

## آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال

\*مهین نادری فر<sup>۱</sup> طاهره اکبرشریفی<sup>۲</sup> حمید پیروی<sup>۳</sup> حمیدحقانی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان حائز اهمیت 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 می توان انتظار رویش صحیح دندان های دائمی را داشت. نقش مادران در حفظ سلامت دندان کودکان بسیار مهم است. لذا کسب اطلاعات در مورد آگاهی مادران در این زمینه می تواند مبنایی برای برنامه ریزی های بهداشتی و بهبود آن باشد. هدف تعیین آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال می باشد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع مقطعی بود و بر روی ۵۰۰ نفر از مادران کودکان ۱ تا ۶ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۸۵ انجام گردید. روش جمع آوری داده ها پرسشنامه و مصاحبه حضوری بود. برای توصیف داده ها از جداول توزیع فراوانی و برای تحلیل داده ها از آزمون آنالیز واریانس و ضریب همبستگی و t-test استفاده شد. آگاهی به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب تقسیم گردید. متغیرهای مورد بررسی شامل: سن، تحصیلات و شغل مادران و وضعیت اقتصادی می باشد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که ۸/۶ درصد مادران دارای آگاهی ضعیف، ۴۴ درصد دارای آگاهی متوسط و ۴۷/۴ درصد دارای آگاهی خوب در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکانشان بودند ( $P=0.00$ ). آزمون آنالیز واریانس نشان داد بین آگاهی و سن، تحصیلات، شغل مادران، وضعیت اقتصادی و محل سکونت ارتباط وجود داشت ( $P=0.00$ ).

**نتیجه گیری:** از آنجا که مسئولیت بهداشت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال بر عهده مادران می باشد و کودکان قبل از مدرسه هنوز رشد کافی را برای مراقبت از دهان و دندان ندارند. بنابراین افزایش آگاهی مادران در این زمینه مهم بوده و تدوین برنامه های آموزشی برای آنان یک ضرورت است.

**کلید واژه ها:** آگاهی، بهداشت دهان و دندان، کودکان ۱ تا ۶ سال

تاریخ دریافت: ۸۵/۶/۲۸، تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۰/۲۵

<sup>۱</sup> مربی گروه پرستاری و بهداشت کودک و خانواده، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
(\*مؤلف مسؤل)

<sup>۲</sup> مربی گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۴</sup> مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

## مقدمه

در جوامع امروزی با توجه به افزایش ارتباطات و حضور افراد جامعه در موقعیت های اجتماعی گوناگون، لزوم رعایت بهداشت دهان و زیبایی دندانها بیش از گذشته حس می شود. علاوه بر این، با توجه به این که سلامت عمومی بدن بستگی با سلامت دهان و دندان رابطه مستقیم دارد از این رو سلامت دهان و دندان اهمیت ویژه ای در حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه دارد. در کشور ایران در زمینه بهداشت دهان و دندان انگیزه ای قوی تحت عنوان اعتقادات مذهبی نیز وجود دارد. زیرا در اسلام مسئله رعایت بهداشت دهان و دندان نه تنها یک اصل فرهنگی اجتماعی است بلکه از مسلمات و ضروریات اعتقادی و دینی نیز می باشد.<sup>(۱)</sup>

معمولاً دهان انسان بیشتر از دیگر اندامها و بافت های بدن دچار بیماری می شود و به همان نسبت بیشتر از سایر قسمت های بدن نیاز به مراقبت دارد. پوسیدگی دندان و بیماری های پریدونتال دو بیماری است که بالاترین شیوع را بین انسانها دارد.<sup>(۲)</sup>

کودکان آینده سازان جامعه هستند و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها آینده ای بهتر را نوید می دهد. بنابراین برای ارتقاء سلامت جامعه باید در جهت تأمین سلامت کودکان برنامه ریزی گردد و برنامه های تأمین سلامتی در بزرگسالی تداوم یابد.<sup>(۳)</sup> یک دهان سالم شخص را قادر به خوردن، حرف زدن، ایجاد ارتباط و اجتماعی شدن می کند. سالانه بیش از ۵۰ میلیون ساعت به خاطر مشکلات ناشی از بیماری های دهان که روی عملکرد و فعالیت افراد تأثیر می گذارد به هدر می رود.<sup>(۴)</sup>

معمولاً حدود شش ماهگی دندان های شیری شروع به رویش می کنند و تا سن ۲/۵ سالگی دندان های شیری کامل می شود. از سن شش سالگی دندان های دائمی

شروع به رویش می کنند و به تدریج جایگزین دندان های شیری می شوند. رویش دندان های دائمی تا سن ۱۲ سالگی ادامه دارد، بنابراین، بعضی از دندان های شیری تا سن ۱۲ سالگی در دهان باقی می ماندند. دندان های شیری علاوه بر کارکردهایی نظیر جویدن غذا، حفظ شکل و زیبایی چهره و نقش در تکلم کودک وظیفه مهم دیگری نیز دارند که عبارت از حفظ فضای لازم برای رویش دندان های دائمی است.<sup>(۳)</sup>

مراقبت از دهان و دندان باید از کودکی شروع شود، زیرا تنها با انجام مراقبت های ویژه از دندان های شیری کودکان است که می توان انتظار رویش صحیح دندان های دائمی را داشت.<sup>(۳)</sup> پوسیدگی دندان معمولاً از زمان خردسالی شروع می شود، ولی علائم آن ممکن است تا چند سال، هم از نظر کودک و هم از دید والدین و دندانپزشک، مخفی بماند.<sup>(۵)</sup>

در کودکان ۱ تا ۳ ساله والدین به عنوان مراقبت کنندگان اصلی جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب می شوند. آموزش به کودک در مورد مسواک زدن، مقدار خمیر دندان (به اندازه یک نخود) و استفاده از نخ دندان توسط والدین انجام می شود. در دوره قبل از مدرسه (۳ تا ۶ سال)، پیشرفت کودک در امور بهداشتی دهان و دندان آغاز می شود، اما هنوز والدین تأمین کننده اصلی اقدامات بهداشت دهان و دندان هستند. آموزش به والدین باید در راستای نیازهای فردی کودک و والدین و براساس فرهنگ آنها باشد. در این آموزش، گوش دادن به والدین، تعلیم دادن به آنها، جلب موافقت آنها و برانگیختن والدین می تواند برنامه پیشگیری را به موفقیت برساند.<sup>(۶)</sup>

برای این که بتوانیم برنامه ریزی درستی در مورد سطح و میزان ارائه اطلاعات بهداشتی به مادران داشته

بهداشت دهان و دندان کودکانشان ارتباط معنی داری وجود دارد،<sup>(۱۰)</sup> ولی این مسئله در مورد مادران صدق نمی‌کرد، بدین معنی که ارتباطی بین شاغل بودن مادران یا خانه دار بودن آن‌ها با میزان آگاهی شان وجود نداشت (میزان آگاهی در حد خوب در ۲۸/۶ درصد مادران شاغل و ۳۵/۵ درصد مادران خانه‌دار وجود داشت که البته ایشان نتیجه گرفته بودند که علت این امر مشغله کمتر مادران خانه دار و داشتن فرصت بیشتر جهت دریافت اطلاعات بهداشتی از طریق رادیو و تلویزیون می‌باشد.<sup>(۷)</sup>

میزان اطلاعات و آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان که شامل اهمیت دندان‌های شیری، پوسیدگی دندان، روش‌های پیشگیری از پوسیدگی و رعایت بهداشت دهان و دندان و... می‌باشد، مهم است، زیرا همان‌طوری که ذکر شد آگاهی بر نوع نگرش اثر داشته و پایه و اساس رفتار بهداشتی مناسب است.<sup>(۹)</sup> از آنجایی که براساس مطالعات انجام شده بیماری‌های دهان و دندان در کشور ایران نسبتاً شایع است و از طرفی، امکانات و خدمات دندانپزشکی به‌ویژه در مناطق محروم و پرجمعیت جوابگوی نیازهای جامعه نیست و از طرف دیگر به دلیل شیوع بالای میزان پوسیدگی دندان در سنین کودکی ضرورت انجام مطالعه‌ای به منظور تعیین آگاهی مادران کودکان زیر ۶ سال در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکانشان احساس می‌شود. این پژوهش با هدف کلی تعیین آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان و با هدف پاسخ به سؤال پژوهشی آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان با کدامیک از متغیرهای سن، تحصیلات، شغل

باشیم، ابتدا باید موقعیت کنونی آن‌ها را بشناسیم. دانستن مسائلی از جمله سطح تحصیلات و فرهنگ مادران، شغل، سن، آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی کنونی و منابع کسب اطلاعات بهداشتی آن‌ها (بروشور، پوستر، رادیو، تلویزیون، دندانپزشک و...) می‌تواند ما را به نقاط ضعف رهنمون سازد تا با تأکید بیشتر بر آن‌ها بتوان علاوه بر بهبود بینش و عادات بهداشتی، به طور غیرمستقیم روی کودکان آن‌ها تأثیر گذاشت.<sup>(۷)</sup>

تحقیقی که در سال ۱۳۸۱ توسط 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 زیر ۶ سال بر روی ۱۳۸ والد انجام شد، نشان داد که ۵/۱ درصد والدین دارای آگاهی ضعیف، ۵۹/۴ درصد دارای آگاهی متوسط، ۳۴/۸ درصد آگاهی خوب و ۰/۷ درصد دارای آگاهی بسیار خوب بودند. این تحقیق نشان داد که بین میزان آگاهی والدین با سطح تحصیلات و شغل آن‌ها تفاوت آماری معنی داری وجود دارد و با سن نیز ارتباط معنی داری وجود دارد.<sup>(۸)</sup> همچنین مطالعه‌ای توسط انصاری مقدم در مورد بررسی آگاهی، نگرش و رفتار مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در زمینه عوامل مؤثر بر بهداشت دهان و دندان کودکان شیرخوار در سال ۱۳۸۲ صورت گرفت. این مطالعه نشان داد که بین سطح تحصیلات مادران با آگاهی آن‌ها در مورد بهداشت دهان و دندان کودکانشان ارتباط معنی دار وجود دارد و همچنین سطح تحصیلات والدین با آگاهی و رفتار بهداشتی آن‌ها دارای ارتباط معنی دار بود.<sup>(۹)</sup> در مطالعه آقاملابی سال ۱۳۸۱ نیز رابطه بین شغل و میزان آگاهی برای مادران و پدران جداگانه مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که بین شغل پدران و آگاهی آنان از

مادران و وضعیت اقتصادی خانواده ارتباط دارد؟ انجام شد.

### روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی به منظور بررسی آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت، جامعه پژوهش مادران کودکان ۱ تا ۶ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۸۵ بودند. حجم نمونه مورد نیاز برای این مطالعه ۵۰۰ نفر برآورد شد و روش نمونه گیری در این پژوهش از نوع مستمر بود. پژوهشگر ضمن مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان، مادران واجد شرایط شرکت در پژوهش را در صورت موافقت و امضاء رضایت نامه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب کرد. نمونه ها به صورت احتمالی از ۵ مرکز بهداشتی درمانی در ۵ منطقه (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) شهر زاهدان انتخاب شدند و از هر مرکز ۱۰۰ نمونه گرفته شد، بدین ترتیب که پس از گرفتن ۱۰۰ نمونه از یک مرکز به مرکز بعدی جهت نمونه گیری مراجعه گردید. مادرانی که کودکان معلول ذهنی و جسمی داشتند و مادرانی که کودک، فرزند حقیقی آنها نبود یا با آنها زندگی نمی کرد، در این پژوهش شرکت داده نشدند. روش جمع آوری اطلاعات پرسش و مصاحبه حضوری (جهت مادرانی که قادر به خواندن و نوشتن نباشند) بود. در این پژوهش از یک ابزار خود ساخته استفاده شد. جهت تدوین این پرسشنامه از منابع علمی موجود، بهره گیری از نظر اساتید راهنما، مشاور و آمار و همچنین ابزار مطالعه انصاری مقدم که بررسی آگاهی،

نگرش و رفتار مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان نسبت به عوامل مؤثر در سلامت دهان و دندان کودکان و شیرخواران،<sup>(۹)</sup> و ابزار پژوهش قاسمی که بررسی میزان آگاهی مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در زمینه اهمیت بهداشت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال،<sup>(۷)</sup> و همین طور از ابزار مطالعه ظفرمند که پژوهشی در زمینه میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان راهنمایی شهر تهران نسبت به بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۷۹ انجام داده بودند،<sup>(۱)</sup> استفاده گردید. ابزار ساخته شده سنجش آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال پرسشنامه ای ۲۴ بخشی دارای سؤالات چهارگزینه ای بود، در آن به مسایلی نظیر اهمیت دندان شیری، پوسیدگی دندان شیری و پیشگیری از آن، تغذیه و بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال اشاره گردیده بود. نحوه نمره گذاری این ابزار به شرح زیر بود:

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 و حداکثر نمره، به ترتیب، ۰ و ۲۴ بود. کسب نمره ۰ تا ۸ نشانه آگاهی ضعیف، ۹ تا ۱۶ نشانه آگاهی متوسط، و کسب نمره ۱۷ تا ۲۴ نشانه آگاهی خوب بود. در ابتدای ابزار اصلی، ۴ سؤال جهت تعیین مشخصات فردی و خانوادگی نمونه ها که شامل سن، شغل، سطح تحصیلات مادر، وضعیت اقتصادی مطرح شد که مادران با علامت گذاری در مربع های مربوطه و یا به صورت کتبی به آنها پاسخ دادند. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات بدین صورت بود که برای توصیف داده ها از جداول توزیع فراوانی و برای تحلیل داده ها از آزمون

آنالیز واریانس و ضریب همبستگی و t-test استفاده شد.

### یافته ها

یافته‌های حاصل از اطلاعات دموگرافیک نشان می‌دهد که بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۷/۴ درصد) در محدوده سنی ۲۶-۳۵ سال و تنها ۴ درصد در سنین زیر ۲۰ سال و بالای ۴۵ سال بوده‌اند. سطح تحصیلات تقریباً سه‌چهارم نمونه‌ها (۶۷/۶ درصد) متوسطه و دانشگاہی و کمتر از ۹ درصد بیسواد بوده‌اند. بیش از نیمی از نمونه‌ها (۵۹/۲ درصد) شاغل بودند. همچنین وضعیت اقتصادی ۸۷/۴ درصد متوسط و خوب می‌باشد.

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی آگاهی مادران کودکان ۱ تا ۶ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان.

سال ۱۳۸۵	
آگاهی	تعداد (درصد)
ضعیف (۰-۸)	۴۳ (۸/۶)
متوسط (۹-۱۶)	۲۲۰ (۴۴)
خوب (۱۷-۲۴)	۲۳۷ (۴۷/۴)
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)

میزان آگاهی ۴۷/۴ درصد از مادران در حد خوب بوده است (جدول شماره ۱). نتایج همچنین نشان داد که در گروه سنی ۲۰-۱۶ سال ۴۰ درصد نمونه‌های پژوهش از آگاهی ضعیف، ۵۵ درصد متوسط و تنها ۵ درصد نمونه‌ها از آگاهی خوب برخوردار بودند، در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال، آگاهی ۴۷/۴ درصد متوسط و ۳۸/۸ درصد خوب بوده است در حالی که در گروه سنی ۲۶ سال به بالا، آگاهی درصد بالایی از نمونه‌ها خوب بوده است که به ترتیب در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال، ۵۰ درصد، ۳۱-۳۵ سال، ۵۲/۶ درصد و در گروه

سنی ۴۰-۳۶ سال ۵۶/۶ درصد دارای آگاهی خوب بوده‌اند. نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین آگاهی و سن مادران ارتباط معنی دار وجود داشته است ( $P=0/00$ ) (جدول شماره ۲). درخصوص رابطه بین تحصیلات و آگاهی، نتایج نشان داد نمونه‌های مورد پژوهش که بی‌سواد بودند، ۵۰ درصد از آگاهی ضعیف و ۵۰ درصد از آگاهی متوسط برخوردار بودند و در نمونه‌ها با سطح تحصیلات ابتدایی بیشترین درصد از آگاهی متوسط و تنها ۴/۹ درصد از آگاهی خوب برخوردار بودند و آگاهی ۷۸ درصد که تحصیلات راهنمایی داشتند نیز متوسط بوده است و این در حالی است که آگاهی بیشترین نمونه‌ها در سطح دبیرستان و دانشگاہی خوب، که به ترتیب ۸۵/۵ درصد و ۷۱/۴ درصد بوده است و آگاهی هیچ یک از نمونه‌ها در این سطح تحصیلی ضعیف نبوده است. همچنین براساس نتایج آزمون آنالیز واریانس بین آگاهی و سطح تحصیلات رابطه وجود داشت ( $P=0/00$ ) (جدول شماره ۳). نتایج همچنین حاکی از آن است که در آن دسته از نمونه‌های مورد پژوهش که خانه‌دار هستند، ۵۷/۸ درصد از آگاهی متوسط برخوردار بوده و آگاهی ۲۶/۵ درصد خوب بوده است در حالی که در گروه شاغل که کارکنان بهداشتی بودند، ۶۵/۱ درصد آگاهی خوب و کمتر از ۳ درصد از آگاهی ضعیف برخوردار بودند. آگاهی ۶۸ درصد از نمونه‌هایی که شغل آزاد داشتند، در حد متوسط بود و ۲۰ درصد آگاهی خوب داشته‌اند. وجود رابطه بین شغل و آگاهی توسط آزمون آنالیز واریانس تأیید گردید ( $P=0/00$ ) (جدول شماره ۴). براساس نتایج به دست آمده آگاهی بیشترین درصد نمونه‌ها که وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند در سطح متوسط و آگاهی ۳/۳ درصد خوب بوده است و در آن دسته از نمونه‌ها که از وضعیت

مورد مراقبت از دهان و دندان دریافت کنند.<sup>(۱۱)</sup> مطالعه حاضر نشان داد که ۵۲/۶ درصد از مادران از آگاهی ضعیف و متوسط برخوردار بودند این نتیجه حاکی از پایین بودن آگاهی مادران نسبت به اهمیت بهداشت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال می باشد. در مطالعه حاضر علت پایین بودن سطح آگاهی در این افراد مورد بررسی قرار نگرفته است و مطالعات بیشتری جهت تعیین دلایل سطح آگاهی کم مادران، مورد نیاز است.

نتایج آزمون آنالیز واریانس مشخص کرد بین آگاهی و سن مادران ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ( $P=0/00$ ,  $F=6/98$ )، ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین آگاهی و سن مادر همبستگی مستقیم دارد، بدین معنی که با افزایش سن مادران، آگاهی آنها نیز افزایش یافته است (جدول شماره ۲). آزمون شفه نیز مشخص کرد، میانگین آگاهی در گروه‌های سنی مختلف با یکدیگر تفاوت معنی دار دارد. در پژوهش قاسمی نیز بین سطح آگاهی والدین و سن آنها ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت.<sup>(۷)</sup> در مطالعه نجفی نتایج نشان داده است که بین آگاهی والدین و سن آنها ارتباط معنی دار آماری وجود دارد، بدین معنی که با افزایش سن، آگاهی نیز افزایش یافته است.<sup>(۱۲)</sup>

آزمون آنالیز واریانس نشان داد بین آگاهی و سطح تحصیلات مادران ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. ( $P=0/00$ ,  $F=145/5$ )، آزمون رتبه‌ای اسپیرمن نیز نشان داد که بین آگاهی مادران و سطح تحصیلات، همبستگی از نوع مستقیم وجود دارد ( $r=0/522$ )، بدین معنی که با افزایش سطح تحصیلات، آگاهی مادران نیز افزایش می‌یابد. آزمون شفه نشان داد که میانگین آگاهی مادران در تمام مقاطع مختلف تحصیلی با یکدیگر تفاوت آماری معنی دار داشته است،

اقتصادی متوسط برخوردار بودند، ۵۱/۲ درصد از آگاهی متوسط و ۳/۹ درصد از آگاهی ضعیف برخوردار بودند و ۶۱/۸ درصد که وضعیت اقتصادی خوبی داشتند، از آگاهی خوبی نیز برخوردار بودند و آگاهی ۳۴/۸ درصد آنان نیز در حد متوسط بوده است. آزمون آنالیز واریانس وجود ارتباط بین متغیر آگاهی و وضعیت اقتصادی را تأیید کرد ( $P=0/000$ ) (جدول شماره ۵).

### بحث و نتیجه گیری

همان گونه که در نتایج مطالعه حاضر مشاهده شد ۴۷/۴ درصد مادران دارای آگاهی خوب و ۴۴ درصد دارای آگاهی متوسط و ۸/۶ درصد از سطح آگاهی ضعیفی برخوردار بودند. در مطالعه خیری نمین آگاهی والدین به ۴ گروه ضعیف، متوسط، خوب و بسیار خوب رتبه‌بندی شد که نتایج حاصل از آن نشان داد که ۵/۱ درصد آگاهی ضعیف، ۵۹/۴ درصد آگاهی متوسط، ۳۴/۸ درصد آگاهی خوب و ۰/۷ درصد آگاهی بسیار خوب داشتند.<sup>(۸)</sup> در تحقیق قاسمی آگاهی والدین بدین صورت بود که ۱۰/۹ درصد دارای آگاهی خوب، ۶۴/۶ درصد آگاهی متوسط و ۲۴/۳ درصد آگاهی ضعیف داشتند.<sup>(۷)</sup> نتایج پژوهش انصاری مقدم بیانگر این بود که ۹/۲ درصد مادران دارای آگاهی ضعیف، ۶۶/۶ درصد متوسط، ۲۳/۳ درصد آگاهی خوب و ۰/۹ درصد آگاهی بسیار خوب داشتند.<sup>(۹)</sup> در مطالعه Wong و همکاران نیز که با عنوان آگاهی و نگرش در زمینه بهداشت دهان و دندان در مراقبین کودکان سن پیش دبستانی انجام گردید، ۱۲/۶ درصد دارای آگاهی ضعیف در مورد مراقبت و بهداشت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی داشتند و ۸۷/۵ درصد از مادران عنوان نمودند که دوست دارند اطلاعات بیشتری در

پژوهش نجفی که بر روی ۱۵۰ نفر از مادران انجام شد، ۷۵ درصد از افراد بی‌سواد دارای آگاهی ضعیف، ۲۵ درصد آگاهی متوسط و کسانی که دارای تحصیلات دیپلم بودند، ۶۵/۴ درصد دارای آگاهی متوسط و ۱۱/۶ درصد آگاهی خوب داشتند.<sup>(۱۲)</sup>

حتی در بین دو گروه بی‌سواد و ابتدایی، میانگین آگاهی مادران تفاوت معنی‌دار داشت. یافته‌ها گویای آن بود که هیچ کدام از مادران با سطح تحصیلات دبیرستان و دانشگاهی آگاهی ضعیفی نداشتند و هیچ یک از مادران بی‌سواد آگاهی خوب نداشتند، این یافته‌ها بر تأثیرگذاری تحصیلات بر آگاهی تأکید می‌کند. در

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی سطح آگاهی مادران از بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال بر حسب سن مادر، سال ۱۳۸۵

سن (سال)	۱۶_۲۰	۲۱_۲۵	۲۶_۳۰	۳۱_۳۵	۳۶_۴۰	۴۱ به بالا**
آگاهی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ضعیف	۸ (۴۰)	۱۱ (۱۳/۸)	۱۰ (۶/۵)	۵ (۳/۸)	۶ (۷/۳)	۳ (۱۰)
متوسط	۱۱ (۵۵)	۳۸ (۴۷/۴)	۶۷ (۴۳/۵)	۵۸ (۴۳/۶)	۳۰ (۳۶/۱)	۱۶ (۵۳/۳)
خوب	۱ (۵)	۳۱ (۳۸/۸)	۷۷ (۵۰)	۷۰ (۵۲/۶)	۴۷ (۵۶/۶)	۱۱ (۳۶/۷)
جمع	۲۰ (۱۰۰)	۸۰ (۱۰۰)	۱۵۴ (۱۰۰)	۱۳۳ (۱۰۰)	۸۳ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار	۱۰/۲±۵	۱۴/۳±۴۰/۱	۱۵/۸±۳/۷	۱۶/۳±۳/۹	۱۶/۳±۴/۳	۱۳/۶±۴/۸
آزمون آنالیز واریانس	P=۰/۰۰	F=۶/۹۸۳	ضریب همبستگی پیرسون ۰/۱۵۶			

\*\*جهت تجزیه و تحلیل صحیح سن ۴۵\_۴۱ با سن ۵۰ ادغام گردید.

همچنین نتایج پژوهش انصاری مقدم نشان داد که بین سطح تحصیلات مادران با آگاهی نسبت به بهداشت دهان و دندان ارتباط معنی‌دار وجود دارد به این ترتیب که گروه دانشگاهی به طور معنی‌داری از گروه‌های بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی و متوسطه آگاهی بیشتری داشتند.<sup>(۹)</sup> همین‌طور در پژوهش قاسمی نیز سطح تحصیلات با آگاهی والدین ارتباط معنی‌دار داشته است

همچنین نتایج پژوهش انصاری مقدم نشان داد که بین سطح تحصیلات مادران با آگاهی نسبت به بهداشت دهان و دندان ارتباط معنی‌دار وجود دارد به این ترتیب که گروه دانشگاهی به طور معنی‌داری از گروه‌های بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی و متوسطه آگاهی بیشتری داشتند.<sup>(۹)</sup> همین‌طور در پژوهش قاسمی نیز سطح تحصیلات با آگاهی والدین ارتباط معنی‌دار داشته است

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی سطح آگاهی مادران از بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال بر حسب تحصیلات مادر، سال ۱۳۸۵

تحصیلات	بی سواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان	دانشگاهی
آگاهی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ضعیف	۲۱ (۵۰)	۲۰ (۳۲/۸)	۲ (۳/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)
متوسط	۲۱ (۵۰)	۳۸ (۶۲/۳)	۴۶ (۷۸)	۵۹ (۴۱/۵)	۵۶ (۲۸/۶)
خوب	۰ (۰)	۳ (۴/۹)	۱۱ (۱۸/۶)	۸۳ (۵۸/۵)	۱۴۰ (۷۱/۴)
جمع	۴۲ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۵۹ (۱۰۰)	۱۴۲ (۱۰۰)	۱۹۶ (۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار	۷/۹۷±۳/۹۸	۱۰/۸±۳/۶۳	۱۴/۲±۲/۶۶	۱۶/۸±۲/۶۸	۱۷/۹±۲/۵۶
آزمون آنالیز واریانس	P=۰/۰۰	F=۱۵۴/۵	ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۵۲۲		

آگاهی بالاتر مادران شاغل نسبت به مادران غیرشاغل و اهمیتی است که این گروه نسبت به مراقبت از دندان کودکان خود قائل می‌شوند، می‌باشد. Bell (۱۹۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که بین آگاهی والدین و وضعیت اشتغال آنها ارتباط معنی‌داری وجود دارد. والدین شاغل به خصوص آن‌هایی که در رده‌های شغلی بالا و در سطح اجتماعی بالایی قرار دارند، دارای آگاهی بیشتری نسبت به والدینی هستند که غیرشاغل می‌باشند و در سطح اجتماعی پایینی قرار دارند.<sup>(۱۳)</sup> در پژوهش بهرمانی (۱۳۷۹) نیز بین شغل مادران و میزان آگاهی آنان ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.<sup>(۱۵)</sup> در گزارش تحقیق عبدالحسینی آمده است که شغل والدین دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی شهر تهران در آگاهی آن‌ها از مسائل بهداشتی دهان و دندان بسیار مؤثر می‌باشد، به طوری که ۷۵ درصد از کودکان والدینی که شاغل هستند و به خصوص آن‌هایی که در مشاغل سطح بالا می‌باشند دارای آگاهی خوب از مسائل بهداشت دهان و دندان هستند.<sup>(۱۶)</sup>

آزمون آنالیز واریانس نشان داد بین آگاهی و شغل مادران ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد.  $F=43/3$ ،  $P=0/00$  بدین معنی که افراد شاغل آگاهی بیشتری نسبت به افراد غیرشاغل دارند. آزمون شفه نیز نشان داد که میانگین آگاهی مادران در دو گروه کارکنان بهداشتی و کارمند با دو گروه خانه‌دار و آزاد تفاوت دارد (جدول شماره ۴).

در پژوهش خوردی مود (۱۳۷۱) نیز بیشترین فراوانی نسبی مراجعات به دندانپزشکی در بین کودکانی بوده است که مادران آن‌ها در یکی از حرفه‌های پزشکی مشغول بوده و یا فرهنگی هستند.<sup>(۱۴)</sup> در گروه فرزندان مادران خانه‌دار، کمترین فراوانی مراجعات وجود داشت و همچنین در بین گروه‌های شغلی کودکان مادران شاغل، گروه پزشکی و فرهنگی بیشترین تعداد دندان‌های ترمیم شده را داشتند که این امر احتمالاً به این دلیل می‌تواند باشد که مادران شاغل به علت تماس بیشتر با سایر افراد جامعه اطلاعات وسیع‌تری دارند و همچنین در موارد شاغل بودن مادر به دلیل وجود درآمد بیشتر، احتمالاً اختصاص قسمتی از درآمد به هزینه‌های درمانی می‌باشد که این امر خود نشانه

جدول شماره ۴ - توزیع فراوانی سطح آگاهی مادران از بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال بر حسب اشتغال مادر، سال ۱۳۸۵

آگاهی	اشتغال	خانه دار	کارکنان بهداشتی	کارمند	آزاد
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ضعیف		۳۲ (۱۵/۷)	۳ (۲/۸)	۵ (۳/۱)	۳ (۱۲)
متوسط		۱۱۸ (۵۷/۸)	۳۵ (۳۲/۱)	۵۰ (۳۰/۹)	۱۷ (۶۸)
خوب		۵۴ (۲۶/۵)	۷۱ (۶۵/۱)	۱۰۷ (۶۶)	۵ (۲۰)
جمع		۲۰۴ (۱۰۰)	۱۰۹ (۱۰۰)	۱۶۲ (۱۰۰)	۲۵ (۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار		۱۳/۳±۴/۶۵	۱۷/۵±۲/۸۷	۱۷/۱±۳/۳۳	۱۳/۰۸±۳/۷
آزمون آنالیز واریانس			$P=0/00$	$F=43/3$	

و ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین آگاهی مادران و وضعیت اقتصادی همبستگی مستقیم وجود دارد  $r=0/367$ ،  $P=0/00$ . بدین معنی که هر چه

نتیجه آزمون آنالیز واریانس نشان داد که آگاهی مادران برحسب وضعیت اقتصادی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارد  $F=35/05$ ،  $P=0/00$  (جدول شماره ۵)



والدین اثر دارند و در سطوح اقتصادی اجتماعی بالا شیوع پوسیدگی دندان و بیماری‌های دهان و دندان کمتر می‌شود.<sup>(۱۸)</sup>

مروری بر یافته‌های حاصل از پاسخ نمونه‌های مورد پژوهش به سؤالات پرسشنامه مربوط به آگاهی از بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال نشان می‌دهد که ۹۳/۶ درصد از نمونه‌های پژوهش، در مورد این که نقش دندان‌ها در بدن چیست؟ پاسخ صحیح داده‌اند و ۵۳/۲ درصد نمی‌دانستند که تعداد دندان شیری چند عدد است؟ و ۵۲/۴ درصد نمونه‌ها در مقابل این سؤال که "در صورتی که دندان شیری کودک پوسیده باشد، چه باید کرد؟" پاسخ صحیح داده‌اند، معیاداً ۴۷/۶ درصد نمونه‌ها نمی‌دانستند که در این زمان چه اقدامی باید انجام دهند که این عدم آگاهی می‌تواند مشکلات عمده‌ای را به وجود آورد. بنابر اظهارات Whaley و Wong پوسیدگی دندان‌های شیری می‌تواند به دندان‌های دائمی انتقال یافته، آن‌ها را تخریب کند. دندان خراب ممکن است باعث بیماری و بوی بد تنفس شود.<sup>(۶)</sup> به اعتقاد حلم سرشت شناخت پوسیدگی و آگاهی داشتن در مورد پیش آگهی و سرعت پیشرفت آن کمک بزرگی در جهت طرح‌ریزی درمان خواهد کرد.<sup>(۱۹)</sup>

وضعیت اقتصادی بهتر باشد، آگاهی نیز بهتر است. آزمون شفه نشان داد که میانگین آگاهی مادران در سطوح مختلف اقتصادی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری دارند. به اعتقاد Mc Donald و همکاران بین سطح اقتصادی، اجتماعی و پوسیدگی دندان‌های شیری ارتباط معکوسی وجود دارد<sup>(۵)</sup> و بنابر اظهارات خوردی مود، با افزایش نسبی آگاهی والدین، تعدیل بیشتری در رژیم غذایی صورت گرفته و با بیشتر شدن خدمات دندانپزشکی در طبقات بالاتر جامعه که از امکانات پیشگیری بیشتری برخوردار بوده‌اند، میزان تجربه پوسیدگی کاهش یافته است.<sup>(۱۴)</sup> King و همکاران اظهار می‌دارند که حدود ۷۵ درصد از کودکانی که دچار پوسیدگی دندان بودند از وضعیت اقتصادی پائینی برخوردار بودند و برنامه‌های پیشگیری و آموزش در زمینه‌های مختلف بهداشت دهان و دندان در خانواده‌های با وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین باید انجام شود.<sup>(۱۷)</sup> Stella و Petersen نیز می‌نویسند که آگاهی و نگرش والدین در مورد مراقبت‌های دهانی در کودکان با وضعیت اقتصادی - دموگرافیکی آن‌ها ارتباط مستقیم دارد و در وضعیت اقتصادی بالا، آگاهی والدین نیز افزایش می‌یابد.<sup>(۴)</sup> Manal و همکاران می‌گویند: عوامل اجتماعی اقتصادی بر میزان آگاهی

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی سطح آگاهی مادران از بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال بر حسب وضعیت اقتصادی، سال ۱۳۸۵

وضعیت اقتصادی	ضعیف	متوسط	خوب**
آگاهی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
ضعیف	۲۷ (۴۵)	۹ (۳/۹)	۷ (۳/۴)
متوسط	۳۱ (۵۱/۷)	۱۱۷ (۵۱/۲)	۷۱ (۳۴/۸)
خوب	۲ (۳/۳)	۱۰۷ (۴۵/۹)	۱۲۹ (۶۱/۸)
جمع	۶۰ (۱۰۰)	۲۳۳ (۱۰۰)	۲۰۷ (۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار	۵۱/۲ ± ۱۱/۲	۶۰/۵ ± ۹/۰۴	۶۲/۱ ± ۸/۰۸
آزمون آنالیز واریانس	P=۰/۰۰	F= ۳۵/۰۵	ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۳۶۷

**\*\*به منظور تجزیه و تحلیل صحیح وضعیت اقتصادی خوب و عالی با هم ادغام گردید.**

در انجام آن شده. در نتیجه به دلیل عدم آگاهی از نحوه صحیح آن کار را انجام نداده یا انجام آن بی‌ثمر باشد. هر چند مسواک روش مؤثری برای برداشتن پلاک است اما نمی‌تواند همه سطوح دندان‌ها را پاک کند خصوصاً در برداشتن پلاک‌های بین دندان مؤثر نمی‌باشد. برای این منظور می‌توان از نخ دندان استفاده کرد و تا زمانی که کودک مهارت استفاده از نخ دندان را نداشته باشد، این عمل توسط والدین انجام می‌شود.<sup>(۲۲)</sup> والدین باید آگاهی کافی از نحوه استفاده از نخ دندان داشته باشد تا بتوانند به نحو صحیح و مؤثر از آن استفاده کنند.<sup>(۲۳)</sup>

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که ۷۵ درصد نمونه‌ها نمی‌دانستند اولین بار کودک را باید در چه سنی نزد دندانپزشک برد<sup>(۲۴)</sup> و ۲۴/۸ درصد نمونه‌ها نمی‌دانستند هر چند مدت یکبار باید توسط دندانپزشک ویزیت شوند. آکادمی دندانپزشکی اطفال آمریکا توصیه می‌کند اولین ملاقات کودک با دندانپزشک تقریباً هنگام رویش اولین دندان و حداکثر تا ۱۲ ماهگی باید انجام شود و در مواقعی که کودک نیازهای دندانی خاصی مثل مشکلات سیستمیک دارد، این جلسه می‌تواند زودتر انجام شود.<sup>(۲۴)</sup> طبق گزارشات، در حال حاضر در کشورهای توسعه یافته صنعتی نظیر دانمارک بیش از ۹۰ درصد کودکان هر ۶ ماه یکبار به دندانپزشک مراجعه می‌نمایند این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه مانند کویت فقط ۳۷ درصد از کودکان سالانه آن هم به دلیل مشکلات پیش آمده به دندانپزشک مراجعه می‌کنند که این نکته حائز اهمیت و دقت نظر است.<sup>(۲۵)</sup> در جلسات ویزیت و ملاقات، پزشک اطلاعات و آگاهی زیادی جهت مراقبت از دندان‌های کودکان، به والدین می‌دهد، بنابر

اگر چه یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۷۳ درصد نمونه‌ها می‌دانستند دندان‌ها در چه سنی شروع به رویش می‌کنند، معیاداً ۲۷ درصد نمونه‌ها یعنی حدود یک سوم نمونه‌ها از زمان رویش اولین دندان اطلاع نداشتند، عدم آگاهی از زمان رویش اولین دندان یعنی عدم مراقبت به موقع و به‌هنگام از دندان‌ها و این‌که عدم رویش ممکن است ناشی از مشکلاتی منجمله کمبود ویتامین E, D, و C و ... مسائل دیگر باشد. دندان در آوردن یک فرآیند فیزیولوژیک است، در طی دندان در آوردن ممکن است ناراحتی‌هایی به وجود آید مثل آب ریزش از دهان، افزایش مکیدن انگشت، جویدن اجسام سخت، ناآرامی و اشکال در غذا خوردن.<sup>(۲۰)</sup> بعضی ترکیبات به‌خصوص دارای اثرات مہار کنندگی بر پوسیدگی دندان هستند.<sup>(۲۱)</sup> مطالعات نشان داده است فسفات‌ها میزان پوسیدگی را کاهش می‌دهند. تأثیر این مواد، موضعی و وابسته به خاصیت بافری آن‌هاست که باعث کاهش میزان انحلال مینا می‌شود همچنین، غذاهایی که میزان چربی، پروتئین و فلوراید یا کلسیم آن‌ها بالاست، دندان را در برابر پوسیدگی محافظت می‌کنند.<sup>(۱۹)</sup> از آنجائی که مصرف بعضی مواد و عدم مصرف مواد دیگر بر سلامت و حفظ دندان‌ها بسیار مهم و اساسی است لذا آگاهی و شناخت والدین به ویژه مادران در مورد این عامل حیاتی و ضروری به نظر می‌رسد.

۹۲/۴ درصد نمونه‌ها نمی‌دانستند، طول نخ دندان چند سانتی‌متر باید باشد و ۷۱/۲ درصد به این سؤال که حالت نخ دندان در زمان کشیدن چگونه باید باشد، پاسخ صحیح نداده‌اند که حاکی از عدم آگاهی آنان است. عدم اطلاع از روش صحیح و کاربرد یک ابزار ممکن است باعث عدم سهولت در کار و عدم توانایی

۸- خیری نمین عبدالله. بررسی میزان آگاهی والدین بیماران مراجعه کننده به بخش کودکان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، پایان نامه دکتری؛ تهران؛ ۱۳۸۱. ص ۵۲، ۵۰، ۴۹.

۹- انصاری مقدم سمیه. بررسی آگاهی نگرش و رفتار مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان نسبت به عوامل موثر در سلامت دهان و دندان کودکان و شیرخواران، پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان؛ ۱۳۸۲. ص ۴، ۵۳، ۸۵.

۱۰- آقاملائی تیمور. بررسی تأثیر آموزش بهداشت دهان و دندان بر رفتارهای بهداشتی دانش آموزان پسر مدارس راهنمایی تهران. پایان نامه دکتری. دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۶. ص ۳۲، ۴۴، ۷۳.

11- Wong MCM, Schwarz E, Zhong HG. Oral health status and oral health behaviors in Chinese children, J dent Res; 2001. 80(5). P: 1459-1465.

۱۲- نجفی احمد. ارزیابی رابطه سطح آگاهی با وضعیت بهداشت دهان و دندان والدین مراجعه کننده بر دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی. تهران؛ ۱۳۷۹. ص ۴۲ - ۳۰.

13- Bell JF. Social Factors and preventive dentistry: prevention of oral disease. Oxford University Press; St Louis: Mosby; 1996. P. 217.

۱۴- خوردی مود مریم. بررسی میزان شیوع پوسیدگی در دندانهای دائمی کودکان ۶ تا ۱۳ ساله دبستانهای مشهد. مجله جامعه دندانپزشکی ایران؛ ۱۳۷۱. ۱۶: ۲۴-۲۵.

۱۵- بهرمانی محمد. بررسی میزان اطلاع والدین کودکان مراجعه کننده به بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی آزاد اسلامی تهران از روشهای پیشگیری از پوسیدگی در دندانپزشکی؛ تهران؛ ۱۳۷۹. ص ۵۳.

Mc Donald اظهارات اهداف متعددی از این جلسه ملاقات دنبال می شود که مطمئناً دستورات مراقبتی خاصی به پدر و مادر ارائه می شود. مادر ناآگاه کودک را از تمامی این مراقبت ها محروم می کند.<sup>(۵)</sup>

### تقدیر و تشکر

نویسندگان از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و جناب آقای اربابی عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری زاهدان و سرکارخانم عبدلی که ما را در تنظیم این مقاله یاری نمودند، تشکر و قدردانی می نمایند.

### فهرست منابع

۱- ظفرمند عبدالحمید. بررسی میزان آگاهی نگرش دانش آموزان راهنمایی شهر تهران نسبت به بهداشت دهان و دندان. پایان نامه دکتری حرفه ای. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ تهران؛ ۱۳۷۹. ص ۷۴-۷۵.

2- Russell WB. Oral Hygiene Lea and Febiger. Philadelphia: Mosby; 1999. P. 539.

۳- خدمت صدیقه. بیماری های دهان و دندان. تهران: سامان؛ ۱۳۸۰. ص ۱۲-۳۲.

4- Petersen PE, Stella YL. Health promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bull world health organ; 2005. 83(9): 677-684.

5- McDonald RE, Avery DR. Dentistry for the child and adolescent. St Louis: Mosby; 2000. P.3-11-12.

6- Whaley L, Wong D. Nursing care of infant and children. Washing ton: Mosby; 2003. P. 727-728, 781-783.

۷- قاسمی بیناز. بررسی میزان آگاهی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در زمینه اهمیت بهداشت دهان و دندان. پایان نامه دکتری؛ زاهدان؛ ۱۳۸۳. ص ۳-۵.

21-Paula J, Moynihan H. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. Bull world health organ; 2005. 83(3): 694-697.

۲۲- هادیان داریوش. شما و دندان‌هایتان. نکات و مطالب مهم در دندانپزشکی به زبان ساده. تهران: ژرف؛ ۱۳۷۱. ص ۲، ۳، ۶، ۱۴.

۲۳- عشایری نرگس. مقایسه کارآیی شش روش مختلف مسواک زدن در برداشت پلاک میکروبی. دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه دکتری؛ ۱۳۷۹. ص ۸۰.

۲۴- هاتفی میترا. بهداشت دهان و دندان برای یک زندگی سالم. مجله دانشمند؛ ۱۳۸۱. ۵۱: ۴۰۱.

۲۵- جهانیان فرحناز. دندانپزشکی کودکان (از شیرخوارگی تا بلوغ). مشهد: انتشارات علوم پزشکی مشهد؛ ۱۳۷۹. ص ۲۲-۷۵.

۱۶- عبدالحسینی محسن. ارزیابی میزان آگاهی و نگرش عملکرد نسبت به دندانپزشکی پیشگیری در دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی شهر تهران؛ ۱۳۸۰. ص ۵۰.

17- King NM, Isabel L, Bdsc LM, Tsai SJ. Caries prevalence and distribution and oral Health habits of zero- to four- year- old children in Macaurching. J dent child; 2003. 10(3): 243-247.

18- Manal L, Malik AL, Holt RD, Bedi R. Prevalence and patterns of caries, rampant caries, and oral health in two- to five- year- old children in Saudi Arabia. J dent child; 2003. 70(3): 235-241.

۱۹- حلم سرشت پریوش، دل پیشه اسماعیل. اصول بهداشت فردی. تهران: چپر؛ ۱۳۸۱. ص ۴۷-۴۵.

۲۰- مک دونالد رالف ای. آدری دیوید آر. دندانپزشکی اطفال و نوجوانان. ترجمه ناهید جناییان. تهران: زیبا، تیمورزاده؛ ۱۳۸۰. ص ۲۱۵.

## *Mothers' Awareness, regarding Orodonal Health of their Children at age of 1-6 Years old*

\*M. Naderifar, MS<sup>1</sup> T. Akbarsharifi, MS<sup>2</sup> H. Pairovi, PhD<sup>3</sup> H. Haghani, MS<sup>4</sup>

### **Abstract**

**Background & Aim:** Orodonal health is one of the most important aspect of children's health. Care of mouth and teeth is important in children during childhood, because it guarantees the appropriate raising of permanent teeth. Therefore, mothers' awareness about orodental health is important, as a foundation for health promotion planning for children. The aim of this study, was to determine the knowledge of mothers about their childreans orodental health at age of 1-6 years old.

**Material & Method:** This was a cross-sectional study in which, questionnaires and interviews were used as tools for data gathering. Five hundred mothers of children at age of 1-6 years old, were selected by random sampling method that took part in the study.

**Result:** About 8.6% of mothers had low level knowledge, 44% had moderate knowledge and 47.4% had good knowledge regarding orodental health in children (P=0.000). The ANOVA test showed that significant correlation between the variables of knowledge and mothers' age as well as, mothers' education, children's age, economic situation of the families and residence area.

**Conclusion:** As mothers have great responsibilities about children's orodental health, therefore, increasing knowledge regarding this issue is important and planning educational programs for mothers would be necessary.

**Key Words:** Knowledge, Orodonal health, Children 1- 6 years old

<sup>1</sup> Senior Lecturer in the Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. (\*Corresponding Author)

<sup>2</sup> Senior Lecturer, in the Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

<sup>3</sup> Assistant Professor in the Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

<sup>4</sup> Senior Lecturer in the Department of Statistics, School of Mangement and Medical Information, Iran University of Medical Sciences.