

تبیین تجارب دانش آموزان در زمینه عوامل مؤثر در ایجاد پوسیدگی دندان: مطالعه‌ای با رویکرد کیفی

آرزو فلاحی: دانشجوی دوره دکتری، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

فضل ا... غفرانی پور: دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران - نویسنده رابط:

Ghofranf@modares.ac.ir

فضل ا... احمدی: استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

بهشته ملک افضلی: دانشیار، گروه اطفال، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

ابراهیم حاجی زاده: دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: بیماری های دهان و دندان فعالیت های فرد را در مدرسه، محل کار و یا در منزل محدود کرده و موجب از دست رفتن میلیونها ساعت کاری و تحصیلی در سراسر جهان می گردند. با توجه به اهمیت دوره نوجوانی جهت شکل گیری رفتارهای بهداشتی و تبیین تجارب آنان در زمینه بیماریهای دهان و دندان مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل مؤثر در ایجاد پوسیدگی دندان از نگاه دانش آموزان انجام شد. روش کار: این مطالعه با رویکرد کیفی در ۱۸ دانش آموز مقطع راهنمایی شهر تهران از طریق مصاحبه های نیمه ساختار یافته با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف انجام گرفت. پس از کسب رضایت آگاهانه، دادهها جمع آوری، ضبط، دست نویس و به روش تحلیل محتوا مرسوم تجزیه و تحلیل گردید. جهت حمایت از صحت و استحکام دادهها، معیار مقبولیت، تأیید پذیری و انتقال پذیری لحاظ شد. نتایج: از تجزیه و تحلیل مصاحبه ها طبقات تعاملات خانوادگی در سلامت دندان، جایگاه مدرسه در مراقبت دهان و دندان، نقش دندانپزشک در مراقبت از دندان و تأثیر آموزش در مراقبت از دندان به عنوان عوامل مؤثر در مراقبت استخراج و درون مایه عوامل تأثیر گذار در مراقبت دهان و دندان در داده های مطالعه از تأکید بیشتری برخوردار شد.

نتیجه گیری: استفاده از تجربیات دانش آموزان در این مطالعه می تواند در گسترش جو حمایت و اعتماد متقابل دانش آموزان و دندانپزشکان، ارائه خدمات بیشتر در مدارس از طریق سازمانهای ذی نفع، تدوین و اصلاح برنامه های آموزشی و توجه بیشتر به نقش حیاتی والدین کمک نموده و نهایتاً نتایج این مطالعه می تواند زمینه ساز مداخلات آموزشی ارزشمند در حیطه سلامت دهان و دندان باشد.

واژگان کلیدی: دانش آموزان، رویکرد کیفی، سلامت دهان و دندان، پوسیدگی دندان

مقدمه

سلامت دهان را حالتی از ساختار و بافت دهان دانسته که در جهت رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و لذت بردن از زندگی فرد گام بر داشته و بوسیله آن افراد قادر به صحبت کردن، غذا خوردن و اجتماعی شدن می شوند (Canadian Dental Association 2001). از طرفی بیماریهای دهان و دندان

حالت عادی و عملکرد طبیعی ارگانهای داخل دهان را بدون علایمی از بیماری، سلامت دهان گویند (National Institute of Health 2009). انجمن دندانپزشکی آمریکا، American Dental Association (ADA)

این بیماری حایز اهمیت دانسته‌اند (philip et al. 2010) ؛ Cruz et al. 2007؛ Mbawalla et al. 2010 ؛ Hilton et al. 2007 Grant et al. 2010 ؛ Watt 2010؛ Sbaraini et al. 2011). لذا توجه به این مقوله یکی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی در حوزه پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت بوده (U.S 2000) و مداخلات موفق همچون برنامه "مدارس مروج سلامت" لزوم اتخاذ رویکردی جامع و مخاطب مدار را در پیشگیری از این بیماری نشان داده‌اند (Kasila et al. 2006). و این در حالی است که مطالعات انجام گرفته در جهان و ایران در حیطه سلامت دهان و دندان قدرت پایینی در پیشگویی رفتارهای مربوط به دهان و دندان داشته‌اند (Astrøm 2008؛ Buunk-Werkhoven et al. 2011) ؛ Schu'z et al. 2006). گفتنی است که درک فرآیند ابتلاء به پوسیدگی دندان و داشتن چارچوب ذهنی دقیق و صحیح از تجارب افرادی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم با این پدیده روبرو شده‌اند از طریق انجام بررسی‌های کیفی، اولین گام در زمینه طراحی مداخلات پیشگیرانه است (Pakpour et al. 2011). مطالعاتی از جمله تبیین فرآیند تصمیم‌گیری انجام ارتودنسی در نوجوانان (Trulsson et al. 2002)، درک والدین از بیماری‌های دهان فرزندانشان (Horton and Barker 2008)، تبیین تجارب بیماران جوان مبتلا به سرطان دهان (Grant et al. 2010) و مطالعه‌ای کیفی تحت عنوان چرا جوانان ایرانی دندانپزشکان را مسواک نمی‌زنند (Pakpour et al. 2011) انجام گرفته اما هیچکدام عوامل مؤثر در پوسیدگی دندان را از نگاه دانش‌آموزان تبیین نکرده‌اند. مداخلات آموزشی گران و تکراری و کم‌فایده‌ی طراحی شده در سلامت دهان و دندان (Al-Hussainia et al. 2003؛ Watt 2000)، لزوم طراحی مطالعات کیفی از طریق بحث گروهی و مصاحبه‌های عمیق برای درک بیشتر از عدم انجام رفتار تمیزکردن بین دندان و ایجاد پوسیدگی دندان در دانش‌آموزان و طراحی مدلی مؤثر و کارا بر اساس این مطالعات

می‌توانند فعالیت‌های فرد را در مدرسه، محل کار و منزل محدود کرده و موجب از دست رفتن میلیون‌ها ساعت کاری و تحصیلی در سراسر جهان می‌گردد (Vargas et al. 2002). پوسیدگی دندان و پریودنتال (عفونت لثه‌ها و بافت محافظ دندانها) از جمله شایعترین بیماری‌های جهان به شمار می‌روند (Hatami et al. 2004). میانگین شاخص پوسیدگی دندان (Decayed Missing Filled DMFT Teeth) در آمریکا ۲/۷۶، اروپا ۲/۵۷، آفریقا ۱/۳ و غرب اقیانوس آرام ۱/۴۸ می‌باشد (Petersen et al. 2005). ایران در منطقه مدیترانه شرقی (Petersen et al. 2005)، جمعیتی بالغ بر ۷۳ میلیون نفر با ۴۰٪ افراد زیر ۲۰ سال جزء جوانترین کشورها در جهان است (Morowatisharifabad et al. 2011). شاخص پوسیدگی دندان در ایران در کودکان ۱۲ ساله ۱/۹ (Pakshir 2004) و در افراد ۱۵ و ۱۶ ساله به ترتیب ۲/۶۶ و ۲/۷۶ بوده که نشان از وضعیت پایین بهداشت دهان و دندان کودکان ایرانی می‌باشد (Morowatisharifabad et al. 2011). بیش از ۹۹٪ افراد جامعه انسانی (Ayhan et al. 1996؛ Kwan and Petersen 2003) و حدود ۹۰٪-۶۰٪ کودکان سنین مدرسه به پوسیدگی دندان دچارند (WHO 2004).

این بیماری معمولترین نیاز برآورده نشده مراقبت سلامت در کودکان بوده (Mouradian et al. 2009). بطوریکه داشتن عملکرد پایین کودکان و نوجوانان در مدرسه، شاخصی از نیاز برای درمان دندان می‌باشد (Muirhead and Marcenes؛ Crowley et al. 2003) (2004). کیفیت و همکاران دریافته‌اند که افزایش ساعت‌های غیبت از مدرسه در کودکان و نوجوانان با مشکلات سلامت دهان و دندان رابطه مستقیم دارد (Crowley et al. 2003). و عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و رفتاری، دندانپزشک، خانواده و آموزش کارآمد را در بروز

ایده جدیدی دست یافته یا به عبارتی نمونه‌گیری تا رسیدن داده‌ها به اشیاع ادامه به طوری که اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌های موجود به دست نیامد (Polit and Beck 2006). معیارهای ورود به مطالعه شامل دانش‌آموز بودن مقطع راهنمایی، سن ۱۱ تا ۱۵ سال، مبتلا بودن به پوسیدگی دندان و دارا بودن یکی از علائم درد دندان، خونریزی لثه، دندان کشیده، پر کرده و ارتودنسی، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن رضایت و عدم معلولیت و ناتوانی در صحبت کردن بود. ابتدا به مدارس دخترانه و پسرانه مراجعه و ضمن برقراری ارتباط با مسئولان مدرسه و بیان هدف از انجام پژوهش برای آنان و دانش‌آموزان جهت شرکت در مطالعه زمان و مکان مصاحبه که یکی از کلاس‌های درس بود مشخص و در نهایت ۱۸ دانش‌آموز در این مطالعه مشارکت کردند.

ملاحظات اخلاقی: محقق پس از اخذ مجوز از شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس معرفی‌نامه را اخذ نموده، به سازمان آموزش و پرورش و مدارس مراجعه و پس از کسب اجازه از مسئولین مربوطه به معرفی خود و بیان هدف مطالعه برای آنان و دانش‌آموزان مبادرت نمود. در صورت تکمیل فرم اخلاقی و موافقت دانش‌آموزان جهت شرکت در مطالعه زمان و مکان انجام مصاحبه مشخص و اصول محرمانه بودن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه جهت مصاحبه و ضبط گفتگو توضیح و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان داده شد. همچنین به مشارکت کنندگان اطمینان داده که در صورت تقاضا اطلاعات ضبط شده و متن مصاحبه‌های تایپ شده در اختیار آن‌ها قرار داده شود.

جمع‌آوری اطلاعات: جمع‌آوری داده‌ها سال ۹۰-۹۱ در شهر تهران از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن در پژوهش‌های کیفی مناسب است (Polit and Beck 2006). ابتدا پرسش‌های کلی برای شروع مصاحبه مطرح و بر اساس پاسخ شرکت

که به متخصصان آموزش سلامت توان طراحی فعالیت‌های کارتری دهد (Pakpour et al. 2011) بر لزوم انجام این مطالعه تأکید کرد. با توجه به اهمیت سلامت دندان در دانش‌آموزان، و با در نظر گرفتن این که تحقیقات کیفی اندکی در این زمینه انجام پذیرفته است، هدف از انجام این پژوهش، تبیین عوامل مؤثر در ایجاد پوسیدگی دندان از نگاه دانش‌آموزان اتخاذ گردید تا عوامل مؤثر در این بیماری تبیین شده و با توجه به نتایج بدست آمده زمینه طراحی مداخلات مؤثر تسهیل گردد.

روش کار

مطالعه حاضر بر پایه روش کیفی که ابزاری برای به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از مشارکت کنندگان بوده انجام گرفت. این نوع تحقیق به کلیت پدیده‌های انسانی توجه داشته و بنابراین مناسب‌ترین روش برای مطالعه تجارب انسانی است (Polit and Beck 2006). تحلیل محتوا مرسوم روش تخصصی در پردازش داده‌های علمی بوده که شناخت، بینشی نو، تصویری از واقعیت، راهنمای عمل و تفسیری ذهنی از محتوای اطلاعات متنی از طریق روند طبقه‌بندی سیستماتیک را فراهم می‌آورد (Hsieh and Shannon 2005). با مراجعه به سازمان آموزش و پرورش شهر تهران، مدارس از شمال، جنوب، شرق و غرب تهران به روش تصادفی ساده انتخاب و دانش‌آموزان توسط نویسنده اول که در زمینه تشخیص پوسیدگی، بیماری لثه و التهاب آن آموزش دیده بود انتخاب شدند.

ابتدا نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام و به شرح زیر ادامه یافت: اولین نمونه‌ها از میان دانش‌آموزان مقطع راهنمایی که مبتلا به پوسیدگی دندان بوده و حداقل دارای یکی از موارد درد دندان، خونریزی لثه، دندان کشیده، پر کرده و یا ارتودنسی بودند، انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه راهنمایی برای انتخاب شرکت کننده بعدی بود. محقق تا آنجا نمونه‌گیری را ادامه داده که به

کنندگان روند مصاحبه هدایت می‌شد. پرسش‌هایی در مورد تجارب دانش آموزان از خونریزی لثه، دندان درد، دندان پر کرده، کشیده و ارتودنسی و چگونگی مراقبت پرسیده شده سپس با پرسش‌های بیشتری درباره چگونگی عملکردشان پیگیری گردید. سئوالات شامل این دو مورد بود: ۱- می‌توانید تجربه خودتونو از بیماری‌های دهان و دندان (خونریزی لثه، دندان درد و دندان پرکرده، کشیده و ارتودنسی) برام بگید؟، ۲- هنگام برخورد با این مشکل چگونه عمل کردید؟ در طی مصاحبه‌ها از شرکت کنندگان خواسته شد که برای توصیف موضوع مطرح شده مثال‌هایی ارائه داده و یا اینکه دلایل پاسخ‌های خود را شرح دهند. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۴۵-۲۰ دقیقه بود.

شیوه تجزیه و تحلیل: با توجه به رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان، تمامی مصاحبه به صورت دیجیتال ضبط و محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه پیاده، کلمه به کلمه تایپ، مرور، کدگذاری و بلافاصله آنالیز شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های فردی، ژورنال نویسی و بحث گروهی به صورت مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و عمیق جمع‌آوری گردیده و تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان و به طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام گرفت. از هر مصاحبه به عنوان راهنما برای انجام مصاحبه‌های بعدی استفاده می‌شد. تحقیق کیفی مستلزم غوطه‌وری محقق در اطلاعات بوده، به همین منظور پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت به دقت گوش داده و متن دست‌نوشته‌ها را چندین بار مرور نمود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوی مرسوم (Conventional Content Analysis)، به عنوان یک روش تحقیق استفاده شد. این روش به منظور تفسیر ذهنی محتوی داده‌های متنی به کار رفته و از طریق فرآیند طبقه‌گذاری سیستماتیک، کدها و تم‌ها را مورد شناسایی قرار می‌دهد. تحلیل محتوی مرسوم به معنی استخراج محتوی عینی بیش از داده‌های متن نوشته شده است. با استفاده از این روش می‌توان تم‌ها و الگوهای آشکار و پنهان را از

محتوی داده‌های مشارکت کنندگان، تبیین نمود (Hsieh and Shannon 2005). بنابراین با استفاده از این روش تجارب مشارکت کنندگان به صورت مفاهیم آشکار و پنهان مشخص شد. برای کدگذاری اولیه از کلمات خود مشارکت کنندگان و کدهای دلالت کننده (برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌ها) استفاده سپس مصاحبه‌های بعدی انجام شد. با کدگذاری، واحدهای معنایی از بیان و گفته‌های مشارکت کنندگان که نشان دهنده تجارب آن‌ها بود استخراج و پس از کدبندی و خلاصه نمودن داده‌ها براساس تشابهات و اختلافات، طبقه‌بندی کدها انجام و طبقات با هم مقایسه شدند، از تحلیل و تفسیر این داده‌ها درون مایه‌ها یا مقوله‌های انتزاعی‌تر استخراج شد. از معیارهای مقبولیت داده‌ها (Credibility) قابلیت تعیین-تأیید (Confirmability)، اطمینان یا ثبات یافته‌ها (Dependability) و انتقال‌پذیری (Transferability) برای ارزیابی روایی، دقت و پایایی داده‌های کیفی استفاده شد. مشارکت کنندگان صحت عبارات بیان شده توسط خود را در دست‌نوشته‌ها مرور می‌کردند (Member Check). با تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، همچنین با توجه به درگیری طولانی مدت محقق و حسن برقراری ارتباط با مشارکت کنندگان، جلب اعتماد آنها و درک تجارب توسط پژوهشگر، مقبولیت داده‌ها امکان‌پذیر شد. همچنین نمونه‌گیری با حداکثر واریانس (انتخاب شرکت کنندگان با مقاطع مختلف، سن و جنس و تنوع اقتصادی و اجتماعی) سبب شد که اعتبار داده‌ها بیشتر شود (Maximum Variance Sapling). متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط اعضای هیئت علمی تأیید و از نظرات تکمیلی آنان استفاده و تأییدپذیری یافته‌ها مشخص گردید. اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه نویسی در اسرع وقت و فراهم نمودن موقعیت‌های مشابه برای مشارکت کنندگان فراهم گردید. متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان توسط چند نفر از اعضای هیئت علمی بررسی شده و آن‌ها تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

کنندگان روند مصاحبه هدایت می‌شد. پرسش‌هایی در مورد تجارب دانش آموزان از خونریزی لثه، دندان درد، دندان پر کرده، کشیده و ارتودنسی و چگونگی مراقبت پرسیده شده سپس با پرسش‌های بیشتری درباره چگونگی عملکردشان پیگیری گردید. سئوالات شامل این دو مورد بود: ۱- می‌توانید تجربه خودتونو از بیماری‌های دهان و دندان (خونریزی لثه، دندان درد و دندان پرکرده، کشیده و ارتودنسی) برام بگید؟، ۲- هنگام برخورد با این مشکل چگونه عمل کردید؟ در طی مصاحبه‌ها از شرکت کنندگان خواسته شد که برای توصیف موضوع مطرح شده مثال‌هایی ارائه داده و یا اینکه دلایل پاسخ‌های خود را شرح دهند. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۴۵-۲۰ دقیقه بود.

شیوه تجزیه و تحلیل: با توجه به رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان، تمامی مصاحبه به صورت دیجیتال ضبط و محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه پیاده، کلمه به کلمه تایپ، مرور، کدگذاری و بلافاصله آنالیز شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های فردی، ژورنال نویسی و بحث گروهی به صورت مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و عمیق جمع‌آوری گردیده و تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان و به طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام گرفت. از هر مصاحبه به عنوان راهنما برای انجام مصاحبه‌های بعدی استفاده می‌شد. تحقیق کیفی مستلزم غوطه‌وری محقق در اطلاعات بوده، به همین منظور پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت به دقت گوش داده و متن دست‌نوشته‌ها را چندین بار مرور نمود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوی مرسوم (Conventional Content Analysis)، به عنوان یک روش تحقیق استفاده شد. این روش به منظور تفسیر ذهنی محتوی داده‌های متنی به کار رفته و از طریق فرآیند طبقه‌گذاری سیستماتیک، کدها و تم‌ها را مورد شناسایی قرار می‌دهد. تحلیل محتوی مرسوم به معنی استخراج محتوی عینی بیش از داده‌های متن نوشته شده است. با استفاده از این روش می‌توان تم‌ها و الگوهای آشکار و پنهان را از

نتایج

در مجموع ۱۸ دانش آموز شامل ۱۱ پسر و ۷ دختر مقطع راهنمایی سن ۱۵-۱۱ سال مبتلا به پوسیدگی دندان و دارا بودن حداقل یکی از موارد خونریزی لثه، دندان درد، دندان پر شده، کشیده و ارتودنسی در مطالعه مشارکت کردند. اطلاعات مربوط به مشارکت کنندگان در جدول ۱ آمده است. از مصاحبه‌های انجام شده ۴ طبقه اصلی (تعاملات خانوادگی در سلامت دندان، جایگاه مدرسه در مراقبت دهان و دندان، نقش دندانپزشک در مراقبت از دندان و تأثیر آموزش در مراقبت از دندان) و ۸ طبقه فرعی (آموزش ناکافی و نامناسب، غفلت دندانپزشک، موانع مدرسه در مراقبت از دهان و دندان، نقش غیر فعال والدین، آموزش کافی و مناسب، کارا بودن دندانپزشک، مدرسه تسهیل گر مراقبت دهان و دندان، نقش فعال والدین) حاصل و تم اصلی مطالعه، عوامل تأثیر گذار در مراقبت دهان و دندان از اولویت و اهمیت بیشتری برخوردار شد (شکل ۱).

تعاملات خانوادگی در سلامت دندان: دانش آموزان تعاملات خانوادگی در سلامت دندان را مطرح کرده که شامل دو زیر طبقه نقش غیر فعال والدین و نقش فعال والدین در مراقبت از دهان و دندان بود. دادها نشان داد که خانواده دو نقش مثبت و منفی در سلامت دهان و دندان دانش آموزان می‌تواند داشته باشد. با آگاهی از نقاط قوت و ضعف خانواده در سلامت دهان و دندان می‌توان به نقش الگوی توانمند خانواده در سلامت جوانان پی برده و دانش آموزان نیز رفتار و عملکرد خود را منطبق با این الگو پیش برند. این نهاد اجتماعی نقش حیاتی در ایجاد محیط مطلوب سلامتی داشته و موجب ارتقاء سطح سلامت افراد خانواده می‌گردد اما گاهی به صورت‌های مختلف ضعیف عمل کرده و سلامتی افراد را دچار اختلال می‌کند.

نقش غیر فعال والدین: یکی از مواردی که به کرات توسط مشارکت کنندگان مطرح شد نقش غیر فعال والدین در رعایت سلامت دهان و دندان بود. شرکت کنندگان در

مطالعه از کم توجهی والدین به سلامتشان، شاغل بودن مادر و نیز بی‌توجهی آنان به دندان‌های خودشان اظهار ناراحتی کرده و بیان می‌کردند والدین مسائل بهداشتی را در اولویت قرار نداده و در بعضی مواقع تمیز کردن دندان را به آنان به اجبار دیکته می‌کنند. مشارکت کننده ۹ (دختر ۱۳ ساله) می‌گوید: "وقتی یه ذره شیرینی بخورم و دندونام درد بگیره به خاطر اینکه پدرم وقت نداره نمی‌رم دندونپزشکی". مشارکت کننده ۱ (دختر ۱۴ ساله) می‌گوید: "بابامو دیشب ندیدم؟ من بابام یه هفته مأموریم، مامانم شاغله دیر اومده نتونستم بهش بگم من مریضم، باید یه پدر و مادری باشن که از خودشون بگذرن بعضی وقتا من دوست دارم خیلی کارا بکنم اما به خاطر پدر و مادرم میگذرم" مشارکت کننده ۱۳ (پسر ۱۳ ساله) نقل می‌کند: "اگه مامان و بابام به دندونای خودشون مثل بقیه کارای روزمره توجه داشتن عادت شده بود می‌دونید این مشکلات هم نبود، همین بی‌توجهی که حالا من هم دارم، نسبت به خودم بی‌اهمیتیم". دانش آموزان معتقدند برای حفظ و ارتقای سلامتشان باید انگیزه داشته و والدین در اوج مشغله کاری و کارهای روزمره زمانی را به آنان اختصاص داده تا این تمایل و انگیزه ایجاد شود. عدم توجه والدین به سلامتی در باور و دیدگاه فرزندان اثر داشته و در آینده حاصلی جز بی‌توجهی آنان به این مسئله را در پی نخواهد داشت.

نقش چشمگیر و تأثیر گذار والدین در مراقبت از دهان و دندان: آموزش صحیح خانواده نقش ارزشمندی در تربیت، پرورش و سلامت فرزندان داشته و در ارتقای کیفیت زندگی آنان مؤثر است. یافته‌های مطالعه نشان داد والدین مهمترین الگو در انجام رفتارهای مربوط به دهان و دندان بوده و مهارت والدین در این زمینه نقش بسزایی دارد. حساسیت والدین در رعایت مسائل بهداشتی، بیان شفاهی و مداوم والدین جهت رعایت سلامت دندان، همراهی والدین در رفتن به دندانپزشکی، تجارب ناخوشایند آنان در مورد عدم مراقبت از دندان‌هایشان و بازگو کردن آن برای فرزندان‌شان از عوامل مؤثر در مراقبت از دهان و دندان دانش‌آموزان بود.

نه. می‌ریم خونه بعد از نهار اونجا مسواک می‌زنیم تو مدرسه مکانشو درست نکردن که فرد مسواک بزنه". مطابق با یافته‌ها ایجاد پروتکل‌های آموزشی هماهنگ برای مربیان بهداشت مدارس، معاینات دوره‌ای منظم، آموزش نمایشی مسواک زدن در مدرسه و نظارت بر کار مربیان بهداشت مدارس از جمله ارائه خدماتی است که می‌تواند در مدرسه مثر ثمر باشد.

مدرسه تسهیل گر مراقبت دهان و دندان: با وجود موانع متعددی که برای سلامت دهان و دندان در مدارس وجود داشته تسهیل کنندها و سیاست‌های اجرایی در جهت این موضوع وجود داشته اما این منابع اندک و محدود بوده و نیاز به برنامه‌ریزی و سازماندهی مطلوب و چیدمان مناسب مسئولین دارد. توزیع شیر و دهانشویه در مدارس، حضور مربی بهداشت در مدارس ابتدایی، الگوپذیری از مسواک زدن همسالان در مدرسه از اظهارات شرکت کنندگان در مطالعه بود. مشارکت کننده ۴ (دختر ۱۲ ساله) می‌گوید: "مربی بهداشتمون تو مدرسه بهمون گفته مسواک بزنید". مشارکت کننده ۱۴ (پسر ۱۳ ساله) شرح می‌دهد: "دبستان دهانشویه می‌داشتن. مربی خیلی اهمیت می‌داد به بچه‌ها". مشارکت کننده ۸ (دختر ۱۳ ساله) بیان می‌کند: "کلاس سوم ابتدایی بودیم شیر توزیع می‌کردن و ما همه می‌خوردیم می‌گفتن برای دندوناتون خوبه، دهانشویه هم می‌زدیم، بعدشم مسواک می‌زدیم ولی تو راهنمایی نه". ارایه خدمات بهداشتی در سلامت دهان و دندان و به طبع آن در افزایش و کارایی کیفیت بازدهی در کلاس درس، روابط اجتماعی و در نهایت زندگی آنان تأثیر خواهد داشت.

نقش دندانپزشک در مراقبت از دندان: دندانپزشکان به عنوان منبع قدرت و اعتماد نقش مهمی در ارائه توصیه‌های پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان داشته و الگوی مهمی برای افراد تلقی می‌شوند. یافته‌های مطالعه ۲ زیر طبقه غفلت دندانپزشک و کارا بودن دندانپزشک را در طبقه نقش دندانپزشک در مراقبت از دهان و دندان قرار داد.

مشارکت کننده ۴ (دختر ۱۲ ساله) بیان می‌کند: "پدرم خیلی مسواک می‌زنه. چون قبلاً دندوناش خراب شده بود، همش تو دندونپزشکی بود بخاطر همین حالا خیلی خوب مسواک می‌زنه، بعدشم مادرم هم مسواک می‌زنه بهتر از من می‌زنه". مشارکت کننده ۲ (دختر ۱۲ ساله) اظهار می‌دارد: "مامانم خیلی حمایت می‌کنه که دندونام سالم بمونه. حتی شده به زور، من خودم آگه نخوام مادرم می‌دونن و تجربه دارن که چه اتفاقی می‌افته".

جایگاه مدرسه در مراقبت دهان و دندان: یکی از مکان‌های کلیدی جهت هدف قرار دادن برنامه‌های ارتقاء سلامت، مدارس می‌باشد. بی‌توجهی به این مکان و نقش ناکافی آن در بهبود وضع بهداشت دهان جوانان، صدمات جبران ناپذیری برای دانش آموزان که به برنامه های ارتقاء سلامت نیاز ویژه داشته به همراه دارد.

موانع مدرسه در مراقبت از دهان و دندان: مشارکت کنندگان در مطالعه ابراز می‌کردند که مدارس سلامت دهان و دندان دانش آموزان را در اولویت قرار نداده و فضای مناسب جهت رعایت بهداشت دهان در مدرسه وجود نداشته، زمانی را برای این امر اختصاص نداده و مربیان بهداشتی را به کار نمی‌گیرند. بیانات مشارکت کنندگان در مطالعه بیانگر این نکته بوده که مدرسه به خواسته‌های بهداشتی آنان پاسخ نگفته و خواستار عدم فروش مواد غذایی غیر بهداشتی و شکلات‌دار در مدرسه، استخدام مربیان بهداشتی و آموزش صحیح آنان و ایجاد فضای مناسب برای مسواک زدن بودند. مشارکت کننده ۱۰ (دختر ۱۳ ساله) بیان می‌کند: "ما ۵ ساعت تو مدرسه هستیم و ۲ زنگ داریم مثلاً ۵ دقیقه هم بزارن برای مسواک زدن آخه وقت کمه". مشارکت کننده ۹ (دختر ۱۳ ساله) اظهار می‌دارد: "بچه‌ها شکلات کاکائویی تو مدرسه می‌خرن، یه نفر می‌بینه هوس می‌کنه می‌ره می‌خره". مشارکت کننده ۱۲ (پسر ۱۳ ساله) می‌گوید: "سر کلاس هم همیشه از معلم اجازه گرفت که مثلاً مسواک بزنم شاید برای قرص خوردن اجازه بده ولی برای مسواک زدن

دهان و داشتن دندان‌های تمیز و مرتب او از اهمیت ویژه‌ای در مراقبت از دندان‌ها برخوردار است.

تأثیر آموزش در مراقبت از دندان: یکی از مواردی که باید در برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی رعایت شود آموزش از طریق افراد تأثیر گذار، معلم و مربی و اختصاص پاداش منطبق با واقعیت بوده و توجه صرف به آموزش تئوری و نظری دیگر کارایی لازم را نخواهد داشت. آموزش کارآمد در برابر آموزش ناکارآمد یکی دیگر از طبقات و عوامل مؤثر در ایجاد پوسیدگی دندان در دانش آموزان بود.

آموزش ناکافی و نامناسب: بی‌توجهی مربیان مدارس و عدم آموزش صحیح آنان، توجه بیشتر به آموزش‌های نظری در مقابل آموزش‌های عملی در دوران تحصیل در دانشگاه و وجود دوره‌های کارآموزی کوتاه مدت آموزش کامل و مناسبی را در پی نخواهد داشت و باید فاصله‌های موجود بین تأثیر و عدم تأثیر آموزش‌ها را مشخص کرد. مشارکت کننده ۱ (پسر ۱۴ ساله) معتقد است: "اگه مربی خوب بهمون بگه چه کار کنیم ما هم انجام می‌دیم". مشارکت کننده ۱۶ (پسر ۱۴ ساله) می‌گوید: "اگه قراره یه چیز یادمون بدن فیلم یا نمایشی بهتره نه فقط خوندن".

آموزش کافی و مناسب: به کار بردن ارتباطات مناسب کلامی و غیر کلامی و عدم به کار گیری زور و اجبار و خشونت و استفاده از ابزار آرامش و مهربانی و کلمات مثبت در کارایی آموزش مؤثر بوده و منجر به رفتارهای بهداشتی اثر گذار خواهد شد. مشارکت کننده ۳ (پسر ۱۱ ساله) بیان می‌کند: "رفتم یه تایمر خریدم گذاشتم تو خونه، هر موقع مسواک می‌زنم از اون استفاده می‌کنم و می‌دونم چند دقیقه مسواک می‌زنم، اون طوری بهتر بوده". مشارکت کننده ۱۸ (پسر ۱۳ ساله) می‌گوید: "با خشونت نه باید مهربون باشن و بهمون بگن چه کار کنیم". عدم کاربرد جملات رویایی و افسانه‌ای و اجبار به مسواک زدن و نخ دندان، آموزش همراه با بازی و از طریق نمایش، تخصیص پاداش بعد از مسواک زدن و توأم بودن آموزش نظری و عملی از موارد آموزش کافی و مناسب

غفلت دندانپزشک: ارایه توصیه پیشگیری توسط دندانپزشک با توجه به قشر اجتماعی، در اولویت بودن منفعت مالی دندانپزشکان، کم‌توجهی دندانپزشکان به پیشگیری از جمله کدهای بیان شده توسط دانش آموزان بود که احتمالاً موجب سلب اعتماد افراد به دندانپزشک شده و عدم رضایت از اعمال درمانی را منجر خواهد شد. مشارکت کنندگان معتقدند تبادل اعتماد در درمان و ایجاد رابطه خوب با دندانپزشک ارجعیت در درمان بوده و این در دندانپزشکان کمتر دیده می‌شود. مشارکت کننده ۹ (دختر ۱۳ ساله) بیان می‌کند: "دندونپزشک باهام حرف نزد، فقط نوبت گرفتیم رفتیم اونجا یه خانمی اومد و دندونامو درست کرد". مشارکت کننده ۱۳ (پسر ۱۳ ساله) می‌گوید: "بعضی مواقع دندانپزشک هی داد می‌زد، دکتر کم به نخ دندون اشاره می‌کنن". تردید در توصیه‌های دندانپزشکان، تصور تحمیل هزینه توسط دندانپزشک و ایجاد عدم اعتماد به دندانپزشک از جمله مشکلات افراد در مراجعه به دندانپزشکان می‌باشد.

کارا بودن دندانپزشک: نباید عدم ارایه توصیه‌های بهداشتی، توجه به منابع مالی و عدم رضایت از کار دندانپزشک را به همه‌ی دندانپزشکان نسبت داد. الگو بودن دندانپزشک، داشتن دندان‌های سالم و مرتب او، آموزش دندانپزشکان نه تنها به دانش‌آموزان بلکه به والدین آنها، ارائه توصیه‌های پیشگیری، صرف زمان و وقت کافی توسط دندانپزشک از عوامل مهم در تأثیر و کارایی دندانپزشکان می‌باشد. مشارکت کننده ۵ (پسر ۱۴ ساله) بیان می‌کند: "مسواک زدن از دندانپزشک هم یاد گرفتم مثلاً میگفتن از بالا و پایین مسواک بزنی از کوچکی می‌گفتن. اولش تبلی می‌کردم ولی دکتر رفتم گفتش انجام می‌دادمش". مشارکت کننده ۶ (دختر ۱۲ ساله) بیان می‌کند: "دندونپزشک گفت مسواک بزنی منم حوصله‌ام نیامد. دکتر گفته باید دندوناتو ارتودنسی کنی منم این کارو انجام دادم". مشارکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند که الگو بودن دندانپزشک در رعایت بهداشت دهان و دندان، بوی

بوده که در انجام رفتار بهداشتی نقش مهمی داشته و در طراحی برنامه های بهداشتی باید لحاظ گردد.

بحث

جهت بدست آوردن درک عمیقتری از تجارب افراد در زمینه پوسیدگی دندان، مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل تأثیرگذار در ایجاد پوسیدگی دندان از نگاه دانش-آموزان انجام شد. مفهوم عوامل تأثیرگذار در مراقبت دهان و دندان بعنوان تم اصلی، بیشتر جنبه های آموزشی، اجتماعی و ارتباطی و اتخاذ سیاست های بهداشتی را در بر داشته و تعاملات خانوادگی، دندانپزشک، آموزش و مدرسه دارای نقش های کلیدی مرکزی بودند، بنابراین در این زمینه باید به ویژگی ها و موانع فرهنگی (Cruz et al. 2001) اجتماعی و سیاسی در پیشگیری و هدف قرار دادن این عناصر به عنوان یک نیاز مبرم تأکید داشت (Sheiham and Watt 2000). نتایج مطالعه نشان داد که خانواده دو نقش متقابل (فعال و غیر فعال) در رفتار تمیز کردن دندان و بیماری های دهان و دندان دارد. Pakpour و همکارانش می نویسند: دانش آموزان مسواک زدن دندان هایشان را نیاز مهمی ندانسته و در این زمینه نقش والدین را حیاتی بیان کردند. او در مطالعه اش به درگیر کردن والدین در آگاه کردن فرزندانشان از روش های رعایت بهداشت تأکید دارد (Pakpour et al. 2011). اگر ستون های رفتارهای بهداشتی این نهاد محکم اجتماعی سست باشد بر کیفیت رفتار در خانواده و افزایش مشکلات بهداشتی منجر خواهد شد. فشارهای کاری ناشی از کمبود منابع مالی، شاغل بودن والدین و صرف زمان زیاد در بیرون از خانه، خستگی و کم توجهی به مسائل پیشگیری از بیماری، پایه های سلامتی این نهاد را دچار اختلال می کند. باید خانواده را از این تضاد نقش ها نجات داد و بر نقش اصلی اش که همان الگوی سالم رفتارهای بهداشتی تأکید کرد. مطالعه Daly و همکارانش نشان داد شرکت کنندگان از سلامت دهان و دندان آگاهی داشته اما با موانعی مانند

خستگی والدین مواجه بودند (Daly et al. 2010). Hoefst و همکاران معتقدند عدم آگاهی مادران از بهداشت دهان کودکان و راه های پیشگیری دارای تأثیر مهمی در بهداشت دهان کودکان می باشد (Hoefst et al. 2010)، بنابراین باید به خانواده بویژه والدین برای ورود به عرصه پیشگیری توجه بیشتری مبذول گردد. والدین تسهیل کننده های مهمی برای حمایت اجتماعی کودکان در سنین مدرسه هستند و رفتارهای صحیح بهداشت دهان و دندان والدین بر بهداشت دهان کودکان نیز تأثیر می گذارد (Saied-Moallemi 2009). در این میان مادران از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده (Saied-Moallemi et al. 2007) و نقش قابل توجهی در بهداشت دهان فرزندانشان بازی می کنند (Okada et al. 2001). بنابراین درک و ارزیابی والدین از وضعیت بهداشت دهان و دندان فرزندانشان در ارزیابی نیازهای کودکان کمک کننده بوده و توجه به این مقوله نه تنها در برنامه ریزی ها و اختصاص منابع حایز اهمیت بوده، بلکه در مستعد بودن فرزندانشان در ابتلاء به بیماری نیز نقش دارد (Talekar et al. 2005).

نتایج مطالعه نشان داد که مدرسه فضای مناسب را جهت حمایت از بهداشت دهان و دندان دانش آموزان در مقطع راهنمایی به عمل نمی آورد و شرکت کنندگان مطالعه حاضر به موانع مدرسه بیشتر از نقش تسهیل گر آن تأکید داشتند. مدرسه مکانی مناسب جهت هدف قرار دادن برنامه های ارتقاء سلامت بوده (Watt 2005) و سازمان جهانی بهداشت با تشکیل مدارس مروج سلامت بهبود وضع بهداشت دهان جوانان را که به برنامه های ارتقاء سلامت نیاز ویژه داشته اولویت جهانی قرار داده (Pakpour et al. 2011) و مدرسه را مکانی جهت بهبود سلامت، عزت نفس و مهارت های زندگی دانسته و برنامه های آموزشی ارائه شده در مدارس را کارا، کم هزینه و مفید برای کل جامعه می داند (WHO 2003). با توجه به اینکه مدارس در ایران دارای مربی بهداشت در مقطع دبستان، ارایه خدماتی همچون توزیع شیر و

دندانپزشکان نیز صداقت، اعتماد و یکدلی را در ارتباط با بیمار بیان می‌کنند. Bernson و همکاران گزارش کرده‌اند که ۳۵ درصد از دندانپزشکان کیفیت مراقبت‌ها را تحت تأثیر ارتباط دندانپزشک و بیمار می‌دانند. (Bernson et al. 2011) احتمالاً اهمال در مسائل اجتماعی و کم‌توجهی به مسائل قانونی و حرفه‌ای توسط دندانپزشکان در نهایت منجر به محکومیت بیمار در زمینه بیماری خود می‌گردد. دندانپزشکان باید به ارائه توصیه پیشگیری بدون توجه به قشر اجتماعی، اختصاص زمان کافی برای آموزش و جلب اعتماد دو طرفه توجه بیشتر مبذول داشته و منافع مالی را کمتر در نظر گیرند. این موارد بحث مهم اخلاق در حرفه را مطرح می‌سازد جایی که باید بسیار مهم در نظر گرفته شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در تجارب مشارکت‌کنندگان ضعف آموزش بیشتر از کارآمد بودن آموزش مورد تأکید بوده و به دفعات مطرح گردید. توجه به لیاقت و شایستگی افراد مسئول و طراح برنامه‌های مداخله‌ای بهداشتی بویژه دست اندرکاران و متخصصان امر سلامت در جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است بطوریکه اگر جامعه‌ای خواهان سلامت و سعادت است باید کار را به دست کاردان بسپارد (Ardebili 1997). در مطالعه Wind و همکاران مداخله آموزشی بر شناخت افراد در زمینه مسواک زدن دندان‌ها تأثیر نداشت (Wind et al. 2005) و Loignon و همکاران صرف زمان و ایجاد همدردی و تمایل به ارتباط مستقیم و چهره به چهره با بیماران را در این زمینه مفید ارزیابی کردند. (Loignon et al. 2010) Taylor, Sheiham و همکارانش نیز در بررسی‌هایشان بیان کرده‌اند مداخلات آموزش سلامت کارایی لازم را در پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان نداشته‌اند (Sheiham and Watt 2000)؛ Taylor et al. 2007). بنابراین باید به عوامل اجتماعی، رفتاری، نظارت بر آموزش مربیان سلامت، ایجاد پروتکل هماهنگ آموزشی و اختصاص پاداش برای انجام رفتار دقت و در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای آن را مد نظر داشت. دو

دهانشویه و آموزش می‌باشد اما هنوز موانع زیادی از جمله عدم طراحی فضای مناسب برای رعایت بهداشت دهان، کمبود مربی در مقطع راهنمایی و دبیرستان، عدم اختصاص زمان کافی به مسائل پیشگیری از بیماری و اولویت قرار ندادن مسائل بهداشتی را در پیش دارد. از طرفی با توجه به همکاری بین خانه و مدرسه و برگزاری جلسات اولیا و مربیان در ایران، این جلسات فرصت مناسبی برای ارائه اطلاعات مربوط به بهداشت دهان بوده و با توجه به ساختار مدارس برنامه‌های ارتقاء سلامت برای این جلسات پیشنهاد شده و نیز با عنایت به با ویژگی‌های فرهنگی و دیدگاه والدین نسبت به مدرسه، آنان اطلاعات مربوط به این مکان را ارزشمند دانسته و آن را به کار می‌گیرند (-Saied Moallemi 2009). رسالت مدرسه در سلامت دانش-آموزان بسیار چشمگیر بوده و باید توجه بیشتری به آن مبذول داشت.

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر دو نقش، غفلت و کارایی دندانپزشک را بیان کرده و بر عامل کلیدی دندانپزشکان در ایجاد انگیزه جهت رعایت سلامت دهان و دندان در دانش آموزان تأکید داشتند. Loignon و همکاران در پژوهش خود تحت عنوان "ایجاد مراقبت بشر دوستانه: تجارب دندانپزشکان در نواحی محروم"، درک بافت اجتماعی بیماران، صرف زمان، عدم تبعیض اجتماعی و پرهیز از نگرش‌های Moralistic را برای ارائه خدمات به بیماران مفید ارزیابی کردند (Loignon et al. 2010). از دیدگاه دندانپزشک مهارت‌های فردی دندانپزشک شامل گوش دادن فعال، همدلی، احترام و اعتماد و مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی عامل مرکزی در درمان بیماران می‌باشد. دندانپزشکان اظهار داشته مهارت‌های فردی از جمله ارتباط با بیمار، همدردی و مهارت‌های دستی بالاترین اولویت را در دندانپزشکی دارند. در بیان ارتباط مراجع محور (جایی که دندانپزشک به ارزیابی‌ها، اهداف و شخصیت مراجع دقت کرده) با توجه به نظریه راجرز،

دهان و دندان گردد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تبیین عوامل مؤثر بر ایجاد موانع و مشکلات در سلامت دهان و دندان در مدارس از دیدگاه مربیان بهداشت مدارس، والدین و دندانپزشکان و نیز در گروه‌های مختلف مقاطع تحصیلی در برنامه پژوهش‌های بعدی قرار گرفته و با انجام مطالعات در مناطق و جمعیت‌های مختلف محدودیت این مطالعه نیز رفع و پارادوکس نقش‌های مراقبت دهان و دندان بیشتر تبیین شده و فاصله میان آن به حداقل کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دکتری آموزش بهداشت می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس تهران که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار داده و نیز از تمامی دانش‌آموزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نموده و تجارب و دیدگاه‌های ارزشمندشان را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

وضعیت کارا و ناکارآمد بودن آموزش در مدارس، احتمالاً نشان از بی‌هماهنگی و عدم وجود چهار چوب آموزشی خاص در زمینه ارائه آموزش سلامت دهان و دندان می‌باشد.

نتیجه گیری

استفاده از تجربیات دانش‌آموزان در این مطالعه می‌تواند در گسترش جو حمایت و اعتماد متقابل دانش‌آموزان و دندانپزشکان، ارائه خدمات بیشتر در مدارس از طریق سازمان‌های ذی‌نفع، توجه بیشتر به قوانین حرفه دندانپزشکی و نقش حیاتی والدین و اصلاح و تدوین برنامه‌های آموزشی موجود کمک نموده و نهایتاً این مطالعه می‌تواند زمینه ساز مداخلات آموزشی ارزشمند در حیطه سلامت دهان و دندان باشد. همچنین مطالعه حاضر تسهیل‌کننده‌ها و موانع مراقبت دهان و دندان را از دیدگاه دانش‌آموزان بیان کرد. اگر چه یافته‌های مطالعات کیفی قابلیت تعمیم نداشته و این از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد، اما نتایج پژوهش حاضر می‌تواند زمینه ساز مداخلات ارزشمند در حیطه سلامت

جدول ۱- مشخصات و اطلاعات شرکت کنندگان در مطالعه تبیین تجارب دانش آموزان در زمینه عوامل مؤثر در ایجاد پوسیدگی دندان

۴	درد و پوسیدگی دندان	تعداد آزاد مشارکت
۳	خونریزی لثه و پوسیدگی دندان	کنندگان
۶	دندان کشیده، پر کرده و پوسیده	
۳	ارتودنسی، درد و پوسیدگی دندان	
۲	دندان کشیده، خونریزی لثه و پوسیدگی دندان	
	نمونه گیری هدفمند	روش انتخاب
	۱۱-۱۵ مقطع راهنمایی	سن دانش آموزان
۷	دختر	جنس
۱۱	پسر	
۷	مصاحبه فردی	روش های جمع آوری
۴	ژورنال نویسی	داده ها
۲	بحث گروهی	
۱۲	خانه دار	شغل مادر
۶	کارمند	
۸	کارگر	شغل پدر
۹	کارمند	
۲	ابتدایی	تحصیلات مادر
۱۰	دیپلم و فوق دیپلم	
۶	لیسانس و بالاتر	
۱	ابتدایی	تحصیلات پدر
۱۱	دیپلم و فوق دیپلم	
۶	لیسانس و بالاتر	
۴	شمال	منطقه سکونت
۵	جنوب	
۵	شرق	
۴	غرب	



شکل ۱- عوامل زمینه ساز پوسیدگی دندان از نگاه دانش آموزان تبیین تجارب دانش آموزان در زمینه عوامل مؤثر در ایجاد پوسیدگی دندان

References

- Al-Hussainia, R., Al-Kandaria, M., Hamadia, T., Al-Mutawaa, A., Honkalab, S. and Memona, A., 2003. Dental health knowledge, Attitudes and behaviour among students at the kuwait university health sciences centre. *Med Princ Pract*, 12, pp.260-265.
- Ardebili, Y., 1997. *Evaluation Method In Iranian Government And Non Government Departments*, Tehran, Besat Publisher [In Persian]
- Astrom, A. N., 2008. Applicability of action planning and coping planning to dental flossing among norwegian adults: A confirmatory factor analysis approach. *Eur J oral Sci*, 116, pp. 250-259.
- Ayhan, H., Suskan, E. and Yildirim, S., 1996. The effect of nursing or rampant caries on height, Body weight and head circumference. *J clin pediatr dent*, 20, pp. 209-212.
- Bernson, J., Hallberg, L.M., Elfstro, M. and Hakeberg, M., 2011. Making dental care possible –a mutual affair. A grounded theory relating to adult patients with dental fear and regular dental treatment. *Eur J oral Sci*, 119, pp.373-380.
- Buunk-Werkhoven, Y., Dijkstra, A. and Van Der Schans, C., 2011. Determinants of oral. Hygiene behavior., A study based on the theory of planned behavior. *Community dent oral epidemiol*, 39, pp. 250-259.
- Canadian dental association., 2001. Definition of oral health among items endorsed by board of governors. *Communique*, 4, pp. 1-15.
- Crowley, E., O'brien, G. and Marcenes, W., 2003. School league tables: A new population based predictor of dental restorative treatment need. *Community dent health*, 20, pp. 78-82.
- Cruz, G.D., Galvis, D.L., Kim, M., Le-Geros, R.Z., Barrow, S.Y.L., Tavares, M. and Bachiman, R., 2001. Self-perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York city: A preliminary study. *Community dent oral epidemiol*, 29, pp. 99-106.
- Cruz, G.D., Shulman, L., Kumar, J.V. and Salazar, C.R., 2007. The cultural and social context of oral and pharyngeal cancer risk and Control among hispanics in New York. *Journal of health care for the Poor and underserved*. 18, pp. 833-846.
- Daly, B., Clarke, W., Mcevoy, W., Periam, K. and Zoitopoulos, L., 2010. Child oral health concerns amongst parents and primary care givers in a sure start local programme. *Community dent health*, 27, pp. 167-171.
- Grant, E., Silver, K., Bauld, L., Day, R. and Warnakulasuriya, S., 2010. The experiences of young oral cancer patients in scotland: Symptom recognition and delays in seeking professional help. *British dental journal*, 208, pp. 465-467.
- Hatami, H., Razavi, S. M., Eftekhari, A.H., Majlesi, F. and Sayed Nozadi, M., 2004. *Text book of public health*, Second chapter, Tehran, Derakhshan.
- Hilton, I.V., Stephen, S., Barker, J.C. and Weintraub, J.A., 2007. Cultural factors and children's oral health care: A qualitative study of carers of young children. *Community dent oral epidemiol*, 35, pp. 429-423.
- Hoelt, K.S., Barker, J.C. and Masterson, E.E., 2010. Urban mexican-american mothers' Beliefs about caries etiology in children. 38, pp. 244-255.
- Horton, S. and Barker, J., 2008. Rural latino immigrant caregivers' conceptions of their children's oral disease. *J Public Health Dent*, 68, pp. 22-29.
- Hsieh, H. and Shannon, S., 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *qual health res*, 15, pp. 1277-1288.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. and Pietila, I., 2006. Oral health counselling in changing schoolchildren's oral hygiene

- habits: A qualitative study. *Community dent oral epidemiol*, 34, pp. 419-428.
- Kwan, S. and Petersen, P.E., 2003. *Oral health promotion: An essential element of a health promoting school*. Geneva: WHO.
- Loignon, C., Allison, P., Landry, A., Richard, L., Brodeur, J. M. and Bedos, C., 2010. Providing humanistic care: Dentists' experiences in deprived areas. *J dent res*, 89, pp. 991-995.
- Mbawalla, H.S., Masalu, J.R. and Astrom, A. N., 2010. Socio-demographic and behavioural correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, The limpopo - arusha school health project (Lash): A cross-sectional study. 10, P. 87.
- Morowatisharifabad, M., Fallahi, A., Nadrian, H., Haerian, A. and Neamat shahr babaki, B., 2011. Inter-dental cleaning behavior and its relationship with psychological constructs based on the transtheoretical model. *Journal of oral health and prevention dentistry*, 9, pp. 211-220.
- Mouradian, W., Slayton, R.L., Maas, W.R., Kleinman, D.V., Slavkin, H., Depaola, D., Evans, C. and Wilentz, J., 2009. Progress in children's oral health since the surgeon general's report on oral health. *Academic pediatrics*, 9, pp. 374.
- Muirhead, V. and Marcenes, W., 2004. An ecological study of caries experience, school performance and material deprivation in 5-year-old state primary school children. *Community dent oral epidemiol*, 32, pp. 265-270.
- National institute of health., 2009. oral health. [Online]. [Accessed].
- Okada, M., Kawamura, M. and Miura, K., 2001. Influence of oral health of their school age children. *Asdc J dent child*, 68, pp. 379-383.
- Pakpour, A., Hidarnia, A., Hajizadeh, E., Kumar, S. and Fridlund, B., 2011. Why Iranian adolescents do not brush their teeth: A qualitative study. *Int J dent hygiene*, In Press.
- Pakshir, H.R., 2004. Oral health in Iran. *Int dent J*, 54, pp. 367-372.
- Petersen, P.E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-day, S. and Ndiaye, C., 2005. The global burden of oral Diseases and risks to oral health. *Bull world health organ*, 83, pp. 661-669.
- Philip, V., Sussex, P.V., Murray Thomson, W. and Fitzgerald, R.P., 2010. Understanding the 'Epidemic' of complete tooth loss among older New Zealanders. *Gerodontology*, 27, pp. 85-95.
- Polit, D. and Beck, C., 2006. *Essential of nursing research philadelphia*, Lippincott Williams Wilkins Co.
- Saied-Moallemi, Z., 2009. School-based intervention to promote preadolescents' gingival health: A community trial oral health promotion in preadolescents. *community dent oral epidemiol*, 37, pp. 518-526.
- Saied-Moallemi, Z., Murtooma, H. and Tehranchi, A., 2007. Virtanen I. oral health behavior of Iranian mothers and their 9-years-old children. 5, pp.263-269.
- Sbaraini, A., Carter, S.M., Evans, R.W. and Blinkhorn, A., 2011. How to do a grounded theory study: A worked example of a study of dental practices. 11, pp. 128-138.
- Schu, Z.B., Sniehotta, F.F., Wiedemann, A. and Seemann, R., 2006. Adherence to a daily flossing regimen in university students: Effects of planning when, Where, how and what to do in the face of barriers. *J clin periodontol*. 33, pp. 612-619.
- Sheiham, A. and Watt, R.G., 2000. The common risk factor approach: A rational basis for promoting oral health. *Community dent oral epidemiol*, 28, pp. 399-406.
- Talekar, B., Rozier, R., Slade, G. and Ennett, S., 2005. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J am dent assoc*, 136, pp. 364-372.

- Taylor, D., Bury, M., Campling, N., Carter, S., Garfied, S., Newbould, J. and Rennie, T., 2007. *A review of the use of the health belief model (Hbm), The theory of reasoned action (Tra), The theory of planned behaviour (Tpb) and the trans-theoretical model (Ttm) to study and predict health related behaviour change*. London: department of practice and policy.
- Trulsson, U., Strandmark, M., Mohlin, B. and Berggren, U., 2002. A qualitative study of teenager's decision to undergo orthodontic treatment with fixed appliance. *J orthod*, 29, pp. 197-204.
- U.S., 2000. *Understanding and improving health*. Washington: Department of health and human services.
- Vargas, C., Dye, B. and Hayes, K., 2002. Oral health status of rural adults in united states. *J am dent assoc*, 133, pp. 1672-1681.
- Watt, R.C., 2010. Motivational interviewing may be effective in dental setting. *Evidence-based dentistry*, 11, P. 13.
- Watt, R.G., 2005. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull world health organ*, 83, pp. 711-718.
- Who., 2003. *Who information series on school health*, Doc 11; Oral health promotion through schools, [Online]. Geneva: Who. [Accessed].
- Who., 2004. *Global oral health bank*. Geneva: world health organization.
- Wind, M., Kremers, S., Thijs, C. and Brug, J., 2005. Toothbrushing at school: Effects on toothbrushing behaviour, Cognitions and habit strength. *Health education research*, 105, pp. 53-61.

Adolescent's perspectives on the factors that influence caries development: A qualitative study

Fallahi, A., PhD. Student, Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Ghofranipour, F., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Education, Medical School, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran- Corresponding author: ghofranf@modares.ac.ir

Ahmadi, F., Ph.D. Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Malekafzali, B., Ph.D. Associated Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Dentistry, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Hajizadeh, E., Ph.D. Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Received: Jul 6, 2012

Accepted: Dec 2, 2012

ABSTRACT

Background and aim: Oral and dental diseases limit an individual's activities at the school, work place and home, leading to a loss of millions of work and school hours all over the world. The period of adolescence is critical as regards shaping of healthy behaviors related to oral and dental diseases. The purpose of this study was to explore and describe school pupils' viewpoints on factors influencing development of dental caries.

Materials and Methods: A qualitative study with a content analysis approach was conducted to collect the perspectives of 18 Iranian students in 8 guidance schools selected by purposive sampling. Structured and semi-structured interviews were held to collect data. An informed consent was obtained and the interviews were recorded and transcribed. The data was analyzed through an inductive approach of content analysis. In order to support the validity and rigor of the data, different criteria such as acceptability, confirmability and transferability were utilized.

Results: Data analysis could identify four major factors influencing dental caries development: "family interactions in dental health", "role of school in caring for teeth", "role of dentists in caring for teeth" and "effect of education in caring for teeth". The factors influencing caring for teeth and mouth had a greater significance.

Conclusion: The students' experiences, as observed in this study, can help in developing mutual trust between students and dentists, delivering better services in schools by relevant organizations, and designing more effective oral health interventions, with due consideration of vital role of the parents.

Key words: Students, Qualitative Research, Oral and Dental Health, Dental Caries