

## ***Parental Assessment of Access and Barriers to Access to Oral and Dental Health Services in Children Referring to Dentistry Centers in Tehran City, 2018, (Iran)***

***Roshanak Montazeri<sup>1</sup>, Fatemeh Sadeghi<sup>1\*</sup>, Alireza Heidari<sup>1</sup>***

<sup>1</sup>Department Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*Corresponding Author:  
**Fatemeh Sadeghi**; School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email:  
fatemeh.sadeghi1993.com

Received: 23 Dec, 2018  
Accepted: 3 Aug, 2019

### ***Abstract***

***Background and Objectives:*** Promotion of oral and dental health in children is an underlying factor for increased level of community health, which is not achieved without providing desirable dental services. Accessibility and patient satisfaction are two factors affecting oral and dental health services. The aim of this study was to investigate the barriers to access to oral and dental care services in children and satisfaction with these services from the viewpoint of parents referring to dental care centers in Tehran city.

***Methods:*** This descriptive cross-sectional study, was performed on 262 parents of children referred to dental care centers in Tehran city. Data collection tool was a questionnaire containing demographic information, current status of health care, barriers to access to dental care services, and satisfaction with these services. Data were analyzed using regression test.

***Results:*** Ninety-four percent of the parents reported at least one barrier to access to dental care services. The most common barriers, were insufficient dental insurance coverage, wasting a lot of time in the waiting room, and high costs of dental treatment; 91.5% of the children had dental visit during the last year. The reason for the last dental visits in 50.6% of the children, was toothache and in 37.9%, was dental checkups; 45.38% of the children had received preventive dental care. Also, parental satisfaction with dental services for children, was reported to be 50.76%.

***Conclusion:*** Based on the evaluation of many parents, there were barriers to access to children's dental services in Tehran's health care centers. The insufficient dental insurance coverage, high waste of time in waiting room, and high cost of treatment, are the most common mentioned barriers. According to the results, half of the parents, were satisfied with the services received by their children.

***Keywords:*** Health services; Oral hygiene; Patient satisfaction.

DOI: 10.29252/qums.13.7.42

## ارزیابی والدین از دسترسی و موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در کودکان مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی شهر تهران، سال ۱۳۹۷

روشنک منتظری<sup>۱</sup>، فاطمه صادقی<sup>۱\*</sup>، علیرضا حیدری<sup>۱</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان، زمینه ساز افزایش سطح سلامت جامعه و هدف دندانپزشکی کودکان است که بدون ارائه خدمات دندانپزشکی مطلوب محقق نمی گردد. دسترسی و رضایتمندی بیمار، خدمات سلامت دهان و دندان را تحت تأثیر قرار می دهد. در این مطالعه موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان کودکان و رضایتمندی از این خدمات از دیدگاه والدین مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی شهر تهران بررسی گردید.

**روش بررسی:** این مطالعه به روش مقطعی (توصیفی - تحلیلی) بر روی ۲۶۲ نفر از والدین کودکان مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی تهران انجام شد. ابزار گردآوری شامل پرسشنامه ای حاوی بخش های اطلاعات دموگرافیک، وضعیت کنونی مراقبت های بهداشتی، موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی و رضایتمندی از این خدمات بود. داده ها با استفاده از آزمون رگرسیون تحلیل شدند.

**یافته ها:** ۹۴٪ والدین حداقل یک مانع برای دسترسی به خدمات دندانپزشکی را ذکر کردند. شایع ترین موانع به ترتیب: عدم پوشش هزینه های دندانپزشکی توسط بیمه، اتلاف وقت زیاد در اتاق انتظار و هزینه بالای درمان گزارش شد. ۹۱/۵٪ کودکان در سال گذشته، به دندانپزشکی مراجعه کرده بودند و دلیل آخرین مراجعه دندانپزشکی ۵۰/۶٪ کودکان، درد دندان و ۳۷/۹٪ معاینه بود. ۴۵/۳۸٪ کودکان نیز خدمات دندانپزشکی پیشگیری را دریافت کرده بودند. همچنین رضایتمندی والدین از خدمات دندانپزشکی کودکان، ۵۰/۷۶٪ گزارش شد.

**نتیجه گیری:** براساس ارزیابی بسیاری از والدین برای دسترسی به خدمات دندانپزشکی کودکان در مراکز درمانی شهر تهران، موانعی وجود دارد. پوشش ناکافی خدمات بیمه، اتلاف وقت زیاد در اتاق انتظار و هزینه بالای درمان، از شایع ترین این موانع است. طبق نتایج، نیمی از والدین نیز از خدمات دریافت شده توسط فرزندشان رضایت داشته اند.

**کلیدواژه ها:** خدمات سلامت؛ بهداشت دهان؛ رضایت بیمار.

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

\* نویسنده مسئول مکاتبات:

**فاطمه صادقی**؛ دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

fatemeh.sadeghi1993.com

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۰/۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۵/۱۲

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Montazeri R, Sadeghi F, Heidari A. Parental assessment of access and barriers to access to oral and dental health services in children referring to dentistry centers in Tehran City, 2018, (Iran).

Qom Univ Med Sci J 2019;13(7):42-52. [Full Text in Persian]

## مقدمه

سلامت (Health) به‌عنوان منبعی برای زندگی روزمره، به‌معنی توانایی فرد برای شناخت و پاسخ‌گویی به نیازهای فردی و تطابق با محیط اجتماعی است (۱). یکی از بخش‌های مهم سلامت عمومی، سلامت دهان و دندان است. لازمه برخورداری از سلامت دهان و دندان به همراه سلامت عمومی بدن در بزرگسالی؛ همکاری فعالانه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و فراهم کردن دسترسی مناسب به خدمات در دوران کودکی است (۲،۳). دسترسی و بهره‌مندی کافی از خدمات سلامت دهان و دندان در دوران کودکی می‌تواند از بیماری‌های دهان و دندان در آینده پیشگیری کند و با رفع آن‌ها، عوارض طولانی‌مدت ناشی از مشکلات دهان و دندان در سال‌های آتی کاهش یابد (۴،۵).

