

موانع درک شده مادران در زمینه استفاده از نخ دندان در کودکان ۳-۶ سال: یک مطالعه کیفی

پروانه صحرایی^۱، نسترن کشاورز محمدی^۲، هادی قاسمی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: نخ دندان، بهترین و رایج‌ترین وسیله جهت پاک کردن فضاهای بین دندانی است و تجمع پلاک و التهاب لثه از این محل آغاز می‌شود. با وجود اهمیت آن، به دلایلی انجام این رفتار توسط مادران برای کودکان خود بسیار کم است. مطالعه حاضر با هدف شناسایی موانع درک شده مادران جهت انجام رفتار استفاده از نخ دندان برای کودکان ۳-۶ ساله خود انجام شد.

روش: این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۳، بر روی ۴۰ مادر دارای کودک ۳-۶ ساله شهر کامیاران که با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند، انجام گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته استفاده گردید. تمام داده‌ها ضبط و دست‌نویس شد و با استفاده از تحلیل درون‌مایه‌ای، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های به دست آمده، موانع درک شده مادران در دو درون‌مایه اصلی «موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده (نگرش نامناسب، رفتار و مهارت، شرایط روحی- روانی و آگاهی) و موانع درک شده مربوط به کودک (مهارت)» طبقه‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر، موانع درک شده استفاده از نخ دندان برای کودکان را از دیدگاه مادران بیان نمود و بر تأثیر مسئولیت مادر و نقش اعضای خانواده در این زمینه تأکید داشت. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در سیستم خدمات بهداشتی کشور، آموزش‌های جامع و اثربخش برای مادران با هدف رفع نگرش‌های نادرست، اما مؤثر بر بهداشت دهان و دندان کودکان، پیش‌بینی شود.

کلید واژه‌ها: موانع درک شده مادران، نخ دندان، کودکان ۳-۶ سال، مطالعه کیفی

ارجاع: صحرایی پروانه، کشاورز محمدی نسترن، قاسمی هادی. موانع درک شده مادران در زمینه استفاده از نخ دندان در کودکان ۳-۶ سال: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۲): ۱۴۷-۱۳۶.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱۶

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: n_keshavars@yahoo.com

نویسنده مسئول: نسترن کشاورز محمدی

مقدمه

امروزه میلیون‌ها کودک از بیماری‌های دهان و دندان و مشکلات روانی، عاطفی و یادگیری ناشی از بیماری‌های درمان نشده دهان و دندان رنج می‌برند؛ چرا که خدمات پیشگیری، آموزشی و درمانی را به موقع دریافت نکرده‌اند (۱). از جمله این بیماری‌ها می‌توان به پوسیدگی دندان، بیماری پریودنتال، سرطان دهان، بیماری‌های عفونی دهان، ترومای ناشی از آسیب‌ها و ضایعات ارثی و... اشاره نمود (۲) که شایع‌ترین آن‌ها پوسیدگی دندان است (۳). پوسیدگی دندان اغلب از زمان خردسالی شروع می‌شود، اما علایم آن ممکن است تا چند سال از دید والدین مخفی بماند (۴). پوسیدگی‌ها در دندان‌های شیری می‌تواند بر رشد کودکان اثر بگذارد و نتایجی همچون دردهای شدید، عفونت‌های خطرناک و به طور کلی، کاهش کیفیت زندگی را به همراه داشته باشد (۵). با توجه به تأثیر آشکار سلامتی دهان بر سلامتی جسمی-روانی افراد و نیز قابل کنترل بودن بیماری‌های دهان و دندان، رفتارهای متعددی در جهت پیشگیری از این بیماری‌ها صورت گرفته است که کاربرد وسیع فلوراید به اشکال مختلف، مسواک زدن به طور صحیح و منظم، استفاده از نخ دندان، مراجعه منظم به دندان‌پزشک، تغییر عادات بهداشتی و کاهش مصرف مواد قندی، از جمله این اقدامات می‌باشد (۶، ۷).

استفاده از نخ دندان و مسواک (به عنوان رفتار خودمراقبتی سلامت دهان)، از جمله مهم‌ترین عوامل در پیشگیری از پوسیدگی دندان و بیماری لثه محسوب می‌گردد و از آنجایی که مسواک قادر به تمیز کردن سطوح بین دندانی نیست، به همین دلیل استفاده از نخ دندان که بهترین و رایج‌ترین وسیله جهت پاکسازی فضای بین دندانی می‌باشد، به عنوان بخش اساسی برنامه معمول بهداشت دهان و دندان، ضرورت دارد (۸، ۹). نخ دندان باعث حذف پلاک‌های دندانی و باکتری‌هایی که علت اصلی پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه هستند و مسواک قادر به از بین بردن آن‌ها نیست، می‌شود و تحقیقات این امر را ثابت کرده‌اند (۱۰-۱۲).

بر اساس توصیه انجمن دندان‌پزشکی آمریکا (American Dental Association)، استفاده حداقل یک‌بار

نخ دندان در روز جهت رسیدن به حد مطلوب بهداشت دهان و دندان ضروری است. در واقع، می‌توان گفت که استفاده از نخ دندان، نشانه توجه ویژه فرد به سلامت دهان می‌باشد (۹). Hujoel و همکاران در یک مطالعه مروری با هدف تأثیر استفاده از نخ دندان در کودکان ۱۳-۴ ساله نشان دادند که استفاده از نخ دندان حدود یک سال، باعث کاهش ۴۰ درصدی خطر پوسیدگی دندان می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت که استفاده از نخ دندان برای کودکان به همراه قرار گرفتن در معرض مقدار کافی فلوراید، در کاهش خطر پوسیدگی دندان بسیار مؤثر است (۱۳). همچنین، مطالعه‌ای که در کارولینای شمالی بر روی ۱۱۹ بیمار دارای التهاب و خونریزی لثه انجام شد، نشان داد که گروهی که تنها از مسواک استفاده کرده بودند، فقط ۳۵ درصد کاهش خونریزی لثه داشتند، اما گروهی که از نخ دندان هم استفاده کرده بودند، ۶۷ درصد کاهش خونریزی لثه داشتند (۱۴). بر خلاف مزایای نخ دندان، باز هم استفاده از آن نزد افراد کم است. نتایج پژوهش مصاحب و همکاران بر روی کودکان اعلام کرد که ۷۴/۴ درصد کودکان از نخ دندان استفاده نمی‌کردند (۱۵). تحقیقی در اندیمشک به این نتیجه رسید که تنها ۰/۵ درصد دانش‌آموزان ۱۲-۶ ساله از نخ دندان استفاده می‌کنند (۱۶). همچنین، نتایج مطالعه اشرفی‌زاده و همکاران حاکی از آن بود که ۹۲/۵ درصد دانش‌آموزان از نخ دندان استفاده نمی‌کنند (۱۷).

سنین حدود شش سالگی به علت تشکیل و نمو دندان‌های شیری و رویش دندان‌های دایمی و نیز به دلیل نقش تعیین کننده دندان‌های شیری در الگوی رویش و سلامتی دندان‌های دایمی، بسیار مهم است و از طرف دیگر، این گروه سنی به علت کسب عادت حفظ بهداشت دهان و دندان و یادگیری رفتارهای بهداشتی، از اهمیت بالایی برخوردار هستند (۱۸). مادر بخشی از محیط کودک است و نقش مهمی را در ایجاد عادات مهم رفتاری بهداشت دهان و دندان او ایفا می‌کند (۱۹). با توجه به این که مادران زمان زیادی را با کودکان خود صرف می‌کنند، پس نقش حیاتی و کلیدی در رشد و سلامت آن‌ها از جمله سلامت دهان و دندان دارند (۲۰). انجمن متخصصان کودکان آمریکا

مطالعه حاضر با هدف درک عمیق و بهتر این مسأله، از شیوه کیفی استفاده شد و در این راستا دیدگاه مادر جهت شناسایی موانع دخالت داده می‌شود (۲۶).

تحلیل محتوای کیفی به عنوان یکی از انواع پژوهش‌های کیفی، می‌کوشد تا تجربیات زندگی را به همان صورتی که در زندگی اتفاق افتاده‌اند، توصیف نماید. از آنجایی که تجربیات و دیدگاه‌های افراد به درستی قابل تبدیل به کمیت نیستند، از این نوع مطالعه استفاده گردید. هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی موانع درک شده از زبان خود مادران بود نه این که داده‌ها تنها از طریق پرسش‌نامه‌هایی که از قبل طراحی شده است، جمع‌آوری گردد تا با کشف موانع حقیقی (نه موانعی که محققان تصور می‌کنند ممکن است وجود داشته باشد)، چارچوبی فراهم شود که بر اساس آن بتوان با استفاده از این تجارب و توصیفات، قدم در راه برنامه‌ریزی در جهت ارتقای بهداشت دهان و دندان کودکان این شهر برداشت. مرور گسترده تحقیقات منتشر شده داخلی و خارجی، حاکی از خلأ موجود در زمینه شناسایی موانع استفاده از نخ دندان در کودکان و به خصوص این گروه سنی بود. بنابراین، لزوم شناخت و تحقیقات بیشتر برای شناسایی موانع و مشکلات رعایت این رفتار بهداشتی در کودکان، اهمیت انجام این مطالعه را مورد تأکید قرار می‌دهد.

روش

مطالعه حاضر از نوع کیفی بود و به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. هدف از انجام تحقیق، بررسی موانع درک شده استفاده از نخ دندان در کودکان ۳-۶ سال به صورت حداقل یک‌بار در روز توسط مادران بود تا نتایج حاصل شده بتواند در کاهش موانع و ارتقای بهداشت دهان و دندان کودکان نقش مؤثری داشته باشد. این مطالعه در سال ۱۳۹۳ بر روی ۴۰ مادر دارای کودک ۳-۶ ساله تحت پوشش سه مرکز بهداشتی شهر کامیاران انجام گردید. نمونه‌گیری با رعایت حداکثر تنوع از نظر سن مادر، سن کودک، جنسیت و رتبه تولد کودک، شغل و تحصیلات والدین و بعد خانوار به صورت هدفمند انجام گرفت. معیارهای ورود مشارکت

(American Academy of Pediatrics) بر این نکته تأکید دارد که مراقبت‌های تخصصی در جهت شناخت عوامل خطرزا در سلامت دهان و دندان، در همه کودکان باید از سن شش ماهگی آغاز گردد (۵).

در خصوص استفاده از نخ دندان نیز کودکان به محض رویش دو دندان در کنار هم، به استفاده از نخ دندان نیاز دارند، اگرچه با افزایش سن از ۳ تا ۶ سالگی، نقش کودک در بهداشت دهان و دندان خود کمی بیشتر می‌شود، اما هنوز مادران تأمین کننده اصلی اقدامات بهداشت دهان و دندان هستند و از آنجا که استفاده از نخ دندان نیاز به مهارت دارد و در کودکان تا زمانی که به خوبی قادر به استفاده صحیح از نخ دندان نیستند، والدین این وظیفه را بر عهده دارند (۲۱، ۹)، گاهی در عمل، مادران به دلایلی این نقش خود را به خوبی ایفا نمی‌کنند. به طور مثال، برخی مادران تصور می‌کنند که کودکان در این گروه سنی مهارت‌های لازم برای مراقبت بهداشت دهان و دندان را به دست آورده‌اند و نیازی به اقدام آن‌ها نیست (۲۲). شاید بتوان گفت که در انجام اقدامات بهداشت دهان و دندان کودکان توسط مادر، موانع و مشکلاتی (از نوع دانشی، نگرشی، فرهنگی، اقتصادی و...) وجود دارد که می‌تواند مانع انجام مناسب و کافی این رفتار شود. مطالعات نشان داده‌اند که موانع درک شده، عامل مهمی در بیان یا پیش‌بینی رفتارهای محافظت کننده سلامتی هستند (۲۴، ۲۳).

برخی مطالعات عنوان نموده‌اند که شناخت باورها، ارزش‌ها و اقدامات فرهنگی که بهداشت دهان و دندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، می‌تواند منجر به شناخت بهتر بیماری‌های دهان و دندان شود (۲۵). بنابراین، شناسایی این موانع اولین گام جهت رفع موانع با هدف افزایش رفتارهای بهداشت دهان و دندان کودکان از جمله استفاده از نخ دندان می‌باشد. بدیهی است که هرگونه برنامه‌ریزی در جهت ارتقای سلامت دهان کودکان به خصوص کودکان زیر ۶ سال، منوط به شناسایی و رفع موانع در میان والدین به خصوص مادران خواهد بود. از آنجا که موانع مادران برای رعایت بهداشت دهان و دندان چندان شناخته شده نیست، به همین دلیل در

کنندگان شامل مادران دارای کودک ۳-۶ سال تحت پوشش مرکز، اهل کامیاران و ساکن این شهر بودن از زمان تولد فرزند، مایل به انجام مصاحبه و داشتن توانایی در بیان تجربه‌های خود بود و از معیارهای خروج از مطالعه می‌توان به عدم تمایل و یا عدم توانایی برای ادامه مشارکت فرد به شرکت در پژوهش، داشتن کودک دچار اختلال روانی یا معلولیت اشاره کرد. پس از انتخاب مشارکت کنندگان و برقراری ارتباط و بازگو کردن هدف مطالعه برای آن‌ها، رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه و ضبط صدا اخذ گردید.

روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته به صورت انفرادی با استفاده از یک راهنمای مصاحبه با سؤالات نیمه باز بود. در حین مصاحبه‌ها تمرکز اصلی بر توصیف مشارکت کنندگان از تجربیاتشان بود. همچنین، از سؤالات کاوشی مانند «ممکن است یک مثال زنده بزنید؟ چگونه؟ دلایل پاسخ خود را شرح دهید، می‌توانید بیشتر توضیح بدهید؟ و در این مورد منظور شما چه بود؟» جهت شفاف‌تر شدن و برطرف کردن ابهامات و عمق بخشیدن به پاسخ‌ها استفاده شد. مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها ضبط و در اسرع وقت دست‌نویس و کدگذاری گردید تا بازخورد لازم برای کفایت و اشباع داده‌ها (Data saturation) را فراهم نماید. مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌ها که به معنی تکرار داده‌ها است، ادامه یافت. در مجموع، ۴۰ مصاحبه انجام گرفت. در پایان، سه مصاحبه تکمیلی جهت تأیید رسیدن به اشباع اطلاعات انجام شد. موازین اخلاقی با کسب رضایت آگاهانه، حق کناره‌گیری از تحقیق و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی رعایت گردید. در این تحقیق جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به صورت هم‌زمان انجام شد. از آن‌جا که در مطالعه حاضر، تأکید بر سازماندهی و توصیف عمیق داده‌ها و درک مفاهیم پیدا و ناپیدای تعبیر بود، اطلاعات به روش درون‌مایه‌ای (Thematic) مورد تحلیل کیفی قرار گرفت.

محقق در مرحله اول (آشنایی با داده‌ها) به بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها با هدف غرق شدن در داده‌ها جهت دریافت ایده‌های کلی مصاحبه اقدام نمود. در مرحله دوم (تولید کدهای ابتدایی)، واحدهای معانی از متن مصاحبه‌ها استخراج و در قالب کدهای ابتدایی مانند عدم اهمیت دندان شیری

نام‌گذاری شد. مرحله سوم (جستجوی درون‌مایه‌ها)، با هدف تدوین درون‌مایه‌ها از کدهای ابتدایی انجام گرفت. کدها به برگه‌های کد انتقال یافت و طبقات از آن‌ها به دست آمد. طبقات با سازه یکسان گروه‌بندی و در هم ادغام شدند و تا حد امکان به سطح بالاتر و منطقی ارتقا یافتند. طبقه با توجه به ویژگی‌های کلمات به کار رفته در آن نام‌گذاری شد؛ بدین معنی که کدهای مشابه در یک طبقه تحت عنوان درون‌مایه فرعی (مانند عدم اهمیت دندان شیری که مربوط به طبقه نگرش می‌باشد) طبقه‌بندی گردید. در مرحله چهارم (بازنگری درون‌مایه‌ها) با در نظر داشتن همسانی درونی و برون‌ی، سعی شد که داده‌های موجود در هر درون‌مایه علاوه بر پیوستگی درونی، با داده‌های درون‌مایه‌های دیگر نیز تمایز داشته باشد. مرحله پنجم (تعریف و شماره‌گذاری درون‌مایه‌های اصلی)، با توجه به رویکرد استقرایی مطالعه با هدف تدوین طبقه نهایی صورت گرفت و جوهره هر یک از درون‌مایه‌ها شناسایی گردید و تحت عنوان درون‌مایه‌های اصلی (مانند طبقه نگرش که مربوط به درون‌مایه اصلی موانع مربوط به مادر و اعضای خانواده) نامگذاری شد. در مرحله پایانی تلاش گردید تا با تجمیع معانی تمام درون‌مایه‌ها، بیان جامعی از موانع درک شده مادران از بهداشت دهان و دندان کودکان ۳-۶ ساله ارائه شود. برای تأیید مطالب نیز از نقل‌قول‌های مشارکت کنندگان مثال آورده شد (۲۷).

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها، از چهار معیار Guba و Lincoln که شامل اعتبار (Credibility)، اعتماد (Dependability)، تأییدپذیری (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) داده‌ها بود، استفاده گردید. جهت بررسی اعتبار تحقیق، متن مصاحبه‌ها به تعدادی از مادران داده شد تا مشخص شود که تفسیر نتایج مشابه نظر آن‌ها است. همچنین، درگیری طولانی مدت پژوهشگر و تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، از موارد دیگر بود. برای تضمین اعتماد تحقیق، از طریق بازنگری اعضای گروه و ثبت و ضبط تمامی جزئیات پژوهش، نسخه‌نویسی مصاحبه‌ها در اسرع وقت و همچنین، ارائه نقل‌قول که عین گفتار مشارکت کنندگان بود، مورد بررسی

داشت، به نگرش مادران مربوط می‌شد. اعضای خانواده نیز در تعداد دیگری از موانع نقش داشتند. موانع درک شده شناسایی شده مربوط به مادر و اعضای خانواده شامل نگرش‌های نامناسب، رفتار و مهارت، شرایط روحی- روانی و آگاهی بود. نگرش‌های نامناسب مادر: شایع‌ترین مانع یافت شده برای استفاده از نخ دندان، نگرش نامناسب بود. نگرش‌های نامناسب شامل نگرش نامناسب نسبت به ضرورت و اهمیت استفاده از نخ دندان، عدم اهمیت دندان شیری، پیش‌بینی مادر نسبت به عدم تمایل کودک به استفاده از نخ دندان، ترس از کنار گذاشتن مسواک در صورت استفاده از نخ دندان و بی‌فایده بودن نخ دندان برای دندان غیر سالم بود. در ادامه انواع نگرش‌های نامناسب مرتبط با نخ دندان ذکر گردید.

لازم و مهم ندانستن استفاده از نخ دندان برای کودکان ۳-۶ ساله: «خب من فکر می‌کنم فقط مسواک کافی باشه، نخ دندان رو لازم نمی‌دونم برای این بچه‌ها...» (فوق لیسانس، ۳۱ ساله).

«خب همون مسواک که می‌زنه، کفایت می‌کنه. واسه بقیه بچه‌هامم استفاده نکردم و هیچ مشکلی هم پیش نیومده... لازم نمی‌دونم» (راهنمایی، ۳۲ ساله).

مهم ندانستن دندان شیری: از نظر مادران، ارزش و اهمیت دندان شیری به علت موقتی بودن آن، به حدی نیست که برای آن از نخ دندان استفاده کنند و این گروه سنی مسواک را هم که استفاده می‌کنند، فقط جهت آشنایی آن‌ها است و گر نه ضرورت چندان برای مراقبت از دندان‌های شیری وجود ندارد که نخ دندان هم استفاده نمایند. این امر توسط تعداد زیادی از مشارکت کنندگان بیان شد. «این دنلونا مثل یه تمرینه واسه مادر که اگه اینجا نشد، مراقب دنلونای بچه باشیم. می‌شه برای دنلونای اصلی جبرانش کرد... بالاخره می‌افتن، ولی برای دنلونای اصلی فرصت جبران سهل‌انگاری وجود داره...» (لیسانس، ۲۸ سال).

قرار گرفت. به منظور تأییدپذیری پژوهش، محقق هیچ گاه پیش‌فرض‌های خود را در جریان مطالعه دخالت نداد و متن مصاحبه‌ها و درون‌مایه‌های استخراج شده توسط استادان راهنما و مشاور تأیید و از نظرات تکمیلی آنان استفاده و تأییدپذیری یافته‌ها مشخص شد. انتقال‌پذیری داده‌ها از طریق ارایه توصیف کاملی از ویژگی‌های مشارکت کنندگان، شیوه جمع‌آوری و نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها همراه با ارایه مثال‌هایی از بیانات مشارکت کنندگان انجام شد تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای دیگران فراهم شود. البته قضاوت نهایی در رابطه با قابلیت انتقال یافته‌های تحقیق با خوانندگان تحقیق خواهد بود (۲۸).

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک ۴۰ مادر مشارکت کننده همراه با ویژگی کودکان آن‌ها در جدول ۱ ارایه شده است. محدوده سنی مادران بین ۲۱ تا ۴۴ سال بود.

طبق ادعای مادران، هیچ یک از آن‌ها برای دندان‌های کودک خود از نخ دندان استفاده نمی‌کردند و اگر هم در مواقعی از آن استفاده می‌کردند، فقط جهت کاهش درد و یا جلوگیری از تشدید درد در دندان پوسیده بود. تجارب بیان شده مادران نشان داد که در تعدادی از موانع، مادر و در تعداد دیگری نیز کودک، خانواده و فرهنگ خانوادگی نقش دارند. حاصل تحلیل مصاحبه‌ها در مورد موانع درک شده مراجعه منظم به دندان‌پزشک ۳-۶ سال در دو طبقه اصلی شامل «موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده» و «موانع درک شده مربوط به کودک» خلاصه گردید که هر کدام در ادامه به تفصیل بیان شده و در جدول ۲ همراه با کدهای آن‌ها آمده است.

موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای

خانواده: مطابق با دیدگاه و تجارب مشارکت کنندگان، بیشترین موانعی که در استفاده از نخ دندان در کودکان وجود

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک مادران مشارکت کننده و کودکان آن‌ها

دموگرافیک	سن کودک (سال)	جنسیت کودک	تحصیلات مادر	شغل مادر
تعداد	۳	۴	۵	۶
۱۱	۱۴	۹	۶	۷
۱۸	۲۲	۵	۱۹	۱۶
۱۱	۲۹	۱۱	۱۱	۱۱

جدول ۲. موانع درک شده مادران در زمینه رفتار استفاده از نخ دندان در کودکان

درون مایه اصلی	درون مایه فرعی	کد
موانع درک شده مربوط به مادر و اعضای خانواده	نگرش‌های نامناسب مادر	لازم و مهم ندانستن استفاده از نخ دندان مهم ندانستن دندان شیری
	رفتار و مهارت	پیش‌بینی مادر نسبت به عدم تمایل کودک به استفاده از نخ دندان باورهای نادرست در مورد عوارض استفاده از نخ دندان ترس از کنار گذاشتن مسواک در پی استفاده از نخ دندان بی‌فایده دانستن نخ دندان برای دندان غیر سالم عدم وجود رفتار استفاده از نخ دندان در خانواده عدم کسب مهارت و یا انجام رفتار استفاده از نخ دندان استفاده از نخ دندان فقط در مواقع ضرورت
	شرایط روحی-روانی	تنبلی و بی‌حوصلگی
	آگاهی	آگاهی ناکافی از اهمیت و روش استفاده از نخ دندان برای کودکان
موانع درک شده مربوط به کودک	مهارت	عدم مهارت لازم

پیش‌بینی مادر نسبت به عدم تمایل کودک به

نخ دندان: تعدادی از مادران شرکت کننده بدون این که نخ دندان را برای کودک خود استفاده کنند، پیش‌بینی می‌کردند که کودک علاقه‌ای به استفاده از آن ندارد و اجازه نخواهد داد که برای او نخ دندان استفاده کنیم. «فعلاً که خیلی کوچیکه، فکر نکنم بنذاره براش استفاده کنم... آخه من با مسواک زدنم مشکل دارم، حالا بنذاره براش نخ دندان بکشم!! عمراً اگه بنذاره...» (لیسانس، ۲۸ سال).

باورهای نادرست در مورد عوارض استفاده از

نخ دندان: تعدادی از مادران باورهای نادرستی در زمینه استفاده از نخ دندان داشتند و تحت تأثیر این باورها قرار گرفته بودند و برای کودک خود از نخ دندان استفاده نمی‌کردند که می‌توان از آن به عنوان یکی از موانع در این زمینه نام برد. «خودم قبلاً یکی دو بار از نخ دندان استفاده کردم که از دندونام خون اومد... می‌گم اگه برای بچم استفاده کنم، دندونای اونم خونریزی می‌کنه» (لیسانس، ۳۲ ساله).

«می‌ترسم اگه نخ دندان استفاده کنم، فاصله ایجاد کنه بین دندوناش، دندوناشو باز می‌کنه از هم... به خاطر همین تا حالا اصلاً استفاده نکردم» (ابتدایی، ۲۹ ساله).

ترس از کنار گذاشتن مسواک در پی استفاده از

نخ دندان: برخی از مشارکت کنندگان بیان کردند که استفاده

از نخ دندان برای کودکان باعث می‌شود که اشتیاقی برای مسواک نداشته باشد و حتی رفتار مسواک کردن را نیز کنار بگذارند و به همین دلیل از آن استفاده نمی‌کردند. به عبارت دیگر، از نظر مادران، وادار کردن کودک به استفاده از نخ دندان، باعث دلزدگی آن‌ها از مسواک هم می‌شود. «خب بچم هنوز خیلی سنش کوچیکه، حوصله نداره... اگه بهش اجبار کنم، می‌ترسم دیگه اشتیاقی برای مسواک زدن هم نداشته باشه» (لیسانس، ۳۵ ساله).

بی‌فایده دانستن نخ دندان برای دندان غیر

سالم: از نظر تعداد معدودی از مادران، دندان خراب نیاز به مراقبت‌های دندانی از جمله استفاده از نخ دندان ندارد و باید منتظر افتادن دندان خراب بود. «هه والا استفاده نمی‌کنم. وضعیت دندوناش زیاد تعریفی نداره که بخام براش نخ دندان هم بکشم... تازه دیگه فایده‌ای نداره تا هر وقت که اینا بیوفتن... باید قبل از این که خراب می‌شدن به فکرش بودم» (ابتدایی، ۳۹ ساله).

رفتار و مهارت: تعدادی از موانع، به رفتارهای موجود در خانواده و مهارت مادر جهت استفاده از نخ دندان در کودکان وابسته بود.

عدم وجود رفتار استفاده از نخ دندان در

خانواده: بیشتر مادران یکی دیگر از دلایل عدم استفاده از

شرایط روحی- روانی مادر: اغلب مشارکت کنندگان یکی از عواملی که باعث عدم انجام رفتار نخ دندان برای کودکان می‌شود را به وضعیت روحی- روانی خود نسبت دادند. نیمی از آنان نیز اشاره نمودند که حوصله انجام این کار را حتی برای خود نیز ندارند.

تنبلی و بی‌حوصلگی: «اون به زور مسواکشم می‌زنه، حالا وایسه من براش نخ دندان بکشم! می‌دونم نمی‌ذاره، البته راستش رو بخواید خودمم حوصله ندارم... شاید یه کم صبر و حوصله به خرج بدم، بذاره براش بکشم» (راهنمایی، ۲۴ ساله).

«حوصله ندارم والا... خودم مسواک هم نمی‌زنم، چه برسه به نخ دندان، اونم بخام برای بچم استفاده کنم!» (راهنمایی، ۴۳ ساله).

آگاهی ناکافی از اهمیت و روش استفاده از نخ دندان برای کودکان: آگاهی، از دیگر درون‌مایه‌های فرعی بود که از تجارب مادران در خصوص موانع استفاده از نخ دندان برای کودکان به دست آمد. یکی دیگر از علل استفاده نکردن برخی از مادران از نخ دندان، عدم آگاهی و شناخت کافی آن‌ها درباره وسیله‌ای به نام نخ دندان و نداشتن مهارت استفاده صحیح از آن بود و در پاره‌ای از موارد حتی آن را به عنوان خلال دندان می‌شناختند.

«تا حالا اصلاً فکر نخ دندان نبودم که واسه بچه نیازه... نه این که به خاطر این باشه که روش استفادشو بلد نباشم، نه... من اصلاً نمی‌دونستم که وسیله‌ای به اسم نخ دندان هم واسه بچه باید استفاده بشه» (دپیلم، ۲۷ ساله).

«نه اصلاً نداریم تو خونه، خب می‌ترسم براش استفاده کنم، می‌ترسم به دهانش آسیب برسونم، می‌دونید چقدر نوک تیزه... اشتباه گرفتن نخ دندان با خلال دندان» (ابتدایی، ۳۳ ساله).

موانع درک شده مربوط به کودک: برخی از مشارکت کنندگان عدم مهارت و یا تمایل کودک برای استفاده از نخ دندان را به عنوان دلایل عدم مصرف نخ دندان برای کودک اشاره نمودند. تجارب آن‌ها نشان داد که گاهی اوقات استفاده از نخ دندان را به کودک واگذار می‌کنند و کودک نیز با کسب تجارب ناخوشایند به علت عدم مهارت کافی و

نخ دندان برای کودکان خود را عدم وجود این رفتار در سایر اعضای خانواده و این که هنوز فرهنگ استفاده از نخ دندان رواج پیدا نکرده است، ذکر نمودند. در برخی موارد هم اگرچه مادران به وجود نخ دندان در خانه اشاره داشتند، اما طبق گفته آن‌ها، هیچ یک از اعضای خانواده از آن استفاده نمی‌کردند. «ما تو خونه اصلاً وسیله‌ای به اسم نخ دندان نداریم؛ یعنی تو عمومون از نخ دندان استفاده نکردیم که حالا برای بچم استفاده کنم» (دپیلم، ۲۷ ساله).

برخی مادران معتقد بودند که علت عدم وجود رفتارهای مناسب بهداشت دهان و دندان در خانواده آن‌ها، عدم کسب عادات و فرهنگ‌سازی مناسب در گذشته است. «من واسه خودمم نخ دندان استفاده نمی‌کنم، آخه اصلاً تو فرهنگ خودمون کی جا افتاده که نخ دندان استفاده بشه. توی بعضی خونه‌ها اصلاً مسواک هم پیدا نمی‌شه، حالا چه برسه به این که نخ دندان استفاده کنن» (دپیلم، ۲۸ ساله).

عدم کسب مهارت و یا انجام رفتار استفاده از

نخ دندان: برخی مادران دلیل عدم مهارت خود را استفاده نکردن از نخ دندان می‌دانستند و تعداد دیگری از مشارکت کنندگان انجام این رفتار را به کودک که هیچ گونه مهارتی در این زمینه ندارد، محول می‌کردند و کودک به علت استفاده نادرست از آن، در دفعات بعدی تمایل به پذیرش این رفتار از سوی مادر نداشت. «یکی دو بار سعی کردم براش نخ دندان بکشم که نخ بین دندونش گیر کرد... راستش بلد نبودم چطوری نخو بیرون بکشم، خیلی حالش بهم خورد و از اون موقع به بعد دیگه نداشت براش بکشم» (فوق دپیلم، ۳۴ ساله).

استفاده از نخ دندان فقط در مواقع ضرورت: مادران

شرکت کننده در مطالعه اظهار داشتند که فقط در موارد به خصوصی مانند درد شدید دندان و یا در صورت درخواست از جانب کودک، از نخ دندان استفاده می‌کردند و در غیر این صورت ضرورتی جهت استفاده از نخ دندان وجود نداشت و کودک به آن نیازی نداشت. «بعضی وقت‌ها که چیزی می‌خوره، بین دندوناش گیر می‌کنه و اذیت می‌شه... میاد می‌گه مامان یه چیزی بین دندونامه درش بیار... منم با نخ دندان درش میارم، من فقط این مواقع استفاده می‌کنم» (دپیلم، ۲۸ ساله).

دندان‌های کودک جهت کاهش درد او انجام می‌دادند و در مواردی هم انجام آن را به کودک می‌سپردند.

برخی مطالعات میزان درگیری والدین در رفتارهای بهداشت دهان و دندان کودکان زیر ۶ سال را پایین اعلام نموده‌اند (۲۰، ۷). پیشوا و همکاران در پژوهش خود که با هدف بررسی باورها، سنت‌ها و رفتارهای مادران و معلمان در مورد سلامت دهان کودکان انجام شد، دریافتند که به ندرت کسی علاوه بر مسواک، از نخ دندان هم استفاده می‌کرد، مگر این که به دلیل ابتلا به بیماری لثه و توصیه جدی دندان‌پزشک، با نخ دندان آشنا شده بود. آن‌ها نخ دندان را تنها به عنوان وسیله خارج کردن خرده‌های غذایی می‌شناختند و به جای آن، از چوب کبریت استفاده می‌کردند (۳۲) که در مطالعه حاضر نیز مادران استفاده از مسواک را کافی می‌دانستند و حتی در مواقع ضرورت، از نخ قرقره نیز جهت خارج کردن غذای بین دندان‌ها استفاده می‌نمودند. تأکید آرایه دهندگان خدمات سلامت در رابطه با بهداشت دهان و دندان در طی آموزش‌ها به این مسأله که کودک هیچ گونه مهارتی در این زمینه ندارد و بر عهده والدین می‌باشد، می‌تواند در بهبود عملکرد این حیطة کمک کننده باشد.

در کنار عوامل ذکر شده، می‌توان به تأثیر شرایط روحی- روانی مادر در انجام مراقبت‌های دهان و دندان کودک اشاره نمود. بر اساس نتایج تحقیق حاضر، تنبلی و بی‌حوصلگی مادر باعث کوتاهی در انجام چنین رفتاری می‌شود. در مطالعه فلاحی نیز عدم انگیزه کافی و خستگی، از جمله موانع استفاده از نخ دندان در میان دانش‌آموزان اعلام شد (۳۳).

آگاهی ناکافی از اهمیت و عدم مهارت لازم در استفاده از نخ دندان برای کودکان، از دیگر مشکلات عدم انجام رفتار نخ دندان توسط مادران بود. نادری‌فر و همکاران با انجام پژوهشی در زمینه آگاهی مادران در حیطه بهداشت دهان و دندان کودکان ۶-۱ سال، به این نتیجه رسیدند که حدود ۷۰ درصد مادران، آگاهی لازم را در خصوص استفاده از نخ دندان در کودکان خود نداشتند (۳۴). عدم اطلاع از روش صحیح و کاربرد نخ دندان، ممکن است باعث عدم سهولت در کار و عدم توانایی در انجام آن شود. در نتیجه، به دلیل عدم

استفاده نادرست از نخ دندان، تمایلی به استفاده مجدد از آن را ندارد و این تجربه، مانعی در استفاده از نخ دندان می‌شود. «تفاقی یه روز رفته بود از یخچال نخ دندونو آورد و گفت می‌خوام امتحانش کنم. نخ دندون رو که کشید، لای دندونش گیر کرد و با بدبختی درش آوردم و داد می‌زد برش دار برش دار نمی‌خوام... از اون موقع دیگه تمایلی نشون نداد» (ابتدایی، ۲۸ ساله).

بحث

در مطالعه حاضر موانع درک شده مادران در زمینه رفتار استفاده از نخ دندان در کودکان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان دهنده وضعیت نامطلوب این رفتار بهداشتی در کودکان بود؛ چرا که هیچ کدام از مادران در حالت عادی برای کودک خود از نخ دندان استفاده نمی‌کردند. می‌توان گفت که موانع استفاده از نخ دندان در کودکان بیشتر مربوط به نگرش نامناسب مادر و تا حدودی اعضای خانواده بود. انواع نگرش‌های نامناسب نسبت به ضرورت اهمیت استفاده از نخ دندان شناسایی شد که به طور عمده از عدم آگاهی و باور ناکافی در مورد مراقبت از دندان شیری و نقش نخ دندان در این زمینه نشأت می‌گرفت. نتایج مطالعه حاضر و سایر تحقیقات مشابه در کشور، بیانگر عدم توجه کافی به اهمیت محافظت از دندان‌های شیری می‌باشد (۲۹، ۷).

مطالعات مختلف، تأثیر والدین بر سلامت دهان و دندان کودکان را مورد تأیید قرار داده‌اند (۳۱، ۳۰). این تأثیر می‌تواند از چند طریق مطرح شود. کودکان در طی مراحل اولیه اجتماعی شدن در خانواده، رفتارهای مربوط به خودمراقبتی از جمله بهداشت دهان و دندان را می‌آموزند. بنابراین، رفتارهای والدین می‌تواند از طریق آرایه الگوهای رفتاری در این زمینه مؤثر باشد. از آنجایی که کودکان فاقد مهارت‌های شناختی و حرکتی لازم هستند، توصیه می‌شود که والدین تا سن ۶ سالگی، وظیفه بهداشت دهان و دندان کودکان خود را بر عهده بگیرند (۷).

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که مادران انجام این رفتار بهداشتی را به ندرت، مگر در حالت پوسیدگی شدید

و این امر می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه محسوب گردد؛ چرا که عوامل متعددی از جمله دندان‌پزشکان و افراد آرایه دهنده خدمات بهداشتی نیز می‌توانند کمک کننده باشند. بر خلاف محدودیت‌های موجود، مطالعه حاضر توانست برای اولین بار به صورت اختصاصی، به شناسایی انواع موانع و مشکلات مادران برای انجام رفتار نخ دندان در این گروه سنی بپردازد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش در جهت شناسایی موانع درک شده مادران در زمینه استفاده از نخ دندان در کودکان بود، اما نکته قابل توجهی که می‌توان به آن اشاره نمود و برگرفته از یافته‌های تحقیق است، این که مشارکت کنندگان نگرش نامناسبی نسبت به استفاده از نخ دندان در گروه سنی ۳-۶ سال داشتند و اغلب آن را کار بیهوده‌ای می‌پنداشتند؛ در حالی که بی‌توجهی به این مسأله، می‌تواند در آینده درمان‌های پیچیده و پرخرجی را بر والدین تحمیل نماید. بنابراین، نتایج پژوهش اهمیت توجه به آرایه راهکارهای مناسب و استراتژی‌های مقابله با موانع شناسایی شده در فرصت‌های آموزشی از راه‌ها و کانال‌های مختلف مانند مهدهای کودک، مراکز بهداشتی و درمانی و رسانه‌ها را به والدین تأکید می‌کند. همچنین، به نظر می‌رسد که بررسی موانع عدم استفاده از نخ دندان در کودکان با استفاده از راهکارهای مؤثر و سپس آرایه راه‌حل‌های متناسب، می‌تواند راهکار مناسبی برای کاهش مقاومت مادران در انجام این رفتار بهداشتی باشد (۷).

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

آگاهی از نحوه صحیح، آن کار انجام نمی‌شود و یا انجام آن بی‌ثمر است. از آنجایی که کودک مهارت استفاده از نخ دندان را ندارد، این عمل باید توسط مادر صورت گیرد. مادران باید آگاهی کافی از نحوه استفاده از نخ دندان را داشته باشد تا بتوانند به نحو صحیح و مؤثر از آن استفاده نمایند (۳۴).

به نظر می‌رسد در این زمینه، هنوز فرهنگ استفاده از نخ دندان در برخی خانواده‌های ایرانی رسوخ نکرده است. این امر مستلزم آموزش‌های گسترده و ترویج فرهنگ و عادت استفاده از نخ دندان و در دسترس بودن آن در جامعه به خصوص مادران است. نتایج مطالعه Ronis و همکاران که با هدف بررسی ارتباط رفتارهای مسواک، نخ دندان و مراجعه به دندان‌پزشک با عوامل دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی در شهر دیترویت انجام شد، حاکی از آن بود که همه رفتارها با وضعیت اجتماعی-اقتصادی ارتباط مستقیمی دارند (۳۵).

پژوهش حاضر به دلیل داشتن ماهیت کیفی، بیشتر به عمق مشکل و شناسایی انواع موانع درک شده پرداخت. بنابراین، یافته‌های آن قابلیت تعمیم به سایر جوامع و قضاوت در مورد شایع‌ترین موانع درک شده را ندارد و این از محدودیت‌های مطالعه است. نتایج پژوهش منجر به شناسایی انواع موانع در زمینه استفاده از نخ دندان در شهر کامیاران و تشریح چگونگی تجربه این موانع توسط مادران گردید. تبیین موانع و مشکلات سلامت دهان و دندان و نیز باورهای اجتماعی ممانعت کننده در جمعیت مادران، می‌تواند در لیست برنامه پژوهش‌های بعدی در شهرهای مختلف قرار گیرد و زمینه‌ساز مداخلات ارزشمند و مؤثر و منطبق بر شرایط محلی در حیطه سلامت دهان و دندان گردد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، سهم بسیار کم مطالعات به گروه سنی ۳-۶ سال هم در ایران و هم در جهان بود که مانع دسترسی محقق به این نوع مطالعات شد. محقق در بررسی خود در ایران، مطالعه مشابهی تا زمان انجام پژوهش حاضر یافت نکرد. همچنین، این مطالعه فقط دیدگاه مادران را در نظر گرفت

References

1. Saleki M, Jabarifar SE, Soheilipour S, Hajizadeh F. Assessing the sensitivity and responsiveness of Early Childhood Oral Health Impact Scale to routine dental treatments on life quality of preschool children in Isfahan in 2011. J Isfahan Dent Sch 2012; 7(5 Special): 688-95. [In Persian].

2. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health--World Health Assembly 2007. *Int Dent J* 2008; 58(3): 115-21.
3. World Health Organization. Oral health: Fact sheet N°318 [Online]. [cited 2012 Apr]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
4. Naderifar M, Ghaljaei F, Akbarizadeh M R. Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old. *Zahedan J Res Med Sci* 2010; 12 (4):43-8.
5. Eslamipour F, Birang R, Rahimi N, Bakrani MR. Knowledge, attitude and practice of physicians and pediatricians regarding the prevention of oral disease in children. *Shiraz Univ Dent* 2010; 11(3): 253-61. [In Persian].
6. Fallahinejad Ghajari M, Mirshekar Z, Razavi S. Knowledge and attitude toward oral and dental health among Zahedan's guidance school students. *J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2007; 24 (4): 492-8. [In Persian].
7. Karimi Shahanjarini A, Makvandi Z, Faradmal J, Bashirian S, Hazavehei S M. Assessing the tooth decay status of 2-5 years children and the role of their mothers' caring behaviors. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2013; 21 (4): 41-50. [In Persian].
8. Vahabi S, Nazemi B. A comparison of chlorhexidine impregnated floss vs. conventional dental floss on gingivitis. *J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2008; 25(4): 418-25. [In Persian].
9. American Dental Association (ADA). Flossing 2014 [Online]. [cited 2015 Apr]. Available from: URL: <http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/f/flossing>
10. Touger-Decker R, van Loveren C. Sugars and dental caries. *Am J Clin Nutr* 2003; 78(4): 881S-92S.
11. Poklepovic T, Worthington HV, Johnson TM, Sambunjak D, Imai P, Clarkson JE, et al. Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (12): CD009857.
12. Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T, Johnson TM, Imai P, Tugwell P, et al. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (12): CD008829.
13. Hujoel PP, Cunha-Cruz J, Banting DW, Loesche WJ. Dental flossing and interproximal caries: a systematic review. *J Dent Res* 2006; 85(4): 298-305.
14. Graves RC, Disney JA, Stamm JW. Comparative effectiveness of flossing and brushing in reducing interproximal bleeding. *J Periodontol* 1989; 60(5): 243-7.
15. Mosahab P, Kargarnovin Z, Malek Afzali B, Abadi A, Amini M. The relationship between food intake and dental caries in a group of Iranian children in 2009. *Dent Res J* 2011; 7(4): 43-51.
16. Ghandehari Motlagh M, Jahed Khaniki GR, Adiban H. Investigation of dental caries prevalence among 6-12 year old elementary school children in Andimeshk, Iran. *J Med Sci* 2007; 7(1): 116-20.
17. Ashrafi Zadeh S, Soori H, Ashrafi Zadeh M. Assessment of oral hygiene status (DMFT) of twelve. *Jundishapur Sci Med J* 2002; 34: 60-6. [In Persian].
18. Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health, Oral Health Department. Oral health status of Iranian children. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2008. p. 2-8. [In Persian].
19. Kumar G, Singh DK, Jalaluddin M, Dileep CL, Rout P, Mohanty R. oral health of pre-school aged children in Dhanbad district, Jharkhand, India- a peek into their mother's attitude. *J Clin Diagn Res* 2013; 7(9): 2060-26.
20. Mohebbi SZ, Virtanen JI, Murtomaa H, Vahid-Golpayegani M, Vehkalahti MM. Mothers as facilitators of oral hygiene in early childhood. *Int J Paediatr Dent* 2008; 18(1): 48-55.
21. Naderifar M, Peyrovi H, Galgay F. Mothers' attitude towards orodental health of their 1-6 years old children referred to medical centers of Zahedan city, 2006. *Iran J Nurs* 2007; 20 (52): 75-86. [In Persian].
22. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12(2): 101-8.
23. Shamsi M, Hidarnia A, Niknami S. A survey of oral health care behavior in pregnant women of arak: application of health belief model. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22 (89):104-15. [In Persian].
24. Badri Gargari R, Salek Hadadian N. The role of self-efficacy and factors of health belief model in dental patients' brushing and flossing. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9 (3): 130-8. [In Persian].
25. Benson V. Giving a voice to the 'silent epidemic': Examining existing barriers and oral health outreach for low income Mexican American children [Dissertation]. Stanford, CA: Stanford University; 2009. p. 6.

26. Nilchian F, Skini M, Jabbarifar SE, Soheilipour S. Identification of educational needs to promote oral health from the standpoint of patients referring to Shariati dental clinic in Isfahan: a qualitative research. *J Isfahan Dent Sch* 2012; 7(5): 790-7. [In Persian].
27. Abed Saeedi j, Amir Ali Akbari S. *Research Method in Medical and Health Sciences*. 2nd ed. Tehran, Iran: Jame-e-Negar; 2008. p. 16, 112-13. [In Persian].
28. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeichehr M. Strategies to enhance rigor in qualitative research. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013; 5 (3): 663-70. [In Persian].
29. Saber M, Bahrampoor A, Hashemi V. Effect of direct education of Mothers about oral hygiene on the rate of DMF on pre-school children. *J Dent Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2004; 21 (4): 518-28. [In Persian].
30. Suresh BS, Ravishankar TL, Chaitra TR, Mohapatra AK, Gupta V. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2010; 28(4): 282-7.
31. Saied-Moallemi Z, Virtanen JI, Ghofranipour F, Murtomaa H. Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9(2): 79-83.
32. Pishva N, Asefzadeh S, Pishva M, Majedi Z. Traditional beliefs and behaviors of mothers and teachers related to oral health of children in rural district of Qazvin: A qualitative study. *Majallah-I-Dandanpizishki* 2009; 20 (4): 292-300. [In Persian].
33. Fallahi A, Morovati Sharifabad M. Change stages of inter-dental cleaning behavior based on transtheoretical model among pre-university students in Yazd, Iran. *Payavard Salamat* 2009; 3(1-2): 85-93. [In Persian].
34. Naderifar M, T. Akbarsharifi, H. Pairovi, H. Haghani. Mothers' awareness, regarding orodental health of their children at age of 1-6 years old. *Iran J Nurs* 2006; 19 (46):15-27. [In Persian].
35. Ronis DL, Lang WP, Farghaly MM, Passow E. Tooth brushing, flossing, and preventive dental visits by Detroit-area residents in relation to demographic and socioeconomic factors. *J Public Health Dent* 1993; 53(3): 138-45.

Perceived Barriers of Mothers in Use of Dental Floss for their 3-6-Year-Old Children: A Qualitative Study

Parvaneh Sahrai¹, Nastaran Keshavarz-Mohammadi², Hadi Ghasemi³

Original Article

Abstract

Introduction: Flossing is the best and most common way to clean between teeth where plaque accumulation and gingivitis starts. However, many mothers neglect the flossing of their small children. The purpose of this study was to provide better understanding of perceived barriers of mothers in use of dental floss for their 3-6-year-old children.

Method: This qualitative study examined the perceived barriers of 40 mothers of 3-6-year-old children utilizing qualitative content analysis approach. Participants were selected using purposeful sampling in Kamyaran, Iran, in 2014. Data were collected through conducting in-depth, semi-structured interviews. The transcriptions of all interviews were analyzed by content analysis technique to extract main themes in regards to research questions.

Results: Mothers' perceived barriers were categorized into two main groups as mother and family member-related barriers (inappropriate attitudes, behaviors and skills, mental and emotional conditions, and knowledge) and child-related barriers (skill).

Conclusion: The results of this study highlight the importance of understanding mothers' barriers to help their children in flossing and emphasized the role of mothers and family members in establishing this oral health behavior in children from early years. It is suggested that comprehensive and effective oral health education programs should include modifying wrong, but important, assumptions and beliefs of parents regarding primary teeth and importance of healthy oral health behaviors.

Keywords: Mothers' perceived barriers, Dental floss, 3-6-year-old children, Qualitative research

Citation: Sahrai P, Keshavarz-Mohammadi N, Ghasemi H. **Perceived Barriers of Mothers in Use of Dental Floss for their 3-6-Year-Old Children: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(2): 136-47.

Received date: 05.03.2016

Accept date: 21.05.2016

1- MSc in Health Education, Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Community Dentistry, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Nastaran Keshavarz-Mohammadi, Email: n_keshavars@yahoo.com