بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر تغییر رفتار بهداشت دهان و دندان دانش آموزان

خدابخش کرمی[1*] ، قدرت اله شاکری نژاد[2]، بهاره کبیری[1]

۱) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور

۲) مرکز پژوهشی آموزش سلامت، جهاد دانشگاهی خوزستان، واحد اهواز

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۱٤ تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۲٦

چکیده

مقدمه: بهداشت دهان و دندان به تمام جنبه های سلامت و عملکردی به ویژه دندان ها و لثه اشاره دارد. در آموزش استفاده از مدل به منظور کمک عملی به طراحی برنامه های تاثیرگذار آموزشی صورت می گیرد. این مطالعه با هدف تعیین پیشگویی کنندگی سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی در رفتارهای بهداشتی دهان و دندان(مسواک زدن و نخ دندان کشیدن) دانش آموزان دختر پنجم ابتدایی شهر اهواز در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش مداخله ای از نوع دو گروهی آزمون و شاهد و جامعه آماری آن ۱۴۰ نفر از دانش آموزان پایه پنجم شهر اهواز بود. برای تعیین این تعداد نمونه ابتدا از بین مدارس به صورت خوشه ای دو مدرسه انتخاب شد سپس به صورت تصادفی ساده از هر مدرسه و بر اساس لیست حضور و غیاب ۷۰ نفر از دانش آموزان انتخاب شدند. ابتدا پرسش نامه بر اساس سازه های الگو طراحی و روایی و پایایی آن بررسی گردید و در دو مرحله قبل و بعد از آموزش با فاصله زمانی ۸ هفته تکمیل گردید. برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان مبتنی بر سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی به روش سخنرانی، بحث گروهی در ۵ جلسه آموزشی انجام شد. داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS vol.21 تجزیه وتحلیل شدند.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که بعد از انجام مداخله آموزشی رفتارهای بهداشتی دندان از جمله مسواک زدن و نخ دندان کشیدن با کلیه سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی ارتباط آماری معنی داری دارد.($P<0.05$)

بحث و نتیجه گیری: مطالعه حاضر کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی را در پیشگویی اتخاذ مراقبت های بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان نشان داد.

واژه های کلیدی: آموزش بهداشت, الگوی اعتقاد بهداشتی, رفتار مسواک زدن, رفتار نخ دندان کشیدن, دانش آموزان

[*] **نویسنده مسئول:** گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور

Email: karamikb@gmail.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-09]

مقدمه

یکی از معیارهای اصلی سلامت افراد جامعه، بررسی میزان سلامت دهان و دندان است. سلامت عمومی بدن وابسته به سلامت دهان و دندان است و سلامت آن بر سلامت کل بدن تاثیر می گذارد مساله رعایت بهداشت دهان و دندان و مسواک زدن، نه تنها یک اصل فرهنگی-اجتماعی بلکه از مسلمات و ضروریات اعتقادی دینی می باشد،(۱). بهداشت دهان در دندان پزشکی به معنی برقراری و حفظ عادات پیشگیری کننده موثر در بیماران می باشد،(۲). بیماری های دهان و دندان از جمله شایع ترین بیماری های مردم دنیا هستند که معمولاً از سنین نوجوانی آغاز می شوند و رعایت بهداشت دهان و دندان در طی این دوران تاثیر بسیار زیادی بر کاهش این بیماری دارد،(۳). یکی از شایع ترین مشکلات دوران کودکی و بزرگسالی پوسیدگی دندان است که بیماری عفونی و چند عاملی بوده و موجب تخریب بافت های آهکی دندان ها می شود. هم چنین مهم ترین عامل از دست رفتن دندان ها به شمار می رود این بیماری یکی از مشکلات بهداشت دهان و دندان در کشورهای صنعتی محسوب می شود ۹۰-۶۰ درصد بچه ها در مدارس به آن مبتلا هستند و سالیانه ۵۱ میلیون ساعات درسی در آمریکا به علت بیماری های مربوط به دهان و دندان هدر می رود،(۴). سازمان بهداشت جهانی، بهداشت دهان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر دانسته، بیان می دارد که بهداشت ضعیف دهان و بیماری های درمان نشده دهانی می تواند تاثیر عمیقی بر کیفیت زندگی بگذارد،(۵). جهت سلامت و پیشگیری از پوسیدگی دندان و بیماری های پریودنتال تمیز کردن دندان ها روزانه دو بار مسواک و یک بار با وسایل تمیز کننده بین دندان ضروری می باشد،(۶). مدرسه آسان ترین و به صرفه ترین روش دستیابی به گروه بزرگی از جامعه که در این رده سنی هستند، می باشد. گروهی که در حال ساختاربندی و شکل دهی عادات، باورها و شناخت های خود هستند و هرگونه تغییر یا بهبودی در آموزش های آن ها می تواند اثرات پایدار و شگرفی در رفتارهای نسل آینده ساز جامعه ایجاد کند،(۷). آموزش بهداشت دهان و دندان می تواند به صورت فردی یا عمومی صورت گیرد در دهه ۱۹۵۰، مدل اعتقاد بهداشتی توسط گروهی از روان شناسان اجتماعی که سعی در شناسایی و تعیین نارسایی وسیعی از مردم در برنامه های پیشگیری یا تشخیص بیماری ها داشتند، شروع شد. فرض محققین این بود که مردم از بیماری ها می ترسند و به واسطه درجه ترس(تهدید درک شده) و انتظار کاهش ترس در نتیجه عمل، فعالیت های بهداشتی مردم برانگیخته می شود، به شرطی که کاهش احتمالی مهم تر از موانع عملی و روانی برای انجام عمل باشد.(۳)

مدل اعتقاد بهداشتی دارای ۶ سازه می باشد که عبارتند از:

-حساسیت درک شده: عقیده شخص درباره شانس قرار گرفتن در یک موقعیت خاص.

-شدت درک شده: عقیده شخص در مورد این که این شرایط تا چه حدی جدی است.

-منافع درک شده: عقیده شخص در مورد کارایی فعالیت های توصیه شده در کاهش خطر و یا جدیت اثر.

-موانع درک شده: اعتقاد مربوط به هزینه های متصور پیگیری یک رفتار جدید.

-راهنمایی برای عمل: نیروهای تسریع کننده ای که موجب احساس نیاز فرد به انجام عملی می گردد.

-خودکارآمدی: اطمینان فرد به توانایی خود در پیگیری یک رفتار.(۸)

این مدل هنوز گسترده ترین مدل شناخته شده و در کاربردهای رفتار بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است،(۳). با توجه به بررسی های پژوهشگران این مطالعه، در سطح جهان مطالعات محدودی راجع به بررسی رفتارهای بهداشت دهان و دندان انجام شده و تنها برخی مطالعات به بررسی تاثیر آموزش بهداشت بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی بر شاخص بهداشت دهان و دندان پرداخته اند،(۹)، لذا با توجه به میزان بالای پوسیدگی دندان در مدارس ابتدایی کشور و تاثیر اعتقادات بر ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده در دانش آموزان،(۳)، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر تغییر رفتار بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان دختر پایه پنجم شهر اهواز انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت مداخله ای دو گروهی آزمون و شاهد بر روی دختران پایه پنجم ابتدایی شهر اهواز در سال ۱۳۹۱ انجام شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات تحلیلی دو گروهی پوکاک استفاده شد. برای تعیین نمونه ها ابتدا از بین مدارس ناحیه ۳ شهر اهواز به صورت خوشه ای تصادفی تعداد دو مدرسه انتخاب شد سپس به صورت تصادفی ساده و بر اساس لیست حضور و غیاب از هر مدرسه ۷۰ نفر از دانش آموزان به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات از طریق پرسش نامه صورت گرفت. این پرسش نامه بر اساس مطالعات مشابه،(۹)، و اهداف پژوهش تهیه شد. پرسش نامه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-09]

تحقیق در سه بخش تنظیم شد. بخش اول مرتبط با سنجش عوامل جمعیتی شامل ۶ سوال، بخش دوم مرتبط با سنجش رفتارهای بهداشتی دهان و دندان شامل ۸ سوال و بخش سوم مرتبط با سنجش سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی، شامل حساسیت درک شده شامل ۶ سوال، شدت درک شده شامل ۶ سوال، منافع درک شده شامل ۴ سوال، موانع درک شده شامل ۷ سوال، راهنمایی برای عمل شامل ۲ سوال و خودکارآمدی شامل ۶ سوال بود .همه سازه های ما بر اساس طیف لیکرت کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱ تقسیم شدند. در این مطالعه رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش آموزان بررسی شد. منظور از رفتار در مطالعه حاضر شامل اعمالی هستند که افراد در طول شبانه روز در رابطه با بهداشت دهان و دندان انجام می دهند. رفتار بر اساس چک لیست و خودگزارش دهی دانش آموزان بر اساس تعداد دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان در روز محاسبه شد. روایی پرسش نامه از طریق سنجش روایی محتوی(توسط پانل خبرگان) بررسی شد و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید. در بررسی روایی پرسش نامه نسبت روایی(CVR) ۰/۷۱ و شاخص روایی (CVI) ۰/۸۲ محاسبه شد که با مقایسه این مقادیر با استانداردهای موجود،(۱۰)، روایی محتوایی ابزار تایید گردید. ضمناً جهت اطلاع از ادراک پرسش نامه و لغات به کار رفته در آن با سطوح شناختی فراگیران، پرسش نامه برای ۳۰ نفر از دانش آموزان تکمیل شد و نکات لازم مورد اصلاح قرار گرفت. نتایج حاصل از پایایی این تحقیق نشان داد همه سازه های مورد بررسی در این مطالعه، از همبستگی درونی(ضریب الفای کرونباخ) حد نصاب برخوردار بوده بدین ترتیب که ضریب الفا کرونباخ برای سوالات رفتار ۷۳ درصد، سوالات مربوط به حساسیت درک شده ۹۶ درصد، شدت درک شده ۹۱ درصد، منافع درک شده ۸۱ درصد، موانع درک شده ۹۱ درصد، راهنمایی برای عمل ۸۸ درصد، خودکارآمدی ۸۶ درصد بود. ابتدا پرسش نامه تحقیق توسط هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شد و بعد از تجزیه و تحلیل داده های حاصل از آزمون اولیه، محتوای آموزشی بر اساس نتایج این داده ها، متون تحقیق موجود و بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی تهیه و تنظیم شد سپس این برنامه آموزشی به صورت ۳ جلسه سخنرانی و ۲ جلسه بحث گروهی همراه با تراکت و پمفلت برای گروه آزمون اجرا گردید. برای ایجاد تغییر تهدید درک شده گروه در آزمون از روش بحث گروهی استفاده شد زیرا بحث گروهی یک روش موفق آموزشی برای گروه های کوچک می باشد که در حوزه بهبود نگرش و حل مسئله کاربرد فراوانی دارد،(۱۲). برای بیان منافع و موانع درک شده از شیوه سخنرانی و بحث گروهی استفاده شد که با بیان ساده بودن مسواک زدن و استفاده از نخ دندان موانع احتمالی هر کدام از این رفتارها به بحث گذاشته شد و فرصت تبادل نظر نیز در گروه ایجاد گردید. برای افزایش خودکارآمدی از راهکارهای چهارگانه بندورا شامل ساده کردن محتوی برنامه، تشویق کلامی در انجام عملکردهای کوچک و بیان تجربیات موفق استفاده گردید،(۱۱)، سازه راهنمایی برای عمل یک سازه یادآوری کننده است که انجام رفتار جدید را یادآوری می نماید. در این خصوص ۲ بار با تماس تلفنی اجرای رفتار بهداشت شامل مسواک زدن و استفاده از نخ دندان به دانش آموزان گروه آزمون یادآوری گردید هم چنین یک پمفلت از نحوه صحیح مسواک زدن و نخ دندان نیز در اختیار آنان قرار گرفت. داده های به دست آمده وارد نرم افزار SPSS vol.21 گردید. سپس از آزمون همبستگی جهت تعیین ارتباط بین رفتار های بهداشتی دهان و دندان با سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده گردید.

یافته ها ی پژوهش

ویژگی افراد مورد مطالعه: ۲۸/۷ درصد دانش آموزان فرزند اول، ۳۴/۲ درصد فرزند دوم و ۴۷/۱ درصد فرزند سوم و بالاتر بودند. هم چنین ۱۷/۴ درصد آن ها تک فرزند، ۳۰/۱ درصد ۲ فرزنده، ۵۲/۵ درصد ۳ فرزنده و بالاتر بودند. ۱۷/۴ درصد دانش آموزان سطح تحصیلات پدر آن ها زیر دیپلم، ۱۴/۷ درصد دیپلم و ۶۷/۹ درصد سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. ۲۳ درصد دانش آموزان سطح تحصیلات مادر آن ها زیر دیپلم، ۴۱/۳ درصد دیپلم و ۳۵/۷ درصد سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. هم چنین از نظر شغل پدر ۴۴/۷ درصد دانش آموزان شغل پدرشان آزاد، ۵۵/۲ درصد آنان دارای پدرانی با شغل دولتی بودند. از نظر شغل مادر ۶۸/۵ درصد از دانش آموزان مادرشان خانه دار و ۳۱/۵ درصد از آنان شاغل بودند.(جدول شماره ۱) در این بررسی و قبل از انجام مداخله آموزشی ۵۸/۶ درصد گروه مداخله و ۶۲/۹ درصد گروه کنترل گاهی مسواک می زدند. ۴۱/۴ درصد گروه مداخله و ۳۷/۱ درصد گروه کنترل یک بار در روز مسواک می زدند، هم چنین ۶۰ درصد دانش آموزان در گروه مداخله و ۳۴/۳ درصد آن ها در گروه کنترل از نخ دندان استفاده نمی کردند. ۴۰ درصد از دانش آموزان در گروه مداخله و ۶۵/۷ درصد آنان در گروه کنترل گاهی از نخ دندان استفاده می کردند اما پس از انجام مداخله آموزشی ۱/۴ درصد گروه مداخله و ۶۱/۴ درصد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-09]

گروه کنترل گاهی و ۹۸/۶ درصد گروه مداخله و ۳۸/۶ درصد گروه کنترل یک بار در طول روز دندان هایشان را مسواک می زدند. هم چنین ۲۰ درصد از دانش آموزان در گروه مداخله گاهی و ۸۰ درصد آن ها یک بار در طول روز از نخ دندان استفاده می کردند و در گروه کنترل ۶۸/۶ درصد دانش آموزان گاهی از نخ دندان استفاده می کردند. آزمون همبستگی نشان داد که قبل از انجام مداخله آموزشی رفتارهای بهداشتی دهان و دندان تنها با خودکارآمدی درک شده($P<0.05$) ارتباط آماری معنی دار دارد.(جدول شماره ۲) اما بعد از انجام مداخله آموزشی بین سازه رفتار بهداشت دهان و دندان با سازه های حساسیت، شدت) و سازه خودکارآمدی درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنمایی برای عمل($P<0.05$)، ارتباط آماری معنادار وجود دارد.(جدول شماره ۳)

جدول شماره ۱. جدول مربوط به مشخصات دموگرافیکی در دو گروه کنترل و مداخله

گروه		آزمون	شاهد	سطح معنی داری
متغیر		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
رتبه تولد	اول	۱۸(۲۵/۷)	۲۳(۳۲/۹)	P=0.15
	دوم	۲۲(۳۱/۴)	۲۴(۳۴/۳)	
	سوم وبالاتر	۳۰(۴۲/۸)	۲۳(۳۲/۹)	
سطح تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۱۰(۱۴/۳)	۱۲(۱۷/۲)	P=0.87
	دیپلم	۱۳(۱۸/۶)	۸(۱۱/۴)	
	بالاتر از دیپلم	۴۷(۶۷/۱)	۵۰(۷۱/۴)	
سطح تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۱۷(۲۴/۳)	۱۳(۱۸/۵)	P=0.33
	دیپلم	۲۸(۴۰/۰)	۳۱(۴۴/۳)	
	بالاتر از دیپلم	۲۵(۳۵/۷)	۲۶(۳۷/۱)	
شغل پدر	آزاد	۳۳(۴۷/۱)	۲۸(۴۰/۰)	P=0.39
	کارمند	۳۷(۵۲/۹)	۴۲(۶۰/۰)	
شغل مادر	خانه دار	۴۵(۶۴/۳)	۵۳(۷۵/۷)	P=0.14
	شاغل	۲۵(۳۵/۷)	۱۷(۲۴/۳)	

جدول شماره ۲. بررسی همبستگی متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش آموزان قبل از انجام مداخله آموزشی

متغیرهای مستقل	متغیر وابسته(بروز رفتار)
حساسیت درک شده	۰/۱۴۱
شدت درک شده	-۰/۰۸۰
منافع درک شده	۰/۱۳۶
موانع درک شده	-۰/۹۰
راهنمایی برای عمل	۰/۱۵۴
خودکارآمدی	۰/**۲۱۹

****معنی داری در سطح $P<0.01$** ***معنی داری در سطح $P<0.05$**

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-09]

