

آگاهی، ادراک و عملکرد زنان منطقه بلوچستان در مورد مالاریا

دکتر فاطمه رخشانی*
علیرضا انصاری مقدم**
دکتر رضا عالمی**

چکیده

مشارکت جامعه روش علمی و منطقی برای دستیابی به کنترل مناسب مالاریا می‌باشد. برای تحقق این امر آشنایی با اطلاعات، ادراک و وضعیت رفتار مردم ضروری می‌باشد. در پائیز ۱۳۷۸، تعداد ۵۱ خوشه و بطور کلی ۲۱۶۸ زن همسر دار در پنج شهرستان منطقه بلوچستان از استان سیستان و بلوچستان با تکمیل پرسشنامه مورد مطالعه قرار گرفتند. اکثریت زنان بیسواد بودند. یک سوم آنها مالاریا را بیماری مهم منطقه می‌دانستند و ۵۸/۴٪ پشه را به عنوان ناقل بیماری می‌شناختند. نمره کل آگاهی ۱۵ و میانگین آن در شهر و روستا به ترتیب ۴/۷ و ۵/۵ و با $P < ۰/۰۰۱$ در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بود. شدت و حساسیت درک شده از بیماری نیز در مناطق روستایی بالاتر از مناطق شهری بود. استفاده از پشه بند در روستا ۴۷/۳٪ و در شهرها ۱۴/۳٪ بود. استفاده از پشه بند با آگاهی از پشه به عنوان ناقل بیماری ارتباط مثبت داشت. ۴۹/۹٪ روستائیان و ۷۳/۸٪ ساکنین مناطق شهری در صورت مشاهده علائم تب و لرز به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کردند. ۲۳/۶٪ پنجره‌ها و ۱۸/۸٪ درها در این مناطق دارای توری بودند که در شهرها بیشتر از روستاها بود. ۵۰٪ روستائیان بهورز را منبع اصلی کسب اطلاع خود ذکر می‌کردند. بهورزان نقش قابل توجهی در افزایش آگاهی زنان داشتند در حالیکه نقش مؤثری در تغییر رفتار نداشتند. نقش پزشکان در این رابطه بسیار ضعیف بود. این مطالعه نشان داد که قضاوت فرد و آگاهی وی نقش تعیین کننده‌ای در رفتار پیشگیری کننده دارد و باید آموزش بهداشت در بهبود آن و اتخاذ روشهای مؤثرتر آموزشی اقدام نماید. (مجله طبیب شرق، سال سوم، شماره ۱، ص ۹ تا ۱۵ بهار ۱۳۸۰)

کلواژه‌ها: مالاریا، آگاهی، ادراک زنان، رفتار پیشگیری کننده، بلوچستان، ایران

مقدمه

مالاریا سالانه باعث مرگ ۱/۵ تا ۲/۷ میلیون نفر شده و ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلیون نفر به این بیماری و اغلب از نوع شدید آن مبتلا می‌شوند بیش از یک میلیون نفر از این مرگها در کودکان کمتر از ۵ سال رخ می‌دهد. مالاریا در کشورهای فقیرتر و در میان مردمی که در فقر و با شرایط سخت زندگی می‌کنند بیشتر می‌باشد.^(۱) کشور ما نیز از این بیماری در امان نبوده بیش از ۵۰ درصد موارد مالاریای کشور مربوط

به استان سیستان و بلوچستان می‌باشد و بیشتر از ۸۰ درصد موارد گزارش شده استان نیز متعلق به سه شهرستان جنوبی یعنی ایرانشهر، نیکشهر و چابهار می‌باشد.^(۲) درسی که از تلاشهای ریشه کنی تاکنون گرفته شده آن است که این بیماری را نمی‌توان با تلاشهای تمرکز یافته و با استفاده از یک روش مشابه در همه مناطق کنترل نمود. بلکه استراتژی جهانی برای ریشه کنی مشخص نموده که

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی
** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، پزشکی عمومی

مطالب، دقت و قابلیت درک مطلب بررسی شد. پرسشنامه اولیه به منظور تعیین قابلیت ادراک به زبان بومی در منطقه آزمایش شد و پس از رفع ابهامات و اصلاحات به صورت نهایی در آمد. سؤالاتی در مورد آگاهی از اهمیت، علائم، راههای انتقال، و پیشگیری و ادراک افراد از شدت بیماری در پرسشنامه لحاظ شد.

پرسشنامه با مصاحبه مستقیم به زبان محلی توسط دانشجویان بومی دانشکده بهداشت زاهدان با مراجعه مستقیم به در خانه‌ها و با نظارت مستقیم محقق تکمیل شد. پرسشگران در مورد روش مصاحبه و برقراری ارتباط و روش نمونه‌گیری آموزش دیده بودند.

استان سیستان و بلوچستان دارای هفت شهرستان می‌باشد. در این مطالعه ۵۱ خوشه از پنج شهرستان مشکل دار (ایران شهر، سراوان، خاش، نیکشهر و چابهار) شامل ۲۶ خوشه روستایی و ۲۵ خوشه شهری انتخاب شد. در هر خوشه با ۴۰ خانوار در ماههای مهر و آبان سال ۱۳۷۸ مصاحبه حضوری و پرسشنامه تکمیل شد.

برای ارزیابی آگاهی، ادراک و عملکرد زنان منطقه بلوچستان در مورد مالاریا پرسشنامه‌ای طراحی شد. اجزاء مختلف این پرسشنامه با حضور تعدادی از صاحب نظران در رشته آموزش بهداشت و اپیدمیولوژی و کارشناسان منطقه طراحی شد. این پرسشنامه از نظر روشن بودن مطالب، دقت و قابلیت درک مطلب بررسی شد. پرسشنامه اولیه به منظور تعیین قابلیت ادراک به زبان بومی در منطقه آزمایش شد و پس از رفع ابهامات و اصلاحات به صورت نهایی در آمد. سؤالاتی در مورد آگاهی از اهمیت، علائم، راههای انتقال، و پیشگیری و ادراک افراد از شدت بیماری در پرسشنامه لحاظ شد.

پرسشنامه با مصاحبه مستقیم به زبان محلی توسط دانشجویان بومی دانشکده بهداشت زاهدان با مراجعه مستقیم به خانه‌ها و با نظارت مستقیم محقق تکمیل شد. پرسشگران در مورد روش مصاحبه و برقراری ارتباط و روش نمونه‌گیری آموزش دیده بودند. جمعیت مورد مطالعه

مشکلات مالاریا از کشوری به کشور دیگر و از منطقه‌ای به منطقه دیگر و حتی در گروه‌های مختلف جامعه بسیار متفاوت است و برای کسب موفقیت، این تلاشها باید متناسب با وضعیت هر منطقه‌ای باشد. اهداف این استراتژی، کاهش مرگ از بیماری، کاهش رنج و آلام و آسیبهای اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن می‌باشد. لازم است مردم در باره مالاریا و چگونگی برخورد با آن آشنایی داشته باشند. بنابراین آموزش بهداشت اولویت اصلی می‌باشد.^(۳) از همان ابتدا این واقعیت وجود داشت که مشارکت جامعه نیازمند شناخت اولویتهای منطقه، ادراک و الگوهای رفتاری و نیز مهارتهای برنامه‌ریزی و حمایتی مالی می‌باشد در واقع مشارکت جامعه یک روش منطقی و علمی برای کنترل مناسب مالاریا می‌باشد که فواید ناشی از آن تضمینی و قابل اندازه‌گیری می‌باشد.^(۴)

هدف اصلی این مطالعه تعیین وضعیت اطلاعات، ادراک و رفتارهای زنان همسر دار مناطق شهری و روستایی منطقه بلوچستان در مورد مالاریا بود.

مدل اعتقاد بهداشتی (*Health Belief Model*) یک مدل روانشناسی است که تلاش دارد با استناد به نگرشها و اعتقادات افراد، رفتار بهداشتی آنها را پیشگویی نماید. تهدیدی که افراد از بیماری درک می‌کنند شامل حساسیت درک شده به معنی درک افراد از خطر ابتلا به بیماری، و شدت درک شده به معنی شدت درک شده و عواقب بالینی و پزشکی و اجتماعی آن می‌باشد. فواید و موانع درک شده از رفتارهای بهداشتی نیز در این مدل مد نظر می‌باشد.

روش کار

برای ارزیابی آگاهی، ادراک و عملکرد زنان منطقه بلوچستان در مورد مالاریا پرسشنامه‌ای طراحی شد. اجزاء مختلف این پرسشنامه با حضور تعدادی از صاحب نظران در رشته آموزش بهداشت و اپیدمیولوژی و کارشناسان منطقه طراحی شد. این پرسشنامه از نظر روشن بودن

جدول ۱- میزان نسبی آگاهی زنان از اهمیت بیماری مالاریا و علائم آن

بیماری مهم منطقه	شهر %	روستا %
مالاریا	۳۷	۳۸/۲
اسهال	۲۹/۸	۳۳/۳
بیماری تنفسی	۱۴/۸	۲۲/۴
سایر بیماریها	۱۲/۴	۱۸/۴
آگاهی از علائم بیماری مالاریا		
تب	۷۳/۸	۸۱/۲
لرز	۵۳/۷	۶۱/۹
سردرد	۳۵/۳	۵۴/۶
بی اشتهایی	۳/۸	۵/۳
سرگیجه	۱۱/۹	۱۴/۷
سایر علائم	۱۹/۹	۲۷/۹

«پاسخگویان به بیش از یک علامت پاسخ داده‌اند»

جدول ۲- میزان نسبی آگاهی زنان منطقه بلوچستان از راه انتقال بیماری و راههای پیشگیری

آگاهی از راه انتقال مالاریا	شهر %	روستا %
غذای آلوده	۵/۳	۴/۳
آب آلوده	۲۲/۳	۲۰/۳
پشه	۵۶/۲	۶۰/۶
محیط آلوده	۱۰/۲	۸/۹
علل نادرست	۶/۵	۹/۲
آگاهی از راههای پیشگیری		
استفاده از پشه‌بند	۳۰	۵۱/۷
توری درب و پنجره	۱۴/۲	۱۲/۱
حشره‌کش	۹/۶	۴/۹
راههای نادرست	۲۰/۸	۱۸/۸
مصروف منظم داروها	۱۰/۲	۱۰/۷
خشکاندن آبهای راکد	۱۶/۴	۱۲

«پاسخگویان به بیش از یک راه پیشگیری اشاره نموده‌اند»

کلیه زنان همسر دار منطقه بلوچستان بودند.

به منظور حذف اثر حضور بهورز یا مأمور مالاریا در پاسخگویی به سوالات، مصاحبه بدون حضور افراد فوق صورت گرفت. پرسشنامه‌ها سپس کدگذاری شده و با نرم‌افزار SPSSWIN6 تجزیه و تحلیل شد. در آمار توصیفی از توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین از آزمونهای *t-test* و کای اسکوئر نیز استفاده شد.

نتایج

از ۲۱۶۸ زن خانه‌دار که مورد مصاحبه قرار گرفتند، ۱۰۶۵ نفر از مناطق شهری و ۱۱۰۳ نفر از مناطق روستایی بودند. میانگین سن زنان مورد بررسی 32 ± 12 سال بود. میانگین سالهای تحصیل با احتساب نهضت سوادآموزی ۳/۳ سال بود و این در حالی است که ۶۷/۵ درصد زنان مورد مطالعه بیسواد بودند. میانگین سالهای تحصیل همسران این زنان ۳/۶ سال و ۵۲/۹ درصد همسران این زنان بیسواد بودند. ۹۷/۹ درصد زنان مورد مطالعه خانه‌دار بودند.

آگاهی زنان منطقه بلوچستان در مورد بیماری مهم منطقه و علائم بیماری مالاریا در جدول شماره یک آمده است.

آگاهی این زنان از راه انتقال مالاریا و راههای پیشگیری از بیماری در جدول ۲ آمده است. ۱۷/۸ درصد افراد اطلاعی از راه انتقال بیماری نداشتند و بطور متوسط ۵۸/۳ درصد پشه را به عنوان ناقل بیماری می‌شناختند.

مجموع سئوالات آگاهی ۱۵ نمره داشت که میانگین نمره کسب شده در روستا $5/5 \pm 2/23$ و در مناطق شهری $4/67 \pm 2/27$ بود. آزمون *t-test* با $P < 0/001$ تفاوت معنی‌داری بین روستا و شهر را نشان می‌دهد که حاکی از بالا بودن آگاهی در مناطق روستایی بود. ادراک زنان از بیماری مالاریا در جدول ۳ آمده است. با توجه به

مالاریا رابه تفکیک مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد. درمورد منبع کسب اطلاع، پزشک با ۶ درصد کمترین نقش را در ارائه اطلاعات داشت. در روستاها ۵۱/۵ درصد زنان اظهار داشتند که توسط بهورزان آموزش دیده‌اند. رادیو و تلویزیون در شهرها ۱۱/۳ و روستاها ۲۹ درصد در کسب اطلاع مردم نقش داشت.

بحث

آگاهی زنان مورد مطالعه از علائم مالاریا بخصوص تب و لرز در حد مطلوب بود و حدود نیمی از پاسخ دهندگان پشه را به عنوان ناقل مالاریا مطرح نمودند و متأسفانه هنوز ۲۱/۳ درصد آب آلوده را عامل انتقال بیماری می‌دانند.

مطالعه‌ای در زیمبابوه نشان داد که آگاهی از مالاریا و علائم آن مطلوب بوده، در حالیکه فقط ۴۴ درصد آنان از پشه به عنوان ناقل بیماری مطلع بودند و کمتر از نیمی از آنان حداقل یک وسیله حمایتی و پیشگیری در مقابل مالاریا را می‌شناختند. (۵) مطالعات انجام شده در مناطق مختلف نیز نتایج مشابهی را گزارش نموده است. (۱۰-۶)

در مطالعه‌ای که در پنج کشور آفریقای غربی انجام شد، نزدیک به نیمی از پاسخ دهندگان پشه را به عنوان ناقل بیماری می‌شناختند و بسیاری از مردم در گامی از پاسخ دادن به این سؤال امتناع می‌کردند و اظهار می‌داشتند که بیماری خواست خداوند است. (۳)

مطالعه‌ای در دارالسلام نشان داد که اکثریت پاسخ دهندگان ارتباط بین پشه و مالاریا را می‌دانند و مالاریا یک مشکل بهداشتی مهم تلقی می‌شود. اکثریت مردم پشه بند را برای جلوگیری از آزار نیش پشه استفاده می‌کردند. (۱۲)

در منطقه بلوچستان آگاهی از روشهای پیشگیری ناکافی بنظر می‌رسد. فقط نیمی از خانواده‌های روستایی در صورت مشاهده علائم تب و لرز به خانه‌های بهداشت که نزدیکترین محل به آنها می‌باشد، مراجعه می‌کنند. شاید یکی از مهمترین دلایل این مسئله نبودن ابزار تشخیص در خانه‌های بهداشت باشد که مردم ترجیح می‌دهند برای

جدول ۳- میزان نسبی حساسیت و شدت درک شده از بیماری مالاریا

حساسیت درک شده	شهر %	روستا %
نگرانی از ابتلا به بیماری	۸۸/۱	۹۵/۱
احتمال ابتلا به بیماری	۷۰/۴	۸۰/۶
شدت درک شده		
شدت بیماری مالاریا	۷۹	۸۳/۱
مرگ از بیماری مالاریا	۷۱/۵	۷۶/۴

این جدول، آزمون کای اسکوئر نشان داد که حساسیت و شدت درک شده از بیماری با محل زندگی زنان در مناطق روستایی و شهری با $P < ۰/۰۰۱$ ارتباط معنی داری داشته بدین ترتیب که زنان مناطق روستایی نسبت به این بیماری حساستر بوده و درک آنان از شدت بیماری بیشتر می‌باشد.

جدول ۴- میزان نسبی رفتارهای پیشگیری کننده از مالاریا در مناطق شهری و روستایی

رفتارهای مربوط به پشه بند	شهر %	روستا %
داشتن پشه بند در خانه	۳۶/۶	۷۸/۳
استفاده از پشه بند		
همیشه	۷/۴	۲۶/۴
گاهی اوقات	۷/۱	۲۰/۹
زمان استفاده از پشه بند		
موقع خواب	۷۳/۵	۵۰/۵
از سرشب	۲۵/۸	۴۸/۸
محل مراجعه در صورت مشاهده تب و لرز		
خانه بهداشت	-	۴۹/۹
مرکز بهداشت شهری	۷۳/۸	-
استفاده از توری و پرده		
توری پنجره	۲۷/۵	۱۹/۸
توری درب	۲۹/۲	۸/۵

جدول ۴ توزیع فراوانی رفتارهای پیشگیری کننده از

نتایج این مطالعه نیازهای آموزشی زنان و عوامل مؤثر بر رفتار را نشان می‌دهد. برنامه‌های آموزشی برای مطلع ساختن مردم و جلب مشارکت آنان طراحی خواهد شد.

پیشنهادات

۱- حساسیت و شدت درک شده در گروه مورد مطالعه با آگاهی آنان رابطه مثبت داشت. گرچه حساسیت و شدت درک شده در منطقه بالا بود اما فقط یک سوم دهندگان مالاریا را به عنوان مهمترین بیماری منطقه می‌شناختند. بنابراین لازم است اطلاعات مناسبی در باره میزان بروز بیماری، عوارض و مخارج بیماری در اختیار مردم قرار گیرد.

۲- احتمال ابتلا به بیماری و حساسیت درک شده از آن با استفاده از پشه‌بند و خشک کردن آبهای راکد نسبت مستقیم دارد، لذا با آموزش به مردم می‌توان رفتار پیشگیری کننده را در آنان ارتقاء بخشید.

۳- میزان استفاده از پشه‌بند فقط ۳۱ درصد می‌باشد. مطالعه نشان داد که هم آگاهی از پشه به عنوان ناقل بیماری و هم شناخت پشه‌بند به عنوان روش پیشگیری ارتباط مستقیمی با استفاده از پشه‌بند دارد، و این در حالی است که فقط نیمی از پاسخ دهندگان پشه را به عنوان ناقل بیماری می‌شناختند. بنابراین تلاش برای افزایش آگاهی مردم در این زمینه، استفاده از پشه‌بند را افزایش خواهد داد.

۴- اکثریت قریب به اتفاق مردم زمانی که در خانه می‌خوابند از پشه‌بند استفاده نمی‌کنند و تصور بر آن است که خوابیدن در خانه آنها را از ابتلا به بیماری مصون می‌نماید حتی کارکنان بهداشتی نیز استفاده از پشه‌بند در خانه را توصیه نمی‌نمایند. در ضمن اگر موقع خوابیدن در خانه برق قطع شود (که امری شایع می‌باشد) مردم برای فرار از گرمای اتاق به حیاط می‌آیند و در این موقع نصب پشه‌بند برایشان مشکل می‌باشد.

۵- خشک کردن آبهای راکد، مراجعه به سیستم بهداشتی درمانی در صورت مشاهده تب و لرز و استفاده از

درمان سریعتر به مراکز و سطوح بالاتر مراجعه نمایند. نتایج نشان داد که ۳۱ درصد مردم از پشه‌بند استفاده می‌کنند و این استفاده آخر شب صورت می‌گیرد، در حالی که زمان فعالیت پشه اول شب می‌باشد. آگاهی از نقش پشه به عنوان ناقل بیماری و یا آشنایی با فواید پشه‌بند با استفاده از آن ارتباط مثبتی نشان داد. از طرف دیگر ۵۸ درصد کسانی که می‌دانستند پشه بیماری را انتقال می‌دهد، از پشه‌بند استفاده نمی‌کردند که نیاز به تغییر در سیاستها و روشهای آموزش بهداشت را نشان می‌دهد به گونه‌ای که سعی در تغییر و اصلاح رفتار نماید. بسیاری از مردم پشه‌بند را برای جلوگیری از آزار نیش پشه استفاده می‌کنند. بنابراین زمانی که در خانه می‌خوابند از پشه‌بند استفاده نمی‌کنند.

در مطالعه کنیا مشخص گردید که اولین انتخاب درمانی خانوارها تسهیلات بهداشت عمومی است و در صورت عدم بهبودی به مراکز خصوصی و یا درمان گیاهی متوسل می‌شوند.^(۹) بر عکس در مطالعه غنا مشخص گردید که درمان خانگی و گیاهی و مصرف دوز نامناسب کلروکین شایع می‌باشد.^(۶)

تنها کمتر از نیمی از مردم سعی در خشک کردن آبهای راکد در اطراف خانه خود دارند که حاکی از خلاء آموزشی در این زمینه می‌باشد. روش زندگی نامناسب و نداشتن توری در و پنجره در مناطق روستایی و شهری منعکس کننده نامناسب بودن وضعیت اقتصادی بخصوص در روستاها و بی‌توجهی به اهمیت این مسأله به خصوص در مناطق شهری می‌باشد. بنابراین لازم است فرهنگ عمومی جامعه را به سمت ارزش گذاری به این مسئله سوق داد.

در این مطالعه پزشکان سهم کمی (۰.۶٪) در آموزش به مردم را بعهدہ داشتند. فقط ۵۰ درصد روستائیان توسط پرسنل بهداشتی آموزش دیده بودند.

در مطالعه زیمبابوه منابع کسب اطلاع مردم عبارت از پرستار (۳۹٪)، تکنیسین بهداشت محیط (۳۸٪)، مددکار اجتماعی روستا (۱۹٪)، رسانه‌های جمعی (۱۲٪) و سیمپاش (۲٪) بودند.^(۱۳)

اقدام می‌تواند بدلیل ناتوانی در تشخیص آزمایشگاهی و درمان به موقع باشد. خانه‌های بهداشت لام خون را به مراکز بالاتر ارسال می‌داشته و منتظر پاسخ آن می‌مانند. این تأخیر باعث می‌شود تا مردم بطور مستقیم به مراکز بهداشتی مراجعه نمایند. در مطالعه دیگری مشخص گردید^(۱۵) که آموزش بهورز برای تشخیص میکروسکوپی و استقرار میکروسکوپ در خانه بهداشت می‌تواند نقش مؤثری در تشخیص و درمان به موقع ایفا نماید.^(۱۴)

۱۱- نقش مثبت آموزش به دانش‌آموزان و بحث گروهی برای زنان خانه‌دار در مطالعات انجام شده در این منطقه مشخص گردید و می‌توان از آنان برای بهبود وضعیت استفاده نمود.

۱۲- برای بهبود رفتارهای پیشگیری کننده در منطقه به آموزش گسترده از طرق مختلف از جمله رسانه‌های جمعی و سایر منابع نیاز می‌باشد تا تاثیر آن در کاهش بروز و شیوع بیماری در طولانی مدت مشخص گردد.

سیاست‌گذاری

از حمایت مالی سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی (WHO/EMRO, SGS 98.17) به منظور اجرای این طرح تشکر نموده و از کلیه کسانی که در اجرای این طرح وظیفه پریشگری را بعهده داشتند و با صبر و حوصله به این امر همت گماردند و از کلیه مسئولان مراکز بهداشتی درمانی شهرستانهای خاش، ایرانشهر، نیکشهر، چابهار و سراوان، دانشجویان دانشکده بهداشت زاهدان خصوصاً خانم معصومه بیات و رئیس و دانشجویان دانشکده پرستاری و مامائی ایرانشهر بخاطر همکاری خالصانه شان کمال تشکر را دارد.

توری درو پنجره با آموزشهای ارائه شده توسط بهورز در ارتباط بود، بنابراین ما امیدواریم که با بهبود در سیستم آموزشی تغییراتی در این زمینه را شاهد باشیم.

۶- اثر مثبت رسانه‌های جمعی در افزایش آگاهی زنان مناطق شهری مورد مطالعه مشخص گردید. در حال حاضر ۸۵ درصد مناطق مختلف شهری و روستایی استان تحت پوشش شبکه یک سیمای استان می‌باشد و می‌توانند برنامه‌های محلی استان را دریافت نمایند، لذا در آینده بایستی تهیه برنامه‌های مناسب در زمینه مالاریا مورد توجه قرار گیرد.

۷- بالا بودن آگاهی زنان مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری حاکی از تلاش و موفقیت بهورزان در این زمینه می‌باشد. افرادی که توسط بهورز آموزش دیده بودند بطور معنی‌داری از آگاهی بالاتری برخوردار بودند اما فقط نیمی از پاسخ دهندگان توسط بهورز آموزش دیده بودند. بدون شک باید در جهت افزایش تلاشهای بهورزان در این زمینه به عنوان منابع مهم آموزشی برنامه‌ریزی مناسب صورت گیرد.

۸- بنظر می‌رسد آموزشهای بهورزان در تغییر رفتار استفاده از پشه بند چندان مؤثر نبوده است، لذا باید اصلاحاتی در محتوا و راههای آموزش در این زمینه صورت گیرد. بهورزان باید از انواع مختلف آموزشها و چگونگی تغییر در رفتار آشنا شوند. ضمناً تأکید شود که قرار دادن بیمار مبتلا به مالاریا در پشه‌بند نیز می‌تواند در کاهش خطر ابتلاء مؤثر واقع شود.

۹- گرچه در این مطالعه توری سیمی و پارچه‌ای هر دو مدنظر قرار گرفت اما کمتر از یک چهارم پنجره‌ها و کمتر از یک پنجم درها دارای توری بودند. آموزش بهورز در این زمینه نقش مثبت داشته است که باید در آینده افزایش یابد.

۱۰- امتناع بیمار از مراجعه به خانه بهداشت در اولین

References

1- Trigg P, Kondrachine A. The Global Malaria control Strategy. World Health 1998; No3:4-5.

منابع

- ۲- صالحی مسعود. برنامه پیشنهادی مبارزه با مالاریا در استان سیستان و بلوچستان. مرکز بهداشت استان سیستان و بلوچستان، ۱۳۷۵.
- 3-Aikins MK, Pickering H, Greenwood BM. Attitude 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: 83.
- 4-Sharma VP. Getting the community involved. *World Health* 1998; No. 3: 15.
- 5-Van Geldermalsen AA, Munochiveyi R. Knowledge, attitude and practice (KAP) relating to malaria in Mashonaland Central Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 1995; 41: 10-4.
- 6-Ahorlu CK, et al. Malaria related beliefs and behavior in southern Ghana: implications for treatment prevention and control. *Trop Med Int Health* 1997.
- 7-Espino F, et al. Perceptions of malaria in a low endemic area in the Philippines : transmission and prevention of disease. *Acta Trop* 1997; 63: 221-39.
- 8-Hla-Shein, et al. The level of Knowledge, attitude and practice in relation to malaria in Oo-do village Myanmar. *Southeast Asian j Trop Med Public Health* 1998; 29: 456-9.
- 9-Munguti KJ. Community perceptions and treatment seeking for malaria in Baringo district , Kenya: implication for disease control. *East Afr Med J* 1998; 75: 690.
- 10-Ruebush TK 2d, Weller SC, Klein RE. Knowledge and beliefs about malaria on the Pacific coastal plain of Guatemala. *Am J Trop Med Hyg* 1992; 46: 451-9.
- 11-Stephens C, et al. Knowledge of mosquitoes in relation to public and domestic control activities in the cities of Dar es Salaam and Tanga. *Bulletin of the World Health Organization* 1995; 73: 99.
- 12-Vundule C Mharakurwa. Knowledge, practices and perceptions about malaria in rural communities of Zimbabwe: relevance to malaria control. *Bulletin of the World Health Organization* 1996; 74: 56.
- ۱۳- رخشانی فاطمه. کاربرد الگوی اعتقادی بهداشتی در پیشگیری و کنترل بیماری مالاریا در شهرستان سراوان در سال ۱۳۷۵. رساله دوره دکتری در رشته آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸.