



## مقدمه

بهداشت دهان و دندان یکی از مهمترین شاخه‌های بهداشت عمومی به شمار می‌آید (۱). توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی در حوزه جلوگیری از بیماریهای مزمن و ارتقای سلامت می‌باشد. اجرای این برنامه در قالب اولویت ارتقای بهداشتی مدارس انجام می‌شود؛ بعلاوه اهداف کلی بهداشت دهان تا سال ۲۰۲۰ برای گسترش کیفیت سیستم‌های بهداشت دهان اختصاصی می‌شود (۲). بیماریهای دهان و دندان بخصوص پوسیدگی و بیماریهای پریودنتال (عفونت لثه‌ها و انساج محافظ دندانها) از جمله شایعترین بیماریهای مردم دنیا هستند. بیش از ۹۹٪ افراد جامعه انسانی به پوسیدگی دندان مبتلا می‌شوند و تنها معدود افرادی را می‌توان یافت که در طول عمر خود دچار پوسیدگی نشده باشند. با بروز تغییر و تحول شهرنشینی پوسیدگی دندان رو به افزایش نهاد و به وضع فعلی رسید (۳). اعتقاد بر این است که پلاک دندانی در ایجاد پوسیدگی دندان و بیماری پریودنتال نقش اساسی دارد (۴)؛ این لایه چسبنده تقریباً غیر قابل دید، همه روزه بر روی دندانها تشکیل می‌شود و مجموعه‌ای است از باکتری‌های زنده و خرده‌های مواد غذایی که بزاق دهان را نیز با خود به همراه دارد و در مواقع زیاد، بخصوص در خط لبه لثه قابل دید است (۲). هدف از بهداشت دهان و دندان در واقع برداشتن این لایه میکروبی از تمام سطوح دندانها است (۴).

در کشور ما بطور کلی میانگین DMFT\* از سال ۱۳۳۶ تا کنون رو به افزایش بوده است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، کشور ما در سال ۱۹۹۳ از نظر میانگین DMFT کودکان ۱۲ ساله در وضعیت متوسط قرار داشت. در سال ۱۳۷۴ میانگین DMFT ۲/۰۲ بود؛ در بررسی دیگری که در سال ۱۳۷۷ (۱۹۹۸-۱۹۹۹) از طرف دفتر بهداشت دهان و دندان انجام شد، DMFT در کودکان ۱۲ ساله برابر ۱/۵ برآورد گردید (۳). در بررسی میزان DMFT دانش‌آموزان ۱۲

ساله شهرستان اردکان در استان یزد در سال ۱۳۸۰، این میزان ۱/۴۵ برآورد گردید (۵). در مطالعه‌ای دیگر، میزان شیوع ژنژویت در دانش‌آموزان ۸ تا ۱۱ ساله مدارس ابتدایی شهر یزد ۱۰۰٪ و شدت آن در حد متوسط گزارش گردید (۶). این آمارها نشان‌دهنده نیاز شدید به برنامه‌ریزی جهت حفظ دندانهای سالم و پرکردن و حفظ دندانهایی است که پوسیده شده‌اند؛ زیرا پوسیدگی پر نشده شرایط را برای کشیدن دندان در سنین نوجوانی و جوانی فراهم می‌نماید (۳).

کنترل و جلوگیری از پوسیدگیهای دندان، می‌تواند با فلوراید درمانی، رعایت بهداشت فردی (مسواک‌زدن به طور صحیح، استفاده از نخهای مخصوص دندان، خمیر دندان، دهانشویه‌های حاوی فلوراید، عدم استفاده مفرط از مواد قندی و خودداری از خوردن مواد غذایی در دفعات مکرر) انجام شود (۷).

آموزش بهداشت دهان و دندان می‌تواند به صورت فردی یا عمومی صورت گیرد و آموزش در مورد مهارتهای بهداشت دهان و دندان و توصیه در مورد رژیم غذایی می‌تواند به صورت فردی انجام شود. آموزش بهداشت دهان و دندان، در سطح مدارس و برپایی همایشهای بهداشت دهان و دندان، نمونه‌هایی از آموزش بهداشت در سطح جامعه است (۸).

