

## موانع دانشی مادران در مشارکت در برنامه سلامت دهان دانش آموزان

محمد ناصری<sup>۱</sup>، احمد جعفری<sup>۲</sup>

۱. گروه آموزشی سلامت دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۲. عضو مرکز تحقیقات پیشگیری پوسیدگی دندان، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** برنامه های سلامت دهان در مدارس در ایران با اجرای برنامه وارنیش فلورایدترایی از سال ۱۳۹۴ وسعت بیشتری به خود گرفت. همکاری خانواده در این برنامه نقش مهمی دارد. دانش و نگرش والدین می تواند در این امر اثرگذار باشد. هدف از این بررسی، آشنایی با باورها و یا نقاط مبهمی بود که مانع می شد تا خانواده ها در مشارکت دادن فرزندانشان در طرح وارنیش فلورایدترایی در شهر فردیس استان البرز همکاری مطلوبی داشته باشند.

**روش بررسی:** یک مطالعه توصیفی به صورت بحث گروهی با مادران دانش آموزان طراحی گردید. نمونه گیری به صورت غیرتصادفی و متشکل از چهار مدرسه بود. مادران باورها یا شنیده هایی را که باعث می شد تا رغبتی نسبت به شرکت فرزندانشان در طرح وارنیش فلورایدترایی نشان ندهند را بیان کردند. آنان همچنین منابع اطلاعاتی خود را بیان کردند. داده ها به صورت لیست موارد استخراج شد. یافته ها: باورها از «عدم نیاز به فلورایدترایی در مدرسه» شروع و تا حد «سرطانزا بودن فلوراید» گسترده بود. «کاهش هوش دانش آموزان» مهمترین باور موجود در میان مادران بود. «نبودن این برنامه در کشورهای پیشرفته» تا «مضر بودن فلورایدترایی برای کودکان» از جمله موارد شنیده شده بود. دندانپزشکان، شبکه های اجتماعی و اینترنت از جمله منابع اطلاعاتی بود.

**نتیجه گیری:** دندانپزشکان می توانند نقش مهمی در آموزش بهداشت مراجعین خود داشته باشند. با آموزش مناسب و توجه به برنامه های آموزش مداوم می توان به بهبود این امر پرداخت. همه دست اندرکاران نیز باید نسبت به برنامه کاملا توجیه شده باشند.

**کلمات کلیدی:** سلامت دهان، مدارس مروج سلامت، دانش آموزان، فلورایدترایی

وصول مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۰۵

نویسنده مسئول: دکتر احمد جعفری [ajafari@tums.ac.ir](mailto:ajafari@tums.ac.ir)

### مقدمه

معادل ۲/۰۹ اعلام میکند (۳). گرچه، چنین اختلافی در این زمینه و در این مدت، کمی بعید به نظر می رسد و می تواند ناشی از اختلاف در مناطق نمونه گیری، معاینه کنندگان و یا شرایط معاینه باشد؛ اما آنچه از این دو بررسی کشوری بر می آید، روند نامطلوب شاخص پوسیدگی در کشور می باشد. این در شرایطی است که سند چشم انداز بیست ساله ایران (۴) دستیابی به رتبه

تلاشهای گسترده ای برای کاهش بروز پوسیدگیهای دندانی در بسیاری از کشورها انجام گرفته است و روند رو به بهبود در این کشورها مطلوب بوده است (۱). مطالعات ایران نشان میدهد روند پوسیدگی رو به افزایش میباشد. مطالعات نشان می دهد که در سال ۱۳۷۷ شاخص DMFT کودکان ۱۲ ساله ایرانی برابر ۱/۵ بود (۲). پیمایش کشوری سال ۱۳۹۱ این شاخص را

برنامه ها می تواند متفاوت باشد. عوامل مختلفی بر دانش، نگرش و عملکرد والدین موثر هستند. فاکتورهای اجتماعی-اقتصادی، تحصیلات، اقلیت یا مهاجر بودن از جمله این فاکتورها می باشد. مطالعات بیانگر تاثیر اعتقادات و باورهای مردم بر سلامت دهان آنان است و طبیعتا دیدگاههای خانواده بر رفتار کودک اثرگذار خواهد بود. نگاههای مثبت به سلامت دهان در کودکی، نتایج مثبت خود را در آینده نشان داده است (۹-۱۱). از همین روی، باورها و دیدگاه های نادرست در خصوص سلامت دهان می تواند آنان را از دریافت مناسب خدمات بی بهره بگذارد.

هدف از این بررسی، گردآوری باورها و یا نقاط مبهمی بود که مانع همکاری مطلوب خانواده ها در مشارکت دادن فرزندانشان در طرح وارنیش فلورایدتراپی در شهر فردیس استان البرز می شد. هدف کاربردی این طرح نیز تدوین و ارائه مطالب علمی و توضیحات لازم به مادران و مراقبین سلامت برای بهبود اجرای برنامه بود.

#### روش بررسی

به دنبال دستور اجرای وارنیش فلورایدتراپی در مدارس ابتدایی کشور، در استان البرز در ماههای مرداد تا مهر ۱۳۹۴، کارگاههای آموزشی برای مراقبان سلامت مدارس آموزش و پرورش استان با همکاری دانشکده دندانپزشکی البرز، در طی چهار مرحله جمعا به مدت هشت روز برگزار گردید. مطالب به صورت تئوری و عملی برای مراقبان آموزش داده شد. از مراقبان خواسته شد تا ارتباط خود را با مدرسین برای برطرف کردن نیازهای علمی، حفظ نمایند. دکتر محمد ناصری مسئولیت نظارت علمی را در شهر فردیس بر عهده گرفت.

اول در همه ابعاد و در نتیجه در سلامت دهان را در منطقه نوید میدهد. وضعیت پوسیدگی ایران نسبت به برخی کشورهای منطقه مناسب نمیباشد. این امر مسئولین و سیاستگذاران سلامت را بر آن داشت تا برنامه ریزی لازم را برای بهبود شاخصهای سلامت دهان دانش آموزان با تاکید بر برنامه های مراقبتی و پیشگیرانه به عمل آورند (۵). از سوی دیگر مطالعات بیانگر موثر بودن فعالیتهای مدرسه محور برای تعمیم به جامعه میباشد. استفاده موضعی فلوراید در برخی از ایالات آمریکا توسط کادر غیر دندانپزشک و یا بهداشتکار دندان انجام می شود. در این ایالات دستیاران کنار دندانپزشک نیز می توانند با گذراندن دوره آموزشی در این امر ارائه خدمت بدهند (۶). در ایران، جعفری و همکاران در سال ۱۳۹۱ در کرج بر روی مادران با تحصیلات دانشگاهی، مطالعه ای را ترتیب و با آموزش دادن مادران، نحوه عملکرد وارنیش فلورایدتراپی آنان را سنجیده و آن را تایید کردند (۷). آنان سپس در همان سال (۱۳۹۱) در مدارس ابتدایی تهران آموزش مشابهی را برای رابطین سلامت شهرداری تهران ارائه و از آنان برای وارنیش فلورایدتراپی دانش آموزان استفاده کردند و عملکرد آنان را سنجیدند. نتایج مثبت این مطالعه در دهمین کنگره دندانپزشکی پیشگیری، در سال ۲۰۱۳ ارائه نمودند (۸). به دنبال توسعه برنامه های سلامت دهان دانش آموزان، برنامه وارنیش فلوراید تراپی از سال ۱۳۹۴ وارد مدارس ابتدایی کشور گردید. وجود برنامه های سلامت در مدارس عامل تقویت اطلاعات سلامت خانواده نیز می شود (۹).

جهت اجرای مطلوب این برنامه ها در مدارس، همکاری خانواده حائز اهمیت می باشد. نگاه خانواده ها به این

دگسترده تری را داشت و از «نبودن این برنامه در کشورهای پیشرفته» تا «مضر بودن فلورایدتراپی برای کودکان» گستره داشت. جدول (۲) جزئیات بیشتر را نشان می‌دهد. برای گروه اخیر «منابع اطلاعاتی» استخراج و ثبت گردید. در میان این منابع، دندانپزشکان نقش برجسته تری را داشتند. جدول (۳) منابع بیان شده را نیز نشان می‌دهد.

#### بحث

مطالعات نشان دهنده آن است که دندانپزشکان می‌توانند نقش مهمی در آموزش بهداشت مراجعین خود داشته باشند (۱۲)؛ اما در مطالعه حاضر می‌بینیم که همین دندانپزشکان، اطلاعات نادرست یا ناقص نیز به مراجعین خود داده‌اند. این امر احتمالا به خاطر آموزش ناکافی و یا عدم بازآموزی مناسب و مرتبط دندانپزشکان می‌باشد. از این رو به نظر می‌رسد در برنامه‌های آموزش مداوم باید به جبران این امر پرداخت. مطالعه Yusuf در سال ۲۰۱۵ در انگلستان نیز بیانگر آن است که تقریباً نیمی از دندانپزشکان عمومی از فلوراید در زمینه‌های غلظت آن در خمیر دندان و دفعات مصرف وارنیش فلوراید برای کودکان آگاهی لازم را دارند و یا خودشان همیشه آن را برای کودکان مراجعه کننده بکار می‌برند (۱۳). مطالعه پورهاشمی و همکاران در تهران در سال ۱۳۹۳ بر روی دندانپزشکان عمومی نشان داد که کمتر از نیمی از دندانپزشکان خانم و کمتر یک چهارم دندانپزشکان مرد حتماً برای کودکان خود فلورایدتراپی را انجام می‌دادند (۱۴).

ارتباط ناظر علمی و مراقبان نشان داد که گروه قابل توجهی از مادران نسبت به برنامه توجیه نیستند و نیاز به برگزاری کارگاه توجیهی می‌باشد. برنامه ریزیهای لازم به عمل آمد. در چهار مدرسه جلسات حضوری با شرکت مادران برگزار گردید. از مادران خواسته شد تا دیدگاهها و نظرات خود را در خصوص فلوراید و فلورایدتراپی بیان کنند. نظرات مادران ثبت و دسته بندی گردید. به دلیل ثبت حضوری و شفاهی مادران و اجتناب مادران از بیان نکات مثبت و همچنین خودداری از تکرار موارد گفته شده، امکان گرفتن آمار دقیق و درصد موافق و مخالف مادران میسر نگردید. نظرات مادران به دو دسته تقسیم گردید. آنان که خودشان معتقد بودند که اطلاعات لازم را دارند و باورهای خود را بیان کردند. گروه دوم «اطلاعات ناقصی» ناشی از شنیده‌ها و نظرات دیگران و اطلاعات غیرموثق را مبنای کار خود قرار داده بودند.

#### یافته‌ها

به دلیل جو حاکم بر جلسات، نقاط مبهم مورد بحث قرار میگرفت. باورهای آنان که معتقد بودند خود اطلاعات لازم را دارند، به صورت موضوعی دسته بندی شد. این باورها از ساده ترین آنها مبنی بر «عدم نیاز به فلورایدتراپی در مدرسه» شروع و تا حد «سرطانزا بودن فلوراید» گسترده بود. «کاهش هوش دانش آموزان» مهمترین باور موجود در میان مادران بود. این مادران معتقد بودند که مطالعات لازم را از طرق مختلف داشته‌اند. جدول (۱) این باورها را نشان می‌دهد.

گروه دوم «نقص اطلاعاتی» مادرانی بود که آگاهیهای خود را موثق نمیدانستند. این اطلاعات نیز طیف

جدول ۱: باورهای مادرانی که معتقد بودند خود اطلاعات لازم را دارند

تغییر رنگ غیر قابل برگشت دندانها
کاهش هوش دانش آموزان
سرطانزا بودن
مسمومیت در اثر خوردن
ایجاد حساسیت و
کپیر زدن پوست در اثر تماس با وارنیش
وجود مقدار کافی فلوراید در آب منطقه
وجود مقدار کافی فلوراید در خمیر دندان

جدول ۲: اطلاعات ناقص مادرانی بود که آگاهیهای خود را موثق نمیدانستند.

مضر بودن فلوراید
نیاز ندارد
زیاد ان به دندان آسیب میرساند
حالت تهوع میدهد
خیلی کشورها فلورایدتراپی نم کنند
اصلا برای کودکان نباید استفاده شود
در مدرسه نمی شود فلورایدتراپی کرد
خمیر دندان کودکان فلوراید ندارد
دندانپزشک گفته خوب نیست
طب سنتی گفته خوب نیست
منافع تجاری پشت این برنامه است
برنامه ساخت شرکتها است

جدول ۳: «منابع اطلاعاتی» مادرانی که آگاهیهای خود را موثق نمیدانستند.

دندانپزشکان
هم ردیفان
کلیپ در شبکه های اجتماعی
اینترنت
کسانی که اطلاعاتی از دیگر کشورها داشتند
افراد دارای معلومات طب سنتی

خودش را داشته باشد، باید با آموزش لازم به این تغییر دیدگاه کمک نمود. مطالعه Gussy و همکاران در سال ۲۰۰۸ در ویکتوریای استرالیا نیز بیانگر اعتقاد تنها نیمی از مادران در تاثیر فوراید آب در پیشگیری از پوسیدگی می باشد (۱۶).

مطالعه Broadbent و همکاران در سال ۲۰۱۶ نشان داد که با گذر زمان اعتقاد شرکت کنندگان در مطالعه نسبت به مهم بودن وجود فلوراید در خمیر دندان و یا نوشیدن آب فلوریده بیشتر شده است (۱۵). لذا این فاکتور را می توان برای تبیین مخالفت شرکت کنندگان در طرح فردیس نیز مد نظر قرار داد و پیش از آن که گذر سن تاثیر

شاید بتوان با عنایت به وجود جمعیت های مهاجر و اقلیت در فردیس، به این نکته نیز توجه داشت که از جمله عوامل موثر بر پایین بودن آگاهی می توان به اقلیت بودن می باشد. در چنین شرایطی ارائه آموزش و اطمینان دادن تئوری و عملی به این بخش از مردم نسبت به برابری در دریافت خدمات سلامت اهمیت پیدا می کند. مطالعه ای در لندن نشان داد که یکی از اقلیتهای مذهبی ارتدوکس، آگاهی کمی در مورد نقش فلوراید در پیشگیری از پوسیدگی داشتند. آنان همچنین نسبت به معاینات مرتب دندانپزشکی نیز وضعیت مطلوبی نداشتند. این در شرایطی بود که آنان از مزایای سیستم سلامت انگلستان برخوردار بودند (۹).

#### نتیجه گیری

به منظور همکاری بهتر خانواده ها با برنامه های سلامت دهان در مدارس، اندیشمندان حوزه مانند دندانپزشکان و کادر مرتبط، خانواده و همکاران آموزش و پرورش باید نسبت به برنامه کاملا توجیه شده باشند و دلایل اجرای برنامه و راهکارهای جایگزین را درک نمایند.

#### تقدیر و تشکر

محققین از همکاری اداره کل آموزش و پرورش استان البرز، به ویژه آقای طارمی رئیس اداره سلامت و مدیران و مراقبین مدارس و دانشگاه علوم پزشکی البرز، به ویژه اساتید و همکاران شرکت کننده در آموزش مراقبین سلامت خانم ها دکتر سمیه دهقان، دکتر نسرین رفیعیان، دکتر مریم الهی، دکتر سمیه خرمیان و آقایان دکتر غلامعلی نجفی، دکتر امرالله آبروش، دکتر یدالله حیدری، دکتر مصطفی زارعی و دکتر دانشی سپاسگزاری می نمایند.

آنچه مادران در خصوص مضرات فلوراید، سرطانزا بودن و غیره بیان شد، مواردی است که باید توسط دندانپزشکان و حمایت کنندگان علمی برنامه به صورت گسترده و در دسترس پاسخ داده شود. مسمومیت ناشی از فلوراید به دو صورت حاد و یا مزمن دیده می شود. در مسمومیت حاد با بلع مقدار بسیار زیادی فلوراید به صورت یکباره، حالتهایی از درد شکم، تهوع و استفراغ، افزایش شدید بزاق و تشنگی دیده می شود که این موارد مربوط به دوزهای بالاتر از  $35\text{mg/Kg}$  می باشد و تا حد مرگ پیش می رود (۱۷). برای درک بهتر این مورد باید دانست که مقدار خمیر دندانی که یک فرد بزرگسال بر روی مسواک میگذارد، با غلظت  $1000\text{ppm}$  حدود  $1\text{mg}$  می باشد. اولین نشانه های مسمومیت مزمن در هنگام استفاده از آب آشامیدنی با میزان فلوراید بالاتر از  $2\text{ppm}$  می باشد و دندانها در اثر آن متاثر شده و علامات بد رنگی دیده می شود. چنانچه این میزان بالاتر برود و به سمت  $8\text{ppm}$  حرکت کند، در مصرف طولانی چندین ساله علائم فلوروزیس استخوانی دیده می شود (۱۷). چنین وضعیتی هم اکنون در هیچ کجای ایران دیده نمی شود. در خصوص سرطانزا بودن فلوراید، هیچ مدرک معتبری در دست نمی باشد. بدیهی است در صورت وجود چنین دلیلی، ذات طبیعت آن را از روشهای مختلف حل میکرد. حال آنکه مطالعات نشان می دهد که فلوراید به عنوان یک عنصر ضدسرطان در حال توسعه می باشد. در شرایطی که در ابتدای دهه ۱۹۷۰ از فلوراید تنها در ۲٪ داروهای ضد سرطان استفاده می شد، پس از سه دهه به حدود ۱۸٪ افزایش یافت (۱۸).

## References

1. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*. 2003 Dec 1;31(s1):3-24.
2. Samadzadeh H, Hessari H, Nouri M. Evaluation of changes on DMFT index of permanent teeth among Iranian 6-12 years-old children in 1998. *Journal of Dental School Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2001; 19(3):9-15. ISSN 1735-7683 [In Persian]
3. Ministry of Health and Medical Education (Iran). Oral Health Office. Oral health program in primary schools. Available on <http://iranoralhealth.ir/1395/07/13/%D8%B3%DB%8C%D9%85%D8%A7%DB%8C-%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA-%D8%AF%D9%87%D8%A7%D9%86-%D9%88-%D8%AF%D9%86%D8%AF%D8%A7%D9%86-%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86-%D8%AF%D8%B1-%D8%B3%D8%A7%D9%84-1391/> [In Persian]
4. Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic Of IRAN. <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/132295> [In Persian]
5. Ministry of Health and Medical Education (Iran). Oral Health Office. Iranian National Oral Health Survey. Available on <http://iranoralhealth.ir/1395/08/10/%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87-%DA%A9%D8%B4%D9%88%D8%B1%DB%8C-%D8%A7%D8%B1%D8%AA%D9%82%D8%A7%DB%8C-%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA-%D8%AF%D9%87%D8%A7%D9%86-%D9%88-%D8%AF%D9%86%D8%AF%D8%A7%D9%86/> [In Persian]
6. Zwiag K. Fluoride in caries control. 2011 April [cited 2011]; Available from: [http://ida.cdeworld.com/courses/4501-Fluoride\\_in\\_Caries\\_Control](http://ida.cdeworld.com/courses/4501-Fluoride_in_Caries_Control). Accessed: August 2, 2013.
7. Jafari A, Zangoeei M, Aslani S, Shamshiri A, Hesari H. The Role of Trained Mothers in Varnish Fluoride Therapy Program. *Iranian Journal of Pediatric Dentistry*. 2013; 9 (1) :59-66
8. Hessari H, Jafari A, Zangoeei M, Aslani S, Fathi M., and Jafari S. Varnish Fluoride Therapy by Non-Dental Professional Health-Workers. 10th IADR World Congress on Preventive Dentistry. Budapest, Hungary. October 9-12, 2013 •
9. Scambler S, Klass C, Wright D, Gallagher JE. Insights into the oral health beliefs and practices of mothers from a north London Orthodox Jewish community. *BMC Oral Health*. 2010; 10: 14.
10. Broadbent, J. M., Zeng, J., Page, L. F., Baker, S. R., Ramrakha, S., & Thomson, W. M. (2016). Oral Health-related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. *Journal of dental research*, 2016;95(7): pp. 808-813. 0022034516634663.
11. Pine CM, Adair PM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Borges-Yáñez SA, Broukal Z, Brown J, Declerck D, Ping FX, Gugushe T. Barriers to the treatment of childhood caries perceived by dentists working in different countries. *Community dental health*. 2004 Mar;21(1 Suppl):112-20.
12. Visavadia BG, Kumar M. A study of attitudes to oral health and prevalence of dental disease in primary school children in Delhi. *J Dent*. 1991; 18(8):351-2.
13. Yusuf H, Tsakos G, Ntouva A, Murphy M, Porter J, Newton T, Watt RG. Differences by age and sex in general dental practitioners' knowledge, attitudes and behaviours in delivering prevention. *British dental journal*. 2015 Sep 25;219(6):E7-.
14. Jafari A, Safayi H, Pour Hashemi J. General Dentists' Practices on Dental Caries Prevention Services. *Iranian Journal of Pediatric Dentistry*. 2015;11(1):55-64 [Abstract in English]
15. Broadbent JM, Thomson W, Poulton R. Oral Health Beliefs in Adolescence and Oral Health in Young Adulthood. *J Dent Res*. 2006;85(4):339-43.
16. Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Lo SK, Kilpatrick NM. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Aust Dent J* 2008;53:52-60.
17. Dhar V, Bhatnagar M. Physiology and toxicity of fluoride. *Indian Journal of Dental Research*. 2009 Jul 1;20(3):350.
18. Isanbor C, O'Hagan D. Fluorine in medicinal chemistry: a review of anti-cancer agents. *Journal of Fluorine Chemistry*. 2006 Mar 31;127(3):303-19.