

ارائه مدلی نو برای آموزش بهداشت دهان و دندان

دکتر مهناز صلحی* دکتر داود شجاعی زاده** دکتر بهمن سراج*** دکتر سقراط فقیه زاده****

A new model for oral health education

M. Solhi D. Shojaei Zadeh B. Seraj S. Faghieh Zadeh

Abstract

Background : DMFTI in 12 year old Iranian children has been worse since 1969 to 1993.

Objective : To determine the application of Health Belief Model in oral health education for 12 year old children.

Methods : In an experimental , case-control group and a multistage cluster sampling research , a descriptive study was applied about individual perceptions , oral behaviors , O.H.I and DMFTI. An educational planning was based on the results and Health Belief Model was applied. The procedure was repeated after six months.

Findings : The results indicated a low correlation between the reduction of DMFTI to increased perceived severity and increased perceived barriers ($r=-0.28$, $r=-0.43$ respectively). Also , there is a limited correlation between O.H.I and increased perceived benefits ($r=-0.26$). Correct brushing and flossing are influenced by increased perceptions.

Conclusion : Using health belief model in oral health education is applicable and a proper educational model based on the perceptions has been proposed.

Keywords : Health Belief Model (H.B.M) , Oral Hygiene Index (O.H.I) , Decayed , Missing and Filled Teeth Index (DMFTI)

چکیده

زمینه : متأسفانه در کشور ما از سال ۱۳۴۷ تا ۱۳۷۱ هجری شمسی ، شاخص DMFT در کودکان ۱۲ ساله از حد پایین به حد متوسط رسیده است.

هدف : این مطالعه به منظور آزمون و به کارگیری الگوی اعتقاد بهداشتی جهت آموزش پیشگیری از بیماری های دهان و دندان انجام شد.

مواد و روش ها : در این پژوهش ۱۱۸ نفر در گروه شاهد و ۱۱۷ نفر در گروه آزمون به طریق تصادفی انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه ، مشاهده و معاينه و عامل مداخله گر نیز آموزش براساس الگوی اعتقاد بهداشتی بود. ابتدا با انجام مطالعه توصیفی ادراک های فردی اولیه ، رفتارها و شاخص های بهداشت دهان و دندان و DMFT مورد بررسی قرار گرفتند. سپس با توجه به نتایج به دست آمده و الگوی در نظر گرفته شده ، برنامه آموزشی مناسب برنامه ریزی شد و در گروه تجربی به اجرا در آمد. پس از گذشت شش ماه دوباره اطلاعات گردآوری شد.

یافته ها : نتایج نشان داد بین ادراک های افزایش یافته با بروز و نحوه رفتارهای بهداشت دهان و دندان ارتباط وجود دارد. همچنین بین شاخص DMFT با ادراک های فردی افزایش یافته در باره شدت و موانع ، همبستگی منفی به مقدار $0/28-$ و $0/43-$ مشاهده شد. بین شاخص بهداشت دهان و دندان با ادراک های فردی افزایش یافته در باره منافع رعایت بهداشت دهان و دندان نیز همبستگی منفی به میزان $0/26-$ به دست آمد.

نتیجه گیری : کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت دهان و دندان تأیید شد و الگوی آموزشی مناسب با توجه به ادراک های نیازمند اصلاح پیشنهاد گردید.

کلید واژه ها : الگوی اعتقاد بهداشتی - شاخص بهداشت دهان و دندان - شاخص دندان های پوسیده ، کشیده و پر شده

* استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران
 ** دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
 *** استادیار دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
 **** استادیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

□ مقدمه :

آموزش بهداشت مهم‌تر است و در رأس همه اقدام‌های مذکور قرار دارد. (۴) آموزش بهداشت یکی از علوم بهداشتی است که موضوع آن بررسی و تجزیه تحلیل آگاهی‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای بهداشتی، طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی بر پایه یافته‌های علمی است. امروزه دانشمندان رشته آموزش بهداشت برای رسیدن به هدف تغییر رفتار با استفاده از تئوری‌های مختلف روان‌شناسی و علوم اجتماعی الگوهایی را ساخته‌اند که بسیار کارساز و مفید هستند. از جمله این الگوها، مدل اعتقاد بهداشتی است. این الگو در اوایل سال ۱۹۵۰ طراحی شد و به تدریج توسعه یافت. این مدل بیشتر برای پیشگیری از وقوع بیماری‌ها استفاده می‌شود. (۸)

مدل اعتقاد بهداشتی از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که رابطه بین اعتقادهای بهداشتی را با رفتار نشان می‌دهد و دارای ابعاد زیر است:

حساسیت درک شده - به این معنا که فرد تا چه میزان خود را از نظر خطر ابتلا به بیماری حساس می‌داند.

