

ارتباط بین رفتار آموزشی رابطان بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده ابتلاء به لیشمانیوز پوستی (سالک) در خانواده های تحت پوشش آنها بر اساس مدل بزنف در شهر یزد

زهره رهانی: دانشجوی دوره دکتری، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

هاشم حشمتی: مربی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، گرگان، ایران

سید محمد مهدی هزاوه ای: استاد، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

نویسنده رابط: Hazavehei@hlth.mui.ac.ir

اکبر حسن زاده: مربی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین رفتار آموزشی رابطان و رفتارهای پیشگیری کننده خانواده ها بر اساس مدل بزنف اجرا شد.

روش کار: در این پژوهش توصیفی کلیه رابطان (۶۰ نفر) مناطق آندمیک شهر یزد که به روش سرشماری انتخاب شدند، پرسشنامه محقق ساخته را طی مصاحبه تکمیل نمودند. از خانواده های تحت پوشش هر رابط نیز دو خانواده به طور تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه توسط سرپرست خانواده (۱۲۰ نفر) طی مصاحبه تکمیل شد. روایی و پایایی پرسشنامه مورد تأیید بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

نتایج: آگاهی رابطان و نگرش آنها با نمره آگاهی خانواده ها ارتباط مستقیم داشت. قصد رفتار رابطان با رفتار خانواده ها همبستگی مستقیم داشت. همچنین بین عوامل قادر کننده رابطان با آگاهی، قصد، عوامل قادرکننده و رفتار خانواده ها و رفتار آموزشی رابطان با آگاهی، نگرش و رفتار خانواده ها همبستگی مستقیم مشاهده شد.

نتیجه گیری: با توجه به نقش رابطان در پیشگیری و بیماریابی و درمان بموقع لیشمانیوزها و از آنجا که دادن آگاهی به تنهایی نمی تواند رفتار آموزشی در رابطان ایجاد کند، فراهم کردن آموزش مؤثر، نگرش و عوامل قادرکننده برای رابطان، تأثیر قابل ملاحظه ای بر رفتار خانواده ها و کنترل لیشمانیوزها خواهد داشت.

واژه گان کلیدی: رابطان، سالک، مدل بزنف، رفتارهای آموزشی، رفتارهای پیشگیری کننده، ایران

مقدمه

جهان آندمیک است و ۳۵۰ میلیون نفر در جهان در معرض خطر ابتلا هستند. تخمین زده می شود ۱۴ میلیون نفر به بیماری مبتلا هستند و هر سال ۲ میلیون نفر مورد جدید رخ می دهد که ۱/۵ میلیون مورد آن مربوط به لیشمانیوز جلدی است (۹۰ درصد موارد مربوط به کشورهای افغانستان،

سالک (لیشمانیوز جلدی) یکی از مهم ترین بیماریهای پوستی انسان است که توسط گزش پشه خاکی به انسان منتقل می شود. این بیماری به دلیل شیوع فراوان، انتشار و پراکندگی در نقاط مختلف دنیا دارای اهمیت فراوان می باشد (Shademani 2007). لیشمانیوز در ۸۸ کشور

(WHO 1996). از طرفی، تکیه بر مشارکت داوطلبانه ی مردم در فعالیت های مربوط به سلامت به درجات مثبتی مورد تأیید قرار گرفته است و مطالعات انجام شده نشان می دهند که این اقدام به طور معمول موجب توسعه و بهبود سرویس های خدمات بهداشتی جامعه می شود (Macintyre et al. 1999). علاوه بر این ها رابطان بهداشتی با توجه به استمرار ارتباط با خانواده ها و هماهنگی طبقاتی، تحصیلی و اجتماعی با آنها، مؤثرترین و مناسب ترین راهبرد آموزش به خانواده ها هستند. این راهبرد به عنوان یک رویکرد مردم مدار بهترین راه برای تأمین نیازهای آموزشی و همچنین تغییر فرهنگ اجتماعی محسوب می شود (MalekAfzali et al. 2000).

