

## *Investigation of Barriers of Access to Children's Oral and Dental Health Services from the Point of View of Mothers Referring to Health Centers of Qom City, 2016 (Iran)*

Yasamin Barakian<sup>1</sup>, Fatemeh Matin<sup>1\*</sup>, Hamid Asayesh<sup>2</sup>, Roshanak Montazeri<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Oral & Maxillofacial Diseases, Faculty of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

<sup>2</sup>Department of Medical Emergencies, Faculty of Paramedical Sciences, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

<sup>3</sup>Department Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran.

\*Corresponding Author:  
**Fatemeh Matin**, Department of Oral & Maxillofacial Diseases, Faculty of Dentistry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:  
dr.matin2012@yahoo.com

Received: 23 Sep, 2016

Accepted: 29 Jan, 2017

### **Abstract**

**Background and Objectives:** Adequate access to oral and dental health services in childhood can reduce long-term complications in the following years of life. The objective of this study was to determine the barriers of access to children's oral and dental health services from the point of view of mothers referring to health centers in Qom city.

**Methods:** In this cross-sectional study, the statistical population included 325 mothers referred to health centers. Data were collected using a questionnaire consisted of items, including age, educational level, job, and barriers of access to oral health services. Data were analyzed using descriptive statistical indicators and logistic regression test.

**Results:** In this study, lack of insurance coverage for dentistry costs (59.7%) had the highest frequency in barriers of access to dental health services, followed by child's fear of dentistry (53.2%) and high costs of dental services (49.8%). There was no significant relationship between mother's job and barriers of access to dental health services, but the chance of barriers of access to dental health services increased 1.60 times with father's employment in government jobs. Also, the results showed that the chance of barriers of access to dental health services increased 3.60 times with residence in Pardisan region, on the other hand, the chance of access to the services, was improved up to 52% with residence in Tohid region.

**Conclusion:** Expansion of insurance coverage of oral and dental health services and increase of public centers providing dental services can be eliminate the major part of barriers of access to these services. In addition, the proportional distribution of these services in different regions of the city can be effective in easy and low-cost access.

**Keywords:** Dentistry; Oral health; Health services accessibility.

## بررسی موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان کودکان، از دیدگاه مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم، سال ۱۳۹۵

یاسمین برکیان<sup>۱</sup>، فاطمه متین<sup>۱\*</sup>، حمید آسایش<sup>۲</sup>، روشک منتظری<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** دسترسی کافی به خدمات بهداشت دهان و دندان در دوران کودکی می تواند از عوارض طولانی مدت مشکلات دهان و دندان در سالهای بعد زندگی بکاهد. هدف این مطالعه تعیین موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان کودکان، از دیدگاه مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی، جامعه آماری را ۳۲۵ مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی تشکیل می دادند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ای شامل: سن، تحصیلات، شغل و موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان استفاده گردید. داده ها با استفاده از شاخص های آمار توصیفی و آزمون رگرسیون لجستیک تحلیل شدند.

**یافته ها:** در این مطالعه، عدم پوشش هزینه های دندانپزشکی توسط بیمه با ۵۹/۷٪، بیشترین فراوانی و ترس کودک از دندانپزشکی و هزینه های بالای خدمات دندانپزشکی به ترتیب با ۵۳/۲٪ و ۴۹/۸٪ در رتبه های بعدی موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی قرار داشتند. شغل مادر با موانع دسترسی به خدمات، ارتباط معنی داری نداشت؛ ولی اشتغال پدر در مشاغل دولتی به میزان ۱/۶۰ برابر، شانس موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی را افزایش می داد. همچنین نتایج نشان داد سکونت در منطقه پردیسان، شانس عدم دسترسی به خدمات دندانپزشکی را به میزان ۳/۶۰ برابر افزایش می دهد، از سوی دیگر، سکونت در منطقه توحید به میزان ۵۲٪، شانس دسترسی به خدمات را بهبود می بخشد.

**نتیجه گیری:** گسترش پوشش بیمه ای خدمات بهداشت دهان و دندان و افزایش مراکز دولتی ارائه خدمات دندانپزشکی می تواند بخش عمده ای از موانع دسترسی را از بین ببرد، همچنین توزیع متناسب این خدمات در مناطق مختلف شهر نیز بر دسترسی آسان و کم هزینه تر مؤثر است.

