

## باورهای بیماران مسلول مراجعه کننده به مرکز مبارزه با سل زابل نسبت به بیماری سل و درمان آن از طریق مدل اعتقاد بهداشتی

محمود کریمی<sup>۱</sup>، ایرج ضاربان<sup>۲\*</sup>، محمد سارانی<sup>۳</sup>، فاطمه رخشانی<sup>۴</sup>

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ساوه

۲. استادیار، گروه آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۳. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل

۴. استادگروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

\* نشانی برای مکاتبه: زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دکتر ایرج ضاربان ۰۲۵۶۵۲۲۲۳۵۰  
karimymahmood@yahoo.com

پذیرش برای چاپ: مهر نود و دو

دریافت مقاله: مرداد نود و دو

### چکیده

**سابقه و هدف:** بیماری سل یک مشکل بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه است. از یک سوم افراد مبتلا به سل در دنیا ۹۵٪ آن در کشورهای در حال توسعه بوده و ۹۸٪ از مرگ مربوط به سل در این کشورها اتفاق می افتد. پژوهش حاضر با هدف تعیین باورهای بیماران مسلول نسبت به بیماری سل و درمان آن از طریق مدل اعتقاد بهداشتی در بیماران مراجعه کننده به مرکز مبارزه با سل زابل در سال ۱۳۹۰ انجام شده است.

**روش کار:** در این مطالعه مقطعی ۱۱۰ بیمار دارای پرونده در مرکز مبارزه با سل زابل به روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه محقق ساخته مشتمل بر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و چک لیست عمل کرد به همراه متغیرهای دموگرافیک بود. داده ها پس از جمع آوری با استفاده نرم افزار SPSS ۱۸ و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: در این مطالعه ۶۶ زن (۶۰٪) و ۴۴ مرد (۴۰٪) با میانگین سنی ۱۸/۶ ± ۵۵/۷ شرکت داشتند. از نظر نوع بیماری ۵۰٪ سل ریوی اسمیر مثبت و ۳۹٪ اسمیر منفی بودند. همبستگی معنی داری بین رفتار درمانی بیماران و خودکارآمدی ( $r=0/45, p<0/01$ )، منافع درک شده ( $r=0/40, p<0/05$ )، موانع درک شده ( $r=0/39, p<0/05$ )، حساسیت ( $r=0/38, p<0/05$ ) و شدت درک شده ( $r=0/34, p<0/01$ ) وجود داشت.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته های ما اکثر بیماران باورهای نادرست و آگاهی کمی در مورد بیماری داشتند، بنابراین مداخلات آموزشی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی برای ارتقاء آگاهی و اصلاح باورها توصیه می شود.

### واژگان کلیدی: باور، سل، مدل اعتقاد بهداشتی

#### مقدمه

انتشار بیماری و نیز جلوگیری از بروز مقاومت های دارویی، اجرای درمان کامل بیماران می باشد (۳).

حتی در کشورهای پیشرفته و نزد بیماران تحصیل کرده و آگاه حداقل ۳۰٪ بیماران به علت احساس بهبودی درمان را بطور کامل و تا پایان ادامه نداده و بعد از مدتی داروهای خود را قطع می کنند. بر طبق نظر کارشناسان درمان ناکافی و ناقص بیماری سل به مراتب بدتر از درمان نکردن بیماران می باشد چرا که درمان ناقص موجب افزایش موارد سل مقاوم به درمان می گردد (۴). از طرف دیگر، پس از دستیابی به میزان بالای موفقیت درمانی در جامعه می توان به کنترل بیماری امیدوار بود، چرا که در صورت وجود نارسایی در امر درمان، کشف موارد بیشتر به افزایش میزان شکست درمان و بالطبع، تعداد موارد بیشتر سل مقاوم به درمان منجر خواهد شد که نتیجتاً کنترل و درمان سل را در آینده مشکل تر خواهد نمود (۵، ۶).

