

عوامل اقتصادی- اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان

سارا امامقلی پور^۱، محمد عرب^۲، اکبر بیگلریان^۳، سعیده میررضایی^{۴*}

- ۱- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، آموزش آمار و کامپیوتر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران
- ۴- کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: سلامت دهان و دندان کودکان نقش مهمی در تعیین وضعیت سلامت و برنامه‌ریزی بهداشتی و درمانی کشورها دارد. این مطالعه، همزمان با مقایسه استانه‌های مختلف از نظر سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان، به تعیین تأثیر عوامل اقتصادی- اجتماعی بر سلامت دهان و دندان کودکان پرداخته است.

مواد و روشها: پژوهش، توصیفی- تحلیلی و به‌صورت مقطعی بود و با استفاده از اطلاعات ۷۷۶۸ نوآموز که در ابتدای سال تحصیلی ۹۵-۹۴ به پایگاه‌های سنجش سلامت کودکان در استان‌های مختلف ایران مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. آنالیز آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری Chi-square انجام شد. **یافته‌ها:** از ۷۷۶۸ کودک ۳۳/۷٪ از نوآموزان در وضعیت دندانی سالم و ۶۶/۳٪ آنان وضعیت دندانی ناسالم داشتند. بیشترین درصد کودکانی که دارای مشکلات سلامت دهان و دندان بودند به ترتیب در استانهای خراسان جنوبی با ۹۰٫۱ درصد، آذربایجان غربی ۸۸/۲ درصد و مرکزی با ۸۶ درصد بودند. درصد کودکان دارای مشکل سلامت دهان و دندان در روستاها بیشتر از شهرها است ($p < ۰/۰۰۱$). افزایش تحصیلات مادر ($p < ۰/۰۰۱$)، افزایش تحصیلات پدر ($p < ۰/۰۰۱$)، عدم اشتغال مادر ($P < ۰/۰۵$)، داشتن بیمه پایه ($P < ۰/۰۵$)، داشتن بیمه تکمیلی ($p < ۰/۰۰۱$) و افزایش درآمد ($p < ۰/۰۰۱$) تأثیر مثبت و معناداری بر بهبود وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان دارند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این مطالعه، اگرچه درصد کودکانی که سطح سلامت دهان و دندان بالاتری داشته‌اند در خانوارهایی که پدر و مادر سطح تحصیلات و درآمد بالاتر و دسترسی به بیمه داشته‌اند، بالاتر بوده اما از آنجایی که شاغل بودن مادر و سکونت در روستا موجب کاهش سلامت دهان و دندان کودکان می‌شود، نیازمند اتخاذ اقداماتی در این راستا می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کودکان، سلامت دهان و دندان، اشتغال، تحصیلات والدین.

وصول مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۲۵

نویسنده مسئول: سعیده میررضایی ایمیل: mirrezaei.s@gmail.com

مقدمه

شادی و رفاه خود می‌دانند. (۱)
بهداشت دهان و دندان، نقش مهمی در تأمین و ارتقای سطح سلامتی جامعه دارد، به‌طوری‌که پوسیدگی

سلامت خوب، چیزی است که همه والدین برای فرزندانشان خود می‌خواهند و آن را شریکی برای

دندان در کودکان به عنوان یک پاندمی جهانی بوده و مقابله با آن یکی از شعارهای مهم قرن ۲۱ است. (۲) عدم رعایت بهداشت دهان و دندان روی بهداشت عمومی و کیفیت زندگی کودکان، تکامل آنها و موفقیت در تحصیل تأثیر عمیقی دارد. (۳ و ۴) علی رغم بهبود قابل توجه در اقدامات پیشگیری کننده و ارتقا دهنده سلامت دهان و دندان، پوسیدگی دندان شایع ترین بیماری مزمن در بین کودکان و بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه و همچنین کشورهای توسعه یافته است. (۵) با توجه به گزارش معاونت بهداشت، شاخص پوسیدگی در ایران در گروه سنی ۶ سال از ۵ در سال ۱۳۸۲ به ۵/۷ در سال ۱۳۹۰ رسیده است. (۶) روش های درمان بیماری های دهان بسیار پرهزینه است، به گونه ای که در کشورهای صنعتی درمان های دندان پزشکی، سالانه در حدود ۱۰-۵٪ مخارج مربوط به بهداشت عمومی را به خود اختصاص می دهد. (۷) بهداشت دهان و دندان مهم است، زیرا مشکلات دهان و دندان تأثیر نامطلوبی کیفیت زندگی می گذارد، با زندگی اجتماعی مردم تداخل می یابد و شرایط بدنی را تشدید می کند. علاوه بر این، بهداشت دهان و دندان ضعیف با بیماری های مزمن مانند دیابت و مرگومیر مرتبط است. (۸) مطالعات گوناگون عوامل مختلفی را بر کیفیت زندگی Oral health-related quality of life - OHRQoL) مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان مؤثر می دانند؛ از آن جمله می توان به وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده، سطح تحصیلات والدین، وضعیت بهداشت دهان و دندان و درک والدین از

