تحقیقی

موانع درک شده مادران در زمینه رفتار مسواک زدن کودکان ۶-۳ سال

پروانه صحرایی[۱]، دکتر نسترن کشاورز محمدی[۲]، دکتر هادی قاسمی[۳]

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

۲- دانشیار، دکتریارتقایسلامت،دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

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

چکیده

زمینه و هدف: مسواک زدن حداقل دو بار در شبانه‌روز مهم‌ترین عامل مرتبط در کاهش خطر ابتلا به پوسیدگی زودرس دندان‌ها در دوران کودکی است، با وجود اهمیت آن، رعایت این رفتار با موانعی همراه است. موانع درک شده مهم‌ترین بعد در بیان یا پیش‌بینی رفتارهای محافظت‌کننده سلامتی هستند. تعیین موانع بهداشت دهان و دندان، محققین را در طراحی مداخلات موثرتر و بهتر برای ارتقاء این رفتار بهداشتی یاری می‌کند. این مطالعه باهدف شناسایی موانع درک شده مادران در زمینه رفتار مسواک زدن کودکان ٦-٣ سال طراحی شده است

روش اجرا: مطالعه حاضر در سال ۹۳ با روش کیفی در شهر کامیاران انجام شد. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع صورت گرفت. ٤٠ مادر دارای کودک ٦-٣ ساله با شرکت در مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته تجارب خود را بیان نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل درون مایه‌ای انجام شد.

یافته‌ها: موانع درک شده مادران در دو دسته کلی شامل «موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده» و «موانع درک شده مربوط به کودک» طبقه‌بندی شدند. از مهم‌ترین موانع درک شده می‌توان به موانع نگرشی اشاره نمود.

نتیجه گیری: شناخت موانع و برنامه‌ریزی جهت رفع آن از مهم‌ترین اقدامات پیش‌نیاز تغییر رفتار و موفقیت در آموزش بهداشت است. یافته‌های این مطالعه بر اهمیت نقش نگرش مادر و سایر اعضای خانواده بر سلامت دهان‌ودندان کودکان تاکید می‌کند و لذا می‌تواند به طراحی بهتر برنامه‌های ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان ٦- ٣ ساله کمک کند.

واژگان کلیدی: موانع درک شده، مسواک، کودکان

وصول مقاله : ۱۳۹۲/۱۱/۲پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۲۵

نویسنده مسئول: دکتر نسترن کشاورز محمدی e.mail:n_keshavars@yahoo.com

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 این که سلامت عمومی بدن با سلامت دهان و دندان رابطه مستقیم دارد، از این رو سلامت دهان و دندان اهمیت ویژه‌ای در حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه دارد (۱). سلامت دهان فراتر از داشتن دندان‌های سالم و جزء جدایی‌ناپذیر سلامت عمومی به شمار می‌آید به طوری که می‌توان گفت دهان آیینه‌ای است از سلامت یا بیماری (۲). سلامت دهان و دندان از

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

عواملی هستند که معمولاً کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اختلال در صحبت کردن، خندیدن، غذا خوردن، درک مزه مواد غذایی و سایر اختلالات فیزیکی و روانی از پیامدهای بهداشت ضعیف‌دهان‌ودندان می‌باشد (۳). بیماری‌های دهان و دندان که از دامن‌گیرترین و شایع‌ترین بیماری‌های بشر به خصوص در بین کودکان جهان است یکی از مهم‌ترین مشکلات مربوط به بهداشت عمومی است. تأثیر آن‌ها بر افراد و جوامع به عنوان نتیجه درد و رنج، اختلال در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی قابل‌توجه می‌باشد. علاوه بر این درمان بیماری‌های دهان ودندان بسیار پرهزینه است و در بسیاری از کشورهای صنعتی چهارمین بیماری پرهزینه برای درمان می‌باشد (٤).

دندان‌های شیری علاوه بر کمک به کودکان در جویدن و برآورده ساختن نیازهای تغذیه ای و تکاملی دوره نوپایی و خردسالی در تلفظ کلمات و حفظ فضای کافی برای رشد دندانهای دائمی به صورت منظم نقش دارند. استعداد بالای آسیب پذیری دندانهای شیری به دلیل داشتن مینای نازک‌تر نسبت به دندانهای دائمی در برابر عوامل پوسیدگی زا و عدم رعایت موازین بهداشتی اهمیت دندانهای شیری را افزایش داده و حفظ سلامتی و بهداشت آن‌ها یک امر جدی برای سلامت کودک تلقی می‌شود. پوسیدگی دندانهای شیری در اوایل کودکی می‌تواند خواب، تغذیه، صحبت کردن کودک را با مشکل مواجه سازد همچنین می‌تواند بر تمرکز و یادگیری او نیز تاثیرگذار باشد. کودکی که از همان اوایل رویش دندان‌ها دچار پوسیدگی دندان می‌شود بیشتر احتمال دارد که در طول دوران کودکی خود از عواقب آن رنج ببرد. داشتن دندان‌های سالم بخش مهمی از سلامت عمومی کودک محسوب می‌شود (٦،٥)، لذا اهمیت سلامت دندان‌های شیری وآسیب‌پذیری بیشر آن‌ها توجه بیشتر به سلامت دندان‌های شیری را به عنوان یک امر جدی برای‌سلامت دهان‌ودندان می‌طلبد.

با توجه به تاثیر آشکار سلامتی دهان بر سلامتی جسمی-روانی افراد و نیز قابل کنترل بودن این بیماری‌های دهان و دندان، رفتارهای متعددی در جهت پیشگیری از آن‌ها صورت گرفته است که کاربرد وسیع فلوراید به اشکال مختلف، مسواک زدن به طور صحیح و منظم، استفاده از نخ دندان، تغییر عادات بهداشتی و کاهش مصرف مواد قندی از جمله این اقدامات می‌باشد (۷) که مسواک زدن متداول‌ترین روش مراقبت از دندان‌ها در بین افراد می‌باشد. دوبار مسواک زدن در روز جزیی از توصیه‌های خودمراقبتی است که باید برای کودکان با رویش دندان‌ها هر چه سریع‌تر شروع شود (۹،۸). نتایج مطالعه ای در اسکاتلند نشان داد که کودکانی که یک بار یا کمتر در روز مسواک می‌زنند ٦٤ درصد بیشتر از کسانی که حداقل دوبار در روز مسواک می‌زنند پوسیدگی دندان دارند (۱۰). در مطالعات انجام شده در چند کشور اتحادیه اروپا و آمریکا گزارش شده است که این استاندارد رعایت می‌شود

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

(۹،۸). این در حالی است که محبی و همکارانش در مطالعه ای که در شهر تهران انجام دادند گزارش کردند که تنها ۵ درصد از کودکان روزانه دوبار مسواک می‌زنند (۱۱).

عادت مسواک زدن باید از کودکی توسط والدین به کودک یاد داده شود که روزی حداقل دوبار انجام گیرد (۱۲). مادران اولین معلم کودک هستند و نقش مهمی در حفظ سلامت او ایفا می‌کنند (۱۳) در واقع مادر بخشی از محیط کودک است که به طور مستقیم مسئول بهداشت دهان و دندان کودکان خود می‌باشند و نقش مهمی در ایجاد عادت‌های مهم رفتاری بهداشت دهان و دندان آن‌ها دارند. پیشگیری از پوسیدگی دندان درکودکان جهت جلوگیری از ازدست دادن زودرس دندانهای شیری و در نتیجه کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های دهان و دندان در سالهای بعد زندگی کودک و ارتقاء سطح بهداشت دهان و دندان آن‌ها حیاتی است (١٤). در کودکان ۱ تا ۳ سال مادران به عنوان مراقبت کنندگان اصلی جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب می‌شوند. در دروه قبل از مدرسه (۳ تا ٦ سال) پیشرفت کودک در امور بهداشتی دهان ودندان آغاز می‌شود، اما هنوز مادران تأمین کننده اصلی بهداشت دهان و دندان هستند (۱۵) اما بسیاری اوقات در عمل این مسئولیت اعمال نمی‌شود؛ مثلا در مطالعه ای در آمریکا در سال ۲۰۱۳ نشان داد که ۳۸ درصد از مادران بر مسواک زدن کودکان زیر ۵ سال خود هیچگونه نظارتی ندارند (١٦). نتایج مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۸ نشان داد که تنها ۲۱ درصد از مادران به توصیه دوبار مسواک زدن در روز عمل می‌کنند (۱۷). بهداشت دهان و دندان کودکان و نتایج آن تحت تأثیر آگاهی و اعتقادات و مهارت و رفتارهای بهداشت دهان و دندان والدینشان است و این متغیرها خود تحت تاثیر جنسیت، شغل و درآمد والدین است؛ مثلا مطالعات نشان داده است که کودکان متولد شده از مادرانی که از اهمیت بهداشت دهان و دندان آگاه هستند دندانهای خود را به تعداد دفعات بیشتری مسواک می‌زنند و عادات مطلوب‌تری در مسواک زدن دارند (۱۸). برخی مطالعات نشان می‌دهد که همچنین جنسیت، رفاه خانواده، شغل پدر و مادر به وضوح با میزان مسواک زدن بیش از یک بار در روز رابطه مستقیم دارد (۱۹)؛ بنابراین بخشی از مشکلات پوسیدگی دندان کودکان می‌تواند با بهداشت ضعیف دهان و دندان مادران (۱۷) و آگاهی و نگرش نامناسب آن‌ها مرتبط باشد. البته آگاهی مادران الزاما منجر به رفتار آنها نمی‌شود؛ مثلا در یک مطالعه مروری مشخص شد که با وجود اینکه ۷۱ درصد از مادران از نیاز مسواک زدن روزانه در کودکان آگاه بودند ولی تنها ٤٠ درصد از کودکان این رفتار را انجام می‌دادند (۱۲). آگاهی باید منجر به ایجاد نگرش مناسب شود و امکانات و شرایط لازم برای به فعل رسیدن رفتار مهیا باشد به عبارتی مانعی بر سر راه رفتار نباشد؛ بنابراین راهکارهای بهداشت دهان و دندان نه تنها کودکان بلکه باید والدین را نیز شامل شود، این نکته باید بتواند موانعی که مادران برای محافظت از

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

سلامت دهان و دندان کودکان دارند را شناسایی و در جهت رفع آن‌ها اقدام مقتضی را انجام دهد. مفهوم موانع درک شده، ادراکات فرد از ابعاد بالقوه منفی انجام یک رفتار مانند هزینه، خطر، در دسترس نبودن و زمان می‌باشد که به صورت یک مانع برای انجام رفتار عمل می‌کند (۲۱،۲۰). مطالعات نشان داده‌اند که موانع درک شده عامل مهمی در بیان یا پیش بینی رفتارهای محافظت کنندهٔ سلامتی هستند (۲۳،۲۲). شناخت موانع، آگاهی بالقوه ای برای تغییر رفتارهای سبک زندگی و کمک به آمادگی برای شروع و ادامه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به وجود می‌آورند (۲٤). با توجه به اینکه در مروری بر متون، به مطالعه ای که در ایران در خصوص شناسایی موانع درک شده مادران در خصوص مسواک زدن کودکان ۳ تا ٦ سال خود انجام شده باشد دست نیافت و همچنین با توجه به اهمیت رفتار مسواک زدن در سلامت دهان و دندان و ضرورت شناسایی نگرش و باورهای مادران در مورد این رفتار برای طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب از مطالعه کیفی جهت شناسایی تجربیات و دیدگاه مادران شهر کامیاران در زمینه موانع دوبار مسواک زدن با نظارت و مراقبت مادران استفاده شد.

روش بررسی:

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی است که در سال ۹۳ باهدف تبیین ادراک و تجربیات مادران از موانع رفتار مسواک زدن در کودکان ٦-۳ سال با روش مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته انجام یافت. هدف از پژوهش کیفی توسعه شناخت پدیده‌های اجتماعی در بستر طبیعی بر اساس گردآوری اطلاعات و تجربیات مشارکت‌کنندگان می‌باشد که کمک می‌کند تا یک پدیده اجتماعی را در بستر طبیعی خودش بفهمد و تأکید آن گردآوری تجربیات و نظرات همه شرکت‌کنندگان در تحقیق است (۲۵). این مطالعه به بررسی عمیق موانع درک شده مادران برای انجام رفتار مسواک در کودکان پرداخت.

جامعه پژوهش، مادران دارای کودک ۳ تا ٦ سال تحت پوشش سه مرکز بهداشتی شهر کامیاران بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با رعایت حداکثر تنوع آغاز و سپس تا اشباع اطلاعات پیگیری شد به طوری که با ٤۰ مشارکت‌کننده به اشباع رسید. همچنین در پایان سه مصاحبه تکمیلی جهت تأیید رسیدن به اشباع اطلاعات انجام شد. بعد از هر مصاحبه تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌شد. از معیارهای ورود به مطالعه مادران دارای کودک ٦-۳ سال تحت پوشش مرکز، اهل کامیاران و ساکن این شهر از زمان تولد فرزند خود و مایل به انجام مصاحبه و داشتن توانایی در بیان تجربه‌های خود بود و از معیارهای خروج از مطالعه عدم تمایل و یا عدم توانایی برای ادامه مشارکت فرد به شرکت در پژوهش، داشتن کودک دچار اختلال روانی یا معلولیت بود. مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از نظر سن مادر، سن کودک، جنسیت و رتبه تولد کودک، شغل و تحصیلات

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

والدین، بعد خانوار از سه مرکز بهداشتی درمانی شهری انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از راهنمای مصاحبه که به صورت سؤالات نیمه‌باز بود انجام گردید. در حین مصاحبه‌ها تمرکز اصلی بر توصیف مشارکت‌کنندگان از تجربیاتشان بود، همچنین از سؤالات کاوشی جهت شفاف تر شدن و برطرف کردن ابهامات و عمق بخشیدن به پاسخ‌ها استفاده شد. مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ٤٠ دقیقه بود. مصاحبه‌ها تا دستیابی به داده‌های عمیق ادامه یافت. با اجازه و اطلاع قبلی مصاحبه شوندگان تمامی مصاحبه‌ها روی دستگاه ضبط صدا ضبط شد، در طی مصاحبه از فرآیند مصاحبه و پیام‌های غیرکلامی مصاحبه شوندگان مانند لحن کلام، سکوت، تأکید و ... یادداشت‌برداری شد. بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، متن مصاحبه‌ها پس از چند بار گوش دادن به همراه ارتباطات غیرکلامی تایپ شد.

