بررسی پیشگویی‌کننده‌های مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

حسین ابراهیمی پور [۱]، مرضیه محمدزاده [۲]، شمس الدین نیکنامی [۳]، حبیب الله اسماعیلی [۴]، علی وفایی نجار [۱]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ارتباط بیماری‌های دهان و دندان با عواقب نامطلوب بارداری ضرورت توجه بیشتر به وضعیت بهداشت دهان و دندان در زنان باردار را نشان می‌دهد . تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به عوامل اجتماعی در ایجاد رفتار توجه خاص نشان می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین پیشگویی‌کننده‌های مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر آشخانه بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در سال ۱۳۹۲ انجام شده است.

روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی- مقطعی، ۱۵۰ نفر از مادران باردار شهر آشخانه با روش نمونه‌گیری آسان از مرکز بهداشتی درمانی شهری آشخانه انتخاب شدند. اطلاعات مربوط به عوامل تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در خصوص مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان از طریق پرسش‌نامه گردآوری شده و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی، به کمک نرم‌افزار spss 18 در سطح معنی‌دار ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین سنی مادران باردار مورد مطالعه ۴/۹ ± ۲۴/۴ است و میانگین شاخص DMF مادران ۲/۲ ± ۵/۱۶ بود. در این پژوهش همبستگی میان قصد رفتاری با سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده مورد بررسی قرار گرفت.میان قصد رفتاری با آگاهی (r=۰/۴۰۳) ، با نگرش (r= ۰/۳۶۹)، با هنجارهای انتزاعی(r=۰/۴۱۵)، با کنترل رفتار درک شده (r=۰/۴۸۸) و با رفتار (r=۰/۳۹۹) ارتباط مستقیم و مثبتی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر کارایی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را در پیشگویی اتخاذ مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار نشان داد. از این رو این تئوری می‌تواند به عنوان چارچوبی جهت طراحی و اجرای مداخلات آموزشی جهت کاهش پوسیدگی دندان استفاده شود و در دوران بارداری به حفظ سلامت مادر و کودک کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده ، بهداشت دهان و دندان ، مادران باردار

ارجاع: ابراهیمی پور حسین، محمدزاده مرضیه، نیکنامی شمس الدین، اسماعیلی حبیب الله، وفایی نجار علی. **بررسی پیشگویی‌کننده‌های مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۳): ؟؟

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۲۱ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۲۹**

۱. دانشیار، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. کارشناس ارشد آموزش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، خراسان شمالی، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: marzieh.mohamadzadeh@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

مقدمه

دهان و دندان سالم، یکی از عوامل مؤثر در سلامت عمومی انسان است، تا آن‌جا که برخی‌دهان را آینه تمام نمای بدن می‌دانند. بهداشت دهان و دندان یکی ازشاخه‌های مهم بهداشت عمومی به شمار می‌رود و رعایت آن موجب پیشگیری از بروز بسیاری از بیماری‌های دیگر می‌شود. به طوری که توجه به این مقوله یکی از برنامه های سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) در حوزه پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت می‌باشد (۱).

