

بررسی تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از پوسیدگی دندان در مادران باردار شهر اراک

محسن شمسی*، دکتر علیرضا حیدرنیا**، دکتر شمس الدین نیکنامی**، دکتر محمد رفیعی***، محمود کریمی****

دریافت: ۹۱/۸/۲۰، پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

چکیده:

مقدمه و هدف: بهداشت دهان و دندان در گروه پرمخاطره مادران باردار به دلیل حفظ سلامت خود و جنین آنها بیشتر احساس می گردد. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر برنامه آموزشی مدون بر رفتارهای بهداشتی دهان و دندان مادران باردار می باشد. **روش کار:** در این مطالعه نیمه تجربی تعداد ۱۳۰ نفر از مادران باردار شهر اراک در دو گروه مورد و شاهد (هر کدام ۶۵ نفر) به صورت تصادفی تقسیم گردیدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد مادران باردار در خصوص مراقبتهای بهداشت دهان و دندان بوده است. گروه مورد به مدت یک ماه برنامه آموزشی دریافت و ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی هر دو گروه پرسشنامه مربوطه را تکمیل و داده ها تجزیه و تحلیل شدند. **نتایج:** بین میانگین نمره مربوط به متغیرهای اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مورد و شاهد در خصوص انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری مشاهده شد ($p < 0.05$). قبل از مداخله میانگین نمره عملکرد در گروه مورد 9.2 ± 4.5 بود که بعد از انجام مداخله آموزشی و سه ماه پیگیری به 9.7 ± 7.7 افزایش یافت که نسبت به قبل از آموزش این اختلاف معنی دار بود ($p < 0.05$). **نتیجه نهایی:** تدوین برنامه ی آموزش بهداشت دهان و دندان برای مادران باردار با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بسیار سودمند و اثربخش است. ضمن این که در اجرای این برنامه ها کنترل، پایش و پیگیری آموزشی توصیه می شود.

کلید واژه ها: مادران باردار / مدل اعتقاد بهداشتی / مراقبتهای بهداشت دهان

مقدمه:

مثال در پژوهشی در شهر اهواز میانگین DMFT برای خانمهای باردار 3.01 ± 2.36 گزارش شده است (۶). همچنین در پژوهشی با عنوان مطالعه توصیفی بهداشت و سلامت دهان در دوران بارداری در گروهی از زنان آسیایی مقیم انگلستان نشان داده شده است که حدود ۶۳٪ از مادران باردار مصرف مواد قندی را در دوران حاملگی افزایش داده و حدود ۶۵٪ از آنان تنها یک بار در روز از مسواک استفاده می کردند و حدود ۵۹٪ از زنان در هنگام مسواک زدن با مشکل خونریزی از لثه مواجه بوده اند (۷). حتی مشاهده شده است که بسیاری از مادران باردار اقدامات دندانپزشکی را برای خود و جنین مضر می دانند.

پوسیدگی دندان یکی از شایعترین بیماریهای بشر می باشد که اگرچه تمام گروههای سنی و جنسی جمعیت را تهدید می کند با این وجود برخی از گروهها در جامعه به لحاظ شرایط خاص فیزیولوژیکی بیشتر از سایرین در برابر پوسیدگی دندان آسیب پذیر می باشند (۱-۲). مطالعات نشان داده اند که التهاب شدید لثه در زنان باردار عامل خطر مهمی برای ایجاد زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن می باشد (۳-۵) اما علیرغم اهمیت این امر نتایج تحقیقات نشان داده است که زنان در دوران بارداری به قدر کافی بهداشت دهان و دندان را رعایت نمیکنند. به عنوان

* دانشجوی دوره دکتری آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک

** دانشیار گروه آموزش بهداشت دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس (Hidarnia@modares.ac.ir)

*** دانشیار گروه آمار حیاتی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک

**** دانشجوی دوره دکتری آموزش بهداشت دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

دبیرستانی در شهر یزد با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی نشان دادند که بین نمره شدت درک شده و نمره رفتار های بهداشت دهان و دندان ارتباط معنی دار وجود دارد همچنین بین موانع درک شده و رفتار نیز ارتباط معنی دار مشاهده شد ولی در مورد حساسیت درک شده و منافع درک شده با رفتار ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۱۱). همچنین مهری و همکاران نیز با استفاده از مدل ارتقاء سلامت پندر در دانشجویان دانشگاه آزاد سبزوار نشان دادند که همبستگی معنی داری بین خودکارامدی، تاثیرگذارنده های بین فردی و تعهد به طرح با رفتار بهداشت دهان و دندان وجود دارد (۱۲).

با این وجود مطالعات ذکر شده بر روی گروه دانش آموزان و دانشجویان صورت پذیرفته است که قطعاً به لحاظ فیزیولوژیک و سایر عوامل روانشناختی (همچون حساسیت درک شده نسبت به خطر پوسیدگی، شدت درک شده، موانع ادراکی و غیره) با یک مادر باردار متفاوت می باشد از طرفی مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با سایر موضوعات دیگر از جمله پیشگیری از پوکی استخوان، مراقبت از بیماری دیابت، جلوگیری از مصرف خود سرانه داروها... استفاده شده است (۱۵-۱۳). لیکن با بررسی های انجام شده تا کنون هیچ مطالعه مداخله ای مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی به منظور کاهش پوسیدگی دندان در مادران باردار در کل کشور با هدف طراحی و ارزیابی برنامه آموزشی یافت نشد که این امر مهمترین جنبه نوآوری پژوهش حاضر می باشد. پژوهش حاضر با طراحی و اجرای یک برنامه آموزشی نظاممند گامی در جهت ارتقاء سلامت مادران و کودکان آنها می باشد.

روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می باشد که جامعه مورد مطالعه آن شامل ۱۳۰ نفر از مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک بودند. نمونه ها پس از انتخاب به صورت مساوی به دو گروه مورد و شاهد هر کدام ۶۵ نفر تقسیم شدند. معیار ورود به مطالعه شامل مادران باردار ساکن در شهر اراک، دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن و داشتن رضایت آگاهانه

در نتایج مطالعه ای آمده است ۴۵ درصد زنان معتقدند، در دوران بارداری نباید اقدامات دندانپزشکی انجام دهند (۸). در جمعیت عادی بزرگسالان نیز وضعیت بهداشت دهان و دندان چندان مطلوب مشاهده نشده است به گونه ای که در مطالعه ای در شهر کرمان نشان داده شده است که ۶۶٪ از بزرگسالان شهر کرمان یک بار در روز مسواک می زنند و تنها ۸ درصد به طور مرتب از نخ دندان استفاده می نمایند (۹).

این آمارها نشان دهنده لزوم انجام برنامه ریزی برای پیشگیری از پوسیدگی دندان در تمام گروههای جمعیتی و به خصوص گروه آسیب پذیر مادران باردار می باشد. در راستای حصول به چنین هدفی محققان از مدلهای برای تغییر رفتار کمک گرفته اند که یکی از این مدلهای موثر در امر آموزش و ارتقاء سلامت مدل اعتقاد بهداشتی می باشد (۱۰).

در این مدل حساسیت درک شده نگرش مادران را در خصوص این که تا چه اندازه خود را در معرض ابتلا به پوسیدگی دندان حساس می دانند را اندازه گرفته و همچنین شدت درک شده نگرش مادران را در خصوص وخامت و عوارض ناشی از ابتلا به پوسیدگی دندان هم برای خود و هم برای جنین سنجیده که مجموع این دو عامل ایجاد تهدید درک شده در مادران نسبت به این عارضه می کند. تهدید درک شده همراه با منافع و موانع درک شده یعنی همان تجزیه و تحلیل فواید حاصل از اتخاذ مراقبتهای بهداشت دهان و دندان و تجزیه و تحلیل موانع بالقوه برای اقدامات پیشگیرانه مناسب جهت جلوگیری از ابتلا به پوسیدگی دندان در کنار توانمندی درک شده مادران جهت انجام مراقبتهای و همچنین راهنماهای عمل یا محرکهایی که از درون و بیرون بر مادر اثر می گذارند از جمله دوستان و آشنایان، دندانپزشک، ماما و یا ترس از ابتلا به عوارض ناشی از پوسیدگی یا احساس آرامش درونی به دنبال انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان مادر را به سمت انجام رفتار مناسب یعنی اقدام در جهت رعایت مراقبتهای بهداشت دهان و دندان سوق می دهد. مظلومی و همکاران در دختران دانش آموزان

جهت شرکت در مطالعه بود. معیار خروج نیز شامل اشتغال در حرفه های مرتبط با دندانپزشکی، ابتلا به بیماریهای پیشرفته دهان و دندان و همچنین عدم رضایت مادران جهت شرکت در مطالعه بوده است

مطالعه حاضر یک سو کور بوده به گونه ای که شخصی که اطلاعات پیش آزمون و پس آزمون را تجزیه تحلیل نموده است از اختصاص گروهها به مورد و شاهد اطلاعی نداشته است.

روش نمونه گیری در پژوهش حاضر به صورت چند مرحله ای و بر اساس مناطق پستی شهر اراک صورت پذیرفته است. با توجه به این که شهر اراک دارای ۳۰ منطقه پستی می باشد ابتدا از طریق نمونه گیری سیستماتیک ۱۰ منطقه پستی را بر اساس نقشه پستی شهر اراک انتخاب (از هر ۳ منطقه مجاور یکی) سپس از درون هر منطقه یک مرکز بهداشتی به تصادف (مجموعاً ۱۰ مرکز) انتخاب شده و سپس درمانگاهها به صورت تصادفی به گروههای مورد و شاهد تقسیم گردیدند. در درون هر درمانگاه نیز بر حسب جمعیت تحت پوشش تعداد خاصی از نمونه ها انتخاب گردیده اند.

در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای محقق ساخته و شامل سوالات دموگرافیک، ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و چک لیست عملکرد و به شرح ذیل بوده است.

