



مقاله پژوهشی

تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با بیماری تالاسمی بر دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان شهر تربت حیدریه در سال ۱۳۹۴

کریم درویش پور^۱، هادی علیزاده سیوکی^۲، حسن رمضانی^{۳*}

^۱ کارشناس اتاق عمل، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

^۲ مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت سالمندی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

چکیده

مقدمه: تالاسمی شایع‌ترین اختلال خونی ارثی در ایران می‌باشد. شیوع بالای تالاسمی مشکلات زیادی برای بیمار، خانواده او و سیستم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی ایجاد می‌کند. لذا این تحقیق با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با بیماری تالاسمی بر دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان شهر تربت حیدریه در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر، پژوهشی نیمه تجربی است که تعداد ۲۰۰ دانش آموز مقطع دبیرستان از طریق نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و پیش از هر دو گروه به عمل آمد. داده‌ها وارد نرم‌افزار آماري SPSS20 شد و از طریق آزمون‌های آماري (تی تست، تی مستقل، کاسکوئر و همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی دانش آموزان $15/70 \pm 0/49$ بود. نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقادی بهداشتی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون در همه سازه‌های آگاهی، حساسیت درک شده، رفتار، شدت درک شده و منافع درک شده ($p < 0/001$) به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است. موانع درک شده ($p < 0/04$) نیز به‌طور معنی‌داری کاهش یافته که وضعیت بهتر را در بعد از مداخله نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر باورهای دانش آموزان در خصوص بیماری تالاسمی بود. با توجه به اهمیت بیماری می‌توان تدوین برنامه‌های آموزشی برای دانش آموزان به‌ویژه در مناطق با شیوع بالای بیماری پیشنهاد کرد.

کلید واژه‌ها: آموزش، تالاسمی، مدل اعتقادی بهداشتی، دانش آموزان

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۱۸

پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۰

*مؤلف مسئول

حسن رمضانی

ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

تلفن: ۰۹۱۵۸۶۵۶۴۵۶

پست الکترونیک:

hasanramzani71@gmail.com

The impact of educational intervention based on Health Belief Model in relation to thalassemia on high school male students in Torbat Heydariyeh in 2015

Karim Darvishpoor¹, Hadi Alizadeh Siuk², Hasan Ramzani^{3*}

¹ BS.c in Surgical Technology, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

² Instructor, Department of Public Health, Faculty of Health, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences (THUMS), Torbat Heydariyeh, Iran

³ MS.c in, Elderly Health, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

Abstract

Introduction: Thalassemia is the most common hereditary blood disorder in Iran. The high prevalence of thalassemia causes many problems for the patients, their families and the health care system. Therefore, this study aimed to investigate the impact of educational intervention based on Health Belief Model in relation to thalassemia on high school male students in Torbat Heydariyeh in 2015.

Methods: This is a semi-experimental study in which 200 high school students were selected through multistage random sampling and were divided into two groups of control and intervention. The data collection tool was a researcher-made questionnaire whose validity and reliability were verified and validated. The pre-test was performed for both groups. Data were entered into SPSS software and analyzed by statistical tests (T test, Independent T, Chi-square, Pearson Correlation).

Results: The mean age of the students was 15.70 ± 0.49 . The results showed that mean and standard deviation of the constructs of Health Belief Model before and after the intervention were significantly increased in the test group, in all constructs including knowledge, perceived sensitivity, behavior, perceived severity and perceived benefits ($p < 0.001$). Perceived barriers ($p < 0.04$) were also significantly decreased which shows a better situation after the intervention.

Conclusion: The results of this study proved the effect of educational intervention on students' beliefs about thalassemia. According to the importance of this disease, it is recommended that educational programs be developed for students especially in areas with high prevalence of the disease.

Keywords: Education, Thalassemia, Health Belief Model, Students

Article Info

Received: Jan. 08, 2018

Accepted: Mar. 11, 2018

*Corresponding Author:
Hasan Ramzani
Shahid Beheshti University
of Medical Sciences, Tehran,
Iran

Tel: +989158656456

Email:
hasanramzani71@gmail.com

Vancouver referencing:

Darvishpoor K, Alizadeh Siuk H, Ramzani H. The impact of educational intervention based on Health Belief Model in relation to thalassemia on high school male students in Torbat Heydariyeh in 2015. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences* 2017; 3(4): 286-296.