با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی و تعیین عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان، می‌توان برنامه‌ریزی آموزشی متناسب‌تری در خصوص این مقوله ارائه داد.

در دهه ۱۹۵۰، مدل اعتقاد بهداشتی<sup>†</sup> توسط گروهی از روانشناسان اجتماعی که سعی در شناسایی و تعیین نارسایی وسیعی از مردم در برنامه‌های پیشگیری یا تشخیص بیماریها داشتند، شروع شد (۹). فرض این محققین این بود که مردم از بیماریها می‌ترسند و به واسطه درجه ترس (تهدید درک‌شده) و انتظار کاهش ترس در نتیجه عمل، فعالیتهای بهداشتی مردم برانگیخته می‌شود؛ به شرطی که کاهش احتمالی مهم‌تر از موانع عملی و روانی برای انجام عمل باشد.

<sup>†</sup> Decayed Missing Filled Teeth

\* Decayed Missing Filled Teeth

HBM\* می‌تواند در چهار سازه خلاصه شود:

- ۱- حساسیت درک‌شده: عقیده شخص درباره شانس قرار گرفتن در یک موقعیت خاص
  - ۲- شدت درک‌شده: عقیده شخص در مورد این که این شرایط تا چه حد جدی است.
  - ۳- منافع درک‌شده: عقیده شخص در مورد کارایی فعالیت‌های توصیه‌شده در کاهش خطر و یا جدیت اثر
  - ۴- موانع درک‌شده: عقیده شخص در مورد هزینه‌های عینی و روانی فعالیت‌های توصیه شده.
- مفهوم دیگر، راهنمای عمل می‌باشد؛ اینها وقایع درونی یا بیرونی هستند که می‌توانند شخص را برای آمادگی جهت عمل برانگیزند. این مدل هنوز گسترده‌ترین مدل به رسمیت شناخته شده و در کاربردهای رفتار بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۰). اهمیت به کارگیری این مدل در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است (۱۱-۱۵). با توجه به شواهد و مدارک و با ملاحظه وجود مشکلات در زمینه بهداشت دهان و دندان در استان و در شهر یزد (۵، ۶) و اهمیت دختران به عنوان مادران آینده، بر آن شدیم که عوامل مرتبط با بهداشت دهان و دندان را در این شهر بر اساس مدل HBM بررسی نموده و پیشنهادات لازم را جهت به کارگیری نتایج ارائه نماییم.

## روش تحقیق

در این پژوهش مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، تعداد ۲۰۱ نفر از دختران دبیرستانی شهر یزد در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ مورد مطالعه قرار گرفتند. با ملاحظه این که واحد نمونه‌گیری کلاس بود، ۲۰۱ نفر به طریق تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. با توجه به این که آموزش و پرورش شهر یزد دارای دو ناحیه یک و دو می‌باشد، از هر ناحیه دو مدرسه و از هر مدرسه دو کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بود که

شامل یک‌سری اطلاعات فردی، سن، پایه تحصیلی، محل سکونت و شغل پدر دانش‌آموز بود. قسمت بعدی پرسشنامه شامل یک‌سری جملات نظرسنجی بود که بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی مطابق با طیف لیکرت (موافق، بی‌نظر و موافق) طرح‌ریزی شد.

شدت درک‌شده به وسیله مجموع امتیازات مربوطه به چهار عبارت در این خصوص مورد سنجش قرار گرفت (۱۲- = ۰-۱۲) و نمره کسب‌شده بیشتر نشانگر اهمیت بیشتر دختران نسبت به بهداشت دهان و دندان بود. حساسیت درک‌شده نیز به همان روش شدت درک‌شده با چهار عبارت مورد سنجش قرار گرفت (۱۲- = ۰-۱۲) دامنه.

فواید درک‌شده با پنج عبارت (۱۵- = ۰-۱۵) دامنه و موانع درک‌شده توسط شش عبارت مورد سنجش قرار گرفت (۱۸- = ۰-۱۸) دامنه. رفتارهای مربوط به بهداشت دهان و دندان نیز توسط یک‌سری سؤال در زمینه‌های استفاده از مسواک و تعویض بمو قع آن، استفاده از نخ دندان و محلول دهان‌شویه و میزان مراجعه به دندانپزشک مورد سنجش قرار گرفت (۱۵- = ۰-۱۵) دامنه نمرات).

در نهایت از دانش‌آموزان درباره منابع کسب اطلاعات بهداشت دهان و دندان به عنوان راهنمایی عمل سؤال گردید. روایی پرسشنامه از طریق نظرسنجی با چهار متخصص مربوط تأمین شده و ثبات درونی سازه‌ها از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۶-۰/۷ به دست آمد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و نیز آزمونهای همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و آزمون توکی در سطح معنی‌داری  $P \leq 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

سن افراد مورد مطالعه بین ۱۴ تا ۱۷ با میانگین  $15/2 \pm 0/85$  سال بود؛ ۶۹٪ دانش‌آموزان کلاس اول و ۲۴/۵٪ و ۶/۵٪ آنها به ترتیب کلاس دوم و سوم بودند؛

\* Health Behavior Model

همچنین ۹۶/۴٪ آنها ساکن شهر و بقیه ساکن روستا بودند. شغل پدر ۳۳/۷٪ از آنان کارمند، ۱۷/۳٪ کارگر و ۴۹٪ آزاد بود.

در این بررسی، میانگین نمره‌های شدت درک شده ۱۰/۸۴ (از مجموع ۱۲ نمره قابل اکتساب)، حساسیت درک شده ۱۰/۱۳ (از مجموع ۱۲ نمره قابل اکتساب)، فواید درک شده ۱۴/۲۴ (از مجموع ۱۵ نمره قابل اکتساب) و موانع درک شده ۱۰/۱۲ (از مجموع ۱۵ نمره قابل اکتساب)، میانگین نمره رفتار ۱۱/۶۱ (از مجموع ۱۵ نمره قابل اکتساب) بود.

ذکر این نکته ضروری است که در مورد موانع درک شده، هرچه میانگین نمره پایین‌تر باشد، شخص رفتارهای مربوط به بهداشت دهان و دندان را بیشتر انجام می‌دهد.

در این بررسی ۶۵/۵٪ از دانش‌آموزان، یک بار در شبانه‌روز و ۲۷/۵٪ بیشتر از یک بار و ۷٪ اصلاً مسواک نمی‌زدند؛ ۳۷/۵٪ از دانش‌آموزان از نخ دندان استفاده

می‌کردند و ۱۱/۱٪ هر شش ماه یک بار به دندانپزشک مراجعه می‌کردند.

۹۳/۵٪ از دانش‌آموزان اظهار داشتند که پوسیدگی دندان باعث ایجاد دردهای شدید دندانی می‌شود که نشان‌دهنده شدت درک شده بالای آنها می‌باشد. در نظرسنجی درباره جمله «من برای مبتلا شدن به پوسیدگی دندان بسیار جوان هستم.» ۳۱/۳٪ از دانش‌آموزان نظر مخالف داشتند که نشان می‌دهد حساسیت درک شده دانش‌آموزان در این مورد ضعیف می‌باشد ولی در جملات دیگر، حساسیت درک شده دانش‌آموزان خوب بود.

دانش‌آموزان در مورد منافع درک شده هم در حد بالایی بودند؛ در نظرسنجی درباره جمله «نبود وقت می‌تواند باعث شود که من بعد از صرف صبحانه نتوانم مسواک بزنم» نظر ۳۲/۵٪ دانش‌آموزان، مخالف بود ولی بطور کلی با توجه به جدول، موانع درک شده آنها در حد متوسط بود (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد وضعیت دیدگاه دانش‌آموزان نسبت به تعدادی جملات مربوط به اعتقادات فردی

