

مقاله پژوهشی:

تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده از آلودگی به شپش سر در دانش آموزان دختر پایه ششم شهر مریوان

رحمان پناهی^۱، هایده قجری^۲، پروانه تیموری^۳، مسعود مرادی^۴، * ناصح قادری^۵، امید زارعی ورو^۶، فرید شریفی^۷، علیرضا دانشور^۸

- ۱- گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.
- ۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.
- ۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
- ۴- کمیته تحقیقات دانشجویی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
- ۵- گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۰ دی ۱۳۹۷
تاریخ پذیرش: ۲۲ اسفند ۱۳۹۷
تاریخ انتشار: ۱۱ اردیبهشت ۱۳۹۸

زمینه و هدف: آلودگی به شپش به عنوان یک مسئله اجتماعی از جمله معضلات بهداشتی شایع در دانش آموزان است. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیرانه از آلودگی به شپش سر در دانش آموزان انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی بود. جامعه مورد بررسی، ۱۳۸ نفر از دانش آموزان (۶۹ نفر در هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل) دختر پایه ششم مقطع متوسطه اول شهر مریوان در سال ۱۳۹۶ بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای انتخاب شدند. مداخله آموزشی در پنج جلسه ارائه شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه مشخصات جمعیتی و زمینه‌ای و پرسش‌نامه محقق ساخته مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و آگاهی و رفتار پیشگیرانه از پدیکولوزیس بود که در دو مرحله قبل و دو ماه پس از مداخله تکمیل شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری مناسب تحلیل شدند.

یافته‌ها: قبل از مداخله، بین متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای بین دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0/05$). دو ماه بعد از مداخله در میانگین نمرات متغیر آگاهی و سازه‌های حساسیت و موانع درک شده در گروه آزمایش تفاوت معنادار مشاهده شد ($P < 0/05$)، اما در سازه‌های دیگر مدل اعتقاد بهداشتی و همچنین رفتار، قبل و بعد از مداخله تفاوت معنادار یافت نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: علی‌رغم افزایش معنادار آگاهی و سازه‌های حساسیت و موانع درک شده، مداخله آموزشی بر اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از پدیکولوزیس تأثیر معنادار نداشت.

کلیدواژه‌ها:

پدیکولوزیس، مدل اعتقاد بهداشتی، آموزش، دانش آموزان، مریوان

مقدمه

مربوط به کشورهای جهان سوم و فقیر نیست [۵]. کلارک و همکاران در سال ۲۰۱۳، طی مطالعه‌ای در ایالات متحده گزارش کردند ۶ تا ۱۲ میلیون نفر به شپش سر آلوده‌اند و ۲/۶ میلیون خانوار نیز تحت تأثیر آلودگی شپش هستند [۶].

در بیماری پدیکولوزیس، شپش روزی چندین بار خون فرد آلوده را می‌خورد و بزاق شپش مکرراً به بدن فرد تزریق می‌شود. بنابراین اثرات سمی آن در افراد آلوده ممکن است باعث خستگی، تحریک، افسردگی، بی‌خوابی، افت تحصیلی و در موارد شدید سبب ایجاد خارش و عفونت ثانویه، حالت بدبینی و احساس

در انسان‌ها سه گونه شپش به نام‌های شپش سر، شپش بدن و شپش عانه به صورت انگلی زندگی می‌کنند [۱]. در این میان شپش سر شایع‌ترین نوع شپش در انسان است که از دوران باستان وجود داشته است [۲]. آلودگی به شپش سر یکی از بیماری‌های شایع در تمام سنین و جهان است [۳]. شیوع این بیماری در ایران طی یک فراتحلیل در دانش آموزان سن مدرسه، ۷/۴ درصد گزارش شده است [۴]. با این حال شپش سر تنها

* نویسنده مسئول:

ناصر قادری

نشانی: سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

تلفن: ۰۹۸ ۷۷۷۸۵۰۰ (۹۱۸)

رایانامه: naseghaderi@modares.ac.ir

تنبلی شود [۵-۹].

راه اصلی انتقال شپش سر از طریق تماس‌های نزدیک سر به سر است [۷]. در بعضی از منابع به نقش استفاده از وسایل مشترک مانند لباس زیر، حوله، کلاه، روسری و شانه سر اشاره شده است [۸، ۷].

آلودگی به شپش یک مسئله اجتماعی و گریبان‌گیر بسیاری از جوامع بشری و از جمله معضلات بهداشتی‌ای است که در مدارس شایع است [۱۰]. آلودگی کودکان می‌تواند به سرخوردگی روانی به علت اختلال در روابط اجتماعی به دلیل احساس شرم، خشم و خجالت از آلودگی به شپش در کودکان و خانواده‌شان، منجر شود. واکنش در برابر آلودگی به شپش بسته به جامعه از واکنش همراه با سرزنش، جداسازی کودکان آلوده از کودکان سالم و اتخاذ تلاش‌هایی (راهکارهایی) شدید برای ریشه‌کنی آلودگی تا برخورد عادی با این آلودگی و دقت در درمان آن متفاوت است [۱۱، ۱۲].

با توجه به راه انتقال مستقیم شپش سر از شخص به شخص، مدارس به دلیل تراکم جمعیت، بهترین مکان جهت گسترش و تثبیت این انگل در جامعه هستند و با عنایت به اینکه طی مطالعات انجام‌شده بیشترین شیوع آلودگی به شپش سر در بین سنین ۶ تا ۱۱ سالگی در مدارس بوده است، مدارس به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شده‌اند [۱۳].

