Survey of oral health index in elementary school students in Nasrabad village (Gorgan) based on Child-OIDP index in 1397

Original Article

Abstract

Background: Oral health has a very high impact on the quality of human life. There are many tools for measuring oral health, but more studies have been done in the adult population, while children are more important. The aim of this study was to evaluate the oral health index of primary school students in Nasrabad village (Gorgan) based on Child-OIDP index in 1397.

Materials and methods: In this descriptive-analytic study, a cross-sectional study was conducted in 1397. A total of 192 primary and secondary school students were selected by census method. The place of study was Nasrabad village in the east of Gorgan. A Child-OIDP Questionnaire was used to collect data. Statistical analysis was performed using SPSS software version 16 and taking into account the error coefficient of $\alpha<0.05$. Descriptive percentages and communication were used from inferential T-test and ANOVA.

Results: 50.5% of the population were girls. Tooth pain, tooth sensitivity, tooth decolorization, tooth decay and bad breath were one of the most severe cases that students expressed as a disorder in their daily functioning. 75.5% of schoolchildren considered eating the most common problem affecting daily activities. 52.1% of students were afraid of a visit to the dentist. There was a significant relationship between oral health index and students' educational status (P = 0.000).

Conclusion: This study showed the effect of oral and dental health on daily performance of primary school students. The effects of oral and dental problems were common. The effects were mainly eating and smiling.

Keywords: Oral Health, Child-OIDP Indicator, Daily Function.

Jahanshahi R[1]
Mirzayi F[2]
Sanagoo A[3]
Jouybari L[4]*

1. Nursing Student, Students Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

2. Dentistry student, Students Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

3. Associate Professor, PhD in Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

4. Associate Professor, PhD in Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Corresponding Author:
jouybari@goums.ac.ir

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

بررسی شاخص سلامت دهان و دندان در دانش آموزان مقطع ابتدایی روستای نصرآباد (گرگان) بر اساس شاخص Child-OIDP در سال ۱۳۹۷

تحقیقی

چکیده

زمینه و هدف: سلامت دهان و دندان نقش بسیار پر رنگی بر کیفیت زندگی بشر داشته است. ابزار های بسیاری جهت سنجش سلامت دهان و دندان وجود دارد ولی بیش مطالعات در جمعیت بزرگسال انجام گرفته است در حالی که کودکان از اهمیت بیشتری برخوردار هستند. هدف از این مطالعه بررسی شاخص سلامت دهان و دندان در دانش آموزان مقطع ابتدایی روستای نصرآباد (گرگان) بر اساس شاخص Child-OIDP در سال ۱۳۹۷ می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه ی توصیفی-تحلیلی، مقطعی که در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. تعداد ۱۹۲ نفر از دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی با استفاده روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. مکان مطالعه روستای نصرآباد در شرق شهرستان گرگان بوده است. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه Child-OIDP استفاده شد. آنالیز آماری با کمک نرم افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ و با در نظر گرفتن ضریب خطای $\alpha < ۰/۰۵$ انجام شد. از آزمون توصیفی درصد و ارتباطات از آزمون استنباطی T-Test و ANOVA استفاده شد.

یافته ها: : ۵۰/۵% از جمعیت مطالعه دختران بودند. دندان درد، حساسیت دندانها، تغییر رنگ دندان، ضربه به دندان و بوی بد دهان از بیشترین مواردی بود که دانش آموزان به عنوان عوامل ایجاد کننده ی اختلال در عملکرد روزانه خود بیان داشتند. ۷۵/۵% از دانش آموزان غذا خوردن را از شایع ترین مشکل تاثیرگذار بر فعالیت های روزانه می دانستند. ۵۲/۱% دانش آموزان ازمراجعه به دندانپزشک میترسیدند. میان شاخص سلامت دهان و دندان و وضعیت تحصیلی دانش آموزان ارتباطی معنادار بود (P=۰/۰۰۰).

نتیجه گیری: این مطالعه تاثیر بهداشت دهان و دندان بر عملکرد روزانه دانش آموزان مقطع ابتدایی را نشان داده است. اثرات مشکلات دهان و دندان شایع بود. تاثیرات عمدتا مربوط به خوردن غذا و لبخند زدن بود.

