

ارتباط رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری از دیدگاه بیماران با رضایت بیماران

*محمد اسماعیل حاجی نژاد^۱ دکتر فروغ رفیعی^۲ عزت جعفر جلال^۳ حمید حقانی^۴

این مقاله مربوط به طرح مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد ۹۵/م می باشد.

چکیده

زمینه و هدف: با این که مراقبت انسانی اصل و جوهره پرستاری را تشکیل می دهد، اما در نظام مراقبت بهداشتی فعلی، این جنبه از مراقبت در نتیجه پیشرفت‌های فن‌آوری و محدودیت‌های سازمانی همچون کمبود تعداد پرستاران با مشکلاتی مواجه می باشد. در عین حال، کوتاه شدن مدت اقامت بیماران در بیمارستان و کاهش زمان مراقبت مستقیم درک بیماران از مراقبت پرستاری و رضایت از مراقبت‌ها را تغییر می دهد. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری از دیدگاه بیماران و رضایت آن‌ها از مراقبت‌ها انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع همبستگی- توصیفی بود. ۲۵۰ بیمار بستری در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از ابزار رفتارهای مراقبتی (CBI) و ابزار رضایت بیمار (PSI) گردآوری شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، که در مقیاس رفتارهای مراقبتی، زیرمقیاس دانش و مهارت حرفه‌ای بیشترین نمره و زیرمقیاس احترام قائل شدن برای دیگری کمترین امتیاز را دارا بوده‌اند. در مقیاس رضایت بیمار نیز، زیرمقیاس مراقبت فنی- حرفه‌ای بیشترین نمره و آموزش به بیمار کمترین نمره را به خود اختصاص داد. همچنین ارتباط معنی‌داری بین زیرمقیاس‌های رفتارهای مراقبتی با زیرمقیاس‌های رضایت بیمار از مراقبت‌ها و بین کل مقیاس رفتارهای مراقبتی و رضایت بیمار از مراقبت‌ها وجود داشت ($r=0/72, P=0/000$).

بحث و نتیجه‌گیری: ارتباط مثبت بین رفتارهای مراقبتی و رضایت بیمار گویای آن است که پرستاران دلسوز که عواطف انسانی و هنر پرستاری را در مراقبت‌های خود تلفیق نموده و زمان بیشتری را صرف مراقبت مستقیم از بیمار می‌کنند، نقش مهمی را در رضایت بیماران ایفا نموده و از این طریق به متابعت بیشتر بیماران از درمان‌ها و بهبود وضعیت عملکردی آن‌ها کمک می‌کنند. افزودن بر زمان مراقبت مستقیم از طریق افزایش تعداد پرستاران بالینی، توجه هوشیارانه پرستاران به مراقبت انسانی می‌تواند سطوح نارضایتی را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت پرستاری- رفتار- مراقبت از بیمار- رضایت مصرف کننده

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۲/۲۲، تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۳۰

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ استادیار گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی گروه مدیریت و آموزش، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ مربی گروه آمار دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

پرستاری انسان‌ها را از طریق مراقبت پرورش می‌دهد و از رابطه‌ای یکتا بین بیمار و پرستار تشکیل می‌شود.^(۱) مراقبت مفهومی پیچیده و چند بعدی است^(۲) که یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین اجزای دستیابی به تکامل و بقای انسان می‌باشد و از آغاز تولد بشر به عنوان یک عامل حیاتی در تولد نوزادان، برانگیختن رشد فردی و کمک به افراد برای ادامه حیات در مقابل حوادث تنش‌زای گوناگون مورد توجه بوده است.^(۳) اصولاً هیچ درمانی بدون مراقبت نمی‌تواند وجود داشته باشد، در حالی که مراقبت بدون درمان وجود دارد. برآورد می‌شود که بیش از نیمی از خدمات بهداشتی معرف مراقبت و مابقی، معرف درمان باشد و لازم است تأکید بیشتری بر امر مراقبت صورت گیرد.^(۴) مراقبت پرستار یکی از مهم‌ترین جنبه‌های موجود در کار بالینی^(۵) و به عنوان جزئی کلیدی، نقش پرستاران را از پزشکان متمایز می‌سازد.^(۶) مسأله مهمی که همواره در ارائه مراقبت‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد، دستیابی به کیفیت مطلوب ارائه مراقبت و جلب رضایت مراقبت‌شوندگان می‌باشد، که این امر یکی از مسئولیت‌های مهم مدیران و کارکنان شاغل در حرفه‌های مراقبت بهداشتی محسوب شده و هر روز اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.^(۷) در این میان رضایت بیماران شاخص بسیار مهمی جهت ارزیابی کیفیت و نحوه‌ی ارائه خدمات توسط کادر پزشکی و پرسنل وابسته می‌باشد و از دستاوردهای نهایی و مطلوب گسترش مراقبت بهداشتی و خدمات درمانی در جامعه محسوب می‌شود.^(۸)

بنابر تحقیقات انجام شده، مراقبت با نتایجی از قبیل بهبودی سریع بیمار، ترخیص زودتر از بیمارستان و رضایت بیمار از خدمات بهداشتی همراه است^(۹) و باعث

آسایش بیمار می‌گردد و می‌تواند کلیه اهداف بالینی را متأثر سازد.^(۱۰) مطالعات نشان داده‌اند که مراقبت با آسایش و رضایت بیمار از مراقبت پرستاری ارتباط تنگاتنگی دارد^(۱۱) و این ارتباط وقتی اتفاق می‌افتد که پرستاران در موقعیت‌های مراقبتی به بیماران پاسخ دهند.^(۱۲) Donabedian با مرتبط کردن فرایند مراقبت با پی‌آمدهای آن، مراقبت بالینی و بین فردی را از عوامل اصلی کیفیت مراقبت دانسته و معتقد است با ارزشیابی مددجو، که یکی از معیارهای آن رضایت است، می‌توان به کیفیت مراقبت پی برد.^(۱۳)

Davis و Grenn نشان دادند که یک ارتباط مثبت بین درک بیماران از رفتارهای مراقبتی پرستار و رضایت بیماران وجود دارد.^(۱۴) Miller، Wolf و Devine نیز ارتباط معنی‌داری را بین گزارشات بیماران از مراقبت پرستار و رضایت آن‌ها از مراقبت پرستاری در روش‌های تهاجمی قلبی مطرح کردند.^(۱۵) از آنجایی که مراقبت به عنوان سیمای اصلی و نقطه اتکاء پرستاری می‌باشد، بررسی ارتباط آن با رضایت بیمار در حیطه‌های مختلف را پیشنهاد می‌کنند.^(۱۶)

بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری از دیدگاه بیماران، تعیین رضایت بیماران از مراقبت‌های پرستاری و همچنین تعیین ارتباط رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری از دیدگاه بیماران با رضایت آن‌ها از مراقبت‌ها انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه‌ی همبستگی توصیفی بود که در آن ارتباط بین رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری و رضایت بیمار مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش را، بیماران فارسی زبان بستری در بخش‌های داخلی و

Inventory) برای سنجش رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری استفاده شد. این بخش دارای ۴۲ گویه و پنج زیرمقیاس (احترام قائل شدن برای دیگری (۱۲ گویه)، اطمینان از حضور انسانی (۱۲ گویه)، ارتباط و گرانش مثبت (۹ گویه)، دانش و مهارت حرفه‌ای (۵ گویه) و توجه به تجارب دیگری (۴ گویه) می‌باشد. هر گویه بر اساس طیف لیکرت ۶ بخش بوده و از هرگز=۱ تا همیشه=۶ رتبه‌بندی می‌شد. برای اندازه‌گیری میانگین هر زیر مقیاس، نمرات گویه‌های هر کدام از زیرمقیاس‌ها جمع زده شد و مجموع نمرات، تقسیم بر تعداد گویه‌ها شد. همچنین حداقل نمره مقیاس رفتارهای مراقبتی ۴۲ و حداکثر نمره آن ۲۵۲ بوده است. برای محاسبه‌ی میانگین «مقیاس رفتارهای مراقبتی» نمرات همه گویه‌ها جمع زده شده و سپس تقسیم بر ۴۲ شده است.

در بخش سوم از پرسشنامه‌ی رضایت بیمار (PSI Patient Satisfaction Instrument) جهت اندازه‌گیری رضایت بیمار از مراقبت‌های دریافت شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۲۵ گویه و سه زیرمقیاس (مراقبت فنی- حرفه‌ای (۷ گویه)، اعتماد (۱۱ گویه) و آموزش به بیمار (۷ گویه) می‌باشد. هر گویه بر اساس طیف لیکرت ۵ بخش بوده و از کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۱ رتبه‌بندی می‌شد. این ابزار دارای گویه‌های منفی و مثبت بوده و نمرات گویه‌های منفی به‌طور معکوس محاسبه شد. به‌علاوه، برای اندازه‌گیری میانگین هر زیر مقیاس، نمرات گویه‌های هر کدام از زیر مقیاس‌ها جمع زده شد و مجموع نمرات گویه‌ها تقسیم بر تعداد گویه‌ها گردید. همچنین حداقل نمره «رضایت بیمار» ۲۵ و حداکثر نمره آن ۱۲۵ بوده است. برای محاسبه‌ی میانگین مقیاس «رضایت بیمار» نمرات همه گویه‌ها جمع زده شده و سپس تقسیم بر ۲۵ شده است.

جراحی مراکز آموزشی و درمانی عمومی و تخصصی دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکیل می‌دادند که حداقل ۱۸ سال داشتند و حداقل در سومین روز بستری خود به‌سر می‌بردند. پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مسئولین بیمارستان‌ها، به بخش‌های محیط پژوهش مراجعه نمود. ۲۵۰ بیمار بستری در بخش‌های داخلی و جراحی به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری از نوع سهمیه‌ای بود؛ به این ترتیب که ابتدا تعداد نمونه‌های هر بخش با توجه به تخت‌های موجود در بخش مورد پژوهش تعیین شد. سپس به ترتیب یک نمونه زن و یک نمونه مرد انتخاب شد تا نمونه‌گیری تکمیل شود. پژوهشگر پس از دسترسی به نمونه‌ها، ابتدا توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش را عنوان کرد و موافقت آن‌ها را برای شرکت در مطالعه جلب نمود. آنگاه توضیح مختصری در مورد پرسشنامه‌ها ارائه گردید و پس از تکمیل رضایت‌نامه، داده‌ها همان روز از نمونه‌های هر بخش گردآوری شد. برای افراد بی‌سواد عین سؤالات خوانده شده و پاسخ آن‌ها بر روی پرسشنامه علامت‌گذاری شد. بیماران ناشنوا، نابینا و ناگویا و بیمارانی که اختلالات روانی شناخته شده داشته و یا توانایی جسمی مصاحبه یا تکمیل ابزار را نداشتند، از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها از ۳ بخش تشکیل شد. بخش اول مشخصات فردی نمونه‌ها (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع بیماری، نوع بخش، وضعیت اقتصادی، شغل، مدت زمان بستری، دفعات بستری، تجربه قبلی از بستری شدن، انجام عمل جراحی و انتظار عمل جراحی) را شامل می‌شد. در بخش دوم، از پرسشنامه رفتارهای مراقبتی (Caring Behavior) CBI

مراقبت‌های کارکنان پرستاری، میانگین و انحراف معیار PSI به ترتیب مساوی با ۳/۳۹ و ۰/۶۳ بود (حداکثر میانگین ممکن ۵ بوده است) (جدول شماره ۲). میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های رفتارهای مراقبتی و رضایت از مراقبت‌ها نیز در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع بیماران به تفکیک بخش

بخش	تعداد (درصد)
داخلی عمومی	۳۹ (۱۵/۶)
جراحی عمومی	۳۴ (۱۳/۶)
داخلی قلب	۱۰ (۴)
مغز و اعصاب	۱۸ (۷/۲)
نفرولوژی و اورولوژی	۴۷ (۱۸)
ارتوپدی	۷۰ (۲۸)
چشم، گوش، حلق و بینی	۳۲ (۱۲/۸)
جمع	۲۵۰ (۱۰۰)

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار نمره زیر مقیاس‌های رفتارهای مراقبتی و رضایت از مراقبت‌ها

زیرمقیاس	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای مراقبتی (CBI)	۴/۳۹	۱/۱۲
احترام قائل شدن برای دیگری	۴/۲۵	۱/۱۴
اطمینان از حضور انسانی	۴/۳۵	۱/۲۴
ارتباط و گرایش مثبت	۴/۶۷	۱/۲۸
دانش و مهارت حرفه‌ای	۴/۹۱	۱/۱۰
توجه به تجارب دیگری	۴/۴۱	۱/۲۵
رضایت بیمار (PSI)	۳/۳۹	۰/۶۳
اعتماد	۳/۳۳	۰/۶۰
آموزش به بیمار	۳/۲۲	۰/۷۳
مراقبت فنی - حرفه‌ای	۳/۶۴	۰/۷۴

در ارتباط با هدف سوم، «تعیین ارتباط رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری از دیدگاه بیماران با رضایت آن‌ها از مراقبت‌ها» ارتباط مثبت و معنی‌داری بین

شایان ذکر است که میانگین نمرات زیرمقیاس‌ها نسبت به یکدیگر سنجیده شده و پایین بودن یا بالا بودن نمره میانگین دال بر رضایت یا نارضایتی نیست.

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، از روش اعتبار محتوا و برای تعیین اعتماد علمی از روش اندازه‌گیری مقدار آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ CBI و PSI به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۰ بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. برای دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی و برای تعیین ارتباط بین رفتارهای مراقبتی با رضایت بیماران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران ۴۰/۴ با دامنه سنی بین ۱۸-۹۵ سال بود. بیماران متأهل ۶۰/۸ درصد و سطح سواد آن‌ها ابتدایی و راهنمایی بود ۴۶/۴ درصد. ۳۰ درصد از بیماران شغل آزاد داشتند، وضعیت اقتصادی بیشتر آن‌ها متوسط و ۴۴/۴ درصد از آن‌ها در پنج سال اخیر در بیمارستان بستری شده بودند. بیش از نیمی از بیماران، تجربه خوبی از بستری شدن قبلی داشتند و حدود ۴۶ درصد از آن‌ها در بستری فعلی جراحی شده و ۶۱ درصد در انتظار عمل جراحی بودند. جدول شماره ۱ توزیع بیماران مورد پژوهش به تفکیک بخش را نشان می‌دهد.

در رابطه با هدف اول مطالعه، «تعیین رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری از دیدگاه بیماران» میانگین و انحراف معیار CBI به ترتیب مساوی با ۴/۳۹ و ۱/۱۲ بود (حداکثر میانگین ممکن ۶ بوده است) و در رابطه با هدف دوم مطالعه، «تعیین رضایت بیماران از

بالاترین نمرات را به زیرمقیاس «دانش و مهارت حرفه‌ای» پرستار اختصاص داده‌اند.^(۱۷) Morse و همکاران در مروری بر مطالعات مفهوم مراقبت، ۵ طبقه‌ی اصلی یا روش مفهوم سازی مراقبت را مشخص کردند.^(۱۸) این طبقات شامل مراقبت به عنوان یک ویژگی انسانی، مراقبت به عنوان ضرورتی اخلاقی، مراقبت به عنوان جنبه‌های عاطفی، مراقبت به عنوان رابطه بین فردی و مراقبت به عنوان مداخله درمانی بود. Gaut در حمایت از این دیدگاه که مراقبت یک مداخله درمانی است، نتیجه می‌گیرد که مراقبت متشکل از یک سلسله عملکردهای منظم است که با تعیین پیامد شروع شده و با مداخله پایان می‌یابد؛ هدف آن ارائه مراقبت بیمار بر اساس دانش بوده و منجر به تغییرات مثبت در مددجو می‌شود.^(۱۹) بیشتر مشاهده شدن رفتار مراقبتی «دانش مهارت حرفه‌ای» ممکن است به علت اهمیت بالاتر رفتارهای مراقبتی از دیدگاه پرستاران باشد.^(۲۰) همچنین در شرایط بار کاری زیاد به علت تعداد کم کارکنان و تعداد زیاد بیماران، ممکن است پرستار فقط بر وظایف اصلی تمرکز کند و وظایفی را که در قبال انجام ندادن آن مؤاخذه نمی‌شود، رها نماید.^(۲۱) عامل مؤثر دیگر در نمایان شدن بیشتر این رفتار مراقبتی از دیدگاه بیماران این است که رفتارهای این زیرمقیاس نسبت به دیگر زیرمقیاس‌ها بیشتر قابل لمس و مشاهده هستند. به عبارت دیگر، این رفتارها عینی‌تر از دیگر رفتارهای مراقبتی می‌باشند و بنابراین توسط بیماران راحت‌تر نمره داده می‌شوند.

بیماران رفتارهای مربوط به زیرمقیاس «قائل شدن احترام برای دیگری» را از رفتارهای مراقبتی (CBI) را کمتر مشاهده کرده بودند؛ این یافته با مطالعه Wolf و همکاران^(۱۵) مغایرت دارد. بیماران مطالعه Wolf و

رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری و رضایت بیمار از مراقبت‌ها وجود داشت ($r = 0.72$, $P = 0.000$) (جدول شماره ۳).

جدول ۳- شاخص‌های آماری مربوط به زیرمقیاس‌های رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری و رضایت از مراقبت‌ها

زیر مقیاس رفتارهای مراقبتی	اعتماد	آموزش به بیمار	مراقبت فنی- حرفه‌ای
زیر مقیاس رضایت بیمار	نتیجه‌ی آزمون (ضریب همبستگی پیرسون)		
زیر مقیاس رفتارهای مراقبتی	اعتماد	آموزش به بیمار	مراقبت فنی- حرفه‌ای
- قائل شدن احترام برای دیگری	$r = 0.61$ $P = 0.000$	$r = 0.59$ $P = 0.000$	$r = 0.60$ $P = 0.000$
- اطمینان از حضور انسانی	$r = 0.72$ $P = 0.000$	$r = 0.62$ $P = 0.000$	$r = 0.69$ $P = 0.000$
- ارتباط و گرایش مثبت	$r = 0.64$ $P = 0.000$	$r = 0.60$ $P = 0.000$	$r = 0.62$ $P = 0.000$
- دانش و مهارت حرفه‌ای	$r = 0.58$ $P = 0.000$	$r = 0.47$ $P = 0.000$	$r = 0.57$ $P = 0.000$
- توجه به تجارب دیگری	$r = 0.61$ $P = 0.000$	$r = 0.53$ $P = 0.000$	$r = 0.58$ $P = 0.000$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه ارتباط رفتارهای مراقبتی پرستار و رضایت بیماران از مراقبت‌ها را مشخص کرد. یافته‌های مربوط به رفتارهای مراقبتی نشان داد که بیماران به زیرمقیاس «دانش و مهارت حرفه‌ای» نمرات بالاتری داده‌اند؛ این یافته با مطالعه‌ی Wolf و همکاران^(۹) و Raper, Davis, Scott و همگون بود. در واقع این پژوهشگران نیز دریافتند که اکثر بیماران

«مراقبت فنی- حرفه‌ای» نمایان کردند. این امر می‌تواند به دلیل اهمیت بالای این گروه رفتارهای مراقبتی از دیدگاه پرستاران و مهارت پرستاران در انجام دادن رفتارهای مراقبتی این زیرمقیاس باشد.^(۲۳) به علاوه چنانچه در یافته‌های پژوهش حاضر نیز مشاهده شد، بیشترین رفتار مراقبتی مشاهده شده توسط بیماران، بعد «دانش و مهارت حرفه‌ای» بود. بنابراین جای تعجب نیست که بیماران از این بعد بیشترین رضایت را داشته باشند. بیماران به بعد «آموزش به بیمار» از رضایت بیمار (PSI) کمترین نمره را داده بودند؛ این یافته با مطالعات Wolf و همکاران^(۱۵و۹) همخوانی دارد؛ بیماران مطالعه Wolf و همکاران نیز به بعد «آموزش به بیمار» کمترین نمره را داده بودند. این در حالی است که آموزش از طریق کاهش اضطراب و ترس در مورد بیماری و روش‌های درمان، باعث رضایت بیشتر بیماران می‌شود.^(۲۲) نتیجه فوق می‌تواند با کمبود تعداد کارکنان پرستاری، عدم وقت کافی پرستاران و تعداد زیاد بیماران در محیط پژوهش و همچنین، اهمیت بیشتر مدیران به مراقبت‌های روتین فیزیکی و عدم نظارت بر فرایند مراقبت و چگونگی آموزش‌های ارائه شده در ارتباط باشد.^(۲۱) این در حالی است که آموزش به بیمار از طریق افزایش دانش و توانایی‌های خود مراقبتی (Self-care) بیماران در تمام محیط‌های پرستاری، با کاهش هزینه مراقبت و درمان، ارتقای بهداشت، کم شدن عوارض و کاهش مدت بستری شدن همراه می‌باشد.^(۲۰)

نمرات تمامی زیرمقیاس‌های رفتارهای مراقبتی و رضایت بیمار (CBI و PSI) در این پژوهش نسبت به مطالعات Wolf و همکاران^(۱۵و۹) کمتر بود. این امر می‌تواند با کمبود نیروی انسانی، تجهیزات نامناسب

همکاران، رفتارهای مراقبتی مربوط به زیرمقیاس «احترام قائل شدن برای دیگری» را بیشتر مشاهده کرده بودند.^(۱۵) مشاهده کمتر رفتارهای زیرمقیاس «احترام قائل شدن برای دیگری» می‌تواند دلایل چندی داشته باشد. با توجه به کمبود تعداد پرستاران در مراکز آموزشی و درمانی، پرستاران ممکن است در شرایط بار کاری زیاد، جهت تمرکز بیشتر بر وظیفه اصلی از کارهای جانبی مربوط به آن غفلت کنند، همچنین تحت این شرایط ممکن است نحوه انجام وظیفه یا روش انجام آن تغییر یابد. در ضمن مطالعات نشان داده‌اند که نداشتن وقت و خستگی، منجر به ایجاد نگرش منفی و فشار عاطفی در کارکنان پرستاری شده و این موارد به صورت کناره‌گیری عاطفی و جسمی از بیمار نمایان می‌شود و کارکنان را در بسیاری از مواقع نسبت به نیازهای عاطفی بیماران بی‌توجه می‌کند.^(۲۱) این در حالی است که توجه به جنبه‌های روانی-اجتماعی مراقبت به خصوص برقراری ارتباط صحیح با بیماران بیش از توجه به جنبه‌های فنی مراقبت، موجب رضایت بیماران خواهد شد.^(۳) علاوه بر این، برخی مطالعات اشاره کرده‌اند که کاهش مدت زمان مراقبت می‌تواند درک بیماران از مراقبت را به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد.^(۹) در واقع جدایی بین تئوری و عمل به شدت در حرفه‌ی پرستاری وجود دارد و پرستاران بیشتر به جنبه‌های علمی و مهارتی توجه می‌کنند تا هنر پرستاری.^(۲۲)

در رابطه با ابعاد رضایت بیماران از مراقبت‌ها، یافته‌ها نشانگر آن بود که بیماران از زیرمقیاس «مراقبت فنی- حرفه‌ای» از رضایت بیمار (PSI) بیشترین رضایت را داشته‌اند؛ این یافته با نتایج مطالعه‌ی Wolf و همکاران همخوانی دارد.^(۱۵و۹) بیماران مطالعه Wolf و همکاران نیز بیشترین میزان رضایت خود را در رابطه با

این طریق به متابعت بیشتر بیماران از درمان‌ها و بهبود وضعیت عملکردی آن‌ها کمک می‌کنند. بنابراین، افزایش زمان مراقبت مستقیم از طریق افزایش تعداد پرستاران به مراقبت انسانی می‌تواند سطوح ناراضیاتی را کاهش دهد.

در مورد پایین بودن نمرات رفتارهای مراقبتی «احترام قائل شدن برای دیگری»، پیشنهاد می‌شود که تعداد کارکنان پرستاری افزایش یافته و پرستاران هوشیارانه مراقبت را ارائه دهند^(۲۳) و زمان تماس خود با بیماران (مراقبت) را افزایش دهند زیرا رفتارهای مراقبتی در این حیطة باعث بهبودی سریع‌تر بیماران شده و تأثیر مثبتی بر دیگر شاخص‌های بهداشتی خواهد داشت.^(۹) در رابطه با زیرمقیاس «آموزش به بیمار»، لازم است اهمیت این بعد توسط سرپرستاران و مدیران پرستاری برای پرستاران روشن‌تر شود و پرستاران زمان خاصی را برای آموزش هدفمند به بیمار در نظر بگیرند و تنها به آموزش‌های حین مراقبت اکتفا نکنند، زیرا با توجه به کاهش یافتن مدت زمان بستری بیماران در بیمارستان، و زمان محدودتری که برای مراقبت از بیماران در اختیار پرستاران قرار دارد؛ بیماران احساس می‌کنند که پرستاران به بالین بیمار آن‌ها نمی‌آیند مگر آن‌که درمان‌ها و روش‌های درمانی و مراقبتی آن‌ها را به انجام این کار سوق دهد.^(۱۲)

با توجه به بیشتر مشاهده شدن بعد «دانش و مهارت حرفه‌ای» و کمتر مشاهده شدن بعد «احترام قائل شدن برای دیگری»، به نظر می‌رسد که ضرورت دارد پرستاران ضمن حفظ دانش و مهارت خود و استمرار در ارائه آن، بیشتر به رفتارهای نشان‌دهنده احترام اهمیت دهند. به‌علاوه با توجه به ارتباط همه ابعاد رفتارهای مراقبتی با رضایت بیماران، پیشنهاد می‌شود که مدیران پرستاری دلسوز و سوپروایزرهای بالینی بر

سنگینی بار کاری و کمبود حقوق و دستمزد پرستاران که با کاهش انگیزه و عدم رضایت شغلی همراه است در ارتباط باشد. در این رابطه برخی پژوهش‌ها بر امکان وجود ارتباط بین عدم رضایت شغلی کارکنان با ناراضیاتی بیماران اشاره کرده و اظهار می‌کنند که کارکنان ناراضی رفتارهای مراقبتی نامناسبی را نشان می‌دهند، که لزوماً منجر به ناراضیاتی بیماران می‌شود.^(۲۱)

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین دیدگاه بیماران در مورد کل رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری با رضایت کلی آن‌ها از مراقبت‌ها وجود داشته است. ($P=0/000$, $r=0/72$) این نتایج با یافته‌های مربوط به مطالعات Wolf و همکاران^(۱۵و۱۱) و مطالعه Green و Davis^(۱۴) همخوانی دارد. این مطالعات نشان دادند، بیمارانی که رفتارهای مراقبتی را در کارکنان پرستاری بیشتر مشاهده می‌کنند، رضایت بالاتری از مراقبت‌ها دارند. برخی نویسندگان در این رابطه معتقدند که مراقبت پرستاری در مقایسه با دیگر خدمات بهداشتی، تأثیر بیشتری بر رضایت بیماران از مراقبت بهداشتی دارد زیرا پرستاران گروهی از تیم مراقبتی را تشکیل می‌دهند که در تمام شبانه‌روز بر بالین بیمار به مراقبت مشغول می‌باشند.^(۲۵و۲۴) به‌علاوه برخی منابع اشاره می‌کنند که رضایت بیماران در هر لحظه از زمان و یا پس از مواجهه با مراقبت‌های بهداشتی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.^(۲۶) ارتباط مثبت بین رفتارهای مراقبتی و رضایت بیمار نشان‌دهنده این است که پرستاران دلسوز که عواطف انسانی و هنر پرستاری را در مراقبت‌های خود تلفیق نموده و زمان بیشتری را صرف مراقبت مستقیم از بیمار می‌کنند، به مسایل بیمار و به جنبه‌های اجتماعی مراقبت توجه می‌کنند، نقش مهمی در رضایت بیماران ایفا نموده و از

درک بیماران از مراقبت و رفتارهای مراقبتی توصیه می‌شود^(۱۷) نیاز به مطالعات بیشتر در زمینه رفتارهای مراقبتی پرستار و رضایت بیماران از مراقبت پرستاری در بیماران بستری در بیمارستان‌های خصوصی، یا واحدهای خاص بیمارستان‌های دانشگاهی ضرورت دارد. به‌علاوه، برای تعیین ارتباط بین رتبه‌بندی بیماران از مراقبت پرستار و رضایت آن‌ها، ممکن است بهتر باشد که از نمونه‌های مشابه بیماران پذیرش شده برای وضعیت‌های خاص طبی یا پروسیژرهای جراحی استفاده گردد. ممکن است تمامی رضایت بیماران مربوط به رفتارهای مراقبتی پرستاران نبوده و سایر عوامل مانند عوامل ساختاری درون سازمانی و برون سازمانی بر این رضایت تأثیر گذاشته باشد؛ لذا، انجام پژوهشی مبنی بر بررسی رضایت بیمار و عوامل تأثیر گذار و همچنین، تحلیل مفهوم رضایت بیمار پیشنهاد می‌شود. ممکن است بیماران برخی از رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری را به درستی تشخیص ندهند^(۲۳) بنابراین بهتر است مطالعه‌ای به منظور بررسی رفتارهای مراقبتی پرستاران از دیدگاه بیماران و پرستاران انجام گیرد و نتایج با هم مقایسه شود. بعضی از بیماران (برای مثال بیماران بد حال) تحت مطالعه قرار نگرفته بودند، از این رو بررسی رفتارهای مراقبتی پرستاران از دیدگاه همراهان و رضایت آن‌ها از مراقبت‌ها پیشنهاد می‌شود. اندازه‌گیری رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری با استفاده از فهرست‌های وارسی (Checklist) مثل (Caring Behavior Checklist) سودمند است.

با توجه به نمونه‌گیری غیر تصادفی در این پژوهش، ممکن است نتوان نتایج را به کل جامعه آماری مورد پژوهش تعمیم داد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که

اهمیت رعایت احترام بیماران توسط پرستاران تأکید و بر این امر نظارت کافی داشته باشند. همچنین با توجه به رضایت زیاد بیماران از مراقبت فنی حرفه‌ای و رضایت کم آن‌ها از آموزش به بیمار، لزوم حفظ و ارتقاء کیفیت مراقبت فنی حرفه‌ای و توجه بیشتر به آموزش بیمار ضروری به نظر می‌رسد. لذا، پیشنهاد می‌شود که مدیران پرستاری بر امر آموزش بیمار تأکید بیشتر کرده و دست‌اندرکاران آموزش پرستاری، برای این موضوع در برنامه آموزشی دانشجویان اهمیت بیشتری قایل شوند.

ارتباط تمامی ابعاد و کل رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری و رضایت بیماران از مراقبت‌ها گویای آن است که رفتار پرستاران در تمام لحظات توسط بیماران مورد مشاهده کامل قرار می‌گیرد و بیماران لحظه به لحظه در مورد این مراقبت‌ها قضاوت می‌کنند؛ بنابراین واضح است که پرستاران باید با توجه به تأثیر رفتارهای مراقبتی خود بر رضایت بیماران، تجدید نظر کلی در این رفتارها ایجاد نمایند و مدیران پرستاری و دست‌اندرکاران آموزشی، وجود این ارتباط را در برنامه‌های خود مورد نظر قرار دهند. با در نظر گرفتن آن‌که بین مراقبت پرستار و رضایت بیمار ارتباط قوی وجود دارد، مطالعات بیشتری لازم است، تا نشان دهد که آیا مراقبت پرستار پیش‌بینی‌کننده رضایت بیمار است، یا خیر و آیا بین مراقبت پرستار و تمایل بیماران در بستری مجدد در آن بیمارستان ارتباط وجود دارد، یا خیر. از آنجا که درک از مراقبت و رفتارهای مراقبتی تحت تأثیر متغیرهای زیادی قرار می‌گیرد و مفاهیم مراقبت و رضایت بیمار هر دو انتزاعی هستند و سنجش صحیح آن‌ها ممکن است تنها بوسیله‌ی پژوهش‌های کمی امکان‌پذیر نباشد، استفاده از روش‌های کیفی برای سنجش تفاوت‌های فردی در

11- Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of nurse caring. *Image J Nurs Sch*; 1994.26(2): 107-111.

12- Wolf ZR. The concept of caring: Beginning exploration. Candidacy paper, university of Pennsylvania School of nursing. Philadelphia: PA; 1981 .p.152.

13- Donabedian A. The quantity of care, how can it be assessed?. *JAMA*; 1988. 260(12): 1743-1748.

14- Green A, Davis S. Toward predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care. *J Am Acad Nurse Pract*; 2005. 17(4): 139-146.

15- Wolf ZR, Miller PA, Devine M. Relationship between nurse caring & patient satisfaction in patient undergoing invasive cardiac procedures. *Med Surg Nurs*; 2003.12(6): 391-397.

16- Christopher K, Hegedus K. Oncology patient's and oncology nurse's perceptions of nurse caring behaviors. *Eur J Oncol Nurs*; 2000. 4(4): 196-204.

17- Raper J, Davis B, Scott L. Patient satisfaction with emergency department triage nursing care: A multicenter study. *J Nurs Care Qual*; 1999. 13(6): 11-24.

18- Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concept of caring and caring as a concept. *Adv Nurs Sci*; 1990. 13(1): 1-14.

19- Gaut D. Evaluating caring competencies in nursing. *Top Clin Nurs*; 1986. 8: 77-83.

20- Chan JNH, Chau J. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *J Adv Nurs*; 2005. 50(5): 498-507.

۲۱- رفیعی فروغ. طراحی تئوری مراقبت پرستاری از بیماران سوختگی. پایان‌نامه دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۸۳: ۲۰۹، ۲۱۱، ۲۲۳، ۲۳۱-۲۳۵.

22- Alligood MR, Tomey AM. *Nursing theory, Utilization & Application*. 2nd ed. ST. louis: Mosby; 2001.p. 106.

مطالعه‌ای با نمونه‌گیری تصادفی در زمینه‌ی ارتباط رفتارهای مراقبتی پرستار با رضایت بیماران انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق صمیمانه با پژوهشگران همکاری داشته‌اند، از جمله بیماران مورد پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

فهرست منابع

1- Sumner J. Caring in nursing: a different interpretation. *J Adv Nurs*; 2001. 35(6): 926-932.

2- Watson J. New dimensions of human caring theory. *Nurs Sci Q*; 1988. 1(4): 175-181.

3- Wolf ZR. The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Top Clin Nurs*; 1986. 8(2): 84-93.

4- Watson J. *Nursing the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.p. 11-12 .

5- Holm K, Lie Wellyr GJ. *Nursing research for nursing practice*. Philadelphia: Saunders; 1986.p. 101.

6- Coulombe KH, Yeakel S, Malijanian R, Bohannon RW. Caring behaviors inventory: analysis of responses by hospitalized surgical patients. *Out Manage*; 2002. 6(3): 138-141.

7- Fox RC, Aiken LH, Messikomer CM. The culture of caring: AIDS and the nursing profession. *Milbank Q*; 1990. 68(2): 226-256.

8- Lewis KE, Wood Side RE. Patient satisfaction with care in emergency department. *J Adv Nurs*; 1992. 17: 959-964.

9- Wolf ZR, Colahon M, Costello A, Warwick F, Ambrose MS, Giardino ER. Relationship between nurse caring & patient satisfaction. *Med Surg Nurs*; 1998.7(2): 99-105.

10- Gaut D. Development of theoretically adequate description of caring. *West J Nurs Res*; 1983. 5(4): 313-324.

26- Handelsman SF. An investigation of determinants that influence consumer satisfaction with inpatient health care encounters. Chicago: Rush University College of Nursing;1999.p.301-309.

23- Chang E, Hancock K, Chenoweth L, Jean Y, Glasson J, Gradidge K, Graham E. The influence of demographic variables and ward type on elderly patients, perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *Int J Nurs Pract*; 2003. 9: 191-201.

24- . Mahan PY. An analysis of the concept patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *J Adv Nurs*; 1996. 24(6): 1241-1248.

25- Yeakel S, Malijanian R, Bohannon RW, Coulombe KH. Nurse caring behaviors & patient satisfaction: Improvement after a multifaceted staff intervention. *J Nurs Adm*; 2003. 33(9): 434-436.

Relationship Between Nurse Caring Behaviors from Patients' Perspectives & Their Satisfaction

*M.S. Hajinezhad MS¹ F. Rafii PhD² E. Jafarjalal MS³
H. Haghani MS⁴

Abstract

Introduction & Aim: "Caring" is the central concept of nursing role, but in the current health care systems with huge advances in technology and scarce resources as well as the issue of nursing personnel shortage, this aspect of nursing role would be questionable. Accordingly, this study was conducted to examine the relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives and patient satisfaction.

Material & Method: This study was a descriptive-correlational design, with 250 patients, who were hospitalized in an educational center of Iran University of medical sciences. The subjects were selected by quota sampling method. The data collection instruments were Caring Behaviors Inventory (CBI) and Patient Satisfaction Instrument (PSI).

Results: The study findings showed that, there were significant correlations between caring behaviors including respectfulness to others, assurance of human presence, positive connectedness, professional knowledge & skill, attentiveness to other's experience and patient satisfaction including Trust, Patient education and Technical-Professional care. Moreover, there was a strong, positive correlation between all variables of the nurse caring behaviors and patient satisfaction ($r=0.72$, $P=0.000$).

Conclusion: Positive relationship between nurse caring behaviors and patient satisfaction indicates that compassionate nurses with humanistic feelings and art and spending more time for direct caring for patients, play important roles on patient satisfaction. Therefore increasing the time period of direct caring by increasing the number of practice nurses and concerning humanistic aspects of patient care would reduce the levels of patients dissatisfaction.

Keywords: Nursing Care- Behavior- Patient Care- Consumer Satisfaction

Accepted for Publication: 22 September 2007

¹.MS in Nursing, Department of Medical- Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery , Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (* Corresponding Author)

².Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery , Iran University of Medical Sciences and Health Services.

³.Senior Lecturer, Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery , Iran University of Medical Sciences and Health Services.

⁴.Senior Lecturer, Department of Statistics, School of Management & Medical Information , Iran University of Medical Sciences and Health Services.

تأثیر برنامه طراحی شده بازدید از منزل بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده

از بیماری سالک

اعظم حسین نژاد نی ریزی^۱ * دکتر فاطمه الحانی^۲ دکتر منیره انوشه^۳ دکتر سقراط فقیه زاده^۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماری سالک دومین بیماری انگلی شایع در ایران می باشد. کمبود اطلاعات مادران در زمینه راه های پیشگیری از آن در ابتلای کودکان به این بیماری نقش مهمی داشته، و کسب دانش برای مادران در روستاها به دلیل تعدد فرزندان، دوری مسافت و... با مشکلات خاص مواجه می باشد، یکی از شیوه های مناسب آموزش در این مورد بازدید منزل می باشد. هدف این مطالعه، تعیین تأثیر برنامه طراحی شده بازدید منزل بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سالک در خانواده های روستایی بخش تنگ حنا شهرستان نی ریز بود.

روش بررسی: این تحقیق مطالعه نیمه تجربی بود. تعداد ۶۰ خانواده تحت پوشش خانه های بهداشت تنگ حنا که دارای فرزند ۱۲-۶ ساله بودند به روش نمونه گیری خوشه ای با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه و چک لیست های مصاحبه و مشاهده رفتارهای پیشگیری کننده خانواده از بیماری سالک بود. ابزارهای فوق جهت پیش آزمون در ۳ جلسه بازدید منزل توسط پژوهشگر و اعضای خانواده تکمیل، سپس یافته ها تجزیه و تحلیل و بر اساس آن برنامه بازدید منزل شامل ۵-۴ جلسه طرح ریزی و اجرا گردید. مداخله طی یک و نیم ماه برای گروه آزمون انجام شد و سپس به مدت یک و نیم ماه مداخله ای در گروه آزمون انجام نشد، کلیه ابزارهای فوق طی ۳ جلسه بازدید منزل برای دو گروه (مرحله پس آزمون) مجدداً تکمیل شدند.

یافته ها: دو گروه به لحاظ متغیرهای دموگرافیک (سن، تحصیلات، درآمد و...) همسان بوده و آزمون های مجذور کای و تی مستقل اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان ندادند. آزمون های آماری تی زوج و تی مستقل اختلاف معنی داری را بین رفتارهای پیشگیری کننده خانواده از طریق راهنمای مصاحبه قبل و بعد از برنامه بازدید منزل در گروه آزمون و بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد نشان دادند ($P < 0.001$). آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی داری را بین برخی از رفتارهای پیشگیری کننده از لیشرمانیوز شامل (دفع بهداشتی زباله و استفاده از پشه بند) بعد از برنامه بازدید منزل بین دو گروه آزمون و شاهد نشان داد ($P < 0.001$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه بازدید منزل بر رفتارهای پیشگیری کننده خانواده تأثیر داشته است. بنابراین می توان گفت آموزش در محیط منزل، یکی از روش های مناسب جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده خانواده در زمینه پیشگیری از بیماری سالک است.

کلمات کلیدی: لیشرمانیاز جلدی - برنامه ریزی بهداشتی - خدمات بهداشتی پیشگیری کننده

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۱/۸، تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۲۰

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری (بهداشت جامعه)، دانشگاه تربیت مدرس

^۲ استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (* مؤلف مسئول)

^۳ استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس

^۴ مربی گروه آمار، دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

طبق گزارش سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۰۶، هشتاد و هشت کشور از ۵ قاره^(۱) و ۱۲ میلیون نفر در سراسر دنیا تحت تأثیر این بیماری قرار گرفته‌اند.^(۳) میزان بروز بیماری در ایران در سال ۱۳۸۴، ۳۱/۵۷ نفر در هر هزار نفر جمعیت تخمین زده شده است.^(۵) این بیماری به سه فرم اصلی بروز می‌کند: لیشمانیازیس احشایی (کالآزار)، لیشمانیوز جلدی (سالک یا زخم شرقی) و لیشمانیوز جلدی-مخاطی.^(۳،۶) لیشمانیوز جلدی مرطوب به عنوان یک معضل بزرگ بهداشتی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی از جمله ایران مطرح می‌باشد.^(۷،۵) سالک یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های بومی ایران^(۸) و دومین بیماری انگلی قابل سرایت به وسیله بندپایان بعد از مالاریاست.^(۹،۱۰) این بیماری در استان‌هایی مثل یزد، اصفهان، فارس و ایلام به میزان زیادی گزارش شده است و استان فارس به عنوان یکی از کانون‌های قدیمی بیماری مطرح می‌باشد.^(۵) مناطق آلوده استان فارس طبق آمار ۱۳۸۳، شامل شهرستان‌های جهرم، زرین-دشت، استهبان و نیریز می‌باشد. سالک بیماری آندمیک شهرستان نیریز است، که مناطق آلوده آن به ترتیب اهمیت عبارتند از: ۱-آباده طشک، کوشک و تنگ حنا (قاسم آباد) ۲-رودخر، قطرویه ۳-مرکز شهرستان.^(۱۱) از آنجایی که بیماری لیشمانیوز جلدی مرطوب (سالک) بیماری مشترک بین انسان و حیوان است، راه عملی برای پیشگیری از آن وجود ندارد و با توجه به این‌که در این نوع لیشمانیوز مخزن، موش‌های صحرائی هستند که مبارزه با آن‌ها دشوار است، بنابراین یکی از بهترین روش‌های پیشگیری رعایت نکات بهداشتی توسط افراد می‌باشد.^(۷)

در زمینه کنترل و پیشگیری از این بیماری تا کنون مطالعات متعددی در زمینه‌های اپیدمیولوژی، حشره‌شناسی و انگل‌شناسی صورت گرفته است. لیکن در زمینه آموزش به خانواده‌ها، جهت کنترل این بیماری به ویژه توسط پرستاران مطالعات اندکی انجام شده است. یکی از روش‌های مناسب جهت بررسی و شناسایی مشکلات و نیازهای اعضای خانواده به ویژه کودکان و نیز ارائه آموزش مناسب به آن‌ها در ارتباط با اقدامات مؤثر جهت پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقا رفتارهای بهداشتی آن‌ها، بازدید منزل می‌باشد.^(۱۲) بازدید بهداشتی خانواده به منظور ارائه آموزش راه‌های پیشگیری از بیماری و توجه به ارتقای سلامت طراحی می‌شود.^(۱۳،۱۴) استراتژی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳ نیز در ارتباط با بیماری‌های واگیردار انگلی بر ارائه نکات آموزشی حین جلسات بازدید در روستاهایی که این بیماری‌ها آندمیک است، با هدف تأثیرگذاری بر رفتار مردم به ویژه زنان و کودکان سن مدرسه تأکید دارد.^(۱۵) به همین دلیل در این مطالعه نیز گروه سنی از کودکان (۶-۱۲ سال) انتخاب گردید. Muntaser در سودان نیز طی مطالعه-ای میانگین سنی ابتلا به سالک را ۱-۲۰ سال مطرح نمود.^(۱۶) Gurel نیز طی مطالعه‌ای در ترکیه در سال ۲۰۰۰ نشان داد که بیشتر بیماران (۷۰ درصد) کمتر از ۲۰ سال داشته و بیشترین درصد ابتلا (۲۷ درصد) مربوط به سنین ۹-۵ سالگی می‌باشد.^(۱۷) از طرف دیگر نقش والدین مهم‌ترین عامل منحصر به فرد دخیل در بیماری‌های دوران کودکی محسوب می‌شود.^(۱۵) صلاحیت مادر در ایفای نقش خود، مهم‌ترین فاکتور پیش‌بینی کننده سلامت کودکان می‌باشد.^(۱۶) آموزش

به مادران در مورد نحوه مراقبت از کودک، موجب توانمندسازی آنان در مراقبت از کودکان خواهد شد.^(۱۷) بنابراین، ضرورت آموزش به والدین به ویژه مادر در رابطه با ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری لیشمانیوز جلدی در محیط خانه احساس می شود. یافته های سایر پژوهش ها نیز نشان دهنده این مطلب است که با افزایش سطح آموزش در افراد، میزان ابتلا به بیماری لیشمانیوز جلدی کاهش می یابد، به طوری که Webster طی مطالعه ای در افغانستان در سال ۱۹۹۹ دریافت که با افزایش سطح سواد در مردم روستا میزان استفاده از پشه بند افزایش می یابد ($P < 0.000$)^(۱۸). مطالعه ای نشان داد که با ارائه آموزش افزایش دانش اختصاصی مادران از میزان $44/3\%$ درصد به $81/6\%$ درصد در خصوص این که سگ و انسان به عنوان مخزن سالک هستند، قابل توجه می باشد.^(۱۹) بنابراین با توجه به این که بیماری سالک علاوه بر فرد بیمار سایر اعضای خانواده را نیز درگیر می سازد، و از طرف دیگر به منظور کنترل این بیماری به همکاری تمام اعضای خانواده نیاز می باشد، طراحی و اجرای برنامه بازدید منزل جهت درگیر کردن تمام اعضای خانواده از طریق استفاده از پشه بند، مجهز بودن درب و پنجره ها به توری، دفع بهداشتی زباله و فضولات حیوانی، استفاده از پمادهای دورکننده حشرات و توالیت بهداشتی منزل ضروری است. لذا پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین میزان تأثیر برنامه طراحی شده بازدید منزل بر ارتقا رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سالک در خانواده های روستایی بخش تنگحنا شهرستان نیریز طراحی و اجرا شد.

فرضیه پژوهش، اجرای برنامه طراحی شده بازدید منزل بر ارتقا رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری

سالک در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مؤثر است، می باشد. در این پژوهش منظور از عملکرد خانواده، رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری لیشمانیوز جلدی است، که شامل رفتارهای دفع بهداشتی زباله و فضولات حیوانی، نظافت محل نگهداری حیوانات، دفع بهداشتی فاضلاب، استفاده از توری و پشه بند می باشد.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی بود. جامعه پژوهش، شامل تمامی خانواده های روستایی بخش تنگ حنا شهرستان نیریز و نمونه پژوهش، خانواده های هسته ای دارای حداقل یک فرزند ۱۲-۶ ساله (بدون سابقه ابتلا به بیماری سالک) و ساکن روستا بوده است. معیارهای پذیرش و حذف واحد های مورد پژوهش شامل: ۱- همه خانواده ها (هسته ای) بایستی ساکن و مقیم دائمی روستاهای اصلی و قمر خانه بهداشت در روستای قاسم آباد و شهرک تنگحنا بود. حجم نمونه با استفاده از اطلاعات حاصله از یک مطالعه مقدماتی در منطقه تنگحنا بر روی ۱۰ خانواده، ۶۰ خانواده واجد شرایط پژوهش (۳۰ خانواده به عنوان گروه مورد و ۳۰ خانواده به عنوان گروه شاهد) برآورد گردید. روش نمونه گیری در این پژوهش به صورت خوشه ای بود. پژوهشگر ابتدا به دو خانه بهداشت قاسم آباد و شهرک تنگحنا از بخش تنگحنا (با انتخاب تصادفی) مراجعه و پس از کسب موافقت و هماهنگی با مسئولین خانه های بهداشت، ۷ روستا از این منطقه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه (۳ روستا به عنوان گروه مورد و ۴ روستا به عنوان گروه شاهد) تقسیم و سپس شروع به نمونه گیری در سطح ۷ روستای این بخش نمود.

طی سه جلسه اول بازدید منزل در هر دو گروه شاهد و آزمون پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک کودک و والدین از طریق مصاحبه با والدین و کودکان، رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده از طریق راهنمای مصاحبه با والدین و چک لیست مشاهده‌ای رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده، با مشاهده رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده توسط پژوهشگر تکمیل گردید. پس از انجام پیش‌آزمون، بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، محتوای برنامه بازدید منزل طراحی گردید. سپس برای گروه آزمون، جلسات بازدید منزل (۵-۴ جلسه) برگزار شد، در اکثر جلسه‌ها حداقل یکی از والدین به همراه کودک حضور داشتند؛ جلسات بازدید منزل هفته‌ای یک‌بار و هر جلسه ۴۵-۳۰ دقیقه طول می‌کشید. در شروع هر جلسه مروری بر جلسات گذشته انجام می‌شد، در صورت لزوم، علاوه بر آموزش چهره‌به-چهره، ارائه اطلاعات، مشاوره، ارجاع و راهنمایی در سایر زمینه‌های بهداشتی (کم‌خونی، بیماری‌های انگلی، تغذیه کودک و...) نیز صورت می‌گرفت. پس از پایان برخی از جلسه‌های بازدید منزل، خلاصه مطالب به صورت یک جزوه آموزشی که بر اساس نیازهای آنان تهیه شده بود، به مادران ارائه می‌شد. پس از اتمام جلسات بازدید منزل، به منظور اجرای رفتارهای مورد توافق بین پژوهشگر و خانواده و مشاهده تغییر رفتارها برای پیشگیری از ابتلا کودک به بیماری سالک یک ماه و نیم پس از آخرین جلسات در گروه آزمون، ارزشیابی در هر دو گروه به عمل آمد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: ۱- پرسشنامه مربوط به اطلاعات فردی: شامل ۱۵ سؤال مربوط به والدین و ۸ سؤال مربوط به کودک.

۲- ابزار رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده: شامل ۱۵ سؤال کلی که در بخش‌های جمع‌آوری، نگهداری، حمل و دفع زباله، مشخصات توالیت منزل، نحوه نگهداری کود حیوانی، اقدامات پیشگیری‌کننده از بیماری سالک و استفاده از پشه‌بند و توری تنظیم گردیده است. نحوه امتیازدهی به سؤالات دو گزینه‌ای به صورت، بلی، امتیاز ۱ و خیر، امتیاز صفر و در مورد سؤالات ۴ گزینه‌ای در صورت جواب همیشه امتیاز ۳، اغلب اوقات امتیاز ۲، بعضی اوقات امتیاز ۱ و هرگز امتیاز صفر تعلق گرفت و از طریق راهنمای مصاحبه با مادران قبل و بعد از مداخله توسط پژوهشگر تکمیل شد.

۳- چک لیست مشاهده رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده شامل ۱۰ سؤال چهار گزینه‌ای، که در سه نوبت قبل و سه نوبت بعد از مداخله توسط پژوهشگر مشاهده و تکمیل شد. اهم موارد مورد بررسی شامل استفاده از پشه‌بند، نصب توری به درب و پنجره، جمع‌آوری، حمل و دفع بهداشتی زباله، نگهداری بهداشتی کود و دفع بهداشتی فاضلاب بود. نمرات چک لیست از صفر تا ۳ بود. چنانچه رفتاری ۳ بار مشاهده می‌شد، گزینه همیشه (امتیاز ۳)، ۲ بار مشاهده، گزینه اغلب اوقات (امتیاز ۲)، یک‌بار مشاهده، گزینه بعضی اوقات (امتیاز ۱) و در صورت مشاهده نشدن، گزینه هرگز (امتیاز صفر) تعلق می‌گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق امتیاز دهی به پرسشنامه‌ها صورت گرفت. به این منظور، میانگین نمرات ابزار راهنمای مصاحبه رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده مد نظر قرار گرفت و بر این اساس گروه‌ها قبل و بعد از مداخله با یکدیگر مقایسه شدند.

تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوی و برای سنجش اعتماد علمی راهنمای مصاحبه رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده از روش

آزمون مجدد استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون برای پرسشنامه مذکور ۸۵ درصد و پایایی چک لیست مشاهده رفتارهای پیشگیری کننده خانواده‌های تحت پژوهش در زمینه سالک از طریق مشاهده همزمان صورت گرفت که میزان پایایی ۹۰ درصد به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد، قبل از مداخله دو گروه از

نظر متغیرهای فردی با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای و دقیق فیشرفاوت معنی‌داری ندارند (جدول ۱). طبق آزمون آماری تی مستقل بین میانگین امتیاز کلی رفتارهای پیشگیری کننده خانواده‌ها از طریق راهنمای مصاحبه در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت، اما این آزمون بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری ($P < 0/001$) را نشان داد (جدول ۲).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و درصد خانواده‌های مورد بررسی از نظر خصوصیات فردی

متغیرها	گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون کای اسکواتر
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
تحصیلات مادر (نهضت سوادآموزی)	۱۴(۴۶/۷)	۱۵(۵۰)	$P=0/41$
تحصیلات پدر(نهضت سوادآموزی)	۱۵(۵۰)	۱۷(۵۶/۷)	$P=0/94$
شغل مادر (خانه‌دار)	۱۸(۶۰)	۱۶(۵۳/۳)	$P=0/60$
شغل پدر(کشاورز)	۱۵(۵۰)	۱۴(۴۶/۷)	$P=0/82$
درآمد ماهیانه (۱۰۰-۵۰ هزار تومان)	۲۰(۶۶/۷)	۲۱(۷۰)	$P=0/17$
منبع اطلاعاتی والدین (عدم کسب اطلاعات)	۲۵(۸۳/۳)	۲۷(۹۰)	$P=0/44$
منبع اطلاعاتی کودکان (عدم کسب اطلاعات)	۱۹(۶۳/۳)	۱۸(۶۰)	$P=0/98$
روش تریجی والدین (آموزش چهره به چهره در منزل)	۲۹(۹۶/۷)	۲۶(۸۶/۷)	$P=0/35$ دقیق فیشرفاوت
روش تریجی کودک (آموزش چهره به چهره در حضور والدین)	۱۵(۵۰)	۱۷(۵۶/۷)	$P=0/70$
تعداد فرزندان خانواده(۵-۴)	۱۸(۶۰)	۲۲(۷۳/۳)	$P=0/65$
تعداد فرزندان سالم (۲-۱)	۱۷(۵۶/۷)	۲۰(۶۶/۷)	$P=0/66$

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین امتیاز کلی رفتارهای پیشگیری کننده خانواده از طریق مصاحبه قبل و پس از بازدید منزل در دو گروه

گروه	رفتارهای پیشگیری کننده	رفتارهای پیشگیری کننده	رفتارهای پیشگیری کننده	نوع آزمون
	خانواده قبل از بازدید منزل	خانواده پس از بازدید منزل	میانگین	تی زوجی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مورد	۴۰	۵/۳۲	۴۵	۴/۸۸
شاهد	۳۸/۱۳	۵/۵۷	۳۸/۳	۵/۴۶
نوع آزمون(تی مستقل)	$P=0/175$		$P<0/001$	

نتایج این آزمون بین میانگین رفتارهای دفع بهداشتی فضولات، نظافت محل نگهداری حیوانات، دفع بهداشتی فضلاب، استفاده از توری پس از مداخله نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. لیکن میانگین رفتارهای دفع بهداشتی زباله و استفاده از پشه‌بند پس از مداخله در گروه آزمون افزایش یافته که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار ($P < 0/001$) بود (جدول ۴).

طبق نتایج آزمون آماری تی مستقل بین میانگین امتیاز کلی رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده‌ها از طریق مشاهده در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت. اما این آزمون بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری ($P = 0/002$) را نشان داد (جدول ۳). آزمون آماری تی مستقل بین میانگین امتیاز کلیه رفتارهای بهداشتی قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌دار نشان داد. طبق

جدول شماره ۳ - مقایسه میانگین امتیاز کلی رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده از طریق مشاهده قبل و پس از بازدید منزل در دو گروه

گروه	رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده قبل از بازدید منزل		رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده پس از بازدید منزل		نوع آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مورد	۱۸/۷	۴/۲۴	۲۲/۰۷	۳/۵۸	$P < 0/001$
شاهد	۱۸/۶	۲/۹	۱۹/۳	۲/۷	$P = 0/16$
نوع آزمون (تی مستقل)	$P = 0/888$		$P = 0/002$		

جدول شماره ۴ - میانگین امتیاز رفتارهای پیشگیری‌کننده خانواده از طریق مصاحبه قبل و پس از بازدید منزل در دو گروه

رفتار بهداشتی	قبل از بازدید		پس از بازدید		نوع آزمون
	مورد	شاهد	مورد	شاهد	
دفع بهداشتی زباله	۲/۴	۴۶/۶	۲/۲	۴۳/۳	$P = 0/58$
دفع بهداشتی فضولات	۳/۴	۶۱	۳	۵۳/۳	$P = 0/39$
نظافت محل نگهداری حیوانات	۲/۷۳	۶۸	۲/۵	۶۶/۶	$P = 0/73$
دفع بهداشتی فضلاب	۲/۵	۶۶/۶	۲/۲	۶۲	$P = 0/91$
استفاده از توری	۰/۱	۱۳/۴	۰/۱	۶/۶	$P = 0/69$
استفاده از پشه-بند	۲/۵	۶۶/۶	۲/۳	۶۳/۳	$P = 1$

بحث و نتیجه گیری

برخی عوامل مؤثر بر ایجاد بیماری در کودکان تحت تأثیر عوامل فردی نظیر سن، سواد، طبقه اجتماعی و وضعیت اقتصادی خانواده قرار می‌گیرد. لذا، در این پژوهش اطلاعات فردی و عوامل اجتماعی-اقتصادی خانواده‌ها بررسی و براساس یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها، نتایج زیر حاصل گردید: ۴۶/۷ درصد مادران در گروه آزمون و ۵۰ درصد در گروه شاهد دارای سطح تحصیلات در حد نهضت سواد آموزی بودند، همچنین ۵۰ درصد پدران گروه آزمون و ۵۶/۷ درصد در گروه شاهد دارای سطح تحصیلات در حد نهضت سواد آموزی می‌باشند. Kelerk و همکارانش در هوندوراس و همچنین Okafer و همکارانش در نیجریه طی مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که بعضی خصوصیات والدین مثل سطح تحصیلات، بر درک آن‌ها از دوره بیماری، شدت آن و نحوه استفاده از خدمات بهداشتی تأثیر می‌گذارد.^(۲۰،۲۱) به ویژه سطح تحصیلات مادر تأثیر مهم و انکارناپذیری بر سلامت کودک دارد که در مطالعات متعددی بر آن تأکید شده است.^(۲۲،۲۳) نتایج مطالعه‌ای در برزیل نیز ارتباط معکوس میزان مرگ و میر شیرخواران و سطح تحصیلات مادران را نشان داد.^(۲۴) علاوه بر میزان سواد مادر، سطح سواد پدر نیز بر سلامتی اعضای خانواده به خصوص در ارتباط با بیماری و مرگ و میر کودکان تأثیر به‌سزایی دارد،^(۲۵) چرا که میزان سواد پدر در انتخاب نوع شغل و میزان درآمد خانواده، وضعیت اقتصادی، نوع تغذیه و وضعیت بهداشتی خانواده تأثیر دارد.^(۲۰،۲۱) پژوهش‌های Jawaber در سال ۲۰۰۲ در فلسطین و Carin Bern و همکارانش در سال ۱۹۹۹ در نیپال نشان داد، با افزایش سطح سواد سرپرست

خانواده، میزان بروز لیشمانیوز جلدی در کودکان کاهش می‌یابد.^(۲۶،۲۷) بنابراین براساس یافته‌های پژوهش چون سطح تحصیلات اکثر والدین به ویژه مادران در دو گروه در حد نهضت سواد آموزی است، اجرای برنامه بازدید منزل از طریق آموزش چهره به چهره بهترین شیوه جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری-کننده می‌باشد.

۶۰ درصد مادران در گروه آزمون و ۵۳/۳ درصد در گروه شاهد خانه‌دار بودند، موقعیت اجتماعی، اقتصادی زنان به طور اعم و تحصیل و درآمد شخصی آنان به طور اخص تأثیر فوق‌العاده‌ای بر سلامت خود و کودکانشان دارد. وضعیت اشتغال زنان، همچنین دسترسی آنان به اطلاعات و منابع بهداشتی بر سلامت خود و کودکانشان تأثیر می‌گذارد.^(۲۸) بنابراین با توجه به این‌که بیشتر مادران خانه‌دار بوده و در محیط منزل مشغول به کار هستند و فرصت کمتری جهت شرکت در کلاس‌های آموزشی در بیرون از منزل (مثل کلاس‌های خانه بهداشت و یا مدرسه) دارند و از طرفی به علت این‌که بیشتر ساعات روز در محیط خانه می‌باشند، از دریافت اطلاعات کافی بهداشتی بهره‌مند نمی‌شوند، بنابراین از طریق اجرای برنامه بازدید منزل می‌توان به آن‌ها اطلاعات کافی در زمینه بیماری لیشمانیوز جلدی و راه‌های پیشگیری از آن را ارائه داد.

۵۰ درصد پدران در گروه آزمون و ۴۶/۷ درصد در گروه شاهد کشاورز بودند، در مورد بیماری لیشمانیوز جلدی، نوع شغل به عنوان یکی از عوامل خطر محسوب می‌شود، نتایج مطالعه Zaida e yadon در آرژانتین در سال ۲۰۰۲ نشان داد یکی از عوامل خطر در مورد بیماری سالک انجام فعالیت‌های کشاورزی می‌باشد.^(۲۹) دهقانی تفتی و همکارانش نیز طی مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۱ بیان کردند گسترش فعالیت‌های کشاورزی و

کویرزدایی بدون توجه به کنترل آفت عمومی، موش، زمینه استقرار بیماری لیشمانیوز جلدی نوع روستایی را در منطقه ایجاد می‌نماید.^(۳۰) با توجه به این‌که شغل بیشتر پدران مورد مطالعه در این پژوهش کشاورزی بود و کشاورزان نیز به دلیل این‌که در زمان فعالیت پشه‌خاکی (غروب آفتاب تا سپیده دم) اغلب به خاطر نوع شغل خود بیرون از منزل مشغول به کار هستند، بیشتر از سایر گروه‌ها در معرض خطر ابتلا به بیماری لیشمانیوز جلدی قرار دارند.^(۱۷،۳۱) بنابراین پرستار بهداشت جامعه می‌تواند از طریق اجرای برنامه بازدید منزل با ارائه آموزش چهره به چهره و مشاوره با تمامی اعضای خانواده در مورد بیماری و گروه‌های در معرض خطر (کشاورزان) در زمینه پیشگیری از ابتلا به این بیماری (برای مثال کم کردن ساعات کار شبانه در فصل گزش پشه تا حد امکان و استفاده از پمادهای دافع حشرات) نقش خود را ایفا نماید.

۶۶/۷ درصد خانواده‌ها در گروه آزمون و ۷۰ درصد در گروه شاهد میزان درآمدی در حدود ۱۰۰۰۰۰۰-۵۰۰۰۰۰۰ هزار ریال در ماه (طبقه متوسط جامعه) داشتند، متغیر سطح درآمد خانواده‌ها به این دلیل در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که بین فقر و ابتلا به بیماری‌های عفونی و انگلی در اغلب موارد ارتباط مستقیم وجود دارد. به عبارتی دیگر، انتقال بیماری لیشمانیوز جلدی به طور قابل توجهی با فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی در ارتباط می‌باشد.^(۳۲) چرا که فقر موجب زندگی در شرایطی غیر ایمن در ترکیب با وضعیت‌های محیطی نامناسب (عدم وجود سیستم دفع زباله و فاضلاب) شده که این زمینه را جهت افزایش انتشار بیماری‌های واگیردار و شیوع این بیماری‌ها فراهم می‌سازد. زندگی مردم در فقر در سراسر جهان به ویژه در کشورهای در حال توسعه، بار

سنگینی را به علت مستعد بودن این افراد در ابتلا به بیماری‌های واگیر انگلی مشترک بین انسان و حیوان مثل لیشمانیوز جلدی بر خانواده‌ها وارد می‌کند. این بیماری‌ها تحت عنوان بیماری‌های فراموش شده خوانده می‌شوند، چرا که با وجود اپیدمی شدن در مناطق مختلف کمتر از سایر بیماری‌ها (ایدز، مالاریا) مورد توجه تیم بهداشتی قرار می‌گیرند.^(۱۷) از طرف دیگر ابتلا به بیماری‌های عفونی و انگلی از قبیل لیشمانیوز جلدی، تأثیراتی بر وضعیت اقتصادی-اجتماعی، کیفیت زندگی، قدرت تولید و نیز فعالیت افراد خواهد داشت.^(۳۳) مطالعه Gurel در ترکیه در سال ۲۰۰۰ نیز نشان داد که ۹۳ درصد موارد بیماری لیشمانیوز جلدی در مناطق فقیر از نظر وضعیت اقتصادی، اجتماعی اتفاق می‌افتد.^(۱۴)

طبق یافته‌های مطالعه، اکثر والدین و کودکان در گروه‌های مورد پژوهش تا کنون در مورد بیماری لیشمانیوز جلدی اطلاعاتی کسب نکرده و بیشتر آن‌ها نیز بهترین روش جهت آموزش در این زمینه را روش آموزش چهره به چهره از طریق بازدید منزل مطرح کرده‌اند، زیرا که به نقل از Arrontolen می‌نویسد: در ارتباط با جامعه روستایی، هیچ تصمیمی نباید از بیرون اتخاذ شود، چرا که مردم روستایی باید احساس کنند که حاکم بر سرنوشت خویش هستند.^(۳۴) یکی از اقدامات جدید که توسط سازمان جهانی بهداشت اخیراً جهت کنترل بیماری‌های منتقل‌شونده، از طریق ناقل، از جمله لیشمانیا پیشنهاد شده است، اجرای برنامه آموزشی طراحی‌شده بازدید منزل توسط پرسنل آموزش دیده می‌باشد.^(۳۳) پرستار بهداشت جامعه با اجرای برنامه بازدید منزل در خانواده‌های روستایی ساکن در مناطق آندمیک می‌تواند با ارائه نکات آموزشی در زمینه کنترل لیشمانیوز جلدی به افراد و به دنبال آن اجرای

خود بر شانس ابتلا به بیماری و همچنین پی گیری های مادر در صورت ابتلا فرزندش به بیماری تأثیر گذار است، مطالعه Gurel در سال ۲۰۰۰ در ترکیه نیز نشان داد، اغلب خانواده هایی که کودکانشان به این بیماری مبتلا بودند، بین ۴-۵ فرزند داشتند.^(۱۷) در پژوهش حاضر در هر خانواده به طور متوسط ۱-۲ کودک سالم از نظر عدم ابتلا قبلی به بیماری لیشمانیوز جلدی وجود داشت.

میانگین امتیاز عملکرد خانواده از طریق راهنمای مصاحبه و مشاهده بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی داری داشت، متغیر عملکرد خانواده علاوه بر مصاحبه از طریق مشاهده نیز مورد بررسی قرار گرفت، چرا که جهت بررسی درک صحیح رفتارهای مراقبتی، بررسی عملکرد خانواده به ویژه مادر در شرایط واقعی زندگی، یعنی محل زمینه اجتماعی-اقتصادی، فرهنگی شکل گیری و بروز رفتار، نیاز می باشد. بنابراین، پژوهشگر جهت بررسی عملکرد خانواده از طریق مصاحبه و به ویژه مشاهده ملزم به استفاده از روشی بود تا بتواند به وسیله آن رفتار تمامی اعضای خانواده را از نزدیک در محیط طبیعی زندگی آنها مورد مطالعه قرار دهد، از میان روش های موجود جهت بررسی خانواده در پرستاری بهداشت جامعه، برنامه بازدید منزل با هدف بررسی شناخت محدودیت ها و توانایی های خانواده، بررسی دقیق تر ساختار و محیط خانواده،^(۳۶، ۱۰) و نیز رفتارهای بهداشتی اعضای خانواده، بهترین و جامع ترین تکنیک جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده در سطح اول می باشد.^(۳۷) نتایج مطالعه بابایی نشان داد اجرای برنامه آموزش بهداشت در محیط منزل و مطابق با نیاز مادر می تواند شیوه مؤثری در تغییر رفتار مادران درحد اختلاف معنی دار آماری باشد.^(۳۸) رضانی نیز طی

نکات ارائه شده طی جلسات توسط اعضای خانواده در کاهش بروز بیماری تأثیر گذار باشد.^(۳۵) مزیت دیگر استفاده از روش بازدید منزل، این است که تمامی اعضای خانواده را درگیر ساخته و مشارکت پدر، مادر و فرزندان خانواده را به دنبال خواهد داشت. همان طور که می دانیم مشارکت زنان در ارتقای بهداشت و پیشگیری از بیماری برای سلامت خانواده ها و جوامع در سراسر جهان کلیدی می باشد، علاوه بر این مشارکت مردان نیز در مراقبت از کودکان و پیشگیری از بیماری کودک در محیط خانواده تأثیر به سزایی خواهد داشت.^(۳۴) Gurel طی مطالعه ای در سال ۲۰۰۰-۱۹۹۹ در ترکیه با برگزاری برنامه های آموزشی در منطقه ای آندمیک از نظر بیماری لیشمانیوز جلدی در زمینه ماهیت بیماری لیشمانیوز جلدی و پیشگیری از آن برای کودکان و کل افراد جامعه موجب کاهش بروز آن شد.^(۱۷) در این پژوهش ۶۰ درصد خانواده های گروه آزمون و ۷۳/۳ درصد خانواده های گروه شاهد بین ۴-۵ فرزند داشتند، در بیشتر خانواده ها از این تعداد فرزند، فقط ۱-۲ کودک سالم از نظر عدم ابتلا به بیماری لیشمانیوز جلدی وجود داشت، به طوری که، ۵۶/۷ درصد خانواده های گروه آزمون و ۶۶/۷ درصد خانواده های گروه شاهد بین ۲-۱ فرزند سالم از نظر عدم ابتلا به بیماری لیشمانیوز جلدی داشت، هدف از سنجش متغیر تعداد کودک در هر خانواده، بررسی میزان ساعاتی که مادر برای مراقبت از هر کودک فرصت دارد، می باشد. چرا که با افزایش تعداد کودکان در هر خانواده به خصوص در خانواده های روستایی (به دلیل شرایطی از قبیل سطح اجتماعی، اقتصادی پایین تر خانواده ها، دسترسی کمتر به خدمات بهداشتی درمانی مناسب و سطح سواد پایین تر والدین به ویژه مادر)، میزان مراقبت مادر برای هر کودک کمتر شده و این

مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که آموزش در محیط منزل، یکی از روش‌های مناسب جهت ارتقا عملکردهای مراقبتی مادران می‌باشد.^(۲۸) سایر مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور نیز نشان‌دهنده این مطلب می‌باشند که اجرای برنامه بازدید منزل و ارائه جلسات آموزشی و مراقبت در منزل بر پیشگیری از بیماری‌ها، کاهش مرگ و میر کودکان و نیز ارتقای دانش و عملکرد والدین تأثیر مثبتی به دنبال خواهد داشت.^(۳۹)

(۴۲)

پس از انجام مداخله، آزمون آماری تی مستقل بین دو گروه از نظر میانگین امتیاز رفتار دفع بهداشتی زباله، تفاوت معنی‌داری را نشان داد. دلیل افزایش معنی‌دار دفع بهداشتی زباله، تهیه آسان و هزینه کم کیسه زباله و سطل مناسب جهت جمع‌آوری زباله توسط خانواده و به ویژه همکاری پدر و پسر خانواده‌ها در زمینه دفع صحیح زباله اغلب به روش دفن بهداشتی در منطقه‌ای دور از محیط روستا (۱۵-۲۰ کیلومتری روستا) می‌باشد. مطالعه Reis و همکارانش با هدف تعیین عوامل مؤثر بر آندمیک بودن بیماری لیشمانیوز جلدی در سال ۲۰۰۵ نشان داد، اغلب افراد روستایی در مورد نقش محیط زیست بر انتقال بیماری لیشمانیوز جلدی آگاهی داشته و به عواملی از قبیل تجمع غیر بهداشتی زباله، وجود کوه در اطراف منطقه، تجمع آب کثیف روی زمین، نگهداری حیوانات و نیز وجود پشه‌خاکی در منطقه اشاره کردند. در ارتباط با کنترل و پیشگیری از بیماری نیز، عملکردهای محیطی را به عنوان مهم‌ترین جنبه کنترل بیماری مطرح نمودند.^(۴۳) در کشور ایران نیز با ۱۲۵۸۲۷ آبادی و ۲۳۰۲۶۲۹۳ نفر جمعیت روستایی، فقط ۴۹ درصد زباله و ۵۷/۵ درصد فضولات حیوانی به روش بهداشتی جمع‌آوری و دفع می‌شود. طبق آمار ۲/۵ میلیون خانواده روستایی هنوز هم زباله

خود را در محیط رها می‌کنند.^(۴۴) در این رابطه سازمان جهانی بهداشت نیز در سال ۲۰۰۳ طی مجموعه اقداماتی با هدف کنترل بیماری‌های انگلی منتقل‌شونده از طریق ناقل (لیشمانیا و مالاریا) بیان کرد که اجرای پروژه‌های چند جانبه شامل: ارائه نکات آموزشی طی جلسات بازدید در روستا (حرکت اجتماعی)، بر اساس برقراری ارتباط برای تأثیرگذاری بر رفتار مردم، جهت افزایش تدریجی استفاده از پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش و پی‌گیری جهت درمان در صورت ابتلا، جمع‌آوری دام‌های روستاییان در یک منطقه ویژه جدا از محل زندگی آنها، اجرای طرح جمع‌آوری فاضلاب و زباله، ارائه آموزش به تمامی افراد جامعه به ویژه زنان و کودکان سن مدرسه مؤثرتر از اجرای هر یک از این اقدامات به تنهایی می‌باشد.^(۱۲)

بعد از مداخله، میانگین امتیاز رفتار دفع بهداشتی فضولات حیوانی و نیز نظافت محل نگهداری حیوانات تفاوت معنی‌داری را نشان نداد، احتمالاً نیاز به وسیله نقلیه جهت جمع‌آوری فضولات حیوانی یکی از دلایل موفق نشدن آنها در دفع بهداشتی فضولات می‌باشد. لازم به ذکر است که روستاییان کشاورز از فضولات حیوانی به عنوان کود و روستاییان دامدار به عنوان منبع درآمد استفاده می‌کنند، با توجه به این‌که کم و زیاد شدن کود باعث از بین رفتن محصول می‌شود، روستاییان کشاورز نمی‌توانند تمامی فضولات را یک‌باره و روزانه به مزارع خود منتقل کنند، در نتیجه بر حسب نیاز و با توجه به فصل کشت و کار نسبت به انتقال فضولات اقدام می‌کنند. روستاییان دامدار نیز ترجیح می‌دهند در زمان مورد نیاز با قیمت مناسب، کود را به بازار عرضه کنند. مطالعه Gurel در ترکیه نیز نشان داد در بیش از ۹۰ درصد وجود اصطبل‌ها به همراه تجمع کود حیوانی (عدم رعایت نظافت) نزدیک محل زندگی

ساکنین منطقه در ابتلا به بیماری لیشمانیوز جلدی نقش مهمی داشته است.^(۱۴) با توجه به دلایل ذکر شده فوق، تغییر ایجاد شده در رفتار دفع بهداشتی فضولات حیوانی و نظافت محل نگهداری حیوانات هرچند از نظر آماری معنی دار نیست لیکن رضایت بخش می باشد. بنابراین، پرستار بهداشت جامعه می تواند از طریق آموزش در مورد محل نگهداری حیوانات به خانواده ها، گامی در جهت کاهش ابتلا به بیماری های واگیر مشترک بین انسان و حیوان مثل لیشمانیا بردارد.

میانگین امتیاز رفتار دفع بهداشتی فاضلاب قبل و بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نداد. نتایج مطالعه Gurel در ترکیه نیز نشان داد، اغلب خانواده ها در این مطالعه آب اضافی و فاضلاب را روی زمین (سطح حیاط) رها می کردند که به تدریج در حیاط خاکی خانه فرو می رفت.^(۱۴) از آنجایی که دفع نامناسب فاضلاب نیز به عنوان یکی از عوامل مؤثر در افزایش بیماری های انگلی واگیردار و بیماری های پوستی (مثل سالک) می باشد، بنابراین با اجرای فعالیت های ابداعی، جدید و مشارکتی از قبیل سیستم های دفع بهداشتی فاضلاب بر اساس نیاز خانواده ها و آموزش در مورد ارتقای بهداشت محل زندگی می توان در کاهش این گونه بیماری ها مؤثر واقع گردید.^(۱۷) در برنامه بازدید منزل پرستار بهداشت جامعه بر اساس مشاهده دقیق محیط خانه و نیاز خانواده با در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی- اجتماعی می تواند، آموزش های لازم را ارائه دهد. اما همان طور که نتایج این پژوهش نشان داد، اجرای برنامه بازدید منزل در جهت ارتقای این رفتار پیشگیری کننده ضروری می باشد، اما کافی نیست و نیاز اساسی تر همکاری بین بخشی است که به دلیل عدم این

نوع همکاری، اجرای برنامه بازدید منزل در این مورد به تنهایی مؤثر واقع نگردد.

در ارتباط با نصب توری نیز پس از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد. دلیلی که اغلب خانواده ها در مورد عدم استفاده از نصب توری به در و پنجره ها به آن اشاره می کردند، وضعیت اقتصادی نامناسب جهت خریداری توری بود. که این دلیل با بررسی وضعیت اقتصادی- اجتماعی مردم این منطقه روستایی قابل توجیه می باشد. جهت ارتقای این رفتار پیشگیری کننده نیز مثل سایر رفتارها جهت تأثیر گذاری نیاز به همکاری و مشارکت سایر مؤسسات (از قبیل مرکز بهداشت) می باشد. در مطالعه رخشانی در سال ۱۳۷۵ به علت همکاری دو جانبه مردم و حمایت برنامه ریزان بهداشت عمومی میزان استفاده توری از ۱۳/۷ درصد قبل از مداخله به ۲۶/۴ درصد بعد از مداخله افزایش معنی داری یافت.^(۴۵)

استفاده از پشه بند پس از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان داد. شاید بتوان علت افزایش و ارتقا در این رفتار پیشگیری کننده از طرف خانواده های روستایی مورد پژوهش را نسبت به سایر رفتارها را، این گونه بیان نمود که آن ها به علت زندگی در منطقه ای که این بیماری به طور آندمیک وجود دارد و نیز توانایی خریداری پشه بند در مقایسه با توری را داشته و به تأثیر استفاده از پشه بند در جلوگیری از گزش پشه خاکی اعتقاد داشتند و مهم ترین دلیلی که می توان برای آن ذکر نمود، این است که قبل از اجرای برنامه بازدید منزل (پیش آزمون) هنوز فصل گزش پشه خاکی شروع نشده بود، اما پس از انجام برنامه بازدید منزل (تیرماه) با توجه به این که اوج فعالیت فصلی پشه خاکی در منطقه بود، تقریباً همه خانواده ها از پشه بند به طور مرتب استفاده می کردند. از طرف

درصد به ۳۵٪ درصد رسید.^(۴۸) Bahatakra نیز در هندوستان طی مطالعه‌ای با هدف ریشه‌کنی لیشمانیا از طریق تکنیک‌های آسان و عملکردی به این نتیجه رسید که استفاده از پشه‌بند آغشته به حشره‌کش، شیوه‌ای مناسب جهت کنترل ناقل لیشمانیا می‌باشد.^(۴۹) بنابراین یکی از روش‌های مؤثر جهت کنترل لیشمانیا در کودکان استفاده از پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش می‌باشد.^(۳۲)

بنابراین با توجه به یافته‌های مطالعه فرضیه پژوهش مبنی بر اجرای برنامه طراحی شده بازدید از منزل بر ارتقا رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سالک در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد مؤثر است. تأیید می‌شود. لذا با توجه به نقش پرستار بهداشت جامعه در برنامه بازدید منزل و تأکید سازمان جهانی بهداشت بر ایفای این نقش توسط پرستار و همچنین یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد، جهت ارتقای رفتارهای بهداشتی خانواده و پیشگیری از بیماری سالک و سایر بیماری‌های واگیردار در سایر نقاط کشور نیز برنامه بازدید منزل به کار گرفته شود.

تقدیر و تشکر

در پایان از همکاری مرکز بهداشت شهرستان نی‌ریز، کارکنان خانه‌های بهداشت منطقه تنگ حنا به ویژه خانه بهداشت قاسم‌آباد، مدارس ابتدایی و راهنمایی منطقه تنگ حنا و به خصوص خانواده‌های محترم و فرزندان‌شان تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

1- Jacobson L, Eisenberger C, Svobodova M, Baneth G, Sztern J, Carvalho J. et al. Outbreak of cutaneous leishmaniasis in northern Israel. J Infect Dis; 2003. 188(1):1065-1073.

دیگر، در رابطه با این رفتار، علاوه بر اجرای برنامه بازدید منزل توسط پژوهشگر، همکاری و مشارکت خانه بهداشت روستا و نیز مرکز بهداشت در آغشته کردن پشه‌بندها به حشره‌کش وجود داشت. اما در مورد گروه شاهد به علت غیر اخلاقی بودن آغشته نکردن پشه‌بندها به حشره‌کش و انجام این اقدام برای آن‌ها، هیچ افزایشی در استفاده از پشه‌بند مشاهده نشد. لذا این گونه نتیجه‌گیری می‌شود که اجرای برنامه بازدید منزل و ارتقا رفتارهای پیشگیری کننده و استفاده از پشه‌بند مؤثر می‌باشد.

محققان دریافته‌اند که توزیع محلی پشه‌بندها و فروش آن‌ها از طریق کارکنان مراکز بهداشتی روستاها حتی در جوامع کم درآمد، یک روش مناسب جهت افزایش استفاده از پشه‌بند می‌باشد. آغشته ساختن پشه‌بندهای روستاییان همراه با آموزش مناسب در مورد مزایای استفاده از این روش و نیز شستشوی کمتر پشه‌بندها فعالیت مناسبی جهت کاهش بیماری می‌باشد، که این یافته با مطالعه‌ای که Kroege در نیکاراگوئه جهت کنترل مالاریا از طریق آغشته ساختن پشه‌بندها به حشره‌کش به طور رایگان از طرف مرکز بهداشت انجام داد، مشابهت دارد.^(۴۶) علاوه بر این، وزارت بهداشت در سال ۲۰۰۲ و نیز Mc Weel و همکارانش در غنا طی سال ۲۰۰۴ جهت افزایش استفاده از پشه‌بند در مناطق اندمیک مالاریا، به توزیع پشه‌بند هنگام واکسیناسیون کودکان به خانه‌ها پرداختند و نتایج مطالعه آن‌ها نشان دهنده افزایش استفاده از پشه‌بند و کاهش شیوع مالاریا در منطقه بود.^(۴۷) همچنین Alten و همکارانش طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱-۲۰۰۰ در ترکیه جهت کنترل بروز لیشمانیوز جلدی طی استفاده از پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش به این نتیجه رسیدند که بروز این بیماری در نواحی مورد مطالعه از ۱/۸۷

۱۱- ندیم ا، عزیز ف، حاتمی ح، جانقربانی م. اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران. تهران: خسروی؛ ۱۳۸۳. ص. ۵۲۴-۵۳۲.

12- Appleton J, Cowley S. Health visiting assessment unpacking critical attributes in health visitor needs assessment practice: A case study. *Int J Nurs Stud*; 2006. [about 5p.]. Available from: <http://www.elsevier.com/locate/ijnurstu>. Accessed: Sep 17, 2007.

۱۳- دباغی ف، فراهانی نیا م. درسنامه بهداشت خانواده. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۸۳. ص. ۱۴۹ - ۱۶۴.

14- All ender J, Walton Spradly B. Community health nursing (promoting and protecting the publics health) . 6th ed. Philadelphia: Lippincot; 2003.p.541- 548.

15- Townson T, Nathon M, Zaim M, Guillet P, Manga L, Bos R, Kindhauser M. Exploiting the potential of vector control for disease prevention. *Bulltein World Health Organ*; 2005. 83(12): 942-947.

16- Muntaser I. Cutaneous leishmaniasis epidemiology Sudan. Operational Research in Tropical and other Communicable Disease Final Report Summaries 2001-2002 (Small Grants Scheme); 2001. 195:1-2.

17- Gurel M, Ulukanligil M, Ozbilge H. Cutaneous leishmaniasis in Sanliurfa: epidemiologic and clinical features of the last four years (1997 - 2000). *Int J Dermatol*; 2002. 41: 32- 37.

18- Webster J, Chandramohan F, Greenwood B, Kamawal A, Fazel R, Freeman J, et al. A health facility based case -control study of effectiveness of insecticide treated nets: potential for selection bias due to pre-treatment with chlorquine. *Trop Med Int Health*; 2003. 8(3): 196- 201.

۱۹- مظلومی س. بررسی تأثیر آموزش بهداشت و ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سالک جلدی در شهر یزد سال ۱۳۷۷. پایان نامه دکتری رشته آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۹: ۱.

2- Croft S, Vivas L, Brooker L. Recent advances in research and control of malaria, leishmaniasis, trypanosomiasis and schistosomiasis. *Revue Santa Mediterr Orient*; 2003. 9(4):518-533.

3- Eidsmol L. Leishmaniasis major- induced cutaneous leishmaniasis. *Am J Pathol*; 2005. 166(4): 1099-1108.

4- Masina Slavic A, Gicheru Michael M, Demotz Stephan O, Fasel Nicolas J. Protection against coetaneous leishmaniasis in out bred Vervet Monkeys, Using a Recombinant His tone H₁ Antigen. *J Infect Dis*; 2003. 188(15): 1250-1257.

۵- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. وضعیت اپیدمیولوژیکی بیماری لیشمانیوز در کشور در سال ۱۳۷۷. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. معاونت امور بهداشتی، اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماریها؛ ۱۳۷۸. ص. ۱۰۵۷.

6- Reithinger R, Canals Espinoza J, Davies Clive R. The transmission dynamics of canine American cutaneous leishmaniasis in HUANCO, Peru. *Am J Trop Med Hyg*; 2003. 65(5):473-480.

۷- غروی م. کتاب جامع تک یاخته شناسی پزشکی. تهران: نشرطبیب؛ ۱۳۸۳. ص. ۱۸۴ - ۲۱۴.

۸- محبعلی م، مهربانی توانا ع، جوادیان ع، اصفهانی ع، حجازان هف آخوندی. تهیه مایه لیشمن استاندارد و ارزشیابی آن جهت لیشمانیازاسیون در مدل حیوان آزمایشگاهی. مجله پژوهشی حکیم؛ ۱۳۸۶. (۶): ۱۵-۱۹.

۹- درودگر عباس، تشکر زهرا. بررسی تأثیر آموزش بر میزان آگاهی معلمین شهر کاشان از بیماری سالک در سال تحصیلی ۱۳۷۹ - ۱۳۸۰. فصلنامه فیض؛ ۱۳۸۲. ۲۷: ۵۷-۶۳.

۱۰- لطفی هف شبانی حسین. مروری بر انتشار جغرافیایی لیشمانیوز جلدی و احشایی در ایران، خلاصه مقالات کنگره سراسری طب نظامی ۱۳۸۱. تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه...؛ ۱۳۸۱. ص. ۳۰.

29- E-Yadon Zaida C, Rodrigues Laura R, Davies Clive A, Quigl . Indoor and Per domestic Transmission of American Coetaneous Leishmaniasis in Northwestern Argentina's Retrospective case- control study. Am J Trop Med Hyg; 2003. 68(5):519-526.

۳۰- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان. خلاصه مقالات دومین همایش سراسری تازه‌های بیماری‌های پوستی و سالک. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان؛ ۱۳۸۴. ص. ۲، ۶۹ - ۷۰، ۱۰۵ - ۱۰۹.

31- Kroeger A, Meyer R, Manchen M, Gonzalez M. Health education for community – based malaria control: an intervention study in Ecuador, Colombia and Nicaragua. Trop Med Int Health; 1996. 1(6):836- 846.

32- Feliciangeli M, Mazzarri M, Campbell- Lendrum D, Maroli M, Maingon RH. Cutaneous leishmaniasis vector control perspectives using Lamdacyhalothrin residual house spraying in Elnyenio, Miranda state, Venezuela. Trans R soc Trop Med Hyg; 2003. 97: 641-646.

33- Gazairy H. The special issue for tropical diseases research: a tool to disseminate research results for more effective disease control. Eastern Mediterr Health J; 2003. 9 (4): 488- 491.

۳۴- زیرکی م. بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت روستاییان در طرح‌ها و پروژه‌های عمرانی روستایی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۰: ۱.

35- Kishore K, Kumar V, Kesari S, Denish D, Kumar A, Das P, et al. Vector control in leishmaniasis. Indian J Med Res; 2006. 123: 467- 472.

36- Stanhope M, Lancaster J. Community & public health nursing, 6th ed. St. louis: Mosby; 2004. p. 607-61137.

37- Watkins D, Edwards J, Gastrula P. Community Health Nursing- (framework for practice), 2nd ed. UK: Bailliere Tindall; 2003. p. 240-244.

20- Retherford RD, Choe MK, Thapa S, Gbuhaju B. To what extent does breastfeeding explain brith-interval effects on early childhood mortality?. Dermatograph; 1998. 26(3):439-450.

21- Okafor SI. Factors affecting the frequency of hospitals trips among predominantly rural population. Soc Sci Med; 1983. 17:591.

22- Terra De Souza AC, Peterson K, Andrade F, Grandier J, Ascherio A. Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers health care-seeking behaviors during their infants fatal illness. Soc Sci Med; 2000. 51:1675-1693.

23- Brokerhoff M, Derose L. Child survival in east Africa: the impact of preventive health care. J World Develop; 1996. 24(12):1841-1857.

24- Periago M, Fescina R, Ramon- Pardo P. Steps for preventing infectious diseases in women. Emerg Infect Dis; 2004. 10 (11): 1968- 1973.

25- Molteno CD, Kibel MA. Post-neonatal mortality in Matroosberg divisional council area of the case western health region. S Afr Med J; 1989. 75(12):575-578.

26- Bern C, Joshi B, Nath J, Das M, Hightower A, Thakur D, Bahadur Bista M. Factors associated with visceral leishmaniasis in Nepal: bed- net use is strongly protective. Am J Trop Med Hyg; 2000. 63 (3-4): 184-188.

27- Al- Jawbreh A, Barghuthy F, Schnur F, Jacobson R, Schonian G, Abdeen Z. Epidemiology of coetaneous leishmaniasis in the endemic area of Jericho, Palestine. Eastern Mediterr Health J; 2003. 9(4):805-815.

۲۸- رضانی م. بررسی تأثیر برنامه مراقبتی طراحی شده بر پیشگیری از پنومونی شیرخواران در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری. دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۳: ۱.

۴۴- جوافشانی م، ذوقی ا، سیمانی س، طباطبایی مقدم ح، محبعلی م، مردانی م، و همکاران. کتاب بیماری‌های مهم مشترک بین انسان و حیوان در ایران. تهران: انتشارات اطلاعات: ۱۳۸۴. ص. ۹۷ - ۹۸.

۴۵- رخشانی ف. کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در پیشگیری و کنترل بیماری مالاریا در شهرستان سراوان در سال ۷۵. پایان نامه دکتری آموزش بهداشت. دانشگاه تربیت مدرس: ۱۳۷۷: ۹۲.

46- Kroeger A, Meyer R, Mancheno M, Gonzalez M, Pesse K. Operational aspects of bednet impregnation for community- based malaria control in Nicaragua, Ecuador, Peru and Colombia. *Trop Med Int Health*; 1997. 2(6): 589- 602.

47- Alten S, Caglar S, Kaynas S, Simesk F. Evaluation of protective effecting of K- OTAB impregnated bednets for Cutaneous leishmaniasis control in Southeast Anatolia- Turkey. *J Vector Ecol*; 2003. 28(1): 53- 64.

48- Bhattacharya S, Dipika S, Sinha P, Karbwang J. Elimination of leishmaniasis (Kala- azar) from the Indian subcontinent is technically feasible & operationally achievable. *Indian J Med Res*; 2006. 123: 195- 196.

۳۸- بابایی ب. بررسی تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر پیشگیری از اسهال در کودکان زیر سه سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری. دانشگاه تربیت مدرس: ۱۳۷۷: ۱.

۳۹- اکبرشاهی شکوفه، الحانی فاطمه، انوشه منیره. بررسی میزان تأثیر برنامه بازدید منزل بر رفتارهای پیشگیری کننده مادران در فرآیند تکامل کودکان پیش‌دبستانی. *مجله دانشور*: ۱۳۵۹. ۸۴ (۱۳): ۱ - ۱۰.

40- Bang A, Bang R, Baitule S, Reddy H. Deshmukh M. Effect of home – based neonatal care and management of Sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet*; 1999. 354(9194): 1955 – 1961.

41- Brave man L, Escobar P, Fischer A, Jensvold N, Capra A. A randomized comparison of home and clinic follow – up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatr*; 2000. 105(5): 1058 – 1065.

42- Quinlivan J, Box H, Evans Sh. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. *Lancet*; 2003. 361(9361): 893-900.

43- Reis D, Gazzinelli M. Health education and social representation: an experience with the control of tegumentary leishmaniasis in an endemic area in Minas Gerais, Brazil, Cad. Saude, Riode Janeiro. 2006; 22(11): 2301- 2310.

The Effect of Designed Home Visit Program on Promoting Cutaneous Leishmaniasis Preventive Behaviors

A. Hossein nejad Nayrisi MS¹ *F. Alhani PhD² M. Anoosheh PhD³
S. Faghihzadeh PhD⁴

Abstract

Introduction & Aim: Cutaneous Leishmaniasis is the second common parasitic disease in Iran. According to several studies, insufficient knowledge of mothers about the prevention strategies related to occurrence of the disease in their children are significant. Therefore, educating of the rural families by home visit program could be effective approach to prevent Cutaneous Leishmaniasis. The objective of the present study was to determine the effect of designed home visit program on promoting preventive behaviors regarding Cutaneous Leishmaniasis in rural families of Tang Hanna district in Neyriz.

Material & Method: The study was a quasi-experimental design which 60 families with at least one child (with 6-12 years old) were randomly selected, with (no Cutaneous Leishmaniasis) from seven rural areas and assigned to two groups of experimental and control groups and matched to demographic indicators (age, education, income...). Data collection tools included a questionnaire and observational- interviewing checklist about preventive behaviors. The Pretest phase was performed in two groups during 3 meetings. Then, home visit program was performed in experimental group for 4-5 meetings. The duration of each meeting was about 45 minutes for the period of one month and half. Then the post test phase was performed in the two groups, after intervention.

Result: According to the results, independent t- test and Chi-square test indicated that there was no significant difference between experimental group and control group (in demographic variables such as: age, sex, education, ...) before the intervention. The t-test and Chi-square test indicated that there was not any significant differences between experimental and control group ($P>0.05$). Paired t-test and independent t- test indicated that there was a significant difference between before and after intervention about families performance in the experimental group ($P<0.001$) compared to the control group. Also Independent t-test indicated that there was a significant difference between experimental group and control group after intervention in some preventive behaviors regarding Cutaneous Leishmaniasis ($P<0.001$).

Conclusion: According to the findings, it can be claimed that using a designed home visit program could be an effective approach in the promoting of preventive behaviors about Cutaneous Leishmaniasis in the subjects. Moreover the results indicate that home-visit programs seem appropriate strategy for improving families performance in order to prevent Cutaneous Leishmaniasis.

Key words: Leishmaniasis, Cutaneous- Health Planning- Preventive Health Services.

Accepted for Publication: 10 September 2007

¹ Ms in Nursing Education, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University.

² Assistant Professor, Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (*Corresponding Author).

³ Assistant Professor, Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University.

⁴ Assistant Professor, Department of BioStatistics, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University.