سال نهم
شماره ۲ ـ ۱
بهار و تابستان ۱۳۷۶

مجله دندانپزشکی

مقاله علمی

بررسی تأثیر آموزش بهداشت دهان و دندان بر رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان پسر مدارس راهنمائی شهرستان بافت ۱۳۷۶

دکتر فریده حقیقتی*
دکتر علیرضا حیدرنیا**
تیمور آقاملایی***

چکیده :

هدف کلی از انجام پژوهش بررسی تأثیر آموزش بهداشت دهان و دندان بر رفتارهای بهداشتی دانش‌آموزان بود. مطالعه به صورت نیمه‌تجربی (شاهد، موردی) انجام شد، که در آن ۶۵ نفر گروه آزمون و ۶۴ نفر دیگر گروه کنترل را تشکیل می‌داد. ابزار و روش گردآوری اطلاعات، پرسشنامه برای سنجش میزان آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی و چک لیست جهت تعیین میزان پلاک دندان بود که قبل از اجرای برنامه آموزشی مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که قبل از آموزش اختلاف معنی داری از نظر آماری بین میزان آگاهی (P = ۰/۲۴)، نگرش (P = ۰/۸۳)، رفتارهای بهداشتی (P = ۰/۸۱) و میزان پلاک دندان (P = ۰/۵۹) در دو گروه آزمون و کنترل وجود ندارد در حالی که بعد از آموزش میانگین نمرات آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی

* استادیار گروه پریودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** استادیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
*** دانشجوی کارشناسی ارشد دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش یافته و بین این فاکتورها در دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی‌دار وجود دارد. (P = ۰/۰۰۰) همچنین میزان پلاک دندان در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده که این کاهش از نظر آماری معنی‌دار است. (P = ۰/۰۰۰) نتایج بیانگر تاثیر مثبت آموزش بهداشت بوده است.

مقدمه :

در جوامع امروزی با توجه به افزایش ارتباطات و موقعیت‌های اجتماعی گوناگون میان افراد جامعه، لزوم رعایت بهداشت و زیبائی دندانها بیش از گذشته حس می‌شود. این مراقبت‌ها باید از زمان کودکی آغاز شود. یکی از معضلات مهم در پزشکی نوین، بیماریهای دهان و دندان است. پوسیدگی دندان شایع‌ترین بیماری بشر بوده و حدود ۹۹ درصد از مردم به آن گرفتارند [۴]. وضعیت و عملکرد بافتها و ساختمان دهان روی ظاهر و توانایی شخص در صحبت کردن و ارتباط با دیگران تأثیر می‌گذارد. پوسیدگی دندان و بیماریهای پریودونتال در مراحل پیشرفته ممکن است منجر به از دست دادن دندان شده و روابط اجتماعی فرد را در سنین نوجوانی ـ که نیاز به پذیرش از طرف دیگران و جلب توجه دارد ـ به مخاطره بیندازد [۶]. معمولاً دهان انسان بیشتر از سایر نقاط بدن نیاز به مراقبت دارد و به مراتب بیشتر از دیگر اندامها و بافتهای بدن دچار بیماری می‌شود. باقیمانده مواد غذایی در دهان چنانچه تمیز نشود، تخمیر شده و تولید موادی می‌کند که برای دندانها مضر است. این مواد عوامل اولیه پوسیدگی دندان و بیماریهای پریودونتال است. اما با رعایت بهداشت دهان و دندان می‌توان به طور عملی از بروز این بیماریها پیشگیری کرد [۸]. پوسیدگی دندان بیماری شایع تمدن بوده و هنوز بیشتر مردم کشورهای پیشرفته در طول زندگی دچار این بیماری می‌شوند. پوسیدگی دندان با خرابی تدریجی قسمتی از مینا و عاج دندان مشخص می‌شود که علت این خرابی فعالیت متابولیکی پلاک میکروبی دندان است. این فرایند از سطح دندان آغاز می‌شود و به داخل آن نفوذ می‌کند، هنگامی که پوسیدگی به عاج دندان برسد با سرعت بیشتری پیشرفت می‌کند. تغییر رژیم غذایی دلیل اصلی پوسیدگی دندان است که این مسئله با ورود تمدن غربی به خوبی آشکار است. مصرف شکر تصفیه شده و ساکاروز سبب می‌شود که باکتریهای موجود در پلاک دندان این مواد را تبدیل به اسید نمایند که اسید مینای

دندان را حل می‌کند. به طور کلی می‌توان گفت که مصرف قند دلیل اصلی پوسیدگی دندان و هنوز مهمترین متغیر موثر در ایجاد پوسیدگی است. با بررسی دقیق‌تر مکانیسم پوسیدگی دندان به نقش رژیم غذایی، بهداشت دهان و روشهای مقاوم سازی بیشتر دندان نسبت به پوسیدگی پی برده می‌شود [۹]. در کشورهای جهان سوم تا هنگامی که از تغذیه سنتی برخوردار بودند، پوسیدگی در حداقل میزان خود بود. در حالی که شیوع پوسیدگی در کودکان از نیمه دوم قرن بیستم در کشورهای پیشرفته رو به کاهش بوده است، در همان حال در کشورهای در حال توسعه به سرعت افزایش یافته است. همچنین درصد کودکان عاری از پوسیدگی در کشورهای صنعتی افزایش و در کشورهای در حال توسعه رو به کاهش بوده است [۵]. طی یک قرن گذشته شیوع پوسیدگی دندان دچار دگرگونیهای وسیعی گردیده است، بدین گونه که بعد از انقلاب صنعتی اروپا در قرن نوزده و صنعتی شدن کشورهای اروپایی از یکسو و تراکم جمعیت شهرها و تغییرات رژیم غذایی، شیوع پوسیدگی به سرعت افزایش یافت و این کشورها با احساس خطر و با کسب آگاهی بیشتر از پوسیدگی و اتیولوژی آن با یک بسیج همگانی اقدام به پیشگیری از بروز آن کردند و نتیجه آن در اواخر قرن حاضر کاهش شدید در میزان DMF و کنترل پوسیدگی دندان بود. در کشورهای در حال توسعه عکس این قضیه اتفاق افتاده است و اینگونه کشورها که در اواخر قرن حاضر به تحولات در رشد صنعتی و تغییرات رژیم غذایی دست یافته‌اند در زمینه شیوع پوسیدگی دندان وضعیتی را دارند که کشورهای صنعتی در اواخر قرن نوزده داشته‌اند یعنی روند رو به رشد پوسیدگی دندان در کشور ما تاکنون روند صعودی داشته است، که این افزایش ناشی از علل زیر بوده است:

۱ـ ناآگاهی و یا آگاهی بسیار ضعیف عمومی نسبت به نقش و اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان در حفظ سلامت دندانها، متأسفانه آموزش بهداشت دهان و دندان در این زمینه کافی نبوده و باید با کلیه امکانات و رسانه‌های گروهی و به طور مستمر به آموزش مردم پرداخت.

۲ـ عدم توجه به نقش فلوراید در پیشگیری از بروز پوسیدگی دندان

۳ـ مصرف بی‌رویه و بدون کنترل قند در رژیم غذایی مردم بویژه کودکان، در کشورهایی که در زمینه کنترل پوسیدگی دندان به پیشرفتهای چشمگیری دست یافته‌اند اولین

مسئله‌ای را که مورد توجه قرار داده و در اجرای آن کوشش کرده‌اند، تنظیم یک رژیم غذایی مناسب برای کودکان و آموزش وسیع مردم بوده است [۲].

آگاهی، نگرش و رفتارهای مناسب درباره بهداشت دهان و دندان می‌تواند از بیماریهای دهان و دندان پیشگیری کند و به همین دلیل آموزش بهداشت دهان و دندان می‌تواند نقش موثری را داشته باشد و با تغییر آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی به میزان قابل توجهی از شیوع بیماریهای دهان و دندان کاسته می‌شود. گروههای هدف در آموزش بهداشت دهان و دندان شامل توده مردم (کودکان، نوجوانان، بالغین، میان سالان)، افراد حرفه‌ای و کادر بهداشتی درمانی و برنامه‌ریزان بهداشتی جامعه می‌باشد [۷]. آموزش بهداشت دهان و دندان ممکن است به صورت فردی یا اجتماعی صورت گیرد. آموزش در مورد مهارت مسواک زدن، نحوه بکار بردن نخ دندان و مشاوره در مورد رژیم غذایی می‌تواند به صورت فردی انجام شود. آموزش بهداشت دهان و دندان در سطح دبستانها، دبیرستانها و بر پایی سمینارهای بهداشت دهان و دندان نمونه‌هایی از آموزش بهداشت در سطح جامعه است [۱]. بیماریهای شایع دندانی شدیداً بوسیله شخصیت و رفتار فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد و بنابراین آموزش بهداشت در جهت تغییر رفتار و عادات مضر شخصیتی می‌تواند مفید باشد. به طور کلی علم امروز بیماریهای دندانی را جزو بیماریهای رفتاری به حساب آورده‌اند. اتیولوژی پوسیدگی دندان و بیماریهای پریودونتال به صورتی است که عادات و طرق زندگی افراد شدیداً بر پیشرفت این بیماریها تأثیر می‌گذارد و در حقیقت هدف از آموزش بهداشت تغییر عادات مضر یک فرد در جهت تثبیت عادات نیکو است [۳].

هدف پژوهش :

تعیین میزان تأثیر آموزش بهداشت دهان و دندان بر آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی جامعه مورد پژوهش و ارائه برنامه آموزش بهداشت مناسب

فرضیه پژوهش :

میزان آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی جامعه مورد پژوهش در مورد بهداشت دهان و دندان بعد از آموزش افزایش می‌یابد.

نوع و روش مطالعه :

این بررسی مطالعه‌ای از نوع نیمه تجربی (مورد ـ شاهدی) است که براساس چهار متغیر آموزش، آگاهی، نگرش و رفتار انجام گرفت. روش انجام پژوهش به این صورت است که پس از انتخاب دو گروه آزمون و کنترل جهت مطالعه، فقط گروه آزمون در معرض متغیر مستقل (آموزش) قرار گرفت ولی در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. با توجه به نتایجی که قبل و بعد از آموزش بدست آمد، تأثیر آموزش‌بر متغیرهای‌وابسته (آگاهی،نگرش و رفتار) مورد ارزیابی قرار گرفت.

جامعه مورد پژوهش :

جامعه مورد پژوهش دانش‌آموزان پسر مدارس راهنمایی دو روستا در شهرستان بافت بود که یکی از روستاها به عنوان گروه آزمون (تعداد ۶۵ نفر) و روستای دیگر به عنوان گروه کنترل (تعداد ۶۴ نفر) در نظر گرفته شد.

ابزار و روش گردآوری اطلاعات و اجرای برنامه آموزشی :

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه و چک لیست جهت تعیین میزان پلاک دندان بود که قبل از اجرای برنامه آموزشی مورد استفاده قرار گرفت و سؤالات پرسشنامه در رابطه با متغیرهای دموگرافی، سنجش میزان آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی در زمینه بهداشت دهان و دندان تنظیم شده بود.

برنامه آموزشی بر اساس اطلاعات بدست آمده از آزمون اولیه و تعیین نیازهای آموزشی جامعه مورد پژوهش تهیه و تنظیم گردید. گروه آزمون به سه دسته تقسیم شد و به هر کدام دو جلسه آموزش داده شد و مدت هر جلسه آموزشی دو ساعت بود. در جلسات آموزشی از روشهای سخنرانی، آموزش چهره به چهره، پوستر و جزوات آموزشی استفاده شد و آموزش عملی در مورد نحوه صحیح مسواک‌زدن به آنها داده شد. به فاصله دو ماه بعد از آموزش آزمون ثانویه انجام شد. با توجه به اینکه هدف عمده پژوهش انجام رفتارهای بهداشتی از طرف دانش‌آموزان بود، در آموزشها بیشتر بر ایجاد و تثبیت این رفتارها تأکید می‌شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات :

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده و طبقه‌بندی آنها از روشهای آماری و نرم‌افزارهای کامپیوتری SPSS و PE2 استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش :

نتایج کلی این پژوهش در جداول یک و دو نشان داده شده است.

جدول ۱ ـ توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، نگرش رفتار و شاخص پلاک دندان در دو گروه آزمون و کنترل قبل از آموزش

نوع گروه / متغیر مورد مطالعه	آزمون		کنترل		نتیجه آزمون t	
	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	t	P
آگاهی	۲/۷۹	۹/۸۳	۳/۱۷	۱۰/۴۵	-۱/۱۸	۰/۲۴
نگرش	۲/۳۶	۱۰/۲۶	۲/۰۷	۱۰/۳۴	-۰/۲۱	۰/۸۳
رفتار	۱/۹۸	۵/۲۵	۲/۳۰	۵/۱۶	۰/۲۳	۰/۸۱
شاخص پلاک دندان	۰/۵۴	۲/۱۷	۰/۷۱	۲/۲۳	-۰/۵۳	۰/۵۹

همانطوریکه از جدول ۱ مشخص می‌گردد. آزمون آماری t نشان داد که قبل از آموزش اختلاف معنی داری از نظر آماری بین آگاهی (P = ۰/۲۴) نگرش (P = ۰/۸۳) و شاخص پلاک دندان (P = ۰/۵۹) در دو گروه آزمون و کنترل وجود ندارد.

جدول ۲ ـ توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، نگرش رفتار و شاخص پلاک دندان در دو گروه آزمون و کنترل بعد از آموزش

نوع گروه / متغیر مورد مطالعه	آزمون		کنترل		نتیجه آزمون t	
	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	t	P
آگاهی	۲/۸۰	۱۶/۱	۳/۶۸	۱۰/۸۴	۹/۱۳	۰/۰۰۰
نگرش	۲/۱۵	۱۲/۳۰	۲/۵۵	۱۰/۵۴	۴/۲۴	۰/۰۰۰
رفتار	۲/۴۱	۱۱/۱	۲/۴۳	۵/۵۸	۱۲/۹	۰/۰۰۰
شاخص پلاک دندان	۰/۴۵	۰/۶۴	۰/۷۵	۲/۰۳	-۱۲/۶۸	۰/۰۰۰

همان‌طور که از جدول ۲ مشخص می‌گردد، آزمون آماری t نشان داد که بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری از نظر آماری بین آگاهی (P = ۰/۰۰۰) ، نگرش (P = ۰/۰۰۰) ، رفتار (P = ۰/۰۰۰) و شاخص پلاک دندان (P = ۰/۰۰۰) در دو گروه آزمون و کنترل وجود دارد.

بحث، نتیجه‌گیری و پیشنهادات :

با توجه به یافته‌های جداول ۱ و ۲ مشخص می‌گردد که برنامه آموزش بهداشت دهان و دندان در افزایش میزان آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی گروه آزمون موثر بوده و کاهش میزان پلاک دندان در این گروه نیز بیانگر بهبود وضعیت عملکرد و بهداشت دهان و دندان در آنها است در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

۱ـ تاکید بر آموزش بهداشت دهان و دندان در سنین مدرسه.

۲ـ آموزش تغذیه و بهداشت دهان و دندان به خانواده‌ها با تأکید بر نقش مواد قندی و شیرینی در ایجاد پوسیدگی دندان.

۳ـ آشنا کردن مردم با اتیولوژی و راههای پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان با استفاده از وسائل ارتباط جمعی از قبیل روزنامه‌ها، مجلات، رادیو و تلویزیون.

۴ـ تقویت واحدهای بهداشت مدارس از نظر نیروی انسانی خصوصاً توجه به مدارس روستایی.

۵ـ تقویت و گسترش هر چه بیشتر واحدهای بهداشت دهان و دندان در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور.

REFERENCES

منابع فارسی و لاتین :

۱. اندرلو، ج؛ راک، و.پ. ۱۳۷۳. مبانی دندانپزشکی کودکان. ترجمه ژاله محمودیان، شهین بناکار. تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۶۲-۴۹.

۲. پورهاشمی، سید جلال. ۱۳۷۲ . سیر تحولات شیوع پوسیدگی دندان و پیشگیری در ایران و سایر کشورهای جهان. مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. (۱) ۶ : ۶-۱.

۳. خوردی‌مود، مریم. ۱۳۷۴ . آموزش بهداشت دهان. مجله دندانپزشکان. ۹ : ۱۸-۱۷ .

۴. هاتفی، میترا. ۱۳۷۶. خمیردندان و مواد تشکیل دهنده آن. مجله دانشمند. ۴۰۳ : ۶۸-۶۳ .

5. Caldwell; stallard, R.E.A. 1982. *A text book of preventive dentistry*. 2nd ed. philadelphia, Saunders, 17-26.

6. Good, R; Murry, E. 1992. The clinical nurse specialist in the school setting - Case management of migrant children with dental disease. *J. of Clinical Nurse Specialist*. b(2): 72-76.

7. Murray, j.j. 1989. *Prevention of dental disease*. 2nd ed. Oxford University, Medical publication, 406-430.

8. Lalloo, R; solanki, G.S. 1994. An evaluation of a school - based Comprehensive public Oral health programme. *J. of Com. Dent. Health*. 11(3): 152-155.

9. Pittford, T.R. 1992. *The restoration of teeth*. 2nd ed. Oxford, Black well, scientific pub, 1-11.