

بررسی شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان در دانش آموزان دبیرستانی استان زنجان، ۱۳۸۴

کوروش امینی*، دکتر عبدالله امینی**، حسین مدنی*، محمد حسین پورمعماری*، رمضان فلاح***

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی، گروه پرستاری korosh20002@yahoo.com

دریافت: ۸۴/۹/۱۹ پذیرش: ۸۵/۳/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای فساد و خرابی دندان‌ها و عوارض شناخته شده‌ی آن و گزارش‌هایی مبنی بر تأثیر رفتارهای بهداشتی در ارتقای بهداشت دهان و دندان، این مطالعه به منظور تعیین شیوه‌های مختلف مراقبت از دهان و دندان در بین نوجوانان استان زنجان طی سال تحصیلی ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۴ صورت گرفت.

روش بررسی: این تحقیق توصیفی بر روی ۱۵۰۰ دانش آموز دبیرستانی صورت پذیرفت که به روش نمونه‌گیری تصادفی و خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند. ابزار مطالعه پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود که به منظور تعیین روایی آن از روش اعتبار محتوا و به منظور تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای اسکوتر به منظور تعیین اختلاف بین گروه‌های مختلف (بر اساس برخی ویژگی‌های دموگرافیک) مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: بیشترین شیوه‌ی مراقبت از دندان‌ها در دانش آموزان مسواک زدن (۸۹/۷ درصد) بود که آزمون آماری تفاوت معنی‌داری را بر حسب جنس ($P=0/001$)، پایه‌های مختلف تحصیلی ($P=0/002$)، دبیرستان‌های مختلف ($P=0/002$) و مناطق مختلف تحصیلی ($P=0/001$) نشان داد. **نتیجه‌گیری:** شیوه‌ی غالب مراقبت از دندان‌ها توسط نوجوانان استان، تنها به کارگیری مسواک بود. از این رو برنامه‌ریزی به منظور به کارگیری شیوه‌های مختلف مراقبت دهان و دندان در نوجوانان اکیدا توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: دهان و دندان، رفتار بهداشتی، نوجوانان، زنجان

مقدمه

بهداشت دهان و دندان به تمامی جنبه‌های سلامت و عملکرد دهان، به ویژه لثه و دندان‌ها اشاره دارد. عدم رعایت رفتارهای مرتبط با سلامت و بهداشت دهان و دندان از چند جنبه‌ی نقش دندان و لثه‌ها در خوردن، صحبت کردن، کیفیت صدا و تکلم؛ سلامت عمومی و احساس خوب بودن (Well being)؛ اهمیت مراقبت صحیح از دندان‌ها، پیشگیری

از ابتلا به عفونت دهان، فساد و از دست دادن دندان‌ها، التهاب لثه‌ها و مشکلات تنفسی، حائز اهمیت است (۱،۲). علاوه بر آن نقش دندان‌های سالم در تغذیه و پیشگیری از سوء تغذیه، برخی از بیماری‌های مزمن مانند دیابت و بیماری قلبی، تصویر ذهنی مثبت از خود و به تبع آن سلامت روان به اثبات رسیده است (۳). آمارهای بین المللی و شواهد موجود، از زمان‌های دور (۵ هزار سال پیش) نشان می‌دهد که میزان

* کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

** داروساز، دانشکده داروسازی اهواز

*** کارشناس ارشد آمار حیاتی، مربی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

روش بررسی

تحقیق به روش توصیفی انجام گرفت. جامعه‌ی پژوهش تمامی دانش آموزان دبیرستانی استان (۵۵۶۰۰) بودند که بر اساس فرمول، حجم نمونه معادل ۱۵۰۰ نفر برآورد و نمونه‌ها به روش تصادفی خوشه‌ای و چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به منظور نمونه‌گیری، از مناطق برخوردار ناحیه‌ی یک و ۲ زنجان، ۳ دبیرستان (یکی دخترانه و یکی پسرانه و یک دبیرستان غیر انتفاعی پسرانه)، از خدابنده و ابهر ۴ دبیرستان (از هر کدام یک دبیرستان دخترانه و یک دبیرستان پسرانه)، از ناحیه‌ی نیمه برخوردار، دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه‌ی طارم و ماهنشان، از مناطق آموزشی محروم دبیرستان‌های دخترانه‌ی زنجانرود و زرینه رود و پسرانه‌ی زنجانرود و سجاجرود انتخاب و از هر دبیرستان به نسبت تعداد دانش آموزان شاغل به تحصیل با برقراری تناسب، تعداد مشخصی دانش آموز به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده گردید.

پرسش‌نامه شامل دو بخش ویژگی‌های دموگرافیک (۸ سوال) و شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان (۷ سوال) بود. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از سه کارشناس استفاده شد که در محیط‌های پژوهش حضور می‌یافتند و بعد از انتخاب تصادفی نمونه‌ها در محیط آموزشی، معرفی خود و بیان هدف طرح، پرسش‌نامه‌ها را جهت تکمیل در اختیار دانش آموزان قرار می‌دادند. جهت تعیین روایی پرسش‌نامه از اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی آن از آزمون مجدد (با ۳۰ واحد پژوهش) استفاده شد که میزان همبستگی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۷۹ درصد محاسبه گردید. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون کای دو) مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که اکثر دانش آموزان دبیرستانی

فساد و خرابی دندان‌ها در آن زمان خیلی کم و نادر بوده است و با گذشت زمان میزان شیوع خرابی دندان‌ها سیر صعودی به خود می‌گیرد به نحوی که رقم فوق به ۲ تا ۱۰ دندان خراب از ۱۰۰ دندان در ۴۰۰۰ سال پیش می‌رسد و این روند رو به تزاید ادامه یافته و به میزان ثابت ۲۴ دندان از ۱۰۰ دندان رسیده است (۴). در ایران بر اساس آمارهای موجود فقط از بین هفت میلیون کودک زیر ۱۲ سال، حدود ۵/۱ میلیون نفر دارای دندان‌های پوسیده و پر کرده هستند و شاخص DMF (Decayed, Missed, Filled Teeth) در میان آن‌ها ۱/۵ می‌باشد (یعنی ۱۰/۵ میلیون دندان پوسیده و خراب) که هزینه‌ی درمان و ارایه‌ی خدمات در این خصوص، معادل ۶۳ میلیارد تومان است که به خانواده و جامعه تحمیل می‌شود (۵). در زمینه‌ی مراقبت از دهان و دندان روش‌های مختلفی از قبیل مسواک، خمیر دندان‌های حاوی فلوراید، نخ دندان، مکمل‌های فلوراید، مراجعه‌ی منظم به دندانپزشک، رعایت بهداشت و تغذیه‌ی مناسب پیشنهاد شده است و استفاده‌ی ترکیبی از آن‌ها دارای نقش مضاعف می‌باشد و در مقایسه با روش‌های درمان، شیوه‌های مراقبتی مختلف معمولاً بی‌خطر، مطمئن، کم هزینه و در دسترس می‌باشند (۱۱-۶). بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند مسائل و مشکلات نوجوانان بیشتر رفتاری است. از سوی دیگر تقریباً تمامی رفتارهای ناهنجار و به هنجار افراد بزرگسال نیز از دوران نوجوانی پایه‌ریزی می‌شوند (۱۳-۱۱). با توجه به مطالب فوق از یک سو، نسبت جمعیت نوجوانان در کشور (۲۷ درصد) (۵)، عدم انجام مطالعه‌ای گسترده با نمونه‌گیری مناسب و تعداد کافی در زمینه‌ی چگونگی مراقبت از دهان و دندان در ایران، اساس بررسی‌های محققین) و به خصوص در استان زنجان، تحقیق حاضر با هدف تعیین چگونگی مراقبت از دندان و لثه‌ها توسط دانش‌آموزان دبیرستانی (نوجوانان) استان زنجان با توجه به برخی ویژگی‌های دموگرافیک آنان در سال ۱۳۸۴ انجام گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی شیوه های مراقبت از دهان و دندان در دانش آموزان بر حسب جنس، زنجان ۱۳۸۲-۱۳

شیوه ی مراقبت	جنس	دختر	پسر	جمع
۱- مراجعه مرتب به دندان پزشک		۱۵۸ (۲۱/۹)*	۱۶۶ (۲۲)	۳۲۴ (۲۱/۹)
۲- مسواک زدن		۶۸۸ (۹۵/۲)	۶۲۶ (۸۴/۵)**	۱۳۱۳ (۸۹/۷)
۳- استفاده از خمیر دندان های حاوی فلوراید		۵۳۳ (۷۳/۸)	۴۴۲ (۵۹/۶)**	۹۶۵ (۶۶/۶)
۴- استفاده از دهان شویه		۱۸۴ (۲۵/۵)	۱۷۹ (۲۴/۲)	۳۶۳ (۲۴/۸)
۵- عدم مصرف غذاهای شیرین		۱۴۵ (۲۰/۱)	۲۰۰ (۲۷)***	۳۴۵ (۲۳/۶)
۶- استفاده از نخ دندان		۲۱۲ (۲۹/۴)	۱۵۵ (۲۰/۹)***	۳۶۷ (۲۵/۱)
۷- استفاده از مکمل های فلوراید دار		۱۲۹ (۱۷/۹)	۱۶۷ (۲۲/۵)**	۲۹۶ (۲۰/۲)

** P<۰/۰۵, ***P<۰/۰۰۲

* اعداد داخل پرانتز بیان گر درصد می باشند.

ترتیب که دختران بیشتر از پسران دندان های خود را مسواک می زنند (۹۵/۲ درصد)، از خمیر دندان های حاوی فلوراید (۷۳/۸ درصد)، دهان شویه (۲۵/۵ درصد) و نخ دندان (۲۹/۴ درصد) استفاده می کنند و پسران بیشتر از مکمل های فلوراید دار (۲۲/۵ درصد) استفاده می کنند و سعی می کنند از مواد قندی کمتر استفاده کنند (جدول ۱).

در زمینه ی استفاده از خمیر دندان های فلوراید دار، عدم مصرف مواد قندی و به کارگیری نخ دندان برای محافظت از دندان ها، نتایج نشان داد که بین دانش آموزان ساکن شهر،

استان (۸۹/۷ درصد) برای محافظت از دندان های خود از مسواک استفاده می کنند و فقط ۲۰/۲ درصد آن ها مکمل های فلورایدی را به کار می برند. در زمینه ی مراجعه ی مرتب و سالیانه به دندان پزشک و استعمال دهان شویه، بین دو جنس اختلاف معناداری از نظر آماری وجود نداشت، ولی در زمینه های مسواک زدن، به کارگیری خمیر دندان های فلوراید دار ($P= ۰/۰۰۱$)، عدم مصرف غذاهای شیرین، استفاده از نخ دندان ($P= ۰/۰۰۱$) و مکمل های فلورایدی ($P= ۰/۰۲$) بین دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود داشت. به این

جدول ۲: توزیع فراوانی شیوه های مراقبت از دهان و دندان دانش آموزان بر حسب پایه ی تحصیلی، زنجان ۱۳۸۲-۱۳

شیوه ی مراقبت	پایه ی تحصیلی	اول	دوم	سوم	پیش دانشگاهی	جمع
۱- مراجعه مرتب به دندان پزشک		۱۸۷ (۲۶)*	۸۵ (۱۸/۳)	۳۹ (۱۷/۳)	۱۲ (۲۰/۷)***	۲۳۲ (۲۲)
۲- مسواک زدن		۶۳۸ (۹۰/۵)	۴۲۱ (۹۰/۵)	۱۹۹ (۸۸/۴)	۴۶ (۷۹/۳)**	۱۳۰۴ (۸۹/۷)
۳- استفاده از خمیر دندان های حاوی فلوراید		۴۶۲ (۶۵/۵)	۳۲۲ (۶۹/۲)	۱۴۶ (۶۴/۹)	۳۸ (۶۵/۵)	۹۶۸ (۶۶/۶)
۴- استفاده از دهان شویه		۲۰۵ (۲۹/۱)	۹۶ (۲۰/۶)	۴۷ (۲۰/۹)	۱۲ (۲۰/۷)***	۳۶۰ (۲۴/۸)
۵- عدم مصرف غذاهای شیرین		۱۷۹ (۲۵/۴)	۱۰۱ (۲۱/۷)	۴۴ (۱۹/۶)	۱۷ (۲۹/۳)	۳۴۱ (۲۳/۵)
۶- استفاده از نخ دندان		۱۷۸ (۲۵/۳)	۱۲۷ (۲۷/۳)	۵۲ (۲۳/۱)	۱۰ (۱۷/۲)	۳۶۷ (۲۵/۳)
۷- استفاده از مکمل های فلوراید دار		۱۷۱ (۲۴/۳)	۸۳ (۱۷/۸)	۲۸ (۱۲/۴)	۱۱ (۱۹)***	۲۹۳ (۲۰/۲)

P<۰/۰۵, *P<۰/۰۰۱

* اعداد داخل پرانتز بیان گر درصد می باشند.

جدول ۳: توزیع فراوانی شیوه های مراقبت از دهان و دندان دانش آموزان بر حسب نوع دبیرستان، زنجان ۱۳۸۲-۱۳

شیوه‌ی مراقبت	نوع دبیرستان	دولتی عادی	نمونه دولتی	غیر انتفاعی	سایر	جمع
۱- مراجعه مرتب به دندان پزشک	۲۶۷ (۲۰/۷) *	۲۶ (۲۷/۷)	۱۲ (۴۲/۹)	۱۲ (۲۶/۶) **	۳۱۷ (۲۱/۸)	
۲- مسواک زدن	۱۱۳۹ (۸۹/۳)	۹۲ (۹۷/۹)	۲۶ (۹۲/۹)	۳۹ (۸۶/۶) **	۱۲۹۶ (۸۹/۸)	
۳- استفاده از خمیر دندان‌های حاوی فلوراید	۸۴۲ (۶۶)	۸۰ (۸۵/۱)	۲۳ (۸۲/۱)	۲۱ (۴۶/۶)	۹۶۶ (۶۶/۹)	
۴- استفاده از دهان شویه	۳۱۶ (۲۴/۸)	۲۲ (۲۳/۴)	۹ (۳۲/۱)	۱۱ (۲۴/۴) ***	۳۵۸ (۲۴/۸)	
۵- عدم مصرف غذاهای شیرین	۳۰۵ (۲۳/۹)	۲۶ (۲۷/۷)	۰ (۰)	۸ (۱۷/۸)	۳۳۹ (۲۳/۵)	
۶- استفاده از نخ دندان	۳۱۳ (۲۴/۵)	۳۷ (۳۹/۴)	۶ (۲۱/۴)	۹ (۲۰) **	۳۶۵ (۲۵/۳)	
۷- استفاده از مکمل‌های فلوراید دار	۲۴۷ (۱۹/۴)	۲۸ (۲۹/۸)	۹ (۳۲/۱)	۸ (۱۷/۸) **	۲۹۲ (۲۰/۲)	

P<۰/۰۵ * P<۰/۰۰۱

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

بخش و روستا اختلاف معنی‌داری وجود دارد. به این صورت که شهر نشینان بیشتر از ساکنین بخش‌ها و روستاها از خمیر دندان‌های فلورایدی (۶۸/۳ درصد) و نخ دندان (۲۶/۸ درصد) استفاده می‌کنند ($P=۰/۰۳$), به میزان کمتری از مصرف غذاهای شیرین اجتناب می‌کنند ($P=۰/۰۱$). ساکنین روستا در مقایسه با ساکنین بخش‌ها و شهرها (۲۵/۲ درصد) بیشتر از مکمل‌های فلورایدی استفاده می‌کنند ($P=۰/۰۱$). چنان‌چه در جدول (۲) مشهود است در زمینه‌های مراجعه‌ی مرتب به دندانپزشک، مسواک زدن، استفاده از دهان شویه و

مکمل‌های فلورایدی بین دانش آموزان پایه‌های مختلف تحصیلی، تفاوت معناداری وجود داشت به این صورت که دانش آموزان پایه‌ی اول بیشتر از پایه‌های دیگر جهت معاینه به دندان پزشک مراجعه نموده ($P=۰/۰۰۴$), از دهان شویه ($P=۰/۰۰۴$) و مکمل‌های فلورایدی ($P=۰/۰۰۱$) استفاده می‌کنند. در ضمن پایه‌های اول و دوم نیز بیشتر از دو پایه‌ی سوم و پیش دانشگاهی به دندان‌های خود مسواک می‌زنند ($P=۰/۰۴$). نتایج نشان داد (جدول ۳) که دانش آموزان دبیرستان‌های غیر انتفاعی بیشتر از دانش آموزان

جدول ۴: توزیع فراوانی شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان در دانش آموزان بر حسب مناطق مختلف ۱۳۸۲-۱۳

شیوه‌ی مراقبت	مناطق	برخوردار	نیمه برخوردار	محروم	جمع
۱- مراجعه مرتب به دندان پزشک	۲۸۵ (۲۲/۵) *	۲۳ (۱۹/۵)	۱۶ (۱۷/۶) ***	۳۲۴ (۲۱/۹)	
۲- مسواک زدن	۱۱۴۴ (۹۱/۲)	۹۷ (۸۲/۹)	۷۲ (۷۹/۱) **	۱۳۱۳ (۸۹/۷)	
۳- استفاده از خمیر دندان‌های حاوی فلوراید	۸۶۰ (۶۸/۵)	۶۳ (۵۳/۸)	۵۲ (۵۷/۱) **	۹۷۵ (۶۶/۶)	
۴- استفاده از دهان شویه	۳۱۱ (۲۴/۸)	۳۵ (۲۹/۲)	۱۷ (۱۸/۷)	۳۶۳ (۲۴/۸)	
۵- عدم مصرف غذاهای شیرین	۲۹۱ (۲۳/۲)	۳۱ (۲۶/۵)	۲۳ (۲۵/۳)	۳۴۵ (۲۳/۶)	
۶- استفاده از نخ دندان	۳۲۴ (۲۵/۸)	۲۶ (۲۲/۲)	۱۷ (۱۸/۷)	۳۶۲ (۲۵/۱)	
۷- استفاده از مکمل‌های فلوراید دار	۲۵۲ (۲۰/۱)	۲۸ (۲۳/۹)	۱۶ (۱۷/۶)	۲۹۶ (۲۰/۲)	

P<۰/۰۱ * P<۰/۰۰۱

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

سایر دبیرستان‌ها ($P=0/02$) به دندان پزشک مراجعه می‌کنند (۴۲/۹ درصد) و از دهان شویه ($P=0/001$) و مکمل‌های فلورایدی ($P=0/02$) بیشتر استفاده می‌کنند. دانش آموزان دبیرستان‌های نمونه‌ی دولتی بیشتر از بقیه مسواک می‌زدند ($P=0/01$) و از نخ دندان (۳۹/۴ درصد) استفاده می‌کردند ($P=0/03$). چنان‌چه در جدول (۴) مشاهده می‌شود شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان دانش‌آموزان مختلف برحسب برخورداری آنان از امکانات آموزشی متفاوت است به عبارت دیگر دانش آموزان مناطق برخورداری بیش از سایر مناطق دندان‌های خود را مسواک می‌زدند (۹۱/۲ درصد) و از خمیر دندان‌های فلوراید دار (۶۸/۵ درصد) استفاده می‌کردند ($P=0/001$).

بحث

یافته‌های تحقیق نشان داد که شیوه‌ی مراقبت از دندان‌ها در دانش آموزان استان به ترتیب فراوانی کاربرد عبارتند از: مسواک زدن، استفاده از خمیر دندان‌های فلوراید دار، نخ‌دندان، دهان شویه، عدم مصرف غذاهای شیرین، مراجعه‌ی مرتب به دندان پزشک و به کارگیری مکمل‌های فلوراید دار. در مطالعه‌ی مشابهی (۲۰۰۱) که بر روی نوجوانان گرامپیان صورت گرفته، یافته‌ها نشان داد که شیوه‌ی مراقبت از دهان و دندان در بین این دانش آموزان نیز به ترتیب عبارتند از: ۹۹ درصد مسواک زدن، ۸۱ درصد خمیر دندان‌های فلوراید دار، ۴۷ درصد دهان شویه، ۲۰ درصد اجتناب از غذاهای شیرین، ۱۳ درصد نخ دندان و ۲ درصد مکمل‌های فلورایدی (۱۴). نتایج تحقیق حاضر تفاوت معنی‌داری را بین مراجعه‌ی مرتب و سالیانه به دندان پزشک بین دانش آموزان پایه‌های مختلف تحصیلی ($P=0/004$) و نوع دبیرستان ($P=0/02$) نشان داد، به طوری که دانش آموزان پایه‌ی اول بیشتر از دانش آموزان پایه‌های دیگر و دانش آموزان دبیرستان‌های غیر انتفاعی بیشتر از سایر دبیرستان‌ها جهت انجام معاینه و دریافت خدمات به

شکل سالیانه به دندان پزشک مراجعه می‌کردند. بین جنس، محل سکونت و مناطق مختلف (برخورداری، نیمه برخورداری و محروم) اختلاف معنی‌داری موجود نبود. نتایج تحقیقی (۲۰۰۶) که در زمینه‌ی تاثیر عوامل مختلف اجتماعی - اقتصادی بر شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان انجام شد، نشان داد که عوامل اجتماعی - اقتصادی، پایه‌ی تحصیلی و میزان درآمد خانواده بر شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان تاثیر معنی‌داری دارند، به این صورت که پایه‌ی تحصیلی با رفتارهای بهداشت فردی رابطه‌ی معکوس دارد (۱۵). شاید دلیل تفاوت بین دانش‌آموزان مدارس غیر انتفاعی با نوجوانان سایر دبیرستان‌ها را نیز بتوان به شرایط اقتصادی بهتر اکثر این افراد نسبت داد.

نتایج مطالعات متعددی نشان داده است که روش رایج مراقبت از دهان و دندان در میان افراد، منجمله نوجوانان مسواک زدن می‌باشد (۱۶-۱۸). یافته‌های این تحقیق بین شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان و جنس، پایه‌ی تحصیلی، نوع دبیرستان و برخورداری از امکانات آموزشی رابطه‌ی معنی‌داری نشان داد، به این صورت که دختران بیشتر از پسران، دانش آموزان پایه‌ی اول و دوم بیشتر از پایه‌ی سوم و پیش دانشگاهی، دانش آموزان دبیرستان‌های غیر انتفاعی بیشتر از سایر دبیرستان‌ها و دانش آموزان مناطق برخورداری بیش از سایرین به دندان‌های خود مسواک می‌زدند. بر اساس مطالعات انجام شده در کشورهای مثل چین، کویت، سوئد و فنلاند دختران در تمامی زمینه‌های مراقبت از دهان و دندان بهتر و بیشتر از پسران عمل می‌کنند (۲۱، ۲۰، ۱۷، ۱۶). بالا بودن به کارگیری مسواک و سایر روش‌های مراقبت از دندان‌ها در بین دانش‌آموزان پایه‌ی اول و دوم نشان‌گر حساسیت بالای آنان به ظاهر عمومی است که با افزایش سن از شدت آن کاسته می‌شود (۱۵). از آنجایی که تقریباً تمامی دبیرستان‌های برخورداری در نواحی شهری قرار دارند که از نظر سطح زندگی (چه از نظر اقتصادی و همین‌طور از نظر اجتماعی - فرهنگی)

با وضعیت روستا متفاوت است (۲۲)، شاید بتوان دلیل متفاوت بودن میزان مسواک زدن در میان دانش‌آموزان دبیرستان‌های مختلف از نظر امکانات آموزشی را به این عامل نسبت داد. در زمینه‌ی پایه و دبیرستان‌های مختلف نیز منابع مختلف یافته‌ی پژوهش حاضر را تایید می‌کنند (۲۳، ۱۶).

در مورد استفاده از خمیر دندان‌های حاوی فلوراید، بخش قابل توجهی از نوجوانان استان از این خمیر دندان‌ها استفاده می‌کنند. نتایج تحقیقی که در چین انجام شده، نشان داد که تنها ۱۷ درصد نوجوانان چینی از این خمیر دندان‌ها استفاده می‌کنند (۱۶). منابع مختلف استفاده از این نوع خمیر دندان‌ها را دو بار در روز پیشنهاد می‌کنند (۱۹، ۱۸، ۱۶). بر اساس این تحقیق دختران بیشتر از پسران، ساکنین شهرها بیشتر از روستاها و بخش‌ها و دانش‌آموزان مناطق برخوردار بیشتر از دانش‌آموزان مناطق نیمه برخوردار و محروم از خمیر دندان‌های فلورایددار استفاده می‌کنند. در استفاده از دهان‌شویه‌ها نیز تنها ۲۵ درصد نوجوانان استان از این روش برای مراقبت از دهان و دندان خود استفاده می‌کنند. در تحقیقی که روی نوجوانان استرالیایی انجام شد، یافته‌ها نشان داد که تنها ۲۷ درصد آنان از دهان شویه استفاده می‌کنند که بیشتر نوجوانان دلیل به کارگیری این روش را مشابه پژوهش حاضر تجویز پزشک بیان کرده‌اند (۳). مطالعه‌ی انجام شده در نوجوانان گرامپیان این رقم را ۴۷ درصد گزارش کرد. از آنجا که به کارگیری دهان شویه‌ها از احتمال فساد ۳۰ درصد دندان‌ها جلوگیری می‌کند، استفاده از آن‌ها به همراه مسواک توسط متخصصین توصیه شده است (۹-۱۲).

بر اساس یافته‌های این تحقیق دانش‌آموزان پایه‌ی اول بیشتر از سایر پایه‌ها و دانش‌آموزان دبیرستان‌های غیر انتفاعی بیشتر از سایر دبیرستان‌ها از این روش برای مراقبت از دندان‌های خود استفاده می‌کنند. این یافته‌ها توسط سایر تحقیقات نیز تایید شده‌اند (۲۰، ۱۶، ۱۵).

در خصوص اجتناب از غذاهای شیرین، یافته‌ها بیان‌گر آن

است که تنها ۲۳/۵ درصد نوجوانان استان به این مهم توجه دارند و بیشتر آن‌ها از این مواد استفاده می‌کنند. مطالعه‌ی پترسون (Petersen) و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داد که بیشتر نوجوانان تایلندی (۸۴ درصد) از مواد قندی استفاده می‌کنند. در تحقیق دیگری (۲۰۰۶) نیز مشخص گردید که ۷۵ درصد نوجوانان استرالیایی مواد غذایی شیرین استفاده می‌کنند (۱۷، ۱۸).

بر اساس یافته‌های این پژوهش پسران بیشتر از دختران و روستاییان بیشتر از ساکنین شهر و بخش‌ها از مواد قندی به منظور رعایت بهداشت دهان و دندان خود اجتناب می‌کنند که این یافته‌ها با نتایج سایر تحقیقات همسویی دارد (۲۰، ۱۵). در مورد استفاده از نخ دندان تنها حدود ۲۵ درصد از نوجوانان استان از این شیوه استفاده می‌کردند. این در حالی است که تاثیر به کارگیری نخ دندان (حداقل روزی یک بار) در پیشگیری از فساد دندان‌ها و ایجاد ژئوویت ثابت شده است (۲۴). در تحقیقی که بر روی نوجوانان سوئدی (۲۰۰۲) انجام گرفت، نتایج نشان داد که ۵۲ درصد نوجوانان از نخ دندان استفاده می‌کنند (۲۰). شاید دلیل عدم به کارگیری نخ دندان در میان غالب نوجوانان و دانش‌آموزان استان را بتوان به عدم آموزش‌های لازم و کافی در زمینه‌ی اهمیت به کارگیری این روش توسط رسانه‌های جمعی نسبت داد. در واقع تاثیر معنی‌دار دانش و نگرش بر روی رفتارهای مراقبت از دهان و دندان در مطالعات قبلی نشان داده شده است (۱۶).

در خصوص استفاده از مکمل‌های فلورایددار، در این تحقیق تنها ۲۰ درصد نوجوانان از این مواد استفاده می‌کردند. نتایج مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان استرالیایی انجام شده نشان‌گر آن است که اکثریت نوجوانان از این روش استفاده نمی‌کنند (۱۸). این میزان در نوجوانان گرامپیان ۲ درصد گزارش شده است (۱۴). دلیل این امر شاید ناشناس بودن این ترکیبات و قیمت بالای آن‌ها باشد. در ضمن تجویز بیشتر این ترکیبات نیازمند تجویز پزشک متخصص می‌باشد (۱۸).

همچنین یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که پسران بیشتر از دختران و دانش‌آموزان پایه‌ی اول بیشتر از سایر پایه‌ها از مکمل‌های فلورایدی استفاده می‌کنند. جنس، سن پایه‌ی تحصیلی (نوجوانان)، محل سکونت (شهری و روستایی) و عامل اقتصادی عوامل تعیین کننده در رفتارهای مراقبت از دهان می‌باشند که این موضوع نه در ایران و زنجان بلکه بر اساس مطالعات مختلف در دنیا با اعداد و ارقام مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۲۵، ۲۲-۲۰، ۱۶-۱۴).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های طرح چنین استنباط می‌شود که مجموع شیوه‌های مراقبت از دهان و دندان که توسط دانش‌آموزان دبیرستانی استان به کار گرفته می‌شوند مطلوب نیست، به خصوص دانش‌آموزان روستایی در این زمینه وضعیت نامناسب‌تری دارند. دانش‌آموزان استان از بین انواع شیوه‌های مراقبت بر خلاف توصیه‌ی متخصصان، تنها از یک یا دو شیوه استفاده می‌کنند و به موضوع مهم عدم مصرف غذاهای شیرین که نقش بسیار مهمی در بهداشت دندان دارد، توجهی ندارد. در نهایت با توجه به یافته‌های طرح حاضر پیشنهاد می‌شود: ۱- در زمینه‌ی تغذیه‌ی مناسب و اجتناب از مصرف مواد شیرین به عنوان میان وعده، آموزش به دانش‌آموزان استان ضروری است.

منابع

۲- از آنجایی که شیوه‌های مراقبت دهان و دندان در تعداد قابل ملاحظه‌ای از دانش‌آموزان استان مطلوب نیست (مطلوب؛ استفاده‌ی توأم از چندین روش می‌باشد) از این رو باید در برنامه‌های ارتقاء بهداشت دهان و دندان استان تجدید نظر صورت گیرد.

۳- نوجوانان ساکن در روستاها باید به عنوان افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های دهان و دندان در نظر گرفته شوند و تحت بررسی اقدامات خاص بهداشت جامعه قرار گیرند (رویکرد جامعه محور).

۴- به برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان بیش از پیش پرداخته شود.

۵- در طرح حاضر چگونگی یا کیفیت روش‌های مراقبت از دندان و دهان مورد بررسی قرار نگرفت، بنابراین انجام پژوهش دیگری در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدر دانی

از آنجایی که هزینه‌ی پژوهش حاضر از اعتبارات پژوهش سازمان آموزش و پرورش استان تامین شده است، از این رو نویسندگان لازم می‌دانند از معاونت و کارکنان پژوهش آن سازمان تقدیر و تشکر نمایند. در ضمن از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان و همکاران حوزه‌ی پژوهش دانشگاه صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

- 1- Johnson RK. The 2000 dietary guidelines for Americans: Foundation of US nutrition policy. *Br Nutr Found Bull*. 2000; 25: 241-8.
- 2- EUFIC (The European Food Information Council). Dental health. [Serial Online]. Nov-Dec 2005 [Cited Nov 2005]: [12 screens]. Available from: [URL:http://www.eufic.org/en/quckfactdental_health.htm](http://www.eufic.org/en/quckfactdental_health.htm).
- 3- Coombe L. Dental health – Dental hygiene. Center for Rural and Remote Oral Health [serial online]. 2002. [cited 12 July. 2002]:[2 screens]. Available from: [URL:http://www.wellman.org.au/hygeine.html](http://www.wellman.org.au/hygeine.html).
- 4- UIC (University of Illinois Foundation). Epidemiology of dental disease, epidemiology of dental caries. [Serial Online]. 2005. [20 screens]. Available from: [URL:http://www.uic.edu/classes/osci/osci.590/11_1epidemiology.htm](http://www.uic.edu/classes/osci/osci.590/11_1epidemiology.htm).

۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۵/۱۰ میلیون کودک زیر دوازده سال دارای دندان‌های پوسیده هستند. *روزنامه جهان اقتصاد*. شماره ۳۴۴۵، چهارشنبه، ۱۳۸۵/۴/۱۴.

- 6- Department of Health. Modernising NHS Dentistry Implementing the NHS Plan. [Serial Online]. 2000. Available from: **URL: http://www.dh.gov.uk/.../publication_policy_and_guidance_article/fs/en?content_IO=4002931&chk=I%2BHHEI**.
- 7- Billings RJ. Topical fluorides in caries prevention. [Serial Online]. 2004. Available from: **URL: http://www.fmd.uwo.ca/dentistry//practiceAdministration/Topical_Fluorides.pdf**.
- 8- Wierzbicka M, Petersen PE, Szatko R. Changing oral health status and oral health behavior profile of school children in Poland. *Community Dental Health*. 2002; 19: 243-250. Available from: **URL: <http://www.dundee.ac.uk/dhsru/cdh/cdh19.htm>**.
- 9- Department of Health. Statement on Sugar, formulated by COMA. Food safety Information Bulletin. [serial online]. 1997. Available from: **URL: <http://www.doh.gov.uk/coma/state.htm>**.
- 10- Palmer RTM, Floyd PO. Periodontology: a clinical approach, 3: Non-surgical treatment and maintenance. *Br Dent J*. 1995; 178: 263-8.
- 11- Pitts NB, Nugent ZJ, Smith PA. Scottish Health Boards' Dental Epidemiological program. [Serial Online]. 1998. Available from: **URL: <http://www.dundee.ac.uk/dhsru/sh6dep97/>**.
- 12- Pints C. Issues in Providing health maintenance to adolescent. [Serial Online]. 2002. Available from: **URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/430530>**.
- 13- Synder H, Sickmund M. Juvenile offenders Victims: A national report. Washington D.C: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. [Serial Online]. 1999. Available from: **URL: <http://ncjrs.org/html/ojjdp/nationalreport99/toc.html>**.
- 14- HI-Net (Grampian Health improvement Net work) Grampian Youth Lifestyle Survey 2001. [Cited 14 june 2002] [Updated on May 2006]. Available from: **URL: <http://www.Health-promotion.com/images/grampianyouthlifestylecombined.doc>**
- 15- Birnboim-blau G, Levin L, Sgan- Cohen HD. Dental status among native and immigrant young Israeli adults. *Refuat Hapeh Vehashinayim*. 2006; 23: 6-11.
- 16- Zhu L, Petersen PE, Wany HY, Bian GY, Zhang BX. Oral health knowledge, attitudes and behavior of children and adolescents in china. *Int Dent J*. 2003; 5: 289-8.
- 17- Petersen PE, Hoerup N, Poomviset N, Prommajan J, Watanapa A. Oral health status and oral health behavior of urban and rural schoolchildren in Southern Thailan. *Int Dent J*. 2001; 51: 95-102.
- 18- Jamieson LM, Bailie RS, Beneforti M, Koster CR, Spencer AJ. Dental self-care and dietary characteristics of remote-living Indigenous children. *Remote Health*. 2006; 6:50-53.
- 19- Poutanen R, Lahti S, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, and beliefs among 11 to 12-year-old Finnish school children with different oral health behaviors. *Acta Odontol Scand*. 2005; 63: 10-6.

- 20- Ostberg AL. Oral health status and oral health behavior of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand. *Int Dent J*. 2001; 51: 95-102.
- 21- Behbehani JM, Shah NM. Oral health in Kuwait before the Gulf War. *Med Princ Prac*. 2002; 11 (Suppl1): 36t 1136-43.
- 22- Astrom AN, Rise J. Socio-economic differences in patterns of health and oral in 25 year old Norwegians. *Clin Oral Investig*. 2001; 5: 122-8.
- 23- Skaar DD, Hardie NA. Demographic factors associated with dental utilization among community dwelling elderly in the United States, 1997. *J Public Health Dent*. 2006; 66: 67-71.
- 24- Halla JR, Oppermann RV. Evaluation of dental flossing on a group of second grade students undertaking supervised tooth brushing. *Oral Health Prev Dent*. 2004; 2: 111.
- 25- Eckersley AJ, Blinkhorn FA. Dental attendance and dental health behavior in children from deprived and non-deprived areas of Salford, north-west England. *Int J Paediatr Dent*. 2001; 11: 103-9.