Oral health Surveys in staff and Educational hospitals of Birjand University of Medical Sciences in 2016

Narjes Akbari[1], Elnaz Rangin[2], Gholamreza Sharifzadeh[3]

Background and Aim: Oral health is one of the components of primary health care and the principles of an important part in the prevention of tooth decay. The present study has been designed to examine oral health in staff and teaching hospitals of Birjand University of Medical Sciences in 1395.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study on 385 staff and teaching hospitals of Birjand University of Medical Sciences carried out who were selected by stratified proportion sampling method. For data collection, WHO Oral Health Questionnaire was used. The questionnaire assessed 29 questions for oral hygiene (9 behavioral questions, 10 questions dental problems and 10 questions for other areas of oral health). Data were collected and then entered and analyzed with SPSS version19 software (Manvitni test, Kruscal valice test and $p<0.05$)

Results: 95.6% of employees used a toothbrush that 70.6% brushed at least once a day and 50.6% use dental floss. 76.4% visited a dentist at least once a year and the main reason for referral was treatment and dental pain and the average of oral health behavior score from 9 points was 7.49±1.1 and problem score from 10 points was 1.41±1.6 and the problem score mean in those with under high school education level is significantly higher than other educational groups ($p<0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that staff and hospitals of Birjand University of Medical Sciences had favorable status and therefore oral problems were little.

Key Words: Oral hygiene, Behavior, Problems, Toothbrush, Dental floss

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2018; 25(1): 62-71.

Received: June 3, 2017 Accepted: February 17, 2018

[1] *Assistant professor at Oral and Maxillofacial Diseases Department, Dental school of Medical University of Birjand,Birjand, Iran.*

[2] *Student of Dental school of Medical University of Birjand,Birjand, Iran.*

[3] ***Corresponding author;*** *Assistant professor at Epidemiology Department, Social Department of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*

مقاله اصیل پژوهشی

بررسی سلامت دهان در کارکنان ستادی و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۵

نرجس اکبری[۱]، الناز رنگین[۲]، غلامرضا شریف‌زاده[۳]

چکیده

زمینه و هدف: رعایت اصول بهداشت دهان و دندان سهم مهمی در پیشگیری از پوسیدگی دندان دارد و رعایت این اصول در همه گروه‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد. مطالعه حاضر به‌منظور بررسی سلامت دهان در کارکنان ستادی و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۵، طراحی شد.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی ۳۸۵نفر از پرسنل ستادی و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که به‌روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی سهمی انتخاب شدند، انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت دهان و دندان WHO استفاده شد . پرسشنامه مذکور در قالب ۲۹ سؤال، بهداشت دهان و دندان (۹سؤال در زمینه رفتار، ۱۰سؤال در زمینه مشکلات دهان و دندان و ۱۰ سؤال در مورد سایر حیطه‌های سلامت دهان و دندان) را ارزیابی می‌کند. داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۹) وارد و آنالیز گردید.

یافته‌ها: ۹۵/۶درصد کارکنان از مسواک و ۵۰/۶درصد آنها از نخ دندان استفاده می‌کردند. در مورد وضعیت مراجعه به دندان‌پزشک، ۷۶/۴درصد کارکنان حداقل سالی یکبار به دندان‌پزشک مراجعه می‌کردند که مهمترین دلیل مراجعات آنها درمان و درد دندان بود. میانگین نمره رفتار بهداشت دهان و دندان از ۹ نمره در کارکنان ۱/۱±۷/۴۹ و نمره مشکلات از ۱۰ نمره ۱/۶±۱/۴۱ برآورد گردید. در افراد با سطح تحصیلات زیر دیپلم میانگین نمره مشکلات به‌طور معنی‌داری بالاتر از سایر گروه‌های تحصیلی بود (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کارکنان ستادی و بیمارستان‌های دانشگاه، از وضعیت سلامت دهان و دندان مطلوب برخوردارند و به همین دلیل، مشکلات دهان و دندان در آنها کمتر دیده شد.

واژه‌های کلیدی: بهداشت دهان و دندان، رفتار، مشکلات، مسواک، نخ دندان

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۷؛ ۲۵ (۱): ۶۲-۷۱

دریافت: ۱۳۹۶/۳/۱۳ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸

[۱] استادیار، گروه بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

[۲] دانشجوی رشته دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

[۳] **نویسنده مسؤول؛** استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

آدرس: بیرجند – دانشگاه علوم پزشکی – دانشکده بهداشت

تلفن: ۳۲۴۰۷۲۰۷ نمابر: ۳۲۴۰۷۲۰۷ پست الکترونیکی: rezamood@yahoo.com

مقدمه

الگو و روند بیماری‌ها و سلامت، در گذر زمان ثابت نبوده و به موازات توسعه اقتصادی، اجتماعی، علمی و تکنولوژیک دچار دگرگونی‌های اساسی گردیده است (۱). سلامت دهان بخشی از سلامت کلی بدن است. بیماری‌های دهانی نه‌تنها جزء علل عفونت دندان‌ها هستند، بلکه می‌توانند منجر به محدودشدن تعامل‌های اجتماعی افراد شوند (۲). سازمان بهداشت جهانی، بهداشت دهان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر دانسته و بیان می‌دارد که بهداشت ضعیف دهان و بیماری‌های درمان‌نشده دهانی می تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی بگذارد. علاوه بر آن، برخی از بیماری‌های مزمن مانند: دیابت، بیماری قلبی و برخی خصوصیات روانی مانند تصویر ذهنی مثبت از خود و به تبع آن سلامت روان، با بهداشت دهان و دندان مرتبط است. بنابراین توجه به این مقوله، یکی از برنامه‌های سازمان جهانی در حوزه جلوگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت است (۳).

به عقیده بسیاری از محققین و صاحب‌نظران علم پزشکی، پوسیدگی دندان جزء شایع‌ترین دسته بیماری‌های مزمن می‌باشد و این عارضه سالانه انسان‌های بی‌شماری را درگیر کرده و در سلامت آنها ایجاد اختلال می‌کند (۴). پوسیدگی دندان نه‌تنها شایع‌ترین بیماری دندان، بلکه شایع ترین بیماری عفونی انسان و به‌طور کلی شایع‌ترین بیماری انسان است (۵). پوسیدگی دندان، بیماری میکروبی نسوج کلسیفیه دندان است که از طریق دمینرالیزاسیون قسمت‌های غیر ارگانیک و تخریب ماده ارگانیک دندان مشخص می‌شود که در درجه اول، به‌موجب واکنش‌های متقابل و پیچیده فلور پوسیدگی‌زای دهان (بیوفیلم-لایه زنده) با کربوهیدرات‌های قابل تجزیه به قندهای ساده در رژیم غذایی در روی سطح دندان در طول زمان روی می‌دهد. نتایج تحقیقات نشان داده است که پوسیدگی دندان به‌عنوان یک بیماری عفونی چندعاملی، به‌شدّت متأثّر از عوامل متعدّدی مانند: تحصیلات والدین، اقتصاد خانواده، جمعیت خانواده و میزان رعایت بهداشت دهان و دندان می‌باشد. پوسیدگی دندان، دامن گیرترین و شایع‌ترین بیماری بشر است و بیش از ۹۹درصد افراد بشر به این بیماری مبتلا می‌شوند و فقط افراد بسیار محدودی هستند که در طول عمر خود دچار آن نمی‌گردند (۶، ۷). مطالعات اپیدمیولوژیک هم نشان داده است که پوسیدگی دندان، یکی از شایع‌ترین عفونت‌ها در انسان می‌باشد (۸).

شاخص‌های دندان‌های پوسیده (Decay)، از دست رفته (Missing) و ترمیم‌شده (Filling)، شاخص خونریزی (Bleeding index) و پلاک (Plaque index)، از شاخص هایی هستند که برای سلامتی دهان و دندان مورد استفاده قرار می‌گیرند (۹). بر اساس پیمایش سال ۱۳۹۱، شاخص DMFTافراد ۳۵ تا ۴۴ ساله در کل کشور ۱۳/۲۰ بود که بین افراد شهری ۱۲/۹۹ و روستایی ۱۳/۹۸ بود. میزان این شاخص در خانم‌ها ۱۳/۰۷ و در آقایان ۱۳/۵۱ بود (۱۰). در استان خراسان جنوبی میانگین شاخص DMFT در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله، ۱۳/۸۸ گزارش گردیده است؛ همچنین در این استان شاخص خونریزی ۴۹/۵، وضعیت پاکت دندانی ۶۰/۱، فقدان چسبندگی ۷۲/۲، وضعیت فلوروسیس ۶/۱، سایش ۴۳/۷ و ترومای دندانی ۳/۶ در گروه سنّی ۳۵ تا ۴۴ ساله تعیین شده است (۱۱).

