

# ارتقای عملکرد زنان باردار در سلامت دهان و دندان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

زهرا امامی مقدم<sup>۱</sup>، سیده زهرا اعمی<sup>۲</sup>، دکتر سلمه دادگر<sup>۳\*</sup>،  
فاطمه سردار آبادی<sup>۴</sup>

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۸/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۹

## خلاصه

**مقدمه:** تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر در دوران بارداری موجب حساسیت بیشتر این گروه نسبت به بیماری های دهان و دندان شده که می تواند بر سلامت مادر و کودک تأثیرات مهمی داشته باشد. از طرفی معاینات مکرر دوران بارداری فرصت مناسبی برای آموزش بهداشت دهان و دندان به مادران باردار می باشد.

**روش کار:** این مطالعه تجربی دوگروهه با طرح پیش آزمون - پس آزمون بر روی ۱۴۴ نفر از زنان باردار واجد شرایط مراجعه کننده جهت کنترل مراقبت های بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. شرکت کنندگان با تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. برای گروه مداخله جلسات آموزشی برگزار شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه مشاهده عملکرد افراد در مورد مسواک زدن و استفاده از نخ دندان بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی مورد ارزیابی قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد قبل از مداخله، میانگین و انحراف معیار عملکرد مادران در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری نداشت ( $p=0/08$ ). در حالی که پس از مداخله میانگین عملکرد مادران در گروه مداخله به طور چشم گیری در مقایسه با گروه شاهد ( $p<0/001$ ) و هم چنین در مقایسه با مرحله قبل از مداخله ( $p<0/001$ ) افزایش داشت.

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی می تواند به عنوان یک روش موثر و کم هزینه در ارتقای عملکرد بهداشت دهان و دندان در مادران باردار در نظر گرفته شود.

**کلمات کلیدی:** بارداری، بهداشت دهان و دندان، مراقبت بهداشتی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سلمه دادگر، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۳-۸۰۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک:

Dadgars@mums.ac.ir

## مقدمه

از نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت دهان یکی از مهم‌ترین مسائلی است که در سلامت عمومی مطرح بوده و توجه به آن در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌های مزمن نیاز است. بیماری‌های دهان و دندان تمام گروه‌های سنی و جنسی را تهدید می‌کند، هرچند برخی گروه‌ها به لحاظ شرایط خاص فیزیولوژیکی، بیشتر از سایرین در برابر این بیماری‌ها آسیب پذیرند. بارداری به دلیل تغییرات هورمونی و تغذیه‌ای، شرایط مستعدی را برای ایجاد بیماری‌های لثه و پوسیدگی دندان در مادران باردار فراهم می‌کند (۱، ۲). مطالعات نشان داده‌اند که بیماری‌های دهان و دندان در دوران بارداری، با پیامدهای نامطلوب پره ناتال از جمله پره اکلامپسی، زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد نوزاد و بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان در ارتباط است (۳، ۴).

آموزش بهداشت یکی از اصول اولیه پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان و کوششی در جهت تأثیرگذاری بر تغییر رفتار افراد می‌باشد که از طریق تشویق به عدم اجرای رفتارهای تهدیدکننده سلامتی و جایگزینی آن با رفتارهای بهداشتی عملی می‌شود و مراقبت‌های دوران بارداری به دلیل معاینات منظم و مکرر زنان باردار، یک فرصت ایده آل جهت آموزش و ارتقاء رفتارهای سلامتی آنان فراهم می‌کند (۵، ۶). با اذعان به این مسئله که در امر آموزش بهداشت، تأکید صرف به رعایت بهداشت دهان و دندان نتیجه مفیدی نخواهد داشت و در واقع تبدیل آگاهی به تفکر فعال و اقدام بهداشتی، مستلزم ایجاد و تغییر بینش است، از این رو اهمیت تدوین برنامه آموزشی مناسب بر اساس مدل آشکار می‌شود (۷). در زمینه آموزش بهداشت، نظریه‌ها و مدل‌ها به ما کمک زیادی در زمینه توضیح و پیش‌بینی رفتار برای ساخت برنامه‌های آموزشی مؤثر بر مراقبت سلامتی برای تغییر رفتار می‌کنند. مدل اعتقاد بهداشتی (HBM)<sup>۱</sup> یکی از الگوهایی است که در اوایل سال ۱۹۵۰ طراحی و ارائه شد.

