بررسی پیشگویی کننده‌های مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

محسن شمسی[1]، علیرضا حیدرنیا[2]، شمس‌الدین نیکنامی[3]

چکیده

مقدمه: رعایت رفتارهای بهداشت دهان و دندان در گروه پر مخاطره مادران باردار به دلیل حفظ سلامت خود و جنین آن‌ها اهمیت زیادی دارد. الگوی اعتقاد بهداشتی از الگوهای روان‌شناسی است که تلاش می‌کند تا رفتارهای بهداشتی را با تمرکز بر اعتقادات و نگرش‌های افراد توصیف نماید. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین پیشگویی کننده‌های مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی تحلیلی، ۳۴۰ نفر از مادران باردار شهر اراک با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. مقیاس مربوط به عوامل مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، تهدید، منافع، موانع و خودکارامدی درک‌شده و راهنماهای عمل) و عملکرد در خصوص مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان از طریق مصاحبه و مشاهده سنجیده شد. در نهایت اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی، خودکارامدی و موانع درک‌شده بیشترین عامل پیش‌بینی کننده رفتار بهداشتی دهان و دندان در مادران باردار بودند. میانگین نمره عملکرد مادران در خصوص انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان ۹/۷ ± ۴۳/۱ بود. در این پژوهش بین حساسیت درک‌شده و عملکرد (r = ۰/۴۴)، شدت درک‌شده و عملکرد (r = ۰/۵۱) و خودکارامدی و عملکرد (r = ۰/۶۱) ارتباط مثبت مشاهده شد (P < ۰/۰۵). این در حالی است که بین موانع درک‌شده در خصوص انجام رفتارهای مراقبت بهداشت دهان و دندان و عملکرد مادران در این زمینه ارتباط معکوس مشاهده شد (r= -۰/۶۵). متغیرهای فوق ۴۶/۸ درصد از واریانس رفتارهای مراقبت بهداشت دهان و دندان را بیان نمودند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی را در پیشگویی اتخاذ مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار نشان داد. از این رو این الگو 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: مدل اعتقاد بهداشتی، مراقبت‌های بهداشت دهان، مادران باردار

نوع مقاله: *پژوهشی*

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۲۵ *پذیرش مقاله: ۹۱/۲/۲۸*

۱- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: hidarnia@modares.ac.ir

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

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، بهداشت دهان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر می‌داند و بیان می‌نماید که بهداشت ضعیف دهان و دندان می‌تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی بگذارد. بنابراین یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی در حوزه جلوگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت توجه به این مقوله می‌باشد (۱). پوسیدگی 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 با تغییراتی در بدن از جمله دهان و دندان همراه است. این تغییرات در صورت عدم مراقبت مناسب و به موقع سبب ناراحتی دهان و دندان خواهد شد.

تغییرات هورمونی و تغذیه‌ای شرایط مستعدی را برای ایجاد بیماری‌های لثه و پوسیدگی دندان در مادران باردار فراهم می‌کند. از طرفی مراقبت‌های بهداشتی که در حالت عادی به سهولت انجام می‌شود، در خانم‌های باردار ممکن است با مشکل مواجه شود (۲). مطالعه‌ها نشان دادند که التهاب شدید لثه در زنان باردار عامل خطر مهمی برای ایجاد زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن می‌باشد (۵-۳). از این رو لزوم انجام برنامه‌ریزی برای پیشگیری از پوسیدگی دندان در تمام گروه‌های جمعیتی و به خصوص گروه آسیب‌پذیر مادران باردار اهمیت بیشتری دارد.

تحقیق‌ها در راستای حصول به چنین هدفی نشان دادند که شناخت عوامل مؤثر بر تغییر رفتار، دستیابی به تغییر را آسان خواهد کرد. بنابراین بررسی عوامل مؤثر در اتخاذ مراقبت‌های پیشگیری از پوسیدگی دندان در مادران باردار ضروری می‌باشد. این امر با استفاده از الگوهایی صورت می‌گیرد که عوامل مؤثر بر رفتار را شناسایی و تقویت می‌کند. بدین منظور محققان از مدل‌ها برای تغییر رفتار کمک گرفتند که یکی از این مدل‌های مؤثر در امر آموزش و ارتقای سلامت، مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. سازه‌های این مدل شامل حساسیت، شدت، تهدید، منافع و موانع درک‌شده، خودکارامدی و راهنماهای عمل می‌باشد که مجموع شدت درک‌شده و حساسیت درک‌شده را به عنوان تهدید درک‌شده قلمداد می‌کند (۶).

حساسیت درک‌شده در این مدل نگرش مادران را در خصوص این که تا چه اندازه خود را در معرض ابتلا به پوسیدگی دندان حساس می‌دانند، اندازه می‌گیرد. همچنین شدت درک‌شده نگرش مادران را در خصوص وخامت و عوارض ناشی از ابتلا به پوسیدگی دندان هم برای خود و هم برای جنین می‌سنجد. مجموع این دو عامل ایجاد تهدید درک‌شده در مادران نسبت به این عارضه می‌کند. در نتیجه تجزیه و تحلیل فواید حاصل از اتخاذ مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان و تجزیه و تحلیل موانع بالقوه باعث اقدامات پیشگیرانه مناسب جهت جلوگیری از ابتلا به پوسیدگی دندان می‌شود. این به معنی تهدید درک‌شده همراه با منافع و موانع درک‌شده می‌باشد که در کنار خودکارامدی درک‌شده مادران را جهت انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان سوق می‌دهد.