شدت درک شده - به این معنا که درک فرد در خصوص وخامت و جدیت بیماری تا چه میزان است.

منافع درک شده - به معنای درک فرد از سود و منفعت ناشی از اتخاذ رفتار پیشگیری‌کننده است.

موانع درک شده - هر رفتار و عمل بهداشتی ممکن است با موانع و مشکلاتی همراه باشد. در اینجا فرد به تجزیه و تحلیل این موانع و مشکلات می‌پردازد. (۹ و ۱۰)

راهنمای عمل - عبارت است از محرک‌هایی که اتخاذ تصمیم را سرعت می‌بخشند و به دو شکل عمل می‌کنند یا داخلی هستند مانند سردرد که سبب می‌شوند فرد رفتاری را در جهت رفع آن انجام دهد و یا خارجی

(Decayed, Missing and Filling Teeth Index) DMFTI

شاخص جهانی بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان می‌باشد و به معنی متوسط دندان‌های پوسیده، کشیده و پر شده است. معیارهای سازمان جهانی بهداشت برای این شاخص در کودکان ۱۲ ساله عبارتند از:

خیلی کم صفر تا ۱/۱، کم ۱/۲ تا ۲/۶، متوسط ۲/۷ تا ۴/۴، زیاد ۴/۵ تا ۶/۵ و خیلی زیاد بیش از ۶/۵. (۱۲ و ۱۳)

متأسفانه در کشور ما از سال ۱۳۴۷ تا ۱۳۷۱ هجری شمسی، شاخص DMFT در کودکان ۱۲ ساله از حد کم به حد متوسط رسیده و مقدار این شاخص بدتر شده است. در قسمتی از اهداف طرح «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی» درارتباط با بهداشت دهان و دندان آمده است: «هر فرد ۱۲ ساله به طور متوسط سه دندان یا کمتر از سه دندان پوسیده، کشیده و پر شده داشته باشد. یعنی شاخص DMFT در افراد ۱۲ ساله به طور متوسط کمتر یا مساوی ۳ باشد». (۱ و ۳)

بررسی شیوع پوسیدگی دندان در کودکان ۱۲ ساله مدارس راهنمایی تهران در سال ۱۳۷۰ نشان داد که میانگین شاخص DMFT کل کودکان ۱۲ ساله شهر تهران ۳/۱۷، میانگین این شاخص در دختران ۳/۲۶ و در پسران ۳/۰۹ بوده است. ۷/۶ درصد از کل کودکان فاقد پوسیدگی دندان بودند یا به عبارت دیگر شاخص DMFT آنها برابر صفر بود. (۲)

به هر حال دستیابی به اهداف طرح «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰» در زمینه بهداشت دهان و دندان جز با به کارگیری آموزش بهداشت، فلوراید درمانی، رعایت توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب و مراقبت‌های اولیه بهداشتی امکان‌پذیر نیست. در این میان جایگاه

پرسشنامه از روش‌های اعتبار محتوا و آزمون مجدد با ضریب ثبات ۰/۹۵ تأیید گردید. جهت تعیین اعتماد علمی بررسی مهارت‌های مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و محاسبه شاخص‌های بهداشت دهان و دندان و *DMFT* از روش آزمون مجدد استفاده شد و ضریب همبستگی ۰/۹۵ به دست آمد. این تحقیق در طول دو سال تحصیلی ۷۵-۷۴ و ۷۶-۷۵ انجام شد. در این پژوهش پس از انجام آزمون، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات اولیه، برنامه آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی برنامه‌ریزی و اجرا شد. پس از گذشت شش ماه با انجام آزمون ثانویه مجدداً اطلاعات گردآوری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این فاصله زمانی براساس لزوم معاینه هر شش ماه یک بار دندان‌ها توسط دندان‌پزشک، در نظر گرفته شد. معاینه دهان و دندان دانش آموزان، محاسبه شاخص بهداشت دهان و دندان و شاخص *DMFT* براساس معیارهای مربوطه و توسط یک نفر دندان‌پزشک و بررسی رفتارهای مسواک زدن و استفاده از نخ دندان براساس استانداردهای معمول توسط محقق صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات و طبقه‌بندی آنها از آزمون‌های زوج t ، z ، کای دو و فیشر استفاده شد.

