Journal of Zabol Medical School

Vol 4; No. 3; Autumn 2021: 113-9

Original Article

10.18502/jzms.v14i3.7823

Crossref

Evaluation of Parents' Performance and Beliefs in Dealing with Symptoms Associated with Tooth Eruption in Kashan

Zahra Mollai Sadiani[1], Mohsen Adib Haj Baghery[2], Hossein Akbari[3]

Received: 10.06.2021
Accepted: 16.07.2021
Published: 07.10.2021

Abstract

Background: It is widely believed that the growth of deciduous teeth can be accompanied by systemic and localized symptoms. This study was conducted in Kashan in 2019 with the aim of parents' performance and beliefs in the face of tooth eruption and its associated factors.

Methods: This study is a cross-sectional study. The study population consisted of 290 parents with children aged 6 to 36 months who were referred to Kashan health centers who were selected by available sampling. The researcher-made questionnaire was completed by the participants and the data were analyzed using descriptive statistics and Fisher's exact Chi-Square test by SPSS 16 statistical software. P value < 0.05 was considered as a significant level.

Results: The most common symptoms reported by parents include; Restlessness (78.6), chewing (70.0), loss of appetite (65.5), weight loss 55.2), fever (53.4), swelling, and redness of the gums (51.7), runny mouth (50.0). Most parents' beliefs came from those around them. There was a statistically significant relationship between parents' education with weakness and colds (p value < 0.01). There was a significant difference between parents' performance in controlling symptoms and their education (p value < 0.01).

Conclusion: Although tooth growth is a physiological phenomenon, it can be accompanied by a series of local and systemic symptoms. Educating parents will improve their beliefs and help their children's health.

Keywords: Symptoms, Function, Belief, Tooth growth.

Citation: Mollai-Sadiani Z, Adib Haj Baghery M, Akbari H. **Evaluation of Parents' Performance and Beliefs in Dealing with Symptoms Associated with Tooth Eruption in Kashan.** J Zabol Med Sch 2021; 4(3): 113-9.

1- MSc, Kargarnejad Psychiatric Hospital, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2- Professor, Department of Internal Surgery Nursing, School of Nursing and Midwifery, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
3- Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
Corresponding Author: Hossein Akbari, **Email:** akbari1350_h@yahoo.com

مجله دانشکده پزشکی زابل
دوره ٤، شماره ٣؛ پاییز ١٤٠٠: ١١٩-١١٣

مقاله پژوهشی

10.18502/jzms.v14i3.7823

Crossref

بررسی عملکرد و باور والدین در مواجهه با علائم همراه با رویش دندان در کاشان

زهرا ملائی سادیانی[1]، محسن ادیب حاج باقری[2]، حسین اکبری[3]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۲۵
تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۷/۱۵

چکیده

مقدمه: اعتقاد عموم مردم بر این است که رویش دندان‌های شیری، می‌تواند با عوارض و علایم سیستمیک و موضعی همراه باشد. این مطالعه با هدف عملکرد و باور والدین در مواجهه با رویش دندان و عوامل همراه با آن را در شهر کاشان در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

شیوه‌ی مطالعه: این مطالعه از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه‌ی مورد مطالعه، ۲۹۰ نفر از والدین دارای کودک ۶ تا ۳۶ ماهه‌ی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر کاشان در سال ۱۳۹۸ بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسش نامه‌ی محقق ساخته، توسط افراد شرکت‌کننده تکمیل گردید و داده‌های حاصل از آن‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های Chi-squared، Fisher's exact test تحلیل شد. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: شایع‌ترین علایم گزارش شده توسط والدین شامل بی‌قراری (۷۸/۶ درصد)، جویدن اشیا (۷۰ درصد)، کاهش اشتها (۶۵/۵ درصد)، کاهش وزن (۵۵/۲ درصد)، تب (۵۳/۴ درصد)، تورم و قرمزی لثه (۵۱/۷ درصد)، آبریزش از دهان (۵۰ درصد) بود. باور اکثر والدین، از اطرافیان نشأت می‌گرفت. ارتباط آماری معنی‌داری بین تحصیلات والدین با ضعف و سرماخوردگی مشاهده گردید (p value < ۰/۰۱). تفاوت معنی‌داری بین عملکرد والدین در کنترل علایم با تحصیلات آن‌ها مشاهده شد (p value < ۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: با وجود آن‌که رویش دندان، پدیده‌ای فیزیولوژیک محسوب می‌شود، ولی می‌تواند با یک سری علایم موضعی و سیستمیک همراه گردد. آموزش والدین، موجب اصلاح باور آن‌ها شده و به سلامتی کودکان کمک خواهد کرد.

کلمات کلیدی: علایم، عملکرد، باور، رویش دندان.

ارجاع: ملائی سادیانی زهرا، ادیب حاج باقری محسن، اکبری حسین. **بررسی عملکرد و باور والدین در مواجهه با علائم همراه با رویش دندان در کاشان.** مجله دانشکده پزشکی زابل ۱۴۰۰؛ ۴(۳): ۱۱۹-۱۱۳.

مقدمه

رویش دندان، روندی طبیعی است که از حدود ۵ ماهگی یا اواخر ۶ ماهگی به بعد در کودکان تظاهر می‌کند و ممکن است با علایم زیادی همراه باشد (۱). علایمی نظیر افزایش میل جویدن اشیا، آبریزش از دهان، مالیدن لثه‌ها به هم و غیره در کودکان دیده می‌شود. حداقل ۳۵ درصد کودکان، یک علامت یا بیشتر را در دوره‌ی رویش دندان دارند. اعتقاد عموم مردم بر این است که رویش دندان‌های شیری با عوارض و علایم سیستمیک و موضعی شامل تب، اسهال، آبریزش بزاق، درماتیت، بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، عفونت‌های تنفسی، درد و التهاب همراه است. این علایم چند روز قبل از ظاهر شدن دندان در دهان قابل مشاهده است و در کودکان به اشکال مختلف دیده می‌شود. باور غلط والدین، ممکن است، مخل تشخیص و درمان سریع طیفی از بیماری‌های جدی شود (۲). کودکان در این دوره از زندگی، ایمنی غیر فعال ناشی از آنتی‌بادی‌های مادر را از دست داده و در معرض انواع زیادی از بیماری‌های دوران کودکی قرار می‌گیرند (۳). چندین روش مبتنی بر باورهای رایج و سنتی جهت تسکین علایم رویش دندان استفاده شده که در برخی از فرهنگ‌ها، از روش‌های بالقوه‌ی مضر مانند تاول موضعی، کوتر (۴) یا برش لثه استفاده شده است (۶). در برخی مطالعات نیز ماساژ موضعی با سیر یا

۱- کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان اعصاب و روان کارگرنژاد، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲- استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳- دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
نویسنده مسؤول: حسین اکبری
Email: akbari1350_h@yahoo.com

دود درخت اقاقیا را در کاهش علایم شیرخواران هنگام رویش دندان مؤثر دانسته‌اند (۷، ۸). همچنین شیردهی مرتب، بر رویش دندان شیری بسیار مؤثر می‌باشد (۹).

بعضی والدین از روش‌های غیر دارویی برای حل مشکلات رویش دندان استفاده می‌کنند. این روش‌ها مانند درمان‌های هومیوپاتی و طبیعی (۱۰)، رفتار درمانی، جویدن اشیا تمیز و خنک مانند حلقه‌ی دندان خنک شده یا جغجغه، پارچه‌ی مرطوب، سبزیجات سخت سرد یا ماساژ لثه (۶، ۷) عموماً ایمن بوده ولی در برخی از آن‌ها خطر آسپیراسیون و عفونت افزایش می‌یابد (۳، ۶). پنج روش مورد استفاده به عنوان روش‌های درمانی برای کاهش علایم رویش دندان عبارتند از: آغوش‌درمانی، یخ، مالیدن لثه، حلقه‌های رویش دندان و غذا برای جویدن به مراقبین توصیه می‌گردد. در حال حاضر، داروهای درمانی بسیار محدود است. مسکن‌ها و داروهای موضعی توسط سازمان غذا و داروی آمریکا FDA (Food and Drug Administration) و آکادمی اطفال آمریکا توصیه نمی‌شوند (۱۱). با توجه به نگرانی والدین در این زمینه و آموزه‌های غلط که علاوه بر صرف هزینه‌های هنگفت می‌تواند عوارض جبران‌ناپذیری را به همراه داشته باشد، این مطالعه به بررسی عملکرد و باور والدین در مواجهه با رویش دندان و عوامل همراه با آن در سال ۱۳۹۸ می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان (IR.KAUMS.REC.1396.66) انجام شد که به صورت مقطعی بر روی ۳۸۰ نفر از والدین دارای کودکان ۶ تا ۳۶ ماهه‌ی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی در شهر کاشان در ۶ ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۸ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای بود. بدین صورت که ابتدا ۸ مرکز بهداشتی- درمانی به صورت تصادفی از میان مراکز بهداشتی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کاشان انتخاب شدند. سپس در هر کدام از مراکز بهداشتی، ابتدا توضیحاتی در مورد هدف تحقیق و نحوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات به مادرانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، داده شد و در صورت رضایت از شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه در اختیارشان قرار گرفت تا پس از تکمیل، تحویل دهند. معیار ورود در این مطالعه، مادران دارای کودک ۶-۳۶ ماهه و حداقل با یک دندان در دهان بود و در صورت عدم پاسخگویی کامل و معتبر به سؤالات، از مطالعه خارج می‌شدند. از بین کل مادران، تعداد ۲۹۰ نفر، پرسش‌نامه را تکمیل نمودند.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته شامل علایم، عملکرد و باور والدین موقع رویش دندان بود و بخشی از پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک والدین (سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و شغل) و کودک (سن، جنس، چندمین فرزند خانواده بودن، تعداد دندان، سن رویش اولین دندان، سن رویش آخرین دندان) بود. پرسش‌نامه حاوی ۲۷ سؤال به صورت بسته پاسخ (بله و خیر) و ۳ سؤال به صورت پاسخ باز طراحی شده است. ارزیابی اعتبار محتوایی پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از اساتید متخصص در این حیطه مورد ارزیابی قرار گرفت. شاخص‌های CVR > ۰/۶۲ برای سنجش ضرورت هر سؤال و شاخص CVI > ۰/۷ برای سنجش مناسبت، وضوح و سادگی هر سؤال در نظر گرفته شد. پس از تأیید اعتبار محتوایی، پرسش‌نامه در اختیار یک نمونه‌ی ۳۰ نفری از مادران قرار گرفت و پایایی آن با روش دو نیمه کردن، اندازه‌گیری شد. شاخص آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ بود که از نظر معیار پایایی، مورد تأیید می‌باشد. سپس پرسش‌نامه در اختیار مادران قرار گرفت و به آن‌ها در مورد نحوه‌ی تکمیل سؤالات توضیح داده شد. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، آنالیز داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Chi-squared و Fisher's exact test توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) تحلیل گردید. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۲۹۰ کودک، مورد بررسی قرار گرفت. از این تعداد، ۱۷۰ کودک (۵۸/۶ درصد) پسر و بقیه دختر بودند. دامنه‌ی سنی آن‌ها ۶ تا ۳۶ ماه با میانگین و انحراف معیار ۸/۴۲ ± ۱۸/۶۲ ماه بود. تعداد ۴۲/۴ درصد، فرزند اول خانواده و ۲۱/۰ درصد، سن رویش اولین دندان آن‌ها در ۶ ماهگی بود. میانگین و انحراف معیار سن پدران، ۸/۹۵ ± ۳۲/۲۰ سال و مادران، ۷/۳۸ ± ۲۸/۶۴ سال بود. ۴۲/۸ درصد پدران و ۴۶/۲ درصد مادران، دارای تحصیلات دیپلم بودند. شغل ۶۳/۸ درصد پدران، آزاد و ۸۹/۳ درصد مادران، خانه‌دار بود و ۴۱/۴ درصد از خانواده‌ها تک فرزند بودند. شایع‌ترین علایم گزارش شده همراه با رویش دندان توسط والدین به

ترتیب بی‌قراری (۷۸/6 درصد)، جویدن اشیا (۷۰/۰ درصد)، کاهش اشتها (۶۵/۵ درصد) بود (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع اطلاعات دموگرافیک والدین و کودکان۶ تا ۳۶ ماهه‌ی شهر کاشان

اطلاعات فردی		تعداد	درصد
سن مادر		۰/۲۹ ± ۲۹/۶۶	-
سن پدر		۰/۳۰ ± ۳۳/۸۰	-
سن کودک به ماه		۰/۴۹ ± ۱۸/۶۲	-
تعداد دندان		۰/۳۶ ± ۹/۸۳	-
سن رویش اولین دندان		۰/۳۹ ± ۷/۹۹	-
سن رویش آخرین دندان		۰/۴۸ ± ۱۳/۳۹	-
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۸۱	۲۷/۹
	دیپلم	۱۳۴	۴۶/۲
	بالای دیپلم	۷۵	۲۵/۹
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۱۰۷	۳۶/۹
	دیپلم	۱۲۴	۴۲/۸
	بالای دیپلم	۵۹	۲۰/۳
شغل مادر	خانه دار	۲۶۱	۹۰
	کارمند	۲۹	۱۰
شغل پدر	بیکار	۰	۰
	کارمند	۲۹۰	۱۰۰
تعداد فرزند	۱	۱۲۰	۴۱/۴
	۲	۱۱۸	۴۰/۷
	۳	۴۳	۱۴/۸
	۴	۹	۳/۱
توانایی مالی	دارد	۲۵۴	۸۷/۶
	ندارد	۳۶	۱۲/۴
جنس کودک	دختر	۱۲۰	۴۱/۴
	پسر	۱۷۰	۵۸/۶
چندمین فرزند خانواده	۱	۱۲۳	۴۲/۴
	۲	۱۱۵	۳۹/۷
	۳	۴۵	۱۵/۵
	۴	۵	۱/۷
	۵	۲	۰/۷

به غیر از علامت تشنگی، ارتباط معنی‌داری بین نوع علایم و جنسیت کودکان مشاهده نشد (p value > ۰/۰۵) (جدول ۲).

به اعتقاد والدین، فراوانی مهم‌ترین علت‌های بروز علایم همراه با رویش دندان، ضعف و بی‌حالی (۴/۵ درصد)، درد (۳/۴ درصد)، درد گوش (۲/۱ درصد) و کاهش اشتها (۲/۱ درصد) در کودکان بود. باور والدین از اطرافیان (۱۱/۴ درصد)، از تجارب خودشان (۲/۸ درصد) و از پزشکان و مراقبین بهداشتی (۱/۴ درصد) نشأت گرفته بود.

جدول ۲: توزیع علایم همراه با رویش دندان برحسب جنس در کودکان ۶ تا ۳۶ ماهه‌ی شهر کاشان

علایم	جنس کودک		p value
	دختر	پسر	
تب	۶۷ (۵۵/۸)	۸۸ (۵۱/۸)	۰/۴۹۴
بی‌قراری	۸۸ (۷۳/۳)	۱۴۰ (۸۲/۴)	۰/۰۶۵
بی‌اشتهایی	۷۴ (۶۱/۷)	۱۱۶ (۶۸/۲)	۰/۲۴۶
بی‌حالی	۴۶ (۳۸/۳)	۷۴ (۴۳/۵)	۰/۳۷۶
تشنگی	۲۴ (۲۰/۰)	۶۰ (۳۵/۵)	۰/۰۰۵
اسهال	۴۱ (۳۴/۲)	۷۴ (۴۳/۵)	۰/۱۰۸
گریه	۴۶ (۳۸/۳)	۷۰ (۴۱/۲)	۰/۶۲۶
بی‌خوابی	۳۵ (۲۹/۲)	۶۱ (۳۵/۹)	۰/۲۳۱
سرفه	۲۲ (۱۸/۳)	۳۵ (۲۰/۶)	۰/۶۳۴
استفراغ	۴ (۳/۳)	۱۱ (۶/۵)	۰/۲۳۵
تورم و قرمزی لثه	۶۵ (۵۴/۲)	۸۵ (۵۰/۰)	۰/۴۸۴
افزایش بزاق	۴۶ (۳۸/۳)	۶۷ (۳۹/۴)	۰/۸۵۳
آبریزش از دهان	۵۶ (۴۶/۷)	۸۹ (۵۲/۴)	۰/۳۴۰
راش پوستی	۱۷ (۱۴/۲)	۳۵ (۲۰/۶)	۰/۱۶۰
قرمزی گونه	۱۴ (۱۱/۷)	۲۵ (۱۴/۷)	۰/۴۵۵
گاز گرفتن	۷۸ (۶۵/۰)	۱۲۵ (۷۳/۵)	۰/۱۱۹
مشکلات تنفسی	۶ (۵/۰)	۱۲ (۷/۱)	۰/۴۷۴
آبریزش از بینی	۱۷ (۱۴/۲)	۳۶ (۲۱/۲)	۰/۱۲۸
مشکلات گوش	۱۲ (۱۰/۰)	۱۶ (۹/۴)	۰/۸۶۷
تشنج	۲ (۱/۷)	۴ (۲/۴)	۰/۶۸۶
کاهش وزن	۷۰ (۵۸/۳)	۹۰(۵۲/۹)	۰/۵۷۷
استعداد بیماری	۸ (۶/۷)	۱۶(۹/۴)	۰/۴۰۳

تنها (۱۵/۲ درصد) والدین در زمان بروز علایم همراه با رویش دندان، هیچ گونه اقدامی انجام ندادند. بر اساس گزارش والدین (۷۱/۴ درصد) کودکان در دوره‌ی رویش دندان از شیر مادر، (۵۴/۱ درصد) از قطره‌ی آهن و مولتی ویتامین، (۴۸/۳ درصد) از ماساژ لثه، (۱۸/۶ درصد) از حلقه‌های رویش دندان، (۱۳/۱ درصد) از گوشت، (۹ درصد) مکیدن انگشت، (۹ درصد) از ژل، (۶/۲ درصد) از میوه استفاده می‌کردند. استفاده از ژل دندان با تحصیلات والدین (p value < ۰/۰۱)، استفاده از آویشن و سالبوتامول (p value < ۰/۰۵) با تحصیلات پدران، معنی دار بود. سایر عملکرد والدین، ارتباط معنی‌داری با تحصیلات آن‌ها نداشت (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی عملکرد و باور والدین در مواجهه با علایم همراه با رویش دندان بود که نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد بیشتر مادران در شهر کاشان

جدول ۳: توزیع عملکرد والدین کودکان ۶ تا ۳۶ ماهه با توجه به سطح تحصیلات آنان

عملکرد	تحصیلات مادر		p value	تحصیلات پدر		p value
	کمتر از دیپلم	بیشتر از دیپلم		بیشتر از دیپلم	بیشتر از دیپلم	
شیر مادر	۱۴۵ (۶۷/۴)	۶۲ (۸۲/۷)	۰/۰۱۲	۱۶۳ (۷۰/۶)	۴۴ (۷۴/۶)	۰/۵۴۳
قطره‌ی آهن و مولتی‌ویتامین	۱۱۲ (۵۲/۱)	۴۵ (۶۰/۰)	۰/۲۳۷	۱۲۷ (۵۵/۰)	۳۰ (۵۰/۸)	۰/۵۷۰
دندانی پلاستیکی	۳۸ (۱۷/۷)	۱۶ (۲۱/۳)	۰/۴۸۳	۴۳ (۱۸/۶)	۱۱ (۱۸/۶)	۰/۹۹۶
ژل دندان	۱۰ (۴/۷)	۱۶ (۲۱/۳)	۰/۰۰۱	۱۴ (۶/۱)	۱۲ (۲۰/۳)	۰/۰۰۱
میوه	۱۴ (۶/۵)	۴ (۵/۳)	۰/۷۱۶	۱۶ (۶/۹)	۲ (۳/۴)	۰/۳۱۵
مسواک	۸ (۳/۷)	۸ (۱۰/۷)	۰/۰۲۳	۱۰ (۴/۳)	۶ (۱۰/۲)	۰/۰۷۹
دست کودک	۲۴ (۱۱/۲)	۲ (۲/۷)	۰/۰۲۷	۲۰ (۸/۷)	۶ (۱۰/۲)	۰/۷۱۷
روغن زیتون	۴ (۱/۹)	۰ (۰/۰)	۰/۲۳۴	۴ (۱/۷)	۰ (۰/۰)	۰/۳۰۹
دیفن‌هیدرامین	۲ (۰/۹)	۱ (۱/۳)	۰/۷۶۶	۲ (۰/۹)	۱ (۱/۷)	۰/۵۷۴
روغن بابونه	۲ (۰/۹)	۰ (۰/۰)	۰/۴۰۲	۲ (۰/۹)	۰ (۰/۰)	۰/۴۰۲
آویشن	۰ (۰/۰)	۲ (۲/۷)	۰/۰۱۶	۰ (۰/۰)	۲ (۳/۴)	۰/۰۰۵
گوشت	۱۶ (۷/۴)	۸ (۱۰/۷)	۰/۳۸۳	۱۶ (۶/۹)	۸ (۱۳/۶)	۰/۰۹۹
استامینوفن	۳۲ (۱۴/۹)	۶ (۸/۰)	۰/۱۲۸	۳۴ (۱۴/۷)	۴ (۶/۸)	۰/۱۰۷
سالبوتامول	۰ (۰/۰)	۲ (۲/۷)	۰/۰۱۶	۰ (۰/۰)	۲ (۳/۴)	۰/۰۰۵

معتقدند، رویش دندان در کودکان با علایم مختلفی مانند بی‌قراری (۷۸/۶ درصد)، گاز گرفتن (۷۰ درصد)، بی اشتهایی (۶۵/۵ درصد) و موارد دیگر همراه است. شاید بتوان بی‌قراری کودکان را به درد در هنگام رویش دندان نسبت داد، زبان کودکان برای بیان درد، بی‌قراری می‌باشد، جویدن اشیا را نیز می‌توان راهی ابتکاری از کودکان در جهت کاهش درد دانست، کاهش اشتها و کاهش وزن کودکان هم می‌تواند در راستای درد آن‌ها باشد.

مطالعات زیادی از سال ۲۰۰۲ در زمینه‌ی علایم رویش در نوزادان انجام شده است. نتایج مطالعه‌ی Rekik و همکاران (۱۲) نیز نشان داد که (۹۰/۳ درصد) از کودکان در حال رویش دندان، دارای علایم بودند.

همچنین در مطالعه‌ی Ahmed و همکاران (۸)، کودکان در دوره‌ی رویش دندان از تظاهرات سیستمیک همچون اسهال، تب، افزایش گاز گرفتن، آبریزش آب از دهان و کاهش اشتها رنج می‌بردند.

نتایج چندین مطالعه‌ی دیگر نیز در کشورهای مختلف همچون ایران و نیجریه به علایمی همچون تب، مدفوع شل (اسهال) و استفراغ، عفونت گوش، سرفه، درد لثه و بی‌خوابی همراه با رویش دندان اشاره شده بود (۷، ۱۳-۱۵).

در کشور هند، مادران بیشتر به علایمی مانند تب، اسهال و اختلالات خواب همراه با رویش دندان اشاره کرده بودند (۱۶). مادران سودانی بیشتر به علایمی چون اسهال، تب، میل به گاز گرفتن و کاهش اشتها اشاره کرده بودند (۸، ۱۷).

مطالعه‌ای در کشور عربستان، بیشتر علایمی همچون تمایل به گاز گرفتن، تب، تحریک لثه، افزایش ترشح بزاق و اسهال دیده شده بود (۱۴). نتایج مطالعه‌ی فعلی تا حد زیادی با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت. البته برخی تفاوت‌های مشاهده شده در بروز علایم همراه با رویش دندان در کشورهای مختلف را می‌توان به تفاوت‌های ژنتیکی و فرهنگی ملت‌های مختلف نسبت داد. همچنین نحوه‌ی گردآوری اطلاعات در مطالعات مختلف نیز می‌تواند یکی دیگر از دلایل تفاوت نتایج باشد.

برخلاف یافته‌های Uti و همکاران (۱۸)، بسیاری از علایمی که منسوب به رویش دندان است، اکنون به عنوان بیماری‌های بالینی تشخیص داده می‌شود (۸). تقریباً بسیاری از متخصصان بهداشت کودک، معتقدند که رویش دندان، باعث ایجاد طیف وسیعی از علایم می‌شود که بیشتر آن‌ها جزئی هستند و کمتر موجب بیماری جسمی می‌شوند (۱۹). تفکیک علایم و نشانه‌های مربوط به رویش دندان فقط بر اساس باور والدین اشتباه است (۸). بر این اساس توجه هرچه بیشتر والدین یا مراقبین کودک را در اجرای مراقبت‌های بهداشتی، می‌طلبد.

در این مطالعه به اعتقاد مادران، شیوع علامت تشنگی در پسران (۳۵/۳ درصد) و در دختران (۲۰ درصد) بود که ارتباط آماری معنی‌داری بین جنسیت کودک با تشنگی دیده شد. ولی ارتباط معنی‌دار بین سایر علایم با جنسیت نوزادان مشاهده نشد.

در مطالعه‌ی Eng و همکاران (۲۰) که به بررسی تشنگی و عوامل مرتبط با تشنگی مکرر در بیماران مبتلا

به نارسایی قلبی در اسپانیا پرداخته بودند، ارتباط معنی داری بین جنسیت و تشنگی مشاهده شد، اما در سایر مطالعات، ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و تشنگی دیده نشد (۸). با بررسی‌های انجام شده، توجیه خاصی برای این یافته نمی‌توان مطرح نمود؛ شاید دلیل آن تفاوت در شاخص توده‌ی بدنی پسران با دختران باشد. هرچند در مطالعه‌ی Armstrong و همکاران (۲۱)، یکی از دلایلی که برای تفاوت تشنگی ورزشکاران زن و مرد مطرح می‌نماید، شاخص توده‌ی بدنی است که اگر این شاخص یکی باشد، میزان تشنگی یکسان می‌باشد.

همچنین در این مطالعه، بیشتر والدین علت بروز علایم همراه با رویش دندان را درد (۴/۵ درصد)، سیر طبیعی (۳/۴ درصد)، بی‌اشتهایی (۲/۱ درصد) و درد گوش (۲/۱ درصد) بیان می‌نمایند. باور والدین می‌تواند برگرفته از آموزه‌های قبلی آنان باشد. بر اساس منابع علمی، سیر طبیعی باوری منطقی در میان والدین است.

در مطالعه‌ی حاضر، مهم‌ترین منشأ باور والدین بر علایم همراه رویش دندان شامل اطرافیان (۱۱/۴ درصد)، تجربه (۲/۸ درصد) و پزشک (۱/۴ درصد) می‌باشد. نقش اطرافیان، تجارب قبلی شخص و پزشکان را نمی‌توان در باور، اعتقادات و عملکرد افراد نادیده گرفت. باورها، نسل به نسل منتقل می‌گردد اما دلیلی بر علمی بودن آن‌ها وجود ندارد. علاوه بر این، انسان‌ها تجارب خویش را نقشه‌ی راه آینده‌ی خود می‌نمایند و از آن سود می‌جویند. در باور والدین، اثر چشم‌گیر آموزش پزشکان را نمی‌توان نادیده گرفت.

مطالعه‌ی Bhavneet (۲۲) در هند نشان داد که ۹۷ درصد والدین، باور در مورد رویش دندان را از دوستان، خانواده و یا از تجربه‌ی دیگر فرزندان خود کسب نموده بودند که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی داشت. در این مطالعه، ۷۱/۴ درصد کودکان از شیر مادر و ۵۴/۱ درصد از قطره‌ی آهن و مولتی‌ویتامین استفاده می‌کردند.

والدین کاشانی در جهت کنترل علایم همراه با رویش دندان از دندانی پلاستیکی (۱۸ درصد)، استامینوفن (۱۳/۱ درصد) و دیفن‌هیدرامین (۱۰/۳ درصد) استفاده می‌کردند. استفاده از داروهای گیاهی و مسکن‌ها در چندین مطالعه‌ی دیگر نیز (۸، ۲۳) مشاهده شد.

در مطالعه‌ی Olczak-Kowalczyk و همکاران (۲۴)، مادران از حلقه‌های رویش دندان (۶۶/۸ درصد)، ژل‌های موضعی (۶۳/۳ درصد)، ماساژ لثه (۴۵/۷ درصد) و شیشه شیر (۲/۷ درصد) استفاده کردند.

در مطالعه‌ی El-Gilany و Abusaad (۲۵) استفاده از مسکن، ضد تب، پستانک و آنتی‌بیوتیک به ترتیب ۷۱/۳، ۳۱/۳ و ۲۴/۳ درصد بیشترین درمان‌ها بودند.

در هند، ۶۱ درصد والدین، موافق درمان سیستمیک علایم کودکان در زمان رویش دندان بودند و از شربت‌های ضد درد، آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای خانگی و ژل‌های موضعی استفاده می‌کردند (۲۲، ۲۶).

در استرالیای جنوبی، ۸۸ درصد مادران از داروها بدون تجویز پزشک استفاده می‌کردند، 73 درصد از داروهای موضعی و ۶۶ درصد از داروهای سیستمیک و عمدتاً از پاراستامول استفاده کرده بودند (۲۷).

در سودان، ۱۶ درصد مادران، کودک را نزد پزشک بردند، ۹ درصد، پودر ORS دادند، 23 درصد فقط صبر کردند و ۱۱ درصد از گیاهان محلی مانند دود چوب اقاقیا که می‌تواند بیشتر در کودکان ایجاد بیماری نماید، استفاده کردند (۲۳).

بر طبق مطالعه‌ی حاضر، مطالعه‌ای در استرالیا در سال ۲۰۱۰ انجام شد که اکثریت والدین از مسکن‌های سیستمیک (۷۶/۱ درصد) و موضعی (۶۵/۶ درصد) از جمله استفاده از مداخلاتی مانند اجازه دادن به فرزندان خود برای جویدن اشیا سرد استفاده می‌کردند (۷).

Plutzer و همکاران (۲۷) نشان دادند که ارائه‌ی اطلاعات به مادران در مورد چگونگی رفع علایم رویش دندان به صورت قابل‌ملاحظه‌ای استفاده از داروها را برای تسکین علایم، کاهش می‌دهد. اکثر متخصصان اطفال، ترکیبی از درمان دارویی و غیر دارویی را برای کنترل علایم توصیه می‌کنند. نوازش و بازی با کودک، ماساژ دادن لثه و جویدن حلقه‌ی دندان یا یک اسباب بازی نرم و سرد، از درمان‌های غیر دارویی پیشنهاد شده، در حالی که مسکن‌های خوراکی به عنوان متداول‌ترین درمان دارویی گزارش شده است (۱، ۲۸). والدین برای تسکین و کاهش علایم در کودکان‌شان ممکن است به هر عملی دست بزنند، اما جامعه ی پزشکی لازم است با آموزش‌های به موقع خود، آنان را راهنمایی نموده و از عوارض احتمالی که به دنبال عملکرد اشتباه والدین ممکن است رخ بدهد، جلوگیری نماید.

با توجه به باور والدین در مورد علایم همراه با رویش دندان و نگرانی آنان در این زمینه، توصیه می‌شود که محتوای آموزش بهداشتی شامل اطلاعاتی درباره‌ی رویش دندان، در اختیار والدین قرار داده شود. با توجه به عملکرد متفاوت والدین در مواجهه با علایم رویش دندان، یک

مطالعه‌ی کوهورت آینده‌نگر مبتنی بر جامعه توصیه می شود تا عمیقاً به بررسی علایم، باور و عملکرد همراه با رویش دندان پرداخته و میزان عوارض و تأثیر عملکرد والدین را بررسی نماید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

References

1. HajiAhmadi M, Akhlaghi N, Aghajani F, Moshgelgosha H, Soltanian M. Comparison of information provided by pediatricians regarding tooth eruption and the information available on the internet. Dent Res J (Isfahan) 2021; 18(1): 6.
2. Nemezio MA, De Oliveira KM, Romualdo PC, Queiroz AM, Paula-e-Silva FW, Silva RA, et al. Association between fever and primary tooth eruption: a systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pediatr Dent 2017; 10: 293-8.
3. Meer Z, Meer A. Teething trouble and its management in children. Int J Dent Clin 2011; 3(2): 75-7.
4. McIntyre G, McIntyre G. Teething troubles? Br Dent J 2002; 192(5): 251-5.
5. Olabu B, Okoro D, Thigiti J, Oramisi VA. Impact of socio-cultural practice of infant/young child gum lancing during teething. J Clin Pediatr Dent 2013; 37(4): 355-9.
6. Taillefer A, Casasoprana A, Cascarigny F, Claudet I. Infants wearing teething necklaces. Arch Pediatr 2012; 19(10): 1058-64. [In French].
7. Faghihian R, Gorji S, Akhlaghi N. Evaluation of parental information about eruption of primary teeth in Isfahan. J Isfahan Dent Sch 2021; 16(4): 470-81. [In Persian].
8. Ahmed MAA, Salih KM, Al-Nafeesah A, Adam I, Hassan BA. Misconceptions and traditional practices toward infant teething symptoms among mothers in eastern Sudan: a cross–sectional study. Braz J Oral Sci 2021; 20: e210967.
9. Alshehri A, Nasim V. Infant oral health care knowledge and awareness among parents in Abha city of Aseer Region, Saudi Arabia. Saudi J Oral Dent Res 2015; 6(2): 98-101.
10. Markman L. Teething: facts and fiction. Pediatr Rev 2009; 30(8): e59-64.
11. Eisenstadt M, Malkiel S, Pollak U. It's Alright, Ma (I'm only Teething...) dispelling the Myth from the Teeth. Acad J Ped Neonatol 2017; 3: 1-4.
12. Rekik Y, Ben Daya M, Jemmali B. Parent beliefs about infant teething and mothers' practices: A survey of tunisian parents. Int J Dentistry Oral Sci 2017; 4(5): 476-80.
13. Ige OO, Olubukola PB. Teething myths among nursing mothers in a Nigerian community. Niger Med J 2013; 54(2): 107-10.
14. Elbur AI, Yousif M, Albarraq AA, Abdallah MA. Parental knowledge and practices on infant teething, Taif, Saudi Arabia. BMC Res Notes 2015; 8: 699.
15. Adam VY, Abhulimhen-Iyoha BI. Teething: beliefs and behaviors of mothers attending well baby clinics in Benin City, Nigeria. Afr J Med Health Sci 2015; 14(1): 8.
16. Kakatkar G, Nagarajappa R, Bhat N, Prasad V, Sharda A, Asawa K. Parental beliefs about children's teething in Udaipur, India: a preliminary study. Braz Oral Res 2012; 26(2): 151-7.
17. Oziegbe EO, Folayan MO, Adekoya-Sofowora CA, Esan TA, Owotade FJ. Teething problems and parental beliefs in Nigeria. J Contemp Dent Pract 2009; 10(4): 75-82.
18. Uti O, Savage K, Ekanem E. Maternal beliefs about infant teething. Journal of Community Medicine and Primary Health Care 2005; 17(1): 61-4.
19. Miri-Aliabad G, Khajeh A, Teimouri A. Infants teething problems and mothers' beliefs in South East of Iran. J Compr Ped 2021; 12(1): e62531.
20. Eng SH, Jaarsma T, Lupón J, González B, Ehrlin J, Díaz V, et al. Thirst and factors associated with frequent thirst in patients with heart failure in Spain. Heart & Lung 2021; 50(1): 86-91.
21. Armstrong LE, Johnson EC, McKenzie AL, Ellis LA, Williamson KH. Endurance cyclist fluid intake, hydration status, thirst, and thermal sensations: gender differences. Int J Sport Nutr Exerc Metab 2016; 26(2): 161-7.
22. Bhavneet K. Awareness of parents towards teething. Bangladesh J Med Sci 2012; 11(1): 40-3.
23. Kamil M. Mothers' misconception and traditional practises towards infant teething'symptoms in Khartoum. IOSRPHR 2012; 2(3): 448-51.
24. Olczak-Kowalczyk D, Turska-Szybka A, Gozdowski D, Boguszewska-Gutenbaum H, Krasuska-Sławińska E, Sobiech P, et al. Longitudinal study of symptoms associated with teething: Prevalence and mothers' practices. Pediatria Polska 2016; 91(6): 533-40.
25. El-Gilany A-H, Abusaad FES. Mothers' teething beliefs and treatment practices in Mansoura, Egypt. Saudi Dent J 2017; 29(4): 144-8.
26. Fernandes S, Reddy SG, Potdar S, Pujari S. Teething beliefs and practices among a sub-urban population in India–a cross-sectional study. Adv Hum Biol 2013; 3(2): 19-25.
27. Plutzer K, Spencer A, Keirse M. How first-time mothers perceive and deal with teething symptoms: a randomized controlled trial. Child Care Health Dev 2012; 38(2): 292-9.
28. Kozuch M, Peacock E, D'Auria JP. Infant teething information on the world wide web: taking a byte out of the search. J Pediatr Health Care 2015; 29(1): 38-45.