مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
دوره ۶. شماره ۴. زمستان ۱۳۹۷

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در کاهش مؤلفه‌های خطر بیماری تب مالت در دامداران شهرستان تربت‌حیدریه

محمدرضا فرزادمهر[۱]، محمد قربانی[۲]، مصطفی صادقی[۳]، سید مجتبی موسوی بزاز[۱*]

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
۳. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تب مالت یکی از بیماری های منتقله از دام در سراسر جهان است. رفتارهای آموزشی پیشگیرانه از تب مالت، میزان بروز بیماری در گروه های با خطر بالا را کاهش می‌دهد. این مطالعه با هدف ارزیابی اثر بخشی آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در کاهش مولفه های خطر تب مالت در دامداران شهرستان تربت حیدریه انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مداخله ای از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل بود، که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۲۰۰ نفر از دامداران بخش رخ شهرستان تربت حیدریه انجام شد. روش نمونه گیری از ۷ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی به صورت تصادفی طبقه ای بود. داده ها به وسیله پرسشنامه روا و پایا که مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بود به صورت خودگزارش دهی جمع آوری شدند. جلسات آموزشی برای گروه آزمون طراحی و اجرا شد و بعد ۲ ماه داده ها از هر دو گروه جمع آوری و بوسیله آزمون های آماری کای اسکوئر، من ویتنی و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: آزمون کای‌دو بین گروه‌های مطالعه از نظر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل اختلاف معنی‌دار آماری نشان نداد ($P>۰/۰۵$). بر اساس نتایج مطالعه بعد از مداخله ی آموزشی، میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی و رفتار) در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش آماری معنی‌داری داشت ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخله ی آموزشی اجرا شده به وسیله مدل اعتقاد بهداشتی، تاثیر مطلوبی در کاهش مولفه های خطر و همچنین بهبود رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری تب مالت در دامداران دارد.

کلید واژه‌ها:
تب مالت، آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی، دامدار

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

مقدمه

تب مالت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قابل انتقال از حیوان به انسان و یکی از مشکلات مهم بهداشتی در سطح جهان (۱) به خصوص در کشورهای درحال‌توسعه (٤-۲) از جمله ایران (٥، ٦) به شمار می‌رود .علیرغم برنامه‌های وسیع مبارزه بر علیه تب مالت، این بیماری هنوز به عنوان بیماری زئونوز یا بیماری مشترک بین انسان و دام و آندمیک در مناطق مختلف جهان به ویژه منطقه مدیترانه به شمار می‌رود (۱۱-۷). این بیماری در تمام نقاط دنیا گسترده و از نظر پراکندگی نیز متفاوت است. ایران جزء کشورهای با شیوع بالای بیماری در جهان است (۱۲). طبق آخرین تحقیقات انجام شده وضعیت بیماری در ایران در مناطق مختلف، بر اساس شرایط آب و هوایی، گونه‌های دامی، سطح بهداشت دام، دسترسی به فرآورده‌های پاستوریزه و آزمون‌های تشخیصی مورد استفاده متغیر است (۱۳) و بر این اساس استان‌های کشور به سه گروه تقسیم‌بندی می‌شوند؛

*آدرس نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
آدرس پست الکترونیک: MousaviM@mums.ac.ir

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

استان‌های با آلودگی بسیار بالا (بروز ۸۱ تا ۱۰۸)، استان‌های با آلودگی بالا (بروز بین ٥٤ تا ۸۰) و استان‌های با آلودگی متوسط (بروز بین ۲۸ تا ٥۳)، که استان خراسان رضوی در دسته دوم قرارگرفته است. بروز بیماری تب مالت در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹٦ به ترتیب در شهرستان تربت‌حیدریه برابر با ٤۷، ۷٥، ۷٦، ۷٤ و ٦۱ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت بوده و این میزان با وجود کاهش در سال‌های متوالی باز هم از میانگین کشوری که ۲۱ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت می‌باشد، بالاتر است. زیان‌های اقتصادی ناشی از ابتلای دام‌ها به تب مالت شامل سقط بره‌ها و گوساله‌ها (١٤) و در نتیجه کاهش جمعیت دامی و کاهش میزان شیر و گوشت مورد نیاز کشور و زیان بر تنه اقتصاد جامعه و تحمیل مخارج درمان و از کار انداختن نیرو و توان دامداران و کشاورزان می‌باشد. لذا با ارائه آموزش‌های لازم و حساس سازی افراد در معرض خطر می‌توان از ابتلا انسان به این بیماری پیشگیری کرد (۱۷-۱٥).