بیماری‌های دهان و دندان اگرچه تمام گروه‌های سنی و جنسی جمعیت را تهدید می‌کند، برخی از گروه‌ها در جامعه به لحاظ شرایط خاص فیزیولوژیکی بیشتر از سایرین آسیب‌پذیر می‌باشند. به عنوان نمونه بارداری روندی طبیعی است، اما تغییرات فیزیولوژیک این دوران از جمله افزایش اسیدیته دهان، تهوع و استفراغ صبحگاهی و التهاب لثه در دوران بارداری به گونه‌ای است که زمینه ابتلاء به بیماری‌های دندانی را بیشتر فراهم می کند. (۲) این تغییرات در صورت عدم مراقبت مناسب و به موقع سبب بیماری‌های دهان و دندان خواهد شد (۳). از جمله این بیماری‌ها، بیماری‌های پریودنتال است که به دلیل عوامل موضعی (پلاک دندانی، جرم، تنفس دهانی) و عوامل سیستمیک (سن، تغذیه) ایجاد و موجب تخریب لثه و بافت‌های اطراف دندان می‌گردند (۴) و ژنژیویت که حالت التهابی لثه است وشایع‌ترین نوع بیماری لثه بوده و عامل اصلی آن پلاک میکروبی است می‌تواند در دوران بارداری بروز نماید (۵). به طوری که طبق مطالعه حاجی کاظمی و همکاران نیمی از زنان در دوران بارداری ژنژویت بارداری را تجربه می‌کنند (۶). مشکلات دهان و دندانی نه تنها برای مادر مشکلاتی را به وجود می‌آورد بلکه بین بیماری‌های پریودنتال مادر و زایمان زودرس ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۷). به طوری‌که در ۲۴ مطالعه که عمدتا شامل مطالعات مقطعی، مورد -شاهدی و هم گروهی بوده و بین سال‌های ۲۰۰۶- ۱۹۹۶ در ۱۲ کشور انجام گرفت، پژوهشگران دریافتند که ارتباط مثبتی میان پریودونتیت و زایمان زودرس، کم وزنی زمان تولد یا هر دو وجود دارد. این مطالعات تقریبا ۱۵۰۰۰ مادر باردار را در بر می‌گرفت (۷). هم‌چنین برخی از مطالعات نیز نشان داده‌اند که همان باکتری‌های دهان مادر در پوسیدگی دندان کودکان آن‌ها نقش دارد (۸). نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند که زنان در دوران بارداری به قدر کافی بهداشت دهان و دندان را رعایت نمی‌کنند (۹). به عنوان نمونه در گروهی از زنان آسیایی مقیم انگلستان مشاهده شد که حدود۶۳٪ از مادران باردار مصرف مواد قندی را در دوران حاملگی افزایش دادند. هم‌چنین حدود ۶۸٪ از آنان تنها یک بار در روز از مسواک استفاده می‌کردند و حدود ۵۹٪ از زنان در هنگام مسواک زدن با مشکل خونریزی از لثه مواجه بودند (۹). این مشکل در کشور ایران نیز وجود داشت؛ به طوری که در شهر اهواز DMFT برای خانم‌های باردار ۳± ۶/۲۳ بود (۳). هم‌چنین در مطالعه حاجی کاظمی و همکاران در سال ۱۳۸۴ ، ۶/۵ درصد از مادران باردار آگاهی کافی ، ۳۴/۴ درصد عملکرد مناسب و ۷۰٪ آنان دارای نگرش منفی نسبت به مراقبت دهان و دندان بودند و این در حالی است که برخی دیگر از مطالعات نشان می‌دهند، زنان بارداری که وضعیت بهداشت دهان و دندان خود را خوب یا خیلی خوب گزارش کرده بودند، دندان‌های پوسیده کمتر و شاخص پریودنتال پایین‌تری داشتند (۸).

با توجه به موارد ذکر شده، برنامه‌ریزی در خصوص افزایش آگاهی و بهبود عوامل مؤثر بر رفتار مادران باردار در جهت پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان از اهمیت زیادی برخوردار است. بدون شک یکی از استراتژی‌های مهم و قابل استفاده در این امر آموزش بهداشت می‌تواند باشد. ارزش برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان اثربخشی این برنامه‌ها بستگی دارد و اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت به میزان زیادی به استفاده صحیح از تئوری‌ها و مدل‌های مورد استفاده بستگی دارد.