مقدمه

تالاسمی به عنوان یکی از شایع ترین بیماری های ژنتیکی است، به گروهی از اختلالات ارثی هموگلوبین گفته می شود و به علت اختلال کمی در تولید زنجیره های گلوبین آلفا و بتا در ساختار هموگلوبین رخ می دهد (۱). این بیماری در تمامی نژادها گزارش شده است، اما بیش تر در کشورهای حوزه مدیترانه، نواحی استوایی و مناطق نزدیک به آن در آسیا و آفریقا شیوع دارد به طوری که از نظر جغرافیایی قسمت هایی از آفریقا، ترکیه، ایران، هلند و آسیای جنوب شرقی، کمربند تالاسمی جهانی نام گرفته اند. تالاسمی در ایران در حاشیه خلیج فارس و دریای خزر، کهکلیویه و بویراحمد، فارس، کرمان، اصفهان و سیستان و بلوچستان شایع است (۲). بر اساس آمارها، به طور کلی ۳ درصد از جمعیت جهان (۱۵۰ میلیون نفر) دچار بیماری تالاسمی اند که بیش از ۲ میلیون نفر از آن ها در ایران زندگی می کنند (۱). در کشور ایران در حال حاضر ۳۰۰۰۰ نفر مبتلا به تالاسمی زندگی می کند که سالانه نزدیک به ۱۰۰۰ نفر به تعداد آن ها افزوده می شود که اهمیت این بیماری را در کشور نشان می دهد (۳). از سال ۸۴ تا سال ۱۳۹۶ تعداد ۸۶۲ مادر باردار ناقل تالاسمی در مناطق زیر پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد شناسایی شدند که از این میزان تعداد ۴۵ زوج مربوط به شهرستان تربت حیدریه بود. (۴،۵). تولد فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور نه تنها مشکلات زیادی برای پدر و مادر ایجاد خواهد نمود بلکه بار مالی زیادی نیز بر سیستم بهداشتی و درمانی کشورها تحمیل می نماید (۶). با توجه به هزینه بالای درمان و تحمیل مشکلات اقتصادی- اجتماعی و روحی- روانی بر خانواده ها و جامعه، بهترین استراتژی در جهت پیشگیری از تولد کودک مبتلا به تالاسمی ماژور، ارتقاء سطح آگاهی و نگرش افراد درباره بیماری تالاسمی و منصرف نمودن زوج های ناقل از ازدواج با یکدیگر می باشد (۷). این امر با استفاده از الگوهایی صورت می گیرد که عوامل مؤثر بر رفتار را شناسایی و تقویت می کند. بدین

منظور محققان از مدل ها برای تغییر رفتار کمک گرفتند که یکی از این مدل های مؤثر در امر آموزش و ارتقای سلامت، مدل اعتقاد بهداشتی می باشد. سازه های این مدل شامل حساسیت، شدت، تهدید، منافع و موانع در کشده، خودکارآمدی و راهنماهای عمل می باشد که مجموع شدت درک شده و حساسیت درک شده را به عنوان تهدید درک شده قلمداد می کند (۸). برنامه آموزش می تواند از تولد نوزاد مبتلا به تالاسمی و گسترش بیماری جلوگیری کند، آموزش نسل جوان و دانش آموزان که دیر یا زود به عنوان پدران و مادران نسل آینده مسئولیت سلامت فرزندان خود را بر عهده گیرند، باید در صدر برنامه های پیشگیری از تالاسمی قرار گیرند. به عنوان مثال با اجرای چنین برنامه هایی در قبرس تولد نوزادان جدید مبتلا به این بیماری به صفر رسید. از این رو همت گماشتن به آموزش همگانی به ویژه آموزش اصولی جوانانی که هنوز به مرحله تشکیل خانواده نرسیده اند، ضروری به نظر می رسد؛ زیرا با آنکه تالاسمی یک بیماری ژنتیکی است اما دلایل فراوان زیست شناختی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و غیره در میزان شیوع آن نقش دارند؛ بنابراین مبارزه با شیوع بیشتر آن نمی تواند مانند سایر بیماری ها به سهولت انجام پذیرد و نیازمند صرف وقت و هزینه فراوان در طول زمان بوده و فقط از طریق آموزش همگانی و مستمر افراد امکان پذیر است (۷). یکی از کاربردی ترین مدل ها برای بررسی علل و عوامل مؤثر بر رفتار، مدل اعتقاد بهداشتی می باشد. مدل اعتقاد بهداشتی اولین تئوری است که انحصاراً جهت رفتارهای مرتبط با سلامت به وجود آمد. این مدل بر مبنای ساختارهای حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و هزینه های درک شده و راهنماهایی برای عمل به پیش بینی رفتار می پردازد (۹). هدف از مطالعه حاضر ارزیابی تأثیر یک مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقادی بهداشتی بود تا بر اساس نتایج آن بتوان یک برنامه آموزشی مناسب در جهت پیشگیری از بیماری

تالاسمی در دانش آموزان سراسر کشور توسط مسئولین مربوطه، طراحی شود.

روش کار

مطالعه انجام شده یک پژوهش نیمه تجربی در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ در شهرستان تربت حیدریه انجام شد. تعداد ۲۰۰ نفر از دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از هماهنگی‌های لازم با اداره آموزش و پرورش، مجوز شروع پژوهش داده شد. در مرحله اول لیست مدارس دبیرستان پسرانه اخذ گردید. از بین ۱۲ مدرسه دبیرستان پسرانه، ۴ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. ۲ مدرسه به عنوان مورد و ۲ مدرسه به عنوان شاهد در نظر گرفته شد. در مرحله دوم به تناسب تعداد کلاس‌ها در هر مدرسه ۲ کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید لازم به ذکر است که گروه کنترل از مدرسه نزدیک به مدرسه گروه مورد انتخاب شدند تا به لحاظ جغرافیایی و سطح اجتماعی و فرهنگی هم سطح باشند. برای تعیین اعتبار (روایی صوری و محتوایی) پرسشنامه، تعداد ۵ نسخه از پرسشنامه در اختیار ۵ نفر متخصص و مجرب در رشته آموزش بهداشت قرار داده شد. نظرات آن‌ها در پرسشنامه اعمال شد و روایی صوری پرسشنامه به روش آلفا کرونباخ سنجیده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر سازه به ترتیب آگاهی ۰/۷۵، رفتار ۰/۸، حساسیت درک شده ۰/۶۷، شدت درک شده ۰/۷۵، منافع درک شده ۰/۸، موانع درک شده ۰/۷۲ و خودکار آمدی ۰/۷۳ و به طور میانگین برای تمام سازه‌ها برابر ۰/۷۲ به دست آمد. برای تأیید پایایی پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از دانش آموزان (به غیر از گروه‌های شرکت کننده در مطالعه) جهت تکمیل قرار گرفت. اعتبار محتوا و پایایی آن به روش آلفا کرونباخ سنجیده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر سازه به ترتیب آگاهی ۰/۷، رفتار ۰/۶۴، حساسیت درک شده ۰/۷۵، شدت درک شده ۰/۸، منافع درک شده ۰/۶۲، موانع درک شده ۰/۷ و خودکار

آمدی ۰/۸ و به طور میانگین برای تمام سازه‌ها برابر ۰/۷۵ به دست آمد. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه محقق ساخته بود که از ۸ قسمت می‌باشد که به ترتیب شامل: مشخصات دموگرافیک- شامل ۹ سؤال می‌باشد. آگاهی- شامل ۱۰ سؤال (۸ سؤال ۳ گزینه‌ای شامل بلی (نمره ۲)، خیر (نمره صفر)، نمی‌دانم (نمره ۱) و ۲ سؤال ۲ گزینه‌ای شامل بلی (نمره ۱) و خیر (نمره صفر)، رفتار- شامل ۹ سؤال ۲ گزینه‌ای بله (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) و حساسیت درک شده- شامل ۴ سؤال، شدت درک شده- شامل ۵ سؤال، منافع درک شده- شامل ۵ سؤال، موانع درک شده- شامل ۴ سؤال ۵ گزینه‌ای و سازه خودکار آمدی که برای امتیازدهی به سؤالات این بخش، از مقیاس ۵ گزینه لیکرت شامل ۴ سؤال ۵ گزینه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴)، کاملاً موافقم (نمره ۵) استفاده شد. سازه راهنما برای عمل- شامل یک سؤال ۸ گزینه‌ای شامل تلویزیون، رادیو، پمفلت، کتاب، پرسنل بهداشتی و... می‌باشد. نمره پرسشنامه از ۱۰۰ بود، پرسشنامه‌ها توسط دانش آموزان (مدارس مداخله و شاهد) تکمیل شد. سپس تعداد یک جلسه آموزشی (به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ) برای گروه مداخله به مدت ۳۰ دقیقه توسط پژوهشگر و با حضور معلم برگزار و در پایان جلسه آموزشی به دانش آموزان پمفلت و پوستر آموزشی داده شد و بعد از یک هفته معلم همین مطالب را دوباره بیان کرده است. بعد از اتمام دوره آموزشی مدت انتظار یک ماه (حداقل زمان لازم برای ایجاد تغییر در متغیرهای مورد بررسی با توجه به محدودیت زمانی انجام مطالعه در قالب پایان‌نامه) در نظر گرفته شد علیراده و همکاران در بررسی مداخله آموزشی بر روی دانش آموزان در رابطه با بیماری ایدز مدت زمان انتظار خود را یک ماه نظر گرفتند (۱۰). در همین راستا صلحی و همکاران هم مدت زمان انتظار خود را بعد از مداخله آموزشی در پیشگیری دانش آموزان از مصرف سیگار یک ماه در نظر گرفته بودند (۱۱). پس از

گذشت مدت زمان انتظار مجدداً همان پرسشنامه پیش آزمون توسط همان دانش آموزان (مدارس مداخله و کنترل) تکمیل گردید و نتایج پره تست و پست تست جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS به علت نرمال بودن داده ها از آزمون های آماری پارامتریک (تی تست، تی مستقل، کا اسکوئر و همبستگی پیرسون) برای تجزیه و تحلیل استفاده شد. در پایان برنامه نیز برای رعایت ملاحظات اخلاقی تمامی آموزشی هایی که به گروه مداخله داده شد توسط پژوهشگر به گروه کنترل نیز ارائه شد.

یافته ها

این مطالعه که به منظور بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای جلوگیری کننده از بیماری تالاسمی در دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان شهر

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک دانش آموزان در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی داری (P)
منزل شخصی	۴۸ (۲۴)	۴۲ (۲۱)	=۰/۷۵
منزل سازمانی	۹ (۴/۵)	۱۱ (۵/۵)	
محل سکونت دانش آموزان	۲۰ (۱۰)	۲۵ (۱۲/۵)	
منزل استیجاری	۲۲ (۱۱)	۲۳ (۱۱/۵)	=۱
خوابگاه	۵۰ (۲۵)	۵۰ (۲۵)	
انسانی	۵۰ (۲۵)	۹۸ (۴۹)	=۰/۸۸
فنی حرفه ای	۹۶ (۴۸)	۲ (۱)	
نداریم	۴ (۲)	۳۲ (۱۶)	=۰/۷۵۲
داریم	۳۲ (۱۶)	۳۵ (۱۷/۵)	
بالاتر از دیپلم	۳۵ (۱۷/۵)	۳۵ (۱۷/۵)	
دیپلم	۲۰ (۱۰)	۱۸ (۹)	=۰/۷۲
ابتدایی تا سیکل	۱۵ (۷/۵)	۱۰ (۵)	
بی سواد	۲۵ (۱۲/۵)	۳۰ (۱۵)	
بالاتر از دیپلم	۳۰ (۱۵)	۳۰ (۱۵)	
دیپلم	۳۲ (۱۶)	۲۵ (۱۲/۵)	=۰/۷۷۱
ابتدایی تا سیکل	۱۳ (۶/۵)	۱۵ (۷/۵)	
بی سواد	۳۱ (۳۱)	۲۹ (۲۹)	
کارمند	۲۸ (۲۸)	۲۸ (۲۸)	=۰/۷۷۱
آزاد	۲۷ (۲۷)	۲۸ (۲۸)	
کشاورز	۱۴ (۱۴)	۱۵ (۱۵)	
شغل پدر	۱۴ (۱۴)	۱۵ (۱۵)	
بی کار			

شغل مادر	خانه‌دار	(۳۷/۵)۷۵	(۴۰)۸۰	=۰/۶۵۵
	غیر خانه‌دار (کارمند و آزاد)	(۱۲/۵)۲۵	(۱۰)۲۰	

کاهش یافته که وضعیت بهتر را در بعد از مداخله نشان می‌دهد. نتایج گروه شاهد در قبل و بعد از مداخله در سازه آگاهی ($p < 0/074$)، رفتار ($p < 0/096$)، شدت درک شده ($p < 0/18$)، حساسیت درک شده ($p < 0/22$)، منافع درک شده ($p < 0/11$) و خودکارآمدی ($p < 0/25$) افزایش داشته اما این افزایش از نظر آماری معنادار نبوده، نمره سازه موانع درک شده کاهش داشته ($p < 0/1$) اما از نظر آماری این کاهش معنادار نبوده است.

نتایج جدول ۲: طی آزمون تی تست و تی مستقل نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقادی بهداشتی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون در همه سازه‌های آگاهی ($p < 0/001$)، حساسیت درک شده ($p < 0/001$)، رفتار ($p < 0/001$)، شدت درک شده ($p < 0/001$)، منافع درک شده ($p < 0/001$) و خودکارآمدی ($p < 0/001$) از نظر آماری به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است؛ اما موانع درک شده ($p < 0/04$) نیز به‌طور معنی‌داری

