

بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای آموزشی رابطین بهداشت از بیماری سالک

بر اساس مدل بزنف در شهر یزد

هاشم حشمتی^۱، زهره رهائی^۲، سید محمد مهدی هزاوه ای^۳، آنتیا دهنادی^۴، اکبر حسن زاده^۵

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مربی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دانشکده بهداشت

۲. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات رفتارهای بهداشتی و ارتقاء سلامت

۳. نویسنده مسئول: استاد گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده بهداشت،

E-mail: heshmati3369@yahoo.com

۴. کارشناس بهداشت، مرکز بهداشت شهرستان گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۵. کارشناس ارشد آمار، مربی گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

زمینه و هدف: سالک یک بیماری انگلی است که گسترش آن در تمام قاره‌های جهان به جز استرالیا گزارش شده است و بیشترین میزان وقوع آن در ایران و عربستان مشاهده می‌شود. مدل بزنف یکی از کاملترین مدل‌های ترکیبی جهت مطالعه و شناسایی رفتار و ایجاد رفتارهای جدید در جامعه است. با توجه به آندمیک بودن بیماری سالک در شهر یزد و نقش مهم رابطین بهداشتی در آموزش خانواده‌ها، این پژوهش با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتار آموزشی رابطین در این زمینه بر اساس مدل بزنف طراحی و اجرا شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، کلیه رابطین (۶۰ نفر) مراکز بهداشتی درمانی مناطق آندمیک سالک در شهر یزد و پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش این مراکز به روش سرشماری انتخاب شده و پرسشنامه‌ای را که بر اساس مدل بزنف تنظیم شده بود، تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: رفتار آموزشی رابطین در سطح مطلوبی قرار نداشت. تأثیر گذارترین افراد برای اقدام آموزشی رابطین کارکنان بهداشتی بودند. رفتار رابطین با نگرش، قصد و عوامل قادرکننده همبستگی مستقیم معنادار داشت. بین نگرش با آگاهی، قصد و عوامل قادرکننده نیز ارتباط مستقیم وجود داشت.

نتیجه گیری: دادن آگاهی به رابطین به تنهایی نمی‌تواند رفتار آموزشی در آنها ایجاد کند، بلکه باید با آموزش مؤثر و فراهم کردن نگرش به عمل و عوامل قادرکننده برای کارکنان بهداشتی و به تبع آنها رابطین، رابطین بهداشتی را برای آموزش به جامعه توانمندتر ساخت.

واژه‌های کلیدی: سالک، رابطین بهداشتی، مدل بزنف، آموزش بهداشت، رفتارهای آموزشی

پذیرش: ۸۹/۱۲/۲۵

دریافت: ۸۹/۱۱/۱۹

بیماری ناشی از لیشمانیازها یا به صورت جلدی خالص

(لیشمانیوز جلدی) است، یا پوست و مخاط هر دو، را گرفتار می‌سازد که به آن لیشمانیوز جلدی-مخاطی

مقدمه

لیشمانیوزها بیماری‌های انگلی هستند که توسط انگل تک یاخته از جنس لیشمانیا ایجاد می‌شوند. در انسان،

گفته می‌شود. یا اینکه به شکل عمومی (سیستمیک) تمام بدن را فرا می‌گیرد که به لیشمانیوز احشایی یا کالآزار معروف است [۱].

این بیماری به دلایل زیادی نظیر طولانی‌بودن دوره زخم، ایجاد اسکار زشت در صورت، احتمال عفونت‌های ثانویه، هزینه‌های درمانی سنگین برای جامعه، طولانی‌بودن دوره درمان و عوارض ناشی از درمان با داروهای موجود، مشکلات زیادی را به بار آورده است [۳ و ۲] و در صورت عدم درمان، بیماری ۵ ماه تا ۲ سال طول می‌کشد، که در این دوره طولانی احتمال سرایت آلودگی زیاد است [۴].

لیشمانیوز در ۸۸ کشور جهان آندمیک می‌باشد و ۳۵۰ میلیون نفر در جهان در معرض خطر ابتلا هستند. تخمین زده می‌شود ۱۴ میلیون نفر مبتلا هستند و هر سال ۲ میلیون مورد جدید رخ می‌دهد که ۱/۵ میلیون مورد آن مربوط به لیشمانیوز جلدی می‌باشد [۵]. ایران جزء کشورهای منطقه مدیترانه شرقی است که شیوع سالک در آن بالا است، بطوری‌که جزء ۷ کشور اول دنیا از نظر شیوع این بیماری است و سالانه حدود ۳۰۰۰ نفر مبتلا به سالک در ایران گزارش می‌گردد [۵ و ۶]؛ که براساس تحقیقات موجود میزان واقعی، ۴ الی ۵ برابر آمار موجود است [۷]. استان یزد نیز از آلوده‌ترین استان‌ها در زمینه سالک گزارش شده است [۸].

عدم توفیق محققان در تهیه و تولید واکسن و دارو برای بسیاری از بیماری‌های انگلی از جمله لیشمانیوز جلدی و شیوع بالای این بیماری‌ها، موضوع آموزش بهداشت را در صدر برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت قرار داده است [۹]. از طرفی تکیه بر مشارکت داوطلبانه مردم در فعالیت‌های مربوط به سلامتی به درجات مثبتی مورد تأیید قرار گرفته است و مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند که این اقدام به طور معمول موجب توسعه و بهبود سرویس‌های خدمات بهداشتی جامعه می‌شود [۱۰-۱۲]. علاوه بر

این، رابطین بهداشتی با توجه به استمرار ارتباط با خانواده‌ها و هماهنگی طبقاتی، تحصیلی و اجتماعی با آنها، مؤثرترین و مناسب‌ترین استراتژی آموزش به خانواده‌ها هستند. این استراتژی به عنوان یک رویکرد مردم‌مدار، بهترین راه برای تأمین نیازهای آموزشی و همچنین تغییر فرهنگ اجتماعی محسوب می‌شود [۱۳]. مدل بزنف توسط جان هابلی در سال ۱۹۸۸ ارائه شد [۱۴]. وی عقیده داشت به این مدل باید به عنوان یک لیست بررسی برای برنامه‌ریزی یک برنامه، به جای شرح کلی روندهای پیچیده‌ای نگریست که در لایه‌های رفتار یک فرد قرار دارند [۱۵]. مدل بزنف از عناصر اعتقادات رفتاری (Beliefs)، نگرش‌ها (Attitudes)، هنجارها و نُرْم‌های انتزاعی (Subjective Norms) و عوامل قادرکننده (Enabling Factors) تشکیل شده است، که کلمه BASNEF از کنار هم قرار گرفتن حروف اول این عناصر می‌باشد [۱۶].

این مدل از ترکیب دو مدل پری سید و قصد رفتاری حاصل شده و به منظور مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به کار گرفته می‌شود. تفاوت عمده مدل BASNEF با مدل قصد رفتاری در این است که در این مدل برخلاف مدل قصد رفتاری، هر قصدی الزاماً منجر به رفتار نمی‌شود، بلکه فاکتورهای قادرسازی مانند پول، مهارت، دقت، خدمات موجود و... بین قصد و رفتار وجود دارد [۱۷].

از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که آگاهی رابطین در سطح مطلوبی نمی‌باشد [۱۸]. همچنین مطالعات گوناگونی نشان داده‌اند که آگاهی افراد جامعه از بیماری سالک در سطح مطلوبی نمی‌باشد [۱۹-۲۲]. در مطالعاتی که سازه‌های مدل بزنف مورد بررسی قرار گرفته‌اند نیز کارآیی آنها در زمینه ایجاد و تغییر رفتارها به اثبات رسیده است [۲۳-۲۶].

با توجه به نقش حساس رابطین بهداشتی در آموزش خانواده‌ها، بر آن شدیم تا با انجام این پژوهش عوامل

شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و با آمار تحلیلی نظیر آزمون همبستگی پیرسون به منظور همبستگی بین داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰ رابط بهداشتی مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین سنی آنها 36 ± 9 سال و میانگین بعد خانوارشان 4 ± 1 نفر بود. اکثر رابطین تحصیلات ابتدایی ($41/7\%$ درصد) داشتند و خانه‌دار (85% درصد) بودند. آگاهی $1/7\%$ از رابطین بسیار ضعیف، 20% ضعیف، $73/3\%$ در حد متوسط و 5% خوب بود. میانگین و انحراف معیار سازه‌های مورد بررسی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سازه‌های مورد بررسی در رابطین

متغیر	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	۴۴/۲۶	۹/۳۳
نگرش	۸۳/۷۴	۷/۸۹
قصد	۷۴/۵۳	۲۰/۴۸
عوامل قادرکننده	۵۱/۹۴	۲۲/۲۷
رفتار	۳۶/۷۴	۲۶/۷۸

میانگین نمره آگاهی رابطین بهداشتی $44/2$ بود. مطلوب‌ترین نگرش رابطین در رابطه با آموزش به مادران برای پیشگیری از سالک، آموزش به خانواده‌ها جهت مراجعه به پزشک در صورت مشاهده علائم مشکوک به سالک و اجتناب از محیط‌های آلوده بود، در حالی که آموزش خانواده‌ها در مورد عدم مراجعه به درمانگرهای محلی، استفاده از وسایلی نظیر قلم دافع حشرات، پشه‌بند، توری و... کمترین اهمیت را داشتند. مهمترین افراد تأثیرگذار در انجام اقدام آموزشی رابطین به خانواده‌ها، به ترتیب شامل: کارکنان بهداشتی ($91/7\%$ درصد)، پزشک ($81/7\%$ درصد) و خانواده (60% درصد) بودند.

مرتبط با رفتار آموزشی رابطین درباره پیشگیری از سالک را بر اساس مدل برنف بررسی کنیم، تا گامی در جهت برنامه‌ریزی و آموزش برای رابطین و نهایتاً کنترل بیماری باشد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بوده که به روش مقطعی در سال ۱۳۸۷ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل رابطین مراکز بهداشتی درمانی مناطق آندمیک سالک در شهر یزد و پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش این مراکز بودند که به روش سرشماری، کلیه رابطین که ۶۰ نفر بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌ای بود که بر اساس مدل برنف در ۷ قسمت طراحی شده بود، ۸ سؤال مربوط به مشخصات دموگرافیک، ۲۵ سؤال چهار گزینه‌ای مربوط به آگاهی، ۱۲ سؤال طیف لیکرت شش گزینه‌ای مربوط به نگرش، ۸ سؤال سه گزینه‌ای مربوط به هنجارهای انتزاعی، ۹ سؤال سه گزینه‌ای مربوط به قصد رفتاری، ۶ سؤال سه گزینه‌ای مربوط به عوامل قادرکننده و ۱۱ سؤال سه گزینه‌ای مربوط به رفتار، که نمره هر مقیاس از ۱۰۰ محاسبه گردید.

جهت سنجش آگاهی جامعه مورد مطالعه امتیاز ۱۹-۰ به عنوان آگاهی بسیار ضعیف، امتیاز ۳۹-۲۰ آگاهی ضعیف، امتیاز ۵۹-۴۰ آگاهی متوسط، امتیاز ۷۹-۶۰ آگاهی خوب و امتیاز ۱۰۰-۸۰ آگاهی عالی؛ در نظر گرفته شد.

روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات خبرگان تأیید گردید. برای تعیین پایایی نیز آلفا کرونباخ مقیاس‌ها محاسبه شد که بین $0/86-0/74$ بود.

رابطین در روز مشخصی به مرکز بهداشتی درمانی دعوت شدند و پرسشنامه را تکمیل نمودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS وارد کامپیوتر شده و با استفاده از آمار توصیفی به منظور تهیه جداول توزیع فراوانی و محاسبه

بالاترین میزان قصد رابطین برای آموزش و کنترل دفع صحیح و بهداشتی زباله (۸۱/۷ درصد) و پایین‌ترین قصد برای آموزش و کنترل استفاده از پشه‌بند آغشته به سم (۴۸/۳ درصد) گزارش شده بود. از میان عوامل قادرکننده رابطین برای آموزش بیش از نیمی از آنها (۵۵ درصد) هیچ‌گونه آموزشی درباره بیماری‌های سالک و اقدامات پیشگیری‌کننده از آن دریافت نکرده بودند و از نظر دیگر عوامل قادرکننده مانند برخورداری از مهارت‌های ارتباطی، مشاوره کارکنان بهداشتی و جزوه و پمفلت آموزشی و... نیز وضعیت

خوبی نداشتند. فقط ۳۸/۳ درصد رابطین عنوان کرده بودند که برای شرکت در کلاس‌های آموزشی زمان کافی دارند. در بررسی رفتارهای آموزشی رابطین، آموزش و کنترل خانواده‌ها در رابطه با دفع صحیح و بهداشتی زباله بالاترین و آموزش استفاده از پشه‌بند آغشته به سم، پشه‌بند و... پایین‌ترین میزان را به خود اختصاص داد. به طور کلی رفتارهای آموزش و کنترل خانواده‌ها توسط رابطین در حد مطلوبی قرار نداشت (جدول شماره ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی رفتارهای آموزش و کنترل خانواده‌ها توسط رابطین

پاسخ ها						سوالات					
بلی			تا حدی			خیر					
تعداد	درصد		تعداد	درصد		تعداد	درصد		تعداد	درصد	
۶	۱۰		۹	۱۵		۴۵	۷۵				
۱۴	۲۳/۳		۲۰	۳۳/۳		۲۶	۴۳/۳				
۱۱	۱۸/۳		۱۸	۳۰		۳۱	۵۱/۷				
۱۰	۱۶/۷		۱۹	۳۱/۷		۳۱	۵۱/۷				
۱۵	۲۵		۱۶	۲۶/۷		۲۹	۴۸/۳				
۲۰	۳۳/۳		۱۶	۲۶/۷		۲۴	۴۰				
۲۳	۳۸/۳		۱۶	۳۰		۱۶	۳۱/۷				
۱۰	۱۶/۷		۱۳	۲۱/۷		۳۷	۶۱/۷				
۱۲	۲۰		۱۸	۳۰		۳۰	۵۰				
۱۰	۱۶/۷		۱۲	۲۰		۳۸	۶۳/۳				
۲۳	۳۸/۳		۱۸	۳۰		۱۹	۳۱/۷				

برای بررسی ارتباط بین سازه‌های مدل بزنف، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نگرش ($r=0.161$ و $P=0.039$)، قصد رفتاری ($r=0.266$ و $P=0.002$) و عوامل قادرکننده ($r=0.408$ و $P=0.001$) با رفتار آموزشی رابطین همبستگی مستقیم معنادار داشتند. بین نگرش با آگاهی ($r=0.374$ و $P=0.001$)، قصد ($r=0.168$ و $P=0.033$) و عوامل قادرکننده ($r=0.240$ و $P=0.004$) نیز ارتباط مستقیم وجود داشت.

بحث

با توجه به کارآیی مدل بزنف، در این مطالعه بر آن شدیم تا با بررسی عوامل مرتبط با رفتار آموزشی رابطین درباره بیماری سالک در مناطق آندمیک بر اساس مدل بزنف، تصویر جامعی از وضعیت این عوامل ارائه دهیم.

یافته‌های این بررسی نشان داد آگاهی رابطین بهداشتی در سطح مطلوبی نمی‌باشد. در مطالعه دیگری که در

این در حالی است که اشخاص ممکن است قصد انجام رفتار مورد نظر را داشته باشند، اما به دلیل تأثیر عوامل قادرکننده، مانند مهارت، پول و... آن رفتار را انجام نداده باشند. حتی ممکن است قبل از آموزش نیز قصد رفتاری وجود داشته و محقق تنها می‌بایست در انجام رفتار تسهیل ایجاد کند.

در این بررسی بالاترین قصد رفتاری مربوط به آموزش دفع صحیح و بهداشتی زباله و سپس کنترل دفع صحیح و بهداشتی زباله می‌باشد و پایین‌ترین قصد رفتاری مربوط به آموزش استفاده از پشه‌بند آغشته به سم است، این در حالی است که استفاده از پشه‌بند آغشته به سم مؤثرترین اقدام برای پیشگیری از سالک در زمان شیوع این بیماری است.

برای تبدیل قصد رفتاری به رفتار، به عوامل قادرکننده نیاز است. در این مطالعه با بررسی عوامل قادرکننده مشخص شد که این عوامل در سطح مطلوبی قرار نداشت، به طوری که تنها حدود نیمی از رابطین قادر به برقراری رابطه صحیح با خانواده‌های تحت پوشش خود بودند. این در حالی است که وظیفه اصلی رابطین ارتباط برقرار کردن با خانواده‌های تحت پوشش خود و انتقال آگاهی به خانواده‌ها و منعکس کردن مشکلات خانواده‌ها به مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد و همان‌طور که از معنای واژه رابط بهداشتی مشخص می‌شود، این افراد یک پل ارتباطی بین مردم و مسئولین هستند. این مهارت ارتباطی پایین می‌تواند نشان‌دهنده اشتباه در انتخاب این افراد باشد. ضمن آن که رابطین انتخاب شده نیاز به آموزش مهارت‌های ارتباطی دارند و قبل از هر اقدامی ابتدا رابطین را از نظر مهارت‌های ارتباطی توانمند سازند، تا بتوان از نیروی این افراد جهت ارتقاء سطح سلامت مردم استفاده نمود.

علاوه بر آن اکثر رابطین آموزش‌های کافی و لازم برای آموزش مردم درباره سالک را دریافت نکرده بودند. این در حالی است که سالک مهمترین بیماری

مورد آگاهی مراقبین بهداشت مدارس اصفهان، نسبت به بیماری‌های واگیردار و عفونی انجام شد [۱۸]، نیز نشان داده شد که آگاهی این افراد در سطح خوبی قرار ندارد.

در مطالعات دیگری که توسط نیکنامی [۱۹] و مظلومی [۲۰ و ۲۱] بر روی مادران، و توسط امیریان [۲۲] بر روی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر یزد انجام شد، هم مشخص گردید آگاهی از بیماری سالک در سطح پایینی است.

واضح است که وقتی آگاهی افراد تأثیر گذار در سلامتی مردم (مانند رابطین بهداشت و مراقبین بهداشت) در سطح مطلوبی نیست، بقیه گروه‌های جامعه نیز که به آگاهی به عنوان اولین گام جهت اقدام به رفتارهای پیشگیری‌کننده نیاز دارند، از آن محروم می‌مانند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد، خوشبختانه نگرش رابطین در رابطه با آموزش خانواده‌ها در حد قابل قبول است که این امر را می‌توان یک نقطه قوت برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی دانست. آنچه در حیطه نگرش مورد توجه بود این است که باید نگرش رابطین در مورد مراجعه به درمانگرهای محلی را تغییر داد.

یکی از عوامل مهم برای انجام یا عدم انجام رفتار در جامعه مورد نظر، هنجارهای انتزاعی (افراد تأثیر گذار) هستند، این افراد از شخص می‌خواهند رفتاری را انجام بدهد یا ندهد. در این مطالعه با بررسی هنجارهای انتزاعی مشخص شد که مهمترین افراد تأثیر گذار در زمینه انجام رفتار آموزشی رابطین، به ترتیب کارکنان بهداشتی، پزشک و خانواده‌ها می‌باشند. بنابراین می‌توان با آموزش این افراد و توانمند ساختن آنها، از نیروی تأثیر گذار آنها برای اقدام آموزشی رابطین به خانواده‌ها استفاده نمود.

گاهی اوقات ممکن است آموزش‌دهندگان به مردم، پس از آموزش، رفتار مردم را مورد بررسی قرار دهند و مشاهده کنند که رفتار مورد نظر در مردم ایجاد نشده و خود را مقصر دانسته و سرزنش کنند،

ارتباط قوی بین قصد رفتاری و رفتار را گزارش کرده‌اند.

لازم به ذکر است که زیاد بودن سوالات پرسشنامه گاهاً موجب کاهش دقت و توجه افراد مورد مطالعه در تکمیل پرسشنامه‌ها می‌شد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از پرسشنامه‌هایی استفاده شود که تعداد سوالات کمتری دارند.

نتیجه گیری

همبستگی رفتار آموزشی رابطین با سازه‌های مدل بزنف، حاکی از جامعیت مدل بزنف و مناسب بودن این مدل برای مطالعه رفتار آموزشی رابطین و توانمندساختن آنها برای آموزش به خانواده‌ها است؛ چرا که با توجه به نتایج، اگر آگاهی را افزایش دهیم، احتمالاً نگرش نیز افزایش می‌یابد، همچنین با فراهم کردن عوامل قادرکننده (مهارت‌های ارتباطی، در اختیار قرار دادن جزوات آموزشی و...) نیز می‌توانیم نگرش رابطین را نسبت به آموزش خانواده‌ها افزایش دهیم. با افزایش نگرش قصد رفتار و رفتار نیز افزایش می‌یابد، علاوه بر این با فراهم کردن عوامل قادرکننده، می‌توان قصد را به رفتار تبدیل کرد.

علاوه بر آن مسئولان مربوطه با اقداماتی نظیر هماهنگی بین بخشی با هر سازمانی که به نوعی می‌تواند در کنترل این بیماری مؤثر باشد و همچنین پشتیبانی مالی و تجهیزاتی از محققان و کارشناسان در زمینه کارهای تحقیقاتی و آموزشی، باید تلاش کنند بیش از پیش این خطر بالقوه را کاهش دهند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دکتر سید علیرضا پورمازار کارشناس مرکز بهداشت استان یزد و همچنین از رابطین عزیزی که با صبر و حوصله در این تحقیق وارد شدند، تشکر و قدردانی می‌شود.

پوستی منطقه آنها می‌باشد. شاید علت این امر برنامه‌ریزی نامناسب مسئولان باشد، چرا که برای آموزش رابطین بهداشتی تمام مناطق، برنامه یکسانی دارند. بنابراین پیشنهاد می‌شود، برنامه آموزشی رابطین هر منطقه با توجه به نیازها و مشکلات بهداشتی آن منطقه تدوین و اجرا شود.

اکثر رابطین مورد مطالعه عنوان کرده بودند که برای شرکت در کلاس آموزشی زمان کافی ندارند. این امر نشان‌دهنده آن است که آنها ابتلاء خود، خانواده و جمعیت تحت پوشش خود را به بیماری جدی نمی‌دانند و این امر در اثر عدم آگاهی است، بنابراین می‌توان با آگاهی‌دادن، این مشکل را برطرف کرد. همچنین می‌توان با آموزش کارکنان بهداشتی، آنها را برای مشاوره‌دادن به رابطین توانمند ساخت.

در رابطه با رفتار آموزش و کنترل خانواده‌ها توسط رابطین، پاسخ بلی به سوالات در هیچ رفتاری حتی به ۴۰٪ نیز نرسید که علت آن را شاید بتوان در ضعف عوامل قادرکننده دانست.

نگرش، قصد رفتاری و عوامل قادرکننده، با رفتار آموزشی رابطین همبستگی مستقیم معنادار داشتند. یافته‌های حاصل با مطالعه نیکنامی [۲۳] در خصوص اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری کالآزار در مادران که نشان داد تأمین عوامل قادرساز در اتخاذ چنین رفتارهایی و رفع موانع موجود در این زمینه موجب افزایش این رفتارها تا دو برابر در گروه آزمون شده، مطابقت دارد. در مطالعه باقیانی مقدم [۲۴] بر روی بیماران دیابتی نیز ارتباط معناداری بین نگرش، هنجارهای انتزاعی و عوامل قادرکننده با رفتار بیماران دیده شد.

LaVeist [۲۵] در پژوهش خود به این نتیجه رسید که عوامل قادرکننده در واقع می‌توانند بسیار مهم‌تر از اختلاف‌های فرهنگی و رفتاری برای انجام یک رفتار باشند. Hausenblas و Down [۲۶] هم در مطالعه خود

منابع

- ۱- عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جانقربانی محسن. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران. انتشارات خسروی، سال ۱۳۸۶، صفحه ۵۲۴.
- ۲- عبادی محسن. بررسی وضعیت لیشمانیوز جلدی در دانش‌آموزان دبستانی منطقه برخوار استان اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد انگل شناسی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، ۱۳۷۷.
- 3- Momeni Az, Amin javaheri m. Clinical picture of cutaneous leishmaniasis in Isfahan. iran INT J-dermatology, 1994; 33(4): 260: 265.
- 4- Wilson ME, Streit JA. Visceral leishmaniasis. Gastroenterol clin north AM, 1996: 25: 535.
- 5- World Health Organization. Control of leishmaniasis. Report by the secretariat, March: 2007.
- ۶- امینیان ک، یزدانی ا، مرادی ح، طاهریان ز. بررسی اپیدمیولوژیک سالک در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی اصفهان. خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سال ۱۳۸۶، صفحه ۹۰.
- ۷- صائبی اسماعیل. بیماری‌های انگلی در ایران. جلد اول، انتشارات حیان، سال ۱۳۷۷، صفحه ۱۷۹-۱۶۴.
- ۸- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. وضعیت بیماری لیشمانیوز در کشور در سال ۱۳۷۷، تهران سال ۱۳۸۰.
- 9- World Health Organization . Tropical disease research, TDR news. WHO publication, 1996:50.
10. Kawee T, Primary health care and volunteer health workers- an experiment in northeastern Thailand, J OIFCFP, 1983; 6: 32-36.
11. Standton B, Clemens J, Koblinsky M, Khair T, The urban volunteer programme in Dhaka: a community based primary health care and research initiative, Trop Geoger Med, 1985; 37(2): 183-187.
12. Macintyre I, Corradetti P, Roberts J, Browne G, Watt S, Lane A, Pilot study of visitor volunteer programme for community elderly people receiving home health care, J Health soc care community, 1999; 7(3): 225-232.
- ۱۳- ملک افصلی ح و همکاران. بررسی نیازهای آموزشی دختران ۱۴-۱۲ ساله سمنانی پیرامون بهداشت بلوغ و تعیین استراتژی مناسب و مؤثر برای تأمین آن. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، جلد ۱، شماره ۲، زمستان ۱۳۷۸.
- 14- Hubley J. Understanding behaviour: the key to successful health education. TROPICAL DOCTOR. 1988; 18(3): 134-8.
- 15- Parsinia S. Communicationg for health (translated to Persian) author: Hartly J. 1st edition. Tehran. Termeh publication in collaboration with WHO office in Iran. 1999. P: 63.
- 16- Ajzen I, Fishbein M. Attitude, behaviour relations A therical analysis and review of Empirical research psychological Bulletin. 1997.
- 17- Heidarnia A. subjects in health education process. 1st edition. Tehran, Zmani Naser publication. 2003. P: 94-101.
- ۱۸- صالحی ح، مصطفوی ک. بررسی آگاهی مراقبین بهداشت مدارس اصفهان نسبت به بیماری‌های واگیردار عفونی به منظور نیازسنجی و تدوین یک برنامه آموزشی برای آنها. پژوهش در علوم پزشکی، دوره ۳، شماره ۴، سال ۱۳۷۷، صفحه ۲۷۲.
- ۱۹- نیکنامی شمس‌الدین و همکاران. بررسی میزان آگاهی، نگرش و رفتار مادران در زمینه کالآزار در روستاهای منطقه مشکین شهر. دانشور، سال ششم، شماره ۲۳، بهار ۱۳۷۸، صفحات ۵۰-۴۵.
- ۲۰- مظلومی سید سعید، نیکنامی شمس‌الدین، غفرانی پور فضل ا...، جوادیان عزت ا...، فقیه‌زاده سقراط، حیدرنیا علیرضا. آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از سالک در مناطق آندمیک یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ضمیمه شماره ۲، سال هفتم، تابستان ۱۳۷۸، صفحات ۳۹-۳۲.

- ۲۱- مظلومی سید سعید، ثروت فرخ لقا. بررسی آگاهی نگرش و عملکرد در خصوص بیماری سالک: یک مطالعه توصیفی در منطقه بغروئیه میبد. فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال سوم، شماره اول، صفحات ۳۸-۳۲.
- ۲۲- امیریان هنگامه، صفوی محبوبه. بررسی تاثیر آموزش نحوه انتقال و راههای پیشگیری بیماری سالک بر میزان آگاهی و عملکرد دانش آموزان دختر دبیرستانهای شهر یزد در سال ۱۳۸۱. فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال دوم، شماره چهارم، صفحات ۲۰ تا ۲۵.
- ۲۳- نیکنامی شمس الدین. ارزیابی مدل بزنف جهت تعیین عوامل مؤثر بر پیشگیری و کنترل بیماری کالآزار و ارایه مدل مناسب. پایان نامه دکتری آموزش بهداشت. دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۳.

24- BaghianiMoghadam M H. Survey of Baznef Model utility in controlling Diabetic patients in Yazd. Doctoral thesis. Tarbiat Modares University, 2000. P: 131.

25- LaVeist TA, Keith VM, Gutierrez ML. Black/White differences in Prenatal Care Utilization: An assessment of predisposing and enabling factors. HSR: Health Service Research. 1995; 30(1): 43-58.

26- Down DS, Hausenblas HA. Exercising for two: examining pregnant women second trimester exercise intention and behavior using the fremwork of the Theory of Planned Behavior. Womens Health Jssuse. 2003; 13(6): 222-228.

Related Factors to Educational Behaviors of Health Volunteers about Cutaneous Leishmaniasis on the Basis of BASNEF Model in Yazd

Heshmati H¹, Rahaei Z², Hazavehei SMM³, Dehnadi A⁴, Hasanzadeh A⁵

1. MS in Health Education, School of Health, University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

2. MS in Health Education, a member of Research Center for Health Conducts and Health Promotion in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

3. *Corresponding Author*: Professor in Health Education, Department of Health education & Promotion, University of medical science, Hamadan, Iran.

Email: heshmati3369@yahoo.com

4. Health Expert, Golestan University of Medical Science, Township Health Center

5. MS in Biostatistics, Department of biostatistics & epidemiology, University of medical science, Isfahan, Iran.

ABSTRACT

Background and Objectives: Cutaneous leishmaniasis (CL) is a parasitic disease that its incidence has been reported in all continents except Australia. High prevalence of the disease has been observed in Iran and Soudai Arabia. BASNEF model is one of the most comprehensive models for behavior study as well as the forming new behaviors. Considering the endemic property of CL in Yazd city and important role of health volunteers to educate families, this study was conducted to explore contributing factors to educational behaviors of health volunteers to prevent cutaneous leishmaniasis based on BASNEF model.

Methods: In a descriptive and analytical study, all health volunteers working in endemic regions of Yazd city (60 volunteers) fulfilled a questionnaire which was based on BASNEF model. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: Educational behaviors of health volunteers weren't in a desired level. Health workers were identified as the most influential people for training of health volunteers (subjective norms). There was a significant positive correlation between behavior and attitude, behavioral intention, and enabling factors. There was also a positive correlation between attitude and knowledge, behavioral intention, and enabling factors.

Conclusion: Only giving awareness to health volunteers can not create educational practice in them. We should enable them to educate families through effective training program that can give positive attitude and enabling factors to health workers and health volunteers.

Key words: Cutaneous Leishmaniasis, Health Volunteer, BASNEF Model, Health Education, Educational Behavior.