

بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری‌کننده از شپش سر در دانش‌آموزان دختر ابتدایی

مرضیه اسلام دوست^۱، جمیله امیرزاده ایرانق^۲، صابیر قلی‌زاده^۳، براتعلی رضایپور^{۴*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۹/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: آلودگی به شپش به‌عنوان یک انگ اجتماعی از جمله معضلات بهداشتی در دانش‌آموزان بوده است. لذا این پژوهش باهدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری‌کننده از شپش سر در دانش‌آموزان دختر ابتدایی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. **مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی بود. جامعه موردبررسی ۱۴۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی پایه پنجم شهری (۷۰ نفر در هر یک از دو گروه مداخله و کنترل) بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دومرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش پرسش‌نامه محقق ساخته‌ای بود که روایی و پایایی آن توسط مشککی و همکاران تأیید شده است. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آمار استنباطی کولموگروف اسمیرنوف و آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تجزیه‌وتحلیل نشان دادند که قبل از مداخله بین متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای در بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>0/05$) دو ماه بعد از مداخله، در میانگین نمرات متغیر آگاهی و سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی، و رفتار در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده گردید. **بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر، تأثیر الگوی اعتقاد بهداشتی را در ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده در خصوص شپش سر را آشکار کرد. نتایج این تحقیق می‌تواند برای آموزشگران حوزه سلامت که در طراحی برنامه‌های آموزشی مرتبط با بیماری‌ها تلاش می‌کنند، مفید و سودمند باشد. **کلیدواژه‌ها:** شپش سر، مدل اعتقاد بهداشتی، ارتقاء رفتارهای پیشگیری‌کننده، دانش‌آموزان

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۵۹، دی ۱۴۰۱، ص ۸۶۳-۸۵۳

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، دانشکده بهداشت ارومیه. تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۲۳۰۰ و ۰۹۳۶۶۰۵۰۹۷۲

Email: baratalir@yahoo.com

مقدمه

(۲). در این میان شپش سر یکی از قدیمی‌ترین انگل‌های تغذیه‌کننده از خون بدن انسان‌ها می‌باشند (۳). به‌طوری‌که سالانه ۶ تا ۱۲ میلیون نفر در ایالات‌متحده به این انگل آلوده می‌شوند که هزینه‌ای حدود ۳۶۷ میلیون دلار صرف درمان و کنترل آن می‌گردد (۴). آلودگی به شپش سر در تمام نقاط دنیا از جمله ایران به‌وفور مشاهده می‌گردد (۵). آلودگی به شپش سر در افراد موجب احساس حقارت، ایجاد تحریک روانی، افسردگی، بی‌خوابی، افت تحصیلی، از دست رفتن پایگاه اجتماعی فرد، ایجاد عفونت ثانویه، جدا شدن موها و بروز آلرژی می‌شود (۶). به دلیل خرابانند، عفونت‌های ثانویه قارچی

شپش‌ها گروهی از بندپایان با دگردیسی ناقص هستند که در حیوانات و انسان‌ها به‌صورت انگل خارجی زندگی می‌کنند. در انسان‌ها سه گونه شپش به نام‌های شپش سر، شپش بدن و شپش عانه به‌صورت انگلی زندگی می‌کنند (۱). شپش‌ها بند پایانی بدون بال هستند که موهای سر، بدن و ناحیه عانه را آلوده کرده و از خون انسان تغذیه می‌کنند. رشک‌ها، تخم‌های سفیدرنگ، سفت و بیضی‌شکل هستند که حدوداً ۱/۵-۱ سانتی‌متر بالاتر از سطح پوست سر، به ساقه موها می‌چسبند و پس از ۱۰-۸ روز از تخم باز می‌شوند

^۱ کارشناسی ارشد، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار سلامت سالمندی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ استاد حشره‌شناسی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

و باکتریایی اضافه می‌شود و زرد زخم و آدنوپاتی رخ می‌دهد (۷). سردرد، احساس سنگینی اعضا، سخت شدن عضلات و عدم تمرکز در کلاس درس به‌ویژه در کودکان دیده شده است. عوارض روانی آلودگی به شپش بیشتر از جنبه بهداشتی آن است. القاب و برجسب‌هایی که به افراد آلوده زده می‌شود، بر قابلیت آن‌ها در انجام امور زندگی تأثیر منفی می‌گذارد (۸).

کودکان بیشتر از بزرگسالان و زنان بیشتر از مردان به سبب انبوهی موی سر به شپش سر آلوده می‌شوند (۹). شپش سر شایع‌ترین نوع شپش به‌ویژه در گروه سنی ۳ تا ۱۱ سال است و عمدتاً کودکان مدرسه‌ای از گروه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی را درگیر می‌کند که میزان آلودگی در جنس مؤنث بیشتر از جنس مذکر گزارش شده است (۱۰). آلوده شدن به شپش سر علاوه بر تماس مستقیم با افراد آلوده، به‌صورت غیرمستقیم از راه تماس با وسایل شخصی آلوده مانند شانه یا برس، کلاه، مقنعه، روسری، وسایل خواب و حوله نیز صورت می‌پذیرد (۱۰). با توجه به شرایط ویژه کودکان مدارس و سنین رشد و تکامل آن‌ها، این آلودگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۱). استاندارد تعریف‌شده توسط مرکز ملی مبارزه با آلودگی به شپش سر ایالات‌متحده آمریکا، شیوع بالاتر از ۵ درصد شپش سر را اپیدمی می‌داند (۱۲). این در حالی است که شیوع آلودگی شپش سر در کودکان مدارس ابتدایی کشورهای توسعه‌یافته ۲ تا ۱۰ درصد برآورد می‌شود (۶). آلودگی به شپش سر، توزیع جهانی دارد و در کشورهای مختلف، طیف گسترده‌ای از آن دیده می‌شود. در مطالعات اپیدمیولوژیک در مدارس کشورهای مختلف جهان، درصد شپش سر در برزیل ۴۳/۴ درصد، اردن ۲۶/۶ درصد، نیجریه ۲۶/۴ درصد، تایلند ۲۳/۳۲ درصد، مکزیک ۱۳/۶ درصد، و ترکیه ۶/۸ درصد گزارش شده است (۱).

در ایران بسیاری از عوامل مربوط به میزان آلودگی که می‌تواند باعث شیوع شپش سر در نوجوانان شود شامل: نژاد، گروه سنی، جنس، شرایط اجتماعی، اقتصادی، ویژگی‌های مو، شرایط زندگی شلوغ و مقاومت به حشره‌کش‌ها به افزایش شپش سر در چند سال گذشته کمک کرده است (۱۳).

در نقاط مختلف کشور میزان آلودگی متفاوت گزارش شده است؛ به‌عنوان مثال فراوانی شیوع شپش سر در سال ۱۳۹۱ در استان آذربایجان غربی ۶۶۲۰ نفر، همچنین در شهرستان ارومیه تعداد موارد آلودگی به این عارضه ۱۸۳۷ نفر (۱۴)، در سال ۱۳۹۱ در شهرستان ساری ۱/۶۵ درصد (۱۳)، در سال ۱۳۹۲ در شهرستان‌های تنکابن، پاکدشت و استان قم به ترتیب ۱/۵، ۳/۷۴ و ۱۳/۳ درصد گزارش شده است (۱۵، ۸، ۷). در سال ۱۳۹۳ نیز شیوع

آن در شهرستان کلاله و بناب ۶/۲۸ و ۲/۸۲ درصد گزارش شده است (۱۷، ۱۶). در بررسی سیستماتیک و متاآنالیزی که برای تعیین شیوع شپش در میان مدارس ابتدایی ایران در سال ۱۳۹۴ انجام شد، شیوع ۶/۱ درصد برای پسران و ۸/۸ درصد برای دختران گزارش گردیده است (۱۸). در سال ۱۳۹۵ نیز شیوع آن در شهرستان چهارم ۸/۶ درصد گزارش شده است (۱۹) و همچنین مطالعه دیگری در تنکابن که در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت، شیوع شپش را ۱۹/۹ درصد گزارش نمود (۲۰).

آموزش بهداشت، محور و مرکز ثقل هر فعالیت بهداشتی بوده و یکی از ارکان اصلی ارتقای سلامت است که منجر به فرصت‌هایی جهت رشد و توسعه می‌گردد و در سطح فردی منجر به افزایش مهارت‌ها، بهره‌وری و استانداردهای کلی زندگی می‌گردد (۲۱). ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها و افزایش اثربخشی آن‌ها نیز به استفاده مناسب از نظریه‌ها و الگوها بستگی دارد. هدف مدل‌ها کمک به تشخیص و درک عوامل مؤثر بر رفتار و تعیین نحوه عملکرد این عوامل است که یکی از این الگوهای مؤثر در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی^۱ است (۲۲). این نکته اهمیت فراوانی دارد که افراد به‌واسطه آموزش بهداشت بدانند، آلودگی به شپش سر قابل‌پیشگیری است لذا انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام در فرآیند بررسی هر برنامه آموزشی است (۲۲).

مدل اعتقاد بهداشتی از قدیمی‌ترین الگوهای است که در آن از نظریه‌های علوم رفتاری برای حل مسائل بهداشتی استفاده شده است. این الگو قریب به نیم‌قرن، همراه با موفقیت‌های بزرگی در موضوعات مختلف بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است. این الگو، الگویی 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). ابعاد مختلف این مدل عبارت‌اند از: حساسیت درک شده (این باور ذهنی که شخص ممکن است دچار یک بیماری یا حالت زیان‌باری در نتیجه یک رفتار خاص گردد)، شدت درک شده (اعتقاد به وسعت زیان حاصل از ابتلا به یک بیماری یا وضعیت آسیب‌زای ناشی از یک رفتار خاص)، موانع درک شده (اعتقاد مربوط به هزینه‌های متصور پیگیری یک رفتار جدید)، منافع درک شده (اعتقاد به مزایای روش‌های پیشنهادی جهت کاهش خطر یا شدت بیماری یا حالت زیان‌بار ناشی از یک رفتار خاص)، راهنما برای عمل

^۱ Health Belief Model

نمونه برای هر گروه و در مجموع ۱۴۰ نمونه وارد مطالعه شدند. جامعه مورد پژوهش ۱۴۰ نفر از دانش‌آموزان (۷۰ نفر در هر یک از ۲ گروه مداخله و کنترل) دختر پای‌ه پنجم ابتدایی شهرری می‌باشند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. بدین صورت که ابتدا پس از دریافت مجوز از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، به اداره آموزش و پرورش شهرری مراجعه و پس از ارائه اهداف اجرای طرح و توجیه مسئولین مربوطه، مجوز اجرای در سطح مدارس اخذ شد. به این صورت که فهرستی از مدارس دخترانه که دارای پایه پنجم هستند از هر دو منطقه شهرری تهیه شد، سپس در هر منطقه یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردید و با انتخاب تصادفی یکی از این مدارس به عنوان گروه مداخله (۷۰ نفر) و مدرسه دیگر به عنوان گروه کنترل (۷۰ نفر) در نظر گرفته شد. در نهایت از هر مدرسه دو کلاس پایه پنجم به صورت تصادفی انتخاب و دانش‌آموزان با داشتن معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دانش‌آموزان دختر، سن ۱۰ تا ۱۳ سال، کلاس پنجم ابتدایی، فاقد بیماری شدید جسمی و روانی، عدم شرکت در پژوهش یا کلاس‌های آموزشی مشابه در ۶ ماه اخیر و رضایت داشتن جهت شرکت در مطالعه، و معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه، غیبت بیش از ۱ جلسه در طی ۳ جلسه آموزشی، عدم تمایل به ادامه همکاری، وقوع پیشامد ناگوار بودند.

