

健康教育对遵义市学龄前儿童口腔健康行为的影响

石兴莲¹, 程华刚², 杨德琴³, 王鹏¹

1. 遵义医学院附属口腔医院, 贵州 563099; 2. 遵义医学院附属医院; 3. 重庆医科大学附属口腔医院

【摘要】 目的 探索学龄前儿童口腔健康行为干预措施, 为制订学龄前儿童口腔疾病防治策略和儿童口腔保健措施提供参考依据。**方法** 随机抽取遵义市 3 所幼儿园大班的全部 314 名儿童为研究对象, 随机分为干预 A 组(教育家长)、干预 B 组(教育教师及园医)及对照组, 开展健康教育活动。干预前和干预后 3 个月以同样问卷调查儿童的口腔健康行为并比较。**结果** 干预前儿童的刷牙行为、不良行为习惯, 家长口腔健康知识、态度及行为等差异均无统计学意义(P 值均 > 0.05)。干预后 2 个干预组儿童每日刷牙行为较干预前有明显改善, 儿童每天 2 次刷牙率增加, 干预前后比较差异有统计学意义(Z 值分别为 $-7.933, 7.441, P$ 值均 < 0.05); 对照组刷牙行为 3 个月无明显改善, 干预前后比较差异无统计学意义($Z = -0.474, P > 0.05$)。2 个干预组儿童睡前进甜食行为有明显减少, 干预前后比较差异有统计学意义(Z 值分别为 $5.116, 2.353, P$ 值均 < 0.05), 对照组前后比较差异无统计学意义($Z = -1.121, P > 0.05$)。儿童不良饮食行为干预后 A 组儿童教育后大部分不良饮食习惯得以改善, 表现在软食、精细食物、甜食及无喜好方面, B 组儿童在喜肉类及喜甜食方面, 干预前后比较差异有统计学意义(P 值均 < 0.05), 对照组前后比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。部分不良口腔行为习惯中, A 组儿童睡前含奶嘴干预后有改善, 无不良口腔行为的人数明显增多, 干预前后比较差异有统计学意义(P 值均 < 0.05); B 组儿童咬手指及添唇行为、无不良习惯干预前后比较差异有统计学意义(P 值均 < 0.05); 对照组干预前后比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 基于 KAP 理论的健康教育方式能改善儿童的口腔健康行为。

【关键词】 健康教育; 口腔保健; 危险行为; 儿童, 学龄前

【中图分类号】 G 479 R 780.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-9817(2016)05-0757-03

龋病是最为常见的口腔疾病, 患病率极高, 已被 WHO 列为继癌症及心血管疾病之后的第三大重点防治的慢性非传染性疾病^[1]。龋病的防治已成为我国的重点防治项目^[2-3]。学龄前儿童是龋病的高发人群, 口腔不良行为是引发儿童龋病的重要因素之一, 严重影响儿童的身心健康和个性发展。国内许多研究表明, 我国儿童的口腔健康行为状况较差^[4-5]。本研究将贵州省遵义市学龄前儿童作为研究对象, 以“中国居民口腔健康指南”^[6]为指导, 以知识—态度—行为理论(KAP 理论)为基础, 分别对家长、幼儿园教师及园医开展口腔健康教育, 现将干预效果报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 采用单纯随机抽样方法, 于 2013 年 6—9 月在遵义市抽取 3 所幼儿园大班全部的 314 名儿童作为口腔健康行为干预对象。以幼儿园为单位, 随机将干预对象分为干预 A 组(教育家长)、干预 B 组(教育教师及园医)及对照组。

1.2 方法 以“中国居民口腔健康指南”^[6]为指导, 利用 KAP 理论制定干预计划, 分别对干预 A 组、B 组的家长、教师及园医进行 1 次集中口腔健康讲座, 发放学龄前儿童口腔健康教育宣传手册、张贴宣传画等。在教育前及教育后 3 个月问卷调查研究对象的干预效果。对照组行常规教育。问卷依据“第三次全国口腔健康流行病学调查报告”, 作部分修改, 主要包括基本资料、儿童口腔健康行为、家长口腔健康知识及态度。