سلامت دهان و دندان کودکانشان اشاره نمود. (۹-۱۲) از آنجاکه رفتارهای کودکان در سال های اولیه زندگی، سبک زندگی و نگرش آنها را در بزرگسالی شکل می دهد بنابراین رعایت بهداشت دهان و دندان و نوع عادت غذایی کودک، سلامت دهان و دندان آنها را در سال های آتی زندگی تضمین می کند. (۱۳)

بیماری های دهان از رایج ترین بیماری های مزمن هستند و به خاطر شیوع و تأثیرشان بر افراد و نیز هزینه های درمان آنها، از مسائل مهم در رابطه با سلامت عمومی جامعه به شمار می روند. برای درک نیازهای جامعه، درک تفاوت بین خواسته های افراد و نیازهایی که مسئولان برای آنها در نظر می گیرند، برنامه ریزی جهت سرویس دهی در حیطه سلامت دهان و دندان، برنامه ریزی جهت تربیت نیروهای متخصص، توزیع مناسب نیروها و سرویس های خدمات دهنده و بسیاری موارد دیگر لازم است تا شاخص کیفیت زندگی در طبقات مختلف اقتصادی- اجتماعی و گروه های سنی مختلف بررسی گردد. (۱۴) بدین منظور این مطالعه با هدف ارزیابی عوامل تأثیرگذار بر سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان طراحی گردیده است.

سلامت دهان و دندان علاوه بر حفره دهان، وضعیت جسمی، فیزیکی و روانی کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد و نیز بر نحوه رشد، لذت بردن از زندگی، ظاهر، صحبت کردن، جویدن، چشیدن و اجتماعی شدن آنها و همین طور بر احساس رضایتمندی اجتماعی آنها تأثیر می گذارد. پوسیدگی های شدید، کیفیت زندگی کودکان را کاهش می دهد، چراکه این

کودکان درد، ناراحتی، ظاهر نامناسب، عفونت‌های حاد و مزمن، افزایش نیاز به بستری شدن در بیمارستان، هزینه‌های بالای درمان، غیبت از مدرسه و دور ماندن از درس و در نتیجه کاهش توانایی یادگیری را تجربه می‌کنند. (۱۵) در کودکان ۱-۳ ساله، والدین مراقبین اصلی جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب می‌شوند. در دوره قبل از مدرسه، نیز هنوز والدین تأمین‌کننده اصلی بهداشت دهان و دندان هستند. (۱۶) سلامت دهان و دندان ستاده یک فرایند تولید است که از نهاده‌های مختلفی تأثیر می‌پذیرد. بر اساس اطلاعاتی که از مطالعات مختلف به دست آمده است می‌توان مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت دندان کودکان را به شکل زیر بیان کرد:

سطح تحصیلات و آگاهی والدین: رفتار بهداشتی بر اساس آگاهی‌ها، نگرش‌ها و عملکردها شکل می‌گیرد. (۱۷) عادات و دانش پدر و مادر در مورد بهداشت دهان و دندان، وضعیت بهداشت دهان و دندان فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. (۱۸-۲۰) سطح تحصیلات والدین (به خصوص مادران)، تأثیر مثبتی بر وضعیت بهداشت دهان و دندان فرزندان دارد. (۲۱-۲۳) انصاری مقدم، نشان داد که بین آگاهی و رفتار مادران با بهداشت دهان و دندان کودکانشان ارتباط معنی‌دار وجود دارد. میزان اطلاعات و آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان مهم است، آگاهی بر نوع نگرش اثر داشته و پایه و اساس رفتار بهداشتی مناسب است. (۲۴) همچنین Paula و همکاران تأثیر عمیق سطح تحصیلات

مادران بر OHRQoL فرزندان نشان دادند. (۱۱) سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان با افزایش سطح تحصیلات والدین، کاهش یافت. (۲۵)

شغل والدین: طور کلی سطح آگاهی والدین شاغل، بخصوص مادران شاغل بیشتر از مادران خانه‌دار است و حضور فعال آنان در اجتماع، بستر مناسبی برای افزایش اطلاعات علمی آن‌ها زمینه‌های مختلف به ویژه بهداشت دهان و دندان را فراهم می‌کند که در کاهش بروز پوسیدگی دندانی کودکان آن‌ها بی‌تأثیر نیست. نعمت الهی و همکاران نشان دادند شیوع پوسیدگی در کودکانی که مادران آن‌ها شاغل بودند کمتر از کودکان با مادران خانه‌دار بود. (۲۲) مطالعه Paula و همکاران در برزیل نیز نشان داد، زندگی با هر دو والد و شرایط خانوادگی مطلوب تأثیری قوی بر درک والدین از سلامت دهان کودکانشان دارد و بین درک والدین و درک کودکان از وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان (OHRQoL) رابطه معنی‌داری وجود دارد و درآمد ماهیانه خانواده، تأثیر عمیقی بر OHRQoL فرزندان دارد. (۱۱)

