



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2016/05/03

Accepted: 2016/05/30

The Effect of Education Based on the Pattern of Behaviors in Promoting Preventive Behaviors of Cutaneous Leishmaniasis in Between Parent Families Living in the City Rāmhormoz in 2015

Abas Ali Dehghani-Tafti (Ph.D)¹, Arefeh Dehghani-Tafti (MS.c)², Mohammad Zobeydi (MS.c)³, Syed Abed Tofighyan (MS.c)⁴

1. Assistant Professor, Department of Health Services ShahidSadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2. Instructor Master of Biostatistics, ShahidSadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3. Corresponding Author: MS.c Student In Health Education ShahidSadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Email: m.zoubiedi92@gmail.com Tel: 09163909028

4. MS.c Student In Health Education ShahidSadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: The study and application behavior change intervention for the prevention of cutaneous leishmaniasis in endemic areas is essential. In this study, the effectiveness of BASNEF model-based education in promoting preventive behaviors of cutaneous leishmaniasis in between parent households was conducted under the guise of health centers Rāmhormoz city

Methods: In this study, the method of intervention that was conducted in 1394, the total sample size was 154 health centers Rāmhormoz just random cluster sampling were selected. Then research units required data using questionnaires were collected and 2 training sessions held: after three months of training, Needed again were collected and finally data analysis statistical.

Results: The mean change scores of knowledge, attitude, behavior, enabling factors and parental behavior before and after the intervention significantly increased ($P < 0/000 1$). The mean score changes before and subjective norms after the educational intervention showed no significant changes in parent households ($P < 0 /452$)

Conclusion: The findings of this study showed that educational programs on the pattern of behaviors, all aspects required to create lasting change in educational behavior of parents And in the end we can say that the program on Basnef Parents that have a significant impact on them..

Keywords: parent households, cutaneous leishmaniasis, BASNEF, health education

Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interests.



This Paper Should be Cited as:

Effects of Exercise Training on Housewives Married 20-45 Years Noor City. ...J Tolooebehdasht Sci 2017; 16(2):62- 74. [Persian]



تأثیر مداخله‌ی آموزش مبتنی بر الگوی بزنف در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سالک در بین والدین خانوارهای ساکن در شهرستان رامهرمز در سال ۱۳۹۴

نویسندگان: عباسعلی دهقانی تفتی^۱، عارفه دهقانی تفتی^۲، محمد
زبیدی^۳، سید عابد توفیقیان^۴

۱. استادیار گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲. مربی گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۳. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی شهید صدوقی یزد تلفن تماس: ۰۹۱۶۳۹۰۹۰۲۸ gmail: m.zoubiedi92@gmail.com
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید
صدوقی یزد

چکیده

مقدمه: انجام مطالعه و برنامه مداخله آموزش برای تغییر رفتارها در جهت پیشگیری از بیماری سالک در مناطق آندمیک ضروری است. این مطالعه با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر الگوی بزنف در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سالک در بین والدین خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رامهرمز طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: این مطالعه، به روش مداخله ای بود که در سال ۱۳۹۴ انجام شد، حجم نمونه ۱۵۴ نفر بود که از کل مراکز بهداشتی و درمانی رامهرمز بصورت تصادفی - خوشه ای انتخاب شدند. سپس از واحدهای مورد پژوهش داده های مورد نیاز با استفاده از ابزار پرسشنامه گرد آوری شد و ۲ جلسه آموزشی برگزار گردید و پس از ۳ ماه از آموزش، داده ها مجدداً جمع آوری شدند و نهایتاً داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** میانگین تغییرات نمرات مربوط به سازه های الگوی بزنف شامل آگاهی، نگرش، قصد رفتار، عوامل قادر کننده و رفتار در والدین قبل و بعد از مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش یافت ($P < 0/0001$) ولی میانگین تغییرات نمره سازه هنجارهای انتزاعی قبل و بعد از مداخله آموزشی در والدین خانوارها تغییرات معنی داری نداشتند ($P < 0/042$).

بحث و نتیجه گیری: یافته های این بررسی نشان داد که برنامه آموزشی بر اساس الگوی بزنف، همه جنبه های لازم جهت ایجاد تغییر و ماندگاری رفتار آموزشی در والدین را دارد. و در پایان می توان گفت که اجرای برنامه بر اساس مدل بزنف، برای والدین مفید بوده و تأثیر قابل توجهی را در آنان داشته است.

