

تأثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز جلدی

ندا معتمدی^۱ PhD، سیدحسین حجازی^۲ PhD، سیدمحمد مهدی هزاوه‌ئی^{*} PhD

احمدرضا زمانی^۱ PhD، صدیقه صابری^۳ MSc، عزت‌ا... رحیمی^۴ PhD

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
hazavehei@umsha.ac.ir

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۸/۱۰/۱۰

تاریخ اعلام وصول: ۸۷/۱۱/۷

چکیده

اهداف. اقدامات پیشگیرانه مانند آموزش و ارتقای سطح آگاهی و مهارت‌های پیشگیری کننده برای حفاظت فردی در مناطق اندمیک، یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های برنامه کنترل لیشمانیوز جلدی است. هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از سالک بود.

روش‌ها. در این مطالعه نیمه تجربی میدانی که در سال ۱۳۸۷ انجام شد، از جامعه آماری که دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه ساکن یکی از مناطق استان اصفهان بودند، ۴۵۰ نفر به شیوه سرشماری انتخاب شدند. سه جلسه آموزشی و پرسش‌نامه‌ای بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی شد. پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوط به میزان آگاهی، حساسیت درک‌شده، تهدید درک‌شده، منافع و موانع درک‌شده، راهنمای عمل و اقدام به عمل بود که قبل از انجام آموزش و ۲ ماه بعد از آموزش به روش مصاحبه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 15 و آزمون T زوجی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها. آگاهی و کلیه سازه‌های مدل با جنس، رابطه معنی‌داری داشتند و میانگین نمره دختران دانش‌آموز بیشتر از پسران بود. افراد دارای سابقه ابتلا به سالک، نمره بیشتری در کلیه سازه‌های مدل نسبت به بقیه داشتند، ولی آگاهی آنان با سایر نمونه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری نداشت. آگاهی و سازه‌های مدل در دانش‌آموزان قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری. آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، می‌تواند رفتارهای پیشگیری کننده از سالک جلدی در دانش‌آموزان را ارتقا بخشد.

کلیدواژه‌ها: لیشمانیوز جلدی (سالک)، آموزش، مدل اعتقاد بهداشتی، دانش‌آموزان

۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- گروه انگل‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- مرکز تحقیقات پوست و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- بیمارستان منطقه شهید بابایی، اصفهان، ایران

مقدمه

لیشمانیوز جلدی (سالک) از جمله بیماری‌های انگلی است که توسط تک‌یاخته‌ای از جنس لیشمانیا (*Leishmania*) ایجاد می‌شود [۱، ۲]. فراوانی لیشمانیوز در جهان، برخلاف سایر بیماری‌های عفونی رو به افزایش است. به طوری که در ایران که جزء کشورهای مدیترانه شرقی است، شیوع سالک بالا است [۳] و سالیانه حدود ۳۰ هزار نفر مبتلا به سالک، در ایران گزارش می‌شود [۴] که شاید بتوان آن را مهم‌ترین بیماری انگلی بعد از مالاریا دانست [۵، ۶].

بررسی‌ها نشان می‌دهد که در گسترش کانون‌های لیشمانیوز جلدی، عوامل متعددی موثرند که بسیاری از آنها به فعالیت‌های مداخله‌گرانه انسان در محیط زیست بستگی دارد. عواملی مانند طرح‌های کشاورزی، تغییرات زیست‌محیطی مانند سدسازی، آبیاری، بیابان‌زدایی، کاهش یا قطع برنامه سم‌پاشی علیه مالاریا، گسترش سریع و بدون برنامه شهرها و مهاجرت افراد غیرمصون به مناطق بومی بیماری یا استقرار نیروهای نظامی در مناطق آلوده، باعث بروز اپیدمی‌هایی در این مناطق و ایجاد کانون‌های جدید بیماری شده است [۳].

بروز موارد لیشمانیوز جلدی میان نظامیان و ساکنین پایگاه هوایی شهید بابایی، به دنبال احداث این پایگاه نظامی در شمال اصفهان و در مجاورت منطقه هیبراند میک بر خوار و ورود افراد نظامی و خانواده‌های آنان به این پایگاه، مثال‌هایی از تغییر شرایط اکو اپیدمیولوژیک و ایجاد کانون‌های جدید بیماری در استان اصفهان است [۴، ۷].

لیشمانیوز جلدی نه تنها به دلیل ایجاد ظاهری ناراحت‌کننده و اسکار در نواحی مانند صورت و دست، بلکه به دلیل هزینه‌های سنگین داروهای وارداتی و درمان، از بیماری‌های دارای اولویت برای کنترل و مبارزه است.

اقدامات پیشگیرانه مانند آموزش و ارتقای سطح آگاهی و مهارت‌های پیشگیری کننده مردم برای حفاظت فردی در مناطق اندمیک، یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های ضروری برنامه کنترل لیشمانیوز جلدی است [۸، ۹]. زیرا آموزش بهداشت باعث تشویق و توانمندسازی مردم به قبول و انجام رفتارهای بهداشتی داوطلبانه، استفاده معقول از خدمات بهداشتی در دسترس، اتخاذ تصمیم برای پیشبرد و بهبود سطح سلامت خود در محیط، افزایش آگاهی در خصوص پیشگیری از بیماری، تغییر نگرش‌ها و تغییر رفتار که جزء هدف‌های اصلی برنامه‌های آموزش بهداشت مبتنی بر مدل و تئوری‌ها است، می‌شود. برنامه‌هایی که براساس مدل‌ها و تئوری‌های علمی آموزش بهداشت استوار باشد، با توجه به چارچوب مفهومی، ابزاری است که می‌تواند گروه هدف را به صورتی هدفمند، توانا سازد تا کنترل بیشتری روی سلامت خود، محیط اجتماعی و فیزیکی (مانند کار یا شرایط زندگی)، سبک زندگی سالم و عادت‌های فردی داشته باشند [۱۰].

در برنامه‌ریزی آموزشی، یکی از مهم‌ترین اقدامات، انتخاب مدل یا تئوری بر پایه شرایط، شناخت مشکل و همسویی کارایی و هدف مدل یا تئوری با هدف برنامه آموزش است. مدل "اعتقاد بهداشتی"

(HBM) یکی از مدل‌هایی است که به دلیل شایع بودن بیماری در منطقه و احساس تهدید و اقدام به عمل برای پیشگیری از بیماری، در راستای هدف در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است. به طوری که از این مدل در آموزش مادران و دانش‌آموزان در ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده بیماری سالک استفاده شد. مطالعات نشان می‌دهد، استفاده از مدل و تئوری‌های آموزشی توانسته است میزان بروز بیماری سالک را در شهر یزد از ۳/۸ به ۱٪ کاهش دهد [۱۱].

براساس این مدل، فرد زمانی رفتار بهداشتی پیشگیری کننده را اتخاذ می‌کند که عوامل زیر بر او تاثیر بگذارند. این عوامل عبارتند از:

۱- حساسیت درک‌شده: درک و اعتقاد به این که در معرض خطر بیماری هستند.

۲- شدت درک‌شده: درک و اعتقاد به این که مشکل، جدی است و این مشکل بهداشتی می‌تواند منجر به مرگ یا سایر نتایج جدی برای او شود.

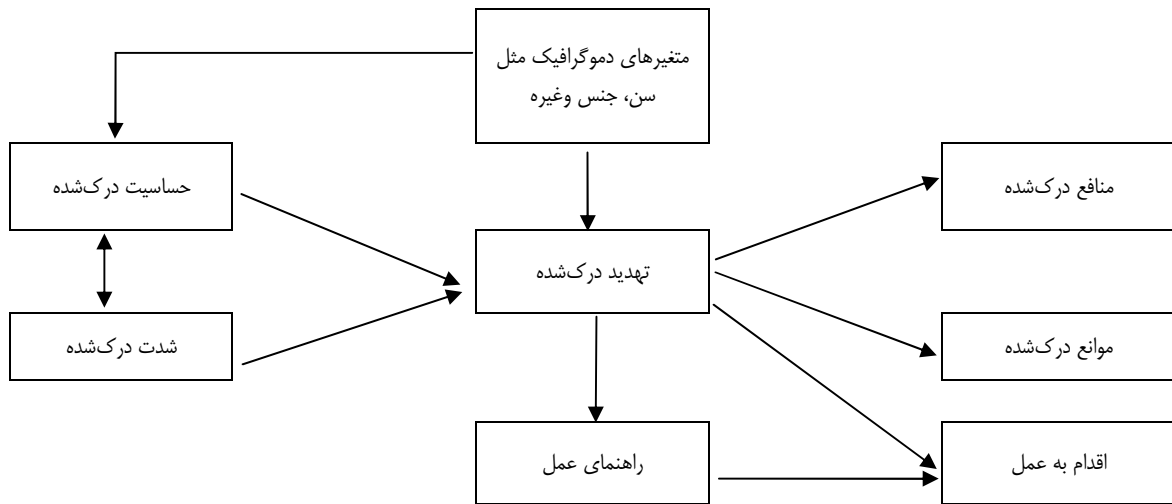
۳- موانع درک‌شده: موانع فیزیکی، روانی یا مالی و غیره که در مقابل شخص، به منظور اتخاذ رفتار بهداشتی قرار می‌گیرد.

۴- منافع درک‌شده: باور فرد در رفتار یا رعایت توصیه‌هایی است که فواید یا تاثیری در پیشگیری از بیماری یا کاهش شدت و عوارض آن دارد.