HBM شامل چندین مفهوم اولیه است که افراد خودشان را برای اقدام به تغییر رفتار ارزیابی می‌کنند.

<sup>۱</sup> Health Belief Model

بر اساس این مدل، اعتقاد شخص به مستعد بودن برای شرایط یا بیماری (حساسیت درک شده)، اعتقاد به تشدید نتایج با توجه به شرایط (شدت درک شده)، اعتقاد به این که مزایای رفتاری بیش از موانع آن است (منافع و موانع درک شده)، اعتقاد به اینکه فرد می‌تواند در این رفتار مشارکت داشته باشد (خودکارآمدی)، او را برای اقدام آماده کرده و فرد می‌تواند با توجه به راهنمای عمل اقدام کند (۸، ۹). با توجه به اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری بر سلامت مادر و جنین و نگاه ویژه به مادران در مسئله بهداشت دهان و دندان به عنوان گروه آسیب‌پذیر و اینکه دانش و اقدامات مادران باردار نسبت به بهداشت دهان خود باعث می‌شود که آن‌ها به بهداشت دهان کودکان خود نیز حساس شده و این ممکن است موجب پیشگیری از پوسیدگی دندان در دوران کودکی شود (۶)، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکرد بهداشتی دهان و دندان در زنان باردار انجام شد.

## روش کار

این مطالعه تجربی دوگروهه با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۴۴ نفر از زنان باردار واجد شرایط مراجعه‌کننده جهت کنترل مراقبت‌های بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. با توجه به این که متغیر عملکرد مادران در خصوص سلامت دهان و دندان به صورت کمی ارزیابی شد؛ بنابراین حجم نمونه بر اساس فرمول "مقایسه میانگین در دو گروه" و بر مبنای نتایج مطالعات قبلی موجود برآورد شد. نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای طبقه‌ای، خوشه‌ای و در دسترس انجام شد. در مرحله اول مراکز سه‌گانه بهداشت شهرستان مشهد (مراکز بهداشت ۱، ۲ و ۳) هر کدام به عنوان یک طبقه و سپس مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش آن‌ها لیست شدند. سپس متناسب با تعداد مراکز در هر ناحیه و نسبت جمعیت تحت پوشش هر مرکز، در مجموع ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری به صورت قرعه‌کشی انتخاب و به عنوان خوشه در نظر گرفته شدند. به این ترتیب که یک خوشه از مرکز بهداشت شماره ۱، دو

خوشه از مرکز بهداشت شماره ۲ و دو خوشه از مرکز بهداشت شماره ۳ انتخاب شد.

حجم نمونه مربوط به هر مرکز بر اساس تعداد مادران مراجعه کننده در هر ماه تعیین شد. سپس متناسب با جمعیت مراکز، تمام زنان باردار با سن بارداری ۲۸-۶ هفته که جهت مراقبت های دوران بارداری مراجعه می کردند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. به این ترتیب که از مجموع ۱۵۰ فرد شرکت کننده در پژوهش، ۶ نفر به دلیل عدم شرکت در برنامه آموزشی از مطالعه خارج شدند و در نهایت مطالعه بر روی ۱۴۴ نفر صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: باردار بودن، سکونت در شهر مشهد، سن بارداری بین ۲۸-۶ هفته، دارای حداقل سواد پنجم ابتدایی (به دلیل اینکه قادر به فهم سؤالات باشند)، بارداری خواسته و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: اشتغال در حرفه های مرتبط با دندانپزشکی، عدم تکمیل پرسشنامه ها به طور کامل و یا انصراف از ادامه همکاری در مطالعه بود.

