

مقاله اصلی

بررسی جامعه‌شناختی عوامل موثر بر پوسیدگی دندان‌های کودکان در درون طبقه متوسط شهری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۳۰

خلاصه

مقدمه: این نوشتار به بررسی عوامل موثر بر پوسیدگی دندان‌های کودکان در میان طبقه متوسط شهر مشهد پرداخته است.

روش کار: عواملی مانند شاغل بودن مادران، ساعت‌های کاری و سن مادر در کنار جنسیت بر روی پوسیدگی دندان‌های کودکان تاثیرگذار می‌باشد، با اتخاذ روش پیمایش به آزمون تاثیر این متغیرها پرداختیم. جامعه آماری در این مرحله از تحقیق کلیه کودکان متعلق به طبقه متوسط شهری مراجعه کننده به یک مطب دندانپزشکی در مشهد بودند که با روش نمونه‌گیری ساده تصادفی تعداد ۱۸۰ نفر انتخاب گردیدند.

نتایج: نتایج نشان می‌داد که هیچ یک از متغیرهای آزمون شده رابطه معناداری با پوسیدگی دندان‌های کودکان نداشتند. از این رو با اتخاذ روش کیفی به مصاحبه با والدین کودکان روی آوردیم. مقوله‌های محوری مستخرج در این بخش حاکی از آن بود که عادت‌واره سلامت محور والدین در کنار سبک زندگی و آگاهی‌های پایه‌ای نقش بسزایی در سلامت دهان کودکان دارد.

نتیجه‌گیری: تحلیل طبقاتی در تبیین رفتارهای طبقاتی افراد نا کارآمد بوده و طبق نظر بوردیو، گیدنز و هابرماس بایستی به ترکیب سرمایه فرهنگی افراد و سرمایه اقتصادی آنها، سبک زندگی و مصرف‌شان نحوه کنش ارتباطی‌شان با دوستان و نزدیکانشان توجه نمود.

کلمات کلیدی: سلامت دهان، کودکان، طبقه متوسط

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

بهزاد لطیفیان^۱

نادر صنعتی شرقی^{۲*}

حسین قنبری باغستان^۳

^۱متخصص بیماریهای دهان پژوهشگر دانشکده دندانپزشکی
دانشگاه علوم پزشکی آجا و کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی

^۲استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران،

ایران (نویسنده‌ی مسئول)

^۳پژوهشگر علوم اجتماعی در سازمان چاپ و نشر ایران، جامعه‌شناس

Email: sanati.n@pnum.ac.ir

مقدمه

طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت (WHO) درمان‌های رایج بیماری‌های دهان و دندان بسیار پرهزینه بوده، به نحوی که پوسیدگی دندانی را چهارمین بیماری گران در اکثر کشورهای توسعه یافته تلقی می‌کنند. (بک، ۱۹۹۳) از طرف دیگر در سند چشم‌انداز نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران آمده است که جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ باید کشوری با مردمی برخوردار از بالاترین سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه باشد. بی‌شک دستیابی به جایگاه اول سلامت در منطقه بدون برخورداری عادلانه آحاد مردم از سلامت و عدالت در پاسخگویی نظام سلامت میسر نخواهد شد (اکبری، ۱۳۹۰، ص. الف).

در سال ۱۹۸۱ سازمان بهداشت جهانی (WHO) و فدراسیون بین‌المللی دندانپزشکی (FDI) اهدافی را برای سلامت دهان و دندان تا سال ۲۰۰۰ توصیه نموده‌اند که در این اهداف گروه‌های سنی خاصی بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند به گونه‌ای که هدف شماره ۱ و ۲ صراحتاً بیان می‌دارد که تا سال ۲۰۰۰ باید ۵۰ درصد کودکان گروه سنی ۵ تا ۶ سال بدون پوسیدگی یا به اصطلاح (caries free) باشند و در سن ۱۲ سال میانگین DMFT (مجموع دندانهای پوسیده، کشیده و ترمیم شده در یک فرد) باید کمتر یا مساوی ۳ باشد و سپس در ادامه تصریح می‌کند هر چه میانگین DMFT در این سن در جامعه‌ای کمتر باشد بیشتر می‌توان به سلامت آینده دهان و دندان مردم آن جامعه امیدوار بود. این همه در حالی است که طبق برآوردهای دفتر سلامت دهان وزارت بهداشت و درمان ایران در سال ۱۳۷۷ یعنی ۱۹۹۸ میلادی میانگین DMFT کودکان ایرانی ۶ ساله برابر با ۲ و کودکان ۱۲ ساله برابر با ۵/۱ بوده است (سید شاکری، ۱۳۹۰، ص. ۳۲) که این یافته به وضوح نشان‌دهنده نیاز شدید به برنامه‌ریزی و آسیب‌شناسی در جهت شناخت کلیه عوامل موثر بر سلامت دهان کودکان اعم از عوامل فیزیولوژیک و عوامل اجتماعی می‌باشد.

حال اگر به پژوهش‌های اجتماعی پیرامون این حوزه مطالعاتی، مراجعه نماییم؛ با این ادعا روبرو می‌شویم که عواملی نظیر آگاهی مادران (۱) و طبقه اجتماعی (۲) بر سلامت دهان کودکان موثر می‌باشد؛ به نحوی که با افزایش آگاهی مادران و سطح طبقاتی آنها، وضعیت سلامت دهان کودکان بهتر خواهد شد. با این حال همانگونه که محمدی و دیگران (۳) بیان داشته‌اند در کشور ایران در میان افراد مختلف هر طبقه اجتماعی، کودکان (حتی کودکان طبقات متوسط یا مرفه جامعه ایران) وضعیت سلامت دهان بسیار نگران‌کننده‌ای دارند. این واقعیت لزوم بررسی دقیق‌تر و تفکیکی‌تر شاخص‌های اجتماعی موجود را نشان می‌دهد. برای رسیدن به این مهم بایستی با ثابت نگه داشتن برخی فاکتورها، به دنبال بررسی تاثیر سایر عوامل موثر بر این پدیده بود. با توجه به این نکته در این پژوهش، وضعیت سلامت دهان کودکان را صرفاً در میان طبقه متوسط مورد بررسی قرار داده و به این پرسش پاسخ دهیم که عوامل موثر بر پوسیدگی دندان کودکان طبقه متوسط شهری چه می‌باشد؟

پیشینه پژوهش

نگاهی به پژوهش‌های داخلی و خارجی‌ای که پیرامون پوسیدگی دندانی کودکان (DMFT) انجام شده است؛ نشان می‌دهد که این عارضه سرگذشت پرفراز و فرودی را در طول تاریخ طی نموده است. علاوه بر این عوامل موثر بر (DMFT) کاملاً وابسته به زمینه بوده و در هر موقعیت اثری متفاوت برجا گذاشته است.

در رابطه با میزان پوسیدگی دندانی کودکان در گذر زمان، فجرسکف (۴) معتقد است که در ابتدا کشورهای توسعه یافته با شیوع (DMFT) مواجه شدند که علت آن دسترسی بیشتر به کربوهیدرات‌های تصفیه شده و مصرف سایر غذاهای فرآوری شده بود. در حالی که رژیم طبیعی، شکار و کشاورزی در کشورهای در حال توسعه باعث شده بود تا میزان پوسیدگی دندانی این کشورها کمتر باشد. اما این روند در قرن بیستم تغییر کرد و پوسیدگی دندانی در گروهی از کشورهای در حال توسعه بعد از جنگ دوم جهانی افزایش

یافت. این در حالی بود که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته کاهش چشمگیر پوسیدگی در کودکان دیده می‌شد. با توجه به پایداری این الگو از اوایل دهه ۱۹۷۰ چنین به نظر می‌رسید که (DMFT) با توسعه اقتصادی کشورها رابطه معکوسی دارد. اما در برخی کشورها مانند کره و کویت که روند توسعه و افزایش ثروت سریع تر از پایه گذاری روش های پیشگیرانه اتفاق افتاد، کاهش در میزان بروز پوسیدگی ملاحظه نشد. البته ولتون (۵) اشاره می‌کند که در حال حاضر شدت این روند کاهش یافته یا در نمودار به صورت خط صاف در آمده و با مشکل جدیدی به نام بی عدالتی در بروز بیماری و دسترسی به خدمات مواجه اند، به نحوی که پوسیدگی دندان کودکان در این کشورها مختص به گروه های آسیب پذیر کم درآمد یا مهاجر شده است.

داستان DMFT در ایران نیز با فراز و فرودهایی همراه بوده است. چنانکه در طی یک دوره ۲۴ ساله (۱۹۷۴ تا ۱۹۹۸) پوسیدگی دندان کودکان ۱۲ ساله از ۲/۴ به ۱/۵ دندان کاهش یافت. اما شش سال بعد کمی رشد کرده و به ۱/۹ دندان رسیده است که می‌توان آن را به پیشرفت صنایع قنادی و شکلات سازی و در دسترس بودن آن و نیز تغییر شیوه زندگی در مصرف غذاهای فرآوری شده نسبت داد. (خوشنویسان، ۱۳۹۴: ۲۳۱). (۶)

در یک نگاه کلی می‌توان گفت که طی سال های ۲۰۰۰ و بعد از آن میزان پوسیدگی دندان مجدداً در اکثر کشورها افزایش یافته که شامل کودک و بزرگسال و دندان های شیری و دائمی و پوسیدگی های تاج و ریشه است که می‌تواند هشدار برای سلامت دهان و دندان و عمومی جهانی باشد (۷).

در خصوص عوامل موثر بر پوسیدگی دندان کودکان نیز ابهام های فراوانی وجود دارد. به عنوان مثال مهرباخانی و همکارانش (۸) در پژوهش خود که پیرامون میزان تجربه پوسیدگی دندان در کودکان ۲ تا ۶ سال مهد کودک های شهرستان بیرجند انجام شده بود به این نتیجه دست یافتند که شیوع پوسیدگی در کودکانی که مادران آنها شاغل هستند

کمتر از کودکانی است که مادرانی خانه دار دارند. این نتیجه همسو با یافته های پژوهش قندهاری و همکارانش (۹) بود که بر روی کودکان تهرانی انجام شده بود. همچنین پژوهش محمود در امارات نیز همین یافته را تایید می‌کرد (۱۰). در مقابل پژوهش نعمت الهی و خوردی مور (۱۱) در مشهد نشان می‌داد که میزان شیوع پوسیدگی دندان در کودکان دارای مادران شاغل بیشتر از مادران خانه دار می‌باشد. همین نتیجه در کار میرضایی و همکارانش (۱۲) که پژوهشی بین استانی بود؛ تایید گردید. علاوه بر آن الزاید در عربستان نیز به همین یافته رسیده بود (Alzaidi, 2018) (۱۳). ناهمسویی این یافته ها زمانی بیشتر جلوه می‌نماید که در طرح کشوری سال ۱۳۸۳ را مورد توجه قرار دهیم. این طرح که بر روی گروه های سنی ۳، ۶، ۹، ۱۲ ساله مورد بررسی قرار گرفت حاکی از آن بود که هیچ گونه ارتباطی بین میزان پوسیدگی با میزان تحصیلات و شغل مادران وجود ندارد مهرعلیان (۱۳). این نتیجه همسو با یافته های کان در آفریقای جنوبی (۱۴) و پلوتزر در استرالیا بود (۱۵).

این تناقض ها در ارتباط با متغیرهای مستقل دیگر نیز نظیر تعداد فرزندان خانوار و سطح تحصیلات مادران نیز به چشم می‌خورد. ظاهراً عوامل متعددی بر پوسیدگی دندان کودکان موثر می‌باشند. عواملی که با توجه به بسترها و زمینه های فرهنگی، اقتصادی اجتماعی جامعه مورد بررسی، وزن و اهمیت متفاوتی دارند.

چهارچوب نظری

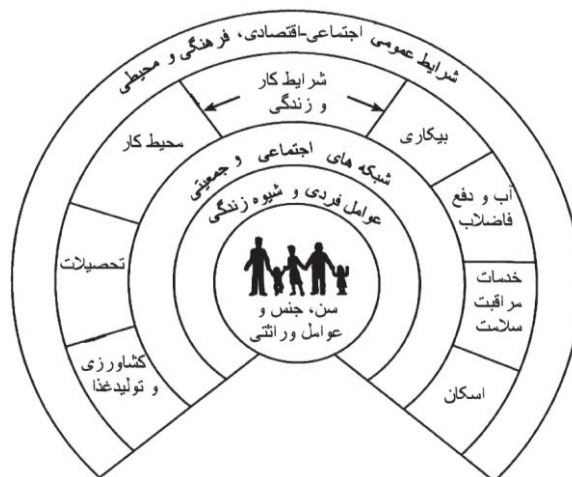
با توجه به نکته یاد شده برای بررسی پوسیدگی دندان کودکان بایستی از مدلی نظیر مدل دالگرین (۱۶) استفاده نمود که عوامل گسترده تری را در درون خود جای داده است. در این مدل پنج لایه برای عوامل موثر بر سلامت در نظر گرفته شده است. عوامل با تاثیرات کلی تر در لایه های خارجی و سلامت فرد در مرکز مدل قرار گرفته است. بدین ترتیب لایه های خارجی در حقیقت بر سلامت فرد و همچنین بر لایه های داخلی تر تاثیر می‌گذارند. همان گونه که در شکل شماره ۱ دیده می‌شود، سه لایه خارجی به عوامل

روش پژوهش

برای پاسخ گویی به پرسش اساسی این پژوهش (چه عواملی بر پوسیدگی دندان کودکان طبقه متوسط تاثیر گذار می- باشد؟) بر مبنای مدل نظری دالگری و نیز پژوهش‌های پیشین، متغیرهای احتمالی موثری را برگزیدیم که بر پوسیدگی دندان کودکان تاثیر گذار می‌باشد. این متغیرها را در قالب فرضیه‌هایی با استفاده از روش پیمایش آزمودیم. اما یافته‌های بدست آمده چنانکه در ادامه به آن اشاره خواهیم نمود؛ بیانگر عدم ارتباط معنادار این متغیرها با DMFT بود. لذا برای کشف عوامل و مکانیسم علی تاثیر گذاری آنها بر پوسیدگی دندان کودکان طبقه متوسط به روش کیفی روی آوردیم. در نگاه نخست، راهبرد مناسب کیفی با توجه به هدف و سوال ویژه‌ای که این پژوهش دنبال می‌نمود، گراند تئوری بود. چرا که به دو سوال چرایی و چگونگی پژوهش پاسخ می‌گفت. اما حد و مرزهای موضوع این پژوهش، کدر و ناشفاف بود، به گونه‌ای که از پیش، فرض دست‌یابی صد در صد به یک الگوی پارادایمیک تبیین‌گر، نامعقول به نظر می‌آمد. در این شرایط جرج آلن (۱۷) پیشنهاد می‌نماید که از ترکیب راهبرد گراند تئوری با مطالعه موردی جمعی استفاده شود. در رابطه با راهبرد مطالعه جمعی، بین (۱۸) معتقد است که این راهبرد، زمانی مفید است که پژوهشگر به بررسی یک وضعیت یا یک پدیده علاقه‌مند می‌باشد و از خلال مطالعه و تمرکز بر مواردی که اطلاعات مفید درباره آن موضوع یا پدیده در اختیار می- گذارند، کار میدانی خود را به انجام رسانده و احتمالاً به تکوین نظریه، درباره مجموعه‌ی بزرگتر هم خواهد رسید. بنابراین در حالی که از رهنمودهای اشتراوس و کوربین (۱۹)، درباره نحوه گردآوری و پردازش اطلاعات استفاده گردید، از پیش خود را در تنگای کشف الگوهای نظری موثر بر پوسیدگی دندان کودکان قرار ندادیم.

جامعه آماری مورد مطالعه در این طرح کلیه کودکان متعلق به طبقه متوسط شهری مراجعه کننده به یک مطب دندانپزشکی در مشهد بودند. ملاک تعیین کننده طبقه اجتماعی والدین نیز، برآیندی از شغل والدین، میزان

مختلف اقتصادی-اجتماعی اختصاص داده شده است. لایه چهارم به شیوه زندگی فرد تخصیص یافته و تنها در لایه مرکزی است که عوامل فردی از جمله عوامل موروثی (که ژنتیک بخشی از آن است) ذکر شده اند



نمودار ۱. مدل تعیین کننده سلامت (Dahlgren, 1995)

بر مبنای مدل یاد شده و نیز تحقیقات پیشین عواملی نظیر جنسیت فرزند، سن مادر، نوع شغل وی، میزان ساعت کار بیرون از خانه، تعداد فرزندان و ترتیب به دنیا آمدن آنها بر میزان پوسیدگی دندان کودکان تاثیر گذار می‌باشد. بنابراین می‌توان فرضیه‌های زیر را مهیای آزمون نمود:

الف- بین سن مادران طبقه ی متوسط و میزان پوسیدگی دندان فرزندان آنها رابطه معناداری وجود دارد.

ب- بین میزان ساعت کار بیرون از خانه مادران طبقه ی متوسط و میزان پوسیدگی دندان فرزندان آنها رابطه معناداری وجود دارد.

ج- میزان پوسیدگی دندان در دختران و پسران طبقه ی متوسط تفاوت معناداری با یکدیگر دارد

د- میزان پوسیدگی دندان کودکان در میان مادران شاغل و خانه دار طبقه ی متوسط با یکدیگر تفاوت معناداری دارد

ه- میزان پوسیدگی دندان کودکان، در میان مشاغل مختلف مادران طبقه ی متوسط تفاوت معناداری دارد.

پژوهشگر است که پرسش‌هایی اساسی را طرح می‌کند. اوست که تعیین می‌کند کی و کجا بایستی در جست‌وجوی پاسخ پرسش‌های خود باشد. در این پژوهش‌ها، افراد و موقعیت‌ها در نهایت نقش ابزاری هستند که در اختیار وی قرار می‌گیرند تا وی به خواسته‌ی خود دست یابد. با این حال چندی است که این رویکرد مورد انتقاد جدی قرار گرفته است. هرون و ریزن^۱ (۱۹۹۷) (۲۰) معتقدند که یک پژوهش خوب بایستی با مردم انجام شود و نه بر روی مردم. نگاه سنتی به پژوهش‌های اجتماعی، مردم را در حالتی منفعل قرار می‌دهد در حالی که مشارکت‌کنندگان یک پژوهش می‌توانند با همکاری با پژوهشگران تحقیق، به توسعه‌ی بینش، نسبت به موضوع تحقیق کمک کرده و در نهایت راهکارهای عملی مناسبی هم ارائه نمایند. از سویی دیگر جین هارتلی و جان بینگتون^۲ (۲۰۰۰) (۲۱)، به‌طور مفصل به مزایای استفاده از همکار در پژوهش‌ها اشاره کرده‌اند و معتقد هستند که تحقیقات اجتماعی بایستی به‌گونه‌ای باشد که چند همکار در خلال یک فرایند گفتگویی، مراحل پژوهش را گام‌به‌گام به‌پیش ببرند.

با توجه به این نکات با حفظ اصول راهبرد مطالعه موردی جمعی، گراند تئوری در دو سطح، این تحقیق پیش رفت. در سطح اول تیمی از همکاران پژوهش گردآوری شد؛ تا در تمامی مراحل تحقیق، با گفتگوهای انتقادی خودشان کار را همراهی نمایند. در سطح دوم، از برخی از مشارکت‌کنندگان پژوهش که آمادگی لازم را برای همکاری با محقق داشتند؛ درخواست شد تا در تحلیل و ارزیابی یافته‌های تحقیق مشارکت کرده و نظرات انتقادی خودشان را اعلام نمایند. جدول شماره ۱ سیمای کلی پژوهشگران و همکاران پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. سیمای پژوهشگران و همکاران

ردیف	شهرت	تحصیلات
۱	بهرز	دکتری تخصصی جامعه‌شناسی

تحصیلات آنها و منطقه محل سکونت آنها بود. حجم نمونه نیز بر اساس فرمول محاسبه حجم نمونه در متغیرهای کمی $(N=Z^2 \times (S.D)^2 \div d^2)$ و آخرین برآوردی که از شاخص dmft کودکان در ایران به عمل آمده است؛ با سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۱۸۰ نفر تعیین گردید که از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده این افراد مشخص و اطلاعات لازم آنها از پرونده پزشکی‌شان استخراج گردید. این اطلاعات نیز به نوبه خود در نرم افزار SPSS بارگذاری شده و با استفاده از آمارهای مناسب نظیر χ^2 کرامر و اسپیرمن فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. در بخش کیفی این پژوهش، برای انتخاب مشارکت‌کنندگان پژوهش خود ابتدا کودکان جامعه آماری خود را به ۴ گروه تقسیم کردیم. ملاک تقسیم کودکان به ۴ گروه عبارت بود از:

۱- کودکانی با میزان پوسیدگی دندان‌ی زیاد که مادرانی شاغل داشتند.

۲- کودکانی با میزان پوسیدگی دندان‌ی زیاد که مادرانی خانه دار داشتند.

۳- کودکانی با میزان پوسیدگی دندان‌ی کم و یا فاقد پوسیدگی دندان‌ی که مادرانی شاغل داشتند.

۴- کودکانی با میزان پوسیدگی دندان‌ی کم و یا فاقد پوسیدگی دندان‌ی که مادرانی خانه دار داشتند.

در مصاحبه با مادران این ۴ گروه تلاش شد با عنایت به مدل دالگرن (۱۶) موضوعاتی نظیر سبک زندگی و الگوی مصرف، انتخابهای تغذیه‌ای، رفتارهای بهداشتی و میزان آگاهی‌های بهداشتی، اقتضانات شغلی یا خانه‌داری، میزان آگاهی‌های عمومی و شبکه ارتباطات اجتماعی در فضای حقیقی و مجازی را برای ورود به گفتگویی عمیق‌تر انتخاب نماییم. این گفتگوها پیاده‌سازی شده و پس از کدگذاری آزاد مقوله‌های محوری آن استخراج گردید. سپس این مقوله‌ها در اختیار همکاران پژوهش قرار گرفت. در این جا توضیح نکته‌ای ضروری است. در پژوهش‌های اجتماعی عمدتاً، پژوهشگر قهرمان میدان تحقیق محسوب می‌گردد. این

۲	حشمت	کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی
۳	ناصر	کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی
۴	فهمه	دکتری تخصصی ادبیات
۶	فرید	دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی
۸	حسین	کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی

مقوله‌های مستخرج از مصاحبه‌های فردی

با عنایت به رد بیشتر فرضیه‌های پژوهش، به سراغ روش کیفی رفته و با چهار گروه از مادران رفته و با هریک از آنها جداگانه مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته و نیمه عمیق انجام دادیم. حاصل این مصاحبه‌ها پس از کدگذاری آزاد و محوری، نکات زیر بود

عادت‌واره‌های سلامت محور

از مقایسه اظهارات آن دسته از مادرانی که کودکانی فاقد پوسیدگی داشتند با اظهارات مادرانی که بچه‌هایی با پوسیدگی فراوان داشتند (خواه شاغل یا خانه‌دار) چنین بر می‌آمد که این افراد، یعنی مادران دارای بچه‌هایی فاقد پوسیدگی - فارغ از مقتضیات شغلی خود یا مشغولیت‌های خانه‌داری - از یک سری ویژگی‌های شخصیتی و فرهنگی نیز برخوردار بودند که بنا بر همان ویژگی‌ها به اصولی همچون نظم و کارآیی در زندگی اهمیت فراوانی می‌دادند و بر همین اساس رسیدگی به بهداشت دهان کودک خود و الگوی تغذیه او را علی‌رغم تمامی مشغله‌ها خیلی جدی پیگیری می‌کردند. برای مثال مادر «حلم» در مصاحبه چنین عنوان می‌کرد که: «... مادر من یک فرهنگی بازنشسته است که ۴ تا بچه دارد ولی من و خواهر و برادرانم به یاد نداریم در دورانی که خانه‌دار و پدرمان زندگی می‌کردیم و هنوز ازدواج نکرده بودیم هیچوقت دیرتر از ساعت ۹ شب خوابیده باشیم یا بیشتر از ماهی یک بار و یا حتی ۲ ماه یک بار غذای بیرون و ساندویچ این جور چیزها خورده باشیم و تازه اینها همه در حالی بود که مادر من هر روز صبح تا ظهر مدرسه بود... الان که به خودم نگاه می‌کنم می‌بینم من با داشتن فقط یک بچه و شغلی به مراتب راحت از مادرم اگر نتوانم حداقل همان الگوهای تربیتی مادرم را رعایت کنم از ناتوانی خودم است و نمی‌توانم تقصیر را گردن کس دیگری مثل همسرم بیاندازم...»

شیرینی و شکلات، محور ارتباط بین نسلی

نتایج

سیمای نمونه مورد بررسی بیانگر توزیع متوزان پوسیدگی دندان در میان دختران (۵۳/۹ درصد) و پسران (۴۶/۱ درصد) بود. میانگین سنی مادران ۳۵/۴۸ نشان می‌داد که آن‌ها در ابتدای دهه ۷۰ همزمان با شعارهای توسعه اقتصادی، جامعه پذیر شده‌اند. بیش از نیمی از مادران (۵۵ درصد) خانه‌دار بودند. میانگین پوسیدگی دندانهای کودکان آن‌ها نسبتاً بالا (۵/۶۴) بود. این در حالی بود که تنها ۱۵ درصد کودکان کمتر از دو دندان پوسیده در دهان داشتند. همچنین اکثر کودکان مراجعه‌کننده (۷۹/۴ درصد) فرزند اول خانواده بودند. نتایج تحلیل آماری در جدول شماره ۲ آورده شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود میان بسیاری از متغیرهای مستقل پژوهش نظیر سن مادر، شاغل بودن وی، نوع شغل و میزان ساعت کاری او و پوسیدگی دندان فرزندش رابطه معناداری مشاهده نگردید. همچنین جنسیت فرزندان و ترتیب تولد هم تأثیری بر DMFT کودکان نداشت. تنها تعداد فرزندان رابطه آماری معناداری را با پوسیدگی دندان نشان می‌داد.

جدول ۲. آزمون فرضیه‌های پژوهش

نتیجه آزمون	P-value	میزان همبستگی	ضریب همبستگی	متغیر مستقل
رد	۱/۲۲	۱/۱۶	اسپیرمن	سن مادر
رد	۱/۸۴۸	۱/۰۶۷	V کرامر	شاغل بودن
رد	۱/۷۳۴	۱/۳۳۷	V کرامر	نوع شغل
رد	۱/۴۸۴	۱/۰۵۲	اسپیرمن	ترتیب تولد
رد	۱/۵۴۳	۱/۱۰۹	V کرامر	جنسیت
رد	۱/۱۵۴			میزان
فرضیه		۱/۱۶۵	اسپیرمن	ساعت

یکی از مهمترین مسایلی که والدین با آن مواجه بودند؛ زمانی بود که کودکان آنها پیش پدر بزرگ ها و مادر بزرگ هایشان بسر می‌برند. به عنوان مثال مادر «محمدطاها» به عنوان یکی از مادران شاغلی که فرزندش پوسیدگیهای دندانهای زیادی داشت در مصاحبه چنین اظهار داشت:

«... محمدطاها در هفته، چند روز پیش پدر بزرگ و مادر بزرگش می‌ماند، یعنی آنها می‌روند و بچه را از مدرسه بر می‌دارند و تا شب که ما می‌آییم دنبالش، پیش آنها می‌ماند. محمد طاها هم خانه آنها را خیلی دوست دارد چون آنجا به قول خودش همیشه خوراکی های خوشمزه دارند و هیچ منعی هم برای خوردنش نیست ...»

سبک زندگی دندان شکن

برنامه افراد در زندگی روزمره‌شان، اعم از الگوی تغذیه، ساعت بیداری و خواب آنها از جمله مواردی بود که تاثیر زیادی بر پوسیدگی دندان کودکان داشت به عنوان نمونه ... اظهار نمود:

«راستش خیلی از شبها هم، من و شوهرم ترجیح می‌دهیم برویم غذا بیرون بخوریم و محمدطاها را هم بالطبع می‌بریم البته همیشه حواسمان هست که نوشابه سفارش ندهیم ولی به هر حال نمی‌دانم آیا غذاهایی مثل پیتزا و همبرگر هم برای دندانها ضرر دارند یا نه؟!»

آگاهی های پایه‌ای

یکی از نکات جالب توجه که در مصاحبه ها فراوانی پرتکراری داشت، عدم اطلاع مادران از آگاهی های پایه‌ای برای سالم نگه داشتن دندان کودکانشان بود. به عنوان مثال در برابر این پرسش که بهتر است تا چه سنی خودشان برای کودک مسواک بزنند؟ و یا اینکه روش درست مسواک زدن برای کودک چیست؟ و یا اینکه از چه زمانی باید کودک خود را برای فلوراید تراپی و معاینه دوره ای پیش دندانپزشک ببرند؟ مادران با سطح تحصیلی متفاوت آشکارا ابراز بی اطلاعی می نمودند.

مصاحبه گروهی مشارکتی با همکاران پژوهش

نکات یاد شده این پرسش را به ذهن متبادر می نمود که چرا مادران و پدرانی که عموماً از تحصیلات بالا برخوردار بوده و به سلامتی فرزندان خود نیز اهمیت می‌دهند؛ در خصوص سلامت دندان کودک خود برخوردی منفعلانه داشته و در صدد تغییر سبک زندگی و یا عادتواره های ناسالم گذشته بر نمی‌آیند؟ این پرسش را با همکاران پژوهش، بصورت مصاحبه گروهی در میان گذاشتیم. در ابتدا (فرید) - دانشجوی دکتری جامعه شناسی - بحثی را در مورد شبکه روابط اجتماعی والدین پیش کشید که بسیار حائز اهمیت بود. به نظر وی میزان (اهمیت قائل شدن برای ظاهر فیزیکی) - از فیزیک بدنی گرفته تا نظافت پوست و صورت یا داشتن یک لبخند زیبا با دندانهایی سالم و ردیف - یکی از شاخص های تعیین کننده جنس گفتگوهای متداول در شبکه ارتباطات مادران است. فرید اعتقاد داشت درجه اهمیتی که مادران برای سلامت دندانهای کودک خود قائل هستند بیش از هر چیزی وابسته به این شاخص و میزان رواج گفتگوهایی از این دست در شبکه ارتباطات مادران می باشد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع مدیریت بدن در دوران اخیر یافته‌های این پژوهش درخور تامل است. پس از فرید فهیمه این فرض را مطرح نمود که شاید بحث مدیریت بدن در میان کسانی که از سرمایه های فرهنگی بالایی برخوردار هستند اهمیت بیشتری داشته باشد و مصاحبه شونده ها از چنین سرمایه‌ای بی بهره بودند. اما بهروز نگاه دیگری به این موضوع داشت به باور وی افراد زیادی در جامعه ما هستند که علی رغم داشتن سرمایه های فرهنگی بالا از (شعور زندگی) پایینی برخوردارند. انگار که وقتی این سرمایه ها خواسته اند در تعاملات روزمره و گفتگوهای متداول ما نقش سازنده ای ایفا کنند به دلایلی که خود جای بحث دارد نتوانسته اند ایفای نقش نمایند. در تایید صحبت‌های بهروز، مریم - دانشجوی دکتری ادبیات و پژوهشگر مسائل اجتماعی - نیز اشاره کرد که ما برای مهارت های یک زندگی سالم آموزش لازم را در هیچ مقطعی از زندگی به طور ملموس نمی بینم. اگرچه که رسانه های جمعی به زعم خود تلاش هایی در جهت

یکدیگر نزدیک باشند و میزان تفاوت هایشان نیز بستگی به این دارد که در این دستگاه دویبعدی چقدر از هم فاصله داشته باشند. بنت، سویج و همکارانشان کوشیده‌اند تا بر مبنای دو متغیر سرمایه فرهنگی و اقتصادی، درون طبقه متوسط گروه‌هایی را از یکدیگر متمایز نمایند. اولین گروه افراد شاغل در خدمات عمومی هستند که «سرمایه فرهنگی» بالا و «سرمایه اقتصادی» پایینی دارند و معمولاً سبک زندگی‌های سالم و فعالی را دنبال می‌کنند که شامل ورزش، مصرف اندک الکل و مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی و اجتماعی است. در مقابل، *مدیران و مقامات اداری* نوعاً الگوهای «نامتمایز» مصرف را دنبال می‌کنند که شامل سطوح پایین یا متوسط ورزش، توجه ناچیز به فعالیت‌های فرهنگی، و ترجیح دادن سبک‌های سنتی دکوراسیون خانه و مد است. سبک زندگی گروه سوم، یعنی «پست مدرن‌ها» فاقد هرگونه اصل تعریف کننده‌ای است و می‌تواند حاوی عناصری باشد که عرفاً در کنار هم قرار نمی‌گرفتند. از این رو، اسب سواری و علاقه به ادبیات کلاسیک می‌تواند باشیفتگی نسبت به ورزش‌هایی مثل صخره‌نوردی و علاقه به میهمانی‌های شبانه و اکستاسی تلفیق شود بنت و همکاران (۲۲).

مدعای بنت و همکارانش توسط برخی از تحقیقات تایید شده است به عنوان مثال کامفیاس و همکارانش در سال ۲۰۱۵ به این نتیجه رسیدند که سرمایه فرهنگی به طور بالقوه ممکن است در تبیین نابرابریهای انتخاب‌های تغذیه‌ای نقش مهمی ایفا کند. یعنی افراد دارای سرمایه فرهنگی بالاتر دارای تغذیه سالم‌تری هستند. اما از بین ابعاد مختلف سرمایه فرهنگی، سطح پایین سرمایه فرهنگی فردی و رفتاری با انتخاب مواد غذایی ناسالم ارتباط معناداری داشت قادری (۲۲)

البته در کنار سرمایه فرهنگی و اقتصادی، الگوهای مصرف و سبک زندگی افراد نیز نقش بسزایی در کنش‌های متفاوت افراد در درون طبقات مختلف اجتماعی دارد. این مطلب با نگرستن به روندهای موجود در کل جامعه عیان می‌شود. برای مثال، گسترش سریع اقتصاد خدماتی و صنایع فراغتی و تفریحی، بازتاب تأکید هر چه فزون‌تری بر مصرف در

آموزش مهارت‌های زندگی می‌کند اما وقتی سیاست‌های کلان کشور هم راستا با این آموزش‌ها نباشد، این تلاش‌های رسانه‌ای هم راه به جایی نمی‌برد. بالطبع سیاست‌گذاری‌ها در زمینه بهداشت دهان هم از این قاعده مستثنی نیست و استراتژی‌هایی که در زمینه آموزش مادران در جهت رعایت اصول بهداشت دهان کودکان به کار برده می‌شود به نظر تاکنون کارساز نبوده است. حسین اما اعتقاد دیگری داشت. به باور او ما انتظار زیادی از نهادهای سطح کلان داریم تا روش درست زندگی را به ما بیاموزند در حالی که بایستی از آنها قطع امید کرده و عادت‌واره‌های گفتگویی خود را تغییر دهیم. به نظر حسین هم محتوی و هم نحوه گفتگوی ما نیاز به بازبینی جدی دارد. ما معمولاً درباره‌ی مسایل اقتصادی و سیاسی حرف می‌زنیم. در حالی که نتیجه این گفتگوها چیزی جز درماندگی آموخته شده نیست. ما عادت نکردیم تا درباره مهارت‌های زندگی شادتر و بهتر صحبت کنیم و البته نحوه گفتگوی ما بیشتر استدلالی و جدلی است در حالی که ارتباط مناسب بایستی بر مبنای انتقال تجربه باشد.

بحث و نتیجه گیری

طبقه‌ی اجتماعی، یکی از مهمترین متغیرهایی است که جامعه‌شناسان در تحلیل کنش‌کنشگران اجتماعی از آن بهره می‌گیرند. باور بسیاری از پژوهشگران اجتماعی این است که ارزش‌ها، احساسات و رفتارهای افراد جامعه بصورت مستقیم و غیر مستقیم از جایگاه طبقاتی آنها برمی‌خیزد. ولی ظاهراً در حوزه سلامت دهان و دندان کودک، رفتار والدین از پایگاه اجتماعی آنها تبعیت نمی‌نماید. چرا چنین است؟ نظر پیر بوردیو جامعه‌شناس فرانسوی در این زمینه قابل تأمل می‌باشد. به عقیده وی قرار گرفتن افراد در یک طبقه اجتماعی، منجر به تشکیل گروه‌های یک پارچه‌ای از مردم نمی‌شود که همگی الگوی رفتاری مشابهی داشته باشند بلکه فعالیتهای نمادینی همچون الگوی مصرف راهی می‌شود برای تمایزات بین گروهی در افراد یک طبقه اجتماعی به عبارت دیگر عاملان اجتماعی تا جایی با یکدیگر دارای مشترکات هستند که در دستگاه دویبعدی سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی به

روابط رسمی خارج از زندگی خصوصی)، زیست جهان افراد (تعاملات با افراد صمیمی و نزدیک) را به استعمار درآورده است. این بدان معناست که افراد همان الگوهای کنشی را که در نظام اجتماعی به کار می‌گیرند؛ در تعاملات با افراد صمیمی زندگی‌شان نیز به کار می‌برند. به این ترتیب، کنش ارتباطی که دارای ظرفیت بالایی برای تعالی زندگی افراد می‌باشد تحریف شده و امکان زیست بهتر افراد فراهم نمی‌گردد. این همان نکته‌ای است که همکاران پژوهش نیز به آن اشاره نمودند. تا زمانی که موضوع گفتگوی افراد در شبکه روابط اجتماعی‌شان موضوعات نظام اجتماعی نظیر مسایل اقتصادی و سیاسی باشد، آنها در نمی‌یابند که زیست جهان آنها طریق سبک زندگی و الگوی مصرف ناسالم به مخاطره افتاده و درصدد بر نمی‌آیند تا آگاهی‌های پایه‌ای خود را در این زمینه افزایش دهند.

References

1-Ansari-Moghaddam S. Mothers' knowledge and attitude towards factors affecting orodental health infants and children Persian [dissertation].Zahedan: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services.2003
2-Khadem P, Jabbarifar S E, Maroufi V, Ghasemi Todeshki D, Mohammad Taher . Evaluation of the relationship between oral health and quality of life based on DIDL index. Journal of Research in Dental Sciences.2011; (7) 4. 36-42
3-Mohammadi J, Vaddahir Abu A, Mohammadi F. Relationships between cultural capital and lifestyle: A survey among middle class citizens of Sanandaj, Kurdistan. Iranian Journal of Sociology .2013;13(4):1-23
4-Fejerskov, O. Kidd, Dental caries : the disease and its clinical management. 2nd ed, Oxford ; Ames, Iowa: Blackwell Munksgaard. Xxiii.2008; 616
5-Whelton H. Overview of the impact of changing global patterns of dental caries experience on caries clinical trials.2004; 83: 29-34
6-Calligraphers M- H .National Book of Oral Health and Social Dentistry. Tehran: University Jihad Publishing Organization.2016;231
7-Bahramian R.A, Garcia-GodoyF, Volpe AR. The global increase in dental caries A pending public health crisis. Am J Dent.2009; 22(1): 3-8
8-Mehrabkhani M, Ismaili H. Evaluation of the experience of dental caries in children aged 2 to 6 years and its relationship with the socio-economic status of their parents in Birjand kindergartens in

کشورهای صنعتی است. جوامع مدرن به جوامعی مصرفی تبدیل شده اند که دستیابی به کالاهای مادی بزرگ ترین دغدغه خاطر آن ها است. یک جامعه مصرفی، از برخی جهات، یک «جامعه توده‌ای» است که تفاوت های طبقاتی در آن تا اندازه ای مهار می شود. از همین رو ممکن است کسانی که زمینه های طبقاتی متفاوتی دارند، برنامه های تلویزیونی یکسانی را تماشا کنند یا لباس خود را از بوتیک های یکسانی خریداری کنند. گیدنز (۲۳)

اما چگونه الگوی مصرف و سبک زندگی می‌تواند تا به این پایه افراد را نسبت به سلامت خود و خانواده‌شان بی تفاوت نماید؟ پاسخ به این پرسش را می‌توان در بحث هابرماس پیرامون کنش‌های ارتباطی تحریف شده یافت. از نظر هابرماس (۱۳۹۲) (۲۴) در جهان مدرن، نظام اجتماعی)

2007.Journal of Mashhad Dental School, 32 (4): 332-325
9-Kandehari Motlagh M, Jamshidi Sh. Epidemiological evaluation of dfmt index among 4 to 5 year old children in kindergartens under the auspices of Tehran Welfare Organization in2004. Dental Journal of the Islamic Society of Dentists of Iran.2004; 50 (16): 15-21
10-Mahmoud N, Kowsh M ,Hussein I. oral Health knowledge, attitude, and practices of Sharjah mothers of preschool children, united arab emirates. jint socprev community Dent. 2017; 7(6): 308-314
11-Namatolahi H,Kordimod M. Investigating the relationship between caries experience of children aged 6 to 36 months with caries experience and socio-economic status of their mothers in Mashhad, Journal of Mashhad Dental School.2002; 25 (1 and 2). 88-78
12-Mirrezaei S, Emamgolipor S,Biglerian A.Socio-economic factors affecting the oral health of children upon entering primary school. Iranian Journal of Pediatric Dentistry.2018; 12 (2): 12-1
13-Mehralyan A. Evaluation of oral health status of 5, 6 and 12 year old children in Qazvin province. Unpublished doctoral dissertation. Qazvin University of Medical Sciences and Health Services. School of Health.2015
14-Khan MN,Cleaton jones, PE.. Dental carries in African preschool children: soual fators as disease markers. JPub Health Dent.1999; 58:7-11
15-Plutzer k, Keirse Marc j.N. influence of first-Time mothers' early employment on Severe early childhood Caries in their child. international journal of pediatric.2012; 6-12

- 16-Dahlgren G. European health policy conference: Opportunities for the future. Vol 11 Intersectoral action for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.1995
- 17-Allan G. A critique of using grounded theory as a research method, in www.ejbrm.com(2003).
- Yin R. "Case study research: Design and methods" Sage Publications.1997
- 19-Strauss A, Corbin J. Fundamentals of Qualitative Research: Techniques and Stages of Production of Background Theory, Tehran: Ney Publishing.2007
- 20-Heron j Reason, P. a Participatory Inquiry Paradigm.Sage Journals. 1997: 3(3). 274-294
- 21-Hartley Ja.d , Benington J. Co-research: A new methodology for new times,European journal of work organizational psychology.2000: 463-476
- 22-Qaderi M, Maleki A, Ahmadnia S. From Bourdieu cultural capital to health-related cultural capital in Abel's words: Application of new indicators in nature Healthy lifestyle. Social Welfare Quarterly.2016: 16(95) ; 9-5
- Giddens A .Sociology. Fourth Edition. Tehran: Publishing.2001 23-
- 24-Habermas J. Theory of Communicative Action: Reason and the Rationality of Society, the Biology and the Critical System The Functionalist Concept of Reason, translated by Kamal Pouladi, Tehran: Markaz Publishing.2003

*Original Article***Sociological study of the factors affecting dental caries in children within the urban middle class**

Received: 31/01/2021 - Accepted: 01/02/2022

Behzad Latifian¹
 Nader sanati^{2*}
 Hossein Ghanbari Baghestan³

¹Oral specialist Researcher, School of Dentistry, AJA University of Medical Sciences and Master of Sociology

²Assistant Professor, Department Assistant Professor, Department of Sociology, Payame Noor

University, Tehran, Iran

³social sciences researcher

Social sciences researcher in Iran Publishing Organization and Sociologist

Email: sanati.n@pnum.ac.ir

Abstract

Introduction: This article examines the factors affecting dental caries in children among the middle class in Mashhad. According to the research literature in this field, factors such as mothers' employment, working hours and mother's age along with gender affect children's dental caries by adopting the survey method, we tested the effect of these variables.

Materials and Methods: Initially, the method was navigation. First, the statistical population was all children belonging to the urban middle class who referred to a dental office in Mashhad. 180 people were selected by simple random sampling method. The results showed that none of the tested variables had a significant relationship with dental caries in children. The results showed that none of the tested variables had a significant relationship with dental caries in children. For this reason, we adopted a qualitative method to interview the parents of the children

Results: Axial categories Showed Habit-oriented health Along with lifestyle and basic awareness, it plays an important role in children's oral health.

Conclusion: In interpreting our findings, after a group discussion with research colleagues, we came to this conclusion. Class analysis was inefficient in explaining the class behaviors of individuals and according to Bourdieu, Giddens and Habermas should pay attention to the combination of people's cultural capital and their economic capital, their lifestyle and consumption, how they interact with their friends and relatives.

Key words: Oral health, children, middle class

Acknowledgement: There is no conflict of interest