

عوامل مؤثر در تمکین درمانی بیماران سلی: ارزیابی کارآیی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

محمود کریمی¹؛ ایرج ضاربان^{2*}؛ محمد سارانی³؛ فاطمه رخشانی⁴؛ جلیل کوهپایه‌زاداصفهانی⁵؛ حمید برادران⁵

چکیده

زمینه: تمکین درمانی پایین در بیماران مسلول از تهدیدکننده‌های اصلی برنامه مبارزه با سل است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر تمکین درمانی بیماران سلی از طریق مدل اعتقاد بهداشتی انجام شده است.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی 110 بیمار مسلول مراجعه‌کننده به مرکز مبارزه با سل زابل به‌روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای شامل سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و مرور پرونده پزشکی بیماران بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تی مستقل، آنوا و رگرسیون چندگانه در سطح اطمینان 95 درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کننده‌ها 55/7 با انحراف معیار 18/6 بود. 89 درصد بیماران سل ریوی و 11 درصد سل خارج ریوی داشتند. تحلیل رگرسیونی نشان داد که آگاهی، تهدید درک‌شده، خودکارآمدی و منافع درک‌شده پیشگویی‌کننده‌های معنادار برای تمکین درمانی بودند و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مجموع 29 درصد از واریانس رفتار بیماران را توضیح می‌داد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه بر ضرورت افزایش آگاهی و تغییر باور بیماران درباره خطرات عدم تمکین درمانی در بیماران تأکید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: مدل اعتقاد بهداشتی، رژیم درمانی، سل

«دریافت: 1393/1/25 پذیرش: 1393/4/24»

1. گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی ساوه

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

3. گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی زابل

4. گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

5. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

*عهده‌دار مکاتبات: زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، تلفن: 08645226936
Email: zareban@gmail.com

مقدمه

سل یکی از قدیمی‌ترین بیماری‌هایی است که انسان را مبتلا می‌کند و در اثر مجموعه مایکوباکتریوم توپرکلوزیس ایجاد می‌شود. در حال حاضر در بین بیماری‌های میکروبی در تمام دنیا، بیماری سل شایع‌ترین عامل‌کننده بالغین (حتی بیشتر از ایدز و مالاریا) است. بیماری سل حتی بیشتر از ایدز نگران‌کننده است چون از طریق تنفس منتقل می‌شود. تاکنون یک‌سوم جمعیت جهان (دو میلیارد نفر)

به عفونت سل مبتلا شده‌اند (1). امروزه علی‌رغم پیشرفت شگفت‌انگیز در علوم و تکنولوژی، بیماری سل که یک بیماری عفونی با ماهیت مزمن و بسیار مسری است همچنان یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر و ناتوانی انسان‌هاست (2). پیش‌بینی می‌شود این بیماری تا سال 2020 همچنان در این جایگاه بماند و یا تا رتبه هفتم بالا رود (3).

با توجه به اولویت برنامه‌های کنترلی سل، سازمان

بیماری و 98 درصد موارد مرگ از سل در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد (5).

در استان سیستان و بلوچستان با توجه به همسایگی با دو کشور افغانستان و پاکستان، شیوع این بیماری به میزان بالایی مشاهده می‌شود. بر اساس آخرین آمار منتشره وزارت بهداشت، در این استان میزان بروز بیماری سل 48/5، سل ریوی اسمیر مثبت 28/8، سل ریوی اسمیر منفی 9/4 و سل خارج ریه 8/22 در 100 هزار نفر جمعیت بوده است. بالاترین میزان بروز سل اسمیر مثبت در کشور مربوط به این استان است (4 و 6).

