تحقیقی

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 میر رضایی [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 گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، آموزشی 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 مهمي در تعیین وضعیت سلامت و برنامه‌ریزی بهداشتي و درماني کشورها دارد. این مطالعه، همزمان با مقایسه استانهای 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 آماري با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماري Chi-square انجام شد.

یافته ها: 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.

نتیجه گیري: بر اساس این مطالعه، اگرچه درصد کودکانی که سطح سلامت دهان و دندان بالاتری داشته اند در خانوارهایی که پدر و مادر سطح تحصیلات و درآمد بالاتر و دسترسی به بیمه داشته اند، بالاتر بوده اما از آنجایی که شاغل بودن مادر و سکونت در روستا موجب کاهش سلامت دهان و دندان کودکان می شود، نیازمند اتخاذ اقداماتی در این راستا می باشد.

کلید واژه ها: کودکان، سلامت دهان و دندان، اشتغال، تحصیلات والدین.
وصول مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۲۵
نویسنده مسئول: سعیده میر رضایی ایمیل: mirrezaei.s@gmail.com

مقدمه

سلامت خوب، چیزی است که همه والدین برای فرزندان خود می‌خواهند و آن را شریکی برای شادی و رفاه خود می‌دانند.(۱) بهداشت دهان و دندان، نقش مهمی در تأمین و ارتقای سطح سلامتی جامعه دارد، به‌طوری‌که پوسیدگی

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]
[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

دندان در کودکان به‌عنوان یک پاندمی جهانی بوده و مقابله با آن‌یکی 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.(۳و۴) علی‌رغم بهبود قابل‌توجه در اقدامات پیشگیری‌کننده و ارتقادهنده سلامت دهان و دندان، پوسیدگی دندان شایع‌ترین بیماری مزمن در بین کودکان و بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه و همچنین کشورهای توسعه‌یافته 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) روش‌های درمان بیماری‌های دهان بسیار پرهزینه است، به‌گونه‌ای که در کشورهای صنعتی درمان‌های دندانپزشکی، سالانه در حدود ۱۰-۵% مخارج مربوط به بهداشت -عمومی را به خود اختصاص می‌دهد.(۷) بهداشت دهان و دندان مهم است، زیرا مشکلات دهان و دندان تأثیر نامطلوبی کیفیت زندگی می‌گذارد، با زندگی اجتماعی مردم تداخل می‌یابد و شرایط بدنی را تشدید می‌کند. علاوه بر این، بهداشت دهان و دندان ضعیف با بیماری‌های مزمن مانند دیابت و مرگ‌ومیر مرتبط است. (۸) مطالعات گوناگون عوامل مختلفي را بر کیفیت زندگي Oral health-related quality of life – OHRQoL)) مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان مؤثر می‌دانند؛ از آن جمله می‌توان به وضعیت اقتصادي- اجتماعي خانواده، سطح تحصیلات والدین، وضعیت بهداشت دهان و دندان و درك والدین از سلامت دهان و دندان کودکانشان اشاره نمود. (۹-۱۲) ازآنجاکه رفتارهای کودکان در سال‌های اولیه زندگی، سبک زندگی و نگرش آن‌ها را در بزرگسالی شکل می‌دهد بنابراین رعایت بهداشت دهان و دندان و نوع عادت غذایی کودک، سلامت دهان و دندان آن‌ها را در سال‌های آتی زندگی تضمین می‌کند.(۱۳)

بیماری‌های دهان از رایج‌ترین بیماری‌های مزمن هستند و به خاطر شیوع و تأثیرشان بر افراد و نیز هزینه‌های درمان آن‌ها، از مسائل مهم در رابطه با سلامت عمومي جامعه به شمار می‌روند. براي درك نیازهاي جامعه، درك تفاوت بین خواسته‌های افراد و نیازهایي که مسئولان براي آن‌ها در نظر می‌گیرند، برنامه‌ریزی جهت سرویس‌دهی در حیطه سلامت دهان و دندان، برنامه‌ریزی جهت تربیت نیروهاي متخصص، توزیع مناسب نیروها و سرویس‌های خدمات دهنده و بسیاري موارد دیگر لازم است تا شاخص کیفیت زندگي در طبقات مختلف اقتصادي- اجتماعي و گروه‌های سني مختلف بررسي 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 جسمي، فیزیکي و رواني کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیز بر نحوه‌ی رشد، لذت بردن از زندگي، ظاهر، صحبت کردن، جویدن، چشیدن و اجتماعي شدن آن‌ها و همین‌طور بر احساس رضایت‌مندی اجتماعي آن‌ها تأثیر می‌گذارد. پوسیدگی‌های شدید، کیفیت زندگي کودکان را کاهش می‌دهد، چراکه این

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

کودکان درد، ناراحتي، ظاهر نامناسب، عفونت‌های حاد و مزمن، افزایش نیاز به بستري شدن در بیمارستان، هزینه‌های بالاي درمان، غیبت از مدرسه و دور ماندن از درس و درنتیجه کاهش توانایي یادگیري را تجربه می‌کنند. (۱۵) در کودکان ۱-۳ ساله، والدین مراقبین اصلي جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب می‌شوند. در دوره قبل از مدرسه، نیز هنوز والدین تأمین‌کننده اصلي 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 به‌دست‌آمده است می‌توان مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت دندان کودکان را به شکل زیر بیان کرد:

سطح تحصیلات و آگاهی والدین:

رفتار بهداشتي 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 (بخصوص مادران)، تأثیر مثبتی بر وضعیت بهداشت دهان و دندان فرزندان دارد. (۲۱-۲۳) انصاري مقدم ، نشان داد که بین آگاهي و رفتار مادران با بهداشت دهان و دندان کودکانشان ارتباط معنی‌دار وجود دارد. میزان اطلاعات و آگاهي مادران درزمینهٔ بهداشت دهان و دندان مهم است، آگاهي بر نوع نگرش اثر داشته و پایه و اساس رفتار بهداشتي مناسب است. (۲۴) همچنین Paula و همکاران تأثیر عمیق سطح تحصیلات مادران بر OHRQoLفرزندان نشان دادند. (۱۱) سطح کیفیت زندگي مرتبط با سلامت دهان و دندان با افزایش سطح تحصیلات والدین، کاهش یافت. (۲۵)

شغل والدین:

طور کلي سطح آگاهي والدین شاغل، بخصوص مادران شاغل بیشتر از مادران خانه‌دار است و حضور فعال آنان در اجتماع، بستر مناسبي براي افزایش اطلاعات علمي آن‌ها زمینه‌های مختلف به‌ویژه بهداشت دهان و دندان را فراهم می‌کند که در کاهش بروز پوسیدگي دنداني کودکان آن‌ها بی‌تأثیر نیست. نعمت اللهی و همکاران نشان دادند شیوع پوسیدگي در کودکاني که مادران آن‌ها شاغل بودند کمتر از کودکان با مادران خانه‌دار بود. (۲۲) مطالعه Paula و همکاران در برزیل نیز نشان داد، زندگي با هر دو والد و شرایط خانوادگي مطلوب تأثیري قوي بر درك والدین از سلامت دهان کودکانشان دارد و بین درك والدین و درك کودکان از وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان (OHRQoL) رابطه معنی‌داری وجود دارد و درآمد ماهیانه خانواده، تأثیر عمیقي 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 درماني دسترسي بیشتری دارند. سطح تحصیلات پایین‌تر می‌تواند به کاهش درآمد، بیکاري و وضعیت نامناسب شغلي منجر شود که این شرایط، رفتارهاي مرتبط با سلامت و وضعیت بهداشت

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

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. (۱۴و ۲۶-۲۸) نتایج مطالعه‌ی گلکاری و همکاران نشان داد، کیفیت زندگي مرتبط با سلامت دهان در کودکان ۲ تا ۵ ساله‌ی ساکن شهر شیراز با سطح اقتصادي-اجتماعي خانواده‌ای که کودك در آن زندگي می‌کند ارتباط مستقیم دارد. سطح کیفیت زندگي 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 کودك در خانواده، کاهش یافت. بررسي کیفیت زندگي در کودکان به تفکیك میزان درآمد والدین نشان داد که هرچه میزان درآمد خانواده بالاتر باشد، کیفیت زندگي 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) زندگي شهري نیز باعث عملکرد بهتر و زندگي در حومه و روستا به دلیل دسترسي کمتر به امکانات بهداشتي، عملکرد بدتري را به دنبال دارد. (۳۲) مطالعه ایی نشان داد که وضعیت بهداشت دهان کودکان خانواده‌های پرجمعیت ضعیفتر از کودکان خانواده‌های کم‌جمعیت است که علل آن می‌تواند عدم توجه کافي 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 ۹۵-۹۴ 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 گردآوری‌شده بود، صورت گرفت. وضعیت دندانی نوآموزان در پرونده های 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 پرشده در آن نباشد. اطلاعات وضعیت دندانی مطالعه نیز بر همین اساس می باشد. در این مطالعه ۷۷۶۸ نوآموز تحت مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌ها به‌صورت تصادفی و با تخصیص متناسب از ۳۱ استان کشور که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ 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.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل داده‌ها انجام شد و از آزمون کای اسکوئر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته ها:

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده 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 آن‌ها مربوط به استان‌های یزد و سمنان با ۲٪ بود. از بین پدران و مادران کودکان به ترتیب ۲۱/۳٪ و ۲۴/۸٪، بی‌سواد 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. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود 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 سانتی‌متر بود. در جدول ۲ رتبه بندی استانها از لحاظ وضعیت دندانی ناسالم انجام شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود 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 ۲۸/۲درصد 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 اسکوئر نشان داد تفاوت معناداری بین وضعیت دندانی سالم و ناسالم در استان‌های مختلف وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

نتایج جدول ۳ و آزمون کای اسکوئر نشان می‌دهد درصد کودکان دارای مشکل سلامت دهان و دندان در روستاها (۷۰٪) بیشتر از شهرها (۶۴/۴٪) است (p<۰/۰۰۱). نتایج جدول ۴ و آزمون کای اسکوئر برای ارتباط بین متغیر وضعیت دندانی با متغیرهای والدین (تحصیلات، شغل والدین و وضعیت طلاق و ...) نشان می‌دهد که بین تحصیلات والدین و شغل مادر با وضعیت دندانی کودکان، ارتباط معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). 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<۰/۰۵) و بیمه تکمیلی (۳۹/۳٪، p<۰/۰۰۱) 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=۰/۰۰۴) ولی بین شغل پدر و وضعیت طلاق/فوت والدین با وضعیت دندانی سالم و ناسالم نوآموزان ارتباط معناداری به دست نیامد (P<۰/۰۵). همچنین بین درآمد و وضعیت دندانی سالم ارتباط معناداری به دست آمد (p<۰/۰۰۱).

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

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 ورد به دبستان دارای وضعیت دندانی سالم و ناسالم در استانهای کشور

رتبه از نظر میزان مشکلات دهان و دندان	نام استان	درصد کودکان با وضعیت‌دندانی ناسالم	درصد کودکان با وضعیت دندانی سالم
۱	خراسان جنوبي	%۹۰,۱	%۹,۹
۲	آذربایجان غربی	%۸۸,۲	%۱۱,۸
۳	مرکزی	%۸۶	%۱۴
٤	سیستان و بلوچستان	%۸۵	%۱۵
٥	چهارمحال و بختیاري	%۸۳,۳	%۱۶,۷
٦	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
١٤	یزد	%۷۲,۷	%۲۷,۳
١٥	گیلان	%۷۱,۷	%۲۸,۳
١٦	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
٢٤	گلستان	%۶۱,۲	%۳۸,۸
٢٥	قزوین	%۵۴,۵	%۴۵,۵
٢٦	آذربایجان شرقي	%۵۱/۱	%۴۸,۹
۲۷	ایلام	%۴۱,۱	%۵۸,۹
۲۸	خراسان شمالی	%۴۰	%۶۰
۲۹	خراسان رضوي	%۳۷,۲	%۶۲,۸
۳۰	کردستان	%۳۴,۴	%۶۵,۶
۳۱	اردبیل	%۲۸,۲	%۷۱,۸
-	کل کشور	%۶۶,۳	%۳۳,۷

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

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<۰/۰۰۱
	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	بی‌سواد و ابتدایی	%۲۶/۹	%۷۰/۴	p<۰/۰۰۱
	دبیرستان	%۳۳,۲	%۶۶,۸	
	دانشگاهی	%۳۸,۸	%۶۱,۲	
تحصیلات پدر	بی‌سواد و ابتدایی	%۳۰	%۷۰	p<۰/۰۰۱
	دبیرستان	%۳۲,۹	%۶۷,۱	
	دانشگاهی	%۳۸,۱	%۶۱,۹	
شغل مادر	شاغل	%۳۸	%۶۲	P<۰/۰۵
	غیر شاغل	%۳۳,۱	%۶۶,۹	
شغل پدر	شاغل	%۳۳,۶	%۶۶,۴	P=۰,۱۶
	غیر شاغل	%۳۵,۶	%۶۴,۴	
بیمه پایه	دارد	%۳۴,۱	%۶۵,۹	P<۰/۰۵
	ندارد	%۲۹,۵	%۷۰,۵	
بیمه تکمیلی	دارد	%۳۹,۳	%۶۰,۷	p<۰/۰۰۱
	ندارد	%۳۲	%۶۸	
رتبه تولد	رتبه تولد از ۱ تا ۱۱	%۳۳,۷	%۶۶,۳	P=۰,۰۰٤
وضعیت طلاق/فوت	خیر	%۳۳,۷	%۶۶,۳	P=۰,۳۷
	بله	%۳۱,۷	%۶۸,۳	
درآمد	-	%۳۳,۷	%۶۶,۳	p<۰/۰۰۱

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

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 دندانی سالم و ۶۶٪/۳ آنان وضعیت دندانی ناسالم داشتند. نتایج مطالعه نشان داد تفاوت معناداری بین وضعیت دندانی سالم و ناسالم در استان‌های مختلف وجود دارد (p<۰/۰۰۱) که کمترین درصد نوآموزان دارای مشکلات سلامت دهان و دندان، در استان اردبیل با ۲۸/۲درصد و بیشترین درصد نوآموزان با مشکلات سلامت دندانی 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 دندانی با متغیرهای والدین (تحصیلات، شغل والدین، محل سکونت، وضعیت طلاق/فوت و ...) نشان داد که بین تحصیلات والدین و شغل مادر با وضعیت دندانی ارتباط معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵) و هر چه تحصیلات والدین افزایش یافته، فراوانی وضعیت دندانی سالم نوآموزان نیز افزایش یافته است. همچنین بیشترین وضعیت دندانی سالم مربوط به مادران شاغل (۳۸٪) بوده است. Bhavna بیان کرد کودکاني كه داراي والدين با سطح تحصيلات پايين مي‌باشند از عملكرد پايييني در مورد بهداشت دهان و دندان برخوردار مي‌باشند، خصوصاً در والديني كه سطح تحصيلاتشان پايين‌تر از ديپلم 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 دندانی سالم به نوآموزان دارای بیمه پایه (۳۴٪/۱، p<0.05) و بیمه تکمیلی (۳۹٪/۳، p<۰/۰۰۱) 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) Thyathو همکاران

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

در مطالعه ایی نشان داند کودکانی که از خانواده‌های کم‌درآمد هستند نسبت به کودکانی که از خانواده‌های با درامد متوسط و بالا هستند احتمال کمتری برای دریافت مراقبت جامع مراقبت‌های دندان دارند و به‌احتمال زیاد به بیماری حاد دندان مبتلا می‌شوند. پدر و مادر نفوذ قوی در بهداشت دهان و دندان کودک دارند. (۳۷)

مطالعه ایی در فرانسه همبستگی مثبت و معنی‌داری 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 اللهی و همکارانشان به‌طور جداگانه نشان دادند سطح تحصیلات بالاتر در خانواده منجر به ارتقای سلامت دهان و دندان می‌شود. و بین تحصیلات والدین و شغل مادر با سلامت دندان ارتباط معناداری وجود داشت و شیوع پوسیدگي در کودکاني که مادران آن‌ها شاغل بودند کمتر از کودکان با مادران خانه‌دار بود. (۲۲ و ۲۳) Krisdapong و همکارانش عنوان کردند کودکان پیش‌دبستانی که خانواده غیر ماهر داشتند و یا بیکار بودند نسبت به کسانی که سرپرست خانواده، ماهر و فعال بود، احتمال بیماری‌های دهان و دندان بیشتر است. (۳۹) درحالی‌که دو مطالعه در فرانسه و یونان گزارش دادند که فعالیت‌های حرفه‌ای 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 خانه‌دارند به‌طور ناچیز، درحالی‌که فعالیت کار مادران به‌طور قابل‌توجهی بر سلامت دهان و دندان کودکان تأثیر دارند. (۴۲) یافته هاي مطالعه حاضر گویاي آن بود از جمله مواد مهم در ارتقای وضعیت بهداشت و دهان کودکان، تحصیلات مادر، محل سکونت و وجود بیمه تکمیلی است. سطح تحصیلات پایین‌تر والدین مخصوصاً مادر، بهداشت دهان و دندان کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با افزایش سطح تحصیلات و درنتیجه شاغل بودن مادر، احتمال سلامت دهان و دندان کودک افزایش می‌یابد.

پایین بودن درآمد خانواده و احتمالاً مشغله‌های فکري زیاد، نداشتن بیمه تکمیلی و قادر نبودن خانواده به تأمین هزینه‌های مربوط به بهداشت دهان و دندان، باعث کم‌اهمیتی و آسیب جدی به سلامت دهان و دندان و درنهایت سلامت کلی کودکان می‌شود. پایین بودن درآمد خانواده و احتمالاً مشغله‌های فکري زیاد، نداشتن بیمه تکمیلی و قادر نبودن خانواده به تأمین هزینه‌های مربوط به بهداشت دهان و دندان، باعث کم‌اهمیتی و آسیب جدی به سلامت دهان و دندان و درنهایت سلامت کلی کودکان می‌شود. بر طبق مطالعه حاضر، سکونت در روستا نیز احتمال سلامت را احتمالاً به علت

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

دسترسی کمتر به مراکز دندانپزشکی و معاینات دوره ایی کاهش می‌دهد. سلامت‌دهان،به‌عنوان‌جزء جتنابناپذیر از سلامت عمومي است که ارزیابي آن در کودکان نقش مهمي در تعیین وضعیت سلامت‌و برنامه‌ریزی بهداشتي و درماني جوامع دارد.

تشکر و قدرداني: این مقاله، یک پژوهش علمی تحت حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران است (گرانت شماره: ۹۵-۰۳-۲۷-۳۱۱۳۶). نویسندگان از حمایت های دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین همکاری سازمان آموزش‌وپرورش استثنایی کشور در خصوص گردآوری اطلاعات، تشکر و قدردانی می نمایند.

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, Eftekhar 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

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

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, Eyitope 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: 448-۰054
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

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]

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-Machat 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, Åstrøm 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

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.12.2.1]