

Maternal Self-efficacy in Oral Health Care of Preschool Children

Mehdi Mirzaei-Alavijeh¹ , Shiva Khashij¹ , Farzad Jalilian^{1,*} 

¹ Social Development and Health Promotion Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

* **Corresponding Author:** Farzad Jalilian, Social Development and Health Promotion Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. Email: f_jalilian@yahoo.com

Abstract

Received: 31/07/2022
Revised: 16/09/2022
Accepted: 19/09/2022
ePublished: 20/03/2023

How to Cite this Article:

Mirzaei-Alavijeh M, Khashij S, Jalilian F. Maternal Self-efficacy in Oral Health Care of Preschool Children. *Pajouhan Scientific Journal*. 2023; 21(1): 40-6.
DOI: 10.52547/psj.21.1.40

Background and Objectives: Self-efficacy is an individual's belief in their capacity to reach specific goals and is an important basis for behavior. Mothers play a decisive role in children's Oral Health (OH). The aim of this study was to determine the maternal self-efficacy in OH care of preschool children.

Materials and Methods: This descriptive-analytical research was conducted among 652 women with 3 to 6-year-old children in Kermanshah city in 2019. The participants were selected using simple random sampling from among the mothers who referred to health centers. The data was collected by a self-reporting written questionnaire.

Results: Family economic status ($\beta = 0.179$ and $P < 0.001$), and mother education ($\beta = 0.104$ and $P = 0.032$) were predictors of maternal self-efficacy in OH care of children. Mothers received about half of the score of the self-efficacy questionnaire. Maternal self-efficacy in OH care was lower when they felt stress, depression, and anxiety.

Conclusions: Mothers obtained about half of the score of the self-efficacy questionnaire. The necessity of developing and implementing interventions to improve maternal self-efficacy in OH care is felt, especially for mothers with lower education and Families with a weaker economic status.

Keywords: Self-efficacy; Oral health; Children; Mothers

خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان و دندان کودکان پیش دبستانی

مهدی میرزایی علویجه^۱ ID، شیوا خشیح^۱ ID، فرزاد جلیلیان^{۱*} ID

^۱ مرکز تحقیقات توسعه‌ی اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

* نویسنده مسئول: فرزاد جلیلیان، مرکز تحقیقات توسعه‌ی اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ایمیل: f_jalilian@yahoo.com

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۰۹
تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۲۸
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۹

سابقه و هدف: خودکارآمدی، اعتقاد فرد به توانایی خود برای رسیدن به اهداف خاص است و مبنای مهمی برای رفتار می‌باشد. مادران، نقش تعیین کننده‌ای در سلامت دهان کودکان دارند. هدف این مطالعه، تعیین خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی تحلیلی، از میان ۶۵۲ زن دارای کودک ۳ تا ۶ ساله‌ی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ انجام شد. شرکت کنندگان با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی انتخاب گردیدند. داده‌ها با پرسش‌نامه‌ی کتبی به صورت خودگزارش‌دهی گردآوری تجزیه و تحلیل شد.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

یافته‌ها: وضعیت اقتصادی خانواده $\beta = 0/179$ و $P < 0/001$ و سطح تحصیلات مادر $\beta = 0/104$ و $P = 0/032$ پیش‌بینی کننده‌ی خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان بودند. مادران در حدود نیمی از نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی را دریافت کردند. خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان در زمان احساس تنش، افسردگی و اضطراب کمتر بود.

نتیجه‌گیری: ضرورت توسعه و پیاده‌سازی مداخله‌های ارتقاء خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان به خصوص برای مادران دارای تحصیلات پایین‌تر و خانواده‌های با وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: خودکارآمدی، سلامت دهان و دندان، کودکان، مادران

مقدمه

گزارش شده در میان کودکان ۴ تا ۶ ساله‌ی ایرانی برابر با ۶/۸۶ (انحراف معیار: ۳/۵۶) گزارش شده است [۸].

