





Knowledge, Attitude & Practice of Pediatricians Regarding Oral Health and Early Childhood Caries

Bitā Ghasemi¹ 
Romina Mazaheri² 
NilooFar Fallah³ 
NaghmeH Feizi Najafi⁴ 

1. Dental Graduate Student, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
3. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. **Email:** nilooFar.fallah@gmail.com
4. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Educating pediatricians regarding oral health and early childhood caries can have a great effect on improving their knowledge, attitude & practice. The aim of this study was to determine the knowledge, attitude & practice of pediatricians regarding oral health and early childhood caries in city of Isfahan.

Materials & Methods: In this descriptive-analytical study that is cross sectional, 80 pediatricians were selected randomly and a questionnaire that reliability and validity of it had been approved, was distributed between participants. Questions separately in terms of knowledge, attitude and practice regarding oral health and early childhood caries were designed. Finally, after collecting the questionnaires, Statistical analysis was performed using descriptive analysis (mean and standard deviation), Pearson correlation and Independent T-Test with the 0.05 level of significance.

Results: The mean knowledge score was 58.4, the mean attitude score was 79.2 and the mean practice score was 55.5 (from 100). There was a direct significant relationship between pediatricians' knowledge score with attitude (p value < 0.001) and practice (p value < 0.001), in addition there was a direct significant relationship (p value < 0.001) between pediatricians' attitude score and practice score too. There was no significant relationship between knowledge with age (p value = 0.12) but there was a significant relationship between attitude (p value = 0.01) and practice (p value < 0.001) with age. There was also a significant relationship between with knowledge (p value = 0.03), attitude (p value = 0.01) & practice (p value < 0.001).

Conclusion: The mean of pediatricians' knowledge and practice score were average. Since there was a significant relationship between knowledge and practice score, so increase the pediatricians' level of knowledge and improvement the attitude and practice of them in this context is important and developed training programs are necessary for them.

Key words: Knowledge, Attitude, Oral health.

Received: 26.8.2020

Revised: 20.11.2020

Accepted: 22.12.2020

How to cite: Ghasemi B, Mazaheri R, Fallah N, Feizi Najafi N. Knowledge, Attitude & Practice of Pediatricians Regarding Oral Health and Early Childhood Caries. J Isfahan Dent Sch 2021; 17(1): 10-22.

تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان متخصص کودکان با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام

۱. دانش‌آموخته‌ی رشته‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۲. استادیار، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
۳. نویسنده مسؤول: استادیار، گروه دندان پزشکی کودکان، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، پژوهشکده‌ی علوم دندان پزشکی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
Email: niloofar.fallah@gmail.com
۴. استادیار، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

بیبا قاسمی^۱ رومینا مظاهری^۲ نیلوفر فلاح^۳ نغمه فیضی نجفی^۴ 

چکیده

مقدمه: آموزش موفق به پزشکان متخصص کودکان در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی می‌تواند تأثیر زیادی در بالا رفتن میزان آگاهی، نگرش و عملکرد آنان داشته باشد. هدف از این پژوهش، تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان متخصص کودکان در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی در شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، ۸۰ پزشک متخصص کودکان به طور تصادفی انتخاب شده و پرسش‌نامه‌ای که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود، بین آن‌ها توزیع شد. سؤالات پرسش‌نامه در زمینه‌ی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی طراحی شده بود. داده‌ها با آزمون‌های آماری t مستقل، Pearson و کوواریانس در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی آگاهی پزشکان، ۵۸/۴، میانگین نمره‌ی نگرش پزشکان، ۷۹/۲ و میانگین نمره‌ی عملکرد آن‌ها، ۵۵/۵ بود. بین نمره‌ی آگاهی پزشکان با نگرش (p value < ۰/۰۰۱) و عملکرد (p value < ۰/۰۰۱) رابطه‌ی مستقیم معنی‌داری وجود داشت و بین نمره‌ی نگرش و عملکرد پزشکان نیز رابطه‌ی معنی‌دار مستقیم (p value < ۰/۰۰۱) به دست آمد. بین آگاهی پزشکان با سن پزشک، رابطه‌ی معنی‌داری (p value = ۰/۱۲) وجود نداشت ولی بین نگرش (p value = ۰/۰۱) و عملکرد (p value < ۰/۰۰۱) با سن رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین سابقه‌ی کار پزشکان با آگاهی (p value = ۰/۰۳)، نگرش (p value = ۰/۰۱) و عملکرد پزشکان (p value < ۰/۰۰۱) رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: میانگین نمره‌ی آگاهی و عملکرد پزشکان در حد متوسط بود. از آن‌جا که نمره‌ی آگاهی، رابطه‌ی مستقیم با نمره‌ی عملکرد دارد، لذا ارتقاء سطح آگاهی پزشکان و بهبود عملکرد آنان در این زمینه مهم بوده و تدوین برنامه‌های آموزشی برای آنان یک ضرورت است.

کلید واژه‌ها: آگاهی، نگرش، سلامت دهان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۹/۸/۳۰

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۶/۵

استناد به مقاله: قاسمی بیبا، مظاهری رومینا، فلاح نیلوفر، فیضی نجفی نغمه. تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان متخصص کودکان با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۴۰۰: ۱۷(۱): ۱۰-۲۲.

مقدمه

پوسیدگی‌های زودهنگام دندان در دوران کودکی (ECC (Early childhood caries) عموماً گونه‌ی بدخیم پوسیدگی هستند که بی‌درنگ پس از رویش دندان بر روی سطوح صاف و صیقلی به وجود آمده و به سرعت پیشرفت کرده و اثرات درازمدت بر وضعیت رویش دندان‌های دائمی کودکان خواهند گذاشت. پوسیدگی‌ها در دندان‌های شیری می‌تواند بر رشد کودکان اثر گذاشته و نتایجی همچون دردهای شدید، عفونت‌های خطرناک و به گونه‌ی کلی کاهش کیفیت زندگی را در پی داشته باشد (۱-۳).

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. گفتگو با پدر و مادر اغلب الگوی نامناسب تغذیه را آشکار می‌کند. کودک در هنگام خواب بعدازظهر یا شب، با سینه و یا شیشه 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 کربوهیدرات‌دار، 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 (۱).

پوسیدگی‌های زودهنگام دندان در دوران کودکی (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 (۴). از طرفی درمان ECC با مشکلات اساسی متنوعی همراه است. درمان، هزینه‌بر بوده و وقت زیادی از کودک و دندان‌پزشک می‌گیرد. همچنین بیشتر دندان‌پزشکان آموزش‌های لازم برای کنترل و رسیدگی به این کودکان را ندیده‌اند و بسیاری از آن‌ها مشتاق به درمان

کودکان خردسال نیستند. به علاوه در بیشتر 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 شود (۵-۷).

Kumar و همکاران (۸) در مطالعه‌ی خود بیان نمودند که نگرش و عملکرد پزشکان متخصص کودکان هندی در رابطه با پیشگیری از پوسیدگی دندان قابل قبول است ولی دانش آن‌ها در این زمینه متوسط می‌باشد.

در مطالعه‌ی Murthy و Mohandas (۹)، پزشکان متخصص کودکان نگرش و عملکرد خوبی در مورد پوسیدگی دندانی داشتند ولی از دانش و آگاهی کافی در این زمینه برخوردار نبودند.

به طور کلی بیشتر کودکان، معاینات دندانی زودهنگام (اولیه) دریافت نمی‌کنند و خانواده‌ها تا زمانی که کودکان‌شان ناراحتی و درد دندان نداشته باشند به دندان‌پزشک مراجعه نمی‌نمایند (۱۰). از طرفی پزشکان متخصص کودکان اولین پزشکانی هستند که به منظور ارزیابی سلامتی عمومی از بدو تولد، کودکان را تحت معاینه قرار می‌دهند و معمولاً این معاینات پیگیری تا دوران نوجوانی نیز ادامه می‌یابد. بنابراین پزشکان متخصص کودکان می‌توانند نقش مهمی را در زمینه‌ی بهداشت و سلامت دهان و دندان شیرخواران، تشخیص زودهنگام پوسیدگی‌های دوران کودکی و ارجاع به موقع آن‌ها به دندان‌پزشک داشته باشند. از این رو با توجه به شیوع بالای بیماری‌های دندانی، پزشکان متخصص کودکان باید دارای دانش و مهارت کافی در زمینه‌ی پیشگیری و تشخیص بیماری‌های دندانی باشند (۱۱). هدف از این مطالعه، تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان متخصص کودکان در رابطه با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی است و بر اساس فرضیه‌ی صفر، بین نمره‌ی آگاهی و نگرش و عملکرد پزشکان متخصص کودکان با سلامت دهان و پوسیدگی زودهنگام دوران کودکی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۸۰ نفر از پزشکان متخصص کودکان در محدوده‌ی سنی ۲۸ تا ۷۰ سال با میانگین سنی ۴۶/۳ سال که در مطب‌های خصوصی یا بیمارستان‌های شهر اصفهان مشغول به کار بودند در زمستان ۱۳۹۴ انجام شد. این افراد بایستی دارای مورد تخصصی در زمینه‌ی کودکان و نوزادان باشند.

اطلاعات لازم برای انجام این مطالعه، از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. ابتدا ۱۶ سؤال چند گزینه‌ای در مورد آگاهی پزشکان متخصص کودکان از پوسیدگی زودرس دوران کودکی از قبیل رژیم غذایی، عادات مکیدن، عادات بهداشتی دهان و غیره، ۱۵ سؤال بر پایه‌ی مقیاس ارزیابی لیکرت در مورد چگونگی نگرش پزشکان در این رابطه و ۸ سؤال چند گزینه‌ای نیز در مورد چگونگی عملکرد آن‌ها، با همکاری یک متخصص دندان‌پزشکی کودکان و یک متخصص دندان‌پزشکی جامعه‌نگر تهیه گردید و به همراه ویژگی‌های دموگرافیک پزشکان شامل سن، جنس و سابقه‌ی کار در قالب یک پرسش‌نامه آماده گردید (پیوست).

برای بررسی روایی پرسش‌نامه، نظرات چند تن از اعضاء هیأت علمی گروه کودکان اعمال شد. همچنین برای به دست آوردن ضریب پایایی و اطمینان از قابل اعتماد بودن نتایج، پرسش‌نامه در یک مطالعه‌ی مقدماتی توسط ۲۰ نفر از پزشکان متخصص کودکان که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، تکمیل گردید. پس از این نمونه‌گیری مقدماتی، اطلاعات به دست آمده از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ تحلیل و ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) در مورد سؤالات مربوط به آگاهی، ۰/۷۷۳، در مورد سؤالات مربوط به نگرش، ۰/۷۶۲ و در مورد سؤالات مربوط به عملکرد، ۰/۷۷۲ به دست آمد.

سپس پرسش‌نامه‌ها بین پزشکان توزیع شد و از آنان خواهش گردید که پرسش‌نامه را به طور دقیق مطالعه و ظرف مدت یک هفته پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، ۷۳ نفر آنان همکاری لازم را داشته و به طور کامل به همه‌ی پرسش‌ها پاسخ داده بودند.

داده‌های به دست آمده توسط آزمون‌های آماری t مستقل، Pearson و کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY)، تجزیه و تحلیل شدند و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در بررسی توزیع فراوانی و میانگین نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان از سلامت دهان و ECC مشخص شد که آگاهی، نگرش و عملکرد آنان در حد متوسط می‌باشد (نمودار ۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی پزشکان به تفکیک نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد آنان از سلامت دهان و ECC

ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره‌ی آگاهی پزشکان و نگرش و عملکرد آنان رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت (جدول ۱) ($p \text{ value} < 0/001$).

جدول ۱: ضرایب همبستگی Pearson بین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان در مورد سلامت دهان و ECC

نمره‌ی نگرش		نمره‌ی آگاهی		متغیر
p value	r	p value	r	
-	-	< 0/001	0/772	نمره‌ی نگرش
< 0/001	0/54	< 0/001	0/465	نمره‌ی عملکرد

جدول ۲: ضرایب همبستگی Pearson بین سن و سابقه‌ی کار پزشکان و نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد آن‌ها

متغیر	سن		سابقه‌ی کار	
	r	p-value	r	p value
نمره‌ی آگاهی	۰/۱۸	۰/۱۲	۰/۲۲	۰/۰۳
نمره‌ی نگرش	۰/۲۸	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۰۱
نمره‌ی عملکرد	۰/۶	< ۰/۰۰۱	۰/۵۳	< ۰/۰۰۱

متوسط کودکان در سه سال اول زندگی، ۱۱ بار توسط پزشکان متخصص کودکان مورد معاینه قرار می‌گیرند. بنابراین راهنمایی آن‌ها به والدین در مواردی از جمله دندان در آوردن، مراقبت‌های خانگی، تشخیص پوسیدگی و ارجاع به دندان‌پزشک کودکان می‌تواند به نحو مناسبی صورت گیرد (۱۲). لذا هدف از این مطالعه، ارزیابی دانش، نگرش و عملکرد پزشکان متخصص کودکان در زمینه‌ی ECC و سلامت دهان و دندان کودکان بوده است.

در مطالعه‌ی حاضر، با رد فرضیه‌ی صفر، مجموع میانگین نمره‌ی آگاهی و نمره‌ی عملکرد پزشکان متخصص کودکان در زمینه‌ی ECC و سلامت دهان و دندان کودکان در حد متوسط بود که با دیگر مطالعات مطابقت داشت (۸-۱۰، ۱۳). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در بیشتر نقاط دنیا و از جمله در کشور ما، آموزش‌های لازم در رابطه با سلامت دهان و ECC به پزشکان به ویژه متخصصین کودکان به درستی صورت نگرفته است. لذا از آن‌جا که موفقیت در حیطه‌ی پیشگیری بستگی بسیار به دانش و عملکرد گروه پزشکی کودکان دارد، ضرورت آموزش آنان چه در دوران دستپاری و چه در جلسات بازآموزی احساس می‌گردد.

در بررسی نمره‌ی آگاهی پزشکان کودکان با عملکرد و نگرش آنان در مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد پزشکانی که دارای آگاهی بیشتری در زمینه‌ی سلامت دهان و ECC بودند، نگرش مثبت‌تری داشته و از عملکرد بهتری نیز در این زمینه برخوردار بودند. به علاوه بین نمره‌ی نگرش و عملکرد پزشکان کودکان هم رابطه‌ی مستقیم وجود داشت. بنابراین هرچه دیدگاه و نگرش پزشکان در رابطه با سلامت

بین سابقه‌ی کار پزشکان با نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد آن‌ها رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ($p \text{ value} < ۰/۰۵$) و افرادی که سابقه‌ی کار بیشتری داشتند از آگاهی بالاتر، نگرش مثبت‌تر و عملکرد بهتری برخوردار بودند. بین سن و نمره‌ی آگاهی پزشکان رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت ($p \text{ value} = ۰/۱۲$)، ولی بین سن و نمره‌ی نگرش و عملکرد آنان رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد ($p \text{ value} < ۰/۰۵$) (جدول ۲).

بین میانگین نمره‌ی آگاهی و نگرش پزشکان زن و مرد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، اما میانگین نمره‌ی عملکرد پزشکان مرد به طور معنی‌داری بیشتر از پزشکان زن بوده است (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان به

تفکیک جنس

متغیر	خانم‌ها		آقایان	
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	P value	
نمره‌ی آگاهی	۲۱/۶ \pm ۵۷/۱	۱۱/۵ \pm ۶۰/۱	۰/۴۵	
نمره‌ی نگرش	۱۳/۲ \pm ۷۸/۵	۸/۸ \pm ۸۰/۲	۰/۵۳	
نمره‌ی عملکرد	۲۳/۴ \pm ۴۹/۳	۲۰/۱ \pm ۶۳/۹	۰/۰۰۷	

بحث

امروزه بسیاری از کودکان به دلایل مختلف از جمله عدم آگاهی والدین، دسترسی به موقع و مناسبی به مراقبت‌های حرفه‌ای دندانی ندارند؛ با این حال تماس کودک با پزشک متخصص کودکان هم به صورت مکرر و هم زودتر از اولین ملاقات دندان‌پزشکی کودک صورت می‌گیرد. به طور

در مجموع داده‌های فوق بیانگر آن است که متخصصین کودکان یا شناخت و آگاهی صحیحی از ECC و علل ایجاد آن ندارند و یا در صورت داشتن آگاهی، در مجموع عملکرد آنان در این زمینه ضعیف می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، ۹۱/۸ درصد از پزشکان آگاهی صحیحی در مورد نحوه‌ی انتقال باکتری‌های پوسیدگی‌زا به دهان شیرخوار نداشتند ولی حدود ۶۴ درصد آنان از نگرش مثبتی در این زمینه برخوردار بودند که با نتایج دیگر تحقیقات همخوانی داشت (۹، ۱۲، ۱۳). بنابراین لزوم آموزش متخصصین در این زمینه در سطح بیشتر جوامع ضروری به نظر می‌رسد.

در پژوهش حاضر، ۸۱ درصد از پزشکان کودکان، دانش صحیحی در مورد این که شیر مادر کمتر از شیر خشک پوسیدگی‌زا است، داشتند؛ با این حال ۳۴/۲ درصد آنان نمی‌دانستند در بین گروه‌های غذایی، کربوهیدرات‌ها نقش اصلی را در پوسیدگی ایفا می‌کنند و نیمی از آن‌ها هم از این که تعداد دفعات مصرف قند بیشتر از مقدار مصرف در ایجاد و پیشرفت پوسیدگی تأثیرگذار است، بی‌اطلاع بودند. لذا افزایش آگاهی آنان در این زمینه در جلسات بازآموزی لازم می‌باشد. در این مطالعه به ترتیب ۷۸/۱ درصد و ۸۹ درصد از پزشکان آگاهی و نگرش صحیحی در مورد امکان بروز پوسیدگی دندان‌ها از بدو رویش داشتند. با این وجود، ۳۳ درصد آنان بر این تصور بودند که گاهی دندان‌های شیری به صورت پوسیده سرزده و رویش می‌یابد و ۳۴ درصد نیز در این زمینه نظری نداشتند. به علاوه بیشتر آنان از اولین علائم ایجاد پوسیدگی بر روی سطح دندان‌ها که به صورت نقاط و خطوط سفید است، بی‌اطلاع بودند. این موارد لزوم افزایش آگاهی پزشکان را در زمینه‌ی اتیولوژی ECC و نحوه‌ی ایجاد و تشخیص آن ضروری می‌سازد.

در زمینه‌ی اولین ملاقات دندان‌پزشکی، ۷۸/۱ درصد پزشکان از این مسأله که قبل از یک سالگی باید کودک را برای معاینه نزد دندان‌پزشک برد، آگاهی داشتند و همچنین

دهان مثبت‌تر بود، عملکرد آنان نیز در این زمینه بهتر بود که همسو با مطالعات دیگر بود (۱۰، ۱۲).

در بررسی اطلاعات پزشکان متخصص کودکان در مورد علت اصلی ایجاد پوسیدگی در شیرخواران در اثر مصرف مداوم شیر و مایعات شیرین در حین خواب، ۷۸/۱ درصد آن‌ها اطلاعات کافی در این زمینه داشتند؛ ولی تنها ۴۰ درصد آنان در این زمینه توصیه‌هایی به والدین می‌نمودند. همچنین با وجودی که بیشتر آن‌ها موافق این مسأله بودند که تغذیه‌ی شبانه با سینه/شیشه موجب پوسیدگی دندان‌ها می‌شود، اما حدود نیمی از آنان با این مورد که تغذیه‌ی مکرر و طولانی با سینه/شیشه در طول روز موجب پوسیدگی می‌گردد، مخالف بوده و عده‌ای از آنان نیز در این مورد بی‌اطلاع بودند. همچنین ۸۲/۲ درصد پزشکان از این که ۱۲ ماهگی بهترین زمان برای قطع تغذیه با سینه/شیشه و جایگزینی آن با فنجان است، بی‌اطلاع بودند.

در مطالعه‌ی Prakash و همکاران (۱۲) نیز بیشتر متخصصین کودکان از تأثیر تغذیه با سینه/شیشه بر دندان‌ها آگاه بودند ولی تنها اندکی از آنان در زمینه‌ی بهداشت و سلامت دهان کودک با والدین مشورت کرده و یا به ارزیابی ریسک پوسیدگی می‌پرداختند.

در مطالعه‌ی Murthy و Mohandas (۹)، بیش از ۵۰ درصد پزشکان کودکان بر این باور بودند که تنها تغذیه با شیشه‌ی شیر باعث ایجاد ECC می‌شود و تغذیه با سینه‌ی مادر علت این امر نمی‌باشد. همچنین اگرچه بیشتر آنان با حداقل یک مورد ECC در هفته مواجه می‌شدند اما در زمینه‌ی توصیه و اقدامات پیشگیری‌کننده، تنها عملکرد نیمی از آنان مثبت بود.

در تحقیق Nammalwar و Rangeeth (۱۴) نیز بیشتر متخصصین کودکان و همچنین پزشکان خانواده، آگاهی و نگرش صحیحی از ECC و اتیولوژی مربوطه نداشتند و در پژوهش Soares و همکاران (۱۵)، بیش از نیمی از پزشکان کودکان از ارتباط بین تغذیه‌ی شبانه با سینه/شیشه و شروع ECC بی‌اطلاع بودند.

چگونگی انجام آن نداشتند.

در پژوهش Prakash و همکاران (۱۲) نیز حدود ۸۰ درصد متخصصین کودکان، خواستار اطلاعات بیشتری در زمینه فلوراید و مکمل‌های آن بودند و در مطالعه‌ی Soares و همکاران (۱۵)، ۳۴ درصد هیچ توصیه‌ای در مورد نوع خمیر دندان مصرفی نمی‌کردند.

در این مطالعه، ۷۰ درصد پزشکان کودکان از دانش صحیحی در مورد از دست رفتن زودرس دندان‌های شیری و عوارض مربوط برخوردار بودند و بیشتر آنان بر این اعتقاد بودند که مشکلات دهانی می‌تواند منجر به مشکلات سیستمیک در کودک گردد که مشابه با نتایج حاصل از مطالعات دیگر می‌باشد (۱۲، ۱۴).

در پژوهش حاضر، بیشتر متخصصین کودکان، والدین را در زمینه‌ی دندان در آوردن و مشکلات ناشی از آن راهنمایی می‌کردند ولی تنها ۵۹ درصد آنان دندان‌های کودک را مورد معاینه قرار می‌دادند و فقط ۴۹ درصد آن‌ها به ارزیابی ریسک پوسیدگی می‌پرداختند. به علاوه اگرچه بیشتر متخصصین بر این باور بودند که آنان نقش مهمی در ایجاد انگیزه برای رعایت بهداشت دهان دارند، اما بیش از ۶۰ درصد آنان هیچ توصیه‌ای در این مورد به والدین نمی‌کردند و تنها ۸/۲ درصد آنان در هنگام مشاهده‌ی پوسیدگی کودکان را به دندان‌پزشک ارجاع می‌نمودند.

در مطالعات انجام شده در سایر جوامع، عملکرد پزشکان کودکان در این خصوص متفاوت می‌باشد. در بعضی مطالعات بیشتر متخصصین کودکان، دندان‌های کودک را مورد معاینه قرار می‌دادند (۹، ۱۲، ۱۵) و در بعضی دیگر نیز درصد کمی از آنان به معاینه‌ی دندان‌های کودک می‌پرداختند (۱۱، ۱۳، ۱۴). ولی در زمینه‌ی ارزیابی احتمال پوسیدگی، توصیه به رعایت بهداشت و ارجاع جهت مشاوره در بیشتر مطالعات انجام شده، عملکرد متخصصین ضعیف بوده است (۸، ۱۰-۱۲، ۱۷).

در بررسی حاضر بیشتر پزشکان کودکان اعلام داشتند که در دوران تحصیل در زمینه‌ی تشخیص پوسیدگی و

معتقد بودند، کودک هر ۶ ماه یک بار باید توسط دندان‌پزشک معاینه گردد؛ اما در عمل ۷۴ درصد آنان یا در این زمینه توصیه‌ای نمی‌کردند و یا این که والدین را به اشتباه راهنمایی می‌نمودند.

در مطالعه‌ی مظاهری و همکاران (۱۶)، تعداد مراجعه‌کنندگان به دندان‌پزشک قبل از ۱۲ ماهگی تنها ۱۸/۳ بود.

در تحقیقات Prakash و همکاران (۱۲) و Brickhouse و همکاران (۱۷) هم به ترتیب تنها ۲/۶ درصد و ۵ درصد از متخصصان، اولین معاینه‌ی دندان‌پزشکی را قبل از یک سالگی توصیه می‌نمودند و بیشتر آنان پس از تشخیص و مشاهده‌ی پوسیدگی، والدین را به رفتن نزد دندان‌پزشک تشویق می‌کردند. در مطالعات دیگر نیز بسیاری از متخصصان کودک، دیدگاه صحیحی در مورد زمان اولین ملاقات دندان‌پزشکی نداشتند (۹، ۱۱، ۱۵).

در مورد زمان شروع تمیز کردن دندان‌ها (از بدو رویش)، ۴۲/۵ درصد پزشکان اطلاع درستی در این زمینه نداشتند، ولی ۸۹ درصد آنان دارای نگرش مثبتی در این زمینه بودند. به علاوه حدود ۸۰ درصد بر این باور بودند که خود کودک قادر به مسواک زدن و تمیز نمودن دندان‌هایش نمی‌باشد و بیشتر آنان نیز بر این عقیده بودند که لازم است دندان‌های کودک را حداقل روزی یک بار (دست کم به مدت یک دقیقه) تمیز نمود.

در مطالعات Murthy و Mohandas (۹) و Viridi و همکاران (۱۱) نیز به ترتیب حدود ۴۰ و ۳۰ درصد متخصصین کودکان، اطلاع صحیحی از زمان شروع مسواک زدن دندان‌ها نداشتند. در مورد استفاده از خمیردندان‌های حاوی فلوراید، ۶۴/۴ درصد متخصصین نمی‌دانستند که مصرف آن‌ها از ۲ سالگی توصیه می‌شود. در عمل نیز تنها حدود ۴۰ درصد آنان، ۲ سالگی را برای مصرف خمیر دندان‌های حاوی فلوراید توصیه می‌کردند. در مورد فلوراید‌تراپی در مطب نیز بیشتر متخصصین با انجام آن موافق بودند ولی نیمی از آنان اطلاع درستی در مورد زمان و

پزشکی در مراکز و خانه‌های بهداشت توصیه می‌گردد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه‌ی کم و عدم تمایل برخی از پزشکان به شرکت در این پژوهش و نیز جواب ندادن به بعضی گزینه‌ها اشاره نمود و در انتها پیشنهاد می‌شود مطالعه در نواحی جغرافیایی متفاوت و با حجم نمونه‌ی بیشتری نیز انجام گیرد و همچنین به ارزیابی نحوه‌ی عملکرد پزشکان متخصص کودکان در زمینه‌ی معاینه و تشخیص پوسیدگی به صورت مشاهده‌ی مستقیم نیز پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

میانگین نمره‌ی آگاهی و عملکرد متخصصین کودکان در مورد سلامت دهان و ECC در حد متوسط بود. از آنجا که نمره‌ی آگاهی، رابطه‌ی مستقیمی با نمره‌ی عملکرد داشت و نگرش بیشتر پزشکان در این زمینه و همچنین نقش ویژه‌ی آنان در کنترل و پیشگیری از پوسیدگی مثبت می‌باشد، لذا تدوین برنامه‌های آموزشی و ارتقاء سطح آگاهی آنان در این زمینه لازم‌الاجراست.

سپاسگزاری

از کلیه‌ی پزشکان متخصص کودکان در شهر اصفهان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، نهایت تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

مراقبت‌های مربوطه، آموزش‌های لازم و کافی به آن‌ها داده نشده است و توانایی و دانش کافی در زمینه‌ی ارزیابی احتمال و تشخیص پوسیدگی ندارند. در سایر مطالعات انجام شده نیز بیشتر پزشکان نظر مشابهی داشتند و خواهان آموزش و یادگیری بیشتر در این زمینه بودند (۸، ۱۰-۱۲، ۱۷).

در این پژوهش میزان آگاهی، نگرش و عملکرد متخصصین کودکان با سابقه‌ی کار و افزایش تجربه و آموخته‌های آنان در این زمینه رابطه‌ی مستقیم داشت، اما تفاوتی در سه مورد فوق بین متخصصین مرد و زن مشاهده نگردید که با مطالعه‌ی ربیعی و همکاران (۱۰) همسو بود.

اگرچه بیشتر پزشکان متخصص کودکان بر این باور هستند که آنان نقش ویژه و مهمی در ایجاد انگیزه برای رعایت بهداشت دهان و کنترل و پیشگیری از پوسیدگی دارند، ولی فقدان آموزش و نداشتن دانش کافی در این زمینه همچون سدی، مانع عملکرد بهتر و نقش فعال‌تر آنان در این زمینه می‌گردد. با توجه به آن‌که پزشکان متخصص کودکان به طور مکرر با پوسیدگی‌های دندانی مواجه می‌شوند، لذا اضافه کردن مباحث سلامت دهان و دندان به سر فصل‌های آموزشی دوره‌ی دستیاری و آموزش‌های بیشتر در این زمینه باید مورد توجه مسئولین وزارت بهداشت و درمان قرار گیرد. به علاوه با توجه به نگرش مثبت پزشکان به پیشگیری از پوسیدگی، انجام معاینات دندانی در کنار معاینات

References

1. Dean J, Jones JE, Vinson LAW. McDonald and Avery's dentistry for the child and adolescent. 10th ed. St Louis: Elsevier; 2016. p. 178, 181-2, 185-6, 193, 218-9, 234.
2. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47(5): 1043-66.
3. Heller KE, Eklund SA, Pittman J, Ismail AA. Associations between dental treatment in the primary and permanent dentitions using insurance claims data. *Pediatr Dent* 2000; 22(6): 469-74.
4. 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.
5. Vargas CM, Ronizo CR. Disparities in early childhood caries. *BMC Oral Health* 2006; 6(1): S3.
6. Alemida AG, Roseman MM, Sheff M, Huntington N, Hunghe CV. Future caries susceptibility in children with early childhood caries following treatment under general Anesthesia. *Pediatr Dent* 2000; 22(4): 302-6.
7. 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.

8. Kumar P, Kumar P, Dixit A, Gupta V, Singh H, Sarqaiyan V. Cross-sectional evaluation of awareness of prevention of dental caries among general peditricians in Ghaziabad district, India. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4(3): S302-6.
9. Murthy GA, Mohandas U. The knowledge, attitude & practice in prevention of dental caries amongst pediatricians in Bangalore. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2010; 28(2): 100-3.
10. Rabiei S, Mohebbi SZ, Yazdanian R, Virtanen JI. Primary care nurses' awareness of and willingness to perform children's oral health care. *BMC Oral Health* 2014; 14: 26.
11. Viridi MS, Kaur M, Mittal SK. Pediatricians take on oral health care of children. *The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology* 2010; 13(1): 1-4.
12. Prakash P, Hawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: pediatricians and family physicians' knowledge, practices and training. *Paeditr Child Health* 2006; 11(3): 151-7.
13. Olatosi OO, Sote EO, Akinsola OJ, Oreduqba FA, Adenike AS. Prevention of dental caries: Knowledge practice and opinion of pediatricians in Lagos. *West Afr J Med* 2013; 32(1): 561-6.
14. Nammalwar RB, Rangeeth P. Knowledge and attitude of Pediatricians and family physitions in Chennai on pediatric dentistry: A survey. *Dent Res J (Isfahan)* 2012; 9(5): 561-6.
15. Soares IM, Silva AM, Moara LF, Lima MD, Netto OB, Moura MS. Conduct of Pediatricians in relation to the Oral health of children. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(4): 266-72.
16. 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): 248-59. [In Persian].
17. Brickhouse TH, UnKel JH, Kancitis I, Best AM, Davis RD. Infant Oral Health Care: asurvey of general dentists, Pediatric dentist and pediatricians in Virginia. *Pediatr Dent* 2008; 30(2): 147-53.

پیوست

پرسش‌های مربوط به آگاهی پزشکان متخصص کودکان

۱- بهترین زمان برای قطع تغذیه با سینه‌ی مادر/ شیشه‌ی شیر و تبدیل آن به نوشیدن با فنجان از لحاظ سلامتی دندان‌ها، چه سنی است؟

الف. ۶ ماهگی

ب. ۱۲ ماهگی

ج. ۲ سالگی

د. زمانی که کودک دیگر میلی به شیر خوردن از این طریق نداشته باشد.

۲- علت اصلی پوسیدگی دندان‌ها (به صورت خوردگی و سیاه شدن) در کودکان زیر ۲ سال چیست؟

الف. مصرف قطره‌ی آهن

ب. به ارث بردن از پدر و مادر

ج. مصرف مداوم شیر و مایعات شیرین به خصوص در طول شب و حین خواب

د. مصرف کم شیر و لبنیات (کلسیم) توسط کودک

۳- شروع مسواک زدن (تمیز کردن) دندان‌های شیری چه زمانی است؟

الف. به محض رویش دندان‌های شیری

ب. بین ۱ تا ۲ سالگی

ج. بین ۲ تا ۳ سالگی

د. وقتی کودک یاد بگیرد که خودش با مسواک دندان‌هایش را تمیز کند.

۴- اولین ملاقات دندان‌پزشکی کودک چه زمانی باید باشد؟

الف. هر موقع دندان‌درد گرفت.

ب. هر موقع بر روی دندان‌هایش تغییر رنگ یا سوراخ شدگی مشاهده گردید.

ج. دست کم در ۱ سالگی، حتی در صورت سالم بودن دندان‌ها نیز باید به دندان‌پزشک مراجعه نمود.

د. زمانی که همه دندان‌های شیری رویش یافتند.

۵- اگر به دلیل عدم مراقبت، مجبور به کشیدن یک یا دو دندان خلفی شیری قبل از ۳ سالگی شویم، چه عوارضی ایجاد خواهد شد؟

الف. چون این دندان‌ها شیری هستند و می‌افتند مشکلی پیش نخواهد آمد.

ب. در غذا خوردن مشکلات زیادی برایشان پیش می‌آید.

ج. زود از دست رفتن دندان‌های شیری باعث نامرتب و ردیف نشدن دندان‌های دائمی بعدی خواهد شد.

۶- اضافه کردن شکر یا قند به شیر یا دادن قنداغ در شیشه جهت خواباندن کودک.....

الف. تأثیر خاصی بر روی دندان‌ها ندارد چون به صورت محلول است.

ب. اگر موقع خواب تنها مقدار کمی داده شود، مشکلی ایجاد نمی‌کند.

ج. از آن‌جا که باعث پوسیدگی دندان‌ی می‌شود، نباید مصرف گردد.

د. با وجود آن‌که بر روی سلامتی دندان تأثیر می‌گذارد ولیکن چون باعث آرامش و خواب راحت کودک می‌شود، استفاده از آن بلا مانع است.

۷- دندان‌های کودک از چه زمانی می‌توانند پوسیده شوند؟

- الف. از بدو رویش
- ب. از ۱ سالگی
- ج. از ۲ سالگی
- د. از ۴ سالگی

۸- اولین دندان کودک معمولاً چه زمانی در دهان ظاهر می‌شود؟

- الف. ۳ ماهگی
- ب. ۶ ماهگی
- ج. ۹ ماهگی
- د. ۱۲ ماهگی

۹- کدام یک از انواع مواد غذایی زیر سبب پوسیدگی دندان می‌شوند؟

- الف. کربوهیدرات (قند و نشاسته)
- ب. پروتئین
- ج. چربی
- د. همه‌ی موارد

۱۰- از چه سنی مصرف خمیر دندان‌های حاوی فلوراید برای کودک توصیه می‌گردد؟

- الف. از بدو رویش دندان‌ها که شروع به مسواک زدن می‌کنیم.
- ب. از ۱ سالگی
- ج. از ۲ سالگی
- د. در کودکان اصلاً نباید از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده کرد.

۱۱- باکتری‌های پوسیدگی‌زا از چه طریق وارد دهان کودک می‌شوند؟

- الف. از طریق مصرف آب و غذای آلوده
- ب. از طریق والدین و ظروف غذایی مشترک با آن‌ها
- ج. از طریق وارد نمودن پستانک و اشیاء آلوده به داخل دهان
- د. همه‌ی موارد

۱۲- چه زمانی مکیدن شیشه (حاوی شیر یا قنداغ) بیشترین تأثیر را در خرابی دندان‌ها دارد؟

- الف. در طول روز و هنگام بیداری
- ب. هنگام خواب و در طول شب
- ج. تأثیر یکسانی در خرابی دندان‌ها در هنگام خواب و بیداری دارد.
- د. مکیدن شیشه هیچ تأثیری بر خرابی دندان‌ها ندارد.

۱۳- حداقل چند بار در طول یک شبانه‌روز باید دندان‌های کودک را مسواک نمود؟

- الف. حداقل ۱ بار آن هم قبل از خواب شبانه
- ب. حداقل ۲ بار بعد از صبحانه و شام
- ج. حداقل ۳ بار بعد از صبحانه، ناهار، شام
- د. نیازی به مسواک زدن دندان‌های کودک شیرخوار نمی‌باشد.

۱۴- استفاده از فلوراید‌های درمانی در مطب مثل ژل یا وارنیش فلوراید در کودکان ۱ تا ۳ سال باید...

- الف. در صورت خراب شدن دندان‌ها انجام می‌گیرد.
- ب. برای همه کودکان با توجه به دستور دندان‌پزشک صورت گیرد.
- ج. باید پس از ۳ سالگی انجام شود، چون قبل از آن احتمال مسمومیت وجود دارد.

۱۵- کدام یک از موارد زیر نقش بیشتری در ایجاد و پیشرفت پوسیدگی دندان دارد؟

- الف. مقدار مصرف مواد قندی
- ب. تعداد دفعات مصرف مواد قندی
- ج. هر دو به یک میزان مؤثر هستند.

۱۶- اولین علائم ایجاد پوسیدگی بر روی سطح دندان‌ها چگونه است؟

- الف. نقاط و خطوط سفید بر روی سطوح دندان
- ب. سیاه شدن شیارهای دندان
- ج. ایجاد حفره بر روی دندان

پرسشنامه‌ی مربوط به نگرش پزشکان متخصص کودکان

۱. تغذیه‌ی مکرر و طولانی مدت با سینه‌ی مادر/ شیشه‌ی شیر در طول روز موجب پوسیدگی دندان‌ها می‌گردد.
۲. تغذیه‌ی شبانه (حین خواب) با سینه‌ی مادر/ شیشه‌ی شیر موجب پوسیدگی سریع و پیشرفته‌ی (rampant) دندان‌ها می‌شود.
۳. بعضی از دندان‌های شیری به صورت پوسیده رویش می‌یابند.
۴. لازم است که کودک تا سن ۱ سالگی توسط دندان‌پزشک معاینه گردد.
۵. باکتری‌هایی که سبب پوسیدگی دندان‌ها می‌گردند توسط ظروف غذایی مشترک (مثلاً قاشق) انتقال می‌یابند.
۶. خود کودک قادر به مسواک زدن و تمیز نمودن دندان‌هایش می‌باشد.
۷. میزان خمیر دندان مورد نیاز برای کودک، به اندازه‌ی یک نخود است.
۸. لازم است دندان‌های کودک حداقل روزی یک بار (قبل از خواب شبانه) مسواک زده شود.
۹. حداقل زمان مورد نیاز برای مسواک زدن صحیح دندان کودک، ۱ دقیقه می‌باشد.
۱۰. مهم است که کودک هر ۶ ماه یک بار توسط دندان‌پزشک معاینه گردد.
۱۱. درمان با فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی تأثیر به‌سزایی دارد.
۱۲. پزشک کودکان نقش مهمی در ایجاد انگیزه برای رعایت بهداشت دهان دارد.
۱۳. مشکلات دهانی می‌تواند منجر به ایجاد مشکلات سیستمیک در کودک گردد.
۱۴. شیر مادر بیشتر از شیر خشک پوسیدگی‌زا است.

پرسشنامه‌ی مربوط به عملکرد پزشکان متخصص کودکان

- ۱- آیا در زمینه‌ی رویش دندان و مشکلات مربوط به آن والدین را راهنمایی می‌کنید؟
بله خیر
- ۲- آیا احتمال پوسیدگی دندان را در کودکان ارزیابی می‌کنید؟
بله خیر
- ۳- آیا دندان‌های کودک را به منظور تشخیص پوسیدگی، مورد معاینه قرار می‌دهید؟
بله خیر
- ۴- آیا در مورد تغذیه با شیر مادر/ شیشه‌ی شیر، در طول شب و تأثیر آن بر سلامتی دندان‌ها، توصیه‌هایی به والدین می‌کنید؟
همیشه گاهی هرگز
- ۵- آیا در ویزیت‌های مکرر، رعایت بهداشت دهان و مسواک زدن منظم دندان‌های کودک را به والدین یادآوری می‌شوید؟
همیشه گاهی هرگز
- ۶- از چه سنی مصرف خمیر دندان‌های حاوی فلوراید را برای کودک توصیه می‌کنید؟
الف- توصیه‌ای نمی‌کنم
ب- از بدو رویش دندان‌ها
ج- از ۲ سالگی
د- از ۴ سالگی
ه- از ۶ سالگی
- ۷- برای اولین معاینه‌ی دندان‌پزشکی چه زمانی را به والدین کودک توصیه می‌کنید؟
الف- توصیه‌ای نمی‌کنم
ب- کمتر از ۱ سالگی
ج- بین ۱ تا ۲ سالگی
د- بین ۲ تا ۳ سالگی
ه- زمانی که کودک ابراز درد و ناراحتی می‌کند.
- ۸- زمانی که متوجه وجود دندان‌های پوسیده در دهان کودک می‌شوید، چه اقدامی انجام می‌دهید؟
الف- کار خاصی انجام نمی‌دهم.
ب- تنها در پرونده کودک ثبت می‌کنم.
ج- به پدر و مادر توصیه می‌کنم کودک را نزد دندان‌پزشک ببرند.
د- با معرفی‌نامه، خانواده را به یک دندان‌پزشک معرفی می‌کنم.