

عوامل تعیین کننده بهره مندی از مراقبت های دندان برای کودکان زیر ۶ سال:

مطالعه ای بر اساس مدل رفتاری اندرسن

فاطمه گرجی^۱، ابوالقاسم پوررضا^۲، مسعود یونسیان^۳، سیمین زهرا محبی^۴، مهناز آشورخانی^۵

- ۱- کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استاد بهداشت عمومی، گروه آموزش و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- استاد اپیدمیولوژی، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- مرکز تحقیقات آلودگی هوا، پژوهشکده محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- استاد سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۶- مرکز تحقیقات پیشگیری پوسیدگی دندان، پژوهشکده علوم دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۷- دانشیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۸- مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

DOI: [10.18502/ijre.v21i2.19910](https://doi.org/10.18502/ijre.v21i2.19910)

چکیده

مقدمه و اهداف: بهره مندی به موقع از خدمات دندان پزشکی در دوران کودکی نقش مهمی در حفظ سلامت دندان های شیری و پیشگیری از مشکلات مرتبط با رشد فک، تغذیه، تکلم و سلامت روانی دارد. مراجعه منظم به دندان پزشک می تواند از پوسیدگی زود هنگام دندان ها و عوارض مرتبط با آن جلوگیری کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر بهره مندی از خدمات دندان های شیری از دیدگاه والدین، مبتنی بر مدل رفتاری اندرسن، انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی - تحلیلی بر روی ۳۹۵ والد دارای کودک زیر شش سال مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر سمنان در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت. نمونه گیری به صورت تصادفی ساده و گردآوری داده ها از طریق پرسشنامه Hackey به صورت آنلاین انجام شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون های مجذور کای و رگرسیون لجستیک صورت گرفت.

یافته ها: درصد کمی از والدین از زمان مناسب اولین مراجعه دندان پزشکی آگاه بودند. تنها ۴۵ درصد از والدین تنها در زمان بروز مشکل به دندان پزشک مراجعه کرده و ۳۶ درصد مراجعات دوره ای داشتند. همچنین ۶۲ درصد وضعیت مالی متوسط یا خوب و ۸۲ درصد بیمه پایه داشتند. عوامل مؤثر شامل تحصیلات مادر، دسترسی به خدمات، پوشش بیمه ای، منبع اطلاعات بهداشتی، و ویژگی فرد آموزش دهنده بود. افزایش بعد خانوار و تجربه رفتار نامناسب از سوی کادر درمان با کاهش مراجعات همراه بود.

نتیجه گیری: برای ارتقای بهره مندی منظم از خدمات دندان پزشکی در کودکان، مداخلاتی در سطوح فردی و ساختاری شامل افزایش آگاهی والدین، آموزش توسط افراد اثرگذار، توسعه بیمه های دندان - پزشکی و بهبود رفتار حرفه ای کادر درمان توصیه می شود.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت
۱۴۰۳/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش
۱۴۰۴/۰۵/۰۴

نویسنده رابط
مهناز آشورخانی

ایمیل نویسنده رابط
ashoorkhani@tums.ac.ir

نشانی نویسنده رابط
تهران - بلوار کشاورز، خ قدس، خ پورسینا،
دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی
تهران، گروه آموزش و ارتقا سلامت.

واژگان کلیدی: بهداشت دهان و
دندان، دندان های شیری، والدین، مدل
رفتاری اندرسن، مستعد کننده، قادر
کننده

مقدمه

بیماری های شایعی است که تمام گروه های سنی و هر دو جنس را تهدید می کند. با این حال، گروه های سنی خاص به دلیل شرایط فیزیولوژیکی ویژه، بیشتر مستعد پوسیدگی دندان هستند. اغلب، کودکان بیشتر در معرض پوسیدگی -

سلامت دهان و دندان یک ضرورت و بخشی از سلامت عمومی بوده و به میزان قابل توجهی کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد (۱). پوسیدگی دندان از جمله

مطالعه ۲۷ درصد جمعیت هدف کمتر از یک بار به دندان-پزشک مراجعه کرده بودند و ۴۵ درصد آن ها هیچ خدمات دندان پزشکی طی سال گذشته دریافت نکرده بودند (۱۱). آگاهی از تعیین کننده‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت دهان و دندان از الزامات در برنامه‌ریزی برای این حوزه است.

یکی از مشهورترین مدل‌های بهره‌مندی از خدمات سلامتی مدل اندرسن است. این چارچوب مفهومی جامع علاوه بر تعیین کننده‌های فردی به تعیین کننده‌های زمینه‌ای و محیطی هم تاکید دارد که می‌تواند بر بهره‌مندی از خدمات سلامت تاثیرگذار باشد. سه جز اصلی این چارچوب عوامل مستعد کننده، قادر کننده و نیاز است که بین این عوامل زمینه‌ای و محیطی با پیامد مورد انتظار که رفتارهای سلامتی است، ارتباط دیده شده است. عوامل مستعد کننده در این چارچوب، مشخصات دموگرافیک، عوامل اجتماعی و باورها و دانش سلامتی است که پیش نیاز لازم برای انجام رفتار است. عوامل قادر کننده، عواملی که در سطح خانواده و جامعه در نظر گرفته شده است و بر بهره‌مندی از خدمات سلامت تاثیرگذار است. عواملی چون درآمد خانوار، پوشش بیمه‌ای و نزدیکی و دسترسی به خدمات سلامت از این دسته عوامل است. نیاز در این چارچوب شامل وضعیت سلامت درک شده افراد، داشتن بیماری و نیازهای سلامتی آن‌ها است. رفتارهای سلامتی بسته به نوع خدمات، اقداماتی است که توسط فرد انجام می‌شود و بر سلامت وی تاثیرگذار است (۱۲-۱۴). خود مراقبتی، پایبندی و فرآیندهای درمانی جزو این دسته محسوب می‌شوند. چارچوب رفتاری اندرسن برای درک طیف وسیعی از مراقبت‌های بهداشتی با جمعیت‌های مختلف و در کشورهایی نظیر ایالات متحده آمریکا، دانمارک، اردن، اوگاندا، کره، نیجریه، استرالیا، کانادا، چین و ترکیه استفاده شده است. از این مدل به طور گسترده در زمینه‌های مختلف از جمله خدمات بهداشت دندان، خدمات بهداشت روان و مراقبت‌های بهداشتی اورژانسی استفاده شده است (۱۵). لذا در این مطالعه به بررسی و شناسایی عوامل موثر

های دندانی قرار دارند (۲). براساس مطالعه جهانی صورت گرفته در سال ۲۰۱۶ تخمین زده شده است که در سطح جهان ۴۸۶ میلیون کودک از پوسیدگی دندان‌های اولیه رنج می‌برند (۳). در ایران نیز آخرین تحقیق کشوری شیوع پوسیدگی زودرس دوران کودکی را ۵۲ درصد در ۳ سالگی، و ۸۹ درصد در ۶ سالگی اعلام کرده است که با اهداف معین شده توسط WHO^۱ در سال ۲۰۰۰ فاصله بسیاری دارد (۴).

مراقبت از دندان‌های شیری و جلوگیری از پوسیدگی آن‌ها و تاثیری که بر شکل‌گیری دندان‌های دائمی دارد بسیار حائز اهمیت است (۵). دندان‌های شیری به لحاظ نقش مهمی که در غذا خوردن، بیان آوایی، زیبایی و عزت نفس در کودکان دارد، تاثیر زیادی بر سلامت دهان و دندان و رشد جسمی و اجتماعی آن‌ها می‌گذارد (۶). پوسیدگی‌های زودرس دوران کودکی با داشتن عوارضی چون گیر کردن مواد غذایی و آبه، تجربه دردهای دندانی را در خردسالی ایجاد می‌کند (۷). اگر اقدامات پیشگیرانه مناسب در زمان مناسب انجام نشود، کودکان و والدینشان شاهد عوارض جسمی، روانی و اجتماعی همچون آسیب به دندان دائمی، از دست رفتن اعتماد به نفس، کاهش رشد و نمو، اختلالات گفتاری و از دست رفتن زودرس دندان‌ها خواهند بود (۸).

از آنجا که کودکان آینده سازان جامعه هستند شناسایی موانع پیش روی بهداشت و درمان این گروه سنی و به دنبال آن برنامه‌ریزی و مداخلات مبتنی بر شواهد علمی برای سلامت جامعه ضروری تلقی می‌شود (۹). شواهد حاکی از آن است که بیماری‌های دهان و دندان آشکارترین نشانه نابرابری سلامت است. در ایالات متحده کودکان خانواده‌های کم درآمد و بدون بیمه، کمتر از کودکان با درآمد متوسط و بالا از مراقبت‌های جامع دندان پزشکی بهره‌مند می‌شوند (۱۰). در ایران نیز چندین مطالعه نشان داده است که بهره‌مندی از خدمات دندان پزشکی بسیار کمتر از سایر کشورهاست به طوری که در یک

¹ World Health Organization

بر بهره‌مندی از خدمات دندان‌های شیری با استفاده از مدل اندرسن، جهت شناسایی مشکلات احتمالی موجود در سطوح مختلف پرداخته شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی است که به منظور بررسی عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات دندان‌های شیری از دیدگاه والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، مبتنی بر مدل اندرسن در شهر سمنان انجام شد. ابزار: جهت بررسی عوامل اجتماعی، فردی و سیستمی موثر بر مراقبت از دندان‌های شیری از پرسشنامه Hachey و همکاران (۲۰۱۷) استفاده شد (۱۲). این پرسشنامه در قالب ۵۲ سوال به بررسی عوامل مستعد کننده (۲۰ سوال- آگاهی، نگرش و ویژگی‌های دموگرافیک)، قادر کننده (۱۸ سوال)، عوامل مرتبط با نیاز مراقبت از دندان‌های شیری (۷ سوال)، اقدامات بهداشتی (۶ سوال) و پیامد بهره‌مندی از خدمات دندان پزشکی با پرسش آخرین زمان چکاب دندانى (۱ سوال) پرداخت. جهت بومی سازی ابزار، پس از کسب اجازه از تهیه کنندگان ابزار، فرایند ترجمه/بازترجمه انجام شد. سپس روایی و پایایی آن مورد سنجش قرار گرفت. در بخش سنجش روایی محتوایی از نظرات ۱۰ متخصص از گروه‌های آموزش بهداشت (۵) و دندان‌پزشک با گرایش اجتماعی (۵) استفاده، و شاخص‌های CVI و CVR محاسبه گردید. برای سنجش روایی صوری ابزار از نظرات ۱۰ نفر از والدین دارای فرزند زیر ۶ سال به روش کیفی استفاده شد. سنجش پایایی ابزار به روش آزمون/بازآزمون توسط ۲۰ نفر از والدین به فاصله دو هفته انجام شد. شاخص کاپا برای هر سوال محاسبه گردید. بر اساس یافته‌های مراحل روایی و پایایی تغییرات و اصلاحات لازم اعمال و پرسشنامه نهایی شد. شاخص CVI در آیتیم‌هایی به جز مشخصات دموگرافیک، بین ۰/۵۰ تا ۰/۹۸ و CVR بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ به دست آمد. مواردی که کمتر از ۰/۷ بودند مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفته و به نظر می‌رسد ابزار مناسبی بوده است.

شهر سمنان دارای ۸ مرکز خدمات جامع سلامت بوده که تمامی مراکز وارد مطالعه شدند. جامعه آماری شامل والدین دارای کودکان زیر ۶ سال است که به درمانگاه‌ها و مراکز جامع سلامت شهرستان سمنان جهت مراقبت از دندان‌های شیری مراجعه می‌کنند که تعداد آنان در زمان مطالعه ۱۹۱۸۲۲ نفر بود. تعداد ۳۹۵ نمونه از ۸ مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. تعداد افراد وارد شده به مطالعه از هر یک از مراکز، متناسب با تعداد پرونده‌های مربوط به کودکان زیر ۶ سال آن مرکز بود. معیارهای ورود (۱) والدین دارای کودکان زیر ۶ سال، (۲) ساکن شهر سمنان، (۳) تمایل به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد. معیار خروجی در نظر گرفته نشد.

حجم نمونه: با در اختیار داشتن جامعه آماری تعداد ۳۸۳ نمونه محاسبه شد. با محاسبه احتمال عدم پاسخگویی، تعداد اندکی بیشتر و ۳۹۵ نفر در نظر گرفته شد.

فرایند جمع آوری داده‌ها: نمونه‌ها در خرداد ۱۴۰۲ از بین افراد مراجعه کننده به ۸ مرکز خدمات جامع سلامت شهر سمنان به دست آمد. تعداد افراد وارد شده به مطالعه از هر یک از مراکز، متناسب با تعداد پرونده‌های مربوط به کودکان زیر ۶ سال آن مرکز بود. انتخاب افراد در هر مرکز از میان لیست افراد دارای پرونده سلامت کودکان زیر ۶ سال، به صورت تصادفی ساده از بین شماره پرونده‌ها انجام شد. بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده با افراد تماس گرفته و پس از بیان اطلاعات لازم و پاسخگویی به سوالات آن‌ها، جهت شرکت در مطالعه دعوت شده و هماهنگی جهت ارسال لینک پرسشنامه آنلاین صورت گرفت. جهت یادآوری تکمیل پرسشنامه، تا دوبار به فاصله یک هفته تماس گرفته شد. در صورت عدم تمایل فرد به همکاری در طی تماس دوم، فرد دیگری از همان مرکز به صورت تصادفی انتخاب و جایگزین شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کای و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

این مطالعه دارای کد اخلاق با شماره IR.TUMS.SPH.REC.1400.257 از دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد.

یافته‌ها

مبثنی بر مدل رفتاری اندرسن، عوامل مستعد کننده در نظر گرفته شده در خصوص دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان، مواردی نظیر مشخصات جمعیت شناختی، جنسیت کودک، تحصیلات، شغل، سن والدین و تعداد اعضای خانوار، دانش نسبت به بهداشت دهان و دندان، نگرش نسبت به دندان شیری و مراقبت از آن در نظر گرفته شد. از میان شرکت کنندگان حدود ۵۳ درصد دارای فرزند دختر و ۴۷ درصد دارای فرزند پسر بودند. بیشترین فراوانی

مرتبط با سن، مادران ۲۱ تا ۳۰ سال با ۴۹/۹ درصد می- باشد و کمترین فراوانی را مادران زیر ۲۰ سال داشتند. در میان پدران شرکت کننده بیشترین فراوانی بین افراد ۳۱ تا ۴۰ سال با ۶۸/۶ درصد و کمترین فراوانی میان پدران بالای ۵۱ سال دیده شد. مادران با تحصیلات لیسانس با ۴۰ درصد و پدران با مدرک لیسانس با ۳۷/۵ درصد بیشترین فراوانی را داشتند. در بین والدین شرکت کننده، شغل کارمند در هر دو والد، پدران با ۵۳/۴ درصد و مادران با ۴۱/۵ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. تعداد خانوار چهار نفره با ۴۳/۳ درصد بیشترین فراوانی را داشت (جدول ۱).

جدول شماره ۱- عوامل مستعد کننده، قادر کننده، نیازها و رفتارهای بهداشتی موثر بر بهره‌مندی از خدمات

بهداشت دهان و دندان

| نوع عامل | متغیر | تعداد(درصد) |
|-------------|---------------------|-------------|
| جنس | دختر | ۲۰۸ (۵۲/۷) |
| | پسر | ۱۸۷ (۴۷/۳) |
| سن مادر | زیر ۲۰ سال | ۶ (۱/۵) |
| | ۲۱ تا ۳۰ سال | ۱۹۷ (۴۹/۹) |
| | ۳۱ تا ۴۰ سال | ۱۷۸ (۴۵/۱) |
| | ۴۱ تا ۵۰ سال | ۱۴ (۳/۵) |
| سن پدر | ۲۰ تا ۳۰ | ۷۳ (۱۸/۵) |
| | ۳۱ تا ۴۰ | ۲۷۱ (۶۸/۶) |
| | ۴۱ تا ۵۰ | ۴۹ (۱۲/۴) |
| | ۵۱ تا ۶۰ | ۲ (۰/۵) |
| مستعدکننده | بی سواد | ۴ (۱/۰) |
| | زیر دیپلم | ۲۹ (۷/۳) |
| | دیپلم | ۷۹ (۲۰/۰) |
| | فوق دیپلم | ۴۵ (۱۱/۴) |
| | لیسانس | ۱۵۸ (۴۰/۰) |
| | فوق لیسانس و بالاتر | ۸۰ (۲۰/۳) |
| تحصیلات پدر | بی سواد | ۳ (۰/۸) |
| | زیر دیپلم | ۲۵ (۶/۳) |
| | دیپلم | ۴۸ (۱۲/۲) |
| | فوق دیپلم | ۵۶ (۱۴/۲) |
| | لیسانس | ۱۴۸ (۳۷/۵) |
| | فوق لیسانس و بالاتر | ۱۱۵ (۲۹/۱) |
| شغل پدر | بیکار | ۴ (۱/۰) |
| | کارگر | ۶۲ (۱۵/۷) |
| | کارمند | ۲۱۱ (۵۳/۴) |

| | | | |
|------------|---|--------------------------------------|-----------------|
| ۱۱۱ (۲۸/۱) | آزاد | | |
| ۷ (۱/۸) | بازنشسته | | |
| ۶ (۵/۶) | کارگر | | |
| ۱۲۳ (۴۱/۵) | کارمند | | |
| ۵۱ (۱۵/۲) | آزاد | شغل مادر | |
| ۵۵ (۱/۳) | بازنشسته | | |
| ۱۲۲ (۳۶/۴) | سایر | | |
| ۸ (۲/۰) | ۳ نفر | | |
| ۱۷۱ (۴۳/۳) | ۴ نفر | | |
| ۱۵۳ (۳۸/۷) | ۵ نفر | تعداد اعضاء خانواده | |
| ۶۳ (۱۵/۹) | ۶ نفر و بیشتر | | |
| ۷ (۱/۸) | ۱ | | |
| ۱۶ (۴/۱) | ۲ | | |
| ۴۲ (۱۰/۶) | ۳ | | |
| ۸۲ (۲۰/۸) | ۴ | | |
| ۱۰۶ (۲۶/۸) | ۵ | وضعیت اقتصادى خانواده | |
| ۶۸ (۱۷/۲) | ۶ | | |
| ۴۷ (۱۱/۹) | ۷ | | |
| ۱۸ (۴/۶) | ۸ | | قادر کننده |
| ۸ (۲/۰) | ۹ | | |
| ۱ (۰/۳) | ۱۰ | | |
| ۷۱ (۱۸/۰) | ندارد | بیمه پایه | |
| ۳۲۴ (۸۲/۰) | دارد | | |
| ۱۸۴ (۴۶/۶) | دارد | بیمه تکمیلی | |
| ۲۱۱ (۵۴/۴) | ندارد | | |
| ۱۳۸ (۳۶/۷) | دارد | بیمه تکمیلی دارای پوشش خدمات | |
| ۴۵ (۵۰/۴) | ندارد | دندانپزشکی | |
| ۱۴۳ (۳۶/۲) | چکاپ / معاینه یا جرم گیری | | |
| ۱۷۶ (۴۴/۶) | درد و مشکل در دندان هایش وجود داشت | علت مراجعه در اولین ویزیت دندان | نیاز |
| ۳۸ (۹/۶) | تا به حال به دندان پزشکی مراجعه نداشته است | پزشکی کودک | |
| ۲۱ (۵/۳) | عدم مراجعه به دندانپزشک | | |
| ۱۷ (۴/۳) | سایر موارد | | |
| ۴۶ (۱۱/۶) | نامنظم یا هرگز | دفعات مسواک زدن کودک | |
| ۶۳ (۱۵/۹) | هفته ای یک بار | | |
| ۱۲۰ (۳۰/۴) | دو تا سه بار در هفته | | |
| ۱۲۷ (۳۲/۲) | روزی یک بار | | |
| ۳۹ (۹/۹) | بیش از یک بار در روز | | |
| ۵۴ (۱۳/۷) | همیشه | | |
| ۶۸ (۱۷/۲) | بیشتر وقت ها | | رفتارهای سلامتی |
| ۹۵ (۲۴/۱) | معمولا | استفاده از خمیر دندان فلوراید دار | |
| ۴۶ (۱۱/۶) | به ندرت | هنگام مسواک زدن | |
| ۴۸ (۱۲/۲) | هرگز | | |
| ۸۴ (۲۱/۳) | نمی دانم خمیر دندان مصرفی فلوراید دارد یا خیر | | |
| ۹۴ (۲۳/۸) | سه بار یا بیشتر | | |
| ۱۱۹ (۳۰/۱) | دو بار | دفعات استفاده از تنقلات شیرین در روز | |
| ۷۶ (۱۹/۲) | یک بار | | |
| ۸۵ (۲۱/۵) | گاهی نه هر روز | | |

| | | |
|------------|---------|-------------------------------|
| ۲۱ (۵/۳) | به ندرت | |
| ۳۲ (۸/۱) | ۱ | |
| ۱۲۳ (۳۱/۱) | ۲ | |
| ۱۲۷ (۳۲/۲) | ۳ | سن اولین مراجعه کودک به |
| ۶۰ (۱۵/۲) | ۴ | دندانپزشک(سال) |
| ۲۸ (۷/۱) | ۵ | |
| ۲۵ (۶/۳) | ۶ | |
| ۲۶۰ (۶۵/۸) | خیر | |
| ۱۳۵ (۳۴/۲) | بله | داشتن معاینات منظم دندانپزشکی |

سایر مراقبت‌های پزشکی مثل قلب، ۴۲ درصد پاسخگویان گزینه مهم را انتخاب کردند که بیشترین فراوانی را دارد. در خصوص انتخاب نوع مرکز درمانی برای خدمات دندان-پزشکی فرزندان، ۵۱ درصد افراد مطب‌های دندان‌پزشکی خصوصی را انتخاب کردند (جدول ۲).

دانش و نگرش نسبت به بهداشت دهان و دندان، از دیگر عوامل مستعد کننده هستند. تنها ۴۳ نفر (۱۰/۹ درصد) از والدین مطلع بودند که باید کودکان را از سن ۱ سالگی برای معاینات دندان‌پزشکی ببرند، و باقی شرکت کنندگان اطلاع درستی از این امر نداشتند. در پاسخ به این سوال در جهت اهمیت توجه به سلامت دهان در مقایسه با

جدول شماره ۲- آگاهی و نگرش والدین در زمینه بهداشت دهان و دندان

| نوع عامل | متغیر | تعداد (درصد) |
|----------|-------|--------------|
| | ۱ | ۴۳ (۱۰/۹) |
| | ۲ | ۱۰۲ (۲۵/۸) |
| | ۳ | ۱۱۱ (۲۸/۱) |
| | ۴ | ۸۸ (۲۲/۳) |
| | ۵ | ۲۸ (۷/۱) |
| | ۶ | ۲۳ (۵/۸) |
| | صحیح | ۲۱۰ (۵۳/۲) |
| | غلط | ۱۸۵ (۴۶/۸) |
| آگاهی | صحیح | ۲۸۶ (۷۲/۴) |
| | غلط | ۱۰۹ (۲۷/۶) |
| | صحیح | ۲۰۱ (۵۱/۱) |
| | غلط | ۱۹۳ (۴۸/۸) |
| | صحیح | ۱۶۷ (۴۲/۳) |
| | غلط | ۲۲۸ (۵۷/۸) |

سن اولین مراجعه کودک به دندان‌پزشک از نظر والدین

اولین علائم پوسیدگی در کودکان، خطوط یا نقاط سفید رنگ روی سطح دندان است.

تمیز کردن دندان‌ها و مسواک زدن باید از زمان رویش اولین دندان شیری در دهان کودک انجام شود.

وقتی دندان‌های کودک، تازه در آمده و سالم است، نیازی به معاینه دندان‌پزشکی نیست.

دندان‌های شیری با دندان‌های دائمی جایگزین می‌شوند بنابراین در صورت بروز مشکلاتی مانند پوسیدگی یا شکستگی نیاز به درمان ندارند.

| | | |
|------------|-------------------------------------|---|
| ۳۱۷ (۸۰/۳) | صحیح | پوسیدگی های دندان به دلیل درد دندانی باعث می شود کودک نتواند راحت غذا بخورد. بنابراین رشد آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد. |
| ۷۸ (۱۹/۸) | غلط | |
| ۳۲۱ (۸۱/۳) | صحیح | مراجعه منظم به دندان پزشک به پیشگیری و جلوگیری از شروع مشکلات دهان و دندان کمک می کند. |
| ۷۴ (۱۸/۷) | غلط | |
| ۳۳۷ (۸۵/۳) | صحیح | درمان به موقع پوسیدگی های دندان کودکان برای سلامت دهان و دندان آن ها مفید است. |
| ۵۸ (۱۴/۷) | غلط | |
| ۱۱۹ (۳۰/۱) | بسیار مهم | |
| ۱۶۵ (۱۴/۸) | مهم | |
| ۸۹ (۲۲/۶) | متوسط (کمی مهم) | توجه به سلامت دهان در مقایسه با سایر مراقبت های پزشکی مثل قلب |
| ۱۷ (۴/۳) | بی اهمیت | |
| ۵ (۱/۳) | بسیار بی اهمیت | نگرش |
| ۲۰۳ (۵۱/۴) | مطب های دندان پزشکی خصوصی | |
| ۹۵ (۲۴/۱) | مراکز دندان پزشکی دولتی | انتخاب نوع مرکز خدمات دندان پزشکی |
| ۷۶ (۱۹/۲) | مراکز بهداشتی دارای بخش دندان پزشکی | توسط والدین برای مراجعه کودک |
| ۲۱ (۵/۳) | سایر موارد | |

داشتند که کودک مشکلی مانند دندان درد داشته است. صرفاً ۳۶ درصد افراد معاینات دوره ای داشتند (جدول ۱). رفتارهای سلامتی بهداشت دهان و دندان مورد ارزیابی در این مطالعه شامل رفتارهای خود مراقبتی بهداشت دهان و دندان و معاینات دوره ای بود. حدود ۳۰ درصد والدین شرکت کننده اذعان داشتند که کودک آن ها، دو تا سه بار در هفته مسواک می زند. در حدود ۵۴ درصد موارد کودکان دوبار و بیشتر از تنقلات و نوشیدنی شیرین در بین وعده های غذایی استفاده می کردند. تقریباً ۳۲ درصد شرکت کنندگان سن اولین مراجعه و معاینه دندان پزشکی کودک را سه سال و ۳۱ درصد دو سال گزارش کردند. حدود ۶۶ درصد شرکت کنندگان معاینات منظم دوره ای برای کودکان نداشتند (جدول ۱).

مبتنی بر مدل اندرسن، بهره مندی از خدمات بهداشت دهان و دندان به عنوان پیامد در نظر گرفته شد که در این مطالعه آخرین زمان چکاپ دندانی مورد بررسی قرار گرفت. حدود نیمی از شرکت کنندگان اذعان داشتند که به

دومین سازه مدل اندرسن، عوامل قادرکننده است. در این سازه عواملی نظیر وضعیت اقتصادی و پوشش بیمه ها برای خدمات بهداشت دهان و دندان و دسترسی به خدمات دندان پزشکی کودکان در نظر گرفته شد. ۶۲/۹ درصد افراد وضعیت مالی متوسط و بالاتر از آن را گزارش کردند. همچنین از میان شرکت کنندگان ۸۲ درصد افراد دارای بیمه پایه و حدود ۴۷ درصد افراد دارای بیمه تکمیلی بودند که از این میان بیمه تکمیلی حدود ۳۷ درصد افراد خدمات دندان پزشکی را نیز شامل می شد (جدول ۱).

سومین سازه مدل اندرسن به عوامل موثر بر نیاز می پردازد. در این مطالعه به مواردی نظیر علت مراجعه در اولین ویزیت دندان پزشکی کودک، بیماری خاص کودک، سابقه دندان درد کودک و غیبت از مهد کودک به دلیل دندان درد و دلیل مراجعه در اولین ویزیت دندان پزشکی کودک، تحت عنوان نیازهای درک شده پرداخته شد. حدود ۴۵ درصد شرکت کنندگان زمانی به دندان پزشک مراجعه

دندانپزشکی مراجعه نداشتند و یا از آخرین مراجعه بیش از دو سال می‌گذرد و تنها ۱۶ درصد افراد در شش ماه گذشته به دندان‌پزشک مراجعه کرده بودند (جدول ۳).

جدول شماره ۳- پیامد مدل اندرسن

| تعداد(درصد) | متغیر |
|-------------|-------------------------------|
| ۶۳ (۱۵/۹) | ۶ ماه پیش یا کمتر |
| ۱۳۲ (۳۳/۴) | بین ۶ ماه تا ۱ سال |
| ۱۱۲ (۲۸/۴) | بین ۲ تا ۵ سال |
| ۴۱ (۱۰/۴) | بیشتر از ۵ سال |
| ۴۷ (۱۱/۹) | هرگز این کار را انجام نمی‌دهم |

در زمینه آموزش به والدین اگر دندان‌پزشک به والدین آموزش دهد بیشترین بهره‌مندی مشاهده می‌شود، بعد از آن پزشک خانوادگی و سپس کارشناس مراکز بهداشتی قرار دارد. در مورد نوع منبع کسب اطلاعات بهداشت دهان و دندان کودکان مشاهده شد در صورت کسب اطلاعات از طریق دندان‌پزشک و کارشناسان مراکز بهداشتی بیشترین بهره‌مندی مطلوب از خدمات وجود دارد و در رتبه بعدی تلویزیون، رادیو و جستجو در اینترنت تقریباً در یک میزان و در انتها شبکه‌های اجتماعی قرار گرفتند. همچنین اختلاف معنی داری میان بهره‌مندی از خدمات و تجربه قبلی رفتار نامناسب دندان‌پزشک مشاهده شد. در صورت وجود تجربه قبلی رفتار نامناسب دندان‌پزشک که باعث ناراحتی بیمار شود بهره‌مندی از خدمات تنها ۱۷/۴ درصد مطلوب بوده، اما اگر سابقه رفتار نامناسب وجود نداشته باشد بهره‌مندی به ۲۶ درصد افزایش می‌یابد (جدول ۴).

ارتباط مرزی معناداری میان سطح تحصیلات مادر و بهره‌مندی از خدمات افراد مشاهده می‌شود. به طوری که با افزایش سطح تحصیلات مادر از زیر دیپلم به فوق لیسانس و بالاتر بهره‌مندی از خدمات بهبود می‌یابد. همچنین ارتباط میان توجه به سلامت دهان در مقابل سایر مراقبت‌های پزشکی و بهره‌مندی از خدمات نیز معنادار است به طوری که از افرادی که سلامت دهان برایشان خیلی مهم است تا متوسط (کمی مهم)، بهره‌مندی از خدمات کاهش پیدا کرده است (جدول ۴).

در افرادی که پوشش بیمه درمانی پایه نداشتند نسبت به افراد دارای بیمه، بهره‌مندی از خدمات از ۱۴/۱ درصد به ۲۴/۷ درصد افزایش یافته، یعنی حدود ۱/۵ برابر شده است. همچنین در افرادی که مشکلی در دسترسی به خدمات دندان‌پزشکی داشتند، بهره‌مندی از خدمات در ۱۶/۴ درصد موارد مطلوب گزارش شد و اگر این مشکلات حل شوند بهره‌مندی به ۲۷/۱ درصد افزایش می‌یابد. پس ارتباط معنی داری میان این دو متغیر و بهره‌مندی از خدمات دندان‌پزشکی کودکان مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۴- میزان بهره مندی از خدمات و تحصیلات مادر، توجه به سلامت دهان در مقایسه با سایر مراقبت های پزشکی، پوشش بیمه درمانی پایه، سختی مراجعه به دندان پزشک برای کودک، فرد آموزش دهنده، منبع کسب اطلاعات بهداشتی و ناراحتی والدین از رفتار دندان پزشک

| نوع عامل | متغیر | بهره مندی مطلوب از خدمات تعداد(درصد) | بهره مندی نامطلوب از خدمات تعداد(درصد) | Asymptotic Significance (2-sided) |
|--|--|---|---|-----------------------------------|
| مستعدکننده | بی سواد | ۱ (۲۵) | ۳ (۷۵) | ۰/۰۵۲ |
| | زیر دیپلم | ۳ (۱۰/۳۰) | ۲۶ (۸۹/۷۰) | |
| | دیپلم | ۱۲ (۱۵/۲۰) | ۶۷ (۸۴/۸۰) | |
| | فوق دیپلم | ۹ (۲۰) | ۳۶ (۸۰) | |
| | لیسانس | ۳۸ (۲۴/۱۰) | ۱۲۰ (۷۵/۹۰) | |
| | فوق لیسانس و بالاتر | ۲۷ (۳۳/۸۰) | ۵۳ (۶۶/۳۰) | |
| | بسیار مهم | ۴۶ (۳۸/۷۰) | ۷۳ (۶۱/۳۰) | |
| | مهم | ۲۹ (۱۷/۶۰) | ۱۳۶ (۸۲/۴۰) | |
| | متوسط (کمی مهم) | ۹ (۱۰/۱۰) | ۸۰ (۸۹/۹۰) | |
| | بی اهمیت | ۵ (۲۹/۴۰) | ۱۲ (۷۰/۶۰) | |
| توجه به سلامت دهان در مقایسه با سایر مراقبت های پزشکی | بسیار بی اهمیت | ۴ (۵۰) | ۴ (۵۰) | <۰/۰۰۱ |
| | خیر | ۱۰ (۱۴/۱۰) | ۶۱ (۸۵/۹۰) | |
| | بله | ۸۰ (۲۴/۷۰) | ۲۴۴ (۷۵/۳۰) | |
| | خیر | ۶۴ (۲۷/۱۰) | ۱۷۲ (۷۲/۹۰) | |
| | بله | ۲۶ (۱۶/۴۰) | ۱۳۳ (۸۳/۶۰) | |
| | دندان پزشک | ۲۴ (۴۱/۴۰) | ۳۴ (۵۸/۶۰) | |
| | کارشناس مراکز بهداشتی | ۲۵ (۲۰/۸۰) | ۹۵ (۷۹/۲۰) | |
| | پزشک خانوادگی | ۹ (۳۱) | ۲۰ (۶۹) | |
| | مری مهد کودک | ۷ (۱۶/۷۰) | ۳۵ (۸۳/۳۰) | |
| | هیچکس با من در این مورد صحبت نکرده بود | ۱۳ (۱۴/۳۰) | ۷۸ (۸۵/۷۰) | |
| پوشش بیمه درمانی پایه | سایر | ۱۲ (۲۱/۸۰) | ۴۳ (۷۸/۲۰) | ۰/۰۵۴ |
| | دندان پزشک و کارشناس بهداشتی | ۲۸ (۳۱/۵) | ۶۱ (۶۸/۵) | |
| | تلویزیون | ۱۰ (۱۳/۹) | ۶۲ (۸۶/۱) | |
| | راديو | ۵ (۲۲/۷) | ۱۷ (۷۷/۳) | |
| | اینترنت | ۲۱ (۲۱/۲) | ۷۸ (۷۸/۸) | |
| | شبكة های اجتماعی | ۱۱ (۱۶/۴) | ۵۶ (۸۳/۶) | |
| | هیچکدام | ۲ (۱۸/۲) | ۹ (۸۱/۸) | |
| | سایر | ۱۳ (۳۷/۱) | ۲۲ (۶۲/۹) | |
| | خیر | ۶۴ (۲۶) | ۱۸۲ (۷۴) | |
| | بله | ۲۶ (۱۷/۴۰) | ۱۲۳ (۸۲/۶) | |
| سختی مراجعه به دندانپزشک برای کودک | سایر | ۱۲ (۲۱/۸۰) | ۴۳ (۷۸/۲۰) | ۰/۰۱۲ |
| | دندان پزشک و کارشناس بهداشتی | ۲۸ (۳۱/۵) | ۶۱ (۶۸/۵) | |
| | تلویزیون | ۱۰ (۱۳/۹) | ۶۲ (۸۶/۱) | |
| | راديو | ۵ (۲۲/۷) | ۱۷ (۷۷/۳) | |
| | اینترنت | ۲۱ (۲۱/۲) | ۷۸ (۷۸/۸) | |
| | شبكة های اجتماعی | ۱۱ (۱۶/۴) | ۵۶ (۸۳/۶) | |
| | هیچکدام | ۲ (۱۸/۲) | ۹ (۸۱/۸) | |
| | سایر | ۱۳ (۳۷/۱) | ۲۲ (۶۲/۹) | |
| | خیر | ۶۴ (۲۶) | ۱۸۲ (۷۴) | |
| | بله | ۲۶ (۱۷/۴۰) | ۱۲۳ (۸۲/۶) | |
| فرد آموزش دهنده در مورد لزوم معاینه دوره ای دندان پزشکی کودک | سایر | ۱۲ (۲۱/۸۰) | ۴۳ (۷۸/۲۰) | ۰/۰۰۴ |
| | دندان پزشک و کارشناس بهداشتی | ۲۸ (۳۱/۵) | ۶۱ (۶۸/۵) | |
| | تلویزیون | ۱۰ (۱۳/۹) | ۶۲ (۸۶/۱) | |
| | راديو | ۵ (۲۲/۷) | ۱۷ (۷۷/۳) | |
| | اینترنت | ۲۱ (۲۱/۲) | ۷۸ (۷۸/۸) | |
| | شبكة های اجتماعی | ۱۱ (۱۶/۴) | ۵۶ (۸۳/۶) | |
| | هیچکدام | ۲ (۱۸/۲) | ۹ (۸۱/۸) | |
| | سایر | ۱۳ (۳۷/۱) | ۲۲ (۶۲/۹) | |
| | خیر | ۶۴ (۲۶) | ۱۸۲ (۷۴) | |
| | بله | ۲۶ (۱۷/۴۰) | ۱۲۳ (۸۲/۶) | |
| منبع کسب اطلاعات بهداشت دهان و دندان کودکان | سایر | ۱۲ (۲۱/۸۰) | ۴۳ (۷۸/۲۰) | ۰/۰۴۴ |
| | دندان پزشک و کارشناس بهداشتی | ۲۸ (۳۱/۵) | ۶۱ (۶۸/۵) | |
| | تلویزیون | ۱۰ (۱۳/۹) | ۶۲ (۸۶/۱) | |
| | راديو | ۵ (۲۲/۷) | ۱۷ (۷۷/۳) | |
| | اینترنت | ۲۱ (۲۱/۲) | ۷۸ (۷۸/۸) | |
| | شبكة های اجتماعی | ۱۱ (۱۶/۴) | ۵۶ (۸۳/۶) | |
| | هیچکدام | ۲ (۱۸/۲) | ۹ (۸۱/۸) | |
| | سایر | ۱۳ (۳۷/۱) | ۲۲ (۶۲/۹) | |
| | خیر | ۶۴ (۲۶) | ۱۸۲ (۷۴) | |
| | بله | ۲۶ (۱۷/۴۰) | ۱۲۳ (۸۲/۶) | |
| ناراحتی والدین از رفتار دندان پزشک | سایر | ۱۲ (۲۱/۸۰) | ۴۳ (۷۸/۲۰) | ۰/۰۴۹ |
| | دندان پزشک و کارشناس بهداشتی | ۲۸ (۳۱/۵) | ۶۱ (۶۸/۵) | |
| | تلویزیون | ۱۰ (۱۳/۹) | ۶۲ (۸۶/۱) | |
| | راديو | ۵ (۲۲/۷) | ۱۷ (۷۷/۳) | |
| | اینترنت | ۲۱ (۲۱/۲) | ۷۸ (۷۸/۸) | |
| | شبكة های اجتماعی | ۱۱ (۱۶/۴) | ۵۶ (۸۳/۶) | |
| | هیچکدام | ۲ (۱۸/۲) | ۹ (۸۱/۸) | |
| | سایر | ۱۳ (۳۷/۱) | ۲۲ (۶۲/۹) | |
| | خیر | ۶۴ (۲۶) | ۱۸۲ (۷۴) | |
| | بله | ۲۶ (۱۷/۴۰) | ۱۲۳ (۸۲/۶) | |

نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد شانس بهره مندی نامطلوب از خدمات در افرادی که سلامت دهان را نسبت به سایر مراقبت های بهداشتی کم اهمیت تلقی کردند حدود ۳ برابر است (با فاصله اطمینان حدود ۱/۸ برابر تا نزدیک ۵ برابر). همچنین شانس بهره مندی نامطلوب در افرادی که توسط کادر بهداشتی آموزش

فرد آموزش دهنده در مورد لزوم معاینه دوره ای دندان پزشکی کودک قادرکننده

ندیده بودند نسبت به افرادی که توسط کادر بهداشتی آموزش دیده‌اند حدود ۲/۳ برابر است (با فاصله اطمینان حدود ۱/۲ تا نزدیک ۴/۲ برابر) (جدول ۵).

جدول شماره ۵- متغیرهای بررسی شده با مدل رگرسیون لجستیک چندگانه

| P-Value | فاصله اطمینان ۹۵ درصد | | مقدار شاخص OR | متغیر |
|---------|-----------------------|----------|---------------|--|
| | حد بالا | حد پایین | | |
| ۰/۰۰۱> | ۴/۹۰ | ۱/۸۰ | ۲/۹۷ | اهمیت بهداشت دهان و دندان در برابر سایر مراقبت‌های پزشکی |
| ۰/۰۰۸ | ۴/۲۵ | ۱/۲۴ | ۲/۳۰ | فرد آموزش دهنده در مورد لزوم معاینه دوره‌ای دندان پزشکی کودک |

بحث

یافته‌های این مطالعه با بهره‌گیری از مدل رفتاری اندرسن، حاکی از آن است که بهره‌مندی از مراقبت‌های دندان‌پزشکی در کودکان زیر ۶ سال تحت تأثیر ترکیبی از عوامل مستعدکننده، قادرکننده و مرتبط با نیاز ادراک شده است. در میان عوامل مستعدکننده، متغیرهایی نظیر سطح تحصیلات والدین به‌ویژه مادران، نگرش نسبت به اهمیت بهداشت دهان و دندان و آگاهی از زمان مناسب برای شروع معاینات دندان‌پزشکی نقش تعیین‌کننده‌ای در بهره‌مندی از خدمات داشتند. از سوی دیگر، عوامل قادرکننده همچون وضعیت مالی خانواده، نوع پوشش بیمه درمانی و دسترسی فیزیکی به خدمات دندان‌پزشکی نیز در الگوی استفاده از این خدمات مؤثر بودند. همچنین، نیازهای ادراک شده مانند تجربه دندان‌درد کودک یا وجود بیماری خاص، نقش مهمی در تحریک رفتار مراجعه به دندان‌پزشک ایفا کردند. این نتایج هم‌راستا با فرض بنیادین مدل اندرسن هستند که بیان می‌کند استفاده از خدمات سلامت نه صرفاً نتیجه نیاز بالینی، بلکه حاصل تعامل بین ویژگی‌های فردی، منابع موجود و درک از نیاز به مراقبت می‌باشد.

به نظر می‌رسد میزان تحصیلات والدین خصوصاً مادران با بهداشت دهان و دندان کودکان ارتباط دارد. بر اساس یافته‌های مطالعه ۱۵۸ نفر، یعنی ۴۰ درصد مادران شرکت

کننده در مطالعه دارای مدرک لیسانس هستند که بیشترین فراوانی را از لحاظ تعداد شرکت کنندگان و بهره‌مندی مطلوب از خدمات دارا می‌باشند. مادران بی‌سواد نیز کمترین فراوانی را از لحاظ تعداد و بهره‌مندی مطلوب از خدمات دارند. این ارتباط به گونه‌ای است که با افزایش سطح تحصیلات از زیر دیپلم به فوق لیسانس و بالاتر عملکرد بهبود می‌یابد. این یافته با تحقیق پاکپور حاجی آقا و همکاران هم راستاست. در مطالعه آن‌ها میان سطح تحصیلات مادر با DMFT کودکان رابطه معنادار آماری مشاهده شد. همچنین در این مطالعه تحصیلات پدر با وضعیت DMFT ارتباط معنادار داشت اما در مطالعه ما چنین ارتباطی میان تحصیلات پدر و عملکرد بهداشتی دیده نشد که این نشان دهنده تناقض نتایج است (۱۶). همچنین مطالعه رازقی و همکاران نشان داد سطح آگاهی مادرانی که تحصیلات بالاتری داشتند، بیشتر بود که با تحقیق حاضر هم راستاست (۴). مادرانی که از تحصیلات پایین‌تری برخوردارند نیاز به مشاوره و راهنمایی دارند و باید بیشتر آموزش ببینند. کسب آگاهی لازم و آموزش‌های مجازی و حضوری والدین بسیار مهم است. همچنین لازم است نقش پدران در تربیت بهداشتی کودکان در زمینه سلامت دهان و دندان تقویت گردد. حفظ سلامت دهان و دندان نقش موثری در حفظ و ارتقا سلامت عمومی افراد دارد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان

داد ۴۲ درصد پاسخگویان در پاسخ به سوال میزان توجه به سلامت دهان در مقایسه با سایر مراقبت‌های پزشکی گزینه مهم را انتخاب کردند و در افرادی که سلامت دهان برایشان خیلی مهم است تا متوسط (کمی مهم)، بهره‌مندی از خدمات کاهش پیدا کرده است. مطالعه Kane و همکاران که با هدف بررسی رابطه بین دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی و دریافت مراقبت‌های دندان‌پزشکی میان کودکان با نیازهای ویژه بهداشتی انجام شد، نشان داد عدم دستیابی به مراقبت‌های دندان‌پزشکی مورد نیاز با درآمد کمتر و عدم دریافت مراقبت‌های پزشکی معمول ارتباط دارد. نتایج این مطالعه با پژوهش ما هم راستا بود (۱۷). بنابراین، ترکیب توجه به سلامت دهان با سایر مراقبت‌های پزشکی، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و افزایش اعتماد به نفس افراد ایفا می‌کند.

وضعیت اقتصادی و پوشش بیمه به عنوان عوامل قادرکننده مدل اندرسن، نقش مهمی در ارتقاء سطح بهداشت دهان و دندان ایفا می‌کنند. به ویژه در مراقبت از دندان‌های شیری کودکان، این دو عامل می‌توانند متغیری اساسی باشند. در این مطالعه ۳۶/۱ درصد افراد وضعیت مالی خود را خوب ارزیابی کردند همچنین ارتباط معناداری میان وضع اقتصادی و بهره‌مندی از خدمات مشاهده نشد. در مطالعه نبی پور و همکاران نیز ۳۷/۸ افراد وضعیت اقتصادی خود را خوب ارزیابی کردند که همسو با مطالعه ماست (۱۸). وضعیت اقتصادی مناسب خانواده‌ها می‌تواند نقش مهمی در ایجاد فرصت‌های بیشتر برای دستیابی به امکانات و خدمات دندان‌پزشکی داشته باشد. همچنین یافته‌های ما نشان می‌دهد در افرادی که پوشش بیمه درمانی پایه ندارند نسبت به افرادی که بیمه دارند، بهره‌مندی از خدمات از ۱۴/۱ درصد به ۲۴/۷ درصد افزایش یافته یعنی حدود ۱/۵ برابر شده، پس عملکرد بهداشتی بهبود یافته است. یافته‌های مطالعه Liu و همکاران نیز با توجه به اهمیت پوشش بیمه دندان‌پزشکی عنوان می‌کند علی‌رغم این که چندین بیمه درمانی در چین وجود دارد اما بیشتر آن‌ها نیازهای مردم به مراقبت-

های پزشکی را پوشش می‌دهد و در مورد مراقبت‌های دندان‌پزشکی کمتر است. موارد ذکر شده در این مطالعه با تحقیق ما هم‌خوانی داشت (۱۹). Vujicic در مطالعه خود عنوان می‌کند که مراقبت از دندان بالاترین سطح از موانع مالی را در مقایسه با سایر انواع خدمات سلامت دارد. همچنین با وجود پوشش مالی بالای خدمات دندان‌پزشکی کودکان، این مزایا شامل بزرگسالان نمی‌شود (۲۰). با توجه به این مسائل وضعیت اقتصادی و پوشش بیمه‌ای مناسب خانواده‌ها می‌تواند نقش مهمی در ایجاد فرصت‌های بیشتر برای دستیابی به امکانات و خدمات دندان‌پزشکی داشته باشد. نحوه کسب اطلاعات در زمینه بهداشت دهان و دندان کودکان، موضوعی اساسی است که درک دقیق از آن به بهبود وضعیت سلامت دهانی کودکان کمک می‌کند. یافته‌های این مطالعه اختلاف معنی‌داری را میان بهره‌مندی از خدمات و نوع منبع کسب اطلاعات بهداشت دهان و دندان کودکان نشان می‌دهد، به طوری که کسب اطلاعات از طریق دندان‌پزشک و کارشناسان مراکز بهداشتی موجب بروز بیشترین بهره‌مندی از خدمات مطلوب شده است. نتایج مطالعه رازقی و همکاران در این زمینه نشان داد رایج‌ترین منبع دریافت اطلاعات میان مادران ابتدا تلویزیون و بعد دندان‌پزشک بود. همچنین سطح آگاهی مادران علی‌رغم استفاده از منابع اطلاعاتی متعدد در رابطه با سلامت دهان کودکان پیش دبستانی پایین است (۴). در مطالعه شاه ناصری و همکاران اکثریت والدین تلویزیون را منبع کسب اطلاعات خود دانستند که این مسئله با مطالعه ما همسو بود (۲۱). همچنین نقش فرد آموزش‌دهنده در آگاه‌سازی اجتماعی از مسائل بهداشتی، به ویژه معاینات دندان‌پزشکی کودکان، اساسی و مهم است. یافته‌ها نشان داد اگر دندان‌پزشک به والدین آموزش دهد بیشترین بهره‌مندی از خدمات را مشاهده می‌کنیم، بعد پزشک خانوادگی و بعد کارشناس مراکز بهداشتی. در این زمینه یافته‌های مطالعه SR Baker نشان می‌دهد امکان پیش‌بینی منابع (آموزش بهداشت دهان و دندان)، نتایج بهداشت دهان و دندان (کیفیت

زندگی مرتبط با بهداشت دهان) را تحت تاثیر قرار می‌دهد که با مطالعه ما همسو بود (۲۲). بنابراین، هر یک از این منابع نقش مهمی در بهبود وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان ایفا می‌کنند. تأکید بر استفاده از منابع معتبر و به‌روز به منظور ارتقاء دانش جامعه در این حوزه، اساسی است.

نیاز به مراجعه به دندان‌پزشک به عنوان یکی از عوامل سازه نیازهای مدل اندرسن نه تنها به ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان کمک می‌کند بلکه باعث ایجاد عادات بهداشتی ماندگار در زندگی فرد نیز می‌شود. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر ۴۴/۶ درصد افراد علت مراجعه در اولین ویزیت دندان‌پزشکی را وجود مشکلی در دندان‌ها مانند پوسیدگی یا درد عنوان کردند و ۳۶/۲ درصد افراد گفتند فقط به خاطر چکاپ مراجعه کرده بودند. در همین راستا یافته‌های مطالعه Baker SR نشان داد نیازهای پیش بینی شده (تعداد دندان‌های خراب و نیاز درمانی درک شده)، هر کدام به نوبه خود نتایج بهداشت دهان و دندان (کیفیت زندگی مرتبط با بهداشت دهان) را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۲). نتایج مطالعه نحوی و همکاران نیز نشان داد که حدود ۹ درصد بیماران جهت چکاپ و ۹۱ درصد برای حل مشکل و درمان مراجعه کرده بودند (۲۳). این ویزیت ابتدایی نه تنها به شناسایی زودرس مشکلات دندانی کودک کمک می‌کند بلکه عاملی مهم در پیشگیری از پوسیدگی و حفظ سلامت دهان و دندان محسوب می‌شود. همچنین به والدین اطلاعات لازم را ارائه کرده و راهنمایی‌های لازم را برای پیشگیری و مراقبت از دندان‌ها در خانه فراهم می‌کند.

بهره‌مندی از خدمات و رفتارهای سلامت دهان در دوران کودکی شامل دفعات مسواک زدن، استفاده از خمیردندان فلورایددار، دفعات استفاده از تنقلات شیرین و مراقبت‌های منظم دندان‌پزشکی والدین و کودکان در شکل‌گیری عادات بهداشتی و حفظ سلامت دندان‌ها بسیار حائز اهمیت اند. در همین زمینه یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد تنها ۳۴/۲ درصد کودکان معاینات منظم دندان

پزشکی دارند و مابقی یعنی ۶۵/۸ درصد دیگر چنین رفتاری را نشان نمی‌دهند. در همین راستا مطالعه عثمانی رودی و همکاران بیان می‌کند که ۶۱/۳ درصد کودکان تنها در زمان بروز مشکلات دندانی، ۲۴/۱ درصد طبق دستور دندان‌پزشک، ۵ درصد به صورت سالیانه و ۹/۵ درصد هر ۶ ماه یکبار به دندان‌پزشک مراجعه کردند که با مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۲۴). از طرف دیگر معاینات منظم دندان‌پزشکی والدین این امکان را فراهم می‌کند که مشکلات دهانی کودکان، از جمله پوسیدگی، عفونت‌های لثه، یا مشکلات ساختاری، زودتر شناسایی و مدیریت شوند. علاوه بر این، چکاپ دندان‌پزشکی والدین به عنوان یک فرصت آموزشی نیز مطرح است. بر اساس یافته‌های این مطالعه آخرین زمان چکاپ دندانی ۱۵/۹ درصد والدین ۶ ماه پیش یا کمتر بود، ۳۳/۴ درصد بین ۶ ماه تا یک سال و ۱۰/۴ درصد بیش از ۵ سال بود و ۱۱/۹ درصد والدین عنوان کردند که هرگز این کار را انجام نمی‌دهند. در مطالعه عثمانی رودی و همکاران نیز ۱۹/۹ درصد والدین برای چکاپ دندانی خودشان هر ۶ ماه یکبار، ۱۲/۹ درصد به صورت سالیانه، ۸/۵ درصد طبق دستور دندان‌پزشک و ۵۸/۷ درصد نیز تنها در زمان وجود مشکل و درد دندانی به دندان‌پزشک مراجعه کردند (۲۴) که با مطالعه حاضر هم‌راستاست. در نتیجه این معاینات می‌تواند فراتر از ارائه درمان‌های دندان‌پزشکی معمول رفته و به والدین فرصت دهد تا علاوه بر شناسایی زودرس مشکلات دهانی، در فرآیند تربیت بهداشتی کودکان خود نیز نقش فعالی داشته باشند.

با وجود یافته‌های ارزشمند مطالعه، توجه به محدودیت‌های مطالعه با اهمیت است. نخست، ماهیت مقطعی پژوهش مانع از استنباط روابط علی میان متغیرها می‌شود و تنها امکان بررسی همبستگی‌ها را فراهم می‌سازد. دوم، استفاده از پرسشنامه خوداظهاری به عنوان ابزار گردآوری داده می‌تواند با سوگیری‌هایی نظیر یادآوری نادرست و تمایل پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ‌های اجتماعی مطلوب همراه باشد، به‌ویژه در زمینه رفتارهای بهداشت دهان و

جغرافیایی و مالی به خدمات و گسترش پوشش بیمه‌ای، از جمله مداخلاتی هستند که می‌توانند اثربخشی بالایی در بهبود سلامت دهان کودکان خردسال داشته باشند. همچنین، در تدوین سیاست‌های بهداشت دهان و دندان، توجه ویژه به گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر نظیر خانواده‌های کم‌درآمد، فاقد بیمه یا دارای سطح تحصیلات پایین، اهمیت ویژه‌ای دارد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به عنوان مبنایی برای طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت دهان در دوران کودکی مورد استفاده سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان نظام سلامت و متخصصان دندان پزشکی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه به حمایت و پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. همچنین قدردان حمایت و همکاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان در اجرای این مطالعه در مراکز بهداشتی آن استان هستیم. در انتها قدردان یکایک شرکت کنندگان هستیم.

References

1. Cabrera M, Bedi R, Lomazzi M. The Public Health Approach to Oral Health: A Literature Review. *oral*. 2024;4(2):231-42.
2. Mohammadi A, Abedini S, Montaseri M, Abedi S, Gorgi ZJD, Diagnosis. Attitude and Awareness of Children's Oral Hygiene Among Mothers in Bandar Abbas, Iran. *SID*. 2018;7(2):7-12.
3. Vos T, AlemuAbajobir A, AbateKalkidan H, Abbafati C, Abbas K, AbdAllah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1211-59.
4. Mohabbi Sz, Razghi S, SuleimanNejad H. Investigating the state of awareness and sources of receiving information of mothers regarding the oral and dental health of preschool children in a less privileged area. *Iranian Journal of Children's Dentistry*. 2015;10(2):89-94.
5. Kazeminia M, Abdi A, Shohaimi S, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Salari N, et al. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis. *Head & Face Medicine*. 2020;16:1-21.
6. Setty JV, Srinivasan IJljoepd. Knowledge and awareness of primary teeth and their importance among parents in Bengaluru City, India. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2016;9(1):56.

دندان یا نگرش نسبت به سلامت. سوم، داده‌های رفتاری صرفاً بر اساس گزارش والدین جمع‌آوری شد و از منابع عینی یا بالینی برای اعتبارسنجی آن‌ها استفاده نشد. همچنین، تمرکز مطالعه بر یک جمعیت خاص، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر گروه‌های اجتماعی و جغرافیایی محدود سازد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بهره‌مندی ناکافی کودکان زیر شش سال از خدمات دندان پزشکی به‌ویژه در میان خانوارهای با وضعیت اقتصادی نامناسب، سطح پایین سواد سلامت والدین و دسترسی محدود به خدمات، نیازمند مداخلات سیاستی و اجرایی هدفمند است. به‌کارگیری مدل رفتاری اندرسن در این تحقیق، چارچوبی منسجم برای تحلیل چندبعدی عوامل مؤثر فراهم کرد و نشان داد که عوامل فردی، خانوادگی و ساختاری به‌طور هم‌زمان در تصمیم‌گیری والدین برای استفاده از خدمات دندان پزشکی نقش دارند. آموزش و توانمندسازی والدین در زمینه مراقبت‌های دهان و دندان، تسهیل دسترسی

7. Meyer F, Enax JIjod. Early childhood caries: epidemiology, aetiology, and prevention. *International Journal of Dentistry*. 2018;2018(1):1415873.
8. Zwicker J, Dudley C, Emery H. It's not Just about Baby Teeth: Preventing Early Childhood Caries. 2016; 9(14):1-19.
9. Mehdiipour A, MontazeriHedeshi R, Asayesh H, Karimi A, OmidiKopayee R, Asgari H. Evaluation of knowledge, attitudes and performance of the parents of preschool and primary school children referred to health centers of Qom City about the importance of preserving primary teeth and its related factors, Iran. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;10(6):94-105.
10. Mago, A. Oral health care related perceptions and experiences of homeless adults in Vancouver's downtown east-side (T). University of British Columbia. 2015. Retrieved from <https://open.library.ubc.ca/collections/ubctheses/24/items/1.0221414>.
11. Rezaei S, Pulok MH, Zahirian Moghadam T, Zandian HJC, cosmetic, dentistry i. Socioeconomic-related inequalities in dental care utilization in northwestern Iran. 2020:181-9.
12. Aday LA, Andersen RM. Health Care Utilization and Behavior, Models of. In *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*; 2014 <https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat05316>.

13. Andersen RMJMc. National health surveys and the behavioral model of health services use. 2008;46(7):647-53.
14. Lederle M, Tempes J, Bitzer EMJBo. Application of Andersen's behavioural model of health services use: a scoping review with a focus on qualitative health services research. 2021;11(5):e045018.
15. Alkhalwaldeh A, ALBashtawy M, Rayan A, Abdalrahim A, Musa A, Eshah N, et al. Application and use of Andersen's behavioral model as theoretical framework: A systematic literature review from 2012–2021. 2023;52(7):1346.
16. PakpourHajiAgha A, Ehsani N, Pouresmaeil M, Alijanzadeh M. Investigate the situation of oral health in preschool students of Alborz province. Journal of Isfahan Dental School. 2016;12(1):72-80.
17. Kane D, Mosca N, Zotti M, Schwalberg RJTJotADA. Factors associated with access to dental care for children with special health care needs. Journal of the American Dental Association. 2008;139(3):326-33.
18. Nabipour A, Azvar K, Zolala F, Ahmadiania H, Soltani Z. Nabipour, A. R., Azvar, K., Zolala, F., Ahmadiania, H., Soltani, Z. The Prevalence of Early Dental Caries and Its Contributing Factors among 3-6-Year-Old Children in Varamin, Iran. Health and Development Journal, 2013; 2(1): 12-21.
19. Liu J, Zhang SS, Zheng SG, Xu T, Si YJCJDR. Oral health status and oral health care model in China. The Chinese Journal of Dental Research. 2016;19(4):207-15.
20. Vujicic M, Buchmueller T, Klein RJHa. Dental care presents the highest level of financial barriers, compared to other types of health care services. Health affairs. 2016;35(12):2176-82.
21. Shahnasari S, Khalili Z, Mousavi S, Jafari N. Evaluation of knowledge of parents of children aged 8-12 years about traumatic avulsed teeth in Isfahan in 2016. Journal of Mashhad Dental School. 2017;41(1):41-50.
22. Baker S. Applying Andersen's behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes? Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2009;37(6):485-94.
23. Nahvi M, Zarei E, Marzban S, Jahanmehr N. Utilization of dental services and its out-of-pocket payments: a study in dental clinics of Ramsar. J Mash Dent Sch. 2017;41(2):171-82.
24. OsmaniRoudi M, VahedianShahroodi M, Esmaily H, GholianAval M. Prediction of Mother's Health Behaviors about Their Children Oral Health Based on the Planned Behavior Theory in Khaf City in 2019. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2021;12(4):38-45.

Original Article

Determinants of Dental Care Utilization for Children Under Six: A Study Based on Andersen's Behavioral Model

Fatemeh Gorji¹, Abolghasem Pourreza², Masud Yunesian^{3,4}, Simin Zahra Mohebi^{5,6}, Mahnaz Ashourkhani^{7,8}

- 1- Master of Health Education and Health Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Professor of Public Health, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3- Professor of Epidemiology, Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 4- Center for Air Pollution Research, Institute for Environmental Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 5- Professor of Community Oral Health, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 6- Research Center for Caries Prevention, Dental Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 7- Associate Professor of Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 8- Community Based Participatory Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

DOI: [10.18502/ijre.v21i2.19910](https://doi.org/10.18502/ijre.v21i2.19910)

Article Information

Received
29 January 2025

Accepted
26 July 2025

Corresponding author
Mahnaz Ashourkhani

Corresponding author E-mail
ashourkhani@tums.ac.ir

Keywords:

Oral health, Primary teeth, Parents, Andersen's behavioral model, Predisposing factors, Enabling factors

Abstract

Background and Objectives: Timely use of dental services in early childhood plays an essential role in maintaining the health of primary teeth and preventing complications related to jaw development, nutrition, speech, and mental well-being. Regular dental visits help prevent early childhood caries and its consequences. This study aimed to evaluate factors influencing the use of dental services for primary teeth from parents' perspectives, based on Andersen's Behavioral Model.

Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted in 2023 among 395 parents of children under six attending health centers in Semnan, Iran. Participants were selected using simple random sampling. Data were collected online via the Hackey questionnaire and analyzed using SPSS version 26 applying Chi-square tests and logistic regression.

Results: A minority of parents were aware of the appropriate timing for the first dental visit. Forty-five percent sought care only when problems occurred, while 36% attended regular check-ups. Overall, 62% reported moderate to good financial status, and 82% had basic insurance coverage. Key determinants of dental attendance included maternal education, service accessibility, insurance coverage, health information sources, and the characteristics of the healthcare providers as an educator. Larger family size and negative experiences with healthcare staff were associated with reduced utilization.

Conclusion: Interventions at individual and structural levels are needed to promote regular pediatric dental visits. Enhancing parental awareness, involving influential health personnel, expanding dental insurance, and fostering positive provider-parent interactions are recommended.