پس از بررسی و مطالعه زیاد بر روی مدل و تئوری‌های مرتبط با رفتارهای بهداشتی از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (TPB

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

یا Theory of Planned Behavior) که در سال ۱۸۸۵ مطرح و در سال ۱۹۹۱ توسط Ajzen و Fishbin توسعه داده شد، استفاده گردید (۷). این تئوری اصلی‌ترین علت یک رفتار را، قصد برای انجام آن رفتار می‌داند. قصد نیز تحت تاثیر نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی نسبت به رفتار و احساس کنترل فرد بر آن رفتار (از نظر آسانی و یا سختی کار) است. کنترل درک شده مربوط به وجود شرایط و امکانات برای اتخاذ رفتار مورد نظر است. عوامل ذکر شده تعیین‌کننده رفتار هر فرد هستند (۷). این تئوری، از معدود تئوری‌هایی می‌باشد که به فاکتورهای اجتماعی در ایجاد رفتار توجه خاص نشان می‌دهد. در ایران مطالعات مختلفی در خصوص بهداشت دهان و دندان بر روی گروه‌های هدف متعددی از جمله مادران باردار و دانش‌آموزان انجام گرفته است و هم‌چنین از تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده نیز در مورد موضوعات مختلفی از جمله استفاده از کلاه ایمنی و انتخاب روش زایمانی انجام گردیده ولی تاکنون مطالعه‌ای با استفاده از این تئوری در خصوص بهداشت دهان و دندان بر روی مادران باردار انجام نگردیده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین پیشگویی‌کننده‌های مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر آشخانه بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده انجام گرفت.

روش‌ها

این مطالعه تحلیلی مقطعی بر روی۱۵۰ نفر از مادران باردار دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن که در پاییز سال ۱۳۹۲ به مرکز بهداشتی درمانی شهری آشخانه مراجعه کرده بودند صورت گرفت. افرادی که در حرفه‌های مرتبط با دندانپزشکی اشتغال داشته و یا مبتلا به بیماری‌های پیشرفته دهان و دندان بودند از مطالعه حذف گردیدند.

مرکز بهداشتی درمانی آشخانه دارای دو پایگاه بهداشتی در دو منطقه از شهر می‌باشد که برای افزایش دقت مطالعه و پوشش خصوصیات فرهنگی و اجتماعی جمعیت، تعداد نمونه‌ها از هر پایگاه به صورت مساوی به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب گردید.

با توجه به این‌که بر اساس تعداد متغیرها و سازه ها نیز در تحلیل‌های عاملی و رگرسیون حجم نمونه تعیین می‌شود، تعداد نمونه مورد نیاز با توجه به تعداد سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده و هم‌چنین اضافه نمودن سازه آگاهی به آن ۱۵۰ نفر (به ازای هر سازه ۳۰ نفر) انتخاب گردید (۱۰).

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه طراحی شده بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده توسط محقق بود، که مشتمل بر سؤالات زیر بود: اطلاعات جمعیت‌شناختی مانند سن، سطح تحصیلات، شغل، هفته بارداری، وضعیت اقتصادی، مادر، و سؤال‌های آگاهی ۱۲ سؤال (از جمله نوع مناسب مسواک در دوران بارداری و اطلاع از گروهای غذایی که در افزایش پوسیدگی دندان‌ها در دوران بارداری نقش مؤثرتری دارند و غیره)، و ابعاد تئوری شامل: نگرش ۷ سؤال (نگرش در خصوص تعداد وعده‌های استفاده از مسواک و نخ دندان و تأثیر سلامت دهان و دندان بر روی جنین و غیره)، هنجارهای انتزاعی ۴ سؤال (تأثیر افرادی مانند همسر، کارکنان بهداشتی و مادر و ... در رعایت بهداشت دهان و دندان)، کنترل رفتار درک شده ۵ سؤال (بررسی تأثیر بی‌حوصلگی و ضعف و حالت تهوع و ... در رعایت بهداشت دهان و دندان)، قصد رفتاری ۵ سؤال (قصد آن‌ها در خصوص انجام رفتارهای بهداشت دهان و دندانی)، رفتار ۷ سؤال (عملکرد آنان در خصوص بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری). پاسخ بخش آگاهی و رفتار به صورت سه گزینه‌ای و بخش‌های نگرش و هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری به صورت پنج گزینه‌ای (طیف لیکرت از کاملا موافق تا کاملا مخالف) بود. امتیازگذاری پرسش‌نامه نیز بدین صورت بود که به سؤالات بخش آگاهی (۱۲-۰)، بخش نگرش (۲۸-۰) ، بخش هنجارهای انتزاعی (۱۶-۰) ، کنترل رفتار درک شده (۲۰-۰) ، قصد رفتاری (۲۰-۰) و بخش رفتار (۱۴-۰) نمره اختصاص داده شد. علاوه بر این نمونه‌های حاضر در این پژوهش از لحاظ شاخص DMF (تعداد دندانهای پوسیده، کشیده و پرشده) توسط یک نفر بهداشتکار دهان و دندان مورد معاینه قرار گرفتند که البته

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

اندازه‌گیری این شاخص معیار عملکرد مادران در خصوص بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری قرار نگرفت.

روایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات به روش روایی محتوایی و با استفاده از بررسی متون گسترده و نظرسنجی از افراد متخصص در این زمینه از جمله دندانپزشک و کارکنان بهداشتی مرکز بهداشت، و متخصصین آموزش سلامت صورت گرفت. پس از رفع برخی از ابهامات، نسخه نهایی ابزار طراحی شد و مورد استفاده قرار گرفت. پایایی بخش‌های پرسش‌نامه بر اساس Cronbach's alph آزمون و تأیید شد. پایایی همه بخش‌های پرسش‌نامه آگاهی (۰/۶۵)، نگرش (۰/۷)، هنجارهای انتزاعی (۰/۸۳) ، کنترل رفتار درک شده (۰/۷) ، قصد رفتاری (۰/۶۵) ، رفتار (۰/۶۵) مورد تأیید قرار گرفت.

در مرحله جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگر با مراجعه به دو پایگاه‌های بهداشتی موجود، تعداد مادران باردار تحت پوشش هر پایگاه را طبق موارد ثبت شده در دفتر مراقبت ممتد مشخص کرده و با توجه به سهمیه اختصاص یافته به هر پایگاه (۷۵ نفر) مادران باردار را با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش دعوت می‌کرد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه ضمن توجیه مادران مورد مطالعه و کسب نظر موافق آن‌ها به بیان اهداف، اهمیت و ضرورت انجام طرح پژوهشی مبادرت شد. فرم رضایت آگاهانه و داوطلبانه در اختیار همه آن‌ها قرار گرفت و به امضا رسید. با این حال بر استفاده از پرسش‌نامه‌های بدون نام و دادن اطمینان مبنی بر محرمانه ماندن داده‌های مندرج در پرسش‌نامه‌ها تأکید شد.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS18 و از آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و نما) و از آزمون‌های تحلیلی شامل ضریب همبستگی Pearson (برای تعیین ارتباط بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده با عملکرد بهداشت دهان و دندان در مادران باردار) و آزمون ONE WAY ANOVA (جهت مقایسه میانگین‌ها در بیش از دو گروه) استفاده شد. سطح معنی‌دار آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی مادران باردار مورد مطالعه ۴/۹ ± ۲۴/۴ بود. ۳۳ نفر(۲۲٪) در گروه سنی زیر ۲۰ سال، ۵۵ نفر (۳۶/۷٪) در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال ، ۴۸ نفر (۳۲ ٪) در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال، ۱۲ نفر(۸ ٪) در گروه سنی ۳۵-۳۱ سال و ۲نفر (۱/۳٪) در گروه سنی بالای ۳۵ سال قرار داشتند. سایر مشخصات در جدول ۱ ارایه شده است.

در این پژوهش میانگین نمره آگاهی مادران ۲/۰۵ ± ۹/۰۵ بود و هم‌چنین میانگین نمره‌سازه‌های تئوری در نگرش ۳/۹± ۱۵/۸، در هنجارهای انتزاعی ۲/۸ ± ۱۲/۲ ، در کنترل رفتار درک شده ۲/۵ ± ۱۲/۱۹ ، در قصد رفتاری ۳/۲ ± ۱۳/۴ و در عملکرد ۱/۸ ± ۹/۰۱ بود.(جدول ۲)

در این پژوهش همبستگی میان قصد رفتاری با سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده مورد بررسی قرار گرفت. میان قصد رفتاری با تمامی سازه‌های تئوری ارتباط مستقیم و مثبتی مشاهده شد (جدول ۲).