از آنجا که در مطالعه حاضر، تاکید بر سازماندهی و توصیف عمیق داده‌ها و درک مفاهیم پیدا و ناپیدای تعابیر است لذا اطلاعات به روش Thematic (درون‌مایه‌ای) مورد تحلیل کیفی قرار گرفت. محقق در مرحله اول (آشنایی با داده‌ها) به بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها باهدف غوطه‌ور شدن در داده‌های مطالعه جهت دریافت ایده‌های کلی مصاحبه اقدام نمود. در مرحله دوم (تولید کدهای ابتدایی)، واحدهای معانی از متن مصاحبه‌ها استخراج و در قالب کدهای ابتدایی نام‌گذاری شدند. مرحله سوم (جستجوی درون‌مایه‌ها)، باهدف تدوین درون‌مایه‌ها از کدهای ابتدایی انجام پذیرفت. کدها به برگه‌های کد انتقال یافت و طبقات از آن‌ها به دست آمد. طبقات با سازه یکسان گروه‌بندی و درهم ادغام شدند و به سطح بالاتر تا حد امکان و منطقی ارتقاء یافتند. طبقه با توجه به ویژگی‌های کلمات بکار رفته در آن نام‌گذاری شد بدین معنا که کدهای مشابه در یک طبقه تحت عنوان درون‌مایه فرعی طبقه‌بندی گردیدند. در مرحله چهارم (بازنگری درون‌مایه‌ها) 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. در مرحله پنجم (تعریف و شماره‌گذاری درون‌مایه‌های اصلی) با توجه به رویکرد استقرایی مطالعه باهدف تدوین طبقه نهایی صورت گرفت، جوهره‌های هر یک از درون‌مایه‌ها شناسایی گردید و تحت عنوان درون‌مایه‌های اصلی نام‌گذاری گردیدند. در مرحله پایانی تلاش گردید با تجمیع معانی تمام درون‌مایه‌ها، بیان جامعی از موانع درک شده مادران از بهداشت دهان و دندان کودکان ٦-٣ سال ارایه گردد (۲۷،۲٦).

جهت تأیید روایی و دقت تحقیق، معتبر بودن، اطمینان پذیری و قابلیت تأیید داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای تضمین معتبر بودن، یافته‌های این مطالعه به تعدادی از شرکت‌کنندگان ارائه شد و آن‌ها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیاتشان به محققان ابراز نمودند،

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

همچنین تعمق مشارکتی پیرامون مضمون‌های پدیدار شده توسط تیم تحقیق در مراحل مختلف مطالعه انجام گرفت. پژوهشگران با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش، قابلیت تأیید این پژوهش را تضمین نمودند. علاقمندی پژوهشگران به پدیده تحت مطالعه، تماس درازمدت با داده‌ها و همچنین، تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه از دیگر عوامل تضمین‌کننده قابلیت تأیید بودند. علاوه بر این، پژوهش حاضر به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب‌نظران انجام گردیده است که هم اطمینان‌پذیری داده‌ها و هم قابلیت تأیید را امکان‌پذیر می‌نماید.

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 مصاحبه-های تایپ شده در اختیار آن‌ها قرار داده خواهد شد.

یافته‌ها:

محدوده سنی مادران شرکت کننده در مصاحبه ٤٤-٢١ سال بود. از نظر وضعیت تحصیلی ٥ نفر بی‌سواد، ١٩ نفر دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی و ١٦ مادر دیگر نیز تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم را داشتند. همچنین ٢٩ نفر از مادران خانه‌دار و ١١ نفر دیگر کارمند بودند. ١١ نفر از مشارکت‌کنندگان دارای کودک ٣ سال، ١٤ نفر دارای کودک ٤ سال، ٩ نفر دارای کودک ٥ سال و ٦ نفر نیز دارای کودک ٦ سال بودند. ١٨ نفر از کودکان دختر و ٢٢ نفر هم پسر بودند. در این پژوهش، طبق ادعای مادران به ندرت یافت می‌شد که مادران بر مسواک زدن کودک نظارت کنند و اکثراً انجام آن را به خود کودک تحمیل می‌کردند. ماحصل تحلیل مصاحبه‌ها در مورد موانع درک شده رفتار مسواک کردن کودکان ٣-٦ ساله به صورت ٢٢ کد، ٦ درون‌مایه فرعی، ٢ درون‌مایه اصلی شامل «موانع درک شده مربوط به مادر و یا اعضای خانواد» و «موانع درک شده مربوط به کودک» خلاصه گردید که تفصیل هر یک از این طبقات در زیر آورده شده است. خلاصه تحلیل یافته‌ها در جدول شماره یک همراه با کدها و فراوانی آن‌ها آمده است.

الف) موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده

موانع درک شده مربوط به مادر به مراتب بیش از موانع درک شده مرتبط با کودک بود. مادران، به عللی همچون نگرش نامناسب به لزوم مراقبت از دندان شیری، شرایط روحی روانی نامناسب خود و عدم داشتن رفتار، مهارت و آگاهی لازم برای مراقبت از دندان‌های شیری از توجه کافی و یا انجام مسواک کردن برای کودکان خود غفلت نموده بودند. از میان موانع مربوط به خود مادر بیش‌ترین نوع موانع درک شده در میان زنان شرکت‌کننده مربوط به نگرش‌های نامناسب بود. در اینجا این دسته از موانع بیشتر توضیح داده می‌شود.

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

نگرش

در این رفتار درون‌مایه نگرش بیش‌ترین تعداد کدها را به خود اختصاص داد. در این مطالعه، همان طور که جدول شماره یک نشان می‌دهد عمده موانع درک شده مادران حتی مادرانی با تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم از نوع نگرشی بود که ۱٤۷ بار در قالب ۹ نگرش نامناسب مطرح شد. در ذیل به انواع نگرش‌های نامناسب یافت شده در مصاحبه‌ها با نقل‌قول مادران به همان صورتی که بیان شده است اشاره می‌گردد.