واژه های کلیدی: والدین، لیشمانیوز پستی، مدل بزنف، آموزش بهداشت

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال شانزدهم
شماره: دوم
خرداد و تیر ۱۳۹۶
شماره مسلسل: ۶۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱۰



مقدمه

با توجه به عامل بیماری و علائم بالینی، لیشمانیوز (سالک) در انسان به دو شکل سالک شهری (خشک) و سالک روستایی (مرطوب) بروز می‌کند به بیماری ناشی از لیشمانیا در پوست، لیشمانیوز جلدی یا سالک گفته می‌شود، که در دنیای قدیم از جمله ایران عامل آن عمدتاً لیشمانیا تروپیکا (*L. tropica*) است. به دلیل ظاهر ضایعه به آن نوع خشک نیز گفته می‌شود. از آنجا که مخزن آن عمدتاً بیماران مبتلای باشند، به نام نوع آنتروپونتیک (Anthroponotic Cutaneous) *Leishmaniasis = ACL* گفته می‌شود. لیشمانیا مازور عامل بیماری لیشمانیوز جلدی نوع روستایی بوده که به دلیل وجود ترشح در ضایعه به نام نوع مرطوب نامیده می‌شود. لیشمانیا مازور به دلیل داشتن مخزن جویده به نام نوع زئونوتیک (Zoonotic Cutaneous Leishmaniasis) نامیده می‌شود (۱). با وجود پیشرفت‌های روز افزون در خصوص کنترل بیماری‌های عفونی انسانی هنوز هم بیماری‌های انگلی از معضلات اصلی بهداشتی به شمار می‌آیند. لیشمانیوز از جمله بیماری‌های انگلی بوده که به عنوان یک مشکل بهداشتی در اکثر کشورهای جهان، به طور عمده در مناطق گرمسیری و غیر گرمسیری مطرح است (۲). که شاید بتوان آن را مهم‌ترین بیماری انگلی بعد از مالاریا دانست (۳). این افزایش، عمدتاً به دلیل مهاجرت و جابه‌جایی جمعیت، عفونت توأم با گرمایش جهانی و تغییرات در اکولوژی انسانی می‌باشد (۴). سازمان جهانی بهداشت این بیماری را در ردیف ۹ بیماری مهم انگلی مناطق گرمسیری معرفی کرده است (۵). فرم انسانی بیماری لیشمانیوز در ۸ استان کشور به صورت بومی است و از چند

بخش دیگر مانند تهران، مشهد، نیشابور، سبزوار، شیراز، کرمان، بم، یزد، کاشان و شهرستان اصفهان گزارش شده است (۶). سالیانه در حدود ۲۰ هزار مورد جدید لیشمانیوزیس در ایران گزارش می‌شود اما موارد واقعی ۴-۵ برابر می‌باشند (۷). لیشمانیوز جلدی در صورت بهبود خودبه‌خودی به دلیل ایجاد جوشگاه‌های نامطلوب، عوارض اجتماعی و روانی بسیاری را به دنبال خواهد داشت و در صورت مزمن شدن ضایعات و گسترش نامحدود عفونت هزینه‌های سنگین درمان و دارو و اتلاف نیروی کار را به همراه دارد (۸-۱۰). و ضایعات فراوانی که از نظر جسمی بر ظاهر افراد گذاشته و آسیب‌های روانی که ایجاد می‌نماید و عدم وجود واکسن برای بسیاری از بیماری‌های انگلی از جمله لیشمانیوز جلدی و شیوع بالای این بیماری‌ها، موضوع کاربرد آموزش بهداشت را در صدر برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت جهت پیشگیری از این بیماری‌ها قرار داده است (۱۱). همچنین تخمین‌ها نشان می‌دهد که افزایش موارد لیشمانیوز جلدی در مناطق مختلف خوزستان شامل غرب استان و جنوب غرب ایران در جمعیت انسانی در دهه گذشته روبه افزایش است (۱۲). بسیاری از محققین اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت را در کنار سایر برنامه‌های کنترل و پیشگیری از بیماری نظیر تولید واکسن و دارو، بهسازی محیط، موش‌کشی و سم‌پاشی ضروری می‌دانند و آن را توصیه می‌کنند (۱۴-۱۳). از سوی دیگر مطالعات متعددی نقش آموزش بهداشت را در ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز در ساکنین مناطق آندمیک تأیید می‌کنند (۱۷-۱۵). مطالعات گوناگونی نشان داده‌اند آگاهی افراد جامعه از بیماری سالک در سطح مطلوبی نمی‌باشد (۱۹-۱۸). نتایج مطالعه چرکزی و همکاران



برنامهریزی برای برنامه ریزی به جای شرح کلی روندهای پیچیده ای نگریست که در لایه های رفتار یک فرد قرار دارند مدل بزنف از عناصر اعتقادات رفتاری (BELIEF)، نگرش ها (ATTITUDES)، هنجارها و نرم های انتزاعی (SUBJECTIVE NORMS)، و عوامل قادر کننده (ENABLING FACTORS) تشکیل شده است که کلمه BASNEF از کنار هم قرار گرفتن حروف اول این عناصر می باشد این مدل از ترکیب دو مدل پرسید و قصد رفتاری حاصل شده است و به منظور مطالعه رفتار و برنامه ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم گیری افراد برای انجام رفتار موثر هستند، به کار گرفته می شود.

