

شیوع پدیکولوز سر در دانش آموزان مدارس شبانه روزی دخترانه

استان اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۰

دکتر حسن عدالت خواه^۱، دکتر شهنام عرشی^۲، دکتر همایون صادقی^۳، دکتر وحید سپهرام^۴

بهرخ محمودزاده^۵، دکتر اکبر مرتضی زاده^۶، دکتر مسعود شعبان^۷

چکیده

زمینه و هدف: شیوع ابتلا به شپش یکی از معیارهای ارزیابی رعایت بهداشت فردی در جوامع می باشد و از جمله بیماری های مهم در بین دانش آموزان است. پدیکولوز سر در مورد دانش آموزان مدارس شبانه روزی از اهمیت به سزایی برخوردار است. هدف ما از این مطالعه تعیین میزان شیوع آلودگی شپشی بین دانش آموزان و عوامل مرتبط با ایجاد پدیکولوز بود.

روش مطالعه: این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی و به روش مقطعی بر روی ۱۱۱ نفر از دانش آموزان مدارس شبانه روزی دخترانه استان اردبیل که بصورت نمونه گیری سیستماتیک انتخاب شده بودند انجام گرفت. تشخیص پدیکولوز بصورت مشاهده چشمی مستقیم غیر مسلح توسط پزشکان عمومی آموزش دیده انجام شد. داده ها با استفاده از SPSS 10 و EPI2000 نرم افزار از نرم افزار تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: تعداد ۱۱۱ نفر (۱۰۰٪) از دانش آموزان از خارش سر شکایت داشتند. ۱۱۱٪ از دانش آموزان بدلائل مختلف اصلا در مدرسه حمام نمی کردند و ۱۱۱٪ از دانش آموزان یک بار یا بیشتر در هفته در مدرسه حمام می کردند. در پاسخ به این سوال که آیا در مدرسه شما حمام وجود دارد ۱۱۱٪ پاسخ مثبت داده بودند و در پاسخ به این سوال که آیا امکان دسترسی به حمام در مدرسه در هر لحظه وجود دارد ۱۱۱٪ پاسخ مثبت دادند. ۱۱۱٪ از دانش آموزان سابقه ابتلا به شپش سر را ذکر نمودند. ۱۱۱٪ سابقه درمان پدیکولوز سر را داشتند. ۱۱۱٪ از دانش آموزان مبتلا به پدیکولوز سر بودند. بین آلودگی به شپش سر و سابقه قبلی بیماری و وجود حمام در منزل ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. بین آلودگی به شپش سر و استفاده از لوازم شخصی مشترک مانند شانه یا مقنعه در مدرسه یا منزل ارتباط معنی دار آماری مشاهده نشد. شیوع بیماری در دانش آموزان روستایی بالاتر از شهری بود.

نتیجه گیری: برخی مدارس شبانه روزی استان امکانات بهداشتی کافی در محل زیست دانش آموزان را ندارند و شیوع پدیکولوز بین دانش آموزان مدارس شبانه روزی به ویژه دانش آموزان روستایی بالاست.

کلمات کلیدی: شپش سر، دانش آموزان، مدارس شبانه روزی

۱- مولف مسئول: استادیار بیماری های پوست دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲- استادیار بیماری های عفونی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۳- دانشجوی NPH دانشکده علوم پزشکی تهران

۴- پزشک عمومی

۵- کارشناس مسئول بهداشت مدارس

۶- دندانپزشک

از ده هزار سال پیش، انسان با شپش آشنایی دارد و در سراسر جهان نزدیک به ۱۰۰ میلیون فرد آلوده به شپش وجود دارد. شیوع ابتلا به شپش جزو یکی از معیارهای ارزیابی رعایت بهداشت فردی در جوامع می باشد. شپش سر شایعترین نوع آلودگی به شپش بویژه در گروه سنی ۵-۱۰ سال می باشد [۱] پدیکولوز به سه گروه پدیکولوز سر، عانه و بدن تقسیم می شود. [۲]

اصلی ابتلا به شپش سر خارش می باشد. فراورده های مختلفی جهت درمان پدیکولوز بکار می رود که از آن میان می توان به مالاتیون، پرمترین، لیندان و چند داروی دیگر اشاره نمود که مطالعات زیادی به تفاوت کارایی یا اثر بخشی داروهای مختلف یا اشکال مختلف یک دارو پرداخته اند [۳-۴].

Combescot ضمن بررسی مطالعات انجام شده در فرانسه اشاره می کند که علیرغم ارتقای وضعیت بهداشتی و سطح آگاهی مردم، شیوع پدیکولوز از سال ۱۹۹۹ به بعد از سیر ثابتی برخوردار بوده است که آن را احتمال افزایش مقاومت به درمانهای رایج پدیکولوز ذکر می کند [۱۰].

Downs و همکاران به مقاومت بسیار بالای شپش به مالتیون و پرمترین در پدیکولوز سر دانش آموزان انگلیسی اشاره کرده اند[۱۰]. وضعیت اقتصادی اجتماعی یک فاکتور اصلی در بروز پدیکولوز است. پدیکولوز سر، کودکان مدارس و افراد بی خانمان را بیشتر مبتلا می کند[۱۱].

Bechelli و همکاران در یک مطالعه بزرگ بیماریهای پوستی بین دانش آموزان برزیلی، پدیکولوز را بعنوان شایعترین درماتوز دانش آموزان معرفی کرده اند [10]. Wu و همکاران در تایوان نیز شایعترین بیماری عفونی پوستی را در دانش آموزان ابتدایی مورد مطالعه پدیکولوز سر ذکر نموده اند [11].

در نیمه دوم اسفند ۱۳۹۳ و فلوریدی ۱۳۹۳
- انجام گرفت. در صورت تشابه بین موارد
دانش آموز و سایر دانش آموزان مدرسه تحت درمان
قرار می گرفتند.

متغیرهای اصلی مورد مطالعه در این بررسی عبارت
بودند از: سابقه ابتلا به پدیکولوز، وجود علایم و نشانه
های پدیکولوز، سن، مقطع تحصیلی، استفاده مشترک از
مقنعه، شانه، حوله و صابون، وجود حمام در منزل،
دفعات استحمام در منزل و مدرسه، سکونت
(شهری یا روستایی).

داده های بدست آمده از پرسشنامه های تکمیل
شده وارد کامپیوتر شده و با استفاده از نرم افزارهای
SPSS 10 و EPI 2000 مورد تجزیه و تحلیل قرار
گرفتند. در تجزیه و تحلیل داده ها از تشکیل جداول
فراوانی نسبی و رسم هیستوگرام و نمودار میله ای و
آزمون های آماری مجذور کای و ANOVA استفاده
گردید.

نتایج

میانگین سنی دانش آموزان 10.5 ± 0.5 سال بود.
(Mean $\pm$ SD) میانگین سنی دانش آموزان روستا و شهر
(10.5 ± 0.5) از دانش آموزان روستا و شهر بود. مقطع
دانش آموزان شهر بود. مقطع تحصیلی دانش آموزان
دیبرستان و شهر (10.5 ± 0.5) در مقطع راهنمایی و
شهر در مقطع پیش دانشگاهی مشغول به تحصیل بودند.

پاسخ به این سوال که دانش آموز کدامیک از وسایل
فردی خویش (لباس، کفش، صابون) را بطور
اختصاصی یا اشتراکی در منزل استفاده می کند در
جدول شماره یک آورده شده است.

در خصوص دفعات استحمام دانش آموز در مدرسه
از کل نفری که به این سوال پاسخ داده
بودند، ۱۰۰٪ ($100/0$) به دلایل مختلف اصلا در
مدرسه حمام نمی کردند و تنها ۱۰۰٪ ($100/0$) از
دانش آموزان یک بار یا بیشتر در هفته در مدرسه
حمام می کردند. در مورد وجود حمام در منزل از
۱۰۰ نفری که این سوال پاسخ داده بودند
۱۰۰٪ ($100/0$) در منزل حمام داشتند و
۱۰۰٪ ($100/0$) در منزلشان حمام نداشتند. از نظر دفعات
استحمام هنگامی که دانش آموزان در منزل بسر می
روند، از ۱۰۰ نفری که به این سوال پاسخ داده بودند
۱۰۰٪ ($100/0$) حداقل یک بار در هفته حمام می
کرده اند و تنها ۱ نفر اظهار داشته اند ۱۰۰٪ از یک
بار در هفته حمام می کنند. تعداد ۱۰۰٪ ($100/0$) از
دانش آموزان از خارش سر شکایت داشتند. دانش
آموزان خارش سر را در ۱۰۰٪ اتاقی های خود در
۱۰۰٪ موارد و در خانواده خود در ۱۰۰٪ موارد ذکر
نمودند.

در پاسخ به این سوال که آیا در مدرسه شما حمام
وجود دارد ۱۰۰٪ پاسخ مثبت داده بودند و در پاسخ به
این سوال که آیا امکان دسترسی به حمام در مدرسه در
شهر وجود دارد ۱۰۰٪ مثبت دادند.

جدول شماره ۱. نحوه استفاده (اختصاصی یا اشتراکی) از وسایل شخصی و صابون توسط دانش آموز در منزل

نحوه استفاده	فراوانی				فراوانی نسبی			
	صابون	لباس	کفش	صابون	صابون	لباس	کفش	صابون
اشتراکی	۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰
اختصاصی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۱۰۰٪	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
حذف به علت عدم تطابق با کنترل	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰/۰	۱۰/۰	۱۰/۰	۱۰/۰
۱۰۰٪	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بین رنگ مو و ابتلا به پدیکولوز ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. میانگین سنی افراد مبتلا به پدیکولوز از افراد سالم کمتر بود که این اختلاف با استفاده از آنالیز واریانس یکطرفه معنی دار بود ($P<0.001$ & $F=22.87$). فراوانی نسبی ابتلا به پدیکولوز بین دانش آموزان مقطع راهنمایی بالاتر بود که این اختلاف با استفاده از آزمون مجذور کای معنی دار بود ($P<0.001$ & $\text{Chi-sq}=26.6$).

از آنجا که دانش آموز دچار پدیکولوز، محل زندگی نفر روستا، یک نفر شهر و محل زندگی یک نفر نیز نامشخص بود. شیوع پدیکولوز در دانش آموزان روستایی ۱۰۰٪ و در دانش آموزان شهری ۰٪ بود. این اختلاف با استفاده از آزمون مجذور کای معنی دار بود ($P < 0.001$ & $\text{Chi-sq} = 37.2$).

فراوانی بیماری در افرادی که با فاصله کمتر از یک هفته در مدرسه حمام می کردند $\frac{1}{100}\%$ بود و فراوانی بیماری در افرادی که با فواصل بیشتر در مدرسه حمام می کردند یا اصلا در مدرسه حمام نمی کردند $\frac{1}{100}\%$ بود. این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود. در خصوص دفعات حمام کردن در منزل و ابتلا به پدیکولوز نیز ارتباطی بدست نیامد. $\frac{1}{100}\%$ از دانش آموزان روستایی در منزل خویش حمام نداشتند حال آنکه $\frac{1}{100}\%$ از دانش آموزان شهری در منزل خویش حمام نداشتند و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.001$ & $\text{Chi-sq} = 32$).

جهت مقایسه قدرت رابطه بین روابط معنی دار مشاهده شده متغیرها درآزمون مجذور کای، از Φ و ضریب کرامر استفاده شد که بیشترین مقدار این ضرایب درسطوح معنی دارقابل قبول مربوط به رابطه بین سابقه بیماری و ابتلا به آن در زمان مطالعه، با مقدار $\Phi^2/4$ و بعد از آن مربوط به وجود حمام در منزل و ابتلا به پدیکولوز، با مقدار $\Phi^2/4$ بود.

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی علایم پدیکولوز در معاینه بالینی

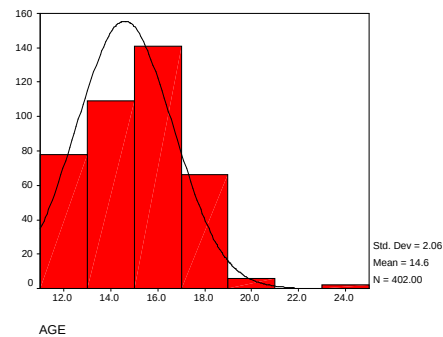
تعداد	درصد	علامت بالینی
۰۰۰	۰/۰	دارد
۰۰۰	۰/۰	ندارد
۰	۰/۰	دارد
۰۰۰	۰/۰	ندارد
۰	۰	دارد
۰۰۰	۰۰۰	ندارد
۰	۰	دارد
۰۰۰	۰۰	ندارد
۰۰	۰/۰	دارد
۰۰۰	۰۰/۰	ندارد
۰	۰/۰	دارد
۰۰۰	۰۰/۰	ندارد
۰	۰/۰	دارد
۰۰۰	۰۰/۰	ندارد

(□□□%) از دانش آموزان سابقه ابتلا به شپش سر را ذکر نمودند میانگین فاصله سابقه ابتلا تا زمان مطالعه □□□□□ سال بود. □□□□□ (□□□□%) از دانش آموزان مبتلا به شپش سر بودند. شرح یافته های بالینی در معاینه در جدول شماره (□) ارايه شده است.

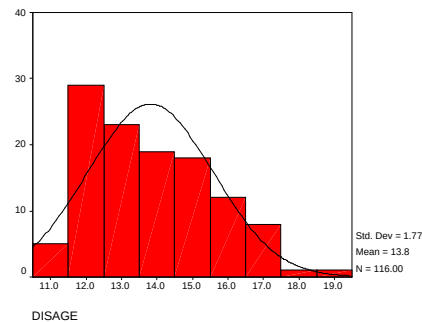
نتیجه یافته‌ها نشان داد که در میان بیماران مبتلا به بیماری مزمن، ۱۰٪ (۱ نفر) سابقه بیماری پدیلولوز را داشتند. میانگین فاصله درمان تا زمان مطالعه ۱۰ سال بود. از میان متغیرهایی که وجود رابطه بین آنها و ابتلا به بیماری بررسی گردید، بین عدم وجود حمام در منزل و ابتلا به پدیلولوز رابطه معنی‌داری مشاهده شد. (P=0.002 & Chi-sq=9.17). رابطه بین سابقه ابتلا به بیماری و ابتلا به آن در زمان مطالعه نیز با استفاده از آزمون مجذور کای معنی‌دار بود. به طوری که ۱۰٪/۱۰٪ از افرادی که سابقه بیماری داشتند مبتلا بودند، حال آنکه فقط ۱۰٪/۱۰٪ از افرادی که فاقد سابقه بیماری بودند مبتلا بودند (P=0.001 & Chi-sq=12.11).

نمودارهای شماره □ و □ هیستوگرام توزیع سنی کل دانش آموزان مورد مطالعه و دانش آموزان مبتلا به پدیکولوز را نشان می دهد.

نمودار شماره ۱. هیستوگرام توزیع سنی دانش آموزان



نمودار شماره ۱. هیستوگرام توزیع سنی دانش آموزان مبتلا به پدیکولوز



پدیکولوژ دانش آموزان ابتدایی برایمان مقدور نبود. در اغلب مطالعات انجام گرفته در خصوص پدیکولوژ دانش آموزان به ارتباط بین سن و بروز پدیکولوژ اشاره شده است.

Mumcuoglu و همکاران در مطالعه خویش بر روی ۱۱۱۱ کودک اسرائیلی بیشترین شیوع بیماری را در سنین ۲-۳ سال ذکر نموده اند [۱۱].

Cloze و همکاران به نقل از سایر مطالعات شیوع
 ۱۰۰٪ را در سن ۱۰-۱۵ سالگی ذکر کرده‌اند [۱۰].

