

بررسی تأثیر آموزش مادران بر عملکرد آن‌ها جهت انجام فیشورسیلانت دندان‌های کودکان ۶-۹ ساله شهر اصفهان

دکتر فائزه اسلامی‌پور*، فاطمه ذبیحی^۱

چکیده

مقدمه: با توجه به اثر مثبت آموزش در تغییر رفتار و ارتقای سلامت، در پژوهش حاضر اثر برنامه آموزشی فیشورسیلانت بر رفتار مادران جهت انجام فیشورسیلانت دندان‌های کودکان آن‌ها بررسی گردید

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، ۱۸۰ دانش‌آموز ۶-۹ ساله و مادران آن‌ها در شهر اصفهان در نظر گرفته شدند. کودکان به طور تصادفی به ۳ گروه (دو گروه مداخله و یک گروه شاهد) تقسیم شدند. معیار ورود، داشتن حداقل یک مولر اول دایمی سالم و معیار خروج داشتن سابقه انجام فیشورسیلانت بود. برای مادران یک گروه جلسه آموزشی به صورت سخنرانی به همراه جزوه آموزشی ترتیب داده شد و برای مادران گروه دوم، جزوه آموزشی از طریق پست ارسال گردید. گروه شاهد هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از ۳ ماه، دندان‌های مولر تمام کودکان نمونه از نظر انجام فیشورسیلانت بررسی شد و داده‌ها با استفاده از آنالیزهای توصیفی و Chi-square در سطح اطمینان ۰/۹۵ مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** پس از گذشت ۳ ماه، ۱۱/۷ درصد نمونه‌ها فیشورسیلانت داشتند، از این تعداد ۶۶ درصد از گروه آموزش از طریق سخنرانی و ۳۴ درصد از گروه آموزش از طریق جزوه آموزشی بودند. هیچ کدام از افراد گروه شاهد فیشورسیلانت نداشتند. بین دو گروه مداخله اختلاف معنی‌دار وجود نداشت ($p \text{ value} = ۰/۰۸$) بین دو گروه مداخله با گروه شاهد اختلاف معنی‌دار بود ($p \text{ value} < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آموزش به مادران می‌تواند بر عملکرد آنان جهت مراجعه به دندان‌پزشکی و استفاده از خدمات فیشورسیلانت برای کودکان آن‌ها تأثیر مثبت بگذارد.

کلید واژه‌ها: آموزش، پیش‌گیری، فیشورسیلانت، عملکرد.

* دانشیار، عضو مرکز تحقیقات دندان‌پزشکی ترابی‌نژاد، گروه دندان‌پزشکی جامعه‌نگر، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)
eslamipour@dnt.mui.ac.ir

۱: دانشجوی دندان‌پزشکی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکترای عمومی با شماره ۳۸۹۴۲۸ مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

این مقاله در تاریخ ۹۰/۷/۱۰ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۰/۸/۲ اصلاح شده و در تاریخ ۹۰/۸/۱۷ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان
۱۳۹۰، ویژه‌نامه ۷(۵)، ۸۰۴ تا ۸۰۹

Chapman و همکاران[۴] با مرور بر مقالات، بیان کرده‌اند که آموزش سلامت دهان و دندان در افزایش دانش کودکان موفق بوده است و توانسته تا حدودی رفتارهای سلامت، مانند مسواک زدن و تغذیه سالم را نیز بهبود بخشد. Petersen و همکاران[۵] در پژوهش خود برای ۸۰۳ کودک و والدین آن‌ها برنامه‌های آموزشی تشکیل و پس از ۳ سال رفتار بهداشتی کودکان و دانش و نگرش والدین را سنجیدند که نتایج نشانگر منظم‌تر شدن عادات بهداشتی دهان کودکان و نیز ارتقای دانش و نگرش مادران در رابطه با سلامت دهان و دندان بود. تحقیقی توسط صابر و همکاران[۶] با هدف بررسی تأثیر آموزش در بالا رفتن میزان آگاهی و عملکرد مادران و تأثیر آن بر روی Dmft (Decay, missing, filling teeth) کودکان مقطع آمادگی انجام پذیرفت. نتایج پژوهش نشانگر آن بود که اختلاف معنی‌داری در دانش و عملکرد مادران قبل و بعد از آموزش وجود داشت و آموزش می‌تواند تأثیر زیادی در بالا رفتن میزان آگاهی و عملکرد مادران داشته باشد. نقش والدین در آموزش سلامت دهان و دندان کودک بسیار مهم بوده و آنان در ایجاد عادات بهداشتی دهان و دندان کودک و ثبات رفتارهایشان نقش کلیدی