**کلید واژه ها:** دندانپزشکی؛ بهداشت دهان و دندان؛ دسترسی به خدمات بهداشتی.

گروه بیمارهای دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

گروه فوریت های پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

گروه دندانپزشکی اطفال، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول مکاتبات:

فاطمه متین، گروه بیمارهای دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:  
dr.matin2012@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۷/۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۹

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Barakian Y, Matin F, Asayesh H, Montazeri R. Investigation of barriers of access to children's oral and dental health services from the point of view of mothers referring to health centers of Qom city, 2016 (Iran).  
Qom Univ Med Sci J 2017;11(5):127-135. [Full Text in Persian]

**مقدمه**

سلامت دهان و دندان به‌عنوان بخشی از سلامت جسمی افراد، از اهمیت بالایی برخوردار است؛ به‌نحوی که اختلال در سلامت دهان و دندان می‌تواند بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد تأثیر منفی داشته باشد (۱). در برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت، بهداشت دهان و دندان، یکی از ارکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه محسوب می‌شود که باید برنامه‌های پیشگیرانه سلامت مورد توجه قرار گیرد (۲). پوسیدگی دندان، یکی از مشکلات شایع در بین کودکان و نوجوانان است که پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت آن می‌تواند ابعاد مختلف سلامت کودکان را تحت تأثیر قرار دهد (۳-۵). براساس تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت، ۹۰-۶۰٪ از کودکان و تقریباً همه بالغین در کشورهای در حال توسعه مبتلا به پوسیدگی دندان هستند. مهم‌ترین شاخص بهداشت دهان و دندان در ایران و جهان، شاخص DMFT بوده که میزان دندان‌های پوسیده، کشیده و پر شده را در گروه‌های مختلف سنی نشان می‌دهد. در ایران، آخرین بار (سال ۱۳۸۳)، این شاخص برای گروه سنی ۱۲ سال به‌صورت کشوری اندازه‌گیری شد و نشان داد هر ایرانی ۱۲ ساله به‌طور متوسط، ۱/۸۶ دندان پوسیده، پر شده و یا کشیده شده دارد؛ این در صورتی است که در کشورهای توسعه‌یافته، این رقم بسیار کمتر از این میزان است و این موضوع، بیانگر ضعف در دسترسی به خدمات دندانپزشکی، به‌ویژه خدمات پیشگیرانه است (۶،۵).

شیوع مشکلات دهان و دندان در حال افزایش بوده و باوجود اینکه اغلب این مشکلات، نیازمند بررسی و درمان است، ولی در بیش از ۵۰٪ از موارد به‌علت برخی موانع، برای درمان به دندانپزشکان ارجاع داده نمی‌شود (۷).

دسترسی مناسب به خدمات سلامت؛ به‌صورت فراهم ساختن خدمات مناسب سلامت در مکان و زمان مناسب تعریف شده و ازجمله عوامل تعیین‌کننده عدالت اجتماعی محسوب می‌شود که با تخصیص عادلانه خدمات سلامت براساس برنامه‌ریزی مناسب تحقق می‌یابد (۶). معمولاً دسترسی به خدمات مراقبتی و درمانی دهان و دندان در کشورهای در حال توسعه، محدود است (۸). دسترسی به خدمات مراقبتی بهداشت دهان و دندان کودکان تحت تأثیر فاکتورهای مختلف مرتبط با بیمار و عوامل مرتبط با

ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت دهان و دندان قرار دارد (۹). براساس مطالعات صورت‌گرفته در این زمینه؛ عوامل فردی، اقتصادی، ساختاری و جغرافیایی از مهم‌ترین عوامل دسترسی به این خدمات هستند (۱۱،۱۰). شواهد موجود نشان می‌دهد سن والدین، تحصیلات، سواد سلامت دهان و دندان، وضعیت اقتصادی، پوشش بیمه‌ای، وجود کلینیک‌های ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای دندانپزشکی، ترس از دندانپزشکی، بارکاری روزانه والدین، ویزیت‌های مکرر دندانپزشکی و مشکلات رفت و آمد ازجمله عوامل مؤثر بر دسترسی به این خدمات هستند (۱۲،۸). در برخی کشورها مانند آلمان، هلند، سوئد، انگلیس، دانمارک و استرالیا برای استفاده از خدمات دندانپزشکی، از بیمه‌های خصوصی استفاده می‌شود و سازمان‌های بیمه‌گر، متعهد به ارائه خدمات هستند. بنابراین، در این کشورها افراد درخصوص مسائل مالی مربوط به دریافت خدمات دندانپزشکی، نگرانی خاصی ندارند؛ در صورتی که در برخی کشورها که این‌گونه حمایت بیمه‌ای برای دسترسی به خدمات دندانپزشکی ضعیف است، دندانپزشکان در یک فضای رقابتی به درمان بیماران خود مشغولند، لذا عوامل مؤثر بر میزان دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان در شرایط اقتصادی و اجتماعی کشورهای مختلف، متفاوت است (۱۳). به‌طورکلی می‌توان عوامل مؤثر بر دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان را به چهار دسته عوامل فردی، جغرافیایی، مالی و ساختاری تقسیم کرد. همچنین بایستی در برنامه‌های ارتقای سلامت دهان و دندان به این موارد توجه نمود تا موانع دسترسی به خدمات به‌صورت متوازن رفع گردد (۱۴). لذا با در نظر گرفتن اهمیت بهداشت دهان و دندان در دوران کودکی و نقش والدین در این زمینه، همچنین تفاوت موانع دسترسی به خدمات در مناطق مختلف، این مطالعه با هدف بررسی موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان کودکان از دیدگاه مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم انجام شد.

