

آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان پسر پایه های پنجم و ششم مدارس ابتدایی دولتی شهر ساری در خصوص بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۹۸

هاله حالی^۱، مائده صالحی^۲، قاسم عابدی^۳، سیاوش مرادی^۴، مهرشاد درویش نیا^۵، طاهره ملانیا^۶*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: سلامت دهان و دندان یکی از مهمترین عوامل مؤثر در سلامت عمومی می باشد. با توجه به شیوع بالای پوسیدگی دندان و درمان پر هزینه آن و نقش مستقیم فرد در پیشگیری از پوسیدگی دندان لازم است دانش آموزان، آگاهی کافی و نگرش مناسب برای رعایت بهداشت دهان و دندان به دست آورند. این مطالعه با هدف بررسی آگاهی، نگرش، عملکرد و وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش آموزان ابتدایی شهر ساری انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۰۰ دانش آموز پسر پایه های پنجم و ششم ابتدایی شهر ساری که به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند، در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه روایی پایایی شده یآوری و همکاران در چهار بخش اطلاعات جمعیت شناختی، آگاهی، نگرش و عملکرد و نیز بهداشت دهان و دندان بود. داده ها با استفاده از نرم افزار Spss-۲۴ و با کمک آزمونهای توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: دانش آموزان از محدوده نمره ۰ تا ۱۲ مربوط به آگاهی از بهداشت دهان و دندان، میانگین نمره (۵/۷۷±۲/۰۳) و از محدوده نمره ۱۰ تا ۵۰ مربوط به نگرش میانگین نمره (۳۶/۴۱±۵/۳۴) و نیز از محدوده نمره ۰ تا ۲۴ مربوط به عملکرد میانگین نمره (۱۴/۲۳±۳/۸۱) را کسب نمودند. فرضیه پژوهش این است که حق بر سلامت می تواند به عنوان عامل مؤثری در نظام حقوقی دارویی نقش داشته باشد.

استنتاج: با توجه به آگاهی ناکافی دانش آموزان مورد بررسی در خصوص بهداشت دهان و دندان و نیز سطح عملکرد پایین آنان، ارائه برنامه های آموزشی به منظور افزایش آگاهی و عملکرد دانش آموزان ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: آگاهی، نگرش، عملکرد، بهداشت دهان و دندان، دانش آموزان

۱. استادیار دندانپزشکی کودکان، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار بیماری های دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار گروه علوم بهداشتی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۶. دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۷. نویسنده مسئول، دانشیار بیماری های دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران Email: T_molania117@yahoo.com

مقدمه

دهان آینه بدن است و دندان ها اصلی ترین اجزا دهان می باشد(۱)، بیماری های دهان و دندان نیز مانند بیماری های سایر اعضا بدن از سالیان قبل باعث آزار بشر بوده و انسان ها همواره به دنبال راه هایی برای رهایی از این بیماری ها بوده اند(۲).

انسان امروزی نیز به جهت سبک زندگی و عادات غذایی خاص مستعدترین فرد نسبت به پوسیدگی دندان است، به طوری که ۹۹٪ افراد در طول زندگی خود دچار پوسیدگی شده اند، از این رو می توان گفت که در بین بیماری های مختلف بشر، بیماری های دهان و دندان بخصوص پوسیدگی شایع ترین بیماری بشر است(۳، ۴).

در کشور ایران بطور میانگین شاخص DMFT از سال ۱۳۳۶ تا کنون رو به افزایش بوده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت کشور ما در سال ۱۹۹۳ از نظر میانگین DMFT کودکان ۱۲ ساله در وضعیت متوسط قرار داشته است(۵)، همچنین در بررسی میزان Caries free (دانش آموزان با مجموعه دندانی سالم)، دندان های شیری و دائمی در کودکان ۱۲ ساله در ایران، در سال ۱۳۸۳ در دختران ۳۱٪ و در پسران ۳۲٪ بدست آمد(۶).

دندانپزشکان جامعه نگر معتقدند که سلامت دهان و دندان مردم با تغییر شرایط، رفتار، محیط و سازماندهی خدمات قابل ارتقاء است(۷)، اعمال و رفتار بهداشتی مردم هر جامعه در مورد دهان و دندان، تحت تأثیر میزان شناخت، آگاهی و گرایشهای آنان نسبت به بهداشت دهان و دندان قرار دارد(۸)، جهت نیل به اهداف برنامه های پیشگیری، تلاش در جهت بالا بردن سطح آگاهی ها و بهبود نگرش و عملکردهای مردم در مورد پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان ضروری است(۹).

بنابر یافته های کلیه پژوهش های انجام شده در حیطه سلامت دهان و دندان مردم (public health)، بیشترین زمان

و بودجه ای که صرف پروژه های سلامت دهان و دندان می گردد باید در برنامه های افزایش سلامت دانش آموزان در مدارس تمرکز یابد. شیوع زیاد پوسیدگی های دندانی در این گروه سنی و موقعیت ارزشمند و طلایی سنی کودکان از نظر شروع زندگی پیچیده اجتماعی و تکامل دندان های دائمی از یک سو و توسعه شناخت و جهش فکری آن ها از سوی دیگر از جمله دلایل اهمیت این دوران می باشد(۱۰).

دانستن سطح آگاهی و عملکرد افراد در خصوص بهداشت دهان و دندان معیار مناسبی برای آموزش و چگونگی آن می باشد و بهداشت دهان و دندان ضعیف موجب تاثیر منفی بر کیفیت زندگی کودکان، عملکرد شان در مدرسه و موفقیتشان در زندگی آینده می شود(۱۱).

