



بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مردم شهرستان یزد در خصوص آنفلوآنزای خوکی A(H1N1) در سال ۱۳۸۹

نویسندگان: سید سعید مظلومی محمود آباد^۱ حسن رضایی پندری^۲ حسن شهبازی^۳

۱. استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید

Email: sh.hasan333@gmail.com

صدوقی یزد تلفن: ۰۹۱۳۹۷۷۶۵۱۳

چکیده

مقدمه: آنفلوآنزای یکی از شایع ترین بیماری های عفونی است که باعث بیماری میلیون ها نفر از مردم می شود. ارزیابی دانش و نگرش عمومی در پیشگیری از انتقال شیوع بیماری بسیار ضروری می باشد چرا که تاثیر زیادی بر رفتارهای بهداشتی مردم دارد و ممکن است در کنترل بیماری امری کمک کننده باشد، لذا بر آن شدیم که آگاهی، نگرش و رفتارهای مردم شهرستان یزد را در خصوص آنفلوآنزای A(H1N1) بررسی نمائیم.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی از نوع مقطعی می باشد که در سال ۱۳۸۹ بر روی ۵۶۰ نفر از مردم شهر یزد انجام گرفت. روش جمع آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه بوده که پایایی و روایی آن مورد تایید قرار گرفت. پس از وارد کردن داده ها در نرم افزار آماری SPSS با استفاده از آزمون های آماری، Chi square، T-test، ANOVA و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: آگاهی نمونه های مورد بررسی، متوسط ولی نگرش و عملکرد آنها نسبتاً خوب بوده است. همبستگی مثبتی بین آگاهی و نگرش ($p=0/019$)، آگاهی و عملکرد ($P<0/001$) و نگرش و عملکرد ($p=0/004$) وجود داشت و زنان از عملکرد بهتری نسبت به مردان برخوردار بودند ($p=0/001$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج این پژوهش افزایش اطلاعات مردم از طریق برنامه های مدون آموزشی، پوستر، پمفلت و همچنین از طریق رسانه های ارتباط جمعی (رادیو، تلویزیون) و پزشک پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: آگاهی، نگرش، عملکرد، آنفلوآنزای خوکی A(H1N1)

طلوع بهداشت

مجله علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال سیزدهم

شماره: اول

فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳

شماره مسلسل: ۴۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۸/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۸



مقدمه

آنفلوآنزا یکی از شایع ترین بیماری های عفونی است که باعث بیماری میلیون ها نفر از مردم می شود (۱). ویروس آنفلوآنزا از خانواده ارتومیکسوویریده است (۲-۴) که سه تیپ A, B و C دارد که تیپ A آن با زیر گونه های H1N1, H2N2 و H3N2 توانسته است همه گیری ها و جهان گیری های متعددی را ایجاد نماید. تیپ B ویروس با میزان کمتری مسئول ایجاد همه گیری های منطقه ای یا گسترده و تیپ C در ایجاد موارد تک گیر و همه گیری های کوچک موضعی نقش داشته است (۲,۳). استعداد تغییرپذیری ژنتیکی ویروس عامل آنفلوآنزا، بیش از هر ویروس دیگری می باشد که این تغییرات (دریافت آنتی ژنی) به طور منظم و قابل پیش بینی انسان را مجبور به تولید واکسن سالانه کرده و گاهی با تغییرات آنتی ژنی عمده (شیفت آنتی ژنی) چنان با دستگاه ایمنی انسان بیگانه شده است که سابقه ایمنی قبلی علیه آن وجود نداشته و تقریباً کل جهان و جهانیان را عرصه تاخت و تاز خود کرده و اصطلاحاً جهانگیری جدیدی به بار آورده است (۵).

بیماری آنفلوآنزا تاکنون چندین بار به صورت پاندمی آشکار شده است. اولین پاندمی آنفلوآنزا A (H1N1) جدید در قرن ۲۱ در اوایل فروردین ۱۳۸۸ (مارس ۲۰۰۹) در مکزیک حادث گردید و موجب گسترش در سراسر جهان (۷-۱۱) و ایجاد صدمات جانی و مالی گسترده ای گردید (۵,۶). این بیماری که در روزهای اول شروع جهانگیری به آنفلوآنزای خوکی معروف گردید، چیزی

نگذشت که به توصیه سازمان جهانی بهداشت آنفلوآنزای A(H1N1) جدید نامیده شد (۵,۱۲).

اگر چه این پاندمی را خفیف ترین پاندمی آنفلوآنزا دانسته اند ولی به خاطر انتقال سریع فرد به فرد آن، سرعت گسترش بسیار بالایی داشت به نحوی که در ۱۱ ژوئن ۲۰۰۹ (۲۱ خرداد ماه ۱۳۸۸)، سازمان جهانی بهداشت فاز ششم پاندمی را اعلام کرد (۱۶-۱۳). فاز ششم با انتقال مداوم انسان به انسان ویروس آنفلوآنزا و ایجاد طغیان هایی در بین شهروندان حداقل یک کشور در دو یا چند منطقه از مناطق تحت پوشش سازمان جهانی بهداشت مشخص می شود (۵).

در پاندمی های قبلی آنفلوآنزا، گسترش جهانی ویروس بیش از ۶ ماه طول کشید، ولی پاندمی A(H1N1) جدید در سال ۲۰۰۹ فقط ۶ هفته طول کشید که ویروس گسترش جهانی یافت (۱۲). بیماری بیش از ۲۰۰ کشور را در بر گرفت (۶,۱۰,۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، تا تاریخ ۱۱ ژوئن ۲۰۱۰ (خرداد ماه ۸۹) مجموعاً ۱۸۹۸۶ نفر در اثر بیماری فوت کردند (۶,۱۷,۱۵). در مکزیک به عنوان نقطه شروع پاندمی، نزدیک به ۲۰۰ هزار مورد مثبت آنفلوآنزا A به همراه ۲ هزار مرگ و میر (۶) و همچنین میزان کشندگی در هندوستان ۱۱ درصد، گواتمالا ۲/۷ درصد و برزیل ۸/۱ درصد (۱۲) گزارش شده است. ایران نیز از گزند این پاندمی ایمن نماند (۲). اولین مورد آنفلوآنزای نوع A (H1N1) در ۲۶ خرداد ۱۳۸۸ (۱۶ ژوئن ۲۰۰۹) مربوط به یک نوجوان ۱۶ ساله ایرانی الاصل مقیم آمریکا که به همراه خانواده وارد تهران شده



ارتباط با بیماری آنفلوآنزای نوع (H1N1) A، نشان داد که آگاهی و عملکرد دانشجویان در حد مطلوب نبود. همچنین تحلیل رگرسیون خطی ساده نشان داد نمره آگاهی بر عملکرد اثری ندارد ($P=0/391$). در مدل نهایی رگرسیون خطی چندگانه جنسیت به عنوان عامل مؤثر بر عملکرد بهداشتی مرتبط با آنفلوآنزای A (H1N1) شناخته شد.

ارزیابی دانش و نگرش عمومی جهت هدفمند کردن آموزش ها و پیشگیری از انتقال و شیوع بیماری بسیار ضروری می باشد چرا که تاثیر زیادی بر رفتارهای بهداشتی مردم دارد و ممکن است در کنترل بیماری امری کمک کننده باشد (۲۳،۲۲،۱۷). لذا این مطالعه به منظور بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مردم شهرستان یزد درخصوص آنفلوآنزای نوع A(H1N1) طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر مطالعه ای توصیفی از نوع مقطعی می باشد که در سال ۱۳۸۹ بر روی ۵۶۰ نفر از مردم شهر یزد انجام گرفته است. با توجه به رابطه ۱ و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و مقدار $p=0/8$ و همچنین خطای برآورد (d) ۰/۰۶ تعداد نمونه مورد نیاز ۵۶۰ نفر بود که جهت جلوگیری از خطاهای تصادفی نمونه ای که از اختلاف بین خوشه ها ناشی می شود. حجم نمونه ۶۰۰ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت ۵۶۰ پرسشنامه برگشت داده شد. به صورت خوشه ای تصادفی ۶ آدرس از مناطق مختلف شهر یزد، به عنوان نقطه شروع خوشه ها از مرکز بهداشت استان یزد اخذ گردید و پس از مراجعه به آدرس های مشخص شده به ترتیبی که خانوارها تحت سرشماری مرکز بهداشتی_درمانی قرار

بود، تأیید شد (۱۳،۱۲) و از تاریخ ۸۸/۴/۲۹ لغایت ۸۸/۸/۲۷ مجموعاً ۳۶۷۲ مورد بیمار مبتلا به آنفلوآنزای A(H1N1) با میزان مرگ و میر کمتر از ۳ درصد (۱۴۰ نفر) گزارش شد (۱،۶). میزان کشندگی در کاشان ۲۰-۷ درصد، لرستان ۸ درصد و در همدان ۲/۸۶ درصد عنوان شد (۱۸).

با تدابیر اتخاذ شده در وزارت بهداشت، بیماری با حداقل میزان مرگ و میر (کمتر از ۳ درصد) در اواخر آذرماه ۱۳۸۸ در کشور مهار گردید و در جهان نیز بیماری در اواخر سال ۲۰۰۹ و اوایل سال ۲۰۱۰ کم کم فروکش نمود و سازمان جهانی رسماً پایان پاندمی فوق را اعلام نمود (۶).

تمامی گروه های سنی در بین بستری شدگان پاندمی آنفلوآنزا یافت می شد ولی در بین سنین ۴۲-۱۵ بیشتر بوده است و موارد مرگ ناشی از بیماری در سنین ۴۰ ساله و بالاتر بیشتر رخ داده است (۵). شایع ترین یافته های بالینی آنفلوآنزا در آغاز پاندمی سال ۲۰۰۹ شامل تب، سرفه، گلودرد، کسالت و سردرد بود و هر چند اسهال، تهوع و استفراغ در آنفلوآنزای فصلی به نسبت رخ می دهد ولی در آنفلوآنزای جدید با شیوع بیشتری عارض می گردید (۵،۱۹). مهمترین راه انتقال ویروس در محیط های پر جمعیت از طریق هوا (ریز قطره های تنفسی) می باشد. ویروس را از ۲۴ ساعت قبل از شروع علائم در ترشحات دستگاه تنفسی فرد آلوده می توان شناسایی نمود (۲) و تا بیش از پنج روز پس از شروع بیماری قابلیت انتقال بیماری وجود دارد (۲۰).

مطالعه حسن زاده و همکارانش (۲۱) با عنوان آگاهی و عملکرد دانشجویان ساکن خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی شیراز در



سواد بیشترین فراوانی مربوط به دوره ابتدایی با ۲۷/۸۳٪ بود. ۸۱/۹۲ درصد از نمونه های مورد بررسی در مناطق قدیمی شهر یزد سکونت داشتند. ۴۳/۷۸ درصد از نمونه ها خانه دار بودند. تقریباً ۱/۷ درصد از نمونه های مورد بررسی به آنفلوآنزا مبتلا شده بودند (جدول ۱).

میانگین نمره آگاهی افراد مورد مطالعه $4/04 \pm 19/04$ بود (جدول ۲). ۶۱/۱ درصد از نمونه ها از اینکه عامل بیماری آنفلوآنزا ویروسی می باشد، مطلع بودند. ۹۶/۹ درصد پاسخ صحیحی به واگیر دار بودن این بیماری دادند. ۵۱/۱ درصد از نمونه ها تماس مستقیم با فرد آلوده را از راه های انتقال بیماری عنوان کردند و به ترتیب ۶۷/۷ و ۱/۴ درصد نیز ریز قطرات منتشره از دستگاه تنفسی و تماس با خوک را عنوان کردند در حالی که تنها ۱۰ درصد از کل نمونه ها به هر سه مورد اشاره نمودند. ۶۵/۲ درصد از نمونه های مورد بررسی از اینکه سیستم تنفسی در زمان بیماری بیشتر دچار اختلال می شود پاسخ صحیح دادند. ۹۱/۳ درصد از نمونه ها مرگ و میر ناشی از این بیماری را مورد تأیید قرار دادند.

در این مطالعه ۵۷/۷ درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه، افراد ۶۵ سال و بالاتر، ۸۵ درصد کودکان کمتر از ۵ سال و ۹۳/۴ درصد از آنها نیز زنان باردار را جزء گروه های در معرض خطر این بیماری می دانستند. ۵۷/۸ درصد از آنها اسهال و استفراغ را از علائم بیماری می دانستند و ۶۱/۵ درصد نیز از اینکه خلط خونی، تب، سردرد، سرفه و عطسه از علائم بیماری نمی باشد، مطلع بودند. ۷۵ درصد از نمونه ها از اینکه این بیماری دارای واکنس می باشد آگاهی داشتند ولی تنها ۲۷/۹ درصد از نمونه ها تزریق

می گیرند نمونه ۱۰۰ تایی از سرپرستان خانوار در هر خوشه انتخاب شد. داده های مورد نیاز از طریق پرسشنامه ای محقق ساخته مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوط به سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد، به صورت مصاحبه و توسط کارشناس بهداشت عمومی جمع آوری گردید. روایی پرسشنامه زیر نظر متخصص آموزش بهداشت و پزشک بررسی گردید و پایایی آن با اجرای طرح پایلوت و محاسبه آلفا کرونباخ بیش از ۰/۸۰ برای هر کدام از مقیاس ها تأیید شد.

رابطه ۱

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

پرسشنامه مذکور شامل ۳۴ سؤال اختصاصی آگاهی بوده است که به هر پاسخ صحیح فرد یک امتیاز تعلق می گرفت و وضعیت امتیاز فرد در طیفی از صفر تا ۳۴ مشخص شد. ۱۳ سؤال جهت سنجش میزان نگرش طراحی شد که با توجه به طیف ۵ رتبه ای، نمره هر عبارت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) از ۱-۵ در نظر گرفته شد و هر فرد در طیفی بین ۶۵-۱۳ قرار گرفت و ۹ سؤال جهت سنجش عملکرد قرار گرفت و نمره هر فرد در طیف صفر تا ۹ قرار داشت. پس از تکمیل پرسشنامه ها، داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS وارد کامپیوتر شده و با استفاده از آزمون های آماری ANOVA، Student's T-test، Chi-square و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

از ۶۰۰ پرسشنامه توزیع شده ۵۶۰ پرسشنامه برگشت داده شد که میانگین سنی نمونه ها $13/03 \pm 42/76$ سال بود. ۵۰/۴۵ درصد از نمونه ها مرد و ۴۹/۵۵ درصد از آنها زن بودند. از لحاظ سطح



درصد از نمونه ها به جداسازی و قرنطینه بیماران اعتقاد داشتند. ۹۵/۷ درصد از نمونه های مورد بررسی قابل پیشگیری و کنترل بودن بیماری آنفلوآنزا را با موافقت خود مورد تأیید قرار دادند. ۵۸/۵ درصد از نمونه ها از ابتلا به بیماری آنفلوآنزا ترس و وا همه داشتند.