**روش بررسی**

در این مطالعه مقطعی، جامعه آماری از ۳۲۵ مادر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی قم تشکیل شده بود. حجم نمونه با توجه فراوانی ۲۲٪ موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد فراوانی) تحلیل شدند. همچنین برای بررسی ارتباط متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، منطقه شهری محل سکونت با موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد؛ به این صورت که نمره کسب شده از مقیاس موانع دسترسی به خدمات به دو حالت (بیش از سه مورد مانع دسترسی و کمتر از سه مورد)، طبقه‌بندی و در مدل رگرسیون لجستیک وارد گردید. سطح معنی داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سن مادران شرکت‌کننده در این مطالعه،  $36/17 \pm 8/29$  سال بود. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۱۸ سال و حداکثر سن، ۵۹ سال برآورد شد. در ۴۱/۸٪ از موارد، پدران دارای تحصیلات دانشگاهی و در ۳۱/۷٪ دارای تحصیلات دیپلم بودند. در مابقی موارد، تحصیلات راهنمایی یا ابتدایی داشتند. در بین شرکت‌کنندگان به ترتیب در ۳۱/۴٪ و ۳۲/۳٪ از موارد، تحصیلات مادران در سطح دانشگاهی و دیپلم بود. براساس گزارش شرکت‌کنندگان، ۳۲/۹٪ از پدران در مشاغل دولتی فعالیت داشتند و ۶۷/۱٪ آنان نیز دارای شغل آزاد بودند. مادران در ۷۱/۷٪ از موارد، خانه‌دار و به ترتیب در ۱۰/۳٪ و ۱۸/۲٪ موارد نیز به صورت دولتی و آزاد فعالیت شغلی داشتند. ۹۱/۱٪ از شرکت‌کننده در مطالعه تحت پوشش بیمه همگانی بودند و فقط در ۳۱/۱٪ از موارد، خانواده‌ها بیمه تکمیلی داشتند. ۶۱/۵٪ از مادران، انجام حداقل یک‌بار ویزیت دندانپزشکی را در طی سال گذشته گزارش کردند و براساس گزارش شرکت‌کنندگان، در ۷۱/۱٪ از موارد، علت آخرین ویزیت دندانپزشکی، درد دندانی کودک بود و تنها ۲۲/۵٪ از شرکت‌کنندگان، علت آخرین ویزیت دندانپزشکی کودک خود را معاینه دندانپزشکی اعلام کردند. ۴/۳٪ از مادران وضعیت بهداشت دهان و دندان کودک خود را عالی و ۲۱/۲٪ نیز آن را در حد خوب ارزیابی کردند. اکثر مادران (۴۵/۵٪)، وضعیت بهداشت دهان و دندان کودک خود را در حد متوسط عنوان کردند.

کودکان در مطالعه اسلامی و همکاران (۱۵)، ضریب اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۲ محاسبه گردید. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد؛ به این صورت که تعداد ۷ مرکز بهداشتی از مناطق مختلف قم، انتخاب و پس از مراجعه به مرکز بهداشتی و انتخاب یکی از پایگاه‌های زیرمجموعه این مراکز، نمونه‌گیری به طور تصادفی از بین مراجعین واجد شرایط ورود به مطالعه صورت گرفت. داشتن کودک ۱۴-۶ سال و سکونت دائم در شهر قم از شرایط ورود به مطالعه بود.

در این مطالعه، داده‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه موانع دسترسی به بهداشت دهان و دندان جمع‌آوری شد. این پرسشنامه شامل: اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت شغلی و تعداد اعضای خانوار) بود.

پرسشنامه موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان دارای بخش‌هایی به شرح زیر است:

۱. **دیدگاه مادر درباره وضعیت کلی سلامت دهان و دندان کودک:** در این بخش مادر وضعیت کلی سلامت دهان و دندان کودک خود را از بین عالی، خوب، متوسط و ضعیف ارزیابی می‌کند.

