

قياس الثقافة الفموية الصحية بين طلاب التعليم العالي بمدينة زوارة

د . سلطان علي الطوينى - كلية الآداب زوارة - جامعة الزاوية
د . حسين سعيد قري - كلية طب الإنسان - جامعة طرابلس

Abstract :

A cross sectional study of 162 students sample, targeted high education level, or what so called 4th level of, composed of 38 students or otherwise 37% were males, and 124 or otherwise 63% were females, with average age 20.5 ± 3.3 years. This study was conducted on November 2016 ended the last week of march 2017 in Zwarah city which is located 110 Km west to the capital of Libya Tripoli city, north Africa.

Methodology: A self-constructed anonymous questioner close end was used to evaluate the level of oral health cognition. The results were assessed and analyzed by means of using IBM software SPSS virgin 24.

The results: an average 51 % of 36 of dichotomous questioner were right answered, and this percent was designated as acceptable level of oral health cognition according to Likert, also the study showed that the cognitive level among females were higher than that found among Males, i.e. 55% and 45% respectably, and this differences was found. The independent variables "student specialty i.e. human or applied science, family level of education, and family income level) were also computed.

Conclusion: the oral health cognitive level in Zwarah city among high education students is acceptable.

المقدمة :

تعكس الثقافة الصحية جانباً مهماً من طبيعة الحياة لدى كل من الفرد والمجتمع، ذلك لما لها من مساس مباشر بالحياة اليومية، كذلك تنطوي على مدى مواكبة الفرد والمجتمع للتطورات العلمية التي تحصل في هذا المجال الصحي او ذاك. وتقع دراسة الثقافة الصحية ضمن اهتمامات علم اجتماع الصحة والمرض (Sociology of Health and Illness).

تصنف هذه الدراسة من ضمن الدراسات الاستطلاعية، وهي تهدف الى قياس الثقافة الصحية الفموية. أما مجتمع الدراسة، فهم شريحة من طلاب مؤسسات التعليم العالي بمدينة زواره، كجزء من دراسة شاملة تستهدف مواطني المدينة بمختلف شرائحهم الاجتماعية.

صممت واسست وانجزت، هذه الدراسة بتظافر جهود أطباء اسنان، وخبراء في مجال علم الاجتماع، نظرا لطبيعة تداخل هذه الدراسة بين "الطب" بصفة عامة و"العلوم الاجتماعية"، وأيضا لوجود تأثير مباشر لكل منهما على الاخر، فسلوك وحياة افراد المجتمع، تؤثر حتما على صحتهم، مما يفرض علينا الجمع بين هذين الحقلين المعرفيين معا.

إن اختيار هذه الدراسة، لم يأت اعتباطا، او فضولا شخصيا لأصحاب هذا الدراسة، بقدر ما هو نابع من خبرتهم في تقدير أهميتها في إمطة اللثام عن احد اسباب تدهي صحة الفم والاسنان في هذه المدينة خاصة، وفي ليبيا بصفة عامة، الا وهو الثقافة الصحية الفموية، مما يدعم لوجستيا ووثائقيا المهتمين بالتخطيط الصحي الفموي في هذه المدينة زواره، لمعالجة أسباب الاشكالية الصحية جذريا، بالأسلوب الذي يتوافق وحاجة الناس، و يسهم إيجابا في رفع وتحسين الخدمات الصحية الفموية، في إطار علمي، بعيدا عن التخمين، وتكون هذه المعلومات مرجعا هاما، في رصد وقياس التغيرات التي قد تحدث في المجتمع في فترة زمنية مستقبلية.

لقد حققت الدول الصناعية قفزة نوعية في تخفيض حدة الاصابة بتسوس الاسنان بين مواطنيها من اطفال وراشدين في العقدين الماضيين (1-2-3). إن هذا النجاح لا يمكن ان يتحقق فقط من خلال تقديم وتحسين الخدمات العلاجية، ولكن يكون بمعية نجاح هذه الدول في تحسين المستوى المعرفي لصحة الفم والاسنان وبالتالي تطورا في الوعي والمسلك الصحي الفموي (4). مما حسن منظور الوقاية في نمط الحياة وممارسة المواطنين لأصول الرعاية الفموية باستمرارية، وكذلك السعي للحصول على العلاجات اللازمة من خلال زيارتهم المنتظمة لعيادات الاسنان والسعي للحصول على العلاجات الوقائية والترميمية والجراحية، مما انعكس على صحة المواطنين العامة وارتفاع متوسط الاعمار لديهم. (8) هذا التطور والتحسين زاد من اهتمام الناس بالوقاية من خلال التواصل التوعوي والعلاجي لمقدمي الخدمات الصحية الفموية في أوطانهم. بعكس الدول التي تعاني من انخفاض مستوى الوعي الصحي وتعاني من ضعف في اوضاعها الاقتصادية، حيث اظهرت نتائج المسوحات فيها، انه قد ارتفعت فيها نسبة الاصابة بأمراض الفم والاسنان، نظرا لزيادة عناصر الخطر في الاصابة بأمراض الفم والاسنان مثلا: سوء التغذية، التدخين، عدم الاهتمام برعاية صحة الفم والاسنان الخصوصية، ناهيك عن النقص الشديد في البنية التحتية الصحية الفموية، اللازمة لتقديم الخدمات العلاجية. (33)

إن الصحة كتنقيضها المرض مفهومان جديان مرتبطان بالثقافة الصحية والسلوك الاجتماعي، كلاهما منتج لأسلوب الحياة الذي يعيشه الناس في بيئتهم، وفقا لما توارثته الأجيال من مخزون ثقافي عن بعضهم البعض، مما أدى إلى حصيلة ثقافية وعادات وسلوكيات أكثرها خاطئ وبعضها صحيح.

عندما نتحدث عن مجتمع مثل المجتمع الليبي الذي معظم نتاجه مما يسمى بالوعي الغريزي، (الذي هو ما يتكون لدى الفرد نتيجة لممارسات، وخبرات، يكتسبها الفرد خلال حياته اليومية، مدفوعا بدوافع غريزية في الغالب). (34) محملا بما فيه من عيوب وأخطاء، مما يحتاج إلى دراسته وفحصه وإزالة كل ما علق به من عيوب ومفاهيم بالية، لا تمت إلى العلوم الطبية بصلة، والدفع بالوعي العقلي ((الذي هو الوعي القائم على أعمال العقل، والفهم، والإقناع، والتمييز بين البدائل، ولا يستطيع الإنسان الوصول إلى هذا النوع، إلا عن طريق جهد مخطط ومقصود، من أجل تكوين قدر من الثقافة العامة لدى الفرد، وذلك يرتبط بعمليات عقلية، يمارسها الفرد لكي يصل إلى مستوى الفهم أولا، ثم مستوى الاهتمام والتبني المكتسب بالثقف والتعليم المبرمج. (34) و يرى أصحاب هذه الدراسة أن ما ذكر وجاء في المرجع السابق وسماه الوعي العقلي، يمكن أن يكون له عدة تطبيقات مختلفة مثلا الوعي البيئي، الوعي الأمني، وأيضا الوعي الصحي الفموي موضوع دراستنا، فالوعي عملية قائمة على الجوانب المعرفية، والوجدانية، والسلوكية الادائية، مما يؤدي حتما إلى تحسين الصحة البدنية للأفراد، ومنها صحة الفم والاسنان. (16 و 17)

الوعي الصحي هو عملية معقدة تتكون من عدة عناصر ومؤثرات ومتغيرات بدأ بالمعرفة ثم الموقف ثم السلوك، وجميعها يتأثر بالبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والصحية المحيطة، وكذلك اثبتت الدراسات ان العملية التعليمية من أكثر العناصر تأثيرا على الثقافة الصحية الفموية وبالتالي الوعي الصحي.

ان مفهوم الوعي الصحي: هو عملية ترجمة الحقائق الصحية "الثقافة الصحية بمستوياتها المعرفية جميعا" إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة، أي تعتبر الثقافة الصحية الفموية أساسا ومرجعا لكي يصبح الإنسان واعيا، وهو ما يؤيد تجسنا (35).

وحيث ان الوعي الصحي الفموي يتركز على المعرفة في الاقناع للوصول الى الوعي، لأفراد المجتمع فردا فردا وذلك بإقناعهم أنهم عرضة للإصابة بالتسوس وأمراض اللثة، وأن لهذه الأمراض مضاعفات حادة، وفي ذات الوقت يمكن الوقاية منها، وذلك من خلال ترسيخ ثقافة التقدير والاحترام لأهمية صحة الفم والأسنان، لتصبح الثقافة الصحية الفموية امرا لا مئاض منه للوصول الى وعيا صحيا فمويا مجزي. (4-5)

ومن المفاهيم الاساسية، التي يجب ان تؤخذ بعين الاعتبار ايضا، ان ما يكتسبه الانسان من معرفة ووعي، ليس شيئا يتم توارثه من اسرته جينيا، بل هو شيئا يتعلمه الفرد من خلال الاطلاع، ويكتسبه اكتسابا من المحاكاة بأفراد يتمتعون بمستويات عالية من الوعي (6).

الباحثان هنا في هذه الدراسة، يرون انه من واقع المشاهدة للصيقة لأفراد المجتمع ومن خلال طبيعة عملهم والعديد من الدراسات والمسوحات البحثية المنشورة تبين أن: الأفراد المنحدرين من مستويات اجتماعية عالية الدخل، ومتقفة ثقافة صحية فموية، ومتعلمة علوم تطبيقية، هم أكثر وعيا والتزاما بالرعاية الصحية الفموية، من الاشخاص الاقل ثقافة وتعلما ودخلا. (36)

ما تقدم فان مفهوم التثقيف الصحي: هو إضافة او تغيير أفكار وأحاسيس وسلوك الأفراد فيما يتعلق بصحتهم ومحيطهم وسلوكهم ، وتزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارساتهم فيما يتعلق بالصحة تأثيراً حميداً، وتعليم المجتمع كيفية حماية نفسه من الأمراض والمشاكل الصحية التي تظهر في المجتمع

الثقافة الصحية الفموية في هذا البحث هي: إذا نحن عرفنا الثقافة بصفة عامة دون الخوض في العديد من تفسيراتها على انها: "معرفة الشخص عن كل شئ بعض الشيء"، إذن نعرفها على انها "معرفة الشخص بعض الشيء عن فمه واسنانه ووظيفتها وعيوبها الخلقية والامراض التي تصيبه نتيجة للحوادث العارضة او المرضية، وكيف السبيل الى الوقاية منها وعلاجها بالقدر الذي يؤمن له سلامته".

قد نجد ان هذا الكم من التعريفات، ما قد يطرح لنا إشكالية، تذبوا على هيئة سؤال: ما هو إذن الحد الأدنى الذي يجب ان يعرفه الشخص حتى يصبح متقفا صحيا ويحافظ عل صحة جهازه الفموي السني؟ وحيث أننا نحن لسنا هنا بصدد الاجابة على هذا السؤال، نوصي بأن يفرد لذلك دراسة وبحث علمي حتى تتم الاجابة عليه، وبذلك نتمكن من تقييم الوعي الصحي الفموي بكل دقة بين المجتمعات ومقارنتها ببعضها البعض لمعرفة أي مجتمع هو أكثر وعيا صحيا.

ولكي نقيس الثقافة الصحية الفموية، يجب أن نضع لها ميزان، وهو ميزان معنوي وليس رقمي وكان ميزان ليكر هو أداة القياس.