همچنین در بعد کنترل و پیشگیری پوسیدگی دندان و بیماری های پریدونتال می توان از روش های مکانیکی و شیمیایی بهره برد که از جمله آنها میتوان به مسواک و نخ دندان (روش های مکانیکی) و دهانشویه ها، ژل و خمیر دندان (روش های شیمیایی) اشاره کرد، روش های مکانیکی بعنوان شایعترین روش های مورد استفاده و مسواک زدن مهمترین راه کنترل پوسیدگی دندان و بیماری های پریدونتال می باشد(۱۲).

با توجه به اینکه بیماریهای دهان و دندان هزینه زیادی برای دولت ها داشته و هزینه بین ۵ تا ۱۰ درصد از کل هزینه های مراقبت های بهداشتی را به خوداختصاص می دهد، لذا برای جبران این خسارات آموزش به گروههای هدف در جهت ارتقاء، آگاهی، نگرش و عملکرد تاثیر بسزایی در کاهش بار اقتصادی تحمیل شده به دوش جامعه دارد(۱۳).

آموزش بهداشت دهان و دندان و پیشگیری و درمان این بیماریها یکی از وظایف حرفه دندانپزشکی و سیستم آموزشی است. لذا زمانی که صحبت از آموزش به میان می آید، با خود مسائلی دیگر از جمله وضعیت فعلی بهداشت مردم جامعه، آگاهی ها و گرایش ها و رفتارهای بهداشتی آنان را نیز به

محقق در اختیار دانش آموزان منتخب قرار داده شد و اطلاعات موردنیاز به روش خود گزارش دهی از آنان جمع آوری شد.

بخش اول پرسشنامه، اطلاعات زمینه ای و جمعیت شناختی شامل ۷ سؤال بود و اطلاعات شرکت کنندگان در خصوص سن (سال)، پایه تحصیلی، میزان تحصیلات پدر و مادر (بیسواد، ابتدائی، راهنمایی، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر از لیسانس) و شغل پدر و مادر (خانه دار، بیکار، شغل آزاد، کارمند، بازنشسته و سایر) را مورد ارزیابی قرار داد.

بخش دوم شامل ۱۲ سؤال آگاهی که به گزینه صحیح نمره یک و سایر گزینه ها نمره صفر تعلق می گیرد، دامنه نمرات آگاهی بین ۰-۱۲ که هر چه نمره بالاتر باشد نشان دهنده آگاهی بیشتر نسبت به بهداشت دهان و دندان بود. بخش سوم پرسشنامه شامل ۱۰ گویه نگرشی (ضریب آلفا ۰.۸۲) و شامل یک طیف لیکرت ۵ گزینه ای از بسیار موافقم (نمره ۵) تا بسیار مخالفم (نمره ۱) بود. به عنوان نمونه گویه "بهداشت دهان و دندان خوب باعث منزلت اجتماعی بیشتر میشود". دامنه نمرات بین ۱۰-۵۰ بود و هر چه نمره بالاتر باشد نشان دهنده نگرش بهتر نسبت به بهداشت دهان و دندان است.

بخش چهارم پرسشنامه شامل ۱۲ سوال مربوط به عملکرد (ضریب آلفا ۰.۸۹) در مورد بهداشت دهان و دندان و دارای سه گزینه (بلی، گاهی اوقات و خیر) می باشد. به عنوان نمونه سؤال " آیا بعد از خوردن شیرینی مسواک میزنید؟". دامنه نمرات بین ۰-۲۴ می باشد، که هر چه نمره بالاتر باشد نشان دهنده عملکرد مناسب تر نسبت به رعایت بهداشت دهان و دندان است.

بخش پنجم پرسشنامه سؤالات مقیاس خود گزارشی سلامت دهان و دندان بود. این بخش ۱۵ سؤالی بر اساس مطالعات گذشته و تجربه متخصصان پرپودنتیک از کار با بیماران طراحی شده بود (۱۶) پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد وضعیت سلامت دهان و رفتارهای بهداشت دهان بود.

میان میکشد؛ بنابراین قبل از هرگونه برنامه ریزی برای آموزش بهداشت و بالاتر از آن هرگونه اقدام پیشگیرانه، لازم است بدانیم که با چه افرادی سروکار داریم و این افراد در این زمینه چه آگاهی دارند و بالاخره چه عواملی بر این آگاهی ها، نگرشها و رفتارها تأثیری گذارند (۱۴).

مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی می باشد که در سال ۱۳۹۸ بر روی ۳۰۰ دانش آموز ابتدایی در شهر ساری صورت پذیرفت. این مطالعه توسط کمیته ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق IR.MAZUMS. REC.۱۳۹۸.۴۹۹۴ تصویب شد.

نحوه ی انتخاب حجم نمونه به استناد مطالعه یآوری و همکاران در یزد که ۹۰ درصد دانش آموزان از نگرش خوب برخوردار بودند (۱۵)، و بر اساس فرمول ذیل و مفروضات مربوطه، حداقل حجم نمونه ۱۳۸ بوده که با فرض ریزش اطلاعات حداکثر ۱۰ درصد موارد تا ۱۵۳ قابل افزایش بوده که محقق ۳۰۰ نفر را وارد مطالعه نمود.

$$N = 1.962 * 4 * P (1-P) / d^2$$

The expected population proportion, $p = 0.90$

The desired width of the confidence interval (d) = 0.10

The confidence level = 95%

$$N = 15.37 * 0.09 / 0.01$$

$$N = 138$$

نحوه انجام مطالعه بدین صورت بود که پس از انجام هماهنگی های لازم با مسئولین آموزش و پرورش شهر ساری، از بین مدارس ابتدایی، چهار مدرسه به طور تصادفی به عنوان خوشه های نمونه و از هر مدرسه ۴ کلاس انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه روایی پایایی شده یآوری و همکاران بود (۱۵)، که شامل پنج بخش و ۵۶ سؤال بوده است. سپس پرسشنامه های طراحی شده توسط

آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان پسر پایه های پنجم و ششم...

مقدار P بین ۰,۰۵ تا ۰,۱ = وجود شواهدی دال بر اختلاف بدون برجستگی از منظر آماری

یافته ها

پس از جمع آوری پرسشنامه ها و ارزیابی آنها از مجموع ۳۰۰ پرسشنامه جمع آوری شده ۱۴ پرسشنامه بدلیل ناکامل بودن جوابدهی از ارزیابی نهایی خارج شدند و بدین ترتیب اطلاعات بدست آمده از ۲۸۶ پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت که در این بین ۱۷۹ پرسشنامه مربوط به دانش آموزان پایه پنجم و ۱۰۷ پرسشنامه مربوط به دانش آموزان پایه ششم ابتدایی بوده است.

اطلاعات بدست آمده بدین شرح بود که دانش آموزان از محدوده نمره ۰ تا ۱۲ مربوط به آگاهی از بهداشت دهان و دندان، میانگین نمره (۲/۰۳ ± ۵/۷۷) و از محدوده نمره ۱۰ تا ۵۰ مربوط به نگرش میانگین نمره (۳۴/۴۱ ± ۵/۳۴) و نیز از محدوده نمره ۰ تا ۲۴ مربوط به عملکرد میانگین نمره (۳/۸۱ ± ۱۴/۲۳) را کسب نمودند.

بر اساس نتایج بدست آمده در این مطالعه، از لحاظ سطح

از ۳۰۰ پرسشنامه دریافت شده از دانش آموزان، ۱۴ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن از مطالعه کنار گذاشته شده، بدین ترتیب اطلاعات مربوط به ۲۸۶ دانش آموز وارد برنامه SPSS شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در ابتدا نحوه توزیع متغیرهای کمی مورد مطالعه با آزمون ناپارامتریک کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه آزمون مذکور موید برخورداری از توزیعی غیر از توزیع نرمال برای تمامی متغیرهای کمی مورد مطالعه بوده است. لذا در توصیف متغیرهای کمی به غیر از میانگین و انحراف معیار از میانه و طیف میان چارکی استفاده شد. همچنین در آمار استنباطی، از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس و عنداللزوم از آزمون U استفاده شد. جهت توصیف متغیرهای کیفی نیز از فراوانی و درصد استفاده شد. لازم به ذکر است توصیف و تحلیل آماری در نرم افزار IBM SPSS ۲۴ صورت گرفت و در آمار استنباطی مقادیر P-Value به شرح ذیل مورد تفسیر قرار گرفت:

مقدار P کمتر از ۰,۰۵ = برجسته و معنی دار از نظر آماری

جدول ۱. فراوانی تحصیلات والدین

تحصیلات والدین	سیکل		دیپلم		دانشگاهی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پدر	۴	۱,۳	۹۲	۳۲,۱	۱۹۰	۶۶,۴
مادر	۷	۲,۴	۱۲۲	۴۲,۶	۱۵۷	۵۴,۸

جدول ۲. فراوانی - درصد شغل والدین

شغل والدین	خانه‌دار		بیکار		آزاد		کارمند		بازنشسته		سایر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پدر	—	—	۲	۰,۶	۱۰۹	۳۸,۱	۱۴۴	۵۰,۳	۱۱	۳,۸	۱۸	۶,۲
مادر	۱۹۸	۶۹,۲	—	—	۱۶	۵	۶۶	۲۳	۱	۰,۳	۵	۱,۷

مثبت را به استفاده از دهان شویه ضد باکتری با فراوانی ۱۶/۴ درصد، دادند (جدول ۴).

در بررسی ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان و اطلاعات دموگرافیک دانش آموزان، بین تحصیلات پدر و آگاهی از لحاظ آماری رابطه معنا داری یافت نشد ($p=0/14$) اما بین تحصیلات پدر با نگرش دانش آموز در خصوص بهداشت دهان و دندان رابطه معنا داری یافت شد ($p=0/04$) وجود داشت، بدین صورت که براساس نتایج آزمون *kruskal-wallis* نگرش دانش آموزانی که سطح سواد پدرشان دانشگاهی بود از دانش آموزان با سطح سواد پایین تر بیشتر بود. در بخش عملکرد دانش آموز نیز همچون آگاهی رابطه معنا داری با سطح تحصیلات پدر مشاهده نشد ($p=0/18$). (جدول ۵).

در رابطه با آگاهی دانش آموزان با سطح تحصیلات مادر

تحصیلات والدین دانش آموزان، بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات دانشگاهی در پدران با ۶۶/۴ درصد و همچنین تحصیلات دانشگاهی مادران با ۵۴/۸ درصد بود (جدول ۱).

در مورد شغل والدین، بیشترین فراوانی با ۵۰/۳ درصد مربوط به شغل کارمندی در پدران و ۶۹/۲ درصد مربوط به خانه داری در مادران بود (جدول ۲).

از بین گویه های نگرشی، دانش آموزان مورد بررسی بیشترین موافقت را با گویه "مسواک زدن باعث سفید شدن دندان ها می شود" (۶۱/۲ درصد) و کمترین موافقت را با گویه "بهداشت دهان و دندان در پیشگیری از ناراحتی قلبی موثر است" (۷ درصد) داشتند (جدول ۳).

در بررسی عملکرد دانش آموزان مشخص گردید که بیشترین رفتاری که آنان انجام می دهند استفاده از خمیر دندان در هنگام مسواک زدن با ۸۷/۸ درصد و مسواک زدن به طور کلی با فراوانی ۵۷ درصد است، در حالی که کمترین پاسخ

جدول ۳. فراوانی - درصد پاسخگویی به سوالات نگرش

حالت		گاهی اوقات		بله		سوالات
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰,۷	۲	۴۲,۳	۱۲۱	۵۷	۱۶۳	آیا شما مسواک می زنید؟
۱۰,۱	۲۹	۴۴,۱	۱۲۶	۴۵,۸	۱۳۱	آیا هر شب قبل از خواب مسواک می زنید؟
۴۹,۷	۱۴۲	۳۶,۴	۱۰۴	۱۴	۴۰	آیا بعد از هر وعده غذا مسواک می زنید؟
۴۵,۵	۱۳۰	۲۹,۷	۸۵	۲۴,۸	۷۱	آیا بعد از خوردن شیرینی مسواک می زنید؟
۵,۹	۱۷	۶,۳	۱۸	۸۷,۸	۲۵۱	آیا از خمیر دندان جهت مسواک زدن استفاده می کنید؟
۵,۲	۱۵	۱۹,۹	۵۷	۷۴,۸	۲۱۴	آیا تمام سطوح دندان ها را با دقت مسواک می کنید؟
۵۷,۳	۱۶۴	۲۴,۵	۷۰	۱۸,۲	۵۲	آیا مواد خوراکی سخت مثل پسته و بادام را با دندان خود می شکنید؟
۴۵,۱	۱۲۹	۳۰,۱	۸۶	۲۴,۸	۷۱	آیا بلافاصله بعد از خوردن غذای داغ، آب سرد می نوشید؟
۹,۱	۲۶	۴۶,۲	۱۳۲	۴۴,۸	۱۲۸	آیا هر روز از شیر و لبنیات استفاده می کنید؟
۲۴,۸	۷۱	۴۲	۱۲۰	۳۳,۲	۹۵	آیا از نخ دندان یا خلال دندان استفاده می کنید؟
۴۴,۴	۱۲۷	۳۴,۳	۹۸	۲۱,۳	۶۱	آیا از دهان شویه فلوراید استفاده می کنید؟
۶۲,۲	۱۷۸	۲۱,۳	۶۱	۱۶,۴	۴۷	آیا از دهان شویه ضدباکتری استفاده می کنید؟

آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان پسر پایه های پنجم و ششم...

جدول ۴. فراوانی درصد پاسخگویی به سوالات عملکرد

سوالات	حالت		بله		گاهی اوقات		خیر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
آیا شما مسواک می زنید؟	۱۶۳	۵۷	۱۲۱	۴۲,۳	۲	۰,۷		
آیا هر شب قبل از خواب مسواک می زنید؟	۱۳۱	۴۵,۸	۱۲۶	۴۴,۱	۲۹	۱۰,۱		
آیا بعد از هر وعده غذا مسواک می زنید؟	۴۰	۱۴	۱۰۴	۳۶,۴	۱۴۲	۴۹,۷		
آیا بعد از خوردن شیرینی مسواک می زنید؟	۷۱	۲۴,۸	۸۵	۲۹,۷	۱۳۰	۴۵,۵		
آیا از خمیر دندان جهت مسواک زدن استفاده می کنید؟	۲۵۱	۸۷,۸	۱۸	۶,۳	۱۷	۵,۹		
آیا تمام سطوح دندان ها را با دقت مسواک می کنید؟	۲۱۴	۷۴,۸	۵۷	۱۹,۹	۱۵	۵,۲		
آیا مواد خوراکی سخت مثل پسته و بادام را با دندان خود می شکنید؟	۵۲	۱۸,۲	۷۰	۲۴,۵	۱۶۴	۵۷,۳		
آیا بلافاصله بعد از خوردن غذای داغ، آب سرد می نوشید؟	۷۱	۲۴,۸	۸۶	۳۰,۱	۱۲۹	۴۵,۱		
آیا هر روز از شیر و لبنیات استفاده می کنید؟	۱۲۸	۴۴,۸	۱۳۲	۴۶,۲	۲۶	۹,۱		
آیا از نخ دندان یا خلال دندان استفاده می کنید؟	۹۵	۳۳,۲	۱۲۰	۴۲	۷۱	۲۴,۸		
آیا از دهان شویه فلوراید استفاده می کنید؟	۶۱	۲۱,۳	۹۸	۳۴,۳	۱۲۷	۴۴,۴		
آیا از دهان شویه ضدباکتری استفاده می کنید؟	۴۷	۱۶,۴	۶۱	۲۱,۳	۱۷۸	۶۲,۲		

جدول ۵. توزیع میانگین و میانه بارم آگاهی، نگرش و عملکرد در مقایسه با تحصیلات پدر

P-Value	تحصیلات پدر			میانگین	میانه
	دانشگاهی	دیپلم	سیکل		
۰,۱۴	۵,۷۷	۵,۸۵	۳,۷۵	میانگین	آگاهی
	۶	۶	۳,۵	میانه	
۰,۰۴	۳۷,۰۳	۳۵,۲	۳۴,۷۵	میانگین	نگرش
	۳۷	۳۵	۳۵,۵	میانه	
۰,۱۸	۱۴,۵۴	۱۳,۶۳	۱۳,۲۵	میانگین	عملکرد
	۱۵	۱۳	۱۲	میانه	

بارم (میانگین و میانه) در گروه های شغلی مختلف اختلافی محسوس نداشتند اما در بررسی آماری بصورت مرزی اختلاف معنا داری مشاهده شد ($p=0/05$) در بررسی عملکرد دانش آموزان نیز همچون آگاهی آنها ارتباط معنا داری با شغل پدر مشاهده نگردید ($p=0/15$) (جدول ۶).

همچنین در ارزیابی ارتباط آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان با شغل مادر ارتباط معنا داری در هیچ یک از بخش ها یافت نشد ($p>0/2$). در بررسی رابطه بین پایه تحصیلی با میزان آگاهی، نگرش

رابطه معنا داری یافت نشد ($p=0/10$) همچنین ارتباطی بین نگرش دانش آموزان با سطح تحصیلات مادر یافت نشد ($0/23$). این عدم ارتباط معنا دار در عملکرد دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان در مقایسه با سطح تحصیلات مادر نیز مشاهده شد ($p=0/18$).

در بررسی ارتباط آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان با شغل پدر، مشاهده گردید که آگاهی دانش آموزان ارتباط معنا داری با شغل پدر ندارد ($p>0/2$) در خصوص نگرش دانش آموزان نیز اگر چه متوسط

جدول ۶. توزیع میانگین و میانه بارم آگاهی، نگرش و عملکرد در مقایسه با شغل پدر

P-Value	شغل پدر					مولفه‌ها
	سایر	بازنشسته	کارمند	آزاد	بیکار	
۰,۴۷	۵,۵ (۱,۸۲)	۶,۰۹ (۱,۶۴)	۵,۹۵ (۲,۰۵)	۵,۵۵ (۲,۰۹)	۵,۵ (۰,۷)	میانگین (انحراف معیار)
	۵,۵ (۷)	۵ (۵)	۶ (۱۰)	۶ (۱۰)	۵,۵ (۱)	میانه (طیف میان چارکی)
۰,۰۵	۳۵,۴۴ (۵,۲۴)	۳۷,۸۲ (۶,۶۹)	۳۷,۱۸ (۵,۴۹)	۳۵,۳۶ (۴,۸۸)	۳۸,۵ (۲,۲)	میانگین (انحراف معیار)
	۳۵ (۲۱)	۳۹ (۲۳)	۳۷ (۲۸)	۳۵ (۲۷)	۳۸,۵ (۳)	میانه (طیف میان چارکی)
۰,۱۵	۱۴,۰۶ (۴,۲۳)	۱۳,۶۴ (۲,۳۷)	۱۴,۷۹ (۳,۸۱)	۱۳,۵۶ (۳,۷۹)	۱۴,۵ (۳,۵۳)	میانگین (انحراف معیار)
	۱۳ (۱۴)	۱۳ (۷)	۱۵ (۱۸)	۱۳ (۱۶)	۱۴,۵ (۵)	میانه (طیف میان چارکی)

جدول ۷. توزیع میانگین و میانه بارم آگاهی، نگرش و عملکرد در مقایسه با تعداد دفعات نخ دندان کشیدن

P-Value	هر روز	بیشتر از یکبار در هفته	یکبار در هفته	کمتر از یکبار در هفته	هرگز	دفعات نخ دندان کشیدن	
						میانگین	مولفه‌ها
۰,۷۹	۶,۱۱ (۱,۹۲)	۵,۸۶ (۲,۱۶)	۵,۷۷ (۲,۰۸)	۵,۵۶ (۲,۰۹)	۵,۶۳ (۱,۹)	میانگین (انحراف معیار)	۱۳ و ۱۴
۰,۸۷	۳۶,۲۸ (۵,۸۹)	۳۶,۲۷ (۵,۲۶)	۳۶,۱۲ (۵,۱)	۳۶,۲۴ (۵,۵۹)	۳۷,۰۶ (۵,۱۳)	میانگین (انحراف معیار)	۱۳ و ۱۴

شاخص‌های مورد مطالعه بهداشتی در دانش آموزان، بین تعداد دفعات مسواک زدن با آگاهی و عملکرد دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان رابطه معناداری مشاهده گردید ($p > 0/001$) که می‌تواند ناشی از تاثیر گذاری متقابل آگاهی و عملکرد بریکدیگر در خصوص بهداشت دهان و دندان باشد. در خصوص ارتباط میان نگرش دانش آموزان با تعداد دفعات مسواک زدن اگرچه نتیجه تحلیل آماری اختلاف برجسته‌ای نشان نداد ($p = 0/06$) اما می‌توان گفت شواهدی دال بر ارتباط بین این دو متغیر وجود دارد (جدول ۱۰).

و عملکرد دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان، بین پایه تحصیلی با آگاهی دانش آموزان رابطه معناداری وجود داشت ($p = 0/04$) به طوری که علی‌رغم انتظار آگاهی دانش آموزان پایه پنجم در خصوص بهداشت دهان و دندان بهتر از دانش آموزان پایه ششم بوده است، که می‌تواند ناشی از فراموشی اطلاعات بهداشتی بدلیل عدم بازآموزی‌ها در مدارس باشد. ولی این ارتباط معنادار در خصوص نگرش و عملکرد دانش آموزان مشاهده نگردید ($p > 0/05$). در بررسی‌ای دیگر بین تعداد دفعات مسواک زدن با

در آنالیز صورت گرفته در خصوص آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان با تعداد دفعات نخ دندان کشیدن، رابطه معناداری بین تعداد دفعات نخ دندان کشیدن با میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان مشاهده نگردید ($p > 0/2$) اما عملکرد دانش آموزانی که تعداد دفعات بیشتری نخ دندان استفاده می کردند در مقایسه با سایر دانش آموزان بهتر بوده و بین این دو متغیر رابطه معناداری یافت شده بود ($p < 0/001$). (جدول ۷).

در آخرین بررسی، که بین تعداد دفعات مراجعه به دندانپزشک و میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان صورت پذیرفت، آگاهی دانش آموزان، ارتباط معناداری با تعداد دفعات مراجعه به دندانپزشک نداشته بود ($p = 0/18$) همچنین رابطه معناداری بین نگرش آنها با دفعات مراجعه به دندانپزشک یافت نشد ($p = 0/16$) و عملکرد دانش آموزانی که بیشتر نسبت به سایرین به دندانپزشک مراجعه می کردند در مقایسه با سایرین بهتر نبوده و در نتیجه ارتباطی بین عملکرد و تعداد دفعات مراجعه به دندانپزشک مشاهده نگردید ($p > 0/2$) که این عدم ارتباط می تواند ناشی از بی توجهی دندانپزشکان نسبت به آموزش عملی به دانش آموزان و یا متفاوت بودن نوع مراجعات به دندانپزشک باشد، بعنوان مثال دانش آموزی که عملکرد ضعیفی از خود نشان داده برای رفع ناراحتی دهان و دندانی مرتباً به دندانپزشک مراجعه می کند، در عین حال فردی که عملکرد بهتری دارد ممکن است بر حسب نیاز در بازه های زمانی طولانی تری به دندانپزشک مراجعه کند.

بحث

نتایج نشان داد که سطح آگاهی دانش آموزان در رابطه با بهداشت دهان و دندان پایین است. در این خصوص، نتایج مطالعات انجام گرفته در کشور در مورد سطح آگاهی دانش آموزان در، رابطه با بهداشت دهان و دندان با مطالعه

حاضر مشابهت دارد، علیویجه و همکاران (۱۷)، گودرزی و همکاران (۱۸)، در مطالعات خود سطح آگاهی را در خصوص بهداشت دهان و دندان ۳۰ درصد گزارش کرده اند، همچنین یآوری و همکاران نیز در مطالعه خود سطح آگاهی دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان را پایین بیان کردند (۱۵).

نتایج این مطالعات می تواند گویای پایین بودن آموزش های لازم و همچنین کم اهمیت دانستن این مسئله در بین دانش آموزان در مدارس باشد. نداشتن آگاهی کافی سرمنشا پوسیدگی دندان و بیماری های لثه است (۱۹)، که به نظر می رسد با تبیین این مسئله و قرار دادن در طرح درس دانش آموزان تمام مقاطع تحصیلی می تواند سبب بالا رفتن سطح آگاهی و انجام رفتارهای پیشگیرانه از سوی دانش آموزان شود. از دیگر نتایج این مطالعه مطلوب بودن نگرش دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان بود که با مطالعه یآوری و همکاران (۱۵) مشابه بوده است. یافته های این مطالعه که در آن میزان تحصیلات پدر اثر مستقیمی بر نگرش مثبت دانش آموزان داشته با یافته مطالعه طوافیان و همکاران (۱۸) همخوانی داشت. همچنین ارتباط معنا دار بین تحصیلات مادر با نگرش دانش آموزان که در مطالعه خدکرمی و همکاران (۲۰) به ان اشاره شد با یافته های این مطالعه همخوانی نداشت که می تواند ناشی از متفاوت بودن موقعیت جغرافیایی و فرهنگی در این مطالعه بوده باشد.

تحصیلات به عنوان یکی از مهم ترین شاخص های اجتماعی-اقتصادی است که آگاهی، نگرش و مهارت های لازم جهت اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۵)، به نظرمی رسد افراد با تحصیلات بالاتر به منابع مختلف و بیشتری جهت کسب دانش و اطلاعات دسترسی و بر همین اساس سطح تحصیلات پدران که به عنوان یک الگو جهت اتخاذ رفتارهای سلامت در کودکان خود هستند می تواند در نگرش بهتر در خصوص بهداشت دهان و دندان تأثیر

داشته باشد.

همچنین میزان مطلوب بودن نگرش در دانش آموزان با مطالعه محمد خواه و همکاران (۸) همخوانی نداشت که می تواند ناشی از متفاوت بودن موقعیت جغرافیایی و فرهنگی مناطق مورد بررسی باشد. یکی از تعیین کننده های کلیدی رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان نگرش است. در مطالعات مشخص شده است که رفتار سلامت دهان و دندان به طور معناداری و در جهت مثبت با نگرش در ارتباط است. نگرش ها می توانند به عنوان متغیرهای واسطه میان نتایج مورد انتظار و رفتار مرتبط با سلامت عمل کنند (۱۹، ۲۱). همچنین یافته های پژوهش نشان داد که سطح عملکرد دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان پایین است که با یافته های مطالعه یآوری و همکاران (۱۵)، نخستین و همکاران (۲۲)، طوماریان و همکاران (۲۳) همخوانی داشت.

به نظر می رسد که دانش آموزانی که سطح آگاهی شان در زمینه بهداشت دهان و دندان پایین است از عملکرد پایینی برخوردار می باشند.

نتایج این بررسی نشان داد که فقط ۵۷ درصد از دانش آموزان به طور مرتب مسواک می زدند و ۱۰/۱ درصد از دانش آموزان مورد بررسی هر شب قبل از خواب از مسواک استفاده نمی کنند که با یافته های مطالعات مختلف انجام گرفته در کشور مشابهت دارد (۲۰، ۲۲). مواردی از قبیل مسواک زدن بعد از خوردن هر وعده غذایی (۱۴ درصد) و استفاده از دهان شویه ضد باکتری (۱۶/۴ درصد) کمترین رفتارهایی بودند که توسط دانش آموزان مورد بررسی، انجام می شدند. عدم آگاهی از سرعت شروع تخریب دندان توسط باکتری های پوسیدگی زا و همچنین عدم آگاهی از وجود و فواید استفاده از دهان شویه ها، عدم دسترسی، بحث هزینه آن و غیره می تواند از جمله علل پایین بودن اینگونه رفتارهای بهداشتی در بین دانش آموزان باشد که با ارائه آموزش های لازم پیرامون چگونگی

شکل گیری جرم و آغاز روند پوسیدگی در دندان و نیز ایجاد حساسیت در دانش آموزان و والدین آن ها در مورد مسواک زدن بعد از هر وعده غذایی و استفاده از محتوا و استراتژی های مناسب آموزشی در خصوص لزوم رعایت بهداشت دهان و دندان و همچنین توزیع دهان شویه ها در تمام داروخانه ها و امکان دسترسی افراد به آن ها، می توان به بالا بردن اینگونه رفتارها در جمعیت دانش آموزی کمک کرد.

طبق یافته های مطالعه تعداد دفعات استفاده از مسواک و نخ دندان با میزان عملکرد دانش آموزان ارتباط معناداری داشت که این مهم با مطالعات دیگر همخوانی داشته است، بطوری که مطالعات مختلفی ارتباط بین وضعیت بهداشت دهان و دندان و استفاده از مسواک و نخ دندان را گزارش کرده اند (۲۴، ۲۵). به نظر می رسد با توجه به اهمیت مسواک زدن مرتب دندان ها لازم است که آموزش های لازم در این خصوص در مدارس به دانش آموزان داده شود. نتایج این مطالعه بیانگر پایین بودن میانگین بارم آگاهی و عملکرد و همچنین مطلوب بودن میانگین بارم نگرش در خصوص بهداشت دهان و دندان بوده است، و با توجه به انالیز های صورت گرفته ارتباط معناداری بین سطح آگاهی دانش آموزان و پایه تحصیلی شان و همچنین تعداد دفعات مسواک زدن وجود داشته و در خصوص سطح نگرش آنها ارتباط معناداری با تحصیلات و شغل پدر یافت شد، همچنین عملکرد دانش آموزان در خصوص بهداشت دهان و دندان با تعداد دفعات مسواک زدن و نخ دندان کشیدن رابطه معناداری داشته است.

با توجه به این نکته که سطح آگاهی و عملکرد دانش آموزان مورد بررسی در خصوص بهداشت دهان و دندان در حد مطلوبی نیست، لذا ارائه برنامه های آموزشی ضروری به نظر می رسد. این برنامه های آموزشی باید بر اساس سن، مقطع تحصیلی و شرایط فرهنگی تدوین شود تا بتواند تأثیرگذار باشد. همچنین بهتر است از مربیان بهداشت مدارس در راستای آموزش به

آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان پسر پایه های پنجم و ششم...

از والدین دانش آموزان، به آن ها نیز آموزش داده و اهمیت مسواک زدن و نتایج ثمربخش آن مورد تأکید قرار گیرد. لازم است برای دستیابی به نتایج بهتر و دقیق تر مطالعات در سطح وسیع و جامعه آماری بیشتری صورت پذیرد.

دانش آموزان استفاده شود و این آموزش ها نیز به صورت متناوب برگزار گردد. از روش های تشویقی مانند ارائه مسواک و خمیردندان رایگان در مدارس نیز می توان بهره برد. در این بین، نکته مهمی که نباید فراموش شود تأثیرگذاری والدین است که در این خصوص نیز می توان با تشکیل جلسات و دعوت



منابع

- Mazloomi-Mahmoodabad S, Moein-Taghavi A, Barkhordari A, Alidoosti F. Effect of role modeling through theater show in oral health education. *Majallah i Dandanpizishki (Journal of Islamic Dental Association of Iran)*. 2009;21(2).
- Kavand G, Younesian F, Saffar Shahroudi A, Dorri M, Akbarzadeh Baghban A, Khoshnevisan M-H. Oral Health Related Quality of Life among Iranian children: Part I-Validity, reliability, prevalence and severity assessment of daily impact factors. *Shahid Beheshti University Dental Journal*. 2010;27(4):187-96.
- Sadeghi M. Prevalence and bilateral occurrence of first permanent molar caries in 12-year-old students. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*. 2007;1(2):86.
- Riley III JL, Gilbert GH, Heft MW. Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2006;34(4):289-98.
- Badri Gargari R, Salek Hadadian N. The role of factors related to perceived selfefficacy and health behavior brushing and flossing pull the visitors to the private office of Tabriz. *Int J Res Med Sci*. 2011;9:130-8.
- Kolahi AA, NABAVI M, Sohrabi MR. Epidemiology of acute diarrheal diseases among children under 5 years of age in Tehran, Iran. 2008.
- Rong W, Wang W, Yip H. Attitudes of dental and medical students in their first and final years of undergraduate study to oral health behaviour. *European Journal of Dental Education*. 2006;10(3):178-84.
- Mohamadkhah F, Amin Shokravi F, Karimy M, Faghihzadeh S. Effects of lecturing on selfcare oral health behaviors of elementary students. *Med J Islam Repub Iran*. 2014;28:86.
- Levin L, Shenkman A. The relationship between dental caries status and oral health attitudes and behavior in young Israeli adults. *Journal of dental education*. 2004;68(11):1185-91.
- Eslamipour F, Asgari I. Effectiveness of a didactic and practical oral health education program among primary school children 2008:58-64.
- Muthmainnah Y. LGBT Human Rights in Indonesian Policies1. *Queering Indonesia: Self, Subjectivity & Crisis*. 2016;13.
- Barrieshi-Nusair K, Alomari Q, Said K. Dental health attitudes and behaviour among dental students in Jordan. *Community dental health*. 2006;23(3):147.
- Hong, Ying W, Petersen PE, Jin, You B, Bo, Xue Z. The second national survey of oral health status of children and adults in China. *International dental journal*. 2002;52(4):283-90.
- Singh S. Can undergraduate student learning in prevention influence oral health self care practices?-a report from a South African University. *International journal of dental hygiene*. 2017;15(4): 100-12.
- Yavari M, Morowatisharifabad M, Haghi M, Rezaeipandari H, Hatamzadeh N, Azad E. Study of knowledge, Attitude, Practice and Oral Health Status among High School Students in Yazd. *Tolooebehdasht*. 2016;14(6):261-75.
- Haerian Ardakani A, Morowatisharifabad M, Rezapour Y, Pourghayumi Ardakani A. Investigation of the relationship of oral health



- literacy and oral hygiene self-efficacy with self-reported oral and dental health in students. *Tolooebehdasht*. 2015;13(5):125-40.
17. MirzaeiAlavijeh M, Jalilian F, Baghiani Moghadam M, Hatamzadeh N, ZinatMotlagh F, Dahaghin N. Knowledge, Attitude and Practice of Elementary Schools Students about Oral Health in Yazd. *Iranian Journal of Pediatric Dentistry*. 2013;9(1):43-50.
 18. A G, SS T, SS H, H Z. Health Literacy and Oral Health in Primary School Students of District 14 in Tehran, Iran. *Military Caring Sciences*. 2016;2(4):229-37.
 19. Bahmanpour K, Nouri R, Nadrian H, Salehi B. Determinants of oral health behavior among high school students in Marivan County, Iran based on the Pender's Health Promotion Model. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2011;9(2):123..
 20. Khodakarami B, Masoumi Z, Oliyayi R, Oliyayi M. The survey of knowledge, attitude and practice of students to oral and dental health in Allameh Helli (1) high school in Hamadan. *Iran J Pediatr*. 2015;11(1):15-22.
 21. Farsi J, Farghaly M, Farsi N. Oral health knowledge, attitude and behaviour among Saudi school students in Jeddah city. *Journal of dentistry*. 2004;32(1):47-53.
 22. Nokhostin MR, Siahkamari A, Akbarzadeh Bagheban A. Evaluation of oral and dental health of 6-12 year-old students in Kermanshah city. *ISMJ*. 2013;16(3):241-9.
 23. Tumarian L, Suri S, Farhadi H. DMFT Index study of 12 year-old students living in Qom city. *Dent Mag Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2005;23:467-74.
 24. Pakpour AH, Hidarnia A, Hajizadeh E, Kumar S, Harrison A-P. The status of dental caries and related factors in a sample of Iranian adolescents. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(6): 822-7.
 25. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International dental journal*. 2006;56(3):159-67.

knowledge, Attitude and Practice Status among Fifth and Sixth Elementary boy Students in Sari in 1398

Haleh Hali^{1,2}, Maedeh Salehi^{2,3}, Ghassem Abedi⁴, Siavash Moradi⁵, Mehrshad Darvishnia⁶, Tahereh Molania^{2,7*}

Abstract

Background and purpose: Oral health is one of the most important issues affecting public health. Regarding the high prevalence of dental decay and the high cost of treatment and the direct role of students in preventing dental decay, it is necessary for the students to acquire suitable knowledge, attitude and practice about oral health. Regarding lack of studies in this area, the study aimed to determine knowledge, attitude, practice and oral health status of elementary school students in Sari.

Materials and Methods: The cross-sectional study was carried out on 300 boy elementary fifth and sixth grade students in Sari city who were selected by cluster random sampling. Data collection tool included questionnaire was a valid and reliable Yavari designed questionnaire which had four part of demographic information, knowledge, attitude, practice and self-reported oral health questionnaire. Data were analyzed using SPSS software 24 and via description and analytical One-Sample Kolmogorov-Smirnov and Kruskal-Wallis test and correlation coefficient.

Results: Mean score of student's knowledge about oral health was $(5/77 \pm 2/03)$ out of 12, and their mean score of attitude was $(36/41 \pm 5/34)$ in range of 10-50 and mean score of practice was $(14/23 \pm 3/81)$ out of 24. The most reported practice was using toothpaste in brushing and the lowest reported behavior was using antibacterial mouth wash. There was a significantly positive correlation between knowledge, attitude, practice and self-reported oral health.

Conclusion: Due to insufficient awareness of school children about their oral health as well as lower performance levels, especially in cases such as the use of antibacterial mouthwash and fluoride containing, brushing after each meal and sweets, providing educational programs in order to increase students knowledge and function about oral health, particularly in the areas above seem to be necessary.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practice, Oral Health, Students

1. Assistant Professor of Pediatric, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2. Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3. Assistant Professor of Oral Medicine, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4. Associate Professor, Department of Health Science, Health Science Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
5. Assistant Professor of Community Medicine, Education Development Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
6. Dentist, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
7. Associate Professor of Oral Medicine, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran, Email: T_molania117@yahoo.com