

فصلنامه رهیافت‌های نوین در مطالعات اسلامی

License Number: 85625 Article Cod: SH25R95721 ISSN-P: 2676-6442

نقش آموزش بهداشت در تقویت عادات خودمراقبتی سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان: مروری بر ابعاد آموزشی و مدیریتی

(تاریخ دریافت ۱۴۰۴/۱۰/۱۵ تاریخ تصویب ۱۴۰۴/۱۲/۰۴)

امیرحسین مخبریان^۱

چکیده

پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه از شایع‌ترین مشکلات مزمن دوران کودکی و نوجوانی محسوب می‌شوند که تأثیرات عمیقی بر سلامت عمومی، تغذیه و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دارند. با وجود پیشرفت‌های دندانپزشکی، شاخص‌های سلامت دهان در بسیاری از جوامع همچنان نگران‌کننده است. هدف از این مطالعه مروری، بررسی نقش آموزش بهداشت در ارتقای عادات خودمراقبتی دانش‌آموزان با تأکید ویژه بر رویکردهای نوین آموزشی و استراتژی‌های مدیریتی در مدارس است.

بررسی متون نشان می‌دهد که آموزش‌های سنتی مبتنی بر سخنرانی، اگرچه سطح آگاهی را افزایش می‌دهند، اما در تغییر رفتار پایدار و کاهش شاخص DMFT (دندان‌های پوسیده، کشیده شده و پر شده) تأثیر محدودی دارند. یافته‌ها حاکی از آن است که تلفیق الگوهای تغییر رفتار (مانند الگوی باور بهداشتی) با روش‌های نوین (گیمیفیکیشن، آموزش همسالان) اثربخشی بالاتری دارد. همچنین، بعد مدیریتی شامل نظارت بر بوفه مدارس، ایجاد زیرساخت فیزیکی برای مسواک زدن و جلب مشارکت والدین، به عنوان حلقه مفقوده در اثربخشی برنامه‌های خودمراقبتی شناسایی شد.

^۱ School of Dentistry, Islamic Azad University, Iran

ارتقای عادات خودمراقبتی دانش آموزان نیازمند گذار از رویکرد صرفاً «آموزشی» به رویکرد «آموزشی-مدیریتی» است. مدارس باید به عنوان پایگاه‌های ارتقای سلامت، سیاست‌های یکپارچه‌ای را اتخاذ کنند که در آن آموزش مستمر با حمایت محیطی و مشارکت خانواده همراه باشد.

کلیدواژه‌ها: آموزش بهداشت، سلامت دهان و دندان، خودمراقبتی، دانش آموزان، مدیریت مدارس، تغییر رفتار

مقدمه

سلامت دهان و دندان بخش لاینفک سلامت عمومی است و برخورداری از دندان‌های سالم نقش بسزایی در تغذیه مناسب، صحبت کردن، اعتماد به نفس و تعاملات اجتماعی کودکان و نوجوانان ایفا می‌کند. بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO)، پوشیدگی دندان همچنان شایع‌ترین بیماری غیرواگیر در سراسر جهان است که درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه را درگیر می‌کند. در ایران نیز مطالعات نشان می‌دهد که شاخص DMFT (مجموع دندان‌های پوسیده، کشیده شده و پر شده) در میان دانش آموزان مقطع ابتدایی با استانداردهای جهانی فاصله دارد و روندی صعودی را طی می‌کند. این مسئله نه تنها بار مالی سنگینی را بر سیستم بهداشتی و خانواده‌ها تحمیل می‌کند، بلکه منجر به غیبت از مدرسه و افت تحصیلی ناشی از درد دندان می‌شود.

دوران مدرسه، به‌ویژه مقطع ابتدایی، زمان طلایی برای نهادینه کردن عادات بهداشتی و سبک زندگی سالم است. رفتارها و نگرش‌هایی که در این سنین شکل می‌گیرند، اغلب تا پایان عمر باقی می‌مانند. «خودمراقبتی» در حوزه دندانپزشکی، شامل مجموعه‌ای از رفتارهای آگاهانه و اکتسابی مانند مسواک زدن صحیح (حداقل دو بار در روز)، استفاده از نخ دندان، کاهش مصرف مواد قندی و مراجعات منظم دندانپزشکی است. با این حال، شواهد موجود نشان می‌دهد که شکاف عمیقی بین «آگاهی» دانش‌آموزان و «عملکرد» آن‌ها وجود دارد. بسیاری از دانش‌آموزان می‌دانند که باید مسواک بزنند، اما این دانش به رفتار روزمره تبدیل نشده است. این شکاف عملکردی، ضرورت بازنگری در برنامه‌های آموزش بهداشت مدارس را برجسته می‌کند. رویکردهای سنتی که صرفاً بر انتقال اطلاعات آناتومیک دندان یا ترساندن دانش‌آموزان از عواقب پوسیدگی تمرکز داشتند، کارایی لازم را در ایجاد تغییر رفتار پایدار نشان نداده‌اند. امروزه متخصصان آموزش بهداشت بر این باورند که مداخلات آموزشی باید مبتنی بر تئوری‌های تغییر رفتار بوده و با ابعاد مدیریتی و محیطی در مدرسه پشتیبانی شوند. بعد مدیریتی سلامت در مدارس، به معنای ایجاد بستری است که در آن «انتخاب سالم، انتخاب آسان» باشد. این بعد شامل سیاست‌گذاری‌های مدرسه در خصوص تغذیه (بوفه سالم)، فراهم‌سازی امکانات فیزیکی (مانند روشویی‌های مناسب)، و ادغام برنامه‌های بهداشت دهان و دندان در برنامه درسی رسمی است. نادیده گرفتن نقش مدیریت و محیط حامی، باعث می‌شود آموزش‌های کلاسی در مواجهه با واقعیت‌های محیطی (مانند دسترسی به دسترس بودن تنقلات شیرین در مدرسه) خنثی شوند.

