NOVIN Health Journal

مجله نوین سلامت

دوره سوم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۷، صفحه ۳۹-۳۲

اصیل

بررسی ارتباط بین آگاهی و بهداشت فردی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان چابهار در مورد بیماری سل

محمدسعید جدگال[۱]، سعیده صادقی[۱]، نوشین یوشنی[۱]، فرهاد جهان‌آبادی[۲*]

دریافت: ۹۷/۰۵/۱۸ اصلاح: ۹۷/۰۹/۱۸ پذیرش: ۹۷/۱۰/۱۹

چکیده

سابقه و هدف: بیماری سل یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین آگاهی و بهداشت فردی زنان در مورد بیماری سل انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مقطعیِ ۴۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری در دسترس موردمطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بود. روایی آن توسط متخصصین تائید و ضریب پایایی پرسشنامه ۷/۶ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری میانگین، انحراف معیار، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون همبستگی پیرسون آنالیز شد.

یافته‌ها: بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش (۶۴/۴ درصد) در محدوده سنی ۱۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند و اکثر افراد موردمطالعه (۳۷/۸ درصد) بی‌سواد بودند. بین نمرات آگاهی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان چابهار در خصوص بیماری سل بر اساس وضعیت شغلی، رعایت بهداشت فردی و سطوح مختلف تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود داشت. ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه، باید نسبت به آموزش زنان با تحصیلات پایین در مورد علائم، راه‌های انتقال، روش‌های پیشگیری و تشخیص بیماری سل به‌منظور رعایت بهداشت فردی توجه بیشتری معطوف گردد.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، بهداشت فردی، سل

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۲- کارشناس ارشد مدیریت (گرایش منابع انسانی)، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

* **نویسنده مسئول:** فرهاد جهان آبادی

آدرس: میدان دکتر حسابی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تلفن: ۹۲۱۵۳۰۷۳۴۵ ۹۸+

پست الکترونی: jahanabadifarhad0@gmail.com

مقدمه

سل یک بیماری عفونی ناشی از مایکوباکتریوم توبرکلوزیس می‌باشد این بیماری در سنین و طبقات اجتماعی مختلف به وجود می‌آید (۱). سل یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط می‌باشد که در سال ۲۰۱۳، ۱/۵ میلیون مرگ‌ومیر و ۹ میلیون مورد جدید سل گزارش شده است (۲). بیماری سل باعث ضرر و زیان شدید اقتصادی می‌شود (۳). همچنین این بیماری دومین علت اصلی مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی در سراسر جهان پس از ویروس نقص ایمنی انسان (ایدز) می‌باشد (۴). عفونت سل یکی از عفونت‌های پنهان در جمعیت جهان است که ۵ تا ۱۰ درصد خطر فعال شدن دارد (۵).

عفونت سل در رتبه‌بندی جهانی بیماری‌ها رتبه دهم را دارد و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ همچنان جایگاه خود را حفظ نماید و یا تا رتبه هفتم بالا رود (۶).

در بین ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی، ۹۵٪ موارد سل مربوط به ۹ کشور پاکستان، افغانستان، مصر، عراق، ایران، مراکش، سومالی، سودان و یمن می‌باشد که ۵۱٪ آن مربوط به کشور پاکستان است (۷). ایران دارای رتبه هفدهم ازنظر ابتلا به سل در جهان می‌باشد و اهمیت بیماری از اینجا مشخص می‌گردد که در جهان، هر ۴ ثانیه یک نفر به بیماری سل مبتلا می‌گردد و در هر ۱۰ ثانیه یک نفر به علت ابتلا به بیماری فوت می‌شود (۸). در استان سیستان و بلوچستان به دلیل همسایگی با افغانستان و پاکستان که از آلوده‌ترین مناطق دنیا می‌باشند، سل بیشترین میزان بروز و شیوع (۲/ ۲۹ در یک‌صد هزار نفر) را دارا می‌باشد (۹).

عدم پذیرش درمان سل، رژیم‌های درمانی نامناسب و ضعف اجرایی و مدیریتی برنامه‌های کنترل سل باعث افزایش میزان بروز و شیوع آن شده است (۱۰). حدود ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سل، رژیم دارویی توصیه‌شده را ادامه نمی‌دهند و تعدد داروها، عوارض جانبی نامطلوب و درمان طولانی‌مدت از علل

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-07-28]

مهم آن است (۱۱). عدم پیروی از دستورات دارویی توسط بیماران یکی از معضلات حرفه بهداشت است و بررسی چگونگی آن در برخی از بیماری‌ها به‌خصوص سل، به علت قابلیت سرایت به اجتماع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۲). پذیرش درمان سل و اجرای صحیح و کامل آن تحت تاثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، میزان آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل قرار می‌گیرد (۱۲).

برخی از مطالعات نشان می‌دهد بیمارانی که دچار عفونت سل شده‌اند و از آموزش کافی و آگاهی بهتری برخوردار بودند از دستورات دارویی تجویزشده پیروی بهتری داشتند و پذیرش درمان برای آن‌ها راحت‌تر بوده است (۱۳). پذیرش و اجرای صحیح و کامل درمان، تحت تاثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، میزان آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به سل قرار دارد و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با درک بهتر سطح آگاهی بیماران می‌توانند استراتژی‌های مدیریتی و آموزشی دقیق‌تری را تنظیم نمایند (۱۴).

خانم‌های جنوب استان سیستان و بلوچستان و ازجمله شهرستان چابهار عموماً خانه‌دار بوده و ارتباط نزدیک‌تر و بیشتری با تک‌تک افراد خانواده دارند. شناخت درست مدیران و مسئولان از میزان دانش و آگاهی این گروه مهم که درواقع ستون اصلی خانواده هستند می‌تواند کمک قابل‌توجه ای به آنان در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای پیشگیری و درمان کامل بیماری بنماید؛ لذا مطالعه حاضر به‌منظور بررسی ارتباط بین آگاهی و بهداشت فردی زنان در مورد بیماری سل انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان چابهار در نیمه اول سال ۱۳۹۵ در مدت‌زمان مشخص بود. برای این مطالعه از روش نمونه‌گیری آسان یا در دسترس استفاده‌شده است. در نمونه‌گیری در دسترس که نمونه‌گیری اتفاقی نیز نامیده می‌شود، واحدهای پژوهش به خاطر حضور اتفاقی آن‌ها درست در مکان و زمانی خاص، در مطالعه شرکت داده می‌شدند. در مطالعات مربوط به‌سلامت این روش نمونه‌گیری مرسوم می‌باشد (۱۵). در مطالعه حاضر به دلیل سهولت، سادگی، نبود وسیله نقلیه مناسب برای حضور در محیط به‌منظور جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و صرفه‌جویی در هزینه‌ها از این نوع نمونه‌گیری استفاده شد.

حجم نمونه بر اساس فرمول شارل کوکران برابر ۳۸۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر، برای اطمینان بیشتر تعداد ۴۰۰ نفر موردمطالعه قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود که این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال و شامل ۷ بخش شامل: اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای (۱۱ سؤال)، آگاهی نسبت به علائم بیماری سل (۱۱ سؤال)، آگاهی نسبت به راه‌های انتقال بیماری (۲ سؤال)، آگاهی نسبت به راه‌های درمان بیماری سل (۱ سؤال)، آگاهی نسبت بهروش‌های پیشگیری از بیماری سل (۳ سؤال)، تشخیص بیماری سل (۱ سؤال) و بهداشت فردی (۷ سؤال) بود. تعداد کل امتیازات پرسشنامه سؤالات آگاهی ۲۰ نمره در نظر گرفته و بر اساس اهمیت سؤالات امتیازبندی انجام شد. بدین‌صورت دامنه نمرات بین ۰ تا ۸ به‌عنوان "آگاهی ضعیف"، بین ۸ تا ۱۴ به‌عنوان "آگاهی متوسط" و بین ۱۴ تا ۲۰ به‌عنوان "آگاهی خوب" در نظر گرفته شد. تعداد کل امتیازات پرسشنامه سؤالات پرسشنامه بهداشت فردی ۲۸ نمره بود که بر اساس اهمیت سؤالات امتیازبندی انجام گرفت. برای این منظور مثلاً در مورد سؤال "اگر دست‌هایتان با ترشحات بدن خودتان مثل آب بینی یا دهان تماس پیدا کرد کدام اقدام را مناسب میدانید؟" به جواب "دست‌ها را با الکل ضدعفونی می‌کنم" نمره ۴، به جواب "دست‌ها را با آب و صابون می‌شویم " نمره ۳، به جواب "دست‌ها را آبکشی می‌نمایم " نمره ۲ و به جواب "دست‌ها را با دستمال‌کاغذی تمیز و خشک می‌کنم" نمره ۱ داده شد. دامنه نمرات بهداشت فردی بین ۱ تا ۹ "بهداشت فردی ضعیف"، بین ۹ تا ۱۸ "بهداشت فردی متوسط" و بین ۱۸ تا ۲۸ "بهداشت فردی خوب" در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۵ سال و رضایت جهت شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه و سنین زیر ۱۵ سال در نظر گرفته شد. روایی پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از متخصصین آموزش بهداشت و عفونی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان پس از بررسی و مطالعه پرسشنامه و رفع نواقص تائید گردید و برای پایایی آن از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی ۷/۶ به دست آمد.

کلیه پرسشنامه‌ها با همکاری کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و بهورزان خانه‌های بهداشت شهری و روستایی تکمیل شد و برای یکنواختی کار، قبل از شروع پژوهش جلسه‌ای به مدت دو ساعت با حضور کلیه کارکنان دخیل در گردآوری داده‌ها (از هر مرکز یک نفر) برگزار و توجیهات لازم صورت گرفت و یک نمونه آزمایشی از پرسشنامه تکمیل و رفع اشکال گردید. همچنین برای افرادی که سواد کافی نداشتند خود همکار، پس از پرسیدن سؤالات از زنان مراجعه‌کننده پاسخ‌ها را در پرسشنامه بدون اعمال‌نظر ثبت می‌کرد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون‌های آماری میانگین، انحراف معیار، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۴۰۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی چابهار به‌منظور بررسی ارتباط بین آگاهی و بهداشت فردی آنان در مورد بیماری سل انجام شد.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی زنان ۱/۳ ± ۳۲/۴ سال است. بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش (۲۵۰ نفر معادل ۶۴/۴ درصد با حدود اطمینان ۹۵٪: ۶۹/۱-۵۹/۴) در محدوده سنی ۱۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند. همچنین ۱۱۴ نفر (۲۹/۴ درصد با حدود اطمینان ۹۵٪: ۳۴/۱-۲۴/۸) نیز در محدوده سنی ۳۵ تا ۵۵ سال قرار دارند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ فراوانی نسبی و مطلق زنان مراجعه‌کننده را برحسب میانگین نمرات آگاهی نشان می‌دهد. چنانکه ملاحظه می‌شود ۴۶ نفر (۱۱/۶ درصد با حدود اطمینان ۹۵٪: ۱۵/۱-۸/۵) آگاهی ضعیف، ۲۶۰ نفر معادل ۶۵/۳ درصد (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۶۹/۹-۶۰/۴) آگاهی "متوسط" و ۲۳/۱ درصد (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۲۷/۵-۱۹/۳) دارای آگاهی "خوب" بودند.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-07-28]

جدول ۱: فراوانی نسبی و مطلق خانم های مراجعه کننده بر حسب متغیرهای سن و آگاهی

متغیر	گروه‌بندی	تعداد	درصد	حدود اطمینان
سن	۱۵-۳۵	۲۵۰	٦٤/٤	٥٩/٤-٦٩/١
	۳۵-۵۵	۱۱٤	۲۹/٤	۲٤/۸-۳٤/۱
	۵۵-۷۵	۲۱	۵/٤	۳/۳-۸/۱
	۷۵ و بالاتر	۳	۰/۸	۰/۱-۲/۲
آگاهی	ضعیف (۰-۸)	٤٦	۱۱/٦	۸/۵-۱۵/۱
	متوسط (۸-۱٤)	۲٦۰	٦۵/۳	٦۰/٤-٦۹/۹
	خوب (۱٤-۲۰)	۹۲	۲۳/۱	۱۹/۳-۲۷/۵

