

نوع شناسی موائع بهداشت دهان و دندان کودکان

یروانه صحرایی، نسترن کشاورز مهدی—، شیوا رضوی ***

*دانشجوی کارشناسی، ارشد آموزش پهداشت، دانشکده پهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، شهید بهشتی، ایران

^{**} استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

متخصص دندانیز شکر کو دکان ***

حکایت

زمینه و هدف بهداشت دهان و ندنان بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر می‌باشد؛ با وجود اهمیت آن، رعایت این رفتار با موانعی همراه است. موانع درک شده مهمترین بعد در بیان یا پیش‌بینی رفتارهای محافظت‌کننده سلامتی هستند. این مطالعه باهدف مروری بر مطالعات در رابطه با شناسایی انواع موانع بهداشت دهان و ندنان چهار تقاضه سلامت دهان و ندنان کوکان طراحی شده است.

یافته ها: در تحلیل موانع استخراج شده از مطالعات چهار طبقه اصلی به عنوان موانع بهداشت دهان و ندنان کوکان با عنوان «موانع فردی»، «موانع مریبوط به ندنانیزشکی»، «موانع مریبوط به ندنانیزشک»، «موانع محیطی-اجتماعی» و «بیدار شدن».

نتیجه‌گیری: شناخت موانع و برنامه‌ریزی جهت رفع آن از مهمترین اقدامات پیش‌نیاز تغییر رفتار و موفقیت در آموزش بهداشت است. یافته‌های این مطالعه که جمع‌بندی موانع را از بیدگاه‌های مختلف نشان داده است می‌تواند منبعی ارزشمند در زمینه طراحی مداخلات مؤثر جهت ارتقاء بهداشت دهان و ندنان کودکان باشد، بر طرف نمودن این موانع برای اتخاذ رفتارهای سالم بهداشت دهان و ندنان ضروری می‌باشد.

Email: n_keshavars@yahoo.com

نه سندھ میں والے دکتور نستون کشاورز میں،

مقدمہ:

دهان آینه‌ی سلامت بدن است؛ حفره دهان عملکردهای بسیاری در ارتباط با زندگی روزانه افراد مانند غذا خوردن، زیبایی، سخن گفتن و تعامل های اجتماعی دارد (۱). (۲) دندان‌های شیری علاوه بر کمک به کودکان در جویدن و برآورده ساختن نیاز‌های تغذیه‌ای و تکامدی دوره نوپایی و خردسالی، در تأثیر کلمات و حفظ فضای کافی برای رشد دندان‌های دائمی به صورت منظم نقش دارند. استعداد بالای آسیب‌پذیری دندان‌های شیری به دلیل داشتن مینی‌ای نازکتر نسبت به دندان‌های دائمی در برابر عوامل پوسیدگی زا و عدم رعایت موازین بهداشتی در این دوره سنی، 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، و 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 (۴). (۳) سازمان بهداشت جهانی بهداشت دهان و دندان را یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر دانسته، و بیان می‌دارد که عدم رعایت بهداشت دهان و دندان و بیماری‌های درمان‌نشده دهانی می‌تواند تاثیر عمیقی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بگذارد. لذا توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت در حوزه جلوگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت می‌باشد. (۵) کودکان آینده‌سازان جامعه هستند و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها آینده‌های بهتر را نوید می‌دهد. بنابراین برای ارتقاء سلامت جامعه باید در جهت تأمین سلامت کودکان برنامه‌های تأمین سلامتی در بزرگسالی تداوم یابد. (۶)

تغییرات پدید آمده در روش زندگی، تحول در زندگی شهرنشینی، محدودیت دسترسی کودکان به خدمات و مراقبت‌های دهان و نزدیک به علت موانع اقتصادی، اجتماعی و غیره همگی موجات بالا رفتن میزان شیوع پوسیدگی نزدیک را در بسیاری از کشورهای در حال توسعه فراهم آورده است. (7) بیماری‌های دهان و نزدیک علاوه بر ارتباط با تعیین‌کننده‌های محیطی - اجتماعی، با شیوه زندگی مانند عادات غذایی ناسالم، استعمال دخانیات، مصرف الکل، داشتن استرس - که عوامل خطری برای بیشتر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری قلبی عروقی، تنفسی و دیابت نیز می‌باشد. نیز مرتبه است (9).