کارشناسان برای پیش‌بینی و شناسایی عوامل مؤثر بر رفتار از مدل‌ها استفاده می‌کنند. یکی از این مدل‌ها، مدل اعتقاد بهداشتی است که توسط روزن استاک در سال 1966 مطرح شد (7). بر اساس این مدل، احتمال این‌که افراد در یک عمل بهداشتی توصیه‌شده مشارکت نمایند اساساً مبتنی بر ادراک فردی است. بنابراین با تغییر ادراک فردی، احتمال این‌که افراد به رفتار بهداشتی توصیه‌شده عمل نمایند افزایش می‌یابد (8). بر اساس این مدل، شخص باید باور کند که مستعد ابتلا به یک پدیده هم‌چون سل مقاوم به درمان است (حساسیت درک‌شده)، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در زندگی خود درک کند (شدت درک‌شده) 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 درک‌شده).

امروزه اثبات شده که بهترین رژیم‌های درمانی در صورت عدم رعایت از جانب بیمار، بی‌ارزش و غیرمؤثر هستند و رعایت صحیح رژیم‌های درمانی نقش مهمی در پیشگیری از مقاومت دارویی و کنترل گسترش سل در جامعه دارد (6). در حال حاضر، درمان مهم‌ترین وسیله پیشگیری از انتشار بیماری است و شایع‌ترین علت جواب ندادن به درمان، مصرف نامنظم داروها و عدم تمکین درمانی است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل

جهانی بهداشت اهدافی را برای کنترل این بیماری مشخص کرده است به این ترتیب که شیوع سل تا سال 2015 در جهان به 50 درصد میزان آن در سال 1990 برسد و تا سال 2050، میزان مرگ ناشی از سل فعال به یک نفر در یک میلیون نفر کاهش یابد (4). به هر حال هدف کلی برنامه کنترل سل، کاهش هرچه سریع‌تر شیوع سل در جامعه و هدف نهایی برنامه کنترل سل شامل کاهش میزان مرگ و میر و ناتوانی‌ها و کاهش خطر انتقال بیماری است. بیماری سل در حال حاضر یکی از نگرانی‌های جدی و تهدیدکننده سلامتی جامعه بشری است و به دلیل بروز مسایل جدید این بیماری، مبارزه با آن باید مورد توجه رهبران سیاسی و بهداشتی ملت‌ها و جوامع جهانی قرار گیرد (5). بیماری سل همراه با ایدز، تهدید جدی برای سلامت محسوب می‌شود که می‌تواند بیماری قابل علاج و قابل کنترل سل را برای نسل بعدی به صورتی کاملاً غیرقابل کنترل و درمان درآورد. بدین ترتیب باید با فراهم آوردن حمایت سیاسی، امکانات علمی و تکنولوژی جدید و بسیج همگانی به مبارزه با این بیماری و عواقب وخیم آن پرداخت. بیماری‌یابی و درمان سریع و مناسب بیماران مسلول می‌تواند انقلاب بهداشتی بزرگی را در مبارزه با سل پدید آورد. این تنها راه به سوی پیروزی بزرگ ما بر بیماری سل است (6).

در آستانه قرن بیست و یکم، سازمان بهداشت جهانی سل را یک فوریت جهانی اعلام نموده است، زیرا این بیماری در برخی نقاط جهان به خوبی کنترل نمی‌شود و با پیدایش و انتشار باسیل‌های مقاوم به چند دارو و بیماری ایدز، بیماری سل تبدیل به یک بیماری غیرقابل علاج شده است (3). بر طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، یک سوم جمعیت دنیا آلوده به سل بوده و در هر ثانیه یک نفر به تعداد آنان افزوده می‌شود. در حال حاضر 14/5 میلیون نفر در دنیا مبتلا به بیماری سل هستند و سالیانه 9 میلیون نفر مورد جدید بیماری سل در دنیا گزارش می‌شود. تقریباً دو میلیون نفر در اثر بیماری جان خود را از دست می‌دهند. متأسفانه 95 درصد موارد

درک‌شده (حساسیت و شدت درک‌شده)، خودکارآمدی، منافع و موانع درک‌شده، دامنه امتیاز هر سؤال بین 1-5 متغیر می‌باشد، به‌گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالف امتیاز صفر، تا کاملاً موافق امتیاز 4 تعلق گرفت. بخش چهارم چک‌لیستی حاوی 5 سؤال بود که عملکرد فرد را در زمینه تمکین درمانی می‌سنجید، در این بخش نیز به انجام فعالیت مورد نظر نمره 2 و عدم انجام آن نمره 0 تعلق گرفت.

