

باورهای والدین در خصوص علایم و نشانه‌های رویش دندان کودکان

نویسندگان: کبری خواجه‌جوی شجاعی^۱، ناهید خلدی^۲ و اشرف پیراسته^{۳*}

۱. مربی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، مامایی، بهداشت مادر و کودک، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. مربی، عضو هیئت علمی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. استادیار، آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

E-mail: pirasteh.ashraf@gmail.com

* نویسنده مسئول: اشرف پیراسته

چکیده

مقدمه و هدف: دندان‌درآوردن کودکان، موضوعی جهانی، تکرار شونده و به‌سادگی قابل مشاهده است. هدف از این مطالعه، بررسی باورهای والدین در خصوص علایم و نشانه‌های رویش دندان کودکان است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مقطعی است که به‌طور تصادفی، روی ۵۳۴ نفر از والدین در مراکز بهداشتی شهر تهران انجام شده. پرسش‌نامه شامل دو بخش «بررسی ویژگی‌های دموگرافی والدین و کودکانشان و ارزیابی آگاهی و باورهای عمومی والدین راجع به دندان‌درآوردن کودکان» بود. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای spss₁₆ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای اسکور انجام شد ($p \leq 0.05$).

نتایج: پاسخ‌های نادرست درباره علایم و نشانه‌های دندان‌درآوردن «تب (۶۷.۶ درصد)، اسهال (۵۸.۱ درصد) و اختلال در خواب (۴۶.۴ درصد)» بودند؛ فقط، ۶۹.۷ درصد از والدین به کودکانشان اجازه دادند و وسایلی را به‌منظور کاهش نشانه‌های دندان‌درآوردن گاز بگیرند.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد، میزان آگاهی و باورهای والدین راجع به علایم و نشانه‌های دندان‌درآوردن کودکان، پایین است و مراقبان بهداشت دهان و دندان باید به والدین در خصوص فرایند دندان‌درآوردن و مشکلات ناشی از آن و نحوه برخورد با آن آموزش دهند.

واژگان کلیدی: باورها، والدین، علایم، نشانه‌ها، رویش دندان، کودکان.

دانشور پزشکی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست‌دوم-شماره ۱۱۷
تیر ۱۳۹۴

دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۰۷
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۴/۰۳/۱۲
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۱۹

مقدمه

باورداشتند، کاهش اشتها، گریه، افزایش بزاق و کج خلقی عمومی، بخش ضروری فرایند دندان درآوردن است؛ به علاوه، ۸۲.۱، ۶۱.۴ و ۲۷.۹ درصد آنها به ترتیب «تب، اسهال و جوش» را به عنوان علایم دندان درآوردن می‌شناختند. پرستارهای بزرگ‌تر و باتجربه‌تر و مردها، علایمی بیشتر را به فرایند دندان درآوردن نسبت می‌دادند (۱۰). در مطالعه‌ای که آزیگبه و همکارانش (۲۰۰۹) در نیجریه انجام دادند ۷۵.۵ درصد از مادران، علایم و نشانه‌های نظام‌مند (سیستمیک) را در کودکانشان گزارش کردند؛ بیشترین علایم و نشانه‌های گزارش شده، شامل «تب» (۵۱.۸ درصد)، اسهال (۱۲.۵ درصد) و استفراغ (۲.۹ درصد) بود و ۶۵.۵ درصد از مادران باورداشتند که دندان‌رویدن به‌طور حتم با علایم و نشانه‌های نظام‌مند از قبیل تب (۴۲.۱ درصد)، اسهال (۱۳.۹ درصد) و استفراغ (۰.۶ درصد) همراه است (۱۱). دنلوبی و همکاران (۲۰۰۵)، مطالعه‌ای با هدف بررسی باورها و عملکرد جامعه کارکنان بهداشتی در خصوص دندان درآوردن انجام دادند؛ ۶۰ درصد از کارکنان بهداشتی، بروز مشکلات سیستمیک در دوران دندان درآوردن را باورداشتند و معتقد بودند که تب و اسهال، بیشترین علایمی هستند که با دندان درآوردن همراه اند (۱۲). مکین و همکارانش در یک مطالعه کوهورت (۲۰۰۰) دریافتند که علایم به‌طور معنی‌داری در چهار روز، پیش از خروج دندان، روز خروج دندان و سه روز پس از آن، بیشتر تکرار می‌شوند (۱۳). آزیگبه و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه‌شان دریافتند که ۷۴.۸ درصد از کارکنان مراقبت از سلامت کودک، به علایم و نشانه‌های سیستمیک رویدن دندان در کودکان اعتقاد داشتند. بیشتر دندان‌پزشکان (۷۹.۳ درصد) و داروسازان (۹۶.۲ درصد) به مشکلات دندان رویدن اعتقاد داشتند؛ اساس باور هیچ‌یک از آنها بر پایه اصول علمی مبتنی بر شواهد نبود؛ تب (۱۸.۲ درصد) و اسهال (۱۵.۶ درصد)، شایع‌ترین علایم و نشانه‌های باور شده مرتبط با دندان درآوردن بودند (۱۴).

