عوامل مرتبط با رفتارهای پیش‌گیری کننده از بیماری سالک در خانواده‌های ساکن در مناطق آندمیک بیماری سالک در شهر یزد بر اساس مدل بزنف

هاشم حشمتی[۱]، عبدالرحمن چرکزی[۲]، دکتر سید محمد مهدی هزاوه‌ای[۳]، زهره رهائی[۴]، آنیتا دهنادی[۵]

چکیده

مقدمه: مدل بزنف یکی از کامل‌ترین مدل‌های ترکیبی جهت مطالعه و شناسایی رفتار و ایجاد رفتارهای جدید در جامعه است. بنابراین این پژوهش، با هدف توصیف عوامل مرتبط با رفتارهای پیش‌گیری کننده از بیماری سالک بر اساس مدل بزنف، در مناطق آندمیک شهر یزد طراحی و اجرا شد.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۱۲۰ خانواده ساکن در دو منطقه آندمیک بیماری سالک در شهر یزد، با استفاده از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، انتخاب شدند. جامعه مورد مطالعه پرسش‌نامه‌ای را که بر اساس مدل بزنف تنظیم و روایی و پایایی آن تأیید شده بود، طی مصاحبه تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: آگاهی، نگرش و رفتار آزمودنی‌ها در سطح مطلوبی نبود. قصد استفاده از پشه‌بند آغشته به سم در سطح خیلی پایینی قرار داشت. آگاهی از محل خرید وسایل حفاظتی و دریافت آموزش، مهم‌ترین عوامل قادر کننده برای انجام رفتار بودند. تأثیرگذارترین هنجارهای انتزاعی، رابطین و کارمندان بهداشتی بودند. رفتارهای پیش‌گیری کننده با قصد و عوامل قادر کننده همبستگی مستقیم معنی‌دار داشتند ($P < ۰/۰۵$). بین نگرش با آگاهی و قصد نیز همبستگی مشاهده شد ($r < ۰/۰۵$، $P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین بودن سطح رفتارهای پیش‌گیری کننده از بیماری سالک و اهمیت عوامل قادر کننده در راستای انجام این رفتارها، فراهم کردن عوامل قادر کننده به ویژه از طریق آموزش رابطین بهداشتی می‌تواند در پیش‌گیری از سالک مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: سالک، مدل بزنف، رفتارهای پیش‌گیری کننده.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۹۰/۴/۲۸ *پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۱۷*

مقدمه

لیشمانیوز از جمله بیماری‌های انگلی تک یاخته‌ای است که به علت انگل‌های جنس لیشمانیا ایجاد و از راه گزش پشه خاکی (فلبوتوم) به انسان منتقل می‌شود. یکی از اشکال این بیماری لیشمانیوز جلدی یا سالک است (۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیماری سالک یکی از شش بیماری مهم انگلی

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، گرگان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: heshmati3369@yahoo.com
۲- دانشجوی دکترای تخصصی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳- استاد، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴- دانشجوی دکترای تخصصی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۵- کارشناس، مرکز بهداشت شهرستان گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

می‌باشد (۲). فراوانی این بیماری بر خلاف سایر بیماری‌های عفونی رو به افزایش است (۳). این افزایش به طور عمده به دلیل مهاجرت، جا به جایی جمعیت، عفونت توام با HIV، گرمایش جهانی و تغییرات در اکولوژی انسانی است (۵، ۴).

شیوع سالک در ایران بالا می‌باشد؛ به طوری که جزء ۷ کشور اول دنیا از نظر شیوع این بیماری است. سالیانه حدود ۳۰۰۰۰ نفر مبتلا به سالک در ایران گزارش می‌گردد (۶، ۵). بر اساس تحقیقات انجام شده میزان واقعی ۴ الی ۵ برابر آمار موجود است (۷). بیماری سالک در اکثر نقاط ایران به صورت آندمیک وجود دارد و شاید بتوان آن را مهم‌ترین بیماری انگلی شایع بعد از مالاریا دانست. همواره کانون‌های جدید بیماری در گوشه و کنار کشور ایجاد می‌گردد و جمعیت بیشتری درگیر این بیماری می‌شوند (۸). استان یزد به عنوان یکی از آلوده‌ترین استان‌ها در زمینه سالک گزارش شده است؛ به طوری که در سال ۱۳۸۳ با بروز بیش از ۱۵۰ درصد، ۱۰۰۰ نفر دارای آلودگی بسیار شدید بوده‌اند (۹).

این بیماری به دلیل طولانی بودن دوره زخم، ایجاد اسکار زشت در صورت، احتمال عفونت‌های ثانویه، هزینه درمانی سنگین برای جامعه، طول دوره درمان و عوارض ناشی از درمان با داروهای موجود مشکلات زیادی را به بار آورده است (۱۱، ۱۰). در صورت عدم درمان بیماری پنج ماه تا دو سال طول می‌کشد که در این دوره طولانی احتمال سرایت آلودگی زیاد است (۱۲). اهمیت این مسأله در مناطق آندمیک نزد مردم، از آن جا مشخص می‌شود که در این مناطق به روش قدیمی لیشمانیزاسیون روی می‌آورند (۱۳). 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 (۱۴). برای آموزش مؤثر، باید وضعیت موجود به طور جامع و کامل مورد بررسی قرار گیرد.

مدل بزنف توسط Hubley در سال ۱۹۸۸ ارایه شد (۱۵). وی عقیده داشت که به این مدل باید به عنوان یک لیست بررسی برای برنامه‌ریزی یک برنامه، به جای شرح کلی روندهای پیچیده‌ای که در لایه‌های رفتار یک فرد قرار دارند، نگریست (۱۶). مدل بزنف از عناصر اعتقادات رفتاری (Beliefs)، نگرش‌ها (Attitudes)، هنجارها و نرم‌های انتزاعی (Subjective norms) و عوامل قادرکننده (Enabling factors) تشکیل شده است. کلمه BASNEF از کنار هم قرار گرفتن حروف اول این عناصر می‌باشد (۱۷).

این مدل از ترکیب دو مدل پری سید و قصد رفتاری حاصل شده است 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 بر خلاف 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 (۱۸).

مطالعات گوناگونی نشان داده‌اند که آگاهی افراد جامعه از بیماری سالک در سطح مطلوبی نمی‌باشد (۲۱-۱۹). نتایج مطالعه چرکزی و همکاران نشان داد هنجارهای انتزاعی همسر، مادر و مادر شوهر مهم‌ترین هنجارهای رفتاری شیردهی مادران می‌باشند (۲۲). مطالعه محبی و همکاران نشان داد که هنجار انتزاعی دوستان و عوامل قادرساز دسترسی آسان، مهم‌ترین علت سیگار کشیدن دانشجویان بود (۲۳).

از آن جایی که مطالعه‌ای با استفاده از سازه‌های مدل بزنف در مورد رفتارهای پیش‌گیری کننده از بیماری سالک در کشور انجام نگرفته است، این مطالعه با هدف، توصیف عوامل مرتبط با رفتارهای پیش‌گیری کننده از بیماری سالک بر اساس مدل بزنف در مناطق آندمیک شهر یزد طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به روش مقطعی در سال ۱۳۸۸ انجام شد. حجم نمونه با توجه به اطلاعات به دست آمده از طرح پایلوت و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۱۲۰ نفر برآورد گردید. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به

www.mui.ac.ir

این صورت که از پنج منطقه آندمیک بیماری سالک، دو منطقه به طور تصادفی انتخاب شد و از بین خانواده‌های ساکن این دو منطقه نمونه‌ها به طور تصادفی انتخاب گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای بود که با مراجعه به منازل طی مصاحبه با سرپرست خانوارها تکمیل گردید. این پرسش‌نامه بر اساس مدل بزنف 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، ۱۱ سؤال سه گزینه‌ای مربوط به هنجارهای انتزاعی، ۷ سؤال سه گزینه‌ای مربوط به قصد رفتاری، ۸ سؤال سه گزینه‌ای مربوط به عوامل قادر کننده و ۸ سؤال دو گزینه‌ای مربوط به رفتار بود. نمره هر مقیاس از ۱۰۰ محاسبه گردید.

سؤالات آگاهی به صورت چهار گزینه‌ای طراحی شده بودند. به گزینه صحیح امتیاز یک و به گزینه غلط امتیاز صفر تعلق می‌گرفت و کل نمره از ۱۰۰ تراز شده بود. 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.

سؤالات نگرش بر اساس مقیاس شش گزینه‌ای لیکرت طراحی شده بودند (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، تا حدی مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم). امتیازها بین ۰ تا ۵ در نظر گرفته شده بود؛ به طوری که بالاترین امتیاز مربوط به مثبت‌ترین نگرش و کمترین امتیاز به منفی‌ترین نگرش تعلق می‌گرفت و کل نمره از ۱۰۰ تراز شده بود.