اعتبارسنجی پرسشنامه با استفاده از روش‌های شاخص و نسبت اعتبار محتوی انجام شد. برای سنجش شاخص اعتبار محتوی، ابزار مذکور در اختیار ده نفر از اساتید صاحب‌نظر در حوزه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، علوم رفتاری و عفونی که دارای تخصص و تجربه کافی بودند قرار گرفت و از آن‌ها در مورد سادگی، وضوح و مرتبط بودن هر آیتم بر روی طیف 4 گزینه‌ای لیکرت سؤال شد و گویه‌های با ارزش بالاتر از 0/75 حفظ و کم‌تر از آن حذف گردید. برای سنجش نسبت اعتبار محتوی نیز نظرات متخصصین مورد نظر در مورد ضرورت هر آیتم با استفاده از طیف 3 گزینه‌ای لیکرت (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) جمع‌آوری و براساس معیار جدول لاوشه گویه‌های با ارزش کم‌تر از 0/62 حذف گردید. پایایی پرسشنامه از زوایای همسانی درونی و ثبات مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور بررسی همسانی درونی، آلفای کرونباخ با 20 نفر از بیماران محاسبه شد. میانگین ضرایب آلفای کرونباخ برابر با 0/76 بود. برای بررسی ثبات پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد. بدین‌منظور 20 نفر از شرکت‌کننده‌ها در یک بازه زمانی دوهفته‌ای مجدداً به سؤال‌های مقیاس پاسخ دادند و ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات حاصل از دو بار اجرای پرسشنامه، 0/81 به‌دست آمد. ملاحظاتی اخلاقی در این مطالعه با بیان اهداف مطالعه و دریافت رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان رعایت شد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده با نرم‌افزار SPSS و با آزمون‌های

مؤثر در تمکین درمانی بیماران مسلول با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در آن 110 بیمار مسلول (66 نفر زن و 44 نفر مرد) مرکز مبارزه با سل زابل به‌روشنی سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیار ورود، بیماران مسلولی بودند که در زمان انجام مطالعه در حال درمان بودند و معیار خروج نیز عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود. روش جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه و ثبت اطلاعات در پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته و نیز مشاهده پرونده و کارت درمان برای چک‌لیست عملکرد درمانی بود.

در این مطالعه تیم تحقیق بعد از بررسی متون معتبر علمی و مشاوره با اساتید صاحب‌نظر در زمینه سل و آموزش بهداشت، اقدام به طراحی ابزار مطالعه بر پایه موضوع پژوهش و مدل اعتقاد بهداشتی نمود. بعد از فرایند روان‌سنجی این ابزار شامل 40 سؤال شد که در بخش‌های ذیل تنظیم شده بود. بخش اول، 10 سؤال مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح سواد، وضعیت اشتغال، فرد تشخیص‌دهنده، نوع بیماری، ماه درمان، سابقه قبلی ابتلا و وضعیت ابتلای سایر اعضا خانواده)، بخش دوم 10 سؤال در زمینه آگاهی از بیماری سل با سؤالاتی نظیر "بیمار سلی چندماه طبق دستور پزشک باید دارو مصرف کند؟" در این بخش به پاسخ‌های درست سؤالات آگاهی نمره 2، پاسخ‌های نیمی‌دائم نمره یک و به پاسخ‌های غلط نمره‌ای تعلق نگرفت. بخش سوم شامل 25 سؤال در زمینه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (منافع و موانع درک‌شده، تهدید درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده) با سؤالاتی نظیر "مصرف به‌موقع داروهای ضد سل باعث بهبودی و سلامت کامل من می‌شود" بود. نحوه امتیازدهی سؤالات این بخش بدین‌صورت است که در قسمت تهدید

