



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه

معاونت آموزش و تحقیقات

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

عنوان

بررسی تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان از طریق گروه همتا بر ارتقای سلامت دهان و دندان

کودکان دبستانی

شماره طرح

مجری

دکتر محمود کریمی / دکتر بهرام آرمون / شقایق سلیمان آبادی

۱۳۹۸

## چکیده

زمینه و هدف: بهداشت دهان و دندان یکی از عناصر مهم کیفیت زندگی و رفاه است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تاثیر استفاده از روش آموزش همسالان در بهبود رفتارهای بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی روی ۳۸۰ دانش آموز مقطع ابتدایی (۲۰۰ گروه آزمایش و ۱۸۰ گروه کنترل) انجام شد. در گروه مداخله، ۲۰ دانش آموز به عنوان گروه آموزش همسالان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه خود ایفا بود که براساس ویژگیهای دموگرافیک، سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده (نگرش و هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، رفتار) برنامه ریزی برای عمل، و برنامه مقابله طراحی شده بود. ۲۰ دانش آموز گروه همتا آموزش را دریافت و به گروه مداخله آموزش دادند. قبل و ۲ ماه پس از آخرین جلسه آموزشی به منظور ارزیابی نتایج آموزش، پرسشنامه ها در هر دو گروه مداخله و کنترل توسط دانش آموزان پاسخ داده شد و تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS 18 انجام شد.

یافته ها: طبق آزمون t مستقل قبل از مداخله آموزشی، بین میانگین و انحراف معیار ابعاد نظریه رفتار برنامه ریزی شده و سازه های برنامه ریزی برای عمل، و برنامه مقابله در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری وجود نداشت. اما پس از مداخله آموزشی، آزمون t زوجی نشان داد که بین میانگین و انحراف معیار ابعاد نظریه رفتار برنامه ریزی شده و سازه های برنامه ریزی برای عمل، و برنامه مقابله در گروه مداخله قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی داری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). قبل از مداخله، ۷۶ دانش آموز روزانه دو یا چند بار مسواک میزدند، بعد از مداخله آموزشی این میزان به ۱۲۸ نفر افزایش یافت.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاضر نشان داد که اجرای مداخله آموزشی همسالان باعث بهبود رفتارهای سلامت دهان و دندان در دانش آموزان گروه مداخله می شود. به نظر می رسد طراحی و اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه ریزی شده و سازه های برنامه ریزی برای عمل، و برنامه مقابله به ویژه متغیرهای کنترل رفتاری درک شده و نگرش؛ می تواند منجر به فعالیت های بهتر در زمینه مراقبت از بهداشت دهان و دندان در دانش آموزان شود.

واژه های کلیدی: مراقبت از دندان، بهداشت دهان و دندان، دانش آموز

## Abstract

Background: Oral health is one of the key elements of quality of life and welfare. *The present study aimed to evaluate the impact of using peer teaching method to improve the OH behavior in students.*

Methods: This quasi-experimental study was carried out on 380 primary school students (200 experimental and 180 control group). In the experimental group, 20 individuals were included in the study to select 20 students as the peer teaching group. The data collection tool was a self-administered questionnaire designed based on TPB (demographic characteristics, attitude, and subjective norms, perceived behavioral control, behavioral, action plan, coping plan and behavior. *The experimental students received educational intervention consisting of four one-hour training sessions in a week. The questionnaires were responded by students in both experimental and control groups through a self-administered method for 2 months after the last educational session in order to evaluate the training results. Data analysis was done by SPSS 18*

Results: *According to the independent t-test before the educational intervention, there was no significant difference between mean and standard deviation of dimensions of TPB, and AP & CP constructs in the experimental and control groups and the groups were similar ( $p > 0.05$ ). After the intervention, the paired t-test indicated a significant difference between mean and standard deviation of TPB and AP&CP constructs in the experimental group before and after the intervention ( $p < 0.05$ ). Before the intervention, 76 students brushed two or more times a day. After the intervention, the number increased to 128.*

Conclusion: *Results of the present study indicated that the implementation of peer education intervention improved the OH-related behavior in the students in the intervention group. It seems designing and to implement educational interventions based on TPB constructs especially variables of perceived behavioral control and attitude; could result in optimal activities regarding oral health care among students.*

Keywords: Dental Care, Oral Health, Students

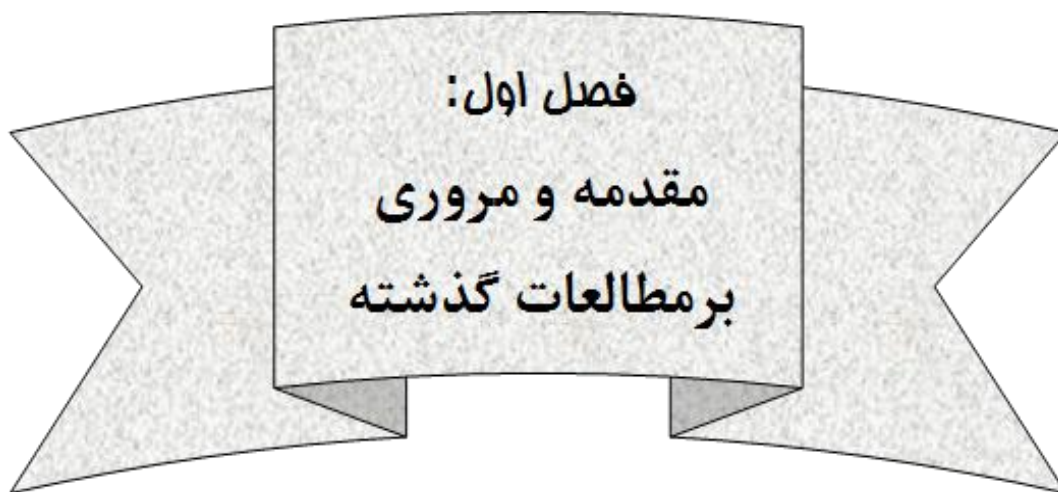
## فهرست مطالب

فصل اول	۱۳۷
۱. مقدمه سلامت دهان و دندان	۱۳۸
۱-۱. نظریه رفتار برنامه ریزی شده، و محدودیتهای آن	Error! Bookmark not defined.
۲-۱. برنامه ریزی برای عمل و برنامه مقابله	۱۴۳
۳-۱. مروری بر مطالعات داخلی و خارجی	۱۴۳
فصل دوم	Error! Bookmark not defined.
۲. مواد و روش کار	۱۵۳
۲-۱. اهداف پژوهش	۱۵۳
۲-۱-۱. هدف کلی	۱۵۳
۲-۱-۲. اهداف اختصاصی	۱۵۴
۲-۱-۳. فرضیه های پژوهش	۱۵۴
۲-۲. معیار ورود و خروج	۱۵۵
۳-۲. روش اجرا	۱۵۶
۳-۲-۱. نوع پژوهش و جامعه هدف	۱۵۶
۳-۲-۲. محیط پژوهش	۱۵۷
۳-۳-۲. حجم نمونه و روش نمونه گیری	۱۵۸
۴-۲. ابزار گرد آوری اطلاعات	۱۵۸
۵-۲. تعریف نظری و عملی واژه ها	۱۵۹
۶-۲. ملاحظات اخلاقی	۱۶۲
۷-۲. روش تجزیه و تحلیل داده ها	۱۶۲
فصل سوم:	۱۶۴

۱۶۴	-----	۳- یافته ها
۱۶۴	-----	۳-۱. یافته ها
۱۷۳	-----	فصل چهارم:
۱۷۴	-----	۴. بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات
۱۷۴	-----	۴-۱. بحث
۱۷۴	-----	۴-۲. نتیجه گیری
۱۷۶	-----	۴-۳. پیشنهادات
۱۷۷	-----	۴-۴. تقدیر و تشکر:
۱۷۸	-----	References

### فهرست جداول و اشکال:

Error! Bookmark not defined.....	.....	شکل ۱-۱
Error! Bookmark not defined.....	.....	جدول ۱-۳
Error! Bookmark not defined.....	.....	جدول ۲-۳
Error! Bookmark not defined.....	.....	جدول ۳-۳
Error! Bookmark not defined.....	.....	جدول ۴-۳
Error! Bookmark not defined.....	.....	جدول ۵-۳
Error! Bookmark not defined.....	.....	جدول ۶-۳
Error! Bookmark not defined.....	.....	جدول ۷-۳





## ۱. مقدمه

بهداشت دهان و دندان یکی از شاخه های مهم بهداشت عمومی به شمار میرود و از عوامل موثر در سلامت عمومی انسان ها محسوب می شود، تا آنجا که برخی، دهان را آینه تمام نمای بدن میدانند (۱). پوسیدگی دندان از شایعترین بیماریهای مزمن و مهم در سراسر جهان است، آنچنانکه در آمریکا از پوسیدگی دندان به عنوان یک اپیدمی خاموش نام برده شده، که توانسته ۵۸/۲٪ از افراد ۱۲-۱۵ ساله را تحت تاثیر قرار دهد (۲). بیماری های ناشی از بهداشت دهان ضعیف همانند بیماری پریدنتال که به دلیل عوامل موضعی از قبیل پلاک دندانی، جرم، تخریب لثه و بافتهای اطراف دندان ایجاد شده (۳) میتواند پیامدهایی از جمله: درد، اختلال در صحبت کردن، خوردن و اختلالات خواب (۴-۶) و عملکرد ضعیف دانش آموزان در مدرسه ایجاد کند (۷). علاوه بر آن موجب اختلال در تغذیه، سیستم گوارشی و سایر سیستم های بدن می شود. بطور مثال عفونت لثه ها منبع بالقوه ای برای عفونت غدد پاراتیروئید، دستگاه گوارش، دستگاه تنفس، بیماری قلبی و روماتیسم مفصلی محسوب میشود (۸). در سطوح اجتماعی و اقتصادی و نیز خانوادگی و فردی، عواملی مانند درآمد پایین، سطح تحصیلات و بعد خانوار (۹-۱۲) فرهنگ، شیوه های مراقبت از سلامتی، سطح شهرنشینی، سن، رفتارهای جمعیت شناختی، و رفتارهای بهداشتی دهان با بیماری پریدنتال و پوسیدگی دندان همراه می باشد (۱۳). براساس هدف در نظر گرفته شده فدراسیون بین المللی دندانپزشکی و سازمان بهداشت جهانی (WHO)، افراد تا ۱۸ سالگی در تمام جوامع باید تا سال ۲۰۱۰، فاقد دندان از دست رفته بوده باشند (۱۴، ۱۵) که البته هدف تعیین شده تحقق نیافته است (۱۶). حدود ۶۰ تا ۹۰ درصد از کودکان سنین مدرسه در کشورهای توسعه یافته دچار پوسیدگی دندان هستند (۱۷).

اطلاعات اپیدمیولوژیک در زمینه پوسیدگی دندان‌ها در ایران محدود است، و ارزیابی منابع داده‌های مختلف بیماری‌های دهان، با کمبود نظارت در ایران مواجه است (۱۹،۱۸). بر اساس آخرین آمار اعلام شده وزارت بهداشت (۱۳۹۵)، پایینترین و بالاترین آمار پوسیدگی در ۱۲ سالگی در ایران به ترتیب برابر با ۶۱/۶۷٪ و ۹۳/۹۷٪ (۲۹-۲۰) و از دلایل اصلی مشکلات دهان و دندان، بهداشت ضعیف و مسواک زدن ناکافی می‌باشد (۳۱،۳۰). با وجود اینکه از سال ۱۳۷۴، طرح ادغام فعالیت‌های بهداشت دهان و دندان در خدمات بهداشتی اولیه، با هدف کاهش بار بیماری‌های دهان و بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به ویژه برای افراد و جوامع محروم و ارتقای سلامتی و پیشگیری از بیماری‌های دهان انجام شده است و شامل حوزه‌های مختلفی نظیر ارزیابی خطر، ارزیابی بهداشت دهان، پیشگیری، مداخله، ارتباط و آموزش و همچنین تمرین مشارکتی بین فردی می‌باشد، در حال حاضر، پوسیدگی دندان و التهاب و ناراحتی لثه، دو بیماری شایع دهان و دندان در کشور می‌باشند (۳۵-۳۲). در کشور ما هزینه‌های درمان در دندانپزشکی مبلغ بسیار بالایی را به خود اختصاص داده به طوری که پس از هزینه‌های مربوط به بیماری‌های قلب و عروق و سرطانها، پرهزینه‌ترین بخش در درمان است و همچنان بهداشت و پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان مورد کم توجهی قرار گرفته است (۳۶). تجربه پوسیدگی بالا در ایران می‌تواند ناشی از فقدان برنامه‌های پیشگیرانه ملی و آموزشی مناسب و کمبود تعداد دندانپزشکان کودکان باشد (۳۸،۳۷).

رفتارهای خودمراقبتی از جمله مسواک زدن از مهمترین عوامل در زمینه پیشگیری از پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریدونتال می‌باشند و از رفتارهای کلیدی توصیف‌کننده وجود پوسیدگی دندان در دانش آموزان، مسواک زدن کمتر از دو بار در روز و عدم رعایت توصیه‌های خودمراقبتی است (۴۷-۳۹). بررسی مطالعات در جهان نشان دهنده درصد‌های بسیار متفاوتی از مسواک زدن منظم روزانه در دانش آموزان است. به طوری که مطالعه‌ای در چین (پکن) نشان داد که ۷۴٪ دو بار و یا بیشتر در روز، ۲۴٪ یک بار در روز مسواک می‌زدند (۴۸)، در حالی که بر اساس مطالعه‌ای در مناطق روستایی بورکینافاسو تنها ۱۲٪ از دانش آموزان حداقل یک بار در روز مسواک می‌زدند (۴۹). بر اساس نتایج

مطالعه کشوری انجام شده در ایران توسط وزارت بهداشت (کاسپین در سال ۹۳-۹۴)، پایینترین و بالاترین آمار مسواک زدن مطلوب ۱۶/۶۶٪ تا ۳۳/۷۵٪ در دانش آموزان گزارش شده است (۵۳-۵۰، ۳۰، ۳۱).

بر اساس بررسیها در کشورهای توسعه یافته آموزش بهداشت قادر به پیشگیری از ۸۰ درصد بیماریهای دهان و دندان است (۵۴). مطالعات اخیر در امریکا نشان داده است که آموزش رفتارهای پیشگیرانه مثل استفاده از مسواک و معاینات منظم دندانپزشکی در چند دهه اخیر موجب افزایش درصد افرادی شده است که توانسته اند دندان های طبیعی خود را در سنین بالاتر حفظ نمایند (۵۵). کشورهایی که برنامه های پیشگیری از بیماریهای دهان را اجرا نکرده اند هنوز در معرض شیوع بالای پوسیدگی دندانی قرار دارند (۵۶). بدین جهت در ایران و بسیاری از کشورهای جهان تلاش میگردد تا برنامه های آموزش بهداشت دهان و دندان در مدارس که نوجوانان بدون در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی - اقتصادی و نژادی و ... به آن دسترسی دارند اجرا شود. مطالعات زیادی نشان داده است که در حال حاضر برنامه های ارتقای سلامت که بدون توجه به علل مسواک زدن و تنها برای افزایش دانش افراد انجام می شوند، به طور مقطعی باعث ارتقاء سلامت دهان میگردد ولی در دراز مدت موفق نیستند (۵۷-۵۹).