والدین، اولین عامل مؤثر بر رشد و سلامت کودک در سال‌های نخست زندگی هستند، وابستگی کودکان به والدین و عدم توانایی کودکان در برآوردن نیازهای سلامت دهان و دندان خود، این ضرورت را ایجاد می‌کند که سیاستگذاران به‌منظور اطمینان از دریافت خدمات سلامت توسط کودکان، ابعاد این موضوع را مورد بررسی قرار دهند (۶،۷). برنامه ارتقای سلامت آمریکا در سال ۲۰۱۰ (Healthy People 2010 Understanding and Improving Health) دو هدف مهم در ارتباط با سلامت شامل: یکی افزایش کیفیت و تعداد سال‌های زندگی سالم و دیگری کاهش موانع سلامت را دنبال کرد که یکی از مهم‌ترین راه‌های رسیدن به این اهداف، دسترسی (Access) به خدمات سلامت با کیفیت بود (۸).

دسترسی، یک مفهوم مهم در سیاست‌های سلامت و تحقیقات خدمات بهداشتی است (۹) و به‌معنی فرصت و توانایی استفاده از منابع سلامت در هر شرایطی می‌باشد (۱۰). دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی - درمانی موجب ارتقای سطح سلامت و ایجاد فرصت برابر در جامعه می‌شود (۱۱). دسترسی شامل ابعاد گوناگونی؛ از جمله در دسترس بودن (Availability)، موردپذیرش بودن (Acceptability)، به‌صرفه بودن از لحاظ مالی (Affordability)، کفایت در سیاستگذاری (Policy adequacy)، سازمان‌دهی (Organization) و ارزیابی خدمات (Evaluation) است (۱۲).

موانع دسترسی (Barriers To Access) به خدمات سلامت دهان و دندان به‌عنوان عواملی در نظر گرفته می‌شود که ورود بیماران را به فرآیند درمان مشکلات دهان و دندان کاهش می‌دهد. افراد مرتبط با حرفه دندانپزشکی باید راهکارهایی جهت رفع این موانع و توسعه شیوه‌های دندانپزشکی قابل‌دسترس برنامه‌ریزی کنند (۱۳). براساس تحقیقات انجام‌شده در ایالات متحده آمریکا، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای ارزیابی دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت شامل داشتن بیمه درمانی، سطح درآمد بالاتر و برخورداری از یک تأمین‌کننده اصلی مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌باشند (۸). در ارزیابی دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان، بررسی رضایتمندی (Satisfaction) بیمار یک اصل مهم و غیرقابل‌چشم‌پوشی است (۱۴). موفقیت هر کاردرمانی به‌وسیله موفقیت در ۲ فاکتور درمان و رضایت بیمار به دست می‌آید (۱۵). Chisick و همکاران دسترسی به خدمات را یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های ثابت در میزان رضایتمندی بیماران معرفی کردند (۱۶). طبق مطالعات صورت گرفته، عوامل متعدد مؤثر بر رضایتمندی بیماران در دسترسی به خدمات دندانپزشکی می‌تواند شامل فاصله تا مراکز درمانی، مدت‌زمان انتظار، استریلیزاسیون محیط درمان، رابطه با دندانپزشک، هزینه و... باشد (۱۷).

در کشور باوجود رشد چشمگیر شاخص‌های سلامت در سطح ملی، نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی در بین گروه‌های اجتماعی و جغرافیایی مختلف وجود دارد. نتایج پژوهشی در شهر تهران، میزان دسترسی به خدمات سلامت عمومی را حدود ۸۰٪ گزارش کرد (۱۸). برکیان و همکاران نیز در تحقیقی به بررسی موانع دسترسی به خدمات بهداشت دهان و دندان کودکان، از دیدگاه مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم پرداختند (۱۹)، همچنین براساس پژوهشی مشابه، دسترسی به خدمات دندانپزشکی از دیدگاه والدین در شهر اصفهان بالای ۷۰٪ گزارش شد و مشکل اصلی والدین در این مطالعه مربوط به هزینه‌های بالای درمان، عدم پوشش بیمه‌ها و ترس از دندانپزشکی فرزندان بود (۲).

طبق آمار وزارت بهداشت، شاخص پوسیدگی دندان‌های دائمی (DMFT): تعداد دندان‌های پوسیده، از دست‌رفته و پر شده) کودکان ۱۲ ساله ایرانی در سال ۱۳۹۶، ۱/۸۶ و شاخص پوسیدگی

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن در مطالعه اسلامی‌پور و همکاران در اصفهان تأیید و آلفای کرونباخ برای تمام سؤالات آن بالای ۰/۷ بود، جمع‌آوری شدند (۲). با توجه به نظر متخصصین، سؤالات پرسشنامه اضافه و بعضی حذف گردید. برای توزیع پرسشنامه‌ها به تعدادی از مراکز دندانپزشکی شهر تهران که دارای بخش دندانپزشکی کودکان فعال بودند، مراجعه و پرسشنامه در اختیار والدینی که حداقل یک‌بار خدمات دندانپزشکی برای کودک خود دریافت کرده بودند قرار گرفت. شرکت کنندگان به صورت داوطلب وارد مطالعه شدند و از ایشان خواسته شد به تمام سؤالات با دقت پاسخ دهند.

ابتدا تعداد ۵۰ نفر به صورت pilot با استفاده از گزینه Confidence Intervals of one Proportion نرم‌افزار PASS نسخه ۱۱؛ با در نظر گرفتن  $\alpha=0/5$  و  $p=0/3$  و حدود اطمینان برابر ۰/۱ مورد مطالعه قرار گرفتند و بعد از آنالیز داده‌ها، حجم نمونه برآورد شد.