تمکین درمانی بهتری را نسبت به زنان داشتند و آزمون آماری تی مستقل، تفاوت معناداری را بین میانگین نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و تمکین درمانی مردان و زنان نشان داد ($P < 0/05$). آزمون آماری آنالیز واریانس، تفاوت معناداری را بین نوع بیماری (اسمیر مثبت، منفی و خارج ریوی) و تمکین درمانی نشان نداد. اما بیماران در مرحله حمله‌ای درمان، نسبت به بیماران مرحله نگه‌دارنده، از تمکین درمانی بهتری برخوردار بودند، همچنین بیماران در مرحله حمله‌ای دارای میانگین نمره آگاهی، تهدید درک‌شده و منافع درک‌شده بالاتر و تمکین درمانی بهتری بودند ($P < 0/05$) (جدول 1).

در این مطالعه برای ارزیابی توان پیشگویی‌کنندگی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر تمکین درمانی بیماران سلی، از تحلیل رگرسیونی چندگانه استفاده شد و نتایج مدل نشان داد که متغیرهای مستقل آگاهی، تهدید، منافع، موانع و خودکارآمدی درک‌شده در مجموع 29 درصد از تغییرات متغیر وابسته تمکین درمانی را بیان می‌کنند. از بین متغیرهای مستقل ذکر شده، تهدید درک‌شده، خودکارآمدی، منافع درک‌شده و آگاهی به ترتیب مهم‌ترین پیشگو برای تمکین درمانی بودند و متغیر موانع درک‌شده، پیشگویی‌کننده معناداری برای این رفتار نبود (جدول 2).

تی مستقل برای مقایسه میانگین نمره سازه‌های مدل در دو گروه مستقل همچون جنسیت و آنالیز واریانس برای مقایسه میانگین نمره سازه‌های مدل در بیش از دو گروه همچون نوع بیماری و تحلیل رگرسیونی برای تعیین عوامل مؤثر در تمکین درمانی در سطح معناداری کم‌تر از 0/05 استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی شرکت‌کنندگان 55/7 با انحراف معیار 18/6 سال بود. 62 درصد از نمونه‌ها در مرحله حمله‌ای و 38 درصد در مرحله نگه‌دارنده درمان بودند و متوسط طول درمان 2/5 ماه بود. از نظر نوع بیماری، 55 درصد از مردان و 46 درصد از زنان دارای سل ریوی اسمیر مثبت، 14 درصد از مردان و 11 درصد از زنان دارای سل خارج ریوی و مابقی دارای سل ریوی اسمیر منفی بودند. بیشترین موارد سل خارج ریوی مربوط به غدد لنفاوی (59%) بوده و سل استخوان، مفاصل، سیستم گوارش و سیستم تناسلی به ترتیب رده‌های بعدی را به خود اختصاص دادند. 88 نفر از بیماران در مراکز دولتی و مابقی در مراکز خصوصی شناسایی شده بودند و میانگین فاصله زمانی بین بروز علائم تا تشخیص در بیماران اسمیر مثبت 4/6 ماه بود. در این مطالعه مردان

جدول 1- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، تمکین درمانی و سازه‌های مدل بر اساس جنسی، نوع و مرحله بیماری

متغیر	تعداد	آگاهی	تهدید	منافع	موانع	خودکارآمدی	تمکین درمانی
جنسیت	مرد	44	14/9(1/6)	18/1(4/5)	10/2(2/1)	6/1(3/3)	6/3(1/0)
	زن	66	13/2(2/8)	16/3(6/2)	8/2(2/3)	7/5(2/5)	4/6(1/7)
P value		0/05	0/001	0/001	0/03	0/01	0/001
نوع بیماری	ریوی اسمیر +	55	13/4(2/6)	19/9(6/8)	10/7(2/6)	4/9(2/8)	5/6(1/8)
	ریوی اسمیر -	42	13/3(3/6)	17/2(7/2)	9/8(2/9)	6/5(2/6)	5/5(1/4)
	خارج ریوی	13	13/7(4/4)	17/1(6/1)	9/5(2/2)	7/0(3/1)	5/1(1/9)
P value		0/906	0/472	0/635	0/07	0/899	0/746
مرحله بیماری	حمله‌ای	39	15/2(4/5)	19/2(2/8)	10/2(3/1)	6/5(2/8)	6/2(1/7)
	نگه‌دارنده	71	12/6(4/7)	15/8(2/8)	8/5(3/2)	6/8(2/7)	4/7(1/2)
	P value		0/001	0/001	0/001	0/265	0/405