این پژوهش مطالعه‌ای مداخله‌ای از نوع کارزمایی بالینی و آینده‌نگر مصوب کمیته اخلاق از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد ۳۸۹۴۲۸ می‌باشد. در این پژوهش ۶ دبستان (۳ دبستان دخترانه و ۳ دبستان پسرانه) از دبستان‌های ناحیه ۲ آموزش و پرورش اصفهان که در یک محدوده جغرافیایی قرار داشتند و تاکنون برنامه‌ای در رابطه با فیشورسیلانت در آن‌ها اجرا نشده بود، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. این ۶ دبستان به طور تصادفی به دو گروه مورد و یک گروه شاهد تقسیم شدند که هر گروه شامل یک دبستان دخترانه و یک دبستان پسرانه بود و ۱۸۰ نفر (از هر دبستان ۳۰ نفر) دانش‌آموزان ۹-۶ ساله به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه پس از توضیح پیرامون این مطالعه، رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و افرادی که تمایل به شرکت در تحقیق نداشتند حذف و جایگزین شدند. سپس دندان‌های ۶ دانش‌آموزان توسط یکی از پژوهشگران معاینه شد و دانش‌آموزانی که هیچ سابقه انجام درمان فیشورسیلانت نداشتند و حداقل یک دندان ۶ سالم و قابل فیشورسیلانت شدن بر اساس معیار انجام فیشورسیلانت ارایه

علت انتقال از مدرسه و نداشتن معاینه مجدد از مطالعه حذف شد و در نهایت آنالیزها بر روی ۱۷۹ دانش‌آموز انجام شد (میزان پاسخ‌دهی ۹۹/۴ درصد). افراد نمونه از لحاظ جنسیت در هر ۳ گروه مورد مطالعه به طور مساوی توزیع شده بودند.

۳ گروه مورد مطالعه از نظر میزان تحصیلات پدر ($p \text{ value} = ۰/۱۸۴$)، میزان تحصیلات مادر ($p \text{ value} = ۰/۱۰۴$)، شغل مادر ($p \text{ value} = ۰/۲۵۹$) اختلاف معنی‌داری نداشتند. اما بین ۳ گروه از لحاظ درآمد ماهیانه خانواده اختلاف معنی‌دار وجود داشت ($p \text{ value} = ۰/۰۱۱$). بین میانگین DMFT در گروه‌ها اختلاف چشم‌گیری وجود نداشت.

۱۷۹ نفر دانش‌آموز، بعد از گذشت ۳ ماه، مجدداً معاینه شدند ۲۱ نفر (۱۴ نفر در گروه سخنرانی و ۷ نفر در گروه پمفلت) فیشورسیلانت داشتند (جدول ۱).

با استفاده از آزمون Chi-square مشخص شد اختلاف معنی‌دار در توزیع فراوانی انجام فیشورسیلانت بین دو گروه آموزش از طریق سخنرانی به همراه پمفلت و آموزش از طریق پمفلت وجود ندارد ($p \text{ value} = ۰/۰۸$). توزیع فراوانی انجام فیشورسیلانت در گروه آموزش از طریق سخنرانی به همراه پمفلت با گروه شاهد ($p \text{ value} < ۰/۰۰۱$) و نیز گروه آموزش از طریق پمفلت با گروه شاهد ($p \text{ value} = ۰/۰۰۶$) اختلاف معنی‌دار داشت.

مقایسه نتایج پژوهش با استفاده از آزمون Chi-square نشان داد که انجام فیشورسیلانت ارتباط معنی‌داری با جنسیت دانش‌آموز، تحصیلات والدین، شغل مادر و میزان درآمد ماهیانه خانواده ندارد.

نتایج مطالعه در رابطه با انتخاب گزینه‌های مربوط به علت عدم مراجعه جهت انجام فیشورسیلانت دندان‌های کودکان نشان داد که در هر دو گروه آموزش از طریق سخنرانی به همراه پمفلت و گروه آموزش از طریق پمفلت بیشترین علت انتخابی به ترتیب مربوط به گزینه‌های عدم توانایی پرداخت هزینه‌های انجام فیشورسیلانت، نداشتن وقت کافی و ترس کودک از دندان‌پزشکی بود. در گروه شاهد بیشترین علت انتخابی به ترتیب مربوط به گزینه‌های نداشتن اطلاعات کافی راجع به فیشورسیلانت (۷۸ درصد افراد این گروه)، عدم توان پرداخت هزینه‌های آن و عدم پوشش هزینه‌های فیشورسیلانت توسط بیمه بود.

شده در دستورالعمل (American dental association) ADA [۹] داشتند انتخاب شدند و DMFT دندان‌های ۶ آن‌ها به منظور بررسی یکسان بودن گروه‌ها توسط همان پژوهشگر که از قبل با یک متخصص ترمیمی به عنوان استاندارد طلایی کالیبره شده بود اندازه‌گیری شد. در پایان معاینه، یک فرم حاوی اطلاعات دموگرافیک شامل: میزان تحصیلات پدر و مادر (شامل ۶ گزینه از بی‌سواد تا فوق لیسانس و بالاتر)، شغل مادر و میزان درآمد ماهیانه خانواده به کودکان داده شد تا توسط والدین آن‌ها در منزل تکمیل گردد. سپس برای مادران یکی از دو گروه مداخله، یک جلسه آموزشی با روش سخنرانی به همراه اسلاید در مورد فیشورسیلانت توسط محقق در مدرسه تشکیل شد و در پایان جلسه به مادران، پمفلت آموزشی درباره فیشورسیلانت داده شد. این پمفلت حاوی مطالبی پیرامون اهمیت و نقش فیشورسیلانت در پیش‌گیری از پوسیدگی و چگونگی انجام آن بود. برای مادران گروه دوم مداخله، پمفلت آموزشی فیشورسیلانت از طریق پست ارسال شد و مادران گروه شاهد، هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. بعد از گذشت ۳ ماه، تمام کودکان نمونه، دوباره از نظر وجود فیشورسیلانت دندان‌های ۶ معاینه شدند و یک پرسش‌نامه که حاوی علل عدم انجام فیشورسیلانت کودکان بود، به دانش‌آموزانی که فیشورسیلانت نداشتند داده شد تا توسط مادران آن‌ها تکمیل گردد که این علل شامل ۱۵ گزینه به صورت بسته و یک گزینه به صورت باز بود که می‌توان آن‌ها را در ۵ دسته کلی (عدم آگاهی، موانع مالی و پوشش بیمه‌ای، عوامل جغرافیایی، عوامل مربوط به سیستم ارایه خدمات، عوامل فردی) جای داد.

تأثیر آموزش بر عملکرد از طریق مقایسه تعداد افراد دارای فیشورسیلانت در ۳ گروه مورد مطالعه ۳ ماه پس از آموزش سنجیده شد. در طول این سه ماه کنترل گردید که هیچ‌گونه آموزشی در رابطه با سلامت دهان و دندان و راه‌های پیش‌گیری از پوسیدگی در این مدارس انجام نگیرد. سپس داده‌ها در نرم‌افزار SPSS با استفاده از آنالیزهای توصیفی و Chi-square مورد بررسی قرار گرفت ($\alpha = ۰/۰۵$).

یافته‌ها

از مجموع ۱۸۰ دانش‌آموز ۹-۶ ساله در این مطالعه یک نفر به

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد دارای فیشورسیلانت به تفکیک گروه‌ها

مجموع	کنترل	پمفلت	سخنرانی		
۲۱	۰	۷	۱۴	تعداد	افراد دارای فیشورسیلانت
۱۱/۷	۰	۱۱/۹	۲۳/۳	درصد	
۱۵۸	۶۰	۵۲	۴۶	تعداد	افراد بدون فیشورسیلانت
۸۸/۳	۱۰۰	۸۸/۱	۷۶/۷	درصد	
۱۷۹	۶۰	۵۹	۶۰	تعداد	مجموع
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	

بحث

در این پژوهش مشخص شد که برنامه آموزشی در رابطه با فیشورسیلانت در افزایش عملکرد مادران جهت انجام فیشورسیلانت دندان‌های کودکان آن‌ها مؤثر بوده است. بین آموزش به روش سخنرانی و روش دادن پمفلت به تنهایی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. اما تعداد افراد دارای فیشورسیلانت در گروه آموزش از طریق سخنرانی بیشتر بود که علت آن می‌تواند تأثیر بیشتر آموزش چهره به چهره در مقایسه با پمفلت بر روی مادران باشد؛ البته چون اختلاف بین این دو گروه به سطح معنی‌داری نزدیک بود ($p \text{ value} = 0/08$)؛ بنابراین اگر تعداد افراد نمونه بیشتر بودند، احتمال داشت اختلاف معنی‌داری به وجود آید. اختلاف معنی‌دار بین گروه شاهد با دو گروه مداخله تأثیر مثبت آموزش بر روی عملکرد را مطرح می‌نماید؛ حتی اگر این آموزش فقط از طریق دادن یک پمفلت باشد. در تحقیقی که توسط سید معلمی و همکاران [۱۰] در تهران به منظور تعیین اثر مداخله آموزشی در ارتقای سلامت دهان کودکان ۹ ساله انجام شد نتایج نشان داد که درگیر کردن والدین در آموزش تأثیر مثبتی در ارتقای بهداشت کودکان دارد. Weinstein و همکاران [۱۱] در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط با والدین و ترغیب آن‌ها می‌تواند منجر به پذیرش بهتر توصیه‌های دندان‌پزشکی در خصوص جلوگیری از پوسیدگی دندان‌های کودکان گردد. Harrison و Wong [۱۲] در مطالعه خود اعلام داشتند کودکانی که مادران آن‌ها حداقل ۲ جلسه مشاوره در خصوص آموزش بهداشت دهان و دندان داشتند، به طور قابل توجهی سطوح پوسیده دندانی کمتری داشتند. در پژوهش حاضر، عملکرد با سطح درآمد خانواده ارتباطی نداشت؛ اما عدم توانایی در پرداخت هزینه، بیشترین دلیل عدم درمان در دو گروه آموزش دیده عنوان شده بود که

نشان دهنده تأثیر عوامل اقتصادی بر مراقبت‌های سلامت است. در تحقیق Nurko و همکاران [۱۳] مشخص شد که کودکان خانواده‌های کم درآمد در مقایسه با خانواده‌های پر درآمد، کمتر توسط دندان‌پزشک ویزیت می‌شوند. در پژوهش حاضر ارتباطی میان عملکرد با سطح تحصیلات والدین مشاهده نشد. البته تحقیقات دیگری که در ایران و کشور ترکیه انجام شده نشان داده که با بالارفتن سطح تحصیلات والدین، تأثیر آموزش نیز بیشتر می‌گردد [۱۴، ۱۵]. البته عدم ارتباط عملکرد مادران با جنسیت، سطح تحصیلات والدین، شغل مادر و میزان درآمد ماهیانه خانواده در این مطالعه می‌تواند به علت ماهیت مطالعه، که یک مطالعه مداخله‌ای بوده است و حجم کم نمونه، انجام شده باشد؛ که برای ارزیابی تأثیرات این عوامل مطالعات دیگر با حجم نمونه بیشتر لازم است. البته در تحقیقی که صابر و همکاران [۱۶] انجام دادند نیز ارتباطی میان عملکرد با جنسیت کودک و شغل مادر مشاهده نشد. در پژوهش حاضر، در رابطه با بررسی علل عدم مراجعه مادران جهت انجام فیشورسیلانت دندان‌های کودکان در هر دو گروه مداخله آموزشی، بعد از انتخاب گزینه عدم توانایی پرداخت هزینه‌ها، در درجه دوم نداشتن وقت کافی جهت انجام فیشورسیلانت از بیشترین علل انتخابی توسط مادران بود. این مسأله می‌تواند به دلیل کم بودن بازه ۳ ماهه زمانی در این مطالعه باشد که فرصت کمی است و اگر در بازه زمانی بیشتر انجام گردد احتمال دارد که انتخاب این گزینه کاهش یابد. این مسأله یکی از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد که در مطالعات بعدی با افزایش زمان پی‌گیری، شاید مسأله کمبود وقت جهت مراجعه به دندان‌پزشک جهت انجام فیشورسیلانت برطرف و تعداد کودکان با فیشورسیلانت افزایش یابد.

کمترین انتخاب مربوط به گزینه‌های نداشتن اطلاعات راجع

انتخابی بعدی در گروه شاهد بود که باز تأثیر هزینه‌ها در انجام فیشورسیلانت را صحنه می‌گذارد و در همسویی با تحقیقات قبلی قرار می‌گیرد.

در پایان انجام چنین مطالعاتی در حجم نمونه بیشتر و زمان پی‌گیری طولانی‌تر و همچنین مطالعات کیفی پیرامون علل عدم انجام فیشورسیلانت پیشنهاد می‌گردد، چرا که می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت پیش‌گیری از پوسیدگی و ارتقای سلامت دهان و دندان بسیار سودمند باشد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که آموزش به مادران در جهت افزایش آگاهی آنان درباره فیشورسیلانت، می‌تواند بر عملکرد آنان جهت مراجعه به مراکز دندان‌پزشکی و استفاده از خدمات فیشورسیلانت برای کودکان آن‌ها تأثیر مثبت داشته باشد.

به فیشورسیلانت بود که به صفر رسیده بود و می‌تواند مبین این مطلب باشد که با آموزش چه از طریق جلسه سخنرانی و چه از طریق پمفلت، دانش و آگاهی افراد در رابطه با فیشورسیلانت درصد قابل قبول و مؤثری افزایش می‌یابد. در گروه شاهد بیشترین علل عدم مراجعه انتخاب شده مربوط به نداشتن اطلاعات راجع به فیشورسیلانت بود که می‌تواند نشانگر این باشد که افراد زیادی در جامعه از این روش پیش‌گیری آگاهی ندارند تا به دنبال انجام این عمل پیش‌گیری بر آیند.

Lam [15] نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که استفاده کم از خدمات فیشورسیلانت به علت عدم آگاهی عمومی از فواید داشتن سیلانت دندان و نیز حمایت ناکافی بیمه‌گراها برای متقاضیان استفاده از سیلانت می‌باشد.

در پژوهش حاضر هم عدم توان پرداخت هزینه‌های فیشورسیلانت و نیز عدم پوشش این هزینه‌ها توسط بیمه از علل

References

1. Gluck GM, Morganstein WM. Jong's community dental health. Louis: Mosby; 2003.
2. Igc M, Apostolovic M, Kostadinovic L, Trickovic-Janjic O, Surdilovic D. The importance of health education in prevention of oral health in children. Med Pregl 2008; 61(1-2): 65-70.
3. Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. Community Dent Health 1998; 15(3): 132-44.
4. Chapman A, Copestake SJ, Duncan K. An oral health education programme based on the National Curriculum. Int J Paediatr Dent 2006; 16(1): 40-4.
5. Petersen PE, Peng B, Tai B, Bian Z, Fan M. Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. Int Dent J 2004; 54(1): 33-41.
6. Saber M, Bahrampoor A, Hashemi V. Effect of direct education of mothers about oral hygiene on the rate of dmf on pre-schoolchildren. Journal of Dental School 2003; 21(4): 518-28.
7. Jabbarifar E. Social dentistry book one, Oral and dental health essentials. 2nd ed. Isfahan: Isfahan University of Medical Science; 2012.
8. Attar A. KAP assessment of mothers and school health instructors about fluoride mouth rinse in elementary school in Isfahan. [Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2003.
9. Beauchamp J, Caufield PW, Crall JJ, Donly K, Feigal R, Gooch B, et al. Evidence-Based Clinical Recommendations for the Use of Pit-and-Fissure Sealants. The Journal of the American Dental Association 2008; 139(3): 257-68.
10. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Vehkalahti MM, Tehranchi A, Murtomaa H. School-based intervention to promote preadolescents' gingival health: a community trial. Community Dent Oral Epidemiol 2009; 37(6): 518-26.
11. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children. The Journal of the American Dental Association 2004; 135(6): 731-8.
12. Harrison RL, Wong T. An oral health promotion program for an urban minority population of preschool children. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31(5): 392-9.
13. Nurko C, Aponte-Merced L, Bradley EL, Fox L. Dental caries prevalence and dental health care of Mexican-American workers' children. ASDC J Dent Child 1998; 65(1): 65-72.
14. Eronat N, Koparal E. Dental caries prevalence, dietary habits, tooth-brushing, and mother's education in 500 urban Turkish children. J Marmara Univ Dent Fac 1997; 2(4): 599-604.
15. Lam A. Increase in utilization of dental sealants. J Contemp Dent Pract 2008; 9(3): 81-7.

Effect of instructing mothers on their performance in relation to the application of pit and fissure sealants in 6-8 year-old children in Isfahan

Faezeh Eslamipour*, Fatemeh Zabihi

Abstract

Introduction: Considering the positive effect of health education on behavior change and health promotion, this study aimed at evaluating the effect of an educational program about fissure sealant therapy (FST) on behavior of mothers in relation to providing FST for their children.

Materials and Methods: This randomized controlled trial evaluated 180 students with an age range of 6 to 9 years and their mothers in Isfahan. The participants were randomly divided to 3 groups: 2 intervention and one control group. The subjects were included if they had at least one sound first molar and excluded if they had any history of FST. One intervention group received the educational program through an oral presentation supplemented with a pamphlet and the other group was mailed only a pamphlet. The control group did not receive any instruction. After three months, the subjects' first molars were clinically examined for the presence of FST. Descriptive analysis and chi-squared test were used for data analysis at 95% confidence interval.

Results: After three months, 11.7% of the subjects had FSTs, 66% of which were in the oral presentation group and 34% were in the pamphlet group. There were no teeth with FST in the control group. There were no significant differences between the intervention groups (p value < 0.08); however, there were significant differences between the intervention groups and the control group (p value = 0.001).

Conclusion: Educational programs can effectively change the attitudes of mothers and encourage them to provide fissure sealant services for their children.

Key words: Behavior, Education, Pit and fissure sealants, Prevention.

Received: 2 Oct, 2011

Accepted: 8 Nov, 2011

Address: Associate Professor, Torabinejad Dental Research Center, Department of Community Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: eslamipour@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2011; Special Issue 7 (5): 804-809.