

نوع شناسی موانع بهداشت دهان و دندان کودکان

پروانه صحرايي*، نسترن کشاورز محمدي**، شيووا رضوي***

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

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

*** متخصص دندانپزشکی کودکان

چکیده

زمینه و هدف: بهداشت دهان و دندان بخشی از سلامت عمومی در تمام عمر می‌باشد؛ با وجود اهمیت آن، رعایت این رفتار با موانع 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 دندان جهت ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان طراحی شده است. روش بررسی: این مطالعه از نوع مروری بوده و با انتخاب لغات کلیدی مقالات پایگاه داده‌های PubMed، Cochrane، Elsevier، Biomed Central، Ovid، Scopus، proQuest، Google Scholar، انجمن دندانپزشکی کودکان آمریکا، انجمن دندانپزشکی آمریکا، انجمن دندانپزشکی استرالیا، سازمان بهداشت جهانی و جستجوی مقالات از سایت‌های علمی - پژوهشی داخلی، Iranmedex، magiran، SID، IranDoc، Medlib، جستجو و مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها: در تحلیل موانع استخراج‌شده از مطالعات چهار طبقه اصلی به عنوان موانع بهداشت دهان و دندان کودکان با عناوین «موانع فردی»، «موانع مربوط به دندانپزشکی»، «موانع مربوط به دندانپزشک»، «موانع محیطی - اجتماعی» پدیدار شد. 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 دیدگاه‌های مختلف نشان داده است می‌تواند منبعی ارزشمند در زمینه طراحی مداخلات مؤثر جهت ارتقاء بهداشت دهان و دندان کودکان باشد، برطرف نمودن این موانع برای اتخاذ رفتارهای سالم بهداشت دهان و دندان ضروری می‌باشد. واژگان کلیدی: موانع، بهداشت دهان و دندان، کودکان.

Email: n_keshavars@yahoo.com

نویسنده مسوول: دکتر نسترن کشاورز محمدي،

مقدمه:

دهان آینهی سلامت بدن است؛ حفره دهان عملکردهای بسیاری در ارتباط با زندگی روزانه افراد مانند غذا خوردن، زیبایی، سخن گفتن و تعامل‌های اجتماعی دارد (1)، (2) دندان‌های شیری علاوه بر کمک به کودکان در جویدن و برآورده ساختن نیازهای تغذیه‌ای و تکاملی دوره نوپایی و خردسالی، در تلفظ کلمات و حفظ فضای کافی برای رشد دندان‌های دائمی به صورت منظم نقش دارند. استعداد بالای آسیب‌پذیری دندان‌های شیری به دلیل داشتن مینای نازک‌تر نسبت به دندان‌های دائمی در برابر عوامل پوسیدگی 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 تأثیرگذار 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 (4)، (3) 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 در مان‌نشده دهانی می‌تواند تأثیر 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. (5) کودکان آینده‌سازان جامعه هستند و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها آینده‌ای بهتر را نوید می‌دهد. بنابراین برای ارتقاء سلامت جامعه باید در جهت تأمین سلامت کودکان برنامه‌ریزی صورت گیرد و برنامه‌های تأمین سلامتی در بزرگسالی تداوم یابد. (6) تغییرات پدید آمده در روش زندگی، تحول در زندگی شهرنشینی، محدودیت دسترسی کودکان به خدمات و مراقبت‌های دهان و دندان به علت موانع اقتصادی، اجتماعی و غیره همگی موجبات بالا رفتن میزان شیوع پوسیدگی دندان را در بسیاری از کشورهای در حال توسعه فراهم آورده است. (7) بیماری‌های دهان و دندان 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 می‌باشند - نیز مرتبط است (8)، (9)

مفهوم موانع درک شده (عوامل منفی که مانع از انجام رفتار پیشنهاد شده 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 بالقوه‌ای 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 دندان (15) و تغذیه (16) می‌شوند. گزارش‌های جدید منتشر شده 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 دندان در کشورهای مختلف گزارش نموده‌اند (18-22) شناخت این موانع و برنامه‌ریزی جهت رفع آن از مهم‌ترین اقدامات پیش‌نیاز تغییر رفتار و موفقیت برنامه‌های ارتقاء بهداشت دهان و دندان است؛ بنابراین شناسایی موانع بهداشت دهان و دندان ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه باهدف مروری مطالعات مرتبط با شناسایی موانع درک شده بهداشت دهان و دندان جهت ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان طراحی شده است.