در مطالعات مختلف بر اهمیت آموزش و افزایش دانش و بینش مردم درباره بیماری تب مالت و روش‌های پیشگیری از آن در کاهش مؤلفه‌های خطر بیماری تب مالت تأکید شده است (۲۰-۱۸). انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام در فرایند برنامه ریزی هر برنامه آموزش بهداشت است و الگوی مناسب برنامه را در مسیر صحیح نگه می‌دارد. از مدل‌های متنوع آموزشی می‌توان مدل مطرح اعتقاد بهداشتی را نام برد. پایایی و روایی این مدل در مطالعات انجام شده برای پیشگیری از مؤلفه‌های خطر در دامداران مورد تایید قرار گرفته است (۲۱). این مدل الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و اساس این الگو بر روی انگیزه افراد برای عمل است. این مدل بر این تأکید دارد که چگونه ادراک فرد ایجاد انگیزه و حرکت می‌کند و سبب تغییر در اعتقادات و نهایت تغییر در رفتار می‌شود (۲۲). این مدل اولین بار توسط Rosenstock طراحی و توسعه پیدا کرد و از ٦ سازه: حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خود کارآمدی و رفتار تشکیل شده است (۲۳). اجزای این الگو عمدتاً بر پیشگیری از بیماری ها متمرکز است و از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای تعیین رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار به کار می رود.

لذا با توجه به افزایش روزافزون تعداد موارد بیماری در کشور و نیز شیوع بالای بیماری در مناطق تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان تربت حیدریه و از آن جایی که دامداران از جمله گروه‌های در معرض خطر این بیماری هستند بدیهی است که شیوه‌های آموزشی مؤثر و فعال موجب افزایش سطح آگاهی و نگرش و عملکرد و در نهایت توانمندسازی ایشان در ارتباط با این بیماری می شود و علاوه بر اینکه بر زندگی شخصی خودشان تأثیرگذار است، می‌تواند به میزان چشمگیری موجبات کاهش بیماری در سطح جامعه را سبب شود. با عنایت به اهمیت موضوع و نقش تأثیرگذار دامداران در پیشگیری از بیماری تب مالت و عدم انجام تحقیق در زمینه مذکور در دانشگاه، بر آن شدیم تا تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در بیماری تب مالت بر مؤلفه‌های خطر مرتبط دامداران را در شهرستان تربت‌حیدریه سنجیده و مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی را در برنامه‌ریزی‌های بهتر یاری نماییم.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی می‌باشد که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۲۰۰ نفر از دامداران بخش رخ شهرستان تربت‌حیدریه صورت گرفت. حجم نمونه با توجه به یافته های مطالعات مشابه (۲۱)، توان آزمون ۸۰ و خطای نوع اول ۰/۰٥ برای هر گروه مداخله و کنترل ۱۰۰ نفر محاسبه گردید. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای بود، به صورتی که از ۷ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی بخش رخ شهرستان تربت‌حیدریه که تقریباً هر کدام ٥ خانه بهداشت را پوشش می‌دهند (مجموع ۳٥ خانه بهداشت)، تعداد ٤ روستا به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شد. افراد واجد شرایط با توجه به کدهای داده شده توسط سامانه سیب مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سامانه یکپارچه بهداشتی) و استخراج شماره خانوار از سامانه، به‌صورت

