

## تأثیر برنامه آموزشی مدون بر دانش، نگرش و رفتارهای پیشگیرانه تب مالت در زنان دامدار روستایی

حسین رضایی<sup>۱</sup>، شمس‌الدین نیکنامی<sup>۱\*</sup>، صدیقه‌السادات طوافیان<sup>۱</sup>، بهزاد کرمی متین<sup>۲</sup>

۱. گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

فصلنامه پایش

سال سیزدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۲ صص ۹۹-۹۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۷/۲۷

[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۲/۱۰/۱۵]

### چکیده

هدف از این پژوهش نیمه تجربی، بررسی تأثیر یک برنامه آموزشی بر آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیرانه از ابتلا به تب مالت در زنان روستایی شهرستان کنگاور است.

نمونه‌های این مطالعه، به صورت تصادفی نظام مند از ۶ روستا (که بیشترین شیوع بیماری را داشتند) طی ۲ سال اخیر، به تناسب جمعیت روستا انتخاب شدند. از این ۶ روستا، ۳ روستا به صورت تصادفی، به عنوان گروه مورد و ۳ روستا به عنوان شاهد انتخاب شدند. ابتدا پیش آزمون در دو گروه مورد (۹۱ نفر) و شاهد (۹۱ نفر) انجام گرفت. سپس مداخله آموزشی در گروه مورد انجام شده و در پایان، پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.

میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد قبل از مداخله آموزشی به ترتیب برابر با  $۱۰/۴۱ \pm ۳/۶۶$ ،  $۲۷/۸ \pm ۳/۶$  و  $۴/۷۳ \pm ۱/۶۸$  بود، که این نمره بعد از مداخله آموزشی به ترتیب به  $۱۹/۱۸ \pm ۱/۷۷$ ،  $۳۴/۹ \pm ۲/۲$  و  $۶/۷۳ \pm ۱/۷۷$  رسید.

آگاهی، نگرش و عملکرد گروه مورد پس از مداخله آموزشی، تفاوت معنی‌دار با گروه شاهد داشت. این تفاوت در گروه مداخله، پیش و پس از آزمون نیز معنادار بود.

اجرای این پژوهش نشان داد برنامه آموزشی محقق ساخته بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان روستایی شهرستان کنگاور تأثیر مثبت داشته است.

**کلیدواژه‌ها:** تب مالت، دامدار، کنگاور

\* نویسنده پاسخگو: بزرگراه جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۱، گروه آموزش بهداشت  
تلفن: ۸۲۸۸۳۵۴۹

## مقدمه

تب مالت، شایع‌ترین بیماری مشترک بین انسان و دام است که به صورت وسیعی هر دو گروه را مبتلا می‌سازد و علاوه بر خسارات زیانبار اقتصادی در میان دام‌ها بر سلامتی انسان‌ها نیز تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد. بیماری تب مالت، هنوز به عنوان مهم‌ترین بیماری مشترک بین انسان و حیوان، دارای اهمیت قابل توجه اقتصادی و بهداشتی در بسیاری از کشورها حتی کشورهای پیشرفته جهان مطرح است.

ابتلای انسان با توجه به تماس با حیوانات آلوده یا از طریق مصرف مواد غذایی با منشأ دامی، تب مالت را به عنوان مشکل بزرگ سلامت همگانی جلوه گر می‌سازد؛ به ویژه که در صورت عدم تشخیص به موقع و عدم معالجه درست، اثرات ناتوان کننده شدیدی به جا می‌گذارد. در حیوانات نیز با توجه به خسارات عمده و ممانعت‌هایی که در تجارت بین‌المللی و فروش و صادرات دام به وجود می‌آورد، مسئله جدی اقتصادی محسوب می‌گردد [۱].

امروزه تب مالت، مشکلی جهانی است. طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی هم اکنون حدود ۵۰۰ هزار بیمار مبتلا به تب مالت در جهان وجود دارد [۲]. در منطقه مدیترانه شرقی و خاورمیانه تمامی کشورها به استثنای قبرس به تب مالت آلودگی داشته و طبق گزارشات، ایران یکی از آلوده‌ترین کشورها در خاورمیانه و جهان محسوب می‌شود [۳]. آمار تب مالت در ایران تا سال ۱۳۶۸ سیر صعودی و پس از آن تا سال ۱۳۷۹ سیر نزولی داشته است. متأسفانه تعداد موارد انسانی طی سال‌های اخیر، رو به افزایش بوده است. بر اساس آمارهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شمار مبتلایان در سال ۱۳۶۸، ۱۷۰ مورد در صد هزار نفر و در سال ۱۳۸۰، ۲۵ مورد در صد هزار نفر بوده است، در حالی که در سال ۱۳۸۳ این تعداد به ۳۲ مورد در صد هزار نفر افزایش یافته و در سال ۸۶ نیز به ۳۶ مورد در صد هزار نفر افزایش یافته است. به رغم شبکه سلامتی مناسب، تب مالت در ایران مخصوصاً در نواحی روستایی، به صورت یک بیماری اندمیک وجود دارد. متأسفانه ایران، یکی از پنج کشور اول در زمینه بروز تب مالت در خاورمیانه است. گرچه سیستم مراقبت بیماری‌ها در کشور، تعداد قابل توجهی از موارد را از دست می‌دهد، با این حال، ۱۷۰۰۰ مورد در سال ۲۰۰۳ گزارش شده است که ایران را بعد از سوریه به رتبه دوم ارتقا می‌دهد [۴]. این بیماری در استان کرمانشاه نیز به صورت اندمیک وجود دارد و روند بروز تعداد موارد تب مالت گزارش شده در نظام

بهداشتی، نشان دهنده عدم کنترل این بیماری در منطقه است. در تحقیقی که در سال ۱۳۸۶ در سطح استان کرمانشاه به عنوان بهره گیری از نظام‌های اطلاعات جغرافیایی، به منظور مشخص کردن نواحی و مناطقی که این بیماری بیشتر وجود دارد انجام شد، مشخص گردید که این بیماری بیشتر در شهرستان‌های سنقر و کنگاور وجود دارد. در تأیید این نکته لازم است یادآوری شود که میزان بروز موارد تب مالت در استان کرمانشاه ۳۸ مورد در صد هزار نفر گزارش شده است؛ این در حالی است که این میزان در شهرستان کنگاور بنا بر آمار مرکز بهداشت شهرستان کنگاور، ۸۸/۲ مورد در صد هزار نفر بوده است. از سوی دیگر این آمارها نشان می‌دهد بیماری تب مالت در بین مشاغل دامدار و کشاورز بیشتر از سایر مشاغل بوده و با توجه به محول شدن وظیفه دامداری در منطقه کنگاور به زنان، این قشر بیشتر در معرض ابتلا قرار دارند [۵].

مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد عدم آگاهی از راه‌های انتقال و پیشگیری از تب مالت، از عمده‌ترین علل شیوع این بیماری است. برای مثال، در مطالعه‌ای که دکتر صادقی و همکاران در سال ۱۳۷۷ در ارومیه با عنوان بررسی میزان آگاهی تولیدکنندگان مواد لبنی از بیماری تب مالت انجام داده اند، مشخص شد از ۲۰۲ نفر جامعه پژوهش، ۷ نفر سطح آگاهی خوب، ۱۰۵ نفر آگاهی متوسط و ۹۰ نفر دارای سطح آگاهی ضعیف بودند. این مطالعه پیشنهاد داد برای افزایش آگاهی تولیدکنندگان مواد لبنی بایستی در خصوص راه‌های پیشگیری و کنترل تب مالت به آنها آموزش داده شود. تحقیقات اخیر، از اهمیت آموزش مردم در کاهش و کنترل بیماری تب مالت خبر می‌دهد.

در طرح مبارزه با بروسلوز که توسط سازمان دامپزشکی کشور با دیگر گروه‌های ذی‌ربط تدوین شده است، آموزش جامعه به عنوان مهم‌ترین راهبرد مبارزه و پیشگیری از بروسلوز ذکر شده است. هرچند که واکسیناسیون دامی و دیگر تدابیر آموزشی، می‌تواند از میزان بروز و شیوع این بیماری بکاهد، اما همواره آموزش بهداشت و افزایش آگاهی مردم، به عنوان اساسی‌ترین اقدام مبارزه و پیشگیری مد نظر بوده است [۶].

سلطانی [۷]، احمدیان [۸]، جواهری [۹]، حسین زاده [۱۰]، امینی [۱۱]، باقیانی مقدم [۱۲] همگی در تحقیقات خود بر نقش آموزش سلامت، به عنوان عامل مؤثر در کاهش بیماری تب مالت، تأکید نموده‌اند.

پایایی آن از طریق آزمون مجدد اقدام شد. دسته اول سؤالاتی در خصوص مشخصات جمعیتی افراد نظیر سن، تحصیلات، شغل، سابقه ابتلا به بیماری تب مالت و محل نگهداری دامها است. دسته دوم، سؤالاتی است که آگاهی افراد در ارتباط با بیماری تب مالت را می‌سنجد.

در این بررسی، برای سنجش سطح آگاهی واحدهای مورد مطالعه، ۲۶ سوال در نظر گرفته شد. به ازای پاسخ صحیح، عدد ۱ و به ازای پاسخ «نمی‌دانم» و یا پاسخ اشتباه، عدد صفر در نظر گرفته شد. بنابراین دامنه نمره آگاهی هر واحد، عددی بین صفر و ۲۶+ بود. گروه بندی نمره آگاهی با استفاده از نمره میانگین و انحراف معیار آن به این صورت بود که یک انحراف معیار بیشتر از میانگین به عنوان آگاهی خوب و یک انحراف معیار کمتر از میانگین به عنوان آگاهی ضعیف در نظر گرفته شد. در این صورت نمرات کمتر از ۸/۵ به عنوان آگاهی ضعیف ( $8/5 = 3/65 - 11/42$ )، نمرات بیشتر از ۱۵ به عنوان آگاهی خوب ( $15 = 3/65 + 11/42$ ) و نمرات بین ۸/۵ و ۱۵ به عنوان آگاهی متوسط در نظر گرفته شد.

