

تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان پسر شهر چابهار در مورد کچلی سر

مناسادات اردستانی*، فرخنده امین شکروی**، شهلا رودبار محمدی***، فاطمه رخشانی†

زینب غلام نیا††

*کارشناسی ارشد آموزش بهداشت - دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران **استادیار گروه آموزش بهداشت - دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران ***استادیار گروه قارچ شناسی - دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، †دانشیار گروه علوم پزشکی زاهدان، ایران، ††دانشجوی دکتری آموزش بهداشت - دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۲۱ تاریخ نایید: ۸۹/۲/۷

چکیده:

زمینه و هدف: در بسیاری از نقاط جهان کچلی سر مشکل بهداشت عمومی به ویژه در کودکان دبستانی به شمار می آید و کنترل آن بستگی به آموزش بیمار به منظور افزایش آگاهی و بهبود بهداشت دارد. این مطالعه با هدف بررسی میزان تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر روی آگاهی، نگرش، عملکرد و کچلی سر دانش آموزان پسر ابتدایی شهر چابهار در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی ۱۱۵ دانش آموز کلاس سوم دبستان که از نظر بیماری و عوامل دموگرافیک همسان بودند، به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. داده ها به کمک پرسشنامه، برگه مشاهده مستقیم رفتار و نمونه برداری آزمایشگاهی از پوست و موی سر گردآوری گردید. پس از انجام آزمون اولیه بر اساس داده های به دست آمده برنامه آموزشی تهیه و سپس در گروه آزمون مداخله آموزشی به عمل آمد. بعد از دو ماه آزمون ثانویه انجام گرفت. داده ها با استفاده از آزمون های کای دو، من ویتنی، ویلکاکسون و مک نمار تحلیل گردید.

یافته ها: یافته های به دست آمده اختلاف معنی داری را در مورد تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی ($P < 0/001$) و کاهش آلودگی در گروه آزمون نشان داد ($P < 0/01$) ولی در گروه کنترل هیچ تغییر معنی داری مشاهده نشد. همچنین در این تحقیق بین آلودگی به کچلی سر و وزن پایین، نوع پوست چرب، تحصیلات پایین پدر و مادر ارتباط معنی داری به دست آمد ($P < 0/05$). نتیجه گیری: بررسی ها نشان داد خطر انتقال کچلی سر به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی مطرح و آموزش بهداشت یک پاسخ مناسب به این مشکل است.

واژه های کلیدی: درماتوفیتوزیس، کچلی سر، آموزش بهداشت، دانش آموز ابتدایی.

مقدمه:

۲ تا ۱۱ سال شایع است و پسران بیشتر در معرض خطر ابتلا قرار دارند (۴). بیماری از فرم کلنیزاسیون غیر التهابی پوسته دار و بدون علائم بالینی تا فرم ملتهب پوسته دار اریتماتوز همراه با ضایعات کریونی (زخم های عمیق) دیده می شود (۵). بیماری از نظر مسایلی که برای خود بیمار از نظر بهداشتی، اقتصادی و گاهی روانی ایجاد می کند و هم به خاطر مشکلاتی که برای خانواده فرد مبتلا و یا اجتماعی نظیر مدارس به وجود

یکی از اهداف اساسی در توسعه کشورها تامین خدمات بهداشتی درمانی است، البته همواره در برنامه های ملی کشوری به تقدم بهداشت بر درمان تاکید شده است (۱). یکی از مشکلات بهداشت عمومی که کودکان به علت عدم رعایت نکات بهداشتی با آن درگیر هستند بیماری قارچی کچلی سر است (۲، ۳). کچلی سر یک عفونت قارچی جلدی پوست و موی سر، ابرو و مژه می باشد که در بین کودکان سن

می آورد حایز اهمیت است (۶).

امروزه شیوع بیماری های قارچی جلدی به حدی افزایش یافته است که اکنون قارچ های پوستی بیش از ۲۵-۲۰ درصد مردم جهان را تحت تاثیر قرار می دهند (۷).

بهبود استانداردهای بهداشتی و ارتقاء سطح آگاهی راجع به این بیماری منجر به کاهش چشمگیر در میزان بروز کچلی سر در شمال آمریکا و اروپای غربی شده است (۸-۱۰). در ایران با توجه به شرایط اقلیمی و اکولوژیکی ویژه که شرایط را برای رشد درماتوفیت ها مساعد می نماید بیماری از شیوع بالایی برخوردار است. از جمله در شهرستان چابهار شیوع کچلی سر ۱۵ درصد گزارش شده است که این موضوع به علت مرزی بودن منطقه، جمعیت بالای مهاجرین، محرومیت، وضعیت بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نامناسب می باشد (۱۱). این شهرستان از جنوب به دریای عمان و از شرق به پاکستان محدود است و دارای آب و هوای گرمسیری با رطوبت نسبی بالا است.