پیشگیری از بیماری‌های دهان در کودکان، یک استاندارد طلایی است که متخصصان دندان پزشکی کودکان باید همیشه به سمت آن حرکت کنند [۹]. آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت دهان، ساده‌ترین و مؤثرترین راه در ارتقاء سلامت دهان می‌باشند [۱۰]. والدین، نقش مهمی در شکل دادن به رفتارهای سلامت دهان فرزندان خود دارند [۱۱]. شناخت والدین از سلامت دهان و دندان به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سلامت دهان کودکان عنوان شده است [۱۲]. اگرچه تعداد زیادی از پویش‌های آموزش سلامت دهان راه‌اندازی شده است، تعداد کمی از والدین روش‌های پیشگیری از بیماری‌های دهان را برای فرزندان خود انجام می‌دهند [۱۳]. شیوع مسائل دهان و دندان در میان کودکان ضرورت طراحی جامع مداخله‌های به منظور پیشگیری از آن را نشان می‌دهد [۱۵].

درک عوامل مؤثر بر رفتار می‌تواند برنامه‌ریزان سلامت را در توسعه، پیاده‌سازی و ارزشیابی برنامه‌های ارتقاء سلامت کمک

سلامت دهان، به عنوان جزء اساسی کیفیت زندگی شناخته می‌شود [۱]. آمارها حاکی از وضعیت ضعیف سلامت دهان در دنیا می‌باشد و مطالعه‌ی بار جهانی بیماری‌ها گزارش داد تقریباً ۵۰ درصد جمعیت جهان از بیماری‌های دهان رنج می‌برند که هزینه‌های سنگینی را بر نظام سلامت کشورها وارد می‌کند [۲]. کودکان، در معرض انواع بیماری‌های دهان قرار دارند که می‌تواند پیامدهای جسمی، اجتماعی و روانی متعددی را به دنبال داشته باشد و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد [۳]. آمارهای سازمان جهانی سلامت نشان می‌دهد، بسیاری از کودکان با بیماری‌های دهان مواجه هستند [۴]. گزارش شده است بیش از ۵۳۰ میلیون کودک در سرتاسر جهان دارای پوسیدگی دندان‌های شیری هستند [۵]. شواهد نشان می‌دهد که شیوع پوسیدگی دندان در میان کودکان کشورهای خاورمیانه افزایش یافته است [۶]. بر اساس یک متاآنالیز اخیر، میانگین شاخص دندان‌های پوسیده، از دست رفته و ترمیم شده (DMFT (Decayed, missing, filled teeth) کودکان در ایران برابر با ۳/۸۶۶ بود [۷]. همچنین میزان شاخص DMFT

چقدر مطمئن هستید که می‌توانید از سلامت دهان و دندان کودک خود در شرایط زیر مراقبت کنید؟ افسرده باشید؛ مضطرب باشید، بیش از حد مشغول باشید و ... بود. هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (۱ = بسیار کم، ۵ = بسیار زیاد) اندازه‌گیری شد. حداقل نمره‌ی پرسش‌نامه، ۹ و حداکثر آن ۴۵ می‌باشد. کسب نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی خودکارآمدی بهتر مادران در مراقبت از سلامت دهان و دندان کودک است [۱۹]. با توجه به انگلیسی بودن پرسش‌نامه‌ی مذکور در پژوهش حاضر مراحل سنجش روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. به منظور آماده‌سازی ابزار ابتدا پرسش‌نامه‌ی انگلیسی توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و پس از اظهار نظر اساتید توسط فرد سومی که به هر دو زبان فارسی و انگلیسی مسلط بود دوباره به زبان انگلیسی برگردانده شد. بعد از انطباق با پرسش‌نامه‌ی اصلی و رفع اشکالات، پرسش‌نامه جهت بررسی روایی و پایایی مجدداً به فارسی برگردانده شد. به منظور سنجش روایی صوری (Face Validity)، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ نفر از مادران قرار داده شد و از آنان در خصوص دشواری و واضح بودن گویه‌ها نظرخواهی و نظرت آنان در پرسش‌نامه اعمال گردید. برای سنجش روایی محتوی (Content validity) پرسش‌نامه در اختیار ده نفر از متخصصین در حوزه‌های آموزش و ارتقای سلامت، دندان‌پزشکی و سیاست‌گذاری سلامت قرار داده شد و از آنان درخواست گردید، پرسش‌نامه را از نظر موضوعات زیر مورد بررسی قرار دهند. اول اینکه کدام گویه‌ها ضرورت دارد که در پرسش‌نامه وجود داشته باشند، کدام گویه‌ها مفید ولی غیرضروری‌اند و کدام گویه‌ها بهتر است حذف شوند. دوم اینکه آیا مجموع گویه‌ها انعکاس‌دهنده‌ی ساختار مربوطه هستند و در آخر ارزیابی وضوح هر گویه مورد بررسی قرار گرفت. همچنین با توجه به تعداد متخصصین که ده نفر بودند حداقل ارزش تعیین شده برای نسبت روایی محتوا (Content validity ratio) و شاخص روایی محتوا (Content validity index) با توجه به جدول لاوشه به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۷۹ در نظر گرفته شد [۲۰]. تمامی گویه‌های مورد بررسی از نسبت و شاخص روایی محتوی قابل قبولی برخوردار بودند. جهت تعیین پایایی، از ضریب آلفا کرونباخ استفاده و مقدار ۰/۷ و بالاتر قابل قبول در نظر گرفته شد [۲۱]. ضریب پایایی برای پرسش‌نامه، ۰/۸۷ برآورد گردید. اطلاعات در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و بهره‌گیری از Independent Sample T-test دو گروهی، همبستگی Pearson، آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۱/۹۰ (با انحراف معیار

کند [۱۴، ۱۵]. یکی از عوامل مؤثر بر رفتار، خودکارآمدی می‌باشد و به عنوان اطمینانی تعریف می‌شود که شخص درباره‌ی انجام فعالیتی خاص احساس می‌نماید [۱۴]. نقش خودکارآمدی در ارتقاء سلامت دهان در مطالعه‌های پرشماری نشان داده شده است [۱۸-۱۶]. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان و عوامل مؤثر بر آن در میان مادران دارای کودک ۳ تا ۶ ساله‌ی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی تحلیلی حاضر در میان ۶۵۲ نفر از زنان دارای کودک ۳ تا ۶ ساله مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. با حذف پرسش‌نامه‌های ناقص، تعداد ۶۱۷ پرسش‌نامه، تجزیه و تحلیل شد (نرخ پاسخ‌دهی ۹۴/۶ درصد بود). با در نظر گرفتن انحراف معیار متغیر وابسته (خودکارآمدی مادران در مراقبت از دهان و دندان کودکان) به دست آمده از پیش‌مطالعه (برابر با ۶/۲) و سطح معنی‌داری آزمون (آلفا) ۵ درصد، ضریب اطمینان برابر با ۱/۹۶ و میزان خطای ۰/۲۵، حجم نمونه‌ی مورد نیاز در این پژوهش، ۵۹۱ نفر برآورد شد، که در مطالعه‌ی کنونی با در نظر گرفتن میزان ریزش ۱۰ درصد احتمالی، ۶۵۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. برآورد حجم نمونه با فرمول زیر انجام شد.

$$n = \frac{\sigma^2 * z^2 * \frac{1-\alpha}{2}}{d^2}$$

سواد خواندن و نوشتن، رضایت به مشارکت و همچنین داشتن فرزند ۳ تا ۶ ساله به عنوان معیارهای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد. همچنین رضایت نداشتن برای شرکت در پژوهش و یا تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها نیز به عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا مناطق ۸ گانه‌ی شهرداری کرمانشاه، به عنوان خوشه در نظر گرفته شد. در ادامه با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در هر یک از خوشه‌ها، یک مرکز بهداشت انتخاب و سپس شرکت‌کنندگان از میان افراد واجد شرایط مراجعه‌کننده به آن مراکز انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کتبی به صورت خودگزارش‌دهی جمع‌آوری گردید. طرح حاضر به تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (IR.KUMS.REC.1398.838) رسید.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی دو قسمتی بود. بخش اول شامل اطلاعات زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی مانند؛ سن مادر، سن کودک، میزان تحصیلات مادران و همسر آنان، شغل، وضعیت اقتصادی خانواده و بعد خانوار بود.

بخش دوم پرسش‌نامه‌ی استاندارد خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان شامل ۹ گویه به عنوان مثال

نمره مربوط به گویه‌های مرتبط با سلامت ذهن (تنش، افسردگی و اضطراب) بود.

آزمون همبستگی Pearson نشان داد میان سن مادر، سن کودک، بعد خانوار و خودکارآمدی مادران همبستگی معنی‌داری وجود ندارد.

یافته‌ها نشان داد، تحصیلات بالاتر مادر، شاغل بودن مادر و وضعیت بهتر اقتصادی خانواده با بالاتر بودن نمره‌ی خودکارآمدی آنان رابطه‌ی آماری معنی‌داری دارد (جدول ۳).

در جدول ۴ نیز تحلیل رگرسیون خطی نشان داد، از میان متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی دو متغیر وضعیت اقتصادی خانواده ($\beta = 0/179$ و $P < 0/001$) و سطح تحصیلات مادر ($\beta = 0/104$ و $P = 0/032$) پیش‌بینی‌کننده‌ی خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان بودند. به طوری که وضعیت اقتصادی بهتر خانواده و تحصیلات بالاتر مادر پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌تری برای خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان و دندان کودکان بودند. متغیرهای زمینه‌ی جمعیت‌شناختی مورد بررسی در مجموع ۵ درصد از واریانس خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان و دندان کودکان را برآورد کردند. مدل نهایی در مرحله‌ی هفتم مشخص گردید (جدول ۴).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان بود. یافته‌های ما نشان داد شاغل بودن، تحصیلات بالاتر و وضعیت اقتصادی بهتر خانواده با بالاتر بودن نمره‌ی خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان رابطه‌ی آماری معنی‌داری داشتند.

۵/۵۲) و دامنه‌ی ۱۹ تا ۴۹ سال بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول (۱) آورده شده است. اکثر مادران دارای تحصیلات دیپلم (۴۳/۶ درصد) و خانه‌دار (۸۹/۸ درصد) بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان (۵۸/۷ درصد) وضعیت اقتصادی خانواده خود را متوسط عنوان کردند. همچنین ۷، ۲۱/۹، ۴۰/۱ و ۳۱ درصد از شرکت‌کنندگان، میزان تحصیلات همسر خود را به ترتیب ابتدایی، راهنمایی، دیپلم و دانشگاهی عنوان کردند.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی مادران

متغیر	تعداد (درصد)
میزان تحصیلات مادران	ابتدایی (۱۲/۶) ۷۸
	راهنمایی (۲۰/۴) ۱۲۶
	دیپلم (۴۳/۶) ۲۶۹
	تحصیلات دانشگاهی (۲۳/۳) ۱۴۴
میزان تحصیلات همسر	ابتدایی (۷) ۴۳
	راهنمایی (۲۱/۹) ۱۳۵
	دیپلم (۴۰/۱) ۲۴۸
	تحصیلات دانشگاهی (۳۱) ۱۹۱
شغل	خانه‌دار (۸۹/۸) ۵۵۴
	شاغل (۱۰/۲) ۶۳
وضعیت اقتصادی	ضعیف (۲۲) ۱۳۶
	متوسط (۵۸/۷) ۳۶۲
	خوب (۱۹/۳) ۱۱۹

میانگین نمره‌ی خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان ۲۳/۷۳ (انحراف معیار ۷/۳۳) در دامنه‌ی ۹ تا ۴۵ بود. مادران ۵۲ درصد از حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب برای خودکارآمدی را کسب کرده‌اند. در جدول ۲ فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار گویه‌های مختلف آورده شد. کم‌ترین

جدول ۲: فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار نمره‌ی گویه‌های مختلف پرسش‌نامه

میانگین \pm	بدون پاسخ	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم
انحراف معیار	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تا چه اندازه اطمینان دارید در شرایط زیر بتوانید مراقب سلامت دهان فرزند خود باشید؟						
تنش داشته باشید.	۲ (۰/۳)	۳۴ (۵/۵)	۶۸ (۱۱)	۱۹۷ (۳۱/۹)	۱۵۸ (۲۵/۶)	۱۵۸ (۲۵/۶)
افسرده باشید.	۲ (۰/۳)	۲۱ (۳/۴)	۶۸ (۱۱)	۱۶۳ (۲۶/۴)	۱۹۴ (۳۱/۴)	۱۶۹ (۲۷/۴)
اضطراب داشته باشید.	۶ (۱)	۲۵ (۴/۱)	۷۴ (۱۲)	۱۹۶ (۳۱/۸)	۱۷۶ (۲۸/۵)	۱۴۰ (۲۲/۷)
سرتان خیلی شلوغ باشد.	۳ (۰/۵)	۳۰ (۴/۹)	۹۳ (۱۵/۱)	۲۲۶ (۳۶/۶)	۱۴۵ (۲۳/۵)	۱۲۰ (۱۹/۴)
خسته باشید.	۲ (۰/۳)	۳۲ (۵/۲)	۱۰۴ (۱۶/۹)	۲۴۶ (۳۹/۹)	۱۳۹ (۲۲/۵)	۹۴ (۱۵/۲)
در خصوص مسائل دیگر زندگی نگران باشید.	۵ (۰/۸)	۴۵ (۷/۳)	۱۱۲ (۱۸/۲)	۲۳۰ (۳۷/۳)	۱۲۴ (۲۰/۱)	۱۰۱ (۱۶/۴)
مشغول گریه دیگر فرزند خود باشید.	۱۴ (۲/۳)	۴۵ (۷/۳)	۸۳ (۱۳/۵)	۲۰۶ (۳۳/۴)	۱۰۴ (۱۶/۹)	۱۶۵ (۲۷/۴)
وقتی می‌خواهید فرزندتان مسواک بزند و او توجهی نمی‌کند.	۹ (۱/۵)	۶۵ (۱۰/۵)	۱۲۹ (۲۰/۹)	۱۸۷ (۳۰/۳)	۱۱۰ (۱۷/۸)	۱۱۷ (۱۹)
کودک شما گفته باشد الان دوست ندارم مسواک بزنم.	۳ (۰/۵)	۸۱ (۱۳/۱)	۱۰۳ (۱۶/۷)	۱۹۵ (۳۱/۶)	۱۳۶ (۲۲)	۹۹ (۱۶)

جدول ۳: بررسی رابطه‌ی میان خودکارآمدی مادران با تحصیلات مادر، تحصیلات همسر شرکت‌کنندگان، شغل و وضعیت اقتصادی خانواده

معنی داری	آزمون	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۱۷	۳/۴۱۱	۶/۰۶	۲۲/۶۶	ابتدایی	میزان تحصیلات مادر*
		۷/۵۰	۲۲/۳۴	راهنمایی	
		۷/۴۱	۲۴/۰۶	دیپلم	
		۷/۴۶	۲۴/۹۲	تحصیلات دانشگاهی	
۰/۴۷۱	۰/۸۴۲	۵/۲۶	۲۲/۱۶	ابتدایی	میزان تحصیلات همسر*
		۷/۱۱	۲۳/۵۰	راهنمایی	
		۷/۷۰	۲۴/۰۵	دیپلم	
		۷/۴۱	۲۳/۸۳	تحصیلات دانشگاهی	
۰/۰۱۳	-۲/۴۸۴	۷/۳۰	۲۳/۴۹	خانه دار	شغل**
		۷/۲۹	۲۶/۰۱	شاغل	
<۰/۰۰۱	۱۰/۲۱۹	۷/۱۸	۲۱/۶۹	ضعیف	وضعیت اقتصادی خانواده*
		۷/۰۹	۲۳/۸۳	متوسط	
		۷/۶۵	۲۵/۸۵	خوب	

*: آنالیز واریانس یک‌طرفه؛ **: آزمون Independent Sample T-test

طراحی و پیاده‌سازی کنند. یافته‌های مطالعه‌ی ما نشان داد شاغل بودن مادر، میزان تحصیلات بالاتر مادر و وضعیت اقتصادی بهتر در خانواده رابطه‌ی آماری معنی‌داری با خودکارآمدی بالاتر مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان داشته‌اند. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعه‌ها در خصوص نقش عوامل اجتماعی-اقتصادی به ویژه تحصیلات والدین و درآمد بر سلامت کودکان همسو بود [۱۶، ۲۲، ۲۳]. به عنوان مثال، Pratamawari و همکاران در مطالعه‌ی مرور نظامند خود نشان دادند، سطح تحصیلات والدین و به دنبال آن درآمد و شغل تعیین‌کننده‌های مهمی برای تمایل والدین به مراقبت از سلامت دهان کودکان می‌باشند [۲۳]. همچنین، Wilson نشان داد، مادرانی که تحصیلات بالاتری داشتند، کودکان خود را بیشتر مستعد ابتلا به پوسیدگی دندان می‌دانستند، و به توانایی خود در انجام رفتار بهینه سلامت دهان اطمینان بیشتری داشتند [۱۶]. مطالعه‌های ذکر شده ضرورت توجه به خانواده‌های محروم اقتصادی در برنامه‌های ارتقاء سلامت دهان را نشان می‌دهد. همچنین با توجه به اهمیت سطح تحصیلات مادر، ارائه‌ی مداخله‌های آموزشی برای مادران کمتر تحصیل کرده ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین، مادران نیمی از حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب برای پرسش‌نامه خودکارآمدی را کسب کردند. نقش مثبت خودکارآمدی در انجام رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت در مطالعه‌های متعددی نشان داده شده است [۱۶-۱۸]. به عنوان مثال، Wilson و همکاران مطالعه‌ی را در میان ۱۰۰ مادر انگلیسی تبار انجام دادند و بیان کردند خودکارآمدی مادران پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی برای مراقبت از سلامت دهان کودکان است [۱۶]. علاوه بر این، Finlayson و همکاران در مطالعه‌ی خود در میان خانواده‌های آمریکایی-افریقای تبار دارای کودک ۱ تا ۶ ساله، رابطه‌ی میان خودکارآمدی مادران و عادت مسواک زدن در کودکان را نشان دادند [۱۷]. همچنین، de Silva-Sanigorski و همکاران نیز عنوان کردند، مداخله‌های ارتقاء خودکارآمدی می‌تواند در ارتقاء سلامت دهان خانواده کمک‌کننده باشد [۱۸]. برای ارتقاء خودکارآمدی می‌توان از راهبردهای همچون ترغیب کلامی، الگوبرداری، تمرین به همراه پذیرش شکست به عنوان جزئی طبیعی از روند یادگیری استفاده کرد [۱۴]. پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان سلامت کودکان در ایران، برنامه‌های با هدف ارتقاء خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان،

جدول ۴: آنالیز رگرسیون خطی برای متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان و دندان کودکان

مرحله	متغیرهای مستقل	بتای غیراستاندارد		بتای استاندارد شده	آزمون	سطح معنی داری
		ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد			
هفتم	وضعیت اقتصادی	۱/۹۹۴	۰/۵۴۱	۰/۱۷۹	۳/۶۸۷	<۰/۰۰۱
	تحصیلات مادر	۰/۷۷۲	۰/۳۶۰	۰/۱۰۴	۲/۱۴۶	۰/۰۳۲

ضریب تعیین تعدیل شده (Adjusted R Square) = ۰/۵۲

خودکارآمدی را کسب کرده‌اند. ضرورت توسعه و پیاده‌سازی مداخله‌های ارتقاء خودکارآمدی مادران در مراقبت از سلامت دهان کودکان به خصوص برای مادران دارای تحصیلات پایین‌تر و خانواده‌های با وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر احساس می‌شود. همچنین، توجه به وضعیت سلامت ذهن مادران در توسعه و پیاده‌سازی مداخله‌ها می‌تواند یافته‌های سودمندی را در ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان به دنبال داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (شماره طرح: ۹۸۰۸۵۵) می‌باشد. نهایت سپاس و قدردانی از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به دلیل حمایت از این طرح به عمل می‌آید.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه این مطالعه را با شماره‌ی (IR.KUMS.REC.1398.838) مورد تأیید قرار داد.

حمایت مالی

پروژه‌ی حاضر مورد حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه قرار گرفت.

یافته‌های ما همچنین نشان داد، زمانی که مادران احساس افسردگی، تنش یا اضطراب دارند کم‌ترین باور خودکارآمدی در مراقبت از سلامت دهان کودکان خود را دارند. این یک یافته مهم می‌باشد و ضرورت توجه به مسائل ذهنی مادران در مراقبت از کودکان را نشان می‌دهد. در این خصوص، Renzaho و de Silva-Sanigoriski عنوان کردند، شانس کودکانی که وضعیت سلامت دهان خوبی داشته باشند با افزایش پریشانی ذهنی والدین کمتر می‌باشد [۲۴].

Finlayson و همکاران در پژوهش خود، اضطراب مادر را یکی از عوامل تعیین‌کننده در پوسیدگی دندان کودکان عنوان کردند [۲۵]. با توجه به یافته‌های ما و تأکید سایر مطالعه‌ها به نظر می‌رسد توجه به سلامت ذهن مادران در توسعه‌ی مداخلات ارتقاء سلامت دهان کودکان می‌تواند پیامدهای سلامت دهان کودکان را بهبود بخشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی (نقاط ضعف) مانند جمع‌آوری داده‌ها با پرسش‌نامه داشت که می‌تواند با درصدی از خطا همراه باشد. مطالعه در میان مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر کرمانشاه در غرب ایران انجام گرفت که تعمیم نتایج آن به جامعه را با دشواری همراه می‌کند. همچنین ما رفتارهای سلامت دهان و دندان مادران و کودکان را بررسی نکردیم. در نهایت، ماهیت مطالعه‌ی کنونی، تفسیرهای علیتی قطعی بین ساختارهای مورد بررسی و رفتارهای پایبندی به درمان را محدود می‌کند. برای اینکه بتوان علیت را نشان داد، به مطالعات طولی آینده‌نگر (Longitudinal prospective studies) نیاز است.

نتیجه‌گیری

مادران، ۵۲ درصد از حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب برای

REFERENCES

1. Yactayo-Albuquerque MT, Alen-Méndez ML, Azañedo D, Comandé D, Hernández-Vásquez A. Impact of oral diseases on oral health-related quality of life: A systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean. *PloS One*. 2021;16(6):e0252578. [DOI: [10.1371/journal.pone.0252578](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252578)] [PMID]
2. Dye BA. The global burden of oral disease: research and public health significance. *J Dent Res*. 2017;96(4):361-3. [DOI: [10.1177/0022034517693567](https://doi.org/10.1177/0022034517693567)] [PMID]
3. Omara M, Stamm T, Bekes K. Four-dimensional oral health-related quality of life impact in children: A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2021;48(3):293-304. [DOI: [10.1111/joor.13066](https://doi.org/10.1111/joor.13066)] [PMID]
4. Lebrun-Harris LA, Canto MT, Vodicka P, Mann MY, Kinsman SB. Oral health among children and youth with special health care needs. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2020025700. [DOI: [10.1542/peds.2020-025700](https://doi.org/10.1542/peds.2020-025700)] [PMID]
5. Wang K, Lee GH, Liu P, Gao X, Wong SY, Wong MC. Health belief model for empowering parental toothbrushing and sugar intake control in reducing early childhood caries among young children-study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2022;23(1):298. [DOI: [10.1186/s13063-022-06208-w](https://doi.org/10.1186/s13063-022-06208-w)] [PMID]
6. Elamin A, Garemo M, Mulder A. Determinants of dental caries in children in the Middle East and North Africa region: a systematic review based on literature published from 2000 to 2019. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):237. [DOI: [10.1186/s12903-021-01482-7](https://doi.org/10.1186/s12903-021-01482-7)] [PMID]
7. Soltani MR, Sayadizadeh M, Raeisi Estabragh S, Ghannadan K, Malek-Mohammadi M. Dental caries status and its related factors in Iran: a meta-analysis. *J Dent (Shiraz)*. 2020;21(3):158-76. [DOI: [10.30476/DENTJODS.2020.82596.1024](https://doi.org/10.30476/DENTJODS.2020.82596.1024)] [PMID]
8. Basir L, Khanehmasjedi M, Khanehmasjedi S. Knowledge, attitudes, and practices regarding the oral health of children: a cross-sectional study among Iranian parents. *Braz J Oral Sci*. 2022;21. [DOI: [10.20396/bjos.v21i00.8668274](https://doi.org/10.20396/bjos.v21i00.8668274)]
9. Luzzi V, Ierardo G, Bossù M, Polimeni A. Paediatric Oral Health during and after the COVID-19 Pandemic. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(1):20-6. [DOI: [10.1111/ijpd.12737](https://doi.org/10.1111/ijpd.12737)] [PMID]
10. Buglar ME, White KM, Robinson NG. The role of self-efficacy in dental patients' brushing and flossing: Testing an extended health belief model. *Patient Educ Couns*. 2010;78(2):269-72. [DOI: [10.1016/j.pec.2009.06.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.014)] [PMID]
11. Manohar J, Mani G. Knowledge and attitude of parents regarding children's primary teeth & their willingness for treatment. *J Pharm Sci & Res*. 2017;9(2):194-8.

