

بررسی تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر میزان آگاهی و عملکرد بهداشتی دانش آموزان مدارس راهنمایی شهرستان دماوند پاییز ۱۳۷۲

رضا نگارنده

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان

خلاصه :

در این پژوهش نیمه تجربی اثر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان در الگوی پری سید بر میزان آگاهی، مهارت و عملکرد بهداشتی دانش آموزان مورد بررسی قرار گرفت. نمونه پژوهش شامل ۱۰۲ دانش آموز دختر مقطع سوم راهنمایی و روش نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای بود. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه جهت سنجش میزان آگاهی در زمینه بهداشت دهان و دندان و چک لیست جهت تعیین سطح مهارت مسواک زدن و شاخص ثبت کنترل پلاک می شد. برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر اساس الگوی پری سید که کاربرد عوامل مستعدکننده، قادرکننده و حمایت کننده در تشخیص نیازهای آموزشی و ارزیابی برنامه می باشد طراحی، و طی سه جلسه ۲ ساعته به فواصل هفتگی با استفاده از روشهای آموزشی، سخنرانی، بحث گروهی، آموزش عملی و ایفای نقش و وسایل کمک آموزشی (پمفلت، پوستر و اسلاید) به اجرا گذاشته شد. سپس به صورت غیرمترقبه میزان آگاهی، مهارت و عملکرد بهداشتی واحدهای مورد پژوهش از طریق ابزار گردآوری داده ها مورد سنجش قرار گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات به وسیله کامپیوتر و با استفاده از بسته آماری برای علوم انسانی (SPSS) انجام گرفت. آزمونهای آماری نشانگر افزایش معنی داری در میزان آگاهی بهداشتی ($P=0.000$)، سطح مهارت مسواک زدن ($P=0.000$) و کاهش معنی داری در شاخص ثبت کنترل پلاک ($P=0.000$) بود.

واژه های کلیدی :

آموزش بهداشت، پری سید و شاخص ثبت کنترل پلاک.

مقدمه :

می شوند و از طرفی بیماری لثه و بافت های نگهدارنده دندان بزرگترین علت از دست دادن دندان در بزرگسالان است. بیماری لثه و بافت های نگهدارنده

پوسیدگی دندان دامن گیرترین و شایع ترین بیماری بشر است. بیش از ۹۹ درصد افراد بشر به این بیماری مبتلا

نفس و خودکفایی است. بدین معنا که کشورهای مزبور برای خود کادر مراقبتهای اولیه بهداشت دهان و دندان تربیت کنند بنحویکه افراد مزبور آگاهی کم یا متوسطی از تکنولوژی جدید و نظامهای ارزیابی و مراقبت از دهان و دندانها داشته باشند و مهمتر از همه بتوانند به مردم اهمیت مراقبت از دهان و دندان را آموزش دهند (م ۱ ص ۳۱).

همانطور که می دانیم، پس از آنکه در سال ۱۹۷۷ در سی امین اجلاس سازمان جهانی بهداشت برای اولین بار هدف "بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی"^(۱) مطرح شد، در سال ۱۹۷۸ کنفرانس مراقبتهای بهداشتی اولیه^(۲) در آلمان -آسای^(۳) شوروی سابق تشکیل گردید و مراقبتهای بهداشتی اولیه به عنوان کلید حل مشکلات بهداشت برای همه، مورد توافق قرار گرفت. در پی آن در سال ۱۹۸۴ سازمان جهانی بهداشت شعار "دهانهای سالم برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی"^(۴) را مطرح کرد (م ۱۰ ص ۲).

و در همین راستا فدراسیون بین المللی دندانپزشکی اهداف اختصاصی خود را برای معیار زمانی فوق در شش بند تنظیم کرد، که محتوای هدف سوم آن به شرح زیر است: "۸۵ درصد مردم بایستی در سن ۱۸ سالگی تمام دندانهایشان را حفظ کنند."

