

# بررسی میزان تأثیر الگوی باور بهداشتی بر وضعیت بدنی دانش‌آموزان مدارس راهنمایی منطقه ۳ تهران

\*دکتر محمد کمالی<sup>۱</sup>

## چکیده

در این تحقیق ۲۶۰ دانش‌آموز کلاس اول راهنمایی مدارس منطقه ۳ تهران از طریق پرسشنامه‌ای بر اساس الگوی باور بهداشتی به منظور تعیین میزان تأثیر آن بر وضعیت بدنی مورد بررسی قرار گرفتند. معاینه و مشاهده براساس آزمون نیویورک انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که رفتارهای پیشگیری‌کننده و وضعیت جسمی قبل از مداخله آموزشی در سطح پائینی قرار دارند و بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج بررسیها پس از مداخله آموزشی حاکی از تفاوت معنادار ( $P < 0.000$ ) بین دو گروه آزمون و شاهد در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده بود. همچنین وضعیت بدنی در گروه آزمون، بهبود یافته و تفاوت معناداری ( $P < 0.000$ )، با گروه شاهد نشان داد. تجزیه رفتارهای پیشگیری‌کننده به ۶ رفتار و وضعیت بدنی به ۸ حالت و انجام آزمون آماری ویلکاکسون حاکی از تفاوت معنادار ( $P < 0.000$ )، برای همه رفتارها و ۵ حالت از وضعیت بدنی بودند نتایج فوق بر تأثیر آموزش ارائه شده بر مبنای الگوی باور بهداشتی تأکیدنموده که با برخی تحقیقات قبلی مطابقت دارد. از اجزای الگوی باور بهداشتی، منافع درک‌شده بیشترین همبستگی معنادار را با اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده نشان دادند که با تحقیقات انجام شده قبلی نیز موافقت دارد.

کلیدواژه‌ها: ۱- الگوی باور بهداشتی ۲- دانش‌آموزان ۳- وضعیت بدنی ۴- آموزش بهداشت

## مقدمه

روی آوردن انسانها به زندگی ماشینی از جمله عواملی است که موجبات فقر حرکتی را دراندامها بیشتر می‌کند، عدم تحرک امروزه در بین اغلب مردم گسترش یافته و بویژه نوجوانان را با خطر عدم تحرک کافی روبه‌رو کرده است که می‌تواند باعث عوارض متعددی در آنان شود. دراین میان وضعیت بدنی (Posture) انسان بسیار مهم است. چنانچه وضعیت بدنی و حالات مختلف نگهداری بدن نوجوانان و جوانان را بررسی نماییم انواع ضعفهای عضلانی (Muscle Weakness)،

حرکت از آثار و علامتهای حیات بشر است و استمرار آن باعث رشد و نمو موجودات زنده می‌شود. حرکت از زمان تشکیل نطفه در انسان آغاز می‌گردد و ضرورت اولیه تکامل کلیه جنبه‌های جسمانی و روانی انسان می‌باشد. منع انسان از حرکت عوارض و پیامدهای جسمی و روحی متعددی در برخواهد داشت. در اثر حرکت اندامها به نحو مطلوب رشد می‌کنند، عضلات حجیم‌تر و قوی‌تر می‌شوند. دستگاه گردش خون و تنفس کاملتر و استخوانها در انسان مستحکم‌تر می‌شوند.

(I) استادیار دانشکده علوم توانبخشی، میدان محسنی، صندوق پستی ۴۳۹۱-۱۵۸۷۵، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران

انحرافات وضعیتی (Deviation Posture) و عادات غلط نگهداری بدن را می‌توان مشاهده نمود. مهمترین این انحرافات قوز (Kyphosis) و اسکولیوز (Scoliosis) می‌باشد. بررسیهای انجام شده نمایانگر ارتباط بین انحرافات وضعیتی بدن و نوع نشستن، خوابیدن، ایستادن، راه رفتن، حمل اشیاء، ورزش روزانه وضعیت عضلانی و.. می‌باشد. بررسیهای فوق حاکی از ابتلا حدود ۴۰ تا ۸۰ درصد دانش‌آموزان و دانشجویان به انواعی از ناهنجاریهای ذکر شده می‌باشد (۱ تا ۵). نکته مهم امکان پیشگیری از عوارض و ضایعات فوق است که با ارائه آموزشها و انجام تمرینات اصلاحی امکانپذیر می‌شود.

از سوی دیگر با توجه به تفوق جنبه‌های پیشگیری بر درمان در برنامه‌های آموزش بهداشت و کاربرد الگوهای مختلف آموزش آن می‌توان با ایجاد عادات صحیح بهداشتی و تغییر سبک زندگی از طریق آموزش از پیشرفت و ایجاد بیماری جلوگیری نمود. از جمله الگوهای مناسب آموزش بهداشت، الگوی باور بهداشتی (Health Belief Model) است که در مطالعات مختلف برای پیشگیری از بیماریها و ایجاد الگوهای صحیح بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به اینکه دانش‌آموز دوره راهنمایی در آستانه بلوغ و رشد سریع قرار دارند بی‌توجهی به وضعیت بدنی آنان و طریقه صحیح نگهداری حالات مختلف بدن و عدم رسیدگی به انحرافات وضعیتی آنان می‌تواند صدمات جبران‌ناپذیری در آینده برای آنان فراهم آورد. مطالعه حاضر تلاش نموده است تا با کاربرد مدل الگوی باور بهداشتی تأثیر آنرا بر وضعیت بدنی دانش‌آموزان و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده توسط آنان بررسی نماید.

## مواد و روشها

این بررسی بر روی ۲۶۰ دانش‌آموز کلاس اول راهنمایی به شیوه‌ای چند مرحله‌ای و تصادفی انجام گرفت.

از بین کلیه مدارس راهنمایی منطقه سه آموزش و پرورش تهران، هشت مدرسه به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس از هر مدرسه یک کلاس اول راهنمایی انتخاب گردید، آنگاه از بین هشت کلاس فوق، چهار کلاس (دو کلاس دخترانه و دو کلاس پسرانه) به عنوان گروه‌های آزمون و شاهد در نظر گرفته شدند. اهداف تحقیق، تعیین تأثیر مدل اعتقاد بهداشتی بر اتخاذ

رفتارهای پیشگیری کننده و وضعیت بدنی دانش‌آموزان در دو گروه آزمون و شاهد بود. فرضیات بررسی بر وجود اختلاف معنادار بین رفتارهای پیشگیری کننده و وضعیت بدنی قبل و بعد از مداخله آموزش در گروه‌های آزمون و شاهد تأکید داشت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه و برگه معاینه (مشاهده) وضعیت بدنی براساس آزمون نیویورک (New York Test) بود، ضمن اینکه شش رفتار مشخص در پرسشنامه توسط محقق مورد مشاهده قرار می‌گرفت. پرسشنامه و برگه مشاهده هر کدام دوبار قبل و بعد از مداخله آموزشی برای کلیه دانش‌آموزان و شاهد تکمیل گردید. براساس نتایج اولیه، برنامه‌ای آموزشی تهیه گردید و از طریق آموزش حضوری در کلاس درس، تهیه جزوه و توزیع آن بین دانش‌آموزان، تهیه پوستر آموزشی و نصب آن در کلاس درس و صحبت با دبیر ورزش مدرسه برای گروه آزمون به مرحله اجرا درآمد.

به فاصله سه ماه بعد، مجدداً پرسشنامه تکمیل گردید و برگه آزمون نیویورک که هشت حالت مختلف بدن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد از طریق معاینه دانش‌آموزان تکمیل گردید. ابزار تکمیل برگه آزمون نیویورک، صفحه شطرنجی و شاقول و نیز متر نواری برای سنجش قد و ترازوی معمولی برای سنجش وزن دانش‌آموزان بود. پرسشنامه براساس مدل باور بهداشتی و چهار عامل مهم آن، حساسیت درک شده و شدت درک شده که در مجموع تهدید درک شده را مشخص می‌نماید، منافع درک شده، موانع درک شده و راهنمای عمل داخلی و خارجی، تنظیم‌گردیده بود. کلیه پرسشها با پاسخ (موافق، مخالف و بی‌نظر) همراه بود. ۱۶ پرسش، حساسیت درک شده، ۱۳ پرسش، شدت درک شده، ۸ پرسش، منافع درک شده، ۸ پرسش، موانع درک شده و ۱۵ پرسش، راهنمای عمل را اندازه‌گیری می‌کردند.

## یافته‌ها

یافته‌های بررسی نشان‌دهنده عدم وجود اختلاف معنی‌دار بین دو گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخله آموزشی در زمینه امتیاز کسب شده وضعیت بدنی دانش‌آموزان بود لیکن بعد از مداخله آموزشی میانگین امتیازات در گروه آزمون از ۱۴/۸۷ به ۱۰/۷۷ تغییر یافت. همچنین این میانگین در گروه شاهد از ۱۵/۳۷ به ۱۵/۱۷ تبدیل گردید. آزمون آماری T با  $P < 0.000$  اختلاف

**جدول ۳.** مقایسه وضعیت بدنی قبل و بعد از آموزش، گروه شاهد،

۱۳۷۷

نتیجه	بعد از آموزش			قبل از آموزش			متغیر
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
-	۱۰	۶۱	۵۸	۱۰	۶۱	۵۸	چرخش طرفی سر
-	۵	۴۱	۸۳	۵	۴۱	۸۳	عدم تقارن شانه‌ها
-	۱۰	۴۸	۷۱	۱۰	۴۹	۷۰	شانه آویخته
-	۱۱	۶۰	۵۸	۱۱	۶۱	۵۷	اسکولیوز
-	۱۰	۷۰	۴۸	۱۱	۶۹	۴۹	سر به جلو
-	۵	۴۴	۸۰	۵	۴۳	۸۱	قوز
-	۲۶	۸۶	۱۷	۲۷	۸۸	۱۷	شانه‌مدور (گرددشده)
-	۸	۱۰۱	۲۰	۸	۱۰۴	۱۷	لوردوز

در زمینه اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده اختلاف معناداری قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه آزمون و شاهد وجود نداشت ضمن آنکه در آن زمان، رفتارها نیز در سطح مطلوبی قرار نداشتند. لیکن بعد از مداخله آموزشی، آزمون آماری-T Test وجود اختلاف معنادار  $P < 0.001$  بین گروههای آزمون و شاهد را نشان داد. میانگین امتیازات در گروه آزمون از ۱۵/۹۵ به ۱۰/۱۲ و در گروه شاهد از ۱۵/۲۴ به ۱۵/۰۹ تغییر یافت، همچنین آزمون T زوجی حاکی از عدم اختلاف معنادار در بین گروه شاهد قبل و بعد از مداخله آموزشی بود در حالیکه در گروه آزمون با  $P < 0.000$  این اختلاف معنادار بود (جدول شماره ۴).

**جدول ۴.** مقایسه میانگین امتیاز رفتارهای پیشگیری کننده در دو

گروه آزمون و شاهد، قبل و بعد از مداخله، تهران ۱۳۷۷

نتیجه	شاهد			آزمون			گروهها
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
-	۳/۵	۱۵/۲۴	۱۲۹	۴/۹	۱۵/۵۹	۱۳۱	قبل
$P < 0.000$ +	۳/۷	۱۵/۰۹	۱۲۹	۵/۰	۱۰/۱۲	۱۳۱	بعد

معناداری را بین دو گروه آزمون و شاهد نشان داد. همچنین آزمون آماری T زوجی در گروه شاهد هی چگونه اختلاف معناداری را قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان نداد. لیکن این آزمون در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله آموزشی حاکی از وجود اختلاف معنادار با  $P < 0.001$  بود (جدول شماره ۱).

**جدول ۱.** مقایسه وضعیت بدنی در دو گروه آزمون و شاهد قبل و

بعد از مداخله، ۱۳۷۷

نتیجه	شاهد			آزمون			گروهها
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
-	۵/۳	۱۵/۳۷	۱۲۹	۶/۰	۱۴/۸۷	۱۲۹	قبل
$P < 0.000$ +	۵/۳	۱۵/۱۷	۱۲۹	۵/۶	۱۰/۷۷	۱۳۱	بعد

برای سنجش وضعیت بدنی ۸ حالت مختلف اندازه گیری شد که تغییر وضعیت حالت‌های فوق نیز با استفاده از آزمون آماری ویلکاکسون ارزیابی شد. ۵ وضعیت، شامل چرخش طرفی سر، عدم تقارن شانه‌ها، اسکولیوز، قوز و شانه مدور با  $P < 0.000$  و در مورد عدم تقارن شانه‌ها  $P \leq 0.04$  دارای تفاوت معنادار قبل و بعد از مداخله آموزشی بودند در حالیکه در گروه شاهد هیچ یک از حالت‌ها تفاوت معناداری را نشان ندادند (جدولهای شماره ۲ و ۳).

**جدول ۲.** مقایسه وضعیت بدنی قبل و بعد از آموزش، گروه آزمون،

۱۳۷۷

نتیجه	بعد از آموزش			قبل از آموزش			متغیر
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
$P < 0.000$ +	-	۳۳	۹۸	۷	۵۴	۷۰	چرخش طرفی سر
$P = 0.04$ +	-	۷۱	۶۰	۴	۴۹	۷۸	عدم تقارن شانه‌ها
-	۵	۴۴	۸۲	۹	۴۰	۸۳	شانه آویخته
$P < 0.000$ +	۱	۱۹	۱۱۱	۹	۶۶	۵۶	اسکولیوز
-	۱۵	۶۹	۴۷	۹	۷۶	۴۶	سر به جلو
$P < 0.000$ +	۳	۲۴	۱۰۴	۴	۵۴	۷۳	قوز
$P < 0.000$ +	۴	۵۷	۷۰	۲۴	۹۰	۱۷	شانه‌مدور (گرددشده)
-	۲۲	۷۰	۳۹	۴	۱۰۴	۲۳	لوردوز

موفقیت یک برنامه آموزش بهداشت باشد. در تحقیق حاضر دو عامل برای سنجش میزان تاثیر الگوی باور بهداشتی در نظر گرفته شده بود: اول، اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده و دوم وضعیت بدنی دانش آموزان.

با توجه به نتایج کسب شده در گروههای آزمون و شاهد می توان به تاثیر آموزش ارائه شده بر مبنای الگوی باور بهداشتی در دو زمینه فوق پی برد و به تعبیری گفت تنها عامل آموزش ارائه شده باعث اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده و در نتیجه وضعیت تغییر جسمی در گروه آزمون بوده است. این نکته در تحقیق بهبودی (۱۳۷۴)، که به بررسی تاثیر یکدوره حرکات اصلاحی ویژه بر روی FVC دانش آموزان دختر کایفوتیک ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان کرچ پرداخته بود مورد تأیید قرار گرفت و نتایج نشان داد که تمرینات اصلاحی بر روی عارضه کیفیت تأثیر معناداری داشته است (۱). همچنین سلطانیان (۱۳۷۵)، نشان داد کاربرد الگوی باور بهداشتی بر عملکرد مبتلایان به پرفشاری خون در ارتباط با رژیم غذایی و ورزش تأثیر مثبتی داشته است و بین قبل و بعد از آموزش اختلاف معناداری مشاهده گردید (۲). سام (۱۳۷۵)، در تحقیق خود تحت عنوان "بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت فیزیکی در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان تنکابن به منظور پیشگیری از ابتلا به اسکولیوز وضعیتی" نشان داد بین عملکرد قبل و بعد از آموزش، تفاوت معناداری وجود داشته است که با نتایج این تحقیق هماهنگ است (۳). همچنین این نتیجه با تحقیقات هنری (۱۳۷۲)، حبیبی (۱۳۷۱)، خوشبختی (۱۳۷۲)، بابائی لاهیجی (۱۳۷۲) و قراخلانو (۱۳۶۸)، هماهنگ است.

در زمینه الگوی باور بهداشتی همبستگی بین عوامل مختلف الگو با اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده مورد اندازه گیری قرار گرفت. آزمون همبستگی پیرسون در سطح 0.01 همبستگی معناداری را با منافع درک شده در گروه آزمون نشان داد. در حالیکه در گروه شاهد چنین همبستگی با هیچکدام از عوامل الگوی باور بهداشتی مشاهده نگردید. بارکر (۱۹۹۵) نیز نشان داد که باور بهداشتی به منافع درک شده، به تنهایی و به عنوان یک متغیر، رابطه معناداری با مشارکت و پذیرش دستورات پیشگیری از بیماریهای دندانی دارد (۶). French و دیگران (۱۹۹۲) در ارزیابی الگوی باور بهداشتی و تصمیم به انجام عمل

رفتارهای پیشگیری کننده شامل ۶ رفتار مختلف بود که آزمون آماری ویلکاکسون نشان داد کلیه رفتارها در گروه آزمون با  $P < 0.000$  قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معناداری دارند لیکن در گروه شاهد این اختلاف دیده نشد (جدولهای شماره ۵ و ۶).

**جدول ۵.** مقایسه رفتارهای پیشگیری کننده قبل و بعد از آموزش، گروه آزمون، ۱۳۷۷

نتیجه	بعد از آموزش			قبل از آموزش			نوبت آزمون نوع رفتار
	فرد	میانگین	انحراف استاندارد	فرد	میانگین	انحراف استاندارد	
$P < 0.005$ +	۱۷	۴۴	۷۰	۲۰	۶۶	۴۵	نحوه حمل کیف مدرسه
$P < 0.000$ +	۳	۲۵	۱۰۳	۱۸	۴۶	۶۷	نوع کفش
$P < 0.000$ +	۱۶	۷۷	۳۸	۳۳	۷۲	۲۲	نحوه نشستن در کلاس
$P < 0.000$ +	۵	۶۲	۶۴	۲۴	۷۵	۳۲	نحوه ایستادن
$P < 0.000$ +	۳	۵۴	۷۴	۴	۸۷	۴۰	نحوه راه رفتن
$P < 0.000$ +	۱۵	۸۲	۳۴	۶۸	۵۰	۱۳	میزان ورزش روزانه

**جدول ۶.** مقایسه رفتارهای پیشگیری کننده قبل و بعد از آموزش، گروه شاهد، ۱۳۷۷

نتیجه	بعد از آموزش			قبل از آموزش			نوبت آزمون نوع رفتار
	فرد	میانگین	انحراف استاندارد	فرد	میانگین	انحراف استاندارد	
-	۲۵	۷۷	۲۷	۲۷	۷۵	۲۷	نحوه حمل کیف مدرسه
-	۵۱	۶۲	۶۲	۴	۶۲	۶۳	نوع کفش
-	۳۳	۸۰	۱۶	۳۹	۷۵	۱۵	نحوه نشستن در کلاس
-	۱۴	۸۱	۳۴	۱۷	۸۱	۳۱	نحوه ایستادن
-	۱۳	۸۴	۳۲	۱۴	۸۱	۳۴	نحوه راه رفتن
-	۳۶	۵۵	۳۸	۳۶	۵۳	۴۰	میزان ورزش روزانه

## بحث و نتیجه گیری

هدف آموزش بهداشت را تغییر رفتار دانسته اند و به تعبیری اخذ رفتارهای بهداشتی و یا جایگزینی آنها به جای رفتارهای غیربهداشتی و فاقد جنبه های پیشگیری، می تواند نشان دهنده

۴. هنری حبیب، بررسی شناخت ناهنجاریهای وضعیتی دانش‌آموزان ورزشکار پسر سراسر کشور، پایان نامه دانشگاه تربیت معلم، تهران؛ ۱۳۷۳.
۵. مهدوی نژاد رضا، بررسی تأثیر فعالیتهای حرکتی و ورزش برای اصلاح ناهنجاریهای وضعیتی ستون فقرات دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی شهر تهران، دانشگاه تربیت مدرس، تهران؛ ۱۳۷۱.
6. Barker T : Role of Health Belief Model in patient compliance with preventive dental advice. *Community Dent Oral Epidemiology*, 1994, 22: 124- 128.
7. French B N, Kurczynski T W, Weaver M T, Pituch M Y: Evaluation of the Health Belief Model about decision making regarding amniocentesis in women of advanced maternal age. *Health Education Q*, 1992, 19(2):177-186.
8. Hyman R B, Baker S, Ephraim R, Philip J: Health Belief Model variables as predictors of screening mammography utilization. *J Behav Med*, 1994, 17(4): 391- 406.
9. Orr D P, Longefeld CD : Factors associated with condom use by sexually active adolescents at risk for sexually transmitted diseases. *Pediatrics*, 1993, 91(5): 873-879.
10. Champion V L: Compliance with guidelines for mammography screening. *Cancer Detect Prevention*, 1992, 16(4): 363-70.
11. Sagi M, Shiloh S, Cohen T :Application for mammography screening. *Cancer Detect Prevention*, 1992, 11 (6): 303- 370.
12. Bond G G, Aiken L S, Somerville S C: The Health Belief Model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psycholgy*, 1992, 11(3): 195-198.
- آمنیوسنتزیس (Amniocentesis) در زنان باردار، نشان دادند، در بین متغیرهای آزمون، تنها عامل منافع درک شده معنادار بوده است (۷). Hyman و دیگران (۱۹۹۴) متغیرهای الگوی باوربهداشتی را برای پیش‌بینی بکارگیری آزمون سرطان پستان بررسی نمودند، یافته‌ها حاکی از نیازمندی‌جدی زنان تحت مطالعه به برقراری گفتگویی کامل در مورد منافع و موانع احتمالی آزمون فوق بود(۸). تحقیقات Orr و Longefeld (۱۹۹۳)، شامپیون (۱۹۹۲) ساجی، شیلو وکوهن (۱۹۹۲) بوند، آیکین و سومرویل (۱۹۹۲) همگی بر همبستگی منافع درک شده با عملکرد افراد تحت بررسی تأکید می‌نمایند (۹ تا ۱۲).
- همچنین تفاوت امتیاز قبل و بعد وضعیت بدنی همبستگی معناداری را در سطح ۰/۰۰۱ در گروه آزمون نشان داد که در گروه شاهد چنین همبستگی وجود ندارد. این مسئله نیز نشان‌دهنده تأثیر اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده بر وضعیت بدنی دانش‌آموزان بوده است. نتایج حاصله از یافته‌های بررسی نمایانگر آن است که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی تأثیر مثبتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده و وضعیت بدنی دانش‌آموزان در گروه آزمون داشته‌است.

## منابع

۱. بهبودی لاله، تأثیر یک‌دوره حرکات اصلاحی ویژه بر روی FVC دانش‌آموزان دختر کایفوتیک ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرستان کرج، پایان نامه دانشگاه تربیت معلم، تهران؛ ۱۳۷۴.
۲. سلطانیان فرانک، بررسی تأثیر کاربرد الگوی باور بهداشتی بر عملکرد مبتلایان به پرفشاری خون در ارتباط با رژیم غذایی و ورزش، پایان نامه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران؛ ۱۳۷۵.
۳. سام شیمیا، بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت فیزیکی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان تنکابن به‌منظور پیشگیری از ابتلا به اسکولیوز وضعیتی پایان نامه، دانشگاه تربیت مدرس، تهران؛ ۱۳۷۵.



# The effects of health belief model on posture of Tehrani secondary school students

*\*M.Kamali,PhD*

## ABSTRACT

260 first grade pupils of the secondary (guidance) schools were studied by means of a questionair regulated on the basis of the Health Belief Model to examine the effects of applying HBM on body posture. The examination and obsevation was carried out according to the New York Test.

The findings showed that the preventive behaviour and body posture were in low level before intervention and there was not any significant difference between the study and control groups.

The results obtained from the study after the instructional intervention showed significant difference ( $P<0.000$ ) between two groups following the preventive behaviours. There was also a recuperation of body posture in the study group with significant difference ( $P<0.000$ ). The preventive behaviour analysis involved in 6 behaviours and 8 body postural states. Wilcoxon test showed significant difference ( $P<0.000$ ) for the all behaviours and 5 out of body 8 postural states.

The above cited results emphasized the effects of instruction on the basis of Health Belief Model and were in accordance with the previous researches. The perceptive benefits represented the best significant correlation with obtained preventive bahviour out of the ingredients of the Health Belief Model and this result was in accordance with the previous studies.

**Key words:1- Health Belief Model 2- Students 3-Body Posture 4- Health Education**

---

1) *Assistant Professor, Faculty of Rehabilitation Sciences, Mohseni Square, P.O.Box15875-4391, Iran University of Medical Sciences,Tehran, Iran.*