این مقاله با هدف بررسی جامع نقش آموزش بهداشت در تقویت عادات خودمراقبتی دانش‌آموزان نگارش شده است. با این حال، پژوهش حاضر صرفاً یک مرور ساده بر ادبیات

موجود نیست؛ بلکه نوآوری آن در ارائه یک مدل تلفیقی «آموزش + مدیریت» نهفته است. بر خلاف مطالعات پیشین که مداخلات آموزشی را اغلب مجزا از بستر اجرایی بررسی کرده اند، این مقاله بر یکپارچگی نظام مند استراتژی های آموزشی با ابعاد مدیریتی مدرسه تأکید دارد. تمرکز ویژه این مطالعه بر تبیین چگونگی نهادینه شدن «خودمراقبتی»^(۱) در بافتار پیچیده و چندلایه «سیستم مدرسه»^(۲) است؛ رویکردی که می کوشد حلقه مفقوده میان دانش بهداشتی و تغییر رفتار پایدار را شناسایی و راهکارهای عملیاتی برای آن ارائه دهد. در ادامه، مبانی نظری تغییر رفتار، روش های نوین آموزشی، و نقش کلیدی مدیریت مدرسه و خانواده مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

این پژوهش یک مطالعه مروری روایتی^(۳) است که با هدف واکاوی نقش همزمان آموزش و مدیریت در سلامت دهان و دندان انجام شده است. جستجوی منابع در پایگاه های اطلاعاتی معتبر شامل PubMed، Scopus، SID، Magiran و گزارش های سازمان جهانی بهداشت (WHO) با استفاده از کلیدواژه های منتخب در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ صورت گرفت. معیار اصلی انتخاب مطالعات، تمرکز بر مداخلاتی بود که صرفاً به آموزش محدود نشده و ابعاد محیطی یا تغییر رفتار را نیز در بر می گرفتند.

نوآوری اصلی این مرور در مقایسه با مطالعات پیشین، عبور از تحلیل صرف مداخلات آموزشی و ارائه یک مدل تلفیقی است که «آموزش» را با «ابعاد مدیریتی و سیاست گذاری مدرسه» گره می زند.

^۱ Self-care

^۲ School System

^۳ Narrative Review

۲. مبانی نظری و روش‌های نوین آموزشی در ارتقای سلامت دهان و دندان

برای طراحی مداخلات مؤثر در حوزه سلامت مدارس، درک مکانیزم‌های روان‌شناختی تغییر رفتار ضروری است. آموزش بهداشت دهان و دندان اگر صرفاً به انتقال اطلاعات^(۱) محدود شود، در بهترین حالت تنها منجر به افزایش دانش کوتاه‌مدت خواهد شد، بدون آنکه تأثیری بر رفتارهای روزمره دانش‌آموز داشته باشد. از این رو، این بخش به بررسی الگوهای نظری و روش‌های آموزشی کارآمد می‌پردازد.

۲-۱. الگوها و نظریه‌های تغییر رفتار^(۲)

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که موفق‌ترین برنامه‌های بهداشتی، آن‌هایی هستند که بر پایه مدل‌های نظری تغییر رفتار طراحی شده‌اند. استفاده از این الگوها به مربیان بهداشت و مدیران مدارس کمک می‌کند تا عوامل مؤثر بر رفتار دانش‌آموز را شناسایی و هدف‌گیری کنند.

الف) الگوی باور بهداشتی

این الگوی یکی از پرکاربردترین چارچوب‌ها در آموزش بهداشت دهان و دندان است. طبق این مدل، یک دانش‌آموز تنها زمانی اقدام به مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان می‌کند که به باورهای زیر رسیده باشد:

۱. حساسیت درک شده: دانش‌آموز باور کند که او نیز در معرض خطر پوسیدگی دندان است.

^۱ Information Transfer

^۲ Behavioral Change Theories

۲. شدت درک شده: باور به اینکه پوسیدگی دندان عواقب جدی (درد، بوی بد دهان، ظاهر نامناسب) دارد.

۳. منافع درک شده: باور به اینکه مسواک زدن واقعاً از این مشکلات جلوگیری می‌کند.

۴. موانع درک شده: دانش آموز باید احساس کند که مسواک زدن کار دشوار یا وقت‌گیری نیست.