وضعیت اقتصادی و اجتماعی: فرزندان خانواده‌های با درآمد بالاتر، عموماً بهداشت دهان و دندان را بهتر رعایت می‌کنند و به پیشگیری و مراقبت‌های درمانی دسترسی بیشتری دارند. سطح تحصیلات پایین‌تر می‌تواند به کاهش درآمد، بیکاری و وضعیت نامناسب شغلی منجر شود که این شرایط، رفتارهای مرتبط با سلامت و وضعیت بهداشت

دهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نابرابری اقتصادی و اجتماعی در سلامت دهان و دندان در بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده شده است؛ گروه‌های اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر احتمال بیشتری برای بهداشت دهان و دندان ضعیف‌تر نسبت به آن‌هایی که بالاتر هستند، دارند. (۱۴ و ۲۶-۲۸) نتایج مطالعه‌ی گلکاری و همکاران نشان داد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در کودکان ۲ تا ۵ ساله‌ی ساکن شهر شیراز با سطح اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ای که کودک در آن زندگی می‌کند ارتباط مستقیم دارد. سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان از مناطق آسیب‌پذیرتر به‌سوی مناطق مرفه‌تر شهر و با افزایش میزان درآمد خانواده‌ها، افزایش تعداد فرزندان و همچنین افزایش رتبه‌ی تولد کودک در خانواده، کاهش یافت. بررسی کیفیت زندگی در کودکان به تفکیک میزان درآمد والدین نشان داد که هرچه میزان درآمد خانواده بالاتر باشد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در کودکان این خانواده‌ها بالاتر است. (۲۵) مطالعات نشان دادند که درآمد مناسب، تأثیرات خود را بر سلامت اعمال می‌کند و مردم کشورهای پردرآمد عموماً سلامت بهتری را دارا بوده‌اند. (۲۹-۳۱) زندگی شهری نیز باعث عملکرد بهتر و زندگی در حومه و روستا به دلیل دسترسی کمتر به امکانات بهداشتی، عملکرد بدتری را به دنبال دارد. (۳۲) مطالعه‌ی ایی نشان داد که وضعیت بهداشت دهان کودکان خانواده‌های پرجمعیت ضعیف‌تر از کودکان خانواده‌های کم‌جمعیت است که علل آن می‌تواند عدم توجه کافی

به فرزندان در خانواده‌های شلوغ عامل آن باشد. (۳۳)

روش بررسی:

این پژوهش توصیفی-تحلیلی به‌صورت مقطعی (Cross-sectional)، جهت ارزیابی عوامل تأثیرگذار بر سلامت دهان و دندان کودکان بدو ورود به دبستان در کشور ایران انجام شد. جمعیت مورد مطالعه کودکان بدو ورود به دبستان بودند که در ابتدای سال تحصیلی ۹۴-۹۵ به پایگاه‌های سنجش سلامت کودکان مراجعه کرده بودند. در این مطالعه طرح‌ریزی حجم نمونه با استفاده از سرشماری، اطلاعات مربوط به قد، وزن، جنس، وضعیت سلامت دندانی، محل سکونت، وضعیت اقتصادی اجتماعی، سطح تحصیلات، شغل و سن والدین کودکان که در سامانه الکترونیکی سازمان کل آموزش‌وپرورش استثنایی کشور گردآوری شده بود، صورت گرفت. وضعیت دندانی نوآموزان در پرونده‌های الکترونیکی به صورت مجموعه دندانی سالم-ناسالم تعریف شده بود. مجموعه دندانی سالم، عبارت بود از مجموعه دندانی که هیچ دندان پوسیده، کشیده شده و ترمیم یا پر شده در آن نباشد. اطلاعات وضعیت دندانی مطالعه نیز بر همین اساس می‌باشد. در این مطالعه ۷۷۶۸ نوآموز تحت مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌ها به‌صورت تصادفی و با تخصیص متناسب از ۳۱ استان کشور که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ به پایگاه‌های سنجش سلامت کودکان مراجعه کرده بودند انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. به‌گونه‌ای که هر چه تعداد افراد مراجعه‌کننده در استان بیشتر بوده، تعداد افراد بیشتری در حجم نمونه آن استان قرار گرفته است.