سؤالات دسته سوم، نگرش افراد در ارتباط با بیماری تب مالت را می‌سنجد. به منظور سنجش سطح نگرش واحدهای مورد مطالعه، ۹ سوال در نظر گرفته شد. گروه بندی سطح نگرش افراد بر حسب گروه بندی ۳ قسمتی «موافق»، «نظری ندارم» و «مخالفم» بود. قرار گرفتن واحدهای مورد مطالعه در هر یک از گروه‌های «نگرش خوب»، «نگرش متوسط» و «نگرش ضعیف» با استفاده از نمره میانگین واحدهای مورد مطالعه و انحراف معیار آن انجام شد؛ بدین صورت که نمرات بیشتر از نمره میانگین، به علاوه یک انحراف معیار از میانگین (۳۱/۵) به عنوان نگرش خوب، نمرات کمتر از تفریق انحراف معیار از میانگین اعداد (۲۴/۵) به عنوان نگرش ضعیف و نمرات بین ۲۴/۵ و ۳۱/۵ به عنوان نگرش متوسط در نظر گرفته شد.

سؤالات دسته چهارم، رفتارهای پیشگیرانه شرکت کنندگان (عملکرد افراد) را مورد بررسی قرار می‌داد. به منظور تعیین رفتارهای پیشگیرانه واحدهای مورد مطالعه، ۸ پرسش بدین منظور در پرسشنامه گنجانده شد که از خود افراد در مورد رفتارشان سؤال شد. به ازای هر رفتار صحیح نمره ۱+ و به ازای هر پاسخ اشتباه یا سؤالات بدون پاسخ، نمره صفر در نظر گرفته شد. بنابراین دامنه نمرات در این پرسشنامه بین صفر تا ۸ متغیر بود که میانگین نمرات در دو گروه با هم مقایسه شد. عملکرد افراد از طریق برگ

وضعیت نامساعد بهداشتی و شیوع بالای ابتلا به بیماری تب مالت در جامعه و به خصوص در زنان دامدار روستاهای تحت پوشش مرکز بهداشتی - درمانی دهلر (با توجه به آمار ارائه شده توسط مرکز بهداشت کنگاور)، باعث بروز مشکلات بهداشتی عدیده‌ای شده است. این موضوع، به عنوان یکی از اولویتهای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه شناخته شده است و بررسی شرایط موجود می‌تواند نیازمندی‌ها، اولویتهای و امکانات آموزش سلامت را مشخص نموده و تجزیه و تحلیل آگاهی‌ها، علاقه مندی‌ها، اعتقادات و کردارهای مردم این امکان را خواهد داد تا بدانیم برنامه آموزشی را چگونه طراحی کنیم. از این رو، این مطالعه با هدف تعیین میزان آگاهی و نگرش زنان دامدار نسبت به عامل، منبع، طرق انتقال تب مالت و عملکرد آنان در خصوص پیشگیری از تب مالت طراحی شد و از آن طریق برنامه آموزشی خاص منطقه تهیه گردید و سپس میزان تأثیر آن در یک مطالعه کارآزمایی بالینی سنجیده شد.

### مواد و روش کار

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی بود که طی آن تأثیر برنامه آموزشی روی آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیرانه ابتلا به تب مالت مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه پژوهش در این مطالعه، زنان روستایی بودند که وظیفه نگهداری از دام را بر عهده داشته و یا به نحوی در امور دامداری فعالیت می‌کردند. روش نمونه گیری، تصادفی نظام مند بود؛ به نحوی که از ۲۴ روستای تحت پوشش مرکز بهداشتی - درمانی دهلر، ۶ روستا که طی ۲ سال اخیر، بیشترین میزان بروز بیماری تب مالت را داشته‌اند، انتخاب شدند. از این ۶ روستا به صورت تصادفی، ۳ روستا به عنوان گروه مورد و ۳ روستا به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. برای انتخاب واحدهای مورد پژوهش، با استفاده از نتایج مطالعه مشابه قبلی [۱۳] حجم نمونه با احتساب احتمال ریزش، ۹۱ نفر در هر گروه محاسبه شد. سپس برای مشخص کردن هر یک از این ۹۱ نفر، از شماره پرونده خانوارهای روستاهای مورد نظر به صورت تصادفی نظام مند استفاده شد. ابزار استفاده شده در این مطالعه شامل یک پرسشنامه و یک برگ مشاهده مستقیم (چک لیست) بود.

پرسشنامه شامل چهار نوع سؤال بود که بعد از مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی متون موجود در زمینه پیشگیری از تب مالت، تهیه شد. برای بررسی روایی این پرسشنامه از اعتبار محتوا و برای

## یافته‌ها

در مجموع، ۱۸۲ نفر از زنان روستایی دامدار (و یا زنانی که به نحوی وظیفه نگهداری از دام را به عهده داشتند) شرکت نمودند. از این تعداد ۹۱ نفر با میانگین سنی  $37/1 \pm 9/6$  در گروه مداخله و ۹۱ نفر با میانگین سنی  $39/7 \pm 9/7$  در گروه کنترل شرکت داشتند. اکثر افراد در هر دو گروه (۶۱ درصد در گروه مداخله و ۵۴ درصد در گروه کنترل) از دو نوع دام گاو و گوسفند مراقبت می‌کردند. همچنین از میان شرکت کنندگان در مطالعه در هر دو گروه، اکثر افراد (۶۸ درصد در گروه مداخله و ۷۶ درصد در گروه کنترل) دام خود را در منزل و یا در مجاورت آن و بقیه افراد دام را در فاصله‌ای نه چندان دور از محل سکونت خود نگهداری می‌نمودند. از میان افراد مورد مطالعه  $93/3$  درصد از افراد (۸۳ نفر) در گروه مداخله و  $92/2$  درصد (۸۲ نفر) در گروه کنترل سابقه ابتلا به تب مالت را نداشتند.

با اجرای آزمون کای دو مشخص شد دو گروه (مورد و شاهد) از نظر این مشخصات با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند ( $P > 0/05$ )؛ لذا دو گروه از نظر تمام مشخصات جمعیتی تأثیر گذار بر آگاهی، نگرش و رفتار و همچنین از نظر این سه مؤلفه در بدو مطالعه با یکدیگر مقایسه شدند و تفاوت معنی‌دار بین آنها نبود. از آنجایی که دو گروه، به طور کاملاً تصادفی انتخاب شدند، انتظار می‌رفت از نظر تمام متغیرهای دیگر یکسان باشند و تنها تفاوت آنها در مداخله باشد.

در جدول شماره ۱، میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد در دو گروه مداخله و کنترل در دو زمان قبل و بعد از مداخله با یکدیگر مقایسه شده است. همانگونه که این جدول نشان می‌دهد دو گروه از نظر نمره آگاهی نگرش و عملکرد در قبل از مطالعه با یکدیگر تفاوتی نداشتند (به ترتیب  $P=1/000$ ،  $P=1/000$  و  $P=1/000$  و  $P=0/765$ )، ولی این تفاوت در بعد از آموزش، معنی‌دار بود (به ترتیب  $P<0/001$ ،  $P=0/048$  و  $P<0/001$ ).

جدول‌های شماره ۲ و ۳، فراوانی مطلق و نسبی افرادی که در هر گروه دارای عملکرد، نگرش و آگاهی خوب متوسط و ضعیف در مرحله قبل و بعد از مداخله بودند را نشان می‌دهد.

اجرای آزمون آماری ویلکاکسون با  $P > 0/05$  نشان می‌داد دو گروه مورد و شاهد قبل از مداخله آموزشی در سه متغیر آگاهی، نگرش و عملکرد تفاوتی نداشتند ( $P=0/38$ ،  $P=0/905$ ،  $P=1/000$ )؛

مشاهده مستقیم (چک لیست) هم مورد مشاهده پژوهشگر قرار گرفت.

به منظور تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده گردید؛ بدین صورت که پرسشنامه از طریق مطالعه کتب و مقالات تهیه گردیده، پس از آن توسط تعدادی از اساتید، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

برای تعیین اعتماد علمی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ بدین ترتیب که برای ۱۵ نفر از واحدهای مورد مطالعه پرسشنامه تکمیل گردیده و پس از ۱۵ روز مجدداً پرسشنامه به همان نمونه‌ها عرضه شده و پرسشنامه در هر دو نوبت به حدود  $84/1$  درصد اطمینان با هم تطبیق داده شد. بعد از انتخاب افراد، ابتدا پیش آزمون در دو گروه مورد و شاهد انجام شد. سپس مداخله آموزشی صرفاً برای گروه مورد انجام گرفت.

جهت تدوین برنامه آموزشی، با توجه به اطلاعات به دست آمده از طریق پرسشنامه، برنامه آموزش سلامت در حول سه محور آموزش به زنان دامدار از طریق افراد با سواد خانواده، تشکیل جلسات آموزش گروهی توسط بهورز روستا و تهیه جزوه آموزشی تصویری طراحی گردید.

برنامه آموزشی بر اساس متون روز و نظر متخصصان و بازخوردی که از نتایج مطالعه در ابتدا به دست آمد تدوین شد. لذا این برنامه بر اساس هدف از پیش تعیین شده بود و پژوهشگران به اهداف خود رسیدند.

نیازهای جمعیت بر اساس پرسشنامه اولیه سنجیده شد که نقاط ضعف افراد را در پاسخ به سؤالات روشن کرده و برنامه آموزشی تأکید بر این نقاط ضعف داشت. در مرحله بعدی، ۲ ماه بعد، پس آزمون در گروه مورد و شاهد انجام شده و داده‌های مرحله دوم جمع آوری شد.

در این مطالعه جمع آوری اطلاعات توسط پرسشنامه و با همکاری بهورزان و رابطان بهداشتی انجام گرفت. چگونگی تکمیل پرسشنامه به صورت کلاس آموزشی به ۵ بهورز و ۲ رابط بهداشتی آموزش داده شد.

شایان ذکر است چگونگی تکمیل فرم‌های فوق با حضور خود محقق در تعدادی از خانواده‌ها به طور علمی به بهورزان و رابطان مذکور آموزش داده شد. مرحله دوم جمع آوری اطلاعات پس از آموزش و مداخله توسط همان بهورزان و رابطان در روستاهای مذکور انجام گرفت.

نامطلوب بودند، ولی این میزان بعد از مداخله آموزشی به ۴۷/۸ درصد کاهش یافته است که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0.05$ ).

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی عملکرد دو گروه مورد و شاهد در سطوح مختلف با استفاده از آزمون ویلکاکسون

قبل از آموزش				بعد از آموزش			
گروه مورد		گروه شاهد		گروه مورد		گروه شاهد	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۳	۱۴/۳	۱۵	۱۶/۵	۶۴	۷۰/۳	۱۸	۱۹/۷
عملکرد مطلوب							
۴۲	۴۶/۲	۴۳	۴۷/۲	۲۵	۲۷/۵	۴۲	۴۶/۲
عملکرد متوسط							
۳۶	۳۹/۶	۳۳	۳۶/۲	۲	۲/۲	۳۱	۳۴/۰۶
عملکرد ضعیف							
P	۱/۰۰۰						<0.001

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آگاهی و نگرش دو گروه مورد و شاهد در سطوح مختلف با استفاده از آزمون ویلکاکسون

قبل از آموزش				بعد از آموزش			
گروه مورد		گروه شاهد		گروه مورد		گروه شاهد	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰	۰	۱	۱/۱	۳۴	۳۷/۴	۰	۰
خوب							
۱۲	۱۳/۲	۱۷	۱۸/۷	۴۷	۵۱/۶	۱۸	۱۹/۸
متوسط							
۷۹	۸۶/۸	۷۳	۸۰/۲	۱۰	۱۱/۰	۷۳	۸۰/۲
ضعیف							
P	۰/۹۰۵						<0.001
نحوه نگرش							
۱۲	۱۳/۲	۱۳	۱۴/۳	۸۵	۹۳/۴	۱۴	۱۵/۳
خوب							
۳۸	۴۱/۸	۲۸	۳۰/۸	۵	۵/۵	۳۱	۳۴/۰
متوسط							
۴۱	۴۵/۱	۵۰	۵۵/۰	۱	۱/۱	۴۶	۵۰/۵
ضعیف							
P	۰/۳۸						<0.001

### بحث و نتیجه گیری

جامعه مورد مطالعه در این بررسی، زنان دامدار و یا زنانی بود که به نحوی با امور دام سروکار داشتند. این نکته قابل توجه بود که افراد آن از نظر جنسیت و شغل، موقعیت یکسانی داشتند؛ به طوری که واحدهای مورد مطالعه در این پژوهش همگی یا دامدار بوده و یا در کنار خانه داری، وظیفه دامداری را هم به عهده داشتند. این در

در حالی که این تفاوت بعد از آموزش در هر سه متغیر معنی دار شد ( $P < 0.001$ ).

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد رفتارهای پیشگیرانه تب مالت در دو گروه مورد و شاهد در قبل و بعد از آموزش با استفاده از آزمون t مستقل

P	قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)
	معیار	معیار	معیار	معیار
نمره آگاهی				
مورد ( $n=91$ )	۱۰/۰۲ (۳/۶۵)	۱۹/۱۸ (۱/۷۷)	<0.001	
شاهد ( $n=91$ )	۱۰/۸۲ (۳/۶۶)	۱۱/۰۳ (۳/۴)	۰/۹۱۳	
P	۱/۰۰۰	<0.001		
نمره نگرش				
مورد ( $n=91$ )	۲۷/۸ (۳/۷)	۳۴/۹ (۲/۲)	۰/۰۴۶	
شاهد ( $n=91$ )	۲۸/۹ (۳/۵)	۳۰/۴ (۳/۶)	۰/۸۳۳	
P	۱/۰۰۰	۰/۰۴۸		
نمره عملکرد				
مورد ( $n=91$ )	۴/۹۰ (۱/۳۷)	۶/۷۳ (۱/۷۷)	<0.001	
شاهد ( $n=91$ )	۴/۵۶ (۱/۹۸)	۴/۷۸ (۱/۸۱)	۱/۰۰۰	
P	۰/۷۶۵	<0.001		

عملکرد افراد از طریق برگ مشاهده نیز مورد مشاهده پژوهشگر قرار گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل سؤالات فرم مشاهده مستقیم (چک لیست) نشان داد که ۸۴/۱ درصد از افراد گروه مورد قبل از مداخله آموزشی در زمینه بیماری تب مالت دارای عملکردی