در مطالعه‌ای که بر روی دانشجویان دندان‌پزشکی در سال ۱۳۸۹ انجام شد، میانگین شاخص DMFT در کل جمعیت تحت مطالعه برابر با ۵/۴۳ تعیین شد که در زنان ۵/۳۳ و در مردان ۵/۵۴ بود (۱۲). مطالعه‌ای که در دو شهر یزد و تفت در سال ۱۳۷۹ به‌منظور بررسی میزان آگاهی بهورزان در زمینه بهداشت دهان و دندان انجام شد، نشان داد که ۵۸/۵درصد بهورزان آگاهی خوب، ۲۹/۶درصد بهورزان آگاهی متوسط و ۱۱/۹درصد آنها آگاهی ضعیف داشتند (۱۳). مطالعه‌ای که در شهرستان‌های جنوبی استان کرمان در سال ۱۳۸۸ به‌منظور بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان شاغل انجام شد، نشان داد که ۱۳/۳بهورزان دارای آگاهی

خوب و ۲۴/۴درصد آنها دارای نگرش مثبت بودند و هیچ بهورزی نمره عملکرد مطلوب کسب نکرد (۱۴).

مطالعات وسیع اپیدمیولوژیک و غیراپیدمیولوژیک در کشورهایی که این معضل را در نیمه دوم قرن بیستم جدّی گرفته‌اند، راه‌حل‌های مؤثّری را به کشورهای جهان ارائه کرده است. آموزش بهداشت، استفاده از ترکیبات مؤثّر فلوراید به صورت‌های گوناگون و به‌خصوص در صورت امکان در آب آشامیدنی و تغییرات عادات غذایی، از جمله این راه‌حل‌ها هستند. به‌عنوان مثال در دو کشور یونان و سوئد، با توجه به شاخص درصد کودکان عاری از پوسیدگی دندان، برنامه‌های مدارس بر فلوراید متمرکز شده‌اند. کمیته کارشناسی سازمان بهداشت جهانی در مورد بررسی وضعیت دهان و دندان در سال ۱۹۹۳ در ژنو تشکیل و بر مصرف فلوراید تأکید نمود. این سازمان همچنین پیشنهاد می‌کند که هر کشور در صورت امکان به‌طور منظم هر ۵سال یکبار، بررسی دقیقی در مورد بهداشت دهان و دندان به‌عمل آورد (۶، ۸).

پوسیدگی‌های دندانی همچنان به‌صورت مشکل عمده‌ای در دندانپزشکی باقی مانده و می‌بایست در درمان‌های روزانه مورد توجه خاصی قرار گیرد. نه‌تنها از دیدگاه کارهای ترمیمی، بلکه از نظر اقدامات پیشگیرانه، باید درمان طوری طرح‌ریزی شوند تا موجبات کاهش این مشکل را فراهم سازند (۶). با توجه به اینکه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی متولّی سلامت در کشور می‌باشند و نظر به اهمیت بهداشت دهان و دندان در اصول بهداشتی، وضعیت سلامت دهان کارکنان این حوزه از اهمیت به‌سزایی برخوردار است؛ بنابراین در این مطالعه به‌صورت خودارزیابی، وضعیت سلامت دهان و مشکلات دهانی در کارکنان ستادی و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بررسی شد.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی، بر روی کارکنان ستادی و کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۵ انجام شد. معیار ورود به مطالعه، داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و عدم اشتغال یا تحصیل در حرفه‌های دندانپزشکی بود.

با توجه به اینکه مطالعه مشابه در زمینه موضوع مورد مطالعه وجود نداشت، برای تعیین حجم نمونه براساس نتایج مطالعه پایلوت که بر روی ۳۰نفر از افراد جامعه مورد مطالعه انجام شد و بر اساس فرمول برآورد میانگین[1] با انحراف معیار نمره آگاهی در مطالعه پایلوت ۱/۱ و مقدار دقّت مساوی ۰/۱۱، حجم نمونه (۳۸۵ نفر) برآورد گردید.

تعداد ۳۸۵نفر از کارکنان ستادی و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر بیرجند، به‌روش نمونه گیری طبقه‌بندی سهمی و با توجه به جمعیت کارکنان شاغل در واحدهای مختلف دانشگاه که از کارگزینی گرفته شد، انتخاب گردید؛ بدین صورت که آمار کارکنان شاغل در واحدهای ستادی و بیمارستان‌های امام رضا و ولی‌عصر بیرجند از واحد کارگزینی دریافت و به‌صورت سهمی از بین کارکنان هر واحد، به‌صورت در دسترس، افراد موردنظر انتخاب گردید.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت دهان WHO استفاده شد (۱۵). این پرسشنامه سلامت دهان را با ۲۹سؤال در سه محور، مورد سنجش قرار می‌دهد. قسمت اول و دوم پرسشنامه سلامت دهان، در مجموع دارای ۱۹سؤال می‌باشد که به‌صورت خودارزیابی تکمیل می‌گردد. از مجموع ۱۹سؤال، تعداد ۱۰سؤال به‌صورت عمومی در خصوص وضعیت سلامت دهان و دندان جنبه‌هایی چون: تعداد دندان ها، وضعیت دندان و لثه، تعداد مراجعات به دندانپزشک، وضعیت پروتز و غیره را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و ۹ سؤال

[1] $N=(Z^2S^2)/d^2$

دیگر نیز به بررسی رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان به‌صورت استفاده یا عدم استفاده از روش‌های تمیزکردن دندان می‌پردازد. در این قسمت برحسب پاسخ صحیح، به هر سؤال نمره یک و در غیر اینصورت نمره صفر تعلّق می‌گیرد و نمره رفتار سلامت دهان و دندان، از جمع نمره این ۹سؤال حاصل می‌شود (حداقل نمره صفر و حداکثر ۹). بنابراین نمره رفتار، حداکثر ۹ می‌باشد. کسب نمره ۵ و کمتر به‌معنای رفتار «ضعیف»، ۷-۶ به‌معنای رفتار «متوسط» و ۹-۸ به‌معنای رفتار «خوب» در خصوص سلامت دهان و دندان تعریف می شود. در قسمت سوم، با ۱۰سؤال دوگزینه‌ای به‌صورت بلی- خیر، مشکلات سلامت دهان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در این قسمت، به گزینه صحیح «نمره یک» و به گزینه غلط «نمره صفر» تعلّق می‌گیرد و نمره مشکلات، بین صفر تا ۱۰ می‌باشد. در خصوص نمره مشکلات نیز کسب نمره ۵-۰ به‌معنای مشکلات «کم»، ۷-۶ به‌معنای مشکلات «متوسط» و ۸ و بالاتر به‌منزله مشکلات «زیاد» تعریف می‌شود.

با توجه به اینکه تا زمان انجام این مطالعه، از این پرسشنامه در ایران استفاده نشده بود، برای تعیین روایی، ابتدا پرسش‌نامه به زبان فارسی برگردان شد؛ سپس وبه‌طور مجدد به زبان انگلیسی ترجمه گردید. درنهایت به‌منظور بررسی هم خوانی، پرسشنامه فارسی و انگلیسی به یکی از اساتید زبان تحویل داده شد. همچنین به‌منظور تأیید روایی، از روش روایی محتوایی با نظر ۵نفر از اساتید دانشکده دندانپزشکی استفاده شد. برای تأیید پایایی نیز آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ برای سؤالات سلامت دهان ۰/۸۶ و برای سؤالات مشکلات ۰/۹۱ به‌دست آمد.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، این پرسشنامه در بین کارکنان توزیع و پس از توجیه کارکنان، به‌صورت خودارزیابی توسط کارکنان تکمیل گردید. لازم به ذکر است در این مطالعه، تمام کدهای اخلاقی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مرتبط با موضوع مطالعه، از جمله اخذ رضایت آگاهانه و محرمانه‌بودن اطلاعات، رعایت گردید. این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره IR.BUMS.REC.1395.195 مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۹) وارد شد. ضمن ارائه آمار توصیفی، در ابتدا با استفاده از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف، نرمال‌بودن متغیّرهای رفتار و مشکلات تعیین شد. با توجه به عدم برخورداری داده‌ها از توزیع نرمال، از آزمون‌های آماری من‌ویتنی و کروسکال‌والیس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۳۸۵ نفر از پرسنل دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با میانگین سنّی ۸/۱±۳۵/۲ سال انجام شد. ۱۲۰نفر از افراد مورد مطالعه (۳۱/۲٪) مرد و بقیه زن بودند و از نظر سطح تحصیلات ۴۶ نفر (۱۱/۹٪) تحصیلات فوق لیسانس و دکترا داشتند. تعداد ۲۶۸ نفر (۶۹/۶٪) شاغل در ستاد دانشگاه و تعداد ۱۱۷ نفر (۳۰/۴٪) شاغل در بیمارستان ها بودند.

تعداد ۳۶۷ نفر از کارکنان (۹۵/۳٪)، تاکنون به دندانپزشک مراجعه کرده بودند که از این تعداد ۲۲۰نفر (۵۷/۲٪) در طی ۶ماه قبل، مراجعه کرده بودند. دلیل مراجعه به دندانپزشک در ۲۷ نفر (۷/۳٪) مشورت با دندانپزشک ، ۱۲۳ نفر (۳۳/۵٪) درد دندان، ۱۷۲ نفر (۴۶/۹٪) درمان و ۴۵نفر (۱۲/۳٪) چکاپ دوره‌ای تعیین گردید.

از نظر وضعیت مسواک‌زدن، ۱۳نفر (۳/۴٪) اصلاً مسواک نمی‌زدند؛ ۲۲۷ نفر (۵۹٪) به‌طور روزانه، ۸۳نفر (۲۱/۶٪) دو بار در روز و سایر افراد به‌صورت نامرتّب مسواک می‌زدند.

از نظر وضعیت رفتارهای مرتبط با دهان و دندان نیز ۹۳/۲٪ از خمیر دندان و ۹۵/۶٪ از مسواک استفاده می‌کردند (جدول ۱). وضعیت مشکلات دهان و دندان کارکنان نیز در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین نمره رفتار بهداشت دهان و دندان از ۹ نمره ۱/۱±۷/۴۹ و میانگین نمره مشکلات

بهداشت دهان و دندان از ۱۰نمره ۱/۶±۱/۴۱ به‌دست آمد.

از نظر وضعیت رفتار، ۱۶نفر (۴/۲٪) رفتار ضعیف، ۱۴۸نفر (۳۸/۴٪) رفتار متوسط و ۲۲۱نفر (۵۷/۴٪) رفتار خوب داشتند. همچنین از نظر مشکلات دهان و دندان، ۳۷۴نفر (۹۷/۱٪) مشکلات کم، ۶نفر (۱/۶٪) مشکلات متوسط و تنها ۵نفر (۱/۳٪) مشکلات زیاد داشتند.

اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره رفتار و مشکلات بهداشت دهان و دندان بر حسب جنس، محل خدمت و سن مشاهده نگردید؛ ولی میانگین نمره مشکلات دهان و دندان در افراد با سطح تحصیلات زیردیپلم به‌طور معنی‌داری بالاتر از سایر سطوح تحصیلی بود (جدول ۳).

جدول ۱- توزیع فراوانی نوع رفتار بهداشت دهان و دندان در کارکنان مورد مطالعه

نوع رفتار	وضعیت	
	بلی (درصد) فراوانی	خیر (درصد) فراوانی
استفاده از خمیر دندان	۳۵۹(۹۳/۲)	۲۶(۶/۸)
استفاده از خمیر دندان فلوراید	۳۲۹(۸۵/۵)	۵۶(۱۴/۵)
استفاده از مسواک	۳۶۸(۹۵/۶)	۱۷(۴/۴)
استفاده از خلال دندان	۱۳۸(۳۵/۸)	۲۴۷(۶۴/۲)
استفاده از خلال پلاستیکی	۱۶(۴/۲)	۳۶۹(۹۵/۸)
استفاده از نخ دندان	۱۹۵(۵۰/۶)	۱۹۰(۳۹/۴)
استفاده از زغال چوب	۹(۲/۳)	۳۷۶(۹۷/۷)
استفاده از مسواک سنتی	۱۰(۲/۶)	۳۷۵(۹۷/۴)
استفاده از سایر مواد تمیز کننده	۱۰(۲/۶)	۳۷۵(۹۷/۴)

جدول ۲- توزیع فراوانی مشکلات بهداشت دهان و دندان در طی یکسال گذشته در کارکنان مورد مطالعه

نوع مشکل	بلی (درصد) فراوانی	خیر (درصد) فراوانی
مشکل حین جویدن غذا	۱۳۴(۳۴/۸)	۲۵۱(۶۵/۲)
مشکل هنگام صحبت‌کردن یا ادای کلمات	۱۴(۳/۶)	۳۷۱(۹۶/۴)
احساس ناراحتی به‌دلیل مشکل در دهان یا دندان	۱۳۹(۳۶/۱)	۳۴۶(۶۳/۹)
نگرانی در مورد ظاهر دندان	۱۵۵(۴۰/۳)	۲۳۰(۵۹/۷)
نخندیدن به خاطر ظاهر دندان‌ها	۳۳(۸/۶)	۳۵۲(۹۱/۴)
اختلال در خواب	۱۶(۴/۲)	۳۶۹(۹۵/۸)
ترک محل کار به خاطر وضعیت دهان و دندان	۱۶(۴/۲)	۳۶۹(۹۵/۸)
مشکل در فعالیت‌های معمول روزانه	۹(۲/۳)	۳۷۶(۹۷/۷)
کاهش تحمل‌پذیری در برخورد با مردم و خانواده	۱۶(۴/۲)	۳۶۹(۹۵/۸)
کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی	۱۱(۲/۹)	۳۷۴(۹۷/۱)

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره رفتار بهداشت دهان و دندان و مشکلات بهداشت دهان و دندان بر حسب جنس، محل خدمت، سن و سطح تحصیلات در افراد مورد مطالعه

	نام متغیر	رفتار و مشکلات دهان و دندان	
		رفتار بهداشت دهان و دندان (X±SD)	مشکلات بهداشت دهان و دندان (X±SD)
جنس	مرد (N=۱۲۰)	۷/۲۶±۱/۴	۱/۶۱±۱/۹
	زن (N=۲۶۵)	۷/۵۹±۰/۹۳	۱/۳۲±۱/۴
	P-Value	P=۰/۰۹	P=۰/۶۴
محل خدمت	ستاد دانشگاه (N=۲۶۸	۷/۵۲±۱/۰۴	۱/۳۹±۱/۶۱
	بیمارستان‌ها (N= ۱۱۷)	۷/۴۲±۱/۲۴	۱/۴۵±۱/۵۸
	P-Value	P=۰/۶۶	P=۰/۶۷
سن	۲۹ سال و کمتر (N=۰۱)	۷/۶۳±۰/۹۷	۱/۱۹±۱/۲۱
	۳۰ تا ۳۹ سال (N=۱۷۶)	۷/۴۶±۱/۱۴	۱/۵±۱/۷۳
	۴۰ سال و بالاتر (N=۱۰۸)	۷/۴۱±۱/۱۵	۱/۴۷±۱/۶۹
	P-Value	P=۰/۴۳	P=۰/۶۹
تحصیلات	زیر دیپلم (N=۹)	۶/۷۸±۱/۳۹	۳/۲۲±۲/۲۸
	دیپلم (N=۳۷)	۷/۴۳±۱/۲۶	۱/۷۶±۱/۷۵
	فوق دیپلم (N=۴۱)	۷/۵۴±۱/۱	۱/۲۴±۱/۷۳
	لیسانس (N=۲۲۲)	۷/۴۹±۱/۱	۱/۳۵±۱/۵۷
	فوق لیسانس (N=۶۳)	۷/۵۱±۱/۰۳	۱/۳۳±۱/۴۲
	دکترا (N=۱۳)	۷/۵۸±۰/۸۹	۱/۰۸±۰/۸۶
	P-Value	P=۰/۵۱	P=۰/۰۳
			زیر دیپلم با تمام گروه ها P≤۰/۰۱

بحث

بهداشت دهان و دندان به‌عنوان یک مقوله مهم بهداشتی مورد توجه سازمان‌های بهداشتی است؛ بر این اساس، در کشور ما بهداشت دهان و دندان به‌عنوان جزء ۸ اجزایPHC تعیین شده است که یکی از وظایف کارکنان نظام سلامت، اجرای این بند و تلاش در جهت ارتقای سطح سلامت دهان و دندان مردم جامعه می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کارکنان ستادی دانشگاه و بیمارستان‌ها، از وضعیت سلامت دهان و دندان مطلوبی برخوردار بودند؛ به‌طوری که نتایج مطالعه حاضر نشان داد، ۹۵/۶درصد کارکنان مورد مطالعه، از مسواک استفاده می کردند و ۷۰/۶درصد آنها حداقل در روز یکبار مسواک می‌زدند. در مطالعه‌ای که بر روی کارگران یک کارخانه در شهر Aligarh انجام شد، حدود نصف کارکنان از مسواک استفاده می‌کردند و بالای ۹۰درصد آنها حداقل یکبار در روز مسواک می‌زدند (۱۶). همچنین در مطالعه‌ای که در کشور شیلی بر روی بزرگسالان انجام شد، ۷۰درصد بزرگسالان حداقل روزی یکبار مسواک می‌زدند (۱۷). در مطالعه‌ای که در گناباد بر روی دانش‌آموزان انجام شد نیز مشخص گردید که ۷۷/۳درصد آنها از مسواک و تنها ۸/۳۲درصد از نخ دندان استفاده می‌کردند (۶). در مطالعه‌ای که در شهر قزوین بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی انجام شد، مشخص گردید که ۱۸درصد آنها روزانه دوبار مسواک می‌زنند (۱۸). مطالعه‌ای که در خصوص مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری انجام شد، نشان داد که در دوران بارداری ۵۷درصد مادران مورد مطالعه، بیشتر از دوبار در روز مسواک می‌زدند و

۹۲درصد آنها از نخ دندان استفاده نمی‌کردند (۱۹). مطالعه‌ای که بر روی افراد ۴۴-۳۵ ساله شهر کرمان انجام شد، نشان داد که ۶۶/۸درصد آنها حداقل یک‌بار در روز مسواک می‌زدند و ۵/۸درصد به‌طور مرتب از نخ دندان استفاده می‌کردند (۲۰). مقایسه نتایج مطالعات مشابه با نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که رعایت بهداشت دهان و دندان در زمینه استفاده از مسواک در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات مشابه، از وضعیت مطلوبتری برخوردار است. البته این نتیجه با توجه به اینکه افراد مورد مطالعه در پژوهش حاضر اطلاعات مناسب بهداشتی در زمینه بهداشت دهان و دندان داشتند و از طرفی دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان برای آنها سهل‌تر بود، دور از انتظار نیست.