۸۴/۸ درصد از آنها نیز معتقد بودند که هم نشینی با فرد آلوده باعث انتقال این بیماری به افراد سالم می گردد.

جدول ۱: فراوانی مطلق و فراوانی نسبی مشخصات دموگرافیک نمونه های مورد بررسی

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۲۷۷
	مرد	۲۸۲
تحصیلات	بیسواد	۴۲
	ابتدایی	۱۵۵
	راهنمایی	۱۲۱
	دیپلم	۱۵۱
محل سکونت	دانشگاهی	۸۸
	مناطق قدیمی	۴۵۳
شغل	مناطق جدید	۱۰۰
	کارمند	۴۹
	فرهنگی	۱۳
	بازنشسته	۷۰
	کارگر	۶۵
	مغازه دار	۲۷
	خانه دار	۲۴۳
سابقه ابتلاء به بیماری آنفلوآنزا	سایر	۸۸
	بله	۹
	خیر	۵۲۰

واکسن آنفلوآنزا را مؤثرترین اقدام در جهت جلوگیری از این بیماری می دانستند. ۶۴/۷ درصد از نمونه ها خود را در معرض خطر ابتلاء به بیماری می دانستند. آگاهی با تحصیلات ($p=0/001$)، شغل ($p<0/001$) و سن ($p=0/001$) ارتباط معنی داری داشت. میانگین نمره نگرش نمونه ها $44/48 \pm 2/78$ بود (جدول ۲).

۷۳/۳ درصد از نمونه های مورد بررسی معتقد بودند که هیچکدام از افراد جامعه در برابر بیماری آنفلوآنزا مصونیت ندارند. ۴۶/۱



جدول ۲: میانگین نمرات، انحراف معیار و حداکثر نمره قابل اکتساب آگاهی، نگرش و عملکرد نمونه ها

میانگین نمرات (انحراف معیار)	حداکثر نمره قابل اکتساب	
۱۹/۸۴ (۴/۰۴)	۳۴	آگاهی
۴۴/۴۸ (۲/۷۸)	۶۵	نگرش
۷/۶۸ (۰/۹)	۹	عملکرد

جدول ۳: فراوانی مطلق و فراوانی نسبی پاسخ صحیح نمونه های مورد بررسی به سؤالات عملکرد

عملکرد	پاسخ صحیح	
	تعداد	درصد
۱ آیا هنگام سرفه یا عطسه بینی و دهان خود را با دستمال کاغذی می پوشانید؟	۵۳۰	۹۴/۶
۲ در صورت بلی، دستمال مصرفی را فوری پس از استفاده بطور مناسب دفع می کنید؟	۵۳۰	۹۸/۵
۳ آیا هنگام خروج از منزل از ماسک استفاده می کنید؟	۳۲	۵/۷
۴ در صورت مشاهده علائم شبیه آنفلوآنزا، فوراً به پزشک مراجعه می کنید؟	۴۹۴	۸۸/۲
۵ دست های خود را بطور منظم و مکرر با آب و صابون می شویید؟	۴۱۳	۷۵/۱
۶ در صورت مشاهده آثار شبه آنفلوآنزا در فرد دیگری از او فاصله (حداقل یک متر) می گیرید؟	۵۳۴	۹۵/۹
۷ اگر در خود علائم شبه آنفلوآنزا دیدید در منزل می مانید؟	۵۳۱	۹۴/۸
۸ آیا هنگام احوال پرسی از در آغوش گرفتن، بوسیدن و دست دادن خودداری می کنید؟	۵۴۸	۹۷/۹
۹ آیا از مالیدن و تماس دست آلوده با چشم ها و بینی و دهان خودداری می کنید؟	۵۴۸	۹۷/۹

درصد از نمونه ها اعلام کردند که شستن دست ها با آب و صابون به طور مکرر نیز از اقدامات انجام شده توسط آنها بوده است و ۹۴/۸ درصد از آنها نیز ماندن در خانه را در زمان ابتلاء به بیماری ترجیح می دادند (جدول ۳).

۹۵/۹ درصد از نمونه های مورد بررسی، رعایت فاصله با افراد مبتلا و همچنین ۹۷/۹ درصد نیز عدم در آغوش گرفتن و بوسیدن در زمان اپیدمی های آنفلوآنزا را از مهمترین اقدامات می دانستند (جدول ۳). اختلاف بین نمره عملکرد مردان و زنان از لحاظ آماری معنی دار بود ($p=0/001$) به طوری که زنان از عملکرد بهتری نسبت به مردان برخوردار بودند. همچنین عملکرد

از نمونه های مورد بررسی، ۷/۴ درصد بیماری آنفلوآنزا را خاص طبقات محروم و فقیر جامعه می دانستند و ۱۰/۹ درصد از آنها معتقد بودند که فرد مبتلا به آنفلوآنزا موجب نابودی خانواده خود می شود. اختلاف بین نگرش و محل سکونت از نظر آماری مورد تأیید قرار گرفت ($p<0/001$). میانگین نمره عملکرد نمونه ها $7/68 \pm$ بود (جدول ۲). ۹۴/۶ درصد از نمونه های مورد بررسی در هنگام عطسه یا سرفه از دستمال و تنها ۵/۷ درصد از آنها از ماسک استفاده می کردند (جدول ۳).