سؤالات هنجارهای انتزاعی به صورت ۳ گزینه‌ای (بلی، تا حدی، خیر) طراحی شده بودند. برای جواب بلی ۲ امتیاز، جواب تا حدی ۱ امتیاز و خیر ۰ امتیاز در نظر گرفته شد و در کل نمره هر گزینه سؤال بر حسب درصد محاسبه گردید.

سؤالات قصد رفتاری و عوامل قادر کننده به صورت ۳ گزینه‌ای (بلی، تا حدی، خیر) طراحی شده بودند. برای جواب بلی ۲ امتیاز، تا حدی ۱ امتیاز و خیر۰ امتیاز در نظر گرفته شد و کل نمره در هر قسمت از ۱۰۰ تراز شده بود.

سؤالات رفتار به صورت ۲ گزینه‌ای (بلی، خیر) طراحی شده بودند. برای جواب بلی ۱ امتیاز و خیر۰ امتیاز در نظر گرفته شد و کل نمره در هر قسمت از ۱۰۰ تراز شده بود.

روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات خبرگان تأیید گردید. برای تعیین پایایی نیز χ^2 مقیاس‌ها محاسبه شد که بین ۰/۸۲-۰/۷۳ بود.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS وارد کامپیوتر شد و با استفاده از آمار توصیفی به منظور تهیه جداول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و با آمار تحلیلی نظیر آزمون همبستگی Pearson به منظور همبستگی بین داده‌ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این بررسی ۱۲۰ سرپرست خانواده مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی نمونه‌ها ۹/۸ ± ۳۳ سال و میانگین بعد خانوار ۱/۴ ± ۴/۱ بود. اکثر آزمودنی‌ها دیپلم داشتند (۴۳/۳ درصد) و یا کارگر بودند (۳۶/۷ درصد). همچنین دو منطقه از نظر مشخصات دموگرافیک با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند (جداول ۱ و ۲). میانگین و انحراف معیار سازه‌های مورد بررسی در جدول ۳ ارایه شده است.

آگاهی ۵ درصد افراد بسیار ضعیف (امتیاز۱۹-۰)، ۳۲/۵ درصد ضعیف (امتیاز۳۹-۲۰)، ۵۹/۲ درصد متوسط (امتیاز ۵۹-۴۰) و ۳/۳ درصد خوب (امتیاز ۷۹-۶۰) بود. ۹۶/۷ درصد جامعه مورد مطالعه نام بیماری سالک را شنیده بودند.

آزمودنی‌ها در مورد مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به ضایعه مشکوک به سالک بهترین نگرش را داشتند. نگرش نسبت به کنترل کودکان و اجتناب از محیط‌های آلوده در جایگاه‌های بعدی قرار داشت. اکثر افراد گرایش چندانی به استفاده از وسایل پیش‌گیری کننده نداشتند و ۲۰ درصد افراد مخالف مراجعه به درمانگرهای محلی بودند.

در حیطه هنجارهای انتزاعی، مهم‌ترین افراد تأثیرگذار در انجام اقدامات پیش‌گیری کننده به ترتیب رابطین و کارمندان

www.mui.ac.ir

بهداشتی (۶۰/۸ درصد)، همسران (۵۸/۳ درصد)، مادران (۵۴/۲ درصد)، پدران و درمانگرهای محلی (۴۲/۵ درصد) بودند.

در زمینه قصد رفتاری، تنها ۱۷/۵ درصد افراد قصد استفاده از پشه‌بند آغشته به سم را داشتند. .قصد استفاده از قلم دافع حشرات نیز با ۳۸/۳ درصد در حد مطلوبی قرار نداشت، اما قصد انجام سایر رفتارهای پیش‌گیری کننده در حد قابل قبولی بود.

از بین گزینه‌های عوامل قادر کننده، آگاهی از محل خرید پشه‌بند آغشته به سم، کمترین میزان (۵ درصد) و آگاهی از محل خرید توری بالاترین میزان (۴۸/۳ درصد) را به خود اختصاص داده بود. به طور کلی عوامل قادر کننده در سطح مطلوبی قرار نداشتند؛ به طوری که پاسخ بلی گزینه‌ها در هیچ عاملی حتی به ۵۰ درصد هم نرسید. ۸۰ درصد افراد بیان کردند؛ آموزشی در رابطه با سالک و پیش‌گیری از آن به آن‌ها داده نشده است و ۷۱/۷ درصد افراد پمفلت در اختیار نداشتند. آگاهی از محل خرید وسایل پیش‌گیری کننده نیز نامطلوب بود. همچنین در پاسخ به این سؤال که برای خرید وسایل پیش‌گیری کننده پول دارید، تنها ۲۱/۷ درصد جواب بلی دادند.

