگین نمرات اجزای مدل اعتقاد بهداشتی مشتمل بر حساسیت، منافع، موانع، خودکارآمدی درک شده و راهنمای عمل در دو گروه آزمون و شاهد، بر اساس آزمون آماری تی مستقل تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (جدول ۲).

آزمون‌های آماری تی مستقل اختلاف معناداری را بین میانگین نمرات سازه‌های مدل (به‌جز خودکارآمدی درک شده) در دو گروه پس از دو هفته نشان داد (جدول ۳).

علاوه بر این نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که در گروه آزمون، اختلاف آماری معناداری بین میانگین نمرات آگاهی و نگرش قبل و بعد از آموزش وجود دارد ($P< ۰/۰۵$)، در حالی که در گروه شاهد از این لحاظ در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک سربازان پادگان آموزشی آجا در دو گروه آزمون و شاهد سال ۱۳۹۲

گروه		آزمون		شاهد		P value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سابقه مصرف سیگار در خانواده	بلی	۱۸	۶۰	۱۶	۵۳/۳۳	p=۰/۳۹۷
	خیر	۱۲	۴۰	۱۴	۴۶/۶۶	
جمع		۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	
وضعیت تأهل	متأهل	۹	۳۰	۳	۱۰	p=۰/۰۵۲
	مجرد	۲۱	۷۰	۲۷	۹۰	
جمع		۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	

جدول ۲- مقایسه نمرات اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و شاهد از سربازان پادگان آموزشی آجا قبل از مداخله سال ۱۳۹۲

اجزای مدل اعتقاد بهداشتی	آزمون	شاهد	نتیجه آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P value
حساسیت درک شده	۲۵/۸۷ (۱/۳۰۶)	۲۶/۵۳ (۲/۲۸۵)	p=۰/۱۷۲
منافع درک شده	۵۳/۲۷ (۲/۶۱۲)	۵۱/۷۳ (۴/۵۱۸)	p=۰/۱۱۴
موانع درک شده	۱۷/۴۳ (۲/۳۷۳)	۱۶/۷۰ (۲/۸۴۲)	p=۰/۲۸۳
خودکارآمدی	۲۳/۲۳ (۳/۲۴۵)	۲۱/۸۳ (۳/۳۴۷)	p=۰/۱۰۷
راهنمای عمل	۱۹/۱۰ (۳/۹۶۸)	۲۰/۵۷ (۳/۳۹۰)	p=۰/۱۲۹

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.63]

جدول ۳- مقایسه نمرات اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و شاهد از سربازان پادگان آموزشی آجا پس از مداخله سال ۱۳۹۲

اجزای مدل اعتقاد بهداشتی	آزمون	شاهد	نتیجه آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P value
حساسیت درک شده	۳۵/۱۳ (۱/۷۹۵)	۲۹/۹۷ (۲/۵۶۶)	p=۰/۰۰۱
منافع درک شده	۵۵/۴۳ (۲/۳۸۸)	۴۵ (۴/۱۴۴)	p=۰/۰۰۱
موانع درک شده	۱۵/۵۰ (۱/۴۵۶)	۱۶/۹۳ (۱/۶۸۰)	p=۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۲۳/۷۳ (۱/۸۱۸)	۲۳/۲۳ (۳/۰۸۱)	p=۰/۴۴۸
راهنمای عمل	۲۴/۹۷ (۱/۴۵۰)	۲۰/۴۳ (۲/۰۹۶)	p=۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، مقایسه میانگین پس از مداخله نمرات اجزای رفتارهای پیشگیرانه از مصرف سیگار در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد تفاوت آماری معناداری را نشان داد. به نظر می‌رسد با توجه به نتایج مطالعه، اجرای آموزش بهداشت مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقای رفتارهای پیشگیری از مصرف سیگار در افراد مورد مطالعه مؤثر بوده است. همچنین نتایج بیان‌گر آن است که بین میانگین نمرات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، منافع، موانع، راهنمای عمل) به‌جز خودکارآمدی پس از مداخله در گروه آزمون نسبت به شاهد تفاوت آماری معناداری به وجود آمده است. به نظر می‌رسد عدم تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر روی خودکارآمدی درک شده در این مطالعه، به علت اندک بودن زمان آموزش لازم جهت تغییر خودکارآمدی بر روی سربازان است.

این نتایج با یافته‌های حاصل از مطالعه زهرا رهنورد و همکاران با هدف تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از مصرف سیگار، مطابقت دارد. در مطالعه یاد شده میانگین نمرات اجزای مدل نیز، پس از مداخله آموزشی در گروه آزمون نسبت به شاهد افزایش معنادار یافته است (۱۱). با توجه به اینکه در هر دو مطالعه از روش سخنرانی و پرسش و پاسخ استفاده شده است، نتایج مشابه و یکسان حاصل از دو مطالعه، نشان‌دهنده‌ی مؤثر بودن آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از مصرف سیگار است.