اشكالية الدراسة:

ان ارتفاع نسبة الاصابة بأمراض الفم والاسنان، في المجتمع الليبي وبالذات تسوس الاسنان والتهابات اللثة، والذي اوعز سببه كانطباعات من قبل الكثير من المختصين من الأطباء الممارسين، ونتائج بحثية للعديد من البحوث فيما نشر لهم من أبحاث. (20 و22 و21)، الى تدني الثقافة الفموية في المجتمعات المبحوثة، ومن تم تدني في الوعي الصحي الفموي، مما يستوجب البحث في عمق هذه الاشكالية، لقطع الشك باليقين، ومعرفة هل فعلا مستوى الثقافة الصحية الفموية له ارتباطا بالوعي الصحي الفموي. (12، 13، 14، 15).

وتأسيسا على ما سبق، فان هذه الدراسة تعتبر جزءا من دراسة اشمل لتقييم مستوى الثقافة الصحية الفموية كعنصر اساس في تحسين مستوى الوعي بالصحة الفموية، لمختلف الشرائح الاجتماعية للمجتمع الليبي، الاسرة، أطفال الرياض، تلاميذ المدارس وطلاب الجامعات، النساء الحوامل والمرضعات، المسنين، ذوي الاحتياجات الخاصة، وما استهدفنا لفئة طلاب وشباب الجامعات في هذه الدراسة، الا تنفيذها لما عزمنا الشروع فيه، إن شاء الله، محاولين أن نصيغ هذه الاشكالية من خلال الاجابة على التساؤل الاتي

ما هو مستوى ثقافة الصحة الفموية بين طلاب التعليم العالي في مدينة زوارة؟

هدف الدراسة:

يتمحور حول إجراء استقصاء لعينة من طلاب التعليم العالي بمدينة زوارة لقياس الوعي الثقافي الصحي الفموي لهم.

تساؤلات الدراسة:

1. ما مستوى ثقافة الصحة الفموية لطلاب مؤسسات التعليم العالي في مديته زوارة؟
2. ما مدى معرفة الطالب للمعلومات المتعلقة بمكونات الجهاز الفموي، ووظائفه الحيوية، والأمراض التي تصيبه، وخطورتها على صحته، وسبل علاجها، والوقاية منها ومضاعفاتها، وتأثيرها على هذا الجهاز، او بقية اجهزة واعضاء الجسم؟
3. هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الثقافة الفموية الصحية لطلاب التعليم العالي في مدينة زوارة ونوع المبحوث؟
4. هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الثقافة الصحية الفموية لطلاب التعليم العالي في مدينة زوارة والمستوى التعليمي للوالدين؟
5. هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الثقافة الصحية الفموية لطلاب مؤسسات التعليم العالي في مدينة زوارة ومستوى دخل الاسرة؟

طريقة العمل:

اجريت هذه الدراسة الوصفية على عينة مقطعية عشوائية عمدية، استمرت لفترة خمسة أشهر، بدأ من اول شهر نوفمبر في عام 2016 ميلادية، حتى نهاية شهر مارس عام 2017 ميلادية ، لعدد 162 طالبا وطالبة، من سكان مدينة زواره، لبيبين الجنسية، من الدارسين بكلية الآداب بزواره، والمعهد العالي للعلوم البحرية، ومعهد العلوم الفندقية، ثم كلية التقنية والعلوم الهندسية. منهم 38 ذكور، أي بنسبة 37%، و124 إناث، أي بنسبة 63%، تراوحت اعمارهم بين 17 و24 سنة، أي بمتوسط عمري 20.5 ± 3.3 سنة، جمعت بيانات الدراسة من استمارة اعدت وصممت باللغة العربية، وجعلت مجهولة الهوية، تساؤلاتها في المحور الاول الخاص بالبيانات الاساسية ، بعضها مفتوح وبعضها مغلق الاجابات، اما فيما يخص المعرفة والموقف والسلوك كانت جميعها مقفلة الخيارات، تم استيفاء البيانات من خلال المقابلة الشخصية التي اجريت مع المبحوثين بعد ان تم اعدادهم وتوجيههم في كيفية إدارة هذه المقابلة.

كل طالب أجزى في هذه الدراسة، قبل شروعه في تحرير الاستمارة، قد تم إعلامه بالهدف من هذه الدراسة، وان محتواها لا يمكن ان يعرف عن صاحبها، وجميع بياناتها سرية ولا تستخدم الا للبحث العلمي فقط ، واعتبر قبول الطالب للاستمارة وتدوين إجابته عليها، هو قبول ضمني للمشاركة.

اعتبرت العشرة استمارات الاولى، التي تم تحريرها من قبل المبحوثين، اختبارا لمصادقيتها وصلاحتها، ومعرفة متوسط الزمن اللازم لاستكمال تحرير الاستمارة الواحدة، الذي وجد انه يتراوح بين 12 دقيقة الى خمسة عشرة دقيقة. أستهدف المبحوثين عشوائيا كل الطلاب الذين وجدوا صدفه، في اليوم الذي تمت فيه زيارة تلك المؤسسة، وانطبقت عليهم الشروط، ووافقوا على المشاركة، بغض النظر عن عدد الطلاب ونوعهم بالمؤسسة التعليمية.

الاستمارة:

تم تصميم الاستمارة من ثلاثة محاور:

أ. المحور الاول البيانات الاولية للمبحوث، يتكون من 8 بنود، وهي كما يلي: نوع المبحوث "ذكر او انثى"، عمره لرفض أي عينة تجاوزت سن الطلاب المعلومة في الدراسة الجامعية (18 - 24 سنة)، نوعية الاختصاص "علوم تطبيقية او إنسانية"، مستوى تعليم الوالدين "جامعي او اعلى، وثانوي او أدنى"، دخل الاسرة" غير محدود، ومحدود الدخل" من خلال الاجابة على اربعة أسئلة فرعية تشمل نوع السكن (فيلا، شقة، بيت عربي.)، مهنة الام، مستوى الدخل الاسري، عالي او متدني، قيمة دخل المبحوث.