12. Wulaerhan J, Abudureyimu A, Bao XL, Zhao J. Risk determinants associated with early childhood caries in Uygur children: a preschool-based cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):136. [DOI: [10.1186/1472-6831-14-136](https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-136)] [PMID]
13. Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Li SK, Lo EC, Chu CH. Dental caries status and its associated factors among 5-year-old Hong Kong children: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):121. [DOI: [10.1186/s12903-017-0413-2](https://doi.org/10.1186/s12903-017-0413-2)] [PMID]
14. Kok G, Gottlieb NH, Peters GJ, Mullen PD, Parcel GS, Ruiter RA, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an intervention mapping approach. *Health Psychol Rev*. 2016;10(3):297-312. [DOI: [10.1080/17437199.2015.1077155](https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155)] [PMID]
15. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6(1):42. [DOI: [10.1186/1748-5908-6-42](https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42)] [PMID]
16. Wilson AR, Mulvahill MJ, Tiwari T. The impact of maternal self-efficacy and oral health beliefs on early childhood caries in Latino children. *Front Public Health*. 2017;5:228. [DOI: [10.3389/fpubh.2017.00228](https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00228)] [PMID]
17. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(4):272-81. [DOI: [10.1111/j.1600-0528.2007.00313.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00313.x)] [PMID]
18. de Silva-Sanigorski A, Ashbolt R, Green J, Calache H, Keith B, Riggs E, et al. Parental self-efficacy and oral health-related knowledge are associated with parent and child oral health behaviors and self-reported oral health status. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(4):345-52. [DOI: [10.1111/cdoe.12019](https://doi.org/10.1111/cdoe.12019)] [PMID]
19. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Delva J, Sohn W. Reliability and validity of brief measures of oral health-related knowledge, fatalism, and self-efficacy in mothers of African American children. *Pediatr Dent*. 2005;27(5):422-8. [PMID]
20. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67. [DOI: [10.1002/nur.20199](https://doi.org/10.1002/nur.20199)] [PMID]
21. Shevlin M, Miles JNV, Davies MNO, Walker S. Coefficient alpha: A useful indicator of reliability? *Pers Individ Differ*. 2000;28(2):229-37. [DOI: [10.1016/S0191-8869\(99\)00093-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00093-8)]
22. Takura T, Miura H. Socioeconomic determinants of universal health coverage in the Asian region. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2376. [DOI: [10.3390/ijerph19042376](https://doi.org/10.3390/ijerph19042376)] [PMID]
23. Pratamawari DNP, Atikasari D, Bramantoro T. The effect of parents' socioeconomic factors on their willingness to take care of their children's oral health in early childhood. *J Int Dent Med Res*. 2022;15(2):845-9.
24. Renzaho AM, de Silva-Sanigorski A. The importance of family functioning, mental health and social and emotional well-being on child oral health. *Child Care Health Dev*. 2014;40(4):543-52. [DOI: [10.1111/cch.12053](https://doi.org/10.1111/cch.12053)] [PMID]
25. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Psychosocial factors and early childhood caries among low-income African-American children in Detroit. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):439-48. [DOI: [10.1111/j.1600-0528.2006.00352.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00352.x)] [PMID]