۲. **بررسی اطلاعات کلی در ارتباط با وضعیت کنونی مراقبت‌های دندانی فرزندان:** این اطلاعات مواردی از قبیل مراجعه به دندانپزشکی، علت مراجعه، محل دریافت خدمات در بیشتر مواقع، وجود یا عدم وجود دندانپزشک شخصی (که به او مراجعه متعدد شده باشد) را شامل می‌شود.

۳. **بررسی موانع و مشکلات مربوط به دسترسی فرزندان به خدمات:** در این بخش، لیستی ۱۵ موردی از موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی ارائه شده که فرد پاسخگو، گزینه‌های مربوط به خود را در آن مشخص می‌کند.

روایی و پایایی پرسشنامه مورد استفاده برای بررسی موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان توسط اسلامی‌پور و همکاران طراحی و روایی و پایایی آن نیز در مطالعه دیدگاه والدین شهر اصفهان در خصوص موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان نیز به تأیید رسیده و میزان آلفای کرونباخ آن، ۰/۷۰ گزارش شده است (۱۵).

عدم پوشش هزینه‌های دندانپزشکی توسط بیمه با ۵۹/۷٪، به عنوان بیشترین فراوانی در بین موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی گزارش شد و ترس کودک از دندانپزشکی و هزینه‌های بالای این خدمات به ترتیب با ۵۳/۲٪ و ۴۹/۸٪ در مرتبه بعدی قرار داشت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: فراوانی انواع موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان

متغیر	تعداد	درصد (%)
مشکل در ایاب و ذهاب برای مراجعه به دندانپزشکی	۴۸	۱۴/۸
فراموشی والدین درباره مراجعه فرزند به دندانپزشکی	۴۱	۱۲/۶
عدم تمایل به بردن فرزند به دندانپزشکی	۱۹	۵/۸
نبود امکان برنامه‌ریزی برای دریافت خدمات در فرصت‌های آزاد والدین	۶۴	۱۹/۷
محدودیت‌های زمانی وابسته به شغل والدین	۵۹	۱۸/۲
مدت زمان زیاد انتظار و اتلاف وقت در مطب	۱۰۱	۳۱/۱
ترس کودک از دندانپزشکی	۱۷۳	۵۳/۲
نبود مراقب دیگر برای مراقبت از سایر فرزندان، هنگام مراجعه به دندانپزشک	۶۶	۲۰/۳
مشکل در یافتن یک دندانپزشک	۵۶	۱۷/۲
مشکل در یافتن دندانپزشک متخصص	۶۱	۱۸/۸
نبود خدمات دندانپزشکی برای بیماران خاص مانند معلولین	۱۳	۴
هزینه‌های بالای خدمات دندانپزشکی	۱۶۲	۴۹/۸
ترس از ابتلا فرزند به بیماری‌های عفونی و عدم رعایت نکات بهداشتی توسط دندانپزشک	۸۱	۲۴/۹
عدم قرارداد دندانپزشکان با بیمه فرزند	۱۶۴	۴۴/۹
عدم پوشش هزینه‌های دندانپزشکی توسط بیمه فرزند	۱۹۴	۵۹/۷

بین شغل مادر با موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی، ارتباط معنی‌داری یافت نشد، ولی اشتغال پدر در مشاغل دولتی به میزان ۱/۶۰ برابر شانس موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی را افزایش داد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان

متغیر	موانع دسترسی M±SD	OR	%95 CI	pvalue
سن	-	۰/۹۹	۰/۹۶-۱/۰۲	۰/۷۰
تحصیلات مادر	ابتدایی	۱/۴۷	۰/۶۴-۳/۳۴	۰/۲۵
	راهنمایی	۳/۹۵±۲/۵۰	۰/۶۰-۲/۵۴	۰/۵۶
	دیپلستان	۴/۰۰±۲/۶۹	۰/۵۱-۲/۰۷	۰/۹۳
تحصیلات پدر	دیپلم	۴/۱۶±۲/۴۷	۰/۹۷-۲/۹۲	۰/۰۶
	دانشگاهی	۳/۶۴±۲/۳۴	-	-
	ابتدایی	۴/۰۰±۲/۲۸	۰/۵۸-۳/۸۷	۰/۳۹
شغل مادر	راهنمایی	۴/۴۶±۲/۷۷	۰/۴۸-۲/۳۴	۰/۸۸
	دیپلستان	۴/۲۲±۲/۳۸	۰/۵۲-۲/۳۲	۰/۷۹
	دیپلم	۳/۸۷±۲/۴۹	۰/۶۰-۱/۶۷	۰/۹۸
شغل پدر	دانشگاهی	۳/۸۱±۲/۲۱	-	-
	خانه‌دار	۴/۰۲±۲/۶۰	۰/۶۹-۲/۱۹	۰/۴۶
	شاغل در بخش دولتی	۴/۱۵±۲/۴۲	۰/۸۰-۴/۶۴	۰/۱۳
بیمه همگانی	شاغل در بخش غیردولتی	۳/۵۴±۲/۰۲	-	-
	دولتی	۴/۲۹±۲/۵۱	۱/۰۳-۲/۶۵	۰/۰۴
	غیردولتی	۳/۷۷±۲/۴۶	-	-
بیمه تکمیلی	دارد	۳/۹۲±۲/۴۷	۰/۳۵-۱/۶۸	۰/۵۲
	ندارد	۴/۲۰±۲/۷۱	-	-
	دارد	۳/۷۷±۲/۶۵	۰/۴۸-۱/۲۳	۰/۲۸
ندارد	۴/۰۳±۲/۴۱	-	-	-

همچنین بین سن مادر، تحصیلات والدین و داشتن بیمه همگانی و تکمیلی با موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان، ارتباط معنی داری وجود نداشت (جدول شماره ۳).

نتایج نشان داد سکونت در منطقه پردیس، شانس عدم دسترسی به خدمات دندانپزشکی را به میزان ۳/۶۰ برابر افزایش می دهد و از سوی دیگر، سکونت در منطقه توحید به میزان ۵۲٪، شانس دسترسی به خدمات را بهبود می بخشد.

جدول شماره ۳: ارتباط موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی با محل سکونت شرکت کنندگان، براساس موقعیت شهری مراکز بهداشتی

متغیر	گروه	موانع دسترسی M±SD	OR	%95 CI	pvalue
پایگاه بهداشتی	توحید (خیابان توحید)	۳/۱۵±۲/۸۷	۰/۴۲	۰/۲۱-۰/۸۵	۰/۰۱
	پردیس (پردیس)	۵/۲۰±۲/۴۷	۳/۶۰	۱/۲۳-۱۰/۵۳	۰/۰۱
	شهید مطهری (میدان سعدی)	۳/۸۰±۲/۳۵	۱/۰۳	۰/۴۹-۲/۱۵	۰/۹۲
	کریمه (خیابان صفائیه)	۴/۴۰±۲/۶۷	۰/۶۹	۰/۲۱-۱/۷۳	۰/۴۳
	باهر (خیابان کلهری)	۳/۴۴±۲/۲۰	۰/۶۹	۰/۲۱-۱/۷۳	۰/۴۳
	سلامت (خیابان ۱۹ دی)	۳/۵۶±۲/۴۷	۰/۴۳	۰/۴۰-۱/۶۰	۰/۵۳
	مفید (بلوار صدوق)	۴/۲۵±۲/۵۳	-	-	-

خدمات دندانپزشکی گزارش گردید (۱۷).

در مطالعه حاضر به بررسی آگاهی والدین در زمینه اهمیت سلامت دهان و دندان کودکان پرداخته نشد، ولی در دو مورد (هزینه خدمات و ترس از اقدامات دندانپزشکی) یافته های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Bhagat و همکاران همخوانی داشت. در پژوهش Schrimshaw و همکاران (سال ۲۰۱۱)، محدودیت و یا عدم وجود پوشش بیمه ای خدمات دندانپزشکی و دشواری دسترسی به این خدمات، از موانع اصلی دسترسی عنوان گردید (۱۸). همچنین Thompson و همکاران (سال ۲۰۱۴) در کانادا به نتایج مشابهی درباره تأثیر منفی کمبود پوشش بیمه ای و هزینه خدمات دندانپزشکی بر میزان دریافت خدمات دست یافتند (۱۹). در این دو مطالعه ذکر شده؛ هدف اصلی، تعیین موانع دسترسی مرتبط با پوشش بیمه ای خدمات دندانپزشکی بوده که در هر دو مورد، یافته های به دست آمده با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

برخلاف موانع اصلی دسترسی به خدمات دندانپزشکی در پژوهش حاضر، در مطالعه Obeidat و همکاران (سال ۲۰۱۴) در کشور اردن، نداشتن زمان کافی به عنوان مهم ترین مانع استفاده از خدمات دندانپزشکی ذکر شد و فقط ۱۵٪ از شرکت کنندگان به علت ترس از دندانپزشکی، از خدمات استفاده نکرده بودند (۲۰). براساس مطالعه Răducanu و همکاران (سال ۲۰۱۲)، میزان شیوع ترس کودکان و نوجوان از دندانپزشکی با استفاده از مقیاس تصویر صورت و چک لیست ترس از دندانپزشکی، ۲۱/۵٪

## بحث

به طور کلی براساس یافته های مطالعه حاضر، در میان فراوانی موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان؛ عدم پوشش هزینه های دندانپزشکی توسط بیمه با ۵۹/۷٪، دارای بیشترین فراوانی و ترس کودک از دندانپزشکی و هزینه های بالای این خدمات به ترتیب با ۵۳/۲٪ و ۴۹/۸٪ در مراتب بعدی موانع دسترسی قرار داشتند. نتایج یک مطالعه انجام شده در شهر اصفهان نیز نشان داد شایع ترین موانع هزینه بالای درمان، عدم پوشش بیمه و ترس فرزندان از دندانپزشکی بوده که با یافته های مطالعه حاضر نسبتاً همخوانی داشت (۱۵). در مطالعه رضایپور و همکاران (سال ۱۳۹۳) در ارتباط با نیازهای برآورده نشده سلامت و موانع دسترسی شهروندان ساکن در شهر تهران مشخص گردید عمده ترین نیاز برآورده نشدن سلامت، به خدمات دندانپزشکی با فراوانی ۴۰٪ اختصاص داشته که یکی از موانع اصلی آن هزینه بالای خدمات و عدم پوشش بیمه ای عنوان شده است (۱۶)، که از نظر وجود موانعی مانند هزینه بالای خدمات و کمبود پوشش بیمه ها با یافته های مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه Bhagat و همکاران (سال ۲۰۱۴) در هند، آگاهی پایین درباره اهمیت سلامت دهان و دندان کودکان، هزینه خدمات دندانپزشکی، مدت زمان انجام این خدمات، بارکاری روزانه والدین، ویزیت های مکرر دندانپزشکی و ترس از انجام اقدامات دندانپزشکی به عنوان موانع عدم مراجعه بیمار برای دریافت

از پوسیدگی دندان مانند فلورایددرمانی و شیارپوش به ترتیب ۳۵/۷٪ و ۲۱/۸٪ بود که در مطالعه جعفری و همکاران که در شهر تهران اجرا شد تنها ۸/۹٪ کودکان دارای شیارپوش بودند (۲۴). در مطالعه حاضر مشخص گردید شغل مادر با موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی، ارتباط معنی داری ندارد، ولی اشتغال پدر در مشاغل دولتی به میزان ۱/۶ برابر، شانس موانع دسترسی به این خدمات را افزایش می‌دهد. سکونت در منطقه پردیسان نیز شانس عدم دسترسی به خدمات دندانپزشکی را به میزان ۳/۶ برابر افزایش می‌داد و از سوی دیگر، سکونت در منطقه توحید، ۵۲٪ شانس دسترسی به خدمات را بهبود می‌بخشید. منطقه پردیسان از مناطق شهری قم است که دارای بافت شهری جدید بوده و در حال حاضر از نظر دسترسی به خدمات دندانپزشکی و سایر خدمات تخصصی بهداشت دهان و دندان، دارای نقاط ضعف متعددی می‌باشد. بر همین اساس، دسترسی مشکل به خدمات دندانپزشکی دور از انتظار نیست، از سوی دیگر، منطقه توحید که در مرکز شهر قم واقع شده، به علت وجود کلینیک‌های دندانپزشکی متعدد در این محدوده و یا دسترسی آسان به کلینیک‌های اطراف آن، می‌تواند قدرت انتخاب خدمات مختلف و دسترسی را بهبود بخشد.

در مطالعه حاضر، منبع کسب اطلاعات برای انتخاب دندانپزشک کودک در ۳۷/۲٪ موارد، از دوستان و آشنایان بود و ۳۲/۵٪ والدین از پزشکان اطلاعات کسب کرده بودند. همچنین به ترتیب در ۷/۴٪ و ۳۲/۹٪ موارد نیز انتخاب دندانپزشک کودک با استفاده از تبلیغات و به صورت تصادفی انجام شده بود که تقریباً با یافته‌های مطالعه اسلامی‌پور و همکاران در اصفهان همخوانی داشت (۱۵) در مطالعه مذکور، ۴۲/۲٪ موارد انتخاب دندانپزشک از طریق دوستان و آشنایان بود و ۳۲٪ نیز به طور تصادفی دندانپزشک خود را انتخاب کرده بودند.

در مطالعه حاضر تنها مادران به عنوان یکی از والدین وارد مطالعه شدند؛ زیرا در اکثر موارد، مادران کودکان را در هنگام دریافت خدمات از مراکز بهداشتی در شهر قم همراهی می‌کنند. بنابراین، عدم بررسی موانع دسترسی از دیدگاه پدران می‌تواند یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر باشد که بایستی در مطالعات آتی به بررسی دیدگاه پدران نیز پرداخته شود.

گزارش شد و میزان شیوع ترس از دندانپزشکی، با سن و جنسیت ارتباط معنی داری داشت (۲۱)، ولی در مطالعه حاضر مادران شرکت کننده در ۵۳/۳٪ از موارد ترس کودکان را به عنوان مانعی در برابر دسترسی به خدمات دندانپزشکی گزارش کردند. با توجه به اینکه این میزان گزارش از ترس، تنها با پرسش از مادر کودک به دست آمده، به نظر می‌رسد والدین کمترین مقاومت کودک در برابر دریافت خدمات دندانپزشکی را به عنوان ترس قلمداد می‌کنند و این در صورتی است که دندانپزشکان متخصص در زمینه ارائه خدمات به کودکان بتوانند از تکنیک‌های مختلفی برای افزایش همکاری کودکان و کاهش اضطراب آنها استفاده کنند. در مطالعه حاضر، ۶۱/۵٪ از مادران انجام حداقل یک بار ویزیت دندانپزشکی برای کودک خود را در سال اخیر گزارش کردند و براساس گزارش شرکت کنندگان، در ۷۱/۱٪ از موارد؛ علت آخرین ویزیت دندانپزشکی، درد دندانی کودک بود و تنها در ۲۲/۵٪ از موارد؛ علت آخرین بار ویزیت دندانپزشکی کودک، معاینه دندانپزشکی عنوان شد. در مطالعه اسلامی‌پور و همکاران در اصفهان نیز در ۵۲/۸٪ از کودکان، حداقل یک بار ویزیت دندانپزشکی در سال گذشته گزارش شد که به ترتیب ۶۸٪ و ۲۲٪ از این ویزیت‌ها به علت درد دندان و معاینه دندانپزشکی بود (۱۵)، که این نتایج تقریباً با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت، ولی در مطالعه حاضر، فراوانی حداقل یک بار ویزیت دندانپزشکی در سال گذشته بیشتر از مطالعه اسلامی‌پور و همکاران بود. در یک مطالعه امریکایی (سال ۲۰۰۹) و یک مطالعه برزیلی (سال ۲۰۰۸) به ترتیب ۷۸٪ و ۵۵٪ از کودکان حداقل یک بار ویزیت دندانپزشکی در سال را دریافت کرده بودند (۲۳، ۲۲). آنچه در مطالعه حاضر شایان توجه است درصد قابل ملاحظه ویزیت دندانپزشکی به علت درد دندان و پایین بودن فراوانی مراجعه منظم به دندانپزشکی برای معاینه سلامت دهان و دندان است که لزوم برنامه‌ریزی برای افزایش آگاهی والدین درباره رفتارهای خودمراقبتی پیشگیرانه سلامت دهان و دندان را مطرح می‌کند، همچنین تلاش برای ایجاد نگرش مثبت در زمینه مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان، به ویژه انجام معاینات دوره‌ای دندانپزشکی است که عمدتاً هزینه زیادی را در بر ندارد. در مطالعه حاضر استفاده از خدمات دندانپزشکی پیشگیری کننده

## نتیجه گیری

می تواند از بسیاری مشکلات بهداشت دهان و دندان، جلوگیری و اثرات ناشی از دسترسی پایین به این خدمات را تعدیل کند.

پوشش بیمه ای خدمات بهداشت دهان و دندان و افزایش مراکز دولتی ارائه خدمات دندانپزشکی می تواند بخش عمده ای از موانع دسترسی به این خدمات را از بین ببرد، همچنین توزیع متناسب این خدمات در مناطق مختلف شهر نیز می تواند بر دسترسی آسان و کم هزینه تر مؤثر باشد. هرچند که رفع بخش عمده ای از موانع موجود در مسیر دسترسی به خدمات دندانپزشکی به سیاست گذاری کلان ملی در زمینه ارائه این خدمات نیازمند است، ولی گسترش خدمات دندانپزشکی پیشگیری در سطح جامعه

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان این مقاله از همکاری مسئولین مراکز بهداشتی در جهت فراهم ساختن امکان نمونه گیری و مشارکت مادران در تکمیل پرسشنامه های این مطالعه، قدردانی و تشکر می نمایند.

## References:

1. Grewal N, Kaur M. Status of oral health awareness in Indian children as compared to Western children: A thought provoking situation (a pilot study). *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007;25(1):15-9.
2. Mazloomi Mahmoodabad SS, Roohani Tonekaboni N. Survey of some related factors to oralhealth in high school female students in Yazd, on the basis of health behavior model (HBM). *J Birjand Univ Med Sci* 2008;15(3):40-7. [Full Text in Persian]
3. Lourenco CB, Saintrain MV, Vieira AP. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr* 2013;13:188.
4. Ramazani N, Poureslami HR, Ahmadi R, Ramazani M. Early childhood caries and the role of pediatricians in its prevention. *Iranian J Pediatr Soc* 2010;12(1):22-30.
5. Ahmadi R, Ramazani N, Nourelahi M. A Comparison of the antiplaque effectiveness of Meridol (AmineFluoride/ Stannous Fluoride) and Irsha Kids mouth rinses in 7-9 year-old children. *Zahedan J Res Med Sci* 2013;15(1):4-10.
6. Rajati F, Kamali K, Parvizy S, Rajati M. Public health customers' experiences of health accessibility: A phenomenological study. *Iran J Epidemiol* 2011;7(2):17-24.
7. Kakatkar G, Bhat N, Nagarajappa R, Prasad V, Sharda A, Asawa K, et al. Barriers to the utilization of dental services in udaipur, India. *J Dent (Tehran)* 2011;8(2):81-9.
8. Baldani MH, Antunes JL. Inequalities in access and utilization of dental services: A cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Publica* 2011;27(2):S272-S83.
9. Rhodes KV, Bisgaier J. Limitations in access to dental and medical specialty care for publicly insured children. *LDI Issue Brief* 2011;16(7):1-4.
10. Shojaeepour R, Behrouzpour K. Assessment of the rate of fear in different dental processes in Kerman dental school, 2007. *J Dent Sch* 2008;26(2):163-70.
11. Ramazani N, Zareban I, Ahmadi R, ZadSirjan S, Daryaean M. Effect of anticipatory guidance presentation methods on the knowledge and attitude of pregnant women relative to maternal, infant and toddler's oral health care. *J Dent Tehran Univ Med Sci* 2014;11(1):22-30.
12. Manhaes AL, Costa AJ. Access to and utilization of dental services in the State of Rio de Janeiro, Brazil: An exploratory study based on the 1998 National Household Sample Survey. *Cad Saude Publica* 2008;24(1):207-18.



13. Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. *Arak Med Univ J* 2010;12(4):92-104. [Full Text in Persian]
14. Khayatan M, Nasiri Pour A, Amini M, Mohamad Nejad S. The effective factors on receivers' access to health care services in Urban Health Care Centers. *J Payavard Salamat* 2011;4(3-4):18-27. [Full Text in Persian]
15. Eslamipour F, Heydari K, Ghayor M, Mousavizadeh L. Access to dental care and its barriers in 6-14-year-old children reported by their parents in Isfahan. *J Isfahan Dent Sch* 2015;11(3):206-15. [Full Text in Persian]
16. Rezapour A, Mahmoudi M, Gorji HA, Bagheri Faradonbeh S, Asadi S, Yusef Zadeh N, et al. A survey of unmet health needs and the related barriers to access them. *J Health Manage* 2014;17(57):87-98. [Full Text in Persian]
17. Bhagat D, Ali Khan MH, Uddin MA. Barriers for parental failure in bringing their children to the dental Clinic-A Questionnaire-based study in Indian population. *Indian J Mednodent Allied Sci* 2014;2(1):17-21.
18. Schrimshaw EW, Siegel K, Wolfson NH, Mitchell DA, Kunzel C. Insurance-related barriers to accessing dental care among African American adults with oral health symptoms in Harlem, New York City. *Am J Public Health* 2011;101(8):1420-8.
19. Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quiñonez C. The potential oral health impact of cost barriers to dental care: Findings from a Canadian population-based study. *BMC Oral Health* 2014;14:78.
20. Obeidat SR, Alsa'di AG, Taani DS. Factors influencing dental care access in Jordanian adults. *BMC Oral Health* 2014;14:127.
21. Răducanu AM, Feraru V, Herteliu C, Angheliescu R. Assessment of the prevalence of dental fear and its causes among children and adolescents attending a department of paediatric dentistry in Bucharest. *OHDMBSC* 2009;8(1):42-9.
22. National Center for Health Statistics (US). Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics (US); 2011 Feb. Report No. p. 2011-1232.
23. Baldani MH, Antunes JL. Inequalities in access and utilization of dental services: A cross-sectional study in an area covered by the family health strategy. *Cad Saude Pub* 2011;27(supl 2):S272-83.
24. Jafari A, Amir Soltani M, Golestan B, Bahrami N. Evaluation of knowledge, attitude and practice of students' parents about fissure sealant therapy. *J Dent Med* 2010;3(4):242-48. [Full Text in Persian]