

## عملکرد مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان یک تا شش سال

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۷/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۴/۳

مهین نادری فر<sup>۱</sup>، فرشته قلجایی<sup>۱</sup>، مجیدرضا اکبری زاده<sup>۲</sup>

۱. مربی پرستاری و بهداشت کودک و خانواده، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامایی
۲. دستیار بیماری‌های کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

### چکیده

**زمینه و هدف:** سلامت جامعه در گرو داشتن کودکان سالم است و مراقبت از دهان و دندان باید از کودکی شروع شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی عملکرد مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان یک تا شش ساله انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی و با شرکت ۵۰۰ نفر از مادران کودکان یک تا شش ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان انجام گردید. روش جمع آوری اطلاعات پرسشنامه و مصاحبه حضوری بود. بر اساس یافته‌های پرسشنامه‌ها عملکرد به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب تقسیم گردید. شاخص‌های مورد بررسی شامل: سن، تحصیلات، شغل مادران، وضعیت اقتصادی و محل سکونت کودک بود. و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و برای تحلیل داده‌ها از آزمون آنالیز واریانس و ضریب همبستگی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۳۰/۲ درصد مادران دارای عملکرد ضعیف و ۶۹/۸ درصد دارای عملکرد متوسط در مورد بهداشت دهان و دندان کودکانشان بودند و عملکرد خوب مشاهده نشد. بین عملکرد با سن، تحصیلات، شغل مادران، وضعیت اقتصادی و محل سکونت ارتباط مستقیم وجود داشت.

**نتیجه گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که، عملکرد هیچ یک از مادران خوب نبوده است، این امر مستلزم طرح و برنامه‌ریزی مدون و آموزش عوارض عملکرد نامناسب، به شیوه‌های مختلف از طریق رسانه‌های گروهی و یا برنامه‌های ویژه در مراکز بهداشتی درمانی برای کلیه مادران در سنین مختلف و مشاغل گوناگون است. [م ت ع پ ز، ۱۲(۴): ۴۸-۴۳]

**کلیدواژه‌ها:** عملکرد، بهداشت دهان و دندان، کودکان، مادران

### مقدمه

والدین بر عملکرد کودکان تاثیر مستقیم دارد و وضعیت اقتصادی، جنس، فقر، محل سکونت، نژاد، سطح اجتماعی و شغل والدین با عملکرد والدین در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان ارتباط مستقیم دارد.<sup>۱</sup> مطالعه Bhavna که بر روی ۳۴۲۴ کودک دو تا پنج ساله در مورد ارتباط بین خصوصیات والدین با بهداشت دهان و دندان کودکان انجام شد، نتایج نشان داد که والدین نقش محوری دارند و تعداد اعضای خانواده، نژاد، سن، سطح اقتصادی، قومیت، سطح تحصیلات و محل سکونت در بهداشت دهان تاثیر دارد. زندگی شهری باعث عملکرد بهتر و زندگی روستایی و حومه باعث عملکرد ضعیف می‌گردد.<sup>۲</sup> انصاری مقدم در مطالعه‌ای که در مورد بررسی آگاهی، نگرش و رفتار مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان شیرخوار انجام داد، نشان داد که بین آگاهی و رفتار مادران با بهداشت دهان و دندان کودکان ارتباط معنی دار وجود دارد. میزان اطلاعات و آگاهی مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان مهم است، آگاهی بر نوع نگرش اثر داشته و پایه و اساس رفتار بهداشتی مناسب است.<sup>۳</sup> رفتار بهداشتی بر اساس آگاهی‌ها، نگرش‌ها و عملکردها شکل می‌گیرد.<sup>۴</sup> از آن-جایی که سلامت جامعه در گرو داشتن کودکان سالم است<sup>۵</sup> و با عنایت به شعار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ میلادی "بهداشت دهان و دندان برای یک زندگی سالم"<sup>۶</sup> و شیوع بالای بیماری‌های دهان و دندان در ایران<sup>۷</sup> و میانگین شاخص DMF ۴/۵ در کودکان ایرانی ضرورت انجام مطالعه