وضعیت رفتار بهداشت دهان و دندان در زنان مورد مطالعه به گونه‌ای بود که ۹۱/۳٪ همیشه هنگام مسواک زدن از خمیر دندان استفاده می‌کردند.ولی فقط مدت زمان مسواک زدن ۲۳/۳٪ آنان بیشتر از دو دقیقه طول می‌کشید.۹۶/۷٪ آنان نیز از هیچ نوع دهانشویه‌ای استفاده نمی‌کردند. سایر اطلاعات در جدول ۳ ارایه شده است.

میانگین و انحراف معیار DMFT در زنان باردار ۲/۲± ۵/۱۶ بود. که این شاخص با امتیاز عملکرد رابطه معکوس و معنی‌داری داشت. ولی با امتیاز آگاهی و امتیاز نگرش رابطه معنی‌داری نداشت.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک		فراوانی	درصد
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۹	۱۲/۷
	راهنمایی	۳۹	۲۶
	دبیرستان و دیپلم	۵۵	۳۶/۷
	دانشگاهی	۳۷	۲۴/۶
درآمد	کم(کمتر از ۸۰۰ هزار تومان)	۱۱۶	۷۷/۳
	متوسط(۸۰۰ هزار- ۱۵۰۰۰۰۰تومان)	۲۵	۱۶/۷
	زیاد(بالای ۱۵۰۰۰۰۰ تومان)	۹	۶

جدول شماره ۲: ماتریکس ضریب همبستگی متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی شده بهداشت دهان و دندان زنان باردار شهر آشخانه

	آگاهی	نگرش	هنجارهای انتزاعی	کنترل رفتار درک شده	قصد رفتاری
نگرش	۰/۳۷۶				
هنجارهای انتزاعی	۰/۰۰۷	- ۰/۳۲			
کنترل رفتار درک شده	۰/۲۴۵	۰/۳۸۹	۰/۲۷۷		
قصد رفتاری	۰/۴۰۳	۰/۳۶۹	۰/۴۱۵	۰/۴۸۸	
رفتار	۰/۲۷۹	۰/۲۹۰	۰/۰۸۰	۰/۳۹۳	۰/۳۹۹

سطح معنی دار همه سازه ها ۰/۰۱

جدول ۳. وضعیت استفاده از مسواک و نخ دندان در زنان باردار شهر آشخانه

	حداقل یکبار در روز		چند بار در هفته		هیچ وقت	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
استفاده از مسواک در شبانه روز	۱۳۶	۹۰/۷	۱۱	۷/۳	۳	۲
استفاده از نخ دندان در شبانه روز	۴۸	۳۲	۲۵	۱۶/۷	۷۷	۵۱/۳

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین پیشگویی کننده‌های مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر آشخانه بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در سال ۱۳۹۲ انجام شده است.

در این پژوهش آگاهی و تمامی سازه‌های تئوری(نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده) با قصد رفتاری همبستگی مثبت داشتند که این همبستگی برای سازه کنترل رفتار درک شده از سایر سازه‌ها بیشتر بود و هم‌چنین قصد رفتاری با رفتار نیز دارای همبستگی مثبت ولی ضعیفی بود.

ولی در مطالعه ورخوون و همکاران که در سال ۲۰۰۵ با استفاده از این تئوری در خصوص بهداشت دهان و دندان در هلند انجام شده است تمامی سازه‌ها بجز کنترل رفتار درک شده با قصد رفتاری ارتباط مثبت و معنی‌داری داشتند (۱۱).

طبق جدول ۲ عملکرد بهداشت دهان و دندان مادران در این مطالعه با تمامی سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده همبستگی داشت و بیشترین همبستگی آن با سازه قصد رفتاری بود. از این رو می‌توان گفت که سازه‌های این الگو می‌تواند به عنوان یک چارچوب مرجع جهت طراحی مداخلات آموزشی جهت آموزش مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار به کار برده شود.

