بررسی رفتار های پیشگیرانه از بیماری سالک در شهرستان مهران در سال ۱۳۹۳: کاربرد مدل بزنف

محمدباقر جعفرپور[۱]، علی اشرف عیوضی[۱]، اسدالله جلالی[۱]، زینب غضنفری[۱،۲*]

۱) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲) مرکز تحقیقات آسیب های روانی– اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹٤/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۵/٤/۲۰

چکیده

مقدمه: بیماری سالک در ۸۸ کشور جهان آندمیک است و ۳۵۰ میلیون نفر در جهان در معرض خطر این بیماری قرار دارند. این مطالعه با هدف توصیف و تحلیل رفتار های پیشگیری کننده از بیماری سالک بر اساس مدل بزنف در مناطق آندمیک شهر مهران طراحی، اجرا و ارزیابی شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه ۹۲ نفر از مراجعین بالای ۱۸ سال ساکن شهرستان به مرکز بهداشتی درمانی شماره یک شهر مهران، در سال ۹۳ به صورت در دسترس انتخاب و به تکمیل پرسشنامه ای محقق ساخته پرداختند. پرسشنامه بر اساس الگوی بزنف طراحی و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود. سپس پرسشنامه های تکمیل شده کدبندی و اطلاعات آن وارد نرم افزار SPSS شد و با کمک آزمون های آماری مجذور کای، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش: میان متغیر های سن، جنسیت، وضع تأهل، میزان تحصیلات، درآمد خانوار و سابقه ابتلا به بیماری سالک در خانوار با رفتار های پیشگیرانه از بیماری سالک ارتباط معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). بررسی ارتباط میان سازه های الگو نشان دهنده ارتباط معنی دار هنجار های انتزاعی با عوامل قادرکننده (P<۰/۰۵ و ۰/۲۶۲= r، قصد رفتاری (P<۰/۰۱ و r=۰/۲۸۲) و رفتار افراد (P<۰/۰۵ و r=۰/۲۱۶) بود. در میان رفتار های پیشگیرانه مناسب که افراد انجام می‌دادند، بیش‌ترین، مربوط به دفع زباله ها به روش مناسب با ۹۱/۳ درصد و کمترین، استفاده از پشه بند در هنگام خواب با ۵/۴ درصد بود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به پایین بودن نمره رفتار های پیشگیری کننده از بیماری سالک، افزایش آگاهی و تغیر نگرش ساکنین شهرستان مهران جهت اتخاذ رفتار های پیشگیرانه مناسب اهمیت پیدا می‌کند. با توجه به شناسایی عامل موثر هنجارهای انتزاعی (از جمله خانواده، کارکنان بهداشتی، رابطین و...) در این مطالعه باید به طور کامل در آموزش ها از آن به نحو مقتضی کمک گرفت.

واژه های کلیدی: سالک، مدل بزنف، رفتار های پیشگیری کننده، آموزش بهداشت

* **نویسنده مسئول:** گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

Email: ghazanfari-z@medilam.ac.ir

Copyright © 2017 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

مقدمه:

لیشمانیوز (Leishmaniasis) از بیماری های مشترک بین انسان و حیوان است که توسط گونه های مختلف تک یاخته ای از جنس لیشمانیا ایجاد می شود و به وسیله انواع پشه خاکی فلبوتوموس ماده منتقل می شود. این بیماری به سه فرم جلدی (سالک)، احشایی (کالاآزار) و جلدی- مخاطی تظاهر می یابد. شایع ترین فرم لیشمانیوز، نوع جلدی آن است که به دو صورت خشک (شهری) و مرطوب (روستایی) مشاهده می شود. در این بیماری مخازن انگل متفاوت است، به طوری که در لیشمانیوز روستایی، جوندگان وحشی و در نوع لیشمانیوز شهری، سگ و گاهی انسان (میزبان اتفاقی) به عنوان مخزن انگل محسوب می شوند (۱).

فراوانی این بیماری بر خلاف سایر بیماری های عفونی رو به افزایش است (۲). این افزایش عمدتا به دلیل مهاجرت، جابجایی جمعیت، گرمایش جهانی و تغییرات در اکولوژی انسانی است (۴،۳).

لیشمانیوز در ۸۸ کشور جهان آندمیک می باشد و ۳۵۰ میلیون نفر در جهان در معرض خطر ابتلا هستند. ۱۴ میلیون نفر مبتلا به این بیماری هستند و هر سال ۱/۵ میلیون مورد لیشمانیوز جلدی جدید رخ می دهد (۵).

بیماری در اکثر نواحی گرمسیر و نیمه گرمسیر دنیا از چهار قاره جهان، به عنوان معضل بهداشتی شناخته می‌شود. ۹۰ درصد موارد لیشمانیوز جلدی جهان از افغانستان، الجزایر، برزیل، پرو، عربستان، عراق و ایران گزارش می شود. لیشمانیوز جلدی یکی از مهم ترین بیماری های بومی ایران و دومین بیماری انگلی منتقله به وسیله بندپایان بعد از مالاریا است. سالانه حدود ۲۰۰۰۰ مورد لیشمانیوز جلدی از نقاط مختلف ایران گزارش می شود که باید توجه داشت میزان واقعی آن چندین برابر میزان گزارش شده است (۶).

بیماری سالک از نقاط گوناگون کشور گزارش می شود. استان‌هایی مانند خراسان، یزد، بوشهر، فارس، خوزستان، اصفهان و ایلام بالا ترین میزان بروز بیماری را در کشور دارا هستند (۷).

این بیماری به دلیل طولانی بودن دوره زخم، ایجاد اسکار نامطلوب در صورت، احتمال ایجاد عفونت های ثانویه، هزینه درمانی سنگین برای جامعه، دوره طولانی درمان و عوارض ناشی از درمان با دارو های موجود، مشکلات زیادی را به بار آورده است (۸).

عدم توفیق محققان در تولید واکسن برای لیشمانیوز جلدی و شیوع بالای این بیماری، موضوع آموزش بهداشت را در صدر برنامه های سازمان جهانی بهداشت قرار داده است (۹). هم چنین مطالعات متعددی که در زمینه کنترل ناقل بیماری لیشمانیوز انجام شده‌اند بر اهمیت آموزش بهداشت و مشارکت جامعه تاکید کرده‌اند (۱۰،۱۱). برای آموزش مؤثر باید وضعیت موجود به طور جامع و کامل مورد بررسی قرار گیرد.

یکی از الگو های تغییر رفتار الگوی بزنف است که برای مطالعه، شناسایی و تغییر رفتار در جوامع در حال توسعه در افراد به کار می‌رود. مدل بزنف توسط هابلی در سال ۱۹۸۸ ارائه شد (۱۲). این مدل علاوه بر تاثیر آگاهی و نگرش، عوامل قادرکننده و هنجار های انتزاعی را نیز در بروز رفتار دخیل می‌داند. در این مدل نگرش نسبت به رفتار، فشارهای اجتماعی و عوامل قادر ساز موثر در انجام رفتار نظیر مهارت، زمان و هزینه مورد بررسی قرار می‌گیرند (۱۳).

تاثیر مدل بزنف در مطالعات زیادی به اثبات رسیده است. نمونه ای از آن ها، مطالعه باقیانی مقدم و همکاران که توانستند با مداخله آموزشی بر روی بیماران فشارخونی بر مبنای الگوی بزنف، رفتار خود مراقبتی، نگرش، هنجار های انتزاعی، قصد رفتاری و عوامل قادر ساز را در بیماران به طور معنا داری ارتقاء دهند (۱۴). همین طور مطالعه هزاوه ای و همکاران، با عنوان تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف بر عملکرد تغذیه ای دانش آموزان که نتایج مطالعه نشان داد، طراحی برنامه آموزش تغذیه بر اساس مدل بزنف، در بهبود عملکرد تغذیه ای دانش آموزان موثر واقع شد (۱۵). کشفی و همکاران نیز با مداخله آموزشی بر مبنای الگوی بزنف توانستند دانش، نگرش، عوامل قادرساز، قصد رفتاری و رفتار افراد را نسبت به پیشگیری از بیماری سالک به طور معنی داری ارتقاء بخشند (۱۶). هزاوه ای و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان، تاثیر آموزش رابطین بر اساس مدل بزنف در ارتقاء رفتارهای مرتبط با لیشمانیوز جلدی به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۷).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

با توجه به کمبود مطالعات تحلیلی بر اساس الگو های تغییر رفتار، این مطالعه با هدف توصیف و تحلیل رفتار های پیشگیری کننده از بیماری سالک بر اساس مدل بزنف در مناطق آندمیک شهر مهران طراحی، اجرا و ارزیابی شد.

مواد و روش ها:

مطالعه حاضر مطالعه ای مقطعی است که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در این مطالعه مرکز بهداشتی درمانی شماره یک واقع در شایع ترین منطقه آندمیک بیماری سالک انتخاب شد. نمونه مورد بررسی شامل ۹۲ نفر از افراد مراجعه کننده به مرکز بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

معیار های ورود افراد به مطالعه شامل سکونت در شهرستان مهران و حداقل سن ۱۸ ساله بود. هم چنین افراد سالمند و ناتوان به لحاظ جسمی و ذهنی از مطالعه خارج گردیدند. بدین ترتیب تعداد ۴۴ نفر مرد و ۴۸ نفر زن که واجد معیار های مطالعه بودند و برای شرکت در مطالعه رضایت داشتند، انتخاب شدند.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ای محقق ساخته بود که بر اساس مدل بزنف و در راستای اهداف مطالعه طراحی و تنظیم شده بود که اطلاعات را در شش بخش جمع آوری می کرد. بخش اول اطلاعات جمعیت شناختی، بخش دوم سوالات مربوط به سنجش نگرش (۹ سوال؛ برای مثال سوال هایی مانند: ۱- معتقدم با دریافت آموزش های لازم می‌توانم به خودم در پیشگیری از ابتلا به بیماری سالک کمک کنم، ۲- از احتمال ابتلای خود یا خانواده‌ام به بیماری سالک احساس نگرانی می‌کنم، استفاده شده است) را مطرح می‌کرد. بخش سوم سوالات مربوط به هنجار های انتزاعی (۷ سوال؛ برای مثال: ۱- کارکنان بهداشتی مرا جهت انجام اقدامات پیشگیری کننده از بیماری سالک حمایت می‌کنند، ۲- خانواده‌ام مرا به انجام اقدامات پیشگیری کننده از بیماری سالک تشویق می‌کنند) بود. بخش چهارم سوالات مربوط به قصد رفتاری (۷ سوال؛ برای مثال: ۱- می‌خواهم در ماه آینده در منزل از حشره کش استفاده کنم، ۲- برنامه من این است در ماه آینده به مرکز بهداشتی مراجعه کنم تا در خصوص بیماری سالک اطلاعات کسب کنم) و بخش پنجم سوالات مربوط به عوامل قادرکننده (۱۵ سوال؛ برای مثال: ۱- آیا توان مالی خرید پمادهای دفع کننده حشرات را دارید، ۲- آیا توان مالی خرید پشه بند را دارید) و بخش ششم به رفتار یا عملکرد افراد در خصوص سالک (۷ سوال؛ برای مثال: ۱- در هنگام خواب از پشه بند استفاده می‌کنید، ۲- آیا حیوانات در منزل یا مجاورت محل مسکونی نگهداری می‌کنید) می‌پرداخت. سوالات نگرش بر اساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت طراحی شده بودند (کاملا موافقم، موافقم، نه موافقم نه مخالف، مخالفم و کاملا مخالفم). امتیاز گزینه ها بین ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد، به طوری که بالا ترین امتیاز مربوط به مطلوب ترین نگرش و کم ترین امتیاز به نا مطلوب ترین نگرش تعلق می‌گرفت و کل نمره از ۴۵ تراز شده بود.

سوالات هنجار های انتزاعی نیز بر اساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت طراحی شده بودند (کاملا موافقم، موافقم، نه موافقم نه مخالف، مخالفم و کاملا مخالفم). امتیاز ها بین ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد و کل نمره از ۳۵ تراز شده بود.

سوالات قصد رفتاری نیز مطابق سوالات نگرش و هنجار های انتزاعی بر اساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت طراحی شده بودند و کل نمره قصد رفتاری هم از ۳۵ تراز شده بود.

سوالات مربوط به عوامل قادر ساز در دو بخش طراحی شد. بخش اول سوالات مربوط به سنجش آگاهی افراد در خصوص ابعاد مختلف بیماری سالک که به صورت چند گزینه ای طراحی شده بودند و به گزینه صحیح امتیاز ۱ و به گزینه غلط امتیاز صفر تعلق می‌گرفت و بخش دوم سوالات مربوط به عوامل تسهیل کننده و بازدارنده که به صورت سه گزینه ای (بلی تا حدی و خیر) طراحی شده بودند، به جواب بلی امتیاز ۲، به جواب تا حدی امتیاز ۱ و به جواب خیر امتیاز صفر تعلق می‌گرفت و کل نمره عوامل قادر کننده از ۲۰ تراز شده بود.

سوالات مربوط به رفتار به دو صورت، دو گزینه ای (بلی و خیر) و سه گزینه ای (بلی، گاهی وخیر) طراحی شده بود. در سوالات دو گزینه ای بر حسب جهت

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

سوالات به انجام رفتار مناسب امتیاز ۱ و عدم انجام رفتار، امتیاز صفر و در سوالات سه گزینه ای به انجام رفتار مناسب امتیاز ۲، گاهی امتیاز ۱ و عدم انجام رفتار یا جواب خیر، امتیاز صفر تعلق می‌گرفت و کل نمره از ۱۱ تراز شده بود.

روایی پرسشنامه به شیوه روائی محتوی کیفی با استفاده از نظرات اساتید آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و پس از انجام اصلاحات مورد نظر تایید شد؛ و پایایی نیز به روش آلفای کرونباخ مورد بررسی و نتایج آن به شرح ذیل به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه سازه های مدل به غیر از سازه نگرش و رفتار قابل قبول (α>۰/۷) و برای سازه‌های نگرش و رفتار در حد ضعیف (۰/۶> α >۰/۵) بود. پرسشنامه ها در مرکز با حضور محقق تکمیل شد، سپس پرسشنامه های تکمیل شده کدبندی و اطلاعات وارد نرم افزار SPSS شد و با کمک آزمون‌های آماری مجذور کای، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته های پژوهش:

از تعداد ۹۲ نفر مورد بررسی، ۵۲ درصد آنان را زنان تشکیل می دادند. ارتباط میان متغیر های سن، جنس، وضع تاهل، میزان تحصیلات، درآمد خانوار و سابقه ابتلا به بیماری سالک در خانوار با رفتار های پیشگیرانه از بیماری سالک در جدول شماره ۱ ارائه شده است که بین هیچ کدام از متغیرها با رفتارهای پیشگیرانه از بیماری ارتباط معنا داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش بر حسب رفتار های پیشگیری کننده از بیماری سالک

متغیر	رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های سالک	سطح معنی داری
	میانگین ±انحراف معیار	
سن		
۳۰ سال و کمتر	۱/۶۹ ± ۶/۲۴	۰/۲
بزرگ‌تر از ۳۰ سال	۵/۹۱±۱/۹۰	
جنسیت		
مرد	۶/۳۶±۱/۹۹	۰/۲۹
زن	۱/۵۶± ۵/۸۳	
وضع تآهل		
مجرد	۱/۳±۵/۷۸	۰/۶۹
متأهل	۱/۹۵±۶/۲	
میزان تحصیلات		
ابتدائی	۲/۳۶±۶	
راهنمائی و دبیرستان	۲/۰۲±۶/۳۸	۰/۴۳
دانشگاهی	۱/۴۹±۵/۸۵	
درآمد ماهیانه		
کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۱/۹۷±۶/۱۸	
بین ۵۰۰ هزار تومان تا ۱ میلیون تومان	۱/۶۴±۶/۰۹	۰/۸۷
بیشتر از ۱ میلیون تومان	۱/۷۴±۵ /۹	
ابتلای دیگر اعضای خانواده به سالک		
بله	۱/۵۴±۶/۱۳	۰/۷
خیر	۱/۹۵±۶/۰۶	

میانگین نمرات نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرساز، قصد رفتاری و رفتار افراد در خصوص پیشگیری از این بیماری در جدول شماره ۲ آمده است، که میانگین نمره نگرش ۳۷/۵ از حداکثر ۴۵، میانگین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

نمره عوامل قادر ساز ۱۲ از حداکثر ۲۰، میانگین نمره قصد رفتاری ۲۶/۲ از حداکثر ۳۵ و میانگین نمره رفتار ۶/۱ از حداکثر ۱۱ بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سازه های مدل بزنف

	حداکثر نمره–حداقل نمره	*انحراف معیار ± میانگین*
نگرش نسبت به رفتار	۲۹-۴۵	۳۷/۵±۳/۲
هنجار های انتزاعی	۱۵-۳۵	۲۶/۱±۳/۴۷
عوامل قادرساز	۳-۲۰	۱۲±۳/۹۵
قصد رفتاری	۱۱-۳۵	۲۶/۲±۴/۴
رفتارهای پیشگیرنده از بیماری سالک	۲-۱۱	۶/۱±۱/۷۹

نتایج بررسی ارتباط بین سازه های مدل بزنف نشان دهنده ارتباط معنی دار هنجار های انتزاعی با عوامل قادرکننده (r=۰/۲۶۲,P<۰/۰۵)، قصد رفتاری (۰/۰۱ , r=۰/۲۸۲P<) و رفتار افراد (r=۰/۲۱۶P<,۰/۰۵) بود (جدول شماره ۳).

جدول ۳. ارتباط بین سازه‌های مدل بزنف در مطالعه رفتار های پیشگیری کننده از بیماری سالک

	نگرش	*هنجارهای انتزاعی*	*عوامل قادرساز*	*قصد رفتاری*	*رفتار*
نگرش	۱				
هنجارهای انتزاعی	۰/۱۳۸	۱			
عوامل قادرساز	۰/۰۴۸	*۰/۲۶۲	۱		
قصد رفتاری	۰/۱۳۴	**۰/۲۸۲	۰/۰۴۸	۱	
رفتار	-۰/۰۲۲	*۰/۲۱۶	۰/۱۲۵	۰/۰۲۹	۱

*در سطح ۰/۰۵ معنی دار بوده است.

** در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

شیوع رفتار های پیشگیری کننده از بیماری سالک در جمعیت مورد بررسی نیز در جدول شماره ۴ ارائه شده است که بیش‌ترین شیوع رفتار پیشگیرانه به ترتیب مربوط به دفع زباله ها به روش صحیح به میزان ۹۱/۳ درصد، استفاده از حشره کش در منزل به میزان ۷۹/۳ درصد، اجتناب از رفت و آمد غیر ضرور به مکان‌های آلوده در ساعات گزش پشه به میزان ۷۶/۱ درصد، عدم نگهداری پرنده یا حیوانات دیگر در مجاورت محل سکونت به میزان ۶۷/۴ درصد و نصب توری ریز در همه اتاق ها به میزان ۵۲/۲ درصد و کمترین شیوع رفتار پیشگیرانه مربوط به استفاده از پشه بند در هنگام خواب به میزان ۵/۴ درصد و استفاده از پماد یا قلم دفع کننده حشرات به میزان ۸/۷ درصد بود. بدیهی است میزان های ذکر شده صرفا موارد استفاده منظم را شامل می‌شود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

جدول ۴. فراوانی رفتار های پیشگیری کننده از بیماری سالک در جمعیت مورد بررسی

		بله *فراوانی (درصد)*	*گاهی* *فراوانی (درصد)*	*خیر* *فراوانی (درصد)*
۱	استفاده از پشه بند در هنگام خواب	۵(٪۵/۴)	۷(٪۷/۶)	۸۰ (٪۸۷)
۲	نصب توری ریز در همه اتاق‌ها جهت جلوگیری از ورود پشه به خانه و محل استراحت	۴۸(٪۵۲/۲)	–	۴۴(٪۴۷/۸)
۳	استفاده از پماد (قلم) دورکننده حشرات	۸(٪۸/۷)	۱۹(٪۲۰/۷)	۶۵(٪۷۰/۷)
۴	دفع زباله‌ها به روش صحیح	۸۴(٪۹۱/۳)	۵(٪۵/۴)	۳(٪۳/۳)
۵	استفاده از حشره کش در منزل	۷۳(٪۷۹/۳)	–	۱۹(٪۲۰/۷)
۶	اجتناب از رفت و آمد غیر ضرور به مکان‌های آلوده در هنگام غروب آفتاب و در طول شب منظور از مکان آلوده؛ مکان‌های مخروبه، دارای نخاله ساختمانی و زباله یا اصطبل نگهداری حیوانات است.	۷۰(٪۷۶/۱)	۱۲(٪۱۳)	۱۰(٪۱۰/۹)
۷	نگهداری پرنده یا حیوانات در منزل یا مجاور محل مسکونی	۳۰(٪۳۲/۶)	–	۶۲(٪۶۷/۴)

بحث و نتیجه گیری:

یافته های این بررسی نشان داد، در خصوص آشنایی با ابعاد مختلف بیماری، آگاهی افراد از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. بدیهی است دانش نه چندان مطلوب افراد در ارتباط با بیماری سالک که یکی از بیماری های بومی شهرستان مهران است، می‌تواند باعث ناتوانی هرچه بیشتر افراد در اتخاذ رفتار های پیشگیرانه مناسب گردد. این نتیجه با نتایج مطالعه حشمتی و همکاران (۱۸) هم خوانی دارد که نشان دهنده نقش بسیار مهم عوامل قادرساز در اتخاذ رفتار های پیشگیرانه از بیماری توسط افراد و نیاز به برخورداری از اطلاعات ضروری و صحیح در مورد بیماری به عنوان اساسی ترین گام برای اقدام به رفتار مناسب است.

در مطالعه حاضر وضعیت نگرش افراد در مورد بیماری سالک نسبتا مطلوب، (۳۷/۵ از ۴۵) بود. ارتقاء آگاهی افراد نسبت به بیماری سالک با استفاده از روش های کارآمد آموزشی می‌تواند نگرش افراد را نیز تا رسیدن به حداکثر نمره نگرش، بهبود بخشد (۹).

در این مطالعه میانگین نمره هنجار های انتزاعی در سطح نسبتا خوبی، (۲۶/۱ از ۳۵) قرار داشت که این موضوع نکته مثبت مطالعه به حساب می‌آید، زیرا یکی از عوامل مهم انجام یا عدم انجام رفتار در هر جامعه ای هنجار های انتزاعی (افراد تاثیر گذار بر روی فرد) هستند. در بسیاری از مطالعات این عامل مهم مورد توجه و بررسی قرار نمی‌گیرد. از مهم ترین هنجار های انتزاعی موثر بر اتخاذ رفتار های پیشگیرانه از بیماری سالک توسط افراد، کارکنان بهداشتی و افراد درجه یک خانواده می‌باشند. با ارائه آموزش و توانمندسازی گروه‌های موثر می‌توان رفتار های بهداشتی افراد را ارتقاء بخشید. این موضوع با نتایج مطالعه خانی جیحونی و همکاران مبنی بر تاثیر معنی دار آماری پدر، مادر، فرزندان، همسایگان، دوستان، افراد معتمد محل، درمانگرهای محلی، روحانی محل، بهورزان و کارکنان بهداشتی بر خانوارها، هم خوانی دارد (۱۹). بدیهی است عوامل قادر سازی چون نداشتن آگاهی و مهارت، ضعف مالی و ... نیز تعیین کننده قصد رفتاری هم راستا با نگرش و هنجار های انتزاعی خواهد بود. در مطالعه حاضر میانگین قصد رفتاری افراد به دلایلی که قبلا ذکر شد چندان مطلوب نبود که زمینه ساز عدم اتخاذ رفتار مناسب است، بنابراین با تقویت عوامل قادرساز از جمله ارتقاء دانش و مهارت افراد و نیز توانمند سازی گروه های موثر بر رفتار افراد (اعضای خانواده، کارکنان بهداشتی، رابطین بهداشتی و ...) می‌توان به ارتقاء قصد رفتاری و نهایتا تغییر رفتار افراد مبادرت ورزید. در مطالعه امیری و همکاران، عوامل قادر سازی مانند نبود مراکز تفریحی برای گذراندن اوقات فراغت، گران بودن مواد غذایی مفید و نداشتن بضاعت مالی برای انجام فعالیت بدنی، به عنوان موانعی جهت اتخاذ رفتار مناسب و تغییر سبک زندگی ذکر شده بود (۲۰). در بررسی ارتباط بین سازه های مدل بزنف در این مطالعه، بین هنجار های انتزاعی با عوامل قادر کننده، قصد رفتاری و عملکرد افراد ارتباط معنی داری مشاهده گردید و این

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

بدین معناست که همراهی و حمایت افراد درجه یک خانواده، همکاران، کارکنان بهداشتی، رابطین بهداشتی و... می تواند در تقویت عوامل قادرکننده از جمله ارتقاء میزان آگاهی افراد در خصوص بیماری سالک، ایجاد قصد رفتاری و نهایتا اتخاذ رفتار های مناسب پیشگیری کننده از بیماری سالک تاثیرگذار باشد. این نتیجه با مطالعه حسینی و همکاران هم خوانی دارد (۲۱). حشمتی و همکاران هم در مطالعه خود ارتباط قوی بین قصد رفتاری و رفتار را گزارش کرده اند (۹).

نتایج بررسی رفتار های پیشگیرانه نشان داد که افراد رفتار های مرتبط با بهداشت محیط را که نیازی به صرف هزینه مادی ندارد (مانند جمع آوری و دفع مناسب زباله)، در حد مطلوب انجام می‌دهند؛ اما سایر رفتار های پیشگیرانه که نیاز به صرف هزینه و تهیه وسایل پیشگیرانه است؛ از جمله استفاده از پشه بند، استفاده از قلم دافع حشرات و نصب توری در همه اتاق‌های مسکونی وضعیت خوبی نداشت و درصد بیشتری از افراد چنین رفتار هایی را انجام نمی‌دادند. البته ممکن است علاوه بر بضاعت ضعیف مالی افراد در تهیه اقلام پیشگیرانه، عدم آگاهی افراد در مورد ضرورت استفاده از چنین وسایلی و نیز نبود مراکز و فروشگاه های عرضه این وسایل، دلیل عدم اتخاذ این رفتار های پیشگیرانه توسط افراد باشد؛ بنابراین نیاز است استفاده از وسایل جایگزین از جمله خرید توری و تهیه پشه بند ساده بجای خرید پشه بند مخصوص که نیازمند صرف هزینه می باشد را به افراد آموزش داد، هم چنین باید به افراد در خصوص معرفی مراکزی که افراد بتوانند به راحتی این وسایل را تهیه نمایند ، اطلاع رسانی شود.

از محدودیت های مطالعه می‌توان به جامعه آماری کم و عدم وجود فضای مناسب جهت پاسخگویی به سوالات پرسشنامه اشاره کرد. با توجه به عدم وجود مطالعات کافی پیشنهاد می شود مطالعات مشابه و مکمل بیشتری در نقاط آندمیک این بیماری در کشور صورت گیرد تا بتوان بر مبنای آن ها به نتایج جامع تری دست یافت. با توجه به پایین بودن میزان رفتار های پیشگیری کننده از بیماری سالک و اهمیت سازه‌های هنجار های انتزاعی و عوامل قادرساز می‌توان با توانمند سازی عوامل انسانی موثر بر رفتار افراد و آموزش به آنان در جهت رفع موانع اتخاذ رفتار های پیشگیرانه (مانند ارتقاء آگاهی و مهارت و معرفی مراکز عرضه وسایل پیشگیرانه و استفاده از وسایل جایگزین) به پیشگیری از این بیماری کمک کرد.

سپاسگزاری:

بدینوسیله از کارکنان محترم حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام به خاطر تامین هزینه‌های مالی این طرح و هم چنین پرسنل بهداشتی مرکز بهداشتی درمانی شماره یک مهران که در انجام این طرح همکاری داشتند، قدردانی به عمل آید.

References

1. Sharafi M, Pezeshki B, Reisi A, Kalantari M, Naghizadeh MM, Dastmanesh S. [Detection of cutaneous leishmaniasis by PCR in Fasa district]. J Fasa Uni Med Sci 2013;3:266-70. (Persian)
2. Motamedi N, Hejazi S. H, Hazavei SMM, Zamani AR, Saberi S, Rahimi E. [Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of Cutaneous Leishmaniasis]. J Mil Med 2010;11:231-6. (Persian)
3. VahabiA, RassiY, Oshaghi MA, Vahabi B, Rafizadeh S, Sayyad S. [First survey on knowledge, attitude and practice about Cutaneous Leishmaniasis among dwellers of Musian district, Dehloran County, Southwestern of Iran]. Life Sc J 2013;10:864-8. (Persian)
4. Tilahun F, Alemu W, Mulatu G. Magnitude and associated factors of cutaneous leishmaniasis in Mekelle city Ayder referral hospital Tigray Northern Ethiopia. Clin Med Res 2014;3189-99.
5. Rahaei Z, Heshmati H, Hazavehei MM, Hasanzadeh A. [Relationship between educational practice of volunteer health workers and preventive behavior of households under their coverage regarding

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

cutaneous leishmaniasis based on the BASNEF in Yazd city Iran]. SJSPH 2011;9:77-85. (Persian)
6. Mohammadiazni S, Nokandeh Z, Khorsandi AA, Saneidehkordi AR. [Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Damghan district]. Iranian J Mil Med 2010;12:131-5. (Persian)
7. Khajedaluee A, Yazdanpanah MJ, Seyed Nozadi SM, Fata A, Juya MR, Masoudi MH, et al. [Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Razavi Khorasan in 2011]. Med J Mashad Uni Med Sci 2014;57::647-54. (Persian)
8. Hosseini SH, Rajabzadeh R, Jajarmi H, Azarmi K, Sarposhi D, Ahmadpour M, et al. [The effect of educational program based on BASNEF model on volunteer health workers on preventive behaviors among families under supported of VHWs]. J North Khorasan Uni Med Sci 2015;7: 561-72. (Persian)
9. Heshmati H, Charkazi A, Hazavehei SMM, Rahaei Z, Dehnadi A. [Factors related to cutaneous leishmaniasis preventive behaviors on the basis of BASNEF model in residents of endemic area in Yazd Iran]. J Health Sys Res 2012;7:926-34. (Persian)
10. Kassi M, Kasi PM, Marri SM, Tareen I, Khawar T. Vector control in cutaneous leishmaniasis of the old world a review of literature. Dermatol Online J 2008; 14:1.
11. Saberi S, Zamani AR, Moatamedi N, Nilforoushzadeh MA, Jaffary F, Rahimi E, et al. [Evaluation of students knowledge, attitude and practice in relation to preventive strategies against Leishmaniasis in the hyperendemic region of Shahid Babaie airbase]. J Isfahan Med Sch 2012;29:2962-70. (Persian)
12. Hubley J. Understanding behaviour the key to successful health education. Trop Doc1988;18:134-8.
13. Izadirad H, Masoudi GHR, Zareban I. [Evaluation of efficacy of education program based on BASNEF model on Self-care behaviors of women with hypertension]. Zahedan J Res Med Sci 2014;6:42-51. (Persian)
14. Baghianimoghadam MH, Rahaee Z, Morovatisharifabad MA, Sharifirad GH, Andishmand A, Azadbakht L. [Effects of education on self- monitoring of blood pressure based on BASNAF model in hypertensive patients]. JRMS 2010;15:70-7. (Persian)
15. Hazavehei SMM, Pirzadeh A, Entezari MH, Hasanzadeh A. [The effect of educational program based on BASNEF model on the nutritional behavior of students]. Zahedan J Res Med Sci 2010; 13:23-9. (Persian)
16. Kashfi SM, Jeihooni AK, Rezaianzadeh A. [Effect of health workers' training programs on preventive behaviour of Leishmaniasis based on BASNEF model]. JRHS 2012;12:114-8. (Persian)
17. Hazavehei MM, Heshmati H, Hasanzadeh A, Pourmazar A, Maghsoodlou D. [The effect of volunteer health workers educational program on the basis of BASNEF model on promotion of their practices about cutaneous leishmaniasis]. Zahedan J Res Med Sci 2014;16:16-21. (Persian)
18. Heshmati H, Rahaei Z, Hazavehei SMM, Dehnadi A, Hasanzadeh A. [Related factors to educational behaviors of health volunteers about cutaneous leishmaniasis on the basis of BASNEF model in Yazd]. J Ardabil Uni Med Sci 2011;1:48-56. (Persian)
19. Khanijeihooni A, Hatami 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]. J Fasa Uni Med Sci 2012;2:26-33. (Persian)
20. Amiri A, Rkhshany F, Farmanbar R. [The effect of educational

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

educational program based on BASNEF model on promoting educational practice of volunteer health workers regarding to cutaneous leishmaniasis]. Sci Med J Ahwaz Jundishapur Uni Med Sci 2016;6:245-52. (Persian)

program based on BASNEF model on healthy lifestyle of taxi drivers in Langroud]. J Torbat Heydariyeh Uni Med Sci 2014;1:45-54. (Persian)

21. Hosseini SH, Jajarmi H, Rajabzadeh R, Marzi Z, Arzamani K, Heshmati H. [The effect of

22.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]

Assessing preventive Behaviors of Leishmaniasis in Mehran County at 2014: Application of BASNEF Model

*Jafarpour M[1], Aivazi A[1], Jalali A[1], Ghazanfari Z[1, 2 *]*

(Received: February 10, 2016 Accepted: July 10, 2016)

Abstract

Introduction: Leishmaniasis is endemic in 88 countries and 350 million people in world are at risk. This study was developed, conducted, and evaluated to describe and analyze the preventive behaviors of people in the endemic area of Mehran County.

Materials & methods: In this study, 92 people having 18^{+} years living in Mehran Township and referred to health care center No. 1 of Mehran town in 2014 were selected through convenience sampling method. Data gathering was done using a researcher-made questionnaire, which was on the basis of BASNEF model, and its reliability and validity was verified. The completed questionnaires were encoded; their data were entered into SPSS software and analyzed by chi-square, independent *t*-test and Pearson correlation coefficient.

Findings: The relationship between age, gender, marital status, education level, family income, family history of leishmaniasis, and the preventive behaviors of the respondents toward the disease were examined and no significant statistical relationship was found (P>0.05). The results of this study illustrated the importance of subjective norms in this regard. The relationship between subjective norms and variables as enabling factors(r=0.262, P<0.05), behavioral intention (r=0.282, P<0.01), and individual behavior (r=0.216, P<0.05) was statistically significant.

Discussion & conclusions: The most prevalent of suitable preventive behavior was relevant to remove the solid wastes in a proper way (91.3%) and least prevalence was relevant to using the mosquito nets while sleeping (5/4%).

Keywords: Leishmaniasis, Preventive behaviors, Health education, BASNEF Model

1. Dept of Public Health, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2. Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
** Corresponding author Email: ghazanfari-z @ medilam.ac.ir*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.3.23]