در کنار عوامل فوق، راهنماهای عمل یا محرک‌هایی که از درون و بیرون بر مادر اثر می‌گذارد، مادر را به سمت انجام رفتار مناسب یعنی اقدام در جهت رعایت مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان تشویق می‌کند. از جمله این موارد می‌توان به دوستان و آشنایان، دندانپزشک، ماما، ترس از ابتلا به عوارض ناشی از پوسیدگی و احساس آرامش درونی به دنبال انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان اشاره کرد.

با توجه به اهمیت مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری، متأسفانه نتایج تحقیق‌ها نشان دادند که زنان در دوران بارداری به قدر کافی بهداشت دهان و دندان را رعایت نمی‌کنند. به عنوان نمونه در گروهی از زنان آسیایی مقیم انگلستان مشاهده شد که حدود ۶۳ درصد از مادران باردار مصرف مواد قندی را در دوران حاملگی افزایش دادند. همچنین حدود ۶۵ درصد از آنان تنها یک‌بار در روز از مسواک استفاده می‌کردند و حدود ۵۹ درصد از زنان در هنگام مسواک زدن با مشکل خونریزی از لثه مواجه بودند (۷). این مشکل در کشور ایران نیز وجود داشت؛ به طوری که در شهر اهواز میانگین DMFT برای خانم‌های باردار ۳/۰۱ ± ۶/۲۳

www.mui.ac.ir

گزارش شد (۸). حتی مشاهده شد که بسیاری از مادران باردار اقدامات دندانپزشکی را برای خود و جنین مضر می‌دانند. ۴۵ درصد زنان در نتایج مطالعه‌ای معتقدند که در دوران بارداری نباید اقدامات دندانپزشکی انجام دهند (۹).

مظلومی و روحانی در زمینه استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی در شهر یزد نشان دادند که بین نمره شدت درک‌شده و نمره رفتارهای بهداشت دهان و دندان ارتباط معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین موانع درک‌شده و رفتار نیز ارتباط معنی‌دار مشاهده شد (۱۰). مهری و مروتی نیز همبستگی معنی‌داری بین خودکارامدی، تأثیرگذارنده‌های بین فردی و رفتار بهداشت دهان و دندان در دانشجویان نشان دادند (۱۱). با این وجود مطالعه‌های ذکر شده با استفاده از این مدل روی گروه دانش‌آموزان و دانشجویان صورت پذیرفت که قطعاً به لحاظ فیزیولوژیک و سایر عوامل روان‌شناختی (همچون حساسیت درک‌شده نسبت به خطر پوسیدگی، شدت درک‌شده، موانع ادراکی و غیره) با یک مادر باردار متفاوت می‌باشد. از طرف دیگر مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با سایر موضوعات دیگر از جمله پیشگیری از پوکی استخوان، مراقبت از بیماری دیابت، جلوگیری از مصرف خود سرانه داروها و غیره استفاده شد (۱۴-۱۲).

در زمینه کاربرد این مدل در سنجش رفتارهای پیشگیری از پوسیدگی دندان در مادران باردار پژوهشی یافت نشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین پیشگویی کننده‌های مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام گرفت تا گامی در جهت ارتقای سلامت مادران و کودکان آن‌ها باشد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی بود که روی ۳۴۰ نفر از مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک صورت گرفت. معیار ورود به مطالعه شامل مادران باردار ساکن در شهر اراک، دارای سواد حداقل خواندن و نوشتن و داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. معیار خروج نیز شامل اشتغال در حرفه‌های مرتبط با دندانپزشکی و یا ابتلا به بیماری‌های پیشرفته دهان و دندان بود. شهر اراک به ۳۰ منطقه پستی تقسیم شده است. بنابراین برای افزایش پراکندگی، افزایش دقت مطالعه و همچنین پوشش خصوصیات فرهنگی و اجتماعی جمعیت مناطق مختلف شهر به تعداد ۱۵ منطقه به صورت یک در میان انتخاب شد. سپس از هر منطقه یک مرکز بهداشتی درمانی جهت انتخاب نمونه‌ها استفاده گردید.

سپس بر حسب جمعیت تحت پوشش در هر مرکز بهداشتی درمانی تعدادی نمونه به صورت آسان از هر مرکز انتخاب گردید. تعداد نمونه‌ها ۳۴۰ نفر و بر اساس فرمول شیوع به دست آمد؛ بدین صورت که با توجه به بررسی‌های متعدد شیوع پوسیدگی دندان در جوامع مختلف بسیار متغیر و دامنه آن از ۲۵ درصد تا ۹۰ درصد در جوامع مختلف گزارش شده است (۹-۴). از این رو در مطالعه حاضر نیز از کم‌ترین میزان شیوع یعنی ۲۵ درصد به عنوان معیاری جهت تعیین حجم نمونه استفاده شد. با احتساب این میزان و در نظر گرفتن دقت ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، نمونه‌ای برابر ۳۴۰ نفر انتخاب شد.