با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل داده ها انجام شد و از آزمون کای اسکور برای تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها:

بر اساس یافته های به دست آمده از ۷۷۶۸ کودک مورد بررسی، ۶۶٪/۲ از نوآموزان شهری و ۳۳٪/۸ روستایی بودند و ۵۲٪/۳ پسر و ۴۷٪/۷ دختر بودند. بیشترین فراوانی مربوط به استان تهران با ۱۱٪/۵ و کمترین آن ها مربوط به استان های یزد و سمنان با ۲٪ بود. از بین پدران و مادران کودکان به ترتیب ۲۱٪/۳ و ۲۴٪/۸، بی سواد و تحصیلات ابتدایی، ۵۱٪/۹ و ۵۱٪/۱ دبیرستان و ۲۶٪/۸ و ۲۴٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۸۲٪/۶ از پدران شاغل و ۸٪/۸ از آنان غیر شاغل بودند برای مادران نیز ۱۱٪/۸ شاغل و ۸۷٪/۸ غیر شاغل هستند و ۱٪/۴ از آنان فوت/طلاق داشتند. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین سن کودکان ۷/۰ سال، سن پدر و مادر به ترتیب ۳۹ و ۳۴ سال، تعداد اعضای خانواده ۴، رتبه تولد ۱، وزن کودکان و قد آنان به ترتیب ۲۰/۶۵ کیلوگرم و ۱۱۵/۸۴ سانتی متر بود. در جدول ۲ رتبه بندی استانها از لحاظ وضعیت دندانی ناسالم انجام شده است.

همان طور که مشاهده می شود ۳۳٪/۷ از نوآموزان در وضعیت دندانی سالم و ۶۶٪/۳ آنان وضعیت دندانی ناسالم دارند. کمترین درصد نوآموزانی که دارای مشکلات سلامت دهان و دندان بودند در استان اردبیل با ۲۸٪/۲ درصد و بیشترین درصد مشکلات سلامت دهان و دندان به ترتیب در استانهای خراسان جنوبی با ۹۰٪/۱ درصد، آذربایجان غربی با ۸۸٪/۲ درصد و مرکزی با ۸۶ درصد بودند.

آزمون کای اسکور نشان داد تفاوت معناداری بین وضعیت دندانی سالم و ناسالم در استان های مختلف وجود دارد ($p < 0/001$).

نتایج جدول ۳ و آزمون کای اسکور نشان می دهد درصد کودکان دارای مشکل سلامت دهان و دندان در روستاها (۷۰٪) بیشتر از شهرها (۴۴٪/۴) است ($p < 0/001$). نتایج جدول ۴ و آزمون کای اسکور برای ارتباط بین متغیر وضعیت دندانی با متغیرهای والدین (تحصیلات، شغل والدین و وضعیت طلاق و...) نشان می دهد که بین تحصیلات والدین و شغل مادر با وضعیت دندانی کودکان، ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). هر چه سطح تحصیلات والدین افزایش یافته، فراوانی وضعیت دندانی سالم نوآموزان نیز افزایش یافته است. همچنین بیشترین وضعیت دندانی سالم مربوط به مادران شاغل است (۳۸٪). بین داشتن بیمه پایه و تکمیلی با وضعیت دهان و دندان کودکان نیز ارتباط معناداری به دست آمد. بیشترین نوآموزان از لحاظ وضعیت دندانی سالم به نوآموزان دارای بیمه پایه (۳۴٪/۱، $P < 0/05$) و بیمه تکمیلی (۳۹٪/۳، $p < 0/001$) اختصاص یافت.

بین رتبه تولد (که در مطالعه ما بین اولین فرزند تا یازدهمین فرزند متغیر بود) و وضعیت دندانی سالم نیز ارتباط معناداری به دست آمد ($P = 0/004$) ولی بین شغل پدر و وضعیت طلاق/فوت والدین با وضعیت دندانی سالم و ناسالم نوآموزان ارتباط معناداری به دست نیامد ($P < 0/05$). همچنین بین درآمد و وضعیت دندانی سالم ارتباط معناداری به دست آمد ($p < 0/001$).

جدول ۱- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای کمی سنجش سلامت کودکان بدو ورود به دبستان

نام متغیر	میانگین	max	min	میانه	انحراف معیار
سن کودک	۷	۷	۶	۷	۰/۴۱
سن پدر	۳۹	۶۰	۲۴	۳۸	۶/۱۹
سن مادر	۳۴	۵۷	۲۰	۳۴	۵/۶۱
تعداد اعضای خانواده	۴	۱۴	۱	۴	۱/۵
رتبه تولد	۱	۱۱	۱	۱	۰/۹۹
وزن	۲۰/۶۵	۵۵	۱۱	۲۰	۳/۹۹
قد	۱۱۵/۸۴	۱۴۰	۷۱	۱۱۶	۵/۷

جدول شماره ۲- درصد فراوانی کودکان بدو ورود به دبستان دارای وضعیت دندانی سالم و ناسالم در استانهای کشور

رتبه از نظر میزان مشکلات دهان و دندان	نام استان	درصد کودکان با وضعیت دندانی سالم	درصد کودکان با وضعیت دندانی ناسالم
۱	خراسان جنوبی	۹۰,۱٪	۹,۹٪
۲	آذربایجان غربی	۸۸,۲٪	۱۱,۸٪
۳	مرکزی	۸۶٪	۱۴٪
۴	سیستان و بلوچستان	۸۵٪	۱۵٪
۵	چهارمحال و بختیاری	۸۳,۳٪	۱۶,۷٪
۶	سمنان	۸۲,۸٪	۱۷,۲٪
۷	زنجان	۸۲٪	۱۸٪
۸	اصفهان	۸۱,۲٪	۱۸,۸٪
۹	هرمزگان	۸۱٪	۱۹٪
۱۰	البرز	۷۷,۲٪	۲۲,۸٪
۱۱	مازندران	۷۶,۹٪	۲۳,۱٪
۱۲	قم	۷۶,۹٪	۲۳,۱٪
۱۳	فارس	۷۳,۹٪	۲۶,۱٪
۱۴	یزد	۷۲,۷٪	۲۷,۳٪
۱۵	گیلان	۷۱,۷٪	۲۸,۳٪
۱۶	بوشهر	۷۱٪	۲۹٪
۱۷	خوزستان	۶۹٪	۳۱٪
۱۸	کرمان	۶۸,۶٪	۳۱,۴٪
۱۹	کرمانشاه	۶۷,۶٪	۳۲,۴٪
۲۰	کهگیلویه و بویراحمد	۶۷,۴٪	۳۲,۶٪
۲۱	همدان	۶۷,۱٪	۳۲,۹٪
۲۲	لرستان	۶۴,۵٪	۳۵,۵٪
۲۳	تهران	۶۴,۳٪	۳۵,۷٪
۲۴	گلستان	۶۱,۲٪	۳۸,۸٪
۲۵	قزوین	۵۴,۵٪	۴۵,۵٪
۲۶	آذربایجان شرقی	۵۱/۱٪	۴۸,۹٪
۲۷	ایلام	۴۱,۱٪	۵۸,۹٪
۲۸	خراسان شمالی	۴۰٪	۶۰٪
۲۹	خراسان رضوی	۳۷,۲٪	۶۲,۸٪
۳۰	کردستان	۳۴,۴٪	۶۵,۶٪
۳۱	اردبیل	۲۸,۲٪	۷۱,۸٪
-	کل کشور	۶۶,۳٪	۳۳,۷٪

جدول شماره ۳- تأثیر محل سکونت بر وضعیت سلامت دندانی کودکان

نام متغیر	شهری/روستایی	دارای سلامت دهان و دندان	دارای مشکل دهان و دندان	P-value
محل سکونت	شهری	۳۵/۶٪	۶۴/۴٪	$p < 0/001$
	روستایی	۳۰٪	۷۰٪	

جدول شماره ۴- ارتباط متغیرهای اقتصادی- اجتماعی با وضعیت سلامت دندانی کودکان

متغیر	سطوح	سلامت دهان و دندان	عدم سلامت دهان و دندان	P-value
تحصیلات مادر	بی سواد و ابتدایی	۲۶/۹٪	۷۰/۴٪	$p < 0/001$
	دبیرستان	۳۳/۲٪	۶۶/۸٪	
	دانشگاهی	۳۸/۸٪	۶۱/۲٪	
تحصیلات پدر	بی سواد و ابتدایی	۳۰٪	۷۰٪	$p < 0/001$
	دبیرستان	۳۲/۹٪	۶۷/۱٪	
	دانشگاهی	۳۸/۱٪	۶۱/۹٪	
شغل مادر	شاغل	۳۸٪	۶۲٪	$P < 0/05$
	غیر شاغل	۳۳/۱٪	۶۶/۹٪	
شغل پدر	شاغل	۳۳/۶٪	۶۶/۴٪	$P = 0/06$
	غیر شاغل	۳۵/۶٪	۶۴/۴٪	
بیمه پایه	دارد	۳۴/۱٪	۶۵/۹٪	$P < 0/05$
	ندارد	۲۹/۵٪	۷۰/۵٪	
بیمه تکمیلی	دارد	۳۹/۳٪	۶۰/۷٪	$p < 0/001$
	ندارد	۳۲٪	۶۸٪	
رتبه تولد	رتبه تولد از ۱ تا ۱۱	۳۳/۷٪	۶۶/۳٪	$P = 0/004$
	خیر	۳۳/۷٪	۶۶/۳٪	
وضعیت طلاق/فوت	بله	۳۱/۷٪	۶۸/۳٪	$P = 0/37$
	-	۳۳/۷٪	۶۶/۳٪	
درآمد	-	۳۳/۷٪	۶۶/۳٪	$p < 0/001$

بحث و نتیجه گیری:

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، از ۷۷۶۸ کودک مورد بررسی، تعداد ۵۱۴۵ نفر از نوآموزان شهری و ۲۶۲۳ نفر روستایی بودند که از این تعداد ۴۰۶۳ پسر و ۳۷۰۵ دختر بودند. بیشترین فراوانی مربوط به استان تهران با ۸۹۲ نفر و کمترین آن‌ها مربوط به استان‌های یزد و سمنان با ۱۵۴ نفر بود. ۳۳٪/۷ از نوآموزان در وضعیت دندان‌دانی سالم و ۶۶٪/۳ آنان وضعیت دندان‌دانی ناسالم داشتند. نتایج مطالعه نشان داد تفاوت معناداری بین وضعیت دندان‌دانی سالم و ناسالم در استان‌های مختلف وجود دارد ($p < 0/001$) که کمترین درصد نوآموزان دارای مشکلات سلامت دهان و دندان، در استان اردبیل با ۲۸/۲ درصد و بیشترین درصد نوآموزان با مشکلات سلامت دندان‌دانی در استان خراسان جنوبی با ۹۰٪/۱ است.

همچنین، ۷۰ درصد نوآموزان روستایی و ۶۴/۴ درصد از نوآموزان شهری وضعیت سلامت دهان و دندان‌شان دارای مشکل است. نتایج مطالعه ارسنگ جنگ و همکاران ۱۳۹۴ در قم نشان داد ارتباط معنی‌داری بین متغیر استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان با متغیرهای دسترسی، سطح اجتماعی اقتصادی و مقدار dmft مشاهده گردید.

وضعیت اجتماعی-اقتصادی تنها عامل مرتبط با دسترسی به خدمات دندانپزشکی بود. دسترسی به مراکز دندانپزشکی در شهرها نسبت به روستاها بیشتر بود. هرچند میزان

استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان بین کودکان روستایی و شهری، اختلاف معنی‌داری نداشت، ولی نسبت معاینات دوره‌ای در کودکان روستایی کمتر بود. (۳۴) نتایج مطالعه ما، در ارتباط بین متغیر وضعیت دندان‌دانی با متغیرهای والدین (تحصیلات، شغل والدین، محل سکونت، وضعیت طلاق/فوت و ...) نشان داد که بین تحصیلات والدین و شغل مادر با وضعیت دندان‌دانی ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/05$) و هر چه تحصیلات والدین افزایش یافته، فراوانی وضعیت دندان‌دانی سالم نوآموزان نیز افزایش یافته است.

همچنین بیشترین وضعیت دندان‌دانی سالم مربوط به مادران شاغل (۳۸٪) بوده است. Bhavna بیان کرد کودکانی که دارای والدین با سطح تحصیلات پایین می‌باشند از عملکرد پایینی در مورد بهداشت دهان و دندان برخوردار می‌باشند، خصوصاً در والدینی که سطح تحصیلاتشان پایین‌تر از دیپلم باشد. (۳۲) بین داشتن بیمه پایه و تکمیلی با وضعیت دهان و دندان کودکان نیز ارتباط معناداری به دست آمد. بیشترین نوآموزان از لحاظ وضعیت دندان‌دانی سالم به نوآموزان دارای بیمه پایه (۳۴٪/۱، $p < 0.05$) و بیمه تکمیلی (۳۹٪/۳، $p < 0/001$) اختصاص یافت. در مطالعات انجام‌شده، ارتباط معنی‌داری بین خطر پوسیدگی زودرس دوران کودکی با متغیرهای اجتماعی اقتصادی از قبیل سطح درآمد و تحصیلات پایین مشاهده گردید. (۳۵ و ۳۶) Thyath و همکاران

در مطالعه ایی نشان داند کودکانی که از خانواده های کم درآمد هستند نسبت به کودکانی که از خانواده های با درآمد متوسط و بالا هستند احتمال کمتری برای دریافت مراقبت جامع مراقبت های دندان دارند و به احتمال زیاد به بیماری حاد دندان مبتلا می شوند. پدر و مادر نفوذ قوی در بهداشت دهان و دندان کودک دارند. (۳۷)

مطالعه ایی در فرانسه همبستگی مثبت و معنی داری بین درآمد خانواده و سلامت عمومی کودک پیدا کردند. (۳۸) همچنین Adeniyi و همکاران، رابطه معناداری بین سطح تحصیلات مادر و وضعیت بهداشت دهان و دندان فرزندان خود گزارش کردند. (۲۱)

همچنین مطالعات پاکپور و نعمت الهی و همکارانشان به طور جداگانه نشان دادند سطح تحصیلات بالاتر در خانواده منجر به ارتقای سلامت دهان و دندان می شود. و بین تحصیلات والدین و شغل مادر با سلامت دندان ارتباط معناداری وجود داشت و شیوع پوسیدگی در کودکانی که مادران آن ها شاغل بودند کمتر از کودکان با مادران خانه دار بود. (۲۲ و ۲۳) Krisdapong و همکارانش عنوان کردند کودکان پیش دبستانی که خانواده غیر ماهر داشتند و یا بیکار بودند نسبت به کسانی که سرپرست خانواده، ماهر و فعال بود، احتمال بیماری های دهان و دندان بیشتر است. (۳۹) درحالی که دو مطالعه در فرانسه و یونان گزارش دادند که فعالیت های حرفه ای

پدر و مادر و شغل پدر و مادر، اثر ناچیز دارد. (۴۰ و ۴۱) در یک مطالعه که اثر "فعالیت کار والدین" را ارزیابی کرده، نشان داد پدرانی که فعالیت کار دور از خانه دارند به طور ناچیز، درحالی که فعالیت کار مادران به طور قابل توجهی بر سلامت دهان و دندان کودکان تأثیر دارند. (۴۲) یافته های مطالعه حاضر گویای آن بود از جمله مواد مهم در ارتقای وضعیت بهداشت و دهان کودکان، تحصیلات مادر، محل سکونت و وجود بیمه تکمیلی است. سطح تحصیلات پایین تر والدین مخصوصاً مادر، بهداشت دهان و دندان کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد. با افزایش سطح تحصیلات و در نتیجه شاغل بودن مادر، احتمال سلامت دهان و دندان کودک افزایش می یابد.

پایین بودن درآمد خانواده و احتمالاً مشغله های فکری زیاد، نداشتن بیمه تکمیلی و قادر نبودن خانواده به تأمین هزینه های مربوط به بهداشت دهان و دندان، باعث کم اهمیتی و آسیب جدی به سلامت دهان و دندان و در نهایت سلامت کلی کودکان می شود. پایین بودن درآمد خانواده و احتمالاً مشغله های فکری زیاد، نداشتن بیمه تکمیلی و قادر نبودن خانواده به تأمین هزینه های مربوط به بهداشت دهان و دندان، باعث کم اهمیتی و آسیب جدی به سلامت دهان و دندان و در نهایت سلامت کلی کودکان می شود. بر طبق مطالعه حاضر، سکونت در روستا نیز احتمال سلامت را احتمالاً به علت

علوم پزشکی تهران است (گرانت شماره: ۹۵-۰۳-۲۷-۳۱۱۳۶). نویسندگان از حمایت های دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین همکاری سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور در خصوص گردآوری اطلاعات، تشکر و قدردانی می نمایند.

دسترس کمیتر به مراکز دندانپزشکی و معاینات دوره ایی کاهش می دهد. سلامت دهان، به عنوان جزء جتنابناپذیر از سلامت عمومی است که ارزیابی آن در کودکان نقش مهمی در تعیین وضعیت سلامت و برنامه ریزی بهداشتی و درمانی جوامع دارد. **تشکر و قدردانی:** این مقاله، یک پژوهش علمی تحت حمایت دانشگاه

References

1. Gerdtham U-G, Johannesson M. The relationship between happiness, health, and socio-economic factors: results based on Swedish microdata. *The Journal of Socio-Economics* 2001;30:553-07
2. Mak KK, Day JR. Dental health behaviours among early adolescents in Hong Kong. *International journal of dental hygiene* 2011;۹ : 122-06
3. Hatami H, Razavi S, Eftekhari A, Majlesi F, Sayed Nozadi M. Parizade SMj. Textbook of Public Health ۳th ed Tehran: Arjmand pub 2013: 2134-050
4. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83: 661-0669
5. Petersen P. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology* 2003; 31: 3-024
6. Organization WH. Oral health surveys: basic methods: World Health Organization; 02013
7. Du Plessis J. The effect of socio-economic status on dental caries experience in 6, 12 and 15 year-old school children in Port Elizabeth and Despatch. *The Journal of the Dental Association of South Africa= Die Tydskrif van die Tandheelkundige Vereniging van Suid-Afrika* 1997; 52: 483-06
8. Bagramian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent* 2009; 22: 3-۰۸
9. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, et al. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11–14 (CPQ 11–14) for the Brazilian Portuguese language. *Health and quality of life outcomes* 2008;6: 01
10. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community dentistry and oral epidemiology* 2007; 35: 348-056
11. Paula J, Leite I, Almeida A, Ambrosano G, Pereira A, Mialhe F. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health and quality of life outcomes* 2012; 10: 01
12. Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community dentistry and oral epidemiology* 2005;33: 370.07
13. Sujlana A, Pannu PK. Family related factors associated with caries prevalence in the primary dentition of five-year-old children. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2015;33: 083

14. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community dentistry and oral epidemiology* 2007; 35: 81-08
15. Gerritsen A, Allen P, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes* 2010; 8:0126
16. Whalley F, Wong D. *Nursing care of infant and children*. Washington DC: Mosby 1993: 988-01005
17. Riley J, Gilbert G. Childhood dental history and adult dental attitudes and beliefs. *International dental journal* 2005; 55: 142-050
18. Edelstein B, Douglass C. Dispelling the myth that 50 percent of US schoolchildren have never had a cavity. *Public Health Reports* 1995; 110:0552
19. Mouradian W, Wehr E, Crall J. Disparities in children's oral health and access to dental care. *Jama* 2000; 284: 2625-031
20. Scully C. *Oral health in America: a report of the Surgeon General*. 02000
21. Abiola Adeniyi A, Eytape Ogunbodede O, Sonny Jeboda O, Morenike Folayan O. Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children? *International Journal of Paediatric Dentistry* 2009; 19: 448-054
22. Nematollahi H, Mehrabkhani M, Esmaily H-O. Dental Caries Experience and its Relationship to Socio-Economic Factors in 2-6 Year Old Kindergarten Children in Birjand-Iran in 2007. *J Mash Dent Sch* 2009; 32: 325-032
23. Pakpour HajiAgha A, Ehsani N, Pouresmaeil M, Alijanzadeh M. Investigate the situation of oral health in preschool students of Alborz province. *Journal of Isfahan Dental School* 2016;12: 80-073
24. Ansari-Moghaddam S. Mothers' knowledge and attitude towards factors affecting orodental health infants and children. *Zahedan University of Medical Sciences and Health Services: Zahedan*; 02003
25. Golkari A, Moeini A, Jabbarifar S. Relationship of socioeconomic status with quality of life related to oral and dental health of 2-5-year-olds in Shiraz. *J Isfahan Dent Sch* 2014; 9: 534-041
26. Newton JT, Bower EJ. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community dentistry and oral epidemiology* 2005; 33: 25-034
27. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health. *Community dentistry and oral epidemiology* 2011; 39: 481-07
28. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community dentistry and oral epidemiology* 2007; 35: 1-011
29. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam R, Subramanian S, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *Bmj* 2009; 339:04471
30. De Maio F, Linetzky B, Ferrante D, Fleischer N. Extending the income inequality hypothesis: Ecological results from the 2005 and 2009 Argentine National Risk Factor Surveys. *Global public health* 2012;7: 635-047
31. Pickett K, Wilkinson R. Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine* 2015; 128:316-026
32. Talekar B, ROZIER R, Slade G, Ennett S. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *The Journal of the American Dental Association* 2005; 136: 364-076
33. Shahrabi M, Mohandes F, Seraj B. Assessing DMFT index in 12 years old students attending hearing impaired schools in Tehran. *Journal of Dental Medicine* 2006; 19: 102-06

34. Arsang Jang S, Amani A, Jafari Koshki T, Mozafariyanpour E, Jafari Kaffash K, Sajadimanesh M, et al. The Level of Availability and Use of Oral and Dental Health Services in 6-7 Years Old Children, Qom, Iran. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2014; 9: 55-063
35. Medina-Solis C, Maupomé G, HM dS, Pérez-Núñez R, Ávila-Burgos L, Lamadrid-Figueroa H. Dental Health Services Utilization and Associated Factors in Children 6 to 12 Years Old in a Low-Income Country. *Journal of public health dentistry* 2008;68: 39-045
36. Werneck R, Lawrence H, Kulkarni G, Locker D. Early childhood caries and access to dental care among children of Portuguese-speaking immigrants in the city of Toronto. *Journal of the Canadian Dental Association* 2008;074
37. Thyath M, Nishad S, Sharma M, Zaidi I. Impact of socioeconomic status and parental factors on child oral health-A review of literature. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research* 2015;3:0153
38. Apouey B, Geoffard P-Y. Child health and access to health care in France: Evidence on the role of family income. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2014;62: 179-090
39. Krisdapong S, Somkotra T, Kueakulpipat W. Disparities in Early Childhood Caries and Its Impact on Oral Health-Related Quality of Life of Preschool Children. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2014; 26: 285-094
40. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machet E, Gremeau-Richard C, Lecuyer M, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. *European Journal of Oral Sciences* 2005; 113: 355-062
41. Papaioannou W, Oulis C, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health related quality of life of Greek adolescents: a cross-sectional study. *European Archives of Paediatric Dentistry* 2011; 12: 146-050
42. Mbawalla H, Masalu J, Åström A. Socio-demographic and behavioural correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, the Limpopo-Arusha school health project (LASH): A cross-sectional study. *BMC pediatrics* 2010; 10: 01