



تأثیر طراحی و ارزشیابی برنامه آموزش بهداشت بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد خانواده بیماران مسلولین شهرستان زابل در ارتباط با بیماری سل

نویسندگان: عبیدالله فرجی^۱، عباسعلی رمضانی^۲، محمد عباس زاده بزی^۳، هادی عبدالله زاد^۴، علی علی آبادی^۵

۱. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج
۲. نویسنده مسئول: مربی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تلفن تماس: ۰۹۱۵۱۶۳۱۷۰۹ Email: ramazani_ab@yahoo.com
۳. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی زابل
۴. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
۵. گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

چکیده

مقدمه: سل یکی از قدیمی‌ترین بیماری‌های بشر است و در طول سالیان دراز همواره به‌عنوان یکی از عوامل مرگ‌ومیر و ناتوانی انسان‌ها مطرح بوده است. از آنجا که سل معلول فقر و فقر معلول جهل و جهل مهم‌ترین شاخص ضعف فرهنگی است، هدف این مطالعه طراحی و ارزشیابی برنامه آموزش بهداشت در خانواده مسلولین شهر زابل نسبت به بیماری سل بود.

روش بررسی: نوع مطالعه مداخله‌ای- نیمه تجربی (قبل و بعد) بود. جامعه مورد مطالعه شامل تمام افراد خانواده‌های مسلولین شهرستان زابل (۹۵ نفر) بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه طراحی شده در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد در رابطه با بیماری سل بود که مشتمل بر ۴۳ سؤال بود. آموزش از طریق سخنرانی و آموزش چهره به چهره انجام شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و همچنین استفاده از آزمون‌های آماری T زوج و T مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه و سپس آزمون توکی، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P \leq 0/05$ به‌عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین آگاهی افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۹/۹۳ (از مجموع ۲۰ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۱۷/۴۲ افزایش پیدا کرد و میانگین نمره نگرش افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۳/۶۷ (از مجموع ۹ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۷/۴۵ افزایش پیدا کرد و میانگین نمره عملکرد افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۷/۰۴ (از مجموع ۱۴ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۱۲/۷۷ افزایش پیدا کرد و این اختلاف در سطح $P \leq 0/05$ معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: برنامه آموزشی مؤثر می‌تواند سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد خانواده را در مورد بیماری‌های مختلف افزایش داده و در نتیجه منجر به ارتقای سلامتی جامعه گردد. لذا مسئولان و برنامه ریزان بهداشتی کشور می‌توانند با برگزاری کلاس‌های آموزشی و ارتقای سطح آگاهی جامعه گام مؤثری در جهت بهبود وضعیت سلامت جامعه بردارند.

واژه‌های کلیدی: آموزش، ارزشیابی، آگاهی، نگرش، عملکرد، سل، زابل

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال پانزدهم
شماره: دوم
خرداد و تیر ۱۳۹۵
شماره مسلسل: ۵۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۱۰/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۴



مقدمه

زنان بیشتر است البته این تفاوت در سنین قبل از بلوغ بیشتر (به نسبت حدود ۲/۵ به ۱ در زنان و مردان) است و در سنین بالاتر به تدریج فاصله کم می‌شود تا در سنین بالای ۵۰ سال تقریباً میزان مساوی می‌شود (۶). میزان بروز و شیوع بیماری سل در همه‌ی نقاط کشور یکسان نیست. مناطق حاشیه‌ای کشور از قبیل سیستان و بلوچستان، خراسان، مازندران، گیلان، آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی، اردبیل، کردستان، خوزستان و سواحل جنوبی دارای میزان بروز و شیوع بالا و برعکس قسمت‌های مرکزی کشور میزان بروز پایینی دارند (۷). استان سیستان و بلوچستان بیشترین میزان بروز سل و شهرستان زابل یکی از کانون‌های سل در کشور می‌باشد که مربوط به علل مختلفی از قبیل هم‌جواری با کشور افغانستان و تغذیه نامناسب مردم می‌باشد (۸). از آنجاکه سل معلول فقر و فقر معلول جهل و جهل مهم‌ترین شاخص ضعف فرهنگی است بایستی در کنار اقداماتی مثل بیماریابی، درمان، واکسیناسیون، پیشگیری دارویی، بازتوانی و مراقبت، فرهنگ جامعه نیز تقویت شود تا افراد تحت درمان و پیشگیری درک کنند که چرا مبتلا به سل شده‌اند و چرا باید درمان شوند و چرا باید سایر اقدامات پیشگیری در مورد آن‌ها و سایر اعضا خانواده آن‌ها صورت گیرد (۵). هدف این پژوهش، طراحی و ارزشیابی برنامه آموزش بهداشت در خانواده مسلولین شهر زابل نسبت به بیماری سل جهت جلوگیری از بروز موارد جدید بیماری در افراد خانواده مسلول بود.

روش بررسی

نوع مطالعه مداخله‌ای- نیمه تجربی (قبل و بعد) بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش را افراد خانواده‌های مسلولین شهرستان زابل تشکیل می‌دادند. حجم نمونه شامل تمام افراد خانواده‌های

سل یک بیماری عفونی تهدیدکننده زندگی و بیان‌کننده طیف وسیعی از بیماری‌های بالینی است که عمدتاً توسط مایکوباکتریوم توبرکولوزیس ایجاد می‌شود (۱). در قرن نوزدهم میلادی سل مسئول بیش از سی درصد مرگ‌ومیرها در اروپا بوده است اما در قرن بیستم با بهبود شرایط زندگی و کشف داروهای مؤثر بر مایکوباکتریوم توبرکولوزیس به نظر می‌رسید که مبارزه علیه سل به پیروزی رسیده است اما متأسفانه به عللی نظیر ایدز، فقر و مقاومت آنتی‌بیوتیکی سل مجدداً به‌عنوان یک بیماری بازپدید مطرح شد (۲). امروزه نیز علیرغم کشف عامل بیماری، واکسن و داروهای بسیار مؤثر برای درمان سل، این بیماری هنوز هم یکی از معضله‌های جدی بهداشتی در جهان است. یک‌سوم کل مردم جهان و پنجاه درصد مهاجران در حال حاضر آلوده به باسیل سل هستند. هر ۴ ثانیه یک نفر در دنیا مبتلا به سل می‌شود و هر ۱۰ ثانیه یک نفر در دنیا در اثر سل می‌میرد. با این روال در طول یک دهه نزدیک به سیصد میلیون نفر با میکروب سل عفونت می‌یابند (۳). در حال حاضر بیش از ۲ میلیارد نفر در سراسر دنیا به بیماری سل مبتلا هستند و در سال ۸ میلیون نفر از جهان دچار بیماری سل می‌گردند (۴). بر اساس تخمین کارشناسان سازمان جهانی بهداشت در فاصله زمانی میان سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۰ میلادی در صورتی که اقدامات کنترلی فعلی تقویت نشود حدود یک هزار میلیون نفر دچار عفونت سلی جدید، ۱۵۰ میلیون نفر مبتلا به بیماری سل، و ۳۶ میلیون نفر طعمه مرگ خواهند شد (۵).

مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهد که بروز سل در سنین بالای ۵۰ سال بیشتر است. در تمام گروه‌های سنی میزان بروز در



کاملاً محرمانه بوده و اشخاص با رضایت خود به سؤالات پرسشنامه پاسخ خواهند داد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۴ سال بود. بیشترین درصد فراوانی مربوط به گروه سنی زیر ۲۵ سال (۴۰ درصد) بود. بیشترین درصد فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب تحصیلات مربوط به سطح تحصیلات بی‌سواد (۴۲ درصد) و کمترین آن مربوط به سطح تحصیلات دانشگاهی (۴ درصد) بود. ۵۱ درصد از افراد مورد مطالعه خانه‌دار بودند و ۴۵ درصد افراد درآمدی مابین ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان داشتند.

در این مطالعه میانگین آگاهی افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۹/۹۳ (از مجموع ۲۰ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۱۷/۴۲ افزایش پیدا کرد و میانگین نمره نگرش افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۳/۶۷ (از مجموع ۹ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۷/۴۵ افزایش پیدا کرد و میانگین نمره عملکرد افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۷/۰۴ (از مجموع ۱۴ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۱۲/۷۷ افزایش پیدا کرد و این اختلاف در سطح $p \leq 0/05$ معنی‌دار بود (جدول ۱).

مقایسه تغییرات میانگین نمرات آگاهی مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله برحسب هریک از متغیرهای گروه‌های سنی، تحصیلات و درآمد اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد ($p \leq 0/05$)؛ و این اختلاف بیشتر بین گروه‌های سنی زیر ۲۵ سال با بالاتر از ۵۰ سال و ۲۵ تا ۵۰ سال با بالاتر از ۵۰ سال، بی‌سواد با متوسطه، زیر ۱۰۰ هزار تومان با ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان و بالای ۳۰۰ هزار تومان بود. مقایسه تغییرات میانگین نمرات نگرش مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله برحسب هریک از

مسئولین شهرستان زابل در تابستان ۸۹ بود که ۹۵ نفر بودند. با استفاده از روش سرشماری، تمامی افراد جامعه مورد مطالعه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه طراحی شده در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد در رابطه با بیماری سل بود که مشتمل بر ۴۳ سؤال می‌باشد که ۲۰ سؤال مرتبط با آگاهی، ۹ سؤال مرتبط با نگرش و ۱۴ سؤال مرتبط با عملکرد می‌باشد. با مراجعه به خانواده افراد مسئولین و در اختیار گذاشتن پرسشنامه و در مورد افراد بی‌سواد به صورت مصاحبه قبل و بعد از آموزش اطلاعات تکمیل و جمع‌آوری گردید.

در این پژوهش، ابتدا مراحل کتابخانه‌ای و مراجعه به کتب و نشریات در زمینه سل انجام شد و سپس با مراجعه به همکاران و اساتید گروه‌های مختلف در زمینه بررسی روایی پرسشنامه مشاوره صورت گرفت. سپس هماهنگی لازم با مرکز بهداشت زابل جهت شناسایی مسئولین و محل سکونت آن‌ها انجام گرفت و پرسشنامه توسط افراد مورد مطالعه تکمیل شد. بعد از تجزیه و تحلیل اطلاعات، کلاس آموزشی برگزار شد (آموزش از طریق سخنرانی و آموزش چهره به چهره انجام شد) و برای تکمیل مطالب آموزشی از پمفلت استفاده گردید و پس از جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و همچنین استفاده از آزمون‌های آماری T زوج و T مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه و سپس آزمون توکی، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P \leq 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد. با توجه به اهمیت اطلاعات شخصی برای فرد، اطمینان داده شد که تمام اطلاعات کسب شده در مورد افراد از طریق این پرسشنامه



اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد ($p \leq 0/05$)؛ و این اختلاف بیشتر بین گروه‌های سنی زیر ۲۵ سال با بالاتر از ۵۰ سال و ۲۵ تا ۵۰ سال با بالاتر از ۵۰ سال، بی‌سواد با تحصیلات دانشگاهی، کارمند با آزاد، زیر ۱۰۰ هزار تومان با ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان و ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان و بالای ۳۰۰ هزار تومان بود (جدول ۲).

متغیرهای تحصیلات و شغل اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد ($p \leq 0/05$) و این اختلاف بیشتر بین ابتدایی با متوسطه، خانه‌دار با کارمند و کارمند با شغل آزاد بود. مقایسه تغییرات میانگین نمرات عملکرد مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله برحسب هریک از متغیرهای گروه‌های سنی، تحصیلات، شغل و درآمد

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله

وضعیت مداخله	قبل از برنامه آموزشی		بعد از برنامه آموزشی		نتیجه آزمون آماری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره آگاهی	۹/۹۳	۴/۷۰۷	۱۷/۴۲	۲/۴۶۹	$t = -21/736$ $df = 94$ $P = 0/0001$
نمره نگرش	۳/۶۷	۲/۱۹	۷/۴۵	۱/۷۱	$t = -19/767$ $df = 94$ $P = 0/0001$
نمره عملکرد	۷/۰۴	۴/۱۰۷	۱۲/۷۷	۱/۸۳	$t = -15/325$ $df = 94$ $P = 0/0001$

جدول ۲: مقایسه تغییرات نمره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد مورد مطالعه در قبل و بعد از آموزش برحسب هر یک از متغیرهای دموگرافیک

متغیر	آگاهی		نگرش		عملکرد	
	اختلاف میانگین و انحراف معیار	نتیجه آزمون آماری	اختلاف میانگین و انحراف معیار	نتیجه آزمون آماری	اختلاف میانگین و انحراف معیار	نتیجه آزمون آماری
گروه‌های سنی	زیر ۲۵ سال	$F = 8/12$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 0/595$ $df = 2$ $P = 0/544$	$F = 8/34$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 5/36$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 8/126$ $df = 2$ $P = 0/001$
	۲۵-۵۰ سال	$F = 6/3$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 3/58$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 6/3$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 4/61$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 4/61$ $df = 2$ $P = 0/001$
	بالای ۵۰ سال	$F = 9/8$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 4/14$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 9/8$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 8/28$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 8/28$ $df = 2$ $P = 0/001$
	زیر ۱۰۰ هزار تومان	$F = 8/51$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 4$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 8/51$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 7/4$ $df = 2$ $P = 0/001$	$F = 7/4$ $df = 2$ $P = 0/001$
درآمد	۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان	$F = 7/55$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 3/86$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 7/55$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 5/25$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 5/632$ $df = 3$ $P = 0/01$
	۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان	$F = 5/12$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 2/87$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 5/12$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 3/75$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 3/75$ $df = 3$ $P = 0/01$
	بالای ۳۰۰ هزار تومان	$F = 5/33$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 3/33$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 5/33$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 3/22$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 3/22$ $df = 3$ $P = 0/01$
	بی‌سواد	$F = 8/52$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 3/85$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 8/52$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 6/87$ $df = 3$ $P = 0/01$	$F = 6/87$ $df = 3$ $P = 0/01$
سطح تحصیلات	ابتدایی	$F = 7/28$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 4/71$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 7/28$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 5/64$ $df = 4$ $P = 0/009$	$F = 5/633$ $df = 4$ $P = 0/009$
	راهنمایی متوسطه	$F = 7/34$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 3/89$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 7/34$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 5/24$ $df = 4$ $P = 0/009$	$F = 5/24$ $df = 4$ $P = 0/009$
	دانشگاهی	$F = 4$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 2$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 4$ $df = 4$ $P = 0/011$	$F = 0/75$ $df = 4$ $P = 0/009$	$F = 0/75$ $df = 4$ $P = 0/009$
شغل	خانه‌دار	$F = 7/63$ $df = 2$ $P = 0/01$	$F = 3/85$ $df = 2$ $P = 0/01$	$F = 7/63$ $df = 2$ $P = 0/01$	$F = 5/73$ $df = 2$ $P = 0/01$	$F = 4/12$ $df = 2$ $P = 0/037$
	کارمند آزاد	$F = 4/4$ $df = 2$ $P = 0/01$	$F = 1$ $df = 2$ $P = 0/01$	$F = 4/4$ $df = 2$ $P = 0/01$	$F = 1/8$ $df = 2$ $P = 0/037$	$F = 1/8$ $df = 2$ $P = 0/037$

**بحث و نتیجه گیری**

نتایج نشان داد که میانگین آگاهی افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۹/۹۳ (از مجموع ۲۰ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۱۷/۴۲ افزایش پیدا کرد و میانگین نمره نگرش افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۳/۶۷ (از مجموع ۹ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۷/۴۵ افزایش پیدا کرد و میانگین نمره عملکرد افراد مورد مطالعه در قبل از آموزش ۷/۰۴ (از مجموع ۱۴ امتیاز) بود که بعد از آموزش به ۱۲/۷۷ افزایش پیدا کرد و این اختلاف در سطح $p \leq 0.05$ معنی دار بود.

پایین بودن میزان آگاهی، نگرش و عملکرد افراد مورد مطالعه می تواند ناشی از پایین بودن سطح سواد، فرهنگ خاص منطقه، زندگی در حاشیه شهر و متعاقب آن پایین بودن وضعیت اقتصادی- اجتماعی، بهداشتی و درمانی باشد. مقایسه تغییرات میانگین نمرات آگاهی مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله برحسب هریک از متغیرهای گروه‌های سنی، تحصیلات و درآمد اختلاف آماری معنی داری نشان داد و این اختلاف بیشتر بین گروه‌های سنی زیر ۲۵ سال با بالاتر از ۵۰ سال و ۲۵ تا ۵۰ سال با بالاتر از ۵۰ سال، بی سواد با تحصیلات متوسطه، درآمد زیر ۱۰۰ هزار تومان با ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان و بالای ۳۰۰ هزار تومان بود. به این صورت که این اختلاف در بین سنین بالای ۵۰ سال و درآمد بالای ۳۰۰ هزار تومان، افراد بی سواد، بیشتر از سایر گروه‌ها بود.

