تحقیقی

بررسی وضعیت آگاهی و منابع دریافت اطلاعات مادران در رابطه با سلامت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی در یک منطقه کمتر برخوردار

دکتر سیمین زهرا محبی[۱]-دکتر سمانه رازقی[۲]- دکتر حمیده سلیمان نژاد[۳]

۱- گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دندانپزشک

چکیده

زمینه و هدف: پوسیدگی درکودکان زیر ٦ سال عوارض جسمی و روحی و اجتماعی زیادی برای کودک خردسال مبتلا و خانواده اش بوجود می آورد. در این تحقیق برآن شدیم که وضعیت آگاهی و منابع دریافت اطلاعات مادران در رابطه با سلامت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی در یک منطقه کمتر برخوردار شهر تهران مورد بررسی قرار دهیم.

روش بررسی: جامعه مورد بررسی ۱۰۰ مادر از مراجعه کنندگان به ٦ خانه ی سلامت شهری در منطقه ۱۱ تهران بود. مادران پرسشنامه ای در رابطه با عوامل دموگرافیک ، آگاهی (۷ سوال) و منابع دریافت اطلاعات مادر(۷ منبع) در رابطه با سلامت دهان کودکان را پرکردند. آنالیز تحلیلی با استفاده از آزمون های T-Testو Regression انجام شد.

یافته ها: میانگین متغیر آگاهی مادران۵/۱ از حداکثر قابل کسب ۷ بود. کمترین پاسخ صحیح (۱۵٪) مربوط به گزینه "باکتری که باعث ایجاد پوسیدگی می شود، معمولاز مادر به فرزند منتقل می شود" و بیشترین پاسخ صحیح (۸۸٪) مربوط به سوال "فلوراید به چه دلیل به خمیر دندان اضافه می شود" بود. رایجترین منابع دریافت اطلاعات در میان مادران تلویزیون و در رتبه بعدی دندانپزشک بود. سطح آگاهی درمادرانی که سطح تحصیلات بالاتر داشتند یا کودکانشان نوبت تولد دوم یا سوم بودند، بالاتر بود.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که سطح اگاهی مادران علیرغم استفاده از منابع اطلاعاتی متعدد در رابطه با سلامت دهان کودکان پیش دبستانی پائین است. با درگیر کردن ایشان در برنامه های پیشگیرانه می توان سلامت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی را در سطح جامعه بالاخص در مناطق کمتر برخوردار را افزایش داد.

واژگان کلیدی: مادران، پیش دبستان، سلامت دهان، آگاهی

وصول مقاله : ۱۳۹۳/۰۳/۰۹پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۰۲

نویسنده مسئول: دکتر سمانه رازقی s-razeghi@tums.ac.ir

مقدمه:

پوسیدگی درکودکان زیر ٦ سال یک مشکل سلامت عمومی است که گاهی در دندان های تازه رویش یافته دیده میشود و طبق نامگذاری های اخیر توسط انجمن دندانپزشکان کودکان آمریکا پوسیدگی زود هنگام دندان کودک یا Early Childhood Caries و به طورمخفف ECC نامیده میشود. این بیماری عوارض جسمی و روحی و اجتماعی زیادی برای کودک خردسال مبتلا و خانواده اش وجود دارد. در بسیاری از موارد، متخصصین دندانپزشکی

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.89]

کودکان برای درمان این کودکان خردسال نیاز به بیهوشی در اتاق عمل پیدا می کنند که هزینه های جانی و مالی زیادی را به جامعه اعمال می کند (۱).

شیوع ECC در کشورهای مختلف متفاوت و حتی تا ۹۰٪ گزارش شده است (۲و۳). در ایران نیز آخرین تحقیق کشوری شیوع آن را ۵۲٪ در ۳ سالگی، و ۸۹٪ در ٦ سالگی اعلام کرده است (٤) که بسیار بالاتر از اهداف معین شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ میباشد. طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۷ کودکان ایرانی ۳ سالگی را با حدود دو دندان شیری پوسیده، پر شده یا افتاده و شش سالگی را با پنج دندان شیری خراب سپری می کنند که این امر نشان دهنده عدم توجه والدین به این دندان ها بوده و لزوم برنامه های آموزشی، پیشگیری و درمانی را جهت ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد والدین کودکان ۳ تا ٦ ساله مشخص می نماید (٤). در سایر کشورها نیز طی سال های اخیر مطالعه های بسیاری بر روی شیوع پوسدگی های دندانی در سنین کودکی و ارتباط آن با عوامل متعددی از جمله دیدگاه مادران در رابطه با نوع و چگونگی تغذیه کودک، وضعیت بهداشت دهان و وضعیت دموگرافیک خانواده انجام شده است (۸-۵).