این پرسشنامه، ۵ حیطه را مورد ارزیابی قرار می‌دهد:

- ۱- خصوصیات دموگرافیک افراد شامل: سن، تحصیلات، جنسیت، تعداد اعضای خانوار و وضعیت برخورداری از بیمه؛
- ۲- وضعیت کنونی مراقبت‌های دندانی کودک؛ از جمله زمان و دلیل آخرین مراجعه دندانپزشکی کودک، استفاده از خدمات پیشگیری و درمانی دندانپزشکی توسط کودک و دیدگاه والد در مورد وضعیت سلامتی دهان و دندان کودک با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ تایی سلامت دهان از عالی تا ضعیف؛
- ۳- شاخص‌های دسترسی به خدمات دندانپزشکی؛ از قبیل مدت زمان، نحوه ایاب و ذهاب به مراکز دندانپزشکی و مدت زمان انتظار برای نوبت دندانپزشکی کودک؛
- ۴- موانع دسترسی فرزندان به خدمات سلامت دهان و دندان با ارائه فهرستی از موانع محتمل (جدول شماره ۱)؛
- ۵- میزان رضایتمندی والدین از خدمات دریافتی سلامت دهان و دندان برای کودک با استفاده از معیار لیکرت ۵ تایی، از بسیار راضی تا بسیار ناراضی.

به لحاظ اخلاقی، پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام شرکت‌کننده جمع‌آوری و به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند.

دندان‌های شیری (dmft) کودکان ۶-۵ ساله در دختران و پسران به ترتیب ۵/۲ و ۵/۱ بوده است (۲۰)، که با اهداف تعیین‌شده سازمان جهانی بهداشت فاصله زیادی دارد (۲۱). این امر می‌تواند زنگ خطر برای مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت دهان و دندان کودکان از جهت عدم وجود سهولت دسترسی برای متقاضیان خدمت، یا کمیت و کیفیت نامطلوب خدمات ارائه‌شده در دو سطح پیشگیری و درمان باشد. یکی از پیش‌نیازهای دسترسی عادلانه، آگاهی از وضعیت فعلی چگونگی بهره‌گیری از خدمات سلامت توسط افراد جامعه است، ولی تعداد کمی از کشورها اطلاعات جامعی در این خصوص جمع‌آوری کرده‌اند و این مهم، به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه مورد غفلت قرار گرفته است (۲۲). این موضوع به‌ویژه با نظر به شاخص پوسیدگی نسبتاً بالای کودکان ایرانی (DMFT و dmft) که بیشتر مورد بحث قرار گرفت حایز اهمیت و نیازمند توجه اساسی است؛ به طوری که شناخت موانع دسترسی به این خدمات، نخستین گام در این راستا به شمار می‌آید. از آنجایی که شهر تهران به‌عنوان پایتخت کشور جمعیت زیادی را در خود جای‌داده و بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت دهان و دندان می‌تواند تأثیر به‌سزایی در سیاست‌گذاری‌های سلامت و بهداشت دهان داشته باشد؛ لذا در این مطالعه دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان کودکان در شهر تهران از دیدگاه والدین مورد ارزیابی قرار گرفت.

## روش بررسی

این مطالعه به روش مقطعی (توصیفی - تحلیلی) بر روی ۲۶۲ نفر از والدین کودکان مراجعه‌کننده به مراکز دندانپزشکی شهر تهران در بهار سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و چندمرحله‌ای بود؛ به این صورت که تعداد ۷ مرکز بهداشتی از مناطق مختلف تهران، انتخاب و پس از مراجعه به مرکز بهداشتی و برگزیدن یکی از پایگاه‌های زیرمجموعه این مراکز، نمونه‌ها به طور تصادفی از بین مراجعین واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل: داشتن فرزند حداکثر ۱۴ ساله، سکونت دائم در شهر تهران، ایرانی بودن و حداقل یک‌بار استفاده از خدمات دندانپزشکی برای کودک بود. عدم رضایت برای شرکت در مطالعه از معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

اکثر خانواده‌ها یک یا دو فرزند داشتند و تفاوت چندانی در فراوانی افراد برخوردار و غیربرخوردار از بیمه مشاهده نشد. تاریخ آخرین ملاقات دندانپزشکی ۹۱/۵٪ کودکان، کمتر از یک‌سال گذشته ذکر شد.

نمودار شماره ۱ توزیع فراوانی دلیل آخرین مراجعه دندانپزشکی کودکان را نشان می‌دهد.

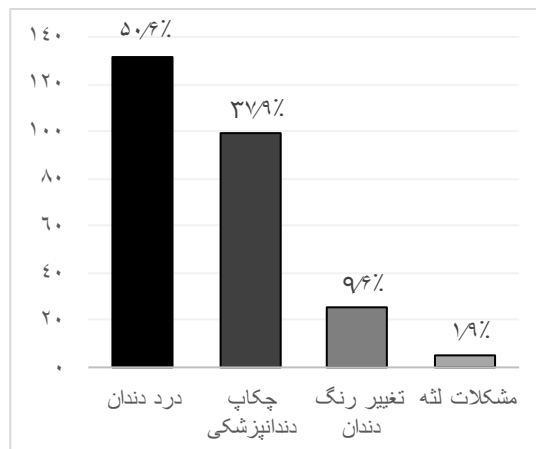
۳۰/۵٪ شرکت‌کنندگان برای درمان مشکلات دهان و دندان کودک خود، دندانپزشک مشخصی داشتند. در مجموع، ۴۵/۳۸٪ کودکان خدمات دندانپزشکی پیشگیری و ۸۰/۴٪ خدمات درمانی دریافت کرده بودند (نمودار شماره ۲). حدود نیمی از والدین وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان را متوسط و نیمی دیگر به‌طور مساوی خوب و ضعیف گزارش کردند (بین عالی تا ضعیف).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲، آزمون رگرسیون لجستیک و خطی (جهت بررسی ارتباط برخی متغیرها به هریک از موانع دسترسی و میزان رضایتمندی والدین)، تجزیه و تحلیل شدند.