مدارس در عین داشتن پتانسیل بالا جهت شیوع آلودگی، مناسب‌ترین مکان جهت ارائه آموزش‌های بهداشتی لازم و در نتیجه پیشگیری و کنترل آلودگی به شپش سر هستند. این نکته اهمیت فراوانی دارد که افراد به واسطه آموزش بهداشت بدانند آلودگی به شپش سر قابل پیشگیری، و رهاشدن از آن کاری بسیار ساده است [۱۷-۱۴]. در این خصوص نتایج مطالعه غلام‌نیا شیروانی و همکاران نشان داد برنامه آموزش بهداشت تأثیر مثبتی بر کاهش پدیکولوزیس در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر چابهار داشت [۱۶]. همچنین نوروزی و همکاران گزارش کردند آموزش در مورد راه‌های آلودگی و پیشگیری از بیماری پدیکولوزیس، می‌تواند نقش مهمی در کاهش آلودگی و عوارض ناشی از آن در میان دانش‌آموزان مدارس ابتدایی داشته باشد [۳].

از جمله اقدامات اساسی مبارزه با این حشره می‌توان به ارتقای سطح آگاهی دانش‌آموزان، والدین و مسئولان مدارس در زمینه آلودگی به شپش، بهبود رفتارهای پیشگیری‌کننده از قبیل استحمام مرتب، شانه‌زدن روزانه موها، عدم استفاده از وسایل شخصی دیگر هم‌کلاسی‌ها (شانه، برس، روسری، مقنعه و غیره)، شست‌وشوی منظم و اتوکشیدن لباس‌های مدرسه، کنترل موی سر، حداقل دو بار در هفته توسط دانش‌آموزان و والدین، گزارش هرگونه آلودگی مشاهده‌شده به مسئولان مدرسه و نزدیک‌ترین مرکز بهداشتی‌درمانی و خانه بهداشت اشاره کرد [۱۷، ۱۸، ۱۹].

آموزش رفتارهای صحیح بهداشتی در هر جامعه‌ای اجتناب‌ناپذیر است. دانش‌آموزان و والدین برای شناخت و عمل به شیوه‌های درست زندگی، حفظ سلامت و پرهیز از بیماری‌ها، نیازمند آموزش رفتارهای صحیح هستند و در این راستا نقش آموزش بهداشت کلیدی است [۲۰]. از سوی دیگر افزایش اثربخشی مداخلات آموزش بهداشت به استفاده مناسب از تئوری‌ها و مدل‌ها بستگی دارد [۲۱]. در این راستا، مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مهم‌ترین رویکردها در مواجهه با توصیف رفتارهای مرتبط با سلامتی است [۲۲]. ابعاد مختلف این مدل عبارت‌اند از حساسیت درک‌شده (باور ذهنی شخص در مورد استعداد ابتلا یا آمادگی به یک بیماری است)، شدت درک‌شده (عقیده شخص در مورد اینکه وخامت و شدت اوضاع در چه حد است)، موانع درک‌شده (جنبه‌های منفی درک‌شده بالقوه که به صورت مانع برای انجام یک رفتار عمل می‌کنند)، منافع درک‌شده (به اعتقاد فرد به اثربخشی اقدام در کاهش تهدید بیماری اطلاق می‌شود) و خودکارآمدی درک‌شده (اطمینان فرد به توانایی خود در پیشگیری یک رفتار).

این مدل، مدلی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد و بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری‌کننده مبتنی بر اعتقادات شخصی شامل آسیب‌پذیری شخص نسبت به بیماری، تأثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد و تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری است [۲۳، ۲۴]. مطالعات متعددی نیز اثربخشی این مدل در پیشگیری از آلودگی به شپش سر را تأیید کرده‌اند [۲۵-۲۷].

با توجه به شیوع بالای پدیکولوزیس در بین دختران [۲۷]، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلودگی به شپش سر در دانش‌آموزان دختر پایه ششم مقطع متوسطه اول شهر مریوان طراحی و اجرا شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه‌تجربی بود که در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه موردپژوهش، ۱۳۸ نفر از دانش‌آموزان (۶۹ نفر در هر یک از دو گروه آزمایش و کنترل) دختر پایه ششم مقطع متوسطه اول شهر مریوان بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا لیستی از تمامی مدارس دخترانه شهر مریوان که دارای پایه ششم بودند، تهیه شد. سپس از بین این ۱۲ مدرسه واجد شرایط، دو منطقه متفاوت و دور از هم به طور تصادفی انتخاب و سپس در هر منطقه، یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس با انتخاب تصادفی، یکی از این مدارس به عنوان گروه آزمایش و مدرسه دیگر به عنوان گروه کنترل در

نظر گرفته شدند. در نهایت از هر مدرسه دو کلاس پایه ششم به صورت تصادفی انتخاب و دانش آموزان آن‌ها با داشتن معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند.

با توجه به فرمول شماره ۱ و با لحاظ کردن توان آزمون معادل ۹۰ درصد، خطای نوع اول، ۵ درصد و اعمال ۱۰ درصد برای ریزش احتمالی نمونه‌ها و همچنین با در نظر گرفتن نتایج مطالعه نوروزی و همکاران، حجم نمونه برای هر کدام از دو گروه آزمایش و کنترل، تعداد ۶۹ نفر برآورد شد [۳].