با وجود اهمیت آموزش به گروههای در معرض خطر و یا رابطان که می توانند نقش مهمی در آموزش جامعه داشته باشند، متأسفانه مطالعات زیادی در رابطه با کارآیی رابطان برای آموزش خانواده ها انجام نشده است و مطالعات محدودی که انجام شده، به دلیل جامع نبودن و عدم استفاده از مدل های مطالعه رفتار، نتایج ضد و نقیضی در رابطه با کارآیی رابطان برای آموزش خانواده ها به دست آورده اند که نمی تواند برای برنامه ریزی های آموزشی مورد استفاده قرار گیرد (Giroto et al. 1997; Haghpanah et al. 2000).

مدل بزنف توسط جان هابلی در سال ۱۹۸۸ ارائه شد (Hubley 1988). مدل بزنف از عناصر اعتقادات رفتاری (Beliefs)، نگرش ها (Attitudes)، هنجارها و نرم های انتزاعی (Subjective Norms) و عوامل قادرکننده (Enabling Factors) تشکیل شده است که کلمه BASNEF از کنار هم قرار گرفتن حروف اول این عناصر می باشد (Ajzen and Fishbein 1997).

این مدل از ترکیب دو مدل پری سید و قصد رفتاری حاصل شده و به منظور مطالعه رفتار و برنامه ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به کار گرفته می شود. تفاوت عمده مدل

الجزایر، برزیل، ایران، پرو، عربستان و سودان می باشد) (William et al. 2004).

سازمان جهانی بهداشت این بیماری را در ردیف ۹ بیماری مهم انگلی مناطق گرمسیری معرفی کرده است (Nadim et al. 2008). این بیماری به صورت تک گیر، بومی و گاهی همه گیر بروز می کند. در همه گیری های آن عواملی مانند ساخت و ساز های بی رویه، مهاجرت افراد غیر مصون به مناطق بومی، تغییرات محیط زیست و قطع سم پاشی برای از بین بردن ناقل مالاریا مؤثر می باشند. در ایران بعد از مالاریا مهم ترین بیماری منتقله توسط بند پایان، لیشمانیوز می باشد (Shademani 2007) و سالیانه حدود ۳۰۰۰۰ مبتلا به سالک در ایران گزارش می گردد (William et al. 2004) که بر اساس تحقیقات موجود میزان واقعی ۴ الی ۵ برابر آمار موجود است (Mazloumi and Servat 2004).

مردم در مناطق آندمیک سالک به روش قدیمی لیشمانیازسیون روی می آورند (Azizi et al. 2007). استیگمای ناشی از بیماری سالک، مشکلات روانی زیادی را برای این بیماران به وجود می آورد. به طوری که افراد مبتلا به این بیماری برای اینکه مورد پذیرش دیگران قرار بگیرند، سعی می کنند بیماری خود را پنهان کنند. در این صورت فرد هر لحظه خطر بر ملا شدن وضعیت خودش را احساس می کند که این منبع پایداری از تنش روانی برای وی ایجاد می کند. بعضی از این بیماران نیز پس از آشکار شدن وضعیتشان از هرگونه تماسی که ممکن است باعث شرمساری و ناراحتی آنان شود دوری می گزینند که این خود می تواند زمینه ساز افسردگی و سایر بیماریهای روانی باشد. (Tavakkol 2008)

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 برنامه های سازمان جهانی بهداشت قرار داده است

روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات خبرگان و منابع معتبر تأیید گردید. برای تعیین پایایی نیز آلفای کرونباخ محاسبه شد که بین ۰/۷۳-۰/۸۲ بود.

پرسشنامه رابطان در مراکز بهداشتی درمانی و پرسشنامه خانواده ها با مراجعه پژوهشگر به درب منزلشان طی مصاحبه با مردان سرپرست خانوار تکمیل شد. گروه های مورد مطالعه با رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات جمع آوری شده از آنان به طور محرمانه نزد محقق باقی می ماند.

داده ها پس از گردآوری، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS وارد کامپیوتر شده و با استفاده از آمار توصیفی به منظور تهیه جداول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص های مرکزی و پراکندگی و با آمار تحلیلی نظیر آزمون همبستگی پیرسون به منظور همبستگی بین داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این بررسی ۶۰ رابط و ۱۲۰ سرپرست خانواده مورد مطالعه قرار گرفتند، که میانگین سنی رابطان 36 ± 9 سال و میانگین سنی سرپرست خانواده ها $33 \pm 9/8$ سال بود. همچنین میانگین بعد خانوار رابطان 4 ± 1 و در خانواده ها $4/1 \pm 1/4$ بود. اکثر رابطان تحصیلات ابتدایی (۴۱/۷ درصد) و اکثر سرپرست خانوارها دیپلم (۴۳/۳ درصد) داشتند. بیشتر رابطان خانه دار (۸۵ درصد) و بیشتر سرپرست خانوارها کارگر (۳۶/۷ درصد) بودند.