در این پژوهش میانگین آگاهی زنان ۹/۰۵ بود و به طور کلی ۶۸٪ زنان باردار آگاهی خوبی در زمینه بهداشت دهان و دندان داشتند. نتایج توماس در استرالیا نشان داد که دو سوم از زنان باردار تحت مطالعه وی آگاهی مناسبی در زمینه بهداشت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

دهان و دندان داشته اند (۱۲) ولی طبق نتایج بحری تنها ۳/۵٪ زنان باردار مورد مطالعه در مشهد از آگاهی خوبی در این مورد برخوردار بودند (۸) و مطالعه قاری زاده در اهواز نشان داد که ۹۴/۳٪ زنان باردار آگاهی کمی در زمینه بهداشت دهان و دندان داشته‌اند (۱۳) نتایج مطالعه حمیسی نیز نشان می‌دهد که آگاهی زنان باردار شهر قزوین در مورد بهداشت دهان و دندان مطلوب نبوده است (۱۴).

در این پژوهش ۱۱/۳٪ زنان دارای نگرش منفی نسبت به بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری بودند. که این میزان در مطالعه بحری ۳۱/۸٪ بود (۸). در مطالعه حاضر ۴۸٪ بر این باور بودند که در دوران بارداری پوسیدگی دندان‌ها حتی با رعایت کامل بهداشت دهان و دندان حتمی است و ۳۶/۷٪ آنان اعتقاد داشتند که هرگونه اقدامات دندانپزشکی در دوران بارداری برای جنین آن‌ها مضر می‌باشد و طبق مطالعه حاجی کاظمی ۸۰/۳٪ زنان اقدامات دندانپزشکی در دوران بارداری را مجاز نمی‌دانستند (۶). هم‌چنین در مطالعه حاضر ۵۲٪ زنان اعتقاد داشتند که جنین برای رشد خود از کلسیم دندان‌های مادر استفاده می‌کند که این اعتقاد در مطالعه حاجی کاظمی ۷۷/۵٪ بود (۶) و این میزان در مطالعه ازن که بر روی زنان باردار ترکیه انجام داده بود ۷۳٪ بود (۱۵).

نتایج نشان داد که ۴۰٪ زنان دارای عملکرد مناسب در زمینه بهداشت دهان و دندان دارند که این میزان در مطالعه بحری ۱۹٪ گزارش شد (۸). به طور کلی در این پژوهش امتیاز عملکرد با آگاهی، نگرش و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری داشت ولی با تعداد فرزندان و سن بارداری رابطه معنی‌داری نداشت.

میانگین و انحراف معیار DMFT در زنان باردار ۲/۲±۵/۱۶ بود. که در شهر اهواز این شاخص ۳/۰۱ ± ۶/۲۳ بود (۱۳). که با توجه به این میانگین می‌توان گفت که به نسبت وضعیت بهداشت دهان و دندان در زنان مورد مطالعه بهتر از شهر اهواز می‌باشد.

هنجارهای انتزاعی با کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری رابطه مثبت و معنی‌داری داشت و مهم‌ترین هنجارهای انتزاعی عنوان شده توسط زنان در این مطالعه همسر و کارکنان بهداشتی بودند.

میانگین نمره کنترل رفتار درک شده ۲/۵ ± ۱۲/۱۹ بود. این سازه با نگرش، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری، عملکرد و آگاهی ارتباط معنی‌داری داشت. ۹۵٪ از زنان عنوان نمودند که با وجود داشتن حالت تهوع، باز هم سعی دارند که در طول روز از شیر و لبنیات به مقدار لازم استفاده نمایند.

کنترل رفتار درک شده مهمترین پیشگویی‌کننده قصد و قصد رفتاری مهم‌ترین پیشگویی‌کننده عملکرد بهداشت دهان و دندان در زنان بود.

در پژوهش حاضر با وجود این‌که آگاهی و نگرش مادران باردار نسبت به بهداشت دهان و دندان در سطح پایینی قرار نداشت ولی آنان از وضعیت مطلوبی در زمینه انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان برخوردار نبودند. به طوری‌که ۹۶٪ آنان از هیچ نوع دهانشویه‌ای استفاده نمی‌کردند که این نتیجه با مطالعه اصغرنیا بر روی زنان پست ترم همخوانی دارد (۱۶). ۵۱٪ آن‌ها هرگز از نخ دندان استفاده نمی‌کردند و مدت زمان مسواک زدن ۷۶٪ آنان کمتر از دو دقیقه طول می‌کشید.

شاید یکی از عوامل تأثیرگذار در این زمینه تغییر در شرایط فیزیولوژیک مادران، تغییرات هورمونی و جسمی باشد که برای مادر در این دوران رخ می‌دهد. این امر ضمن ایجاد خستگی و کسالت، مانع از رعایت رفتار بهداشت دهان و دندان در مادران باردار به طور مناسب می‌شود. در پژوهشی روی گروهی از زنان آسیایی مقیم انگلستان نشان داده شد که ۶۵ ٪ از مادران تنها یک بار در روز مسواک می‌زدند. در پژوهش دیگری نیز با عنوان بررسی آگاهی نگرش و عملکرد مادران باردار شهر تهران خصوص مراقبت‌های دوران بارداری نشان داده شد که عملکردهای بهداشت دهان و دندان مادران در وضعیت مطلوبی قرار ندارند (۳).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان می‌دهد که الگوی مورد بررسی می‌تواند به عنوان یک الگوی مناسب برای پیشگویی قصد رفتاری بهداشت دهان و دندان در زنان باردار استفاده شود ولی نمی‌تواند

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

پیشگویی‌کننده خوبی برای رفتار بهداشت دهان و دندان در این جامعه آماری باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که یافته‌های این پژوهش از مادران باردار مراجعه‌کننده به مرکز شهری شهر آشخانه به دست آمد. از این رو قابل تعمیم به همه مادران باردار نیست به خصوص مادرانی که جهت انجام مراقبت‌های دهان و دندان به علت مشکلات شدید دندانی به مطب‌های خصوصی مراجعه می‌کنند. از این رو بهتر است که پژوهش‌های آینده در مادران مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی نیز صورت گیرد تا نتایج قابل تعمیمی به دست آید.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسؤول مقاله است. که در دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۲۰۱۷۸ ثبت شده است. نویسندگان، از تمامی دست اندرکاران این مطالعه، اعم از مسؤولین دانشکده بهداشت مشهد، ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان مانه و سملقان و کارکنان مرکز بهداشتی درمانی شهر آشخانه، تمامی زنان شرکت‌کننده و تمامی افرادی که به نوعی در این پژوهش ما را یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Bastani P,Moosavi N ,Alijanpoor M, MehrAlian A. The oral health care in pregnancy. Journal of Behvarz 2003;13(1):38-40
2. Radnai M, Gorzo I, Nagy E, Urban E, Eller J, Novak T, et al. Caries and periodontal state of pregnant women. Part I. Caries status. Fogorv Sz 2005 Apr;98(2):53-7.
3. Shamsi M, Heydarnia a, Niknami S. Predictors of Oral Health Care in Pregnant Women Based on Health Belief Model. Journal of Health System Research 2012; 8(4): 62434.
4. Abrishami M, Akbarzade Baghan A, Ansari G, Naseri M. Correlation between periodontal disease and mouth breathing. Journal of Islamic Dental Association 2008, 20(2): 100-4.
5. Talebi Ardakani M, Taghavi AM, Farzam H, Mirhoseininai M, Mehran N. Prevalence of gingivitis in 8-11 year old school students in Yazd. Dental Journal 2004;15(2):1382-5
6. Hajikazemi E, Mohseni SH, Oskouie F, Haghani H. The association between knowledge, attitude and performance in pregnant women toward dental hygiene during pregnancy. IJN. 2005;18(43): 31-8.
7. Besharati F. Effect of Educational Interventions Based on Theory of Planned Behavior (TPB) in Selecting Delivery Mode among Pregnant Women Referred to Rasht Health Centers. ZUMS Journal. 2011;19(77): 94-106.
8. 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). Journal of Mashhad Dental School 2012; 36(1); 94-106.
9. Ahmadian Y, Sanathhani M. A Descriptive survey of the oral health on a group of the asian pregnant women resident in the UK. J Mashad Dent Sch 2004; 27(3-4): 93-9.
10. Munro BH. Statistical Methods for Health Care Research. 5, editor: Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
11. Buunk-Werkhoven Y, Dijkstra A, Vanderschans C. Determinants of oral hygiene behavior: a study based on the theory of planned behavior. Community Dent Oral Epidemiol. 2011;39(3): 250–9.
12. Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia:a postnatal survey. BMC Pregnancy Childbirth 2008;8: 13.
13. Gharizadeh N, Haghiighizadeh MH, Sabarhaji W, Karimi A. Evaluation of DMFT, oral and dental hygiene in pregnant woman referring to health center in Ahwaz. Ahwaz Jundishapur Univ 2005;43: 40.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

14. Hamissi J, BakianianVaziri P, Davalloo A. Evaluating Oral Hygiene Knowledge and Attitude of Pregnan Women. Iranian J Publ Health 2010;39(1): 28-31.
15. Ozen B, Ozer L, Basak F, Altun C, Acikel C. Turkish women's self-reported knowledge and behavior towards oral health during pregnancy. Med Princ Pract 2012;21(4) :318–22
16. Asgharnia M, Mirblook F, Faraji R. Post partum women's awareness about oral health. Journal of Gilan University 2013.75(19):46-57

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Predictors of oral health care in pregnant women based On theory of planned behavior

Hossein Ebrahimipour [1], Marzieh Mohamadzadeh [2], Shamsodin Niknami [3], Habibollah Ismaili [4], Ali Vafaii Najjar [1]

Original Article

Abstract

Background: The relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes according to the status of oral health in pregnant women is evident. The theory of planned behavior is one of the few theories that social factors on behavior indicates that special attention.

The main theory of the cause of behavior, knows the intention to perform that behavior. Intention is affected by attitude toward the behavior, subjective feeling of control over one's behavior on the behavior (in terms of ease or difficulty of the work) is.The present study aimed to determine the predictive value of oral health care for pregnant women Ashkhaneh city was based on the theory of planned behavior.

Methods: In this cross-sectional study, 150 pregnant mothers in Ashkhaneh city a sampling of urban health center Ashkhaneh selected. Scale of the theory of planned behavior regarding oral health care were collected through questionnaires. The data were analyzed using the software spss 18.

Findings: The results showed that the average age of mothers in the study 24/4 ± 4/9 and the average maternal DMF index was 5.16± 2.2.

In this study, the correlation between behavioral intention were studied by structural theory of planned behavior. Between behavioral intention and awareness (r = 0/403), and attitude (r = 0 / 369), subjective norms(r = 0/415), and perceived behavioral control, (r = 0/488) and the behavior of the (r= 0/399) found a positive correlation.

Conclusion: This theory of planned behavior in the prediction of performance measures of oral health care to pregnant women showed. Thus, this theory can be used as a framework for designing and implementing educational interventions for reducing dental caries should be used during pregnancy to help maintain the health of mother and child.

Key Words: Theory of Planned Behavior, Oral Health, Pregnant Women

Citation: Ebrahimipour H, Mohamadzadeh M, Niknami Sh, Ismaili H, Vafaii Najjar A. **Predictors of oral health care in pregnant women based on theory of planned behavior.** J Health Syst Res 2015; 11(3):496-504

Received date: 12.03.2014 **Accept date: 21.10.2014**

1. Assistant Professor, department of health and management, school of public health, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Master of Science in Health Education, North Khorasan University of Medical Sciences, North Khorasan, Iran (Corresponding Author) Email: marzieh.mohamadzadeh@yahoo.com
3. Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
4. Associate Professor, department of biostatistics, school of public health, University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]