

تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش مادران در مورد سالک در مشهد

فاطمه کاووسی^۱دکتر داوود شجاعی زاده^۲

۱. دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

زمینه و هدف: کمبود اطلاعات مادران در زمینه‌ی راه‌های پیشگیری از سالک در ابتلا به این بیماری نقش مهمی دارد، لذا اقدامات پیش‌گیرانه زمانی مؤثر خواهد بود که مادران آگاهی لازم و نگرش مثبت در خصوص بیماری و نحوه‌ی پیش‌گیری از آن را داشته باشند. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزش بر آگاهی و نگرش مادران این منطقه در زمینه‌ی سالک و راه‌های پیشگیری از آن انجام گرفت.

روش اجرا: مطالعه‌ی حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی بود. ۱۲۰ نفر زن متأهل بالای ۱۵ سال که در سال ۱۳۸۸ به مرکز بهداشتی - درمانی آب و برق شهر مشهد مراجعه کرده بودند در سه گروه سخنرانی، بحث گروهی و شاهد، مورد پژوهش قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی تدوین‌شده توسط پژوهشگر بود. ارزیابی اثر مداخله‌ی آموزشی در زمان‌های قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از آموزش انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین امتیاز آگاهی قبل از آموزش در بین سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار نداشت ($P=0/71$) ولی بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله‌ی آموزشی اختلاف معنی‌داری میان سه گروه در میانگین امتیاز آگاهی وجود داشت ($P=0/001$). هم‌چنین، تفاوت معنی‌داری در امتیاز نمره‌ی نگرش بین دو گروه سخنرانی و بحث وجود داشته و اختلاف معنی‌داری در میانگین امتیاز نگرش بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله مشاهده شد ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش فردی و گروهی برای مادران بر دانش و نگرش آن‌ها مؤثر است؛ از این رو ارائه‌ی برنامه‌ی آموزش بهداشت هم‌چون بحث گروهی و سخنرانی توصیه می‌گردد. با توجه به افزایش بازدهی آموزشی در روش بحث گروهی، این روش جهت ماندگاری بیشتر اثرات آموزش بر آگاهی و نگرش مادران توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: مداخله‌ی آموزشی، نگرش، سالک، پیشگیری

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۵/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۱۰

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۴، دوره‌ی ۶ (۴): ۲۲۰-۲۰۹

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر داوود شجاعی زاده

تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده‌ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

پست الکترونیک:

kavoosifa3@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

لیشمانیوزها را از نظر بالینی به اشکال جلدی (سالک)، جلدی - مخاطی و احشایی (کالآزار) تقسیم کرد^{۱،۲}. اگرچه میزان مرگ ناشی از سالک بسیار کم است ولی به‌دلیل طولانی‌بودن زخم، ایجاد ضایعات بدشکل در صورت و احتمال عفونت‌های ثانوی بار درمانی سنگین برای جامعه و عوارض ثانوی ناشی از درمان با داروهای موجود مشکلات بسیاری را به‌وجود می‌آورد^۳.

بروز سالانه‌ی سالک در جهان حدود ۱/۵ میلیون مورد برآورد می‌شود و در حدود ۹۰٪ از موارد سالک

لیشمانیوزها از بیماری‌های انگلی بسیار مهم هستند که در شمار بیماری‌های مشترک بین انسان و حیوان قرار می‌گیرند. لیشمانیوز یکی از شش بیماری مهم نقاط گرمسیری است که مطالعه و انجام پژوهش درباره‌ی جنبه‌های مختلف آن توصیه شده است. این بیماری اشکال متفاوتی دارد و از طریق گزش پشه‌ی خاکی آلوده ایجاد می‌شود. به‌طور کلی می‌توان

در افغانستان، الجزیره، عربستان سعودی، پرو، برزیل، ایران و سوریه رخ می‌دهد.^۳

درواقع سالک از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های بومی ایران و دومین بیماری انگلی قابل سرایت به‌وسیلهٔ بندپایان بعد از مالاریا است.^{۴،۵} سالک در بسیاری از نقاط ایران شایع است. میزان بروز این بیماری در ایران در سال ۱۳۸۴، ۳۱/۵۷ نفر در هر یکصد هزار نفر جمعیت تخمین زده شد. سالانه بالغ بر ۲۰ هزار مورد مبتلا به سالک در کشور ثبت و گزارش می‌شود.^۶

شهر مشهد از کانون‌های مهم آلوده به لیشرمانیوز شهری و روستایی است. آمار ابتلا به سالک در این منطقه با وجود تمهیدات سازمان‌های ذی‌ربط و اقدامات پیشگیرانه علیه سالک سیر صعودی داشته است. از آنجایی که در سالک شهری انسان یکی از عوامل اصلی عفونت به حساب می‌آید، بنابراین درمان و برنامه‌ی پیشگیری از آن منجر به توقف انتقال بیماری می‌گردد، از این‌رو آگاهی‌یافتن از رفتارهای انسانی، محیط و چرخه‌ی انگل در کنترل و پیشگیری عفونت‌های انگلی بسیار مهم است.^۷

مطالعه‌ی حاضر با هدف بهبود آگاهی و نگرش مادران به جهت رفتارهای پیشگیری‌کننده از سالک و هم‌چنین تعیین تأثیر مداخله‌ی آموزشی بر آگاهی و نگرش مادران در مورد سالک در منطقه‌ی آب و برق مشهد انجام شد.

روش اجرا

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی نیمه‌تجربی (quasi-experimental) به شکل پیش‌آزمون پس‌آزمون (pre-test and post-test) یک سوکور با گروه شاهد بود که به‌منظور بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی بر آگاهی و نگرش مادران در مورد سالک در مشهد انجام شد. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۱۲۰ نفر از زنان متأهل بالای پانزده سال است که تحت پوشش مرکز بهداشتی - درمانی آب و برق قرار داشته و در

سال ۱۳۸۸ به آن مرکز مراجعه کرده بودند. این افراد در سه گروه ۴۰ نفره (گروه سخنرانی، بحث گروهی و گروه شاهد) قرار گرفتند. داشتن پرونده‌ی بهداشتی فعال، سن بالای ۱۵ سال و سکونت در منطقه، شرایط ورود به این مطالعه بود. هم‌چنین تغییر محل سکونت و عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری از معیارهای واردنشدن به این مطالعه بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه بود. پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده در این پژوهش توسط پژوهشگر تهیه شده و شامل سه قسمت اطلاعات دموگرافیک، سؤالات آگاهی و نگرش بود که روایی و پایایی آن نیز ارزیابی و مورد تأیید قرار گرفته بود. پرسش‌نامه‌ی مذکور ۵۹ سؤال داشت که قسمت اول آن ۱۴ سؤال در زمینه‌ی مشخصات دموگرافیک، قسمت دوم ۲۶ سؤال در مورد نام بیماری، مخزن و ناقل بیماری، علائم بیماری، راه‌های انتقال و پیشگیری از آن، که برای ارزیابی وضعیت آگاهی زنان مورد مطالعه در نظر گرفته شده بودند، و قسمت سوم حاوی ۱۹ سؤال بود که جهت ارزیابی نگرش مادران درباره‌ی سالک طراحی شده بودند. امتیازبندی، براساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای صورت گرفت. گفتنی است تعداد ۷ سؤال مربوط به آگاهی در مورد اپیدمیولوژی سالک در پس‌آزمون لحاظ نشد و در آن تنها ۱۹ سؤال از سؤالات قسمت دوم وجود داشتند.

جهت اعتبارسنجی پرسش‌نامه‌ی مزبور، از روش تعیین روایی محتوا (content validity) استفاده شد، سپس پرسش‌نامه‌ی تدوین شده جهت نظرخواهی در اختیار اعضای هیأت علمی صاحب‌نظر و متخصصین در زمینه‌ی سالک و کارشناسان واحد مبارزه با بیماری‌های معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار داده شد. پس از دریافت نظرات افراد ذی‌صلاح، پرسش‌نامه مجدداً بررسی و ارزشیابی شده و اصلاحات لازم در آن اعمال شد. به‌منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه، تعداد ۲۰ نفر از مادران و زنان تحت پوشش

افراد گروه بحث به ۴ گروه ۱۲ یا ۱۳ نفره تقسیم شدند و یک جلسه آموزشی ۸۰ دقیقه‌ای که در اتاق کنفرانس به صورت دایره‌ای تدوین شده بود، اجرا شد. در این جلسه جهت ایجاد فرصت مناسب برای مشارکت فراگیران در آموزش، یادگیری، تقویت کاوشگری، گسترش مهارت‌ها، روش‌های پیشگیرانه و اتخاذ تصمیم منطقی موضوع جلسه به فراگیران واگذار شد. پس از اینکه فراگیران از عقاید و تجربیات یکدیگر اطلاع پیدا کردند و پژوهشگر به‌عنوان رهبر گروه موضوع را جمع‌بندی و راجع به بیماری مطالبی ارائه کرد، در انتها پرسش‌نامه‌ی تدوین‌شده در اختیار فراگیران قرار گرفت و سپس جمع‌آوری گردید.

به‌منظور سنجش میزان و ماندگاری تأثیر مداخله‌ی آموزشی، مجدداً ۴ هفته‌ی بعد همان پرسش‌نامه در گروه‌های مداخله و شاهد توزیع و جمع‌آوری شد. سپس داده‌های حاصل از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها جهت توصیف و تحلیل آماری وارد نسخه‌ی ۱۵ نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) شده و سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه‌شده محرمانه باقی می‌ماند و هدف و ماهیت تحقیق برای آن‌ها توضیح داده شد. هم‌چنین، به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی در پایان طرح، جلسه‌ی آموزشی به شیوه‌ی سخنرانی و پرسش و پاسخ به‌مدت ۹۵ دقیقه برای گروه شاهد نیز برگزار گردید.

یافته‌ها

توزیع فراوانی سنی مادران در گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ نمایش داده شده است. هم‌چنین توزیع فراوانی مدت اقامت فعلی و قبلی شرکت‌کنندگان، شغل و شغل همسر، نوع و وضعیت مسکن آن‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۳، نشان‌دهنده‌ی توزیع فراوانی مادران در گروه‌های مورد مطالعه بر حسب سطح تحصیلات مادر و همسر او و تعداد فرزندان آنان است.

مرکز بهداشتی - درمانی مورد مطالعه که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و پرسش‌نامه توسط آن‌ها تکمیل گردید. پرسش‌نامه‌ها با فاصله‌ی ۲ هفته مجدداً تکمیل شد که ضریب همبستگی آن برابر ۰/۸۵ محاسبه گردید.

پس از هماهنگی‌های لازم، اهداف طرح، روش اجرا و نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها و برگزاری جلسات آموزشی برای کارشناسان مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت شماره‌ی یک مشهد، روشن و مرکز بهداشتی - درمانی شهری آب و برق که در منطقه‌ی جنوب غربی مشهد قرار داشت، جهت اجرای طرح انتخاب شد. موارد مرتبط با طرح پژوهشی و اجرای روش‌های آموزشی طی جلسه‌ای برای مسئول و پزشک این مرکز نیز شرح داده شد.

پس از انتخاب یک نمونه‌ی ۱۵۰ نفری، به هر یک از افراد یک کد اختصاصی داده شد و پس از توضیح اهداف طرح و تکمیل فرم رضایت‌نامه‌ی آگاهانه، از گروه پژوهش پیش‌آزمون به عمل آمد و پرسش‌نامه‌های آزمون اولیه تکمیل و جمع‌آوری شد. شرکت‌کنندگان با استفاده از طرح بلوک‌های تصادفی به سه گروه سخنرانی، بحث گروهی و کنترل تقسیم شدند. سی نفر از افراد مورد نظر در نتیجه‌ی عدم دسترسی و انتقال محل سکونت یا انصراف از ادامه‌ی همکاری از مطالعه خارج شدند و ادامه‌ی مطالعه بروی ۱۲۰ نفر انجام شد. در گروه سخنرانی، یک جلسه‌ی ۹۵ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر، درباره‌ی نام بیماری، مخزن، ناقل بیماری، علائم و راه‌های انتقال و پیشگیری از سالک برگزار شد. در این جلسه از ابزار آموزشی کامپیوتر، دیتا پروژکتور، اسلاید تهیه‌شده با نرم‌افزار PowerPoint استفاده شد. پس از اتمام جلسه‌ی آموزشی، پرسش‌نامه‌ی پس‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. در پایان یک جلسه‌ی ۱۰ دقیقه‌ای در زمینه‌ی سالک به صورت پرسش و پاسخ انجام شد.

جدول ۱: توزیع سن مادران در گروه‌های مورد مطالعه

| P | جمع | | گروه شاهد | | گروه مداخله | | | | گروه‌های سنی |
|------|-------|-----|-----------|----|----------------|----|--------------|----|--------------|
| | تعداد | % | تعداد | % | روشن‌بخش گروهی | | روشن‌سخنرانی | | |
| | | | | | تعداد | % | تعداد | % | |
| ۰/۲۲ | ۵ | ۶ | ۱۲/۵ | ۵ | ۰ | ۰ | ۲/۴ | ۱ | <۲۰ |
| | ۴۵ | ۵۴ | ۴۲/۵ | ۱۷ | ۴۲/۱ | ۱۶ | ۵۰ | ۲۱ | ۲۰-۳۰ |
| | ۲۷/۵ | ۳۳ | ۲۲/۵ | ۹ | ۳۶/۸ | ۱۴ | ۲۳/۸ | ۱۰ | ۳۰-۴۰ |
| | ۱۸/۳ | ۲۲ | ۲۰ | ۸ | ۱۸/۴ | ۷ | ۱۶/۶ | ۷ | ۴۰-۵۰ |
| | ۴/۱ | ۵ | ۲/۵ | ۱ | ۲/۶ | ۱ | ۷/۱ | ۳ | >۵۰ |
| | ۱۰۰ | ۱۲۰ | ۱۰۰ | ۴۰ | ۱۰۰ | ۳۸ | ۱۰۰ | ۴۲ | جمع |

جدول ۲: توزیع فراوانی مدت اقامت فعلی و قبلی، شغل و شغل همسر، نوع و وضعیت مسکن

| P | جمع | | گروه شاهد | | گروه مداخله | | | | | | |
|------|-------|----|-----------|----|-------------|----|---------|----|---------------|-----------|----------|
| | تعداد | % | تعداد | % | بحث گروهی | | سخنرانی | | | | |
| | | | | | تعداد | % | تعداد | % | | | |
| ۰/۹۱ | ۳۲/۵ | ۳۹ | ۳۰/۱ | ۱۲ | ۳۴/۲ | ۱۳ | ۳۳/۳ | ۱۴ | کمتراز یک سال | مدت اقامت | |
| | ۶۷/۵ | ۸۱ | ۷۰/۱ | ۲۸ | ۶۵/۸ | ۲۵ | ۶۶/۷ | ۲۸ | بیش از یک سال | فعلی | |
| ۰/۵۵ | ۱۷/۵ | ۲۱ | ۱۲/۵ | ۵ | ۱۸/۴ | ۷ | ۲۱/۴ | ۹ | کمتراز یک سال | مدت اقامت | |
| | ۸۲/۵ | ۹۹ | ۸۷/۵ | ۳۵ | ۸۱/۶ | ۳۱ | ۷۸/۶ | ۳۳ | بیش از یک سال | قبلی | |
| ۰/۰۳ | ۸۰/۸ | ۹۷ | ۶۷/۵ | ۲۷ | ۹۲/۱ | ۳۵ | ۸۳/۳ | ۳۵ | خانه‌دار | شغل | |
| | ۲/۵ | ۳ | ۲/۵ | ۱ | ۰ | ۰ | ۴/۸ | ۲ | کارگر | | |
| | ۱۰ | ۱۲ | ۲۲/۵ | ۹ | ۲/۶ | ۱ | ۴/۸ | ۲ | کارمند | | |
| | ۳/۳ | ۴ | ۵ | ۲ | ۰ | ۰ | ۴/۸ | ۲ | آزاد | | |
| | ۳/۳ | ۴ | ۲/۵ | ۱ | ۵/۳ | ۲ | ۲/۴ | ۱ | کار در منزل | | |
| | ۲/۵ | ۳ | ۲/۵ | ۱ | ۰ | ۰ | ۴/۸ | ۲ | بیکار | | |
| ۰/۱۶ | ۳۲/۵ | ۳۹ | ۲۷/۵ | ۱۱ | ۴۲/۱ | ۱۶ | ۲۸/۶ | ۱۲ | کارگر | شغل همسر | |
| | ۱۹/۱ | ۲۳ | ۳۰ | ۱۲ | ۱۰/۵ | ۴ | ۱۶/۷ | ۷ | کارمند | | |
| | ۰/۸ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲/۴ | ۱ | معلم | | |
| | ۰/۸ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۲/۴ | ۱ | استاد دانشگاه | | |
| | ۹/۱ | ۱۱ | ۲/۵ | ۱ | ۲۳/۷ | ۹ | ۲/۴ | ۱ | مهندس | | |
| | ۵/۸ | ۷ | ۱۰ | ۴ | ۵/۳ | ۲ | ۲/۴ | ۱ | بازنشسته | | |
| | ۵۸/۴ | ۷۰ | ۵۵ | ۲۲ | ۶۸/۴ | ۲۶ | ۵۲/۴ | ۲۲ | نوساز | | نوع مسکن |
| | ۴۱/۶ | ۵۰ | ۴۵ | ۱۸ | ۳۱/۶ | ۱۲ | ۴۷/۶ | ۲۰ | قدیمی | | |
| ۰/۷۷ | ۴۳/۴ | ۵۲ | ۴۰ | ۱۶ | ۴۲/۱ | ۱۶ | ۴۷/۶ | ۲۰ | استیجاری | وضعیت | |
| | ۵۶/۶ | ۶۸ | ۶۰ | ۲۴ | ۵۷/۹ | ۲۲ | ۵۲/۴ | ۲۲ | ملکی | مسکن | |

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران در گروه‌های مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر و همسر و تعداد فرزندان

| P | جمع | | گروه کنترل | | گروه مداخله | | | | | |
|------|-------|------|------------|------|-------------|----|-----------|----|-----------------|------------------|
| | تعداد | % | تعداد | % | سخنرانی | | بحث گروهی | | | |
| | | | | | تعداد | % | تعداد | % | | |
| ۰/۰۲ | ۳ | ۲/۵ | ۱ | ۲/۵ | ۰ | ۰ | ۴/۸ | ۲ | بی سواد | سطح تحصیلات |
| | ۲۱ | ۱۷/۵ | ۶ | ۱۵ | ۲۶/۳ | ۱۰ | ۱۱/۹ | ۵ | پنجم ابتدایی | |
| | ۲۳ | ۱۹/۱ | ۶ | ۱۵ | ۱۳/۲ | ۵ | ۲۸/۶ | ۱۲ | راهنمایی | |
| | ۴۶ | ۳۸/۳ | ۱۲ | ۳۰/۰ | ۴۷/۴ | ۱۸ | ۳۸/۱ | ۱۶ | دیپلم | |
| | ۱۲ | ۱۰ | ۶ | ۱۵ | ۱۳/۲ | ۵ | ۲/۴ | ۱ | فوق دیپلم | |
| | ۱۵ | ۱۲/۵ | ۹ | ۲۲/۵ | ۰ | ۰ | ۱۴/۳ | ۶ | لیسانس و بالاتر | |
| ۰/۱۱ | ۲ | ۱/۶ | ۱ | ۲/۵ | ۰ | ۰ | ۲/۴ | ۱ | بی سواد | سطح تحصیلات همسر |
| | ۱۲ | ۱۰ | ۰ | ۰ | ۲۱/۰۱ | ۸ | ۹/۵ | ۴ | پنجم ابتدایی | |
| | ۳۵ | ۲۹/۱ | ۱۰ | ۲۵ | ۲۶/۳ | ۱۰ | ۳۵/۷ | ۱۵ | راهنمایی | |
| | ۴۰ | ۳۳/۳ | ۱۵ | ۳۷/۵ | ۳۱/۶ | ۱۲ | ۳۱ | ۱۳ | دیپلم | |
| | ۱۱ | ۹/۱ | ۷ | ۱۷/۵ | ۵/۳ | ۲ | ۴/۸ | ۲ | فوق دیپلم | |
| ۰/۵۸ | ۲۰ | ۱۶/۶ | ۷ | ۱۷/۵ | ۱۵/۸ | ۶ | ۱۶/۷ | ۷ | لیسانس و بالاتر | تعداد فرزندان |
| | ۳۱ | ۲۵/۸ | ۱۴ | ۳۵/۰ | ۱۵/۸ | ۶ | ۲۶/۲ | ۱۱ | ۰ | |
| | ۲۶ | ۲۱/۷ | ۶ | ۱۵/۰ | ۲۱/۱ | ۸ | ۲۸/۶ | ۱۲ | ۱ | |
| | ۳۴ | ۲۸/۳ | ۱۱ | ۲۷/۵ | ۳۱/۶ | ۱۲ | ۲۶/۲ | ۱۱ | ۲ | |
| | ۱۵ | ۱۲/۵ | ۴ | ۱۰/۰ | ۱۸/۴ | ۷ | ۹/۵ | ۴ | ۳ | |
| | ۱۴ | ۱۱/۷ | ۵ | ۱۲/۵ | ۱۳/۲ | ۵ | ۹/۵ | ۴ | بیش از ۴ نفر | |

در گروه سخنرانی منابع اطلاعاتی در مورد سالک بود. منبع اطلاعاتی هیچ کدام از افراد گروه سخنرانی کتاب نبود. در گروه بحث گروهی به ترتیب ۳۴/۲٪، ۱۳/۲٪، ۵۰٪، ۱۰/۵٪، ۷/۹٪، ۱۸/۴٪ و ۲/۶٪ از افراد از رادیو و تلویزیون، روزنامه و مجلات، مرکز بهداشتی، رابطین بهداشت، پمفلت و جزوه آموزشی، دوستان و همسایه‌ها و کتاب جهت کسب اطلاعات استفاده می‌کردند. هم‌چنین در گروه شاهد به ترتیب ۳۰٪، ۱۷/۵٪، ۳۲/۵٪، ۱۰٪، ۲/۵٪، ۵۲/۵٪ و ۵٪ از افراد از رادیو و تلویزیون، روزنامه و مجلات، مرکز بهداشتی، رابطین بهداشت، پمفلت و جزوه آموزشی، دوستان و همسایه‌ها و کتاب را منبع اطلاعاتی مورد استفاده خود عنوان کردند. به غیر از دو منبع اطلاعاتی روزنامه و مجلات

بررسی توزیع آگاهی عمومی مادران نشان داد که در کل ۹۵/۸٪ از مادران از نام سالک مطلع بودند و بقیه از وجود چنین بیماری اطلاع نداشتند. هم‌چنین، بررسی آگاهی عمومی مادران به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که به ترتیب ۹۲/۲٪، ۱۰۰٪ و ۹۵٪ از افراد گروه سخنرانی، بحث گروهی و شاهد از سالک مطلع بوده و بقیه از سالک اطلاعی نداشتند ($P=0.37$).

بررسی توزیع منابع اطلاعاتی مورد استفاده در مورد سالک نشان داد که رادیو و تلویزیون، روزنامه و مجلات، مرکز بهداشتی، رابطین بهداشت، پمفلت و جزوه آموزشی و دوستان و همسایه‌ها به ترتیب در ۵۲/۴٪، ۴۲/۹٪، ۲۸/۶٪، ۹/۵٪، ۴/۸٪ و ۱۱/۹٪ از افراد

بررسی دیدگاه مادران درباره‌ی عامل سالک (عدم آگاهی، عدم رعایت حفاظت فردی، نپوشاندن زخم سالک با گاز استریل، دفع فاضلاب غیر بهداشتی منازل، عدم به‌سازی محیط و دفع غیربهداشتی زباله) در منطقه‌ی زندگی ایشان نشان داد که در گروه سخنرانی، تنها در ۲/۴٪ عدم آگاهی را عامل وفور سالک در محل زندگی‌شان می‌دانستند. هم‌چنین ۴/۸٪، ۷/۱٪، ۷/۱٪ از مادران در گروه سخنرانی به ترتیب عدم رعایت حفاظت فردی، دفع فاضلاب غیربهداشتی منازل و عدم به‌سازی محیط را عامل اصلی فراوانی سالک در محل زندگی‌شان می‌دانستند. در حدود ۳۳/۳٪ از مادران در گروه سخنرانی همه‌ی موارد را انتخاب کردند. در گروه بحث گروهی ۲/۶٪، ۷/۹٪، ۱۳/۲٪، ۱۵/۸٪ و ۱۳/۲٪ به ترتیب عدم رعایت حفاظت فردی، نپوشاندن زخم سالک با گاز استریل، دفع فاضلاب غیربهداشتی منازل، عدم به‌سازی محیط و دفع غیربهداشتی زباله را عامل ایجاد سالک در محل زندگی‌شان می‌دانستند. هم‌چنین در گروه بحث گروهی ۱۸/۴٪ همه‌ی موارد را عامل دخیل بر وفور سالک در محل زندگی‌شان دانسته‌اند. در گروه شاهد ۲۲/۵٪ همه‌ی موارد و تنها ۲/۵٪ به ترتیب نپوشاندن زخم سالک با گاز استریل، دفع فاضلاب غیربهداشتی منازل و عدم به‌سازی محیط را دخیل بر وفور سالک در محل زندگی‌شان دانسته‌اند. هم‌چنین ۱۰٪ و ۵٪ از مادران عدم رعایت حفاظت فردی دفع غیربهداشتی زباله را عامل ایجاد این بیماری می‌دانستند. به‌جز عامل دفع بهداشتی زباله ($P=0.02$)، اختلاف معنی‌داری بین سه گروه در سایر عوامل وجود نداشت.

میانگین و انحراف معیار نمرات به‌دست‌آمده از میزان آگاهی مادران قبل از آموزش در سه گروه سخنرانی، بحث گروهی و شاهد به ترتیب برابر با 56.2 ± 15.02 ، 58.92 ± 14.37 و 57.32 ± 14.37 بود ($P=0.71$). میانگین و انحراف معیار نمرات به‌دست‌آمده از میزان آگاهی مادران بلافاصله پس از آموزش در سه گروه سخنرانی،

($P=0.04$) و دوستان و همسایه‌ها ($P \geq 0.05$) در هیچ کدام از موارد یادشده ارتباط معنی‌داری میان توزیع افراد در گروه‌های مورد بررسی مشاهده نشد.

بررسی میزان ابتلا مادران به سالک نشان داد که به ترتیب ۲۸/۶٪، ۴۴/۷٪ و ۴۰٪ از افراد در گروه‌های سخنرانی، بحث و شاهد دچار سالک بودند و در کل ۳۷/۵٪ از افراد به سالک مبتلا بودند ($P=0.30$).

بنا به گفته‌ی مادران، ۶۰/۸٪ از کودکان به سالک مبتلا شده بودند، ۳۶/۶٪ از عدم ابتلا کودکان و خویشاوندان خود به سالک خبر دادند و در حدود ۲/۵٪ در این مورد ابراز بی‌اطلاعی کردند. توزیع میزان ابتلای خویشاوندان مادران به سالک به تفکیک گروه‌ها نشان داد که به ترتیب ۵۹/۵٪، ۶۳/۱٪ و ۶۰٪ از کودکان یا خویشاوندان مادرانی که در گروه‌های سخنرانی، بحث و شاهد بودند دچار سالک شده بودند. هم‌چنین به ترتیب ۳۵/۷٪، ۳۶/۸٪ و ۳۷/۵٪ از خویشاوندان مادرانی که در گروه‌های سخنرانی، بحث و کنترل بودند به سالک مبتلا نبودند. در حدود ۴/۷٪ و ۲/۵٪ از مادران در گروه‌های سخنرانی و کنترل از ابتلا خویشاوندان خود نسبت به ابتلا به سالک ابراز بی‌اطلاعی کردند ($P=0.75$).

در کل ۵۹/۱٪ از مادران بیان داشتند که این بیماری در محل زندگی‌شان وجود دارد و ۱۷/۶٪ از آن‌ها عدم وجود این بیماری را اعلام کرده و حدود ۲۳/۳٪ از وجود آن بی‌اطلاع بودند. ۵۹/۵٪ از مادران در گروه سخنرانی وجود این بیماری را در محل زندگی‌شان تأیید و ۱۴/۳٪ از آن‌ها عدم وجود این بیماری را اعلام کرده و بقیه‌ی آن‌ها از وجود یا عدم وجود سالک بی‌اطلاع بودند. در گروه بحث گروهی در حدود ۶۵/۸٪ از مادران وجود این بیماری را در محل زندگی‌شان تصدیق، ۱۳/۲٪ آن‌را رد و بقیه از وجود یا عدم وجود آن بی‌اطلاع بودند. در گروه شاهد نیز ۵۲/۵٪ از مادران وجود این بیماری را در محل زندگی‌شان تصدیق، ۲۵٪ آن‌را رد و بقیه از وجود یا عدم وجود آن بی‌اطلاع بودند ($P=0.59$).

گروه سخنرانی و شاهد نیز معنی‌دار نبود ($P=0/06$). مقایسه میان دو گروه بحث گروهی و شاهد، اختلاف آماری معنی‌داری میان این دو گروه را قبل و بعد از آموزش نشان داد ($P<0/001$). اختلاف آماری معنی‌داری بین دو روش آموزشی در امتیاز نگرش مادران نیز وجود داشت ($P<0/001$).

بحث

در مطالعه‌ی حاضر بیشتر شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند. در دیگر مطالعات مشابه نیز بین سن مادران و سطح آگاهی عمومی درباره‌ی سالک رابطه‌ای وجود نداشت. یکی از علل احتمالی عدم آگاهی بیشتر مادران در منطقه‌ی انجام پژوهش می‌تواند از علل احتمالی این یافته باشد^۸. با توجه به این یافته، بیشتر مراجعه‌کنندگان به مرکز بهداشت مورد پژوهش جوان بوده لذا اجرای برنامه‌ی آموزشی برای آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

بیشتر مادران شرکت‌کننده در مطالعه‌ی ما دیپلم متوسطه داشتند. نیمی از شرکت‌کنندگان مطالعه‌ی صادق‌نژاد و همکاران نیز دارای مدرک دیپلم بودند^۹. در مقایسه‌ی با آمار ارائه‌شده در آخرین سرشماری مسکن و نفوس سال ۱۳۸۵ در مشهد حدود ۸۸/۵٪ زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله باسواد بوده و ۳۵/۱٪ آن‌ها زیردیپلم و دیپلم بودند در حالی که در مطالعه‌ی حاضر ۹۷/۵٪ شرکت‌کنندگان باسواد بودند. به نظر می‌رسد که بیشتر زنانی که به مراکز بهداشت درمانی مراجعه می‌کنند زنان باسواد هستند که تمایل بیشتری برای شرکت در جلسات آموزشی داشته و به دنبال آموختن مراقبت مؤثر هستند^۲.

میزان آگاهی تقریباً یک‌سوم از زنان شرکت‌کننده در مورد سالک بسیار ضعیف بود بعد از آموزش به نصف رسید. میزان آگاهی عمومی عالی مادران نسبت به بیماری ۱۰٪ بود که پس از آموزش نزدیک به ۴۰٪ شد. در مطالعه‌ی مظلومی نیز مانند مطالعه‌ی ما، میزان

بحث گروهی و شاهد به ترتیب برابر با $83/33 \pm 9/38$ و $85/24 \pm 7/38$ و $57/5 \pm 15/08$ بود. مقایسه‌ی میانگین نمرات سه گروه پس از آموزش نشان داد که تفاوت معنی‌داری از نظر میزان آگاهی مادران نسبت به سالک میان سه گروه وجود دارد ($P=0/001$).

میانگین و انحراف معیار نمرات میزان آگاهی مادران یک ماه پس از آموزش در سه گروه سخنرانی، بحث گروهی و شاهد به ترتیب برابر با $74/24 \pm 10/57$ ، $74/9 \pm 6/66$ و $58/66 \pm 13/81$ بود که مقایسه‌ی میانگین نمرات سه گروه حاکی از وجود یک تفاوت معنی‌دار در میزان آگاهی مادران یک ماه پس از آموزش بود ($P<0/001$). مقایسه‌ی جفتی میانگین امتیاز آگاهی در گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که اختلاف معنی‌داری میان دو گروه مداخله از نظر میزان آگاهی وجود نداشت ($P=0/36$). هم‌چنین مقایسه‌ی جفتی میانگین امتیاز میزان آگاهی میان دو گروه سخنرانی و کنترل ($P<0/001$) و گروه بحث گروهی و شاهد ($P<0/001$) حاکی از اختلاف معنی‌دار میان این دو گروه قبل و بعد از آموزش بود. مقایسه‌ی میانگین نمرات نگرش قبل از مداخله در سه گروه سخنرانی، بحث گروهی و شاهد به ترتیب برابر با $62/37 \pm 5/92$ ، $63/91 \pm 4/51$ و $66/71 \pm 6/28$ بود ($P=0/13$). میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش مادران بلافاصله پس از آموزش در سه گروه سخنرانی، بحث گروهی و شاهد به ترتیب برابر با $87/68 \pm 8/16$ ، $90/72 \pm 5/88$ و $79/93 \pm 9/1$ ($P<0/001$).

میانگین و انحراف معیار نمرات میزان آگاهی مادران یک ماه پس از آموزش در سه گروه سخنرانی، بحث گروهی و شاهد به ترتیب برابر با $82/98 \pm 7/64$ ، $86/28 \pm 10/07$ و $80/62 \pm 8/4$ بود ($P=0/18$). مقایسه‌ی جفتی میانگین نمرات نگرش مادران در گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که اختلاف معنی‌داری میان دو گروه مداخله از نظر میزان آگاهی وجود نداشت ($P=0/001$). اختلاف میانگین نمرات نگرش میان دو

است این تفاوت بین مطالعه‌ی ما و مطالعات مشابه ناشی از تفاوت در شرکت‌کنندگان مطالعه باشد. در مطالعه‌ی ما، بیشتر مادران خانه‌دار بودند که احتمالاً بیشتر با دوستان مراد دارند و زمان بیشتری را صرف تبادل اطلاعات می‌کنند، اما مطالعه‌ی شریف‌زاده و همکاران روی دانش‌آموزان انجام شد که به‌علت علاقه‌ی این گروه سنی به تماشای تلویزیون، طبیعتاً منبع اصلی کسب اطلاعات رسانه‌ها بود.

بیشتر شرکت‌کنندگان عدم آگاهی و نپوشاندن زخم سالک را به‌عنوان مهم‌ترین عوامل در انتقال سالک می‌دانستند درحالی که یکی از کم‌هزینه‌ترین، ساده‌ترین و قابل دسترس‌ترین روش‌های پیشگیری از سالک کسب آگاهی و پوشاندن زخم سالک در هنگام شب است. به‌طور کلی مطالعه‌ی حاضر اثر معنی‌داری بر میزان آگاهی کلی مادران در این زمینه داشت.

این مطالعه تأثیر موفقیت‌آمیز مداخله‌ی آموزشی (بحث گروهی - سخنرانی) را بر ارتقای سطح آگاهی مادران مورد مطالعه در رابطه با سالک و راه‌های پیشگیری از نشان داد که با یافته‌های برخی از مطالعات مشابه در زمینه‌ی سالک و راه‌های پیشگیری از آن در ایران و خارج از کشور مطابقت داشت^{۱۳ و ۱۴}. هم‌چنین، نتایج برخی دیگر از مطالعات درباره‌ی اثربخشی مداخله‌ی آموزشی بر آگاهی گروه‌های مورد مطالعه با نتایج تحقیق حاضر هم‌خوانی داشت^{۱۴-۱۶}.

هر دو روش سخنرانی و بحث گروهی در افزایش ارتقای سطح آگاهی مادران درباره‌ی سالک مؤثر بودند که با یافته‌های مطالعه‌ی شجاعی^{۱۷} و باقیانی^{۱۵} مقدم مطابقت داشت. اگرچه اختلاف آماری معنی‌داری در افزایش میانگین امتیازات سطح آگاهی مادران بین دو روش بحث گروهی و روش سخنرانی وجود نداشت، ولی میانگین امتیازات سطح آگاهی در گروه بحث گروهی بالاتر بود که می‌تواند در نتیجه‌ی تعاملی بودن و مشارکت افراد در بحث و ارتباط دوطرفه در این روش باشد. مطالعات صادق‌نژاد و همکاران، و اختیاری و

آگاهی از نشانه‌های بیماری در زنان دارای تحصیلات بالاتر بیشتر بود. به‌طور کلی، در مطالعه‌ی مذکور سن و تحصیلات به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز درمان بهداشتی معرفی شدند^{۱۰}.

به‌طور کلی می‌توان گفت که سطح تحصیلات مادران تأثیر مهم و انکارناپذیری بر سلامت فرزندان دارد. براساس مطالعات انجام‌شده در این زمینه، برخی ویژگی‌های والدین مانند سطح تحصیلات روی درک افراد از دوره‌ی بیماری، شدت آن و نحوه‌ی استفاده از خدمات بهداشتی مؤثر است^{۱۱}. اکثر مادران شرکت‌کننده در مطالعه‌ی حاضر خانه‌دار بودند. هم‌چنین تفاوت معنی‌داری بین شاغل یا خانه‌دار بودن مادران بین سه گروه مورد مطالعه وجود داشت. این مسأله می‌تواند بیانگر این مورد باشد که مادران شاغل کمتر فرصت مراجعه به مراکز بهداشتی را پیدا می‌کنند و به‌علت مشغله‌ی زیاد فرصتی برای کسب اطلاعات ندارند، ولی مادران خانه‌دار وقت بیشتری برای کسب اطلاعات در زمینه‌ی سالک و مراجعه‌ی بیشتری به مراکز بهداشتی و درمانی دارند، لذا سطح آگاهی آن‌ها در این زمینه بالاتر خواهد بود.

در این مطالعه مشخص شد که بیشتر مادران اطلاعات خود را از تلویزیون کسب کرده بودند. در مطالعه‌ای که توسط صادق‌نژاد و همکاران انجام شد منبع کسب آگاهی زنان شرکت‌کننده در مطالعه به‌ترتیب پزشک و مراقبین بهداشتی، کتاب، نشریات، رادیو، تلویزیون، دوستان و آشنایان بود که با مطالعه‌ی حاضر متفاوت است^۹. هم‌چنین، در مطالعه‌ی شریف‌زاده و همکاران روی آگاهی و نگرش دانش‌آموزان در مورد ایدز، مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات به‌ترتیب رادیو، تلویزیون، روزنامه و کتاب، دوستان و آشنایان و کارکنان بهداشتی بود. این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی صادق‌نژاد و همکاران که براساس آن مراقبین بهداشتی بیشترین سهم را در ارائه‌ی اطلاعات برعهده داشتند، متفاوت بود^{۹ و ۱۲}. ممکن

همکاران با نتایج مطالعه‌ی ما هم‌خوانی دارد^{۹۱۷}.

نیکنمایی در مطالعه‌ی خود نشان داد که علی‌رغم آگاهی پایین مادران در زمینه‌ی کالآزار، نگرش آن‌ها در خصوص اقدام‌های لازم برای کودک مشکوک به ابتلا به کالآزار مناسب بوده است. بنابراین این امکان وجود دارد که آگاهی کم ولی نگرش خوب باشد که با نتیجه‌ی به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی حاضر در تعارض است. با این وجود نتایج مطالعه‌ی ما در گروه شاهد با مطالعه‌ی نیکنمایی مطابقت دارد چراکه مادرانی که آگاهی کم داشته و فرصت کسب آگاهی نداشته می‌توانند نگرش خوبی نسبت به بیماری داشته باشند که حاصل از تجربیات آن‌ها است^{۱۸}. پژوهش حاضر مؤید اثر ماندگاری بر یادگیری در هر دو روش سخنرانی و بحث گروهی بود. براساس مطالعه‌ی حشمتی و همکاران، ماندگاری اثر ایفای نقش و بازی در مقایسه با سخنرانی، بیشتر است^{۱۳}. با توجه به آنکه بحث گروهی نیز به نوعی مشارکت فراگیران را افزایش می‌دهد، مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی حشمتی و همکاران مطابقت داشت^{۱۳}، بنابراین این احتمال وجود دارد که آموزش‌هایی که باعث مشارکت فراگیر در موضوع می‌گردد، ماندگاری بیشتری خواهد داشت. مطالعات مختلفی ازجمله صادق‌نژاد و همکاران، و باقیانی‌مقدم و همکاران، برتری بحث گروهی بر سخنرانی را نشان داده‌اند^{۹۱۴}.

میانگین امتیاز نگرش در سه گروه مورد مطالعه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت که با یافته‌های سایر مطالعات هم‌خوانی دارد^{۹۱۳}. تفاوت معنی‌داری بین گروه سخنرانی و بحث گروهی مشاهده شد درحالی که بین گروه سخنرانی و شاهد اختلاف معنی‌داری قبل، بلافاصله بعد از آموزش و یک ماه بعد از آن مشاهده نشد، از این‌رو ممکن است استفاده از روش بحث گروهی با توجه به مزایایی از قبیل فعال‌سازی ذهن افراد و پرورش مهارت‌هایی

چون تفکر خلاق و مشارکت فعال در یادگیری، برای تغییر نگرش مادران در خصوص سالک، مؤثرتر از سخنرانی باشد. از طرفی یافته‌ها در مرحله‌ی قبل از آموزش نشان‌دهنده‌ی عدم ارتباط بین آگاهی و عملکرد افراد بود، بنابراین افرادی که آگاهی بالاتری دارند، الزاماً رفتارهای بهداشتی بهتری ندارند که با نتایج به‌دست‌آمده از برخی مطالعات مشابه هم‌خوانی داشت^{۹۱۵}.

از محدودیت‌های این مطالعه‌ی می‌توان به احتمال وجود سوگرایی به دلیل استفاده از پرسش‌نامه‌ی خودگزارش‌دهی اشاره کرد. غیبت برخی از مادران در پرکردن پرسش‌نامه‌ی مجدد و عدم همکاری برخی از مادران در انجام مطالعه از دیگر محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر بود.

به‌طور خلاصه، پژوهش حاضر تأثیر مثبت مداخلات آموزشی انجام‌گرفته را نشان داد و بر این امر دلالت داشت که اجرای صحیح این برنامه در بهبود وضعیت آگاهی و نگرش مادران در زمینه‌ی سالک و راه‌های پیشگیری مؤثر می‌باشد. به‌طور کلی، درحالی که در افزایش و ماندگاری نگرش مادران در خصوص این بیماری روش بحث گروهی و سخنرانی هر دو مؤثر بودند ولی روش بحث گروهی بر سخنرانی برای تأثیر نگرش ارجحیت داشت.

با توجه به پائین‌بودن سطح آگاهی زنان نسبت به سالک و راه‌های پیشگیری از آن و تأثیر آموزش به‌عنوان یک روش مؤثر در ارتقای سطح آگاهی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی‌های آموزشی در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان درباره‌ی سالک و راه‌های پیشگیری از آن در مناطق آلوده به سالک در کنترل سالک انجام شود.

در پایان، از تمامی کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند سپاسگزاریم.

References

1. Campos-Neto A, Porrozzi R, Greeson K, et al. Protection against cutaneous leishmaniasis induced by recombinant antigens in murine and nonhuman primate models of the human disease. *Infect Immun* 2001;69:4103-8.
2. Berger SA. Visceral Leishmaniasis: Global Status. available at : <http://www.gideononline.com/ebooks/disease/visceral-leishmaniasis-global-status/>. 2010;84. Gideon Informatics, Inc. Last accessed: June, 1 2015].
3. World Health Organization. Report of the consultative meeting on cutaneous leishmaniasis. Geneva, Switzerland. WHO Document Production Services; 2008.
4. Aflatoonian MR, Sharifi I, Aflatoonian B. The effects of prevention knowledge compared to the improvement of housing conditions in control of anthroponotic cutaneous leishmaniasis: a natural experience of earthquake in Bam/Iran. *J Kerman Uni Med Sci* 2014;21:247-58.
5. Mohebbali M, Mehrabi Tavana A, et al. Preparation and standardization of Leishmania suspension and its evaluation for leishmaniazation. *Exp Parasitol* 1987;64:147-56.
6. Iranian Ministry of Health and Medical Education. [Guideline for management of cutaneous leishmaniasis in the city of Bam]. Center for Commuhnicable Disease Control; 2007. [Persian]
7. Cotrell R, Girvan J, McKenzie J. Principles and foundation of health promotion and education. 2013.
8. Nejad Nayrishi AH, Alhani F, Anoosheh M, Faghihzadeh S. [The effect of designed home visit program on promoting cutaneous leishmaniasis preventive behaviors]. *Iran J Nursing Midwifery Res* 2007;20:85-100. [Persian]
9. Sadeghnezhad F, Niknami S, Ghaffari M. [Effect of health education methods on promoting breast self examination (BSE)]. *J Birjand Uni Med Sci* 2009;15:3-8. [Persian]
10. Mazloumi SS. [Effect of health education in developpe of preventive behaviors of cutaneous leishmaniasis in Yazd]. [PhD Thesis]. Tehran: Tarbiatmodares; 2001. [Persian]
11. DeClerque J, Bailey P, Janowitz B, et al. Management and treatment of diarrhea in Honduran children: factors associated with mothers' health care behaviors. *Social Sci Med* 1992;34:687-95.
12. Sharifzadeh GR, Moodi M, Zendehtdel A. [Study of health education effect on knowledge and attitude of high school female students regarding AIDS in Birjand during 2007]. *J Birjand Uni Med Sci* 2010;17:42-9. [Persian]
13. Heshmati H, Rahaei Z, Hazaveihi S, et al. [Related factors to educational behaviors of health volunteers aboutcutaneous leishmaniasis on the basis of BASNEF model in Yazd]. *J Ardabil Uni Med Sci* 2011; 1: 48-56. [Persian]
14. Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardekani M. [The effect of educational intervention on quality of life of diabetic patients type 2, referred to diabetic research centre of Yazd]. *The Horizon of Medical Sciences* 2008;13:8-21. [Persian]
15. Rakhshandehro S, Ghafari M, Heydarnia A. [The effectiveness of educational interventions on metabolic control in diabetic patients who referred to Iranian Diabetes Association]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2009;9:57-64. [Persian]
16. Shojaeizadeh D, Ebrahim TG, Tehrani H, et al. [The effect of education on knowledge and attitude of of highschool students about AIDS in Faruj, Iran]. 2012.
17. Soleiman Ekhtiari Y, Shojaeizadeh D, Zaraati H. [A comparison of the effectiveness of two educational methods on the nutritional knowledge and attitude about prevention of obesity in

primary school fourth Persian- and fifth-grade students in Tehran school region I]. *Toloo-e-Behdasht* 2007;6:1-11 [Persian]

18. Niknami S. [BASNEF assessment model to determine factors in the prevention and control of kala-azar disease and providing a appropriate model]. [PhD Thesis]. Tehran: Tarbiate Modares; 1994. [Persian]

Effect of the educational interventions on mothers' knowledge and attitude towards cutaneous leishmaniasis in Mashhad

Fatemeh Kavoosi, MSc¹
Davoud Shojaeizadeh, PhD²

1. School of Public Health and Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health and Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Background and Aim: Lack of information on how to protect and prevent cutaneous leishmaniasis plays an important role in the susceptibility to the disease. Therefore, preventive measures will be effective if the parents have awareness about the disease. This study was aimed to investigate the effects of educational interventions on mother's knowledge and attitude towards cutaneous leishmaniasis.

Methods: In this quasi-experimental study, 120 married women who were 15 years of age or older and were referred to Ab-o-Bargh Health Center in Mashhad were recruited. The participants were divided into three groups: participation in an educational lecture, participation in an educational group discussion session, and a control, non-intervention group. A researcher-developed questionnaire including questions on demographic data, and developed knowledge and attitude towards cutaneous leishmaniasis were used for data gathering. The evaluation of educational intervention effects were assessed before, immediately after the interventions, and one month after the educational interventions.

Results: Before the intervention, there was no significant difference in the mean of awareness scores between the three groups ($P=0.71$). However, there was a significant difference in awareness scores between the three groups immediately after the intervention. The observed scores did not change significantly after one month ($P=0.001$). Also, there was a significant difference in the rate of attitude score towards cutaneous leishmaniasis after the intervention between three groups ($P=0.001$).

Conclusion: Individual and group educational interventions regarding cutaneous leishmaniasis were effective to increase the knowledge and improve the attitude of the participants towards the disease. We recommend to apply effective educational interventions like group discussions to improve the mothers' knowledge and their insights about cutaneous leishmaniasis.

Keywords: knowledge, attitude, cutaneous leishmaniasis, prevention

Received: Aug 4, 2015 Accepted: Nov 1, 2015

Dermatology and Cosmetic 2015; 6 (4): 209-220

Corresponding Author:
Davoud Shojaeizadeh, PhD

Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health and Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: kavoosifa3@gmail.com

Conflict of interest: None to declare