

چکیده

مقدمه و هدف

بیماری سل یک فوریت جهانی از سوی سازمان بهداشت جهانی اعلام گردیده است. متأسفانه میانگین بروز بیماری سل در سیستان بیش از ۱۱ برابر شاخص جهانی است. این مطالعه به منظور بررسی کارایی آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای سالم بیماران سلی در منطقه سیستان در سال ۸۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه ای نیمه تجربی از نوع قبل و بعد می باشد، که روی ۱۱۰ نفر از بیماران مسلول منتخب از مرکز مبارزه با سل به روش نمونه گیری غیر احتمالی (آسان) انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بانضمام متغیرهای دموگرافیکی بود. ابتدا با انجام مطالعه توصیفی ادراک های فردی اولیه، رفتارها و شاخص های سل مورد بررسی قرار گرفتند و پس از تأیید روایی و پایایی علمی مورد استفاده قرار گرفت. نیازهای آموزشی در ارزیابی اولیه بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بدست آمد، برنامه و محتوای آموزشی بر اساس ارزیابی اولیه تدوین گردید و آموزش از طریق چهره به چهره، فیلم آموزشی و پمفلت برگزار شد. برای بررسی میزان تاثیر مداخله آموزشی، بعد از ۲ ماه پس از آزمون انجام شد و با استفاده از نرم افزار spss و با آزمون های آماری مناسب، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که قبل از مداخله، بین میانگین نمرات دو گروه از نظر سطح آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، مناسب

بررسی کارایی آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای سالم بیماران سلی در منطقه سیستان در سال ۸۹

- محمد سارانی*^۱
- دکتر فاطمه رخشانی^۲
- ایرج ضاربان^۳
- دکتر مهناز شهرکی پور^۴
- دکتر سیدمهدی طباطبایی^۵
- بتول کیخا^۶

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت مدیرگروه سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس (نویسنده مسئول) زابل - ایران
۲. استاد عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات ارتقای سلامت دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان - ایران
۳. مربی عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان - ایران
۴. استاد یار عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان - ایران
۵. استاد یار عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان - ایران
۶. کارشناس ارشد کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه زابل، زابل، ایران

نتیجه گیری

آموزش بهداشت از طریق الگوی اعتقاد بهداشتی با هدف کنترل بیماری سل می تواند سبب ارتقای آگاهی و ایجاد رفتار مثبت در افراد گردد. بطوری که بیشترین اثرات را به ترتیب حساسیت درک شده و شدت درک شده داشته است.

کلمات کلیدی

سل، پیشگیری، سیستان، آموزش بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی

Survey of Performance-based training's efficiency on health belief model in tuberculosis patients adopt healthy behaviors in Sistan in 2009

- Sarani M¹
- Rakhshani F²
- zareban I³
- shahraki M⁴
- tabatabae M⁵
- Keikha B⁶

Abstract

Introduction

Tuberculosis has been declared as a global emergency by World Health Organization. Unfortunately, average incidence rate of Tuberculosis in Sistan and Balouchestan province, approximately, is 11 times greater than global rate. The aim of this study was to survey the usefulness of Health Belief

1. MA Department of Public Health Health Population, Family and School Zabol, Zabol, Iran sarani883@yahoo.com

2. Professor, Faculty of Health Faculty of Health Research, Medical University of Zahedan, Zahedan, Iran

3. Lecturer Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

4. Assistant Professor Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

5. Assistant Professor Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

6. M.Sc. Medical Librarianship & Information Science Zabol university, Zabol, Iran

درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی و عملکرد تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p>0.05$). پس از آموزش میانگین نمرات تمام متغیرهای فوق به جز موانع درک شده در گروه آزمون بطور معنی داری افزایش یافتند ($p<0.05$). نتایج نشان داد که درصد تغییرات رفتار توضیح داده شده ۸/۸ درصد بوده است که بین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتار بیماران سلی همبستگی وجود دارد.

model required for a positive behavioral change in tuberculosis control in Sistan area in 2009.

Methods

This quasi-experimental study is as before and after, and carried out on 110 adolescent patients with tuberculosis that were chosen from a Tuberculosis Center. Sampling method was non-probability. Data were collected through a standardized questionnaire which was designed based on Health Belief Model and included some additional information such as demographic variables. At first, with a descriptive study of individual perceptions, behaviors and indicators of TB were investigated, then, confirmation of scientific validity and reliability were used. The questionnaires were evaluated in terms of validity and then used. Participants' educational needs were provided base on Health Belief Model in primary assessment, curriculums developed based on initial assessment and training was available through face-to-face, workshops, using Medias such as educational films and pamphlets. To determine the effect of educational intervention, post test was done after two months. Data were analyzed with appropriate statistical tests and SPSS software.

Results

Results of this study showed that prior to intervention, no significant difference

($p > 0.05$) were found between average scores in case group in terms of acknowledge level, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy and behaviors. Also, after intervention, the average score for all mentioned variables has significantly increased in control group except for perceived barriers ($p < 0.05$). Results showed that, the percentage of described behavioral changes was %8/8 that is the correlation between the constructs of health belief model and behavior of TB patients.

سلامتی شان را می دهد (۵). امروزه دانشمندان رشته آموزش بهداشت برای رسیدن به هدف تغییر رفتار با استفاده از تئوری های مختلف روان شناسی و علوم اجتماعی الگوهایی را ساخته اند که بسیار کارساز و مفید هستند. از جمله این الگوها، الگوی اعتقاد بهداشتی است. این الگو در اوایل سال ۱۹۵۰ طراحی شد و به تدریج توسعه یافت. این مدل یکی از اولین تئوری هایی است، که منحصراً برای رفتارهای مربوط به سلامت بوجود آمد (۴). و بیشتر برای پیشگیری از وقوع بیماری ها استفاده می شود. الگوی اعتقاد بهداشتی از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که رابطه بین اعتقادات بهداشتی، را با رفتار نشان می دهد و دارای ابعاد زیر است:

حساسیت درک شده - به این معنا که فرد تا چه میزان خود را از نظر خطر ابتلاء به بیماری حساس می داند. شدت درک شده - به این معنا که درک فرد در خصوص وخامت و جدیت بیماری تا چه میزان است. منافع درک شده - به معنای درک فرد از سود و منفعت ناشی از اتخاذ رفتار پیشگیری کننده است. موانع درک شده - هر رفتار و عمل بهداشتی ممکن است با موانع و مشکلات همراه باشد. در اینجا فرد به تجزیه و تحلیل این موانع و مشکلات می پردازد. راهنمای عمل - عبارت است از محرک هایی که اتخاذ تصمیم را سرعت می بخشند و به دو شکل عمل می کنند یا داخلی هستند مانند سردرد که سبب

Conclusion

Health education based on Health Belief Model in control of tuberculosis, can lead to improvement of knowledge and positive behavior in people. So that the greatest effects were pertain to perceived susceptibility and severity.

Key words

Tuberculosis, prevention, sistan, health education, health belief model

مقدمه و هدف

امروزه یکی از بزرگترین مسائل بهداشتی جهان طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماری سل است. حدس زده می شود که از هر سه نفر جمعیت جهان، یک نفر به باسیل سل آلوده بوده و در هر ثانیه یک نفر به تعداد آنان افزوده می شود و در هر ۴ ثانیه یک نفر به بیماری سل مبتلا می شود. به نظر می رسد تا سال ۲۰۲۰ بیماری سل جایگاه کنونی (هفتم) خود را حفظ کند (۱).