تفاوت عمده مدل BASNEF با مدل قصد رفتاری در این است که در این مدل بر خلاف مدل قصد رفتاری هر قصدی الزاما " منجر به رفتار نمی شود بلکه فاکتورهای قادرسازی مانند: پول، مهارت، دقت، خدمات موجود و سایر عوامل بین قصد و رفتار وجود دارد (۱۳). نظر به آنچه گفته شد و با توجه به آندمیک بودن لیشمانیوز جلدی در شهرستان رامهرمز و همچنین عدم انجام مطالعه در زمینه مداخلات آموزشی برای تغییر رفتارهای پیشگیری کننده از این بیماری در این منطقه، این مطالعه جهت تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی بزنف در ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سالک در بین والدین خانوارهای ساکن در شهرستان رامهرمز طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مداخله ای است که در سال ۱۳۹۴ در شهرستان رامهرمز انجام شد. جامعه مورد پژوهش این مطالعه،

نشان داد هنجارهای انتزاعی همسر، مادر و مادر شوهر مهم ترین هنجارهای رفتاری شیردهی مادران می باشند (۲۰). مطالعه محبی و همکاران نشان داد که هنجارهای انتزاعی دوستان و عامل قادرساز دسترسی آسان، مهم ترین علت سیگار کشیدن دانشجویان بود (۲۱). بنابراین رفتار در آموزش بهداشت از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است و بدون تامین رفتار بهداشتی درست، آموزش بهداشت کامل نخواهد شد (۲۲). اگر چه همه برنامه های آموزش بهداشت موفق نیستند لیکن احتمال بیشتری می رود آنهایی که مبتنی بر یک تئوری خوب هستند در مقایسه با بقیه به موفقیت دست یابند (۲۳) به کارگیری تئوری ها به طراحان برنامه آموزش بهداشت کمک خواهد نمود تا به مسائل ماوراء فردی در حین انجام نیاز سنجی و طراحی برنامه بیندیشند و در نتیجه درک درستی از عوامل موثر بر رفتارهای بهداشتی و محیطی کسب نمایند (۲۴). با توجه به عوامل ذکر شده در بالا متوجه می شویم تعیین عوامل موثر در تصمیم گیری فرد و مساعد بودن شرایط برای رفتار ما را به سوی لزوم استفاده از تئوریه و مدل های مطالعه و تغییر رفتار هدایت می کنند که یکی از جامعترین مدل ها برای مطالعه رفتار و ایجاد رفتارهای جدید مدل بزنف می باشد و با توجه به بیماری سالک و گروه های هدف آن، این مدل انتخاب شد، چرا که به دلیل دارا بودن سازه های قادر کننده، نگرش نسبت به رفتار، اعتقادات و هنجارهای انتزاعی دارای قابلیت ها و توانمندی های زیادی برای آموزش جامعه می باشد، از این رو بر آن شدیم تا در این تحقیق مدل بزنف را به بوته آزمایش بگذاریم.

مدل بزنف توسط جان هابلی در سال ۱۹۸۸ ارایه شد و ی عقیده داشت به این مدل باید به عنوان یک لیست بررسی یک



استفاده از همان پرسشنامه داده های پس از مداخله جمع آوری شدند و پس از جمع آوری داده ها اطلاعات کد بندی شده و در محیط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ وارد گردیدند و سپس با استفاده از آماره های توصیفی مانند درصد، نسبت، میانگین و انحراف معیار، همچنین برای داده هایی که نرمال بودند اطلاعات با به کارگیری آمارهای پارامتریک مانند آزمون T زوجی و در غیر از اینصورت از آزمون های معادل (ناپارامتری) داده ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند و سطح معنی داری کمتر از $P < 0/05$ در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای است که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۱). پرسشنامه مذکور علاوه بر اطلاعات دموگرافیک حاوی سازه های مدل شامل، آگاهی، نگرش و هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری، عوامل قادر کننده رفتار (عملکرد) بود. متغیرهای مستقل مورد بررسی در این مطالعه شامل: سن، جنس، شغل، سواد، تعداد افراد خانوار، محل سکونت و سابقه ابتلاء می باشد و نحوه ارزشیابی (روش امتیاز دهی) به سوالات به این صورت بود.

قسمت اول: سوالات دموگرافیک بودند با ۷ سوال.

قسمت دوم: سوالات آگاهی است که مشتمل بر ۲۴ سؤال می باشد. سوالات آگاهی بصورت چهار گزینه ای طراحی شده است که به گزینه صحیح امتیاز ۱ و به گزینه غلط و گزینه نمی دانم امتیاز ۰ تعلق گرفت.

قسمت سوم: سوالات نگرشی که مشتمل بر ۱۲ سؤال می باشد. سوالات نگرش براساس مقیاس شش گزینه ای لیکرت طراحی شده است (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، تا حدی مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) و امتیازات بین ۰ تا ۵

والدین با سواد (حداقل سواد در حد خواندن و نوشتن باشد) ساکن در شهرستان رامهرمز بودند که پس از کسب رضایت از آنان در پژوهش وارد شدند. نمونه ها طوری انتخاب شدند که از یک منطقه خاص نبوده و نماینده تمام جامعه پژوهش باشد به همین منظور از مراکز بهداشتی و درمانی رامهرمز ۱۵۴ نفر انتخاب شدند، تعداد مراکز بهداشتی درمانی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته بود ۵ مرکز روستایی، ۲ مرکز روستایی / شهری و ۱ مرکز شهری بودند.