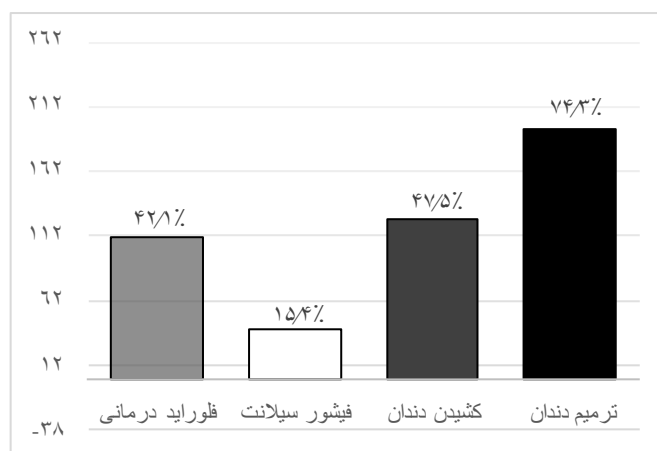
جهت داده‌های توصیفی از روش‌های آماری توصیفی استفاده شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه، ۷۷/۹٪ والدین زن، ۲۲/۱٪ مرد و میانگین سنی آن‌ها ۳۶/۴۹ سال بود. در مجموع، ۵۱/۵٪ دختر و ۴۸/۵٪ پسر مورد بررسی قرار گرفتند. فراوان‌ترین بازه سنی کودکان، ۴-۱۰ سال (۷۹٪) بود. ۸۵/۵٪ مادران و ۷۷/۴٪ پدران، تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند و ۸۸٪ مادران خانه‌دار بودند.



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی دلیل آخرین مراجعه دندانپزشکی کودک.



نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی استفاده از خدمات پیشگیری و درمانی دندانپزشکی توسط کودکان.

دندانپزشکی اورژانسی پیدا نکرده بودند. ۷۷٪ والدین اعلام کردند برای درمان غیراورژانسی فرزند خود، کمتر از یک ماه منتظر نوبت مانده‌اند.

۹۴٪ والدین نیز حداقل یک مانع را در دسترسی خود به خدمات سلامت دهان و دندان ذکر کردند.

فراوانی موانع به ترتیب شیوع در جدول شماره ۱ آمده است.

در زمینه شاخص‌های دسترسی، منبع کسب اطلاعات برای انتخاب دندانپزشک کودک توسط ۴۸/۶٪ والدین؛ دوستان، آشنایان و به ترتیب ۲۷/۱، ۲۲ و ۲/۴٪ معرفی پزشک، تصادفی و تبلیغات گزارش شد. ۶۱/۱٪ شرکت‌کنندگان با وسایل نقلیه عمومی و ۷۹/۲٪ در زمانی بیش از نیم‌ساعت به مراکز دندانپزشکی مراجعه کرده بودند. ۳۱/۷٪ افراد برای درمان‌های اورژانسی فرزند خود بیش از یک روز منتظر مانده و ۴۵/۶٪ تاکنون نیاز به درمان

جدول شماره ۱: موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان

کل	درصد	تعداد	موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان
۲۶۲	۶۰/۳٪	۱۵۸	پوشش ندادن هزینه‌های دندانپزشکی توسط بیمه
۲۶۲	۵۵٪	۱۴۴	اتلاف وقت زیاد در اتاق انتظار
۲۶۲	۵۲/۷٪	۱۳۸	هزینه‌های بالای دندانپزشکی
۲۶۲	۴۲/۷٪	۱۱۲	مشکل در ایاب و ذهاب
۲۶۲	۳۸/۵٪	۱۰۱	ترس کودک از دندانپزشکی
۲۶۲	۳۳/۲٪	۸۷	ترس از انتقال بیماری‌های عفونی به فرزند در اثر عدم رعایت نکات بهداشتی توسط کادر دندانپزشکی
۲۶۲	۳۳/۲٪	۸۷	مشکل در یافتن دندانپزشک مناسب
۲۶۲	۳۳/۲٪	۸۷	نیاز به فرد دیگر جهت مراقبت از سایر فرزندان
۲۶۲	۱۷/۶٪	۴۶	محدودیت‌های زمانی ناشی از شغل
۲۶۲	۶/۱٪	۱۶	عدم تمایل به مراجعه به دندانپزشکی

«تحصیلات والدین و مانع به دلیل هزینه‌های بالای دندانپزشکی». همچنین موارد زیر دارای ارتباط معنی‌دار مستقیمی بودند: «پدر بودن والد شرکت‌کننده با احتمال مانع در دسترسی، به دلیل محدودیت شغلی والد و مشکل در یافتن دندانپزشک برای فرزند»؛ «تحصیلات پدر با احتمال وجود مانع به دلیل اتلاف وقت زیاد در اتاق انتظار»؛ «سطح تحصیلات مادر و احتمال ترس کودک از دندانپزشک» و «مادر بودن و سن والد شرکت‌کننده با احتمال وجود مانع به دلیل ترس از انتقال بیماری‌های عفونی به فرزند در اثر عدم رعایت نکات بهداشتی توسط کادر دندانپزشکی» ( $p < 0/05$ ).

۵۰/۷۶٪ والدین از خدمات دندانپزشکی کودکان در تمام موارد راضی بودند. رضایتمندی والدین از خدمات سلامت دهان و دندان کودکان در جدول شماره ۲ آمده است.

بیشترین پیشنهادها والدین جهت بهبود دسترسی فرزندان به خدمات دندانپزشکی به ترتیب: کاهش هزینه‌های درمان دندانپزشکی (۷۴/۸٪)، در دسترس بودن مراکز دندانپزشکی بیشتر (۶۴/۵٪)، امکان دسترسی ۲۴ ساعته به خدمات دندانپزشکی (۵۶/۹٪) و ارائه اطلاعات بیشتر در ارتباط با مراقبت‌های دندانی مناسب جهت فرزندان (۵۲/۳٪) عنوان شد.

طبق آزمون رگرسیون لجستیک بین موارد زیر ارتباط معکوس وجود داشت:

«تحصیلات مادر و مشکل در ایاب و ذهاب به مراکز دندانپزشکی»؛ «تحصیلات پدر و دو مانع عدم پوشش هزینه‌های دندانپزشکی کودک توسط بیمه و مشکل در یافتن دندانپزشک برای فرزند»؛ «سن والد شرکت‌کننده و احتمال مانع در دسترسی به دلیل نیاز به فرد دیگر جهت مراقبت از سایر فرزندان» و

جدول شماره ۲: میزان رضایتمندی والدین از خدمات سلامت دهان و دندان

کل	ناراضی و بسیار ناراضی		متوسط		بسیار راضی و راضی		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۵۳	٪۶/۱۰	۱۵	٪۲۸/۵	۷۲	٪۶۵/۶	۱۶۶	کیفیت کلی مراقبت‌های دندانی کودک
۲۴۳	٪۱۱/۵	۲۸	٪۴۳/۶	۱۰۶	٪۴۴/۹	۱۰۹	توصیه‌ها و آموزش‌های دندانپزشکی دریافت شده
۲۵۲	٪۴/۱۰	۱۰	٪۲۲/۲	۵۶	٪۷۳/۸	۱۸۴	بهداشت مراکز درمانی
۲۵۶	٪۷/۱۰	۱۸	٪۱۸/۴	۴۷	٪۷۴/۶	۱۹۱	روابط دوستانه کادر دندانپزشکی
۲۵۵	٪۲۷/۴	۶۳	٪۴۰/۸	۱۰۴	٪۳۴/۵	۸۸	محل و دسترسی راحت به دندانپزشک
۲۵۵	٪۱۸/۱۰	۴۶	٪۳۰/۶	۷۸	٪۵۱/۳	۱۳۱	ساعات کاری مراکز دندانپزشکی
۲۵۵	٪۳۸/۱۰	۹۷	٪۴۱/۲	۱۰۵	٪۲۰/۸	۵۳	مدت زمان انتظار برای نوبت دندانپزشکی کودک
۲۵۶	٪۳۹/۸	۱۰۲	٪۲۹/۳	۷۵	٪۳۰/۸	۷۹	هزینه‌های پرداختی برای درمان‌های دندانپزشکی
۲۶۰	٪۶/۹	۱۸	٪۳۲/۷	۸۵	٪۶۰/۴	۱۵۷	رضایتمندی کلی از خدمات دندانپزشکی برای کودک

با وجود عضویت بیشتر جمعیت ایران در بیمه‌های درمانی مختلف (۲۴)؛ این بیمه‌ها به ندرت خدمات دندانپزشکی را شامل شده و یا تنها تعداد کمی از درمان‌های دندانپزشکی را تحت پوشش قرار می‌دهند. یک مطالعه در شهر نیویورک نشان داد با وجود اینکه ۷۵٪ بزرگسالان آفریقایی آمریکایی بیمه سلامت دارند؛ اما نبود یا محدودیت پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی، از موانع اصلی دسترسی به این خدمات است (۲۵). همچنین در انگلیس، کودکان تا ۱۸ سالگی تحت پوشش سیستم مراقبت‌های سلامت این کشور (NHS) قرار دارند که خدمات را به‌طور رایگان در اختیار آنان می‌گذارد و تنها ۱۰٪ کودکان این کشور در دسترسی به خدمات دهان و دندان دچار مشکل هستند (۲۶). در کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه، آلمان، لوکزامبورگ، هلند و سوئیس، مراقبت‌های بهداشتی دهان به‌طور عمده توسط بیمه اجتماعی تحت پوشش دولت تأمین می‌شود (۲۷). بدون شک طرح تحول سلامت و گسترش روزبه‌روز آن، گام مؤثری در زمینه رفع موانع مرتبط با هزینه و ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان کشور بوده و خواهد بود. علاوه بر این، نظارت صنفی و دولتی بر تعرفه‌های دندانپزشکی، ضروری به نظر می‌رسد. فرد و همکاران (۲۴) معتقد بودند باید راه‌های مختلفی برای پرداخت هزینه، پیش‌روی بیماران قرار گیرد. براساس نتایج آزمون رگرسیون لجستیک با افزایش سطح تحصیلات والدین، مشکلات آنان در دسترسی به خدمات به دلیل عدم پوشش بیمه‌ای و هزینه‌های بالای درمان کاهش می‌یابد. در مطالعه محبی و همکاران (۲۸) نیز تحصیلات عالی به دلیل افزایش سطح اقتصادی به همراه آگاهی بیشتر والدین منجر به بهره‌مندی بیشتر آنان از خدمات سلامت

براساس آنالیز رگرسیون؛ بین سن والدین، تحصیلات پدر، داشتن دندانپزشک مشخص، ارزیابی بهتر والدین از وضعیت سلامت دهان و دندان کودک و کم بودن مدت‌زمان انتظار برای فرارسیدن نوبت درمان غیراورژانس با میزان رضایتمندی والدین رابطه مستقیم وجود داشت. ارتباط رضایتمندی شرکت‌کنندگان با تحصیلات مادر معکوس بود؛ به طوری که برخلاف تحصیلات پدر با افزایش تحصیلات مادر، میزان رضایتمندی کاهش می‌یافت ( $p < 0/05$ ).

## بحث

در این مطالعه، موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی کودکان و میزان رضایتمندی از این خدمات از دیدگاه والدین مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دندانپزشکی در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. از بین شرکت‌کنندگان تنها ۶٪ هیچ مانعی برای دستیابی خود به خدمات دندانپزشکی کودکان ذکر نکردند و شایع‌ترین موانع به ترتیب: عدم پوشش هزینه‌های دندانپزشکی توسط بیمه، اتلاف وقت زیاد در اتاق انتظار و هزینه‌های بالای درمان گزارش شد. اسلامی‌پور و همکاران در شهر اصفهان و برکیان و همکاران در شهر قم، شایع‌ترین مشکلات را هزینه‌های بالای درمان، عدم پوشش مناسب بیمه‌ای و ترس کودک از دندانپزشکی عنوان کردند که در دو مورد اول با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۹، ۲۰). مطالعه‌ای در شهر Ohio نشان داد بیشترین مشکلات والدین در دسترسی به خدمات دندانپزشکی برای کودکان پیش‌دستانی، هزینه‌های بالا و فقدان پوشش بیمه‌ای (۳۴٪) بوده است (۲۳).

در مطالعه حاضر مراجعه برای معاینه منظم دندانپزشکی، ۳۷/۹٪ بود که نسبت به مطالعه صورت گرفته در شهر اصفهان، بیشتر است (۲)، اما در مقایسه با مطالعه‌ای در انگلیس (سال ۲۰۰۷) که معاینه منظم دندانپزشکی کودکان را حدود ۸۰٪ گزارش کرده بود، بسیار کمتر و نیازمند توجه می‌باشد (۲۶). مطالعات متعدد نشان داده‌اند کودکانی که به‌طور منظم به دندانپزشکی مراجعه می‌کنند پوسیدگی و درد دندانی کمتری را تجربه خواهند کرد (۳۹-۳۷)؛ بنابراین افزایش آگاهی والدین در این زمینه، تلاش بیشتری را از سوی دندانپزشکان و دیگر افراد تأثیرگذار می‌طلبد.

در مطالعه حاضر، تنها ۴۵/۳۸٪ از کودکان تاکنون خدمات دندانپزشکی پیشگیری شامل: فلوراید درمانی و یا شیارپوش (فیشر سیلانت) را دریافت کرده بودند؛ در صورتی که خدمات پیشگیرانه بسیار مقرون‌به‌صرفه بوده و می‌تواند از مراجعات درمانی و اورژانسی در آینده بکاهد (۴۰). مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد ۸۵٪ کودکان ساکن شهر Vermont خدمات دندانپزشکی پیشگیری دریافت کرده‌اند (۴۱). این مورد نیز با توجه به بالا بودن مقادیر dmft و DMFT کودکان در ایران و تهران، نشان‌دهنده آگاهی کم والدین در زمینه اهمیت پیشگیری و مراقبت‌های زودهنگام دندانپزشکی بوده که نیازمند توجه است. طبق گزارش شورای سلامت دهان وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۱، تنها ۱۴/۵٪ کل کودکان تهرانی، پوسیدگی دندانی نداشتند. همچنین نیاز به درمان پاسخ داده نشده در این قشر در سطح شهر تهران ۷۵٪ و در سطح کشور ۸۴/۳٪ بوده است (۲۰).

میزان رضایتمندی والدین از خدمات دندانپزشکی کودکان، ۵۰/۷۶٪ برآورد شد که در مقایسه با مطالعه اسلامی‌پور و همکاران (رضایتمندی کلی برابر ۴۸/۱۹٪) در سطح مشابهی قرار داشت (۲). همچنین بیشترین میزان رضایتمندی مربوط به روابط دوستانه کادر دندانپزشکی، بهداشت مراکز درمانی و کمترین رضایتمندی مربوط به هزینه‌های درمان دندانپزشکی و مدت‌زمان انتظار برای نوبت دندانپزشکی کودک بود. در ریز و همکاران نیز در بررسی میزان رضایتمندی بیماران از خدمات دندانپزشکی ارائه‌شده در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران، بیشترین عامل رضایتمندی بیماران را رفتار دوستانه دانشجویان ذکر کردند (۱۵).

دهان و دندان کودک و بهبود بهداشت دهان و دندان وی شده بود. ۵۵٪ از شرکت‌کنندگان اعلام کردند به دلیل مدت انتظار طولانی در اتاق انتظار درمانگاه‌های دندانپزشکی، در دسترسی خود به خدمات سلامت دهان و دندان کودکان، مانع احساس می‌کنند. مدت انتظار بیماران یکی از عواملی است که منجر به عدم رضایت بیماران از کیفیت خدمات ارائه‌شده می‌گردد (۲۹). به نظر می‌رسد تاکنون مطالعه‌ای در ایران به‌علت یابی زمان انتظار طولانی مراجعین در مراکز دندانپزشکی نپرداخته؛ مطالعاتی که به بررسی این موضوع در برخی از بیمارستان‌های دولتی تهران پرداخته‌اند؛ عدم حضور به‌موقع پزشکان، کمبود تعداد پزشکان و تعداد زیاد بیماران به‌صورت هم‌زمان را علل اصلی طولانی شدن زمان انتظار مراجعین برشمرده‌اند (۲۹، ۳۰)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت تعداد مراکز درمانی دندانپزشکی و توزیع جغرافیایی آن در شهر تهران به شکل مناسب و کافی نبوده و یا تعداد دندانپزشکان و مراکز که بیمار کودک پذیرش می‌کنند، اندک است. یک مطالعه موردی با هدف «تحلیل عدالت فضایی و جغرافیایی در دسترسی به مراکز درمانی منطقه ۷ شهر تهران» گزارش داد تنها ۲۵٪ از جمعیت منطقه در فاصله استاندارد از درمانگاه‌ها قرار دارند (۳۱). مطالعات مشابه صورت گرفته در شهرهای تبریز، مشهد، زنجان و همدان نیز بیانگر نابرابری در توزیع خدمات و عدم دسترسی یک‌سال ساکنین مناطق مختلف شهری است (۳۵-۳۲). بدیهی است توزیع نامناسب مراکز درمانی در شهر می‌تواند مواردی از جمله فاصله زمانی و مکانی زیاد بسیاری از مراجعین تا مراکز، مشکل در رفت‌وآمد ایشان به مراکز، همچنین مشکل یافتن دندانپزشک را به همراه داشته باشد. ۴۲/۷٪ شرکت‌کنندگان در ایاب و ذهاب به مراکز درمانی دچار مشکل بودند که نسبت به مطالعات انجام‌شده در شهرهای قم و اصفهان بسیار بیشتر بود (۱۹، ۲). مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ در آلبرتا صورت گرفت مشکل ناشی از ایاب و ذهاب خانواده‌های کم‌درآمد را کمتر از ۱۰٪ گزارش کرد (۳۶). بنابراین جمعیت بالای شهر تهران و ترافیک شهری می‌تواند سهم مهمی در مشکلات مربوط به ایاب‌و‌ذهاب افراد داشته باشد که با عدم توزیع استاندارد مراکز دندانپزشکی تشدید می‌گردد.



## نتیجه گیری

نتایج نشان داد موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان کودکان در مراکز درمانی شهر تهران از دیدگاه والدین، فراوانی بالایی داشته است. پوشش ناکافی خدمات دندانپزشکی توسط بیمه‌های سلامت، اتلاف وقت زیاد در اتاق انتظار و هزینه‌های بالای درمان، شایع‌ترین موانع ذکر شده توسط والدین است؛ بنابراین جهت بهبود دسترسی والدین به این خدمات، مدیران حوزه سلامت و جامعه دندانپزشکی کودکان باید با تأکید بر این موارد برای رفع موانع پیش‌روی والدین و افزایش آگاهی آن‌ها در استفاده از خدمات پیشگیری بکوشند. با این همه رضایتمندی کلی والدین از خدمات دندانپزشکی دریافتی برای کودک در شهر تهران نسبتاً در سطح مطلوبی قرار دارد.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت و کارکنان مراکز دندانپزشکی که در این مطالعه با ما همکاری نمودند، همچنین والدین داوطلب شرکت در این مطالعه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی (به شماره ۶۳۵۸ و کد اخلاق IR.TUMS.DENTISTRY.REC.1397.039) در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد.

پاکدامن و همکاران در مطالعه‌ای دیگر بر روی میزان رضایتمندی بیماران در بخش درمان جامع این دانشکده نشان دادند میزان رضایتمندی کلی در حد نسبتاً بالایی قرار دارد و مهم‌ترین علل نارضایتی سیستم نوبت‌دهی، مدت‌زمان انتظار بسیار زیاد و عدم ارائه کافی خدمات پیشگیرانه بوده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۴۲).

در مطالعه حاضر، کودکان مهاجر از جمله افغان‌ها شرکت داده نشدند؛ چراکه معیار ورود به این مطالعه ایرانی بودن و سکونت دائم در شهر تهران بود. در نتیجه برای جمع‌بندی موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان کودکان و تعمیم آن به همه جمعیت حاضر در شهر تهران باید مطالعات مربوط به مهاجرین نیز مورد بازبینی قرار گیرد و یا بررسی‌های لازم در این زمینه صورت پذیرد.

لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی با همکاری نهادهای مرتبط، گروهی از محققین به بررسی جامع موانع دسترسی خدمات دندانپزشکی کودکان با حجم نمونه‌ای وسیع‌تر پردازند و همزمان برای ارزیابی بهتر وضعیت سلامت دهان و دندان، کودکان مورد معاینه دندانپزشکی قرار گیرند.

## References:

1. Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. Essential dental public health: OUP Oxford; 2013. Link
2. 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. [FullText in Persian] Link
3. Kameli S, Mehdipour A, Montazeri Hedeshi R, Nourelahi M. Evaluation of parental knowledge, attitudes and practices in preschool children on importance of primary teeth and some related factors among subjects attending semnan university of medical sciences dental clinic. Koomesh 2017;19(1):191-8. [FullText in Persian] Link
4. Lee GH, McGrath C, Yiu CK, King NM. Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Int J Ped Dent 2009;19(6):399-405. PubMed
5. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003;(Suppl 1):3-24. PubMed
6. Medina-Solis CE, Maupome G, del Socorro HM, Perez-Nunez R, Avila-Burgos L, Lamadrid-Figueroa H. Dental health services utilization and associated factors in children 6 to 12 years old in a low-income country. J Public Health Dent 2008;68(1):39-45. PubMed

7. Mouradian WE, Huebner CE, Ramos-Gomez F, Slavkin HC. Beyond access: the role of family and community in children's oral health. *J Dent Educ.* 2007;71(5):619-31. PubMed
8. DHHS U. Healthy people 2010: Understanding and improving health. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000. 8-16. Link
9. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19(2):127-40. PubMed
10. Rezapour A, Mahmoudi M, Abolghasem Gorji H, Bagheri Faradonbeh S, Asadi S, Yusefzadeh N, et al. A survey of Unmet health needs and the related barriers to access them. *J Health Adm* 2014;17(57):87-98. [FullText in Persian] Link
11. Barandak F. Evaluation of equity in health with the aim of achieving citizens' equal access to health care centers (Case study: Ardebil City). *J Studies Human Settlements Plan* 2018;12(4):973-83. [FullText in Persian] Link
12. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *J health Ser Res Policy.* 2016;21(1):36-9. PubMed
13. Freeman R. The psychology of dental patient care: Barriers to accessing and accepting dental care. *Br Dent J* 1999;187(2):81-4. PubMed
14. Chaffin JG, Chaffin SD, Mangelsdorff AD, Finstuen K. Patient satisfaction with dental hygiene providers in US military clinics. *J Dent Hyg* 2007;81(1):9. PubMed
15. Dorriz H, Farid F, Seidi D. Evaluation of patients' satisfaction from dental care services provided by dental school of Tehran University of Medical Sciences in academic year 2006-2007. *J Dent Med.* 2011;23(4):249-55. [FullText in Persian] Link
16. Chisick MC, Poindexter FR. Satisfaction of active duty US service members with military dental care. *Mil Med* 1998;163(12):813-6. PubMed
17. Haji fattahy F, Rezaie M, Valaie N, Haraji A, Mehrshadian M. Evaluation of patients' satisfaction of departments in Islamic Azad University Dental branch, in 2009. *J Res Dent Sci* 2010;7(3):23-9. [FullText in Persian] Link
18. Khayatan M, Nasiri pour A, Amini M, Mohamad Nejad SM. The effective factors on receivers' access to health care services in urban health care centers. *J Payavard Salamat* 2011;4(3 and 4):18-27. [FullText in Persian] Link
19. Berakyan Y, Matin F, Asayesh H, Montazary 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):127-35. [FullText in Persian] Link
20. MOH. Ministry of Health and Medical Education, Oral Health Department. Oral health status in Iran, 2017. Link
21. Organization WH, Federation ID. Health through oral health: guidelines for planning and monitoring for oral health care: Quintessence Pub Co; 1989. Link
22. Borhaninejad V, Naghibzadeh Tahami A, Nabavi H, Rashedi V, Yazdi-Feyzabadi V. The utilization of health services and its influences among elderly people in Kerman-2014. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2015;7(2):229-40. [Full Text in Persian] Link
23. Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or caregiver, staff, and dentist perspectives on access to dental care issues for head start children in Ohio. *Am J Public Health* 2005;95(8):1352-59. PubMed
24. Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. *Oral Health Dent Manag* 2012;11(4):189-98. PubMed
25. 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):1420-9. PubMed

26. Dailey YM, Milsom KM, Pilkington L, Blinkhorn AS, Threlfall AG, Tickle M. A qualitative investigation of the influence of time since graduation on English dentists' approach to the care of young children. *Int J Paediatr Dent* 2007;17(5):336-44. PubMed
27. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe. Part I: Finance and entitlement to care. *Community Dent Health* 1998;15(3):145-9. PubMed
28. Mohebi S, Ramezani A, Matlabi M, Mohammadpour L, Noor N. Sh A, Hosseini E. The survey of oral-dental health of grade 3 students of Gonabad primary schools in 2007. *Horizon Med Sci* 2009;14(4):69-76. [FullText in Persian] Link
29. Kazemi E, Agha Mohamadi S, Khamseh A. Assessing the main factors affecting waiting times referred to specialized clinics on one of the public hospitals of Tehran. *J Sabzevar Uni Med Sci* 2013;20(1):62-71. [FullText in Persian] Link
30. Nasiri pour A, Jahangiri K, Aghamohamadi S. Study of waiting time in shahid dastani's specialized clinics of Shariati hospital using by six sigma model. *J Payavard Salamat* 2011;4(3):50-9. [FullText in Persian] Link
31. Meshkini A, Ebrahimi M. Investigating Access Status to Healthcare Centers with the Spatial Justice Approach (A Case Study: District 7 of Tehran). *Manage Strat Health Syst* 2018;3(1):5-6. [FullText in Persian] Link
32. Heydari Chianeh R, Mohamadi Torkamani H, Vaezi M. Assessing the Spatial justice and therapeutic application based on GIS: A case report in Tabriz Metropolitan. *J Hosp* 2017;16(3):19-29. [FullText in Persian] Link
33. Rahnema MR, Amirfakhriyan M. Analysis of spatial access to healthcare services in Mashhad city. *J Physic-Spatial Plan* 2013;1(3):61-74. [FullText in Persian] Link
34. Ebrahimzadeh I, Ahadnezhad M, Ebrahimzadeh Asmin H, Shafiei Y. Spatial organization and planning of health services by the use of gis; the case of Zanjan City. *Human Geo Res Quant J* 2010;-(73):39-58. [FullText in Persian] Link
35. Dadashpoor H, Rostami F, Alizadeh B. Review and analysis of the distribution of urban public services from the perspective of space justice (case study: Hamedan city). *Geography and Regional Development* 2011;9(16):171-98. [FullText in Persian] Link
36. Amin MS, Perez A, Nyachhyon P. Barriers to utilization of dental services for children among low-income families in Alberta. *J Can Dent Assoc* 2014;80:e51. PubMed
37. Tadakamadla SK, Tadakamadla J, Tibdewal H, Duraiswamy P, Kulkarni S. Dental caries in relation to socio-behavioral factors of 6-year-old school children of Udaipur district, India. *Dent Res J (Isfahan)* 2012;9(6):681-7. PubMed
38. AlHumaid J, El Tantawi M, AlAgl A, Kayal Sh, Al Suwaiyan Z, Al-Ansari A. Dental visit patterns and oral health outcomes in Saudi children. *Saudi J Med Sci* 2018;6(2):89-95. [Link](#)
39. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc* 2001;132(3):295-303. PubMed
40. Darmawikarta D, Chen Y, Carsley S, Birken CS, Parkin PC, Schroth RJ, et al. Factors associated with dental care utilization in early childhood. *Pediatrics* 2014;133(6):e1594-600. PubMed
41. U.S. Department of Health and Human Services. *The Oral Health of Children: A Portrait of States and the Nation*. 2005. p. 42.
42. Pakdaman A, Khormali A, Shamshiri AR. Patient satisfaction-comparison of the comprehensive care model with traditional model of delivering dental services in Tehran University of Medical Sciences. *J Dent Med* 2013;26(4):234-42. [FullText in Persian] Link