

بررسی سواد سلامت و وضعیت بهداشت دهان و دندان در جمعیت عشایری

حمید غیبی پور^۱ - دکتر علی احمدی^۲ - ابوالقاسم شکر^{۳†}

- ۱- پژوهشگر عضو مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۲- استادیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ عضو مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهرکرد، شهرکرد، ایران
 ۳- کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه آموزشی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

Assessment of oral health literacy among adults of the nomadic population

Hamid Gheibipour¹, Ali Ahmadi², Abolghsem Shokri^{3†}

- 1- Researcher Member of Modeling in Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
 2- Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran; Researcher Member of Modeling in Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
 3[†]- Master Degree Of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (epidemiology.shokri@sbm.ac.ir)

Background and Aims: One of the most important determinants of health is Oral Health Literacy (OHL). The aim of this study was to investigate the OHL among nomadic population in Kouhrang city as pristine society.

Materials and Methods: This was a cross-sectional descriptive study among 200 nomadic population aged 18-60 years of Kouhrang city in 2018. Data were collected using a questionnaire and face-to-face interview, sampling method was performed by randomized cluster. The questionnaire consisted of 17 questions in 4 sections of reading comprehension, listening, perception of number, and decision making. According to the number of questions, the questionnaire score was formed 0 to 17 and the nomadic populations were categorized into three groups with inadequate OHL (0-9), borderline OHL (10-11), and adequate OHL (9-12-17).

Results: The mean and standard deviation of the participants in this study was 35.49 ± 12.00 . The results showed that 7.00% of participants had sufficient OHL (12-17), 21.51% borderline (10-11), and 71.50% had inadequate OHL (0-9). The mean and standard deviation of OHL score in general was 7.65 ± 2.80 , and the mean DMFT index was 8.03 ± 5.64 ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of this study showed that the OHL score in the nomadic population was low, and also the mean DMFT index was very high. It is necessary to pay attention to the timely prevention and treatment of the teeth, as well as serious attention to the health education in this population.

Key Words: Health literacy, Oral and dental, Nomads

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2019;32(3):177-185

† مؤلف مسؤول: تهران - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - دانشکده بهداشت - گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی
 تلفن: ۰۹۱۲۸۱۶۱۰۹۶ نشانی الکترونیک: epidemiology.shokri@sbm.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت دهان یکی از مهم‌ترین فاکتورهای سلامت می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه بررسی سواد سلامت دهان در جمعیت عشایری شهرستان کوهرنگ به عنوان یک جمعیت بکر بود.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مقطعی - توصیفی می‌باشد که بر روی ۲۰۰ نفر از جمعیت عشایری شهرستان کوهرنگ در رده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال در سال ۱۳۹۷ صورت گرفته بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه حضوری جمع‌آوری گردید و روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای بود. پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال سواد سلامت دهان و شامل چهار بخش در مهارت درک مطلب خواندن، گوش دادن، درک اعداد و تصمیم‌گیری بود. با توجه به تعداد سؤالات، نمره پرسشنامه از صفر تا ۱۷ بود و افراد بر اساس نمرات کسب شده به سه گروه ناکافی (۰-۹)، مرزی (۱۰-۱۱) و کافی (۱۲-۱۷) طبقه‌بندی شدند. جهت تحلیل داده‌های آماری از آزمون‌های ANOVA، T-test، Spearman و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه $35/49 \pm 12/00$ سال بود. نشان داده شد که ۷/۰۰ درصد دارای سواد سلامت دهان - دندان کافی (۱۲-۱۷)، ۲۱/۵۰ درصد مرزی (۱۰-۱۱) و ۷۱/۵۰ درصد دارای سواد سلامت ناکافی (۰-۹) بودند و میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت دهان - دندان به طور کلی $7/65 \pm 2/80$ به دست آمد، همچنین مقدار میانگین شاخص DMFT برابر $8/03 \pm 5/64$ به دست آمد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نشان داده شد که نمره سواد سلامت دهان در جمعیت عشایری پایین می‌باشد و همچنین میانگین شاخص DMFT بسیار بالا می‌باشد که لزوم توجه به پیشگیری و درمان به موقع دندان‌ها و همچنین توجه جدی به آموزش سلامت در این جمعیت بسیار ضروری است.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، دهان و دندان، عشایر

وصول: ۹۷/۱۰/۳۰ اصلاح نهایی: ۹۸/۰۹/۰۱ تأیید چاپ: ۹۸/۰۹/۰۹

مقدمه

رعایت بهداشت دهان - دندان نقش عمده‌ای دارد (۱۵). عواملی همچون مسواک زدن نامنظم، تغییر در رژیم غذایی، دسترسی آسان به کربوهیدرات‌ها و کاهش استفاده از خمیر دندان‌های حاوی فلوراید باعث تسریع روند پوسیدگی دندان در کشورهای در حال توسعه شده است (۱۶،۱۷).

یکی از استراتژی‌های ارتقاء سلامت دهان - دندان، ارتقاء سطح سواد سلامت می‌باشد که در هفتمین کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت سازمان جهانی بهداشت از آن به عنوان یکی از پنج تدبیر کلیدی شناسایی شده برای بهبود سلامت دهان - دندان یاد کرده‌اند (۱۸) و به عنوان یکی از مهم‌ترین فاکتورهای مؤثر بر سلامت دهان - دندان در جامعه، سواد سلامت دهان افراد می‌باشد که نه تنها بر سلامت دهان - دندان بلکه بر کیفیت زندگی افراد هم تأثیرگذار می‌باشد (۱۹،۲۰)، رایج‌ترین تعریف سواد سلامت دهان، درجه‌ای از توانایی افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات سلامت عمومی دهان و تصمیم‌گیری مناسب در زمینه حفظ سلامت دهان است (۲۱).

ارتقاء سواد سلامت شامل افزایش ظرفیت افراد برای به دست آوردن، درک و اقدام برای اصلاح اطلاعات بهداشتی و تصمیم‌گیری بهداشتی مناسب با هدف نهایی حفظ سلامت یا مدیریت بیماری‌ها می‌باشد (۲۲). سطح تحصیلات پایین می‌تواند به طور مستقیم با محدود کردن رشد

بیماری‌های دهان - دندان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های بشر بوده و اکثر افراد در طول عمر خود آن را تجربه خواهند کرد (۱،۲). تحقیقات نشان داده است بین ابتلا به بیماری‌های دهان - دندان و وقوع بیماری‌هایی همچون دیابت (۳)، بیماری‌های قلبی عروقی (۴)، آرتریت روماتوئید (۵)، عملکرد کلیه (۶)، پنومونی هم ابتلایی قابل ملاحظه‌ای وجود دارد (۷). انسان به دلیل عادات غذایی و سبک زندگی نسبت به پوسیدگی دندان بسیار مستعد بوده به گونه‌ای که ۹۹ درصد افراد در طول زندگی خود دچار پوسیدگی دندان شده و ۳۷ درصد دندان‌ها بر اثر پوسیدگی از بین می‌روند (۸،۹). وضعیت دهان - دندان در حال حاضر مسئول ۱۵ میلیون دالی در سراسر جهان می‌باشد که بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ با افزایش ۲۰/۸ درصدی همراه بوده است (۱۰-۱۳). سازمان جهانی بهداشت شاخص‌های گوناگونی را برای بیماری‌های دهان - دندان تعیین نموده و یکی از بهترین شاخص‌های اپیدمیولوژیک در دندانپزشکی که جهت تعیین وضعیت بهداشت دهان - دندان افراد جامعه مورد استفاده است، شاخص DMFT (Decayed/Missing/Filled Teeth) می‌باشد (۱۴).

از آنجایی که در علت شناسی بیماری‌های لثه و پوسیدگی دندان‌ها پلاک‌های دندانی نقش عمده‌ای دارند لذا جهت کنترل بیماری دندان،

بلند برای بیمار خوانده می‌شد و بیمار بعد از شنیدن این نکات به سؤالات پاسخ می‌داد. بخش تصمیم‌گیری شامل سه سؤال در مورد نحوه برخورد با مشکلات دهان - دندان و دو سؤال در مورد مفاهیم پرونده بیمار بود. هر سؤال دارای یک جواب صحیح، یک یا چند جواب اشتباه و یک جواب نمی‌دانم بود. نحوه امتیاز دهی به این صورت بود که برای پاسخ‌های صحیح نمره یک، برای پاسخ‌های اشتباه، نمره صفر و سؤالات بدون پاسخ نمره صفر در نظر گرفته شد. با توجه به تعداد سؤالات، نمره پرسشنامه از صفر تا ۱۷ بود و افراد بر اساس نمرات کسب شده به سه گروه ناکافی (۰-۹)، مرزی (۱۰-۱۱) و کافی (۱۲-۱۷) طبقه‌بندی شدند (۲۴).

شاخص DMFT (میانگین تعداد دندان‌های دائمی پوسیده، کشیده شده یا ترمیم شده) توسط کارشناسان بهداشت و با استفاده از وسایلی همچون سوند و آینه و بدون استفاده از تصاویر رادیوگرافی اندازه‌گیری شد. در این مطالعه دندان‌های فیشر سیلانت شده جز دندان‌های پر شده در نظر گرفته شد و دندان‌های هشت از مطالعه خارج شدند. در تکمیل پرسشنامه‌ها بر محرمانه بودن اطلاعات و اهمیت پاسخ صادقانه افراد تأکید و اطمینان خاطر داده شده است. اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان این مطالعه به صورت شفاهی، توجیه آنان در مورد ماهیت، روش و هدف از انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی نمونه‌های مورد پژوهش در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بوده است.

روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود. به صورت تصادفی خوشه‌ای از جمعیت‌های عشایری تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت به عنوان خوشه‌ها و زیستگاه‌های عشایری به عنوان خوشه نمونه‌ها متناسب با جمعیت و حجم نمونه انتخاب شد. حجم نمونه مورد نظر با استفاده از فرمول حجم نمونه (فرمول دانیل) با در نظر گرفتن ۵ درصد برای مقدار خطای نوع اول و سطح اطمینان ۹۵ درصد و مقدار پی برابر ۵ درصد، حداقل به تعداد ۱۰۰ نفر لازم است که با افزایش دقت و کاهش خطای تصادفی و با اعمال ضریب دو برای اثر خوشه‌های مطالعه تعداد نمونه مورد نیاز ۲۰۰ نفر شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب و آزمون‌های توافقی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ توسط کارشناسان

شخصی، اجتماعی و فرهنگی بر سلامت افراد نیز تأثیر گذاشته و مانع رشد سطح سواد سلامت شود. با توجه به رابطه مستقیم سلامت دهان - دندان با درآمد و طبقه اجتماعی - اقتصادی به نظر می‌رسد وضعیت بهداشت دهان - دندان در جمعیت عشایری مطلوب نباشد لذا هدف از انجام این مطالعه بررسی سواد سلامت دهان - دندان در جمعیت عشایری شهرستان کوهرنگ و همچنین آزمون این فرضیه که میانگین DMFT این جمعیت با میانگین استانی و کشوری در صورت وجود چه تفاوتی دارد بود.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی، توصیفی - تحلیلی بود، که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۷ بر روی ۲۰۰ نفر از جمعیت عشایری استان چهارمحال و بختیاری در رده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال صورت گرفته است. جامعه مورد مطالعه خانوارهای عشایر ایل بختیاری بود که در فصل بهار از استان خوزستان به استان چهارمحال و بختیاری کوچ نموده بودند.

برای تشخیص سواد سلامت و وضعیت بهداشت دهان - دندان از پرسشنامه Naghibi Sistani و همکاران (۲۳) با ضریب داخلی ۰/۸۴ و روایی ۰/۷۲ استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال سواد سلامت دهان و شامل چهار بخش درک مطلب خواندن، گوش دادن، درک اعداد و تصمیم‌گیری بود. سؤالات مربوط به عادات رفتاری بهداشت دهان - دندان شامل دفعات بررسی وضعیت استفاده از مسواک، استفاده از نخ دندان، استفاده از دهانشویه، مصرف مواد قندی و غذاهای اسیدی به صورت روزانه، مصرف سیگار و دخانیات بود و همچنین سؤالات مربوط به عوامل دموگرافیک و شاخص DMFT بود. بخش درک مطلب شامل شش سؤال به صورت جملات با جای خالی و در مورد سواد سلامت دهان - دندان شامل ارتباط مشکلات دهان با سایر بیماری‌ها، روش‌های جلوگیری از پوسیدگی، تعداد دندان‌ها و زمان رویش دندان‌ها بود. بخش مهارت درک اعداد شامل چهار سؤال بود که بیمار باید پس از مطالعه یک نسخه مرتبط با مصرف آنتی بیوتیک و یک دستورالعمل مصرف دهانشویه، به دو سؤال مرتبط به هر قسمت پاسخ می‌داد. بخش گوش دادن شامل دو سؤال بود که در این بخش یک دستورالعمل درباره نکاتی که بعد از کشیدن دندان باید رعایت شود، توسط پرسشگر دو بار با صدای

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ نفر شرکت کننده با میانگین و انحراف معیار سنی $12/00 \pm 35/49$ سال حضور داشت که ۸۹ نفر (۴۴/۵۰ درصد) از آنان را مردان و ۱۱۱ نفر (۵۵/۵۰ درصد) را زنان تشکیل داده بودند. از نظر سطح تحصیلات ۲۵/۵۰ درصد افراد بی‌سواد، ۶۵/۵۰ درصد تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۹/۰۰ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند، از نظر تعداد دفعات مسواک زدن در جمعیت عشایری ۵۹/۵۰ درصد در طول عمر خود از مسواک استفاده نکردند، ۱۱/۵۰ درصد یکبار در روز، ۸/۵۰ درصد دو بار در روز و ۲۰/۵۰ درصد استفاده نامنظم از مسواک داشتند، استفاده از نخ دندان، دهانشویه به ترتیب در ۱/۵۰ درصد و ۲ درصد در آن‌ها مشاهده شد و ۱۶ درصد سابقه مصرف سیگار داشتند (جدول ۱).

مغرب و آموزش دیده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای گزارش داده‌های کمی از میانگین و برای داده‌های کیفی از فراوانی (درصد) استفاده شده است. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. جهت بررسی رابطه متغیرهای دموگرافیک و میانگین نمره سواد سلامت جمعیت مورد بررسی از آزمون ANOVA و T-test استفاده شد. جهت بررسی رابطه بین سواد سلامت دهان با سن، جنسیت و سطح تحصیلات از رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد همچنین برای بررسی رابطه سواد سلامت دهان- دندان با رفتارهای سلامت دهان، آزمون Spearman مورد استفاده قرار گرفت. جهت بررسی رابطه متغیرهای دموگرافیک و میانگین شاخص DMFT جمعیت مورد بررسی از آزمون ANOVA و T-test استفاده شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

جدول ۱- وضعیت دموگرافیک و رفتارهای سلامت جمعیت عشایری شهرستان کوهرنگ

متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد (۴۴/۵۰) ۸۹
	زن (۵۵/۵۰) ۱۱۱
سن	زیر ۳۰ سال (۴۲/۵۰) ۸۵
	بالای ۳۰ سال (۵۷/۵۰) ۱۱۵
وضعیت تأهل	مجرد (۲۶/۵۰) ۵۳
	متأهل (۳/۰۰) ۶
	بیوه (۲۵/۵۰) ۵۱
سطح تحصیلات	بی‌سواد (۹/۰۰) ۱۸
	دیپلم و زیر دیپلم (۵۹/۵۰) ۱۱۹
	دانشگاهی (۱۱/۵۰) ۲۳
تعداد دفعات مسواک	استفاده نمی‌کند (۸/۵۰) ۱۷
	یکبار در روز (۲۰/۵۰) ۴۱
	دو بار در روز (۴۴/۵۰) ۸۹
	نامنظم (۴۴/۵۰) ۸۹
استفاده از نخ دندان	خیر (۹۸/۵۰) ۱۹۶
	بلی / نامنظم (۱/۵۰) ۳
استفاده از دهان شویه	خیر (۹۸/۰۰) ۱۹۶
	بلی (۲/۰۰) ۴
سابقه مصرف سیگار	خیر (۸۴/۰۰) ۱۶۸
	بلی (۱۶/۰۰) ۳۲

از جمعیت عشایری شرکت‌کنندگان در مطالعه میانگین و انحراف معیار نمره سواد سلامت دهان- دندان ۸/۲۸۸ ± ۷/۶۵ به دست آمد و همچنین نشان داده شد که ۷/۰۰ درصد دارای سواد سلامت دهان- دندان کافی (۱۲-۱۷)، ۲۱/۵۰ درصد مرزی (۱۱-۱۰) و ۷۱/۵۰ درصد دارای سواد سلامت ناکافی (۹-۰) بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به درک مطلب خواندن، درک اعداد، گوش دادن و تصمیم‌گیری هر کدام به ترتیب (۱/۲۱) (۲/۸۴)، (۱/۰۹) (۳/۰۱)، (۰/۸۰) (۰/۹۵) و (۰/۸۹) (۰/۷۹) بودند. در جمعیت عشایری شرکت‌کنندگان در این مطالعه افراد کمتر از ۳۰ سال نسبت به افراد بالای ۳۰ سال ($P < 0/001$)، افراد مجرد نسبت به افراد متأهل و بیوه ($P < 0/001$)، افراد با مدرک تحصیلی بالاتر نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر ($P < 0/001$) از سواد سلامت بیشتری برخوردار بودند. همچنین نشان داده شد که افرادی که از مسواک استفاده نمی‌کردند نسبت به دیگران ($P < 0/001$) از سواد سلامت کمتری برخوردار بودند (جدول ۳).

مقدار میانگین شاخص DMFT برابر $8/03 \pm 5/64$ به دست آمد و میانگین تعداد دندان‌های پوسیده (DT) معادل $6/01 \pm 4/57$ از دست داده شده (MT) $3/1 \pm 5/14$ و پرشده (FT) معادل $0/41 \pm 1/26$ برآورد شد. در این مطالعه جمعیت عشایری بالای ۳۰ سال نسبت به زیر ۳۰ سال ($P < 0/001$)، افراد با وضعیت تأهل بیوه و متأهل نسبت به افراد مجرد ($P < 0/001$) و افراد با سطح تحصیلات پایین نسبت به افراد با سطح تحصیلات بالا ($P < 0/001$) دارای میانگین بالاتری از شاخص DMFT بودند. همچنین افرادی که سابقه استفاده از مسواک نداشتند نسبت به سایرین ($P < 0/001$) و افراد سیگاری نسبت به افراد غیر سیگاری ($P < 0/001$) دارای میانگین بالاتری از شاخص DMFT بودند. نشان داده شد شاخص DMFT در افرادی که سواد سلامت بیشتری دارند نسبت به سایرین کمتر بود ($P < 0/001$) و از نظر آماری هم معنی‌دار بود (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین شاخص DMFT جمعیت عشایری بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک و رفتارهای سلامت

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	P-value
جنسیت	مرد	۵/۱۹ (۷/۸۵)
	زن	۵/۴۴ (۸/۱۷)
سن	کمتر از ۳۰ سال	۳/۶۶ (۴/۵۰)
	بیشتر از ۳۰ سال	۵/۴۴ (۱۰/۶۳)
وضعیت تأهل	مجرد	۵/۲۹ (۹/۴۲)
	متأهل	۸/۶۸ (۱۱/۱۶)
	بیوه	۴/۹۳ (۱۱/۴۹)
سطح تحصیلات	بیسواد	۶/۶۲ (۸/۴۴)
	دیپلم و زیر دیپلم	۱/۵۶ (۶/۶۲)
	دانشگاهی	۵/۷۶ (۹/۵۹)
	استفاده نمی‌کنم	۵/۱۹ (۷/۸۵)
دفعات مسواک زدن	یکبار در روز	۵/۱۰ (۵/۲۶)
	دو بار در روز	۳/۹۵ (۷/۱۱)
	نامنظم	۴/۴۶ (۵/۴۱)
سابقه مصرف سیگار	خیر	۶/۵۶ (۱۰/۳۴)
	بلی	۵/۳۶ (۷/۵۸)
سواد سلامت دهان- دندان	ناکافی	۵/۴۱ (۸/۹۰)
	متوسط	۴/۹۰ (۵/۲۰)
	کافی	۳/۱۷ (۴/۸۵)

جدول ۳- میانگین نمره سواد سلامت دهان- دندان در جمعیت عشایری بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک و رفتارهای سلامت

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	P-Value
جنسیت	مرد (۲/۹۶ (۷/۶۰)	۰/۸۵
	زن (۲/۸۲ (۷/۸۷)	
سن	کمتر از ۳۰ سال (۲/۹۱ (۶/۶۶)	۰/۰۰۱<
	بیشتر از ۳۰ سال (۲/۴۸ (۸/۹۱)	
وضعیت تأهل	مجرد (۲/۹۰ (۷/۲۲)	۰/۰۰۱<
	متأهل (۲/۰۸ (۶/۰۰)	
	بیوه (۲/۲۳ (۵/۰۱)	
سطح تحصیلات	بی‌سواد (۲/۴۲ (۸/۲۴)	۰/۰۰۱<
	دیپلم و زیر دیپلم (۳/۱۷ (۴/۸۵)	
	دانشگاهی (۲/۲۶ (۱۰/۶۲)	
دفعات مسواک زدن	استفاده نمی‌کنم (۲/۹۶ (۷/۱۰)	۰/۰۰۱<
	یکبار در روز (۲/۵۰ (۸/۱۶)	
	دو بار در روز (۳/۱۷ (۴/۸۵)	
	نامنظم (۲/۵۹ (۷/۸۸)	
سابقه مصرف سیگار	خیر (۲/۸۶ (۷/۸۰)	۰/۰۸
	بلی (۲/۷۱ (۶/۸۴)	

جدول ۴- ضریب همبستگی سواد سلامت دهان و رفتارهای سلامت دهان جمعیت عشایری کوه‌رنگ

رفتار سلامت	r _s	P-value
استفاده از مسواک	۰/۱۸	<۰/۰۰۱
دفعات مسواک زدن	۰/۱۳	۰/۰۵
سیگار کشیدن	۰/۱۲	۰/۰۷

جدول ۵- رابطه بین سواد سلامت دهان- دندان و متغیرهای دموگرافیک با استفاده از رگرسیون خطی چند متغیر

متغیر دموگرافیک	ضریب بتا	P-value
سن	۰/۱۰۰-	۰/۸۱
جنسیت	-۰/۰۷	۰/۲۱
وضعیت تأهل	-۰/۲۱	۰/۰۴
سطح تحصیلات	۰/۴۰	<۰/۰۰۱

جمعیت عشایری فریدون اباد به دندانپزشک عمومی باشد. در مطالعه مرور منظم و متا آنالیز Pournaghi-Azar و همکاران (۲۶) میانگین شاخص DMFT در بزرگسالان ۱۹ سال و بالاتر در ایران ۸/۶۰ نشان داده شد که از مطالعه حاضر کمتر می‌باشد. یکی از مهم‌ترین دلایل آن می‌توان به مصرف بیشتر لبنیات و مواد غذایی طبیعی در جمعیت عشایری اشاره کرد. همچنین نشان داده شد که میانگین شاخص DMFT در افراد بیوه، بیشتر از سایرین می‌باشد که یکی از مهم‌ترین علل آن، بالا بودن سن افراد بیوه می‌باشد.

در این مطالعه بین میانگین DMFT و سن رابطه آماری معنی‌داری دیده شد و هرچه سن بالاتر رود میانگین DMFT هم بالاتر می‌رفت که با مطالعه Moosavi و Tahani (۲۵) همخوانی داشت. بین سطح تحصیلات و میانگین DMFT رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت و هرچه سطح تحصیلات بیشتر بود شاخص DMFT کمتر بود که با مطالعه Vano و همکاران (۲۷) همخوانی داشت.

در این مطالعه نشان داده شده است که از کل جمعیت مورد بررسی تنها ۱۱/۵۰ درصد، یک بار در روز و ۸/۵۰ درصد، دوبار در روز مسواک می‌زدند. برخلاف این یافته‌ها مطالعه Saied Moallemi و Haghghi (۲۸) بر روی شهروندان اصفهانی نشان داد که ۴۹/۹۰ درصد آن‌ها حداقل یکبار در روز و ۲۷/۴۰ درصد آنها حداقل دو بار در روز مسواک می‌زدند، احتمالاً علت این اختلاف سطح پایین سواد جمعیت عشایری و به دنبال آن آگاهی ضعیف این جمعیت باشد.

جزء اصلی DMFT در مطالعه حاضر، دندان‌های پوسیده (DT) و از دست داده شده (MT) می‌باشد و کمترین مقدار مربوط به دندان‌های پر شده (FT) است که نشان دهنده پایین بودن خدمات مرتبط با سلامت دهان - دندان در جمعیت عشایری و همچنین پایین بودن سطح اقتصادی در این جامعه می‌باشد. در این مطالعه نشان داده شد میانگین شاخص DMFT در افراد سیگاری و در افراد با گروه سنی بالا بیشتر بوده است که یافته‌های مطالعه Kosari و همکاران (۲۹) همسو می‌باشد. در این مطالعه نشان داده شد میانگین DMFT در افرادی که دوبار در روز مسواک می‌زدند نسبت به افرادی که به صورت نامنظم مسواک می‌زدند بالاتر می‌باشد از دلایل این امر احتمالاً می‌توان به این نکته اشاره کرد که افراد بعد از اینکه تعداد دندان‌های پوسیده شان زیاد گردید به بهداشت

افرادی که دارای سواد سلامت بیشتری بودند در خصوص مسواک زدن ($P < 0/001$) و دفعات مسواک زدن ($P = 0/05$)، رفتار مطلوب‌تری گزارش کردند (جدول ۴).

رابطه بین سواد سلامت با سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با استفاده از رگرسیون خطی چند متغیره بررسی گردید که نشان داده شد با افزایش سطح تحصیلات، سواد سلامت افزایش (B Coefficients = -0/21) و از نظر آماری معنی‌دار بود و سواد سلامت در افراد مجرد نسبت به سایر افراد بیشتر می‌باشد (B Coefficients = 0/40) که این نتیجه نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$) (جدول ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

برنامه‌ریزی در امر بهداشت و پیشگیری همواره موجب کاهش یا قطع بروز بیماری و ارتقاء سلامت و بهداشت دهان جامعه می‌گردد. این امر نیازمند شناسایی و ارزیابی اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت و بیماری دهان - دندان می‌باشد. بر همین اساس و اهمیت رسالت بهداشت دهان - دندان به ویژه در جمعیت متحرک و کوچ رو، این مطالعه با هدف بررسی سواد بهداشت دهان - دندان و وضعیت سلامت دهان - دندان در جمعیت عشایری شهرستان کوهرنگ و قرار دادن نتیجه پژوهش در اختیار مسئولین ذیربط صورت گرفت.

این مطالعه بر روی ۲۰۰ نفر از جمعیت عشایری شهرستان کوهرنگ با میانگین سنی (انحراف معیار) $35/49 \pm 12/00$ صورت گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که مقدار میانگین شاخص DMFT برابر $8/5 \pm 3/64$ بود. و میانگین تعداد دندان‌های پوسیده (DT) معادل $6/4 \pm 1/57$ از دست داده شده (MT) $1/3 \pm 5/14$ و پر شده (FT) معادل $0/41 \pm 1/26$ نشان داده شد.

طی مطالعه که توسط Moosavi و Tahani (۲۵) بر روی جمعیت عشایری شهرستان فریدونشهر انجام گردید میانگین شاخص DMFT معادل $9/60 \pm 5/60$ نشان داده شد که از مطالعه حاضر بیشتر بود. همچنین در مطالعه حاضر بیشترین میانگین شاخص DMFT مربوط به دندان‌های پوسیده بود در صورتی که در مطالعه Moosavi و Tahani (۲۵) در عشایر فریونشهر بیشترین سهم مربوط به دندان‌های کشیده شده بود. به احتمال زیاد از مهم‌ترین علل آن می‌توان به دسترسی بیشتر

دهان- دندان توجه کردند و شروع به مسواک زدن کردند.

در این مطالعه نشان داده شد که میانگین نمره سلامت دهان- دندان جمعیت عشایری ۷/۶۵ بود که از مطالعه Seiad Moalemi و همکاران (۲۸) در اصفهان که میانگین نمره سواد سلامت دهان- دندان را ۱۱/۱۰ گزارش کرد و همچنین مطالعه Naghibi Sistani و همکاران (۲۴) در تهران که میانگین نمره سواد سلامت دهان- دندان ۱۰/۵۰ را گزارش کردند بسیار پایین تر بود. همچنین در مطالعه حاضر ۷/۰۰ درصد جمعیت دارای سواد سلامت کافی بودند در صورتی که این مقدار در مطالعه Seiad Moalemi و همکاران (۲۸) در اصفهان ۵۳/۰۰ درصد و در مطالعه Naghibi Sistani و همکاران (۲۴) در تهران ۴۰/۰۰ درصد گزارش گردید. از مهم ترین دلایل اختلاف در این امر می توان به پایین بودن سطح تحصیلات و همچنین پایین بودن سطح اقتصادی- اجتماعی در جمعیت عشایری نسبت شهر اصفهان و تهران اشاره کرد.

در این مطالعه نشان داده شد که افراد جوان نسبت به افراد مسن از سواد سلامت بیشتری برخوردار هستند که این یافته برخلاف یافته های مطالعه Seid Moalemi و همکاران (۲۸) در اصفهان و مطالعه Naghibi Sistani و همکاران (۲۴) در تهران می باشد. علت این اختلاف احتمالاً به بالاتر بودن سطح تحصیلات در افراد جوان نسبت به بزرگسالان در این مطالعه برمی گردد.

همچنین در مطالعه حاضر نشان داده شد که افراد با تحصیلات بیشتر از سواد سلامت بیشتری برخوردار هستند که با یافته های مطالعه Seid Moalemi و Haghghi (۲۸) در اصفهان و مطالعه Naghibi Sistani و همکاران (۲۴) در تهران همسو می باشد. طبیعی است که با افزایش سطح تحصیلات افراد درک بهتر و بیشتری از برنامه های آموزشی و سلامت دارند و بهتر می توانند آن ها را در زندگی خود به کار بگیرند و همچنین احتمالاً آگاهی خود را در مورد سلامت بالاتر می برند. در این مطالعه نشان داده شد که شاخص DMFT در جمعیت عشایری شهرستان کوهرنگ بالا می باشد و بیشترین سهم در این

منابع:

- 1- Sadeghi M. Prevalence and bilateral occurrence of first permanent molar caries in 12-year-old students. JODDD. 2007;1(2):86.
- 2- Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. Community dentistry and oral epidemiology. 2006;34(4):289-98.
- 3- Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients. Diabetes care. 2010;33(2):421-7.
- 4- Janket S-J, Baird AE, Chuang S-K, Jones JA. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2003;95(5):559-69.
- 5- de Smit M, Westra J, Vissink A, Doornbos-van der Meer B,

شاخص مربوط به تعداد دندان های پوسیده می باشد. همچنین نشان داده شد که سواد سلامت دهان در جمعیت عشایری پایین می باشد که لزوم توجه به پیشگیری و درمان به موقع دندان ها و همچنین توجه جدی به آموزش سلامت در این جمعیت بسیار ضروری است. تبیین موانع و مشکلات سلامت دهان- دندان و نیز باورهای اجتماعی ممانعت کننده در جمعیت عشایری و گروه های مختلف قومی می تواند در برنامه پژوهش های بعدی قرار گیرد. با توجه به کمبود نیروی بهداشتی متخصص در آموزش و بهبود عملکرد بهداشت دهان- دندان جمعیت عشایری پیشنهاد می شود با جذب نیروهای طرحی دندانپزشک، بهداشتکار دهان و پرستار دهان- دندان در مراکز بهداشتی و خانه های بهداشتی تحت نظارت معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه بتواند گام مؤثری در جهت بهبود و ارتقای رفتارهای بهداشتی جمعیت عشایری باشد.

از محدودیت های این مطالعه می توان به بررسی کل جمعیت عشایری اشاره کرد که آگاهی افراد تحصیل کرده و سایر افراد می تواند متفاوت باشد. همچنین از محدودیت دیگر این مطالعه می توان به بررسی نکردن شاخص DMFT توسط دندانپزشک اشاره کرد که پیشنهاد می شود مطالعات بعدی در اقسام مختلف جمعیت عشایری و همچنین معاینه دندان ها توسط دندانپزشک صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل از طرح مطالعاتی بررسی و ارزیابی نیازها در سه جامعه شهری، روستایی و عشایری استان چهارمحال و بختیاری با کد اخلاق IR.SKUMS.REC.1397.104 می باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مطالعه بر خود لازم می دانند از کلیه عزیزانی که در این مطالعه همکاری لازم را داشتند تشکر و قدردانی کنند.

- 1- Sadeghi M. Prevalence and bilateral occurrence of first permanent molar caries in 12-year-old students. JODDD. 2007;1(2):86.
- 2- Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. Community dentistry and oral epidemiology. 2006;34(4):289-98.
- 3- Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal

- Brouwer E, van Winkelhoff AJ. Periodontitis in established rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional clinical, microbiological and serological study. *Arthritis research & therapy*. 2012;14(5):R222.
- 6- Iwasaki M, Taylor GW, Nesse W, Vissink A, Yoshihara A, Miyazaki H. Periodontal disease and decreased kidney function in Japanese elderly. *AJKD*. 2012;59(2):202-9.
- 7- Tada A, Miura H. Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012;55(1):16-21.
- 8- Shayegh S, Nasr Esfahani M. Knowledge and attitudes of dental students at universities across the country to provide oral health services, and health care networks in the nation. *Daneshvar J*. 2007;15:53-6.
- 9- Badri Gargari R, Salek Hadadian N. The role of factors related to perceived self-efficacy and health behavior brushing and flossing pull the visitors to the private office of Tabriz. *Int J Res Med Sci*. 2011;9:130-8.
- 10- Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *JDR*. 2013;92(7):592-7.
- 11- Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*. 2012;60(1):15-39.
- 12- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*. 2003;31(s1):3-24.
- 13- Petersen PE, Baehni PC. Periodontal health and global public health. *Periodontology 2000*. 2012;60(1):7-14.
- 14- Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries—international perspectives. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2005;33(4):274-9.
- 15- Lewis D, Al I. the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1995). *Periodic health examination, 1995 update: 2. prevention of dental caries*. *Can Med Assoc J*. 152:836-46.
- 16- Dixit LP, Shakya A, Shrestha M, Shrestha A. Dental caries prevalence, oral health knowledge and practice among indigenous Chepang school children of Nepal. *BMC Oral Health*. 2013;13(1):20.
- 17- Sudha P, Bhasin S, Anegundi R. Prevalence of dental caries among 5-13-year-old children of Mangalore city. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2005;23(2):74.
- 18- Petersen PE, Kwan S. The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dental Health*. 2010;27(Suppl 1):129-36.
- 19- Buunk-Werkhoven YA, Dijkstra A, van der Schans CP. Determinants of oral hygiene behavior: a study based on the theory of planned behavior. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2011;39(3):250-9.
- 20- Bress LE. Improving Oral Health Literacy—The New Standard in Dental Hygiene Practice. *American Dental Hygienists Association*. 2013;87(6):322-9.
- 21- Isman B. Healthy People 2010: Oral Health Toolkit. National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR).2007
- 22- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-67.
- 23- Naghibi Sistani MM, Montazeri A, Yazdani R, Murtomaa H. New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *JICD*. 2014;5(4):313-21.
- 24- Naghibi Sistani MM, Yazdani R, Virtanen J, Pakdaman A, Murtomaa H. Determinants of oral health: does oral health literacy matter? *ISRN dentistry*. 2013;2013.
- 25- Tahani B, Moosavi SP. Assessment of Oral Health Status and Health Behaviors in the Adult Population of Nomadic Tribes (2016). *JMDS*. 2018;42(4):307-19.
- 26- Pournaghi-Azar F, Asl-Aminabadi N, Jamali Z, Azami A, Hazem K, Azami-Aghdash S, et al. Status of decayed, missing, filled teeth index among Iranian children and adults: A systematic review and meta-analysis. *JARCM*. 2018;6(2):55-66.
- 27- Vano M, Gennai S, Karapetsa D, Miceli M, Giuca MR, Gabriele M, et al. The influence of educational level and oral hygiene behaviours on DMFT index and CPITN index in an adult Italian population: an epidemiological study. *IJDH*. 2015;13(2):151-7.
- 28- Saied Moallemi Z, Haghghi M. Assessing oral health literacy among the residents of Isfahan in 2014? 2015. 2016.
- 29- Kosari M, Hoseini Z, Golrizi F. The investigation of oral and dental status and its related factors in the elderly in Torbat Heydariyeh in 2015. *JTHUMS*. 2016;4(2):39-44.