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

تصادفی بر اساس لیست تهیه شده به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه، سکونت در روستا، سروکار داشتن با امور دام، تأمین درآمد اصلی خانوار آن‌ها از محل دامداری، دارا بودن ۲۰ رأس گوسفند به بالا را در منازل خود و ارائه رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. همچنین معیار های خروج از مطالعه نیز شامل مهاجرت از روستا در طی مطالعه، فوت فرد مورد مطالعه و غیبت بیش از یک جلسه در کلاس های آموزشی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه محقق ساخته بر مبنای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. روایی پرسشنامه توسط اساتید آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت شامل یک نفر متخصص پزشکی اجتماعی و MPH، دو نفر اپیدمیولوژیست و چهارنفر از کارشناسان بهداشت و مبارزه با بیماری ها گرفته شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه به روش آزمون- بازآزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. بدین ترتیب پرسشنامه موردنظر دو بار به فاصله دو هفته توسط ۲۰ نفر از دامداران که به عنوان نمونه مطالعه نبودند تکمیل و میزان پایایی تایید شد. برای سنجش آگاهی ۱۵ سؤال (α=۰/۷۵)، حساسیت درک شده ۵ سؤال (α=۰/۹٦)، شدت درک شده ۷ سؤال (α=۰/۹۱)، منافع درک شده ۹ سؤال (α=۰/۹٤)، موانع درک شده ۷ سؤال (α=۰/۸۹)، خود کارآمدی ۷ سؤال (α=۰/۹۳) و رفتار ۱۰ سؤال (α=۰/۷۸) طراحی و میزان پایایی آن‌ها محاسبه شد. حداکثر امتیاز سؤالات آگاهی ۱۵ و حداقل صفر بود. برای پاسخ درست ۱ امتیاز، نظری ندارم و پاسخ نادرست صفر امتیاز لحاظ گردید. جهت سنجش سازه های مدل اعتقاد بهداشتی از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم=۵، تا کاملاً مخالفم=۱) استفاده گردید. امتیاز حساسیت درک شده حداکثر ۲۵ و حداقل ۵ امتیاز، شدت درک شده حداکثر ۳۵ و حداقل ۷ امتیاز، منافع درک شده حداکثر ٥٤ امتیاز و حداقل ۹ امتیاز، موانع درک شده حداکثر ۳۵ و حداقل ۷ امتیاز، خود کارآمدی حداکثر ۳۵ و حداقل ۷ و رفتار حداقل ۱۰ و حداکثر صفر (بلی ۱ امتیاز، خیر صفر امتیاز) بود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها از گروه‌های آزمون و کنترل، برنامه آموزشی برای گروه آزمون طراحی و اجرا شد. محتوای آموزشی استفاده شده در این برنامه شامل آشنایی با بیماری تب مالت، عوارض بیماری، راه‌های پیشگیری، خسارت اقتصادی و اجتماعی و باورهای غلط در رابطه با بیماری تب مالت بود. برای تمامی بهورزان درگیر در برنامه ابتدا ۲ جلسه آموزشی با موضوع بیماری تب مالت در مرکز آموزش بهورزی شهرستان توسط مربی بهورزی و کارشناس مسئول بیماری‌های مشترک انسان و دام معاونت بهداشتی که دوره های مربیگری آموزشی بر اساس مدل جامع سیستماتیک آموزش و ارتقاء سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را گذرانده بودند، برگزار شد. سپس بهورزان به دلیل ارتباط مؤثر با افراد گروه مداخله، آموزش ها را مطابق با سازه های مدل اعتقاد بهداشتی جهت گروه آزمون ارائه نمودند. جلسات آموزشی برای گروه آزمون به صورت سخنرانی، بحث گروهی و پرسش پاسخ و دادن پمفلت آموزشی توسط بهورزان خانه‌های بهداشت هر روستا در طی ۳۰ روز و در ٤ جلسه ٦۰ دقیقه‌ای برگزار شد. در جلسه ی آخر مربی بهورزی و کارشناس مسئول بیماری‌های مشترک انسان و دام معاونت بهداشتی آموزش‌های تکمیلی را به گروه آزمون ارائه نمودند. داده‌ها پس از ۲ ماه مجدداً از هر دو گروه جمع‌آوری و با هم مقایسه و تجزیه و تحلیل گردید. گروه کنترل پس از پایان برنامه پمفلت‌های آموزشی را دریافت نمودند. دامداران در خصوص چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام طرح توجیه و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند.

