

مقایسه شاخص بهداشت دهان و دندان (OHI-S) دانش‌آموزان راهنمایی شهری و روستایی شهرستان شهریار

مسعود فلاحی نژاد قاجاری*، بهشته ملک افضلی*، سیدمهدی اینانلو**

* دانشیار گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
** دستیار تخصصی پرپودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات اپیدمیولوژیک نقش مهمی در برنامه‌ریزی برای بهبود بهداشت دهان و دندان ایفا می‌نمایند. تحقیق حاضر با هدف تعیین شاخص بهداشت دهان و دندان (OHI-S) در دانش‌آموزان راهنمایی شهری و روستایی شهرستان شهریار در سال ۱۳۸۶ انجام شد. روش بررسی: در این تحقیق توصیفی-تحلیلی، ۴۰۰ دانش‌آموز مدارس راهنمایی (۱۲، ۱۳، ۱۴ ساله) شهری و روستایی شهرستان شهریار پس از کسب مجوز سازمان‌های مربوطه به صورت تصادفی و به تعداد مساوی از دو جنس و مدارس شهری و روستایی انتخاب و بررسی شدند. معاینات با سوند و آینه دندانپزشکی و نور چراغ مطالعه انجام و شاخص‌های دبری و جرم و به همراه شاخص ساده شده بهداشت دهان و دندان (OHI-S) طبق معیارهای WHO در ۶ سکستان دهان برآورد و ثبت گردید. داده‌های دموگرافیک ثبت و شاخص بهداشت دهان و دندان با آزمون‌های Mann-whitney U، Kruskal wallis و مقایسه‌های دویه دوی Dunett تحلیل شدند. یافته‌ها: شاخص OHI-S در مناطق شهری برابر $1/96 \pm 0/57$ و در مناطق روستایی برابر $2/33 \pm 0/56$ بود که در نمونه‌های روستایی به صورت معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0/0001$). بیشتر نمونه‌ها ($52/5\%$) روزانه یک بار مسواک می‌زدند، $71/3\%$ از نخ دندان استفاده نکرده و $28/8\%$ به طور مرتب یا نامرتب از آن استفاده می‌کردند. $52/3\%$ به دندانپزشک مراجعه نکرده و $33/8\%$ در موارد اورژانس مراجعه می‌کردند. فقط 14% مرتب هر سال به دندانپزشک مراجعه می‌کردند. ۲۲ نفر ($5/5\%$)؛ بهداشت خوب، ۳۵۹ نفر ($89/8\%$) بهداشت متوسط و ۱۹ نفر ($4/8\%$) بهداشت بد داشتند. تفاوت‌های معنی‌داری برحسب جنس، نوع مدرسه، سن در وضعیت بهداشت دهان و دندان دیده نشد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج تحقیق وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان مورد بررسی در حد متوسطی باشد. با این حال، کاستی‌هایی در امر پیشگیری در میان دانش‌آموزان وجود داشته و تلاش برای افزایش سطح آگاهی جامعه در امر پیشگیری و بهداشت ضرورت دارد. واژگان کلیدی: بهداشت دهان و دندان، شاخص دبری، شاخص جرم، دندانپزشکی پیشگیری.

وصول مقاله: ۹۱/۱۲/۲۵ پذیرش مقاله: ۹۲/۰۳/۲۹

نویسنده مسوول: بهشته ملک افضلی، beheshtehm@yahoo.com

مقدمه:

ایجاد بیماری بوده و عوامل ثانویه از قبیل ترومای ناشی از اکلوژن و برخی بیماری‌های سیستمیک باعث تشدید عوارض بیماری پرپودنتال می‌گردند. در حال حاضر پیشگیری بهترین راه مبارزه با این بیماری به حساب می‌آید (۱،۲). پلاک میکروبی ماده بی‌رنگ و نازکی از میکروب‌های دهان همراه با پروتئین‌های بزاق است که

بیماری‌های پرپودنتال که به بیماری نسوج نگهدارنده دندان اطلاق می‌گردد از شایع‌ترین بیماری‌های حفره دهان است. بین ۹۳ تا ۹۹ درصد افراد جامعه در سنین مختلف به نوعی از این بیماری مبتلا هستند (۱). پلاک میکروبی، عامل اصلی

محکم به سطوح دندان‌ها می‌چسبند و سبب پوسیدگی دندان و تخریب لثه می‌گردد (۳).