ازنظر شغل، نتایج مطالعه نشان داد که بیشتر خانم‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت، یعنی ۳۲۸ نفر به کارخانه‌داری (۸۲ درصد با حدود اطمینان ۹۵٪: ۷۱/۱-۶۲/۴) اشتغال داشتند و فقط ۲۵ نفر (۶/۲ درصد با حدود اطمینان ۹۵٪: ۸/۷-۳/۸) دارای شغل ثابت یا تمام‌وقت بودند. بین نمرات آگاهی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان چابهار در خصوص بیماری سل بر اساس وضعیت شغلی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین میانگین نمره آگاهی مربوط به محصلین و دانشجویان و کمترین آن مربوط به افراد فاقد شغل بوده است. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که این تفاوت‌ها ازنظر آماری معنی‌دار است ($P<۰/۰۵$).

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات آگاهی با سطح سواد واحدهای پژوهش ارتباط داشت به‌نحوی‌که با افزایش سطح سواد، نمره آگاهی نیز افزایش می‌یافت. آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که تفاوت نمره در سطوح مختلف تحصیلات ازنظر آماری معنی‌دار بود ($P< ۰/۰۰۱$). همان‌طور که در جدول شماره ۲ نیز مشاهده می‌شود بالاترین نمره مربوط به کسانی بود که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره آگاهی زنان مراجعه کننده بر حسب شغل و سطح سواد

متغیر	گروه‌بندی	میانگین و انحراف معیار	نتیجه آزمون
وضعیت اشتغال	تمام‌وقت	۱۱/۰۸±۳/۹۲	P=۰/۰۳۸ df=۷ f=۲/۱۵۲
	پاره‌وقت منظم	۱۲/۰۵±۳/۱۱	
	پاره‌وقت نامنظم	۱۲/۰۰±۳/۰۱	
	دانشجو	۱٤/۱٦±۳/۲۷	
	درآمد بدون کار	۹/۹۱±۳/۸۸	
	خانه‌دار	۱۲/۰۷±۳/۲٤	
	بازنشست	۱۰/۷۷±۳/٤۱	
	بیکار	۱۳/۲۳±۳/۳۹	
سطح سواد	بی‌سواد	۱۱/۱۱±۳/۱٤	P=۰/۰۰۰ df=٤ f=۸/۱۹۵
	ابتدائی	۱۲/۵۱±۳/۱۹	
	راهنمایی	۱۲/۱٦±۳/۱۵	
	دبیرستان	۱۲/۷۰±۳/۲۳	
	دانشگاهی	۱٤/۱۹±۳/۳۸	

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-07-28]

در جدول شماره ۳ میانگین نمره بهداشت فردی با میزان آگاهی مقایسه می‌شود. چنانکه ملاحظه می‌گردد، میانگین نمره بهداشت فردی در کسانی که از آگاهی ضعیفی برخوردارند معادل ۲/۱۷ و آگاهی متوسط معادل ۱۳/۳۸ آگاهی خوب معادل ۲۴/۷۸ هست. بر اساس آمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و همبستگی پیرسون ارتباط معناداری بین نمره آگاهی افراد موردمطالعه با نمره رعایت بهداشت فردی مشاهده شد (P< ۰/۰۰۱).

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره رعایت بهداشت فردی بر حسب میزان آگاهی

متغیر	گروه‌بندی	میانگین و انحراف معیار	نتیجه آزمون
آگاهی	ضعیف	۲/۱۷±۳/۲۲	P=۰/۰۰۰ df=۲ f=۵۵/۰۱۵
	متوسط	۱۳/۳۸±۳/۳۵	
	خوب	۲٤/۷۸±۳/۱۸	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره آگاهی مراجعه‌کنندگان خانم به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان چابهار ۳/۴۹ ±۱۲/۲ از ۲۰ بود که نمره متوسطی است. همچنین نتایج پژوهش مشخص کرد که بین میزان آگاهی با سن تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بیشترین میانگین نمره آگاهی مربوط به رده سنی ۱۵ تا ۳۵ سال بود. آزمون آماری مقایسه میانگین‌ها، نشان داد که تفاوت میانگین نمره آگاهی در گروه‌های مختلف سنی ازنظر آماری معنی‌دار است. رابطه بین سن و نمره آگاهی معکوس بود به این معنی که افراد جوان‌تر از آگاهی بیشتری برخوردار بودند.

در تحقیقی که در سال ۲۰۰۳ در تانزانیا انجام‌شده نیز بین میزان آگاهی بیماران مسلول با سن رابطه معکوسی وجود داشته است (۱۶) که با یافته این پژوهش مطابقت دارد. با توجه به این‌که افراد جوان سطح تحصیلات بالاتری نیز داشتند می‌توان گفت بالاتر بودن نمره آگاهی مربوط به این تفاوت هست. بعلاوه افراد تحصیل‌کرده بیشتر به زبان فارسی مسلط هستند و به همین دلیل هم استفاده از رسانه‌های جمعی مثل رادیو و تلویزیون و نشریات و وبلاگ‌ها برایشان آسان‌تر است. استفاده از این امکانات می‌تواند باعث افزایش آگاهی افراد شود.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ در اردبیل انجام‌شده میزان آگاهی بیش از مطالعه ما بوده و همچنین بین سن و میزان آگاهی، ارتباط آماری معنی‌دار نبوده است که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد (۱۷). علت این تفاوت، آن است که اولاً در مطالعه مذکور زن و مرد مشارکت داشته‌اند و ثانیاً جامعه شهرستان اردبیل با شهرستان چابهار تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی زیادی دارد.

در تحقیقی که در سال ۱۳۹۰ در زابل انجام‌شده میزان آگاهی بیماران مسلول از بیماری سل، ۱۳/۳۸ گزارش‌شده که تفاوت آن با پژوهش حاضر احتمالاً مربوط به این است که جمعیت تحت مطالعه در زابل بیماران مسلول بوده‌اند که تحت درمان بوده و آموزش دیده‌اند (۹).

در تحقیقی که در سال ۱۳۸۱ در بوشهر انجام‌شده بود، فقط ۵/۶ درصد از مردم عادی بوشهر از روش‌های انتقال بیماری سل اطلاع داشتند و حتی ۱۱ درصد مردم بوشهر گفته‌اند که برای همیشه باید از بیمار مسلول دوری کرد (۱۸)؛ که نشانه ضعیف بودن آگاهی مردم بوشهر از بیماری سل می‌باشد و با نتایج تحقیق حاضر مطابقت دارد. به دلیل اینکه جمعیت موردمطالعه در این پژوهش مثل مطالعه ما افراد غیر بیمار بودند و این افراد معمولاً آموزش‌های کمتری نسبت به بیماران مسلول از کارکنان بهداشتی دریافت می‌کنند می‌تواند شباهت بین دو مطالعه را توجیه کند.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ در هند اجرا شده ۲۹/۷ درصد شرکت‌کنندگان از روش انتقال بیماری سل اطلاع درستی داشتند و ۲۶/۸ درصد آنان گفته بودند که هیچ اطلاعی از روش انتقال بیماری سل ندارند (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. دلیل این شباهت‌ها با مطالعه ما می‌تواند به علت مشابه بودن افراد موردمطالعه (بزرگ‌سالان غیر بیمار) باشد.

در تحقیق دیگری که در سال ۲۰۰۳ در تانزانیا بر روی بیماران مسلول انجام شده، ۳۰/۱ درصد شرکت‌کنندگان از آگاهی خوب برخوردار بودند (۱۶) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. این تفاوت مربوط به آموزش‌هایی است که بیماران مسلول بعد از تشخیص می‌گیرند باوجوداین، ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان تانزانیایی و ۷۷ درصد واحدهای شرکت‌کننده در پژوهش ما از اطلاعات قابل قبولی برخوردار نبودند. مدنظر قرار دادن این نکته که میزان آگاهی در کشورهای درحال‌توسعه و بخصوص در مناطق دورافتاده کمابیش مشابه هست می‌تواند شباهت‌های بین دو مطالعه را توجیه کند.

با توجه به نتایج مطالعه، بین سن و میزان رعایت بهداشت فردی نیز، این رابطه معنی‌دار بود. در اینجا نیز بیشترین میانگین نمره رعایت بهداشت فردی مربوط به گروه سنی ۳۵ – ۱۵ سال بود. درواقع با افزایش سن میزان رعایت بهداشت فردی کاهش می‌یابد. این یافته با توجه به این‌که افراد جوان فعال‌تر بوده و از آگاهی بیشتری نیز برخوردارند، قابل‌انتظار هست.

نتایج مطالعه نشان داد بین سطح تحصیلات و میزان آگاهی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان چابهار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در تحقیقات دیگری که در شهرهای زاهدان و اردبیل صورت گرفته بود نیز بین سواد و میزان آگاهی ارتباط آماری معنی‌دار بوده است که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۷, ۲۰). در نظر گرفتن این نکته که معمولاً افراد با سطح سواد بالاتر نسبت به افراد با سطح سواد پایین و مقدماتی فرصت‌های آموزشی زیادی برای یادگیری دارند می‌تواند شباهت بین این مطالعه با مطالعه ما را توجیه کند.

همچنین در مطالعات سریرماردی و همکاران (۱۹) و وندوال و همکاران (۱۶) نیز بین سطح تحصیلات و آگاهی در مورد بیماری سل ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشته است که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. به‌عبارت‌دیگر با افزایش سطح سواد میزان آگاهی نیز افزایش می‌یابد. بدیهی است افراد باسواد، ظرفیت‌ها و امکانات بیشتری برای مطالعه، بررسی و تأمین نیازهای خود ازجمله کسب آگاهی در مورد بیماری سل را دارند. آن‌ها می‌توانند از طریق کتب، اینترنت، مجلات، تماس حضوری و ... اطلاعات مختلف را کسب نمایند و نتیجه این پژوهش نیز همین نکته را تائید می‌نماید. با توجه به اهمیت دانش و آگاهی در عملکرد انسان می‌توان از افراد باسواد و تحصیل‌کرده موجود در منطقه برای افزایش آگاهی سایر افراد جامعه استفاده کرد بخصوص در این جامعه که خانم‌ها برای تحصیل مشکلات مضاعفی دارند.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-07-28]

در مطالعه حاضر بین نمره آگاهی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان چابهار در خصوص بیماری سل بر اساس وضعیت شغلی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. در تحقیقی که در سال ۱۳۸۰ زاهدان انجام‌شده بین شغل و میزان آگاهی رابطه آماری معنی‌دار بوده است که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۰) اما در اردبیل بین شغل افراد موردمطالعه و نمره آگاهی رابطه معنی‌داری وجود نداشته است که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت ندارد (۱۷).

این تفاوت ناشی از تفاوت‌هایی است که ازنظر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در بین استان سیستان و بلوچستان و استان اردبیل وجود دارد. بعلاوه جامعه موردمطالعه این پژوهش خانم‌های مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی درمانی بوده‌اند ولی جمعیت موردمطالعه اردبیل از افراد عادی بوده‌اند که به درب منزلشان مراجعه شده است.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، بین نمره آگاهی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان چابهار در خصوص بیماری سل بر اساس رعایت بهداشت فردی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ یعنی کسانی که آگاهی بیشتری از بیماری سل داشتند، بهداشت فردی را هم بیشتر رعایت می‌کردند. لازمه بروز صحیح هر رفتاری، داشتن علم و آگاهی است بنابراین اگر بخواهیم رعایت بهداشت فردی که یکی از راه‌های مؤثر در پیشگیری از بروز موارد جدید سل می‌باشد، به‌صورت یک رفتار بهداشتی در جامعه همه‌گیر گردد؛ افزایش آگاهی مردم ضروری به نظر می‌رسد.

با عنایت به این‌که استان سیستان و بلوچستان یکی از آلوده‌ترین کانون بیماری مزمن و مهلک بیماری سل در کشور هست و با توجه به این واقعیت که بیماری‌های مزمن بدون کمک بیمار و خانواده و افراد جامعه قابل علاج نیستند و با توجه به نتایج کلی مطالعه حاضر، افزایش آگاهی زنان با توجه به نقش آن‌ها در خانواده می‌تواند نقش مؤثری در کنترل بیماری سل داشته باشد.