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

نتیجه آزمون تی تست/تی مستقل	بعد از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	قبل از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	سازه
$< 0/0001$ T=۳/۳	۵۷/۶۴ \pm ۳۲/۰۶	۳۸/۸۷ \pm ۱۶/۶۵	آزمون
۰/۰۷۵ T=۵	۴۴/۷۵ \pm ۲۸/۴۴	۴۰/۹۲ \pm ۱۷/۶۲	شاهد آگاهی
-	$< 0/0001$ T=۳/۳	۰/۲۳ T=۶	سطح معنی‌داری
$< 0/0001$ T=۳/۳	۶۰/۵۳ \pm ۲۷/۹۹	۴۳/۸۰ \pm ۱۶/۱۷	آزمون
۰/۱۸ T=۲	۴۷/۷۳ \pm ۲۶/۶۶	۴۴/۰۳ \pm ۱۴/۹۶	شاهد شدت درک شده
-	$< 0/0001$ T=۳/۳	۰/۳۱ T=۷	سطح معنی‌داری
$< 0/0001$ T=۳/۳	۳۷/۳۳ \pm ۳/۷۶	۲۰/۳۳ \pm ۲۰/۲۳	آزمون
۰/۹۶ T=۸	۱۸/۵۷ \pm ۲۳/۱۰	۱۸/۴۴ \pm ۱۷/۵۲	شاهد رفتار
-	$< 0/0001$ T=۳/۳	۰/۱۸ T=۴	سطح معنی‌داری
$< 0/0001$ T=۳/۳	۵۲/۱۶ \pm ۳۵/۴۲	۳۲/۳۲ \pm ۱۹/۷۰	آزمون
۰/۲۲ T=۵/۳	۳۷/۷۵ \pm ۲۶/۵۲	۳۳/۹۶ \pm ۲۰/۹۹	شاهد حساسیت درک شده
-	$< 0/0001$ T=۳/۳	۰/۳۳ T=۶	سطح معنی‌داری
$< 0/0001$ T=۳/۳	۶۱/۶۰ \pm ۳۸/۷۷	۳۶/۱۰ \pm ۱۳/۱۷	آزمون
			منافع درک شده

۰/۱۲ T=۴	۴۵/۵۳ ± ۲۳/۸۴	۴۰/۴۰ ± ۲۵/۱۳	شاهد	
-	<۰/۰۰۰۱ T=۳/۳	۰/۰۹ T=۳/۹	سطح معنی داری	
۰/۰۴ T=۳/۳۳	۳۷/۳۰ ± ۲۵/۸۳	۴۲/۸۳ ± ۱۷/۹۷	آزمون	
۰/۱ T=۲	۳۸/۱۶ ± ۲۸/۳۵	۴۱/۰۸ ± ۱۹/۸۹	شاهد	موانع درک شده
-	۰/۲۵ T=۴	۰/۳۲ T=۵/۵	سطح معنی داری	
<۰/۰۰۰۱ T=۳/۳	۲۸/۴۹ ± ۲۳/۶۰	۱۶/۸۵ ± ۱۲/۷۴	آزمون	
۰/۲۵ T=۴	۱۹/۱۴ ± ۱۹/۷۶	۱۵ ± ۱۳/۳۷	شاهد	خودکارآمدی
-	<۰/۰۰۰۱ T=۳/۳	۰/۲۸ T=۴/۴	سطح معنی داری	

در این پژوهش مهم ترین منبع کسب اطلاعات دانش آموزان درباره بیماری تالاسمی از طریق کارکنان مراکز بهداشتی درمانی (۳۶ درصد) بود، کمترین منبع کسب اطلاعات آن از طریق رادیو (۷ درصد) بود.

جدول ۳: مهترین منبع کسب اطلاعات دانش آموزان درباره بیماری تالاسمی

متغیر	تعداد	درصد
کارکنان مراکز بهداشتی درمانی	۷۲	۳۶
توصیه های بهداشتی در مدرسه	۳۰	۱۵
کتاب و مجلات	۲۳	۱۱/۵
تلویزیون	۴۶	۲۳
اعضای خانواده	۱۵	۷/۵
رادیو	۱۴	۷

بحث

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که کم توجهی به انجام آزمایشات غربالگری تالاسمی قبل از سن ازدواج در پیشگیری از بروز تالاسمی در زوجین و عاقدین سنتی، عدم اطلاع و باور به امکان تشخیص قبل از تولد تالاسمی و نتایج تشخیص با توجه به باورهای دینی و مخالفت همسران، مهم ترین عللی بودند که با توجه به انجام تعداد قابل توجهی تشخیص قبل از تولد تالاسمی سبب بروز موارد جدید تالاسمی در تربت حیدریه شده است. در مطالعه انجام شده میانگین

نمرات رفتار قبل از مداخله و بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش چشمگیری داشته است؛ بنابراین می توان گفت که آموزش سبب بهبود رفتار دانش آموزان گروه مداخله شده است. نتایج مطالعه عرب و همکار با عنوان تأثیر آموزش تالاسمی بر آگاهی دانش آموزان شهر بم، نیز نشان داد که میانگین نمره آگاهی دانش آموزان قبل از آموزش و بعد از آموزش اختلاف معناداری دارند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی

دارد (۱۲). در مطالعه مؤمنی و همکاران نیز نتایج حاکی از تأثیر آموزش بر آگاهی رابطین بهداشتی بود اشاره شده که جزوه آموزشی در صورت طراحی مناسب می‌تواند به‌عنوان وسیله آموزشی مؤثر باشد (۱۳). در مطالعه رحیمی (۱۴) و کمالی فر (۱۵) نیز تأثیر آموزش بر رفتار مثبت گزارش شده است. همچنین در مطالعه قرائتی و همکاران (۱۶) نیز تأثیر مثبت آموزش بر رفتار خود مراقبتی در مورد بیماری تالاسمی گزارش شده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد؛ اما از طرف دیگر عزیز نژاد و کاشانی نیا در مطالعه خود پس از اجرای برنامه آموزشی مراقبت از خود در نوجوانان مبتلابه تالاسمی، نتوانستند علیرغم وجود تفاوت کمی، میان گروه آزمون و گروه کنترل اختلاف معنی‌داری را در نمرات روش‌های مقابله‌ای نشان دهند و در پایان توصیه کردند که ارزیابی اثر آموزش بر روش‌های مقابله‌ای به بیش از سه ماه فاصله زمانی نیاز دارد (۱۷). با توجه به یافته‌های این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در این زمینه، می‌توان نتیجه گرفت که ارائه راه‌کارهای مناسب آموزشی به‌منظور افزایش آگاهی دانش‌آموزان و کسب اطلاعات جدید یکی از مؤثرترین اقدامات برای پیشگیری از بیماری تالاسمی محسوب می‌شود.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات سازه حساسیت درک شده دانش‌آموزان گروه شاهد قبل و بعد از مداخله و گروه مورد قبل از مداخله پایین و بعد از مداخله افزایش داشته است. در نتیجه آموزش سبب افزایش حساسیت درک شده دانش‌آموزان گروه مداخله شده است. پیشنهاد می‌شود مداخلات ارتقادهنده حساسیت دانش‌آموزان در مورد بیماری تالاسمی به‌وسیله مؤسسات وابسته به ارتقاء بهداشت و سلامت و یا سایر ارگان‌ها به‌صورت برگزاری مسابقات و نمایشگاه انجام شود. در نتیجه چنین اقداماتی می‌تواند منجر به حساس‌سازی همراه آگاهی‌سازی در افراد ایجاد کند (۱۸).

در مطالعه حاضر میانگین نمرات سازه شدت درک شده دانش‌آموزان گروه شاهد قبل و بعد از مداخله و گروه مورد

قبل از مداخله پایین و بعد از مداخله افزایش داشته است. در نتیجه آموزش سبب افزایش معنی‌دار شدت درک شده دانش‌آموزان گروه مداخله شده است. این نتایج به دست آمده از انجام پژوهش با مطالعه کریمی (۱۹) و Buglar (۲۰) در سال ۲۰۱۰ هم‌خوانی دارد.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات سازه منافع درک شده دانش‌آموزان گروه شاهد قبل و بعد از مداخله و گروه مورد قبل از مداخله پایین و بعد از مداخله افزایش داشته است؛ بنابراین آموزش سبب افزایش معنی‌دار منافع درک شده دانش‌آموزان گروه مداخله شده است. Simsekoglu نشان داد که افزایش منافع درک شده توسط افراد، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بسیار مهمی در استفاده از کمربند ایمنی در آنان در حین رانندگی باشد (۲۱). برکر نشان داد باور بهداشتی به منافع درک شده به‌عنوان یک متغیر به تنهایی رابطه معنی‌داری با مشارکت و پذیرش دستورهای پیشگیری از بیمارهای دهان و دندان ندارند (۱۹). به نظر می‌رسد حتی با وجود منافع درک شده بالا تا زمانی که موانع اتخاذ رفتار بهداشتی برطرف نگردد، تغییر رفتار نیز با دشواری همراه خواهد بود و همسو شدن این دو سازه با هم می‌تواند به بروز رفتار بهداشتی کمک شایانی کند.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات سازه موانع درک شده دانش‌آموزان گروه شاهد و گروه مورد بعد از مداخله در هر دو گروه کنترل و آزمون کاهش داشته است که در گروه آزمون، کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته است. لذا نتایج حاکی از آن است بعد از مداخله آموزشی گروه آزمون موانع کمتری را در ارتباط با اتخاذ رفتارهای پیشگیری از بیماری تالاسمی درک کردند. از طرفی پژوهش سلطانی و همکاران با نتایج ما هم‌سو می‌باشد (۲۲).

در مطالعه حاضر میانگین نمرات سازه خودکارآمدی دانش‌آموزان گروه شاهد قبل و بعد از مداخله و گروه مورد قبل از مداخله پایین و بعد از مداخله افزایش داشته است.