در این پژوهش ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بود.

اطلاعات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، شغل، هفته بارداری، وضعیت اقتصادی، وضعیت پوشش بیمه درمانی مادر و غیره بود. در این پژوهش وضعیت اقتصادی خانوار بر اساس میزان درامد ماهانه خانوار به سه طبقه پایین (۵۰۰۰۰۰ > تومان)، متوسط (۸۰۰۰۰۰-۵۰۰۰۰۰ تومان) و بالا (۸۰۰۰۰۰ < تومان) تقسیم‌بندی شد.

سؤال‌های ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک‌شده ۸ سؤال (از جمله این که مادران تا چه حد خود را در معرض ابتلا به پوسیدگی دندان می‌بینند و آیا خود را نسبت به ابتلا به پوسیدگی نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی آسیب‌پذیر می‌دانند یا خیر)، سؤالات مربوط به شدت درک‌شده ۷ سؤال (شامل پرسش در مورد عوارضی که برای مادر یا جنین در اثر پوسیدگی دندان ایجاد می‌شود و غیره)، سؤالات منافع درک‌شده ۱۰ سؤال (شامل پرسش در خصوص

www.mui.ac.ir

فواید حاصل از انجام رفتارهای مراقبت بهداشت دهان و دندان، منافعی شامل پیشگیری از پوسیدگی دندان، پیشگیری از اتلاف هزینه‌های اقتصادی زیاد و تأثیر مثبت بر سلامت جنین و ...)، موانع درک‌شده ۱۲ سؤال (شامل مواردی همچون ناآشنا بودن با تکنیک‌های صحیح مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان، نداشتن وقت و هزینه جهت مراجعه به دندانپزشک، احساس کسالت و بی‌حوصلگی در دوران بارداری و ...)، خودکارامدی ۸ سؤال (شامل توانایی استفاده صحیح از مسواک و نخ دندان، توانایی برای غلبه بر خواب آلودگی و کسالت، توانایی برای شروع یک رژیم غذایی با قند و شیرینی کم‌تر و غیره) و راهنماهای عمل ۲ سؤال (شامل منابع سوق‌دهنده مادر به سمت انجام مراقبت‌های بهداشتی شامل دندانپزشک، ماما، همسر، رادیو، تلویزیون و یا ترس درونی ناشی از به خطر افتادن سلامت جنین یا خود مادر و ...) بود. لازم به ذکر است که تمام سؤال‌های ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی بر اساس طیف استاندارد ۵ گزینه‌ای لیکرت و از دامنه کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی شد.

در خصوص چک لیست عملکرد شامل ۱۲ سؤال در زمینه‌های مختلفی همچون نحوه مسواک زدن، نخ دندان کشیدن، مراجعه منظم داشتن به دندانپزشک و استفاده از دهان‌شویه فلوراید بعد از تهوع و استفراغ بود. دو مورد اول با استفاده از مشاهده مستقیم عملکرد مادر روی ماکت دهان و دندان بود. موارد مورد توجه شامل زاویه حرکت صحیح مسواک روی قسمت‌های مختلف دندان، استفاده از حرکات لرزشی در شیار لثه‌ای، حرکت افقی در سطح جونده، حرکت عمودی مسواک در سطح قدامی و داخلی، جدا کردن نخ دندان به اندازه مناسب، نحوه حرکت بین دندان‌ها، پیچیدن صحیح نخ دور انگشتان و غیره بود. سایر عملکردهای مادران نیز به صورت خودگزارش‌دهی ثبت شد.

امتیازگذاری پرسش‌نامه بدین صورت بود که در هر یک از ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی (شامل حساسیت، شدت، منافع، موانع درک‌شده، راهنماهای عمل و خودکارامدی) دامنه امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۴ متغیر بود؛ به گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالفم امتیاز صفر، مخالفم امتیاز ۱، نظری ندارم امتیاز ۲، موافقم امتیاز ۳ و کاملاً موافقم امتیاز ۴ تعلق می‌گرفت.

در مجموع امتیاز هر یک از این قسمت‌ها (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده، راهنماهای عمل و خودکارامدی) بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه شد. در قسمت چک لیست عملکرد نیز به هر یک از رفتارهای صحیح امتیاز یک و به رفتار غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. در نهایت نمره این بخش نیز بر اساس ۱۰۰ نمره محاسبه گردید.

روایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات از طریق روایی محتوایی و با استفاده از بررسی متون گسترده و نظرسنجی از افراد متخصص در این زمینه از جمله دندان‌پزشکان مرکز بهداشت، ماماها و متخصصین آموزش سلامت صورت گرفت. پس از رفع برخی از ابهامات، نسخه نهایی ابزار طراحی شد و مورد استفاده قرار گرفت. پایایی کلی ابزار تحقیق نیز با محاسبه Cronbach's alph برابر ۰/۸۴ تأیید شد. در این قسمت پایایی بخش حساسیت درک‌شده ۰/۷۳، شدت درک‌شده ۰/۷۰، منافع درک‌شده ۰/۷۵، موانع درک‌شده ۰/۷۱، راهنماهای عمل ۰/۷۳ و خودکارامدی ۰/۷۶ مورد تأیید قرار گرفت. پایایی چک لیست عملکرد نیز با ضریب توافقی Kappa ۰/۸۹ به دست آمد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه، از کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس (با کد ۵۱۳۳) و مرکز بهداشت شهر اراک مجوز کسب گردید. همچنین ضمن توجیه مادران مورد مطالعه و کسب نظر موافقت آن‌ها به بیان اهداف، اهمیت و ضرورت انجام طرح پژوهشی مبادرت شد. فرم رضایت آگاهانه و داطلبانه 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 $SPSS_{۱۶}$ و از آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و نما) و از آزمون‌های تحلیلی شامل ضریب همبستگی Pearson (برای تعیین ارتباط بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با عملکرد بهداشت دهان و دندان در مادران باردار)، آنالیز رگرسیون خطی (برای تعیین قدرت پیشگویی کنندگی

www.mui.ac.ir

سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای بهداشت دهان و دندان در مادران باردار) و آزمون One way ANOVA (جهت مقایسه میانگین‌ها در بیش از دو گروه مانند میانگین نمره عملکرد بر حسب سن، تحصیلات و غیره) استفاده شد. سطح معنی‌دار آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی مادران باردار مورد مطالعه ۳/۷ ± ۲۸/۲ سال است. در این پژوهش به ترتیب ۴۷ نفر (۱۴ درصد) در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال، ۱۳۵ نفر (۴۰ درصد) در گروه ۳۰-۲۶ سال و ۱۵۸ نفر (۴۶ درصد) در گروه ۳۵-۳۱ سال قرار داشتند. همچنین بر حسب پوشش خدمات درمانی ۲۵۵ نفر (۷۵ درصد) دارای بیمه درمانی و ۸۵ نفر (۲۵ درصد) فاقد خدمات بیمه بهداشتی بودند. از لحاظ وضعیت اشتغال نیز ۶۱ نفر (۱۸ درصد) شاغل و ۲۷۹ نفر (۸۲ درصد) خانه‌دار بودند. در این پژوهش اکثریت مادران (۴۳ درصد) تنها یک‌بار در روز مسواک می‌زدند و حدود ۴۱ درصد از آنان از نخ دندان استفاده نمی‌کردند. سایر مشخصات دموگرافیک مادران مورد مطالعه در جدول ۱ ارایه شده است.

در این پژوهش میانگین نمره عملکرد مادران در خصوص انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان ۹/۷ ± ۴۳/۱ بود. همچنین میانگین نمره اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در حساسیت درک‌شده ۹/۲ ± ۳۴، شدت درک‌شده ۹/۸ ± ۴۸، تهدید درک‌شده ۹/۴ ± ۴۱، منافع درک‌شده ۱۱/۸ ± ۵۷/۲، موانع درک‌شده ۱۲ ± ۶۳ و خودکارامدی ۹ ± ۳۲ به دست آمد (جدول ۲).

در این پژوهش وضعیت همبستگی بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکرد بهداشت دهان و دندان در مادران باردار مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس یافته‌ها بین حساسیت درک‌شده و عملکرد (r = ۰/۴۴؛ P = ۰/۰۰۸)، شدت درک‌شده و عملکرد (r = ۰/۵۱؛ P = ۰/۰۰۲)، منافع درک‌شده و عملکرد (r = ۰/۵۶؛ P = ۰/۰۰۱) و خودکارامدی و عملکرد (r = ۰/۶۱؛ P = ۰/۰۰۱) در زمینه پیشگیری از پوسیدگی دندان ارتباط مستقیم و مثبت مشاهده شد. این در حالی است که بین موانع درک‌شده در خصوص انجام رفتارهای مراقبت بهداشت دهان و دندان و عملکرد مادران در این زمینه ارتباط معکوس مشاهده شد (r = -۰/۶۵؛ P = ۰/۰۰۱). سایر نتایج همبستگی بین ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی در جدول ۳ ارایه گردیده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و برخی از عوامل مؤثر بر بهداشت دهان و دندان مادران باردار شهر اراک

مشخصات دموگرافیک	فراوانی	فراوانی	
		تعداد	در صد
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۹	۶
	راهنمایی	۱۳۷	۴۰
	متوسطه	۱۳۱	۳۸
	دانشگاهی	۵۳	۱۶
درامد ماهانه خانوار	کم (۸۰۰-۵۰۰ هزار تومان)	۹۸	۲۹
	متوسط (۸۰۰-۵۰۰ هزار تومان)	۱۶۰	۴۷
	بالا (بالای ۸۰۰ هزار تومان)	۸۲	۲۴
مسواک زدن	دوبار در روز	۶۵	۱۹/۱
	یک‌بار در روز	۱۴۸	۴۳/۴
	یک‌بار در هفته	۵۰	۱۴/۸
	کم‌تر از یک‌بار در هفته	۳۸	۱۱/۲
	کم‌تر از یک‌بار در ماه	۲۴	۷
	هرگز	۱۵	۴/۵
نخ دندان زدن	یک‌بار در روز	۴۹	۱۴/۲
	یک‌بار در هفته	۶۳	۱۸/۴
	کم‌تر از یک‌بار در هفته	۴۷	۱۳/۶
	کم‌تر از یک‌بار در ماه	۳۸	۱۱/۱
	هرگز	۱۴۳	۴۱/۷