تعداد افراد انتخاب شده از هر مرکز بهداشتی درمانی به این صورت بود که از هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی ۱۵ نفر و از هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی / شهری ۲۰ نفر و از مرکز بهداشتی درمانی شهری ۳۹ نفر از بین افرادی که دارای پرونده بهداشتی در مرکز بهداشتی درمانی بودند، افراد بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

پس از انتخاب افراد واجد شرایط و جلب رضایت آنان پژوهشگر با معرفی خود، هدف از انجام تحقیق و نحوه تکمیل پرسشنامه را توضیح داد سپس از واحدهای مورد پژوهش داده های مورد نیاز با استفاده از ابزار پرسشنامه گرد آوری شد و ۲ جلسه آموزشی (به صورت فیلم آموزشی در مورد بیماری سالک به همراه پمفلت انجام شد) برای والدین برگزار شد: یک جلسه آشنایی با بیماری سالک و ناقل آن، یک جلسه آشنایی با روشهای پیشگیری و مبارزه با بیماری سالک و همچنین پمفلت با موضوع بیماری سالک در اختیار افراد مورد پژوهش قرار داده شد.

پس از آموزش و گذشت فاصله زمانی سه ماه (۳ ماهه) پژوهشگر مجدداً به واحدهای مورد پژوهش مراجعه کرده و با



نفر (۳۷٪ درصد) سن زیر ۲۴ سال، ۴۵ نفر (۲۹/۲٪ درصد) سن بین ۳۵-۲۵ و ۵۱ نفر (۳۳/۱٪ درصد) سن بالای ۳۵ سال داشتند. بعد خانوار در سه طبقه تقسیم شدند که عبارتند از: خانوارهای زیر ۳ نفر با فراوانی ۲۳ و ۱۴/۹٪ درصد کل موارد، خانوارهای بین ۵-۳ نفر با فراوانی ۷۳ نفر کل موارد و ۴۷/۴٪ درصد و نهایتاً خانوارهای با تعداد اعضای بالای ۵ نفر با فراوانی ۵۸ و ۳۷/۷٪ درصد کل موارد از نظر بعد خانوار را تشکیل داده بودند.

سطح تحصیلات در سه سطح طبقه بندی شدند: ۱- مقطع ابتدایی با فراوانی ۴۳ و ۲۷/۹٪ درصد کل موارد ۲- مقطع سیکل با فراوانی ۴۰ و ۲۶٪ درصد کل موارد ۳- مقطع دیپلم با فراوانی ۴۲ و ۲۷/۳٪ درصد کل موارد ۴- مقطع فوق دیپلم با فراوانی ۲۹ و ۱۸/۸٪ درصد کل موارد جامعه مورد پژوهش را تشکیل داده بودند.

شغل افراد مورد پژوهش در ۴ سطح طبقه بندی شدند: ۱- کارگر و کارمند با فراوانی ۱۵ و ۹/۷٪ درصد کل موارد ۲- بازنشسته با فراوانی ۸ و ۵/۲٪ درصد کل موارد ۳- آزاد با فراوانی ۴۳ و ۲۷/۹٪ درصد کل موارد ۴- سایر با فراوانی ۸۸ و ۵۷/۱٪ درصد کل موارد از نظر اشتغال به خود اختصاص داده بودند. از نظر محل سکونت با فراوانی ۸۳ و ۵۳/۹٪ محل سکونتشان شهری و ۴۶/۱٪ درصد و فراوانی ۷۱ محل سکونتشان روستایی بودند. از نظر سابقه ابتلاء در خانواده ۱۱٪ درصد و با فراوانی ۱۷ عنوان کرده بودند که سابقه ابتلاء در خانواده داشتند.

نتیجه آزمون تی-زوجی نشان داد که قبل از مداخله آموزشی و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی بین میانگین نمره آگاهی، نگرش، قصد رفتار، عوامل قادر کننده و رفتار اختلاف معنی داری وجود

در نظر گرفته شد به طوری که بالاترین امتیاز مربوط به مثبت ترین نگرش و کمترین امتیاز به منفی ترین نگرش تعلق گرفت. قسمت چهارم: سؤالات مربوط به هنجارهای انتزاعی است که مشتمل بر ۱۱ سؤال می باشد. سؤالات هنجارهای انتزاعی به صورت ۳ گزینه ای (بلی، تا حدی، خیر) طراحی شده اند، برای جواب بلی ۲ امتیاز، جواب تا حدی ۱ امتیاز و خیر ۰ امتیاز در نظر گرفته شد.

قسمت پنجم: سؤالات مربوط به قصد رفتاری است که مشتمل بر ۷ سؤال می باشد.

قسمت ششم: سؤالات مربوط به عوامل قادر کننده است که مشتمل بر ۸ سؤال می باشد.

قسمت هفتم: سؤالات مربوط به رفتار یا عملکرد است که مشتمل بر ۸ سؤال می باشد.

سؤالات مربوط به قصد رفتاری و عوامل قادر کننده به صورت ۳ گزینه ای (بلی، تا حدی، خیر) طراحی شده است، که برای جواب بلی ۲ امتیاز، تا حدی ۱ امتیاز و خیر ۰ امتیاز در نظر گرفته شده است.

سؤالات مربوط به رفتار به صورت ۲ گزینه ای (بلی، خیر) طراحی شده است، که برای جواب بلی ۱ امتیاز و برای جواب خیر ۰ امتیاز در نظر گرفته شده است.

۳ ماه یعنی ۹۰ روز پس از اجرای برنامه آموزشی برای جامعه مورد پژوهش مجدداً به وسیله پرسشنامه مذکور ارزشیابی پایانی صورت گرفت.

یافته ها

در این مطالعه ۱۵۴ والدین خانوار باسواد مورد بررسی قرار گرفتند که ۶۰ نفر مرد (۳۹٪) و ۹۴ نفر زن (۶۱٪) بودند. ۵۸



داشته است (جدول ۱، ۲، ۳) ($P < 0/0001$) همچنین آزمون تی- زوجی، نشان داد که ارتباط آماری معنی داری بین قبل از مداخله و بعد از مداخله آموزشی باهنجارهای انتزاعی نظیر تأثیر خانواده، دوستان، همسایگان، افراد معتمد محل، درمانگرهای محلی، کارکنان بهداشتی و رابطین بهداشتی بر والدین خانوارها، وجود نداشته است. ($P < 0/042$) (جدول ۱، ۳).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های مدل بزنف قبل از مداخله و بعد از مداخله آموزشی

P.V	۳ ماه بعد از مداخله آموزشی		قبل از مداخله آموزشی		متغیرهای مورد نظر
	میانگین و انحراف معیار		میانگین و انحراف معیار		
۰/۰۰۰	۸۴/۵۴±	۱/۷۲	۴۵/۶۹±	۱۵/۸۳	آگاهی
۰/۰۰۰	۵۲/۵۲±	۸/۳۵	۱۲/۳۱±	۴/۹۱	نگرش
۰/۴۵۲	۶۳/۵۴±	۱۶/۴۲	۶۱/۹۲±	۲۵/۴۲	هنجارهای انتزاعی
۰/۰۰۰	۸۶/۱۷±	۱۲/۹۰	۶۹/۷۱±	۲۰/۷۰	قصد رفتاری
۰/۰۰۰	۸۰/۷۲±	۱۴/۹۳	۴۲/۴۵±	۲۳/۵۴	عوامل قادرکننده
۰/۰۰۰	۸۹/۲۰±	۱۶/۴۲	۵۵/۳۵±	۱۸/۱۸	رفتار

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت متغیرهای آگاهی و نگرش سازه های مدل بزنف قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیر	مرحله	ضعیف		متوسط		عالی	
		فرآوانی		درصد		فرآوانی	
آگاهی	قبل	۵۰	٪۳۵/۱	۷۴	٪۴۸/۱	۳۰	٪۱۹/۵
	بعد	۱	٪/۶	۴	٪۲/۶	۱۴۹	٪۹۶/۹
نگرش	قبل	۱۵۴	٪۱۰۰	۰	۰	۰	۰
	بعد	۲	٪۱/۳	۱۳۹	٪۹۰/۳	۱۳	٪۸/۴

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت متغیرهای نرم های انتزاعی و قصد رفتاری سازه های مدل بزنف قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیر	مرحله	ضعیف		متوسط		عالی	
		فرآوانی		درصد		فرآوانی	
نرم های انتزاعی	قبل	۲۶	٪۱۶/۹	۳۵	٪۲۲/۷	۹۳	٪۶۰/۴
	بعد	۱۳	٪۸/۴	۴۲	٪۲۷/۳	۹۹	٪۶۴/۳
قصد رفتاری	قبل	۱۱	٪۷/۱	۲۹	٪۱۸/۸	۱۱۴	٪۷۴
	بعد	-	-	۵	٪۳/۲	۱۴۹	٪۹۶/۷



جدول ۴: توزیع فراوانی وضعیت متغیرهای عوامل قادر کننده و رفتار سازه های مدل برف قبل از مداخله آموزشی و ۳ ماه بعد از

مداخله آموزشی

متغیر	مرحله	ضعیف <۳۹	متوسط ۴۰ - ۵۹	عالی ۶۰ - ۱۰۰
عوامل قادر کننده	قبل	فراوانی ۷۳	درصد ٪۲۶/۶	فراوانی ۴۰
	بعد	۵	٪۲/۶	۱۴۵
رفتار	قبل	۳۷	٪۳۱/۸	۱۲
	بعد	۱	٪۵/۸	۱۳۴

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر سطح پایین آگاهی والدین، قبل از مداخله آموزشی، نشان دهنده نیاز این گروهها به آموزش است. چرا که این افراد نقش بسیار مهمی در کنترل بیماری دارند و داشتن آگاهی مهمترین ابزاری است که آنها برای انجام وظایف خود به آن نیاز دارند. میانگین نمره آگاهی ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی، افزایش چشمگیری داشت که نشان دهنده تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش آگاهی والدین است.

