

Oral health status and oral self-care behaviors among children aged 5-6 and 12 years in Qazvin Province (2013)

AR. Mehralian¹, Z. Hosseinkhani², P. Padisar³, J. Poorsamimi³, S. Asefzadeh⁴, A. Pakpour⁴

¹ Deputy of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Faculty of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

⁴ Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Corresponding Address: Zahra Hosseinkhani, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: +98-912-7801064, Email: zh_122@yahoo.com

Received: 14 Nov 2015; Accepted: 26 Nov 2016

*Abstract

Background: Dental deterioration is one of the most frequent chronic diseases in children in all of the world.

Objective: The aim of this study was to assess oral health status and related oral health behaviors and demographic aspects among children in Qazvin Province.

Methods: In this cross-sectional study in 2013, 373 children, aged 5-6 and 12 years were participated by using a cluster sampling method in Qazvin Province. Data was collected with a questionnaire including demographic variables and oral health behaviors consisted of frequency of dental brushing and flossing, history of visiting dentist and using of food. Clinical oral examinations were performed by 6 trained dentists in children's home. Oral health status was assessed by the DMFT/dmft index. Data was analyzed with SPSS 18, using t-test, one-way ANOVA and Kruskal-Wallis ($\alpha=0.05$).

Findings: The mean of DMFT/dmft index in children aged 5-6 and 12 years were 5.66 ± 4.63 and 3.53 ± 4.22 , respectively. The percentage of fluorosis was 86.3%. 94.6% and 96.2% of children has no tooth wear and dental trauma. Tooth brushing including no dental brushing 9.7%, twice or more times per day 14.2% and using dental floss was 10.5%. There were no significant relationships between DMFT/dmft index and gender, types of foods consumed and number of tooth brushing in each day, but there was a significant association between self-perceived oral health and DMFT index ($P<0.05$).

Conclusion: Children and adolescents suffer from deteriorated oral health status therefore it is necessary to conduct oral health education in corporation with their families.

Keywords: Oral Health, DMFT Index, Self-Care, Children

Citation: Mehralian AR, Hosseinkhani Z, Padisar P, Poorsamimi J, Asefzadeh S, Pakpour A. Oral health status and oral self-care behaviors among children aged 5-6 and 12 years in Qazvin Province (2013). J Qazvin Univ Med Sci. 2017; 20 (6): 28-35.

وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی دهان و دندان در کودکان ۵ تا ۶ و ۱۲ ساله استان قزوین (۱۳۹۲)

دکتر علیرضا مهرعلیان^۱، زهرا حسین‌خانی^۲، دکتر پرویز پدیسار^۳، دکتر جمشید پورصمیمی^۴، دکتر سعید آصف‌زاده^۴، دکتر امیر پاکپور^۴

^۱ معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۴ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

آدرس نویسنده مسؤل: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، تلفن ۰۹۱۲۷۸۰۱۰۶۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۲۳؛ تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۶

* چکیده

زمینه: پوسیدگی دندان از رایج‌ترین بیماری‌های مزمن کودکان در سراسر جهان است.

هدف: مطالعه به‌منظور تعیین وضعیت سلامت دهان - دندان کودکان استان قزوین و نقش عوامل جمعیتی و رفتارهای بهداشتی مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۳۷۳ کودک در گروه‌های سنی ۵ تا ۶ و ۱۲ ساله استان قزوین انجام شد که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. اطلاعات جمعیتی، تعداد دفعه‌های مسواک زدن و استفاده از نخ دندان، دفعه‌های مراجعه به دندان‌پزشک و استفاده از مواد غذایی با استفاده از پرسش‌نامه و معاینه توسط ۶ نفر از دندان‌پزشکان آموزش‌دیده با مراجعه به درب منازل گردآوری شد. وضعیت سلامت دهان - دندان کودکان با شاخص DMFT/dmft ارزیابی و داده‌ها با آزمون‌های آماری تی، آنالیز واریانس و کروسکال-والیس تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین شاخص DMFT/dmft برای کودکان ۵ تا ۶ و ۱۲ ساله به ترتیب $5/66 \pm 4/63$ و $3/53 \pm 4/22$ بود. ۸۶/۳٪ کودکان فلورورویس طبیعی داشتند. ۹۴/۶٪ سایش دندان و ۹۶/۲٪ ترومای دندانی نداشتند. ۹/۷٪ کودکان اصلاً مسواک نمی‌زدند، ۱۴/۲٪ دو بار در روز یا بیش‌تر مسواک می‌زدند و ۱۰/۵٪ از نخ دندان استفاده می‌کردند. ارتباط معنی‌داری بین جنسیت، انواع مواد غذایی مصرفی و دفعه‌های مسواک زدن با DMFT مشاهده نشد. این شاخص با ارزیابی صحیح افراد از وضعیت سلامت دهان و دندان خود رابطه آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/001$).
نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، وضعیت خودمراقبتی و سلامت دهان - دندان کودکان نامطلوب بود. آموزش رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان به‌ویژه با رویکرد خانواده محور توسط متخصصان این حوزه ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: سلامت دهان و دندان، شاخص DMFT/dmft، خودمراقبتی، کودکان

* مقدمه

بیماری‌های دهان و دندان یکی از تهدیدهای مهم سلامتی در سطح دنیا هستند.^(۱) متأسفانه در برخی از کشورهای در حال توسعه دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان محدود است و اغلب افراد، به ویژه گروه‌های محروم جامعه نسبت به دندان‌های پوسیده خود بی‌توجه هستند، به‌طوری‌که با افزایش سن، تعداد دندان‌های از دست رفته آنان نیز افزایش می‌یابد.^(۲و۳) طبق

آمار سازمان جهانی بهداشت حدود ۶۰ تا ۹۰ درصد بچه‌های مدرسه در سطح جهان پوسیدگی دندان دارند. تا سال ۲۰۱۱ میانگین جهانی پوسیدگی دندان برای بچه‌های ۱۲ ساله ۱/۶۷ بود و ۷۸ درصد کشورها DMFT (Decayed missing filled teeth) کم‌تر از ۳ داشتند.^(۳)

در مناطق شش‌گانه تحت پوشش این سازمان بالاترین

شاید یکی از مهم‌ترین علل این مسأله، مصرف بیش‌تر شیرینی و تنقلات پوسیدگی‌زا با توجه به بهبود شرایط اقتصادی کشور در سال‌های اخیر بوده است.^(۱۱)

لذا با توجه به بار بیماری‌های دهان و دندان در دهه‌های اخیر و نیاز به تحول جوامع در ارائه خدمات مربوطه باید اطلاعات موجود، منابع و قابلیت‌های آرایه خدمات بر مبنای نیازهای واقعی جامعه بررسی و راهبردهای مداخله‌ای مناسب اتخاذ گردد تا کیفیت خدمات سلامت دهان و دندان ارتقا یابد.^(۱۲) بنابراین مطالعه حاضر به منظور تعیین وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی دهان و دندان کودکان استان قزوین انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۳۷۳ نفر از کودکان ۵ تا ۶ و ۱۲ ساله استان قزوین انجام شد که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. بدین منظور ابتدا خانوارها خوشه‌بندی و سپس با توجه به حجم نمونه، خوشه‌های مورد نظر در مناطق شهری و روستایی انتخاب و برحسب شهرستان‌های استان فهرست شدند. هر خوشه شامل ۱۰ خانوار بود که به‌طور میانگین در هر خوشه تعداد ۴ کودک در دو گروه سنی ۵ تا ۶ و ۱۲ ساله (گروه‌های سنی مهم در بررسی پوسیدگی‌های دندانی کودکان) حضور داشتند. در آغاز تمامی خانوارها رضایت خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام کردند و در مورد محرمانه بودن اطلاعات به خانوارها اطمینان داده شد.

به‌منظور گردآوری داده‌ها تعداد ۶ نفر از دندان‌پزشکان مجرب و آموزش‌دیده در مدت ۳ ماه به درب منازل مراجعه و ضمن طرح سؤال از والدین و معاینه کودکان، پرسش‌نامه‌های استاندارد وزارت متبوع را تکمیل کردند.

در تمامی معاینه‌ها براساس دستورالعمل‌های مورد تأیید وزارت بهداشت در تعیین پوسیدگی‌های سطحی در سطح اول آرایه خدمات بهداشتی، از نور طبیعی، سوند، آینه و گاز استریل استفاده شد. در معاینه‌ها معیار تشخیص

میزان شاخص DMFT در کودکان ۱۲ ساله، متعلق به کشورهای آمریکای لاتین ($2/4 \pm 1/2$) و اروپای شرقی ($3/2 \pm 0/8$) بوده و کم‌ترین میزان متعلق به منطقه غرب اقیانوس آرام ($1/5 \pm 1$) و آمریکای شمالی ($1/1 \pm 0/1$) بود. البته در سطح کشورهای مختلف هر یک از مناطق شش‌گانه سازمان جهانی بهداشت، میزان شاخص DMFT متفاوت گزارش شده است.^(۴) در کشور ایران (1383) شاخص DMFT برای کودکان ۱۲ ساله $1/9$ بود که با توجه به آمار موجود، از سال 1353 تا 1383 روند رو به کاهش از $2/4$ تا $1/9$ داشته است. طبق آمار موجود، شاخص DMFT در سطح کشورهای مختلف جهان با توجه به کیفیت خدمات بهداشت دهان و دندان هر کشور، متفاوت است.^(۵-۷) در هندوستان علی‌رغم این‌که شیوع پوسیدگی دندان در کودکان کم‌تر گزارش شده، بالاترین شاخص DMFT در کودکان ۱۱ تا ۱۵ سال و $2/09$ بوده است.^(۲) در مطالعه‌ای در شهرستان سیرجان شاخص DMFT برای کودکان ۱۲ ساله، $3/56 \pm 2/34$ به‌دست آمد.^(۸) این شاخص در شهر شیراز معادل $0/935$ و پایین‌تر از میزان متوسط کشوری و در حد مطلوب بوده است.^(۹)

در مطالعه‌ای ملی مشخص شد کودکان پایه اول دبستان با $35/56$ درصد دندان پوسیده، نسبت به سایر پایه‌های تحصیلی بیش‌ترین آمار را به خود اختصاص داده‌اند^(۱۰) که نشان‌دهنده اهمیت توجه به سلامت دهان و دندان کودکان در این گروه سنی است. اما نکته قابل توجه در این شاخص، میانگین اجزای DMFT است. در مطالعه ملی سال 1383 در کودکان ۱۲ ساله، میانگین دندان‌های پُر شده برحسب مقدار DMFT دندان‌های دایمی برابر با $0/17$ ، دندان‌های افتاده $0/07$ و پوسیده $1/62$ بود. این بدان معنی است که در دهان هر 100 کودک ۱۲ ساله ایرانی و در مجموع دندان‌های دایمی آن‌ها 17 دندان پُر شده، 7 دندان افتاده و 162 دندان پوسیده وجود دارد. این شاخص نسبت به سال 1377 که $1/54$ بود به‌طور معنی‌داری افزایش داشته است. همین افزایش در گروه‌های سنی ۳، ۶ و ۹ ساله نیز دیده شد.

ساله‌ها، با ارزیابی صحیح افراد از وضعیت سلامت دهان و دندان خود رابطه آماری معنی‌داری داشت (جدول شماره ۱).

جدول ۱- میانگین شاخص DMFT/dmft در کودکان ۵ تا ۶ و ۱۲ ساله استان قزوین در سال ۱۳۹۲ برحسب خود ارزیابی کودکان

اختلاف بین شاخص DMFT/dmft و خودارزیابی کودکان از وضعیت سلامت دندان‌های خود	میانگین و انحراف معیار	شاخص آماری	
شاخص کلی	۵/۶۶±۴/۶۳	۵ Dmft تا ۶ ساله‌ها	دندان از پوسیده
	۳/۵۳±۴/۲۲	۱۲ DMFT ساله‌ها	
	۲/۱۲±۲/۵۸	DMFT دندان مولر اول	
دندان از پوسیده	۴/۹۸±۴/۳۲	dt	دندان از دست داده
	۳/۱۳±۳/۵۷	DT	
دندان پُر شده	۰/۱۱±۰/۲۸	mt	دندان پُر شده
	۰/۱۲±۰/۴۳	MT	
اختلاف بین شاخص DMFT/dmft و خودارزیابی کودکان از وضعیت سلامت دندان‌های خود	۰/۱۳±۰/۵۷	ft	دندان پُر شده
	۰/۳±۰/۸۱	FT	

● = معنی‌دار

شاخص DMFT در هیچ‌یک از دو گروه سنی مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری بین دختران و پسران نشان نداد و فقط شاخص DT تفاوت معنی‌داری داشت ($P=0/04$). در ارزیابی تأثیر تحصیلات والدین نیز تفاوت معنی‌دار بود (جدول شماره ۲).

۳۳۷ نفر (۹۰/۳ درصد) از کودکان از مسواک استفاده می‌کردند. ۲۰۱ نفر (۵۳/۹ درصد) یک‌بار در روز و ۵۳ نفر (۱۴/۲ درصد) دو بار در روز یا بیش‌تر، مسواک می‌زدند. ۳۹ نفر (۱۰/۵ درصد) از نخ دندان استفاده و ۱۱۴ نفر (۳۰/۶ درصد) گاهی اوقات یا اغلب در دندان‌هایشان احساس درد و ناراحتی داشتند. ۱۳۶ نفر (۳۶/۴ درصد) حداقل در یک‌سال گذشته به دندان‌پزشکی مراجعه کرده بودند. با این حال، ۲۵۸ نفر (۶۹/۲ درصد) وضعیت سلامت دهان و دندان خود را خوب یا عالی ارزیابی می‌کردند.

پوسیدگی بر پایه استاندارد تعریف شده از سوی سازمان جهانی بهداشت بود.^(۱) پرسش‌نامه حاوی سؤال‌هایی در زمینه سطح تحصیلات والدین، شغل سرپرست خانوار، خود ارزیابی وضعیت سلامت دندان‌ها و لثه‌ها (بسیار عالی، خیلی خوب، خوب، متوسط، بد، خیلی بد)، احساس درد دندان در طول یک‌سال گذشته، استفاده از مسواک و نخ دندان، تمیز کردن دندان‌ها و تعداد دفعه‌های آن (روز، هفته و ماه)، مراجعه به دندان‌پزشکی در یک‌سال گذشته و دفعه‌های مراجعه، استفاده از مواد غذایی زیر با ذکر تعداد در روز و هفته بود: میوه تازه، بیسکویت‌ها، کیک‌ها، کیک خامه‌ای و شیرینی، شربت آلبیمو، کوکاکولا و دیگر نوشیدنی‌ها مانند آب‌میوه‌های مصنوعی، مربا/عسل، آدامس حاوی شکر، آبنبات/شکلات، شیر شیرین شده و چای با قند یا شکر. همچنین نوع مراکز مراجعه برای دریافت خدمات دندان‌پزشکی (خصوصی یا دولتی)، علت مراجعه و نوع خدمات دریافتی ارزیابی شد. در آنالیز داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی، آزمون‌های تی، آنالیز واریانس، کروسکال-والیس و SPSS ۱۸ استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

❖ یافته‌ها:

از ۳۷۳ کودک مورد مطالعه، ۲۰۶ نفر (۵۵/۲ درصد) پسر بودند. نسبت کودکان در گروه‌های سنی مورد مطالعه مساوی بود. تحصیلات ۲۲۶ نفر (۶۰/۵ درصد) از پدران و ۲۲۳ نفر (۵۹/۷ درصد) از مادران، راهنمایی و پایین‌تر بود. در خصوص وضعیت سلامت دهان و دندان، ۳۲۲ نفر (۸۶/۳ درصد) از کودکان از نظر فلوئوروزیس طبیعی بودند. ۳۵۳ نفر (۹۴/۶ درصد) نشانه‌ای از سایش در دندان‌هایشان نداشتند و ۳۵۹ نفر (۹۶/۲ درصد) تاکنون آسیب‌دندانی را تجربه نکرده بودند.

میانگین شاخص dmft ۵ تا ۶ و ۱۲ ساله‌ها به ترتیب $۵/۶۶±۴/۶۳$ و $۳/۵۳±۴/۲۲$ بود و شاخص dt و DT در هر دو گروه مورد مطالعه بالاتر از سایر اجزا بود. شاخص DMFT در هر دو گروه سنی و شاخص FT در ۱۲

جدول ۲- وضعیت شاخص DMFT/dmft براساس سطح تحصیلات والدین، شغل سرپرست خانوار و محل سکونت در کودکان مورد مطالعه (۳۷۳ نفر) استان قزوین در سال ۱۳۹۲

DMFT		Dmft		تعداد (درصد)		متغیر	
مادر	پدر	مادر	پدر	مادر	پدر		
۳/۷۷±۴/۲۱	۳/۲۱±۳/۹۸	۶/۹۶±۲/۹۶	۳/۱±۳/۰۲	۱۴۹ (۴۰/۶)	۱۲۸ (۳۵)	بی‌سواد/ ابتدایی	تحصیلات والدین
۳/۳±۴/۰۵	۳/۲۴±۴/۳	۶/۲۱±۵/۲	۵/۹۱±۵/۰۴	۱۷۱ (۴۶/۶)	۱۸۸ (۵۱/۵)	راهنمایی/ دبیرستان	
۹۴/۱±۳/۰۵	۳/۱۷±۳/۷۶	۴/۳±۴/۰۵	۴/۴±۴/۰۴	۴۷ (۱۲/۸)	۴۹ (۱۳/۵)	دانشگاهی	
*P<۰/۰۰۱		*P<۰/۰۰۱		نتیجه آزمون آنالیز واریانس و کروسکال-والیس			
۳/۲۸±۳/۸۴		۵/۰۲±۴/۷۷		۳۴۲ (۹۲/۷)		شاغل	شغل سرپرست خانوار
۲/۱۴±۲/۱۱		۱۰/۵±۹/۱		۱۱ (۳)		خانه‌دار	
۴/۹۵±۲/۳۹		۳/۹۳±۳/۴		۱۶ (۴/۳)		بازنشسته	
P=۰/۱۳		P=۰/۰۹		نتیجه آزمون آنالیز واریانس و کروسکال-والیس			
۳/۲۵±۳/۹۳		۵/۲۸±۴/۹		۲۰۳ (۵۴/۴)		شهر	محل سکونت
۳/۸۵±۴/۵۴		۶/۳۴±۴/۴۷		۱۷۰ (۴۵/۶)		روستا	
P=۰/۱		P=۰/۰۷		نتیجه آزمون تی			

گروه‌های سنی ۵ تا ۶ و ۱۲ ساله به ترتیب ۵/۶۶±۴/۶۳ و ۳/۵۳±۴/۲۲ به دست آمد که شاخص dmft در کودکان ۵ تا ۶ ساله بالاتر و نسبت به پیش‌بینی دست‌یابی به DMFT کم‌تر از یک در کودکان ۱۲ ساله (یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۱۰)، نتایج حاصله در این مطالعه بسیار بالاتر بود.^(۱۳) نتایج این مطالعه در گروه سنی ۵ تا ۶ ساله، مشابه مطالعه شهرستان سیرجان و بیش‌تر از مطالعه مشهد بود.^(۱۴) در گروه سنی ۱۲ ساله میزان DMFT بیش‌تر از نتایج مطالعه پرتغال و اصفهان به دست آمد.^(۱۵) لذا با توجه به اهمیت سلامت دهان و دندان به‌عنوان بخشی از سلامت عمومی بدن، ارزیابی وضعیت همه‌گیرشناسی آن جز ضروریات برنامه‌ریزی‌های ارائه خدمات بهداشتی است.^(۱۶)

در این مطالعه مشابه مطالعه‌های پرتغال و هند، تحصیلات والدین در وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان مؤثر بود که بیان‌گر اهمیت توجه به نقش آگاهی، نگرش و عملکرد والدین به‌ویژه مادران در آموزش مراقبت دهان و دندان است.^(۱۷) و باید نقش سطح اقتصادی اجتماعی خانواده، فواصل مراجعه‌های به دندان‌پزشکی و وضعیت بهداشت دهان و دندان مورد توجه قرار گیرد.^(۱۸)

۱۲۱ نفر (۳۲/۴ درصد) علت آخرین مراجعه خود به دندان‌پزشکی را درد و درمان مشکلات دهان و دندان مطرح و ۵۹ نفر (۱۵/۸ درصد) معاینه منظم کردند و ۱۹۳ نفر (۵۱/۷ درصد) علت مراجعه خود به دندان‌پزشکی را نمی‌دانستند. از میان مراجعه‌کنندگان به دندان‌پزشکی، ۱۲۸ نفر (۳۴/۴ درصد) خدمات پیشگیری (فیشرسیالانت، فلورایدتراپی و پُر کردن) دریافت و ۶۶ نفر (۱۷/۷ درصد) به مراکز دندان‌پزشکی دولتی مراجعه کرده بودند. در طول سه ماهه گذشته، ۶۱ نفر (۱۶/۴ درصد) از کودکان نیاز به گرفتن خدمات دندان‌پزشکی داشتند.

مصرف میوه تازه ۳۱۴ (۸۴/۲ درصد)، بیسکویت و شیرینی‌جات ۱۴۱ (۳۷/۸ درصد)، آب میوه‌های مصنوعی و کوکاکولا ۶۹ (۱۸/۵ درصد)، مربا/عسل ۷۲ (۱۹/۳ درصد)، آدامس حاوی شکر ۵۷ (۱۵/۳ درصد)، آب نبات/شکلات ۶۳ (۱۶/۹ درصد) و چای با قند یا شکر ۲۹۶ (۷۹/۳ درصد) در هر روز گزارش شد. در هیچ‌یک از انواع مواد غذایی مصرفی رابطه آماری معنی‌داری با شاخص DMFT/dmft مشاهده نشد.

*بحث و نتیجه‌گیری:

در این مطالعه میانگین شاخص DMFT/dmft در

DMFT/dmft باشد. چون عملکرد بهداشت دهان و دندان، عادات‌های غذایی و دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان نقش مهمی در شیوع پوسیدگی دندان دارد.^(۲۰،۲۱) این امر مسئولیت والدین را در ایجاد عادت‌های سلامت دهان و دندان در کودکان نشان می‌کند.

نخستین و همکاران طی مطالعه‌ای در کرمانشاه نشان دادند وضعیت تغذیه و عادت‌های غذایی و تفاوت موجود در سطح رعایت بهداشت دهان و دندان از قبیل تمایل کودک به مواد قندی، دفعه‌های مسواک زدن و استفاده از نخ دندان می‌تواند بر میزان شاخص DMFT تأثیرگذار باشد.^(۲۶)

در این مطالعه کودکانی که شاخص DMFT/dmft بهتری داشتند، وضعیت سلامت دهان و دندان خود را مطلوب ارزیابی کردند. همین مسأله نشان می‌دهد سلامت دهان و دندان برای کودکان اهمیت دارد و وجود دندان‌های پوسیده و یا درد دندان می‌تواند بر عملکرد آن‌ها تأثیرگذار باشد. مطالعه دیگری نیز، نتایج مشابهی برداشت.^(۳۳)

از میان مراجعه‌کنندگان به دندان‌پزشک، ۳۴/۴ درصد خدمات پیشگیری (فیشرسیلانت، فلورایدترابی و پُر کردن) دریافت کرده و فقط ۱۷/۷ درصد به مراکز دندان‌پزشکی دولتی مراجعه کرده بودند که نشان می‌دهد مراکز مرتبط با سلامت دهان در کشور وظایف خود را چه از لحاظ افزایش آگاهی مردم و چه از لحاظ ارائه خدمات درمانی به نحو مطلوبی انجام نمی‌دهند. لذا با توجه به وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان، دسترسی به متخصصان این حوزه در مدارس، به منظور آموزش و نظارت بر ترویج رفتارهای صحیح در راستای سلامت دهان و دندان ضروری به نظر می‌رسد و لازم است اقدام‌های پیشگیرانه در اولویت قرار گیرد.^(۳۷) مطالعه‌ای مشابه در تایوان ۵۰/۹ درصد کودکان فقط زمانی که مشکل داشتند به دندان‌پزشک مراجعه کرده و ۷/۶ درصد هرگز به دندان‌پزشک مراجعه نکرده بودند.^(۲۰) در مطالعه سیرجان بین مراجعه به دندان‌پزشک با میانگین شاخص

مسواک زدن یکی از مهم‌ترین اقدام‌های بهداشت دهان و دندان است^(۱۹) طبق اظهارات کودکان، حدود نیمی از آن‌ها یک‌بار و ۱۴/۲ درصد دوبار یا بیش‌تر در روز مسواک می‌زدند و فقط ۱۰/۵ درصد از آن‌ها از نخ دندان استفاده می‌کردند. در مطالعه‌ای مشابه در پرتغال، ۵۳/۹ درصد کودکان دندان‌هایشان را دوبار یا بیش‌تر در روز مسواک می‌زدند و ۲۱/۹ درصد نیز از نخ دندان استفاده می‌کردند.^(۷) در تایوان ۴۵/۸ درصد کودکان هر روز مسواک می‌زدند.^(۲۰) در برزیل ۸۴/۳ درصد هر روز حداقل دو بار روز مسواک می‌زدند.^(۳۱) در مطالعه محبی در گناباد ۲۲/۷ درصد کودکان از مسواک و ۹۱/۶۸ درصد از نخ دندان استفاده نمی‌کردند.^(۳۲) به نظر می‌رسد هنوز مسواک زدن که یک رفتار مرتبط با سلامت دهان و دندان است به عنوان بخشی از زندگی کودکان ایرانی نیست.^(۳۳) در حالی که طبق استدلال معمار، اگر کیفیت و روش صحیح مسواک زدن هم در نظر گرفته شود این رقم کم‌تر نیز خواهد شد.^(۳۴) البته با توجه به وضعیت موجود ارایه آموزش‌های لازم در زمینه ترویج فعالیت‌های خودمراقبتی در کودکان با محوریت خانواده‌ها ضروری به نظر می‌رسد.^(۳۲) زیرا مطالعه‌ها نشان داده‌اند بین میزان آگاهی بهداشتی کودکان با رفتارهای سلامت دهان و دندان والدین ارتباط وجود دارد.^(۲۵)

در این مطالعه کودکان مواد غذایی متنوع شیرین (از ۱۵/۳ درصد آدامس حاوی شکر تا ۷۹/۳ درصد چای با قند یا شکر) مصرف می‌کردند. در مطالعه چنگ و همکاران در تایلند تقریباً ۴۰ درصد کودکان حداقل یک‌بار در روز از خوراکی‌های شیرین و اسنک استفاده می‌کردند.^(۲۰) با وجود این که رابطه آماری در بین هیچ‌یک از انواع مواد غذایی مصرفی با شاخص DMFT/dmft مشاهده نشد، پیش‌بینی می‌شود این شاخص در کودکان مصرف‌کننده دایمی این مواد غذایی که کم‌تر به بهداشت دهان و دندان خود توجه می‌کنند و اغلب بعد از مصرف مواد غذایی حاوی قندها دندان‌هایشان را مسواک نمی‌زنند، پیشگویی‌کننده مهمی برای افزایش شاخص

5. EMRO Oral Health Manpower. Available at: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EMRO>. Updated in: 27/04/2015
6. Mannaa A, Carlén A, Lingström P. Dental caries and associated factors in mothers and their preschool and school children - a cross-sectional study. *Journal of Dental Sciences* 2013 Jun; 8 (2): 101-8. doi: 10.1016/j.jds.2012.12.009.
7. Veigaa N, Pereira C, Amaral O. Prevalence and determinants of dental caries in Portuguese children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2015; 995-1002. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.219
8. Sajadi FS, Mosharafian Sh, Torabi M, Hajmohamadi S. Evaluation of DMFT index and Significant Caries Index in 12-year-old students in Sirjan, Kerman. *J Isfahan Dent Sch* 2014; 10 (4): 290-8. [In Persian]
9. Dehghani M, Omrani R, Hashemi H. Determining the rate of decay, missing or filled teeth instudents aged 7 to 11 years in Shiraz, Iran, and its association with amount of fluoride in drinking water. *J Health Syst Res*. 2013; 9 (5): 495-504. [In Persian]
10. Sadinejad M, Kelishadi R, Ardalan G, Taslimi M, Taheri M, Motlagh M. Evaluation of DMFT and dmft and gingival inflammation in Iranian school students: findings of a nationwide screening survey in urban and rural areas. *J Isfahan Dent Sch* 2014; 10 (2): 154-62. [In Persian]
11. Ministry of Oral and Dental Health. Oral and dental health situation of Iranian children in 2005.
12. Oral health information systems. Available at: http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/index1.html. Updated in: 26/04/2015
13. World Health Organization. WHO Assignment report, Geneva: WHO; 1998.

DMFT ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد.^(۱۹) در چین در افرادی که در طی یک‌سال مراجعه به دندان‌پزشک داشتند، شیوع پوسیدگی دندان بالاتر بود.^(۲۸) از آنجا که سطح آگاهی، نگرش و عادت‌های والدین نقش بسیار تأثیرگذاری بر پیش‌آگهی پوسیدگی دندان کودکان دارد، لذا با محوریت قرار دادن خانواده‌ها باید این مسأله به صورت جدی مورد توجه مسئولین بهداشتی کشور قرار گیرد.^(۲۹) به‌طور کلی، وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان در استان قزوین مطلوب نبود و رفتارهای مراقبت بهداشتی که پیشگویی‌کننده قوی برای جلوگیری از پوسیدگی دندان هستند بسیار کم‌تر از حد انتظار بود.

*سیاس‌گذاری:

از همکاری مسئولین محترم بهداشت دهان و دندان حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین قدردانی می‌شود.

*مراجع:

1. Oral health. Available at: http://www.who.int/oral_health/disease_burden/global/en. Updated in: 26/04/2015
2. John JB, Asokan S, Aswanth KP, Priya PR, Shanmugaavel AK. Dental caries and the associated factors influencing it in tribal, suburban and urban school children of Tamil Nadu, India: a cross sectional study. *J Public Health Res* 2015 Mar 9; 4 (1): 361. doi: 10.4081/jphr.2015.361.
3. World Health Organization. WHO oral health country/area profile project. Available at: <http://www.mah.se/capp/>. Updated in: 17/07/2014
4. World Health Organization. WHO's oral health country/area profile programme (CAPP) database. Available at: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles>. Caries distribution world-wide and in relation to socioeconomic inequalities within and between countries. Updated in: 27/04/2015

14. Aajami, B. Ibrahimi, M. Evaluation of oral health status amongst 6 - 7 - year - old children in Mashhad in 2001. *J Mashhad Dent Sch.* 2005; 29: 235-42. [In Persian]
15. Haj Norouaali Tehrani M, Babaei M, Motamei-Motlag F. The assessment of mouth and tooth health in 12-year-olds in Isfahan city in 2012. *Dentistry Magazine of Iran Children* 2012; 7 (1): 14, 7-11. [In Persian]
16. Zhang S, Liu J, Lo EC, Chu CH. Dental caries status of Bulang preschool children in Southwest China. *BMC Oral Health* 2014 Mar 4; 14: 16. doi: 10.1186/1472-6831-14-16.
17. Arrow P. Oral health of school children in Western Australia. *Aust Dent J.* 2016 Sep; 61 (3): 333-41. doi: 10.1111/adj. 12368.
18. Schwendicke F, Dorfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2015 Jan; 94 (1): 10-8. doi: 10.1177/0022034514557546.
19. Hitz Lindenmüller I, Lambrecht JT. Oral care. *Curr Probl Dermatol* 2011; 40: 107-15. doi: 10.1159/000321060.
20. Cheng YC, Huang HK, Wu CH, Chen CC, Yeh JI. Correlation between dental caries and diet, oral hygiene habits, and other indicators among elementary school students in Xiulin Township, Hualien County, Taiwan. *Tzu Chi Medical Journal* 2014; 26: 175-81. doi: 10.1016/j.tcmj.2014.08.003.
21. Alves FN, de Andrade CL, Vettore MV. Planning oral health care using the sociodental approach and the index of family living conditions: a cross-sectional study in Brazilian adolescents. *BMC Res Notes* 2015 Oct 20; 8: 588. doi: 10.1186/s13104-015-1564-3.
22. Mohebi S, Ramezani A, Matlabi M. The survey of oral-dental health of grade 3 students of Gonabad primary schools in 2007. *Ofogh-e-Danesh* 2009; 14: 69-77. [In Persian]
23. Pakpour-Hajiagha A, Heidarnia A, Hajizadeh E. Oral health status and its determinants in a sample of Iranian adolescents in Qazvin. *J Qazvin Univ Med Sci* 2011; 15 (3): 55. [In Persian]
24. Memar N, Ghazizadeh A, Mahmudi Sh. DMFT Index and its influencing factors among 12 year-old students living in Sanandaj city. *J Sanandaj Univ Med Sci* 2000; 5: 26-30. [In Persian]
25. Angelopoulou M, Kavvadia K, Oulis C, Reppa C. Oral hygiene facilitators and barriers in Greek 10 years old schoolchildren. *Int J Clin Pediatr Dent* 2015 May-Aug; 8 (2): 87-93. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1290.
26. Nokhostin MR, Siahkamari A, Akbarzadeh Bagheban AR. Evaluation of oral and dental health of 6-12 year-old students in Kermanshah city. *Iran South Med J* 2013; 16 (3): 241-9. [In Persian]
27. Weusmann J, Mahmoodi B, Azaripour A, Kordsmeyer K, Walter C, Willershausen B. Epidemiological investigation of caries prevalence in first grade school children in Rhineland-Palatinate, Germany. *Head Face Med* 2015 Oct 2; 11: 33. doi: 10.1186/s13005-015-0091-8.
28. Zhang S, Xu B, Liu J, Lo EC, Chu CH. Dental and periodontal status of 12-yearold Dai school children in Yunnan Province, China: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2015 Oct 8; 15 (1): 117. doi: 10.1186/s12903-015-0106-7.
29. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent* 2012 Nov; 40 (11): 873-85. doi: 10.1016/j.jdent.2012.07.013.