امروزه یکی از بزرگترین مسائل بهداشتی جهان، بیماری سل است. حدس زده می شود که از هر سه نفر جمعیت جهان، یک نفر به باسیل آلوده بوده و در هر ثانیه یک نفر به تعداد آنان افزوده می شود. در حال حاضر ۱۴/۵ میلیون نفر جدید به سل فعال شده و حدود دو میلیون نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می دهند. بیشترین میزان (۹۵٪) مرگ ناشی از سل در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد (۲، ۱). بحران جهانی ناشی از افزایش میزان سل در کشورهای پیشرفته و نیز مقاومت دارویی در بیشتر کشورهای جهان سبب شد تا اتحادیه بین المللی مبارزه با سل و سازمان جهانی بهداشت و دیگر مراکز پژوهشی ملی و بین المللی را وادار به بازنگری جدی در برنامه های پیشگیری نماید، تا اینکه از اوایل دهه نود میلادی به این نتیجه رسیدند که واکسیناسیون ب ث ژ کارایی مطمئنی در امر مبارزه با سل ندارد و تنها راه موثر پیشگیری باز

استفاده از مصاحبه و ثبت اطلاعات در پرسشنامه و نیز مشاهده پرونده و کارت درمان برای چک لیست عملکرد درمانی بود.

نحوه امتیاز دهی پرسشنامه بدین صورت بود که در قسمت حساسیت، شدت، خود کارآمدی، منافع و موانع درک شده دامنه امتیاز هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر می باشد، به گونه ای که به جواب کاملاً مخالف امتیاز صفر، مخالف امتیاز ۱، نظری ندارم امتیاز ۲، موافقم امتیاز ۳ و کاملاً موافقم امتیاز ۴ تعلق گرفت. بر این اساس مجموع نمرات هر یک از سازه های مدل بین ۰ تا ۲۰ متغیر بود. در بخش آگاهی به پاسخ های درست سوالات آگاهی ۲ نمره، پاسخ های نمی دانم نمره یک و به پاسخ های غلط نمره ای تعلق نگرفت و مجموع نمرات آگاهی بین ۰ تا ۲۰ متغیر بود. در چک لیست عملکرد نیز به انجام فعالیت مورد نظر نمره ۲، و عدم انجام آن نمره ۰ تعلق گرفت بدین ترتیب دامنه امتیاز این بخش بین ۰ تا ۱۲ متغیر بود. برای انجام اعتبار علمی پرسشنامه و مقیاس ها، روایی آن با روش اعتبار صوری و محتوای و با استفاده از پانل متخصصان انجام شد. به همین منظور ابزار طراحی شده در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان مجرب در حیطه های مختلف همچون عفونی و آموزش بهداشت که دارای فعالیتها و تجارب علمی شناخته شده در زمینه ی سل بودند قرار داده شد. آیتم هایی که نمره نسبت روایی محتوایی آنها بیش از ۰/۶۲ بود مورد قبول واقع شد. برای شاخص اعتبار محتوایی نمره بالای ۰/۷۹ مورد تایید قرار گرفت. پایایی کلی ابزار تحقیق با محاسبه آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶ تایید شد. در این قسمت پایایی پرسشنامه حساسیت درک شده ۰/۷۶، شدت درک شده ۰/۷۴، منافع درک شده ۰/۷۷، موانع درک شده ۰/۷۹، راهنمای عمل ۰/۷۳، خود کارآمدی ۰/۸۱ مورد تایید قرار گرفت. پایایی چک لیست عملکرد نیز با ضریب توافقی کاپای ۰/۸۶ بدست آمد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه، ضمن کسب مجوز از کمیته اخلاق و توجیه بیماران مورد مطالعه و کسب نظر موافقت آنها، به بیان اهداف، اهمیت، ضرورت انجام طرح پژوهشی مبادرت شد و فرم رضایت آگاهانه و داطلبانه در اختیار همه آنها قرار گرفت و به امضاء رسید. در عین حال، بر استفاده از پرسشنامه های بدون نام و دادن اطمینان مبنی بر محرمانه ماندن داده های مندرج در پرسشنامه ها تأکید شد. در نهایت پس از جمع آوری اطلاعات جهت تجزیه تحلیل آنها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ و از طریق آزمون های آمار توصیفی ( میانگین، انحراف معیار، نما) و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

### یافته ها

در این مطالعه از ۱۱۰ بیمار مسلول شرکت کننده در پژوهش، ۶۶ نفر (۶۰٪) زن و ۴۴ نفر (۴۰٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران زن ۵۳±۱۹/۷ سال و مرد ۵۸/۵±۱۷/۵ بود. از نظر سطح سواد ۳۲ نفر (۷۳٪) از مردان و ۵۱ نفر (۷۷٪) از زنان بی سواد بودند. در مجموع ۷۵٪ از نمونه ها بی سواد، ۱۱٪ دارای تحصیلات ابتدایی، ۶٪ راهنمایی و مابقی نیز دبیرستانی و دیپلمه بودند. از نظر وضعیت تاهل نیز ۵۲٪ از زنان و ۸۰٪ از مردان متاهل، ۱۴٪ از زنان و ۲٪ از مردان مجرد، ۳۵٪ از زنان و ۱۸٪ از مردان بیوه بودند. از نظر نوع بیماری ۵۰٪ از بیماران دارای سل ریوی اسمیر مثبت، ۳۹٪ اسمیر منفی و مابقی سل خارج ریوی بودند. همچنین ۷/۳٪ از بیماران سل مقاوم به درمان داشتند. ۲۰٪ از بیماران توسط پزشکان بخش خصوصی و ۸۰٪ توسط بخش دولتی شناسایی شده بودند.

رفتارهایی که مردم را در معرض خطر کسب و انتقال بیماری قرار می دهند اغلب نتیجه عوامل پیچیده زیادی است که در سطوح متعددی عمل می کنند. کارشناسان برای پیش بینی و شناسایی عوامل موثر بر رفتار از مدل ها استفاده می کنند (۷). یکی از این مدل ها، مدل اعتقاد بهداشتی می باشد که توسط روزن استاک در سال ۱۹۶۶ مطرح، توسط بیکر و مای من از سال ۱۹۷۴ تا ۱۹۷۵ تکمیل شد (۸). این مدل برای بیان و پیش بینی رفتار بهداشتی پیشگیری کننده بیمار مورد استفاده قرار گرفته، همچنین الگوی باور بهداشتی در تمام مطالعات و در همه زمینه های رفتار بهداشتی به کار گرفته شده است. از جمله مدل های دقیق و مهمی است که رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار را نشان می دهد (۸). بنیان گذار مدل اعتقاد بهداشتی اظهار می کند احتمال اینکه فردی در یک عمل بهداشتی توصیه شده مشارکت بنماید اساساً مبتنی بر ادراک فردی می باشد. بنابراین با تغییر ادراک فردی، احتمال اینکه افراد به رفتار بهداشتی توصیه شده عمل نمایند افزایش می یابد (۹). بر اساس این مدل شخص باید باور کند که مستعد ابتلا به یک پدیده همچون سل مقاوم به درمان است (حساسیت درک شده)، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در زندگی خود درک کند (شدت درک شده) و به دنبال این موضوع، منفعتی را در خصوص تغییر رفتارهای خود (تمکین درمانی) درک کرده و بتواند بر عوامل بازدارنده از عمل همچون وقت و هزینه غلبه کند (موانع درک شده). امروزه اثبات شده که بهترین رژیم های درمانی در صورت عدم رعایت از جانب بیمار بی ارزش و غیر موثر هستند و رعایت صحیح رژیم های درمانی نقش مهمی در پیشگیری از مقاومت دارویی و کنترل گسترش سل در جامعه دارد (۴). با در نظر گرفتن این نکته، شناسایی عوامل موثر بر رعایت، اصلاح و بهبود رژیم درمانی بیماران بسیار مهم می باشد و از آنجایی که باورهای افراد بر رفتارهای آن ها تاثیر به سزایی دارد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین باورهای بیماران مسلول نسبت به بیماری سل و درمان آن از طریق مدل اعتقاد بهداشتی در بیماران مراجعه کننده به مرکز مبارزه با سل شهرستان زابل انجام شده است.

### روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۳۹۰ در بیماران مسلول مراجعه کننده به مرکز مبارزه با سل شهرستان زابل انجام شده است. در این پژوهش از بین ۱۱۴ بیمار مسلول ایرانی مراجعه کننده به مرکز مبارزه با سل، ۴ نفر به دلیل عدم رضایت از مطالعه کنار گذاشته شدند و در مجموع ۱۱۰ نفر که در مرکز مذکور دارای پرونده و تحت مراقبت بودند بصورت سرشماری انتخاب و به عنوان واحدهای مورد پژوهش وارد مطالعه شدند. در این مطالعه بیماران مسلول ایرانی که درمان شان در طول مطالعه ادامه داشته وارد مطالعه شدند و معیار خروج نیز عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای محقق ساخته بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بانضمام متغیرهای دموگرافیکی بود که در چهار بخش تنظیم شده بود. بخش اول شامل ۸ پرسش مربوط به ویژگی های دموگرافی، بخش دوم ۱۰ سؤال سه گزینه ای (بلی، خیر، نمی دانم) در زمینه دانش، بخش سوم ۷ سؤال در زمینه سازه های مدل اعتقاد بهداشتی (منافع و موانع درک شده ۱۰ سؤال، حساسیت و شدت درک شده ۱۰ سؤال، خودکارآمدی ۵ سؤال و راهنمای عمل ۵ سؤال)، بخش چهارم چک لیست عملکرد درمانی بیماران که حاوی ۶ سؤال بود. روش جمع آوری داده ها با

یافته ها نشان داد که واحدهای پژوهش از آگاهی متوسطی برخوردار بوده و همبستگی مثبت و معنی داری بین آگاهی و عمل کرد وجود دارد. پایین بودن نمره آگاهی به دلیل پایین بودن سطح سواد واحدهای پژوهش دور از انتظار نیست، چرا که مطالعات مختلف همبستگی مستقیمی بین سطح سواد و آگاهی از بیماری سل را نشان داده اند که از آن جمله می توان به مطالعه علوی و هم کاران در اهواز (۱۰) و نیز پورترو و هم کاران در فیلیپین (۱۱) اشاره کرد، که این یافته ها در مطالعه ما هم تایید شده و افراد با سواد آگاهی بالاتری داشتند. در این مطالعه ۸۸٪ از بیماران علائم بیماری سل را می دانستند که این یافته با مطالعه مالهورتا در هندوستان که میزان آگاهی از علائم بیماری ۷۵٪ بود هم خوانی دارد (۱۲). بطور مشابه این میزان در مطالعه احمدخان در بیماران پاکستانی ۸۳٪ بود (۱۳).

بر اساس یافته های ما خودکارآمدی قوی ترین همبستگی را با رفتار درمانی بیماران داشت. این نتیجه مورد انتظار است چرا که خودکارآمدی به عمق اطمینان فرد راجع به کارایی شخصی اش اشاره دارد (۹). همبستگی بین خودکارآمدی و رفتارهای مختلف در تحقیقات محققین ثابت شده (۹-۷) و باندورا خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی هایش در مورد انجام یک عمل مشخص و مهم ترین پیش شرط تغییر رفتار می داند و معتقد است می توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارت ها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توان مندی شخص را افزایش داد (۸) یک فرد با خودکارآمدی پائین کم تر احتمال دارد که در انجام رفتار جدید بهداشتی یا تغییر در رفتاری که برایش عادت شده سعی بکند (۹). در مطالعه احمد و هم کاران در بلوچستان پاکستان هم بیماریانی که به توانایی های خود برای ادامه درمان اعتقاد داشتند رژیم های درمانی را بهتر رعایت می کردند (۱۴). در بررسی باورهای بیماران در این مطالعه در بعد حساسیت درک شده، ۳۷٪ از آنها نگران ابتلای خانواده و اطرافیان خود به بیماری بودند که نشان دهنده این مهم است که ۶۵٪ بیماران اعتقادی در مورد واگیر بودن این بیماری ندارند. بر خلاف یافته ما در مطالعه احمد خان در پاکستان ۶۶٪ از بیماران نگران ابتلای خانواده خود به سل بودند (۱۳) که این مسئله را شاید بتوان با وضع نامناسب بهداشتی و سطح پایین تر بهداشت در آن کشور، هم چنین شیوع بالاتر بیماری و گران بودن هزینه درمان سل در آن کشور توجیه کرد (۱۵). هم چنین یافته های ما در بعد حساسیت درک شده نشان داد که ۳۴٪ بیماران در مورد قابل درمان بودن بیماری تردید داشتند. که این مسئله نیز باید در آموزش ها مورد توجه قرار گیرد چرا که امید را برای ادامه درمان در بیماران از بین برده و ممکن است سبب قطع درمان و یا عدم مراجعه بیماران جدید برای درمان شود. در مطالعه یاداو در هندوستان ۵۶٪ بیماران، با عبارت قابل درمان بودن بیماری موافق بودند (۱۶)، که با یافته ما هم سو است. بر اساس یافته های این پژوهش ۲۹٪ بیماران اعتقاد داشتند که سل می تواند باعث مرگ شود که نشان دهنده شدت درک شده پایین بیماران از عوارض بیماری است. بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی شدت درک شده ادراکاتی درباره توجه به جدی بودن ابتلاء به یک بیماری یا درمان نکردن آن (که شامل ارزیابی پی آمدهای پزشکی و کلنیکی از قبیل مرگ و ناتوانی و احتمال پی آمدهای اجتماعی از قبیل تأثیر گذاری بیماری بر شغل، زندگی خانوادگی و روابط اجتماعی است) را در بر می گیرد که در اکثریت مردم درک شدت وضعیت برابر با اقدام فوری بعدی است و بنابراین می توان به آن ماشه انگیزه نام نهاد (۴). اگر فرد درک کند که سل یک بیماری کشنده است بسیار محتمل است به سوی رفتار های درمانی و تمکین درمانی گرایش پیدا کند. باور مرگ آور بودن سل در مطالعه ای در هندوستان ۶۱٪ بود (۱۶).

بین متغیرهای آگاهی، حساسیت، شدت، منافع، و خودکارآمدی شده با رفتار درمانی بیماران مسلول همبستگی مثبت و معنی داری و بین موانع درک شده و رفتار درمانی بیماران معکوس و معنی داری وجود داشت. خودکارآمدی و منافع درک شده بیش ترین همبستگی را با رفتار داشتند. بیماران نسبت به بیماری و درمان آن باورهای صحیح پایینی داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع میانگین و همبستگی بین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار درمانی بیماران

متغیر	(انحراف معیار) میانگین	همبستگی بین هر سازه و رفتار	p-value
آگاهی	۱۳/۳۸ (۲/۸)	-۰/۲۹۷	-۰/۰۲
حساسیت درک شده	۸/۹۹ (۲/۶)	-۰/۳۸۵	-۰/۰۳
شدت درک شده	۸/۲۴ (۳/۴)	-۰/۳۴۰	-۰/۰۱
منافع درک شده	۹/۷۷ (۲/۷)	-۰/۴۰۵	-۰/۰۲
موانع درک شده	۶/۱۱ (۲/۵)	-۰/۳۹۸	-۰/۰۵
خودکارآمدی	۹ (۱/۲۸)	-۰/۴۵۶	-۰/۰۱
رفتار	۹/۷۶ (۳/۳)	۱	-

در بعد حساسیت درک شده ۳۷٪ از نمونه ها به انجام به موقع آزمایشات خلط اعتقاد داشته و نگران ابتلای اطرافیان خود به بیماری بودند. هم چنین ۴۲٪ معتقد بودند که اگر داروها را به موقع مصرف نکنند خطر مقاومت دارویی وجود دارد. در بعد منافع درک شده ۶۱٪ اعتقاد داشتند که مصرف یک دوره کامل دارو باعث بهبودی و جلوگیری از انتقال بیماری به دیگران می شود. در بعد موانع درک شده ۵۹٪ طولانی بودن دوره درمان را مانعی برای کامل کردن دوره درمان می دانستند. در بعد خودکارآمدی ۶۴٪ به توانایی خود برای کامل کردن دوره درمان خود اطمینان داشتند. در زمینه رفتاری نیز ۸۹٪ بیماران مصرف منظم دارو، و ۳۹٪ دفع بهداشتی و صحیح خلط داشتند (جدول ۲). پزشکان (۴۰٪)، سایر کارکنان بهداشتی (۲۹٪)، اعضای خانواده (۲۴٪)، کتب و نشریات بهداشتی (۳۴٪)، سایر بیماران (۱۸٪)، و صدا و سیما (۱۸٪) به ترتیب مهم ترین راهنمای عمل خارجی برای بیماران سلی بودند.

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی آیتم های حساسیت درک شده

حساسیت درک شده	نسبت به بیماری و درمان سل		
	موافق تعداد (درصد)	بی نظر تعداد (درصد)	مخالف تعداد (درصد)
نگران ابتلای دوستان و آشنایان خود به بیماری سل هستم.	۴۱ (۳۷)	۳۵ (۳۲)	۳۴ (۳۱)
اگر داروهای ضد سل را به موقع مصرف نکنم باعث افزایش طول درمان و مقاومت دارویی، می شود.	۴۶ (۴۲)	۳۴ (۳۱)	۳۰ (۲۷)
در پانزده روز اول درمان سل باید از دیگران جدا زندگی کنم چون باعث ابتلا سایرین می شود.	۴۵ (۴۱)	۲۰ (۱۸)	۴۵ (۴۱)
اعتقاد دارم که برای درمان کامل سل، انجام به موقع آزمایشات خلط، بسیار مهم است.	۴۱ (۳۷)	۲۵ (۲۳)	۴۴ (۴۰)
به نظر من بیماری سل قابل درمان است.	۷۳ (۶۶)	۲۲ (۲۰)	۱۵ (۱۴)

و هم کاران نیز همسو با مطالعه ما پزشکان مهم ترین منبع اطلاعاتی بیماران بودند اما رادیو تلویزیون در مناطق شهری با ۱۵٪ و در مناطق روستایی با ۳۵٪ در رتبه های سوم و اول منابع اطلاعاتی سل برای بیماران بودند(۱۹). به هر حال به نظر می رسد شبکه های استانی باید اهمیت و وقت بیش تری برای آموزش بیماری های شایع در هر استان بدهند نقش مهم تری را در سلامت مردم ایفا نمایند.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش و همبستگی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتار درمانی بیماران کارگزاران بهداشتی، بایستی در تهیه و تدوین برنامه های آموزشی، علاوه بر افزایش سطح آگاهی، بر طراحی پیام های بهداشتی برای ایجاد منافع درمان صحیح و کامل بیماری، هم چنین تقویت خودکارآمدی درک شده بیماران برای ایجاد رفتارهای درمانی بیماران تاکید نمایند تا افراد احساس کنند که می توانند مسئولیت سلامت خود را بر عهده گیرند.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل از رساله کارشناسی ارشد آموزش سلامت در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می باشد، لذا ضمن تقدیر و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه در تأمین مالی این مطالعه، نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند مراتب سپاس خود را از کلیه بیماران عزیز شرکت کننده در این طرح، خانواده ایشان و مسئولین محترم مرکز بهداشت و پرسنل مبارزه با بیماری های شهرستان زابل اعلام نمایند.

بر اساس یافته های این پژوهش منافع درک شده از درمان بعد از خودکارآمدی بیش ترین همبستگی را با رفتار داشت. بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی وقتی فرد حساسیت بیماری را پذیرفت و جدی بودن آن را درک کرد قدم بعدی اتخاذ رفتار پیش گیری از بیماری و یا اقدام در باره یک بیماری می باشد . مسیر عملی که فرد انتخاب می کند به وسیله اعتقاداتش مربوط به عمل تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. بنابراین فرد لزوماً هر توصیه سلامتی را نمی پذیرد مگر اینکه منافع بالقوه آن رفتار سلامتی توسط فرد به خوبی درک شده باشد(۷،۹). با توجه به همبستگی قوی کشف شده و نیز پایین بودن نمره منافع درک شده بیماران، پزشکان و درمان گران بیمار بایستی بر منافع مثبت حاصل از رفتارهای درمانی هم چون بازگشت سریع تر به محیط کار، از بین رفتن قدرت واگیری بیماری و غیره تاکید نمایند. در این پژوهش بین موانع درک شده با رفتار نیز همبستگی منفی و معنی دار وجود داشت و درمان طولانی مدت، و تعداد زیاد دارو و آزمایش از مهم ترین موانع درک شده بیماران بودند. هم سو با یافته ما مطالعه لایفوک و ماینک نیز نشان داد بین موانع درک شده و رفتار همبستگی منفی و معنی داری وجود دارد. هم چنین درمان طولانی مدت، ویزیت مکرر پزشک و هزینه درمانی به عنوان مهم ترین موانع درک شده بودند(۱۷). در مطالعه دیگر حبیب در پاکستان نشان داد که هزینه درمان، و فاصله زیاد تا مرکز درمانی از موانع تمکین و ادامه درمان بیماران بود(۱۸).

در مطالعه ما پزشکان، پرسنل بهداشتی و خانواده مهم ترین راهنمای عمل بیماران بوده و صدا و سیما آخرین منبع اطلاعاتی بیماران بود. با توجه به نقش خانواده در این یافته به نظر می رسد آموزش خانواده بتواند در بالارفتن سطح آگاهی و بهبود رفتار بیماران مفید باشد. در مطالعه آقیوتوالا

## REFERENCES

1. Arsang SH, Kazemnejad A, Amani F. [Epidemiology of Tuberculosis in Iran (2001-2008)]. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2011; 13(3): 78-86. [Persian]
2. Azizi F, Janghorbani M, Hatami H. [Epidemiology and Control of Common Disorders in Iran]. 3rd. Tehran: Khosravi Publisher.2009; pp: 89-101. [Persian]
3. Ngang PN, Ntaganira J, Kalk A, Wolter S, Ecks S. Perceptions and beliefs about cough and tuberculosis and implications for TB control in rural Rwanda. Int J Tuberc Lung Dis 2007; 11(10):1108-13.
4. Sarani M, Rakhshani F, Zareban I, Shahraki M, Tabatabae M, Keikha B. [Survey of Performance-based training's efficiency on health belief model in tuberculosis patients adopt healthy behaviors in Sistan in 2009]. Journal of Zabol University of Medical Sciences 2010; 4 (1): 66-72. [Persian]
5. Pourdoulati S, Ashjaei K, Khaiatzadeh S, Farahbakhsh M, Sayffarshd M, Kousha A. [Development of Public Private Mix (PPM) TB DOTS in Tabriz, Iran]. Health Information Management 2011; 8(2):24-32. [Persian]
6. Dye C, Bassili A, Bierrenbach AL, Broekmans JF, Chadha VK, Glaziou P, et al. Measuring tuberculosis burden, trends, and the impact of control programmers'. Lancet Infect Dis. 2008; 8(4):233-43.

7. Karimy M, Niknami S, Hidarnia AR, Hajizadeh I. Intention to start cigarette smoking among Iranian male adolescents: usefulness of an extended version of the theory of planned behaviour. *Heart Asia*. 2012; 4(1):120-4.
8. Karimy M, Zareban I, Montazeri A, Aminshokravi 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):45-52. [Persian]
9. Karimy M, Montazeri A, Araban M. [The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis]. *Arak Medical University Journal (AMUJ)* 2012; 14(4, Supp 2): 1-9. [Persian]
10. Alavi S M, Sefidgaran Gh, Karami F. [Comparative study on knowledge about tuberculosis in two cities with different tuberculosis epidemiological index in Khuzestan, 2004]. *Journal of Ahvaz University of Medical Sciences* 2009; 8(1): 63-69. [Persian]
11. Portero NJ, Rubio YM, Pasicatan MA. Socio-economic determinants of knowledge and attitudes about tuberculosis among the general population of Metro Manila, Philippines. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6(4):301-6.
12. Malhotra R, Taneja DK, Dhingra VK, Rajpal S, Mehra M. Awareness regarding tuberculosis in a rural population of Delhi. *Indian J Comm Med* 2002; 27:62-67.
13. Ahmad Khan J, Akbani F, Malik A, Nabi Kazi Gh, Aslam F, Fayyaz H. Effect of providing free sputum microscopy service to private practitioners on case notification to National Tuberculosis Control Program. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad* 2005; 17(4): 31-5.
14. Ahmad Gh, Qadeer E, Noor A, Fatima R, Khursheed Z. Defaulting Rate of TB Patients among Seasonal Migrants (A Case Study of Balochistan). *J Pak Med Assoc* 2009; 59(4):112-116.
15. Ahmad Khan J, Irfan M, Zaki A, Beg M, Fayyaz H, Rizvi M. Knowledge, Attitude and Misconceptions regarding Tuberculosis in Pakistani Patients. *J Pak Med Assoc* 2006; 56(5): 211-4.
16. Yadav SP, Mathur ML and Dixit AK. Knowledge and attitude towards tuberculosis among sandstone quarry workers in desert parts of Rajasthan. *Indian Journal of Tuberculosis* 2006; 53(4):187-191.
17. Liefoghe R, Muynck AD. The dynamics of tuberculosis treatment adherence. *J Pak Med Assoc*. 2001; 51(1):3-9.
18. Habib F, Baig L. Cost of DOTS for Tuberculosis Patients. *Journal of Pakistan Medical Association* 2006; 56(5): 207-10.
19. Agboatwalla M, Kazi GN, Shah SK, Tariq M. Gender perspectives on knowledge and practices regarding tuberculosis in urban and rural areas in Pakistan. *East Mediterr Health J*. 2003; 9(4):732-40.