مداخله پایین بوده است. در نتیجه آموزش سبب افزایش معنی دار آگاهی دانش آموزان گروه مداخله شده است. در مطالعه رفیع زاده و همکاران، میزان آگاهی دانش آموزان در مورد بیماری تالاسمی در سطح پایینی گزارش شد که با نتایج مقاله حاضر قبل از مداخله همخوانی دارد (۹). نتایج پژوهش عرب و همکارانش نشان داد که کاربرد یک روش کوتاه مدت آموزشی همراه با ارائه جزوه و نمایش فیلم می تواند تأثیر معنی داری بر آگاهی دانش آموزان بگذارد. در واقع مؤثرترین و علمی ترین راه مقابله با بیمار تالاسمی کاستن از موارد ابتلا از طریق ممانعت از تولد فرزندان مبتلاست که این موضوع از راه افزایش آگاهی همگانی و افزایش تقاضای آزمایش های غربالگری در سطح جامعه قابل دسترسی است (۲۴).

نتیجه گیری

با توجه به پایین بودن سطح اطلاعات دانش آموزان در رابط با بیماری تالاسمی و تأثیر آموزش بر افزایش آگاهی گروه مداخله شده، پیشنهاد می شود آموزش دانش آموزان دوره دبیرستان در زمینه تالاسمی در کل کشور یا حداقل در مناطق با شیوع بالای بیماری به صورت رسمی انجام گیرد. ضروری است جهت ارتقاء آگاهی جامعه، برنامه های مناسب با همکاری سازمان های ذی ربط از قبیل بنیاد امور بیماری های خاص تهیه شود. هر چند نقش آموزشی کارکنان بهداشتی-درمانی نیز نباید از نظر دور بماند. بدیهی است برای بررسی تأثیر آموزش و تهیه برنامه های آموزشی مدرن برای اقشار مختلف جامعه از جمله دانش آموزان نیاز است و با توجه به این که تا به حال مطالعه مشابه ای انجام نشده است این نیاز را می رساند که به مطالعات و پژوهش های بیشتری در این رابطه انجام شود.

تقدیر و تشکر

در پایان از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه و از تمام افرادی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

در نتیجه آموزش سبب افزایش معنی دار خودکارآمدی دانش آموزان گروه مداخله شده است. با توجه به اینکه خودکارآمدی دانش آموزان در طی یک ماه آموزش افزایش قابل توجهی داشته است و با توجه به اینکه دوران دانش آموزی زمان مناسبی برای آموزش و ارتقاء خودکارآمدی و اعتماد به نفس می باشد. نتایج مطالعه سلطانی و همکاران که تأثیر آموزش بر تغییر باورهای بهداشتی در خصوص ایدز در دانش آموزان را بررسی کرد، نشان داد آموزش باعث افزایش معنی دار سازه خودکارآمدی در گروه آزمون شده است (۲۲). لذا پیشنهاد می شود تا مداخلات ارتقادهنده خودکارآمدی دانش آموزان در مورد بیماری تالاسمی به وسیله تمام ارگان ها و مؤسسات به ویژه وزارت بهداشت و آموزش و پرورش انجام گیرد.

در این پژوهش مهم ترین منبع کسب اطلاعات (راهنما برای عمل) دانش آموزان درباره بیماری تالاسمی از طریق کارکنان مراکز بهداشتی درمانی (۳۶ درصد) بود، در مطالعه ای که سال مه در بررسی تأثیر آموزش بر میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان دختر نسبت به بیماری تالاسمی و پیشگیری آن در مازندران انجام دادند، بیانگر آن است که در سال های اخیر با بهره گیری از وسایل ارتباط جمعی و آموزش پیرامون بیماری تالاسمی، تغییراتی در ساختار آگاهی جوانان داده شده است (۲۳). آموزش وسیع تر و مداوم جهت ارتقاء فرهنگ پیشگیری از بیماری امری ضروری است (۹). از آنجایی که برنامه ریزی اصولی و مداوم در آموزش جوانان تأثیر مهمی را در ایجاد نگرش و آگاهی جوانان دارد لذا پیشنهاد می شود در مناطقی که تالاسمی شیوع بالایی دارد، در برنامه ریزی آموزشی دانش آموزان، مباحثی کوتاه به تالاسمی اختصاص یابد تا بدین طریق آگاهی جوانان افزایش یابد و زمینه را برای پیشگیری از تالاسمی مازور فراهم نماید.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات سازه آگاهی دانش آموزان گروه شاهد قبل و بعد از مداخله و گروه مداخله قبل از

کد اخلاق مقاله IR.Thums.Rec.1394.52 و کد شورای

پژوهشی ۱۰۲ می باشد.

References

1. Shiri R, Mahdieh N. An overview on thalassemia: genetics of beta thalassemia in Iran. *Koomesh*. 2015;17(1):1-17. (In Persian)
2. Rahmani S, Moradi G, Rostami S, Safai A, Bolbasy F. The survey of thalassemia minor epidemiological in volunteers of marriage referred to health centers of javanroud at the 2013-14. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2015;16(48):19-25. (In Persian)
3. Ansari H, Tabatabaei SHR. Study of factors in major beta thalassemia complications in patients admitted to shahid dastghaib hospital in shiraz, iran (2004-5). *Journal of Sabzevar University of medical sciences*. 2007; 14(1): 62-71. (In Persian)
4. Deputy of Health of Mashhad University of Medical Sciences ,Noncommunicable diseases: ,The Prevalence of Thalassemia Major In the cities covered by Mashhad University of Medical Sciences. <https://mums.ac.ir/>.
5. Deputy of Health of Torbat Heydarieh University of Medical Sciences:2018. <https://akhbarelmi.ir/24126>.
6. Shaianmehr M, Sadaghiyanifar A, Zareipour MA, Abassi M, Eftekhari E. Premarital Screening of Beta Thalassemia in Urmia County of Northwest Iran During 2014: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 14(10): 903-910. (In Persian)
7. Rafeezadeh A, Rahmati B, Karimi M, Bolandraftar AA, Yunes MA, Alambin S. Study the pre-university and high school students' level of knowledge on thalassemia in Guilan. *Holistic Nursing and Midwifery*. 2010; 20 (64) :34-9. (In Persian)
8. Karimi M, Zareban I, Montazeri A, Amin Shokravi F. The effect of training based on health belief model on preventive behaviors of unwanted pregnancy. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(23):18-27. (In Persian)
9. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. Health education and promotion-theories, models and methods. Tehran: Sobhan Publish. 2009:12-21. (In Persian)
10. Alizadeh Siuki H, Zareban E, Rakhshani F, Shahraki pour M, SHamaeian Razavi N. The Effects of Education on Knowledge Attitudes and Behavior of Students of High Schools in Zahedan. 2011; 12 (2) :113-23. (In Persian)
11. Solhi M, Abasi H, Hazavehei MM, Roshanaei G. Effect of educational intervention on empowerment of high school student in prevention of smoking. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014;21(118):52-63. (In Persian)
12. Robat DS, Sadeghi H, Hosseini SH, Robat HS, Rajabzadeh R, Karimi SM. The impact of educational films and pamphlets on the knowledge and attitude of high schools students about thalassemia. *Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization*. 2015; 11(4): 352-61. (In Persian)
13. Moumeni E, Malekzadeh JM. Comparing the effect of pamphlet versus lecture on the nutritional knowledge of health communicators. *Armaghan Danesh* 2000; 5(19-20): 49-54. (In Persian)
14. Rahimeh A, Safaian A, Modares Z, Pour-Abdolah P, Mahdavei R. Effect of nutrition education on knowledge, attitude and practice of women working in Tabriz University of Medical Sciences. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Service*. 2009;31(4):12-7. (In Persian)
15. Kamalifard M, Charandabi SMA, Mameghani ME, Jafarabadi MA, Omid F. The Effect of an Educational Package on Nutritional Knowledge, Attitude, and Behavior of Pregnant Women. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;12(9):686-97. (In Persian)
16. Gharaati F, Aghamolaei T, Hassani I, Mohamadi R, Mohsseni S. The effect of educational intervention using mobile phone on self-care behaviors in patients with thalassemia major. *Journal of Preventive Medicine*. 2016;3(2):64-72. (In Persian)
17. Aziznejad P, Kashaninia Z. Effect of self-care training on applying coping strategies of adolescents. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2006;10(3):256-72. (In Persian)
18. Sedghian S, Farshidfar GH. Assessment in level of knowledge ,attitude and practice of young couples that Going to get married in Bandarabass. *Hormozgan Medical Journal*. 2001; 5(3): 30-4. (In Persian)
19. Karimi M, GHofranipor F, Heidarnia A.R. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Actions on AIDS on Addict in Zarandieh. *Journal Gilan University of Medical Sciences*. 2009;18(70):64-73. (In Persian)

20. Buglar ME, White KM, Robinson NG. The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model. *Patient Education and Counseling*. 2010;78(2): 269-72.
21. Charkazi A, Rakhshani F, Esmaili Ab EA. Eleventh Grade Student's Attitude based on Health Belief Model (HBM) toward Smoking and it's Complications in Zahedan. *Journal of Nursing and Midwifery Gorgan*. 2010;7(2):49-57.(In Persian)
22. Soltani Kh , Avafian S , Vakili S . Influence of Educational Program Based on Health Belief Model in Health Beliefs in AIDS among students. *Armaghan-e-Danesh Yasuj University of Medical Sciences*. 2014;19(9):797-807. (In Persian)
23. Salmeh F.The effect of education on knowledge and attitude of female students About the. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* .2001;6(13);10-14. (In Persian)
24. Arab M, Abaszadeh A. The effect of a thalassemia education program on students' knowledge. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2002; 22: 43-7. (In Persian)