از آنجا که، در هر منطقه، پیش نیاز پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان، بررسی وضعیت موجود است (۶۰) و نیز جهت ارتقاء سلامت دهان و دندان در نوجوانان، باید بر عوامل اساسی مرتبط با تصمیم گیری افراد جهت مسواک زدن منظم تمرکز نمود (۶۱). این امر نیازمند شناسایی نگرشها و باورها است که به دلیل پیچیده بودن ماهیت واقعی رابطه میان آنها و رفتارهای بهداشتی، تئوریهای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت مورد استفاده قرار می گیرد (۶۲-۶۳).

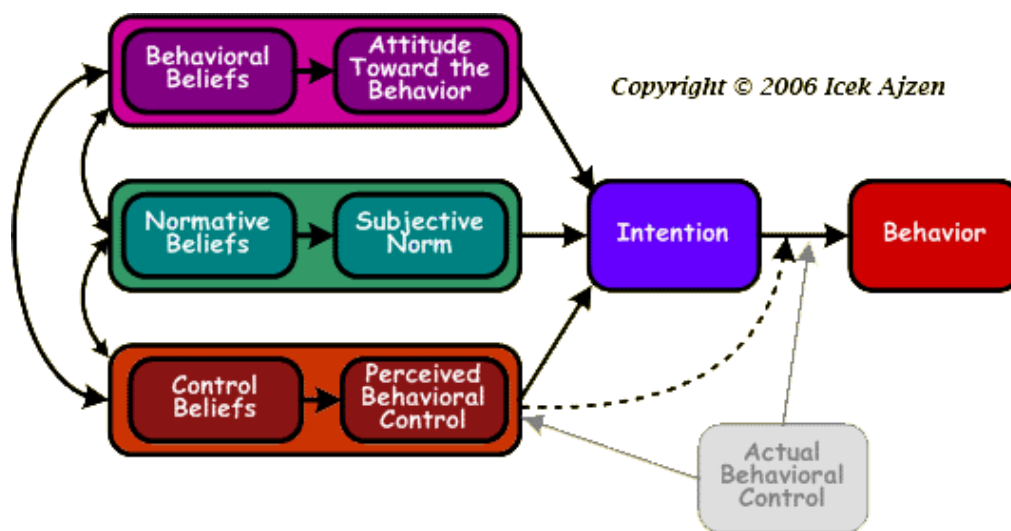
یکی از چارچوب های مناسب در پی تفسیر و تغییر رفتارهای بهداشتی، نظریه رفتار برنامه ریزی شده (TPB) است (۶۴) و یکی از سازه های این تئوری، قصد رفتاری می باشد که تعیین کننده اصلی رفتار است و قصد یک فرد، عبارتست از دریافت و ادراکی که فرد از بروز یک رفتار خاص دارد. به عبارت

دیگر قصد فرد یک موقعیت ذهنی و اجتماعی می باشد که بین فرد با عمل وی ارتباط برقرار میکند. قصد تحت تاثیر سه سازه مستقل نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده است. نگرش، ارزشیابی مثبت یا منفی فرد را از انجام یک رفتار منعکس میکند. هنجارهای انتزاعی اشاره به این مسئله دارد که فشارهای اجتماعی درک شده ممکن است باعث شود فرد رفتاری خاص را انجام داده یا ندهد و سرانجام کنترل رفتاری درک شده، سختی یا آسانی متصور درخصوص اجرای یک رفتار ویژه است و حدس زده می شود که هم به طور مستقیم و هم غیر مستقیم بر رفتار موثر است. افراد زمانی انجام رفتاری را مثبت ارزیابی کرده و قصد انجام آن را خواهند داشت که معتقد باشند افرادی صاحب نفوذ مهم فکر می کنند که آن رفتار باید انجام گیرد و همچنین انجام رفتار تحت کنترل آنهاست (۶۵).

بسیاری از صاحب نظران معتقدند که اکثر مسائل و مشکلات نوجوانان رفتاری است. تقریباً تمام رفتارهای ناهنجار و به هنجار افراد بزرگسال از دوران نوجوانی پایه گذاری می شود (۶۶). بعبارت بهتر یکی از اقدامات مهم و کلیدی جهت پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان و ارتقای سطح سلامت جامعه آموزش بهداشت است. در این میان، انتخاب و یافتن راهکارهای آموزشی موثر، ارزان، آسان و فراگیر در ارتقا سلامت دهان و دندان نوجوانان یکی از دغدغه های سیاستگذاران بهداشتی است (۶۲). یکی از روش های آموزشی موثر و مفید، استفاده از آموزش به روش همتا است. همتای آموزش گیرنده می تواند با دیگر هم سالان خود ارتباط برقرار کرده، اطلاعات را به طور مؤثری انتقال داده و به صورت یک مدل در دسترس، روی افراد هم سن خود مؤثر باشد؛ در این روش با توجه به شناخت خوب هم سالان از محیط اجتماعی - فرهنگی یکدیگر، اطلاعات راحت تر بین افراد هم سن و سال مطرح و منتقل می شود. آموزش مذکور یکی از استراتژی های مؤثر بر تغییر رفتار بوده و در واقع نوعی آموزش است که در آن گروه های همسال علاوه بر دریافت اطلاعات و مفاهیم مختلف بهداشتی، مهارت آموزشی فعال برای آموختن مطالب به دیگران را فرا می گیرند (۷۱-۶۷).

محققان برای آموزش رفتارهای ارتقادهنده بهداشت دهان و دندان از مدل‌ها و نظریه‌های مختلف کمک گرفته‌اند. یکی از تئوری‌های مؤثر در آموزش بهداشت، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده<sup>۱</sup> می‌باشد که چارچوب خوبی برای فهم فعالیت‌های سلامت دهان و دندان ارائه می‌دهد. Defranc نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده را به عنوان معتبرترین نظریه برای پیشگویی، شرح و فهم رفتار سلامت دهان و دندان مطرح کرد (۷۲). اما مطالعات قبلی نشان دادند که کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده با محدودیت‌هایی روبرو است. برای مثال در مقاله مروری Sheeran مشخص شد، که قصد در ۸۲۱۰۷ نمونه مورد بررسی، بطور متوسط پاسخگوی ۲۸٪ واریانس رفتار می‌باشد (۷۳). بنابراین بین قصد - عمل شکاف وجود دارد. میتوان نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده را به تنهایی به عنوان اساس تئوریک یک برنامه آموزش بهداشت استفاده کرد، همچنین می‌توان آن را به صورت تلفیقی با سایر نظریه‌ها و الگوها و رویکردهای یادگیری مورد استفاده قرار داد (۴). بر اساس نظر آجزن این تئوری باز بوده و امکان اضافه کردن سازه‌های دیگر به آن وجود دارد (۵) مطالعات زیادی از ورود سازه‌های برنامه‌ریزی (برنامه‌ریزی برای عمل و برنامه‌ریزی برای از عهده برآمدن) در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده حمایت می‌کنند (۷۸-۷۷). برای مثال پژوهش آستروم از اضافه نمودن سازه‌های برنامه‌ریزی برای عمل و برنامه‌ریزی برای از عهده برآمدن به نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده به عنوان یک سازه مفید حمایت نمود (۷۹).

با توجه به موارد پیشگفت، اساس کار تئوریک مطالعه حاضر با نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده توسعه یافته با سازه‌های برنامه‌ریزی برای عمل و برنامه‌ریزی برای از عهده برآمدن می‌باشد و از آنجایی که برخی از مطالعات موثر بودن آموزش بروش هم‌تارا اثبات کرده‌اند (۶۸-۶۷) اما برخی از مطالعات، بعد از مداخله آموزشی تفاوت معناداری را بین نمرات گروه هم‌تای نزدیک و گروه کنترل گزارش نکرده‌اند (۷۰ و ۷۱) در همین راستا و نیز با توجه به کمبود مطالعات نظریه محور با استفاده از گروه هم‌تا، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تاثیر مداخله آموزشی بروش آموزش هم‌تا بر پایه تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده توسعه یافته، بر ارتقاء رفتارهای سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان انجام شده است.



۱. نظریه رفتار برنامه ریزی شده

### ۱-۵. محدودیت های نظریه رفتار برنامه ریزی شده

کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده با محدودیت‌هایی روبرو است: الف) در این تئوری عواملی مانند شخصیت افراد و همچنین عوامل دموگرافیک در آنها مد نظر قرار نمی‌گیرد، ب) این تئوری شامل عنصر زمانی نمی‌باشد ج) تئوری از برخی جهات بسیار ذهنی است د) ارتباط میان باروهای مختلف سلامت را در نظر نمی‌گیرد م) در تئوری فرض بر آن است که سازه "درک کنترل رفتاری" نشان دهنده کنترل واقعی رفتار است. در صورتیکه همیشه ممکن است اینگونه نباشد، ن) تئوری رفتار برنامه ریزی شده تنها زمانی مؤثر است که بعضی از جنبه‌های رفتار تحت کنترل نباشند، و) هرچه

فاصله زمانی بین قصد و رفتار طولانی تر شود احتمال آنکه رفتار رخ دهد کمتر خواهد شد و بنابراین از قدرت پیشگویی قصد کاسته می‌شود (۸۰).

### ۱-۵-۱. شکاف قصد-رفتار

علی رغم اینکه قصد در تئوری رفتاری برنامه ریزی شده مهمترین پیش بینی کننده رفتار است، اما این احتمال وجود دارد که افراد همیشه کنترل کافی را بر انجام رفتار مورد نظر جهت نشان دادن قصد خود نداشته باشند (۸۱-۸۳). در مقاله مروری که توسط شیران<sup>۱</sup> انجام شد، بیانگر این مسئله است که قصد در ۸۲۱۰۷ نمونه مورد بررسی، تنها می‌تواند بطور متوسط پاسخگوی ۲۸٪ واریانس رفتار باشد. بنابراین بین قصد - عمل شکافی وجود دارد. به این دلیل، پژوهشگران بر سازه کنترل رفتاری درک شده مبنی بر این فرض که ادراک کنترل بطور معقولانه بازتاب دقیق کنترل واقعی است، استناد کرده‌اند. شواهد مرتبط با این موضع که آیا کنترل رفتاری درک شده می‌تواند فاصله و ارتباط بین قصد-رفتار را تعدیل کند، نامعلوم است (۷۳).

### ۱-۶. استراتژی های برنامه ریزی

یکی از بهترین روش ها جهت کاهش فاصله بین قصد-رفتار، اجرای قصد<sup>۲</sup> می باشد. این مفهوم توسط گلویتزر معرفی گردید (۸۱-۸۳). باید در نظر گرفت که گزاره قصد به صورت "من قصد دارم که کار الف را انجام دهم" می باشد ولی گزاره اجرای قصد به صورت "من قصد دارم که کار الف را در

---

<sup>۱</sup> Sheeran

<sup>۲</sup> implementation intention

شرایط ب انجام دهم" می باشد. (۷۳). دلیل اینکه اجرای قصد چگونه می تواند موثر باشد در این است که زمان (چه زمانی)، مکان (کجا) و چگونگی رفتاری که شخص انجام خواهد داد، در آن مشخص می شود. اجرای قصد، رفتار را با راهنماهای محیطی پیوند می دهد که به نوبه خود احتمال عملکرد واقعی رفتار را ارتقاء می بخشد (۸۱-۸۳).

برنامه ریزی<sup>۱</sup> یک استراتژی بالقوه خود تنظیمی می باشد. برنامه ریزی وابسته و تابع قصد معین است و هدف قصد معین را برآورده می کند. بوسیله انجام برنامه ریزی افراد یک نمایش ذهنی فعال از موقعیت هدف را شکل میدهند. این نمایش راهنماهای موقعیتی هدف را با دسترسی آسان تری همراه می سازد و نیز شرایط بحرانی را بصورت آسان تر قابل کشف می سازد (۸۲). در نتیجه پاسخ های برنامه ریزی شده می توانند بلافاصله عمل کنند. برنامه ریزی می تواند به دو زیر مجموعه تقسیم شود: برنامه ریزی برای عمل<sup>۲</sup> و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن<sup>۳</sup> (۸۴). برنامه ریزی برای عمل میتواند به شروع یک عمل توسط تعیین اینکه آن عمل چه زمانی، کجا و چگونه انجام می شود، کمک کند. این واژه (برنامه ریزی برای عمل) دقیقاً معادل واژه اجرای قصد می باشد (۸۲).

## ۱-۷. توسعه تئوری رفتار برنامه ریزی شده

مطالعات مختلفی نیز راجع به اثرات میانجگری دو سازه برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن در جهت کاهش فاصله قصد-رفتار و نیز تئوری توسعه یافته رفتار برنامه ریزی شده برای رفتار های اسنفاه از نخ دندان و فعالیت جسمانی صورت پذیرفته است. اما با اینحال با توجه به بهترین آگاهی پژوهشگر، هیچ مطالعه ای اثرات میانجگری دو سازه برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن و نیز مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری توسعه یافته رفتار برنامه ریزی شده برای رفتار مسواک زدن صورت پذیرفته است.

---

<sup>۱</sup> Planning

<sup>۲</sup> Action planning

<sup>۳</sup> Coping planning



در این مطالعه سعی بر آن است که با مداخله در قالب تئوری توسعه یافته رفتار برنامه ریزی شده با استفاده از برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن، دانش آموزان را در جهت ارتقاء رفتارهای مربوط به سلامت دهان و دندان هدایت نمود.

#### ۱-۴. مروری بر مطالعات داخلی و خارجی

-پیمان و همکاران در مطالعه مداخله ای-نیمه تجربی، بر روی ۶۱ دانش آموز، با عنوان: " بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده در پیشگیری از پوسیدگی دندانهای دائمی دانش آموزان پایه پنجم ابتدایی در شهر ستان خواف" در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ انجام شد. از روش نمونه گیری خوشه ای طبقه بندی شده که بطور تصادفی به گروه کنترل و آزمون تخصیص یافتند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه محقق ساخت شامل سوالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتار درک شده، قصد رفتاری و رفتار استفاده از مسواک و نخ دندان بود. یافته ها نشان داد که قبل از مداخله اختلاف معنی داری بین متغیرها در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت. اما پس از مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده، تفاوت معنی داری در متغیرهای مورد بررسی وجود داشت. بنابر این تئوری رفتار برنامه ریزی شده می تواند بعنوان چهارچوب نظری مناسب برای طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر مدل های آموزشی در نیل به اهداف خود در جهت آموزش به جامعه و تغییر رفتار، کارایی و تاثیر بیشتری را نشان داده اند(۸۵).

-در مطالعه کارآزمایی شاهددار تصادفی پاکپور و همکاران در زمینه بررسی کارایی مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده با استفاده از برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برنامه آمدن در ارتقاء و دوام رفتارهای خود مراقبتی سلامت دهان در دانش آموزان دبیرستانی شهر قزوین، دانش آموزان بطور تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمون (۱۹۰ نفر) و کنترل (۹۳ نفر) تخصیص یافتند. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه بود. پیگیری، ۳ ماه پس از انجام مداخله نشاندهنده اختلاف معنی دار قابل توجه بین دو گروه از نظر میزان رفتار مسواک زدن بود. بطوریکه انجام رفتار در گروه تحت مداخله بسیار بالاتر بوده است(۸۶).