در این مطالعه ابزار گردآوری داده ها، پرسش نامه اطلاعات فردی و پرسش نامه محقق ساخته مشاهده عملکرد افراد در مورد مسواک زدن و استفاده از نخ دندان بود. این پرسش نامه شامل ۱۶ سؤال در مورد تکنیک مسواک زدن و بکارگیری نخ دندان و مراجعه به دندانپزشک بود. مقیاس در نظر گرفته شده برای تجزیه و تحلیل داده ها در رابطه با سؤالات عملکرد، نمره کسب شده بین ۰ تا ۱۶ بود. به هر یک از رفتارهای صحیح، امتیاز یک و به رفتار غلط، امتیاز صفر تعلق می گرفت. روایی ابزار گردآوری داده ها از طریق روایی محتوا و با استفاده از بررسی متون و نظرسنجی از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی، اساتید آموزش بهداشت و متخصصین دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی انجام شد و پس از رفع ابهامات، نسخه نهایی آن طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین پایایی ابزار چک لیست مشاهده تکنیک مسواک زدن و بکارگیری نخ دندان از روش پایایی توافقی ارزیاب ها استفاده شد؛ بدین ترتیب که ۲۰ نفر از واحدهای پژوهش همزمان توسط پژوهشگر و یک فرد

مرکز بهداشت شماره ۱ در مجموع ۳۰ مادر، از مرکز بهداشت شماره ۲ در مجموع ۶۰ مادر و از مرکز بهداشت شماره ۳ در مجموع ۶۰ مادر بر اساس معیارهای ورود گزینش شدند. سپس مادران با تخصیص تصادفی (قرعه کشی) به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند؛ به این صورت که با قرعه کشی که به عمل آمد، مشخص شد که کدام گروه در ابتدا مورد مطالعه قرار گیرد. سپس به صورت یک در میان گروه ها وارد مطالعه شدند.

همتای وی مورد مشاهده قرار گرفت و بین نتایج ثبت شده، ضریب همبستگی گرفته شد که ضریب به دست آمده در حد قابل قبول بود ( $r=0/90$ ).

محققین به منظور تغییر رفتار افراد از مدل های زیادی استفاده کرده اند. یکی از این مدل ها، الگوی اعتقاد بهداشتی است که در سال ۱۹۵۰ طراحی شد و در سال های بعد گسترش یافت و به عنوان یک مدل نظری خوب به طور گسترده برای پیش بینی و توضیح رفتارهای بهداشتی به کار می رود. الگوی اعتقاد بهداشتی از جمله الگوهای مهمی است که رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار را نشان می دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است و افراد زمانی رفتارهای خود را تغییر می دهند که خطر جدی بودن بیماری را درک کنند. بر اساس این مدل، برای برنامه ریزی یک مداخله آموزشی موفق در افراد، باید درک خطر ابتلاء به بیماری خاص (حساسیت درک شده)، اعتقاد به تشدید نتایج با توجه به شرایط (شدت درک شده)، اعتقاد به این که مزایای رفتاری بیش از موانع آن است (منافع و موانع درک شده) و اعتقاد به اینکه فرد می تواند در این رفتار مشارکت داشته باشد (خودکارآمدی)، در افراد صورت گرفته، سپس فرد را برای اقدام آماده کرده و آن گاه فرد می تواند با توجه به راهنمای عمل اقدام کند (۲، ۱۰، ۱۱).

قبل از برگزاری جلسات آموزشی، با استفاده از چک لیست عملکرد، رفتار مادران باردار در خصوص استفاده از مسواک و نخ دندان بر روی مولاژ مشاهده و ارزیابی شد. سپس مداخله مورد نظر بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در گروه آزمون که شامل برگزاری ۴ جلسه آموزشی در هر مرکز و هر جلسه به مدت ۴۰ تا ۵۰

دقیقه، هفته ای یک بار در طی یک ماه با هماهنگی در مراکز بهداشتی توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر که آموزش های لازم را دیده بود، انجام شد. افراد گروه آزمون برای بهبود کیفیت کلاس آموزشی به گروه های ۱۵ نفره تقسیم شدند. روش های مورد استفاده برای آموزش شامل سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی بود. محتوای آموزشی در این جلسات شامل: کلیات مراقبت از دهان و دندان، اصول پیشگیری از بیماری های دندان، اهمیت بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری، تغییرات فیزیولوژیک دهان و دندان در بارداری و منافع و فواید حاصل از مراقبت های بهداشت دهان و دندان و آموزش نحوه درست استفاده از مسواک و نخ دندان بود. محتوای آموزشی با توجه به کتب معتبر و جزوات آموزشی وزارت بهداشت و با مشاوره متخصصین دندانپزشکی و اساتید بهداشت تهیه شد. در طول جلسات آموزشی نحوه استفاده از نخ دندان و مسواک زدن به صورت عملی با در اختیار گذاشتن آن به هر یک از مادران، بر روی مولاژ آموزش داده شد. بعد از مداخله آموزشی، افراد به مدت یک ماه به صورت تلفنی مورد پیگیری قرار گرفتند. همچنین یک ماه بعد از انجام مداخله آموزشی، دو جلسه پیگیری جهت مرور مطالب گفته شده برگزار شد. یک و نیم ماه بعد از مداخله، با مادران تماس گرفته شد و در روز معینی تمام افراد مورد مطالعه در مراکز بهداشتی جمع شدند. ابتدا پرسشنامه ها از طریق مصاحبه تکمیل شد و بعد از آن با در اختیار قرار دادن مسواک و نخ دندان از آن ها خواسته شد تکنیک را روی ماکت دندان انجام دهند و با استفاده از چک لیست، عملکرد مجدد رفتار مادران ارزیابی و به آن ها نمره داده شد. در گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای به جز مراقبت های معمول مادر باردار صورت نگرفت، ولی به منظور رعایت اخلاق پژوهش پس از انجام پس آزمون، به مدت یک ساعت محتوای آموزشی گروه مداخله به گروه کنترل آموزش داده شد و پمفلت در اختیارشان قرار گرفت. در این مطالعه

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی، اهداف، اهمیت و ضرورت انجام طرح برای مادران بازگو شد و رضایت نامه کتبی از آنان گرفته شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه ۱۴۴ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند که در دو گروه ۷۲ نفره آزمون و کنترل قرار گرفتند. میانگین سنی واحدهای پژوهش  $25/9 \pm 3/6$  سال و میانگین تعداد هفته های بارداری  $17/7 \pm 5/2$  هفته بود. اکثر مادران باردار ( $53/4\%$ ) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، درآمد در حد کفاف ( $84/7\%$ ) و خانه دار ( $95/1\%$ ) بودند. بر اساس آزمون های تی مستقل، دقیق فیشر و کای اسکوئر گروه شاهد و مداخله از نظر متغیرهای فردی و زمینه ای با هم همگن بودند و تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند. در خصوص آمار استنباطی، به منظور مقایسه بین گروهی از آزمون های تی مستقل و من ویتنی و به منظور مقایسه درون گروهی از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. با توجه به اینکه نمره عملکرد مادران در مرحله قبل از مداخله از توزیع طبیعی برخوردار نبود، در این مورد از آزمون غیرپارامتریک استفاده شد. همچنین بر اساس نتایج مطالعه قبل از مداخله، میانگین و انحراف معیار عملکرد مادران در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری نداشت ( $p=0/08$ )، در حالی که پس از مداخله میانگین عملکرد مادران در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل ( $p<0/001$ ) و همچنین در مقایسه با مرحله قبل از مداخله ( $p<0/001$ ) به طور معناداری افزایش داشت (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره عملکرد در دو مرحله قبل و بعد مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

نتیجه آزمون بین گروهی	گروه		مراحل
	کنترل	آزمون	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
من- ویتنی $Z = -2/6$ $p = 0/08$	$3/1 \pm 1/3$	$2/6 \pm 1/2$	قبل از مداخله
تی مستقل $t = 6/05$ $df = 142$ $p < 0/001$	$3/3 \pm 1/6$	$6/2 \pm 4/8$	بعد از مداخله
	$Z = 2/1$ $p = 0/1$	$Z = -5/5$ $p < 0/001$	نتیجه آزمون درون گروهی (ویلکاکسون)

### بحث

رفتارهای مراقبتی در رابطه با بهداشت دهان و دندان در طی بارداری برای مادران باردار و کودکانشان از اهمیت زیادی برخوردار است. نتایج اصلی مطالعه حاضر نشان داد که آموزش بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر افزایش عملکرد رفتارهای بهداشتی دهان و دندان مادران باردار تأثیر بسزایی دارد. از آنجایی که بیماری های دهان مادر نظیر التهاب لثه، پوسیدگی و عفونت های دهان و دندان می تواند سلامت مادر و کودک را تحت تأثیر قرار دهد، تأثیر استفاده از این مدل به عنوان راهکاری جهت توسعه برنامه آموزشی برای سلامت دهان و دندان در مادران باردار نمی تواند نادیده انگاشته شود (۲، ۶، ۱۲).

از اصول مهم مدل اعتقاد بهداشتی این است که در اختیار گذاشتن اطلاعات بهتر به افراد، باعث تصمیم های بهتری در رابطه با سلامتی خواهد شد. بر اساس این مدل، افراد باید معتقد باشند به اینکه مستعد ابتلاء به بیماری یا شرایط خاصی بوده، وضعیت مورد نظر مهم و جدی بوده، مداخلات موفق برای این شرایط وجود دارد و توانایی غلبه بر موانع موجود را برای انجام اقدامات لازم برای ارتقای سلامت خویش دارا هستند (۱۳). مطالعه بحری و همکاران (۲۰۱۲) تأثیرات مثبت آموزش بهداشت دهان و دندان در طی بارداری را بر افزایش سطح آگاهی، مثبت تر شدن نگرش و بهبود عملکرد کوتاه مدت زنان باردار در ارتباط با سلامت دهان و دندان نشان داد (۴). نتایج مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۱۴)

نشان داد که استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی برای توسعه برنامه های آموزشی برای سلامت دهان در زنان باردار بسیار مؤثر است. همچنین علاوه بر این برنامه ها، پیگیری آموزش ها نیز توصیه شده است (۲). در مطالعه کاردناس و همکار (۲۰۱۰) نیز دانش زنان باردار مورد مطالعه پس از ارائه راهنمای دندانی بهبود پیدا کرده و این زنان پس از ۴ هفته قادر به حفظ بسیاری از اطلاعات آموخته شده بودند و این مسئله بر رفتارهای مراقبتی این گروه از افراد نیز تأثیر داشته است (۱۴). افزایش مداخلات ارتقاء سلامت و برنامه های پیشگیرانه آموزشی ساده در خودمراقبتی و پیشگیری از بیماری های دهان و دندان می تواند به عنوان یک روش مؤثر در بهبود سلامت دهان و دندان مادران و بهبود کیفیت زندگی آنان و کودکانشان در نظر گرفته شود (۱۵).

به دلیل حساسیت و آسیب پذیری مادران باردار نیاز برای فراهم نمودن راه حل اساسی و صحیح برنامه ریزی شده برای پیشگیری و مراقبت از سلامت این گروه از افراد به خوبی احساس می شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، طراحی و اجرای برنامه آموزشی مطابق با مدل اعتقاد بهداشتی می تواند تفاوت معنی داری در عملکرد مادران باردار در گروه مداخله در زمینه مراقبت از دهان و دندان به وجود آورد؛ این امر نشان دهنده اثرگذاری مثبت مداخله است و ضرورت استفاده از مداخلات آموزشی طراحی شده به منظور اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده را بیان می کند. لذا بکارگیری این مدل در برنامه های آموزشی زنان باردار

دهان و دندان در مادران باردار در نظر گرفته شود و معاینات دوره‌ای دوران بارداری فرصت خوبی برای انتقال این آموزش‌ها توسط پرسنل بهداشتی می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به لحاظ تصویب و تأمین مالی این طرح پژوهشی که برگرفته از نتایج پایان نامه مصوب دانشگاه نیز می‌باشد و همچنین از تمام مادران بارداری که بدون کمک‌های ارزنده ایشان امکان اجرای این طرح میسر نبود، تشکر و قدردانی می‌شود.

به جای استفاده از روش‌های سنتی آموزش که صرفاً اطلاعات را منتقل کرده و تغییر نگرش و افزایش اثربخشی آموزش را مد نظر قرار نمی‌دهد توصیه می‌شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تفاوت‌های فردی (دقت، هوش و حوصله فردی و ...) مادران باردار و چگونگی تأثیر آن بر نحوه پاسخ‌دهی افراد اشاره کرد که از کنترل پژوهشگر خارج بود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر و کم‌هزینه در ارتقای عملکرد بهداشت

### منابع

1. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S. The survey of oral health in women with pregnancy in Arak city apply health belief model. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(89):104-15. (Persian).
2. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S, Rafiee M, Zareban I, Karimy M. The effect of educational program on increasing oral health behavior among pregnant women: applying health belief model. *Health Educ Health Prom* 2014; 1(2):21-36.
3. Offenbacher S, Lieff S, Boggess KA, Murtha AP, Madianos PN, Champagne CM, et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol* 2001; 6(1):164-74.
4. Bahri N, Iliati HR, Bahri N, Sajjadi M, Boloochi T. Effects of oral and dental health education program on knowledge, attitude and short-time practice of pregnant women (Mashhad-Iran). *J Mashhad Dent Sch* 2012; 36(1):1-12.
5. Basir L, Kanehmasjedi M, Dashtbozorgi B. Evaluation of the effect of repetition of oral health education in 9-10 years old students' plaque index. *Jundishapur Sci Med J* 2009; 8(2):219-29. (Persian).
6. Boggess KA, Urlaub DM, Moos MK, Polinkovsky M, El-Khorazaty J, Lorenz C. Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *J Am Dent Assoc* 2011; 142(11):1275-82.
7. Rahimi F, Shojaezade D, Zeraati H, Akbarian M. Oral health care based on educational health belief model in child. *J Health* 2011; 2(1):74-81. (Persian).
8. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. *J Res Med Sci* 2009; 14(1):1-6.
9. Ekhtiari YS, Majlessi F, Foroushani AR, Shakibazadeh E. Effect of a self-care educational program based on the health belief model on reducing low birth weight among pregnant Iranian women. *Int J Prev Med* 2014; 5(1):76-82.
10. Tsunematsu M, Kawasaki H, Masuoka Y, Kakehashi M. Factors affecting breast cancer screening behavior in Japan--assessment using the health belief model and conjoint analysis. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(10):6041-8.
11. Jeihooni AK, Hidarnia A, Kaveh M, Hajizadeh E, Askari A. Survey of osteoporosis preventive nutritional behaviors based health belief model in sample of Iranian women. *Midd East J Sci Res* 2014; 21(4):595-601.
12. Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P, Littell CT, Eggertsson H. Oral health in pregnancy: educational needs of dental professionals and office staff. *J Public Health Dent* 2012; 72(4):279-86.
13. Hollister MC, Anema MG. Health behavior models and oral health: a review. *J Dent Hyg* 2004; 78(3):6.
14. Cardenas LM, Ross DD. Effects of an oral health education program for pregnant women. *J Tenn Dent Assoc* 2010; 90(2):23-6.
15. Acharya S, Bhat PV. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hyg* 2009; 7(2):102-7.