

بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر

سواد سلامت دهان مادران کودکان دبستانی

افسانه زارع^۱، حمیده حسینی^۲، بهناز جعفری^۳، سیاوش فریاد^۴، اشکان فریاد^۴، حمیدرضا زنده طلب^۵، حمیدرضا بهنام وشانی^۵، زهرا امامی مقدم^{۶*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. دکتری تخصصی، دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۵. مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۶. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های پریدنتال و پوسیدگی دندان از علل شایع از دست دادن دندانها در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران می باشد. سواد سلامت از عوامل دخیل در ارتقاء سلامت دهان و دندان بوده و در این بین، مادران نقش مهمی در تأمین سلامت دهان و دندان کودکان خود دارند. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین تاثیرالگوی توانمند سازی خانواده محور بر سواد سلامت دهان و دندان مادران کودکان دبستانی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی با مشارکت ۶۰ نفر از مادران دارای کودکان دبستانی انجام شد. ۴ جلسه برنامه منطبق با مراحل الگوی توانمندسازی بر اساس نیازسنجی در طول یک ماه در گروه آزمون به کار گرفته شد. پس از پایان مداخله و یک ماه بعد از اجرای برنامه، ابزار سواد سلامت دهان مجدداً در اختیار گروه آزمون و کنترل قرار گرفت و تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری تی مستقل، من ویتنی، دقیق فیشر و کای اسکوئر دقیق آنالیز شدند.

نتایج: دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی همگن بودند. قبل از مداخله میانگین نمره سواد سلامت در دو گروه تفاوت معنی دار نداشت ($p > 0.05$)، اما بعد از مداخله میانگین نمره ابعاد درک مطلب، درک اعداد، گوش دادن، تصمیم‌گیری در گروه مداخله به طور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود. ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: آموزش براساس الگوی توانمندسازی خانواده محور سبب افزایش سواد سلامت دهان مادران کودکان دبستانی گردید.

کلید واژه‌ها:

سواد سلامت دهان،
الگوی توانمندسازی
خانواده محور، کودکان،
والدین

تمامی حقوق نشر
برای دانشگاه علوم
پزشکی تربت حیدریه
محفوظ است.

مقدمه

بهداشت دهان و دندان یکی از شاخص های مهم بهداشت عمومی است (۱). پوسیدگی دندان یکی از بیماری های مزمن شایع در دوران کودکی می باشد (۲). سازمان جهانی بهداشت شیوع پوسیدگی دندان در سنین کودکی را ۶۰ تا ۹۰٪ اعلام کرده است (۳) بطوری که بیش از ۵۳۰ میلیون کودک در جهان از پوسیدگی دندان های اولیه رنج می برند (۴). مطالعات متآنالیز شیوع کلی پوسیدگی در دندان های شیری کودکان ایرانی ۶۲/۸٪ و شیوع کلی پوسیدگی در دندان های دائمی کودکان ایرانی را نیز ۷۸/۶٪ گزارش نموده است (۵). مطالعات متعدد در ایران شیوع بالایی را برای پوسیدگی دندانی کودکان گزارش نموده اند. در استان خراسان رضوی ۷۲٪ از نوآموزان پوسیدگی دندانی را تجربه کرده اند (۶). در شهر مشهد نیز شیوع پوسیدگی دندان های دائمی کودکان ۶۰٪ و در دندان های شیری ۸۵٪ گزارش شده است (۷). سلامت بهداشت دهان و دندان بر کیفیت زندگی و سلامت جسمی در دوران بزرگسالی اثر بسزایی دارد (۹-۱۳). عوامل متعددی می توانند بر روی سلامت دهان و دندان تاثیر گذار باشند؛ یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر بیماری های دهان و دندان در جامعه، سطح سواد سلامت دهان افراد است (۱۴). سواد سلامت دهان، همچنین می تواند بر رفتارهای سلامت دهان نظیر مسواک زدن و انجام معاینات دندانی تأثیر بگذارد (۱۵). مفهوم سواد سلامت، شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی بکارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی است (۱۶). سواد سلامت دهان، زیرمجموعه ای از مهارت های سواد سلامت است (۱۷). با اقتباس از سواد سلامت، رایج ترین تعریف سواد سلامت دهان، درجه ای از توانایی افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات سلامت عمومی دهان و تصمیم گیری مناسب در زمینه های حفظ سلامت دهان است (۱۸).

مطالعات نشان می دهند که سطح پایین سواد سلامت دهان افراد اجتماع موجب می شود که آنها از خدمات پیشگیرانه یا درمانی که توسط خدمات دهندگان ارایه می شود یا اطلاعاتی که سازمان

های بهداشتی در اختیار جامعه قرار می دهند، استفاده ای لازم را نبرند. عدم مراجعه ای به موقع به دندانپزشک برای خدمات پیشگیری، ریشه در مسائل فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و روانی افراد دارد (۱۹).

والدین نیروهای اجتماعی اولیه موثر بر رشد و سلامت کودک در سال های اول زندگی می باشند و در ایجاد عادات بهداشتی و تداوم رفتارهای بهداشتی کودکان و پیشگیری از بیماری ها نقش مهمی دارند (۸).

به اعتقاد Mitrakul و Prakash سطح سواد والدین از عوامل موثر بر توانایی آنها برای حفظ بهداشت و سلامتی کودکان است (۲۰، ۲۱). دریک بررسی دیگر میزان بروز پوسیدگی در کودکان سن مدرسه بسیار وابسته به آگاهی و بینش والدین می باشد (۲۲). با توجه به اینکه مادران به عنوان کلید اصلی ارتقا و بهبود بهداشت دهان و دندان کودکان خود مطرح بوده و مشارکت آنان در برنامه بهداشت دهان و دندان کودکان، میزان مشکلات و پوسیدگی دندانی کودکان را کاهش می دهد (۲۳).

سواد سلامت یک استراتژی ارتقاء سلامت است که از مدل های آموزش سلامت استفاده می نماید (۲۴). این مدل ها با شناسایی عوامل مختلف موثر بر رفتار ارتقای سلامت، به طراحی دقیق تر مداخلات موثر بر رفتار کمک می نماید. مدل توانمندسازی خانواده محور یک مدل بومی آموزش سلامت است که جهت کسب موفقیت به خانواده کمک کرده و خانواده را قادر می سازد زندگی خود و تک تک اعضا را تغییر دهد (۲۵).

از الگوی توانمندسازی خانواده محور، بیشتر در بیماری های مزمن نظیر تالاسمی، هموفیلی، دیابت، آسم و مولتیپل اسکلروزیس استفاده شده است (۲۶). لذا با توجه به اثرات مثبت احتمالی این مدل در مسائل مربوط به آموزش سلامت و خلاء اطلاعاتی در این زمینه، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سواد سلامت دهان مادران کودکان دبستانی انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۹ با مشارکت ۶۰ مادر دارای کودک دبستانی ۷-۱۲ ساله که تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی موسوی قوچانی وابسته به مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن کودک دبستانی ۷-۱۲ ساله، توانایی تکمیل پرسشنامه ها و شرکت در برنامه توانمندسازی، سکونت در مشهد، عدم اعتیاد به سیگار و الکل، عدم مشکل شنوایی و تکلم، عدم اشتغال در مراکز بهداشتی و درمانی و ابتلا به بیماری‌های روحی و روانی خاص بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه مطالعه، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات آموزشی و بروز حوادث استرس زای شدید در حین مطالعه بود. حجم نمونه براساس مقادیر حاصل از مطالعه مقدماتی ۶۰ نفر بطور مساوی در دو گروه آزمون و کنترل بود. در محاسبه حجم نمونه، حداکثر مقدار بحرانی برای سطح اطمینان ۹۵٪ و ۱/۹۶ و حداکثر مقدار بحرانی برای توان آزمون ۸۰٪ میزان ۰/۸۴ مدنظر قرار داشت.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه چک لیست انتخاب واحد پژوهش، اطلاعات دموگرافیک و شخصی، چک لیست محقق ساخته مبتنی بر سازه های الگوی توانمند سازی خانواده محور، پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و شخصی شامل: ۸ سوال در خصوص متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر بود که از طریق مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل گردید. بررسی روایی کلیه پرسشنامه ها در این مطالعه، به روش روایی محتوا بوده که در ابتدا با استفاده از منابع معتبر و نظرات اساتید تهیه گردیده و سپس در اختیار ۷ نفر از اعضای شورای تحصیلات تکمیلی و هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت.

پس از انجام اصلاحات ذکر شده، فرم نهایی تهیه گردید. چک لیست محقق ساخته مبتنی بر سازه های الگوی توانمند سازی خانواده محور نیز شامل: این چک لیست ۱۷ سوالی با مراجعه به متون و منابع علمی بر اساس سازه های ۴ گانه الگوی

توانمندسازی خانواده محور تهیه شد از این چک لیست صرفاً جهت نیازسنجی اولیه و تعیین نوع مشکلات مورد نظر استفاده گردید. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تایید شد.

پرسشنامه سواد سلامت بزرگسالان شامل ۱۷ سوال است که در چهار بخش مهارت‌های خواندن، محاسبه، شنیدن و تصمیم‌گیری افراد را بررسی می نماید. قسمت اول مهارت خواندن شامل ۶ سؤال در مورد آگاهی از سلامت دهان، تعداد دندان‌ها و سن رویش دندان‌های دائمی و پرسش درباره نوع خمیردندان، دفعات مسواک زدن و استفاده از نخ دندان؛ قسمت دوم توانایی محاسبه شامل ۴ سؤال در مورد توانایی محاسبه که دو نسخه فرضی به فرد ارائه شده یکی در مورد زمان مصرف دارو (آنتی بیوتیک) و یکی نحوه مصرف دهانشویه از هرکدام ۲ سؤال پرسیده شد. بخش شنیداری با ۲ سؤال برای ارزیابی مهارت برقراری ارتباط بود که پرسشگر نکاتی مربوط به مراقبت‌های بعد از کشیدن دندان را برای فرد خوانده و سپس از شرکت کننده خواسته شد به پرسش‌ها پاسخ دهد. بخش تصمیم‌گیری با ۵ سؤال مرتبط با مشکلات شایع دهان و دندان و نحوه برخورد با آنها پرسیده شد. به پاسخ‌های صحیح در هر قسمت امتیاز یک و به پاسخ نادرست نمره صفر تعلق می گرفت. نمره کلی پرسشنامه از صفر تا ۱۷ می باشد. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط نقیبه و همکاران در سال ۱۳۹۰ با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ تایید شد. همچنین در مطالعه حاضر با روش همسانی درونی ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد خواندن ۰/۸۱، گوش دادن ۰/۷۹، تصمیم‌گیری ۰/۸۴ و درک مطلب ۰/۸۷ و برای نمره کلی سواد سلامت دهان ۰/۸۲ تعیین و تایید گردید.

جهت گردآوری داده ها از بین ۲۵ مرکز تابع مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد، ۵ مرکز بدلیل اختصاص داشتن به مراکز کرونا از لیست قرعه کشی حذف شدند. از بین ۲۰ مرکز باقیمانده، یک مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شد که این مرکز، مرکز بهداشتی درمانی شهری شهید موسوی قوچانی بود. سپس

۲. ارتقای خودکارآمدی (شامل ۱ جلسه ۴۵ دقیقه ای آموزش مهارت های مراقبت از دندان به شیوه عملی و تکرار توسط مادران در حضور پژوهشگر).

۳. ارتقای عزت نفس از طریق مشارکت آموزشی (شامل ۱ جلسه مادران اطلاعات فراگرفته را به کودکان منتقل کرده اند و در این جلسه با حضور کودکان و انجام بحث گروهی توسط کودکان و مطالب اصلاحی و تکمیلی توسط پرستار به کودکان آموزش داده شد).

۴. ارزشیابی (در حین اجرا و انتهای مطالعه انجام شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری تی مستقل، من ویتنی، دقیق فیشر و کای اسکور دقیق آنالیز شدند.

نتایج

در مطالعه حاضر میانگین سن زنان مورد مطالعه در گروه مداخله $38/8 \pm 4/4$ و در گروه کنترل $38/8 \pm 4/2$ سال بود. قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کل سواد سلامت دهان مادران مورد مطالعه در گروه مداخله $1/6 \pm 10/1$ و در گروه کنترل $1/2 \pm 10/3$ بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را معنی دار نشان نداد ($P=0/891$).

بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کل سواد سلامت دهان مادران مورد مطالعه در گروه مداخله $0/8 \pm 16/5$ و در گروه کنترل $1/4 \pm 10/2$ بود که تفاوت معنی داری داشت ($P<0/001$). یک ماه بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کل سواد سلامت دهان مادران مورد مطالعه در گروه مداخله $1/0 \pm 15/1$ و در گروه کنترل $1/1 \pm 10/3$ بود. آزمون من ویتنی نیز این تفاوت را معنی دار نشان داد ($P<0/001$). در مقایسه درون گروهی، آزمون فریدمن نشان داد در گروه مداخله تفاوت بین مراحل معنی دار است ($P<0/001$). در گروه کنترل تفاوت معنی داری بین مراحل مشاهده نشد ($P=0/961$). (جدول ۱).

در این مرکز، از طریق سامانه سینا فهرستی از مادرانی که دارای کودک دبستانی ۷ تا ۱۲ سال استخراج شد.

سپس به وسیله تلفن با مادران خانوار دارای کودک دبستانی تماس گرفته شد و از آنها جهت شرکت و ارزیابی اولیه از نظر بررسی دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه و رضایت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد؛ همچنین از مراجعه کنندگانی که واجد شرایط بودند و در مرکز حضور داشتند نیز دعوت به شرکت در مطالعه شد.

تخصیص واحدهای پژوهش به دو گروه مداخله و کنترل به روش تصادفی بود. به این صورت که پس از انجام یک نوبت قرعه کشی، نمونه گیری برای دو گروه مداخله و کنترل به شیوه یک روز درمیان بود. به این صورت که مراجعه کنندگان روزهای زوج گروه مداخله و مراجعه کنندگان روزهای فرد گروه کنترل محسوب شدند. نمونه گیری تا رسیدن به ۶۰ نمونه ادامه یافت. سپس پرسشنامه سواد سلامت دهان^۱ و چک لیست محقق ساخته جهت تعیین نیازها، توسط مادران کودکان گروه مداخله و کنترل تکمیل و پس از پاسخ دهی جمع آوری گردید. و در مرحله بعد برنامه مداخله پس از تحلیل پرسشنامه ها، برنامه ریزی آموزشی و محتوای برنامه توانمندسازی طراحی شده بازنگری و بر طبق آن فقط برای گروه مداخله تشکیل شد. جلسات مداخله در قالب ۵ گروه ۶ نفره طی ۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و نمایش فیلم و اسلاید به اجرا درآمد و در پایان هر جلسه مطالب به صورت فایل آموزشی به صورت کتابچه و ارسال در واتساپ در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت. این جلسات به صورت هفته ای یک یا دو روز در هفته در کلاس آموزشی مرکز که مجهز به دیتا پروژکتور بود، تشکیل شد.

مراحل الگوی توانمندسازی خانواده محور شامل:

۱. ارتقای دانش یا درک تهدید شده (شامل ۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت سخنرانی همراه با نشان دادن عکس های پوسیدگی های دندانی).

۱. Oral Health Literacy-Adult Questionnaire

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت دهان در بین واحد های مورد مطالعه

معنی داری	گروه		نمره کل سواد سلامت دهان
	کنترل	مداخله	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
Z=-۰/۱ *P=۰/۸۹۱	۱۰/۳ ± ۱/۲	۱۰/۱ ± ۱/۶	قبل از مداخله
Z=-۶/۸ *P<۰/۰۰۱	۱۰/۲ ± ۱/۴	۱۶/۵ ± ۰/۸	بعد از مداخله
Z=-۶/۷ *P<۰/۰۰۱	۱۰/۳ ± ۱/۱	۱۵/۱ ± ۱/۰	یک ماه بعد از مداخله
t=۱۴/۱ ، df=۵۸ ***P<۰/۰۰۱	-۰/۱ ± ۱/۷	۶/۴ ± ۱/۸	تفاوت بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله
Z=-۶/۳ *P<۰/۰۰۱	±۰/۰ ۱/۵	۵/۰ ± ۲/۰	یک ماه بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله
Z=-۵/۲ *P<۰/۰۰۱	۰/۱ ± ۰/۸	-۱/۴ ± ۱/۱	تفاوت یک ماه بعد از مداخله در مقایسه با بعد از مداخله
	Chi=۰/۱ ، df=۲ ***P=۰/۹۶۱	Chi=۵۷/۲ ، df=۲ ***P<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون درون گروهی

*من ویتنی **تی مستقل ***فریدمن

بحث

نشان داد که مداخله آموزشی سبب کاهش موانع درک شده مادران برای رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان پیش دبستانی شده و خودکارآمدی و نگرش های مثبت آنها را افزایش می دهد. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. چرا که در مطالعه فعلی آموزش از طریق مدل توانمندسازی خانواده محور سبب افزایش سواد سلامت دهان مادران شد. از طرف دیگر مدل توانمندسازی خانواده محور دارای سازه های موانع درک شده و خودکارآمدی می باشد و یکی از دلایل احتمالی همسویی دو مطالعه می تواند این مساله باشد.

در پژوهش دیگری محققان به بررسی تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از پوسیدگی دندان در مادران باردار شهر اراک پرداختند. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره مربوط به متغیرهای اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در دو گروه مورد و کنترل در خصوص انجام

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر سواد سلامت دهان مادران کودکان دبستانی انجام گرفت. نتایج نشان داد: در مرحله بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله میانگین نمره سواد سلامت مادران گروه مداخله بصورت معنی داری بیشتر از گروه کنترل است. به عبارتی دیگر یافته های پژوهش حاضر نشان داد که انجام مداخله آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور باعث افزایش سواد سلامت دهان مادران دارای کودک دبستانی شد.

در مطالعه دیگری نتایج نشان داد که نمره نگرش، موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده مادران گروه آزمون، بعد از مداخله تفاوت معنا داری نسبت به گروه کنترل داشت. یافته های این مطالعه ضرورت اجرای مداخلات آموزشی برای ارتقای بهداشت دهان و دندان کودکان قبل از سنین مدرسه توسط والدین بخصوص مادر را نشان داد. (۲۷). نتایج این مطالعه همچنین

مادران در مسواک کردن دندان‌های کودکان خود در گروه مداخله موثر است (۳۱).

در مطالعه Hebbal و همکاران در هند متعاقب یک جلسه مداخله آموزشی به روش شنیداری میزان پلاک دندانی در گروه مداخله کاهش معنی‌داری نداشت (۳۲). نتایج مطالعه Lalić و همکاران در صربستان بر روی ۱۱۲ دانش آموز ۱۲ ساله متعاقب اجرای چهار جلسه آموزشی و پیگیری شش ماهه با کاهش معنی دار پلاک دندانی همراه بود، اگرچه کاهش میزان التهاب لثه در گروه مداخله معنی دار نبود (۳۳). نتایج مطالعه دیگری در همین راستا نشان داد که ابعاد الگو تاثیر معناداری بر سواد سلامت مراقبین داشته و سواد سلامت نیز تاثیر معناداری بر رفتار بیماران داشت (۳۴). مطالعه Clark و همکاران نشان داد هرچه سطح سواد سلامت دهان مادر بیشتر باشد، تعداد دندان‌های اولیه پوسیده و پر شده کودکان پیش دبستانی کمتر است. (۳۵). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد زیرا که یکی از پیش زمینه‌های مدل توانمندسازی خانواده محور ارتقاء سطح آگاهی و سواد واحدهای مورد پژوهش در خصوص موضوع مورد نظر می‌باشد. از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به تفاوت تیپ شخصیتی، تفاوت‌های فردی و فرهنگی و ویژگی‌های روحی-روانی واحدهای پژوهش که می‌تواند در چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها تاثیرگذار باشد؛ اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

بطور کلی آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور سبب افزایش سواد سلامت دهان مادران کودکان دبستانی گردید.

باتوجه به نتایج حاصل از این پژوهش توانمند کردن خانواده‌ها می‌تواند به عنوان راهکاری جهت افزایش سطح سواد سلامت دهان افراد جامعه مورد استفاده قرار گیرد و در مراکز بهداشتی به عنوان برنامه آموزشی-مراقبتی موثر مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش سلامت جامعه مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در قبل و بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی داری داشت. این مطالعه نشان داد که الگوی مدل اعتقاد بهداشتی برای آموزش مادران باردار اثربخش می‌باشد.

در مطالعه حاضر نیز الگوی توانمندسازی خانواده محور برای مادران اثربخش بود. هر چند جامعه هدف این مطالعه با پژوهش فعلی متفاوت بود، اما احتمالاً به دلیل طراحی مداخله براساس مدل‌های آموزش بهداشت، نتایج تقریباً یکسانی در هر دو مطالعه بدست آمد. نتایج نشان دهنده تاثیر مداخلات مبتنی بر مدل‌های آموزش سلامت بر عملکرد بهداشتی واحدهای پژوهش در زمینه بهداشت دهان و دندان بود.

به علاوه Manoranjitha و همکاران در یک مطالعه مروری با عنوان کاربرد مدل‌های آموزش بهداشت در بهبود رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در بزرگسال‌ها دریافتند که ارائه آموزش‌ها بر مبنای مدل‌های آموزشی به طور معنی داری در بهبود رفتارهای بهداشتی دهان و دندان موثر است (۲۸).

در پژوهش دیگری که با هدف بررسی تاثیر آموزش روش‌های پیشگیری از پوسیدگی زودرس دندان کودکان بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران باردار انجام شد. نتایج نشانگر افزایش معنی‌دار شاخص‌های مورد مطالعه بود (۲۹). نتایج این پژوهش نشانگر تاثیر مثبت برنامه آموزشی بر افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد کوتاه مدت مادران باردار در زمینه پیشگیری از پوسیدگی زودرس دندان کودکان بود که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

در مطالعه دیگری نتایج بیانگر تاثیر آموزش بازخورد محور در بهبود شاخص‌های بهداشت دهان، خودمراقبتی و خودکارآمدی دانش آموزان موثر بود (۳۰).

پژوهش دیگری با عنوان بررسی تاثیر آموزش سلامت دهان و دندان در مادران بر کاهش پلاک دندانی کودکان ۳ تا ۶ ساله براساس الگوی باور سلامت در شهرستان زنجان انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه‌ی آموزشی بر اساس الگوی باور سلامت و اثر سازه‌های مدل بر عملکرد یعنی افزایش عملکرد

مشارکت نویسندگان:

- (۱) مفهوم پردازش و طراحی مطالعه، یا جمع آوری داده ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده ها: همه نویسندگان
- (۲) تهیه پیش نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان
- (۳) تایید نهایی دستنوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

مشهد و با کد ثبتی در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1398.107 می باشد. بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و مراکز وابسته که در این طرح همکاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Naderifar M, Ghaljaei F, Akbarizadeh MR. Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old. *Zahedan journal of research in medical sciences*. 2010;12(4).
2. Corrêa-Faria P, Daher A, Freire MdCM, de Abreu MHNG, Bönecker M, Costa LR. Impact of untreated dental caries severity on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*. 2018;27(12):3191-8.
3. Anil S, Anand PS. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Frontiers in Pediatrics*. 2017;5(157).
4. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-858.
5. Vaisi Raygani A, Jalali R, Ghobadi A, Salari N. The prevalence of dental caries in deciduous and permanent teeth in Iranian children: a systematic review and meta-analysis. *Res Dent Sci*. 2018;15(3):180-9.
6. Khoban h, MosaFarkhani e. Assessment of physical and mental health status of pupils in Khorasan Razavi province in academic year of 2011-20 :A population based study. *Beyhagh*. 2015;17(2):27-33.
7. Banihashem-Rad SA, Movahed T, Partovi S, Sharifi M, Banihashem-Rad SAA. Prevalence of Dental Caries Experience among 8 to 11-Year-Old Students in Primary Schools of Mashhad. *Journal of Mashhad Medical Council*. 2015;19(1):11-4.
8. Petersen PE. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Chinese Journal of Stomatology*. 2004;39(6):441-4.
9. Saleki M, Jabbarifar SE, Soheilipour S, Hajjizadeh F. Assessing the sensitivity and responsiveness of Early Childhood Oral Health Impact Scale to routine dental treatments on life quality of preschool children in Isfahan in 2011. *Materials and Techniques in Dentistry*. 2012;7(5):688-97.
10. Ghasempour M, Ghasemi A, Moradkhani N. Knowledge of Parents and Status of Dental Health in Children at Risk of Infective Endocarditis. *Journal of Dentistry*. 2005;6(Issue 1, 2):96-103.
11. Dörfer CE, Becher H, Ziegler CM, Kaiser C, Lutz R, Jörß D, et al. The association of gingivitis and periodontitis with ischemic stroke. *Journal of Clinical Periodontology*. 2004;31(5):396-401.
12. Rafatjou R, Razavi Z, Khalili M, Farhadian M. Oral health status in 5-18 years old children and adolescent with type 1 diabetes compared with healthy group in Hamadan, Iran 2013-2014. *Journal of Dental Medicine*. 2016;29(2):109-15.
13. Maleki kambakhsh S, Masoudi R, Bagheri Shirvan S, Babazadeh S. Correlation of Depression, Anxiety and Stress with Indices of Dental Caries and Periodontal Disease among 15-Year-Old Adolescents in Bandar Abbas during 2017-18. *Journal of Mashhad Dental School*. 2021;45(4):405-15.
14. Hamilton K, van Dongen A, Hagger MS. An extended theory of planned behavior for parent-for-child health behaviors: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2020;39(10):863.
15. Wehmeyer MM, Corwin CL, Guthmiller JM, Lee JY. The impact of oral health literacy on

periodontal health status. *Journal of public health dentistry*. 2014;74(1):80-7.

16. Saranjit S, Lennard L. Health literacy :being able to make the most of health: National Consumer Council; 2004.

17. Holtzman JS, Atchison KA, Gironda MW, Radbod R, Gornbein J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2014;42(3):263-70.

18. Isman B. Healthy People 2010: Oral Health Toolkit. Bethesda Maryland: National Institute of Dental & Craniofacial Research; 2007.

19. Cartes-Velasquez R, Araya C, Flores R, Luengo L, Castillo F, Bustos A. A motivational interview intervention delivered at home to improve the oral health literacy and reduce the morbidity of Chilean disadvantaged families: a study protocol for a community trial. *BMJ open*. 2017;7(7):e011819.

20. Mitrakul K, Laovoravit V, Vanichanuwat V, Charatchaiwanna A, Charatchaiwanna A, Bunpradit W, et al. Factors associated with parent capability on child's oral health care. 2012;43(1):249-55.

21. Prakash P, Subramaniam P, Durgesh B, Konde S. Prevalence of early childhood caries and associated risk factors in preschool children of urban Bangalore, India: A cross-sectional study. *European journal of dentistry*. 2012;6(02):141-52.

22. Smadi L, Azab R, Khlaifat F, Rodan R, Abdalmohdi A, Maata R, et al. Prevalence and severity of dental caries in school students aged 6-12 years in Mafrq governorate: Northeast of Jordan. *Journal of Oral Health and Oral Epidemiology*. 2017;6(1):40-7.

23. Wagner Y, Greiner S, Heinrich-Weltzien R. Evaluation of an oral health promotion program at the time of birth on dental caries in 5-year-old children in Vorarlberg, Austria. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2014;42(2):160-9.

24. Batista MJ, Lawrence HP, de Sousa MdLR. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC public health*. 2018;18(1):1-9.

25. Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *Journal of Nursing Education*. 2015;4(1):8-21.

26. Naseri Pour Takallo Z, Ahmadi Tabatabaei SV, Zolala F, Mohseni M. Effective Factors on Oral Health-Promoting Behaviors among Elementary School Students Based on BASNEF Model. 2016.

27. Shirzad M, Taghdisi MH, Dehdari T, Abolghasemi J. The Effect of Educational Intervention in Changing Mothers' Attitudes, Perceived Self-Efficacy and Perceived Barriers Regarding Oral Health of Preschool Children. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2015;3(3):181-7.

28. Manoranjitha B, Shwetha K, Pushpanjali K. A systematic review of health education theories and approaches in improving the oral health behaviour among adults. *Int J Community Med Public Health*. 2017;4(2):286-93.

29. Ghafourifard R, Bahrololoomi Z, Hoseini A, Jafarzadeh-Samani Z, Mirzaeeian A. The effect of Training of Preventing Methods of Early Childhood Caries on Awareness, Attitude and

Performance of Pregnant Mothers. *Journal of Health and Care*. 2020;22(1):25-33.

30. Ansari Moghaddam S, Shahrzad S, Kermansaravi F. Effect of Teach-Back Method on Oral Health Indicators, Self-efficacy, and Self-care Behaviors of High School Students in Zahedan during 2019. *Journal of Mashhad Dental School*. 2020;44(2):99-113.

31. Hajimiri K, Sharifirad G, Hasanzade A. The effect of oral health education based on health belief model in mothers who had 3-6 year old children on decreasing dental plaque index in Zanjan. *J Adv Med Biomed Res*. 2010;18(72):77-86.

32. Hebbal M, Ankola AV, Vadavi DV, Patel K. Evaluation of knowledge and plaque scores in school children before and after health education. *Dental research journal*. 2011;8(4).

33. Lalić M, Aleksić E, Gajić M, Milić J, Malešević Đ. The efficacy of the interventional health education program for oral health improvement in school children. *Stomatološki glasnik Srbije*. 2012;59(1):27-34.

34. Jafari Y. The effect of education based on family-centered empowerment model on caregiver health literacy and behavior of patients with MS in Bojnourd in 1396. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 1397.

35. Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*. 2017;31:70-8.

The Effect of educational based on Family-centered Empowerment Model on Oral Health Literacy in mothers of primary school children

Afsane Zare¹, Hamide Hosseini², Behnaz Jafari³, Siyavash Faryad⁴, Ashkan Faryad⁴, , Hamid Reza Zende Talb⁵, Hamidreza Behnam Vashani⁵, Zahra Emami Moghadam^{6*}

1. MSc student, Community Health Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Master of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
3. Master of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Doctor of specialization, dentist, Kerman University of Medical Sciences
5. Instructor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
6. Assistant professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Assistant professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Background & Aim: Periodontal diseases and dental caries are common causes of tooth loss in developing countries such as Iran. Health literacy is one of the factors involved in promoting oral health and in the meantime, mothers have an important role in ensuring the oral health of their children. Therefore, this study was conducted to investigate the effect of family-centered empowerment model on oral health literacy of primary school mothers.

Methods: This semi-experimental study was conducted with the participation of 60 mothers with primary school children. 4 sessions of the program according to the stages of the empowerment model based on needs assessment were used in the test group during one month. After the end of the intervention and one month after the implementation of the program, the oral health literacy tool was given to the test and control group again and completed. Data were analyzed using SPSS version 16 software and independent t, Mann-Whitney, Fisher's exact and chi-square statistical tests.

Results: The two groups were homogeneous in terms of demographic variables. Before the intervention, the mean score of health literacy in the two groups was not significantly different ($p < 0.05$), but after the intervention, the mean score of reading comprehension, number comprehension, listening, and decision making in the intervention group was significantly higher than the intervention group. It was control. ($P < 0.05$).

Conclusion: Education based on the family-centered empowerment model increased the oral health literacy of mothers of primary school children.

Keywords:

Oral health literacy, family centered empowerment model, children, parents

How to Cite this Article: Zare A, Hosseini H, Jafari B, Faryad S, Faryad A, Zende Talb H, Behnam Vashani H, Emami Moghadam E. The Effect of educational based on Family-centered Empowerment Model on Oral Health Literacy in mothers of primary school children. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2023;10(4):1-11.