تحقیقی

ارزیابی تاثیر رفتار بهداشتی والدین روی شاخص هایSiC (پوسیدگی‌های قابل توجه) وپلاک دندانی

مهرناز کریمی افشار[۱]، ملوک ترابی[۲]، جهانگیر حقانی[۳]، حمیدرضا پور اسلامی[۴]، علی طاهری[۵]، منصوره سالاری[۶]

۱-دستیار تخصصی رشته پروتزهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی،دانشگاه علوم پزشکی تهران،تهران ، ایران

۲-دانشیار گروه آسیب شناسی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی،دانشگاه علوم پزشکی کرمان،کرمان ، ایران

۳-دانشیار گروه رادیولوژی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی،دانشگاه علوم پزشکی کرمان،کرمان ، ایران

۴-استاد گروه دندانپزشکی کودکان ، دانشکده دندانپزشکی ،دانشگاه علوم پزشکی کرمان،کرمان ، ایران

۵-استادیار گروه آسیب شناسی فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی،دانشگاه‌علوم پزشکی کرمان،کرمان ، ایران

۶-دندانپزشک،دانشکده دندانپزشکی،دانشگاه علوم پزشکی کرمان،کرمان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: پوسیدگی دندانی یکی از شایع ترین بیماری های مزمن دوران کودکی است. والدین نقش مهمی در کنترل بروز پوسیدگی در کودکان خود دارند. هدف از مطالعه حاضر ارزیابی تاثیر رفتار بهداشتی والدین روی شاخص های SiC (پوسیدگی های قابل توجه) و پلاک دندانی کودکان دبستانی آنها بوده است.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی-تحلیلی است که بر روی ۲۰۰ دانش آموز دختر کلاس اول دبستان شهر کرمان انجام شد. روش جمع آوری داده ها پرسشنامه شامل وضعیت رعایت بهداشت دهان والدین و کودکان و اطلاعات دموگرافیک و معاینه بالینی کودکان شامل معاینه دندان از نظر پوسیدگی براساس معیارهای WHO و شاخص پلاک دندانی بود. از آزمون t-test و رگرسیون خطی در سطح معناداری ۵% برای آنالیز داده ها استفاده شد.

یافته ها: پاسخ دهندگان در این مطالعه ۸۹% (۱۷۹نفر)، والدین مادر و بقیه پدران بودند . میانگین سنی والدین۶/۳۳±۳۴/۰۰ سال بودند. ۱۲۶ نفر از پدران (۶۳%) و ۱۰۰ نفر از مادران (۵۲/۵%) تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین و انحراف معیار دو شاخص SiC و dmft به ترتیب۳/۲۵±۶/۲۹ و ۳/۲۷ ± ۵/۲۵ به دست آمد. میانگین شاخص پلاک در گروه با پوسیدگی بیشتر بطور معنی داری بیشتر بود (p=۰/۰۰۳)میانگین نمره ی عملکرد بهداشتی دریک سوم افرادی که بالاترین dmft را داشتند ۱/۷۴۲±۶/۸۷ و در دو سوم بقیه ۱/۸۴±۷/۱۴بود. بین این دوگروه تفاوت آماری معنی داری وجود داشت(p=۰/۰۳۶). بین سن والدین و شغل مادران با عملکرد بهداشتی کودکان ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد (p=۰/۰۵۰) و(p=۰/۰۰۸). بین شغل پدران با عملکرد بهداشتی خودشان ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد. (p=۰/۰۲۰)

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که عملکرد بهداشتی والدین رابطه مستقیمی با میزان شیوع پوسیدگی در فرزندانشان دارد.

کلید واژه ها: پوسیدگی دندانی، dmft، SiC، عملکرد بهداشتی والدین،کودکان ۷ ساله.

وصول مقاله :۱۳۹۵/۸/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۳

نویسنده مسئول: دکتر ملوک ترابی ایمیل: m.torabi.p@gmail.com

مقدمه: آموزش بهداشت در پیشگیری از پوسیدگی های دندانی اهمیت ویژه ای دارد. والدین بخصوص مادران نقش مهمی در بهداشت و

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

سلامت دهان کودکان خود دارند و اطلاعات آنها می تواند رفتارهای سالم بهداشتی را درفرزندانشان تثبیت نماید. عادات بهداشتی دندان و دهان والدین روی سلامت دهان کودکانشان تاثیر دارد(۱). رفتار بهداشت دهانی والدین یک پیش گویی کننده قوی در رابطه با میزان پوسیدگی در کودکان آن ها است و همبستگی معنادار بین عادت مسواک زدن در والدین و کودکان وجود داشت(۲). میزان پوسیدگی در کودکان با عادات مرتبط با بهداشت دهان، درآمد خانواده و سطح تحصیلات خانواده همبستگی دارد(۳). نداشتن وقت کافی، فقدان دانش مناسب در مورد مسواک زدن، استرس کار، مشکلات اقتصادی و تک والد بودن، از عوامل مهم و تاثیر گذار والدین روی توانایی آنان بر سلامت دهان کودکانشان می باشد (۴). همچنین دانش، نگرش و رفتارهای بهداشتی والدین از عوامل مداخله گر روی وضعیت بهداشت کودکان دبستانی است (۵). نگرش والدین نسبت به سلامت دهان کودکانشان بطور معنی داری با رفتار بهداشتی دهان خودشان و درک اهمیت مهارتهای بهداشتی کودکانشان ارتباط داشت (۶). داشتن دندانهای سالم در کودکان ۹ ساله با نظارت والدین بر رفتار بهداشتی کودکانشان در ارتباط می باشد (۷). دیده شده است که کودکانی که والدین آنها روزانه ۲ بار مسواک میزندرفتار بهداشتی شبیه والدینشان داشته و دارای پوسیدگی کمتری بودند (۸). والدین کودکانی که رفتار بهداشتی خوب گزارش کردند، دانش بیشتری نسبت به سایر والدین داشتند و نتیجه گرفتند که دانش مرتبط با سلامت دهان کودکان و والدین انها با رفتار بهداشتی دهان کودکان مرتبط بود (۹). برنامه اموزش بهداشت مادران در تثبیت عادات بهداشتی کودکان پیش دبستانی موثر بوده وباعث افزایش دانش والدین و در نتیجه کاهش پوسیدگی های دندانی جدید در این گروه شده است (۱۰). با توجه به تفاوت های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی این تحقیق با هدف تاثیر رفتار بهداشتی والدین بر میزان شاخص SiC (Significant Caries Index) و پلاک دندانی دانش آموزان دختر کلاس اول دبستان کرمان انجام شده است.

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی - تحلیلی بود که روی ۲۰۰ دانش آموز دختر کلاس اول دبستان شهر کرمان که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب می شدند انجام شد.ابتدا شهر به ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد.سپس لیستی از مدارس شهرتهیه وپس از کسب مجوز های لازم از آموزش و پرورش از هرکدام از مناطق فوق دومدرسه (دخترانه) انتخاب واز هرمدرسه و کلاس تعدادی دانش اموز که بطور تصادفی انتخاب میشدند . جمع اوری داده ها توسط پرسشنامه و معاینه بالینی انجام شد.معاینه دندان ها توسط آینه یک بار مصرف

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

دندانپزشکی زیر نور معمولی روی صندلی دسته دار بدون استفاده از سوند و رادیوگرافی(مطابق با معیار های سازمان جهانی بهداشت)صورت می گرفت. dmft در فرم مخصوص ثبت شد. شاخصSiC شامل یک سوم کودکانی که بیشترین dmft را داشتند، بود(۱۱). شاخص پلاک بااستفاده از شاخص (O'leary) محاسبه می شد. بدین ترتیب که ابتدا قرص آشکارکننده پلاک (Disclosing tablets) استفاده شده و سپس تعداد سطوح حاوی پلاک دندانی را شمرده تقسیم بر تعداد دندان ها ضربدر ۴ کرده و عدد بدست امده در ۱۰۰ ضرب بین ترتیب شاخص پلاک بدست می آمد (۱۲). پرسشنامه شامل نحوه رفتار بهداشتی دهان (استفاده از مسواک، نخ دندان، دهان شویه فلورایدِ، مراجعه به دندانپزشک و علت مراجعه، دفعات و نوع مصرف میان وعده در مدرسه، آخرین زمان مراجعه به دندانپزشک) بود. همچنین یک پرسشنامه ویژه والدین شامل اطلاعات دموگرافیک(سن، شغل، سطح سواد) و رفتار بهداشتی شامل (استفاده از مسواک، نخ دندان، دهان شویه فلورایدِ، دهان شویه های ضدمیکروبی، مراجعه به دندانپزشک و علت مراجعه،دفعات و نوع مصرف میان وعده، آخرین زمان مراجعه به دندانپزشک، استفاده از آدامس های حاوی زایلیتول) و ارزیابی وضعیت دهان و دندان از دیدگاه خودشان بود. پرسشنامه توسط کودک و یا مراقبین بهداشت مدارس در اختیار آنها قرار می گرفت،پس از جمع آوری داده ها وارد کامپیوتر شد و با استفاده از نرم افزار آماریSPSS نسخه۱۸ و با استفاده از آزمون آماری t-test برای مقایسه میانگین شاخص پلاک و آنالیز رگرسیون برای دسترسی به ارتباط متغیر شاخصهای پلاک و SiC با ویژگی های دموگرافیک و رفتار بهداشتی والدین و سایر اهداف فرعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.سطح معنی داری ۵% در نظر گرفته شد.

یافته ها:

نتایج حاصل از این مطالعه که روی ۲۰۰ دانش آموز ۷ ساله دختر دبستانهای شهر کرمان انجام شد به شرح زیر است:پرسشنامه را ۲۱ نفر(۱۰/۵%) پدران و ۱۷۹ نفر (۸۹/۵%)مادران تکمیل کرده بودند. میانگین سن افراد ۶/۳۳ ±۳۴/۰۰ سال بود. ۱۲۶ نفر (۶۳/۰%) پدران و ۱۰۰ نفر (۵۲/۶%) مادران تحصیلات دانشگاهی داشتند. تحصیلات ۱۰ نفر از مادران ثبت نشده بود. ویژگی های دموگرافیک والدین در جدول شماره۱ نشان داده شده است.

بین شغل پدران با عملکرد بهداشتی در گروه والدین ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد (P=0.020) (جدول شماره ۴). میانگین شاخص پلاک دریک سوم افرادی که بالاترین dmft را داشتند ۱۰/۱۰±۹۴/۵۳ و دو-سوم بقیه ۱۲/۵۴۲±۹۰/۸۸ بود. بین این دو گروه از نظر شاخص پلاک تفاوت آماری معنی دارمشاهده شد (p=0.003).

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

جدول شماره۱ توزیع فراوانی والدین برحسب متغیر های دموگرافیک

متغیر		تعداد	درصد	جمع
تحصیلات مادر	ابتدایی	۳۰	۱۵/۰	۱۰۰
	دیپلم	۶۵	۳۲/۵	
	دانشگاهی	۱۰۵	۵۲/۵	
تحصیلات پدر	ابتدایی	۸	۴/۰	۱۰۰
	دیپلم	۶۶	۳۳/۰	
	دانشگاهی	۱۲۶	۶۳/۰	
شغل مادر	خانه دار	۱۱۷	۵۸/۵	۱۰۰
	کارمند	۶۱	۳۰/۵	
	ازاد	۱۹	۹/۵	
	دانشجو	۳	۱/۵	
شغل پدر	آزاد	۹۰	۴۵/۵	۱۰۰
	کارمند	۱۱۰	۵۵/۵	
تعداد فرزندان	یک	۶۷	۳۳/۵	۱۰۰
	دو	۱۰۹	۵۴/۵	
	سه	۲۴	۱۲/۰	

جدول شماره۲ وضعیت رعایت بهداشت دهان و دندان کودکان

متغیر		تعداد	درصد	جمع
نحوه ی مسواک زدن	نمی زند	۴	۲/۰	۱۰۰
	نامرتب می‌زند	۲۳	۱۱/۵	
	روزی یک بار	۱۱۶	۵۸/۰	
	روزی دوبار	۵۷	۲۸/۵	
استفاده از نخ دندان	بلی	۴۱	۲۰/۵	۱۰۰
	خیر	۱۵۹	۷۹/۵	
استفاده از دهان شویه فلوراید	بلی	۱۴	۷/۰	۱۰۰
	خیر	۱۸۶	۹۳/۰	
زمان مراجعه به دندانپزشک	۶ ماه پیش	۵۲	۲۶/۰	۱۰۰
	یک سال پیش	۴۸	۲۴/۰	
	بیشتر از یک سال	۲۲	۱۱/۰	
	مراجعهنداشته	۷۸	۳۹/۰	
علت مراجعه به دندانپزشک	معاینه	۳۷	۱۸/۵	۱۰۰
	پرکردن دندان	۸۰	۴۰/۰	
	درد دندان	۶۰	۳۰/۰	
	کشیدن دندان	۲۳	۱۱/۵	
استفاده ازتنقلات ومیان وعده های شیرین روزانه	اصلا	۰	۰	۱۰۰
	یک بار	۶۱	۳۰/۵	
	دوبار	۱۱۳	۵۶/۵	
	سه بار	۱۷	۸/۵	
	چهار بار	۳	۱/۵	
	بیشتر	۶	۳/۰	
استفاده از آدامس های بدون شکر	اصلا	۱۱۹	۵۹/۵	
	گاهگاهی	۸۱	۴۰/۵	

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

جدول شماره۳ -وضعیت رعایت بهداشت دهان ودندان والدین

متغیر		تعداد	درصد	جمع
نحوه ی مسواک زدن	نمی زند	۳	۱/۵	۱۰۰
	نامرتب می زند	۱۶	۸/۰	
	روزی یک بار	۱۰۵	۵۲/۵	
	روزی دوبار	۷۶	۳۸/۰	
استفاده از نخ دندان	بلی	۹۶	۴۸/۰	۱۰۰
	خیر	۱۰۴	۷۲/۰	
استفاده از دهان شویه فلورایید	بلی	۲۵	۱۲/۵	۱۰۰
	خیر	۱۷۵	۸۷/۵	
زمان مراجعه به دندانپزشک	۶ ماه پیش	۱۰۲	۵۱/۰	۱۰۰
	یک سال پیش	۵۰	۲۵/۰	
	بیشترازیک سال	۳۷	۱۸/۵	
	مراجعه نداشته	۱۱	۵/۵	
علت مراجعه به دندانپزشک	معاینه	۳۳	۱۶/۵	۱۰۰
	پرکردن دندان	۱۲۰	۶۰/۰	
	درد دندان	۲۲	۱۱/۰	
	کشیدن دندان	۲۵	۱۲/۵	
استفاده از دهان شویه های ضد میکروبی	بلی	۳۰	۱۵/۰	۱۰۰
	خیر	۱۷۰	۸۵/۰	
استفاده از تنقلات و میان وعده های شیرین روزانه	اصلا	۵۱	۲۵/۵	۱۰۰
	دوبار	۱۳۲	۶۶/۰	
	سه بار	۱۶	۸/۰	
	چهار بار	۱	۰/۵	
	بیشتر	۰	۰/۰	
استفاده از آدامس های بدون شکر	هرگز	۱۰۳	۵۱/۵	۱۰۰
	گاهگاهی	۸۱	۴۲/۵	
	اکثر اوقات	۱۶	۸/۰	
آموزش بهداشت	ندیده اند	۹۴	۴۷/۰	۱۰۰
	دیده اند	۱۰۶	۵۳/۰	

جدول شماره۴-ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک والدین باعملکرد بهداشتی آنان

متغیر	B	T	P value
تحصیلات پدر	-۱/۸۶۴	-۱/۵۱۶	۰/۱۳۳
شغل پدر	۱/۴۶۵	۲/۳۶۲	*۰/۰۲۰
تحصیلات مادر	۰/۷۰۸	۱/۲۸۴	۰/۲۰۲
شغل مادر	-۰/۱۴۰	-۰/۳۶۵	۰/۷۱۶
تعداد فرزندان	-۰/۱۵۴	-۰/۳۴۷	۰/۷۲۹
جنس والدین	۰/۳۴۲	۰/۲۹۶	۰/۷۶۸
سن والدین	۰/۰۴۳	۰/۹۳۲	۰/۳۵۴

• ارتباط معنی داری وجود دارد

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

جدول شماره ۵-ارتباط بین متغیر های دموگرافیک والدین با شاخص SiC

متغیر	B	P value
تحصیلات پدر	۰/۵۶۹	۰/۵۴۵
شغل پدر	-۰/۴۶۲	۰/۶۰۰
تحصیلات مادر	-۰/۱۹۵	۰/۸۴۶
شغل مادر	۰/۹۵۹	۰/۲۰۵
تعداد فرزندان	۰/۹۵۹	۰/۲۰۵
سن والدین	۰/۰۱۰	۰/۹۰۵

• ارتباط معنی داری وجود دارد.