دندان (پریودونشیوم)^(۱) جزو شایعترین بیماریها بوده و علت عمده از دست رفتن دندان در بزرگسالان به شمار می رود (م ۳ ص ۱۹) از طرفی به جهت آنکه بیماریهای دهان و دندان جزو بیماریهای مزمن می باشند مراقبتهای مربوطه بایستی به صورت منظم، مداوم و پی گیرانه باشد، معمولاً هزینه آن در طول زندگی یک فرد خیلی بالا است. و این در حالی است که دو بیماری اصلی دهان و دندان، یعنی پوسیدگی دندان و بیماری پریودونت با امکانات موجود به طور کامل قابل پیشگیری است (م ۴ ص ۶).

همچنین سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده که در کشورهای در حال توسعه مصیبت بالقوه ای در نتیجه افزایش پوسیدگیهای دندان و وخامت وضعیت بهداشت دهان و دندان در حال تکوین است (م ۱۰ ص ۳-۲).

این وضعیت از عوامل متعددی چون اقتصاد، فرهنگ، آداب و رسوم، عادات ریشه دار، عدم آگاهی عمومی که ناشی از بالا بودن میزان بیسوادی در این کشورها است و فراوانی سوء تغذیه، ضعف در امور اجرایی مراقبتهای بهداشت دهان و دندان و نداشتن طرحهای ملی و اهداف مشخص ناشی می شود (م ۱ ص ۳۰).

بیماریهای دهان و دندان مشکلی عمومی است و ضرورتاً مسئله ای اجتماعی - سیاسی تلقی می شود و بنابراین می بایست برنامه های جامع و عمومی که توده مردم را در برگیرد، برنامه ریزی و اجرا گردد.

چنین به نظر می رسد که بهترین انتخاب برای اکثر کشورهای در حال توسعه انتخاب استراتژی استفاده از مراقبتهای اولیه بهداشتی بر اساس اصل اتکای به

۱-periodontium-

۲-Health for all by the year 2000-

۳-Primary health care-

۴-Alma-Ata-

۵-Health mouths for all by the year 2000-

از مجموع آنچه که گذشت می توان چنین نتیجه گرفت که کشورهای در حال توسعه ضمن پذیرش مراقبتهای بهداشتی اولیه بعنوان کلید دستیابی به هدف "بهداشت برای همه" جهت تحقق هدف "دهانهای سالم برای همه" در صدد ادغام مراقبتهای بهداشتی دهان و دندان در مراقبتهای بهداشتی اولیه (برنامه های بهداشت عمومی) برآیند.

همچنین در کنفرانس آلمان-آنا، به این موضوع تأکید شد که سلامتی مسئولیتی فردی می باشد و بنابراین لازم است هر فردی به منظور انجام رفتارهای بهداشتی و جستجوی خدمات بهداشتی - درمانی مقتضی از آگاهی و وجدان بهداشتی برخوردار باشد. آموزش بهداشت اولین فعالیت از ۸ فعالیت اساسی مراقبتهای بهداشتی اولیه است. تجربیات نشان می دهد که ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، چنانچه به اندازه کافی به وسیله آموزش بهداشت پشتیبانی نشود، سودمند نخواهد بود. لذا راه منطقی پیشگیری از مشکلات بهداشت دهان و دندان علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، گنجاندن آموزش بهداشت دهان و دندان در برنامه های آموزش بهداشت همگانی است که توسط والدین، معلمان و بهداشتکاران صورت می گیرد، انجام چنین برنامه ای سبب میشود که افراد در مراقبت از خود ترغیب شوند. اگر برنامه ریزان و سیاست گزاران بهداشت جامعه بر استفاده از فلوراید، تقلیل مصرف قند و گسترش بهداشت دهان و دندان تأکید بیشتری ورزند نتایج رضایت بخش تری در مورد بهداشت دهان و دندان به

دست خواهد آمد. و برداشتن این قدم در کشورهای در حال توسعه سبب خواهد شد که از وخامت سریع روزافزون وضع بهداشت دهان و دندان در این کشورهای جلوگیری شود (م ۴ ص ۱۰-۹). بررسی سلامت و بیماری در ایران (۱۳۷۲) مشخص کرد که در گروه سنی ۱۴-۶ ساله ۷۵/۷ درصد مشکل پریدونت نداشته اند و نسبت دندانهای پوسیده کشیده شده و پر شده^(۱) به دندانهای رویش یافته ۱۰/۵ بوده است در حالی که در گروه سنی ۳۹-۱۵ ساله تنها ۲۸/۷ درصد مشکلات پریدونت ندارند و نسبت دندانهای پوسیده کشیده شده و پر شده به دندانهای رویش یافته ۲۵/۸ بوده است.

همچنین در بررسی آماری میزان شیوع بیماریها در سه ماهه دوم سالتحصیلی ۷۱-۷۰ که در ۲۳ استان کشور انجام گردیده است از تعداد ۳۷۹۳۸۲۵ نفر دانش آموز مقطع ابتدایی شهری (۷۹/۲) درصد دانش آموزان هدف (که تحت پوشش خدمات بهداشتی می باشند ۲۲۵۰۲۴۱ نفر تحت معاینات بهداشتی قرار گرفتند و از این تعداد ۴۳/۸ درصد بیمار می باشند. در این بین، بیماریهای دهان و دندان اولویت اول (۲۲/۵٪) را به خود اختصاص داده است (م ۵ ص ۲۵-۲۴).

مطالعه دیگر نشان می دهد که اطفال در سنین دبستان بطور متوسط به دریافت سالیانه ۳ ساعت خدمات دندانپزشکی نیاز دارند و چنانچه بخواهیم چنین استانداردی را پذیرفته و به جامعه خود تعمیم دهیم بالغ بر میلیونها ساعت سرویس دندانپزشکی مورد نیاز

خواهد بود و تهیه و تدارک نیروی انسانی لازم و مخارج چنین برنامه‌ای کاری بس مشکل و برای بسیاری از جوامع خصوصاً کشور ما با توجه به نارسائیهای عظیم بخش درمان و اولویتهای بهداشت و درمان، غیرممکن خواهد بود و اینجا است که اصل پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان و حفظ سلامتی لثه و دندان خود را نمایان می‌سازد (م ۳ ص ۳۹).

اگرچه سه فاکتور "پذیرش دندانها، پلاک میکروبی و مصرف کربوهیدراتها" در بروز پوسیدگی دندان مؤثر است، اهمیت پلاک میکروبی در بروز پوسیدگی دندان و بیماری پریدونت آنقدر قابل ملاحظه است که باید بخش اعظم فعالیتهای بهداشتی در جهت آموزش روشهای کنترل پلاک میکروبی معطوف گردد و در کنار آموزش بهداشت و در مورد کنترل پلاک با ارائه خدمات دندانپزشکی جامع موجبات اعتلای سلامت دهان و دندان را فراهم ساخت. علیرغم اینکه روشهای مختلفی جهت کنترل پلاک وجود دارد، مسواک زدن تنها راه اساسی برای کنترل پلاک است که می‌بایستی به مردم توصیه شود (م ۲ ص ۴۱).

هدف از آموزش بهداشت دهان و دندان ایجاد تغییر در رفتار به منظور کاهش پلاک به میزان کافی جهت پیشگیری از شروع و پیشرفت پوسیدگی‌های دندان و بیماری‌های پریدونتال می‌باشد تا در صورت امکان فرد را از دریافت مراقبتهای دندانپزشکی بی‌نیاز سازد (م ۱۰ ص ۳۳۸).

از آنچه گذشت روشن گردید که مشکلات بهداشت دهان و دندان جزو اولویتهای بهداشتی جهان سوم

است و یکی از جنبه‌های حائز اهمیت در پیشگیری و کنترل این مشکلات اتخاذ استراتژیهای پیشگیری سطح اول مشتمل بر آموزش بهداشت و خودمراقبتی^(۱) است. و می‌دانیم که برای تحقق خودمراقبتی داشتن آگاهیهای بهداشتی، نگرش مثبت و مهارت کافی در انجام رفتارهای بهداشتی ضرورت دارد و برای نیل به این منظور بایستی برنامه‌های آموزش بهداشت تدارک و اجرا گردد. در این راستا پرستاران بهداشت جامعه می‌توانند نقش عمده‌ای را به عهده گرفته و ایفا کنند. از طرفی آموزش بهداشت، بخش حیاتی پرستاری بهداشت جامعه می‌باشد، زیرا ارتقا، نگهداری و بازگرداندن سلامتی به درک و فهم مددجو از مراقبتهای مورد نیازش، وابسته است. امروزه آموزش بهداشت از ضروریات زندگی سالم است و پرستاران بهداشت جامعه در موقعیتهای کلیدی قرار داشته و آموزش بهداشت جزو نقشهای آنها است.

پرستاران بهداشت جامعه با مددجویانی که دارای موقعیتهای نیازها و توانائیهای متفاوت هستند، کار می‌کنند و بناچار بایستی دارای دانش و مهارتهای گسترده باشند. همچنین آنها برای آموزش مؤثر مردم در مراقبت از خودشان، بایستی با تئوریهای کلیدی یادگیری، اصول و مفاهیم آموزش و یادگیری و اینکه چگونه یادگیری صورت می‌گیرد، آشنا شوند (م ۹ ص ۱۸۲).

چون هدف اساسی کارهای بهداشتی ارتقا، نگهداری و برگرداندن سلامت است لذا آموزش بهداشت

می تواند طریقی مطمئن جهت تحقق هدف فوق باشد. همانطور که می دانیم یکی از اصول آموزش بهداشت بر این نکته تأکید دارد که آموزش بهداشت بی برنامه کوشش بیهوده ای است و آموزش بهداشت بدون شناخت نیاز آموزشی نمی تواند در ارائه راه حل منطبق بر نیاز و منابع به نحو درست عمل نماید همچنین آموزش بهداشت برنامه ریزی شده خیلی مؤثرتر از تلاشهای بی برنامه است. برای اطمینان از شناخت کامل مسائل و راهحلهای ارائه شده از طرف جمعیت مورد نظر، برنامه طراحی شده مناسبی لازم است محتوای برنامه و روش آن باید براساس شناخت آموزشی بوده و بایستی گروه مورد نظر در اجرا و ارزشیابی نقش داشته باشند. عبارت دیگر، آموزش بهداشت صرفاً حرف زدن و بحث نیست بلکه برنامه مستمر و شناخت مسائل توسط مخاطبین و حل آنها و هراز چندگاهی تجدیدنظر برای اطمینان از رفتار مستمر می باشد (م ۲ ص ۱۷۲).

فرآیند آموزش بهداشت با برنامه ریزی برنامه آموزش بهداشت شروع می شود و الگوهای برنامه ریزی آموزش بهداشت به عنوان راهنما در فرآیند برنامه ریزی عمل می کنند. لذا اولین گام در فرآیند برنامه ریزی برنامه آموزش بهداشت انتخاب الگوی آموزش بهداشت است.

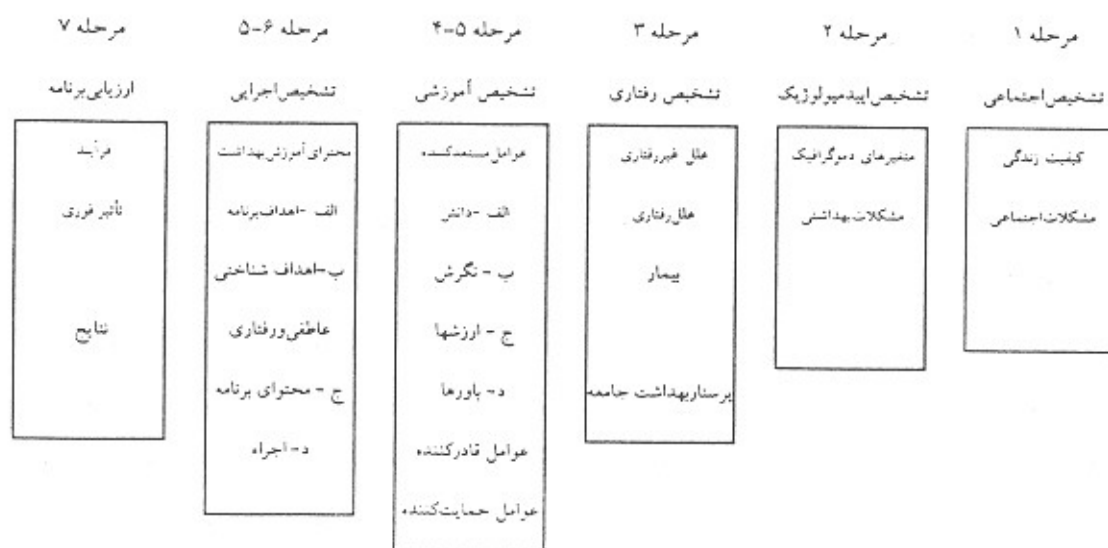
بدین جهت این نکته حائز اهمیت است که متخصص آموزش بهداشت خصوصیات و ویژگیهای هر الگو و

کاربردهای ویژه آنها را بدانند. تعدادی از الگوهای آموزش بهداشت بیش از آنکه به چگونگی برنامه ریزی برنامه آموزش بهداشت بپردازند، به چگونگی رخداد آموزش و تغییر رفتار اهتمام دارند. برای مثال الگوی اعتقاد بهداشتی^(۱) به توضیح اینکه چرا شخص تغییر رفتار می دهد و یا نمی دهد پرداخته است در صورتی که الگوی پری سید^(۲) روی فرآیند برنامه ریزی متمرکز شده است. از طرفی الگوی پری سید که جهت برنامه ریزی آموزش بهداشت است می تواند همراه با الگوهای تغییر رفتار مثل الگوی اعتقاد بهداشتی بکار رود. همچنین الگوی پری سید برای برنامه ریزی برنامه های آموزشی مددجویان و پرسنل بهداشتی مناسب است. اکثر مراحل الگوی پری سید با یک تشخیص شروع می شود و بنابراین فعالیتهای تشخیصی، مشکلات را مشخص کرده، به مداخلات آموزشی جهت می دهند و در این بررسی الگوی پری سید برای برنامه ریزی آموزش بهداشت دهان و دندان بکار رفته است (م ۸ ص ۳۹۳-۳۹۱).

در الگوی پری سید پس از تشخیص اجتماعی، اپیدمیولوژیک و رفتاری که منجر به تعیین علل رفتاری مشکل بهداشتی مورد نظر می گردد، عوامل مستعدکننده، قادرکننده و حمایتکننده رفتارهای فوق مشخص گردیده و اهداف رفتاری برنامه با توجه به عوامل فوق تنظیم می گردد.

۱-Health Belief Model

۲-Precede



شکل ۱-۳: فرم برنامه ریزی مدل پری سید (آندرس و مک فارلین - ۱۹۸۸)

اهداف پژوهش :

هدف کلی :

تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر آگاهی و عملکرد دانش آموزان.

اهداف ویژه :

۱- تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر آگاهی بهداشتی دانش آموزان.

۲- تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر مهارت مسواک زدن دانش آموزان.

۳- تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر عملکرد بهداشتی دانش آموزان.

فرضیه پژوهش :

برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان (که بر اساس الگوی پری سید برنامه ریزی شده است) بر آگاهی و عملکرد بهداشتی دانش آموزان مؤثر است.

الف - نوع پژوهش :

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که اثر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان در الگوی پری سید (متغیر مستقل) را بر آگاهی مهارت و عملکرد بهداشتی دانش آموزان (متغیرهای وابسته) مورد بررسی قرار داده است.

ب - جامعه پژوهش :

جامعه پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر در مقطع سوم راهنمایی شهرستان دماوند می باشد.

ج - محیط پژوهش :

محیط پژوهش در این بررسی مدارس راهنمایی تحصیلی دخترانه چمران، قدوسی، صدوقی و آزاده (۱) در شهرستان دماوند می باشند و علت انتخاب این

محیط پژوهش سهرلت در امر دستیابی به واحدهای پژوهش می باشد.

د - روش گردآوری اطلاعات :

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش شامل پرسشنامه و چک لیست می باشد. جهت گردآوری داده های دموگرافیک^(۱)، وضعیت کاربرد روشهای کنترل پلاک^(۲) و سنجش میزان آگاهی در مورد بهداشت دهان و دندان^(۳) از پرسشنامه استفاده شد. و به منظور سنجش مهارت بهداشتی مسواک زدن و ثبت کنترل پلاک (شاخص عملکرد بهداشت دهان و دندان) از چک لیست استفاده گردید.

جهت جمع آوری داده های پژوهش پس از تکمیل پرسشنامه توسط دانش آموزان، سطح مهارت مسواک زدن آنان از طریق مشاهده نحوه مسواک زدن و شاخص ثبت کنترل پلاک از طریق بکارگیری قرصهای آشکارکننده و سطح آلوده به پلاک میکروبی در چک لیست اقدام گردید. پس از اجرای برنامه آموزشی بهداشت دهان و دندان طی ۳ جلسه ۲ ساعت با استفاده از روش های آموزشی سخنرانی، بحث گروهی، آموزش عملی و ایفاء نقش و وسائل کمک آموزشی (پوستر، پمفلت و اسلاید) به صورت غیر مترقبه، میزان آگاهی، مهارت بر عملکرد بهداشتی واحدهای مورد پژوهش از طریق ابزار گردآوری داده ها تعیین گردید.

۵ - روش تجزیه و تحلیل داده ها :

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده به وسیله کامپیوتر و با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^(۴) صورت گرفت. از آزمون آماری تی زوجها^(۵) جهت بررسی تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر میزان آگاهی و عملکرد بهداشتی (شاخص ثبت کنترل پلاک) و از آزمون آماری ویل کاکسون^(۶)، جهت بررسی تأثیر برنامه مذکور بر میزان مهارت مسواک زدن دانش آموزان استفاده گردید. از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه^(۷) و تی دانشجویی^(۸) جهت بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک، کاربرد روشهای کنترل پلاک با میزان آگاهی و شاخص ثبت کنترل پلاک در مرحله قبل از اجرا برنامه آموزش بهداشت برای نمونه های پژوهش استفاده گردید.

یافته ها :

بر اساس داده های به دست آمده مشخص گردید که : بیشترین درصد نمونه های پژوهش در گروه سنی ۱۴ سال (۸۵/۳٪) قرار داشتند، همچنین بیشترین درصد پدران واحدهای پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی (۴۳/۱٪) بوده و شغل آزاد (۴۸٪) داشتند، در رابطه با

۱- سئوالات ۱ تا ۵ پرسشنامه

۲- سئوالات ۶ تا ۸

۳- سئوالات ۹ تا ۲۰ پرسشنامه

۴- SPSS Pair t-test-۵

۶- Wilcoxon

۷- OneWay analysis of variance

۸- Student t-test

گردید که شغل مادر ($P=0.000$) و استفاده از نخ دندان ($P=0.04$) ارتباط معنی داری با میزان آگاهی بهداشتی

دانش آموزان دارد.

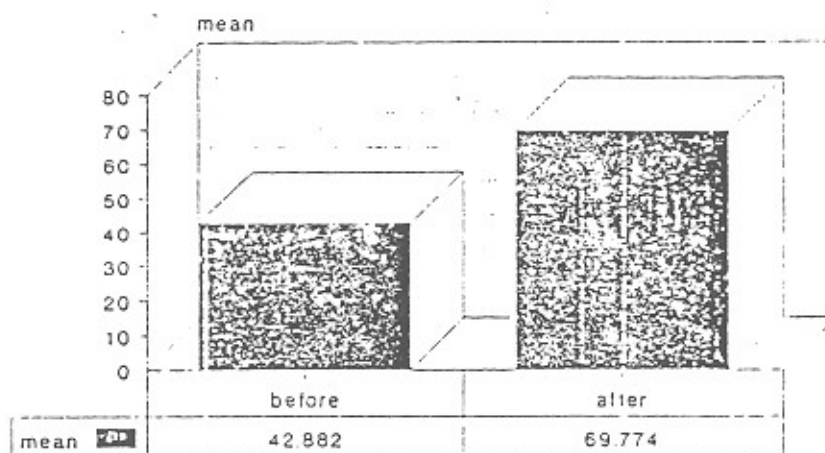
در رابطه با هدف اول پژوهش (تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر آگاهی بهداشتی دانش آموزان) مشخص گردید که اجرای برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر اساس الگوی پری سید موجب افزایش میزان آگاهی بهداشتی دانش آموزان گردیده است ($P=0.000$).

مادران دانش آموزان، اکثریت آنان دارای تحصیلات ابتدایی ($50/9\%$) و خانه دار ($95/1\%$) بودند.

از نظر کاربرد روشهای کنترل پلاک در بین واحدهای پژوهش $92/2\%$ از آنان روزانه مسواک زده، $97/1\%$ دارای مسواک شخصی بوده و $72/5\%$ از نخ دندان استفاده نمی نمودند.

در زمینه بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک و کاربرد روشهای کنترل پلاک با میزان آگاهی بهداشتی و شاخص ثبت کنترل پلاک دانش آموزان مشخص

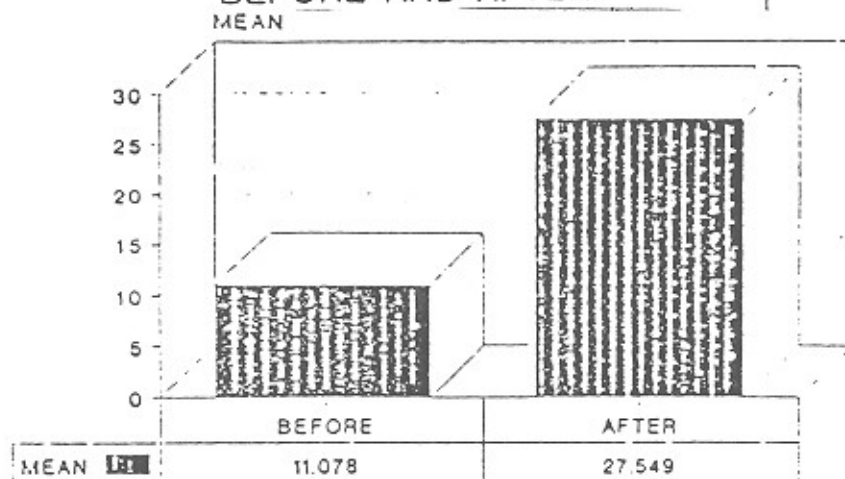
DIAGRAM NO. 1
STUDENT'S KNOWLEGE SCORE
BEFORE AND AFTER EDUCATION



در رابطه با هدف دوم پژوهش (تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر آگاهی بهداشتی دانش آموزان) مشخص گردید که اجرای برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر آگاهی بهداشتی دانش آموزان گردیده است (P=0.000).

DIAGRAM NO. 2

STUDENT'S TOOTH-BRUSHING SKILL BEFORE AND AFTER

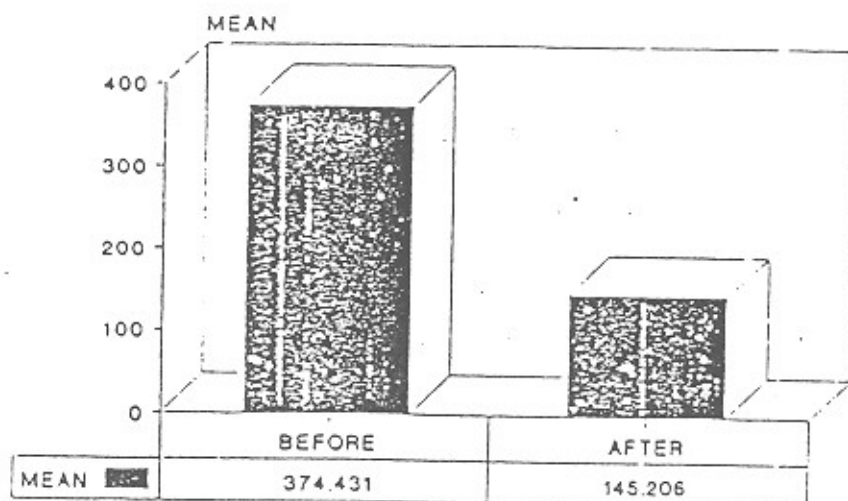


$$z = -8.5948 \quad p = 0.0000$$

در رابطه با هدف سوم پژوهش [تعیین تأثیر برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر شاخص ثبت کنترل پلاک دانش آموزان (ارتقاء عملکرد بهداشتی)] مشخص گردید که اجرای برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان بر اساس الگوی پری سید موجب کاهش شاخص ثبت کنترل پلاک دانش آموزان (ارتقاء عملکرد بهداشتی) گردیده است (P=0.000).

DIAGRAM NO. 3

STUDENT'S PLAQUE CONTROL RECORD INDEX BEFORE AND AFTER EDUCATION



$$t = 38.70 \quad p = 0.000$$

بحث و نتیجه گیری :

با توجه به آزمونهای آماری انجام شده و نتایج به دست آمده می توان چنین نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش " برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان در الگوی پری سید بر آگاهی و عملکرد بهداشتی دانش آموزان مؤثر است " اثبات می گردد. همچنانکه در مطالعه دیگری توسط نیکزاد (۱۳۵۷) تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی، جرم، باره و درجه تمیزی دهان و دندان مورد بررسی قرار گرفت و مشخص گردید که اختلاف معنی داری بین متغیرهای فوق قبل و پس از آزمون وجود داشته است (م ۱۷ ص ۵۹-۵۸).

لذا با توجه به اثربخشی برنامه آموزش بهداشت دهان

فهرست منابع فارسی :

- ۱- چین یو، بیان، "بهداشت دهان و دندان در کشورهای در حال توسعه"، ترجمه دکتر محمدرضا غفاری، مجله بهداشت جهان، سال پنجم (۱۳۶۹)، شماره اول ص ۳۱-۳۰.
- ۲- راماپاندرن، ل، و، ت. دارمالینگام، آموزش بهداشت، ترجمه دکتر فروغ شفیع و اذن... آذرگشسب، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، آبان ۱۳۷۰.
- ۳- روستا، محمدعلی، دانستیهای دندانپزشکی برای شما، تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی.
- ۴- شیپام، اویری، "ادغام مراقبتهای دندان با مراقبتهای بهداشت عمومی" مترجم دکتر محمدرضا غفاری، مجله بهداشت جهان، سال چهارم (۱۳۶۸)، شماره سوم، صفحه ۹-۱۰.
- ۵- وزارت آموزش و پرورش، معاونت پرورشی "بررسی آماری میزان شیوع بیماریها در سه ماهه دوم سالتحصیلی ۷۰-۷۱، چرا رنج، چرا بیماری؟، فصلنامه داخلی، تهران، اداره کل تغذیه و هماهنگی بهداشت مدارس، پاییز ۱۳۷۱.
- ۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بررسی سلامت در ایران، تهران، معاونت پژوهشی، نشریه شماره ۲۵، تیرماه ۱۳۷۲.
- ۷- یوسفی، فرزانه، "بررسی شاخص DMF در رگروههای سنی ۵-۶، ۱۲، ۱۵، ۲۵، ۴۴ سال در استان زنجان" پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، سال تحصیلی ۶۹-۱۳۶۸.

و دندان پیشنهاد می گردد:

- ۱- در برنامه ریزی آموزش بهداشت مدارس از الگوی پری سید استفاده شود.
- ۲- از پرستاران بهداشت جامعه به عنوان افراد حرفه ای که دارای نقش آموزشی می باشند در جهت ارتقاء بهداشت مدارس استفاده گردد.
- ۳- جهت پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان "به عنوان اولین اولویت بهداشتی جمعیت انبوه دانش آموزان کشور" برنامه های آموزش بهداشت که اثربخشی آنها تأیید شده است، در سطح گسترده اجرا گردد.

REFERENCES:

8. Anderson, Elizabeth T. and Judith M. Mcfarlane. Community As Client ,Application of the Nursing Process ,Philadelphia ,J.B Lippincott Company ,1988.
9. Lancaster, Geanett and Marica Stanhope ,Community Health Nursing .process and practic for promoting health ,st. Louis: Toronto ,the C.V Mosby Company , 1988.
10. Murray ,J.J the Prevention of Dental Disease , Second Edition , Oxford , Oxford University Press , 1989.