

بررسی دانش، نگرش و رفتارهای بهداشتی زنان روستایی شهرستان کهنوج نسبت به مالاریا در سال ۱۳۷۶

امیر رستمی پور دولت آبادی^۱، دکتر علیرضا حیدرنیا^۲، سکینه محمد علی زاده^۳ و دکتر سقراط فقیه زاده^۴

خلاصه

در حال حاضر خط مشی کنترل بیماری مالاریا بر درمان بیماران، لاروکشی و سمپاشی متمرکز است، اما عوامل مهمی از قبیل دانش، نگرش و رفتارهای بهداشتی مردم در این زمینه چندان مورد توجه قرار نگرفته است. این مطالعه به منظور بررسی دانش، نگرش و رفتارهای بهداشتی ۵۱۷ نفر از زنان روستایی شهرستان کهنوج که به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردیده‌اند، صورت گرفته است. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه به صورت مصاحبه حضوری جمع آوری گردید. بر اساس نتایج، زنان مورد مطالعه ۳۸/۱٪ نمره دانش راکسب نموده‌اند ($\bar{X} = 15/2$, $SD=2/1$) و میانگین دانش زنانی که تحصیلات بیشتری داشتند به طور معنی داری بالاتر بود ($P < 0/003$). در زمینه نگرش نمونه مورد مطالعه ۸۳٪ نمره کل نگرش راکسب نمودند ($\bar{X} = 62/2$, $SD=6/3$). در زمینه رفتارهای بهداشتی نتایج نشان می‌دهد که ۳۰٪ موارد از پشه بند استفاده می‌کردند، ۳٪ نیز به درب و پنجره‌های اتاق خود توری نصب کرده بودند و سایر روش‌های معمول حفاظتی برای پیشگیری از مالاریا کمتر مورد استفاده قرار می‌گرفت. نتایج گویای آن است که در برنامه پیشگیری و کنترل مالاریا علاوه بر روش‌های معمول (درمان بیماران، سمپاشی، لاروکشی و...) باید نسبت به ارتقاء رفتارهای بهداشتی، بالا بردن دانش، نگرش و جلب مشارکت مردم نیز توجه لازم به عمل آید.

واژه‌های کلیدی: مالاریا، رفتارهای بهداشتی، دانش، نگرش

۱- دانشجوی دکترای آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس ۲- عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس ۳- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

مقدمه

قبل از مبارزه همه جانبه علیه مالاریا، این بیماری یکی از مشکلات بهداشتی اکثر کشورهای جهان بود. به لحاظ اهمیت موضوع، سازمان جهانی بهداشت در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ اقدام جهانی جهت ریشه کنی مالاریا را اعلام نمود و خوشبختانه اجرای آن در بسیاری از کشورهای جهان با موفقیت نسبی همراه بود (۱۲).

در حین اجرای طرح ریشه کنی مالاریا در جهان به تدریج حشره کش‌ها و داروهایی که با قیمت گزاف بدین منظور تهیه می‌گردیدند، به علت ایجاد مقاومت در پشه‌های آنوفل و انگل‌ها رفته رفته ارزش خود را از دست دادند و با جایگزین کردن داروها و سموم جدید مسأله مقاومت تکرار شد. همچنین تلاش‌های زیادی که تا کنون جهت تهیه واکسن این بیماری انجام گرفته بی‌فایده بوده است (۱۲-۱۶).

مالاریا در دو دهه اخیر به علت مشکلات فنی و اجرایی ذکر شده، در بسیاری از نقاط جهان از جمله ایران بخصوص در مناطق گرمسیری (tropical) سیر صعودی یافته و در بعضی از کشورهای جهان همه‌گیری نیز به دنبال داشته است (۴، ۱۷، ۲۰).

آمارهای منتشره نشان می‌دهد که بیش از ۵۶٪ جمعیت جهان در معرض خطر بیماری مالاریا قرار دارند. هر سال بیش از صد و پنجاه میلیون نفر در جهان به مالاریا مبتلا می‌شوند و مرگ و میر ناشی از این بیماری نیز معادل ۱ تا ۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. بنابراین مالاریا هنوز به عنوان یک مشکل بهداشتی مهم در سطح جهان، اهمیت خود را حفظ کرده است (۱۲، ۶، ۱۷).

سازمان جهانی بهداشت به علت عدم موفقیت در برنامه ریشه کنی مالاریا، موضوع کنترل و پیشگیری این بیماری را در دستور کار خود قرار داد (۱۵، ۲۱، ۲۲). اما به علت مشکلات فنی و اجرایی (مقاوم شدن پشه‌ها در مقابل سموم، مقاومت انگل‌ها در مقابل داروها و ...)، برنامه پیشگیری و کنترل مالاریا (کمتر از ۱ مورد در هزار نفر) نیز با مشکل مواجه گردید، به طوری که در دهه اخیر ابتلا به مالاریا در مناطق مالاریا خیز افزایش یافته است (۳، ۵، ۷، ۱۵).

مالاریا در سال‌های اخیر مهمترین مشکل بهداشتی جنوب شرق کشور بوده (۱، ۳، ۹) و استان کرمان با ۱۲٪ کل موارد بیماری بعد از استان‌های سیستان - بلوچستان و هرمزگان مقام سوم را داراست. شهرستان کهنوج به علت شرایط اقلیمی مناسب و مجاور بودن با دو استان مذکور، با ۷۳/۶٪ موارد مالاریا رتبه اول را در استان کرمان به خود اختصاص داده است (۶). بیماری مالاریا هر ساله خسارت‌های جانی و مالی زیادی به مردم این شهرستان

وارد می‌کند. دولت نیز سالانه مبلغ قابل توجهی در امور پرسنلی، تدارک دارو، خرید سموم از خارج کشور، خرید ماشین آلات و ... هزینه می‌کند، اما اقدامات انجام شده نتیجه قابل قبولی نداشته است.

تحقیقات انجام شده در نقاط مختلف جهان نشان می‌دهد که روستائیان درک بالایی از خطر بیماری‌زایی مالاریا دارند، ولی دارای آگاهی ضعیف می‌باشند و روش‌های محافظتی (رفتارهای بهداشتی) آنها در سطح پایین قرار دارد (۱۰، ۱۹، ۲۴). به لحاظ اهمیت موضوع، سازمان جهانی بهداشت و سایر نهادهای ذریبط مسأله مالاریا را در اولویت تحقیقاتی خود قرار داده‌اند؛ همواره پی‌گیر کنترل آن هستند و بر تلاش‌های همه جانبه به خصوص در زمینه توجه به آگاهی مردم تأکید دارند (۸، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹). پژوهشگر ضمن تأکید بر روش‌های رایج در امر مبارزه با مالاریا، نقش جوامع در معرض خطر را نیز با اهمیت می‌داند. لذا به منظور تعیین میزان دانش، نگرش و رفتارهای بهداشتی نسبت به مالاریا، این تحقیق در آبان ماه ۱۳۷۶ در زنان روستاهای شهرستان کهنوج صورت گرفت. انتظار می‌رود با استفاده از این پژوهش بتوان پیشنهادات و روش‌های جدیدی جهت برنامه‌ریزی دقیق در پیشگیری و کنترل مالاریا در اختیار دست‌اندرکاران اجرایی قرار داد.

روش پژوهش

این بررسی یک مطالعه مقطعی است که به منظور بررسی دانش، نگرش و رفتارهای بهداشتی زنان نسبت به بیماری مالاریا در روستاهای شهرستان کهنوج در آبان ماه سال ۱۳۷۶ انجام شد. چون در مناطق روستایی کهنوج بیشتر مردان جهت کار به خارج از روستا می‌روند و گاه بیش از چند روز به منزل مراجعه نمی‌کنند یا در روستا به کار کشاورزی مشغولند و زنان بیشتر در خانه به سر می‌برند، به همین دلیل در این تحقیق زنان به عنوان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. حجم نمونه مشتمل بر ۵۱۷ نفر از زنان روستایی بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی (Pilot study) در رابطه با سؤالات پرسش‌نامه، با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه جهت برآورد نسبت، محاسبه گردید.

نمونه‌گیری بصورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. در مرحله اول از پنج بخش رودبار، قلعه گنج، فاریاب، حومه و منوجان بطور تصادفی بخش حومه و منوجان انتخاب گردید. در مرحله دوم از هر بخش دو روستا انتخاب شدند (چهار روستا). سپس با توجه به جمعیت هر روستا حجم نمونه مورد نظر انتخاب گردید.

اکثر زنان مورد مطالعه (۹۷٪) با واژه مالاریا آشنا بودند و غالباً منبع کسب اطلاعات خود در زمینه مالاریا را کارکنان بهداشتی (۷۱٪) ذکر می‌کردند، ولی هیچ کدام از آنها در زمینه مالاریا آموزش رسمی دریافت نکرده بودند. ۶۶/۲٪ از افراد مورد مطالعه اظهار نمودند که خود یا یکی از اعضاء خانواده آنها به مالاریا مبتلا شده است.

