

فهرست

صفحه	عنوان
	خلاصه
۱	فصل اول: مقدمه و کلیات
۳	لیشمانیازیس
۳	لیشمانیازیس جلدی
۴	تاریخچه
۵	اتیولوژی
۶	گروه بندی و چرخه زندگی
۹	ایمونولوژی
۱۰	اپیدمیولوژی
۱۲	اپیدمیولوژی سالک در یزد
۱۴	تظاهرات بالینی
۱۶	درمان
۱۷	پیشگیری و کنترل
۲۰	آموزش بهداشت
۲۱	بیان مسأله و اهمیت موضوع
۲۲	مروری بر مطالعات مشابه
۲۹	اهداف

۳۰	فصل دوم: روش تحقیق
۳۱	جامعه مورد بررسی
۳۱	روش اجرا
۳۵	فصل سوم: نتایج
۴۳	فصل چهارم: بحث
۴۴	آگاهی
۴۶	رفتار
۴۸	نتیجه گیری و پیشنهادات
۵۰	منابع
۵۳	Abstract
۵۴	فصل پنجم: ضمیمه

خلاصه:

بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت در خصوص پیشگیری از بیماری سالک بر آگاهی و رفتار دانش آموزان مقطع راهنمایی محله کوشک نو (اردکان) لیشمانیازیس جلدی که یک بیماری شایع پوستی مشترک بین انسان و حیوانات است که ایران نیز جز کشورهای حوزه انتشار جغرافیایی آن قرار دارد. ظهور لیشمانیازیس در مناطق جغرافیایی و میزبانهای جدید و اقدامات جهت کنترل آن از چالشهای اخیر این بیماری است. آموزش بهداشت یکی از مهمترین اقدامات پیشگیری کننده به حساب می آید.

پژوهشی درباره ارزیابی میزان آگاهی و عملکرد دانش آموزان کوشک نو اردکان که در معرض خطر سالک قرار گرفته است صورت گرفت. سپس پس از انجام برنامه آموزشی ارزیابی آگاهی و عملکرد مجدداً پس از ۳ ماه صورت گرفت سطح آگاهی به طور معنی داری افزایش یافته بود اما تغییر رفتار فقط در بعضی زمینه وجود داشت. در این پژوهش بین گروه سنی یا سطح تحصیلات پدر و سطح آگاهی رابطه معنی داری وجود نداشت. این پژوهش بر شناسایی کانالهای ارتباطی بین جامعه و پرسنل بهداشتی قبل از طراحی برنامه های آموزشی بهداشت و اتخاذ برنامه پژوهشی بلند مدت برای بررسی اثر بخشی آموزش بهداشت تأکید دارد.

فصل اول

مقدمه و کلیات

مقدمه:

لیشمانیازیس بیماری انگلی است که توسط انگل‌های تک یاخته از جنس لیشمانیا ایجاد می‌شوند. در انسان بیماری ناشی از لیشمانیاها که به صورت بیماری جلدی خالص ظاهر می‌شود به آن سالک می‌گویند و یا پوست و مخاط هر دو را گرفتار می‌کند که آن را لیشمانیاز جلدی مخاطی می‌نامند و یا ممکن است به شکل عمومی تمام بدن را فراگیر که به آن لیشمانیازیس احشایی و کالا آزار می‌گویند. لیشمانیاز شهری آنتروپونوز است یعنی در درجه اول از انسان به انسان منتقل می‌شود و سگ به عنوان مخزن فرعی عمل می‌کند. لیشمانیا معمولاً در نقاطی که تراکم انسان بیشتر است توسط پشه خاکی ناقل بروز می‌کند که در مناطق کوهپایه و در بافت قدیمی شهرها به وفور یافت می‌شود. پشه خاکی به محیطی گرم و مرطوب نیاز دارد که این شرایط در اماکن مخروبه، لانه مرغها، توده های زباله، خاکروبه، لانه جوندگان و زیرزمین فراهم است.^{۱، ۲}

از مهمترین محورهای عمده در کنترل آموزش بهداشت به جامعه، گروه در معرض خطر یا گروهی که نقش عمده ای در کنترل بیماری دارند می‌باشد.^۳

این بیماری در شهر یزد بومی بود و از آن تحت نام (کپه) یاد می‌شود در سالهای اخیر بعلت تغییر در محیط موارد بیماری در شهر یزد افزایش یافته است.

در شهرستان اردکان به منظور مقابله با فرسایش سرزمین توسط باد و در جهت بازسازی محیط و اصلاح اثرات مخرب آن، در دو دهه اخیر، با حفر چاه‌های نیمه عمیق و ایجاد پسته زارهای جدید فعالیت‌های کشاورزی گسترش یافته است و در جهت مبارزه با کویر در منطقه چاه افضل نسبت به ایجاد جنگل‌های مصنوعی Atriplex، تاغ و گز اقدام شده است که با الطبع موجب احیاء مراتع و رویش مجدد گیاهان بومی منطقه همچون اشنان و اسکنبیل و قیچ گردیده است که این گیاهان مورد علاقه جوندگان صحرائی بوده و در افزایش وفور آنها و ایجاد کلنی‌های وسیع جوندگان در منطقه نقش بسزایی داشته است و با توجه به وجود عوامل اصلی ایجاد کننده حلقه انتقال یعنی انسان حساس، ناقل و منطقه آلوده زمینه ایجاد بومی شدن بیماری در منطقه فراهم آمده است. با ورود موش‌های آلوده به احمدآباد - ترک آباد و حاشیه شهر اردکان و با توجه به گسترش شهرنشینی و تجاوز انسانها به حریم موشها، زمینه انتقال بیماری به انسان فراهم و در سالهای ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۷۹ بیماری سالک به طور وسیعی انتقال می‌یابد به طوری که بر اساس آمارهای موجود سال ۱۳۷۷ اردکان آلوده ترین نقطه کشور محسوب گردید.^۹

بر آن شدیم که وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان مقطع راهنمایی را در ابتدا توسط پرسشنامه سنجیده و سپس نقش آموزش به روش تعریف شده این پژوهش را در ارتقاء آگاهی و متغیر رفتار این گروه بسنجیم.

لیشمانیازیس

تعریف: واژه لیشمانیازیس مجموعاً به سندرمهای بالینی مختلفی اشاره دارد که توسط تک یاخته های داخل سلولی اجباری از جنس لیشمانیا (دسته کیتوپلاستیده) ایجاد می شود. لیشمانیازیس در موقعیتهای اکولوژیک متفاوتی در مناطق گرمسیری، نیمه گرمسیری و اروپای جنوبی اندمیک است که از بیابانی تا جنگلهای بارانی و از مناطق روستایی تا حومه شهرها متعینند به صورت نمادین این یک زئونوز وابسته به ناقل با چونندگان و Canids به عنوان مخزن شایع و انسان به صورت میزبان اتفاقی است. در انسانها لیشمانیازیس احشایی، جلدی و مخاطی از عفونت ماکروفاژها در سیستم تک هسته ای فاگوسیتی در پوست و در مخاط نازو اوروفارنژال ناشی می شود. چالشهای اخیر شامل ظهور لیشمانیازیس در مناطق جغرافیایی و جمعیتهای میزبان جدید (مثل لیشمانیازیس احشایی در افراد آلوده به (HIV) و نیاز به آزمایشهای عملی و سریع تشخیص و برای درمانهای مؤثر ایمن و قابل تحمل خوراکی و اقدامات در جهت کنترل عوامل ایمنوپروپیلاکتیک است.^{۱۴}

لیشمانیازیس جلدی

لیشمانیازیس جلدی به طور سنتی به دنیای جدید (آمریکا) و دنیای قدیم تقسیم بندی شده است. بیش از ۹۰٪ موارد بیماری در جهان در افغانستان، الجزایر، ایران، عراق، عربستان سعودی، سوریه، برزیل و پرو رخ می دهد.

مترادفها (نامهای محلی): برای لیشمانیازیس دنیای قدیم کودک بغدادی، زخم شرقی (سالک)، Biskra button، کورک دهلی، Aleppo boil، زخم قندهار، زخم لاهور و برای دنیای جدید زخم خلیج، Chiclero یا Pian bois uta، ulcer.

تاریخچه

در کتب قدیمی ایران بخصوص در کتاب قانون بوعلی سینا در مورد زخمی به نام جیرونیه یا خیرونیه بحث شده است که مدتها طول کشیده و درمانش مشکل بوده است. با نشانیها و علائمی که ذکر شده به نظر می رسد منظور زخم سالک بوده است.^۷

در کتاب مجمع الجوامع علوی از یک شکل زخم جلدی یاد شده که آن را قروح الخیرونیه نامگذاری کرده اند و توضیحاتی که درباره آن داده شده با زخم سالک تطبیق می کند. در شرح اسباب ملانفیس از بیماری به نام شلیم بحث شده که تظاهرات آن با زخم سالک شباهت دارد. در سال ۱۸۸۵ بعد از فتح تونس، کانینگهام سالک را در سربازان فرانسوی مشاهده کرد و اولین کسی است که به وجود تک یاخته ای در داخل زخم پی برده است. عامل سالک در ۱۹۰۳ توسط رایت و در ۱۹۰۶ توسط لوهه به طور جداگانه توصیف شده است. وینون در سال ۱۹۹۱ حاضرشان ساخت که فلبوتوم ممکن است ناقل بیماریهای ناشی

از لیشمانیا باشد و پس از گذشت ۳۰ سال نظریه او توسط آدلر به اثبات رسید
پیش از کشف انگل عامل بیماری در ۱۸۶۵ میلادی، پولاک که یکی از استادان
پزشکی مدرسه دارالفنون بود شرح جامعی درباره بیماری سالک نوشت و این
زخم را به دو شکل حاد و دو شکل مختلف مزمن تقسیم کرد و آن را با تکمه
بغدادی یکی دانست. در اوایل قرن بیستم درباره لیشمانیاز پوستی مطالعات
کاملتری در منطقه تهران انجام گرفت. در سال ۱۹۱۵ گاشه استاد پزشکی
دارالفنون ۲۱ سگ ولگرد تهران را مورد آزمایش قرار داد که ۱۵ سگ به سالک
مبتلا بودند. از سال ۱۳۲۰ شمسی به بعد محققان ایرانی نظیر انصاری، مفیدی و
ندیم در زمینه اپیدمیولوژی، اختصاصات آزمایشگاهی انگل، گونه های شبه
خاکهای مناطق آلوده و درمان موارد سالک مطالعاتی در نقاط مختلف ایران
انجام دادند.

اتیولوژی

لیشمانیازیس جلدی دنیای قدیم توسط *L. tropica*، *L. Major* و *L. aethiopia* و
L. infantum و *L. donovani* ایجاد می شود. در آمریکا به صورت نمادین عامل
اتیولوژیک *L. mexicana* و *Viannia* subgenus است و شامل ارگانیسیمهای
شبه *L. major* و *L. Chagasi* نیز می شود.^{۱۱}

گروه بندی و چرخه زندگی

گروه بندی، Shaw و Lesson لیشمانیاها را به دو زیر گروه طبقه بندی کردند. Viannia و Leishmania که اساس آن بر مراحل تکاملی در پشه خاکی است. زیر گروه Viannia شامل گونه هایی است که در hind-gut پشه خاکی قبل از مهاجرت به midgut و Foregut پشه خاکی تکامل می یابند. زیر گروه Leishmania گونه هایی هستند که تنها در midgut و Foregut پشه خاکی تکامل می یابند، طبقه بندی هر زیر گروه نیز بر اساس فاکتورهای متعددی می باشد. امروزه راههای متعددی جهت جداسازی لیشمانیاها موجود می باشد که شامل آنالیز ایزوانتیزیم در آزمایشگاههای وابسته به WHO، استفاده از آنتی بادیهای مونوکلونال مخصوص گونه، آنالیز DNA کینتوپلاست و PCR که در آزمایشگاههای تحقیقاتی در دسترس است. PCR به عنوان روش انتخابی در تعیین و تشخیص گونه در آینده مطرح است.¹⁷

سیکل زندگی

الف- سیر تکاملی در بدن پشه خاکی:

گونه هایی از پشه خاکی متعلق به جنسهای لوتزومیا (در آمریکا) و فلبوتوموس (در خارج از قاره آمریکا) نقش میزبانان ناقل بیولوژیک را عهده دار می باشند. این پشه ها در هنگام خونخواری از میزبان مهره دار نوده و یا از زخم سائک، لکوسیتها و ماکروفاژهای تک هسته ای بزرگ که حاوی فرمهای لیشمانیایی

(آماستیگوت) هستند را می بلعند. این تک یاختگان در معده میانی (mid gut) پشه خاکی به فرم تاژک دار یا لپتومونادی (پروماستیگوت) تبدیل می شوند. آنگاه لپتومونادها به دیواره معده چسبیده و با تقسیم دو تایی تکثیر می یابند. لپتومونادها، سپس به قسمت قدامی معده و از آنجا به سوی مری، حلق و ضمایم دهانی حشره مهاجرت کرده در آنجا می مانند تا در خونخواری بعدی وارد پوست میزبان شوند. انگل ۱۲-۴ روز پس از خونخواری پشه خاکی به مرحله عفونت زایی می رسد. تعداد زیاد لپتومونادها گاهی موجب انسداد مجاری گوارش پشه ها می شوند. پشه خاکیها معمولاً شبها برای خونخواری به میزبان خود حمله می کنند و در حین کار تعداد زیادی لپتوموناد را به میزبان تلقیح می کنند. آلودگی در اثر له کردن پشه خاکی آلوده در روی پوست هم ممکن است. حیوانات آزمایشگاهی (هامستر و موش) را از طریق تزریق مواد آلوده در بافت ملتحمه، کف پا و حتی از راه خوراکی می توان آلوده ساخت.

پشه خاکی ها حشرات ضعیف و کوچکی هستند که در شکاف های دیوار زمین، پوست درخت، زیر برگهای جنگلی، لانه سگها و جاهای مرطوب و تاریک زندگی می کنند. پرواز پشه خاکیها کوتاه، محدود، ضعیف و در سطح زمین و اطراف لانه های محل تکثیر آنهاست. برخی از مهمترین گونه های پشه خاکی از جنس فلپوتوموس که در ایران نیز شناخته شده اند عبارتند از:

Ph. Alexandriyriacus	(۱) فلبوتوموس الکساندری
Ph. Magor syriacus	(۲) فلبوتوموس ماژور سیر یا کوس
Ph. Ansari	(۳) فلبوتوموس انصاری
Ph. Papatasi	(۴) فلبوتوموس پاپاتاسی
Ph. Sergenti	(۵) فلبوتوموس سرژانتی
Ph. Major	(۶) فلبوتوموس ماژور
Ph. Coticus	(۷) فلبوتوموس کوزیکوس
Ph. Chinensis	(۸) فلبوتوموس چائیسس
Ph. Tobbi	(۹) فلبوتوموس تبی
Ph. Kandelakii	(۱۰) فلبوتوموس کندلاکی ای
Ph. Mongolensis	(۱۱) فلبوتوموس مونگولیس

بیشترین ماههای فعالیت پشه ها یا پشه، در شرایط اقلیمی مانند تهران در فصل تابستان است.

ب- سیر تکاملی در بدن میزبان مهره دار:

فرم لپتومونادی که دارای تاژک است پس از آنکه وارد بدن انسان شد تاژک خود را از دست می دهد و به فرم لیشمانیایی تبدیل و بوسیله ماکروفازها و سلولهای تک هسته ای و چند هسته ای و سلولهای سیستم رتیکولاندوتلیال

جذب و بلع می شوند. تک یاخته ها در داخل این سلولها شروع به تکثیر می کنند و آنقدر زیاد می شوند که سلول ترکیده و انگل ها آزاد می شوند که به ماکروفاژها و یا لکوسیت های دیگر حمله می کنند و بدین ترتیب تکثیر انگل در بدن میزان مهره دار آنقدر ادامه می یابد تا آنکه سیستم دفاعی بدن میزبان بحدی فعال شود که بتواند تک یاخته را مهار کند. مثلاً در سالک تقریباً یک سال طول می کشد تا این سیستم به حد مهار کننده برسد.^۲

ایمونولوژی

سر انجام عفونت های لیشمانیایی بستگی به پاسخ ایمنی وابسته به سلول میزبان دارد. آنتی بادی ضد لیشمانیا تولید می شوند اما نقش حفاظتی ندارند. در بررسی های انجام شده در مدل های حیوانی و انسانی، برطرف شدن عفونت و محافظت علیه عفونت دوباره در ارتباط با سلول های CD_4^+ T از نوع T.Helper 1 است که در پاسخ به آنتی ژن های لیشمانیا $inf-1$ و IL2 را ترشح می کند. اینتروژن γ با برخورد مستقیم با سلول های CD_4^+ T اختصاصی برای لیشمانیا، ماکروفاژها را فعال کرده و آنها را وادار به مهار و کشتن انگل های داخل سلولی می کند. IL-2 و $TNF\alpha$ نقش مهمی را در شروع و ادامه پاسخ های ایمنی محافظتی بازی می کنند. مطالعات گوناگون، اندازه توده عفونی وارد شده،

فاکتورهای مقاومت ماکروفاژ، پاسخ لمفوسیتی اولیه را در پاسخ ایمنی مهم دانسته اند.^{۱۶}

اپیدمیولوژی

لیشمانیازیس جلدی در بسیاری از کشورهای مناطق گرمسیر و تحت حاره شیوع دارد ولی باید توجه داشت که انتشار آن با توزیع بیماری لیشمانیازیس احشایی همراه نیست. بیماری در نقاط مختلف آسیا نظیر چین، سوریه، عربستان، ایران، عراق، فلسطین، قفقاز، جنوب شرقی روسیه، پاکستان، افغانستان و هند شایع است. تخمین زده می شود که حدود ۱۲ میلیون مورد لیشمانیازیس جلدی در نقاط مختلف جهان وجود داشته باشد و ۳۵۰ میلیون نفر نیز در معرض ابتلا به بیماری قرار دارند. در ایران حدود پانزده هزار نفر سالانه به سالک مبتلا می شوند که بر اساس تحقیقات موجود، میزان واقعی برآورد آن ۴ تا ۵ برابر میزانی است که گزارش شده است. در نوع شهری میزان شیوع بیماری، تغییرات فصلی جزئی دارد به طوری که در تمام طول سال تقریباً بیماری به یک میزان در جامعه مورد مطالعه وجود داشته ولی میزان بروز آن بستگی کامل به موج همه گیری دارد. در نوع روستائی در میزان شیوع بیماری تغییرات فصلی واضح است. در دو ماهه اول بهار تقریباً سالک حاد نیست و به تدریج مواردی از ماههای خرداد تا مرداد پیدا می شود و از شهریور به بعد سرعت

افزایش می یابد به طوری که در آذرماه به حداکثر می رسد. موارد بیماری به تدریج کاهش می یابد و تا اواخر اسفند ماه به حدود صفر می رسد.

توزیع سن لیشمانیازیس پوسته در کانونهای مختلف متفاوت است و علت آن در شدت اندمیک بودن بیماری است. در نقاطی مثل اصفهان و فور مخازن بیماری و میزان زیاد تماس انسان با آنها احتمال ابتلای صد در صد افراد تا سن پنج شش سالگی وجود دارد و چون بیماری مصونیت مادام العمر می دهد ابتلای به بیماری در بزرگسالان خیلی نادر است.^۶

لیشمانیازیس جلدی در کانونهای مختلف کشور از هر دو نوع روستایی و شهری وجود دارد. روند آن طبق آمار اداہ کل پیشگیری و مراقبت بیماری وزارت بهداشت و درمان از سال ۱۳۶۶، میزان بروز ۱۴ درصد هزار نفر روند رو به کاهش و پس از سال ۱۳۶۸ افزایش چشمگیری نشان داده است و در سال ۱۳۷۱ به ۹۱ درصد هزار نفر رسیده است در سال ۱۳۷۴ میزان بروز بیماری به ۲۷ نفر درصد هزار کاهش یافته است و آلوده ترین استانها اصفهان و هرمزگان بوده اند. جنگ تحمیلی و تحرک ناشی از آن، قطع سم پاشی علیه مالاریا و تغییرات محیطی از فاکتورهای مؤثر در انتشار و توسعه بیماری بوده اند.^۷

کانون دیگر در استان خوزستان - اهواز - دزفول - شوش - سوسنگرد - آبادان - فکه و موسیان می باشد.^۶

اپیدمیولوژی سالک در یزد

این بیماری در شهر یزد بومی بوده و از آن تحت نام (کپه) یاد می شود در سالهای اخیر بعنّت تغییر در محیط موارد بیماری در شهر یزد افزایش یافته است. گونه غالب در شهر یزد فلبوتوموس سرژانتی و مخزن اصلی در شهر یزد عمدتاً انسان است و لیشمانیازیس جلدی شهر یزد از نوع شهری می باشد. بیماری در کلیه شهرستانهای استان به صورت موردی گزارش شده است. ولی در چهار نقطه موارد بیشتری دیده شده است:

۱- اردکان: روستاهای چاه افصل - حسن آباد - ترک آباد

۲- مهریز: منطقه چاهک

۳- تفت: منطقه چاه بیکی

۴- ابرکوه: منطقه اسفندآباد

بیماری در محلات قدیمی شهر یزد روند رو به افزایش داشته است که شامل:

الف) منطقه خیابان سلمان فارسی - بلوار بسیج و خیابان امام خمینی شامل

محلّه سهل بن علی کوچه بالا - گودال عباس

ب) منطقه خیابان شهید رجایی، فرخی، مطهری، شامل محلّه پشت باغ -

خطیب

ج) منطقه بین لب خندق تا میدان بعثت شامل محله های لب خندق - چهار سو و مناطق چهار منار و تخت استاد

میزان شیوع بیماری در سال ۱۳۷۵ با استفاده از روش خوشه ای در شهر یزد ۷۵ در ۱۰۰ هزار نفر تعیین گردیده که در مقایسه با متوسط کل کشوری سال ۱۳۷۴ که معادل ۱۷/۴ درصد نفر است قابل توجه و تأمل است.^۷

در شهرستان اردکان به منظور مقابله با فرسایش سرزمین توسط باد و در جهت بازسازی محیط و اصلاح اثرات مخرب آن، در دو دهه اخیر، با حفر چاههای نیمه عمیق و ایجاد پسته زارهای جدید فعالیتهای کشاورزی گسترش یافته است و در جهت مبارزه با کویر در منطقه چاه افضل نسبت به ایجاد جنگلهای مصنوعی Atriplex، تاغ و گز اقدام شده است که با الطبع موجب احیاء مراتع و رویش مجدد گیاهان بومی منطقه همچون اشنان و اسکنبیل و قیچ گردیده است که این گیاهان مورد علاقه جوندگان صحرائی بوده و در افزایش وفور آنها و ایجاد کلنی های وسیع جوندگان در منطقه نقش بسزایی داشته است و با توجه به وجود عوامل اصلی ایجاد کننده حلقه انتقال یعنی انسان حساس، ناقل و منطقه آلوده زمینه ایجاد بومی شدن بیماری در منطقه فراهم آمده است. با ورود موشهای آلوده به احمدآباد - ترک آباد و حاشیه شهر اردکان و با توجه به گسترش شهرنشینی و تجاوز انسانها به حریم موشها، زمینه انتقال بیماری به

انسان فراهم و در سالهای ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۷۹ بیماری سالک به طور وسیعی انتقال می یابد به طوریکه بر اساس آمارهای موجود سال ۱۳۷۷ اردکان آلوده ترین نقطه کشور محسوب گردید.^۹

در مورد مخزن بیماری در کانون های لیثمانیازیس شهری سگها مانند انسان به این انگل الوده اند و به نظر می رسد که مخزن اصلی بیماری هستند. بیماری در سگ نیز به صورت زخمهای پوستی، عموماً روی بینی و گاه در گوشه پلک و پایین انگشتان ظاهر می شود. مخزن اصلی بیماری در نوع روستائی *Rhombimus opimis* است که یک نوع موش صحرائی بزرگ از خانواده ژریل هاست. این جونده معمولاً لانه خود را خیلی عمیق حفر می کند و این محل می تواند جای مناسبی برای زاد و ولد پشه خاکی باشد. آلودگی معمولاً در گوش و گاه در پوزه حیوان دیده می شود.^۶

تظاهرات بالینی

دوره نهفتگی برای بیماری بالینی به طور نمادین از هفته ها تا ماهها متغیر است. تظاهر اولیه معمولاً یک پاپول در محل گزیدگی پشه خاکی است اما می تواند لمفوادنوپاتی ناحیه ای (گاهی bubonic) در عفونت *L. (V.) braziliensis* باشد.

بیشتر ضایعات پوستی از پاپولار به ندولار و زخمی با فرورفتگی مرکزی (که می تواند قطر چند سانتی متری داشته باشد) که با یک حاشیه indurated برجسته احاطه شده پیشرفت می کنند.

بعضی ضایعات به صورت ندول یا پلاک باقی می مانند. ضایعات اولیه متعدد، ضایعات اقماری، ادنوپاتی ناحیه ای، ندولهای زیر جلدی اسپوروتریکوئید، خارش یا درد ضایعه، و عفونت باکتریال ثانویه به طور متغیری حضور دارند.^{۱۴} ضایعات سالک معمولاً در محل‌های باز بدن و نقاطی که بیشتر در معرض گزش پشه است به وجود می آیند در نوع شهری ضایعات غالباً روی صورت و در نوع روستایی بیشتر در روی دست و پاست. تعداد ضایعات معمولاً بستگی به دفعات گزش پشه دارد.^{۱۵}

ندرتاً پس از بهبود ضایعات اولیه یا مادر، ممکن است در کناره های ناحیه بهبود یافته، تعدادی پاپول نرم به رنگ قرمز مشاهده شوند که با پوسته هایی به رنگ متمایل به سفید پوشیده شده اند و مشخصات apple-jelly لوبوس و لگاریس را دارند. این ضایعات به صورت محیطی، بر سطح مشترک قرمزی گسترش می یابند از نوع لوپوئید هستند.^{۱۶}

ضایعات سالک ممکن است به شکل خشک، مرطوب، سقط شونده، غیرمعمول، مزمن و لوپوئید مشاهده شود.^{۱۷}

به طور کلی لیشمانیا تروپیکا منجر به یک ضایعه خشک و کراسته می شود که به آهستگی بزرگ می شود و می تواند برای یکسال یا زیادتر باقی بماند. در حالیکه لیشمانیا مازور و برازیلینس همراه با ضایعات گزوداتیو مرطوب بزرگتر هستند که به سرعت بالغ می شود و پس از چند ماه بهبود می یابد.

بعد از یک زمان متغیر از چند ماه تا یک سال زخم ها بهبود یافته و یک اسکار شبیه آتشفشان و پیگمانته آتروفیک و صاف را به جا می گذارد.^{۱۴}

لیشمانیازیس جلدی منتشر: این حالت یک واریانت انرژیک نادر است که به صورت پاپول موضعی بدون زخم شروع شده و بعد از آن ضایعات احتمالی که مکانهای انتشار آماستیگوت در پوست هستند بوجود می آید و ندولهای متعدد جلدی در صورت و اندامها ایجاد می شود. پیشرفت بیماری آهسته بوده و ممکن است چندین دهه طول بکشد.^{۱۶}

درمان

در سالهای قبل و پیش از پیدایش داروهای جدید، جهت درمان این عارضه جلدی از مغز فلوس و انزروت و یا سوخته غوزه پنبه استفاده می شده است. در اصفهان ضمادی از سوخته موی بز تهیه و روی زخم می گذاردند.

باید توجه داشت که بیماری سالک معمولاً پس از یک دوره ۴ تا ۱۲ ماهه خود بخود بهبود می یابد و به این علت، ارزیابی اثر داروهایی که برای درمان آن

تجویز می شوند چندان آسان نیست. در زمان حاضر داروهای شیمیائی مختلفی جهت لیشمانیازیس جلدی به کار می رود. که در بین آنها می توان از ترکیبات آنتی موان (پنج طرفیتی یا سه طرفیتی)، داروهای ضد مالاریا (کلروکین، کیناکرین)، امین، مترونیدازول و آنتی بیوتیکها (مونومایسین، تتراسیکلین، ریفاپین) نام برد.^۹

ترکیبات حاوی آنتی موان پنج طرفیتی برای دهه ها استفاده شده اند. اما مقاومت دارویی و شکست درمان به طور فزاینده ای افزوده شده است. در بیماران با ضعف ایمنی اغلب درمان شکست می خورد و عود و عوارض جانبی می دهد.^{۱۶}

گلوکانتیم از متداولترین داروهای است که جهت درمان لیشمانیازیس جلدی استفاده می شود. مؤمنی و همکارانش در ۸۸۰ بیمار مبتلا به سالک که گلوکانتیم را به شکل تزریق داخل ضایعه یا عضلانی دریافت کرده بودند میزان اثر بخشی دارو و عوارض پدید آمده را بررسی کردند. میزان بهبودی در دو گروه به ترتیب ۷۶ و ۸۴ درصد بود.

پیشگیری و کنترل

لیشمانیازیس پوستی را می توان با از بین بردن ناقلان، مبارزه با مخازن بیماری در حیوانات و ایمن سازی اشخاص سالم می توان کنترل کرد.

وزارت بهداشت آذربایجان
مستشفى آذربایجان

۱- از بین بردن ناقلان: کنترل این ناقلان از شیوع سائک می‌کاهد. بالا بردن سطح بهداشت عمومی و حمل زباله و خرده سنگها و مصالح که جای خوبی برای زاد و ولد پشه هاست سبب کاهش شیوع سائک شهری می‌شود. پاشیدن حشره کشهای ابقائی از جمله DDT در شهرها به علت وسعت زیاد و مسائل بهداشتی با مشکلات روبرو است و عملاً امکانپذیر نیست.^{۱۰}

روشهای کنترل ژنتیکی در پشه ها که با انتقال ژنها قدرت انتقال عوامل بیماریزا را از بین می‌برند و سپس با رها کردن آنها در طبیعت و پس از جفتگیری موجب انتقال این ژن به نسل بعدی می‌شوند. محققان اخیراً موفق به کشف دو Pheromone متفاوت شده اند که توسط پشه های نر جهت جلب پشه های ماده تولید می‌شود. با استفاده از چنین فرونهایی می‌توان تعداد زیادی از پشه ها را بدام انداخت.

۲- مبارزه با مخازن بیماری، در نوع شهری باید سگهای ولگرد را از بین برد و سگهای خانگی مبتلا و بیماران را معالجه نمود. در نوع روستایی از بین بردن جوندگان وحشی و ژریلها کار بسیار مشکلی است و عملاً امکانپذیر نیست. روش دیگر این است که زمینهای اطراف را عمیقاً شخم زده و لانه جوندگان را تخریب و خود آنها را نابود کرد.^{۱۱}

محافظت از گزش پشه حاکی، معمولترین ماده دافع حشرات دی اتیل تولو آمید DEET است اما مصرف مکرر و در سطح وسیع فراورده هایی که غلظت این ماده در آنها بیش از ۵۰ درصد باشد می تواند در کودکان و نوزادان موجب مسمومیت و انسفالوپاتی شود، زیرا سطح پوست آنها وسیعتر و نازکتر است.

مصون سازی، از زمانهای بسیار دور در نواحی اندمیک به وسیله پیر مردان و پیر زنان انجام می شد: بدین ترتیب که ترشحات یک ضایعه سالکی را به پوست کودکان مبتلا نشده و در نواحی سینه تلقیح می کردند و با ایجاد ضایع سالکی در نواحی بسته بدن آنها را در مقابل ابتلاء به سالک به خصوص در نواحی باز و صورت باز می داشتند. البته این روش ایده ال نبود و به علت استریل نبودن وسایل مشکلاتی ایجاد می کرد. در چند دهه گذشته در کشورهای روسیه، فلسطین و اردن پروماستیگوت زنده و بیماریزا را از محیط کشت بدست آورده و آن را داخل پوست تلقیح کردند. این تلقیح در ناحیه بازوی چپ صورت می گرفت و بعد از سه هفته تا دو ماه زخم سالکی در محل ایجاد می شد و سپس مسیر خود را طی کرده و بهبود می یافت و مصونیت ایجاد می کرد. امروزه محققین دوباره ایمنی سالک مشغول مطالعه اند و امیدوارند در آینده واکسن مؤثری برای پیشگیری این بیماری پیدا کنند.^۳

آموزش بهداشت

ابزار لازم برای سلامتی جامعه است. منظور از آموزش بهداشت برقراری و یا ایجاد دگرگونی در بینش و رفتار افراد و گروههاست. به طوری که زندگی سالمتری را ایجاد نماید. تعریف آموزش بهداشت عبارت است از «آموزش بهداشت فرآیندی است که آگاهی، انگیزه و کمک لازم را برای در پیش گرفتن و نگهداری کارهای سالم و سبک زندگی سالم برای مردم فراهم می آورد و طرفدار دگرگونیهای زیست محیطی لازم برای آسانتر رسیدن به این هدف است و آموزش و پژوهش و تحقیق را در این راستا به اجرا در می آورد.^۸

سازمان بهداشت جهانی هدفهای آموزش بهداشت را به شرح زیر بیان می نماید:

- الف- اطمینان از اینکه جامعه تندرستی را به عنوان یک چیز با ارزش بپذیرد.
 - ب- مجهز کردن افراد به دانشها و مهارتهای لازم و نفوذ در گرایشهای آنان به نحوی که بتوانند مسائل بهداشتی خویش را حل نمایند.
 - ج- فراهم آوردن شرایط لازم جهت رشد خدمات بهداشتی^۹
- اصول آموزش بهداشت: به طور خلاصه شامل علاقه، مشارکت، ادراک - تقویت، ایجاد انگیزه، آموختن با عمل، روابط انسانی خوب و رهبران محلی است. اجرای آموزش بهداشت، به صورت انفرادی و خانوادگی و گروهی و

عموم مردم است در آموزش گروهی روشهایی وجود دارد که ذکر می شود: سخنرانی (lecture)، بحثهای گروهی، بحث پانل، سمپوزیوم، کارگاه آموزشی، انجمن (Institute) و ... است.^۸

بیان مسأله و اهمیت موضوع

لیشمانیازیس بیماری انگلی است که توسط انگلهای تک یاخته از جنس لیشمانیا ایجاد می شوند. در انسان بیماری ناشی از لیشمانیاها که به صورت بیماری جلدی خالص ظاهر می شود به آن سالک می گویند و یا پوست و مخاط هر دو را گرفتار می کند که آن را لیشمانیاز جلدی مخاطی می نامند و یا ممکن است به شکل عمومی تمام بدن را فراگیر که به آن لیشمانیازیس احشایی و کالا آزار می گویند. لیشمانیاز شهری آنتروپونوز است یعنی در درجه اول از انسان به انسان منتقل می شود و سگ به عنوان مخزن فرعی عمل می کند. لیشمانیا معمولاً در نقاطی که تراکم انسان بیشتر است توسط پشه خاکی ناقل بروز می کند که در مناطق کوهپایه و در بافت قدیمی شهرها به وفور یافت می شود. پشه خاکی به محیطی گرم و مرطوب نیاز دارد که این شرایط در اماکن مخروبه، لانه مرغها، توده های زباله، خاکروبه، لانه جوندگان و زیرزمین فراهم است.^{۸، ۹}

از مهمترین محورهای عمده در کنترل آموزش بهداشت به جامعه، گروه در معرض خطر یا گروهی که نقش عمده ای در کنترل بیماری دارند می باشد.^{۱۰}

هدف کلی آموزش بهداشت تشویق مردم، قبول و انجام رفتارهای بهداشتی، معرف معقول خدمات بهداشتی در دسترس، اتخاذ تصمیم برای خود در محیط و در یک سخن کمک به مردم است. آگاهی دادن به مردم در خصوص بیماری پایه آموزشی بهداشت محسوب گشته و دادن اطلاعات، تغییر نگرشها و تغییر رفتار جزء هدفهای اصلی آموزش بهداشت می باشد.^{۱۵}

با توجه به افزایش شیوع سالک در اطراف شهر اردکان و محله کوشک نو مردم این منطقه گروه در خطر از نظر این بیماری هستند و آموزش بهداشت یکی از مؤثرترین استراتژیها در پیشگیری از بیماری است و در این میان دانش آموزان با توجه به گروه سنی در معرض خطر بارز می باشند.

بر آن شدیم که وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان مقطع راهنمایی را در ابتدا توسط پرسشنامه سنجیده و سپس نقش آموزش به روش تعریف شده این پژوهش را در ارتقاء آگاهی و متغیر رفتار این گروه بسنجیم.

مروری بر مطالعات مشابه

در مطالعه انجام شده با عنوان «آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از سالک در مناطق اندمیک شهر یزد» ۴۸۵ مادر به صورت تصادفی گزینش شده و به طریق مصاحبه به تکمیل پرسشنامه اقدام شد؛ در خصوص آگاهی اختصاصی نسبت به بیماری سالک به ترتیب ۵۰/۷ و ۳۸/۸ درصد جامعه مورد بررسی سگ و انسان

را مخزن بیماری سالک می دانستند و ۸۹/۳ درصد اطلاع صحیحی در خصوص رابطه گربه با بیماری سالک نداشتند. همچنین ۷۳ درصد مادران اظهار می نمودند که راه انتقال بیماری سالک به انسان پشه خاکی است ولی تنها ۲۱/۲ درصد از آنها این پشه را به طور صحیح تشخیص می دادند و تنها ۲۰ درصد از جامعه مورد بررسی در منزل پشه بند داشتند که از این تعداد تنها ۹/۹ درصد از پشه بند استفاده می کردند.^۹

در مطالعاتی که تحت عنوان *اگر* مردم در خصوص لیشمانیاز پوستی در کلمبیا و کاربرد آن در برنامه های کنترل صورت گرفت. ۴۰۴ مورد در مناطق شهری (بیماری در این مناطق انتقال نداشته است) و ۳۳۲ مورد در مناطق روستایی (بیماری در این مناطق اندمیک بوده است) مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که این بیماری در مناطق روستایی به خوبی شناخته شده است. روستاییها از اتیولوژی این بیماری درک خوبی داشتند. البته شناخت و تفسیر مردم از بیماری با آنچه از نظر علمی مورد تأیید است متفاوت بوده است. مردم این مناطق تا حدودی از راههای پیشگیری و درمان بیماری به صورت علمی نیز استفاده می کردند. فهم مردم از این بیماری باعث رفتارهای در خصوص پروفیلاکسی و درمان آن شده که با عملکرد پزشکی غرب تطابق دارد.^{۱۰}

نیکنامی و همکاران در یک بررسی توصیفی - تحلیلی در شش روستای منطقه مشکین شهر آگاهی و نگرش و عملکرد مادران در زمینه کالا آزار را مورد بررسی قرار گرفتند. یافته های بررسی نشان داد که فقط ۲/۴ درصد از آنها آگاهی نسبتاً خوبی از پیشگیری و کنترل کالا آزار داشته اند. ۸۵ درصد از مادران مورد بررسی درباره اقدامات بهداشت محیط که برای کنترل بیماری ضروری است هیچ نمی دانند یا رفتار ضعیفی دارند، ولی علیرغم نبود آگاهی، نوع نگرش آنها در خصوص اقدامهای لازم برای کودک مشکوک به کالا آزار در حد بالایی است.^{۱۱}

در مطالعه Moreira و همکارانش در ۱۹۹۷ سطح آگاهی در مورد لیشمانیازیس جلدی آمریکایی و استفاده از درمانهای آلترناتیو در پنج روستای در برزیل بررسی شد. ساکنان روستاها به سؤالاتی در مورد وضعیت سکونت، جنبه های اپیدمیولوژی، پیشگیری، درمان استاندارد بالینی و درمانهای جایگزین پاسخ دادند. جمعیت مطالعه ۳۷۸ نفر بود. از کل مصاحبه شوندگان ۷۲٪ دانش کمی در مورد انتقال لیشمانیازیس داشتند، ۹۶ درصد چیزهایی درباره آن از دوستان شنیده بودند و ۶۰ درصد بیماری را با واژه محلی «Lesh» می شناختند.^{۱۷}

در بررسی که توسط Santos و همکارانش برای شناسایی وضعیتهای اجتماعی اقتصادی و نگرشها روی پیشگیری لیشمانیاز جلدی در خانه در برزیل روی

۸۵۱ نفر در ۱۶۸ خانواده انجام شد. بیشتر خانواده ها (۵۷٪) هیچ نوع محافظتی در برابر گزیدگی انجام نمی دادند. دود دادن با سوزاندن برخی مواد معمولترین روش پیشگیری بود. روشهای شخصی محافظت به ندرت استفاده می شد.^{۱۹}

Isaza و همکاران در ۱۹۹۷ یک مطالعه توصیفی با تأکید کیفی به منظور مستند سازی آگاهی و عملکرد راجع به لیشمانیازیس پوستی در بین ساکنان ۱۴ سال به بالای هفت جامعه قسمت خلیج پاسیفیک کلمبیا انجام شد. محققین یک پرسشنامه با ۱۰ سؤال با انتهای بسته طرح کردند که برای هفته افراد ۱۴ سال به بالای خانه های انتخاب شده به صورت اتفاقی استفاده شد. نتایج نشان دادند که ۹۴٪ از جامعه می دانستند که لیشمانیازیس یک بیماری پوستی است؛ زنان کمتر از مردان می دانستند. در مورد روش انتقال ۳۵٪ پاسخ دهندگان بیماری را به گزش حشره ای ربط می دادند؛ اما آنها نمی دانستند که علت عامل اتیولوژیک چیست و فکر می کردند کرمی است که در کوهستان زندگی می کند.

در مطالعه Arana و همکارانش ده جامعه روستایی در ناحیه شمالی گواتمالا جایی که لیشمانیازیس جلدی اندمیک است برای بررسی آگاهی ساکنان در مورد بیماری و ادراک و عملکرد مرتبط با آن و ترجیح درمان و برای شناسایی کانالهای ارتباطی که آنها اطلاعات را کسب می کنند انجام شد. از ۴۲۵

سرپرست خانواده مصاحبه شد. ۹۶٪ به طور صحیح می توانستند ضایعه
لیشمانیاز جلدی را توضیح دهند. سالک چهارمین بیماری مورد توجه (در
مطالعات بر پایه تنظیم لیست آزاد) و به عنوان ششمین بیماری جدی (در
مطالعات بر پایه مقایسه جفتی) تلقی می شد. یک سری از مقایسات سه راهه که
برای تجزیه ادراک سوژه ها درباره شباهت بیماریهای مختلف استفاده شد نشان
می داد که سالک بیشتر بیماری مربوط به پوست است و از سایر بیماریها
متفاوت تلقی می شود. همه مصاحبه شوندگان اعتقاد داشتند که سالک باید
درمان شود چون بدون درمان بیماری پیشرفت می کند و به استخوان می رسد و
سالها طول می کشد تا بهبود یابد.^{۱۳}

پا ولوسکی درباره تأثیر آموزش بهداشت روی دانش و رفتار پیشگیرانه برای
توکسوپلاسموز مادرزادی در مجارستان مطالعه کرده است. در ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۷
فعالتهای آموزشی در ناحیه Poznan مجارستان برای توسعه آموزش بهداشت
برای پیشگیری از توکسوپلاسموز انجام شد. تأثیر آموزش در ۲۷۱۰ زن حامله با
پرسشنامه بررسی شد. آگاهی از توکسوپلاسموز و پیشگیری از آن طی ۴ سال
تقریباً ۲ برابر شد.^{۱۸}

یک مطالعه کنترل شده تصادفی از نقش مداخله آموزشی در کاهش اسهال از
طریق بهبود عادات بهداشت فردی و خانوادگی در ۱۸ منطقه روستائی زئیر در

بالا از پشه بند در گامبیا به دلیل ارزش بالای اجتماعی، فرهنگی پشه بند در آن منطقه می باشد. تعداد زیادی از مردم که پشه بند استفاده می کردند یک سنت خانوادگی برای انجام آن داشتند و افراد جوان کمتر از مسن ها از پشه بند استفاده می کردند.

نوزدهمین جلسه کمیته مشاوره ای تحقیقات بهداشتی و منطقه مدیترانه شرقی در یک گزارش می نویسد: یک مطالعه ای از نوع کارآزمایی میدانی در بین ۵۰۸ خانوار (۴۵۷۸) منطقه Aleppo کشور سوریه انجام گرفت. هدف نهایی این مطالعه بررسی تأثیر پشه بندهای آغشته به سم به همراه آموزش بهداشت در کاهش بروز موارد بیماری سالک پوستی بوده است. قبل از مداخله علاوه بر سرشماری بیماران پیامهای آموزشی در خصوص تمکین در بکاری پشه بندها به تمام خانوارها ارائه شد. نتایج این مطالعه حاکی از این است که بعد از اولین مساله مداخله کاهش سریعی در بروز موارد بیماری مشاهده شد. این کاهش بیشتر در خانوارهایی مشاهده شد که پشه بندهای خود را در سال قبل شستشو نداده بودند. در نواحی کنترل نه تنها بروز بیماری از سطح پایه پائین تر نیامده بود بلکه در سالهای بعد بیماری به طور متغیری بروز کرد و یک افزایش سریعی در طول سال سوم نشان داد.^{۲۴}

اهداف:

هدف کلی: بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت در خصوص پیشگیری بیماری سالک بر

آگاهی و رفتار دانش آموزان مقطع راهنمایی محله کوشک نو

اهداف ویژه:

۱- تعیین میزان آگاهی دانش آموزان مقطع راهنمایی در خصوص بیماری سالک بر

حسب سن و سواد والدین در قبل و بعد از مداخله

۲- مقایسه میزان آگاهی دانش آموزان مقطع راهنمایی در خصوص بیماری سالک قبل و

بعد از مداخله

۳- مقایسه رفتار دانش آموزان مقطع راهنمایی در خصوص بیماری سالک قبل و

بعد از مداخله

فرضیات:

۱- نمره آگاهی دانش آموزان نسبت به بیماری سالک بعد از دوره آموزشی بیشتر از قبل

از آموزش است.

۲- نمره رفتار دانش آموزان نسبت به بیماری سالک بعد از دوره آموزشی بیشتر از قبل

است.

فصل دوم

روش تحقیق

نوع و روش تحقیق:

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و با استفاده از روش field trial انجام شده است.

جامعه مورد بررسی:

جامعه مورد بررسی کلیه دانش آموزان پایه اول تا سوم در سه مدرسه راهنمایی پسرانه محله کوشک نو اردکان است که در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰ مشغول به تحصیل بودند آنها در فاصله سنی ۱۶-۱۱ سال با میانگین سنی ۱۳/۴۰ بودند. به دو گروه به روش تصادفی تقسیم شدند. ۱۶۶ دانش آموز دو مدرسه، به عنوان مورد (case) و یک مدرسه ۱۳۲ نفر، به عنوان شاهد (Control) انتخاب شدند.

روش اجرا

ابتدا پرسشنامه آماده شده در خصوص سنجش وضعیت آگاهی و رفتار دانش آموزان نسبت به بیماری سالک در بین دانش آموزان مدارس ذکر شده پخش و توسط آنها تکمیل گردید. سپس برنامه آموزشی تدوین شده درباره بیماری سالک که شامل سخنرانی (Lecture) و نمایش اسلاید و توزیع برگه آموزشی تهیه شده بود در گروه مورد به صورت دو جلسه جداگانه به فاصله یک ماه اجرا شد.

بعد از مدت ۳ ماه از تکمیل اولین پرسشنامه مجدداً همان پرسشنامه در بین دانش آموزان مدارس هر دو گروه شاهد و مورد توزیع شد. سپس نتایج از

پرسشنامه ها استخراج و کدبندی گردید و با استفاده از نرم افزار Spss10 نتایج
مراحل اول و دوم تجزیه تحلیل و مقایسه گردید.

تعریف

در اینجا لازم است تعاریفی را که در اجرای این پژوهش استفاده شد بیان
نمائیم.

آگاهی: یعنی شناخت و دانستن و معنای کاربردی آن رد این تحقیق پاسخ به
سؤالات ۲ تا ۱۴ پرسشنامه می باشد. جهت بخش آگاهی عمومی دانش آموزان
سؤالات مربوط به نشانه های بیماری سالک، راه ابتلا، اجزاء مبتلا، مخزن
بیماری و راههای پیشگیری مجموعاً ۱۵ امتیاز در نظر گرفته شد و به ترتیب
امتیازات ۵-۰، ضعیف و ۱۰-۵ متوسط و بیش از ۱۰ خوب محسوب
گردید. آگاهی در این پژوهش متغیر وابسته است.

رفتار (کاربردی): منظور از رفتار استفاده از پشه بند در فصل تابستان در خانواده
دانش آموز، نصب توری در پنجره های محل سکونت، تشخیص پشه ناقل
سالک از پشه ناقل مالاریا و استفاده احتمالی از کرم دور کننده حشرات بود.
آموزش بهداشت، فرایندی است که از طریق آن فرد و یا گروهی از افراد قادر به
تشخیص نیازهای بهداشتی می شوند و جهت دستیابی به سلامت آنها را با
رفتارهای بهداشتی لازم ارتباط می دهد.

برنامه آموزشی: منظور از برنامه آموزشی سندی است که اهداف آموزشی، روش آموزش، زمان، تعداد جلسات آموزشی در آن مشخص است. آموزش بهداشت در این پژوهش متغیر مستقل است.

متغیرهای زمینه ای شامل سن، میزان سواد پدر، داشتن یا نداشتن بیماری یا اسکار سالک و ... است.

روش نمره داده به آگاهی:

سؤالات شماره ۲، ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ مربوط به آگاهی است. بارم بندی سؤالات بر اساس اهمیت انجام شده است. در مورد سؤال ۲ به هر نشانه ۰/۲۵ نمره داده شد. جمعاً ۱/۲۵ در سؤال شماره ۳ اگر گزینه «هر جایی که پشه نیش بزند» انتخاب شده بود ۲ نمره و گزینه دیگر گزینه ها هر یک ۰/۵ نمره داشت. در سؤال شماره ۴ برای گزینه «گزش پشه خاکی» ۲ نمره احتساب شد. سؤال شماره ۶ در صورت جواب صحیح «بلی» ۰/۲۵ بارم داده شد. در سؤال ۷ در ازای هر مورد برای هر پاسخ صحیح ۰/۵ نمره جمعاً ۳/۵ نمره محسوب شد. سؤال شماره ۸ برای گزینه ۲ و ۳ هر یک ۰/۵ نمره در نظر گرفته شد. در مورد سؤال شماره یازده اگر گزینه «سمپاشی محل پشه خاکی» علامت زده شده بود یک نمره داده می شد. البته به شرط اینکه همزمان گزینه «کشتن پشه خاکی» علامت زده نشده بود. سؤال ۱۲ به گزینه سگ و موش هر یک نمره داده شد. در

سؤال ۱۳ به گزینه ۵ یک نمره داده می شد. در سؤال ۱۴ برای گزینه بلی یک نمره در نظر گرفته شد. حداکثر جمع نمرات ۱۵ نمره بود. پرسشنامه پیوست است.

فصل سوم

نتایج

نتایج

در این پژوهش به طور کلی ۶۱۸ پرسشنامه تکمیل گردید و نتایج بدست آمده را ابتدا به طور خلاصه بیان نموده سپس به صورت جدول در قسمتهای بعدی درج می نمایم.

در مرحله اول تعداد کل ۲۹۸ عدد پرسشنامه توسط دانش آموزان تکمیل گردید که ۱۶۶ نفر با میانگین سنی $۱۳/۲۲ \pm ۱/۴۱$ سال در یک مدرسه به عنوان شاهد و ۱۳۲ نفر با میانگین سنی $۱۳/۷۲ \pm ۱/۶$ سال مورد بودند. در گروه قبل از مداخله ۶ نفر ابتلا به سالک را و ۱۲ نفر وجود اسکار را ذکر کردند. همگی دانش آموزان پسر بودند.

میانگین سنی گروه مورد بررسی $۱۳/۷۳$ سال و در گروه شاهد $۱۳/۲۲$ سال بوده است میانگین سن در دو گروه مورد بررسی با حدود ۶ ماه تفاوت معنا دار است و لذا باید به عنوان یک عامل مخدوش کننده در تحلیل نتایج کنترل گردد. (جدول شماره ۱)

در بررسی میزان آگاهی بر حسب سواد پدر نیز در سطح $۰/۰۵$ رابطه معنی داری مشاهده نشد ($P.Value=۰/۶۸۶$) و سطح سواد پدر تأثیری بر آگاهی دانش آموزان در مورد سالک نداشت. نتایج در جدول شماره ۲ آمده است.

ما همچنین ارتباط وجود اسکار سالک با سطح آگاهی را سنجیدیم که رابطه معنی داری بین آنها وجود داشت، $P.Value = ۰/۱۸۴$.

بین ابتلا به سالک و سطح آگاهی نیز ارتباط معنی داری با $P. Value = 0.427$ وجود نداشت.

در بررسی و مقایسه پرسشنامه های پر شده توسط دانش آموزان متوسط نمره آگاهی در هر گروه بدست آید که در جدول شماره ۳ خلاصه شده است. در مقایسه نمره آگاهی گروه مورد قبل از مداخله با گروه مورد بعد از مداخله تفاوت میانگین $2/08$ مشاهده می شود که این تفاوت با استفاده از تست Wilcoxon با اطمینان 99% معنی دار است. در حالیکه در مورد گروه شاهد افزایش معنی دار میزان آگاهی وجود ندارد. تفاوت بین گروه شاهد و مورد بعد از مداخله بیشتر از قبل از مداخله است.

$12/3$ درصد از افراد در گروه مورد قبل از آموزش دارای آگاهی خوب بودند ولی این میزان بعد از آموزش به 35% افزایش یافته است و بنابر تست آماری Chi-Square معنا دار است در حالیکه در گروه شاهد $23/5\%$ قبل از آموزش آگاهی خوب داشته اند و این میزان بعد از سه ماه افزایش معناداری پیدا نکرده است. $P. Value = 0/861$ (جدول شماره ۴).

در مورد سؤال هفتم و چهاردهم مربوط به آگاهی به علت اهمیت آن میزان آگاهی اختصاصی نیز استخراج و ارائه گردید؛ که میزان پاسخ صحیح به سؤال «پشه حاکی از چه راهی به عامل بیماری سالک آلوده می شود؟» در همه موارد بجز در مورد سگ و مارمولک افزایش معنادار نشان داد. (جدول شماره ۵)

در سؤال «آیا فرد مبتلا به بیماری سالک جهت جلوگیری از انتقال بیماری باید زخم خود را بپوشاند؟» ۶۱/۶٪ (۸۰ نفر) از گروه مورد قبل از مداخله معتقد بودند که جهت جلوگیری از انتقال سالک، باید زخم خود را بپوشانند در حالیکه این میزان پس از آموزش افزایش یافته بود (۷۷٪). نسبت آماری McNemar نیز تفاوت معنی داری نشان می دهد. (جدول شماره ۶)

در بررسی نتایج آموزش روی رفتار در مورد استفاده یا عدم استفاده از پشه بند ۱۱۲ نفر (۸۴/۸٪) در گروه مورد قبل از مداخله پاسخ مثبت به پرسش استفاده از پشه بند دادند که این میزان در گروه مورد بعد از مداخله ۱۲۴ نفر (۸۷/۳٪) بود. تست آماری McNemar افزایش معنی داری را نشان می دهد. (جدول شماره ۷)

در مورد آموزش روی رفتار در مورد تشخیص پشه ناقل سالک از پشه های دیگر ۷۲ نفر در گروه مورد قبل از مداخله (۵۵/۸٪) پاسخ صحیح داده بودند که این میزان پس از مداخله به ۷۸/۴٪ (۱۱۶ نفر) رسید که نشاندهنده تأثیر مثبت مداخله با اطمینان ۹۹٪ است. (جدول شماره ۸)

نتایج این بررسی نشان داد که ۷۲ درصد دانش آموزان در مرحله دوم برگه آموزشی را مطالعه کرده بودند

جدول شماره ۱: میانگین سنی در دو گروه مورد بررسی

گروه	تعداد	میانگین سن	S.D
مورد	۱۳۲	۱۳/۷۳	۱/۰۶
شاهد	۱۶۶	۱۳/۲۲	۱/۱۷
جمع	۲۹۸	۱۳/۴۵	۱/۱۵

P.Value \cong 0.000

میانگین سنی گروه مورد بررسی ۱۳/۷۳ سال و در گروه شاهد ۱۳/۲۲ سال بوده است میانگین سن در دو گروه مورد بررسی با حدود ۶ ماه تفاوت معنا دار است و لذا باید به عنوان یک عامل مخدوش کننده در تحلیل نتایج کنترل گردد.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و درصد سواد پدر در دو گروه مورد و شاهد

شاهد		مورد		سواد پدر
تعداد	%	تعداد	%	
۲۹	۱۷/۸	۲۶	۱۹/۸	بی سواد و کم سواد
۶۶	۴۰/۵	۵۶	۴۲/۸	ابتدائی و متوسطه
۵۲	۳۱/۹	۴۱	۳۱/۳	دیپلم
۱۶	۹/۸	۸	۶/۱	بالتر از دیپلم
۱۶۳	۱۰۰%	۱۳۱	۱۰۰%	جمع

سواد پدر در دو گروه مورد و شاهد یکسان است بنابراین در تحلیل دخالتی

ندارد. P.Value=۰/۶۸۶

جدول شماره ۳: میانگین نمرات گروههای مورد بررسی قبل و بعد از مداخله

P.Value	شاهد		مورد		آگاهی زمان
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۰۰۱	۲۴۷	۷۸۴	۲۷۹	۶۸۲	قبل از مداخله
۰.۰۰۷	۲۴۶	۸۱۱	۲۷۹	۸۰۹	بعد از مداخله
	۱۶۶		۱۳۲		کل
	۰/۳۷۴		۰/۰۰۰		P.Value

افزایش معنی دار در میزان آگاهی گروه مورد بعد از مداخله وجود دارد در حالیکه در گروه شاهد این افزایش وجود ندارد. تفاوت بین گروه شاهد و مورد بعد از مداخله بیشتر از قبل مداخله است.

جدول شماره ۴: توزیع وضعیت میزان آگاهی در دو گروه مورد و شاهد قبل و بعد از

اجرای برنامه آموزشی

P.Value	بعد از آموزش			قبل از آموزش			گروه
	خوب	متوسط	ضعیف	خوب	متوسط	ضعیف	
P.Value ۰/۰۰۰۰۰۰۳ تقریباً صفر	۴۹	۷۶	۱۵	۱۶	۷۸	۳۶	تعداد
	۳۵	۵۴.۳	۱۰.۷	۱۲.۳	۶۰	۲۷.۷	مورد %
۳۱۶ ۰.۸۶۱	۳۹	۱۰.۶	۱۹	۳۸	۱۰.۲	۲۲	تعداد
	۲۳/۸	۶۴.۶	۱۱.۶	۲۳/۵	۶۳.۵%	۱۳/۶	شاهد %
	۰/۰۹۶			۰/۰۲۲			P.Value

۱۲/۳ درصد از افراد در گروه مورد قبل از آموزش دارای آگاهی خوب بودند ولی این میزان بعد از آموزش به ۳۵٪ افزایش یافته است و بنابر تست آماری Chi-Square معنا دار است در حالیکه در گروه شاهد ۲۳/۵٪ قبل از آموزش آگاهی خوب داشته اند و این میزان بعد از سه ماه افزایش معناداری پیدا نکرده است. P.Value=۰/۸۶۱

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی و درصد پاسخ صحیح به سؤال «پشه خاکی از چه راهی

به عامل بیماری آلوده می شود؟» در گروه قبل و بعد از مداخله

P.Value	پاسخ صحیح در گروه مورد بعد از مداخله		پاسخ صحیح در گروه مورد قبل از مداخله		مورد پاسخ
	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۰/۰۸۷	۸۳/۳	۱۲۰	۲۹٪	۳۸	سگ
۰/۰۰۰	۹۱/۷	۱۳۲	۴۱/۱٪	۵۳	موش
۰/۰۰۰	۳۳/۳٪	۴۲	۱۰/۳٪	۱۳	انسان
۰/۰۰۰	۲۹/۵٪	۳۸	۲۶/۶٪	۳۴	مردار
۰/۰۵۷	۵۰/۸٪	۶۱	۳۷/۳٪	۴۷	مارمولک
۰/۰۰۰	۲۹٪	۳۷	۲۶٪	۳۳	گربه
۰/۰۲	۵۲/۵٪	۶۳	۳۰/۷٪	۳۹	آب

میزان پاسخ صحیح بجز در مورد سگ و مارمولک افزایش معنی دار داشته است.

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی و درصد پاسخ ها به سؤال «آیاد فرد مبتلا به بیماری

سالک جهت جلوگیری از انتقال باید زخم خود را بپوشاند؟» در گروه قبل و بعد از

مداخله

گروه بعد از مطالعه		گروه قبل از مداخله		مورد پاسخ
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۷۷٪	۱۱۴	۶۱/۶٪	۸۰	بلی
۲۳٪	۳۴	۳۸/۲٪	۵۰	خیر و نمی دانم

P.Value=۰/۰۰۰

طبق تست آماری McNemar تفاوت معنی داری در پاسخ مثبت گروه قبل و بعد از

مداخله وجود دارد.

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی و میانگین درصد استفاده از پشه بند در گروه قبل و بعد

از مداخله

P.Value	پاسخ مثبت به پرسش استفاده از پشه بند		گروهها
	درصد	فراوانی	
۰/۰۰۰	۷۵/۳٪	۱۲۵	شاهد قبل از مداخله
	۷۷/۸٪	۱۳۳	شاهد بعد از مداخله
۰/۰۰۰	۸۴/۸٪	۱۱۲	مورد قبل از مداخله
	۸۷/۳	۱۲۴	مورد بعد از مداخله

افزایش معنی دار در استفاده از پشه بند وجود دارد.

جدول شماره ۸: توزیع فراوانی و درصد پاسخ صحیح به سؤال مربوط به شناسایی پشه

خاکی از سایر پشه ها

P.Value	پاسخ صحیح به سؤال شناسایی پشه خاکی		گروهها
	درصد	فراوانی	
۰/۱۰۲	۴۷/۶٪	۷۹	شاهد قبل از مداخله
	۶۴/۵٪	۱۱۱	شاهد بعد از مداخله
۰/۰۰۰	۵۵/۸٪	۷۲	مورد قبل از مداخله
	۷۸/۴٪	۱۱۶	مورد بعد از مداخله

تفاوت معنی داری بین درصد پاسخ صحیح قبل و بعد از مداخله در گروه مورد وجود

دارد.

فصل چہارم

بحث

بحث

آگهی

در این پژوهش نمره آگاهی گروه مورد قبل از مداخله با گروه مورد بعد از مداخله تفاوت میانگین ۲/۰۷ داشت که با استفاده از تست آماری Man whithey, wilcoxon در سطح ۰/۰۵ مهم تلقی می شود و این در حالی است که تفاوت میانگین گروه شاهد قبل از مداخله با گروه شاهد بعد از مداخله تفاوت مهم و معنی داری ندارد. (تفاوت میانگین $P. Value = ۰/۱۹۲, ۰/۲۷$). در حالیکه گروه شاهد و مورد قبل از مطالعه تفاوت معنی داری در سطح آگاهی نداشتند ولی بعد از مطالعه تفاوت آنها معنی داشته است. این مسأله ثابت کننده فرضیه شماره ۱ پژوهش «نمره آگاهی دانش آموزان نسبت به بیماری سالک بعد از دوره آموزشی بیشتر از قبل از آموزش است» می باشد که نشاندهنده این است آموزش که به روش Lecture و برگه آموزشی نیز در گروههایی مثل دانش آموزان تأثیر خوب روی آگاهی دارد.

مطالعه ای از نوع کارآزمایی میدانی در بین ۵۰۸ خانوار (۴۵۷۸) منطقه Aleppo کشور سوریه انجام گرفت هدف نهایی این مطالعه بررسی تأثیر پشه بندهای آغشته به سم به همراه آموزش بهداشت در کاهش بروز موارد بیماری سالک بوده است. قبل از مداخله علاوه بر سرشماری بیماران پیامهای آموزشی در

خصوصاً تمکین در بکارگیری پشه بندها به تمام خانوارها ارائه شد. نتایج این مطالعه نیز نشاندهنده کاهش سریع در بروز موارد بیماری بود در حالیکه در نواحی شاهد بیماری پایین تر نیامده بلکه افزایش نشان داده بود.^{۲۴}

در یک مطالعه کنترل شده تصادفی از نقش مداخله آموزشی در کاهش اسهال از طریق بهبود عادات بهداشت فردی و خانوادگی در ۱۸ منطقه روستائی زئیر انجام گرفت که طی آن ۲۰۸۲ نفر کودک ۳ تا ۲۵ ماهه طی ویزیت‌های خانگی قبل و ۳ ماه بعد از انجام آموزشهای بهداشت از نظر عوارض اسهال مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج بررسی حاکی از آن است که اطفال شرکت داده شده ۱۱ درصد کمتر در معرض خطر اسهال قرار گرفته اند.^{۱۹} Tayeh و همکاران در پژوهشی تحت عنوان تأثیر آموزش بهداشت در ارتقاء استفاده از فیلترهای پارچه ای در شیوع بیماری ~~انکولیا~~ ~~زیز~~ در منطقه غنا می نویسند که آموزش چهره به چهره در ۵۶ درصد از خانوارها منجر به خرید فیلترهای پارچه ای شده است.^{۲۲}

مطالعه ای که توسط پاولوفسکی و همکارانش در مجارستان که روی ۲۷۱۰ زن حامله در مورد توکسوپلاسموز انجام شده بود و تأثیر آموزش با پرسشنامه بررسی شده بود نشان می داد که آگاهی از توکسوپلاسموز طی ۴ سال دو برابر شده بود.^{۲۰}

میزان آگاهی اختصاصی صحیح در مورد مخازن بیماری سالک در ابتدا قبل از مداخله در همه موارد کمتر از نصف (۵۰٪) بود که بعد از آموزش در بیش از نصف موارد به بیش از ۵۰٪ افزایش یافت این افزایش مخصوص در مورد انسان و موش که اهمیت بیشتری در اتخاذ تدابیر بهداشتی توسط افراد دارد مشهود بود. در مطالعه انجام شده روی مادران شهر یزد نیز آگاهی اختصاصی در مورد مخزن بیماری سالک در حد مطلوبی نبوده است. در تنظیم برنامه های آموزش بهداشت آگاه نمودن مردم از مخازن اصلی این بیماری جهت شناخت بیماری لازم می باشد در صورتی که جامعه مخازن بیماری را متعدد بداند قدرت لازم جهت مبارزه را در خود احساس نکرده و عدم احساس در قدرت مبارزه باعث عدم تصمیم گیری در خصوص پیشگیری از بیماری می گردد.^۹ در یک مطالعه مشابه توسط نیکنامی نیز ۶۱/۲٪ مادران مخزن بیماری کالا را نمی شناختند.^{۱۱}

میزان آگاهی اختصاصی در گزینه پوشاندن زخم برای جلوگیری از انتقال بیماری از ۶۱/۶ درصد به ۷۷ درصد بعد از آموزش رسید که تفاوت معنی داری بود.

رفتار

در مورد استفاده از پشه بند درصد اولیه استفاده کنندگان از پشه بند در سطح مطلوبی بود (۸۴/۸٪). بر اساس تست Mcnemar افزایش معنی داری در میزان

استفاده از پشه بند وجود داشت. در مطالعه انجام شده در یزد تنها ۱۰/۵٪ از توری در منازل خود استفاده می کردند.^۹ در مطالعه Santos که در برزیل روی ۱۶۸ خانواده انجام شد بیشتر خانواده ها (۵۷/۲٪) هیچ نوع وسایل حفاظتی در برابر گزش حشرات استفاده نمی کردند.^{۲۱} در مطالعه Aikins (۱۹۹۴) پشه بند به میزانهای مختلف استفاده می شد. مثلاً در غنا ۴۴٪ و در گامبیا ۸۶٪ و در هر کشوری نه تنها برای جلوگیری از نیش پشه بلکه برای اهداف دیگری مثل تنها بودن، آذین بستن و جلوگیری از ریزش تکه هایی از سقف بر روی تخت از آن استفاده می کردند.^{۱۲} استفاده بیشتر از پشه بند در کوشک نو خود زمینه ای برای جلوگیری از شیوع سالک را فراهم می کند.

تشخیص صحیح ناقل بیماری از ۵۵/۸٪ که میزان مطلوبی است به ۷۸/۴٪ پس از آموزش رسید که این تفاوت از لحاظ آماری مهم بود. در مطالعه انجام شده روی مادران یزد تنها ۲۱/۲ درصد از افراد پشه خاکی را از سایر پشه ها تشخیص داده بودند.^۹ پیشنهاد می شود، در آموزش بهداشت تنها به شیوه سخنرانی اکتفا نگردد و روش آموزش عملی (Demonstration) نیز توسط کارشناسان به کار گرفته شود.

در مطالعه Isaza و همکارانش که در کلمبیا انجام شده است. تنها ۳۵٪ پاسخ دهندگان بیماری را به گزش حشره ای نسبت می دادند.^{۱۷}

تشخیص صحیح ناقل باعث می شود اقدامات اساسی افراد در خصوص پیشگیری معطوف به کنترل سالک شود.

در بررسی میزان آگاهی دانش آموزان بر حسب سن رابطه معنی داری مشاهده نشد که مشابهت با پژوهش انجام شده روی آگاهی و عملکرد مادران یزدی دارد.

در بررسی میزان آگاهی بر حسب سواد پدر نیز در سطح $0/05$ رابطه معنی داری مشاهده نشد که نشاندهنده امکان آموزش دانش آموزان از گروههای مختلف اجتماعی در یک کلاس است.

عدم ارتباط معنی دار بین ابتلا و اسکار سالک شاید نشاندهنده سطح پایین آموزش پیشگیرانه یا عدم مؤثر بودن آن در پرسنل درمانی باشد. نتایج این بررسی نشان داد که 72% دانش آموزان در مرحله دوم برگه آموزشی را مطالعه کرده بودند که نشان دهنده علاقه مندی آنها به موضوع و دلیل ارزش تهیه پمفلتهایی از این نوع و توزیع آن در همه مدرسه هاست.

نتیجه گیری و پیشنهادها:

پیشنهاد می شود با توجه به اینکه آموزش در این جامعه مؤثر بوده است و با توجه به اینکه پمفلت های آموزشی توزیع شده 72% مورد مطالعه قرار گرفته

است در سایر مناطق آموزش و پرورش اردکان مانند صدرآباد، احمدآباد و ترک

آباد توزیع گردد.

از اطلاعات موجود در این باره
مستفاد شد

منابع:

- ۱- اندرو، جورج کلیتون، مترجم: میرزایی، منصور، بیماریهای پوست اندرو، چاپ اول. ۱۳۷۷ صص ۲۷-۳۲.
- ۲- احمد خانلو، پروین، کلیات آموزش بهداشت، جزوه درسی دانشگاه تهران، گروه خدمات بهداشتی. صص ۱۸-۵.
- ۳- اورمزدی هرمز: انگل شناسی پزشکی، جلد اول، چاپ اول، انتشارات جهاد دانشگاهی، ۱۳۷۲، صص ۱۱۱-۱۱۲.
- ۴- حلم سرشت، پریوش، دل پیشه، اسماعیل، آموزش بهداشت و اولویتهای بهداشتی جهت آموزش، چاپ اول، انتشار چهر، ۱۳۷۴. صص ۵.
- ۵- جهانیان رضا، اپیدمیولوژی و اصول پیشگیری از بیماریهای واگیر شایع در ایران، انتشارات اطلاعات، تهران، ۱۳۶۸، صص ۳۲.
- ۶- صائبی، اسماعیل، بیماریهای انگلی در ایران، جلد اول، چاپ ششم، انتشارات حیان، ۱۳۷۷، صص ۱۷۹-۱۶۳.
- ۷- دهقانی، تفتی، عباسعلی، بررسی اپیدمیولوژیک لیشرمانیوز جلدی در شهر یزد - ۱۳۷۶، صص ۷۲-۶۶.
- ۸- عزیزی، فریدون، اپیدمیولوژی بیماریهای شایع در ایران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۲، صص ۲۴۲.

۹- مظلومی، سعید، آگاهی، نگرش و عملکرد مادران از سالک در مناطق اندمیک

شهر یزد، مجله دانشگاه علوم پزشکی یزد، ضمیمه شماره ۲، تابستان ۱۳۷۸.

صص ۳۵-۴۱.

۱۰- مظلومی، سعید، بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی و رفتار دانش

آموزان مقطع، راهنمایی شهر یزد در مورد بیماری سالک، ۱۳۷۸، صص ۲۰.

۱۱- نیکنامی - شمس الدین و همکاران: بررسی میزان آگاهی، نگرش و رفتار

مادران در زمینه کالا آزار در روستاهای منطقه مشکین شهر، دانشور، سال ۶،

شماره ۲۳، بهار ۷۸، صص ۴۵-۵۰.

12- Aikins, M.K, Picke ring, H. Green wood, B.M, :Attitude to MALANIA, trajiditional practices and Bednets asvectir. Measures, a comparative study in fire west African Countries, Journal of Tropical Medicine and HY giene, 1994, 97, P.81-20.

13- Arana BA et al, Cutaneous kishmania sis in Guatmala; peoples knowledge, con c epts and practices, Ann Trop Med patasitol 200 Dec; 94(8): 779-86.

14- Eugene Braun wald et al, Harrison's Principles of internal medicin, 15th Edition, 2001, Vol 1, P 1213-1217.

