

## The Effect of Educational Intervention in Changing Mothers' Attitudes, Perceived Self-Efficacy and Perceived Barriers Regarding Oral Health of Preschool Children

### Mahboube Shirzad

MSc. in Health Education, Dept. of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

### Mohammad Hossein Taghdisi

\* Professor in Health Promotion, Dept. of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, IUMS, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 0216704756 [taghdisi.mh@gmail.com](mailto:taghdisi.mh@gmail.com)

### Tahere Dehdari

Assistant Professor in Health Education, School of Public Health, IUMS, Tehran, Iran

### Jamile Abolghasemi

Assistant Professor in Biostatistics, School of Public Health, IUMS, Tehran, Iran

Received: 23 May 2015

Accepted: 30 August 2015

### ABSTRACT

**Background and objective:** Due to the necessity of oral health in the preschool children and incorrect beliefs of mothers and more perceived barriers to perform it, this research was performed to study the effect of education intervention in changing mothers' attitudes, perceived self-efficacy and perceived barriers regarding oral health of preschool children.

**Methods:** In this quasi-experimental study 120 female preschool children from district 7 of Tehran city were selected by one stage cluster sampling from each school and then their mothers were included in the study. A researcher-made questionnaire was designed and validated by researchers for assessing mothers' self-efficacy, perceived barriers and attitudes regarding oral health among preschool children. Two test (intervention) and control groups completed the questionnaire before educational intervention. Based on the pre-test results the educational intervention was designed and implemented in 4 sessions (each 45 minutes) for mothers in test group. Both groups were followed up one month after the intervention and then completed questionnaires. Data was analyzed by independent sample t-tests and student's t test for paired sample through SPSS16.

**Results:** Significant differences were observed in the mean score of attitude ( $p=0.001$ ), perceived self-efficacy ( $p=0.011$ ) and perceived barriers ( $p<0.0001$ ) in the intervention group as compared to the control group.

**Conclusion:** Educational intervention may reduce perceived barriers to oral health among mothers having pre-school children regarding oral health and increase their perceived self-efficacy and positive attitude.

**Paper Type:** Research Article.

**Keywords:** Oral health, Preschool children, Self-efficacy, perceived barriers, Girls High School, Attitude, Tehran.

► **Citation:** 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. *Iran J Health Educ Health Promot. Falls 2015;3(3): 181-187.*

## بهداشت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی

# تأثیر مداخله آموزشی بر نگرش، خودکارآمدی و موانع درک شده مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی

### چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به لزوم رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان پیش دبستانی و وجود باورهای غلط مادران و موانع فراوان برای انجام آن، مطالعه مذکور با هدف تأثیر یک مداخله آموزشی بر تغییر نگرش، خودکارآمدی و موانع درک شده مادران برای بهداشت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه نیمه تجربی، ۱۲۰ نفر از دختران پیش دبستانی منطقه ۷ تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای انتخاب و سپس مادران این کودکان وارد مطالعه شدند. یک پرسشنامه محقق ساخته جهت سنجش خودکارآمدی، موانع درک شده و نگرش والدین طراحی و سپس اعتباریابی شد. دو گروه (آزمون و کنترل) پرسشنامه‌ها را قبل از مداخله تکمیل کردند. بر اساس یافته‌های پیش‌آزمون، برنامه مداخله آموزشی طراحی و برای مادران گروه آزمون انجام پذیرفت. مداخله آموزشی در ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد. پرسشنامه یک ماه پس از مداخله توسط دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها توسط آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی از طریق SPSS ۱۶ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بین میانگین نمره نگرش ( $p=0/001$ )، موانع درک شده ( $p>0/001$ ) و خودکارآمدی درک شده ( $p=0/011$ ) مادران گروه آزمون، بعد از مداخله تفاوت معناداری نسبت به گروه کنترل وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** مداخله آموزشی می‌تواند سبب کاهش موانع درک شده مادران برای رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان پیش دبستانی شده و خودکارآمدی و نگرش‌های مثبت آن‌ها را افزایش دهد.

**نوع مقاله:** مطالعه پژوهشی.  
**کلیدواژه‌ها:** بهداشت دهان و دندان، کودکان پیش دبستانی، خودکارآمدی، موانع درک شده، دبیرستان دخترانه، نگرش، تهران.

محبوبه شیرزاد

کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

محمدحسین تقدیسی

\* استاد ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
[taghdisi.mh@gmail.com](mailto:taghdisi.mh@gmail.com)

طاهره دهداری

استادیار آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

جمیله ابوالقاسمی

استادیار آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

◀ **استناد:** شیرزاد م، تقدیسی م ح، دهداری ط، ابوالقاسمی ج. تأثیر مداخله آموزشی بر نگرش، خودکارآمدی و موانع درک شده مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۳۹۴؛ ۳(۳): ۱۸۱-۱۸۷.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۰۸

## مقدمه

کودکان آینده‌سازان جامعه هستند و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، آینده‌ای بهتر را نوید می‌دهد. بنابراین، برای ارتقاء سلامت جامعه باید در جهت تأمین سلامت کودکان برنامه‌ریزی گردد. برنامه‌های تأمین سلامتی در بزرگ‌سالی تداوم یابد (۱).

پوسیدگی‌های دندانی یکی از بیماری‌های مزمن رایج و عفونت دوران کودکی است (۲)؛ شیوع آن نیز پنج برابر شیوع آسم است. در سراسر جهان، ۶۰ تا ۹۰٪ کودکان دبستانی از پوسیدگی دندان رنج می‌برند (۳). شاخص پوسیدگی دندانی طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳، در جهان ۴/۲ و در منطقه شرق مدیترانه، که ایران نیز در آن قرار دارد، ۲/۰ اعلام گردیده است (۴). آخرین نتایج بررسی‌های وضعیت دهان و دندان کودکان ۳ تا ۶ سال نشان می‌دهد که کودکان ایرانی ۳ سالگی خود را با حدود ۲ دندان شیری پوسیده و ۶ سالگی خود را با ۵ دندان شیری پوسیده سپری می‌کنند (۵). از هر چهار کودک پیش‌دبستانی در ایالات متحده یک نفر به پوسیدگی دندان مبتلا است (۶).

عادات مراقبت از دندان در کودکان بسیار تأثیرپذیر از عادات والدین است و نگرش‌ها و باورهای والدین در زمینه بهداشت و دندان بر نحوه مراقبت‌های دهانی کودکان بسیار تأثیرگذار است (۷). تأثیر باور والدین به‌خصوص مادران به توانایی‌شان به انجام مراقبت‌های دهان و دندان در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است (۸-۹). مادران به‌عنوان کلید اصلی ارتقاء و بهبود بهداشت دهان و دندان کودکان مطرح بوده و مشارکت آنان در برنامه بهداشت دهان و دندان کودکان، میزان پوسیدگی‌های دندانی کودکان را کاهش می‌دهد (۱۰). به دلیل برخوردار نبودن کودکان از مهارت‌های شناختی و عملکردی در مسواک زدن صحیح، توصیه می‌گردد که والدین حداقل تا رسیدن کودک به سن مدرسه و رعایت بهداشت دهان و دندان به او کمک کنند (۱۱).

موانع درک‌شده و خودکارآمدی از مهم‌ترین پیش‌بینی

کننده‌های رفتار مسواک زدن هستند (۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که برای رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان پیش‌دبستانی، موانع مختلفی مانند هزینه‌های بالا، خودکارآمدی کم، ترس، باورهای غلط در مورد ترمیم دندان‌های شیری، همکاری نکردن و نداشتن وقت برای مراقبت‌های دندانی وجود دارد (۱۳-۱۴).

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر یک مداخله آموزشی بر تغییر نگرش، خودکارآمدی و موانع درک‌شده مادران برای بهداشت دهان و دندان کودکان پیش‌دبستانی در منطقه ۷ تهران (از نظر اجتماعی-اقتصادی منطقه ۷ یک منطقه متوسط به شمار می‌رود) انجام گرفت تا گامی در جهت ارتقای بهداشت دهان و دندان مادران و کودکان باشد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی شاهددار است که با هدف تعیین تأثیر یک مداخله آموزشی بر تغییر نگرش، خودکارآمدی و موانع درک‌شده مادران در زمینه رعایت بهداشت دهان و دندان کودکان پیش‌دبستانی انجام گردید.

نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای صورت پذیرفت. از بین ۱۸ دبستان دخترانه پیش‌دبستانی منطقه ۷ تهران، ۴ مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. در این ۴ دبستان در مجموع ۱۲۰ کودک در مقطع پیش‌دبستانی مشغول به تحصیل بودند. به‌صورت تصادفی ۲ دبستان جهت مداخله به‌عنوان گروه آزمون و ۲ دبستان جهت گروه کنترل تعیین شد. سپس مادران این کودکان وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود مادران به مطالعه حاضر شامل موافقت برای ورود به مطالعه و داشتن کودک دختر پیش‌دبستانی مشغول به تحصیل در این مدارس بود. برای تعیین خوشه از فرمول زیر استفاده گردید.

$$m = \frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 MV_{1y}^2}{(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2 + (M-1)\epsilon^2}$$

در این پژوهش از پرسشنامه محقق‌ساخته که روایی و پایایی آن موردبررسی قرار گرفت، استفاده شد. پرسشنامه جهت سنجش

سازه‌های نگرش، خودکارآمدی و موانع درک شده به ترتیب شامل ۹، ۱۰ و ۱۱ سؤال با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای بود. سؤالات اولیه پرسشنامه با مروری بر مطالعات و انجام بحث‌های گروهی با مخاطبان هدف طراحی شد. سپس جهت سنجش روایی پرسشنامه از روش کمی سنجش روایی محتوایی توسط پانل متخصصان (شامل ۱۰ نفر متخصص آموزش بهداشت و ۳ نفر دندان پزشکی) استفاده گردید و طی آن شاخص روایی محتوایی و نسبت روایی محتوایی محاسبه شد. بر طبق جدول لاوشه، سؤالات دارای شاخص روایی محتوایی کمتر از ۰/۷۰ و نسبت روایی محتوایی کمتر از ۰/۵۴ از مطالعه حذف شدند. میزان پایایی پرسشنامه با دو روش سنجش آزمون مجدد (بر روی ۲۰ مادر کودک پیش‌دبستانی جدا از نمونه‌های مورد مطالعه، با فاصله ۲ هفته) و آلفای کرونباخ سنجیده شد و طی آن ضریب همبستگی به دست آمده برای سازه نگرش ( $r=0/87, p=0/001$ )، خودکارآمدی ( $p=0/001$ ،

$r=0/91$ ) و موانع درک شده ( $r=0/88, p<0/001$ ) بود. بر اساس نتایج پیش‌آزمون دو گروه، مداخله آموزشی طراحی و برای گروه آزمون اجرا شد. مداخله آموزشی در ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه اول، اهمیت بهداشت دهان و دندان و اهمیت دندان‌های شیری، در جلسه دوم، راه‌های پیشگیری از پوسیدگی دندان در کودکان و نگرش‌های مادران (مثل ایفای نقش) و در جلسه سوم و چهارم مشارکت و نقش والدین در بهداشت دهان و دندان کودکان و چگونگی افزایش خودکارآمدی (مثل تجارب جانشینی یا عملی نشان دادن مسواک‌زدن) و کاهش موانع ارتقای آن مطرح گردید. برای گروه کنترل در حین انجام طرح هیچ مداخله‌ای انجام نشد.

یک ماه پس از مداخله، دو گروه پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل نمودند. داده‌های جمع‌آوری شده از دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 تحلیل شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها به وسیله آزمون کولمروف-اسمیرونف انجام شد. برای مقایسه وجود تفاوت معنادار بین دو گروه از نظر میانگین نمره نگرش، خودکارآمدی و موانع درک شده در مرحله

قبل و بعد از آزمون از آزمون تی مستقل استفاده شد. برای مقایسه وجود تفاوت معنادار در هر گروه از نظر میانگین نمره نگرش، خودکارآمدی و موانع درک شده در مرحله قبل و بعد از آزمون از آزمون تی زوجی استفاده شد. برای بررسی وجود تفاوت معنادار بین متغیرهای جمعیت شناختی کیفی از آزمون کای اسکوئر و فیشر استفاده شد. سطح معناداری در مطالعه حاضر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در ابتدا، مجوز انجام تحقیق از وزارت آموزش و پرورش کل تهران و منطقه ۷ آموزش و پرورش گرفته شد. پس از ورود به دبستان‌های تعیین شده و معرفی خود و توضیح نحوه کار در آن مدارس به مسئول ذی‌ربط، پرسشنامه‌ها توسط والدین کودکان پیش‌دبستانی تکمیل شد (مرحله پیش‌آزمون).

### یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن مادران کودکان مورد و شاهد، به ترتیب، برابر  $34/9 (\pm 5/09)$  و  $36/9 (\pm 6/54)$  بود؛ که بین این میانگین‌ها تفاوت معناداری دیده نشد ( $p=0/10$ ). سایر مشخصات جمعیت‌شناختی دو گروه و عدم وجود تفاوت معنادار بین آن‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات نگرش، خودکارآمدی و موانع رعایت بهداشت دهان و دندان کودکان گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنادار وجود نداشت، ولی بعد از مداخله، این اختلاف معنادار شد (جدول ۲). نتایج نشان داد که میانگین نمره نگرش، خودکارآمدی و موانع درک شده در گروه آزمون قبل از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته است، ولی در گروه کنترل تغییری نکرده بود (جدول ۳).

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی مادران دو گروه آزمون و کنترل

p. value	گروه کنترل		گروه آزمون		متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۹۵۴	۴۸	۲۷	۵۶	۳۲	۱	تعداد فرزندان
	۳۴	۱۹	۳۸	۲۲	۲	
	۱۸	۱۰	۵	۳	۲<	
۰/۴۵۴	۶۰	۳۴	۷۴	۴۱	۱	رتبه تولد فرزند
	۲۴	۱۴	۲۲	۱۲	۲	
	۱۶	۹	۴	۲	۲<	
۰/۷۱۷	۹۱	۵۳	۹۵	۵۴	متأهل	وضعیت تأهل مادران
	۷	۵	۵	۳	بیوه	
۰/۴۰۲	۳۶	۲۱	۴۴	۲۵	غیردانشگاهی	میزان تحصیلات مادران
	۶۴	۳۷	۵۶	۳۲	دانشگاهی	
۰/۷۰۸	۵۰	۲۹	۵۴	۳۱	غیردانشگاهی	تحصیلات پدر
	۴۹	۲۸	۴۶	۲۶	دانشگاهی	
۰/۹۴۲	۱۹	۱۰	۱۶	۹	کمتر از ۱	میزان درآمد خانواده (میلیون)
	۶۰	۳۲	۶۲	۳۴	۱-۲	
	۲۱	۱۱	۲۲	۱۲	+ ۲	
۰/۹۳۵	۲۲	۱۳	۲۳	۱۳	کارمند	شغل مادر
	۷۰	۴۰	۶۷	۳۸	خانه‌دار	
	۶	۵	۱۰	۶	سایر	
۰/۳۳۷	۳۶	۲۰	۴۵	۲۵	کارمند	شغل پدر
	۵۲	۲۹	۵۰	۲۸	آزاد	
	۱۲	۷	۵	۳	سایر	

\*معنادار  $p > 0.05$ 

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای وابسته بین دو گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از مداخله

p. value	گروه بعد از مداخله		p. value آزمون تی مستقل	گروه قبل از مداخله		متغیرها
	کنترل	آزمون		کنترل	آزمون	
۰/۰۲۷*	۴۳/۲۰±۳/۱۱	۴۴/۱۳±۱/۲۶	۰/۹۶۸	۴۲/۸۱±۲۹/۶۹	۴۲/۶۶±۳/۳۴	نگرش
۰/۰۵*	۴۲/۹۸±۵/۹۸	۴۴/۸۵±۴/۵۱	۰/۷۷۰	۴۳/۳۳±۵/۹۵	۴۳/۰۱±۶/۰۸	خودکارآمدی
۰/۰۰۱*	۳۶/۲۳±۱۰/۷۷	۳۴/۴۲±۹/۱۰	۰/۳۲۸	۳۶/۱۹±۱۱/۰۶	۴۲/۱۵±۸/۵۸	موانع

\*معنادار  $p > 0.05$

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای وابسته در هر گروه به تفکیک، قبل و بعد از مداخله

p. value آزمون تی زوجی	گروه کنترل		p. value آزمون تی زوجی	گروه مداخله		متغیرها
	بعد	قبل		بعد	قبل	
۰/۳۷۴	۴۳/۲۰±۳/۱۱	۴۲/۸۱±۲۹/۶۹	*۰/۰۰۱	۴۴/۱۳±۱/۲۶	۴۲/۶۶±۳/۳۴	نگرش
۰/۷۰۵	۴۲/۹۸±۵/۹۸	۴۳/۳۳±۵/۹۵	*۰/۰۱۱	۴۴/۸۵±۴/۵۱	۴۳/۰۱±۶/۰۸	خودکارآمدی
۰/۹۸۴	۳۶/۲۳±۱۰/۷۷	۳۶/۱۹±۱۱/۰۶	*<۰/۰۰۰۱	۳۴/۴۲±۹/۱۰	۴۲/۱۵±۸/۵۸	موانع

\*معنادار  $p > 0/05$ 

## بحث

بهداشت دهان و دندان به کودکان خود نیاز به خودکارآمدی بالا دارند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش بر خودکارآمدی مادران تأثیر مثبتی داشته است که این نیز به نوبه خود می‌تواند تأثیر به سزایی در جهت افزایش بهداشت دهان و دندان کودکان آنان داشته باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره موانع درک شده مادران گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت. مطالعه حاضر نشان داد که همکاری نکردن کودک و نداشتن وقت کافی از موانع تأثیرگذار در مسواک زدن دندان کودکان توسط والدین بوده است. عامل نداشتن وقت برای مراقبت‌های دندان کودکان و همکاری نکردن کودک در سایر مطالعات نیز به عنوان موانع عمده گزارش شده است (۱۴، ۱۸). محبی و همکاران (۱۹) نیز گزارش کردند که ۵۹٪ مادران فاقد مهارت‌های لازم برای مسواک زدن درست کودکانشان هستند. این یافته به اهمیت توجه به ارائه راهکارهای مناسبی و راهبردهای مقابله با این موانع در فرصت‌های آموزشی تأکید می‌کند.

یافته‌های مطالعه حاضر ضرورت اجرای مداخلات آموزشی برای ارتقای بهداشت دهان و دندان کودکان قبل از سنین مدرسه توسط والدین بخصوص مادر را نشان می‌دهد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، مطالعه نداشتن مادران دارای دانش آموز پسر بود. محدودیت دیگر مطالعه مدارس پیش دبستانی در منطقه ۷ تهران بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابه در سایر نقاط شهر تهران و دیگر شهرها و روستاهای ایران انجام شود.

**نتیجه گیری:** مداخله آموزشی می‌تواند سبب کاهش موانع درک شده مادران برای رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره نگرش مادران گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت. در بررسی ماهجبین و همکاران (۱۵) در هند نشان داده شد که بین نگرش مثبت مادران نسبت به بهداشت دهان و دندان کودکان با شیوع پوسیدگی دندان شیری، رابطه معناداری وجود دارد. بررسی دیگری در اسپانیا نشان داد که مادرانی که نگرش مثبت به بهداشت دهان و دندان داشتند، به طور فعالانه در مسواک زدن کودکانشان کمک می‌کردند (۱۶). از آنجاکه نگرش یکی از عوامل مستعد کننده برای شروع و تداوم رفتارهای بهداشتی است و با انجام رفتار رابطه دارد، نگرش مثبت مادران می‌تواند یک نقطه قوت در زمینه ارتقاء بهداشت دهان و دندان کودکان باشد. لذا جهت کاهش پوسیدگی دندان‌های شیری و افزایش رعایت بهداشت دهان و دندان کودکان باید تأکید عمده‌ای بر بهبود نگرش‌های مادران از طریق آموزش آن‌ها صورت گیرد.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی مادران گروه آزمون در مرحله بعد از مداخله افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت. مادران پس از مداخله آموزشی بیشتر از قبل احساس توانایی انجام رفتارها را پیدا نمودند. مطالعه فیلارسون و همکاران (۱۷) نیز همسو با یافته پژوهش مبنی بر این که افزایش خودکارآمدی مادران می‌تواند سبب افزایش بهداشت دهان و دندان کودکان گردد می‌باشد. خودکارآمدی از قوی‌ترین پیشگویی‌کننده‌های تغییر رفتار است و معمولاً افرادی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردار باشند، بیشترین تغییر رفتار را نشان می‌دهند. مادران به دلیل مشارکت و نقش فعال در آموزش

ارتقاء سلامت برافزایش رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان پیش‌دبستانی» بود که با حمایت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۹۴ با کد ۲۷-۲۵۸۲۵-۰۱-۹۴ اجرا گردیده است. از مسئولین، دانش‌آموزان و مادران دانش‌آموزان مدارس منطقه ۷ که کمال همکاری را داشته‌اند نیز تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### References:

1. Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2011;39(2):105-14. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
2. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2003;31(s1):3-24. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
3. Tian Y, Robinson JD. Media Complementarity and Health Information Seeking in Puerto Rico. *Journal of health communication*. 2014;19(6):710-20. [ABSTRACT](#)
4. Oral health topic World Health Organization: WHO2015 [cited 2015 Sunday, June 14]. Available from: [http://www.who.int/topics/oral\\_health/en/](http://www.who.int/topics/oral_health/en/). [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
5. Organization WH. Report on the intercountry meeting of oral health focal points, Isfahan, Islamic Republic of Iran, 31 May–2 June 2011. 2011. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
6. Mattheus D. Efficacy of Oral Health Promotion in Primary Care Practice during Early Childhood: Creating Positive Changes in Parent's Oral Health Beliefs and Behaviors. *Oral health and dental management*. 2014;13(2):316-9. [ABSTRACT](#)
7. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health organization*. 2005;83(9):677-85. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
8. Scambler S, Klass C, Wright D, Gallagher JE. Insights into the oral health beliefs and practices of mothers from a north London Orthodox Jewish community. *BMC oral health*. 2010;10(1):14. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
9. Cinar AB, Tseveenjav B, Murtomaa H. Oral health-related self-efficacy beliefs and toothbrushing: Finnish and Turkish pre-adolescents' and their mothers' responses. *Oral health & preventive dentistry*. 2008;7(2):173-81. [ABSTRACT](#)
10. 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. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
11. Filstrup SL, Briskie D, Da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart M. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatric dentistry*. 2003;25(5):431-40. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
12. Buglar ME, White KM, Robinson NG. The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: testing an extended Health Belief Model. *Patient Education and Counseling*. 2010;78(2):269-72. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
13. Vignarajah S. Oral health knowledge and behaviours and barriers to dental attendance of school children and adolescents in the Caribbean island of Antigua. *International dental journal*. 1997;47(3):167-72. [ABSTRACT](#)
14. Huebner CE, Riedy CA. Behavioral determinants of brushing young children's teeth: implications for anticipatory guidance. *Pediatric dentistry*. 2010;32(1):48. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
15. Mahejabeen R, Sudha P, Kulkarni S, Anegundi R. Dental caries prevalence among preschool children of Hubli: Dharwad city. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2006;24(1):19. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
16. Smyth E, Caamaño F. Factors related to dental health in 12-year-old children: a cross-sectional study in pupils. *Gaceta Sanitaria*. 2005;19(2):113-9. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
17. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children's brushing habits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007;35(4):272-81. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)
18. Bracksley S, Dickson-Swift V, Anderson K, Gussy M. An Exploration of Mothers' Perceptions About Dental Health. *Journal of Theory and Practice of Dental Public Health*. 2013;1(1). [ABSTRACT](#)
19. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, VAHID-GOLPAYEGANI M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2008;18(1):48-55. [ABSTRACT/FREE Full Text](#)

پیش‌دبستانی شده و خودکارآمدی و نگرش‌های مثبت آن‌ها را افزایش دهد.

### سیاسگزاری

این مقاله قسمتی از طرح پژوهشی پایان‌نامه دوره کارشناسی‌ارشد تحت عنوان «تعیین تأثیر یک مداخله بر مبنای الگوی آلبانیایی