

بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دائمی دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی در شهرستان خواف

نوشین پیمان*#، خالد سمیعی رودی**

* دانشیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
 ** دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
 تاریخ ارائه مقاله: ۹۳/۶/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۹

The Effect of Education Based on the Theory of Planned Behavior on Caries Prevention of Permanent Teeth in Fifth Grade Students in Khaf City

Nooshin Peyman*#, Khaled Samiee Roudi**

* PhD, Associate Professor of Health and Management, Health Science Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran.

** MSc, Student of Health Education, School of Health, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran.

Received: 21 September 2014 ; Accepted: 8 February 2015

Introduction: Using models and theories of health education plays an important role in promoting oral health. The aim of this study was to evaluate the impact of education based on the theory of planned behavior on caries prevention of permanent teeth in fifth grade students in the city of khaf.

Materials & Methods: In this interventional semi-experimental, a sample of fifth grade students (N=61) from the city of Khaf (in winter of 2014) were selected by stratified cluster sampling. The subjects were divided into two groups of experimental and control groups. A questionnaire was given to each of them measuring demographics, knowledge, attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, behavioral intention and behavior. The questionnaires were completed by students during the three periods: before, immediately after and one month after the intervention. Data were analysed using SPSS software version 16.5 using descriptive statistics and Pearson correlation test, Repeated Measures ANOVA and linear regression models ($\alpha=0.05$).

Results: The results showed significant differences in mean of attitude, subjective norm, perceived behavioral control, behavioral intention and behavior of brushing and flossing in the experimental group after the intervention had occurred ($P<0.001$), but no significant change was observed in the control group ($P>0.05$).

Conclusions: The theory of planned behavior could be used as an appropriate theoretical framework for the design and implementation of oral health interventions.

Key words: Oral health, theory of planned behavior, brushing, flossing, caries.

Corresponding Author: Peyman@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2015; 39(2): 123-36 .

چکیده

مقدمه: استفاده از مدل‌ها و نظریه‌های آموزش بهداشت نقش مهمی در طراحی مداخلات و ارتقاء سلامت دهان و دندان ایفا می‌نماید. هدف از این پژوهش بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، در پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دائمی دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی در شهرستان خواف بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مداخله‌ای- نیمه تجربی، ۶۱ نفر از دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی شهر خواف در زمستان ۱۳۹۲ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی شده انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه کنترل و آزمون تخصیص یافتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخت شامل سئوالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، نگرش، هنجار ذهنی، کنترل رفتار درک شده، قصد رفتاری و

مولف مسؤول، نشانی: مشهد، دانشکده بهداشت، تلفن: ۵۱-۳۸۵۴۶۶۴۳

E-mail: Peyman@mums.ac.ir

رفتار استفاده از مسواک و نخ دندان بود که توسط دانش‌آموزان در سه مقطع زمانی قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله آموزشی تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS با ویرایش ۱۶ و آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و رگرسیون خطی ساده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات آگاهی، نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و رفتار استفاده از مسواک و نخ‌دندان در بین دانش‌آموزان گروه آزمون بعد از انجام مداخله آموزشی نسبت به گروه کنترل به وجود آمده بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند به عنوان چهارچوب نظری مناسبی برای طراحی و اجرای مداخلات سلامت دهان و دندان بکار رود.

واژه‌های کلیدی: سلامت دهان و دندان، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، مسواک، نخ‌دندان، پوسیدگی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۴ دوره ۳۹ / شماره ۲: ۳۶-۱۲۳.

مقدمه

بهداشت دهان و دندان یکی از مهمترین جنبه‌های شیوه زندگی سالم محسوب می‌شود و بهبود آن نیازمند کاربرد روش‌های مناسب آموزشی در جهت ارتقای سطح آگاهی، نگرش و عملکرد افراد جامعه در رابطه با آن است.^(۱) شیوع پوسیدگی دندان در دانش‌آموزان ۱۲ ساله در ایران بیشتر از استانداردهای جهانی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ بوده است.^(۲) سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۰۴ میلادی، میانگین شاخص DMFT^۱ در کودکان ۱۲ ساله ایرانی را ۱/۹ اعلام کرد که این شاخص در دختران (۲/۰) و در پسران (۱/۷) بوده است، فلوتوروزیس خفیف یا مشکوک در ۶/۶ درصد از این کودکان و فلوتوروزیس شدید در ۱/۷ درصد موارد گزارش شده است.^(۳) روش‌هایی چون استفاده از مسواک و نخ‌دندان، ساده‌ترین و موثرترین راه برای کاهش بروز پلاک و پوسیدگی دندان‌ها می‌باشد.^(۴) توانمندسازی افراد در استفاده صحیح از مسواک و نخ‌دندان و کاهش موانع و مشکلات جسمی و روانی، بهترین استراتژی برای تشویق افراد به رعایت بهداشت دهان و دندان می‌باشد.^(۴) مطالعات اخیر در امریکا نشان داده است که آموزش

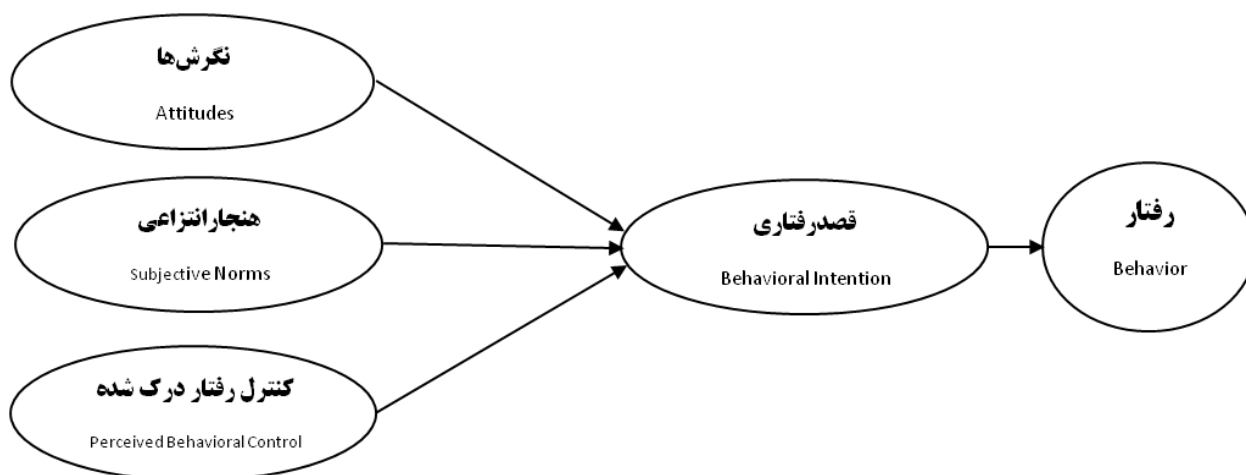
رفتارهای پیشگیرانه مثل استفاده از مسواک و نخ‌دندان و معاینات منظم دندانپزشکی در چند دهه اخیر در جامعه امریکا موجب افزایش درصد افرادی شده است که توانسته‌اند دندان‌های طبیعی خود را در سنین بالاتر حفظ نمایند.^(۵) با این حال استفاده از مسواک و نخ‌دندان در آمریکا هنوز در حد پایین قرار دارد.^(۶) در مدیترانه شرقی نیز تنها ۶۰-۳۰ درصد نوجوانان گزارش کرده‌اند که دو بار در روز مسواک می‌زنند.^(۳) در ایران آمار دیگری وجود دارد؛ به طوری که تنها ۴۴ درصد از نوجوانان ۱۲ ساله گزارش کرده‌اند که حداقل یک بار در روز مسواک می‌زنند.^(۳) بهبود موثر در رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان در افراد، نیازمند درک اساسی است که در تصمیم‌گیری افراد جهت استفاده از مسواک نقش حیاتی را ایفا می‌کند. این نیاز تنها با استفاده از یک نظریه جهت شناسایی عوامل میانجی در رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان برآورده می‌شود.^(۶) محققان آموزش بهداشت به منظور تغییر رفتار، مدل‌های مختلفی را با کاربرد الگوهای گوناگون روان‌شناختی و اجتماعی مهیا کرده‌اند.^(۷) کارآزمایی‌های مختلف در حوزه موضوعات گوناگون بهداشتی نشان داده‌اند که اغلب مداخلاتی که از مدل‌های تغییر رفتار استفاده کرده‌اند، در نیل به اهداف

1. Decayed, Missed, Filled Teeth (DMFT)

قصد رفتاری، تصمیم فرد برای اتخاذ یک رفتار می‌باشد. نگرش نسبت به رفتار، میزان مطلوبیت یا عدم مطلوبیت یک رفتار از نظر یک فرد می‌باشد که دو عامل موجب شکل‌گیری آن می‌شود: باورهای فردی و ارزیابی رفتار. هنجارهای انتزاعی اشخاص تحت تاثیر افراد مختلفی در جامعه قرار می‌گیرند مانند والدین، معلم، پزشک، رهبران دینی که دو عامل موجب شکل‌گیری آن می‌شود؛ باورهای هنجاری و انگیزه برای پیروی. کنترل رفتار درک شده، درجه‌ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می‌باشد را نشان می‌دهد که دو عامل اعتقادات کنترلی و توانمندی درک شده موجب شکل‌گیری آن می‌شود.^(۱۰) از منظر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، می‌توان با اندازه‌گیری قصد رفتاری به پیش‌بینی بهینه رفتار دست یافت.^(۱۱)

خود موفق‌تر بوده‌اند و کارایی مدل‌های مذکور در تغییر رفتار به اثبات رسیده است.^(۸) تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده^۱ یک الگوی تصمیم‌گیری شناختی اجتماعی است که چهارچوب مفیدی را برای پیش‌بینی و توضیح رفتارهای بهداشتی فراهم می‌کند.^(۹) این تئوری در سال ۱۸۸۵ مطرح و در سال ۱۹۹۱ توسط Fishbin و Ajzen توسعه داده شد. این مدل وقوع یک رفتار ویژه را پیش‌بینی می‌کند؛ مشروط بر این که فرد قصد انجام آن را داشته باشد. طبق این مدل، قصد انجام یک رفتار توسط سه عامل نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده، پیش‌بینی می‌شود (دیاگرام ۱). رفتار، روشی است که فرد عمل می‌کند، همچنین سلوک، شیوه برخورد و واکنش نشان دادن تحت شرایط مختلف را شامل می‌شود.

1. Theory of Planed Behavior (TPB)



دیاگرام ۱: مدل رفتار برنامه‌ریزی شده

به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. یک نفر از گروه کنترل از مطالعه حذف گردید. داده‌ها از طریق پرسشنامه گردآوری شد. جهت تعیین روایی ابزار از روش روایی صوری و محتوایی استفاده گردید، بدین صورت که پرسشنامه‌ای با استفاده از منابع و کتب معتبر و مقالات مرتبط علمی تهیه و با تایید متخصصین و اساتید راهنما اصلاحات لازم صورت گرفت و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های بازآزمایی (آزمون و بازآزمون به فاصله ده روز از یکدیگر با مطالعه مقدماتی روی ۲۵ نفر) و سنجش میزان همبستگی درونی متغیرها (محاسبه ضریب آلفا کرونباخ) مورد بررسی و تایید قرار گرفت ($\alpha=0/83$).

پرسشنامه شامل هفت قسمت بود. قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک اعم از سن، جنس، بعدخانوار، وزن و قد، تعداد دندان‌های پوسیده، ترمیمی و افتاده، تحصیلات و شغل والدین بود. قسمت دوم تا هفتم پرسشنامه به ترتیب شامل سوالاتی در مورد آگاهی، نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و رفتار فرد بود. لازم به ذکر است تمامی سوالات بر اساس طیف لیکرتی ۱ (موافقم)، ۲ (فرقی نمی‌کند) و ۳ (مخالقم) اندازه‌گیری شدند. قبل از مداخله آموزشی، پرسشنامه مذکور در هر دو گروه مداخله و شاهد به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شد. لازم به ذکر است محاسبه و تکمیل اطلاعات دموگرافیک مربوط به معاینات دندانپزشکی برای تعیین تعداد دندان‌های پوسیده، پر شده و افتاده (از دست رفته) توسط دندانپزشک، در یک کلاس با نور کافی و با استفاده از چراغ قوه دستی جهت کمک به روشن‌تر کردن محیط دهان و دید بهتر بود. سپس مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده برای دانش‌آموزان گروه مداخله طی سه جلسه آموزشی

قصد رفتاری یکی از اساسی‌ترین سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌باشد که از طریق آن می‌توان فهمید افراد چقدر میل دارند کاری را انجام دهند و چقدر تلاش می‌کنند تا برای اجرای رفتار خاصی برنامه‌ریزی کنند.^(۱۲) تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در مطالعاتی چون، پیش‌بینی رفتار استفاده از مسواک و نخ‌دندان^(۱۳)، ایمنی محیط کار^(۹)، استفاده از کلاه ایمنی^(۱۴)، انتخاب روش زایمان^(۱۰)، فعالیت بدنی دانشجویان^(۱۵) و بهبود جویمنی^(۹) مورد استفاده قرار گرفته است و کارایی موثر آن به اثبات رسیده است. یکی از راهبردهای اساسی جهت تحول در نظام آموزشی و ارتقاء سطح سلامت دهان جامعه، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی هدفمند و پیشگیرانه در جامعه (به خصوص دانش‌آموزان به عنوان یکی از گروه‌های هدف) با رویکرد آموزش بهداشت و دندانپزشکی پیشگیری با استفاده از مدل‌های موثر آموزشی می‌باشد. از آنجا که دندانپزشکان یکی از اعضای اصلی تیم سلامت دهان و دندان در جامعه می‌باشد، می‌توانند سهم بسزایی را در این مهم داشته باشند... هدف از این پژوهش تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در افزایش آگاهی و بهبود رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی شهرستان خواف در پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دائمی بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه؛ مداخله‌ای و از نوع مطالعات نیمه تجربی بود که بر روی ۶۱ دانش‌آموز پایه پنجم ابتدایی شهرستان خواف در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد. جهت انجام نمونه‌گیری ابتدا بر اساس مطالعه راهنما^(۱۰)؛ از میان ۳۹ دبستان منطقه شهری شهرستان خواف؛ به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، دو مدرسه دخترانه برگزیده شدند و نمونه‌ها که شامل ۶۱ دانش‌آموز پایه پنجم ابتدایی بودند،

ویرایش ۱۶ و آزمون‌های آماری t زوجی، کای دو، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز رگرسیون و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین از آزمون کولموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن داده‌های پیوسته استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به توضیح می‌باشد که آزمودنی‌های پژوهش در خصوص هدف از انجام پژوهش، چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات افراد در این طرح توجیه گردیدند و هماهنگی‌ها و مکاتبات لازم با آموزش و پرورش شهرستان جهت انجام مطالعه انجام شد.

یافته‌ها

افراد مورد بررسی، ۶۱ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه پنجم ابتدایی شهرستان خواف با دامنه سنی ۱۰ تا ۱۳ سال و میانگین سنی $11/0 \pm 0/4$ سال بودند. ۴۴/۲۶ درصد از دانش‌آموزان بین ۱ تا ۴ دندان پوسیده با میانگین $0/9 \pm 1/2$ و ۳۷/۷ درصد از دانش‌آموزان بین ۱ تا ۴ دندان ترمیمی (پر شده) با میانگین $0/7 \pm 1/05$ داشتند. همچنین ۴۵/۹۰ درصد از دانش‌آموزان مورد بررسی بین ۱ تا ۵ دندان افتاده یا کشیده شده با میانگین $1/06 \pm 1/41$ داشتند. تعداد ۳۵ دانش‌آموز مورد بررسی (۵۷/۴ درصد) تاکنون برای مراقبت یا معاینه به دندانپزشکی مراجعه کرده بودند و ۲۶ نفر (۴۲/۶ درصد) از آنان هرگز مراجعه‌ای به دندانپزشکی نداشتند. تحصیلات والدین در ۷۱/۰۸ درصد از دانش‌آموزان، دیپلم و زیردیپلم بود (جدول ۱).

۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت سخنرانی، بحث گروهی و نمایش عملی توسط محقق اجرا شد. جلسه اول به منظور افزایش آگاهی و نگرش دانش‌آموزان از کتابچه آموزشی سرگرمی‌های دهان و دندان و اسلایدهای آموزشی تهیه شده توسط پژوهش‌گر و با بکارگیری روش‌های بحث گروهی و پرسش و پاسخ برگزار گردید و در جلسه دوم با توجه به نقش و اهمیت کنترل رفتاری درک شده در توانمندی افراد برای رسیدن به مرحله قصد رفتاری و انجام رفتار، از روش ایفای نقش و کار عملی در موضوعات مطرح شده در بحث نظری، استفاده گردید. جلسه سوم شامل نمایش عملی شیوه صحیح استفاده از مسواک و نخ‌دندان با استفاده از آرک‌دندانی و تمرین و اجرای عملی توسط دانش‌آموزان بر روی دندان‌های خودشان، بود. معلمین دانش‌آموزان در تمامی جلسات آموزشی حضور داشتند. آموزش به خانواده‌ها به صورت غیرمستقیم توسط خود دانش‌آموز انجام شد، و برای این منظور از کتابچه آموزشی سرگرمی‌های دهان و دندان استفاده گردید. عناوین کتابچه شامل مطالبی چون فواید و کار دندان‌ها، علل پوسیدگی دندان‌ها، مواد غذایی مفید و مضر برای دندان‌ها، نحوه استفاده از مسواک، نخ‌دندان و فلوراید بود که با داستان‌ها، رنگ‌آمیزی‌ها و سرگرمی و بازی‌های مرتبط، همراه شده بود. گروه کنترل در این مدت، آموزشی در این زمینه دریافت نکردند. بلافاصله بعد از مداخله آموزشی و یک ماه بعد از آن، پرسشنامه اولیه مجدداً توسط دو گروه آزمون و کنترل تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS با

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل

P-value*	گروه مورد مطالعه		متغیرهای مورد بررسی		
	کنترل (۳۰ نفر)	آزمون (۳۱ نفر)	درصد	تعداد	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	سن (سال)
	۰/۰	۰/۰	۱۲/۹	۴	۱۰
	۹۳/۳	۲۸	۸۳/۹	۲۶	۱۱
	۳/۳	۱	۳/۲	۱	۱۲
	۳/۳	۱	۰/۰	۰	۱۳
۰/۵۹	۱۱/۱۰ ± ۰/۴۰		۱۰/۹۰ ± ۰/۹۳		انحراف معیار ± میانگین
	۵۰/۰	۱۵	۶۱/۳	۱۹	تعداد دندان پوسیده
	۲۰/۰	۶	۱۲/۹	۴	۱
	۱۳/۳	۴	۱۲/۹	۴	۲
	۱۳/۳	۴	۹/۷	۳	۳
	۳/۳	۱	۳/۲	۱	۴
۰/۶۶	۱/۰۰ ± ۱/۲۳		۰/۸۰ ± ۱/۱۹		انحراف معیار ± میانگین
	۶۳/۳	۱۹	۶۱/۳	۱۹	تعداد دندان ترمیمی
	۱۶/۷	۵	۱۶/۱	۵	۱
	۱۳/۳	۴	۱۲/۹	۴	۲
	۶/۷	۲	۳/۲	۱	۳
	۰/۰	۰/۰	۶/۵	۲	۴
۰/۷۳	۰/۶۳ ± ۰/۹۶		۰/۷۰ ± ۱/۲۰		انحراف معیار ± میانگین
	۵۳/۳	۱۶	۵۴/۸	۱۷	تعداد دندان افتاده (کشیده شده)
	۱۰/۰	۳	۱۲/۹	۴	۱
	۲۰/۰	۶	۱۹/۴	۶	۲
	۶/۷	۲	۶/۵	۲	۳
	۶/۷	۲	۳/۲	۱	۴
	۳/۳	۱	۳/۲	۱	۵
۰/۴۱	۱/۱۳ ± ۱/۴۷		۱/۰۰ ± ۱/۳۶		انحراف معیار ± میانگین
	۳۳/۳	۱۰	۶۴/۵	۲۰	تحصیلات پدر
۰/۲۸	۲۰/۰	۶	۱۹/۳	۶	زیردیپلم
	۴۶/۶	۱۴	۱۶/۱	۵	دیپلم
	۳۶/۶	۱۱	۶۴/۵	۲۰	فوق دیپلم و بالاتر
۰/۸۴	۲۰/۰	۶	۱۹/۳	۶	تحصیلات مادر
	۴۳/۳	۱۳	۱۶/۱	۵	زیردیپلم
	۵۳/۳	۱۶	۶۱/۳	۱۹	دیپلم
۰/۲۸	۴۶/۷	۱۴	۳۸/۷	۱۲	فوق دیپلم و بالاتر
					مراجعه به دندانپزشکی
					بلی
					خیر

(*) متغیرهای کمی با *t*-student و متغیرهای کیفی با Chi-square آزمون شدند.

هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده در دانش‌آموزان گروه آزمون در مجموع ۶۳ درصد واریانس قصد استفاده از مسواک و نخ‌دندان را در جامعه مورد بررسی پیشگویی می‌کرد که در بین این متغیرها، اثر هنجار انتزاعی بیش از سایر متغیرها بود ($\beta=0/39$). نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده در دانش‌آموزان گروه آزمون در مجموع ۱۶ درصد واریانس رفتار استفاده از مسواک و نخ‌دندان را در جامعه مورد بررسی پیشگویی می‌کرد که در بین این متغیرها اثر کنترل رفتاری درک شده بیش از سایر متغیرها بود.

نتایج آنالیز تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر (جدول ۲) از سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله آموزشی به منظور مقایسه میانگین‌ها در دو گروه آزمون و کنترل نشان داد که قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری بین متغیرها در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت ($P>0/05$). اما پس از مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، تفاوت معنی‌داری در متغیرهای مورد بررسی وجود داشت ($P<0/05$). طبق آنالیز رگرسیون (جدول ۳)، متغیرهای نگرش،

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده گروه آزمون و کنترل قبل، بلافاصله و یکماه بعد از مداخله

متغیرها	گروه	قبل از مداخله	<i>P</i> -value	بلافاصله بعد از مداخله	<i>P</i> -value	یک ماه بعد مداخله	<i>P</i> -value
آگاهی	آزمون	۱۵/۵۴±۲/۵۶	۰/۱۶۵	۱۸/۷۴±۲/۳۰	۰/۱۰	۱۸/۵۱±۲/۵۲	۰/۰۴۶
	کنترل	۱۶/۵۰±۲/۷۱		۱۶/۹۴±۲/۸۵		۱۷/۱۳±۲/۷۶	
نگرش	آزمون	۲۰/۹۳±۴/۵۰	۰/۴۶۲	۲۴/۵۱±۳/۹۰	۰/۰۲۳	۲۴/۳۸±۴/۰۰	۰/۰۳۵
	کنترل	۲۱/۷۳±۳/۸۷		۲۲/۱۳±۴/۰۴		۲۲/۲۰±۳/۸۹	
هنجار انتزاعی	آزمون	۷/۵۴±۲/۵۶	۰/۹۳۰	۸/۸۷±۲/۰۷	۰/۰۰۶	۸/۷۷±۱/۹۲	۰/۰۱۱
	کنترل	۷/۲۰±۱/۶۲		۷/۵۰±۱/۶۷		۷/۵۳±۱/۷۷	
کنترل رفتاری درک شده	آزمون	۸/۴۵±۲/۲۳	۰/۴۵۴	۱۰/۸۳±۲/۲۹	۰/۰۰۴	۱۰/۸۰±۲/۳۴	۰/۰۰۶
	کنترل	۸/۸۶±۲/۰۶		۹/۱۳±۲/۱۶		۹/۱۳±۲/۱۹	
قصد رفتاری	آزمون	۶/۹۶±۱/۵۱	۰/۰۵۸	۹/۳۲±۱/۷۵	۰/۰۰۷	۹/۱۹±۱/۴۷	۰/۰۰۷
	کنترل	۷/۷۰±۱/۴۴		۸/۱۰±۱/۶۴		۸/۱۰±۱/۵۳	
رفتار	آزمون	۱۰/۳۲±۲/۴۲	۰/۱۵۸	۱۱/۵۴±۲/۲۷	۰/۰۰۱	۱۱/۴۱±۲/۲۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۴۶±۲/۲۳		۹/۵۳±۲/۲۸		۹/۴۳±۲/۳۱	

جدول ۳: نتایج رگرسیون خطی برخی از متغیرها بر قصد رفتاری استفاده از مسواک و نخ‌دندان در چهارچوب نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

متغیر مستقل	R ²	B	SE	β	P-value	متغیر وابسته
نگرش	۰/۶۳۸	۰/۱۲۲	۰/۰۵۵	۰/۳۱۱	۰/۰۳۰	قصد رفتاری
هنجار انتزاعی		۰/۳۲۰	۰/۱۱۵	۰/۳۹۱	۰/۰۰۸	
کنترل رفتاری درک شده		۰/۱۰۷	۰/۰۸۶	۰/۱۶۲	۰/۲۱۶	

β ضریب استاندارد شده، B ضریب رگرسیون، SE انحراف استاندارد، R² ضریب تعیین

بحث

دندان دچار هستند. این نتایج نشان دهنده شیوع بالای پوسیدگی دندان در بین دانش‌آموزان این شهرستان می‌باشد. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۲ شیوع پوسیدگی دندان در کودکان ایران ۳۲/۸ درصد بوده است.^(۳) صادقی^(۲) در سال ۱۳۷۷ و ۱۳۸۵ شیوع پوسیدگی دندان در دانش‌آموزان ۱۲ ساله شهر رفسنجان را به ترتیب ۳۸/۲ و ۳۱/۴ درصد گزارش کرد. به نظر می‌رسد برای بررسی علل شیوع بالای پوسیدگی دندان در پژوهش کنونی نیاز به مطالعات بیشتری باشد.

نتایج آنالیز تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر دلالت بر اثربخشی آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در ارتقای نمرات متغیر آگاهی و سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در بین دانش‌آموزان گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل، بلافاصله بعد از مداخله آموزشی و یک ماه بعد از مداخله آموزشی داشت. یافته‌های مطالعه نشان داد که نمرات متغیرهایی چون آگاهی دانش‌آموزان در گروه آزمون، بلافاصله بعد از مداخله آموزشی، ۱۵/۲۳ درصد و یک ماه بعد مداخله، ۱۴/۱۴ درصد، نمره نگرش بلافاصله بعد از

طراحی و اجرای دندانپزشکی جامعه‌نگر یکی از راهبردهای اساسی جهت تحول در نظام آموزشی و ارتقاء سطح سلامت دهان جامعه محسوب می‌شود. این راهبرد سالیان متمادی است که در بسیاری از کشورهای جهان اجرا گردیده و نتایج ارزشمندی به دنبال داشته است. اخیراً در کشور ما نیز به منظور آموزش با رویکرد پیشگیری و تغییر نگرش در دندانپزشکان به عنوان یکی از اعضای اصلی تیم سلامت دهان و دندان از یک سو و تلاش در جهت ارتقاء سطح سلامت دهان در جامعه (به خصوص دانش‌آموزان به عنوان یکی از گروه‌های هدف) از سوی دیگر، به دندانپزشکی جامعه‌نگر توجه بیشتری صورت گرفته است. این رویکرد به دندانپزشکی پیشگیری و آموزش بهداشت تاکید دارد.

هدف از این مطالعه بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در پیشگیری از پوسیدگی دندان‌های دائمی دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی در شهرستان خواف بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۴۴/۶ درصد از دانش‌آموزان مورد مطالعه به پوسیدگی

نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده نیز قصد رفتاری ارتباط مثبت و معنی‌داری را با نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده نشان داد که با نتایج بررسی ما مطابقت دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نگرش و هنجارهای انتزاعی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای قصد استفاده از مسواک و نخ‌دندان می‌باشد. نتایج مطالعه Wachowiak و همکاران^(۲۰) نیز نشان داد که نگرش و هنجارهای انتزاعی پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای قصد استفاده از نخ‌دندان می‌باشد. در مطالعه صابر و همکاران^(۱۵) نیز نتایج مشابهی به دست آمد، به طوری که نگرش و هنجارهای انتزاعی پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای قصد انجام فعالیت بدنی بود. این نتایج بیانگر نقش تاثیرگذار نگرش و هنجارهای انتزاعی در قصد رفتاری استفاده از مسواک و نخ‌دندان می‌باشد که باید در طراحی برنامه‌های آموزشی مورد توجه قرار گیرد.

نتایج آنالیز رگرسیون خطی نشان داد که متغیرهای نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده در دانش‌آموزان گروه آزمون در مجموع ۶۳ درصد واریانس قصد استفاده از مسواک و نخ‌دندان را در جامعه مورد بررسی پیشگویی می‌کند. یافته‌های این مطالعه با شواهد حاصل از تحقیقات دیگر^(۱۱ و ۲۲) که نشان داده‌اند متغیرهای نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، ۲۷ تا ۵۲ درصد از واریانس قصد رفتار بهداشت دهان و دندان را پیشگویی می‌کند، مطابقت دارد.

آموزش بهداشت یکی از اقدامات مهم جهت پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان و ارتقاء سطح سلامت جامعه

مداخله آموزشی، ۱۱/۹۳ درصد و یک ماه بعد مداخله، ۱۱/۵۰ درصد، نمره هنجار انتزاعی بلافاصله بعد از مداخله آموزشی، ۱۱/۰۸ درصد و یک ماه بعد مداخله، ۱۰/۲۵ درصد، نمره کنترل رفتاری درک شده بلافاصله بعد از مداخله آموزشی، ۱۵/۸۶ درصد و یک ماه بعد مداخله، ۱۵/۶۶ درصد، نمره قصد رفتاری بلافاصله بعد از مداخله آموزشی، ۱۹/۶۶ درصد و یک ماه بعد مداخله، ۱۸/۵۸ و نمره متغیر رفتار بلافاصله بعد از مداخله آموزشی، ۸/۱۳ درصد و یک ماه بعد مداخله، ۷/۲۶ درصد افزایش یافته است. یافته‌های این پژوهش مطابقت داشت با نتایج مطالعه Astorm^(۱۶) که نشان داد؛ میانگین نمرات سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در آموزش بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان در گروه آزمون پس از مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده افزایش معنی‌داری داشته است. رضا بیرنگ و همکارانش^(۱۷) تاثیر آموزش را در ارتقاء سطح بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان بررسی نمودند. بلافاصله بعد از آموزش و یک ماه بعد از آموزش عملکرد بهداشتی دانش‌آموزان (مسواک زدن صحیح، نخ‌دندان کشیدن) به نحو معنی‌داری بهبود یافته بود. می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در ارتقای سطح آگاهی و سایر سازه‌های تئوری نسبت به آموزش‌های غیرسیستماتیک تاثیر بیشتری داشته است. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که قصد رفتاری استفاده از مسواک و نخ‌دندان با متغیرهای نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد. در مطالعات دیگری^(۱۸ و ۱۹) در خصوص بررسی تاثیر قصد رفتاری بهداشت دهان و دندان بر روی سازه‌های

نتیجه گیری

نتایج مطالعه بیانگر ارتقاء رفتار استفاده از مسواک و نخ‌دندان در میان دانش‌آموزان بر اثر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، بود. بنابراین تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌تواند بعنوان چهارچوب نظری مناسب برای طراحی و اجرای مداخلات سلامت دهان و دندان بکار رود. مداخلات مبتنی بر مدل‌های آموزشی در نیل به اهداف خود در جهت آموزش به جامعه و تغییر رفتار، کارآیی و تاثیر بیشتری را نشان داده اند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند ضمن سپاسگزاری از تمامی دانش‌آموزان، اولیاء و مربیانی که در این مطالعه شرکت داشتند از خانم دکتر فرزانه بیانی مسئول سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت شهرستان خواف که در انجام معاینات دانش‌آموزان ما را یاری نمودند نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشند.

محسوب می‌شود. در این رابطه آموزش بهداشت یک جنبه اساسی در پیشرفت امر بهداشت می‌باشد و یکی از نقش‌های مهم آن آماده ساختن مردم جامعه، از طریق دادن اطلاعات و آگاهی به آنها و نشان دادن مهارت‌ها و تجارب بهداشتی است که در آن مردم می‌توانند کنترل بیشتری بر روی سلامت خود داشته باشند.^(۲۳) تحقیقات نشان داده است که موثرترین برنامه‌های آموزشی مبتنی بر رویکردهای تئوری محور هستند که از الگوهای تغییر رفتار ریشه گرفته‌اند. این الگوها برای طراحان برنامه‌ها مفید هستند چراکه جنبه‌های ویژه‌ای را برای مداخلات آموزشی پیشنهاد می‌کنند. از آنجا که اکثر مشکلات بهداشتی با رفتار انسان ارتباطی تنگاتنگ دارند، تئوری‌ها و الگوهای رفتاری می‌توانند برای درک چگونگی پیشگیری از مشکلات بهداشتی مورد استفاده قرار گیرند.^(۲۴)

منابع

1. Mohamad Khah F, Amin Shekravi F, Faghihzadeh S, Babaei Haidar Abadi A, Kazem Begi F, Maghsodi R. Comparison of two methods of dental health education lectures and film screenings on knowledge, attitude and practice of students. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2013; 20(5): 43-50. (Persian)
2. Sadeghi M, Bagherian A. DMFT index and bilateral dental caries occurrence among 12-year-old students in Rafsanjan-2007. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2008; 7(4): 267-74. (Persian)
3. Farsi J, Farghaly M, Farsi N. Oral health knowledge, attitude and behaviour among saudi school students in jeddah city. J Dent 2004; 32(1): 47-53.
4. 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 Counseling 2010; 78(2): 269-72.
5. Reid GJ, Webb GD, Mc-crinkle BW, Irvine MJ, Siu SC. Health behaviors among adolescents and young adults with congenital heart disease. Congenital Heart Disease 2008; 3(1): 16-25.

6. Hajiagha AP, Saffari M. Predictors of tooth brushing behavior in Iranian adolescents: An application of the planned behavior theory. *J Islamic Dent Assoc Iran* 2012; 24(3): 159-64. (Persian)
7. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A. Effect of educational intervention on oral health self-care behaviors in diabetic patients. *J Isfahan Dent Sch* 2014; 10(3): 202-14. (Persian)
8. Hardeman W, Johnston M, Johnston D, Bonetti D, Wareham N, Kinmonth AL. Application of the theory of planned behaviour in behaviour change interventions: A Systematic Review. *Psych Health* 2002; 17(2): 123-58.
9. Mohammadi Zeidi I, Pakpor A, Mohammadi Zeidi B. The effect of an educational intervention based on the theory of planned behavior to improve safety climate. *Iran Occupational Health* 2013; 9(4). (Persian)
10. Dumitrescu AL, Wagle M, Dogaru BC, Manolescu B. Modeling the theory of planned behavior for intention to improve oral health behaviors: The impact of attitudes, knowledge, and current behavior. *J Oral Sci* 2011; 53(3): 369-77.
11. SMM H. Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (tpb) in selecting delivery mode among pregnant women referred to rasht health centers. *ZUMS Journal* 2011; 19(77): 94-106.
12. Montano DE, Kasprzyk D. *Health Behavior and Health Education: Theory Research, and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jonn Wiley; 2008. P. 67.
13. Ronis DL, Lang WP, Farghaly MM, Passow E. Tooth brushing, flossing, and preventive dental visits by detroit-area residents in relation to demographic and socioeconomic factors. *J Pub Health Dent* 1993; 53(3): 138-45.
14. Mazloomi Mahmoodabad S, Mehri A, Morovati Sharifabad M, Fallahzadeh H. Application of extended model of planned behavior in predicting helmet wearing among motorcyclist clerks in Yazd (2006). *Journal of Birjand University Medical Sciences* 2008; 14(4): 9-15. (Persian)
15. Saber F SH, Sharifrad Gh. The survey of theory of planned behavior constructs regarding girl student's physical activity in Naein payame Noor University in 2012. *Health System Res* 2013; 9(9): 1014-21. (Persian)
16. Åstrom AN. Changes in oral health related knowledge, attitudes and behaviours following school based oral health education and atraumatic restorative treatment in rural Tanzania. *Norsk Epidemiol* 2012; 22(1): 21-30.
17. Birang R, Shakerian K, Yazdanpanah F, Nadimi M. The effect of education by visual media on oral health promotion of students. *A Rak Medical University Journal* 2006; 9: 1-6. (Persian)
18. Norman P, Conner M, Bell R. The theory of planned behaviour and exercise: Evidence for the moderating role of past behaviour. *Br J Health Psych* 2000; 5(3): 249-61.
19. Brickell TA, Chatzisarantis NL, Pretty GM. Using past behaviour and spontaneous implementation intentions to enhance the utility of the theory of planned behaviour in predicting exercise. *Br Health Psych* 2006; 11(2): 249-62.
20. Wachowiak GS. Predicting flossing behaviors with the theory of planned behavior and message interventions. [Doctorate Thesis]. United States. Northern Illinois University; 2010.
21. Buunk-Werkhoven YA, Dijkstra A, Van Der Schans CP. Determinants of oral hygiene behavior: A study based on the theory of planned behavior. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(3): 250-9.

22. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. Br Soc Psych 2001; 40(4): 471-99.
23. Murray JJ, Nunn JH, Steele JG. The prevention of oral disease. Br Dent J 1980; 149(11): 311-8.
24. Lajunen T, Räsänen M. Can social psychological models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the health belief model, theory of planned behavior and the locus of control. Journal of Safety Research 2004; 35(1): 115-23.

پرسشنامه

اطلاعات زمینه‌ای و فردی :

- ۹- آیا تاکنون برای ترمیم یا کشیدن دندانهایتان به دندانپزشک مراجعه کرده اید؟ (۱) بلی (۲) خیر
- ۱۰- چند دندان پر شده (ترمیمی) دارید؟ دندان
- ۱۱- چند دندان افتاده یا کشیده شده دارید؟ دندان
- ۱۲- تحصیلات پدر: (۱) بی سواد (۲) ابتدایی
- (۳) راهنمایی (۴) دیپلم
- (۵) فوق دیپلم و لیسانس (۶) فوق لیسانس و دکترا
- ۱۳- تحصیلات مادر: (۱) بی سواد (۲) ابتدایی
- (۳) راهنمایی (۴) دیپلم
- (۵) فوق دیپلم و لیسانس (۶) فوق لیسانس و دکترا
- ۱۴- شغل پدر: (۱) کارگر (۲) کارمند
- (۳) بیکار (۴) کار آزاد (۵) سایر موارد
- لطفا نام ببرید:
- ۱۵- شغل مادر: (۱) خانه دار (۲) کارمند
- (۳) سایر موارد لطفا نام ببرید:
- ۱- سن: سال
- ۲- جنس: (۱) دختر (۲) پسر
- ۳- کلاس: (۱) اول (۲) دوم (۳) سوم
- (۴) چهارم (۵) پنجم (۶) ششم
- ۴- نام مدرسه:
- ۵- تعداد اعضای خانواده (بعد خانوار): نفر
- ۶- فرزند چندم خانواده هستید؟
- (۱) فرزند اول (۲) فرزند دوم
- (۳) فرزند سوم (۴) فرزند چهارم
- (۵) فرزند پنجم (۶) فرزند ششم و بیشتر
- ۷- وزن: کیلو سانتی متر
- ۸- در حال حاضر شما چند دندان خراب (پوسیده) دارید؟
..... دندان

آگاهی

ردیف	سؤال	بلی	خیر	نمی دانم
۱	مصرف زیاد شیرینی ، قند ، پفک و نوشابه باعث خرابی دندان ها می شود			
۲	بعد از خوردن هر خوراکی ، حتما باید دهانم را با آب بشویم			
۳	من فرق بین دندان شیری و دائمی را می دانم			
۴	خوردن شیر ، لبنیات ، سبزیجات و میوه ها باعث محکم تر شدن دندان ها می شود			
۵	میکروبها در دهانمان اسید درست می کنند و این اسید دندانهایمان را خراب و خرابتر می کند			
۶	برای مراقبت از دندان ها ، باید بطور مرتب از مسواک و نخ دندان استفاده کنیم			
۷	محلول دهان شویه حاوی فلوراید، دندان را مستحکم تر و مقاومتر می کند			

نگرش

ردیف	سؤال	موافقم	فرقی نمی کند	مخالقم
۱	من علاقه زیادی به مصرف شیرینی ، شکلات و تنقلات دارم			
۲	مصرف روزانه شیر برای سلامتی دندان مفید است			
۳	اگر مسواک نزنیم ، پوسیدگی دندان زودتر اتفاق می افتد			
۴	مسواک به تنهایی تمام قسمتهای دندان را تمیز نمی کند			
۵	نخ دندان بهترین راه برای تمیز کردن فضای بین دندان ها می باشد			
۶	بوی بد دهان بخاطر این است که بطور مرتب از مسواک و نخ استفاده نمی کنیم			
۷	استفاده از محلول دهان شویه حاوی فلوراید دندان ها را زرد و زشت می کند			
۸	داشتن دندان های زیبا و سالم برای من مهم است			
۹	من باید عادت کنم بعد از غذا، حتما مسواک بزنم			
۱۰	من معتقدم باید حداقل روزی یکبار از نخ دندان استفاده کنم			

هنجار ذهنی

ردیف	سؤال	موافقم	فرقی نمی کند	مخالقم
۱	پدر و مادرم بطور مرتب دندانهایشان را مسواک می زنند			
۲	دوستانم به رعایت بهداشت دهان و دندان اهمیت می دهند			
۳	دوستان نزدیکم از من انتظار دارند که دهانم ، بوی بد ندهد			
۴	معلمین دانش آموزان را به استفاده از مسواک و نخ دندان تشویق می کنند			
۵	پدر و مادرم بطور مرتب از نخ دندان استفاده می کنند			

کنترل رفتار درک شده

ردیف	سؤال	موافقم	فرقی نمی‌کند	مخالقم
۱	من مسواک ندارم ، بهمین دلیل نمی‌توانم به طور مرتب مسواک بزنم			
۲	امکان تهیه نخ دندان برایم وجود ندارد، بهمین دلیل نمی‌توانم نخ دندان بزنم			
۳	استفاده از مسواک و نخ دندان ، برای من کار سخت و دشواری است			
۴	من مطمئن هستم که می‌توانم هر روز نخ دندان و مسواک بزنم			
۵	خانواده من ، هر سه ماه یکبار ، مسواک جدیدی برایم ، تهیه می‌کنند			
۶	من از روی برنامه‌ای که تنظیم کرده‌ام، بطور صحیح از مسواک و نخ دندان استفاده می‌کنم			
۷	اگر در مواقعی مسواکم در اختیارم نباشد، حتما دهانم را با آب نمک تمیز می‌کنم			

قصد رفتاری

ردیف	سؤال	موافقم	فرقی نمی‌کند	مخالقم
۱	من تصمیم دارم بعد از هر بار خوردن خوراکی و شیرینی مسواک بزنم			
۲	سعی خواهم کرد در طول روز مصرف شیرینی را کم کنم			
۳	من تصمیم گرفته‌ام مسواک و نخ دندانم را همیشه همراه داشته باشم			
۴	طی هفته آینده برای خرید مسواک مناسب و نخ دندان (در صورت نداشتن) اقدام می‌کنم			
۵	من می‌خواهم برای مسواک و نخ زدن مرتب دندان‌هایم برنامه‌ای بنویسم			
۶	من تصمیم گرفته‌ام طبق برنامه تنظیم‌شده، بصورت روزانه از مسواک و نخ دندان استفاده کنم			
۷	من از خانواده‌ام می‌خواهم که هر شش ماه یکبار برای مراقبت از دندانهایم مرا به دندانپزشکی ببرند			

رفتار

ردیف	سؤال	موافقم	فرقی نمی‌کند	مخالقم
۱	من بطور مرتب و صحیح دندانهایم را مسواک و نخ دندان می‌زنم			
۲	من بعد از خوردن شیرینی و خوراکی ، حتما دهانم را می‌شویم			
۳	من روزانه از شیرو لبنیات استفاده می‌کنم			
۴	من روزانه از سبزیجات و میوه‌ها استفاده می‌کنم			