یکی از معیارهای اصلی سنجش سلامت افراد جامعه، بررسی میزان سلامت دهان و دندان آنان می‌باشد.<sup>۸</sup> کودکان آینده‌سازان کشورند و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها آینده‌ای بهتر را نوید می‌دهد.<sup>۹</sup> سالانه بیش از ۵۰ میلیون ساعت به خاطر مشکلات ناشی از بیماری‌های دهان به هدر می‌رود.<sup>۱۰</sup> حدود شش ماهگی دندان‌های شیری شروع به رویش می‌کنند و از سن شش سالگی دندان‌های دائمی شروع به رویش می‌کنند. پوسیدگی دندان معمولاً از زمان خردسالی شروع می‌شود، ولی علائم آن ممکن است تا چند سال، هم از نظر کودک و هم از دید والدین و دندانپزشک، مخفی بماند.<sup>۱۱</sup>

در کودکان ۳-۱ ساله والدین مراقبین اصلی جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب می‌شوند. در دوره قبل از مدرسه، نیزه‌نوز والدین تامین کننده اصلی بهداشت دهان و دندان هستند.<sup>۱۲</sup> متأسفانه اغلب والدین به دندان‌های شیری اهمیتی نمی‌دهند و تنها زمانی کودک خود را نزد دندانپزشک می‌برند که درد شدید، امان او را بریده باشد و یا در اثر آبسه دندان، صورت کودک متورم شده باشد که در این گونه موارد جز کشیدن دندان‌های شیری چاره‌ای وجود ندارد.<sup>۱۳</sup> دانستن مسائلی از جمله سطح تحصیلات مادران، شغل، سن، آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی کنونی آن‌ها می‌تواند ما را به نقاط ضعف رهنمون سازد تا با تاکید بیشتر بر آن‌ها بتوان علاوه بر بهبود بینش و عادات بهداشتی آن‌ها، به طور غیرمستقیم روی سلامت کودکان تاثیر گذاشت.<sup>۱۴</sup> مطالعه Kallestal نشان داد که عملکرد

اعتبار محتوی توسط ده نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران سنجیده شد، سپس در کمیته پژوهش و شورای تحصیلات تکمیلی مطرح و تایید شد. اعتماد علمی ابزار با روش آلفا کرونباخ (۰/۸۵) مورد سنجش قرار گرفت. پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه و ارائه آن در مراکز بهداشتی درمانی و کسب موافقت جهت انجام پژوهش، پژوهشگر خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی نمود و هدف از انجام پژوهش را بیان کرده و رضایت آنان را جهت شرکت در مطالعه جلب نمود. سپس نحوه پاسخ دادن به پرسشنامه شرح داده شد و پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات بدین صورت بود که برای توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و برای تحلیل داده‌ها از آزمون آنالیز واریانس و ضریب همبستگی استفاده شد.

