

## تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور در اصلاح رفتار های پر خطر در بیماران مبتلا به تب مالت

توحید بابازاده<sup>۱</sup>، مرتضی بنای جدی<sup>۲</sup>، داوود شجاعی زاده<sup>۳\*</sup>، فاطمه مرادی<sup>۴</sup>، کتابون میرزائیان<sup>۴</sup>، الهام قیسوندی<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، واحد مبارزه با بیماری ها، شبکه بهداشت و درمان چالدران، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۳. استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد مدیریت شهری اداره کل سلامت شهرداری تهران، تهران، ایران.
۵. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** الگوی توانمندسازی خانواده محور یکی از الگوهای مطرح در زمینه توانمندسازی بیماران در جهت اصلاح رفتارهای پرخطر است. با توجه به گسترده بودن عوارض بهداشتی و اقتصادی ناشی از شیوع بیماری تب مالت در جامعه، بر آن شدیم تأثیر این الگو را در اصلاح رفتارهای پرخطر بیماران مبتلا به تب مالت مورد ارزیابی قرار دهیم. **روش بررسی:** در این مطالعه مداخله ای نیمه تجربی که در سال ۱۳۹۲ بر روی ۷۶ نفر از بیماران مبتلا به تب مالت به صورت تصادفی سازی طبقه ای در شهرستان چالدران اجرا شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته در پنج سازه دانش، نگرش، خودکارآمدی، عزت نفس و رفتار، طی دو مرحله (ابتدای مطالعه- ۲ ماه بعد از مداخله) گردآوری گردید. جهت تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی و آزمون های تی زوجی و مستقل در سطح معنی داری ۰/۰۵، استفاده شد.

**یافته ها:** میانگین سن بیماران  $37/9 \pm 14/7$  بود. در گروه مداخله، میانگین نمرات دانش ( $P < 0/001$ )، نگرش ( $P < 0/001$ )، خودکارآمدی ( $P < 0/001$ )، عزت نفس ( $P < 0/001$ ) و رفتار ( $P < 0/001$ ) به طور معنی داری افزایش یافته است اما تغییرات ایجاد شده در نمرات دانش ( $P = 0/293$ )، نگرش ( $P = 0/106$ )، خودکارآمدی ( $P = 0/225$ )، عزت نفس ( $P = 0/105$ ) و رفتار ( $P = 0/303$ ) در گروه کنترل معنی دار نبود. میانگین نمرات تمام سازه ها در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل پس از مداخله به طور معنی داری افزایش یافته بود ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** برنامه های مداخلاتی منظم و استفاده از تئوری های آموزشی به عنوان یک روش اثربخش در اصلاح رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به تب مالت می باشد، لذا چنین برنامه هایی باید در سطح وسیعی اجرا گردد.

**کلمات کلیدی:** مداخله آموزشی، الگوی توانمندسازی خانواده محور، بیماری تب مالت، شهرستان چالدران

نویسنده مسئول: داوود شجاعی زاده

آدرس: ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران

ایمیل: shojaei5@yahoo.com

## مقدمه

از مهم ترین محور های کنترل بیماری و پیشگیری از آن، ارائه آموزش به گروه های در معرض خطر است. سازمان جهانی بهداشت تقویت آگاهی افراد در خصوص بیماری ها را یکی از عوامل کنترل آن معرفی کرده است (۱۵). اما تأثیرگذاری آموزش ها به استفاده مناسب از تئوری های علوم رفتاری بستگی دارد (۱۶). بدین منظور تعدادی مدل برای توصیف رفتارهای بهداشتی مرتبط با سلامت توسعه داده شده است. یکی از مدل هایی که در تغییر رفتارهای بهداشتی در بیماران استفاده شده است، الگوی توانمندسازی خانواده محور است (۱۷ و ۱۸). این الگو در سال ۱۳۸۳ توسط الحانی و همکاران ارائه شده است (۱۹). هدف اصلی الگوی توانمندسازی خانواده محور، توانمندکردن سیستم خانواده (بیمار و سایر اعضای خانواده) به منظور ارتقای سطح سلامت است (۲۰). مطالعات مختلفی نشان دهنده تأثیر این مدل در اثربخشی برنامه های آموزشی است (۲۱-۱۹). به طور مثال در مطالعه الحانی و همکاران که از الگوی توانمندسازی خانواده محور برای پیشگیری از کم خونی فقر آهن در دختران نوجوان استفاده شده است، نتایج نشان دهنده مؤثر بودن این الگو در اصلاح رفتارهای پرخطر بود (۲۱).

الگوی توانمندسازی خانواده محور با تأکید بر مؤثر بودن نقش فرد و سایر اعضای خانواده در سه بعد انگیزش، روانشناختی (خود باوری، خودکنترلی و خودکارآمدی) و ویژگی های خود مشکل (دانش، نگرش و تهدید درک شده) طراحی شده است. این الگو حاصل تحقیق کیفی است که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص نمودن فرآیند روانی- اجتماعی مسئله و استنتاج مرکزی (توانمندسازی خانواده محور)، مراحل ایجاد الگوی کاربردی را طی نموده است (۲۲ و ۲۱).

تب مالت یکی از شایع ترین بیماری های قابل انتقال از حیوان به انسان و یکی از مشکلات مهم بهداشتی در سطح جهان (۱) به خصوص در کشورهای درحال توسعه (۴-۲) و از جمله ایران (۶ و ۵) به شمار می رود. این بیماری گرایش زیادی به سوی عود و پیشرفت به سوی مزمن شدن دارد (۲).

عامل ایجاد بیماری تب مالت، بروسلا است که از طریق حیوانات آلوده، استنشاق هوای آلوده به گرد و غبار آغشته به ادرار و مدفوع دام های بیمار، تماس شغلی یا مصرف فرآورده های لبنی منتقل می شود (۷ و ۸). عفونت بروسلا در انسان باعث زایمان زودرس، عفونت داخل رحمی و سقط جنین به ویژه در سه ماهه اول بارداری می شود (۸). علائم ابتلا به تب مالت در انسان غیر اختصاصی بوده و شبیه به آنفلوآنزا می باشد، مانند تب و لرز متناوب، تعریق شدید، ضعف، درد مفاصل، سردرد، بی اشتها و خستگی (۹).

شیوع بیماری تب مالت در مناطق مختلف جهان متفاوت است (۱۲-۱۰). به طوری که بر اساس داده های سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سالانه حدود ۵۰۰۰۰۰ مورد انسانی بروسلوزیس در جهان و ۱۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ مورد در اروپا دیده می شود (۱۲). تحقیق انجام شده در سال ۲۰۰۶ نشان داد که کشورهای مثل استرالیا و کانادا پایین ترین (کمتر از ۲ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر) و کشورهای مثل سوریه و گرجستان بالاترین (بیشتر از ۵۰۰ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر) بروسلوزیس را دارند (۱۳). در ایران نیز بروسلوزیس در سال ۱۳۸۳ (۱۴) در میان استان های کشور، بالاترین شیوع مربوط به استان های خراسان، همدان، آذربایجان غربی، کردستان، لرستان، فارس و آذربایجان شرقی می باشد (۷).



با توجه به مطالب ارائه شده، به نظر می رسد الگوی توانمندسازی خانواده محور، می تواند یک الگوی مناسب جهت اصلاح رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به تب مالت باشد. لذا با توجه به بالا بودن شیوع بیماری تب مالت در استان آذربایجان غربی و به تبع آن شهرستان چالدران، بر آن شدیم مطالعه حاضر را با هدف ارزیابی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر "الگوی توانمندسازی خانواده محور" در اصلاح رفتارهای پرخطر بیماران مبتلا به تب مالت در شهرستان چالدران طی سال ۱۳۹۲ طراحی و اجرا نماییم.

### روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه مداخله ای از نوع نیمه تجربی است که در آن جمعیت هدف، بیماران مبتلا به تب مالت می باشند .

حجم نمونه برای هر یک از گروه های مداخله و کنترل بر اساس فرمول تعیین گردید. در فرمول مذکور با استناد به نتایج مطالعه عروجی و همکاران (۲۳)،  $\sigma = 5/7$ ،  $\alpha = 0/05$  و  $\beta = 0/2$  لحاظ شده و حجم اولیه نمونه برای هر گروه ۳۲ نفر محاسبه گردید، که نهایتاً با در نظر گرفتن میزان پاسخ دهی (Response Rate) برابر ۸۰ درصد، حجم نهایی نمونه برای هر گروه ۳۸ نفر محاسبه شد.

نمونه ها از بین لیست بیماران تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی تابعه مرکز بهداشت شهرستان چالدران که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. ابتلا به بیماری تب مالت، سکونت در شهرستان چالدران و ارائه رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، معیارهای ورود به مطالعه بوده و مهاجرت، فوت، غیبت در هر یک از جلسات آموزشی و عدم اظهار رضایت به ادامه شرکت در مطالعه، معیارهای خروج از مطالعه بود.

به منظور همگن نمودن گروه های مطالعه با یکدیگر از نظر برخی از مشخصه های جمعیت شناختی (محل سکونت، جنسیت، گروه سنی)، نمونه ها به صورت تصادفی سازی

طبقه ای در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. بدین منظور ابتدا افراد نمونه بر حسب محل سکونت به دو گروه و در داخل هر گروه برحسب جنسیت به دو گروه دیگر تقسیم شدند. این عمل در داخل هر یک از گروه های جنسی، مجدداً بر حسب گروه سنی (کمتر از ۲۰ سال، ۲۰ الی ۲۹ سال، ۳۰ الی ۳۹ سال، بیشتر از ۴۰ سال) (۲۵) تکرار شد. نهایتاً در داخل هر یک از گروه های انتهایی، با استفاده از تخصیص تصادفی، افراد به دو گروه مجزا، تحت عناوین گروه مداخله و گروه کنترل تقسیم شدند که بعد از کنار هم قرار دادن افراد مذکور از کلیه گروه های انتهایی، دو گروه نهایی مداخله و کنترل که از لحاظ تعداد، محل سکونت، جنسیت و گروه سنی با یکدیگر همگن شده بودند، مشخص گردید .

به منظور رعایت اصول اخلاقی، ضمن اخذ رضایت آگاهانه از کلیه افراد شرکت کننده در مطالعه و اطمینان دادن به آنان در جهت محرمانه ماندن اطلاعات شان، بعد از اتمام مطالعه، نسبت به ارائه آموزش های لازم و مناسب در قالب سخنرانی، پمفلت و جزوه های آموزشی به گروه کنترل اقدام گردید.

ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته براساس سازه های توانمندسازی بود. پرسشنامه توانمندسازی علاوه بر دارا بودن بخش اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، محل سکونت، سطح تحصیلات و نوع شغل، از پنج بخش دیگر شامل بخش های سنجش دانش، نگرش، خودکارآمدی، عزت نفس و رفتار افراد تشکیل شده است. پرسشنامه مطالعه توسط متخصصین آموزش بهداشت روا شده و از پایایی آن، با استفاده از روش test-retest در یک نمونه ۱۵ نفره اطمینان حاصل شد. لازم به ذکر است، این نمونه ۱۵ نفره از مطالعه اصلی خارج شدند.

در این پرسشنامه برای سنجش دانش  $(\alpha = 0/82)$  ۱۹ سوال طراحی شد. برای امتیاز دادن به سوالات این بخش



نقاط ضعف و قوت در زمینه های مختلف شناسایی گردید. سپس، محتوا و روش آموزش، تعداد و زمان تشکیل جلسات آموزشی تعیین و براساس گام های "الگوی توانمندسازی خانواده محور" برای گروه مداخله برگزار گردید. پس از پایان برنامه آموزشی که ۵ جلسه ی ۳۰ دقیقه ای را شامل می شد و به مدت ۲ ماه به طول انجامید، مجدداً داده ها با استفاده از پرسشنامه موجود، از افراد تحت مطالعه گردآوری گردید. در خصوص آن دسته از افرادی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند، پرسشنامه ها توسط ۲ نفر از کارشناسان آموزش بهداشت و به صورت مصاحبه با آنان تکمیل شد.

گام های اجرایی برنامه آموزشی طراحی شده بر اساس "الگوی توانمندسازی خانواده محور" برای بیماران مبتلا به تب مالت به شرح ذیل بود:

#### گام اول: ارتقاء سطح دانش و نگرش

برای ارتقاء سطح دانش و نگرش افراد از دو جلسه آموزشی ۳۰ دقیقه ای به روش های سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی استفاده شد. محتوای جلسات آموزشی عبارت بود از: تعریف بیماری، اهمیت بهداشتی و اقتصادی آن در سطح فرد، خانواده و جامعه، علائم بیماری در انسان و حیوان، راه های انتقال، راه های کنترل، راه های پیشگیری و درمان.

#### گام دوم: ارتقاء خودکارآمدی و عزت نفس

عزت نفس و خودکارآمدی دو جزء اساسی برای یادگیری هستند که به هم مربوط و مکمل هستند و بین آن ها ارتباط دو طرفه وجود دارد (۲۴). برای ارتقاء خودکارآمدی و عزت نفس در یک جلسه ۳۰ دقیقه ای، از روش الگوی نقش استفاده گردید. بدین ترتیب که از یک فردی که قبلاً مبتلا به بیماری تب مالت بوده و ای نکه چگونه توانسته بود بیماری خود را کنترل کند، استفاده گردید. همچنین در یک جلسه آموزشی ۳۰ دقیقه ای، مشکلات بیماران که چرا اقدام

از گزینه های پاسخ صحیح = ۳ امتیاز، نظری ندارم = ۲ امتیاز، پاسخ غلط = ۱ امتیاز استفاده گردید. حداکثر امتیاز ۵۷ و حداقل امتیاز ۱۹ بود. مثال: آیا جوشاندن شیر، میکروب تب مالت را از بین می برد؟

برای سنجش نگرش ۱۰ سؤال ( $\alpha=0/78$ ) طراحی گردید که برای امتیازدهی آن از مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای (از کاملاً مخالفم با امتیاز ۱ تا کاملاً موافقم با امتیاز ۵) استفاده شد. حداکثر امتیاز در نظر گرفته شده برای سؤالات نگرش ۵۰ و حداقل ۱۰ بود. مثال: به اعتقاد من، برای پیشگیری از تب مالت در انسان، واکسیناسیون روش مناسبی است.

خودکارآمدی با طراحی ۷ سؤال ( $\alpha=0/83$ ) اندازه گیری شد. برای امتیازدهی میزان اطمینان فرد از انجام کار، مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای (از کاملاً مخالفم با امتیاز ۱ تا کاملاً موافقم با امتیاز ۵) استفاده شد. حداکثر امتیاز در نظر گرفته شده، ۳۵ و حداقل ۷ بود. مثال: می توانم هنگام کار در طولیله از ماسک استفاده کنم.

عزت نفس یکی دیگر از سازهای الگوی توانمندسازی خانواده محور بود که برای سنجش آن از ۹ سؤال ( $\alpha=0/81$ ) استفاده شد. نحوه امتیازدهی عزت نفس به صورت موافقم=۲ امتیاز و مخالفم=۱ امتیاز بود. حداکثر امتیاز به دست آمده برای این سازه ۱۸ و حداقل ۹ بود. مثال: می توانم به خوبی اکثر مردم کارهایم را انجام دهم.

نهایتاً برای اندازه گیری رفتار، ۱۰ سؤال ( $\alpha=0/80$ ) طراحی شد که برای نمره دهی از گزینه های بلی=۲ امتیاز و خیر=۱ امتیاز استفاده شد. حداکثر امتیاز برای سؤالات رفتار، ۲۰ و حداقل ۱۰ بود. مثال: من معمولاً از شیر پاستوریزه استفاده می کنم.

داده های مطالعه در دو مرحله جمع آوری شد. اولین مرحله، قبل از اجرای برنامه آموزشی بود. در این مرحله، پرسشنامه ها توسط افراد نمونه تکمیل گردید. پس از استخراج و تجزیه و تحلیل داده ها، منابع، محدودیت ها،

آمد. همچنین به منظور جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه های مداخله و کنترل، تاریخ برگزاری جلسه پیش آزمون برای آن گروه ها متفاوت از هم در نظر گرفته شد تا امکان آشنایی افراد گروه های متفاوت با همدیگر از بین رفته یا به حداقل برسد و بدین ترتیب از تبادل اطلاعات جلوگیری شود.

### یافته ها

در این پژوهش ۷۶ بیمار مبتلا به تب مالت وارد مطالعه شد که ۳۸ نفر از آنان در گروه مداخله و ۳۸ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. میانگین سن بیماران  $37/9 \pm 14/7$  بود. جدول ۱ نشان دهنده مشخصات جمعیت شناختی بیماران در گروه مداخله و کنترل است. همانطور که در جدول مذکور مشخص می باشد فرآیند تخصیص بیماران طوری طراحی گردید که گروه ها از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی تحت مطالعه، با همدیگر همگن شدند.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و کنترل

p-value*	گروه		متغیر	
	کنترل	مداخله		
۰/۵۰۱	۱۴	۱۷	بی سواد	سطح
	۱۹	۱۴	ابتدایی	تحصیلات
	۵	۷	بالتر	
۱/۰۰۰	۴	۴	کمتر از ۲۰	گروه سنی
	۸	۸	۲۰ - ۲۹	
	۱۲	۱۲	۳۰ - ۳۹	
	۱۴	۱۴	بیشتر از ۴۰	
۰/۷۹۸	۱۳	۱۱	دامدار- کشاورز	گروه شغلی
	۱۹	۱۹	خانه دار	
	۶	۸	سایر	
۱/۰۰۰	۱۹	۱۹	مرد	جنسیت
	۱۹	۱۹	زن	
۱/۰۰۰	۱۹	۱۹	شهر	محل سکونت
	۱۹	۱۹	روستا	

به رفتارهای پرخطر می نمایند بحث شد و راه حل های لازم ارائه گردید.

### گام سوم: مشارکت آموزشی

در این گام، یک جلسه آموزشی برای یکی از اعضای خانواده برگزار شد. همچنین مطالب بحث شده در جلسات به وسیله پمفلت و جزوه آموزشی از طریق بیماران به دیگر اعضای خانواده که در جلسه آموزشی حضور نداشتند، جهت مشارکت آن ها در اصلاح رفتارهای پرخطر مرتبط با خانواده منتقل شدند. قبل از اجرای برگزاری جلسه آموزشی، از بیماران خواسته شد یکی از اعضای خانواده خود را که تأثیرگذاری بیشتری روی آن ها دارد، به اعضای گروه تحقیق معرفی کنند. سپس افراد معرفی شده، دعوت و برای شرکت در جلسه آموزشی ترغیب شدند. قبل از تحویل پمفلت آموزشی به بیماران، از باسواد بودن حداقل یکی از افراد خانواده جهت استفاده از مطالب آن اطمینان حاصل شد.

### گام چهارم: ارزشیابی

این گام از دو بخش ارزشیابی فرآیند و نهایی تشکیل شده است. ارزشیابی فرآیند، در هر جلسه برای جلسه قبل به منظور اطمینان از مشارکت ذهنی و عملی افراد در برنامه آموزشی و ارزشیابی نهایی بعد از پایان برنامه آموزشی به منظور تعیین اثر بخشی برنامه صورت گرفت. نرم افزارهای مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده ها، STATA11 و SPSS20 بود. وضعیت همگنی گروه ها با یکدیگر از لحاظ مشخصه های جمعیت شناختی با استفاده از آزمون کای دو و نرمالیتی داده ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov سنجیده شد. به منظور مقایسه بین میانگین نمرات به دست آمده قبل و بعد از مداخله، در درون هر یک از گروه ها از آزمون تی زوجی و بین گروه ها از آزمون تی مستقل استفاده شد.

در این مطالعه، با اعطای مشوق های مالی مناسب به افراد مورد مطالعه، از خروج آنان از مطالعه جلوگیری به عمل

جدول ۲ نشان دهنده مقایسه میانگین نمرات سازه های "الگوی توانمند سازی خانواده محور" در افراد تحت مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی است. نتایج نشان می دهد که مداخله آموزشی توانسته است افزایش معنی داری در میانگین نمرات سازه ها در گروه مداخله ایجاد نماید.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات سازه های "الگوی توانمند سازی خانواده محور" قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیر	گروه	قبل از مداخله Mean ± SD	بعد از مداخله Mean ± SD	میانگین تغییرات Mean ± SD	آزمون تی زوجی
دانش	مداخله	۲۹/۲ ± ۳/۷	۳۸/۸ ± ۴/۸	۹/۶ ± ۴/۵	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۲۹/۱ ± ۳/۴	۳۰/۰ ± ۳/۵	۰/۸ ± ۴/۸	P = ۰/۲۹۳
		P = ۰/۹۴۹	P < ۰/۰۰۱	آزمون تی مستقل	
نگرش	مداخله	۲۴/۱ ± ۲/۶	۳۶/۷ ± ۶/۵	۱۲/۶ ± ۷/۵	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۲۳/۷ ± ۲/۹	۲۴/۷ ± ۲/۵	۱/۰ ± ۳/۸	P = ۰/۱۰۶
		P = ۰/۹۴۰	P < ۰/۰۰۱	آزمون تی مستقل	
خودکارآمدی	مداخله	۱۷/۵ ± ۳/۵	۲۸/۳ ± ۴/۰	۱۰/۸ ± ۵/۹	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱۷/۶ ± ۳/۴	۱۸/۳ ± ۲/۹	۰/۷ ± ۳/۸	P = ۰/۲۲۵
		P = ۰/۹۲۱	P < ۰/۰۰۱	آزمون تی مستقل	
عزت نفس	مداخله	۱۳/۴ ± ۲/۰	۱۶/۴ ± ۱/۰	۳/۰ ± ۲/۵	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱۳/۶ ± ۲/۰	۱۳/۱ ± ۰/۹	۰/۵ ± ۲/۰	P = ۰/۱۰۵
		P = ۰/۵۳۹	P < ۰/۰۰۱	آزمون تی مستقل	
رفتار	مداخله	۱۲/۲ ± ۱/۰	۱۶/۹ ± ۱/۵	۴/۷ ± ۲/۱	P < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱۲/۴ ± ۰/۸	۱۲/۵ ± ۱/۰	۰/۱ ± ۱/۱	P = ۰/۳۰۳
		P = ۰/۳۳۴	P < ۰/۰۰۱	آزمون تی مستقل	

براساس نتایج این مطالعه، برنامه آموزشی طراحی شده براساس الگوی توانمندسازی خانواده محور تأثیر بسزایی در اصلاح رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به تب مالت داشته است. مشابه با یافته های این مطالعه الهپاری و همکاران در بیماران مبتلا به تالاسمی (۱۸) و عظیمی و همکاران در

### بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه ارزیابی اثربخشی برنامه آموزشی طراحی شده بر اساس "الگوی توانمندسازی خانواده محور" در اصلاح رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به تب مالت بود.

همکاران (۲۷) و Jin و همکاران (۲۸) بر روی گروه های شغلی مختلف در چین بود. از نگرش به عنوان یک فرایند ذهنی تعیین کننده اعمال بالقوه و بالفعل یاد می شود که عامل پیش بینی کننده رفتار است؛ بدین معنی که افراد قبل از این که در مورد انجام یا عدم انجام رفتاری تصمیم گیری کنند در مورد مفهوم آن ها می اندیشند و آن را مورد بررسی قرار می دهند (۲۹). بنابراین توجه به نگرش در مداخلات آموزشی جهت تأثیرگذاری بر رفتار ضروری می باشد.

در مطالعات انجام شده، خودکارآمدی به عنوان یکی از مهم ترین فاکتورهای تأثیر گذار بر رفتار بوده است. به طور مثال، در مطالعه بابایی و همکاران در تعیین عوامل مؤثر بر رفتارهای پیشگیری کننده از تب مالت در دامداران چاروایماق (۳۰) و مسعودی و همکاران در تعیین رفتارهای پیشگیری کننده از بروسلوزیس در دامداران کاشان (۳۱) خودکارآمدی به عنوان یکی از مهم ترین فاکتور ها در پیش بینی کنندگی گزارش شده است. در این مطالعه نیز همچون مطالعات مشابه انجام شده در خصوص تب مالت (۳۲) خودکارآمدی پس از آموزش به طور معنی داری افزایش یافته بود. بنابراین با توجه به نتایج یافت شده، توصیه می شود در مداخلات آموزشی بر روی خودکارآمدی جهت ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از تب مالت تأکید گردد.

براساس یافته های مطالعه حاضر، پس از مداخله آموزشی، افزایش معنی داری در میانگین نمرات عزت نفس گروه مداخله مشاهده گردید. مشابه با یافته های این مطالعه، کریمی و همکاران (۲۵) و حسن پور و همکاران (۳۳) نیز گزارش کردند که مداخله آموزشی تأثیر معنی داری بر بهبود عزت نفس داشته است.

نتایج مطالعه نشان داد، اجرای برنامه آموزشی بر اساس "الگوی توانمندسازی خانواده محور" نقش مهمی در اصلاح رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به تب مالت دارد. بنابراین لزوم توجه به اعضای خانواده ها در پیشگیری و

بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی (۲۰)، کارآیی الگوی توانمندسازی خانواده محور را در بهبود عملکرد بیماران تأیید کرده اند. در خصوص اصلاح رفتارهای پرخطر تب مالت، Rodriguez و همکاران (۲۵) در مطالعه ای بر روی کارگران شاغل در کشتارگاه های اسپانیا گزارش کردند که پس از مداخله آموزشی، رفتارهای پیشگیری کننده از تب مالت در افراد مورد مطالعه بهبود پیدا کرده بود.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که پس از مداخله آموزشی، افزایش معنی داری در میانگین نمرات آگاهی گروه مداخله به وجود آمده است. مشابه با یافته های این مطالعه، کریمی و همکاران نیز گزارش کردند که مداخله آموزشی تأثیر معنی داری در افزایش آگاهی گروه مداخله نسبت به بیماری تب مالت در زنان روستایی زرنديه داشته است (۲۶). Liu و همکاران (۲۷) و Jin و همکاران (۲۸) در مطالعه خود نشان دادند که اجرای برنامه های آموزشی می تواند در افزایش آگاهی گروه های شغلی مختلف در خصوص بروسلوزیس مؤثر باشد. همچنین Rodriguez و همکاران (۲۵) طی مطالعه ای که بر روی کارگران شاغل در کشتارگاه های اسپانیا انجام داده بودند، گزارش نمودند که آگاهی کارگران پس از مداخله آموزشی، افزایش یافته است. اثربخشی برنامه های پیشگیری کننده از بیماری، مستلزم آگاهی از علت بیماری، شناسایی راه های انتقال آن و شناخت عوامل خطر و گروه های در معرض خطر و تشخیص زودرس بیماری ها است (۶). بنابراین به نظر می رسد با افزایش آگاهی افراد می توان قدم اول را در مسیر تغییر رفتار برداشت.

در این مطالعه، پس از مداخله آموزشی، افزایش معنی داری در میانگین نمرات نگرش گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، دیده شد. این یافته ها مشابه با نتایج مطالعه عروجی و همکاران بر روی روستائیان شهر خمین در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از تب مالت (۲۳)، مطالعه Liu و



اصلاح رفتارهای پرخطر ضروری است و بایستی در برنامه های آموزشی، اعضای خانواده ها نیز درگیر شوند.

#### محدودیت های مطالعه

از محدودیت های مطالعه می توان به خودگزارش دهی بیماران، دسترسی سخت به بیماران، هماهنگی دشوار جلسات آموزشی و عدم بررسی تأثیر آموزش بر روی افراد سالم و عدم مطالعه مشابه اشاره نمود.

#### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب به شماره ثبت ۲۲۹۵۰ از مرکز تحقیقات دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران است. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مطرح و با کد اخلاق ۹۸۳۸۲ به تصویب رسید. همچنین در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2013112515422N1 به ثبت رسید.

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین محترم مرکز تحقیقات دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، به دلیل تصویب و تأمین هزینه های طرح و نیز معاونت های محترم تحقیقات و فن آوری و امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان چالدران و همکاران شاغل در آن شبکه به دلیل مساعدت های بی دریغ شان طی اجرای مطالعه، اعلام می نمایند.