مطالعه حاضر مصوب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره شناسه (IR.MUMS.MEDICAL.REC.1397.102) می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 24 تجزیه و تحلیل گردید. نتایج داده‌های کمی به صورت میانگین و انحراف معیار نمایش داده شد. جهت نشان دادن همبستگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده و جهت مقایسه میانگین نمرات در گروه‌های

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

مختلف با توجه به توزیع غیر نرمال داده‌ها از آزمون‌های آماری کای‌دو، ویلکاکسون و من ویتنی U استفاده شده است. سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

نتایج

در این مطالعه ۲۰۰ نفر از دامداران بخش رخ شهرستان تربت‌حیدریه در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند که دو روستا به عنوان گروه آزمون و دو روستا به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. دو گروه از لحاظ داده های جمعیت شناختی همسان بودند. نتایج آزمون کای‌دو بین گروه‌های مطالعه از نظر سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل اختلاف معنی‌دار آماری نشان نداد (P>۰/۰۵).

طبق یافته ها، قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری در میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد (P> ۰/۰۵). بعد از مداخله آموزشی اختلاف این نمرات از نظر آماری معنی دار بود (P< ۰/۰۰۱). (جدول شماره ۱)

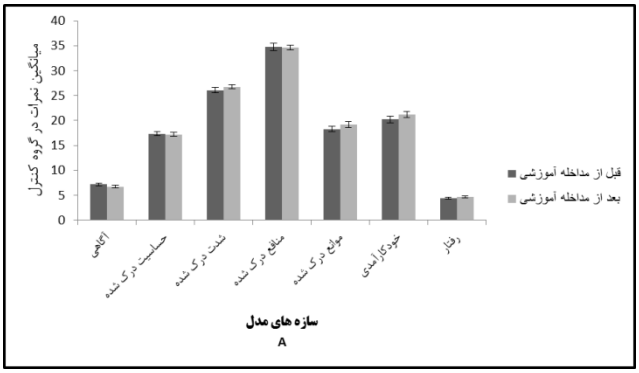
جدول ۱. میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

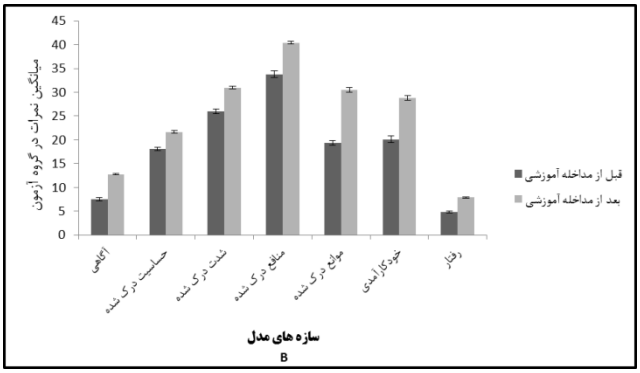
متغیر های مدل		قبل از مداخله	بعد مداخله	سطح معنی‌داری*
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
آگاهی	مداخله	۷/۵۲±۳/۰٤	۱۲/۷٦±۱/۵۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۷/۱۵±۲/۷٦	٦/۸۰±۲/٤۳	۰/۱۰۵
سطح معنی داری**		۰/۰٦٤	۰/۰۰۱	
حساسیت درک شده	مداخله	۱۸/۰۵±۳/۸۲	۲۱/٦۷±۲/۳۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۷/۳۱±٤/۰۳	۱۷/۱۹±٤/۵۹	۰/۷۸۷
سطح معنی داری		۰/۲۱۷	۰/۰۰۱	
شدت درک شده	مداخله	۲٦/۰۵±۵/۰۲	۳۰/۹۵±۲/٦۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۲٦/۰۵±۵/۱۰	۲٦/۷٦±٦/٤۵	۰/٤۲۳
سطح معنی داری		۰/۹۷٦	۰/۰۰۱	
منافع درک شده	مداخله	۳۳/۷۸±۷/۰۳	٤۰/۳۹±۲/۹۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۳٤/۸۱±۷/۰۷	۳٤/٦۲±۷/٤۹	۰/۲۲۱
سطح معنی داری		۰/۰٦٦	۰/۰۰۱	
موانع درک شده	مداخله	۱۹/۳۷±۵/۲۵	۳۰/۵٦±۵/۰۵	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۸/۲٦±٤/۹۸	۱۹/۱۵±٦/۵۹	۰/۳۰۲
سطح معنی داری		۰/۱۵۹	۰/۰۰۱	
خودکارآمدی	مداخله	۲۱/۱۱±۷/۳٤	۲۸/۸۱±٤/۷۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۲۱±٦/۷۷	۲۱/۲۳±۵/٦۹	۰/۳۳٤
سطح معنی داری		۰/۹۸٤	۰/۰۰۱	
رفتار	مداخله	٤/۸۳±۲/۱۱	۷/۸۹±۱/۵۲	۰/۰۰۱
	کنترل	٤/۳٦±۲/۰٦	٤/٦۲±۱/۹۱	۰/٤۲۳
سطح معنی داری		۰/۰۹۷	۰/۰۰۱	

*نتایج آزمون ویلکاکسون، **نتایج آزمون من ویتنی

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

شکل شماره ۱ نیز تغییرات میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه آزمون و کنترل نشان می دهد.





شکل ۱. A : مقایسه میانگین نمرات سازه های مدل قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل، B : مقایسه میانگین نمرات سازه های مدل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون۲

بحث

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر مؤلفه‌های خطر مرتبط با دامداران در شهرستان تربت‌حیدریه بود. برطبق نتایج به دست آمده از این مطالعه میانگین نمره آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خود کارآمدی و رفتار در گروه آزمون با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت.

از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کاهش میزان بروز و شیوع بیماری تب مالت داشتن آگاهی از راه‌های انتقال و پیشگیری از بیماری است (۲٤)، لذا افزایش آگاهی دامداران در ارتباط با بیماری و مؤلفه‌های خطر آن باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای در موارد انسانی بیماری و خسارت حداقلی دام خواهد بود. بین سطوح نمره آگاهی هر دو گروه، قبل از انجام مداخله تفاوتی دیده نشد، اما بعد از آموزش، میانگین نمرهٔ آگاهی گروه آزمون افزایش معنی داری یافت. این افزایش در میانگین نمرات در گروه آزمون نشان دهنده کارایی بسیار بالای این مدل آموزشی می‌باشد که سبب تغییر در باورهای بهداشتی و بهبود نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری تب مالت می‌باشد. نتایج حاضر با مطالعه Kansiime و همکاران (۲۵)، اسکندری و همکاران (۲٦) و بابایی و همکاران (۲۱) مطابقت دارد.

حساسیت درک شده که یکی دیگر از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی است که می‌تواند در رفتار اثرگذار باشد، در این مطالعه در گروه آزمون به طور معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله آموزشی افزایش پیدا کرد، که نتایج آن با مطالعه حیدرنیا و همکاران (۲۷) و زینت مطلق و همکاران (۲۸) همخوانی دارد. میانگین نمرهٔ شدت درک شده قبل از مداخله، دو گروه وضعیتی مشابه داشتند و واحدهای مورد پژوهش، نگرشی مطلوب راجع به مولفه های خطر مرتبط با بیماری تب مالت نداشتند؛ این بخش، پس از آموزش در گروه آزمون، افزایشی معنی دار یافت. نتایج این مطالعه با مطالعه شمسی و همکاران (۲۹)، زینت مطلق و همکاران (۲۸) و بابایی و همکاران (۲۱) همخوانی دارد.

افزایش آگاهی در دامداران می‌تواند تهدید درک شده ی آن‌ها را نسبت به بیماری تب مالت افزایش دهد. در این مطالعه میانگین نمره منافع درک شده و موانع درک شده گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل بعد از اجرای برنامه آموزشی افزایش معنی‌داری داشت که حاکی از اعتقاد فرد به اثر بخشی و رفع موانع درک شده می‌باشد. این یافته با نتایج با مطالعه کریمی و همکاران (۳۰)، بابایی و همکاران (۲۱)، هزاوه ای و همکاران (۳۱) و جولی کوچ و همکاران (۳۲) همسو است، اما با مطالعه

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

اسکندری و همکاران (۲۶) و Hambolu و همکاران (۳۳) همخوانی ندارد.

بررسی‌ها نشان دادند که خود کارآمدی اثر قوی بر رفتارهای بهداشتی دارد و خود کارآمدی بالا باعث افزایش توانایی، لیاقت و کفایت می‌شود (۳٤). در این مطالعه خودکارآمدی درک شده پس از مداخله ی آموزشی افزایش معنی‌داری داشت که در مطالعه کریمی و همکاران (۳۰) و علیگل و همکاران (۳۵) نیز مشابه این تحقیق افزایش خود کارآمدی پس از مداخله مشاهده گردید. در پژوهش حاضر میانگین نمرات رفتارهای پیشگیری کننده از تب مالت در گروه آزمون پس از مداخله آموزشی به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرد که نشان دهنده تأثیر مداخله آموزشی بر هدف نهایی این برنامه آموزشی یعنی تغییر رفتار است. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه شریفی راد و همکاران (۳٦)، عروجی و همکاران (۳۷) و وزینی و همکاران (۳۸) مطابقت دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان طولانی بودن پرسشنامه، خود گزارش‌دهی افراد در مطالعه و انجام مطالعه در یک گروه شغلی اشاره کرد. از نقاط قوت مطالعه می توان محیط وسیع پژوهش، شرکت تمام افراد جامعه هدف در پژوهش، توانایی کامل بهورزان جهت اجرای برنامه آموزشی در گروه آزمون و همکاری مرکز آموزش بهورزی شهرستان تربت حیدریه نام برد.

نتیجه‌گیری

با توجه به کم هزینه بودن فعالیت‌های پیشگیری و تأثیر مثبت مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر رفتار، لزوم طرح ریزی مداخله ی آموزشی منظم با استفاده از این الگو حائز اهمیت می‌باشد. نتایج مطالعه نشان داد که مداخله ی آموزشی اجرا شده به وسیله مدل اعتقاد بهداشتی تأثیر مطلوبی در کاهش مؤلفه‌های خطر و همچنین بهبود رفتار های پیشگیری کننده از بیماری تب مالت در دامداران دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل انجام پایان‌نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد آموزش جامعه نگر (آموزش اپیدمیولوژی) دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از بهورزان بخش رخ شهرستان تربت‌حیدریه، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه واحد بیماری‌های منتقله از راه دام و دامداران منطقه به دلیل مساعدت‌های بی-دریغشان در طی اجرای مطالعه، اعلام می‌نمایند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

References

1. Andriopoulos P, Tsironi M, Deftereos S, Aessopos S and Assimakopoulos S. Acute brucellosis: presentation, diagnosis, and treatment of 144 cases. International journal of infectious diseases, 2007. 11(1): p. 52-57.

2. Dobrean V, Opris A, and Daraban S. An epidemiological and surveillance overview of brucellosis in Romania. Veterinary microbiology, 2002. 90(1): p. 157-163.

3. Shoraka HM, Hosseini H, Sofizadeh A, Avaznia A, Rajabzadeh R and Hwjazi A. Evaluate the epidemiology of brucellosis in the city Vsmlqan Manet, North Khorasan, Journal of north Khorasan, 2010, 2(2,3): 65-72. [Persian]

4. Dean AS, Crump L, Grete H, Schelling E, Zinsstag J. "Global burden of human brucellosis: a systematic review of disease frequency." (2012): e1865.

5. Almasi A, Khodayari M, Eshrati B and Shamsi M. The effective factors in the interval began diagnosis of brucellosis in Central, 2011, 4(6): 21-30. [Persian]

6. Moradi Gh, Kanani Sh, Majidpoor M and Ghaderi E. An epidemiological study of 3880 patients with brucellosis in Kurdistan, Journal of Infectious and Tropical Diseases, Infectious Diseases Specialist Association 2006, 11(33): 27-33. [Persian]

7. Roushan MR, Baiania M, Asnafib N, Saedi F. Outcomes of 19 pregnant women with brucellosis in Babol, northern Iran. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2011;105(9): 540-542.

8. Almasi A, Khodayari M, Eshrati B, Shamsi M. Factors affecting the interval between the onset and diagnosis of brucellosis in Markazi Province Iran. Arak Medical University Journal (AMUJ). 2012;14(6):21-30. [Persian]

9. Al-Majali AM, Shorman M. Childhood brucellosis in Jordan: prevalence and analysis of risk factors. International journal of infectious diseases. 2009;13(2)196-200.

10. Earhart K, Vafakolov S, Yarmohammadov N, Michel A, Tjiden J, Soleiman A. Risk factors for brucellosis in Samarqand Oblast, Uzbekistan. International journal of infectious diseases. 2009;13(6):749-753.

11. Taleski V, Zerva S, Kantardijiv T, Cvetnic Z, Erski- Biljic M, Nikoloskvi B, et al. An overview of the epidemiology and epizootology of brucellosis in selected countries of Central and Southeast Europe. Veterinary microbiology. 2002;90(1):147-15511.

12. Hashiani AA, Khodayari M, Beshrati, Shamsi M. Factors affecting the interval between the onset and diagnosis of brucellosis in Markazi province, IRAN (2010-11). Arak Medical University Journal. 2012;14(6).

13. Gul ST, Khan A. Epidemiology And Epizootology Of Brucellosis: a review. Pakistan veterinary journal. 2007;27(3):145-51.

14. Robinson TD. Hypertension Beliefs and Behaviors of African Americans in Seleceted Cleveland Public Housing (PhD thesis). USA: Kent State University; 2012.

15. World Health Organization. World report on child injury prevention, 2013 [Accessed on 10 December 2013]; available from: www.who.int/entity/violence injury preven-tion/child

16. Amirzade F, Tabatabaee SHR. [The incidence rate and causes of accidents among the students of Shiraz guidance schools]. Journal of Kerman University of Medical Sciences.2007; 14(1):55-60. (Persian)

17. Malekzadeh B, Alidosti K, Darvishi M, Sayadi M. [The review and study of elementary

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

stu-dent injury]. Journal of Qualitative Research in Health Sciences.2011; 11(1):59-64. (Persian)

18. Nazari M, Heidarnia A, Eftekhar Ardebili H, Mobasheri M, Amin Shokravi F, Niknami SH. [Interventions based on PRECEDE-PROCEED for promoting safety behaviors in primary school boys]. Armaghan Danesh.2008; 13(2):63-93. [Persian]

19. Wong DL, Hess CS, Wong. Whaley's Clinical Manual of Pediatric Nursing. 5sted. St Louis: Mosby Company; 2002.

20. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mor-tality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. 1ed. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.

21. Babaei V, Garmaroodi G, Batebi A, Alipour D, Shahbaz M, Babazadeh T. The Effectiveness of an Educational Intervention Based on the Health Belief Model in the Empowerment of Stockbreeders Against High-Risk Behaviors Associated with Brucellosis. Journal of Education and Community Health. 2014; 1 (3):12-19. [Persian]

22. Shojaeezadeh D. Health Education Models. 1 th ed: Com munication and health education center publisher – Ministry of Health and Medical Education; 2000. [Persian]

23. Strecher VJ, Champion VL, Rosenstock IM, Gochman DS. The health belief model and health behavior. 1th ed. New York: Plenum Press publisher; 1997. P. 71-89.

24. Guidance on brucellosis control for health officers. Ministry of health and medical education health deputy. Tehran: Center of Diseases and Prevention; 2013. [Persian]

25. Kansiime C, Mugisha A, Makumbi F, Mugisha S, Rwego IB, Sempa J, et al. Knowledge and perceptions of brucellosis in the pastoral communities adjacent to Lake Mburo National Park, Uganda. BMC Public Health. 2014;14:242.

26. Eskandari Z, Bashirian S, Barati M, Soltanian AR, Hazavehi SM. The Effect of Educational Program Based on the Health Belief Model on Brucellosis Preventive Behaviors among Traditional Ranchers in Rural Areas of Hamadan Province. J Educ Community Health. 2017 Mar 15;3(4):16-23.

27. Vakili MM, Hidarnia AR, Niknami SH, Mousavinasab SN. Effect of communication skills training on health belief model constructs about AIDS in Zanjan health volunteers (2010-11). Zanjan Univ Med Sci. 2011;19(77):78-93. [Persian]

28. Zinat MF, Sharifirad G, Jalilian F, Mirzaei AM, Aghaei A, Ahmadi JT. Effectiveness of educational programs to promote nutritional knowledge in type II diabetes patients based on health belief model. Health Syst Res. 2014;9(4):412-20. [Persian]

29. ShmsyM, Heidarnia A, Nikhnami SH, Rafeie M, Karimi M . effect of education on health belief model the behaviors of mothers to prevent tooth decay Pregnant Mother Arak Cite [doctoral dissertation] .thran: TMU ; 1390

30. Karimy 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 Med Univ J. 2012;14(4):85-94. (Persian)

31. Hazavehei SMM, Shadzi S, Asgari T, Porabdi-an S, Hassanzadeh A. [The effect of safety ed-ucation based on Health Belief Model (HBM) on the workers practice of Borujen industrial town in using the personal protection respirato-ry equipments]. Iran Occupational Health.2008; 5(1&2):21-30. [Persian]

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

32. Beranth C. The health belief model applied to glycemic control. The Diabetes Educator.1999; 21(1):321-9.

33. Hambolu D, Freeman G, Taddese H. Predictors of bovine TB risk behavior amongst meat handlers in Nigeria: a cross-sectional study guided by the health belief model. PloS One. 2013;8(2):e56091.

34. Glanz K, Rimer BA, Viswanath K, Health behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice: John Wiley & Sons4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

35. Aligol M, Nasirzadeh M, Hafezi Bakhtiari M, Eslami AA, The Effects of Education on Promoting Knowledge, Beliefs and Preventive Behaviors on Brucellosis among Women: Applying a Health Belief Model, Jundishapur J Health Sci 2014;6(2):343-349.

36. Sharifirad Gh, Hazavehei SMM, Mohebi S, Rahimi MA, Hasanzadeh A. [The effect of educational program based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients]. Iranian Journal of Endocrinology Metabolism.2006; 8(3):231-9. [Persian]

37. Cheraghi P, Poorolajal J, Hazavehi SMM, Re-zapur-Shahkolai F. Effect of educating mothers on injury prevention among children aged <5years using the Health Belief Model: a ran-domized controlled trial. Public Health.2014; 128(9):825-30.

38. Vazini H, Barati M. The health belief model and self-care behaviors among type 2 diabetic patients. Iran J Diabetes Obesity. 2014;6(3):107-13.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]

Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences
2018, Volume 6, No.4: 47-56.

Original article

The Effect of Education based on the Health Belief Model in Reducing the Risk Factors of the Brucellosis in Torbat Haydariyeh

Mohammadreza Farzadmehr[1], Mmohmmad Ghorbani[2], Mostafa Sadeghi[3], Seyed Mojtaba Mosavi Bazzaz[1*]

1. Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

2. Department of Public Health, School of Health, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

3. Department of Biostatistics & Epidemiology, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran

Corresponding author: ***MousaviM@mums.ac.ir***

Keywords:
Brucellosis,
Health Education,
Health Belief Model,
Ranchers

©2018 Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. All rights reserved.

Abstract

Background & Aim: Brucellosis is one of the zoonotic diseases worldwide. Training the Brucellosis preventing behaviors reduce the incidence of this disease in at-risk groups. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of education based on the Health Belief Model in reducing the risk factors of Brucellosis in ranchers in Torbat Haydariyeh.

***Methods*:** This interventional study was a quasi-experimental model with a control group which was performed on 200 of ranchers in Jolgeh Rokh District of Torbat Haydariyeh, in 2018. The sampling method was stratified random from 7 rural health-care centers. The data was collected via a valid and reliable questionnaire including demographic information and Health Belief Model constructs in self-reporting way. The educational sessions were designed for the test group and data was collected from the both groups after 2 months and they were analyzed using Chi-Square.

***Results*:** There was no significant statistical difference between the study groups in terms of age, gender, education level and marital status based on a Chi-squared test ($P>0.05$). According to the obtained results, after interventional education, the mean score of knowledge and Health Belief Model constructs (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived self-efficacy, and behavior) showed a significant increase in the experimental group compared to the control group ($P<0.001$).

***Conclusion*:** The result of present study indicates that educational intervention performed by the Health Belief Model has a desirable effect on reducing risk factors and also improving brucellosis preventive behaviors among ranchers.

How to Cite this Article: Farzadmehr M, Ghorbani M, Sadeghi M, Mosavi Bazzaz SM. The Effect of Education based on the Health Belief Model in Reducing the Risk Factors of the Brucellosis in Torbat Haydariyeh. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2018;6(4):47-56.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2024-10-12]