- عدم اهمیت دندان‌های شیری

بی‌اهمیت بودن دندان‌های شیری مخصوصاً به دلیل موقتی بودن آن، رایج‌ترین نگرش مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بود. اکثر مادران معتقد بودند که از نظر آن‌ها دندان‌های شیری نیاز چندانی به مراقبت و سخت‌گیری جهت مسواک زدن ندارند زیرا عمر این دندان‌ها تا ٦ یا ۷ سالگی بیشتر نیست و مراقبت از دندان‌های دائمی مهم‌تر از دندان‌های شیری است. به عنوان مثال یکی از مادران اظهار داشت: «این دندونا که زیاد اهمیتی ندارن و موقتن و بالاخره می افتن، به نظر من اگر هم در مراقبتش سهل انگاری کنیم می تونیم برای دندونای اصلی جبران کنیم» دیپلم، ۲۸ ساله

- کافی بودن یک بار مسواک زدن

دیدگاه و تجارب بیشتر مادران نشان می‌دهد که آن‌ها به یک بار مسواک زدن در طول شبانه‌روز اعتقاد داشتند و همین باور و عقیده آن‌ها باعث شده بود که انجام این رفتار را در کودکان تحت تأثیر قرار دهد و باعث عدم وجود دو بار رفتار مسواک کردن یا بیشتر در کودکان گردد؛ مثلاً مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که: «برای بچه‌های با این سن و سال همون یک بار در شب کفایت می کنه» لیسانس، ۳۵ ساله

- عدم باور به لزوم نظارت بر مسواک کردن کودک

در این مطالعه، بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان، لزوم نظارت و مراقبت مسواک زدن دندان‌ها توسط کودک را در این گروه سنی باور نداشتند و از نظر آن‌ها آموزش‌هایی که در زمان شروع مسواک زدن به کودکان می‌دهند کفایت می‌کند و نیازی به نظارت مستمر نیست، بیشتر مشارکت‌کنندگان انجام مسئولیت این رفتار را بر عهده خود کودک می‌گذاشتند: «همون روز اول که براش مسواک خریدم بهش یاد دادم و دیگه نظارتی روی مسواک زدنش ندارم، آخه دیگه فکر نکنم نیازی داشته باشه» دیپلم، ۳٤ ساله

- نگرش نامناسب نسبت به ضرورت مسواک برای کودک

بیش از نیمی از مادران هم از گروه تحصیل‌کرده و هم کم سواد و بی‌سواد به دلایل مختلفی معتقد بودند مسواک ضرورت چندانی ندارد، از نظر آن‌ها کودک به خاطر عدم مهارت کافی در این زمینه وابستگی به مادر تا زمانی که به طور مستقل مهارت لازم را کسب نکند نیازی نیست که مسواک زدن را به طور مرتب انجام دهد، از نظر برخی دیگر از مادران این سن فقط زمان بازی و رشد کودک

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

است و نباید بهداشت را به کودک تحمیل کرد و فقط در حدی باشد که با مسواک و خمیردندان آشنا گردد: «راستش تا حالا به اهمیت این موضوع فکر نکرده بودم که مسواک زدن برای بچه با این سن و سال کم ضرورتی داشته باشه، من همیشه فکر می‌کردم این سن و سال فقط کافیه بچه مسواک و بشناسه تا هر وقت که بزرگ شد یاد بگیره خودش استفاده کنه، به خاطر همین من فقط واسش خریدم ولی دیگه نه سخت‌گیری می‌کنم نه نظارتی دارم» دیپلم، ۳٤ ساله

- اعتقاد به تنفر کودک از مسواک به علت مسواک کردن زیاد یا زود هنگام

برخی مشارکت‌کنندگان در پژوهش بیان نمودند که شروع مسواک از سنین پایین و یا وادار کردن کودک به دو بار مسواک در شبانه‌روز باعث دل زدگی کودک از مسواک و عدم اشتیاق او جهت انجام این رفتار در بزرگ‌سالی می‌شود، لذا تعدادی از مشارکت‌کنندگان هنوز مسواک را برای کودک خود شروع نکرده بودند و از نظر برخی دیگر از مادران فقط یک بار مسواک در شبانه‌روز در این گروه سنی کفایت می‌کند: «شبارو که به زور میذاره و مقاومت می کنه اگه به خام روزام بهش اجبار کنم که مسواک بزنه دیگه واسه شب‌ها اشتیاقی براش نمی مونه و ممکنه از مسواک زدن متنفر بشه» دیپلم، ۲۸ ساله

- نداشتن انگیزه برای مسواک زدن دندان غیرسالم

برخی از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش هم افرادی با تحصیلات دانشگاهی و هم با تحصیلات ابتدایی، بیان نمودند که سیاهی و خرابی دندان‌های کودک به علت مصرف قطره آهن باعث بی‌انگیزگی آن‌ها در مراقبت از دندان‌های کودک شده است. در نتیجه، آن‌ها انگیزه‌ای جهت سخت‌گیری در مسواک کودک و تمایلی به نظارت و مراقبت از آن‌ها نداشتند: «از وقتی دندوناش به خاطر قطره آهن خراب‌شده دیگه انگیزه‌ای ندارم که به دندوناش رسیدگی کنم لیسانس، ۳٤ ساله

- بی‌فایده دانستن مسواک کردن دندان غیرسالم

بی‌فایده بودن مسواک کردن دندان غیرسالم از سایر نگرش‌های مانع توجه و نظارت بر انجام مسواک کردن کودکان بوده که از سوی برخی مشارکت‌کنندگان بیان گردید. از نظر تعداد معدودی مادران رسیدگی به دندانی که به دلایل مختلف از جمله مصرف قطره آهن و یا خوردن بی‌رویه مواد قندی پوسیده و خراب شده باشد کار بیهوده‌ای است و باید منتظر افتادن دندان پوسیده و رویش دندان‌های دائمی بود. از نظر این مادران مراقبت و مسواک از دندان قبل از خرابی و پوسیدگی دندان مفید است و مثلاً می‌تواند باعث سفیدی دندان شود، مواردی هم که بعد از خرابی و پوسیدگی شدید دندان‌ها بهداشت دهان و دندان را

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

جدول شماره (۱): جدول موانع درک شده مادران در زمینه رفتار مسواک زدن به صورت دو بار در شبانه‌روز با نظارت و مراقبت مادر

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	کد	فراوانی
موانع درک شده مربوط به مادر و یا اعضای خانواده	نگرش (با فراوانی ۱٤۷)	عدم اهمیت دندان‌های شیری	۳۱
		کافی بودن یک بار مسواک	۳۰
		عدم باور به لزوم نظارت بر مسواک زدن کودک	۲۸
		نگرش نامناسب نسبت به ضرورت مسواک برای کودک	۲۳
		اعتقاد به تنفر کودک از مسواک به علت مسواک زدن زیاد یا زودهنگام	۱۰
		نداشتن انگیزه برای مسواک کردن دندان غیرسالم	۸
		بی‌فایده بودن مسواک کردن دندان غیرسالم	۷
		باور به عوارض مسواک کردن	٦
		اعتقاد به خوب بودن جنس دندان و عدم نیاز به مراقبت	۳
	رفتار و مهارت (با فراوانی ٦۸)	عدم عادات رفتاری مناسب خانواده	۳۷
		عدم همراهی کودک	۲۸
		عدم تشویق کودک	۳
	شرایط روحی روانی (با فراوانی ۲۵)	بی‌حوصلگی و تنبلی	۱۲
		فراموشی	۱۰
		مشکلات زندگی	۳
	آگاهی (با فراوانی ۱٤)	عدم آگاهی	۱٤
موانع درک شده مربوط به کودک	شرایط روحی روانی (با فراوانی ۲۸)	عدم تمایل و علاقه کودک به مسواک	۱۱
		بی‌حوصلگی و خواب‌آلودگی کودک	۱۰
		عدم تمایل به مسواک زدن به صورت تنهایی	۷
		مسواک نزدن به علت عدم احساس اجبار و ترس	٤
	مهارت و رفتار (با فراوانی ۱٤)	عدم مهارت کودک	۸
		کثیف و خیس کردن لباس	٦

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

برای کودک رعایت می‌کردند فقط جهت کاهش درد دندان و یا کسب عادت مسواک کردن بود: «پسرم شبا مسواک میزنه هرچند که قطره آهن تمام دندوناشو خراب کرده و دیگه فایده‌ای نداره، ولی خب میگم از حالا مسواک بزنه که بزرگ شد عادت کنه» ابتدایی، ۳۹ ساله

- باور به عوارض مسواک زدن

تعدادی از مشارکت‌کنندگان مانع از انجام رفتار مسواک در کودک خود می‌شدند زیرا از نظر آن‌ها مسواک برای کودکان این گروه سنی حتی ممکن است ضرر هم داشته باشد: «بچم هر وقت مسواک میزنه لثه هاش قرمز میشه، باباش میگه به خاطر این مسواکه که لثه هاش این جوری میشه، به خاطر همین دیگه نمیذاره مسواک بزنه» دیپلم، ۲۷ ساله

«تازه توی این بچه‌ها با این سن خطر قورت دادن خمیر دندون هست که ممکنه مسموم بشن، به نظر من باید بزرگ‌تر بشن بعد که یادگرفتن براشون تهیه کنیم» راهنمایی، ٤۳ ساله

- اعتقاد به خوب بودن جنس دندان و عدم نیاز دندان سالم به مراقبت

تعدادی از مشارکت‌کنندگان به دلیل عدم مشاهده مشکلات دندانی به خصوص درد دندان، به خوب بودن جنس دندان کودک خود معتقد بودند و از نظر آن‌ها این‌گونه افراد نیاز زیادی به مسواک و مراقبت نداشتند: «ما خونوادگی جنس دندونامون خوبه فکر نکنم لازم باشه این قدر حساسیت نشون بدم به مسواک زدنش، همین که شکلات شیرینی کمتر بخوره کافیه، اون یکی بچمم پنجم ابتداییه با وجود اینکه اصلا اهل مسواک زدن نیست ولی شکر خدا تا حالا مشکلی نداشته» بی‌سواد، ٤۲ ساله

❖ رفتار و مهارت

به غیر از نگرش از سایر از کدهای مربوط به موانع درک شده مرتبط با مادر رفتار و مهارت مادر و اعضای خانواده بود. این دسته از موانع شامل عدم عادات رفتاری مناسب خانواده، عدم همراهی و نیز عدم تشویق کودک بود که با نقل‌قول‌های مادران به آن پرداخته می‌شود:

- عدم عادات رفتاری مناسب خانواده

اکثریت قریب به اتفاق مادران بیان نمودند که چون ایشان و سایر اعضای خانواده به طور مرتب مسواک نمی‌زنند کودک نیز به طور مناسب مسواک نمی‌زند. در مواردی هم که رفتار مسواک به صورت روزانه در خانواده وجود داشت فقط جهت کاهش درد یا ساکت کردن درد دندان بعد از خرابی شدید دندان‌ها بوده است. این مورد رایج‌ترین مانع گزارش‌شده مادران در این مطالعه بود: «ما هیچکدوم روزا مسواک نمی‌زنیم که بچم بخواد عادت کنه روزا بزنه، یا از کسی یاد به گیره به خاطر همین بچم فکر میکنه مسواک فقط مختص شبه نه روز» فوق‌دیپلم، ۳٤ ساله

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

- عدم همراهی کودک

بیش از نیمی از مادران بیان نمودند که عدم همراهی کودک جهت مسواک کردن و تحمیل این وظیفه به خود کودک باعث عدم اشتیاق در کودک شده که به تدریج رفتار مسواک کردن را رها کند. البته برخی مادران گفتند که کودک خود را تنها به التماس و اصرار کودک جهت رفتار مسواک همراهی می‌کردند و به عبارتی مادر برخلاف میل و تمایل خود مجبور به انجام این کار بوده است: «بعضی وقت‌ها که خودم باهاش نرم مسواکشو بزنه اونم بی خیال مسواک زدن میشه» ابتدایی، ۲۸ ساله

«شبا که خودم مسواک می‌زنم دخترمم باهام میاد مسواکشو میزنه ولی روزا بهونش اینه که چون کسی باهاش نمی‌ره مسواک بزنه اونم از خدا خواسته دیگه نمیزنه» ابتدایی، ۳۹ ساله

- عدم تشویق کودک

برخی مشارکت‌کنندگان بیان کردند که یکی از علل عدم عادت رفتار مسواک کردن در کودک خود عدم تشویق آن‌ها است: «بچم تازه چند وقته که مسواک میزنه، اونم به خاطر اینکه تشویقش می‌کنم، همیشه با خودم فکر می‌کنم اگه قبلا تشویقش کرده بودم که اینطوری نمی‌شد، متاسفانه دیر مسواکو شروع کردم وقتی که دندون دردش شروع شد» ابتدایی، ۲۹ ساله

- شرایط روحی روانی

سومین دسته موانع درک شده مرتبط با مادر، چگونگی شرایط روحی روانی مادران بود که به گفته ایشان در مراقبت از دندان‌های کودکان موثر بود. بی‌حوصلگی و تنبلی، فراموشی و مشکلات زندگی از جمله موانع بیان‌شده در این طبقه بودند که با ذکر مثال در اینجا توضیح داده می‌شوند:

- بی‌حوصلگی و تنبلی

مشارکت‌کنندگان متعددی هم از گروه تحصیل‌کرده هم کم سواد، به نداشتن حوصله و تنبلی خود جهت نظارت و مراقبت مسواک کردن کودکان و یا یادآوری و تذکر به کودک جهت انجام این رفتار بهداشتی اشاره نمودند. این در حالی بود که حتی برخی لزوم نظارت بر مسواک کردن کودک خود را نیز می‌دانستند، این مادران با مشکل اهمال در بهداشت دهان و دندان کودک خود روبرو بودند و اهمیتی به مسواک زدن دندان کودک نمی‌دادند، برای مثال چهار نفر از شرکت‌کنندگان چنین گفتند: «راستشو بخاید خودم تنبلی می‌کنم وگرنه میدونم لازمه روی مسواک زدنش نظارت کنم، آخه واقعا حوصله می خواد» فوق‌دیپلم، ۳٤ ساله

- فراموشی

تعدادی از مشارکت‌کنندگان به مسئله فراموشی اشاره نمودند و از آن به عنوان مانعی در انجام رفتار مسواک کردن توسط کودک نام بردند: «یادم می‌ره بهش بگم بره مسواک بزنه، یه روز بگم دو سه روز یادم می‌ره، اگه مسئله مهمی بود مثل دادن دارو به کودک یا هر چیز مهم

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

دیگه ای که فراموش نمی‌کردم ولی واقعیتش چون مسواک و دندوناش برام مهم نیست بیشتر وقتا فراموش می‌کنم» ابتدایی، ۳۳ ساله

- مشکلات زندگی

وجود مشکلات یکی دیگر از مواردی است که تعداد معدودی از مشارکت‌کنندگان به عنوان عاملی که مانع مراقبت و نظارت در مسواک کردن کودک می‌شود اشاره نمودند، از نظر مادران مسائل و مشکلات مهم‌تری در زندگی وجود دارد که فرصتی برای رسیدگی به بهداشت دهان و دندان کودکان باقی نمی‌گذارد: «مشکلات زندگیم به حدی زیاده که اسم خودمم یادم رفته چه برسه به اینکه مسواک زدن دخترمو یادآوری کنم و به فکر دندوناش باشم» ابتدایی، ۲۸ ساله

❖ آگاهی

آگاهی یکی دیگر از درون‌مایه‌های فرعی مربوط به مادران است که به تعداد کمی عنوان مانع مراقبت بهداشت دهان و دندان کودکان به آن اشاره نمودند. طبق گفته‌های مادران برخی از آن‌ها اصلاً نمی‌دانستند که دو بار مسواک کردن در شبانه‌روز با نظارت و مراقبت مادر برای کودکان نیاز است، مثلاً مادران می‌گفتند که: «من اصلا نمی دونستم که دوبار مسواک زدن برای بچه‌ها هم نیازه، فکر می‌کردم همون یه بار فعلا که بزنه تا یاد به گیره کافیه» دیپلم، ۲۸ ساله

ب) موانع درک شده مربوط به کودک

از دیگر موانع درک شده مادران در زمینه مسواک زدن کودکان مواردی بود که به خود کودک مربوط می‌شد که از درون‌مایه‌های فرعی این طبقه عدم شرایط روحی و روانی کودک و عدم مهارت لازم است که در اینجا به آن‌ها پرداخته می‌شود.

❖ شرایط روحی روانی کودک

برخی مادران بیان نمودند که کودک آن‌ها به دلایلی چون عدم تمایل و علاقه به مسواک، بی‌حوصلگی و تنبلی، عدم تمایل به مسواک کردن به صورت تنهایی، مسواک نکردن به علت عدم احساس اجبار و ترس از مسواک امتناع می‌کنند.

- عدم تمایل و علاقه کودک به مسواک

تجارب و دیدگاه برخی مشارکت‌کنندگان نشان داد که یکی از موانع مسواک کردن در کودکان به بی‌علاقگی و نداشتن هیچ‌گونه تمایلی جهت انجام این رفتار مربوط می‌شود. از نظر مادران تحمیل مسواک به کودک در صورتی که علاقه و تمایلی به انجام این رفتار نداشته باشد کار بیهوده‌ای است و نتیجه مثبتی در بر نخواهد داشت و مادر را خسته و بی‌انگیزه می‌نماید: «نه والا مسواک نمیزنه، پارسال براش مسواک خریدم یکی دوبار که زد دیگه از چشمش افتاد و گذاشتش کنار، امسال هم به راش خریدم اتفاقی اگه بعضی وقتا حوصله داشته باشه میزنه، نمیدونم چیکار کنم، اصلا علاقه نشون نمی‌ده» ابتدایی، ۲۸ ساله

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

- بی‌حوصلگی و خواب‌آلودگی کودک

از نظر برخی دیگر از مادران یکی از مشکلات دیگر این است که کودک به دلیل اینکه در طول روز بیشتر در حال بازی و جنب و جوش است شب‌ها بی‌حوصله و خواب‌آلود می‌باشد و از مسواک کردن سر باز می‌زند. برخی عنوان کردند که با توسل به زور و التماس کودک را وادار به مسواک زدن می‌کنند و گروهی از کودکان هم بدون انجام مسواک به خواب می‌روند: «تازگیا براش خمیر و مسواک خریدم، گاهی وقت‌ها میزنه بعضی وقتهام اصلا نمیزنه، شده قبل از غذا رفته مسواک زده ولی بعضی وقتهام سه چهار روز اصلا نمیزنه، بعضی وقتهام مسواکشو خالی بدون خمیر توی دهنش می چرخونه، بیشتر باهاش بازی میکنه تا دندوناشو مسواک بزنه، بیشترشبام بهونش اینه میگه خوابم میاد و مجبورم خودم به زور ببرمش» ابتدایی، ٤٤ ساله

- عدم تمایل به مسواک زدن به صورت تنهایی

تعدادی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که کودک تمایلی به مسواک کردن به صورت تنهایی ندارد و در مواردی حتی رفتار مسواک کردن را رها می‌کند: «بعضی وقت‌ها پسرم میاد میگه مامان توام با من بیا بریم مسواک بزنیم وقتی باهاش نمیرم اونم دیگه اشتیاقی براش نمیمونه و بی خیال مسواک زدن میشه» ابتدایی، ۲۸ ساله

- مسواک نزدن به علت عدم احساس اجبار و ترس

تعداد معدودی از مادران، تهدید کودک را به عنوان یکی از راه‌های وادار کردن او جهت مسواک کردن می‌دانستند که در صورت عملی نشدن تهدید، کودک رفتار مسواک کردن را رها می‌کند و همین مسئله مانعی می‌شود که کودک سراغ مسواک نرود: «خمیر و مسواک براش خریدم ولی هیچ علاقه ای به مسواک زدن نداشت تا اینکه بهش می‌گفتم اگه نزنی می‌برمت پیش دندونپزشک، اوایل اکثر شبا مسواک می‌زد ولی حالانه، اصلا مرتب نمیزنه» راهنمایی، ٢٤ ساله

❖ عدم مهارت کودک برای مسواک زدن

اظهارات برخی مادران نشان داد که از نظر آن‌ها کودکان در این گروه سنی به اندازه کافی مهارت لازم را جهت انجام رفتار مسواک ندارند. لذا ایشان یا مانع انجام این رفتار در کودک می‌شدند و در مواردی هم علیرغم تمایل کودک این کار را برای کودک انجام می‌دادند.

- مهارت و رفتار

از نظر تعدادی از مشارکت‌کنندگان، کودکان این گروه سنی مهارت لازم برای مسواک را ندارند و یا باید مانع مسواک زدن آن‌ها شد و یا این کار را برای کودک انجام داد: «به نظر من بچه در این سن ممکنه خمیردندون رو قورت بده یا

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

به لثه هاش آسیب برسونه لازمه مادرا خودشون اینکارو براشون انجام بدن نباید سپردش به بچه» دیپلم، ۲٤ ساله

- کثیف و خیس کردن لباس

برخی مادران به این موضوع اشاره داشتند که کودکان کم سن به خاطر عدم مهارت کافی حین مسواک کردن لباس‌های خود را خیس می‌کنند و همین عامل باعث می‌شود که مادران مانع از انجام این رفتار در کودکان شوند: «برخلاف بقیه بچه هام این یکی خیلی دوست داره هر شب مسواک بزنه ولی چون لباساشو خیس میکنه خودم میگم هروقت می‌برمش حموم مسواک بزنه تا وقتی یه کم بزرگ‌تر بشه» بی‌سواد، ٤۲ ساله

بحث و نتیجه‌گیری

مصاحبه با مادران نشان داد که به ندرت کودکان دو بار مسواک زدن را در شبانه‌روز انجام می‌دادند، مواردی هم اگر بود صرفاً جهت کاهش بوی بد دهان و یا جلوگیری از درد دندان ناشی از پوسیدگی شدید دندان‌ها بوده است. تعداد بسیار اندکی هم از مادران بر نحوه مسواک زدن کودک نظارت داشتند. این‌ها همه نشان از بی‌توجهی مادر به این رفتار مهم در کودکان است. از نظر فراوانی تجربه موانع در میان مادران شرکت‌کننده در این مطالعه، موانع مربوط به مادر بیش‌ترین تکرار در مصاحبه با مادران را داشتند. از این دسته موانع، موانع مربوط به نگرش مادر و یا اعضای خانواده بیش‌ترین انواع و در مجموع تکرار را به خود اختصاص دادند. در این مطالعه به وضوح معلوم گردید که نگرش‌های نادرست مادران مبنی بر عدم اهمیت دندان‌های شیری مهم‌ترین مانع انجام رفتار مناسب مادران جهت حفظ و ارتقای بهداشت دهان و دندان کودکان ٦-۳ ساله بود. نگرش نامناسب در مطالعات خارجی مثلاً در مطالعه‌ای در استرالیا نیز به عنوان یک مانع بهداشت دهان و دندان ذکر شده است (۲۸). لذا به نظر می‌رسد در مداخلات آموزشی باید اصلاح نگرش‌های نامناسب مادران که ریشه در عدم آگاهی مناسب آن‌ها نسبت به اهمیت بهداشت دهان و دندان است بسیار مورد توجه قرار گیرد. به غیر از نگرش، عدم وجود رفتارهایی چون مسواک زدن در خانواده که منجر به عدم همراهی و تشویق کودک جهت مسواک زدن به هر دلیل می‌گردید از جمله شایع‌ترین موانع درک شده مادران مورد مطالعه بود. این در حالی است که به نظر می‌رسد کودکان هم به دلیل عدم همراهی مادر هیچ‌گونه تمایلی به مسواک زدن به صورت تنهایی ندارند و به مرور این رفتار را رها می‌کنند. عدم نظارت مادران یا ناشی از عدم باور به لزوم نظارت بر مسواک زدن کودک، یا تنبلی و بی‌حوصلگی و یا وجود مشکلات زندگی بوده است. تنبلی به عنوان یکی از موانع مادران جهت نظارت بر مسواک کردن کودکان در مطالعه Huebner و Riedy

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

(۲۰۱۰) دیده شده است (۲۹). این در حالی است که مطالعات نشان داده است که ممکن است مسواک زدن در شرایطی مانند عدم کفایت و یا صحیح بودن از پوسیدگی دندان کودکان جلوگیری نکند که این مسئله مبین لزوم تأکید بیشتر بر کیفیت و روش مناسب مسواک زدن در کنار توجه به تعداد بارهای مسواک زدن در طی آموزش‌ها است که مستلزم نظارت بیشتر و همراهی بیشتر والدین است (۳۰). لذا تأکید ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در رابطه با بهداشت دهان و دندان در طی آموزش‌ها به این مسئله که کودک برای یادگیری انجام درست رفتار مسواک زدن نیازمند حمایت و کمک والدین است می‌تواند در بهبود عملکرد والدین در این زمینه کمک کننده باشد. این امر خود مستلزم وجود انگیزه کافی در والدین جهت توجه مناسب به دندان کودکان خود است. تصمیم مادران به رعایت بهداشت دهان و دندان کودکانشان با عقاید و نگرش و نیز انگیزه‌های آنان ارتباط دارد که با اجرای برنامه آموزشی می‌توان این نگرش‌ها را به طور صحیحی تغییر داد (۳۱). نگرش والدین نسبت به بهداشت دهان و دندان تأثیر زیادی بر رفتارهای بهداشت دهان و دندان کودکان دارد همچنین می‌تواند بر چگونگی استفاده از خدمات پیشگیرانه دندان‌پزشکی و خدمات در دسترس برای کودکان خود تأثیر بگذارد. در مورد موانع مربوط به کودک، این مطالعه انواع مشکلاتی که مادران جهت انجام مسواک کردن در کودکان خود با آن روبرو هستند و در رفع آن ناتوان هستند مانند نحوه عادت دادن کودک و برخورد با عدم همکاری و تمایل کودک و یا آموزش مهارت مسواک کردن درست بدون خوردن خمیردندان، آسیب به لثه و یا خیس کردن لباس را شناسایی کرد. عدم مهارت مواجهه با این مشکلات باعث ترک رفتار یا ممانعت از آن در کودکان می‌شود. مطالعات خارجی هم عدم مهارت لازم نزد مادران جهت عادت دادن کودک به دو بار مسواک زدن را (۲۹) بدون خیس کردن لباس را به عنوان مانعی برای مسواک زدن کودکان ذکر کرده‌اند. لذا برنامه‌های آموزشی بهداشت دهان و دندان برای مادران باید به غیر از آگاهی و نگرش بلکه شامل کسب مهارت‌هایی برای موفق شدن جهت عادت دادن کودک به مسواک زدن و نیز روش صحیح انجام آن باشد. نکته مهم دیگر که باید در بهداشت دهان و دندان کودکان کم سن در نظر داشت تأثیرات نامطلوب مصرف قطره آهن بر کاهش انگیزه مادران جهت مراقبت از دندان کودکان است. آموزش روش‌های پیشگیری کننده از تغییر رنگ دندان با مصرف قطره آهن باید به شدت مورد توجه کارشناسان بهداشت کودک در مراکز بهداشتی قرار گیرد. مسئله مهم دیگر که در این مطالعه بارها مطرح شد توجه به تأثیر نگرش و رفتارهای اعضای خانواده به خصوص پدر

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

و تشویق آن‌ها در کسب یا عدم کسب رفتارهای بهداشت دهان و دندان بود. نقش و اهمیت مشاهده انجام رفتار مسواک در والدین در ترغیب کودک جهت مسواک زدن در مطالعات متعدد نیز نشان داده شده است (۲۹ و ۱۸). برخی مطالعات عدم وجود رفتار مسواک زدن در والدین یا عدم تشویق فرزندان جهت مسواک زدن را حتی به عنوان موانع انجام این رفتار در نوجوانان نیز ذکر نموده‌اند (۳۲).

تعدادی از مشارکت کنندگان در پژوهش بیان کردند که هیچ گونه آگاهی از تعداد دفعات لازم برای مسواک زدن نداشتند، نتایج مطالعه‌ای در واشنگتن نیز عدم آگاهی از لزوم دو بار مسواک زدن به عنوان مانع گزارش کرده‌اند (۲۹). عامل نداشتن وقت مادر یا والدین برای مراقبت از دندان کودکان و عدم همکاری کودک در سایر مطالعات انجام شده نیز از موانع تأثیرگذار در مسواک زدن دندان کودک توسط والدین بوده است (۳۳،۳۰،۲۹). این مسئله نشان‌دهنده حمایت خانواده از مادر جهت انجام نقش مراقبتی خود از سلامت دهان و دندان کودک و نیز مشارکت بیشتر پدر و یا سایر اعضای خانواده در این زمینه است. به نظر می‌رسد بررسی موانع عدم مسواک زدن برای کودک در طی مشاوره‌های فردی برای مادران با استفاده از راهکارهای مؤثر و سپس ارائه راه‌حل‌های مناسب راهکار مناسبی برای افزایش انگیزه، مهارت و موفقیت مادران در انجام این رفتار بهداشتی باشد. اگر چه یافته‌های مطالعات کیفی قابلیت تعمیم نداشته، اما یافته‌های این مطالعه کمک می‌کند تنوع موانعی که مادران برای بهداشت دهان و دندان کودکان خود با آن مواجه هستند را با عمق بیشتری به تصویر بکشد. طبیعتاً در ادامه این مطالعه، مطالعات کمی می‌توانند فراوانی موانع شناسایی شده را بسنجند تا مبنای جامع و مناسبی برای مداخلات ارتقاء دهنده سلامت دهان و دندان کودکان ٦-۳ ساله فراهم شود.

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که سلامت دندان کودکان ٦-۳ سال این شهر با موانع و چالش‌هایی مواجه است که ممکن است تداوم یابد و باعث اختلال در سلامت دندان در نهایت اختلال در زندگی روزمره آنان گردد. به علاوه در مطالعه حاضر عدم کفایت دفعات مسواک زدن و عدم وجود نگرش‌ها، مهارت‌ها، حمایت‌های لازم مادران جهت انجام درست رفتارهای بهداشت دهان و دندان کودکان خود محسوس بود. از آنجا که مادران تأثیرگذارترین عامل بر ایجاد عادت‌های بهداشتی در کودکان خود هستند، لذا لازم است مداخلات ارتقاء دهنده سلامت دهان و دندان کودکان بتواند موانع درک شده مادران جهت انجام مسئولیت خود را رفع نماید.

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

References:

1-Naderifar M, Akbarsharifi T, Pairovi H, Haghani H. Mothers' Awareness, regarding Orodental Health of their Children at age of 1-6 Years old. Iran Journal of Nursing. 2006; 19(46):15-27. (In Persian).

2- Greens pan D. Oral health is global health. J Dent Res 2007; 86: 485.

3- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century–the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and oral epidemiology. 2003; 31(s1):3-24.

4- Suprabha BS, Rao A, Shenoy R, Khanal S. Utility of knowledge, attitude, and practice survey, and prevalence of dental caries among 11-to 13-year-old children in an urban community in India. Global health action. 2013; 6.

5-ADA. Tooth Eruption: The Permanent Teeth. American Dental Association; 2006. Available from:www.ada.org/sections/scienceAndResearch/pdfs/patient_58.pdf. Accessed March, 2012.

6-Canadian Pediatric Society. Healthy teeth for children; March 2013. Available from:http://www.caringforkids.cps.ca/handouts/healthy_teeth_for_children. Accessed June, 2013.

7-Fallahinejad M, Mirshekar Z, Razavi Sh. (Knowledge and attitude toward oral and dental health among Zahedan's guidance school students). J Dent Sch. 2006; 24(4): 492-498. (Persian)

8-Van Der Weijden F, Slot DE. Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. Periodontology. 2011; 55(1):104-23.

9- Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. J Pediatric Child Health. 2006; 42(1- 2):37-43.

10-Pine C, McGoldrick P, Burnside G, Curnow M, Chesters R, Nicholson J, et al. An intervention programme to establish regular tooth brushing: understanding parents' beliefs and motivating children. International Dental Journal. 2000; 50(S6_Part1):312-23.

11- Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid - Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. International Journal of Pediatric Dentistry. 2008; 18(1):48-55.

12-Castilho ARFd, Mialhe FL, Barbosa TdS, Puppin-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. Journal de Pediatric (Versao en Portugues). 2013; 89(2):116-23.

13- AGD. Family plays vital role in children's oral health: General Dentistry: Academy of General Dentistry; 2010. Available from: http://www.news medical.net/news/20100518/Family-plays-vital-role-in-childrens-oral-health-General-Dentistry.aspx. Accessed March 2013.

14-Kumar G, Singh DK, Jalaluddin M, Dileep C, Rout P, Mohanty R. Oral Health of Pre-School Aged Children in Dhanbad District, Jharkhand, India-A Peek into their Mother’s Attitude. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2013; 7(9):2060-2062.

15-Naderifar M, Peyrovi H, Galgay F. Mothers´ Attitude Towards Orodental Health of Their 1-6 Years Old Children Referred To Medical Centers of Zahedan City, 2006. Iran Journal of Nursing. 2008; 20(52):75-86. (In Persian).

16-American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (January 28, 2014). America’s Pediatric Dentists Bite Into Problem of Rampant Tooth Decay In Little Teeth and Encourage Parents to Join the Monster-Free Mouths

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]

Movement. Available at: http://www.multivu.com/mnr/64715-american-academy-of-pediatric-dentistry-aapd-fights-tooth-decay. Accessed May 8, 2013.

17- Douglass J, Li Y, Tinanoff N. Association of mutans streptococci between caregivers and their children. Pediatric dent. 2008; 29(5):375-87.

18-Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self- efficacy and 1–5- year- old children's brushing habits. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2007; 35(4):272-81.

19- Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. International dental journal. 2006; 56(3):159-67.

20- Galloway RD. Health promotion: causes, beliefs and measurements. Clin Med Res 2003; 1(3): 249-58.

21- Pender NJ, Murdaugh CL & Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. USA: Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2010: 15-20.

22- Shamsi M, Heidarnia A, Niknami Sh. Assessment of Oral health care behavior in pregnancy in Arak: An Application of the Health Belief Model. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012; 22(89):104-115. (In Persian).

23- Badri Gargari R, Salek Hadadian N. The role of self-efficacy and health behavior factors HBM brushing and flossing in clients to private clinics in Tabriz. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2011; 9 (3):0. (In Persian).

24- Tol A, Shahmirzadi SE, Shojaeizadeh D, Eshraghian MR, Mohebbi B. Determination Of Perceived Barriers And Benefits Of Adopting Health-Promoting Behaviors In Cardiovascular Diseases Prevention: Application Of Preventative Behavior Model. Payavard Salamat. 2012; 6(3):204-14. (In Persian).

25- Nilchian F, Skini M, Jabbarifar SE, Soheilipour S. Identification of educational needs to promote oral health from the standpoint of patients referring to Shariati dental clinic in Isfahan: a qualitative research. Journal of Isfahan Dental School. 2012; 7(5):790-7. (In Persian).

26-Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in psychology 2006; 3(2): 77-101.

27- Pickard AJ. Research methods in information. London, UK: Facet Publishing; 2007.

28- Bracksley S, Dickson-Swift V, Anderson K, Gussy M. An Exploration of Mothers' Perceptions About Dental Health. Journal of Theory and Practice of Dental Public Health. 2013; 1(1):9-14.

29- Huebner CE, Riedy CA. Behavioral determinants of brushing young children's teeth: implications for anticipatory guidance. Pediatric dentistry. 2010; 32(1):48-55.

30- 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. 3. 2014; 21 (4):41-50. (In Persian).

31- Hajimiri KH, Sharifirad GH, Hasanzade A. The Effect of Oral Health Education Based on Health Belief Model in Mothers Who Had 3-6 Year Old Children on Decreasing Dental Plaque Index in Zanjan. Scientific Journal. 2010; 18(72): 77-86. (In Persian)

32- Pakpour A, Hidarnia A, Hajizadeh E, Kumar S, Fridlund B. Why Iranian adolescents do not brush their teeth: a qualitative study. Int J Dent Hygiene 2012; 10: 86-90.

33- Zare MS, Noroozi A, Tahmasebi R. Factors Influencing Tooth Brushing Behaviour based on Health Belief Model among Bushehr Primary School 5th & 6th grade Students. Hayat. 2013; 19(2):67-78.

[Downloaded from jiapd.ir on 2025-08-30]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.45]