روش بررسی:

برای بررسی مطالعات مربوط به موانع بهداشت دهان و دندان، جستجوی پیشرفته و گسترده‌ای در کلیه پایگاه‌های اطلاعاتی ScienceDirect، PubMed، Cochrane، PMDR، Medline، ProQuest، Ovid، Scopus، Elsevier، BioMedCentral، Google Scholar، انجمن دندان پزشکی کودکان آمریکا (AAPD)، انجمن دندان پزشکی آمریکا (ADA)، انجمن دندان پزشکی استرالیا (ADA)، سازمان بهداشت جهانی (WHO) و جستجوی مقالات از سایت‌های علمی - پژوهشی داخلی، Iranmedex، magiran، SID، IRANDOC، Iranlib انجام شد. برای جستجوی منابع انگلیسی از کلیدواژه‌های «oral health»، «barriers»، «children» «و در جستجوی منابع فارسی از کلمات کلیدی «موانع»، «بهداشت دهان و دندان»، «کودکان» استفاده گردید 50 مقاله مرتبط با موانع بهداشت دهان و دندان از سال 1999 تا 2012 استخراج گردید. تعداد 16 مقاله به دلیل اینکه موانع مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان در بزرگسالان از جمله دندان پزشکی، 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 دانش‌آموزان ابتدایی، راهنمایی و دبیرستانی، مادران باردار، و مراجعه‌کنندگان بزرگسال به مطب‌های خصوصی صورت گرفته بود، حذف گردید. در 3 مقاله هم موانع به صورت سازه‌ای از مدل ارتقای سلامت پندر و الگوی فرانظریه‌ای در دانش‌آموزان بررسی شده بود. در نهایت با مطالعه دقیق‌تر، 16 مقاله که موانع بهداشت دهان و دندان کودکان را بررسی کرده بودند، وارد مطالعه شدند. موانع گزارش شده بهداشت دهان و دندان از مقالات استخراج شده و به روش کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

در زمینه بهداشت دهان و دندان مطالعات مختلفی در ایران و جهان صورت گرفته است. بسیاری از این مطالعات به بررسی و توصیف وضعیت بهداشت دهان و دندان افراد در گروه‌های سنی مختلف از جمله کودکان پرداخته بودند؛ برخی میزان آگاهی نگرش و رفتارهای مرتبط با بهداشت دهان و دندان و برخی دیگر عوامل مؤثر بر بهداشت دهان و دندان را مورد بررسی قرار داده بودند. تعدادی از این مطالعات به بررسی موانع بهداشت دهان و دندان 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 دندان 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 دندان کودکان، دو مطالعه داخلی بود که به صورت غیر اختصاصی به بررسی موانع پرداخته بودند؛ به عبارتی تنها با 4 و 5 سؤال موانع سنجیده شده بودند 14 مقاله دیگر مطالعات خارجی بودند. اکثریت این مطالعات را پژوهش‌های کیفی تشکیل می‌دادند. در این مطالعات موانع بهداشت دهان و دندان کودکان سالم و بیمار و معلول از دیدگاه‌های مختلف از جمله دیدگاه والدین، پرستار کودک، دندان پزشکی، و کودکان بررسی شده بودند. در جدول شماره (1) خلاصه‌ای از مشخصات این مطالعات و موانع گزارش شده آمده است. موانع درک شده بهداشت دهان و دندان کودکان در مطالعات مورد بررسی را می‌توان به صورت زیر تقسیم‌بندی نمود:

موانع فردی: موانع متعددی در این گروه قرار می‌گیرند که یا مربوط به موانع مرتبط با کودک و یا موانع مرتبط با والدین بودند. این موانع شامل ترس از دندان پزشکی، استرس و اضطراب، رفتار کودک (پرخاشگری، تحریک‌پذیری، مشکلات توجه و ...)، معلولیت، نداشتن مسواک، واکنش‌های عاطفی کودک، درخواست والدین به کشیدن دندان شیری پوسیده به جای درمان آن، عدم آگاهی و اعتقاد نسبت به اهمیت دندان‌های شیری، مشکلات مربوط به مراقبت از کودکان معلول، تصور منفی از مراقبت‌های دهان و دندان، هزینه‌های گزاف و محدودیت‌های مالی، باورهای اشتباه، محدودیت‌های خارجی (کمبود وقت - دشواری مسواک در صبح) عدم آگاهی درباره پوسیدگی دندان، و شیوه‌های تغذیه‌ای نادرست بود که در مطالعات به آن اشاره شده بود. محدودیت‌های مالی و ترس و استرس در کودکان از شایع‌ترین موانع فردی گزارش شده در مطالعات برای مراجعه به دندان پزشکی 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 وسایل دندان‌پزشکی، و وجود مطالب متناقض در زمینه بهداشت دهان و دندان بودند. نکته قابل‌توجه در موانع مربوط به دندان‌پزشکی این بود که در یک مطالعه تجارب ناخوشایند مادران از دندان‌پزشکی به صورت مانعی جهت بردن کودکان خود به نزد دندان‌پزشک گزارش شده بود. (28)

موانع مربوط به دندان‌پزشک: موانعی که در این دسته طبقه‌بندی شدند موانعی بودند که به آگاهی، نگرش و رفتار دندان‌پزشکان ارتباط داشت که با مانع اشتیاق آنان به ارائه خدمات به کودکان می‌شد یا 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 ارائه‌دهندگان خدمات (خشونت در رفتار)، دست‌زد ناکافی در ازای کار انجام‌شده، مشکل و وقت‌گیر بودن درمان‌های دندان‌پزشکی 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 پوشش بیمه، عدم یافتن کلینیک دندان‌پزشکی مناسب و مقرون به صرفه، عدم دسترسی به خدمات محلی دندان‌پزشکی کودکان و اطلاعات مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان، تعصبات قومی نژادی، تفاوت 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 مسواک زدن، مصرف مناسب مواد قندی و نخ دندان که سه رفتار بهداشتی مهم می‌باشد (30، 31، 32)، (33) پرداخته است. با توجه به طبقه‌بندی ارائه شده در یافته‌ها، 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 زوایای مختلفی به موضوع پرداخته اند، این مطالعه طرحی از طبقه‌بندی کلی موانع بهداشت دهان و دندان کودکان را ارائه می‌دهد که می‌تواند راه‌هایی 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	نویسندگان/سال چاپ	نوع مطالعه/گروه هدف/مکان	مهم‌ترین موانع درک 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 ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی آن‌ها/آمریکای‌های آفریقایی‌تبار و اسپانیایی	ارتباطات ضعیف بین فردی میان کارکنان دندان‌پزشکی و مراقبان بچه‌ها، ترس از دندان‌پزشکی و نگرش منفی نسبت به ارائه‌دهندگان خدمات (خشونت در رفتار)، استرس، سیستم ارائه‌دهنده خدمات) به خاطر وجود تبعیض در مراقبت (23)
3	M/ 2002 ofidi M	کیفی 77 /مراقب کودک /کارولینای شمالی	تجارب ناخوشایند، مشکلات رفت‌وآمد و گرفتن وقت قبلی 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 کشورهای مختلف /ایالات‌متحده	واکنش کودکان نسبت به محیط و سروصدای وسایل دندان‌پزشکی، مشکل و وقت‌گیر بودن درمان‌های دندان‌پزشکی 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 علل 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 -5-1 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، دست‌زد ناکافی، وقت‌گیر بودن (26)

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

بحث:

این مطالعه بیانگر این واقعیت است که عوامل متعددی می‌توانند وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. تنوع 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) بی‌اهمیت بودن دندان‌های شیری نزد 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 دندان کودکان خردسال نیستند. مرور مطالعات حاضر بر کمبود فرصت 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 ارائه‌دهندگان 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). 35، (40) لذا به نظر می‌رسد آموزش مناسب والدین و ارائه‌دهندگان 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

دندان‌پزشک و سروصدای وسایل دندان‌پزشکی، از جمله موانع مراجعه کودکان به دندان‌پزشک گزارش شده بود. از این رو اتخاذ تدابیری 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 موفقیت به روش منطقی تری انتخاب می‌گردند.

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، استراتژی‌هایی را جهت غلبه بر موانع انجام رفتارهای بهداشتی 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 توسط گروه‌های هدف باشد؛ به طوری که انجام آن برای آنان مقرون 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 مطرح‌شده 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.

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 Oro-dental 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.

- 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, Shojaezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini 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, Shojaezadeh 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, Shojaezade 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, Faradmaj 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.