

دراسة مسحية لتقييم أنتشار النخور السنية عند طلاب المدارس في مدينة دمشق وعلاقته بمستوى وعي آبائهم بالصحة الفموية

ثريا لاذقاني*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: تعدُّ النخور السنية من الأمراض الأنتائية التي تصيب الأسنان، وهي تنتج عن أنخساف الأملاح المعدنية الموجودة في الأنسجة السنية محدثة تجاويماً. ويعدُّ الأطفال حسب منظمة الصحة العالمية الفئة الأكثر عرضة لهذا المرض. تتعدد العوامل المؤهبة لحدوث هذا المرض، وقد ارتبط أكثرها بتنوع أنماط الحياة. هدفت هذه الدراسة المقطعية إلى تقييم نسبة أنتشار النخور السنية عند أطفال المدارس الذين تراوح أعمارهم بين 13-16 سنة في مدينة دمشق، وعلاقة ذلك بمستوى وعي الآباء بقواعد الاهتمام بالصحة الفموية لدى أطفالهم. الطرائق: دراسة مقطعية أجريت على 406 طالب من طلاب المدارس في مدينة دمشق، راوحت أعمارهم بين 13-16 سنة. قيسَت نسبة وجود النخور السنية لديهم باستخدام مشعر DMFT بعد إجراء الفحص السريري، وسؤالهم عن العادات الفموية، كما قِيم مستوى التعليم لدى الآباء، ودرجة معرفة الآباء والأبناء بقواعد الرعاية الصحية الفموية باستخدام بعض الاستبيانات. ثم دُرِسَت النتائج إحصائياً باستخدام برنامج SPSS. النتائج: بلغت نسبة أنتشار النخور لدى 406 طلاب 85.7%، وكأَنَّ المتوسط DMFT هو 3.3005. وقد أثر المستوى التعليمي للأب في معدل DMFT إحصائياً، في حين لم يكن للمستوى التعليمي للأب تأثيراً مهماً إحصائياً. كذلك لم يتأثر معدل أنتشار النخور إحصائياً بين الطلاب الذين ينتمون إلى أسر ذات دخل مادي مختلف. الاستنتاجات: يمكن تجنب النخور السنية بوسائل العناية الفموية. كما يجب أن يعمل الوعي الكافي للأبناء والآباء على تجنب هذا المرض. كما أن العادات الغذائية والسنية من الممكن أن تزيد من حدوث النخور، ممَّا يُحْتَمَّ إيجاد برامج توعية ومراقبة مستمرة.

الكلمات المفتاحية: الصحة الفموية، أنتشار النخور السنية، مشعر DMFT

*أستاذ مساعد في قسم المداواة، كلية طب الأسنان، جامعة دمشق، دمشق، الجمهورية العربية السورية.

A Pilot Study on Dental Caries Prevalence Among Damascus School Students and Its Correlation with Oral Health Knowledge of Their Parents

Thuraya Lazkani*

Abstract

Background & Aim: Dental caries is one of the most common dental diseases. They are caused by demineralization of tooth structure. According to WHO it was reported that children are the most affected by this disease and correlation with type of social life.

The present cross-sectional and survey study was to evaluate the prevalence of dental caries among school children (13-16 years old) in Damascus, and to find out the association of Oral Health Knowledge of Their Parents.

Methodology: Sectional study was conducted in schools of Damascus. A total of 406 students aged 13-16 years were checked for presence of dental caries using DMFT, and asked about their hygienic habit. Also, education level and oral health knowledge of their parents were evaluated with the help of a pre-designed questionnaire. Data were analyzed using SPSS.

Results: 406 students contributed in the present study. The general prevalence of dental caries was found to be 85.7%. DMFT was 3.3005. The education level of fathers affected DMFT significantly, while the education level of mothers didn't affect it. Also, the prevalence was not affected between students belonging to families having different income significantly.

Conclusion: Dental caries could be prevented by appropriate hygienic ways. Dental awareness among students and their parents should be prompted for prevention of this condition. Early diagnosis and prompt treatment can prevent further damage and can save the teeth. Dental and dietary habits are likely to increase this prevalence; hence the need for continuous monitoring, preventive and restorative programs.

Keywords: Oral health, Dental caries prevalence; DMFT.

* Department of Endodontic, Faculty of Dentistry, Damascus University.

المقدمة

أما في حال استمر خسف الأملاح المعدنية فيحدث التهدم في بنية الميناء، وعندها لا يمكن أن تُعالج الحالة بطرائق الوقاية بل تحتاج إلى الترميم بالمواد الترميمية^{3,4}.

تقسم العوامل المؤهبة للنخر إلى عوامل فموية وعوامل غير فموية. تشمل العوامل الفموية تشريح السن وتركيب اللويحة السنية، والانتانات السابقة، والترميمات، والصحة الفموية. في حين تشمل العوامل غير الفموية العمر، والحالة الاجتماعية الاقتصادية، والحالة الصحية، والحماية، والعادات الغذائية، والاستعداد الوراثي، وزيارة طبيب الأسنان، وتفريش الأسنان غير الجيد. أثبتت العديد من الدراسات العلاقة بين الحالة الصحية السيئة، والأمراض الجهازية، والوراثة، والعوامل البيئية السلوكية المرتبطة بالفم (الصحة الفموية السيئة، والتغذية السيئة، والعادات، والاستخدام المتكرر للأدوية الحاوية على السكر، والتعرض غير الكافي للفلور، والخدمات الصحية السنية غير الكافية). كما أشارت إلى أن السيطرة على هذه العوامل قد تساعد في تقليل انتشار النخور عند الأشخاص ذوي الخطورة العالية ولا سيما الأطفال^{6,7}.

يعدُّ الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالنخور السنية، بسبب سقوط الأسنان المؤقتة، وبزوغ الأسنان الدائمة، وعدم العناية الكافية في هذه المرحلة، كما أن جهازهم المناعي الفموي يكون في طور البناء، فضلاً عن تغير النظام الغذائي بين المنزل والمدرسة. فتكون العوامل المؤهبة لحدوث النخور السنية فعّالة في هذه المرحلة. وقد لوحظ أن الأطفال في المدارس يعتمدون على اختيارهم الشخصي للطعام غير الصحي، والعناية الفموية غير الجيدة، ممّا يزيد من احتمال حدوث النخور السنية^{9,8}.

أشارت العديد من البحوث إلى العوامل المؤهبة لحدوث النخور، كما اقترحت القيام بمزيد من الدراسات حول بعض العوامل الأخرى كـمعتقدات الوالدين ومعرفتهم بطرائق

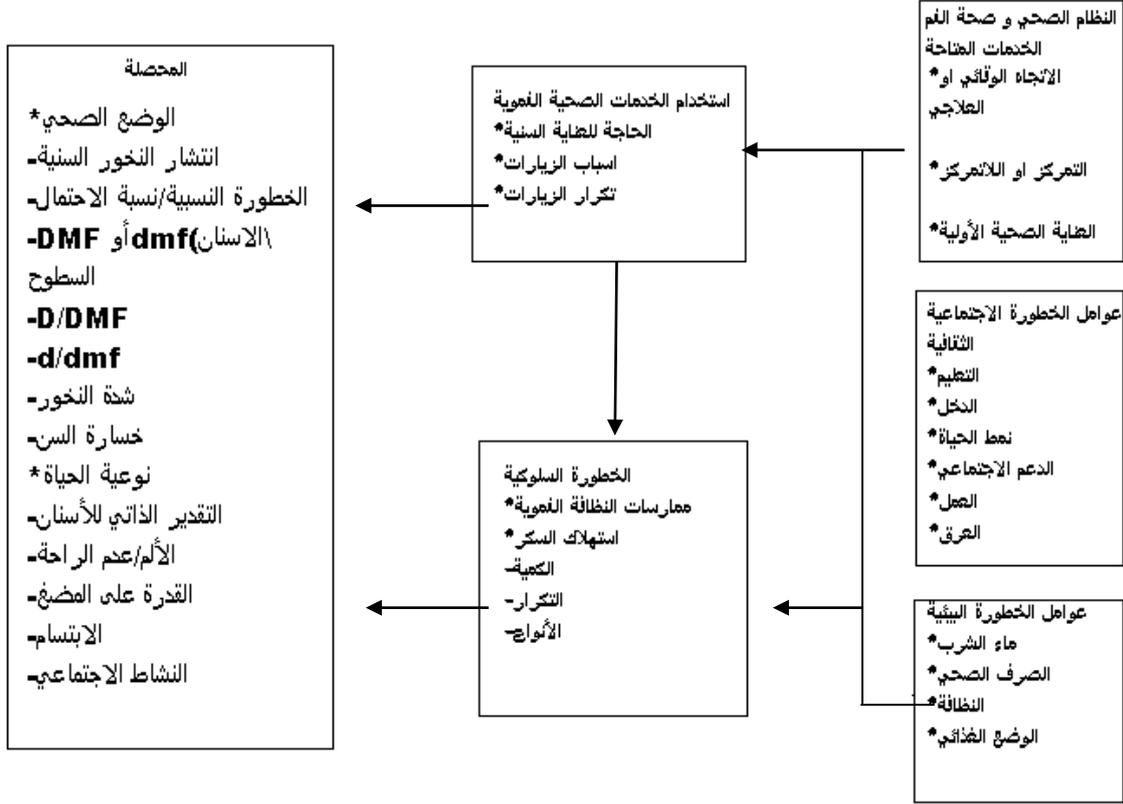
عرفت النخور السنية منذ قرون عدّة، واليوم يعانّي ملايين البشر من هذا المرض، فهو من الأمراض الأنتانية التي تصيب الأسنان نتيجة انحساف الأملاح المعدنية في الأنسجة السنية¹. لكن لا يعدُّ النخر السني من الأمراض الأنتانية الأساسية، بل هو مرض متعدد الأسباب، ولا تظهر الإصابة إلاّ عند توافر البيئة المناسبة لها داخل التجويف الفموي. تتشارك العديد من العوامل لإظهار الإصابة، فيخلق عدم توازن داخل الفم فضلاً عن عوامل خارج فموية². تؤدي مجموعة من الجراثيم ولا سيما العقديات، مع قلة الاهتمام بالنظافة الفموية، فضلاً عن الزمن دوراً مهماً في إحداث الإصابة النخرية¹.

تعرف اللويحة السنية بأنها كتلة هلامية تتشكل من التصاق الجراثيم على السطوح السنية، وفي المراحل المبكرة من النخور السنية تكون الحفر المتشكلة غير عرضية، ولا يمكن أن تلاحظ بالعين المجردة، ولا يعاني المريض من الألم إلاّ عند تقدم المرض ووصوله إلى اللب السني. والجدير بالذكر أنه من الممكن إيقاف الآفة، وتجنب حدوثها باتباع الإجراءات الوقائية³.

يُعرف النخر السني بأنها مرض إثنائي تسببه العضويات الدقيقة يصيب الأسنان محدثاً حل موضع في الأنسجة المتمعدنة¹ وتهدمها.

تبدأ الآلية الإراضية للنخور السنية من تشكل اللويحة. عندما تغطي اللويحة سطوح الأسنان ومع انخفاض ph اللعاب، سيحدث حل وانحساف للأملاح المعدنية في السن. ومع الاستقلاب الجرثومي في اللويحة الحاوية على عدد كبير من العقديات الطافرة والعصيات اللبنية يحدث انخفاض متزايد في قيمة ph تالياً لتخمير السكريات. في هذه المرحلة يبدأ حدوث النخر مع إهمال الصحة الفموية. تبقى هذه الآفة الأولية مقتصرة على الميناء إذا تم إعادة التمعن،

التفريش، والوجبات الغذائية الخفيفة، وعلاقة ذلك بنخور وستناقش فيما يأتي "الخطورة السلوكية"، و"عوامل الخطورة الطفولة⁽¹⁾".
الاجتماعية الثقافية".



رسم توضيحي (1): عوامل الخطورة السنية⁴

يعدُّ مستوى الصحة الفموية المتدني من العوامل السلوكية الاجتماعية التي تؤهب لحدوث النخر السني. لذا يعدُّ تحسين الصحة الفموية بتعليم قواعد العناية الفموية أمراً ضرورياً لتجنب هذا المرض، ويتم تحقيق ذلك عن طريق التركيز على أهمية إزالة اللويحة المغذية لسطح السن باستخدام الطريقة المناسبة كالمطرائق الميكانيكية بتفريش الأسنان بمعجون حاوٍ على الفلور، والخيوط السنية، وشرب الماء الحاوي على الفلور بالمستويات الموصى بها¹¹. كما يجب تأكيد ضرورة التفريش الجيد مرتين على الأقل يومياً، ولا سيما بعد الطعام وقبل النوم. وعند بزوغ الأسنان يجب على الأهل القيام بتفريش أسنان أطفالهم والإشراف على ذلك حتى عمر 8 سنوات¹².

يعدُّ وجود سكريات قابلة للتخمر أمراً ضرورياً لحدوث النخر، إذ تتغذى عليها الجراثيم وتنتج حموضاً تخفض pH اللعاب. وقد بيّن Stephan عام 1940 العلاقة بين النخور والسكريات، وأظهر أنَّ اللويحة السنية تصبح أكثر حموضة بعد استهلاك الجراثيم للسكريات¹⁴.

تؤثر أنماط الحياة في المجتمعات وظروف معيشتها في الصحة عموماً، ويختلف هذا من وقت لآخر ومن شخص إلى آخر، كما يؤثر النظام الغذائي في الصحة الفموية، فالأشخاص الذين يعتمدون نظاماً غذائياً غير منظم لديهم نخور سنية أكثر من هؤلاء الذين يعتمدون نظاماً غذائياً طبيعياً. كما تؤثر كمية السكريات وتكرار تناولها في حدوث النخر. فكثر تناول الوجبات الخفيفة بين الوجبات الرئيسية يسبب انخفاض pH الحفرة الفموية، ممّا يزيد من احتمال حدوث النخر السني بسبب توفر البيئة المناسبة^{16,17}.

أثر الوضع الاقتصادي والاجتماعي المنخفض في البلدان النامية تأثيراً كبيراً في حدوث النخر السني¹³. فقد ارتبط نخر الأسنان بشكل كبيراً بالحالة الاجتماعية والاقتصادية⁵، ويلاحظ أنَّ حالة الصحة الفموية مختلفة في الطبقات الاجتماعية. كما يرتبط النخر بالجنس ومستوى تعليم الأبوين¹⁷. كما يلاحظ انتشار نخور الأسنان في المدارس التي تحوي أطفالاً من مختلف الطبقات الاجتماعية، وفي المدارس العامة أكثر من المدارس الخاصة. أنَّ حالة الصحة الفموية عند الأطفال ذوي الطبقة الاجتماعية العالية الذين يدرسون في المدارس الخاصة أفضل من حالة ذوي الطبقة الاجتماعية المنخفضة في المدارس العامة¹⁸.

ارتبط أيضاً تأثير الحالة الاجتماعية الاقتصادية للوالدين بصحة الفم لدى أطفالهم، فقد سجلت الدراسات الاستقصائية الفيدرالية في ورشة عمل الجراحين الأمريكيين وجود تباينات في صحة الفم لدى الأطفال، واختلاف معدل زيارات طبيب الأسنان لعلاج الأسنان المنخورة بين الأطفال ذوي الحالة الاقتصادية والاجتماعية المختلفة، وكان هناك 60 % من أمراض الأسنان غير معالجة عند ذوي الدخل المحدود مقارنة بمجموعة الدخل المرتفع⁹. كما ترافق انخفاض مستوى التعليم لدى الآباء والبطالة وانخفاض الدخل مع سوء الصحة والأمراض المزمنة¹⁹. وقد يعود هذا إلى أنَّ معالجة أمراض الأسنان ذات تكلفة عالية نسبياً وتحتل المرتبة الرابعة في البلدان المتقدمة³⁶.

أنَّ دور الوالدين في التعليم السني مهم جداً، حيث تبدأ عملية التعلّم عند الأطفال من المنزل بإشراف الوالدين وتؤثر فيهم مدة طويلة جداً. فمعرفة الوالدين بالصحة الفموية تؤثر في سلوك أطفالهم²¹، وتقلل من النخور، وتصبح صحة اللثة لديهم أفضل²³. فقد وجد أنَّ الأطفال الذين يعيشون في بيئة ليست كفيلة بتوجيهات الصحة الفموية المناسبة، مع مستوى تعليمي متدنٍ ودخل محدود للوالدين أكثر عرضة للنخر^{5,16,24}. إذ يعتمد هؤلاء الأطفال على والديهم في تقرير الذهاب إلى طبيب الأسنان للمعالجة السنية أو عدم الذهاب. كما أشارت دراسة أخرى إلى أنَّ الأطفال المنتمين إلى بيئة اجتماعية منخفضة وآباء صغار مع مستوى

حدوث النخر عند كل شخص من خلال حساب مجموع الأسنان النخرة D (أسنان المنخورة)، والأسنان المفقودة M، وعدد الأسنان المرممة والمتوجة F. فعندما يكون DMFT=0 يعني عدم وجود نخر في الأسنان وعدم وجود أسنان مفقودة أو مرممة. وعندما يكون DMFT > 1 يعني وجود نخر في السن، وسن مفقودة وسن مرممة. يبين الجدول 1 المقاييس المستخدمة للإشارة إلى النخور عند الأطفال^{33,34}.

الجدول (1): المقاييس المستخدمة في تقييم نخور الأطفال المختلفة

DMFT: متوسط عدد الأسنان المنخورة، المفقودة، المرممة
%DMFT النسبة المئوية من السكان المتأثرين من النخور السنية
%DT متوسط عدد الأسنان المنخورة
%MT متوسط عدد الأسنان المفقودة
%FT متوسط عدد الأسنان المرممة

مبررات الدراسة:

من خلال متابعة المراجعين لعيادات كلية طب الأسنان في جامعة دمشق ضمن الفئة العمرية 11-16 سنة لوحظ انتشار النخور لديهم مع وجود الألم السني، وتبين اعتمادهم كلياً على آبائهم في اتخاذ قرار المعالجة السنية. وكان معظم الآباء يفضلون القلع عند وجود آفة على سن منخورة. ولم يكن لديهم إدراك بعواقب قلع الأسنان والصعوبات المتعلقة بمشكلات إطباق الأسنان. كما لم يتم إيجاد أي بحث منشور في دمشق يُعنى بانتشار النخور السنية وعلاقتها بمستوى الوعي سواء عند الأطفال في هذه المرحلة أو بمعرفة الوالدين، فكان الهدف من هذا البحث هو تقييم انتشار النخور السنية، وتقصي معرفة الآباء، وعلاقة ذلك بمستوى الصحة الفموية لدى أطفالهم.

لمحة عن الجمهورية العربية السورية:

الجمهورية العربية السورية تقع في جنوب غرب آسيا على الساحل الشرقي للبحر المتوسط، تتألف من 14 محافظة، عاصمتها دمشق. تبلغ مساحة الجمهورية العربية السورية

تعليمي منخفض أقل اهتماماً بزيارة طبيب الأسنان، كما يعانون بشكل أكبر من الأمراض السنية²⁵.