جمع		مخالف		نه موافق نه مخالف		موافق		پاسخ	اعتقادات فردی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۰۰	۲۰۰	۲/۵	۵	۳	۶	۹۴/۵	۱۸۹	۱- پوسیدگی دندان باعث ایجاد درد شدید دندانی می‌شود.	شدت درک شده
۱۰۰	۲۰۱	۲	۴	۶/۵	۱۳	۹۱/۵	۱۸۴	۲- خوردن شیرینی‌جات به مقدار زیاد باعث پوسیدگی دندان می‌شود.	
۱۰۰	۲۰۱	۰	۰	۶/۵	۱۳	۹۳/۵	۱۸۸	۳- شکستن فندق و پسته با دندان باعث ایجاد درد شدید دندانی می‌شود.	
۱۰۰	۲۰۱	۳۱/۴	۶۳	۱۴/۴	۲۹	۵۴/۲	۱۰۹	۵- من برای مبتلا شدن به پوسیدگی دندان بسیار جوان هستم.	حساسیت درک شده
۱۰۰	۲۰۱	۸۸/۱	۱۷۷	۵/۹۵	۱۲	۵/۹۵	۱۲	۶- دندانهای من محکم است و شکستن فندق و پسته برای من خطری ندارد.	
۱۰۰	۲۰۱	۸۵/۵	۱۷۲	۱۰	۲۰	۴/۵	۹	۸- مصرف شیرینی به مقدار زیاد نمی‌تواند برای من پوسیدگی دندان ایجاد کند.	
۱۰۰	۲۰۰	۱	۲	۶	۱۲	۹۳	۱۸۶	۹- مسواک زدن از پوسیدگی دندان جلوگیری می‌کند.	منافع درک شده
۱۰۰	۲۰۱	۲	۴	۱۲/۹	۲۶	۸۵/۱	۱۷۱	۱۰- رعایت بهداشت دهان و دندان از صرف هزینه‌های اضافی جلوگیری می‌کند.	
۱۰۰	۲۰۰	۳۲/۵	۶۵	۲۱	۴۲	۴۶/۵	۹۳	۱۶- نبود وقت می‌تواند باعث شود که من بعد از صرف صبحانه نتوانم مسواک بزنم.	موانع درک شده
۱۰۰	۲۰۱	۸۵/۱	۱۷۱	۶	۱۲	۸/۹	۱۸	۱۸- به نظر من رعایت بهداشت دهان و دندان هزینه زیادی دارد.	
۱۰۰	۱۹۸	۵۰	۹۹	۲۵/۳	۵۰	۲۴/۷	۴۹	۱۹- طولانی بودن مسافت محل سکونت تا مطب دندانپزشک می‌تواند باعث شود که من نتوانم منظم برای معاینات مراجعه کنم.	

روز مسواک می‌زدند که نشان‌دهنده وضعیت مطلوب مسواک‌زدن در این دانش‌آموزان می‌باشد. در مطالعه خیراللهی و همکاران (۱۶) در زمینه آگاهی و نگرش و عملکرد دانشجویان دندانپزشکی که در خصوص بهداشت دهان و دندان انجام شده بود، ۶۲/۳٪ از دانشجویان یک یا دو بار در روز اقدام به مسواک‌زدن می‌نمودند. کارانزا می‌نویسد: اگر دندانها یک بار طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت با همه وسایل و با دقت تمیز شوند، کافی خواهد بود (۱۷).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مو اوع درک‌شده دانش‌آموزان دبیرستانی در خصوص بهداشت دهان و دندان بر اساس شغل پدر

شغل پدر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کارمند	۶۶	۹/۷۷	۲/۲۲
کارگر	۳۱	۱۱/۳۵	۲/۲۸
آزاد	۹۵	۱۰/۰۱	۲/۳۵
جمع	۱۹۲	۱۰/۱۴	۲/۳۵

جدول ۳- بررسی همبستگی متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان

متغیرهای مستقل	متغیر وابسته (بروز رفتار)
شدت درک‌شده	$P=0.036^*$
حساسیت درک‌شده	$P=0.074$
منافع درک‌شده	$P=0.065$
مو اوع درک‌شده	$P=0.012^*$

\* $P<0.05$  بیانگر معنی‌دار بودن همبستگی است.

