

نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال - سال ۱۳۸۵

*مهین نادری فر^۱ دکتر حمید پیروی^۲ فرشته قلیجایی^۳

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از دهان و دندان باید از کودکی شروع شود، زیرا تنها با انجام مراقبت‌های ویژه از دندان‌های شیری کودکان است که می‌توان انتظار رویش صحیح دندان‌ها را داشت. هدف مطالعه پیش رو تعیین نگرش مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ ساله بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی بود و نمونه پژوهش ۵۰۰ نفر از مادران کودکان ۱ تا ۶ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۸۵ بودند. روش جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه و مصاحبه حضوری بود. برای توصیف داده‌ها از جدول توزیع فراوانی و برای تحلیل داده‌ها از آزمون آنالیز واریانس و ضریب همبستگی و آزمون تی استفاده شد. نگرش به سه نوع منفی، خنثی و مثبت تقسیم گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۷۹/۶ درصد مادران دارای نگرش مثبت و هیچ کدام از مادران نگرش منفی نسبت به بهداشت دهان و دندان کودکانشان نداشتند. آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین نگرش با سن، تحصیلات و شغل مادران، وضعیت اقتصادی ارتباط وجود داشته است ($P=0/00$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد، مادرانی که دارای کودک یک ساله بودند در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان بیشتر دارای نگرش خنثی بودند و نظر به این که شروع رویش دندان‌های شیری در سن ۶ تا ۱۲ ماهگی می باشد، ضرورت دارد برنامه‌های اطلاع رسانی و آموزشی جهت مادران دارای کودک در این سن جهت ایجاد نگرش مثبت انجام گیرد.

کلمات کلیدی: نگرش_ بهداشت دهان و دندان_ کودکان زیر ۶ سال

تاریخ دریافت: ۸۵/۳/۵، تاریخ پذیرش: ۸۶/۱۲/۲۱

^۱ مربی گروه پرستاری و بهداشت کودک و خانواده، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ استادیار گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی گروه پرستاری و بهداشت کودک و خانواده، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

مقدمه

در جوامع امروزی با توجه به افزایش ارتباطات و حضور افراد جامعه در موقعیت‌های اجتماعی گوناگون، لزوم رعایت بهداشت دهان و زیبایی دندان‌ها بیش از گذشته حس می‌شود. علاوه بر این، با توجه به این‌که سلامت عمومی بدن بستگی مستقیم به سلامت دهان و دندان دارد و سلامت دهان روی سلامت کل بدن تأثیر می‌گذارد، از این رو حفظ و ارتقای سلامت دهان و دندان به سلامت افراد جامعه کمک می‌کند. در کشور ایران در زمینه بهداشت دهان و دندان انگیزه‌ای قوی تحت عنوان اعتقادات مذهبی نیز وجود دارد که مسأله رعایت بهداشت دهان و دندان را نه تنها به عنوان یک اصل فرهنگی اجتماعی، که از مسلمات و ضروریات اعتقادی و دینی می‌داند.^(۱) معمولاً دهان انسان بیشتر از دیگر اندام‌ها و بافت‌های بدن دچار بیماری می‌شود و به همان نسبت بیشتر از سایر قسمت‌های بدن نیاز به مراقبت دارد. پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریدنتال دو بیماری است که بالاترین شیوع را بین انسان‌ها دارد.^(۲) کودکان آینده‌سازان هر جامعه‌ای می‌باشند و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها آینده‌ای بهتر را نوید می‌دهد. برای ارتقای سلامت جامعه باید برنامه‌های بهداشتی را برای کودکان از بدو تولد شروع کرد و در بزرگسالی ادامه داد.^(۳) یک دهان سالم شخص را قادر به حرف زدن، خوردن و اجتماعی شدن بدون بیماری و ناراحتی و رنج می‌کند. سالانه بیش از ۵۰ میلیون ساعت به خاطر مشکلات ناشی از بیماری‌های دهان که روی عملکرد و فعالیت افراد تأثیر می‌گذارد، به هدر می‌رود.^(۴)

معمولاً حدود شش ماهگی دندان‌های شیری شروع به رویش می‌کنند و تا سن ۲/۵ سالگی همه دندان‌های شیری کودک بیرون آمده است. از سن شش سالگی دندان‌های دائمی شروع به رویش می‌کنند و به تدریج جایگزین دندان‌های شیری می‌شوند. رویش دندان‌های دائمی تا سن ۱۲ سالگی ادامه دارد، بنابراین بعضی از دندان‌های شیری تا سن ۱۲ سالگی در دهان باقی می‌مانند. دندان‌های شیری علاوه بر کارکردهای نظیر جویدن غذا، حفظ شکل زیبایی چهره و نقش در تکلم کودک، وظیفه مهم دیگری نیز دارند و آن عبارت است از حفظ فضای لازم برای رویش دندان‌های دائمی.^(۳) مراقبت از دهان و دندان باید از کودکی شروع شود، زیرا تنها با انجام مراقبت‌های ویژه از دندان‌های شیری کودکان است که می‌توان انتظار رویش صحیح دندان‌های دائمی را داشت.^(۳) پوسیدگی دندان معمولاً از زمان خردسالی شروع می‌شود، ولی علایم آن ممکن است تا چند سال، هم از نظر کودک و هم از دید والدین و دندانپزشک، مخفی بماند.^(۵) در کودکان ۱ تا ۳ ساله والدین به عنوان مراقبت‌کنندگان اصلی جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب می‌شوند. آموزش به کودک در مورد مسواک زدن، مقدار خمیر دندان (به اندازه یک نخود) و استفاده از نخ دندان توسط والدین انجام می‌شود. در دوره قبل از مدرسه (۳ تا ۶ سال)، پیشرفت کودک در امور بهداشتی دهان و دندان آغاز می‌شود، اما هنوز والدین تأمین‌کننده اصلی اقدامات بهداشت دهان و دندان هستند. آموزش دهان و دندان به والدین باید در راستای نیازهای فردی کودک و والدین و بر اساس فرهنگ آن‌ها باشد. در این آموزش، گوش دادن به والدین، تعلیم دادن به

کودکان سن پیش دبستانی و آگاهی و نگرش در زمینه بهداشت دهان و دندان درمراقبین آنها انجام دادند.^(۱۰) نتایج حاکی از آن بود که ۶۷/۷ درصد مراقبین دارای نگرش مثبت بودند.

مطالعه‌ای با عنوان بررسی رفتارهای سلامتی دهان و دندان کودکان سن مدرسه و والدینشان در اردن در سال ۲۰۰۲ توسط Petersen و همکاران انجام گردید. نتایج نشان داد. عادات مراقبت از دندان در کودکان بسیار تأثیرپذیر از عادات والدین بود. بین آگاهی و نگرش والدین در مورد مراقبت‌های دهانی در کودکان و وضعیت وضعیتی اجتماعی - دموگرافیکی، ارتباط وجود داشت.^(۴)

در تحقیقی که توسط عبدالحسینی ۱۳۸۰ انجام شد، میزان آگاهی، نگرش و عملکرد والدین نسبت به دندانپزشکی پیشگیری در دانش‌آموزان دختر مدارس راهنمایی شهر تهران ارزیابی گردید و مشخص گردید که ۷۵ درصد از والدینی که شاغل می‌باشند به خصوص مشاغل سطوح بالا، نگرش مثبت‌تری نسبت به بهداشت دهان و دندان کودکانشان دارند.^(۱۱)

از آنجائیکه سلامت جامعه در گرو داشتن کودکان سالم است و برای حفظ و سلامتی کودکان یکی از نکات اساسی رعایت بهداشت دهان و دندان است^(۱۲) و با توجه به این که سازمان جهانی بهداشت مقرر ساخته جوامع بشری تا سال ۲۰۱۰ میلادی به حد قابل مطلوبی از لحاظ سلامت و بهداشت دهان و دندان دست یابند، با عنایت به شعار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ میلادی بهداشت دهان و دندان برای یک زندگی سالم^(۱۳) و همچنین از آنجایی که بر اساس مطالعات انجام شده بیماری‌های دهان و دندان در کشور ایران نسبتاً شایع است^(۱۴) و از طرفی امکانات و خدمات دندانپزشکی به ویژه در مناطق محروم و

آنها، جلب موافقت آنها و برانگیختن والدین می‌تواند برنامه پیشگیری را به موفقیت برساند.^(۶)

برای این که بتوان برنامه‌ریزی درستی در مورد سطح و میزان ارائه اطلاعات بهداشتی به مادران انجام داد، ابتدا باید موقعیت کنونی آنها را شناسایی نمود. دانستن مسائلی از جمله سطح تحصیلات و فرهنگ مادران، شغل، سن، آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی کنونی آنها و منابع کسب اطلاعات بهداشتی آنها (بروشور، پوستر، رادیو، تلویزیون، دندانپزشک،...) می‌تواند ما را به شناخت نقاط ضعف رهنمون می‌سازد تا با تأکید بیشتر بر آنها بتوان علاوه بر بهبود بینش و عادات بهداشتی آنها، به‌طور غیر مستقیم روی کودکان آنها تأثیر گذاشت.^(۷) شناخت نگرش یا طرز تلقی و برداشت مادران از بهداشت دهان و دندان دارای اهمیت است. منظور از مطرح نمودن این مورد در حقیقت دانستن برداشت مثبت یا منفی در مورد بهداشت دهان و دندان می‌باشد. زیرا متأسفانه هنوز هم تعداد زیادی از افراد جامعه تصور می‌کنند که پوسیدگی دندان یک بیماری ارثی است و قابل پیشگیری نمی‌باشد. جامعه‌ای که دارای نگرش یا برداشت مثبت در زمینه بهداشت دهان و دندان است، عملکرد بهتری نیز دارد.^(۸)

نتایج تحقیقی که توسط انصاری مقدم ۱۳۸۲ انجام شد^(۹)، نشان داد که ۶۲/۱ درصد مادران در مورد بهداشت دهان و دندان کودکان و شیرخواران نگرش خوب داشتند. همچنین در این تحقیق نشان داده شد که بین نگرش مادران و سن آنها همبستگی مستقیم وجود دارد، بدین معنی که با افزایش سن، نگرش مادران نیز در زمینه بهداشت دهان و دندان مثبت‌تر می‌شود. Chan و همکاران (۲۰۰۴) درهنگ کنگ مطالعه‌ای با عنوان تغذیه و عادت‌های بهداشت دهان

برجمعیت جوابگوی نیازهای جامعه نیست و با توجه به میانگین شاخص DMFT (Decay, Missing, Filling) در کودکان ایرانی که ۴/۵ برآورد گردیده است و از طرف دیگر به دلیل بالاتر بودن میزان پوسیدگی دندان در سنین کودکی و نوجوانی نسبت به سنین میانسالی و بزرگسالی، ضرورت انجام مطالعه‌ای به منظور تعیین نگرش مادران کودکان زیر ۶ سال در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکانشان احساس می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان و برای پاسخ به این سؤال که نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان با کدامیک از متغیرهای سن، تحصیلات و شغل مادران، وضعیت اقتصادی خانواده ارتباط دارد؟، انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی بود که به منظور تعیین نگرش مادران در زمین بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت. جامعه پژوهش، مادران کودکان ۱ تا ۶ سال مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان در سال ۱۳۸۵ بودند. حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعه ۵۰۰ نفر برآورد شد و نمونه‌گیری در این پژوهش به روش مستمر بود. پژوهشگر ضمن مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی شهر زاهدان، مادران واجد شرایط شرکت در پژوهش را در صورت موافقت و امضای رضایت‌نامه به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب کرد. نمونه‌ها به صورت احتمالی از ۵ مرکز بهداشتی درمانی در ۵

منطقه (شمال، جنوب، شرق، غرب، و مرکز) شهر زاهدان انتخاب شدند و از هر مرکز ۱۰۰ نمونه گرفته شد، بدین ترتیب که پس از گرفتن ۱۰۰ نمونه از یک مرکز به مرکز بعدی جهت نمونه‌گیری مراجعه گردید. مادران که کودکان معلول ذهنی و جسمی داشتند و مادرانی که کودک فرزند حقیقی آن‌ها نبود یا با آن‌ها زندگی نمی‌کرد. در این پژوهش شرکت داده نشدند. روش جمع آوری اطلاعات تکمیل پرسشنامه توسط مادران و مصاحبه حضوری (جهت مادرانی که قادر به خواندن و نوشتن نبودند) بود.

در این پژوهش از یک ابزار خود ساخته استفاده شد. جهت تدوین این پرسشنامه‌ها از منابع علمی موجود استفاده گردید و همچنین از ابزار انصاری مقدم^(۹) که بررسی آگاهی، نگرش و رفتار مادران مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان نسبت به عوامل مؤثر در سلامت دهان و دندان کودکان و شیر خواران در سال ۱۳۸۲ را انجام داده بود و از ابزار ظفرمند^(۱) که پژوهشی در زمینه میزان آگاهی و نگرش دانش آموزان راهنمایی شهر تهران نسبت به بهداشت دهان و دندان در سال ۱۳۷۹ انجام داده‌اند، استفاده گردید. ابزار سنجش نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال پرسشنامه ۲۲ عبارتی در مورد زمان و روش مسواک زدن، تغذیه، اهمیت دندان شیری، استفاده از نخ دندان، مشاوره با دندانپزشک در خصوص بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال بود. مقیاس این ابزار، لیکرت پنج بخشی با گزینه‌های کاملاً موافقم با پنج امتیاز، موافقم با چهار امتیاز، نظری ندارم با سه امتیاز، مخالفم با دو امتیاز، کاملاً مخالفم با یک امتیاز بود. حداقل امتیاز کسب شده در این ابزار ۲۳ نمره و حداکثر ۱۱۰ نمره بود. در این مطالعه افرادی که نمره ۲۲ تا ۵۱ را کسب

دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال دارای نگرش منفی نبوده اند.