میانگین و انحراف معیار سازه های مورد بررسی در جدول ۱ آمده است. همانگونه که مشهود است عوامل قادرکننده سرپرست خانواده ها در پائین ترین سطح قرار داشت.

میانگین نمره آگاهی رابطان بهداشتی $44/2$ و میانگین نمره آگاهی خانواده های تحت پوشش آنها ۴۱ بود.

بزنف با مدل قصد رفتاری در این است که در این مدل برخلاف مدل قصد رفتاری هر قصدی الزاماً منجر به رفتار نمی شود بلکه فاکتورهای قادرسازی مانند پول، مهارت، دقت و خدمات موجود بین قصد و رفتار وجود دارد (Heidarnia 2003).

از این رو برآن شدیم تا با انجام این پژوهش ارتباط بین رفتار آموزشی رابطان با رفتارهای پیشگیری کننده از سالک در خانواده های تحت پوشش آنها را بررسی کنیم.

روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۸۷ انجام شد. جامعه مورد بررسی شامل رابطان بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی دو منطقه از مناطق آندمیک سالک در شهر یزد و پایگاه های بهداشتی تحت پوشش این مراکز و خانواده های تحت پوشش رابطان مراکز مذکور بودند. بعد از انتخاب مراکز بهداشتی درمانی به روش خوشه ای، با استفاده از روش سرشماری تمام رابطان (۶۰ نفر) در مطالعه شرکت کردند و از خانواده های تحت پوشش رابطان نیز به ازای هر رابط به تصادف ۲ خانواده انتخاب گردید که در مجموع ۱۲۰ خانواده انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه محقق ساخته بود که بر اساس مدل بزنف تنظیم شده بودند. یک پرسشنامه مخصوص رابطان و یک پرسشنامه مخصوص خانواده ها بود. پرسشنامه ها شامل مشخصات جمعیتی شناختی، سؤالات آگاهی و سازه های مدل بزنف شامل: نگرش، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری، عوامل قادر کننده و رفتار بودند، که امتیاز هر یک از مقیاس ها 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.

(۵ درصد) و آگاهی از محل خرید توری بالاترین میزان (۴۸/۳ درصد) را به خود اختصاص داد. به طور کلی عوامل قادر کننده در سطح مطلوبی قرار نداشت.

در بررسی رفتارهای آموزشی رابطان، آموزش و کنترل خانواده ها در رابطه با دفع صحیح و بهداشتی زباله بالاترین و آموزش استفاده از پشه بند و پشه بند آغشته به سم پایین ترین میزان را به خود اختصاص داد. در مورد رفتارهای پیشگیری کننده خانواده ها نیز مشخص گردید تنها ۳۱/۷٪ خانواده ها پشه بند داشتند و ۲۳/۳٪ خانواده ها از پشه بند استفاده نمی کردند، یعنی ۸/۴٪ خانواده هایی که پشه بند داشتند نیز از آن استفاده نمی کردند. اکثر رفتار های پیشگیری کننده حتی در ۵۰٪ خانواده ها انجام نمی شد.

در بررسی ارتباط بین متغیرهای آگاهی، نگرش، قصد رفتاری، عوامل قادر کننده و رفتار در رابطان و خانواده های تحت پوشش آنها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، قوی ترین همبستگی بین عوامل قادر کننده رابطان با متغیرهای مورد بررسی در خانواده ها دیده شد (جدول ۲)

بحث

در رابطه با کارایی مدل بزنف برای مطالعه رفتار، آموزش و تغییر رفتار مطالعات گوناگونی انجام شده است، که نتایج آنها نشان دهنده کارایی مدل فوق می باشد (Hazavehei et al. 2008; Salehi et al. 2004; SharifiRad et al. 2005). با توجه به کارایی مدل بزنف بر آن شدیم تا در مطالعه فرآیندهای موثر بر رفتار آموزشی رابطان و ارتباط آن با فرآیندهای موثر بر رفتارهای پیشگیری کننده در خانواده های تحت پوشش رابطان از این مدل استفاده کنیم که یافته های این پژوهش در ذیل مورد بحث قرار می گیرد.

آگاهی رابطان بهداشتی و خانواده های تحت پوشش آنها در سطح متوسطی قرار داشت که با نتایج مطالعه مظلومی (Mazloumi and Servat 2004) هم خوانی دارد در

مطلوب ترین نگرش رابطان در رابطه با آموزش به مادران برای پیشگیری از سالک، آموزش به خانواده ها جهت مراجعه به پزشک در صورت مشاهده علائم مشکوک به سالک و اجتناب از محیط های آلوده بود در حالیکه آموزش خانواده ها در مورد عدم مراجعه به درمانگرهای محلی، استفاده از وسایلی نظیر قلم دفاع حشرات، پشه بند و توری کمترین اهمیت را داشتند. سرپرست خانواده ها در مورد مراجعه به پزشک در صورت ابتلا به ضایعه مشکوک به سالک و اجتناب از محیط های آلوده بهترین نگرش را داشتند. اکثر افراد گرایش چندانی به استفاده از وسایل پیشگیری کننده نداشتند و فقط ۲۰ درصد افراد مخالف مراجعه به درمانگرهای محلی بودند.

مهم ترین افراد تاثیرگذار در انجام اقدام آموزشی رابطان به خانواده ها به ترتیب شامل کارکنان بهداشتی، پزشک و خانواده بودند. در حیطه هنجارهای انتزاعی خانواده ها مهم ترین افراد تاثیر گذار در انجام اقدامات پیشگیری کننده به ترتیب رابطان و کارمندان بهداشتی، همسران، والدین و درمانگرهای محلی بودند.

بالاترین میزان قصد رابطان برای آموزش و کنترل دفع صحیح و بهداشتی زباله و پایین ترین قصد برای آموزش و کنترل استفاده از پشه بند آغشته به سم گزارش شده بود. در زمینه ی قصد رفتاری خانواده ها ۱۷/۵ درصد افراد قصد استفاده از پشه بند آغشته به سم را داشتند. قصد استفاده از قلم دفاع حشرات نیز با ۳۸/۳٪ در حد مطلوبی قرار نداشت اما قصد انجام سایر رفتارهای پیشگیری کننده در حد قابل قبولی بود.

از میان عوامل قادر کننده رابطان برای آموزش بیش از نیمی از آنها (۵۵ درصد) هیچ گونه آموزشی درباره بیماری سالک و اقدامات پیشگیری کننده از آن دریافت نکرده بودند و از نظر دیگر عوامل قادر کننده مانند برخورداری از مهارت های ارتباطی و جزوه و پمفلت آموزشی نیز وضعیت خوبی نداشتند. از بین آیتم های عوامل قادر کننده خانواده ها آگاهی از محل خرید پشه بند آغشته به سم کمترین میزان

دیده به طور معنی داری از آگاهی زنان گروه شاهد و گروه دولتی بیشتر بود. صالحی (Salehi et al. 2004)، نان بخش (Nanbakhsh 2003)، پورعلی (PourAli 2003) و موسوی (Moosavi and Ostovar 2003) نیز در مطالعات خود نقش آموزش رابطان بهداشتی در افزایش آگاهی، نگرش و رفتار خانواده های تحت پوشش آنها را گزارش کرده اند.

بین قصد رفتار رابطان نسبت به آموزش و کنترل خانواده ها با نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده ی خانواده ها همبستگی مستقیم وجود داشت. این نتایج بیانگر آن است که با افزایش دادن قصد رفتار آموزشی رابطان می توان رفتارهای پیشگیری کننده مردم را ارتقا داد.

همبستگی مستقیم عوامل قادر کننده رابطان جهت آموزش خانواده ها با آگاهی، قصد رفتار، عوامل قادر کننده و رفتار خانواده ها، نقش مهم و کلیدی عوامل قادر کننده جهت فراهم سازی آموزش و تقویت رفتارهای پیشگیری کننده را به وضوح تأیید می کند.

همچنین همبستگی رفتار آموزشی رابطان با تمام سازه های مدل به جز عوامل قادر کننده در خانواده ها نشان دهنده آن است که آموزش به رابطان بهداشتی برای افزایش آگاهی و عملکرد خانواده های تحت پوشش آنها قطعاً موثر است، البته به شرط آن که از عوامل قادر کننده غافل نباشیم. چرا که رابطان بهداشتی برای انتقال آگاهی به خانواده های تحت پوشش خود، علاوه بر آگاهی داشتن از بیماری و روش های پیشگیری از آن، باید از مکان های تهیه وسایل پیشگیری از بیماری نیز آگاه باشند.

علاوه بر این با توجه به اینکه با یک بار آموزش در کلاس، احتمال فراموش شدن مطالب توسط رابطان زیاد است می توان با استفاده از پمفلت مطالب را به طور خلاصه در اختیار رابطان قرار داد.

مهم تر از همه رابطان برای ارتباط برقرار کردن با خانواده های تحت پوشش خود به مهارتهای ارتباطی نیاز دارند. نکته جالب توجه در این پژوهش این بود که تعدادی از

حالی که برخورداری از اطلاعات ضروری و صحیح اولین و اساسی ترین گام برای اقدام به هرگونه رفتار مناسبی است. همانگونه که نتایج نشان داد نگرش مطلوب یا نامطلوب رابطان کاملاً بر روی نگرش خانواده ها تأثیر گذاشته بود. بدیهی است که رابطان به علت رابطه ی نزدیک و همگونی با خانوارهای تحت پوشش خود، یکی از مهم ترین عوامل تغییر و ماندگاری نگرش هایی هستند که معمولاً از طریق آموزش های متداول به سختی قابل تغییرند. مهم ترین افراد تأثیر گذار در انجام اقدام آموزشی رابطان به خانواده ها کارکنان بهداشتی و مهم ترین افراد تأثیر گذار در انجام رفتارهای پیشگیری کننده توسط خانواده ها رابطان و کارمندان بهداشتی بودند. بنابراین می توان با آموزش این افراد تأثیر گذار و توانمند ساختن این افراد، از نیروی تأثیر گذارشان برای اقدام آموزشی رابطان و انجام رفتارهای پیشگیری کننده توسط خانواده ها استفاده نمود.

در مطالعه حاضر آگاهی رابطان فقط با آگاهی خانواده ها ارتباط مستقیم معناداری داشت که نشان می دهد با افزایش آگاهی رابطان تنها می توان آگاهی خانواده ها را افزایش داد و نمی توان نگرش، قصد رفتار، عوامل قادر کننده و نهایتاً رفتار خانواده ها را بهبود بخشید. حق پناه (Haghpanah et al. 2000) در مطالعه خود گزارش کرده اند که آموزش رابطان تأثیر ناچیزی در افزایش نمره آگاهی جمعیت مورد مطالعه داشته است. این امر گواه روشن است بر ضعف روش های سنتی آموزش بهداشت که صرفاً بر آگاهی تأکید می کند و به دلیل نداشتن چهارچوب مشخص نتایج ضد و نقیضی به دست می دهد.

در کشورهای مختلف بررسی های زیادی در رابطه با طرح مشارکت مردمی و سازمانهای غیر دولتی (NGO) در امر آموزش و ارتقای سطح آگاهی جامعه انجام شده است که نتایج مثبت فراوانی از این مطالعات به دست آمده است. در یک بررسی در ایتالیا (Giroto et al. 1997) در مورد آموزش های قبل از بارداری مشخص گردید که پس از آموزش توسط سازمان های غیر دولتی، آگاهی زنان آموزش

های نوین آموزشی و روش های جلب مشارکت مردم در برنامه های بهداشتی آشنا شوند و تدابیری اندیشیده شود تا آنها بتوانند نتایج فعالیت های خود را ببینند و رفتارشان تقویت گردد. آشنایی مردم با طرح رابطان بهداشتی از طریق رسانه های جمعی و افزایش اعتمادشان به رابطان نیز ضروری به نظر می رسد.

محدودیت های مطالعه: به دلیل توصیفی بودن مطالعه امکان کنترل عوامل مخدوش گری که ممکن بود بر رفتارهای پیشگیری کننده خانواده ها و عوامل مؤثر بر آن به خصوص آگاهی آنها مؤثر باشد، وجود نداشت. لذا مطالعه تنها جهت درک نسبی ارتباط بین رفتار آموزشی رابطان بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده ابتلاء به سالک در خانواده های تحت پوشش آنها و نیز طراحی مداخلات مورد نیاز کاربرد دارد و دسترسی به اطلاعات دقیق تر در این زمینه انجام مطالعات مداخله ای را می طلبد.

نتیجه گیری

واضح است که در کنار روش های کنترل ناقل (سم پاشی خانه و کنترل مخازن بیماری) به منظور مقبولیت مداخلات، اقدامات آموزش بهداشت باید همزمان یا ترجیحاً قبل از مداخلات انجام شود. این برنامه ها به خصوص برنامه هایی که با مشارکت جامعه انجام می شوند، می توانند تأثیر مداخلات در زمینه کنترل ناقل را به میزان زیادی افزایش دهند و ماندگاری آن را تضمین نمایند. با توجه به نقش مهم رابطان در پیشگیری و بیماریابی و درمان به موقع به عنوان مهم ترین استراتژی کنترل لیشمانیوزها و از آنجا که دادن آگاهی به رابطان به تنهایی نمی تواند رفتار آموزشی در آنها ایجاد کند، فراهم کردن آموزش مؤثر، نگرش به عمل و عوامل قادر کننده برای رابطان، تأثیر قابل ملاحظه ای بر رفتارهای پیشگیری کننده خانواده ها و کنترل لیشمانیوزها خواهد داشت.

خانواده ها رابط بهداشتی خود را نمی شناختند و در مورد طرح رابطان بهداشتی آگاهی نداشتند. این امر بیانگر ارتباط ضعیف رابطان یا عدم ارتباط آنها با خانواده های تحت پوشش آنهاست. در صورتی که مهارتهای ارتباطی رابطان افزایش یابد، آنها با خانواده های تحت پوشش خود ارتباط برقرار کرده و خانواده ها با نقش مهم رابطان به عنوان پیام آوران سلامت آشنا شده و مشکلات بهداشتی خود را با آنها مطرح می نمایند، که در این صورت رابطان هم انگیزه بیشتری برای شرکت در کلاسهای آموزشی و انتقال پیام های بهداشتی به مردم پیدا می کنند. هرچه این ارتباط بیشتر و مستحکم تر شود، پایگاه رابطان بهداشتی نیز در جامعه مستحکم تر شده و موجب افزایش مسوولیت پذیری آنها می شود.

نکته دیگر اینکه مسوولینی که در سمت های مدیریتی و اجرایی مشغول به خدمت می باشند، متأسفانه نگرشی درمانی دارند و با عدم آگاهی از اهمیت آموزش و پیشگیری بودجه های سنگینی را برای درمان هزینه کرده و نتیجه مطلوبی نمی گیرند. اگر بخش کوچکی از بودجه ی خرید تجهیزات تشخیصی و درمانی صرف برنامه های پیشگیری و آموزش بهداشت شود و این آموزشها با دقت و کنترل کافی و به روش علمی انجام شود، باعث صرفه جویی در هزینه های ملی خواهد شد. گرچه آموزشهایی برای پیشگیری از بیماریها طراحی و انجام می شود ولی به دلیل اینکه طراحی این برنامه های آموزشی، توسط کارشناسان و صاحب نظران آموزش بهداشت صورت نمی گیرد، اثر بخشی لازم را نداشته و همین امر اهمیت آموزش و پیشگیری را کم رنگ می کند.

بنابراین پیشنهاد می شود، کلیه ی مدیران اجرایی توسط اساتید آموزش بهداشت، آموزش داده شوند و یک حلقه بین اساتید آموزش بهداشت و مدیران اجرایی ایجاد شود تا این عزیزان بتوانند از پشتیبانی متخصصان آموزش بهداشت در کلیه مراحل برنامه ریزی های خود جهت آموزش استفاده نمایند. علاوه بر آن رابطان باید با روش

تشکر و قدردانی

های عزیزی که با صبر و حوصله در این تحقیق وارد شدند، تشکر و قدردانی می شود.