بیماری به علت عدم رعایت نکات بهداشتی و علل مساعد کننده دیگر نظیر تماس مستقیم با بیمار یا غیر مستقیم از طریق وسایل شخص آلوده به خصوص در مراکز دسته جمعی مثل مدارس شیوع پیدا می کند (۱۲، ۱۳).

لذا، توجه به آموزش بهداشت و بهداشت عمومی، کشف موارد مبتلا و درمان آنها به خصوص در مدارس ضروری به نظر می رسد (۱۴).

از این رو بنا به جایگاه خاص دانش آموزان به عنوان آینده سازان کشور و اینکه پرداختن به مسایل و مشکلات بهداشتی درمانی این گروه موجب جلوگیری از بروز معضلات جسمی و روانی در آنها می گردد لذا تحقیق در این زمینه و ارائه راه های مناسب برای پیشگیری و تذکر نکات بهداشتی لازم می تواند از یک طرف از بروز و شیوع بیماری های قارچی جلوگیری نماید و از طرف دیگر راه را جهت برنامه ریزی آموزش بهداشت برای دانش آموزان هموار کند.

به این منظور و با توجه به اینکه اکثر بررسی های انجام شده در زمینه بیماری تنها در انتشار یافته هایشان به این نکته اشاره کرده اند که برنامه های آموزش بهداشت یکی از راهکارهای مفید در زمینه پیشگیری از ابتلا به بیماری های قارچی است و پیشنهاد می کنند توجه به آموزش بهداشت، ارائه راه های صحیح برای پیشگیری و تذکر نکات بهداشتی لازم می تواند در رفع این معضل بسیار کمک کننده باشد ولی عملاً هیچیک به این مهم نپرداخته اند. بدین منظور در این مطالعه سعی شد با توجه به نتایج به دست آمده در تحقیقات ذکر شده و شرایط و ویژگی های منطقه و مردم چابهار برنامه آموزش بهداشت در زمینه کنترل این مشکل بهداشت عمومی طرح ریزی و اجرا شود.

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی ۱۱۵ دانش آموز استان سیستان و بلوچستان در سال تحصیلی ۸۸-۸۷ انجام گرفت.

بدین منظور و با توجه به اینکه هدف تحقیق بررسی تاثیر آموزش بهداشت بود، برای تامین نمونه مورد نیاز از بین مدارس ابتدایی پسرانه شهر چابهار دو مدرسه به تصادف انتخاب و به طور تصادفی یک مدرسه به عنوان گروه آزمون و دیگری به عنوان کنترل در نظر گرفته شد. طبق تحقیقات انجام شده در ایران اکثر مبتلایان در گروه سنی ۹ سال قرار داشتند (۱۷-۱۱)، به همین جهت در این پژوهش نیز مقطع سوم ابتدایی برای بررسی در نظر گرفته شد. ۵۵ و ۶۰ دانش آموز کلاس سوم ابتدایی به ترتیب به عنوان گروه مورد و شاهد انتخاب شدند که از لحاظ متغیرهای زمینه ای و میزان آگاهی، نگرش، عملکرد و ابتلا به کچلی سر قبل از مداخله آموزشی با هم همسان بودند.

پس از نمونه گیری و انتخاب تصادفی گروه آزمون و کنترل، اطلاعات و داده های لازم از طریق پرسشنامه، برگه مشاهده مستقیم رفتار (چک لیست) و

ابتلا به بیماری کچلی سر می شود. چک لیست مذکور قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی توسط معلم و با مشاهده ظاهر و عملکرد دانش آموز در مدرسه تکمیل شده است.

ج) نمونه برداری آزمایشگاهی از پوست وموی سر: در این پژوهش در دو مرحله قبل و بعد از تهیه و اجرای برنامه آموزشی نمونه گیری صورت گرفته است.