در بررسی رفتارهای پیش‌گیری کننده از بیماری سالک مشخص گردید که ۳۱/۷ درصد خانواده‌ها پشه‌بند داشتند که ۲۳/۳ درصد آن‌ها از پشه‌بند استفاده می‌کردند؛ یعنی ۸/۴ درصد خانواده‌هایی که پشه‌بند داشتند، از آن استفاده نمی‌کردند.

از ۸ رفتار مورد بررسی، فقط ۳ رفتار در حد مطلوب بود و بقیه رفتارها حتی در ۵۰ درصد خانواده‌ها نیز انجام نمی‌شد (جدول ۴).

جدول ۱: میانگین بعد خانوار در دو منطقه مورد مطالعه

گروه		تعداد	میانگین	انحراف معیار
میانگین بعد خانوار	منطقه اول	۶۰	۴/۰۸	۱/۴۸
	منطقه دوم	۶۰	۴/۲۰	۱/۴۹
	کل	۱۲۰	۴/۱۴	۱/۴
Independent t-test			t = ۰/۴۲	P = ۰/۶۶۹

جدول ۲: توزیع فراوانی سطح تحصیلات و شغل سرپرست خانوارها در منطقه اول و دوم

		منطقه اول		منطقه دوم		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات	بی‌سواد	۱	۱/۷	۱	۱/۷	۲	۱/۷
	ابتدایی	۹	۱۵	۱۰	۱۶/۷	۱۹	۱۵/۸
	سیکل	۱۱	۱۸/۳	۱۴	۲۳/۳	۲۵	۲۰/۸
	دیپلم	۲۷	۴۵	۲۵	۴۱/۷	۵۲	۴۳/۳
	فوق دیپلم و بالاتر	۱۲	۲۰	۱۰	۱۶/۷	۲۲	۱۸/۳
	کل	۶۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰
	Mann-Whitney test				P = ۰/۵۲۹		
شغل	کارمند	۴	۶/۷	۹	۱۵	۱۳	۱۰/۸
	کارگر	۲۲	۳۶/۷	۲۲	۳۶/۷	۴۴	۳۶/۷
	بازنشسته	۱۷	۲۸/۳	۲۱	۳۵	۳۸	۳۱/۷
	آزاد	۱۰	۱۶/۷	۳	۵	۱۳	۱۰/۸
	سایر موارد	۷	۱۱/۷	۵	۸/۳	۱۲	۱۰
	کل	۶۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰
	آزمون χ^2				P = ۰/۱۶۸		

www.mui.ac.ir

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سازه‌های مورد بررسی در سرپرست خانوارها

متغیر	میانگین و انحراف معیار*
آگاهی	۴۱/۰۳ ± ۱۰/۳۴
نگرش	۶۷/۵۵ ± ۱۴/۳۱
قصد رفتاری	۷۶/۷۲ ± ۱۴/۸۹
عوامل قادرساز	۳۴/۳۱ ± ۱۹/۹۱
رفتار	۱۶/۵۹ ± ۱۶/۵۹

*سقف نمرات از ۱۰۰ محاسبه گردید.

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی رفتارهای پیش‌گیرانه از بیماری سالک در سرپرست خانوارها

رفتارهای پیش‌گیری کننده از سالک	بلی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)
داشتن پشه‌بند	۳۸ (۳۱/۷)	۸۲ (۶۸/۳)
استفاده از پشه‌بند	۲۸ (۲۳/۳)	۹۲ (۷۶/۷)
نصب توری	۵۷ (۴۷/۵)	۶۳ (۵۲/۵)
استفاده از قلم دافع حشرات	۲۳ (۱۹/۲)	۹۷ (۸۰/۸)
دفع صحیح زباله	۱۱۲ (۹۳/۳)	۸ (۶/۷)
استفاده از حشره‌کش‌ها	۲۲ (۱۸/۳)	۹۸ (۸۱/۷)
کنترل کودکان جهت بازی در مکان‌های آلوده در زمان غروب	۱۱۴ (۹۵)	۶ (۵)
مراجعه به پزشک در صورت مشاهده علایم مشکوک به سالک	۱۱۵ (۹۵/۸)	۵ (۴/۲)

برای بررسی ارتباط بین سازه‌های مدل بزنف، از آزمون همبستگی Pearson استفاده شد. قصد (r = ۰/۳۰۳، P = ۰/۰۰۱) و عوامل قادر کننده (r = ۰/۵۴۶، P = ۰/۰۰۱)، با رفتارهای پیش‌گیری کننده همبستگی مستقیم معنی‌دار داشتند. بین نگرش با آگاهی (r = ۰/۳۴۷، P = ۰/۰۰۱) و قصد (r = ۰/۲۶۳، P = ۰/۰۰۲) نیز ارتباط مستقیم وجود داشت.

بحث

یافته‌های این بررسی نشان داد، آگاهی سرپرست خانواده‌ها بسیار پایین است. این نتیجه با نتایج مطالعات غفرانی‌پور و همکاران (۱۹)، مظلومی و ثروت (۲۰)، امیریان و صفوی (۲۱) و نیکنامی و همکاران (۲۴) همخوانی دارد. این موضوع زنگ خطری جدی است؛ چرا که برخورداری از اطلاعات ضروری و صحیح اولین و اساسی‌ترین گام برای اقدام به هر گونه رفتار مناسبی است.

وضعیت نگرش جامعه مورد مطالعه نیز در سطح مطلوبی نبود، شاید دلیل آن را بتوان پایین بودن سطح آگاهی دانست. در صورتی که با روش‌های آموزش مؤثر آگاهی جامعه مورد مطالعه را افزایش دهیم، نگرش آن‌ها نیز بهبود می‌یابد. اما در غیر این صورت همان گونه که مطالعات نشان داده‌اند، افراد به جای اطلاعات صحیح از اطلاعات اعضای خانواده، همسایگان و دوستان استفاده می‌کنند که در این صورت امکان انتقال اطلاعات ناقص و باورهای غلط به افراد جامعه وجود دارد (۲۵). به عنوان مثال در پژوهش حاضر نیز دیده شد که اکثر افراد به مراجعه به درمانگرهای محلی گرایش داشتند. از طرفی افزایش سطح دانش و اطلاعات هنجارهای انتزاعی نظیر درمانگران محلی و درگیر کردن آن‌ها در مبارزه اصولی با این بیماری می‌تواند بسیار کمک کننده باشد.

در مطالعه حشمتی و همکاران، مهمترین افراد تأثیر گذار بر رابطین بهداشتی به ترتیب کارکنان بهداشتی و پزشک

www.mui.ac.ir

بودند (۲۶). در مطالعه حاضر نیز مهم‌ترین افراد تأثیر گذار در زمینه انجام اقدامات پیش‌گیری کننده، رابطین و کارمندان بهداشتی بودند. لذا یافته‌های این پژوهش، یافته‌های دیگران را نیز در این زمینه تأیید می‌کند. باید توجه داشت یکی از عوامل مهم برای انجام یا عدم انجام رفتار در هر جامعه‌ای، هنجارهای انتزاعی (افراد تأثیر گذار بر روی فرد) هستند. در بسیاری مطالعات این عامل مهم مورد بررسی قرار نمی‌گیرد. خوشبختانه رابطین بهداشتی یک نیروی در دسترس هستند که می‌توان با آموزش آن‌ها از نیروی تأثیر گذارشان در جهت مثبت استفاده کرد و آگاهی، نگرش و در نهایت رفتارهای بهداشتی خانواده‌ها را ارتقا بخشید.کارمندان بهداشتی را نیز می‌توان با آموزش دادن، برای آموزش مردم توانمند ساخت.

از سایر عوامل مهمی که در انجام رفتار نقش دارند، قصد رفتاری و عوامل قادر کننده می‌باشند. گاهی اوقات ممکن است آموزش دهندگان پس از آموزش، رفتار مردم را مورد بررسی قرار دهند و با مشاهده عدم ایجاد رفتار مورد نظر در آن‌ها، خود را مقصر بدانند و سرزنش کنند. این در حالی است که شخص ممکن است قصد انجام رفتار مورد نظر را داشته باشد، اما به دلیل تأثیر عوامل قادر کننده مانند نداشتن مهارت، پول، زمان و... آن رفتار را انجام نداده باشد. حتی ممکن است قبل از آموزش قصد رفتاری وجود داشته باشد و محقق تنها می‌بایست در انجام رفتار تسهیل ایجاد کند.

در این بررسی قصد استفاده از پشه‌بند آغشته به سم و قلم دافع حشرات در سطح مطلوبی قرار نداشت، این در حالی بود که استفاده از پشه‌بند آغشته به سم مؤثرترین اقدام برای پیش‌گیری از سالک در زمان شیوع این بیماری بود. بررسی عوامل قادر کننده نیز نشان داد که آگاهی از محل خرید پشه‌بند آغشته به سم بسیار کم بود. علاوه بر این اکثر افراد برای تأمین وسایل پیش‌گیری کننده بودجه کافی نداشتند.

لازم به یادآوری است که هزینه مسکن در بافت قدیمی شهر به نسبت ارزان بود. به علاوه اکثر افرادی که ساکن مناطق قدیمی و فرسوده شهر یزد بودند، از لحاظ اقتصادی و اجتماعی وضعیت مطلوبی نداشتند. طبق بررسی‌هایی که محقق در این مناطق داشته است، عمده مردم ساکن در این قسمت از شهر را می‌توان به ۳ زیر دسته تقسیم کرد.

۱- مهاجران داخلی: با توجه به این که شهر یزد، یک شهر صنعتی است و به دلیل دارا بودن فرصت‌های شغلی زیاد، نیروی کار از سراسر کشور به این شهر مهاجرت می‌کنند. این افراد به دلیل سطح اقتصادی پایین در بافت قدیمی شهر ساکن می‌شوند.

۲- مهاجران افغان: این افراد نیز چون سطح اقتصادی پایینی دارند، در این مناطق ساکن می‌شوند.

۳- افراد مسن و سالخورده: این افراد ساکنان اصلی و قدیمی این مناطق می‌باشند. آن‌ها علاوه بر این که وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند، به طور عمده سطح سواد پایینی نیز دارند.

با نگاهی به وضعیت ساکنان این مناطق، اهمیت عوامل قادر کننده برای انجام اقدامات پیش‌گیرانه از بیماری مشخص می‌شود. در مطالعه Pardo و همکاران، سرپرست خانواده‌هایی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند، بیشتر از وسایل پیش‌گیری کننده (پشه‌بند و حشره‌کش) استفاده می‌کردند. به علاوه مشخص گردید که تأمین کمک هزینه‌هایی برای خرید پشه‌بند می‌تواند بی‌عدالتی در وضعیت بهداشتی جوامع آندمیک این بیماری را کاهش دهد (۲۷).

با توجه به پایین بودن سطح عوامل مرتبط با رفتارهای پیش‌گیری کننده، همان گونه که انتظار می‌رفت، آزمودنی‌ها از نظر رفتاری نیز در سطح پایینی قرار داشتند.

بررسی همبستگی رفتارهای پیش‌گیری کننده از سالک با متغیرهای مدل بزنف نشان داد که عوامل قادر کننده و قصد رفتاری همبستگی معنی‌داری با این رفتارها دارند. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که تأمین عوامل قادر ساز، در اتخاذ رفتارهای پیش‌گیری کننده از بیماری کالاآزار (لیشمانیوز احشایی) در مادران و رفع موانع موجود در این زمینه، موجب افزایش این رفتارها تا دو برابر در گروه آزمون می‌شود. این یافته با یافته‌های مطالعه نیکنامی مطابقت دارد (۲۸). در مطالعه باقیانی مقدم روی بیماران مبتلا به دیابت نیز

www.mui.ac.ir

ارتباط معنی‌داری بین نگرش، هنجارهای انتزاعی و عوامل قادر کننده با رفتار بیماران دیده شد (۲۹).

Laveist و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که عوامل قادر کننده در واقع می‌توانند بسیار مهم‌تر از اختلاف‌های فرهنگی و رفتاری برای انجام یک رفتار باشند (۳۰). Downs و Hausenblas هم در مطالعه خود ارتباط قوی بین قصد رفتاری و رفتار گزارش کرده‌اند (۳۱).

محدودیت‌ها

توصیفی بودن مطالعه یکی از محدودیت‌های این مطالعه بود. همچنین پایین بودن احتمالی ابزار پرسش‌نامه جهت سنجش باورهای افراد مورد بررسی از دیگر محدودیت این مطالعه بود که با بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها تا حدودی کنترل گردید. به دلیل در دسترس نبودن نتایج مطالعات مرتبط با عنوان تحقیق، بهتر است مطالعات مشابه و مکمل با عنوان تحقیق در نقاط آندمیک این بیماری در کشور صورت گیرد تا بتوان از مجموع آن‌ها نتیجه بهتری به دست آورد.

نتیجه‌گیری

با توجه به پایین بودن سطح رفتارهای پیش‌گیری کننده از بیماری سالک و اهمیت عوامل قادر کننده در راستای انجام این رفتارها، فراهم کردن عوامل قادر کننده به ویژه از طریق آموزش رابطین بهداشتی می‌تواند در پیش‌گیری از سالک مؤثر واقع شود. واضح است که این نتایج حاکی از جامعیت مدل بزنف و مناسب بودن این مدل برای مطالعه رفتار و آموزش در رابطه با بیماری سالک است؛ چرا که با توجه به نتایج فوق، اگر آگاهی را افزایش دهیم، نگرش افزایش می‌یابد. با افزایش نگرش، قصد رفتار افزایش می‌یابد و با فراهم کردن عوامل قادر کننده می‌توان قصد را به رفتار تبدیل کرد.

تشکر و قدردانی

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

References

1. Shojaei Tehrani H. Textbook of preventive and social medicine, common non-communicable chronic diseases and communicable diseases. Tehran: Samat Publication; 2001. p. 315.
2. Klaus SN, Frankenburg S. Leishmaniasi and other protozoan infectio. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Editors. Dermatology in General Medicine .New York: McGraw-Hill Education; 1999. p. 1206-15.
3. Ardehali S, Rezaei HR, Nadim A. Leishmania and leishmani. 2nd ed. Tehran: Publication of Academic Publishing; 1998.
4. Bailey MS, Lockwood DN. Cutaneous leishmaniasis. Clinics in Dermatology 2007; 25(2): 203-11.
5. World Health Organization. Control of leishmaniasis [Online]. 2007; Available from: URL: www.apps.**who**.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_4-en.pdf/
6. Motamedi N, Hejazi SH, Hazavei SM, Zamani AR, Saberi S, Rahimi E. Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis. Journal of Military Medicine 2010; 11(4): 231-6.
7. Dehghani Tafti MH, Forghani H, Baghiani Moghadam MH, Khani P, Noorbala M, Tand Mohammadi S. A survey on effect of health education on health volunteer performance and knowledge in prevention of cutaneous leishmaniasis in Yazd. Journal of Pakistan Association of Dermatologists 2011; 21: 27-32.
8. Doroodgar A, Tashakkor Z. Effect of education on teachers knowledge about Cutaneous Leishmaniasis in Kashan in 2000-2001. Feyz 2003; 7(3): 57-63.
9. Ministry of Health and Medical Education YpHc. Leishmaniasis status in the country in 2004 [Online]. 2005; Available from: URL: http://www.ssu.ac.ir/index.php?id=2487/
10. Ebadi M. Status of cutaneous leishmaniasis in primary school children in Borkhar region in Isfahan [MSc Thesis]. Isfahan: School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences; 1998.