□ یافته‌ها :

وضعیت دوگروه شاهد و تجربی از نظر متغیرهای رتبه فرزندی، تعداد کل فرزندان، سواد و شغل پدر و مادر و وضعیت اقتصادی خانواده مساوی بود. ($P > 0/05$).

در مرحله اول بین دوگروه از نظر متغیرهای زیر تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$):

ادراک‌های فردی در باره حساسیت، شدت، منافع

هستند مانند وسایل ارتباط جمعی و روابط بین افرادی که به فرد کمک می‌کنند رفتار خاصی را انجام دهد. (۱۱۵)

با توجه به بیشتر شدن شاخص *DMFT* در کودکان ۱۲ ساله و به دلیل اهمیت آموزش بهداشت دهان و دندان با استفاده از الگوی مناسب مطالعه رفتار و در راستای به‌کارگیری روش‌های مقرون به صرفه، تصمیم گرفته شد برای اولین بار در ایران الگوی اعتقاد بهداشتی برای آموزش پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان در سطح کودکان ۱۲ ساله آزمون شود. در این مطالعه سعی شد ضمن بررسی وضعیت ابعاد مدل، رفتارها و شاخص‌های بهداشت دهان و دندان و شاخص *DMFT*، تأثیر آموزش براساس مدل اعتقاد بهداشتی و اثر ادراک‌های افزایش یافته بر روی رفتارها و شاخص‌های مورد نظر بررسی شود و در نهایت الگوی پیشنهادی مناسب برای آموزش بهداشت دهان و دندان به این کودکان ارائه گردد.

□ مواد و روش‌ها :

جامعه مورد مطالعه دانش آموزان ۱۲ ساله دختر مشغول تحصیل در پایه اول راهنمایی منطقه ۶ آموزش و پرورش در مرکز شهر تهران بودند. ۲۹۱ نفر دانش آموز در مرحله اول در دوگروه ۱۴۴ و ۱۴۷ نفره شاهد-تجربی و ۲۳۵ نفر در مرحله دوم در دوگروه ۱۱۸ و ۱۱۷ نفره شاهد-تجربی در بررسی شرکت داشتند که براساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار و روش‌های گردآوری اطلاعات عبارت بودند از: پرسشنامه، چک لیست مشاهده چگونگی عملکردهای مسواک زدن و استفاده از نخ دندان، پرونده‌های بهداشتی دانش آموزان در مدرسه و معاینه دهان و دندان افراد نمونه. اعتبار علمی و اعتماد علمی

نکرده‌اند.

میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان در دو گروه در حد خوب (۰/۹۶) بود. ۷۱/۴ درصد از افراد گروه تجربی و ۷۱/۵ درصد از افراد گروه شاهد از شاخص بهداشت دهان خوب برخوردار بودند. شاخص DMFT در دو گروه متوسط بود. میانگین این شاخص در گروه تجربی ۳/۱۰ و در گروه شاهد ۳/۰۶ بود.

از نظر نحوه مسواک زدن، نما در دو گروه نادرست بود. تنها یک نفر از کودکان تجربی (۰/۸ درصد) درست مسواک می‌زد و در گروه شاهد هیچ یک از دانش آموزان کاملاً درست مسواک نمی‌زدند.

در بین دانش آموزان معدودی که از نخ دندان استفاده می‌کردند، نما در دو گروه نادرست بود. در بین افراد تجربی که از نخ دندان استفاده می‌کردند تنها در یک نفر (۶/۲۵ درصد) نحوه نخ زدن صحیح بود و در گروه شاهد درصد مربوطه صفر بود.

