

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

Narjes Akbari<sup>1</sup>, Elnaz Rangin<sup>2</sup>, Gholamreza Sharifzadeh<sup>3</sup>

**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 version 19 software (Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis 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  $7.49 \pm 1.1$  and problem score from 10 points was  $1.41 \pm 1.6$  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*

---

<sup>1</sup> Assistant professor at Oral and Maxillofacial Diseases Department, Dental school of Medical University of Birjand, Birjand, Iran.

<sup>2</sup> Student of Dental school of Medical University of Birjand, Birjand, Iran.

<sup>3</sup> **Corresponding author;** Assistant professor at Epidemiology Department, Social Department of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

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

نرجس اکبری<sup>۱</sup>، الناز رنگین<sup>۲</sup>، غلامرضا شریف‌زاده<sup>۳</sup>

## 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 به منظور 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 ۳۸۵ نفر از پرسنل ستادی و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که به روش 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 (۹ سؤال در زمینه رفتار، ۱۰ سؤال 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:** ۹۵/۶ درصد کارکنان از مسواک و ۵۰/۶ درصد آنها از نخ دندان استفاده می‌کردند. در مورد وضعیت مراجعه به دندان‌پزشک، ۷۶/۴ درصد 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  $7/49 \pm 1/1$  و نمره مشکلات از ۱۰ نمره  $1/41 \pm 1/6$  برآورد گردید. در افراد با سطح تحصیلات زیر دیپلم میانگین نمره مشکلات به طور معنی‌داری بالاتر از سایر گروه‌های تحصیلی بود ( $P < 0/05$ ). 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

<sup>۱</sup> استادیار، گروه بیماری‌های دهان و دندان، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی رشته دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

<sup>۳</sup> نویسنده مسؤو؛ 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؛ نامبر: 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 نه تنها جزء علل عفونت دندان‌ها هستند، بلکه می‌توانند منجر به محدود شدن 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 درمان نشده دهانی می‌تواند 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 نه تنها شایع‌ترین بیماری دندان، بلکه شایع‌ترین بیماری عفونی انسان و به‌طور کلی شایع‌ترین بیماری انسان است (۵). پوسیدگی دندان، بیماری میکروبی نسوج کلسیفیه دندان است که از طریق دمنیرالیزاسیون 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، به‌شدت متأثر از عوامل متعددی مانند: تحصیلات

والدین، اقتصاد خانواده، جمعیت خانواده و میزان رعایت بهداشت دهان و دندان می‌باشد. پوسیدگی دندان، دامن‌گیرترین و شایع‌ترین بیماری بشر است و بیش از ۹۹ درصد افراد بشر به این بیماری مبتلا می‌شوند و فقط افراد بسیار محدودی هستند که در طول عمر خود دچار آن نمی‌گردند (۶). 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 شاخص‌هایی هستند که برای سلامتی دهان و دندان مورد استفاده قرار می‌گیرند (۹). بر اساس پیمایش سال ۱۳۹۱، شاخص DMFT افراد 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 پاکت‌دندانی ۶۰/۱، فقدان چسبندگی ۷۲/۲، وضعیت فلوروسیس ۶/۱ سایش ۴۳/۷ و ترومای دندان ۳/۶ در گروه سنی 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 به‌روزان در زمینه بهداشت دهان و دندان انجام شد، نشان داد که ۵۸/۵ درصد به‌روزان آگاهی خوب، ۲۹/۶ درصد به‌روزان آگاهی متوسط و ۱۱/۹ درصد آنها آگاهی ضعیف داشتند (۱۳). مطالعه‌ای که در شهرستان‌های جنوبی استان کرمان در سال ۱۳۸۸ به‌منظور بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد به‌روزان شاغل انجام شد، نشان داد که ۱۳/۳ به‌روزان دارای آگاهی

## 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 ۳۰ نفر از افراد جامعه مورد مطالعه انجام شد و بر اساس فرمول برآورد میانگین<sup>۱</sup> با انحراف معیار نمره آگاهی در مطالعه پایلوت ۱/۱ و مقدار دقت مساوی ۰/۱۱، حجم نمونه (۳۸۵ نفر) برآورد گردید.

تعداد ۳۸۵ نفر از کارکنان ستادی و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر بیرجند، به روش 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 ولی عصر بیرجند از واحد کارگزینی دریافت و به صورت سهمی از بین کارکنان هر واحد، به صورت در دسترس، افراد مورد نظر انتخاب گردید.

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

خوب و ۲۴/۴ درصد 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 جدی گرفته‌اند، راه‌حل‌های مؤثری را به کشورهای جهان ارائه کرده است. آموزش بهداشت، استفاده از ترکیبات مؤثر فلوراید به صورت‌های گوناگون و به خصوص در صورت امکان در آب آشامیدنی و تغییرات عادات غذایی، از جمله این راه‌حل‌ها هستند. به عنوان 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 به طور منظم هر ۵ سال یکبار، بررسی دقیقی در مورد بهداشت دهان و دندان به عمل آورد (۶، ۸).

پوسیدگی‌های دندانی همچنان به صورت مشکل عمده‌ای در دندانپزشکی باقی مانده و می‌بایست در درمان‌های روزانه مورد توجه خاصی قرار گیرد. نه تنها 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 متولی 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 به صورت خودارزیابی، وضعیت سلامت دهان و مشکلات دهانی در کارکنان ستادی و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بررسی شد.

<sup>1</sup>  $N = (Z \cdot S^2) / d^2$

دارای کد اخلاق به شماره IR.BUMS.REC.1395.195 مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می باشد. داده ها پس از جمع آوری، در نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۹) وارد شد. ضمن ارائه آمار توصیفی، در ابتدا با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، نرمال بودن متغیرهای رفتار و مشکلات تعیین شد. با توجه به عدم برخورداری داده ها از توزیع نرمال، از آزمون های آماری من ویتنی و کروسکال والیس برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

این مطالعه بر روی ۳۸۵ نفر از پرسنل دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با میانگین سنی  $35/2 \pm 8/1$  سال انجام شد. ۱۲۰ نفر 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 ۲۲۰ نفر (۵۷/۲٪) در طی ۶ ماه 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 ۴۵ نفر (۱۲/۳٪) چکاپ دوره ای تعیین گردید.

از نظر وضعیت مسواک زدن، ۱۳ نفر (۳/۴٪) اصلاً مسواک نمی زدند؛ ۲۲۷ نفر (۵۹٪) به طور روزانه، ۸۳ نفر (۲۱/۶٪) دو بار در روز و سایر افراد به صورت نامرتب مسواک می زدند.

از نظر وضعیت رفتارهای مرتبط با دهان و دندان نیز ۹۳/۲٪ از خمیر دندان و ۹۵/۶٪ از مسواک استفاده می کردند (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  $7/49 \pm 1/1$  و میانگین نمره مشکلات

دیگر نیز به بررسی رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان به صورت استفاده یا عدم استفاده از روش های تمیز کردن دندان می پردازد. در این قسمت برحسب پاسخ صحیح، به هر سؤال نمره یک و در غیر این صورت نمره صفر تعلق می گیرد و نمره رفتار سلامت دهان و دندان، از جمع نمره این ۹ سؤال حاصل می شود (حداقل نمره صفر و حداکثر ۹). بنابراین نمره رفتار، حداکثر ۹ می باشد. کسب نمره ۵ و کمتر به معنای رفتار «ضعیف»، ۶-۷ به معنای رفتار «متوسط» و ۸-۹ به معنای رفتار «خوب» در خصوص سلامت دهان و دندان تعریف می شود. در قسمت سوم، با ۱۰ سؤال دوگزینه ای به صورت بلی-خیر، مشکلات سلامت دهان مورد ارزیابی قرار می گیرد. در این قسمت، به گزینه صحیح «نمره یک» و به گزینه غلط «نمره صفر» تعلق می گیرد و نمره مشکلات، بین صفر تا ۱۰ می باشد. در خصوص نمره مشکلات نیز کسب نمره ۵-۰ به معنای مشکلات «کم»، ۶-۷ به معنای مشکلات «متوسط» و ۸ و بالاتر به منزله مشکلات «زیاد» تعریف می شود.

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 به طور مجدد به زبان انگلیسی ترجمه گردید. در نهایت به منظور بررسی همخوانی، پرسشنامه فارسی و انگلیسی به یکی از اساتید زبان تحویل داده شد. همچنین به منظور تأیید روایی، از روش روایی محتوایی با نظر ۵ نفر 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 به دست آمد.

به منظور جمع آوری داده ها، این پرسشنامه در بین کارکنان توزیع و پس از توجیه کارکنان، به صورت 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 محرمانه بودن اطلاعات، رعایت گردید. این مطالعه

بهداشت دهان و دندان از ۱۰ نمره  $1/6 \pm 1/41$  به دست آمد. اختلاف معنی داری در میانگین نمره رفتار و مشکلات از نظر وضعیت رفتار، ۱۶ نفر (۴/۲٪) رفتار ضعیف، ۱۴۸ نفر (۳۸/۴٪) رفتار متوسط و ۲۲۱ نفر (۵۷/۴٪) رفتار خوب داشتند. همچنین از نظر مشکلات دهان و دندان، ۳۷۴ نفر (۹۷/۱٪) مشکلات کم، ۶ نفر (۱/۶٪) مشکلات متوسط و تنها ۵ نفر (۱/۳٪) مشکلات زیاد داشتند.

مشاهده نگردید؛ ولی میانگین نمره مشکلات دهان و دندان در افراد با سطح تحصیلات زیردیپلم به طور معنی داری بالاتر از سایر سطوح تحصیلی بود (جدول ۳).

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

وضعیت		نوع رفتار
خبر (درصد فراوانی)	بلی (درصد فراوانی)	
۲۶(۶/۸)	۳۵۹(۹۳/۲)	استفاده از خمیر دندان
۵۶(۱۴/۵)	۳۳۹(۸۵/۵)	استفاده از خمیر دندان فلوراید
۱۷(۴/۴)	۳۶۸(۹۵/۶)	استفاده از مسواک
۲۴۷(۶۴/۲)	۱۳۸(۳۵/۸)	استفاده از خلال دندان
۳۶۹(۹۵/۸)	۱۶(۴/۲)	استفاده از خلال پلاستیکی
۱۹۰(۳۹/۴)	۱۹۵(۵۰/۶)	استفاده از نخ دندان
۳۷۶(۹۷/۷)	۹(۲/۳)	استفاده از زغال چوب
۳۷۵(۹۷/۴)	۱۰(۲/۶)	استفاده از مسواک سنتی
۳۷۵(۹۷/۴)	۱۰(۲/۶)	استفاده از سایر مواد تمیز کننده

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

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

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

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

زیر دیپلم با تمام گروه ها  $P \leq 0/01$

## بحث

Aligarh انجام شد، حدود نصف کارکنان از مسواک استفاده می کردند و بالای ۹۰ درصد آنها حداقل یکبار در روز مسواک می زدند (۱۶). همچنین در مطالعه ای که در کشور شیلی بر روی بزرگسالان انجام شد، ۷۰ درصد بزرگسالان حداقل روزی یکبار مسواک می زدند (۱۷). در مطالعه ای که در گناباد بر روی دانش آموزان انجام شد نیز مشخص گردید که ۷۷/۳ درصد آنها از مسواک و تنها ۸/۳۲ درصد از نخ دندان استفاده می کردند (۶). در مطالعه ای که در شهر قزوین بر روی دانش آموزان دبیرستانی انجام شد، مشخص گردید که ۱۸ درصد آنها روزانه دوبار مسواک می زدند (۱۸). مطالعه ای که در خصوص مراقبت های بهداشت دهان و دندان در دوران بارداری انجام شد، نشان داد که در دوران بارداری ۵۷ درصد مادران مورد مطالعه، بیشتر از دوبار در روز مسواک می زدند و

بهداشت دهان و دندان به عنوان یک مقوله مهم بهداشتی مورد توجه سازمان های بهداشتی است؛ بر این اساس، در کشور ما بهداشت دهان و دندان به عنوان جزء ۸ اجزای PHC 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 می باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کارکنان ستادی دانشگاه و بیمارستان ها، از وضعیت سلامت دهان و دندان مطلوبی برخوردار بودند؛ به طوری که نتایج مطالعه حاضر نشان داد، ۹۵/۶ درصد کارکنان مورد مطالعه، از مسواک استفاده می کردند و ۷۰/۶ درصد آنها حداقل در روز یکبار مسواک می زدند. در مطالعه ای که بر روی کارگران یک کارخانه در شهر

گردید که نشان می‌دهد مشکلات در این قشر بسیار پایین می‌باشد؛ به طوری که تنها ۲/۹ درصد 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 بالا بودن 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 زیردپلم 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 زیردپلم 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

۹۲ درصد آنها از نخ دندان استفاده نمی‌کردند (۱۹). مطالعه‌ای که بر روی افراد ۳۵-۴۴ ساله شهر کرمان انجام شد، نشان داد که ۶۶/۸ درصد آنها حداقل یک‌بار در روز مسواک می‌زدند و ۵/۸ درصد به‌طور مرتب از نخ دندان استفاده می‌کردند (۲۰). مقایسه نتایج مطالعات مشابه با نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد 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 ۷۶/۴ درصد 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 ۱۲/۳ درصد 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 ۵۰/۶ درصد کارکنان از نخ دندان استفاده می‌کردند. این میزان، نسبت به مطالعه گناباد که بر روی دانش‌آموزان (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



### تقدیر و تشکر

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

بدین وسیله از پرسنل ستادی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کارکنان بیمارستان‌های ولی عصر (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, Shabzندهدار 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 Mashhad 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. 1<sup>st</sup> 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. 1<sup>st</sup> 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. 5<sup>th</sup> 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 science.* 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]