رویش دندان، فرایندی است طبیعی که به موجب آن، جوانه‌دندانی از محل اولیه تکامل خود در استخوان فک به محل عملکردی نهایی خود در حفره دهان حرکت می‌کند (۲،۱) و به نظر می‌رسد، فولیکول‌های دندانی که منبع غنی ایکوزانوئیدها، سیتوکاین‌ها و عامل رشد هستند، نقشی اساسی در این فرایند داشته باشند (۳). سطح سیتوکاین‌های التهابی از قبیل IL-1B، IL-8 - TNF- α در مایع شکاف لثه‌ای که دندان شیری از آن رویش می‌کند، افزایش می‌یابد و این می‌تواند توجیه‌کننده برخی از علایم و تظاهرات مرتبط با دندان درآوردن باشد (۴). بر اساس اغلب اطلاعات بیولوژیکی، زمان رویش دندان‌ها در محدوده‌ای نرمال، متغیر است (۵) اغلب، اولین دندان شیرخوار میان ۴ تا ۱۰ ماهگی و به‌طور تقریبی، همه بیست دندان شیری تا ۳۰ ماهگی رویش می‌کنند؛ بنابراین میان ۶ تا ۳۰ ماهگی به‌طور متوسط در هر ماه، یک دندان می‌روید؛ دوره‌ای که بیماری‌های خفیف شایع و تغییرهای تکاملی سریع رخ می‌دهند (۶). ارتباط میان سلامت عمومی شیرخواران و رویش دندان‌های شیری از بیش از ۵ هزار سال پیش، مطرح بوده است و علایمی گوناگون از قبیل تب، اسهال، تشنج، استفراغ، نورالژی، ازدست‌دادن وزن، توکسمی، تونسیلیت، پارالیزی، مننژیت و ... را با دندان درآوردن، مرتبط می‌دانسته‌اند. در فاصله زمانی میان قرون شانزدهم تا نوزدهم میلادی، علت تعدادی قابل توجه از مرگ شیرخواران را به دندان درآوردن نسبت می‌دادند (۷). به‌طور معمول، رویش دندان‌ها برای شیرخواران و کودکان، ناراحتی قابل توجهی ایجاد نمی‌کند و پدیده فیزیولوژیک طبیعی و بدون خطر است (۸)؛ کودکان در این دوره از زندگی، ایمنی غیرفعال ناشی از آنتی‌بادی‌های مادر را ازدست‌داده، در معرض انواع زیادی از بیماری‌های دوران کودکی قرار می‌گیرند. باورهای غلط والدین، ممکن است مخل تشخیص و درمان سریع طیفی از بیماری‌های جدی شود (۹). نتایج مطالعه بانکوله در نیجریه نشان دادند که بیشتر پرستاران

موافق» طراحی شده بود و روش نمره گذاری در تمام پرسش‌ها با توجه به مقیاس سه‌گزینه‌ای از ۱ تا ۳ بود. ارزیابی روایی پرسش‌نامه از طریق روایی صوری و محتوایی با استفاده از نظریات استادان متخصص و انجام تغییرهای اصلاحی صورت گرفت. به منظور بررسی پایایی، در مطالعه مقدماتی با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد روی یک گروه ۲۰ نفری از جمعیت هدف و جدا از جمعیت نمونه مورد مطالعه، انجام گرفت و سطح همبستگی بالا ۰/۷۸ تعیین شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS ۱۶ و آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و کای اسکوتر و فیشر تجزیه و تحلیل شدند. $p < ۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۵۳۴ نمونه، شامل ۴۵۹ مادر (۸۶ درصد) و ۷۵ پدر (۱۴ درصد)، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. در جدول ۱ مشخصات دموگرافیک والدین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی نشان داده شده‌اند؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان دادند که میانگین سن والدین ۳۴.۶۰ ± ۹.۶۰۳ سال با حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۴، و سطح تحصیلات بیشتر نمونه‌ها، دیپلم (۴۲.۹ درصد) و بیشتر خانواده‌ها تک‌فرزند (۴۹.۶ درصد) بودند.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک والدین مراجعه-

کننده به مراکز بهداشتی و درمانی

متغیرهای دموگرافیک			تعداد	درصد
جنس والدین	مرد	۷۵	۱۴	
	زن	۴۵۹	۸۶	
سن والدین	≤ ۲۴	۸۸	۱۶.۵	
	۲۵-۲۹	۱۳۱	۲۴.۵	
	۳۰-۳۴	۱۳۱	۲۴.۵	
	≥ ۳۵	۱۸۴	۳۴.۵	
تحصیلات والدین	کمتر از دیپلم	۱۷۴	۳۲.۶	
	دیپلم	۲۲۹	۴۲.۹	
	بالا تر از دیپلم	۱۳۱	۲۴.۵	
شغل والدین	خانه‌دار	۳۶۷	۶۸.۷	
	کارمند	۱۲۸	۲۴	
	آزاد	۳۹	۷.۳	
تعداد فرزندان	یک فرزند	۲۶۵	۴۹.۶	
	دو فرزند	۱۸۴	۳۴.۵	
	بیشتر از دو فرزند	۸۵	۱۵.۹	
جمع		۵۳۴	۱۰۰	

علایمی بسیار به دندان‌درآوردن کودکان نسبت داده می‌شوند که نتیجه خرافات و عقاید مردم در جامعه هستند؛ این خرافه‌ها به این باور که علایم، بخشی از فرایند دندان‌درآوردن هستند، اعتبار کاذبی می‌دهند (۱۲) لذا این باورهای غلط، ممکن است باعث جلوگیری پزشکان و کارکنان بهداشتی از برخورد صحیح و مناسب با بعضی از وضعیت‌های تکاملی شایع در دوره‌های شیرخوارگی شوند و از طرف دیگر، ممکن است به تأخیر در تشخیص بیماری‌های مهم و جدی منجر شوند (۱۵،۵).

لذا هدف از این مطالعه، تعیین باورهای رایج در خصوص علایم و نشانه‌های دندان‌درآوردن در بین والدین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران است.

روش کار

این مطالعه از نوع مشاهده‌ای به روش مقطعی با رویکرد توصیفی تحلیلی است. جامعه مورد پژوهش، شامل تمامی والدین مراجعه‌کننده به مراکز شرق تهران بودند. در انتخاب نمونه مورد مطالعه با توجه به کل جمعیت خانوارها و براساس مطالعه مقدماتی و با احتساب مقدار P برابر ۰/۵ حجم نمونه ۵۳۴ برآورد شد؛ به منظور پرهیز از سوگیری انتخاب افراد، از موارد دردسترس و غیرداوطلب و به‌طور تصادفی، تعداد ۵۳۴ نفر از والدین، پرسش‌نامه‌های مرتبط را به روش مصاحبه تکمیل کردند. از نظر جامعه آماری ۸۶ درصد والدین، مادر بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل «داشتن دست‌کم یک فرزند و علاقه‌مندی به شرکت در مطالعه» بود و در صورتی که افراد برای شرکت در مطالعه رضایت نداشتند، از مطالعه خارج می‌شدند.

در بررسی حاضر، ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۱. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و ۲. پرسش‌نامه محقق‌ساخته سنجش باور والدین در خصوص علایم و نشانه‌های دندان‌درآوردن کودکان بود که در قالب ۲۳ پرسش با لیکرت سه‌گزینه‌ای از «کاملاً مخالف تا کاملاً

درباره مستعدشدن کودک برای ابتلا به بیماری‌ها پاسخ بی‌نظر را انتخاب کردند؛ به‌طور کلی (۵۹.۴ درصد)، ۳۱۷ نفر از والدین، آگاهی ضعیفی در خصوص نشانه‌ها و نشانگان دندان‌درآوردن کودک داشتند.

جدول ۳. توزیع فراوانی باورهای والدین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی در زمینه علایم

دندان‌درآوردن

نشانها و علایم دندان‌درآوردن	موافق (تعداد درصد)	مخالف (تعداد درصد)	بی‌نظر (تعداد درصد)
آبریزش از دهان (افزایش بزاق)*	۳۹۵ (۷۴)	۱۱۹ (۲۲.۳)	۲۰ (۳.۷)
تحریک لثه *	۴۰۴ (۷۵.۷)	۱۲۷ (۲۳.۸)	۳ (۰.۶)
تمایل به گازگرفتن *	۳۷۲ (۶۹.۷)	۱۵۶ (۲۹.۲)	۶ (۱.۱)
کاهش اشتها *	۳۶۲ (۴۹.۱)	۲۵۶ (۴۷.۹)	۱۶ (۳)
تب	۳۶۱ (۶۷.۶)	۱۶۴ (۳۰.۷)	۹ (۱.۷)
اسهال	۳۱۰ (۵۸.۱)	۲۱۱ (۳۹.۵)	۱۳ (۲.۴)
اختلال خواب	۲۴۸ (۴۶.۴)	۲۶۶ (۴۹.۸)	۲۰ (۳.۷)
آبریزش بینی	۶۲ (۱۱.۶)	۴۳۲ (۸۰.۹)	۴۰ (۷.۵)
مشکلات تنفسی	۳۸ (۷.۱)	۳۴۹ (۶۵/۴)	۱۴۷ (۲۷.۵)
راش پوستی	۵۰ (۹.۴)	۴۵۴ (۸۵)	۳۰ (۵.۶)
استفراغ	۴۵ (۸.۴)	۴۴۷ (۸۳.۷)	۴۲ (۷.۹)
مشکلات گوش	۹۵ (۱۷.۸)	۳۷۸ (۷۰.۸)	۶۱ (۱۱.۴)
تشنج	۱۶ (۳)	۴۸۶ (۹۱)	۳۲ (۶)
مستعدشدن برای سایر بیماری‌ها	۵۵ (۱۰.۳)	۷۰ (۱۳.۱)	۴۰۹ (۷۶.۶)

آزمون دقیق فیشر، رابطه آماری معنی‌داری میان آگاهی صحیح از علایم و جنس والدین نشان‌داد به‌طوری‌که مادران (۴۴ درصد)، نسبت به پدران (۲۰ درصد)، دارای آگاهی صحیح بیشتری بودند ($p < 0/001$)؛ همچنین، والدینی که سطح تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند، آگاهی صحیح بیشتری درباره نشانه‌ها و نشانگان دندان‌درآوردن کودک داشتند ($p=0/04$).

بحث

رشد کودک در مراحل اولیه زندگی، بسیار سریع است و به همان نسبت، تغییرهای رفتاری نیز در مراحل اولیه زندگی زیادند؛ میان سنین ۴ ماه تا ۳ سالگی، خیلی از این تغییرها به دندان‌درآوردن نسبت‌داده می‌شوند لذا والدین، رفتارهایی گوناگون نسبت به این‌گونه علایم در

در جدول ۲، اطلاعات والدین در خصوص دندان‌درآوردن آمده‌است؛ به‌طور کلی، ۳۹ نفر (۷.۳ درصد) از والدین به تمام پرسش‌ها و ۶۶ نفر (۱۲.۴ درصد) به ۷۵ درصد پرسش‌ها به‌طور صحیح پاسخ‌داده‌بودند. آزمون همبستگی اسپیرمن نشان‌داد با افزایش سن والدین، آگاهی کلی از دندان‌درآوردن نیز افزایش می‌یافت ($r= 0/126$ $p= 0/014$)؛ همچنین با افزایش سن والدین نیز، نسبت آنهایی که آگاهی صحیح داشتند، افزایش می‌یافت اما بیشترین تعداد والدین دارای آگاهی صحیح در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال قرارداشتند ($p < 0/006$). رابطه آماری معنی‌داری (تست X^2) میان آگاهی صحیح از علایم دندان‌درآوردن کودک با شغل والدین و تعداد فرزندان مشاهده‌نشد.

جدول ۲. توزیع فراوانی اطلاعات کلی والدین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی در خصوص دندان‌درآوردن کودکان

سن آغاز دندان‌درآوردن (تا ۷ ماهگی)	موافق (تعداد درصد)	مخالف (تعداد درصد)	بی‌نظر (تعداد درصد)
سن کامل‌شدن دندان‌های کودک (۲ سالگی)	۳۳۸ (۶۳.۳)	۱۳۲ (۲۴.۷)	۶۴ (۱۲)
محل رویش اولین دندان کودک (فک پایین)	۳۵۶ (۶۶.۷)	۶۸ (۱۲.۷)	۱۱۰ (۲۰.۶)
تأخیر در رویش دندان کودک به دلیل بیماری سیستمیک	۷۹ (۱۴.۸)	۸۱ (۱۵.۲)	۳۷۴ (۷۰)

همان‌طور که در جدول ۳ آمده‌است، در خصوص نشانه‌ها و علایم همراه با دندان‌درآوردن، بیشتر والدین به‌درستی (به‌ترتیب) «تحریک لثه، آبریزش از دهان، تمایل به گازگرفتن و کاهش اشتها» را با دندان‌درآوردن، همراه می‌دانستند اما بیش از نیمی از والدین نیز به‌اشتباه باورداشتند که تب و اسهال از نشانه‌های دندان‌درآوردن کودک هستند. در خصوص اختلال خواب و مستعدشدن کودک برای ابتلا به سایر بیماری‌ها، پاسخ‌های مخالف و موافق نیز، نزدیک بودند و اغلب والدین (۷۶.۶ درصد)

این سنین نشان می‌دهند.

براساس اغلب مطالعات (۲،۳،۷،۱۳،۱۷)، مطالعه حاضر نیز نشان داد که علائم موضعی، از جمله «تحریک لثه و افزایش ترشح بزاق و تمایل به گازگرفتن» به عنوان نشانه‌های مرتبط با رویش دندان رتبه‌بندی شدند. بیشتر والدین در مطالعه حاضر، باورهای غلط درخصوص علائم و نشانه‌های دندان‌درآوردن، از قبیل تب (۶/۶۷ درصد) و اسهال (۱/۵۸ درصد) داشتند؛ دیگر علائم شناخته‌شده، شامل کاهش اشتها (۱/۴۹ درصد)، اختلال خواب (۴/۴۶ درصد) و مشکلات گوش (۸/۱۷ درصد) بودند. ما یافتیم که (۶/۶۷ درصد) والدین به غلط باور داشتند که تب، همراه با دندان‌درآوردن است که نزدیک به یافته کاکات کار و همکاران بود؛ او دریافت که ۷۰ درصد والدین باور دارند که دندان‌درآوردن، علت تب است (۱۶)؛ نسبت والدین با این باور غلط در مطالعه حاضر، بیشتر از یافته فلدنس و همکاران (۹/۳۸ درصد) اما کمتر از یافته اوایس و همکاران (۹/۸۴ درصد) بود (۲،۱۸).

بیشتر کودکان در این سن (۶ تا ۱۲ ماه) که زمان رویش دندان شیری و مصادف با کاهش هم‌زمان در ایمنی هومورال مادر و ایجاد ایمنی هومورال کودک است، در معرض هزاران عفونت به نسبت جزئی هستند. علائم درجه حرارت بالا، راش صورت، تحریک پذیری و ازدست‌دادن اشتها نیز می‌تواند به علت عفونت با هرپس ویروس انسانی ۶ (HHV-6) باشد که در نوزادان در سن درآوردن دندان، موجود است. چند ویژگی را که پدر و مادر به دندان‌درآوردن نسبت می‌دهند، می‌توان با جایگزینی علل دیگر توضیح داد (۷)؛ دومین علامتی که بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده، اسهال است (۱/۵۸ درصد)؛ این نسبت، خیلی کمتر از گزارش کاکات کار و همکاران (۵/۸۷) بوده ولی از گزارش واک و همکاران (۳۶ درصد) و بای کان و همکاران (۴۹ درصد)، بیشتر است (۳،۱۶،۱۹). اگرچه همیشه دندان‌درآوردن، همراه با اسهال نیست، بعضی از والدین، اسهال بچه‌ها را در این دوره، ناشی از

دندان‌درآوردن می‌دانند درحالی‌که اسهال می‌تواند به علت وارد کردن اشیای آلوده به دهان باشد که بچه‌ها در این سنین به دلیل تحریک لثه، این کار را زیاد انجام می‌دهند اما مهم است که بدانیم احتمال کم‌آبی در کودکانی که در زمان دندان‌درآوردن به اسهال دچار می‌شوند، بیشتر از سایر کودکان است؛ بنابراین مراقبان بهداشتی باید ضمن آگاهی داشتن از باورهای مختلف، تشخیص کم‌آبی اولیه را به والدین آموزش دهند و باور علت اسهال را در دندان‌درآوردن از بین ببرند (۱۹).

در این پژوهش، ۴/۴۶ درصد والدین باور داشتند که اختلال خواب با دندان‌درآوردن، همراه است، اگرچه این نسبت به یافته کاکات کار و همکاران، نزدیک است (۲/۴۸ درصد) ولی خیلی کمتر از یافته اوایس و همکاران (۸/۸۰ درصد) و واک و همکاران (۸/۷۸ درصد) بود (۱۶/۳،۲). در مطالعه حاضر استفراغ، ۴/۸ درصد و تشنج، ۳ درصد به دندان‌درآوردن نسبت داده شدند درحالی‌که در مطالعه کاکات کار و همکاران، ۱/۳۷ درصد و ۵/۱ درصد گزارش شده‌اند (۱۶)؛ چنین علائمی نشان‌دهنده مشکلات جدی بهداشتی هستند که مشاوره پزشکی و رسیدگی فوری به سلامت عمومی کودک را می‌طلبند (۱۸).

در مطالعه‌ای آینده‌نگر که ویک و همکارانش انجام دادند، نشان داده شد که اگرچه والدین و مراقبان، علائمی زیاد را که در بالا بیان شدند، درخصوص دندان‌درآوردن گزارش کرده‌اند، ارتباطی میان دندان‌درآوردن و علائمی از قبیل «تب، اختلال‌های خلق و خوی، آبریزش دهان و بشورات جلدی» اثبات نشده‌اند (۱۵).

در مطالعه حاضر، والدینی که سطح تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند، دارای آگاهی صحیح بیشتری درخصوص نشانه‌ها و نشانگان دندان‌درآوردن کودک بودند (p=0/04). نتایج مطالعات در زمینه ارتباط سطح تحصیلات با آگاهی والدین درخصوص علائم دندان‌درآوردن کودکان متفاوت است؛ درحالی‌که نتایج مطالعات کاکات کار و همکاران، اوایس و همکاران،

که نشان می‌دهند، دندان‌درآوردن، ارتباطی قوی با علایم مهم و قابل توجه ندارد تأیید و پخش کنند و به‌طور مؤثر، مسائل مربوط به اواخر دوران کودکی و نوباوگی را مدیریت کنند.

سپاس و قدردانی

انجام کار پژوهشی، مستلزم فعالیت گروهی بوده‌است. بدین وسیله، گروه پژوهشی، مراتب قدردانی و سپاسگزاری خود را به مسئولان، کارکنان و مراقبان بهداشتی مراکز بهداشتی و درمانی شرق تهران تقدیم می‌کند؛ همچنین از والدین و خانواده‌های ساکن در مناطق یادشده به دلیل مشارکت فعال و همکاری در پاسخگویی به پرسش‌ها تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Uti OG Savage KO Ekanem EE. Maternal beliefs about infant teething. *Journal of Community Medicine and Primary Health Care* 2005; 17(1): 61-64.
2. Owais AI, Zawaideh F, Bataineh O. Challenging parents' myths regarding their children's Teething. *International Journal of Dental Hygiene* 2010; 28-3.
3. Wake M, Hesketh k, lucas j. Teething and tooth eruption in infants: a cohort study. *Pediatrics* 2000 ;106:1374-9.
4. Shapira J, Berenstein AG, Engelhard D, et al. Cytokine levels in gingival crevicular fluid of erupting primary teeth correlated with systemic disturbances accompanying teething. *Pediatric Dentistry* 2003; 25(5): 44 - 8.
5. Lawoyin To, Lawoyin Do, Lowoyin Jo. Epidemiological study of some factors related to deciduous tooth eruption. *African Dentistry* 1996;10:19- 23.
6. E Michael Sarrell ,ZeevHorev , Zeevcohen , Herman Anvercohen. Parents and medical personnel's beliefs about infant teething. *Patient Education and Counseling* 2005; 57:12 - 125.
7. Mcntyre GT, McIntyre GM. Telling troubles? *British Dental Journal* 2002;192: 251- 255.
8. Anderson JE. "Nothing but the tooth": Dispelling myths about teething. *Contemporary Pediatrics* 2004; 21:75.
9. Sood S, Sood M. Teething: myths and facts. *The Journal Clinical Pediatric Dentistry* 2010; 35(1):9-13.
10. BankoleOO ,Denloy OO , Aderinokun GA. Attitude , beliefs and practices of some Nigerian nurses toward teething in infants. *Odonto-Stomatologie Tropicale* 2004; 27 (105) : 22-6.
11. Oziegbe EO, Folayan MO, Adekoya-Sofowora CA, Esan TA, Owotade FJ. Teething problems and parental beliefs in Nigeria. *The Journal of Contemporary Dental Practic* 2009; 10(4):75-82.
12. Denloye O, Bankole OO, Aderinokun GA. Teething myths among community health officers. *Odonto-stomatologie Tropicale* 2005; 28(109):19-22.
13. Macknin ML, Piedmonte M, Jacobs J, Skibinski C. Symptoms associated with infant teething: a prospective study. *Pediatrics* 2000; 105(4 Pt 1):747-52.
14. Oziegbe EO, Esan TA, Adekoya-Sofowora CA, Folayan MO. A survey of teething beliefs and related practices among child healthcare workers in Ile-Ife, Nigeria. *Oral Health & Preventive Dentistry* 2011; 9(2):107-13.
15. Wake M, Hesketh k, lucas j. Teething symptoms: cross sectional survey of five groups of child health professionals. *British Medical Journal* 2002; 325: 814.
16. Kakatkar G, Nagarajappa R, Bhat N, Prasad V, Sharda A, Asawa K. Parental beliefs about children's teething in Udaipur, India: a preliminary study. *Brazilian Oral Research* 2012; 26(2):151-7.
17. Cunha RF, Pugliesi DM, Garcia LD, Murata SS. Systemic and local teething disturbances: prevalence in a clinic for infants. *Journal of Dentistry for Children (Chic)* 2004; 71(1):24-6.
18. Feldens CA, Faraco IM, Ottoni AB, Feldens EG, Vitolo MR. Teething symptoms in the first year of life and associated factors: a cohort study. *The Journal Clinical Pediatric Dentistry* 2010; 34(3):201-6.
19. DenBesten P. Is teething associated with diarrhea? *The Western Journal Medicine* 2000; 173(2):137.
20. Oyejide C O, Aderinokun G A. Teething myths in Nigerian rural Yoruba communities. *African Dental Journal* 1991; 5: 31-34
21. Adetunji J A. Response of parents to five killer diseases among children in a Yoruba community, Nigeria. *Social Science & Medicine* 1991; 32(12): 1379.

نتیجه‌گیری

این مطالعه، فراوانی باورهای والدین را در خصوص علایم دندان‌درآوردن نشان داد. متخصصان اطفال و مراقبان بهداشتی کودک باید باورهای غلط فرهنگی را درباره دندان‌درآوردن برطرف کنند؛ شواهد و مدارکی را