سپس با حضور پرسشگر در مدارس، ضمن تشریح اهداف مطالعه تلاش شد تا انگیزه مشارکت دانش‌آموزان در طرح فراهم گردد. داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه از مهم‌ترین معیارهای ورود مدنظر قرار گرفت، لذا ضمن دریافت رضایت‌نامه مطالعه از اولیاء مدارس و با هماهنگی آن‌ها از والدین دانش‌آموزان نیز اجازه کتبی دریافت گردید و دانش‌آموزان در دو گروه پس از آگاه شدن از محرمانه ماندن اطلاعاتشان، پرسش‌نامه را قبل از مداخله و دو ماه بعد از مداخله آموزشی تکمیل نمودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، شامل یک پرسش‌نامه چهار قسمتی است. پرسش‌نامه استفاده شده در این مطالعه، پرسش‌نامه روا و پایا شده‌ی مشککی و همکاران (۵) است، به طوری که مطالعه‌ای با عنوان بررسی رفتارهای پیشگیری‌کننده از آلودگی به پدیکلوزیس سر در دانش‌آموزان دختر گناباد با کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۱ انجام شده است. و بخش اول شامل ۱۲ سؤال زمینه‌ای در مورد ۱- سن ۲- رتبه تولد ۳- بعد خانوار ۴- شغل پدر ۵- شغل مادر ۶- میزان تحصیلات پدر ۷- میزان تحصیلات مادر ۸- میزان استحمام صحیح در هفته ۹- میزان شانه زدن صحیح مو در روز ۱۰- مبتلا شدن به شپش در سه ماه گذشته ۱۱- مبتلا شدن اعضای خانواده در سه ماه گذشته ۱۲- دریافت آموزش در زمینه آلودگی به شپش در سه ماه گذشته بوده است.

(نیروی تسریع‌کننده‌ای که موجب احساس نیاز فرد به انجام عملی می‌گردد) و خودکارآمدی (اطمینان فرد به توانایی خود در پیگیری یک رفتار) هستند (۲۱).

مطالعات مختلف صورت گرفته با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی نقش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی را در رفتارهای پیشگیری‌کننده نشان داده‌اند، از جمله: پیشگیری از ابتلای به آنفولانزای نوع آ (۲۴)، رفتار مادران در خصوص پیشگیری از تشنج ناشی از تب کودکان (۲۵) و پیشگیری از پدیکلوزیس (۵). با توجه به حساسیت و اهمیت سنین دبستان به خصوص در دختران و با توجه به مطالب ذکر شده فوق و عواقب جسمی، روانی- اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ناشی از پدیکلوزیس سر، همچنین به دلیل این‌که در اکثر مقالات مرتبط با پدیکلوزیس سر، بیشترین میزان شیوع گزارش شده مربوط به دانش‌آموزان کلاس پنجم بود و با پایین آمدن و یا بالاتر رفتن مقطع تحصیلی از میزان شیوع کاسته شده بود (۲۴، ۹، ۵). لذا در این مطالعه، دانش‌آموزان کلاس پنجم مورد مطالعه قرار گرفت.

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری‌کننده از پدیکلوزیس سر در دانش‌آموزان پنجم ابتدایی مدارس دخترانه شهر ری انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی است که در طی سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه انجام شده توسط مشککی و همکاران (۵) که در آن میانگین و انحراف معیار منافع درک شده مربوط به رفتارهای پیشگیری‌کننده از پدیکلوزیس سر بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله 3.25 ± 1.57 و در گروه کنترل 4.52 ± 1.37 ، به دست آمده بود و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مستقل محاسبه گردید.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2 \times (s_1^2 + s_2^2)}{(x_1 - x_2)^2}$$

$$n = \frac{(1.960 + 0.842)^2 \times (3.25^2 + 4.52^2)}{(15.57 - 13.52)^2} = 58$$

تعداد نمونه پس از قرار دادن مقادیر در فرمول فوق برای هر گروه ۵۸ نفر به دست آمد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش تعداد ۷۰

بخش دوم پرسش‌نامه شامل ۹ سؤال در زمینه آگاهی دانش‌آموزان در مورد شپش، راه‌های انتقال و راه‌های پیشگیری از آن بوده که پاسخ‌ها به‌صورت سه گزینه‌ای بلی، خیر و نمی‌دانم طراحی شده است، که در آن برای پاسخ صحیح (۲ نمره)، پاسخ غلط (صفر) و نمی‌دانم (۱ نمره) در نظر گرفته می‌شود.

بخش سوم مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بوده و شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی هر کدام ۵ سؤال و برحسب مقیاس لیکرت و به‌صورت ۵ گزینه‌ای کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق مطرح شده و به هر عبارت نمره‌ای بین صفر تا ۴ اختصاص یافت.

بخش چهارم مربوط به سؤالات رفتار پیشگیری‌کننده از آلودگی به پدیکلوزیس سر بوده که پاسخ ۵ سؤال رفتاری به‌صورت همیشه، گاهی وقت‌ها و هیچ‌وقت است. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون، اطلاعات لازم کسب و جلسات آموزشی طراحی و مداخلات آموزشی طی دو ماه برای دانش‌آموزان گروه مداخله به‌صورت سخنرانی، بحث گروهی و استفاده از عکس و فیلم آموزشی طی سه جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. روش سخنرانی به دلیل ارائه منظم، صرفه‌جویی در وقت و امکانات، روش پرسش و پاسخ به دلیل مشارکت فراگیران در جریان یادگیری انتخاب شد. مداخله آموزشی برای ۳ جلسه تهیه و ارائه گردید، که مبتنی بر ۳ محور اصلی بود و در هر جلسه یکی از محورها ارائه شد. در جلسه اول سعی شد ضمن آشنا کردن دانش‌آموزان با شپش سر، حساسیت موضوع برای دانش‌آموزان روشن گردد، به‌طور مثال با ارائه تعداد افراد آلوده و سن شیوع آلودگی، سعی بر این شد که حساسیت درک شده افزایش یابد. جلسه دوم، بررسی راه‌های احتمالی انتقال شپش سر بود، به‌طور مثال با آموزش عوارض ناشی از پدیکلوزیس سر مانند نشان دادن تصاویر ریزش مو و ضایعات پوستی ناشی از خارش سر، سعی بر این بود که شدت درک شده افزایش یابد.

در جلسه سوم با محوریت آموزش راهکارهای جلوگیری از ابتلا به شپش سر بود که با برگزاری چگونگی اجرای عملی رعایت بهداشت فردی و اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده توسط خود دانش‌آموزان از جمله جداسازی لباس‌ها و رعایت فاصله اجتماعی نسبت به افراد آلوده و درمان کامل افراد آلوده و استفاده از شامپوهای مناسب و شانه کردن با شانه‌های دندان‌ریز و شستشوی مرتب و در مدت‌زمان تعیین‌شده و... سعی بر این بود که خودکارآمدی درک شده افزایش یابد و از وسایل کمک‌آموزشی مانند وایت‌برد، کتابچه آموزشی، پمفلت و پوستر در طی آموزش استفاده شد. برای گروه کنترل آموزشی صورت نگرفت، دو ماه بعد از جلسه آموزشی دوباره پرسش‌نامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل گردید. قابل‌ذکر است با

توجه به فراگیری بیماری کرونا در امتداد تعطیلی مدارس، جلسات آموزشی از طریق فضای مجازی و نرم‌افزار شاد طی سه جلسه آموزشی با سه محوری که در آموزش حضوری مدنظر بود برگزار شد. دانش‌آموزان به کمک اولیای خود از طریق گوشی همراه با قابلیت نصب برنامه شاد، لپ‌تاپ و یا تبلت وارد کلاس شدند و آموزش‌دهنده از طریق webcam آموزش را شروع نمود. آموزش با سخنرانی و پرسش و پاسخ به دلیل مشارکت فراگیران انجام شد، همچنین با ارسال فیلم آموزشی و تصاویر آموزشی در گروه کلاسی سعی بر این شد که آموزش مؤثرتر واقع شود و پرسش‌نامه آن از طریق فرم‌نگار گوگل توسط دانش‌آموزان تکمیل گردید.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و کدگذاری، با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف وضعیت توزیع داده‌ها از لحاظ نرمال بودن و نبودن بررسی گردید و نتایج نشان داد که متغیرهای آگاهی و سایر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی دارای توزیع نرمال می‌باشند. آنالیز آماری به روش آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۴۰ نفر از دانش‌آموزان وارد مطالعه شدند که ۷۰ نفر به‌عنوان گروه مداخله و ۷۰ نفر به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. میانگین سنی دانش‌آموزان ۱۱/۰۲ سال با حداقل ۱۰ و حداکثر ۱۲ سال بود. از نظر رتبه تولد ۴۵ درصد فرزند اول بودند. پدران بیشتر نمونه‌ها (۳۰ درصد) کارمند بودند و مادران ۵۶/۴ درصد نمونه‌ها خانه‌دار بودند و همچنین تحصیلات پدران ۳۰ درصد دانش‌آموزان در سطح دانشگاهی و ۱۹/۲۸ درصد مادران دانش‌آموزان دارای تحصیلات ابتدایی بودند. نتایج تجزیه و تحلیل نشان دادند که قبل از مداخله، بین متغیرهای جمعیتی و زمینه‌ای در بین دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت ($p > 0/05$)، و به عبارتی دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و زمینه‌ای همگن بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲ به مقایسه میانگین و انحراف معیار آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در قبل از مداخله و دو ماه بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مداخله و کنترل می‌پردازد. میانگین نمره آگاهی شرکت‌کنندگان قبل از مداخله $5/69 \pm 3/19$ و پس از مداخله $9/6 \pm 8/1$ بود. نتایج جدول شماره ۲ بیانگر آن است که میانگین و انحراف معیار بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته است. لذا شرکت در کلاس‌های آموزشی در گروه مداخله باعث افزایش آگاهی و سایر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص پیشگیری از پدیکلوزیس سر شده است. ولی در گروه کنترل از آنجایی که در کلاس‌های آموزشی شرکت نداشتند

لذا در آگاهی و سایر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی تغییری حاصل نشده است. با توجه به جدول شماره ۳، نتایج مطالعه نشان داد دو ماه بعد از مداخله در میانگین نمرات متغیر آگاهی ($p < 0/001$) و $F=21/498$) و سازه‌های حساسیت درک شده ($p < 0/001$) و ۱۳ شدت درک شده ($F=53/2$)، موانع درک شده ($F=41/264$ و $p < 0/001$)، منافع درک شده ($F=56/960$ و $p < 0/001$)، خودکارآمدی ($F=52/214$ و $p < 0/001$) و رفتار ($F=85/062$) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده گردید.

جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت شناختی مرتبط با دانش‌آموزان شرکت‌کننده در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	شاخص	مداخله		کنترل		p
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
سن	۱۰ سال	۲۰	۱۸	۲۵/۷	۱۸	۰/۹۱
	۱۱ سال	۲۹	۳۲	۴۵/۷	۳۲	
	۱۲ سال	۲۱	۲۰	۲۸/۶	۲۰	
رتبه تولد	اول	۳۵	۲۸	۴۰	۲۸	۰/۳۹
	دوم	۱۵	۲۱	۳۰	۲۱	
	سوم	۱۲	۱۰	۱۴/۳	۱۰	
	آخر	۸	۱۱	۱۵/۷	۱۱	
شغل پدر	کارمند	۲۴	۱۸	۲۵/۷	۱۸	۰/۴۹
	کارگر	۱۳	۱۰	۱۴/۳	۱۰	
	بازاری	۲۰	۲۱	۳۰	۲۱	
	معلم	۸	۱۱	۱۵/۷	۱۱	
	بیکار	۵	۱۰	۱۴/۳	۱۰	
شغل مادر	کارمند	۱۵	۲۱	۳۰	۲۱	۰/۱۷
	معلم	۱۰	۱۵	۲۱/۴	۱۵	
	خانه‌دار	۴۵	۳۴	۴۸/۶	۳۴	
میزان تحصیلات پدر	بی‌سواد	۵	۷/۱	۱۱/۴	۸	۰/۸۸
	ابتدایی	۱۰	۱۴/۳	۱۱/۴	۸	
	راهنمایی	۱۹	۲۷/۱	۲۵/۷	۱۸	
	دبیرستان	۱۴	۲۰	۲۲/۹	۱۶	
	دانشگاهی	۲۲	۳۱/۴	۳۵/۷	۲۰	
میزان تحصیلات مادر	بی‌سواد	۶	۸/۶	۵/۷	۴	۰/۹۴
	ابتدایی	۱۲	۱۷/۱	۲۱/۴	۱۵	
	راهنمایی	۸	۱۱/۴	۱۷/۱	۱۲	
	دبیرستان	۱۹	۲۷/۱	۱۰	۷	
	دانشگاهی	۲۵	۳۵/۷	۴۵/۷	۳۲	

جدول (۲): مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بین گروه مداخله و کنترل

متغیر	پیش‌آزمون در گروه مداخله انحراف معیار ± میانگین n=۷۰	پس‌آزمون در گروه مداخله انحراف معیار ± میانگین n=۷۰	پیش‌آزمون در گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین n=۷۰	پس‌آزمون در گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین n=۷۰
آگاهی	۵/۶۹±۳/۱۹	۹/۸۱±۶	۵/۴۹±۳/۴۳	۶/۸۱±۳/۵۳
حساسیت درک شده	۱۲/۸۷±۱/۸۳	۱۷/۲±۵/۰۸	۱۳/۰۱±۱/۸۷	۱۲/۶۴±۲/۲۱
شدت درک شده	۱۲/۹۷±۱/۹۵	۱۶/۳۷±۴/۷۲	۱۲/۸۶±۱/۹۸	۱۲/۴۹±۲/۰۹
منافع درک شده	۱۳/۵۳±۱/۷۵	۱۷/۵۱±۵/۰۳	۱۳/۲۴±۱/۸۷	۱۲/۶۳±۱/۸۴
موانع درک شده	۱۹/۸۱±۳/۵۴	۱۳/۰۴±۵/۱۴	۱۹/۹۱±۳/۲۲	۱۹/۲۹±۳/۴۱
خودکارآمدی	۱۵/۱۹±۱/۸۸	۱۷/۵±۲/۸۴	۱۵/۲۶±۱/۳۴	۱۵/۰۱±۱/۳۹
رفتار	۱۲/۷۹±۲/۵۱	۱۹/۳۷±۵/۷۱	۱۳/۲۶±۳/۱۲	۱۲/۶۷±۲/۲۷

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره روی میانگین نمرات پس‌آزمون سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی دو گروه با کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
آگاهی	پیش‌آزمون	۱۵۹۵/۰۳۴	۱	۱۵۹۵/۰۳۴	۱۲/۵۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	گروه	۲۷۳/۰۶۷	۱	۲۷۳/۰۶۷	۲۱/۴۹۸	<۰/۰۰۱x	۰/۱۳۶
	خطا	۱۷۴۰/۱۳۷	۱۳۷	۱۲/۷۰۲			
حساسیت درک شده	پیش‌آزمون	۱۷۳/۹۱۹	۱	۱۷۳/۹۱۹	۱۲/۲۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۲
	گروه	۷۵۳/۶۸۲	۱	۷۵۳/۶۸۲	۵۳/۱۳۲	<۰/۰۰۱x	۰/۲۷۹
	خطا	۱۹۴۳/۳۵۳	۱۳۷	۱۴/۱۸۵			
شدت درک شده	پیش‌آزمون	۱۴۱/۶۰۲	۱	۱۴۱/۶۰۲	۱۱/۴۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۷
	گروه	۵۱۲/۱۰۹	۱	۵۱۲/۱۰۹	۴۱/۲۶۴	<۰/۰۰۱x	۰/۲۳۱
	خطا	۱۷۰۰/۲۲۶	۱۳۷	۱۲/۴۱۰			
منافع درک شده	پیش‌آزمون	۶۹/۴۸۸	۱	۶۹/۴۸۸	۴/۹۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۵
	گروه	۷۹۲/۵۹۰	۱	۷۹۲/۵۹۰	۵۶/۹۶۰	<۰/۰۰۱x	۰/۲۹۴
	خطا	۱۹۰۶/۳۴۱	۱۳۷	۱۳/۹۱۵			
موانع درک شده	پیش‌آزمون	۴۶۶/۷۹۱	۱	۴۶۶/۷۹۱	۲۹/۶۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۱۷۸
	گروه	۱۳۴۰/۱۰۳	۱	۱۳۴۰/۱۰۳	۸۵/۰۶۲	<۰/۰۰۱x	۰/۳۸۳
	خطا	۲۱۵۸/۳۶۶	۱۳۷	۱۵/۷۵۴			
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱۰۵/۷۳۲	۱	۱۰۵/۷۳۲	۲۴/۷۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۳
	گروه	۲۲۲/۸۶۳	۱	۲۲۲/۸۶۳	۵۲/۲۱۴	<۰/۰۰۱x	۰/۲۷۶
	خطا	۵۸۴/۷۵۴	۱۳۷	۴/۲۶۸			
رفتار	پیش‌آزمون	۷۴/۴۱۹	۱	۷۴/۴۱۹	۴/۰۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۹
	گروه	۱۶۲۴/۸۳۸	۱	۱۶۲۴/۸۳۸	۸۷/۹۳۸	<۰/۰۰۱x	۰/۳۹۱
	خطا	۲۵۳۱/۳۶۷	۱۳۷	۱۸/۴۷۷			

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از پدیکلوزیس در دانش‌آموزان دختر ابتدایی طراحی و اجرا شد.

در پژوهش حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره آگاهی به‌طور معنادار در گروه مداخله افزایش یافت. این یافته نشان‌دهنده اثر مثبت مداخله آموزشی بر افزایش آگاهی دانش‌آموزان است و اساسی‌ترین و ساده‌ترین راهکار جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه، ارتقای آگاهی افراد است. بنابراین می‌بایست برای ایجاد آگاهی بیشتر این دانش‌آموزان کوشید. نتایج این قسمت از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات ثقفی‌پور و همکاران (۶)، پناهی و همکاران (۲۶)، شریفیات و همکاران (۲۷)، مشکلی و همکاران (۵)، مروتی شریف‌آباد و همکاران (۲۸)، آئینز ویدلاح (۲۹) همخوانی داشت.

پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره سازه حساسیت درک شده به‌طور معنادار در گروه مداخله افزایش یافت. از آنجاکه این سازه دارای یک جزء شناختی قوی است و تا حدودی هم به آگاهی افراد وابسته است، پس می‌توان گفت آموزش همراه با افزایش سطح آگاهی درباره راهکارهای جلوگیری از ابتلا به پدیکلوزیس و پیشگیری از آن، توانسته است موجب افزایش حساسیت درک شده در دانش‌آموزان شود و در نتیجه دانش‌آموزان خود را بیشتر از قبل مستعد ابتلا دانسته‌اند. نتایج این قسمت از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات شریفیات و همکاران (۲۷)، جغتائی و همکاران (۳۰)، مشکلی و همکاران (۵)، کریستیوتای و همکاران (۳۱)، اورتگا (۳۲) همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین سازه شدت درک شده که به معنی احساس تهدید دانش‌آموزان به ابتلا بیماری است، به‌طور معناداری در گروه مداخله افزایش یافت. این یافته نشان‌دهنده اثر مداخله آموزشی بر افزایش شدت درک شده دانش‌آموزان است. نتایج این قسمت از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات جغتائی و همکاران (۳۰)، پناهی و همکاران (۲۶)، مروتی شریف‌آباد و همکاران (۲۸) و اورتگا (۳۲) همسو بود.

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره منافع درک شده به‌طور معنادار در گروه مداخله افزایش یافت. این یافته نشان‌دهنده اثر مداخله آموزشی بر افزایش منافع درک شده دانش‌آموزان است. سطح بالای منافع درک شده در دانش‌آموزان این امر را نشان می‌دهد که این رفتارها از نظر دانش‌آموزان مفید و قابل انجام است. نتایج این قسمت از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات ثقفی‌پور و همکاران (۶)، شریفیات و همکاران (۲۷)، پناهی و همکاران (۲۶) همسو بود. در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی،

میانگین نمره موانع درک شده به‌طور معناداری افزایش یافت. همچنین ۳۸/۳ درصد شرکت در کلاس‌های آموزشی، باعث بهبود موانع درک شده در خصوص پیشگیری از پدیکلوزیس سر می‌شود. به نظر می‌آید آگاهی پایین و بی‌توجهی به دستورات ساده بهداشتی به دلیل واگذاری بهداشت فردی به خود دانش‌آموز از موانع قابل‌ذکر است. نتایج این قسمت از پژوهش حاضر با مطالعه شریفیات و همکاران (۲۷) همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره خودکارآمدی به‌طور معناداری افزایش یافت. و این نشان از ظرفیت درک شده بالای دانش‌آموزان برای اجرای موفقیت‌آمیز رفتارهای پیشگیری‌کننده است. نتایج این قسمت از پژوهش حاضر با مطالعه دانشور و همکاران (۱۸) همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمره رفتار به‌طور معناداری افزایش یافت. نتایج این سازه نشان می‌دهد که عملکرد دانش‌آموزان در خصوص رفتارهای پیشگیری‌کننده در سطحی مناسب است. نتایج این قسمت از پژوهش حاضر با مطالعه جغتائی و همکاران (۳۰) همخوانی داشت.

در نتیجه این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی انجام شده مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی نه تنها بر روی آگاهی، بلکه بر حساسیت، شدت، منافع، موانع، خودکارآمدی و رفتار درک شده در ارتقای باورهای بهداشتی دانش‌آموزان کلاس پنجم ابتدایی در خصوص پدیکلوزیس تأثیر مثبتی داشته است، لذا افزایش دانش و آگاهی، بهبود حساسیت، شدت، منافع، خودکارآمدی، رفتار و کاهش موانع درک شده در شرکت‌کنندگان را می‌توان حاصل تأثیر مثبت آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی دانست. نتایج این مطالعه می‌تواند در استراتژی‌های مداخله تئوری محور، به‌منظور ایجاد و ارتقای باورهای بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، مواردی مانند عدم تمایل افراد به مشارکت در مطالعه بود که جهت رفع این محدودیت با بیان اهمیت و مزایای این طرح، دانش‌آموزان به همکاری ترغیب شدند. محدودیت دیگر غیبت یا انصراف دانش‌آموزان از مشارکت در مطالعه بود که جهت رفع این مشکل احتمالی، در تعیین حجم نمونه ۲۰ درصد ریزش در نظر گرفته شد. با توجه به استفاده از پرسش‌نامه جهت گردآوری اطلاعات و احتمال خطا در تکمیل اطلاعات، نحوه تکمیل پرسش‌نامه برای دانش‌آموزان قبل از تکمیل آن به‌طور مبسوط توضیح داده شد. همچنین در شرایط بیماری کرونا، جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت مجازی و از طریق شاد یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به شماره IR.UMSU.REC.1399.274 است. بدین‌وسیله از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فناوری و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان که در مطالعه مشارکت نمودند تقدیر و تشکر می‌گردد.

با توجه به نتایج مطالعه پیشنهاد می‌شود این برنامه آموزشی در مدارس برای سایر بیماری‌ها نیز بکار گرفته شود. همچنین با توجه به اینکه مطالعه فقط در دختران انجام شده پیشنهاد می‌شود در جمعیت‌های عمومی نیز مورد مطالعه واقع شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر سایر مدل‌های آموزش بهداشت نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین در مطالعات آتی سازه راهنما برای عمل نیز مورد بررسی قرار گیرد.

References:

1. Mohammed A. Head lice infestation in schoolchildren and related factors in Mafraq governorate, Jordan. *Int J Dermatol* 2012;51(2):168-72.
2. Habif TP. Infestations and bites. *Clinical Dermatology, Saunders*. 2015:577-634.
3. Counahan M, Andrews RM, Weld H, Walsh H, R. S. What parents in Australia know and do about head lice. *Rural Remote Health* 2007;7(3).
4. Borges R, Mendes J. Epidemiological aspects of head lice in children attending day care centres, urban and rural schools in Uberlandia, central Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 2002;97(2):189-92.
5. Moshki M, Mojadam M, Zamani Alavijeh F. Preventive behaviors of female elementary students in regard to Pediculosis infestation based on Health Belief Model (HBM). *J Health Develop* 2014;3(3):269-81.
6. Saghafipour A, Akbari A, Norouzi M, Khajat P, Jafari T, Tabaraie Y, Farzinnia B. The epidemiology of pediculus is humanus capitis infestation and effective factors in elementary schools of Qom Province Girls 2010, Qom, Iran. *Qom Univ Med Sci J* 2012;6(3):46-51.
7. Modarresi M, Mansouri Ghiasi M, Modarresi M, Marefat A. The prevalence of head lice infestation among primary school children in Tonekabon, Iran. *Iran J Infect Dis Trop Med* 2013;18(60).
8. Noroozi M, Saghafipour A, Akbari A, Khajat P, Khadem Maboodi AA. The prevalence of pediculosis capitis and its associated risk factors in primary schools of girls in rural district. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2013;15.
9. Shirvani G, Shokravi A. Effect of designed health education program on knowledge, attitude, practice and the rate Pediculosis Capitis in female primary school students in Chabahar city. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2011;13(3):25-35.
10. Motovali-Emami M, Aflatoonian MR, Fekri A, M. Y. Epidemiological aspects of Pediculosis capitis and treatment evaluation in primary-school children in Iran. *Pak J Biol Sci* 2008;11(2):260-4.
11. Gutiérrez MM, González JW, Stefanazzi N, Serralunga G, Yañez L, AA. F. Prevalence of *Pediculus humanus capitis* infestation among kindergarten children in Bahía Blanca city, Argentina. *Parasitol Res* 2012;111(3):1309-13.
12. Fakoorziba M, Moemenbellah-Fard M, Nasiri Z, Azizi K. Head lice treatment with two interventions: Pediculosis capitis profile in female schoolchildren of a rural setting in the south of Iran. *Ann Trop Med Public Health* 2016;9(4):245. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/1755-6783.184790>.
13. Motevalli Haghi SF, Rafinejad J, Hosseini M. Epidemiology of pediculosis and its associated risk factors in primary-school children of Sari, Mazandaran Province, in 2012-2013. *J Health* 2014;4(4):339-48.
14. Tappeh KH, Chavshin AR, Hajjipirloo HM, Khashaveh S, Hanifian H, Bozorgomid A, Mohammadi M, Gharabag DJ, Azizi H. Pediculosis capitis among primary school children and related risk factors in

- Urmia, the main city of West Azarbaijan, Iran. *J Arthropod-Borne Dis* 2012;6(1):79-85.
15. Davari B, Kolivand M, Poomohammadi A, Faramarzi Gohar A, Feizei F, Rafat Bakhsh S, Ahmadi S. An Epidemiological study of *Pediculus capitis* in students of Pakdasht county, in autumn of 2013. *Pajouhan Sci J* 2015;14(1):57-63.
16. Kabiri H, Dastgiri S, M. A. The Prevalence of Head Lice (*Pediculus humanus capitis*) and its Associated Risk Factors in Bonab County During 2013-2014. *Depict Health* 2015;6(1):31-6.
17. Noori A, Ghorban Pour M, Adib M, Noori AV, Niazi S. Head lice infestation (*Pediculosis*) and its associated factors in the rural school students of Kalaleh, in the academic year 1392-93. *Jorjani Biomed J* 2014;2(1):56-60.
18. Daneshvar S, Aivazi AA, Naghizadeh MM, Ghazanfari Z. Factors Associated with preventive behaviors of pediculosis infection among elementary school girl students in Eyvan: an application of the health belief model. *J Educ Community Health* 2019;6(1):3-9.
19. Majidi S, Farahmandfard MA, Solhjoo K, Mosallanezhad H, M. A. The prevalence of pediculosis capitis and its associated risk factors in primary school students in Jahrom, 2016. *J Jahrom Univ Med Sci* 2017;15(1):50-6.
20. Heydarpour P, Motevali-Haghi F, Montazeri R. Prevalence pediculosis and associated risk factors in primary-school Girlsâ children of Tonekabon city, 2017-2018. *J Health Res Community* 2019;5(2):72-61.
21. Safari M, Shojaei-Zadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A. Theories, models and methods of health education and health promotion. Tehran: Asaresobhan 2009:64-75.
22. Kharazi SS, Peyman N. Effect of educational interventions based on the health belief model on the promotion of aids preventive behaviors among female High School Students in Mashhad, Iran, in 2016. *J Health Sys Res* 2017;13(1):14-8.
23. Glanz K, Rimer BK, K. V. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008.
24. Najimi A, Alidousti M, Moazzami Guderzi A. A survey on preventive behaviors of high school students about influenza a based on health belief model in Shahrekord, Iran. *J Health Sys Res* 2011;6(1):0-.
25. Sajadi Hazaveh M, M. S. Assessment of mothers' behavior in preventing febrile convulsion in their children in Arak City: an application of Health Belief Model. *J Jahrom Univ Med Sci* 2011;9(2).
26. Panahi R, Ghajari H, Teymouri P, Moradi M, Ghaderi N, Zarei Vero O, et al. The effect of education based on health belief model on preventive behaviors of head lice infection in sixth female students in Marivan in 2017. *Rahavard Salamat J* 2017;4(1):48-57.
27. Sharifat R, Mohamadian H, Cheragi M, AS. M. Impact of theory-based educational intervention on explaining preventive pediculosis infestation behavior among primary school students. *Electron Physician* 2017;9(4):4101.
28. MorowatiSharifabad MA, EbrahimZadeh M, Fazeli F, Dehghani A, Neshati T. Study of *Pediculus capitis* prevalence in primary school children and its preventive behaviors determinants based on Health Belief Model in Their Mothers in Hashtgerd, 2012. *Toloobehdasht* 2016;14(6):198-207.
29. WIDNIAH AZ. Model perilaku pencegahan *Pediculus humanus capitis* pada santriwati di Pondok Pesantren (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).
30. Joghtaei Z, Peyman N, Noori R, Esmaily H, Moradi M. Effect of Education Based on Health Belief Model by Using Virtual Social Network Messenger on Promoting Pediculosis Preventive Behaviors among School Girls. *J Educ Community Health* 2022;7(4):275-83.
31. Kristiawati K, Rachmawati PD. Factors affecting *Pediculosis capitis* prevention at Islamic boarding school in Indonesia. In: Setyowati R, editor. 8th

- International Nursing Conference on Education, Practice and Research Development in Nursing (INC 2017): Atlantis Press 2017:43-6.
32. Ortega ÁPM, Monje SLM, Valencia DL, Arteaga LRV, C. S. Prevalence, incidence, clinical manifestations and factors associated with pediculosis capitis in nursery school children of a low-income area from Colombia. Archivos de Medicina (Manizales). 2020;20(1):40-52.
33. Ghajari H, Ghaderi N, Valizadeh R, Naserpor F, Kashefi H, Baniadam A ea. Epidemiological study of prevalence of pediculosis and its related factors using the health belief model in elementary school students in Khorramshahr city of Iran. J Entomol Res 2017;41(4):443-50.

THE EFFECT OF EDUCATIONAL INTERVENTION BASED ON HEALTH BELIEF MODEL ON THE PROMOTION OF HEAD LICE PREVENTIVE BEHAVIORS IN ELEMENTARY FEMALE STUDENTS

Marzieh Islamdoust¹, Jamile Amirzadeh iranagh², Saber Gholi zadeh³, Baratali Rezapour^{4*}

Received: 09 December, 2021; Accepted: 04 March, 2023

Abstract

Background & Aim: Lice infestation as a social stigma has been one of the health problems among students.

Therefore, this research was conducted with the aim of investigating the effect of an educational intervention based on the health belief model on the promotion of head lice prevention behaviors in elementary school girls in 2020-2021.

Materials & Methods: The present study was a semi-experimental interventional study. The studied population was 140 students of the fifth grade in Shahr-e rey (70 in each of two intervention and control groups) who were selected by two-stage cluster sampling method. The research data collection tool was a researcher-made questionnaire whose validity and reliability have been confirmed by Meshki et al. Collected data was analyzed using SPSS software version 20 using Kolmogorov Smirnov inferential statistics tests, descriptive statistical tests, and univariate analysis of covariance test.

Results: The results of the analysis showed that before the intervention, there was no significant difference between the demographic and contextual variables between the two groups ($p>0.05$).

Two months after the intervention, a significant difference was observed in the average scores of the variables of awareness and constructs of perceived sensitivity, perceived intensity, perceived benefits, perceived obstacles, self-efficacy, and behavior in the intervention group compared to the control group.

Conclusion: The results of the present study revealed the influence of the health belief model in promoting preventive behaviors regarding head lice. The results of this research can be useful and beneficial for health educators who are trying to design educational programs related to diseases.

Keywords: Head Lice, Health Belief Model, Promotion of Preventive Behaviors, Students

Address: Department of Public Health, School of Public Health, Urmia, Iran

Tel: +984432752300

Email: baratalir@yahoo.com

Copyright © 2023 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ M.Sc. Student, Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Professor of Entomology, Faculty of Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Health Education and Health Promotion, Department of Public Health, Faculty of Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)