کمتر باشد میزان بروز سالیانه سل در جامعه بیشتر خواهد بود (6) و یکی از اقدامات مهم و مفید در امر پیشگیری و کنترل بیماری‌ها در سطوح مختلف، آموزش بهداشت و ارتقای سطح آگاهی و دانش بهداشتی مردم است.

بر اساس نتایج این مطالعه، بیماران در مرحله حمله‌ای، تمکین درمانی بهتری نسبت به مرحله نگه‌دارنده داشتند. این نتیجه را شاید بتوان به کاهش علائم بیماری در مرحله نگه‌دارنده و نیز نظارت و حساسیت کم‌تر تیم درمانی در این مرحله توجیه کرد چرا که بر اساس دستورالعمل کشوری، بیمار در مرحله حمله‌ای به‌صورت روزانه و تحت نظر داروی سل را مصرف کرده و بعد از آن (مرحله نگه‌دارنده) به‌صورت هر هفته یک‌بار توسط تیم درمانی کنترل می‌شود (6). از طرف دیگر همان‌طور که نتایج تحلیل رگرسیونی نشان می‌دهد تهدید درک‌شده (حساسیت و شدت درک‌شده) از عدم درمان مناسب توسط بیمار مهم‌ترین پیشگوی انجام تمکین درمانی بود. بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، تهدید درک‌شده شامل درک ذهنی افراد از خطری است که به سلامتی آن‌ها آسیب می‌رساند و نیز توجه به جدی بودن ابتلاء به یک بیماری یا درمان نکردن آن (که شامل ارزیابی پی‌آمدهای پزشکی و کلینیکی از قبیل مرگ و ناتوانی و احتمال پی‌آمدهای اجتماعی از قبیل تأثیرگذاری بیماری بر شغل، زندگی خانوادگی و روابط اجتماعی است) را در بر می‌گیرد که در اکثریت مردم، درک شدت وضعیت برابر با اقدام فوری بعدی است (7 و 8). اگر فرد درک کند که عدم تبعیت از رژیم دارویی، خطر ایجاد مقاومت دارویی داشته و می‌تواند سل را به یک بیماری کشنده تبدیل کند بسیار محتمل است که به تمکین درمانی گرایش پیدا کند. بر اساس نتایج این مطالعه خودکارآمدی پیشگویی‌کننده معناداری برای تمکین درمانی بود. بر طبق نظر باندورا، مردم چنان‌چه خود را در موقعیت‌های گوناگون ناتوان ببینند، ممکن است مشکلات را سخت‌تر از واقعیت تصور نمایند، این امر باعث می‌شود فرد از موقعیت‌های مشکل‌زا اجتناب نماید و یا از تلاش برای

جدول 2- نتایج تحلیل رگرسیونی چندگانه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر روی تمکین درمانی

متغیر مستقل	بتا استاندارد شده	فاصله اطمینان 95%	
		Pvalue	R2
آگاهی	0/20	0/03-1/02	0/001
خودکارآمدی	0/25	0/02-0/28	0/01
منافع درک‌شده	0/23	0/06-0/26	0/29
موانع درک‌شده	-0/12	-0/25-0/05	0/24
تهدید درک‌شده	0/27	0/04-0/19	0/002