۵- راهنمای عمل: شامل پیام‌های بهداشتی، ارتباطات جمعی و افراد مورد قبول فرد نظیر پزشکان، رهبران سیاسی و مذهبی و نیز وسایل ارتباط جمعی مورد اعتماد که بر اقدام به رفتار، در افراد گروه هدف، تاثیرگذار است [۱۲، ۱۳].

۶- اقدام به عمل: مشاهده رفتار بهداشتی مورد هدف که متاثر از سازه‌های فوق است.

خصوصیت مدل اعتقاد بهداشتی این است که بیش از حد، روی فرد تاکید می‌کند و فقط تاثیر اعتقادات بهداشتی بر رفتار، در نظر گرفته می‌شود. ارتباط بین سازه‌های مدل، در نمودار شماره ۱ ارائه شده است که به عنوان چارچوب برنامه‌ریزی آموزش، مورد استفاده قرار می‌گیرد. مطالعاتی که از مدل اعتقاد بهداشتی برای بالا بردن سطح آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه برای کنترل و پیشگیری بیماری سالک استفاده کنند، بسیار محدود هستند [۱۱]، اما کاربرد و تاثیر آن در برنامه‌ریزی مداخله‌ای آموزش بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷]. از این رو با توجه به اندمیک بودن سالک در منطقه نظامی شهید بابایی، شیوع بسیار زیاد بیماری در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال در این منطقه و لزوم ارائه راهکارهای مفید علمی و عملی و برنامه‌ریزی آموزشی، اقدام به آموزش راه‌های پیشگیری از بیماری سالک برای ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان منطقه شد. هدف از این مطالعه، بررسی تاثیر استفاده از برنامه آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده دانش‌آموزان با توجه به سازه‌های مدل بود.



نمودار (۱) ارتباط بین سازه‌ها در مدل اعتقاد بهداشتی

جدول (۱) سازه‌های مدل و متغیرهای مربوط به آنها براساس چارچوب مفهومی مدل اعتقاد بهداشتی

متغیرهای مربوط به هر یک از سازه‌ها	سازه‌های مدل
احتمال زیاد ابتلا به بیماری سالک در این منطقه نگران بودن در مورد ابتلا خود نگران بودن در مورد ابتلا اعضای خانواده ابتلای همه گروه‌های سنی در هر طبقه اجتماعی موثر نبودن چشم و نظر و شانس در ابتلا به بیماری	حساسیت درک شده
جدی بودن بیماری پرهزینه بودن درمان سخت بودن درمان از بین رفتن زیبایی ایجاد عفونت ثانویه	شدت درک شده
سخت بودن استفاده از پشه‌بند هنگام خواب گرم بودن هوا هنگام استفاده از پشه‌بند خوشایند نبودن استفاده از قلم دافع حشرات ایجاد حساسیت هنگام استفاده از قلم دافع حشرات در دسترس نبودن پشه‌بند آغشته به سم	موانع درک شده
اثربخش بودن پیشگیری از ابتلا با استفاده از پشه‌بند اثربخش بودن پیشگیری از ابتلا با استفاده از قلم دافع حشرات اثربخش بودن پیشگیری از ابتلا با رعایت بهداشت محیط اثربخش بودن جلوگیری از ریختن زباله‌ها در اطراف محل سکونت پیشگیری از ابتلا ارزان‌تر از درمان است درمان صحیح و به‌موقع سالک در صورت ابتلا	منافع درک شده
آموزش توسط مراقبین بهداشتی و معلمان مدرسه آموزش توسط مادران و خانواده‌ها آموزش توسط کارکنان بهداشتی منطقه آموزش چگونگی استفاده از قلم دافع حشرات معرفی محل‌هایی برای خرید پشه‌بند آغشته به سم و قلم دافع حشرات آموزش در مورد درمان صحیح و به‌موقع سالک در صورت ابتلا توان دانش‌آموزان و همسالان در بالا بردن آگاهی در مورد بیماری	راهنمای عمل
استفاده از پشه‌بند آغشته به سم استفاده از قلم دورکننده حشرات استفاده از توری سیمی نریختن زباله‌ها در اطراف محل سکونت و رعایت بهداشت محیط	اقدام به عمل

روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی، به صورت میدانی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، ساکنان یکی از مناطق استان اصفهان بودند. نمونه، به صورت سرشماری از تمامی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و متوسطه انتخاب شد. در این منطقه، ۵ مدرسه راهنمایی و دبیرستان وجود داشت که تعداد کل دانش‌آموزان آنها ۴۵۰ نفر بود. دانش‌آموزانی که به صورت میهمان یا کمتر از ۶ ماه در منطقه سکونت داشتند یا به دلایلی تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، از مطالعه خارج شدند. برنامه آموزشی و پرسش‌نامه براساس مدل، طراحی شد. پرسش‌نامه شامل دو بخش سئوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت محل سکونت، میزان درآمد خانواده و غیره و سئوالات مربوط به میزان آگاهی، حساسیت درک شده، تهدید درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنمای عمل و اقدام به عمل بود. روایی پرسش‌نامه بر حسب اظهارات صاحب‌نظران مختلف، بررسی و مورد تایید قرار گرفت. پایایی آن نیز در یک نمونه ۲۰ تایی و با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تأمین شد. چهارچوب مفهومی مطالعه، با توجه به متغیرهای مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی جدول ۱ ارائه شده است.