مفهوم موانع درک شده (عوامل منفی که مانع از انجام رفتار پیشنهادشده می‌شود (10) (در بسیاری از نظریه‌های رفتار سلامت از جمله الگوی اعتقاد بهداشتی، الگوی فرا نظریه‌ای و نظریه شناختی اجتماعی معرفی شده است (11). مطالعات نشان داده‌اند که موانع درک شده عامل مهمی در بیان یا پیش‌بینی رفتارهای محافظت‌کننده سلامتی هستند (12)، (13). شناخت موانع، آگاهی بالقوه ای برای تغییر رفتارهای سبک زندگی و کمک به آمادگی برای شروع و ادامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به وجود می‌آورند (14). نظریه‌های روان‌شناختی و آموزش بهداشت بیان می‌نمایند که موانع با عدم انجام رفتارهای بهداشتی علیرغم موجود بودن و یا دسترسی و یا اطلاع از اهمیت یا مزایای آن ارتباط دارد؛ مثلاً مطالعات نشان می‌دهند که وجود موانع بیشتر باعث کاهش معنی‌دار قصد رفتاری و یا کاهش انجام رفتار بهداشتی از قبیل رفتارهای مربوط به بهداشت دهان و ندنان (15) و تغییر (16) می‌شوند. گزارش‌های جدید منتشرشده نشان می‌دهد که 12 میلیون کودک در ایالت متحده موانع جدی در دریافت مراقبت را تجربه می‌کنند (17).

مطالعات، موانع متعدد و متفاوتی را در انجام رفتارهای بهداشتی دهان و ندنان در کشورهای مختلف گزارش نموده‌اند (18-22). شناخت این موانع و برنامه‌ریزی جهت رفع آن از مهمترین اقدامات پیش‌بینی تغییر رفتار و موقیت برنامه‌های ارتقاء بهداشت دهان و ندنان است؛ بنابراین شناسایی موانع بهداشت دهان و ندنان ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه باهدف مروری مطالعات مرتبط با شناسایی موانع درک شده بهداشت دهان و ندنان چهت ارتقاء سلامت دهان و ندنان کودکان طراحی شده است.

روش بررسی:

برای بررسی مطالعات مربوط به موانع بهداشت دهان و ندنان، جستجوی پیشرفته و گسترده‌ای در کلیه پایگاه‌های اطلاعاتی ScienceDirect، PMDR، PubMed، Cochrane، ProQuest، Scopus، Ovid، Elsevier، BioMedCentral، Google Scholar، انجمن دندانپزشکی آمریکا (AAPD)، انجمن دندانپزشکی استرالیا (ADA) (سازمان بهداشت جهانی WHO) و جستجوی مقالات از سایت‌های علمی پژوهشی داخلی، magiran، SID، Irandoc، Iranmedex، medlib، magiran شد. برای جستجوی منابع انگلیسی از کلیدواژه‌های «children», «barriers», «oral health» و در جستجوی منابع فارسی از کلمات کلیدی «موانع»، «بهداشت دهان و ندنان»، «کودکان»، «استقاده گردید 50 مقاله مرتبط با موانع بهداشت دهان و ندنان از سال 1999 تا 2012 استخراج گردید. تعداد 16 مقاله به دلیل اینکه موانع مراقبت‌های بهداشت دهان و ندنان در بزرگسالان از جمله دندانپزشکی، طبقات اجتماعی مختلف، مادران باردار، و مهاجران را بررسی کرده بودند، کنار گذاشته شد. 15 مقاله داخلی هم که موانع را به صورت سازه‌ای از الگوی اعتقاد بهداشتی بررسی کرده بودند و اغلب در دانش‌آموzan ابتدایی، راهنمایی و دبیرستانی، مادران باردار، و مراجعه‌کنندگان بزرگسال به مطب‌های خصوصی صورت گرفته بود، حذف گردید. بر 3 مقاله هم موانع به صورت سازه‌ای از مدل ارتقای سلامت پندر و الگوی فرانظریه‌ای در دانش‌آموzan بررسی شده بود. در نهایت با مطالعه دقیق تر، 16 مقاله که موانع بهداشت دهان و ندنان کودکان را بررسی کرده بودند، وارد مطالعه شدند. موانع گزارش شده بهداشت دهان و ندنان از مقالات استخراج شده و به روش کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های:

