

## بررسی موانع درک شده مادران در زمینه مراجعه منظم کودکان ۳-۶ ساله به دندانپزشک:

### (مطالعه کیفی)

پروانه صحرائی<sup>۱</sup> - دکتر نسترن کشاورز محمدی<sup>۲</sup> - دکتر هادی قاسمی<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار گروه آموزشی بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

### چکیده

زمینه و هدف: مراجعه منظم کودکان به دندانپزشک باعث تشخیص بیماری در مراحل اولیه می‌شود و می‌تواند از آسیب جدی به دندانها و لثه پیشگیری کند. با وجود اهمیت آن، انجام این رفتار نزد برخی افراد بسیار کم است و با موانعی همراه می‌باشد. مطالعه حاضر باهدف تبیین موانع درک شده مادران در زمینه مراجعه منظم کودکان به دندانپزشک انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه کیفی پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۳ بر روی چهل مادر دارای کودک ۳-۶ سال در شهر کامیاران که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند انجام گردید. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختارمند استفاده شد. تمام داده‌ها ضبط شده و پس از دست‌نویس شدن با تحلیل درون‌مایه‌ای تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج این مطالعه، موانع درک شده مادران در دو درون‌مایه اصلی متشکل از موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده شامل نگرش، محدودیتها و چالشها، آگاهی و موانع درک شده مربوط به شرایط محیطی اجتماعی (وضعیت خدمات دندانپزشکی) قابل طبقه‌بندی بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد اصلاح نگرش مادران در مورد اهمیت محافظت از دندانهای شیری کودکان و آموزش مهارتهای لازم در این راستا، از مهمترین اقدامات لازم جهت ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان ۳-۶ ساله است.

کلید واژه‌ها: پوسیدگی دندان، موانع درک شده، مراجعه به دندانپزشک، کودکان

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۵/۱۴

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۲/۱۵

وصول مقاله: ۱۳۹۴/۷/۱۱

نویسنده مسئول: دکتر نسترن کشاورز محمدی، گروه آموزشی بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
e.mail:n\_keshavars@sbm.ac.ir

### مقدمه

در شرایطی که سازمان بهداشت جهانی، بهداشت دهان و دندان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر می‌داند، چنین بیان می‌دارد که بهداشت ضعیف دهان و بیماریهای درمان نشده دهان و دندان می‌تواند تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی بگذارد. عدم رعایت رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان بر تغذیه، صحبت کردن، کیفیت صدا و تکلم تأثیرگذار است. لذا با توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان مذکور در حوزه جلوگیری از بیماریهای مزمن و ارتقای سلامت است. (۱)، یکی از رفتارهای مهم بهداشت دهان و دندان مراجعه منظم به دندانپزشک است، الگوی مراجعه به دندانپزشک می‌تواند تأثیر مهمی در سلامت دهان و دندان فرد داشته باشد. معاینه منظم دهان و دندان فرصتی برای دریافت

خدمات پیشگیرانه جهت حفظ سلامت دندانها و همچنین خدمات درمانی برای بیماریهای دهان و دندان را فراهم می‌کند. مراجعه منظم به دندانپزشک باعث تشخیص احتمال بیماری در مراحل اولیه خود می‌شود و می‌تواند از آسیب جدی به دندانها و لثه پیشگیری کند. (۲)، همچنین تأثیر مثبتی در پیشگیری از پوسیدگی دندان و کاهش هزینه‌های دندانپزشکی دارد. (۳)، کودکان زیر شش سال به علت تشکیل و نمو دندانهای شیری و رویش دندانهای دائمی بعد از شش سال و نیز به علت نقش تعیین‌کننده دندانهای شیری در الگوی رویش و سلامتی دندانهای دائمی بسیار مهم هستند. در سال ۱۳۸۳ طرح بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان ایرانی نشان داد که شاخص DMFT در کودکان سه ساله ۱/۹

همکاران نیز در کارولینای شمالی نشان داد که دشواری پیدا کردن ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی، مشکلات دریافت وقت قبلی برای مراجعه به دندانپزشک و رفت و آمد، انتظار بیش از حد برای درمان، برخورد نامناسب دندانپزشک و کارمندان، تبعیض قومی و نژادی جهت ارائه خدمات دندانپزشکی از مشکلات دسترسی به خدمات دندانپزشکی در کودکان هستند. (۱۱)

مطالعات محدود در زمینه وضعیت مراجعات کودک به دندانپزشک در ایران نشان می‌دهد بسیاری از خانواده‌ها کودکان خود را برای معاینات دوره‌ای نزد دندانپزشک نمی‌برند و اغلب والدین مراجعه کودک را تا زمانی که دندانهای کودک نیاز به اقدامات درمانی پیچیده دندانپزشکی داشته باشد به تأخیر می‌اندازند. (۸، ۱۲)، مثلاً در مطالعه‌ای که در همدان انجام شد نشان داد که ۶۲٪ از کودکان ۲-۵ سال هرگز مراجعه به دندانپزشکی نداشتند و فقط ۵/۷٪ از آنها سالی یک بار و بیشتر به دندانپزشک مراجعه می‌کنند (۸) نتایج مطالعه دیگر در کودکان ۱-۷ سال تبریز نشان داد که تقریباً ۹۰٪ کودکانی که برای اولین بار به دندانپزشک مراجعه کرده بودند، سن بالای سه سال داشته‌اند (۱۲) دلایل مختلف فردی و محیطی می‌تواند مانع انجام این رفتار بهداشتی در میان خانواده‌ها شود. بدیهی است هرگونه برنامه‌ریزی در جهت ارتقای سلامت دهان کودکان به خصوص کودکان زیر شش سال منوط به شناسایی و رفع موانع در میان والدین به خصوص مادران خواهد بود. با توجه به اهمیت نقش معاینات منظم دندانپزشکی در سلامت دهان و دندان و کمبود مطالعه جامع در ایران در خصوص شناسایی موانع درک شده مادران در زمینه مراجعه منظم کودکان به دندانپزشک مطالعه حاضر جهت شناسایی انواع موانع موجود تجربه شده توسط مادران در شهر کامیاران انجام شد.

#### روش بررسی

در مطالعه حاضر، به منظور تبیین ادراک مادران از موانع مراجعه منظم کودکان به دندانپزشک از مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی (Phenomenology) استفاده شد، تا بتوان دیدگاه و تجربیات مادران را شناسایی کرد. این نوع بررسیها می‌توانند جزئیات ظریفی از پدیده‌هایی که ارائه آنها به روش کمی مشکل است را ارائه دهند. (۱۳)، در این مطالعه منظور از مراجعه منظم به دندانپزشک به صورت حداقل دو

و در شش ساله‌ها، پنج است. (۴)، به همین دلیل پوسیدگی دندان در کودکان بالاست و همچنین بین پوسیدگی دوره دندانهای شیری و دندانهای دائمی ارتباط معنادار وجود دارد. این گروه سنی به علت کسب عادت به حفظ بهداشت دهان و دندان و یادگیری رفتارهای بهداشتی از اهمیت بالایی برخوردار هستند. (۵)، جهت پیشگیری از پیشرفت پوسیدگی زودرس دندانها در دوران کودکی توصیه می‌شود اولین مراجعه کودکان به دندانپزشکی قبل از یک سالگی و پس از رویش اولین دندان باشد (۶) آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا توصیه می‌کند مراجعه به دندانپزشک جهت معاینه دندانها حداقل دو بار در سال انجام شود. بعضی از کودکان به دلیل افزایش خطر پوسیدگی دندان، بهداشت ضعیف دهان و دندان و سایر بیماریهای دهان و دندان نیازمند تعداد بیشتر مراجعه به دندانپزشک هستند. مراجعه منظم به دندانپزشک می‌تواند والدین به‌ویژه مادران را در جهت رعایت بیشتر دهان و دندان مانند استفاده مرتب از مسواک و نخ دندان راهنمایی کند و آموزشهای لازم را ارائه دهد. همچنین بعضی از مشکلات دندانی هستند که فقط دندانپزشک قادر به تشخیص آنهاست. (۷)، با وجود این توصیه‌ها، مراجعه و معاینه پیشگیرانه دندانپزشکی در سنین پایین کم است. (۸)، در مطالعه‌ای که در ایالات متحده آمریکا انجام گرفته است نیمی از کودکان ۲-۵ سال تاکنون به دندانپزشک مراجعه نکرده‌اند، طبق گزارش دیگر اولین مراجعه بیشتر کودکان به دندانپزشک بعد از پوسیدگی ثانویه دندانها روی می‌دهد یعنی زمانی که پیشگیری بسیار دیر شده و خدمات درمانی دندانپزشکی پرهزینه مورد نیاز است. (۳)، همچنین یک بررسی ملی به صورت نظرسنجی تلفنی از یکصد هزار پدر و مادر کودکان از بدو تولد تا ۱۷ ساله ایالات متحده نشان داد که تنها ۲۴٪ از کودکان دو ساله و ۱۰٪ از کودکان یک ساله در طی یک سال گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده بودند. (۹)

در خصوص موانع مراجعه منظم به دندانپزشک Naidu و همکاران در مطالعه‌ای که در هند انجام دادند نشان داد که تجارب ناخوشایند والدین از دندانپزشکی همراه با عدم یافتن کلینیک دندانپزشکی مناسب و مقرون به صرفه نگرش آنها را نسبت به بردن کودکان خود نزد دندانپزشک تحت تأثیر قرار داده است. علاوه بر آن عدم دسترسی به خدمات محلی دندانپزشکی کودکان و اطلاعات مراقبتهای بهداشت دهان و دندان نیز از مشکلات برجسته بود. (۱۰)، مطالعه Mofidi و

ایجاد محیط آرام، ارائه بازخورد به شرکت کنندگان، درخواست توضیح بیشتر، ارائه سؤال مجدد، استفاده از زبان غیرکلامی نمونه‌هایی از این موارد بودند. در حین مصاحبه‌ها تمرکز اصلی بر توصیف مشارکت‌کنندگان از تجربیاتشان بود. مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰-۴۰ دقیقه در نظر گرفته شد.

مصاحبه‌ها تا دستیابی به داده‌های عمیق ادامه یافت. با اجازه و اطلاع قبلی و کسب رضایت از مصاحبه شونده‌گان تمامی مصاحبه‌ها روی دستگاه ضبط شد. در طی مصاحبه از فرآیند مصاحبه و پیامهای غیرکلامی مصاحبه شونده‌گان مانند لحن کلام، سکوت، تأکید و ... یادداشت برداری شد. بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، متن مصاحبه‌ها پس از چند بار گوش دادن تایپ شد. همچنین با وجود تکراری بودن داده‌ها در پایان سه مصاحبه تکمیلی جهت تأیید رسیدن به اشباع اطلاعات انجام گردید. بعد از هر مصاحبه تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌شد. از معیارهای ورود به مطالعه مادران دارای کودک ۳-۶ سال تحت پوشش مرکز، اهل کامپاران و ساکن این شهر از زمان تولد فرزند خود و مایل به انجام مصاحبه و با رضایت قبلی و داشتن توانایی در بیان تجربه‌های خود بود و از معیارهای خروج، داشتن کودک دچار اختلال روانی یا معلولیت و عدم تمایل و یا عدم توانایی برای ادامه مشارکت فرد به شرکت در پژوهش بود. از آنجا که در مطالعه حاضر، تأکید بر سازماندهی و توصیف عمیق داده‌ها و درک مفاهیم پیدا و ناپیدای تعبیر بود لذا اطلاعات به روش تماتیک یا درون‌مایه‌ای (Thematic) توسط تیم تحقیق و دو نفر صاحب نظر این نوع مطالعات مورد تحلیل کیفی قرار گرفت. محقق پس از بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها به استخراج واحدهای معانی از متن مصاحبه‌ها پرداخت و آنها را در قالب کدهای ابتدایی نام‌گذاری کرد. سپس تدوین درون‌مایه‌ها انجام گرفت یعنی کدها به برگه‌های کد انتقال یافت و طبقات از آنها به دست آمد. طبقات با سازه یکسان گروه‌بندی و درهم ادغام شدند. طبقه با توجه به ویژگیهای کلمات به کار رفته در آن نام‌گذاری شد بدین معنا که کدهای مشابه در یک طبقه تحت عنوان درون‌مایه فرعی طبقه‌بندی گردیدند. بعد از تدوین درون‌مایه‌های فرعی با در نظر داشتن همسانی درونی و برونی سعی بر آن گردید که داده‌های موجود در هر درون‌مایه علاوه بر پیوستگی درونی با داده‌های درون‌مایه‌های دیگر نیز تمایز داشته باشند. مرحله نهایی تحلیل تماتیک با توجه به رویکرد استقرایی مطالعه با هدف تدوین طبقه نهایی

بار در سال در نظر گرفته شده است. جامعه پژوهش، مادران دارای کودک ۳-۶ سال تحت پوشش سه مرکز بهداشتی شهر کامپاران بود. کامپاران یکی از شهرستانهای استان کردستان واقع در غرب کشور است. شغل اغلب مردم شهر کامپاران با توجه به زمینهای نسبتاً مرغوب موجود در منطقه، کشاورزی، مشاغل دولتی و مشاغل خدماتی است. از نظر وضعیت خدمات بهداشتی درمانی شهرستان دارای ده مرکز بهداشتی درمانی روستایی، سه مرکز بهداشتی درمانی شهری و یک بیمارستان است. مشارکت کنندگان که رضایت نامه آگاهانه شرکت در این مطالعه را امضا کرده بودند به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند به طوری که مادران دارای کودک ۳-۶ سال که انتخاب آنها به دلیل اینکه بیشترین وقت خود را با کودکان سپری می‌کنند و تأمین‌کننده اصلی رفتار بهداشت دهان و دندان کودکان در این سن هستند هدفمند بوده است، لذا از مادران دارای کودک ۳-۶ سال تحت پوشش سه مرکز بهداشتی درمانی یک، دو و سه شهر کامپاران با حداکثر تنوع از نظر وضعیت اقتصادی، اجتماعی، تحصیلات، شغل والدین، جنسیت و رتبه تولد کودک، تعداد فرزندان خانواده، سن مادر و کودک جهت کسب تجارب لازم برای تحلیل عمیق در شناسایی موانع بهداشت دهان و دندان کودکان تحت پوشش سه مرکز بهداشتی درمانی شهری جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. دلیل مراجعه به سه مرکز بهداشتی، متفاوت بودن جمعیت سه منطقه تحت پوشش از نظر وضعیت اقتصادی، اجتماعی هر سه مرکز بود و این امکان را داشت که مادران تحت پوشش هر مرکز تجارب و مشکلات متفاوتی با سایر مادران در مراکز دیگر داشته باشند، انتخاب مادران تا زمان اشباع اطلاعات یعنی تکراری بودن داده‌ها، ادامه یافت به طوری که با چهل مشارکت کننده به حدّ اشباع رسید. داده‌ها توسط محقق در مراکز بهداشتی درمانی با مصاحبه عمیق فردی نیمه ساختارمند (Semi structured) که از نظر انعطاف‌پذیری و عمیق بودن، مناسب پژوهشهای کیفی است (۱۴)، با استفاده از راهنمای مصاحبه که شامل سؤالات باز بود به دست آمد، همچنین محقق برای عمیق شدن مصاحبه‌ها از سؤالات کاوشی مانند "ممکن است یک مثال زنده بزنید، چگونه...، دلایل پاسخ خود را شرح دهید ...، می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ در این مورد منظور شما چه بود؟" استفاده کرد. در طول مصاحبه محقق از فنون متعدد به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر و خالصتر استفاده کرد.

تحلیل مصاحبه‌ها در مورد موانع درک شده مراجعه منظم به دندانپزشک ۳-۶ سال در دو طبقه اصلی شامل «موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده» و «موانع درک شده مربوط به شرایط محیطی اجتماعی» خلاصه گردید که تفصیل هر یک از این طبقات در زیر آورده شده است. خلاصه تحلیل یافته‌ها در جدول ۲ همراه با کدها و فراوانی آنها آمده است.

#### الف) موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده

در این مطالعه تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد آگاهی و نگرش اعضای خانواده به‌ویژه مادر و همچنین وضعیت مالی خانواده مسبب ایجاد موانعی در مراجعه منظم کودک به دندانپزشک است.

#### نگرش

تعدادی از موانع که مادران بیان کردند مرتبط با نگرش آنها بود که می‌توان گفت بیشترین فراوانی را در این مطالعه داشت. در این بخش وجود ۴ نوع نگرش نامناسب شناسایی شد که شامل موارد زیر است:

لازم ندانستن مراجعه منظم به دندانپزشک در موارد پوسیدگی

بدون درد و یا دندان شیری

تقریباً هیچ یک از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه نگرش مناسبی نسبت به مراجعه منظم به دندانپزشک نداشتند و از نظر آنها مشکلات دندانی به راحتی توسط مادر قابل تشخیص بوده و نیازی به معاینه منظم توسط دندانپزشک ندارند. ایشان همچنین معتقد بودند در صورتی که کودک فاقد درد یا خرابی شدید دندان باشد مراجعه به دندانپزشک هیچ‌گونه ضرورتی ندارد و کار بیهوده‌ای محسوب می‌شود، از نظر آنها همه افراد این گونه عمل می‌کنند:

"خب وقتی بچه دردی یا مشکلی نداشته باشه چرا ببرمش، ما خودمون مگه موقع درد دندان نمی‌ریم پیش دندانپزشک! خب بچه هم وقتی مشکل داشته باشه که از دردش مشخصه، اون موقع لازمه که ببرمش، همه مردم همین کارو می‌کنن، الکی که همیشه رفت دکتر" راهنمایی، ۲۴ ساله

تعداد معدودی از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، بیان کردند که پدر خانواده به درمان‌های دندانی اهمیتی نمی‌دهد و نگرش مناسبی نسبت به مراجعه به دندانپزشک جهت برطرف کردن مشکلات دندانی مخصوصاً دندانهای شیری ندارد:

"دخترم بستنی یا هر چیز سردی که می‌خورد دندوناش به شدت درد می‌گرفت، منم بردمش دندانپزشکی گفت تمام دندوناش به شدت پوسیدگی داره و باید ببرمش پیش

صورت گرفت. جوهره‌های هر یک از درون‌مایه‌ها شناسایی شد و تحت عنوان درون‌مایه‌های اصلی نام‌گذاری گردیدند. در ادامه تلاش گردید با تجمیع معانی تمام درون‌مایه‌ها، بیان جامعی از موانع درک شده مادران از بهداشت دهان و دندان کودکان ۳-۶ سال ارائه شود. برای تأیید مطالب نیز از نقل‌قولهای مشارکت‌کنندگان مثال آورده شد. (۱۵)

جهت دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق بودن لینکن و گوبا استفاده شد. بدین جهت چهار معیار اعتبار (Credibility)، اعتماد (Dependability) و تأییدپذیری (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای تضمین معتبر بودن، متن مصاحبه‌ها به تعدادی از شرکت‌کنندگان ارائه شد و آنها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیاتشان به محققان بیان کردند، همچنین با تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری و تفسیر یافته‌ها اعتبار تحقیق تأیید شد. برای تضمین اعتماد تحقیق از طریق بازنگری اعضای گروه، نسخه‌نویسی مصاحبه‌ها در اسرع وقت و همچنین ارائه نقل‌قول که عین گفتار مشارکت‌کنندگان بود مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه حاضر، همه مستندات اعم از فایل‌های صوتی و متنی حاصل از مصاحبه‌ها حفظ شد تا در صورت لزوم بتوان به آنها ارجاع کرد که از عوامل تعیین‌کننده تأیید پذیری بود. قابلیت انتقال داده‌ها با توضیح غنی و کامل از مراحل انجام پژوهش تأمین گردید. در رعایت ملاحظات اخلاقی، ضرورت ورود با رضایت آگاهانه به مطالعه، حق کناره‌گیری از تحقیق، لزوم ضبط مکالمات و انتشار کلی نتایج با مشارکت‌کننده‌ها در میان گذاشته شد. همچنین به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در صورت تمایل، اطلاعات ضبط شده و متن مصاحبه‌های تایپ شده در اختیار آنها قرار داده خواهد شد. (۱۶)

#### یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک چهل مادر مشارکت‌کننده که محدوده سنی آنها ۲۱-۴۴ سال بود همراه با ویژگی کودکان آنها در جدول ۱ بیان شده است.

در این مطالعه، طبق ادعای مادران میزان مراجعه منظم به دندانپزشک جهت معاینه دهان و دندان در کودکان صفر بود، اگر مراجعه‌ای هم به دندانپزشک هم صورت گرفته بود فقط موقع درد ناشی از خرابی شدید دندانها بوده است. محصل

جدول ۱: ویژگیهای دموگرافیک مادران مشارکت کننده و کودکان آنها

| دموگرافیک | سن کودک (سال) |    |   | جنسیت کودک |      | تحصیلات مادر |         |                    | شغل مادر                |          |        |
|-----------|---------------|----|---|------------|------|--------------|---------|--------------------|-------------------------|----------|--------|
|           | ۳             | ۴  | ۵ | ۶          | دختر | پسر          | بی سواد | ابتدایی و راهنمایی | دیپلم و بالاتر از دیپلم | خانه دار | کارمند |
| فراوانی   | ۱۱            | ۱۴ | ۹ | ۶          | ۱۸   | ۲۲           | ۵       | ۱۹                 | ۱۶                      | ۲۹       | ۱۱     |

دندونپزشکی بربیم، ترجیح میدم تا وقتی دردی مشکلی نداشته باشه نبرمش دندونپزشکی، آخه برای یه پوسیدگی سطحی ممکنه کلی پول بگیرن تا درستش کنن. دندونای خودم به خاطر هزینه‌ش تا حالا نتونستم ببرم درستش کنم" ابتدایی، ۲۹ ساله

#### عدم آگاهی

اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان داد که یکی از موانع مراجعه منظم به دندونپزشک در تعداد معدودی از زنان مربوط به عدم آگاهی آنها در مورد ضرورت مراجعه منظم هر شش ماه یک بار به دندونپزشک بوده است، البته اکثریت مادران اشاره کردند که اگرچه در این مورد هیچ‌گونه آگاهی نداشتند ولی در صورتی که در این زمینه اطلاعات و آگاهی کافی هم داشتند باز هم اقدامی جهت مراجعه منظم به دندونپزشک انجام نمی‌دادند، آنها ارزشی برای این رفتار قائل نبودند، فقط تعداد بسیار اندکی بیان کردند که در صورت داشتن آگاهی نه اینکه هر شش ماه یک بار بلکه حداقل سالی یک بار به دندونپزشک مراجعه می‌کردند.

#### ب) موانع درک شده مربوط به شرایط محیطی اجتماعی

عدم دسترسی به دندونپزشک متخصص کودکان مطابق با تجربیات مادران، شرایط محیطی اجتماعی مانند وضعیت خدمات دندونپزشکی موجود در شهر، از موانع مراجعه منظم به دندونپزشک بود. برخی مادران اظهار کردند که عدم وجود دندونپزشک متخصص کودکان در شهر مانعی جهت درمان مشکلات دندانی کودکان است، البته طبق گفته‌های مادران مراجعاتی که آنها به دندونپزشک عمومی داشته‌اند فقط به دلیل وجود درد دندان و خرابی و عفونت شدید دندانها بوده است و تقاضای خارج کردن دندان شیرینی را داشتند که در این حالت یا باید ناچار به ساکت کردن درد و عفونت دندان با دارو یا درمانهای سنتی می‌شدند یا باید به یکی از شهرهای اطراف جهت مراجعه به دندونپزشک متخصص کودکان می‌رفتند که همه راه اول را انتخاب می‌کردند:

"بله چون دندوناش خیلی داغون شده بود و درد می‌کرد

دندونپزشک کودکان، بعدش یه دارو داد که دردشو ساکت کنه، می‌خواستم ببرمش پیش متخصص ولی شوهرم اجازه نداد که ببرمش پیش دندونپزشک کودکان، گفت دردشو با دارو ساکت کنم تا هر وقت که بیوفته، می‌گفت موقته، ارزش نداره" دیپلم، ۲۶ ساله

#### مقرون به صرفه ندانستن مراجعه در مورد دندانهای شیری

از دیدگاه اکثریت مادران مراجعه به دندونپزشک جهت معاینه و درمان دندانهای شیری کودکان مقرون به صرفه نبوده، زیرا دندانهای شیری عمر کوتاهی دارند و ارزش چندانی ندارد که هزینه‌ای جهت مراجعه و ترمیم دندان پرداخت شود، حتی بیشتر مشارکت‌کنندگان در صورت خرابی دندان شیری، خارج کردن دندان را به درمان آن ترجیح می‌دادند:

"به نظر من اصلاً نمی‌ارزه برای دندونی که چند سال بیشتر عمر نمی‌کنه کلی هزینه کرد، می‌شه با شربت و دارو دردشو ساکت کرد تا هر وقت که عمر دندون تموم بشه و بیوفته" ابتدایی، ۲۹ ساله

اعتقاد به بد بودن جنس دندان و بیهوده بودن مراجعه به دندونپزشک

تعداد کمی از مشارکت‌کنندگان هم بد بودن جنس دندان را عاملی جهت بی‌فایده بودن مراجعه به دندونپزشک و انجام درمانهای دندانی در کودکان می‌دانستند:

"جنس دندوناش به دندون باباش رفته، تمام خراب شده قطره آهن هم که دیگه بدترش کرده، دندونپزشکی هم که ببرمش چیکارش می‌تونه بکنه، وقتی جنس دندونش بده!!! نهایتش باید منتظر موند که بیوفته" فوق‌دیپلم، ۳۰ ساله

#### مشکلات مالی

برخی از مادران شرکت‌کننده در مطالعه، بر مشکلات مالی به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار و مانع در مراجعه کودکان به دندونپزشک تأکید کردند، هر چند در موارد زیادی هم بدون اینکه مسئله هزینه و مشکلات مالی مطرح باشد باز هم مادران ضرورتی جهت مراجعه به دندونپزشک نمی‌دیدند:

"راستش به خاطر این که نمی‌تونم از عهده هزینه

جدول ۲: موانع درک شده مادران در زمینه رفتار مراجعه منظم کودکان به دندانپزشک

| کد | درون‌مایه اصلی                              | درون‌مایه فرعی   |
|----|---|--|
|    | موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده | لازم دانستن مراجعه منظم به دندانپزشک در موارد پوسیدگی بدون درد و یا دندان موقت |
|    |   | مقرون به صرفه دانستن مراجعه در مورد دندانهای شیری                              |
|    |   | اعتقاد به بد بودن جنس دندان و بیهوده بودن مراجعه به دندانپزشک                  |
|    | موانع درک شده مربوط به شرایط محیطی اجتماعی  | محدودیتها و چالشها<br>وضعیت خدمات دندانپزشکی                                   |
|    |   | مشکلات مالی<br>عدم آگاهی   |
|    |   | عدم دسترسی به دندانپزشک متخصص کودکان   |

کودکان به‌خصوص گروه سنی ۳-۶ سال باشد. مطابق با دیدگاه بسیاری از مادران اهمیت سلامت دندانهای شیری به دلیل موقتی بودن آن کمتر از سلامت دندانهای دائمی است. این نگرش نامناسب مانعی جهت ایجاد انگیزه، اتخاذ تصمیم و اقدام جهت مراجعه منظم به دندانپزشک است که در این مطالعه نیز قویترین و مهمترین مانع شناسایی شده بود. لذا مراجعات منظم با هدف پیشگیری اهمیت چندانی برای والدین نداشت مگر اینکه کودک دچار درد یا مشکل مهمی شده باشد. این امر در مطالعات سایر کشورها مثلاً در دانمارک نیز مشاهده شده است. (۲۰)، نگرش نامناسب به اهمیت بهداشت دهان و دندانهای شیری و یا درمان پوسیدگیهای دندانهای شیری نیز در سایر مطالعات گزارش شده است (۲۱-۲۳) که مانعی جهت استفاده از خدمات دندانپزشکی در دسترس است، زیرا از نظر والدین دندانهای شیری اهمیت کافی برای گرفتن وقت از دندانپزشکان و مراجعه و یا پرداخت هزینه و یا قبول سختی در فاصله‌های جغرافیایی بیشتر را ندارد، طوری که والدین ترجیح می‌دادند که درد دندان کودک خود را به‌جای مراجعه نزد دندانپزشک با انواع داروهای مسکن و آنتی‌بیوتیک از بین ببرند تا هرزمانی که دندان شیری موقت بیفتد که در مطالعه Pishva و همکاران نیز در قزوین مصرف خودسرانه و بی‌رویه داروهای نظیر استامینوفن و آنتی‌بیوتیک‌ها و حتی استفاده موضعی از مواد مختلفی مانند الکل، نمک، عطر و ... در موقع درد دندان گزارش شده است در حالی که تنها اثر آنها نکرود دندان و تسکین موقت درد بوده و همراه با اثرات منفی بسیار در مخاط دهان همراه می‌باشد. (۲۴)، می‌توان گفت شباهتهایی بین نگرش جامعه مورد مطالعه

بردمش پیش دندانپزشک عمومی ولی گفت که ما نمی‌تونیم براش کاری بکنیم، گفت کار دندانپزشک متخصصه، فقط یه شربت مسکن براش نوشت بهش دادم که دردشو ساکت کنه، البته من فقط می‌خواستم دنداناشو بکشه که بازم گفت همیشه "ابتدایی، ۳۹ ساله"

### بحث

تغییرات پدید آمده در روش زندگی، تحول در زندگی شهرنشینی، محدودیت دسترسی کودکان به خدمات و مراقبتهای دهان و دندان بر حسب موانع اقتصادی، اجتماعی و غیره همگی موجبات بالا رفتن میزان شیوع پوسیدگی دندان را در بسیاری از کشورهای در حال توسعه ایجاد کرده است. (۱۷)، انجام رفتار بهداشتی، مراجعه منظم کودکان به دندانپزشک مستلزم تصمیم و اقدام والدین به خصوص مادر در این زمینه است که تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی همچون آگاهی و اطلاعات مناسب و کافی، نگرش مثبت و نیز دسترسی به خدمات دندانپزشکی با هزینه مناسب برای خانواده‌ها، حتی رفتار بهداشتی والدین در زمینه مراقبت از دندان خود است. (۸ و ۱۸)، در یک مطالعه کیفی که در تهران توسط Pakdaman و همکاران انجام شد نشان داد که فقط در مواقع بروز درد به دندانپزشک مراجعه کرده و به موانعی همچون کمبود وقت، تنبلی، مشغله زندگی، هزینه و عدم بیمه دندانپزشکی اشاره کردند. (۱۹)، لذا وضعیت اتخاذ این رفتار بهداشتی در کشورهای مختلف و حتی شهرهای مختلف یک کشور و نیز مناطق یک شهر متفاوت است. به نظر می‌رسد نگرش نامناسب یکی از مهمترین موانع بهداشت دهان و دندان

بیشتر مراجعه‌کنندگان به مطب دندانپزشکی تقاضای خارج کردن دندانهای شیری خراب را داشتند. (۲۴). این یافته‌ها نشان می‌دهد که اغلب مادران مراجعه کودک به دندانپزشکی را تا زمانی که کودک احساس درد دندان یا نیاز به اقدامات درمانی نداشته باشد به تأخیر می‌اندازند. گرچه لزوم طراحی راهکارهایی برای کاهش هزینه‌های خدمات دندانپزشکی مثلاً از طریق پوشش خدمات بیمه به عنوان یکی از استراتژی‌های ارتقای سلامت دهان و دندان در دستور کار کشورها و سازمانهای مسئول قرار دارد، اما به نظر می‌رسد در صورت نگرش نامناسب، افراد حتی از خدمات دندانپزشکی ارزان یا رایگان استفاده نخواهند کرد زیرا مستلزم صرف وقت و مبارزه با ترس کودک (۲۹) و سایر موانع نگرشی نسبت به مراجعه به دندانپزشک است. لذا علاوه بر آموزش، دسترسی به خدمات دندانپزشکی ارزان، اتخاذ راهکارهایی برای بهبود محیط فیزیکی مراکز دندانپزشکی و خدمات بی‌حسی برای کاهش استرس و درد کودکان و والدین مراجعه‌کننده را نیز باید مورد توجه جدی قرار داد.

این مطالعه به دلیل داشتن ماهیت کیفی بیشتر به عمق مشکل و شناسایی موانع درک شده پرداخت و لذا یافته‌های آن قابلیت تعمیم به سایر جوامع و قضاوت در مورد شایعترین موانع درک شده ندارد و این از محدودیتهای این مطالعه است، اما نتایج مطالعه حاضر منجر به شناسایی انواع موانع در زمینه مراجعه منظم کودکان به دندانپزشک و تشریح چگونگی تجربه این موانع توسط مادران گردید. در ضمن این مطالعه فقط دیدگاه مادران را در نظر گرفته است و این می‌تواند یکی دیگر از محدودیتهای مطالعه باشد چرا که عوامل متعددی از جمله دندانپزشکان، افراد ارائه دهنده خدمات بهداشتی می‌توانست کمک کننده باشد. علی‌رغم محدودیتهای موجود، این مطالعه توانست به صورت عمیق به شناسایی انواع موانع و مشکلات مادران برای انجام رفتار مراجعه منظم به دندانپزشک در این گروه سنی بپردازد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر به نظر می‌رسد هنوز در بخشهایی از ایران مادران به دلایل عدم دسترسی به آموزشهای مؤثر و کافی، هنوز نگرشهای نامناسب فرهنگی در مورد مراقبت از دندانهای شیری از جمله اهمیت مراجعه منظم به دندانپزشک را حفظ کرده‌اند. این مطالعه پیشنهاد می‌کند که در سیستم خدمات بهداشتی کشور آموزشهای جامع و اثربخش جهت رفع نگرشهای نادرست ولی مؤثر بر

با مردم سوماتی وجود داشت، از آن جمله اهمیت ندادن به حفظ و ترمیم دندانهای شیری و عدم مراجعه به دندانپزشک به منظور انجام مراقبتهای پیشگیری است. (۲۵)

از جمله نگرشهای نامناسب دیگر در زمینه مراجعه منظم به دندانپزشک این بود که والدین خود می‌توانند با مشاهده دهان و دندان کودک در مورد سلامت یا بیماری دهان و دندان کودک به تشخیص برسند و نیازی به مراجعه به دندانپزشک برای این کار نیست (۲۶) و یا همان‌طور که این مطالعه نشان داد باور اینکه سلامت دندان به ژنتیک فرد ارتباط دارد و نه مراقبت از دندان باعث می‌شود فرد اهمیتی برای مراجعه منظم به دندانپزشک قائل نشود و آن را امری بیهوده پندارد که در مطالعه Pakdaman و همکاران نیز مشارکت کنندگان مسئله ارث و ژنتیکی بودن جنس دندانها را مطرح کرده بودند. (۱۹)، گاهی هم ترس یا تجربه گذشته منفی کودک یا حتی والدین مانعی بر سر راه مراجعه به دندانپزشک است که در برخی مطالعات نیز این باور گزارش شده است. (۲۷)، یکی از مهمترین ریشه‌های شکل‌گیری این نگرشهای نامناسب عدم آگاهی کافی و باور در مورد اهمیت سلامت دندانهای شیری و نقش آن در سلامت دندانهای دائمی و سایر ابعاد سلامت کودک و نیز علت و اهمیت لزوم معاینه توسط دندانپزشک است. در این مطالعه مادران اظهار داشتند که نمی‌دانستند که دندان شیری کودکان هر چند مدت یک بار باید توسط دندانپزشک معاینه شود که مشابه همین مانع نیز در مطالعه Naderifar در خصوص آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ - ۶ سال مشاهده شد (۲۸) که این موانع مستلزم افزایش آگاهی مادران در این زمینه می‌باشد.

مشکلات مالی و هزینه خدمات دندانپزشکی از جمله موانع شناسایی شده در مراجعه به دندانپزشک در مطالعه حاضر بود که این مورد نیز به عنوان یک مانع گزارش شده در زمینه مراجعه منظم کودکان خردسال به دندانپزشک نیز در سایر کشورها از جمله استرالیا و آمریکا گزارش شده است. (۳)، (۲۶)، از دیگر مشکلات شناسایی شده عدم وجود دندانپزشک متخصص کودکان در منطقه مورد مطالعه بود که البته بیشتر شرکت‌کنندگان معتقد بودند که در صورت وجود دندانپزشک متخصص کودکان نیز فقط هنگام درد دندان و در صورت لزوم خارج کردن دندان شیری پوسیده و نه ترمیم دندانهای کودک به دندانپزشک مراجعه می‌کردند. مطالعه‌ای که در قزوین در سال ۸۴ انجام شد گزارش حاکی از آن بود که

مهمترین اقدامات لازم در برنامه پژوهشهای بعدی در شهرهای مختلف و زمینه‌ساز مداخلات ارزشمند و مؤثر و منطبق بر شرایط محلی در جهت ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان ۶-۳ ساله باشد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد، بدین وسیله مراتب قدردانی نویسندگان جهت فراهم آوردن شرایط لازم برای انجام این مطالعه را اعلام می‌داریم.

