

مراقبت‌های دهان و دندان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در کودکان

فاطمه رحیمی^۱، داود شجاعی زاده^۲، حجت زراعتی^۳، مهدی اکبریان^۴

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، E-mail: mazmr84@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های دهان و دندان منجر به از دست رفتن دندان‌ها می‌شوند، شرایطی که ظاهر، کیفیت زندگی، تغذیه و در نهایت رشد و نمو کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سلامت دهان و دندان می‌تواند عملکرد کودکان را در مدرسه و موفقیت‌شان را در آینده تحت تاثیر قرار دهد، بطوری که بیش از ۵۰ میلیون ساعت در مدرسه، هر ساله به دلیل مشکلات مربوط به سلامت دهان و دندان از دست می‌رود. هدف از این مطالعه بررسی اثر آموزش بهداشت بر مراقبت‌های دهان و دندان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود.

روش کار: در این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) ۱۲۵ نفر از دانش آموزان مقطع ابتدایی به طریق تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه و مشاهده عملکرد مسواک‌زدن بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در دو مرحله قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد افزایش ادراکات فردی از طریق آموزش گروهی و خودآموزی در بروز و بهبود رفتار پیشگیری‌کننده از بیماری‌های دهان و دندان موثر می‌باشد. این مطالعه، افزایش سطح عملکرد مسواک‌زدن دانش‌آموزان جامعه مورد پژوهش را در اثر آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی نشان داد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل، الگوی اعتقاد بهداشتی می‌تواند در افزایش مراقبت‌های دهان و دندان با تکیه بر ابعاد ادراکات فردی در جامعه مفید باشد. استفاده از وسایل کمک آموزشی مناسب در هنگام آموزش مشارکتی و فراهم‌نمودن تجارب یادگیری چند حسی به صورت انفرادی (بر اساس توانایی‌های شخصی) در آموزش دانش‌آموزان پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های دهان و دندان، الگوی اعتقاد بهداشتی، ادراکات فردی، آموزش بهداشت.

پذیرش: ۹۰/۲/۱۹

دریافت: ۸۹/۱۱/۲۹

مقدمه

به‌ندرت کسی را می‌توان یافت که از آنها رنج نبرده باشد و اکثریت مردم چندین‌بار در طول زندگی به آنها دچار می‌شوند [۱]. پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه در میان گسترده‌ترین بیماری‌های جهانی قرار

بیماری‌های دهان و دندان به دلایل بسیاری در بهداشت عمومی و دندانپزشکی پیشگیری مورد توجه هستند. این بیماری‌ها تقریباً شیوع جهانی دارند و

دارند. بیماری‌های شدید لثه و بافت‌های نگهدارنده دندان که منجر به از دست‌رفتن دندان‌ها می‌شود، در ۵ تا ۱۵ درصد جمعیت‌ها دیده می‌شود. پوسیدگی دندان یک بیماری عفونی مزمن مسری است که برخلاف سایر بیماری‌های عفونی، با مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها متوقف نمی‌شود، در مدت‌زمان کوتاهی می‌تواند تعداد زیادی دندان را درگیر کند و مانند بیشتر بیماری‌های دهان و دندان، هنگامی که شروع می‌شود، پیشرفت آن متوقف نگردیده و خود به خود نیز بهبود پیدا نمی‌کند و معاینه، تشخیص و درمان آن نیازمند عملیات طولانی و متمادی بوده و با پرداخت هزینه گزاف و وجود نیروی متخصص همراه است و در صورت عدم درمان به از دست‌رفتن دندان‌ها منجر می‌شود. الگوی اپیدمیولوژیکی کنونی پوسیدگی‌های دندان، نیم‌رخ خطر واضح اولیه‌ای در بین کشورها (مرتبط با شرایط زندگی، سبک زندگی و عوامل زیست‌محیطی) منعکس می‌کند. به طور خلاصه با توجه به اینکه بیماری‌های دهان و دندان منجر به از دست رفتن دندان‌ها می‌شوند، شرایطی که ظاهر، کیفیت زندگی، تغذیه و در نتیجه رشد و نمو کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، لزوم رسیدگی به سلامت دانش‌آموزان مشخص می‌شود. سلامت دهان و دندان می‌تواند عملکرد کودکان را در مدرسه و موفقیت‌شان را در آینده تحت تاثیر قرار دهد، بطوری‌که سالانه بیش از ۵۰ میلیون ساعت مدرسه به خاطر مشکلات مربوط به سلامت دهان و دندان از دست می‌رود. علاوه بر آن، مدارس می‌توانند زمینه مهم و موثری را برای ارتقاء سلامت دهان و دندان فراهم کنند، از این‌رو دانش‌آموزان که بیش از یک میلیارد کودک در سراسر جهان را شامل می‌شوند، نقش ویژه‌ای در انتقال مفاهیم بهداشتی دارند. همچنین سلامت و رفاه کارکنان مدرسه، خانواده‌ها و اعضای جامعه می‌تواند به‌وسیله برنامه‌های مبتنی بر مدارس، ارتقاء یابد. دانش‌آموزان می‌توانند به مهارت‌هایی دست یابند که آنها را قادر به

