مقاله اصیل پژوهشی

بررسی برخی عوامل مرتبط با بهداشت دهان و دندان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانهای شهر یزد

دکتر سید سعید مظلومی محمودآباد[1]- نوشین روحانی تنکابنی[2]

چکیده

زمینه و هدف: بیماریهای دهان و دندان از جمله شایعترین بیماریهای مردم دنیا هستند که معمولاً در سنین نوجوانی آغاز می‌شود و رعایت بهداشت دهان و دندان در طیّ این دوران تأثیر بسیار زیادی بر کاهش این بیماری دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با بهداشت دهان و دندان براساس الگوی اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانهای شهر یزد انجام شد.

رو ش تحقیق: در این مطالعه مقطعی (توصیفی- تحلیلی) که در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ انجام شد، تعداد ۲۰۱ نفر از دختران دبیرستانی شهر یزد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای که بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی طراحی شده بود، استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و نیز آزمونهای همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و آزمون توکی در سطح معنی‌داری $P\leq ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: سنّ دانش‌آموزان بین ۱۴-۱۷ با میانگین ۰/۸۵±۱۵/۲سال بود. میانگین نمره موانع درک‌شده دانش‌آموزانی که شغل پدرشان کارمند بود، ۹/۷۷ و در آنهایی که شغل پدرشان کارگر بود، ۱۱/۳۵ به دست آمد. آزمون آماری آنالیز واریانس ارتباط معنی‌داری را بین این دو مورد نشان داد (F=۵/۳۰۶، df=۲، P=۰/۰۰۶). ۶۵/۵٪ دانش‌آموزان یک بار در شبانه‌روز مسواک می‌زدند؛ ۳۷/۵٪ در شبانه‌روز از نخ دندان استفاده می‌نمودند و ۱۱/۱٪ هر شش ماه یک بار به دندانپزشک مراجعه می‌کردند. در بررسی رابطه بین نمره شدّت درک‌شده و نمره رفتارهای بهداشت دهان و دندان، آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین این دو مورد نشان داد (r=۰/۱۴۸، P=۰/۰۳۶)؛ همچنین این آزمون ارتباط معنی‌داری را بین نمره موانع درک‌شده و نمره نحوه رفتار نشان داد (r =-۰/۱۷۶، P=۰/۰۱۲) ولی در مورد حساسیت و منافع درک‌شده، همبستگی معنی‌دار با رفتار مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه شدّت و موانع درک‌شده همبستگی معنی‌داری با رفتار مورد نظر داشتند. بین حساسیت و منافع درک‌شده با رفتار، همبستگی معنی‌دار مشاهده نشد؛ همچنین میانگین نمره اکتسابی دانش‌آموزان در مورد شدّت، حساسیت و منافع درک‌شده خوب بود ولی رفتار متناسب با آن مطلوب نبود. به نظر می‌رسد عوامل دیگری علاوه بر این اعتقادات در بروز و نحوه رفتارهای بهداشت دهان و دندان مؤثرند؛ بنابراین بررسیهای گسترده‌تری در این زمینه مورد نیاز است.

واژه‌های کلیدی: بهداشت دهان و دندان؛ الگوی اعتقاد بهداشتی؛ دانش‌آموز دبیرستانی؛ دختر؛ یزد

مجله علمی دانشگاه علو م پزشکی بیرجند (دو ره ۱۵؛ شماره ۳؛ پاییز ۱۳۸۷)

دریافت: ۱۳۸۵/۰۹/۲۷ پذیرش: ۱۳۸۶/۰۶/۲۷

[1] نویسنده مسؤول؛ دانشیار گروه آموزشی مبارزه با بیماریها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
آدرس: یزد- بلوار دانشجو- دانشکده بهداشت- امور پژوهشی صندوق پستی ۷۸۸- ۸۹۱۶۵
تلفن: ۰۳۵۱-۶۲۳۸۵۵۶ نمابر: ۰۳۵۱-۶۲۳۸۵۵ پست الکترو نیکی: mazloomy_s@yahoo .com
[2] دانش‌آموخته کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدو قی یزد

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 درحوزه جلوگیری از بیماریهای مزمن و ارتقای سلامت می‌باشد. اجرای این برنامه در قالب اولویت ارتقای بهداشتی مدارس انجام می‌شود؛ بعلاوه اهداف کلّی بهداشت دهان تا سال ۲۰۲۰ برای گسترش کیفیت سیستم‌های بهداشت دهان اختصاصی می‌شود (۲). بیماریهای دهان و دندان بخصوص پو سیدگی 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 معدو د افرادی را می‌توان یافت که در طول عمر خود دچار پوسیدگی نشده باشند. با برو ز تغییر و تحوّل 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 چسبندهٔ تقریباً غیر قابل دید، همه روزه بر روی دندانها تشکیل می‌شود و مجموعه‌ای است از باکتری‌های زنده و خرده‌های مو اد غذایی که بزاق دهان را نیز با خود به همراه دارد و در مو اقع زیاد، بخصو ص در خط لبه لثه قابل دید است (۲). هدف از بهداشت دهان و دندان در و اقع برداشتن این لایه میکروبی از تمام سطوح دندانها است (۴).

در کشور ما بطور کلّی میانگین DMFT* از سال۱۳۳۶ 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 (۱۹۹۹–۱۹۹۸) 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 شدّت آن در حدّ 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 مو اد غذایی در دفعات مکرّر) 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† 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 مو انع عملی و روانی برای انجام عمل باشد.

* 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- شدّت درک‌شده: عقیده شخص در مورد این که این شرایط تا چه حدّ جدّی است.

۳- منافع درک‌شده: عقیده شخص در مورد کارایی فعالیتهای توصیه‌شده در کاهش خطر و یا جدّیت 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 متعدّدی به اثبات رسیده است (۱۱-۱۵). با تو جه به شو اهد و مدارک و با ملاحظه وجود مشکلات در زمینه بهداشت دهان و دندان در استان و در شهر یزد (۶،۵) 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.

رو ش 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 تو جه 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.

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

فواید درک‌شده با پنج عبارت (۱۵-۰=دامنه) و موانع درک‌شده توسط شش عبارت مورد سنجش قرار گرفت (۱۸-۰= 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= 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 تو صیفی و نیز آزمونهای همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و آزمون توکی در سطح معنی‌داری P≤۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

سنّ افراد مورد مطالعه بین ۱۴ تا ۱۷ با میانگین ۱۵/۲±۰/۸۵ سال بود؛ ۶۹٪ دانش‌آموزان کلاس اوّل و ۲۴/۵٪ و ۶/۵٪ آنها به ترتیب کلاس دوّم و سوّم 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 شدّت درک‌شده ۱۰/۸۴ (از مجموع ۱۲ نمره قابل اکتساب)، حساسیت درک‌شده ۱۰/۱۳ (از مجموع ۱۲ نمره قابل اکتساب)، فواید درک‌شده ۱۴/۲۴ (از مجمو ع ۱۵ نمره قابل اکتساب) و موانع درک‌شده ۱۰/۱۲ (از مجمو ع ۱۵ نمره قابل اکتساب)، میانگین نمره رفتار ۱۱/۶۱ (از مجموع ۱۵ نمره قابل اکتساب) بود.

ذکر این نکته ضروری است که در مورد مو انع درک‌شده، 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 می‌شودکه نشان‌دهنده شدّت درک‌شده 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 درک‌شده دانش‌آموزان در این مورد ضعیف می‌باشد ولی در جملات دیگر، حساسیت درک‌شده دانش‌آموزان خوب بود.

دانش‌آموزان در مورد منافع درک‌شده هم در حدّ 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 کلّی با توجه به جدول، موانع درک‌شده آنها در حدّ متو سط بود (جدول ۱).

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

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

این مطالعه نشان داد که در بررسی ارتباط بین میانگین نمره شاخصهای این الگو (شدّت درک‌شده، حساسیت درک‌شده، موانع و منافع درک‌شده) و رفتار با سنّ 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 موانع درک‌شده دانش‌آموزان با شغل پدر آنها، آزمون آماری آنالیز واریانس ارتباط معنی‌داری بین این دو مورد نشان داد (F=۵/۳۰۶ ، df=۲، P=۰/۰۰۶) (جدول ۲). در آزمون توکی میانگین نمره موانع درک‌شده دانش‌آموزانی که شغل پدرشان کارگر بود، از آنهایی که شغل پدرشان کارمند بود، بیشتر بود. در بررسی دیگر عوامل منافع درک‌شده، شدّت درک‌شده و حساسیت درک‌شده و رفتار با شغل پدر دانش‌آموزان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

آزمون آماری پیرسون بین میانگین نمره شدّت درک‌شده و میانگین نمره رفتار، ارتباط معنی‌داری را نشان داد (r=۰/۱۴۸، P=۰/۰۳۶)؛ همچنین این آزمون ارتباط معنی‌داری بین میانگین نمره‌های موانع درک‌شده و رفتار نشان داد (r=-۰/۱۷۶، P=۰/۰۱۲)؛ سایر متغیرها با 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، مربّی بهداشت مدرسه و کتاب به دست آورده بودند (جدول ۴).

بحث

در پژوهش حاضر ۹۳٪ از دانش‌آموزان حداقل یک بار در 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).

جدو ل ۲- میانگین و انحراف معیار مو انع درک‌شده دانش‌آموزان دبیرستانی در خصو ص بهداشت دهان و دندان بر اساس شغل پدر

مو انع درک‌شده / 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

جدو ل۳- بررسی همبستگی متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی و رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان

متغیرهای مستقل	متغیر وابسته (بروز رفتار)
شدت درک‌شده	P=۰/۰۳۶*
حساسیت درک‌شده	P=۰/۷۴
منافع درک‌شده	P=۰/۰۶۵
مو انع درک‌شده	P=۰/۰۱۲*

*P<۰/۰۵ بیانگر معنی‌دار بودن همبستگی است.

جدو ل ٤- 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
مربی 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

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

در این تحقیق، بین حساسیت درک‌شده و رفتار ارتباط معنی‌داری وجود نداشت؛ این ارتباط در مطالعه صلحی و همکاران (۱۴) و زمانی (۱۵) معنی‌دار گزارش شده است؛ اما در بررسی Kuhner و Raetzke معنی‌دار نبود. در تحقیق Barker، حساسیت در ترکیب با منافع، با رفتار رابطه داشت (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 جدّیت 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 صلحی (۱۴) و زمانی (۱۵) هم این ارتباط تأیید شد؛ در مطالعه Kuhner و Raetzke 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 (شدّت، حساسیت، فواید و موانع درک‌شده) و رفتار در سنین مختلف و پایه تحصیلی مختلف تفاوت معنی‌داری ندارد. Kuhner و Raetzke نیز در بررسی خود، نبودن رابطه بین رفتار و سن را تایید 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.

نتیجه‌گیری

این بررسی مشخص کرد موانع درک‌شده دانش‌آموزانی که شغل پدرشان کارگر است، بیشتر از افرادی می‌باشد که شغل پدرشان کارمند است. به نظر می‌رسد اعتقادات این دانش‌آموزان متأثر از قرارداشتن آنها در طبقه اجتماعی پایین‌تر باشد؛ بنابراین برنامه‌های آموزشی باید برای تقویت اعتقادات، به طور ویژه روی این طبقه متمرکز شود. در مورد شدّت، حساسیت و منافع درک‌شده و رفتار در بین شغلهای مختلف تفاوتی دیده نشد. در مطالعه Kuhner و Raetzke هم رفتار در بین وضعیتهای مختلف خانوادگی تفاوتی نداشت (۱۱).

این بررسی نشان داد که بیشترین منبع کسب اطلاعات دانش‌آموزان، تلویزیون می‌باشد (۸۳/۶٪). در این خصوص پیشنهاد می‌گردد علاوه بر تقویت برنامه‌های تلویزیونی از سایر روشهای آموزشی مؤثر بر رفتار مانند نمایش عملی و نقش بازی کردن استفاده شود.

منابع:

1- Bahrami Gh. Hygiene of Mouth and Teeth in Islam. 1st 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.htme.at:18/02/2006.

3- Hatami H, Razavi SM, Eftekhar AH, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizadeh Ministry SMJ of Health and Medical education (IR-Iran). Text book of Public health. Vol 1. 1st ed. Tehran: Derakhshan Pub. 2004. pp: 483-484, 474-476.

4- Jafari F. Community health primary health care. 1st 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 gengivity prevalence and it's 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 Dacay. 1st 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:Shafiec F. Vol. 1. 1st 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, Mazloomy SS, Ahmadieh 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 periodentology. 8th 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

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[1], N. Roohani Tanekaboni[2]

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±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

[1] Corresponding author: Associate Professor, Department of Control of Diseases, Shahid Sadooghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran mazloomy_s@yahoo.com
[2] MSc. in Health Education, Yazd Shahid Sadooghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran