

Improving Child Oral Health: A Qualitative Study of Dental Service Provision and Enhancement Strategies

Hossein Jabbari Beyrami^{1,2}, Salar Mohammaddokht², Mahsa Zohdi³, Milad Baseri^{1,2*}

¹ Department of Community Medicine, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 22 Aug 2024

Accepted: 9 Dec 2024

ePublished: 17 Dec 2024

Keywords:

Dental Services,
Pediatrics,
Health Status,
Qualitative Research

Abstract

Background. Oral health is a crucial component of general health. However, statistics and indicators have not shown improvements in dental health in Iran in recent years. Enhancing the quality of dental services in the country requires comprehensive knowledge of the current state of dental care provision. Therefore, this study aimed to evaluate dental services for children in Tabriz over the past five years and to propose strategies for improvement.

Methods. This qualitative study employed a phenomenological approach and was conducted in Tabriz in 2021 (1400 Persian Calendar year). Data were collected through focus group discussions with 13 participants and semi-structured individual interviews with six participants. Among the 19 participants, 11 were general dentists, and five were pediatric dentists. Data were analyzed using Diekelmann's seven-stage phenomenological analysis method, and the main and sub-themes were categorized.

Results. Six main themes and 33 sub-themes were identified. The main themes were: stewardship and leadership, service delivery, human resources, facilities and equipment, information recording, and economic issues. Seven sub-themes were found under stewardship and leadership, eight sub-themes emerged under service delivery, seven sub-themes were identified under human resources, one sub-theme was found under facilities and equipment, emphasizing their adequacy and appropriateness, five sub-themes emerged under information recording, highlighting its weaknesses, and finally, five sub-themes were identified under economic issues.

Conclusion. The provision of dental equipment and facilities was identified as a major strength. However, inadequate preventive and educational dental services for children, along with deficiencies in the recording and utilization of health information, were the primary weaknesses in the delivery of dental services to children in Tabriz over the past five years.

Jabbari Beyrami H, Mohammaddokht S, Zohdi M, Baseri M. Improving Child Oral Health: A Qualitative Study of Dental Service Provision and Enhancement Strategies. *Depiction of Health*. 2024; 15(4): 408-423. doi: 10.34172/doh.2024.31. (Persian)

* Corresponding author; Milad Baseri, E-mail: miladbaseri1377@gmail.com



Extended Abstract

Background

Oral health is a critical component of public health. Oral and dental diseases, such as dental caries, represent a significant public health problem worldwide. Statistics have not shown improvement in Iranian dental health in recent years. An examination of DMFT/dmft indicators in Tabriz between 2010 and 2016 reveals the ineffectiveness of preventive and therapeutic measures in children's dentistry. Improving the quality of dental services in the country requires a comprehensive understanding of the current state of dental service provision. This study evaluated the provision of dental services to children in Tabriz over the past five years.

Methods

This research employed a qualitative approach and a phenomenological strategy, utilizing semi-structured interviews. The study population comprised pediatric dentists, general dentists employed by the Deputy of Health at Tabriz University of Medical Sciences, and related dental officials and healthcare workers. Data saturation was achieved after conducting a focus group discussion with 13 participants and individual interviews with six participants. The interviews generally encompassed three parts: 1) Strengths of dental service provision to children in Tabriz over the past five years; 2) Weaknesses of dental service provision to children in Tabriz over the past five years; 3) Suggested solutions to address the identified weaknesses. Diekelmann's seven-stage phenomenological analysis method was employed to determine themes and sub-themes.

Results

Nineteen individuals participated in the study, with the majority being male (53%). Most participants were dentists, and the majority held a Doctor of Dental Surgery (D.D.S.) degree. Most participants were employed as dentists in health centers. A total of six themes and 33 sub-themes were extracted. The themes were: stewardship and leadership, service delivery, human resources, facilities and equipment, information recording, and economic issues. Within these themes, seven sub-themes related to stewardship and leadership, eight to service delivery, seven to human resources, one

to facilities and equipment, five to information recording, and five to economic issues were identified. The study's findings generally indicated that the strengths of the system included the active involvement of the specialized hospital of the Faculty of Dentistry and the community-oriented department, the support of a charity fund, the quantitative adequacy of specialized human resources, and effective interdepartmental cooperation. Weaknesses included deficiencies in preventive and educational services for children, inappropriate use of services under anesthesia, inadequate human resource management at various levels, challenges in recording and applying health information, a lack of documented analysis, and economic and financial barriers affecting both public access to health services and the provision of services by dentists. Additionally, the study highlighted infrastructural issues within the country's health system and its predominantly treatment-focused nature. Finally, solutions were proposed, including: strengthening the foundations of integrated health education in schools, collaborating with insurance and charity funds to expand access to quality dental services, shifting from a purely therapeutic approach to investing in early childhood prevention, training skilled human resources and deploying them effectively with financial incentives and fair compensation, improving information management, and implementing decision-making based on statistical evidence.

Conclusion

The study found that the provision of dental equipment and facilities for children's dental services in Tabriz over the past five years was satisfactory. However, weaknesses were identified, such as inadequate preventive and educational dental services for children and deficiencies in the recording and utilization of health information. Addressing these weaknesses could be achieved by leveraging World Health Organization programs and implementing the proposed solutions. These include strengthening integrated health education in schools, promoting preventive dentistry from a young age, and enhancing and expanding dental services covered by insurance, all contributing to the improvement of dental service provision for children.