در مورد وضعیت دانش، زنان ۳۸/۱٪ نمره دانش را کسب کردند ($\bar{X}=15/2, SD=2/1$) و دامنه این تغییرات بین حداقل ۵ و حداکثر ۲۳ بود. مقایسه نمره کل دانش بر حسب ویژگی‌های واحدهای مورد مطالعه، تفاوت معنی‌داری را در مورد متغیرهای سن ($P<0/02$)، تحصیلات ($P<0/003$)، شغل ($P<0/38$)، نوع مسکن ($P<0/001$)، بومی بودن ($P<0/03$)، داشتن تلویزیون ($P<0/02$) و نوع آب مصرفی ($P<0/04$) نشان داد، به طوری که میانگین دانش گروه سنی ۳۰-۲۱ سال، زنان دارای تحصیلات بالاتر از مقطع ابتدایی، شاغل، ساکن در اطاق، غیر بومی، دارای تلویزیون و آب لوله کشی نسبت به سایر گروه‌ها در هر یک از متغیرهای مذکور بیشتر بود (جدول ۱). در مورد نحوه ابتلا به بیماری مالاریا تنها ۵۱/۸٪ افراد مورد مطالعه گزارش پشه را ذکر کردند، در صورتی که در مورد تشخیص قطعی مالاریا بیشتر افراد (۸۹/۲٪) به آزمایش خون اشاره کردند. ۸۹/۶٪ زنان مورد مطالعه بیماری مالاریا را قابل پیشگیری و ۹۶/۵٪ نیز آن را قابل درمان می‌دانستند. در پاسخ به سؤال‌های مربوط به استفاده از داروهای ضد مالاریا در بیماران مبتلا به بیماری، تنها ۲۱/۹٪ افراد مصرف دارو را تا پایان دوره درمان و ۷۸/۱٪ قطع دارو را با برطرف شدن نشانه‌های بیماری ذکر کردند. در زمینه روش‌های پیشگیری از گزش پشه مالاریا ۷۲/۹٪ استفاده از پشه‌بند، ۷/۲٪ نصب توری در جلوی درب و پنجره و ۴/۱٪ جلوگیری از نگهداری حیوانات در مجاورت منزل را اظهار کردند. ۳۰/۳٪ از زنان مورد مطالعه، تولید مثل پشه را به روش تخم‌گذاری و بقیه از طریق زایمان می‌دانستند.

در زمینه نگرش، نتایج نشان داد که افراد مورد مطالعه ۸۳٪ نمره را کسب نمودند ($\bar{X}=62/2, SD=6/3$) و دامنه تغییرات نمره کل نگرش بین حداقل ۴۷ و حداکثر ۷۵ بود. نمره کل نگرش نیز بر حسب ویژگی‌های زنان تحت بررسی مورد مقایسه قرار گرفت که در نتیجه تفاوت معنی‌داری در مورد متغیرهای سن ($P<0/02$)، نوع مسکن ($P<0/006$) و نوع آب مصرفی ($P<0/02$) مشاهده گردید، به طوری که میانگین نمره نگرش زنان گروه سنی ۵۰-۴۱ سال ($\bar{X}=63, SD=6/2$)، ساکن در اطاق ($\bar{X}=62/5, SD=6$) و دارای آب لوله کشی ($SD=6/3$)

گردآوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته که با استفاده از منابع معتبر و نظرات چند نفر از صاحب نظران کشور تهیه شده بود، صورت گرفت. پرسش‌نامه در سه بخش شامل ویژگی‌های جمعیتی، ۲۶ سؤال در مورد دانش، ۲۵ سؤال مربوط به نگرش تنظیم گردید. جهت تعیین روایی پرسش‌نامه از شاخص روایی محتوی استفاده شد، روایی تک تک سؤالات ۱-۹/۰، پرسش‌نامه دانش ۰/۹۷ و پرسش‌نامه نگرش ۰/۹۲ به دست آمد. جهت تعیین روایی سؤالات مربوط به عملکرد از روایی صوری استفاده شد. به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش آزمون مجدد استفاده شد. پرسش‌نامه در دو نوبت به فاصله ده روز به ۶۰ نفر از افراد مشابه با نمونه مورد مطالعه داده شد. ضریب همبستگی نمرات حاصل از دو نوبت آزمون برای دانش و نگرش به ترتیب ۰/۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. در مورد سؤالات عملکرد ضریب کاپا برای هر یک از سؤالات محاسبه گردید که بین حداقل ۰/۷۵ تا حداکثر ۱ تعیین گردید. جمع‌آوری داده‌ها توسط بهورزان که تحت نظر پژوهشگر به مدت ۸ ساعت در رابطه با نحوه تکمیل پرسش‌نامه آموزش دیده بودند در طی سه هفته، انجام شد.

به منظور بیان میزان دانش با توجه پاسخ‌های صحیح نمره‌ای بین ۲۹-۰ و در مورد نگرش با توجه به مقیاس سه درجه‌ای لیکرت (موافق، بی‌نظر، مخالف) نمره‌ای بین ۷۵-۲۵ در نظر گرفته می‌شد. در مورد رفتارهای بهداشتی بر اساس نحوه انجام هر رفتار، به صورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌گرفت. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون‌های مجذور کای، کروسکال والیس و آنالیز واریانس یکطرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نمونه مورد مطالعه شامل ۵۱۷ نفر از زنان روستایی بود که بیشتر آنها (۳۵٪) در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال و تعداد کمی از آنها (۱۰٪) در گروه سنی بالای ۵۰ سال قرار داشتند.

۶۸٪ افراد مورد مطالعه بی‌سواد و تنها ۷٪ دارای تحصیلات بالاتر از مقطع ابتدایی بودند. از نظر شغل اکثر زنان (۹۷٪) خانه‌دار و بقیه در کارهای دولتی اشتغال داشتند. ۸۱/۶٪ افراد مورد بررسی بومی و بقیه غیر بومی بودند. از نظر وضعیت محل سکونت ۸۶٪ در اتاق و ۱۴٪ در محل‌های موقت از قبیل کپر سکونت داشتند. از نظر امکانات زندگی، ۱۸٪ فاقد برق بودند؛ ۱۱٪ از آب لوله کشی استفاده می‌کردند و تقریباً نیمی از خانواده‌ها (۴۹٪) فاقد تلویزیون بودند.

جدول ۱: مقایسه نمره دانش در زمینه مالاریا بر حسب متغیرهای سن، تحصیلات، شغل، مسکن، نوع اقامت، آب مصرفی و تلویزیون در زنان روستایی شهرستان کهنوج در سال ۱۳۷۶

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد	دانش	
					متغیر	
P<۰/۰۲	۳/۳	۱۴/۱۰	۲۰	۱۰۶	۱۵-۲۰	سن
	۲/۷	۱۵/۷۵	۳۵	۱۸۲	۲۱-۳۰	
	۲/۱۷	۱۵/۰۲	۲۳	۱۲۰	۳۱-۴۰	
	۲/۴	۱۵/۳۳	۱۲	۶۰	۴۱-۵۰	
	۲/۸	۱۴/۷۸	۱۰	۴۹	۵۰+	
P<۰/۰۰۳	۲/۸	۱۴/۷۶	۶۸	۳۵۲	بی سواد	تحصیلات
	۲/۹	۱۵/۳	۵/۵	۲۸	خواندن	
	۲/۷	۱۵/۵۵	۷/۷	۴۰	خواندن و نوشتن	
	۲/۵	۱۶	۱۲/۲	۶۳	ابتدایی	
	۳/۸	۱۶/۲۴	۶/۶	۳۴	بالتر از ابتدایی	
P<۰/۰۳۸	۲/۸۶	۱۵/۰۳	۹۷/۵	۵۰۴	خانه دار	شغل
	۲/۸	۱۷/۸۵	۲/۵	۱۳	کارمند	
P<۰/۰۰۱	۲/۸۸	۱۵/۲۷	۸۶	۴۱۶	اطاقی	مسکن
		۱۳/۹۸	۱۴	۷۱	محل موقت	
P<۰/۰۰۳	۲/۸۴	۱۴/۹۶	۸۱/۶	۴۲۶	بومی	نوع اقامت
	۳/۱	۱۵/۶۹	۱۸/۴	۹۵	غیر بومی	
P<۰/۰۰۴	۲/۹	۱۵/۲	۸۹	۴۶۰	لوله کنشی	نوع آب مصرفی
	۲/۸	۱۴/۳۵	۱۱	۵۷	غیر لوله کنشی	
P<۰/۰۰۲	۲/۷۵	۱۵/۵	۵۱	۲۶۴	دارد	تلویزیون
	۲/۹۷	۱۴/۷	۴۹	۲۵۳	ندارد	
	۲/۱	۱۵/۲	۱۰۰	۵۱۷	کل	

داشته است (جدول ۳).

به منظور بررسی وضعیت رفتارهای بهداشتی و ارتباط آن با تعدادی از ویژگی‌های واحدهای مورد مطالعه، آزمون آماری کای دو انجام شد و رابطه معنی داری بین سن و استفاده از پشه بند ($P<۰/۰۰۰۱$)، سن و وجود مکان‌های متروکه در مجاور منزل مسکونی ($P<۰/۰۰۰۲$)، تحصیلات و استفاده از حشره کش‌ها ($P<۰/۰۰۰۱$)، مشاهده گردید، به طوری که بیشترین موارد استفاده پشه‌بند در گروه سنی ۱۵-۲۰ سال (۴۰/۵٪) و کمترین آن در گروه سنی بالای ۵۰ سال (۱۴/۵٪) وجود داشته است. بیشترین موارد استفاده از حشره کش اسپری در بین افراد با تحصیلات

($\bar{X}=62/5$) نسبت به سایر گروه‌ها در متغیرهای ذکر شده بالاتر بود (جدول ۲).

در مورد رفتارهای بهداشتی، ۹۷/۶٪ از افراد اجازه سمپاشی محل‌های سکونت خود را به مأمورین می‌دادند، در عین حال سمپاشی آشپزخانه، اطاق نشیمن و محل نگهداری حیوانات را به ترتیب در ۷۸/۱٪، ۱۷/۴٪ و ۲/۴٪ موارد، کافی نمی‌دانستند. در مورد استفاده از پشه بند ۳۰٪ پاسخ مثبت دادند که تنها ۷/۷٪ به موقع از پشه‌بند استفاده می‌کردند. براساس مشاهدات جمع‌آوری کنندگان داده‌ها، فقط در ۳٪ خانه‌ها، درب و پنجره‌ها دارای توری بودند و در مجاور ۳۰٪ خانه‌ها محل‌های متروکه قرار

جدول ۲: مقایسه نمره نگرش نسبت به مالاریا بر حسب متغیرهای سن، مسکن و نوع آب مصرفی در زنان روستایی شهرستان کهنوج در سال ۱۳۷۶

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد	نگرش	
					متغیر	
P<۰/۰۲	۶/۲	۶۰/۴۴	۲۰	۱۰۶	۱۵-۲۰	سن
	۶/۱	۶۲/۷۵	۳۵	۱۸۲	۲۱-۳۰	
	۶/۶	۶۲/۷۵	۲۳	۱۲۰	۳۱-۴۰	
	۶/۲	۶۳/۰۰	۱۲	۶۰	۴۱-۵۰	
	۶/۲	۶۲/۰۰	۱۰	۴۹	۵۰+	
P<۰/۰۰۶	۶	۶۲/۵	۸۶	۴۲۲	اطاق	مسکن
	۶	۶۰/۵	۱۴	۹۵	محل موقت	
P<۰/۰۲	۶/۳	۶۲/۵	۸۹	۴۶۰	لوله کشی	نوع آب مصرفی
	۶/۲	۶۰/۳	۱۱	۵۷	غیر لوله کشی	
	۶/۳	۶۲/۲	۱۰۰	۵۱۷	کل	

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نحوه انجام برخی از رفتارهای بهداشتی زنان روستایی شهرستان کهنوج

نسبت به مالاریا در سال ۱۳۷۶

خیر		بلی		نحوه انجام رفتار
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۵۳	۲۷۴	۴۷	۲۴۴	استفاده از اسپری حشره کش
۲/۴	۱۲	۹۷/۶	۵۰۲	اجازه سمپاشی اماکن
۷۰	۳۶۲	۳۰	۱۵۵	استفاده از پشه بند
۹۷	۵۰۲	۳	۱۵	نصب توری به درب و پنجره
۶۱/۳	۳۱۷	۳۸/۷	۲۰۰	نگهداری آب در ظروف روباز نظیر بشکه
۷۰	۳۶۲	۳۰	۱۵۵	اماکن متروکه در مجاورت منزل

موارد ساکن در اطاق و محل های موقت به ترتیب ۴۲ و ۱۸٪ همیشه هنگام شب کودکان خود را در محلی دور از گزش پشه می خوابانند. ۱۱/۵٪ افراد مورد مطالعه به پوشیدن لباس های بلند به منظور جلوگیری از گزش پشه مالاریا، اقدام می نمودند.

بحث

توزیع سنی جمعیت زنان تحت مطالعه نشان می دهد که بیش

بالا تر از مقطع ابتدایی (۶۴/۵٪) و کمترین آن در بین افرادی سواد (۴۴٪) دیده شد. همچنین رابطه معنی داری بین قرار دادن کودکان هنگام خواب در محلی مصون از گزش پشه با متغیرهای تحصیلات (P<۰/۰۰۵)، آب مصرفی (P<۰/۰۰۵) و مسکن (P<۰/۰۰۱) وجود داشت، به طوری که زنان با تحصیلات بالاتر از ابتدایی و بی سواد به ترتیب با ۳۵٪ و ۱۱/۵٪ و کسانی که دارای آب لوله کشی و فاقد آب لوله کشی بودند به ترتیب ۲۶ و ۸/۵٪ و

استفاده سایر اعضای خانواده، در صورت ابتلا به مالاریا نگهداری می‌کردند. در تحقیق مشابهی که در سال ۱۹۹۳ در جامعه روستایی کشور زیمبابوه انجام گردید از کل افراد مورد مطالعه ۳۹٪ دوره کامل را لازم می‌دانستند و بقیه داروها را جهت سایر اعضای خانواده، در صورت ابتلا به بیماری نگهداری می‌نمودند (۱۹).

در این مطالعه بین دانش و نگرش زنان مورد بررسی، با انجام آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید ($r=0/02$). وضعیت بهتر نگرش موارد تحت بررسی نسبت به دانش آنها در ارتباط با مالاریا، می‌تواند به دلیل سابقه طولانی بیماری در منطقه و احساس خطر موارد تحت بررسی باشد. این موضوع با یافته‌های تحقیق ۱۹۹۳ در جوامع روستایی زیمبابوه هم‌خوانی دارد (۱۹).

زنان مورد مطالعه رفتار و عملکرد مناسبی راجع به روش‌های پیشگیری از مالاریا از خود نشان نداده‌اند، به طوری که ۴۷٪ موارد هفته‌ای یک بار در فصل تابستان از حشره‌کش استفاده می‌کردند. در تحقیق انجام شده در کشور زئیر ۵۵/۵٪ از حشره‌کش جهت پیشگیری از مالاریا استفاده می‌نمودند (۲۴). در زمینه استفاده از پشه بند به عنوان یک وسیله پیشگیری تنها ۳۰٪ موارد تحت بررسی، از آن استفاده می‌نمودند، که این مطلب نشان دهنده دانش محدود آنها نسبت به روش‌های پیشگیری از مالاریا است. در تحقیقات مشابهی که در کشورهای ایران، پاکستان و ژنیر انجام شده به ترتیب ۳۰٪، ۴۸٪ و ۳۸/۶٪ از پشه بند به عنوان یک اقدام پیشگیری کننده از مالاریا استفاده می‌نمودند (۱۰، ۱۶، ۲۳، ۲۴).

۳٪ افراد مورد مطالعه در زمینه نصب توری در جلوی درب و پنجره اتاق اقدام کرده بودند که احتمالاً این امر می‌تواند ناشی از میزان دانش کم آنها نسبت به مالاریا یا عدم وجود امکانات لازم، جهت تهیه این گونه وسایل باشد. در ضمن افرادی که دارای تحصیلات بالاتر از مقطع ابتدایی بودند بیشتر از توری استفاده نموده بودند. در مجاور ۳۰٪ از واحدهای مسکونی، مکان‌های متروکه وجود داشت، که این مکان‌ها می‌تواند محل مناسبی برای استراحت پشه‌های مالاریا باشد، به طوری که پشه‌ها هنگام غروب و ابتدای شب از محل‌های متروکه خارج شده و افرادی را که در فضای باز در حال استراحت یا خواب هستند مورد گزش قرار دهند. عدم توجه به این موضوع می‌تواند ناشی از آشنا نبودن موارد تحت بررسی به مکان‌های استراحت پشه مالاریا و زمان تغذیه آنان باشد، زیرا در این تحقیق فقط ۱۹/۷٪ موارد به مکان‌های استراحت پشه مالاریا و کمتر از نیمی به زمان تغذیه آنها آشنایی داشتند.

زنان با تحصیلات بالاتر، دارای آب لوله‌کشی و ساکن در

از ۹۰٪ آنها کمتر از ۵۰ سال داشته‌اند که با هرم سنی جمعیت کشور، منتج از سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۷۵ منطبق می‌باشد (۱۱). در این پژوهش بیش از ۶۸ درصد نمونه مورد مطالعه بی‌سواد بوده‌اند که این میزان بیشتر از آماری است که در همین منطقه در سال‌های ۷۴-۱۳۷۳ گزارش شده است (۱۰). میزان دانش افراد مورد مطالعه در این تحقیق با $38/1\%$ ($\bar{X}=15/2$ و $SD=2/1$) در سطح پایینی قرار داشته است که با نتایج بررسی مشابهی که در سال ۷۴-۱۳۷۳ در مناطق روستایی و شهری استان‌های کرمان (جیرفت و کهنوج)، سیستان و بلوچستان و هرمزگان انجام شده، مطابقت دارد (۱۰). در این تحقیق بیش از ۹۷٪ موارد با کلمه مالاریا آشنایی داشتند، که دلیل عمده آن می‌تواند ناشی از قدمت بیماری در منطقه و تداوم آن در حال حاضر باشد. در مطالعه‌ای که در کشور پاکستان انجام شده، ۸۱/۸٪ با کلمه مالاریا آشنا بودند (۱۶). بین سن و میزان دانش زنان نسبت به مالاریا اختلاف معنی‌داری وجود داشت به طوری که میزان دانش گروه سنی ۳۰-۲۱ سال در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بیشتر بود. این تفاوت به لحاظ تحصیلات بالاتر آنها و توأم بودن آن با مسؤولیت‌پذیری و مواجهه بیشتر با مشکلات مالاریا و در نتیجه درک بیشتر آنها نسبت به خطر بیماری قابل توجه است. ارتباط معنی‌داری نیز بین تحصیلات و میزان دانش موارد مورد مطالعه مشاهده گردید، به طوری که موارد دارای تحصیلات بالاتر دانش بیشتری نسبت به مالاریا داشتند. در تحقیق مشابهی که در مناطق روستایی کشور زیمبابوه انجام شده، افراد با تحصیلات بالاتر از دانش بیشتری نسبت به مالاریا برخوردار بودند (۱۹). در این تحقیق نوع مسکن نیز به عنوان یک متغیر در میزان دانش افراد مؤثر بوده است، به طوری که افراد ساکن در اطاق در مقایسه با افراد ساکن در محل‌های موقت، دانش بیشتری نسبت به مالاریا داشتند، این امر را می‌توان به وضعیت بهتر اقتصادی و سطح تحصیلات بیشتر آنها نسبت داد. آزمون آماری ارتباط معنی‌داری را بین شغل و میزان دانش نسبت به مالاریا نشان داده است. زنان شاغل در مقایسه با زنان خانه‌دار دانش بیشتری در مورد مالاریا داشتند که دلیل آن را می‌توان به تحصیلات بیشتر آنها ارتباط داد. حدود نیمی از نمونه مورد مطالعه تلویزیون داشتند، که میزان دانش آنها نسبت به افرادی که فاقد تلویزیون بودند بیشتر بود. این تفاوت می‌تواند اهمیت رسانه مذکور را در ارتقاء فرهنگ جامعه نشان دهد.

زنان مورد بررسی دانش کمی نسبت به مصرف یک دوره کامل داروهای ضد مالاریا داشتند، به طوری که تنها ۲۱/۹٪ مصرف کامل دارو را لازم می‌دانستند و بقیه داروها را جهت

مبارزه با پشه مالاریا استفاده می‌کردند (۱۶). نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که موارد تحت بررسی به خصوص در رابطه با دانش و رفتارهای بهداشتی در وضعیت بسیار ضعیفی قرار دارند. لذا ضروری است که در کنار برنامه‌های سمپاشی، بیماریابی و درمان، در امر آموزش جوامع در معرض خطر و انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه مساعی لازم به عمل آید. امید است که نتایج این پژوهش بتواند اقدامی مثبت در امر آموزش بهداشت و ارزیابی فعالیت‌های آموزشی باشد.

اطاق، بیشتر از سایرین، کودکان خود را هنگام شب، در محلی دور از گزش قرار می‌دادند که دلایل عمده آن می‌تواند ناشی از تحصیلات بیشتر، وضعیت اقتصادی و محل سکونت بهتر آنها باشد. در زمینه پوشیدن لباس بلند به عنوان یک رفتار بهداشتی فردی فقط ۱۱/۵٪ موارد همیشه و یا اغلب از لباس بلند استفاده می‌کردند که دلیل عمده آن می‌تواند ناشی از عدم آشنایی آنها به روش‌های پیشگیری از مالاریا باشد. در بررسی دانش، نگرش و رفتار بهداشتی در سال ۱۹۹۱-۱۹۹۲ در مناطق شهری و روستایی کشور پاکستان، ۱۶/۵٪ از لباس‌های بلند به منظور

Summary

A Survey on Knowledge, Attitude and Health Behaviour of Kahnujian Rural Women Concerning Malaria in 1997

A. Rostami, MS¹; AR. Hidarnia, PhD²; S. Mohmmadalizadeh, MS³; and S. Faghihzadeh, PhD²

1. PhD Student, Health Education Dept., Tarbiat Modarres University 2. Assistant Professor of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University 3. Faculty Member, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

Currently the control policy of malaria is based on the patient's treatment, killing of the larvae and application of insecticides, whereas the important factors such as knowledge, attitude and health behaviour have been mostly ignored. This study was carried out to determine. Knowledge, attitude and health behaviour of 517 women in rural areas of Kahnuj city. The subjects were selected by multi-stage random sampling and data from them were collected by filling in questionnaire during face to face inter view. The result showed that the women's scores on knowledge and attitude were 38.1% ($\bar{X}=15.2$, $SD=2.1$) and about 83% ($\bar{X}=62.2$, $SD=6.3$), respectively. The mean score for knowledge was significantly higher in women with more education ($P<0.003$). Concerning the health behaviour, the result indicated that 30% of the responders used bednet and only 3% of them covered their windows with small size wire grids. However, the other common methods for protection and prevention were rarely used by the subjects. Our results suggest that in order to prevent and control malaria the common measures (including the treatment of the patients and application of insecticides, etc.) should not only be applied but also other methods such as improving the health behaviour, knowledge, attitude and contribution of people should be considered.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1998; 5(4): 193-200

Key Words: Malaria, Health behaviours, Knowledge, Attitude

منابع

۱. آماجی، نل: مالاریا. ترجمه زعیم، مرتضی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران.
۲. ادریسیان، غلامحسین: داروهای ضد مالاریا، درمان و پیشگیری دارویی مالاریا. مجله دارو و درمان، ۱۳۶۸، سال ششم، شماره ۶۳، ص ۳۳-۱۸.

۳. زعیم، مرتضی، و دیگران: مالاریا در استان سیستان و بلوچستان. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۰، سال هشتم، شماره ۸۷، ص ۱۵-۱۰.
۴. عصر، محمد: مالاریای شدید و عارضه‌دار. (ترجمه) مجله سازمان بهداشت جهانی.
۵. شریفی، ایرج، کشاورز، حسین: درمان بالینی مالاریا حاد، سازمان بهداشت جهانی. (ترجمه) انتشارات جهاد دانشگاهی، استان کرمان، ۱۳۷۲، ص ۶۱-۶۲.
۶. شریفی، ایرج، میرحسینی، سید برهان، فرخی، محمد و فرج پور، محمد: وضعیت مالاریا در استان کرمان در طی سالهای ۱۳۷۲ - ۱۳۶۰. مجله دارو و درمان ۱۳۷۲، سال یازدهم، شماره ۱۲۲، ص ۲۸-۲۲.
۷. محمودی، اسفندیار، کوهستانی، زرین تاج: گزارش از اجلاس مالاریا، (W.H.O). (ترجمه) انتشارات مرکز بهداشت استان کرمان واحد مبارزه با مالاریا، ۱۳۷۱.
۸. وزیران، پرویز: مالاریا، راهنمای آموزشی کارکنان بهداشت شهرستان در مبارزه با مالاریا. تهران، اداره کل مبارزه با بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۴.
۹. وضعیت مالاریا در جهان و ایران تا پایان سال ۷۰. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۱.
۱۰. ناصری نژاد، داریوش: بررسی آگاهی و عملکرد ساکنین شهری و روستایی مناطق اندمیک جنوب شرقی ایران نسبت به مالاریا و مبارزه با آن. پایان نامه دوره علوم عالی بهداشتی (M. P. H)، شماره ۱۳۸، دانشکده بهداشت، دانشگاه پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، سال ۱۳۷۴.
۱۱. سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۷۵. چاپخانه مرکز آمار ایران، تهران، ۱۳۷۶، ص ۱۵-۱۰.
12. Aikins MK, Pickering H and Greenwood BM. Attitudes to malaria, traditional practices and bednets ("Mosquito nets") as vector control measures: A comparative study in five west African countries. *J Trop Med Hyg* 1994; 97(2): 81-86.
13. Béhhrens RH and Curtis CF. Malaria in travellers: Epidemiology and prevention. *Br Med Bull*. 1993; 49(2): 363-381.
14. Helitzer Allen DL, Mc Farland DA, Wirima JJ and Macheso AP. Malaria chemoprophylaxis compliance in pregnant Women: A cost effectiveness analysis of alternative interventions. *Soc Sci Med* 1993; 36(4): 403-407.
15. Medunsa Malaria The Sobering Facts. Publication of medical University of southren Affrica (Brife) V 1996; 10-110.
16. Pakistan Health Educcion Survley. 1991-1992. Publied by Ministry of Health Government of pakistan Islamabad and World Health Organization 1992.
17. Ruebush TK and Godoy HA. Community participation in malaria surviellance and treatment; I. The Volunteer Collaborator Network of Guatemala. *Am J Trop Med Hyg* 1992; 46(3): 248-260.
18. Sharma Sk, Jalees S, Kumar K and Ruhman Sj. Knowledge attitude and belief about malaria in tribal area of bartra. *Indian J Public Health* 1993; 37(4): 129-132.
19. Vundule C and Mharahurwa S. Knowledge, Practices, and perceptions about malaria in rural communities of Zimbabwe relevance to malaria control. *Bulletin of the World Health Organization*, 1993; 74(1): 55-60.
20. Malaria control as part of primary health care Geneva, *World Health Organization*. 1994.
21. *World Health Organization*. Malaria Control and national health goals Geneva, 1982.
22. W.H.O. Implementation of the global malaria control strategy. report of a W.H.O study group on the implementation of the Global plan of Action for Malaria 1993; 839: 1-57.
23. Zaim M, Nasserri Nejad D, Azoordegan F and Emadi Am. Knowledge and practice of residents about malaria in southeast Iran (1994). Department ot Medical Entomology, School of Public Health, Tehran, Iran. *Acta Trop* 1997; 64(3-4): 123-130.
24. Zandu A, Malengreau M and Wery M. Methods and expenses for protection against mosquitoes in households in Kinshasa, Zair. *Ann Soc Belg Med Trop* 1991; 71(4): 259-266.