در مورد آگاهی (۲۳ سؤال) و اقدام به عمل (۵ سؤال)، در صورت انتخاب گزینه صحیح، نمره یک و در مورد بقیه گزینه‌ها، نمره صفر محاسبه شد. سئوالات حساسیت درک‌شده (۷ سؤال)، شدت درک‌شده (۲ سؤال)، منافع درک‌شده (۵ سؤال)، موانع درک‌شده (۵ سؤال) و هدایت به عمل (۵ سؤال) به صورت طیف لیکرت بودند که از صفر تا چهار، نمره‌بندی شدند. پرسش‌نامه توسط نیروی آموزش‌دیده، قبل از انجام آموزش به‌روش مصاحبه و بدون ذکر نام تکمیل شد. قبل از آموزش، برای حساس کردن کل منطقه و دانش‌آموزان در سطح منطقه و مدارس، پارچه‌نوشته‌هایی با مفهوم پیشگیری از بیماری سالک، نصب و سپس برنامه آموزشی انجام شد. آموزش شامل سه مرحله بود: جلسه اول، به مدت ۱۰ دقیقه و شامل معرفی مخزن، عامل بیماری و حساس‌سازی (تهدید درک شده و شدت درک شده) بود. جلسه دوم، به مدت ۴۵ دقیقه آشنایی با مخزن بیماری سالک، راه‌های انتقال بیماری به انسان و راه‌های پیشگیری با تاکید بر راه‌های حفاظت فردی مانند استفاده از پشه‌بند، توری سیمی یا منفذ ریز برای جلوگیری از ورود پشه خاکی به محل سکونت و استفاده از قلم دور کننده حشرات و منافع درک شده، بود. در این جلسه، پمفلت‌هایی که قبلاً تهیه شده بود، در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت. جلسه سوم به مدت ۳۰ دقیقه و شامل مرور اطلاعات گذشته، عدم ارتباط شانس با بیماری و نگرش نسبت به رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری، موانع درک شده و اقدام به عمل بود. روش تدریس، سخنرانی، کار گروهی، پرسش و پاسخ و بحث مشارکتی بود. محل آموزش، کلاس‌های مدارس بود که کلیه دانش‌آموزان در ۲۳ گروه ۲۰-۱۵ نفره، آموزش گرفتند. برای تاثیر بهتر برنامه آموزشی و براساس مدل بهره‌مندی از راهنمای عمل، از

کلیه مادران نیز در گروه‌های ۲۰-۱۵ نفره دعوت به عمل آمد و آنها نیز در مورد اهمیت و نقش آنها در پیشگیری از سالک در دو جلسه آموزش گرفتند. برای انتقال بهتر مطالب آموزشی، کارشناسان بهداشت منطقه، تعدادی از معلمان و مسئولین مدارس و نیروهای بومی علاقه‌مند به شرکت در برنامه‌های آموزشی، مربی بهداشت همه مدارس و کارشناسان مرکز تحقیقات پوست و سالک، با در نظر گرفتن سازه‌های مدل برای آموزش بهتر دانش‌آموزان آموزش دیدند و در آموزش و هدایت به عمل گروه هدف و نیز برای جمع‌آوری اطلاعات و پیگیری، از آنها کمک گرفته شد. حدود ۲ ماه پس از آخرین مرحله آموزش، پرسش‌نامه پس‌آزمون تکمیل شد.

داده‌ها، جمع‌آوری و پس از ورود به نرم‌افزار SPSS 15 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون T زوجی استفاده گردید. سعی شد، اخلاق پژوهش با گرفتن مجوز از آموزش و پرورش و مسئولان بهداشتی و درمانی منطقه، هماهنگی کامل با مدارس محل تحقیق، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و ارسال یک نسخه از گزارش نهایی کار به مسئولان منطقه رعایت شود. همچنین کلیه پرسش‌نامه‌ها بدون نام تکمیل شد و دانش‌آموزان در تکمیل پرسش‌نامه‌ها کاملاً مختار بودند.

نتایج

۴۵۰ نفر از دانش‌آموزان آموزش گرفتند که از مقاطع متوسطه و راهنمایی بودند. دانش‌آموزان در مقطع دبیرستان ۲۴۵ نفر (۵۴٪) شامل ۱۱۹ دختر و ۱۲۴ پسر و در مقطع راهنمایی ۲۰۵ نفر (۴۶٪) شامل ۱۲۴ دختر و ۹۱ پسر بودند. در مرحله پس‌آزمون، ۳۷۰ نفر از دانش‌آموزان، پرسش‌نامه را تکمیل کردند که بیشتر داده‌های از دست رفته مربوط به دبیرستان پسرانه بود. از نظر وضعیت ابتلا، ۳۷٪ سابقه ابتلا قبلی داشتند. جای زخم ناشی از ابتلا در ۳۴٪ افراد وجود داشت. ۹۹٪ از افراد سابقه واکسیناسیون نداشتند. ۸٪ از دانش‌آموزان در خانه ویلایی، ۱۸٪ در آپارتمان بازسازی شده و ۷۴٪ در آپارتمان بازسازی نشده ساکن بودند. سطح تحصیلات پدر و مادر در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲) وضعیت تحصیلات پدر و مادر دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه

سطح تحصیلات		مادر	پدر
زیردیپلم		۴۵٪	۱۵٪
دیپلم		۳۴٪	۴۸٪
بالتر از دیپلم		۶٪	۲۴٪
داده از دست رفته		۱۵٪	۱۳٪

میانگین آگاهی و حاصل کلیه سازه‌های مدل، قبل از انجام آموزش در دو جنس، اختلاف معنی‌داری داشت و دختران دانش‌آموز، نمره بیشتری را کسب کردند. همچنین دانش‌آموزانی که قبلاً به سالک

جدول ۳) مقایسه نمره آگاهی و کلیه سازه‌های مدل با توجه به جنس و سابقه قبلی ابتلا به سالک

آماره ← متغیر ↓ آگاهی	میانگین ± انحراف معیار		نتایج آزمون		میانگین ± انحراف معیار		نتایج آزمون	
	مقدار p	T	مقدار p	T	پسر	دختر	مقدار p	T
کلیه سازه‌های مدل	۰/۰۱	۴/۴	۰/۰۱	۴/۴	۱۷/۷ ± ۳/۴	۱۸/۷ ± ۳/۸	۰/۰۱	۲/۶۶
آگاهی	۰/۰۱	۲/۶۶	۰/۰۱	۴/۴	۱۷/۷ ± ۳/۴	۱۸/۷ ± ۳/۸	۰/۰۱	۲/۶۶
مقدار p	۰/۰۱	۲/۶۶	۰/۰۱	۴/۴	۱۷/۷ ± ۳/۴	۱۸/۷ ± ۳/۸	۰/۰۱	۲/۶۶
مقدار T	۰/۰۱	۲/۶۶	۰/۰۱	۴/۴	۱۷/۷ ± ۳/۴	۱۸/۷ ± ۳/۸	۰/۰۱	۲/۶۶
عدم ابتلا	۰/۰۱	۲/۶۶	۰/۰۱	۴/۴	۱۷/۷ ± ۳/۴	۱۸/۷ ± ۳/۸	۰/۰۱	۲/۶۶
ابتلا قبلی	۰/۰۱	۲/۶۶	۰/۰۱	۴/۴	۱۷/۷ ± ۳/۴	۱۸/۷ ± ۳/۸	۰/۰۱	۲/۶۶

دیگری نشان داده شده که آموزش بهداشت در ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از سالک موثر بوده و آگاهی جامعه مورد بررسی درباره سالک، افزایش معنی داری داشته است. همچنین بین اجرای آموزش و عدم اعتقاد به شانس، رابطه معنی دار وجود داشت و عملکرد مادران درباره بیماری افزایش یافت [۱۱]. به این ترتیب، نتیجه کلی مطالعه حاضر، مؤید مطالعات دیگر است.

آگاهی و کلیه سازه‌های مدل در دو جنس، اختلاف معنی داری داشت و دختران دانش آموز نمره بیشتری را کسب کرده بودند. از دلایلی که می‌توان برای آن ذکر کرد، این است که احتمالاً در سنین ۱۴ تا ۱۸ سال، مسایل مهم دیگری برای آموزش نوجوانان مذکر، در اولویت قرار دارد. از دیگر دلایل، این است که دختران جوان نسبت به زیبایی و ظاهر خود در مقایسه با پسران حساسیت بیشتری دارند. بنابراین ایجاد حساسیت نسبت به ابتلا به بیماری می‌تواند در افزایش آگاهی و تغییر نگرش، موثر واقع شود [۱۱]. کسانی که قبلاً به بیماری مبتلا شده‌اند به دلیل عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی بیشتر، آگاهی بیشتری در مورد بیماری کسب نکرده‌اند. ولی ابتلا قبلی در باورهای آنها تأثیر گذاشته، نگرش به پیشگیری را در آنها تقویت کرده است. مدل اعتقاد بهداشتی که در این پژوهش به‌عنوان چهارچوب اصلی برنامه آموزشی به کار رفته است، مورد استفاده بسیاری از مطالعات آموزشی بوده و زمینه مداخلات رفتاری را در پژوهش‌ها فراهم کرده است [۱۹].

تفاوت در میانگین نمره گروه آزمون بعد از مداخله، در مطالعات انجام شده توسط *رضانخانی* براساس الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیشگیری از کشیدن سیگار سربازان وظیفه در ورامین [۲۰] و مطالعه *کمالی* براساس همین الگو برای پیشگیری از وضعیت بدنی نامناسب دانش‌آموزان تهرانی [۲۱] در تمامی اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی به‌دست آمده است. مطالعه *امل‌قادری* و همکاران براساس الگوی اعتقاد بهداشتی برای پیشگیری از سرطان پستان با خودآزمایی توسط دانشجویان پرستاری در اسکندریه مصر، موید افزایش نمره منافع درک شده در گروه آزمون، بعد از مداخله آموزشی، به شکل معنی دار است [۲۲]. مطالعه *غفرانی‌پور* براساس این الگو، در پیشگیری از تب مالت نیز نشان داد که عوامل الگو بعد از مداخله آموزشی، افزایش معنی داری نسبت به قبل از مداخله نشان داده‌اند [۲۳].

در مطالعه حاضر، تفاوت میانگین نمره رفتارهای پیشگیری کننده قبل و بعد از انجام مداخله آموزشی به شکل معنی داری مشهود است. همچنین میانگین نمرات رفتار بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به‌طور معنی دار افزایش یافته است. مطالعه *رضانخانی* [۲۰] و مطالعه *کمالی* [۲۱] یافته‌های مذکور را تایید می‌کنند. نکته‌ای که لازم است

مبتلا شده بودند، نمره بیشتری در کلیه سازه‌های مدل نسبت به بقیه داشتند، ولی آگاهی آنان با افرادی که ابتلا قبلی نداشتند، تفاوت معنی داری نداشت (جدول ۳). میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک شده، تهدید درک شده، منافع و موانع درک شده و راهنمای عمل و اقدام به عمل در دانش‌آموزان، قبل و بعد از آموزش در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴) میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، تهدید درک شده، منافع و موانع درک شده و راهنمای عمل دانش‌آموزان قبل و بعد از آموزش

مرحله ← مقدار آگاهی	قبل از آموزش		بعد از آموزش		مقدار آزمون
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	
آگاهی	۱۸ ± ۳/۶	۲۱ ± ۴/۳	۱۸ ± ۳/۶	۲۱ ± ۴/۳	۹/۵
حساسیت درک شده	۲۲/۴۴ ± ۳/۶	۲۹/۱۷ ± ۷/۸	۲۲/۴۴ ± ۳/۶	۲۹/۱۷ ± ۷/۸	۱۴/۸
شدت درک شده	۲/۲۴ ± ۱/۰۹	۲/۷ ± ۱/۲۸	۲/۲۴ ± ۱/۰۹	۲/۷ ± ۱/۲۸	۴/۸
منافع و موانع درک شده	۱۴/۳۵ ± ۲/۹	۱۵/۴۲ ± ۲/۳	۱۴/۳۵ ± ۲/۹	۱۵/۴۲ ± ۲/۳	۱۴/۸
راهنمای عمل	۱۳/۶ ± ۲/۴	۱۵/۶ ± ۳/۵	۱۳/۶ ± ۲/۴	۱۵/۶ ± ۳/۵	۸/۳
اقدام به عمل	۳/۷۵ ± ۱/۷	۴/۸۶ ± ۱/۹	۳/۷۵ ± ۱/۷	۴/۸۶ ± ۱/۹	۷/۹

سطح معنی داری (P) = ۰/۰۰۱

بر اساس نتیجه حاصل از آزمون T زوجی، میانگین نمره آگاهی، تهدید درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنمای عمل و اقدام به عمل در دانش‌آموزان قبل و بعد از آموزش، اختلاف معنی داری نشان داد، به‌طوری که کلیه موارد بعد از آموزش، افزایش پیدا کرد. حساسیت درک شده و موانع و منافع درک شده با توجه به مقدار T بیشترین تأثیر را نشان داد.