15- Ewles, Linda et al, Promoting health; 1987, P71.

16- Isaza DM, et al Leishmaniasis: Knowledge and practice in populations of the pacific coast of colombia, Rev Panam Salud Publica 1999 sep; 6(3): 177-84.

17- Mandell Douglas and Benetts Principles and Practice of infectious disease, 2000. P 2831-2841.

- 18- Moricon Rdac et al, knowledge level about of American Tegumentary leishmaniasis, cad saude publica 2002 jan-feb; 18 (1): 187-95.
- 19- Muladi, w. Ashworth, A: Community – based hygiene education to reduce diarrhea , Journal of Epidemiol, oct 1994, 23(5).
- 20- Pawlowski Z.s et al, Impact of health education on knowledge and prevention behavior for congenital toxoplasmosis, Health Educ, Res, 2001 Aug 15 (4): 493-502.
- 21- Santos JB et al, Socioeconomic Factors and attitudes towards household prevention of American cutaneous leishmaniasis, cad saude Publica 2000 Ju-sep; 16(3): 701-8.
- 22- Tayeh-A: The Impact of health education to promote cloth filters on dracunculiasis.
- 23- Vazquez ml et al, Popular conceptions regarding cutaneous leishmaniasis in colombia, Bol oficina Sanit panam 1991 May 110 (5): 402-12.
- 24- Report on the 19Th SESSION of the EASTERN MEDITERRANEAN ADVISORY committee on HEALTH RESEARCH, W.H.O, Beirut, Lebanon, 28-30 April, 1993, P.11.

Abstract:

Evaluation of effectiveness of health education regarding cutaneous leishmaniasis prevention in guidance school students (Kooshk now, Ardakan)

Cutaneous leishmaniasis is a common zoonosis that Iran is in its geographic distribution, too. Emerging of leishmaniasis in new geographic areas & new hosts & procedures for its control are new challenges of the disease. Health education is one of the most important procedures in prevention.

A survey was conducted to identify the level of knowledge & practice of the students of Kooshk now-Ardakan that were in risk of cutaneous leishmaniasis. Then after a program of health education re-evaluation after 3 months was performed. Knowledge significantly increased but changes in practice was only in some fields. Age or father's education & knowledge level had not a meaningful correlation in this investigation. This research emphasizes the importance of identifying the communication channels between community & health care staff & taking long term surveys to evaluate effectiveness of health education in every field.

فصل پنجم

ضمیمہ

برنامه آموزشی

اهداف:

الف- هدف کلی

ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری سالک در دانش آموزان

ب- اهداف ویژه

- ۱- افزایش آگاهی عمومی و اختصاصی جامعه مورد پژوهش در خصوص بیماری سالک
- ۲- تغییر در نگرش بهداشتی جامعه مورد پژوهش

ج- اهداف آموزشی

اهداف معلوماتی:

بعد از اجرای برنامه آموزشی جامعه بتواند:

- مخازن بیماری سالک را نام ببرند
- راه انتقال بیماری سالک را بازگو کنند
- فصل واگیری بیماری را توضیح دهند
- رابطه بیماری سالک و وضعیت نامناسب بهداشت محیط جامعه را بیان کنند
- راههای پیشگیری از بیماری سالک را لیست نمایند
- تفاوت سالک شهری و روستایی را بازگو کنند

اهداف نگرشی:

بعد از خاتمه جلسات آموزشی بیماران باور دارند که:

- هر فردی امکان ابتلا به این بیماری را دارد

اهداف عملکردی:

- پشه سالک را از سایر پشه ها تشخیص دهند

- در منازل خود از پشه بند یا توری در درب اتاق ها استفاده کنند

- از پماد و ضد پشه استفاده نمایند

د- جزئیات محتوی برنامه و روشهای ارائه

جلسه ۲	جلسه ۱	
آشنائی با مخزن، راههای انتقال بیماری به انسان و راههای پیشگیری	معرفی مخزن و عامل	سر فصل آموزشی
مدرسه	مدرسه	محل
۳۰ دقیقه	۱۵ دقیقه	مدت
دانشجو	دانشجو	مجری
سخنرانی توزیع پمفلت، آموزش اسلاید	تخته سیاه	روش و رسانه مورد نیاز
دانش آموزان	دانش آموزان	گروه هدف

*** بیماری در چه فصلهایی از سال بیشتر انتقال می‌یابد؟**

در اکثر نقاط شهری ایران و یزد، در اواخر تابستان و اوایل پاییز بیماری بیشتر انتقال می‌یابد و علائم بیماری غالباً در فصول مختلف سال بعد ظاهر می‌شود.

*** چگونه می‌توانیم از بیماری سالک پیشگیری کنیم؟**

از طریق

۱- درمان بیماران مبتلا با مراجعه به مراکز بهداشتی، درمانی

۲- پوشاندن زخم، مخصوصاً در شپها توسط یک پوشش نازک تا پشه‌های خاکی نتوانند به زخم دسترسی داشته و بیماری را به اشخاص سالم منتقل کنند.

۳- استفاده از پشه‌بند در شب و موقع خوابیدن بخصوص برای بچه‌ها و پوشاندن جاهای باز بدن، جهت جلوگیری از گزش پشه‌های خاکی

مخزن سالک خشک سگ و انسان مبتلا به سالک است و مخزن سالک نوع مرطوب یا روستایی موش صحرائی میباشد.

*** انسان چگونه بیمار میشود؟**

پشه‌های خاکی از زخم انسان بیمار، سگ و یا موش آلوده، تغذیه کرده و پس از چند روز، در زمان خونخواری و تغذیه مجدد می‌تواند الودگی را به افراد سالم منتقل کند.

*** پشه‌های خاکی کجا زندگی می‌کنند؟**

این پشه‌ها کوچکتر از پشه‌های معمولی و به رنگ زرد مایل به کرم هستند. در طول روز در پناهگاههای تاریک، گرم و مرطوب مانند اماکن متروکه و مخروبه، لانه مرغها، توده‌های زباله و خاکروبه، لانه جوندگان، کنج اطاقها و زیرزمین استراحت کرده و در ساعات اولیه شب شروع به فعالیت و خونخواری می‌کنند.

*** بیماری سالک یا کبه چیست؟**

یک بیماری پوستی مشترک بین انسان و برخی از حیوانات مانند سگ و موش است که توسط پشه‌های خاکی انتقال پیدا می‌کند.

*** علائم بیماری سالک چیست؟**

سالک تقریباً یک سال طول می‌کشد در این بیماری محل گزش نیش پشه، ابتدا به صورت یک برآمدگی کوچک و قرمز رنگ بوده و کم‌کم این برآمدگی سفت و تیره‌رنگ میشود. در بعضی از بیماران دوره زخم طولانی‌تر و تعداد زخمها کمتر میباشد که به آن سالک خشک یا سالک نوع شهری می‌گویند، اما اگر وسعت بیشتری داشت و دوره زخم کوتاه‌تر بود سالک مرطوب یا سالک نوع روستایی می‌گویند.

● ۱۰- چگونه می‌توانیم پشه‌خاکی را نابود کنیم؟

- ۱- سم‌پاشی ۲- بهسازی محیط (اصلاح) ۳- کاری نمی‌توان کرد ۴- نمی‌دانم

● ۱۱- در مواقع زیاد شدن بیماری سالک مؤثرترین روش مبارزه با پشه‌خاکی چیست؟

- ۱- بکارگیری پشه‌بند آخسته به سم ۲- سمپاشی محل پشه‌خاکی ۳- استفاده از مواد دورکننده
۴- کشتن پشه‌خاکی ۵- نمی‌دانم

● ۱۲- کدام یک از حیوانات زیر به بیماری سالک مبتلا می‌شوند؟

- سگ گربه گوسفند گاو موش بز

● ۱۳- بعد از سمپاشی اداره بهداشت جهت مبارزه با پشه چه مدت زمانی طول می‌کشد تا از خانه استفاده کنیم؟

- ۱- دو ساعت بعد ۲- چهار ساعت بعد ۳- یک روز بعد ۴- نمی‌دانم
۵- بسته به نوع سم فرق می‌کند ۶- سایر موارد

● ۱۴- آیا فرد مبتلا به بیماری سالک جهت جلوگیری از انتقال بیماری باید زخم خود را بپوشاند؟

- بلی خیر نمی‌دانم

● ۱۵- آیا در منزل پشه‌بند دارید؟

- بلی خیر

● ۱۶- اگر پشه‌بند دارید از آن استفاده می‌کنید؟

- بلی خیر

● ۱۷- اگر جواب به دو سؤال بالا منفی است چرا از پشه‌بند استفاده نمی‌کنید؟

۱- استفاده از پشه‌بند سودی ندارد ۲- استفاده از پشه‌بند زحمت دارد

۳- پول برای خرید پشه‌بند نداریم ۴- به علت گرمی هوا نمی‌توانیم از پشه‌بند استفاده کنیم

● ۱۸- آیا جهت جلوگیری از ورود پشه به خانه و محل استراحت خود تاکنون اقدامی انجام داده‌اید؟

- بلی خیر

● ۱۹- در صورت جواب بلی تاکنون چه کارهایی برای جلوگیری از ورود پشه به خانه انجام داده‌اید؟

استفاده از پشه‌بند سم‌پاشی منزل نصب توری به پنجره‌ها

● ۲۰- آیا شما تاکنون از پمادهای دورکننده پشه استفاده کرده‌اید؟

- بلی خیر

● ۲۱- آیا مایل به آموزش بیشتر در مورد مبارزه با بیماری سالک هستید؟

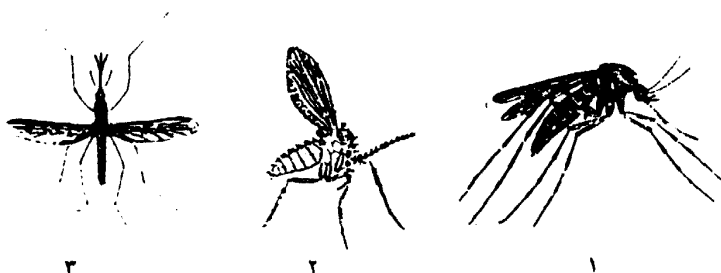
- بلی خیر نمی‌دانم

● ۲۲- آیا پشه‌بندهای معمولی می‌تواند جلوی ورود پشه‌خاکی را بگیرد؟

- اصلاً تا حدودی کاملاً

● ۲۳- کدام یک تصویر پشه‌خاکی می‌باشد؟

- ۱ ۲ ۳



۳

۲

۱

● ۲۴- آیا شما برگه آموزشی شناخت، پیشگیری و مبارزه با بیماری سالک را مطالعه کردید؟

- بلی خیر

پایان