بدین وسیله از دکتر سید علیرضا پورمازار کارشناس مرکز بهداشت استان یزد و هم چنین از رابطان و خانواده

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار رفتار و سازه های مدل بزنف در رابطان و سرپرست خانوارها

گروه	رابطان		سرپرست خانوارها	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	۴۴/۲۶	۹/۳۳	۴۱/۰۳	۱۰/۳۴
نگرش	۸۳/۷۴	۷/۸۹	۶۷/۵۵	۱۴/۳۱
قصد	۷۴/۵۳	۲۰/۴۸	۷۶/۷۲	۱۴/۸۹
عوامل قادر کننده	۵۱/۹۴	۲۲/۲۷	۳۴/۳۱	۱۹/۹۱
رفتار	۳۶/۷۴	۲۶/۷۸	۵۳/۰۱	۱۶/۵۹

جدول ۲- ماتریس ضریب همبستگی رفتار و سازه های مدل بزنف در رابطان و سرپرست خانوارها

رابطان	سرپرست خانوارها	آگاهی	نگرش	قصد رفتار	عوامل قادر کننده	رفتارهای پیشگیری کننده
آگاهی	۰/۳۶۷**	۰/۰۱۷	۰/۰۵۶	۰/۰۳۷	۰/۱۰۷	
نگرش	۰/۱۸۸*	۰/۱۰۳	۰/۱۱۳	۰/۱۳۷	۰/۰۵۸	
قصد رفتار	۰/۰۳۶	۰/۱۵۰*	۰/۰۶۶	۰/۰۹۶	۰/۱۹۲**	
عوامل قادر کننده	۰/۲۳۱**	۰/۰۹۱	۰/۱۹۴**	۰/۲۲۴**	۰/۲۰۹**	
رفتار آموزش و کنترل خانواده ها	۰/۱۶۸*	۰/۱۶۱*	۰/۱۴۷*	۰/۱۱۹	۰/۱۹۴**	

$p < 0.01$ **

$p < 0.05$ *

References

- Ajzen, I. and Fishbein M., 1997. Attitude, behaviour relations. *A theoretical analysis and review of Empirical research psychological Bulletin*.
- Azizi, F. Hatami, H. and Janghorbani, M., 2007. *Epidemiology and control of common disease in Iran*, Khosravi publication, Tehran, 530. [In Persian].
- Giroto, S., Zanichelli, A., Stevanell, GC., Fattorini, G., Santi, L., Chiossi, D. and Rotzor, J., 1997. Comparing a public and private sector NFP program. *Adv contracept*, **13**(2-3), pp.255-260
- Haghpanah, B., Javadi, A., Shadzi, Sh., Soleimani, B. and Yadollahi, M., 2000. Efficacy of health education to volunteers health workers in promoting women's knowledge about the prevention of cutaneous leishmaniasis. *Medical Sciences Research Journal*, **5**(4), pp.294-298 [In Persian].
- Hazavehei, SMM., Sharifirad, GhR. and Kargar, M., 2008. The comparison of educational intervention effect using BASNEF and classic models on improving assertion skill level. *Journal Research in Health Sciences*, **8**(1), pp.1-11
- Heidarnia, A., 2003. *subjects in health education process*. Zmani Naser publication, Tehran, 94-101. [In Persian].
- Hubley, J., 1988. Understanding behaviour: the key to successful health education. *Tropical doctor*, **18**(3), pp.134-8
- Macintyre, I., Corradetti, P., Roberts, J., Browne, G., Watt, S. and Lane, A., 1999. Pilot study of visitor volunteer program for community elderly people receiving home health care. *Health soc care community*, **7**(3), pp.225-232
- MalekAfzali, H., Jandaghi, J., RobabAllameh, M. and Zare, M., 2000. Study of educational needs of 14-12 year old girls of about adolescent health and determines appropriate and effective strategies for adolescent health education. *journal of Semnan University of Medical Sciences*, **1**(2), pp.39-47 [In Persian].
- Mazloumi, SS. and Servat, FL., 2004. Knowledge, attitude and practice regarding to Leishmaniasis: a descriptive study in bafroye region. *toulooe behdasht*, **3**(1), pp.32 -38 [In Persian].
- Moosavi, AM. and Ostovar, R., 2003. A study on activities of female health communicators on improvement of health services in population served by health clinics in yasuj city. *Armaghane danesh*, **8**(31), pp.51-58 [In Persian].
- Nadim, A. Javadian, A. Mohebali, M. and Momeni Zamen, A., 2008. *Leishmania and leishmaniasis*. Third Edition, Nashre Daneshgahi, Tehran. [In Persian].
- Nanbakhsh, H., 2003. The voluntary participation of women: the successful experience of Volunteer Health Workers, *Journal of Women*, **1**(6), pp.165-186 [In Persian].
- PourAli, R., 2003. The effect of social involvement in promoting women's behavior in relation to care of their health status in the population of shohada health center under covered, *toulooe behdasht*, **2**(2,3), The first congress of health education, Yazd, pp.30 [In Persian].
- Salehi, M., Kelishadi, M., Zandieh, M., Keshavarz, J. and Bagheriyazdi, A., 2006. The effect of training Volunteer Health Workers on knowledge and attitude of urban population towards mental health in Isfahan city. *Iranian Journal of Medical Education*, **5**(2), pp.111-119 [In Persian].
- Salehi, M., Kimiagar, SM., Shahbazi, M., Mehrabi, Y. and Kolahi, AA., 2004. Assessing the impact of nutrition education on growth indices of Iranian nomadic children: an application of a modified beliefs, attitudes, subjective-norms and enabling-factors model. *British Journal of Nutrition*, **91**(5), pp.779-87

- Shademani, A., 2007. *Knowledge, attitude and practice of mothers that their children were affected to cutaneous leishmaniasis and were referred to skin diseases and Leishmaniasis Research Center in 2007*. Thesis. Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences. [In Persian].
- SharifiRad, Gh., Baghianimoghadam, MH., Shadzi, Sh. and Mohamed F., 2005. The effect of teaching communication skills to health workers in improving knowledge and practice of mothers with children 4 to 12 months in relation to weight loss. *journal of Ilam University of Medical Sciences*, **13**(4), pp.1-9 [In Persian].
- Tavakkol, M., 2008. translation of *Medical sociology*, Armstrong, David (Author)., Sina publication, Tehran, 125-174. [In Persian].
- William, H., Markle, MD. and Khaldoun, M., 2004. Cutaneous leishmaniasis: recognition and treatment. *American Family physician*, **69**(4), pp.1455-60
- World Health Organization., 1996. *Tropical Disease Research*, WHO publication., 50

Relationship between educational practice of volunteer health workers and preventive behavior of households under their coverage regarding cutaneous leishmaniasis based on the BASNEF model in Yazd City, Iran

Rahaei Z., Ph.D. Student, Department of Health Education, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Heshmati H., MS.c. Instructor, Department of Health Education, School of Health, University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Hazavehei M.M., Ph.D. Professor, Department of Health education and Promotion, University of Medical Science, Hamadan, Iran- Corresponding author: hazavehei@hlth.mui.ac.ir

Hasanzadeh A., MS.c. Instructor, Department of Biostatistics and Epidemiology, University of Medical Science, Isfahan, Iran

Received: Oct 9, 2010

Accepted: Mar 10, 2011

ABSTRACT

Background and Aim: The objective of this study was to determine the relationship between educational practice of volunteer health workers (VHWs) and preventive behavior of households (HH) under their coverage regarding cutaneous leishmaniasis (CL) based on the BASNEF model in Yazd City, Iran

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, all the 60 VHWs in the CL-endemic regions in Yazd City were interviewed and completed a valid and reliable questionnaire designed by the investigator. In addition, from among the households under coverage of each one of the VHWs, 2 HHs were selected randomly and their heads were interviewed and completed the relevant questionnaire (total n=120). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: There was a positive correlation between the knowledge and attitude of VHWs and knowledge of the households, as well as between the VHWs' behavioral intention and households' behavior. Further analysis of the data also revealed a positive correlation between the enabling factors of VHWs and the knowledge, behavioral intention, enabling factors and behaviors of families, as well as between educational behavior of VHWs and knowledge, attitude and behavior of the families.

Conclusion: Volunteer health workers can potentially play an important role in case-finding, prevention and timely treatment of cutaneous leishmaniasis. However, merely promoting their awareness of the disease will not lead to improvements in their educational behavior in the community. More effective education aiming at promoting their awareness and enabling factors, as well as developing better attitude in them, will certainly result in better behavior of households and control of the disease

Key words: Volunteer health workers, Cutaneous Leishmaniasis, BASNEF model, Educational behavior, Preventive behavior, Iran