مقایسه تغییرات میانگین نمرات نگرش مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله برحسب هریک از متغیرهای تحصیلات و شغل اختلاف آماری معنی داری نشان داد و این اختلاف بیشتر بین

تحصیلات ابتدایی با متوسطه، خانه‌دار با کارمند و کارمند با شغل آزاد بود. مقایسه تغییرات میانگین نمرات عملکرد مورد مطالعه در قبل و بعد از مداخله برحسب هریک از متغیرهای گروه‌های سنی، تحصیلات، شغل و درآمد اختلاف آماری معنی داری نشان داد و این اختلاف بیشتر بین گروه‌های سنی زیر ۲۵ سال با بالاتر از ۵۰ سال و ۲۵ تا ۵۰ سال با بالاتر از ۵۰ سال، بی سواد با تحصیلات دانشگاهی، کارمند با آزاد، زیر ۱۰۰ هزار تومان با ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان و ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان و بالای ۳۰۰ هزار تومان بود.

در مطالعه میترا رنجبر و همکاران در شهرستان فسا که بر روی کلیه بیماران مبتلابه سل تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان فسا و خانواده انجام شد نتایج نشان داد که ۵۰٪ کسانی که سابقه آموزش داشتند اطلاعات خود را از کارکنان بهداشتی دریافت کرده بودند و ۴۷/۶٪ از افراد دارای آگاهی مطلوب بودند (۹). در مطالعه ضاربان و همکاران بر روی دانشجویان ترم آخر رشته‌های گروه‌های پزشکی نتایج نشان داد که به طور کل ۱٪ دانشجویان دارای آگاهی بالا، ۵۴٪ دارای آگاهی متوسط و ۳۶٪ دارای آگاهی ضعیف بودند (۱۰).

در مطالعه زارع و همکاران بر روی دانش آموزان دختر دبیرستان‌های زابل درباره بیماری سل و روش‌های پیشگیری از آن، نتایج نشان داد که ۵٪ دانش آموزان دارای آگاهی ضعیف، ۴۰٪ دارای آگاهی متوسط، ۴۱/۵٪ دارای آگاهی خوب و ۱۳/۵٪ دارای آگاهی عالی بودند. همچنین ۳۰/۵٪ دارای نگرشی خنثی و ۶۹/۵٪ دارای نگرش مثبت نسبت به بیماری سل بودند



آگاهی اندکی در خصوص علت، راه انتقال و بقیه موارد بیماری سل داشتند و همان میزان آگاهی را از طریق رادیو و تلویزیون به دست آورده بودند آگاهی بیماران نسبت به گروه تماس یافته در معرض خطر از آن جهت بیشتر بود که بیماران به خاطر درگیر بودن با بیماری سل و احساس نیاز کسب آگاهی بیشتری به برنامه‌های تلویزیونی در رابطه با بیماری سل داشتند (۱۵). علت احتمالی مغایرت‌های نتایج پژوهش‌های مختلف می‌تواند ناشی از ناهمگن بودن جوامع پژوهش، اختلاف قومی و فرهنگی و آموزش بیماران و خانواده‌های آن‌ها توسط کارکنان بهداشتی باشد.

بنابراین از آنجایی که سل یکی از قدیمی‌ترین بیماری‌های بشر بوده و در طول سالیان دراز همواره به‌عنوان یکی از عوامل مرگ‌ومیر و ناتوانی انسان‌ها مطرح بوده است. از آنجاکه سل معلول فقر و فقر معلول جهل و جهل مهم‌ترین شاخص ضعف فرهنگی است بایستی در کنار اقداماتی مثل بیماریابی، درمان، واکسیناسیون، پیشگیری دارویی، بازتوانی و مراقبت، فرهنگ جامعه نیز تقویت شود تا افراد تحت درمان و پیشگیری درک کنند که چرا مبتلا به سل شده‌اند و چرا باید درمان شوند و چرا باید سایر اقدامات پیشگیری در مورد آن‌ها و سایر اعضا خانواده آن‌ها صورت گیرد. نتیجه کلی این پژوهش نشان‌دهنده این است که برنامه آموزشی مؤثر می‌تواند سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد خانواده را در مورد بیماری‌های مختلف افزایش داده و در نتیجه منجر به ارتقای سلامتی جامعه گردد. لذا مسئولان و برنامه‌ریزان بهداشتی کشور می‌توانند با برگزاری کلاس‌های آموزشی و ارتقای سطح آگاهی جامعه گام مؤثری در جهت بهبود وضعیت سلامت جامعه بردارند.

و در این مطالعه تفاوت معنی‌داری میان آگاهی و نگرش با رشته‌های تحصیلی دانش‌آموزان مشاهده نگردید (۵).

هنرور و همکاران در مطالعه بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مردم استان فارس در خصوص بیماری سل نتیجه رسیدند که اکثریت افراد (۰/۸۵) به‌درستی از شایع‌ترین علامت سل ریوی (سرفه ریوی)، از شایع‌ترین راه انتقال سل (تنفسی) و امکان علاج‌پذیری سل در صورت درمان به‌موقع اطلاع داشتند (۱۱).

در مطالعه فقیه و همکاران بر روی همراهان بیمار در بخش‌های داخلی عفونی مرکز پزشکی توحید به این نتیجه رسیدند که ۶۴ درصد افراد مورد مطالعه از راه‌های انتقال بیماری آگاهی داشتند ولی ۴۸ درصد افراد از علائم بالینی اطلاع داشتند. در زمینه علائم اختصاصی ۲ درصد از افراد مورد مطالعه آگاهی داشتند و در کل میزان آگاهی با سطح سواد ارتباط معنی‌داری داشت (۱۲).

در مطالعه محمد امینی و همکاران بر روی کارگران کارگاه‌های قالیبافی شهرستان خوی نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری میان سطح آگاهی و نگرش افراد مورد مطالعه، قبل و بعد از آموزش وجود داشت و بین سن، بعد خانوار و آگاهی و نگرش افراد مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری یافت شد (۱۳).

در مطالعه‌ای فدایی و همکاران در رابطه با تأثیر مداخله آموزشی برافزایش آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان خصوصی و دولتی زنجان نتایج مشاهده نشان داد پس از آموزش، نگرش پزشکان به میزان ۳۰ درصد و عملکرد به میزان ۴۷ درصد ارتقا پیدا کرده بود (۱۴).

در مطالعه اتمانی بر روی شهرنشینان مراکش نتایج مطالعه نشان داد ۵۲ درصد بیماران و ۹ درصد تماس یافته در معرض خطر،



تقدیر و تشکر

افراد یاری‌دهنده تیم تحقیقاتی در انجام این پژوهش و افراد خانواده مسلولین شهرستان زابل به خاطر مشارکتشان در این مطالعه، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

این مقاله نتیجه یک طرح تحقیقاتی است که توسط دانشگاه علوم پزشکی زابل حمایت مالی شده است. بدینوسیله از تمامی

References

- 1- Ebrahimzadeh A, Sharifzadeh Gh.R, Eshaghi S. The epidemiology of Tuberculosis in Birjand (1996-2006). J Birjand Uni Med Sci 2009; 16 (1): 31-8. [Persian]
- 2- Sofian M, Zarinfar N, Mirzaee M, Moosavinejad S.A. Epidemiology of tuberculosis in Arak, Iran. J Semnan Uni Med Sci 2009; 10(4): 261-6. [Persian]
- 3- Amani F, Bashiri J., Sabzevari A., Garousi B., Nahand Moghadam N. Epidemiology of Tuberculosis in Ardabil, 2001-2005. J Ardabil Uni Med Sci (JAUMS) 2007; 7(3): 236-41. [Persian]
- 4- Azizi F, Epidemiology of common diseases in Iran, second edition, Khosravi publishers, 2004. (Persian)
- 5- Shahramian I, The epidemiology of common diseases in Sistan, Health Department, Zabol University of Medical Sciences, 2006. [Persian]
- 6- Velayati A.A, Masjedi M.R, Tabatayi J, TB Guidline, Second Edition, Publication of Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease, 1997. [Persian]
- 7- Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and Control of Common Disorders in Iran. Second Edition, Khosravi publishers, 2004. [Persian]
- 8- Addressing TB, department of Disease Control, Zahedan University of Medical sciences publishing, 2008, p. 25. [Persian]
- 9- Ranjbar M, Knowledge and attitude of tuberculosis patients and their family members on TB in Fasa, Shiraz University of Medical Sciences, 2000. [Persian]
- 10- Zareban I, The study of knowledge about tuberculosis in students of Medicine Faculty of Zabol, Zabol University of Medical Sciences, 2004. [Persian]
11. Honarvar B, Afsar Kazerooni P, Pandkhahi Z, Knowledge, attitudes and practices about tuberculosis in Fars province in 2005. Proceedings of the 18th epidemiology congress, Sanandaj, Kurdistan University of Medical Sciences, 2006; P. 15. [Persian]



12. Faghih R, Alaghbandan S, Bedoroodyani F, Rahimi Sh. Assessment of knowledge of Caregivers at Infectious and Internal Wards of Tohid Hospital in 2006, Proceedings of the 18th epidemiology congress, Sanandaj, Kurdistan University of Medical Sciences, 2006; P. 65. [Persian]
13. MohamadAmini H, Didarlo A, Zeinali S, Habibzadeh H, Forotani M, Bagheri Z. The effect of health education on knowledge and attitude of Khoy s weaving workshopsworkers about TB in 2006, Proceedings of the 18th epidemiology congress, Sanandaj, Kurdistan University of Medical Sciences, 2006; P. 98. [Persian]
14. Shahzani H, Fedayi R, Sadeghi S. The Effect of Education on Knowledge, Attitude and Performance of physicians in public and private sectors in Zanjan about TB case finding and timely reporting in 2005, Proceedings of the 18th epidemiology congress, Sanandaj, Kurdistan University of Medical Sciences, 2006; P. 144. [Persian]
- ۱۵- Ottmani S, Obermeyer Z, Bencheikh N and Mahjour J. Knowledge, attitudes and beliefs about tuberculosis in urban Morocco. East Mediterranean Health J 2008; 14(2): 2008: 298-304.



The effect of design and evaluation of health education program on knowledge, attitude and performance of patients' family members about tuberculosis disease in Zabol

Faraji O¹, Ramazani AA², Abbaszadeh M³, Abdollahzad H⁴, Aliabadi A⁵

1. Assistant Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
2. Corresponding Author, MSc in Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
3. Assistant Professor, Faculty of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
4. Assistant Professor, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
5. Lecturer, Department of Health Information Technology, Faculty of Paramedics, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Abstract

Introduction: Whereas Tuberculosis is outcome of poverty and poverty is outcome of ignorance and ignorance is the most important index of cultural weakness, this study was aimed to design and evaluate health educational plan regarding to tuberculosis disease in patients' family members in Zabol.

Methods: This study was interventional – semi experimental (before and after). study population include patients' family members in summer 2010, 95 person. Research tool was a questionnaire designed as to assess knowledge, attitude and performance in relation with tuberculosis disease which consists of 27 questions: 20, 9 and 14 questions regarding to knowledge, attitude and performance respectively. Education was performed through lecture and face to face education. Collected data analyzed by SPSS software 18 using statistical tests such as independent t-test, paired t-test one-way ANOVAs and Tukey test.

Results: Mean of knowledge score of participants in before of education was 9.93 that it increased to 17.42 after education ($p \leq 0.05$). Mean of attitude score of participants in before of education was 3.67 that it increased to 7.45 after education ($p \leq 0.05$) Mean of performance score of participants in before of education was 7.04 that it increased to 12.77 after education ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Effective educational plan can increase the level of knowledge, attitude and performance of community about various diseases and then it leads to community's health promotion. Therefore health authorities and planners can promote community health through educational plans and knowledge improvement.

Keywords: Education, Evaluation, Knowledge, Attitude, Performance, Tuberculosis and Zabol