

مقایسه آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان عمومی، پزشکان متخصص کودکان و دندانپزشکان عمومی شهر تبریز در مورد سلامت دهان و دندان کودکان

علی وفایی^۱، لیلا عرفان پرست^۲، مهسا کریم اوغلی^۳، علی زرنندی^{۴*}

- ۱- استادیار، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۲- دانشیار، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۳- دکترای عمومی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۴- استادیار، گروه آموزشی پرودنتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این تحقیق بررسی سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بین پزشکان متخصصین کودکان، پزشکان عمومی و دندانپزشکان عمومی در مورد سلامت دهان و دندان کودکان در شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی مقطعی ۲۲۵ نفر (۷۵ پزشک متخصص اطفال، ۷۵ پزشک عمومی و ۷۵ دندانپزشک عمومی) پرسشنامه ای در سه قسمت آگاهی (۸سوال)، نگرش (۱۲سوال) و عملکرد (۶سوال) را پاسخ دادند. نتایج با روش های آماری توصیفی، آزمون تحلیل واریانس یکطرفه توسط SPSS21 بررسی شد. ($P < 0.05$)

یافته ها: در مجموع نمره آگاهی و نگرش هر سه گروه بالا بود هرچند که در برخی موارد مثل پوسیدگی زا بودن تغذیه طولانی از سینه مادر، تغذیه شبانه از شیر یا مایعات قندی هر سه گروه نمره پایینی کسب نمودند. عملکرد پزشکان عمومی و متخصصین کودکان به طور چشمگیری پایین بود.

نتیجه گیری: با توجه با آگاهی بالا، عملکرد و نگرش پایین در شرکت کنندگان، نیاز به باز آموزی روش های تجویز فلوراید سیستمیک مشاهده شد. پایین بودن عملکرد ضعیف پزشکان عمومی و متخصصان اطفال، همکاری بین گروهی پزشکی و دندان پزشکی، پزشکان و متخصصان بیشتر با روش های معاینه، تشخیص پوسیدگی، پوسیدگی زودرس کودکان در طول تحصیل الزامی می باشد.

کلید واژه ها: آگاهی، نگرش، عملکرد، پزشکان عمومی، متخصصین کودکان، کودکان

وصول مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

نویسنده مسوول: دکتر علی زرنندی dr.alizarandi@gmail.com

مقدمه

تکامل جسمی کودک در حال رشد را تحت تاثیر قرار داده و همچنین منجر به تنزل کیفیت زندگی کودک میگردد (۱)(۲) از طرفی، یکی از فاکتورهای مهم که در موفقیت دندانپزشکی پیشگیری نقش بسزایی دارد، آگاهی و عملکرد

علیرغم بهبود وضعیت بهداشت دهان و دندان در سطح دنیا، پوسیدگی دندانی یکی از شایع ترین بیماری های مزمن دوران کودکی است. پوسیدگی دندانهای شیری

گروه‌های مختلف سیستم پزشکی درگیر در زمینه سلامت کودکان می باشد. اولین ملاقات دندانپزشکی کودک یکی از موارد مهمی است که می تواند سلامت کلی کودک را تحت تاثیر قرار داده و سلامت دهانی خوب آینده او را تضمین نماید. از این رو انجمن دندانپزشکان کودکان آمریکا سال اول زندگی را بهترین زمان برای اولین بررسی و معاینه دهانی پیشنهاد نموده اند که می تواند باعث تشویق والدین برای پیگیری برنامه های منظم بهداشتی شده و این امکان برای دندانپزشک فراهم گردد که با استفاده از راهنمای پیشگیرانه (anticipatory guidance) کودکان دارای ریسک بالای پوسیدگی را غربالگری نموده و راهنمایی های لازم را به والدین کودک ارائه دهد (۳-۶) پزشکان خانواده و متخصصین کودکان به علت تماس مکرر با خانواده های دارای فرزندان سنین پایین می توانند نقش و جایگاه ویژه ای در پیشگیری از بیماری های دهان و دندان دوران کودکی ایفاء نمایند (۷). در کشورهای در حال توسعه با کمبود امکانات و نیروی انسانی مشغول به کار در حوزه سلامت دهان و دندان، پزشکان عمومی به عنوان خط اول مراجعات مردم برای بررسی و درمان مشکلات دهانی بوده و می توانند با ارجاع صحیح آنها به سرویس های مختلف حوزه سلامت دهان و دندان بسیاری از مشکلات آنها را حل و فصل نمایند. ارجاع صحیح بیمار توسط پزشکان عمومی به دندانپزشکان زمانی صورت خواهد گرفت که پزشک خانواده دارای دانش کافی و نگرش و

عملکرد مناسب در زمینه حداقل های ضروری متضمن سلامت دهان و دندان باشد، چرا که در غیر این صورت تشخیص بیماری و ضرورت ارجاع بیمار احساس نشده و مشکل دهانی فرد رفته رفته بغرنج تر خواهد گردید. پزشکان عمومی در مطالعه ای معتقدند که (فقط ۶ درصد) تغذیه از سینه مادر با رویش اولین دندان شیری باید متوقف شود و فقط ۱۵ درصد تغذیه از سینه مادر را عامل ECC در کودکان می دانند (۸). در تحقیق دیگر، متخصصان کودک با ۷۰ درصد از خطرزا بودن تغذیه از سینه مادر آگاه اند ولی فقط ۲۷ درصد پزشکان عمومی تغذیه از سینه مادر را عامل خطر در بیماریهای دهان دندان می دانند (۷). عادت های مکیدن غیر تغذیه ای شامل مکیدن انگشت، پستانک و ... در صورت ادامه یافتن باعث باعث آنومالی هایی در فک و مال اکلوژن می شود (۹). Borrie FR و همکاران عنوان کردند که باید برای ترک این عادت به متخصصان اطفال یا ارتو ارجاع دهند (۹). با توجه به اینکه سوالها و چالش های اساسی در ارتباط با نحوه ارجاع، افراد مسئول در بررسی و ارجاع کودکان سنین زیر سه سال برای ارزیابی های دهانی و دندانی همیشه در هاله ای از ابهام بسر می برد و همچنین میزان آگاهی، نگرش و نحوه عملکرد متخصصان کودکان، پزشکان عمومی مشغول در سیستم پزشک خانواده و دندانپزشکان عمومی می تواند تاثیر بسیار مهمی در برنامه های پیشگیری از بیماری های دهان و دندان کودکان داشته

باشد، در این مطالعه به بررسی و همچنین مقایسه میزان آگاهی، نگرش و نحوه عملکرد پزشکان عمومی، پزشکان متخصص کودکان و دندانپزشکان عمومی در زمینه سلامت دهان و دندان پرداخته شده است تا بحث مهم پیشگیری در حوزه مشکلات دهانی و دندانی از سنین پایین و کاهش تحمیل هزینه های کلان درمانهای دندانی بر دوش خانوارها، بررسی شود.

مواد و روشها:

نوع مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی تحلیلی (analytic study) بود. جامعه آماری شامل پزشکان عمومی، پزشکان متخصص کودکان و دندانپزشکان عمومی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بود. حجم نمونه با استفاده از مطالعه مشابه انجام شده توسط Preeti Prakash و همکاران به دست آمد (۱۰). در کل ۲۲۵ نفر شامل ۷۵ پزشک عمومی، ۷۵ پزشک متخصص اطفال و ۷۵ دندانپزشک عمومی شرکت نمودند. ابزارگردآوری اطلاعات پرسشنامه ای شامل سوالات close بود که در اختیار سه گروه شرکت کننده در مطالعه قرار گرفت. پرسشنامه دارای چهار بخش بود که قسمت اول سوالات مربوط به آگاهی (۸ سوال)، قسمت دوم سوالات مربوط به نگرش (۱۲ سوال)، قسمت سوم سوالات مربوط به عملکرد (۶ سوال) و در نهایت قسمت چهارم شامل دو سوال در خصوص اینکه اطلاعات خود را در زمینه سلامت دهان کودکان از کجا کسب می کنند و اینکه نیاز به اطلاعات بیشتر دارند یا خیر می باشد. در پاسخ

سوالات در قسمت سوالات آگاهی، برای هر پاسخ صحیح نمره یک و برای هر پاسخ غلط نمره صفر اختصاص داده شد. روایی محتوایی پرسشنامه حاضر بر اساس نظر پانل ۴ نفره شامل سه متخصص دندانپزشک اطفال و استاد فیزیولوژی پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی تبریز به غیر از نویسندگان مقاله بررسی و پس از انجام اصلاحات لازم تایید گردید. به علاوه پرسشنامه حاضر در مطالعه ای که در سال ۸۸ در بخش اطفال دانشکده دندانپزشکی تبریز صورت گرفته بود بررسی و روائی محتوایی آن تائید گردیده بود. برای بررسی پایایی همسانی درونی مقیاس های پرسشنامه از آزمون کرونباخ استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ برابر ۰/۶ (مقیاس آگاهی)، ۰/۶۲ (مقیاس نگرش) و ۰/۶۵ (عملکرد) و پایایی در حد متوسط تعیین گردید. در مجموع پایایی همسانی درونی کل پرسشنامه تایید گردید.

روشهای آماری:

جهت گزارش یافته ها از فراوانی (درصد) استفاده شده است و برای مقایسه آنها بین گروه های مطالعه از آزمون کای دو و در صورت برقرار نبودن شرایط کوکران از آزمون دقیق استفاده خواهد شد. کنترل مخدوشگرها با رگرسیون لجستیک صورت گرفت. تحلیل ها با نرم افزار SPSS21 انجام شده است. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی دار تلقی شد.

جدول ۱: آنالیز پرسشنامه آگاهی شامل ۸ سوال در سه گروه پزشک عمومی، متخصص کودکان و دندانپزشک عمومی

سوالات آگاهی	پزشک عمومی		متخصص کودکان		دندانپزشک عمومی		مجموع پاسخ های صحیح	آزمون کای دو
	غلط	صحیح	غلط	صحیح	غلط	صحیح		
آناتومی حفره دهان دندان جز عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندان می باشد.	۹ (۱۲٪)	۶۶ (۸۸٪)	۷ (۹/۳٪)	۶۸ (۹۰/۷٪)	۱۲ (۱۷/۳٪)	۶۲ (۸۲/۷٪)	بالای ۸۰٪	P = 0.3
تکرار مصرف مواد قندی جز عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندان می باشد.	۱۱ (۱/۳٪)	۷۴ (۹۸/۷٪)	۳ (۴٪)	۷۲ (۹۶٪)	۳ (۴٪)	۷۲ (۹۶٪)	بالای ۹۰٪	P=0/55
تغذیه از شیشه شیر جز عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندان می باشد	۹ (۱۲٪)	۶۶ (۸۸٪)	۴ (۵/۳٪)	۷۱ (۹۴/۷٪)	۱۲ (۱۶٪)	۶۳ (۸۴٪)	بالای ۸۰٪	P=0/11
تغذیه از سینه مادر جز عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندان می باشد	۶۵ (۸۶/۷٪)	۱۰ (۱۳/۳٪)	۷۲ (۹۶٪)	۳ (۴٪)	۵۳ (۷۱/۶٪)	۲۱ (۲۸/۴٪)	-	p=0/0*
عادت مکیدن غیرتغذیه ای جز عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندان می باشد	۱۳ (۱۷/۳٪)	۶۲ (۸۲/۷٪)	۱۳ (۱۷/۳٪)	۶۲ (۸۲/۷٪)	۵ (۶/۷٪)	۷۰ (۹۳/۳٪)	بالای ۸۰٪	P=0/09
عدم مسواک زدن در سنین خردسالی جز عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندان می باشد	۲ (۲/۷٪)	۷۳ (۹۷/۳٪)	۱۱ (۱/۳٪)	۷۴ (۹۸/۷٪)	۵ (۶/۷٪)	۷۰ (۹۳/۳٪)	بالای ۹۰٪	P=0/18
عدم دسترسی به فلوراید جز عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندان می باشد	۲ (۲/۷٪)	۷۳ (۹۷/۳٪)	۵ (۶/۷٪)	۷۰ (۹۳/۳٪)	۹ (۱۲٪)	۶۶ (۸۸٪)	بالای ۹۰٪	P=0/08
دندانهایی که در موقعیت نادرست روئیده اند جز عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندان می باشد	۵ (۶/۷٪)	۷۰ (۹۳/۳٪)	۶ (۸٪)	۶۹ (۹۲٪)	۵ (۶/۷٪)	۷۰ (۹۳/۳٪)	بالای ۹۰٪	P=0/93

* معنی داری (P < 0.05)

ملاحظات اخلاقی :

افراد شرکت کننده در مطالعه بعد از توضیح هدف و کلیات مطالعه، در صورت تمایل وارد مطالعه شدند و اطلاعات شخصی افراد در طول مطالعه کاملاً محرمانه بود یافته ها:

بر اساس آزمون کای دو تفاوت معنی داری بین پاسخ سه گروه از نظر میزان آگاهی در سوالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۸ مشاهده نشد. اما هر سه گروه به سوال ۴ با درصد بالایی پاسخ اشتباه داده بودند ولی تفاوت بین گروه ها از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/0$) و میزان آگاهی در این سوال در دندانپزشکان عمومی < پزشکان عمومی < متخصصین کودک بود (جدول ۱).

بر اساس آزمون کای دو تفاوت معنی داری بین پاسخ ها در سوالات نگرش در سه گروه وجود نداشت به جز سوال ۶ که در این سوال پزشکان عمومی و متخصصین اطفال با درصد بیشتری به این سوال پاسخ صحیح داده بودند همچنین در سوال ۳ بیشترین پاسخ غلط مربوط به پزشکان عمومی با ۳۳ درصد غلط بود (جدول ۲).

بر اساس آزمون کای دو تفاوت در سوالات عملکرد معنی دار بود. در سوال ۲ میزان عملکرد در دندانپزشکان عمومی < متخصص کودکان < پزشک عمومی بود. در مجموع فقط ۶۰ درصد گروه های مورد مطالعه معاینات مرتبط با سلامت دهان دندان کودکان خردسال را به طور روتین انجام می دادند. در سوال ۴ میزان عملکرد در دندانپزشکان عمومی < متخصص کودکان < پزشک عمومی بود. در سوال ۵ میزان عملکرد در دندانپزشکان عمومی < متخصص کودکان < پزشک عمومی بود. در مجموع ۴/۸

درصد گروه های مورد بررسی استفاده موضعی فلوراید را به والدین کودکان خردسال توصیه می کردند. در سوال ۶ بین سه گروه دندانپزشکان عمومی با ۷۰/۷ درصد بیشترین گروه بودند که والدین را به ملاقات دندانپزشکی قبل یک سالگی ترغیب می کردند و عملکرد بهتری داشتند. متخصصان کودک با ۵۷/۳ درصد و پزشکان عمومی با ۴۸ درصد در رده های بعدی قرار داشتند (جدول ۳).

پس از مقایسه تک تک سوالات بین گروه ها برای مقایسه نمره کلی آگاهی، نگرش و عملکرد بین گروه ها از تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شده است (جدول ۴). دامنه نمرات آگاهی صفر تا ۸، نگرش صفر تا ۱۲ و عملکرد صفر تا ۶ بود. در مورد مقایسه میانگین نمرات بین دندانپزشکان، متخصص کودکان و پزشکان عمومی مشخص شد که برای نمره آگاهی و نگرش اختلاف معنی داری بین سه گروه وجود نداشت ولی در مورد نمره عملکرد بین سه گروه اختلاف معنی داری وجود داشت و میانگین نمره عملکرد دندان پزشکان به طور معنی داری بالاتر از دو گروه دیگر است ($P<0.001$).

منبع کسب اطلاعات، در بیشتر متخصص کودکان مجلات علمی (۳۲درصد) ، دندانپزشکان عمومی دروس دانشگاهی (۹۳/۳درصد) و دندانپزشکان عمومی دوره های باز آموزی (۳۸.۷درصد) بود. پزشکان عمومی (۲۴درصد) و متخصصان کودکان کمترین میزان بهره مندی از دوره های باز آموزی را عنوان کردند. ۹۰ درصد متخصص کورکان، ۸۶ درصد دندانپزشکان عمومی و ۸۴ درصد پزشکان عمومی اذعان به نیاز به اطلاعات بیشتر کردند (جدول ۵).

جدول ۲: آنالیز پرسشنامه نگرش شامل ۱۲ سوال در سه گروه پزشک عمومی، متخصص کودکان و دندانپزشک عمومی

سوالات نگرش	پزشک عمومی		متخصص کودکان		دندانپزشک عمومی		مجموع پاسخ های صحیح	آزمون کای دو
	غلط	صحیح	غلط	صحیح	غلط	صحیح		
پوسیدگی قابل پیشگیری است	صفر	۷۵ (٪۱۰۰)	صفر	۷۵ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱/۳)	۷۴ (٪۹۸/۷)	بالای ۹۰٪	P=0/36
درمان دندانهای شیری لازم است.	۱ (٪۱/۳)	۷۴ (٪۹۸/۷)	۳ (٪۴)	۷۲ (٪۹۶)	صفر	۷۵ (٪۱۰۰)	بالای ۹۰٪	P=0/16
قطره آهن موجب پوسیدگی می شود	۲۵ (٪۳۳/۳)	۵۰ (٪۶۶/۷)	۱۷ (٪۲۲/۷)	۵۸ (٪۷۷/۳)	۱۶ (٪۲۱/۳)	۵۹ (٪۷۸/۷)		p=0/18
بهداشت دهان در پیشگیری از پوسیدگی دندان مهم است	صفر	۷۵ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱/۳)	۷۴ (٪۹۸/۷)	۱ (٪۱/۳)	۷۴ (٪۹۸/۷)	بالای ۹۰٪	P=0/6
فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی دندان مهم است.	صفر	۷۵ (٪۱۰۰)	۱ (٪۱/۳)	۷۴ (٪۹۸/۷)	۲ (٪۲/۷)	۷۳ (٪۹۷/۳)	بالای ۹۰٪	P=0/36
پزشکان متخصص کودک باید حفره دهان را معاینه کنند	۳ (٪۴)	۷۲ (٪۹۶)	۲ (٪۲/۷)	۷۳ (٪۹۷/۳)	۹ (٪۱۲)	۶۶ (٪۸۸)	-	P=0/03*
ویزیت های دندانپزشکی در پیشگیری از بیماری دهان مهم است	صفر	۷۵ (٪۱۰۰)	صفر	۷۵ (٪۱۰۰)	۲ (٪۲/۷)	۷۳ (٪۹۷/۳)	بالای ۹۰٪	P=0/13
ژنژیویت قابل پیشگیری است	۶ (٪۸)	۶۹ (٪۹۲)	۷ (٪۹/۳)	۶۸ (٪۹۰/۷)	۲ (٪۲/۷)	۷۳ (٪۹۷/۳)	بالای ۹۰٪	P=0/22
ناهنجاریهای دهانی-دندانی قابل پیشگیری است	۱۵ (٪۲۰)	۶۰ (٪۸۰)	۲۲ (٪۲۹/۳)	۵۳ (٪۷۰/۷)	۲۱ (٪۲۸)	۵۴ (٪۷۲)	٪۷۴	P=0/36
پزشکان متخصص کودک نقش مهمی در پیشگیری از بیماریهای دهان دارند	۹ (٪۱۲)	۶۶ (٪۸۸)	۳ (٪۴)	۷۲ (٪۹۶)	۹ (٪۱۲)	۶۶ (٪۸۸)	بالای ۹۰٪	P=0/15
بهترین زمان شروع مسواک زدن دندان های خردسالان(توسط والدین)با رویش اولین دندان شیری است	۱۱ (٪۱۴/۷)	۶۴ (٪۸۵/۳)	۶ (٪۸)	۶۹ (٪۹۲)	۴ (٪۵/۳)	۷۱ (٪۹۴/۷)	بالای ۹۰٪	P=0/36
نوشیدن شیر شبانه توسط خردسالان می تواند باعث پوسیدگی دندانی شود	۲۳ (٪۳۰/۷)	۵۲ (٪۶۹/۳)	۱۷ (٪۲۲/۷)	۵۸ (٪۷۷/۳)	۱۰ (٪۱۳/۳)	۶۵ (٪۸۶/۷)	بالای ۹۰٪	P=0/03*

بحث

بدون در نظر گرفتن این مطلب که تکرار مصرف شیر هم در افزایش استرپتوکوک موتانس در محیط دهان و هم در افزایش حملات اسیدی و ایجاد پوسیدگی فراگستر بر می-گردد (۱۴).

تاثیر مسواک زدن نیز در جلوگیری از پوسیدگی در این مطالعه تایید شد که هم راستا با مطالعه Di Giuseppe و همکاران بود (۱۲).

همچنین دسترسی به فلوراید نیز در سلامت دهان دندان مشخص شد که همسو با نتایج مطالعه Swigonski و همکاران بود (۱۵). این مطلب نشان دهنده این است که تقریباً می توان فهمید اکثر رشته های علوم پزشکی مرتبط با دندانپزشک به نقش فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی دندانی پی برده اند و تجویز آن را پیشنهاد می کنند. رویش دندانها در موقعیت نادرست نیز جزو عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهانی دندانی گزارش شد که در مطالعه Di Giuseppe و همکاران نیز متخصصان با ۹۱ درصد پاسخ درست این مطلب را تایید کرده اند (۱۲).

در بررسی نمره کلی کسب شده در زمینه آگاهی، هر سه گروه از آگاهی قابل قبولی برخوردار بودند و میانگین نمره آگاهی آنها ۶/۵ از ۸ بود و میانگین آگاهی هر سه گروه با هم تفاوت معنی داری نداشت. اکثر مطالعات انجام شده در قسمت های مختلف دنیا نیز میزان آگاهی پزشکان عمومی و متخصصین کودکان در زمینه سلامت دهان دندان را بالا ارزیابی کرده اند (۱۶). همچنین مشخص شده که و نهایت رغبت آنها فقط در حد معاینه دهان و ارجاع فرد به سیستم دندانپزشکی بوده و در زمینه عملکرد و آموزش بهداشتی به فرد چندان تمایلی وجود نداشت (۱۲).

با توجه به داده های آماری و آنالیز های انجام شده به بررسی و تحلیل نتایج پرداخته شده است:

میزان آگاهی گروه های مورد مطالعه:

در این قسمت عوامل خطر در ایجاد مشکلات دهان- دندان بررسی شد. هر سه گروه آگاهی بالایی داشتند و در بررسی تک تک سوالات آگاهی، در بعضی سوال ها نمره آگاهی افراد گروه های مختلف با هم تفاوت معنی داری نشان داد.

نقش آناتومی حفره دهانبر ایجاد مشکلات دهانی دندانی با درصد بالایی تایید شد که مشابه با یافته های مطالعه sabbagh و همکاران بود (۱۱). با درصد بالایی تایید شد که تکرار مصرف مواد قندی تاثیر بسزائی در پوسیدگی زایی دهان دارد که مشابه با نتایج مطالعات قبلی بود (۱۲). تمامی گروه ها با درصد بالایی اتفاق نظر داشتند که تغذیه از شیشه شیر تاثیر بسزائی در سلامت دهانی فرد دارد، اما در مطالعه متخصصان کودکان در ایتالیا ، دوسوم (۷۸درصد) تغذیه از شیشه شیر را ریسک فاکتور در بیماریهای دهان دندان و ایجاد مال اکلوژن نمی-دانستند (۱۲). تفاوت در پاسخ به تغذیه از سینه مادر معنی دار بود و کمترین نمره آگاهی مربوط به پزشکان متخصص کودکان بود. باوجودی که در کتب درسی دوره تخصص به فواید شیر ولزوم استفاده از آن اشاره شده است ولی به خطر زابودن تغذیه طولانی با شیر برای دندان-ها اشاره ای نشده است (۱۳). در کل هر سه گروه نمره پایینی داشتند به نظر می رسد که این مسئله به باور علمی هر سه گروه در ارتباط با فواید شیر در رشد و نمو کودک

جدول ۳: آنالیز پرسشنامه عملکرد شامل ۶ سوال در سه گروه پزشک عمومی، متخصص کودکان و دندانپزشک عمومی

آزمون کای دو	دندانپزشک عمومی		متخصص کودکان		پزشک عمومی		سوالات عملکرد
	صحیح	غلط	صحیح	غلط	صحیح	غلط	
P=0/04*	۷۲) (٪۹۶)	۳ (٪۴)	۶۲ (٪۸۳/۸)	۱۲ (٪۱۶/۲)	۶۵ (٪۸۶/۷)	۱۰ (٪۱۳/۳)	آیا در مورد عادات تغذیه ای مرتبط با سلامت دهان دندان کودکان به والدین توصیه های لازم را می دهید؟
P=0/001*	۵۸ (٪۷۷/۳)	۱۷ (٪۲۲/۷)	۴۱ (٪۵۴/۷)	۳۴ (٪۴۵/۳)	۳۶ (٪۴۸)	۳۹ (٪۵۲)	آیا معاینات مرتبط با سلامت دهان دندان کودکان خردسال را به طور روتین انجام می دهید؟
P=0/00*	۶۳ (٪۸۴)	۱۲ (٪۱۶)	۴۳ (٪۵۷/۳)	۳۲ (٪۴۲/۷)	۳۵ (٪۴۶/۷)	۴۰ (٪۵۳/۳)	آیا روش های تمیز کردن دندان هاو حفظ بهداشت دهان کودکان خردسال را به والدین آموزش می دهید؟
P=0/04*	۱۰ (٪۱۳/۳)	۶۵ (٪۸۶/۷)	۵ (٪۶/۷)	۷۰ (٪۹۳/۳)	۲ (٪۲/۷)	۷۳ (٪۹۷/۳)	آیا قرص فلوراید برای کودکان تجویز می کنید؟
P=0/00*	۵۲) (٪۶۹/۳)	۲۳ (٪۳۰/۷)	۳۲ (٪۴۲/۷)	۴۳ (٪۵۷/۳)	۲۵ (٪۳۳/۳)	۵۰ (٪۶۶/۷)	آیا استفاده موضعی فلوراید را به والدین کودکان خردسال توصیه می کنید؟
P=0/01*	۵۳ (٪۷۰/۷)	۲۲ (٪۲۹/۳)	۴۳ (٪۵۷/۳)	۳۲) (٪۴۲/۷)	۳۶ (٪۴۸)	۳۹ (٪۵۲)	آیا والدین را به ملاقات دندانپزشکی قبل یک سالگی ترغیب می کنید؟

* معنی داری (P < 0.05)

جدول ۴: میانگین (انحراف معیار) نمرات عملکرد، نگرش و آگاهی

	تعداد	میانگین (انحراف معیار)		
		نمرات آگاهی	نمرات نگرش	نمرات عملکرد
دندانپزشک عمومی	۷۵	۶/۵ (۱/۱)	۱۰/۹ (۱/۱)	۴/۱ (۱/۳)
متخصص کودکان	۷۵	۶/۵ (۰/۸)	۱۰/۹ (۱/۱)	۳ (۱/۴)
پزشک عمومی	۷۵	۶/۵ (۰/۹)	۱۰/۷ (۱/۲)	۲/۶ (۱/۵)
جمع	۲۲۵	۶/۵ (۰/۹)	۱۰/۸ (۱/۰/۸)	۲/۳ (۱/۵)

میزان نگرش گروه های مورد مطالعه:

قابل پیشگیری بودن پوسیدگی، درمان دندانهای شیری توسط هر سه گروه تایید شد که همسو با مطالعات دیگر بود (۱۲)(۷). تحقیقات نشان داده است که ۸۰ درصد متخصصان و ۶۰ درصد پزشکان عمومی در مورد اهمیت دندانهای شیری و لزوم معاینه آنها آگاهی دارند (۷)(۱۰). بیشترین پاسخ غلط در مورد نقش قطره آهن در پوسیدگی مربوط به پزشکان عمومی بود. هر سه گروه با درصد بالایی نگرشی مثبت به نقش رعایت بهداشت دهان در پیشگیری از پوسیدگی داشتند که همسو با نتایج مطالعات قبلی بود (۱۲)(۱۶،۱۷). مطالعه Bloom و همکاران نشان داد کودکانی که در دندانهای شیری پوسیدگی کمتری و بهداشت دهان دندان بالایی دارند در دنداهای دائمی نیز پوسیدگی کمتری خواهند داشت (۱۸). اکثر پزشکان و دندانپزشکان مورد مطالعه هم آگاهی و هم نگرش بالایی نسبت به نقش فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی و سلامت دهان دندان داشتند. دندانپزشکان معاینه دهان کودکان را بیشتر بر عهده گروه دندانپزشکی می دانند. در مطالعه Di Giuseppe نیز ۹۴/۸ درصد متخصصان مورد مطالعه خود را مسئول پیشگیری از بیماریهای دهان دندان کودکان می دانستند و معتقد بودند دهان بیماران را باید حین معاینه پزشکی بررسی کنند، افرادی که نمره آگاهی بالاتری کسب کرده بودند عملکرد بهتری در این زمینه داشتند (۱۲). هر سه گروه با درصد نگرش بالایی ژنژیویت را قابل پیشگیری اذعان کردند ولی در مطالعه متخصصین ایتالیا، فقط ۲۸ درصد متخصصان ژنژیویت را

قابل پیشگیری می دانستند (۱۲). فقط ۷۲ درصد دندانپزشکان مال اکلوژن را قابل پیشگیری می دانستند، انتظار میرفت دندانپزشکان با توجه به آموزش هایی که دیده اند درصد بالاتری کسب کنند. در مطالعه Di Giuseppe نیز فقط ۴۴ درصد متخصصان کودک مال اکلوژن را قابل پیشگیری می دانستند (۱۲). اکثر افراد مخالف مال اکلوژن را یک بیماری ارثی غیر قابل پیشگیری میدانستند حال آنکه مال اکلوژن یک بیماری مولتی فاکتریال است و عوامل ارثی و محیطی در ایجاد آن نقش دارند و با تشخیص سریع و درمان زود هنگام می توان از شدت آن کاست و از ایجاد مشکلات جانی و مالی بیشتر در آینده پیشگیری کرد. هر سه گروه با درصد نگرش بالایی به نقش پزشکان متخصص کودکان در رابطه با تشخیص پوسیدگی اشاره کردند. مطالعه Lewis و همکاران نیز همسو با نتایج ما بود و بیش از ۹۰ درصد متخصصان کودک موافق نقش پزشکان متخصص در تشخیص پوسیدگی و ارجاع به موقع بودند (۱۹). هر سه گروه با درصد نگرش بالایی موافق شروع مسواک زدن دندان های خردسالان (توسط والدین) با رویش اولین دندان شیری بودند در حالی که در مطالعه Lewis و همکاران ۶۰ درصد متخصصان مخالف شروع مسواک با روئیدن اولین دندان شیری بودند (۱۹). دندانپزشکان درصد نگرش بالاتری نسبت به دو گروه دیگر در مورد اثر نوشیدن شیر شبانه توسط خردسالان در پوسیدگی دندانی داشتند. با توجه به اینکه شرکت کنندگان از آگاهی پایینی در مورد پوسیدگی زا بودن شیر و تغذیه از سینه

مادر داشتند این نتیجه غیر قابل انتظار نبود. همانطور که قبلاً اشاره شد در مراجع و کتب اطفال رشته پزشکی به کرات به فواید تغذیه از سینه مادر اشاره شده است ولی هیچ اشاره ای به تاثیر تغذیه طولانی با شیر بر دندان ها و پوسیدگی آنها نشده است (۱۳) حال آنکه یکی از دلایل ECC قرار گرفتن دندان در طول شب در کنار شیر یا مایعات شیرین داخل شیشه شیر است. اطلاعات گروه‌های بین بخشی در این باره باید افزایش داده شود تا والدین را از این خطر آگاه کنند و حداقل امکان پس از هربار شیر دادن اقدام به تمیزکردن دهان کنند (۸) و این آموزش باید در کتب دانشگاهی پزشکان وارد شود.

میزان عملکرد گروه های مورد مطالعه:

دندانپزشکان عملکرد بالایی در مورد ارائه توصیه عادات تغذیه ای مرتبط با سلامت دهان دندان کودکان به والدین داشتند. اما متخصصین اطفال پایین ترین عملکرد را داشتند که به دلیل حجم کاری زیاد و نبود وقت متخصصان، مشاوره در مورد عادت های تغذیه ای موثر بر سلامت دهان دندان را کمتر انجام می دهند.

دندانپزشکان عملکرد بالایی در انجام معاینات مرتبط با سلامت دهان دندان کودکان خردسال داشتند. متخصصان کودک با ۵۴ درصد و پزشکان عمومی با ۴۸ درصد در رده های بعدی قرار داشتند. با وجودی که اکثر متخصصان مورد بررسی ما در سوال نگرش به مسئولیت خود در معاینه دهان دندان کودکان حین معاینه روتین اذعان کرده بودند ولی در عمل رغبتی به این کار نداشتند. تناقضی که بین نگرش و عملکرد متخصصان در

این رابطه وجود داشت شاید به دلیل حجم بالای کاری و توجه نکردن به سیاست معاینه و ارجاع در کشور باشد. مطالعه De la cruz نشان داد که ۹۵ درصد شرکت بررسی دهان بیماران را انجام داده و ۹۴ درصد نیز کودکان مشکل دار را ارجاع و حتی نصف این افراد از دندانپزشک برای بیمار خود وقت ملاقات گرفته اند (۲۰). در مطالعه Lewis و همکاران و Di Giuseppe و همکاران نیز متخصصان عملکرد چشمگیری در معاینه دهانی و ارجاع کودکان داشتند (۱۲). از این رو به نظر میرسد باید تغییراتی در سیستم درمانی کشور داده شود و متخصصان اطفال و پزشکان به معاینه بیشتر دهان کودکان ترغیب شوند.

دندانپزشکان عملکرد بالاتری در آموزش روش های تمیز کردن دندان ها و حفظ بهداشت دهان کودکان خردسال را به والدین را داشتند. عملکرد متخصصان پایین تر از حد انتظار بود در حالی که در مطالعه Lewis و همکاران ۷۱ درصد متخصصان (۲۱) و در مطالعه Di Giuseppe و همکاران ۷۶ درصد متخصصان آموزش های لازم را می دادند (۱۲) به نظر می رسد شانه خالی کردن متخصصان از معاینه دهان کودکان و آموزش بهداشت دهان دندان به والدین سبب کاهش عملکرد در این مورد نیز شده است. پزشکان عمومی نیز معمولاً خود را مسئول این کار نمی دانستند و در صورت بروز مشکل به متخصصان یا دندانپزشک ارجاع می دادند.

دندانپزشکان عملکرد بالاتری در تجویز قرص فلوراید برای کودکان داشتند. یکی از دلایل عملکرد پایین افراد

تحصیلی در دانشگاه ها را دلیل اصلی این علت بیان کرده بودند(۸)(۲۲) اما در رابطه با متخصصین کودک به نظر میرسد تناقضی که در کتب آموزشی آنها مبنی بر اولین ملاقات دندانپزشکی قبل از سه سالگی با منابع دندانپزشکی وجود دارد سبب عملکرد غیر قابل قبول آنها در این مورد شده است(۴۲). مطالعه Lewis و همکاران نیز عملکرد پایینی پزشکان و متخصصان کودکان را نشان داد، افراد مورد مطالعه از توصیه جدید آکادمی دندانپزشکان آمریکا آگاه نبودند یا در صورت آگاهی با آن موافق نبودند زیرا سن اولین ملاقات دندانپزشکی را زیر سه سال آموخته بودند(۱۹) اولین ملاقات دندانپزشکی کودک یکی از موارد مهمی است که می تواند سلامت کلی کودک را تحت تاثیر قرار داده و سلامت دهانی خوب آینده او را تضمین نماید. از این رو انجمن دندانپزشکان کودکان آمریکا سال اول زندگی را بهترین زمان برای اولین بررسی و معاینه دهانی پیشنهاد نموده اند که می تواند باعث تشویق والدین برای پیگیری برنامه های منظم بهداشتی شده و این امکان برای دندانپزشک فراهم گردد که با استفاده از راهنمای پیشگیرانه (anticipatory guidance) کودکان دارای ریسک بالای پوسیدگی را غربالگری نموده و راهنمایی های لازم را به والدین کودک ارائه دهد. با این وجود مطالعات نشان داده اند که درصد کمی (حدود ۵ درصد) از متخصصین کودکان والدین را برای بررسی دندانی کودکان تا یک سالگی ترغیب می-کنند. بیش از دو سوم آنها مراجعه اولیه به دندانپزشک را در سه سالگی و حدود ۹ درصد سنین بالاتر از سه سالگی

عدم آگاهی از اصول و شرایط تجویز قرص فلوراید آکادمی دندانپزشکان آمریکا وعدم آگاهی از فلوراید آب مصرفی در منطقه و اینکه آیا نیاز به تجویز است یا نه رامی توان مطرح کرد. در حالی که در مطالعه Lewis و همکاران ۷۹ درصد متخصصان از فواید فلوراید استحکام دندان ها آگاه بودند و ۷۲/۴ درصد میزان فلوراید دریافتی بیمارانشان را برای نیاز به فلوراید مکمل بررسی می کردند و ۵۰/۹ درصد قرص فلوراید را در صورت نیاز تجویز میکردند(۱۹).

دندانپزشکان عملکرد بالاتری در توصیه استفاده موضعی فلوراید به والدین کودکان خردسال را داشتند. برخلاف عملکرد متخصصان مورد بررسی ما در مطالعه Lewis و همکاران ۷۴ درصد پزشکان متخصص ورنیش فلوراید استفاده می کردند(۱۹). با وجودی که متخصصان و پزشکان عمومی آگاهی بالا و نگرش مثبتی به فواید فلوراید داشتند ولی عملکرد قابل قبولی نشان ندادند، از دلایل عملکرد پایین این دو گروه می توان به نبود مکان مناسب برای ورنیش تراپی، نگذاشتن وقت کافی حین معاینه را مطرح کرد.

دندانپزشکان عملکرد بالاتری در ترغیب والدین به ملاقات دندانپزشکی قبل یک سالگی داشتند. پزشکان عمومی به دلیل نداشتن آموزش کافی در این مورد عملکرد پایینی داشتند، در مطالعات kumara و همکاران و Al Yousef و همکاران نیز پزشکان عمومی آگاهی و عملکرد پایینی در ارجاع بیماران کودک خود قبل از ۱۲ سالگی به دندان پزشکان داشتند هر دو مطالعه کمبود آموزش در دوران

را بهترین سن برای بررسی دندان‌های کودک توسط دندانپزشک در نظر گرفته بودند (۲۰). با وجودی که هر سه گروه آگاهی و نگرش بالایی داشتند عملکردشان پایین بود و این نشان می‌دهد صرفاً آموزش باعث بالابردن توانایی‌های پزشکان و دندانپزشکان در حوزه سلامت دهان دندان نمی‌شود و باید در طول تحصیل اقدام به معاینه دهان کودکان کنند. پزشکان و متخصصان اذعان می‌کردند با وجودی که ریسک فاکتورها را می‌دانند به دلیل آموزش نندیدن و ناتوانی در تشخیص پوسیدگی اقدام به معاینه دهان کودکان نمی‌کنند. این مطلب نشان می‌دهد نیاز به همکاری بیشتری بین سیستم آموزشی پزشکی و دندانپزشکی وجود دارد تا افراد ماهرتری در حوزه سلامت دهان دندان تربیت شوند و بتوانند نقش فعال‌تری در این حوزه داشته باشند. در رابطه با فلوراید و تجویز آن، باز با وجودی که هر سه گروه از فواید فلوراید آگاه بودند ولی در عمل از تجویز سیستمیک و موضعی فلوراید اجتناب میکردند، عدم آگاهی از میزان فلوراید آب مصرفی و ترس از فلوروزیس در دندانهای دائمی یکی دیگر از دلایل عدم استفاده از فلوراید برای بیماران کودک بود. بهتر است شبکه بهداشت و درمان این اطلاعات را در اختیار پزشکان و دندانپزشکان بگذارد تا آنها بدانند که نیاز به تجویز هست یا نه. در آخر از شرکت کنندگان خواسته شد منبع کسب اطلاعاتشان را مشخص کنند. هر سه گروه بادرصد بالایی دانشگاه را منبع کسب اطلاعات خود معرفی کردند. پزشکان عمومی و دندانپزشکان در رده دوم دوره‌های بازآموزی

رامطرح کردند، میتوان با غنی تر کردن دوره های باز آموزی سبب افزایش آگاهی و عملکرد در این دو گروه شد. با توجه به اینکه درصد کمی از پزشکان و متخصصان بعد از فارغ التحصیلی اقدام به افزایش اطلاعات خود از سایر منابع می‌کنند بهتر است توجه به سیستم آموزشی جلب شود و آموزش های متناسب با نیاز جامعه در مورد سلامت کودکان در واحدهای آموزشی این دو گروه وارد گردد. همچنین با افزایش همکاری بین دانشگاه های پزشکی و دندانپزشکی آنها را از نزدیک با معاینه و درمان کودکان آشنا کنند.

محدودیت ها و پیشنهادات:

همانطور که اشاره گردید نحوه گرد آوری اطلاعات در مطالعه ما پرسشنامه ای بود که با وجود مزیت سهولت و سرعت پاسخ گویی و تجزیه و تحلیل داده ها، در مقابل می-تواند پاسخ دهنده را در ارائه پاسخ مناسب محدود کند، یا غرض ورزی در جواب دادن به سوالات ما را از واقعیت دور کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی بیماران و دندان پزشکان نیز وارد مطالعه شوند تا با مقایسه پاسخ پزشکان و بیماران به نتایج مطمئن تری برسیم. مطالعه ما به بررسی سه متغیر آگاهی، نگرش و عملکرد پرداخته بود حال آنکه تعداد سالهای فارغ التحصیلی، ساعت کار در هفته، تعداد بیماران معاینه شده در روز، سن و جنس شرکت کنندگان نیز می‌تواند در نحوه عملکرد آنها تاثیر بگذارد پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی این متغیر ها نیز داخل شوند.

نتیجه گیری:

بهتری داشتند ولی زیاد چشمگیر نبود و نیاز به باز آموزی روش های تجویز فلوراید سیستمیک مشاهده شد. پزشکان عمومی و متخصصان اطفال عملکرد ضعیفی در معاینه روتین دهان بیماران، آموزش بهداشت به والدین، تجویز موضعی و سیستمیک فلوراید و سن اولین ملاقات دندانپزشکی داشتند. با توجه به اینکه هر سه گروه دانشگاه را مهمترین منبع کسب اطلاعات معرفی کرده اند پیشنهاد می شود با همکاری بین گروهی پزشکی و دندان پزشکی، پزشکان و متخصصان بیشتر با روش های معاینه، تشخیص پوسیدگی، پوسیدگی زودرس کودکان در طول تحصیل آشنا شوند تا نقش فعال تری در کمک به دندانپزشکان در حوزه سلامت دهان دندان داشته باشند.

در این مطالعه به بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد متخصصان کودک، پزشکان عمومی و دندانپزشکان در حوزه سلامت دهان دندان کودکان در شهر تبریز پرداخته شد. طبق نتایج هر سه گروه آگاهی قابل قبولی داشتند ولی در مورد تغذیه از سینه مادر به عنوان یک عامل خطر در ایجاد مشکلات دهان دندان نیاز به افزایش آگاهی در هر سه گروه دیده شد. در مورد خطر نوشیدن شیر شبانه و پوسیدگی زا نبودن قطره آهن باید پزشکان عمومی و متخصصان اطفال بیشتر آگاه شوند. برخلاف آگاهی بالا و نگرش مثبت عملکرد قابل قبولی در شرکت کنندگان مشاهده نشد. دندانپزشکان در مقایسه با دو گروه عملکرد

جدول ۵: منابعی که از آن کسب اطلاعات کرده اند

آزمون کای دو	دندانپزشک عمومی		متخصص کودکان		پزشک عمومی		منابع
	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	
P= 0.056	۲۲ (۲۹/۳٪)	۵۳ (۷۰/۷٪)	۲۴ (۳۲٪)	۵۱ (۵۱٪)	۱۲ (۱۶٪)	۶۳ (۸۴٪)	کسانی که مجلات و کتب علمی را منبع کسب اطلاعات خود مشخص کرده اند.
P= 0.003*	۷۰ (۹۳/۳٪)	۵ (۶/۷٪)	۵۶ (۷۴/۷٪)	۱۹ (۲۵/۳٪)	۵۵ (۷۳/۳٪)	۲۰ (۲۶/۷٪)	کسانی که دروس دانشگاهی را منبع کسب اطلاعات خود مشخص کرده اند.
P= 0.06	۷ (۹/۳٪)	۶۸ (۹۰/۷٪)	۸ (۱۰/۷٪)	۶۷ (۸۹/۳٪)	۱۶ (۲۱/۳٪)	۵۹ (۷۸/۷٪)	کسانی که رسانه های گروهی را منبع کسب اطلاعات خود مشخص کرده اند.
P= 0.001*	۲۹ (۳۸/۷٪)	۴۶ (۶۱/۳٪)	۹ (۱۲٪)	۶۶ (۸۸٪)	۱۸ (۲۴٪)	۵۷ (۷۶٪)	کسانی که دوره های باز آموزی را منبع کسب اطلاعات خود مشخص کرده اند.
P=0.4	۶۵ (۸۶/۷٪)	۱۰ (۱۳/۳٪)	۶۸ (۹۰/۷٪)	۷ (۹/۳٪)	۶۳ (۸۴٪)	۱۲ (۱۶٪)	آیا نیاز به اطلاعات بیشتر دارند یا نه؟

* معنی داری (P < 0.05)

References

- 1.Barbosa TS, Gavião MB. Oral health-related quality of life in children: part I. How well do children know themselves? A systematic review. *International journal of dental hygiene*. 2008 May;6(2):93-9. PubMed PMID: 18412720. Epub 2008/04/17. eng.
- 2.Dean JA, Avery DR, McDonald RE. *McDonald and Avery dentistry for the child and adolescent*: Elsevier Health Sciences; 2010.
- 3.Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. Infant oral health education for pediatric and family practice residents. *Pediatric dentistry*. 2005;27(4):284-91.
- 4.Hashim Nainar S, Straffon L. Targeting of the year one dental visit for United States children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003;13(4):258-63.
- 5.Rayner J. The first dental visit: a UK viewpoint. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003;13(4):269-.
- 6.Widmer R. The first dental visit: an Australian perspective. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003;13(4):270-.
- 7.Nammalwar RB, Rangeeth P. Knowledge and attitude of pediatricians and Family Physicians in Chennai on Pediatric Dentistry: A survey. *Dental research journal*. 2012;9(5):561.
- 8.Kumari NR, Sheela S, Sarada P. Knowledge and attitude on infant oral health among graduating medical students in Kerala. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2006;24(4):173.
- 9.Borrie FR, Bearn DR, Innes N, Ihezor E, Ejiogor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. *The Cochrane Library*. 2015.
- 10.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. *Paediatrics & child health*. 2006;11(3):151.
- 11.Sabbagh H, El-Kateb M, Al Nowaiser A, Hanno A, Alamoudi N. Assessment of pediatricians dental knowledge, attitude and behavior in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2011;35(4):371-6.
- 12.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(1):176.
- 13.Kliegman RM. *Nelson textbook of pediatrics*: Saunders Elsevier; 2012.
- 14.Wan AKL, Seow WK, Purdie DM, Bird PS, Walsh LJ, Tudehope DI. Oral Colonization of *Streptococcus mutans* in Six-month-old Preerupted Infants. *Journal of Dental Research*. 2001 December 1, 2001;80(12):2060-5.
- 15.Swigonski NL, Yoder KM, Maupome G, Ofner S. Dental providers' attitudes regarding the application of fluoride varnish by pediatric health care providers. *Journal of public health dentistry*. 2009;69(4):242-7.
- 16.Gonsalves WC, Skelton J, Smith T, Hardison D, Ferretti G. Physicians' oral health education in Kentucky. *Fam Med*. 2004;36(8):544-6.
- 17.Sekhar V, P S, M AE, L S, N B, K R, et al. Knowledge, attitude and practice of school teachers towards oral health in pondicherry. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2014 Aug; 8(8):ZC12-5. PubMed PMID: 25302258. Pubmed Central PMCID:PMC4190784. Epub 2014/10/11. eng.
- 18.Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambulatory pediatrics*. 2002;2(2):141-7.
- 19.Yousef YM. Medical professionals' oral health knowledge, attitudes & related practices performed for high caries-risk children. 2011.
- 20.de la Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of young children by pediatric primary care providers. *Pediatrics*. 2004;114(5):e642-e52.
- 21.Lewis CW, Boulter S, Keels MA, Krol DM, Mouradian WE, O'Connor KG, et al. Oral health and pediatricians: results of a national survey. *Academic Pediatrics*. 2009;9(6):457-61.
- 22.AlYousef Y, Damiano P, Weber G, Gasparoni K, Qian F, Murph J, Nothwehr F. Medical students' child oral-health-related knowledge, practices and attitudes. *European Journal of Dental Education*. 2013;17(4):218-24.