خون
فصلنامه پژوهشی
دوره ۱۲ شماره ۴ زمستان ۹۴ (۳۷۷-۳۶۹)

مقاله پژوهشی

آگاهی و عملکرد زوجین ناقل تالاسمی منطقه سیستان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

راضیه رضایی کیخا[۱]، غلامرضا مسعودی[۲]، عباسعلی رمضانی[۳]، مهناز شهرکی‌پور[۴]، مجید نادری[۵]

چکیده

سابقه و هدف

تالاسمی، شایع‌ترین بیماری ژنتیکی در انسان است که در پیشگیری از آن، آگاهی عمومی نقش مهمی دارد. لذا این مطالعه با هدف بررسی آگاهی و عملکرد زوجین ناقل تالاسمی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی، جامعه آماری شامل کلیه زوجین ناقل تالاسمی منطقه سیستان در سال ۱۳۹۱ بودند. تعداد ۱۳۷ نفر از زوجین ناقل تالاسمی منطقه سیستان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته که روایی آن توسط متخصصین و پایایی آن نیز به وسیله آزمون آماری آلفای کرونباخ تایید شده بود استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS ۱۵ و با استفاده از آزمون‌های آماری t-test ، آنالیز واریانس یک طرفه، کای اسکوئر و ضریب همبستگی اسپیرمن در سطح معناداری ۰/۰۵ >p مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین آگاهی و عملکرد افراد مورد پژوهش به ترتیب ۲/۸ ± ۱۳/۰۶ و ۲ ± ۱۰/۸ نمره از ۲۰ و ۱۴ نمره بود. فقط ۱۱/۷٪ افراد مورد پژوهش از سطح آگاهی خوبی برخوردار بودند، ۶۲/۸٪ افراد، شدت درک بالایی داشتند. ۴۸/۹٪ (۶۷ نفر) آزمایش مرحله اول PND و ۳۸/۷٪ (۵۳ نفر) آزمایش مرحله دوم PND را انجام داده بودند. بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و دانش و عملکرد افراد رابطه معنادار آماری وجود داشت (p< ۰/۰۵).

نتیجه گیری

از آن جایی که اکثر افراد مورد مطالعه از آگاهی مناسبی درباره روش‌های پیشگیری از تالاسمی ماژور برخوردار نبودند، لازم است برنامه‌های آموزشی برای ارتقای دانش آن‌ها تدارک دیده شود.

کلمات کلیدی: آگاهی، تالاسمی، اعتقاد

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۱۷
تاریخ پذیرش: ۹۴/ ۴/۲۳

۱- مؤلف مسئول: کارشناس ارشد آموزش بهداشت ـ دانشگاه علوم پزشکی زابل ـ چهارراه بهداشت ـ زابل ـ ایران ـ کد پستی: ۹۸۶۱۸۴۵۹۹۸
۲- دکترای آموزش بهداشت ـ استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان ـ زاهدان ـ ایران
۳- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی ـ مربی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زابل ـ زابل ـ ایران
۴- PhD آمار زیستی ـ استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان ـ زاهدان ـ ایران
۵- متخصص خون و انکولوژی کودکان ـ استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان ـ زاهدان ـ ایران

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]

مقدمه

بیماری تالاسمی شایع‌ترین اختلال ژنتیکی در انسان است که به دلیل نقص یا عدم ساخت یکی از زنجیره‌های گلوبین ایجاد می‌شود و دارای انواع آلفا، بتا، دلتا و ... می‌باشد. این بیماری در سراسر جهان و در همه نژادها دیده می‌شود اما در کرانه دریای مدیترانه، خاورمیانه و آسیای جنوب شرقی شیوع بیشتری دارد و در مناطقی مثل یونان، ایتالیا، جنوب روسیه و هند، ۱۵ تا ۲۰ درصد مردم ناقل ژن تالاسمی می‌باشند(۱).

حدود ۷٪ جمعیت جهان و در ایران به طور متوسط ۵٪ (۳ میلیون نفر) ناقل این بیماری هستند که در کناره‌های دریای خزر، خلیج فارس و دریای عمان این میزان حدود ۱۰٪ است، در حال حاضر قریب به ۲۰۰۰۰ نفر مبتلا به تالاسمی ماژور در کشور وجود دارد(۲). ۹/۷٪ جمعیت سیستان و بلوچستان حامل ژن تالاسمی خفیف‌اند که در سیستان این میزان ۶/۲٪ می‌باشد(۳).