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد کسب اطلاعات دانش‌آموزان از منابع اطلاعاتی در مورد بهداشت دهان و دندان

منابع کسب اطلاعات	فراوانی	درصد
تلویزیون	۱۶۸	۸۳/۶
خانواده	۱۶۷	۸۳/۱
دندانپزشک	۱۵۸	۷۸/۶
مریی بهداشت مدرسه	۱۵۰	۷۴/۶
کتاب	۱۲۲	۶۰/۷
پمفلت	۹۶	۴۷/۸
روزنامه	۶۷	۳۳/۳
پوستر	۳۹	۱۹/۴
رادیو	۳۲	۱۵/۹

این مطالعه نشان داد که در بررسی ارتباط بین میانگین نمره شاخصهای این الگو (شدت درک‌شده، حساسیت درک‌شده، مو اوع و منافع درک‌شده) و رفتار با سن دانش‌آموزان، آزمون آماری همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری را نشان نداد. در ارتباط این متغیرهای وابسته با پایه تحصیلی دانش‌آموزان هم آزمون آماری آنالیز واریانس رابطه معنی‌داری را نشان نداد.

در بررسی میانگین نمره مو اوع درک‌شده دانش‌آموزان با شغل پدر آنها، آزمون آماری آنالیز واریانس ارتباط معنی‌داری بین این دو مورد نشان داد ( $F=5/306$ ،  $df=2$ ،  $P=0/006$ ) (جدول ۲). در آزمون توکی میانگین نمره مو اوع درک‌شده دانش‌آموزانی که شغل پدرشان کارگر بود، از آنهایی که شغل پدرشان کارمند بود، بیشتر بود. در بررسی دیگر عوامل منافع درک‌شده، شدت درک‌شده و حساسیت درک‌شده و رفتار با شغل پدر دانش‌آموزان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

آزمون آماری پیرسون بین میانگین نمره شدت درک‌شده و میانگین نمره رفتار، ارتباط معنی‌داری را نشان داد و میانگین بین میانگین نمره‌های مو اوع درک‌شده و رفتار نشان داد ( $P=0/036$ ،  $r=0/148$ )؛ همچنین این آزمون ارتباط معنی‌داری بین میانگین نمره‌های مو اوع درک‌شده و رفتار، همبستگی معنی‌دار نداشتند (منافع درک‌شده و رفتار، همبستگی نزدیک به معنی‌داری داشتند)، (جدول ۳).

در بررسی توزیع فراوانی و درصد کسب اطلاعات دانش‌آموزان در زمینه بهداشت دهان و دندان مشخص شد که ۸۳/۶٪ از دانش‌آموزان اطلاعات خود را از تلویزیون به دست آورده‌اند؛ ۸۳/۱٪، ۷۸/۶٪، ۷۴/۶٪ و ۶۰/۷٪ نیز به ترتیب اطلاعات خود را از خانواده، دندانپزشک، مربی بهداشت مدرسه و کتاب به دست آورده بودند (جدول ۴).

## بحث

در پژوهش حاضر ۹۳٪ از دانش‌آموزان حداقل یک بار در

(۱۳).

با توجه به نتایج، بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه عنوان کردند که برای ابتلا به پوسیدگی دندان جوان هستند؛ نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله ممکن است جدیت موقعیتهای بهداشتی را درک کنند؛ در صورتی که خود را نسبت به آن آسیب‌پذیر احساس نکنند (۱۹)؛ بنابراین آموزش‌دهنده‌ها از جمله مربیان و معلمان باید کمک کنند که آنها با واقعیت روبه‌رو شوند (۱۹). برخورد مستقیم دانش‌آموزان با افراد هم سن و سال خودشان که مشکل زیادی در این مقوله دارند، می‌تواند قویاً روی نگرش تأثیر گذارد (۲۰) و بسیار مفید خواهد بود. در این بررسی بین منافع درک‌شده با رفتار رابطه معنی‌دار دیده نشد. در مطالعات مشابه نیز بین منافع درک‌شده و رفتار رابطه معنی‌دار گزارش شده است (۱۱-۱۵).