تزداد خطورة نخر الأسنان إذا لم تُعالج في مراحله المبكرة. فيمكن أن تؤثر نخور الأسنان غير المعالجة في حياة الأطفال بشدة، إذ تسبب إزعاجاً وألماً وانتاناً للأسنان، ونتيجة لذلك تسبب تغيّباً عن الدوام في المدرسة. كما يظهر التأثير في التغذية والنمو ووزن الجسم، الذي له تأثير ضار. وعند انتشار النخور باتجاه الأنسجة الرخوة تصبح مزمنةً وسبباً لدخول الأطفال إلى المستشفى. ومن المضاعفات التي يمكن أن تحدث أيضاً من نخر الأسنان إذا لم تعالج في مرحلة مبكرة التهاب اللب، وتموت اللب، والتهاب الأنسجة حول الذروية الحاد، والتهاب الأنسجة حول الذروية المزمن، أو الورم الحبيبي حول الذروي، والخراج حول الذروي (السنخي) الحاد، والكيس الجذري الالتهابي، والتعظم، والتلمط، والقلع. كما لوحظ أن الأطفال الذين لديهم قلع وألم سني لديهم تقرحات، ونواسير، ومشاكلات لبية، وخراجات حول ذروية²⁵. ولا يقتصر الألم السني الناتج عن النخر على الأسنان المصابة، ولكنه يشمل الأسنان المحيطة أيضاً. يغيّر الألم سلوك الأكل، واختيار الطعام، ومظهر الوجه، ممّا يعيق التواصل مع الآخرين. كما يسبب القلع المبكر للأسنان إعاقة الكلام، ونتائج صادمة نفسياً. كما يدفع الألم الشديد عند الأطفال إلى زيارات متعددة للطبيب لوصف المضادات الحيوية، وقد يعاني الأطفال فضلاً عن هجمات الألم الشديدة من قلة النوم، ممّا يؤخر النمو على المدى الطويل^{26,27,28}.

يعدّ مؤشر DMF المستخدم في الدراسات الوبائية الفموية المقياس الأكثر شيوعاً لتقييم نخور الأسنان. يوضّح هذا المقياس عدد الأسنان غير المعالجة والمفقودة والمرممة في فم الأشخاص الذين يتم فحصهم، وقد استخدم على مدى السنوات الـ 65 الماضية^{33,34}. يتم الحصول على نسبة

دراسة beruti أنتشاراً كبيراً للنخور لدى فئة 5 سنوات بنسبة 77% في عام 1985، و74% في عام 1992، وكان متوسط DMFT هو 5.2 و 4.7 ، ولأطفال 12 سنة بمتوسط 1.9 أو 2.3³⁵.

خدمات الصحة الفموية في سورية

هناك عدد متزايد من خريجي المؤسسات التعليمية السنوي سواءً بعدد مختصي الرعاية الفموية، أو مخبري الأسنان بيئته الجدول (2)³⁵.

الجدول(2): خريجو المؤسسات التعليمية الصحية⁽³⁵⁾

Year	Dentists	Dentist/pop ratio	Hygienists	Technicians
1985	1,975	5,200	150	500
1990	3,272	3,800	250	750
1995	8,500	2,150	450	2,200
1998	11,506	1,500	575	2,900
2002	14,610	1,172	750	4,000

يتم نشر الوعي عبر وزارة الصحة ومراكز صحة الطفل والأمومة، وعن طريق 15 مشفى. ويتم عن طريق وزارة التعليم والتربية تقديم برامج التوعية الفموية المدرسية والخدمات للأطفال بين 6 و 18 سنة³⁵.

الهدف من الدراسة:

هدفت هذه الدراسة المقطعية إلى معرفة نسبة انتشار النخور السنوية عند طلاب المدارس الذين تراوح أعمارهم بين 13 - 16 سنة في مدينة دمشق، ومدى ارتباطها بمستوى الوعي الصحي للآباء بمسببات النخور عند أطفالهم، وذلك عن طريق تحري:

- أنتشار النخور السنوية عند الطلاب بالفحص السريري.
- دخل الوالدين، ودرجة التعليم، والمعرفة الصحية الفموية (استبيان).
- مستوى الوعي الصحي الفموي لدى الآباء (استبيان).

زهاء 185180 كم بتعداد سكاني يبلغ 22.5 مليون نسمة (2013م)، واللغة الرسمية العربية³⁸.



رسم توضيحي(2): خريطة الجمهورية العربية السورية.



رسم توضيحي(3): المناطق الإدارية في محافظة دمشق.

مدينة دمشق:

دمشق مدينة داخلية تبعد عن البحر المتوسط 80 كم قبالة جبال لبنان الشرقية، وتقع على هضبة بارتفاع 690 م، تمتد المدينة إلى السفح الجنوبي لجبل قاسيون وإلى البادية، وتحاط بالغوطة من الاتجاهات جميعها. تعد دمشق المركز الإداري، وتتألف من 15 منطقة إدارية يبلغ عدد سكانها نحو 1.9 مليون نسمة(2013)³⁹.

الأمراض السنوية في دمشق:

يوجد القليل من الدراسات المنشورة فيما يخص النخور السنوية في دمشق على وجه الخصوص، وقد أظهرت

الطرائق:

1- عينة الدراسة.

أُجريت دراسة مقطعية في المدارس الحكومية في مدينة دمشق ضمن فئة الطلاب التي تراوح أعمارهم بين 13-16 سنة. اختيرت هذه الفئة العمرية لأنّ في هذا العمر تكون الأسنان الدائمة قد بزغت جميعها باستثناء الأرحاء الثالثة، والأسنان المؤقتة سقطت جميعها، فضلاً عن ذلك فهو العمر النسب من أجل استطلاعات الصحة الفموية بحسب WHO (وسائل الاستطلاع الأساسية للصحة الفموية، جنيف 1997).

أُخذت الموافقة للقيام بالدراسة من قبل المسؤولين عن الطلاب بعد أخذ موافقة جامعة دمشق ووزارة التربية بدمشق، ثم أُخذت الموافقة من الطلاب شخصياً للتأكد من رغبتهم في المشاركة بالدراسة.

اختيرت مدارس عدّة عشوائياً حيث تتألف مدينة دمشق من 15 منطقة، لم تتم تغطية مناطق دمشق جميعها بسبب صعوبة الوصول إلى تلك المناطق في الوقت الراهن. واختيرت مدرستان من كل منطقة، وكان عدد الطلاب من كل مدرسة بين 18 و20 طالباً. فبلغ عدد العينة النهائي 406 طلاب من عشرين مدرسة، وراحت أعمارهم بين 13-16 سنة.

2- حجم العينة:

أحد أهداف الدراسة هي معرفة مستوى انتشار النخور ضمن مجتمع معين، فتم اعتماد خطأ معياري 5% مع درجة ثقة 95%، تم اعتماد درجة ارتباط المتغيرين 50% للحصول على أكبر عدد من العينات. العدد الأدنى للعينات؛ وذلك بحسب القانون:

$$N = \frac{Z^2 P(1 - P)}{d^2}$$

وبذلك يصبح العدد الأدنى لحجم العينة 385 طالباً.

3- المقاييس:

• قياس النخور السنية باستخدام مشعر DMFT.

• مستوى تعليم الأهل، وتقييم المعرفة الصحية الفموية باستخدام أسئلة تقييم.

• الوعي الصحي الفموية للطلاب، ومستوى الصحة الفموية الفعلي الموجود عند الطلاب، والزيارات السنية، وذلك عن طريق الإجابة على أسئلة عدّة.

3- نموذج الأسئلة:

كانت الأداة الأساسية لجمع البيانات لاستخدامها في البحث عبارة عن نموذجين من الأسئلة: الأول موجه للطلاب وقد جُمع بعد أن أنهى الطلاب كلّهم تدوين إجاباتهم في اليوم نفسه والآخر للأهل الذي أرسل إليهم من خلال أطفالهم، وجُمع في اليوم التالي. صيغت مجموعة أسئلة تتضمن الظروف السكنية للأهل. ومستوى التعليم، ودخل الأسرة، وملكية المنزل، وعمر الأطفال، وجنسهم؛ وذلك بحسب الصيغة المقترحة لتسجيل النخور السنية بحسب WHO. تحوي الاستبيانات على مجموعة من الأسئلة طُرحت بناءً على مصدرها، إذ اختيرت من دراسات عدّة، طُرحت بتصميم مشابه، ثم عُدلت بما يناسب الفئة المستهدفة في الدراسة للحصول على استبيان متكامل، واسْتُخِذَ أسلوب لغوي بسيط للحصول على فهم كامل من قبل المجيب.

4- الفحص السريري:

فُحص كل طالب على كرسي بتوجيه إضاءة جيدة داخل الفم باستخدام مصباح ومرآة سنوية ومسبر حول سني كليل النهاية (حيث أنّ المسابر الحادة تؤذي المينا بشكل غير قابل للعكس، وذلك إذ إنّ أثناء تحري التجايف النخرية). فُحصت الأسنان الدائمة جميعها باستثناء الأرحاء الثالثة، وسجلت بيانات النخور السنية اعتماداً على نموذج منظمة الصحة العالمية لتسجيل وضع الأسنان ونخورها، كما سُجِّلت الأسنان التي رُممت والأسنان المفقودة بحسب مشعر

36	9	27	15
7	0	7	16
406	193	213	المجموع

تحليل البيانات:

فُسِّمَ تحليل البيانات إلى قسمين: الأول يخص العينة التي فُحِّصَتْ وأجريت الاستبيان الخاص بالطلاب، والتي بلغت 406 طلاب، والأخرى التي قد أتمت ما سبق فضلاً عن الإجابة عن الأسئلة الخاصة بالأهل، وبلغت 156 طالباً.

تحليل عينة 406 طلاب:

يظهر الجدول رقم 3 و 4 التوزيع العمري لـ 406 طلاب لكل من الذكور والإناث. إذ بلغ عدد الإناث (213) (52.5%)، وعدد الذكور 193 (47.5%). وكأَنَّ متوسط DMFT هو 3.3005 ويراوح بين 0 - 9 عند الإناث و 0 - 11 عند الذكور.

بلغت نسبة انتشار النخور ضمن العينة 85.7%، وكأَنَّ متوسط مشعر DMFT 3.26 بعمر 13 سنة، و 3.34 بعمر 14 سنة، و 3.00 بعمر 15 سنة، و 5.43 بعمر 16 سنة كما هو موضَّح بالجدول 4. يشير هذا إلى ازدياد معدل المشعر مع ازدياد العمر.

DMFT. أجرى الفحص طلاب طب أسنان مدربون بشكل كامل من أجل مثل هذا النوع من الفحص. وبحسب منظمة الصحة العالمية هناك نسبة خطأ بشرية تراوح بين 5% - 15% في سياق تشخيص النخور السنوية.

التحليل الإحصائي:

جمعت البيانات وُحِّلَتْ ليها إحصائياً واستُخْدِمَ البرنامج الإحصائي spss الإصدار 23. واستُخْدِمَ اختبار كاي مربع لإيجاد الاختلاف بين النخور السنوية المشتقة من DMFT للمتغيرات الفئوية. كما أُجْرِيَ اختبار Anova و t test للعينة المستقلة لإيجاد الاختلاف في مشعر DMFT بين المجموعات.

النتائج:

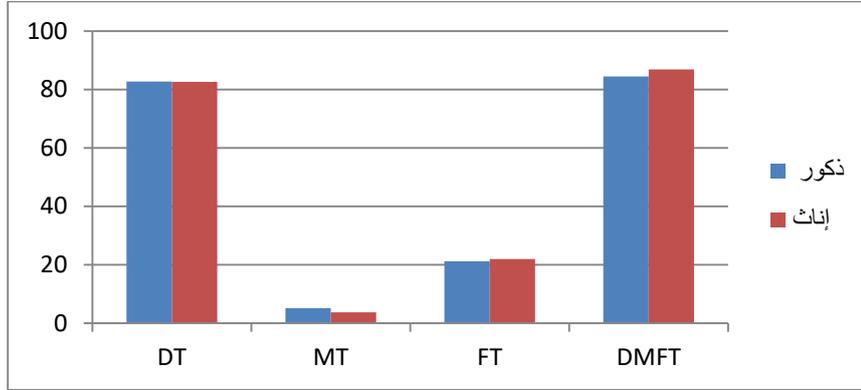
أُجْرِيَ الفحص السنوي والإجابة عن الاستبيان الخاص بالطلاب من قبل 406 طلاب، في حين بلغ عدد الاستبيانات الخاصة بالأهل التي أُجِيبَ عنها 156 استبياناً، ممَّا يشير إلى استجابة غير جيدة مع الدراسة من قبل الأهل. يبيِّن الجدول (3) توزع العينة حسب العمر والجنس.

الجدول (3): توزع العينة حسب العمر والجنس

العمر	الإناث	الذكور	المجموع
13	73	113	186
14	106	71	177

الجدول (4): التوزع العمري للعينة حسب الجنس والعمر، ونسبة انتشار النخور حسب مشعر DMFT

المتغيرات	متوسط DMFT	%DMFT>0	متوسط D-T	%DT>0	متوسط M-T	%M-T>0	متوسط F-T	%F-T>0
الجنس								
ذكر	3.22	84.5%	2.85	82.7%	1.1	5.1%	1.85	21.2%
أنثى	3.37	86.9%	2.87	82.6%	1.13	3.7%	2.14	22%
العمر								
13	3.26	86%	2.83	82.6%	1.00	3.2%	1.87	21.1%
14	3.32	83.1%	2.84	81.3%	1.22	5.1%	2.16	21.6%
15	3.00	94.4%	2.54	88.5%	1.00	2.8%	2.1	28.6%
16	5.43	100% N=7	4.71	100%	1.00	28%	1.5	28.6%
المجموع	3.3		2.86		1.11		2.01	



رسم توضيحي(4): يبين نسبة المشعر وفقا للجنس.

الجواب عن سؤال (مصدر معرفة صحة الفم)، أجاب 351 طالباً (86.9 %) من الوالدين، و36 (8.9%) أجابوا المدرسة كمصدر لهم لتزويدهم بالمعرفة، في حين 17 (4.2%) حصلوا على المعرفة من الإعلانات. كانت نسبة الأطفال الذين حصلوا على معرفتهم من المدرسة أقل بكثير مقارنة بالأطفال الآخرين الذين حصلوا على المعرفة بالصحة الفموية من والديهم أو من الإعلانات.

ورداً على سؤال "سبب تنظيف أسنانهم بالفرشاة"، أجاب 53% منهم أنهم يقومون بذلك للحصول على أسنان نظيفة أكثر إشراقاً، و17.3% يفعلون ذلك لمنع تسوس الأسنان، و17.3% للتخلص من رائحة الفم الكريهة. أمّا ما تبقى 12.4% فكانوا ينظفون أسنانهم للوقاية من نزيف اللثة، والقرح، ويكونون أمثلة جيدة للآخرين. ومن هنا يتبين وعي الأطفال نوعاً ما بدور الفرشاة في تنظيف الأسنان.

وإجابة عن السؤال عن

معرفة الأطفال باللويحة، أو ما يسمى بقايا الطعام في تجويف الفم التي تلتصق بالأسنان بعد تناول الطعام؛ يعرف 87 طالباً (19.3%) أنّ بقايا الطعام تسمى اللويحة، و22 (5.4%) أجابوا بأنها قلع، و88 طالباً (21.8%)

أمّا بالنسبة لاستبيان الطلاب فكانت النتائج كالتالي:

رداً على سؤال عن "من يرشدك لتنظيف الأسنان، كان 202 (49.9%) مسترشد من قبل أمهاتهم، في حين 33 (8.1%) كانت موجهة من قبل آبائهم، أمّا 170 (42%) فقالوا لم يكن هناك توجيه من والديهم، وقاموا بذلك بأنفسهم. ومن هنا يتضح أنّ الأم كانت موجهة أكثر إلى العناية بصحة فم أطفالها.

كما أظهرت النتائج أنّ 30% من الطلاب سمعوا عن الفلورايد، في حين 69.8% لم يسمعوا عنه. وبخصوص السؤال المتعلق بالفلورايد (هل يحمي الأسنان من التسوس أم لا؟)، أجاب عن هذا السؤال 215 طالباً، ف61.4% منهم أجابوا بأنه يحمي الأسنان من التسوس، في حين 37.4% أجابوا أنه لا يحمي من التسوس، و1.2% فقط أجابوا بأنهم لا يعرفون هل يحمي الفلورايد يحمي الأسنان أم لا من التسوس. من أصل 215، كأنّ هناك 85.9% من الذين أجابوا "هل يحمي الفلورايد الأسنان من التسوس" لديهم نخور، في حين 14.1% منهم فقط لا يوجد لديهم نخور أو ترميمات. من هنا يتضح جهل الأطفال بأهمية دور الفلورايد في الوقاية من النخر.

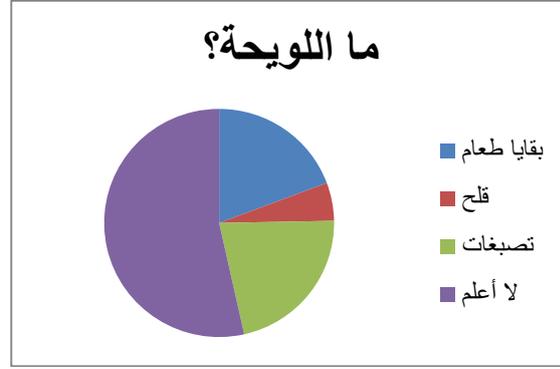
الأشهر الماضية، و168 (41%) منذ سنة أو أكثر، و66 (16.3%) لم يزوروا طبيب الأسنان مطلقاً. كان هناك 87.6% ذكوراً، و80.2% من الإناث الذين زاروا طبيب الأسنان. وعن أسباب زيارة طبيب الأسنان؛ كان 29.5% من الذكور والإناث لفحص سني عادي، و38% زاروا عيادة الأسنان بسبب ألم سني، و9.1% زاروا لترميم سني، و23.4% زاروا لقلع سن. وأمّا العلاج الذي حصلوا عليه في زيارتهم الأخيرة فكان 30.6% منهم لم يتلقوا أي نوع من العلاج في العيادة السنية، و26.8% من أجل القيام بحشوات على الأسنان، و15% كان لديهم علاج تقويمي سني، و27.6% من أجل قلع سنهم. ومن هنا يتضح أنّ نسبة لا بأس بها قامت بزيارة طبيب الأسنان بسبب الألم السني.

الجدول (5): يبيّن سبب تسوس الأسنان كما ورد في إجابات الطلاب

المجموع %	الإناث العدد %	الذكور العدد %	
49.4%	105 49.8%	94 49%	السكر والحلويات
3%	1 0.5%	11 5.7%	المشروبات الغازية
7.7%	17 8.1%	14 7.3%	الشوكولا
0.5%	0	2 1%	طعام رديء من الباعة المتتقلين
25.6%	62 29.4%	41 21.4%	عدم تنظيف الأسنان بعد تناول الطعام
4.5%	9 4.3%	9 4.7%	الجراثيم
9.4%	17 8.1%	21 10.9%	لا أعلم

فيما يتعلق بمضمضة الفم بعد الأكل، كان 135 (33.5%) من الطلاب يقومون بالمضمضة أحياناً، ومع ذلك كأنّ 109 (80.7%) منهم يعانون من تسوس الأسنان. في حين كأنّ 268 (66.5%) من الطلاب يقومون بالمضمضة

تصبغات، و216 (53.5%) لا يعرفون. ومن هنا يظهر بوضوح جهل الأطفال بمعنى اللويحة وقلة وعيهم بها.



رسم توضيحي (5): نسبة معرفة اللويحة بين الطلاب.

فيما يخص الطلاب وما يعرفونه عن مكان وجود اللويحة، أجاب 103 (25.4%) منهم بالرد الصحيح، وهو "تلتصق اللويحة على الأسنان"، و15 (3.7%) أنّ اللثة هي مكان التصاق اللويحة السنية، و10 (2.5%) أنّها تلتصق باللسان، و44 طالب (10.9%) قالوا أنّها تلتصق بالأسنان واللسان واللثة، و32 (7.9%) لم تسمع أبداً عن مكان التصاق اللويحة، و201 (49.6%) قالوا أنّهم لا يعرفون. ومن هنا يتضح جهل الأطفال باللويحة السنية ومكان تواجدها.

أمّا فيما يتعلق بسؤال "ما هو سبب تسوس الأسنان؟" وكما هو مبين في الجدول رقم 5. كأنّ هناك سبعة خيارات لهذا السؤال؛ فكان 199 (49%) من الطلاب اختاروا "السكر والحلويات"، و31 (7.6%) "الشوكولا"، و18 (4.4%) أجابوا "الجراثيم" التي كانت الإجابة الصحيحة، في حين اختار 103 (25.4%) عدم تنظيف الأسنان بعد الطعام، و13.6% أجابوا "أسباب أخرى"، في حين 16% لا يعرفون سبب تسوس الأسنان. وبهذا يتبين جهل الطلاب التام بدور الجراثيم في الإصابة بالنخر السني.

أمّا عن السؤال المطروح "متى آخر زيارة لك لطبيب الأسنان"، أجاب 171 (42.2%) من الطلاب خلال 6

دوماً، ومع ذلك كأن منهم 237 (88.4%) لديهم تسوس في الأسنان. وعن السؤال عن "كم مرة في اليوم تأكل الحلويات"؛ كأن هناك 157 (40%) طالباً يأكلون الحلويات مرة واحدة في اليوم، و52 (13%) طالباً يأكلون الحلوى مرتين يومياً، و73 (18%) يأكلون الحلوى ثلاث مرات في اليوم، و117 (29%) لا يأكل الحلوى كل يوم. ولوحظ وجود فرق كبير بين الذكور والإناث في سلوك تناول الحلويات.

وعن تناول الوجبات الخفيفة؛ وجد 285 طالباً (63.9%) يتناولون وجبات خفيفة بين الوجبات الرئيسية، و146 طالباً (36.1%) لا يتناولون. وبالنسبة إلى الأوقات المفضلة لتناول الحلويات؛ أجاب 17 (4.3%) طالباً بأنهم يتناولون الحلويات في أوقات الوجبات، و38 (9.5%) يتناولون الحلوى بين أوقات الوجبات، و222 (55.6%) يتناولون الحلوى بعد تناول الطعام، و122 (30.6%) يأكلون الحلوى في أي وقت.

الجدول (6): نتائج التحليل الاحصائي لاستبيان عن معرفة الطالب بالعناية الفموية ومشعر الدراسة وذلك

بحسب توزيعه حسب الجنس (العدد=406)

P value	الإناث العدد %	الذكور العدد %	DMFT العدد %	العدد %	السئلة
					كم مرة تنظف أسنانك في اليوم
	39.9%	52.6%	84.9%	(45.9%)	مرة واحدة
0.3	40.4%	33.9%	85.4%	37.3%	مرتين*2
	19.7%	13.5%	88.2%	16.8%	ثلاث مرات
					كم من الوقت تستغرق لتنظيف أسنانك
	54	78	111	132	أقل من 3 د
0.014	53	42	84	95	أكثر من 3 د*
	106	73	153	179	لا أعلم
					ماذا تستخدم لتنظيف أسنانك
	2	7	8	9	المسواك
0.43	211	184	339	395	الفرشاة والمعجون*
	0	2	1	2	الإصبع
					متى آخر مرة نظفتها أسنانك
	92	61	91.5%	153	اليوم*
0.099	76	76	81.6%	152	البارحة
	45	53	83.7%	98	قبل البارحة
					متى تنظف أسنانك عادة
	59	41	85	100	الصباح*
0.35	11	27	31	38	المساء

	55 25.8%	58 30.2%	96 85%	113 27.9%	قبل النوم
	88 41.3%	66 34.4%	135 87.7%	154 38%	في أوقات محددة
					تدعى بقايا الطعام على الأسنان بـ
	38 17.9%	40 20.8%	71 91%	78 17.6%	اللويحة
0.034	6 2.8%	16 8.3%	15 68.2%	22 5.4%	قلح
	46 21.7%	42 21.9%	76 86.4%	88 21.8%	تصبغات
	122 57.5%	94 49%	184 85.2%	216 53.5%	لا أعلم
					هل تعلم ما الفلورايد؟
0.003	50 23.6%	71 37%	104 86%	121 30%	نعم
	162 76.4%	120 62.5%	241 85.5%	241 69.8%	لا
					هل يحمي الفلورايد السن من النخر؟
0.007	61 58.1%	95 64.8%	134 85.9%	159 61.4%	نعم
	41 39%	54 36.2%	82 86.3%	95 37.4%	لا
					كم مرة تتناول السكر في اليوم؟
	65 30.5%	65 33.7%	113 86.9%	130 32%	مرة واحدة
0.035	27 12.7%	34 17.6%	55 90.2%	61 15%	مرتان
	57 26.8%	34 17.6%	74 81.3%	91 22.4%	ثلاث مرات
	64 35%	60 31.1%	106 85.5%	124 30.5%	لا أكل السكر كل يوم
					هل تتناول وجبات خفيفة بين الوجبات الرئيسية
0.014	141 66.5%	117 60.9%	220 85.3%	258 63.9%	نعم
	71 33.5%	75 39.1%	126 86.3%	146 36.1%	لا
					متى تفضل تناول السكر والحلويات؟
	5 2.4%	12 6.3%	15 88.2%	17 4.3%	مع الوجبات الأساسية
0.019	23 11%	15 7.9%	32 84.2%	38 9.5%	بين الوجبات الأساسية
	108 51.7%	114 60%	193 86.9%	222 55.6%	بعد الوجبات
	73 34.9%	49 25.8%	103 84.4%	122 30.6%	في الأوقات كلها

بيّن الجدول السابق (6) أنّ الإناث كانوا أكثر عناية بتنظيف أسنانهم بالفرشاة والمعجون من الذكور ولكن لم يكن ذلك مهماً إحصائياً، ولم تؤثر مدة التفريش على معدل النخر فقد كأنّ معظمها يستغرق مدة أقل من 3 دقائق، كما لم يؤثر وقت التفريش عن معدل النخر. وقد اختلف الطلاب في ماهية اللويحة السنية فمعظمهم لا يعرف ما هي، وكان ذلك

أكبر عند الطلاب الذين ينظفون أسنانهم مرة واحدة يومياً ولكن لم يكن هذا مهماً إحصائياً، وعند الذين يراجعون طبيب الأسنان بشكل غير منتظم فهؤلاء يعانون من مشكلات سنوية، ولكن لا يراجعون إلا عند حدوث شكوى واضحة، على نقيض الطلاب الذين يراجعون دورياً، أو لم يكونوا بحاجة لزيارة طبيب الأسنان سابقاً.

• تحليل عينة الطلاب 156 طالباً الذين أتموا ما سبق فضلاً عن الإجابة عن الأسئلة الخاصة بالأهل :

فيما يتعلق بتوزع الذكور والإناث حسب السمات الاجتماعية. كأن 33.9% من الطلاب تقل نسبة تعليم الأب عن 10 سنوات، و26% من الطلاب تعليم الأب 11-12 سنة، و40.1% من آباء الطلاب لديهم أكثر من 12 سنة تعليمية. في حين كأن هناك 31.4% من الطلاب تقل نسبة تعليم أمهاتهم عن 10 سنوات، و27.2% من تعليم الأمهات بين 11-12 سنة، و41.4% ممن كأن تعليم أمهاتهم أكثر من 12 عاماً.

فيما يتعلق بالدخل المادي؛ ينتمي 46.3% من الطلاب إلى عائلة ذات دخل شهري أقل من 90.000 ليرة سورية، و41.3% من الطلاب ينتمون إلى عائلة ذات دخل مادي بين 90.000 و 171.000 ليرة سورية شهرياً، وأمّا الطلاب الذين ينتمون لعائلة ذات دخل أكبر من 171.000 فكانت نسبتهم (12.3%) الجدول (8).

مهماً إحصائياً. وقد أشار الطلاب إلى معرفتهم بالفلور، ولكن ذلك لم يؤثر عن أنتشار النخور، لديهم رغم معرفتهم بدوره الوقائي. كما اتضح أن معظم الطلاب يتناولون السكريات بعد الوجبات الرئيسية ويعانون من نسبة عالية من النخور بشكل مهم إحصائي.

يوضح الجدول رقم 7 تأثير المتغيرات المستقلة المختلفة في حدوث نخر الأسنان.

الجدول (7): نسبة احتمالية النخور السنوية باختلاف خصائص الطلاب

المتغيرات	OR	P value
الجنس		
ذكور	1.104	0.211
إناث	0.908	
العمر		
13	.000	
14	.000	0.15
15	.000	
16	.632	
كم مرة تنظف أسنانك في اليوم		
مرة واحدة	1	
مرتان	.81	0.3
ثلاث مرات	.91	
هل سبق وأن زرت طبيب أسنان		
نعم		0.118
لا		
الزيارة الأخيرة لطبيب الأسنان		
منذ 6 أشهر		
منذ سنة	1.34	0.085
لم أره قط	.77	
الإجراء في الزيارة الأخيرة		
معالجة سنوية		
حشوات	1.498	0.116
تقويم	1.941	
قلع	1.301	

مما سبق تبين أنه لم يكن الاختلاف بين الذكور والإناث مهماً إحصائياً من حيث أنتشار النخور لديهم، مع أن الذكور كانوا أكثر تأهباً. كما تبين أن احتمال الإصابة كانت

الجدول(8): نسبة مستوى تعليم الآباء والدخل المادي لعينة الطلاب الذين أتموا الاستبيان العائلي بحسب الجنس.

المجموع	إناث N=213 N%	ذكور N=193 N%	
406			تعليم الأب
135	79(37.1%)	58(30.4%)	منخفض
105	54(25.4%)	51(26.7%)	متوسط
162	80(37.6%)	82(42.9%)	مرتفع
			تعليم الأم
126	74(34.9%)	52(27.5%)	منخفض
109	53(25%)	56(29.6%)	متوسط
166	85(40.1%)	81(42.9%)	مرتفع
			الدخل المادي
184	91(44%)	93(48.9%)	أقل من 90.000
164	89(43%)	75(39.5%)	بين 90.000 و 171.000
49	27(13%)	22(11.6%)	أكثر من 171.000

وتعليم الأب أكثر من 12 عاماً كانت درجة DMFT 3.07. ممّا يدلُّ أنّ مستوى تعليم الأب حسن من الصحة الفموية لدى ابنه بشكل مهم إحصائياً. في حين حسن مستوى التعليم عند الأمهات من الصحة الفموية عند أبنائهم مقارنة بالآباء، ولكن لم يؤثر اختلاف مستوى التعليم عند الأمهات إحصائياً في تحسين الصحة الفموية؛ إذ كان متوسط مشعر DMFT للطلاب الذين لديهم أمهات ذات تعليم أقل من 10 سنوات 2.92، وذات مستوى تعليمي متوسط كأنّ 3.1، في حين كأنّ المشعر 2.66 للطلاب الذين كانت أمهاتهم ذات تعليم أكثر من 12 سنة. وقد لوحظ ازدياد درجة DMFT من 3.28 إلى 3.65 عندما ازداد الدخل المادي من أقل من 90.000 ليرة سورية إلى أكثر من 171.000 ليرة سورية، لكن لم يكن ذلك مهماً إحصائياً.

ومن الجدول التالي (رقم 9) تبين أنّ نتيجة DMFT مع تعليم الأب أقل من 10 سنوات كانت 3.46، في حين مع مجموع تعليمي للأب 11-12 سنة كان DMFT 3.48،

الجدول(9): نتائج التحليل الإحصائي لمستوى تعليم الآباء والدخل المادي على مشعر DMFT

P Value	DMFT	FT	MT	DT	
					تعليم الأب
	3.46	2.15	1.00	2.89	منخفض
0.012	3.48	2.18	1.20	3.03	متوسط
	3.07	1.6	1.00	2.75	مرتفع
					تعليم الأم
	3.52	2.23	1	2.92	منخفض
0.065	3.39	1.8	1	3.10	متوسط
	3.09	1.9	1.4	2.66	مرتفع
					الدخل المادي
	3.28	1.9	1.25	2.89	أقل من 90.000
0.098	3.19	1.8	1	2.78	بين 90.000 و 171.000
	3.65	2.6	1	2.94	أكثر من 171.000

يمكن تلخيص ما سبق بأنّ المستوى التعليمي للأب قد أثر في معدل DMFT إحصائياً في حين لم يؤثر مستوى التعليم للأم ولم يؤثر كذلك معدل الدخل المادي إحصائياً رغم ازدياد معدل المشعر مع ازدياد الدخل.

تحليل البيانات الخاصة باستبيان الأهل:

يبين الجدول رقم 10 معدل DMFT وفقا للجنس والعمر من الطلاب الذين أتموا الاستبيان الكامل للأهل البالغ عددهم 156 طالبا. إذ كانت النسبة عند الذكور 86% تقريبا وعند الإناث 85% تقريبا.

الجدول(10): متوسط DMFT (SD), D-T, M-T و F-T وفقا للجنس والعمر

المتغيرات	DMFT	DMFT%	DT	DT%	MT	MT%	FT	FT%
الجنس								
ذكور	3.17	86.2%	2.87	82.7%	1.5	3.4%	1.56	27.6%
إناث	3.47	84.7%	2.81	79.6%	1.2	5.1%	2.48	25.5%
العمر								
13	3.38	86.8%	2.96	82.4%	1	2.9%	1.93	22%
14	3.34	82.4%	2.62	78.4%	1.67	4%	2.35	27%
15	3.18	90.9%	3.18	81.8%	1.83	27.2%	1.83	54.5%
16	4.33	100%N=3	4.33	66.7%		66.7%		
المجموع	3.36	85.3%	2.76	80.8%	1.29	4.4%	2.12	26.8%

الجدول(11): التحليل الإحصائي لعلاقة معرفة الأهل بالصحة الفموية والنخور عند أطفالهم (مشر DMFT) عند 156 طالبا.

P value	%DMFT	متوسط Dmft(sd)	العدد	السؤال
0.055	85% 100% 100%	3.37 2.5 4	153(98.1%) 2 (1.3%) 1(0.6%)	تفريش الأسنان بحمي السن من النخر؟ نعم لا لأعلم
0.161	86.1% 50%	3.4 0.75	151(97.4%) 4(2.6%)	هل توجه أبناءك لتفريش أسنانهم؟ نعم لا
0.113	85.6% 50%	3.39 1	153(98.7%) 2(1.3%)	الأداة التي يستخدمها طفلك لتفريش أسنانه: الفرشاة ومعجون الأسنان المسواك
0.087	(87%) (86.4%) 100% 50% 81.8% 66.7%	3.55 3.43 2 4 2.94 2.67	69(45.2%) 44(28.8%) 2(1.3%) 2(1.3%) 33(21.6%) 3(2%)	سبب النخور السنوية السكر الحلويات المشروبات الغازية الوجبات الخفيفة البكتيريا لأعلم
0.081	88.9% 82.6% 82.2%	3.54 3.54 2.93	63(40.9%) 46(29.9%) 45(29.2%)	ما اللويحة السنوية؟ بقايا طعام على الأسنان تصبغات لأعلم
0.111	86.7% 93.9% 75.0% 79.2%	3.68 3.88 2.92 3.36	60(39%) 33(21.4%) 8(5.2%) 53(34.4%)	ماذا تسبب اللويحة للسن؟ تغير لون السن نخر السن تسبب نرف اللثة لأعلم

في الرد على السؤال الذي طرَح على الوالدين حول المعرفة باللويحة وتسوس الأسنان (هل تعرف ما اللويحة؟)؛ أجاب 63 (40.9%) منهم أن اللويحة تنشأ من بقايا الطعام، و46 (29.9%) أن اللويحة تسمى التصبغات، و45 (29.2%) لا يعرفون ما اللويحة؟ أما عن أثر اللويحة على الأسنان؛ أجاب 33 (21.4%) من الآباء على أن اللويحة كانت السبب في نخر الأسنان، و8 (5.2%) أن نزيف اللثة كان بتأثير اللويحة، و60 (39%) أنها تغير لون الأسنان، و53 (34.4%) أجابوا بأنهم لا يعرفون ذلك. ومن هنا يتضح جهل الأهل نوعا ما بطبيعة اللويحة وتأثيرها على الأسنان. فيما يخص سبب تسوس الأسنان كانت النتيجة غير مرضية فيما يتعلق بنسبة توزع إجابة السؤال وتوضَّح جهل الأهل بسبب نخر الأسنان؛ إذ كان 33 (21.6%) فقط اختاروا الجراثيم، و44 (28.8%) اختاروا الحلويات، و69 (45.1%) السكر، و4 (2.6%) أجابوا الوجبات الخفيفة والمشروبات الغازية هي السبب. أجاب معظم الآباء عن سؤال استخدام أداة لتنظيف الأسنان، فكان 153 (98.7%) منهم يستخدمون الفرشاة ومعجون الأسنان لتنظيف أسنان أطفالهم، و2 (1.3%) يستخدمون المسواك لتنظيف أسنانهم. وكان 126 (82.4%) منهم يستخدم معجون أسنان مفلورا، والباقي 27 (17.6%) لا يستخدمون معجون أسنان مفلورا.

بترميم الأسنان، و 11 (7.1%) يفضلون القلع، و 6 (3.9%) الأدوية بدلاً من القيام بأي شيء آخر لعلاج الأسنان. ومن هنا يدل على وعي الآباء بأهمية ترميم أسنان أطفالهم والحفاظ عليها.

كانت عادة التنظيف بالفرشاة لكل من الأم والآباء مختلفة بعض الشيء فكانت الأم أكثر اهتماماً. وكان معدل تفريش الآباء مرة واحدة بالفرشاة 59 (39.9%)، ومرتين عند 63 (42 في المئة)، وثلاث مرات 28 (18.7%)، وكانت الأرقام المقابلة للأمهات على التوالي 32 (21.3%)، و 76 (50.7%) و 42 (28%).

المناقشة:

نظراً إلى الأثر السلبي للنخر السني في نشاط الأطفال بطريقة أو بأخرى، ولأنه من الأمراض الإنتانية المنتشرة بكثرة عند الأطفال، تم القيام بهذه الدراسة المقطعية لتقييم انتشار النخور السنية عند أطفال المدارس الحكومية في مدينة دمشق وعلاقة ذلك بمستوى الوعي الصحي عندهم وعند آبائهم. إذ أُجريت الدراسة على 406 طالب من 20 مدرسة من مناطق دمشق المختلفة قياس مشعر DMFT بالفحص السريري، وهو المقياس المستخدم في مثل هذه الدراسات الوبائية، راوحت أعمار الطلاب ما بين 13-16 سنة. وقد اختيرت هذه الفئة العمرية بالذات لأن الأسنان جميعها دائمة، وهذا العمر الذي تقترحه منظمة الصحة العالمية لإجراء مثل هذه الدراسات، ومن ثم إجراء استبيان للطلاب للوقوف على مستوى الوعي الصحي الفموي لديهم. كما أُجريت استبيان لأهل هذه المجموعة من الطلاب لكن كأن التجاوب ضعيفاً من قبل الأهل فقد أُجيب 156 استبياناً فقط.

بلغ متوسط DMFT للعينة 3.36 وابتشار 85.7%، وهذا يتوافق تقريباً مع دراسة Breuti³⁵ إذ بلغ انتشار DMFT لعمر 15 70%-80% بمتوسط 3.6 في عام 1998.

فيما يتعلق بسؤال "كيف نحمي الأسنان من التسوس السني"؛ كأن هناك 120 (77.4%) من الآباء أجابوا أن تنظيف الأسنان يحمي الأسنان، و 14 (9%) أن الاستهلاك القليل للحلويات يحمي الأسنان من تسوس الأسنان، و 17 (11%) زيارة طبيب الأسنان دورياً.

الجدول (12): التحليل الإحصائي لعلاقة معرفة الأهل بالفلور مع

مشعر DMFT

P value	متوسط DMFT	N=150 N%	السئلة
			هل تعلم ما الفلورايد؟
0.071	3.47 2.83	130(84.4%) 24(15.6%)	نعم لا
			هل تستخدم معجون أسنان حاوياً على الفلورايد لطفلك؟
0.099	3.28 3.74	126(82.4%) 27(17.6%)	نعم لا
			هل يحمي الفلورايد الأسنان من النخر؟
0.04	3.28 4.8	139(93.3%) 10(6.7%)	نعم لا
			ما وظيفة الفلورايد؟
0.181	3.6 3.53 3.38 3.42 2.79	23(12.9%) 15(9.7%) 26(16.9%) 71(46.1%) 19(12.3%)	يبيض الأسنان ينظف الأسنان يجعل السن قاسياً يحمي السن من البكتيريا لأعلم

وفيما يتعلق بتكرار زيارة عيادة طب الأسنان، كان 46 (29.7%) من الوالدين يزورون طبيب الأسنان كل ستة أشهر، و 5 (3.2%) منهم مرة واحدة في السنة، و 102 (65.7%) عندما يكون هناك ألم في الأسنان، و 2 (1.3%) لم يزر عيادة الأسنان. ومن هنا يبدو ارتباط زيارة عيادة طبيب الأسنان بوجود الألم السني.

أما عن السؤال "ما الذي تفضله للعلاج إذا كأن لدى طفلك نخر في الأسنان"؛ كأن 138 (89%) من الآباء يرغب

ويتناول 39.1% من الذكور الوجبات الخفيفة بين الوجبات الرئيسية مقابل 66.5% من الإناث. عادة يصبح سلوك الغذاء غير منظم لأن في هذه المرحلة العمرية يعتمد اختيار الطعام على الطفل في ظل وجود معرفة ضئيلة بالسلوك الغذائي فضلاً عن انتشار السكاكر في المتاجر كلها، ورغبة هذه الفئة باستهلاكه.

فيما يخص نظافة الفم يلاحظ اهتمام الفتيات بنظافة الفم أكثر من الذكور؛ إذ 52.6% من الذكور ينظفون أسنانهم مرة واحدة فقط ومرتين بنسبة 33.9% و ثلاث مرات 13.5%، في حين الإناث 39.9% مرة واحدة و 40.4% مرتين و 19.7% ثلاث مرات. وبالنسبة إلى زمن التفريش يستغرق 21.8% من الذكور 3 دقائق أو أكثر في تنظيف أسنانه مقابل 24.9% من الإناث. كما يستخدم 95.3% من الذكور الفرشاة في التنظيف، في حين تستخدم 99.1% ذلك من الإناث. وقد لوحظ أن 43.2% من الإناث قد قمن بتتنظيف أسنانهن صباحاً في يوم الفحص السني، مقابل 32.1% من الذكور.

وفيما يخص معرفة الأهل في العينة التي بلغت 156 طالباً تتبين أن 84.4% منهم على علم بأهمية الفلور في حماية الأسنان، وكان قد أجاب 93.3% منهم بأنه يحمي السن من النخور، في حين كان ثلثهم تقريباً لايعلم ما اللويحة السنية؟ إذ حيث أشار 40.9% بأن اللويحة هي بقايا الطعام، ودل 21.4% منهم بأنها سبب نخور الأسنان. يبدو أن هناك معرفة جيدة بالعناية الفموية لدى الأهل، لكنها لم تنقل إلى الأبناء نقلاً جيداً.

ومع ذلك اقتصرت زيارة الآباء لعيادة طبيب الأسنان على وجود ألم سني (65.7%)، في حين يزور 29.7% فقط دورياً كل ستة أشهر. والجدير بالذكر هنا أن الأهل على علم وإدراك بأهمية ترميم أسنان أطفالهم، إذ فضل 89% إجراء ترميم سني لدى أبنائهم مقابل 7.1% اختاروا القلع،

ويبدو أن هناك انخفاضاً في المتوسط إذا ما قورنت القيمتان مع الأخذ بالحسبان اختلاف الفئة العمرية، إذ منطقياً يزداد مشعر DMFT للأسنان الدائمة مع العمر.

وبيئت نتائج هذه الدراسة أن الفروق كانت طفيفة في معدل انتشار النخور بين الجنسين إذ كانت عند الذكور 3.22 وانتشار 84.5%، في حين عند الإناث 3.37 وبانتشار 86.9% .

فيما يخص الإرشاد للعناية الفموية فقد كان لتوجيهات الأم أثر في الرعاية الصحية الفموية لأبنائهن بنسبة 49.9% ولم يكن لمستوى تعليمهم أي تأثير في مدى اهتمامهم بأطفالهن، على نقيض الأب الذي كان تأثيره طفيفاً في توجيه أبنائه بالاهتمام بالصحة الفموية بنسبة 8.1%، وقد يكون ذلك بسبب انشغال الآباء في تأمين دخل العائلة وقضاء معظم الوقت خارج المنزل، في حين بلغت نسبة الطلاب الذين لا يحصلون على إرشاد من أحد 42%. كما كان دور المدرسة متراجعا قليلاً في توجيه عناية الطلاب وإرشادهم نحو قواعد الصحة الفموية. إذ كان مصدر معرفتهم من المنزل أولاً بنسبة 86.9%، ومن الإعلانات ثانياً.

ومع ذلك يبدو أن هناك ضعفاً في المعرفة الصحية لدى الطلاب فقد كانت نسبة الطلاب الذين علموا ما الفلورايد؟ 30% فقط، في حين استطاع 61.4% فقط من هذه النسبة أن يجيب بالجواب الصحيح بأن الفلور يحمي السن من التسوس. والجدير بالذكر أن نصف الطلاب تقريباً لايعلمون ما اللويحة السنية؟ ولا أين توجد؟

بالنسبة إلى سلوكيات التغذية عند الأبناء اتضح أن سلوك التغذية منظم أكثر عند الذكور من الإناث؛ إذ يتناول 17.6% من الذكور ثلاث وجبات سكرية يومياً أو أكثر مقابل 26.8% من الإناث، ويتناول 25.8% من الذكور السكاكر في الأوقات كلها مقابل 34.95% من الإناث، كما

بالمجمل يمكن أن يتبين من هذه الدراسة ارتفاع نسبة النخور في طلاب المدارس في هذا العمر فضلاً عن الجهل بأسباب النخر السني، وقد يكون هذا ناتجاً عن قلة برامج التوعية الصحية المدرسية، وضعف المعلومات عن أساليب الوقاية من النخر السني، وأهمية المحافظة على الأسنان سليمة ونظيفة على ناحية النمو الجسدي فضلاً عن سلامة الناحية النفسية والاجتماعية.

محدودات هذه الدراسة:

ومع فأن العينة المدروسة كانت 406 طلاب إلا أن معدل استجابة الأهل للاستبيان كأحد محدوداً نوعاً ما (38%)، وقد يكون بسبب عدم إحصار الطلاب الاستبيان الخاص بالأهل، وقد يكون هذا سبباً لعدم ظهور فروق إحصائية في بعض التحاليل. كما لم يتم شمل مناطق دمشق جميعها بالدراسة لصعوبة الوصول إليها في الوقت الراهن.

ومع هذا فأن هذه الدراسة تعدّ النواة الأولى في هذا المضمار، وقد تكون حافزاً للقيام بمزيد من الدراسات المسحية الأشمل للفئات العمرية كلاًها والمدارس الحكومية والخاصة كلاًها في دمشق، والمحافظة السورية في سبيل تحديد المشكلات الصحية وأسبابها، والعمل على تحسين الواقع الصحي بشكل عام، والفموي بشكل خاص، وإيجاد الحلول المناسبة.

الاستنتاجات :

في حدود هذه الدراسة المقطعية في مدينة دمشق استُخلصت مجموعة من الاستنتاجات:

- انتشار النخور كأحد مرتفعاً في الأعمار بين 13-16 سنة، وكانت الفروق غير دالة إحصائياً بين الذكور والإناث.

و 3.9% اختاروا الأدوية. وتأتي أهمية هذه النسب بسبب أن الآباء هم المسؤولون عن اختيار الطريق العلاجي لأسنان أطفالهم.

فيما يخص المستوى التعليمي للأهل كانت النسبة الكبرى لانتشار النخور السنية عند وجود مستوى تعليمي مرتفع لدى الوالدان، ثم منخفض ثم المتوسط، وقد يعزى ذلك إلى أنه عند وجود تعليم مرتفع قد ينشغل الوالدين في عملهم بعيداً عن الاهتمام بأمور أبنائهم، أما الطبقة ذات المستوى التعليمي المتدني فقد يكون سبب انتشار النخور لدى أبنائهم ضعف الوعي والجهل، فكانت الطبقة المتوسطة الأقل من حيث انتشار النخور وبوضوح، وهذا يتفق نوعاً ما بعض الدراسات السابقة في بلدان أخرى 16,15,24,25.

بالنسبة إلى الدخل المادي فقد سجل انتشار نخور واضح عند ذوي الدخل الأقل من 171,000، في حين كانت الفئة التي يبلغ دخلها أكبر من 171,000 أقل انتشاراً للنخور. وقد يعود ذلك إلى القدرة على مراجعة الطبيب وكون المعالجات السنية عالية نوعاً ما، والاهتمام بشكل أكبر بنوعية الغذاء. وهذا يتفق مع بعض الدراسات العالمية الأخرى 9,91,25,36,40.

كما بيّنت دراسة بسام سليمان في اللاذقية عام 2015 أن نسبة انتشار النخور بلغت 67% تقريباً وكان مشعر النخر DMFT 2.35، كما بيّنت دراسته علاقة بعض العوامل بذلك كالعناية بالصحة الفموية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وتميزت بفروق دالة إحصائية⁴¹.

كما بيّنت دراسة ميسون دشاش في مدينة دمشق عام 2016 أن نسبة انتشار النخور كانت 79%، وكان مشعر النخر DMFT 2.3⁴².

أن اختلاف الظروف البيئية والمعيشية كثيراً عن غيرها، فضلاً عن اختلاف المناهج الدراسية والمستوى التعليمي والثقافي جعل مناقشة نتائج هذه الدراسة صعبة ومقارنتها.

- الإناث يتبعن سلوكاً غذائياً أقل انتظاماً (تناول وجبات متعددة) من الذكور، وبالمقابل الذكور أقل عنايةً بصحة الفم.
 - معرفة الطلاب بالصحة الفموية ضعيفة على نقيض معرفة الأهل الجيدة نوعاً ما.
 - غالبية الزيارات السنية كانت بدافع تخفيف الألم السني، ويفضل معظم الآباء ترميم الأسنان على قلعها.
 - كانت نسبة أنتشار النخور السنية عند الأطفال أكبر بوجود مستوى تعليمي مرتفع للآباء.
 - الطبقة المتوسطة اقتصادياً قلَّ فيها أنتشار النخور.
 - دور المدرسة في نشر الوعي الصحي كأنَّ محدوداً.
- التوصيات:**
- من خلال هذه الدراسة نوصي بما يأتي:
- القيام بحملات توعية بالوسائل المتاحة كلها بالتعاون مع وزارة التربية والصحة تشمل المفاهيم الأساسية عن صحة
- الفم والأسنان، وإدراج ذلك في المناهج التعليمية بشكل فعال أكثر. والقيام بحملات توعية للأهل عن الاهتمام بصحة أسنان أطفالهم بالتوازي مع اهتمامهم بالصحة الجسدية العامة وإرشادهم إلى أساليب الوقاية والكشف المبكر عن أمراض الفم والأسنان. كما يجب تفعيل الدور التعليمي للمستوصفات المتوافرة في مختلف المناطق لتوعية الأهل بضرورة الفحص السني الدوري، وتعلم الطرائق الصحيحة للتفريش.
 - القيام بدراسة مماثلة في المستقبل لتقييم تغير أنتشار النخور مع التقدم والتطور والتغير الذي يصيب المجتمع ويشمل المدارس الخاصة.
 - القيام بمزيد من الدراسات الأخرى على فئات عمرية مختلفة، تشمل مناطق الجمهورية العربية السورية كلها
 - ضرورة القيام بزيارات دورية لطبيب الأسنان للكشف المبكر عن النخور والأمراض السنية، ومعالجتها.

References

1. Roberson TM. Art and Science of Operative dentistry. 4 Ed: Mosby, Inc.; 2002.
2. Fejerskov O Fejerskov O. Changing Paradigms in Concepts on Dental Caries: Consequences for Oral Health Care. Caries Research. 2004; 38: 182-91.
3. Pickard's Manual of Operative Dentistry. 8 Ed 2003.
4. Harris R, Nicoll A, Adair P, Pine C. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community Dental Health. 2004; 21(1): 71-85.
5. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries. International perspectives. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 274-9.
6. Ditmyer M, Dounis G, Howard K, Mobley C, Cappelli D. Validation of a multifactorial risk factor model used for predicting future caries risk with Nevada adolescents. BMC Oral Health. 2011; 20:11-18.
7. Mashoto. KO. Dental caries, oral-health-related quality of life and atraumatic restorative treatment (ART): a study of adolescents in Kilwa district of Tanzania. Centre for I Health, University of Bergen. 2011.
8. Seow W. Biological mechanisms of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 1998; 26(1):8-27.
9. Karjalainen S, Söderling E, Sewón L, Lapinleimu H, Simell O. A prospective study on sucrose consumption, visible plaque and caries in children from 3 to 6 years of age. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2001; 29(2):136-42.
10. Kidd E. The implications of the new paradigm of dental caries. Journal of dentistry 2011. 39(2):3-8.
11. Young D, Lyon L, Azevedo S. The role of dental hygiene in caries management: a new paradigm. J Dent Hyg. 2010; 84(3):121-9.
Zero Dt, Marinho Vcc, Phantumvanit P. Effective Use of self-care Fluoride Administration in Asia. Adv Dent Res. 2012; 24(1):16-21.
12. Sofrata A, Brito F, Al-Otaibi M, Gustafsson A. Short term clinical effect of active and inactive *Salvadora persica* miswak on dental plaque and gingivitis. J Ethnopharmacol. 2011; 137 (3):1130-4.
13. Stephan R Changes in hydrogen-ion concentration on tooth surfaces and in carious lesions. JADA. 1940; 27(5):718-723.
14. M.L. Mattila, P. Rautava, M. Sillanpaa, Paunio. P. Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors. J Dent Res. 2000; 79(3):875-81.
15. Mashoto. KO. Dental caries, oral-health-related quality of life and atraumatic restorative treatment (ART): a study of adolescents in Kilwa district of Tanzania. Centre for I Health, University of Bergen. 2011.
16. Christensen L, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. Acta Odontologica Scandinavica. 2010; 68(1):34-42.
17. Taani D, Department of Preventive Dentistry JUoSaT, Faculty of Dentistry. Relationship of socioeconomic background to oral hygiene, gingival status, and dental caries in children. Quintessence International. 2002; 33(3):195-8.
18. Tickle M, Williams M, Jenner T, Blink horn A. The effects of socioeconomic status and dental attendance on dental caries' experience, and treatment patterns in 5-year-old children. British Dental Journal. 1999; 186(3):135-7.
19. Figueiredo M, de Amorim R, Leal S, Mulder J, Frencken J. Prevalence and severity of clinical consequences of untreated dentine carious lesions in children from a deprived area of Brazil. Caries Research. 2011; 45(5):435-42.
20. Williams N. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. British dental journal. 2002; 193 (11):651-564.
21. Isong IA, Luff D, Perrin JM, P. J, Winickoff, Ng MW. Parental Perspectives of Early Childhood Caries. Clin Pediatr. 2012; 51: 51-77.
22. Z. Saied-Moallemi, J.I. Virtanen, F. Ghofranipour, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. European Archives of Paediatric Dentistry. 2008; 9(2): 79-83.

23. KB Hallett, O'Rourke. P. Dental caries experience of preschool children from the north Brisbane region. *Australian Dental Journal*. 2002; 47(4):331-33.
24. Wang SJ, Briskie D, Hu JCC, Hu JCC, Inglehart MR, habil. Dp. Illustrated Information for Parent Education: Parent and Patient Responses. *Paediatric Dentistry*. 2010; 32(4): 295-303.
25. Arora A, Schwarz E, Blinkhorn AS. Risk factors for early childhood caries in disadvantaged populations. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*. 2011; 2:223-8.
26. Soams.V2005 Soams.V, Southan J. *Oral Pathology*. 4 edition ed. New York: Oxford University Press; 2005.
27. Marrs J, Trumbley S, Malik G. Early Childhood Caries: Determining the Risk Factors and Assessing the Prevention Strategies for Nursing Intervention. *Paediatric Nursing* 2011 Jan-Feb; 37(1):9-15.
28. Boyce W, Den Besten P, Stamperdahl J, Zhan L, Jiang Y, Adler N, et al. Social inequalities in childhood dental caries: the convergent roles of stress, bacteria and disadvantage. *Social Science and Medicine*. 2010; 71(9):1644-52.
29. Petersen P2003 Petersen P. 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 Dent Oral Epidemiol*. 2003 Dec 31(Suppl 1):3-23.
30. Roland E, Gueguen G, Longis M, Boiselle J, .Validation of the reproducibility of the DMF Index used in bucco-dental epidemiology and evaluation of its 2 clinical forms. *World Health Stat*. 1994; 47(2):44-61.
31. Broadbent J2005 Broadbent J, Thomson W. For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis. *Blackwell Munksgaard*. 2005; 33:400-9.
32. Pitts N, Fyffe H. The effect of varying diagnostic thresholds upon clinical caries data for a low prevalence group. *J Dent Res*. 1998; 67(3):592-6.
33. Health Organization: <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/orhDMFT.html> (Accessed on 1th December 2011)
34. Hingorjo MR, Jaleel F, Mehdi A. Oral Health Aspects In Primary School Children Of Three Major Cities Of Pakistan. *J Pak Dent Assoc* 2010; 19 (4):211-5.
35. N.Beirut, D.taifour. A review of oral health status in Syria. *J.E.Frencken*.2011
36. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/index.html>(accessed on 25th January 2012)
37. <http://www.mofa.gov.sy/ar/pages15>
38. <http://portal.egov.sy/page/ar/212/0/>
39. <http://ar.m.wikipedia.org/wiki/%D8%AF%D9%85%D8%B4%D9%82>
40. Muhammad Farooq Umer, Umer Farooq, Arham Shabbir, Shumaila Zofeen, Hasan Mujtaba, Muhammad Tahir. prevalence and associated factors of dental caries, gingivitis, and calculus deposits in school children of sargodha district, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2016;28
41. Salman B, Sultan K. A study of the prevalence of dental caries in 13-15 year-old children in Latakia city. *Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Health Sciences Series*. 2014;36:149-165.
42. Ballouk MA1, Dashash M. Caries prevalence and dental health of 8-12 year-old children in Damascus city in Syria during the Syrian Crisis; a cross-sectional epidemiological oral health survey. *BMC Oral Health*. 2019 Jan 15;19(1):16. doi: 10.1186/s12903-019-0713-9.