۱.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{\Delta^2}$$

$$S_1 = 0.59 \quad \alpha = 0.05 \Rightarrow z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$S_1 = 0.59 \quad \alpha = 0.05 \Rightarrow z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$S_2 = 0.25 \quad \beta = 0.90 \Rightarrow z_{1-\beta} = 1.28$$

$$\Delta = 0.25, n = 69$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن جنسیت مؤنث، تحصیل در پایه ششم ابتدایی و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. همچنین عدم شرکت دانش آموزان در کلاس‌های آموزشی، انتقال دانش آموز به مدرسه دیگر و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق ساخته‌ای بود که مشتمل بر چهار بخش بود. بخش اول شامل هشت سؤال در زمینه مشخصات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای (سن، تحصیلات والدین، شغل والدین، تعداد اعضای خانواده، سابقه آلودگی قبلی، آلودگی سایر اعضای خانواده) بود. بخش دوم شامل ۹ سؤال مرتبط با آگاهی از راه‌های انتقال و پیشگیری از شپش سر بود که پاسخ‌ها به صورت سه گزینه‌ای بلی، خیر و نمی‌دانم طراحی شده بود که در آن برای پاسخ صحیح (۲ نمره)، پاسخ غلط (صفر) و نمی‌دانم (۱ نمره) در نظر گرفته شد. بخش سوم این پرسش‌نامه شامل ۳۴ سؤال در خصوص سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (۶ سؤال حساسیت درک‌شده، ۶ سؤال شدت درک‌شده، ۷ سؤال منافع درک‌شده، ۹ سؤال موانع درک‌شده، ۶ سؤال خودکارآمدی درک‌شده) بود. جهت نمره‌دهی به سؤالات در بخش مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (به جز راهنما برای عمل)، از مقیاس لیکرت با پنج گزینه کاملاً موافقم (پنج امتیاز)، موافقم (چهار امتیاز)، نظری ندارم (سه امتیاز)، مخالفم (دو امتیاز) و کاملاً مخالفم (یک امتیاز) استفاده شد [۲۷].

سؤالات مربوط به سازه راهنما برای عمل، درباره منابع کسب اطلاعات در زمینه توصیه‌های بهداشتی مربوط به پیشگیری

از آلودگی به پدیکولوزیس بود و به صورت سنجش فراوانی محاسبه شد [۲۸، ۲۹]. بخش چهارم مربوط به سؤالات رفتارهای پیشگیری کننده از آلودگی به پدیکولوزیس بود. پاسخ سؤالات رفتار به صورت همیشه، بیشتر اوقات، گاهی وقت‌ها، به ندرت و هیچ‌وقت با نمره بین صفر تا پنج، امتیازبندی شد [۲۷].

جهت تأمین روایی علمی ابزار از روایی محتوا و برای تعیین پایایی آن از دو روش آزمون بازآزمون و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد؛ بدین صورت که ابتدا پرسش‌نامه در اختیار چند متخصص قرار گرفت و با اعمال نظرات آنان، برخی از سؤالات حذف یا مورد بازنگری قرار گرفتند. همچنین مطالعه پایلوتی روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان صورت گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر آگاهی (۰/۸۵) و سازه‌های حساسیت درک‌شده (۰/۹۶)، شدت درک‌شده (۰/۹۱)، موانع درک‌شده (۰/۹۱)، منافع درک‌شده (۰/۸۱)، خودکارآمدی (۰/۸۶) و رفتار (۰/۷۳) محاسبه شد. همچنین پایایی ابزار با روش آزمون بازآزمون با ضریب همبستگی $r = 0.82$ ، تأیید شد. برای سؤالات راهنما برای عمل، چون در قالب عینیت بود و درک افراد را نمی‌سنجید، روایی و پایایی محاسبه نشد [۳۰].

پیش‌آزمون، قبل از آموزش در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. با توجه به اطلاعات به‌دست‌آمده از پیش‌آزمون، مداخله آموزشی برای پنج جلسه آموزشی تهیه و ارائه شد؛ برای مثال با آموزش عوارض ناشی از پدیکولوزیس مانند نشان دادن تصاویر ریزش مو و ضایعات پوستی ناشی از خارش سر، سعی بر این بود که شدت درک‌شده افزایش یابد. با ارائه تعداد افراد آلوده و سن شیوع آلودگی، سعی بر این بود حساسیت درک‌شده افزایش یابد. با برگزاری جلسه برای چگونگی اجرای عملی رعایت بهداشت فردی و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده توسط خود دانش‌آموزان، سعی بر این بود خودکارآمدی درک‌شده افزایش یابد. همچنین محتوای مداخله آموزشی مبتنی بر سه محور اصلی بود. در ابتدا سعی شد ضمن آشنا کردن دانش‌آموزان با شپش سر، حساسیت موضوع برای دانش‌آموزان روشن شود. محور دوم، بررسی راه‌های احتمالی انتقال شپش سر و محور سوم شامل آموزش راهکارهای جلوگیری از ابتلا به شپش سر و پیشگیری از آن بود.

پس از آزمون، دو ماه بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد و دانش‌آموزان به روش خودگزارش‌دهی پرسش‌نامه را تکمیل کردند. پس از جمع‌آوری داده‌ها وارد نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS شدند. در تحلیل داده‌ها، ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، وضعیت توزیع داده‌ها از لحاظ نرمال بودن و نرمال نبودن بررسی شد.

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد توزیع داده‌ها در تمامی متغیرها، غیرنرمال است. در نتیجه آزمون متناسب با داده‌ها (آزمون ناپارامتری ویلکاکسون) انجام شد. همچنین برای مقایسه

گروه آزمایش با گروه کنترل جهت ارزیابی متغیرهای کیفی از مربع کای (و در مواقع لازم از آزمون دقیق فیشر) استفاده شد. ضمناً سطح معنی‌داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از دانش‌آموزان گروه آزمایش ۶۱ نفر و از دانش‌آموزان گروه کنترل ۶۲ نفر دوره مطالعه را تکمیل کردند. بنابراین تحلیل‌های آماری درباره ۱۲۳ نفر از شرکت‌کنندگان انجام شد. نتایج، اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای نشان نداد ($P > 0.05$)؛ به عبارتی دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای همگن بودند (جدول شماره ۱).