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی نگرش مادران نسبت به بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال

نگرش	تعداد (درصد)
خنثی	۱۰۲ (۲۰/۴)
مثبت	۳۹۸ (۷۹/۶)
جمع	۵۰۰ (۱۰۰)

نتایج حاصل نشان می‌دهد که در تمام گروه‌های سنی نگرش مثبت بوده است و در هیچ گروه سنی نگرش منفی وجود نداشت. آزمون آنالیز واریانس نشان داد که میانگین نمره نگرش در دوره‌های مختلف سنی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری دارد ($f=4/81$ ، $p=0/04$). همچنین ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره نگرش مادران و سن آن‌ها همبستگی مستقیم وجود دارد ($r=0/81$ ، $p=0/0001$) بدین معنی که با افزایش سن، نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان نیز مثبت‌تر می‌شود. آزمون شفه مشخص نمود که میانگین نمره نگرش مادران در تمامی رده‌های سنی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشته و با افزایش سن نگرش هم مثبت‌تر شده است (جدول ۶).

نموده بودند، از نظر نوع نگرش، نگرش منفی، افرادی که نمره ۵۲ تا ۸۱ را کسب نمودند، نگرش خنثی و افرادی که نمره ۸۲ تا ۱۱۰ را کسب کردند، نگرش نوع مثبت دسته بندی شدند.

در قسمت اول ابزار اصلی ۴ سؤال جهت بررسی مشخصات فردی و خانوادگی نمونه‌ها که شامل سن، شغل، سطح تحصیلات ما درو وضعیت اقتصادی مطرح شد که مادران با علامت گذاری در مربع‌های مربوطه و یا به صورت کتبی به آن‌ها پاسخ دادند. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات بدین صورت بود که برای توصیف داده‌ها از جدول توزیع فراوانی و برای تحلیل داده‌ها از آزمون آنالیز واریانس و ضریب همبستگی و t-test استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از اطلاعات دموگرافیک نشان داد که بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش، (۵۷/۴ درصد) در محدوده سنی ۳۵-۲۶ سال و تنها کمتر از ۴ درصد در سنین زیر ۲۰ سال و بالای ۴۵ سال بوده اند. سطح تحصیلات تقریباً ۶۷/۶ درصد نمونه‌ها متوسطه و دانشگاهی و کمتر از ۹ درصد بی‌سواد بوده‌اند و ۵۹/۲ درصد نمونه شاغل بودند. همچنین وضعیت اقتصادی ۷۸/۴ درصد متوسط و خوب بود. جدول شماره ۵ نگرش مادران را در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول نشان داده شده است، نتایج حاکی از آن است که ۷۹/۶ درصد نمونه‌های مورد پژوهش، دارای نگرش مثبت و ۲۰/۴ درصد نمونه‌ها دارای نگرش خنثی بوده‌اند و هیچ‌یک از نمونه‌ها در زمینه بهداشت

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی نوع نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان در کودکان ۱ تا ۶ سال بر حسب سن مادر

نگرش	تعداد(درصد)	۲۰_۱۶	۲۵_۲۱	۳۰_۲۶	۳۵_۳۱	۴۰_۳۶	۴۱ به بالا××
خنثی	۸(۴۰)	۱۹(۲۳/۷)	۳۵(۲۲/۷)	۱۹(۱۴/۳)	۱۲(۱۴/۵)	۹(۳۰)	
مثبت	۱۲(۶۰)	۶۱(۷۶/۳)	۱۱۹(۷۷/۳)	۱۱۴(۸۵/۷)	۷۱(۸۵/۵)	۲۱(۷۰)	
جمع	۲۰(۱۰۰)	۸۰(۱۰۰)	۱۵۴(۱۰۰)	۱۳۳(۱۰۰)	۸۳(۱۰۰)	۳۰(۱۰۰)	
میانگین و انحراف معیار	۸۵/۱±۸/۴	۸۶/۷±۸/۶	۸۸/۷±۸/۴	۹۰/۹±۸/۲	۸۹/۳±۹/۶	۸۴/۲±۱۰/۶	
آزمون آنالیز واریانس	p= ۰/۰۴۳	F= ۴/۸۱	ضریب همبستگی پیرسون ۰/۰۸۱				

× جهت تجزیه و تحلیل صحیح سن ۴۵_۴۱ با سن ۵۰_۴۶ ادغام گردید.

آزمون آنالیز واریانس نشان داد که میانگین نمره نگرش در سطوح مختلف تحصیلی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری دارد (f= ۳۱/۱, p=.../). همین‌طور ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین نگرش مادران و سطح تحصیلات آن‌ها همبستگی مستقیم وجود داشته است.

بر اساس نتایج ۷۸/۶ درصد مادران بی‌سواد، نگرش خنثی و در آن دسته از مادران که میزان تحصیلات آن‌ها در حد ابتدایی بوده است نیز، ۵۷/۴ درصد دارای نگرش خنثی بوده‌اند و درصد بالاتری از مادران دارای نگرش مثبت بوده‌اند. (جدول شماره ۷)

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی نوع نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال بر حسب تحصیلات مادر

تحصیلات	بی سواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان	دانشگاهی
نگرش	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
خنثی	۳۳(۷۸/۶)	۳۵(۵۷/۴)	۱۵(۲۵/۴)	۱۱(۷/۷)	۸(۴/۱)
مثبت	۹(۲۱/۴)	۲۶(۴۲/۶)	۴۴(۷۴/۶)	۱۳۱(۹۲/۳)	۱۸۸(۹۵/۹)
جمع	۴۲(۱۰۰)	۶۱(۱۰۰)	۵۹(۱۰۰)	۱۴۲(۱۰۰)	۱۹۶(۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار	۷۶/۵±۸/۸۶	۸۲/۱±۹/۴۹	۸۶/۹±۷/۸	۹۱/۱±۶/۵۴	۹۲/۵±۷/۰۳
آزمون آنالیز واریانس	P=۰/۰۰ × F=۵۳/۴	ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۵۲۲			

نتایج حاکی از آن بود که در همه گروه‌های شغلی نشان داد که میانگین نمره نگرش مادران بر حسب شغل با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری داشته است. (جدول شماره ۸) ($p=0/000$, $f=31/1$)

جدول شماره ۸- توزیع فراوانی نوع نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال بر حسب اشتغال مادر

نگرش	اشتغال	خانه دار	کارمند پزشکی	کارمند	آزاد
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
خنثی	۸۶(۴۲/۲)	۴(۳/۷)	۶(۳/۷)	۶(۲۴)	
مثبت	۱۱۸(۵۷/۸)	۱۰۵(۹۶/۳)	۱۵۶(۹۶/۳)	۱۹(۷۶)	
جمع	۲۰۴(۱۰۰)	۱۰۹(۱۰۰)	۱۶۲(۱۰۰)	۲۵(۱۰۰)	
میانگین و انحراف معیار	۸۴/۵±۹/۷۵	۹۱/۹±۷/۰۳	۹۱/۹±۶/۷	۸۶/۹±۸/۲۵	
$F=31/1 \times P=0/000$					
آزمون آنالیز واریانس					

آزمون آنالیز واریانس نشان داد که میانگین نمره نگرش مادران با وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار آماری دارد ($f=46/7$, $p=0/000$) و ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین نگرش مادران و وضعیت اقتصادی همبستگی مستقیم وجود دارد ($r=0/372$, $p=0/000$).

جدول شماره ۹- توزیع فراوانی نوع نگرش مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ۱ تا ۶ سال بر حسب وضعیت اقتصادی

وضعیت اقتصادی	ضعیف	متوسط	خوب**
نوع نگرش	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
خنثی	۳۷(۶۱/۷)	۵۱(۲۱/۹)	۱۴(۶/۹)
مثبت	۲۳(۳۸/۳)	۱۸۲(۷۸/۱)	۱۹۳(۹۳/۱)
جمع	۶۰(۱۰۰)	۲۳۳(۱۰۰)	۲۰۷(۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار	۹۷/۷±۱۰/۶	۸۸/۵±۸/۱	۹۱/۴±۷/۴
$F=46/7 \quad p=0/000$ ضریب همبستگی اسپیرمن $r=0/372$			

*به منظور تجزیه و تحلیل صحیح وضعیت اقتصادی خوب و عالی با هم ادغام گردید.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۷۹/۸ درصد مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکانشان، نگرش مثبتی داشتند. در تحقیق انصاری مقدم نگرش مادران در مورد بهداشت دهان و دندان بدین صورت بود: ۵/۱ درصد نگرش منفی، ۳۶/۴ درصد نگرش متوسط، ۶۲/۱ درصد نگرش خوب داشتند،^(۹) این یافته در تأیید نتایج این پژوهش می‌باشد. Chan و همکاران نیز مطالعه‌ای با عنوان بررسی آگاهی و نگرش مراقبین کودکان سن پیش دبستانی در زمینه بهداشت دهان و دندان را انجام دادند که نتایج حاکی از آن بود که ۶۷/۷ درصد مراقبین دارای نگرش مثبت بودند.^(۱۰)

یافته‌های این پژوهش نشان داد که با افزایش سن نگرش مادران نیز نسبت به بهداشت دهان و دندان کودکانشان مثبت‌تر می‌شود، در پژوهش ظفرمند ۱۳۷۹ نیز بین نگرش والدین دانش آموزان راهنمایی نسبت به بهداشت دهان و دندان کودکان با سن مادران ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت و با افزایش سن مادران، نگرش نیز مثبت‌تر می‌شد.^(۱۱) Wong و همکاران نیز مطالعه‌ای با آگاهی و نگرش در زمینه بهداشت دهان و دندان در مراقبین کودکان سن پیش دبستانی انجام دادند که یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که با افزایش سن، نگرش مراقبت‌دهندگان نیز نسبت به بهداشت دهان و دندان مثبت‌تر می‌شود.^(۱۵)

نتایج حاصل از تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که نگرش در سطوح مختلف تحصیلی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری دارد، همچنین بین نگرش مادران و سطح تحصیلات آن‌ها همبستگی مستقیم وجود دارد.

بدین صورت که هر چه میزان تحصیلات بالاتر رود، نگرش نیز مثبت‌تر می‌شود. در تحقیق انصاری مقدم در سال ۱۳۸۲، نتایج به دست آمده نشان داد که نگرش مادران با سطح سواد ارتباط معنی‌دار داشته است. ($p < 0.001$)^(۹) به گونه‌ای که گروه متوسطه به بالا نسبت به راهنمایی به پایین به طور معنی‌داری نگرش بهتری داشتند که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. در مطالعه‌ای که توسط Harrison و Wong در سال ۲۰۰۳ در ویتنام انجام شد، مشخص گردید مادرانی که دارای تحصیلات بالا تر داشتند بیشتر از بقیه در دوره‌های مشاوره و مشورتی شرکت کرده بودند، نگرش مثبت‌تری نسبت به بهداشت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی داشتند و گسترش فساد دندان و پوسیدگی دندان هایشان در مقایسه با بچه‌های هم سن و سالشان کمتر بوده است.^(۱۶) مشاوره یک به یک با پیگیری منظم توسط اشخاص با علم و پیش زمینه مناسب در جهت ایجاد مشارکت، راهی اثر بخش و مؤثر در پذیرش نگرش مناسب و رفتارهای بهداشتی مطلوب و بهبود سلامت دهان و دندان در بچه‌ها می‌باشد.

یافته‌ها گویای آن بودند که بین نگرش و اشتغال مادران ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد و افراد شاغل حتی شغل آزاد نگرش مثبت‌تری نسبت به افراد غیر شاغل داشتند. انصاری مقدم نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بین نگرش و شغل تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد ($p = 0.04$)^(۹) به گونه‌ای که میانگین نمره نگرش گروه خانه‌دار ۵/۲۹ و میانگین نگرش گروه شاغل ۵/۶۶ بوده است. در تحقیق عبدالحسینی سال ۱۳۸۰ مشخص گردید که ۷۵ درصد از والدینی که شاغل می‌باشند به خصوص مشاغل سطوح بالاتر، نگرش بهتری نسبت به بهداشت دهان و

دندان کودکانشان دارند که این نتایج در تأیید نتایج تحقیق حاضر می‌باشد.^(۱۱)

مروری بر یافته‌های حاصل از پاسخ مادران به سؤالات پرسشنامه مربوط به نگرش از بهداشت دهان و دندان در کودکان ۱ تا ۶ سال نشان می‌دهد که گزینه شستشوی دهان بلافاصله بعد از مصرف مواد قندی در سلامت دندان مؤثر است، بالاترین نمره میانگین ۴/۴۹ را در بین گزینه‌های پرسشنامه نگرش مادران دارد که نشان می‌دهد بیشتر مادران با این گزینه موافق می‌باشند و گزینه علاوه بر مسواک زدن دندان‌ها زبان کودک نیز مسواک زده می‌شود، کمترین نمره میانگین را در بین گزینه‌های پرسشنامه نگرش دارد بدین معنی که اکثر مادران با این گزینه مخالف هستند.

یافته‌ها گویای آن بودند که بین نگرش مادران با وضعیت اقتصادی ارتباط مستقیم وجود دارد، بدین معنی که هر چه وضعیت اقتصادی بهتر شده است، نگرش مادران نیز مثبت تر شده است. بنا بر اظهارات عبدالحسینی در آمد والدین در نگرش آن‌ها از مسایل بهداشتی دهان و دندان بسیار مؤثر می‌باشد.^(۱۱) به اعتقاد McDonald بین سطح اقتصادی اجتماعی و پوسیدگی دندان در دوره شیرینی ارتباط معکوس وجود دارد^(۱۷) و بنا بر اظهارات خوردی مود با افزایش نسبی آگاهی و نگرش والدین، تعدیل بیشتری در رژیم غذایی صورت گرفته و با بیشتر شدن خدمات دندانپزشکی در طبقات بالاتر جامعه که از امکانات پیشگیری بیشتری برخوردار بوده اند، میزان تجربه پوسیدگی کاهش یافته است.^(۱۸) Petersen نیز می‌نویسد که نگرش والدین در مورد مراقبت‌های دهانی در کودکان با وضعیت اقتصادی - دموگرافیکی آن‌ها ارتباط مستقیم دارد و در وضعیت اقتصادی بالا آگاهی و نگرش والدین نیز افزایش می‌یابد.^(۴)

گزینه مراقبت از دندان‌های شیری به اندازه مراقبت از دندان‌های دائمی مهم است، ۵۴/۴ درصد موافق بودند که طبق تحقیق انصاری مقدم ۶۲/۹ درصد از مادران با این گزینه که مراقبت از دندان‌های شیری چون جایگاهی برای دندان‌های دائمی محسوب می‌شوند، موافق بوده اند.^(۹) گزینه مشاوره با دندانپزشکی جهت کودک ۱ تا ۶ سال از ضروریات است، ۲۹/۴ درصد مادران کاملاً موافق بودند و ۷۵ درصد نمونه‌ها نمی‌دانستند اولین بار کودک را باید در چه سنی نزد دندانپزشک برد و ۲۴/۸ درصد نمونه‌ها نمی‌دانستند هر چند مدت یک‌بار باید نزد دندانپزشک برد، در حالی که در تحقیق انصاری مقدم ۹۶/۷ درصد نگرش مثبت در رابطه با مشاوره دندانپزشکی برای بهبود سلامت دندان کودکانشان داشتند.^(۹) آکادمی دندانپزشکی اطفال آمریکا توصیه می‌کند که اولین ویزیت دندانپزشکی کودکان تقریباً در زمان رویش اولین دندان یا حداکثر در سن ۱۲ ماهگی انجام شود. در این ویزیت، والدین در مورد استفاده از روش‌های بهداشتی دهان و دندان، معاینه دندانپزشکی کودک، بررسی وضعیت فلوراید، دستورات غذایی در رابطه با پوسیدگی ناشی از شیرخوارگی و شیشه شیر و سایر امور مربوط به سلامتی دندان‌ها توصیه‌هایی دریافت می‌کنند. به علت رویش دندان در سن قبل از یک سالگی ضرورت ویزیت دندانپزشک قبل از یک سالگی به خوبی محسوس می‌باشد.^(۶) طبق گزارشات، در حال حاضر در کشورهایی توسعه یافته صنعتی نظیر دانمارک بیش از ۹۰ درصد کودکان هر ۶ ماه یک‌بار به دندانپزشک مراجعه می‌نمایند. این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه مانند کویت فقط ۳۷ درصد از کودکان سالانه آن هم به دلیل مشکلات پیش آمده

3- Khedmat S. Orodental diseases. Tehran: Saman Publications; 2001. p.12,32.

4- Petersen PE, Stella Y, Kwan L. Health promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bulletin World Health Organ; 2005.83 (9):677-684.

5- Ralph E, McDonald D, Avery R. Dentistry for the child and adolescent. St Louis: Mosby; 2000. p.3,11 and 12.

6- Whaley L, Wong D. Nursing care of infant and children. Washington: Mosby; 2003. p.727-728, 781-783.

7- Ghasemi B. The knowledge of the importance of orodental health among mothers referred to Zahedan health care centers. Unpublished dissertation. Zahedan; 2004. p. 3 and 5.

8- Aghamolaie T. The effect of orodental health education on health behaviors of male guidance school students in Tehran, 1997. Unpublished dissertation. Tarbiat Modarres University; 1997. p.32, 44, 73.

9- Ansari Moghaddam S. Mothers' knowledge and attitude towards factors affecting orodental health infants and children. Unpublished dissertation. Zahedan University of Medical Sciences; 2003. p.4, 53, 85.

10- Chan S, Tsai J, King NM. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in hongkong and their caregivers knowledge and attitudes. Int J Pea Den; 2004. 12(5):322.

11- Abdolhosseini M. KAP of femal guidance school students about preventive dentistry. Tehran; 2001. p.50.

12- Mortazavi H., Tabatabaie Chehr M. Manual of pediatric nursing (healthy child). Salemi publications. Tehran. 2002. P 32.

13- Taherian MR. Dentistry rescue. Tehran: Nevisa; 2002. p.43.

14- Tavakoli sabery M. First aid dentistry. Tehran: Nevisa; 2002. p.43.

15- Wong MCM, Chwarz E, Zhong HG. Oral health status and oral health behaviors in chinese children. J Dent Res; 2001.80 (5): 1459-1465.

به دندانپزشک مراجعه می‌کند. که این نکته حائز اهمیت و دقت نظر است.^(۷)

این پژوهش بر روی نگرش مادران و کودکان زیر ۶ سال انجام گرفت با توجه با این که دندان‌های شیری تا سن ۱۲ سالگی ممکن است در دهان باقی بماند لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش با این عنوان در مورد مادران کودکان سنین مدرسه انجام شود. همچنین نظر به این که تعداد زیادی از مادران مورد پژوهش شاغل بودند، تعداد زیادی از کودکان زیر ۶ سال در مهد کودک ها نگهداری می‌شوند، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با عنوان بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مربیان مهد کودک ها در رابطه با بهداشت دهان و دندان تغذیه صحیح انجام گیرد و در نهایت یافته‌های این پژوهش نشان داد در آن دسته از نمونه‌های که وضعیت اقتصادی ضعیف داشته‌اند، ۶۱/۷ درصد نگرش خنثی داشته‌اند. بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه های اطلاع رسانی و آموزشی و کمک های مؤسسه ها در مورد این خانواده ها بیشتر انجام شود تا نگرش مثبت‌تری در این افراد ایجاد گردد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از سرکار خانم اکبر شریفی و سرکار خانم پورنقی که در تهیه و تنظیم این مقاله ما را یاری نمودند، تشکر می‌نماییم.

فهرست منابع

1- Zafarmand A.H. The study of knowledge and attitude of guidance school students in Tehran about orodental health, 2000. Unpublished doctoral dissertation. Tehran; 2000. p 74-75.

2- Russell W Bunting .Oral Hygiene Lea and Febiger. [n.l.]: Mosby ;1999. p. 539.

16- Harrison RL, Wong T. Oral program for an urban minority population of preschool children. *Com Den Oral Epid*; 2003.31(5):392_399.

17- MacDunald RE, Ardi DR. Children and adolescent dentistry. Tehran: Teimourzadeh; 2001. p.215.

18- Khordi-Mood M. The prevalence of permanent teeth decay among children 6-13 years old in Mash-had primary schools. *J Iranian Dent Assoc*; 1992.16: 24-25.

Mothers' Attitude Towards Orodonal Health of Their 1-6 Years Old Children Referred To Medical Centers of Zahedan City, 2006

*M.Naderifar¹ MS H.Peyrovi² PhD F.Galgay³ MS

Abstract

Background & Aim: Healthy community is strictly dependent on having healthy children, whose orodontal hygiene is a necessity for maintaining health. Orodonal care must begin from childhood, because performing special care of milk teeth of children would guarantee optimal growth of permanent teeth. Family, as an agent fostering physical and psychosocial aspects of the child can help to population health in parallel with health care systems through educational and health activities. This paper aim at investigating mothers' attitude of orodontal health of their 1-6 years children referred to health treatment centers. This study was designed to determine the mothers' attitude of mothers' of orodontal health of their 1-6 years old children.

Material & Method: This was a cross-sectional study in which data was gathered using questionnaire and interview. Five hundreds mothers of 1-6 years old children, selected by random sampling method, took part in the study.

Results: According to findings, the percentage of mothers with positive, inert, and negative attitude were respectively 79.6%, 20.4%, and 0%. There was direct positive relationship between attitude and mothers' age and education, age of children and economic status.00).

Conclusion: It is of great importance that authorities plan systematic and strict educational programs using mass media, and any other facility suitable for the purpose to make mothers knowledgeable about the subject. It is suggested to study the causes of inappropriate practice among mother in future studies.

Key words: Attitude_ Arodonal Health_ Children

Accepted for Publication: 26 Desember 2007

Submitted for Publication: 11March 2008

¹ MS in Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran (*Corresponding Author). E-mail: m_naderifar2005@yahoo.com

² Assistant Professor in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

³ MS in Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences.