



The Effect of Oral Health Education through Role Playing on Health Behavior of Educable Mentally Disabled Male Students in Hamadan

Farshid Shamsaei ¹, Elham Ashtarani ², Marjaneh Meschi ³, Fatemeh Ashtarani ^{4,*}

¹ Associate Professor, Research Center of Child and Maternity Care, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² MSc, Department of Educational Research, Tehran Kharazmi University, Tehran, Iran

³ Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ MSc, Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Ashtarani, MSc, Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: ashtarani66@yahoo.com

Received: 19 Sep 2017

Accepted: 07 Feb 2018

Abstract

Introduction: Oral hygiene is important in children with mental disability and one of the effective learning methods for this group is role playing. This study was performed to determine the effect of oral health education through role playing on health behavior of educable mentally disabled males.

Methods: In this quasi-experimental study, 34 mentally disabled male students in the first year of high school (Guidance) as census in Hamadan, during year 2014, were studied. Data was collected using the health behavior questionnaire and oral hygiene index in 2 steps, before and after the intervention. For data analysis, descriptive statistics and Student's t-test and SPSS 16 statistical software were used.

Results: health behavior of students with mental disability before and after the intervention had a mean and SD of 55.65 ± 12.76 and 79.82 ± 12.24 , respectively, indicating a significant difference before and after the intervention ($P = 0.001$). There was a significant difference in the dimensions of health behavior questionnaire before and after the implementation of the role play procedure ($P = 0.001$). The oral health index of these students before and after the role playing model showed a significant difference ($P = 0.001$).

Conclusions: The results showed that the role playing model improved health behavior of the students and the simplified oral hygiene index. Considering that this method is easy and inexpensive, it could be used to improve the physical health of mentally disabled students.

Keywords: Role Playing, Students, Oral Hygiene, Health Behavior



تأثیر آموزش بهداشت دهان و دندان از طریق ایفای نقش بر رفتارهای بهداشتی دانش آموزان پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر همدان

فرشید شمسایی^۱، الهام اشترانی^۲، مرجانه مسچی^۳، فاطمه اشترانی^{۴*}

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبتهای مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۲ کارشناس ارشد، گروه تحقیقات آموزشی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران
^۳ گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۴ کارشناس ارشد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
 * نویسنده مسئول: فاطمه اشترانی، کارشناس ارشد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: ashtarani66@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۲۸

چکیده

مقدمه: بهداشت دهان و دندان در کودکان کم توان ذهنی دارای اهمیت بسیاری می باشد و یکی از روش های آموزشی که یادگیری در آن با دوام بیشتری است ایفای نقش می باشد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش بهداشت دهان و دندان از طریق ایفای نقش بر رفتارهای بهداشتی دانش آموزان پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر انجام پذیرفت.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی ۳۴ دانش آموز پسر کم توان ذهنی مقطع متوسطه اول شهر همدان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ با روش نمونه گیری سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه رعایت رفتارهای بهداشتی و شاخص بهداشت دهان و دندان در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به صورت ایفای نقش انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون T-student و از نرم افزار آماری SPSS 18 استفاده شد.

یافته ها: رفتارهای بهداشتی دانش آموزان کم توان ذهنی قبل و بعد از مداخله از میانگین و انحراف معیار $12/76 \pm 55/65$ به $12/24 \pm 79/82$ ارتقاء پیدا کرد و اختلاف معناداری قبل و بعد از مداخله مشاهده شد ($P = 0/001$). در تمامی ابعاد پرسشنامه رفتارهای بهداشتی اختلاف معناداری قبل و بعد از اجرای روش ایفای نقش مشاهده شد ($P = 0/001$). همچنین شاخص بهداشت دهانی در این دانش آموزان قبل و بعد از مدل ایفای نقش اختلاف معناداری را نشان داد ($P = 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که مدل ایفای نقش توانسته است رفتارهای بهداشتی این دانش آموزان را ارتقاء دهد و همچنین میزان شاخص بهداشت دهانی ساده شده را نیز در آنها بهبود دهد. با توجه به اینکه این روش آسان و کم هزینه است می توان با استفاده از این روش آموزشی گام مؤثری در ارتقاء بهداشت جسمی این دانش آموزان برداشت.

کلیدواژه ها: ایفای نقش، دانش آموزان، بهداشت دهان، رفتارهای بهداشتی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

ناتوانی ذهنی شکل شایعی از آسیب شناختی غیر پیشرونده می باشد و ۲ تا ۳ درصد از جمعیت کشورهای توسعه یافته را تحت تأثیر قرار می دهد (۱). انجمن نقص ذهنی آمریکا (American Association of Mental Deficiency) عقب ماندگی را بر اساس میزان هوش به چهار گروه خفیف، متوسط، شدید و عمیق تقسیم بندی می کند (۲). در سراسر جهان و در تمام سیستم های بهداشت و درمان افراد با ناتوانی

ناتوانی ذهنی شکل شایعی از آسیب شناختی غیر پیشرونده می باشد و ۲ تا ۳ درصد از جمعیت کشورهای توسعه یافته را تحت تأثیر قرار می دهد (۱). انجمن نقص ذهنی آمریکا (American Association of Mental Deficiency) عقب ماندگی را بر اساس میزان هوش به چهار گروه خفیف، متوسط، شدید و عمیق تقسیم بندی می کند (۲). در سراسر جهان و در تمام سیستم های بهداشت و درمان افراد با ناتوانی

مختلفی نظیر بیمار، اعضای خانواده، پزشک یا پرستار را در بر می‌گیرد. همچنین ایفای نقش دانش آموزان را قادر می‌سازد تا شرایط استرس زا، ناآشنا یا پیچیده را با ایجاد محیط واقعی تجربه کنند. مشارکت در ایفای نقش به دانش آموزان اجازه می‌دهد مفاهیم را درک کنند و مهارت‌های بین فردی را در یک محیط امن توسعه دهند و تمرین کنند (۸). دانش آموزان کم توان ذهنی نسبت به دانش آموزان عادی نیاز به مراقبت بیشتری دارند و در برنامه‌های درمانی و مراقبتی بایستی به صورت خاص باید مورد توجه قرار بگیرند. از طرفی با توجه به نیازهای ویژه این دانش آموزان در یادگیری مطالب علمی، در این مطالعه روش ایفای نقش برای آموزش آنها در نظر گرفته تا شاید بتواند نقش بیشتری در یادگیری آنها و ماندگاری آموزش داشته باشد. روش ایفای نقش در مطالعات متعددی انجام شده است اما تا کنون مطالعه‌ای با این روش بر روی دانش آموزان کم توان ذهنی انجام نشده است. محققین مطالعه با توجه به نیاز آموزشی این دانش آموزان و اهمیت موضوع بهداشت دهان و دندان در آنان بر آن شدند تا مطالعه‌ای در این زمینه انجام دهند. بنابراین هدف از این پژوهش تعیین تأثیر آموزش بهداشت با استفاده از مدل ایفای نقش بر وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش آموزان کم توان ذهنی پسر می‌باشد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی به صورت تک گروهی قبل و بعد از مداخله می‌باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل دانش آموزان کم توان ذهنی پسر مقطع متوسطه اول شهر همدان در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بودند. نمونه شامل ۳۴ دانش آموز پسر کم توان ذهنی که به روش سرشماری مورد پژوهش قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- میزان هوش بین ۵۵-۷۰ (آموزش پذیر)، ۲- عدم اختلال در حس شنوایی و بینایی، ۳- دانش آموزان بدون مشکلات نورولوژیکی و روانی واضح و معیارهای خروج از مطالعه شامل: ۱- عدم تمایل به شرکت در مداخله توسط دانش آموز و عدم رضایت کتبی خانواده آنان جهت شرکت در مطالعه، ۲- عدم توانایی در مسواک زدن و بهداشت دهان و دندان به علت مشکلات جسمی، ۳- غیبت بیش از یک جلسه در طول دوره بود. قبل از انجام مداخله، چکلیست رفتارهای بهداشتی محقق ساخته و وضعیت شاخص بهداشت دهان و دندان (Oral Hygiene Index Simplified) اندازه‌گیری شد. چکلیست توسط محقق و با پرسیدن سؤال از دانش آموزان کم توان ذهنی تکمیل شد. نیازهای بهداشتی دانش آموزان بر اساس ارزیابی اولیه مشخص گردید و سپس بر اساس آن سناریوی مداخلات آموزشی طراحی گردید. برای تعیین شاخص OHI-S از وسایل معاینه شامل سوند و آیینه دندانپزشکی یکبار مصرف استفاده شد که از کناره سوند جهت تعیین میزان پلاک روی سطح دندان و از نوک آن جهت تشخیص جرم دندانی استفاده شد. سناریوی تهیه شده برای اجرای ۴ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای نوشته شده شد که هفته‌ای ۲ جلسه و به مدت ۴ هفته در سالن اجتماعات مدرسه پویندگان شهر همدان در شیفت صبح برگزار شد. تمامی دانش آموزان در هر جلسه حضور داشتند. مراحل انجام مداخله انجام شده به این صورت بود که؛ در گام اول، بعد از آماده شدن نمایشنامه چهار نفر از دانش آموزان پایه سوم راهنمایی جهت اجرای آن انتخاب شدند. یک نفر به عنوان دندانپزشک و سه نفر به عنوان بیمار که هر کدام یک گروه از مشکلات را بیان کردند. هر بیمار با مراجعه به دندانپزشک و طرح مشکل خود در واقع مشکلات دانش آموزان را مطرح

ذهنی مراقبت‌های کمتر از حد استاندارد دریافت می‌کنند. به هر حال به دلیل مشکلات تکاملی نیازهای مراقبت بهداشتی این جمعیت بیشتر از بقیه افراد است (۳). پوسیدگی دندان شایعترین بیماری در بین کودکان عقب مانده ذهنی در سراسر جهان است و معالجه دندان بزرگترین نیاز بهداشتی نادیده گرفته شده در افراد ناتوان می‌باشد. بعضی از مهمترین دلایل آن شامل: ناکافی بودن سیستم‌های پیگیری، مشکلات عملی در طی جلسات درمان، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ناچیز شمردن نیاز به درمان یا درد، مشکلات ارتباطی و سازگاری نامناسب می‌باشد. بسیاری از مطالعات چاپ شده در این زمینه ارتباط بین بهداشت دهان و دندان و سطوح بالای بیماری‌های پریودنتال در کودکان ناتوان ذهنی را ضعیف بیان کرده‌اند (۲). بهداشت دهان زیربنای بهداشت عمومی و رفاه می‌باشد. سلامت دهان اشخاص را قادر می‌سازد، روابط اجتماعی داشته باشند. بچه‌هایی که از سلامت ضعیف دهان رنج می‌برند احتمالاً ۱۲ بار بیشتر از سایر بچه‌ها در فعالیت‌های روزانه محدود می‌شوند. سلامت دهان و دندان می‌تواند عملکرد کودکان در مدرسه و موفقیت‌شان را در آینده تحت تأثیر قرار دهد. بطوری که سالانه بیش از ۵۰ میلیون ساعت مدرسه به خاطر مشکلات مربوط به سلامت دهان و دندان از دست می‌رود. بیماری‌های دهان می‌تواند منجر به درد و از دست رفتن دندان شود، وضعیت‌هایی که روی ظاهر، کیفیت زندگی، تغذیه و متعاقباً تکامل کودکان را متأثر می‌سازد. پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه در میان گسترده‌ترین بیماری‌های جهانی قرار دارند، بیش از ۸۰ درصد بچه‌های مدرسه‌ای را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماری‌های دهان یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌های مربوط به سبک زندگی- رژیم غذایی است (۴). مکانیسم ایجاد پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریودنتال به شدت تحت تأثیر عادات و شیوه زندگی افراد قرار می‌گیرد و در حقیقت هدف از آموزش بهداشت تغییر عادات مضر یک فرد در جهت تثبیت عادات نیکوست (۵). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ اعلام کرد که در حدود ۶۰ تا ۹۰ درصد دانش آموزان و تقریباً در ۱۰۰ درصد بزرگسالان در سراسر جهان شواهدی از پوسیدگی دندان وجود دارد. عوامل خطر تأثیر گذار بر سلامت دهان شامل: رژیم غذایی ناسالم، مصرف دخانیات و سوء مصرف الکل، کمبود بهداشت دهان و وضعیت اجتماعی می‌باشد (۶).

مدارس می‌توانند زمینه مهم و مؤثری را برای ارتقاء سلامت دهان و دندان فراهم کنند. از این رو دانش آموزان که بیش از یک میلیارد کودک در سراسر جهان را شامل می‌شوند، نقش ویژه‌ای در انتقال مفاهیم بهداشتی دارند. همچنین سلامت و رفاه کارکنان مدرسه، خانواده‌ها و اعضای جامعه می‌تواند به وسیله برنامه‌های مبتنی بر مدارس، ارتقاء یابد. دانش آموزان می‌توانند به مهارت‌هایی دست یابند که آنها را قادر به تصمیم‌گیری و اتخاذ شیوه زندگی سالم و توانا به مقابله با تضادها و ناسازگاری‌ها کند. پیام‌های بهداشت دهان و دندان می‌تواند در طی سال‌های مدرسه، تقویت شود و در طول این مدت عقاید، نگرش‌ها و مهارت‌ها ظهور و گسترش یافته و پایدار شود (۴). ایفای نقش به عنوان یک استراتژی مؤثر در یادگیری نشان داده شده است و شامل ترکیبی از فعالیت و تجربه است که به دانش آموزان در یادگیری موضوعات مرتبط با سلامت به طور مستقل کمک می‌کند (۷). به طور کلی ایفای نقش یکی از انواع یادگیری فعال می‌باشد که در آن معلم یک سناریو تدوین می‌کند و یک گروه کوچک آن را اجرا می‌کنند و نقش‌های

شد. سطح معنی داری آزمون‌ها ۵ درصد بوده و از نرم‌افزار آماری SPSS 18 استفاده شد. ملاحظات اخلاقی: این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره ۹۲۰۶۲۶۲۰۹۴ رسیده است و در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT2013061612439N2 ثبت گردیده است. به تمام والدین دانش‌آموزان و دانش‌آموزان مورد مطالعه، رضایت‌نامه‌ای که در مورد مطالعه توضیحات لازم را دارا بود جهت شرکت در مطالعه داده می‌شد و رضایت آگاهانه اخذ گردید.

یافته‌ها

از ۳۴ دانش آموز، یک نفر به علت نداشتن معیار ورود (کم بینایی شدید) از مداخله حذف شد و مابقی دانش‌آموزان تا پایان مداخله حضور داشتند و هیچ کدام مداخله را ترک نکردند. پس از جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های لازم از دانش‌آموزان پسر کم توان ذهنی و انجام تجزیه و تحلیل‌های آماری، نتایج زیر در ارتباط با اهداف و فرضیات تحقیق حاصل شد. اکثریت مادران (۸۴/۸٪) و پدران (۶۹/۶٪) دانش‌آموزان کم توان ذهنی از لحاظ سطح تحصیلی در مقطع ابتدایی بودند و فقط یک نفر از پدران آنان تحصیلات دانشگاهی داشت (جدول ۱). مادران این دانش‌آموزان اکثراً خانه دار (۷۸/۸٪) و پدران آنان نیز اکثراً کارگر بودند (۶۶/۷٪) (جدول ۱).

نتایج حاصل از اجرای آموزش به روش ایفای نقش بر رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان کم توان ذهنی نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان کم توان ذهنی قبل و بعد مداخله از ۱۲/۷۶ ± ۵۵/۶۵ به ۱۲/۲۴ ± ۷۹/۸۲ ارتقاء پیدا کرد و اختلاف معناداری قبل و بعد از مداخله مشاهده شد ($P = 0/001$) (جدول ۲)، که بیانگر تأثیر روش آموزشی ایفای نقش بر رعایت رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان کم توان ذهنی پسر می‌باشد. همچنین ابعاد این پرسشنامه شامل: نحوه صحیح مسواک زدن، نحوه صحیح استفاده از نخ دندان، نحوه صحیح استفاده از دهانشویه، آشنایی با رفتارهای آسیب رسان به دندان و آشنایی با مواد غذایی آسیب رسان به دندان نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که در تمامی ابعاد قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری وجود دارد ($P = 0/001$).

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار شاخص دبری قبل از مداخله $0/45 \pm 2/25$ به $0/48 \pm 1/28$ بعد مداخله رسیده است که با توجه به آزمون آماری تی زوجی اختلاف معناداری وجود دارد ($P = 0/001$). که این کاهش میانگین بیانگر بهبود وضعیت بهداشتی در این دانش‌آموزان می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار شاخص جرم قبل از مداخله از $0/42 \pm 2/40$ به $0/36 \pm 1/11$ بعد از مداخله رسید که با استفاده از آزمون تی زوجی اختلاف معناداری دیده شد و در این شاخص نیز بهبود در وضعیت بهداشت دهانی وجود داشت. میانگین و انحراف معیار شاخص بهداشت دهانی ساده شده قبل از مداخله $0/43 \pm 2/33$ به $0/38 \pm 1/19$ بعد از مداخله رسید، با استفاده از آزمون تی زوجی اختلاف معناداری وجود داشت ($P = 0/001$) (جدول ۳).

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بین شاخص جرم و شاخص دبری قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی زوجی اختلاف معناداری وجود دارد ($P = 0/001$) (جدول ۴).

کردند و دندانپزشک به آنها پاسخ داد. در همین مرحله به دانش‌آموزان درباره نحوه اجرای نمایش آموزش داده شد و چندین بار تمرین کردند. در گام دوم مداخله آموزشی به روش ایفای نقش توسط دانش‌آموزان آغاز شد که در طی ۴ جلسه آموزشها ارائه شد. در جلسه اول در رابطه با ساختار دهان و دندان و اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان آموزش داده شد، در جلسه دوم، در رابطه با نحوه صحیح مسواک زدن آموزش داده شد، در جلسه سوم در رابطه با نحوه صحیح استفاده از نخ دندان و نحوه صحیح استفاده از دهانشویه آموزش داده شد، و نهایتاً در جلسه آخر (چهارم) در رابطه با رفتارهای آسیب رسان به دندان و آشنایی با مواد غذایی آسیب رسان به دندان آموزشهای لازم داده شد. در گام سوم و پایانی تحقیق، ۱۵ روز پس از پایان مداخله مجدداً دانش‌آموزان با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته و شاخص OHI-S مورد سنجش قرار گرفتند. ابزارهای اندازه‌گیری: در این پژوهش سه ابزار مورد استفاده قرار گرفت؛ ۱- پرسشنامه دموگرافیک که شامل اطلاعات مربوط به سطح تحصیلات پدر و مادر و شغل پدر و مادر دانش‌آموزان کم توان ذهنی، ۲- شاخص OHI-S و ۳- پرسشنامه محقق ساخته رعایت رفتارهای بهداشتی دهان و دندان. جهت بررسی وضعیت بهداشت دهان از شاخص بهداشت دهانی ساده شده توسط Greene و Vermillion (۱۹۶۴) استفاده گردید و به منظور تعیین یک شاخص ساده بهداشت دهان در مطالعات اپیدمیولوژیک به کار برده می‌شود. تفاوت آن با OHI این است که تعداد سطوح دندان‌های کمتری (۶ سطح به جای ۱۲ سطح) معاینه می‌شود. OHI-S شامل دو جزء شاخص دبری و جرم می‌باشد. هر یک از ایندکس‌ها بر اساس کد تعیین می‌شود و بیانگر میزان دبری و جرم مشاهده شده بر روی سطوح دندان‌های می‌باشد. در این پژوهش شش سطح (چهار سطح از ناحیه خلفی و دو سطح از ناحیه قدامی) جهت معاینه انتخاب شد. شاخص دبری (Debris Index) و جرم (Calculus Index) تعیین شد که مجموع آن شاخص OHI-S را نشان داد. با محاسبه میانگین هر یک از ایندکس‌ها، میانگین شاخص بهداشت دهان کل افراد محاسبه گردید. نمره CI-S و DI-S بین صفر تا سه و نمره OHI-S بین صفر تا شش متغیر است که به این صورت تقسیم بندی می‌شوند: بین ۱/۲ - ۰ خوب، بین ۳ - ۱/۳ متوسط، بین ۶ - ۱/۳ ضعیف. پایایی این ابزار در مطالعات مختلف ۰/۷۲ تا ۰/۹۴ برآورد شده است (۹، ۱۰). در پژوهش‌های متعددی از این شاخص استفاده شده است (۲، ۶، ۱۱). پرسشنامه محقق ساخته حاوی ۲۹ سؤال رفتارهای بهداشتی و لیکرت ۴ تایی شامل: کمی، تا حدودی، زیاد و بسیار زیاد است. این پرسشنامه دارای ۵ بعد که شامل: نحوه صحیح مسواک زدن، نحوه صحیح استفاده از نخ دندان، نحوه صحیح استفاده از دهانشویه، آشنایی با رفتارهای آسیب رسان به دندان و آشنایی با مواد غذایی آسیب رسان به دندان می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره رفتار بهداشتی در این پرسشنامه ۱۰۰ - ۰ است، که نمره بیشتر نشان دهنده رفتار بهداشتی بهتر است. روایی محتوا و صوری این پرسشنامه توسط ده نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده دندانپزشکی مورد بررسی قرار گرفت. از پرسشنامه مطالعه مشابه استفاده گردید (۱۲). برای محاسبه پایایی پرسشنامه رفتارهای بهداشتی از ضریب همبستگی درون گروهی ((Interclass Correlation Coefficient) استفاده گردید. که این مقدار ۰/۹۷ بدست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها: جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (جدول‌ها و شاخص‌های عددی) و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون T-student دو گروه وابسته استفاده

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک گروه آزمون

متغیرها	تعداد	درصد	گروه مداخله
سطح تحصیلات پدر	۲۳	۶۹/۶	
ابتدایی و راهنمایی			
متوسطه	۹	۲۷/۳	
دانشگاهی	۱	۳/۱	
وضعیت شغلی پدر			
کارمند	۲۲	۶۶/۷	
بیکار	۱۱	۳۳/۳	
سطح تحصیلات مادر			
ابتدایی و راهنمایی	۲۸	۸۴/۸	
متوسطه	۵	۱۵/۲	
دانشگاهی	۰	۰	
وضعیت شغلی مادر			
کارمند	۷	۲۱/۲	
خانه دار	۲۶	۷۸/۸	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار پرسشنامه رفتارهای بهداشتی دانش آموزان کم توان ذهنی پسر قبل و بعد اجرای ایفای نقش

ابعاد	قبل از اجرای ایفای نقش میانگین (انحراف معیار)	بعد از اجرای ایفای نقش میانگین (انحراف معیار)	P	t
نحوه صحیح مسواک زدن	۱/۶۴ ± ۰/۹۱	۳/۰۸ ± ۰/۷۹	۰/۰۰۱	۱۱/۹۲۷
نحوه صحیح استفاده از نخ دندان	۱/۱۷ ± ۰/۴۵	۲/۹۴ ± ۰/۹۸	۰/۰۰۱	۱۱/۵۶۶
نحوه صحیح استفاده از دهانشویه	۱/۱۷ ± ۰/۳۸	۳/۰۰ ± ۰/۷۷	۰/۰۰۱	۱۶/۹۷۱
آشنایی با رفتارهای آسیب رسان به دندان	۱/۴۴ ± ۰/۶۱	۳/۰۵ ± ۱/۰۴	۰/۰۰۱	۱۲/۱۰۷
آشنایی با مواد غذایی آسیب رسان به دندان	۱/۳۲ ± ۰/۵۳	۲/۸۵ ± ۱/۰۱	۰/۰۰۱	۱۱/۳۲۳
نمره کل	۵۵/۶۵ ± ۱۲/۷۶	۷۹/۸۲ ± ۱۲/۲۴	۰/۰۰۱	-

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار شاخص بهداشت دهان و دندان قبل و بعد از مدل ایفای نقش در دانش آموزان کم توان ذهنی پسر

شاخص بهداشت دهان و دندان	قبل از مداخله انحراف معیار	میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار	میانگین	P
DI-S	۰/۴۵	۲/۲۵	۰/۴۸	۱/۲۸	۰/۰۰۱
CI-S	۰/۴۲	۲/۴۰	۰/۳۶	۱/۱۱	۰/۰۰۱
OHI-S	۰/۴۳	۲/۳۳	۰/۳۸	۱/۱۹	۰/۰۰۱

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار شاخص بهداشت دهان و دندان قبل و بعد از مدل ایفای نقش در دانش آموزان کم توان ذهنی پسر

مرحله مداخله	DI-S انحراف معیار	میانگین	CI-S انحراف معیار	میانگین	P
قبل از مداخله	۰/۴۵	۲/۲۵	۰/۴۲	۲/۴۰	۰/۰۰۱
بعد از مداخله	۰/۴۸	۱/۲۸	۰/۳۶	۱/۱۱	۰/۰۰۱

ویژه آنان در امر آموزش بوده است. Jain و همکاران (۲۰۰۹) در هند در پژوهش خود به بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان و بررسی ارتباط وضعیت بهداشت دهان و دندان با متغیرهای اجتماعی-دموگرافیک (سن، جنس، آموزش به بیمار، درآمد) و متغیرهای بالینی (علت شناسی ناتوانی ذهنی و سطح IQ) در بین افراد ناتوان ذهنی پرداختند. مطالعه وی وضعیت بهداشت دهان و دندان افراد مبتلا به

بحث

آموزش بهداشت دهان و دندان از طریق مدل ایفای نقش در دانش آموزان کم توان ذهنی پسر منجر به ارتقاء رفتارهای بهداشتی این دانش آموزان و بهبود شاخص بهداشت دهانی شد، با توجه به سطح هوش این افراد به نظر می‌رسد این روش آموزشی جوابگوی نیازهای

کم درآمد و حتی بهتر از گروه کنترل شد (۶). در این مطالعه نیز آموزش بهداشت از طریق ایفای نقش صورت پذیرفت که توانست گام مؤثری در جهت افزایش سلامت دهان و دندان این دانش‌آموزان ایفا کند. یکی از محدودیت‌های این مطالعه نداشتن گروه کنترل بود که با توجه به جامعه کم این دانش‌آموزان بر روی تمامی دانش‌آموزان مداخله صورت گرفت و به صورت قبل و بعد مقایسه شد. پیشنهاد می‌شود که از مدل ایفای نقش در دانش‌آموزان کم توان ذهنی دختر نیز انجام شود و با دانش‌آموزان کم توان ذهنی پسر مقایسه شود و همچنین در جوامع با تعداد بیشتر با گروه کنترل انجام شود. از ویژگی‌های این مطالعه این است که مدل ایفای نقش به عنوان یک روش آموزشی پرکاربرد بر روی دانش‌آموزان با نیازهای خاص صورت گرفت و توانست به صورت مؤثری نیازهای آموزشی آنها را برطرف کند و آموزش ماندگارتی در آنان ایجاد کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که این کودکان نیازهای بهداشتی دهان و دندان گسترده‌ای دارند و آموزش‌های لازم را در این زمینه دریافت نمی‌کنند و از طرفی هر روش آموزشی برای این افراد قابل استفاده نیست، روش ایفای نقش در این مطالعه توانست سطح دانش و رفتارهای بهداشتی این دانش‌آموزان را ارتقاء دهد و شاخص بهداشتی دهان و دندان آنان را افزایش دهد. روش ایفای نقش یک روش آسان و کم هزینه می‌باشد که با توانمندی معلمان این دانش‌آموزان می‌توان مطالب بهداشتی ضروری را آموزش داد. با بهبود بهداشت دهان و دندان این دانش‌آموزان می‌توان در ارتقاء بهداشت جسمی این افراد گام مؤثری را برداشت.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی دانشجویی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌باشد. نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر حمایت مالی این مطالعه در قالب طرح شماره ۹۲۰۶۲۶۲۰۹۴ تشکر و قدردانی می‌نمایند. همچنین از همکاری‌های بی‌شائبه مسئولین و معلمان مدرسه پویندگان و تمامی دانش‌آموزان که در این پژوهش شرکت کردند صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

ناتوانی ذهنی را ضعیف و متأثر از علت شناسی ناتوانی، سطح IQ و میزان تحصیلات پدر و مادر بیان کرد (۲). در پژوهش حاضر نیز وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان کم توان ذهنی پسر به میزان ضعیفی گزارش شده است. Scardina و همکاران در ایتالیا به بررسی تأثیر برنامه‌های آموزشی بهداشت دهان بر روی افراد دچار نقص بینایی پرداختند و شاخص OHI-s و DMF را در آنان بررسی کردند. شرکت کنندگان وضعیت ضعیف بهداشت دهانی را قبل از مداخله داشتند و نتایج ارزیابی بعد از مداخله نیز تغییری در وضعیت بهداشت دهانی آنان ایجاد نکرد (۱۳). در این مطالعه نیز وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان کم توان ذهنی در وضعیت ضعیفی بود اما مداخله به روش ایفای نقش توانست وضعیت بهداشت دهان و دندان آنان را ارتقاء دهد. Batista و همکاران (۲۰۰۹) در اسپانیا با بررسی وضعیت تغذیه‌ای و سلامت دهان بیماران کم‌توان ذهنی مشاهده کردند که میزان پوسیدگی و پرکردگی و از دست دادن دندان‌ها چه در دندان‌های شیری و چه در دائمی، بالاتر از افراد عادی هم سن خودشان می‌باشد (۱۴). همچنین عجمی و همکاران (۲۰۰۷) مشاهده کردند که میزان پوسیدگی و بیماری‌های پرپودنتالی در افراد کم‌توان ذهنی بیشتر از گروه‌های هم سن سالشان می‌باشد و میزان درمان‌های پیشگیرانه و ترمیمی برای این گروه بیماران بسیار پایین است (۱۵). در طی مطالعه‌ای، Mitsea و همکاران (۲۰۰۱) در یونان، مشاهده کردند که نیازهای درمانی مرتبط به هر دو وضعیت دندانی (دندان‌های شیری و دائمی) در همه گروه‌های کم‌توان بسیار بالا است به علاوه وضعیت بهداشت دهان در کل جمعیت انتخاب شده، متوسط رو به پایین بوده است، مخصوصاً در گروه افراد با کم‌توان ذهنی، بالاترین میزان مال اکلوژن مشاهده شده است (۱۶). در این مطالعه نیز وضعیت بهداشتی دهان ضعیف گزارش شده است. Jeng و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای که بر روی استراتژی مراقبت دهانی برای گروه کم‌توان ذهنی انجام شد، مشاهده کردند که این گروه با توجه به نیازهایشان سرویس نمی‌گیرند و بیمه هم آنها را به طور کامل همانند افراد معمول حمایت نمی‌کند (۱۷). در مطالعه حاضر ابتدا نیازسنجی صورت گرفت و بر اساس نیاز دانش‌آموزان آموزش‌های لازم داده شد. Stef و همکاران در سال ۲۰۱۴ در رومانیا به بررسی تأثیر آموزش بهداشت جهت ارتقاء کیفیت زندگی کودکان کم درآمد پرداخت. در پایان به این نتیجه دست یافت که آموزش بهداشت باعث بهبود شاخص بهداشت دهانی در گروه

References

1. Wu L, Qiu Z, Wong D, Hernandez LW, Zhao Q. The research on the status, rehabilitation, education, vocational development, social integration and support services related to intellectual disability in China. *Res Dev Disabil*. 2010;31(6):1216-22. DOI: [10.1016/j.ridd.2010.07.024](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.07.024) PMID: [20828986](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20828986/)
2. Jain M, Mathur A, Sawla L, Choudhary G, Kabra K, Duraiswamy P, et al. Oral health status of mentally disabled subjects in India. *J Oral Sci*. 2009;51(3):333-40. PMID: [19776499](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19776499/)
3. Ilett GW, Abesamis-Dichoso C, Barnhardt C, Berman P, Block S, Braden K, et al. Opening eyes to intellectual disability: Evaluating the vision of people with intellectual disability. *Int Congr Series*. 2005;1282:157-61. DOI: [10.1016/j.ics.2005.05.152](https://doi.org/10.1016/j.ics.2005.05.152)
4. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):677-85. DOI: [/S0042-96862005000900013](https://doi.org/10.1186/S0042-96862005000900013) PMID: [16211159](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16211159/)
5. Antonio AG, Kelly A, Valle DD, Vianna RB, Quintanilha LE. Long-term effect of an oral health promotion program for schoolchildren after the

- interruption of educational activities. *J Clin Pediatr Dent.* 2007;32(1):37-41. [PMID: 18274468](#)
6. Stef L, Fratila A, Ionas M. Oral health education: An incentive towards quality life enhancement in the case of Romanian poor children. 5th World Conference on Educational Sciences 2014. p. 2474-7.
 7. Chan ZC. Role-playing in the problem-based learning class. *Nurse Educ Pract.* 2012;12(1):21-7. [DOI: 10.1016/j.nepr.2011.04.008](#) [PMID: 21601528](#)
 8. Christiaens G, Baldwin JH. Use of dyadic role-playing to increase student participation. *Nurse Educ.* 2002;27(6):251-4. [PMID: 12464764](#)
 9. Sinha N, Singh B, Chhabra KG, Patil S. Comparison of oral health status between children with cerebral palsy and normal children in India: A case-control study. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(1):78-82. [DOI: 10.4103/0972-124X.145800](#) [PMID: 25810598](#)
 10. Munro CL, Grap MJ, Jablonski R, Boyle A. Oral health measurement in nursing research: state of the science. *Biol Res Nurs.* 2006;8(1):35-42. [DOI: 10.1177/1099800406289343](#) [PMID: 16766627](#)
 11. Othman NA, Sockalingam SN, Mahyuddin A. Oral health status in children and adolescents with haemophilia. *Haemophilia.* 2015;21(5):605-11. [DOI: 10.1111/hae.12657](#) [PMID: 25757137](#)
 12. Cheng Y-C, Huang H-K, Wu C-H, Chen C-C, Yeh J-I. Correlation between dental caries and diet, oral hygiene habits, and other indicators among elementary school students in Xiulin Township, Hualien County, Taiwan. *Tzu Chi Med J.* 2014;26(4):175-81. [DOI: 10.1016/j.tcmj.2014.08.003](#)
 13. Scardina GA, Buonamente A, Messina P. [Efficacy of an oral health training programme for visually impaired individuals]. *Ig Sanita Pubbl.* 2008;64(4):509-16. [PMID: 18985084](#)
 14. Batista LR, Moreira EA, Rauen MS, Corso AC, Fiates GM. Oral health and nutritional status of semi-institutionalized persons with mental retardation in Brazil. *Res Dev Disabil.* 2009;30(5):839-46. [DOI: 10.1016/j.ridd.2008.10.004](#) [PMID: 19062253](#)
 15. Ajami BA, Shabzendedar M, Rezay YA, Asgary M. Dental treatment needs of children with disabilities. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2007;1(2):93-8. [DOI: 10.5681/joddd.2007.016](#) [PMID: 23277841](#)
 16. Mitsea AG, Karidis AG, Donta-Bakoyianni C, Spyropoulos ND. Oral health status in Greek children and teenagers, with disabilities. *J Clin Pediatr Dent.* 2001;26(1):111-8. [PMID: 11688807](#)
 17. Jeng W-L, Wang T-M, Cher T-L, Lin C-P, Jeng J-H. Strategies for oral health care for people with disabilities in Taiwan. *J Dent Sci.* 2009;4(4):165-72. [DOI: 10.1016/s1991-7902\(09\)60022-2](#)