

تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران کودکان یک تا سه سال در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی در شهر شیراز

- ۱: استادیار، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
- ۲: استادیار، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
- ۳: نویسنده مسئول: دستیار تخصصی، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. Email: elhamghaffari@gmail.com
- ۴: دندان پزشک، اصفهان، ایران.
- ۵: استادیار، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، گروه اندودنتیکس، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

رومینا مظاهری^۱
نغمه فیضی نجفی^۲
الهام غفاری^۳
یاسمن علمدارلو^۴
علی غزلگو^۵

چکیده

مقدمه: آموزش موفق به مادران در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی، می تواند تأثیر زیادی در بالا رفتن میزان آگاهی، نگرش و عملکرد آنان داشته باشد. هدف این مطالعه، تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران کودکان یک تا سه سال در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی در شهر شیراز بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که از نوع مقطعی بود، ۲۰۲ مادر کودک یک تا سه سال بطور تصادفی از بین مراجعه کنندگان به چهار مرکز بهداشت و درمان در شهر شیراز انتخاب شدند و پرسشنامه ای که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود، بین آنها توزیع شد. سؤالات پرسشنامه در زمینه ی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی طراحی شده بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۰ و آمار توصیفی، ضریب همبستگی Spearman، Pearson و آزمون t مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین نمره ی آگاهی مادران ۴۱/۸، نمره ی نگرش ۶۱/۲ و نمره ی عملکرد آنها ۴۵/۲ (از ۱۰۰) بود. بین نمره ی آگاهی مادران با نگرش ($p \text{ value} = ۰/۰۲$) و عملکرد ($p \text{ value} = ۰/۰۰۵$) و بین نمره ی نگرش و عملکرد مادران رابطه ی معنی دار مستقیم به دست آمد ($p \text{ value} = ۰/۰۴$). بین آگاهی ($p \text{ value} = ۰/۰۷$) و نگرش ($p \text{ value} = ۰/۹۲$) مادران با سن آنها رابطه ی معنی داری وجود نداشت. بین عملکرد با سن، رابطه ی معنی داری وجود داشت ($p \text{ value} < ۰/۰۰۱$). بین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران با میزان تحصیلات مادر و سطح اقتصادی خانواده و وضعیت اشتغال مادر، رابطه ی معنی داری وجود داشت ($p \text{ value} < ۰/۰۵$)، اما با رتبه ی تولد فرزند ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p \text{ value} > ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: از آنجا که میانگین نمره ی آگاهی و عملکرد مادران پایین تر از حد متوسط بود و مسئولیت بهداشت دهان و دندان شیرخواران بر عهده ی مادران می باشد، لذا ارتقای سطح آگاهی مادران و بهبود نگرش و عملکرد آنها در این زمینه مهم بوده و تدوین برنامه های آموزشی برای آنها یک ضرورت است.

کلید واژه ها: پوسیدگی زود هنگام دوران کودکی، بهداشت دهان، مادران، دانش، نگرش، عملکرد

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱۶

تاریخ اصلاح: ۹۵/۶/۱۳

تاریخ ارسال: ۹۵/۲/۱

استناد به مقاله: مظاهری ر، فیضی نجفی ن، غفاری ا، علمدارلو ی، غزلگو ع: تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران کودکان یک تا سه سال در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی در شهر شیراز. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان، ۱۳۹۵، ۱۲ (۳): ۲۴۸-۲۵۹.

مقدمه

پوسیدگی زودرس دوران کودکی (Early Childhood Caries) شایع‌ترین بیماری مزمن در کودکان خردسال است که به محض رویش دندان‌ها بروز می‌کند (۱). ECC عبارت است از وجود یک یا چند سطح دندانی پوسیده، از دست رفته یا پر شده در هر کدام از دندان‌های شیری کودک ۷۱ ماهه یا کوچک‌تر (زیر شش سال) گرفتار آن می‌باشند (۲-۳). در حال حاضر شاخص پوسیدگی دندان در ایران وضعیت مناسبی ندارد و این شاخص در گروه سنی شش ساله از ۵ به ۷/۵ دندان پوسیده در طول کمتر از یک دهه افزایش یافته است و به دلیل مصرف بیش از حد مواد قندی، پوسیدگی دندان در میان کودکان بطور متوسط در دهان هر کودک شش ساله ایرانی در بدو ورود به مدرسه پنج دندان پوسیده مشاهده می‌شود و از سن ۶ تا ۱۲ سالگی میزان پوسیدگی دندان‌های دایمی روند افزایشی پیدا می‌کند (۴).

عوامل خطر متعددی مرتبط با ECC می‌باشند که می‌توان آن‌ها را به دو گروه بیولوژیکی و اجتماعی دسته‌بندی نمود (۵). عوامل خطر بیولوژیکی عبارتند از: گوناگونی تغذیه‌ای، عادات مکیدن (به ویژه در کودکان شیرخوار) و کلونیزاسیون زود هنگام میکرو ارگانیسم‌های پوسیدگی‌زا. عوامل خطر اجتماعی نیز شامل آموزش ناکافی والدین، شرایط اقتصادی- اجتماعی پایین و نیز فقدان آگاهی در مورد بیماری‌های دندان و شیوه‌های صحیح رعایت بهداشت دهانی می‌باشند (۶). سال‌هاست که مشخص شده پس از آغاز رویش دندان‌های شیری، بین خوردن مکرر شیشه‌ی شیر و یا شیرخوارگی طولانی از شیشه یا پستان مادر و پوسیدگی زودرس ارتباط وجود دارد. گفت‌وگو با پدر و مادر، اغلب الگوی نامناسب تغذیه را آشکار می‌کند. کودک در هنگام خواب بعد از ظهر یا شب، با سینه و یا شیشه‌ی حاوی شیر یا نوشیدنی شیرین، در بستر گذاشته می‌شود. کودک به خواب می‌رود و مایع در اطراف دندان‌ها جمع می‌شود. به نظر می‌رسد که مایع کربو- هیدرات‌دار، محیط کشت عالی برای میکروارگانیسم‌های

اسیدزا فراهم می‌کند. همچنین با کاهش جریان بزاق در هنگام خواب، سرعت پاک‌سازی حفره‌ی دهان از مایع شیرین کاهش می‌یابد (۲).

ECC، کیفیت زندگی خانواده و کودک را به سبب دردهای دندانی، بوی بد دهان، کشیدن دندان و از دست رفتن فضا، اختلال در خوردن، صحبت نمودن و خوابیدن و نیز ایجاد اشکال در انجام فعالیت‌های اجتماعی روزانه تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). از طرفی درمان ECC با مشکلات اساسی متنوعی همراه است. درمان‌ها هزینه‌بر بوده و وقت زیادی از کودک و دندان‌پزشک می‌گیرد. همچنین اکثر دندان‌پزشکان آموزش‌های لازم برای کنترل و رسیدگی به این کودکان را ندیده‌اند و بسیاری از آن‌ها مشتاق به درمان کودکان خردسال نیستند. همچنین در اکثر مواقع به دلیل عدم همکاری، نیاز به درمان تحت بیهوشی عمومی و آرام‌بخشی بوده و به دلیل میزان عود بالا، درمان مجدد مورد نیاز است. بنابراین، به دلایل فوق لازم است که یک رویکرد پیشگیرانه در جهت کنترل ECC اتخاذ گردد (۳، ۸، ۹). شیوع این نوع پوسیدگی در کشورهای در حال توسعه ۱۲-۱ درصد بوده، در حالی که در جوامع توسعه نیافته حدود ۷۰ درصد می‌باشد و در ایران از ۳ تا ۳۳ درصد بسته به گروه سنی بین ۲۶-۳۵ ماهه می‌باشد (۲، ۱۰، ۱۱). ابتلا یا عدم ابتلای کودک به این نوع پوسیدگی تا حد زیادی به آگاهی والدین از علت، علایم و روش پیشگیری از این بیماری بستگی دارد. الهامی‌نسب و همکاران (۱۲) طی مطالعه‌ای آگاهی مادران را در خصوص اهمیت بهداشت دهان و دندان کودکان صفر تا سه ساله مورد بررسی قرار دادند و متوجه شدند که بین آگاهی مادران با سن، شغل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، محل سکونت و میزان درآمد ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در این تحقیق میزان آگاهی مادران در زمینه‌ی بهداشت دهان و دندان کمتر از حد انتظار بود که مشابه با نتایج مطالعه‌ی نظری و طاهرپور (۱۳) می‌باشد. همچنین نادری‌فر و همکاران (۱۴) و Talekar و همکاران (۱۵) به این نتیجه رسیدند که والدین، نقش

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در زمستان سال ۱۳۹۲ در شهر شیراز انجام پذیرفت. اطلاعات لازم برای انجام این تحقیق، از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. روش کار بدین صورت بود که ابتدا ۱۵ سؤال چند گزینه‌ای در مورد آگاهی مادران کودکان یک تا سه ساله از پوسیدگی زودرس دوران کودکی از قبیل رژیم غذایی، عادات مکیدن، عادات بهداشتی دهان و غیره، ۱۱ سؤال بر پایه‌ی مقیاس ارزیابی لیکرت (Likert scale) در مورد چگونگی نگرش مادران در این رابطه و ۱۱ سؤال نیز بر پایه‌ی مقیاس ارزیابی لیکرت در مورد چگونگی عملکرد آن‌ها، با همکاری یک متخصص دندان پزشکی کودکان و یک متخصص دندان پزشکی جامعه‌نگر تهیه گردید و به همراه ویژگی‌های دموگرافیک مادران شامل سن، میزان تحصیلات، شاغل یا خانه‌دار بودن، سطح اقتصادی خانواده و رتبه‌ی تولد فرزند در قالب یک پرسش‌نامه آماده گردید.

سپس این پرسش‌نامه جهت بررسی روایی آن به یک کارشناس روش تحقیق و چند تن از اعضای هیأت علمی بخش کودکان دانشکده‌ی دندان پزشکی ارایه شد تا نظرات خود را درباره‌ی کیفیت سؤالات پرسش‌نامه اعمال نموده و ایرادات آن اصلاح گردد که بر اساس مجموع نظرات آن‌ها، سؤالات اولیه تغییر داده شد. همچنین برای به دست آوردن ضریب پایایی و اطمینان از قابل اعتماد بودن نتایج، پرسش‌نامه در یک مطالعه مقدماتی توسط ۲۰ نفر از مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت که بطور تصادفی انتخاب شده بودند، تکمیل گردید. پس از این نمونه‌گیری مقدماتی، ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) در مورد سؤالات مربوط به آگاهی، ۰/۷۱۴ در مورد سؤالات مربوط به نگرش، ۰/۷۶۲ و در مورد سؤالات مربوط به عملکرد، ۰/۸۳۱ به دست آمد.

در نهایت طرح اصلی با مراجعه به چهار مرکز بهداشت و درمان در سطح شهر شیراز که بطور تصادفی انتخاب شده بودند، انجام پذیرفت. بدین گونه که این پرسش‌نامه بطور تصادفی به ۲۱۰ نفر از مادران دارای کودک یک تا سه ساله

محوری در ارتباط با بهداشت دهان و دندان کودکان خود داشته و تعداد اعضای خانواده، نژاد، سن، سطح اقتصادی، قومیت، سطح تحصیلات و محل سکونت بر روی بهداشت دهان تأثیرگذار می‌باشد. آن‌ها بیان داشتند، زندگی شهری باعث عملکرد بهتر و زندگی روستایی و حومه باعث عملکرد ضعیف‌تر در این زمینه می‌گردد. Mani و همکاران (۱۶) در مطالعه‌ی خود بر روی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد والدین شیرخواران شش ماهه تا دو ساله در زمینه‌ی ECC، بیان داشتند که اگرچه آگاهی و دانش والدین به نسبت خوب می‌باشد، اما نگرش و عملکرد آن‌ها در خصوص بهداشت و سلامت دهان فرزندانشان پایین است. Ashkanani و Al-Sane (۱۷) نیز با مطالعه بر روی والدین کودکان زیر شش سال، به این نتیجه رسیدند که والدین، آگاهی و عملکرد ضعیفی در زمینه‌ی بهداشت دهان کودکان دارند. آن‌ها اظهار داشتند آگاهی و نگرش و سطح تحصیلات بطور معنی‌داری با عملکرد در ارتباط می‌باشد. همچنین، Almushayt (۱۸) به دنبال تحقیقی بر روی کودکان ۳۶ تا ۷۱ ماهه و والدینشان به این نتیجه رسیدند که آگاهی و نگرش والدین دارای کودکان با DMFS بالا در مورد سلامتی دهان و نقش آن در جلوگیری از ایجاد S-ECC، بسیار سطحی و ضعیف می‌باشد.

در کشور ما نیز با توجه به شیوع بالای ECC و S-ECC (۱۱) به نظر می‌رسد که والدین آگاهی کافی در مورد علت ایجاد نمای کلینیکی و روش‌های پیشگیری از این بیماری نداشته و تحت آموزش‌های کافی در مراکز بهداشتی قرار نمی‌گیرند. بنابراین، در این مطالعه بر آن شدیم تا میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مادران کودکان یک تا سه ساله را در مورد پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی مورد ارزیابی قرار دهیم. نتایج این تحقیق می‌تواند پایه و اساسی برای برنامه‌ریزی‌های جامع در رابطه با آموزش‌های فراگیر در این زمینه به والدین در کلیه‌ی مراکز بهداشتی-درمانی سطح کشور باشد.

بهتری داشتند. همچنین بین نمره‌ی نگرش و عملکرد مادران در مورد سلامت دهان و ECC رابطه‌ی مستقیم به دست آمد ($r = 0/161$ و $p \text{ value} = 0/04$). بدین معنا که مادرانی که نگرش مثبت‌تری داشتند، دارای عملکرد بهتری نیز در این رابطه بودند.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد مادران مورد پژوهش به تفکیک نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد آن‌ها از سلامت دهان ECC و

نمره‌ی آگاهی (از ۱۰۰)	تعداد (درصد)	
۰-۳۳ (ضعیف)	۴۱ (۲۰/۳)	
۳۴-۶۶ (متوسط)	۱۵۳ (۷۵/۷)	
۶۷-۱۰۰ (خوب)	۸ (۴)	
جمع	۲۰۲	۱۰۰
میانگین $\pm$ انحراف معیار		۴۱/۸ $\pm$ ۱۳/۵
نمره‌ی نگرش	تعداد	درصد
۰-۳۳ (منفی)	۵۸	۲۸/۷
۳۴-۶۶ (خنثی)	۴۵	۲۲/۳
۶۷-۱۰۰ (مثبت)	۹۹	۴۹
جمع	۲۰۲	۱۰۰
میانگین		۶۱/۲
انحراف معیار		۱۴/۵
نحوه‌ی عملکرد	تعداد	درصد
۰-۳۳ (ضعیف)	۴۳	۲۱/۳
۳۴-۶۶ (متوسط)	۱۴۴	۷۱/۳
۶۷-۱۰۰ (خوب)	۱۵	۷/۴
جمع	۲۰۲	۱۰۰
میانگین		۴۵/۲
انحراف معیار		۱۳/۸

جدول ۲، ارتباط بین سن مادران، میزان تحصیلات آنان، سطح اقتصادی خانواده و رتبه‌ی تولد فرزند را با میزان آگاهی، نگرش و عملکرد آن‌ها نشان می‌دهد. بین سن مادران با نمره‌ی آگاهی و نگرش آن‌ها در مورد سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت ($p \text{ value} > 0/05$). اما سن مادران با نمره‌ی عملکرد آن‌ها رابطه‌ی مستقیم داشت

که برای انجام واکسیناسیون، بررسی میزان رشد کودک و موارد دیگر به این مراکز مراجعه کرده و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند، داده شد و با ارایه‌ی توضیحاتی (مثلاً داشتن فرزند کاملاً سالم) به آن‌ها و جلب رضایتشان از آن‌ها خواسته شد تا پرسش‌نامه را به دقت خوانده و تکمیل نمایند. جواب‌های پرسش‌نامه به صورت همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات و هرگز بود که نمره‌دهی بر این اساس صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL)، آزمون‌های آماری Pearson Independent t-test و Spearman استفاده گردید و سطح معنی‌داری ($\alpha = 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۲۱۰ نفر از مادران دارای کودک یک تا سه ساله شرکت کردند که در مجموع پرسش‌نامه‌ی ۲۰۲ نفر از آن‌ها قابل تحلیل و بررسی بود. محدوده‌ی سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ۱۶ تا ۴۸ سال و میانگین سن آن‌ها $29/7 \pm 6/1$ سال بود.

جدول ۱، توزیع فراوانی و میانگین نمره‌ی آگاهی نگرش و عملکرد مادران مورد پژوهش را در مورد سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین نمره‌ی آگاهی مادران ۴۱/۸ (از ۱۰۰) و میانگین نمره‌ی عملکرد آن‌ها، ۴۵/۲ به دست آمد که بیانگر آگاهی و عملکرد مادران زیر حد متوسط است. همچنین، میانگین نمره‌ی نگرش مادران، ۶۱/۲ به دست آمد که بیانگر نگرش بالای حد متوسط آنان می‌باشد.

ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره‌ی آگاهی مادران با نگرش ($r = 0/169$ و $p \text{ value} = 0/02$) و همچنین عملکرد آن‌ها ($r = 0/198$ و $p \text{ value} = 0/005$) رابطه‌ی مستقیم وجود دارد. به عبارت دیگر مادرانی که دارای آگاهی بیشتری بودند، نگرش مثبت‌تر و عملکرد

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین سن مادران، میزان تحصیلات آن‌ها، سطح اقتصادی خانواده و رتبه‌ی تولد فرزند با نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد

متغیر	سن مادران p value (r)	تحصیلات مادران p value (r)	سطح اقتصادی p value (r)	رتبه تولد فرزند p value (r)
نمره‌ی آگاهی	۰/۰۷(۰/۱۳)	* < ۰/۰۰۱(۰/۲۷۲)	* ۰/۰۰۶(۰/۱۹۲)	۰/۸۸ (۰/۰۱۱)
نمره‌ی نگرش	۰/۹۲(۰/۰۰۷)	* < ۰/۰۰۱(۰/۴۴۶)	* < ۰/۰۰۱ (۰/۴۳۵)	۰/۳۱ (۰/۰۰۷)
نمره‌ی عملکرد	* < ۰/۰۰۱(۰/۲۵۸)	* < ۰/۰۰۱(۰/۳۸۳)	* ۰/۰۱ (۰/۱۷۳)	۰/۲۵ (۰/۰۰۸)

* p value < ۰/۰۵

جدول ۳، میانگین نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد مادران را برحسب وضعیت اشتغال آن‌ها نشان می‌دهد. آزمون t مستقل نشان داد که نمره‌ی آگاهی ($p = ۰/۰۲$)، نگرش ($p \text{ value} = ۰/۰۰۵$) و همچنین عملکرد ($p \text{ value} = ۰/۰۰۳$) مادران شاغل بطور معنی‌داری بیشتر از مادران خانه‌دار بود.

جدول ۳. میانگین نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد مادران بر حسب وضعیت اشتغال آن‌ها

متغیر	شاغل		خانه‌دار		p value
	میانگین ± انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمره‌ی آگاهی	۱۲/۱ ± ۴۴/۲	۱۴/۴	۳۹/۶	۰/۰۲	
نمره‌ی نگرش	۱۲/۸	۶۳/۷	۱۲/۱	۵۸/۷	
نمره‌ی عملکرد	۱۲/۹	۴۸	۱۳/۸	۴۲/۴	

جدول ۴. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های صحیح و غلط داده شده‌ی مادران به هر یک از سؤالات مربوط به آگاهی

سؤال	پاسخ	صحیح		غلط	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
بهترین زمان برای قطع تغذیه با سینه مادر/ شیشه‌ی شیر و تبدیل آن به نوشیدن با فنجان،چه سنی است؟	۱۵۴	۷۶/۲	۴۸	۲۳/۸	
علت اصلی پوسیدگی دندان‌ها (به صورت خوردگی و سیاه شدن) در کودکان زیر دو سال چیست؟	۲۵	۱۲/۴	۱۷۷	۸۷/۶	
از چه سنی باید دندان‌های کودک تمیز نگه داشته شود (مسواک زده شود)؟	۹۷	۴۸	۱۰۵	۵۲	
اولین ملاقات دندان‌پزشکی کودک چه زمانی باید باشد؟	۱۸	۸/۹	۱۸۴	۹۱/۱	
اگر به دلیل عدم مراقبت، مجبور به کشیدن یک یا چند دندان خلفی شیری قبل از سه سالگی شویم، چه عوارضی ایجاد خواهد شد؟	۵۲	۲۵/۷	۱۵۰	۷۴/۳	
اضافه کردن شکر یا قند به شیر یا دادن قنداق در شیشه جهت خواباندن کودک	۴۳	۲۱/۳	۱۵۹	۷۸/۷	
دندان‌های کودک از چه زمانی می‌توانند پوسیده شوند؟	۳۹	۱۹/۳	۱۶۳	۸۰/۷	
اولین دندان کودک معمولاً چه زمانی در دهان ظاهر می‌شود؟	۱۵۶	۷۷/۲	۴۶	۲۲/۸	
کدام یک از انواع مواد غذایی زیر سبب پوسیدگی دندان می‌شوند؟	۱۱۰	۵۴/۵	۹۲	۴۵/۵	
از چه سنی مصرف خمیر دندان‌های حاوی فلوراید برای کودک توصیه می‌گردد؟	۳۹	۱۹/۳	۱۶۳	۸۰/۷	
باکتری‌های پوسیدگی را از چه طریق وارد دهان کودک می‌شوند؟	۱۲۶	۶۲/۴	۷۶	۳۷/۱	
چه هنگام مکیدن شیشه (حاوی شیر یا قنداق) بیشترین تأثیر را در خرابی دندان‌ها دارد؟	۱۱۷	۵۷/۹	۸۵	۴۲/۱	
حداقل چند بار در طول یک شبانه روز باید دندان‌های کودک را مسواک نمود؟	۶۰	۲۹/۷	۱۴۲	۷۰/۳	
استفاده از فلوراید‌های درمانی مثل ژل یا وارنیش فلوراید در کودکان یک تا سه سال باید	۹۶	۴۷/۵	۱۰۶	۵۲/۵	
کدام یک از موارد زیر در ایجاد و پیشرفت پوسیدگی نقش دارد؟	۱۳۶	۶۷/۳	۶۶	۳۲/۷	

جدول ۵. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های داده شده به هر یک از سؤالات مربوط به نگرش مادران

سؤال	پاسخ	موافقم		نمیدانم		مخالقم	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تغذیه مکرر و طولانی مدت با سینه مادر/ شیشه‌ی شیر در طول روز موجب پوسیدگی دندان‌ها می‌گردد.	۸۴	۴۱/۶	۲۳	۱۱/۴	۹۵	۴۷	
تغذیه شبانه (حین خواب) با سینه مادر/ شیشه‌ی شیر موجب پوسیدگی دندان‌ها می‌شود.	۱۰۴	۵۱/۵	۴۰	۱۹/۸	۵۸	۲۸/۷	
دندان کودک به محض رویش در معرض پوسیدگی بوده و باید تمیز گردد/ مسواک زده شود.	۱۳۲	۶۵/۳	۴۸	۲۳/۸	۲۲	۱۰/۹	
استفاده طولانی مدت از پستانک می‌تواند بر تکامل طبیعی دندان‌های کودک، اثر بگذارد.	۱۴۵	۷۱/۸	۳۵	۱۷/۳	۲۲	۱۰/۹	
لازم است که کودک تا سن یک سالگی توسط دندان‌پزشک معاینه گردد.	۱۱۳	۵۵/۹	۴۶	۲۲/۸	۴۳	۲۱/۳	
باکتری‌هایی که سبب پوسیدگی دندان‌ها می‌گردند توسط ظروف غذایی مشترک (مثلاً قاشق) انتقال می‌یابند	۱۱۰	۵۴/۵	۵۸	۲۸/۷	۳۴	۱۶/۸	
خود کودک قادر به مسواک زدن و تمیز نمودن دندان‌هایش می‌باشد.	۵۸	۲۸/۷	۳۴	۱۶/۸	۱۱۰	۵۴/۵	
میزان خمیر دندان مورد نیاز برای کودک، به اندازه‌ی یک نخود است.	۱۴۳	۷۰/۸	۴۳	۲۱/۳	۱۶	۷/۹	
لازم است دندان‌های کودک حداقل روزی یک بار (قبل از خواب شبانه) مسواک زده شود.	۱۵۹	۷۸/۷	۳۱	۱۵/۳	۱۲	۵/۹	
مهم است که کودک هر شش ماه یکبار توسط دندان‌پزشک معاینه گردد.	۱۲۳	۶۰/۹	۲۰	۹/۹	۵۹	۲۹/۲	
درمان با فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی تأثیر بسزایی دارد.	۱۶۷	۸۲/۷	۲۶	۱۲/۹	۹	۴/۴	

جدول ۶. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های داده شده به هر یک از سؤالات مربوط به عملکرد مادران

سؤال	پاسخ	همیشه		بیشتر اوقات		گاهی اوقات		هرگز
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آیا شیر، شربت یا مایعات شیرین شده را داخل شیشه‌ی شیر به کودک می‌دهید؟	۶۰	۲۹/۷	۳۰	۱۴/۹	۹۳	۴۶	۱۹	۹/۴
آیا کودک در هنگام یا بین خواب از سینه یا شیشه تغذیه می‌گردد؟	۵۳	۲۶/۲	۶۵	۳۲/۲	۷۷	۳۸/۱	۷	۳/۵
آیا پستانک کودک را به مایعات شیرین آغشته می‌کنید؟	۳۹	۱۹/۳	۲۱	۱۰/۴	۳۷	۱۸/۳	۱۰۵	۵۲
آیا قاشق غذای کودک را قبل از آنکه وارد دهان وی کنید، می‌چشید؟ (مثلاً برای تعیین میزان داغی)	۳۹	۱۹/۳	۴۶	۲۲/۸	۶۵	۳۲/۲	۵۲	۲۵/۷
آیا کودک غذاهای خانگی را به صورت نیمه جامد و نرم مصرف می‌کند؟	۳۸	۱۸/۸	۹۹	۴۹	۶۱	۳۰/۲	۴	۲
آیا غذا و یا تنقلات کودک را با دندان‌های خود، ریز و خرد می‌کنید؟	۲۷	۱۳/۴	۵۲	۲۵/۷	۶۰	۲۹/۷	۶۳	۳۱/۲
هر چند وقت یک بار، شکلات یا تنقلات شیرین برای کودک خود تهیه می‌کنید؟	۲۵	۱۲/۴	۳۸	۱۸/۸	۱۲۸	۶۳/۴	۱۱	۵/۴
آیا دندان‌های کودک را بطور مرتب (حداقل روزی یک بار) مسواک می‌زنید؟	۴۹	۲۴/۳	۸۹	۴۴/۱	۶۲	۳۰/۷	۲	۱
آیا کودک شما بین شش تا ۱۲ ماهگی توسط دندان‌پزشک معاینه گردیده است؟	۳۷	۱۸/۳	-	-	-	-	۱۶۵	۸۱/۷
آیا هر شش ماه یک بار به منظور معاینه دندان‌ها، کودک خود را نزد دندان‌پزشک می‌برید؟	۳۹	۱۹/۳	۳۶	۱۷/۸	۶۰	۲۹/۷	۶۷	۳۳/۲
آیا تلاش می‌کنید دانش خود را در مورد بهداشت و سلامت دهان و دندان ارتقا بخشید؟ (مانند مطالعه مجلات، دیدن برنامه‌ها، جستجو در اینترنت و ...)	۸۹	۴۴/۱	۵۳	۲۶/۲	۵۷	۲۸/۲	۳	۱/۵

بحث

اگر والدین بطور مؤثری در زمینه‌ی بهداشت و سلامت دهان آموزش ببینند و در این راستا ترغیب و تشویق گردند، می‌توان از ایجاد بیماری‌های دهان به ویژه پوسیدگی در کودکان خردسال به میزان زیادی جلوگیری به عمل آورد. داشتن علم و دانش در زمینه‌ی سلامت دهان، یکی از فاکتورهای بسیار مهم و تأثیرگذار بر بهداشت و سلامت دهان و دندان است. فقدان آگاهی در این مورد موجب درک ناکافی از سلامت، بهره‌گیری کم از سرویس‌های سلامتی و درک ضعیف دستورات مربوط به مراقبت شخصی می‌شود (۱۹، ۲۰). به علت شیوع بالای پوسیدگی در شیرخواران و کودکان نوپای کشورمان، در این مطالعه بر آن شدیم تا میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مادران کودکان یک تا سه سال را در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زود هنگام دوران کودکی در یکی از شهرهای ایران (شیراز) بررسی کنیم.

در این پژوهش تنها ۴ درصد از مادران، از سطح آگاهی خوب در زمینه‌ی بهداشت دهان و دندان کودکان برخوردار بودند و در مجموع میانگین نمره‌ی آگاهی کل مادران، ۴۱/۸ (از ۱۰۰) یعنی کمتر از حد متوسط بود. علاوه بر این اگرچه تقریباً نیمی از مادران نگرش مثبتی نسبت به سلامت دهان و ECC داشتند، اما تنها ۷/۴ درصد آن‌ها از عملکرد خوبی در این زمینه برخوردار بودند و در مجموع میانگین نمره‌ی عملکرد مادران ۴۵/۲ (از ۱۰۰) یعنی پایین‌تر از حد متوسط بود. در تحقیقی نیز که توسط نظری و طاهرپور (۱۳) در همین رابطه در شهر شیراز انجام شد، تنها ۱۸ درصد از مادران از سطح آگاهی خوبی برخوردار بودند. همچنین در مطالعه‌ی انصاری‌مقدم (۲۱) که در شهر زاهدان انجام شده بود، تنها ۲۴/۲ درصد از مادران آگاهی خوبی در زمینه‌ی بهداشت دهان و دندان کودکان داشتند. در مطالعه‌ی محمودپور (۲۲) هم میانگین آگاهی مادران باردار شهر اصفهان کمتر از ۵۰ درصد نمره‌ی کامل بود. بایستی (۲۳)، نیز به دنبال مطالعه‌ی خود بر روی مادران شهر رفسنجان،

آگاهی و عملکرد نامناسب مادران را از عوامل مهم بهداشت دهانی کودکان ذکر کردند. این داده‌ها گویای آن است که در کشور ما آموزش‌های لازم در رابطه با رعایت بهداشت و سلامت دهان و دندان شیرخواران کافی نبوده و لزوم آموزش مادران توسط کارشناسان بهداشت مراکز بهداشتی-درمانی، دندان‌پزشکان، پزشکان متخصص کودکان و همچنین از طریق رسانه‌های جمعی احساس می‌گردد.

در پژوهش حاضر مشخص گردید که بین نمره‌ی آگاهی مادران با عملکرد و نگرش آنان رابطه‌ی مستقیم وجود دارد. به عبارت دیگر مادرانی که دارای آگاهی بیشتری در زمینه‌ی سلامت دهان و ECC بودند، نگرش مثبت‌تری داشتند و از عملکرد بهتری نیز در این زمینه برخوردار بودند. همچنین بین نمره‌ی نگرش و عملکرد مادران هم رابطه‌ی مستقیمی مشاهده گردید. بدین معنا که هرچه دیدگاه و نگرش مادران در رابطه با سلامت دهان مثبت‌تر بود، عملکرد آن‌ها نیز در این زمینه بهتر بود.

در مطالعه‌ی حاضر تنها ۱۲/۴ درصد مادران، مصرف مداوم شیر و مایعات شیرین به خصوص در حین خواب را علت اصلی ایجاد پوسیدگی در شیرخواران ذکر کردند و ۸۷/۶ درصد از آن‌ها دانش صحیحی در این مورد نداشتند و مصرف قطره‌ی آهن، مصرف کم شیر و لبنیات و به ارث بردن از والدین را علل اصلی ایجاد پوسیدگی ذکر کردند. علاوه بر این ۵۸/۴ درصد از مادران، نگرش صحیحی در مورد ایجاد پوسیدگی به دنبال تغذیه‌ی مکرر و طولانی با سینه/شیشه در طول روز، نداشتند و در این زمینه یا بی‌نظر بوده و یا مخالف آن بودند و حدود نیمی از مادران نیز مخالف این بودند که تغذیه‌ی شبانه با سینه/شیشه موجب پوسیدگی دندان‌ها می‌شود و ۵۸/۴ درصد از آن‌ها همیشه یا اکثر اوقات کودک را در هنگام یا بین خواب با سینه/شیشه تغذیه می‌کردند و ۳۸/۱ درصد آن‌ها هم گاهی این عمل را انجام می‌دادند. همچنین تنها ۲۱ درصد از مادران می‌دانستند که اضافه کردن شکر به شیر باعث پوسیدگی شده و نباید بطور دایم مصرف گردد و فقط ۹/۴ درصد

مادران شیر یا مایعات شیرین شده را داخل شیشه‌ی شیر به کودک نمی‌دادند. با این وجود ۷۶/۲ درصد از مادران می‌دانستند بهترین زمان برای قطع تغذیه با سینه/شیشه و جایگزین نمودن آن با فنجان، ۱۲ ماهگی است و ۷۰ درصد آن‌ها اصلاً یا به ندرت پستانک کودک را به مایعات شیرین آغشته می‌کردند.

در تحقیق محمودپور (۲۲) نیز تنها ۲۰ درصد از مادران باردار، علت اصلی ایجاد پوسیدگی شیرخواری را می‌دانستند و ۸۰ درصد دیگر، از اتیولوژی ایجاد پوسیدگی بی‌اطلاع بودند. علاوه بر این تنها ۱۵ درصد از مادران، مطلع بودند که مصرف انواع شیر و مایعات شیرین قادر به ایجاد پوسیدگی است. در مطالعه‌ی Mani و همکاران (۱۶)، نیمی از والدین مخالف این بودند که تغذیه‌ی شبانه با سینه/شیشه باعث ایجاد پوسیدگی می‌شود و ۶۴ درصد آن‌ها نیز معتقد نبودند که تغذیه‌ی مکرر با سینه/شیشه در طول روز موجب ایجاد پوسیدگی می‌شود. همچنین آن‌ها گزارش نمودند، اگرچه ۹۹ درصد والدین از انواع غذاهای پوسیدگی‌زا (به‌ویژه شکر) آگاهی داشتند، اما ۴۵ درصد آن‌ها مایعات شیرین را در داخل شیشه‌ی شیر به کودک می‌دادند. داده‌های فوق بیانگر آن است که در کل، اگرچه والدین می‌دانند که شکر موجود در غذا باعث ایجاد پوسیدگی می‌شود، اما از شکرهای پنهان و تأثیرگذاری آن‌ها آگاه نمی‌باشند. تحقیقات بسیار دیگر حاکی از آن است که تغذیه با سینه/شیشه مخصوصاً در هنگام خواب، شیوع بالایی داشته و دادن آب میوه و مایعات شیرین درون شیشه یا فنجان‌های درپوش‌دار به کودکان بسیار رایج می‌باشد (۲۴-۲۶).

اگرچه ۶۲/۴ درصد از مادران آگاهی صحیحی در مورد نحوه‌ی انتقال باکتری‌های پوسیدگی‌زا به دهان شیرخوار از طریق والدین و ظروف مشترک با آن‌ها داشتند و تقریباً بیش از نیمی از آن‌ها نیز نگرش مثبتی در این زمینه داشتند، اما در عمل بیش از ۷۰ درصد آن‌ها قاشق غذای کودک را می‌چسبیدند و یا غذای آن‌ها را با دندان‌های خود ریز و خرد می‌کردند. در مطالعه‌ی Mani و همکاران (۱۶) میزان

آگاهی در مورد نحوه‌ی انتقال باکتری‌ها، حداقل بود و ۷۲/۶ درصد از والدین مخالف آن بودند که باکتری‌ها از طریق ظروف غذایی مشترک منتقل می‌گردند و اکثر آن‌ها غذای کودک را با دندان‌های خود ریز و خرد می‌کردند. طی تحقیقی بیشتر مادران استرالیایی نیز دست کم چندباری قاشق غذای کودک را قبل از وارد کردن آن به دهان کودک، چشیده‌اند (۲۴). بنابراین آموزش کافی در این زمینه که بوسیدن یا استفاده از ظروف غذایی مشترک باعث انتقال عمودی باکتری‌ها می‌شود، باید در سطح کلیه‌ی جوامع صورت پذیرد.

در پژوهش حاضر، حدود ۷۰ درصد شیرخواران، همیشه یا اکثر اوقات غذای خانگی را به صورت نیمه جامد و نرم مصرف می‌کردند که اگر این عادت به صورت طولانی ادامه پیدا کند، به سبب کاهش عمل شست‌وشوی خود به خودی دهان می‌تواند باعث پوسیدگی زودرس دندان‌ها گردد. همچنین بیش از نیمی از والدین می‌دانستند که در بین گروه‌های غذایی، کربوهیدرات‌ها نقش اصلی را در پوسیدگی ایفا می‌کنند و تقریباً ۶۷ درصد آن‌ها هم مقدار مصرف و هم تعداد دفعات مصرف مواد قندی را در ایجاد و پیشرفت پوسیدگی دخیل می‌دانستند. از این رو خوشبختانه حدود ۷۰ درصد آن‌ها هرگز یا به ندرت شکلات یا تنقلات شیرین را برای کودک خود تهیه می‌کردند.

در این مطالعه تنها ۱۹/۳ درصد از مادران آگاهی صحیحی در مورد امکان بروز پوسیدگی دندان‌ها از بدو رویش داشتند و فقط ۸/۹ درصد آن‌ها می‌دانستند که تا قبل از یک سالگی باید برای معاینه‌ی دندان‌ها به دندان‌پزشک مراجعه نمود. تعداد مراجعه‌کنندگان به دندان‌پزشک قبل از ۱۲ ماهگی (به هر دلیلی) نیز تنها ۱۸/۳ درصد بود. این در حالی است که تقریباً بیش از نیمی از والدین معتقد بودند که بهتر است کودک قبل از یک سالگی توسط دندان‌پزشک معاینه شود. در مطالعه‌ی نادری‌فر و همکاران (۱۴) و نظری و طاهرپور (۱۳) نیز به ترتیب ۷۵ درصد و ۸۷ درصد اطلاعی در مورد زمان اولین مراجعه به دندان‌پزشک نداشتند. این

همکاران (۱۶)، ۸۸ درصد معتقد بودند که دندان‌های کودک را به محض رویش، باید مسواک نمود و ۸۷ درصد آن‌ها نیز دندان‌های کودک خود را حداقل یک بار در روز مسواک می‌کردند. با این حال در چندین مطالعه، بیشتر والدین بر این باور بودند که خود کودکان به تنهایی قادر به تمیز کردن کامل دندان‌ها هستند (۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۶).

در مورد استفاده از خمیردندان‌های حاوی فلوراید، ۸۰/۷ درصد مادران نمی‌دانستند که مصرف آن‌ها از دو سالگی توصیه می‌شود، ولی بیشتر آن‌ها (۷۰ درصد) معتقد بودند که مقدار آن باید کم (اندازه‌ی یک نخود) باشد. مطالعات دیگر حاکی از آن است که بسیاری از والدین آگاهی خوبی در مورد مصرف خمیردندان‌های حاوی فلوراید در شیرخواران و نیز مقدار مصرف آن نداشتند (۲۴، ۲۸). در مورد فلورایدتراپی نیز ۸۳ درصد از مادران با انجام آن موافق بودند، ولی بیش از نیمی از آن‌ها اطلاع درستی در مورد چگونگی انجام آن نداشتند.

در تحقیق حاضر تقریباً بیش از ۷۰ درصد مادران نمی‌دانستند که از دست رفتن زودرس دندان‌های شیری باعث از دست رفتن فضا و رویش نامرتب دندان‌های دائمی خواهد شد. در تحقیق محمودپور (۲۲) نیز ۸۰ درصد مادران از این موضوع آگاهی نداشتند. در این خصوص نتایج مطالعات انجام شده در جوامع دیگر بسیار متنوع بود (۱۶، ۲۴، ۲۹، ۳۰). در این مطالعه ۷۰ درصد مادران، بیشتر اوقات سعی در ارتقای دانش خود در زمینه‌ی بهداشت و سلامت دهان و دندان از راه‌های مختلف داشتند، اما در مجموع سطح آگاهی آن‌ها زیر حد متوسط بود. بنابراین لازم است که توسط مسئولین وزارت بهداشت و درمان، برنامه‌ریزی جامعی در زمینه‌ی افزایش سطح آگاهی والدین چه از طریق رسانه‌های گروهی و چه از طریق مراکز بهداشتی-درمانی صورت پذیرد.

در پژوهش حاضر بین سطح تحصیلات مادران، شغل آن‌ها و وضعیت اقتصادی خانواده و نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد آن‌ها رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری وجود داشت که

داده‌ها بیانگر آن است که در جامعه‌ی ما آگاهی کافی در مورد زمان شروع پوسیدگی و نیز زمان اولین مراجعه به دندان‌پزشک وجود نداشته و عملکرد جامعه در این مورد ضعیف است و بایستی برنامه‌ریزی صحیح و اطلاع‌رسانی مناسبی در این زمینه صورت گیرد. در مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر نیز تقریباً نیمی از والدین اطلاع درستی از زمان شروع پوسیدگی در دندان‌های شیری نداشتند (۱۵، ۲۷). در مورد فواصل بین معاینات منظم دندان‌پزشکی نیز در مطالعه‌ی حاضر ۶۱ درصد از مادران بر این عقیده بودند که هر شش ماه یک بار باید معاینات دندان‌پزشکی انجام گیرد، اما در عمل تنها ۳۷ درصد آن‌ها همیشه یا اغلب اوقات معاینات دندان‌پزشکی را به موقع انجام می‌دادند. در مطالعه‌ی نادری‌فر و همکاران (۱۴) نیز تقریباً $\frac{1}{4}$ والدین نمی‌دانستند که هر چند مدت یک بار باید توسط دندان‌پزشک ویزیت شوند. طبق گزارش‌ها، در حال حاضر در کشورهای توسعه یافته‌ی صنعتی نظیر دانمارک، بیش از ۹۰ درصد کودکان هر شش ماه یک بار به دندان‌پزشک مراجعه می‌نمایند. این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه مانند کویت، فقط ۳۷ درصد از کودکان سالانه آن هم به دلیل مشکلات پیش آمده به دندان‌پزشک مراجعه می‌کنند که این نکته حایز اهمیت و دقت نظر است (۱۷).

در مورد زمان شروع تمیز کردن دندان‌ها (بدو رویش) تقریباً بیش از نیمی از مادران آگاهی درستی در این زمینه نداشتند و ۳۵ درصد آن‌ها نیز دارای نگرش مثبتی در این زمینه نبودند. در مطالعه‌ی نظری و طاهرپور (۱۳) و محمودپور (۲۲) نیز ۷۵ درصد اطلاعی در این خصوص نداشتند. با این حال در تحقیق حاضر بیش از نیمی از مادران بر این باور بودند که خود کودک قادر به مسواک زدن و تمیز نمودن دندان‌هایش نمی‌باشد و حدود ۸۰ درصد آن‌ها بر این عقیده بودند که لازم است دندان‌های کودک را حداقل روزی یک بار تمیز نمود. در عمل نیز ۷۰ درصد والدین همیشه یا اغلب، حداقل روزی یک بار دندان‌های کودک خود را مسواک می‌نمودند. در تحقیق Mani و

نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد مادران رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نگردید که با نتیجه‌ی مطالعه‌ی محمودپور (۲۲) و الهامی‌نسب و همکاران (۱۲) مطابقت داشت، اما با نتایج نظری و طاهرپور (۱۳) مغایرت داشت.

نتیجه‌گیری

از آنجا که میانگین نمره‌ی آگاهی و عملکرد مادران پایین‌تر از حد متوسط بود و مسئولیت بهداشت دهان و دندان شیرخواران بر عهده‌ی مادران می‌باشد، لذا ارتقای سطح آگاهی مادران در این زمینه مهم بوده و تدوین برنامه‌های آموزشی برای آن‌ها یک ضرورت است. همچنین از آنجا که بین آگاهی، نگرش و عملکرد مادران ارتباط معنی‌دار مستقیمی وجود داشت، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که با افزایش آگاهی مادران در زمینه‌ی رعایت بهداشت دهان و دندان کودکان شیرخوار خود، عملکرد آن‌ها نیز در این زمینه ارتقا یافته و لذا آموزش به مادران به ویژه مادرانی که حضور کمتری در اجتماع دارند در این زمینه، سهمی بسزا در ارتقای سلامت کودکان جامعه خواهد داشت.

* این مقاله حاصل پایان‌نامه شماره ۷۳۴ بوده و کلیه حقوق این طرح برای دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) محفوظ است.

مشابه با نتایج سایر تحقیقات می‌باشد (۱۲-۱۵، ۲۲، ۲۳). مادران شاغل و دارای سواد بالاتر به دلیل داشتن دانش بیشتر و شاید به دلیل حضور بیشتر اجتماعی و کسب اطلاعات بیشتر از محیط و همکاران دارای آگاهی و عملکرد بهتری می‌باشند. همچنین در موارد شاغل بودن مادر به دلیل وجود درآمد بیشتر، شاید قسمتی از درآمد به هزینه‌های درمانی اختصاص می‌یابد که این امر خود نشانه‌ی آگاهی بالاتر مادران شاغل نسبت به مادران غیر شاغل و اهمیتی که این گروه نسبت به مراقبت از دندان کودکان خود قایل می‌شوند، می‌باشد. به علاوه هر چه سطح اقتصادی خانواده بالاتر باشد، مادران از سطح آگاهی بالاتری نیز برخوردار هستند، که این نتیجه می‌تواند به دلیل تحصیلات بیشتر والدین، داشتن فرزند کمتر و برخورداری بیشتر از امکانات آموزشی - بهداشتی باشد. همچنین بین سن مادران و نمره‌ی آگاهی و نگرش آن‌ها رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت، اما سن آن‌ها با نمره‌ی عملکرد آن‌ها رابطه‌ی مستقیم داشت. این بدان معنی است که با افزایش سن مادران، تجربه‌ی آن‌ها در زمینه‌ی سلامت دهان بیشتر شده و در نتیجه عملکرد آن‌ها نیز بهتر خواهد بود. در مطالعات الهامی‌نسب و همکاران (۱۲)، نظری و طاهرپور (۱۳) و قاسمی (۳۱) نیز بین سن مادران و میزان آگاهی، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، اما در مطالعات محمودپور (۲۲) و نادری‌فر (۱۴) ارتباط مستقیم معنی‌داری وجود داشت. در نهایت بین رتبه‌ی تولد فرزند با

References

1. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A practical guide to infant oral health. Am Fam physician 2004; 70(11): 2113-20.
2. Dean JA, Avery DR, McDonald RE, McDonald and Avery dentistry for the child and adolescent. 9th ed. St Louis: Mosby; 2010. pp. 178, 181-2, 185-6, 193, 218-9, 234.
3. Vargas CM, Ronizo C. Disparities in early childhood caries. BMC Oral Health 2006; 6(Suppl 1): S3.
4. Momtaz news. Every 6-year-old Iranian child has five rotten teeth. [Online]. 2012 [cited 2015 Oct 15]; Available from: URL: <http://www.momtaznews.com>
5. Berg JH, Slayton RL. Early childhood oral health. 1st ed. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2009. pp. 38-40.
6. Hallet KB, O'Rourke PK. Social and behavioural determinants of early childhood caries. Aust Dent J 2003; 48(1): 27-33.
7. Edelstein B, Vargas CM, Candelaria D, Vemuri M. Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. Pediatr Dent 2006; 28(5): 431-7.
8. Alemida AG, Roseman MM, Sheff M, Huntington N, Hughes CV. Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general anesthesia. Pediatr Dent 2000; 22(4): 302-6.

9. Tate AR, Ng MW, Needleman HL, Acs G Failure rates of restorative procedures following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent* 2002; 24(1): 69-71.
10. Mahmodian J, Naghavi M, Nikkhoo H. Evaluation of the relationship between milk consumption and dental caries in 3-5 years old children in Ray city. *Jdm* 1994; 7(2): 10-8.
11. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Early childhood caries and dental plaque among 1-3-year-olds in Tehran, Iran. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2006; 24(4): 177-81.
12. Elhami Nasab E, Aghaian Z, Hashemian M. Evaluation of the knowledge of mothers visiting Sabzevar health centers on the importance of oral and dental health for their children from birth to 3 years and the relationship of this knowledge with demographic characteristics. *Journal Research Committee of Students at Sabzevar University of Medical Sciences* 2011; 16(1&2): 1-6.
13. Nazari Z, Taherpour M. Mother's awareness, regarding orodental health of their children at age of 1-6 years old in Shirvan. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2014; 5(5): 979-86.
14. Naderifar M, Akbarsharifi T, Pairovi H, Haghani H. Mother,s awareness regarding orodental heath of their children at age of 1-6 years old. *Iran Journal of Nursing* 2006; 19(46): 15-27.
15. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perception of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(3): 364-72.
16. Mani SA, John J, Ping WY, Ismail NM. Early childhood caries: parent's knowledge, attitude and practice towards its prevention in Malaysia. In: Singh Viridi M, Editor. *Oral health care- pediatric research epidemiology and clinical practices*. Rijeka, Croatia: InTech; 2012.
17. Ashkanani F, Al-Sane M. Knowledge, attitude and practice of caregivers in relation to oral health of preschool children. *Med Princ Pract* 2013; 22(2): 167-72.
18. Almushayt A. Knowledge and attitude of parents towards dental health and its role on the development of severe early childhood caries (S-ECC). *Proceeding of the 6th International Dental Congress; 2013 5-8 Nov; Cairo, Egypt*. 2013. p. 223.
19. Jackson R. Parental health literacy and children's dental health: implications for the future. *Pediatr Dent* 2006; 28(1): 72-5.
20. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics* 2009; 124(Suppl 3): S289-98.
21. Ansarimoghadam S. Evaluation of the knowledge and attitude of mothers visiting Zahedan health centers on children and infantiles orodental health factors. [PhD thesis]. Zahedan, Iran: Dental School; Zahedan University of Medical sciences; 2003. [In Persian].
22. Mahmoudpour A. Evaluation of the knowledge of pregnant mothers on infantile caries due to milk consumption in Isfahan in 2003. [PhD thesis]. Isfahan, Iran: Dental School; Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch; 2003. [In Persian].
23. Bayesti F. Evaluation of the knowledge of mothers visiting pediatric part of Rafsanjan dental school regarding to orodental health of their children at age of under 6 years old in the second six month of 2007. [PhD thesis]. Rafsanjan, Iran: Dental School; Rafsanjan University of Medical Sciences; 2007. [In Persian].
24. Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Lo SK, Kilpatrick NM. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Aust Dent J* 2008; 53(1): 52-60.
25. Southward LH, Robertson A, Wells-Parker E, Eklund NP, Silberman SL, Crall JJ, et al. Oral health status of Mississippi delta 3- to 5-year-olds in child care: an exploratory study of dental health status and risk factors for dental disease and treatment needs. *J Public Health Dent* 2006; 66(2): 131-7.
26. Chan SC, Tsai JS, King NM. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12(5): 322-31.
27. Al-Zahrani AM, Al-Mushayt AS, Otaibi MF, Wyne AH. Knowledge and attitude of Saudi mothers towards their preschool children's oral health. *Pak J Med Sci* 2014; 30(4): 720-4.
28. Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, Holloway PJ. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent J* 2001; 51(6): 435-8.
29. Schroth RJ, Brothwell DJ, Moffatt ME. Caregiver knowledge and attitudes of preschool oral health and early childhood caries (ECC). *Int J Circumpolar Health* 2007; 66(2): 153-67.
30. Tickle M, Milsom KM, Humphris GM, Blinkhorn AS. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition. *Br Dent J* 2003; 195(8): 451-5.
31. Ghasemi B. Evaluation of parents' knowledge on the importance of oral and dental hygiene of their children at age 6-12 years old. [PhD thesis]. Zahedan, Iran: Dental School; Zahedan University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].

Knowledge, attitudes and performance of mothers of children aged 1– 3 years regarding oral health and early childhood caries in Shiraz

Romina Mazaheri¹
Naghme Feizi Najafi²
Elham ghaffari³
Yasaman Alamdarloo⁴
Ali Ghazalgoo⁵

1. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

3. **Corresponding Author:** Postgraduate Student, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Email: elhamghaffari@gmail.com

4. DDS, Isfahan, Iran.

5. Assistant Professor, Dental Research Center, Department of Endodontics, School of Dentistry Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Educating mothers regarding oral health and early childhood caries can have a great effect on improving their knowledge, attitudes and performance. The aim of this study was to determine the knowledge, attitudes and performance of mothers of children aged 1 to 3 years in relation to oral health and early childhood caries in Shiraz.

Materials & Methods: In this descriptive analytical cross-sectional study, 202 mothers of children aged 1 to 3 years were selected randomly from those visiting 4 health centers in Shiraz and a questionnaire whose reliability and validity had been confirmed was distributed among them. Questions of the questionnaire had been designed in relation to knowledge, attitudes and performance of mothers regarding oral health and early childhood caries. Statistical analyses were performed using SPSS 20, using descriptive statistics (means and standard deviations), Pearson's and Spearman's correlation coefficients and independent t-test.

Results: The mean knowledge, attitude and performance scores of mothers were 41.8, 61.2 and 45.2 (of 100), respectively. There were direct and significant relationships between mothers' knowledge and attitudes (p value = 0.02) and practice (p value = 0.005); in addition, there was a direct and significant relationship between mothers' attitudes and performance (p value = 0.04). There was no significant relationship between knowledge (p value = 0.07) and attitude ($p=0.92$) and age but there was a significant relationship (p value < 0.001) between performance and age. There was also a significant relationship (p value < 0.05) between knowledge, attitude and performance on one hand and mothers' educational level, economic status of the family and employment status of mothers on the other hand. However, there was no significant relationship (p value > 0.05) with child birth rank.

Conclusion: Since the means of mothers' knowledge and practice scores were lower than moderate level and since mothers are responsible for infants' oral hygiene, it is important to increase the mothers' level of knowledge and improve their attitudes and practice in this context. Therefore, educational programs are necessary for them in this respect.

Key words: Attitude, Early childhood caries, Knowledge, Mothers, Oral health, Performance.

Received: 20.4.2016

Revised: 3.9.2016

Accepted: 6.9.2016

How to cite: Mazaheri R, Feizi Najafi N, Ghaffari E, Alamdarloo Y, Ghazalgoo A. Knowledge, attitudes and performance of mothers of children aged 1– 3 years regarding oral health and early childhood caries in Shiraz. J Isfahan Dent Sch 2016; 12(3): 248-259.