بحث

نشان داده شد که استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتارهای پیشگیری کننده از سالک موثر است. به‌طوری که آگاهی در دانش‌آموزان در مورد بیماری سالک قبل و بعد از آموزش، اختلاف معنی داری داشت. در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است که با آموزش مستقیم و بدون واسطه در محل‌های تجمع مردم در هر منطقه مانند مساجد، مراکز آموزشی و میدان‌های ورزشی می‌توان اثرات اجتماعی مناسبی ایجاد کرد و ارتقای سطح آگاهی جامعه با روش‌های مختلف می‌تواند در کاهش بروز بیماری سالک نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد [۱۸]. در مطالعه‌ای که آموزش از طریق ارائه جزوه‌های آموزشی برای معلمان انجام شد، آگاهی آنها در مورد بیماری سالک بعد از آموزش به‌طور معنی داری افزایش پیدا کرد [۸]. در مطالعه

منابع

- 1- Desjeux P. Leishmaniasis public health aspects and control. *J Clin Dermatol*. 1996;14:417-23.
- 2- Mesghali A, Seyedi-Rashti MA, Nadim A. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Iran. *Public Health*. 2003;5(3):9-15.
- ۳- جوادیان عزت. بررسی لیشمانیوز جلدی در استان خوزستان: تعیین مخزن بیماری. نشریه فعالیت‌های پژوهشی دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات بهداشتی. ۱۳۶۷؛ ۱(۵):۹-۱۳.
- 4- Nadim A, Mesghali A, Amini H. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Isfahan province of Iran. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1968;62:543-9.
- ۵- اردهالی صدرالدین، رضایی حمیدرضا. انگل لیشمانیا و لیشمانیوزها. چاپ دوم. تهران: مرکز نشر دانشگاهی؛ ۱۳۷۷.
- ۶- امینیان کوروش، یزدانی اکبر، مرادی حسن، طاهریان زبیا. بررسی اپیدمیولوژیک سالک در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی اصفهان. خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۸۶: ۹۸.
- ۷- نیلرورش زاده محمدعلی، صادقیان گیتی. لیشمانیوز جلدی. تهران: انتشارات عروج؛ ۱۳۸۱.
- ۸- درودگر عباس. بررسی تاثیر آموزش بر میزان آگاهی معلمان شهر کاشان از بیماری سالک در سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹. مجله فیض. ۱۳۸۲؛ ۲۷:۶۲-۵۷.
- 9- Haddad LG. Tropical disease research. Geneva: WHO Publication; 1996.
- 10- Ewles L, Sinmet I. Promoting health: A practical guide. Sussex: London Bookworm; 1992.
- ۱۱- مظلومی سیدسعید. تاثیر آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از سالک در مناطق اندمیک شهر یزد [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۸.
- 12- Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2:324-473.
- 13- Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):354-86.
- 14- Glanz K, Barbara K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
- 15- Hazavehei SMM, Sharifirad G, Mohabi S. The effect of educational program based on health belief model on diabetic foot care. *Diabetes*. 2007;27(1):118-23.
- 16- Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M. Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. *Educ Health*. 2007;20(1):15-8.
- 17- Al-Ali N, Haddad LG. The effect of the health belief model in explaining exercise participation among Jordanian myocardial infarction patients. *J Transcult Nurs*. 2004;15(2):114-21.
- ۱۸- حق‌پناه بهزاد، جوادی عباسعلی. کارایی آموزش به رابطن بهداشت در ارتقای سطح آگاهی زنان در مورد پیشگیری از ابتلا به بیماری سالک. مجله پژوهش در علوم پزشکی. ۱۳۷۹؛ ۵(۴):۸-۲۹۴.
- ۱۹- هابلی جان. برقراری ارتباط برای بهداشت. پارس‌نیا سعید، حکمت سیمین، مترجمان. تهران: انتشارات ترمه؛ ۱۳۷۸.
- ۲۰- رمضان‌خانی علی، حیدرنیا علیرضا، غفرانی‌پور فضل‌... سنجش تاثیر آموزش بهداشت بر اساس الگوی باور بهداشتی بر آگاهی و رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف سیگار [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۸.
- ۲۱- کمالی محمد، حیدرنیا علیرضا. بررسی میزان تاثیر الگوی باور بهداشتی بر وضعیت بدنی دانش‌آموزان [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۸.
- 22- Amal KA, Dalal MAR, Ibrahim KL. Effect of educational film on the health belief model and self-examination practice. *East Mediterr Health J*. 1997;3(3):435-44.
- ۲۳- غفرانی‌پور فضل‌اله. کاربرد الگوی باور بهداشتی در پیشگیری از بیماری تب مالت در شهرستان شهرکرد [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۶.
- 24- Ager A. Perception of risk for malaria and shistosomiasis in rural Malawi. *Trop Med Parasitol*. 1986;43(4):235-9.

در مورد بیماری سالک به آن توجه شود، این است که چون تغییرات محیطی در اپیدمیولوژی بیماری موثر است، برای کنترل و پیشگیری از بیماری سالک باید به عوامل اجتماعی و محیطی نیز اهمیت داد. اگر در بررسی منطقه مالوای آفریقا دریافت که پیروی از رفتار پیشگیری کننده مالاریا، به قضاوت افراد در مورد احتمال ابتلا، شدت، قابلیت پیش‌گویی و قابلیت کنترل درک شده از بیماری، ارتباطی ندارد. یعنی می‌توان گفت که پیروی از راه‌های کنترل بیماری به‌جای آن که متاثر از قضاوت فرد از خطر باشد، ممکن است تحت تاثیر عواملی مثل درخواست کدخدای روستا یا گروه رسمی دیگری مانند عوامل راهنما به عمل قرار گیرد. این امر دیدگاه مهمی را برای کنترل بیماری‌هایی مثل مالاریا و سالک به‌وجود می‌آورد. اگر رفتار پیشگیری کننده به‌وسیله قضاوت فرد تعیین نشود و مکانیزم‌های اجتماعی دیگری در آن دخالت داشته باشد، در این شرایط آموزش بهداشت برای تعیین و به‌کارگیری چنین مکانیزم‌هایی باید بیشتر عمل کند. فلسفه فردگرایی که افراد را تشویق به مسئولیت‌پذیری بیشتر نسبت به سلامت خود می‌کند، ممکن است تاثیر کمتری در برنامه پیشگیری داشته باشد یا توانمندی و قابلیت افراد، تاثیری در پیروی از رفتارهای کنترلی در مورد مالاریا و بیماری‌های مشابه نداشته باشد. بنابراین برنامه‌های پیشگیری مناسب و موثر برای این بیماری‌ها، ممکن است نیاز به بسیج شبکه‌های اجتماعی داشته باشد [۲۴]. گرچه در این مطالعه، فقط سازه هدایت به عمل در رفع این مشکل به‌طور معنی‌داری تاثیرگذار بود، ولی شاید به‌کارگیری مدل‌های دیگر برنامه‌ریزی آموزشی مانند مدل قصد رفتار، مدل بزنف، مدل پرسیدو پرسید که در آن‌ها عوامل نرم و شبکه اجتماعی در سازه‌های مدل در پیشگیری نقش دارند، بر پیشگیری از سالک موثرتر باشد که در این خصوص نیاز به مطالعات بیشتری است. با توجه به این‌که این مدل آموزشی در یک منطقه نظامی در مورد کنترل سالک اجرا شد و نیز محل سکونت خانواده‌های نظامی به‌دلیل محدودیت‌های شغلی، مرتباً در حال تغییر است و در این منطقه اندمیک معمولاً خانواده‌های جدید ساکن می‌شوند، شبکه‌های اجتماعی ویژه برای آموزش به این خانواده‌ها که دارای سطح پایین ایمنی و نیز عدم آگاهی کافی در مورد راه‌های پیشگیری از بیماری هستند، بیش از پیش احساس می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج بررسی حاضر، مؤید این است که آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی، می‌تواند رفتارهای پیش‌گیری‌کننده سالک را در دانش‌آموزان ارتقا داده و در کاهش ابتلا به این بیماری مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی: از کلیه کارکنان بهداشتی درمانی، رئیس

بیمارستان منطقه و مرکز تحقیقات پوست و سالک که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند کمال تشکر را داریم.

Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis

Motamedi N.¹, Hejazi S. H.², Hazavei S. M. M.*³, Zamani A. R.¹, Saberi S.³, Rahimi E.⁴

*Address: Research Center of Health, Department of Health Education & Promotion, School of Health,
Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran
hazavehei@umsha.ac.ir*

Submission Date: 27/1/2009

Acceptation Date: 31/12/2009

Abstract:

Aims. Preventive actions such as training and improving preventive knowledge and skills is one of the most important strategies is cutaneous leishmaniasis control program for personal protection in endemic areas. The aim of this study was to examine the effect of health education based on health belief model (HBM) in promoting preventive behaviors of cutaneous leishmaniasis.

Methods. In this quasi-experimental study that was performed in 2008, 450 people from the statistical community which was the guidance and high school students of one of the areas of Isfahan province were selected by census method. Three educational sessions and a questionnaire were designed based on the health belief model. Demographic information questionnaire had questions related to knowledge, perceived susceptibility, perceived threat, perceived benefits and barriers, action guide and action performing which was completed before training and 2 months after training by interview. Data was analyzed using SPSS 15 software and paired T-test.

Results. There was a significant correlation between sex and the knowledge score and whole HBM; famale students' got higher scores than males. Those students who infected before with coetaneous leishmaniasis were gotten higher scores in whole variable of HBM but the knowledge score was not different with those who weren't infected. There were significant differences between all score of HBM components before and after educational intervention.

Conclusion. Educational program based on HBM can promote preventive coetaneous leishmaniasis behavior among students.

Keywords: Coetaneous Leishmaniasis, Education, Health Beliefs Model, Students

1- Department of Social Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Department of Mycology & Parasitology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Research Center of Skin & Coetaneous Leishmaniasis, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Shahid Babaei District Hospital, Isfahan, Iran