بر اساس نتایج به دست آمده نداشتن فرصت کافی جهت مراجعه به دندانپزشک، هزینه‌های زیاد دندانپزشکی، ترس از آسیب به جنین، خستگی و تنبلی و عدم مهارت کافی جهت استفاده صحیح از مسواک و نخ دندان به عنوان مهم‌ترین موانع درک‌شده از سوی مادران گزارش شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان موانع درک‌شده در مادران با عملکرد ضعیف بهداشت دهان و دندان در مادران با تحصیلات پایین‌تر بیشتر

www.mui.ac.ir

گزارش شده است. در این پژوهش دندانپزشکان، ماماها و افراد خانواده از جمله همسر به عنوان مهم‌ترین راهنماهای عمل خارجی مادران جهت هدایت آنان به سمت اقدام به رفتار مناسب جهت پیشگیری ابتلا به پوسیدگی دندان در دوران بارداری بودند. همچنین ترس از ابتلا به عوارض ناشی از پوسیدگی بر سلامت جنین و خود مادر، تجربه شخصی از پوسیدگی و احساس سلامت و نشاط در صورت انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری به عنوان مهم‌ترین راهنمای عمل داخلی برای مادران شناخته شد.

در بررسی میزان پیشگویی عملکرد مادران توسط سازه‌های الگو از آنالیز رگرسیون خطی استفاده گردید. به طور کلی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (مشتمل بر متغیرهای حساسیت، شدت، تهدید، منافع، موانع و خودکارامدی درک‌شده و راهنماهای عمل) ۴۸/۶ درصد از واریانس رفتارهای مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان را پیشگویی نمود. در ضمن قدرت پیشگویی موانع و خودکارامدی درک‌شده بیشتر بود و قدرت پیشگویی منافع درک‌شده نزدیک به معنی‌داری بود (جدول ۴).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار امتیازات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۹۰

میانگین و انحراف معیار / سازه‌های مدل	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
حساسیت درک‌شده	۳۴/۰	۹/۲۰	۱۲	۹۳
شدت درک‌شده	۴۸/۴	۹/۸۰	۲۴	۸۶
تهدید درک‌شده	۴۱/۶	۹/۴۰	۱۸	۸۹
منافع درک‌شده	۵۷/۲	۱۱/۸۰	۳۳	۹۵
موانع درک‌شده	۶۳/۱	۱۲/۲۰	۱۶	۹۱
خودکارامدی درک‌شده	۳۲/۶	۹/۵۰	۱۱	۷۸
راهنماهای عمل درونی	۶۸/۳	۱۰/۰۶	۲۱	۹۱
راهنماهای عمل بیرونی	۶۵/۱	۱۰/۸۹	۱۴	۸۸
عملکرد	۴۳/۱	۹/۷۰	۱۴	۸۴

جدول ۳: ماتریکس ضریب همبستگی متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک در سال ۱۳۹۰

سازه‌های مدل	حساسیت درک‌شده	شدت درک‌شده	تهدید درک‌شده	منافع درک‌شده	موانع درک‌شده	خودکارامدی درک‌شده	راهنماهای عمل درونی	راهنماهای عمل بیرونی
شدت درک‌شده	۰/۳۸۷**							
تهدید درک‌شده	۰/۲۶۹**	۰/۴۶۵**						
منافع درک‌شده	۰/۳۴۸**	۰/۴۸۲**	۰/۴۱۱**					
موانع درک‌شده	-۰/۵۴۲*	-۰/۵۱۱*	-۰/۵۶۷*	-۰/۵۹۲*				
خودکارامدی درک‌شده	۰/۴۹۷*	۰/۴۱۸*	۰/۴۸۸*	۰/۴۴۶*	-۰/۶۸۴*			
راهنماهای عمل درونی	۰/۴۴۶**	۰/۴۵۷**	۰/۴۷۹**	۰/۵۰۷**	-۰/۴۸۶*	۰/۴۰۱*		
راهنماهای عمل بیرونی	۰/۴۱۲**	۰/۴۲۰**	۰/۳۹۵**	۰/۳۵۵**	-۰/۴۷۸*	۰/۳۸۶*	۰/۵۲۳**	
عملکرد	۰/۴۴۹*	۰/۵۱۵*	۰/۴۷۳*	۰/۵۶۱*	-۰/۶۵۷*	۰/۶۱۱*	۰/۴۸۷*	۰/۳۷۴*

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

** معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

www.mui.ac.ir

جدول ۴: آنالیز رگرسیون عوامل مرتبط با رفتار مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار شهر اراک بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۱۳۹۰