-مطالعه ی یوسفی و همکاران به صورت مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی در ۴۶۰ دانش آموز با عنوان: " میزان شیوع و عوامل موثر بر پوسیدگی دندان در کودکان ۱۲-۷ ساله در شهر ستان بویر

احمد" به صورت تصادفی دو مرحله ای انجام گرفت. اطلاعات آموزشی، جمعیتی، اقتصادی و عادات بهداشتی دهان و دندان و تغذیه ای به وسیله پرسشنامه جمع آوری و وضعیت بهداشت دهان و دندان و پوسیدگی دندان ها با انجام معاینه بالینی به وسیله یک تیم دندانپزشکی حرفه ای در یک چک لیست ثبت گردید. یافته ها نشان داده که پوسیدگی در دندانهای دائمی در کودکان با افزایش سن رابطه مستقیم و معنی داری داشت و استفاده از نخ دندان موجب کاهش معنی داری در پوسیدگی دندان ها شده و پوسیدگی دندان در کودکانی که مسواک میزدند، شغل پدرشان کارمند و پدر و مادرشان سواد بالاتری داشتند کمتر بود (۸۷).

ک-سمایی و همکاران در مطالعه مقطعی از نوع تحلیلی با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک بر روی ۲۶۵ دانش آموز دختر شهر رشت در زمینه انجام رفتار مسواک زدن بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و با استفاده از ابزار پرسشنامه، نتایج نشاندهنده آن بود که ۱۷/۴٪ دانش آموزان حداقل دو بار در روز مسواک میزدند، یعنی رفتار مطلوب داشتند. مهمترین سازه های پیشگو در زمینه انجام رفتار مطلوب، شدت درک شده و موانع درک شده بودند. در این بررسی سطح تحصیلات مادر نیز دارای قدرت پیشگویی کنندگی بالایی بر دفعات مسواک زدن مطلوب روزانه دانش آموز بود (۸۸).

ورخون و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی با عنوان عوامل تعیین کننده رفتار بهداشت دهان: مطالعه ای مبتنی بر نظریه رفتار برنامه ریزی شده بر روی ۴۸۷ مراجعه کننده به کلینیکهای دندانپزشکی در هلند انجام دادند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای مبتنی بر تئوری توسعه یافته رفتار برنامه ریزی شده با افزودن سازه های نتایج مورد انتظار و آگاهی بود. این پرسشنامه از طریق اینترنت در دسترس شرکت کنندگان قرار گرفت. بیش از دو سوم شرکت کنندگان دو بار در روز مسواک میزدند. هنجار انتزاعی، نگرش، کنترل رفتاری درک شده توانستند به عنوان متغیرهای واسطه گر میان نتایج اجتماعی مورد انتظار و رفتار مرتبط با سلامت دهان عمل کنند. براساس یافته های این پژوهش پیامدهای اجتماعی و روانی، در مراقبتهای بهداشت دهان و دندان نقش داشتند (۸۹).

کبیری وهمکاران در پژوهشی باهدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای بهداشت دهان و دندان والگوی اعتقاد بهداشتی دانش آموزان دختر انجام دادند. مطالعه از نوع مطالعه نیمه تجربی بود. ۱۴۰ نفر از دانش آموزان پایه پنجم شهراهوایزه طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار دادند. برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان مبتنی بر سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی به روش سخنرانی، بحث گروهی، در ۵ جلسه انجام دادند. داده ها توسط نرم افزار SPSS ۲۱ و آزمون تی مستقل و تی زوجی تجزیه و تحلیل کردند. قبل از انجام مداخله: ۵۸/۶ درصد گروه آزمون و ۶۲/۹ درصد کنترل گاهی اوقات و ۴۱/۴ درصد گروه آزمون و ۳۷/۱ درصد گروه کنترل یکبار در روز مسواک می زند. ۶۰ درصد دانش آموزان در گروه آزمون و ۳۴/۳ درصد آنها در گروه کنترل از نخ دندان استفاده نمی کردند. همچنین ۴۰ درصد از دانش آموزان در گروه آزمون و ۶۵/۷ درصد آنان در گروه کنترل گاهی از نخ دندان استفاده می کردند. پس از انجام مداخله، ۹۸/۶ درصد گروه آزمون و ۳۸/۶ درصد گروه کنترل یکبار در روز مسواک می زند. هم چنین ۸۰ درصد آنها در گروه آزمون یکبار در طول روز از نخ دندان استفاده می کردند. نتایج نشان داد که بعد از مداخله میانگین نمره رفتارهای بهداشتی (مسواک زدن و نخ دندان کشیدن) ( $p=0/001$ ) و سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل شدت، حساسیت، موانع، منافع درک شده راهنمایی برای عمل و خود کارآمدی درک شده ( $p<0/005$ ) در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معناداری داشت (۹۰).

در مطالعه ی اندر خورا و همکاران (۲۰۱۷) که باهدف مقایسه آموزش دوروش آموزشی سخنرانی و چند رسانه ای بر رفتار بهداشتی دهان و دندان دانش آموزان شهر تهران بود. مطالعه از نوع مداخله ای نیمه تجربی و جامعه آماری آن شامل کلیه دانش آموزان پایه سوم ابتدایی مدارس منطقه ۱۴ آموزش و پرورش تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بود. حجم نمونه باروش نمونه گیری تصادفی ساده، ۹۰ نفر تعیین گردید. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه محقق ساخت، با آلفا کرونباخ ۰/۸ بود. برای آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون آماری تی مستقل و آنوادر سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده کردند. و یافته ها نشان داد که در گروه سخنرانی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، افزایش یافته که از نظر آماری

معنادار نیست ( $p > 0/05$ ). در گروه چند رسانه ای بلافاصله و یکماه بعد از مداخله میزان آگاهی، نگرش و عملکرد افزایش یافته بود (۹۱).

در پژوهش هندی و همکاران که باهدف تعیین تاثیر روش آموزش بهداشت دهان و دندان توسط دانشجوی استاندارد شده بر میزان پلاک دندان انجام شد. و مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی بود که ۶۲ بیمار مراجعه کننده بطور تصادفی به دو گروه مورد: آموزش عملی بهداشت دهان و دندان توسط یک دانشجوی استاندارد شده و گروه شاهد: آموزش چهره به چهره تقسیم شدند. جهت استاندارد سازی دانشجو، تیمی تشکیل و پس از جلسه یک ساعته دانشجویان تعلیم عملی دیده و نحوه اجرای دانشجو توسط اعضای تیم مورد ارزشیابی و بازخورد لازم ارائه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده های مرتبط با شاخص پلاک از آزمون های توصیفی و استنباطی با کمک نرم افزار *SPSS* استفاده شد. کاهش ۲۵/۶۲ درصد شاخص پلاک در بیماران گروه مورد و کاهش ۱۵/۱۳ درصد در بیماران گروه شاهد متعاقب مشاهده شد و نیز اختلاف معنی داری بین میانگین شاخص کاهش پلاک در هر دو گروه مورد و شاهد پس از آموزش وجود داشت ( $p = 0/0001$ ) (۹۲).

امیری و همکاران مطالعه ای باهدف مقایسه آموزش بهداشت با موضوعات مختلف آموزشی پیرامون سلامت دهان و دندان و بررسی پایداری اثر این روش ها در ارتقا سلامت دهان و دندان انجام دادند. ۱۶۱ نفر (۷۶ دختر، ۸۵ پسر) دانش آموز اول دبیرستان از مدارس دولتی یزد را به صورت تصادفی به سه گروه تقسیم کردند: گروه ۱- آموزش بهداشت دهان و دندان + آموزش راجع به بوی بد دهان (گروه بوی بد دهان) گروه ۲- آموزش بهداشت دهان و دندان + آموزش راجع به پوسیدگی دندان و بیماری های لثه (گروه سنتی) گروه ۳- آموزش بهداشت دهان و دندان (گروه کنترل). شاخص پلاک قبل از مداخله، دو هفته و دو ماه بعد از مداخله اندازه گیری و تغییرات آن در طول زمان ثبت کردند. با استفاده از آزمون *McNemar*، *Paired t*، *chi-square (bonferroni adjustment)* و *Kruskal-wallis* داده ها را آنالیز کردند. و مشاهده کردند که تفاوت آماری معناداری میان گروه بوی

بد دهان و گروه سنتی وجود ندارد. اما هر دو گروه تفاوت قابل ملاحظه ای با گروه کنترل دارد (۰/۰۰۳،  
P-value: ۰/۰۰۲) تغییرات مثبت در گروه بوی بد دهان به خصوص در دختران ماندگارتر از بقیه ی  
گروه ها است (۹۳).

در پژوهش هزاوه ای وهمکاران که باهدف بررسی تاثیر مداخلات مبتنی بر مدرسه بر ارتقای سلامت دهان  
ودندان دانش آموزان ۱۲-۶ ساله انجام شده است (یک مرور نظام مند). که با جستجوی الکترونیکی در  
پایگاه های اطلاعاتی و *Spring, Pub Med, Science Direct, Proquest, Scopus, Google Scholar, Biomed Central, Iran Medex, SID*  
با استفاده از کلمات کلیدی فارسی و انگلیسی انجام مداخلات آموزشی که جهت پیشگیری از بیماری  
های دهان و دندان و ارتقا رفتارهای بهداشتی مرتبط در بین دانش آموزان اجرا و بین ژانویه ۲۰۰۴ تا  
سپتامبر ۲۰۱۴ چاپ شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۷ مطالعه انتخاب شده به دودسته آموزش  
مبتنی بر رفتارهای خودمراقبتی و ارائه خدمات پیشگیرانه و آموزش مبتنی بر رفتارهای خودمراقبتی تقسیم  
شدند. آن دسته از مداخلاتی که دارای ویژگی های زیر بودند با موفقیت بیشتری در افزایش  
آگاهی، رفتارهای بهداشتی، کاهش پلاک و پوسیدگی دندان همراه بودند: استمرار مداخله، درگیر کردن  
والدین و کارکنان مدرسه در برنامه، کاربرد مدل های تغییر رفتار، استفاده از ترکیب چندین روش آموزشی  
و به کنارگیری تجربه عملی و خدمات پیشگیرانه (۹۴).

پژوهشی توسط آستروم جهت کاربردپذیری دو سازه برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای  
از عهده برآمدن انجام شد. در این مطالعه ۱۵۰۹ نفر از جوانان ۲۵ ساله که معرف جمعیت جوانان  
نروژی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه رفتار هدف استفاده از نخ دندان طی ۴ هفته  
آتی بود. ۱۵۰۹ نفر از جوانان ۲۵ ساله در مرحله مقدماتی این مطالعه شرکت کردند که ۵۰۰ نفر از  
آنها بطور تصادفی برای مصاحبه تلفنی در ۴ هفته بعد انتخاب شدند. نتایج مطالعه نشان داد که اضافه  
کردن رفتار گذشته (استفاده از نخ دندان) و کنترل رفتاری درک شده واریانس پاسخگوی رفتار را تا

۶۰٪ افزایش می دهد. افزودن سازه های برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن این واریانس را تا ۴٪ افزایش می دهد. بسط مدل رفتار برنامه ریزی شده با دو سازه برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن پاسخگوی ۳۸/۷٪ واریانس رفتار می باشند (۹۵).

در مقاله ای توسط شوترز و همکاران استفاده از نخ دندان در دانشجویان و تاثیر برنامه ریزی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ۲۵۸ دانشجوی رشته های روانشناسی و آموزش در برلین مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه با توجه به سازه های تئوری شناخت اجتماعی و همچنین برنامه ریزی ایجاد شد و در سه مقطع زمانی پایه، ۲ هفته بعد، ۶ هفته بعد توسط دانشجویان تکمیل گردید. نتایج نشان دادند که تمام سازه های تئوری شناخت اجتماعی شامل خطر درک شده، انتظار پیامد و خودکارآمدی با قصد رفتاری و همچنین رفتار در ارتباط بودند اما خطر درک شده با رفتار در ارتباط نبود. نتایج نشان داد که برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن مهمترین و تنها پیش بینی کننده های رفتار استفاده از نخ دندان بودند. این مدل قادر به پیش گویی ۳۵ درصد واریانس رفتار استفاده از نخ دندان بود (۹۶).

اسنیهوتا<sup>۱</sup> در یک کارآزمایی برای ارزیابی مداخله رفتاری نظریه محور بود، از برنامه ریزی برای عمل به منظور ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان دانشجویان استفاده نمود. ۲۳۹ دانشجوی در دانشگاه اسکاتلند جهت شرکت در این مطالعه انتخاب شدند. قبل از تقسیم تصادفی دانشجویان به دو گروه مداخله (۱۱۴) و کنترل (۱۲۵)، انجام شد. در گروه مداخله به شرکت کنندگان توصیه شد جهت استفاده از نخ دندان برنامه منظمی تهیه کرده و در آن زمان، مکان، نحوه و مدت زمان استفاده از نخ دندان را مشخص کنند. نتایج مطالعه دو هفته بعد و دو ماه بعد مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که مداخله رفتاری برنامه ریزی برای عمل می تواند موثر باشد. به طوری که افراد شرکت کننده در گروه مداخله به میزان بسیار بیشتری نسبت به گروه کنترل از نخ دندان استفاده کرده بودند (۹۷).

---

<sup>۱</sup> Sniehotta





## ۲. مواد و روش کار

### ۲-۱. اهداف پژوهش

#### ۲-۱-۱. هدف کلی

تعیین تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان از طریق گروه همتا بر ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان دبستانی



## ۲-۱-۲. اهداف اختصاصی

۱. تعیین و مقایسه نگرش دانش آموزان نسبت به رفتار سلامت دهان قبل و بعد از مداخله در گروههای تحت مطالعه
۲. تعیین و مقایسه کنترل رفتاری درک شده دانش آموزان نسبت به رفتار سلامت دهان قبل قبل و بعد از مداخله در گروههای تحت مطالعه
۳. تعیین و مقایسه قصد رفتاری دانش آموزان درباره رفتار صحیح سلامت دهان قبل و بعد از مداخله در گروههای تحت مطالعه
۴. تعیین و مقایسه هنجارهای انتزاعی دانش آموزان درباره رفتار سلامت دهان قبل و بعد از مداخله در گروههای تحت مطالعه
۵. تعیین و مقایسه برنامه ریزی برای عمل دانش آموزان درباره رفتار سلامت دهان قبل و بعد از مداخله در گروههای تحت مطالعه
۶. تعیین و مقایسه برنامه ریزی برای از عهده برآمدن دانش آموزان درباره رفتار سلامت دهان قبل و بعد از مداخله در گروههای تحت مطالعه
۷. تعیین و مقایسه نمره رفتار سلامت دهان (مسواک زدن و نخ دندان) دانش آموزان قبل و بعد از مداخله در گروههای تحت مطالعه

## ۳-۱-۲. سئوالات و فرضیه های پژوهش

۱. مداخله آموزشی بر بهبود نگرش دانش آموزان نسبت به رفتار صحیح سلامت دهان در گروه مداخله اثر دارد.
۲. مداخله آموزشی بر هنجارهای انتزاعی دانش آموزان درباره رفتار سلامت دهان در گروه مداخله اثر دارد.

۳. مداخله آموزشی بر قصد رفتاری دانش آموزان درباره رفتار صحیح سلامت دهان در گروه مداخله اثر دارد\*

۴. مداخله آموزشی بر کنترل رفتاری درک شده دانش آموزان درباره رفتار صحیح سلامت دهان در گروه مداخله اثر دارد\*

۵. مداخله آموزشی بر برنامه ریزی برای عمل دانش آموزان درباره رفتار صحیح سلامت دهان در گروه مداخله اثر دارد\*

۶. مداخله آموزشی بر برنامه ریزی برای از عهده برآمدن دانش آموزان درباره رفتار صحیح سلامت دهان در گروه مداخله اثر دارد\*

۷. مداخله آموزشی بر رفتار صحیح دانش آموزان در گروه مداخله موثر است

- اهداف کاربردی طرح :

طراحی و ارزشیابی برنامه آموزشی مناسب بروش آموزش همتا و بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده و در صورت مناسب بودن آن، ارائه نتایج به دانشگاه علوم پزشکی ساوه و اداره کل آموزش و پرورش جهت انجام مداخلات آموزشی مشابه، برای ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان.

## ۲-۲. معیار ورود و خروج

معیار ورود به این مطالعه تحصیل در پایه ششم ابتدایی و رضایتنامه کتبی والدین و خوددانش آموز، برای شرکت در این کار پژوهشی بودو معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به شرکت در مطالعه توسط دانش آموز و خانواده آنان ، عدم توانایی در مسواک زدن و استفاده از نخ دندان به علت مشکلات جسمی، و غیبت بیش از یک جلسه در طول دوره بود..

## ۲-۳. روش اجرا

### ۲-۳-۱. نوع پژوهش و جامعه هدف

در این مطالعه نیمه تجربی جامعه پژوهشی شامل پسران و دختران پایه ششم ابتدایی شهر ساوه در سال ۹۸ هستند. پس از مشخص شدن گروه هدف و قبل از شروع مداخله باحضور محقق اصلی در کلاس، برای معلمان و دانش آموزان جلسات توجیهی برگزار شد و اطلاعات لازم در زمینه چگونگی انجام پژوهش و هدف از آن در اختیارشان قرار گرفت. در همین جلسه، پرسشنامه پیش آزمون و پرسشنامه انتخاب گروه هم‌تا توزیع شد بدین روش که ابتدا فهرستی از اسامی کلاس در اختیار دانش آموزان قرار گرفت و از آنان خواسته شد که نام سه نفر از اعضای کلاس که دوست دارند بعنوان مربی کلاسشان باشد را به ترتیب اولویت ( ۱ ، ۲ ، ۳ ) بنویسند. پس از انجام گروه سنجی، با دانش آموزان منتخب مصاحبه ای به عمل آمد تا میزان علاقه و همچنین ویژگی هایی مثل مسئولیت پذیری، و برقراری ارتباط مناسب آنها ارزیابی شود. در این مرحله ۱۹ دانش آموز انتخاب شدند. یعنی تقریباً به ازای هر ده دانش آموز یک دانش آموز بعنوان رابط آموزشی (همتا) برای یادگیری و آموزش بهداشت دهان و دندان به دوستان خود انتخاب شدند \*

دانش آموزان منتخب (همتا)، مداخله آموزشی شامل چهار جلسه آموزشی یک ساعته را در طی یک هفته دریافت کردند. جلسه اول آشنایی با اطلاعات مهم مرتبط با سلامت دهان و دندان بود. در این جلسه بدنبال یک معرفی کوتاه ساختمان دهان، زمان رویش دندانهای دائمی ، پوسیدگی دندان ، علت های پوسیدگی دندان ، لثه و بیماریهای آن و روشهای پیشگیری از بیماری های دهان و دندان به گروه همتا از طریق اسلاید و عکس نشان داده شد. در جلسه دوم از روش بارش افکار استفاده گردید و دانش آموزان تشویق میشدند تا به هرگونه فواید و موانع احتمالی استفاده از نخ دندان و مسواک زدن فکر کرده و بیان کنند. هدف کلی این جلسه شناسایی موانع احتمالی عدم رعایت بهداشت دهان و دندان بود. سپس بروش بحث گروهی بر نقش و اهمیت استفاده از نخ دندان و مسواک و اثرات مثبت آن بر سلامت

دهان و دندان، تاکید شد. در ابتدای جلسه سوم یک فیلم آموزشی درباره روش صحیح مسواک زدن و استفاده از نخ دندان نمایش داده شد. در ادامه جلسه تیم تحقیق از ایفای نقش برای یادگیری و ارائه بازخورد به عنوان مکانیسم اصلاح اشتباهات استفاده کرد. جلسه چهارم به دانش آموزان درباره اهمیت و روش برنامه ریزی، آموزش داده شد. سپس دانش آموزان فرم مخصوصی را که حاوی ۴ سؤال بود دریافت کردند که در آن از دانش آموزان خواسته شده بود که برای رفتار مسواک زدن برنامه ریزی کرده (مکان، زمان، چگونگی و مدت زمان مسواک زدن (به چه مدتی؟) و در جعبه های مخصوص یادداشت نمایند. از دانش آموزان تقاضا شد فرم های مربوطه را جای معین و قابل دید نصب نموده تا طبق فرم ها رفتار مورد نظر را انجام دهند. در فرمی دیگر از دانش آموزان در قالب دو سؤال خواسته شد مشکلات و موانعی که آنها را از انجام برنامه خود (مسواک زدن بطور منظم) دور می سازند مشخص کنند (برنامه ریزی برای از عهده برآمدن). و بنویسند چگونه می توان بر این مشکلات غلبه کرد؟ پس از پایان جلسات آموزشی از گروه همتا تقاضا شد تا برنامه آموزشی مشابه را برای ۱۰ دانش آموز تحت پوشش خود در طی یک هفته اجرا نمایند. در مدت زمان اجرای این برنامه آموزشی تیم تحقیق برای اجرای این برنامه ها نظارت داشت. گروه کنترل برنامه های آموزشی روتین خود را دریافت کرده و توسط تیم تحقیق و گروه همتا آموزشی در این زمینه دریافت نکردند. برای ارزیابی نتایج آموزش، پرسشنامه برای هر دو گروه آزمون و کنترل ۲ ماه بعد از آخرین جلسه آموزشی توسط دانش آموزان بروش خود ایفا تکمیل شد.

آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار *SPSS* نسخه ۱۸ و آزمون های آماری کای دو، تی مستقل، تی زوجی و همچنین در سطح استنباطی نیز، برای تشخیص تأثیر آموزش به شیوه گروه همتایان بر افزایش سلامت دهان و دندان دانش آموزان، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

## ۲-۳-۲. محیط پژوهش

در این مطالعه محیط پژوهش مدارس ابتدایی شهر ساوه می باشند.

## ۲-۳-۳. حجم نمونه و روش نمونه گیری

تعداد نمونه مورد نیاز بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات مداخله ای و با استناد به مطالعه پاکپور (۸۶)، با  $\alpha = 0.05$ ،  $\beta = 0.1$ ، و اندازه اثر  $0.5$  تعداد ۱۵۹ نفر در هر گروه (آزمون و کنترل) برآورد گردید. با توجه به احتمال ریزش ۲۰٪، ۲۰۰ نفر برای گروه آزمون و ۱۸۰ نفر برای گروه کنترل انتخاب و وارد مطالعه شدند. در گروه آزمون ۲۰ نفر بیشتر وارد مطالعه شدند تا بعنوان گروه آموزش دهنده همتا انتخاب شوند.

دانش آموزان با استفاده از روش نمونه گیری چند مرحله ای از بین مدارس دارای پایه ششم ابتدایی انتخاب شدند. بدین ترتیب که ابتدا فهرستی از همه مدارس بر اساس مناطق شهرداری در ساوه که دو منطقه بود تهیه شد. در مرحله بعد از هر منطقه ۴ مدرسه (۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) و در مجموع در ۲ منطقه ۸ مدرسه بروش تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس در هر منطقه با روش تصادفی ساده یکی از مدارس پسرانه و یکی از مدارس دخترانه در گروه آزمون و مدارس باقیمانده در گروه کنترل قرار گرفتند. سپس در مرحله آخر همه دانش آموزان پایه ششم مدارس انتخاب شده وارد مطالعه شدند.

## ۲-۴. ابزار گرد آوری اطلاعات

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه چند قسمتی روا و پایا بود که با استفاده از مطالعات مشابه قبلی (۲۴، ۹۱، ۸۸، ۸۶) تهیه گردید: بخش اول ویژگیهای دموگرافیک (۱۰ سوال)، بخش دوم نگرش با ۱۱ سؤال که پاسخهای آن بر روی طیف لیکرت ۵ گزینه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) تنظیم شده بود. بخش سوم. نرمهای انتزاعی با چهار سوال که پاسخهای آن از ۱ (نه اصلاً درست نیست) تا ۵ (بلی کاملاً درست است) تنظیم شده بود. بخش چهارم کنترل رفتاری درک شده با ۵ سؤال

که برای اندازه‌گیری آن از طیف لیکرت ۵ گزینه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) استفاده شد. بخش پنجم. قصد رفتاری با ۴ سؤال که پاسخهای آن بر روی طی لیکرت ۵ گزینه ای از ۵ (کاملاً محتمل) تا ۱ (کاملاً غیر محتمل) تنظیم شده بود. بخش ششم. برنامه ریزی برای عمل با ۴ سؤال باز در مورد مکان، زمان چگونگی و مدت زمان مسواک زدن. بخش هفتم. برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن با ۲ سؤال شامل "مشکلات و موانعی که آنها را از انجام برنامه خود ( مسواک زدن بطور منظم) دور می سازد و نیز "چگونه می توان بر این مشکلات غلبه کرد؟" و بخش هشتم. رفتار با ۲ سؤال در مورد تعداد دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان. در این مطالعه روایی ابزارهای مورد استفاده، توسط ۸ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی ساوه، اراک و اهواز با روش روایی محتوی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ  $\alpha = 0.85$ ) برای کل ابزار تأیید گردید .

## ۲-۵. تعریف نظری و عملی واژه ها

### ۲-۱-۲-۱. نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

تعریف نظری: نظریه رفتار برنامه ریزی شده چارچوبی را برای بررسی منظم و اصولی مسائل مربوط به تصمیم گیری برای یک رفتار فراهم می کند. مطابق با این نظریه، مهمترین تعیین کننده رفتار فرد قصد رفتاری است. قصد حاصل سه عامل نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده است (۸۶).

تعریف عملی: در این مطالعه اجزای کلیه سازه‌های این نظریه شامل نگرش نسبت به رعایت رفتار خودمراقبتی سلامت دهان، هنجارهای انتزاعی برای رعایت رفتار خودمراقبتی سلامت دهان و کنترل رفتاری درک شده نسبت به رعایت رفتار خودمراقبتی سلامت دهان مورد استفاده قرار گرفته است.

## ۱-۲-۱-۱. رفتار خودمراقبتی سلامت دهان

تعریف نظری: مفهوم رفتار خود مراقبتی سلامت دهان و دندان، شامل فعالیت های پیشگیری بیماری های رایج سلامت دهان و دندان، پوسیدگی دندان و بیماری های پریودنتال می باشد. این مفهوم طیف وسیعی از فعالیت ها از خود درمانی، پیشگیری و تشخیص تا جستجوی مراقبت های حرفه ای را در بر می گیرد (۸۶، ۸۷).

تعریف عملی: در این مطالعه، منظور رفتار مسواک زدن می باشد.

## ۱-۲-۱-۲. نگرش

تعریف نظری: سازماندهی نسبتاً دائمی باورها در مورد یک شیء یا موقعیت که فرد را آماده واکنش در یک جهت می کند (۸۹-۹۰).

تعریف عملی: در این مطالعه نگرش عبارت است از باور دانش آموز نسبت به تاثیر رعایت مطلوب/نامطلوب رفتار خودمراقبتی سلامت دهان که بر اساس پاسخ سوالات مربوطه در پرسشنامه، مورد سنجش قرار می گیرد.

## ۱-۲-۱-۳. هنجارهای انتزاعی

تعریف نظری: عبارت است از برداشت شخصی افراد از فشارهای اجتماعی (۸۵-۸۶) و یا به عبارتی درک فرد از انتظارات دیگران.

تعریف عملی: در این مطالعه هنجارهای انتزاعی عبارت است از برداشت دانش آموز از نظرات والدین، همسالان، معلمان، مدیران و سایر افراد مهم برای او در مورد رعایت رفتار صحیح خود مراقبتی سلامت دهان، که بر اساس پاسخ سوالات مربوطه در پرسشنامه، مورد سنجش قرار می گیرد.

## ۲-۱-۲-۱-۴. کنترل رفتاری درک شده

تعریف نظری: کنترل رفتاری درک شده یعنی درجه‌ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می‌باشد (۸۷-۸۹).

تعریف عملی: در این مطالعه، درجه سختی و آسانی و توانایی متصور مورد نظر فرد برای اجرای رفتار صحیح خود مراقبتی سلامت دهان است که بر اساس پاسخ به سوالات مربوطه در پرسشنامه، مورد سنجش قرار می‌گیرد.

## ۲-۱-۲-۱-۵. قصد رفتاری

تعریف نظری: قصد رفتاری منعکس کننده میزان یا وسعت انگیزه شخصی جهت انجام رفتار و به عبارت دیگر تمایل شخص به انجام رفتار است (۸۵-۸۶).

تعریف عملی: در این مطالعه قصد (یا تمایل فرد) برای رعایت رفتار خود مراقبتی سلامت دهان است که بر اساس پاسخ سوالات مربوطه در پرسشنامه، مورد سنجش قرار می‌گیرد.

## ۲-۱-۲-۲. برنامه ریزی برای عمل

تعریف نظری: برنامه ریزی برای عمل یک استراتژی خودتنظیمی عمل محور است. برنامه ریزی برای عمل میتواند به شروع یک عمل توسط تعیین اینکه آن عمل چه زمانی، کجا، چگونه انجام می‌شود، کمک کند (۹۳-۹۴).

تعریف عملی: در این مطالعه تعیین زمان، مکان و چگونگی انجام رفتار صحیح خود مراقبتی سلامت دهان است که بر اساس پاسخ به سوالات مربوطه در پرسشنامه، مورد سنجش قرار می‌گیرد.



## ۲-۱-۲-۳. برنامه ریزی برای از عهده برآمدن

تعریف نظری: برنامه ریزی برای از عهده برآمدن یک استراتژی خودتنظیمی مانع محور است. برنامه ریزی برای از عهده برآمدن می تواند مشکلات تداوم رفتار را رفع کند و دربرگیرنده مکانیسم های ادراکی، حافظه ای و توجهی می باشد که حتی می تواند در شرایطی که قصد رفتاری بدون خودکنترلی، هوشیارانه به تاخیر بیافتد، دوام بیاورد. برنامه ریزی برای از عهده برآمدن می تواند به افراد جهت غلبه بر موانع و مشکلات بوسیله پیش بینی شرایط خطرناک (شرایطی که انجام رفتار مورد نظر را به مخاطره می اندازد)، کمک کند (۹۴-۹۳).

تعریف عملی: پیش بینی شرایطی که انجام رفتار خود مراقبتی سلامت دهان را به مخاطره می اندازد، تهیه لیستی از آنها و همچنین روش های مقابله با آن توسط دانش آموز.

## ۲-۶. ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر دارای تاییدیه کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی ساوه با کد IR.SAVEHUMS.REC.1397.004 می باشد. در مطالعه حاضر سعی شده است که قسمت های مختلف پژوهش به گونه ای طراحی شوند که از بروز هر گونه مشکلات اخلاقی تا حد ممکن جلوگیری به عمل آید. همچنین در تدوین پرسشنامه سعی شده است تا حد امکان از طرح سوالات خصوصی و محرمانه اجتناب شود و ضمن آموزش های لازم به پرسشگران تمامی آنها موظف هستند قبل از تکمیل پرسشنامه برای هر نمونه وی را از اهداف مطالعه آگاه و رضایت وی را در جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه به صورت شفاهی جلب و پرسشنامه رضایت آگاهانه را تکمیل نمایند.

## ۲-۷. روش تجزیه و تحلیل داده ها

آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار *SPSS* نسخه ۱۸ و آزمون های آماری کای دو، تی مستقل، تی زوجی و همچنین در سطح استنباطی نیز، برای تشخیص تأثیر آموزش به شیوه گروه هم تایان بر افزایش سلامت دهان و دندان دانش آموزان، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.





### ۳- یافته‌ها

#### ۳-۱. یافته‌های دموگرافیک

از ۳۸۰ نفر دانش آموز وارد مطالعه شده، ۱۸۰ نفر در گروه آزمون و ۱۷۶ نفر در گروه کنترل، پس آزمون را تکمیل کردند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمون  $11.55 \pm 0.93$  و کنترل  $11.58 \pm 1.01$  بود. در مجموع ۱۷۵ نفر پسر و ۱۸۱ دختر بودند. بیشترین سطح سواد در مادران گروه آزمون و کنترل، دیپلم با ۶۲ و ۵۸ نفر بود و در پدران نیز دیپلم با ۵۹ و ۶۵ نفر بود. از نظر وضع اقتصادی بیشتر دانش آموزان وضع خود را خوب گزارش کردند (۱۰۱ نفر در گروه کنترل و ۱۰۷ نفر در گروه آزمون). نتایج نشان داد دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی همسان بودند (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک در گروه مداخله و کنترل

متغیر	مداخله		کنترل		سطح معناداری*
	تعداد	(%) درصد	تعداد	(%) درصد	
<b>جنسیت</b>					
پسر	90	50	85	48.3	0.74
دختر	90	50	91	51.7	
<b>وضعیت اقتصادی</b>					
خوب	107	59.5	101	57.4	0.63
متوسط	65	36.1	69	39.2	
ضعیف	8	4.4	6	3.4	
<b>اشتغال مادر</b>					
خانه دار	135	0.75	128	72.7	0.60
شاغل	45	0.25	48	27.3	
<b>سواد پدر</b>					
بی سواد	8	4.4	10	5.7	0.95
ابتدایی	26	14.5	23	13.1	
متوسطه اول	34	18.9	31	17.6	
دیپلم	59	32.8	61	34.6	
دانشگاه	53	29.4	51	29	
<b>سواد مادر</b>					
بی سواد	10	5.6	11	6.2	0.78
ابتدایی	30	16.6	38	21.7	
متوسطه اول	41	22.8	35	19.8	
دیپلم	62	34.4	58	32.9	
دانشگاه	37	20.6	34	19.4	

\* Chi-square

### ۲-۳. یافته های تحلیلی

به منظور طراحی آموزشی بر اساس سازه های مورد مطالعه و قدرت پیش بینی کنندگی آنها از آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شد و نتایج نشان داد که آن در پیش بینی رفتار مسواک زدن (حداقل یکبار در روز) دانش آموزان براساس متغیرهای دموگرافیک و سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده با استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه به روش پس رو نتایج این مدل رگرسیونی

نشان می دهد، یک نمره افزایش در نگرش، با فرض ثابت بودن سایر متغیرها، همراه با ۰,۴۰٪ افزایش شانس انجام رفتار مسواک زدن (حداقل یکبار در روز) می باشد. به همین ترتیب یک نمره افزایش در نمره ی سازه ی کنترل، با فرض ثابت بودن سایر متغیرها، همراه با ۲,۲۷ برابری افزایش شانس انجام رفتار مسواک زدن (حداقل یکبار در روز) می باشد. افزایش نمره ی هنجار ذهنی با فرض ثابت بودن سایر متغیرها، همراه با افزایش شانس انجام رفتار به مقدار ۰,۶۶٪ می باشد. یک نمره افزایش قصد رفتاری، شانس انجام رفتار مسواک زدن (حداقل یکبار در روز) را ۲,۴۴ برابر می کند. یک نمره افزایش برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای اقدام، شانس انجام رفتار مسواک زدن (حداقل یکبار در روز) را به ترتیب ۲,۲۰ و ۲,۰۸ برابر می کند. همچنین این مدل رگرسیونی نشان میدهد با فرض ثابت بودن مقدار سایر متغیرها، شانس انجام مسواک زدن (حداقل یکبار در روز) در دختران ۶۷٪ بیش از پسران می باشد. ضریب تعیین کاکس-اسنل در این مدل رگرسیونی ۰,۵۱ می باشد.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه سازه های مدل و متغیرهای دموگرافیک

متغیر	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪	p
نگرش	۱.۴۰۱	۱.۱۹۴ - ۱.۰۲۴	۰.۰۰۰۴
کنترل رفتاری درک شده	۲.۲۷۸	۱.۱۶۲ - ۳.۲۷۹	۰.۰۰۰۱
هنجار انتزاعی	۱.۶۵۲	۱.۰۲۱ - ۲.۳۰۲	۰.۰۰۰۱
قصد رفتاری	۲,۴۵۳	۱,۷۵۳ - ۳.۴۸۲	۰.۰۰۰۱
برنامه ریزی برای عمل	۲,۲۰۱	۳,۸۷۲ - ۱,۰۱۴	۰.۰۰۰۱
برنامه ریزی برای اقدام	۲,۰۸۱	۳,۲۳۹ - ۱,۱۲۵	۰,۰۰۰۱
جنس (دختر)	۱.۶۵۳	۱.۱۱۵ - ۲.۴۵۲	۰.۰۰۰۲

بر اساس جدول شماره ۳ همبستگی خطی هریک از سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده و برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن با یکدیگر و نیز رفتار، نشان دهنده آن است که تمام سازه ها با رفتار مسواک زدن، رابطه ی خطی معنی داری دارند، اما رابطه ی سازه ی قصد رفتاری، برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن با رفتار از شدت قوی، رابطه ی سازه ی کنترل رفتاری با رفتار از شدت متوسط و رابطه ی سازه های هنجار و نگرش با رفتار، از شدت ضعیفی برخوردار می باشند.

جدول ۳. نتایج ضریب همبستگی خطی پیرسون بین سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده با رفتار در دانش آموزان مورد مطالعه

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
نگرش	.19*	1						
هنجار انتزاعی	.14**	.33**	1					
کنترل رفتاری درک شده	.31*	.32**	.29**	1				
قصد رفتاری	.22*	.24**	.26**	.41**	1			
برنامه ریزی برای عمل	.25*	.19*	.10**	.28*	.39*	1		
برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن	.29**	.17*	.22*	.35**	.42*	.38*	1	

1	.41*	.45*	.58**	.28**	.13**	.12**	.18*	رفتار
								*همبستگی در سطح 0.05 معنی دار است.
								** همبستگی در سطح 0.01 معنی دار است.

بر اساس آزمون تی مستقل قبل از مداخله آموزشی تفاوت معناداری بین میانگین و انحراف معیار ابعاد سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده(نگرش، نرملهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری)، سازه های برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن دردوگروه آزمون و کنترل وجودنداشت و ۲گروه همسان بودند ( $p > 0.05$ )، بعد از مداخله آموزشی آزمون تی زوجی تفاوت معناداری را بین میانگین و انحراف معیار سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده، و سازه های برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن گروه آزمون قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان داد ( $p < 0.05$ ) (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج میانگین و انحراف معیار ابعاد نظریه رفتار برنامه ریزی شده و سازه برنامه ریزی برای عمل و از عهده برآمدن در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه زمان	گروه مداخله میانگین و انحراف معیار	گروه کنترل میانگین و انحراف معیار	سطح معناداری *
نگرش	قبل از مداخله	19.0±5.5	18.1±4.9	0.109
	۲ ماه بعد از مداخله	23.2±6.2	18.4±6.6	0.001
	** سطح معناداری	0.001	0.777	-
کنترل رفتاری درک شده	قبل از مداخله	13.4±4.4	13.6±3.7	0.625
	۲ ماه بعد از مداخله	14.9±5.2	13.7±4.2	0.037
	** سطح معناداری	0.006	0.933	-
نرمهای انتزاعی	قبل از مداخله	5.0±1.9	4.7±2.2	0.160
	۲ ماه بعد از مداخله	6.9±3.7	4.8±2.5	0.001
	** سطح معناداری	0.001	0.658	-
برنامه ریزی برای عمل	قبل از مداخله	8.5±4.5	8.8±4.5	0.585
	۲ ماه بعد از مداخله	10.9±6.3	8.7±4.0	0.001
	** سطح معناداری	0.001	0.991	-
برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن	قبل از مداخله	14.4±6.9	14.7±6.6	0.970
	۲ ماه بعد از مداخله	16.6±8.1	14.4±6.7	0.048
	** سطح معناداری	0.011	0.712	-
قصد رفتاری	قبل از مداخله	6.0±3.2	5.6±2.7	0.301
	۲ ماه بعد از مداخله	7.8±4.1	5.0±2.5	0.001



	** سطح معناداری	0.001	0.008	

\* Independent T-test; \*\* Paired T-test

در بخش استنباطی از آزمون کوواریانس استفاده شد. تحلیل کوواریانس این امکان را میدهد که تفاوت بین گروهها در پس آزمون، همزمان با کنترل آماری نمرات پیش آزمون (متغیر همپراش یا کوواریت) دو گروه مورد بررسی قرار گیرد. مفروضه های تحلیل نشان داد که مفروضه خطی بودن، مفروضه شرط همسانی واریانسها برقرار بوده و شیب رگرسیون دارای همگنی می باشد. نتایج تحلیل کوواریانس، نشان داد که در شرایط کنترل آماری نمرات پیش آزمون دو گروه (کوواریت)، بین نمرات گروه مداخله و کنترل، پس از اجرای آموزش به شیوه گروه همتایان (پس آزمون)، تفاوت معنی داری وجود دارد. ( $p < 0.05$ ). بر اساس *Partial Eta Squared* میتوان بیان کرد میزان درصد تغییر متغیرها به علت اثر مداخله به ترتیب عبارتست از نگرش (۰.۵٪)، نرمهای انتزاعی (۰.۹٪)، کنترل رفتاری درک شده (۰.۲٪) و قصد رفتاری (۰.۴٪)، سازه های برنامه ریزی برای عمل (۳٪) و برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن (۰.۲٪) (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون کوواریانس سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده و برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Powera
نگرش	1878.8	1	1878.8	20.5	0.001	0.05	20.5	0.99
نرمهای انتزاعی	364.1	1	364.1	36.5	0.001	0.09	36.5	1.0
کنترل رفتاری درک شده	206.5	1	206.5	7.9	0.005	0.02	7.9	0.80
برنامه ریزی برای عمل	391.7	1	391.7	13.7	0.001	0.03	13.7	0.95

برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن	463.7	1	463.7	7.4	0.007	0.02	7.4	0.77
قصد	567.6	1	567.6	59.4	0.001	0.14	59.4	1.0

در مورد رفتار صحیح سلامت دهان و دندان دانش آموزان مورد بررسی نتایج در بخش میزان مسواک زدن، نشان داد، قبل از مداخله آموزشی بروش همتا 24 نفر (6.7%) از دانش آموزان (11 نفر گروه کنترل و ۱۳ نفر گروه آزمون) هرگز از مسواک استفاده نمی کردند. بعد از مداخله آموزشی این میزان به 10 نفر (2.8%) کاهش یافت (گروه کنترل 10 نفر و آزمون ۰). همچنین قبل از مداخله آموزشی 76 نفر (21%) از دانش آموزان (40 نفر گروه کنترل و 36 نفر گروه آزمون) دوبار یا بیشتر در روز مسواک میزدند. بعد از مداخله این میزان به 128 نفر (36%) افزایش یافت (42 نفر گروه کنترل و 86 نفر آزمون). (جدول ۶).

#### جدول ۶. مقایسه میزان توزیع فراوانی مطلق و نسبی مسواک زدن در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

گروه	زمان	مداخله		کنترل		سطح معنی داری*
		تعداد	(%) درصد	تعداد	(%) درصد	
قبل مداخله	هرگز	13	7.2	11	6.2	0.678
	گاهی اوقات	66	36.7	55	31.3	
	یکبار در روز	65	36.1	70	39.7	
	۲ بار یا بیشتر در روز	36	20	40	22.8	
بعد از مداخله	هرگز	0	0	10	5.7	0.001

	گاهی اوقات	15	8.4	51	28.9	
	یکبار در روز	79	43.8	73	41.6	
	۲ بار یا بیشتر در روز	86	47.8	42	23.8	
	سطح معنی داری*	0.001		0.958		

همانطور که جدول شماره ۷ نشان میدهد در مورد استفاده از نخ دندان، قبل از مداخله 216 نفر (60.6%) از دانش آموزان (115 نفر کنترل و 111 نفر آزمون) از نخ دندان استفاده نمی کردند بعد از مداخله آموزشی به روش همتا و با استفاده از نظریه رفتار برنامه ریزی شده این میزان به 156 نفر (43.8%) کاهش یافت (110 نفر کنترل و 46 نفر آزمون)

جدول ۷. مقایسه میزان توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده از نخ دندان در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

		گروه مداخله		گروه کنترل		سطح معنی داری**
		تعداد	(%) درصد	تعداد	(%) درصد	
قبل مداخله	نخ دندان					0.510
	بلی	69	38.3	61	34.6	
بعد از مداخله	خیر	111	61.7	115	65.4	0.001
	بلی	134	74.4	66	37.5	
	خیر	46	25.6	110	62.5	
	سطح معنی داری**	0.013		0.657		

\*chi-square \*\*Fisher Exact test

**فصل چهارم:**

**بحث، نتیجه گیری**

**و پیشنهادها**

## ۴. بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات

### ۴-۱. بحث

هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی تأثیر بکارگیری آموزش به شیوه گروه هم‌تایان بر ارتقاء رفتارهای مربوط به سلامت دهان و دندان در دانش آموزان بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجرای مداخله آموزشی به روش هم‌تا باعث بهبود رفتارهای مربوط به سلامت دهان و دندان در دانش آموزان گروه مداخله شد. بطوری که در گروه آزمون تعداد دانش آموزانی که هرگز مسواک نمی زدند و یا گاهی اوقات مسواک میزدند بترتیب از ۱۳ و ۶۶ به ۰ و ۱۵ نفر کاهش یافت. همچنین میزان استفاده از نخ دندان نیز تقریباً دو برابر شد. همسو با یافته ما، کارآیی آموزش هم‌تا در بهبود رفتارهای سلامت دهان و دندان در مطالعات Joyani و همکاران (۹۸)، Romadlon و همکاران (۹۹)، Vangipuram (۱۰۰) هم ملاحظه می شود.

در واقع این مطالعات و مطالعه ما نشان می‌دهد که دانش آموزان آموزش دیده یکی از منابع انسانی بالقوه و مفید در آموزش بهداشت دهان و دندان می باشند. مطالعات اخیر نشان داده اند که آموزش های بهداشتی انجام شده توسط دانش آموزان بسیار موفق تر از آموزش انجام شده توسط معلمین است (۱۰۲ ، ۱۰۱) و حتی می تواند به اندازه جلسات آموزشی ارائه شده توسط دندانپزشکان مؤثر باشد (۱۰۳). از دلایل موفقیت این روش آموزشی میتوان گفت که در این روش، علاوه بر این که دانش آموزان در فرآیند یادگیری به یکدیگر کمک میکنند، بدلیل احساس راحتی با هم‌تا، تعمیق یادگیری در یادگیرندگان بهتر خواهد شد. از دلایل دیگر موفقیت ما در این مطالعه شاید بتوان به استفاده از TPB توسعه یافته اشاره کرد. مطالعات قبلی به موثرتر بودن مداخلات آموزشی با استفاده از TPB توسعه یافته اشاره کرده اند (۱۰۴-۱۰۵).

نتایج ما نشان داد که در گروه آزمون پس از مداخله نمرات نگرش بطور معنی داری نسبت به گروه کنترل افزایش یافت. همسو با یافته ما، بهبود نگرش دانش آموزان در رابطه با سلامت دهان و دندان در مطالعه Haque et al در بنگلادش (۱۰۶)، و مطالعه Naidu and B. Nandlal در India هم (۱۰۷) ملاحظه می شود. مطالعات قبلی نشان داده که افزایش و یا بهبود نگرش در مورد بهداشت دهان و دندان یکی از عناصر کلیدی برای دستیابی به رفتار مطلوب در حوزه سلامت دهان و دندان است (۱۰۸). متخصصان اعتقاد دارند نگرشها، اکتسابی بوده و ذاتی نمی باشند، بعبارت بهتر نگرشها بر اساس تجربه فردی رفتار یا تجربیات جانشین از طریق یادگیری از دیگران کسب میشوند، به این علت پس از تجربه مستقیم یک رفتار، اعتقادات مثبت درباره پیآمدهای رفتار تقویت شده و سپس بعنوان انگیزه برای ادامه آن تاثیر می گذارد (۱۰۸-۱۰۹).

نتایج نشان داد که مداخله آموزشی موجب بهبود SN در گروه آزمون گردید. این یافته مورد انتظار است چرا که در این مطالعه ما از روش آموزش همتا استفاده کردیم. در این متد آموزشی با توجه به استفاده از رویکرد مشارکتی خود دانش آموزان در آموزش، افزایش هنجارهای انتزاعی قابل پیش بینی است. از طرف دیگر همانطور که کودکان رشد می کنند، آنها کمتر بر خانواده خود متمرکز می شوند و این توجه به سمت مدرسه و همسالان تغییر می یابد. در نتیجه دانش آموزان بیشتر تحت تاثیر محیط مدرسه و همسالان قرار گرفته و مدرسه نقش کلیدی در ارتقاء سطح سلامت دانش آموزان دارد.

در مطالعه ما پس از مداخله آموزشی تغییر معنا داری در میانگین نمرات کنترل رفتاری درک شده گروه آزمون نسبت به گروه کنترل ملاحظه گردید. کنترل رفتاری درک شده بازتاب ادراک دانش موزان نسبت به آسانی یا سختی رفتارهایی همچون مسواک زدن و استفاده از نخ دندان میباشد. مطالعات قبلی در حوزه سلامت دهان و دندان نشان داده اند که کنترل رفتاری درک شده به عنوان یکی از قوی ترین تعیین کننده های قصد رفتاری و رفتار می باشد (۱۰۹). برای مثال Naseri و همکاران. در مطالعه خود تاکید کردند که کارکنان سلامت برای طراحی اقدامات مداخله ای موفق برای بهبود سلامت دهان و دندان، باید بر ارتقای PBC فراگیران برنامه ریزی و تمرکز نمایند، چرا که PBC بالاتر، باعث افزایش احساس مثبت نسبت به رفتار مورد نظر و کاهش موانع درک شده می شود (۱۱۰).

مقایسه میانگین نمرات قصد رفتاری، برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن قبل و بعد از مداخله نشان داد که اختلاف میانگین نمرات بین دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله معنی دار می باشد. بعبارت بهتر نتایج ما نشان داد ترغیب و تشویق افراد جهت برنامه ریزی برای زمان، مکان و چگونگی مسواک زدن می تواند بطور موثری در آغاز رفتار مسواک زدن تاثیر گذار باشد. در این مطالعه

جهت کاهش فاصله قصد- رفتار و تصحیح مدل از دو استراتژی برنامه ریزی به نام های برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده برآمدن استفاده شد. برنامه ریزی برای عمل تسهیل کننده آغاز رفتار بوده و مشخص میکند که چگونه، کجا و چه زمانی رفتار مورد نظر صورت گیرد. در حالیکه برنامه ریزی برای از عهده برآمدن موانع و مشکلاتی را که ممکن است مانع اجرای رفتار برنامه ریزی شده شوند را پیش بینی می کند و سعی بر رفع آن دارد. همسو با یافته ما در مطالعاتی که توسط سووارز و همکاران (۱۱۱) و نیز زاو و همکاران (۱۱۲) انجام شد محققان نتیجه گرفتند که این دو سازه (برنامه ریزی برای عمل و از عهده بر آمدن) متغیرهای مهم انگیزشی جهت شکل گیری رفتارهای سلامت دهان و دندان هستند. لذا این متغیرها می توانند به عنوان مکمل در برنامه های آموزشی نظریه محور همچون مطالعه ما مورد استفاده قرار گیرند.

#### ۲-۴. نتیجه گیری

روش آموزش همتا در این مطالعه توانست سطح رفتارهای سلامت دهان و دندان دانش آموزان را ارتقاء دهد. با توجه به کمبود نیروی بهداشتی متخصص در آموزش و پرورش، و آسان، مفید و کم هزینه بودن این روش، به نظر میرسد با توانمندسازی دانشآموزان در این حیطة ، میتوان گامهای موثری را در جهت بهبود و وارتقاء رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش آموزان برداشت.

#### ۳-۴. پیشنهادات

۱- پیشنهاد می شود اثرات طولانی مدت (یکساله و بیشتر از آن) مداخله بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده توسعه یافته در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد.

۲- داشتن یک گروه مداخله اضافی شامل دانش آموزانی که تنها بر اساس مدل اصلی نظریه رفتار برنامه ریزی شده مورد مداخله آموزشی قرار می گیرند ممکن است در توجه به تغییرات ایجاد شده توسط سازه های خود تنظیمی کمک کننده باشد.

۳-انجام مطالعات مشابه در گروهها و قومیت های مناطق دیگر کشور برای ارزیابی توان برنامه آموزشی گروه همتا با استفاده از سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده، برنامه ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای مقابله

#### ۴-۴. تقدیر و تشکر:

ضمن تقدیر و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی ساوه در تأمین مالی این مطالعه، نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند مراتب قدردانی خود را از کلیه دانش آموزان و خانواده آنها، مدیریت محترم آموزش و پرورش ساوه و معلمان مدارس مورد مطالعه اعلام نمایند. همچنین لازم است نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از کلیه عزیزان شرکت کننده در این طرح اعلام نمایند.



فهرست منابع و مآخذ



## References

- 1- Ebrahimipour H, Mohamadzadeh M , Niknami Sh , Ismaili H, Vafaii Najjar A . The effect of educational programs based on the theory of planned behavior to improve the oral health behavior of pregnant women attending urban health facilities Ashkhaneh city. JNKUMS 2015, 7(1): 7-18
- 2- Dye BA, Thornton-Evans G, Li X, Iafolla TJ. Dental caries and sealant prevalence in children and adolescents in the United States, 2011–2012. NCHS data brief, no 191. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2015. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db191.htm>. Accessed 18 June, 2018

- 3 - Who. Oral Health Promotion: An Essential Element of a Health- Promotion School. WHO Information Series on School Health Document Eleven. Geneva, WHO 2003; 6.
- 4- Guarnizo-Herreno CC, Wehby G L. Children’s Dental Health, School Psychosocial Well-Being J Pediatr 2012; 161(6): 1153-9
- 5- Jurgensen N, Petersen P. Oral health and the impact of sociobehavioural factors in a cross sectional survey of 12-year-old school children in Laos. BMC Oral Health 2009, 9:29
- 6-US General Accounting Office’s. Oral Health: Dental disease is a Chronic Problem Among Low-Income Populations.Washingtons; Report to Congressional Requester, 2000.
- 7- GIFT Hc, Relsinest,Larach DC. The social impact o dental problems and visits. American Journal of Public Helth 1992; 82(12): 1663-8.
- 8- Al tamimi S, Peterson PE. Oral health situation of schoolchildren’ mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. Int Dent J. 1998 Jun;48(3):180-6.
- 9- Ajayi DM , Arigbede AO. Barriers to oral health care utilization in Ibadan, South West Nigeria. Afr Health Sci. 2012 Dec; 12(4): 507–513.
- 10- Freeman R. Barriers to accessing dental care: patient factors. Br Dent J. 1999;187(3):141–144. 14; 1999; 187(3) [PubMed
- 11-Congiu G, Campus G, Luglie PF. Early childhood caries (ECC) prevalence and background factors: a review. Oral health Prev Dent. 2014;12:71 –6.PubMedGoogle Scholar
- 12-Tanaka K, Miyake Y, Sasaki S, Hirota Y. Socioeconomic status and risk of dental caries in Japanese preschool children: the Osaka maternal and child health study. J Public Health Dent. 2013;73:217–23.View Article PubMed Google Scholar
- 13 -World Health Organization(1997), Oral Health Surveys: Basic Methods, World Health Organization, pp.20-45.
- 14-Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J. 1982; 32(1):74–7.
- 15- WCPD (World Congress on Preventive Dentistry), 1993. World Congress on Preventive Dentistry, 4th, Umea, Sweden, 1993
- 16- Reid BC, Hyman JJ, Macek MD. Race/ethnicity and untreated dental caries: the impact of material and behavioral factors. Community Dent Oral Epidemiol. 2004; 32:329–36.
- 17- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ 2005; 83(9): 661-9
- 18- Shoae S, Ghasemian A, Mehrabani K, Naderimagham S, Delavari F, Sheidaei A, et al. Burden of oral diseases in Iran, 1990–2010: findings from the global burden of disease study 2010. Arch Iran Med. 2015;18(8):486–92.
- 19-Safiri S, Kelishadi R, Heshmat R, Rahimi A, Djalalinia S, Ghasemian A, et al. Socioeconomic inequality in oral health behavior in Iranian children and adolescents by the Oaxaca-blinder decomposition method: the CASPIAN-IV study. Int J Equity Health. 2016;15(1):143.

- 20- Hamissi J, Ramezani GH, Ghodousi A. Prevalence of dental caries among high school attendees in Qazvin, Iran. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2008; 26(Suppl 2): S53-S55.
- 21-World Health Organization. The world health report 1998: life in the 21st century: a vision for all. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998. p. 17-110.
- 22- Pakshir HR. Oral health in Iran. *Int Dent JT*, 2004; 54(6Suppl): 367-72
- 23- Seyedin SM, Golpaigani H, Yazdani H, Nourhlouchi S, Oral health survey in 12- year-old children in the Islamic Republic of Iran, 1993-1994. *East Mediterr Health J*, 1998; 4(2): 338-42.
- 24- Sadeghi M. Prevalance of Caries free in 12 and 15 year- old Students of RafsanjanCity in 1998. *J Rafsanjan Univ Med Sci*, 2001; 1(1): 59-63. (Text in Persian)
- 25- Sadeghi M. Permanent Molars Caries in 12- year-old Students in Rafsanjan, Iran. *J Dent Res Dent Prospects*, 2007; 1(2): 34-40.
- 26- Chandra S. Textbook of community dentistry. 1st ed. New Delhi: Lordson publisher; 2000.p.159.
- 27- Eslamipour F, Asgari I, Heydari K, Farzanehkhoo AR. An epidemiologic study of prevalence of dental caries in 12-19 year-old school children in Isfahan. *Journal of Isfahan Dental School* 2011; 6(6): 606-14. (in Persian)
- 28- Pakpour AH, Hidarnia A, Hajizadeh E, Kumar S, Harrison AP. The status of dental caries and related factors in a sample of Iranian adolescents. *Med Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(6): 822-27.
- 29- Report of Iranian Health Ministry. Oral and dental health office. [<http://www.oralhealth.behdasht.gov.ir>], Accessed on 11.28.2018; 13:30
- 30- Yazdani R, Vehkalahti MM, Nouri M, Murtomaa H. Smoking, tooth brushing and oral cleanliness among 15-year-olds in Tehran, Iran. *Oral Health Prev Dent* 2008; 6(1): 45-51
- 31-Ministry of Health and Medical Education of the Islamic Republic of Iran.childhood and adolescence surveillance and prevention of adult non-communicable disease. esfehan: samand;2017(کاسپین).
- 32-Report of Iranian Health Ministry. Oral and dental health office. [<http://www.Irden.com>], Accessed on 9.20.2010; 10:30.
- 33- Sadeghipour Roudsari HR, Heidari AB, Ghazi Sherbaf P. Study of the rate and causes of Islamshahr urban residents avoiding to refer to the health centers for receiving health services, 2003. *The Journal of Tehran Faculty of Medicine* 2005; 63(2): 150-141.
- 34- Petersen PE. Strengthening Of oral health systems: oral health through primary health care. *Med Princ Pract*. 2014;23(Suppl 1):3–9.
- 35- U.S. Department of Health and Human Services. Integration of Oral Health and Primary Care Practice. Health Resources and Services Administration. 2014. <https://www.hrsa.gov/publichealth/clinical/oralhealth/primarycare/integrationoforalhealth.pdf>. Accessed 18 JUNE 2018

- 36- khademi H, kaviani N, araghizadeh a, javari M, Knowledge and attitudes of health workers in the prevention of oral diseases in Isfahan city, 2006. (Text in Persian)
- 37- Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH, Monazzam KA. Study on the coverage of dental services by the armed forces medical services insurance fund: a potential model for initial developments of dental Insurance in Iran. *Journal. Mil Med.* 2015;17(1):1–7.
- 38 -Nahvi M, Zarei E, Marzban S, Jahanmehr N. Utilization of dental services and its out-of-pocket payments: a study in dental clinics of Ramsar. *Journal of Mashhad Dental School.* 2017;41(2):171–82.
- 39 -Schall E. School-based health education: what works? *Am J Prev Med* 1994; 10: 30-32.
- 40- Nyvad B, ten Cate JM, Robinson C. Cariology in the 21st century. State of the art and future perspectives. *Caries Res* 2004; 38(3):170.
- 41- Sniehottal FF, Schüz B, Wiedemann A, Seemann. Effects of a self-monitoring intervention on action control and oral self-care. *Psychol Health* 2005; 20 (1):253
- 42- Adair P M, Pine C M, Burnside G, Nicoll A D, Gillett A, Anwar SH, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse group. *Community Dental Health* 2004; 21(Supplement): 102–111.
- 43- vakilzade s., bastani p, fatemi n, hatemi b, masihi m, rahnama f, et al. Toothl and oral health knowledge for teachers and school educators. Ministry of Health and Medical Education. 2011;
- 44- Buglar ME, White MW, Robinson NG: The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing an extended Health Belief Model. *Patient Education and Counseling* 2010;78: 269–272.
- 45- Løe H, Silness J. Periodontal Disease in Pregnancy I. Prevalence and Severity. *Acta Odontologica Scandinavica* 2007; 21(6): 533-551.
- 46- Warren PR, Chater BV. An overview of established interdental cleaning methods. *J Clin Dent* 1996; 73 (2): 65-69.
- 47- Vehkalahti MM, Nikula-Sarakorpi E, Paunio I. Evaluation of salivary tests and dental status in the prediction of caries increment in caries-susceptible teenagers. *Caries Res* 1996; 30 (1-2):22-28.
- 48 -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.
- 49- Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *International Dental Journal* 2006; 56: 61–70.

- 50- Asgari I, Ahmady AE, Yadegarfar G, Eslamipour F. Evaluation of orthodontic treatment need by patient-based methods compared with normative method. *Dent Res J* 2013; 10(5): 636-42.
- 51- Hazavei SMM, Sohrabi Vafa M, Moeini B, SoltanianAL, Rezaei L. Assessment of oral –dental health status: using Health Belief Model (HBM) in first grade guidance school students in Hamadan. *Jundishapur Journal of Health Sciences*. 2012; 3(4): 65-75. (Text in Persian)
- 52 -Saied-Moallemi Z. Oral Health among Iranian Preadolescents: A School-Based Health Education Intervention. PhD, Helsinki, Academic dissertation University of Helsinki, the Institute of Dentistry, 2010
- 53-Ramezankhani A, Mazaheri M, Dehdari T, Movahedi M; Relationship between health belief model constructs and DMFT among five-grade boy students in the primary school in Dezfool. *Journal of Medical Science* 2011; 10(2): 221-8.
- 54- Kirtiloglu T, Yavuz US. An assessment of oral self-care in the student population of a Turkish university. *Public Health* 2006; 120(10): 953-7.
- 55 -Reid GJ, Webb GD, Mc-crindle BW, Irvine MJ, Siu SC. Health behaviors among adolescents and young adults with congenital heart disease. *Congenital Heart Disease* 2008; 3(1): 16-25.
- 56- Al-Sadhan S. Dental caries prevalence among 12–14 year-old schoolchildren in Riyadh: A 14 year follow-up study of the Oral Health Survey of Saudi Arabia Phase I. *Saudi Dent J* 2006;18:2–7.
- 57- Al-Omiri M, Al-Wahadani A, SaeedK.Oral health attitudes, knowledge, and behavior among school children in North Jordan. *J Dent Educ* 2006; 70(2): 179-87.
- 58- BrukieneV, Aleksejuniene J. An overview of oral health promotion in adolescents. *Int J Paediatr Dent* 2009; 19(3): 163-71.
- 59- Aunger R. Tooth brushing as routine behaviour. *IDJ* 2007; 57(S5): 364-76.
- 60- Jaber ansari Z. The review of reported DMFT rate in Iran from 1990 to 1992. *Dent Mag Shahid Beheshti Univ Med Sci* 1999; 17: 28-32.
- 61- Pakpour AH, Yekaninejad MS, Zarei F, Hashemi F, Steele MM, Varni JW. The PedsQL Oral Health Scale inIranian children: reliability and validity. *Int J Paediatr Dent* 2011; 21(5): 342-52
- 62-Soheili Azad A, Noirjah N, Aalamdar E. Surveing the food intake of primary school students in Tehran. *Journal of shsheed Beheshti Universityof Medical Sciences and Health Services*. 2005; 29(2): 168-65. [Text in Persion]
- 63-Namakin K, Moasheri N, Khosravi S. Studying Birjand Girls’ secondary school students’ nutritional pattern. *Modern care (Scientific Quarterly of Birjand Nursing & Midwifery Faculty)*. 2013;9(3): 264-72. [Text in Pershian].
- 64- Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. *J Exp Soc Psychol* 1986; 22: 453-74 .

- 65-Ajzen I. Behavioral Intervention Based on the Theory of Planned Behavior. Retrieved on January 15, 2011 from <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.intervention.pdf>. 201
- 66-Bahmanpur K, Nori R, Nadrian H, Salehi B, Pender Health Promotion Model Structures on Oral Health in High School Students in Marivan. 2011; 9(2): 93-106. (Text in Persian)
- 67- Blank WA, Blankenfeld H, Vogelmann R, Linde K, Schneider A. Can near-peer medical students effectively teach a new curriculum in physical examination? BMC medical education. 2013;13(1):165.
- 68- Schiff A, Salazar D, Vetter C, Andre J, Pinzur M. Results of a near-peer musculoskeletal medicine curriculum for senior medical students interested in orthopedic surgery. Journal of surgical education. 2014;71(5):734-7.
- 69- Jackson T, Evans DJR. Can medical students teach? A near-peer-led teaching program for year 1 students. Advances in physiology education. 2012;36(3):192-6.
- 70-Rodrigues J, Sengupta A, Mitchell A, Kane C, Kane C, Maxwell S, et al. The South-east Scotland Foundation Doctor Teaching Programme—Is “near-peer” teaching feasible, efficacious and sustainable on a regional scale? Medical teacher. 2009;31(2):e51-e7.
- 71- Aba Alkhail B. Near-peer-assisted learning (NPAL) in undergraduate medical students and their perception of having medical interns as their near peer teacher. Medical teacher. 2015;37(sup1):S33-S9.
72. Defranc A, Van den Broucke S, Leroy R, Hoppenbrouwers K, Lesaffre E, Martens L, Debyser M, Declerck D. Measuring oral health behaviour in Flemish health care workers: an application of the theory of planned behaviour. Community Dent Health. 2008 ; 25(2):107-14.
73. Sheeran P. Intention-Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. European Review of Social Psychology 2002;12(1): 1 -36.
- 74- Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R. Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. Br J Health Psychol 2006; 11(1):23-37.
- 75-Scholz U, Sniehotta FF, Burkert S, Schwarzer R. Increasing physical exercise levels: age-specific benefits of planning. J Aging Health 2007; 19(5):851-66.
- 76-Scholz U, Schüz B, Ziegelmann JP, Lippke S, Schwarzer R. Beyond behavioural intentions: planning mediates between intentions and physical activity. Br J Health Psychol 2008; 13( 3):479-94.
- 77-van Osch L, Reubsaet A, Lechner L, Beenackers M, Candel M, Vries H. Planning health behaviour change: comparing the behavioural influence of two types of self-regulatory planning. Br J Health Psychol 2010; 15(1):133-49.
- 78- Araújo-Soares V, McIntyre T, Sniehotta FF. Predicting changes in physical activity among adolescents: the role of self-efficacy, intention, action planning and coping planning. Health Educ Res 2009; 24(1):128-39.

79. Astrøm AN. Applicability of action planning and coping planning to dental flossing among Norwegian adults: a confirmatory factor analysis approach. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 250–259.
- 80- Armitage C J, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology* 2001;40: 471–499.
- 81- Gollwitzer, P.M. The volitional benefits of planning. In P. M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds), *The Psychology of Action* , New York: Guilford. 1996,P.287-312.
- 82-Gollwitzer, P. M. Implementation intentions: Strong effects of simple plans.*American Psychologist* 1999; 54:493-503.
- 83-Gollwitzer P.M, Brandstatter V. Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology* 1997; 73: 186-99.
84. Leventhal H., Singer R, Jones S. Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 1965; 2:20–29.
- 85- Peyman N ,Samiee Roudi KH. The Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on Caries Prevention of Permanent Teeth in Fifth Grade Students in Khaf City. *J Mash Dent Sch* 2015; 39(2): 123-36
- 86 - Pakpour A, *Assessment of effectiveness of an educational intervention using the theory of planned behavior, action planning and coping planning to increase and maintain oral self-care behavior in students* [dissertation] Tarbiat Modares University: 2011.164P.[ Text in persian]
- 87- Yousofi M, Behrouzpour K, Kazemi S, Afroughi S. Dental Caries and Related Factors among 7-12 Year-old School Children in Yasuj, Iran, in 2014. *Armaghane danesh*. 2015; 20 (9) :836-847 [In Persian].
- 88 - Kasmaei P, Shokravi FA ,Hidarnia A ,Hajizadeh Z ,Atrkar-Roushan Z ,Karimzadeh Shirazi K ,Montazeri A ,Brushing behavior among young adolescents: does perceived severity matter . *BMC Public Health* 2014; 14:8.
- 89- Buunk-Werkhoven YA, Dijkstra A, Van Der Schans CP. Determinants of oralhygiene behavior: a study based on the theory of planned behavior. *Community Dent-Oral Epidemiol* 2011;39 (3): 250-9
- 90- Kabiry B,Shakerinejad Gh,Karami KB,Ahmadi Angalli K .The Effect of Training on Students' Oral and Dental Health Behaviors and Health Belief Model Constructs.*Sadar Med Sci J* 2014;2 (4) :327,338.
- 91- Andarkhora F, Bohrani M, Goodarzi A. Comparison of the Effect of Lecture and Multimedia Screening on Oral Health Behavior of Students inTehran.*Military Caring Sciences*. 2017; 4(3). 213-220.

- 92- Hendi AR, Vadiati saberi B, Jahandideh Y, Dadgaran I, Nemati S The Effect of Training by Standardized Student Method on Decreased Dental Plaque. *Reserch in Med Education*, 2015;7(4). (Persian)
- 93- Amiri M, Haerian A, Malekmohammadi T, Farahat F, Asarzade H, Zarezade Z. Effects of Oral Health Training on Dental Plaque Index. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2016; 23(10): 1039-48.
- 94- Hazavehei MM, Shirahmadi S, Taheri M, Noghhan N, Rezaee N. Promoting Oral Health in 6-12 Year-Old Students: A Systematic Review. *Journal of Education and Community Health* 2015; 1(4).
- 95- Astrøm AN. Applicability of action planning and coping planning to dental flossing among Norwegian adults: a confirmatory factor analysis approach. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 250–259.
- 96- Schu"z B, Sniehotta FF, Wiedemann A, Seemann R. Adherence to a daily flossing regimen in university students: effects of planning when, where, how and what to do in the face of barriers. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 612–619.
- 97- Sniehotta FF, Araújo Soares V, Dombrowski SU. Randomized controlled trial of a one-minute intervention changing oral self-care behavior. *J Dent Res* 2007; 86(7):641-5.
- 98- Karami Joyani A. Is peer education more effective than classical training for oral health behavior? *Journal of Health Literacy*. 2018;3(3):151-62.
- 99- Romadlon DS, Bramantoro T, Luthfi M. The effect of peer support education on dental caries prevention behavior in school age children at age 10-11 years old. *Dental Journal (Majalah Kedokteran Gigi)*. 2016;49(4):217-22.
- 100- Vangipuram S, Jha A, Raju R, Bashyam M. Effectiveness of peer group and conventional method (dentist) of oral health education programme among 12-15 year old school children-a randomized controlled trial. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. 2016;10(5):ZC125.
- 101- Cuijpers P. Peer-led and adult-led school drug prevention: A meta-analytic comparison. *Journal of drug education*. 2002;32(2):107-19.
- 102- Mellanby AR, Rees JB, Tripp JH. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health education research*. 2000;15(5):533-45.
- 103- Darker C, French D, Eves F, Sniehotta F. An intervention to promote walking amongst the general population based on an 'extended' theory of planned behaviour: a waiting list randomised controlled trial. *Psychology and Health*. 2010;25(1):71-88.
- 104- Gwyther H, Holland C. An intervention encouraging planned self-regulation and goal setting in drivers across the lifespan: Testing an extended theory of planned behaviour. *Journal of Transport & Health*. 2015;2(2):289-301.
- 105- Haque SE, Rahman M, Itsuko K, Mutahara M, Kayako S, Tsutsumi A, et al. Effect of a school-based oral health education in preventing untreated dental caries and increasing knowledge, attitude, and practices among adolescents in Bangladesh. *BMC oral health*. 2016;16(1):44.
- 106- Naidu J, Nandlal B. Evaluation of the effectiveness of a primary preventive dental health education programme implemented through school teachers for primary school children in Mysore city. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2017;7(2):82.
- 107- Nakata H, Matsuo K, Suzuki H, Yoshihara A. Perioperative changes in knowledge and attitude toward oral health by oral health education. *Oral diseases*. 2019;25(4):1214-20.
- 108- Selvarajan NB, Krishnan R, Kumar S. Effect of dental health education on the knowledge and attitude among expectant mothers: A questionnaire study. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*. 2019;11(Suppl 2):S194.



- 109- Lee H-L, Lin Y-C, Peng W-D, Hu C-Y, Lee C-H, Hsu Y-J, et al. Effectiveness of a theory of planned behavior-based intervention for promoting periodontal preventive behaviors among medical students in Taiwan. *Journal of American College Health*. 2019;1-8.
- 110- Naseri-Salahshour V, Abredari H, Sajadi M, Sabzaligol M, Karimy M. The Effect of Oral Health Promotion Program on Early Dental Decay in Students: a Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of caring sciences*. 2019;8(2):105.
- 111- Schwarzer R, Antoniuk A, Gholami M. A brief intervention changing oral self-care, self-efficacy, and self-monitoring. *British journal of health psychology*. 2015;20(1):56-67.
- 112- Zhou G, Sun C, Knoll N, Hamilton K, Schwarzer R. Self-efficacy, planning and action control in an oral self-care intervention. *Health Education Research*. 2015;30(4):671-81.

## ضمائم



بسمه تعالی



دانشکده علوم پزشکی ساوه

گروه بهداشت عمومی

تاریخ تکمیل پرسشنامه ...../...../۱۳۹۷

شماره پرسشنامه-----

دانش آموز عزیز

پرسشنامه حاضر مربوط به طرح تحقیقاتی در زمینه سلامت دهان و دندان می باشد که از طرف دانشگاه علوم پزشکی ساوه تهیه گردیده است. تمام اطلاعات جمع آوری شده این پژوهش به صورت کلی تجزیه و تحلیل می شود و از نتایج آن جهت ارتقاء سلامت دانش آموزان استفاده خواهد شد. لطفا سوالات زیر با دقت خوانده و سپس پاسخ دهید. قبلا از همکاری شما صمیمانه قدردانی نمی نماییم.

محمود کریمی/شقایق سلیمان آبادی

دکتری آموزش بهداشت / دانشجوی گروه بهداشت عمومی

جنس :  دختر  پسر

- سن شما چند سال است :-----

- میزان تحصیلات مادر: ----- (تعداد سال های تحصیل)

- میزان تحصیلات پدر: ----- (تعداد سال های تحصیل)

- وضعیت اقتصادی خود را از نظر امکاناتی نظیر، منزل، لوازم منزل، ماشین و دیگر لوازم رفاهی چگونه ارزیابی می کنید؟

- خوب      ○ متوسط      ○ بد

- تعداد افراد خانواده شما چند نفر است؟-----

- فرزند چندم خانواده هستید؟-----

- هر چند وقت یکبار دندان های خود را مسواک می زنید؟

- الف- هرگز مسواک نمیزنم      ○ ب-کمتر از یک بار در ماه

- ج-کمتر از یک بار در هفته      ○ د-حدود یک بار در هفته

- ه- یک بار در روز      ○ ی- دو بار در روز و بیشتر از آن

- هر چند وقت یکبار از نخ دندان استفاده می کنید؟

- الف - هرگز از نخ دندان استفاده نمی کنم      ○ ب- کمتر از یک بار در ماه

- ج- کمتر از یک بار در هفته      ○ د- حدود یک بار در هفته

- ه- یک بار در روز

- آخرین زمان مراجعه شما به دندانپزشکی چه زمانی بوده است؟

- الف- هرگز مراجعه نکرده ام      ○ ب- یک سال گذشته      ○ ج- شش ماه گذشته

- د- کمتر از شش ماه گذشته

- مهمترین علت مراجعه شما به دندانپزشکی چیست؟

- الف- جهت معاینه منظم دندانهایم      ○ ب- اجبار والدین

ج- داشتن دندان درد یا مشکلی در لثه ○

لطفا دور گزینه مناسب خط بکشید

۱ - تعداد دندانهای انسان بالغ چند عدد است؟

الف - ۲۰ عدد

ب- ۲۲ عدد

ج- ۳۰ عدد

د- ۳۲ عدد

۲ - دندانهای دائمی معمولا در چه سنی شروع به رشد می کنند؟

الف - ۳ سالگی

ب- ۶ سالگی

ج- ۹ سالگی

د- ۱۰ سالگی

۳ - فلوراید چه تاثیری بر دندانها دارد؟

الف - دندان ها را سفید می کند

ب- رشد دندانها را زیاد میکند

ج- از پوسیدگی دندانها جلوگیری میکند

د- رشد دندانها را کم می کند

۴- مصرف کدامیک از مواد غذایی زیر باعث پوسیدگی دندانها می شود؟

الف - غذاهای حاوی مواد قندی

ب- غذاهای حاوی مواد پروتئینی مانند گوشت

ج- غذاهای چرب

د- میوه و سبزیجات

۵ - پلاک دندان چیست؟

الف - نوعی خمیر دندان است

ب- نقطه سیاه رنگی در سطح دندان است

ج- تجمع میکروبهها و ذرات مواد غذایی است که بر روی سطوح دندان تشکیل میشود.

د- غذای باقیمانده بین دندانها است.

۶ - مهمترین علت خونریزی از لثه در هنگام از مسواک زدن چیست؟

الف - بیماری لثه      ب- پوسیدگی دندان

ج- جرم دندان      د- مسواک زدن نادرست

۷- کدامیک از موارد زیر علامت پوسیدگی دندان است؟

الف- وجود نقاط قهوه ای یا سیاه رنگ روی دندانها      ب- حساسیت دندانها نسبت به سرما یا گرما

ج- احساس درد هنگام جویدن غذا      د- همه موارد

۸- معمولا مسواک را هر چند ماه یکبار باید عوض کرد؟

الف- ۱ تا ۳ ماه      ب- ۴ تا ۶ ماه

ج- ۸ تا ۱۰ ماه      د- ۱ سال

۹- بهتر است در طول شبانه روز دندان ها را چند بار مسواک بزنیم؟

الف - یکبار      ب- دوبار

ج- سه بار      د- بعد از بیدار شدن ، بعد از هر وعده غذایی و قبل از خوابیدن

۱۰- برای هر بار مسواک زدن حداقل چه مقدار زمان باید صرف شود؟

الف - یک دقیقه      ب- دو دقیقه

ج- سه دقیقه      د- ۴ تا ۵ دقیقه

۱۱- در ۲ هفته گذشته (۱۴ روز قبل) چند بار دندان های خود را مسواک زده اید؟ (لطفا تعداد آنرا بیان کنید)--۱۲- اگر هر روز مسواک

بزنم کمتر دچار پوسیدگی دندان می شوم.

کاملا موافقم      موافقم      نه موافق، نه مخالف      مخالف      کاملا مخالفم

۱۳- اگر هرروز مسواک بزنم کمتر دچار بیماری لثه می شوم.

کاملا موافقم      موافقم      نه موافق، نه مخالف      مخالف      کاملا مخالفم

۱۴- اگر هر روز مسواک بزنم کمتر دچار دندان درد می شوم.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۱۵- اگر هر روز مسواک بزنم کمتر دندان هایم را از دست می دهم.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۱۶- اگر هر روز مسواک بزنم در آینده کمتر دچار بیماری های قلبی خواهم شد.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۱۷- اگر هر روز مسواک بزنم توانایی من برای جویدن مواد غذایی حفظ می شود.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۱۸- اگر هر روز مسواک بزنم دهان من خوشبو می شود.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۱۹- اگر هر روز مسواک بزنم اعتماد به نفس من بیشتر می شود.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۲۰- اگر هر روز مسواک بزنم هزینه های دندانپزشکی و درمانی ام کمتر می شود.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۲۱- اگر هر روز مسواک بزنم دندان های من همیشه سفید می ماند.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۲۳- اگر هر روز مسواک بزنم لبخند من زیباتر به نظر می رسد.

- کاملاً موافقم    ○ موافقم    ○ نه موافق، نه مخالف    ○ مخالفم    ○ کاملاً مخالفم

۲۵- اگر هر روز مسواک بزخم تعداد دفعات مراجعه به دندانپزشک کمتر می شود.

- کاملاً موافقم  موافقم  نه موافق، نه مخالف  مخالف  کاملاً مخالفم

۲۷- بیشتر افرادی که برای من مهم هستند (مثل پدرم، مادرم، دوستانم، معلمم، دندانپزشک و غیره) فکر می کنند که من باید هر روز مسواک بزخم.

- کاملاً موافقم  موافقم  نه موافق، نه مخالف  مخالف  کاملاً مخالفم

۲۸- فکر می کنم بیشتر افرادی که برای من مهم هستند (مثل پدرم، مادرم، دوستانم، معلمم، دندانپزشک و غیره) هر روز مسواک می زنند.

- کاملاً موافقم  موافقم  نه موافق، نه مخالف  مخالف  کاملاً مخالفم

۲۹- معلم یا اولیاء مدرسه من را تشویق میکنند که هر روز مسواک بزخم.

- کاملاً موافقم  موافقم  نه موافق، نه مخالف  مخالف  کاملاً مخالفم

۳۰- دوستانم من را تشویق میکنند که هر روز مسواک بزخم

- کاملاً موافقم  موافقم  نه موافق، نه مخالف  مخالف  کاملاً مخالفم

۳۱- اگر پدر و مادرم یا سایر اعضاء خانواده به من یاد آوری کنند احتمال دارد که مسواک بزخم.

- کاملاً موافقم  موافقم  نه موافق، نه مخالف  مخالف  کاملاً مخالفم

۳۲- اگر بخواهم، برای من آسان است که هر روز مسواک بزخم.

- کاملاً موافقم  موافقم  نه موافق، نه مخالف  مخالف  کاملاً مخالفم

۳۳- من مطمئن هستم که می توانم هر روز مسواک بزخم.

- کاملاً موافقم  موافقم  نه موافق، نه مخالف  مخالف  کاملاً مخالفم

۳۴- اگر هم بخواهم مسواک بزخم، با توجه به عوامل بسیار زیاد (مانند تکالیف زیاد، بی حوصلگی، فراموشی، نداشتن وقت و غیره) نمی توانم هر روز مسواک بزخم.



○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۳۵- فکر میکنم مسواک زدن از حالا برای من سخت است.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۳۷- هر روز مسواک زدن کاملاً تحت کنترل من قرار دارد؟

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۳۸- من قصد دارم تا در ۲ هفته آینده دندانهای خود را هر روز مسواک بزنم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۳۹- من تصمیم گرفته ام تا در ۲ هفته آینده دندانهای خود را هر روز مسواک بزنم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۴۰- من برنامه ریزی کرده ام تا در ۲ هفته آینده دندان های خود را هر روز مسواک بزنم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۴۱- من در ۲ هفته آینده دندانهای خود را هر روز مسواک میزنم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۴۲- در مورد زمان مسواک زدن، برنامه ریزی می کنم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۴۳- در مورد مکان مسواک زدن برنامه ریزی می کنم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۴۴- شیوه مشخصی را برای مسواک زدن برنامه ریزی می کنم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۴۵- برای مدت زمانی که صرف مسواک زدن می‌کنم برنامه ریزی می‌نمایم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم ○ ۴۶- من در مورد دفعاتی

که مسواک می‌زنم، برنامه ریزی می‌کنم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۴۷- اگر مشکلی در هنگام مسواک زدن پیش آید برنامه مشخصی برای رفع آن دارم

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم ○ ۴۸- برای مقابله با موانع

موجود در هنگام مسواک زدن برنامه مشخصی دارم

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم ○ ۴۹- اگر فراموش کنم که

مسواک بزنم، برنامه ریزی می‌کنم که چه کاری باید انجام دهم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۵۰- برای مقابله با بروز دندان درد در هنگام مسواک زدن برنامه مشخصی دارم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم ○ ۵۱- در مواقع دشوار برای

مسواک زدن، برنامه ریزی می‌کنم که چه کاری باید انجام دهم.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۵۲- می‌دانم که چگونه باید خود را برای مسواک زدن تشویق کنم

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم ○ ۵۳- می‌دانم چه مواقع

مناسبتی برای اقدام به مسواک زدن وجود دارد.

○ کاملاً موافقم ○ موافقم ○ نه موافق، نه مخالف ○ مخالف ○ کاملاً مخالفم

۵۴- برای مقابله با خونریزی لثه ها در هنگام مسواک زدن برنامه مشخصی دارم.

کاملاً مخالفم

مخالفم

نه موافق، نه مخالف

موافقم

کاملاً موافقم

با تشکر از همکاری شما دانش آموز عزیز

## بسمه تعالی

### دانش آموز عزیز

اگر شما می خواهید عملی را انجام دهید، باید برای انجام آن عمل برنامه ریزی داشته باشید. مسواک زدن هم به عنوان یکی از کارهای روزانه شما نیاز به برنامه ریزی دارد. اگر شما مکان، زمان، مدت زمان و نحوه مسواک زدن خود را از قبل مشخص کنید، دفعات بیشتری را می توانید مسواک بزنید و در نهایت دندان های سالم تری خواهید داشت. لطفا برنامه خود را راجع به مسواک زدن در جعبه های پایین وارد نمایید. لازم به ذکر است که هرچه برنامه شخصی شما دقیق تر و واقعی تر باشد، این برنامه ریزی بیشتر به شما کمک خواهد کرد. لطفا توجه نمایید که شما باید برای دو دفعه مسواک زدن در روز برنامه ریزی نمایید. پس لازم است که شما در هر جعبه برای دو بار مسواک زدن در طول روز، برنامه خود را وارد نمایید.

### زمان مسواک زدن

دفعه اول	دفعه دوم
----------	----------

دفعه اول	دفعه دوم


### مدت زمان مسواک زدن

دفعه اول	دفعه دوم
----------	----------

### نحوه مسواک زدن

دفعه اول	دفعه دوم
----------	----------

بسیاری از دانش آموزان در انجام کارهای روزانه خود ، حتی با وجود برنامه ریزی برای انجام آن کار، دچار مشکل هستند. یکی از این کارها مسواک زدن می باشد. علی رغم این که بسیاری از دانش آموزان مایل به مسواک زدن دندان های خود هستند اما مشکلاتی برای آن ها بوجود می آید که نمی توانند مسواک بزنند. اگر شما مشکلات احتمالی را که مانع مسواک زدن شما هستند از قبل شناسایی نمایید، دفعات بیشتری را می توانید مسواک بزنید. و در نهایت دندان های سالم و زیبا خواهید داشت. لطفا هر آنچه که ممکن است مانع مسواک زدن شما در طول روز باشد را پیش بینی کنید. لازم به ذکر است لازم به ذکر است که هرچه پیش بینی شما **دقیق تر و واقعی تر** باشد، این برنامه ریزی بیشتر به شما کمک خواهد کرد.

مشکلاتی که ممکن است در مسواک زدن در **بار اول** برای شما پیش آید را لطفا مشخص نمایید.

--

--

چگونه می توانید بر این مشکلات غلبه کنید؟

مشکلاتی که ممکن است در مسواک زدن در بار دوم برای شما پیش آید را لطفا مشخص نمایید.

--

--

چگونه می توانید

--	--

بدین وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق‌الذکر دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این پژوهش در این برگه خدمتتان ارائه شده است و شما برای شرکت یا عدم شرکت در این پژوهش آزاد هستید. شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نیستید و برای تصمیم‌گیری در این باره می‌توانید سوالات خود را از پژوهشگر بپرسید و با هر فردی که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضاء این رضایت‌نامه مطمئن شوید که متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده است.

#### من می‌دانم که اهداف این پژوهش عبارتند از:

ارزیابی تأثیر بکارگیری آموزش به شیوه گروه هم‌تایان بر ارتقاء رفتارهای مربوط به سلامت دهان و دندان در دانش‌آموزان ساوه

۱. من می‌دانم که شرکت من در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این پژوهش نیستم. به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در این پژوهش نباشم، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من با مرکز درمانی و پزشک معالجم دچار اشکال نمی‌شود.
۲. من می‌دانم که حتی پس از موافقت با شرکت در پژوهش می‌توانم هر وقت که بخواهم، پس از اطلاع به مجری، از پژوهش خارج شوم و خروج من از پژوهش باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای من نخواهد شد.
- ۳- نحوه همکاری اینجانب در این پژوهش به این صورت است که پرسشنامه‌هایی مشتمل بر بخش‌های ذیل در اختیار من قرار می‌گیرد. بخش اول شامل اطلاعات مشخصات فردی و اجتماعی، بخش دوم شامل سئوالاتی مربوط به باورها و رفتارهای مربوط به سلامت دهان، بخش سوم فرم‌های ریزی برای عمل و برنامه ریزی برای از عهده بر آمدن را اندازه‌گیری می‌کند و مشخص می‌کند که فرد چقدر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را انجام می‌دهد که توسط اینجانب تکمیل می‌گردد. بنابراین من نیز برای تکمیل صادقانه پرسشنامه‌ها قانع شدم.

#### ۴- منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه به این شرح است:

با استفاده از یافته‌های حاصل از این پژوهش و مشخص شدن تأثیر برنامه آموزشی طراحی شده می‌توان از نتیجه آن در جهت ارتقاء سلامت دانش‌آموزان بهره جست. همچنین در پایان مطالعه در صورت تمایل خلاصه‌ای از نتایج در اختیارم قرار خواهد گرفت.

۵- آسیب‌ها و عوارض احتمالی شرکت در این مطالعه به این شرح است:

این مطالعه هیچ عوارضی به همراه نخواهد داشت.

۶- من می‌دانم که دست اندرکاران این پژوهش، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و فقط اجازه دارند نتایج کلی و گروهی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند.

۷- من می‌دانم که کمیته اخلاق در پژوهش با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب می‌تواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشد.

۸- من می‌دانم که هیچ یک از هزینه‌های انجام مداخلات پژوهشی به شرح ذیل بر عهده من نخواهد بود: هزینه‌های رفت و آمد پژوهشگر، تکثیر پرسشنامه و ...

۹- آقای محمود کریمی جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی شد و به من گفته شد تا هر وقت مشکلی یا سوالی در رابطه با شرکت در پژوهش مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم.

آدرس و شماره تلفن همراه ایشان به شرح زیر به من ارائه شد:

آدرس: ساوه، ش. صنعتی کاوه، خیابان یاس، دانشکده علوم پزشکی ساوه

تلفن همراه: ۰۹۱۲۴۵۵۶۶۸۶

۱۰- من می‌دانم که اگر در حین و بعد از انجام پژوهش هر مشکلی اعم از جسمی و روحی به علت شرکت در این پژوهش برای من پیش آمد درمان عوارض، و هزینه‌های آن و غرامت مربوطه بر عهده مجری خواهد بود.

۱۱- من می‌دانم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا روند پژوهش داشته باشم می‌توانم با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ساوه به آدرس: ساوه، خ جمهوری، ساختمان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی ساوه، طبقه اول، اتاق ۱۰۶ مراجعه و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایم.



۱۲- این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تنظیم شده و پس از امضا یک نسخه در اختیار من و نسخه دیگر در اختیار مجری قرار خواهد گرفت.

اینجانب موارد فوق الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در این پژوهش اعلام می‌کنم.

امضاء شرکت کننده:

اینجانب محمود کریمی خود را ملزم به اجرای تعهدات مربوط به مجری در مفاد فوق دانسته و متعهد می‌گردم در تأمین حقوق و ایمنی شرکت کننده در این پژوهش تلاش نمایم.

مهر و امضاء مجری پژوهش:



**Saveh University of Medical Sciences**  
**Vice Chancellor of Education and Research**

**Title:**

*Effectiveness of a peer education-based intervention for promoting oral health behaviors among Saveh city students in Iran*

**By:** *KARIMY MAHMOOD/BAHRAM RMOON/SHAGAIGH SOLEIMANABADI*

*2019*

**Register Number:**