با توجه به جدول شماره ۲، نتایج مطالعه نشان داد در گروه مداخله میانگین نمره آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، موانع درک‌شده و خودکارآمدی، بعد از مداخله افزایش پیدا کرده است و در بین این موارد ذکر شده فقط متغیرهای آگاهی، حساسیت درک‌شده و موانع درک‌شده، افزایش معناداری داشتند ($P < 0.05$). به عبارت دقیق‌تر مداخله آموزشی در افزایش آگاهی، حساسیت درک‌شده و موانع درک‌شده تأثیرگذار بود. همچنین میانگین نمره متغیرهای منافع درک‌شده و رفتار بعد از مداخله آموزشی کاهش داشتند، ولی هیچ‌یک از این کاهش‌ها، معنادار نبودند ($P > 0.05$). در گروه کنترل متغیرهای آگاهی، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، موانع درک‌شده و خودکارآمدی دارای افزایش میانگین بودند که از این بین فقط شدت درک‌شده افزایش معناداری داشت ($P = 0.046$). همچنین میانگین نمره متغیرهای منافع درک‌شده و رفتار کاهش داشتند، ولی هیچ‌یک از این کاهش‌ها، معنادار نبودند ($P > 0.05$).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از آلودگی به شپش سر در دانش‌آموزان دختر پایه ششم مقطع متوسطه اول شهر مریوان در سال ۱۳۹۶ طراحی و اجرا شد. در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره آگاهی به طور معنادار در گروه آزمایش افزایش یافت. این یافته نشان داد آموزش تأثیری مثبت بر ارتقای آگاهی دانش‌آموزان مورد مطالعه درباره راهکارهای جلوگیری از ابتلا به شپش سر و پیشگیری از آن داشته و اساسی‌ترین و ساده‌ترین راهکار جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه و بهداشتی، ارتقای آگاهی افراد است. بنابراین باید برای ایجاد آگاهی بیشتر این دانش‌آموزان کوشید. از دلایل احتمالی افزایش نمرات آگاهی در گروه آزمایش می‌توان به علاقه بالای دانش‌آموزان به فراگیری موضوعات جدید اشاره کرد. این یافته با نتایج مطالعات خاکشور قره‌سو و همکاران، جدگال و همکاران و

ضربان و همکاران همخوانی دارد [۲۰، ۲۶، ۳۱].

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره حساسیت درک‌شده به طور معنادار در گروه آزمایش افزایش یافت. از آنجا که حساسیت درک‌شده دارای یک جزء شناختی قوی است و تا حدودی وابسته به آگاهی افراد است، می‌توان گفت آموزش همراه با افزایش سطح آگاهی درباره راهکارهای جلوگیری از ابتلا به شپش سر و پیشگیری از آن، توانسته است موجب افزایش حساسیت درک‌شده در دانش‌آموزان شود و در نتیجه آن‌ها خود را بیشتر از قبل، مستعد ابتلا به پدیکولوزیس دانسته‌اند [۲۳]. این یافته با نتایج مطالعات و خاکشور قره‌سو و همکاران، سنایی‌نسب و همکاران و شریفی‌راد و همکاران همخوانی دارد [۲۶، ۳۲، ۳۳].

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره موانع درک‌شده به طور معنادار در گروه آزمایش افزایش یافت. از دلایل احتمالی تعدیل نمره موانع درک‌شده در گروه آزمایش می‌توان به کاهش نمره منافع درک‌شده در گروه آزمایش و ارتباط عکس این دو متغیر، اشاره کرد [۲۳]. همچنین تغییر معنادار متغیر موانع درک‌شده می‌تواند به دلیل در نظر گرفتن سؤالات مناسب برای این متغیر یا آموزش مناسب درباره آن باشد. این یافته با نتایج مطالعه خاکشور و مطالعه قره‌سو و همکاران و شریفی‌راد و همکاران همخوانی دارد [۲۶، ۳۲].

علاوه بر نتایج پیش‌گفته، نتایج مطالعه حاضر نشان داد بعد از مداخله، میانگین نمره شدت درک‌شده در گروه کنترل افزایش معنادار داشته است. دلیل احتمالی این امر می‌تواند افزایش (غیرمعنادار) آگاهی، حساسیت درک‌شده، خودکارآمدی و موانع درک‌شده در دانش‌آموزان گروه کنترل باشد.

همچنین در مطالعه حاضر، مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر چهار متغیر دیگر تأثیر معناداری نداشت؛ بدین معنا که نتوانست باعث افزایش یا کاهش معنادار در هیچ‌کدام از متغیرهای شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، خودکارآمدی و رفتار در گروه آزمایش شود. این یافته با نتایج مطالعات خاکشور قره‌سو و همکاران و جدگال و همکاران مغایرت دارد [۲۶، ۳۱]. از دلایل احتمالی این مغایرت می‌توان به تفاوت این دو مطالعه با مطالعه حاضر از نظر آیت‌هایی چون حجم نمونه، وضعیت جغرافیایی و ابزارهای مورداستفاده اشاره کرد. ضمناً عدم تأثیرگذاری مداخله آموزشی بر چهار سازه مذکور را می‌توان ناشی از چند عامل دانست که اهم آن‌ها به این شرح‌اند: اولین عامل کوتاه‌بودن زمان مداخله آموزشی است. به نظر می‌رسد برای تأثیرگذاری معنادار بر این متغیرها، می‌بایست زمان بیشتری صرف آموزش در مورد این بیماری شود [۳۵، ۳۴].