با توجه به مطالعه‌های انجام شده، هزینه‌های درمانی بیماری تالاسمی که سالیانه عواقب اجتماعی ـ اقتصادی و روحی ـ روانی فراوانی را به جامعه و خانواده‌ها تحمیل می‌کند و نیز نبودن روش‌های درمانی کامل، بهترین استراتژی در برخورد با این بیماری، پیشگیری از بروز موارد جدید آن است. این مهم زمانی قابل دسترس خواهد بود که دانش عمومی، به ویژه در زوجین ناقل بیماری به حدی برسد که آن‌ها را در جهت برخورداری از رفتارهای مناسب پیشگیرانه یاری نماید(۱).

هدف از پیشگیری، به دنیا نیامدن کودک مبتلا به تالاسمی شدید می‌باشد. با توجه به ارثی بودن بیماری، بهترین راه برای والدینی که هر دو ناقل ژن تالاسمی هستند، انجام آزمایش‌های تشخیص قبل از تولد بیماری تالاسمی (PND: Pre Natal Diagnosis) است که در دو مرحله انجام می‌شود؛ ۱- مرحله مقدماتی(بررسی وضعیت ژنتیک زوج‌های ناقل تالاسمی برای تعیین نقص ژن در هر یک از زوج‌ها قبل از بارداری) که یک بار در طول زندگی مشترک زوجین انجام می‌گیرد. ۲- مرحله تکمیلی(بررسی وضعیت ژنتیک جنین و تشخیص قطعی ابتلا یا سالم بودن جنین) که باید در هر بارداری انجام پذیرد. سقط جنین یکی از مهم‌ترین رفتارهای پیشگیری‌کننده از تولد نوزادان مبتلا به تالاسمی ماژور است و در زمانی که آزمایش‌های تشخیصی قبل از تولد بیانگر ابتلای جنین به تالاسمی ماژور باشند، با رعایت مسائل قانونی و شرعی و در ۱۶ هفته اول حاملگی صورت می‌گیرد. انجام رفتار سقط با توجه به مسائل فرهنگی و مذهبی می‌تواند برای بسیاری از خانواده‌ها یک امر بحران‌زا باشد(۴).

مطالعه مرادی در شهرستان بهار نشان داد که فقط ۱۳/۱٪ زوجین در شرف ازدواج، آگاهی خوبی نسبت به بیماری تالاسمی داشتند و بین سطح سواد و آگاهی آن‌ها ارتباط معناداری وجود داشت(۱). صدقیانی در مطالعه‌ای نشان داد که علی‌رغم این که ۶۰/۱٪ زوجین در شرف ازدواج واجد آگاهی خوب بودند و نیز در حالی که ۵۰/۸٪ آن‌ها از نگرش خوبی برخوردار بودند، اما تنها ۲۰٪ آن‌ها از توصیه‌های بهداشتی مبنی بر انصراف از ازدواج تبعیت کرده بودند(۴). در مطالعه رفیع‌زاده نیز میانگین نمرات آگاهی دانش‌آموزان دبیرستانی و پیش دانشگاهی ۱۱/۰۷ از ۲۰ بوده است(۵).

استفاده از مدل‌ها و تئوری‌ها به طراحان کمک می‌کند تا درک درستی از عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی و محیطی کسب نمایند. یکی از این الگوها، الگوی مدل اعتقاد بهداشتی است که توسط گروهی از روانشناسان اجتماعی در دهه ۱۹۵۰ طراحی و سپس تحت تاثیر تئوری کرت لوین قرار گرفت. این مدل رابطه بین اعتقاد بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و شامل ابعاد مختلف حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، خودکارآمدی و راهنمای عمل می‌باشد(۶).

حساسیت درک شده: این بعد از مدل به درک شخص از در معرض خطر بودن ابتلا به یک بیماری اشاره دارد. شدت درک شده : عقیده شخص در مورد این که بیماری تا چه اندازه وخیم و جدی است می‌باشد. منافع درک شده: اعتقاد به مزایای روش‌های پیشنهادی جهت کاهش خطر و بیماری می‌باشد. موانع درک شده: اعتقاد به هزینه‌های متصور پیگیری یک رفتار جدید می‌باشد. راهنمای عمل: نیروهای تسریع‌کننده که موجب احساس نیاز فرد به انجام عملی می‌شوند می‌باشند و خود کارآمدی اطمینان فرد به

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]

توانایی خود برای پیگیری یک رفتار است(۷).

امروزه انجام برنامه‌های آموزشی تئوری محور در برنامه‌های ارتقای سلامت و درحیطه‌های مختلف بهداشتی، مورد تایید متخصصان قرار گرفته است. مدل اعتقاد بهداشتی که بر مبنای ادراک افراد پایه‌گذاری شده است در برنامه‌های پیشگیری بهداشتی کاربرد زیادی داشته است(۶). لذا در این مطالعه پژوهشی، سعی بر آن بود که با استفاده از مبانی تئوریک این مدل و نیز بررسی رابطه بین دانش و عملکرد افراد با هر یک از سازه های مدل اعتقاد بهداشتی، به درک درستی از نیازهای آموزشی و نیز راه‌کارهای مؤثرتر آموزشی در جهت دستیابی به اهداف آموزشی در حیطه آموزش بهداشت همگانی در مورد بیماری تالاسمی ماژور دست یابیم و با افزایش آگاهی زوجین ناقل ژن تالاسمی، ضمن استمرار رفتارهای پیشگیرانه، از تولد کودکان بیمار جلوگیری نماییم.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی- تحلیلی جامعه آماری متشکل از زوجین ناقل ژن تالاسمی منطقه سیستان در سال ۱۳۹۱ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک تعداد ۱۳۷ نفر از زوجین ناقل منطقه سیستان انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته که روایی آن توسط ۱۳ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و پزشکان تایید و پایایی آن نیز با استفاده از آلفای کرونباخ برای سؤالات آگاهی(۰/۷۸)، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی(۰/۷۸)، عملکرد(۰/۷۵) و روش آزمون - آزمون مجدد تایید شده بود، استفاده شد. پرسشنامه در دو بخش تهیه شده بود. بخش اول متشکل از اطلاعات دموگرافیک(شامل ۵ سؤال) بود که متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، نسبت فامیلی زوجین و داشتن یا نداشتن فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور را مورد بررسی قرار می‌داد. بخش دوم پرسشنامه حاوی ۱۰ سؤال آگاهی در مورد(اپیدمیولوژی، اتیولوژی، علائم، تشخیص، درمان و پیشگیری از تالاسمی)، ۱۰ سؤال رفتار و ۲۸ سؤال مربوط به سازه‌های مختلف مدل شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خود کارآمدی (هر کدام ۵ سؤال) و راهنمای عمل (۳ سؤال) بود. در قسمت آگاهی برای نمرات کمتر از ۱۰ امتیاز ضعیف، نمرات بین ۱۶-۱۰ امتیاز متوسط و نمرات بیشتر از ۱۶ امتیاز خوب در نظر گرفته شد. در قسمت سؤالات رفتاری به عملکرد مثبت نمره ۲ و عملکرد منفی نمره ۱ اختصاص یافته و سازه‌های مدل نیز بر اساس پاسخ‌های سه گزینه‌ای بر مبنای مقیاس لیکرت(موافقم، مخالفم، نظری ندارم)، بین ۱ تا ۳ نمره‌دهی شد و به نمرات کمتر از ۱۰ امتیاز ضعیف، نمرات بین ۱۳-۱۰ امتیاز متوسط و به نمرات بالاتر از ۱۳ امتیاز خوب داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS ۱۵ و با استفاده از آمارهای توصیفی و تحلیلی وآزمون‌های t-test، آنالیز واریانس یک طرفه و کای اسکوئر و ضریب همبستگی اسپیرمن و در سطح معناداری $p< ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین گروه سنی افراد مورد مطالعه ۶/۱۳ ± ۲۷/۱۸ سال بود و ۸۳/۹٪ (۱۱۵ نفر) زن و ۱۶/۱٪ (۲۲ نفر) مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۵۰ نفر(۳۶/۵٪) بی‌سواد، ۶۳ نفر(۴۶٪) زیر دیپلم و ۲۴ نفر(۱۷/۵٪) دیپلم و بالاتر بودند. هم چنین ۷۰/۸٪ (۹۷ نفر) از زوجین با هم نسبت فامیلی نزدیک داشتند و ۱۸/۲٪ (۲۵ نفر) از زوجین دارای فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور بودند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین آگاهی افراد مورد مطالعه ۲/۸ ± ۱۳/۰۶ (از حداکثر ۲۰ نمره) بود. میانگین نمره کل رفتار ۲ ± ۱۰/۸ از ۱۴ نمره بود. ۴۸/۹٪ (۶۷ نفر) افراد، آزمایش مرحله اول PND و ۳۸/۷٪ (۵۳ نفر) زنان باردار، آزمایش مرحله دوم PND را انجام داده بودند. حساسیت و منافع درک شده بیشتر افراد در حد متوسط بود(جدول ۱). ۷۶/۶٪ از افراد مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات خود را کارکنان بهداشتی عنوان نموده و ۷۹/۶٪ افراد بیان کردند که کارکنان مراکز بهداشتی درمانی به نسبت بیشتری آن‌ها را برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده تالاسمی تشویق نموده‌اند. نتایج نشان داد ۵۹/۹٪ و ۳۲/۸٪ افراد به ترتیب نظر همسر و کارکنان بهداشتی را برای

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب سطح آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

متغیر	خوب		متوسط		ضعیف		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی	۱۶	۱۱/۷	۹۳	۶۷/۹	۲۸	۲۰/۴	۱۳۷	۱۰۰
حساسیت درک شده	۴۲	۳۰/۷	۶۹	۵۰/۴	۲۶	۱۹	۱۳۷	۱۰۰
شدت درک شده	۸۶	۶۲/۸	۳۲	۲۳/۴	۱۹	۱۳/۹	۱۳۷	۱۰۰
منافع درک شده	۸۳	۶۰/۶	۳۸	۲۷/۷	۱۶	۱۱/۷	۱۳۷	۱۰۰
موانع درک شده	۳۶	۲۶/۳	۶۴	۴۶/۷	۳۷	۲۷	۱۳۷	۱۰۰
خود کارآمدی	۶۳	۴۶	۵۷	۴۱/۶	۱۷	۱۲/۴	۱۳۷	۱۰۰

جدول ۲: میانگین آگاهی افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر		میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون آماری
جنس	مرد	۱۳/۰۴	۲/۰۳	t= ۰/۰۳۶
	زن	۱۳/۰۶	۳/۰۱	df = ۱۳۵ p= ۰/۹۷۱
گروه سنی	< ۲۲	۱۴/۲۰	۲/۹۳	F= ۶/۵۸۰
	۲۲-۳۰	۱۳/۱۱	۲/۸۴	df = ۲
	> ۳۰	۱۱/۷۹	۲/۳۷	p= ۰/۰۰۲
تحصیلات	بی‌سواد	۱۲/۱۴	۲/۲۶	F= ۱۵/۹۲
	زیر دیپلم	۱۲/۷۹	۲/۸۲	df = ۲
	دیپلم و بالاتر	۱۵/۷۰	۲/۶۱	p= ۰/۰۰۰۱
فرزند تالاسمی ماژور	دارد	۱۲/۵۶	۱/۷۵	t= -۰/۹۷۴
	ندارد	۱۳/۱۷	۳/۰۵	df = ۱۳۵ p= ۰/۳۳۲
نسبت فامیلی	دارد	۱۳/۱۷	۲/۹۲	t= ۶۹۴
	ندارد	۱۲/۸۰	۲/۷۴	df = ۱۳۵ p= ۰/۴۸۹

جدول ۳: عملکرد افراد مورد مطالعه بر حسب انجام آزمایش مرحله اول PND و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

	انجام داده		انجام نداده		سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آگاهی	۱۳/۵۰	۲/۹۷	۱۲/۶۴	۲/۷۲	p= ۰/۰۷۸
حساسیت درک شده	۱۲/۸۰	۱/۸۵	۱۱/۹۱	۲/۰۶	p= ۰/۰۰۹
شدت درک شده	۱۳/۹۸	۱/۶۰	۱۳/۰۲	۲/۳۵	p= ۰/۰۰۶
منافع درک شده	۱۳/۹۴	۱/۵۵	۱۳	۲/۱۸	p= ۰/۰۰۴
موانع درک شده	۱۲/۱۷	۲/۷۲	۱۱/۴۸	۲/۶۵	p= ۰/۱۳۴
خودکارآمدی	۱۴/۰۳	۱/۶۶	۱۲/۱۵	۳/۲۱	p= ۰/۰۰۰۱

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]

جدول ۴: عملکرد افراد مورد مطالعه بر حسب انجام آزمایش مرحله دوم PND و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

	انجام داده		انجام نداده		سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آگاهی	۱۳/۵	۳/۱	۱۲/۳	۲/۸	p= ۰/۰۴۸
حساسیت درک شده	۱۲/۹	۱/۷	۱۱/۹	۲/۱	p= ۰/۰۰۷
شدت درک شده	۱۴/۲	۱/۳	۱۲/۹	۲/۳	p= ۰/۰۰۱
منافع درک شده	۱۴	۱/۳	۱۲/۷	۲/۲	p= ۰/۰۰۰۱
موانع درک شده	۱۲/۴	۲/۶	۱۱/۱	۲/۷	p= ۰/۰۱۷
خودکارآمدی	۱۴/۲	۱/۲	۱۲/۱	۳/۲	p= ۰/۰۰۰۱

جدول ۵: ارتباط آگاهی، رفتار و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

	آگاهی	رفتار	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	خودکارآمدی
آگاهی							
رفتار	۰/۲۲۷ *						
حساسیت درک شده	۰/۰۱۶	۰/۲۶۰ **					
شدت درک شده	۰/۰۷۶	۰/۲۷۳ **	۰/۴۵۷ **				
منافع درک شده	۰/۴۰۰ **	۰/۳۴۶ **	۰/۳۳۲ **	۰/۴۲۶ **			
موانع درک شده	۰/۲۱۶ *	۰/۲۵۱ **	۰/۱۲۸	۰/۲۳۷ *	۰/۳۸۲ **		
خودکارآمدی	۰/۱۴۳	۰/۳۷۳ **	۰/۴۹۴ **	۰/۵۲۷ **	۰/۴۴۵ **	۰/۳۶۵ **	

* سطح معنادای ۰/۰۵ ** سطح معناداری ۰/۰۱

انجام سقط از نظر دیگران مهمتر می‌دانستند. بین میزان آگاهی افراد تحت مطالعه با جنس، نسبت فامیلی و داشتن فرزند تالاسمی ماژور ارتباط معناداری مشاهده نشد ولی یافته‌های پژوهشی نشان دادند که آگاهی افراد با سن و میزان تحصیلات آن‌ها رابطه معنادار آماری داشت(جدول ۲). هم چنین بین آگاهی و تمام سازه‌های مدل با انجام مرحله دومPND ارتباط آماری معناداری به دست آمد(جداول ۳ و ۴). آزمون اسپیرمن بین رفتار با آگاهی و تمام سازه‌های مدل ارتباط معناداری نشان داد(جدول ۵).

بحث

نتایج این مطالعه به صورت کلی نشان داد که میانگین سنی افراد مورد پژوهش پایین بوده و بسیاری از آن‌ها در معرض حاملگی و تولد فرزند هستند. عدم رعایت رفتارهای پیشگیری از بروز بیماری تالاسمی ماژور، احتمال تولد این بیماران را به شدت افزایش می‌دهد. از مهم‌ترین این رفتارها در این گروه، انجام آزمایش‌های مشاوره ژنتیکی تالاسمی می‌باشد. نتایج مطالعه اخیر نشان داد که تنها ۴۸/۹٪ افراد، آزمایش PND مرحله اول را انجام داده‌اند که با توجه به این که این افراد والدین تالاسمی هستند، تقریباً همه آن‌ها باید این آزمایش را انجام می‌دادند. این یافته یک هشدار درباره جدی بودن خطر بروز بیماری در افراد مورد پژوهش و یا خانواده‌های منطقه سیستان می‌باشد.

هم چنین بررسی سطح آگاهی مشارکت کنندگان در پژوهش نشان داد که به صورت کلی میانگین نمره آگاهی آن‌ها پایین بوده(۱۳/۵ از ۲۰ نمره) و ۲۰/۴٪ و ۶۷/۹٪

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]

افراد، از آگاهی کم و متوسطی برخوردار بودند که این یافته با در نظر گرفتن درصد افراد بیسواد و کم سواد که مجموعاً ۸۲/۵٪ افراد مورد پژوهش را تشکیل می‌دهند، بیانگر شرایط نامناسبی می‌باشد که ضرورت انجام مداخلات آموزشی، به ویژه مداخلات آموزشی ساختارمند که احتمال موفقیت آن‌ها بیشتر است را بیان می‌دارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که ۱۱۷٪ و ۶۷/۹٪ افراد از آگاهی خوب و متوسطی برخوردارند. این یافته با نتایج مطالعه مرادی که آگاهی زوجین در شرف ازدواج را درباره بیماری تالاسمی مطالعه کرده بود، تقریباً هم خوانی داشت اما نسبت به مطالعه‌های جعفری و عشقی از میزان آگاهی پایین‌تری برخوردار بودند(۹، ۸، ۱).

در این مطالعه ارتباط مستقیم و مثبتی بین سطح تحصیلات و میزان آگاهی افراد از بیماری تالاسمی وجود داشت و افرادی که تحصیلات بالاتر از دیپلم و تحصیلات دانشگاهی داشتند، از آگاهی بالاتری برخوردار بودند. در مطالعه جعفری که تاثیر طرح پیشگیری از تالاسمی بر افزایش سطح آگاهی زوجین در گرگان را مورد مطالعه قرار داده بود، افرادی که دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند نسبت به افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، سطح آگاهی بالاتری داشتند(۸). در تحقیقات صدقیانی، حاجیان و مرادی که آگاهی و نگرش زوجین در شرف ازدواج را مورد مطالعه قرار داده بودند، افرادی که دارای تحصیلات بالاتری بودند، از میزان آگاهی بیشتری درباره بیماری تالاسمی برخوردار بودند(۱۰، ۴، ۱). نتایج مطالعه حاضر با آن‌ها هم‌خوانی دارد و نشان‌دهنده نقش تحصیلات بر آگاهی افراد می‌باشد و هم چنین لزوم برنامه‌ریزی جهت آموزش به افراد کم سواد را می‌طلبد.

پوردهکردی در مطالعه‌ای که تاثیر سخنرانی و خودآموزی را بر میزان آگاهی والدین کودکان مبتلا به تالاسمی مورد بررسی قرار داده بود، والدینی که سطح تحصیلات بیشتری داشتند از آگاهی بیشتری برخوردار بودند(۲). آرایی‌نژاد و قانعی نیز تاثیر آموزش و افزایش سطح آگاهی را در کنترل افراد ناقل بیماری اثبات نمودند(۱۲، ۱۱).

در این مطالعه، حدود ۳۶٪ افراد بی‌سواد ، ۴۶٪ تحصیلات زیر دیپلم و تنها ۱۸٪ افراد دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند و افراد پایین‌تر از سطح دیپلم از آگاهی کمی برخوردار بودند، لذا با توجه به سطح پایین تحصیلات و عوامل فرهنگی موجود و عدم تحصیل افراد به ویژه زنان، برنامه‌های آموزشی باید به طریقی طراحی و اجرا شوند که افراد بی‌سواد و کم سواد نیز بتوانند از آن‌ها استفاده کافی ببرند.

در مطالعه حاضر بین آگاهی با جنس افراد رابطه معناداری مشاهده نشد. در مطالعه صدقیانی و حاجیان که آگاهی زوجین در شرف ازدواج را مورد مطالعه قرار داده بودند، ارتباط معناداری بین آگاهی و جنس مشاهده نشد(۱۰، ۴). هم چنین در مطالعه‌های پوردهکردی و عشقی که در والدین بیماران تالاسمی انجام شده بود نیز، ارتباطی بین آگاهی و جنس مشاهده نشد که نتایج مطالعه حاضر با آن‌ها مطابقت دارد(۹، ۲). بنابراین برنامه‌های آموزشی باید به نحوی طراحی و اجرا گردد که هر دو جنس به طور یکسان بتوانند از آن بهره ببرند. با توجه به نقش هر دو والد در اتخاذ تصمیم اقدامات پیشگیری از تالاسمی، باید آموزش‌ها به طور هم‌زمان در هر دو جنس صورت پذیرد تا احتمال انجام رفتار پیشگیری‌کننده توسط آن‌ها بالاتر برود.

در این مطالعه ۷۰/۸٪ افراد نسبت فامیلی داشتند که در مقایسه با مطالعه جعفری (۳۹/۴٪) و مطالعه مرادی (۹/۶٪) بسیار بیشتر بود(۸، ۱). لذا نیاز به برنامه‌ریزی و برنامه‌های آموزشی بیشتر جهت افزایش سطح آگاهی و نگرش افراد در این زمینه می‌باشد. در این مطالعه بین آگاهی و دارا بودن فرزند تالاسمی ارتباط معناداری وجود نداشت. در مطالعه پوردهکردی که بر روی والدین بیماران تالاسمی انجام شده بود، ارتباطی بین آگاهی و تعداد فرزند مبتلا به تالاسمی وجود نداشت(۲).

در این مطالعه آگاهی با سن ارتباط معناداری داشت و همانند مطالعه پوردهکردی که آگاهی والدین بیماران تالاسمی را بررسی کرده بود، هر چه سن آن‌ها پایین‌تر بود افراد آگاهی بیشتری داشتند(۲)، ولی مطالعه جعفری در زوجین در شرف ازدواج، ارتباط معناداری بین سن و آگاهی افراد نشان نداده بود که ممکن است دلیل ارتباط با

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]

سن در این مطالعه به خاطر افزایش سطح تحصیلات افراد جوان نسبت به افراد مسن‌تر باشد(۸).

در این مطالعه بین میانگین کل رفتار با میانگین آگاهی و اجزای مدل اعتقاد بهداشتی ارتباط معناداری مشاهده شد. بین حساسیت و شدت درک شده، منافع درک شده و خود کارآمدی با انجام آزمایش‌های PND مرحله اول و دوم ارتباط معناداری وجود داشت و موانع درک شده نیز با انجام رفتار PND دوم نیز ارتباط داشت. نتایج مطالعه یانگ و همکارانش که در تایوان در مورد آگاهی و رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به تالاسمی انجام شده بود، نشان داد که آگاهی در مورد تالاسمی و عوارض آن به نحو مثبتی با خود مراقبتی وانجام رفتارهای مطلوب در مورد تالاسمی ارتباط داشت(۱۳).

مطالعه‌های مختلف ارتباط بین اجزای مدل اعتقاد بهداشتی و رفتارهای مرتبط با سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند. مطالعه نورمن و همکارانش در مورد تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و انجام رفتار خود آزمایی پستان نشان داد که بین موانع درک شده و شدت درک شده بیماری با رفتار خود آزمایی پستان ارتباط معناداری وجود دارد(۱۴). مطالعه آماندا سیر در مورد کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی و انجام آزمایش کولورکتال نشان داد بین منافع درک شده ، موانع درک شده و راهنمای عمل با انجام رفتار مورد نظر ارتباط معناداری وجود دارد(۱۵). مطالعه شفرد و آستین در مورد کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در غربالگری سرطان پستان نشان داد که انجام رفتار غربالگری توسط زنان، با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ارتباط معناداری دارد(۱۷، ۱۶). لذا استفاده از این مدل در برنامه‌های آموزشی جهت زوجین ناقل تالاسمی نیز می‌تواند منجر به افزایش بروز رفتارهای پیشگیری‌کننده از تالاسمی ماژور گردد و با استفاده از سازه‌های این مدل می‌توان در افراد، حساسیت و شدت درک شده درباره نتایج نامطلوب عدم انجام رفتار پیشگیری تالاسمی را افزایش داد و با نشان دادن منافع حاصل از انجام رفتار، و شناخت و رفع موانع موجود در انجام رفتار، باعث افزایش احتمال رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری تالاسمی گردید. یکی از مهم‌ترین رفتارهای پیشگیری از بروز تالاسمی ماژور، انجام سقط درمانی در شرایط بهداشتی و بر اساس مقررات رایج کشوری است و مطالعه حاضر نشان داد که ۵۹/۹٪ و ۳۲/۸٪ افراد، نظر همسر و کارکنان بهداشتی را در پذیرش سقط درمانی مهم می‌دانند، این یافته‌ها ضرورت به کارگیری خانواده‌ها و کارکنان مراکز بهداشتی را در مداخلات آموزشی روشن می‌سازد.

نتیجه‌گیری

از آن جایی که در این مطالعه سطح تحصیلات افراد پایین و آگاهی اکثر افراد مورد مطالعه در حد متوسط بوده و میزان آگاهی با سازه‌های مدل به کاربرده شده و انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری تالاسمی مرتبط می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی بر اساس این مدل آموزشی برای افزایش سطح آگاهی و حساس‌سازی زوجین ناقل جهت انجام رفتارهای پیشگیری کننده طراحی و اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در طرح و کارکنان مراکز بهداشتی که ما را در انجام این مطالعه یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]

References :

1- Moradi AR, Hosseini SA, Moradi A, Daneshyar A. Knowledge of couple about thalassemia at the stage of marriage in Bahar city. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty 2007; 15(2): 33-43. [Article in Farsi]

2- Akhavan-Niaki H, Shafizadeh S, Asghari B, Bani hashemi A, Azizi M. The frequency of SspI polymorphism in intron II of beta globin gene in Mazandaran province. JMUMS 2008; 17(58): 57-64. [Article in Farsi]

3- Miri Moghaddam E, Eshghi P, Sanei Moghaddam E, Hashemi SM. Prevalence of hemoglobinopathies in Sistan and Balouchistan province in the southeast of Iran. Sci J Iran Blood Transfus Organ 2013; 9(4): 406-13. [Article in Farsi]

4- Sadaghiani S, Farshidfar GhR. Knowledge and attitude of couples about thalassemia before marriage in Bandar Abbas. Hormozgan Medical Journal 2001; 5(3): 30-4. [Article in Farsi]

5- Rafeezade A, Rahmati B, Karimi M, Bolandraftar AA, Younesi MA, Alambin S. Study the pre-university and high school students' level of knowledge on thalassemia in Guilan. Holistic Nursing & Midwifery Journal 2010; 20(2): 34-9. [Article in Farsi]

6- Shojaeezadeh D. [Study of behavioral models in health education]. Tehran: Assistance of Ministry of Health; 2000. p. 29-30. [Farsi]

7- Dydarlu AR, Shojaeizadeh D, Mohammadian H. [Health promotion planning based on behavioral change models]. 1st ed. Tehran: Sobhan Publications; 2010. p. 55-8. [Farsi]

8- Jafari F, Sharifi Nodehi A, Zayeri F. Effectiveness of thalassemia prevention program on couples knowledge and carriers and marriage avoidance in Gorgan province- Iran. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2007; 8(4): 68-72. [Article in Farsi]

9- Eshghi P, Rahimi M, Razaghi A. Evaluation of effect of family planning counsultation on knowledge, attitude and practice of major thalassemic's parents in the prevention program in Southeast Iran. Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Science 2007; 5(2): 514-9. [Article in Farsi]

10- Hajian K. Marrying couples knowledge and attitude about thalassemia in the city of Babol. Journal of Medical Sciences university of Gilan 2000; 34(9): 103-10. [Article in Farsi]

11- Ariaie Nejad M, Talebi E. Minor Beta thalassemia screening in premarital couples counseling in Sanandaj. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2001; 1(1): 15-9. [Article in Farsi]

12- Ghanei M, Adibi P, Movahedi M, Khami MA, Ghasemi RL, Azarm T, *et al*. Pre-marriage prevention of thalassemia: report of a 100,000 case experience in Isfahan. Public Health 2000; 111(3): 153-6. [Article in Farsi]

13- Yang HC, Chen YC, Mao HC, Lin KH. Illness knowledge, social support and self care Behavior in adolescents with beta-thalassemia major. Hu Li Yan Jiu 2001; 9(2): 24-114. [Article in Chinese]

14- Norman P, Brain K. An application of an extended health belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. Br J Health Psychol 2005; 10(Pt 1): 1-16

15- Cyr A, Dunnagan T, Haynes G. Efficacy of the health belief model for predicting intention to Pursue genetic testing for colorectal cancer. J Genet Counsel 2010; 19(2): 174-86.

16- Austin L, Farah A, Gane M, Stewart D. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women literature review using the health belief model. Womens Health Issues 2002; 12(3): 122-8.

17- Medina-Shepherd R, Kleier JA.. Spanish translation and adaption of victoria champion's health belief model scale for breast cancer screening--mammography. Cancer Nurs 2010; 33(2): 93-101.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]

Sci J Iran Blood Transfus Organ 2016; 12(4): 369-377

Original Article

The survey of the knowledge and practice of thalassemia couples based on Health Belief Model in Sistan area

Rezaie Keykha R.[1], Masoudi Gh.R.[2], Ramazani A.A.[3], Shahraki Poor M.[2], Naderi M.[4]

[1]Zabol Medical Science University, Zabol, Iran
[2]Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
[3]Faculty of Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
[4]Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Abstract

Background and Objectives

Thalassemia is among the most common genetic diseases in humans that can largely be prevented if adequate levels of public knowledge are obtained. This study was designed based on the educational health belief model to assess knowledge and practice of thalassemia couples in prevention of incidence of major thalassemia.

Materials and Methods

In this descriptive-analytical cross-sectional survey, 137 couples in Sistan area by systematic random sampling were selected. Data collection tool was a questionnaire whose validity and reliability were proven by health educational specialists and Cronbach Alpha test. The data were analyzed in spss.15 software using descriptive and analytical statistics including Chi square test, T-test, and spearman correlation coefficient. The significant level was set as 0.05.

Results

The mean scores of knowledge and practice of participants out of 20 and 14 were 13.6 ± 2.8 and 10.8 ± 2, respectively. Only 11.7 percent of participants had good level of knowledge, and 62.8% had good level of severity perceived; 48.9% (n = 67) of them had done the first stage of prenatal diagnosis of beta-thalassemia (PND) and 38.7% the second stage of PND. There was a statistically significant relationship between the constructs of health belief model and the participants' knowledge and practice ($p< 0.05$).

Conclusions

Since majority of participants did not have adequate information about genetically preventive procedures about major thalassemia, it is necessary to hold training programs to improve their knowledge about thalassemia.

Key words: Knowledge, Thalassemia, Beliefs

Received: 7 Jan 2015
Accepted: 14 Jul 2015

Correspondence: Rezaie Keykha R., MS in Health Education. Zabol Medical Science University.
Postal Code: 9861845998, Zabol, Iran. Tel: (+9854) 32692005; Fax: (+9854) 32692005
E-mail: *raziehrezaie66@gmail.com*

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-01]