

عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار براساس مدل ارتقاء سلامت

علی مهتری^{†*} - دکتر محمد علی مروتی شریف آباد^{**}
*کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار
^{**}استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

Title: Utilizing the Health Promotion Model to predict oral health behaviors in the students of Islamic Azad University of Sabzevar(2008)

Authors: Mehri A. *, Morowatisharifabad M. Assistant Professor^{**}

Address: *MSc. of Health Education, Islamic Azad University of Sabzevar unit, Sabzevar

^{**}Department of control of disease, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd

Background and Aim: It is necessary to assess health status for designing and programming about oral health behaviors. In this study the Effectiveness of Health Promotion Model in Predicting oral health among the Students of Islamic Azad University of Sabzevar was examined.

Materials and Methods: This was a descriptive-analytic, cross-sectional study. A random (stratified) sample of 250 university students in Islamic Azad university of Sabzevar, participated in the study. Appropriate instruments were designed to measure the variables of interest based on health promotion model. Reliability and validity of the instruments were examined by a panel of experts and cronbach alpha (N=30, $\alpha=0.65-0.81$) respectively. The data were analyzed by SPSS 11.5 Statistical Software using Spearman Coefficient, Path analysis based on regression and ANOVA.

Results: The mean of oral health behaviors among students was moderate (19.17±3.91 out of total 36). Statistically significant differences were found in oral health behaviors and the model variables by parent education ($P<0.05$). The results showed that the model variables were related to oral health behaviors of the students ($P<0.05$). Self-efficacy, interpersonal influences, positive emotion, perceived barriers and commitment to plan of action as variables of HPM model explained 29% of oral health behaviors among subjects within which self-efficacy was the strongest predictor ($\beta=0.252$).

Conclusion: Although the mean of oral health behaviors was moderate among the subjects, but it should be promoted because of their great importance on the individuals' health. It was concluded that the Health Promotion Model may be used as a framework for planning intervention programs in an attempt to improve the oral health behaviors of the university students.

Key Words: Health promotion model; Oral health behaviors; University students

چکیده

زمینه و هدف: نخستین گام جهت برنامه‌ریزی در زمینه بهداشت دهان و دندان تعیین عوامل موثر بر آن می‌باشد. در این مطالعه عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار براساس مدل ارتقاء سلامت (Health Promotion Model=HPM) مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به صورت مقطعی انجام شد، تعداد ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار به روش تصادفی (طبقه‌ای) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای استفاده گردید که براساس الگوی مورد بررسی طراحی شد و روایی و پایایی آن از طریق پانل خبرگان و آلفای کرونباخ مورد تایید قرار گرفت ($N=30, \alpha=0.65-0.81$) گردید. برای تجزیه و تحلیل داده از نرم‌افزار آماری SPSS11.5 و آزمون‌های همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس، آنالیز مسیر مبتنی بر رگرسیون استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین رفتارهای بهداشتی دهان و دندان جامعه مورد بررسی در حد متوسط بود (19.17 ± 3.91 از مجموع ۳۶ امتیاز). اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین رفتارهای بهداشتی و الگو برحسب تحصیلات والدین مشاهده گردید ($P<0.05$). همبستگی معنی‌داری بین تمام متغیرهای مدل مورد بررسی مشاهده گردید.

† مؤلف مسؤول: نشانی: سبزوار - خیابان دانشگاه - دانشگاه آزاد اسلامی - گروه بهداشت
تلفن: ۰۵۷۱۲۶۴۶۸۱۰ نشانی الکترونیک: alimehri1885@yahoo.com

($p < 0/5$). متغیرهای خودکارآمدی، تأثیرگذارنده‌های بین فردی، احساس مثبت مرتبط با رفتار، موانع و تعهد به طرح در مجموع ۲۹٪ واریانس رفتارهای بهداشتی دهان و دندان را توضیح می‌دادند که اثر مستقیم خود کارآمدی ($\beta = 0/252$) بیش از سایر متغیرها بود.

نتیجه گیری: اگرچه رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در جامعه مورد بررسی در حد متوسط بود ولی با توجه به اهمیت و تأثیر بهداشت دهان و دندان بر سلامت کلی افراد، باید رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در دانشجویان ارتقاء یابد. نتایج این بررسی کارایی مدل ارتقاء سلامت را در پیشگویی رفتارهای بهداشتی دهان و دندان مورد نشان داد لذا این مدل می‌تواند به عنوان یک مدل مناسب در برنامه‌های ارتقاء سلامت دهان و دندان دانشجویان بکار برده شود.

