

چکیده

مقدمه

بیماری‌های دهان و دندان از دامنگیرترین بیماری‌های بشر بخصوص در بین کودکان بوده که بیش از ۹۹ درصد افراد به این بیماری دچار می‌شوند. شناخت عوامل مرتبط با ارتقاء رفتارهای موثر در کاهش ابتلا به این بیماری‌ها نقش مهمی دارد. این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش آموزان دختر پایه اول ابتدایی زابل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی تحلیلی انجام شده در سال ۱۳۹۰، ۲۸۷ نفر از دانش آموزان دختر پایه اول ابتدایی زابل به صورت چند مرحله‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با تکمیل پرسشنامه‌ی طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی جمع‌آوری گردید. روایی پرسشنامه از طریق پانل خبرگان و پایایی آن به وسیله آلفای کرونباخ تعیین شد ($N=30, \alpha=0.77$). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ۱۸ استفاده گردید.

یافته‌ها

طبق نتایج، میانگین نمره رفتار دانش آموزان ۳/۷۲ از مجموع ۱۰ نمره بود و آزمودنی‌ها نزدیک به ۳۰٪ رفتارهای مورد نظر را انجام می‌دادند. در بین متغیرهای الگوی مورد بررسی، تنها بین موانع درک شده و خودکارآمدی با رفتار همبستگی معنی‌داری مشاهده گردید، مهمترین منبع کسب اطلاعات دانش آموزان نیز والدین می‌باشد.

بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش آموزان دختر پایه اول ابتدایی زابل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی

- راضیه کیخایی^{۱*}
- فاطمه رخشانی^۲
- شاهرخ ایزدی^۳
- سیده زهرا هاشمی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان علوم پزشکی زاهدان زاهدان، ایران (نویسنده مسئول) پست الکترونیک: keykhaeirazieh@gmail.com

۲. دکترای تخصصی در رشته آموزش بهداشت، استاد، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳. دکترای تخصصی آمار و اپیدمیولوژی، دانشیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

رفتارهای بهداشت دهان و دندان در جامعه مورد بررسی ضعیف بود. بر اساس نتایج، برای برنامه‌ریزی آموزشی در جهت ارتقاء رفتارهای بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان افزایش

were collected with completing the questionnaire that was designed based on health belief model. justifiability was determined through expert panel and reliability by Cronbach's alpha (N=30, $\alpha=0.77$). SPSS18 software was used for data analysis.

Results

According to results, the mean score of student's behavior was 3.72 from 10 and approximately 30% of them performed the desired behaviors. Among studied variables in this model, there was a significant correlation between perceived barriers and self-efficacy with the behavior. Also the main source of students' information was their parents.

Conclusion

Oral health behaviors in the studied population were poor. According to the results, for improving oral health behaviors by training programs in the students, some factors such as increasing self-efficacy, overcoming the obstacles and considering the role of parents are necessary.

Keywords

oral health, health belief model, students

خودکارآمدی و رفع موانع موجود و در نظر گرفتن نقش والدین ضرورت دارد.

واژه‌های کلیدی

بهداشت دهان و دندان، الگوی اعتقاد بهداشتی، دانش آموزان

Survey of oral health behaviors and its associated factors in female students of primary schools in Zabol based on health belief model

- Keikhaee ,R^{1*}
- Rakhshani ,F²
- Izadi ,S³
- hashemi, Z⁴

Abstract

Introduction

Oral diseases are one of the most prevalent human diseases, especially among the children and more than 99% of people suffer these diseases. Factors that are associated with promotion of effective behaviors have an important role in reducing these diseases. Associated factors with oral health behaviors among female primary students were investigated in the current study, in Zabol, based on the health belief model.

Method

In this descriptive-analytical study that was conducted in 1390, 287 female primary students of Zabol were randomly selected and studied. Data

1. Master student of Health Education, zahedan university of medical sciences, student scientific research center of Zahedan university of medical science, zahedan, Iran (corresponding author) keykhaeirazieh@gmail.com

2. Ph.D in Health Education, faculty of health, Zahedan university of medical science, Zahedan, Iran
3. Ph.D in statistic and epidemiology, faculty of health, Zahedan university of medical science, Zahedan, Iran

4. Master student of health education, zahedan university of medical science, zahedan, iran

بهداشت دهان و دندان از شاخه‌های مهم بهداشت عمومی است که در سلامت افراد تأثیر بسزایی دارد (۱). سازمان بهداشت جهانی (WHO)، بهداشت دهان و دندان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر دانسته، بیان می‌دارد که بهداشت ضعیف دهان و بیماری‌های درمان نشده دهانی می‌تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی بگذارد. عدم رعایت رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان بر تغذیه، صحبت کردن، کیفیت صدا و تکلم تأثیر گذار است. لذا توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی در حوزه جلوگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت می‌باشد (۲). بیماری‌های دهان و دندان از دامنگیرترین و شایعترین بیماری‌های بشر بخصوص در بین کودکان جهان است (۳).

کودکان آینده سازان کشورند و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها آینده‌ای بهتر را نوید می‌دهد. حدود شش ماهگی دندان‌های شیری و از سن شش سالگی دندان‌های دائمی شروع به رویش می‌کنند. پوسیدگی دندان معمولاً از زمان خردسالی شروع می‌شود، ولی علائم آن ممکن است تا چند سال، هم از نظر کودک و هم از دید والدین و دندانپزشک، مخفی بماند (۴). برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان در قالب اولویت ارتقای بهداشتی مدارس انجام می‌شود؛ علاوه بر اهداف کلی بهداشت دهان تا سال ۲۰۲۰ برای گسترش کیفیت سیستم‌های بهداشت دهان اختصاص می‌یابد. درصد زیادی از انسانها دچار پوسیدگی دندان می‌شوند و تعداد کمی را می‌توان یافت که مبتلا به پوسیدگی دندان نشده باشند. با توسعه شهرنشینی و تغییر در زندگی

انسان‌ها پوسیدگی دندان رو به افزایش نهاد و به وضعیت کنونی رسید (۵).

مطالعات نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر پوسیدگی دندان در کشورهای توسعه یافته به طور چشمگیری کاهش یافته است. ارگانیزه شدن سیستماتیک مراقبت‌های دندانی باعث افزایش مراقبت‌های دندانی کودکان و نوجوانان شده است که این پیشرفت باعث تغییر الگوی پوسیدگی شده و در نتیجه سلامت دندانی کودکان بهبود یافته است (۶). ابعاد پوسیدگی‌های دندان در کشورهای در حال توسعه به اندازه‌ای وسعت یافته که به صورت همه‌گیری در آمده است و اگر به آن توجهی نشود هر روز به تعداد مبتلایان به آن افزوده خواهد شد (۷). با تلاش مؤسسات سلامت عمومی و سازمان بهداشت جهانی در ۹ کشور صنعتی میزان شیوع پوسیدگی بین سالهای ۷۳ تا ۸۳، ۳۰ تا ۵۰ درصد کاهش یافت در حالیکه از همین زمان میزان شیوع پوسیدگی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش نهاد (۸) در کشور ما تاکنون رشد پوسیدگی دندان روند صعودی داشته که ناشی از ناآگاهی و یا آگاهی بسیار ضعیف عمومی نسبت به نقش و اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان در حفظ سلامت دندان‌ها بوده است (۹).

آخرین نتایج بررسی وضعیت دهان و دندان کودکان ۳ تا ۶ ساله نشان می‌دهد که، کودکان ایرانی ۳ سالگی خود را با حدود ۲ دندان شیری پوسیده و ۶ سالگی خود را با ۵ دندان شیری پوسیده سپری می‌کنند (۷).

رفتارهای غلط تغذیه‌ای بخصوص در کودکان مانند مصرف بالای مواد قندی، شیرینی، شکلات و کمبود مصرف لبنیات باعث شیوع بالای پوسیدگی در سن بالاتر کودکان می‌شود. همچنین نهادینه نشدن عاداتی مانند تمایل به مسواک زدن و استفاده از نخ دندان باعث شیوع بالای پوسیدگی در این کودکان می‌شود که باید با ریشه‌یابی این مشکلات و انجام اقدامات

مداخله‌ای نسبت به کاهش و حذف این رفتارهای غلط تغذیه‌ای و بهداشتی اقدام نمود (۱۰). پیشگیری از بیماری که هدف تمامی شعب علم بهداشت می‌باشد تنها با شناسایی علل ایجاد کننده بیماری و نهایتاً حذف یا کنترل آنها امکان پذیر می‌باشد (۱۱). 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 کار ساز و مفید هستند. از جمله این الگوها، مدل اعتقاد بهداشتی است. این الگو در اوایل سال ۱۹۵۰ طراحی شد و به تدریج توسعه یافت (۱۲). مطالعات انجام شده نشان دادند که مدل اعتقاد بهداشتی یکی از بهترین مدل‌ها در برنامه‌های آموزش سلامت است (۱۳).

مدل اعتقاد بهداشتی که بر پیشگیری از بیماریها توجه می‌کند توسط Becker, Rosenstoch, Maiman ارائه شده است. اولین سازه این مدل درک فرد از استعداد ابتلا به یک بیماری می‌باشد. دومین سازه درک فرد از جدی بودن بیماری است. سازه سوم، درک فرد از منافع یا کارآیی رفتار توصیه شده می‌باشد. چهارمین سازه درک فرد از موانع موجود بر سر راه انجام رفتار توصیه شده می‌باشد. پس از بررسی و تجزیه و تحلیل سازه‌های مزبور، فرد در مورد انجام رفتار توصیه شده تصمیم‌گیری می‌نماید. الگوی اعتقاد بهداشتی بیان می‌دارد که مردم زمانی نسبت به پیام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها، بازخورد مناسبی از خود نشان می‌دهند که احساس کنند در معرض خطر هستند، خطری بسیار جدی آنها را تهدید می‌کند و تغییر رفتار به منظور رفع موانع موجود برای آنها منافع زیادی دارد که در این شرایط احتمالاً مداخلات آموزشی مؤثر واقع می‌شود (۱۴).

با توجه به این مدل انجام رفتار بهداشتی به دو موضوع بستگی دارد: اول برداشت فرد از میزان خطری که او را تهدید می‌کند و دوم

ارزیابی فرد از منافع و موانع درک شده عمل بهداشتی. علاوه بر موارد ذکر شده، احتمال انجام رفتار مناسب بهداشتی تحت تأثیر چندین عامل واسطه‌ای دیگر مانند ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، جنس، نژاد)، عوامل روانی اجتماعی (خصوصیات فردی، طبقه اجتماعی، همسالان) و عوامل ساختاری (اطلاعات در مورد بیماری) نیز می‌باشد. محرک‌ها هم عواملی هستند که ممکن است موجب تحریک اقدام بهداشتی شوند که این عوامل ممکن است مانند نشانه‌های بیماری درونی باشد یا مانند تبلیغات رسانه‌های گروهی، توصیه پزشک، بیماری یا مرگ نزدیکان بر اثر مشکل بهداشتی بیرونی باشد. بنابراین مراقبین بهداشتی برای بهبود سلامت فرد نیاز به تحت تأثیر قرار دادن باورهای وی دارند (۱۵).

از آنجایی که چنین مطالعه‌ای در شهر زابل انجام نشده است. لذا این بررسی با هدف تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری‌های دهان و دندان در دانش‌آموزان پایه اول ابتدایی شهر زابل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که به صورت مقطعی (cross-sectional) در سال ۱۳۹۰ انجام شد تعداد ۲۸۷ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه اول ابتدایی شهر زابل با استفاده از فرمول حجم نمونه برآورد میانگین‌ها به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که از لیست مدارس ابتدایی دخترانه دولتی، چهار مدرسه با توجه به حجم نمونه برآورد شده به صورت تصادفی انتخاب و با مراجعه به مدارس کلیه دانش‌آموزان پایه اول وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه طراحی شده بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی که به روش مصاحبه تکمیل گردید استفاده شده است. برای تأیید روایی پرسشنامه از پانل خبرگان (۱۰ نفر

متخصص در رشته‌های آموزش بهداشت و دندانپزشکی اطفال (استفاده گردید که با اصلاح بعضی آیتم‌ها پرسشنامه را مناسب توصیف کردند. پایایی پرسشنامه نیز از طریق مطالعه مقدماتی بخش که شامل مشخصات دموگرافیک (تحصیلات و شغل والدین، ۴ سوال) و بخش سنجش آگاهی (۱۳ سوال) و رفتار (۱۰ سوال) و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (۵ سوال به استثنای راهنمای عمل که شامل ۱ سوال بود) و در مجموع ۵۰ سوال تشکیل شده بود. برای پاسخ به سوالات مربوط به الگو از مقیاس لیکرت به صورت ۳-۱ امتیاز دهی شد. قابل ذکر است در بحث رفتار در این مطالعه فقط نحوه مسواک زدن و استفاده از دهانشویه مورد بررسی قرار گرفته است. داده‌ها پس از جمع آوری با آزمون‌های توصیفی و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون) در نرم افزار SPSS.18 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

نمونه مورد بررسی ۲۸۷ نفر از دانش آموزان دختر پایه اول ابتدایی مدارس دولتی شهر زابل بودند. از نظر تحصیلات والدین، ۸۶ نفر (۳۰ درصد) مادران تحصیلات دبیرستان و ۹۹ نفر (۳۴/۵ درصد) پدران تحصیلات دبیرستان داشتند. همچنین شغل ۲۳۶ نفر (۸۲/۲ درصد) از مادران خانه دار بوده و ۱۴۸ نفر (۵۱/۶ درصد) از پدران شغل آزاد داشتند.

در جامعه مورد بررسی ۸۹/۵ درصد اظهار داشتند که مسواک می‌زنند، که از این تعداد ۳۳/۸ درصد فقط یکبار و تنها ۱۳/۲ درصد آنها به روش صحیح مسواک می‌زدند. در مورد استفاده از دهانشویه نیز تنها ۴/۲ درصد آنها از دهانشویه استفاده می‌کردند و تنها ۱/۴ درصد به طریقه صحیح دهانشویه را مورد استفاده قرار می‌دادند.

جدول ۱ میانگین نمره کسب شده متغیرهای الگوی مورد بررسی را نشان می‌دهد. طبق نتایج آزمودنی‌ها به طور متوسط ۲۰/۸۰ درصد رفتارهای مرتبط با بهداشت دهان و دندان (استفاده از مسواک و دهانشویه) را انجام می‌دادند. بیشترین نمره کسب شده مربوط به منافع درک شده می‌باشد که آزمودنی‌ها به طور متوسط ۸۹/۱۷ درصد نمره قابل اکتساب منافع درک شده در مورد رعایت بهداشت دهان و دندان را بدست آوردند. کمترین نمره کسب شده مربوط به موانع درک شده و خودکارآمدی که هر دو ۶۶/۵۷ درصد نمره قابل اکتساب را بدست آوردند.

در همبستگی بین متغیرهای الگوی مورد بررسی، همبستگی معنی داری بین نمره متغیرهای موانع درک شده ($r=0/13$) و خودکارآمدی ($r=0/13$) با رفتارهای مرتبط با بهداشت دهان و دندان مشاهده گردید ($p<0/05$).

در زمینه کسب اطلاعات در مورد رفتارهای بهداشت دهان و دندان، نتایج نشان داد که بیشترین منبع کسب اطلاعات دانش آموزان والدین (۷۷/۷ درصد) می‌باشد

جدول ۱: همبستگی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتار بهداشت دهان و دندان

متغیر مورد بررسی	N	مقیاس	محدوده نمره کسب شده	میانگین و انحراف معیار	p-value
حساسیت درک شده	۵	بلی=۱ خیر=۰	۰-۵	۳/۶۹ ± ۱/۳۰	۰/۱۱
شدت درک شده	۵	موافقم=۳ مخالقم=۱	۵-۱۵	۱۲/۴۰ ± ۲/۲۲	۰/۲۷
منافع درک شده	۵	موافقم=۳ مخالقم=۱	۵-۱۵	۱۳/۳۷ ± ۱/۵۵	۰/۰۶
موانع درک شده	۵	موافقم=۱ مخافم=۳	۵-۱۵	۹/۹۸ ± ۲/۲۳	۰/۰۲
خود کارآمدی	۵	موافقم=۳ مخالقم=۱	۵-۱۵	۹/۹۸ ± ۲/۲۳	۰/۰۲
رفتار	۷	کاملاً صحیح = ۲ غلط = ۰	۰-۱۰	۳/۷۲ ± ۱/۵۱	

بحث و نتیجه گیری

رسالت اصلی بهداشت، پیشگیری است، همچنان که یکی از نکات مهم و حائز اهمیت در دستورات اسلامی، حفظ و ارتقاء سلامت و تأکید بر تقدم پیشگیری بر درمان می باشد (۱۶). جمعیت مورد بررسی در این مطالعه از لحاظ تحصیلات والدین و شغل در حد متوسط بودند. در پژوهش حاضر ۳۳/۸ درصد از دانش آموزان یکبار در روز مسواک می زدند که نشان دهنده وضعیت نامطلوب مسواک زدن در این دانش آموزان می باشد. مسواک زدن به عنوان رفتار بهداشتی در این پژوهش و هدف نهایی آموزش بهداشت مد نظر بود. کارانزا می نویسد: اگر دندان ها یک بار در طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت با همه وسایل و با دقت تمیز شوند، کافی خواهد بود (۱۷).

یکی از عناصری که می تواند از پوسیدگی دندان جلوگیری نماید عنصر فلئور است. سازمان بهداشت جهانی با تأکید بر فاکتور مهم بهداشت عمومی، نیاز به تقویت استفاده مؤثر از فلوراید برای پیشگیری از پوسیدگی های دندانی در قرن ۲۱ و توصیه فراوان به عرضه خمیر دندان های حاوی فلوراید در کشورهای در حال توسعه ادامه می دهد. در چین، تجربه پوسیدگی های دندان های

شیری زیاد است در حالی که کودکان شدت نسبتاً کمتری در الگوهای پوسیدگی دندان های دائمی نشان می دهند. با این وجود اخیراً به دلیل رشد فزاینده مصرف شیرینی ها و استفاده ناکافی از فلوراید یک رشد نسبتاً فزاینده در پوسیدگی های دندان های دائمی در بعضی از قسمت های چین مشاهده شده است (۱۸). اما در این مطالعه ۴/۲ درصد از دانش آموزان از دهانشویه سدیم فلوراید استفاده می کردند که با توجه به اهمیت استفاده از فلوراید برای پیشگیری از پوسیدگی دندان و همچنین توزیع رایگان دهانشویه سدیم فلوراید در مدارس، به تلاش بیشتری برای آموزش در رابطه با این ماده احساس می شود. در پژوهش حاضر، بین موانع درک شده و رفتار ارتباط معنی داری وجود داشت که با یافته های پژوهش های مختلف مانند بدری گرگری و سالک حدادیان (۲)، مظلومی محمود آباد و روحانی تنکابنی (۵) همسو است. اما در مطالعه کهنر و راتزاک (۱۹) این همسویی وجود ندارد. بنابراین انتظار می رود که با رفع موانع موجود بتوان رفتارهای بهداشت دهان و دندان را ارتقاء داد و باعث بهبود آنها شد.

در این مطالعه، بین حساسیت درک شده و رفتار ارتباط معنی داری وجود نداشت که با مطالعه

کهنر و راتزاک (۱۹) همخوانی دارد؛ اما این ارتباط در مطالعه صلیحی و شجاعی زاده (۲۰) معنی‌دار گزارش شده است، به طوریکه حساسیت درک شده عامل قدرتمندی در رفتار مطلوب محسوب می‌شود، همچنین در پژوهش حاضر بین شدت درک شده و رفتارهای بهداشت دهان و دندان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که با مطالعه مهری و محقق نژاد همسو است (۲۱)، که این نتیجه نشان می‌دهد که دو سازه حساسیت و شدت درک شده در گروه سنی مورد مطالعه سازه‌های مهم و قوی برای انجام رفتار بهداشت دهان و دندان محسوب نمی‌شوند.

در این پژوهش بین خودکارآمدی و رفتار ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به این معنی که هر چه خودکارآمدی و توانمندی دانش‌آموزان افزایش یابد رفتارهای بهداشت دهان و دندان آنان نیز ارتقاء می‌یابد. این نتیجه با یافته‌های مهری و محقق نژاد همسو است (۲۱)، ولی با نتایج بدری گرگری و سالک حدادیان همسو نیست (۲)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برای انجام رفتارهای مرتبط با بهداشت دهان و دندان در سنین دبستان توانمند بودن فرد نسبت به حساس بودن و احساس خطر کردن، نقش مهمتری دارد، با نظر به اینکه در مطالعه بدری گرگری و سالک حدادیان این همبستگی مشاهده نشده می‌توان به این نکته اشاره کرد که در مطالعه مذکور مراجعین به مطب‌ها متفاوت بوده‌اند ولی در مطالعه حاضر همه افراد حدود ۶ تا ۷ سال سن داشته‌اند و با ورود به مدرسه به نوعی استقلال رسیده‌اند، بنابراین با آموزشی مناسب و با تأکید بر همبستگی به دست آمده بین خودکارآمدی و رفتار می‌توان به نتایج مثبتی در

ارتقای سطح سلامت دهان و دندان کودکان دست یافت. همچنین به دلیل روش آموزش همسالان، که مشارکت خود دانش‌آموزان را در آموزش به همراه داشت باعث تقویت ادراکات و افزایش حس توانمندی آنان شده است.

نتایج نشان می‌دهد که مهمترین منبع اطلاعاتی دانش‌آموزان در زمینه رفتارهای بهداشت دهان و دندان والدین هستند. لیکن خانواده نقش بسیار مهمی در این الگوها دارد. خانواده ابعاد شناختی و اجتماعی فرد را شکل داده، سبب تقویت رفتارهای مطلوب و یادآوری کننده و نشانه‌های کلیدی برای ایجاد رفتارهای مطلوب می‌گردد (۷). لذا در برنامه‌های مداخله‌ای جهت رفتارهای بهداشت دهان و دندان باید به نقش خانواده مخصوصاً والدین توجه شود.

جنبه‌های کاربردی پژوهش حاضر این است که در برخورد با موانع مختلف از جمله، نداشتن مسواک، عدم انجام برخی از رفتارها مانند خوردن شیرینی و احساس بد از انجام رفتار، احتمال استفاده از مسواک و دهانشویه کاهش می‌یابد. یکی از راهکارهای مناسب، فراهم کردن امکانات مناسب و آموزش مناسب در مورد این رفتارها می‌باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر خودکارآمدی بر استفاده از مسواک و دهانشویه می‌توان نتیجه گرفت آموزش‌های بهداشت دهان و دندان باید به گونه‌ای صورت گیرد که از یک طرف فراگیران با استفاده از سرمشق‌ها، مدل‌ها و تجارب موفق مستقیم بر این باور برسند که آن‌ها توانایی انجام این فعالیت را دارند و از طرف دیگر موانع درک شده برطرف و ضمناً به نقش والدین توجه گردد.

References

1. ShayeghSh, Nasr Esfahani M. Knowledge and attitudes of dental students at universities across the country to provide oral health services, and health care networks in the nation, *daneshvar journal* 2007; 15(71): 53-6 [Persian]
2. BadriGargari R, SalekHadadian N. The role of factors related to perceived self-efficacy and health behavior brushing and flossing pull the visitors to the private office of Tabriz, *journal of nursing and midwifery school of Urmia* 2011; 9(3): 130-8 [Persian]
3. Alizade A, Aghili A, Safavi S. Assessment of oral health and how to brush among middle school students of zahedan. M.D.Thesis, school of dentistry, zahedan university of medical science; 2004 [Persian]
4. Naderifar M, Ghaljaei F, Akbarizadeh MR. Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old, *Zahedan journal of research in medical sciences* 2010; 12(4): 43-8 [Persian]
5. MazloomiMahmoodabad SS, RoohaniTanekaboni N. Survey of some related factors to oral health in high school female students in Yazd, on the basis of health behavior model(HBM), *Birjand journal in medical sciences* 2008; 15(3): 40-8 [Persian]
6. ALOmiri MK, AL Wahadni AM, Saeed KN. Oral health attitudes, knowledge and behavior among school children in north Jordan. *J DENT Edus* 2006; 70(2): 179-87
7. HajimiriKh, SharifiradGh, 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, *Zanjan journal of research in medical sciences* 2010; 18(72): 77-86 [Persian]
8. Haghghi F, Heidarnia A, Aghamollaei T. Effects of oral health education on health behaviors of schools students Baft city, *dentistry journal* 1997; 9(1-2): 45-52 [Persian]
9. Azarbajejani S. Integration of primacy health care in primary care dental plan network of son picked, *Isfahan health center, oral health group* 1994; 1-10 [Persian]
10. MahmoudianZh. The relationship between nutrition and dental caries in children 3 to 5 years old in the city of Ray, M.D.Thesis, Tehran university of medical science; 2003 [Persian]
11. Kouhkan A, Nasiri E. Prevalence of gingivitis in the central part of saravan schools in 2004. M.D.Thesis, school of dentistry, zahedan university of medical science; 2004 [Persian]
12. RongWS, BianJY, Wang WJ, Wang JD. department of preventive dentistry, pecking university, Beijing, China, 2003; 31(6): 412-6
13. Rahimikian F, Mirmohammadaliee, Mehran A, Abouzarigazafroudi K, Salmani borough N. Impact of education on health belief model based on the selected delivery method, *journal of nursing and midwifery of Tehran university of medical sciences (Hayat)* 2008; 14(3-4): 25-32 [Persian]
14. Mirmohammadaliee M, Modarres M, Mehran A, Ashtarimahini M. Effect of training on the prevention of sexually transmitted diseases in the health belief model couples, *journal of Tehran university of medical science* 2005; 11(3-4): 89-96 [Persian]
15. Torshizi L, Anoosheh M, Ghofranipour F, Ahmadi F, Houshyar-rad A. The effect of education based on health belief model on preventive factors of osteoporosis postmenopausal

- woman, iran nursery journal 2009; 22(59): 71-82 [Persian]
16. Delshadnoghi A. oral health and the teachings of prophet Muhammad (PBUH), journal of Rafsanjan university of medical science 2007; 6: 7-14 [Persian]
 17. Dorothy A.Perry. plaque control for the periodontal patient. Newman, Takei, Klokkevold, Carranza. Carranza's clinical periodontology. Khorsand A, Soleimani Shayeste Y, Moslemi N. Vol:1, 1nd ed. Shayan nemoudar 2006; 768-770
 18. Liu M, Zhu L, Zhang B. Changing use and knowledge of fluoride toothpaste by schoolchildren, parents and schoolteachers in Beijing, china. International dental journal 2007; 57: 187-194
 19. Kuhner MK, Raetzke PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. Periodontal journal 1989; 60: 51-6
 20. Solhi M, Shojaeizade D, Seraj B. Application of the health belief model in oral health education, toloo-behdasht 2002; 99(2)
 21. Mehri A, Mohagheghnejad M. Utilizing the health belief model to predict preventive behaviors for heart diseases in the students of Islamic azad university of Sabzvar, Toloo-behdasht 2010; 9(2-3): 21-32