سیاست سازمان بهداشت جهانی در کنترل سل، راهکار DOTS می باشد، به گونه ای که سل بیش از این سلامت جامعه را تهدید نکند. همچنین هدف، کاهش آسیبهای فردی، اجتماعی و اقتصادی حاصل از بار بیماری بر روی خانواده ها و جوامع می باشد (۲). اثرات اهداف آموزشی سل می تواند باعث کاهش میزان شیوع سل و مرگ و میر حاصل از آن و سرعت انتشار این بیماری، کاهش تدریجی میزان بروز، کاهش موارد مقاوم به درمان، کاهش موارد شکست درمان در بیماران مبتلا به سل ریوی با اسمیر خلط مثبت شود. البته یکی از مهمترین راههای پیشگیری از سل، آموزش بهداشت در زمینه بیماری سل است (۳). آموزش بهداشت، یکی از علوم بهداشتی و ارتباطی است که به مردم دانش و مهارت های مورد نیاز، جهت انتخاب

می شوند فرد رفتاری را در جهت رفع آن انجام دهد و یا خارجی هستند مانند وسایل ارتباط جمعی و روابط بین افراد که به فرد کمک می کنند رفتار خاصی را انجام دهد (۶). الگوی اعتقاد بهداشتی از الگوهای رفتاری دقیق و مهمی است که نشان دهنده رابطه اعتقاد بهداشتی با رفتار است (۷). الگوی اعتقاد بهداشتی بر ادراک افراد متمرکز است بنابراین آموزش دهندگان بهداشت باید به صورت واقع بینانه آموزش دهند (۸). در مطالعات قبلی از الگوی اعتقاد بهداشتی برای نیازسنجی و مداخله آموزشی استفاده شده است (۹). همچنین این الگو به عنوان یک ابزار عملی برای راهبرد های مداخلات آموزش بکار برده شده است (۱۰). با توجه به شاخص متوسط بیماری سل در سیستان بیش از ۱۱ برابر شاخص جهانی و به دلیل اهمیت آموزش بیماران سلی با استفاده از الگوی مناسب مطالعه رفتار و در راستای به کارگیری روش های مقرون به صرفه، تصمیم گرفته شد برای اولین بار در سیستان الگوی اعتقاد بهداشتی برای آموزش پیشگیری از

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times (s_1^2 + s_2^2)}{(x_1 - x_2)^2}$$

$$n = \frac{(1/96 + .84)^2 \times (3.1^2 + 2.84^2)}{(10/75 - 9)^2} = 45$$

در این مطالعه حجم نمونه حدوداً ۴۵ نفر در گروه مداخله و ۴۵ نفر در گروه شاهد برآورد شده است. البته با در نظر گرفتن ریزش بعضی از بیماران بدلیل فوت یا مسافرت و یا خارج شدن از مطالعه در حین انجام تحقیق، ۲۲ درصد به تعداد ۱۰ نفر در هر گروه بعنوان ذخیره در نظر گرفته شد. که در کل تعداد نمونه ها در گروه مداخله ۵۵ نفر و در گروه شاهد نیز برابر با همین مقدار (۵۵ نفر) در نظر گرفته شد. همچنین برای اطمینان از حجم نمونه و بررسی متون انجام شده برای برآورد حجم نمونه در پژوهش حاضر، اطلاعات موجود در مطالعات متعدد مورد توجه قرار گرفت.

رفتارهای غیر بهداشتی در بین بیماران سلی آزمون شود. در این مطالعه سعی شد ضمن بررسی وضعیت ابعاد مدل، رفتارها و شاخص های بیماری سل تأثیر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و اثر ادراک های افزایش یافته بر روی رفتارها و شاخص های مورد نظر بررسی شود و در نهایت الگوی پیشنهادی مناسب برای آموزش بهداشت بیماران سلی ارائه گردد.

روش پژوهش: جامعه مورد مطالعه بیماران مسلول مراجعه کننده در سال ۸۹ به مرکز مبارزه با سل شهرستان زابل بودند. در این مطالعه ۵۵ نفر بیمار سلی مراجعه کننده به مرکز سل زابل و ۵۵ نفر بعنوان گروه شاهد در شهرستان زهک در بررسی شرکت داشتند که بر اساس نمونه گیری غیر احتمالی آسان انتخاب شدند. حجم نمونه براساس فرمول زیر و مطالعات انجام شده با توان آزمون ۸۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد به شرح ذیل محاسبه گردید.

$$S1 = 3/1 \quad Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$$

$$S2 = 2/84 \quad Z_{1-\beta} = .84$$

$$X1 = 9$$

$$X2 = 10/75$$

ابزار و روش های گرد آوری اطلاعات عبارت بودند از: پرسشنامه (که شامل سوالات مربوط به آگاهی ۱۸ نمره، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده هر سازه ۱۵ نمره، خودکارآمدی ۱۰ نمره و در نهایت رفتار ۱۲ نمره) و تکمیل چک لیست عملکرد بیماران از روی پرونده آنها انجام شد. روایی پرسشنامه پس از تهیه پیش نویس، تأیید روایی و پایایی آن به صورت زیر انجام شد. برای انجام اعتبار علمی پرسشنامه و مقیاس ها، روایی آن بصورت روش اعتبار صوری و محتوای ۱ با استفاده از پانل

1. Face/ content validity

متخصصان ۱ به کار گرفته شد. به همین منظور پیش نویس کاملی از ابزار طراحی شده همراه با عنوان، سوالات و روش های ثبت داده ها در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان مجرب در حیطه های مختلف که بیشتر آنها به نوعی دارای فعالیت ها و تجارب علمی شناخته شده در زمینه های مرتبط با آن بودند قرار داده شد. در این مرحله بررسی کیفی اجزاء ابزار از نظر مناسب بودن پرسشنامه، مناسب بودن ابزار از نظر مختصر، واضح، کامل بودن و پوشش دادن محتوا (به جهت کامل و مناسب بودن) و سوالات (به لحاظ مناسب، وضوح، کافی بودن گزینه های پاسخ) مورد بررسی قرار گرفت و پیشنهادات و نظرات اصلاحی آنها از جمله بازنگری بعضی سوالات، پیشنهاد حذف، اضافه کردن تعدادی از سوالات، جمع آوری گردید و در نهایت کلیه نظرات و پیشنهادات با نظر اساتید در پرسشنامه اعمال شد. اعتبار علمی و اعتماد علمی پرسشنامه از روش های اعتبار صوری، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی از طریق ۱۰ نفر از خبرگان آموزش بهداشت که در این زمینه مطالعاتی داشته اند مورد بررسی قرار گرفته و سپس در محاسبه گزینه هایی که نمره قابل قبول را داشتند، گزینه هایی که نمره نسبت روایی محتوایی آنها بیش از ۰/۶۲ بود مورد قبول واقع شد. (برای شاخص اعتبار محتوایی نمره بالای ۰/۷۹ مورد تأیید قرار گرفت).

پایایی پرسشنامه نیز از طریق نرم افزار spss با انجام آزمون "Test-retest" بررسی و با ضریب همبستگی ۷۶ درصد تعیین شد. بدین صورت که پرسشنامه توسط ۳۰ بیمار مسلول خارج از شهرستان مورد مطالعه تکمیل گردید. و پس از ده روز مجدداً پرسشنامه به همان افراد داده شد. ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی ۷۶ درصد محاسبه شد، که از نظر آماری قابل تأیید قرار گرفت. این

1. Expert Panel

تحقیق در طول یکسال انجام و در این پژوهش پس از انجام پیش آزمون، جمع آوری و تجزیه تحلیل اطلاعات اولیه، برنامه آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی برنامه ریزی و اجرا شد. پس از گذشت ۲ ماه با انجام پس آزمون مجدداً اطلاعات گردآوری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نتایج مطالعه فوق حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی بر اساس سازه های اجرای الگوی اعتقاد بهداشتی نسبت به رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سل در بین نمونه های پژوهش بوده است. میانگین آگاهی قبل از مداخله در گروه شاهد و مداخله به ترتیب ۱۳/۴۹ و ۱۳/۲۷ از ۱۸ نمره بود، که تفاوت معنی داری بین گروهها وجود نداشت. پس از مداخله آموزشی میانگین نمرات گروه شاهد از نظر آماری تفاوت معنی دار نشان نداد، ولی میانگین نمرات گروه مداخله به ۱۵/۴۷ رسید که این افزایش از نظر آماری معنی دار بود. از نظر نوع سل در گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۵۰/۹ درصد و ۴۹/۱ درصد بیماران، سل ریوی اسمیر مثبت داشتند و از نظر سل مقاوم به دارو ۹/۱ درصد در گروه مداخله و ۵/۵ درصد در گروه شاهد مشاهده شد. آزمودنیها از نظر متغیر منبع تشخیص (بهروز، پزشک مرکز، پزشک بیمارستان...) بیماری سل مورد بررسی قرار گرفتند. ۹/۱ درصد توسط بهروزان، ۱۶/۴ درصد توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی، ۴۷/۳ درصد توسط پزشک بیمارستان و ۲۷/۳ درصد توسط پزشک مطب دار تشخیص داده شده بودند. پس از اجرای برنامه آموزشی در گروه مداخله و گذشت دو ماه، در مرحله دوم با اطمینان ۹۵ درصد بین دو گروه از نظر میانگین ادراک ها، رفتارها آگاهی و شاخص های مورد انتظار از جمله آگاهی از ۱۸ نمره، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده از

۱۵ نمره، خودکارآمدی از ۱۰ نمره و عملکرد از ۱۲ نمره اختلاف معنی داری به دست آمد. جدول شماره ۱: مقایسه میانگین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در گروه مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش

سازه های مدل اعتقاد بهداشتی	نمره کل	میانگین قبل از آموزش	میانگین بعد از آموزش	p.value
آگاهی	۱۸	۱۳/۲۷	۱۵/۴۷	۰/۰۰۰۱
حساسیت درک شده	۱۵	۸/۹۴	۱۲/۲۳	۰/۰۰۰۱
شدت درک شده	۱۵	۸/۱۶	۱۱/۷۸	۰/۰۰۰۱
منافع درک شده	۱۵	۹/۷۲	۱۲/۲۷	۰/۰۰۰۱
موانع درک شده	۱۵	۶/۱۸	۶/۹۸	۰/۰۷۹
خودکارآمدی	۱۰	۸/۹۶	۹/۶۵	۰/۰۰۰۱
عملکرد	۱۲	۸/۵۰	۹/۶۳	۰/۰۰۰۱

درصد به ۱۱/۷۸ درصد، منافع درک شده از ۹/۷۲ درصد به ۱۲/۲۷ درصد، خودکارآمدی از ۸/۹۶ درصد به ۹/۶۵ و آگاهی از ۱۳/۲۷ درصد به ۱۵/۴۷ درصد و موانع درک شده از ۶/۱۸ به ۶/۹۸ درصد در نهایت عملکرد از ۸/۵۰ درصد به ۹/۶۳ درصد پس از مداخله افزایش یافت. ولی میانگین نمرات گروه شاهد تفاوت معنی داری پیدا نکرد ($p>0.05$).

نتایج این مطالعه نشان داد که قبل از مداخله، درمیانگین نمرات دو گروه از نظر سطح آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی و عملکرد تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p>0.05$). پس از آموزش میانگین نمرات تمام متغیرهای فوق به جزء موانع درک شده در گروه آزمون بطور معنی داری افزایش یافتند ($p<0.05$). به طوری که حساسیت درک شده از ۸/۹۴ درصد به ۱۲/۲۳ درصد، شدت درک شده از ۸/۱۶

جدول شماره ۲: مقایسه تغییر میانگین امتیازات آگاهی، رفتار و سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه های تحت مطالعه

گروه متغیر	گروه مداخله		گروه شاهد	
	تغییر نمره بعد به قبل	p-value	تغییر نمره بعد به قبل	p-value
آگاهی	۲/۲	*۰/۰۰۰۱	۰/۰۱	۰/۹۶۳
رفتار	۱/۱۳	*۰/۰۰۰۱	۰/۱۱	۰/۵۸۲
حساسیت درک شده	۳/۲۹	*۰/۰۰۰۱	۰/۳۲	۰/۷۳۵
شدت درک شده	۳/۶۲	*۰/۰۰۰۱	۰/۱۷	۰/۷۸۵
منافع درک شده	۲/۵۵	*۰/۰۰۰۱	۰/۱۷	۰/۷۴۸
موانع درک شده	۰/۸	۰/۰۷۹	۰/۰۲	۰/۹۶۵
خودکارآمدی	۰/۶۹	*۰/۰۰۰۱	۰/۰۲	۰/۶۵۹

* $p<0.05$

جدول شماره ۳: جدول درصد پیشگویی و ضریب همبستگی الگوی اعتقاد بهداشتی بارفتار

R	R Square	Adjusted R Square	std
۰/۵۳۴	۰/۲۸۵	۰/۱۹۶	۲/۴۹

اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی با معادله ترکیب خطی که مقادیر آن است، بطور معنی داری با سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی مرتبط است. به طوری که ضریب همبستگی چند گانه نمونه مدل برابر با $0/534$ نشان می دهد، که تقریباً ۲۹ درصد از واریانس ایندکس رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سل در نمونه می تواند با ترکیب خطی مقادیر سازه توضیح داد می شود. آزمودنیها نشان دادند که معادله بطور معنی داری با رفتار مرتبط است که با تغییر هر واحد در سازه حساسیت درک شده، شدت درک شده $8/8$ درصد تغییرات رفتار را توضیح داده است.

بحث و نتیجه گیری

در این مداخله با تغییر در میانگین سازه های حساسیت درک شده از $8/94$ قبل از آموزش به $12/23$ بعد از مداخله و شدت درک شده از $8/16$ قبل از مداخله به $11/78$ بعد از آموزش منجر به تغییر در رفتار بیماران سلی در منطقه سیستان شد، اما هنوز تا مقدار مورد انتظار در مورد سازه حساسیت درک شده $3/23$ نمره و شدت درک شده $4/78$ نمره فاصله وجود دارد.

امتیازات حساسیت درک شده بیماران در گروه مداخله، بعد از مداخله آموزشی $12/23$ افزایش را نشان می دهد ($p=0/0001$). افزایش معنی دار این مفهوم در گروه مداخله یافته ای مورد انتظار بود و بیانگر تأثیر مثبت جلسات آموزشی ارائه شده در خصوص حساسیت درک شده نسبت به بیماری سل بر ارتقای مفهوم یاد شده می باشد. بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، ادراک بالا از حساسیت پذیری نسبت به یک مشکل بهداشتی (که در این پژوهش سل است)، در انگیزش افراد برای اتخاذ رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده از مشکل ضروری و اساسی است و برنامه های آموزشی باید بخشی از فعالیت های خود را برای

مداخله به منظور بالا بردن حساسیت درک شده افراد اختصاص دهند و چنانکه نتایج نشان می دهد مداخله آموزشی پژوهش حاضر در این راستا موفقیت آمیز بوده است. نتیجه گیری کلی از سازه حساسیت درک در این مطالعه نشان داد، هنوز بیماران سلی در منطقه سیستان نیازمند آموزش در مورد راههای انتقال بیماری، مدت واگیری بعد از شروع درمان، دفع خلط در محیط اطراف هستند.

نتایج این پژوهش نشان داد که شدت درک شده بیماران سلی به رفتارهای پیشگیری کننده از سل، چنانکه مشاهده می شود، میانگین نمرات شدت درک شده در مرحله قبل از مداخله در گروه شاهد و مورد به ترتیب $8/32$ و $8/16$ از 15 نمره بود که تفاوت معنی داری به لحاظ آماری نداشتند. اما پس از مداخله میانگین نمرات گروه مورد به $11/78$ رسید که این مقدار از نظر آماری با نمره مرحله قبل از مداخله تفاوت معنی دار آماری را نشان داد ($p=0/0001$) و این تغییرات در گروه مداخله افزایش یافت. این یافته با نتایج مطالعات یخ فروشها و همکاران درباره تست پاپ اسمیر در قزوین در سال ۸۷، آقاملایی و همکاران در بندر عباس، و مولی رز همسو می باشد. در مطالعات مذکور شدت درک شده افراد نسبت به موضوعات مختلف سلامت مانند پاپ اسمیر، دیابت نوع ۲، سرطان سینه، پوکی استخوان، ایدزو حاملگی ناخواسته بعد از آموزش افزایش معنی داری پیدا کرده است (۱۳).

در واقع چون سطح شدت درک شده افراد در گروه مداخله قبل از آموزش بالا نبوده، بعد از چند جلسه آموزشی شدت درک شده بیماران سلی بر مبنای علایم شدید بیماری از جمله درد ناشی از بیماری، مرگ و میر ناشی از این بیماری، ناتوانی، از دست دادن زمان کار، فشارهای مالی، خانوادگی، اجتماعی، فشارهای هیجانی، روحی بسیار حائز اهمیت بوده، البته نقش آموزش با محتوای دقیق باعث شده که بیماران جدی بودن

بیماری سل را درک نموده و در نهایت باعث پذیرش رفتار پیشگیری کننده از بیماری سل شده و مداخله آموزشی به طور معنی دار افزایش یافته است و این حاکی از اثرات آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بخصوص سازه شدت درک شده بوده است. نتیجه گیری کلی از سازه شدت درک شده نشان داد، هنوز بیماران سلی نیازمند آموزش در مورد اهمیت مصرف به موقع داروها، طول دوره درمان، مقاومت دارویی و عوارض دارویی هستند.

در مطالعه حاضر برای اولین بار تأثیر مداخله آموزشی در چهارچوب الگوی اعتقاد بهداشتی در بیماران سلی شهرستان زابل مورد بررسی قرار گرفت. یافته های این پژوهش نشان داد که سازه های الگوی به طور کلی ۲۹ درصد از واریانس رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سل را پیشگویی نمودند. در مطالعه گیلیبراند این میزان ۱۲ درصد برآورد شد (۱۲). در مطالعه آلتو سازه های الگو ۱۴ درصد از واریانس تبعیت از رژیم غذایی پیشگویی نمود (۱۳).

لذا می توان گفت که سازه های این الگو تناسب خوبی با داده های این تحقیق دارد و می تواند به عنوان یک چهارچوب جهت طراحی مداخلات آموزشی برای بیماران سلی بکار برده شود. در جمعیت تحت مطالعه حساسیت درک شده همبستگی معنی داری را با رفتار نشان داد، از جمله تحقیقات دیود گیتس و همکارانش در یکی از نواحی آمریکا در سال ۲۰۰۹ (۱۴) و سالوان و همکارانش در آمریکا در سال ۲۰۰۴ بر روی زوجین، همبستگی معنی داری با رفتار داشت (۱۵). بدین ترتیب ملاحظه می شود که

نتیجه مطالعه حاضر در این مقوله با بیشتر مطالعات همخوانی دارد.

در جمعیت تحت مطالعه سازه شدت درک شده ناشی از بیماری سل با رفتارهای پیشگیری کننده همبستگی مثبت را نشان داد. دانیل و همکارانش رابطه شدت بیماری و دیابت نوع دوم را مطالعه نمودند، مشاهده کردند که همبستگی بین شدت درک شده ناشی از بیماری دیابت و رفتار وجود دارد، که با این مطالعه همسو بود (۱۶).

نتیجه این مطالعه سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی از جمله میانگین میزان حساسیت درک شده از مجموع ۱۵ نمره $2/75 \pm 12/23$ و میانگین نمره کسب شده شدت درک شده از مجموع ۱۵ نمره $2/96 \pm 11/78$ شد. که با تغییر سازه های حساسیت درک و شدت درک شده می توان بیشترین تغییر در رفتار بیماران ایجاد نمود، این نتیجه بیان گر این مطلب است که بیماران سلی مورد مطالعه، نسبت به خطر ابتلا به بیماری سل دارای حساسیت و شدت درک شده خوبی هستند.

از نتیجه این مطالعه می توان به آموزش بیماران بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه سل پرداخت، لذا پیشنهاد می شود مدیریت برنامه های آموزش به گونه ای باشد که حساسیت درک شده و شدت درک شده این بیماران افزایش یابد. چرا که این بیماران اگر خود را در برابر بیماری سل آسیب پذیر احساس نمایند، بالطبع جهت رفتارهای پیشگیری کننده بیشتر تلاش خواهند نمود، البته موفقیت در این راه باعث ارتقاء کیفی زندگی بیماران سلی و افزایش امید به زندگی در آنها خواهد شد.

References

1. Tabatabai - Seyed Mohammad. Principles of disease prevention and care. Tehran: the spirit of the pen 2009, p. 195.pp.5-7
2. Naseh - Mahshid et al. Help struggling countries Basel. Centre for Communicable Disease Control, Publication: Publishing thinker: First published in 2010 .p.17
3. Shojaei Zadeh - David et al. Health education and behavior change. Tehran: Publication of starch: 2005
4. Safari - Mohsen. Shojaei Zadeh - D.. Theories, models and methods of health promotion, health education and publisher of the first Sobhan Spring 2010, pp. 63-53
5. farmer - Nastaran, brave son - David, the first printing press in health promotion and treatment of water - Future Makers 2006, p. 125
- 6 . Damask - Nasrv et al. Health education. Tehran: Persian month Mehr Rvash Publishing, fourth edition 2007
7. Baranowski T- Karen WC, Theresa N, Deborah T, Janice B. Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? Obesity Research, 2003; 11:23S-43S
8. Hiltabiddle SJ- Adolescent condom use: the health belief model and the prevention of sexually transmitted disease. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996; 25(1):61-6
9. Charlson M E- Allegrante JP, McKinley PS, Peterson JC, Boutin-Foster C, Ogedegbe G, et al, Improving health behaviors and outcomes after angioplasty: using economic theory to inform intervention. Health Education 2002; 17:5
10. Kloeblen AS- Batish SS. Understanding the intention to permanently follow a high folate diet among a sample of low-income pregnant women according to the Health Belief Model. Health Edu Res 1999; 14(3):327-338
11. Gielen AC- Sleet D. Application of behavior: change theories and methods to injury prevention. Epidemiol Rev 2003; 25:65-76
12. Aalto AM- Uutela A. Glycemic control, self_care behaviors, and Psychosocial factors among insulin treated diabetics : a test of an extended health belief model .Int J Behav Med. 1997; 4(3):191
13. Gillibrand R-Stevenson J .The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people . Br J Health Psychol. 2006Feb;11(pt1):155-69.
14. David A Katz- Mark Graber, Emily Birrer, Patricia Lounsbury, et al. Academic Emergency Medicine. Philadelphia: May 2009. Vol. 16, Iss. 5; pg. 379
15. Kieran T Sullivan- Lauri A Pasch, Tara Cornelius, Ellen Cirigliano. Family Process. Oxford: Jun 2004. Vol. 43, Iss. 2; pg. 175, 19 pgs
16. Daniel M -Messer Lc. Perceptions of disease severity and barriers to self_care predict glycemic control in aboriginal persons with type2 diabetes mellitus. chronic Dis Can.2002 fall;23(4):130 -8