دومین عامل کم‌اطلاع‌بودن والدین در این زمینه است که می‌توان با آموزش صحیح والدین این مشکل را حل کرد [۱۶].

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با دانش آموزان شرکت‌کننده در دو گروه آزمایش و کنترل

P	تعداد (درصد)		متغیرهای جمعیت‌شناختی	
	گروه کنترل	گروه آزمایش		
۰/۸۸°	۲۹ (۴۶/۷۷)	۲۹ (۴۷/۵۴)	۱۲	سن
	۲۶ (۴۱/۹۳)	۲۶ (۴۲/۶۲)	۱۳	
	۰ (۰)	۳ (۴/۹۲)	۱۴	
	۷ (۱۱/۲۹)	۳ (۴/۹۲)	بدون پاسخ	
۰/۸۶°	۹ (۱۴/۵۲)	۱۳ (۲۱/۳۱)	بی‌سواد	تحصیلات پدر
	۱۹ (۳۰/۶۴)	۱۱ (۱۸/۰۳)	نهضت و ابتدایی	
	۱۶ (۲۵/۸۱)	۲۰ (۳۲/۷۹)	راهنمایی	
	۱۳ (۲۰/۹۷)	۱۱ (۱۸/۰۳)	دیپلم	
	۵ (۶/۴۵)	۵ (۸/۲۰)	دانشگاهی	
	۰ (۱/۶۱)	۱ (۱/۶۴)	بدون پاسخ	
۰/۶۸°	۲۴ (۳۸/۷۱)	۲۳ (۳۷/۷۰)	بی‌سواد	تحصیلات مادر
	۲۱ (۳۳/۸۷)	۱۴ (۲۲/۹۵)	نهضت و ابتدایی	
	۱۱ (۱۷/۷۴)	۱۹ (۳۱/۱۵)	راهنمایی	
	۶ (۹/۶۸)	۵ (۸/۲۰)	دیپلم	
	۰ (۰)	۰ (۰)	دانشگاهی	
	۰ (۰)	۰ (۰)	بدون پاسخ	
۰/۵۴°	۲۶ (۴۱/۹۳)	۲۳ (۳۷/۷۰)	کارگر	شغل پدر
	۴ (۶/۴۵)	۳ (۴/۹۲)	کارمند	
	۲۲ (۳۵/۴۸)	۲۸ (۴۵/۹۰)	آزاد	
	۰ (۰)	۰ (۰)	دانشجو یا محصل	
	۸ (۱۲/۹۰)	۴ (۶/۵۶)	بیکار	
	۲ (۳/۲۲)	۳ (۴/۹۲)	بدون پاسخ	
۰/۶۷°	۱ (۱/۶۱)	۱ (۱/۶۴)	کارگر	شغل مادر
	۱ (۱/۶۱)	۰ (۰)	کارمند	
	۱۴ (۲۲/۵۸)	۹ (۱۴/۷۵)	آزاد	
	۰ (۰)	۰ (۰)	دانشجو یا محصل	
	۴۶ (۷۴/۱۹)	۵۱ (۸۲/۶۱)	خانه‌دار	
	۰ (۰)	۰ (۰)	بدون پاسخ	
۰/۴۱°	۱ (۱/۶۱)	۰ (۰)	۱	تعداد اعضای خانواده
	۰ (۰)	۳ (۴/۹۲)	۲	
	۴ (۶/۴۵)	۵ (۸/۲۰)	۳	
	۲۹ (۴۶/۷۷)	۱۹ (۳۱/۱۵)	۴	
	۱۷ (۲۷/۴۲)	۱۹ (۳۱/۱۵)	۵	
	۵ (۸/۰۶)	۱۱ (۱۸/۰۳)	۶	
	۴ (۶/۴۵)	۲ (۳/۲۸)	۷	
	۲ (۳/۲۲)	۱ (۱/۶۴)	۸	
	۰ (۰)	۱ (۱/۶۴)	بدون پاسخ	
۰/۸۱°	۸ (۱۲/۹۰)	۵ (۸/۲۰)	بله	سابقه آلودگی قبلی
	۵۳ (۸۵/۴۸)	۵۶ (۹۱/۸۰)	خیر	
	۱ (۱/۶۱)	۰ (۰)	بدون پاسخ	
۰/۹۴°	۲ (۳/۲۲)	۲ (۳/۲۸)	بله	آلودگی سایر اعضای خانواده
	۵۹ (۹۵/۱۶)	۵۹ (۹۶/۷۳)	خیر	
	۱ (۳/۲۲)	۰ (۰)	بدون پاسخ	
	۶۲ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	کل	

* آزمون دقیق فیشر؛ ** آزمون کای اسکور (ارتباط معنی‌دار در سطح کمتر از ۰/۰۵ است)

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات آگاهی، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از آلودگی به شپش سر

گروه کنترل				گروه آزمایش				سازه‌ها و متغیرها
p [*]	Z	میانگین		p [*]	Z	میانگین		
		دو ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله			دو ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	
۰/۶۷	-۰/۴۳۲	۱۷/۱۶	۱۷/۱۳	<۰/۰۰۱	-۴/۱۵	۱۹/۴۸	۱۷/۲۶	آگاهی
۰/۷۲	-۰/۳۶	۲۱/۷۶	۲۱/۰۵	۰/۰۴۹	-۱/۹۷	۲۱/۴۸	۲۰/۵۱	حساسیت درک شده
۰/۰۴۶	-۱/۹۹	۲۱/۱۹	۲۰/۲۱	۰/۱۱	-۱/۶۰	۲۲/۸۹	۲۱/۱۳	شدت درک شده
۰/۳۷	-۰/۸۹۷	۲۶/۶۳	۲۷/۰	۰/۵۴	-۰/۶۱۴	۲۷/۵۲	۲۸/۰۵	منافع درک شده
۰/۲۲	-۱/۲۲۵	۳۴/۳۵	۳۳/۹۴	۰/۰۲۹	-۲/۱۹	۳۷/۱۵	۳۵/۴۶	موانع درک شده
۰/۷۹	-۰/۲۶	۲۵/۶۶	۲۵/۵۵	۰/۷۶	-۰/۳۰	۲۶/۷۴	۲۶/۵۴	خودکارآمدی
۰/۴۵	-۰/۷۵	۱۴/۵۲	۱۴/۸۱	۰/۲۹	-۱/۰۷	۱۴/۷۵	۱۴/۹۸	رفتارهای پیشگیرانه

تغییرات میانگین در طول دوره به تفکیک در هر گروه
آزمون ویلکاکسون

مورد استفاده، توانسته است سبب افزایش آگاهی و ارتقای حساسیت درک شده و موانع درک شده درباره راهکارهای جلوگیری از ابتلا به شپش سر و پیشگیری از آن در دانش‌آموزان شود، اما بر سایر سازه‌های مدل و همچنین اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از پدیکلوزیس تأثیر معنادار نداشت. با توجه به عدم تأثیرگذاری روش سخنرانی، پیشنهاد می‌شود در مداخلات آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از پدیکلوزیس در دانش‌آموزان، از روش‌های دیگری استفاده شود.

با توجه به اینکه این مطالعه فقط بین دانش‌آموزان دختر پایه ششم ابتدایی شهرستان مریوان انجام شده، نتایج حاصل از این مطالعه قابل تعمیم به کودکان سایر نقاط کشور نیست. بنابراین انجام این مطالعه در مقیاس وسیع‌تری از کودکان در کشور و به‌ویژه در بین دانش‌آموزان پسر پیشنهاد می‌شود. ضمناً انجام مطالعه کیفی و شناسایی عوامل مؤثر به منظور بازنگری در آیت‌های تشکیل‌دهنده سازه‌های مدل و اصلاح پرسش‌نامه پیشنهاد می‌شود. همچنین برخی از خانواده‌ها در انجام مطالعه با تیم تحقیق همکاری نکردند و این مورد از محدودیت‌های این مطالعه بود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش، ابتدا کد اخلاق از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان (با شماره IR.MUK.REC.1395.319)، دریافت شد و سپس هماهنگی‌های لازم با

۳۴. یا حتی می‌توان در ابتدای کار، آموزش مناسب به والدین را در دستور کار قرار داد و هم‌زمان آموزش و سنجش را روی دانش‌آموزان انجام داد [۳۶، ۳۷]. همچنین تعلیم معلمان می‌تواند به افزایش تأثیر در این موضوع بینجامد [۱۶، ۳۷]. البته نباید این نکته را از قلم انداخت که نبود مربی بهداشت در مدرسه، عدم دسترسی کافی به خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین عدم رعایت بهداشت فردی نیز می‌توانند در عدم تأثیرگذاری مداخله آموزشی مؤثر باشند [۳۸، ۱۶].

سومین عامل می‌تواند عدم انتخاب سؤالات مناسب و مرتبط برای سنجش متغیرها باشد [۲۴]. این مورد با اجرای تحلیل‌های عاملی تأییدی و اکتشافی و نظر خبرگان در این زمینه، قابل حل است. همچنین عامل مهم دیگری که هرگز نباید فراموش شود، نقش زبان است. در این مطالعه، کلیه قسمت‌های مطالعه، مانند سنجش دانش‌آموزان و اجرای مداخله آموزشی به زبان فارسی انجام شده است. از آنجا که زبان مادری دانش‌آموزان پژوهش حاضر کردی بود، شاید یکی از دلایل عدم معناداری چهار متغیر مذکور، عدم برقراری ارتباط بین آموزش‌دهنده و پرسشگر باشد که این مورد می‌تواند در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. پنجمین عامل می‌تواند استفاده از روش سخنرانی برای اجرای آموزش باشد؛ زیرا این روش موجب یادگیری غیرفعال می‌شود و جهت ارتقای آگاهی مناسب است، نه ایجاد نگرش مثبت؛ بنابراین انجام این مطالعه با استفاده از روش‌های آموزشی دیگر مانند ایفای نقش و بحث گروهی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد محتوای آموزشی

اداره آموزش و پرورش شهر مریوان و مدیران مدارس منتخب، انجام شد. همچنین هدف از اجرای این تحقیق برای دانش آموزان توضیح داده شد و رضایت آن‌ها و والدین به صورت کتبی گرفته شد. سپس اطلاع داده شد که ورود این افراد به مطالعه کاملاً داوطلبانه است و بر بی‌نام‌بودن پرسش‌نامه‌ها تأکید شد تا اطمینان حاصل شود اطلاعات آنان به صورت محرمانه جمع‌آوری می‌شود و محفوظ خواهد ماند.