میانگین نمره ی عملکرد بهداشتی دریک سوم افرادی که بالاترین dmft را داشتند (SiC 1.74±6.87) و در دو-سوم بقیه۱/۸۴ ±۷/۱۴ بود. بین این دوگروه تفاوت آماری معنی داری وجودداشت (p=0.036). بین متغیرهای سواد و شغل والدین ،تعداد فرزندان و سن والدین در دوگروه افرادی که بالاترینdmft راداشتند و دوسوم بقیه ارتباط آماری معنی دار مشاهده نشد(جدول شماره۵).

بحث:

پوسیدگی دندانی یکی از شایع ترین بیماری های مزمن دوران کودکی است و رعایت بهداشت دهانی نقش بسیار مهمی در کاهش شیوع پوسیدگی دندانی دارد. والدین به عنوان تربیت کننده کودکان و همچنین الگوی آنان می توانند نقش بسیار مهمی در آموزش بهداشت دهان به کودکان خود داشته باشند. از این رو مطالعه حاضر به بررسی میزان اثر رفتارهای بهداشت دهانی والدین بر شیوع پوسیدگی در کودکان آن ها پرداخته است. در مطالعه حاضر تنها ۶ نفر(۳%) بدون پوسیدگی بودند. در حالی که در مطالعه Chu و همکاران (۲۰۱۲) ۵۱% کودکان پیش دبستانی فاقد پوسیدگی بودند . علت اصلی این مساله را می توان در تفاوت های فرهنگی بین دو کشور و توجه احتمالا بیش تر به بحث بهداشت عمومی و بهداشت دهانی دانست (۳). در این پژوهش ۴۷%والدین آموزش بهداشت دهان و دندان ندیده بودند. بین وضعیت رفتار بهداشتی والدین با شاخص SiC ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. درمطالعه Ramos-Gomez و همکاران (۲۰۱۲) والدینی که آموزش بهداشت دهان را دیده بودند، فرزندانی با میزان پوسیدگی کمتر و نمره SiC کمتر داشتند که با تحقیق حاضر مطابقت دارد(۱۳). این موضوع نقش آموزش بهداشت دهان و دندان والدین را در کاهش پوسیدگی دندانی در کودکان مشخص میکند.در مطالعه کنونی نزدیک به ۲۰/۵%کودکان از نخ دندان استفاده می کردندکه این

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

یافته با نتایج حاصل از مطالعهVallejos-sanchez وهمکاران که در ان حدود ۳۰% کودکان از نخ دندان استفاده میکردند تقریبا مطابقت دارد(۱۴). از آنجایی که استفاده از نخ دندان نقش مهمی در کاهش پوسیدگی های بین دندانی دارد، لذا بایستی براهمیت استفاده از نخ دندان در برنانه های آموزش بهداشت دهان و دندان تاکید شود. در پژوهش حاضر مشخص شد تنها ۷% (۱۴ نفر) کودکان از دهان شویه های حاوی فلوراید استفاده می کردند، که این آمار نیاز بر تاکید بیشتر نقش دهان شویه در پیشگیری از پوسیدگی های دندانی را در برنامه های آموزشی بهداشت دهان ودندان در سطح کشوری بیان می کند. در پژوهش کنونی ۶۶% از کودکان حداقل روزی ۲ بار از میان وعده های شیرین استفاده می کردند. نتایج حاصل از تحقیق Nanjappa و همکاران در کودکان جنوب لندن ۱۷% کودکان بیش از چهار بار از غذاهای شیرین استفاده می کردند و معتقدند که مادران با تحصیلات بالاتر ممکن است که به کاهش مصرف غذاهای شیرین به کودکان کمک کند(۱۵). در مطالعه ای Naidu و همکاران (۲۰۱۲) انجام دادند. والدین علت اصلی پوسیدگی دندانی فرزندان خود را سختی درکنترل تعداد دفعات مصرف میان وعده های شیرین و تنقلات بیان کردند(۱۶). El Tantawi و همکاران نیز نشان دادند که مصرف نوشیدنی های شیرین توسط پسران نوجوان بطور معنی داری با مصرف آن توسط پدرانشان مرتبط بود (۱۷). با توجه به نیاز کودکان به انرژی بایستی سعی نمود که میان وعده های سالم برای کودکان در نظر گرفته شود که ضمن تامین انرژی کافی ،سلامت دندان ها را هم حفظ نماید. Bozorgmehr و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود نشان دادند که رفتار بهداشتی والدین یک پیش گویی کننده قوی وضعیت بهداشت دهان کودکان آنان است(۲). در مطالعه حاضر نیز والدین کودکانی با میزان dmft پایین تر، نمره عملکرد بهداشت دهانی بالاتری نسبت به والدین کودکان با میزان dmft بالا داشتند. در این تحقیق رابطه معناداری بین رفتارهای بهداشتی کودک و شغل مادران و سن والدین مشاهده شد. Chu و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه ای به بررسی رابطه بین وضعیت بهداشت دهان کودکان پیش دبستانی و میزان شیوع پوسیدگی دندانی در آنان پرداخته اند، نشان دادند که رابطه معناداری بین عملکرد بهداشتی والدین و وضعیت پوسیدگی دندان های کودکان آن ها وجود دارد که با مطالعه کنونی هم خوانی دارد(۳). در مطالعه حاضر بین وضعیت اجتماعی و سطح سواد مادران با وضعیت بهداشت دهان کودکان آن ها ارتباط معناداری وجود داشت. Vanagas و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان دادند

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

که بین مهارت های والدین و نگرش آن ها به بهداشت دهانی مناسب با وضعیت بهداشت دهانی کودکان آن ها ارتباط معناداری وجود دارد که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد (۶). در تحقیق انجام شده بین میزان تحصیلات والدین با شاخص SiC ارتباط معناداری مشاهده شد که با نتایج حاصل از مطالعات Costa و همکاران (۲۰۱۲)، Sariba و همکاران (۲۰۱۳) مطابقت دارد (۸، ۱۸). در مطالعه در حال حاضر بین شغل والدین و سطح درآمد با شاخص SiC ارتباط معنی داری مشاهده نشد. که علت این امر را می توان این گونه بیان کرد که شغل با سطح درامد وطبقه اجتماعی جامعه مورد پژوهش مطابقت ندارد. و از آنجایی که معمولا افراد درآمد واقعی خود را بیان نمی کنند بنابراین نمی توان در مورد وضعیت اقتصادی آنها با این شاخص اظهار نظر کرد. در پژوهش انجام گرفته بین تعداد فرزندان با شاخص SiC ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد و توجیه این یافته با توجه به اینکه در فرهنگ مردم ایران فرزندان بسیار مورد توجه وگرامی داشته میشوند و معمولا بین آنها تفاوتی قائل نمی شوند، امکانپذیر است. در مطالعه حاضر میان شغل والدین با عملکرد بهداشتی آنها رابطه معنی داری بیان شد. میزان پوسیدگی در فرزندان افرادی که شاغل در حرف پزشکی بودند کمتر بود،که با نتایج حاصل از مطالعه Costa و همکاران (۲۰۱۲) Litsure و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگی دارد (۸، ۱۹).

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر مشخص ساخت که درصد عمده ای از کودکان هفت ساله دچار پوسیدگی دندانی هستند و رفتارهای بهداشتی والدین به همراه خصوصیات دموگرافیک همانند سن مادر و پدر، وشغل مادرنقش مهمی در میزان شاخص های dmft و SiC دارد. تفاوت های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی از جمله مهم ترین علل تفاوت سطح دانش بهداشتی والدین است، از این رو به نظر می رسد که توجه مسئولین امر باید بیش تر به سمت آموزش قشر ضعیف جامعه به منظور کنترل شیوع پوسیدگی باشد. پیشنهاد می شود در مطالعات آینده میزان اثربخشی آموزش بهداشت دهان به والدین بر بروز پوسیدگی در فرزندان مورد بررسی قرار گیرد. به نظر می رسد که سرمایه گذاری در زمینه آموزش بهداشت به والدین و توجه به مساله تاثیر رفتارها و اعتقادات بهداشتی والدین می تواند در زمینه کاهش میزان پوسیدگی ها کمک کننده باشد. بنابر این توصیه می شود که آموزش های بهداشتی به صورت عمومی و از طریق وسایل ارتباط جمعی به عموم مردم داده شود تا افرادی که به دندانپزشک و نیروی متخصص دسترسی ندارند، از این آموزش های رایگان بهره ببرند.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

References

1-Castilho ARFd, Mialhe FL, Barbosa TdS, Puppin-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. Jornal de Pediatria (Versao en Portugues). 2013;89(2):116-123.

2-Bozorgmehr E, Hajizamani A, Malek Mohammadi T. Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children. ISRN dentistry. 2013; 5(4):768-779.

3-Chu C-H, Ho PL, Lo EC. Oral health status and behaviours of preschool children in Hong Kong. BMC public health. 2012;12(1):767.

4-Mitrakul K, Laovoravit V, Vanichanuwat V, Charatchaiwanna A, Charatchaiwanna A, Bunpradit W, et al. Factors associated with parent capability on child's oral health care. Southeast Asian Journal of Tropical Medicineand Public Health. 2012;43(1):249.

5-Ravera E, Sánchez GA, Squassi AF, Bordoni N. Relationship between dental status and family, school and socioeconomic level. Acta odontologica latinoamericana: AOL. 2011;25(1):140-149.

6-Vanagas G, Milasauskiene Z, Grabauskas V, Mickeviciene A. Associations between parental skills and their attitudes toward importance to develop good oral hygiene skills in their children. Medicina (Kaunas). 2009;45(9):718-723.

7-Saied-Moallemi Z, Vehkalahti MM, Virtanen JI, Tehranchi A, Murtomaa H. Mothers as facilitators of preadolescents' oral self-care and oral health. Oral Health Prev Dent. 2008;6(4):271-277.

8-Costa C, Pereira M, Passadouro R, Spencer B. [Children's oral hygiene: healthy mouth, families supervise?]. Acta medica portuguesa. 2007;21(5):467-474.

9-Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. Acta Odontologica. 2006;64(5):286-292.

10-Rong WS, Bian JY, Wang WJ, De Wang J. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2003;31(6):412-416.

11-Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. International dental journal. 2000;50(6):378-384.

12-Löe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy I. Prevalence and severity. Acta Oontologica. 1963;21(6):533-551.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]

13-Ramos-GomezF. Early maternal exposure to children's oral health may be correlated with lower early childhood caries prevalence in their children. Journal of Evidence Based Dental Practice. 2012;12(2):113-115.

14-Vallejos-Sánchez A, Medina-Solís C, Minaya-Sanchez M, Villalobos-Rodelo J, Marquez-Corona M, Islas-Granillo H, et al. Maternal characteristics and treatment needs as predictors of dental health services utilisation among Mexican school children. European journal of paediatric dentistry: official journal of European Academy of Paediatric Dentistry. 2012;13(4):307-310.

15-Nanjappa S, Hector M, Marcenes W. Mother's Perception of General Family Functioning and Sugar Consumption of 3- and 4-Year-Old Children: The East London Family Study. Caries Res. 2015;49(5):515-22.

16-Naidu R,Nuun J,Forde M.Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers .BMC Oral Health .2012;12:27.

17-El Tantawi M, Bakhurji E, Al-Ansari A, Al-Khalifa KS, Al -Subaie A .Influences of parents, close friends and classmates on four co-existing oral health practices in Saudi male teenagers. Acta Odontol Scand. 2017 Mar;75(2):137-143.

18-Sariba S,Bereger C,Fernando L,Saliba C.Social aspects of dental caries in the context of mother-child pairs.J Appl Oral Sci.2014;22(1):73-8.

19-Litsue L,Candelaria M,Bighetti T,Valden,Seichi R,Rosario M.Relationship Between Dental Caries Andsocio-Economic Factors In Adolescents .J Appl Oral Sci 2005; 13(3):305-11.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.13.1.1]