کلید واژه‌ها: الگوی ارتقاء سلامت؛ بهداشت دهان و دندان؛ دانشجویان

تاریخ وصول: ۸۷/۰۸/۲۰ اصلاح نهایی: ۸۸/۰۲/۱۴ تأیید چاپ: ۸۸/۰۲/۲۸

مقدمه

نتایج مطالعه خسروی بر روی جمعیت افراد ۲۰-۴۰ ساله شهر بابل

نشان داد که اکثر افراد آگاهی و عملکرد متوسطی از نظر بهداشت دهان و دندان دارند (۹). در مطالعه‌ای بر روی کارکنان مراکز بهداشت شهرستان مشهد مشخص شد که از ۱۸۶ نفر کارمند مورد بررسی ۲۳٪ دارای آگاهی خوب، ۲/۲٪ دارای نگرش خوب و ۹/۲٪ دارای عملکرد خوب از نظر بهداشت دهان و دندان بودند (۱۰). در مطالعه دیگری بزرگ در زمینه بررسی میزان آگاهی و نگرش و رفتار نسبت به بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران مشخص شد که اکثریت آنها از آگاهی خوبی برخوردار بودند اما رفتار بهداشتی آنان در حد متوسط می‌باشد (۱۱).

در مطالعات فوق وضعیت بهداشت دهان و دندان مورد بررسی قرار گرفته است، ولی اشاره‌ای به عوامل تعیین کننده آن نشده است. در این مطالعه سعی شده تا این دو عامل مورد بررسی قرار گیرد. در این مطالعه از تئوری ارتقاء سلامت برای تعیین عوامل موثر بر بهداشت دهان و دندان استفاده گردید، به دو دلیل:

۱- اینکه اثر بخشی برنامه‌ای آموزش بهداشت به مقدار زیادی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌های مورد استفاده در آموزش بهداشت بستگی دارد. یعنی هر قدر پشتوانه تئوریک مناسب به همراه نیازهای اساسی بهداشتی جامعه وجود داشته باشد اثر بخشی برنامه‌های آموزشی بیشتر خواهد بود (۱۲).

۲- نتایج مطالعات صلحی، ساروی، تیموری و مروتی (۱۳-۱۷) نشان داد که الگوی ارتقاء سلامت می‌تواند به عنوان یک الگوی مناسب برای پیشگویی و مداخله رفتارهای بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

مدل ارتقاء سلامت (health promotion model)

این مدل در سال ۱۹۸۲ توسط پندر (Pender) ارائه شد این مدل ارتقاء سلامت برای هر رفتار بهداشتی که در آن تهدید به عنوان یک

انسان امروزی به جهت نحوه زندگی و عادات غذایی مستعدترین موجود نسبت به پوسیدگی دندان است، بطوری که ۹۹٪ افراد در طول زندگی به آن گرفتار می‌شوند. پوسیدگی دندان مرحله‌ای از فرسایش و تخریب دندان می‌باشد که به علل میکروبی و پیشرفت در تخریب مینای دندان و از بین رفتن مواد معدنی آن حاصل می‌شود. حدود ۳۷٪ دندان‌ها توسط پوسیدگی از بین می‌روند (۱-۳).

مهم‌ترین راه کاهش پوسیدگی دندان روی آوردن به امر پیشگیری است و نخستین گام در پیشگیری نیز ارتقاء فرهنگ بهداشت و پیشگیری در مردم است (۴). در کشورهای پیشرفته جهان اقدامات بسیاری در جهت پیشگیری از این بیماری صورت گرفته است که کاربرد وسیع فلوراید به اشکال مختلف مصرف، ارتقاء بهداشت دهان، تغییر عادات بهداشتی و کاهش مصرف مواد قندی از جمله این اقدامات می‌باشد. در کشور ما طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در PHC از سال ۱۳۷۴ با هدف ارتقاء سلامت دهان و دندان جامعه انجام شد (۵). ارتقاء سلامت دهان و دندان تلاش‌هایی است که جهت افزایش سلامت و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان از طریق سه عنصر آموزش بهداشت، پیشگیری و حفظ سلامتی انجام می‌شود (۶). با آموزش بهداشت می‌توان ۸۰٪ موارد بیماری‌های دهان و دندان را کاهش داد. ۲۰٪ موارد دیگر در اختیار انسان نیست (۷). آموزش بهداشت مجموعه آگاهی‌ها و تجربیاتی است که رفتارهای بهداشتی افراد با کسب آنها و متناسب با آنها تغییر می‌یابد (WHO). چون این مسئله دارای چهار مرحله آگاه شدن، باور کردن، عمل کردن و عادت کردن می‌باشد، بنابراین برای برنامه‌ریزی صحیح در زمینه بهداشت و پیشگیری اصل مهم، در نظر گرفتن وضعیت بهداشتی جامعه می‌باشد (۸).

تحلیلی که به صورت مقطعی (cross sectional) انجام شد تعداد ۲۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار (۱۲۵ نفر مرد، ۱۲۵ نفر زن) به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند مورد بررسی قرار گرفتند برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای استفاده گردید که براساس الگوی مورد بررسی طراحی شد و به روش خود ایفا تکمیل گردید.

روش جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه مورد استفاده: پرسشنامه از دو بخش مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات والدین) و ۴۵ سوال که متغیرهای مدل مورد بررسی را مورد سنجش قرار می‌داند تشکیل شده بود (جدول ۱). پاسخ هر سوال به صورت مقیاس لیکرت درجه بندی شده بود. روایی پرسشنامه از طریق پانل خبرگان و پایایی آن از طریق آزمون آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت.

روش تحلیل آماری: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ۱۱/۵ و آزمون‌های آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز مسیر مبتنی بر رگرسیون استفاده گردید

یافته‌ها

میانگین سنی جامعه مورد بررسی $22/06 \pm 4/17$ سال ($R=18-43$) بود. اکثر والدین (۳۳٪) افراد مورد بررسی دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بودند. نتایج آنالیز واریانس نشان داد که اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین‌های متغیرهای رفتارهای بهداشتی و الگو برحسب تحصیلات والدین وجود داشت ($p < 0/05$). بطوریکه با افزایش سطح تحصیلات میانگین‌های متغیرهای مورد نظر افزایش می‌یابد (جدول ۲). نتایج نشان داد که آزمودنی‌ها به طور متوسط ۹۳٪ نمره قابل اکتساب احساس منفی و ۸۵٪ نمره قابل اکتساب منافع درک شده را بدست آوردند و ۵۳٪ آنان رفتارهای بهداشت دهان و دندان را انجام می‌دهند. در ضمن ۴۴٪ برای انجام رفتاری‌های بهداشتی دارای برنامه منظم بودند که متعهد به انجام آن بودند (جدول ۳).

در این مطالعه همبستگی معنی‌دار آماری بین متغیرهای مدل مورد بررسی با رفتارهای بهداشت دهان و دندان مشاهده گردید. خودکارآمدی ($r=0/396$)، احساس مثبت ($r=0/359$) و منافع درک شده ($r=0/304$) بیشترین همبستگی مثبت آماری را با رفتارهای بهداشت دهان و دندان داشتند ($p < 0/01$). درحالی‌که موانع درک شده

منبع مهم انگیزه برای رفتار مطرح نیست قابلیت کاربرد دارد. این الگو چگونگی تصمیم‌گیری افراد درمورد یک رفتار خاص ارتقاء سلامت را توصیف می‌کند و متمرکز بر حرکت افراد به سمت وضعیتی مثبت و برای افزایش تندرستی است مدل فوق بر اهمیت فرآیندهای شناختی در کنترل رفتار تأکید دارد. این مدل از اجزای زیرتشکیل شده است:

۱- منافع درک شده (Perceived benefits of action): نمایش روانی پیامدهای مثبت یا تقویت‌کننده یک رفتار.

۲- موانع درک شده (Perceived barriers of action): سدها، پیچیدگی و هزینه‌ای شخصی انجام یک رفتار خاص.

۳- خودکارآمدی درک شده (Perceived self efficacy): قضاوت توانایی شخصی در سازماندهی و اجرای یک رشته از فعالیت.

۴- احساس مرتبط با رفتار (Activity related affect): حالت‌های احساس انتزاعی بر پایه تناسب‌های تحریکی مرتبط با حادثه رفتاری.

۵- تاثیر گذارنده‌های بین فردی (Interpersonal influences): شناخت‌هایی مرتبط با رفتارها، عقاید یا نگرش‌های دیگران.

۶- تاثیر گذارنده‌های وضعیتی (Situational influences): ادراکات فردی از هر وضعیت یا زمینه‌ای که بتواند رفتار را تسهیل نموده و یا مانع شود.

۷- تعهد به طرح (Commitment to plan of action): تعهد به انجام یک عمل بخصوص بدون توجه به ترجیحات رقابت‌کننده.

۸- الگو (Pattern): عوامل راهنما برای تغییر رفتار یا اتخاذ تصمیم بهداشتی.

۹- رفتار (Behavior): یک عمل که در یک زمان بخصوصی انجام شود و در اصطلاحاتی از خود عمل، زمینه و هدف توصیف شود.

طبق این مدل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به عنوان فعالیت‌هایی در نظر گرفته می‌شوند که بر پایه سبک زندگی افراد عملیاتی می‌شوند. به عبارت دیگر، مدل ارتقاء سلامت تلاشی است جهت ترسیم طبیعت چند بعدی افراد که در تعامل با محیط فیزیکی و بین فردی به دنبال سلامتی هستند (۱۸، ۱۵، ۱۴).

روش بررسی

جمعیت مورد بررسی و روش نمونه‌گیری: در این مطالعه توصیفی -

جدول ۱- تعداد سوالات، دامنه امتیازات، میانگین، انحراف معیار و درصد متوسط از ماکزیمم متغیرهای الگوی مورد بررسی

متغیر	تعداد سوالات	نمونه سوال	مقیاس لیکرت	دامنه امتیازات
خودکارآمدی	۸	فکر می‌کنید تا چه حد قادرید مسواک بزنید حتی اگر خسته باشید	خیلی زیاد=۴ اصلا=۱	۸-۳۲
احساس مثبت	۳	تا چه حد احساس شادابی هنگام مسواک زدن می‌کنید	خیلی زیاد=۵ اصلا=۱	۳-۱۵
احساس منفی	۳	تا چه حد احساس انجام کار بیهوده هنگام مسواک زدن می‌کنید	خیلی زیاد=۱ اصلا=۵	۳-۱۵
منافع درک شده	۵	مسواک زدن باعث رفع بوی بد دهان می‌شود	کاملاً موافق=۵ کاملاً مخالف=۱	۵-۲۵
موانع درک شده	۶	خستگی تا چه حد باعث می‌شود شما بهداشت دهان و دندان را رعایت نکنید	خیلی زیاد=۱ اصلا=۵	۴-۲۴
تأثیر گذارنده‌های بین فردی	۳	فکر می‌کنید والدین شما چقدر از شما انتظار دارند تا مراقب سلامت دهان و دندانتان باشید	خیلی زیاد=۴ اصلا=۱	۳-۱۲
تأثیر گذارنده‌های وضعیتی	۳	وضعیت رعایت بهداشت دهان و دندان در خانواده شما چگونه است	کاملاً رعایت می‌کنند=۴ اصلاً رعایت نمی‌کنند=۱	۳-۱۲
تعهد به طرح	۲	آیا برای مسواک زدن دارای یک برنامه منظم که متعهد به رعایت آن باشید، هستید؟	بلی=۱ خیر=۰	۰-۲
الگو	۳	آیا تا به حال برنامه‌ای را چ به بهداشت دهان و دندان از تلویزیون تماشا کرده‌اید؟	بلی=۱ خیر=۰	۰-۳
رقتار	۹	تا چه حد بعد از هر وعده غذایی مسواک می‌زنید	همیشه=۴ هیچ وقت=۱	۹-۳۶

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار رفتارهای بهداشتی و الگو

الگو	رفتارهای بهداشتی	متغیر سطح تحصیلات
۵/۱۹±۱/۹۱	۱۷/۹۵±۲/۳۱	بیسواد
۶/۷۱±۱/۹۹	۱۸/۶۲±۴/۱۴	ابتدایی و راهنمایی
۷/۳۰±۱/۸۵	۱۹/۰۵±۳/۶۴	دبیرستان و دیپلم
۷/۵۵±۱/۷۱	۲۰/۶۳±۳/۵۶	بالتر از دیپلم
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	p.value
۵/۸۸±۲/۰۱	۱۸/۰۰±۳/۵۳	بیسواد
۶/۶۰±۲/۱۵	۱۸/۹۵±۴/۱۵	ابتدایی و راهنمایی
۷/۴۵±۱/۶۸	۱۹/۱۶±۳/۵۰	دبیرستان و دیپلم
۷/۵۱±۱/۷۳	۲۰/۵۱±۴/۰۱	بالتر از دیپلم
<۰/۰۰۱	۰/۰۳	p.value

نتایج آنالیز مسیر نشان می‌دهد که متغیرهای خودکارآمدی ($\beta=0/252$)، همبستگی منفی معنی‌داری با رفتارهای بهداشتی داشتند (جدول ۳). تأثیر گذارنده‌های بین فردی ($\beta=0/121$)، احساس مثبت ($\beta=0/219$)، موانع منفی معنی‌داری با رفتارهای بهداشتی داشتند (جدول ۳). تأثیر گذارنده‌های بین فردی ($\beta=0/121$)، احساس مثبت ($\beta=0/219$)، موانع منفی معنی‌داری با رفتارهای بهداشتی داشتند (جدول ۳). نتایج آنالیز مسیر نشان می‌دهد که متغیرهای خودکارآمدی ($\beta=0/252$)، همبستگی منفی معنی‌داری با رفتارهای بهداشتی داشتند (جدول ۳). تأثیر گذارنده‌های بین فردی ($\beta=0/121$)، احساس مثبت ($\beta=0/219$)، موانع منفی معنی‌داری با رفتارهای بهداشتی داشتند (جدول ۳). نتایج آنالیز مسیر نشان می‌دهد که متغیرهای خودکارآمدی ($\beta=0/252$)، همبستگی منفی معنی‌داری با رفتارهای بهداشتی داشتند (جدول ۳). تأثیر گذارنده‌های بین فردی ($\beta=0/121$)، احساس مثبت ($\beta=0/219$)، موانع منفی معنی‌داری با رفتارهای بهداشتی داشتند (جدول ۳).

جدول ۳- ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای مدل مورد بررسی

متغیرهای مدل مورد بررسی	میانگین و انحراف معیار	درصد متوسط از میانگین	همبستگی با رفتار
خود کارآمدی	۱۹/۶۳±۴/۹۷	۶۳	۰/۳۹۶**
احساس مثبت	۱۱/۳۸±۲/۸۶	۷۵	۰/۳۵۹**
احساس منفی	۱۳/۹۸±۱/۶۷	۹۳	-۰/۱۴۹*
منافع درک شده	۲۱/۲۸±۳/۵۱	۸۵	۰/۳۰۴**
موانع درک شده	۱۲/۷۶±۳/۸۱	۵۳	-۰/۲۲۱**
تأثیر گذارنده های بین فردی	۸/۷۶±۲/۱۹	۷۳	۰/۱۴۵*
تأثیر گذارنده های وضعیتی	۸/۸۳±۲/۲۳	۷۳	۰/۱۵۸*
تعهد به طرح	۰/۸۸±۰/۴۹	۴۴	۰/۲۵۷**
الگو	۱/۹۱±۰/۸۴	۶۳	۰/۱۵۸*
رفتار	۱۹/۱۷±۳/۹۱	۵۳	۱

*معنی دار در سطح ۰/۰۵

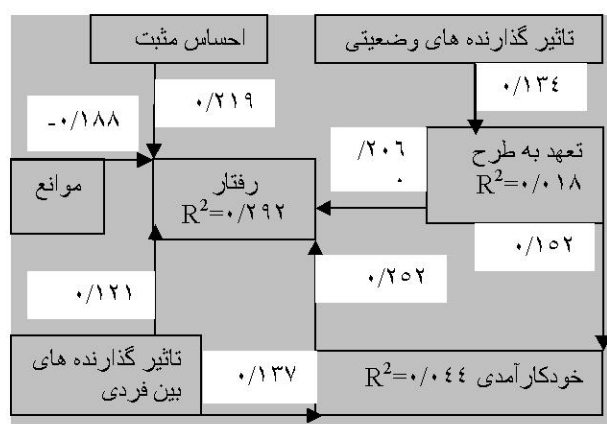
**معنی دار در سطح ۰/۰۱

است. به نظر می رسد عدم رعایت رفتارهای بهداشتی در هر جامعه ای وجود داشته باشد، زیرا رفتارهای درست و نادرست بهداشتی بخشی از فرهنگ آن جامعه را تشکیل می دهد. بنابراین برای اینکه افراد آماده عمل کردن به شیوه های درست زندگی جهت حفظ سلامت خود و اجتناب از بیماری ها گردند، نیازمند شکل دادن رفتارهای بهداشتی و اجرای برنامه های آموزشی مناسب برای تامین اینگونه رفتارها می باشند (۲۲).

در این بررسی متغیرهای متعهد به طرح، خود کارآمدی، احساس مثبت، موانع درک شده و تأثیر گذارنده های الگوی مورد بررسی در مجموع ۲۹٪ واریانس رفتارهای بهداشت دهان و دندان را توضیح می دادند. در بررسی های Padula، Pimsurang و Aporn نیز این متغیرها مهم ترین پیشگویی کننده های رفتارهای بهداشتی بودند (۲۳-۲۵). این نتایج کارایی الگوی مورد بررسی را در پیشگویی رفتارهای بهداشت دهان و دندان در دانشجویان مورد تایید قرار می دهد. بنابراین در برنامه های آموزشی جهت ارتقاء سلامت دهان و دندان این مدل می تواند به عنوان یک الگوی مناسب بکار برده شود.

در بین متغیرهای پیشگویی کننده رفتارهای بهداشتی دهان و دندان، اثر مستقیم خود کارآمدی (β=۰/۲۵۲) بیش از سایر متغیرها بود. این نتایج یافته های Padula و Yarcheski را تایید می کند (۲۴، ۲۶). بنظر می رسد افراد زمانی برای انجام رفتارهای بهداشتی برانگیخته می شوند و حتی در برخورد با چالش ها این رفتارها را انجام دهند که

متغیرها است. تأثیر گذارنده وضعیتی (β=۰/۱۳۴) به صورت غیرمستقیم از طریق تعهد به طرح رفتارهای بهداشتی را پیشگویی می کند. ضمن آنکه تعهد به طرح (β=۰/۱۵۲) همراه با تأثیر گذارنده های بین فردی (β=۰/۱۳۷) متغیر خود کارآمدی را پیشگویی می کنند (شکل ۱).



شکل ۱- آنالیز مسیر مدل ارتقاء سلامت

بحث و نتیجه گیری

میانگین رفتارهای بهداشتی در دانشجویان مورد بررسی در حد متوسط بود یعنی ۵۳٪ آنان رفتارهای بهداشت دهان و دندان را انجام می دادند. این یافته با نتایج بررسی های محسنی، زرین قلم و زارچی (۱۹-۲۱) هماهنگ است و با بررسی بقایی هماهنگی ندارد (۶). در بررسی بقایی رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در حد ضعیف بوده

احساس کنند بر رفتار بهداشتی کنترل دارند (۲۷).

در این بررسی کمتر از نصف دانشجویان (۴۴٪) برای بهداشت دهان و دندان دارای برنامه منظم بودند که متعهد به اجرای آن بودند (جدول ۱). از طرفی تأثیر گذارنده‌های وضعیتی (والدین و برادران و خواهران در این بررسی) از عوامل موثر بر تعهد به طرح در بین دانشجویان می‌باشد (شکل ۱). بنابراین در برنامه‌ریزی جهت ارتقاء رفتارهای بهداشتی دهان و دندان باید نقش والدین، برادران و خواهران توجه شود.

طبق نتایج جدول ۳، همبستگی قوی بین خودکارآمدی ($t=0/396$)، منافع درک شده ($t=0/304$)، احساس مثبت ($t=0/359$) و موانع درک شده ($t=-0/221$) با رفتارهای بهداشت دهان و دندان مشاهده گردید ($p<0/01$). این نتایج یافته‌های بررسی صلحی، زمانی، بارکر (Barker) و ناکازنو (Nakazono) را تایید می‌کند (۳۰-۱۲،۲۸). این نتایج نشان می‌دهند زمانی دانشجویان رفتارهای بهداشتی دهان و دندان را بیشتر انجام می‌دهند که:

- ۱- به توانایی خود در انجام رفتارهای بهداشتی اعتماد داشته باشند.
 - ۲- فواید بهداشت دهان و دندان را درک نمایند.
 - ۳- احساس نمایند موانع کمتری در انجام رفتارهای بهداشتی وجود دارد.
 - ۴- احساس مثبتی در مورد انجام رفتارهای بهداشتی داشته باشند.
- لذا برنامه‌های آموزشی باید در جهت طراحی شود که ضمن آشنا کردن دانش آموزان با فواید بهداشت دهان و دندان تقویت کننده این ایده در آنها باشد که با وجود موانع آنها می‌توانند بهداشت دهان و دندان را رعایت کنند. در ضمن هر نوع برنامه‌ریزی توسط مسئولین

منابع:

- ۱- زارع بیدکی م. میکروبیولوژی پلاک و بوسیدگی دندان. چاپ اول: ۱۳۷۶. ص: ۱۶۴.
- 2- Murray JJ. The prevention of dental disease. U.S.A: Oxford univ. 2nd ed; 1989: 406-413.
- ۳- جعفری ف. بهداشت جامعه. چاپ اول. تهران: انتشارات معارف، ۱۳۷۸. ص: ۳۸.
- ۴- پورهایمی ج. بررسی میزان آگاهی کارکنان شاغل در شبکه بهداشتی درمانی استان قم درباره سلامت دهان و دندان. مجله دندانپزشکی دانشگاه تهران ۱۳۸۶؛ ۷۷-۸۲ (۳): ۱۷.
- ۵- تالشی ح. جاتریان ا. بررسی تأثیر طرح ادغام بهداشت دهان و دندان در P.H.C از طریق مقایسه میزان آگاهی و عملکرد زنان باردار تحت پوشش و غیر تحت پوشش این طرح از بهداشت دهان و دندان. پایان نامه دکتری دندانپزشکی، یزد: دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی ۱۳۸۰. ص: ۲۰.
- ۶- زارچی م. مطالبانی اردکانی م. بررسی میزان آگاهی و رفتار نسبت به بهداشت دهان و دندان دانش آموزان دبیرستانهای شهر یزد در سال ۱۳۷۸-۷۹. پایان نامه دکتری

جهت کاهش موانع به ارتقاء رفتارهای بهداشتی کمک خواهد کرد.

نتایج نشان داد میانگین متغیرهای الگو و رفتارهای بهداشتی دانشجویان با افزایش سطح تحصیلات والدین افزایش می‌یابد (جدول ۲). این نتایج نشان می‌دهد دانشجویانی که والدین آنها از تحصیلات بالاتر برخوردار بودند به عنوان الگوی دانشجویان محسوب می‌شدند و خود دانشجویان نیز بیشتر رفتارهای بهداشتی دهان و دندان را انجام می‌دادند. اسدی بیان می‌کند که مشخصات دموگرافیک، سطح اقتصادی-اجتماعی و تحصیلات تأثیر مثبتی بر رفتارهای بهداشتی دارند (۲۲). می‌توان چنین فرض کرد داشتن تحصیلات وسیله‌ای برای کسب اطلاعات و در جهت افزایش آگاهی فرد موجبات بالا رفتن سطح دانش بهداشتی را فراهم می‌آورد که خود زمینه را برای اصلاح رفتارهای نادرست بهداشتی و بدنبال آن بهبود عملکرد بهداشت دهان و دندان را فراهم می‌آورد.

محدودیت‌های پژوهش

- ۱- جامعه مورد بررسی دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ممکن است این نتایج را نتوان به تمام افراد جامعه تعمیم دهیم.
 - ۲- مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی است و در مطالعات توصیفی نمی‌توان رابطه علی بین متغیرها را بدست آورد.
- هر چند میانگین رفتارهای بهداشت دهان و دندان در جامعه مورد بررسی در حد متوسط بود ولی با توجه به اهمیت و تأثیر آن در سلامت کلی افراد (۵) باید رفتارهای بهداشت دهان و دندان در دانشجویان ارتقاء یابد. در برنامه‌های آموزشی جهت ارتقاء سلامت دهان و دندان دانشجویان الگوی ارتقاء سلامت پندر می‌تواند به عنوان یک الگوی مناسب بکار برده شود.

- دندانپزشکی، یزد: دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی ۱۳۷۹. ص: ۵۷.
- ۷- سلیمانی شایسته ی. بررسی میزان K.A.P دندانپزشکان در مطب‌های خصوصی شهرستان ارومیه پیرامون چگونگی ارائه آموزش بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۷۶. مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۷۸؛ ۳۳-۳۴ (۱): ۱۲.
- ۸- خادمی ح، کاویانی ن، عراقی زاده ع، جعفری م. میزان آگاهی و نگرش بهورزان شهرستان اصفهان در زمینه پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان. مجله پزشکی هرمزگان ۱۳۸۶؛ ۹۱-۹۵ (۱): ۱۱.
- ۹- خسروی م، فرخی ر، حاجی احمدی م، مروتی ز. نگرش، آگاهی و عملکرد جمعیت ۲۰-۴۰ سال شهر بابل در خصوص مراقبت های بهداشتی دهان و دندان. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۳؛ شماره ۳: ۶۰-۶۴.
- ۱۰- عجمی ب، شب زنده دار م، اسداللهی ع. ارزیابی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد

- یزد ۱۳۷۹: ص ۷۰-۷۵.
- ۲۱- محسنی ش، حاجی ک. بررسی ارتباط آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار نسبت به مراقبت از دهان و دندان در دوران بارداری در مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به مرکز بهداشت شهریار ۱۳۷۸. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸. ص ۳۹-۴۵.
- ۲۲- اسدی ف. بررسی رفتارهای بهداشتی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر لاهیجان در ارتباط با پیشگیری از بیماری توکسوپلاسموز. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی استان گیلان ۱۳۷۸: سال (۴): ص ۴-۱۲.
- 23- Aporn D. Testing the health promotion model with Thai adolescents, Saint Louis University, 2003, 121 pages; AAT 3130021.
- 24- Padula CA, Sullivan M. Long-Term Married Couples' Health Promotion Behaviors: Identifying factors that impact decision-making. *Gerontological Nurs* 2006; 32(10): 37-48.
- 25- Pimsurang T, Jaranit K, Pratap S, Wijitr F, Sarigapan W. Causal Relationship between health promoting behavior and quality of life in cervical cancer patients undergoing radiotherapy. *Tropical Medicine and Public Health* 2005; 36(6): 1568-74.
- 26- Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Cannella BL. A meta-analysis of predictors of positive health practices. *Nurs Scholar* 2004; 36(2): 102-108.
- 27- Mary LB, Mary EJ, Carolyn C, Paige C, Jennifer H. Acculturation effects on health promoting lifestyle behaviors among Hispanic origin pregnant women. *Multicultural Nurs & Health* 2002; 8(2): 61-69.
- 28- Nakazono TT, Davidson PL, Andersen RM. Oral health beliefs in diverse population. *Adv Dent Res* 1997; 11(20): 235-244.
- 29- Barker T. Role of health belief in patient compliance with preventive dental advice, community dent oral epidemiol 1994; 22(5): 327-330.
- ۳۰- زمانی علویجه ف. کارآزمایی مدل اعتقاد بهداشتی در کنترل پلاک دندانی در دانش آموزان مقطع ابتدایی اراک در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲. طبیب شرق ۱۳۸۴: سال (۲): ص ۹-۱۵.
- کارکنان مراکز بهداشت شماره ۳-۱ شهرستان مشهد در رابطه با سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۸۵. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد ۱۳۸۷: سال ۳۲، ۳۷-۴۰: (۱).
- ۱۱- بزرگ ش. بررسی میزان آگاهی، نگرش و رفتار نسبت به بهداشت دهان در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۷۵-۷۶. پایان نامه دکتری دندانپزشکی، تهران: دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۷: ص ۶۰-۶۵.
- ۱۲- شریفی راد غ، هزازه پی، محبی س، رحیمی م، حسن زاده ا. بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران ۱۳۸۵: سال (۳): ص ۲۳۱-۲۳۹.
- ۱۳- صلحی م، شجاعی زاده د، سراج ب، فقیه زاده س. کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش بهداشت دهان و دندان و ارائه مدل مناسب. فصلنامه دانشگاه شاهد ۱۳۷۸: سال (۲۴): ص ۷-۱۶.
- ۱۴- کرمان ساروی ف، رخشانی ف، شهرکی پور م. بررسی کاربرد مدل آموزشی پندر در بهبود رفتارهای بهداشتی کارگران. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۱۳۸۵: سال (۵۸): ص ۵۴-۶۰.
- ۱۵- تیموری پ، نیکنای ش، غفرانی پور ف. تأثیر مداخله مبتنی مدرسه محور مبتنی بر الگوی ارتقاء سلامت پندر برای افزایش فعالیت جسمانی دانش آموزان دختر شهر سمنان. مجله ارمان دانش ۱۳۸۱: سال (۲): ص ۴۷-۵۹.
- ۱۶- مروتی شریف آباد م، غفرانی پور ف، حیدرنباع، بابایی روچی غ. بهینه سازی الگوی ارتقاء سلامت و ارزیابی بکارگیری آن همراه با تئوری آموزش بزرگسالان در تغییر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان شهر یزد. پایان نامه دکتری (Ph.D)، تهران: دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۸۴.
- ۱۷- قهرایی ف، معین تقوی ا. مظلومی س. بررسی دلایل عدم مسواک زدن در مردان ۱۵-۳۹ ساله آزاد شهر یزد. پایان نامه دکتری دندانپزشکی یزد: دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یزد ۱۳۸۱: ص ۴۸.
- 18- Morowatisharifabad MA, Karimzadeb Shirazi K. Determinants of Oral Health Behaviors Among Preuniversity (12th-Grade) Students in Yazd (Iran): An Application of the Health Promotion Model. *Family and Community Health* 2007; 30(4): 342.
- ۱۹- زرین قلم، مهرابی ب. بررسی وضعیت بهداشت دهان در دانش آموزان دبیرستانی در نواحی مختلف جغرافیایی شهر مشهد سال ۱۳۸۰. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد ۱۳۸۴: سال (۱): ص ۶۸-۷۴.
- ۲۰- بقایی ف، معین تقوی ا. بررسی میزان آگاهی و عملکرد خانمهای باردار در مورد سلامت پرینوتال و بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری در شهر یزد. پایان نامه دکتری، یزد: دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی