

ارزیابی آگاهی مادران از عوامل خطر ساز انفرادی و محیطی صدمات دندانی در کودکان ۸-۱۲ ساله و روش‌های پیشگیری و ارتباط آن‌ها با زندگی روزانه‌ی کودکان

دکتر سید ابراهیم جباری فر^۱، دکتر پروین خادم^{*}، مهدیه حیدری^۲، دکتر شهرزاد جوادی نژاد^۳،
شکوفه نوبهار^۴، دکتر مریم حاجی احمدی^۵

چکیده

مقدمه: مادران نقش برجسته‌ای در تأمین سلامت دهان و دندان و پیشگیری از بیماری‌ها به خصوص صدمات دندانی در کودکان خود دارند. هدف از این مطالعه ارزیابی آگاهی مادران کودکان ۸ تا ۱۲ ساله از صدمات دندانی و روش‌های پیشگیری از آن‌ها و عوامل خطر ساز محیطی و انفرادی و ارتباط آن‌ها با زندگی روزانه کودکان‌شان در شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی ۵۵۶ مادر کودکان ۸-۱۲ ساله‌ی دبستانی منطقه‌ی ۳ و ۴ آموزش و پرورش اصفهان، پرسشنامه‌ی مربوط به آگاهی‌های مرتبط به عوامل خطر ساز محیطی و روش‌های پیشگیری از صدمات دندانی و روش‌های انتقال و نگهداری دندان‌های خارج شده از حفره آلونول و کمک‌های اورژانسی و اولیه در صدمات دندانی شرکت کردند. ۱۰۰ نفر از کودکان این مادران مورد معاینه‌ی دهان و دندان قرار گرفتند و نشانگرهای فردی خطر ساز صدمات دندانی ثبت و با تکمیل پرسشنامه، تأثیر سلامت دهان و دندان بر زندگی روزمره آنها ثبت گردید. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS و آزمونهای t-test، کای اسکور، آنوا و ارتباط متغیرها ارزیابی شد. ($\alpha=0/05$)

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی آگاهی مادران $8/9 \pm 3/13$ بود. بین نمره‌ی آگاهی و سطح تحصیلات مادران و منابع کسب اطلاعات مربوط به صدمات دندانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P=0/01$ و $P=0/016$) و بین نمره‌ی آگاهی مادران و شغل آن‌ها و سرعت عمل در انجام خدمات اورژانس ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/636$ و $P=0/154$). همچنین بین میانگین تأثیر سلامت دهان و دندان بر زندگی روزانه‌ی کودک و آگاهی و سواد مادر ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P=0/02$).

نتیجه‌گیری: میزان آگاهی مادران از عوامل خطر ساز ایجاد صدمات دندانی و روش‌های پیشگیری از صدمات و اقدامات اولیه و اورژانس در هنگام خارج شدن دندان از حفره‌ی آلونول ضعیف بود. سلامت دهان و پوسیدگی دندان‌ها و صدمات دندانی بر روند معمول زندگی از جمله خوردن و آشامیدن، درس خواندن، ارتباط اجتماعی و خواب و استراحت آن‌ها تاثیرگذار بود.

کلید واژه‌ها: صدمات دندانی، کیفیت زندگی، سلامت دهان و دندان، عوامل خطر ساز

* استادیار بخش دندان پزشکی جامعه‌نگر، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)
khadem@dnt.mui.ac.ir

۱: دانشیار بخش دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲: دانشجوی دندان پزشکی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳: استادیار بخش دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان اصفهان، اصفهان، ایران.

۴: دانشجوی دندان پزشکی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان

۵: دستیار بخش دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکتری حرفه‌ای دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد

این مقاله در تاریخ ۸۸/۹/۱۱ به دفتر مجله رسید. در تاریخ ۸۹/۳/۲۹ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۴/۱۵ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۸۹، ۵(۵): ۵۷۴ تا ۵۸۷

ارزیابی آگاهی مادران از عوامل خطر ساز انفرادی و محیطی صدمات دندانی...

دکتر پروین خادم و همکاران

مقدمه

مطالعات نشان می‌دهد که از هر صد کودک، یک نفر متحمل صدمات دندانی می‌شود. خانه، مدرسه، خیابان و ورزشگاه از مکان‌هایی هستند که صدمات دندانی به وفور اتفاق می‌افتد. صدمات دندانی چهارمین رتبه‌ی مراجعه به دندان پزشکی را در بین کودکان مدارس به خود اختصاص داده است (۳-۱). آسیب به دندان‌ها به دلیل صدمات یک پدیده‌ی اتفاقی نبوده، بلکه شرایط محیطی و عوامل فردی زمینه‌ساز در وقوع و شیوع آن تأثیرگذار هستند. رفتارهای پرخطر کودکان، شرایط نامساعد ورزش‌های گروهی و فردی، عدم آگاهی از روش‌های پیشگیری از صدمات دندانی، استفاده از خدمات حمل و نقل غیر ایمن و غیر استاندارد در مدارس، ناکارآمد بودن استراتژی‌های کمک‌های اولیه، صدمات دندانی در کودکان را افزایش می‌دهند. صدمات دندانی مانند دیگر اختلالات و بیماری‌های دهان و دندان پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و روحی و روانی به افراد، خانواده و جامعه دارد و کیفیت زندگی‌شان را متأثر می‌سازد (۵-۴). آگاهی والدین، مربیان ورزش، مراقبین بهداشت مدارس و کودکان از عوامل خطر ساز فردی، شرایط محیطی پرخطر و روش‌های پیشگیری و نیز ارایه خدمات اولیه‌ی اورژانس مربوط به صدمات دندانی اندک می‌باشد. والدین در صدمات دندانی کودکان خود ۷-۱ روز بعد از وقوع حادثه به دندان پزشک مراجعه می‌کنند و ۶۰ درصد تروماهای دندانی در ورزش‌های گروهی و زمین خوردن در مدرسه و بدون استفاده از محافظ دهانی رخ می‌دهد. ۵۰ درصد کودکان قبل از ورود به مدرسه متحمل صدمات دندانی و بافت‌های فک، صورت و دهان می‌شوند. در اکثر این موارد میزان اورجت آن‌ها بیش از مقدار طبیعی بوده است (۸-۶). در بسیاری از موارد خارج شدن کامل دندان از حفره‌ی آلوئول، خدمات اولیه‌ی اورژانسی در دسترس نبوده و شناخت از محیط‌های نگهدارنده دندان اندک و اغلب والدین و مربیان مدارس قادر به جاگذاری دندان نبوده‌اند. بسیاری از پرسنل مدارس و خانواده‌ها در کشورهای انگلستان، هنگ‌کنگ، استرالیا، سنگاپور نیوزلند استفاده‌ی مناسب از محافظ دهانی را نمی‌دانسته و آگاهی اندکی از عوامل خطر ساز محیطی و فردی در کودکان مدارس وجود داشته است (۱۰-۹).

مطالعه‌ای در کانادا نشان داد که کیفیت زندگی کودکان مدارس که دچار صدمه‌ی دندانی شده بودند به طور معنی‌داری کمتر از دانش آموزانی بوده است که صدمه‌ی دندانی به آن‌ها وارد نشده بود (۱۲-۱۱). با افزایش شیوع صدمات دندانی در کودکان مدرسه رو، تعدد عوامل خطر ساز محیطی و رفتارهای پرخطر فردی اتخاذ رویکرد همه جانبه‌ی ارتقاء سلامت در پیشگیری و درمان صدمات دندانی اجتناب ناپذیر می‌باشد. شناخت و آگاهی پدر و مادر، آموزش‌های متولیان مدارس، آموزش‌های عمومی رابطین سلامت در مدارس در زمینه‌ی عوامل و شرایط خطر ساز بالادستی (محیطی)، میان دستی (ترکیب محیط و فرد) و پایین دستی (فردی) و روش‌های پیشگیری ضروری می‌باشد (۱۶-۱۳). هدف از مطالعه‌ی حاضر بررسی میزان آگاهی و شناخت مادران از عوامل خطر ساز محیطی و فردی و روش‌های پیشگیری از صدمات دندانی کودکان ۱۲-۸ ساله‌ی مدارس ابتدایی شهر اصفهان و بررسی عوامل خطر ساز فردی در این کودکان و نیز بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان و ارتباط آن با زندگی روزانه‌ی آن‌ها می‌باشد. هدف کاربردی ایجاد بستر لازم برای آموزش والدین کودکان، مربیان مدارس و ورزش و تلاش همه جانبه برای کاهش صدمات دندانی در کودکان مستعد مدارس و کاهش پیامدهای صدمات دندانی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

برای این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی تعداد ۵۰۸ نفر از مادران کودکان مشغول به تحصیل در مدارس ابتدایی ناحیه‌ی ۳ و ۴ آموزش و پرورش و تعداد ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان ۱۲-۸ ساله به طور تصادفی از بایگانی و لیست دانش‌آموزان و مادران به دلیل در دسترس بودن تعیین و انتخاب شدند. ۷۰۰ پرسشنامه از طریق پست ارسال و طی تلفن‌های یادآوری و جلسات انجمن اولیاء و مربیان مدارس ۵۵۶ پرسشنامه تکمیل شده عودت داده شد. به طور تصادفی ۱۰۰ دانش‌آموز این مادران به منظور بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان و نیز عوامل خطر ساز صدمات دندانی مانند وضعیت اکلوزن، بهداشت دهان و شیوع تروما و تأثیر آن‌ها بر زندگی روزانه‌ی فرد توسط شاخص

ارزیابی آگاهی مادران از عوامل خطر ساز انفرادی و محیطی صدمات دندانی...

دکتر پروین خادم و همکاران

خارج شده از حفره‌ی آلوئول، زمان مناسب جاگذاری و در صورت آلوده شدن دندان و اقدامات عملی جهت کنترل آلودگی و خونریزی قبل از جاگذاری را نداشتند.

۷۵ درصد مادران اطلاعی از صدمه به دندان کودکان نداشتند و بیش از ۹۰ درصدشان خطرات بالقوه‌ی ایجاد صدمه‌ی دندانی در دهان کودک خود را نمی‌دانستند (جدول ۴، ۳، ۲، ۱) و بیش از ۷۵/۵ درصد موارد فرزندشان از وسیله‌ی حمل و نقل و سرویس‌های غیر استاندارد مدارس و نایمن استفاده می‌نمودند (جدول ۵). بیش از ۸۰ درصد مادران موارد استفاده از محافظ دهانی را دوچرخه سواری و ورزش‌های گروهی می‌دانستند (جدول ۶). بیش از سه چهارم کودکان معاینه شده اختلال در عملکرد روزانه مانند خوردن و مسواک کردن و لبخند زدن و درس خواندن را گزارش کردند. بیش از نصف کودکان اختلال در عملکرد روزانه‌ی خود را به واسطه پوسیدگی دندان، ضربه و دندان درد ناشی از آن‌ها می‌دانستند و در بیش از نصف کودکان ارتباط اجتماعی‌شان و خوردن مواد غذایی لازم مختل شده بود. رابطه‌ی کلاس دو نوع یک و عدم کفایت لب‌ها و میزان اورجت بیش از مقدار طبیعی مهم‌ترین عوامل فردی تأثیر گذار در شیوع ترومای دندانی بودند (جدول ۸، ۷، ۶). با افزایش اورجت شیوع صدمه به دندان افزایش یافته بود. رابطه‌ی دندانی دو نوع یک با شیوع تروما معنی‌دار بود ($P=0/02$). بین میزان شیوع صدمه‌ی دندانی و مشکلات دهان و دندان و کیفیت زندگی و عملکرد روزانه‌ی کودک ارتباط معنی‌داری داشت ($P=0/03$). بیش از نصف کودکان طی سه ماه گذشته درد دندانی ناشی از پوسیدگی و صدمه‌ی دندانی داشتند و کیفیت زندگی مرتبط به سلامت دهان و دندان نامطلوب‌تر از کودکانی بود که صدمات دندانی و پوسیدگی نداشتند ($P=0/001$).

نکته‌ی حائز اهمیت این که از بین مادران مورد بررسی، تنها دو درصدشان پیگیری و درمان دندان صدمه دیده‌ی کودک خود را انجام داده بودند.

از اطلاعات جدول ۷ می‌توان درک کرد که بیش از نیمی از اختلال در عملکرد روزانه‌ی کودک به واسطه‌ی پوسیدگی، ضربه و دندان درد ناشی از آن‌ها می‌باشد و بیش از نصف کودکان در خوردن و ارتباطات اجتماعی نیز مشکل داشتند.

OIDP (Oral Impact Daily Performance) مورد معاینه و تکمیل پرسشنامه و چک لیست‌های مورد نظر در مدارس توسط یکی از نویسندگان که همسان‌سازی و آموزش لازم دیده بود، قرار گرفتند. اطلاعات این مطالعه شامل اطلاعات دموگرافیک کودکان و والدین آن‌ها و در دو پرسشنامه‌ی آگاهی و عملکرد والدین از صدمات دندانی و شاخص تأثیر سلامت دهان و دندان بودند که روایی محتوا و صوری آن در مطالعات مقدماتی تعیین گردیده بود، به دست آمد. بعد از جمع‌آوری و وارد کردن اطلاعات، تجزیه و تحلیل و توصیف آن‌ها در نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه‌ی ۱۱/۵ صورت گرفت. از شاخص‌های توصیفی آماری نمرات آگاهی و آزمون‌های تحلیل واریانس و تی تست و مجذور کای برای تعیین آماره‌های توصیفی و ارتباطها استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی آگاهی مادران $8/9 \pm 3/13$ و نمرات بالای ۱۷ خوب و نمرات ۱۷-۱۴ متوسط و نمرات کمتر از ۱۴ ضعیف در نظر گرفته شد. بر این اساس ۹۴ درصد مادران آگاهی و شناخت ضعیف و ۴/۹ درصدشان آگاهی خوب داشتند. آزمون مجذور کای نشان داد که همراهی معنی‌داری بین وضعیت آگاهی مادران و وضعیت تحصیلی آن‌ها وجود داشت ($P=0/016$). میانگین نمره‌ی آگاهی مادران با وضعیت شغلی‌شان تفاوت معنی‌داری نداشت ($P=0/542$). تحلیل واریانس یک‌طرفه مقایسه‌ی میانگین نمرات بر اساس منبع کسب اطلاعات مربوط به ترومای دندانی تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P=0/001$). بیشترین منبع کسب اطلاعات مادران مراکز بهداشتی-درمانی و دندان پزشکی بود. تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که متوسط زمان عملکرد آن‌ها در مواجهه با ترومای دندانی بر حسب شغل والدین تفاوتی نداشت ($P=0/636$). ۳۸/۳۰ درصد مادران آب معمولی را مناسب‌ترین روش انتقال دندان خارج شده از حفره‌ی آلوئول و ۳۲/۵ درصدشان شیر و بزاق را مناسب‌ترین روش آسان و در دسترس می‌دانستند. ۷۰/۶ درصد مادران از شیوه‌های پیشگیری از صدمات دندانی و محافظ دهانی و نقش آن در پیشگیری و احتمال وقوع صدمه آگاهی نداشتند. اکثریت مادران آگاهی لازم در زمینه جاگذاری دندان

جدول ۱. توزیع وضعیت نکات مرتبط به کمک‌های اولیه در هنگام مواجهه با صدمات دندانی کودک

مهم‌ترین نکته‌ی مورد توجه مادر	زمان ضربه (۱۹/۳٪)، مکان ضربه (۳۸/۸٪)، چگونگی ضربه (۱۳/۱٪)، شدت ضربه (۲/۰۸٪)
تصمیم‌گیری درباره‌ی واکسیناسیون کودک	ارتباط با پزشک (۵۳٪)، مراجعه به مرکز بهداشتی-درمانی (۴۵/۷٪)، موارد دیگر (۱/۳٪)
اولین و مناسب‌ترین اقدام بعد از صدمه‌ی دندانی	مشاهده دهان و دندان (۶۵/۲٪)، پیدا کردن تکه‌ی دندان شکسته یا خارج شده (۱۸/۵٪)، جاگذاری دندان (۶/۴٪)، قرار دادن دندان در محلول نگهدارنده (۹٪)
عکس‌العمل مادر در مواجهه با دندان خارج شده از حفره‌ی آلوئول	تماس با دندان‌پزشک (۷/۹٪)، مراجعه به اورژانس دندان‌پزشکی (۶۷/۴٪)، مراجعه به پزشک (۲۴/۸٪)

جدول ۲. توزیع وضعیت آگاهی و عملکرد مادران در هنگام بروز خارج شدن کامل دندان از حفره‌ی آلوئول

اظهار توانایی جاگذاری دندان	بله (۱۱/۲٪)، خیر (۸۸/۸٪)
مدت زمان انجام مهارت جاگذاری دندان	۱۰-۳۰ دقیقه (۴۲/۳٪)، ۳۱-۶۰ دقیقه (۱۹/۴٪)، بیش از یک ساعت (۱۲/۷٪)
دلیل عدم توانایی و یا طولانی شدن زمان جاگذاری	اطلاعات اندک یا اشتباه (۵۴/۲٪)، تردید در داشتن مهارت لازم (۲۹/۳٪)، ترس از عفونت (۱۷/۶٪)