کلمات کلیدی: سلامت دهان و دندان، شاخص Child-OIDP، عملکرد روزانه

رضا جهانشاهی[۱]
فاطمه میرزایی[۲]
اکرم ثناگو[۳]
لیلا جویباری[۴*]

۱. دانشجو کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲. دانشجو دندان پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳. دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۴. دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

نویسنده مسئول: لیلا جویباری
jouybari@goums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۱/۱۵
تاریخ پذیرش: ۹۷/۵/۲۶

مقدمه: ضعف در سلامت دهان و دندان می تواند تاثیر مخربی بر عملکرد کودک در مدرسه و موفقت آن ها در زندگی بعد از آن داشته باشد. کودکانی که از سلامت دهان و دندان رنج می برند، ۱۲ برابر بیشتر از همسالان خود برای نرفتن به مدرسه تلاش می کنند(۱). بهداشت دهان و دندان بر سلامتی عمومی و کیفیت زندگی بسیار ضروری می باشد. درد دندان، سرطان دهان و گلو، عفونت دهان و زخم ها، بیماری های لثه، از دست رفتن دندان و سایر بیماری ها و اختلالات سبب کاهش ظرفیت افراد در لبخند زدن، صحبت کردن و سلامت روانی و اجتماعی می شود(۲). مهم ترین تاثیر مشکلات دهان و دندان، کاهش کیفیت تغذیه ای کودکان می باشد که در نهایت بر رشد و

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

تکامل آنها تاثیر مخربی خواهد داشت (۱). در صورتی که امکان پذیر باشد کودکان باید در سال پنجم یا ششم زندگی مورد بررسی دهان و دندان قرار بگیرند. آموزش رفتارهای مراقبتی در این سن راحت تر و کارآمدتر نسبت به گروه های سنی دیگر می باشد. در بعضی از کشورها کودکان در سن پنج سالگی پیش دبستانی را آغاز می کنند، که این موضوع پایش سلامتی دندان ها و آموزش مراقبت از آنها را بسیار پر اهمیت می نماید. گروه پر اهمیت دیگر کودکان دارای سن ۱۲ سال می باشند. این سن اهمیت ویژه ای دارند زیرا به طور کلی کودکان در این سن دبستان را ترک خواهند کرد. در بسیاری از کشور ها، سن ۱۲ سالگی آخرین نمونه های قابل اعتماد سنین دبستان را می توان به آسانی بدست آورد. در این سن تمام دندان ها به غیر از مولر سوم، دائمی می شوند. به خاطر دلایل گفته شده سن ۱۲ سالگی به عنوان شاخص جهانی برای مقایسه و نظارت بر روند بیماری های دهان و دندان در بین الملل انتخاب گردیده است (۳). بهداشت و پیشگیری دارای اهمیت بالایی هستند، ساده ترین، بهترین و ارزان ترین راه حل مشکلات در این زمینه آموزش تغییر رفتار و توجه به مراقبت های پیشگیرانه و آموزش بهداشت می باشد (٤). مطالعاتی که در ایران انجام شده به کمبود آگاهی ها نسبت به عوامل موثر بر سلامت دهان و دندان کودکان اشاره دارد (٥). از آنجایی که آگاهی از روش های سلامت دهان و دندان برای افزایش بهداشت ضروری است، عاقلانه است که برنامه ها و سیاست های پیشگیرانه ای در خصوص این زمینه طرح ریزی شود (٦). پتانسیل بالایی برای ارتقای مفاهیم سلامت با استفاده از کتاب های درسی مدارس ابتدایی در ایران وجود دارد (۷)، مدارس می توانند یک محیط مشارکتی و حمایتی فراهم کنند تا معلمان و والدین را در روند ارتقای بهداشت دهان و دندان کودکان درگیر کنند (۸). بیان کلامی در روش سخنرانی در بهبود دانش، نگرش و رفتار دانش آموزان موثر است اما در برخی موارد کافی نیست و باید امکانات بهداشت دهان را نیز برای آن ها فراهم کنیم زیرا ممکن است به آن دسترسی نداشته باشند (٤). برنامه های تلوزیونی و رسانه ها نیز تاثیر مثبتی بر بهبود وضعیت بهداشت دهان و دندان دارند (۹). روش های زیادی جهت بررسی تاثیر وضعیت سلامت دهان و دندان بر کیفیت زندگی در کودکان سنین مدرسه ابداع گردیده است، یکی از آن روش ها پرسشنامه ی Child-OIDP می باشد که بر اندازه گیری تاثیرات ناتوانی و موانع تاکید می کند (۱۰, ۱۱). نسخه فارسی شاخص OIDP که مربوط به افراد ۲۰ تا ۵۰ سال می باشد، از روایی و پایایی خوبی در جمعیت کشور ایران برخوردار می باشد (۱۲). محبی و همکاران در مطالعه ای که بر روی ٤۹۹ بیمار مراجعه کننده به کلینیک درمانی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۰ به وسیله ی شاخص OIDP بزرگسالان انجام دادند به اثرات وضعیت دهان بر فعالیت روزانه اشاره کردند (۱۳). نسخه ترجمه شده به فارسی Child-OIDP نیز از روایی و پایایی قابل قبولی جهت اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان ایرانی برخوردار بود (١٤). یونسیان و همکاران در سال ۱۳۸۹ به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان به وسیله شاخص Child-OIDP پرداختند. در این مطالعه ۳۱۰ دانش آموز شهر تهران را مورد بررسی قرار دادند و بیان داشتند که پوسدگی دندان ها با اختلال در کیفیت کودکان رابطه معنی داری داشته است(۱۵). علی رغم جستجوی گسترده به عمل آمده، مطالعه ای که در داخل کشور به بررسی سلامت دهان و دندان کودکان با استفاده از شاخص Child-OIDP پرداخته باشد بجز پژوهش پیشگفت یافت نشد. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی سلامت دهان و دندان در دانش آموزان مقطع ابتدایی

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

روستای نصرآباد شهرستان گرگان بر اساس شاخص Child-OIDP بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه ی توصیفی-تحلیلی، مقطعی که در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت تعداد ۱۹۲ نفر از دانش آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی (از پایه ی اول تا ششم ابتدایی) با استفاده روش سرشماری انتخاب شدند. تمام ۱۹۲ دانش آموز به صورت کامل در مطالعه شرکت کردند. مکان پژوهش روستای نصرآباد واقع در شرق شهرستان گرگان در استان گلستان بود. این روستا از تنوع قومیتی بالایی برخوردار است (جمعیت غالب این روستا سیستانی بوده و از سایر اقوام؛ افغان، ترکمن و فارس نیز در این روستا زندگی می کنند). برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه سلامت دهان دندان استاندارد و معتبر Child-OIDP استفاده گردید. این ابزار تاثیر وضعیت دهان و دندان را بر توانایی فرد جهت انجام فعالیت های روزانه خود اندازه گیری می کند. روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی خارجی و داخلی سنجیده شده است(۱۴). از این رو شاخص Child-OIDP به عنوان یک ابزار قابل استفاده جهت سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان انتخاب شد. در ابتدای پژوهش مطالعه پایلوت روی دانش آموزانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند انجام شد تا درصورت وجود هرگونه ابهام در درک و پرکردن پرسشنامه ابهامات آن رفع گردد. به منظور رعایت اصول اخلاقی فرم رضایت والدین نیز تکمیل گشت. تکمیل پرسشنامه توسط خود دانش آموزان و برای دانش آموزان مقطع اول و دوم که در خواندن و درک کلمات پرسشنامه مهارت کافی نداشتند با کمک دانشجوی دانانپزشکی انجام شد. جهت تکمیل پرسشنامه، پژوهشگر نزد دندانپزشک آموزش دیده است. پرسشنامه شامل دو بخش کلی است: طی تکمیل پرسشنامه ابتدا اطلاعات دموگرافیک دانش آموزان نظیر سن، شغل پدر و مادر و معدل سال قبل آنها و قومیت پرسیده شد و سپس مشکلات دهان و دندان آنها (نظیر تغییر رنگ دندان ها و جرم روی دندان ها و ...)در طول سه ماه گذشته مشخص شد. در مرحله ی دوم مربوط به شاخص child-OIDP به این صورت که ابتدا از کودک خواسته شد که عملکرد های روزانه ای که در طی سه ماه گذشته در اثر مشکلات دهان و دندان وی دچار اختلال شده بودند را از میان ۸ عملکرد روزانه ارائه شده در پرسشنامه (شامل غذا خوردن، صحبت کردن، تمیز کردن دندانها، خوابیدن، حفظ ارامش روحی، لبخند زدن بدون خجالت کشیدن، انجام تکلیف مدرسه و برقراری ارتباط اجتماعی) مشخص کند. در مرحله ی بعدی از هر کودک خواسته شد که شدت هر مشکل را بر اساس مقیاس لیکرت (۱: اثر کم، ۲: اثر متوسط، ۳: اثر شدید) و همچنین مدت اختلال در عملکرد روزانه را با اعداد ۱ تا ۳ مشخص کند. سپس دانش آموز عامل ایجاد کننده اختلال در عملکرد روزانه را از میان مشکلات دهان و دندان انتخاب کرده و در مرحله اول پرسشنامه مشخص نمود. عدد child-OIDP برای هر عملکرد روزانه با ضرب امتیاز های شدت و مدت ثبت شده محاسبه شد که این عدد در دامنه بین صفر تا نه قرار گرفت. عدد کلی child-OIDP با جمع اعداد عملکرد های روزانه (دامنه بین صفر تا ۷۲) و تقسیم آن بر ۷۲ و ضرب در صد محاسبه شد (۱۶). آنالیز آماری با کمک نرم افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ و با در نظر گرفتن ضریب خطای $\alpha < ۰/۰۵$ و آماره های توصیفی؛ فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و آزمون های استنباطی T-Test و ANOVA استفاده شد.

یافته ها: ۱۹۲ دانش آموز دختر و پسر در این مطالعه شرکت کردند. اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آورده شده است.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک دانش آموزان

مشخصات دموگرافیک		تعداد (درصد)
جنسیت	پسر	۹۵ (٪۴۹/۵)
	دختر	۹۷ (٪۵۰/۵)
قومیت	فارس	۸۲ (٪۴۲/۷)
	سیستانی	۱۰۵ (٪۵۴/۷)
	سایر	۵ (٪۲/۶)
وضعیت تحصیلی	خیلی خوب	۱۳۱ (٪۶۸/۲)
	خوب	۵۲ (٪۲۷/۱)
	متوسط	۶ (٪۳/۱)
	ضعیف	۳ (٪۱/۶)
شغل پدر	آزاد	۱۵۵ (٪۸۰/۷)
	کارمند	۲۴ (٪۱۲/۵)
	بیکار	۱۳ (٪۶/۸)
شغل مادر	خانه دار	۱۴۱ (٪۷۳/۴)
	شاغل	۵۱ (٪۲۶/۶)
مقطع تحصیلی	اول	۳۲ (٪۱۶/۷)
	دوم	۳۲ (٪۱۶/۷)
	سوم	۳۳ (٪۱۷/۲)
	چهارم	۳۲ (٪۱۶/۷)
	پنجم	۳۲ (٪۱۶/۷)
	ششم	۳۱ (٪۱۶/۱)

دانش آموزان عواملی که در سه ماه گذشته سبب ایجاد مشکلاتی در عملکرد روزانه شدند را این گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می کنید ابراز کردند. ۷۵/۵٪ از دانش آموزان غذا خوردن را از شایع ترین مشکل تاثیرگذار بر فعالیت های روزانه می دانستند و پس از آن ۶۹/۸٪ از دانشجویان لبخند زدن را بیان کردند، انجام اعمال مرتبط با مدرسه با ۳۰/۲٪ از کمترین مشکل تاثیرگذار بر فعالیت های روزانه دانش آموزان بوده است. ۵۲/۱٪ دانش آموزان از مراجعه به دندانپزشک میترسیدند و مابقی ترسی نداشتند. ۶۲/۵٪ آنان والدینشان را در حال مراجعه به دندانپزشک دیده بودند. تنها ۳۳/۳٪ از آنان از گفتن دندان درد خود به والدینشان میترسیدند. ۸۰/۷٪ از دانش آموزان توسط هردو والدینشان به مسواک زدن تشویق میشدند و ۴/۷٪ آنان به هیچ عنوان از سمت والدین خود تشویق به استفاده از مسواک نمی شدند. ۴۵/۸٪ دانش آموزان وضعیت بهداشت دهان و دندانشان را خیلی خوب ارزیابی کردند و مابقی به ترتیب ۳۷٪ خوب،۱۳٪ متوسط و ۴/۲٪ ضعیف ارزیابی نمودند

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

جدول ۲ : فراوانی و درصد عوامل ایجاد کننده اختلال در عملکرد روزانه دانش آموزان

در سه ماه اخیر کدام موارد را تجربه کرده اند		جنسیت		مجموع
		پسر(درصد) تعداد	دختر (درصد) تعداد	
دندان درد	بله	۵۰ (٪۲۶/۰۴)	۶۰ (٪۳۱/۲۵)	۱۱۰ (٪۵۷/۲۹)
	خیر	۴۵ (٪۲۳/۴۳)	۳۷ (٪۱۹/۲۷)	۸۲ (٪۴۲/۷۰)
دندان حساس به سرما و گرما	بله	۴۴(٪۲۲/۹۱)	۵۳(٪۲۷/۶)	۹۷(٪۵۰/۵۲)
	خیر	۵۱(٪۲۶/۵۶)	۴۴(٪۲۲/۹۱)	۹۵(٪۴۹/۴۷)
دندان های پوسیده یا سوراخ در دندان	بله	۴۹ (٪۲۲/۹۱)	۵۰(٪۲۶/۰۴)	۹۹(٪۵۱/۵۶)
	خیر	۴۶ (٪۲۳/۹۵)	۴۷ (٪۲۴/۴۷)	۹۳ (٪۴۸/۴۳)
دندان شیری در حال افتادن	بله	۴۵ (٪۲۳/۴۳)	۵۹ (٪۳۰/۷۲)	۱۰۴ (٪۵۴/۱۶)
	خیر	۵۰ (٪۲۶/۰۴)	۳۸ (٪۱۹/۷۹)	۸۸ (٪۴۵/۸۳)
فاصله بین دندان ها به خاطر در نیامدن یک دندان دائمی	بله	۵۰(٪۲۶/۰۴)	۶۸(٪۳۵/۴۱)	۱۱۴(٪۵۹/۳۷)
	خیر	۴۵ (٪۲۳/۴۳)	۳۳ (٪۱۷/۱۸)	۷۸ (٪۴۰/۶۲)
دندان دائمی شکسته	بله	۲۸ (٪۱۴/۵۸)	۲۰ (٪۱۰/۴۱)	۴۸ (٪۲۵)
	خیر	۶۷ (٪۳۴/۸۹)	۷۷ (٪۴۰/۱۰)	۱۴۴ (٪۷۵)
تغییر رنگ دندان	بله	۴۶(٪۲۳/۹۵)	۶۴ (٪۳۳/۳۳)	۱۱۰ (٪۵۷/۲۹)
	خیر	۴۹ (٪۲۵/۵۲)	۳۳ (٪۱۷/۱۸)	۸۲ (٪۴۲/۷۰)
شکل و اندازه غیر طبیعی دندان	بله	۵۲ (٪۲۷/۰۸)	۵۴ (٪۲۸/۱۲)	۱۰۶ (٪۵۵/۲۰)
	خیر	۴۳ (٪۲۲/۳۹)	۴۳ (٪۲۲/۳۹)	۸۶ (٪۴۴/۷۹)
ضربه به دندان	بله	۶۳ (٪۳۲/۸۱)	۶۱ (٪۳۱/۷۷)	۱۲۴(٪۶۴/۵۸)
	خیر	۳۲ (٪۱۶/۶۶)	۳۶ (٪۱۸/۷۵)	۶۸ (٪۳۵/۴۱)
محل غیر طبیعی یا روش نا مناسب دندان	بله	۳۸(٪۱۹/۷۹)	۵۲ (٪۲۷/۰۸)	۹۰ (٪۴۶/۸۷)
	خیر	۵۷(٪۲۹/۶۸)	۴۵ (٪۲۳/۴۳)	۱۰۲ (٪۵۳/۱۲)
بوی بد دهان	بله	۵۶ (٪۲۹/۱۶)	۶۰ (٪۳۱/۲۵)	۱۱۶ (٪۶۰/۴۱)
	خیر	۳۹ (٪۲۰/۳۱)	۳۷ (٪۱۹/۲۷)	۷۶ (٪۳۹/۵۸)

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

جدول۳: میانگین و انحراف معیار ارتباط شاخص CHILD-OIDP بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک			میانگین	انحراف معیار	P-value T-Test
شاخص CHILD-OIDP	جنسیت	پسر		۱۳/۶۵±۴/۹۸	۰/۰۰۰
		دختر		۱۷/۶۱±۶/۰۱	
	قومیت	فارس		۱۴/۳۹±۴/۸۹	۰/۰۱۲
		سیستانی		۱۶/۵۰±۶/۴۴	
	شغل مادران	خانه دار		۱۵/۶۷±۶/۱۸	۰/۹۲۹
		شاغل		۱۵/۵۹±۴/۹۲	

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار شاخص CHILD-OIDP و ارتباط آن با وضعیت و مقطع تحصیلی دانش آموزان

			انحراف معیار±میانگین	P-value ANOVA
شاخص CHILD-OIDP	وضعیت تحصیلی	خیلی خوب	۵/۲۹±۱۴/۵۹	۰/۰۰۰
		خوب	۵/۳۷±۱۶/۸۷	
		متوسط	۸/۷۵±۲۶/۴۵	
		ضعیف	۷/۴۸±۱۹/۷۵	
	مقطع تحصیلی	اول	۴/۱۴±۱۵/۴۲	۰/۰۰۱
		دوم	۳/۴۱±۱۲/۹۶	
		سوم	۶/۹۶±۱۷/۷۵	
		چهارم	۵/۹۴±۱۴/۰۴	
		پنجم	۷/۹۰±۱۸/۴۶	
		ششم	۳/۴۸±۱۵/۲۰	

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

آزمون آماری تی مستقل نشان داد میان جنسیت و شاخص سلامت دهان و دندان ارتباط معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۰). پسران از وضعیت بهتری برخوردار بودند. همچنین این آزمون بین قومیت و شاخص سلامت دهان و دندان ارتباط معناداری را نشان داد (P=۰/۰۱۲) دانش آموزان فارس از شاخص سلامت دهان و دندان بهتری برخوردار بودند. میان شغل مادر و شاخص سلامت دهان و دندان ارتباط معناداری یافت نشد (P=۰/۹) (جدول شماره ۳). بر اساس آزمون آماری ANOVA ارتباط بین شاخص سلامت دهان و دندان و مقطع تحصیلی معنی دار بوده است (P=۰/۰۰۱). آزمون توکی تفاوت در میانگین شاخص سلامت دهان و دندان در مقاطع تحصیلی دوم با سوم را با P=۰/۰۰۹ مقاطع تحصیلی دوم با پنجم را با P=۰/۰۰۲ و مقاطع تحصیلی پنجم با ششم را با P=۰/۰۲۲ معنادار نشان داده است. ارتباط میان شاخص سلامت دهان و دندان و وضعیت تحصیلی دانش آموزان نیز معنادار بود (P=۰/۰۰۰) (جدول شماره ۴). آزمون توکی تفاوت در میانگین شاخص سلامت دهان و دندان از نظر وضعیت تحصیلی، خیلی خوب و خوب را با وضعیت تحصیلی متوسط معنادار نشان داده است (P=۰/۰۰۰). همچنین آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که با افزایش مقطع تحصیلی شاخص سلامت دهان و دندان نیز افزایش یافت که بیانگر کاهش وضعیت سلامت دهان و دندان دانش آموزان بوده است (rs=۰/۲۹۲، P=0.000). میان شاخص سلامت دهان و دندان با شغل پدران دانش آموزان مورد بررسی ارتباط معناداری دیده نشد (P=۰/۳۴۵).

بحث: الویت اول این مطالعه تعیین شاخص سلامت دهان و دندان کودکان از طریق پرسشنامه child-OIDP بود و هدف دوم، بررسی عواملی که بر کیفیت فعالیت های روزانه دانش آموزان بیشترین تاثیرگذاری را داشتند؛ بود. در این مقاله به شیوع درد دندان و سایر مشکلات دهان و دندان و اثرات قابل بیان آن در جمعیت محروم روستای نصرآباد شهرستان گرگان در استان گلستان پرداخته ایم. درک هر فرد از شکل، فرم، رنگ و تراز دندان ها متفاوت است و این موضوع، می تواند بر نتایج خود ارزیابی گزارش شده توسط دانش آموزان تاثیرگذار باشد (۱۷). درصد بالایی از دانش آموزان وضعیت بهداشت دهان و دندان خود را خیلی خوب و خوب ارزیابی کردند. این در حالی است که در مطالعه ی Banu و همکاران (۲۰۱۸) کودکانی که مداخلات دندان پزشکی برایشان انجام شده بود سلامت بهداشت دهان و دندان خود را عالی ارزیابی کرده بودند (۱۸). دانش آموزان به دلیل زندگی در روستایی کوچک از آگاهی کم و آموزش ناکافی نسبت به مسائل بهداشتی دهان و دندان برخوردار بودند و از معیار های سلامت دهان و دندان اطلاع دقیقی نداشتند که این امر می تواند نتایج خود ارزیابی دانشجویان را توجیه کند. نسبت به تمام ابزار های سنجشی برای تاثیرگذاری سلامت دهان و دندان بر کیفیت زندگی، پرسشنامه ی Child-OIDP توانایی ارائه اطلاعات بهتری در ارتباط با شاخص های وضعیت بیماری های دهان را دارا است؛ در نتیجه ارزیابی نیاز ها و برنامه ریزی خدمات بهداشت دهان و دندان را بهبود می بخشد (۱۹). یافته ها به سطوح بالایی از مشکلات دهان و دندان درک شده توسط دانش آموزان اشاره دارد. از شایع ترین مشکلاتی که به طور واضح در طول سه ماه اخیر درک شده بود، دندان درد، دندان حساس، تغییر رنگ دندان و بوی بد دهان بوده است. Castro و همکاران در برزیل مشکلاتی که توسط کودکان به طور شفاف درک شده بود را به صورت دندان حساس (۶۳/۲٪) و سپس رنگ دندان ها (۴۲/۴٪) معرفی کرده است (۲۰). در مطالعه ی ما خوردن غذا مهم ترین جنبه اثرگذار بر کیفیت زندگی کودکان بود. دشواری در خوردن به علت مشکلات دهانی شایع ترین

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

عارضه (۷۲/۹٪) در میان کودکان تایلندی بوده و تاثیرات کودکان نسبت به سایر موارد داشته است (۲۱). یافته های مطالعات نشان می دهد که تاثیرات عمل خوردن بر کیفیت زندگی تمام گروه های سنی بسیار شایع است. مشکل در لبخند زدن نیز از دیگر جنبه های مهم بوده است که کودکان را تحت تاثیر قرار داده است و شایع ترین علت آن نیز نحوه رویش دندان ها بوده است. Bernabe و همکاران موقعیت قرارگیری دندان ها را بشترین عامل تاثیرگذار در لبخند زدن عنوان کرده اند و تغییر شکل دهان و صورت را از کمترین عوامل می دانستند (۲۲). این یافته ها در مطالعات مشابه در تایلند (۲۱) و فرانسه (۲۳) و تانزانیا (۲۴) نیز تکرار شده اند. از دیگر یافته های ما ارتباط معنادار میان جنسیت و وضعیت تحصیلی با شاخص سلامت دهان و دندان بود که مخالف با یافته های مطالعات دیگر است (۱۷, ۲۱, ۲۵). به نظر تعداد حجم نمونه پایین مطالعه ما باعث این اختلاف نظر شده است. در این مطالعه ارتباط معنی داری بین شاخص سلامت دهان و دندان و مقطع تحصیلی دیده شده است. این یافته مشابه یافته های Singh و همکاران و Hvaring و همکاران می باشد (۱۷, ۲۶) ترس از دندان پزشکی در این مطالعه ٪۵۲/۱ بود، Malhotra و همکاران اضطراب و ترس کودکان از دندان پزشک را ٪۲۷/۷۴ و Krikken و همکاران این اضطراب را ٪۲۱/۱۵ و Klein و همکاران ترس کودکان را ٪۳۰/۳۰ گزارش کردند (۲۷-۲۹). این تفاوت در ترس گزارش شده توسط دانش آموزان با سایر مطالعات می تواند به دلیل آگاهی و آموزش کم و ناکافی باشد، همچنین مطالعه ی ما در روستا انجام گرفته است در حالی که سایر پژوهش ها در شهر های بزرگ، کار شده اند. در مطالعه ی حاضر دانش آموزان پسر نسبت به دختران با شکستگی دندان بیشتری مواجه بودند. Srilatha و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود به پیش شدیدی بر کیفیت زندگی فعالی، مشکلات رفتاری با همسالان و نحوه ارتباط برقرار کردن میان پسران را از جمله دلایل موثر بر سلامت دهان و دندان آن ها دانسته است (۳۰) که یافته های مطالعه حاضر را توجیه می کند. از محدودیت های این مطالعه می توان به حجم نمونه کم و مقطعی بودن پژوهش اشاره کرد. پیشنهاد می شود مطالعات بعدی با حجم نمونه بزرگتر و به صورت طولی با هدف دستیابی به پیامدهای دراز مدت سلامت دهان و دندان و عملکرد روزانه دانش آموزان پرداخته شود.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد دانش آموزان روستای نصرآباد گرگان از وضعیت بهداشت دهان و دندان مناسبی برخوردار نیستند. از نظر دانش آموزان بیشترین مشکل ایجاد شده در اثر ضعیف بودن بهداشت دهان و دندان؛ غذا خوردن و لبخند زدن بوده است. از آنجایی که با افزایش سن و مقطع تحصیلی وضعیت سلامت دهان و دندان کاهش می یافت ضروری است تا با اجرای برنامه های آموزشی افزایش آگاهی دانش آموزان و والدین ها و همچنین غربالگری های ادواری به ارتقای سلامت کودکان در این منطقه کمک نمود. یافته های این مطالعه بیانگر اثرگذاری وضعیت بهداشت دهان و دندان بر فعالیت روزانه دانش آموزان بوده است، این موضوع اهمیت توجه به بهداشت دهان و دندان این گروه از اقشار آسیب پذیر جامعه را به دست اندرکاران و سیاستگذاران سلامت یادآوری می نماید.

تقدیر و تشکر: این مطالعه حاصل طرح مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان است. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، همچنین همکاری و مساعدت مسوولین محترم و مدیران و معلمین مدرسه و دانش آموزان مقطع ابتدایی روستای نصرآباد شهرستان گرگان تشکر و قدردانی می شود.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

Refrences

1. World Health Organization. (2003). Oral health promotion: an essential element of a health-promoting school. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/iris/handle/10665/70207

2. World Health Organization. Oral health. Information sheet. April 2012. Retrieved from: http://www.who.int/oral_health/publications/factsheet/en (accessed: April 2018)

3. Petersen, Poul Erik, Baez, Ramon J & World Health Organization. (2013). Oral health surveys: basic methods, 5th ed. World Health Organization. http://www.who.int/iris/handle/10665/97035

4. Mohamadkhah F, Amin Shokravi F, Karimy M, Faghihzadeh S. Effects of lecturing on selfcare oral health behaviors of elementary students. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2014;28:86.

5. Momeni Z, Sargeran K, Yazdani R, Sighaldeh SS. Perception of Iranian Mothers About Oral Health of Their School-Children: A Qualitative Study. Journal of Dentistry (Tehran, Iran). 2017;14(4):180.

6. Safiri S, Kelishadi R, Heshmat R, Rahimi A, Djalalinia S, Ghasemian A, et al. Socioeconomic inequality in oral health behavior in Iranian children and adolescents by the Oaxaca-Blinder decomposition method: the CASPIAN- IV study. International journal for equity in health. 2016;15(1):143.

7. Kazemian R, Ghasemi H, Movahhed T, Kazemian A. Health education in primary school textbooks in iran in school year 2010-2011. J Dent (Tehran). 2014;11(5):536-544.

8. Shirzad M, Taghdisi MH, Dehdari T, Abolghasemi J. Oral health education program among pre-school children: an application of health-promoting schools approach. Health promotion perspectives. 2016;6(3):164.

9. Gholami M, Pakdaman A, Montazeri A, Jafari A, Virtanen JI. Assessment of periodontal knowledge following a mass media oral health promotion campaign: a population-based study. BMC Oral Health. 2014;14(1):31.

10. Easton JA, Landgraf JM, Casamassimo PS, Wilson S, Ganzberg S. Evaluation of a generic quality of life instrument for early childhood caries-related pain. Community Dent Oral Epidemiol. 2008;36(5):434-40.

11. Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. Bull World Health Organ. 2006;84(1):36-42.

12. Dorri M, Sheiham A, Tsakos G. Validation of a Persian version of the OIDP index. BMC Oral Health. 2007;7:2.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

13. Mohebbi S, Sheikhzadeh S, Bayanzadeh M, Batebizadeh A. Oral Impact on Daily Performance (OIDP) Index in Patients Attending Patients Clinic at Dentistry School of Tehran University of Medical Sciences. Journal of Dental Medicine. 2012;25(2):135-41.

14. Kavand G, Younesian F, Saffar Shahroudi A, Dorri M, Akbarzadeh Baghban A, Khoshnevisan M-H. Oral Health Related Quality of Life among Iranian children: Part I - Validity, reliability, prevalence and severity assessment of daily impact factors. Journal of Dental School Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2010;27(4):187-96.

15. Younessian F, Saffarshahroodi A, Kavand G, Dorri M, Akbarzadeh Bagheban A, Khoshnevisan MH. Oral Health Related Quality of Life among Iranian children: Part II- Condition-specific Socio-dental impacts attributed to dental caries and periodontal diseases. Journal of Dental School Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2011;28(4):225-31.

16. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. Community dental health. 2004;21(2):161-9.

17. Singh A, Dhawan P, Gaurav V, Rastogi P, Singh S. Assessment of oral health-related quality of life in 9-15 year old children with visual impairment in Uttarakhand, India. Dental research journal. 2017;14(1):43-9.

18. Banu A, Serban C. Dental health between self-perception, clinical evaluation and body image dissatisfaction - a cross-sectional study in mixed dentition pre-pubertal children. 2018;18(1):74.

19. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. Journal of dental research. 2011;90(11):1264-70.

20. Castro RA, Cortes MI, Leao AT, Portela MC, Souza IP, Tsakos G, et al. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. Health and quality of life outcomes. 2008;6:68.

21. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. Health and quality of life outcomes. 2004;2:57.

22. Bernabe E, Flores-Mir C, Sheiham A. Prevalence, intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances associated with self-perceived malocclusion in 11-12-year-old children. BMC Oral Health. 2007;7:6.

23. Tubert-Jeannin S, Pegon-Machat E, Gremeau-Richard C, Lecuyer MM, Tsakos G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. European journal of oral sciences. 2005;113(5):355-62.

24. Vettore MV, Meira GF, Rebelo MA, Rebelo Vieira JM, Machuca C. Multimorbidity patterns of oral clinical conditions, social position, and oral health-related quality of life in a population-based survey of 12-yr-old children. European journal of oral sciences. 2016;124(6):580-90.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]

25. Chukwumah NM, Folayan MO, Oziegbe EO, Umweni AA. Impact of dental caries and its treatment on the quality of life of 12-to 15-year-old adolescents in B enin, N igeria. International journal of paediatric dentistry. 2016;26(1):66-76.

26. Hvaring CL, Birkeland K, Astrom AN. Discriminative ability of the generic and condition specific Oral Impact on Daily Performance (OIDP) among adolescents with and without hypodontia. BMC Oral Health. 2014;14:57.

27. Malhotra R, Gandhi K, Kumar D, Ahuja S, Kapoor R, Sahni A. A Comparative Study to evaluate Parent's Ability to assess Dental Fear in their 6- to 10-year-old Children using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. Int J Clin Pediatr Dent. 2018;11(3):205-9.

28. Krikken JB, van Wijk AJ, ten Cate JM, Veerkamp JS. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? International journal of paediatric dentistry. 2013;23(2):94-100.

29. Klein U, Manangkil R, DeWitt P. Parents' Ability to Assess Dental Fear in their Six- to 10-year-old Children. Pediatric dentistry. 2015;37(5):436-41.

30. Srilatha A, Doshi D, Reddy MP, Kulkarni S, Reddy BS. Self reported behavioral and emotional difficulties in relation to dentition status among school going children of Dilsukhnagar, Hyderabad, India. Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. 2016;34(2):128-133.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.29252/ijpd.14.1.25]