سوالات ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده ۸ سوال (از جمله اینکه مادران تا چه حد خود را در معرض ابتلا به پوسیدگی دندان می دیدند) سوالات شدت درک شده ۷ سوال (شامل پرسش در مورد عوارضی که برای مادر یا جنین در اثر پوسیدگی دندان ایجاد میشود وغیره)، سوالات منافع درک شده ۱۰ سوال (شامل پرسش در خصوص فواید حاصل از انجام رفتارهای مراقبت بهداشت دهان و دندان و منافع شامل پیشگیری از پوسیدگی دندان و...)، موانع درک شده ۱۲ سوال (شامل مواردی همچون نا آشنا بودن با تکنیکهای صحیح مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان و...) و خودکارآمدی ۸ سوال شامل (توانایی استفاده صحیح از مسواک و نخ دندان و

غیره) راهنماهای عمل ۲ سوال (شامل منابع سوق دهنده مادر به سمت انجام مراقبتهای بهداشتی شامل دندانپزشک، ماما، همسر و...) بوده است. لازم به ذکر است که تمام سوالات بخشهای نگرشی بر اساس طیف استاندارد ۵ گزینه ای لیکرت طراحی شده است و سوالات راهنمای عمل نیز به صورت فراوانی تجمعی محاسبه شده است.

در خصوص چک لیست عملکرد نیز ۱۲ سوال در زمینه های مختلفی همچون نحوه مسواک زدن، نخ دندان کشیدن، مراجعه منظم داشتن به دندانپزشک، استفاده از دهانشویه فلوراید بعد از تهوع و استفراغ تدوین شده است. که در مورد اول با استفاده از مشاهده مستقیم عملکرد مادر بر روی ماکت دهان و دندان (مشاهده مواردی همچون زاویه حرکت صحیح مسواک بر روی قسمتهای مختلف دندان، استفاده از حرکات لرزشی در شیار لثه ای، حرکت افقی در سطح جونده و حرکت عمودی مسواک در سطح قدامی و داخلی، جدا کردن نخ دندان به اندازه مناسب، نحوه حرکت بین دندانها، پیچیدن صحیح نخ دور انگشتان و غیره) بوده است سایر عملکردهای مادران نیز به صورت خودگزارش دهی ثبت شده است.

امتیازگذاری پرسشنامه بدین صورت بود که در قسمت حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده و خود کارآمدی دامنه امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۴ متغیر بود به گونه ای که به جواب کاملاً مخالفم امتیاز صفر، مخالفم امتیاز ۱، نظری ندارم امتیاز ۲، موافقم امتیاز ۳ و کاملاً موافقم امتیاز ۴ تعلق می گرفت. در مجموع کل امتیاز هر یک از این قسمتها (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و خود کارآمدی) بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. در قسمت چک لیست عملکرد نیز به هر یک از رفتارهای صحیح امتیاز یک و به رفتار غلط امتیاز صفر تعلق گرفته است و در نهایت نمره این بخش نیز بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردیده است.

روایی ابزار جمع آوری اطلاعات از طریق روایی محتوایی و با استفاده از بررسی متون گسترده سنجیده شده است. پایایی کلی ابزار تحقیق با محاسبه آلفا کرونباخ برابر ۰/۸۴ تایید شد. در این قسمت پایایی پرسشنامه

پوستر مهارت‌های عملکردی مادران در زمینه تکنیک‌های صحیح استفاده از نخ دندان و مسواک افزایش داده شده است. بعد از مداخله آموزشی نمونه‌ها به مدت ۳ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند سپس ۲ جلسه پیگیری به مدت ۱ و ۲ ماه بعد از مداخله جهت مرور مطالب برگزار شده است و در نهایت پس از پایان ۳ ماه اطلاعات مجدداً از هر دو گروه مورد و شاهد جمع آوری شده است. جهت تجزیه تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS(16) و از طریق آزمونهای آمار توصیفی و تحلیلی شامل ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون تی و آزمون رگرسیون لجستیک برای مقایسه قبل و بعد مداخله در گروههای مورد و شاهد استفاده شده است.

نتایج:

میانگین سن مادران باردار مورد مطالعه در گروه مورد و شاهد به ترتیب $27/1 \pm 3/5$ و $29/8 \pm 4/3$ سال و میانگین مدت زمان بارداری در گروه مورد و شاهد به ترتیب 18 ± 7 و 20 ± 9 هفته بود. در این پژوهش در گروه مورد و شاهد به ترتیب 73% و 78% مادران تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بودند و از لحاظ سطح تحصیلات نیز بیشترین آنان در سطح تحصیلات راهنمایی و متوسطه بودند (جدول ۱).

حساسیت درک شده $73/0\%$ ، شدت درک شده $70/0\%$ ، منافع درک شده: $75/0\%$ ، موانع درک شده $71/0\%$ ، راهنماهای عمل $73/0\%$ ، خودکارامدی $76/0\%$ مورد تایید قرار گرفت. پایایی چک لیست عملکرد نیز با ضریب توافقی کاپای $89/0\%$ به دست آمد.