جدول ۳. توزیع انتخاب نوع محیط نگهدارنده و دندان خارج شده از حفره‌ی آلوئول

الکل (۹٪)، بزاق کودک یا مادر (۱۴٪)، شیر (۱۹٪)، بتادین (۴٪)، پیچیدن در گاز و دستمال و قرار دادن در دست کودک (۴٪)، آب یا یخ (۵۴/۷٪)

جدول ۴. توزیع عوامل خطر ساز محیطی صدمه به دندان

مدت زمان حضور و فعالیت کودک در منزل	۱-۲ ساعت (۹/۳٪)، ۲-۴ ساعت (۳۴/۴٪)، بیش از ۶ ساعت (۵۶/۲٪)
مدت زمان حضور و فعالیت کودک در مدرسه	کمتر از ۴ ساعت (۶۸/۱٪)، ۶ ساعت (۳۰/۷٪)، بیش از ۶ ساعت (۱/۱٪)
فاصله‌ی مدرسه تا محل سکونت خانواده	کمتر از یک کیلومتر (۶۳/۵٪)، بیش از یک کیلومتر (۳۶٪)، بیش از دو کیلومتر (۰/۵٪)

جدول ۵. توزیع وضعیت سرویس‌های حمل و نقل کودک به مدرسه و عوامل خطر ساز مرتبط به صدمه‌های دندانی

نوع وسیله‌ی نقلیه	دوچرخه (۰/۲ درصد)، اتوبوس واحد (۳/۷٪)، تاکسی سرویس مدرسه (۴۰٪)، وسیله‌ی نقلیه شخصی (۱۱٪)، پیاده (۴۵٪)
تعداد سرنشین سرویس مدرسه	۵ نفره (۲۴/۵٪)، بیش از ۵ نفر (۷۵/۵٪)، دو نفر در صندلی جلو بدون کمربند (۵۸/۳٪)
مدت زمان فعالیت ورزش گروهی در مدرسه	کمتر از یک ساعت (۵۶/۶٪)، دو ساعت (۱۸/۲٪)، بیش از دو ساعت (۲۵/۲٪)

جدول ۶. توزیع فراوانی وضعیت آگاهی مادران از محافظ دهانی

موارد استفاده‌ی محافظ دهانی	دوچرخه سواری (۳۸/۵٪)، ورزش‌های گروهی (۳۸/۵٪)، دندان‌قروچه (۱۹/۹٪)، ورزش‌های رزمی (۳٪)
محل تهیه‌ی محافظ دهانی	فروشگاه لوازم ورزشی (۸/۲٪)، داروخانه (۲۴/۱٪)، فروشگاه لوازم دندان‌پزشکی (۳۹/۷٪)، دندان‌پزشکی یا دندان‌سازی (۲۸٪)
اثر محافظ دهانی در کاهش صدمه‌ی دندانی	کم (۲۰٪)، متوسط (۲۸/۸٪)، زیاد (۴۱/۲٪)
ناحیه‌ی مستعد صدمه	لب‌ها (۹۸/۵٪)، دندان‌های جلو (۲۴/۹٪)، دندان‌های جلو فک پایین (۳۷/۵٪)، دندان‌های عقب (۲۸/۱٪)

جدول ۷. توزیع فراوانی اظهار اختلال در عملکرد روزانه‌ی کودکان و دلایل آن

عملکرد	خوردن (۵۱٪)، صحبت کردن (۱۷٪)، خواب (۷٪)، لب‌خند زدن (۱۵ درصد)، درس خواندن (۷٪)، بازی کردن با دوستان (۴٪)، ابراز خوشحالی (۴٪)، بدون اختلال در عملکرد (۲۹٪)
دلیل	دندان پوسیده (۳۰٪)، خون‌ریزی از لثه (۹٪)، دندان شیری در حال ریزش (۹٪)، دندان حساس و دردناک (۱۵٪)، شکستگی دندان (۱٪)، عادات دهانی (۳٪)، جرم دندانی (۵٪)، رویش دندان (۹٪)

جدول ۸. توزیع فراوانی وضعیت عوامل خطر ساز فردی در کودکان ۱۲-۸ ساله

عدم کفایت لب‌ها	غیرطبیعی (۱۵٪)، طبیعی (۸۵٪)
اورجت	طبیعی (۵۹٪)، متوسط (۲۵٪)، زیاد (۱۳٪)، معکوس (۲٪)
رابطه‌ی دندانی	کلاس دو نوع یک (۲۵٪)، کلاس دو نوع دو (۱۸٪)، کلاس یک (۵۴/۵٪)، کلاس سه (۲٪)، نامعلوم (۰/۵٪)
نوع ضربه وارده به دندان	لب پریدگی (۲۰٪)، شکستگی تاج دندان (۱۷٪)
محل فعالیت ورزشی کودک	منزل یا کوچه (۲۲٪)، مدرسه (۶۲٪)، ورزشگاه (۱۵٪)، موارد دیگر (۱٪)
فعالیت ورزشی کودک	دوچرخه (۷٪)، اسکیت (۱٪)، رزمی (۲٪)، ورزش‌های گروهی (۶۹٪)، ورزش نمی‌کنند (۲۰٪)

بحث

کاهش مدت زمان بیرون ماندن دندان خارج شده از حفره‌ی آلوئول و کاربرد مواد نگهدارنده با زیست‌سازگاری مطلوب توسط والدین و دیگر افراد غیرمتخصص پیش‌آگهی درمان‌های دندان‌پزشکی را مطلوب‌تر خواهد کرد. آگاهی و به‌کارگیری اقدام‌های پیشگیرانه از صدمات دندانی، بهبود شرایط محیطی خطر ساز، کنترل و رعایت نکات ایمنی و وسایل حمل و نقل کودکان مدارس، استفاده از کمر بند، کلاه‌خود و محافظ دهانی در هنگام ورزش کردن، حمل و نقل و مسافرت و توجیه

کودکان مستعد صدمات از نظر رفتارهای پرخطر و اطلاع رسانی عمومی از طریق کلاس آموزش عملی و نظری، رسانه‌های جمعی، رعایت ضوابط و استانداردهای وسایل نقلیه، محیط مدارس و انتخاب مسیر کوتاه منزل تا مدرسه و تدوین اصول و قواعد کمک‌های اولیه در مدارس و خانه به طور محسوسی پیامدهای اقتصادی - اجتماعی، روانی و عملکردی صدمات دندانی در کودکان مدارس و خانواده‌ها را کاهش می‌دهد.

در مطالعه‌ی حاضر ۳۷ درصد مادران گزارش کردند که

را می‌دانستند و ۸/۴ درصد مادران روش مناسب زیست سازگار را نیز می‌دانستند (۲۸). اکثریت مادران در مطالعه‌ی حاضر احساس نیاز می‌کردند که بایستی کودکانشان در هنگام دوچرخه سواری و ورزش محافظ دهانی استفاده کنند در حالیکه فرزندشان محافظ دهانی در اختیار نداشته و در اکثریت موارد محل تهیه و نحوه‌ی استفاده را نمی‌دانستند، علی‌رغم اینکه بر اساس گزارش‌ها روند استفاده از محافظ دهانی در کودکان ورزشکار و مستعد در کشورهای توسعه یافته در حال فزونی می‌باشد (۲۹-۳۰). از محدودیت‌های این مطالعه‌ی مقطعی و توصیفی بودن آن و عدم امکان تعمیم نتایج آن به عموم می‌باشد.

مطالعه‌ی حاضر نشان داد میزان آگاهی از عوامل خطر ساز محیطی و فردی مادران کودکان ۸-۱۲ ساله و شرایط حمل و نقل کودکان از خانه به مدرسه، روش‌های پیشگیری از صدمات دندانی و استفاده از محافظ دهانی رضایت بخش نبوده و ترومای دندانی باعث کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان می‌شود و خوردن، مسواک کردن، لبخند زدن، ارتباط اجتماعی، درس خواندن و مشق نوشتن کودکانشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

به نظر می‌رسد با افزایش و تغییر و بازنگری محتواهای آموزشی موجود برای رابطین بهداشت مدارس و والدین در زمینه صدمات دندانی، افزایش آگاهی عمومی در زمینه‌ی صدمات فک، صورت و دندان‌ها و روش‌های پیشگیری فردی و جمعی از طریق رسانه‌های جمعی، پمفلت و پوستر و جزوات آموزشی بتوان آگاهی جامعه را نسبت به این مشکل افزایش داد. از سوی دیگر می‌بایست نظارت مستمر بر ارائه خدمات حمل و نقل، ورزش مدارس و رعایت اصول ایمنی و استانداردها در حین مسافرت و ورزش‌های فردی و گروهی و اصلاح و بهبود رفتارهای مخاطره آمیز کودکان مستعد صدمات دندانی صورت گیرد. بدیهی است این امر جز با تدوین سیاست‌های اجرایی و اجباری رعایت ایمنی در دوچرخه سواری، محیط‌های ورزشی و آموزشی مدارس و پیش‌بینی و تهیه‌ی جعبه‌های نجات دندان‌های خارج شده از حفره‌ی آلوئول در خانه و مدرسه و تدوین مقررات جامع خدمات اولیه و اورژانس و پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه در پیشگیری از صدمات دندانی در مدارس

تجربه‌ی ضربه به دندان‌ها را در بستگان یا فرزندشان داشتند که این بیش از مقدار معمول گزارش‌های مطالعات دیگر می‌باشد که به نظر می‌رسد ناشی از شیوع متفاوت و مواجهه والدین می‌باشد (۱۸-۱۷). درصد اندکی از مادران در مطالعه‌ی حاضر در مورد کمک‌های اولیه و اورژانس‌های صدمات دندانی آموزش قبلی دیده بودند که متفاوت از گزارش مادران در کشورهای توسعه یافته یا در حال توسعه می‌باشد (۲۰-۱۹). در این مطالعه مهم‌ترین منبع اطلاع مادران از صدمات دندانی، دندان‌پزشک بود در حالی که در مطالعات دیگر مهم‌ترین منبع اطلاع رسانی مربیان مدارس و رسانه‌های جمعی بودند که نقش مهم رسانه‌ها در موضوعات دندان پزشکی را نشان می‌دهد (۲۱-۲۲). مادران با آموزش و تجربه‌ی قبلی صدمات دندانی آگاهی مطلوب‌تری در تمام ابعاد عوامل خطر ساز محیطی و فردی داشتند که نشان می‌دهد، آموزش و تجربه و تمدید آموزش‌ها و اطلاع رسانی ممتد کمک قابل توجهی در پیشگیری و بهبود اقدامات اولیه توسط خانواده به خصوص مادر می‌نماید. مطالعات دیگر نشان داده‌اند که فرزندان مستعد مادران غیر مطلع از روش‌های پیشگیری و اقدامات اولیه، در صدمات دندانی خطر وقوع صدمه و صدمه‌ی مجدد به دندان‌ها و پیامدهای پیچیده‌تر و پروگنوز نامطلوب‌تری داشته‌اند و بار اجتماعی صدمه‌های دندانی در خانواده‌های فقیر و کم درآمد و بی‌سواد بیش از خانواده‌های پر درآمد و با سواد و تحت پوشش بیمه‌ای بوده است (۲۳).

در مطالعه‌ی حاضر عملکرد روزانه‌ی کودکان مادران کمتر آگاه از صدمه‌های دندانی و روش‌های پیشگیری بیش از مادران آگاه مختل شده بود و کیفیت زندگی فرزندانشان بیش از مادران آگاه تحت تأثیر قرار گرفته بود که این نتایج هم سو با مطالعات دیگر می‌باشد (۲۶-۲۴).

اکثریت مادران در مطالعه‌ی حاضر اظهار کردند در هنگام مواجهه با دندان خارج شده از حفره‌ی آلوئول کمتر قادر به جاگذاری آن هستند و بیش از سی درصدشان نداشتن آگاهی و فقدان آموزش یا تجربه‌ی قبلی را دلیل آن می‌دانستند که متفاوت از مطالعات دیگر می‌باشد (۲۷).

تعداد اندکی از مادران روش مناسب انتقال دندان خارج شده از حفره‌ی آلوئول و آگاهی از مواد مناسب نگهداری دندان

امکان پذیر نخواهد بود.

و خانواده‌های شرکت کننده در این مطالعه و مدیریت و معاونت پژوهشی دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان اصفهان و خانم دکتر ملک محمودی و دکتر حاج زمانی متخصصین دندان پزشکی اجتماعی و عضو هیأت علمی دانشکده‌ی دندان پزشکی کرمان برای ارسال پرسشنامه‌ی فارسی OIDP ابراز می‌دارند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان قدردانی و تشکر صمیمانه‌ی خود را از همکاری مدیران مدارس ناحیه ۳ و ۴ آموزش و پرورش شهرستان اصفهان، انجمن اولیاء و مربیان این مدارس و مادران

پرسشنامه آگاهی مادران از صدمه‌های دندانی و روش‌های پیشگیری از آن (DTQ)

❖ قسمت اول: اطلاعات شخصی و حرفه‌ای

- ۱- نسبت: مادر پدر سن فرزند: ۲۰-۲۹ ۳۰-۳۹ ۴۰-۴۹ ۵۰ به بالا
- ۲- سن میزان تحصیلات پدر: شغل پدر:
- ۳- میزان تحصیلات مادر: شغل مادر:

❖ قسمت دوم: اطلاعات اجتماعی

- ۱- در طول زمان چند ساعت با فرزندتان در خانه هستید؟
 کمتر از ۲ ساعت بیشتر از ۲ ساعت
- ۲- فرزندتان چند ساعت در مدرسه است؟
 ۴ ساعت بیشتر از ۴ ساعت
- ۳- فاصله‌ی مدرسه تا خانه‌ی شما حدوداً چقدر است؟
 کمتر از یک کیلومتر بیشتر از یک کیلومتر
- ۴- فرزند شما با چه وسیله‌ای مسیر مدرسه را طی می‌کند؟
 دوچرخه اتوبوس سرویس مدرسه پیاده وسیله نقلیه والدین
- ۵- در صورت استفاده از سرویس، در سرویس مدرسه چند نفر هستند؟
 ۵ نفر بیشتر از ۵ نفر
- ۶- در صندلی جلو سرویس مدرسه کودک شما چند نفر می‌نشینند؟
 یک نفر دو نفر
- ۷- اگر مشکلی در ارتباط با فرزندتان در مدرسه به وجود آید چگونه به شما اطلاع می‌دهند؟
 تلفنی کتبی
- ۸- فرزند شما چه مدت از روز را در محل‌های تفریحی و ورزشی می‌گذرانند؟
 کمتر از ۲ ساعت بیشتر از ۲ ساعت
- ۹- آیا تا به حال شاهد ضربه‌های دندانی بوده‌اید؟
 بله خیر
- ۱۰- آیا شما و فرزندتان تا کنون یک دندان ضربه خورده داشته‌اید؟
 بله خیر

۱۱- آیا تا کنون اطلاعاتی در مورد تروما دندانی و کنترل آن کسب کرده‌اید؟

بله خیر

۱۲- در صورت مثبت بودن از چه طریقی:

تلویزیون روزنامه، کتاب، بروشور
 دندان پزشکی دوستان
 مراکز بهداشتی اینترنت

۱۳- آیا تمایل دارید تحت آموزش کمک‌های اولیه در رابطه با ضربات دهان و صورت قرار بگیرید؟

بله خیر

❖ قسمت سوم: اطلاعات اورژانسی صدمات دهان و دندان

• موقعیت اول: در صورت وارد شدن ضربه به ناحیه‌ی سر و صورت و دهان کودک خود؛

۱- سؤالی که ارجح است پرسیده شود کدام است؟

(a) چه وقت ضربه وارد شده است؟ (b) چگونه ضربه وارد شده است؟
 (c) کجا ضربه وارد شده است؟ (d) دیگر موارد را بیان کنید.....

۲- اولین محلی را که بررسی می‌کنید؟

(a) سر (b) صورت (c) دهان (d) دندان

۳- اولین و بهترین اقدام کدام است؟

(a) بررسی دهان و بررسی دندان‌ها
 (b) پیدا کردن دندان گم‌شده و یا قطعات دندان شکسته و دندان را سر جایش گذاشته
 (c) گذاشتن دندان در آب و فرستادن سریع کودک به مرکز درمانی
 (d) دیگر موارد را بیان کنید.....

۴- به نظر شما کدام یک از نواحی بیشتر در معرض ضربه هستند؟

(a) لب (b) دندان‌های جلو بالا (c) دندان‌های جلو پایین (d) دندان‌های عقب

۵- در صورتی که حادثه در یک محیط آلوده رخ داده باشد، در مورد واکسیناسیون کزاز کودک چه تصمیمی می‌گیرید؟

(a) با پزشک تماس می‌گیرم.
 (b) با دندان‌پزشک تماس می‌گیرم.
 (c) به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنم.
 (d) دیگر موارد را بیان کنید.....

• موقعیت دوم: در صورتی که فرزند شما با یک دندان در دست مراجعه کند؛

۱- اولین اقدام شما چیست؟

(a) تماس با پزشک
 (b) تماس با دندان‌پزشک
 (c) بردن کودک به بیمارستان یا اورژانس دندان‌پزشکی
 (d) دیگر موارد را بیان کنید.....

- ۲- فکر می‌کنید دندان خارج شده را باید سر جایش برگردانید؟
 (a) حتماً (b) نمی‌دانم (c) خیر (d) بستگی به شرایط دندان دارد.
- ۳- آیا شما می‌توانید دندان خارج شده را در محل خودش قرار دهید؟
 (a) بله (b) خیر (c) نمی‌دانم (d) بستگی به شرایط دارد.
- ۴- فکر می‌کنید تا چه زمانی فرصت دارید دندان را سر جایش برگردانید؟
 (a) ۱۰ دقیقه (b) ۱۵ دقیقه (c) ۲۰-۳۰ دقیقه (d) بیشتر
- ۵- حدوداً چه مدت زمان طول می‌کشد تا دندان خارج شده را در سر جایش قرار دهید؟
 (a) ۱۰ دقیقه (b) ۱۱-۳۰ دقیقه (c) ۳۱-۶۰ دقیقه (d) دیگر موارد را بیان کنید.
- ۶- اگر قادر به جاگذاری دندان خارج شده نیستید لطفاً دلایل خود را بیان کنید.
 (a) اطلاعات کم (b) ترس (c) نمی‌دانم که می‌توانم یا نه (d) دلایل دیگر را بیان کنید.
- ۷- اگر دندان خارج شده آلوده باشد چه کار می‌کنید؟
 (a) مالش به آرامی دندان با یک مسواک (b) برگرداندن دندان در ساکت (محل خودش) بدون انجام هر کاری
 (c) شستن دندان زیر فشار آب (d) تمیز کردن با گاز یا پنبه مرطوب
 (e) دور انداختن دندان (f) دیگر موارد را بیان کنید.
- ۸- اگر دندان خارج شده بشکند چه کار می‌کنید؟
 (a) باز هم آنرا جاگذاری می‌کنم. (b) به دندان‌پزشک مراجعه کرده یا با وی تماس می‌گیرم.
 (c) نمی‌دانم (d) دیگر موارد را بیان کنید.
- ۹- اگر دندان را سر جایش نگذاشتید چطور آن را نگهداری می‌کنید تا به یک مرکز دندان‌پزشکی مراجعه کنید؟
 (a) یخ (b) آب (c) الکل (d) شیر (e) بزاق (f) دست کودک
 (g) محلول ضد عفونی کننده (h) دستمال (i) دیگر موارد را بیان کنید.
- ۱۰- بعد از صدمه به دندان اگر خون‌ریزی وجود داشت چه اقدامی می‌کنید؟
 (a) یک دستمال را گاز گرفته تا خون‌ریزی بند بیاید.
 (b) سریع به مرکز دندانپزشکی - بیمارستان برده.
 (c) دهان را با آب شسته تا خون بند بیاید.
 (d) دیگر موارد را بیان کنید.
- ۱۱- آیا فکر می‌کنید به آموزش بیشتری برای کنترل تروما دنداننی نیاز دارید؟
 بله خیر

❖ قسمت چهارم: اطلاعات پیشگیری و کنترل تروماهای دندانی

- ۱- آیا از محافظ‌های دهان و دندان اطلاعاتی دارید؟
بله خیر
- ۲- مورد استفاده محافظ دهانی را در کدام مورد می‌دانید؟
(a) دوچرخه سواری و ... (b) بازی گروهی
(c) دندان قروچه (d) سایر موارد را بیان کنید.
- ۳- محافظ دهانی را از کجا باید تهیه کنید؟
(a) فروشگاه لوازم ورزشی (b) داروخانه (c) فروشگاه لوازم دندان پزشکی
(d) توسط دندان پزشک یا لابراتوار دندان سازی (e) دیگر موارد را بیان کنید.
- ۴- به نظر شما محافظ دهانی تا چه حد از شدت صدمات دهانی و دندانی در هنگام حادثه می‌کاهد؟
(a) ۱۰-۵ درصد (کم) (b) ۲۰-۱۰ درصد (متوسط)
(c) ۵۰ درصد (زیاد) (d) ۹۰-۵۰ درصد (خیلی زیاد)
- ۵- آیا استفاده از محافظ دهانی را برای فرزند خود لازم می‌دانید؟
بله خیر نمی‌دانم
- ۶- آیا تمایل دارید تحت آموزش کمک‌های اولیه در رابطه با ضربات (تروما) دهان و صورت قرار بگیرید؟
بله خیر

References

1. Andreasen J, Andreasen F, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Copenhagen: Wiley-Blackwell; 2007.
2. Pine CM, Harris R. Community oral health. 2nd ed. Chicago: Quintessence Pub; 2007. p. 203-11.
3. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry for the child and adolescent. 8th ed. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 370-470.
4. Shashikiran ND, Reddy VV, Nagaveni NB. Knowledge and attitude of 2,000 parents (urban and rural - 1,000 each) with regard to avulsed permanent incisors and their emergency management, in and around Davangere. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2006; 24(3): 116-21.
5. Navabazam A, Farahani SS. Prevalence of traumatic injuries to maxillary permanent teeth in 9- to 14-year-old school children in Yazd, Iran. *Dent Traumatol* 2010; 26(2): 154-7.
6. Flores MT, Andreasen JO, Bakland LK, Feiglin B, Gutmann JL, Oikarinen K, et al. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. *Dent Traumatol* 2001; 17(3): 97-102.
7. Malikaew P, Watt RG, Sheiham A. Prevalence and factors associated with traumatic dental injuries (TDI) to anterior teeth of 11-13 year old Thai children. *Community Dental Health* 2006; 23(4): 222-7.
8. Kinoshita-Kawano SH, Sugibayashi A, Taguchi Y. Lay knowledge and attitudes on the management of traumatically avulsed teeth and the use of mouthguards. *Pediatric Dental Journal* 2008; 18(2): 124-30.
9. Traebert J, Traiano ML, Armenio R, Barbieri DB, de Lacerda JT, Marcenes W. Knowledge of lay people and dentists in emergency management of dental trauma. *Dent Traumatol* 2009; 25(3): 277-83.
10. Blakytyn C, Surbutts C, Thomas A, Hunter ML. Avulsed permanent incisors: knowledge and attitudes of primary school teachers with regard to emergency management. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11(5): 327-32.
11. Soriano EP, Caldas AF, Jr, Goes PS. Risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol* 2004; 20(5): 246-50.
12. Sae-Lim V, Lim LP. Dental trauma management awareness of Singapore pre-school teachers. *Dent Traumatol* 2001; 17(2): 71-6.
13. Chan AW, Wong TK, Cheung GS. Lay knowledge of physical education teachers about the emergency management of dental trauma in Hong Kong. *Dent Traumatol* 2001; 17(2): 77-85.
14. Ramos-Jorge ML, Peres MA, Traebert J, Ghisi CZ, de Paiva SM, Pordeus IA, et al. Incidence of dental trauma among adolescents: a prospective cohort study. *Dent Traumatol* 2008; 24(2): 159-63.
15. Al Jundi SH. Knowledge of Jordanian mothers with regards to emergency management of dental trauma. *Dent Traumatol* 2006; 22(6): 291-5.
16. Sanu OO, Utomi IL. Parental awareness of emergency management of avulsion of permanent teeth of children in Lagos, Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 2005; 12(2): 115-20.
17. Altun C, Ozen B, Esenlik E, Guven G, Gurbuz T, Acikel C, et al. Traumatic injuries to permanent teeth in Turkish children, Ankara. *Dent Traumatol* 2009; 25(3): 309-13.
18. Bendo CB, Scarpelli C, Parreira Vale MP, Araújo Zarzar PM. Correlation between socioeconomic indicators and traumatic dental injuries: a qualitative critical literature review. *Dental Traumatology* 2009; 25(4): 420-5.
19. Lieger O, Graf C, El Maaytah M, Von Arx T. Impact of educational posters on the lay knowledge of school teachers regarding emergency management of dental injuries. *Dent Traumatol* 2009; 25(4): 406-12.
20. Cetinbas T, Yildirim G, Sonmez H. The relationship between sports activities and permanent incisor crown fractures in a group of school children aged 7-9 and 11-13 in Ankara, Turkey. *Dent Traumatol* 2008; 24(5): 532-6.
21. Tovo MF, dos Santos PR, Kramer PF, Feldens CA, Sari GT. Prevalence of crown fractures in 8-10 years old schoolchildren in Canoas, Brazil. *Dent Traumatol* 2004; 20(5): 251-4.
22. Gomes MCB, Westphalen VPD, Westphalen FH, Silva Neto UX, Fariniuk LF, Carneiro E. Study of storage media for avulsed teeth. *Brazilian Journal of Dental Traumatology* 2009; 1(2): 69-76.
23. Almeida Intra TJ, Barroso JM, Gagno Intra JB, Roldi A. Correlation between the development stage of the tooth germ and root complementation in autotransplanted teeth. *Brazilian Journal of Dental Traumatology* 2009; 1(2): 58-63.
24. Cunha FM, Souza IM, Monnerat J. Pulp canal obliteration subsequent to trauma. *Brazilian Journal of Dental Traumatology* 2009; 1(2): 64-8.
25. Rodd HD, Barker C, Baker SR, Marshman Z, Robinson PG. Social judgements made by children in relation to visible incisor trauma. *Dent Traumatol* 2010; 26(1): 2-8.
26. Locker D. Traumatic dental injuries in Ontario children age 12 and 14 years. *Community Dental Health Services Research Unit Faculty of Dentistry University of Toronto* 2006; 23.

27. Gunnoe AJ, Horodyski M, Tennant LK, Murphey M. The effect of Life events on incidence of injury in high school football players. *J Athl Train* 2001; 36(2): 150-5.
28. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(3): 364-72.
29. Gutmann JL, Gutmann MS. Cause, incidence, and prevention of trauma to teeth. *Dent Clin North Am* 1995; 39(1): 1-13.
30. Forsberg CM, Tedestam G. Etiological and predisposing factors related to traumatic injuries to permanent teeth. *Swed Dent J* 1993; 17(5): 183-90.

Evaluation of awareness of mothers about individual and environmental risk factors of dental trauma and prevention in 8-12 year-old children and their relationship with children's daily life

Ebrahim Jabarifar, Parvin Khadem^{*}, Mahdieh Heidari, Shahrzad Javadinejad, Shekoufeh Nobahar, Maryam Haji Ahmadi

Abstract

Introduction: Mothers have a great role in the oro-dental health of their children and prevention of related diseases and dental traumas. The aim of this study was to assess awareness of mothers about individual and environmental risk factors of dental trauma and prevention in 8-12 year-old children and their relationship with children's daily life.

Materials and Methods: Five hundred fifty-six mothers of 8-12 year-old elementary schoolchildren in Isfahan completed a questionnaire on awareness about environmental risk factors and prevention of dental traumas, how to preserve and transfer avulsed teeth, and first aid in dental traumas. One hundred of these students were examined for oral health status, oral traumas and their effect on daily routines. Data was analyzed by chi-squared test, ANOVA, and t-test using SPSS 11.5 software ($\alpha=0.05$).

Results: Means and standard deviations of awareness of mothers was 8.9 ± 3.13 . There was a statistically significant relationships between mothers' dental trauma awareness and educational level and sources of dental trauma information (p value = 0.016 and p value = 0.001, respectively). There was no significant relationship between mothers' knowledge and occupational status and dental trauma reaction speed (p value = 0.154 and p value = 0.636, respectively). Furthermore, the relationship between the effect of oro-dental health on children's daily routines and mothers' awareness was significant (p value = 0.001).

Conclusion: Awareness of mothers about dental trauma and individual and environmental risk factors and preventive modalities was poor. Oro-dental health had a significant effect on children's daily routines, including schooling, eating, social relations, rest, sleep and tooth brushing.

Key words: Dental trauma, Oro-dental health, Quality of life, Risk factors.

Received: 2 Dec, 2009 **Accepted:** 7 Jun, 2010

Address: Assistant Professor, Department of Holistic Dentistry, School of Dentistry, Islamic University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.

Email: khadem@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2011; 6(5): 574-587