حامی مالی

هزینه اجرای این پژوهش در تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۱۶ توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: رحمان پناهی، هایده قجری، پروانه تیموری؛ تحقیق و بررسی: ناصح قادری، هایده قجری، امید زارعی ورو، علیرضا دانشور، فرید شریفی، مسعود مرادی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: رحمان پناهی.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Mohammed AL. Head lice infestation in schoolchildren and related factors in Mafraq governorate, Jordan. *International Journal of Dermatology*. 2012; 51(2):168-72. [DOI:10.1111/j.1365-4632.2011.04972.x] [PMID]
- [2] Feldmeier H, Heukelbach J. Epidermal parasitic skin diseases: A neglected category of poverty-associated plagues. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009; 87:152-9
- [3] Noroozi M, Saghaipour A, Akbari A, Khajat P, Khadem-Maboodi A. [The prevalence of pediculosis capitis and its associated risk factors in primary school of girls in rural district (Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2013; 15(2):43-52.
- [4] Moosazadeh M, Afshari M, Keianian H, Nezammahalleh A, Enayati A. Prevalence of head lice infestation and its associated factors among primary school students in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health and Research Perspectives*. 2015; 6(6):346-56. [DOI:10.1016/j.phrp.2015.10.011] [PMID] [PMCID]
- [5] Shahraki GH, Azizi k, Yusefi A, Fararoei M. [The prevalence of head lice in primary school students in Yasuj (Persian)]. *Armaghan Danesh*. 2001; 21(6):22-33.
- [6] Clark JM, Yoon KS, Lee SH, Pittendrigh BR. Human lice: Past, present and future control. *Pesticide Biochemistry and Physiology*. 2013; 106(3):162-71. [DOI:10.1016/j.pestbp.2013.03.008]
- [7] Manrique-Saide P, Pavia-Ruz N, Jorge C, Rodríguez-Buenfil I, Herrera Herrera R, Gómez-Ruiz, et al. [Prevalence of pediculosis capitis in children from a rural school in Yucatan, Mexico (Portuguese)]. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 2011; 53 (6):325-327.
- [8] Moradi A, Bathai SJ, Shojaeian M, Neshani A, Rahimi M, Mostafari E. Outbreak of *Pediculosis capitis* in students of Bahar in Hamedan Province. *Dermatology & Cosmetic*. 2012; 3(1): 26-32.
- [9] Speare R, Cahill C, Thomas G. Head lice on pillows, and strategies to make a small risk even less. *International Journal of Dermatology*. 2003; 42(8):626-9. [DOI:10.1046/j.1365-4362.2003.01927.x] [PMID]
- [10] Hosseini SH, Rajabzadeh R, Shoraka V, Avaznia A, Shorka HR. [Prevalence of pediculosis and its related factors among primary school students in Maneh-va Semelghan district (Persian)]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2014; 6(1):43-9. [DOI:10.29252/jnkums.6.1.43]
- [11] Mumcuoglu KY, Meinking TA, Burkhart CN, Burkhart CG. Head louse infestations: The "no nit" policy and its consequences. *International Journal of Dermatology*. 2006; 45(8):891-6. [DOI:10.1111/j.1365-4632.2006.02827.x] [PMID]
- [12] Bachok N, Nordin RB, Awang CW, Ibrahim NA, Naing L. Prevalence and associated factors of head lice infestation among primary school children in Kelantan Malaysia. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2006; 37(3):536-43. [PMID]
- [13] Chouela E, Abeldano A, Cirigliano M, Ducard M, Neglia V, Forgia M, et al. Head louse infestations: Epidemiologic survey and treatment evaluation in Argentinian school children. *International Journal of Dermatology*. 1997; 36(11):819-25. [DOI:10.1046/j.1365-4362.1997.00177.x] [PMID]
- [14] Vahabi B, Vahabi A, Gharib A, Sayyadi M, Sayyad S. Prevalence of head louse infestations and factors affecting the rate of infestation among primary schoolchildren in Paveh City, Kermanshah Province, Iran in the years 2009 to 2010. *Life Sciences*. 2013; 10(12):360-4.
- [15] Mohammad-Nejad M. [Evaluation of health program for reducing head lice infestation among primary school girls in Chabahr City (Persian)] [Msc. Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001.
- [16] Gholamnia Shirvani Z, Amin Shokravi F, Ardestani MS. [Effect of designed health education on knowledge, attitude, practice and the rate pediculosis capitis in female primary school students in Chabahar City (Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2011; 13(3):25-35.
- [17] Motovali-Emami M, Aflatoonian MR, Fekri A, Yazdi M. Epidemiological aspects of pediculosis capitis and treatment evaluation in primary-school children in Iran. *Pakistan Journal of Biological Sciences*. 2008; 11(2):260-4. [DOI:10.3923/pjbs.2008.260.264] [PMID]
- [18] National Health Sciences. Head lice-prevention 2011 [Internet]. 2014 [Updated 2014 June 28]. Available from: <http://www.nhs.uk/condition/head-lice/pages/prevention.aspx>
- [19] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Body lice: Prevention & Control [Internet]. [Updated 2013 September 24]. Available from: <https://www.cdc.gov/parasites/lice/body/prevent.html>
- [20] Zareban I, Heidarnia AR, Rakhshani F. [The effect of health education program on the knowledge and practice seliors towards HIV/AIDS in Chabahar (Persian)]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2006; 8(1):29-33.
- [21] Valizadeh R, Ghaajari H, Ghaderi N, Yousefi F, Taymoori P, Ahmadi MA. Factors related to puberty health in male students in the first year of undergraduate second grade in the city of Marivan using health belief model: A cross-sectional study. *Public Health and Epidemiology Research*. 2016; 2(3):4-9
- [22] Butler JT. *Principle of health education and promotion*. Englewood: Morton Publishing Company; 1994.
- [23] Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2008.
- [24] Doroodgar A, Sadr F, Paksa A, Mahbobe S, Doroodgar M, Sayyah M, et al. The prevalence of pediculosis capitis and relevant factors in primary school students of Kashan, Central Iran. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*. 2014; 4(6):500-4. [DOI:10.1016/S2222-1808(14)60616-2]
- [25] Ghajari H, Naserpor F, Valizadeh R, Ghaderi N, Karimyan A, Bani Adam A, et al. Epidemiological study of prevalence of pediculosis and its related factors using the health belief model in elementary school students in Khorramshahr city of Iran. *Journal of Entomology Research*. 2017; 41(4):443-50. [DOI:10.5958/0974-4576.2017.00073.1]

- [26] Khakshoor-Gharehsoo Z, Peyman N. The effect of education to increase the awareness and preventive behaviors of pediculosis in female school students according to the health belief model in Mashhad. *Health Education & Health Promotion*. 2017; 5(2):33-43.
- [27] Moshki M, Mojadam M, Alavijeh FZ. [Preventive behaviors of female elementary students in regard to pediculosis infestation based on Health Belief Model (HBM) (Persian)]. *Journal of Health and Development*. 2014; 3(3):269-81
- [28] Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Niknami SH. [Predictors of Adoption of Smoking Preventive Behaviors among University Students: Application of Health Belief Model (Persian)]. *Journal of Education and Community Health*. 2017; 4(1):35-42.
- [29] Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Niknami SH. Adding Health Literacy to the Health Belief Model: Effectiveness of an Educational Intervention on Smoking Preventive Behaviors Among University Students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2018; 20(2): e13773. [DOI:10.5812/ircmj.13773]
- [30] Setoudeh A, Tahmasebi R, Noroozi A. [Effect of Education by Health Volunteers on Reducing Water-pipe Use among Women in Bushehr: An Application of Health Belief Model (Persian)]. *Hayat*. 2016; 22 (1) :50-64.
- [31] Jedgal MS, Sadeghi S, Zareipoor MA, Karimi T, Tatari M, Habibpor Z, et al. [The effect of intervention on knowledge, attitudes and practice of students regarding pediculosis (Persian)]. *Rahavard Salamat*. 2018; 3(3):37-45.
- [32] Sanaei Nasab H, Tavakoli R, Farrokhian A, Karimi Zarchi AA, Haji Amini Z. The effect of educational intervention with the Health Belief Model on knowledge, perception and self-efficacy among adolescent of high school girls about osteoporosis, Tehran, Iran 2010-2011 (Persian)]. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2013; 24(3):163-9.
- [33] Sharifi-rad GR, Hazavei MM, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. [The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students (Persian)]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007; 10(1):79-86.
- [34] Gur I, Schneeweiss R. Head lice treatments and school policies in the US in an era of emerging resistance. *Pharmacoeconomics*. 2009; 27(9):725-34. [DOI:10.2165/11313740-000000000-00000] [PMID]
- [35] Alempoor Salemi J, Shayeghi N, Akbarzadeh K, Basseri H, Rafinezhad J, Zeraati HA. Some aspects of head lice infestation in Iranshahr areas. *Iranian Journal of Public Health*. 2003; 32(3):60-3.
- [36] Green EC, Murphy E. Health belief model. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*. 2014:766-9. [DOI:10.1002/9781118410868.wbehibs410]
- [37] Uittenhout H. The use and effect of social media in health communication about common head lice [MSC. thesis]. Enschede: University of Twente; 2012.
- [38] Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In: Baum A, Newman S, Weinman J, McManus C, West R, editors. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.

Research Paper:

The Effect of Education Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of Head Lice Infestation in Sixth Grade Female Students in Marivan City, Iran

Rahman Panahi¹, Hayde Ghajari², Parvaneh Teymouri³, Masoud Moradi³, Naseh Ghaderi³, Omid Zarei Vero⁴, Farid Sharifi⁴, Alireza Daneshvar⁵

1. Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat modares University, Tehran, Iran.
2. Department of Public Health, School of Medical Sciences, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran.
3. Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
4. Student Research Committee, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
5. Department of Statistics, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Use your device to scan and read the article online



Citation Panahi R, Ghajari H, Teymouri P, Moradi M, Ghaderi N, Zarei Vero O. The Effect of Education Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of Head Lice Infection in Sixth Female Students in Marivan. *Rahvard Salamat Journal*. 2019; 4(1):48-57.

Received: 10 Jan 2019

Accepted: 13 Mar 2019

Available Online: 01 May 2019

Abstract

Background & Objective Lice infestation is a social issue and one of the common health problems among students. We aimed to determine the effect of education based on Health Belief Model (HBM) on preventive behaviors of head lice infestation in students.

Materials and Methods This research was a quasi-experimental study. The study sample consisted of 138 students (69 in the intervention group and 69 in the control group) in the sixth grade of primary school in Marivan City, Iran, in 2017. They were selected by two-stage cluster sampling method. Educational intervention was presented in 5 sessions. The data gathering tools were a demographic and background questionnaire and a researcher-made questionnaire based on HBM and knowledge and preventive behavior of pediculosis. The questionnaires were completed in two stages once before and then two months after the intervention. The collected data were analyzed by relevant-tests in SPSS V. 16.

Results There were no significant differences between the two groups regarding demographic and background variables before the intervention ($P>0.05$). Two months after the intervention, significant differences were observed between the two groups regarding the mean scores of the knowledge and the perceived susceptibility and barriers ($P<0.05$), but not in other constructs of the HBM, as well as behavior ($P>0.05$).

Conclusion Despite the significant increase in the knowledge and perceived susceptibility and barriers constructs, the educational intervention did not have a significant effect on the students' adoption of preventive behaviors of head lice infestation.

Keywords:

Pediculosis, Health Belief Model, Education, Students, Marivan City

* Corresponding Author:

Naseh Ghaderi, PhD. student

Address: Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Tel: +98 (918) 7778500

E-Mail: nasehghaderi@modares.ac.ir