به منظور تعیین دقیق مبتلایان ابتدا پوست وموی سر کلیه دانش آموزان هر دو گروه آزمون و کنترل از نظر وجود ضایعات مشکوک به کچلی سر توسط کارشناس آزمایشگاه مرکزی شهرستان چابهار مورد معاینه و مشاهده دقیق در زیر نور کافی قرار گرفت و سپس از کلیه افراد مشکوک توسط همان کارشناس نمونه گیری به عمل آمد. برای انجام این مرحله از دانش آموزان خواسته شد موهایشان را کوتاه کنند تا کار معاینه و نمونه گیری با سهولت بیشتری انجام شود. نمونه های جمع آوری شده دور از رطوبت نگهداری و به آزمایشگاه قارچ شناسی دانشگاه تربیت مدرس آورده شد تا از نظر وجود عناصر قارچی مورد بررسی قرار گیرند.

طریقه نمونه برداری:

برای انجام نمونه برداری بعد از معاینه دانش آموز، با یک موجین استریل مقداری از موهای شکننده، تغییر رنگ داده و یا دارای سایر علائم کچلی را (در حدود ۵۰ تا ۱۰۰ مو) از ریشه همراه با مقداری شوره و پوسته از نقاط مختلف ضایعه می کنیم بهترین محل برداشت حاشیه ضایعه می باشد و نیز امکان آلودگی در موهای کدر بیشتر از موهای با جلای طبیعی است همچنین مو باید از ریشه کنده شود برای برداشتن پوسته ها می توان از اسکالپل استفاده کرد مواد جمع آوری شده را داخل پلیت تمیز و دور از رطوبت قرار می دهند زیرا رطوبت باعث رشد باکتری های آلوده کننده و قارچ های ساپروفیت بر روی آنها خواهد شد. بعد از پایان نمونه برداری از هر دانش آموز و قبل از نمونه برداری از نفر بعدی موجین، اسکالپل و قیچی روی شعله چراغ الکلی ضد عفونی و توسط پنبه الکل سرد می شود.

نمونه برداری آزمایشگاهی از پوست و موی سر جمع آوری گردیده است.

سپس بر اساس اطلاعات جمع آوری شده در مرحله اول برنامه آموزشی تهیه و در گروه آزمون به اجرا گذارده شد ولی در گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. بعد از گذشت دو ماه از پایان مداخله تاثیر برنامه آموزش بهداشت طراحی شده بر روی میزان آگاهی، نگرش، عملکرد و کچلی سر در دانش آموزان دو گروه (یعنی مرحله دوم) سنجیده شد.

ابزار و روش های جمع آوری داده ها در این مطالعه شامل:

الف) پرسشنامه: پرسشنامه مورد استفاده از روش اعتبار محتوا تعیین اعتبار شده و با ضریب همبستگی $r=0/88$ اعتماد علمی آن تایید شده است. این پرسشنامه قبل و بعد از انجام مداخله آموزشی توسط دانش آموزان و با حضور و توضیحات محقق و معلم تکمیل شده است. پرسشنامه مذکور از چند بخش تشکیل شده است که عبارتند از:

- اطلاعات دموگرافیک: این بخش شامل سؤالاتی در مورد سن، وزن، نوع پوست، بعد خانوار، شغل و تحصیلات پدر و مادر است که می توانند در امر پژوهش تاثیر گذار باشند.

- سؤالات مربوط به آگاهی: برای سنجش میزان آگاهی ۷ سوال بسته در نظر گرفته شد که همگی از لحاظ نمره گذاری دارای ارزش یکسانی بودند.

- سؤالات مربوط به نگرش: این بخش شامل ۶ سوال بسته بود که نحوه نگرش دانش آموزان نسبت به بیماری کچلی سر را بر اساس طیف لیکرت سه گزینه ای مورد سنجش قرار می داد.

- بخش آخر شامل دو سوال در رابطه با منبع کسب آگاهی افراد در باره بیماری و منبع آموزش دهنده مورد تمایل جهت آشنایی با بیماری است.

ب) برگه مشاهده مستقیم رفتارهای بهداشتی (چک لیست): این قسمت شامل ۷ سوال راجع به عملکرد بهداشتی دانش آموز است که رعایت آنها باعث عدم

- آزمایشات انجام شده بر روی نمونه ها:

الف) آزمایش مستقیم: مقداری از موها و پوسته های برداشت شده را روی لام تمیز گذاشته و روی آن یک قطره لاکتوفنول ساده یا پتاس ۱۰ درصد اضافه نموده و با لامل تمیز روی آن را پوشانده و بعد از ۳۰-۲۰ دقیقه مورد مطالعه میکروسکوپی با عدسی ۱۰ و ۴۵ قرار می دهند.

آلودگی مو به سه شکل کونیدیاها، خارجی مویی (اکتوتریکس)، کونیدیاها، داخلی مویی (اندوتریکس) و میسلیم های داخلی مویی (فاووس) دیده می شود. آلودگی پوسته ها به صورت میسلیم و آرتروکونیدیا داخل پوسته های آلوده می باشد.

ب) کشت: مقداری از مو و پوسته ها را به روش نشاکاری در محیط کشت سابورودکستروز آگار حاوی کلرامفنیکل و سیکلوهاگزامید کشت داده و در حرارت ۲۷ درجه سانتیگراد به مدت چهار هفته در انکوباتور قرار دادیم. محیط کشت باید به طور کامل در بسته باشد تا جریان هوا از آن عبور نکند و کشت بهتر انجام شود. بعد از این مدت محیط های کشت جهت بررسی رشد قارچها توسط متخصص قارچ شناسی مورد مطالعه قرار گرفت.

بعد از جمع آوری اطلاعات، محتوا با توجه به نتایج به دست آمده و سطح معلومات دانش آموزان، اهداف تعیین شده و منابع معتبر علمی تنظیم شد. با توجه به هدف پژوهش سعی شد یک برنامه آموزشی با مشارکت و درگیر نمودن همه افرادی که به نوعی با دانش آموز در ارتباط هستند و بر آموزش و افزایش سلامتی کودکان تاثیر گذارند تهیه و اجرا شود زیرا به نظر می رسد توجه به همه ابعاد تاثیر بهتری از تمرکز روی یک بخش و بدون در نظر گرفتن سایر ابعاد دارد. در این پژوهش محقق طی یک جلسه هدف از انجام و روند تحقیق را برای معلمان گروه آزمون تشریح و یک جزوه آموزشی راجع به بیماری در اختیار آنها قرار داد. به طور کلی در طی یک ماه هشت جلسه آموزشی نیم ساعته برای دانش آموزان توسط معلم و محقق (متخصص آموزش بهداشت) برگزار شد. همچنین به

منظور آشنا و مطلع کردن مادران از موضوع پژوهش و روند انجام کار یک جلسه توسط رابط بهداشتی برای مادران برگزار گردید.

روش های تدریس در این برنامه متناسب با عواملی که در آموزش دخالت داشتند و محدودیت های موجود سخنرانی، پرسش و پاسخ و نمایش عملی بود و محقق و معلم امر آموزش را به عهده داشتند. با توجه به موارد ذکر شده در بالا از آنجا که منطبقه مورد مطالعه جزء مناطق محروم می باشد دسترسی به وسایل متنوع و مناسب آموزش برای سن کودکان مقدور نشد. از این رو سعی شد با توجه به امکانات موجود و توان محقق از پمفلت، نمایش موارد عینی، جزوه آموزشی، عکس، تابلو و ماژیک استفاده شود. همچنین به منظور تفهیم کامل مطالب، مندرجات پمفلت به طور کامل برای دانش آموزان قرائت و توضیحات لازم بیان شد و نیز به منظور جلب توجه بیشتر دانش آموزان عکس های مورد استفاده از خود آنها و شرایط محیطشان گرفته شده بود تا برای آنها باور پذیرتر باشد. تنها فضای آموزشی در اختیار محقق در این پروژه محیط مدرسه و فضای کلاس بوده است.

دو ماه بعد از اجرای برنامه آموزشی اطلاعات مجدداً جمع آوری شد. نتایج نیز با استفاده از آزمون های آماری کای دو، من ویتنی، ویلکاکسون و مک نمار در سطح معنی داری $P < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها:

با توجه به یافته های به دست آمده آزمون من-ویتنی نشان داد قبل از آموزش دو گروه از نظر آگاهی با هم همسان هستند. ولی بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری بین آگاهی دو گروه دیده شد ($P < 0/001$). آزمون ویلکاکسون نیز اختلاف معنی داری را در آگاهی قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون نشان داد ($P < 0/001$) ولی در گروه کنترل تغییر معنی داری حاصل نشد (جدول شماره ۱). قبل از آموزش بیشتر افراد در گروه آزمون

دو نشان داد که میزان ابتلا قبل از آموزش در دو گروه با هم تفاوت معنی داری نداشت ولی بعد از آموزش این اختلاف در میزان ابتلا معنی دار است ($P < 0/05$).