ب. المحور الثاني المعرفة الصحية الفموية ويتكون من ثلاثة عناصر لعبارات تمثل اتجاهها معرفياً او صحياً او سلوكياً الاول: المستوى المعرفي "جهاز الفم والاسنان" ويتكون من ثلاثة جمل، الثاني: المستوى المعرفي " السلوكيات والمواقف" ويتكون من إحدى عشرة جملة، والثالث: المستوى المعرفي "لأمراض الفم والاسنان ومسبباتها ومضاعفاتها" ويتكون من إحدى عشرة جملة، أي ما مجموعة خمسة وعشرون جملة خبرية علمية ، ووضع لكل جملة منها احتمالين "صح، خطأ" حسب صدق او كذب الجملة، وخياراً ثالثاً "لا اعلم" لمنع الحرج، وعلى المبحوث اختيار الاحتمال الانسب، واسند للاحتمال التوافقي الصحيح درجة واحدة، والخطأى او "لا اعلم" او كل من امتنع عن الاجابة صفر. (32)

تحليل البيانات احصائياً.

اولاً: تم تحليل بيانات الجداول التكرارية في تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة. المتغيرات المستقلة تشمل:

1. النوع: (ذكر او انثى).
2. تخصص المبحوث: علوم انسانية او تطبيقية.
3. المستوى التعليمي للأبوين: عالي، متوسط، ومتدني، (إذا توافق المستوى التعليمي للوالدين تصنف الاسرة على هذا الاساس اما إذا اختلف فيؤخذ المستوى الذي يلي الاعلى لاحد الوالدين كمتوسط).
4. الاسئلة الاربعة التالية وضعت لنستنبط منها بالمقارنة تحديد المستوى الاقتصادي للأسرة الذي صنف على مستويين اما "عالي" او "محدود" كمتغير مستقل، وهي كما يلي:
 - أ. نوع السكن (فيلا، شقة، بيت عربي).
 - ب. مهنة الام. ____.
 - ج. قيمة دخل الاسرة. ____.
 - د. قيمة دخل المبحوث ____ . (24)

المتغيرات التابعة وتشمل:

الثقافة الصحية الفموية (المعرفة): المقاسة بعدد ونسبة اختيار الخيارات التوافقية للمبحوثين عن كل بند، وهي خمسة وعشرون بند (وهي على هيئة عبارة علمية إما ان تكون صحيحة أو خاطئة).

1. المستوى المعرفي للثقافة الصحية الفموية:

تم تقييم هذا المستوى بإسناد كل اختيار توافقي صحيح (درجة واحدة)، وعليه تكون درجة هذا المحور العليا هي 25/25 وهي عدد الخيارات التوافقية الصحيحة، وباستخراج النسبة المئوية

لمتوسط مجموع الاستجابات الصحيحة للمبحوثين عن كل جملة، يتم تقييم نتائج النسب المئوية حسب معيار ليكر، باستخدام الميزان الذي أستعمله فرحات القدوة (10)، إذ اعتبر ان اي نسبة مئوية اكثر من 80% تعني ان المستوى المعرفي في ذلك السؤال هو عالي جدا، وعالي وعند اكثر من 60% واقل من 80%، تعني ان المستوى المعرفي في ذلك السؤال هو معتدل، وعند أكثر من 40% واقل من 60%، تعني ان المستوى المعرفي في ذلك السؤال هو ضعيف، وعند أقل من 20%، تعني ان المستوى المعرفي في ذلك السؤال هو ضعيف جدا.

تحليل النتائج:

لقد خلصت نتائج دراستنا المقطعية للعينة العمدية التي كما جاء وصفها في الجدول رقم (1)، واجريت في نهاية عام 2016، وانتهت في اوائل عام، 2017، لعدد 162 طالب وطالبة من المعاهد العليا والكليات بزواره، باستعمال برنامج "SPSS" الرزمة الإحصائية إصدار رقم 24، لتحليل البيانات، الى ما يلي:

اولاً: خصائص العينة

1- العمر والنوع

جدول رقم 1 يوضح عدد المشاركين في البحث ومتوسط اعمارهم.				
جنس المبحوث	ع	%	متوسط العمر	الانحراف المعياري
ذكور	38	23%	21	2.238
اناث	124	67%	20	2.398
المجموع	162	100.0	20.5	2.338

2- التخصص، والمستوى التعليمي للوالدين، ودخل الاسرة

الجدول رقم 2 عدد المبحوثين حسب المتغيرات المستقلة الديمغرافية											
التخصص				مستوى الاسرة التعليمي				المستوى الاقتصادي للأسرة			
تطبيقية		انسانية		جامعي		ثانوي		عادي		محدود	
ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	%
60	37%	102	63%	113	70%	49	30%	80	49%	82	51%

ثانياً: ملخص نتائج الثقافة الصحية الفموية بين طلاب القطاع المبحوث، كانت بمستوى معتدل، أي بنسبة 51% وكان التباين بين المحاور هو كما يلي:

متوسط محور المعرفة		جدول رقم (3) يوضح ملخص نتيجة الثقافة الفموية للعيّنة في محاورها الثلاثة وبنودها الخمسة والعشرون.					
		المرض الفم ومسبباتها		السلوك والموقف		الجهاز الفموي	
م	%	م	%	م	%	م	%
معتدل	51%	معتدل	47%	عالي	66%	ضعيف	40%

1. حيث أظهرت النتائج ان الطلبة بصفة عامة يفتقرون الى معرفة تكوين افواههم وعدد أسنانهم، وهذا مرده الى نقص او ربما انعدام احتواء المناهج الدراسية المدرسية على معلومات معرفية تعلمها الطالب أثناء دراستهم بالمرحلة الإلزامية والثانوية، مما يستدعي مراجعة مناهج هذه المراحل، وإقرار مواضيع في صحة الفم والاسنان بالمناهج الدراسية، تحت أي صورة وخاصة العلوم.
2. أما بالنسبة للسلوك والوقاية فكانت أحسن حال وبمستوى عام "عالي"، وربما كان سبب ذلك الى دور الاعلام، او التبادل المعرفي بين الاقران، او أطباء الاسنان أثناء العلاج، إذ تبين لنا أن نسبة الطلبة الذين ترددوا على عيادات الاسنان تصل الى أكثر من 70% وهذا يتيح الفرصة لاكتساب معارف ومعلومات حول صحة الاسنان، ولا يخفى دور الثقافة الاسرية، حتى وإن كانت ضئيلة، الا انها كان لها أثر حميد وكانت النتيجة معتدلة أي أعلى من أربعين بالمئة.
3. أما بالنسبة لمستوى معرفة امراض الفم ومسبباتها، فهي أيضا بمستوى "معتدل" أي بنسبة 51%، وقد يرجح سبب ذلك أيضا، الى نفس الأسباب الذي ذكرتها، في تحليل تميز محور السلوك والثقافة عن المعرفة التشريحية للفم والاسنان.
4. ثالثا: ملخص نتائج الثقافة الصحية الفموية بين طلاب القطاع المبحوث حسب النوع: النتائج أظهرت بان مستوى الثقافة الصحية الفموية بين الاناث هي اعلى منها بين الذكور، كانت بنسبة 45% للذكور أي بمستوى معتدل، وأيضاً للإناث بمستوى معتدل ولكن بنسبة اعلى في الاناث، ولكي نعرف هل هذه النسبة لها أي مدلول إحصائي قمنا باستعمال اختبار كأي التريبيعي باستعمال حزمة أس بي أس الإحصائية إصدار رقم 24، واطهرت النتيجة عند مستوى الثقة 5% كما يلي:

- الفرضية الصفرية او "العدمية: مستوى الثقافة الصحية الفموية بين المبحوثين، مستقلة عن النوع.
- الفرضية البديلة: مستوى الثقافة الصحية الفموية بين المبحوثين، غير مستقلة عن النوع.

جدول رقم (4) يوضح ملخص نتيجة الثقافة الفموية للعيّنة حسب النوع في محاورها الثلاثة وبنودها الخمسة وعشرون. ع: ذكور = 38 – إناث = 124							
متوسط محور المعرفة		المعرفة بأمراض الفم والاسنان ومسبباتها		المستوى السلوكي والموقف		مستوى معرفة الجهاز الفموي	
م	%	م	%	م	%	م	%
معتدل	45%	معتدل	49%	معتدل	57%	ضعيف	30%
معتدل	55%	معتدل	51%	عالي	71%	معتدل	42%

من الجدول (5) يتضح ان كاي التريبيعي = 12.197 مع درجة حرية 4 وقيمة P المجدولة تساوي 0.016 وهي أقل من 0.05 المفترضة، أي نستطيع رفض الفرضية العدمية، إذن هناك ارتباط بين النوع ومستوى الثقافة الصحية الفموية، ولكنه ضعيف وذلك من خلال الجدول رقم (4) نلاحظ ان النسبة بينهما ضئيلة جدا.

Chi-Square Tests table 5			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.197 ^a	4	.016
Likelihood Ratio	11.360	4	.023
Linear-by-Linear Association	10.492	1	.001
N of Valid Cases	162		
a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .70.			

رابعاً: ملخص نتائج الثقافة الصحية الفموية بين طلاب القطاع المبحوث حسب

جدول رقم (6) يوضح ملخص نتيجة الثقافة الفموية للعينة حسب تخصص المبحوث في محاورها الثلاثة وبنودها الخمسة وعشرون. ع: التطبيقي = 60 - العلوم الانسانية = 102								
متوسط معرفة المعرفة		مستوى معرفة امراض الفم والاسنان ومسبباتها		مستوى السلوك والموقف		مستوى معرفة الجهاز الفموي		
المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	
ضعيف	49%	مقبول	51%	مقبول	63%	ضعيف	34%	تطبيقية
مقبول	55%	مقبول	53%	معتدل	68%	ضعيف	44%	انسانية

تخصص المبحوث، حيث أظهرت النتائج، ان تخصص العلوم الإنسانية اظهروا أكثر ثقافة من الطلاب ذوي اختصاص العلوم التطبيقية، وهو كذلك في المحاور الثلاث، وهو ما يعكس افتقار مناهج طلاب العلوم التطبيقية من أي مواضيع في الثقافة الصحية الفموية، وهو المفترض، في حين ان ذوي اختصاص العلوم الإنسانية يكون محتوى منهجهم بطبيعته أقل محتوى في العلوم البيولوجية، وهذه النتيجة مثيرة للجدل وتحتاج الى المزيد من التحريض، ولكي نتعرف على ما إذا لهذا التميز أي دلالة إحصائية، استعملنا اختبار كاي التريبيعي وكانت فرضياتنا كما يلي:

- الفرضية الصفرية او العدمية: مستوى الثقافة الصحية الفموية بين المبحوثين، مستقلة عن نوعية التخصص الجامعي للطلاب.
- مستوى الثقافة الصحية الفموية بين المبحوثين، غير مستقلة عن نوعية التخصص الجامعي للطلاب.

Chi-Square Tests table (7)			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.681 _a	4	.154
Likelihood Ratio	7.516	4	.111
Linear-by-Linear Association	3.247	1	.072
N of Valid Cases	162		

a. 3 cells (30.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.11.

من الجدول (7) يتضح ان كاي التربيعي = 6.681 مع درجة حرية 4 وقيمة P المجدولة تساوي 0.154 وهي أكبر من 0.05 القيمة الفرضية، أي لا نستطيع رفض الفرضية العدمية، إذن لا يوجد ارتباط بين نوع التخصص ومستوى الثقافة الصحية الفموية رغم هذا التميز، خلال الجدول رقم (6) نلاحظ ان كمية الفارق في النسبة بينهما ضئيلة جدا.