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که متغیر جنسیت در میزان آگاهی، تهدید، منافع، موانع و خودکارآمدی درک‌شده از درمان و در نهایت تمکین درمانی نقش داشته و مردان عملکرد بهتری را در این زمینه نسبت به زنان داشتند. این یافته دور از انتظار نیست چرا که با توجه به اطلاعات موجود، میزان بروز و میرایی سل در این منطقه در زنان بیش از مردان است. از طرف دیگر شاخص‌های دیگر همچون نرخ بیسوادی و محرومیت از تحصیل و فعالیت اجتماعی نیز در زنان منطقه بالاتر از مردان است. ژانگ و همکاران در چین (9) و آقبوتوالا و همکاران در پاکستان (10) نیز به نتایج مشابه ما دست یافته‌اند. در مقابل نقیب و همکاران در کردستان (11) و واندوالو و همکاران در تانزانیا (12) رابطه معناداری را بین جنسیت و میزان آگاهی از سل مشاهده نکردند.

مشابه با سایر مطالعات صورت گرفته (13 و 14) در این مطالعه نیز یافته‌ها نشان داد که آگاهی پیشگویی‌کننده معناداری برای تمکین درمانی بود. هائو و همکاران در ویتنام (15) و واندوالو و همکاران در تانزانیا (12) نشان دادند که آگاهی در تبعیت از رژیم درمانی و کنترل سل مؤثر است که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که هرچه میزان آگاهی مردم در زمینه علائم بیماری، راه‌های انتقال و روش‌های کنترل آن

است کارکنان بهداشتی در آموزش بیماران بر این نکته نیز تأکید نمایند. در مطالعه هرن و همکاران (21) و اسپچیرر و همکاران (17) مشخص شد که منافع درک شده پیشگویی کننده مثبت و معناداری برای تبعیت از رژیم درمانی هستند که با مطالعه ما همخوانی دارد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه و توان پیشگویی کنندگی رفتار تمکین درمانی توسط سازه‌های تهدید درک شده، خودکارآمدی و منافع درک شده، اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت با استفاده از یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود. همچنین با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و این واقعیت که میزان سواد، نقش انکارناپذیری در انجام تمامی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت دارد لذا برنامه‌ریزی لازم توسط واحدهای ذیربط به منظور افزایش سطح سواد و ریشه‌کنی بیسوادی در منطقه توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

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

رفع آن‌ها بکاهد (8). از میان مطالعات مربوط به الگوی ارتقای سلامت که مورد بررسی قرار گرفته‌اند، 86 درصد از اهمیت خودکارآمدی به عنوان یک تعیین کننده رفتار ارتقاءدهنده سلامت حمایت کردند (16). همسو با یافته مطالعه ما، اسپچیرر و همکاران (17) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی یکی از عوامل مهم در پذیرش رژیم درمانی از سوی بیمار است، به طوری که با افزایش خودکارآمدی، میزان پذیرش رژیم درمانی نیز افزایش می‌یابد. در مطالعه دیگر نوکس و همکاران (18) خودکارآمدی را مهم ترین عامل در پذیرش رژیم درمانی گزارش کردند. درحالی که در مطالعه کنوب و همکاران (19) رابطه معناداری بین خودکارآمدی و پذیرش رژیم درمانی وجود نداشت.

در این پژوهش منافع درک شده پیشگویی کننده معناداری برای تمکین درمانی بود. بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، مسیر عملی که فرد انتخاب می‌کند به وسیله باورهای مربوط به رفتارش تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. بنابراین فرد لزوماً هر توصیه سلامتی را نمی‌پذیرد مگر این که منافع بالقوه آن رفتار سلامتی توسط فرد به خوبی درک شده باشد (20). نگاه تحلیلی به یافته‌های این بخش نشان می‌دهد که مهم ترین منافع درک شده بیماران از تبعیت از رژیم درمانی عبارت بودند از پیشگیری از ابتلای اعضای خانواده و اطرافیان، بازگشت سریع تر به محیط کار، از بین رفتن قدرت واگیری بیماری، درحالی که تنها 24 درصد از افراد اعتقاد داشتند که درمان صحیح مانع از ایجاد سل مقاوم به دارو می‌شود که لازم

References

1. Metanat M, Sharifi-Mood B, Alavi-Naini R, Aminianfar M. The epidemiology of tuberculosis in recent years: Reviewing the status in south-eastern Iran. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)*. 2012; 13(9): 1-7.
2. Meya DB, McAdam KP. The TB pandemic: an old problem seeking new solutions. *J Intern Med*. 2007; 261(4): 309-29.
3. Arsang SH, Kazemnejad A, Amani F. [Epidemiology of Tuberculosis in Iran (2001-08) (Persian)]. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2011; 13(3): 78-86.
4. World Health Organization factsheet no. 104 –Tuberculosis at Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html> (Accessed January 2008)
5. 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.