آزمون مک نمار نشان داد که میزان ابتلا در گروه کنترل قبل و بعد از آموزش با هم تفاوت معنی داری نداشت. ولی در گروه آزمون این تفاوت معنی دار است ($P < 0/05$) (جدول شماره ۱).

آزمون های من ویتنی و کای دو بین ابتلا به کچلی سر با وزن پایین ($P < 0/01$)، نوع پوست چرب ($P < 0/001$) تحصیلات پایین پدر ($P < 0/001$) و مادر ($P < 0/01$) معنی داری را نشان داد. ولی بین ابتلا به بیماری و سن دانش آموز، بعد خانوار و شغل پدر و مادر رابطه معنی داری به دست نیامد.

یافته ها نشان داد ۹۸/۳ درصد دانش آموزان قبل از اجرای این مداخله از هیچ منبعی راجع به بیماری اطلاع کسب نکرده بودند. همچنین فرد مورد تمایل دانش آموزان جهت آموزش در زمینه بیماری کچلی سر، متخصص آموزش بهداشت و معلم بوده است (۶۷٪).

(۶۱/۸٪) و در گروه کنترل (۶۳/۳٪) نگرش ضعیفی نسبت به کچلی سر داشتند و آزمون من ویتنی بین دو گروه همسانی نشان داد. ولی بعد از مداخله آموزشی در گروه آزمون ۹۲/۷ درصد دانش آموزان نگرش مثبتی راجع به موضوع پیدا کرده بودند در حالی که تغییری در وضعیت نگرشی گروه کنترل ایجاد نشده بود و آزمون من ویتنی اختلاف معنی داری بین دو گروه نشان داد ($P < 0/001$). طبق آزمون ویلکاکسون اختلاف معنی داری بین رتبه نگرش این گروه قبل و بعد از آموزش وجود داشت ($P < 0/001$) ولی در گروه کنترل تغییر نگرش بعد از آموزش اختلاف معنی داری با قبل از آن نداشت (جدول شماره ۱).

در زمینه عملکرد نیز آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری بین دو گروه قبل از آموزش نشان نداد. ولی بعد از آموزش اختلاف معنی دار بود ($P < 0/05$). در مورد عملکرد هر گروه قبل و بعد از آموزش آزمون ویلکاکسون در گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشت. ولی در گروه آزمون بین این دو مرحله تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$) (جدول شماره ۱).

نتایج تشخیص آزمایشگاهی نمونه ها و آزمون کای

جدول شماره ۱: میزان آگاهی، نگرش، عملکرد و ابتلا به کچلی سر در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه		آزمون		کنترل	
	قبل از مطالعه	بعد از مطالعه	قبل از مطالعه	بعد از مطالعه	قبل از مطالعه	بعد از مطالعه
آگاهی	ضعیف	۹۸/۲	۵/۵	۹۶/۷	۹۵	۹۵
	متوسط	۱/۸	۲۱/۸	۳/۳	۵	۵
	خوب	۰	۷۲/۷	۰	۰	۰
نگرش	ضعیف	۶۱/۸	۳/۶	۶۳/۳	۶۰	۶۰
	بی نظر	۲۵/۵	۳/۶	۲۳/۳	۲۱/۷	۲۱/۷
	خوب	۱۲/۷	۹۲/۷	۱۳/۳	۱۸/۳	۱۸/۳
عملکرد	ضعیف	۸۳/۶	۱۴/۵	۷۸/۳	۷۵	۷۵
	متوسط	۱۲/۷	۲۳/۶	۱۸/۳	۲۱/۷	۲۱/۷
	خوب	۳/۶	۶۱/۸	۳/۳	۳/۳	۳/۳
ابتلا	مبتلا	۲۰	۵/۵	۱۸/۳	۱۸/۳	۱۸/۳
	سالم	۸۰	۹۴/۵	۸۱/۷	۸۱/۷	۸۱/۷

$P > 0/05$ بین دو گروه قبل از مطالعه. - $P < 0/001$ بین دو گروه بعد از مطالعه. - داده ها بر حسب درصد می باشد.

بحث:

در بررسی های اولیه مطالعه حاضر میزان آگاهی در دو گروه بسیار پایین بود ولی بعد از اجرای برنامه آموزشی این میزان در گروه آزمون بهبود یافت ولی در گروه کنترل که مداخله آموزشی صورت نگرفته بود تغییر معنی داری حاصل نشد در این مورد می توان گفت که افزایش آگاهی به کاهش ابتلا منجر خواهد شد همانطور که در مطالعه ای در گیلان نیز علت کاهش بیماری نسبت به سال های قبل را آموزش و افزایش سطح دانش بهداشت فردی بیان کرده اند که باعث کنترل کچلی سر شده است (۱۹،۱۸). در مطالعه ای در قزوین نیز بیان شده آگاهی دادن به مردم در جهت کاهش موارد ابتلا به کچلی موثر است (۱۶). همچنین تحقیقی نشان داده است که شرایط محیطی در ایجاد عفونت های قارچی در افراد نقش مهمی دارد ولی کنترل بیماری هم منوط به آموزش بیمار در باره کنترل عواملی است که منجر به مهیا شدن شرایط برای ایجاد کچلی می شود (۲۰).

در بررسی نگرش نیز دیده شد بیشتر افراد دو گروه به طور همسانی نگرش منفی راجع به کچلی سر داشته و اعتقادی به قابل کنترل و پیشگیری بودن بیماری نداشتند و این نشان می دهد ابتلا یا عدم ابتلا به کچلی برایشان اهمیت ندارد ولی بعد از اجرای مداخله آموزشی، نگرش دانش آموزان در گروه مورد به طور معنی داری بهبود پیدا کرد و ۹۲/۷ درصد آنها معتقد بودند می توان با اقدامات بهداشتی از ابتلا به بیماری پیشگیری و آن را کنترل کرد.

ولی در گروه کنترل بهبود چندانی حاصل نشد در مورد انجام رفتارهای بهداشتی نیز مشاهده می شود آموزش بهداشت تاثیر معنی داری روی بهبود عملکرد گروه آزمون داشته است. در زمینه عملکرد بهداشتی در مطالعه ای در گناباد به این نکته اشاره شده است که عدم رعایت نکات بهداشتی بخصوص بهداشت فردی و اجتماعی سبب شیوع کچلی سر می شود (۳).

در تحقیق دیگری که در سال ۸۱ در چابهار انجام گرفته است نیز تاثیر مثبت آموزش روی افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد بهداشتی در زمینه پیشگیری از کچلی سر را نشان می دهد ولی در این مطالعه کاهش موارد کچلی سر دیده نشده است (۱۵). با توجه به اینکه شیوع بیماری همچنان در منطقه بالا بوده و کچلی سر در منطقه همچنان به عنوان یک معضل بهداشتی مطرح و در اولویت های تحقیقاتی منطقه در نظر گرفته شده بود و هیچ گونه برنامه کنترل بیماری در منطقه جریان نداشته و حتی واحد بهداشت مدارس هیچ برنامه و مطلب آموزشی در اختیار نداشت. محقق در صدد انجام این تحقیق بر آمده و نتایج حاصل از آن را به صورت برنامه جامع و کاربردی در اختیار مسئولین مربوطه قرار داد تا با تشکیل کمیته ای مشکل از مسئول بهداشت مدرسه در اداره آموزش و پرورش و همچنین مسئول مرکز بهداشت درمانی با نظارت محقق برنامه آموزشی تدوین شده در ابتدای هر سال تحصیلی به دانش آموزان ارائه شود و پیگیری های لازم جهت پایداری و تاثیر برنامه انجام گیرد.

میزان ابتلا در دو گروه قبل از آموزش همسان بود ولی بعد از آموزش این میزان در گروه آزمون به طرز معنی داری کاهش پیدا کرد و می توان بیان داشت افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد در تغییر وضعیت بیماری موثر بوده است و آموزش ها باعث جلب توجه دانش آموزان و خانواده ها نسبت به اهمیت بیماری شده و در صدد پیشگیری و کنترل برآمده اند، ولی در گروه کنترل میزان ابتلا تغییری نکرده بود. این موضوع نشانگر این مطلب است که در مرحله آزمون ثانویه دیدگاه گروه کنترل همانند مرحله اول باقی مانده و هیچ حساسیتی نسبت به اهمیت بیماری و ضرورت پیشگیری و کنترل در آنها ایجاد نشده است.

در بررسی ارتباط بین ابتلا به بیماری با برخی متغیرهای زمینه ای مشاهده شد که بین ابتلا به کچلی سر

نتیجه گیری:

در پایان با توجه به نتایج به دست آمده جهت کاهش میزان شیوع این بیماری اجرای برنامه آموزش بهداشت به صورت جدی و گسترده در سطح مدارس توصیه می شود، همچنین لازم است با هماهنگی با مدارس، محصلین به مراکز بهداشتی درمانی معرفی شوند تا درمان در مورد آنها صورت گیرد. امید است با انجام این تحقیق و نتایج به دست آمده مسئولین مربوطه تصمیمات بهتری جهت پیشگیری از این بیماری اتخاذ نمایند و اقدامات مناسب صورت گیرد. می توان بیان داشت ارایه برنامه آموزشی باعث افزایش آگاهی، جلب توجه و ایجاد نگرش مثبت در دانش آموزان و خانواده های آنان شده و اقدام علیه بیماری برای پیشگیری و یا کنترل آن را به همراه داشته است.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی کسانی که ما را در این طرح یاری نمودند قدردانی می گردد.

و وزن پایین ارتباط معنی داری وجود دارد. می توان گفت که سوء تغذیه و وزن پایین از عوامل مستعد کننده بیماری است (۲۱).

در این تحقیق نوع پوست نیز بر ابتلا موثر بود. در واقع پوست چرب احتمال آلودگی بیشتری نسبت به پوست خشک دارد. پوست چرب با توجه به آب و هوای گرم و مرطوب منطقه و تعریق بیشتر افراد و عدم رعایت نکات بهداشت فردی و شستشوی به موقع محیط مساعدی را جهت رشد قارچ فراهم می کند. در تحقیقی در مناطق حاره و استوایی نشان داده شده است که وجود عفونت کچلی در این مناطق با نوع پوست و آب و هوا در ارتباط است (۲۲). از عوامل تاثیرگذار دیگر در ابتلا به بیماری تحصیلات والدین است. بیشتر مبتلایان پدر و مادر بیسواد داشتند این موضوع در تحقیقی در عراق نیز ثابت شده است که بیماری با سطح پایین سواد والدین ارتباط دارد (۲۳). در مطالعه ای در شیکاگو نیز ارتباط این دو به اثبات رسیده است (۲۴). یک بررسی در ترکیه نیز نشان داده که سطح پایین تحصیلات مادر در ابتلا به کچلی سر موثر است (۲۵).

منابع:

1. Fathi Y. [Evaluation and presentation environmental health education program in Hamadan primary school. Master of sciences thesis. Tehran: Tarbiat Modares University. 1990.]Persian
2. Ramachandran L, Dharmalingam T. Health education .Translated to Persian by: Shafii F, Azargashb E. 4th ed. Tehran: Tehran Univ Pub; 2005. p: 165.
3. Haghghi M, Matlabi M. [Study of dermatophytosis prevalence in Gonabad primary school. J Gonabad Univ of Med Sci. 2000; 7(1): 10-16.]Persian
4. Ayaya SO, Kamar KK, Kakai R. Aetiology of tinea capitis in school children. East Afr Med J. 2001 Oct; 78(10): 531-5.
5. Donald PL, James G, Marks JR. Principles of dermatology. NewYork: WB Saunders Company; 1993. p: 283.
6. Omidian M. [100 cases of tinea (Dermatophytosis) in Ahvaz. Skin Disease J. 1999; 2(4): 17-21.]Persian
7. Bassiri-jahromi S, Khaksar AA. Epidemiological survey of dermatophytosis in Tehran, Iran, from 2000-2005. Indian Dermatol J. 2009; 75(2): 142-47.
8. Malcolm D, Richardson DW. Fungal Infection: diagnosis and management. Oxford: Blackwell Scientific Pub. 1993; p: 46.

9. Weinstein A. Topical treatment of common superficial tinea infections. *Am Fam Physician*. 2002 May; 65(10): 2095-102.
10. Hashemi SH. [Epidemiology of tinea capitis in Meshkinshahr primary school students. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2005; 3(5): 278-81.]Persian
11. Malaii H. [Study of dermatophytosis infections frequency in various part of body and ethiologic factors. *J Sabzevar Univ of Med Sci*. 1999; 7(1): 85-92.]Persian
12. Khaksar AA, Bassiri-jahromi S, Amirkhani A, Pourabdollahi A. [Study the rate of prevalent of fungal disease tinea capitis in cities of Mazandaran province in 1994-1996. *Teb & Tazkieh J*. 1998; 31: 52-6.]Persian
13. Magill SS, Manfredi L, Swidersli A, Cohen B, Merz WG. Isolation of trichophyton violaceum and trichophyton soudanense in Baltimore, Maryland. *J Clin Microbiol*. 2007 Feb; 45(2): 461-5.
14. Valikhani M. [Dermatophytosis and candidiosis. Tehran: Tehran University. 1987; p: 1-16.]Persian
15. Ghaffari M. [Effect of health education program on decreasing of tinea capitis in chabahr primary schools. Master of sciences thesis. Tehran: Trbiat Modares University. 2004.]Persian
16. Aghamirian M, Keshavrz D, Jahani Hashemi H. [Study of dermatophytosis in patients in Sina hospital in Gazvin. *Iranian South Medical J*. 2006; 9: 175-81.]Persian
17. Amirrajab N, Rafiei A, Omidian M, Mapar M, Yaghoobi R, Rasae S, et al. [Tinea capitis in Ahvaz. *Infect Dis Trop Med J*. 2007; 12(37): 71-5.]Persian
18. Feuilhade M, Lacroix C. Epidemiology of tinea capitis. *Presse Med*. 2001 Mar; 30(10): 499-504.
19. Alizadeh N, Sadre Ashkouri Sh, Golehay G, Maboodi A, Fallahi A. [Descriptive study of tinea in Ghilan. *Skin Deseaes J*. 2004; 7(4): 255-60.]Persian
20. Goldsten AO, Smith KM, Ives TJ, Goldsten B. Mycotic infection: effective management of conditions involving the skin, hair, and nails. *Geriatrics*. 2000 May; 55(5): 40-52.
21. Tayler P. Overview of tinea capitis. *J Dermatol*. 2001; 2(16): 20-21.
22. Naffs B, Padovese V. Rural dermatology in the tropics. *Clin Dermatol*. 2009 May-Jun; 27(3): 252-70.
23. Fathi HI, Al-Samarai AG. Prevalence of tinea capitis among schoolchildren in Iraq. *East Mediterhealth J*. 2000 Jan; 6(1): 128-37.
24. Szepitowski JS, Reich A, Garlowska E, Kulig M. Factores influencing coexi: stence of toenail onychomycosis with tinea pedis and other dermatomycoses. *J Dermatol*. 2006; 142(10): 1279.
25. Metintas S, Kiraz N, Arslantas D, Akqun Y. Frequency and risk factors of dermatophytosis in students living in rural areas in Eskisehir, Turkey. *Mycopathologia J*. 2004 May; 157(4): 379-8.

Received: 12/Nov/2009

Accepted: 27/Apr/2010

The effect of health education program on knowledge, attitude and performance in male primary school students regarding *Tinea Capitis* in Chabahar

Ardestani MS (MSc)*, Amin Shokravi F (PhD)**¹, Rodbar-Mohamadi Sh (PhD)***, Rakhshani F (PhD)†, Gholamnia Z (PhD-Student)††
*Health education Dept., Tarbiat Modares University, Tehran, Iran,
Associated professor, Health education Dept., Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, *Assistant professor, Mycology Dept., Tarbiat Modares University, Tehran, Iran, †Associate professor, Health education Dept., Zahedan Univ of Med. Sci. Zahedan, Iran, ††Health education Dept., Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Background and aim: In many parts of the world *Tinea Capitis* is a public health problem, especially in primary school children. The control of the disease is dependent on patients' education for increasing their knowledge and health. The aim of this study was to evaluate on knowledge, attitude and performance in male primary school students regarding *Tinea Capitis* in Chabahar in 2007-2008.

Methods: In this quasi-experimental (case – control) study, 115 primary school students were randomly selected from two primary school in the city of Chabahar. Students were assigned into two groups. Tools and data collection methods were included: questionnaire, check list and laboratory samples of scalp and hair. At the beginning of the research, a pre-test was performed on the students and according to the data obtained, an educational program were prepared and was performed for experimental group. Post-test was done after two months. Data was analyzed using chi-square, Mann-Whitney, Wilcoxon and McNemar tests.

Results: The findings showed a significant increase in the knowledge, attitude, performance in experimental group ($P < 0.001$). In addition, experimental group demonstrated a significant decrease in *Tinea Capitis* ($P < 0.01$). The results of this study showed that there is a significant relationship between *Tinea Capitis* and weight, type of skin and parents' education ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of this research show that the risk of *Tinea Capitis* transmission is a public health problem and health education is a suitable response to this problem.

Keywords: Chabahar, Dermatophytosis, *Tinea Capitis*, Health education program, Primary students.

¹Corresponding author:

Health education Dept., Tarbiat Modares University, Jalal Ale Ahmad, Highway, Tehran, Iran.

Tel:

09122505977

E-mail:

Aminsh_f@modares.ac.ir

Archive of SID