جدول رقم (8) يوضح ملخص نتيجة الثقافة الفموية للعيينة حسب المستوى التعليمي للأسرة في محاورها الثلاثة وبنودها الخمسة وعشرون. ع: الفئة الجامعية واعلى = 113 - الفئة الثانوية وادنى = 49.								
متوسط محور المعرفة		مستوى معرفة امراض الفم والاسنان ومسبباتها		مستوى السلوك والموقف		مستوى معرفة الجهاز الفموي		
المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	
مقبول	62%	مقبول	53%	معتدل	67%	معتدل	67%	جامعي
مقبول	60%	مقبول	50%	معتدل	65%	معتدل	65%	ثانوي

خامسا: ملخص نتائج الثقافة الصحية الفموية بين طلاب القطاع المبحوث حسب المستوى التعليمي للأسرة، التي أظهرت ارتفاع المستوى الثقافي للمبجوثين من اسر ذات المستوى التعليمي الجامعي ، حيث حقق ذوي الاسر الجامعية نسبة 62% أي بمستوى عالي، بينما الطلاب من ذوي المستوى الثانوي وأدنى، حققوا نسبة 60% أي بمستوى معتدل، بل كان طلاب ذوي الاسر الجامعية اعلى في جميع المحاور. ولكي نتعرف على ما إذا هذا الفارق او التميز له أي مدلول إحصائي، استعملنا اختبار كاي التربيعي وكانت فرضياتنا كما يلي:

➤ الفرضية الصفرية او العدمية: مستوى الثقافة الصحية الفموية بين المبحوثين، مستقلة عن المستوى التعليمي لأسر الطلاب.

➤ الفرضية البديلة: مستوى الثقافة الصحية الفموية بين المبحوثين، غير مستقلة عن المستوى التعليمي لأسر الطلاب.

Chi-Square Tests table (9)			
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.623 ^a	4	.459
Likelihood Ratio	3.676	4	.452
Linear-by-Linear Association	.025	1	.875
N of Valid Cases	162		

a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .91.

من الجدول (9) يتضح ان كاي التربيعي = 3.623 مع درجة حرية 4 وقيمة P المجدولة تساوي 0.459 وهي أكبر من 0.05 القيمة الفرضية، أي لا نستطيع رفض الفرضية العدمية، إذن لا يوجد ارتباط بين المستوى التعليمي للأسرة ومستوى الثقافة الصحية الفموية رغم هذا التميز، خلال الجدول رقم (8) نلاحظ ان كمية الفارق في النسبة بينهما ضئيلة جدا.

جدول رقم (10) يوضح ملخص نتيجة الثقافة الفموية للعينة حسب مستوى دخل الاسرة في محاورها الثلاثة وبندوها الخمسة وعشرون. ع: دخل عالي = 80 - محدود = 82								
متوسط محور المعرفة		مستوى معرفة امراض الفم والاسنان ومسبباتها		مستوى السلوك والموقف		مستوى معرفة الجهاز الفموي		
المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	المستوى	النسبة	
ضعيف	49%	مقبول	53%	مقبول	61%	ضعيف	33%	عالي
مقبول	57%	مقبول	52%	معتدل	71%	ضعيف	48%	منخفض

سادسا: ملخص نتائج الثقافة الصحية الفموية بين طلاب القطاع المبحوث حسب مستوى دخل الاسرة، حيث أظهرت نتيجة مغايرة لما يتوقعه الكثير حسب المنطق، وهو أن ابناء الاسر الغنية امامها فرصة اكثر في الولوج الى مصادر التعلم والثقافة والإمكانيات المادية التي تمكنهم من متابعة صحتهم الفموية، والغريب أن حتى عدد الطلاب المبحوثين من ذوي الاسر المحدودة الدخل

الذين يفرشون أسنانهم هي اعلى، وهو ما يؤكد أن الفوارق الاقتصادية في مدن الدواخل، لا تخلق فارقا في الثقافة الفموية الصحية، لانهم جميعا يتعلمون بنفس المؤسسات وأيضا يشاهدون ويطلعون على نفس وسائل الاعلام، واصبح الفارق شخصي وليس مجتمعي، ولكي نتعرف على ما إذا لهذا الفارق الضئيل أي دلالة إحصائية، استعملنا اختبار كاي التربيعي وكانت فرضياتنا كما يلي:

- الفرضية الصفرية او العدمية: مستوى الثقافة الصحية الفموية بين المبحوثين، مستقلة عن مستوى دخل أسر الطلاب.
- الفرضية البديلة: مستوى الثقافة الصحية الفموية بين المبحوثين، غير مستقلة عن مستوى دخل أسر الطلاب.

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.556 ^a	4	.235
Likelihood Ratio	6.725	4	.151
Linear-by-Linear Association	1.104	1	.293
N of Valid Cases	162		

a. 2 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.50.

من الجدول (10) يتضح ان كاي التربيعي = 5.556 مع درجة حرية 4 وقيمة P المجدولة تساوي 0.235 وهي أكبر من 0.05 القيمة الفرضية، أي لا نستطيع رفض الفرضية العدمية، إذن لا يوجد ارتباط بين المستوى التعليمي للأسرة ومستوى الثقافة الصحية الفموية رغم هذا التميز، خلال الجدول رقم (11) نلاحظ ان نسبة الفارق بينهما ضئيلة جدا.

م	السؤال	صح	خطأ	لا أعلم
	المحور الثاني: المستوى المعرفي عن الصحة الفموية			
12.	إن عدد الاسنان والضروس اللبنية في فم الطفل، البالغ من العمر ثلاثة سنوات هي 28			
13.	إن عدد الاسنان والضروس الدائمة في الإنسان عندما يبلغ سنه 18 سنة هي بين 26-30			

14.	تبزع اول سنة من الاسنان الدائمة عندما يبلغ الطفل السن السادسة تقريبا.
15.	وجود عنصر الفلور في معجون الاسنان يقوي سطح الاسنان مما يقلل فرص تعرضها للإصابة بتسوس الاسنان.
16.	يجب استبدال فرشاة الاسنان الخاصة بك بعد كل ثلاثة او اربعة أشهر من الاستعمال.
17.	من الادوات الهامة في رعاية الفم المنزلية الى جانب الفرشاة هو الخيط المشمع لإزالة ما علق بين الاسنان.
18.	يجب فرش الاسنان بعد كل وجبة افطار وبعد كل وجبة عشاء.
19.	تعتبر اللحوم من الاطعمة التي تسبب تسوس الاسنان.
20.	يمكن معالجة تسوس الاسنان بالأدوية، ويعود شكل الاسنان كما كانت عليه سابقا.
21.	تعرض سطح الضروس في الاطفال للتسوس أكثر منه في الاسنان الامامية.
22.	الحلوى المصاصة التي يستعملها الاطفال هي من أكثر انواع الحلوى تسببا في تسوس الاسنان.
23.	يجب الذهاب الى طبيب الاسنان لإزالة الرواسب الجيرية كل سنة على الاقل
24.	راحة الفم قد يكون سببها مشاكل صحية في الجهاز التنفسي والمعدة والأمعاء
ثالثا : الوعي بصحة الاسنان	
25.	إن شرب العصائر المسكرة تزيد من احتمالية الإصابة بتسوس الاسنان والضروس.
26.	من المعروف عن التدخين انه يؤدي الى سرطان الرئة، ولكنه لا يسبب سرطان الفم.
27.	يجب مضمضة فمك بالماء الدافئ والملح بعد خلخ ضرس او سنه بمجرد إزالة القطنة الموضوعة مكان الجرح لتعقيمه.
28.	راحة الفم قد تكون سببا لفشل علاقات أسرية وقد تؤدي الى الطلاق في بعض الاحيان
29.	علاج العصب عملية لا جذوي منها، خلخ السنة وتعويضها بأسنان صناعية هو الخيار الامثل.
30.	تسوس الاسنان مرض معدي تنقله الام لطفلها عن طريق اللعاب مثل التقبيل.
31.	إزالة الرواسب الجيرية من على الاسنان عملية مهمة في العلاج والوقاية من امراض اللثة والرائحة الكريهة من الفم.
32.	الاكثار من شرب المشروبات الغازية يؤدي الى تآكل للأسنان وإزالة الطبقة اللامعة من عليها.
33.	يجب ان نرور عيادة الاسنان للكشف عن اسنانا حتى لو لم نلاحظ اي تغير في الاسنان او نشعر بالأم؟
34.	تعتبر الامراض اللثوية المزمنة مصدر للسموم وتؤدي الى امراض في القلب والدورة الدموية
35.	تجنب اكل الحلويات بين الوجبات الرئيسية "الافطار والغذاء والعشاء" يقلل من احتمالية الإصابة بتسوس الاسنان.
36.	فقدان اي سنة او ضرس امرا عادي لأنه يمكن تعويض اي منها بصناعية تعادلها جودة وجمال

من الجدول (12) أظهرت استجابة المبحوثين للجمل الخبرية رقم (34، 30، 27) ملف للنظر، كانت ضعيفة جدا، وهذه الجمل ذات أهمية وقائية، وأيضا ذات دلالات توعوية سيئة، فالذي لا يعرف أن مرض تسوس الاسنان مرضا معديا لن يكون متحفظا في استعمال أدوات الغير، إذا أظهرت تفاعل المبحوثين في ((تسوس الاسنان مرض معدى تنقله الام لطفلها عن طريق اللعاب مثل النقبيل)) (22 % من عدد المبحوثين، اي الذين يعلمون أن تسوس الاسنان مرضا معدى قليل جدا، وخاصة ان هذه المعلومة من المفترض تعلمها من خلال المناهج الدراسية، وهو ما يعكس غياب التنقيف الصحي الفموي في المناهج الدراسية، وعند تصنيفنا للمبحوثين حسب المتغيرات المستقلة، وجدنا ان الاناث اكثر من الذكور والاسر ذات التعليم العالي أكثر من ذوي التعليم الأدنى، والمفارقة تكمن في ان ذوي الدخل الأدنى هم اكثر دراية من ذوي الدخل المحدود. والذي لا يعرف أن الامراض اللثوية المزمنة يمكن أن تؤدي الى أمراض خطيرة فتاكة لا يهتم بصحة لثاه، والذي لا يعرف كيف يتصرف مع نزيف في فمه، هو ثقافته الفموية الصحية متدنية جدا.

من الجدول (12) نجد ان الاناث اختارهم للجمله رقم (15) فيما يخص فائدة الفلورين كعنصر هام يضاف الى معاجين الاسنان في مكافحة التسوس ضعفين الاختيار التوافقي مقارنة بالذكور.

الخلاصة:

من خلال عرض البيانات الجدولية ومناقشتها يمكننا تلخيص اهم النتائج التي اظهرتها هذه الدراسة على النحو الاتي :-

1. يعتبر مستوى الثقافة الصحية الفموية بين فئة طلاب التعليم العالي بزواره من معتدل الى ضعيف.
2. فئة الاناث في العينة الطلابية للتعليم العالي هي أكبر مستوى ثقافي صحي فموي من الذكور في زوارة.
3. من الدراسة يمكن أن نستنتج أن المناهج الدراسية في المرحلة الإلزامية والثانوية تفتقر الى معلومات تدعم الثقافة الصحية الفموية، مما يستوجب إعادة النظر في هذه المناهج، ووضع مواضيع علمية وتربوية صحية فيها، لكي نحسن من الثقافة الصحية الفموية.
4. كشفت نتائج الدراسة بوجود علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى الثقافة الصحية الفموية للمبحوثين ونوع المبحوث حيث جاءت النتائج لصالح الإناث وبنسبة (55%).
5. لا توجد أية علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى الثقافة الصحية الفموية للمبحوثين، ومتغيرات الدراسة: (تخصص الطلاب، والمستوى التعليمي للوالدين، ومستوى دخل الاسرة).
6. الاغلبية الساحقة من الطلاب لا يعرفون أن تسوس الاسنان مرضٌ معدى.

المراجع:

1. Syed Wali Peeran^{1*}, Omar Basheer Altaher², Syed Ali Peeran³, Fatma Mojtaba Alsaid², Marei Hamed Muqrabi⁴, Aisha Mojtaba Ahmed⁵ and Abdulgader Grain⁶—The Prevalence of Self-Reported Halitosis and Oral Hygiene Practices among Libyan Students and Office Workers Eldarrat A1 , Alkhabuli, J1 and Malik A2 1 Faculty of Dentistry, University of Sharjah, Sharjah, UAE 2 (independent researcher), Bradford, UK
2. Prevalence of Dental Caries in School Children from a Suburban Area in Tripoli, Libya Prevalencija zubnog karijesa u školske djece prigradskog područja Tripolija, Libija
file:///C:/Users/User/Downloads/25_1_11_15_baccush.pdf
3. 10. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. Br Dent J. 2006; 201:625–6. (PubMed)
4. Kegel SS: why people seek dental care: a review of present knowledge, Am j Public health: 51: 1306, 1961.
5. **Cross-Sectional Study Design and Data Analysis Chris Olsen** Mathematics Department George Washington High School Cedar Rapids, Iowa and **Diane Marie M. St. George** Master's Programs in Public Health Walden University Chicago, Illinois
6. Yacowone JA; translating research in the social and beaveries science for more effective use in community dentistry, J Public health dent 36;155. 1971
7. Chambers DW: Susceptibility tp preventive dental treatment, J Public health dent 33: 82, 1973.
8. Cozort PJ. Sheffrin S: learning about your health paper presented at the first national symposium on dental health education in school, American dental association, Bureau of health education, Chicago, October 1975
9. -عليوة ، علاء الدين، (1999) ، الصحة في المجال الرياضي، منشأة المعارف ، الإسكندرية، مصر .
10. -قنديل عبدالرحمن. (1990). التربية الغذائية وتطور الوعي الغذائي لدى أمهات المستقبل. المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري وتنشئته ورعايته، المجلد الثاني، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
11. القدومي، عبد الناصر عبد الرحيم. (2005). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، (كلية التربية) جامعة البحرين، المجلد (6)، العدد (1)، 223-263.
12. Rubinson L, Tappe M. An evaluation of a preschool dental health program. ASDC J Dent child 1987; 54: 186-92.

13. Otchere DF, Leake JL, Lee AJ. Evaluation of the effectiveness of the Toronto dental education program. J Dent Res 1988; 67: 192.
14. Rayner JA. A dental health education program for nursery schoolchildren. J Dent Res 1989; 68: 940.
15. Worthington HV, Fiona AH. A cluster randomized controlled trial of a dental health education program for 10-year-old-children. J Public Health Dent 2001; 61: 227.
16. اللقاني، أحمد والجمال، على ١٤١٦ هـ. (معجم المصطلحات التربوية المعرفة في المناهج وطرق التدريس. ط ١، القاهرة: دار عالم الكتب.
17. اللقاني، أحمد ومحمد، فارعة ١٤١٩ هـ. (التربية البيئية واجب ومسؤولية. ط ١ القاهرة: عالم الكتب.
18. ابن منظور، محمد بن مكرم د.ت. (لسان العرب المحيط. مج ١٥، بيروت: دار صادر.
19. تأليف الدكتور أحمد محمد بدح والدكتور أيمن سليمان مزاهرة والدكتور زين حسن بدران، نشر دار المسيرة صفحة 15
20. Epidemiology, etiology, and prevention of periodontal diseases. World Health Organization. Technical Report Series 1978; 621.
21. Decayed, missing and filled teeth among youths 12—17 years. Vital and Health Statistics. Series 11. No 144. DHEW Pub No. (HRA) 1974; 75-1626.
22. Prevention methods and programme for oral diseases. World Health Organization Technical Report Series 1984; 713:7.
23. Liran Levin, D.M.D.; Alon Shenkman, D.M.D. The Relationship Between Dental Caries Status and Oral Health Attitudes and Behavior in Young Israeli Adults November 2004 ■ *Journal of Dental Education*>
24. AGGARWAL O.P., BHASIN S.K., SHARMA A.K., CHHABRA P., AGGARWAL K. and RAJOURA O.P.: A new instrument (scale) for measuring the socioeconomic status of a family: Preliminary study. Indian Journal of Community Medicine, 30 (4): 10-12, 2005.
25. Ostberg AL, Halling A, Lindblad U. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. Acta Odontol Scand 1999;57: 231-6.

26. Nanakorn S, Osaka R, Chusilp K, et. al. Gender differences in health-related practices among university students in northeast Thailand. *Asia Pac J Public Health* 1999;11: 5-10.
5. Kassak KM, Dagher R, Doughan B. Oral health and lifestyle correlates among new undergraduate university students in Lebanon. *J Am Coll Health* 2001; 50:15-20.
6. Fukai K, Takaesu Y, Maki Y. Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population. *Bull Tokyo Dent Coll.* 1999; 40:187-93.
7. Sakki TK, Knuuttila ML, Anttila SS. Lifestyle, gender and occupational status as determinants of oral attitude behavior. *J Clin Periodontol.* 1998;25: 566-70.
31. Klemenz G, Axtelius B, Soderfeldt B. Fluoride use by gender, age and dental fear among patients in private practice. *Swed Dent J.* 2000;24: 183-92.
32. **Oral Health Awareness and Attitude among 12-13 Year Old School Children in Udaipur, India Archana J. Sharda , Srinath Shetty , Dr. Ramesh N , Jagat Sharda , Nagesh Bhat, Kailash Asawa**
INTERNATIONAL JOURNAL OF DENTAL CLINICS 2011;3(4):16-19
33. (تقرير منظمة الصحة العالمية واتحاد أطباء الاسنان الفدرالي لعام 2007 ميلادية).
34. (اللقاني ومحمد 2002 ميلادية، ص 140).
35. كتاب "الثقافة الصحية (تأليف الدكتور أحمد محمد بدح والدكتور أيمن سليمان مزاهرة والدكتور زين حسن بدران، نشر دار المسيرة صفحة 14)"
تقرير مسجل لذا منظمة الصحة العالمية طرابلس، عن دراسة أجريت لطلاب المدارس في مدينة طرابلس، لمختلف شرائح الطلاب حسب مستوياتهم الثقافية الاسرية، والدخل.