### یافته‌ها

بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش، در محدوده سنی ۳۵-۲۶ سال و چهار درصد در سنین زیر ۲۰ سال و بالای ۴۵ سال بودند. سطح تحصیلات تقریباً سه چهارم نمونه‌ها متوسطه و دانشگاهی و کمتر از نه درصد بی سواد بودند. بیشترین درصد نمونه‌ها، شاغل بودند و هم چنین وضعیت اقتصادی ۸۷/۴ درصد متوسط و خوب بود. نتایج پژوهش در زمینه عملکرد مادران نشان می‌دهد، ۶۹/۸ درصد نمونه‌ها در رابطه با بهداشت دهان و دندان کودکان یک تا شش سال عملکرد متوسط و ۳۰/۲ درصد عملکرد ضعیف داشته‌اند و هیچ یک از نمونه‌ها در زمینه بهداشت دهان و دندان عملکرد خوب نداشته‌اند (جدول ۱). در گروه‌های سنی، گروه سنی ۲۰-۱۶ سال و ۴۱ سال به بالا عملکرد ضعیف داشتند. میانگین عملکرد مادران با سن مادر تفاوت معنی دار آماری دارد ( $p=0/001$ ). بدین معنی که هر چه سن مادران بالاتر رود، عملکرد در مورد بهداشت دهان و دندان ضعیف تر می‌شود. از ۵۰۰ مادر مورد مطالعه ۴۲ نفر بی سواد بودند که ۷۳/۸ درصد عملکرد ضعیف و ۲۶/۲ درصد عملکرد متوسط داشتند و ۱۹۶ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند که ۱۸/۴ درصد عملکرد ضعیف و ۸۱/۶ درصد عملکرد متوسط داشتند. میانگین عملکرد مادران بر حسب تحصیلات مادر با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری دارد ( $p=0/003$ ) و با بالا رفتن سطح تحصیلات مادران، عملکرد آن‌ها نیز بهتر می‌شود. در این پژوهش ۲۰۴ نفر خانه دار بودند که ۴۰/۲ درصد عملکرد ضعیف و ۵۹/۸ درصد عملکرد متوسط داشتند. ۱۰۹ نفر کارکنان بهداشتی بودند که ۷۴/۳ درصد آن‌ها عملکرد متوسط داشتند. ۲۵ نفر شغل آزاد داشتند که ۴۴ درصد عملکرد ضعیف و ۵۶ درصد عملکرد متوسط داشتند. میانگین عملکرد مادران بر حسب شغل مادر با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری داشته ( $p=0/001$ ) و عملکرد مادران در بین گروه‌های بهداشتی و کارمند نسبت به سایر گروه‌ها بهتر می‌باشد. آن دسته از نمونه‌های مورد مطالعه که وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند، ۷۳/۳ درصد عملکرد ضعیف و ۲۶/۷ درصد عملکرد متوسط داشتند و واحدهایی که وضعیت اقتصادی خوب داشتند ۱۸/۶ درصد عملکرد ضعیف و ۸۱/۴ درصد عملکرد خوب داشتند. میانگین

حاضر احساس می‌شد. (Decay: دندانی که ضایعه در سطوح صاف و یا در داخل شیارهای دندان ایجاد شده باشد به صورتی که زیر مینا خالی شده یا کف و اطراف آن نرم باشد، هم چنین هر دندانی که با یکی از مواد پرکردگی موقت پانسمان شده باشد و یا پرکردگی دائم که مجدد پوسیده باشد، به عنوان پوسیده محسوب می‌شود. Missing: دندانی که به علت پوسیدگی کشیده شده باشد. Filled: دندانی که به دلیل پوسیدگی ترمیم شده باشد). این پژوهش با هدف کلی تعیین عملکرد مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان انجام شد.

### روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود. جامعه پژوهش را مادران کودکان یک تا شش ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان سال ۱۳۸۸ تشکیل دادند. حجم نمونه مورد نیاز برای این مطالعه ۵۰۰ نفر برآورد شد و از روش نمونه گیری مستمر در این پژوهش استفاده گردید. جهت نمونه گیری، ضمن مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان، مادران واجد شرایط شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند. نمونه‌ها به صورت احتمالی از پنج مرکز بهداشتی درمانی در پنج منطقه (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) شهر زاهدان انتخاب شدند و از هر مرکز ۱۰۰ نمونه گرفته شد. مادرانی که کودکان معلول ذهنی و جسمی داشتند یا کودک، فرزند حقیقی آن‌ها نبود یا با آن‌ها زندگی نمی‌کرد از مطالعه حذف گردیدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول که به بررسی عملکرد مادران می‌پرداخت شامل سه پرسشنامه خود ساخته می‌باشد که در ابتدا بیست و چهار عبارت شامل مسایلی از قبیل زمان شروع مسواک زدن جهت کودک، تعداد دفعات آن، زمان مسواک زدن در شبانه روز، مقدار خمیردندان مصرفی در هر بار مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، تغذیه و فاصله زمانی بین دفعات مراجعه به دندانپزشک را می‌سنجید. مقیاس این ابزار، لیکرت پنج بخشی با گزینه‌های "موردی ندارد" با یک امتیاز، "هیچ وقت" با دو امتیاز، "گاهی اوقات" با سه امتیاز، "بیشتر اوقات" با چهار امتیاز و "همیشه" با پنج امتیاز بود و هم چنین شش عبارت در مورد دفعات مراجعه به دندانپزشک، زمان مسواک زدن و زمان شروع مسواک زدن به صورت پاسخ بلی و خیر امتیازبندی شدند که هر کس بلی جواب دهد، پنج نمره و پاسخ خیر یک نمره داشت. بنابراین، حداقل امتیاز کسب شده در این ابزار ۲۴ نمره و حداکثر ۱۲۰ امتیاز بود. نمره ۲۴ تا ۵۵ عملکرد ضعیف، نمره ۵۶ تا ۸۸ عملکرد متوسط و نمره ۸۹ تا ۱۲۰ عملکرد خوب تعریف شد. در قسمت آخر پرسشنامه، پانزده سوال در مورد مواقع مسواک زدن جهت کودک مطرح شد که جنبه توصیفی داشت.

در پرسشنامه دوم پنج سوال جهت بررسی مشخصات فردی و خانوادگی نمونه‌ها که شامل سن، شغل، سطح تحصیلات مادر، وضعیت اقتصادی و محل سکونت مطرح شد که مادران با علامت گذاری در مربع‌های مربوطه و یا به صورت شفاهی به آن‌ها پاسخ دادند. جهت مادرانی که قادر به خواندن و نوشتن نبودند از مصاحبه حضوری بهره برده شد. روایی پرسشنامه‌ها از طریق

نسبی مراجعات به دندانپزشکی در بین کودکان بود که مادران آن‌ها در یکی از حرف پزشکی مشغول بوده و یا فرهنگی بودند و در گروه فرزندان مادران خانه‌دار، کمترین فراوانی مراجعات وجود داشت و هم‌چنین در بین گروه‌های شغلی کودکان مادران گروه پزشکی و فرهنگی بیشترین تعداد دندان‌های ترمیم شده را داشتند که این امر به این دلیل می‌تواند باشد که مادران شاغل به علت تماس بیشتر با سایر افراد جامعه اطلاعات وسیع‌تری دارند و هم‌چنین در موارد شاغل بودن مادر به دلیل وجود درآمد بیشتر، امکان پرداخت هزینه‌های درمانی وجود دارد. این نتایج نشانه آگاهی بالاتر مادران شاغل نسبت به مادران غیرشاغل و اهمیتی که این گروه نسبت به مراقبت از دندان کودکان خود قائل می‌شوند، می‌باشد.<sup>۱۵</sup>

هر چه وضعیت اقتصادی بهتر می‌شود، عملکرد مادران نیز بهتر می‌گردد، این بدان علت می‌باشد که در وضعیت اقتصادی خوب امکان استفاده از امکانات بهداشتی و تامین مخارج درمانی بیشتر می‌باشد. Manal می‌نویسد که عوامل اجتماعی اقتصادی خیلی مهم است و با میزان بهداشت دهان و دندان رابطه دارد و سطح اقتصادی بالا و رژیم غذایی با میزان آگاهی و عملکرد بهداشتی مرتبط است، به طوری که سطح اقتصادی بالا ارتباط مستقیم با آگاهی و عملکرد خوب در زمینه بهداشت دهان و دندان دارد در سطوح اقتصادی اجتماعی بالا شیوع پوسیدگی دندان و بیماری‌های دهان و دندان کمتر می‌شود.<sup>۱۶</sup> به اعتقاد McDonald بین سطح اقتصادی، اجتماعی و پوسیدگی دندان در دوره شیرینی ارتباط معکوسی وجود دارد.<sup>۱۷</sup> بنابر اظهارات Larson با افزایش نسبی آگاهی والدین، تعدیل بیشتری در رژیم غذایی صورت گرفته و با بیشتر شدن خدمات دندانپزشکی در طبقات بالاتر جامعه که از امکانات پیشگیری بیشتری برخوردار بوده‌اند، میزان تجربه پوسیدگی کاهش یافته است.<sup>۱۸</sup> King و همکاران اظهار می‌دارند که حدود ۷۵ درصد از کودکانی که دچار پوسیدگی دندان می‌باشند از وضعیت اقتصادی پایینی برخوردارند و برنامه‌های پیشگیری و آموزش در زمینه‌های مختلف بهداشت دهان و دندان در خانواده‌های با وضعیت اقتصادی و اجتماعی پائین باید انجام شود.<sup>۱۹</sup> Petersen و همکاران نشان دادند آگاهی و نگرش والدین در مورد مراقبت‌های دهان و دندان در کودکان با وضعیت اقتصادی و دموگرافیکی آن‌ها ارتباط مستقیم دارد و در سطوح اقتصادی بالا، آگاهی والدین نیز افزایش می‌یابد.<sup>۲۰</sup> نتایج مطالعه حاضر نشان داد مادران ساکن شهر، عملکرد متوسط و مادرانی که ساکن روستا و حومه بودند، عملکرد ضعیف داشتند، بدین معنی که در محل‌هایی که امکانات بهداشتی بیشتر دارند و یا دسترسی به این امکانات بیشتر است عملکرد مادران نیز بهتر می‌باشد. حتی عملکرد مادرانی که در حومه شهر زندگی می‌نمایند، به علت برخورداری و دسترسی سریع‌تر به امکانات بهداشتی از عملکرد مادران ساکن در روستا بهتر می‌باشد. Bhavna عنوان می‌کند که زندگی شهری باعث عملکرد بهتر و زندگی در حومه و روستا به دلیل دسترسی کمتر به امکانات بهداشتی، عملکرد بدتری را به دنبال دارد.<sup>۲۱</sup> نتایج نشان داد که گزینه "در هنگام خرید خمیردندان کودک توجه می‌کنم که حاوی فلوراید باشد" بالاترین میانگین ۳/۲۵ را در بین

عملکرد مادران با وضعیت اقتصادی تفاوت معنی‌دار آماری داشت ( $p=0/001$ ). بدین معنی که هر چه وضعیت اقتصادی بهتر می‌شود، عملکرد مادران نیز بهتر می‌گردد. به طوری که در وضعیت اقتصادی ضعیف، عملکرد ۷۳/۳ درصد مادران ضعیف می‌باشد اما در وضعیت اقتصادی خوب، تنها ۱۸/۶ درصد مادران عملکرد ضعیف داشتند. مادران ساکن شهر، ۲۴/۲ درصد عملکرد ضعیف و ۷۵/۸ درصد عملکرد متوسط داشتند و مادران ساکن روستا، ۷۳/۳ درصد عملکرد ضعیف و ۲۶/۷ درصد عملکرد متوسط داشتند و مادران ساکن حومه شهر، ۵۹/۱ درصد عملکرد ضعیف و ۴۰/۹ درصد عملکرد متوسط داشتند. میانگین عملکرد مادران با محل سکونت تفاوت معنی‌دار آماری داشت ( $p=0/001$ ). گزینه "در هنگام رویش اولین دندان شیری کودک را جهت معاینه نزد دندانپزشک بردم کمترین میانگین (۱/۴۶) را در بین گزینه‌های پرسشنامه داشت. به عبارتی ۸۳/۸ درصد از مادران، کودکان خود را هنگام رویش دندان شیری جهت معاینه نزد دندانپزشک نبرده‌اند و ۵۴/۸ درصد زمان درد دندان و ۵۷/۸ درصد در زمان شک به پوسیدگی کودک خود را جهت معاینه نزد دندانپزشک برده‌اند.

## بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد که هیچ یک از مادران در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکانشان عملکرد خوب نداشتند. در پژوهش انصاری مقدم نیز ۶۷/۲ درصد مادران در مورد بهداشت دهان و دندان رفتار ضعیف، ۳۱/۹ درصد رفتار متوسط و تنها ۰/۹۱ درصد مادران رفتار خوب داشته‌اند.<sup>۹</sup> Kallestal نیز نشان داد که عملکرد والدین بر کودکان تاثیر مستقیمی دارد که نتایج این مطالعه را تایید می‌کند.<sup>۷</sup> نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هرچه سن مادران بالاتر رود، عملکرد آن‌ها در مورد بهداشت دهان و دندان کمتر می‌شود. در سن ۲۰-۱۶ عملکرد مادران به علت سن پایین، ضعیف می‌باشد اما با بالاتر رفتن سن، عملکرد مادران بهتر می‌شود که در سن ۳۰-۲۶ بالاترین درصد عملکرد در مادران مشاهده می‌شود، در سن ۴۱ به بالا، عملکرد مادران به نصف کاهش می‌یابد و ۵۵/۲ درصد عملکرد ضعیف دارند. Bhavna نشان داد که با بالا رفتن سن مادران عملکرد والدین ضعیف‌تر می‌شود.<sup>۸</sup> نتایج مطالعه Wigen نیز نتایج این مطالعه را تایید می‌کند.<sup>۱۴</sup>

عملکرد مادران بر حسب تحصیلاتشان متفاوت بود و با افزایش سطح تحصیلات عملکرد آن‌ها بهتر بود. Bhavna هم‌چنین بیان کرد کودکانی که دارای والدین با سطح تحصیلات پایین می‌باشند از عملکرد پایینی در مورد بهداشت دهان و دندان برخوردار می‌باشند، خصوصاً در والدینی که سطح تحصیلاتشان پایین‌تر از دیپلم باشد.<sup>۸</sup> یافته‌های مطالعه حاضر گویای آن بود که بین عملکرد و اشتغال مادران ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. در مطالعه انصاری مقدم، بین رفتار و شغل ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، که این یافته‌ها مغایر با پژوهش حاضر می‌باشد.<sup>۹</sup> پژوهشی که توسط عبدالحسینی انجام شد، نشان داد که شغل والدین بر عملکرد آن‌ها در مورد مسائل بهداشت دهان و دندان تاثیر می‌گذارد به نحوی که در مشاغل بالا عملکرد خوب می‌باشد، که این نتایج همسو با پژوهش حاضر است. بیشترین فراوانی

این پژوهش بر روی عملکرد مادران کودکان زیر شش سال انجام گرفت، با توجه به این که دندان‌های شیری تا سن ۱۲ سالگی ممکن است در دهان باقی بمانند، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشی با همین عنوان در مورد مادران کودکان سنین مدرسه انجام شود. هم‌چنین به علت اینکه تعداد زیادی از مادران مورد پژوهش شاغل بودند، تعداد زیادی از کودکان زیر شش سال در مهدکودک‌ها نگهداری می‌شوند، پیشنهاد می‌شود پژوهشی با عنوان بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد مربیان مهدکودک‌ها در رابطه با بهداشت دهان و دندان و تغذیه صحیح انجام گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش عدم تمایل مادران به شرکت در مصاحبه را می‌توان ذکر کرد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که عملکرد هیچ یک از مادران خوب نبوده است، این امر مستلزم طرح و برنامه‌ریزی مدون و آموزش عوارض عملکرد نامناسب، به شیوه‌های مختلف از طریق رسانه‌های گروهی و یا برنامه‌های ویژه در مراکز بهداشتی درمانی برای کلیه مادران در سنین مختلف و مشاغل گوناگون است.

### سیاسگزاری

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، کمال تشکر را داریم. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره ثبت ۶۷۷ در دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد.

گزینه‌ها و گزینه "شیرینیجات را همراه غذا به کودک می‌دهم و بین وعده‌های غذایی اصلاً به کودک شیرینی نمی‌دهم" کمترین میانگین ۱/۹۸ را در بین گزینه‌ها دارند. طبق مطالعه انصاری مقدم از ۳۲۰ نمونه پژوهش کمتر از نیمی از کودکان مورد مطالعه (۴۴٪) یک بار یا کمتر از آن در روز از شیرینیجات استفاده می‌کردند و ۱۹ درصد کودکان از میوه و سبزیجات به میزان بسیار کم استفاده می‌کردند. گزینه "در حین مسواک زدن دندان‌های کودک، نحوه صحیح مسواک زدن را به کودک آموزش می‌دهم" با میانگین ۳/۲۱ قابل توجه می‌باشد. ۳۶ درصد مادران اظهار داشتند که گاهی اوقات جهت معاینه دوره‌ای دندان‌های کودک به دندانپزشک مراجعه می‌کنند که نشان می‌دهد عملکرد پایینی نسبت به مشاوره دندانپزشکی وجود دارد. 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.<sup>۱۹،۲۰</sup> انصاری مقدم نیز بیان کرد که ۹/۴ درصد مادران، کودکان خود را تا سن یک سالگی جهت معاینه نزد دندانپزشک برده‌اند.<sup>۹</sup>

### References

- Zafarmand AH. [The study of knowledge and attitude of guidance school students in Tehran about orodental health] Persian [dissertation]. Tehran: Tehran University; 2000.
- Whaley L, Wong D. Nursing care of infant and children. Washington: Mosby; 2006: 727-728.
- Kwan SY, Petersen PE, Pine CM and Borutta A. Health promoting schools: An opportunity for oral health promotion. Bull World Health Organ 2005; 83(9): 677-684.
- Mc Donald, Ralph E, Avery DR. Dentistry for the child and adolescent. St Louis: Mosby; 2008: 11-12.
- Khedmat S. Orodental diseases. Tehran: Saman Publications; 2001: 12-32.
- Ghasemi B. [The knowledge of the importance of orodental health among mothers referred to Zahedan health care centers] Persian [dissertation]. Zahedan: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services; 2004.
- Kallestall C, Dahlgren L, Stenlund H. Oral health behavior and self-esteem in Swedish adolescents over four years. J Adol Health 2006; 38(5): 583-90.
- Talekar BS, Rozier RG, Slade GD and Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. J Am Dent Assoc 2005; 136(3): 364-372.
- Ansari-Moghaddam S. [Mothers' knowledge and attitude towards factors affecting orodental health infants and children] Persian [dissertation]. Zahedan: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services; 2003.
- Riley JL, Gilbert GH. Childhood dental history and adult dental attitudes and beliefs. Int Dent J 2005; 55(3): 142-50.
- Khayrinamin A. [Parents' knowledge about orodental health referred to unit paediatric of dentistry] Persian [dissertation]. Tehran: Tehran University; 2002.
- Wong MC, Lo EC, Schwarz E and Zhang HG. Oral health status and oral health behaviors in chinese children. J Dent Res 2001; 80(5): 1459-1465.
- Najafi A. [Parents's knowledge about orodental health referred to Shahid Beheshti dentistry] Persian [dissertation]. Tehran: Tehran University; 2000.
- Wigen TI, Wang NJ. Caries and background factors in Norwegian and immigrant's 5-year-old children. Community Dent Oral Epidemiol 2010; 38(1): 19-28.
- Abdolhosseini M. [KAP of female guidance school students about preventive dentistry]. Persian [dissertation]. Tehran: Tehran University; 2001.
- Al-Malik MI, Holt RD, Bedi R. Prevalence and patterns of caries, rampant caries, and oral health in two-to five-year-old children in Saudi Arabia. J Dent Child 2003; 70(3): 235-241.

17. Larson K, Russ SA, Crall JJ and Halfon N. Influence of multiple social risks on children's health. *Pediatrics* 2008; 121(2): 337-344.
18. King NM, Wu II, Tsai JS. Caries prevalence and distribution and oral health habits of zero- to four-year-old children in Macau, China. *J Dent Child* 2003; 70(3): 243-9.
19. Dietrich T, Culler C, Garcia RI and Henshaw MM. Racial and ethnic disparities in children's oral health: The national survey of children's health. *J Am Dent Assoc* 2008; 139(11): 1507-1517.
20. Jones M, Lee JY, Rosier RG. Oral health literacy among adult patients seeking dental care. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(9): 1199-1208.

## ***Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old***

**Mahin Naderifar**,<sup>1</sup> Fereshteh Ghaljaei,<sup>1</sup> Majid R. Akbarizadeh<sup>2</sup>

Received: 27/Sep/2009

Accepted: 24/Jun/2010

**Background:** Healthy community is strictly dependent on having healthy children. Orodonal care must begin from childhood. This study was designed to determine the mothers' practice of orodental health of their 1-6 years old children.

**Materials and 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:** Results proved 30.2% of mothers to be inefficient and 69.8% to be medium, but no efficient practice was observed. There was no direct relation between practice with age, education and mothers jobs, economic status and place of residence ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** Findings showed that none of the mothers had efficient practice. This involves a broad planning and demonstrating the outcome of inefficient practice, by means media and special programs by health centers for all mothers with different ages and jobs. [ZJRMS, 12(4): 43-48]

**Keywords:** Practice, orodental health, pediatrics, mothers

1. Instructor of Pediatrics Nursing, Research Center for Children and Adolescent's Health, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

2. Resident of Pediatrics Diseases, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.