علیرغم پیشرفت‌های بسیار در مبارزه با بیماری‌ها در سطح جهانی، بیماری‌های دهان و دندان هنوز هم جزء شایع‌ترین بیماری‌ها در سطح جهان محسوب می‌گردند (۳). با توجه به تأثیر آشکار سلامتی دهان بر سلامتی جسمی - روانی افراد و نیز قابل کنترل بودن این بیماری‌ها، در کشورهای پیشرفته اقدامات بسیاری در جهت پیشگیری از این بیماری‌ها صورت گرفته است که کاربرد وسیع فلوراید به اشکال مختلف، ارتقاء بهداشت دهان، تغییر عادات بهداشتی و مصرف مواد قندی و برنامه‌های آموزش بهداشت جامعه‌نگر از جمله این اقدامات می‌باشند. نتیجه این اقدامات کاهش کلی در شیوع پوسیدگی در سنین پایین و به دنبال آن بزرگسالان در این جوامع بوده است (۴)، در این کشورها علیرغم موفقیت در کنترل این بیماری‌ها، باز هم برای مسأله آموزش بهداشت اهمیت ویژه‌ای قائل. گروه هدف در این جوامع غالباً کودکان و والدین می‌باشند (۲).

عدم رعایت بهداشت دهان و دندان می‌تواند منجر به پوسیدگی دندان، درد دندانی، از بین رفتن دندان و غیره شود که عوارض متعددی را برای شخص به دنبال خواهد داشت. لذا تلاش‌های زیادی انجام شده تا از وقوع پوسیدگی و بیماری‌های پریودنتال در مراحل اولیه آن جلوگیری به عمل آورد (۲،۳،۵). دانش‌آموزان اهمیت خاصی از نظر دریافت خدمات پیشگیری براساس دستورالعمل‌های WHO دارند. تاکنون تنها راه حل بهبود شرایط دهان و دندان، انجام درمان‌های گران‌قیمت و وقت‌گیر می‌باشد که خود سبب حذف تعداد زیادی از اقشار کم‌درآمد جامعه از این چرخه می‌شود. شکی نیست جهت کاهش هزینه و زمان در بیماری دهان و دندان، پیشگیری نتیجه بهتری را برای جامعه داشته و انجام پیشگیری مستلزم کسب اطلاعات از طریق مطالعات اپیدمیولوژی می‌باشد. کاهش موارد بی‌دندانی در کشورهای پیشرفته نشان‌دهنده تأثیر اقدامات پیشگیری در این جوامع و دریافت مراقبت‌های بهداشتی بهتر و تغییر در نیازهای درمانی آنها می‌باشد (۴). در کشور ما، یکی از مشکلات در امر برنامه‌ریزی جهت

افزایش میزان بهداشت دهان و دندان عدم وجود اطلاعات کافی در مورد وضعیت آنها می‌باشد. تحقیق حاضر با هدف مقایسه شاخص بهداشت دهان و دندان (oral health index simplified: OHI-S) در مدارس راهنمایی شهری و روستایی شهرستان شهریار در سال ۱۳۸۶ انجام شد. روش بررسی:

تحقیق به صورت توصیفی-مقطعی روی ۴۰۰ دانش‌آموز دوره راهنمایی دخترانه و پسرانه روستایی و شهری شهرستان شهریار در سال ۱۳۸۶ انجام شد. حجم نمونه برحسب بیشترین میزان برآورد تخمین بیماری ($P=0.5$)، خطای نوع اول $Z=1.96$ و $d=0.05$ تعیین شده بود.

بعد از دریافت لیست بهنگام مدارس راهنمایی شهرستان شهریار از اداره آموزش و پرورش که با معرفی‌نامه صادره از دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد، تعداد ۸ مدرسه دخترانه و پسرانه بطور مساوی شهری و روستایی به طور تصادفی انتخاب شدند. بعد از کسب مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش شهرستان، ضمن مراجعه به مدارس، معاینات بر روی نمونه‌هایی که به صورت تصادفی از لیست حضور و غیاب در هر مدرسه (۵۰ نفر) انتخاب شده بودند، انجام شد. معاینه به وسیله سوند درجه‌بندی (پروپ)، برای ارزیابی میزان جرم دندان آینه دندانپزشکی برای دیدن نواحی غیرقابل دسترس و نور چراغ مطالعه برای روش کردن محیط معاینه انجام گرفت. شاخص اصلی مورد بررسی در مطالعه حاضر شاخص ساده شده بهداشت دهان و دندان (OHI-S) (Oral Hygiene Index Simplified) بود که از دو شاخص اصلی Debris و Calculus تشکیل شده است (جدول ۱ و ۲). هر یک از این دو شاخص براساس ۱۲ فاکتور تعیین کننده میزان دبری و جرم در سطوح باکالی و لینگوالی دندان‌های دایمی سه سگمنت در هر یک از قوس‌های دندانی تعیین شدند. از قرص آشکار کننده پلاک برای آشکارسازی پلاک و جرم افراد استفاده شد. بدین منظور، دانش‌آموز بعد از جویدن قرص، دهان خود را شسته و بعد از آن تحت معاینه قرار گرفت. این مراحل

مجموع دو عدد جرم و دبری نیز به عنوان شاخص OHI-S در نظر گرفته شد.

برای مقایسه دو به دو گروه‌ها از نظر شاخص OHI-S از آزمون Mann-Whitney U استفاده شد. در صورت وجود گروه‌هایی به تعداد بیش از ۲ مورد نیز از آزمون Kruskal-wallis استفاده شده و برای مقایسه‌های چندگانه هم از آزمون Dunnett استفاده شد.

برای همه دانش‌آموزان انتخاب شده تکرار و داده‌های مربوط به آنان در فرم‌های اطلاعاتی ثبت شدند.

در هر سکستانت مورد معاینه، بیشترین رقم مشاهده شده در فرم اطلاعاتی ثبت شد. سپس مجموع ارقام به دست آمده در ۶ سکستانت (۱۲ عدد) از نظر شاخص‌های دبری و جرم با یکدیگر جمع و بعد از تقسیم بر عدد ۶ (تعداد سکستانت‌ها) عددهای جرم و دبری به دست آمد. همچنین

جدول ۱: شاخص دبری (Debris Index)

نمره	تعریف
۰	هیچ دبری قابل مشاهده نیست
۱	پوشش کمتر از یک سوم سطح دندان‌ی توسط دبری نرم یا وجود نقاط رنگی خارجی بدون دبری بدون در نظر گرفتن سطوح پوشش یافته از دبری
۲	پوشش بیش از یک سوم و کمتر از دو سوم سطوح دندان‌ی توسط دبری نرم
۳	پوشش بیش از دو سوم سطوح دندان‌ی اکسپوز شده توسط دبری نرم

جدول ۲: شاخص جرم (Calculus Index)

نمره	تعریف
۰	هیچ جرمی قابل مشاهده نیست
۱	پوشش کمتر از یک سوم سطح اکسپوز شده دندان‌ی توسط جرم فوق لثه‌ای
۲	پوشش بیش از یک سوم و کمتر از دو سوم سطوح اکسپوز شده دندان‌ی توسط جرم فوق لثه‌ای یا حضور رنگدانه‌های جرم تحت لثه‌ای در اطراف قسمت سرویکالی دندان
۳	پوشش بیش از دو سوم سطوح اکسپوز شده دندان‌ی توسط جرم فوق لثه‌ای یا وجود نوار ممتد از جرم تحت لثه‌ای در اطراف قسمت سرویکالی دندان

نتایج:

تفاوت معنی‌داری برحسب نوع مدرسه (دولتی و غیردولتی) از نظر شاخص OHI-S دیده نشد؛ این شاخص در مدارس دولتی $2/17 \pm 0/62$ و در مدارس غیردولتی برابر $2/05 \pm 0/49$ برآورد گردید.

شاخص OHI-S در دانش‌آموزان ۱۲ ساله $2/16 \pm 0/62$ ، در دانش‌آموزان ۱۳ ساله برابر $2/18 \pm 0/59$ و در دانش‌آموزان ۱۴ ساله معادل $2/07 \pm 0/55$ برآورد گردید که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی مشاهده نشد.

وضعیت دانش‌آموزان برحسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۳ و توزیع آنها برحسب برخی رفتارهای بهداشت دهان و دندان در جدول ۴ نشان داده شده است.

شاخص OHI-S در دختران برابر $2/12 \pm 0/68$ و در پسران برابر $2/17 \pm 0/49$ بوده است (بدون تفاوت معنی‌دار). شاخص OHI-S در مناطق شهری برابر $1/96 \pm 0/57$ و در مناطق روستایی برابر $2/33 \pm 0/56$ بود که در نمونه‌های روستایی به صورت معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0/001$).

جدول ۳: وضعیت دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهری و روستایی شهرستان شهریار برحسب متغیرهای دموگرافیک: ۱۳۸۶

نام متغیر	طبقات	تعداد	درصد
محل سکونت	شهر	۲۰۰	۵۰/۰٪
	روستا	۲۰۰	۵۰/۰٪
جنس	دختر	۲۰۰	۵۰/۰٪
	پسر	۲۰۰	۵۰/۰٪
نوع مدرسه	دولتی	۳۰۰	۷۵/۰٪
	غیردولتی	۱۰۰	۲۵/۰٪
رتبه تولد	اول	۱۴۲	۳۵/۵٪
	دوم	۱۷۰	۴۲/۵٪
	سوم و بیشتر	۸۸	۲۲/۰٪
میزان تحصیلات پدر	راهنمایی و کمتر	۳۰	۷/۵٪
	دبیرستان	۹۰	۲۲/۵٪
	دیپلم	۱۴۶	۳۶/۵٪
	فوق دیپلم	۹۴	۲۳/۵٪
	لیسانس و بالاتر	۴۰	۱۰/۰٪
میزان تحصیلات مادر	راهنمایی و کمتر	۴۸	۱۲/۱٪
	دبیرستان	۱۳۲	۳۳/۰٪
	دیپلم	۱۴۷	۳۶/۸٪
	فوق دیپلم	۵۳	۱۳/۳٪
	لیسانس و بالاتر	۲۰	۵/۰٪
وضعیت اشتغال مادر	خانه‌دار	۳۱۶	۷۹/۰٪
	شاغل در خانه	۲۵	۶/۳٪
	شاغل در بیرون از خانه	۵۹	۱۴/۸٪

جدول ۴: وضعیت دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهری و روستایی شهرستان شهریار برحسب برخی رفتارهای بهداشت دهان و دندان: ۱۳۸۶

نام متغیر	طبقات	تعداد	درصد
وضعیت استفاده از مسواک	مسواک نمی‌زند	۲۲	۵/۵٪
	نامرتب مسواک می‌زند	۸۶	۲۱/۵٪
	روزی ۱ بار	۲۱۰	۵۲/۵٪
	روزی ۲ بار	۶۸	۱۷/۰٪
استفاده از نخ دندان	روزی ۳ بار و بیشتر	۱۴	۳/۵٪
	استفاده نمی‌کند	۲۸۵	۷۱/۳٪
	نامرتب استفاده می‌کند	۹۶	۲۴/۰٪
مراجعه به دندانپزشک	مرتب استفاده می‌کند	۱۹	۴/۸٪
	بدون مراجعه	۲۰۹	۵۲/۳٪
	مراجعه هنگام اضطراب	۱۳۵	۳۳/۸٪
	مراجعه به صورت مرتب	۵۶	۱۴/۰٪

نمونه‌هایی که مرتب از نخ دندان استفاده می‌نمودند، شاخص بهداشت بهتری در مقایسه با آنهایی که استفاده نکرده یا نامرتب آن را به کار می‌بردند، داشتند که این تفاوت از نظر آماری نیز معنی‌دار بود (به ترتیب: $P < 0.001$ ؛ $1/83 \pm 0/51$ ، $2/28 \pm 0/57$ و $1/72 \pm 0/55$ ؛ $P < 0.001$).
دانش‌آموزانی که به طور مرتب به دندانپزشک در عرض یک سال مراجعه می‌نمودند، آنهایی که در مواقع اورژانس به دندانپزشک مراجعه می‌کردند و آنهایی که

شاخص OHI-S فرزندان مادران خانه‌دار، مادران شاغل در خانه و مادران شاغل بیرون از خانه بترتیب $2/19 \pm 0/57$ ، $2/47 \pm 0/59$ و $1/73 \pm 0/54$ بود ($P < 0.001$). در مقایسه دو به دوی گروه‌ها که با آزمون Dunnett انجام شد، تفاوت‌های معنی‌داری بین مادران خانه‌دار و شاغل در بیرون از خانه ($P < 0.001$)، شاغل در خانه و شاغل در خارج از خانه ($P < 0.001$) و نیز خانه‌دار و شاغل در خانه ($P < 0.03$) از نظر OHI-S فرزندانشان مشاهده گردید.

اصلاً مراجعه‌ایی به دندانپزشک نداشتند؛ تفاوت‌های معنی‌داری از نظر شاخص OHI-S نشان دادند ($P < 0/0001$) (جدول ۴).

تفاوت‌های معنی‌داری از نظر شاخص OHI-S در دانش‌آموزانی که مسواک زده یا نامرتب مسواک می‌زدند، یک بار در روز مسواک می‌زدند یا بیش از یک بار در روز مسواک می‌زدند؛ مشاهده گردید ($P < 0/0001$). علاوه بر این؛ تفاوت‌های معنی‌داری بین دو به دوی گروه‌ها از این جهت وجود داشته است ($P < 0/0001$) (جدول ۵).

شاخص OHI-S در دانش‌آموزانی که مادرانشان دارای تحصیلات دبیرستانی و کمتر بوده برابر $2/34 \pm 0/58$ در

گروه دیپلم برابر $2/07 \pm 0/56$ و در گروه بالاتر از دیپلم معادل $1/8 \pm 0/5$ بوده است (با تفاوت‌های معنی‌دار: $p < 0/0001$) (جدول ۵).

تحصیلات پدر نمونه‌ها نیز به سه گروه دبیرستان و کمتر، دیپلم و بالاتر از دیپلم تقسیم‌بندی و مشخص شد تفاوت‌های معنی‌داری بین آنها از نظر شاخص OHI-S وجود داشته است ($P < 0/0001$) (جدول ۵).

شاخص OHI-S در دانش‌آموزان با رتبه تولد اول برابر $1/95 \pm 0/53$ ، در دانش‌آموزان دارای رتبه تولد دوم برابر $2/15 \pm 0/59$ و در دانش‌آموزان با رتبه تولد سوم و بیشتر برابر $2/43 \pm 0/57$ برآورد گردید ($P < 0/0001$).

جدول ۵: شاخص بهداشت دهان و دندان در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهری و روستایی شهرستان شهریار برحسب متغیرهای مختلف: ۱۳۸۶

میانگین رتبه	خطای معیار	انحراف معیار	میانگین	مراجعه به دندانپزشک
۲۲۹/۸۵	۰/۰۴	۰/۵۸	۲/۳	عدم مراجعه
۱۹۶/۶۸	۰/۰۴	۰/۵۱	۲/۱۱	مراجعه در موارد اورژانس
۱۰۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۵۱	۱/۶۱	مراجعه منظم
				مسواک زدن
۲۸۷/۸۹	۰/۰۵	۰/۵۳	۲/۵۹	مسواک زده یا نامرتب می‌زند
۱۹۲/۴۲	۰/۰۳	۰/۴۷	۲/۱	روزانه یک بار
۱۰۶/۰۸	۰/۰۶	۰/۵۱	۱/۶۵	بیش از یک بار در روز
				تحصیلات مادر
۲۳۹/۳۴	۰/۰۴	۰/۵۸	۲/۳۴	دبیرستان و کمتر
۱۸۵/۵۶	۰/۰۵	۰/۵۶	۲/۰۷	دیپلم
۱۳۴/۸۳	۰/۰۶	۰/۵	۱/۸	بالاتر از دیپلم
				تحصیلات پدر
۲۵۲/۱۰	۰/۰۵	۰/۵۷	۲/۳۹	دبیرستان و کمتر
۲۰۶/۱۶	۰/۰۵	۰/۶۰	۲/۱۸	دیپلم
۱۴۸/۱۳	۰/۰۴	۰/۴۸	۱/۸۷	بالاتر از دیپلم
				رتبه تولد
۱۶۴/۹۹	۰/۰۴	۰/۵۳	۱/۹۵	اول
۱۹۹/۱۴	۰/۰۶	۰/۵۷	۲/۴۳	دوم
۲۶۰/۴۲	۰/۰۶	۰/۵۷	۲/۴۳	سوم و بیشتر

بحث:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین و میانۀ شاخص OHI-S در کل نمونه‌ها برابر $2/14$ و $2/17$ بوده است. همچنین؛ با در نظر گرفتن بهداشت خوب ($OHI-S: 0-1/2$)، بهداشت متوسط ($OHI-S: 1/3-2$) و بهداشت بد ($3-6/1$): $OHI-S$ ؛ ۲۲ نفر ($5/5\%$) دارای بهداشت خوب، ۳۵۹ نفر

($89/8\%$) دارای بهداشت متوسط و ۱۹ نفر ($4/8\%$) دارای وضعیت بهداشت بد بودند که فراوانی بیشتر موارد بهداشت متوسط در اکثر دانش‌آموزان را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه این فراوانی به مراتب بیشتر از دو گروه دیگر (بهداشت بد و خوب) بوده است می‌توان بهداشت متوسط را به عنوان وضعیت بهداشتی دانش‌آموزان

مدارس راهنمایی شهری و روستایی شهرستان شه‌ریار نتیجه‌گیری نمود. با توجه به کمتر بودن میزان میانگین شاخص OHI-S از عدد ۳/۱ (معیار بهداشت بد) در کل نمونه‌ها، این نتیجه‌گیری از طریق شاخص میانگین OHI-S در کل نمونه‌ها نیز قابل استنباط می‌باشد.

Yee و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان ۱۲، ۱۳ و ۱۵ ساله در منطقهٔ Sunsari در نپال، میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان را ۱/۲۵ گزارش نموده و بهداشت دهان و دندان نسبتاً مناسب در نمونه‌ها را نتیجه‌گیری کردند (۶). با توجه به اینکه مطالعه در یک منطقه با شرایط اجتماعی - اقتصادی متفاوت انجام شده بود، یافته‌های مطالعه حاضر و تحقیق Yee اندکی متفاوت می‌باشد. در بررسی وضعیت پوسیدگی و بهداشت دهان و دندان کودکان ۶ و ۱۲ ساله در مناطق Novi Travnik در بوسنی هرزگوین و Zabok کرواسی نیز مشخص گردید میانگین شاخص OHI-S در Zabok ۱/۰ و در Novi Travnik برابر ۱/۷ بود که در مقایسه با نتایج مطالعه حاضر کمتر می‌باشد (۷). صفوی و آسترکی در ارزیابی سلامت بهداشت دهان و دندان در مدارس راهنمایی شهر دورد نشان دادند وضعیت شاخص OHI-S در ۵۶/۳٪ از افراد متوسط و در ۳۱/۴٪ ضعیف بوده است (۸). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، وضعیت بهداشت ضعیف فقط در ۴/۸٪ مشاهده گردید و اکثریت جامعهٔ مورد بررسی (۸۹/۸٪) دارای بهداشت متوسط بودند، وضعیت بهداشت نمونه‌ها در مطالعه حاضر نسبت به مطالعهٔ صفوی و آسترکی بهتر بوده است. به دلیل اینکه دو مطالعه در شرایط نسبتاً مشابهی صورت گرفته و مقطع تحصیلی نمونه‌ها یکسان بود، می‌توان شرایط اقتصادی - اجتماعی متفاوت نمونه‌ها را دلیل این تفاوت معرفی نمود. همچنین احتمال دارد نمونه‌های مورد بررسی در این تحقیق با توجه به موقعیت زندگی خود از وضعیت آگاهی بهتری در مقایسه با نمونه‌های بررسی شده در شهر دورد برخوردار بوده، وضعیت ارائه خدمات دندانپزشکی در آنها مناسب‌تر و امکانات بهداشتی نسبتاً مناسبی نیز در اختیار داشته باشند؛ به طوری که ۹۴/۵٪ از

نمونه‌ها در مطالعه حاضر مسواک می‌زدند؛ هرچند که مسواک زدن در ۲۱/۵٪ نامرتب بوده است. اکثر آنها (۵۲/۵٪) روزانه یک بار مسواک می‌زدند. ۲۸/۸٪ از نخ دندان استفاده می‌کردند و ۱۴/۰٪ نیز به صورت مرتب هر سال به دندانپزشک مراجعه می‌کردند. در بررسی شاخص بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۷۴ در دانش‌آموزان ۶، ۱۲ و ۱۵ سالهٔ آموزشگاه‌های شیراز، میانگین کل شاخص بهداشت دهان و دندان سه گروه سنی برابر ۱/۴۷ برآورد گردید (۹)؛ میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان کل در مطالعهٔ حاضر (۲/۱۴) در مقایسه با میزان به دست آمده در این مطالعه (۱/۴۷) بیشتر می‌باشد که دلیل آن می‌تواند شرایط متفاوت جامعه مورد بررسی و قرار گرفتن گروه سنی ۶ سال در مطالعهٔ شیراز باشد که فاصلهٔ قابل توجه سنی با نمونه‌های دیگر دارد.

شاخص OHI-S در نمونه‌های روستایی به طور معنی‌داری بیشتر از نمونه‌های شهری بوده است. علیرغم تصور موجود در وضعیت اقتصادی - اجتماعی بهتر نمونه‌های شاغل به تحصیل در مدارس غیردولتی نسبت به مدارس دولتی، تفاوتی که در میزان شاخص OHI-S در دو گروه مشاهده گردید، قابل توجه نبوده است (۲/۰۵ در برابر ۲/۱۷). شاخص OHI-S تفاوت‌های قابل توجهی برحسب سن دانش‌آموزان نشان ندادند که دلیل آن می‌تواند فاصلهٔ اندک بین سه گروه سنی (۱۲، ۱۳ و ۱۴ ساله) به لحاظ عدم گذشت زمان کافی برای مشخص شدن اثر متغیر سن بر شاخص‌های مورد بررسی باشد. بیشترین مقادیر شاخص‌ها در دانش‌آموزانی مشاهده گردید که مادرانشان خانه‌دار و کمترین مقادیر در آنانی مشاهده شد که مادرانشان در بیرون از خانه شاغل بودند. نمونه‌هایی که مرتب از نخ دندان استفاده می‌نمودند، وضعیت بهداشت دهان و دندان بهتری در مقایسه با آنهایی که از این وسیله استفاده نکرده یا نامرتب آن را به کار می‌بردند، داشتند. تفاوت‌های معنی‌داری بین گروه‌های سه‌گانه تحصیلات مادران و پدران دانش‌آموزان در شاخص OHI-S وجود داشت. این یافته‌ها بیانگر اثر قابل توجه متغیرهای اقتصادی - اجتماعی نمونه‌ها (از آن جمله میزان تحصیلات

پدر و مادر) بر وضعیت سلامت دهان و دندان نمونه‌ها و بهبود آن با بهبود وضعیت اقتصادی-اجتماعی دانش‌آموزان می‌باشد. در مطالعه‌ای که اسکندریان و همکاران در بررسی وضعیت شاخص بهداشت دهان و دندان در شیراز انجام دادند نیز تفاوت‌های معنی‌داری برحسب تعداد افراد خانواده و میانگین شاخص بهداشت دهان و دندان دیده شد (۱۰). همگی این یافته‌ها نیز اثر متغیرهای اقتصادی-اجتماعی نمونه‌ها بر وضعیت بهداشت دهان و دندان را پیشنهاد می‌نماید به طوری که با بدتر شدن وضعیت اقتصادی-اجتماعی وضعیت دهان و دندان نمونه‌ها نیز بدتر شده است. به عبارت دیگر، با افزایش تعداد فرزندان و رتبه تولدها در خانواده‌ها وضعیت سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان به طور معنی‌داری بدتر شده است.

علیرغم اینکه وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان مناطق شهری و روستایی مقطع راهنمایی شهرستان شهریار در حد متوسط گزارش گردید. با این وجود به نظر می‌رسد با توجه به ترکیب جمعیتی این شهرستان و وجود مهاجرین از شهرستان‌های دیگر کشور در آن هنوز کاستی‌های بسیاری در امر پیشگیری در میان این دانش‌آموزان وجود داشته باشد. تلاش برای بالا بردن سطح آگاهی جامعه در رابطه با امر پیشگیری و بهداشت از

طریق رسانه‌های جمعی، نیاز به حمایت‌های اقتصادی و ایجاد راهکارهای مناسب برای بالا بردن سطح اقتصادی و آگاهی جامعه ضروری است. ایجاد تسهیلات در امر آموزش و پرورش به ویژه در نقاط مختلف، بالا بردن سطح آگاهی در زمینه بهداشت، پیشگیری و تغذیه مناسب، ایجاد برنامه همگانی برای کنترل بر تغذیه در مدارس و ایجاد تغذیه سالم و بهداشتی در مدارس، استفاده از نیروی انسانی در امر بهداشت و درمان آنها در زمینه درمان و پیشگیری و . . . می‌تواند در این زمینه مفید و مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد وضعیت بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان روستایی و شهری مدارس راهنمایی شهرستان شهریار در سال ۱۳۸۶ در حد متوسطی باشد. با این وجود، هنوز کاستی‌هایی در امر پیشگیری در میان نمونه‌ها وجود داشته و تلاش برای افزایش سطح آگاهی جامعه در امر پیشگیری و بهداشت از طرق گوناگون ضروری است.

قدردانی و تشکر

این مقاله از پایان نامه دانشجویی شماره ۲۷۷۲ سید مهدی اینانلو به راهنمایی دکتر مسعود فلاحی نژاد در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی استخراج شده است.

منابع:

1. O'mullane D. Can prevention eliminate caries? *Adv Dent Res.* 1995;9(2):106-9.
2. Petersen PE: Oral health behaviour of 6 – year – Old Danish children. *Acta Odontol Scand.* 1992; 50(1):57-64.
3. Murray JJ. Prevention of oral disease. 3rd Ed. New York: Oxford; 1996; Chap18:250.
4. Newbroun E. Preventing dental caries: Current and prospective strategies. *J Am Dent Assoc.* 1992; 123(4):68-73.
5. Ralph E, McDonald D. *Dentistry for the Child and Adolescent.* 7th Ed. St Louis: Masby; 2000.
6. Yee R, David J, Khadka R. Oral cleanliness of 12-13–years–old and 15–year–old school children of Sunsari District, Nepal. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006; 24(3):146-51.
7. Janković B, Ciglar I, Knezević A, Jurić H, Buković D, Stančić T. Caries and oral hygiene in children in postwar Novi Travnik (Bosnia and Herzegovina) and Zabok (Croatia). *Coll Antropol.* 2004; 28(1):439-45.
8. Safavi SM, Astaraki A. Oral health and dental caries in guidance school students of Doroud City during 1999-2000. *Journal of Shahid Beheshti Dental School.* 2001; 19(2):116-124 [Persian].
9. Nemati S, Seirafi M, Keshavarzi N. Gingival health and oral hygien of 6, 12 and 15-years old students of Shiraz schools. *Journal of Mashhad Dental School.* 1998; 21(1, 2):23-26. [In Persian]
10. Eskandarian T, Nikorazm A, Dolatkah R. Dental caries index (DMFT) and oral hygiene simplified (OHI-S) of mentally retarded students aged 10 and 12 years old in the Shiraz Schools for retarded students on 2000. *Journal of Shiraz Dental School.* 2002;3(3&4):1-9 [In Persian]