

تبیین فرایند پوسیدگی دندان در زنان: مطالعه ای با رویکرد نظریه ی زمینه ای

معصومه هاشمیان: کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
آرزو فلاحی: دانشجوی دوره دکتری، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران- نویسنده
رابطه: arezofalahi91@gmail.com

فریدین غریبی: کارشناس، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
پرستو فلاحی: کارشناس، دانشکده فنی حرفه ای کردستان، سنندج، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: موانع موجود و اعتقادات زنان در خانواده در زمینه مراقبت و بیماری های دهان و دندان مهم می باشد و بر اهداف، ارزش و رفتار بهداشتی خانواده اثر گذار است. با توجه به نقش زنان در شکل گیری رفتارهای بهداشتی در خانواده و تبیین تجارب آنان در زمینه بیماری های دهان و دندان مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل مؤثر در ایجاد پوسیدگی دندان از نگاه زنان انجام شد.
روش کار: این بررسی مطالعه ای کیفی با رویکرد نظریه ی زمینه ای بر روی ۲۳ شرکت کننده شامل ۱۸ زن، ۳ دندانپزشک و ۲ همسر با انتخاب نمونه ها به صورت هدفمند و نظری انجام شد. پس از کسب رضایت آگاهانه، داده ها از طریق مصاحبه های عمیق نیمه ساختار یافته (گروهی و فردی) جمع آوری، ضبط، دست نویس و با استفاده از روش اشتراوس و کوربین و روش تحلیل مقایسه ای مداوم تجزیه و تحلیل گردید. جهت حمایت از صحت و استحکام داده ها، معیار مقبولیت، تأیید پذیری و انتقال پذیری لحاظ شد.
نتایج: از تجزیه و تحلیل مصاحبه ها ۵ طبقه اصلی "عوامل تخریب کننده دندان"، "محافظت از دندان"، "عوامل محیطی و اجتماعی"، "باورهای مؤثر در سلامت دندان" و "تلاش برای باز سازی دندان" استخراج گردید. مقوله و مفهوم مرکزی "ارتقای آگاهی در جهت حفظ دندان" دغدغه اصلی مشارکت کنندگان در مطالعه بود.

نتیجه گیری: ارتقای آگاهی زنان در جهت پیشگیری از بیماری های دهان نه تنها امری فردی بلکه اجتماعی بوده و در این مسیر نقش خانواده، دندانپزشک، باورهای اجتماعی و مذهبی، سیاست ها و نظام اجرایی پررنگ تر است. نتایج این مطالعه می تواند زمینه ساز طراحی مدل های آموزشی مناسب در حیطه سلامت دهان و دندان در زنان، چارچوب آموزشی مناسب برای دندانپزشکان و سیاست گذاران باشد.

واژگان کلیدی: رویکرد کیفی، نظریه ی زمینه ای، پوسیدگی دندان، سلامت دندان

مقدمه

دندان به عنوان مادر در خانواده از اهمیت ویژه ای برخوردار است (Said-Moallemi et al. 2007) و آنان نقش قابل توجهی در بهداشت دهان فرزندان شان بازی می کنند (Hoefst et al. 2001; Okada et al. 2010). مطالعات نشان داده اند که زنان نقش حیاتی در تصمیم گیری جهت مراقبت های بهداشتی و ایجاد انگیزه مراقبت در خودشان دارند

زنان در ایجاد محیطی که پرورش دهنده رفتارهای مرتبط با سلامت دهان و دندان بوده، نقش محوری دارند و آگاهی آنان در زمینه سلامت دهان و دندان بر انتخاب و انجام رفتارهای بهداشتی تأثیر گذار است (Szatko et al. 2004). نگرش زنان نسبت به رفتارهای سلامت دهان و

(2002)، نقش مهم خانواده بویژه زنان در سلامت دهان و دندان خانواده (Christensen 2004)، طراحی مداخلات با توجه به تفاوت‌ها، ویژگی‌ها و موانع فرهنگی (Cruz et al. 2001) اجتماعی و سیاسی و تأکید به این عناصر به عنوان نیاز مبرم در امر پیشگیری (Sheiham and Watt 2000; Gustavo et al. 2007)، بی‌فایده بودن، گران و تکراری بودن مداخلات آموزشی طراحی شده در سلامت دهان و دندان (Al-Hussainia et al. 2003; Sheiham and Watt 2000; Lafzy et al. 2005)، لزوم طراحی مطالعات کیفی از طریق بحث گروهی و نیز مصاحبه‌های عمیق برای درک بیشتر از عدم انجام رفتار تمیزکردن دندان و پوسیدگی دندان در زنان و طراحی مدلی مؤثر و کارا بر اساس این مطالعات که به متخصصان آموزش سلامت توان طراحی فعالیت‌های کاراتری دهد (Pakpour et al. 2011; Fallahi et al. 2014) و نیز اهمیت و لزوم مطالعات و بررسی‌هایی با رویکرد نظریه‌ی زمینه‌ای جهت دستیابی به دغدغه اصلی بیماران و طراحی مدل‌های آموزشی مناسب برای افزایش پیشگویی رفتارهای مربوط به دهان و دندان، سبب گردید که پژوهش حاضر طراحی گردد. بنابراین پژوهشگران امیدوارند که با دستیابی به دیدگاه‌های غنی و عمیق زنان از بیماری پوسیدگی دندان از طریق پژوهش کیفی و با استفاده از گراند تئوری مدلی کارا و مناسب را جهت مداخلات آموزشی مؤثر طراحی نمایند.

روش کار

این مطالعه، پژوهشی کیفی با رویکرد نظریه‌ی زمینه‌ای یا نظریه‌ی زمینه‌ای بوده که در سال ۹۲-۱۳۹۱ به مدت ۸ ماه در استان کردستان شهرستان سنندج انجام شد. نظریه‌ی زمینه‌ای، به عنوان یکی از رایج‌ترین شیوه‌های پژوهش کیفی، ریشه در نظریه‌ی تعامل نمادین دارد و تمرکز آن بر معانی حوادث و تجارب افراد در محیط‌های طبیعی زندگی است (Strauss and Corbin 1998). جامعه مورد بررسی این تحقیق را

(Talekar et al. 2005). اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که وضعیت بهداشت دهان آنها، ضعیف و بسیاری از آنها به بیماری لثه مبتلا هستند. همچنین اکثریت آنها (۴۰٪) درد دندان را تجربه کرده و ۹۴٪ آنها حداقل یکبار در روز دندان‌هایشان را مسواک می‌زدند (Honkala and Al-Ansari 2005). در بررسی در برزیل ۱۰۰٪ مادران دارای دندان پوسیده و شاخص پوسیدگی دندان یا (DMFT) Decayed Missing Filled Teeth دندان‌هایشان ۱۴/۵ و بین دندان‌های پوسیده آنها با DMFT فرزندانشان ارتباط معناداری مشاهده شد (Andrade et al. 2012). در پرتوریکا نیز شاخص پوسیدگی دندان در زنان ۱۶/۵۱±۰/۰۲ گزارش شد و حداقل ۶۳٪ آنها در یک نقطه از لثه شان دچار خونریزی بودند (López del Valle 2010). در بررسی در ایران نیز میانگین شاخص پوسیدگی دندان در زنان باردار ۶/۲۳±۳/۰۱ گزارش شده (Gharizadeh et al. 2005) و همچنین هیچ یک از آنها در زمینه بهداشت دهان و دندان عملکرد خوبی نداشتند (Naderifar et al. 2010).

با توجه به موارد ذکر شده در زمینه تصمیم‌گیری و انجام رفتارهای مرتبط با بهداشت دهان و دندان باید موانع و اعتقادات زنان در خانواده را هدف قرار داده و به تجارب آنان در زمینه مراقبت و بیماری‌های دهان و دندان دست یافت (Hilton et al. 2007).

با توجه به محدودیت مطالعات انجام شده در زمینه تبیین فرایندهای پوسیدگی دندان در زنان و بحران در افزایش جهانی آن (Bagramian et al. 2009)، شیوع بالای پوسیدگی دندان در میان آنها (López del Valle 2010) اهمیت سلامت دهان و دندان و هدف قرار دادن سازمان بهداشت جهانی به این مشکل (Hobdell et al. 2003)، لزوم شناخت و تحقیقات بیشتر روی مؤلفه‌ها و تعیین کننده‌های سلامت دهان و دندان جهت پیشگیری و کنترل بیماری‌های دهان و دندان (Petersen, 2005; Watt)

تنوع در نمونه گیری فرصتی فراهم شد که مشارکت کنندگان بتوانند اطلاعات مفیدی در اختیار پژوهش گران قرار دهند. در ابتدای هر مصاحبه، خصوصیات نمونه ها شامل، سن، شغل، سطح تحصیلات، محل زندگی و درآمد ثبت می شد. راهنمای مصاحبه شامل چند سوال اصلی باز شامل: "تجارب خود را از بیماری های دهان و دندان بگویید" و "هنگام مواجه با این بیماری ها چگونه عمل می کنید؟" بود که به شرکت کنندگان اجازه می داد تا دیدگاه هها و تجاربشان را تا حد امکان به طور کامل بیان کنند. تمام مکالمات از طریق دستگاه ضبط صدا ضبط و سپس کلمه به کلمه دست نویس و تجزیه و تحلیل گردید. مدت زمان مصاحبه ها بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه و به طور متوسط سی دقیقه طول می کشید. ۱۶ مصاحبه فردی شامل ۱۱ مصاحبه فردی با زنان، ۲ بحث گروهی ۳ و ۴ نفره با آنها، ۳ مصاحبه با دندانپزشک و ۲ مصاحبه با همسران آنان گرفت. محیط پژوهش متناسب با اصول پژوهش کیفی، واقعی و طبیعی بوده و کلیه مصاحبه ها نخست با توجه به ویژگی های ارتباط با زنان و مهارت های مصاحبه عمیق در مکان هایی که زنان تمایل داشته و مطابق خواست آنان در ادارات، مراکز بهداشتی-درمانی و منازل بود توسط پژوهشگر دوم صورت گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش اشتراوس و کوربین و همزمان با جمع آوری داده ها صورت گرفت؛ در این روش، بعد از انجام هر مصاحبه و یا بحث گروهی، فایل ضبط شده کلمه به کلمه نسخه برداری شده و قبل از انجام مصاحبه بعدی آنالیز می گردید. به دنبال نسخه برداری، فایل ضبط شده مجدداً گوش داده می شد و یادداشت های مبنی بر زمینه های تکراری و تأکیدات مشارکت کنندگان در نسخه ها نوشته می شد. نسخه ها چند روز بعد از نسخه برداری مجدداً خوانده و کد گذاری می شد و نتایج با اولین کد گذاری مقایسه می گردید. کد گذاری تکرار شده، رسیدن به نتایج مشابه و ثبات و هماهنگی داده ها (Consistency) را تأیید می کند. در روش کد گذاری، سه مرحله کد گذاری باز (Open coding)، محوری (Axial Coding) و

زنان دارای پوسیدگی دندان و مبتلا به یکی از علائم خونریزی لثه، دندان پوسیده، و یا دندان افتاده، کشیده، پر شده و یا عصب کشی شده تشکیل دادند. در مطالعه حاضر، تا رسیدن به اشباع طبقاتی ۱۸ زن، ۲ همسر و ۳ دندانپزشک شرکت کردند. این افراد با موقعیت های متفاوت از نظر شاغل یا خانه دار بودن، سطح تحصیلات متفاوت، سطوح مختلف اقتصادی و محل زندگی مایل بودند تجارب و دیدگاه های خود را پیرامون بیماری دهان و دندان با پژوهشگران در میان بگذارند. برای جمع آوری اطلاعات از تکنیک مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق که از ابزارهای مرسوم، قابل انعطاف و عمیق در پژوهش های کیفی است استفاده گردید (Struss and Corbin 2007). بدین منظور، با اخذ مجوز از کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و سازمان های ذی ربط و رضایت شفاهی از شرکت کنندگان، همچنین اطمینان به محرمانه بودن اسامی همراه تفهیم کامل حقوق مشارکت کننده مبنی بر خروج و کناره گیری از مطالعه، مصاحبه ها در مکانی آرام انجام یافته و به صورت صوتی ضبط گردید. برای جمع آوری داده ها، ابتدا نمونه گیری هدفمند (Purposeful sampling) انجام و سپس بر اساس کدها و طبقات ایجاد شده نمونه-گیری نظری (Theoretical sampling) به این شرح انجام شد. اولین نمونه ها توسط دندانپزشک از بین زنان دارای پوسیدگی دندان و مبتلا به یکی از علائم خونریزی لثه، دندان پوسیده، و یا دندان افتاده، کشیده، پر و یا عصب کشی شده انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل داده های حاصل از هر مصاحبه عمیق، راهنمایی برای انتخاب نمونه های بعدی بود. نمونه گیری تا آنجا ادامه یافته که محققان از تجزیه و تحلیل داده ها به یافته جدیدی دست نیافته و اشباع (Saturation) حاصل شد (Struss and Corbin 2007). داده های حاصل از پنج مصاحبه اولیه، پژوهش گران را به انجام مصاحبه با تعدادی از افراد دیگر اعم از همسران و دندانپزشکان هدایت نمود، بدین ترتیب به دلیل

(Credibility). نمونه گیری با حداکثر واریانس (انتخاب شرکت کنندگان با مقاطع مختلف، سن و جنس و تنوع اقتصادی و اجتماعی) موجب افزایش انتقال پذیری داده‌ها گردید (Transferability). متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط اعضای هیأت علمی تأیید و از نظرات تکمیلی آنان استفاده و تأییدپذیری یافته‌ها مشخص گردید (Confirmability). اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی 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 هیأت علمی بررسی شده و آن‌ها تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

به منظور تعیین Inter-Transcripts Reliability پایایی و تناسب داده‌ها، مرور دیگری توسط تعدادی از اساتید که در زمینه تحقیق کیفی دارای تجربه بودند (External check) انجام گرفت که پس از بررسی مفاهیم، تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

سعی شده است به طور دقیق تمامی گام‌های برداشته شده در تحقیق و تصمیمات انجام شده، به منظور رسیدگی بعدی، گزارش و مراحل تحقیق یا Audit ability به طور کامل ثبت گردید تا دیگر محققان در بررسی‌های آتی قادر به برداشتن این گام‌ها باشند و قابلیت اعتماد پذیری (Dependability) مطالعه حاصل شود.

نتایج

در این تحقیق ۲۳ نفر مشارکت کننده از مناطق ۱ و ۲ سنندج انتخاب شد. روش‌های جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه فردی با زنان (۱۱ مورد)، بحث گروهی با آنها ۲ مورد (۳ و ۴ نفره)، مصاحبه فردی با دندانپزشک (۳ مورد) و مصاحبه فردی با همسر (۲ مورد) بود. ویژگی‌های شرکت کنندگان در جدول ۱ نمایش داده شده است. از ۶۹۶ کد خام اولیه، در کد گذاری مرحله اول با حذف کدهای تکراری و

انتخابی (Selective coding) وجود دارد. در مرحله کد گذاری باز، پژوهش‌گران خط به خط داده‌ها را بازنگری و مفاهیم اصلی مربوط به سوال اصلی تحقیق را استخراج می‌نمود. دو شیوه به کار رفته در این مرحله عبارت بودند استفاده از زبان و کلمات فرد مصاحبه شده (In vivo code) و کدهای تلویحی و دلالت انگیز که محقق بر مبنای مفاهیم موجود در داده‌ها می‌ساخت. سپس در کد گذاری محوری کدهای اولیه به طبقه‌ها و زیر طبقه‌ها نام گذاری شدند. در کدگذاری محوری، داده‌ها مجدداً به شیوه‌ای جدید ارتباط یافته، ارتباط بین طبقات مشخص و ایده محوری در طبقات مشخص گردید. کد گذاری محوری روند ارتباط دادن خرده مقولات به یک مقوله، جریان پیچیده‌ای از تفکر استقرایی و قیاسی بوده که متضمن مراحل مختلف است. در این مرحله طبقاتی که دارای ویژگی‌های مشترکی بوده در یک طبقه قرار داده شده و داده‌ها به تدریج حالت انتزاعی‌تر به خود گرفتند. کدهایی که به لحاظ معنا و مفهوم به یکدیگر شباهت، تناسب و تطابق داشته در هم ادغام و طبقات جدیدتری ایجاد شد در این بخش جهت دستیابی به طبقات محوری بر اساس ساختار اشتراوس و کوربین و بر طبق شرایط علی، راهبردها، پیامد، شرایط زمینه‌ای و شرایط میانجی عمل گردید. در کد گذاری انتخابی محقق به تعیین متغیر، مفهوم اساسی و ارتباط دهنده طبقات اصلی پرداخته و ارتباط آنها را پرورش داد. برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها (Rigor) و برای ارزیابی روایی، دقت و پایایی داده‌های کیفی از روش Streubert و Carpenter استفاده شد. مشارکت کنندگان صحت عبارات بیان شده توسط خود را در دست نوشته‌ها مرور کردند (Member check) و 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

عوامل تخریب کننده دندان: در مطالعه حاضر عوامل تخریب کننده دندان، شامل زیر طبقات "عوامل فردی تهدید سلامت دندان" و "عوامل غیر قابل کنترل در سلامت دندان" مهمترین عوامل پوسیدگی دندان در زنان بودند. بر اساس تحلیلهای صورت گرفته عوامل تخریب کننده دندان در زنان، شرایط روانی را بوجود آورده که او را به سوی عدم انجام رفتار سوق می دهد. این مفهوم شاید ماهیتاً امری فردی اما ریشه های قوی روانی-شناختی و اجتماعی دارد. مفهوم عوامل تخریب کننده دندان، منبعث از تجربیات مشارکت کنندگانی بود که درصدد توجیه عدم انجام رفتار تمیز کردن بین دندان بر می آمدند.

الف: عوامل فردی تهدید سلامت دندان: بسیاری از زنان شرکت کننده در مطالعه حاضر، اظهار داشته که با مشکل بی توجهی در بهداشت دهان و دندان روبرو هستند. همچنین اغلب آنان آگاهی و اطلاع دقیق و صحیحی از مهارت های استفاده از وسایل تمیز کننده دندان نداشته و بعضاً تغذیه نامناسب و ترس از دندانپزشک و ناآگاهی زمینه پوسیدگی دندان را در آنان مضاعف می کند. برخی از اظهارات مشارکت کنندگان در زمینه تهدید سلامت دندانشان در زیر آمده است.

"بعضی وقتا آدم رعایت نمی کنه شاید وقت نداره تازه و قتم نمی گیره شاید مهمونی باشه یا خیابون باشه وقتی هم خونه میاد یادش می ره" (مشارکت کننده ۷ خانم ۳۶ ساله).

"برخی از مادرا به علت عدم برخورد با مشکل شدید و ظاهراً (داشتن) دندانی سالم، نسبت به دندان هایشان بی توجهند". (مشارکت کننده ۵ خانم ۴۷). علاوه بر این گروهی از مشارکت کنندگان در مطالعه، به دندان به عنوان عضوی که در معرض دید نبوده و عضود داخلی بدن است نگرسته و به آن اهمیت نمی دادند. "دندون چون داخل دهانه و معلوم و مشخص نیست مردم به اون توجه نمی کنن" (مشارکت کننده ۲۱ خانم ۳۲ ساله). به نابه اظهارات مشارکت کنندگان در این پژوهش، تغذیه نامناسب، عدم مهارت در استفاده از وسایل تمیز کننده دندان و ناآگاهی و ترس از دندانپزشکی از

مشابه، در مجموع ۱۷۷ کد در مرحله کد گذاری باز و ۳۲ زیر طبقه و ۱۳ طبقه در مرحله کد گذاری محوری دسته بندی گردید. مقایسه مقولات شکل گرفته در نهایت موجب پیدایش ۵ تم یا درون مایه اصلی با مفهوم مرکزی ارتقای آگاهی جهت حفظ دندان گردید. فرایند روانی - اجتماعی یا مقوله مرکزی، طبقات و زیر طبقات در شکل ۱ نشان داده شده است. در این بخش یافته ها با توضیح مکفی درون مایه ها به شرح زیر ارائه می گردد:

ارتقای آگاهی جهت حفظ دندان: مقوله مرکزی: در مطالعه حاضر ارتقای آگاهی جهت حفظ دندان دغدغه اصلی شرکت کنندگان در مطالعه بود. هنگامی که بیمار با مشکل دندانی مواجه می شود اظهار ناراحتی و پشیمانی کرده و زمان برخورد با بیماری در پی افزایش آگاهی در جهت حفظ دندان بر می آید اما قبل از ابتلاء در پی آگاهی کافی و مناسب برای مراقبت از دندان ها نبوده و آگاهیش در زمینه سلامت دندان ها پایین است. بر اساس تحلیلهای صورت گرفته کمبود آگاهی بیماران را نباید محکوم بلکه باید آن را درک کرده و در جهت افزایش آن اقدام کرد. این امر باعث اعتماد شده و به بیمار احساس امنیت و کنترل داده و مراقبتهای دندانی را برای او ممکن کرده و در پی بازسازی و ترمیم مجدد دندان بر می آید. دلیل اصلی انتخاب این مقوله از دیدگاه پژوهش گران این است که نگرانی از عدم ارتقای آگاهی در جهت حفظ دندان، فرایند پیشگیری را با مشکل مواجه می کند و موجب بیماری های دهان و دندان می گردد. زنان در مواجهه با عوامل تعیین کننده سلامت دندان تلاش کرده تا با استفاده از راهبرد حفظ دندان سلامت دندان هایشان را بهبود بخشند اما در این مسیر با دغدغه ی ارتقای آگاهی در جهت حفظ دندان مواجهه می شوند که این مفهوم تحت تأثیر عوامل محیطی و اجتماعی و باورهای مؤثر در سلامت دندان بود که در نهایت منجر به پیامد تلاش برای بازسازی دندان می شود که می تواند پیامدی مطلوب برای آنان باشد.

مشکلات در پی این میاد" (مشارکت کننده ۹ دندانپزشک مرد). برخی از زنان نیز ارث را عامل پوسیدگی و تخریب دندان می‌دانستند: "من هم‌همی دندونامو کشیدم آخه اذیتم می‌کرد من دندونم مشکل داشت ولی درد نمی‌کرد فقط لثه م خراب شد دندونام همش لق شده بود ارثیه این، خانوادمون همشون دندوناشون اینجوریه" (مشارکت کننده ۱۸ خانم ۴۸ ساله).

"خیلی وقتها پیش اومده که شنیدم میگن خود کیفیت دندان یا جنس دندان و حتی ارث هم تأثیر داره" (مشارکت کننده ۱ خانم ۳۷ ساله)

محافظت از دندان: مفهومی که در روند تحلیل و مقایسه مستمر داده‌ها تبیین و توسعه یافت، محافظت از دندان به عنوان راهبرد شرکت کنندگان در مواجهه هنگام تهدید و تخریب دندان بود. در این باره به ذکر نقل قول‌هایی از مشارکت کنندگان می‌پردازیم.

الف: ارزش دهان و دندان: در مطالعه حاضر بسیاری از مشارکت کنندگان در بیانات خود به نقش دهان و دندان در زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها اشاره کرده و برخی از آنها به دهان به عنوان عضو مهمی در روابط اجتماعی تأکید داشتند. بسیاری از زنان، سالم بودن دندان، احساس راحتی و آرامش، رفع بوی بد دهان و زیبایی را دلیلی برای تمیز کردن دندان‌هایشان می‌دانستند. آنها انگیزه قوی برای تمیز کردن دندان‌هایشان را ناشی از تضمین نتیجه دلخواه یعنی راحت بودن خود و سالم بودن دندان می‌دانستند:

"دندان طبیعی خیلی بهتره انسان با دندان مصنوعی زجر می‌کشه نمی‌تونه بخوره، نمی‌تونه خوب صحبت کنه" (مشارکت کننده ۱۸ خانم ۴۸ ساله)

"دندان رو اعتماد به نفس خیلی اثر داره من خودم که یکی از دندونام خرابه ۶۰ درصد اعتماد به نفس منو هنگام صحبت کردن می‌گیره" (مشارکت کننده ۱۹ خانم ۳۰ ساله).

دندانپزشکان نیز اظهار می‌داشتند که یکی از مهمترین دلایلی که افراد جامعه به سلامت دندان‌هایشان اهمیت می‌دهند بحث زیبایی و تأثیر عملکرد دندان بر زندگی‌شان

جمله رفتارهایی بوده که موجبات پوسیدگی دندان را در زنان فراهم می‌سازد. "تجربه و آگاهی اونو نداشتم که لثه صاف میشه دیگه نمی‌تونم دندون مصنوعی خوب استفاده کنم من روش مراقبت از دندونو بلد نبودم" (مشارکت کننده ۱۰ خانم ۵۰ ساله).

"تغذیه اونا اکثراً خرابه، تغذیه کربو هیدارت دارن لبنیات کم می‌خورن... حالا اگر مسواک درست نباشه یا تغذیه خوب نباشه یا بزاق در حدمطلوب نباشه معمولاً باعث پوسیدگی می‌شود" (مشارکت کننده ۴ دندانپزشک زن). برخی از شرکت کنندگان در مطالعه حاضر به ترس از دندانپزشکی اشاره کرده و آن را عاملی مهم در عدم مراجعه به دندانپزشک می‌دانستند: "ترس باعث شده که نرم دندانپزشکی از آمپول ترس داشتم کشیدن راحت بود می‌کشیدن و راحت می‌شدم اما از آمپول ترس داشتم. این ترس باعث شده که وقتی دندونام خراب شده یا پوسیده شده دیرتر به دندانپزشک مراجعه کنم" (مشارکت کننده ۱۰ خانم ۵۰ ساله).

ب: عوامل غیر قابل کنترل در سلامت دندان: بر اساس اظهارات مشارکت کنندگان در این پژوهش، برخی عوامل غیر قابل کنترل در سلامت دندان به نوعی افراد را مستعد پوسیدگی دندان می‌کند. این مسئله موجبات عدم کنترل سلامتی را در افراد فراهم ساخته و سلامت این عضو را خارج از کنترل فرد می‌کند. مشارکت کنندگان ارث و حاملگی را دو عامل مهم غیر قابل کنترل در سلامت دندان می‌دانستند: "مواد مغذی بدن انسان ویتامین سی و کلسیم برای بارداری مصرف میشه. هم اینکه در طول بارداری آدم چون کسل تر میشه و بی‌قراره شاید حوصله نمیکنه که به دهان و دندانش برسه. شایدم فلور طبیعی داخل دهان عوض بشه" (مشارکت کننده ۸ خانم ۴۷ ساله). "آخه زمان بارداری نمی‌شه حتی به اون آمپول تزریق کرد ما نمی‌تونیم برای زن باردار هیچ کاری انجام بدیم این باعث میشه طرف نتونه غذا بخوره التهاب پیدا کنه و درد داشته باشه و یکسری

یا همان باورهای دینی و مذهبی، انگیزه لازم را برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه و سالم فراهم می‌کند. از این رو آفرینش دندان توسط خداوند و قدردانی از این موهبت عاملی جهت تصمیم‌گیری برای انجام رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در آنها بوده است:

"هر چی که خدا به آدم داده و طبیعی باشه باید از اون استفاده و مراقبت کنه" (مشارکت کننده ۱۰ خانم ۵۰ ساله).
"در حالی که دندان چیزی است که خدا برای بدن آفریده و در هر صورت کارایی اون از دندان مصنوعی بیشتره" (مشارکت کننده ۵ خانم ۴۷ ساله).

همچنین برخی از مشارکت کنندگان تمیز کردن دندان-هایشان راهی برای تشکر و قدردانی از خدا می‌دانستند:
"خدا تمام بدن را برای ما آفریده ما باید از اونا مراقبت کنیم حالا چه چشم باشه چه دست و چه دندون. خداوند دندان را به ما داده ما باید لیاقت و شایستگی اونو داشته باشیم که از اون محافظت کنیم مسواک بزیم نخ دندان استفاده کنیم" (مشارکت کننده ۶ خانم ۳۸ ساله).

ب: باورهای اجتماعی: مسواک زدن باعث ریزش دندان می‌شود، عدم تأثیر مسواک در تمیز کردن دندان و جرم‌گیری مینای دندان را از بین می‌برد از جمله اعتقادات اجتماعی ممانعت کننده انجام رفتار تمیز کردن دندان در بین مشارکت کنندگان و از مهمترین عواملی بودند که آنان برای تمیز کردن و رسیدگی به دندان‌هایشان اقدام نکنند.
"جرم‌گیری مرتب مینای دندان را از بین می‌برد و باز بعد از مدتی دوباره جرم آن را می‌گیرد" (مشارکت کننده ۷ خانم ۳۶ ساله).

"مادری تا حالا برای بچش مسواک نزده اون مادر می‌گه اگه بچه اش مسواک بزنه دندان هایش می‌ریزه باورشون اشتباهه" (مشارکت کننده ۴ دندانپزشک ۳۴ ساله).

زنان مشارکت به دلیل عدم آگاهی باور داشتند که دندان مصنوعی بهتر از دندان طبیعی است و نیاز به مراقبت، تمیز کردن و مراجعه به دندانپزشک ندارد و آنها را از عفونت‌های

است. "بخاطر زیبایی و خیلی چیزای دیگه اهمیت دندان بیشتره و بر زندگی خیلیا تأثیر داره" (مشارکت کننده ۱۱ دندانپزشک زن)

ب: روشهای حفظ دندان: مطابق با اظهارات شرکت کنندگان، آنچه مسلم است اگر آگاهی در زمینه‌ی روش‌های مراقبت از دهان و دندان افزایش یافته، رفتارهای حفظ دندان به درستی صورت گرفته و به روش صحیح انجام گیرد، زمینه ساز دندان‌های سالم می‌شود. بر اساس داده‌های این مطالعه روشهای حفظ دندان شامل روشهای فردی محافظت از دندان و روشهای درمانی محافظت از دندان موجبات پیشگیری از پوسیدگی دندان را فراهم ساخته، منجر به دندان‌های سالم و تمیز شده و نیز زنان را به سوی انجام صحیح، بیشتر و بهتر رفتارهای حفاظتی دندان سوق می‌دهد.
"به خاطر اینکه دندونم سالم باشه، ضایع نشه و همشو یکی یکی نکشم مسواک می‌زنم" (مشارکت کننده ۱۲ خانم ۲۴ ساله).

"باید نظافتو رعایت کنن خمیر دندان و نخ دندان استفاده کنن و از چیزای گرم و سرد با همدیگه پرهیز کنن" (مشارکت کننده ۱۸ خانم ۴۸ ساله).

"برای اینکه دندونام سالم بمونه اونارو پر کردم بعضی هاشونم جرم‌گیری کردم" (مشارکت کننده ۳ خانم ۵۰ ساله).

"رفتم تشکیل پرونده دندانپزشکی دادم هر دندانم که لازم بوده پر کردم یا عصب کشی شدن" (مشارکت کننده ۱ خانم ۳۷ ساله).

باورهای مؤثر در سلامت دندان: اکثریت مشارکت کنندگان، پیشگیری از پوسیدگی دندان و انجام رفتارهای مرتبط با سلامت دندان‌هایشان را ناشی از باورهای دینی برانگیزاننده در زمینه دهان و دندان سالم میدانستند.

الف: باورهای دینی: به اعتقاد بسیاری از زنان اعتقاد به آموزه‌های دینی و تمیز کردن دندان برای ابراز تشکر از خدا

دهانی مصون می دارد.

"دیگه از دست دندونام خسته شدم. عفونت داشت بوی دهنم می اومد ناراحت می شدم و دوست نداشتم اطرافیانم بوی بد دهنمو حس کنن. به خاطر نجات پیدا کردن از این عفونت رفتم همشو کشیدم. باورم بر این بود که مصنوعی خیلی خوبه و بهتره" (مشارکت کننده ۱۰ خانم ۵۰ ساله).

هم چنین باور به درد دندان و مراجعه به دندانپزشک از جمله مهمترین اعتقادات ممانعت کننده در جامعه بوده که بارها از جانب مشارکت کنندگان مطرح گردید. آنها بیان می کردند چون دندان هایشان درد نگرفته و مشکلی برایشان پیش نیامده پس نیازی به مراجعه به دندانپزشک و مراقبت از آنها ندارند:

"وقتی دندونام خراب شده بود به دندونپزشکی رفتم قبل از اون به دندونپزشکی نرفته بودم... چون قبلش دندونام اذیت نمی کرد" (مشارکت کننده ۳ خانم ۵۰ ساله).

"مریض فکر می کند دندان زمانی خراب است که درد داشته باشد و اگر درد نداشته باشد مشکلی ندارد... درد آخرین مرحله ی مراجعه است تا زمانی که درد نداشته باشن نمیان مراجعه کنن یعنی جامعه ما هنوز عادت نکرده و خودشون هنوز عادت نکردن که هر شش ماه یکبار برن چک آپ کنن" (مشارکت کننده ۱۱ دندانپزشک زن).

تلاش برای باز سازی دندان: تلاش برای بازسازی دندان دو زیر طبقه عوامل برانگیزاننده حفظ دندان و تصمیم به استفاده از جایگزین های دندان را شامل شد. برای اغلب مشارکت کنندگان پژوهش حاضر، برخورداری از دندان های تمیز و مرتب و دهان سالم موضوع ارزشمندی بوده و هنگام از دست دادن دندان و تجربه دردناک در این زمینه، اظهار ناراحتی و پشیمانی کرده و در پی آن بودند که دوباره دارای دندان های سالم شوند. بنابراین آنها به دنبال روشی مانند دندان مصنوعی و پروتزهای دندانی بودند که بتواند جایگزینی برای دندان های طبیعی شان باشد. احتمالاً از اظهارات مشارکت کنندگان نیز می توان اینگونه استنباط کرد

که دلیل بی توجهی و عدم مراقبت از دندان های اولیه وجود جایگزینی مانند دندان مصنوعی یا مواد پرکننده و پروتز های دندانی باشد. زیرا آنها دارای این دیدگاه بودند که اگر روزی دندان های اصلی خود را از دست دهند می توانند جایگزینی برای آن بیابند و استفاده از آن را بارها در والدین و اطرافیانشان مشاهده کرده بودند.

الف: عوامل برانگیزاننده حفظ دندان: کاهش ترس از دندانپزشکی، انگیزه هایی همچون تمایل به زیبایی و دوری از درد دندان، اظهار ناراحتی از خراب شدن دندان و تجارب فردی بعثت عدم رعایت بهداشت دهان و دندان از جمله عوامل برانگیزاننده و سوق دهنده جهت مراقبت، پیگیری و دوباره سازی دندان های از دست رفته بودند.

"من خیلی ناراحتم که دندان طبیعی را از دست دادم و حالا دندون مصنوعی داخل دهانم دندونام همش از بین رفت (با ناراحتی) فقط این ۴ تا دندون جلویی طبیعی هستن. حالا احساس پشیمانی می کنم می گم کاش زودتر می رفتم سراغ دندونام" (مشارکت کننده ۱۰ خانم ۵۰ ساله).

"مردم همین که دندونشون درد می گیره و ناراحت میشن اونوقت دندان ها براشون مهم میشه و یا اینکه تجربه ی قبلی دارن" (مشارکت کننده ۱۹ خانم ۳۰ ساله).

"برخی افراد دیگر بخاطر زیبایی و خیلی چیزای دیگه به دندان هایشان بیشتر اهمیت می دهند و این عاملی برای توجه به دندان هایشان است. خود شما می دونید امروزه دستگاهها پیشرفت کردن فکر کنم در آینده دندانپزشکی ترس نداشته باشد یعنی دندانپزشکی بدون درد و همه افراد بیان دندانپزشکی" (مشارکت کننده ۱۱ دندانپزشک زن).

ب: تصمیم به استفاده از جایگزین های دندان: بازسازی دندان منبعث از تجارب مشارکت کنندگانی بود که دندان هایشان تخریب شده و در پی ترمیم مجدد آن بودند. تمایل به دندان مصنوعی و تلاش برای ترمیم دندان از رفتارهایی است که زنان برای بدست آوردن مجدد دندان انجام می دهند.

فرهنگی" و "حمایت اجتماعی" جملگی شرایطی هستند که زمینه عوامل مرتبط با پوسیدگی دندان را در زنان فراهم کرده و نقش تعیین کننده در فرایند پوسیدگی دندان آنان ایفا می کنند.

الف: نقش آموزش: مفهوم نقش آموزش با زیر طبقات "طریقه آموزش" و "اهمیت آموزش در سن کودکی" تبیین گردید. بر طبق اذعان مشارکت کنندگان در مطالعه، توجه به آموزش و روشهای ارائه آن نقشی مؤثر در اتخاذ رفتارهای مرتبط با پوسیدگی دندان دارد.

مشارکت کنندگان در این مطالعه به شیوه های مناسب ارائه پیام های آموزشی اشاره نموده و آن را از جمله دلایل مناسب بودن این برنامه ها در جهت انجام رفتارهای مرتبط با پیشگیری از پوسیدگی دندان می دانستند. طبق اظهارات آنان استفاده از روشهای مشاوره فردی، سخنرانی، آموزش قبل از بارداری در جهت پیشگیری از تخریب دندان و آموزش دادن به همسرانشان تأثیر زیادی بر اصلاح رفتار و نیز انجام رفتارهای بهداشتی مرتبط با دندان دارد:

"باید آگاهی بدن قبل از بارداری، من خودم در اولین فرزندم بیماریو تجربه کردم چون تجربه اولیو داشتم و نمی دونستم اما برای دومی رعایت کردم" (مشارکت کننده ۷ خانم ۳۶ ساله).

"باید به مردها هم آموزش داد. و باید عوارض و آزار و اذیت های دندان درد را برای آنها متذکر شد و به او آموزش داد و از این طریق او هم به خانواده آموزش بده" (مشارکت کننده ۲۳ همسر ۲۳ ساله).

"حالا که ما اینجا هستیم آموزش فیس تو فیس داریم و با ماکت آموزش می دهیم یا پمفلت آموزشی داریم و از این طریق آموزش می دیم اینا روشای مؤثرین" (مشارکت کننده ۱۱ دندانپزشک زن).

در مطالعه حاضر، برخی از مشارکت کنندگان به ارائه آموزش از دوران کودکی اشاره داشته و آن را عاملی مهم در رعایت سلامت دندان در بزرگسالی می دانستند:

"چون جایگزینی برای دندان داریم و اون دندان مصنوعیه مردم به دندان های طبیعی شون اهمیت نمی دن" (مشارکت کننده ۲۱ خانم ۳۲ ساله).

"دندان اگه خراب بشه یا کشیده بشه یه چیز جایگزین داره مثلاً از بچگی بچه ها یاد می گیرن که برن دندان هاشون رو بکشند و بعد وقتی بزرگ شدند یاد می گیرن که از دندان مصنوعی استفاده کنن و بنابراین در بزرگسالی اینو انتخاب می کنن" (مشارکت کننده ۲۰ خانم ۲۵ ساله).

"دندان جایگزین داره وقتی درد گرفت میگن عصب کشی می کنن یا پر می کنن" (مشارکت کننده ۱۸ خانم ۴۸ ساله). از گفته های مشارکت کنندگان اینگونه استنباط می شود که آنان در صدد جبران دندان های از دست رفته از طریق استفاده از دندان هستند اما احتمالاً اگر دانش و آگاهی کافی در مورد دندان های اصلی، روشهای مراقبت از آن، و همچنین دندان مصنوعی و عوارض آن را داشتند مسلماً دارای دندان های سالم بیشتری بوده و کمتر به دندان مصنوعی روی می آوردند.

عوامل محیطی و اجتماعی: براساس پژوهش حاضر، عوامل محیطی و اجتماعی عنصر تعیین کننده رفتار بهداشتی پیرامون زنان است. اطرافیان بویژه همسر، دندانپزشک و چگونگی بازتاب عملکرد آنان، از جمله عوامل مؤثر بر پذیرش رفتارهای مرتبط با پوسیدگی دندان در زنان بوده که ریشه های محیطی و اجتماعی دارد. نهایتاً اینکه قضاوت آنها در خصوص امکان کنترل وقایع و پدیده ها تا حد زیادی وابسته به آموزه های آنها از محیط پیرامون است. با توجه به مطالب پیش گفت عوامل محیطی و اجتماعی را می توان لایه زیرین شکل دهنده نگرش زنان در زمینه های مرتبط با پوسیدگی دندان دانست که می تواند پذیرش رفتارهای سلامت دهان و دندان را به عنوان یک عضو حیاتی به دنبال داشته باشد.

بر اساس یافته های این مطالعه "نقش آموزش"، "نقش دندانپزشک"، "سیاست ها و نظام اجرایی"، "عوامل

از درمان از عوامل مهم در پیدایش اعتماد محسوب شده و نیز عاملی سوق دهنده در جهت انجام رفتار بهداشتی است:

"اولین رضایت مریض این است که درد و مشکل او برطرف شود. باید با بیمار با مهربانی و با او با مدارا رفتار بشه و این در رضایت بیمار مهمه" (مشارکت کننده ۱۱ دندانپزشک زن).

"وسایلیش تمیز و مرتب بود به مریض روحیه می داد می گفت نگران نباشید دندانتان خوب می شود اولش یه جوری برخورد می کنه که آدم نگران نشه و نترسه من همیشه وقتی به دندانپزشکی می رفتم از آمپول او بی حسیش می ترسیدم ولی دکتر یه جوری برخورد می کرد و آمپولو یه جوری تزریق می کرد که من اصلاً ترس نداشتم" (مشارکت کننده ۱۴ خانم ۲۵ ساله).

پ: سیاست‌ها و نظام اجرایی: به اعتقاد بسیاری از مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر، سیاست‌ها و نظام اجرایی، نقشی اساسی برای اتخاذ رفتارهای سالم و کنترل پوسیدگی دندان در مادران دارند. سیاست‌ها و نظام اجرایی با سه زیر طبقه "ضعف سیاست‌های اجرایی"، "سیاست‌های اجرایی برانگیزاننده" و "نقش رسانه‌ها" تبیین گردید.

شرکت کنندگان در این پژوهش در ارتباط با سیاست‌های اجرایی دولت در زمینه پوسیدگی دندان زنان دو طیف سیاست‌های اجرایی ضعیف و مثبت را بیان کردند. مشکل در سیستم آموزشی، عدم وجود بیمه و هزینه‌های بالای درمانی، وجود دستگاه‌های قدیمی و کمبود خدمات درمانی دندانپزشکی در مراکز دولتی از جمله ضعف سیاست‌های اجرایی در زمینه مراقبتهای دندانپزشکی در مادران است:

"مراکز بهداشتی همانطور که واکسن بچه‌ها براشون مهمه به دندان‌ها هم اهمیت بدن و هزینه‌ای برای درمان نگین، مادرا رو هم در این مراکز سریع و زود زود معاینه و درمان کنن" (مشارکت کننده ۱۸ خانم ۴۸ ساله).

"حالا هم هزینه‌های دندانپزشکی خیلی گرونه یه دندون حداقل ۲۰۰ هزار تومن هزینه می بره یه سری نمی تونن اصلاً

"اون که از طفولیت باید به دندان‌ها رسیدگی شود بحثی نیست...زمانیکه من بچه بودم ممکن است اون موقع اصلاً درست مسواک استفاده نکرده باشم" (مشارکت کننده ۱ خانم ۳۷ ساله).

ب: نقش دندانپزشک: 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. بسیاری از مشارکت‌کنندگان تحقیق حاضر، عدم رضایت از دندانپزشک را از جمله دلایل مؤثر در مراجعه به دندانپزشک و پیگیری معاینه‌ها ذکر کردند:

"من تا حالا چندین بار دندانپزشکی رفته ام مدتی دهان و لثه ام دچار عفونت شده بود چند جا رفتم اما دندانپزشکان می‌گفتن چیزی نیست و چند تا دندون منو الکی کشیدن تا نهایتاً یه دندانپزشک گفت عفونته. من ناراحت شدم که چند تا دندونمو از دست دادم و از کار اون دندانپزشکایی که دندون منو کشیدن اصلاً راضی نیستم" (مشارکت کننده ۱۹ خانم ۳۰ ساله).

"آدم دوس داره دندانپزشکان برخوردشون خوب و دلسوزانه باشه به ما جواب بدن و به ما کمک کنن. یه سری خیلی برخوردشون تو این مراکز بده ما خودمون مرکز بهداشت می ریم اونقدر بد برخورد می کنن و جواب نمی دن آدم هم می ترسه این مراکز بره" (مشارکت کننده ۱۷ خانم ۳۳ ساله).

"من خیلی حساس بودم متأسفانه دندانپزشکان دندان را خیلی تراش می دهند بعضی از دندانپزشکان بی تجربه اند و تعهد کاری ندارند و خیلی تراش می دهند و یا کارشان را بلد نیستند بعضی‌ها هم آموزش نمی دهند. گاهی مواد خراب است و خیلی هم تراش می دهند تا به عصب برسد. دندانپزشکان خیلی مؤثر هستند" (مشارکت کننده ۵ خانم ۴۷ ساله).

برخی از مشارکت‌کنندگان رضایت از دندانپزشک را در سلامت دندان‌هایشان مهم بیان کرده بگونه‌ای که رضایت

کنه سطح فرهنگی با سطح تحصیلات و آموزش بالا می رود" (مشارکت کننده ۸ خانم ۴۷ ساله).
 "مسائل مادی هم مهم است. برخی خانمها بی سواد هستند ولی زنان تحصیل کرده که در اجتماع هستند و با دیگران در ارتباط هستند تقریباً رعایت می کنند و اون فرهنگ و آگاهی دارن که مسواک بزنین" (مشارکت کننده ۵ خانم ۴۷ ساله).
 "سلامت دندان ها به سطح تحصیلات هم بستگی داره اونایی که میان اینجا مراجعه می کنند بالاخره تحصیلات دارند و نسبت به خانواده های کم درآمد و خانواده هایی که سطح سواد پایینی دارند این تفاوت زیاد است" (مشارکت کننده ۱۱ دندانپزشک زن).

بحث

تجزیه و تحلیل داده ها فرایند پوسیدگی دندان را از دیدگاه زنان نشان داد. این مطالعه اولین مطالعه کیفی با رویکرد نظریه ی زمینه ای است که به بررسی فرایند پوسیدگی دندان در زنان با هدف درک عمیقتری از تجارب آنان در این زمینه پرداخته است.

مفهوم ارتقای آگاهی در جهت حفظ دندان بعنوان تم اصلی، بیشتر جنبه های آموزشی، اجتماعی، ارتباطی و اتخاذ سیاست های بهداشتی را در بر داشته، بنابراین در این زمینه باید به ویژگی ها و موانع فرهنگی (Cruz et al. 2001) اجتماعی و سیاسی به عنوان یک نیاز مبرم تأکید داشت (Sheiham and Watt 2000). در راستای این مطالعه، در استرالیا Gussy و همکارانش گزارش کردند که زنان به کمبود اطلاعات حمایتی در زمینه ی دهان و دندان اشاره کرده و این را یکی از موانع عمده و سدکننده جهت رسیدگی به سلامت دندان هایشان می دانستند (Gussy et al. 2010). با توجه به یافته های این مطالعه و دیگران، افزایش و ارتقای آگاهی در زمینه ی سلامت دهان و دندان عامل تسهیل کننده ی مهمی در مراقبت از این عضو مهم در زنان می باشد. متعاقب این افزایش آگاهی، فواید و موانع رفتار

اینو پرداخت کنن و بنابراین دندونشونو درست نمی کنن" (مشارکت کننده ۱۷ خانم ۳۳ ساله).

برخی نیز به سیاست های دولت که عاملی انگیزشی برای مراجعه بود اشاره کردند:

"موقع بارداری به مراکز بهداشتی و دندانپزشک مراجعه کردم و اونا به ما آموزش می دادن و ما سعی می کردیم که از دندان هایمان مراقبت کنیم" (مشارکت کننده ۶ خانم ۳۸ ساله).

"وجود بیمه هایی همچون بیمه تکمیلی و بیمه طلایی خیلی خوبه هزینه ها رو کمتر کرده و ما می تونیم حداقل به چند تا از دندونامون تو سال برسیم" (مشارکت کننده ۲۱ خانم ۳۲ ساله).

برخی از مشارکت کنندگان در تحقیق حاضر نقش رسانه ها را در کنترل پوسیدگی دندان مؤثر می دانستند. تأثیر گذاری تلویزیون، پایین بودن تبلیغات رسانه ها و تبلیغ مواد غذایی تخریب کننده دندان از جمله عوامل مهم محسوب می شد.
 "تبلیغات کمه مثلاً روغن و پنک تبلیغ میشه ولی هیچوقت خمیر دندان یا مسواک تبلیغ نمیشه و ..." (مشارکت کننده ۲۰ خانم ۲۵ ساله).

ت: عوامل فرهنگی: مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر به نقش عوامل فرهنگی در قالب دو زیر طبقه "فرهنگ" و "وضعیت اجتماعی-اقتصادی" در ایجاد رفتارهای مرتبط با پوسیدگی دندان در زنان اشاره کردند. بسیاری از آنان اشاره می کردند که جامعه ما، فرهنگ سازی لازم را در زمینه بهداشت دهان و دندان انجام نداده است و شغل مناسب، تحصیلات بالا و درآمد خوب عواملی برای کاهش پوسیدگی دندان محسوب شده و در فرهنگ تأثیر دارد:

"سطح فرهنگ خیلی مهمه حتی وقتی تلویزیون خانه را روشن می کنند بعد برنامه پزشکی و سلامت خانواده را گوش می دهد. سطح فرهنگی یعنی این اگه شما اول بار برای خود و سلامت، بهداشت و تغذیه ات اهمیت قائل باشی، این به شما چی می ده. چه چیزی در تو ایجاد می

تمیز کردن دندان تحت تأثیر قرار گرفته به گونه ای که موانع کاهش و فواید افزایش خواهد یافت.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که در تجارب مشارکت کنندگان ضعف در مراقبت دندان مورد تأکید بوده و به دفعات مطرح گردید. آگاهی و مهارت ناکافی، بی توجهی در حفظ دندان، تغذیه نامناسب، ترس و حاملگی، شرایط مراقبت را برای زنان نامناسب و سخت کرده است. در مطالعه ای کیفی در مالزی Saddki و همکارانش نشان دادند که زنان باردار نسبت به بیماری های دهان و دندان بی-توجه بوده و وضعیت آن را خوب ارزیابی می کردند (Saddki et al. 2010). Marcel و همکارانش در سائوپائولو از طریق مطالعه ای کیفی در زنان بیان کردند که اکثریت آنان به علت تجارب گذشته از درمان ترس داشته و این عاملی برای عدم مراجعه به دندانپزشک بوده است (Laine (Marcel et al. 2008). نیز بیان می کند که حاملگی عاملی برای تهدید لثه و دندان در زنان می باشد (Laine 2002). واقعیت این است که علت از دست رفتن دندان در بیشتر زنان بویژه مادران باردار ناآگاهی در اصول بهداشتی و سلامت دهان و دندان بوده و آنچه در این مرحله ضرورت بیشتری پیدا می کند افزایش آگاهی زنان بویژه قبل از بارداری می باشد. این یافته ها نشان می دهد که لازم است به آموزش زنان در زمینه حفظ و مراقبت دندان ها توجه بیشتری مبذول گردد. احتمالاً آنها دانش و مهارتهای حفظ دندان را کسب نمی کنند و یا اینکه آموزش مراقبت از دندان ها هنوز به طور کامل مبتنی بر علم و اصول صحیح مراقبت نیست. آموزش باید به گونه ای طراحی گردد که عوامل بی توجهی از جمله بی انگیزگی را هدف قرار دهد زیرا انگیزه بر رفتار فردی و خانوادگی تأثیر می گذارد و باعث سهولت و دستیابی به اهداف شده و آمادگی و علاقه بیشتری به انجام رفتار در فرد ایجاد می کند. همچنین در طراحی برنامه های آموزشی نباید از فرایندهای سازگاری با استرس و ترس از درمان و مقابله با آن غفلت کرد.

یکی از موضوعاتی مهمی که مشارکت کنندگان در مطالعه مطرح کرده و نقش پر اهمیتی در مراقبت داشته و یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت از دندان ها می باشد ترس از دندانپزشکی بود. در راستای یافته های این مطالعه Jamieson و Koopu بیان نمودند یکی از دلایل عدم تمایل افراد به مراقبت دهان و دندان ترس از دندانپزشکی است که در اعتقاد و عملکردهای بهداشتی آنان مؤثر است (Jamieson and Koopu 2006). Hilton و همکارانش معتقدند تجارب منفی از درمان، درد دندان و کشیدن آن والدین را در جهت مراجعه به دندانپزشک و دریافت خدمات دندانپزشکی با مشکل مواجهه کرده است (Hilton et al. 2007). ترس از درمان به عنوان تجربه منفی از طریق دوستان، اطرافیان و یا رسانه ها به دست می آید. افراد با تجارب ترس دندانپزشکی کیفیت زندگی پایین تر و نشانه های روانی را گزارش می کنند. جهت مدیریت کردن درمان، بیمار باید قبل و در طول درمان با ترس مقابله کند. رسیدن به موقع به بخش درمان، نشستن در اتاق انتظار و آرام شدن و یا استفاده از روش های آرام سازی و نفس عمیق، حمایت های مادی، عاطفی و جسمی در کاهش ترس و استرس مؤثرند (Bernson et al. 2011).

در مطالعه حاضر برخی از مشارکت کنندگان در مقابل عوامل تخریب کننده دندان از راهبرد محافظت از دندان استفاده کردند. آنان به اهمیت دهان و دندان و جایگاه آن در زندگی از جمله نقش آن در زیبایی، خوردن و صحبت کردن اشاره داشته و روشهای مراقبتی از جمله استفاده از مسواک، نخ دندان و مراجعه به دندانپزشک را برای حفظ سلامت دندان هایشان به کار بردند. در راستای یافته های مطالعه ما Marcel و همکارانش بیان کردند که زنان نقش دندان ها را در زیبایی خلاصه کرده و به نقش عملکردی آن اهمیت نمی دادند (Marcel et al. 2008). Bernson و همکارانش در مطالعه خود گزارش کردند بیماران ضرورت سلامت دهان و دندان را انجام عملکرد های اجتماعی، نگاه های تازه و

خانواده و افزایش مشکلات بهداشتی منجر خواهد شد. همچنین زنان در این پژوهش ارائه توصیه های پیشگیری توسط دندانپزشک، تعهد کاری و روابط مناسب او را با مریض در ردیف رضایت از دندانپزشک و عدم اختصاص وقت و زمان کافی به مریض، بی توجهی به پیشگیری و توجه به منفعت مالی را در ردیف عدم رضایت از دندانپزشک قرار داده و آنها را عوامل مهمی در مراجعه به دندانپزشک بیان کردند. Al-Hussyeen Al Johara بیان می کند که رضایت از کار دندانپزشک با رضایت از کیفیت کار، تجهیزات مناسب، ارتباط و برخورد کارمندان و مطب تخصصی در ارتباط است. رضایت مفهومی چند بعدی بوده و پنج عامل تسهیلات، امکانات، هزینه، عوامل بین فردی و صلاحیت و شایستگی تکنیکی در آن نقش دارد. رضایت از درمان در مراقبتهای آتی بیمار نقش داشته و منجر به کاهش درد و اضطراب در وی می گردد. از طرفی نارضایتی از درمان با عدم تعهد به درمانهای پیشنهادی و کارایی پایین درمان در ارتباط است (Al Johara and Al-Hussyeen 2010). بنابراین دندانپزشکان در فرایند درمان باید به عوامل همدلی، احترام و اعتماد، مهارت های ارتباطی کلامی و غیر کلامی، مهارتهای دستی و تجهیزات مناسب برای درمان توجه نمایند. ضعف در زمینه شیوه های مطلوب ارائه آموزش، بی توجهی و عدم اختصاص زمان کافی به بهداشت دهان از نقایص سیستم آموزشی است که به اعتقاد مشارکت کنندگان بر رفتار های مرتبط با ایجاد پوسیدگی دندان در آنان تأثیر می گذارد. همسو با یافته های این مطالعه، Taylor و همکاران و Sheiham و Watt در پژوهشهای خود گزارش کردند که مداخلات آموزش سلامت، کارایی لازم را در پیشگیری از بیماری های دهان و دندان نداشته اند (Sheiham and Watt 2000; Taylor et al. 2007). Loignon و همکاران صرف زمان و ایجاد همدردی و تمایل به ارتباط مستقیم و چهره به چهره با بیماران را در زمینه آموزش مفید ارزیابی کردند (Loignon et al. 2010). برای ترغیب افراد جهت اتخاذ روشهای

جذاب، توانایی خوردن، حرف زدن، خندیدن همراه با دیگران و شرکت در فعالیت ها و روابط اجتماعی بیان می نمودند (Bernson et al. 2011)، در این رابطه Stokes و همکاران نیز اظهار می دارند که افراد دلیل رعایت بهداشت دهان و دندان را دست یافتن به ظاهر زیبا می دانستند (Stokes et al. 2006). این در حالی است که مشارکت کنندگان در مطالعه ما به نقش عملکردی دهان و دندان از جمله خوردن و صحبت کردن و پیشگیری از بیماری های دستگاه گوارش نسبت به نقش آن در زیبایی ظاهری بیشتر اشاره داشتند. در برنامه های آموزشی ارائه شده به زنان باید اهمیت و جایگاه دهان و دندان را در زندگی پررنگ کرده و آثار نامطلوب عدم رسیدگی به دندانها را بیشتر جلوه داد.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که در تجارب مشارکت کنندگان عوامل محیطی و اجتماعی بعنوان شرایط میانجی و مداخله گر مورد تأکید بوده و نقش دندانپزشک، آموزش، سیاست های اجرایی، فرهنگی و حمایت اجتماعی در جهت پیشگیری از بیماری های دهان و دندان و سلامت آن به دفعات مطرح گردید. زنان شرکت کننده در این مطالعه به جایگاه حمایتی خانواده بویژه همسرانشان اشاره کرده و آنان را حامی و پشتیبان خود دانسته و به نقش آنان در پیشگیری از بیماری ها از جمله بیماری های دهان و دندان تأکید داشتند. Fisher-Owens و همکارانش نیز گزارش می کنند حمایت های اجتماعی خانواده با بهداشت دهان و دندان سالم در ارتباط بوده و فراهم کننده انتخاب های بهداشتی و سبک زندگی سالم می باشد (Fisher-Owens et al. 2007). خانواده یکی از مهم ترین عوامل مؤثر در رشد همه جانبه ی کودک است. در خانواده است که کودک نخستین چشم انداز از جهان پیرامون را به دست آورده و احساس وجود می کند و می آموزد که چگونه انواع رفتارها را انجام دهد. اگر ستونهای رفتارهای بهداشتی این نهاد محکم اجتماعی سست باشد به کاهش کیفیت رفتار در

افراد از طریق اعتقادات افراد در زندگی شکل داده می‌شود و باورهای موجود در محیط زندگی افراد تعیین کننده و محدودکننده رفتارهای بهداشتی هستند (Luzzi and Spencer 2008).

شرکت کنندگان در این مطالعه زمینه فرهنگی بهداشت دهان را حایز اهمیت دانسته اما فرهنگ سازی در آن را ضعیف می دانستند. همسو با یافته‌های این مطالعه، بررسی‌های انجام شده در کشورهای مختلف بیانگر تأثیر فرهنگ در دسترسی به مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان و ضعف فرهنگی در این زمینه است. در چین پوسیدگی دندان جزئی از بدن تلقی شده، افراد به خود درمانی بیماری در خانه پرداخته و خود را از مراجعه به دندانپزشک مبرا می دانستند. همچنین مفاهیم پیشگیری نیز تحت تأثیر عوامل فرهنگی بوده در برخی فرهنگها مردم معتقد به عدم کنترل وقایع درآینده هستند. با درک چرایی و چگونگی تأثیر اعتقادات فرهنگی بعنوان موانع دریافت خدمات بهداشتی دهان، دسترسی به سرویسها و خدمات بهداشتی تسهیل می گردد (Hilton et al. 2007).

تلاش برای بازسازی دندان پیامد حاصله از راهبردهای محافظت از دندان بود که تحت تأثیر شرایط مداخله ای یعنی عوامل محیطی و اجتماعی و شرایط زمینه ای یعنی باورهای مؤثر در سلامت دندان ایجاد گردید. پیامد تلاش برای بازسازی دندان هنگامی رخ داده که مادران با بیماری دهان و دندان مواجه شده، اظهار ناراحتی و پشیمانی کرده، این مشکل را جدی گرفته و در پی سلامت مجدد دندان بر می‌آمدند. مادران شرکت کننده در این بررسی دندان مصنوعی را جایگزین مناسبی برای دندان طبیعی دانسته اما هنگام کاربرد آن اظهار نارضایتی می کردند. از یافته ها اینگونه استنباط می گردد که مادران به علت عدم آگاهی و عدم درک اهمیت دندان های اصلی در زندگیشان تصور کرده که دندان های مصنوعی همان کارایی و کاربرد دندان طبیعی را داشته و این در حالی است که با عوارض از دست دندان دایمی آشنایی ندارند. در این رابطه Jung و Kim می گویند: بیماری‌های

پیشگیری از بیماری های دندان و رفتارهای خود مراقبتی، باید مهارت های کاربردی رفتارهای بهداشتی دهان در زندگی واقعی آموزش داده شده و به کارگیری شود. تغییر الگوی رفتاری و ایجاد رفتار ثابت مشکل بوده و نیز تغییرات رفتاری نیازمند تعهد زمانی، صرف انرژی و فرایند بلند مدت می باشند. همچنین زنان شرکت کننده در مطالعه، عملکرد سیستم اجرایی جامعه را در زمینه بهداشت دهان ضعیف ارزیابی کردند، این در حالی است که عوامل اجتماعی و سیاسی در بهداشت دهان حایز اهمیت هستند (Sheiham and Watt 2000). همسو با یافته های ما، Hilton موانع متعددی در دسترسی به مراقبتهای دهان و دندان را بیان کرده که شامل: عدم پوشش بیمه ای و توانایی پرداخت، کمبود مراقبان بهداشتی و صلاحیت فرهنگی آنان، موانع مربوط به دسترسی به خدمات سیستم دندانپزشکی و اتلاف زمان جهت دریافت خدمات در بخش دولتی می باشد (Hilton et al. 2007). با توجه به این یافته ها نمی توان در فرایند پوسیدگی دندان و یا ایجاد بیماری های دهان و دندان زنان را محکوم کرده و آنان را مقصر اصلی در ایجاد بیماری خود دانست آنان تمایل خود را برای پیگیری سلامت دهان و دندان ابراز داشته اما از طرف محیط درمانی و اجتماعی حمایت نشده اند. نقش باورهای دینی و اجتماعی یکی از طبقات بیان شده از طرف مشارکت کنندگان مطالعه حاضر بود که عاملی برای تصمیم گیری در مراقبت دهان و دندان محسوب می شد. در مطالعه Javali و Pandit در هند در دو گروه مذهبی هندوها و غیر هندوها مذهب، باورها و اعتقادات اجتماعی را عامل مهم و مرتبطی با بیماری های پرودنتال می دانستند (Javali and Pandit 2010). همچنین اعتقاد و باور جامعه به زیبایی ظاهر بویژه ظاهر دندان و اصلاح عملکرد اجتماعی از دیگر عوامل اثر گذار در تصمیم به مراقبت می - باشد (Jung and Kim 2008). Luzzi و Spencer نیز گزارش می‌کنند که رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در

مادران بیان کرد. اگر چه یافته‌های مطالعات کیفی قابلیت تعمیم نداشته و این از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد، اما نتایج پژوهش حاضر می‌تواند زمینه ساز تعامل بیشتر بین بیماران، دندانپزشکان، سیاست‌گذاران اجرایی و طراحان برنامه‌های آموزش سلامت باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تبیین عوامل مؤثر بر ایجاد موانع و مشکلات در سلامت دهان و دندان از دیدگاه کارمندان مراکز بهداشتی-درمانی و دندانپزشکان و نیز در گروه‌های مختلف با عقاید فرهنگی-اجتماعی متفاوت در برنامه پژوهش‌های بعدی قرار گرفته و با انجام مطالعات در مناطق و جمعیت‌های مختلف محدودیت این مطالعه نیز رفع گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره ۹۱/۸۹ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار داده و نیز از تمامی زنان عزیزی 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.

دهان، پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریدنتال در استفاده از پروتزهای دندانی نقش دارد (Jung and Kim 2008). اگر اهمیت پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان نسبت به درمان برای زنان به وضوح و روشنی بیان می‌گردد احتمالاً آنان هیچ وقت به دندان‌های مصنوعی بعنوان جایگزینی برای دندان‌هایشان تمایل نداشتند اما هنگامی که دندان‌های خود را از دست داده و در روند و سبک زندگی‌شان اختلال ایجاد می‌شود چاره‌ای جز استفاده از آن ندارند.

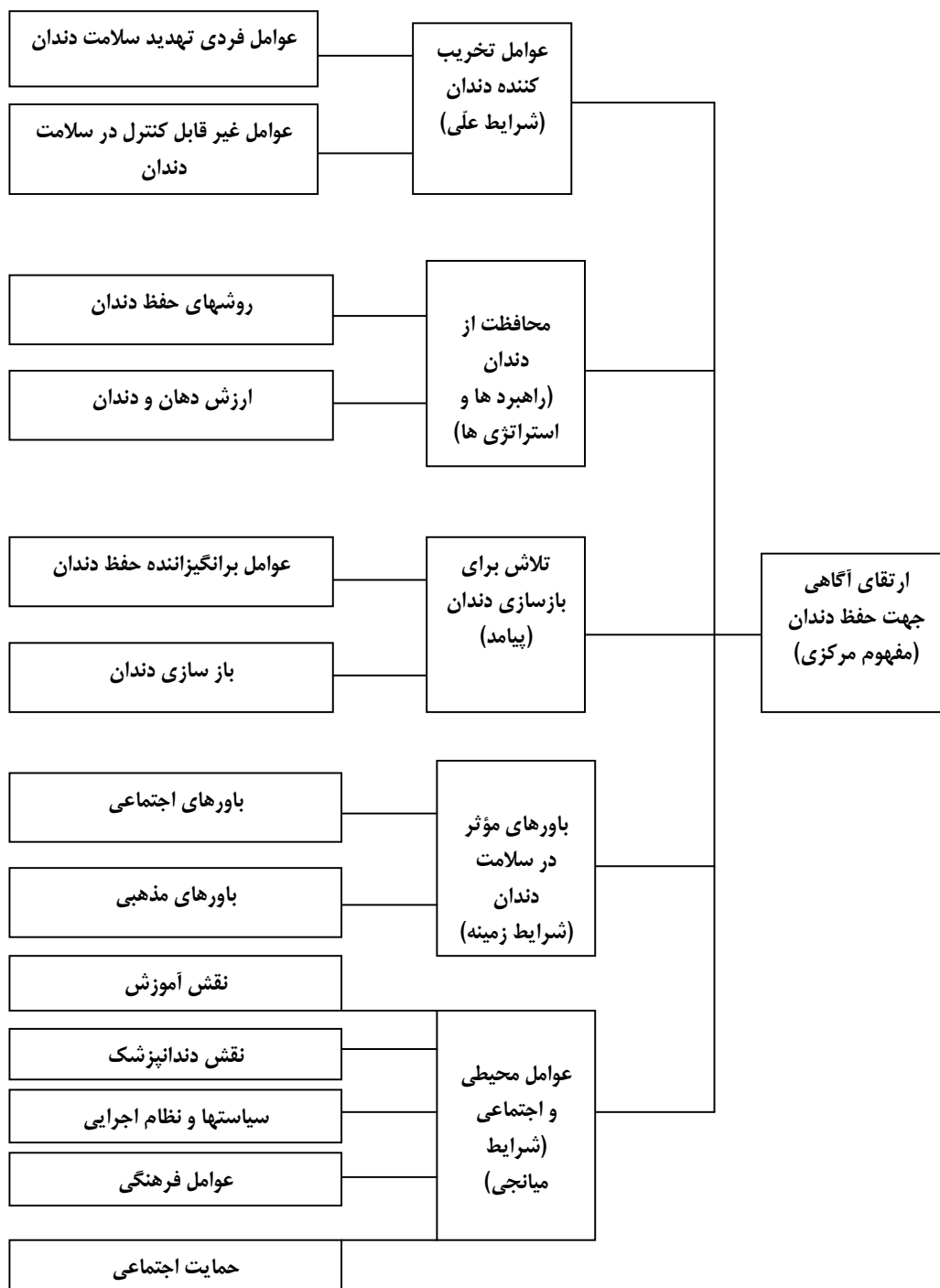
نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که افزایش دانش و آگاهی مادران در رابطه با سلامت دهان و دندان بیشتر جنبه‌های آموزشی، اجتماعی، ارتباطی و اتخاذ سیاست‌های بهداشتی را در بر داشته و در این زمینه توجه به ویژگی‌ها و موانع فرهنگی و اجتماعی امری اجتناب‌ناپذیر است. استفاده از تجربیات مادران در این مطالعه می‌تواند در 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

جدول ۱- مشخصات و اطلاعات شرکت کنندگان در مطالعه تبیین فرآیند پوسیدگی دندان در زنان

۷	درد دندان، پوسیدگی دندان، دندان کشیده و پر شده	
۴	دندان مصنوعی	تعداد مشارکت کنندگان
۲	دندان درد، دندان کشیده، پوسیده، پر شده و خونریزی لثه	اصلی
۳	دندان درد، پوسیدگی دندان، عصب کشی و پر شده	
۲	درد دندان، دندان کشیده و دندان پوسیده	روش انتخاب
	نمونه گیری هدفمند و نمونه گیری نظری	سن زنان
	۲۴-۵۰	
۱۱	خانه دار	شغل زنان
۷	کارمند	
۸	کارگر	شغل همسر
۱۰	کارمند	
۱۱	ابتدایی	تحصیلات زنان
۲	دیپلم و فوق دیپلم	
۵	لیسانس و بالاتر	
۹	ابتدایی	تحصیلات همسر
۲	دیپلم و فوق دیپلم	
۷	لیسانس و بالاتر	

شکل ۱- مفاهیم مربوط به فرایند کنترل پوسیدگی دندان در مادران



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.
- Al Johara, and Al-Hussyeen, 2010. Factors affecting utilization of dental health services and satisfaction among adolescent females in riyadh city. *The Saudi Dental Journal* 22, pp. 19-25.
- Andrade, M.R., Canabarro, A. and Moliterno, L.F., 2012. Experience of dental caries in mother/child pairs: Association between risk indicators and dental caries. *Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre*, 60, pp. 179-185.
- Bagramian, R.A., Garcia-Godoy, F. and Volpe, A.R., 2009. The global increase in dental caries. *A pending public health crisis*. 22, pp. 3-8.
- 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.
- Christensen, P., 2004. The health-promoting family: A conceptual framework for future research. 59, pp. 377-387.
- 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.
- Fallahi, A. and Tavakoli, G., 2013. The effect of educating mothers in inter-dental cleaning behavior on their children's dental health behavior: testing the transtheoretical model. *Journal of health education and health promotion*, 1, pp. 5-12.
- Fisher-Owens, S., Gansky, S., Platt, L., Weintraub, J., Soobader, M., Bramlett, M. and Newacheck, P., 2007. Influences on children's oral health: A conceptual model. *Pediatrics*, 120, pp. 510-520.
- Gharizadeh, N., Haghizadeh, M.H., Sabarhaji, W. and Karimi, A., 2005. A study of dmft and oral hygiene and gingival status among pregnant women attending Ahwaz health centres. *Sci Med J Ahvaz Jundishapur Univ Med Sci*, 43, pp. 40-47 [In Persian].
- Gussy, M.G., Waters, E., Riggs, E. and Kilpatrick, N.M., 2010. Mother's perceptions of mainstream dental health messages for their children: A qualitative study. *Adohta Journal*, pp. 20-27.
- Gustavo, D., Cruzlawrence, C., Shulmanjayanth, V. and Kumarchristian, R., 2007. The cultural and social context of oral and pharyngeal cancer risk and control among hispanics in New York. *Journal of Health Care*, 18, pp. 833-846.
- 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.
- Hobdell, M., Petersen, P.E., Clarkson, J. and Johnson, N., 2003. Global goals for oral health 2020. *J Int Dent*, 53, pp. 285-288.
- 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.
- Honkala, S. and Al-Ansari, J., 2005. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in kuwait. *J Clin Periodontol*, 32, pp. 809-814.
- Jamieson, L. and Koopu, P., 2006. Exploring factors that influence child use of dental services and toothbrushing in New Zealand. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34, pp. 410-418.
- Javali, S. and Pandit, P., 2010. A comparison of ordinal regression models in an analysis of factors associated with periodontal disease. *J Indian Soc Periodontol*, 14, pp. 155-159.
- Jung, H. and Kim, H., 2008. Factors affecting patients' decision-making for dental prosthetic treatment. *J Korean Acad Prosthodont*, 46, pp. 610-619.
- Lafzy, A., Abolfazly, N. and Momeni, M., 2005. Study of the role of oral health education in reducing plaque. *Journal of Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 23, pp. 475-483.
- Laine, M., 2002. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand*, 60, pp. 257-264.

- 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.
- López Del Valle, L., 2010. Dental and periodontal health and treatment needs in a mother/child rural puerto rican population. *Prhsj*, 29, pp. 36-39.
- Luzzi, L. and Spencer, A., 2008. Factors influencing the use of public dental services: An application of the theory of planned behavior. *Bmc Health Services Research*, 8, pp. 93-107.
- Marcel, S., Duarte De, A.C. and Capel, P., 2008. Oral health and dental care: The social representations of mothers who attend a public health service. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 18, pp. 66-78.
- Naderifar, M., Ghaljaei, F. and Akbarizadeh, M., 2010. Determination of the mothers' practice about orodental health of their children up to six years old. *Journal of Zahedan University of Medical Sciences* 12, pp. 43-48 [In Persian].
- 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.
- Petersen, P.E., 2005. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol*, 33, pp. 274-279.
- Saddki, N., Yusoff, A. and Hwang, Y., 2010. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in hospital universiti sains malaysia. *Bmc Public Health*, 10, P. 75.
- Saied-Moallemi, Z., Murtomaa, H. and Tehranchi, A., 2007. Virtanen I. oral health behavior of Iranian mothers and their 9-years-ordchildren. 5, pp. 263-269.
- 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.
- Stokes, E., Ashcroft, A. and Platt, M., 2006. Determining liverpool adolescents' beliefs and attitudes in relation to oral health. *Health Educ Res*, 21, pp. 192-205.
- Strauss, A. and Corbin, J., 1998. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*, Newbery Park, Sage Publication.
- Struss, A. and Corbin, J., 2007. *Basic of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*, Sage publication.
- Szatko, F., Wierzbicka, M., Dybizbanska, E., Struzycka, I. and Iwanicka-Frankowska, E., 2004. Oral health of polish three-year-olds and mothers' oral health-related knowledge. *Community Dent Health*, 21, pp. 175-180.
- 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 beliefmodel (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.
- Watt, R.G., 2002. Emerging theories into the social determinants of health: Implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol*, 30, pp. 241-247.

Explaining process of dental caries from women's viewpoint: study with grounded theory approach

Hashemian, M., MSc. Department of Health Education, Faculty of Health, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar, Iran

Fallahi, A., Ph.D. Students, Department of Public Health, School of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran-Corresponding author: arezofalahi91@yahoo.com

Gharibi, F., BSc. Research Expert of Deputy of Research and Technology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Fallahi, P., BSc. Computer Expert College of Technical - Professional, Sanandaj University of Girly Technical – Professional, Sanandaj, Iran

Received: May 10, 2013

Accepted: Sep 17, 2013

ABSTRACT

Background and Aim: women's barriers and beliefs are important in the care of teeth and oral health in family and it influence on family's goals, values and health behavior. Depend on the role of women in shaping health behaviors in family and explain their experiences in the field of oral and dental diseases, the aim of this study was to apply grounded theory approach to develop a process about dental caries in women.

Materials and Methods: A grounded theory design was used for data gathering and analysis. 23 participants including 18 women, 3 dentists and 2 spouses were chosen through purposive and theoretical sampling methods. Face to face and semi-structured interviews and two focus groups were held to gather data. Interviews were recorded, taped and analyzed via the grounded theory method developed by Strauss and Corbin. In order to support the validity and rigor of the data, different criteria such as acceptability, confirmability and transferability were utilized.

Results: During the data analysis, the core category of "Promoting acknowledge for preservation of teeth" and five main themes of "destructive factors of teeth", "maintaining dental", "social and environmental factors", "Effective believes in dental health" and "Trying to rebuild teeth" were developed.

Conclusion: To prevent of oral and dental disease, promoting women's awareness is not only individual factor but also family, dentist, social and religious believers and policies and executive systems are important. The findings of this study can be effective in designing educational appropriate models in women's oral and dental health and also may be useful for developing educational context in dentists and policymakers.

Key words: Qualitative approach, Grounded theory, Dental caries, Dental health