مراجعه سریع به پزشک در صورت مشاهده علائم بیماری آنفلوآنزا، توسط ۸۸/۲ درصد از نمونه ها پاسخ مثبت گرفت. ۹۹/۸



پژوهش حاضر نیز از اینکه عامل بیماری آنفلوآنزا ویروسی می باشد، مطلع بودند.

اپیدمی و پاندمی آنفلوآنزا زمانی رخ می دهد که با توجه به تغییرات دریافت و شیفت آنتی ژنی، هیچ یک از افراد در برابر آن نوع، ایمن نباشند و انتقال از طریق انسان به انسان رخ دهد (۲۷) که ویروس آنفلوآنزا (A(H1N1) از تغییرات ناگهانی در ساختمان ویروس بوجود آمد (۲۰) که این بیماری می تواند از طریق تماس مستقیم با فرد مبتلاء، تماس با خوک و ریزقطرات منتشره از دستگاه تنفسی به فرد سالم منتقل شود (۲). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۹۷ درصد از نمونه ها پاسخ صحیحی به واگیر دار بودن این بیماری دادند و همچنین ۵۱/۱ درصد از آنها تماس مستقیم با فرد آلوده را از راه های انتقال بیماری عنوان کردند و به ترتیب ۶۷/۷ و ۱/۴ درصد نیز ریز قطرات منتشره از دستگاه تنفسی و تماس با خوک را عنوان کردند در حالی که تنها ۱۰ درصد از کل نمونه ها به هر سه مورد اشاره کردند.

۹۱ درصد از نمونه ها مرگ و میر ناشی از این بیماری را مورد تأیید قرار دادند. در مطالعه حسن زاده نزدیک به ۹۰ درصد از دانشجویان آنفلوآنزای A(H1N1) را بیماری شدید و کشنده می شناختند (۲۱). در مطالعه دیگر نیز ۷۴ درصد آنرا کشنده می دانستند (۲۲).

تظاهرات بالینی آنفلوآنزا A(H1N1) در اغلب موارد مشابه تظاهرات آنفلوآنزای فصلی می باشد. هر چند که تظاهرات گوارشی آن بارزتر می باشد (۵). ۵۸ درصد از نمونه های مطالعه حاضر اسهال و استفراغ را از علائم بیماری می دانستند و ۶۱/۵

با محل سکونت افراد نیز ارتباط معنی داری داشت ($p=0/002$). همبستگی مثبتی بین آگاهی و نگرش ($r=0/390$ ، $P=0/019$)، آگاهی و عملکرد ($r=0/660$ ، $P<0/001$) و نگرش و عملکرد ($r=0/463$ ، $P=0/004$) وجود داشت.

۹۲/۳ درصد از نمونه ها منبع کسب اطلاعات خود را در خصوص بیماری آنفلوآنزا، رادیو و تلویزیون عنوان کرده بودند.

بحث و نتیجه گیری

گفته می شود که بیماری آنفلوآنزا در ابتدای قرن بیستم (۲۰-۱۹۱۸ میلادی) موجب ۲۰ تا ۴۰ میلیون مورد مرگ در دنیا شده در حالی که طاعون که به مرگ سیاه موسوم است در طی چهار سال این میزان کشتار را ایجاد نموده است (۶)، لذا کوچکترین سهل انگاری و ساده انگاری در خصوص خطرات ناشی از بیماری می تواند عواقب جبران ناپذیر بهداشتی برای بشر داشته باشد (۲۴).

نتایج این مطالعه نشان داده است که تقریباً ۵۸ درصد از شرکت کنندگان از اطلاعات مورد نیاز در مورد بیماری آنفلوآنزا آگاهی داشتند که با مطالعات انجام شده توسط Diguseppe، Maton و Wong همخوانی دارد (۲۲، ۲۵، ۲۶). همچنین در مطالعه انجام شده توسط رجالی و همکارانش (۲) نیز آزمودنی ها قبل از مداخله آموزشی به طور متوسط حدود نیمی از اطلاعات لازم در ارتباط با بیماری آنفلوآنزا نوع A و نحوه برخورد با آن را می دانستند که می توان با آموزش های دیگر از قبیل پمفلت، پوستر و کلاس های آموزشی اطلاعات و آمادگی عموم را بالاتر برد. بیماری آنفلوآنزای جدید نوعی بیماری ویروسی ناشی از ویروس A(H1N1) با منشأ خوک می باشد (۲) که ۶۱ درصد از نمونه های



هستند. در پژوهش انجام شده در هند نیز نگرش خوب عنوان شد (۱۴) و در مطالعه ای دیگر که در دانشجویان مالزی انجام گرفت ۳۸ درصد از دانشجویان حداقل دو تصور غلط از این بیماری داشتند (۱۷).

در مورد انتشار ویروس آنفلوآنزا پاندمیک، بر خلاف آنفلوآنزای فصلی، نه تنها افراد پیر و جوان بلکه همه افراد در معرض خطر هستند و به علت اینکه همه افراد در مقابل ویروس جدید ایمن نیستند بیشتر افراد مبتلا خواهند شد و می تواند باعث مرگ میلیون ها نفر شود (۱۹) که بیش از ۷۳ درصد از نمونه های مورد بررسی معتقد بودند که هیچکدام از افراد جامعه در برابر ابتلا به این بیماری مصونیت ندارند.

تصورات نادرست نسبت به مسری بودن بیماری باعث نگرانی های غیرضروری و هرج و مرج هایی می شود که باعث هراس های بیش از حد نسبت به اپیدمی، کاهش رفتارهای منطقی و تشدید بیماری می شود (۱۵). بر اساس نتایج پژوهش حاضر ۵۸ درصد از نمونه ها از ابتلاء به بیماری آنفلوآنزا ترس و واکنش داشتند و ۴۶ درصد از آنها به قرنطینه و جداسازی بیماران معتقد بودند. در مطالعه کیت و استوود و همکارانش مردم استرالیا عنوان کردند که اطلاع رسانی قبل از بروز اپیدمی مانع بروز ترس می شود (۲۸).

میانگین نمره عملکرد نمونه ها خوب بوده است بطوری که اقدامات انجام شده توسط آنها در مورد بیماری قابل قبول بوده که با مطالعه مشابه Maton (۲۵) همخوانی دارد در حالی که در مطالعه Kamate و همکارانش عملکرد مردم ضعیف بود (۱۴). عملکرد

درصد نیز از اینکه خلط خونی خلاف تب، سردرد، سرفه و عطسه از علائم بیماری نمی باشد مطلع بودند. در مطالعه دیگری (۱۵) نزدیک به ۷۶ درصد از مردم انتقال این بیماری را از طریق سرفه و عطسه، ۶۲ درصد از طریق صحبت چهره به چهره در حالی که کمتر از یک سوم آنها انتقال از طریق دست و غذا را عنوان کردند. واکسن مؤثرترین و مقرون به صرفه ترین راه برای کنترل همه گیری ۲۰۰۹ بوده است (۱۷) و با ساخت واکسن مؤثر در پیشگیری از آنفلوآنزا، تنها در ایالات متحده تا تاریخ ۲۹ ژانویه ۲۰۱۰ تعداد ۱۲۴ میلیون نفر بر علیه این بیماری واکسینه شدند (۱۳). نتایج پژوهش حاضر بیانگر این مطلب بود که ۷۵ درصد از نمونه ها از اینکه این بیماری دارای واکسن می باشد آگاهی داشتند ولی تنها ۲۸ درصد از نمونه ها تزریق واکسن آنفلوآنزا را مؤثرترین اقدام در جهت جلوگیری از این بیماری می دانستند. در پژوهش دیگری که در هند انجام شد واکسن و ماسک هر کدام را با ۳۶ درصد مؤثرترین اقدام برای پیشگیری از این بیماری می دانستند (۱۴). لازم است با تبلیغات و آموزش های لازم از طرف وزارت بهداشت و همچنین مراکز بهداشتی مردم را از اهمیت واکسن آنفلوآنزا در پیشگیری و کنترل همه گیری ها آگاه کرد.

آگاهی با تحصیلات ($p=0/001$)، شغل ($p<0/001$) و سن ($p=0/001$) ارتباط معنی داری داشت که با پژوهش مشابه انجام شده در هند همخوانی دارد (۱۴).

میانگین نمره نگرش نمونه ها نشان داد که نمونه ها ۶۸ درصد از نگرش های مثبت و صحیح راجع به بیماری آنفلوآنزا را معتقد



لذا با توجه به اهمیت توجه به بیماری آنفلوآنزا و نتایج این مطالعه موارد ذیل پیشنهاد می گردد:

۱- اطلاع رسانی در خصوص رفتارهای بهداشتی مرتبط با این بیماری نه صرفاً در زمان پاندمی و اپیدمی ها بلکه به صورت روزمره، هماهنگ و علمی به کلیه آحاد جامعه تا سبب تقلیل صدمات جانی و مالی در شرایط پاندمی شود.

۲- بهترین استراتژی برای مقابله و کنترل بیماری، استراتژی آمادگی می باشد. لذا یافتن نقاط ضعف برنامه آمادگی و حل آنها بهترین راه برای مبارزه با بیماری و پیشگیری از گسترش آن می باشد.

۳- با توجه به نقش اساسی مدارس در زمان اپیدمی ها، برنامه های آموزشی در مورد کنترل و پیشگیری از آنفلوآنزا در زمان شروع سال تحصیلی برای مدارس و مراکز آموزشی برگزار گردد.

۴- افزایش اطلاعات مردم از طریق برنامه های مدون آموزشی، پوستر، پمفلت و همچنین از طریق رسانه های ارتباط جمعی (رادیو، تلویزیون) و پزشک.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی تحت عنوان " بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مردم شهرستان یزد در خصوص آنفلوآنزای خوکی (A(H1N1) در سال ۱۳۸۹" می باشد، در نهایت بر خود لازم می دانیم از مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری و همه کسانی که ما را در اجرای این مطالعه کمک کرده اند، تشکر و قدردانی نماییم.

References

- 1-Yanni EA, Marano N, Han P, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of US Travelers to Asia Regarding Seasonal Influenza and H5N1 Avian Influenza Prevention Measures. *Journal of Travel Medicine* 2010; 17 (6): 374-81.

خوب می تواند نشان دهنده عملکرد موفق مسئولین بهداشتی، صدا و سیما و همه کسانی که نقشی فعال در اطلاع رسانی و آگاه کردن مردم نسبت به این بیماری داشتند به حساب آید.

عطسه یا سرفه در فاصله نزدیک، احتمال آلوده کردن دیگران را افزایش می دهد (۱۵). نتایج این مطالعه نشان داد که ۹۵ درصد از نمونه های مورد بررسی در هنگام عطسه یا سرفه از دستمال استفاده می کردند. ۹۶ درصد از نمونه های مورد بررسی رعایت فاصله با افراد مبتلا و همچنین ۹۸ درصد نیز عدم در آغوش گرفتن و بوسیدن در زمان اپیدمی های آنفلوآنزا را از مهمترین اقدامات خود می دانستند.

شستن دست ها با آب و صابون به طور مکرر نیز از اقدامات انجام شده در ۷۵ درصد از نمونه ها بوده است که در مطالعه مشابه دیگر نیز شستن مکرر دست ها ۵۷ و ۷۳ درصد عنوان شد (۱۵، ۲۹).

اختلاف بین نمره عملکرد مردان و زنان از لحاظ آماری معنی دار بود ($p=0/001$) به طوری که زنان از عملکرد بهتری نسبت به مردان برخوردار بودند که با مطالعه حسن زاده همخوانی دارد (۲۱). همبستگی مثبتی بین آگاهی و نگرش، آگاهی و عملکرد و همچنین نگرش و عملکرد وجود داشت که با مطالعه مشابه انجام شده در هند همخوانی دارد. در مورد منبع کسب اطلاعات در مورد بیماری آنفلوآنزا خوکی، مهمترین منبع کسب اطلاعات مردم شهر یزد، رادیو و تلویزیون بوده است که با مطالعه Kamate همخوانی دارد (۱۴).



- 2- Rejali M, Hadipour M, Molavi Vardanjani H. The Effect of Educational Workshop Method on H1N1 Influenza-Related Knowledge of Students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health System Research* 2011; 7(2): 184-90. [Persian]
- 3- Yalda A, Emadi H, Haji Abdolbaghi M. Avian influenza: a review article. *Tehran University Medical Journal* 2006; 64(4): 5-25. [Persian]
- 5- Izadi M, Jonaidi N, Ranjbar R, et al. Influenza H1N1 (Swine Flu). *Journal of Military Medicine* 2009; 11(1): 1-2. [Persian]
- 6- Hatami H, Goya M M, Saghari H, et al. Emerging and pandemic of influenza A [H1N1]. *J. Med. Counc. Islam. Rep. Iran* 2009; 27 (1): 77-116. [Persian]
- 7- Mehrabi Tavana A. Influenza A (H1N1) Pandemic and Lessons Learned. *Hakim Research Journal* 2010; 13(3): 177- 84. [Persian]
- 8- Shariati rad SH, Alizadeh K, Zareiy S, et al. H1N1 influenza among suspected patients in Bes'at IRIAF hospital Nov and Dec 2009: A case-series. *The Medical Journal of Military Medicine* 2010; 12(4): 26-29. [Persian]
- 9- Van D, McLaws M L, Crimmins J, et al. University life and pandemic influenza: Attitudes And intended behavior of staff and students towards pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health* 2010; 10:130.
- 10- Dubé E, Gilca V, Sauvageau C, et al. Schoartn Reapdortian family physicians' and paediatricians' knowledge, attitudes and practices regarding A(H1N1) pandemic vaccine. *BMC Research Notes* 2010; 3:102.
- 11- Wong L P, Sam I C. Behavioral responses to the influenza A(H1N1) outbreak in Malaysia. *J Behav Med* 2011; 34:23–31.
- 12- Ferrante G, Baldissera S, Fateh Moghadam P, et al. Surveillance of perceptions, knowledge, attitudes and behaviors of the Italian adult population (18–69 years) during the 2009–2010 A/H1N1 influenza pandemic. *Eur J Epidemiol* 2011; 26:211–19.
- 13- Afzali H, Nematian M, Rajabi J, et al. Epidemiological survey of confirmed influenza A (H1N1) in Kashan, Aran and Bidgol cities during 2009-10. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2011, 15(3): 259-66. [Persian]