جدول شماره ۳. بررسی همبستگی متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش آموزان بعد از انجام مداخله آموزشی

متغیرهای مستقل	متغیر وابسته (بروز رفتار)
حساسیت درک شده	۰/**۷۸۷
شدت درک شده	۰/**۷۷۷
منافع درک شده	-۰/**۲۷۰
موانع درک شده	۰/**۸۰۲
راهنمایی برای عمل	۰/**۶۷۶
خودکارآمدی	۰/**۸۸۲

****معنی داری در سطح P<0.01 *معنی داری در سطح P<0.05**

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله ای مورد و شاهد بود که با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر تغییر رفتار بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان دختر پایه پنجم شهر اهواز انجام شد. شیوع پوسیدگی دهان و دندان و هم چنین بیماری های مربوط به دهان و دندان در دانش آموزان ایرانی بالاست و میزان استفاده از وسایل تمیز کننده بین دندانی کم می باشد،(۱۲). در این بررسی ۵۱/۷ درصد نمونه ها از نخ دندان استفاده می کرده اند در مطالعه رمضانخانی ۲۱/۹ درصد از نمونه ها روزانه از نخ دندان استفاده می کردند،(۹). هم چنین در مطالعه مظلومی و همکاران ۳۷/۵ درصد دانش آموزان روزانه از نخ دندان استفاده می کردند،(۳)، در مطالعه ثریا اشرفی زاده و همکاران تنها ۷/۵ درصد دانش آموزان از نخ دندان استفاده می کردند،(۱۳)، در مطالعه ترابی و همکاران ۵/۸ درصد از نخ دندان استفاده می کردند،(۵). در این بررسی ۳۱/۷ درصد از نمونه ها حداقل یک بار در روز مسواک می زدند. در مطالعه رمضانخانی و همکاران ۹/۳ درصد نمونه ها اصلاً مسواک نمی زدند و ۵۵/۷ درصد دانش آموزان حداقل یک بار در روز مسواک می زدند،(۹). در مطالعه وارن و همکاران نیز ۵۸ درصد کودکان ۱۲ ساله شهری و روستایی بورکینافاسو اصلاً مسواک نمی زدند،(۱۴). در مطالعه صلحی و همکاران نیز مشخص شد که ۱۶/۳ درصد گروه آزمون و ۱۳/۹ درصد گروه شاهد اصلاً مسواک نمی زدند،(۱۵). نکته حائز اهمیت آن است که بایستی فراوانی رفتارهای بهداشتی دهان و دندان(مسواک زدن و نخ دندان کشیدن) چه به لحاظ کمی و چه کیفی بایستی افزایش یابند. هم چنین در این مطالعه مشخص شد که پس از انجام مداخله آموزشی رابطه بین سازه حساسیت درک شده با رفتار های بهداشتی دهان و دندان(مسواک زدن و نخ دندان کشیدن) معنی دار است. این امر می تواند ناشی از سایر عوامل از جمله موانع ادراکی زیاد دانش آموزان در خصوص اتخاذ رفتارهای بهداشتی باشد. کودکان و نوجوانان ممکن است جدیت موقعیت های بهداشتی را درک کنند، اما خود را نسبت به آن آسیب پذیر احساس نکنند،(۱۶). در مطالعه صلحی و همکاران نیز رفتار مسواک زدن با سازه حساسیت درک شده رابطه معنی داری داشت،(۱۵). در مطالعه مظلومی و همکاران رابطه بین حساسیت درک شده با رفتار مسواک زدن معنی دار نبود،(۳). در پژوهش حاضر، پس از انجام مداخله آموزشی بین شدت درک شده و رفتارهای بهداشت دهان و دندان ارتباط وجود داشت، برخی مطالعات مشابه نیز، بین شدت درک شده و رفتار، ارتباط معنی داری را گزارش کرده اند،(۱۵،۱۷،۱۸). درک افراد و ارزیابی آن ها از خطر در واقع محور کاربرد این الگو می باشد و باید شدت درک شده به عنوان شکل دهنده رفتاری که در آن ضعف وجود دارد توسط والدین و اعضاء خانواده افزایش یابد.

در این بررسی بین منافع درک شده با رفتار رابطه معنی داری دیده شد که با نتایج حاصل از مطالعه مظلومی محمودآباد و همکاران هم خوانی ندارد،(۳). در این مطالعه موانع درک شده با رفتار ارتباط معنی داری را نشان می دهد در بررسی صلحی،(۱۵)، و زمانی،(۱۱)، مظلومی محمودآباد،(۳)، هم این ارتباط تایید شد. در مطالعه kuhner و Raetzke این ارتباط وجود نداشت،(۱۷). وقتی افراد در درک خطر ضعف داشته باشند موانع درک شده به دنبال آن افزایش می یابد،(۱۹). یکی از موانع مهم مطرح شده در مورد رعایت بهداشت دهان و دندان، کمبود وقت بود که با آموزش های گسترده می توان این مورد را به حداقل رساند و این که تمرکز بر روی ارتقاء کیفیت زندگی مستلزم ارتقاء سبک زندگی می باشد.(۲۰)

یکی از راهکارهای مناسب، آموزش روش های برنامه ریزی و مهارت های زندگی است. دانش آموزان مورد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-09]

مطالعه با حمایت بیشتر افرادی هم چون توصیه های اعضاء خانواده و والدین از عملکرد مراقبت های بهداشت دهان و دندان بیشتری برخوردار بودند در بسیاری از مطالعه های دیگر در زمینه های رفتارهای بهداشتی مختلف نیز نقش حمایت ها و مشوق های بیرونی مثبت نشان داده شد به گونه ای که همواره یادآوری اطرافیان، تاثیر مثبت نرم های انتزاعی و افراد تاثیرگذار روی رفتار کودکان به عنوان فاکتورهای مهم در انجام مراقبت های بهداشت دهان و دندان نقش داشتند،(۱۶). در این پژوهش، خودکارآمدی مهم ترین متغیر پیش بینی کننده مراقبت های بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان بود از این رو متخصصان بهداشت دهان و دندان باید اعتماد به خود را در دانش آموزان برای رعایت رفتارهای بهداشتی دهان و دندان مورد تقویت قرار دهند.

با توجه به مطالعات مشابه کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص مراقبت های بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان قابل قبول می باشد. کودکان هر چه بیشتر خود را تواناتر و کاراتر جهت انجام مراقبت های بهداشتی در زمینه های گوناگون ببینند، رفتار مربوطه را بیشتر انجام می دهند با بالا رفتن حساسیت درک شده در آن ها، انجام رفتارهای مذکور افزایش می یابد. در نهایت دانش آموزان اگر به این باور برسند که مشکلات، هزینه ها و صرف وقت جهت انجام مراقبت های بهداشت دهان و دندان نمی تواند مانعی در جهت رفتار مورد نظر باشد، بیشتر از دهان و دندان خود مراقبت می نمایند. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که یافته های این پژوهش مربوط به دانش آموزان دختر پایه پنجم شهر اهواز می باشد، از این رو قابل تعمیم به تمامی دانش آموزان نیست و بهتر است پژوهش های آینده گروه های سنی متفاوت و جنسیت های مختلف و البته قومیت های مختلف را نیز در بر گیرد. لازم به ذکر است که با توجه به این که جمعیت مورد مطالعه دانش آموزان کم سن و سال پایه پنجم ابتدایی بودند امکان خطا در تکمیل پرسش نامه ها می رود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مدیریت محترم آموزش و پرورش ناحیه سوم شهر اهواز، کارشناس پژوهش و تحقیقات، مدیران و مربیان بهداشت و معلمین پایه پنجم مدارس که همکاری صمیمانه ای با محقق داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

References

1-Mohammad NA¸ Shariat A¸Baygjani G-¸Abotalebbi GH. [Saveh oral health status of primary school children in 2009]. J Gorgan Calledge Nurs Midwifery 2010; 1:74-80. (Persian)

2- Basir L¸ Khan Masghede M, Dashtb ozorg B. [Effect of repeated oral health education on health indicators 9 and 10 year old students in Ahvaz in 2003]. J Med 2008;2:219-29. (Persian)

3-Mazloumi-Mahmoud AS, Rohani TN. Some of the factors related to oral health among secondary school students in the Health Belief Model in Yazd. Birjand Uni Med Sci 2007;3:40-48. (Persian)

4-Fallahi A, Morowatisharifabad M. Between tooth cleaning behaviors of the transtheoretical model-based pre-university student-ts in Yazd. Tehran Uni Med Sci J 2010;4:45-8.

5- Amir T. Assess the oral health of persons aged 35-44 in Kerman. J Dentist 2008;2:93-98 (Persian)

6- Daly CG. Prescribing good oral hygiene for adults. Australian prescriber; 2009.P.85-93. (Persian)

5 - Torabi M, Karim AS, Sheikh ZA. [Peace is upon him]. J Hakim 2011;3:231-7. (Persian)

7- Islamic Poor F, Asgari A. [Reliability assessment of the effectiveness of oral health education project in primary school children]. J Isfahan Dent School 2007 ;2:58-64. (Persian)

8 - Safari M, ShojaeiZadeh D, Ghofranipour F. [Theories, models and methods of health education and health promotion]. Sobhanpablication Tehran,2009;54:21-6. (Persian)

9 - Ramezankhani A, Mazaheri M, Dehdari T, Movahedi M. The relationship between HBM constructs with fifth grade students of dental caries in Dezful. J Med 2011;2:221-8. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-09]

10-Datson F, Firoozbakht M, Ghanadan M. Daynamic group. 3th ed. Resa Publication: Tehran; 1998. (Persian)
11-Bandura A. Self - efficacy:toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1997 ;84:191-15.
12-Amidi Mazaheri M, Sharifi Rad Gh. Examine the impact of educational posters to raise awareness of Isfahan Apartments resident attitudes regarding oral health. J Health Sys 2010;3:383-9.(Persian)
13 - AshrafiZadeh S, Surrey H, Ashrafzadeh M. Reliability the oral health status of 12-year-old DMFT school students in Ahwaz. Ahvaz Med J 2001; 34:60-6. (Persian)
14- VarenneB, Petersen PE, OuattaraS. Oral health behavior of children and adults in urban and urban and rural areas of Burkina faso , Africa. Int Dent J 2006; 2:61-70.
15- Solhi M, Shojaeizadeh D, Seraj B, Faghihzadeh S. [The Application of the health belief model in oral health education] . Iran J Public Health 2010;4: 114-119. (Persian)
16 - SHamsi M, Hayda Nia r A, Niknami Sh. [Predictors of oral health care to pregnant women, according to city health belief model]. J Health Sys Res 2012;4:1-11. (Persian)
17-kuhner MK, Raetzke PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. J Periodont 1989;1:51-6.
18-Nakazono TT, Davidson PL, Andersen RM. Oral health beliefs in diverse population . Adv Dent Res 1997;2:235-440.
19-Naidoo J, Wills J. Health promotion . London :Bailliere Tindall; 2000.P.224.
20- Toobert DJ, Glasgow RE, Strycker LA, Barrera M, Radcliffe JL, Wander RC. Biologic and quality of life outcomes from the Mediterranean life style program: a randomized clinical trial. Diabetes Care 2003; 8:2288-93.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-09]

Effect of education based on health belief model on the alteration of oral health behaviors among students

Karami K[1], Shakerinejad G[2], Kabiry B[1]*

(Recived: 6October, 2013 Accept: 17 December, 2013)

Abstract

Introduction: Tooth and month hygienic involves all aspects of oral health and function, especially tooth and gum. For using health instruction models it is required to design effective instructional programs. This study was accomplished to anticipate the effect of education based on health belief model on the alteration of oral health behaviors among students.

Materials & Methods: This interventional research was included two groups: an experiment and a control groups. Statistical community for the study comprised of 140 fifth grade students in Ahvaz city. For determining the numbers of students, at first 2 primary schools were selected through clustering fashion. Then, 70 students were randomly selected among them using presence and absence list. A questionnaire was designed based on the construct pattern and its reliability was corroborated. The questionnaire was completed before and after the interventional instruction with a seven-week interval time. The tooth and oral hygienic program that was designed based on health belief model was instructed during 5 educational sessions through a lecturing format. Data were gathered and analyzed using SPSS 21.

Founding: According to the results, tooth hygienic behaviors such as teeth brushing and cleaning the teeth with dental floss have a meaningful statistical association with construct patterns of health belief.

Discussion & Conclusion: The study showed that hygienic belief model efficiently anticipated the exertion of tooth and mouth hygienic behaviors.

Keywords: Health education, hygienic belief model, behavior of teeth brushing

1. Dept of Health Education, Faculty of Health, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
2. Research Center for Health Education, Ahvaz Branch, Khozestan University Jihad, Ahvaz, Iran
*(*Corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2025-11-09]