در این مطالعه موانع درک‌شده با رفتار ارتباط معنی‌داری را نشان می‌دهد. در بررسی صلیحی (۱۴) و زمانی (۱۵) هم این ارتباط تأیید شد؛ در مطالعه Raetzke و Kuhner این ارتباط وجود نداشت (۱۱). وقتی افراد در درک خطر ضعف داشته باشند، موانع درک‌شده به دنبال آن افزایش می‌یابد (۲۰). یکی از موانع مهم مطرح شده در مورد رعایت بهداشت دهان و دندان، کمبود وقت بود. با آموزشهای گسترده می‌توان این مورد را به حداقل رساند. از آنجا که تمرکز بر روی ارتقای کیفیت زندگی مستلزم ارتقای سبک زندگی می‌باشد (۲۱)، یکی از راهکارهای مناسب، آموزش روشهای برنامه‌ریزی و مهارتهای زندگی است.

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که میانگین اعتقادات فردی (شدت، حساسیت، فواید و موانع درک‌شده) و رفتار در سنین مختلف و پایه تحصیلی مختلف تفاوت معنی‌داری ندارد. Raetzke و Kuhner نیز در بررسی خود، نبودن رابطه بین رفتار و سن را تأیید کردند (۱۱). به نظر می‌رسد که کتابهای درسی و مربی بهداشت مدارس در زمینه آموزش بهداشت دهان و دندان موفق نبوده‌اند و باید در این زمینه تدابیری را اتخاذ نمود.

در این مطالعه ۳۷/۵٪ از دانش‌آموزان از نخ دندان استفاده می‌کردند. استفاده از نخ دندان باعث می‌شود پلاک میکروبی از نواحی بین دندان حذف شود و عدم استفاده از آن احتمال ابتلا به بیماریهای لثه را بیشتر می‌کند. در مطالعه خیراللهی و همکاران (۱۶)، ۴۲/۹٪ از دانشجویان از نخ دندان استفاده می‌کردند.

در این تحقیق تنها ۱۱/۱٪ دانش‌آموزان شش ماه یک بار به دندانپزشک مراجعه می‌کردند؛ در تحقیق خیراللهی و همکاران (۱۶)، این میزان ۱۰/۱٪ برآورد شده بود؛ این میزان در یک تحقیق مشابه توسط Silva Netto، ۴۲٪ در دانشجویان دندانپزشکی و داروسازی گزارش شده است (۱۸). در این مقوله نتیجه بررسی حاضر با مطالعه خیراللهی همخوانی دارد. کم بودن مراجعه به دندانپزشک در دانش‌آموزان می‌تواند به علت تعابیری باشد که جامعه ما از سلامت دارد؛ زیرا افراد زمانی به دندانپزشک مراجعه می‌نمایند که دچار درد شده باشند. در مطالعه حاضر هم ۵۲/۸٪ از دانش‌آموزان هنگام درد به دندانپزشک مراجعه می‌کردند؛ به نظر می‌رسد در زمینه استفاده از نخ دندان و مراجعات منظم به دندانپزشک به طور مؤثر اعتقادات دانش‌آموزان تقویت نشده است؛ بنابراین باید آموزشهای مفیدی در این زمینه داده شود.

در پژوهش حاضر، بین شدت درک‌شده و رفتارهای بهداشت دهان و دندان ارتباط وجود داشت؛ برخی مطالعات مشابه نیز، بین شدت درک‌شده و رفتار ارتباط معنی‌داری را گزارش کرده‌اند (۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶). درک افراد و ارزیابی آنها از خطر در واقع محور کاربرد این مدل می‌باشد و باید شدت درک‌شده به عنوان شکل‌دهنده رفتاری که در آن ضعف وجود دارد، توسط والدین و معلم مدرسه افزایش یابد.

در این تحقیق، بین حساسیت درک‌شده و رفتار ارتباط معنی‌داری وجود نداشت؛ این ارتباط در مطالعه صلیحی و همکاران (۱۴) و زمانی (۱۵) معنی‌دار گزارش شده است؛ اما در بررسی Raetzke و Kuhner معنی‌دار نبود. در تحقیق Barker، حساسیت در ترکیب با منافع، با رفتار رابطه داشت

## نتیجه گیری

مختلف تفاوتی دیده نشد. در مطالعه Raetzke و Kuhner

هم رفتار در بین وضعیتهای مختلف خانوادگی تفاوتی نداشت (۱۱).

این بررسی نشان داد که بیشترین منبع کسب اطلاعات دانش آموزان، تلویزیون می باشد (۸۳/۶٪). در این خصوص پیشنهاد می گردد علاوه بر تقویت برنامه های تلویزیونی از سایر روشهای آموزشی مؤثر بر رفتار مانند نمایش عملی و نقش بازی کردن استفاده شود.

این بررسی مشخص کرد موانع درک شده دانش آموزانی که شغل پدرشان کارگر است، بیشتر از افرادی می باشد که شغل پدرشان کارمند است. به نظر می رسد اعتقادات این دانش آموزان متأثر از قراردادن آنها در طبقه اجتماعی پایین تر باشد؛ بنابراین برنامه های آموزشی باید برای تقویت اعتقادات، به طور ویژه روی این طبقه متمرکز شود. در مورد شدت، حساسیت و منافع درک شده و رفتار در بین شغل های

## منابع:

- 1- Bahrami Gh. Hygiene of Mouth and Teeth in Islam. 1<sup>st</sup> ed. Qom. 2002. pp: 18-23.
- 2- World Health Organization .The objectives of WHO Global oral Health program (ORH). Available From:<http://www.who.int/oral-Health/objectives/en/index.htm>.at:18/02/2006.
- 3- Hatami H, Razavi SM, Eftekhari AH, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizadeh Ministry SMJ of Health and Medical education (IR-Iran). Text book of Public health. Vol 1. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Derakhshan Pub. 2004. pp: 483-484, 474-476.
- 4- Jafari F. Community health primary health care. 1<sup>st</sup> ed. Tehran. Maaref Pub. 1999. pp: 135, 48, 36, 8-28.
- 5- Davari A, Zareshahi DM, Mohammadi Y A survey on DMFT rate and its effective factors among 12 year old school children in Ardekan (2001). Majalle-i- Dandanpizishki. 2004; 16 (50): Supplement 1; 76.
- 6- Mirhosseini Nia M. Supervised by MR Talebi Ardekani. A survey of gengivitis prevalence and its relation with oral health among 8-11 primary school student's in Yazd. Dissertation for MD in dentistry Yazd Shahid Sadoghi University of Medical Sciences, School of Dentistry. 1999. p: 1.
- 7- Siuneet Manouchehr. Inhibiting Tooth & Gum Decay. 1<sup>st</sup> ed. Tehran; 1989. pp: 114-116.
- 8- Andolorj R. Wep fundamentals of Pediatric Dentistry. Translated by: Mahmoodian J. Tehran: Banakar Pub; 1994. pp: 42-62.
- 9- Health Behavior and health education theory research and practice. Translated by: Shafiee F. Vol. 1. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Ladan Pub. 1997. p: 64.
- 10- Campbell C. Health Curriculum Research, Mississippi Cooperative Extension Service. Health & Nutrition: Human Health, Health Education Behavior Models and Theories, A Review of The Literature, Part 1, Individual (Intrapersonal) Health Behavior Models/ Theories, Health belief Model. Available From: <http://msucares.com/health/health/appa1.htm>. at:20/05/2006.
- 11- Kuhner MK, Raetzke PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. J Periodontal. 1989; 60 (1) :51-56.
- 12- Nakazono TT, Davidson PL, Andersen RM. Oral health beliefs in diverse population. Adv Dent Res. 1997; 11 (2): 235-44.
- 13- Barker T. Role of health belief in patient compliance with preventive dental advice, community dent oral Epidemiol .1994; 22 (5pt): 327-30.
- 14- Solhi M, Shojaee Zadeh D, Seraj B, Faghih Zade. Application of HBM in oral health education. Toloo-e- Behdasht. Yazd Shahid Sadoghi University of Medical Sciences. 2003; 2 (2,3): 99.
- 15- Zamani Alavijeh, F. HBM trail in controlling tooth plaque in Araki primary school students in 2003 2004 Tabib Shargh. Zahedan University, 2005; 4 (2): Supplement 2. p: 9.
- 16- Kheirollahi H, Mazloomi SS, Ahmadi A. Knowledge & Practice of Yazd Dental students on oral health. Journal of Shahid Sadoghi University of Medical Sciences and Health services. 1998; 5 (3): 82.

- 17- Carranza FA, Newman MG. Clinical periodontology. 8<sup>th</sup> ed. St.Louis: Mosby; 1996. p:506.
- 18- Silva-Netto CR, Silva MF, Petenusci SO. Oral hygiene in university students. Rev Faculdade Odontol Lins. 01-JUL-1990; 3 (2): 3-6. Available From: [http:// www.mdconsult.com/das/citation/body/119383102-3/jorg=journal&source](http://www.mdconsult.com/das/citation/body/119383102-3/jorg=journal&source)
- 19- Butler JT. Principles of Health Education and Health Promotion .USA: Wads Worth; 2001. p: 245.
- 20- Naidoo J, Wills J. Health promotion. London: Bailliere Tindall; 2000. p: 224.
- 21- Toobert DJ, Glasgow RE, Strycker LA, Barrera M, Radcliffe JL, Wander RC, et al .Biologic and quality-of-life outcomes from the Mediterranean Life style Program: a randomized clinical trial. Diabetes Care. 2003; 26 (8): 2288-2293.



**Title:** Survey of some related factors to oral health in high school female students in Yazd, on the basis of health behavior model (HBM)

**Authors:** SS. Mazloomi Mahmoodabad<sup>1</sup>, N. Roohani Tanekaboni<sup>2</sup>

**Abstract:**

**Background and Aim:** Oral diseases are among the most prevalent diseases in the world, which usually begin during adolescence but oral health can reduce them to a great extent. This cross-sectional study which aimed at determining factors related to oral health in high school female students in Yazd on the basis of HBM (Health Belief model) was used as a framework in order to analyze the related factors of oral health behavior (OHB) during the school year 2005-2006.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional (descriptive and analytical) study 201 female high school students in Yazd were surveyed. Multistage randomized sampling was used. Means of data collection was a questionnaire designed according to oral health beliefs or OHB (perceived severity, susceptibility, benefits, barriers). The obtained data was analyzed by means of SPSS software, descriptive statistics, and Pearson coefficient tests, variance analysis, and Tukey test; and  $P \leq 0.05$  was taken as the significant level.

**Results:** The subjects of the study aged 14-17 years with a mean of  $15.2 \pm 0.8$  years. Mean of perceived barriers of the students whose fathers were clerks was 9.77 and that of students whose fathers were labourers was 11.35. Statistical variance analysis test showed a significant relationship between these two ( $P=0.006$ ,  $df=2$ ,  $F=5.306$ ). Most (65.5%) of the students brushed once a day, 37.5% of them used dental floss, and 11.1% saw a dentist every 6 months. Pearson coefficient test showed a significant relationship between perceived severity and oral health behavior/ OHB ( $P=0.036$ ,  $r=0.148$ ). Besides, perceived barriers were correlated with OHB ( $P=0.012$ ,  $r=-0.176$ ). No significant association was found between sensitivity and perceived benefits on one hand and behavior on the other.

**Conclusion:** In this study, perceived severity and barriers showed a significant correlation with the expected behavior. There was no significant relationship between sensitivity and perceived benefits with behavior. Moreover, it was found that mean grade of the students at perceived "severity", "sensitivity", and "benefits" was favorable but their behavior was not favorable with regard to it. It seems as if other factors, beyond these beliefs, are effective in the occurrence and quality of oral health behavior. Therefore, more extensive research is recommended in respect of this.

**Key Words:** Oral health; Health belief model; High school student; Female; Yazd

<sup>1</sup> Corresponding author: Associate Professor, Department of Control of Diseases, Shahid Sadooghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran mazloomi\_s@yahoo.com

<sup>2</sup> MSc. in Health Education, Yazd Shahid Sadooghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran