مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۵؛۱۳۹۲ (ویژه نامه کمیته تحقیقات دانشجویی): ۹۸۶-۹۷۹

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
2013;5(Student Research Committe Supplementary):979-986

مقاله پژوهشی

آگاهی مادران شهرستان شیروان در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۶-۱ سال

زهرا نظری[۱]، معصومه طاهرپور[۲]*

[۱]دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[۲]کارشناس ارشد آمار حیاتی ومربی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[*]**نویسنده مسئول**: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی ، دانشکده بهداشت
پست الکترونیک:mtp_may1980@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: *یکی از معیارهای اصلی سنجش سلامت افراد جامعه، بررسی میزان سلامت دهان و دندان آنها میباشد. از آن زمان که علل بروز و شیوع بیماریهای دهان و دندان شناخته شد، پیشگیری از آنها نیز مورد تأکید قرار گرفت. برای ارتقاء سلامت جامعه باید در جهت تامین سلامت کودکان برنامه ریزی گردد و برنامه های تامین سلامتی در بزرگسالی تداوم یابد. نقش مادران در حفظ سلامت دندان کودکان بسیار مهم است. لذا کسب اطلاعات در موردآگاهی مادران در این زمینه می تواند مبنایی برای برنامه ریزی های بهداشتی و بهبود آن باشد.*

مواد و روش کار: *در این مطالعه‌ی مقطعی ۱۰۰ نفرازمادران کودکان زیر۶ سال شهر شیروان به روش طبقه ای انتخاب گردیده و پرسشنامه های آگاهی سنج در اختیار آنها قرار داده شده ، سپس اطلاعات وارد نرم افزار SPSS19 گردید. جهت توصیف داده ها از شاخص های میانگین ، انحراف معیار ، درصدها و جهت آنالیز داده ها از آزمونهای تی ، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.*

یافته ها: *میانگین نمره آگاهی مادران۳/۱۳± ۱۳/۴۵ بود. نتایج آنالیزهای انجام شده نشان داد بین آگاهی مادران و سن آنها رابطه معنی دار آماری وجود ندارد. همچنین بین آگاهی مادران با متغیرهای سطح تحصیلات مادر، شغل ، وضعیت اقتصادی خانواده ، محل سکونت و تعداد فرزندان خانواده ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. (p-value < ۰/۰۵)*

نتیجه گیری: *با توجه به اینکه آموزش به مادران خصوصاً مادرانی که حضور کمتری در اجتماع دارند در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان، سهمی به سزا در ارتقای سلامت کودکان جامعه خواهد داشت، پیشنهاد میگردد جهت ارتقاء سطح آگاهی مادران برگزاری کلاس های آموزشی، تولید و توزیع پمفلت و بروشورهای اطلاع رسانی در موردنکات بهداشتی دهان و دندان در برنامه های مراکز بهداشتی و درمانی قرار گیرد.*

واژه های کلیدی: *آگاهی ، بهداشت دهان و دندان*

مقدمه

یکی از معیارهای اصلی سنجش سلامت افراد جامعه، بررسی میزان سلامت دهان و دندان آنها میباشد. در جوامع امروزی با توجه به افزایش ارتباطات وحضور افراد در موقعیت های اجتماعی گوناگون و همینطور وجود اعتقادات مذهبی در مورد بهداشت دهان و دندان که تاکید بر این دارد که رعایت بهداشت دهان و دندان نه تنها یک اصل فرهنگی اجتماعی است بلکه از ضروریات اعتقادی و دینی نیز میباشد، این مساله اهمیت ویژه ای می یابد[۱] پوسیدگی دندان هاو بیماری های پریودنتال از جمله شایع ترین بیماری های جامعه بشری است و بخش مهمی از وقت و هزینه خانواده ها را به خود اختصاص داده است [۲] از آن زمان که علل بروز و شیوع این بیماریها شناخته شد، پیشگیری از آنها نیز مورد

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

تأکید قرار گرفت. کاهش بیماریهای دهان و دندان در بسیاری از کشورهای جهان مرهون تفکر پیشگیری از این بیماریها می باشد صاحبنظران دندانپزشکی بر این عقیده اند که تنها راه کاهش پوسیدگی وبیماریهای پریودنتال روی آوردن به امر پیشگیری است ونخستین گام در پیشگیری نیز ارتقای فرهنگ بهداشت وپیشگیری در مردم می باشد[۳] آگاهی ؛ میزان معلومات فرد است که از طریق آموزش درزمینه موضوعات مختلف کسب میشود و ازفاکتورهای مهم در آموزش بهداشت محسوب می شوند[۴] کودکان آینده سازان کشورند وسلامت جسمی ،روانی و اجتماعی آنها آینده ای بهتر را نوید میدهد. بنابر این برای ارتقاء سلامت جامعه باید در جهت تامین سلامت کودکان برنامه ریزی گردد و برنامه های تامین سلامتی در بزرگسالی تداوم یابد[۶] .یک دهان سالم شخص را قادر به خوردن، حرف زدن، ایجاد ارتباط و اجتماعی شدن میکند .سالانه بیش از ۵۰میلیون ساعت به خاطر مشکلات ناشی از بیماری های دهان به هدر میرود[۷]. معمولا دهان انسان بیشتر از دیگر اندام ها و بافت ها دچار بیماری میشود و به همان نسبت بیشتر از سایر قسمت های بدن نیاز به مراقبت دارد.پوسیدگی دندان و بیماری های پریودونتال دو بیماری است که بالاترین شیوع را بین انسان ها دارد. [۸]

حدود ۶ماهگی دندان های شیری شروع به رویش میکنندو تا سن ۲/۵سالگی دندان های شیری کامل میشود. و از سن ۶سالگی دندان های دائمی شروع به رویش میکنندوبه تدریج جایگزین دندان های شیری میشوند. رویش دندان های دائمی تا سن ۱۲سالگی ادامه دارد. بنابراین ، بعضی از دندان های شیری تا سن ۱۲سالگی در دهان باقی میمانند.دندان های شیری علاوه بر کارکردهایی نظیر جویدن غذا،حفظ شکل و زیبایی چهره ونقش در تکلم کودک وظیفه ی مهم دیگری نیز دارند که عبارت از حفظ فضای لازم برای رویش دندان های دائمی است. مراقبت از دهان و دندان باید از کودکی شروع شود، زیرا تنها با انجام مراقبت های ویژه از دندان های شیری کودکان است که میتوان انتظار رویش صحیح دندان های دائمی را داشت[۶].در دوره ی قبل از مدرسه ، والدین تامین کننده ی اصلی بهداشت دهان و دندان کودکان هستند[۹].متاسفانه اغلب والدین به دندان های شیری اهمیتی نمیدهند و تنها زمانی کودک خود را نزد دندانپزشک میبرند که درد شدید، امان اورا بریده باشد ویا در اثر آبسه ی دندان، صورت کودک متورم شده باشد که در اینگونه موارد جز کشیدن دندان های شیری چاره ای وجود ندارد[۶] دانستن مسائلی از جمله سطح تحصیلات مادران ،شغل،سن و آگاهی در مورد رفتار های بهداشتی کنونی آنها میتواند ما را به نقاط ضعف رهنمون سازد تا با تاکید بیشتر بر آنها بتوان علاوه بر بهبود بینش و عادات بهداشتی آنها به طور غیر مستقیم روی سلامت کودکانشان تاثیر گذاشت [۱۰]. پوسیدگی دندان معمولا از زمان خردسالی شروع میشود ولی علائم آن ممکن است تا چند سال، هم از نظرکودک و هم از دید والدین و دندانپزشک ،مخفی بماند [۱۱].در کودکان ۱تا۳ساله والدین به عنوان مراقبت کنندگان اصلی جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب میشوند.آموزش به کودک در موردمسواک زدن ،مقدار خمیر دندان (به اندازه یک نخود)و استفاده از نخ دندان توسط والدین انجام میشود.در دوره قبل از مدرسه (۳تا۶ سال)،پیشرفت کودک در امور بهداشتی دهان و دندان آغاز میشود،اما هنوز والدین تامین کننده اصلی بهداشت دهان و دندان هستند.آموزش به والدین باید در راستای نیاز های فردی کودک و والدین و بر اساس فرهنگ انها باشد .در این آموزش ،گوش دادن به والدین ،تعلیم دادن به آنها، جلب موافقت آنها و برانگیختن والدین میتواند برنامه پیشگیری را به موفقیت برساند.[۹]انصاری مقدم در مطالعه ای که در مورد بررسی آگاهی، نگرش و رفتار مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان شیرخوار انجام داد، نشان داد که بین آگاهی و رفتار مادران با بهداشت دهان و دندان کودکانشان ارتباط معنی دار وجود دارد. میزان اطلاعات و آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان ودندان مهم است، آگاهی بر نوع نگرش اثر داشته و پایه و اساس رفتار بهداشتی مناسب است[۱۲] با عنایت به شعار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴میلادی "بهداشت دهان و دندان برای یک زندگی سالم "[۱۴]وشیوع بالای بیماری های دهان و دندان در ایران[۱۵]و میانگین شاخص

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

۴/۵DMFدر کودکان ایرانی ضرورت انجام مطالعه حاضر احساس می شد.(Decay:دندانی که ضایعه در سطوح صاف و یا درداخل شیارهای دندان ایجاد شده باشد به صورتی که زیر مینا خالی شده یا کف و اطراف آن نرم باشد،همچنین هر دندانی که با یکی از مواد پر کردگی موقت پانسمان شده باشد و یا پر کردگی دائم که مجدد پوسیده باشد ،به عنوان پوسیده محسوب میشود.Missing:دندانی که به علت پوسیدگی کشیده شده باشد.Filled:دندانی که به دلیل پوسیدگی ترمیم شده باشد) [۱۶]

از آنجایی که بر اساس مطالعات انجام شده بیماری های دهان و دندان در بین کودکان در کشور ایران نسبتاً شایع است واز طرفی ،امکانات و خدمات دندان پزشکی به ویژه در مناطق محروم و پر جمعیت جوابگوی نیاز های جامعه نیست[۱۷] انجام مطالعات مستمر ملی و منطقه ای ضروری و مهم به نظر می رسد و مطالعه حاضر در راستای این هدف و شناخت عوامل موثر بر آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شیروان انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی – تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۱ با هدف تعیین نمودن میزان آگاهی مادران دارای کودکان ۶-۱ سال در شهرستان شیروان انجام شد. در این مطالعه ؛ جامعه پژوهش کلیه مادران کودکان زیر۶ سال شهر شیروان بودند که روش نمونه گیری در این پژوهش، نمونه گیری طبقه ای با تخصیص متناسب از مراکزو پایگاه های بهداشتی درمانی شهر شیروان بوده است. شهر شیروان دارای ۳ مرکز بهداشتی درمانی و ۳ پایگاه بهداشتی می باشد که از همه ی مراکز و پایگاه ها نمونه هایی اخذ گردید. جهت رسیدن به اهداف اصلی این مطالعه بیشترین حجم نمونه مورد نیاز با اطمینان ۹۵درصد و دقت براورد ۵درصدی۱۰۰ نفر برآورد گردید. حداکثر خطای قابل قبول و از مطالعات قبلی ۰/۱ تعیین؛ ودر فرمول حجم نمونه جایگذاری شده است.

روش نمونه گیری به این صورت بود که : از لیست پرونده های کودکان ۱ تا۶ سال مراجعه کننده به مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی شهرستان شیروان تعداد نمونه را بروش تصادفی ساده انتخاب نموده و پس از تماس با مادران ، از آنها خواسته می شود تا در روزهای تعیین شده جهت تکمیل پرسشنامه های تحقیق ؛ به مرکز مراجعه نمایند.

ابزار گرد آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه ای مشتمل بر ۲ بخش بوده است ؛ بخش اول: مربوط به داده های دموگرافیکی از قبیل سن ، تحصیلات مادر ، تعداد فرزندان و ... و بخش دوم: سوالات آگاهی سنج را تشکیل می دادند. پرسشنامه مورد استفاده شامل 24 سؤال چهارگزینه ای است که در آن به مسایلی نظیر اهمیت دندان شیری، پوسیدگی دندان شیری و پیشگیری از آن، تغذیه و بهداشت دهان و دندان کودکان1 تا 6 سال مورد سوال قرار گرفته است. نحوه نمره گذاری این ابزار به شرح زیر می باشد: هر پاسخ صحیح دارای یک امتیاز ، عدم پاسخ به سؤال موجب تعلق گرفتن نمره صفر به سؤال مورد نظر بود. با توجه به تعداد سؤالات و امتیازات آنها، حداقل وحداکثر نمره، به ترتیب، 0 و 24 بود .کسب نمره 0 تا8 نشانه آگاهی ضعیف، 9 تا 16 نشانه آگاهی متوسط، وکسب نمره 17 تا 24 نشانه آگاهی خوب بودپرسشنامه مذکور قبلا در طرح نادری فر و همکاران [۱۷]مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن سنجیده شده است. اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه های طرح در فایلی درنرم افزارSPSS 19ذخیره شده ، سپس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. جهت توصیف داده های طرح از شاخص های آمار توصیفی میانگین ،انحراف معیارو درصدها استفاده گردید و برای آزمون فرضیه های این طرح از آزمونهای کلموگروف اسمیرنف، تی ، آنالیز واریانس و آنالیز همبستگی (به دلیل پیروی داده ها از توزیع نرمال) استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سن مادران مطالعه ۷/۴± ۲۸/۵۶ سال میباشد. ۳درصد مادران بی سواد؛ ۱۵درصد تحصیلات ابتدایی؛ ۱۸درصدتحصیلات راهنمایی؛ ۳۳درصد تحصیلات دبیرستان و ۳۱درصدتحصیلات دانشگاهی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

داشتند. از نظر شغل مادر : ۷۹درصد مادران خانه دار؛ ۱۰درصد شاغل کاردولتی و ۱۱درصد دارای کار آزاد بودند. در نمونه مورد بررسی ۱۵درصد دارای وضعیت اقتصادی ضعیف؛ ۵۰درصد دارای متوسط و ۳۵درصد با اقتصاد خوب بودند. ۷۰درصد این خانوده ها ساکن شهر؛۲۵درصد ساکن روستا و ۵درصد ساکن حومه شهر بودند.

میانگین نمره آگاهی این مادران۳/۱۳± ۱۳/۴۵ تعیین شده است. همچنین ۶درصد مادران آگاهی پایین(نمره آگاهی ۸-۰) ، ۷۶درصد آگاهی متوسط(نمره آگاهی ۱۶-۹) و ۱۸درصد آگاهی بالا(نمره آگاهی۲۴-۱۷) داشته اند.

نتایج آنالیز همبستگی نشان داد که بین نمره آگاهی و سن مادران ؛ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت. (مقدار ضریب همبستگی پیرسون ۰/۰۲- و سطح معنا داری این ازمون۰/۸ تعیین شده است) همچنین نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد بین آگاهی با سطح تحصیلات مادران ارتباط معنی دار آماری وجود دارد (P-Vlue<0/05) و نتایج آزمون توکی مشخص نمود که بین اگاهی مادران بیسواد و مادران دارای تحصیلات ابتدایی اختلاف معنا دار آماری وجود ندارد. بین آگاهی مادران بیسواد و مادران دارای تحصیلات راهنمایی، دبیرستان ، دانشگاهی اختلاف معنی دار آماری وجود دارد بطوریکه میانگین نمره آگاهی در مادران بیسواد بطور معنی داری کمتر گزارش شده است.همچنین بین آگاهی مادران دارای تحصیلات ابتدایی و مادران دارای تحصیلات راهنمایی اختلاف وجود ندارد(p-value=۰/۱). بین آگاهی مادران دارای تحصیلات ابتدایی و مادران دارای تحصیلات دبیرستان و دانشگاهی اختلاف وجود دارد به طوری که آگاهی در مادران دارای تحصیلات ابتدایی بطور معنی داری کمتر بوده است.(P-Vlue<0/05)

بین آگاهی مادران دارای تحصیلات راهنمایی و مادران دارای تحصیلات دبیرستان اختلاف وجود ندارد.(p-value=۱/۰)

بین آگاهی مادران دارای تحصیلات راهنمایی و مادران دارای تحصیلات دانشگاهی اختلاف وجود دارد به طوری که آگاهی در مادران دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر از مادران دارای تحصیلات راهنمایی بود. (P-Vlue<0/05)

بین آگاهی مادران دارای تحصیلات دبیرستانی و مادران دارای تحصیلات دانشگاهی اختلاف وجود دارد به طوری که آگاهی در مادران دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر از مادران دارای تحصیلات دبیرستان بود.(P-Vlue<0/05)

نتایج آزمون تی نشان داد که بین آگاهی مادران شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی دار آماری وجود دارد بطوریکه میانگین نمره آگاهی در مادران شاغل بطور معنی داری بیشتر بوده است.(P-Vlue<0/05)

همچنین نتایج آنالیز واریانس بین متغیرهای وضعیت اقتصادی خانواده ونمره آگاهی مادر ارتباط معنی دار آماری وجود دارد(P-Vlue<0/05)بطوریکه نمره آگاهی درمادران دارای وضعیت اقتصادی ضعیف بطور معنی داری از آگاهی مادران دارای وضعیت اقتصادی متوسط و خوب کمتر بود.

جدول ۱: سطح آگاهی مادران به تفکیک سطح تحصیلات

	سطح تحصیلات مادر				
سطح آگاهی	بیسواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان	دانشگاهی
پایین	٪۶۶/۷	٪۱۳/۳	٪۵/۶	٪۳۰	٪۰
متوسط	٪۳۳/۳	٪۸۶/۷	٪۸۳/۳	٪۸۷/۹	٪۵۸/۱
بالا	٪۰	٪۰	٪۱۱/۱	٪۹/۱	٪۴۹/۹
جمع	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

جدول ۲: درصد پاسخ های داده شده صحیح و غلط به هر یک از سوالات پرسشنامه

شماره سوال	سوال	درصد پاسخ صحیح	درصد پاسخ غلط
۱	نقش دندان در سلامت و تغذیه کودک	۹۹	۱
۲	تعداد دندان شیری	۲۰	۸۰
۳	اقدامات لازم در زمان پوسیدگی دندان کودک	۱۹	۸۱
۴	سن رویش دندان دایمی	۸۸	۱۲
۵	مواد بی تاثیر بر پوسیدگی دندان	۹۱	۹
۶	موادی که بیشترین تاثیر را بر پوسیدگی دندان دارد	۹۹	۱
۷	اقدامات لازم جهت کاهش پوسیدگی دندان شیرخوار	۵۴	۴۶
۸	مواردی که پوسیدگی دندان شیری را کاهش میدهد	۷۹	۲۱
۹	میان وعده خوب جهت کاهش پوسیدگی دندان کودک	۹۰	۱۰
۱۰	زمان شروع مسواک زدن	۲۵	۷۵
۱۱	زمان مناسب مسواک زدن در شبانه روز	۵۸	۴۲
۱۲	زمان استفاده از نخ دندان	۴۷	۵۳
۱۳	فاصله زمانی تعویض مسواک کودک	۲۱	۷۹
۱۴	لزوم مسواک زدن دندان کودک	۸۷	۱۳
۱۵	وسیله تمیز کردن بین دندان	۱۵	۸۵
۱۶	مهمترین معیار انتخاب خمیر دندان	۸۸	۱۲
۱۷	زمان شروع استفاده از خمیردندان برای کودک	۲۴	۷۶
۱۸	نقش خمیر دندان	۹۰	۱۰
۱۹	تاثیر فلوراید بر دندان ها	۸۶	۱۴
۲۰	طول نخ دندان	۶	۹۴
۲۱	حالت نخ دندان کشیدن	۲۰	۸۰
۲۲	محل هایی که نیاز به نخ دندان کشیدن دارند	۹۲	۸
۲۳	زمان اولین مراجعه به دندان پزشک جهت کودک	۱۳	۸۷
۲۴	فاصله زمانی مراجعه به دندان پزشک	۳۴	۶۶

نتایج آنالیز واریانس نشان داد بین متغیرهای محل سکونت ونمره آگاهی مادر ارتباط معنی دار آماری وجود دارد(P-Vlue<0/05)بطوریکه نمره آگاهی مادران در خانواده های ساکن شهر بطور معنی داری از ساکنین در روستاها و حومه شهر بیشتر بود(P-Vlue<0/05)

نتایج آنالیز همبستگی نشان داد که بین نمره آگاهی مادران و تعداد فرزندان آنها رابطه معنی دار آماری وجود دارد (P-Vlue<0/05) ؛ و با توجه به اینکه مقدار آماره ضریب همبستگی ۰/۴+ تعیین شده است؛ میتوان نتیجه گرفت که با افزایش تعداد فرزندان مادر آگاهی وی نسبت به مسائل بهداشن دهان و دنان نیز بالاتر می رود.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

جدول ۳: سطح آگاهی مادران به تفکیک وضعیت اقتصادی خانواده

	وضعیت اقتصادی		
سطح آگاهی	ضعیف	متوسط	خوب
پایین	٪۲۶/۷	٪۲	٪۲/۹
متوسط	٪۶۶/۷	٪۸۶	٪۶۵/۷
بالا	٪۶/۷	٪۱۲	٪۳۱/۴
جمع	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰

جدول ۴: سطح آگاهی مادران به تفکیک شاغل بودن مادر

	وضعیت اشتغال	
سطح آگاهی	شاغل	خانه دار
پایین	٪۰	٪۷/۶
متوسط	٪۵۷/۱	٪۸۱
بالا	٪۴۲/۹	٪۱۱/۴
جمع	٪۱۰۰	٪۱۰۰

بحث

مطالعه حاضر که بر روی ۱۰۰ نفر از مادران دارای یک یا چندکودک زیر ۶ سال مراجعه کننده به مراکزو پایگاه های بهداشتی درمانی شهر شیروان انجام شد، نشان داد که ۱۸ درصد از مادران از سطح آگاهی خوب در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان برخوردارند؛ سطح آگاهی ۷۶ درصد متوسط و ۶ درصد پایین تعیین شده است و این مسئله گویای این است که آموزش های لازم در رابطه با رعایت بهداشت و سلامت دهان ودندان کافی نبوده و لزوم آموزش مادران توسط کارشناسان بهداشت مراکز بهداشتی درمانی احساس میگردد.

در مطالعه ای که توسط نادری فر و همکاران بر روی ۵۰۰ نفر از مادران کودکان ۶-۱ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان انجام شد ، مشاهده شد ۴۷/۴ درصد مادران دارای آگاهی خوب و ۴۴درصد دارای آگاهی متوسط و ۸/۶ درصد ازسطح آگاهی ضعیفی برخوردار بودند [۱۷] . تحقیقی که درسال ۱۳۸۱توسط خیری نمین در مورد میزان آگاهی والدین بیماران مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان زیر۶سال بر روی ۱۳۸والد انجام شد، نشان داد که ۵/۱درصد والدین دارای آگاهی ضعیف ،۵۹/۴درصد دارای آگاهی متوسط ،۳۴/۸درصد آگاهی خوب و ۰/۷درصد دارای آگاهی بسیار خوب بودند[۱۳]. نتایج پژوهش انصاری مقدم بیانگر این بود که ۹/۲درصد مادران دارای آگاهی ضعیف ، ۶۶/۶ درصد متوسط ، ۲۳/۳درصد آگاهی خوب و ۰/۹درصد آگاهی بسیار خوب داشتند[۱۲]

نتایج آنالیز همبستگی نشان داد که بین نمره آگاهی و سن مادران ؛ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت که با نتیجه مطالعه نادری فر و همکاران تطابق نداشته [۱۷]ولی با نتیجه مطالعه قاسمی و همکاران مطابقت دارد. [۱۰]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

نتایج آنالیز واریانس نشان داد بین آگاهی و سطح تحصیلات مادر ارتباط معنی دار آماری وجود دارد که این نتیجه با نتیجه طرح نادری فر و همکاران مطابقت دارد.در تحقیق مذکور نشان داده شد که میانگین آگاهی مادران در تمام مقاطع مختلف تحصیلی با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری داشته است.[۱۷] همچنین نتایج پژوهش انصاری مقدم نشان داد که بین سطح تحصیلات مادر با آگاهی ارتباط معنی دار آماری داشته است.[۱۲] همخوانی تمام مطالعات انجام شده در این زمینه گویای این است که تحصیلات مادر بر میزان آگاهی در زمینه بهداشت دهان و دندان کودک وی اثر گذار می باشد.جدول شماره ۲ سطح آگاهی مادران در سطوح تحصیلی مختلف را نشان می دهد.نتایج آزمون تی نشان داد که بین شاغل بودن مادر و میزان آگاهی وی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد بطوریکه مادران شاغل (اعم از شغل دولتی و آزاد) سطح آگاهی بالاتری نسبت به زنان خانه دار داشته اند. این یافته با نتایج مطالعه رجالی و همکاران مطابقت دارد که این امر رامیتوان به دلایلی همچون اجتماعی بودن مادران شاغل و کسب اطلاعات بیشتر از محیط و همکاران ، اختصاص قسمتی از درآمد به هزینه های درمانی توجیه نمود. در تحقیق خیری نمین نیز نشان داده شد که بین میزان آگاهی والدین با سطح تحصیلات و شغل آنها تفاوت آماری معناداری وجود دارد [۱۳]

نتیجه آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین آگاهی مادران با سطوح مختلف اقتصادی خانواده تفاوت معنی دار آماری وجود دارد بطوریکه در خانواده ها با سطح اقتصادی بالاتر ؛ مادران از سطح آگاهی بالاتری نیز برخوردار می باشند. که این نتیجه می تواند به دلیل تحصیلات بیشتر والدین ، داشتن فرزند کمتر و برخورداری بیشتر از امکانات آموزشی بهداشتی (شرکت در کلاس های آموزشی، مطالعه پمفلت و بروشورهای اطلاع رسانی در موردنکات بهداشتی دهان و دندان) باشد. مطالعه ی kallestal نشان داد که عملکرد والدین بر عملکرد کودکانشان تاثیر مستقیم داردو وضعیت اقتصادی،جنس،فقر،محل سکونت ،نژاد سطح اجتماعی و شغل والدین با عملکرد والدین در زمینه ی بهداشت دهان و دندان کودکانشان ارتباط مستقیم دارد[۱۸] .مطالعه ی Bhavnaکه بر روی ۳۴۲۴کودک ۲تا۵ساله در مورد ارتباط بین خصوصیات والدین با بهداشت دهان و دندان کودکانشان انجام شد ،نتایج نشان داد که والدین نقش محوری دارند و تعداد اعضای خانواده ،نژاد ،سن،سطح اقتصادی،قومیت،سطح تحصیلات و محل سکونت در بهداشت دهان تاثیر دارد.زندگی شهری باعث عملکرد بهتر و زندگی روستایی و حومه باعث عملکرد ضعیف تر میگردد[۱۹]. با توجه به جدول ۱ مشاهده می شود که ۸۱درصد مادران اطلاعی در مورد اقدامات لازم در زمان پوسیدگی دندان کودک خود ندارند، ۸۷درصد اطلاعی در زمینه زمان اولین مراجعه به دندان پزشک جهت کودک، ۷۵درصد اطلاعی در زمینه زمان شروع مسواک زدن و ۷۹درصد اطلاع درستی از فاصله زمانی تعویض مسواک کودک ندارند و با توجه به اینکه رفتار بهداشتی بر اساس آگاهی ها ،نگرش هاوعملکرد ها شکل میگیرد[۱۷] ؛ لزوم برنامه ریزی های بهداشتی جهت ارتقاء سطح آگاهی مادران مشهود می باشد.

نتیجه گیری

از آنجا که عموماً بین آگاهی و عملکردافراد ارتباط آماری معنی دار موجود است می توان نتیجه گیری نمود که با افزایش آگاهی مادران در زمینه رعایت بهداشت دهان و دندان کودکان ۶-۱ سال خود، عملکرد آنان نیز در این زمینه ارتقایافته و لذا آموزش به مادران خصوصاً مادرانی که حضور کمتری در اجتماع دارند در این زمینه ، سهمی به سزا در ارتقای سلامت کودکان جامعه خواهد داشت. پیشنهاد میگردد جهت ارتقاء سطح آگاهی مادران ؛ برگزاری کلاس های آموزشی، تولید و توزیع پمفلت و بروشورهای اطلاع رسانی در موردنکات بهداشتی دهان و دندان در برنامه های مراکز بهداشتی و درمانی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه طرح پژوهشی شماره۶۶۶/پ/۹۲مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی می باشد. بدینوسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و همکاران محترم مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شیروان تشکر میگردد

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

References

1. Zafarmand A.H,The study of knowledge and attitude of guidance school students in Tehran about orodental health] Persian [dissertation] Tehran: Tehran University; 2000
2. Lin HC, Wong MC, Wang ZJ, Lo EC. Oral health knowledge, attitudes, and practices of Chinese adults. J Dent Res 2001; 80 (5):1466-70.
3. Loupe MJ, Frazier PJ. Knowledge and attitudes of school teachers toward oral health programs and preventive dentistry. J Am Dent Assoc 1983; 107(2): 229-34.
4. Keogh T, Linden GJ. Knowledge, attitudes and behaviour in relation to dental health of adults in Belfast, Northern Ireland. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19 (5): 246-48
5. Poorhashemi S.J, A survey on the knowledge of health system personel in Ghom province toward oral and dental health, Journal of Dentistry. Tehran University of Medical Sciences : 2004:17(3);77-82
6. Khedmat S, Orodantal diseases Tehran: Saman Publications; 2001: 12-32
7. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM and Borutta A. Health promoting schools: An opportunity for oral health promotion. Bull World Health Organ 2005;83(9):677-684.
8. Russell WB. Oral Hygiene Lea and Febiger. Philadelphia: Mosby; 1999. P. 539.
9. Whaley L, Wong D. Nursing care of infant andchildren.Washington Mosby; 2006: 727-728
10.Ghasemi B. [The knowledge of the importance oforodental health among mothers referred toZahedan health care centers] Persian[dissertation]. Zahedan: Zahedan University ofMedical Sciences and Health Services; 2004
11. McDonald RE, Avery DR. Dentistry for the childand adolescent. St Louis: Mosby; 2000. P.3-11-12.
12. Ansari-Moghaddam S. [Mothers´ knowledge and attitude towards factors affecting orodental health infants and children] Persian [dissertation]. Zahedan: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services; 2003.
13. Khayrinamin A, [Parents'knowledge about orodental health referred to unit peadiatric of dentistry] Persian [dissertation]. Tehran: Tehran University; 2002.
14. Wong MC, Lo EC, Schwarz E and Zhang HG Oral health status and oral health behaviors in chinese children. J Dent Res 2001; 80(5): 1459- 1465.
15. Najafi A,[Parents's knowledge about orodental health referred to Shahid Beheshti dentistry] Persian [dissertation]. Tehran: Tehran University; 2000.
16. Naderifar M, Ghaljaei F, Akbarizadeh M. R, Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old, ZJRMS , 2010;12(4) :43-48
17. Naderifar M, Akbarsharifi T,Pairovi H, Haghani H, Mothers' Awareness, regarding Orodental Health of their Children at age of 1-6 Years old ,2006 ; 19(46): 15-27
18. Kallestal C, Dahlgren L, Stenlund H. Oral health behavior and selfesteem in Swedish adolescents over four years. J Adol Health 2006; 38(5): 583- 90.
19. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD and Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. J Am Dent Assoc 2005; 136(3): 364-372.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]

Original Article

Mothers' Awareness, regarding Orodental Health of their Children at age of 1-6 Years old in Shirvan

*Nazari Z [1], Taherpour M [2]**

[1]Public Health student at North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
[2]M.Sc of Biostatistics, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

***Corresponding Auther**: North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran,
E-mail:
mtp_may1980@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives:*Evaluation of oral health is one of the main criteria in public health assessment. Since the time of Prevalence and incidence of oral diseases were known, their prevention has been emphasized. Planning for children health is necessary to improve the society health. Programs of providing health condition in adulthood must be continued. Mother's role is very important in the children's dental health. So, data gathering about mothers' awareness in this area can be useful for planning health promotion.*

Material & Methods: *In this cross-sectional descriptive analytical study, 100 Mothers having children less than 6 years old were selected in Shirvan by stratified random sampling method. Their Demographic and Knowledge data were collected using a valid and reliable questionnaire. Data were analyzed by SPSS-۱۹ software and presented with descriptive (Mean and Standard deviation) and analytic statistic (t-test , Correlation analysis and Analysis of Variance)*

Results: *The average of Mothers' Awareness was13/45±3/13. The results of analyzes showed no Significant relationship between the mothers' awareness and age. There was a Significant relationship between the mothers' awareness and level of education, employment, economic situation of the family, habitat and number of children. (P-Value<0/05)*

Conclusion: *With respect to the oral health education of mothers, especially mothers who are less socially could have an important impress on the health of children. It is recommended to raise awareness of mothers by holding educational classes, Producing and distribution of information pamphlets and brochures on oral health in health centers.*

Key words: *Awareness, Oral Health*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-13]