نتایج مطالعه کریمی و همکاران در مورد کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از بارداری ناخواسته، مشابه مطالعه حاضر است. در این مطالعه نیز میانگین نمرات اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در گروه آزمون نسبت به شاهد افزایش معنادار داشت (P< ۰/۰۵)، به‌جز موانع درک شده که نمرات در گروه آزمون نسبت به شاهد تفاوت معنادار نداشت (۵). در واقع زمان جهت تغییر موانع درک شده در افراد محدود بوده است.

نتایج مطالعه مودی (Moodi) و همکاران نیز با مطالعه حاضر مطابقت دارد. این مطالعه با هدف به‌کارگیری مدل اعتقاد بهداشتی بر انجام رفتار غربالگری ماموگرافی نشان داد، نمرات اجزای مدل قبل و سه ماه پس از آموزش در سه گروه آموزش گروهی، آموزش با کتاب و از طریق ارسال پستی تفاوت معناداری وجود داشت. در مورد موانع درک شده در گروه آموزش از طریق ارسال پستی تفاوت آماری معنادار نبود (۶). در واقع زمان جهت تغییر موانع درک شده در افراد محدود بوده است.

در مطالعه زارع و همکاران با هدف تأثیر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار مسواک زدن دانش آموزان، از بین اجزای مدل اعتقاد بهداشتی تنها موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده با رفتار مسواک زدن همبستگی معنادار داشت ولی از این میان موانع درک شده پیشگویی‌کننده رفتار مسواک زدن بود (۷). نظر به اینکه در مطالعه حاضر خودکار آمدی درک شده قبل و بعد مداخله تفاوت معنادار نداشت ولی در مطالعه‌ی زارع و همکاران نتایج خودکارآمدی به دست آمده قبل و بعد مداخله معنادار بود پس از این نظر دو مطالعه با هم متفاوت بودند؛ که احتمالاً بدلیل وجود زمان کافی جهت آموزش خودکارآمدی در مطالعه زارع و همکاران بوده است.

در مطالعه‌ی پیرزاده و همکاران که تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی را بر پیشگیری از ایدز بررسی نمودند میانگین سازه‌های مدل شامل شدت، موانع، منافع درک شده قبل از مداخله

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.63]

تفاوت معنادار نداشت ولی پس از مداخله شدت، موانع و منافع در گروه آزمون افزایش معنادار داشت که با مطالعه حاضر مطابقت دارد؛ اما حساسیت درک شده در گروه مداخله اختلاف آماری معنادار نداشت (۸)، با توجه به اینکه در مطالعه‌ی حاضر حساسیت درک شده پس از مداخله اختلاف معنادار داشت، پس از این نظر با مطالعه‌ی پیرزاده و همکاران همخوانی ندارد. در مطالعه حاضر احتمالاً آموزش حساسیت درک شده بهتر صورت گرفته است.

نتایج حاصل از مطالعه نامدار و همکاران که سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیرانه بر سرطان دهانه رحم بود نشان داد تمام سازه‌های مدل شامل حساسیت، شدت، موانع، منافع، خودکارآمدی درک شده در گروه آزمون پس از مداخله افزایش معنادار داشت؛ اما موانع و شدت درک شده را به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های رفتار تعیین نمود (۹) به‌جز خودکارآمدی درک شده که معنادار بود، در سایر موارد با مطالعه حاضر مطابقت داشت؛ که ممکن است به دلیل وجود زمان کافی جهت آموزش خودکارآمدی باشد. مطالعه‌ی معتمدی و همکاران که تأثیر آموزش را بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر پیشگیری از سالک بررسی نمودند نشان داد که افراد دارای سابقه‌ی ابتلا به سالک در کلیه سازه‌های مدل نمره بیشتری نسبت به سایرین داشتند، ولی آگاهی آنان با سایر نمونه‌ها تفاوت معناداری نداشت. آگاهی و سازه‌های مدل در افراد قبل و بعد آموزش تفاوت معناداری داشت (۱۰) که نشان‌دهنده تطابق با مطالعه حاضر است.

از محدودیت‌های اصلی این مطالعه در واقع کمبود آگاهی جوانان از مشکلات ایجاد شده پس از مصرف سیگار و در نتیجه تمایل کمتر آنان به همکاری در پژوهش حاضر بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش و رابطه‌ی مثبت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با پیشگیری از مصرف سیگار پیشنهاد می‌شود در تهیه، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی، علاوه بر افزایش سطح آگاهی، به عواملی همچون افزایش حساسیت و منافع درک شده نسبت به افزایش باورهای بهداشتی و کاهش باورهای نادرست نسبت به مصرف سیگار که مانعی بر سر راه پیشگیری از مصرف سیگار است، توجه شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری نظامی می‌باشد که با شماره ۵۹۳۱۷۶ در تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ در دانشگاه علوم پزشکی آجا به تصویب رسیده است. بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان و مسئولین پادگان منتخب آجا تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1- Aminoroaia M, Attari A, Maracy M. Factor's affecting medical students' tendency to smoke cigarettes. JRBS.2013; 10 (7): 726-34.
2- Khalilzad Behrozian S, Ahmadi E. The assesment of self-efficacy and the dimensions of quality of life on smokers and nonsmokers. UMJ. 2013; 24 (4): 257-62. (Persian)
3- Solhi M, Abasi H, Hazavehei MM, Roshanaei GH. Effect of educational intervention on empowerment of high school student in prevention of smoking. RJMS. 2014: 21 (118): 52-63. (Persian)
4- Shahnazi H, Sharifirad Gh, Reisi M, Javadzade H, Radjati F, Charkazi A, Moody M. Factors Associated with Cigarette Smoking based on Constructs of Health Belief Model in Pre-University Students in 2011 in Isfahan. IJHSR.2013; 9 (4): 378-84. (Persian)
5- Karimi M, Zareban I, Montazeri A, Amin Shokravi F. The Effect of Training Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of Unwanted Pregnancy. IJOGI.2012; 15 (23): 18-27. (Persian)
6- Moodi M, Norozi E, Rezaeian M, Mostafavi F, Sharifirad Gh. Comparing the effectiveness of Three Educational Interventions based on Health Belief Model on Mammography screening Behaviors in Women above 40 Years in Isfahan. IJHSR. 2013; 9 (4): 385-94. (Persian)
7- are M, Noroozi A, Tahmasebi R. Factor's influencing tooth brushing behavior based on Health Belief Model among Bushehr primary school 5th & 6th grade students. Hayat Journal. 2013; 19 (2): 67-78. (Persian)
8- Pirzadeh A, Sharifirad Gh R.Effect of educational program on knowledge and health Belief model structures about acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among high school female student in Isfahan. JGUMS. 2012; 14 (3): 66-71. (Persian)
9- Namdar A, Bigizadeh Sh, Naghizadeh M M, Measuring Health Belief Model Components in Adopting Preventive Behaviors towards Cervical Cancer. JFUMS. 2012: 2 (1): 34-44. (Persian)
10- Motamedi N, Hejazi S H, Hazavei S M, Zamani A R, Saberi S, Rahimi E. Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis. JMMW. 2010: 11 (4): 38. (Persian)
11- Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M. An Educational Intervention Using Health Belief Model on Smoking Preventive Behavior among Female Teenagers. Hayat journal.2011: 17 (3): 15-26. (Persian)

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.63]

The effect of training sessions based on the health belief model on soldiers in prevention of smoking persons' attitude

Eemlai khozani. S[1], *Zareiyan. A[2], Roshandel. M[3]

Abstract

Introduction: Cigarette smoking is the leading cause of preventable illness and death in the world and one of the problems in all aspects of human civilization. Which preventable premature death of millions skilled and educated people seen in maximum efficiency ages.so the teaching strategies for preventing smoking in young people is a serious and urgent need. Therefore, the purpose of this study was to assess the effect of training sessions by HBM on soldiers' attitude to prevent smoking.

Materials and Methods: This experimental study was conducted in 2014, two groups from two battalions belonging to AJA training camp, divided into control and experimental groups and 30 soldiers of each group were randomly selected. Data were gathered by a questionnaire consisting of 47 questions based on health belief model (perceived susceptibility, benefits, barriers, self-efficacy, operating manuals). Data obtained before and after training on HBM, were analyzed using SPSS version 22.

Results: The paired t test on the knowledge and attitudes before and after the training phase of the study group showed a statistically significant difference ($P<0.05$) , independent t-test showed a sensitivity of all components of the health belief model, benefits, barriers, cues to action (except self-efficacy) in the experimental group after the intervention was significantly higher than before. ($P<0.05$).

Discussion & Conclusion: The results showed the effectiveness of the training sessions. It is recommended that training courses are required for continuous replicate.

Keywords: HBM, Prevention, Smoking, Soldier.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.63]

1- Student of Master of Sciences, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing

2- Ph.D. in Nursing Education, Assistant Professor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Health Department

3- Master of Sciences, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, community Health Department