#### 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. 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]
8. Roushan, M.R, Baiania M, Asnafib N and 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): p. 540-542.
9. Olsen S. Brucellosis in the United States: Role and significance of wildlife reservoirs. *Vaccine*, 2010. 28: p. F73-F76.
10. Al-Majali, A.M. and M. Shorman, Childhood brucellosis in Jordan: prevalence and analysis of risk factors. *International journal of infectious diseases*, 2009. 13(2): p. 196-200.
11. Earhart K, Vafakolov S, Yarmohammadov N, Michel A, Tjiden and Soleiman A. Risk factors for brucellosis in Samarqand Oblast, Uzbekistan. *International journal of infectious diseases*, 2009. 13(6): p. 749-753.
12. Taleski V, Zerva S, Kantardijiv T, Cvetnic Z, Erski-Biljic M, Nikoloskvi B, Katalinic-Jankovic v and et al. An overview of the epidemiology and epizootology of brucellosis in selected countries of Central and Southeast Europe. *Veterinary microbiology*, 2002. 90(1): p. 147-15511.
13. Al Dahouk S, Neubauer H, Hensel A, Schöneberg I, Nöckler K, Alpers K et al., Changing epidemiology of human brucellosis, Germany, 1962–2005. *Emerging infectious diseases*, 2007. 13(12): p. 1895.
14. Farahani S, Shah Mohamadi S, Navidi I, Sofian M. An investigation of the epidemiology of brucellosis in Arak City, Iran, (2001-2010). *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2012; 14 (7) :49-54.
15. Omar S, Alieldin NHM, Knatib OMN. Cancer magnitude, Challenges and Control in the Eastern Mediterranean Region. *Health Journal* 2007; 13(6):1486-99.
16. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. *J of res in med scie: the official j of Isfahan Uni of Med Sci*. 2009; 14(1):1.
17. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J and Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers, 2010, 17(2): 87-97.[Persian]
18. A Allahyari, F Alhany, A Kazemnejad and Izadyar MD. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemia children, *Journal of Pediatrics*, 2006, 16(4):455-461.[Persian]



19. Ghotbi T, Seyed Bagher Maddah S, Dalvandi A, Arsalani N, Farzi M. The effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model in type II diabetes. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery*, 2013; 23(83): 43-50.[persian]
20. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F and Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Journal of Critical Care Nursing*, 2009, 2(4): 127-132. [Persian]
21. Alhani F. Evaluating of family center empowerment model on preventing iron deficiency anemia. [PhD Dissertation]. Iran. Tehran. Faculty of Medical Science. Tarbiat Modares University. 2003. [Persian]
22. Rajabi R , Sabzevari S, Borhani F, Haghdoost AA and Bazargan N. The effect of family-centered Empowerment Model on quality of life school age children with asthma, 2013, 2(4): 7-15.[Persian].
23. Oruoji MA, Hashemi SI, Hazavehei MM, Charkazi A, Jvaheri J and Moazeni M. The Positive Impact of Educational Intervention Program Based on Precede Model on Preventive Behaviors to Reduce Brucellosis in the Rural People of Khomein, 2012, 9(1): 51-60.
24. Anderson RM, Funnel MM. Using the Empowerment Approach to Help Patients Change Behavior. In: Anderson BJ, Rubin RR, American Diabetes Association, Editors. *Practical Psychology for Diabetes Clinicians*. 2 nd ed. Texas: American Diabetes Association; 2003. p. 3-12.
25. Rodríguez C, Heredia OR, Fernández MM , González GG. Educational intervention to elevate the level of knowledge on brucellosis in workers exposed to risk: Camagüey municipality, AMC 2009; 13(3):1-12.
26. Karimy M, Montazeri A and Araban M. The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis, 2012, 14(4): 85-94. [Persian]
27. Liu XL, Zhou YB, Liu XG. Knowledge, attitude and behaviors on brucellosis among occupational groups in western Liaoning province. *Chinese Journal of Public Health* 2009; 25(12): 1475-6.
28. JIN F, MA TB, HU XZ. The evaluation of intervention effect of Brucellosis in Hongsipu. *Ningxia Medical Journal*. 2012;34(7):626-9.
29. Gholami S, Mohammadi E, Pourashraf Y, Sayehmiri K. Evaluating the predictors of fruit and vegetable consumption behavior in Ilam based on constructs of developed planned behavior theory. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2014; 2 (4) :8-18.
30. Babaei V, Babazadeh T, Kiani A, Garmaroodi G, Batebi A. The Role of Effective Factors in Preventive Behaviors of Brucellosis in Stockbreeder of Charaoymaq County: A Health Belief Model. *JFUMS*. 2016; 5 (4) :470-478.[Persian]
31. Masoudi Gh, Shahnavaizi M, Ansari A, Raeisy D, Varnamkhasti Khashei F. Determining the behavioral predictors of brucellosis in ranchers based on Health Belief Model. The 2nd International & the 6th National Iranian Congress of Brucellosis, 11-13 November 2015. [Persian]
32. 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]
33. hassanpour M, delshad A, alemi A. Effect of an Educational Intervention Based on Empowerment Model on Awareness, Attitudes, Self-esteem and Self-efficacy of Men in Preventing Prostate Cancer. *PCNM*. 2014; 4 (1) :9-18. [Persian]