حالی است که در مطالعات دیگران در مورد تب مالت، نظیر مطالعه غفرانی [۱۳]، فلاح [۱۴]، معصوم قنوتی [۱۵]، کرمی [۱۶]، فرقانی [۱۷] و احمدی [۱۸] جمعیت‌های مورد بررسی، جمعیت شهرنشین بودند و طبیعتاً جمعیت‌های شهرنشین دارای گوناگونی شغلی بیشتری هستند. البته دور از انتظار نیست که در منطقه محرومی در استان کرمانشاه مانند روستاهای دور افتاده شهرستان کنگاور، ما شاهد این باشیم که ساکنان این منطقه بیشتر به دامداری‌های سنتی خود مشغول باشند. این بدان معنی است که این افراد به طور فشرده مشغول کار و تماس با دام بوده و پیوسته در معرض ابتلا به بیماری تب مالت قرار دارند، لذا لازم است نظام ارائه دهنده خدمات سلامت کشور که متولی ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه است، اقدامات پیشگیری از تب مالت را به اولین سطح تماس با دام یعنی خانواده‌ها ببرد. بدیهی است آموزش سلامت به عنوان رکن اصلی و زمینه همه فعالیت‌های بهداشتی بیش از پیش نمایان می‌شود. این موضوع وقتی مهم جلوه می‌کند که بنا بر نتایج این پژوهش مشخص شد اکثر واحدهای مورد مطالعه در گروه مورد و شاهد دام‌های خود را در محل زندگی خود و خانواده شان یعنی خانه نگهداری می‌کنند. به عبارت دیگر تمام افراد خانواده به طور کاملاً مستقیم با دام و مسائل پیرامون آن در ارتباط بودند. همچنین در منازل افراد تحت مطالعه انواع مختلف دام اعم از گاو، گوسفند و بز نگهداری می‌شد، این بیانگر این واقعیت بود که جامعه مورد مطالعه و خانواده آنها در معرض انواع مختلف میکروب بروسلا، به خصوص نوع آبورتوس که عمدتاً از طریق گاو به انسان منتقل می‌شود و بروسلا ملی تنسیس که از طریق گوسفند و بز انتشار می‌یابد، قرار داشتند. لذا مسئولان بهداشتی، لازم است نه تنها آگاهی لازم را در خصوص انواع مختلف میکروب‌های منتقله از طریق دام‌ها به اهالی روستا و خانواده‌ها بدهند، بلکه در صورت ابتلا، توجه به دام مورد نگهداری توسط فرد قابل توصیه است.

مطابق نتایج این پژوهش، اکثر واحدهای مطالعه قبل از آموزش در هر دو گروه، آگاهی ضعیف و یا متوسطی داشتند. این نتایج با نتایج حاصله از بررسی زنبیلی [۴]، سلطانی [۷]، غفرانی [۱۳]، فرقانی [۱۷] و احمدی [۱۸] همخوانی داشت. از طرفی، این نتایج، با مطالعات دیگران نظیر مطالعات صادقی [۶] همخوانی نداشت. شاید بتوان دلیل آن را تفاوت جامعه پژوهش در این مطالعات دانست که همگی از جامعه شهری بودند، حال آن که جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، زنان روستایی هستند که این روستاها در

محروم‌ترین نقاط شهرستان کنگاور قرار داشت. همچنین این مطالعه نشان داد برنامه آموزشی مدون می‌تواند در ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد واحدهای مورد پژوهش در خصوص رفتارهای پیشگیرانه از ابتلا به تب مالت در گروه مداخله تأثیر بارزی داشت. حال آن که در گروه شاهد که هیچگونه آموزشی دریافت نکرده بودند، تغییری در رفتار، آگاهی و نگرش آنان ایجاد نشده بود. علاوه بر آن به رغم مشابه بودن دو گروه در بدو مطالعه، تفاوت دو گروه در بعد از مداخله بسیار قابل توجه بود. از این رو، می‌توان گفت ارائه مداخلات آموزشی، می‌تواند تأثیر بسزایی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری از تب مالت داشته باشد، که این نتایج در خصوص تأثیر برنامه آموزشی، همسو با نتایج مطالعات قبلی بود [۱۴، ۱۶].

همچنین نتایج این مطالعه تدویم تأثیر آموزش را بر آگاهی، نگرش و رفتار تا دو ماه بعد از مطالعه نشان داد. اگر چه انتظار این است که تأثیر آموزش تا بیشتر از دو ماه ادامه یابد، ولی با توجه به خصوصیات جامعه پژوهش قبل از آموزش، از نظر مشخصات جمعیتی و میزان آگاهی‌های اولیه آنان این زمان قابل توجه است. با این حال پیشنهاد می‌شود این مطالعه در آینده با در نظر گرفتن زمان‌های بیشتری برای سنجش تداوم تأثیر آموزش انجام شود. نتایج فوق در خصوص اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه مربوط به تجزیه و تحلیل اظهارات خود افراد نسبت به عملکردشان بود؛ اما این شرایط هنگامی بیشتر مورد توجه است که نتایج حاصل از مشاهده عملکرد افراد نشان داد که بالغ بر دو سوم افراد در گروه مورد، قبل از مداخله آموزشی در زمینه بیماری تب مالت دارای عملکردی نامطلوب بودند، که این میزان بعد از مداخله آموزشی به کمتر از نصف رسید. لذا اگر چه این موضوع، کاهش قابل توجه ارزش برنامه آموزشی را نشان داد، اما حتی بعد از یک دوره مداخله آموزشی هم هنوز ۵۰ درصد از افراد رفتار پیشگیری از تب مالت را اتخاذ ننموده‌اند. توصیه می‌شود جهت موفقیت بیشتر برنامه، بررسی دقیق‌تری در خصوص علل عدم اتخاذ رفتار انجام شده و برنامه ریزی دقیق و مداوم مبتنی بر پژوهش و اعمال مداخلات وسیع آموزشی صورت پذیرد.

اگرچه نتایج این بخش در راستای نتایج بررسی‌های سلطانی [۷] و غفرانی [۱۳] بود، ولی مقایسه این مطالعات نشان داد در مطالعه حاضر عملکرد نامناسب بیشتر از مطالعات آنان بوده است. هرچند غفرانی در تفسیر نتایج بررسی خود وجود «عملکرد نامطلوب» را زیاد گزارش کرده است، اما در مقایسه با نتایج این بررسی از درصد

هنوز حدود نیمی از افراد آموزش دیده تغییر رفتار نداده بودند که احتمالاً بخشی از آن مربوط به عدم تغییر نگرش در این افراد بود. توصیه می‌شود در طراحی مداخلات در آینده این جزء برنامه بیشتر مورد توجه قرار گرفته و با استفاده از شیوه‌های خاص تغییر نگرش و رفتار به نتیجه مطلوب‌تری در خصوص اتخاذ رفتار پیشگیری از تب مالت در زنان دامدار روستایی که به حق گروه در معرض خطر هستند، دست یافت.

### سهم نویسندگان

حسین رضایی: طراح و مجری طرح  
شمس‌الدین نیکنامی: تأیید و هدایت طرح  
صدیقه السادات طوافیان: هدایت مراحل اجرایی طرح، همکار در تدوین مقاله  
بهزاد کرمی متین: استاد مشاور

### تشکر و قدردانی

از گروه محترم آموزش بهداشت دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، گروه بهداشت عمومی و آمار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کارمندان محترم مرکز بهداشت شهرستان کنگاور، بهورزان و رابطان محترم مرکز بهداشتی دهلر که در انجام این پژوهش، گروه تحقیق را یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر را دارد.

کمتری برخوردار است. این نتیجه خود می‌تواند گویای وخامت موضوع تب مالت در منطقه دهلر باشد، لذا نتایج این بررسی زنگ خطری برای مسئولان امر بهداشت و درمان و متولیان بخش سلامت استان کرمانشاه و کشور است و ضرورت سرمایه گذاری لازم در این خصوص و اجرای برنامه‌های جامع در امر مبارزه و کنترل بیماری تب مالت را به اثبات رسانده است.

در سنجش رابطه بین آگاهی، نگرش و عملکرد، مشاهده شد بین افزایش سطح آگاهی و نگرش، رابطه‌ای وجود ندارد. این نتیجه زیاد دور از انتظار نیست، زیرا تغییر در نگرش، مستلزم تلاش زیاد و مداوم است و نیز همان طور که دیدیم چندین باور و نگرش غلط در ارتباط با بیماری تب مالت (از جمله مناسب بودن شیر نجوشیده تب مالت برای بیماری‌های دستگاه گوارش) در منطقه وجود داشت که حتی بعد از مداخله آموزشی تغییر زیادی از این نظر در افراد نداشتیم. تغییر در نگرش افرادی که سالیان سال با این باورها و طرز فکر نسبت به این بیماری زندگی کرده‌اند، طبیعتاً با یک مداخله آموزشی به آسانی میسر نیست.

از طرفی، طبق یافته‌های مطالعه حاضر، بین آگاهی و عملکرد، رابطه معنی‌دار مثبتی وجود داشت. یعنی با افزایش سطح آگاهی، عملکرد افراد افزایش یافت. نکته قابل تأمل در این رابطه افزایش اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از تب مالت با افزایش سطح آگاهی، بدون تغییر در نگرش بود. نظر به این که هدف نهایی برنامه آموزشی، ارتقای رفتارهای پیشگیرانه از تب مالت است، اهمیت ارتقای آگاهی کاملاً مشهود است. از طرفی دیده شد حتی بعد از مداخله آموزشی،

### منابع

1. Hasanjani Roushan MR, Mohraz M. Epidemiological features and clinical manifestations in 469 adult patients with brucellosis in Babol, Northern Iran. *Epidemiology and Infection* 2004; 132: 11-14
2. [www.emro.who.int/afghanistan/programmes/dews.htm](http://www.emro.who.int/afghanistan/programmes/dews.htm)
3. Bahonar A. Assessment of effective factor on brucellosis prevention in Chahar Mahal Bakhtiyari province. A Thesis Presented for the Master of Sciences Degree in Health Education. Tehran University: 2002; 24-89 [Persian]
4. Zانبیلی M, شیرازی M. Effective factor on brucellosis Control and prevention in IRAN. Abstracts of Second Congress of Brucellosis in Iran. Shahid Beheshti University: Iran, 2008: 120
5. Rezaei H. Effect of coding educational program on the knowledge, attitude, and practice of animal husbandry women toward brucellosis in elected villages of kangavar district. A Thesis Presented for the Master of Sciences Degree in Health Education. Tarbiat Modares University: Iran, 2010: 5-8
6. Sadeghi A, Karamiyar M. The rate of Producer Dairy Knowledge of Brucellosis in Uroomieh city. *Uroomieh Medical Journal* 1998; 11: 33-5
7. Soltani R. The survey of knowledge and practice on women toward Brucellosis. Abstracts National Congress of Brucellosis in Iran. Zanjan University of Medical Sciences: Iran, 2009: 26
8. Ahmadian M, Tallaei M. The role of health education to decrease of Brucellosis incidence in Esfahan city. Abstracts National Congress of

Brucellosis in Iran. Zanjan University of Medical Sciences: Iran, 2009: 23

9. Javaheri J, Noree A. Assessment of the Health Education to Brucellosis control and prevention in Khomein city. Abstracts National Congress of Brucellosis in Iran. Zanjan University of Medical Sciences: Iran, 2009: 62

10. Hosseinzadeh K, Rahmati R. Assessment of knowledge in rural families toward Brucellosis in Qazvin province. Abstracts National Congress of Brucellosis in Iran. Zanjan University of Medical Sciences: Iran, 2009: 24

11. Amini M, Bagheri M, Nikparast N. Assessment of knowledge and attitude in rural families toward Brucellosis in Esfaraieen city. Abstracts National Congress of Brucellosis in Iran. Zanjan University of Medical Sciences: Iran, 2009: 3-5

12. Baghianimoghadam M, Hosseini N, Asghari T. The survey of knowledge-attitude and practice in Bahabad animal husbandry toward Brucellosis. Abstracts National Congress of Brucellosis in Iran. Zanjan University of Medical Sciences: Iran, 2009: 14

13. Ghofranipor F. The application of the Health Belief Model to prevent Brucellosis in Shahre kord city. A dissertation submitted for the degree of philosophy (PhD) in health education. Tarbiat Modares University: Iran, 1997: 26-111 [Persian]

14. Fallah R. Assessment of the Brucellosis epidemiologic condition in Mazandaran. A Thesis Presented for the Master of Sciences Degree in Health education. Tarbiat Modares University: Iran, 1993: 43-47 [Persian]

15. Maesumghonoti F, Mohammadi N. Assessment of knowledge in rural and urban families toward Brucellosis in Hamadan province condition during 2003-2007 in Babul. Abstracts of Second Congress of Brucellosis in Iran. Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Iran, 2008: 119 [Persian]

16. Karami M, Akbarzadeh P. Assessment of the Brucellosis epidemiologic Condition during 2003-2007 in Babul. Abstracts of Second Congress of Brucellosis in Iran. Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Iran, 2008: 118-9 [Persian]

17. Forghani H, Nezamalhosseni MJ. Assessment of the Brucellosis epidemiologic condition in Yazd. Abstracts of Second Congress of Brucellosis in Iran. Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Iran, 2008: 124-5 [Persian]

18. Ahmadi A, Mousavian A. Regular revising of studies about Brucellosis in Chahar Mahal Bakhtiyari province. Abstracts of Second Congress of Brucellosis in Iran. Shahid Beheshti University of Medical Sciences: Iran, 2008: 129-130 [Persian]



## ABSTRACT

### The effect of a designed educational program regarding brucellosis prevention on knowledge, attitude and preventive behaviors of rural females of Kermanshah, Iran

Hossein Rezaii<sup>1</sup>, Shamsoddin Niknami<sup>1\*</sup>, Sadighe Sadat Tavvafian<sup>1</sup>, Behzad Karami Matin<sup>2</sup>

1. Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

2. Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Payesh 2014; 13: 91-99

Accepted for publication: 19 October 2009

[EPub ahead of print-5 January 2014]

**Objective (s):** This study aimed to examine the effect of a designed educational program regarding brucellosis prevention on knowledge, attitude and preventive behaviors of rural females of Kermanshah, Iran.

**Methods:** A total of 182 patients suffering from brucellosis were randomized to either intervention group (n=91) who received a designed educational program or to control group (n=91) without receiving any education program. At baseline and two months after intervention, participants filled out self administered questionnaires.

**Results:** Average score of knowledge, attitude and behavior at baseline and follow up time were  $10/41 \pm 3/65$ ,  $27/8 \pm 3/6$ ,  $4/73 \pm 1/67$  and  $19/8 \pm 1/77$ ,  $34/9 \pm 2/2$ ,  $6/73 \pm 1/77$  respectively. Although, the two groups were comparable regarding all demographic data and baseline studied variables ( $P > 0.05$ ), there were significant differences between two groups regarding knowledge, attitude and behavior after intervention ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings revealed that the designed educational program could improve knowledge, attitude and behavior of female participated in the study.

**Key Words:** Brucellosis, Knowledge, Attitude and behavior

\* Corresponding author: Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.  
Tel: + 98 21 82883549