با توجه به یافته‌های مطالعه، باید نسبت به آموزش زنان با تحصیلات پایین در مورد علائم، راه‌های انتقال، روش‌های پیشگیری و تشخیص بیماری سل به منظور رعایت بهداشت فردی و به‌طورکلی به‌منظور ریشه‌کنی بسیاری از بیماری‌های مهلک همانند سل توجه بیشتری در این خصوص صورت پذیرد؛ و لازم است برای افزایش آگاهی مردم، همانند بیماری ایدز درس بیماری سل در مدارس نیز ارائه گردد.

بزرگ بودن و پراکندگی مراکز بهداشت و خانه‌های و نبود وسیله نقلیه مناسب برای حضور در روستاها به‌منظور جمع‌آوری پرسشنامه‌ها ازجمله محدودیت‌های این پژوهش بوده‌اند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول با کد کمیته اخلاق به شماره IR.ZAUMS.REC.1395.5 استحصال شده است. نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی عزیزانی که در انجام این طرح یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-07-28]

References

1. Ferreira TF, Matsuoka PdFS, Santos AMd, Caldas AdJM. Diagnosis of latent Mycobacterium tuberculosis infection: tuberculin test versus interferon-gamma release. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2015; 48 (6): 724-30.
2. Zenteno-Cuevas R, Hernandez-Morales RJ, Pérez-Navarro LM, Muñiz-Salazar R, Santiago-García J. A rapid PCR assay to characterize the intact pks15/1 gene, a virulence marker in Mycobacterium tuberculosis. Journal of microbiological methods. 2016; 121 (1): 33-35.
3. Ramos D, Silva P, Dellagostin O. Diagnosis of bovine tuberculosis: review of main techniques. Brazilian Journal of Biology. 2015; 75 (4): 830-7.
4. Tolossa D, Medhin G, Legesse M. Community knowledge, attitude, and practices towards tuberculosis in Shinile town, Somali regional state, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. BMC public health. 2014;14 (1): 1-13.
5. Jain PP, Degani MS, Raju A, Anantram A, Seervi M, Sathaye S, et al. Identification of a novel class of quinoline–oxadiazole hybrids as anti-tuberculosis agents. Bioorganic & medicinal chemistry letters. 2016; 26 (2):645-9.
6. Paul A, Denise G, Renee R, Sidibe K. The guideline for the prevention of tuberculosis. Translated by Nasehi M, Mirhaghani L. Teharan: Andishmand; 2009.
7. Jadgal KM, Nakhaei-Moghadam T, Alizadeh-Seiouki H, Zareban I, Sharifi-Rad J. Impact of Educational Intervention on Patients Behavior with Smear-positive Pulmonary Tuberculosis: A Study Using the Health Belief Model. Mater Sociomed. 2015; 27 (4): 229-33.
8. jadgal K M, zareban I, Alizadeh-Siuki H, Izadirad H. The Impact of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Promoting Self-Care Behaviors in Patients with Smear-Positive Pulmonary TB. Iran J Health Educ Health Promot. 2014;2 (2):143-52.
9. Zareban Iraj km, sarani mohammad, rakhshani fatemeh. The beliefs of tuberculosis patients referring to the Zabul Tuberculosis Center in relation to tuberculosis and its treatment through the Health Belief Model. Quarterly Journal of Infectious Diseases and Tropical Medicine. 2011;19 (64): 31-5.
10. Mweemba P, Haruzivishe C, Siziya S, Chipimo P, Cristenson K, Johansson E. Knowledge, attitudes and compliance with Tuberculosis treatment, Lusaka, Zambia. Medical Journal of Zambia. 2008; 35 (4): 121-128.
11. Miller B, Snider Jr DE. Physician noncompliance with tuberculosis preventive measures. Am Rev Respir Dis. 1987; 135 (1):1-2.
12. Erabi A, Changiz T, Darani A, Javadi A, Soleimani B. Quality of patient adherence in tuberculosis and its relationship with some factors. Isfahan Journal of Nursing and Midwifery. 1998; 10 (3):4-9.
13. Clark PM, Karagoz T, Apikoglu-Rabus S, Izzettin FV. Effect of pharmacist-led patient education on adherence to tuberculosis treatment. American journal of health-system pharmacy. 2007; 64 (5): 497-505.
14. Esmael A, Ali I, Agonafir M, Desale A, Yaregal Z, Desta K. Assessment of patients' knowledge, attitude, and practice regarding pulmonary tuberculosis in eastern Amhara regional state, Ethiopia: cross-sectional study. The American journal of tropical medicine and hygiene. 2013; 88 (4): 785-8.
15. souzan gero nb, jenifer geri. Nursing Research Method. Tehran: Andish-e Rafiee; 2015.
16. Wandwalo E, Mørkve O. Knowledge of disease and treatment among tuberculosis patients in Mwanza, Tanzania. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2000; 4 (11): 1041-6.
17. Majidpour Ali Fn, faghihzadeh soghrat. A survey on the awareness, attitude and practice of the people of Ardabil regarding the prevention and control of tuberculosis. Journal of the Iranian Medical Society. 2001; 21 (2): 137-42.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-07-28]

18. Fadaeezadeh Lida NI. Surveying the level of knowledge of the residents of Bushehr city. Infectious and tropical diseases of Iran. 2002; 7 (17): 56-65.
19. Sreeramareddy CT, Kumar HH, Arokiasamy JT. Prevalence of self-reported tuberculosis, knowledge about tuberculosis transmission and its determinants among adults in India: results from a nation-wide cross-sectional household survey. BMC infectious diseases. 2013; 13 (1): 13-16.
20. Pishkar-Monfared Z, Sabzevari S, Mohammad-Alizadeh S. A survey of knowledge and attitude in medication controls of tuberculosis patients reffering to Zahedan anti TB centers in 1999. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 2001; 8 (3): 153-60.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-07-28]

NOVIN Health Journal

Original

The Relationship between Knowledge and Personal Health in Women Referring to Chabahar Health Centers Regarding Tuberculosis

Mohammad Saeed Jadgal[1], Saeedeh Sadeghi[1], Nooshin Youshany[1], Farhad Jahanabadi[2*]

Received: 09 Aug 2018 **Revised: 8 Dec 2018** **Accepted: 9 Jan 2019**

Abstract

Background and Objective: Tuberculosis is one of the main causes of mortality in low-income and middle-income countries. The aim of this study was to investigate the relationship between women's Knowledge and personal health about tuberculosis.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 400 women who referred to health centers in Chabahar in 2016, through convenience sampling.. Data was collected by a researcher-made questionnaire. Its validity was confirmed by experts and the reliability coefficient of the questionnaire was 6.7. Data were analyzed by SPSS software using statistical tests such as mean, standard deviation, one way ANOVA and Pearson correlation test.

Results: The results of the study showed that the mean age of women was 32.4 ± 3.1 years. The largest number of participants in the research (64.4%) were in the age range of 15 to 35 years old, and most of the subjects (37.8%) were illiterate. There was a significant difference between the scores of knowledge of women referring to Chabahar health centers and health houses regarding tuberculosis based on job status, personal health and education levels. ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the study, attention should be paid to educating women with low education about symptoms, transmission of disease, methods for prevention and diagnosis of tuberculosis in order to comply with personal health.

1. Social determinants of health research center, Department of health education and promotion, School of public health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Master of Management (human resource orientation), Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

*** Corresponding Author:**
Farhad Jahanabadi
Address: Dr. Hassabi Sq., Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
Tel: +98 9215307345
Email: jahanabadifarhad0@gmail.com

Keywords: Knowledge, Personal health, Tuberculosis

Please cite this article as: Jadgal MS, Sadeghi S, Youshany N, Jahanabadi F.The Relationship between Knowledge and Personal Health in Women Referring to Chabahar Health Centers Regarding Tuberculosis. Novin Health J. 2019; 3(2):32-9.

[Downloaded from crms.mubabol.ac.ir on 2026-07-28]