این یافته ها با مطالعاتی که در زمینه تأثیر آموزش، پیرامون شیوه های زندگی سالم (۲۵) و پیشگیری از پوکی استخوان (۲۶) صورت گرفته است، هم خوانی دارد. همچنین با تحقیقات دیگران که با استفاده از مدل برف انجام شده است از جمله تأثیر آموزش بر مهارت قاطعیت (۲۷)، مراقبت از چشم بیماران دیابتی (۲۸) و افزایش آگاهی در زمینه بیماری کالآآزار (۲۹) همخوانی دارد. میانگین نمره نگرش در والدین قبل از مداخله آموزشی و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی، افزایش معنی داری داشت که نشان دهنده اثربخش بودن مداخله بر اساس مدل

برف بر ارتقاء سطح نگرش والدین بود. این یافته ها با مطالعاتی در زمینه تأثیر آموزش رابطین پیرامون پیشگیری از پوکی استخوان (۲۶) و بهداشت روان (۳۰) همخوانی دارد. همچنین با تحقیقات دیگران در زمینه های مدل برف از جمله تأثیر آموزش پیرامون فعالیتهای جسمانی دانشجویان (۳۱) و پیشگیری از وقوع ریسک فاکتورهای سکتی قلبی (۳۲) و آموزش رابطین بهداشتی درخصوص بیماری سالک (۳۳) همخوانی دارد.

علی رغم این که آزمون رگرسیون نشان داد که تمام افراد تأثیرگذار بر والدین تغییرات معنی داری نداشته اند، و آزمون من-وینتی مشخص نمود که افراد تأثیرگذار پس از مداخله آموزشی تفاوت معنی داری نداشته اند که یکی از علل آن را می توان عدم شرکت این افراد در جلسات آموزشی دانست و علت دوم، شاید کم رنگ بودن تأثیر اجتماعی این افراد بر والدین باشد و علت سوم را می توان دشوار بودن تغییر هنجارهای انتزاعی و نقش این افراد در این تغییرات دانست. یافته های مطالعه حاضر تا حدی با نتایج حاصل از مطالعه کهنزادی در



نتایج مطالعه حاضر با سایر تحقیقات از جمله تأثیر آموزش در عملکرد بیماران دیابتی در مراقبت از چشم (۲۸)، کارگران در زمینه ایمنی (۳۷)، فعالیتهای جسمانی دانشجویان (۳۱)، کنترل دیابت (۳۸)، آموزش رابطین در زمینه بیماری سالک (۳۳)، همخوانی دارد.

یافته های این بررسی نشان داد که برنامه آموزشی بر اساس الگوی بزنف، همه جنبه های لازم جهت ایجاد تغییر و ماندگاری رفتار در والدین را دارد و الگوی بزنف، به دلیل دارا بودن سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی و عوامل قادرکننده، باعث اثربخش تر شدن آموزش گردیده و منجر به تغییر رفتار پیشگیری کننده والدین شد.

در پایان می توان گفت که اجرای برنامه بر اساس مدل بزنف، برای والدین مفید بوده و تأثیر قابل توجهی را در آنان داشته، به طوری که انجام وظایف والدین را در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری سالک به نحو قابل ملاحظه ای تسهیل بخشیده است. در این مطالعه شرکت کنندگان به صورت کاملاً آزادانه وارد مطالعه شدند و به آنها اطمینان داده شد اطلاعات آنها نزد محقق به طور محرمانه حفظ خواهد شد. لازم به ذکر است که زیاد بودن سؤالات پرسشنامه گاهاً موجب کاهش دقت و توجه افراد مورد مطالعه در تکمیل پرسشنامه ها شد؛ بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی از پرسشنامه هایی استفاده شود که تعداد سؤالات کمتری دارند

تشکر و قدردانی

در اینجا لازم است از حوزه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد به خاطر تأمین هزینه های مالی آن و همچنین پرسنل زحمتکش

تغییر هنجارهای انتزاعی همخوانی دارد، زیرا وی نشان داد که آموزش با مدل بزنف بر کل اجزاء مدل به جز هنجارهای انتزاعی مؤثر بوده است (۳۴).

پس از مداخله آموزشی، مواردی نظیر قصد رفتار والدین، به طور معنی داری افزایش یافت. که علت آن را می توان افزایش آگاهی و بهبود نگرش دانست.

در رابطه با افزایش قصد رفتار والدین بعد از مداخله آموزشی، نتایج مطالعه حاضر با تحقیقات دیگران از جمله تأثیر آموزش در رابطه با مراقبت از چشم در بیماران دیابتی (۲۸) و رفتار شیردهی مادران (۳۵) همخوانی دارد. میانگین نمره عوامل قادرکننده والدین، قبل از مداخله آموزشی، در سطح قابل قبولی نبود اما این میانگین بعد از مداخله آموزشی، به طور معنی داری افزایش یافت که نشان دهنده تأثیر مداخله آموزش بوده و فراهم شدن عوامل قادرکننده برای والدین را می توان یکی از علل موفقیت آنان در این مطالعه دانست.

در رابطه با افزایش میانگین نمره عوامل قادرکننده والدین بعد از مداخله آموزشی، نتایج مطالعه حاضر با تحقیقات دیگران که با استفاده از مدل بزنف انجام شده است از جمله تأثیر آموزش در ایمنی کارکنان شرکت کیمیا (۳۶)، مراقبت از چشم در بیماران دیابتی (۲۸)، رفتار شیردهی مادران (۳۵) و بهبود مهارت قاطعیت (۲۷) و آموزش رابطین بهداشتی در زمینه ی بیماری سالک (۳۳)، همخوانی دارد. پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره رفتار والدین در رابطه با پیشگیری از بیماری سالک قبل از مداخله آموزش در سطح مطلوبی نبود. این در حالی است که بعد از مداخله آموزشی افزایش چشمگیری داشته است.



مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت شهرستان رامهرمز
 که درانجام این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر و
 تقدردانی به عمل آید.
 تضاد منافع
 نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند هیچ گونه تضاد منافی
 وجود ندارد.

References

- 1-Shirzadi MR. Care Guide cutaneous leishmaniasis(CL) in Iran. Ministry of Health and Medical Education, Department of Health , The management of communicable diseases, Management of the transition between human and animal diseases. raznahan ; 2012: 114
- 2-Chegeni Sharafi A, Amani H, Kaydy MH , Yar Ahmed AA, Saki M, Nasiri E . An epidemiologic study of this disease in the province Lorstan and the introduction of new foci of local transmission of the disease in 1385 Years . Journal of medical sciences ElamSpring2011; 11(1) : 55
- 3-Mo'tamedi N, Syed Hussein H, Hazavehe MM , Zamani AR , Saberi S , Rahimi AZ . Effect of education based on health belief model to promote preventive behaviors of cutaneous Leishmaniasis. University Journal of Medical Sciences HamadanWinter 2009; 11: 231-236
- 4-World Health Organization . Control of leishmaniasis . Report by the secretariat .2006
- 5-Nadim A, Javadian A, Moheballi M, Momenizamen A. Leishmania and Leishmaniasis.Third Edition.Tehran :NashreDaneshgahi; 2008:[Persian]
- 6-Jeihooni AK ,Hatami M , Kashfi S M , Heshmati H .The Effectiveness of teaching behaviors based model on BASNEF of cutaneous leishmaniasis in promoting preventive behaviors among health workers and families Under covered by health care centers. Fasa University of Medical SciencesSpring 1391; 2(1): 85- 26
- 7-Shojaizadeh D. Model Study At Behavior Health Education Publishers Office Total Connections And Health Education ; Area Assistance Sanitary 2010: 15
- 8-Ayatollahi J . Cutaneous Leishmaniasis . J shahidSadoughi University Medical Sciences Yazd 2006 ; 13(5):96-104 . [Persian]
- 9-WHO .Epidemiological review and national program .Report of the Consulative meeting On Cutaneousleishmaniasis. April 30,May 2007, Geneva. Availabelfrom:htt://www.who .int/leishmaniasis/resources.(accessed 30 March 2013)
- 10-Aflatoonian MR , Sharifi I , Epidemiology of cutaneous leishmaniasis and it's relationship whit blood group in Bam 2007. Sci J Kerman Uni Med Sci2008 ; 4: 295- 303.[Persian]



- 11-Helm seresht P, Delpesheh A. Health education and health priorities for health education. Publishing Cheher; 2005: 3 of 7
- 12-Niknami Sh. Assessment of BASNEF model to determine effective factors on prevention and control of Kala-azar, and provide an appropriate model. Tarbiat Modarres University; 1994. [Persian]
- 13-Hekmati Moghadda SH, Ebad MA. 6-years Epidemiologic Study of Cutaneous Leishmaniasis. Iran J Public Health 2007 ; 36(1) : 1-2.
- 14-Shirzad H ,Jahani M . Reviews The Prevalence Of Leishmaniasis In Police Units Deployed In The Provinces Of Isfahan , Ilam, Boosheher , Khorasan And Khoozestan During 1997- 1999. J Med 2001 ; 3(3) : 97-101.[Persian]
- 15-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 Cutaneous Leishmaniasis . J Military Med 2010 ; 11(4): 231-6.[Persian]
- 16-Khani Jaihooni A, Hatmi M, Kashfi SM, Heshmati H. The Effectiveness Of Education Based On Basnef Model Program In Promotion Of Preventive Behavior Of Leishmaniasis Among Health Workers And Families Under Health Centers Coverage Scientific . J Fasa Uni Med Sci 2012 ; 2(5):226-32.[Persian]
- 17-Hosseini Nejad Nayrasi A, Alhani F, Anoosheh M, Faghihzadeh S. The Effect Of Designed Home Visit Program On Promoting Cutaneous Leishmaniasis Preventive Behaviors . Iran J Nurs Spring 2007 ; 20(49) :85-100.[Persian]
- 18-Ghofrani Pour FA, Niknami SA, Javadian EA, Faghihzadeh S, Heydrnia AR. Knowledge , Attitude And Practice Of Mothers That Are Resident In Endemic Areas Of Leishmaniasis In Yazad . Journal Of Shaeed Sdoughi University Of Medical Sciences Yazad 1999; 7(2) : 888-918
- 19-Amirian H , Safavi M. Effect Of Education About Leishmaniasis Transmission And Prevention In Knowledge And Practice Of Female High School Student In Yazad In 2002. Journal Of Public Health 2002;2(4) : 20-5
- 20-Charkazi A, Mir Aez 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
- 21-Mohaebi 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



- 22-Baba Hohammadi H, AskariMajdabadi H, Kahoui M.Effectiveness of education based HBM model on enablinghealth coordinating volunteers of health center to preventionofOsteoprosis. Journal of Shahed university 2005;13:11-18. [Persian]
- 23-Safari M, ShojaeizadehD.Principles and foundation of health promotion and education. Tehran: SamatPublication; 2008: 81-96.[Persian]
- 24-Didarlou A, Shojaeizadeh D, Mohamadian H. Planning health promotion. Tehran: Sobhan publication;2009;74.[Persian]
- 25-Abbas Ali R, Miri M, SHaygan F. Effect of health educationon health coordinating volunteers of Birjand health centerto promote the community healthy life styles. Journal of Birjand university of medical science 2007;14(4):27-33. [Persian]
- 26-Baba Hohammadi H, AskariMajdabadi H, Kahoui M.Effectiveness of education based HBM model on enablinghealth coordinating volunteers of health center to prevention of Osteoprosis. Journal of Shahed university 2005;13:11-18.[Persian]
- 27-Hazavehei SMM, SharifiradGhR, Kargar M. The comparison of educational intervention effect using BASNEF and classic models on improving assertion skill level. Journal Research in Health sciences 2008;8(1):7-11. [Persian]
- 28-Hazavehei MM, KhaniJyhouni A, Hasanzade A, Rashidi M. The effect of educational program based on BASNEF model on diabetic (Type II) eyes care in Kazemi's clinic, (Shiraz). Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2008;10(2):145-154.[Persian]
- 29-Niknami Sh. Assessment of BASNEF model to determineeffective factors on prevention andcontrol of Kala-azar, andprovide an appropriate model.TarbiatModarres University;1994.[Persian]
- 30-Salehi M, Kalishavi M. Effectiveness of training programin health coordinating volunteers on knowledge and attitude of mental health in Isfahan city. Journal of Medical Education 2005;2(5):111-119.[Persian]
- 31-Hazavehei M, Asadi Z, Hassanzadeh A, Shekarchizadeh P.Comparing the effect of two methods of presenting physicaleducation II course on the attitudes and practices of femalestudents towards regular physical activity in Isfahan universityof medical sciences. Journal of Medical Education 2008;1(8):121-131.[Persian]



- 32-Mohamadi F, NouriTajer M, Nouhi F, Maleki M. Applicationof BASNEF model in preventing the occurrence of riskfactors contributing to myocardial infarction in patientswithcoronary artery and disease. Iranian Hearth Journal 2004;5(1-2):29-32.[Persian]
- 33-Heshmati H, Rahaei Z, Hazavehei SMM, Dehnadi A,Hasanzadeh A. Related factors to educational behaviorsof health volunteers about cutaneous leishmaniasis on theBasis of BASNEF model in Yazd. Ardabil journal of health 2001;1(3):46-58.[Persian]
- 34-Behzadi K. Effectiveness of health education programbased on BASNEF model on knowledge, attitude and practicein first Guidance student about dental health in Banehcity[dissertation]. School of Health.Tehran University of Medical Sciences 2005. [Persian]
- 35-Sharifirad GR, Golshiri P, Shahnazi H, Barati M.The impactof educational program based on BASNEF model onbreastfeeding behavior of pregnant mothers in Arak.ArakMedical University Journal 2010;13(1):63-70. [Persian]
- 36-Alizade R. The Survey of safety culture and educationintervention by BASNEF model in personnel of kimia unity in Emam Seaport petrochemical society of Mahshahrcity[dissertation].School of Health: Tehran University of MedicalSciences 2005. [Persian]
- 37-Taghdisi MH, Madadzadeh N, ShadziSh, Hassanzadeh A. Effects of education interventions on the coke workers'immune performances on BASNEF model basis at Isfahanmelting factory, 2005. Scientific Jour of Ilam Med University 2008;16(3):18-22. [Persian]
- 38-Baghiani Moghadam MH. Survey of Baznef model utilityin controlling diabetic patients in Yazd.TarbiatModaresUnversity 2000;131.[Persian]