11. Momeni AZ, Aminjavaheri M. Clinical picture of cutaneous leishmaniasis in Isfahan, Iran. Int J Dermatol 1994; 33(4): 260-5.
12. Wilson ME, Streit JA. Visceral leishmaniasis. Gasteroentrol Clin North 1996; 25: 535.
13. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of common disease in Iran. Tehran: Khosravi Publication; 2007. p. 524-30.
14. World Health Organization. Tropical disease research. Geneva: World Health Organization; 1996.
15. Hubley J. Understanding behaviour: the key to successful health education. Trop Doct 1988; 18(3): 134-8.
16. Hartly J. Communicationg for health trans. Parsinia S. 1st ed. Tehran: Termeh Publication; 1999. p. 63.
17. Ajzen I, Fishbein M. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. Psychological Bulletin 1977; 84(5): 888-918.
18. Heidarnia A. Subjects in health education process. 1st ed. Tehran: Zmani Naser Publication; 2003. p. 94-101.
19. Ghofrani pour FA, Niknami SA, Javadian EA, Faghih Zadeh S, Heydarnia AR. Knowledge, attitude and practice of mothers that are resident in endemic areas of leishmaniasis in Yazd. Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd 1999; 7(2): 32-9.
20. Mazloumi SS, Servat FL. Knowledge, attitude and practice regarding to Leishmaniasis: a descriptive study in bafroye region. Tolooe Behdasht 2004; 3(1): 32-8.
21. Amirian H, Safavi M. Effect of education about leishmaniasis transmission and prevention in knowledge and practice of female high school student in Yazd in 2002. Journal of Public Health 2002; 2(4): 20-5.
22. Charkazi A, Mir Aeiz SZ, Razzagh Nejad A, Shahnazi H, Hasanzade A, Badeleh MT. Breast feeding status during the first two years of infants' life and its risk factors based on BASNEF model structures in Isfahan. Health System Research Journal 2010; 6(2): 226-34.
23. Mohebi S, Shahsiah M, Matlabi M, Kargar M The study of factors influencing smoking among male university students in Kermanshah. Knowledge & Health Journal 2010; 5(2-3): 5-11.
24. Niknami SA, Nadim AH, Shojaei Zadeh D, Haji Zadeh E, Shafiei F. Evaluation of knowledge, attitude and behavior of mothers in Meshkinshahr rural area in relation to Kalaazar. Daneshvar Journal 1999; 6(23): 45-50.
25. Mangesho PE, Shayo E, Makunde WH, Keto GB, Mandara CI, Kamugisha ML, et al. Community knowledge, attitudes and practices towards tuberculosis and its treatment in Mpwapwa district, central Tanzania. Tanzan Health Res Bull 2007; 9(1): 38-43.
26. Heshmati H, Rahaei Z, Hazavehei MM, Dehnadi A, Dehnadi A, Hasanzadeh A. Related Factors to Educational Behaviors of Health Volunteers about Cutaneous Leishmaniasis on the Basis of BASNEF Model in Yazd . Ardabil Journal of Health 2011; 1(3): 48-56.
27. Pardo RH, Carvajal A, Ferro C, Davies CR. Effect of knowledge and economic status on sandfly control activities by householders at risk of cutaneous leishmaniasis in the subandean region of Huila department, Colombia. Biomedica 2006; 26 Suppl 1: 167-79.
28. Niknami SH. Assessment of BASNEF model to determine effective factors on prevention and control of Kala-azar, and provide an appropriate model [PhD Thesis]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 1994.
29. Baghiani Moghadam MH. Survey of Baznef Model utility in controlling Diabetic patients in Yazd [Doctoral Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares Unversity; 2000. p. 131.
30. LaVeist TA, Keith VM, Gutierrez ML. Black/white differences in prenatal care utilization: an assessment of predisposing and enabling factors. Health Serv Res 1995; 30(1): 43-58.
31. Downs DS, Hausenblas HA. Exercising for two: examining pregnant women's second trimester exercise intention and behavior using the framework of the theory of planned behavior. Womens Health Issues 2003; 13(6): 222-8.

Factors Related to Cutaneous Leishmaniasis Preventive Behaviors on the Basis of BASNEF Model in Residents of Endemic Areas in Yazd, Iran

***Hashem Heshmati*[1], *Abdurrahman Charkazi*[2], *Seyyed Mohammad Mehdi Hazavehei*[3], *Zohreh Rahaei*[4], *Anita Dehnadi*[5]**

Abstract

Background: The belief, attitude, subjective norm, enabling factors (BASNEF) model is one of the most complete models for evaluating behaviors and creating new behaviors. Therefore, this research was designed and performed to describe factors related to cutaneous leishmaniasis (CL) preventive behaviors on the basis of the BASNEF model in endemic areas of Yazd, Iran.

Methods: In this cross-sectional study, using multistage sampling method, 120 resident families were selected from two CL endemic regions of Yazd. They were interviewed to complete a questionnaire which was prepared based on the BASNEF model. Data was analyzed via inferential and descriptive statistics.

Findings: Knowledge, attitude, and behavior of the subjects were not at a desired level. The behavioral intention of using pyrethroid-impregnated bednets was at a very low level. The most important enabling factors for doing preventive behaviors were knowledge about the place of mosquito net shop and educational programs. The most influential subjective norms were volunteer health workers (VHWs) and health workers. There were significant direct correlations between preventive behaviors and behavioral intention and enabling factors. There were correlations between attitude and knowledge and behavioral intention ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the low levels behavior related to CL prevention and the importance of enabling factors for creating behaviors, providing enabling factors for high risk groups, especially via VHWs, can lead to CL prevention.

Keywords: Cutaneous Leishmaniasis, BASNEF Model, Preventive Behaviors.

1- MSc, Department of Public Health, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. (Corresponding Author) Email: heshmati3369@yahoo.com
2- PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4- PhD Candidate, Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
5- BSc, Health Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.