قبل از انجام مداخله آموزشی در هر دو گروه مورد و شاهد اطلاعات از طریق پرسشنامه مذکور جمع آوری و سپس مداخله آموزشی برای گروه مورد در طی یک ماه و در قالب ۴ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای به صورت‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش عملی با استفاده از ماکت دهان و دندان، مسواک، نخ دندان و همچنین استفاده از برنامه پاورپوینت انتخاب و اجرا شد مطالب و محتوی آموزشی جهت اجرای مداخله بر اساس اهداف آموزشی و برگرفته از منابع معتبر وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و بر اساس مطالبی که مادران باید در مورد نحوه صحیح مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری بدانند. همچنین با استفاده از فیلمهای آموزشی مراقبتهای دهان و دندان توانمندی مادران در این زمینه افزایش داده شد در خصوص آموزش مهارتهای عملی نیز با استفاده از ماکت دهان و دندان و همچنین استفاده از فیلم های آموزشی و تصاویر پمفلت و

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و برخی از عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر اراک

P	گروه شاهد تعداد (درصد)	گروه مورد تعداد (درصد)	مشخصات دموگرافیک سن (سال)
$X^2=0/357$ df=85	22 (34)	18 (27)	21-25
	33 (51)	36 (55)	26-30
	10 (15)	11 (18)	31-35
			سطح تحصیلات
$X^2=0/147$ df=98	6 (9)	8 (12)	ابتدایی
	17 (26)	14 (21)	راهنمایی
	24 (37)	27 (42)	متوسطه
	18 (27)	16 (24)	دانشگاهی
			درآمد ماهانه خانوار
$X^2=0/563$ df=88	17 (26)	14 (21)	کم (کمتر از ۵۰۰ هزار تومان)
	26 (40)	30 (46)	متوسط (۵۰۰-۸۰۰ هزار تومان)
	22 (34)	21 (17)	بالا (بالای ۸۰۰ هزار تومان)
			پوشش خدمات درمانی
$X^2=0/248$ df=91	51 (78)	48 (73)	بلی
	14 (21)	17 (26)	خیر
			وضعیت اشتغال
$X^2=0/658$ df=52	12 (19)	9 (15)	بلی
	53 (81)	56 (85)	خیر

با توصیف داده های گرد آوری شده در این پژوهش در جدول ۲ یافته ها نشان دادند که در قبل از مداخله هیچ گونه اختلاف معنی داری بین دو گروه مورد و شاهد از لحاظ متغیرهای نامبرده وجود ندارد. ولی بعد از مداخله آموزشی بین گروه مورد و شاهد در همه متغیرهای ذکر شده اختلاف معنی داری وجود دارد (جدول ۲).

همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمره حساسیت درک شده و عملکرد ($r=0/48$) و شدت درک شده و عملکرد ($r=0/44$) و منافع درک شده و عملکرد ($r=0/38$) و خودکارآمدی و عملکرد ($r=0/63$)، $r=0/01$) در زمینه پیشگیری از پوسیدگی دندان ارتباط مستقیم و

مثبت مشاهده شد در حالی که بین موانع درک شده در خصوص انجام رفتارهای مراقبت بهداشت دهان و دندان و عملکرد مادران در این زمینه ارتباط معکوس مشاهده شد ($r=-0/68$ و $p=0/001$) همچنین بر اساس نتایج به دست آمده نداشتن فرصت کافی جهت مراجعه به دندانپزشک و هزینه های زیاد دندانپزشکی، ترس از آسیب به جنین و خستگی و تنبلی و عدم مهارت کافی جهت استفاده صحیح از مسواک و نخ دندان به عنوان مهمترین موانع درک شده از سوی مادران گزارش شده بود. یافته های پژوهش نشان داد که میزان موانع درک شده در مادران با عملکرد ضعیف بهداشت دهان و دندان در مادران با تحصیلات پایین تر به مقدار بیشتری گزارش شده بود.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص اتخاذ رفتارهای مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک در قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیر مورد نظر	گروه	قبل از مداخله میانگین±انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین±انحراف معیار
آگاهی	مورد	۸/۲۰±۴۱	۹/۲۸±۸۵
	شاهد	۹/۱±۴۵/۲	۸/۳±۵۱
	آزمون t مستقل	P=۰/۱۹۴	p<۰/۰۰۱
حساسیت درک شده	مورد	۸/۱۴±۳۲/۶	۱۰/۱۱±۷۴/۳۶
	شاهد	۹/۸±۳۶	۹/۵±۳۹
	آزمون t مستقل	P=۰/۱۴۵	p<۰/۰۰۱
شدت درک شده	مورد	۱۰/۱۲±۶۱/۷	۱۱/۱±۸۹
	شاهد	۱۰/۱۵±۶۴/۴	۱۰/۷۱±۶۶
	آزمون t مستقل	P=۰/۳۱۲	p<۰/۰۰۱
تهدید درک شده	مورد	۱۰/۱۳±۴۷/۱۵	۱۰/۷±۸۱/۵
	شاهد	۱۰/۳±۵۰/۲	۹/۹۸±۵۲/۵
	آزمون t مستقل	P=۰/۲۶۷	p<۰/۰۰۱
منافع درک شده	مورد	۹/۷۱±۶۵/۶	۱۰/۱۲±۹۴
	شاهد	۱۰/۸±۶۱	۱۱/۸±۶۴
	آزمون t مستقل	P=۰/۲۱۲	p<۰/۰۰۱
موانع درک شده	مورد	۸/۹±۶۸	۸/۲۵±۳۷/۳
	شاهد	۸/۳±۷۱	۹/۶±۶۷
	آزمون t مستقل	P=۰/۲۰۸	p<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	مورد	۷/۱±۳۵/۶	۷/۹±۷۳/۷
	شاهد	۶/۶±۳۱/۴	۶/۸±۳۵/۱
	آزمون t مستقل	P=۰/۱۳۵	p<۰/۰۰۱
عملکرد در زمینه انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان	مورد	۹/۲±۴۵/۱	۹/۸±۷۷
	شاهد	۸/۷±۴۲/۶	۹/۱±۴۶/۵
	آزمون t مستقل	P=۰/۴۱۱	p<۰/۰۰۱

عمل داخلی و خارجی تفاوت معنی داری مشاهده نشد در حالی که ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی در گروه مورد در تمام راهنماهای عمل داخلی و خارجی اختلاف معنی داری مشاهده گردید (جدول ۳ و ۴).

همچنین جداول ۳ و ۴ نیز به تفکیک توزیع فراوانی نسبی راهنماهای عمل داخلی و خارجی را در دو گروه مورد و شاهد در قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان می دهند. در قبل از مداخله آموزشی بین دو گروه از نظر راهنماهای

جدول ۳: توزیع فراوانی راهنماهای عمل خارجی و داخلی در خصوص اتخاذ رفتارهای بهداشت دهان و دندان بر اساس نظرات مادران باردار شهر اراک قبل از مداخله آموزشی

نتیجه آزمون Chi-Square	گروه شاهد تعداد (درصد)	گروه مورد تعداد (درصد)	راهنماهای عمل
۰/۵۲۱	۳۶(۵۵)	۳۳(۵۰)	راهنماهای عمل خارجی
	۲۹(۴۴)	۳۵(۵۳)	دندانپزشک
	۳۴(۵۲)	۳۱(۴۷)	مامای درمانگاه
	۴۱(۶۳)	۳۸(۵۸)	همسر
	۳۷(۵۶)	۳۰(۴۶)	پرستل بهداشت خانواده
	۱۸(۲۹)	۲۵(۳۸)	رادیو و تلویزیون
	۱۱(۱۶)	۱۴(۲۱)	سایر اعضای خانواده و آشنایان
	۷(۱۰)	۱۲(۱۸)	سایر مادران باردار
۰/۱۲۷	۴۱(۶۲)	۳۵(۵۳)	مجله و نشریات
	۴۶(۷۰)	۴۳(۶۶)	راهنماهای عمل داخلی
	۳۷(۵۶)	۳۲(۴۹)	ترس از ابتلا به عوارض ناشی از پوسیدگی دندان بر روی سلامت جنین
			احساس سلامت و شادابی ناشی از انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان
		تجربه ناخوشایند شخصی از پوسیدگی دندان در گذشته	

جدول ۴: توزیع فراوانی راهنماهای عمل خارجی و داخلی در خصوص اتخاذ رفتارهای بهداشت دهان و دندان بر اساس نظرات مادران باردار شهر اراک بعد از مداخله آموزشی

نتیجه آزمون Chi-Square	گروه شاهد تعداد (درصد)	گروه مورد تعداد (درصد)	راهنماهای عمل
۰/۰۳۲	۳۴(۵۲)	۵۵(۸۴)	راهنماهای عمل خارجی
	۳۱(۴۷)	۴۹(۷۵)	دندانپزشک
	۳۵(۵۳)	۴۷(۷۲)	مامای درمانگاه
	۳۲(۴۹)	۴۰(۶۱)	همسر
	۲۵(۳۸)	۳۱(۴۷)	پرستل بهداشت خانواده
	۱۴(۲۱)	۲۷(۴۱)	رادیو و تلویزیون
	۱۰(۱۵)	۲۲(۳۳)	سایر اعضای خانواده و آشنایان
	۹(۱۳)	۱۸(۲۷)	سایر مادران باردار
۰/۰۴۱	۴۱(۶۳)	۵۸(۸۹)	مجله و نشریات
	۴۳(۶۶)	۵۵(۸۴)	راهنماهای عمل داخلی
	۳۱(۴۷)	۳۴(۵۲)	ترس از ابتلا به عوارض ناشی از پوسیدگی دندان بر روی سلامت جنین
		احساس سلامت و شادابی ناشی از انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان	
		تجربه ناخوشایند شخصی از پوسیدگی دندان در گذشته	

مادران خود را در این دوران مستعد ابتلا به پوسیدگی دندان نمی دیدند. خدمت و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان "ملاحظات دندانپزشکی در خانمهای باردار" بیان داشتند که تغییرات هورمونی و تغذیه ای خانم باردار شرایط مستعدی را برای ایجاد بیماریهای لثه و پوسیدگی دندانهای او فراهم می کند (۱۹). لذا لازم است که مادران در دوران بارداری از حساسیت بیشتری نسبت به ابتلا به پوسیدگی دندان برخوردار باشند. در مطالعه حاضر وجود اختلاف معنی دار در این زمینه بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد می تواند شاهد خوبی از تاثیر مداخله آموزشی بر ارتقاء حساسیت درک شده مادران در گروه مورد باشد به طوری که اکثر مادران گروه مورد بعد از مداخله آموزشی این اعتقاد را داشتند که ممکن است آنها هم در معرض خطر ابتلا به پوسیدگی دندان قرار داشته باشند که خود زمینه ساز اتخاذ رفتارهای بهداشتی از سوی مادران شده است این یافته همخوان با کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی و افزایش حساسیت درک شده مادران باردار در زمینه پیشگیری از پوکی استخوان می باشد (۱۳).

بر اساس یافته های این پژوهش روشن میشود از بین مولفه های مدل اعتقاد بهداشتی موانع ادراکی و خودکارآمدی از فاکتورهای مهم تاثیر گذار بر روی رفتار مادران بودند در مطالعه دیگری بر روی دانشجویان شهر یزد خودکارآمدی و موانع درک شده مجموعاً ۲۹ درصد واریانس رفتار از پیش بینی کرده بودند (۱۲).

صلحی و همکاران نیز در پژوهشی بیان داشتند که ارتباط بین رفتارهای بهداشت دهان و دندان، با ادراکات فردی افزایش یافته درباره شدت و منافع معنی دار می باشد و در نهایت محققین بیان می دارند که کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت دهان و دندان در جامعه مورد مطالعه (دانش آموزان) تایید گردید (۲۰). لذا کاربرد این مدل بر روی گروه دانش آموزان نیز تایید شده است با این وجود عوامل ادراکی و موانع ادراکی از دیدگاه دانش آموزان و مادران باردار به دلیل شرایط فیزیولوژیکی و سنی آنها با یکدیگر بسیار متفاوت می باشد.

آنالیز رگرسیون لجستیک برای تعیین فاکتورهای تاثیرگذار بر روی عملکرد مادران استفاده شد در این آنالیز سطح تحصیلات اثر مثبت بر روی عملکرد مادران داشته است و میزان مراقبتهای بهداشتی دهان و دندان در مادران با تحصیلات بالا به مقدار بیشتری مشاهده شد. آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که متغیرهای دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و غیره) در حدود ۴۴/۲٪ از شیوع پوسیدگی دندان در مادران باردار را پیش گویی می کنند.

بحث:

این مطالعه نشان داد که اکثر مادران مورد مطالعه در مورد اهمیت بیشتر رعایت مراقبتهای بهداشت دهان و دندان در دوره بارداری آگاهی کافی نداشتند که این امر می تواند ناشی از عدم اطلاع رسانی صحیح مراقبین مادر در دوران بارداری از جمله نقش کلیدی ماماهاى مراکز بهداشتی به عنوان اولین مراقبین مادران در طی دوران بارداری یا حتی در قبل از آن باشد در پژوهش قاری زاده و همکاران میزان آگاهی خانم های باردار (۹۴/۳٪) از روش های صحیح بهداشت دهان پائین بود (۶). معین تقوی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی بیان داشتند که ۷۸ نفر (۵۸/۵٪) آگاهی خوب، ۴۰ نفر (۲۹/۶٪) آگاهی متوسط و ۱۶ نفر (۱۱/۹٪) آگاهی ضعیف داشتند (۱۷) که همخوان با پژوهش حاضر نشان دهنده آگاهی متوسط جامعه مورد مطالعه از مراقبتهای بهداشت دهان و دندان می باشد. Tomas و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان "مراقبت بهداشت دهان و دندان در مادران باردار استرالیایی" بیان داشتند که ارتباط معنی داری بین آگاهی و عملکرد مادران با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی مادران مشاهده شد (۱۸) که با یافته های مطالعه حاضر که حاکی از آگاهی کمتر از حد متوسط مادران می باشد همخوانی ندارد.

یافته های این پژوهش نشان داد که میانگین نمره حساسیت درک شده مادران در قبل از مداخله آموزشی در هر دو گروه مورد و شاهد در شرایط یکسانی و در حد متوسطی قرار داشت به گونه ای که بیش از نیمی از

به سمت انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان تشویق می کرد احساس مسئولیت در قبال سلامتی کودک و جنین خود بود همچنین در پژوهشی با عنوان " نگرش و درک مادران از بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری نشان دادند که مادران اهمیت بیشتری را برای حفظ دندانهای کودکان (جنین) نسبت به دندانهای خودشان قایل بودند و تنها ۳۵٪ از آنان مراقبتهای دهان و دندان را در دوران بارداری انجام می دادند و ۲۷٪ آنان هزینه های مالی را یک مانع عمده گزارش کرده بودند و ۴۱٪ آنان بیماریهای لثه را در دوران بارداری تجربه کرده بودند که این امر با میزان درک آنها از مراقبتهای دهان و دندان در ارتباط بود (۳۰).

در مطالعه حاضر داشتن راهنمای عمل داخلی که فرد را از سمت درون به انجام مراقبتهای بهداشتی ترغیب می کند و مشارکت اعضای خانواده به عنوان مهمترین راهنمای عمل خارجی در انجام مراقبتها میتواند حایز اهمیت باشد در پژوهش معتمدی و همکاران نیز منبع اطلاعاتی نمونه ها شامل دوره های آموزشی ۸۷٪، کتب علمی ۳۷٪، نشریات ۷٪ و رادیو و تلویزیون نیز ۵٪ بوده است (۳۱).

نتیجه نهایی:

در مطالعه حاضر آن چه حایز اهمیت می باشد این است که کاربرد الگوی مداخلات آموزشی بوده که می تواند به برنامه ریزی صحیح آموزشی منجر می شوند و در اتخاذ رفتارهای مراقبتهای بهداشت دهان و دندان نقش به سزایی داشته باشند چنانکه استفاده از این الگو در مطالعه حاضر همراه با روشهای آموزشی خاص و بهره گیری از سایر افراد کلیدی در هر مرحله جهت تحریک و تغییر در عوامل روانشناختی - رفتاری مادران به عنوان متغیرهای پیش زمینه از جمله حساسیت، شدت، منافع درک شده و غیره (به عنوان متغیر مستقل) در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از جمله انجام مسواک و نخ دندان (به عنوان متغیر وابسته) موثر واقع شد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر این بود که از ابزار خودگزارش دهی برای گردآوری بخشی از اطلاعات در

لیندا و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند که منافع درک شده پیش گویی کننده قوی برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده از بیماریهای دهان و دندان نبودند در حالی که شدت درک شده و موانع درک شده کمتر قوی ترین پیش گویی کننده هایی بودند که درگیری فرد را در رفتارهای پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان نشان می دادند (۲۱). مطالعه یاد شده نیز همانند مطالعه حاضر نقش موانع درک شده را در اتخاذ رفتارهای مراقبتی بهداشت دهان و دندان مهم نشان داده است. در این پژوهش مادران باردار مورد مطالعه از وضعیت مناسبی در زمینه انجام مراقبتهای بهداشت دهان و دندان برخوردار نبودند یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش های مختلف در داخل و خارج از کشور و در گروههای مختلف جمعیتی از جمله مادران، دانش آموزان و بزرگسالان همسو می باشد (۲۵-۲۲، ۱۱).

در این پژوهش میانگین رفتارهای بهداشتی مادران باردار مورد بررسی کمتر از حد متوسط (۴۵ از ۱۰۰ نمره) بود شاید یکی از عوامل تاثیر گذار در این زمینه تغییر در شرایط فیزیولوژیک مادران و تغییرات هورمونی و جسمی باشد که برای مادر در این دوران رخ می دهد. در پژوهش دیگری نیز با عنوان بررسی آگاهی نگرش و عملکرد مادران باردار شهر تهران در خصوص مراقبتهای دوران بارداری نشان داده شد که عملکردهای بهداشت دهان و دندان مادران در وضعیت مطلوبی قرار ندارد (۲۶) این وضعیت در مطالعات خارج از کشور نیز مشاهده می شود (۲۸، ۲۷).

در پژوهش حاضر در بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره عملکرد در گروه مورد نسبت به گروه شاهد با اختلاف معنی داری افزایش پیدا کرد که این امر را می توان به تاثیر مثبت آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی نسبت داد. از دیگر یافته های پژوهش حاضر این بود که رفتارهای بهداشتی مادران با افزایش سطح تحصیلات آنان افزایش می یابد این یافته با سایر پژوهشهای دیگر که حاکی از تاثیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی بر رفتارهای بهداشت دهان و دندان می باشد همخوانی دارد (۱۹، ۲۹).

در مطالعه حاضر بیشترین عامل درونی که مادران را

11. Mazlumi MS, Ruhani TN. [The study of factors related to oral self-care with Health Belief Model in Yazds' high school students]. *J Med Sci Birjand Univ* 1999; 3: 40-8. (Persian)
12. Mehri A, Morowatisharifabad M. [Utilizing the health promotion model to predict oral health behaviors in the students of Islamic Azad University of Sabzevar (2008)]. *J Dent Med Tehran Univ Med Sci* 2009;22(1): 81-87.(Persian)
13. Khorsandi M, Shamsi M, Jahani F. [The effect of education based on Health Belief Model on osteoporosis preventive behaviors among pregnant women referred to Arak health centers]. *Daneshvar, Sci Res J Shahed Univ* 2010;18(89): 26-36.(Persian)
14. Shamsi M, Sharifirad G, Kachoyee A, Hassanzadeh A. [The Effect of Educational Program Walking Based on Health Belief Model on Control Suger in Woman by Type 2 Diabetics]. *Iranian J Endocrinol Metab* 2010;11(5): 490-499. (Persian)
15. Shamsi M, Bayati A, Mohamadbeygi A, Tajik R. [The Effect of educational program based on health belief model (HBM) on preventive behavior of self-medication in woman with pregnancy in Arak, Iran]. *Pejouhandeh Quarter Res J* 2010;14(6): 324-331.(Persian)
16. Hajimiri K, Sharifirad G, Hasanzade A. [The effect of oral health education based on health belief model in mothers who had 3-6 year old children on decreasing dental plaque index in Zanjan]. *J Zanjan Univ Med Sci Health Services* 2010;18(72):77. (Persian)
17. Moein Taghavi A, Aghili H, Talebi Ardakani M, Madanifar S. [An investigation on oral health and hygiene knowledge among health system personnel of Yazd in 2000]. *J Dent Yazd Univ Med Sci* 2000 ; 122(1): 5.(Persian)
18. Thomas N, Middleton P, Crowther C. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008;8(1):13.
19. Khedmat S. [Dental considerations in pregnant patients]. *J Dent Med Tehran Univ Med Sci* 1999;12(21):62.(Persian)
20. Solhi M, Zadeh DB, Serajzade F. [Application of HBM in oral health education]. *Toloo-e-Behdasht Yazd Shahid Sadoghi Univ Med Sci* 2003;2(3):99.(Persian)
21. Linda L, Hawakin C. Pridictors of oral health behaviors: examining the effect of patient perceived humanistic attiated in the contex of the health belief mode. *J Perinat Med* 2003; 11(8): 256.
22. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: Implications for birth outcomes and infant oral health. *Maternal and Child Health J* 10 (1): 169-174
23. Naderifar M, Ghaljaei F, Akbarizadeh MR.

حیطه های نگرشی مادران استفاده شد.

سپاسگزاری:

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به لحاظ تصویب و تامین مالی این طرح در قالب پایان نامه دانشجویی مقطع دکترای تخصصی رشته آموزش بهداشت با شماره ۵۱۳۳ در تاریخ ۱۳۹۰/۰۱/۱۸ مورد تصویب قرار گرفته و همچنین از مرکز بهداشت استان مرکزی شهر اراک و کلیه مادران شرکت کننده در این طرح تقدیر و تشکر می گردد.

منابع:

1. Kheirollahi H, Mazloomi SS, Haerian Ardakani A, Ahmadieh MH. [Evaluation of knowledge and attitude of Yazd dental students toward oral hygiene]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences And Health Services* 1998;6(3):83-78. (Persian)
2. Lisa B, Dorte J, Poul E. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. *J Clin Periodontol* 2003; 11(30): 949-953.
3. Offenbacher S, Lief S, Bogess KA. Maternal periodontitis and prematurity. Part 1. Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol* 2001; 6: 164-174.
4. Moore S, Ide M, Coward PY. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. *Br Dent J* 2004; 197: 251-258.
5. Mangskau KA, Arrindell B. Pregnancy and oral health: utilization of the oral health care system by pregnant women in North Dakota. *Northwest Dent* 1996 Nov-Dec;75(6):23-8.
6. Gharizadeh H, Haghdoost M, Saberhaji W, Karimi A. [A study of DMFT and oral hygiene and gingival status among pregnant women attending ahwaz health centers]. *Sci Med J* 2005; 43(40): 40-7. (Persian)
7. Ahmadian Y, Sanathhani M. [A Descriptive survey of the oral health on a group of the asian pregnant women resident in the UK]. *J Mashhad Dent School* 2004;27(3-4):93-9. (Persian)
8. Kandan PM, Menaga V, Kumar RR. Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers) . *J Pak Med Assoc* 2011 Oct;61(10):1009-14.
9. Torabi M, Karimi Afshar SA, Sheyghzadeh A, Karimi Afshar M. [Appraisal of DMET in Ker-man adults aged 35 to 44]. *J Dent Isfahan* 2009; 2: 93-8.(Persian)
10. Glanz K , B Rimer , Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 2nd ed. New York: John Wily & Sons, 2008.

- [Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old]. *Zahedan J Res Med Sci J Zahedan Univ Med Sci (Tabib-e-shargh)* 2010;12(4):43-48. (Persian)
24. Balali MF, Mahmoodi M, Hasani M. [Knowledge, attitude and practice of health workers working in the southern cities of Kerman province about oral and dental health in 2009 (Short Report)]. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2011;10(1): 69-74.(Persian)
25. Esmaeil M, Jamaloddin B, Ghasem A. [Evaluation of oral health in primary school children in Saveh, Iran]. *J Gorgan Bouyeh Faculty of Nurs Midwif* 2011;8(19): 74-80.(Persian)
26. Hajikazemi E, Oskouie F, Mohseny S, Nikpour S, Haghany H. [The relationship between knowledge, attitude, and practice of pregnant women about oral and dental care]. *Euro J Sci Res* 2008;24(4):556-62.(Persian)
27. Mona T, Lidon R, Paulo K. Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. *Am J Public Health* 2004;94(21):765.
28. Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV, et al. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol* 2005;32(2):815.
29. Asgharnia M, Mirblouk F, Faraji R. [Knowledge of post partum women about oral health]. *J Med Faculty Guilan Univ Med Sci* 2010;19(75): 46-57.(Persian)
30. Keirse M, Plutzer K. Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med* 2010; 38(1):3.
31. Motamedi B, Yasamy MT, Moazenzade M. [A survey on midwives knowledge about drug usage in pregnancy and lactation in the city of Kerman]. *J Kerman Univ Med Sci* 1995;4(2): 164-158. (Persian)