تصمیم‌گیری و اتخاذ شیوه زندگی سالم، و توانا به مقابله با تضادها و ناسازگاری‌ها کند. پیام‌های بهداشت دهان و دندان می‌تواند در طی سال‌های مدرسه، تقویت شود و در طول این مدت عقاید، نگرش‌ها و مهارت‌ها ظهور و گسترش یافته و پایدار شود [۲]. با توجه به تمام موارد یادشده، ضرورت پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان در مدارس روشن می‌شود. با اذعان به این مسئله که در امر آموزش بهداشت، تاکید صرف به رعایت بهداشت دهان و دندان نتیجه مفیدی در بر نخواهد داشت و در واقع تبدیل آگاهی به تفکر فعال و اقدام بهداشتی، مستلزم ایجاد و تغییر بینش است [۳]. از این‌رو، تدوین برنامه آموزشی مناسب بر اساس یک الگو اهمیت پیدا می‌کند. بر اساس مطالعه صلحی (۱۳۷۹) که به منظور کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت دهان و دندان و ارائه مدل مناسب، در بین دانش‌آموزان ۱۲ ساله دختر پایه اول راهنمایی منطقه ۶ آموزش و پرورش در مرکز شهر تهران انجام شده، اطلاعات اولیه ادراکات فردی در زمینه حساسیت، شدت، موانع و منافع در حد متوسط قرار داشت و رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در حد مطلوب نبود. پس از برنامه‌ریزی و اجرا، مهمترین یافته‌های بدست آمده در مرحله دوم پس از یک فاصله زمانی شش ماهه، نشان داد افزایش ادراکات چهارگانه سبب بروز رفتارهای مسواک‌زدن و استفاده از نخ دندان می‌گردد. عملکرد صحیح مسواک‌زدن و استفاده درست از نخ دندان نیز تحت تاثیر چهار ادراک فردی افزایش یافته قرار داشتند [۴]. مطالعه مداخله‌ای زارعی با هدف تعیین تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان از طریق ایفای نقش و نقاشی، بین ۸۰ کودک عضو کانون پرورش فکری استان قزوین، اختلاف معنی‌داری در میزان آگاهی دانش‌آموزان نشان داد [۵]. در مطالعه دیگری با عنوان بررسی میزان تاثیر تئاتر در آموزش بهداشت دهان و دندان، نتایج نشان داد که تئاتر در افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد

■ **علایم (راهنما) برای عمل:** شامل پیام‌های بهداشتی، ارتباطات فردی و جمعی می‌باشد.

می‌توان برای ارائه پیام‌های بهداشتی به مردم، از افراد مورد قبول جامعه نظیر پزشکان، رهبران سیاسی و رهبران مذهبی جامعه و همچنین از وسایل ارتباط جمعی مورد اعتماد جامعه استفاده نمود.

■ **رفتار بهداشتی پیشگیری‌کننده:** هر عملی است که به منظور سالم ماندن بوسیله شخص انجام می‌گیرد [۸].

روش کار

در این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) پس از انجام نیازسنجی در بین دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی آموزش و پرورش منطقه ۱۲ شهر تهران، نمونه مورد نظر براساس فرمول کوکران و براساس نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و به نسبت از ۵ پایه تحصیلی به تعداد ۱۲۵ نفر به تصادف انتخاب شد. لازم به توضیح است تنها ۲۱/۶ درصد دانش‌آموزان مورد بررسی دندان‌های کاملاً سالمی در دهان داشتند و به طور متوسط دارای $3/06 \pm 2/7$ دندان پوسیده بودند. پژوهشگر ابتدا وضعیت ادراکات فردی را در دانش‌آموزان از طریق پرسشنامه، و میزان عملکرد مناسب مسواک‌زدن را از طریق مشاهده (چک لیست) بررسی کرده و پس از اجرای برنامه آموزشی تدوین شده، به آزمون اثر آموزش بر وضعیت ادراکات فردی و عملکرد مسواک‌زدن دانش‌آموزان پرداخت. برای آموزش دانش‌آموزان از دو روش استفاده شد. اول با استفاده از چارت‌های برگردان به‌صورت گروهی در کلاس، مبنای اولیه بهداشت دهان و دندان در اختیارشان قرار گرفت، سپس هر دانش‌آموز دفترچه‌ای را دریافت کرد، تا از طریق مطالعه محتوای آموزشی همراه با تصاویر، پیام‌های بهداشتی کوتاه، داستان، خاطره‌نویسی، بازی مارپیچ، حل جدول متقاطع، ساختن جملات، بر اساس معلومات و توانایی‌های

دانش‌آموزان در مورد بهداشت دهان و دندان موثر بوده است و اجرای سناریوی متناسب با مسائل فرهنگی هر منطقه در مدارس سطح شهرستان اثرگذار است [۶]. در بررسی عوامل مرتبط با بهداشت دهان و دندان در شهر یزد بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، شدت و موانع درک‌شده همبستگی معنی‌داری با رفتار بهداشتی داشتند و بین حساسیت و منافع درک‌شده با رفتار، همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد [۷]. مطالعه حاضر با مدنظر قرار دادن الگوی اعتقاد بهداشتی با اجزای زیر، به بررسی میزان بهبود مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در کودکان در اثر آموزش بهداشت پرداخته است:

۱- حساسیت درک شده^۱، ۲- شدت درک شده^۲، ۳- منافع درک شده^۳، ۴- موانع درک شده^۴، ۵- راهنمای عمل^۵.

■ **تهدید درک شده:** فرد احساس می‌کند که در معرض تهدید ابتلا به یک بیماری قرار گرفته است، لذا رفتار پیشگیری‌کننده‌ای را اتخاذ می‌کند. تهدید درک‌شده تحت تاثیر دو عامل قرار می‌گیرد:

الف) حساسیت نسبت به مساله: فرد خود را نسبت به ابتلا به یک بیماری خاص حساس می‌داند، لذا در این رابطه اقداماتی را از قبل انجام می‌دهد.

ب) شدت مساله: فرد خودش را در معرض ابتلا به بیماری دیده و احساس تهدید می‌کند و این احساس منجر به انجام یک سری اقدامات بهداشتی می‌گردد.

■ **منافع و موانع درک‌شده:** چند درصد از افراد جامعه براساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع و موانع آن عمل، رفتاری را انجام می‌دهد یا از انجام آن خودداری می‌کند.

1. Perceived susceptibility
2. Perceived severity
3. Perceived benefits
4. Perceived barriers
5. Cues to Action

نتایج تفاوت معناداری بین سطح عملکرد مسواک‌زدن قبل و بعد از آموزش نشان داد ($P < 0.001$).

جدول ۱. توزیع وضعیت کلی اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان به تفکیک قبل و بعد از آموزش

وضعیت کلی	قبل	بعد	تغییرات	نتیجه آزمون
میانگین	۳۰/۸۲	۳۴/۶۲	۳/۷۹	Z(wilcoxon)= ۷/۵۶
انحراف معیار	۴/۸۴	۵/۶۴	۴/۷۴	P < 0.001

همچنین یافته‌ها نشان داد با این‌که بعد از آموزش هنوز نیمی از افراد در وضعیت عملکرد نادرست قرار داشتند، اما ۲۰٪ افراد از وضعیت عملکرد نادرست به وضعیت تا حدی درست و ۸٪ به وضعیت درست رسیده بودند و ۹/۶٪ از وضعیت عملکرد تا حدی درست، قبل از آموزش، به وضعیت درست، بعد از آموزش، رسیدند.

همانطور که در جداول شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است، بین طرز مسواک‌زدن با ادراکات فردی و راهنمای عمل، در مجموع رابطه مشاهده شد ($P < 0.001$). همچنین بین طرز مسواک‌زدن با ادراکات فردی هم در قبل و هم در بعد از آموزش، رابطه معناداری مشاهده گردید ($P = 0.001$). اما طرز مسواک‌زدن با راهنمای عمل، هم قبل و هم بعد از آموزش (به ترتیب $P = 0.004$ و $P = 0.074$) رابطه معناداری نشان نداد. بدین معنی که وضعیت عامل راهنمای عمل کسانی که بهتر مسواک می‌زدند، الزاماً از سایرین بیشتر نبود، و یا راهنمای عمل به‌تنهایی نتوانست در رفتار صحیح مسواک‌زدن موثر باشد، اما در کنار ادراکات فردی، پیش‌بینی‌کننده افزایش رفتار مثبت و جلوگیری‌کننده از کاهش آن بود.

شخصی خود مطالب آموزشی را فراگیرد (عناصر الگوی اعتقاد بهداشتی در کتابچه خودآموز گنجانده شده بود). به دانش‌آموزان برای مطالعه دفترچه خودآموز و تحویل آن به محقق، یک هفته به صورت برگزاری مسابقه و دادن جایزه به برندگان فرصت داده شد. با توجه به این‌که دانش‌آموزان در سال‌های گذشته، مسواک‌زدن به روش بس^۱ را آموخته بودند، دانش‌آموزانی که به روش بس و یا سایر روش‌ها مسواک می‌کردند، وارد مطالعه نشدند. اعتبار علمی پرسشنامه از طریق بررسی مقالات مرتبط، ارزشیابی اساتید و انجام اصلاحات لازم تعیین شد. برای تعیین اعتماد علمی به روش آزمون مجدد، پرسشنامه در دو مرحله با فاصله یک هفته در اختیار گروهی ۱۰ نفره از دانش‌آموزان که دارای شرایط و خصوصیات مشابه افراد مورد بررسی بودند، قرار گرفت. ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید و با $r = 0.81$ پایایی پرسشنامه مناسب تشخیص داده شد. آزمون تی زوجی^۲، آزمون ویلکاکسون، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه^۳ و ضریب همبستگی پیرسون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شدند.

یافته‌ها

در مقایسه وضعیت کلی اعتقاد بهداشتی دانش‌آموزان قبل و بعد از آموزش، بهبود وضعیت آنان در اثر آموزش به طور معنی‌داری دیده شد ($P < 0.001$). به طوری که قبل از آموزش، اکثر افراد در وضعیت کلی متوسط قرار داشتند، در حالی که بعد از آموزش وضعیت کلی اکثر افراد مناسب ارزیابی شد. بدین معنا که افراد در اثر آموزش به درک بالاتری از مساله نائل شده و نیز راهنماهای عمل بیشتری را شناخته بودند (جدول شماره ۱).

1. Bass brushing method
2. pair t test
3. one way anova

که منجر به رفتار پیشگیری کننده (صحیح مسواک زدن) می شود را داشته و در اثر آموزش به وضعیت بهتری از آن نائل شده اند. در حیطه منافع و موانع درک شده، تنها ۹٪ افراد بعد از آموزش در وضعیت نامناسب قرار داشته و در واقع توجیه مناسبی برای اتخاذ رفتار پیشگیری کننده نداشتند. در حیطه راهنمای عمل، اختلاف میانگین قبل و بعد از آموزش، رابطه معناداری را نشان نداد. شاید بتوان بیان کرد چون بیش از ۸۰٪ افراد قبل از آموزش در وضعیت مناسبی قرار داشتند، بنابراین عوامل مورد نظر پژوهشگر به عنوان راهنمای عمل (دوست/ بهداشت یار، تلویزیون، مربی بهداشت/ معلم، والدین/ اعضای خانواده) برای تعداد کثیری از افراد، عوامل سرعت دهنده به اتخاذ رفتار پیشگیری کننده بوده اند و می توان انتظار داشت در اثر آموزش تعداد کمی از افراد از گروه های دیگر به این تعداد کثیر بپیوندند.

به طور کلی این پژوهش، متوسط بودن سطح وضعیت کلی اعتقاد بهداشتی دانش آموزان را قبل از آموزش نشان می دهد. به عبارتی یافته ها می تواند حاکی از ناکافی و یا نامناسب بودن آموزش ها در زمینه بهداشت دهان و دندان باشد. به نظر می رسد آموزش بهداشت دهان و دندان برنامه ریزی شده، تکرار و تقویت این آموزش ها به شیوه مناسب طبق یک الگو، می تواند در تغییر سطح وضعیت دانش آموزان مفید باشد. در پژوهش نایاک ول یو (۲۰۰۴)، آگاهی و رفتار دانش آموزان جهت سنجش میزان انطباق با مدل اعتقاد بهداشتی روزن استوک-هاج بام^۱ بررسی شد. دانش آموزان آگاهی کمی در مورد علل بیماری های دهان و دندان داشتند، علی رغم این که به طور منظم مسواک می زدند و ملاقات مرتب با دندانپزشک را ادعا کرده بودند. این تحقیق، کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار وضعیت کلی اعتقاد بهداشتی دانش آموزان مورد بررسی قبل از آموزش بر حسب وضعیت مسواک زدن

وضعیت کلی قبل از وضعیت مسواک زدن	میانگین		نتیجه آزمون
	انحراف معیار	میانگین	
نادرست	۴/۶۰	۲۹/۴۲	F = ۱۹/۱۱ P < ۰/۰۰۱
تا حدی درست	۳/۰۹	۳۴/۴۲	
درست	-	۴۰/۰	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار وضعیت کلی اعتقاد بهداشتی دانش آموزان مورد بررسی بعد از آموزش بر حسب وضعیت مسواک زدن

وضعیت کلی قبل از وضعیت مسواک زدن	میانگین		نتیجه آزمون
	انحراف معیار	میانگین	
نادرست	۵/۲۱	۳۱/۷۲	F = ۳۷/۷۹۵ P < ۰/۰۰۱
تا حدی درست	۳/۷۱	۳۶/۸۶	
درست	۱/۵۸	۴۱/۷۹	

بحث

با توجه به نتایج، قبل از آموزش، اکثریت افراد (۷۶٪) از لحاظ حساسیت و شدت نسبت به بیماری های دهان در طبقه متوسط قرار داشتند و تعداد افرادی که از نظر حساسیت و شدت در وضعیت نامناسبی قرار داشتند، از تعداد افرادی که در وضعیت مناسبی قرار داشتند، پایین تر بود. در حالی که بعد از آموزش، نسبت افرادی که حساسیت و شدت متوسطی داشتند کاهش پیدا کرد (۵۹٪) و بیش از ۵۰٪ افراد خود را نسبت به بیماری های دهان و دندان حساس و در معرض خطر ابتلا دانستند و این بیماری ها را شدید و جدی تلقی کردند، می توان اذعان داشت آموزش موفق شده است. چرا که افراد خود را نسبت به بیماری های دهان و دندان حساس دانسته و وخامت مساله را جدی می گیرند. با توجه به این نکته که سطوح ترکیب شده حساسیت به علاوه شدت، منجر به این می شود که فرد رفتاری را اتخاذ کند، افراد مورد نظر یکی از ابعادی را

۱. Rosenstock-Hochbaum

به علت موقتی بودن آنها، نبودن برنامه پیش‌بینی‌شده و مشخص برای رسیدگی به امور بهداشتی دانش‌آموزان در مدارس، تعدد وظایف مربیان و جمعیت بالای مدارس، کمبود نیروی انسانی کارآمد در مدارس، ترس از امور پزشکی و دندان‌پزشکی و... گوشه‌ای از موانع بسیار زیادی است که در مقابل منافع غیر قابل لمس رعایت بهداشت دندان تحرک کمی را در افراد، به‌خصوص کودکان که زندگی وابسته‌ای را دارند، ایجاد می‌کند.

■ پیشنهادات

با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده، این مطالعه به‌کارگیری مدل را در کنار پیشنهادهای زیر برای جامعه مورد پژوهش و همچنین آزمون مدل برای سنین ۷ تا ۱۱ سال در سطح گسترده جهت مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان توصیه می‌کند:

- تکرار آموزش‌ها در طول سال‌ها با محتواهای جدید متناسب با علایق و نیازهای این گروه‌ها و استفاده از روش‌های آموزشی تازه، استفاده از شخصیت‌های محبوب، برگزاری مسابقات و تشویق دانش‌آموزان؛
- اختصاص‌دادن قسمتی از ساعات برنامه درسی روزانه دانش‌آموزان به امر سلامت؛
- تجدید نظر در محتوای دوره‌های بازآموزی و افزایش سطح عملی این دوره‌ها و قابلیت اجرای طرح‌ها در مدارس؛
- اقدام وسیع برای استخدام مربیان جدید تحصیلکرده در رشته‌های مرتبط؛
- بازآموزی مربیان گذشته و معلمان روستا که وظیفه رسیدگی به بهداشت و سلامت دانش‌آموزان را نیز به عهده دارند؛
- برقراری نظام آموزشی منظم برای خانواده‌ها به‌خصوص سرپرستان و ایجاد نظام بهداشتی خانوادگی؛
- استفاده از رسانه‌های جمعی (استفاده از خمیر دندان‌های فلورایددار، نخ دندان کشیدن، استفاده از مواد غذایی بدون شکر و رژیمی و...).

را در مورد پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان مورد شک قرار داد [۹].

مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعه سال ۱۹۸۱ چن، که بین ادراکات و رفتار پیشگیری‌کننده همبستگی وجود داشت ($R=0/43$) و می‌توان درک ارجحیت موضوع (sailence)، درک منافع و موانع اتخاذ رفتار را هم از عوامل قدرتمند مدل دانست و مدل اعتقاد بهداشتی را در پیش‌بینی رفتار پیشگیری، مناسب لیکن محتاطانه معرفی نمود [۱۰]. در کودکان مورد پژوهش نیز همانند واحدهای مورد بررسی صلحی (۱۳۷۹) که عملکرد صحیح مسواک‌زدن را تحت تاثیر چهار ادراک افزایش‌یافته دانسته و از بابت نحوه عملکرد مسواک‌زدن تفاوت معناداری بین گروه تجربی و شاهد یافته بود، افزایش ادراکات فردی را توانا در بروز و بهبود رفتار پیشگیری‌کننده می‌داند.

به نظر می‌رسد آموزش گروهی به همراه آموزش از طریق دفترچه خود آموز، در کنار تقویت‌ها و تشویق‌های جانبی، با مورد توجه قراردادن ابعاد فردی و اجتماعی، توانسته باشد بر روی ادراکات دانش‌آموزان تاثیر بگذارد، اما از آنجایی که این آموزش‌ها منحصرأً توسط پژوهشگر انجام می‌شده و افراد مقبول، محبوب، آشنا و موثر بر زندگی دانش‌آموزان مانند مسئولین مدرسه و والدین در این امر دخالتی نداشته‌اند، نتوانسته راهنمای عمل موثری را موجب شود. همان‌طور که پاپین و همکارانش (۲۰۰۰) در نتایج مطالعه خود- تعیین فواید حاصل از مسواک‌کردن دو بار در روز کودکان بر رویش اولین دندان آسیاب دایمی از طریق مدل اعتقاد بهداشتی- نشان داده‌اند که اعتقادات والدین در احتمال مسواک‌زدن کودکان به صورت ۲ بار در روز موثر است [۱۱].

ترس والدین از عقب‌افتادن دانش‌آموزان در امور درسی، به خصوص در کودکان سطوح پایین‌تر، عواقب دیررس رسیدگی‌نکردن به بهداشت دهان و دندان، هزینه‌های گزاف، کم‌اهمیت‌دانستن دندان‌های شیری

تقدیر و تشکر

منطقه ۱۲ شهر تهران که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، ابراز می‌دارد.

گروه پژوهش نهایت قدردانی را از مدیران و معلمان مدارس مقاطع ابتدایی و مسئولین آموزش و پرورش

منابع

1. Ceylan s, Acikel C.H, Okcut K, Tekbas O.F, Ortakglu K. Evaluation of dental health of the young adult male population in Turkey. Military medicine November 2004; 169:885-889
2. Kwan S.Y.L, Petersen PE, Pine C.K, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bulletin of the world health organization September 2005; 83(9):677-685
3. Havz, Hugh: Health Promotion in schools: Translated by Sa'idinejad M, Tehran, Iran. Department of Health, Ministry of Health and Medical Education publication; 2001.p.1-23.
۴. صلحی، میناز. شجاعی زاد، داوود. سراج، بهمن. فقیه زاده، سقراط: ارائه مدلی نو برای آموزش بهداشت دهان و دندان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، ۱۳۷۸، شماره ۱۲، صص: ۱۱-۳.
۵. زارعی، فاطمه: گزارش کوتاه، تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان از طریق ایفای نقش و نقاشی بر آگاهی و عملکرد کودکان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، ۱۳۸۹، شماره ۱، صص: ۹۴-۹۲.
۶. معین تقوی، امیر. مظلومی محمود آباد، سید سعید. برخوردار، ابوالفضل. علیدوستی، فرهاد: بررسی میزان تاثیر تئاتر در آموزش بهداشت دهان و دندان. مجله دندانپزشکی جامعه اسلامی دندانپزشکان، ۱۳۸۸، شماره ۲، صص: ۱۴۲-۱۳۸.
۷. مظلومی محمود آباد، سید سعید. روحانی تنکابنی، نوشین: بررسی برخی عوامل مرتبط با بهداشت دهان و دندان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهر یزد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۳۸۷، شماره ۳، صص: ۴۸-۴۰.
۸. نوری، کبری. شجاعی زاده داوود: آموزش سلامت و تغییر رفتار. نشر نشانه، چاپ نخست، نشر نشانه، تهران، ۱۳۸۳، صص: ۱۷۲-۱۷۷.
9. Ndiokwelu,E: Applicability of Rosenstock-Hochbaum health behavior model to prevention of periodontal disease in Enugu students.Odonto-stomatologie tropical: tropical dental journal June 2004; vol.27,issue.106,pp:4-8[ABSTRACT]
10. Chen,M.S. Tatsuoka,M: The relationship between American women preventive dental behavior and dental health beliefs. Social science medicine1984; vol.19, issue.9, pp: 971-978 [ABSTRACT]
11. Pine,C.N. Mc Goldrick,P.M. Brnside,G.N. Curnow,M.M. Chesters,R.K. Nicholson,J. Huntington, E: An intervention programme to establish regular tooth brushing: understanding parents beliefs and motivating children. International dental journal 2000; vol.50, issue6, SUPPL.2, pp: 312-323[ABSTRACT]

Oral Health Care Based on Educational Health Belief Model in Child

Rahimi F, Shojaeezade D, Zeraati H, Akbarian M*

* *Corresponding Author:* A department management of social welfare; a MA. in Social Welfare, University of Welfare and Rehabilitation Sciences University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran. *E-mail:* mazmr84@gmail.com

ABSTRACT

Backgrounds and Objectives: Oral disease may lead to pain and teeth loss, a condition that affects appearance, quality of life, nutritional intake, and consequently the growth and development of children. More than 50 million school hours are lost annually because of oral health problems that may affect children education and success in later life. This study was performed to determine the effect of health education on oral health care based on health belief model in primary boys' school of Tehran in 1385.

Methods: In a cross sectional study, 125 students were selected using stratified random sampling method. Data were collected using questionnaires and observation of teeth brushing performance before and after oral health training program.

Results: the results indicate that increasing in individual perception through self education and public training may be effective in improving the oral health preventive behaviors. The oral health education program based on health belief model improved correct tooth brushing practices ($p < 0.001$).

Conclusion: Health belief model may be useful in improving oral health care with emphasize on individual perceptions. Application of appropriate training aid in teaching process and provision of multi sensory experiences based on personal abilities are recommended.

Keywords: Individual perceptions, education, Health belief model, Tooth brushing practice