۵. خودکارآمدی: (۱) اطمینان فرد به توانایی خود در انجام صحیح رفتار (مثلاً مهارت درست مسواک زدن)

مطالعات نشان داده‌اند که مداخلاتی که بر افزایش «خودکارآمدی» و رفع «موانع درک شده» تمرکز دارند، بیشترین تأثیر را در کاهش شاخص پلاک دندانی داشته‌اند.

ب) نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده: (۲)

این نظریه بر «قصد رفتاری» به عنوان پیش‌بینی‌کننده اصلی رفتار تأکید دارد. در مدارس، این نظریه اهمیت «هنجارهای انتزاعی» را برجسته می‌کند. دانش‌آموزان در سنین نوجوانی به شدت تحت تأثیر همسالان خود هستند. اگر در فرهنگ مدرسه، داشتن دندان‌های تمیز یک ارزش محسوب شود و گروه همسالان (دوستان) نسبت به بهداشت دهان نگرش مثبت داشته باشند، احتمال انجام رفتار خودمراقبتی در فرد افزایش می‌یابد.

^۱ Self-Efficacy

^۲ Theory of Planned Behavior - TPB

ج) سواد سلامت دهان و دندان

سواد سلامت تنها توانایی خواندن پامفلت‌های بهداشتی نیست، بلکه ظرفیت کسب، پردازش و درک اطلاعات اولیه سلامت برای تصمیم‌گیری صحیح است. پایین بودن سواد سلامت والدین و دانش‌آموزان، همبستگی مستقیمی با افزایش پوسیدگی دندان دارد. آموزش‌ها باید متناسب با سطح سواد سلامت دانش‌آموزان طراحی شود؛ استفاده از اصطلاحات پیچیده پزشکی بدون توضیح ساده، مانع اصلی در درک مطالب است.

۲-۲. گذار از روش‌های سنتی به روش‌های نوین آموزشی

روش‌های سنتی آموزش بهداشت در مدارس ایران و بسیاری از کشورهای دیگر، غالباً معلم‌محور و مبتنی بر سخنرانی^(۱) بوده است. این روش‌ها به دلیل انفعال دانش‌آموزان و عدم درگیری حسی، کارایی لازم را ندارند. در مقابل، روش‌های نوین بر یادگیری فعال^(۲) تأکید دارند.

الف) آموزش همسالان

در این رویکرد، دانش‌آموزان منتخب تحت عنوان «سفیران سلامت» یا «همیاران بهداشت» آموزش‌های لازم را از مربیان دریافت کرده و سپس آن را به هم‌کلاسی‌های خود منتقل می‌کنند. اثربخشی این روش به دلیل زبان مشترک، صمیمیت و تأثیرپذیری بالای دانش‌آموزان از گروه همسال، بسیار بالاست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وقتی پیامی از طرف یک دوست

^۱ Lecture-based

^۲ Active Learning

منتقل می‌شود، مقاومت کمتری نسبت به آن وجود دارد تا زمانی که همان پیام از طرف معلم یا والدین با حالت دستوری بیان شود.

ب) گیمیفیکیشن و فناوری: (۱)

با نفوذ تکنولوژی در زندگی نسل جدید، استفاده از ابزارهای دیجیتال در آموزش اجتناب‌ناپذیر است. «بازی‌وارسازی» یا گیمیفیکیشن به معنای استفاده از عناصر بازی (امتیاز، رقابت، پاداش) در زمینه‌های غیر بازی است.

- اپلیکیشن‌های موبایلی: طراحی اپلیکیشن‌هایی که زمان مسواک زدن را با موسیقی و انیمیشن جذاب می‌کنند و به کودک برای تداوم رفتار پاداش مجازی می‌دهند.
- واقعیت مجازی (۲) و واقعیت افزوده (۳): استفاده از این تکنولوژی‌ها برای نشان دادن میکروب‌های دهان یا نحوه صحیح مسواک زدن به صورت سه بعدی، تأثیر عمیقی بر حافظه دیداری دانش‌آموزان دارد.

ج) آموزش عملی و مهارت‌محور

دانستن اینکه "باید مسواک زد" با "توانایی صحیح مسواک زدن" متفاوت است. بسیاری از دانش‌آموزان مسواک می‌زنند اما به دلیل تکنیک غلط (مثلاً حرکت افقی مسواک) پلاک‌ها را برنمی‌دارند یا به لثه آسیب می‌زنند. آموزش‌های کلاسی باید از حالت تئوری خارج شده و

^۱ Gamification & Technology

^۲ VR

^۳ AR

شامل تمرین عملی روی ماکت های دندانی ^(۱) باشد. بازخورد فوری مربی هنگام تمرین دانش آموز روی ماکت، باعث اصلاح الگوی حرکتی و تثبیت مهارت می شود.

د) داستان سرایی و ایفای نقش: ^(۲)

برای دانش آموزان مقطع ابتدایی، استفاده از نمایش عروسکی، تئاتر و داستان گویی در مورد شخصیت هایی که با رعایت یا عدم رعایت بهداشت دچار پیامدهایی شده اند، روشی غیرمستقیم اما مؤثر برای درونی سازی ارزش های بهداشتی است. این روش ها با درگیر کردن احساسات کودک، انگیزه درونی برای مراقبت از دندان ها را تقویت می کنند.

۳. ابعاد مدیریتی و نقش محیط حمایت گر در مدرسه

اگرچه آموزش و تغییر نگرش فردی (بخش های پیشین) شرط لازم برای ارتقای سلامت دهان و دندان است، اما به هیچ وجه کافی نیست. رویکرد «مدارس مروج سلامت» ^(۳) که توسط سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد شده است، تأکید می کند که محیط فیزیکی و اجتماعی مدرسه باید به گونه ای مدیریت شود که رفتارهای سالم را تسهیل کند. مدیریت سلامت در مدرسه فراتر از برگزاری کلاس های آموزشی است و شامل سیاست گذاری های تغذیه ای، تأمین زیرساخت های فیزیکی و مدیریت منابع انسانی می شود.

^۱ Dental Models

^۲ Storytelling & Role Playing

^۳ Health Promoting Schools

۱-۳. مدیریت تغذیه و بوفه مدارس^(۱)

یکی از بزرگترین چالش‌های مدیریتی در مدارس، تضاد بین محتوای آموزشی و واقعیت موجود در بوفه مدارس است. در حالی که مربیان بهداشت بر کاهش مصرف مواد قندی^(۲) تأکید می‌کنند، فروش تنقلات چسبنده و شیرین (مانند کیک، بیسکویت، نوشابه‌های گازدار و آبمیوه‌های صنعتی) در بوفه مدارس، پیام‌های آموزشی را بی‌اثر می‌کند. مدیریت مدرسه با اعمال سیاست‌های محدودکننده^(۳) در عرضه مواد قندی و جایگزینی آن‌ها با میان وعده‌های سالم (مانند میوه، شیر، خشکبار و نان و پنیر)، نقش حیاتی در پیشگیری از پوسیدگی دندان ایفا می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند در مدرسی که سیاست «بوفه سالم» به صورت سخت‌گیرانه اجرا می‌شود، شاخص DMFT دانش‌آموزان به طور معناداری پایین‌تر از مدارس است که نظارتی بر فروش خوراکی‌ها ندارند. این اقدام مدیریتی، محیطی را فراهم می‌کند که در آن «انتخاب سالم»، آسان‌ترین و در دسترس‌ترین انتخاب برای دانش‌آموز باشد.

۲-۳. زیرساخت‌های فیزیکی و برنامه‌های مسواک‌زنی در مدرسه

یکی از مؤثرترین استراتژی‌های مدیریتی برای تبدیل دانش به رفتار، اجرای «برنامه‌های مسواک‌زنی نظارت‌شده»^(۴) در ساعات مدرسه است. با این حال، اجرای این برنامه نیازمند مدیریت امکانات فیزیکی است.

- تسهیلات بهداشتی: وجود تعداد کافی روشویی متناسب با قد دانش‌آموزان، آینه‌های تمیز و آب آشامیدنی سالم از پیش نیازهای اولیه است. عدم دسترسی به فضای

^۱ Nutritional Environment

^۲ Sugar

^۳ Restrictive Policies

^۴ Supervised Toothbrushing Programs

مناسب، یکی از موانع اصلی است که دانش‌آموزان برای عدم مساوات زدن در مدرسه ذکر می‌کنند.

- زمان‌بندی درسی: مدیران مدارس باید انعطاف‌پذیری لازم را در برنامه درسی داشته باشند تا زمانی کوتاه (مثلاً ۵ دقیقه بعد از زنگ ناهار) به بهداشت دهان اختصاص یابد. نهادینه شدن این زمان به عنوان بخشی از روتین مدرسه، به دانش‌آموزان می‌آموزد که بهداشت دهان بخشی از برنامه روزانه زندگی است، نه کاری که فقط قبل از خواب انجام می‌شود.

۳-۳. نقش معلمان و کارکنان مدرسه به عنوان الگو^(۱)

مدیریت منابع انسانی در بهداشت مدارس، تنها به مربی بهداشت محدود نمی‌شود. معلمان کلاس درس، ناظران و مدیران، الگوهای رفتاری قدرتمندی برای دانش‌آموزان هستند. نگرش و رفتار معلمان نسبت به سلامت دهان و دندان تأثیر مستقیمی بر دانش‌آموزان دارد.

- آموزش ضمن خدمت معلمان: بسیاری از معلمان اطلاعات کافی یا صحیحی در مورد علل پوسیدگی دندان و روش‌های پیشگیری ندارند. برنامه‌های مدیریتی باید شامل دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت برای تمام کادر مدرسه باشد تا آن‌ها بتوانند پیام‌های بهداشتی صحیح و هماهنگی را به دانش‌آموزان منتقل کنند.
- تضاد رفتاری: اگر معلمی در کلاس درس نوشابه مصرف کند یا دندان‌های وی وضعیت ظاهری نامناسبی داشته باشد، اعتبار آموزش‌های بهداشتی نزد دانش‌آموزان

^۱ Role Modeling

خداشدار می‌شود. مدیریت مدرسه باید فرهنگی را ترویج کند که در آن کادر آموزشی خود را ملزم به رعایت اصول بهداشتی بدانند.

۳-۴. تعامل استراتژیک خانه و مدرسه^(۱)

مدیریت مدرسه باید پلی میان آموزش‌های درون مدرسه و محیط خانه ایجاد کند. والدین «دروازه‌بانان»^(۲) سلامت کودکان هستند؛ آن‌ها مسئولیت خرید خمیردندان، نظارت بر مسواک زدن شبانه و تنظیم رژیم غذایی در منزل را بر عهده دارند.

- جلسات اولیاء و مربیان: استفاده از ظرفیت جلسات انجمن اولیاء و مربیان برای آموزش والدین در مورد اهمیت دندان‌های شیری (که اغلب به اشتباه کم‌اهمیت پنداشته می‌شوند) و فیشور سیلانت (شیارپوش) دندان‌های دائمی ضروری است.
- ابزارهای ارتباطی: ارسال پیام‌های بهداشتی کوتاه از طریق پلتفرم‌های مجازی مدرسه یا دفترچه‌های رابط، می‌تواند والدین را در جریان برنامه‌های بهداشتی مدرسه قرار داده و آن‌ها را به مشارکت بطلبد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد مداخله‌ای که همزمان بر دانش آموز و والدین متمرکز باشد، دو برابر مؤثرتر از مداخله‌ای است که فقط بر دانش آموز تمرکز دارد.

۳-۵. ادغام خدمات پیشگیری در سیستم مدرسه

یکی دیگر از ابعاد مدیریتی، هماهنگی با سیستم بهداشتی منطقه برای ارائه خدمات پیشگیرانه در مدرسه است. اجرای طرح‌هایی مانند «وارنیش فلورایدتراپی» که در بسیاری از کشورها از

^۱ Home-School Partnership

^۲ Gatekeepers

جمله ایران اجرا می‌شود، نیازمند مدیریت دقیق زمان، فضا و همکاری کادر مدرسه با تیم دندانپزشکی است. مدیریت مدرسه باید این مداخلات را نه به عنوان یک مزاحمت برای برنامه درسی، بلکه به عنوان بخشی از رسالت آموزشی-تربیتی خود بپذیرد.

۴. بحث و تحلیل^(۱)

مروری بر مطالعات انجام شده در دو دهه اخیر نشان می‌دهد که ارتقای سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان مسئله‌ای چندوجهی است که نمی‌توان تنها با تکیه بر یک رویکرد تک‌بعدی (صرفاً آموزشی یا صرفاً درمانی) به آن پاسخ داد. تحلیل ادبیات پژوهشی در این مقاله، نکات کلیدی و چالش‌های زیر را برجسته می‌سازد:

۴-۱. شکاف بین «دانش» و «عملکرد»: پاشنه آشیل آموزش‌های سنتی

یکی از یافته‌های مهم در اکثر مطالعات مرور شده، وجود «شکاف دانش-رفتار»^(۲) در میان دانش‌آموزان است. آمارها نشان می‌دهد که درصد بالایی از دانش‌آموزان (گاهی بیش از ۸۰ درصد) از لزوم مسواک زدن و مضرات قند آگاه هستند، اما این آگاهی در رفتار روزانه آن‌ها نمود پیدا نمی‌کند. تحلیل این پدیده نشان می‌دهد که روش‌های سنتی آموزش بهداشت که عمدتاً بر «انتقال اطلاعات» و مدل زیست‌پزشکی تمرکز دارند، در ایجاد انگیزه درونی ناتوان بوده‌اند. این روش‌ها فرض می‌کنند که اگر فرد بداند کاری برایش مفید است، آن را انجام می‌دهد؛ فرضی که روانشناسی سلامت آن را رد می‌کند. در مقابل، مداخلاتی که بر مبنای «الگوی باور بهداشتی» یا «تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده» طراحی شده‌اند، با هدف قرار دادن موانع ذهنی، هنجارهای اجتماعی و خودکارآمدی، موفقیت بیشتری در پر کردن این شکاف

^۱ Discussion

^۲ Knowledge-Behavior Gap

داشته‌اند. به عبارت دیگر، آموزش باید از سطح «دانستن» به سطح «باور کردن» و «توانستن» ارتقا یابد.

۴-۲. هم‌افزایی آموزش و مدیریت: نقش «برنامه درسی پنهان»

بحث در مورد مدیریت مدارس، مفهوم «برنامه درسی پنهان»^(۱) را پیش می‌کشد. برنامه درسی پنهان شامل پیام‌های غیررسمی است که دانش‌آموزان از محیط فیزیکی و جو اجتماعی مدرسه دریافت می‌کنند. وقتی معلم بهداشت در کلاس از مضرات نوشابه می‌گوید، اما بوفه مدرسه نوشابه می‌فروشد یا معلم در زنگ تفریح شیرینی مصرف می‌کند، دانش‌آموز دچار تعارض شناختی می‌شود. در این تعارض، معمولاً پیام محیطی (برنامه درسی پنهان) بر پیام کلامی (برنامه درسی رسمی) غلبه می‌کند. بنابراین، اثربخشی برنامه‌های آموزشی به شدت وابسته به بستر مدیریتی است. مطالعاتی که رویکرد جامع^(۲) داشته‌اند—یعنی همزمان با آموزش دانش‌آموز، محیط تغذیه‌ای را اصلاح کرده و معلمان را آموزش داده‌اند—پایداری رفتار بسیار بیشتری را گزارش کرده‌اند. مدیریت مدرسه با هم‌سوسازی محیط فیزیکی با محتوای آموزشی، به رفتار سالم مشروعیت می‌بخشد.

۴-۳. پایداری تغییر رفتار^(۳)

بسیاری از مداخلات آموزشی مورد بررسی، تأثیرات کوتاه‌مدت مثبت داشته‌اند (مثلاً کاهش پلاک میکروبی در پیگیری یک‌ماهه)، اما در پیگیری‌های طولانی‌مدت (شش ماه یا یک سال)، رفتار دانش‌آموزان به حالت قبل بازگشته است.

^۱ Hidden Curriculum

^۲ Comprehensive

^۳ Sustainability of Behavior Change

علت این امر را می‌توان در دو عامل جستجو کرد:

۱. عدم تداوم آموزش: برنامه‌های بهداشتی اغلب به صورت کارگاه‌های مقطعی (کمپین‌های یک‌هفته‌ای) اجرا می‌شوند و فاقد استمرار در طول سال تحصیلی هستند. شکل‌گیری عادت نیازمند تکرار و تقویت مداوم است.

۲. عدم حمایت خانواده: مدرسه تنها نیمی از زمان بیداری دانش‌آموز را پوشش می‌دهد. اگر عادات شکل گرفته در مدرسه، در خانه توسط والدین حمایت نشوند (مثلاً والدین خودشان مسواک نزنند یا خرید تنقلات ناسالم در خانه آزاد باشد)، احتمال بازگشت به رفتار ناسالم بسیار زیاد است. بنابراین، راهبرد مدیریتی تعامل با والدین، ضامن پایداری تغییر رفتار است.

۴-۴. چالش‌های اجرایی و سیستمی

در تحلیل نهایی، موانع اجرایی نقش پررنگی در شکست برخی برنامه‌ها دارند. در بسیاری از مدارس، بهداشت دهان و دندان در اولویت آموزشی قرار ندارد و تحت‌الشعاع دروس اصلی (ریاضی و علوم) قرار می‌گیرد. کمبود مربی بهداشت متخصص (به‌ویژه در مدارس ابتدایی دولتی)، کمبود بودجه برای تهیه اقلام بهداشتی و عدم هماهنگی بین‌بخشی میان وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، از چالش‌های کلان مدیریتی است.

همچنین، نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی^(۱) چالش بزرگی است. دانش‌آموزان مناطق که دسترسی کمتری به مسواک، خمیردندان و خدمات دندانپزشکی دارند، حتی با وجود آموزش عالی، نمی‌توانند خودمراقبتی مطلوبی داشته باشند. در اینجا نقش مدیریت مدرسه در

^۱ Socio-economic Inequalities

توزیع عادلانه منابع و جلب حمایت‌های خیرین یا دولتی برجسته می‌شود. علاوه بر چالش‌های اجرایی، تحلیل دقیق‌تر شکست برخی برنامه‌ها نشان می‌دهد که نادیده گرفتن «شیب اجتماعی-اقتصادی»^(۱) عامل کلیدی در عدم اثربخشی مداخلات است. دانش‌آموزان مناطق کم‌برخوردار علیرغم دریافت آموزش‌های مشابه، به دلیل عدم دسترسی به ابزارهای بهداشتی استاندارد و تغذیه نامناسب، نمی‌توانند چرخه معیوب بیماری را بشکنند. بنابراین، برنامه‌هایی که صرفاً بر تغییر رفتار فردی تمرکز دارند و نابرابری‌های ساختاری را نادیده می‌گیرند، در عمل باعث عمیق‌تر شدن شکاف سلامت می‌شوند. موفقیت واقعی زمانی حاصل می‌شود که مدیریت مدرسه با تأمین اقلام بهداشتی و تغذیه رایگان، این نابرابری زمینه را برای دانش‌آموزان محروم جبران کند.

۴-۵. مقایسه روش‌های نوین و سنتی

اگرچه روش‌های نوین مانند گیمیفیکیشن و آموزش همسالان نتایج درخشانی داشته‌اند، اما نباید به عنوان جایگزین کامل روش‌های کلاسیک دیده شوند، بلکه باید مکمل آن‌ها باشند. فناوری می‌تواند جذابیت ایجاد کند، اما تعامل چهره‌به‌چهره با مربی و تمرین عملی روی ماکت، برای یادگیری مهارت‌های حرکتی ظریف^(۲) مسواک زدن ضروری است. ترکیب هوشمندانه فناوری، آموزش همسالان و نظارت مربی، مدل ایده‌آل (Hybrid Model) است که ادبیات پژوهشی اخیر بر آن صحنه می‌گذارد.

^۱ Socioeconomic Gradient

^۲ Fine Motor Skills

۵. نتیجه گیری^(۱)

مرور جامع متون و مطالعات انجام شده در زمینه نقش آموزش بهداشت و مدیریت مدارس در ارتقای سلامت دهان و دندان دانش آموزان، ما را به سمت یک پارادایم شیفت (تغییر الگو) اساسی رهنمون می سازد. یافته های این پژوهش نشان داد که اگرچه پوسیدگی دندان یک بیماری با منشأ میکروبی است، اما ریشه های آن عمیقاً در «رفتار» و «محیط» نهفته است. بنابراین، راهکارهای مقابله با آن نیز باید فراتر از مداخلات بالینی صرف باشد.

نتیجه گیری نهایی این مطالعه بر سه محور اصلی استوار است:

۱. ناکارآمدی آموزش تک بعدی: رویکردهای آموزشی سنتی که صرفاً بر انتقال دانش تمرکز دارند، در ایجاد تغییر رفتار پایدار شکست خورده اند. دانش آموزان امروزی نیازمند روش های تعاملی، مبتنی بر فناوری و همسال محور هستند که انگیزه درونی آن ها را تحریک کند.

۲. ضرورت حمایت مدیریتی: هیچ برنامه آموزشی بدون بستر اجرایی مناسب موفق نخواهد بود. مدیریت مدرسه با کنترل محیط تغذیه ای (بوفه)، تأمین زیرساخت های فیزیکی و ایجاد فرهنگ سازمانی حامی سلامت، نقش کاتالیزور را در تبدیل «دانش» به «عمل» ایفا می کند.

۳. رویکرد یکپارچه: موفق ترین مدل ها، مدل هایی هستند که مثلث «مدرسه، خانه و سیستم بهداشتی» را به هم متصل می کنند. بدون درگیر کردن والدین و بدون حمایت سیستم بهداشتی، تلاش های مدرسه ابتر خواهد ماند.

^۱ Conclusion

در نهایت، سرمایه گذاری بر روی آموزش و پیشگیری در سنین مدرسه، نه تنها مقرون به صرفه ترین راهکار برای کاهش بار بیماری های دهان و دندان در آینده است، بلکه گامی اساسی در جهت تحقق عدالت در سلامت محسوب می شود.

پیام صریح این مطالعه به سیاست گذاران حوزه سلامت و آموزش این است که بدون بازنگری در ساختار مدیریتی مدارس، صرف بودجه های آموزشی نوعی هدررفت منابع خواهد بود. چارچوب «مدارس مروج سلامت (WHO Health Promoting Schools)» «نباید تنها یک شعار لوکس تلقی شود، بلکه باید به عنوان یک استاندارد الزام آور اجرایی گردد تا اطمینان حاصل شود که مدرسه نه فقط محل یادگیری دروس، بلکه پایگاهی برای تمرین عملی سبک زندگی سالم است.

۶. پیشنهادات کاربردی و راهکارها^(۱)

بر اساس یافته های این مطالعه مروری، پیشنهادات زیر برای سطوح مختلف سیاست گذاری و اجرایی ارائه می گردد:

الف) سطح سیاست گذاری کلان (وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت)

- بازنگری برنامه درسی: گنجاندن مفاهیم سلامت دهان و دندان در کتب درسی به صورت مهارتی و عملی، نه صرفاً حفظی.
- استخدام مربیان بهداشت تخصصی: تخصیص بودجه برای حضور تمام وقت مربیان بهداشت در مدارس ابتدایی.

^۱ Practical Recommendations

- پوشش بیمه ای پیشگیری: گسترش پوشش خدمات پیشگیرانه (مانند فیشور سیلانت و فلوراید تراپی) در مدارس دولتی و مناطق محروم.

ب) سطح مدیریت مدارس

- اجرای طرح «زنگ مسواک»: اختصاص ۵ دقیقه زمان رسمی بعد از زنگ ناهار یا صبحانه برای مسواک زدن همگانی با نظارت معلمان.
- اصلاح الگوی بوفه: ممنوعیت قاطع فروش مواد قندی چسبنده و جایگزینی آن با خوراکی های دارای "نشان سیب سلامت".
- بهسازی محیط فیزیکی: تعمیر و نوسازی روشویی ها و نصب آینه ها در ارتفاع مناسب دانش آموزان جهت تشویق به استفاده.

ج) سطح آموزشی و اجرایی

- توانمندسازی معلمان: برگزاری کارگاه های ضمن خدمت برای معلمان جهت آشنایی با اصول اولیه بهداشت دهان و دندان.
- استفاده از فناوری: طراحی و معرفی اپلیکیشن های بازی وار^(۱) بومی برای تشویق دانش آموزان به مسواک زدن در خانه.
- تشکیل گروه «همیاران دندانپزشک»: آموزش دانش آموزان منتخب برای نظارت بر بهداشت همکلاسی ها و آموزش همسالان.

^۱ Gamified

د) سطح پژوهشی

- انجام مطالعات طولی (۱) برای سنجش پایداری تغییر رفتار در بازه‌های زمانی ۱ تا ۵ سال.
- بررسی اثربخشی روش‌های نوین (مانند واقعیت مجازی) در مقایسه با روش‌های سنتی در بستر فرهنگی ایران.

منابع و مأخذ

۱. World Health Organization (WHO). *Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health* by ۲۰۳۰. Geneva: WHO; ۲۰۲۲.
۲. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Jafarifar MT. Oral health among ۳۵- to ۴۴-year-old Iranians. *Med J Islam Repub Iran*. ۲۰۱۷;۳۱:۶۵.
۳. Albino J, Tiwari T. Preventing Childhood Caries: A Review of Recent Behavioral Research. *J Dent Res*. ۲۰۱۶;۹۵(۱):۳۵-۴۲.
۴. Kay E, Vascott D, Hocking A, Nield H. A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. ۲۰۱۶;۴۴(۴):۳۱۳-۳۰.
۵. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ*. ۲۰۰۵;۸۳(۹):۶۷۷-۸۵.
۶. Pakpour AH, Hidarnia A, Hajizadeh E, Kumar S, Harrison AP. The status of dental caries and its predictive factors in a sample of Iranian adolescents. *J Oral Health Oral Epidemiol*. ۲۰۱۱;۱(۱):۱-۹.
۷. Solhi M, Zadeh DS, Seraj B, Zadeh SF. The application of the health belief model in oral health education. *Iran J Public Health*. ۲۰۱۰;۳۹(۴):۱۱۴-۹.
۸. 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.* ۲۰۱۱;۵۳(۳):۳۶۹-۷۷.
۹. Firmino RT, Ferreira FM, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Martins CC. Oral health literacy and associated factors in a group of Brazilian adolescents. *Dent Traumatol.* ۲۰۱۷;۳۳(۳):۲۰۴-۱۰.
۱۰. Yazdani R, Vehkalahti MM, Nouri M, Murtomaa H. School-based education to improve oral cleanliness and gingival health in adolescents in Tehran, Iran. *Int J Paediatr Dent.* ۲۰۰۹;۱۹(۴):۲۷۴-۸۱.
۱۱. Zolfaghari M, Shirmohammadi M, Shahhosseini H, Mokhtaran M. Development and evaluation of a gamified smart phone application for oral health promotion in early childhood: A randomized controlled trial. *BMC Oral Health.* ۲۰۲۱;۲۱(۱):۱-۱۰.
۱۲. Haleem A, Khan MK, Sufia S, Chaudhry S, Siddiqui MI, Khan AA. The role of repetition and reinforcement in school-based oral health education-a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health.* ۲۰۱۵;۱۶:۲.
۱۳. Langford R, Bonell CP, Jones HE, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev.* ۲۰۱۴;(۴):CD۰۰۸۹۵۸.
۱۴. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Feeding habits as determinants of early childhood caries in a population where prolonged breastfeeding is the norm. *Community Dent Oral Epidemiol.* ۲۰۰۸;۳۶(۴):۳۶۳-۹.

۱۵. Jürgensen N, Petersen PE. Promoting oral health of children through schools—results from a WHO global survey ۲۰۱۲. *Community Dent Health*. ۲۰۱۳;۳۰(۴):۲۰۴-۱۸.
۱۶. Basir L, Roudsari NV, Forooghi B. The Effect of Oral Health Education for Teachers on the Oral Hygiene of Kindergarten Children. *J Dent (Shiraz)*. ۲۰۱۷;۱۸(۲):۱۲۲-۷.
۱۷. Van den Branden S, Van den Broucke S, Leroy R, Declerck D, Hoppenbrouwers K. Effects of time and frequency of implementation of a school-based oral health education programme on oral health knowledge and habits of adolescents. *Health Educ Res*. ۲۰۱۲;۲۷(۱):۱۵۰-۶۰.
۱۸. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Noroozi M, Armoon B. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of ۱۷-Year Intervention. *Int J Dent Hyg*. ۲۰۱۸;۱۶(۱):۵۹-۶۷.
۱۹. Stein C, Santos NML, Hilgert JB, Hugo FN. Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. ۲۰۱۸;۴۶(۱):۳۰-۷.
۲۰. Paakkari L, Paakkari O. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Educ*. ۲۰۱۲;۱۱۲(۲):۱۳۳-۵۲.
۲۱. Cooper AM, O'Malley LA, Elison SN, et al. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. *Cochrane Database Syst Rev*. ۲۰۱۳;(۵):CD۰۰۹۳۷۸.

۲۲. Petersen PE. The World Oral Health Report ۲۰۰۳: continuous improvement of oral health in the ۲۱st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* ۲۰۰۳;۳۱(Suppl ۱):۳-۲۳.
۲۳. Naidu J, Nandlal B. Evaluation of the effectiveness of a gamified oral health education program in children: A randomized controlled trial. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* ۲۰۱۷;۳۵(۳):۲۱۳-۸.