6. 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 (Persian)]. *Journal of Zabol University of Medical Sciences*. 2010; 4(1): 66-72.
7. Karimy M, Abedi AR, Niknami Sh, Aminshokravi F, Tavafian S. Preventing HIV Transmission among the Opiate- Dependent Population in Zarandieh: Evaluation of the HBM-Based Educational Programs. *Journal Health Education and Health Promotion*. 2013; 1(1): 2-10.
8. Karimy M, Niknami Sh. [Self-efficacy, and perceived benefits / barriers in to the AIDs preventive behaviors in Opiate dependency in Zarandieh (Persian)]. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2011; 15(5): 64-73.
9. Zhang T, Liu X, Bromley H, Tang S. Perceptions of tuberculosis and health seeking behaviour in rural Inner Mongolia, China. *Health Policy*. 2007; 81(2-3): 155-65.
10. 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.
11. Naghib S, Abed Saeedi Zh, Ezzati Zh, Zayeri F. [Self-efficacy and compliance with treatment regimen in tuberculosis patients in Kurdistan (Persian)]. *Journal of faculty nursing and midwifery, Shahid Beheshti*. 2012; 22(77): 26-31.
12. Wandwalo ER, Mørkve O. Knowledge of disease and treatment among tuberculosis patients in Mwanza, Tanzania. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000; 4(11): 1041-6.
13. Alavi S M, Sefidgaran Gh, Karami F. [Comparative study on knowledge about tuberculosis in two cities with different tuberculosis epidemiological index in Khuzestan, 2004 (Persian)]. *Journal of Ahvaz University of Medical Sciences*. 2009; 8(1): 63-9.
14. Darvishpur A, Etaati Z, Mirsaidi SM, Masgedi MR, Valayati AK. [Quality of life in tuberculosis Patient Referred the Masih Daneshvari Hospital (Persian)]. *Iranian Journal of Infectious Diseases*. 2006; 11(32): 49-56.
15. Hoa NP, Thorson AE, Long NH, Diwan VK. Knowledge of tuberculosis and associated health-seeking behaviour among rural Vietnamese adults with a cough for at least three weeks. *Scand J Public Health Suppl*. 2003; 62: 59-65.
16. Karimy M, Niknami SH, Amin Shokravi F, Shamsi M. [The Relationship of Breast Self-examination with Self-esteem and Perceived Benefits/Barriers of Self-efficacy in Health Volunteers of Zarandieh City (Persian)]. *Iranian J Breast Disease*. 2010; 2(2): 41-8.
17. Scherer YK, Bruce S. Knowledge, attitudes, and self-efficacy and compliance with medical regimen, number of emergency department visits, and hospitalizations in adults with asthma. *Heart Lung*. 2001; 30(4): 250-7.
18. Nokes K, Johnson MO, Webel A, Rose CD, Phillips JC, Sullivan K, et al. Focus on increasing treatment self-efficacy to improve human immunodeficiency virus treatment adherence. *J Nurs Scholarsh*. 2012; 44(4): 403-10.
19. Knobe M, Carow JB, Ruesseler M, Leu BM, Simon M, Beckers SK, et al. Arthroscopy or ultrasound in undergraduate anatomy education: a randomized cross-over controlled trial. *BMC Med Educ*. 2012; 12:85.
20. Karimy M, Niknami SH, Haidarnia AR, Ramezankhani A. [Effects of health education program on the AIDS preventive behaviors in prisoners (Persian)]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2004; 8(30): 40-5.
21. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999; 47(6): 555-67.