1.3 对偏倚的控制 干预前 3 组干预对象的刷牙行为、睡前进甜食行为、不良饮食习惯, 不良口腔习惯、家长口腔健康知识、态度及行为等差异均无统计学意义(P 值均 > 0.05)。对可能影响学龄前儿童口腔健康行为的家庭收入、家长职业、家长年龄及受教育程度进行比较, 差异均无统计学意义(P 值均 > 0.05)。且 3 组干预对象年龄结构、所处地区经济水平差异均无统计学意义(P 值均 > 0.05), 可以认为研究对象具有可比性。

1.4 统计分析 利用 SPSS 17.0 软件分析调查对象的一般资料, 差异比较采用秩和检验及 χ^2 检验, 计数资料采用率描述, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 儿童刷牙行为 干预组儿童每天 2 次刷牙率显著上升, 干预前后比较差异有统计学意义(P 值均 < 0.05); 对照组刷牙行为干预前后比较差异无统计学意义。

【基金项目】 贵州省科技厅项目([2013]7006)。

【作者简介】 石兴莲(1978—), 女, 贵州遵义人, 硕士, 副主任护师, 主要研究方向为护理管理及口腔公共卫生。

【通讯作者】 程华刚, E-mail: 437676202@qq.com。

DOI: 10.16835/j.cnki.1000-9817.2016.05.037

义($P>0.05$)。干预后 3 组间比较差异无统计学意义 ($\chi^2=4.930,P>0.05$)。见表 1。

表 1 遵义市学龄前儿童干预前后刷牙行为构成比较

组别	干预前后	人数	≥2 次/d	1 次/d	很少或从不刷牙	Z 值	P 值
干预 A 组	干预前	107	24(22.4)	68(63.6)	15(14.0)	-7.933	0.000
	干预后	107	95(88.8)	12(11.2)	0		
干预 B 组	干预前	104	18(17.3)	72(69.2)	14(13.5)	7.441	0.000
	干预后	104	86(82.7)	18(17.3)	0		
对照组	干预前	103	17(16.5)	75(72.8)	11(10.7)	-0.474	0.645
	干预后	103	20(19.4)	86(82.7)	3(2.9)		

注:()内数字为构成比/%。

2.2 儿童睡前进甜食行为 干预后干预组儿童睡前进甜食行为有明显减少,差异有统计学意义(P 值均 <0.05);对照组干预前后比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后 3 组间比较差异有统计学意义($\chi^2=40.073,P<0.05$)。见表 2。

2.3 儿童不良饮食行为 A 组儿童教育后大部分不良饮食习惯得以改善,表现在喜软食、喜精细食物、喜

甜食及无喜好方面,干预前后比较,差异均有统计学意义(P 值均 <0.05)。B 组儿童在喜肉类及喜甜食方面干预前后比较,差异均有统计学意义(P 值均 <0.05)。对照组干预前后比较不良饮食行为差异均无统计学意义(P 值均 >0.05)。干预后 3 组间喜软食、喜精细食物、喜甜食方面比较,差异有统计学意义(χ^2 值分别为 26.468,8.420,10.460, P 值均 <0.05)。见表 3。

表 2 遵义市学龄前儿童干预前后睡前进甜食行为构成比较

组别	干预前后	人数	经常	偶尔	从不	Z 值	P 值
干预 A 组	干预前	107	5(4.8)	80(75.0)	22(20.2)	5.116	0.000
	干预后	107	8(7.7)	23(21.2)	76(71.2)		
干预 B 组	干预前	104	2(1.9)	88(84.5)	14(13.6)	2.353	0.019
	干预后	104	2(1.9)	76(72.8)	26(25.2)		
对照组	干预前	103	5(4.7)	71(69.2)	27(26.2)	-1.121	0.262
	干预后	103	2(2.0)	85(83.0)	16(15.0)		

注:()内数字为构成比/%。

表 3 遵义市学龄前儿童干预前后不良饮食行为报告率比较

组别	干预前后	人数	喜软食	喜精细食物	喜粗食	喜肉类	喜甜食	无喜好
干预 A 组	干预前	107	76(71.0)	75(70.1)	13(2.1)	34(31.8)	69(64.5)	36(24.3)
	干预后	107	23(21.5) *	25(23.4) *	7(6.5)	31(29.0)	31(29.0) *	47(43.9) *
干预 B 组	干预前	104	12(11.5)	15(14.4)	9(8.7)	30(28.8)	39(37.5)	47(45.2)
	干预后	104	20(19.2)	16(15.4)	10(9.6)	16(15.4) *	15(14.4) *	47(45.2)
对照组	干预前	103	58(56.3)	6(5.8)	3(2.9)	12(11.7)	25(24.3)	16(15.5)
	干预后	103	50(48.5)	9(8.7)	3(2.9)	19(18.4)	34(33.0)	6(5.8)

注:()内数字为报告率/%;干预前后比较,* $P<0.05$ 。

2.4 儿童不良口腔行为 干预 A 组儿童睡前含奶嘴有改善,无不良口腔行为的人数明显增多,干预前后比较,差异均有统计学意义(P 值均 <0.05)。B 组儿童咬手指及舔唇行为、无不良习惯干预前后比较,差异均有统计学意义(P 值均 <0.05)。对照组干预前后比

较,差异均无统计学意义(P 值均 >0.05)。干预后 3 组间比较结果显示,睡前含奶嘴、舔唇、咬手指、无不良习惯比较,差异均有统计学意义(χ^2 值分别为 77.098,29.031,6.544,42.794, P 值均 <0.05)。见表 4。

表 4 遵义市学龄前儿童干预前后不良口腔行为报告率比较

组别	干预前后	人数	睡前含奶嘴	舔唇	咬手指	无不良习惯
干预 A 组	干预前	107	8(7.5)	12(11.2)	24(22.4)	70(65.4)
	干预后	107	0 *	34(31.8)	15(14.0)	92(86.0) *
干预 B 组	干预前	104	2(1.9)	23(22.1)	27(26.0)	49(47.1)
	干预后	104	3(2.9)	16(15.4) *	12(11.5) *	65(62.5) *
对照组	干预前	103	41(39.8)	1(1.0)	2(1.9)	44(42.7)
	干预后	103	38(36.9)	4(3.9)	4(3.9)	44(42.7)

注:()内数字为报告率/%;干预前后比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

口腔健康是健康生活的重要组成部分,学龄前儿童的口腔健康不但有利于恒牙的萌出,促进恒牙列的形成,而且对于全身、尤其是颌面部的正常发育也很重要^[7]。WHO 的一项研究报告指出,患口腔疾病的儿童不但会有心理上的抑郁,而且可引起社交方面的障碍,甚至导致个体行为的改变^[8]。龋病是儿童时期常见病、多发病之一,可引起牙体组织逐渐破坏,使儿童的咀嚼功能受损,胃肠道消化功能减弱,食欲减退,进食减少进而导致体重下降,亦可引起牙槽骨及颌骨的炎症,甚至影响儿童的整个生长发育^[9],造成严重后果。因此,关注学龄前儿童口腔健康,预防龋病的发生一直是口腔公共卫生工作的重要内容。良好的口腔健康行为是预防龋病及其他口腔疾病的有力保障。学龄前儿童正处于生长发育期,求知欲旺盛,模仿性和可塑性强,是形成良好口腔健康观念及行为的关键时期^[10-11],也是开展口腔健康教育的最佳时期。

口腔健康教育是利用所有可能的学习机会、教育活动向人们传授口腔卫生保健知识与技术,促使人们的行为自觉遵守口腔健康的要求^[12-13],是预防和治疗口腔疾患最经济、最方便及最有效的措施。本研究结果显示,2 个干预组的儿童在接受口腔健康教育后 3 个月内每日刷牙 2 次检出率有大幅度提高,睡前进甜食行为显著减少,部分偏食行为及不良口腔行为得到了不同程度的改善。对照组儿童口腔健康行为干预前后差异无统计学意义。结果表明,只要经过有计划地开展系列口腔健康教育,不论通过教育家长,还是通过教育教师均可以增强儿童的口腔卫生保健意识,改变不良口腔健康行为。提示口腔健康教育在学龄前儿童口腔保健工作中起着重要的作用。2 个健康教育组儿童睡前进甜食、喜进甜食、舔唇行为及无不良习惯报告率干预前后差异均有统计学意义,教育教师的效果优于教育家长。可能因为幼儿园儿童与教师相处的时间比较多,教师在管理孩子的过程中容易发现孩子的不良行为并及时制止。再加上长期以来教师在孩子心目中形成的威信以及孩子对教师的言听计从,使教师能够更好地帮助儿童改变不良行为。提示今后在对家长开展口腔健康教育时,需反复强化儿童不良行为对口腔健康的影响、改变不良饮食习惯可以降低龋齿的发生^[14-15]等知识,使家长主动观察及发现孩子的不良行为,并及时给予纠正。尽管进行了口腔健康干预,干预组儿童的部分不良饮食习惯及不良口腔习惯仍未得到有效改善。可能由于儿童的这些不良行为习惯是经过较长时间养成的,短期的健康教育不易纠正,提示需进一步调整干预方案,制定

适宜的口腔健康教育措施,改进儿童的不良行为习惯。

由于我国口腔专业人员资源配置严重不足^[16],平均每 1.1 万人才有 1 名口腔医师,与 WHO 建议的每 5 000 人拥有 1 名口腔医师的标准相差甚远^[17]。单靠口腔专业人员直接对家长或儿童进行口腔健康教育远远满足不了我国广大人民群众的需求,建议由口腔专业人员对教师开展健康教育,再通过教师教育家长及儿童的途径更切合实际并易于推广。

4 参考文献

- [1] 王嘉德,高学军.牙体牙髓病学[M].北京:北京大学医学出版社,2006:139-141.
- [2] 陈海英.昌江县城 2036 名学龄前儿童龋齿患病情况调查[J].医学美容,2013(9):240-241.
- [3] 曾宇明,何娟,欧阳西中.常平镇学龄前儿童龋齿患病情况调查[J].中国现代医生,2012,50(20):159-160.
- [4] 陈利民,张美兰,宫尚红.1214 名学龄前儿童口腔不良习惯与心理状态的调查[J].中国妇幼保健,2011,26(31):4894-4895.
- [5] 石兴莲,程华刚,王鹏,等.遵义市学龄前儿童口腔健康相关行为调查[J].中国学校卫生,2013,34(4):487-488.
- [6] 中华人民共和国卫生部.中国居民口腔健康指南[J].中华口腔医学杂志,2010,45(6):325-330.
- [7] 何松霖,胡德渝.儿童口腔健康相关生存质量评价的研究进展[J].重庆医学,2009,38(21):2745-2747.
- [8] GOMES AS, ABEGG C. The impact of oral health on daily performance of municipal waste disposal workers in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil [J]. Cad Saude Publica, 2007, 23(7):1707-1714.
- [9] 石淑华.儿童保健学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2006:255-256.
- [10] KAWAMURA M, TAKASE N, SASAHARA H, et al. Teenagers' oral health attitudes and behavior in Japan: comparison by sex and age group [J]. J Oral Sci, 2008, 50(2):167-174.
- [11] ROBERTS-THOMSON KF, SLADE GD, BAILIE RS, et al. A comprehensive approach to health promotion for the reduction of dental caries in remote indigenous Australian children: a clustered randomised controlled trial [J]. Int Dent J, 2010, 60(32):245-249.
- [12] 王洪萍,林靖雯,严耽.口腔健康教育对降低幼儿园 5 岁儿童龋齿发生的效果评价[J].临床合理用药,2012,5(5c):144-145.
- [13] 胡景团.口腔预防保健[M].北京:科学出版社,2011:15.
- [14] 代其铭,郑美玲.博山区 39 个托幼机构儿童龋齿调查及干预措施探索[J].中国医药导报,2011,8(23):138-139.
- [15] 郭秋红,宋平,郭一江,等.1610 名 2~6 岁儿童乳牙龋病现状及影响因素分析[J].检验医学与临床,2013,10(15):1961-1962.
- [16] 高宝迪,李刚,王伊,等.我国部分省市口腔医生基本结构调查报告[J].实用口腔医学杂志,2011,27(2):279-282.
- [17] 王维真.卫生部召开例行新闻发布会[EB/OL].[2014-09-01]. <http://www.jfz.com/wz/id-1468901.html>.

收稿日期:2015-11-22;修回日期:2015-12-11