مسأله مهمی که در حاضر در کشورهای پیشرفته مورد توجه قرار گرفته است آموزش مردم و دست اندرکاران سلامت در سطح وسیع و تنظیم رژیم غذایی مورد استفاده مردم است. در حقیقت هدف از آموزش بهداشت تغییر عادات مضر جامعه در جهت اهداف مورد نظرWHO برای دستیابی به سلامت است (۲و۹).

سلامت دهان و دندان با سلامت عمومی بدن مرتبط است. در واقع ارگانهای زیادی متعاقب مشکلات دهان و دندان ممکن است درگیر اختلال شوند. متقابلا برخی بیماری های سیستمیک هم می تواند منجر به تشدید روند بیماری های دهان و دندان گردد و یا در روند درمان های دندانپزشکی تداخل ایجاد کند (۱۰).

با توجه به اهمیت و نقش آگاهی در ایجاد رفتارهای منجر به سلامتی ، این تحقیق با هدف بررسی وضعیت آگاهی و منابع دریافت اطلاعات مادران در رابطه با سلامت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی در یک منطقه کمتر برخوردار شهر تهران انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر ازنوع مقطعی (cross-sectional) بود. جامعه مورد بررسی ۱۰۰ مادر و کودک (٤-٦ساله) از مراجعه کنندگان به ٦ خانه ی اسباب بازی مستقر در خانه های سلامت منطقه ۱۱ شهرداری، ناحیه ۱بوده است. خانه های سلامت بر حسب پر مراجعه بودن انتخاب شدند. پرسشنامه ی تحقیق از پرسشنامه استاندارد شده یک مطالعه مشابه قبلی اخذ شد (۱۱). در بخش اول پرسشنامه عوامل زمینه ای مانند سن مادر،سن کودک، جنس کودک، نوبت تولد، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر مورد ارزیابی قرارگرفت. بخش دوم شامل ۷ سوال در رابطه با آگاهی مادران بود. این سوالات در رابطه با "میانگین سنی که اولین دندان شیری در دهان کودک ظاهر می شود"، " انتقال باکتریی که باعث ایجاد پوسیدگی از مادر به کودک"، "استفاده ازخمیر دندانهای حاوی فلوراید برای کودکان زیر ۳ سال"، اولین علائم پوسیدگی در کودکان"، زمان شروع مسواک زدن دندانهای شیری" و "کارکرد فلوراید در

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.89]

خمیردندان" و امکان استعمال وارنیش فلوراید برروی دندانهای کودکان زیر ۵ سال" بود.

شرکت در مطالعه اختیاری بود. منابع دریافت اطلاعات مادران در قالب یک سوال چند گزینه ای با امکان انتخاب بیش از یک گزینه پرسیده شد.

آنالیزآماری

پس از جمع آوری پرسشنامه ها ،داده های حاصل در نرم افزار SPSS 18 وارد شد. فراوانی و درصد پاسخ های مادران به هر یک از سوالات پرسشنامه در هر سوال تعیین شدند. متغیرهای مجموع دانش (۷ سوال) نیز با امتیاز دهی به سوالات مربوطه تشکیل شدند. آنالیز تحلیلی با استفاده از آزمون رگرسیون خطی انجام شد و سطح معنی دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی کودکان ۵/۱ سال (انحراف معیار ۱/۰) بود و ٤٨٪ پسر بودند. نیمی از کودکان مورد مطالعه، اولین فرزند خانواده بودند. همچنین حداکثر بعد خانوار ۵ نفر شامل والدین و فرزندان بود. میانگین سن مادران ۳٤/۵ سال و حداقل ۲٤ سال و حداکثر ٤۷ سال بودند. یکی از پدران بی سواد بود و ٤٤ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. تمام مادران با سواد بودند و ٤٦درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند.

نمودار ۱ درصد پاسخهای صحیح ارائه شده توسط مادران به ۷ سوال آگاهی در رابطه با سلامت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی را نشان می دهد. میانگین متغیر آگاهی مادران۵/۱ از حداکثر قابل کسب ۷ بود. کمترین پاسخ صحیح (۱۵٪) مربوط به گزینه "باکتری که باعث ایجاد پوسیدگی می شود، معمولا از مادر به فرزند منتقل می شود" و بیشترین پاسخ صحیح (۸۸٪) مربوط به سوال "فلوراید به چه دلیل به خمیر دندان اضافه می شود" بود.

مادران اظهار داشتند که تاکنون اطلاعاتی در رابطه با سلامت دهان و دندان از رادیو دریافت نکرده اند. رایجترین منابع دریافت اطلاعات در میان مادران تلویزیون (۵۷٪) ودررتبه بعدی دندانپزشک (۵۲٪) بود. سایر منابع شامل روزنامه ۲۵٪ ،پزشک ۱۵٪،اینترنت ۵٪ وآشنایان ۱۰٪ بودند.

مدل رگرسیون خطی که نقش عوامل زمینه ای را بررسی می کرد (جدول ۱) نشان داد که از میان عوامل سن مادر،سن کودک،جنس کودک،نوبت تولد، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر، سطح تحصیلات مادران ونوبت تولد کودک با سطح دانش مادران ارتباط داشت. به این معنا که سطح دانش مادران درمادرانی که سطح تحصیلات بالاتر داشتند یا کودکانشان نوبت تولد دوم یا سوم بودند، بالاتر از سایرین بود.

بحث

مطالعه ی ما در خانه های سلامت شهرداری تهران که جزئی از سرای محلات هستند در منطقه ی ۱۱ شهرداری انجام گرفت. منطقه ی ۱۱ را می توان به علت واقع شدن در جنوب خیابان انقلاب به عنوان یکی از مناطق کمتر برخوردار شهر(از نظر اقتصادی) به حساب آورد. مطالعه ی وامالا و همکارانش که در سال ۲۰۰٦-۲۰۰٤ در رابطه با تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر روی دسترسی به خدمات و مراقبت دندانی و بهداشت دهان ودندان انجام شد ، اجرای مداخلات مبتنی بر مشارکت جامعه را برای افزایش دسترسی عادلانه به خدمات و مراقبت های دندانپزشکی ضروری دانسته است (۱۲).

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.89]

مطالعه ی تامسن در سال ۲۰۰٤ نیز نشان داد که دسترسی افراد به دندانپزشک نیز در مناطق کمتر برخوردارمی تواند به علل مختلف از جمله هزینه های درمانی و عدم پوشش بیمه مناسب کمتر باشد. مهمتر اینکه سلامت دهان در بزرگسالی نه تنها تحت تاثیر سلامت دهان در کودکی است، بلکه متأثر از وضعیت اقتصادی اجتماعی کودکی فرد نیز میباشد و تغییرات در وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد در کودکی می تواند منجر به تفاوت سطح سلامت دهان در بزرگسالی شود. در واقع این تحقیق رویکرد دوره زندگی (life course approach) را پارادایم مناسبی برای درک بی عدالتی در سلامت دهان می داند (۱۳).

از آنجا که وضعیت دهان و دندان افراد در مناطق محروم-تر معمولاً ضعیف تر از مناطق برخوردار است و دسترسی به خدمات دندانپزشکی نیز بعلل مختلف از جمله وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف افراد و هزینه بالای خدمات دندانپزشکی محدود است، مداخلات آموزشی و دریافت مطالب علمی سلامت دهان از منابع غیر دندانپزشک از اهمیت شایانی برخوردار است. تحقیق ما نشان داد که منابع اطلاعاتی افراد می تواند متعدد باشد. در واقع می توان مسئولیت بیشتری در مورد سلامت کودکان به والدین، جامعه و افراد غیر دندانپزشک واگذار کرد.

در رابطه با نقش والدین و بخصوص نقش مادر، مطالعات قبلی راهنمای ما بودند. مطالعه ی سید معلمی و همکارانش در سال ۲۰۰۸ با بررسی تأثیر آگاهی و نگرش مادران در رفتار مسواک زدن و بهداشت دهان و دندان کودکان، نشان داد که برای ارتقا سلامت دهان و دندان کودکان پتانسیل قابل توجهی در مادران وجود دارد و این موضوع باید مورد توجه متولیان سلامت دهان و دندان قرار گیرد (۱٤).

میزان دانش اولیه مادران در زمینه سلامت دهان و دندان کافی نبود که این می تواند یکی از عوامل شیوع پوسیدگی در کودکان پیش دبستانی محسوب شود. در مطالعه حاضر با ارائه سخنرانی بعد از پرسشنامه برای مادران و آشنا کردن آنها با پوسیدگی زود هنگام کودکی با تصاویر متعددی از انواع اولیه (در حد لکه سفید) و انواع پیشرفته بیماری، سعی در تغییر دانش و نگرش مادران و آماده سازی ایشان جهت همکاری بهینه و جدیت در پیشگیری از این نوع پوسیدگی در کودکان شد. مطالعه ویسکانسین در سال ۲۰۰٤ گویای این حقیقت است که با تغییر سیاست های سلامت ودرگیر کردن نیروهای غیر حرفه ای در برنامه های پیشگیرانه، می توان میزان پیشگیری را در سطح جامعه را افزایش داد (۱۵).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اگاهی مادران علیرغم استفاده از منابع اطلاعاتی متعدد در رابطه با سلامت دهان کودکان پیش دبستانی کافی نیست. با درگیر کردن ایشان در برنامه های پیشگیرانه می توان سلامت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی را در سطح جامعه بالاخص در مناطق کمتر برخوردار را افزایش داد.

تقدیر و تشکر

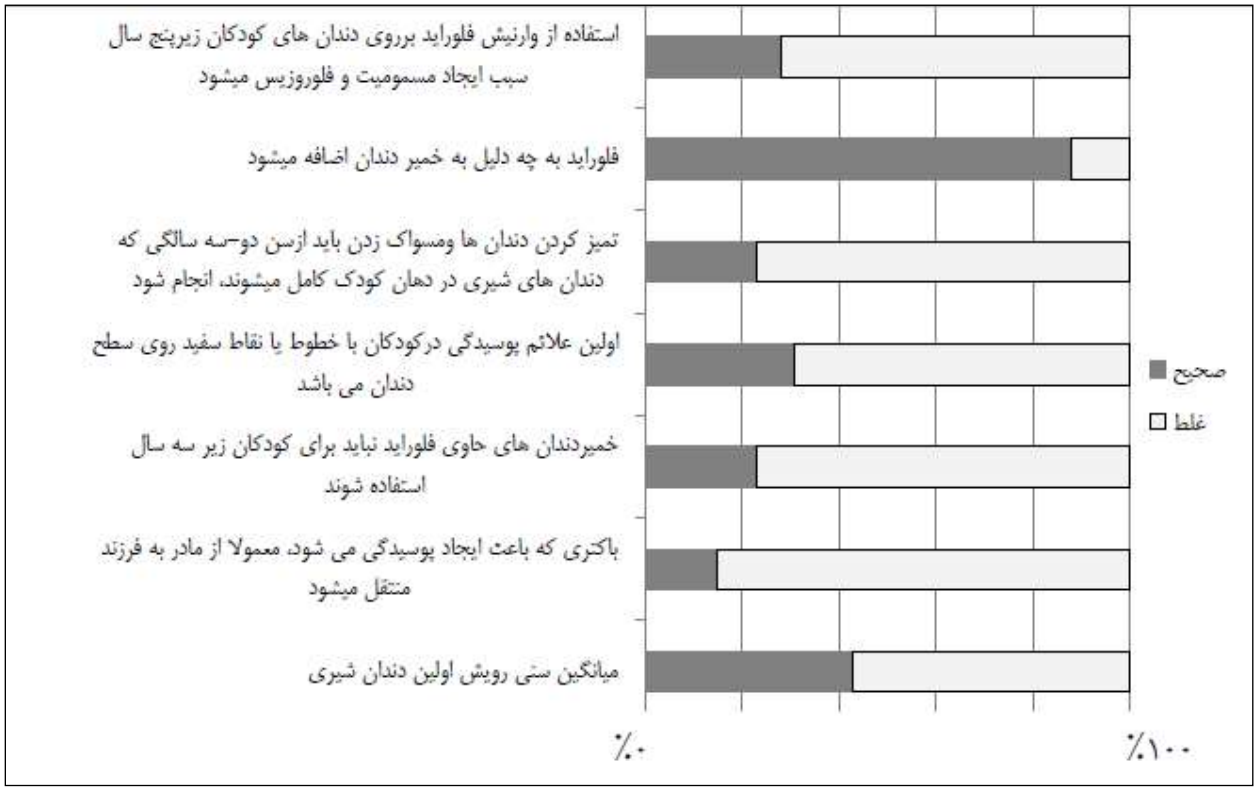
این مقاله منتج از پایان نامه شماره ۵۰٦۳ دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. از کلیه کارکنان خانه های سلامت شهری منطقه ۱۱ و مادرانی که در تحقیق شرکت داشتند مراتب قدردانی خود را اعلام می داریم.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.89]

نمودار و جدول

نمودار ۱. پاسخ مادران (درصد) به سوالات آگاهی در رابطه با سلامت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی



جدول ۱. مدل رگرسیون خطی که نقش عوامل موثر بر سطح دانش مادران کودکان پیش دبستانی را نشان می دهد

	ضریب بتا	معنی داری
سن کودک	-۰/۰٦٤	۰/٦٤۰
جنس کودک	۰/۰۸۵	۰/٤۹٤
نوبت تولد	۰/٤۱۸	۰/۰۱٦
تحصیلات پدر	-۰/۳۰٤	۰/۰۵۰
تحصیلات مادر	۰/۳۷۱	۰/۰۲۸
منبع اطلاعات دندانپزشک باشد	۰/۱۲۵	۰/۳۱۷
سن مادر	-۰/۱۵۲	۰/۳٦۰

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.89]

References

1.Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. Essential dental public health: OUP Oxford; 2013.

2.Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health- World Health Assembly 2007. International dental journal. 2008;58(3):115-21.

3.Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology: Elsevier health sciences; 2011.

4.Ministry of Health in Iranian children in 1377. Tehran: Jaber; 1998. 35-47 [In Persian].

5.Askarizadeh N, Siyonat P. The prevalence and pattern of nursing caries in preschool children of Tehran. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2004 Sep; 22 (3): 92-5.

6.Rosenblatt A, Zarzar P. Breast- feeding and early childhood caries: an assessment among Brazilian infants. Int J Paediatr Dent. 2004 Nov; 14 (6): 439-45.

7.Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y, et al. Early childhood caries in children aged 6-19 months. Community Dent Oral Epidmiol. 2004 Apr; 32 (2): 133-42.

8.Mizoguchi K, Kurumado K, Tango T, Minowa M. Study on factors for caries and infant feeding characteristics in children aged 1.5-3 years in a Kanto urban area. Nippon Koshu Eisei Zasshi. 2003 Sep; 50 (9): 867-78.

9.Burket LW. Burket's oral medicine: diagnosis and treatment: PMPH-USA; 2003.

10.Condylis B, Le Borgne H, Demoersman J, Campard G, Philippe H, Soueidan A. Interest of periodontitis screening and treatment in pregnancy: systematic review. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction. 2013;42(6):511-7.

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

12.Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. Journal of epidemiology and community health. 2006;60(12):1027-33.

13.Thomson W, Poulton R, Milne B, Caspi A, Broughton J, Ayers K. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2004;32(5):345-53.

14.Saied-Moallemi Z, Virtanen J, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. European Archives of Paediatric Dentistry. 2008;9(2):79-83.

15.Okunseri C, Szabo A, Jackson S, Pajewski NM, Garcia RI. Increased children's access to fluoride varnish treatment by involving medical care providers: effect of a Medicaid policy change. Health Serv Res. 2009 Aug; 44(4): 1144-56.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/ijpd.10.2.89]