نتایج مطالعه حاضر در خصوص مراجعه به دندان‌پزشک نشان داد که بیش از ۷۶/۴درصد کارکنان، حداقل سالی یکبار به دندان‌پزشک مراجعه می‌کردند که با توصیه غربالگری برای سلامت دهان و دندان به‌صورت سالیانه، در حد «مطلوب» تعریف می‌شود. اما مهمترین دلیل این مراجعات در افراد مورد مطالعه، درمان و درد دندان (۸۰/۴٪) بود و تنها ۱۲/۳درصد آنها برای غربالگری و بررسی مراجعه کرده بودند که با توجه به اهمیت غربالگری و از طرفی سطح بالای آگاهی این پرسنل در خصوص بهداشت دهان و دندان، در حد مطلوب به نظر نمی‌رسد؛ بنابراین ارائه آموزش‌های بیشتر برای توصیه به غربالگری دوره‌ای به این گروه، مورد نیاز است.

با وجود توصیه به استفاده از نخ دندان همزمان با مسواک زدن برای ارتقای سلامت دهان و دندان در کارکنان مورد مطالعه، تنها ۵۰/۶درصد کارکنان از نخ دندان استفاده می کردند. این میزان، نسبت به مطالعه گناباد که بر روی دانش آموزان (۸/۳۲٪) انجام شد، بالاتر (۶) می‌باشد ولی تا رسیدن به صد در صد، فاصله زیادی وجود دارد.

در خصوص مشکلات بهداشت دهان و دندان در یکسال گذشته، در مطالعه حاضر، از ده نمره مشکلات دهان و دندان، میانگین نمره کسب‌شده در کارکنان دانشگاه تنها ۱/۴۱ تعیین گردید که نشان می‌دهد مشکلات در این قشر بسیار پایین می‌باشد؛ به طوری که تنها ۲/۹درصد کارکنان مشکلات متوسط تا زیاد داشتند. کم‌بودن مشکلات بهداشت دهان و دندان در این گروه با توجه به رعایت اصول بهداشت دهان و دندان و از طرفی بالابودن نمره رفتارهای پیشگیری‌کننده در خصوص سلامت دهان و دندان (۷/۴۹ نمره از ۹ نمره)، منطقی و قابل پیش بینی است.

در مطالعه حاضر اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره رفتارهای بهداشتی و مشکلات بهداشت دهان و دندان بر حسب سن، جنس، رشته شغلی و محل خدمت مشاهده نگردید و تنها نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره مشکلات سلامت دهان و دندان در کارکنان زیردیپلم به‌طور معنی‌داری بالاتر از سایر گروه‌های تحصیلی بود (۳/۲۲ در برابر ۱/۷۶ و کمتر در سایر گروه‌ها). این موضوع بدین صورت قابل توجیه است که به نظر می‌رسد، کارکنان با سطح تحصیلات پایین‌تر، رفتارهای پیشگیری‌کننده را کمتر رعایت نموده و این موضوع زمینه بروز مشکلات دهان و دندان را در آنها فراهم می‌نماید. میانگین نمره رفتار بهداشت دهان و دندان بیشتر در این مطالعه، نشان داد که میانگین نمره رفتار در افراد با سطح تحصیلات زیردیپلم کمتر از سایر گروه‌های تحصیلی بود؛ هرچند از نظر آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کارکنان ستادی و بیمارستان‌های دانشگاه، از وضعیت سلامت بهداشت دهان مطلوب برخوردارند؛ به این دلیل مشکلات دهان و دندان در آن‌ها کمتر دیده می‌شود. ولی استفاده از نخ دندان در کارکنان در حد پایین می‌باشد که نیاز به توجه و آموزش بیشتر در این زمینه توصیه می‌شود.

ذکر این نکته نیز ضروری است که بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان با استفاده از پرسشنامه و به‌صورت خودگزارش‌دهی، از نقاط ضعف این مطالعه می‌باشد. پیشنهاد

می‌شود در مطالعات مشابه علاوه بر استفاده از پرسشنامه وضعیت، شاخص‌هایی همچون التهاب لثه و شاخص DMFT نیز به‌صورت معاینه بالینی در کارکنان بررسی شود که در این مطالعه به‌دلیل محدودیت زمانی و عدم مراجعه کارکنان به کلینیک دندانپزشکی انجام نشد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از پرسنل ستادی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کارکنان بیمارستان‌های ولی‌عصر (عج) و امام رضا (ع) که در این طرح شرکت نموده و پرسش‌نامه‌ها را با دقت تکمیل نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1- Ajami B, Shabzendehdar M, Asadollahi AR. Evaluation of Oral Health Knowledge, Attitude and Behaviour of Employees in Mashhad Health Centers No 1, 2 and 3 in 2006. J Mashad Dent Sch. 2008; 32(1): 37-40. [Persian]

2- US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000. Available at. https://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/Documents/hck1ocv.@www.surgeon.fullrpt.pdf

3- Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S, Atarha M, Jadidi R. Oral health of pregnant women in Arak, Iran. Payesh. 2013; 12(4): 355-65. [Persian]

4- Deyhimi P, Eslamipour F, Naseri Hekmat A. DMFT and the effect of dental education on orodental health of dental students in Isfahan School of Dentistry. J Isfahan Dent Sch. 2011; 6(4): 384-9. [Persian]

5- Torabi M, Karimi Afshar SA, Sheikhzadeh A, Karimi Afshar M. Assessment of oral health indices in Kerman adults aged 35-44 years. J Isfahan Dent Sch. 2009; 5(2): 93-5. [Persian]

6- Mohebi S, Ramezani A, Matlabi M, Mohammadpour L, Noor N. Sh , Hosseini ES. The survey of oral-dental health of grade 3 students of Gonabad primary schools in 2007. Ofogh-e-Danesh. 2009; 14(4): 69-76. [Persian]

7- Arastoopour K. Art and Science of Operative Dentistry. 1st ed Tehran: Shayan Nemoodar; 2014. [Persian]

8-Aghahosseini F, Enshaei M. DMFT evaluation of Upper and Lower First Permanent Molars in Patients examined in Oral Medicine & Diagnosis Department at Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences (1997). J Dent Med. 2001; 14(4): 50-9. [Persian]

9- Rezaei M, Golkari A, Lavaee F, Tabatabaei Naeini M. Oral and Dental Health Status of Neuro- psychological Veterans shiraz, 2014. Iran J War public Health. 2015; 7(1): 15-9. [Persian]

10- Khoshnevisan MH. National Reference Oral Health and Social Dentistry. 1st ed. Tehran: Press Organization Jahade Daneshgahi; 2016. pp: 59-94. [Persian]

11- Khoshnevisan MH. Iranian National Oral Health Survey-2012 Summary Report. Minisrty of Health and Medical Education, Deputy for Public Health, Oral Health Bureau; 2012: 132-3.[Persian]

12- Deyhimi P, Eslamipour F, Naseri HA. DMFT and the effect of dental education on orodental health of dental students in Isfahan School of Dentistry. J Isfahan Dent Sch. 2011; 6(4): 384-9. [Persian]

13- Moein Taghavi A, Aghili H, Talebi Ardakani M R, Madanifar S. An investigation on oral health and hygiene knowledge among health system personnel of Yazd and Taft in 2000. The Journal of Islamic Dental Association of IRAN (JIDA). 2004; 16(4):103-12. [Persian]

14- Balali Meybodi F, Mahmoudi Zarandi M, Hasani M. Knowledge, Attiude and practice of Health Workers Working in the Southern Cities of Kerman Province about Oral and Dental Health in the 2009 (SHORT REPORT). J Rafsanjan Univ Med Sci. 2011; 10(1): 69-74. [Persian]

15- Petersen Poul Erik, Baez Romon J. Oral Health Surveys: Basic Methods. 5th ed. World Health Organization; 2013.

16- Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005; 83(9): 644.

17- Buunk-Werkhoven YA, Dijkstra A, van der Schans CP. Determinants of oral hygiene behavior: a study based on the theory of planned behavior. Community Dent Oral Epidemiol. 2011; 39(3): 250-9.

18- Pakpour-Hajiagha A, Hidarnia A, Hajizadeh E. Oral health status and its determinants in a sample of Iranian adolescents in Qazvin (2010). J Qazvin Univ Med Sci. 2011; 15 (3) :54-60. [Persian]

19- Aizen I, Driver BL. Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior. leisure sicence .1991; 13(3): 185-204.

20- Torabi M, Karimi Afshar S, Sheikhzadeh A, Karimi Afshar M. Assessment of oral health indices in Kerman adults aged 35-44 years. J Isfahan Dent Sch. 2009; 5(2): 93-5. [Persian]