

بررسی میزان آگاهی پزشکان کودکان در خصوص پوسیدگی های زودرس دندان کودکان

مهدی جعفرزاده^۱، رویا غفوری فرد^{۲*}، دانا تحریریان^۱، علی غفوری فرد^۳

۱-استادیار، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده

دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲-استادیار، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم

پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۳-دانشجوی دندانپزشکی، مرکز پژوهش های دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به این که متخصصین کودکان اولین گروه کادر پزشکی هستند که با کودک و والدین وی تماس دارند می توانند با تشخیص زودرس ضایعات پوسیدگی و ارجاع به موقع بیمار به متخصصین دندانپزشکی کودکان در پیشگیری از عوارض احتمالی آینده این بیماری در کودک نقش بسزایی ایفا کنند. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان آگاهی متخصصین کودکان شاغل در شهر یزد در سال ۱۳۹۵ در خصوص پوسیدگی های زودرس دندان کودکان انجام شد.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۵۳ نفر از متخصصین کودکان شاغل در شهر یزد در سال ۱۳۹۵ شرکت کردند. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه روا و پایا استفاده شد. این پرسشنامه در دو قسمت اطلاعات فردی و سوالات مربوط به آگاهی تنظیم گردیده بود که براساس پرسشنامه های قبلی بعد از روایی سنجی مورد تأیید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری t-test و ANOVA استفاده شد. ($\alpha=0/05$)

یافته ها: از ۵۳ متخصص (میانگین سنی $(46/11 \pm 9/04)$) ۳۶ نفر (۶۷/۹٪) مرد و ۱۷ نفر (۳۲/۱٪) زن بودند. میانگین نمره آگاهی کلی متخصصین در خصوص پوسیدگی های زودرس دندان کودکان $3/39 \pm 19/71$ بود. ارتباط آماری معنی داری بین میانگین نمره آگاهی بر حسب گروه های سنی مورد مطالعه ($P \text{ value} = 0/479$)، جنس ($P \text{ value} = 0/560$) و پیشینه کار طبابت ($P \text{ value} = 0/749$) مشاهده نشد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این مطالعه آگاهی متخصصین کودکان شهر یزد در خصوص پوسیدگی های زودرس دندان کودکان در سطح مطلوبی قرار داشت.

کلید واژه ها: پوسیدگی های دندان؛ پوسیدگی زودرس کودکان؛ متخصصین کودکان؛ کودکان پیش دبستانی؛ آگاهی

وصول مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۴/۳۰

نویسنده مسئول: دکتر رویا غفوری فرد ایمیل: royaghafourifard@yahoo.com

شود (۱)، که یک بیماری مزمن و قابل انتقال در کودکان بوده (۲) و با درد و از دست دادن دندان بعلاوه نقصان در رشد و نمو، کاهش وزن، تأثیر منفی بر صحبت کردن و اعتماد به نفس، کفایت حضور کودک در مدرسه و کیفیت زندگی وی همراه می باشد (۳، ۴). شیوع کلی این بیماری از ۳/۶ درصد تا ۱۵/۳ درصد در کشورهای توسعه یافته و ۶۷/۷

مقدمه: پوسیدگی های زودرس دوران کودکی طبق تعریف آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا (AAPD) (American Association of Pediatric Dentistry) به حضور بیش از یک سطح دندانی پوسیده (ضایعه حفره دار یا بدون حفره)، ترمیم شده یا از دست رفته (در اثر پوسیدگی) در هر کدام از دندانهای شیری در یک کودک ۷۱ ماهه و یا کوچک تر گفته می

سلامت دهان و دندان، ترویج پیشگیری از پوسیدگی دندان را برای آنان دشوار می‌ساخت. چرا که تعداد کمی از آن‌ها تحت آموزش‌های دهان و دندان قرار گرفته بودند. تشخیص زودرس و اولیه ضایعات پوسیدگی و ارجاع به موقع بیمار به متخصصین دندانپزشکی کودکان در پیشگیری از عوارض احتمالی آینده این بیماری در کودک نقش بسزایی ایفا کرده و از ایجاد درد و اعمال ترمیمی بعدی تحت بیهوشی در کودکان کم سن و سال جلوگیری می‌کند (۱۵). براساس نتایج Gonzalez و همکاران در سال ۲۰۱۳ (۱۶) متخصصین اطفال باید آگاهی خود نسبت به پوسیدگی‌های اولیه ی دندان ارتقاء بخشیده و در انتقال این اطلاعات و چگونگی مراقبت از دهان و دندان به والدین و نحوه ی ارجاع به متخصصین دندانپزشکی کودکان نقش پررنگ تری را ایفا کنند. با توجه به شیوع بالای پوسیدگی‌های زودرس در کودکان شهر یزد و از آنجا که اطلاعاتی در خصوص میزان آگاهی متخصصین کودکان در دست نیست، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان آگاهی متخصصین کودکان شاغل در شهر یزد در خصوص پوسیدگی‌های زودرس دندان کودکان انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه توصیفی - مقطعی، به روش سرشماری بر روی تمامی ۵۹ پزشک متخصص کودکان شاغل در مناطق مختلف شهر یزد در سال ۱۳۹۵ انجام گردید. لیست آنان از سازمان نظام پزشکی استان یزد، تهیه شد. معیار ورود به مطالعه حداقل داشتن یکسال سابقه کار و

درصد در کشورهای در حال توسعه متغیر می‌باشد (۵) و بیشتر در طبقه ضعیف جامعه دیده می‌شود (۶). فاکتورهای اتیولوژیک این بیماری شامل تماس مداوم با قندهای خوراکی و کربوهیدراتها، تغذیه نامناسب با شیشه شیر، جریان کم بزاق، بهداشت دهان و دندان نامناسب (۷-۹)، ضایعات تکاملی در مینا، پوسیدگی‌های قبلی، عدم دسترسی به مراقبت‌های دهان و دندان، سطح پایین فلوراید در آب آشامیدنی، فقدان آگاهی والدین نسبت به بهداشت و دندان و ریسک فاکتورهای مربوط به مادر شامل پوسیدگی، سطح بالای باکتریهای دهان و دندان می‌باشد (۱۰، ۱۱). برای پیشگیری از این بیماری بر روی کنترل عوامل اتیولوژیک و ارتقای بهداشت دهانی تمرکز یافته است (۱۲). با توجه به این که متخصصین کودکان اولین گروه کادر پزشکی هستند که با کودک و والدین وی تماس دارند می‌توانند راهنمایی‌های خوبی در مورد عادات، پیش زمینه‌ها ریسک فاکتورها و انواع پیشگیری‌ها به والدین ارائه دهند و عملکرد آتی آنان را در خصوص سلامت عمومی و به خصوص سلامت دهان و دندان کودکان بهبود بخشند (۱۳، ۱۴). نتایج مطالعات Murthy و همکاران (۱۵) و Nammalwar و همکاران (۱۲) نشان داد که متخصصین کودکان آگاهی متوسطی در خصوص پیشگیری از پوسیدگی کودکان داشتند. آن‌ها معتقد بودند که می‌توانند نقش مهمی در ارتقاء سلامت دهان و دندان داشته باشند اما عدم آشنایی با مسائل مربوط به

پرسشنامه پژوهش با مراجعه حضوری به محل خدمت متخصصین کودکان توزیع و جمع آوری شد. در ابتدا، هدف از انجام مطالعه برای کلیه افراد مطالعه شرح داده و پس از اخذ رضایت از آنان پرسشنامه پژوهش در اختیار آنان قرار داده شد. پرسشنامه ها بدون نام و اطلاعات بصورت محرمانه حفظ شدند. در این مطالعه، داده های مربوط به سوالات اصلی پرسشنامه، کدهی و با توجه به کلید سوالات ارزش گذاری شد. بدین ترتیب که میزان آگاهی در هر سوال بر اساس کلید از صفر تا دو، نمره گذاری گردید. بنابراین نمره سوالات آگاهی می توانست حداقل صفر و حداکثر ۲۶ باشد. نمرات ۸/۹۹-۱، آگاهی ضعیف، نمرات ۱۶/۹۹-۹ آگاهی متوسط و نمرات ۲۶-۱۷ آگاهی مطلوب در نظر گرفته شد. همچنین سطح آگاهی در هر حیطة بر اساس جدول ۱ رتبه بندی شد (۱۶). داده ها پس از جمع آوری، توسط نرم افزار SPSS۱۷ و آزمون آماری ANOVA و T-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در مطالعه حاضر ۵۳ پزشک متخصص کودکان (response rate =89%) با میانگین سنی (۴/۰۴±۹/۱۱) و دامنه سنی ۳۰-۷۲ سال شرکت داشتند. از این تعداد ۳۶ نفر (۶۷/۹%) مرد و ۱۷ نفر (۳۲/۱%) زن بودند. میانگین پیشینه کار آنان ۱۶/۰۹±۸/۹۵ (دامنه ۲-۴۵ سال) بود و ۳۱ نفر از آنان دارای مطب خصوصی بودند. میانگین نمره آگاهی متخصصین کودکان از در خصوص

معیار خروج، عدم تمایل به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد. میزان ریزش ۶ نفر و حجم نمونه نهایی ۵۳ نفر بدست آمد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که سوالات آن از مطالعات Gonzalez (16) و Poornima (17) استخراج و ترجمه شده است. روایی پرسشنامه مورد نظر با مشاوره چند تن از متخصصان گروه دندانپزشکی کودکان بررسی شده و به صورت کیفی تأیید شد و جهت بررسی پایایی آن ابتدا پرسشنامه در اختیار ۱۵ تن از متخصصین کودکان بصورت پایلوت قرار گرفت و از آنها خواسته شد که پرسشنامه را تکمیل کنند. پس از تحلیل اطلاعات ضریب پایایی (آلفا کرانباخ) سوالات مربوط به ملاقات دندانپزشک ۸۰٪، بهداشت دهان ۷۵٪، پوسیدگی ۷۴٪، عادات تغذیه ای ۷۵٪ و درمان پوسیدگی ۷۲٪ به دست آمد و با داشتن سطح معیار بالای ۰/۷، پایایی آن تأیید شد. پرسشنامه شامل ۱۳ سوال در پنج حیطة مراجعه به ملاقات دندانپزشک، بهداشت دهان، پوسیدگی، عادات تغذیه ای و درمان پوسیدگی تنظیم گردید. سوالات ارزیابی آگاهی در پنج حیطة سازماندهی شدند:

- ملاقات دندانپزشک (حیطه ۱): موارد ۱، ۲).
- بهداشت دهان و دندان (حیطه ۲): موارد ۳، ۴).
- پوسیدگی دندانی (حیطه ۳): وضعیت ۵، ۶).
- عادات غذایی (حیطه ۴): وضعیت ۷، ۸، ۹، ۱۰).
- درمان پوسیدگی دندان (حیطه ۵): وضعیت ۱۱، ۱۲، ۱۳).

رابطه ی آگاهی افراد مورد بررسی با سن، از آزمون ANOVA استفاده شد. تفاوت آماری معنی داری بین سه گروه سنی مورد بررسی وجود نداشت. ($p \text{ value} = 0.479$) میانگین نمره آگاهی زنان نسبت به مردان مورد مطالعه بیشتر بوده، ولی بر اساس نتایج آزمون آماری T-test این تفاوت از نظر آماری بین دو جنس معنی دار نبود ($p \text{ value} = 0.560$) همچنین نتایج نشان داد با افزایش پیشینه کار طبابت میانگین نمره آگاهی متخصصین افزایش یافته، اما بر اساس نتایج آزمون ANOVA این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ($p \text{ value} = 0.749$). (جدول ۴)

پوسیدگی های زودرس دندان کودکان $3/39 \pm 19/71$ با دامنه نمره ۱۳ تا ۲۶ بود. بررسی پرسشنامه ها نشان داد بیشترین پاسخ صحیح (۹۸/۱ درصد) مربوط به سوال ۹ و ۱۰ بود. کمترین میزان پاسخ صحیح مربوط به سوال ۸ بود. (جدول ۲) همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می گردد میزان آگاهی متخصصین مورد بررسی در حیطه بهداشت دهان و دندان (۷۷/۴ درصد) بیشتر از سایر حیطه ها می باشد. همچنین ۵۰/۹ این افراد در حیطه پوسیدگی دندانی دارای آگاهی متوسطی بودند. ۳۷/۷ درصد آنان آگاهی کمی در حیطه درمان پوسیدگی دندان داشتند. به منظور بررسی

جدول ۱: معیار امتیازبندی سطح آگاهی در حیطه ها

حیطه	سطح آگاهی	پاسخ صحیح
۱ و ۲ و ۳	مطلوب متوسط ضعیف	۲ جواب صحیح ۱ جواب صحیح ۰ جواب صحیح
۴	مطلوب متوسط ضعیف	۳ یا ۴ جواب صحیح ۲ جواب صحیح ۰ یا ۱ جواب صحیح
۵	مطلوب متوسط ضعیف	۳ جواب صحیح ۲ جواب صحیح ۰ یا ۱ جواب صحیح

بحث:

دندانپزشک و بهداشت دهان و دندان آگاهی کافی داشته، اما دانش آنها از درمان پوسیدگی دندان محدود، اما در حیطه پوسیدگی و عادات غذایی می تواند متوسط در نظر گرفته شود. این نتایج با نتایج مطالعه González و همکاران (۱۶) در اسپانیا همسو می باشد. فقدان آگاهی و آموزش دندانپزشکی، عملکرد متخصصین اطفال را در سلامت دهان و دندان کودکان کم رنگ می

مطالعه حاضر که با هدف بررسی میزان آگاهی متخصصین کودکان شهر یزد به عنوان رابط اصلی بین دندانپزشکان کودکان و والدین کودک انجام شد نشان داد که میانگین نمره آگاهی کلی این متخصصین در خصوص پوسیدگی های زودرس دندان کودکان در سطح مطلوبی قرار دارد. همچنین اکثر آنها از زمان مناسب ملاقات

اکثر پزشکان مورد مطالعه (۸۸/۷ درصد) می دانستند کودکان از دو سالگی به بعد هر ۶ تا ۱۲ ماه یکبار باید چک آپ دندانپزشکی داشته باشند، امادر مطالعه Di Giuseppe و همکاران (۱۹) تنها ۴۰/۶ درصد از پزشکان کودکان ایتالیایی به پدر و مادرها توصیه می کردند فرزندان خود را یک بار در سال برای معاینه دندان ها به دندانپزشک نشان دهند. به طور کلی شروع تمیز کردن دندان و مسواک زدن پس از رویش اولین دندانهای شیری توصیه ای است که متخصصان اطفال می توانند به پدران و مادران بکنند (۳۳). در مطالعه حاضر بیشتر پزشکان متخصص کودکان (۸۴/۹ درصد) این مطلب را می دانستند و تعداد بیشتری (۹۰/۶ درصد) از اهمیت مسواک زدن دندان در شب قبل از خواب آگاه بودند. در حالی که در مطالعه Prakash و همکاران (۲۳) و Murthy و همکاران (۱۵) بیش از ۶۰ درصد از پزشکان کودکان فکر می کردند که مسواک زدن دندان ها باید بعد از رویش چند دندان شروع شود و از دستورالعمل AAPD (۲۶)، آگاهی نداشتند. در مطالعه حاضر آگاهی پزشکان کودکان در مورد پوسیدگی در حد متوسط (۵۰/۹ درصد) قرار داشت.

کند (۱۷). در مطالعات متعددی گزارش شده که پزشکان کودکان و پزشکان خانواده اعلام نموده اند آموزش کمی در مورد سلامت دهان دریافت نموده اند (۱۸-۲۳). در حالی که می توانند نقش مهمی در پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان در کودکان داشته باشند (۲۳-۲۵). از اینرو همکاری بین جامعه دندانپزشکی و پزشکان کودکان ضروری است (۲۶-۲۸) و دانش پایه در مورد پاتوژنز، پیشگیری و تشخیص پوسیدگی باید در برنامه درسی آنان گنجانده شود (۲۹). آکادمی دندانپزشکی کودکان آمریکا (AAPD) و آکادمی کودکان آمریکا (AAP) American Association of Pedodontics هر دو توصیه نموده اند که کودکان در ۱۲ ماهگی باید اولین ملاقات دندانپزشکی را داشته باشند (۲۶, ۳۰). در مطالعه حاضر بیش از نیمی از پزشکان (۵۸/۵ درصد) این مسئله را می دانستند، که با نتایج مطالعه Poornima و همکاران (۱۷) مطابقت دارد. اما در مطالعه Caspary و همکاران (۳۱) ۳۵ درصد، در مطالعه González و همکاران (۱۶) ۲۸/۳ درصد، در مطالعه Lewis و همکاران (۲۲) ۱۴/۶ درصد و در مطالعه Brickhouse و همکاران (۳۲) تنها ۵ درصد متخصصین کودکان بر این مطلب واقف بودند، که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی ندارد.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ صحیح متخصصین کودکان مورد بررسی به سوالات آگاهی

پاسخ صحیح		سوالات آگاهی
تعداد	درصد	
۳۱	۵۸/۵	۱. به نظر شما کودکان در چه سنی باید اولین ملاقات دندانپزشکی را داشته باشند؟
۴۷	۸۸/۷	۲. کودکان از دو سالگی به بعد هر چند وقت یکبار باید چک آپ دندانپزشکی داشته باشند؟
۴۵	۸۴/۹	۳. از چه سنی دندان های کودکان باید مسواک زده شود؟
۴۸	۹۰/۶	۴. بزاق در شب کمتر تولید می شود و بنابراین دندان ها در برابر پوسیدگی آسیب پذیرتر هستند. در نتیجه مسواک دن در شب ضروری است.
۳۰	۵۶/۶	۵. به نظر شما اولین سنی که که پوسیدگی در دندان های کودکان گسترش می یابد چه سنی است؟
۴۴	۸۳	۶. از دست رفتن زودرس دندان های شیری تاثیری منفی بر روی دندان های دائمی دارد؟
۲۶	۴۹/۱	۷. کودک در شروع سن ۳ سالگی اکثر دندان های خود را به خاطر پوسیدگی های دندانی مرتبط با رژیم غذایی و عادات نامطلوب از دست می دهد؟
۱۱	۲۰/۸	۸. تغذیه طولانی مدت با شیر مادر (بیشتر از یکسال) پیشرفت پوسیدگی دندانی را تسهیل می کند؟
۵۲	۹۸/۱	۹. تغذیه مکرر و طولانی مدت با شیشه شیر و مایعات شیرین یا آب میوه برای دندان ها مضر است؟
۵۲	۹۸/۱	۱۰. استفاده مکرر از پستانک های شیرین شده با شکر، عسل و آب میوه به خصوص در شب برای دندان مضر است؟
۵۰	۹۴/۳	۱۱. پوسیدگی دندانی در دندان های شیری باید توسط دندانپزشک درمان شود؟
۳۱	۵۸/۵	۱۲. درمان دندانپزشکی پیت و فیشورها با سیلانت از پوسیدگی در دندان های دائمی جلوگیری می کند؟
۲۱	۳۹/۶	۱۳. به نظر شما پروتزهای دندانی می توانند در کودکان ۴ ساله که همه یا قسمتی از دندان های شیری خود را از دست داده اند استفاده شوند؟

جدول ۳: مقایسه ی میزان آگاهی متخصصین مورد مطالعه در پنج حیطه مورد بررسی

درصد	تعداد	میزان آگاهی	بلوک	
۹/۴	۵	کم	ملاقات دندانپزشک	۱
۳۴	۱۸	متوسط		
۵۶/۶	۳۰	زیاد		
۱/۹	۱	کم	بهداشت دهان و دندان	۲
۲۰/۸	۱۱	متوسط		
۷۷/۴	۴۱	زیاد		
۲۸/۳	۱۵	کم	پوسیدگی دندان	۳
۵۰/۹	۲۷	متوسط		
۲۰/۸	۱۱	زیاد		
۱/۹	۱	کم	عادات غذایی	۴
۷۹/۲	۴۲	متوسط		
۱۸/۹	۱۰	زیاد		
۳۷/۷	۲۰	کم	درمان پوسیدگی دندان	۵
۳۰/۳	۱۶	متوسط		
۳۲/۱	۱۷	زیاد		

جدول ۴: مقایسه ی میانگین نمره آگاهی متخصصین مورد مطالعه بر حسب اطلاعات دموگرافیک

P-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد (درصد)	متغیر	
*۰/۴۷۹	۲/۸۶	۱۹/۳۰	۱۳ (۲۴/۵)	۴۰ >	سن
	۳/۲۱	۲۰/۱۳	۲۲ (۴۱/۵)	۴۰-۵۰	
	۴/۰۳	۱۹/۵۰	۱۸ (۳۴)	۵۰ <	
**۰/۵۶۰	۳/۷۳	۱۹/۵۲	۳۶ (۶۷/۹)	مرد	جنس
	۲/۵۹	۲۰/۱۱	۱۷ (۳۲/۱)	زن	
*۰/۷۴۹	۳/۲۰	۱۹/۳۷	۱۶ (۳۰/۲)	<۱۰	پیشینه کار
	۳/۵۵	۱۹/۴۸	۲۷ (۵۰/۹)	۱۰-۲۰	
	۳/۳۱	۲۰/۹۰	۱۰ (۱۸/۹)	>۲۰	

*One way ANOVA

**T-test

همکاران (۱۶) تقریباً همه (۹۹/۱) درصد) پزشکان به این موضوع واقف بودند. بر اساس نتایج مطالعه Pierce و همکاران (۲۶)، پزشکان

بیش از نیمی از آنها (۵۶/۶ درصد) می دانستند که پوسیدگی دندان در کودکان در سن دو سالگی گسترش می یابد. اما در مطالعه González و

کودکی را افزایش می دهد (۲۰). رابطه بین تغذیه طولانی مدت با شیر مادر و پوسیدگی دندان پیچیده و مورد اختلاف است، با توجه به مزایای بسیار شیر مادر و تاکید AAP بر تغذیه بی قید و شرط از شیر مادر، توصیه AAPD مبنی بر اجتناب از استفاده شبانه و به دلخواه از شیر مادر بعد از یک سالگی سبب ایجاد عکس العملهای دفاعی نسبت به آن شده است. اصولاً براساس دستورالعمل AAPD، تغذیه با شیر مادر در شب و به دلخواه بعد از ۱۲ ماهگی باید ترك شود. اما مطالعات دیگری (۷، ۳۷-۴۰) نشان داده اند که تغذیه طولانی یا کوتاه مدت از شیر مادر با پوسیدگی ارتباط ندارد. همچنین در تغذیه با شیر مادر فرصتی برای افزودن ساکاروز اضافی وجود نداشته و کودکانی که از شیر مادر تغذیه می کنند، به احتمال زیاد از شیشه های حاوی مایعات قندی کمتر استفاده می کنند (۴۱). از اینرو باید بهداشت خوب دهان و دندان از زمان رویش اولین دندان ترویج شده و بر کاهش مصرف غذاها و نوشیدنی های حاوی قند تاکید شود (۴۰). در مورد درمان پوسیدگی، بیش از نیمی از پزشکان کودکان (۵/۵۸ درصد) می دانستند که درمان دندانپزشکی پیت و فیشورها با سیلانت از پوسیدگی در دندان های دائمی جلوگیری می کند اما تنها ۶/۳۹ درصد از پروتز کودکان ۴ ساله که دندان های شیری خود را به دلیل پوسیدگی

کودکان به راحتی می توانند در چک آپ دوره ای خود از کودکان، معاینه دندان را انجام دهند و به پدر و مادر کودک برای جلوگیری از بیماری های دهان و دندان مشاوره بدهند. این رویکرد می تواند به بهبود بهداشت دهان و دندان کودکان کمک نموده، اولین ارجاع به دندانپزشک را تسهیل نماید. طبق نتایج مطالعه Chandiwali و Yoon (34) حتی یک سمینار ۱ ساعته منجر به بهبود قابل توجهی از سطح دانش سلامت دهان و دندان در مورد موضوعات مربوط به فلورایدتراپی، پوسیدگی زودرس دندان در دوران کودکی و پیشگیری از آن خواهد شد. در مطالعه حاضر، آگاهی در مورد عادات غذایی تنها در ۹/۱۸ درصد از پزشکان کودکان زیاد و ۲/۷۹ درصد در حد متوسط بود که با نتایج مطالعات مشابه (۱۶، ۳۵، ۳۶) هم خوانی ندارد. مواد قندی درون شیشه با وجود بهداشت دهانی ضعیف ریسک فاکتور اصلی پوسیدگی زودرس می باشند. نوک شیشه شیر از رسیدن بزاق به دندان های اینسیزور بالا جلوگیری می کند که این عمل خصوصاً در شب که جریان بزاق کاهش می یابد موجب آسیب به دندان ها می شود (۳۳). در این مطالعه اکثر پزشکان کودکان (۱/۹۸ درصد) می دانستند که تغذیه مکرر و طولانی مدت با شیشه شیر و مایعات شیرین یا آب میوه و پستانک های شیرین شده برای دندان ها به خصوص در شب، مضر است و خطر ابتلا به پوسیدگی در اوایل دوران

در پیشگیری از پوسیدگی های زودرس مرتفع شود و در مطالعات آینده باید عملکرد متخصصین کودکان در اطلاع رسانی به والدین مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود در مطالعات آینده روایی محتوایی هر سوال جهت ارزیابی لزوم و فایده ی آن ها با روش های کمی سنجیده شود.

نتیجه گیری:

یافته های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره آگاهی کلی متخصصین کودکان شهر یزد در خصوص پوسیدگی های زودرس دندان کودکان در سطح مطلوبی قرار دارد.

از دست داده اند اطلاع داشتند، بنابراین بهترست متخصصان اطفال در زمینه درمانهای دندانپزشکی آموزش داده شوند. Judit در مطالعه ای با مرور کلی ۵۰ سال تجربه استفاده از فیشور سیلانت و کاربرد و اثربخشی این روش نتیجه گیری نمود که فیشور سیلانت می تواند به عنوان یک اقدام پیشگیرانه از ایجاد و یا توقف پیشرفت پوسیدگی زودرس توسط پزشکان توصیه شود (۴۲). علی رغم اینکه در این مطالعه تنها ۳/۷۷ درصد شرکت کنندگان به کلیه پاسخ ها جواب درست داده بودند، اما با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می رسد نقش کمبود آگاهی پزشکان کودکان

References

1. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry for the child and adolescent. St.Louis: Mosby; 2011.
2. Qin M, Li J, Zhang S, Ma W. Risk factors for sev Dental Research center, Assistant professor, Department of Pedodontics, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran ere early childhood caries in children younger than 4 years old in Beijing, China. *Pediatr Dent* 2008;30(2):122-8.
3. Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc* 2009;140(6):650-7.
4. Kawashita Y, Kitamura M, Saito T. Early childhood caries. *Int J Dent* 2011;2011:725320.
5. Tang C, Quinonez RB, Hallett K, Lee JY, Whitt JK. Examining the association between parenting stress and the development of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(6):454-60.
6. Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton-Evans G, et al. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *Vital Health Stat* 11 2007(248):1-92.

7. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008;18(1):48-55.
8. Tiberia MJ, Milnes AR, Feigal RJ, Morley KR, Richardson DS, Croft WG, et al. Risk factors for early childhood caries in Canadian preschool children seeking care. *Pediatr Dent* 2007;29(3):201-8.
9. Tinanoff N, O'Sullivan DM. Early childhood caries: overview and recent findings. *Pediatr Dent* 1997;19(1):12-6.
10. Caufield PW, Li Y, Dasanayake A. Dental caries: an infectious and transmissible disease. *Compend Contin Educ Dent* 2005;26(5 Suppl 1):10-6.
11. Tinanoff N, Reisine S. Update on early childhood caries since the Surgeon General's Report. *Acad Pediatr* 2009;9(6):396-403.
12. Nammalwar RB, Rangeeth P. Knowledge and attitude of pediatricians and Family Physicians in Chennai on Pediatric Dentistry: A survey. *Dent Res J (Isfahan)* 2012;9(5):561-6.
13. Broderick E, Mabry J, Robertson D, Thompson J. Baby bottle tooth decay in Native American children in Head Start centers. *Public Health Rep* 1989;104(1):50-4.
14. Shiboski CH, Gansky SA, Ramos-Gomez F, Ngo L, Isman R, Pollick HF. The association of early childhood caries and race/ethnicity among California preschool children. *J Public Health Dent* 2003;63(1):38-46.
15. Murthy GA, Mohandas U. The knowledge, attitude and practice in prevention of dental caries amongst pediatricians in Bangalore: a cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2010;28(2):100-3.
16. Gonzalez E, Perez-Hinojosa S, Alarcon JA, Penalver MA. Knowledge of Andalusian pediatricians and parents about early-onset tooth decay. *An Pediatr (Barc)* 2015;82(1):19-26.
17. Poornima P, Bajaj M, Nagaveni NB, Roopa KB, Neena IE, Bharath KP. Evaluation of the knowledge, attitude and awareness in prevention of dental caries amongst paediatricians. *Int J Community Med Public Health* 2015;2(1):64-70.
18. Ismail AI, Nainar SM, Sohn W. Children's first dental visit: attitudes and practices of US pediatricians and family physicians. *Pediatr Dent* 2003;25(5):425-30.
19. Di Giuseppe G, Nobile CG, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health* 2006;6:176.

20. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A practical guide to infant oral health. *Am Fam Physician* 2004;70(11):2113-20.
21. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. Infant oral health education for pediatric and family practice residents. *Pediatr Dent* 2005;27(4):284-91.
22. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. *Pediatrics* 2000;106(6):E84.
23. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health* 2006;11(3):151-7.
24. Sanchez OM, Childers NK, Fox L, Bradley E. Physicians' views on pediatric preventive dental care. *Pediatr Dent* 1997;19(6):377-83.
25. Tsamtsouris A, Gavris V. Survey of pediatrician's attitudes towards pediatric dental health. *J Pedod* 1990;14(3):152-7.
26. Sakakibara Y. A study on bond strength to dentin irradiated by erbium: YAG laser. *JAPANESE JOURNAL OF CONSERVATIVE DENTISTRY* 1998;41:207-219.
27. Douglass AB, Douglass JM, Krol DM. Educating pediatricians and family physicians in children's oral health. *Acad Pediatr* 2009;9(6):452-6.
28. Krol DM. Dental caries, oral health, and pediatricians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2003;33(8):253-70.
29. Sezer RG, Paketci C, Bozaykut A. Paediatricians' awareness of children's oral health: Knowledge, training, attitudes and practices among Turkish paediatricians. *Paediatr Child Health* 2013;18(4):e15-9.
30. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent* 2008;30(7 Suppl):40-3.
31. Caspary G, Krol DM, Boulter S, Keels MA, Romano-Clarke G. Perceptions of oral health training and attitudes toward performing oral health screenings among graduating pediatric residents. *Pediatrics* 2008;122(2):e465-71.
32. Brickhouse TH, Unkel JH, Kancitis I, Best AM, Davis RD. Infant oral health care: a survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatr Dent* 2008;30(2):147-53.

33. Koch G, Poulsen S. Pediatric dentistry- A clinical approach. 2nd ed. Kent: Wiley-Blackwell; 2009.
34. Chandiwai S, Yoon RK. Assessment of an infant oral health education program on resident physician knowledge. *J Dent Child (Chic)* 2012;79(2):49-52.
35. Bruerd B, Jones C. Preventing baby bottle tooth decay: eight-year results. *Public Health Rep* 1996;111(1):63-5.
36. Grenby TH, Andrews AT, Mistry M, Williams RJ. Dental caries-protective agents in milk and milk products: investigations in vitro. *J Dent* 2001;29(2):83-92.
37. Iida H, Auinger P, Billings RJ, Weitzman M. Association between infant breastfeeding and early childhood caries in the United States. *Pediatrics* 2007;120(4):e944-52.
38. Salone LR, Vann WF, Jr., Dee DL. Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. *J Am Dent Assoc* 2013;144(2):143-51.
39. Weerheijm KL, Uyttendaele-Speybrouck BF, Euwe HC, Groen HJ. Prolonged demand breast-feeding and nursing caries. *Caries Res* 1998;32(1):46-50.
40. White V. Breastfeeding and the risk of early childhood caries. *Evid Based Dent* 2008;9(3):86-8.
41. Amiri-TehraniZadeh N, Asgarizadeh N, Kamel V. A literature review of the relationship between breastfeeding and early childhood caries. *J Dent Med* 2012;25(2):142-50.
42. Judit S. Fissure sealing. A review. *Fogorv Sz* 2008;101(4):137-46.