- 14-Kazemi M H, Khalilifar A H. Epidemiologic Survey of Influenza A (H1N1) Among Land Force Staff of Army in 2009. *Journal of Army University of Medical Sciences of the I.R.Iran* 2010; 8(1): 33-7. [Persian]
- 15-Kamate S K, Agrawal A, Chaudhary H, et al. Public knowledge, attitude and behavioural changes in an Indian population during the Influenza A (H1N1) outbreak. *J Infect Dev Ctries* 2010; 4(1): 7-14.
- 16-Lin Y, Huang L, Nie S, et al. Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) related to the Pandemic (H1N1) 2009 among Chinese General Population: a Telephone Survey. *BMC Infectious Diseases* 2011; 11:128.
- 17-Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Weekly Influenza Activity Estimates Reported by State and Territorial Epidemiologists. Available From: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/updates/082109.htm>
- 18-Naing C, Ping Tan R Y. Knowledge about the pandemic influenza A (H1N1) and willingness to accept vaccination: a cross-sectional Survey. *J Public Health* 2011; 19:511-16.
- 19-Cheraghi Z, Doosti Irani A, Rezaiean S, et al. Influenza A (H1N1) in Hamedan Province, Western Iran in 2009: A Case-Control Study. *Journal of Research in Health Sciences* 2010; 10(1): 12-27. [Persian]
- 20-Javaheri M, Holakouei K, Delpishe A, et al. How Prepared Are Schools And Universities of Ilam Against Pandemic Influenza H1N1. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2012; 20(1): 35-41.
- 21-Saleh P, Noshad H, Naghili B. Demographic and Paraclinical Findings of Patients with Novel H1N1 Infection Hospitalized in Infectious Disease Ward, Sina Hospital, Tabriz, Iran. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences* 2011; 19(75): 84-93. [Persian]
- 22-Hasanzadeh J, Molavi H, Hosaini Sh, et al. Knowledge and practice of students living in dormitories, Shiraz University of Medical Sciences in conjunction with flu-type A (H1N1). *SID* 2009; 137:167.
- 23-Wong L P, Sam I C. Knowledge and Attitudes in Regard to Pandemic Influenza A (H1N1) in a Multiethnic Community of Malaysia. *Int.J. Behav. Med.* (2011) 18:112-21.
- 24-Zairina A R, Nooriah M S, Mohd Yunus A. Knowledge And Practices Towards Influenza A (H1N1) Among Adults in Three Residential Areas in Tampin Negeri Sembilan: A Cross Sectional Survey. *Med J Malaysia* 2011; 66 (3): 207-13.



- 25-World Health Organization (WHO).Global surveillance during an Influenza Pandemic. 2009. Available From:http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenzasurveillance_apr09.pdf
- 26-Maton T, Butraporn P, Kaewkangwal J, Fungladda W. Avian influenza protection knowledge, awareness, and behaviors in a high-risk population in Suphan Buri province, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2007; 38(3):560-8.
- 27-Di Giuseppe G, Abbate R, Albano L, et al. A survey of knowledge, attitudes and practices towards avian influenza in an adult population of Italy. *BMC Infect Dis* 2008;17(8):36.
- 28-Garten R J, Davis C T, Russell C A, et al. Antigenic and Genetic Characteristics of Swine-Origin 2009 A(H1N1) Influenza Viruses Circulating in Humans. *Science* 2009; 325(5937): 196-201.
- 29-Naderifar M, Akbarsharifi T, Pairovi H, et al. Mothers' Awareness, regarding Oro dental Health of their Children at age of 1-6 Years old. *IJN* 2006; 19 (46):15-27.[Persian]
- 30-Lau JT, Griffiths S, Choi KC, Tsui HY. Widespread public misconception in the early phase of the H1N1 influenza epidemic. *J Infect.* 2009; 59(2):122-7.



The Study of Knowledge, Attitude and Practice Related to the Influenza (H1N1)A Among Yazd Population in 2010

Mazloomimahmodabad SS(Ph.D)¹, Rezaiepandari H(M.Sc)², Shahbazi H(M.Sc)³

1. Professor, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Iran

2. M.Sc student in Health Education Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Corresponding Author: M.Sc student in Health Education Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Influenza is one of the most common infectious diseases which cause severe illness in millions of people every year. Assessment of Knowledge and attitude of the public is essential to prevent of disease transmission because there has a large impact on people's health behaviors and may be helpful in controlling the disease. We decided, therefore, to study the Yazd population' knowledge, attitude and practice related to the pandemic influenza (H1N1).

Methods: This is a descriptive cross - sectional study performed on 360 population of Yazd in 1389. Data were gathered through a Data collection tool was a researcher made questionnaire that its validity and reliability was approved. Data were then analyzed through SPSS software using statistical tests such as ANOVA, T-test, Chi square test and Pearson correlation.

Results: knowledge of Samples was medium but attitude and practice They was Good. There was a significant relationship between knowledge and attitude ($p=0.019$); knowledge and Practice ($P<0.001$); and attitude and Practice ($P=0.004$). Also Women had better functional than men ($P=0.001$).

Conclusion: According to the results of the study improving population' information through regular training programs, posters, pamphlets and media is suggested.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practice, Novel Influenza A (H1N1)