متغیرها	ß	P	متغیر وابسته
حساسیت درک‌شده	۰/۳۸۶	۰/۰۳۱	عملکرد مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان
شدت درک‌شده	۰/۳۱۹	۰/۰۴۸	
تهدید درک‌شده	۰/۳۴۷	۰/۰۴۱۱	
منافع درک‌شده	۰/۲۲۱	۰/۰۳۱	
موانع درک‌شده	−۰/۵۳۰	۰/۰۰۱	
خودکارامدی درک‌شده	۰/۶۳۱	۰/۰۰۱	
راهنماهای عمل درونی	۰/۴۵۱	۰/۰۲۸	
راهنماهای عمل بیرونی	۰/۳۹۳	۰/۰۴۳	

R۲ = ۰/۴۸۶

ß = Standardized regression coefficients; (ضریب رگرسیون استاندارد)

بحث

در پژوهش حاضر مادران باردار مورد مطالعه از وضعیت مناسبی در زمینه انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان برخوردار نبودند. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مختلف در داخل و خارج از کشور و در گروه‌های مختلف جمعیتی از جمله مادران، دانش‌آموزان و بزرگسالان همسو می‌باشد (۱۹–۱۵، ۱۱، ۱۰).

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 درصد از مادران تنها یک‌بار در روز مسواک می‌زدند (۷). در پژوهش دیگری نیز با عنوان «بررسی آگاهی نگرش و عملکرد مادران باردار شهر تهران» در خصوص مراقبت‌های دوران بارداری نشان داده شد که عملکردهای بهداشت دهان و دندان مادران در وضعیت مطلوبی قرار ندارد (۲۰). این وضعیت در مطالعه‌های داخل و خارج از کشور نیز مشاهده شد (۲۴–۲۱).

در مطالعه حاضر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی به طور کلی ۴۸/۶ درصد از واریانس رفتارهای مراقبت بهداشت دهان و دندان در مادران باردار را پیشگویی نمود. پاکپور و همکاران در مطالعه‌ای روی وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان شهر قزوین، ۱۶ درصد از واریانس مراقبت‌ها در دانش‌آموزان را گزارش نمودند (۲۵). در مطالعه دیگری که روی دانش‌آموزان شهر یزد صورت گرفت، خودکارامدی و موانع درک‌شده در مجموع ۲۹ درصد واریانس رفتار را پیش‌بینی کرد (۱۰).

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 پژوهش حاضر با افزایش حساسیت درک‌شده انجام عملکردهای بهداشتی نیز افزایش می‌یافت. در مطالعه صلحی و همکاران (۲۶) و مطالعه زمانی (۲۷) در بین دانش‌آموزان چنین ارتباطی مشاهده گردید که همخوان با مطالعه حاضر هستند. با این وجود در مطالعه مظلومی و روحانی در بین دانش‌آموزان شهر یزد بین حساسیت درک‌شده و رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان ارتباطی مشاهده نشد (۱۰). در بررسی‌های Kuhner و Raetzke نیز این ارتباط معنی‌دار نبود (۲۸). در تحقیق Barker حساسیت در ترکیب با منافع درک‌شده با رفتار بهداشتی رابطه داشت (۲۹). این امر می‌تواند ناشی از سایر عوامل از جمله موانع ادراکی زیاد دانش‌آموزان در خصوص اتخاذ رفتارهای بهداشتی باشد.

مطالعه‌های یاد شده بیشتر روی دانش‌آموزان و گروه نوجوانان بودند. پژوهش‌ها نشان دادند که نوجوانان ممکن است جدیت موقعیت‌های بهداشتی را درک کنند، اما خود را نسبت به آن آسیب‌پذیر احساس نکنند (۳۰). البته در چند مطالعه که مرتبط با رفتارهای مراقبت از بیماری دیابت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بود، ارتباطی بین حساسیت

www.mui.ac.ir

درک‌شده و رفتار خود مراقبتی دیابت مشاهده نشد (۳۳-۳۱).

درک افراد و ارزیابی آن‌ها از خطر در واقع محور کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. باید شدت درک‌شده به عنوان شکل‌دهنده رفتاری که در آن ضعف وجود دارد، توسط پرسنل بهداشتی درمانی افزایش یابد. در این پژوهش همچون سایر مطالعه‌های مشابه که از الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده نمودند، منافع درک‌شده با انجام عملکردهای پیشگیری ارتباط مثبت نشان داد (۳۴، ۳۳، ۲۹-۲۶)

در مادران باردار مورد مطالعه با افزایش موانع درک‌شده انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان کاهش یافت. در مطالعه صلحی و همکاران نیز موانع درک‌شده ارتباط منفی ۰/۴۳- را با رفتارهای بهداشت دهان و دندان در دانش‌آموزان نشان داد (۲۶). با این وجود در مطالعه Kuhner و Raetzke این ارتباط وجود نداشت (۲۸). وقتی افراد در درک خطر ضعف داشته باشند، موانع درک‌شده به دنبال آن افزایش می‌یابد.

یکی از موانع مهم مطرح شده کمبود وقت بود که با آموزش‌های گسترده می‌توان این مورد را به حداقل رساند. از آن جا که تمرکز روی ارتقای کیفیت زندگی مستلزم ارتقای سبک زندگی می‌باشد، آموزش روش‌های برنامه‌ریزی و مهارت‌های زندگی یکی از راهکارهای مناسب است.

در این پژوهش خودکارامدی مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی کننده مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار بود. از این رو متخصصان بهداشت دهان و دندان باید اعتماد به خود را در مادران باردار برای رعایت رفتارهای مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان مورد تقویت قرار دهند.

مادران مورد مطالعه که مشوق‌های درونی همچنین مسؤولیت در قبال حفظ سلامت جنین و یا احساس شادابی و نشاط در اثر رعایت بهداشت دهان و دندان را داشتند، بیشتر به انجام مراقبت‌ها تمایل داشتند. همچنین مادران مورد مطالعه با حمایت بیشتر افرادی همچون توصیه‌های دندانپزشک، ماما و افراد خانواده به خصوص همسر از عملکرد مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان بیشتری برخوردار بودند. در بسیاری از مطالعه‌های دیگر در زمینه‌های رفتارهای بهداشتی مختلف نیز نقش حمایت‌ها و مشوق‌های بیرونی مثبت نشان داده شد (۳۷-۳۴)؛ به گونه‌ای که همواره یادآوری اطرافیان، تأثیر مثبت نرم‌های انتزاعی و افراد تأثیرگذار روی رفتار مادران به عنوان فاکتورهای مهم در انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان نقش داشتند.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعه‌های مشابه کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی در توضیح واریانس مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در مادران باردار قابل قبول می‌باشد. مادران باردار هر چه بیشتر خود را تواناتر و کاراتر جهت انجام مراقبت‌های بهداشتی در زمینه‌های گوناگون ببینند، رفتار مربوطه را بیشتر انجام می‌دهند. با بالا رفتن حساسیت درک‌شده در مادران، انجام رفتارهای مذکور افزایش می‌یابد. در نهایت مادران باردار اگر به این باور برسند که مشکلات، هزینه‌ها و صرف وقت جهت انجام مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان نمی‌تواند مانعی در جهت رفتار مورد نظر باشد، بیشتر از دهان و دندان خود مراقبت می‌نمایند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که یافته‌های این پژوهش از مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک 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

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به لحاظ تصویب و تأمین مالی این طرح در قالب پایان‌نامه دانشجویی مقطع دکتری تخصصی با شماره ۵۱۳۳ و همچنین از مرکز بهداشت استان مرکزی شهر اراک و کلیه مادران شرکت‌کننده در این طرح تقدیر و تشکر می‌گردد.

www.mui.ac.ir

References

1. Kheirollai H, Mazloomi SS, Haerian Ardakani A, Ahmadieh MH. Evaluation of knowledge and attitude of Yazd dental students toward oral hygiene. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 1998; 6(3): 78-83. [In Persian].
2. Christensen LB, Jeppe-Jensen D, Petersen PE. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. J Clin Periodontol 2003; 30(11): 949-53.
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. Moore S, Ide M, Coward PY, Randhawa M, Borkowska E, Baylis R, et al. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. Br Dent J 2004; 197(5): 251-8.
5. Mangskau KA, Arrindell B. Pregnancy and oral health: utilization of the oral health care system by pregnant women in North Dakota. Northwest Dent 1996; 75(6): 23-8.
6. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
7. 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. [In Persian].
8. Gharizadeh N, Haghiighizadeh MH, Sabarhaji W, Karimi A. A Study of Dmft and Oral Hygiene and Gingival Status among Pregnant Women Attending Ahwaz Health Centres. Sci Med J Ahwaz Jundishapur Univ Med Sci 2005; (43): 40-7. [In Persian].
9. Kandan PM, Menaga V, Kumar RR. Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). J Pak Med Assoc 2011; 61(10): 1009-14.
10. Mazlumi MS, Ruhani TN. The study of factors related to oral self-care with Health Belief Model in Yazds' high school students. J Birjand Univ Med Sci 1999; 3: 40-8. [In Persian].
11. Mehri A, Morowatisharifabad M. Utilizing the Health Promotion Model to predict oral health behaviors in the students of Islamic Azad University of Sabzevar 2008. Journal of Dental Medicine 2009; 22(1): 81-7. [In Persian].
12. Khorsandi M, Shamsi M, Jahani F. The effect of education based on Health Belief Model on osteporosis preventive behaviors among pregnant women referred to Arak health centers. Daneshvar Med 2010; 18(89): 26-36. [In Persian].
13. Shamsi M, Sharifirad G, Kachoyee A, Hassanzadeh A. The Effect of Educational Program Walking Based on Health Belief Model on Control Suger in Woman by Type 2 Diabetics. Iran J Endocrinol Metab 2010; 11(5): 490-9. [In Persian].
14. Shamsi M, Bayati A, Mohamadbeygi A, Tajik R. The Effect of Educational Program Based on Health Belief Model (HBM) on Preventive Behavior of Self-Medication in Woman with Pregnancy in Arak, Iran. Pajoohandeh Journal 2010; 14(6): 324-31. [In Persian].
15. Torabi M, Karimi Afshar SA, Sheyghzadeh A, Karimi Afshar M. Appraisal of DMET in Kerman .adults aged 35 to 44. J Dent Isfahan 2009; 2: 93-8. [In Persian].
16. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. Matern Child Health J 2006; 10(5 Suppl): S169-S174.
17. Naderifar M, Ghaljaei F, Akbarizadeh M. Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old. Zahedan J Res Med Sci 2010; 12(4): 43-8. [In Persian].
18. Balali Maibodi F, Mahmoodi M, Hasani M. Knowledge, Attitude and Practice of Health Workers Working in the Southern Cities of Kerman Province about Oral and Dental Health in 2009 (Short Report). J Rafsanjan Univ Med Sci 2011; 10(1): 69-74. [In Persian].
19. Mohammad Nejad E, Shariat E, Begjani J, Abotalebi GH. Evaluation of Oral Health in Primary School Children in Saveh, Iran (Text in Persian). Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery 2011; 8(1): 74-80. [In Persian].
20. Hajikazemi ES, Oskouie F, Mohseny S, Nikpour S, Haghany H. The Relationship between Knowledge, Attitude, and Practice of Pregnant Women about Oral and Dental Care. European Journal of Scientific Research 2008; 24(4): 556-62. [In Persian].
21. Lydon-Rochelle MT, Krakowiak P, Hujoel PP, Peters RM. Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. Am J Public Health 2004; 94(5): 765-71.

www.mui.ac.ir

22. Al HR, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV, et al. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. J Clin Periodontol 2005; 32(7): 815-21.
23. Khedmat S. Dental considerations in pregnant patien. Journal of Dentistry 1999; 12(2): 62-71.
24. Asgharnia M, Mirblouk F, Faraji R. Knowledge of Post Partum Women about Oral Health. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2010; 19(75): 46-57. [In Persian].
25. 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 Oral Patol Oral Cir Bucal 2011; 16(6): e822-e827. [In Persian].
26. Solhi M, Shojaei Zadeh D, Seraj B, Faghih Zadeh S. The Application of the Health Belief Model in Oral Health Education. Iranian J Publ Health 2010; 39(4): 114-9. [In Persian].
27. Zamani Alavijeh F. HBM trail in controlling tooth plaque in Araki primary school students in 2003 2004 . Tabib Shargh 2005; 4(2): 9. [In Persian].
28. Kuhner MK, Raetzke PB. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. J Periodontol 1989; 60(1): 51-6.
29. Barker T. Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. Community Dent Oral Epidemiol 1994; 22(5 Pt 1): 327-30.
30. Butler JT. Principles of Health Education and Health Promotion. Ohio: Wadsworth; 2000. p. 245.
31. Gillibrand R, Stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. Br J Health Psychol 2006; 11(Pt 1): 155-69.
32. Daniel M, Messer LC. Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glycemic control in Aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. Chronic Dis Can 2002; 23(4): 130-8.
33. Nakazono TT, Davidson PL, Andersen RM. Oral health beliefs in diverse populations. Adv Dent Res 1997; 11(2): 235-44.
34. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. Diabetes Educ 2004; 30(6): 980-93.
35. Aalto AM, Uutela A. Glycemic control, self-care behaviors, and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model. Int J Behav Med 1997; 4(3): 191-214.
36. Albright TL, Parchman M, Burge SK. Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeST study. Fam Med 2001; 33(5): 354-60.
37. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, Diaz de LJ, Mena A, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. J Diabetes Complications 1995; 9(2): 81-6.

Predictors of Oral Health Care in Pregnant Women Based on Health Belief Model

Mohsen Shamsi[1], Alireza Hidarnia[2], Shamsadin Niknami[3]

Abstract

Background: Respecting oral health behavior in high risk pregnant women is very important for their health and the infant's health. Health belief model is one of the psychological models that describe health behaviors by focusing on the beliefs and attitudes of the individuals. The aim of this study was to determine the predictors of oral health care in pregnant women based on health belief model in Arak, Iran.

Methods: 340 pregnant women were selected with random sampling method from health centers in Arak, Iran. The health belief model scale (susceptibility, severity, threat, benefit, barriers, perceived self-efficacy and manuals) as well as their performance of the oral health care behaviors was assessed through interview and observation.

Findings: Among the variables of health belief model, self-efficacy and perceived barriers were the most predicting factor of oral health behavior in pregnant women. The mean performance of women on oral health care was 43.1 ± 9.7. In this study, between performance and perceived susceptibility ($r = 0.44$), perceived severity ($r = 0.51$) and self-efficacy ($r = 0.61$), a positive correlation was observed ($P < 0.05$). However, between the perceived barriers of oral health care and mother's behavior an inverse relationship was observed ($r = -0.65$). The above variables expressed 46.8% of the variance in oral health care behaviors.

Conclusion: The present study showed the performance of health belief model in predicting the oral health care decisions for pregnant women. Therefore, this model can be used as a framework for designing and implementing educational interventions in order to reduce dental decay, and can help maintaining the health of mothers and infants during pregnancy.

Keywords: Health Belief Model, Oral Health, Pregnant Women

.

1- PhD Candidate, Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2- Associate Professor, Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: hidarnia@modares.ac.ir
3- Associate Professor, Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran