



کاربرد و مقایسه الگوی بهداشتی اعتقادی و مدل بزنف در پیشگویی رفتارهای

پیشگیری کننده از لیشمانیوز جلدی در دانش آموزان شهر نیشابور

موسی الرضا قدسی^۱، حمید جوینی^۱، محمدحسن رخشانی^۲، زکیه السادات حسینی^۳، طاهره هاشمی فرد^۴،

علی مهری^{*۱}

۱- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۲- گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

۳- گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

۴- گروه پرستاری و مامایی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران

چکیده

مقاله پژوهشی اصیل

مقدمه

انجام اقدامات پیشگیرانه مانند آموزش و مهارت‌های پیشگیری کننده مردم برای حفاظت فردی در مناطق اندمیک، می‌باشد که این مطالعه با هدف تعیین پیشگویی کننده‌های رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز جلدی در دانش‌آموزان براساس الگوی اعتقاد بهداشتی و مدل بزنف انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی تعداد ۳۷۹ نفر از دانش‌آموزان شهر نیشابور به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده از پرسشنامه‌ای استفاده شد که براساس الگوهای مورد بررسی طراحی و به صورت خود ایفاء تکمیل گردید.

یافته‌ها

همبستگی معنی‌داری $p < 0/05$ بین تمام سازه‌های الگوهای مورد بررسی بجز حساسیت درک شده و آگاهی با قصد رفتاری مشاهده گردید. در مقایسه دو الگوی مورد بررسی سازه‌های الگوی بزنف در مجموع ۳۲٪ و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در مجموع ۲۴٪ واریانس قصد رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز را پیشگویی می‌کردند.

نتیجه‌گیری

میزان قصد و رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز در جامعه مورد بررسی در حد متوسط بود که با توجه به آندمیک بودن بیماری در شهر نیشابور باید از طریق مداخلات آموزشی ارتقا یابد. برنامه‌های آموزشی با هدف افزایش نگرش، هنجارهای انتزاعی، خودکارآمدی و منافع درک شده و همچنین کاهش موانع درک شده می‌تواند در ارتقا رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز موثر باشد.

کلیدواژه‌ها

لیشمانیوز، الگوی اعتقاد بهداشتی، مدل بزنف، دانش آموز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۹

*نویسنده مسئول: علی مهری، گروه

آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

تلفن: ۰۹۱۵۱۷۴۴۳۲۹

پست الکترونیک:

hadimehri1386@gmail.com



مقدمه

لیشمانیوزها گروهی از بیماری‌های انگلی تک یاخته‌ای هستند که به علت انگل‌های جنس لیشمانیا ایجاد شده و از راه گزش پشه خاکی به انسان انتقال می‌یابند که از ضایعات پوستی تا دیگری ارگان‌ها را می‌تواند به خود اختصاص دهد (۱). لیشمانیوز جلدی به دو صورت شهری و روستایی می‌باشد. لیشمانیا تروپیکا بیماری مزمنی ایجاد می‌کند که در صورت عدم درمان مناسب به مدت یکسال یا بیشتر طول می‌کشد و ضایعه‌ای خشک به وجود می‌آورد که بعد زخمی می‌شود و معمولاً منفرد بوده و در صورت ایجاد می‌گردد، این بیماری در مناطق شهری دیده می‌شود؛ در حالی که لیشمانیوز ماژور عامل بیماری لیشمانیوز جلدی نوع روستایی بوده که به دلیل ترشح در ضایعه به نام مرطوب نامیده می‌شود و به دلیل داشتن مخزن جونده به نام زئونوتیک نیز نامیده می‌شود، در لیشمانیوز نوع روستایی مخزن بیماری عمدتاً جوندگان صحرایی بوده و شدت لیشمانیوز جلدی نوع روستایی به مراتب بیشتر از لیشمانیوز جلدی نوع شهری است (۲).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی سالانه حدود ۱/۵ میلیون مورد لیشمانیوز جلدی جدید در دنیا رخ می‌دهد و بیش از ۹۰ درصد موارد لیشمانیوز جلدی در کشورهای ایران، عربستان سعودی، افغانستان، الجزیره، سوریه، بولیوی، برزیل، پرو، کلمبیا و نیکاراگوئه وجود دارد (۳). در ایران سالانه حدود بیست هزار مورد جدید از ابتلا به لیشمانیوز جلدی گزارش می‌شود که تخمین زده شده است آمار واقعی بیش از این تعداد باشد (۴)، بیشترین موارد آلودگی به لیشمانیوز در استان‌های اصفهان، سمنان، کرمانشاه، خوزستان، ایلام، فارس، کرمان، سیستان و بلوچستان، خراسان شمالی، رضوی و جنوبی، یزد، قم، گلستان و بوشهر گزارش شده‌است که شهرستان نیشابور نیز از جمله کانون‌های لیشمانیوز جلدی

می‌باشد و مطالعه اپیدمیولوژیک لیشمانیوز جلدی طی سال‌های ۲۰۱۷-۲۰۱۱ در نیشابور نشان داد نزدیک به نیمی از مبتلایان به این بیماری از جمعیت روستایی بودند (۵). در درمان لیشمانیوز جلدی از گلوکانیم استفاده می‌شود که دارویی گران قیمت بوده و نیازمند تزریقات متعدد می‌باشد، همچنین مقاومت و عوارض دارویی نیز وجود دارد که این موضوع می‌تواند بار سنگین اقتصادی بر دوش خانواده‌های دارای مشکلات اقتصادی ایجاد نماید و درمان این بیماری نیز ممکن است چند ماه به طول انجامد و در صورت درمان موفق نیز احتمال اینکه محل اسکار باقی بماند وجود دارد که بروز این اتفاق مشکلات روانی و عاطفی در بیمار به وجود می‌آورد (۶).

نتایج نشان می‌دهد که آگاهی افراد جامعه در مورد بیماری لیشمانیوز پایین می‌باشد و اقدامات پیشگیرانه مانند آموزش و ارتقای سطح آگاهی و مهارت‌های پیشگیری‌کننده مردم برای حفاظت فردی در مناطق اندمیک، می‌تواند یکی از مهمترین استراتژی‌های ضروری برنامه کنترل لیشمانیوز جلدی باشد (۷)، آموزش بهداشت باعث تشویق و توانمندسازی مردم به قبول و انجام رفتارهای بهداشتی داوطلبان، 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 مدل‌ها و تئوری است، می‌باشد و یکی از مهمترین اقدامات در برنامه‌ریزی آموزشی، انتخاب مدل یا تئوری بر پایه شرایط، شناخت مشکل و همسویی کارایی و هدف مدل یا تئوری با هدف برنامه آموزش است (۸). در این مطالعه از مدل اعتقاد بهداشتی و مدل بزنف (BAZNEF) استفاده گردید، کارایی مدل بزنف در زمینه ایجاد و تغییر رفتارها به اثبات رسیده است و بر



سنی ۱۰ تا ۱۸ سال، همچنین لزوم ارائه راهکارهای مفید علمی و عملی و برنامه‌ریزی آموزشی جهت کاهش شیوع بیماری لیشمانیوز، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزشی تئوری محور بر ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از لیشمانیوز جلدی در دانش‌آموزان شهر نیشابور انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به صورت مقطعی بر روی دانش‌آموزان مقطع دوم متوسطه در نیشابور انجام شد. جامعه مورد بررسی کلیه دانش‌آموزان مقطع دوم متوسطه دخترانه و پسرانه شهر نیشابور (کلاس‌های دهم، یازدهم و دوازدهم) در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بودند. نمونه مورد بررسی با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، آلفای ۰/۰۵ و $P=q=0/5$ تعداد ۳۸۴ نفر برآورد شد. نمونه‌ها به روش خوشه‌ای (10×40) انتخاب شدند. به این صورت که از مجموع ۵۰ مدرسه شهر نیشابور ده مدرسه انتخاب شدند. سپس در هر مدرسه لیستی از کلاس‌ها مشخص شده و به صورت تصادفی، تعدادی کلاس و در مجموع ۴۰ نفر در هر مدرسه انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل مشارکت داوطلبانه دانش‌آموزان و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی با تایید پزشک (درج شده در پرونده سلامت دانش‌آموزان) و رضایت جهت حضور در برنامه آموزشی بود. معیارهای خروج نیز شامل دانش‌آموزانی که به صورت میهمان یا کمتر از ۶ ماه در منطقه سکونت داشتن، داشتن سابقه ابتلای قبلی به بیماری لیشمانیوز و عدم حضور منظم در جلسات (بیش از دو جلسه غیبت) بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته بر اساس سازه‌های مدل بزنف و مدل اعتقاد بهداشتی بود. در ابتدا براساس منابع موجود و نیازسنجی اولیه ($n=30$) پرسشنامه اولیه طراحی شد. اعتبار پرسشنامه از طریق روایی صوری (کیفی و کمی) با ده نفر از

اساس این مدل زمانی فرد برای پیشگیری از ابتلا به لیشمانیوز رفتار پیشگیری‌کننده اتخاذ خواهد کرد که ۱- دیدگاه فرد نسبت به رفتار مثبت باشد (نگرش)، ۲- احساس کنند برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده تحت فشار افراد مهم برای او می‌باشد (هنجارهای انتزاعی).

در صورتی که نگرش فرد نسبت به رفتار مثبت باشد و هنجارهای انتزاعی بالایی وجود داشته باشند افراد در ابتدا قصد انجام رفتار را خواهند داشت و در صورت وجود عوامل قادر کننده باعث می‌شود که قصد فرد به انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده تبدیل شود (۹). یکی از مدل‌هایی 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 مدل اعتقاد بهداشتی است و کارایی این مدل هم در اتخاذ و ارتقا رفتارهای پیشگیری‌کننده لیشمانیوز در دانش‌آموزان و در کاهش ابتلا به این بیماری به اثبات رسیده است (۷).

بر اساس این مدل افراد زمانی که مشکل و مسئله خاص بهداشتی را باور نمایند، واقعیت آن را بپذیرند و نسبت به تاثیر آن بر سلامت حساس باشند (حساسیت درک شده)، مشکل مورد نظر را به عنوان مشکل جدی در سلامتشان مورد توجه قرار دهند و عوارض مختلف آن را در ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی و اقتصادی خود درک نمایند (موانع درک شده)، سپس با راهنمایی‌هایی که از محیط دریافت می‌نمایند (راهنما برای عمل) متقاعد شده باشند که فعالیت‌های پیشگیری‌کننده در عین حال بسیار مفید و قابل اجرا هستند و از نظر اقتصادی برای آنها مقرون به صرفه است (منافع درک شده) و در نهایت سطح مطلوبی از خودکارآمدی در این خصوص برسند، اقدامات پیشگیرانه را انجام خواهد داد (۱۰). با توجه به آندمیک بودن لیشمانیوز جلدی در شهرستان نیشابور، شیوع زیاد بیماری در گروه



دانش‌آموزان گروه هدف، روایی محتوا (کیفی و کمی) با ده متخصص ابزارسازی و آموزش بهداشت مورد تایید قرار گرفت. پایایی ابزار با استفاده از دو روش همسانی درونی ($n=30, \alpha=0/0-69/93$) و روش تعیین ثبات ($n=0/88-0/993$) = ICC, $n=15$) تایید شد. پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده بود که شامل: ۱- اطلاعات دموگرافیک، ۲- سوالاتی بر اساس سازه‌های مدل بزنف والگوی اعتقاد بهداشتی بود. برای پاسخ به تمام سوالات بخش دوم بجز آگاهی (۲-۰) از مقیاس ۵ آیتی لیکرت استفاده گردید و به صورت ۰ تا ۴ نمره‌گذاری شد.

داده‌های جمع‌آوری شده در مراحل مختلف تحقیق بصورت کد وارد کامپیوتر گردید و به کمک نرم افزار آماری SPSS18 توسط آزمون‌های توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل

قرار گرفت و مقدار $p < 0/05$ از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

جامعه مورد بررسی ۳۷۹ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه بودند که میانگین سن دانش‌آموزان ۱۶/۵۲ سال و تعداد اعضای خانواده آنان به طور میانگین ۴/۶۲ نفر بود. ۵۰ درصد نمونه مورد بررسی کلاس دهم و ۵۰٪ در کلاس یازدهم بودند. ۴۳٪ پدران آنها تحصیلات دبیرستان و دیپلم، ۴۶٪ مادران آنان تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند. ۱۰٪/۵ جامعه مورد بررسی و ۹٪/۵ اعضای خانواده آنان سابقه ابتلا به بیماری لیشمانیوز را داشتند. ۱۵٪ آنان در منزل خود یا اطراف منزل دام نگهداری می‌کردند و ۶۷٪ درصد آن در مرکز شهر و بقیه در حاشیه شهر زندگی می‌کردند (جدول ۱).

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک جامعه مورد بررسی

متغیر	تعداد(درصد)	متغیر	تعداد(درصد)
تحصیلات پدر	بی سواد ۲۳(۶/۰۶)	سابقه ابتلا به لیشمانیوز در فرد	بلی ۴۰(۱۰/۵)
	ابتدایی و راهنمایی ۱۵۱(۳۹/۵۵)		خیر ۳۳۹(۸۹/۴۴)
	دبیرستان و دیپلم ۱۶۳(۴۳/۲۳)		بلی ۳۶(۹/۵)
	بالتر از دیپلم و دانشگاهی ۴۲(۱۱/۱۲)		خیر ۳۴۳(۹۰/۵)
تحصیلات مادر	بی سواد ۲۴(۶/۳۳)	نگهداری دام در محل سکونت	بلی ۵۷(۱۵/۱۰)
	ابتدایی و راهنمایی ۱۷۴(۴۶/۲۱)		خیر ۳۲۲(۸۴/۹۶)
	دبیرستان و دیپلم ۱۳۰(۳۴/۳۰)	منطقه سکونت	مرکز شهر ۲۵۶(۶۷/۵)
	بالتر از دیپلم و دانشگاهی ۵۱(۱۳/۴۵)		حاشیه شهر ۱۲۳(۳۲/۴۵)
میانگین و انحراف معیار		میانگین و انحراف معیار	
سن	۱۶/۵۲±۱/۹۵	سن	۱۶/۵۲±۱/۹۵
تعداد اعضای خانوار	۴/۶۲±۲/۱۵	تعداد اعضای خانوار	۴/۶۲±۲/۱۵



بیشترین درصد نمره کسب شده مربوط به سازه‌های مدل بزنف به ترتیب مربوط به نگرش، هنجارهای انتزاعی و عوامل قادر کننده می‌باشد. ضمن آنکه درصد نمره کسب شده مربوط به قصد رفتاری (0.60) و درصد نمره کسب شده جدول ۲- توزیع میانگین، خطای استاندارد، محدوده نمره و درصد نمره کسب شده سازه‌های مدل بزنف و همبستگی با قصد رفتاری در گروه هدف

سازه	تعداد سوالات (N)	میانگین $\pm$ خطای استاندارد	محدوده نمره	درصد نمره کسب شده	همبستگی با قصد رفتاری
آگاهی	۴	5.07 ± 0.17	۰-۸	۶۳/۳۷	۰/۱۲۹
نگرش	۶	22.99 ± 1.39	۰-۲۴	۹۵/۷۹	۰/۵۵۱
هنجارهای انتزاعی	۸	29.07 ± 2.05	۰-۳۲	۹۰/۸۴	۰/۳۸۶
قصد رفتاری	۸	19.28 ± 0.52	۰-۳۲	۶۰/۲۵	۱
عوامل قادرکننده	۵	11.51 ± 0.66	۰-۲۰	۵۷/۵۵	۰/۴۱۴
رفتار	۵	8.90 ± 0.61	۰-۲۰	۴۴/۵	۰/۳۶۳

نتایج نشان می‌دهد درصد نمره کسب شده سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی تقریباً در حد متوسط بود. بیشترین درصد نمره کسب شده به ترتیب مربوط به سازه منافع درک شده، خودکارآمدی و موانع درک شده بود و کمترین درصد نمره کسب شده مربوط به سازه حساسیت درک شده و راهنما

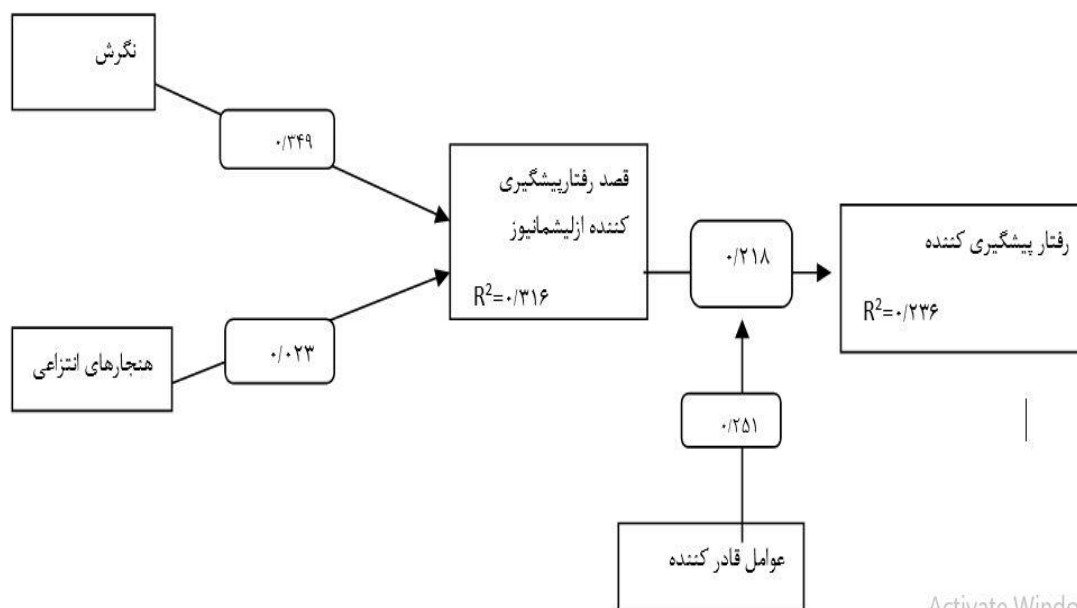
جدول ۳- توزیع میانگین، خطای استاندارد، محدوده نمره و درصد نمره کسب شده سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و همبستگی با قصد رفتاری در گروه هدف

سازه	تعداد سوالات (N)	میانگین $\pm$ خطای استاندارد	محدوده نمره	درصد نمره کسب شده	همبستگی با قصد رفتاری
حساسیت درک شده	۵	9.78 ± 0.39	۰-۲۰	۴۸/۹۱	۰/۰۷۰
شدت درک شده	۹	18.32 ± 0.72	۰-۳۶	۵۰/۸۸	۰/۲۹۲
منافع درک شده	۳	7.59 ± 0.18	۰-۱۲	۶۳/۲۵	۰/۳۲۸
موانع درک شده	۴	8.56 ± 0.24	۰-۱۶	۵۳/۵	۰/۱۸۰
خودکارآمدی	۴	8.91 ± 0.28	۰-۱۶	۵۵/۶۸	۰/۴۱۳
راهنما برای عمل	۸	11.10 ± 0.99	۰-۳۲	۳۴/۶۸	۰/۲۹۵



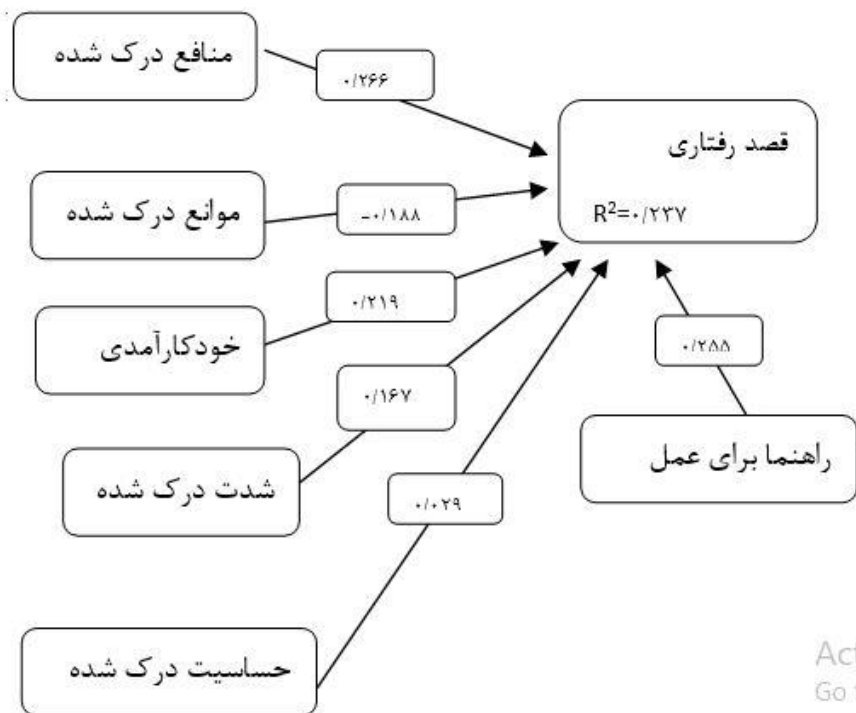
راهنما برای عمل و خودکارآمدی به ترتیب بیشترین تاثیر را بر قصد انجام رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز داشتند (شکل ۲). ضمن آنکه عوامل قادرکننده و قصد رفتاری درمجموع ۲۴٪ واریانس انجام رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز را پیشگویی می کنند که در بین این متغیرها تاثیر عوامل قادر کننده بیش از قصد رفتاری می باشد.

در مقایسه پیشگویی کننده های قصد رفتاری توسط سازه های دو الگوی مورد بررسی، نتایج نشان داد که سازه های مدل بزنف در مجموع ۳۲٪ و سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در مجموع ۲۴٪ واریانس قصد انجام رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز را پیشگویی می کنند. در بین سازه های مدل بزنف نگرش و عوامل قادر کننده به ترتیب بیشترین تاثیر را بر قصد رفتاری داشتند (شکل ۱) و در بین سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی، منافع درک شده،



Activate Windows
Go to Settings to activate

شکل ۱- میزان تاثیر سازه های مدل بزنف بر قصد رفتار و رفتار بر اساس مدل رگرسیون چندگانه در گروه هدف



Activate W
Go to Settings

شکل ۲- میزان تاثیر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر قصد رفتار در گروه هدف

بحث

برخورداری از اطلاعات مهم و صحیح، اولین و اساسی‌ترین گام برای اقدام به هر گونه رفتار مناسبی در خصوص این بیماری می‌باشد.

در مطالعه حاضر بیشترین امتیاز کسب شده مربوط به سازه‌های منافع درک شده، خودکارآمدی و موانع درک شده بود که همسو با این یافته مطالعه بلالی میبیدی و همکاران در خصوص رفتارهای پیشگیری‌کننده از ایدز در دانشجویان می‌باشد (۱۳)، همچنین نزدیک به نیمی از شرکت‌کنندگان از حساسیت و شدت درک شده نسبتاً مطلوبی برخوردار بودند، رحمتی و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه، خطر بیماری را به خوبی درک کرده‌اند و شدت درک شده و حساسیت درک شده بیماری

نتایج نشان داد که بیش از ۳۷ درصد افراد جامعه مورد بررسی، آگاهی کافی در خصوص بیماری لیشمانیوز ندارند. آگاهی از لیشمانیوز جلدی در میان رابطین بهداشتی یزد در مطالعه حشمتی و همکاران در سطح مطلوبی قرار نداشت (۱۱)، Safia Moussa و همکاران در مطالعه خود که به بررسی آگاهی و عملکرد در خصوص لیشمانیوز جلدی در عربستان سعودی پرداختند و نشان دادند که تنها ۶/۴٪ از شرکت‌کنندگان آگاهی و دانش مطلوبی در خصوص لیشمانیوز جلدی داشتند (۱۲). آگاهی کم افراد از بیماری لیشمانیوز می‌تواند زنگ خطر جدی در خصوص عدم انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از این بیماری باشد، چرا که



در آن‌ها بالا بوده است (۱۴)، منطقی است چنانچه یک فرد نسبت به یک مسئله بهداشتی حساس بوده و معتقد باشد که بدون داشتن علایم می‌تواند به بیماری مبتلا شود، این حساسیت منجر به پیشگیری از رفتارهای پرخطر و ابتلا به لیشمانیوز خواهد شد، بنابراین مداخلات آموزشی به منظور بالابردن درک افراد از مرگبار بودن و در معرض خطر قرار داشتن بیماری و افزایش شدت و حساسیت درک شده در دانش آموزان می‌تواند سبب قصد رفتار و در نتیجه بکارگیری رفتارهای پیشگیری از لیشمانیوز گردد.

در میان سازه‌های مدل بزنف نگرش بیشترین امتیاز کسب شده در میان سایر سازه‌ها را دارا بود، نتایج مطالعه مقامی و همکاران بر روی دانش آموزان نیز موید این یافته است (۱۵)، در مطالعه حاضر اکثر دانش‌آموزان بر کفایت منافع (اقتصادی، بهداشتی و...) حاصل از انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از لیشمانیوز اعتقاد داشتند، ضمن آنکه همبستگی مثبت و معنی‌داری بین نگرش و قصد رفتاری مشاهده شد به گونه‌ای که افزایش نگرش منجر به قصد رفتاری خواهد شد. می‌توان از روش‌های تعدیل سازه نگرش نظیر استفاده از روش‌های آموزشی همچون بحث گروهی و استفاده از تکنیک بارش افکار برای تقویت نگرش دانش‌آموزان در برنامه‌های آموزشی بهره جست.

نتایج نشان می‌دهد ۶۴٪ دانش‌آموزان باور دارند که رفتارهای پیشگیری‌کننده می‌تواند در پیشگیری از لیشمانیوز یا کاهش شدت و عوارض آن موثر باشد و از سویی ۵۳/۵٪ دانش‌آموزان معتقد بودند که موانع فیزیکی، روانی یا مالی و غیره مانع از اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از ابتلا به لیشمانیوز خواهد شد. مطالعه باقیانی مقدم و همکاران، همسو با این یافته بود (۱۶)، به نظر می‌رسد انجام مداخلاتی در جهت افزایش منافع درک شده و کاهش موانع درک شده دانش‌آموزان در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده

از لیشمانیوز موثر خواهد بود. یافته‌های ما نشان می‌دهد مدل اعتقاد بهداشتی ۲۴٪ واریانس اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از لیشمانیوز را پیش بینی می‌نماید که در این میان سازه‌های منافع درک شده، خودکارآمدی درک شده و راهنما برای عمل قوی‌ترین پیشگویی کننده‌ها می‌باشند. مطالعه اسماعیلی و همکاران و پناهی و همکاران نیز منطبق با این یافته است (۱۷، ۱۸)، Newell و همکاران نشان دادند خودکارآمدی درک شده پیش‌گویی کننده ۲۱٪ تغییرات پیشگیری از ابتلا به فشار خون است (۱۹)، از آنجا که خودکارآمدی بالاتر با مدیریت بهتر شیوه زندگی در انتخاب رفتارهای سالم همراه است، در نظر گرفتن راه‌های افزایش خودکارآمدی نظیر شکستن رفتار به مراحل کوچکتر، استفاده از روش‌های ایفای نقش، ترغیب و اطمینان بخشی و کاهش استرس در مداخلات آموزشی ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج نشان داد سازه‌های مدل بزنف ۳۲٪ واریانس رفتارهای پیشگیری‌کننده از لیشمانیوز را در دانش آموزان پیشگویی می‌نمایند که عوامل قادر کننده و نگرش، پیش‌بینی کننده‌های قوی‌تری نسبت به سایر سازه‌ها بودند، نتایج تحلیل رگرسیونی در مطالعه بیات و همکاران نشان داد عوامل قادر کننده یکی از قوی‌ترین سازه‌های پیشگویی کننده می‌باشد (۲۰)، همچنین نگرش یکی از قوی‌ترین پیشگویی کننده‌ها در مطالعات مروتی شریف آباد و همکاران و نیز مطالعه کبودی و همکاران می‌باشد (۲۱، ۲۲)، عوامل قادر کننده شامل عوامل روانی، احساسی یا فیزیکی می‌شود که انگیزش و قصد رفتار را افزایش می‌دهند (۲۳)، به نظر می‌رسد فراهم نمودن امکاناتی نظیر خرید حشره‌کش و پشه‌بند و نیز مداخلاتی که به منظور افزایش مهارت افراد و همراه با افزایش انگیزش افراد در بکارگیری رفتارهای پیشگیری‌کننده از لیشمانیوز، ضروری باشد. از



سازه‌های الگوی مورد بررسی بخصوص سازه‌های مدل بزنف پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با مجوز کد اخلاق (IR.MEDSAB.REC.1395.104) انجام پذیرفت، بدینوسیله تیم پژوهش، از همکاری و همراهی مسئولین محترم آموزش و پرورش شهرستان نیشابور، دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سبزوار تشکر و قدردانی دارد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به تکمیل پرسشنامه به صورت خودگزارش دهی اشاره نمود و بررسی رفتارهای پیشگیری کننده با استفاده از دو مدل اعتقاد بهداشتی و بزنف از جمله مزیت‌های مطالعه حاضر به شمار می‌رود.

نتیجه گیری

بر اساس مقایسه الگوی اعتقاد بهداشتی و مدل بزنف در زمینه پیشگویی کننده‌های قصد رفتاری می‌توان گفت اگر چه سازه‌های هر دو مدل پیشگویی کننده‌های قصد انجام رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز می‌باشند، با این وجود بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر سازه‌های مدل بزنف در مجموع بهتر از سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی می‌توانند پیشگویی کننده‌های قصد انجام رفتارهای پیشگیری کننده از لیشمانیوز باشند. لذا انجام مداخلات آموزشی براساس

References

1. Christensen SM, Belew AT, El-Sayed NM, Tafuri WL, Silveira FT, Mosser DM. Host and parasite responses in human diffuse cutaneous leishmaniasis caused by *L. amazonensis*. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019;13(3):e0007152.
2. Tamiru HF, Mashalla YJ, Mohammed R, Tshweneagae GT. Cutaneous leishmaniasis a neglected tropical disease: community knowledge, attitude and practices in an endemic area, Northwest Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):855.
3. Ebrahiminejad H, Sobati H. Cutaneous leishmaniasis in military areas of Iran and Middle East and its prevention, diagnosis and treatment methods-Narrative review. *J Mil Med*. 2019;21(5):436-54. [Persian].
4. Akhlagh A, Salehzadeh A, Zahirnia AH, Davari B. 10-year trends in epidemiology, diagnosis, and treatment of cutaneous Leishmaniasis in Hamadan Province, West of Iran (2007-2016). *Front public Heal*. 2019;7:27. [Persian].
5. Sakhaei S, Darrudi R, Motaarefi H, Sadagheyani HE. Epidemiological Study of Cutaneous Leishmaniasis in Neyshabur County, East of Iran (2011-2017). *Open access Maced J Med Sci*. 2019;7(21):3710. [Persian].
6. Moghaddamfar M, Sharifpour MA. Cutaneous Leishmaniasis. *Paramed Sci Mil Heal*. 2016;11(2):61-7. [Persian].
7. Motamedi N, Hejazi SH, Hazavehei SMM, Saberi S, Rahimi E. Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis. *J Mil Med*. 2010;11(4):231-6. [Persian].
8. Khakbazan Z, Mehdizadeh A, Azimi K, Mirmohammadali M. Effect of Education Based on the Health Belief Model on Prevention of Sexually Transmitted Diseases in Female Victims of Sexual Assault. 2020;52-57. [Persian].



9. Rastgoo F, Vasli P, Rohani C, Amini A. Osteoporosis preventive behaviors in adolescent girls: the educational program based on BASNEF model. *Arch Osteoporos*. 2019;14(1):71. [Persian].
10. Jeihooni AK, Rakhshani T. The effect of educational intervention based on health belief model and social support on promoting skin cancer preventive behaviors in a sample of Iranian farmers. *J Cancer Educ*. 2019;34(2):392–401. [Persian].
11. 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 Heal*. 2010;1(3):48–56. [Persian].
12. Moussa S, Alshammari TH, Alhudaies KM. Awareness and behavioral practice of cutaneous leishmaniasis among hail population, kingdom of Saudi Arabia. *J Microbiol Exp*. 2019;7(2):88–99.
13. BalaliMeybodi F, Tabatabaei S V, Hasani M. The relationship of self-efficacy with awareness and perceptiveness severity and benefits in regard to adopting AIDS preventive behaviors among students of Kerman University of Medical Sciences in 2011. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2014;13(3):223–34. [Persian].
14. Najarkolaei FR, Niknami S, Shokravi FA, Ahmadi FA, Tavafian SS, Zadeh EH. Individual factors predisposing HIV/AIDS high risk behaviors: a qualitative study. *Payesh (Health Monit)*. 2011;10(2):205–15. [Persian].
15. Maghami M, Aghababaeian H, Saadati M, Daiham B, Sadeghi Moghaddam A, Mashalchi5F H. A Survey of Knowledge, Attitude and Practice of Students about AIDS at Dezful University of Medical Sciences in 2011. *Sadra Med Sci J*. 2013;1(1 Jan). [Persian].
16. BaghianiMoghadam MH, Khabiri F, Sharifabad M, Dehghan A, Falahzadeh H. Determination of social variables affected the health belief model in adopting preventive behaviors of osteoporosis. *Tolooebehdasht*. 2016;15(2):45–57. [Persian].
17. Esmaili F. Preventive Behaviors of Brucellosis in Khash City Ranchers Based on Health Belief Model in 2015. *Iran J Heal Educ Promot*. 2016;4(4):281. [Persian].
18. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Niknami S. Predictors of Adoption of Smoking preventive behaviors among university students: Application of health belief model. *J Educ Community Heal*. 2017;4(1):35–42. [Persian].
19. Newell M, Modeste N, Marshak HH, Wilson C. Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in London. *Ethn Dis*. 2009;19(1):35.
20. Bayat B, Mohebbi B, Tol A, Sadeghi R, Yekaninejad MS. Quality of Life Predictors Among Health Volunteers in South Tehran Health Centers. *J Sch Public Heal Inst Public Heal Res*. 2018;15(4):377–88. [Persian].
21. MorrowatiSharifabad MA, Haerian A. A Survey of Predictors of Oral and Dental Care in Pregnant Women in Yazd: Based on the Theory of Planned Behavior. *Tolooebehdasht*. 2018;17(1):50–61. [Persian].
22. Kabodi S, Hazavehei MM, Rahimi M, Roshanaei G. Application of BASNEF model in analyzing self-treatment behavior among type 2 diabetic patients in 2014. *J Educ Community Heal*. 2015;2(1):38–49. [Persian].
23. Omidi S, Farmanbar R, Mokhtarpour S. The effect of educational intervention based on PRECEDE-PROCEED model on promoting traffic safety behaviors in primary schools students of Tabriz in 2014. *J Educ Community Heal*. 2016;2(4):48–56. [Persian].



Applying and comparing the standard health model and BASNEF model in predicting preventive behaviors of cutaneous leishmaniasis in students of Neyshabur city

Musarreza Ghodsi¹, Hamid Joveiny¹, Mohammad Hassan Rakhshani², Zakieh Sadat Hoseini³, Tahere Hashemifard⁴, Ali Mehri^{*1}

1- Department of Health Education, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

2 -Department of Biostatistics & Epidemiology, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

3 -Department of Public Health, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran.

4 -Department Nursing and Midwifery, Kazerun Branch, Islamic Azad University, Kazerun, Iran

Original Article

Received: 8 Marc 2020

Accepted: 19 Sep 2020

***Corresponding Author:**

Ali Mehri, Sabzevar
University of Medical
Sciences

TEL: 09151744329

Email:

hadimehri1386@gmail.com

ABSTRACT

Introduction

Preventive measures such as training and preventive people skills are for personal protection in endemic areas that the aim of this study was to determine the predictors of preventive behaviors of cutaneous leishmaniasis in students based on Health Belief Model and BASNEF model.

Materials and Methods

In this descriptive-analytical study, 379 students of Neyshabur city were selected and studied by multistage cluster sampling. A questionnaire was designed to collect data and was completed based on the study patterns.

Results

Significant correlation ($P < .01$) was found between all constructs of the models except perceived sensitivity and awareness with behavioral intention. Comparing the two models studied, the BASNEF model constructs predicted 32% of the total and the Behavioral belief model constructs 24% of the variance in intention to prevent leishmaniasis behaviors.

Conclusion

The prevalence of Leishmaniasis prevention behaviors in the studied community was moderate, which should be improved through educational interventions given that the disease is endemic in Neyshabur. Training programs aimed at enhancing attitudes, abstract norms, self-efficacy and perceived benefits as well as reducing perceived barriers can be effective in promoting leishmaniasis prevention behaviors.

Keywords

Leishmaniasis, Health Belief Model, BASNEF Model, Student

► **Please cite this article as:** Ghodsi M, Joveiny H, Rakhshani MH, Hoseini ZS, Hashemifard T, Mehri A. Applying and comparing the standard health model and BASNEF model in predicting preventive behaviors of cutaneous leishmaniasis in students of Neyshabur city. J Neyshabur Univ Med Sci 2021;9(2):126-136.