Pai و همکاران در مطالعه بزرگی که بر روی حدود ۱۰۰۰۰ کودک انجام دادند، اشاره نموده اند که شیوع پدیکولوز از ۱ سالگی رو به افزایش گذاشته، بین ۰-۱۰٪ به حد پلاتو می رسد و بعد از ۱۰ سالگی کاهش می یابد [۱۰].

Suleman و همکاران در مطالعه ای بر روی [۱۱] نفر از اهالی شهر پشاور، بیشترین شیوع بیماری را بین [۱۲] سالگی ذکر نموده اند. این محققین اشاره نموده اند که افت موارد پدیکولوز با افزایش سن در جنس مونث تدریجی ولی در جنس مذکر ناگهانی بوده است [۱۳].

Magra Saenz de Buruaga و همکاران در مطالعه ای که روی □□□□ کودک در اسپانیا انجام شد، بیشترین شیوع بیماری را در بین □-□ سالگی ذکر نمودند[□□].

بطور کلی اختلاف زیادی بین یافته های محققین □□□□ در خصوص توزیع سنی پدیکولوز وجود ندارد. معیذا Tesfayohannes شیوع شپش بدن در □□-□□ سال را بیشتر از □□-□□ سال گزارش نموده است(□□).

شیوع پدیکولوز در مطالعه □□□□ □□□□% بود. در مطالعات انجام گرفته توسط محققین مختلف طیف متفاوتی از شیوع بیماری در بین دانش آموزان گزارش شده است (جدول □).

همانگونه که از مطالعه هیستوگرام های سنی ارایه شده بر می آید، علیرغم افزایش تعداد دانش آموزان از ۱۱ سال به بالا ۱۰ سال دارد که این امر می تواند دلیلی بر وقوع بیماری در دانش آموزان راهنمایی و دبیرستانی مورد مطالعه ۱۰ ساله باشد. با توجه به اینکه مدارس شبانه روزی استان اردبیل بالاتر از مقطع ابتدایی

همکاران

در چند شیوع پدیکولوز در اغلب مطالعات نسبتاً بالا
 می باشد، معیذا عمده مطالعات ذکر شده در مدارس
 در مقابل % $\frac{1}{100}$ در مقابل % $\frac{1}{100}$ پدیکولوز در کودکان شهری
 بوده است [1].

در مطالعه Mumcuoglu و همکاران، شایعاً بدینکه

جدول شماره 1. شیوع پدیکولوز در دانش آموزان کشورهای مختلف

نام محققین	کشور	سایر ویژگی های منطقه	شیوع پدیکولوز (%)	شیوع پدیکولوز (%)
Pai KS et al [1]	کره	کودکان شهری و روستایی	0.0000	0.00/0
Suleman M , et al [2]	پاکستان	مناطق شهری پیشاور	0.0000	0.00/0
Dagnew MB , et al [3]	اتیوپی	مدارس روستایی ابتدایی	0.0000	0.00/0
Volcsik R, et al [4]	آلمان	مدارس ابتدایی	0.000	0.00/0
Mumcuoglu KY, et al [5]	اسرائیل	کودکان روستایی	0.0000	0.00/0
Magra Saenz de Buruga G , et al [6]	اسپانیا	مدارس ابتدایی	0.0000	0.00/0
Sulemam M , et al [7]	پاکستان	مدارس	0.0000	0.00
Awahmukalah DS, et al [8]	کامرون	دانش آموزان شهری و روستایی	0.0000	0.00/0-0.00/0
Ebmoyi E [9]	نایجریا	مدارس ابتدایی پایتخت	0.0000	0.00/0-0.00/0
Chunge RN [10]	کنیا	دانش آموزان ابتدایی شهری و روستایی	0.0000	0.00/0
Ogunrinade AF, et al [11]	نایجریا	مدارس شهری و روستایی	0.0000	0.00/0-0.00/0
Sinniah B, et al [12]	مالزی	مدارس ابتدایی	0.0000	0.00/0
Kwaku -kpikpi JE [13]	گانا	دو مدرسه از دو طیف متفاوت اقتصادی- اجتماعی	0.000	0.00
Amr ZS, et al [14]	اردن	دانش آموزان ابتدایی از چهار طبقه اجتماعی- اقتصادی	0.0000	0.00/0
Fan PC, et al [15]	تایوان	دانش آموزان ابتدایی و روستایی	0.0000	0.00/0
Speare R , et al [16]	استرالیا	دانش آموزان یک مدرسه شهری	0.000	0.00/0
Menan EI, et al [17]	ایران	کودکان 5-10 ساله	0.0000	0.00/0
Ilhan F , et al [18]	ترکیه	دانش آموزان متوسطه و ابتدایی	0.0000	0.00/0 ابتدایی
علی اشرف عیوضی [19]	ایران	دانش آموزان ابتدایی اسلام آباد غرب	0.0000	0.00/0

در مدارس شهری اندکی بالاتر از روستایی بوده
 است [20].

در مطالعه Ebmoyi شیوع پدیکولوز در دانش
 آموزان روستایی بالاتر از شهری ذکر شده است [21].
 Ogunrinade و همکاران نیز در مطالعه خود شیوع
 پدیکولوز در دانش آموزان شهری را بالاتر از روستایی
 ذکر نموده اند ولی اظهار داشته اند که شدت پدیکولوز
 در افراد مبتلای روستایی بیشتر از شهری بوده
 است [22]. Grainger نیز شیوع بالاتر پدیکولوز را در
 دانش آموزان شهری مورد اشاره قرار داده است [23].

آنها بالاتر باشد. با توجه به اینکه مطالعه ما منحصرأ در
 مدارس راهنمایی و دبیرستان و پیش دانشگاهی شبانه
 روزی که دانش آموزان علاوه بر تحصیل اقامت شبانه
 نیز دارند انجام گرفته است، مطالعه ما جنبه های ویژه
 منحصر به فردی دارد که در تفسیر نتایج باید مد نظر
 قرار گیرد.

در 100000 شیوع بیماری در دانش آموزان
 شهری بسیار کم بوده و موارد ابتلا عمدتاً در دانش
 آموزان روستایی روی داده است. در مطالعه Pai
 شیوع پدیکولوز در کودکان روستایی بالاتر و برابر

گذشته از بحث تفاوت های فرهنگی و رفتار بهداشتی، از جمله عواملی که می تواند تفاوت های موجود شیوع بیماری در جوامع شهری و روستایی را توجیه کند، می توان به بحث شلوغی بیش از حد در زندگی اجتماعی اشاره کرد که نقش آن به تنهایی در بسیاری از مطالعات مورد اشاره قرار گرفته است [۱، ۲].

مسئله دیگری که بر شیوع پدیکولوز موثر است بعد خانوار است. بطوری که در استان اردبیل بعد خانوار شهری و بعد خانوار روستایی است. بعلاوه تفاوت میزان دسترسی به تسهیلات بهداشتی و امکانات زندگی بهداشتی نیز در جوامع مختلف متغیر است و با توجه به تفاوت زیاد پدیکولوز در دانش آموزان شهری و روستایی در مطالعه [۳] که با اطلاعات موجود کاملا قابل توجیه نیست، نیاز به انجام بررسی های بیشتری در این خصوص وجود دارد.

سرزیدی و همکاران در مطالعه ای روی دانش آموزان مدارس ابتدایی کرمان شیوع بالاتر پدیکولوز سر در دانش آموزان روستایی را ذکر نموده اند. البته در مطالعه مذکور، شیوع پدیکولوز در یک دبستان روستایی با شیوع آن در دبستان شهری مقایسه شده است که قطعاً دبستان روستایی مورد نظر نمی تواند نمونه گویایی از جامعه روستایی کرمان باشد [۴]. در مورد استفاده مشترک از برخی لوازم شخصی [۵، ۶] حوله و صابون در مطالعه ما ارتباطی بین این موارد و ابتلا به پدیکولوز مشاهده شد. این یافته با یافته های سایر محققان [۷، ۸] داشت [۹ و ۱۰]. البته عیوضی در مطالعه خویش به وجود رابطه بین استفاده از لوازم مشترک و پدیکولوز اشاره کرده است [۱۱].

جدیدترین مطالعه در دسترس که توسط Canyon و همکارانش انجام گرفته است، بصورت کارآزمایی بالینی و با شبیه سازی انتقال شپش انجام شده است، بجای فرض انتقال از طریق استفاده مشترک از لوازم

شخصی از فرض انتقال مستقیم فرد به فرد حمایت کرده است [۱۲].

همانگونه که در یافته ها ذکر شد ارتباط معنی دار آماری بین دفعات حمام کردن در مدرسه و ابتلا به پدیکولوز وجود نداشت ولی از نظر توصیفی فراوانی ابتلا در گروهی که دفعات بیشتری در مدرسه حمام می کردند بالاتر بود. علل مختلفی را می توان برای این یافته مطرح نمود.

افراد مبتلا به پدیکولوز بعلت خارش بیشتر احساس نیاز بیشتری به حمام کردن می کنند.

حساس بودن سوال مربوطه و پابین بودن پایایی و اعتبار سوال

وجود عوامل و فاکتورهای دیگری که علاوه بر پدیکولوز بر تمایل افراد برای حمام کردن نیز تاثیر دارند.

بین وجود حمام در منزل و ابتلا به پدیکولوز در [۱۳] ما رابطه [۱۴] دار وجود داشت که این [۱۵] [۱۶] [۱۷] [۱۸] [۱۹] [۲۰] [۲۱] [۲۲] [۲۳] [۲۴] [۲۵] [۲۶] [۲۷] [۲۸] [۲۹] [۳۰] [۳۱] [۳۲] [۳۳] [۳۴] [۳۵] [۳۶] [۳۷] [۳۸] [۳۹] [۴۰] [۴۱] [۴۲] [۴۳] [۴۴] [۴۵] [۴۶] [۴۷] [۴۸] [۴۹] [۵۰] [۵۱] [۵۲] [۵۳] [۵۴] [۵۵] [۵۶] [۵۷] [۵۸] [۵۹] [۶۰] [۶۱] [۶۲] [۶۳] [۶۴] [۶۵] [۶۶] [۶۷] [۶۸] [۶۹] [۷۰] [۷۱] [۷۲] [۷۳] [۷۴] [۷۵] [۷۶] [۷۷] [۷۸] [۷۹] [۸۰] [۸۱] [۸۲] [۸۳] [۸۴] [۸۵] [۸۶] [۸۷] [۸۸] [۸۹] [۹۰] [۹۱] [۹۲] [۹۳] [۹۴] [۹۵] [۹۶] [۹۷] [۹۸] [۹۹] [۱۰۰] [۱۰۱] [۱۰۲] [۱۰۳] [۱۰۴] [۱۰۵] [۱۰۶] [۱۰۷] [۱۰۸] [۱۰۹] [۱۱۰] [۱۱۱] [۱۱۲] [۱۱۳] [۱۱۴] [۱۱۵] [۱۱۶] [۱۱۷] [۱۱۸] [۱۱۹] [۱۲۰] [۱۲۱] [۱۲۲] [۱۲۳] [۱۲۴] [۱۲۵] [۱۲۶] [۱۲۷] [۱۲۸] [۱۲۹] [۱۳۰] [۱۳۱] [۱۳۲] [۱۳۳] [۱۳۴] [۱۳۵] [۱۳۶] [۱۳۷] [۱۳۸] [۱۳۹] [۱۴۰] [۱۴۱] [۱۴۲] [۱۴۳] [۱۴۴] [۱۴۵] [۱۴۶] [۱۴۷] [۱۴۸] [۱۴۹] [۱۵۰] [۱۵۱] [۱۵۲] [۱۵۳] [۱۵۴] [۱۵۵] [۱۵۶] [۱۵۷] [۱۵۸] [۱۵۹] [۱۶۰] [۱۶۱] [۱۶۲] [۱۶۳] [۱۶۴] [۱۶۵] [۱۶۶] [۱۶۷] [۱۶۸] [۱۶۹] [۱۷۰] [۱۷۱] [۱۷۲] [۱۷۳] [۱۷۴] [۱۷۵] [۱۷۶] [۱۷۷] [۱۷۸] [۱۷۹] [۱۸۰] [۱۸۱] [۱۸۲] [۱۸۳] [۱۸۴] [۱۸۵] [۱۸۶] [۱۸۷] [۱۸۸] [۱۸۹] [۱۹۰] [۱۹۱] [۱۹۲] [۱۹۳] [۱۹۴] [۱۹۵] [۱۹۶] [۱۹۷] [۱۹۸] [۱۹۹] [۲۰۰] [۲۰۱] [۲۰۲] [۲۰۳] [۲۰۴] [۲۰۵] [۲۰۶] [۲۰۷] [۲۰۸] [۲۰۹] [۲۱۰] [۲۱۱] [۲۱۲] [۲۱۳] [۲۱۴] [۲۱۵] [۲۱۶] [۲۱۷] [۲۱۸] [۲۱۹] [۲۲۰] [۲۲۱] [۲۲۲] [۲۲۳] [۲۲۴] [۲۲۵] [۲۲۶] [۲۲۷] [۲۲۸] [۲۲۹] [۲۳۰] [۲۳۱] [۲۳۲] [۲۳۳] [۲۳۴] [۲۳۵] [۲۳۶] [۲۳۷] [۲۳۸] [۲۳۹] [۲۴۰] [۲۴۱] [۲۴۲] [۲۴۳] [۲۴۴] [۲۴۵] [۲۴۶] [۲۴۷] [۲۴۸] [۲۴۹] [۲۵۰] [۲۵۱] [۲۵۲] [۲۵۳] [۲۵۴] [۲۵۵] [۲۵۶] [۲۵۷] [۲۵۸] [۲۵۹] [۲۶۰] [۲۶۱] [۲۶۲] [۲۶۳] [۲۶۴] [۲۶۵] [۲۶۶] [۲۶۷] [۲۶۸] [۲۶۹] [۲۷۰] [۲۷۱] [۲۷۲] [۲۷۳] [۲۷۴] [۲۷۵] [۲۷۶] [۲۷۷] [۲۷۸] [۲۷۹] [۲۸۰] [۲۸۱] [۲۸۲] [۲۸۳] [۲۸۴] [۲۸۵] [۲۸۶] [۲۸۷] [۲۸۸] [۲۸۹] [۲۹۰] [۲۹۱] [۲۹۲] [۲۹۳] [۲۹۴] [۲۹۵] [۲۹۶] [۲۹۷] [۲۹۸] [۲۹۹] [۳۰۰] [۳۰۱] [۳۰۲] [۳۰۳] [۳۰۴] [۳۰۵] [۳۰۶] [۳۰۷] [۳۰۸] [۳۰۹] [۳۱۰] [۳۱۱] [۳۱۲] [۳۱۳] [۳۱۴] [۳۱۵] [۳۱۶] [۳۱۷] [۳۱۸] [۳۱۹] [۳۲۰] [۳۲۱] [۳۲۲] [۳۲۳] [۳۲۴] [۳۲۵] [۳۲۶] [۳۲۷] [۳۲۸] [۳۲۹] [۳۳۰] [۳۳۱] [۳۳۲] [۳۳۳] [۳۳۴] [۳۳۵] [۳۳۶] [۳۳۷] [۳۳۸] [۳۳۹] [۳۴۰] [۳۴۱] [۳۴۲] [۳۴۳] [۳۴۴] [۳۴۵] [۳۴۶] [۳۴۷] [۳۴۸] [۳۴۹] [۳۵۰] [۳۵۱] [۳۵۲] [۳۵۳] [۳۵۴] [۳۵۵] [۳۵۶] [۳۵۷] [۳۵۸] [۳۵۹] [۳۶۰] [۳۶۱] [۳۶۲] [۳۶۳] [۳۶۴] [۳۶۵] [۳۶۶] [۳۶۷] [۳۶۸] [۳۶۹] [۳۷۰] [۳۷۱] [۳۷۲] [۳۷۳] [۳۷۴] [۳۷۵] [۳۷۶] [۳۷۷] [۳۷۸] [۳۷۹] [۳۸۰] [۳۸۱] [۳۸۲] [۳۸۳] [۳۸۴] [۳۸۵] [۳۸۶] [۳۸۷] [۳۸۸] [۳۸۹] [۳۹۰] [۳۹۱] [۳۹۲] [۳۹۳] [۳۹۴] [۳۹۵] [۳۹۶] [۳۹۷] [۳۹۸] [۳۹۹] [۴۰۰] [۴۰۱] [۴۰۲] [۴۰۳] [۴۰۴] [۴۰۵] [۴۰۶] [۴۰۷] [۴۰۸] [۴۰۹] [۴۱۰] [۴۱۱] [۴۱۲] [۴۱۳] [۴۱۴] [۴۱۵] [۴۱۶] [۴۱۷] [۴۱۸] [۴۱۹] [۴۲۰] [۴۲۱] [۴۲۲] [۴۲۳] [۴۲۴] [۴۲۵] [۴۲۶] [۴۲۷] [۴۲۸] [۴۲۹] [۴۳۰] [۴۳۱] [۴۳۲] [۴۳۳] [۴۳۴] [۴۳۵] [۴۳۶] [۴۳۷] [۴۳۸] [۴۳۹] [۴۴۰] [۴۴۱] [۴۴۲] [۴۴۳] [۴۴۴] [۴۴۵] [۴۴۶] [۴۴۷] [۴۴۸] [۴۴۹] [۴۵۰] [۴۵۱] [۴۵۲] [۴۵۳] [۴۵۴] [۴۵۵] [۴۵۶] [۴۵۷] [۴۵۸] [۴۵۹] [۴۶۰] [۴۶۱] [۴۶۲] [۴۶۳] [۴۶۴] [۴۶۵] [۴۶۶] [۴۶۷] [۴۶۸] [۴۶۹] [۴۷۰] [۴۷۱] [۴۷۲] [۴۷۳] [۴۷۴] [۴۷۵] [۴۷۶] [۴۷۷] [۴۷۸] [۴۷۹] [۴۸۰] [۴۸۱] [۴۸۲] [۴۸۳] [۴۸۴] [۴۸۵] [۴۸۶] [۴۸۷] [۴۸۸] [۴۸۹] [۴۹۰] [۴۹۱] [۴۹۲] [۴۹۳] [۴۹۴] [۴۹۵] [۴۹۶] [۴۹۷] [۴۹۸] [۴۹۹] [۵۰۰] [۵۰۱] [۵۰۲] [۵۰۳] [۵۰۴] [۵۰۵] [۵۰۶] [۵۰۷] [۵۰۸] [۵۰۹] [۵۱۰] [۵۱۱] [۵۱۲] [۵۱۳] [۵۱۴] [۵۱۵] [۵۱۶] [۵۱۷] [۵۱۸] [۵۱۹] [۵۲۰] [۵۲۱] [۵۲۲] [۵۲۳] [۵۲۴] [۵۲۵] [۵۲۶] [۵۲۷] [۵۲۸] [۵۲۹] [۵۳۰] [۵۳۱] [۵۳۲] [۵۳۳] [۵۳۴] [۵۳۵] [۵۳۶] [۵۳۷] [۵۳۸] [۵۳۹] [۵۴۰] [۵۴۱] [۵۴۲] [۵۴۳] [۵۴۴] [۵۴۵] [۵۴۶] [۵۴۷] [۵۴۸] [۵۴۹] [۵۵۰] [۵۵۱] [۵۵۲] [۵۵۳] [۵۵۴] [۵۵۵] [۵۵۶] [۵۵۷] [۵۵۸] [۵۵۹] [۵۶۰] [۵۶۱] [۵۶۲] [۵۶۳] [۵۶۴] [۵۶۵] [۵۶۶] [۵۶۷] [۵۶۸] [۵۶۹] [۵۷۰] [۵۷۱] [۵۷۲] [۵۷۳] [۵۷۴] [۵۷۵] [۵۷۶] [۵۷۷] [۵۷۸] [۵۷۹] [۵۸۰] [۵۸۱] [۵۸۲] [۵۸۳] [۵۸۴] [۵۸۵] [۵۸۶] [۵۸۷] [۵۸۸] [۵۸۹] [۵۹۰] [۵۹۱] [۵۹۲] [۵۹۳] [۵۹۴] [۵۹۵] [۵۹۶] [۵۹۷] [۵۹۸] [۵۹۹] [۶۰۰] [۶۰۱] [۶۰۲] [۶۰۳] [۶۰۴] [۶۰۵] [۶۰۶] [۶۰۷] [۶۰۸] [۶۰۹] [۶۱۰] [۶۱۱] [۶۱۲] [۶۱۳] [۶۱۴] [۶۱۵] [۶۱۶] [۶۱۷] [۶۱۸] [۶۱۹] [۶۲۰] [۶۲۱] [۶۲۲] [۶۲۳] [۶۲۴] [۶۲۵] [۶۲۶] [۶۲۷] [۶۲۸] [۶۲۹] [۶۳۰] [۶۳۱] [۶۳۲] [۶۳۳] [۶۳۴] [۶۳۵] [۶۳۶] [۶۳۷] [۶۳۸] [۶۳۹] [۶۴۰] [۶۴۱] [۶۴۲] [۶۴۳] [۶۴۴] [۶۴۵] [۶۴۶] [۶۴۷] [۶۴۸] [۶۴۹] [۶۵۰] [۶۵۱] [۶۵۲] [۶۵۳] [۶۵۴] [۶۵۵] [۶۵۶] [۶۵۷] [۶۵۸] [۶۵۹] [۶۶۰] [۶۶۱] [۶۶۲] [۶۶۳] [۶۶۴] [۶۶۵] [۶۶۶] [۶۶۷] [۶۶۸] [۶۶۹] [۶۷۰] [۶۷۱] [۶۷۲] [۶۷۳] [۶۷۴] [۶۷۵] [۶۷۶] [۶۷۷] [۶۷۸] [۶۷۹] [۶۸۰] [۶۸۱] [۶۸۲] [۶۸۳] [۶۸۴] [۶۸۵] [۶۸۶] [۶۸۷] [۶۸۸] [۶۸۹] [۶۹۰] [۶۹۱] [۶۹۲] [۶۹۳] [۶۹۴] [۶۹۵] [۶۹۶] [۶۹۷] [۶۹۸] [۶۹۹] [۷۰۰] [۷۰۱] [۷۰۲] [۷۰۳] [۷۰۴] [۷۰۵] [۷۰۶] [۷۰۷] [۷۰۸] [۷۰۹] [۷۱۰] [۷۱۱] [۷۱۲] [۷۱۳] [۷۱۴] [۷۱۵] [۷۱۶] [۷۱۷] [۷۱۸] [۷۱۹] [۷۲۰] [۷۲۱] [۷۲۲] [۷۲۳] [۷۲۴] [۷۲۵] [۷۲۶] [۷۲۷] [۷۲۸] [۷۲۹] [۷۳۰] [۷۳۱] [۷۳۲] [۷۳۳] [۷۳۴] [۷۳۵] [۷۳۶] [۷۳۷] [۷۳۸] [۷۳۹] [۷۴۰] [۷۴۱] [۷۴۲] [۷۴۳] [۷۴۴] [۷۴۵] [۷۴۶] [۷۴۷] [۷۴۸] [۷۴۹] [۷۵۰] [۷۵۱] [۷۵۲] [۷۵۳] [۷۵۴] [۷۵۵] [۷۵۶] [۷۵۷] [۷۵۸] [۷۵۹] [۷۶۰] [۷۶۱] [۷۶۲] [۷۶۳] [۷۶۴] [۷۶۵] [۷۶۶] [۷۶۷] [۷۶۸] [۷۶۹] [۷۷۰] [۷۷۱] [۷۷۲] [۷۷۳] [۷۷۴] [۷۷۵] [۷۷۶] [۷۷۷] [۷۷۸] [۷۷۹] [۷۸۰] [۷۸۱] [۷۸۲] [۷۸۳] [۷۸۴] [۷۸۵] [۷۸۶] [۷۸۷] [۷۸۸] [۷۸۹] [۷۹۰] [۷۹۱] [۷۹۲] [۷۹۳] [۷۹۴] [۷۹۵] [۷۹۶] [۷۹۷] [۷۹۸] [۷۹۹] [۸۰۰] [۸۰۱] [۸۰۲] [۸۰۳] [۸۰۴] [۸۰۵] [۸۰۶] [۸۰۷] [۸۰۸] [۸۰۹] [۸۱۰] [۸۱۱] [۸۱۲] [۸۱۳] [۸۱۴] [۸۱۵] [۸۱۶] [۸۱۷] [۸۱۸] [۸۱۹] [۸۲۰] [۸۲۱] [۸۲۲] [۸۲۳] [۸۲۴] [۸۲۵] [۸۲۶] [۸۲۷] [۸۲۸] [۸۲۹] [۸۳۰] [۸۳۱] [۸۳۲] [۸۳۳] [۸۳۴] [۸۳۵] [۸۳۶] [۸۳۷] [۸۳۸] [۸۳۹] [۸۴۰] [۸۴۱] [۸۴۲] [۸۴۳] [۸۴۴] [۸۴۵] [۸۴۶] [۸۴۷] [۸۴۸] [۸۴۹] [۸۵۰] [۸۵۱] [۸۵۲] [۸۵۳] [۸۵۴] [۸۵۵] [۸۵۶] [۸۵۷] [۸۵۸] [۸۵۹] [۸۶۰] [۸۶۱] [۸۶۲] [۸۶۳] [۸۶۴] [۸۶۵] [۸۶۶] [۸۶۷] [۸۶۸] [۸۶۹] [۸۷۰] [۸۷۱] [۸۷۲] [۸۷۳] [۸۷۴] [۸۷۵] [۸۷۶] [۸۷۷] [۸۷۸] [۸۷۹] [۸۸۰] [۸۸۱] [۸۸۲] [۸۸۳] [۸۸۴] [۸۸۵] [۸۸۶] [۸۸۷] [۸۸۸] [۸۸۹] [۸۹۰] [۸۹۱] [۸۹۲] [۸۹۳] [۸۹۴] [۸۹۵] [۸۹۶] [۸۹۷] [۸۹۸] [۸۹۹] [۹۰۰] [۹۰۱] [۹۰۲] [۹۰۳] [۹۰۴] [۹۰۵] [۹۰۶] [۹۰۷] [۹۰۸] [۹۰۹] [۹۱۰] [۹۱۱] [۹۱۲] [۹۱۳] [۹۱۴] [۹۱۵] [۹۱۶] [۹۱۷] [۹۱۸] [۹۱۹] [۹۲۰] [۹۲۱] [۹۲۲] [۹۲۳] [۹۲۴] [۹۲۵] [۹۲۶] [۹۲۷] [۹۲۸] [۹۲۹] [۹۳۰] [۹۳۱] [۹۳۲] [۹۳۳] [۹۳۴] [۹۳۵] [۹۳۶] [۹۳۷] [۹۳۸] [۹۳۹] [۹۴۰] [۹۴۱] [۹۴۲] [۹۴۳] [۹۴۴] [۹۴۵] [۹۴۶] [۹۴۷] [۹۴۸] [۹۴۹] [۹۵۰] [۹۵۱] [۹۵۲] [۹۵۳] [۹۵۴] [۹۵۵] [۹۵۶] [۹۵۷] [۹۵۸] [۹۵۹] [۹۶۰] [۹۶۱] [۹۶۲] [۹۶۳] [۹۶۴] [۹۶۵] [۹۶۶] [۹۶۷] [۹۶۸] [۹۶۹] [۹۷۰] [۹۷۱] [۹۷۲] [۹۷۳] [۹۷۴] [۹۷۵] [۹۷۶] [۹۷۷] [۹۷۸] [۹۷۹] [۹۸۰] [۹۸۱] [۹۸۲] [۹۸۳] [۹۸۴] [۹۸۵] [۹۸۶] [۹۸۷] [۹۸۸] [۹۸۹] [۹۹۰] [۹۹۱] [۹۹۲] [۹۹۳] [۹۹۴] [۹۹۵] [۹۹۶] [۹۹۷] [۹۹۸] [۹۹۹] [۱۰۰۰]

در مطالعه عیوضی به عدم وجود رابطه بین پدیکولوز و پایه تحصیلی اشاره شده است [۱۳].

قویترین ارتباط در این مطالعه بین سابقه ابتلا و وجود پدیکولوز در زمان مطالعه بوده است. این مطلب [۱۴] [۱۵] [۱۶] [۱۷] [۱۸] [۱۹] [۲۰] [۲۱] [۲۲] [۲۳] [۲۴] [۲۵] [۲۶] [۲۷] [۲۸] [۲۹] [۳۰] [۳۱] [۳۲] [۳۳] [۳۴] [۳۵] [۳۶] [۳۷] [۳۸] [۳۹] [۴۰] [۴۱] [۴۲] [۴۳] [۴۴] [۴۵] [۴۶] [۴۷] [۴۸] [۴۹] [۵۰] [۵۱] [۵۲] [۵۳] [۵۴] [۵۵] [۵۶] [۵۷] [۵۸] [۵۹] [۶۰] [۶۱] [۶۲] [۶۳] [۶۴] [۶۵] [۶۶] [۶۷] [۶۸] [۶۹] [۷۰] [۷۱] [۷۲] [۷۳] [۷۴] [۷۵] [۷۶] [۷۷] [۷۸] [۷۹] [۸۰] [۸۱] [۸۲] [۸۳] [۸۴] [۸۵] [۸۶] [۸۷] [۸۸] [۸۹] [۹۰] [۹۱] [۹۲] [۹۳] [۹۴] [۹۵] [۹۶] [۹۷] [۹۸] [۹۹] [۱۰۰] [۱۰۱] [۱۰۲] [۱۰۳] [۱۰۴] [۱۰۵] [۱۰۶] [۱۰۷] [۱۰۸] [۱۰۹] [۱۱۰] [۱۱۱] [۱۱۲] [۱۱۳] [۱۱۴] [۱۱۵] [۱۱۶] [۱۱۷] [۱۱۸] [۱۱۹] [۱۲۰] [۱۲۱] [۱۲۲] [۱۲۳] [۱۲۴] [۱۲۵] [۱۲۶] [۱۲۷] [۱۲۸] [۱۲۹] [۱۳۰] [۱۳۱] [۱۳۲] [۱۳۳] [۱۳۴] [۱۳۵] [۱۳۶] [۱۳۷] [۱۳۸] [۱۳۹] [۱۴۰] [۱۴۱] [۱۴۲] [۱۴۳] [۱۴۴] [۱۴۵] [۱۴۶] [۱۴۷] [۱۴۸] [۱۴۹] [۱۵۰] [۱۵۱] [۱۵۲] [۱۵۳] [۱۵۴] [۱۵۵] [۱۵۶] [۱۵۷] [۱۵۸] [۱۵۹] [۱۶۰] [۱۶۱] [۱۶۲] [۱۶۳] [۱۶۴] [۱۶۵] [۱۶۶] [۱۶۷] [۱۶۸] [۱۶۹] [۱۷۰] [۱۷۱] [۱۷۲] [۱۷۳] [۱۷۴] [۱۷۵] [۱۷۶] [۱۷۷] [۱۷۸] [۱۷۹] [۱۸۰] [۱۸۱] [۱۸۲] [۱۸۳] [۱۸۴] [۱۸۵] [۱۸۶] [۱۸۷] [۱۸۸] [۱۸۹] [۱۹۰] [۱۹۱] [۱۹۲] [۱۹۳] [۱۹۴] [۱۹۵] [۱۹۶] [۱۹۷] [۱۹۸] [۱۹۹] [۲۰۰] [۲۰۱] [۲۰۲] [۲۰۳] [۲۰۴] [۲۰۵] [۲۰۶] [۲۰۷] [۲۰۸] [۲۰۹] [۲۱۰] [۲۱۱] [۲۱۲] [۲۱۳] [۲۱۴] [۲۱۵] [۲۱۶] [۲۱۷] [۲۱۸] [۲۱۹] [۲۲۰] [۲۲۱] [۲۲۲] [۲۲۳] [۲۲۴] [۲۲۵] [۲۲۶] [۲۲۷] [۲۲۸] [۲۲۹] [۲۳۰] [۲۳۱] [۲۳۲] [۲۳۳] [۲۳۴] [۲۳۵] [۲۳۶] [۲۳۷] [۲۳۸] [۲۳۹] [۲۴۰] [۲۴۱] [۲۴۲] [۲۴۳] [۲۴۴] [۲۴۵] [۲۴۶] [۲۴۷] [۲۴۸] [۲۴۹] [۲۵۰] [۲۵۱] [۲۵۲] [۲۵۳] [۲۵۴] [۲۵۵] [۲۵۶] [۲۵۷] [۲۵۸] [۲۵۹] [۲۶۰] [۲۶۱] [۲۶۲] [۲۶۳] [۲۶۴] [۲۶۵] [۲۶۶] [۲۶۷] [۲۶۸] [۲۶۹] [۲۷۰] [۲۷۱] [۲۷۲] [۲۷۳] [۲۷۴] [۲۷۵] [۲۷۶] [۲۷۷] [۲۷۸] [۲۷۹] [۲۸۰] [۲۸۱] [۲۸۲] [۲۸۳] [۲۸۴] [۲۸۵] [۲۸۶] [۲۸۷] [۲۸۸] [۲۸۹] [۲۹۰] [۲۹۱] [۲۹۲] [۲۹۳] [۲۹۴] [۲۹۵] [۲۹۶] [۲۹۷] [۲۹۸] [۲۹۹] [۳۰۰] [۳۰۱] [۳۰۲] [۳۰۳] [۳۰۴] [۳۰۵] [۳۰۶] [۳۰۷] [۳۰۸] [۳۰۹] [۳۱۰] [۳۱۱] [۳۱۲] [۳۱۳] [۳۱۴] [۳۱۵] [۳۱۶] [۳۱۷] [۳۱۸] [۳۱۹] [۳۲۰] [۳۲۱] [۳۲۲] [۳۲۳] [۳۲۴] [۳۲۵] [۳۲۶] [۳۲۷] [۳۲۸] [۳۲۹] [۳۳۰] [۳۳۱] [۳۳۲] [۳۳۳] [۳۳۴] [۳۳۵] [۳۳۶] [۳۳۷] [۳۳۸] [۳۳۹] [۳۴۰] [۳۴۱] [۳۴۲] [۳۴۳] [۳۴۴] [۳۴۵] [۳۴۶] [۳۴۷] [۳۴۸] [۳۴۹] [۳۵۰] [۳۵۱] [۳۵۲] [۳۵۳] [۳۵۴] [۳۵۵] [۳۵۶] [۳۵۷] [۳۵۸] [۳۵۹] [۳۶۰] [۳۶۱] [۳۶۲] [۳۶۳] [۳۶۴] [۳۶۵] [۳۶۶] [۳۶۷] [۳۶۸] [۳۶۹] [۳۷۰] [۳۷۱] [۳۷۲] [۳۷۳] [۳۷۴] [۳۷۵] [۳۷۶] [۳۷۷] [۳۷۸] [۳۷۹] [۳۸۰] [۳۸۱] [۳۸۲] [۳۸۳] [۳۸۴] [۳۸۵] [۳۸۶] [۳۸۷] [۳۸۸] [۳۸۹] [۳۹۰] [۳۹۱] [۳۹۲] [۳۹۳] [۳۹۴] [۳۹۵] [۳۹۶] [۳۹۷] [۳۹۸] [۳۹۹] [۴۰۰] [۴۰۱] [۴۰۲] [۴۰۳] [۴۰۴] [۴۰۵] [۴۰۶] [۴۰۷] [۴۰۸] [۴۰۹] [۴۱۰] [۴۱۱] [۴۱۲] [۴۱۳] [۴۱۴] [۴۱۵] [۴۱۶] [۴۱۷] [۴۱۸] [۴۱۹] [۴۲۰] [۴۲۱] [۴۲۲] [۴۲۳] [۴۲۴] [۴۲۵] [۴۲۶] [۴۲۷] [۴۲۸] [۴۲۹] [۴۳۰] [۴۳۱] [۴۳۲] [۴۳۳] [۴۳۴] [۴۳۵] [۴۳۶] [۴۳۷] [۴۳۸] [۴۳۹] [۴۴۰] [۴۴۱] [۴۴۲] [۴۴۳] [۴۴۴] [۴۴۵] [۴۴۶] [۴۴۷] [۴۴۸] [۴۴۹] [۴۵۰] [۴۵۱] [۴۵۲] [۴۵۳] [۴۵۴] [۴۵۵] [۴۵۶] [۴۵۷] [۴۵۸] [۴۵۹] [۴۶۰] [۴۶۱] [۴۶۲

موهای قهوه ای و قرمز را بالاتر از موهای روشن و سیاه ذکر نموده است [۱۱].

برخی مطالعات به وجود ارتباط بین طول مو و پدیکولوز اشاره نموده اند [۱۲، ۱۳، ۱۴] و برخی مطالعات چنین ارتباطی را تأیید نکرده اند [۱۵، ۱۶، ۱۷].

در این مطالعه مشخص گردید که تنها ۱۱٪ دانش آموزان هر لحظه امکان دسترسی به حمام را دارند و ۱۱٪ از دانش آموزان نیز از وجود حمام در مدرسه بی بهره بودند. با توجه به شرایط خاص دانش آموزان مدارس شبانه روزی که اغلب از مناطق دور نیز می آیند، لازم است توجه بیشتری به وضعیت بهداشتی مدارس شبانه روزی و دانش آموزان آنها مبذول گردد تا از بروز بیماری های واگیر در بین آنها جلوگیری بعمل آید.

با توجه به محدودیت وقت منابع مالی و کوتاه بودن زمان مطالعه این بررسی از حساسیت پایینی برای تشخیص موارد شپش و تخم زنده برخوردار بود. برخی از متغیر ها از جمله بعد خانوار، طول مو، تراکم آلودگی و فاصله آخرین استحمام از استحمام قبلی، در این مطالعه ارزیابی نشده بودند که پیشنهاد می شود سایر محققین در صورت انجام طرحی مشابه این نکات را مد نظر قرار دهند.

با توجه به یافته های این مطالعه موارد زیر پیشنهاد می گردد.

۱- اولویت دادن به ای برنامه های بهداشت مدارس در مدارس شبانه روزی.

۲- تامین حداقل امکانات بهداشتی قبل از پذیرش دانش آموز برای مدارس شبانه روزی.

۳- اجرای برنامه های مداخله ای و بویژه آموزشی در خصوص کنترل شپش برای دانش آموزان و بویژه دانش آموزان مدارس شبانه روزی.

۴- انجام پژوهش های گسترده برای بررسی شاخص های سلامت و بیماری بین دانش آموزان استان جیت

ارایه راهکارهای مناسب برای ارتقای سلامت دانش آموزان.

تشکر و قدردانی

این طرح با هزینه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است. بدینوسیله از زحمات معاون آموزشی، پژوهشی و مدیریت محترم پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تقدیر و تشکر می گردد.

□□□□

□- هیات مولفین مورد کشور، درسنامه جامع پوست ایران، انتشارات تیمور زاده، بهار □□□□، صفحات □□□□.

2- Armoni M, Bibi H, Schlesinger M, Pollak S, Metzker A. Pediculosis capitis: why prefer a solution to shampoo or spray? *Pediatr Dermatol*. 1988 Nov; 5(4): 273-5.

3- Cordero C, Zaias N. Clinical evaluation of pediculicidal and ovicidal efficacy of two pyrethrin piperonyl-butoxide formulations. *Clin Ther*. 1987; 9(5): 461-5.

4- Taplin D, Castillero PM, Spiegel J, Mercer S, Rivera AA, Schachner L. Malathion for treatment of *Pediculus humanus var capitis* infestation. *JAMA*. 1982 Jun; 247(22): 3103-5.

5- Namazi MR. Levamisole: a safe and economical weapon against pediculosis. *Int J Dermatol*. 2001 Apr; 40(4): 292-4.

6- Manjrekar RR, Partridge SK, Korman AK, Barwick RS, Juranek DD. Efficacy of 1% permethrin for the treatment of head louse infestations among Kosovar refugees. *Mil Med*. 2000 Sep; 165(9): 698-700.

7- Combescot C. Current epidemiology of pediculosis capitis. *Bull Acad Natl Med*. 1990 Feb; 174(2): 231-6.

8- Downs AM, Stafford KA, Harvey I, Coles GC. Evidence for double resistance to permethrin and malathion in head lice. *Br J Dermatol*. 1999 Sep; 141(3): 508-11.

- Pediculus capitis infestation among aboriginal school children in northern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci.* 1999 Apr; 15(4): 209-17.
- 21- Speare R, Buettner PG. Head lice in pupils of a primary school in Australia and implications for control. *Int J Dermatol.* 1999 Apr; 38(4): 285-90.
- 22- Menan EI, Guessan G, Kiki-Barro PC, Nebavi NG, Adjetei TA, Kone M. Scalp pediculosis in school environment in the city of Abidjan: prevalence and influence of socioeconomic conditions. *Sante.* 1999 Jan-Feb; 9(1): 32-7.
- 23- Ilhan F, Budak S, Guruz AY. The prevalence of pediculus humanus capitis among the students of a secondary and three elementary schools in Karsiyaka-Izmir, Turkey. *J Egypt Soc Parasitol.* 1997 Apr; 27(1): 157-61.
- 24- Ebmoyi E. Pediculosis capitis among primary school children in urban and rural areas of Kwara State Nigeria. *J school Health.* 1988 Mar; 58(3): 101-3.
- 25- Ogunrinade AF, Oyijide CO. Pediculosis capitis among rural and urban school children in Nigeria. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1984; 78(5): 590-2.
- 26- Grainger CR. Pediculus humanus capitis on children in Mahe, Seychelles. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1980; 74(3): 296-9.
- 27- Sinniah B, Sinniah D, Rajeswari B. Epidemiology and control of human head louse in Malaysia. *Trop Geogr Med.* 1983 Dec; 35(4): 337-42.
- 28- Kwaku-Kpikpi JE. The incidence of the head louse (*Pediculus humanus capitis*) among pupils of two schools in Accra. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1982; 76(3): 378-81.
- 29- Slonka GF, Fleissner ML, Berlin J, Puleo J, Harrod EK, Schultz MG. An epidemic of pediculosis capitis. *J Parasitol.* 1977 Apr; 63(2): 377-83.
- ۳۰- سریزدی سیمین، شمس الدینی سعداله، درخشان شکوفه، هاشمی سید مجید. آلودگی به شپش سر در دانش آموزان نباید به فراموشی سپرده شود. طب و تزکیه، سال ۱۳۸۵، شماره ۶، صفحات ۱۱-۱۴.
- 9- Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet.* 2000 Mar; 355(9206): 819-26.
- 10- Bechelli LM, Haddad N, Pimenta WP, Pagnano PM, Melchior E, Fregnan RC, et al. Epidemiological survey of skin diseases in school children living in the Purus Valley. *Dermatologica.* 1981; 163(1): 78-93.
- 11- Wu YH, Su HY, Hsieh YJ. Survey of infectious skin diseases and skin infestations among primary school students of Taitung County, eastern Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2000 Feb; 99(2): 128-34.
- 12- Hilete M. Skin diseases seen in Kazanchis health center. *Ethiop Med J.* 1998 Oct; 36(4): 245-54.
- 13- Mumcuoglu KY, Miller J, Gofin R, Adler B, Ben-Ishai F, Almog R, et al. Epidemiological studies on head lice infestation in Israel. Parasitological examination of children. *Int J Dermatol.* 1990 Sep; 29(7): 502-6.
- 14- Clore ER, Longyear LA. Comprehensive pediculosis screening programs for elementary schools. *J Sch Health.* 1990 May; 60(5): 212-4.
- 15- Pai KS, Park MS, Lee YS, Kim DH, Chung KS, Lee KY, et al. The prevalence of head louse infestation among urban and rural children in Korea. *Kisaengchunghak Chapchi.* 1989 Dec; 27(4): 271-5.
- 16- Suleman M, Jabeen N. Head lice infestation in some urban localities of NWFP, Pakistan. *Ann Trop Med Parasitol.* 1989 Oct; 83(5): 539-47.
- 17- Magra Saenz de Buruaga G, Goiria Ormazabal JI, Lopez Martinez I, Perez Rodrigo C, Bonet Romero T, Caturra Latorre J. Pediculosis capitis: epidemiologic study of 23624 school children in Bilbao. *Rev Sanid Hig Publica.* 1989 Jan-Feb; 63(1-2): 49-62.
- 18- Tesfayohannes T. Prevalence of body lice in elementary school students in three Ethiopian towns at different altitudes. *Ethiop Med J.* 1989 Oct; 27(4): 201-7.
- 19- Amr ZS, Nusier MN. Pediculosis capitis in northern Jordan. *Int J Dermatol.* 2000 Dec; 39(12): 919-21.
- 20- Fan PC, Chung WC, Fan CK, Huang P, Yen CW. Prevalence and treatment of

- 37- Koopman JS. Diarrhea and school toilet hygiene in Cali, Colombia. *Am J Epidemiol*. 1978 May; 107(5): 412-20.
- 38- Slonka GF, McKinley TW, McCroan JE, Sinclair SP, Schultz MG, Hicks F, et al. Epidemiology of an outbreak of head lice in Georgia. *Am J Trop Med Hyg*. 1976 Sep; 25(5): 739-43.
- 39- Suleman M, Fatima T. Epidemiology of head lice infestation in school children at Peshawar, Pakistan. *J Trop Med Hyg*. 1988 Dec; 91(6): 323-32.
- 40- Dagnew MB, Erwin G. Epidemiology of common transmissible skin diseases among primary school children in north-west Ethiopia. *Trop Geogr Med*. 1991 Jan-Apr; 43(1-2): 152-5.
- 41- Awahmukalah DS, Dinga JS, Nchako Njikam J. Pediculosis among urban and rural school children in Kumba, Meme division, south-west Cameroon. *Parassitologia*. 1988 May-Dec; 30(2-3): 249-56.
- 42- Volcsik R, Preuss P, Knaus B. Head lice infestation in the Cottbus district. *Z Gesamte Hyg*. 1990 Nov; 36(11): 614-5.
- 31 - Mumcuoglu KY, Miller J, Gofin R, Adler B, Ben-Ishai F, Almog R, et al. Head lice in Israeli children: Parents' answers to an epidemiological questionnaire. *Public Health Rev*. 1990-91; 18(4): 335-44.
- 32- Chung RN. A study of head lice among primary school children in Kenya. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1986; 80(1): 42-6.
- □□□□ □□□□ اشرف. بررسی آلودگی به شپش سر و مبارزه با آن در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان اسلام آباد غرب، پایان نامه کارشناسی ارشد حشره شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- 34- Canyon DV, Speare R, Muller R. Spatial and kinetic factors for the transfer of head lice between hairs. *J Invest Dermatol*. 2002 Sep; 119(3): 629-31.
- 35- Chouela E, Abeldano A, Cirigliano M, Ducard M, Neglia V, La Forgia M, et al. Head louse infestations: epidemiologic survey and treatment evaluation in Argentinian school children. *Int J Dermatol*. 1997 Nov; 36(11): 819-25.
- 36- Sarov B, Neumann L, Herman Y, Naggan L. Evaluation of an intervention program for head lice infestation in school children. *Pediatr Infect Dis J*. 1988 Mar; 7(3): 176-9.