۷۸/۹ درصد دانش آموزان گروه تجربی و ۷۵/۷ درصد دانش آموزان گروه شاهد به اقدام درمانی و تشخیصی نیاز داشتند. از نظر نوع درمان و اقدام تشخیصی مورد نیاز نیز نما در دو گروه، درمان از نوع ترمیم بود.

پس از اجرای برنامه ریزی آموزشی در گروه تجربی و گذشتن شش ماه، در مرحله دوم با اطمینان ۰/۹۵ بین دو گروه از نظر میانگین ادراک‌ها، رفتارها و شاخص‌های مورد نظر اختلاف معنی‌داری به دست آمد ($P < 0/05$). در این مرحله میانگین ادراک‌ها در گروه تجربی به حد خوب رسید. در اکثر کودکان گروه تجربی چهار ادراک مورد نظر در حد خوب و بقیه در حد متوسط بودند.

و موانع رعایت بهداشت دهان و دندان؛ وجود راهنمای عمل و مهم‌ترین انواع راهنماهای عمل؛ مسواک زدن روزانه؛ دفعات و مواقع مسواک زدن؛ استفاده روزانه از نخ دندان؛ دفعات و مواقع استفاده از نخ دندان؛ آخرین ملاقات با دندانپزشک؛ مواقع مراجعه به دندانپزشک؛ شاخص‌های بهداشت دهان و دندان و DMFT؛ نحوه مسواک زدن؛ نحوه استفاده از نخ دندان؛ مجموع دندان‌های پوسیده، پر شده و کشیده؛ نیاز به اقدام درمانی و تشخیصی و نوع درمان و اقدام تشخیصی مورد نیاز.

میانگین ادراک‌ها در باره حساسیت، شدت، موانع و منافع رعایت بهداشت دهان و دندان در دو گروه در حد متوسط بود. در ۸۴/۴ درصد دانش آموزان گروه تجربی و ۸۳/۳ درصد دانش آموزان گروه شاهد راهنمای عمل وجود داشت و مهم‌ترین راهنماهای عمل در دو گروه تجربی و شاهد عبارت بودند از: والدین (۷۰/۷ و ۷۱/۵ درصد)، دندان‌پزشک (۳۴/۷ و ۳۵/۴ درصد)، رادیو و تلویزیون (۳۴ و ۲۹/۹ درصد) و مراقب بهداشت، معلمین و سایر مسئولین مدرسه (۱۸/۴ و ۲۲/۹ درصد).

۸۳/۷ درصد کودکان گروه تجربی و ۸۶/۱ درصد کودکان شاهد روزانه مسواک می‌زدند و نما در دو گروه از نظر دفعات مسواک زدن در روز یک بار و از نظر مواقع مسواک زدن، بعد از صبحانه یا نهار یا شام بود. تنها ۱۰/۹ درصد کودکان گروه تجربی و ۱۱/۷ درصد کودکان شاهد روزانه از نخ دندان استفاده می‌کردند.

از نظر آخرین ملاقات با دندان‌پزشک، نما در دو گروه بیش از یک سال پیش بود. ۲۶/۵ درصد از کودکان گروه تجربی و ۲۶/۴ درصد از کودکان گروه شاهد نیز اعلام کردند تاکنون به دندان‌پزشک مراجعه

کودکان شاهد از شاخص بهداشت دهان و دندان خوب برخوردار بودند. میانگین این شاخص در گروه تجربی ۰/۷۲ و در گروه شاهد ۱/۳۳ بود.

با این که از نظر شاخص DMFT، نما در دو گروه متوسط بود ولی با انجام آزمون وضع دو گروه از این بابت تفاوت معنی داری را نشان داد، به طوری که میانگین این شاخص در گروه تجربی ۳/۰۷ و در گروه شاهد ۳/۸۶ بود. با مقایسه این میانگین در گروه شاهد در قبل و بعد از آموزش از طریق آزمون مقایسه زوج ها، بدتر شدن این شاخص در مرحله دوم تأیید شد. ۱۸/۸۰ درصد افراد گروه تجربی و ۱۱/۱۰ درصد افراد گروه شاهد فاقد پوسیدگی بودند.

در مرحله دوم از نظر نحوه عملکرد مسواک زدن در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده گردید (جدول شماره ۲).

۱۰۰ درصد دانش آموزان گروه تجربی روزانه مسواک می زدند. درصد مربوطه در گروه شاهد همچنان ۸۲/۲ درصد بود. ۲۶/۵ درصد افراد تجربی و ۹/۳ درصد افراد شاهد روزانه سه بار مسواک می زدند. ۳۴/۲ درصد دانش آموزان گروه تجربی و ۶/۲ درصد دانش آموزان شاهد یک بار شب قبل از خواب مسواک می زدند.

۸۷/۲ درصد کودکان تجربی و ۱۰/۲ درصد کودکان شاهد روزانه از نخ دندان استفاده می کردند. ۶۵/۸۱ درصد افراد تجربی و ۶/۷۷ درصد افراد شاهد یک بار در روز به طور نامشخص از نخ دندان استفاده می کردند.

۹۶/۶ درصد دانش آموزان گروه تجربی و ۵/۹ درصد از افراد شاهد ۴ تا ۶ ماه پیش به دندان پزشک مراجعه کرده بودند (جدول شماره ۱).

۹۵/۷ درصد از کودکان تجربی و ۳۳/۹ درصد

جدول ۱ :

توزیع فراوانی آخرین ملاقات با دندان پزشک در گروه های مورد مطالعه در مرحله دوم

کل		شاهد		تجربی		گروه های مورد مطالعه آخرین ملاقات با دندان پزشک
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸/۵	۲۰	۱۶/۹	۲۰	۰	۰	تاکنون مراجعه نکرده است
۳	۷	۵/۹	۷	۰	۰	کمتر از ۳ ماه پیش
۵۱/۱	۱۲۰	۵/۹	۷	۹۶/۶	۱۱۳	۴ تا ۶ ماه پیش
۱۴	۳۳	۲۴/۶	۲۹	۳/۴	۴	۷ تا ۱۲ ماه پیش
۲۳/۴	۵۵	۴۶/۶	۵۵	۰	۰	بیش از یک سال پیش
۱۰۰	۲۳۵	۱۰۰	۱۱۸	۱۰۰	۱۱۷	جمع

($P < 0/000$)

جدول ۲:

توزیع فراوانی نحوه استفاده از مسواک در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله دوم

کل		شاهد		تجربی		گروه‌های مورد مطالعه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	نحوه استفاده از مسواک
۴۱/۷	۹۰	۰	۰	۷۶/۹	۹۰	درست
۲۷/۸	۵۸	۳۱/۹۵	۳۱	۲۳/۱	۲۷	تا حدی درست
۳۰/۶	۶۶	۶۸/۰۴	۶۶	۰	۰	نادرست
۱۰۰	۲۱۴	۱۰۰	۹۷ [□]	۱۰۰	۱۱۷	جمع

 $(P < ۰/۰۰۰)$

* ۲۱ نفر از کودکان شاهد مسواک نمی‌زدند.

مرحله دوم دچار پوسیدگی شده و برای درمان هم اقدام نکرده بودند.

در مرحله دوم مجموع دندان‌های پوسیده و پر شده در گروه تجربی به ترتیب ۳۷ و ۳۱۸ عدد و در گروه شاهد ۳۵۰ و ۹۷ عدد بود. آزمون‌های انجام شده اختلاف معنی‌داری را از نظر میانگین تعداد دندان‌های پوسیده در گروه شاهد و بیشتر شدن میانگین تعداد دندان‌های پر شده در گروه تجربی تأیید کرد $(P < ۰/۰۰۰۱)$.

مقایسه محل و تعداد دندان‌های سالم، پوسیده، کشیده، پر شده و رویش نیافته در گروه شاهد در مرحله اول و دوم نشان داد در مرحله دوم در گروه تجربی بیشترین افزایش تعداد دندان‌های پوسیده به ترتیب در دندان‌های شماره ۴۷، ۳۷، ۳۶، ۲۶، ۴۶، ۲۷ و ۱۶ بود. تعداد دندان‌های پوسیده افزایش یافته به ترتیب ۱۳، ۱۰، ۹، ۱۴، ۵ و ۷ دندان بود.

در مرحله دوم در گروه تجربی بین عملکرد مسواک

در ۷۵/۵ درصد کودکان تجربی نحوه استفاده از نخ دندان درست و در ۲۴/۵ درصد تا حدی درست بود. در صورتی که در ۱۶/۶۶ درصد و ۸۳/۳۳ درصد از کودکان شاهد، نحوه استفاده از نخ دندان به ترتیب تا حدی درست و نادرست بود. آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از این نظر نشان داد $(P < ۰/۰۰۰۱)$.

از ۷۸/۹ درصد افراد تجربی که در مرحله اول به اقدام درمانی و تشخیصی نیاز داشتند، در ۶۱/۵ درصد در مرحله دوم اقدام درمانی و تشخیصی مورد نیاز به طور کامل انجام شده بود. ولی در گروه شاهد از ۷۵/۷ درصد کودکانی که در مرحله اول به نوعی اقدام درمانی و تشخیصی نیاز داشتند تنها در ۰/۸ درصد آنان درمان انجام شده بود. در ۷۲ درصد اقدام درمانی و تشخیصی صورت نگرفته و در ۲/۵ درصد تا حدی انجام شده بود. نکته مهم این که ۱۰/۲ درصد کودکان شاهد که در مرحله اول نیاز به اقدام درمانی نداشتند در

چن ، ۵۱/۹ درصد از کودکان خانواده‌های سفید پوست آمریکایی برنامه مشخصی برای مسواک زدن نداشتند. (۶) این میزان در کودکان ۱۲ ساله مدارس راهنمایی شهر تهران در سال ۱۳۷۰ ، ۲۲/۲ درصد بود. (۲) ۷۳ درصد دانش آموزان سال‌های آخر دبستان در شمال شرقی انتاریو کانادا حداقل دو بار در روز مسواک می‌زدند (۷) ولی این مقدار در کودکان مورد بررسی ۲۶/۸ درصد در گروه تجربی و ۲۵ درصد در گروه شاهد بود.

وضع کودکان مورد بررسی از نظر استفاده روزانه از نخ دندان مناسب نبود. این میزان در کودکان تجربی و شاهد به ترتیب ۱۰/۹ و ۱۱/۷ درصد بود. ۶/۴ درصد کودکان خانواده‌های آمریکایی روزانه از نخ دندان استفاده می‌کردند. (۶) در حالی که ۴۲ درصد از دانش آموزان سال‌های آخر دبستان در شمال شرقی انتاریو کانادا ادعا کرده‌اند که دو بار در هفته از نخ دندان استفاده می‌کنند. (۷)

از نظر آخرین ملاقات با دندان پزشک هم وضع کودکان مورد مطالعه مطلوب نبود. ۵۰/۳ درصد از کودکان خانواده‌های سفید پوست آمریکایی برنامه مشخصی جهت مراجعه به دندان پزشک نداشتند. (۶) در حالی که ۸۴ درصد از دانش آموزان سال‌های آخر دبستان در شمال شرقی انتاریو کانادا ابراز کرده‌اند که سالیانه یک بار نزد دندان پزشک می‌روند. (۷)

میانگین DMFT گروه تجربی و شاهد مشابه میانگین DMFT کودکان ۱۲ ساله مدارس راهنمایی شهر تهران در سال ۱۳۷۰ بود (۳/۱۰ و ۳/۰۶ در برابر ۳/۰۹) ، ولی درصد کودکان فاقد پوسیدگی بهتر بود (۱۷/۶۸ و ۱۸/۰۵ درصد در برابر ۷/۶ درصد). (۲)

زدن با ادراک‌های مربوط به حساسیت ، شدت ، موانع و منافع رابطه به دست آمد (P=۰). بین نحوه عملکرد مسواک زدن و چهار ادراک مورد نظر نیز رابطه وجود داشت. چهار ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپرمن به دست آمده به ترتیب ۰/۳۸ ، ۰/۳۰ ، ۰/۳۳ و ۰/۳۵ بودند (P=۰/۰۰۱).

بین عملکرد استفاده از نخ دندان با چهار ادراک مطرح شده رابطه به دست آمد (در مورد ادراک منافع P=۰/۰۰۳ و در مورد سه ادراک دیگر P=۰/۰۰۰). همچنین بین عملکرد استفاده صحیح از نخ دندان و همین ادراک‌ها نیز رابطه به دست آمد. مقادیر ضریب مربوطه به ترتیب ۰/۲۹ ، ۰/۲۶ ، ۰/۲۵ و ۰/۲۴ بودند (در مورد ادراک اول P=۰/۰۰۱ و در مورد سه ادراک دیگر P=۰/۰۱).

بین شاخص بهداشت دهان و دندان با منافع درک شده در رابطه با رعایت بهداشت دهان و دندان به میزان ۰/۲۶ - همبستگی منفی کمی مشاهده شد. همچنین بین شاخص DMFT با شدت درک شده در رابطه با بیماری‌های دهان و دندان به میزان ۰/۲۸ - همبستگی منفی کم و با موانع درک شده در رابطه با رعایت بهداشت دهان و دندان به میزان ۰/۴۳ - همبستگی منفی به دست آمد.

۱۱ بحث و نتیجه‌گیری :

مقایسه نتایج این پژوهش با مطالعات دیگر نشان داد که وضع دانش آموزان مورد بررسی از نظر داشتن برنامه مشخص برای مسواک زدن بهتر است. در این مطالعه ۱۶/۳ درصد از کودکان تجربی و ۱۳/۹ درصد از کودکان شاهد روزانه مسواک نمی‌زدند. ولی در مطالعه

یافته‌های به دست آمده در مرحله اول مؤید عدم کارایی آموزش‌های معمول در زمینه بهداشت دهان و دندان در سطح مدرسه بود. نتایج به دست آمده در مرحله دوم نشان‌دهنده ضرورت برنامه‌ریزی‌های آموزشی با تکیه بر الگوی مناسب و فعال نمودن مهم‌ترین راهنماهای عمل بود. یافته‌ها نشان داد کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش دختران دانش آموز ۱۲ ساله مرکز شهر تهران مناسب است و افزایش ادراک‌های چهارگانه مطرح شده در این مدل سبب بروز رفتارهای مسواک زدن و استفاده صحیح از نخ دندان می‌شود. همچنین رفتارهای صحیح مسواک زدن و استفاده صحیح از نخ دندان تحت تأثیر ادراک‌های چهارگانه فردی در زمینه حساسیت، شدت، موانع و منافع رعایت بهداشت دهان و دندان هستند. عامل قدرتمند مدل برای بروز هر دو عملکرد، حساسیت درک شده است (۳۸/۳۰ و ۲۹/۳۰). یافته‌ها نشان داد کارکنانی که در زمینه دهان و دندان و یا بهداشت کار می‌کنند باید تلاش بیشتری در جهت تغییر این ادراک‌های چهارگانه به عمل آورند زیرا افزایش این ادراک‌ها می‌توانند در بروز رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری‌های دهان و دندان مؤثر باشند. همچنین کاهش شاخص DMFT به مقدار کمی با افزایش ادراک‌های فردی در باره شدت عوارض بیماری‌های دهان و دندان و تا حدی با موانع رعایت بهداشت دهان و دندان رابطه دارد، گرچه در نهایت اثر موانع بیشتر بوده است. کاهش شاخص بهداشت دهان و دندان نیز متأثر از افزایش ادراک‌های فردی در زمینه منافع رعایت بهداشت دهان و دندان است.

در نهایت با توجه به یافته‌های به دست آمده،

الگوی اعتقاد بهداشتی مناسب جهت آموزش بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان ۱۲ ساله با تأکید بر ادراک‌های نیازمند اصلاح پیشنهاد می‌شود. بر این اساس مهم‌ترین ادراک‌های نیازمند اصلاح پیرامون حساسیت رعایت بهداشت دهان و دندان عبارت هستند از: فقط وقتی باید نزد دندانپزشک برویم که دندانمان درد می‌کند؛ فقط غذای مناسب خوردن کافی است؛ فقط عدم وجود دندان درد به معنای سالم بودن است؛ فقط شستن دهان با آب کافی است؛ فقط عدم وجود لکه سیاه روی دندان به معنای عدم پوسیدگی دندان است؛ چون دندان‌ها و لثه سالمی دارم از پوسیدگی دندان در امانم؛ روش مسواک زدن مهم نیست و صرف مسواک زدن کافی است؛ نیازی به استفاده از نخ دندان نیست و مسواک زدن کافی است. مهم‌ترین ادراک‌های فردی نیازمند اصلاح در باره شدت بیماری‌های دهان و دندان نیز به شرح زیر هستند: پوسیدگی دندان باعث تورم و آبنه فک؛ خونریزی لثه و افتادن دندان می‌شود؛ پوسیدگی دندان‌ها می‌تواند در دراز مدت باعث ناراحتی‌های معده و بیماری‌های عفونی شود؛ ناراحتی‌های دندانی خطرناک هستند زیرا ممکن است فرد را دچار ناراحتی‌های قلبی کنند.

عمده‌ترین ادراک‌های فردی نیازمند اصلاح در زمینه موانع رعایت بهداشت دهان و دندان بدین شرح هستند: خواب‌آلودگی در هنگام شب سبب سستی در مسواک زدن می‌شود؛ پرکردن دندان‌ها خوشایند نیست؛ از آنجا که روش مسواک زدن را نمی‌دانم مسواک نمی‌زنم؛ چون مطب دندان پزشکان شلوغ است به آنجا مراجعه نمی‌کنم؛ چون هزینه درمان گران

5. Camel S. *The Health Belief Model in the research of AIDS-related prevention behavior. Public Health Rev 1986 ; 18 : 75-8*
6. Chen M. *Preventive dental behavior of white American families and the Health Belief Model. Thesis , University of Illionis at urben champaign. 1981 ; 182-5*
7. Hamilton ME , Coulby WM. *Oral health knowledge and habits of senior elementary schools. Public health dent 1991 ; 51 (4) : 219*
8. Kegeles S. *The Health Belief Model and personal health behavior. So Sci Med 1980 ; 1416 : 228-9*
9. Mcalister G , Farguhar M. *Health Belief : a cultural division ? Adv Nurs 1992 ; 17 : 1447*
10. Stein JA , etal. *Mamography usage and the Health Belief Model. Health Educ Q 1992 ; 19 (4) : 448-9*
11. Thuen F. *Preventing childhood accidents in the home : Parental behavior to reduce household hazards. Scan J Psychol 1992 ; 33 : 371-3*
12. *World health organization. Oral health for a healthy life , World health publication , 1994 ; 1 (4) : 2*
13. *World health organization. World health day, world health publication , 1995 , 1 (4) : 5*

است پس جهت درمان مراجعه نمی‌کنم؛ محل فروش نخ دندان را نمی‌دانم در نتیجه از نخ دندان استفاده نمی‌کنم؛ استفاده از نخ دندان کار سختی است و نیاز به مهارت دارد؛ صرف نظر کردن از خوردن شیرینی و شکلات و آدامس کار سختی است. همچنین مهم‌ترین ادراک‌های فردی نیازمند اصلاح در باره منافع رعایت بهداشت دهان و دندان عبارتند از: استفاده از نخ دندان می‌تواند سبب کاهش بوی دهان گردد؛ پرکردن به موقع دندان‌ها از بیماری‌های دیگر مانند آبسه در فک و عفونت جلوگیری می‌کند؛ با کاهش مصرف مواد قندی غیرضروری در بین وعده‌های اصلی غذا دندان‌ها به میزان کمتری پوسیده می‌شوند.

□ مراجع :

- ۱- بهداشت دهان و دندان. نشریه اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۳، ش ۱۷۴: ۱۵-۱۱
- ۲- پورهاشمی جلال. بررسی شیوع پوسیدگی دندان در کودکان ۱۲ ساله مدارس راهنمایی تهران. پایان نامه برای دریافت درجه دکترا تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده دندانپزشکی. ۱۳۷۰ صص ۷-۵، ۹، ۴۸ و ۸۴
- ۳- مهر حسن. جزوه رابطه پوسیدگی دندان با نوع آب آشامیدنی. انتشارات مرکز بهداشت شهرستان مراغه، ۱۳۷۳، صص ۱-۳
- ۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت. جزوه آموزش بهداشت در مراقبت‌های اولیه. ۱۳۷۵، صص ۵-۱۱