## REFERENCES

1. BadriGargari R, SalekHadadian N. [The role of factors related to perceived self-efficacy and health behavior brushing and flossing pull the visitors to the private office of Tabriz]. J Nurs & Midwif Sch of Urmia. 2011 Sept; 9(3):130-8. (Persian)
2. Harford J, Luzzi L. Child and teenager oral health and dental visiting: Results from the national dental telephone interview survey 2010. Austr Instit of Health and Welf. 2013 Jul; 226(84):14,11-12.
3. Mileva SP, Kondeva VK. Age at and reasons for the first dental visit. Foliamedica 2010 Oct-Dec; 52 (4):56-61.
4. Ministry of Health and Medical Education, Oral Health Bureau. Oral health status of Iranian children 2004. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: [S.N]; 2008.
5. Ministry of Health and Medical Education, Deputy For Health, Oral Health Department. Oral health status of Iranian children, Tehran: [S.N]; 2008, P:2-8. (Persian)
6. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Clinical Guideline on infant oral health care. Pediat Dent. 2005-2006;27:68-71.
7. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2011). Regular dental visits. Available at: <http://www.melrosefamilydentistry.com/index.php?link=faq1>. Accessed June 2013.
8. Karimi Shahanjarini A, Makvandi Z, Faradmal J, Bashirian S, Hazavehei S. [Assessing the tooth decay status of 2-5 years children and the role of their mothers' caring behaviors]. Sci J Hamedan Nurs & Midwif Fac. 2014 May; 21(4):41-50. (Persian)
9. Huebner CE, Riedy CA. Behavioral determinants of brushing young children's teeth: implications for anticipatory guidance. Pediat Dent. 2010 Jan-Feb; 32(1):48-55.
10. Naidu R, Nunn J, Forde M. Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers. BMC Oral Health. 2012 May; 12(1):12-27.
11. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. Ame J of Pub Health. 2002 Jun; 92(1):53-8.
12. Aminabadi N, Puralibaba F, Erfanparast L, Najafpour E, Jamali Z, Adhami S. Impact of temperament on child behavior in the dental setting. J of Dent Res, Dent Clin, Dent Prosp. 2011 Apr; 5(4):119-22.
13. Hosseini SV, Anoosheh M, Abbaszadeh A, Ehsani M. [Adolescent girls and their parents' perception of exercise habit barriers]. J Qual Res in Health Sci. 2012 Aug; 1(2):148-57. (Persian)
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res in Psych. 2006 Jul;3(2):77-101.
15. Abed Saedi J, Ali Akbari S. Medical and health science research method. 2<sup>nd</sup>ed. Tehran:Nashresalemi. 2008, 16, 112-13. (Persian)
16. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaieichehr M. [Strategies to enhance rigour in qualitative research]. J North Khorasan Univ of Med Sci. 2013 Sept; 5(3):671. (Persian)

بهداشت دهان و دندان کودکان خردسال جهت مادران پیش‌بینی شود.

#### نتیجه‌گیری

موانع درک شده مراجعه به دندانپزشک را از دیدگاه مادران بیان و بر تأثیر نقش خود مادر، اعضای خانواده و وضعیت و شرایط خدمات دندانپزشکی در این زمینه تأکید داشت. به نظر می‌رسد تبیین موانع و مشکلات سلامت دهان و دندان و نیز باورهای اجتماعی ممانعت کننده در جمعیت مادران و اصلاح نگرش آنها در مورد اهمیت محافظت از دندانهای شیری کودکان و آموزش مهارتهای لازم در این راستا، از



17. Mohammadi Zeidi I YM, Akaberi A, pakpour A. [The effectiveness of Motivational interviewing (MI) of oral self care behaviors among high school students in Qazvin]. *J North Khorasan Univ of Med Sci*. 2013 Mar; 5(1): 127-138. (Persian)
18. Scott G, Brodeur J, Olivier M, Beniger iM. Parental factors associated with regular use of dental services by second-year secondary school students in Quebec. *J Canad Dent Assoc*. 2002 Nov; 68(10):604-8.
19. Gholami M, Pakdaman A, Virtanen J. Common perceptions of periodontal health and illness among adults: A qualitative study. *ISRN Dent*. 2012 Sept; 2012 Sep; 671879, 1-6.
20. Wogelius P, Poulsen S. Associations between dental anxiety, dental treatment due to toothache, and missed dental appointments among six to eight-year-old Danish children: A cross-sectional study. *Acta Odontol*. 2005 Jun; 63(3):179-82.
21. Szatko F, Wierzbicka M, Dybizbanska E, Struzycka I, Iwanicka-Frankowska E. Oral Health of Polish three-year-olds and mothers' oral health-related knowledge. *Com Dent Health*. 2004 Jun; 21(2):175-80.
22. Bracksley S, Dickson-Swift V, Anderson K, Gussy M. An exploration of mothers' perceptions about dental health. *J Theory and Prac of Dent Public Health*. 2013 Sept; 1(1):9-14.
23. Suresh B, Ravishankar T, Chaitra T, Mohapatra A, Gupta V. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *J of the Indian Soc of Pedod & Prev Dent*. 2010 Oct-Dec; 28(4):282-7.
24. Pishva N, Asefzadeh S, Pishva M, Majedi Z. [Traditional beliefs and behaviors of mothers and teachers related to oral health of Children in rural district of Qazvin: A qualitative study]. *The J Islamic Dent Ass of IRAN*. 2009 Winter; 20(4):292-300. (Persian)
25. Beveridge S. Oral health beliefs, traditions, and practices in the Somali culture. *Oral Health*. 2001 Aug; 2(1):1-5.
26. Arora A, Bedros D, Bhole S, Do LG, Scott J, Blinkhorn A, et al. Child and family health nurses' experiences of oral health of preschool children: A qualitative approach. *J Pub Health Dent*. 2012 Jan; 72 (2):149-55.
27. Fallahi A, Ahmadi F, Ghofranipour F, Malekafzali B, Hajizadeh E. [Causes of dental caries from the perspectives of adolescents: A qualitative study]. *J Dent Sch, Shahid Beheshti Univ of Med Sci*. 2013 Jan; 31(3):150-160. (Persian)
28. Naderifar M, Akbarsharifi T, Pairovi H, Haghani H. [Mothers' Awareness, regarding Oro-dental Health of their Children at age of 1-6 Years old]. *Iran J Nurs*. 2006 Jul; 19(46):15-27. (Persian)
29. Lahti SM, Hausen HW, Vaskilampi T. The perceptions of users about barriers to the use of free systematic oral care among Finnish pre-school children-a qualitative study. *Acta Odontol*. 1999 Jun; 57(3):139-43.