در زمینه بهداشت دهان و ندنan مطالعات مختلفی در ایران و جهان صورت گرفته است. بسیاری از این مطالعات به بررسی و توصیف وضعیت بهداشت دهان و ندنan افراد در گروه‌های سنی مختلف از جمله کودکان پرداخته بودند؛ برخی میزان آگاهی نگرش و رفتارهای مرتبه با بهداشت دهان و ندنan و برخی دیگر عوامل مؤثر بر بهداشت دهان و ندنan را مورد بررسی قرار داده بودند. تعدادی از این مطالعات به بررسی موانع بهداشت دهان و ندنan و تعدادی دیگر به اثربخش بودن مداخلات مختلف از جمله مداخلات آموزشی جهت تغییر آگاهی نگرش یا رفتار و نیز ترکیبی از این متغیرها پرداخته بودند. محقق به هیچ مطالعه داخلی که اختصاصاً به بررسی موانع اتخاذ رفتارهای بهداشتی دهان و ندنan در کودکان پرداخته شده باشد، دست نیافت. اما در مطالعاتی که از الگوی اعتقاد بهداشتی چه برای توصیف و تحلیل و یا اثربخشی مداخلات آموزشی استفاده شده بود برخی موانع در گروه‌های مختلف بررسی شده بود.

از 16 مقاله انتخابی در ارتباط با موانع بهداشت دهان و ندنan کودکان، دو مطالعه داخلی بود که به صورت غیراختصاصی به بررسی موانع پرداخته بودند؛ به عبارتی تنها با 4 و 5 سوال موانع سنجیده شده بودند. 14 مقاله دیگر مطالعات خارجی بودند. اکثريت اين مطالعات را پژوهش‌های كيفي تشكيل مي‌دادند. در اين مطالعات موانع بهداشت دهان و ندنan کودکان سالم و بيمار و معلوم از ديدگاه‌های مختلف از جمله ديدگاه والدين، پرستار کودك، ندنانپزشکي، و کودکان بررسی شده بودند. در جدول شماره (1) خلاصه‌ای از مشخصات اين مطالعات و موانع گزارش شده آمده است.

موانع درک شده بهداشت دهان و ندنan کودکان در مطالعات مورد بررسی را می‌توان به صورت زير تقسيم‌بندی نمود :

موانع فردی: موانع متعددی در این گروه قرار می‌گیرند که یا مربوط به موانع مرتبه با کودک و یا موانع مرتبه با والدین بودند. این موانع شامل ترس از ندنانپزشکي، استرس و اضطراب، رفتار کودک (پرخاشگري، تحريکپذيری، مشکلات توجه و (...، معلوليت، نداشتن مسواك، واکنش‌های عاطفي کودک، درخواست والدين به کشیدن ندنan شيری پوسیده به جای درمان آن، عدم آگاهی و اعتقاد نسبت به اهمیت ندنان‌های شيری، مشکلات مربوط به مراقبت از کودکان معلوم، تصور منفی از مراقبت‌های دهان و ندنan، هزينه‌های گراف و محدودیت‌های مالي، باورهای اشتباه، محدودیت‌های خارجي (كميد و قلت - دشواری مسواك در صبح (عدم آگاهی درباره یوسیدگي ندنan، و شيوه‌های تغذيه‌ای نادرست بود که در مطالعات به آن اشاره شده بود. محدودیت‌های مالي و ترس و استرس در کودکان از شایع‌ترین موانع فردی گزارش شده در مطالعات برای مراجعه به ندنانپزشک بود. (23-27)

موانع مربوط به دندانپزشکی : این موانع شامل تغییر زمان وقت دندانپزشکی جهت مراقبت، مشکل دریافت وقت قبلی، انتظار بیش از حد برای درمان، هماهنگی ضعیف با سایر بخش‌های بهداشت و درمان، تجارب ناخوشایند دندانپزشکی، واکنش کودکان نسبت به محیط و سروصدای وسائل دندانپزشکی، وجود مطالب متناقض در زمینه بهداشت دهان و دندان بودند. نکته قابل توجه در موانع مربوط به دندانپزشکی این بود که در یک مطالعه تجارب ناخوشایند مادران از دندانپزشکی به صورت مانع جهت بردن کودکان خود به نزد دندانپزشک گزارش شده بود. (28)

موانع مربوط به دندانپزشک : موانعی که در این دسته طبقه‌بندی شدند که به آگاهی، نگرش و رفتار دندانپزشکان ارتباط داشت که پا مانع اشتیاق آنان به ارائه خدمات به کودکان می‌شد با مانع تمایل و انگیزه مادران و کودکان برای استفاده از خدمات آنان می‌گشت. این موانع عبارت بودند از : ارتباطات ضعیف بین فردی میان کارکنان دندانپزشک و والدین یا مراقبان بچه‌ها، نگرش منفی افراد نسبت به ارائه‌هندگان خدمات (خشنوت در رفتار)، دستمزد ناکافی در ازای کار انجام‌شده، مشکل و وقت‌گیر بودن درمان‌های دندانی در کودکان، عدم اعتقاد دندانپزشکان به نقش آن‌ها در سلامت دهان و دندان کودکان، اختلاف نظر در خصوص اولین مراجعه کودک به دندانپزشک، استرس دندانپزشک در درمان دندان کودکان، صرف کردن زمان برای درمان دندان بیماران بزرگسال به جای درمان دندان در کودکان، عدم ارائه آموزش در حین مراقبت از کودکان و نوزادان، عدم فرصت آموزش مداوم به مراجعه‌کنندگان، آگاهی ناکافی از دستورالعمل‌ها و محدودیت عمل . مرور مطالعات انجام‌شده نشان داد که دندانپزشکان، خود می‌توانند به عنوان یک مانع در ارتقاء بهداشت دهان و دندان کودکان قرار بگیرند (29). (26)

موانع محیطی اجتماعی : عواملی که در این دسته می‌تواند به عنوان چالش و موانع بهداشت دهان و دندان کودکان عمل کند، بدین صورت بود : سیستم ارائه دهنده خدمات (بخاطر وجود تبعیض در مراقبت)، عدم یافتن کلینیک دندانپزشکی مناسب و مفروض به صرفه، عدم دسترسی به خدمات محلی دندانپزشکی کودکان و اطلاعات مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان، تعصبهای قومی نژادی، تقاضت لهجه و زبان، و عدم حمایت اطرافیان جهت انجام رفتار‌های بهداشتی در کودکان.

در بررسی مطالعات انجام شده موانع بیشتر در خصوص مشکلات و مسائلی است که در دسترسی به مراقبت و خدمات بهداشت دهان و دندان وجود دارد و تعداد کمی از مطالعات به موانع رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در کودکان از جمله مسوک زدن، مصرف مناسب مواد فنی و نخ دندان که سه رفتار بهداشتی مهم می‌باشد (30،31،32)، (33) پرداخته است. با توجه به طبقه‌بندی ارائه شده در یافته‌هایه، برطرف کردن انواع موانع استخراج شده از مطالعات بررسی شده در سطوح مختلف زیربنایی، از خانواده گرفته تا پرستاران مادر و کودک و دندانپزشکان و جامعه به برنامه ریزی دقیق نیاز دارد. مطالعات بررسی شده از زوایایی مختلفی به موضوع پرداخته اند، این مطالعه طرحی از طبقه‌بندی کلی موانع بهداشت دهان و دندان کودکان را ارائه می‌دهد که می‌تواند راه هایی را برای غلبه بر این موانع به دست بدهد که یکی از این راهکارهای مناسب، می‌تواند فراهم کردن امکانات و آموزش مناسب در مورد این رفتارها باشد. (34)

جدول 1: مطالعاتی که به بررسی موانع بهداشت دهان و دندان کودکان پرداخته است

ردیف	نویسندهان/ سال چاپ	نوع مطالعه/ گروه هدف / مکان	مهمنترین موانع در ک شده
1	Lahti SM/1999	کیفی 12 / نفر از والدین کودکان / فنلاند	تغییر زمان وقت دندانپزشکی، هماهنگی ضعیف با سایر بخش‌های بهداشت و درمان، ترس و تصور منفی از مراقبت‌های دهان و دندان، اطلاعات متناقض مربوط به بهداشت دهان و دندان (35)
2	Broder HL /2002	کیفی 72 / نفر از مراقبان کودکان با یا بدون HIV و ارائه‌هندگان مراقبت‌های بهداشتی آن‌ها / آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار و اسپانیایی	ارتباطات ضعیف بین فردی میان کارکنان دندانپزشکی و مراقبان بچه‌ها، ترس از دندانپزشکی و نگرش منفی نسبت به ارائه‌هندگان خدمات (خشنوت در رفتار)، استرس، سیستم ارائه‌هندگان خدمات به خاطر وجود تبعیض در مراقبت (23)
3	M/ 2002ofidi M	کیفی 77 / مراقب کودک / کارولینای شمالی	تجارب ناخوشایند، مشکلات رفتارآمد و گرفتن وقت قلی از دندانپزشک، انتظار بیش از حد برای درمان، برخورد نامناسب دندانپزشک و کارمندان، تبعیض قومی و نژادی (36)
4	Pine CM/ 2004	توصیفی 2333 / دندانپزشک کثوروهای مختلف / ایالات متحده	واکنش کودکان نسبت به محیط و سروصدای وسائل دندانپزشکی، مشکل و وقت‌گیر بودن درمان‌های دندانی در کودکان، صرف کردن زمان برای درمان بیماران دیگر به جای درمان کودکان، درخواست والدین به کشیدن دندان شیری پوسیده به جای درمان آن (37)
5	Gussy MG/ 2006	کیفی 56 / نفر از پرستاران مادر و کودک، پزشکان عمومی و اطفال، دندانپزشک اطفال / استرالیا	تمرکز علی پوسیدگی دندان بر نوع و شیوه تغذیه کودک، عدم اعتقاد دندانپزشکان به نقش آن‌ها در سلامت دهان و دندان کودکان، اختلاف نظر در خصوص اولین مراجعه کودک به دندانپزشک (29)
6	Hilton IV/ 2007	کیفی 177 / نفر از سرپرستان کودکان -5 سال / کالیفرنیا	عدم آگاهی و اعتقاد نسبت به اهمیت دندان‌های شیری، ترس از دندانپزشکی (27)
7	Splieth CH/ 2009	توصیفی 320/ دندانپزشک / شرق و	ترس و اضطراب کودکان، دستمزد ناکافی، وقت‌گیر بودن (26)

بحث:

این مطالعه بیانگر این واقعیت است که عوامل متعددی می‌توانند وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. تنواع و تعدد این موانع به خوبی نشان می‌دهد که لازم است راهکارهای متنوع و مکمل یکدیگر هم از جانب مادران و هم دندانپزشکان و کارشناسان بهداشتی اعمال گردد. شناخت موانع بهداشت دهان و دندان به ویژه از نگاه افرادی که دارای تجربیات مستقیم در این زمینه هستند، می‌تواند منجر به ارائه راهکارهای مناسب در زمینه ارتقاء بهداشت دهان و دندان گشته و نقش مهمی در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای بهداشت دهان و دندان به منظور تغییر در رفتار داشته باشد.

این مطالعات نشان می‌دهند که از جمله موانع موجود در اتخاذ رفتار بهداشتی مراجعه منظم به دندانپزشک، عدم آگاهی کافی و نگرش مناسب هم در میان والدین و هم دندانپزشکان است. لذا عدم اعتقاد و باور والدین به خصوص مادر در مورد اهمیت دندان‌های شیری، از علل نقص در مراقبت و بهداشت دهان و دندان کودکان است؛ به طوری تصور موقتی بودن این دندان‌ها باعث می‌شود به اندازه کافی از آن‌ها مراقبت نشود.⁽²⁷⁾ ای اهمیت بودن دندان‌های شیری زند مادران تا حدی است که کشیدن دندان پوسیده را به جای ترمیم و درمان آن ترجیح می‌دهند. از طرف دیگر دندانپزشکان نیز گاه خیلی علاقمند به درمان به هنگام مشکلات دندانی کودکان خردسال نیستند. مرور مطالعات حاضر بر کمبود فرست ناشی از حجم زیاد کار و استرس زا بودن آن به عنوان مانعی در درمان دندان در کودکان تأکید داشت؛ به طوری که دندانپزشکان ترجیح می‌دهند زمانی را که صرف ترمیم دندان در کودکان می‌کنند جهت درمان دندان بزرگسالان صرف کنند.⁽³⁷⁾ عدم آگاهی مناسب هم در میان والدین و هم ارائه‌دهنگان خدمات از جمله موانع گزارش شده دیگر بود. ارائه مطالب متناقض بهداشت دهان و دندان از جانب دندانپزشکان به خصوص دندانپزشکان عمومی، آگاهی ناکافی دندانپزشکان از دستورالعمل‌ها در این زمینه و عدم ارائه آموزش بهداشت دهان و دندان در حین ارائه خدمت و همچنین اختلاف نظر آن‌ها در خصوص اولین مراجعه کودک به دندانپزشک، از ضعفهای گزارش شده در زمینه آگاهی است که به عنوان مانعی بر سر راه ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان عمل کرده است⁽²⁹⁾. لذا به نظر می‌رسد آموزش مناسب والدین و ارائه‌دهنگان خدمات بهداشت دهان و دندان از جمله مهمترین راهکارهای رفع موانع موجود بهداشت دهان و دندان کودکان است. از طرف دیگر ترس و استرس کودکان و حتی والدین آن‌ها از

غرب المان			
کمی - کیفی 187 / نفر از والدین / آمریکا قدان بیمه دندانپزشکی، تقاضت لهجه و زبان، تجارب ناخوشایند، عدم احساس ارامش در مطب دندانپزشکی (38)	Benson V/ 2009	8	
کیفی 44 / نفر از والدین / واشنگتن باورهای اشتباه، فقدان حمایت اطرافیان، واکنش‌های عاطفی کودک، محدودیت‌های خارجی (بداخلاقی کودک) کمبود وقت - دشواری مساوک در صحبت (33)	Huebner CE/ 2010	9	
کیفی 21 / نفر پرستار بهداشت خانواده / سینی عدم آگاهی والدین درباره پوسیدگی دندان، شیوه‌های تغذیه‌ای نادرست، هزینه‌های زیاد خدمات دندانپزشکی (39)	Arora A/ 2010	10	
مقطعی 1500 / خانواده دارای کودک رفتار کودک (پرخاشگری، تحریک‌پنیری، معلولیت، مشکلات توجه و...)، هزینه، عدم پوشش بیمه (24)	Lai B/2011	11	
کیفی 15 / نفر از والدین یا مراقبان محدودیت بودجه‌ای، مشکلات مربوط به مراقبت از کودکان معلوم (25)	Owens J/ 2011	12	
کیفی 18/نفر از والدین و مراقبین / هند تجارب ناخوشایند والدین از دندانپزشکی، عدم یافتن کلینیک دندانپزشکی مناسب و مقرن به صرفه، عدم دسترسی به خدمات محلی دندانپزشکی کودکان و اطلاعات مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان (28)	Naidu R/ 2012	13	
توصیفی 2000 / دندانپزشک / کارولینای شمالی عدم ارائه آموزش در حین مراقبت از کودکان و نوزادان، عدم فرصت آموزش مدام به مراجعت‌کنندگان، آگاهی ناکافی از دستورالعمل‌ها، محدودیت عمل (40)	Ruiz VR /2012	14	
توصیفی تحلیلی 287/دانشآموز پایه اول / زابل نداشتن مسوک، عدم انجام برخی از رفتارهای مانند خوردن شیرینی و احساس بد از انجام رفتار (34)	/Keikhaee R 1390	15	
مقطعی 211 / زوج مادر و کودک 5-2 سال / همدان بد اخلاقی کودک، نداشتن وقت کافی (32)	Karimi A / 1391	16	

منابع:

- Paleri V, Staines K, Sloan P, Douglas A, Wilson J. Evaluation of oral ulceration in primary care. British Medical Journal. 2010 June; 340:1234-1239.
- Pakpour-Hajiagha A, Heidarnia A, Hajizadeh E. Oral health status and its determinants in a sample of Iranian adolescents in Qazvin (2010). The Journal of Qazvin university of medical sciences. 2011; 15(3):54-60. [In Persian]
- ADA. Tooth Eruption: The Permanent Teeth. American Dental Association; 2006. Available from:www.ada.org/sections/scienceAndResearch/pdfs/patient_58.pdf. Accessed 12 March, 2012.
- Canadian Paediatric Society. Healthy teeth for children; March 2013. Available from:http://www.caringforkids.cps.ca/handouts/healthy_teeth_for_children. Accessed 16 June, 2013.
- WHO. Oral health. World Health Organization; April 2012. Available from:http://www.who.int/oral_health/objectives/en/index.html. Accessed 4 May, 2012.
- 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]
- Muirhead V, Marcenes W, An ecological study of caries experience, school performance and material deprivation in 5-year-old state primary school children, Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 265-70.

دندانپزشک و سروصدای و سایل دندانپزشکی، از جمله موانع مراجعه کودکان به دندانپزشک گزارش شده بود از این رو اتخاذ تدبیری در مطب‌ها و مراکز ارائه خدمات دندانپزشکی جهت کاهش استرس مراجعین امری مهم و لازم است.

از جمله موانع مهم دیگر، موانع اقتصادی و محیطی جهت دسترسی به خدمات و پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی دندانپزشکی بود. لذا راهکارهایی مثل توزیع عادلانه دندانپزشکان در جامعه و پوشش بیمه بهتر برای خدمات پیشگیری، تشخیصی و درمانی دندانپزشکی می‌تواند به رفع این دسته از موانع کمک شایانی بنماید. در واقع، اگر نسبت به عوامل مؤثر بر رفتارهای بهداشتی دهان و دندان کودکان شناخت وجود داشته باشد، در عملی کردن استراتژیها و روش‌های ارتقاء این رفتار بهداشتی موقعیت بهتری ایجاد می‌شود و شاخص‌های موقیت به روش منطقی تری انتخاب می‌گردد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر به صورت جمع‌بندی، تمامی موانع تأثیرگذار در بهداشت دهان و دندان را از دیدگاه‌های مختلف که هر یک نقشی در سلامت دهان و دندان کودکان ایفا می‌کنند بررسی نموده است. لازم است هنگام برنامه‌ریزی جهت ارتقاء بهداشت دهان و دندان کودکان، استراتژیهای را جهت غلبه بر موانع انجام رفتارهای بهداشت دهان و دندان پیشنهاد داد تا اینکه صرفاً منافع انجام این رفتارها را برای آن‌ها بازگو نمود. راهبردها باید در جهت پررنگ کردن منافع رفتارهای پیشگیرانه بیماری‌های دهان و دندان و کاهش موانع موجود بر سر راه انجام این رفتارها توسط‌گرهای هدف باشد؛ به طوری که انجام آن برای آنان مفرون به صرفه و منطقی باشد.

با توجه به اینکه مطالعات در زمینه موانع بهداشت دهان و دندان در ایران خصوصاً در کودکان بسیار محدود می‌باشد در این مطالعه اکثر پژوهش‌های مطرح شده مربوط به کشورهای دیگر می‌باشد که شاید از نظر فرهنگی، محیطی، اجتماعی و سایر موارد تأثیرگذار با کشور ما متفاوت باشد. لذا پیشنهاد می‌شود بررسی موانع در بهداشت دهان و دندان کودکان در ایران مورد انجام گیرد.

- 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 Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(s1):3-24.
- WHO. Oral health. World Health Organization; April 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>. Accessed 4 May, 2012.
- Glanz K, Rimer B, Lewis FM. Health behavior and health education theory, research, and practice. USA; Jossey-Bass: 2002. P 47.
- Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaeezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahansharini A. Perceived Barriers and Self-efficacy: Impact on Self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *Hayat.* 2010; 15 (4):69-78. [In Persian].
- 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].
- 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].
- 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].
- Mahmoodabad SM, Tanekaboni NR. Survey of some related factors to oral health in high school female students in Yazd, on the basis of health behavior model (HBM). *Journal of Birjand university of medical sciences.* 2008;15(3):40-7. [In Persian].
- Zamani Alavijeh F, Faghihzadeh S, Sadeghi F. Application of the Health Belief Model for Unhealthy Eating Prevention among Primary School Children in. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences.* 2008;11(4). [In Persian].
- Soulliere J. High barriers to dental care exist for 12 million children. Children's Hospital National Poll on Children's Health Available: <http://www2.med.umich.edu/prmc/media/newsroom/details.cfm>. 2009.
- Rahimi F, Shojaeezadeh D, Zeraati H, Akbarian M. Oral health care based on educational belief model in child. *Ardabil Health Journal.* 2011;2(1):74-81. [In Persian].
- Ajayi D, Arigbede A. Barriers to oral health care utilization in Ibadan, South West Nigeria. *Afr Health Sci.* 2013;12(4):507-13.
- Ghasemi H, Murtomaa H, Torabzadeh H, Vehkalahti MM. Perceived barriers to the provision of preventive care among Iranian dentists. *Oral health & preventive dentistry.* 2009;7(4):339-46.
- 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].
- Naidu R, Nunn J, Forde M. Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers. *BMC Oral Health.* 2012;12(1):27.

- Broder HL, Russell S, Catapano P, Reisine S. Perceived barriers and facilitators to dental treatment among female caregivers of children with and without HIV and their health care providers. *Pediatr Dent*. 2002 Jul-Aug;24(4):301-8.
- Lai B, Milano M, Roberts MW, Hooper SR. Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2012;42(7):1294-303.
- Owens J. Barriers to oral health promotion in the Republic of Ireland. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(6 suppl):93-7.
- Splieth CH, Buenger B, Pine C. Barriers for dental treatment of primary teeth in East and West Germany. *Int J Paediatr Dent*. 2009;19(2):84-90. [abstract]
- Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):429-38.
- Naidu R, Nunn J, Forde M. Oral healthcare of preschool children in Trinidad: a qualitative study of parents and caregivers. *BioMedCentral Oral Health*. 2012;12(1):27.
- Gussy M, Waters E, Kilpatrick N. A qualitative study exploring barriers to a model of shared care for pre-school children's oral health. *British Dental Journal*. 2006;201(3):165-70.
- Mohebbi SZ. Early Childhood Caries and a Community Trial of its Prevention in Tehran, Iran. [Dissertation]. Medicine of the university of Helsinki Finland.2008; 11,22-9.
- Ghasemi H. Preventive orientation and caries management by Iranian dentists [Dissertation]. Medicine of the university of Helsinki Finland.2008; 14-9.
- 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].
- Huebner CE, Riedy CA. Behavioral determinants of brushing young children's teeth: implications for anticipatory guidance. *Pediatric dentistry*. 2010;32(1):48-55.
- Keikhaee R, Rakhshani F, izadi S, hashemi S. Survey of oral health behaviors and its associated factors in female students of primary schools in Zabol based on health belief model. *Journal of zabol university of medical sciences and health services*. 2012; 4 (2):33-41. [In Persian].
- 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 Odontologica*. 1999;57(3):139-43. [abstract].
- Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. *American Journal of Public Health*. 2002;92(1):53-8.
- Pine CM, Adair PM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Borges-Yáñez SA, et al. Barriers to the treatment of childhood caries perceived by dentists working in different countries. *Community Dent Health*. 2004;21(1 Suppl):112-20.
- Benson V. Giving a Voice to the 'Silent Epidemic': Examining Existing Barriers and Oral Health Outreach for Low Income Mexican American Children. Thesis Submitted for the Undergraduate Honors Program. Stanford University. 2009.

- 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. *Journal of public health dentistry*. 2012;72(2):149-55.
- Ruiz VR, Infant and toddler oral health: A survey of attitudes and practice behaviors of North Carolina dental hygienists, [Thesis],The University of North Carolina at Chapel Hill; 2012.