بهبود سلامت دهان و دندان کودکان: مطالعه کیفی ارائه خدمات دندان پزشکی و راهبردهای بهینه‌سازی آن

حسین جباری بیرامی^۱، سالار محمددخت^۲، مهسا زهدی^۳، میلاد باصری^{۱*}

^۱ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. بهداشت دهان و دندان یکی از مولفه‌های سلامت عمومی است، اما آمارها و شاخص‌ها نشان‌دهنده بهبود سلامت دندان در ایران در سال‌های اخیر نبوده است. لازمه ارتقای کیفیت خدمات دندان پزشکی در کشور آگاهی همه جانبه از وضعیت ارائه خدمات دندان پزشکی است. لذا مطالعه حاضر به ارزیابی خدمات‌رسانی دندان پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز در پنج سال اخیر و ارائه راهکارهایی برای بهبود این خدمات پرداخته است.

روش کار. مطالعه حاضر از نوع کیفی است که با رویکرد پدیدارشناسی در سال ۱۴۰۰ در شهرستان تبریز انجام شده است. در این مطالعه از بحث گروهی متمرکز با ۱۳ نفر و مصاحبه‌های انفرادی نیمه ساختار یافته با شش نفر جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که از این ۱۹ نفر ۱۱ نفر دندانپزشک عمومی و ۵ نفر دندانپزشک متخصص اطفال بودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل هفت مرحله‌ای پدیدارشناسی دیکلمن تجزیه و تحلیل گردید و مضامین اصلی و فرعی طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها. در مجموع شش مضمون اصلی و ۳۳ مضمون فرعی استخراج شد. مضامین اصلی شامل تولید و رهبری، ارائه خدمات، نیروی انسانی، امکانات و تجهیزات، ثبت اطلاعات و مسائل اقتصادی بودند. هفت مضمون فرعی در مضمون تولید و رهبری، هشت مضمون فرعی در مضمون ارائه خدمات، هفت مضمون فرعی در مضمون نیروی انسانی، یک مضمون فرعی در مضمون امکانات و تجهیزات با تاکید بر کافی و مناسب بودن آن، پنج مضمون فرعی در مضمون ثبت اطلاعات که نشانگر ضعف آن بود و پنج مضمون فرعی در مضمون مسائل اقتصادی استخراج شد.

نتیجه‌گیری. تامین تجهیزات و امکانات دندان پزشکی از مهم‌ترین نقاط قوت و ناکافی بودن ارائه خدمات پیشگیرانه و آموزشی دندان پزشکی به کودکان و مشکلات در ثبت و به‌کارگیری اطلاعات سلامت از اصلی‌ترین نقاط ضعف در ارائه خدمات دندان پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز در ۵ سال اخیر بودند.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۹/۲۷

کلیدواژه‌ها:

خدمات دندان پزشکی،

کودکان،

وضعیت سلامت،

مطالعه کیفی

مقدمه

دائمی شایع‌ترین بیماری در سراسر جهان بود که ۲/۴ میلیارد نفر را تحت تاثیر قرار داد و پوسیدگی درمان نشده در دندان‌های شیری دهمین بیماری شایع بود که ۶۲۱ میلیون کودک را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار داد.^۱ این قضیه منجر به بار اقتصادی و بیماری زیاد بر کشورها می‌شود. با وجود این بار قابل توجه، بیماری‌های دهان و دندان معمولاً نادیده گرفته می‌شوند و به ندرت به عنوان یک اولویت در سیاست سلامت در نظر گرفته می‌شوند.^۲

سلامت دهان جز لاینفک سلامت عمومی و یکی از لازمه‌های زندگی خوب به شمار می‌آید. برخورداری از دهان و دندان‌های سالم نیازمند مراقبت‌های فردی، تدوین و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در سطح جامعه و مراقبت‌های حرفه‌ای است.^۱ پوسیدگی دندان کودکان، علی‌رغم اینکه تا حد زیادی قابل پیشگیری است ولی به دلیل ماهیت همه جانبه آن، یکی از شایع‌ترین بیماری کودکان در سراسر جهان است. در سال ۲۰۱۰، پوسیدگی درمان نشده در دندان‌های

* پدیدآور رابط: میلاد باصری، آدرس ایمیل: miladbaseri1377@gmail.com

معروفی،^{۱۱} که در سال ۱۳۹۶ در شهرستان تبریز انجام شده است، استفاده شد که بیانگر DMFT ۵/۶ در کودکان ۱۲ ساله بود. لذا با بررسی سیر وضعیت دو شاخص dmft و DMFT در شهرستان تبریز متوجه عدم کارایی اقدامات انجام شده در زمینه اقدامات درمانی و پیشگیرانه دندان پزشکی کودکان می‌شویم و بدین ترتیب ارائه خدمات با کیفیت مناسب، که مهم‌ترین هدف برنامه توسعه مدیران است، محقق نشده است.

سیستم نامناسب و غیرموثر در حوزه مدیریت خدمات دندان پزشکی منجر به ارائه خدمات ضعیف، عدم کارایی و ارتقای کیفیت و در نهایت از هم پاشیدگی سلامت جامعه می‌شود.^{۱۲} شناخت کامل وضعیت ارائه خدمات دندان پزشکی در کشور، لازمه ارتقای کیفیت این نوع خدمات است. انجام چنین بررسی‌ها و تحقیقاتی در بسیاری از کشورها منجر به ارتقای سطح خدمات شده است. در کشورهای توسعه‌یافته، از دهه‌های پیش معاینات منظم سلامت دندان کودکان نهادینه شده است. با این وجود در کشورهای در حال توسعه داده‌های ملی کافی، منظم و دقیق وجود ندارد. برای مثال سه مورد از جدیدترین بررسی‌های سلامت دندان کودک در ایران در سال‌های ۲۰۰۴، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۶ بوده است و نتایج بررسی در سال ۲۰۱۶ نشان داد که میانگین dmft دانش‌آموزان ایرانی ۶ و ۱۲ ساله ۵/۸۴ بود که هفت برابر کودکان انگلستان^{۱۳} است. این موضوع نیاز به ایجاد یا تغییر سیاست‌هایی برای کاهش پوسیدگی دندان در کودکان را برجسته می‌کند.

براساس یک مطالعه‌ی مقطعی که توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۹۷ در تهران انجام شد، پوشش ناکافی خدمات بیمه، ائتلاف وقت زیاد در اتاق انتظار و هزینه بالای درمان، از شایع‌ترین موانع دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان کودکان بود.^{۱۴} نتایج مطالعه صفاریپور و همکاران در سال ۱۳۹۷ نشان می‌دهد که سیاست‌گذاران سلامت باید راه‌حلی را برای کاهش نابرابری در استفاده از خدمات دندان پزشکی ارائه دهند که بدین منظور نقش بیمه‌های سلامت برای کاهش این نابرابری‌ها بسیار حیاتی است و بیمه‌های درمانی باید پوشش خدمات دندان پزشکی را افزایش دهند.^{۱۵}

شیوع بالای مشکلات دهان و دندان هم به عوامل رفتاری و هم به موانع دسترسی به خدمات دندان پزشکی و مراقبت‌های سلامت دهان و دندان بستگی دارد. مهم‌ترین حلقه مفقوده ایجادکننده این وضعیت ناخوشایند در کشورها عدم وجود مراقبت‌های بهداشتی اولیه دهان و دندان و رویکرد دندان پزشکی پیشگیرانه است.^۴ در حالی که تعداد دانشکده‌های دندان پزشکی و دندان‌پزشکان در طول دو دهه گذشته در ایران به‌طور چشمگیری افزایش یافته است،^۵ ظاهراً تأثیر مثبت چندان بر سلامت دندان کودکان ایرانی نداشته و یا حداقل در کوتاه‌مدت نداشته است. در مقابل، برآورد روند پوسیدگی دندان در دندان‌های شیری در جمعیت ایران در سنین مختلف از سال ۱۳۶۹ تا ۱۳۹۶ نشان می‌دهد متأسفانه شاخص مجموع تعداد دندان‌های پوسیده، از دست رفته به دلیل پوسیدگی و دندان‌های پر شده در دندان‌های شیری (dmft) بیش از ۱۵ درصد افزایش یافته است.^۶

به استناد آمار منتشر شده در سایت مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی در سال ۱۴۰۰، حدوداً ۷۳۵ هزار کودک زیر ۱۴ سال در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تبریز وجود دارد که ۱۹ درصد جمعیت کل را تشکیل می‌دهد. ۱۳۱ مجتمع سلامت با ۸۹ دندان‌پزشک و ۱۲۹۷ مراقب سلامت نیز در حال فعالیت می‌باشند.^۷ توجه به شاخص استاندارد DMFT/dmft در استان آذربایجان شرقی و شهرستان تبریز نشان می‌دهد که در بین سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۵ وضعیت سلامت دهان کودکان شش و ۱۲ ساله رو به وخامت گذاشته است. طبق نتایج پیمایش کشوری سال ۱۳۹۱،^۸ در استان آذربایجان شرقی، dmft در کودکان شش ساله ۵/۷ و DMFT در کودکان ۱۲ ساله ۱/۶ بوده است و طبق نتایج پیمایش کشوری سال ۱۳۹۵،^۹ شاخص dmft ۵/۷۵ و DMFT ۲/۱۸ بوده است که نشانی از بهبودی در آن دیده نمی‌شود. همچنین طبق نتایج پیمایش کشوری سال ۱۳۹۱،^۸ در شهرستان تبریز، dmft در کودکان شش ساله ۴/۹ و DMFT در کودکان ۱۲ ساله ۱/۷ بوده است و طبق نتایج مطالعه خانی و رزقانی و همکاران^{۱۰} در سال ۱۳۹۷ در یک جامعه آماری ۴۰۵ نفره در شهرستان تبریز، شاخص dmft ۶/۳۹ بوده است. ضمناً نظر به عدم امکان دسترسی به داده‌های موجود در مرکز سلامت شهرستان تبریز، برای بررسی شاخص DMFT در کودکان ۱۲ ساله از نتایج مطالعه

کاوشی نیز برای دستیابی به لایه‌های عمیق‌تر تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان استفاده گردید. برخی از سوالات کاوشی که در پژوهش کنونی به کار گرفته شد، بدین شرح است: "منظورتان از این عبارت چی بود؟"، "می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟"، "لطفاً در این رابطه مثالی بزنید". ضمناً در هر یک از بخش‌های سه‌گانه در مورد زیرمجموعه‌های نیروی انسانی، تجهیزات فیزیکی، نحوه خدمت‌رسانی، مسائل اقتصادی و مدیریت سوال‌های تکمیلی پرسیده شد. به‌منظور تایید روایی سوالات مصاحبه، دو مصاحبه به عنوان آزمایشی برای شناسایی مشکلات احتمالی در راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. براساس نتایج مصاحبه‌های آزمایشی، تغییرات جزئی در راهنمای مصاحبه ایجاد شد.

با توجه به این‌که در رویکرد پدیدارشناسی تعداد نمونه بین ۵ تا ۲۵ نفر متغیر است؛ در این مطالعه نیز پس از یک مصاحبه گروهی متمرکز با ۱۳ نفر و مصاحبه انفرادی با چهار نفر، با توجه به مطرح شدن موارد تکراری محققین به این نتیجه رسیدند که داده‌های جدید و متفاوت از نظرات سایر مشارکت‌کنندگان قابل حصول نیست. بر این اساس داده‌ها به حالت اشباع رسیدند، پس از آن نیز دو مصاحبه جهت حصول اطمینان از به اشباع رسیدن داده‌ها انجام گرفت و در نهایت تعداد مشارکت‌کنندگان ۱۹ نفر بود. تمام مصاحبه‌ها در سه ماهه دوم سال ۱۴۰۰ و در شهرستان تبریز انجام گرفت. مصاحبه گروهی متمرکز شامل دندان‌پزشکان عمومی و مراقبین سلامت شاغل در مراکز بهداشت شهرستان تبریز و مسئولین ذیربط دندان‌پزشکی شهرستان تبریز با مدت تقریبی ۱۳۰ دقیقه و مصاحبه انفرادی با متخصصین دندان‌پزشکی کودکان و مسئولین مربوطه در دانشکده دندان‌پزشکی تبریز با مدت میانگین ۳۰ دقیقه برای هر مصاحبه بود.

از روش دیکلمن (Diekelmann) که یک روش هفت مرحله‌ای و کار تیمی برای انجام تحلیل پدیدارشناسی است استفاده شد؛^{۱۶} در مرحله اول؛ بعد از انجام هر مصاحبه، متن ضبط شده به همراه یادداشت‌های در عرصه، بر روی کاغذ دست‌نویس می‌شد. سپس این متن‌ها تایپ کامپیوتری می‌گردید و چندین بار مرور می‌شد تا درک کلی از آن حاصل گردد. در مرحله دوم؛ برای هر یک از متون مصاحبه یک خلاصه تفسیری نوشته می‌شد و نسبت به

نهایتاً با توجه به اینکه بر اساس دانش نویسندگان، ارزیابی خدمات‌رسانی دندان‌پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز در سال‌های اخیر کمتر مورد توجه پژوهشگران بوده و بررسی عمقی مسائل و مشکلات موجود در آن به صورت سیستماتیک و کیفی انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت ارائه و راهکارهای بهبود خدمات دندان‌پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز انجام گردید.

روش کار

مطالعه حاضر از انواع مطالعات کیفی می‌باشد که با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی انجام گرفته است. انتخاب مشارکت‌کنندگان در مطالعات پدیدارشناسی هدفمند است و بر همین اساس جامعه آماری این پژوهش، دندان‌پزشکان متخصص کودکان، دندان‌پزشکان عمومی شاغل در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مسئولین ذیربط دندان‌پزشکی و مراقبین سلامت بودند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن حداقل پنج سال سابقه خدمات دندان‌پزشکی کودکان در شهرستان تبریز، داشتن توان و تمایل جهت شرکت در مطالعه حاضر بود. افرادی که در زمان مطالعه و یا در پنج سال اخیر مشغول به ارائه خدمات دندان‌پزشکی در شهرستان تبریز نبوده‌اند (قبل از سال ۱۳۹۵ مشغول به فعالیت بوده‌اند) و افرادی که به دلیل استعفا یا عدم تمدید قرارداد از سیستم ارائه خدمات دندان‌پزشکی خارج شده بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند.

به‌منظور غنی‌سازی اطلاعات به‌دست آمده و تلفیق روش‌های جمع‌آوری داده‌ها^{۱۵} ضمن استفاده از مصاحبه‌های انفرادی، از یک جلسه بحث گروهی متمرکز نیز استفاده شد. گردآوری داده‌ها به روش مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و بحث گروهی متمرکز در مرکز بهداشت شهرستان تبریز بود. راهنمای مصاحبه مطابق با اهداف مطالعه به‌طور کلی از سه بخش تشکیل شده بود که عبارت بودند از: ۱. نقاط قوت ارائه خدمات دندان‌پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز در پنج سال اخیر چیست؟؛ ۲. نقاط ضعف ارائه خدمات دندان‌پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز در پنج سال اخیر چیست؟ و ۳. راهکارهای پیشنهادی شما به‌منظور برطرف کردن نقاط ضعف مزبور چیست؟. در هنگام پرسیدن سوالات اصلی، از سوالات

کسب رضایت و آگاهی شرکت کنندگان از ضبط صدا به وسیله دستگاه ضبط صوت، جهت پیاده‌سازی دقیق‌تر متون انجام می‌گرفت.

از چهار معیار قابل قبول بودن، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری که توسط گوبا و لینکلن (Guba & Lincoln) به نقل از استروبرت (Streubert) برای اطمینان از روایی، دقت و پایایی داده‌ها ارائه شده است، به شرح زیر استفاده شد.^{۱۷} برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع بر اساس جنسیت، میزان تحصیلات، رشته تحصیلی و سابقه کار از تمامی دست‌اندرکاران در زمینه ارائه خدمات دندان‌پزشکی کودکان در شهرستان تبریز صورت گرفت. ضمن آنکه مصاحبه‌ها در بازه زمانی سه ماهه انجام شد و مصاحبه‌ها اغلب در محلی که مورد رضایت شرکت کنندگان بود، صورت پذیرفت. علاوه بر این یادداشت‌برداری همزمان با ضبط و ثبت داده‌ها در طول اجرای پژوهش نیز لحاظ گردید. متن پیاده شده مصاحبه‌ها در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و در صورت نیاز به اصلاحات، بعد از اعمال تغییرات مورد نظر به تأیید شرکت کنندگان رسید. به‌منظور اطمینان از قابلیت انتقال، سعی گردید که کلیه مراحل اجرای پروژه و محیط و زمینه اجرای مطالعه به‌طور کامل برای خوانندگان شرح داده شود. برای تأمین معیار قابلیت اطمینان نیز فرآیند انجام مطالعه در اختیار پژوهشگران با سابقه انجام پژوهش‌های کیفی قرار گرفت و آنها پس از بازنگری فرآیند مطالعه، نتایج پژوهش را مورد تأیید قرار دادند. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، سه معیار قبلی بررسی روایی و پایایی پژوهش‌های کیفی رعایت شده، می‌توان گفت که تأییدپذیری نیز خود به خود رعایت شده است.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۹ نفر شرکت کردند که جنسیت بیشتر آن‌ها مرد بود (۵۳ درصد). رشته تحصیلی اکثر شرکت کنندگان دندان‌پزشکی و میزان تحصیلات اکثریت آنان، دکتری عمومی بود. اکثر مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر به عنوان دندان‌پزشک عمومی در مراکز بهداشت مشغول به خدمت‌رسانی بودند (جدول ۱).

درک و استخراج معانی نهفته در مصاحبه‌ها اقدام می‌گردید. در مرحله سوم؛ پژوهشگر با کمک اعضای تیم تحقیق درباره واحدهای معنایی استخراج شده و درونمایه‌های آنها به تبادل نظر می‌پرداخت. این معانی در حقیقت همان بیان ساده شرکت‌کننده نبود، بلکه فضای مصاحبه و چگونگی پاسخ فرد به سوالات را نیز در بر می‌گرفت. در مرحله چهارم؛ به منظور تبیین و رفع هرگونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر، فرآیند برگشت به متون، به صورت رفت و برگشت مکرر انجام می‌گردید. در مرحله پنجم با ادغام خلاصه‌های تفسیری و واحدهای معنایی مشابه، تحلیل ترکیبی و کلی‌تر شکل گرفت و با دسته‌بندی واحدهای معنایی مشابه، مضمون‌های اصلی و فرعی شکل گرفتند. در مرحله ششم؛ یک تفسیر پایانی یا بیانیه ساختاری که بیانگر پیوند و ارتباط میان مضامین اصلی و فرعی حاصل شده می‌باشد، نوشته شد. در نهایت، در مرحله هفتم؛ نسخه‌ای پیش‌نویس از مضامین اصلی و فرعی و منتخبی از متن مصاحبه‌ها در اختیار افراد تیم تحقیق و یک نفر ناظر خارجی آشنا به پژوهش پدیدارشناسی، قرار گرفت و نظرات و پیشنهادات آنها در نسخه پایانی گزارش طرح، لحاظ گردید. کدبندی داده‌ها توسط دو نفر از تیم تحقیق به صورت مستقل انجام شد. مراحل تحلیل و کدبندی داده‌ها به ترتیب زیر بود: آشنایی با متن داده‌ها (خواندن چندین باره متن‌های پیاده شده - غوطه‌وری داده‌ها)، شناسایی و استخراج کدهای اولیه (شناسایی و استخراج داده‌های مرتبط‌تر با کدهای اولیه)، شناسایی تم‌ها (قرار دادن کدهای اولیه استخراج شده در تم‌های مرتبط)، بازبینی و تکمیل تم‌های شناسایی شده، نام‌گذاری و تعریف تم‌ها، اطمینان از پایایی کدها و تم‌های استخراج شده (کسب توافق بین دو کدگذار از طریق بحث و رفع موارد مورد اختلاف توسط فرد با تجربه‌تر از تیم تحقیق). برای کدگذاری، تعیین عناوین و مضامین اصلی و فرعی در طول مراحل تحلیل از نرم‌افزار MAXQDA 20 استفاده شد. در تمامی مراحل انجام مطالعه (از جمع‌آوری داده‌ها تا پایان تحلیل و گزارش یافته‌ها)، مواردی مانند رضایت آگاهانه، حفظ هویت مشارکت کنندگان، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از مطالعه در هر مرحله از مطالعه رعایت شد، ضمن آنکه ضبط تمامی مصاحبه‌ها با

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

متغیر کیفی	گروه‌ها	فراوانی (درصد)
جنس	زن	۹ (۴۷)
	مرد	۱۰ (۵۳)
رشته تحصیلی	دندان‌پزشکی	۱۶ (۸۴)
	بهداشت	۳ (۱۶)
میزان تحصیلات	کارشناسی	۳ (۱۵)
	دکتری عمومی	۱۱ (۵۷)
	دکتری تخصصی دندان‌پزشکی کودکان	۵ (۲۸)
شغل	دندان‌پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشت	۹ (۴۷)
	مراقب سلامت در مراکز بهداشت	۲ (۱۰)
	عضو هیئت علمی	۵ (۲۶)
	مسئولین اداری دندان‌پزشکی	۳ (۱۷)

همت جمعی (دانشگاه، سیاست مدار، مطبوعات) پشت آن بوده و در نهایت آب آشامیدنی فلورایددار شده و باعث کاهش ۵۰ تا ۶۰ درصدی پوسیدگی در یک شهر یک میلیونی شده است و در هزینه‌های زیادی صرفه‌جویی شده است". از نظر اغلب مصاحبه‌شوندگان، عدم احتساب آموزش‌های سلامت دهان به‌عنوان خدمات سلامت از دیگر مشکلات موجود است. همچنین آنها مطرح کردند که کمی‌نگری و تخصص‌گرایی افراطی از جمله نقاط ضعف می‌باشد که به صورت‌های مستقیم و غیرمستقیم موجب اختلال در زمینه ارائه خدمات پیشگیری به کودکان می‌گردد. مشکلات ساختاری نیز یکی دیگر از موانع ارائه خدمات مناسب به کودکان در زمینه دندان‌پزشکی شمرده شده است که ناشی از دید ناعادلانه به دندان‌پزشکی در سیستم بهداشتی درمانی کشور و ناهمسانی پرداختی‌ها می‌باشد.

برخی از مشارکت‌کنندگان به مشکلات مدیریتی و اجرایی به‌عنوان نقطه ضعف ارائه خدمات دندان‌پزشکی به کودکان اشاره کرده‌اند. از مهم‌ترین نکات استخراج شده در این مضمون می‌توان به سیستم ارجاع ناکارآمد، شعارزدگی در اجرای برنامه‌ها و عدم ارزیابی آنها، عدم نظارت بر کار دندان‌سازان تجربی و افزایش تعرفه‌های دولتی خدمات دندان‌پزشکی اشاره کرد.

اصلاحات گسترده ساختاری، مدیریتی و رویکردی در بدنه نظام سلامت توسط اغلب مصاحبه‌شوندگان پیشنهاد شد. مدیریت مناسب و همراه با طرح‌های خلاقانه در مراکز بهداشتی، آسیب‌شناسی اصولی و برنامه‌ریزی برای رفع نقاط ضعف از جمله موارد مورد تاکید بودند.

نتایج پژوهش، شش مضمون اصلی با توجه به نقاط قوت و ضعف ارائه خدمات دندان‌پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز در پنج سال اخیر همراه با ۳۳ مضمون فرعی و نیز راهکارهای پیشنهادی به منظور برطرف کردن نقاط ضعف ارائه کرده است (جدول ۲).

۱- تولیت و رهبری

در این مضمون اصلی، هفت مضمون فرعی شامل یک مضمون در نقاط قوت، سه مضمون در نقاط ضعف و سه مضمون در قسمت راهکارها استخراج شد. بر اساس نظر برخی از شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، در حیطه تولیت و رهبری، نقطه قوت، همکاری مناسب برون‌بخشی دانشکده دندان‌پزشکی با سایر سازمان‌ها از جمله آموزش و پرورش، مراکز بهداشت و سازمان بهزیستی بود.

در این مضمون اصلی، نقاط ضعف در سه مضمون فرعی مشکلات رویکردی، مدیریتی و ساختاری به‌دست آمد. قسمت عمده مشکل در زمینه رهبری و ارائه خدمات، که در طی همه سال‌ها نهادینه شده است، بحث رویکرد درمان محوری به جای پیشگیری می‌باشد که مصادیق آن عدم فلورایددار کردن آب آشامیدنی، عدم انجام بهینه درمان‌های پیشگیری است. مصاحبه‌شونده شماره ۱۷ در مورد فلوریداسیون آب آشامیدنی چنین بیان کرد: "پروژه فلوراید دار کردن آب آشامیدنی در شهر شیکاگو آمریکا در سال ۱۹۴۳ انجام شده است. پروسه‌ای که طی شده سخت بوده است؛ بعضی گفتند چرا سم به آب اضافه میکنید؟! در کل پروسه سختی بوده اما در نهایت به نتیجه رسیده و یک

"آموزش [بهداشت دهان و دندان] به پدر و مادرها داده نشده و اغلب اوقات تمام پیوسیدگی‌ها را به قطره آهن ربط می‌دهند. یا اینکه اطلاع ندارند که دندان شش دائمی بوده و احتیاج به مراقبت دارد".

عدم خدمات‌رسانی مناسب در دوران پاندمی کووید-۱۹ به دلیل تعطیلی نسبی واحدهای دندان‌پزشکی مراکز بهداشت مورد اشاره واقع شد. آموزش بهداشت ضعیف و ناکافی در مدارس، عدم وجود بروشورها و پوستره‌های اطلاع‌رسانی و آموزشی دندان‌پزشکی در مراکز بهداشتی، عدم آموزش سیستماتیک مسائل مرتبط با بهداشت دهان به والدین که مصاحبه‌شونده شماره ۳ به آن اشاره کرده است:

"برای مثال برای تزریق واکسن به کودک برنامه‌ای وجود دارد که طبق آن برنامه مراجعه و ارائه خدمات صورت می‌گیرد اما در مورد کار ما نه آموزش والدین صورت گرفته که خود این قضیه مشکلات عمده‌ای ایجاد کرده است. مخصوصاً درباره دندان شیری آگاه نیستند که این دندان را باید نگه داشته و از آن مراقبت کنند. کودک زمانی مراجعه می‌کند که ۷ یا ۶ سال دارد و با درد دندان مراجعه می‌کند". استفاده نابجا و بیش از حد از خدمات تحت بیهوشی، بدون توجه علمی آن از جمله مشکلاتی می‌باشد که به آن اشاره شده است.

اکثر شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها و جلسات بحث گروهی متمرکز، بهبود و یکپارچه‌سازی آموزش بهداشت دهان را به‌عنوان اصلی‌ترین راهکار معرفی کردند.

۳- نیروی انسانی

در این مضمون اصلی، هفت مضمون فرعی شامل یک مضمون در نقاط قوت، سه مضمون در نقاط ضعف و سه مضمون در قسمت راهکارها استخراج شد. اکثریت شرکت‌کنندگان در زمره نقاط قوت، کفایت کمی دندان‌پزشکان متخصص کودکان را ذکر کردند.

نقاط ضعف در سه زمینه مطرح شدند که اولین مورد مربوط به مشکلات مراقبین سلامت بود که مطابق با نظرات برخی از شرکت‌کنندگان عملاً در سیستم طراحی شده کنونی در مراکز بهداشت دچار ازدحام کاری شده بودند و به دلیل درخواست اموری که در آن مهارتی ندارند دچار بی‌انگیزگی نیز شده بودند. تعداد دیگری از

از نظر اغلب مصاحبه‌شوندگان اصلاحات ساختاری در زمینه متولی‌گری امور دندان‌پزشکی در رده‌های بالای تصمیم‌گیری وزارتی و دانشگاهی به‌عنوان هماهنگ‌کننده در بین معاونت‌های مختلف و ایجاد دیدگاه برابر و عادلانه به تمام دست‌اندرکاران درمانی موجب بهبود وضعیت خواهد شد.

ضمناً اصلاحات رویکردی و تمرکز و سرمایه‌گذاری روی اقدامات پیشگیرانه به جای درمان محوری و اجرایی کردن طرح‌هایی مثل فلوریددار کردن آب آشامیدنی و در نظر گرفتن پرداختی برای امور آموزشی و پیشگیری از یک طرف و کیفی‌نگری توأم با نظارت و کنترل دقیق در امورات از مهم‌ترین نکاتی بودند که به دفعات مورد اشاره واقع شدند. مصاحبه‌شونده شماره ۱۴ اشاره می‌کند: "اگر نظارت [معاونت بهداشت و درمانی] همیشه باشد مطمئن باشید که سیستم‌های درمانی پیشرفت می‌کنند و آن دندان‌پزشک عمومی که در شهرستان طرح می‌گذرانند رئیس مرکز بهداشت یا فرماندار آن منطقه کار و زحمت این را ببیند تشویق می‌شود و ادامه می‌دهد ولی در جایی که نظارت نیست ول می‌کنند".

۲- ارائه خدمات

در این مضمون اصلی، هشت مضمون فرعی شامل دو مضمون در نقاط قوت، سه مضمون در نقاط ضعف و سه مضمون در قسمت راهکارها استخراج شد. اغلب شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، خدمات ارائه شده در بخش جامعه‌نگر دانشکده دندان‌پزشکی و بیمارستان تخصصی دانشکده دندان‌پزشکی را به‌عنوان اصلی‌ترین نقطه قوت سیستم ارائه خدمات مطرح کردند. در ضمن این قسمت، به‌طور مشخصی به نقش مثبت بخش جامعه‌نگر در آموزش و انجام خدمات دندان‌پزشکی پیشگیری‌محور و ارائه خدمات تحت بیهوشی با بهترین تجهیزات و کمترین قیمت در بیمارستان دانشکده دندان‌پزشکی تبریز اشاره شده بود.

اغلب شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها و جلسات بحث گروهی متمرکز، ضعف در ارائه خدمات پیشگیرانه و آموزشی به کودکان را به‌عنوان اصلی‌ترین نقطه ضعف ارائه خدمات دندان‌پزشکی معرفی کردند. در این راستا مصاحبه‌شونده شماره ۷ بیان کرد:

در بخش راهکارها نیز تامین امکانات لازم و متولی‌گری بخش جامعه‌نگر برای سازمان‌دهی اطلاعات و داده‌ها و همچنین استفاده از پروژه‌های سریالی از جمله راهکارهای پیشنهادی برای ثبت اطلاعات به صورت نظام‌مند و قابل استناد بودند.

6- مسائل اقتصادی

در این مضمون اصلی، پنج مضمون فرعی شامل سه مضمون در نقاط ضعف و دو مضمون در قسمت راهکارها استخراج شد. یکی از اصلی‌ترین دلایل ضعف در دسترسی مردم و علی‌الخصوص کودکان به خدمات دندان‌پزشکی، مسائل اقتصادی عنوان شد که از سه جنبه به این موضوع توجه شده است. اکثریت مصاحبه‌شوندگان توان مالی پایین مردم را مانع اصلی در دسترسی به خدمات ذکر کردند. جنبه دوم معطوف به شرایط اقتصادی پزشکان و هزینه‌های روزافزون تجهیز مطب و عدم به صرفه بودن کار درمانی و پیشگیری می‌باشد که به اعتقاد برخی مصاحبه‌شوندگان به تدریج موجب تعطیلی مطب‌ها و کلینیک‌ها می‌شود و یا کیفیت کارهای درمانی به شدت افت می‌کند. جنبه دیگر نیز مربوط به بیمه‌ها و عملکرد ضعیفشان در امر پوشش موثر خدمات دندان‌پزشکی می‌باشد که به نوبت خود وقتی با مسائلی چون کسورات و بازپرداخت با تاخیر همراه می‌شود موجب ناامیدی ارائه‌کنندگان خدمات می‌گردد. اکثریت مصاحبه‌شوندگان در مورد مسائل اقتصادی، پیشنهاد کردند که پتانسیل و پوشش بیمه‌های درمانی از یکسو و حمایت‌های اجتماعی و همکاری‌های برون‌بخشی مثل خیرین محترم از سوی دیگر باید تقویت شود.

مصاحبه‌شوندگان در زمینه مشکلات دندان‌پزشکان عمومی معتقد بودند که عدم آموزش مناسب در دوران دانشجویی موجب ارجاعات نادرست فراوانی به دندان‌پزشکان متخصص کودکان شده است.

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان نیز در مورد دندان‌پزشکان متخصص کودکان اشاره به عدم ارائه خدمات درمانی مناسب و بهینه توسط آنان در دوره طرح و عدم وجود برنامه مناسب برای بهره‌مندی از توانمندی‌های آنان داشتند. تمرکز بر آموزش مناسب دانشجویان دندان‌پزشکی جهت تربیت نیروهای توانمند برای ارائه خدمات بهینه و مناسب و مدیریت صحیح نیروهای تخصصی در عین توجه مناسب به نیازها و خواسته‌های رفاهی و مالی آنان از مهم‌ترین نکات مورد اشاره توسط مصاحبه‌شوندگان بود.

4- امکانات و تجهیزات

در این مضمون اصلی، صرفاً یک مضمون فرعی در نقاط قوت استخراج شد که آن نیز ارائه خدمات دندان‌پزشکی کودکان در شهر تبریز در هر دو بخش خصوصی و دولتی بود که همگی شرکت‌کنندگان به آن اذعان داشتند.

5- ثبت اطلاعات

در این مضمون اصلی، پنج مضمون فرعی شامل سه مضمون در نقاط ضعف و دو مضمون در قسمت راهکارها استخراج شد. در نقاط ضعف عدم پیگیری و فالوآپ مناسب بیماران، عدم اعتماد به آمار ثبت شده پایان‌نامه‌ها، و عدم وجود زیرساخت‌ها و امکانات لازم برای ثبت و ضبط داده‌های مربوط به شاخص‌های سلامت دهان و دندان در محور ثبت اطلاعات به دفعات ذکر شد.

جدول ۲. مضامین اصلی و فرعی استخراج شده در بررسی وضعیت و راهکارهای بهبود ارائه خدمات دندان‌پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز در بین سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰

مضمون اصلی (فراوانی تکرار در مصاحبه‌ها)	مضمون فرعی (فراوانی تکرار در مصحبه‌ها)	نقل قول‌ها
تولیت و رهبری (۸۳)	نقاط قوت (۶)	همکاری مناسب برون بخشی (۶)
"ما با صدوسیما و ارگان‌ها در ارتباط بودیم، مثلاً برای یک برنامه آموزشی، گروه ما برنامه در اپلیکیشن شاد داشتند و طی مسابقه‌ای باید دانش‌آموزان نحوه مسواک زدن را به صورت متن می‌نوشتند یا عکس می‌کشیدند و جایزه هم تعیین شد که جنبه تشویقی برای دانش‌آموزان داشت." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۶)		

مضمون اصلی (فراوانی تکرار در مصاحبه‌ها)	مضمون فرعی (فراوانی تکرار در نقل قول‌ها مصاحبه‌ها)
نقاط ضعف (۵۳)	<p>مشکلات رویکردی (۳۳) "آموزش سلامت دهان و دندان که همکاران به مراجعین ارائه می‌دهند نیز در زمره خدماتشان قرار نمی‌گیرد. این قضیه باعث پایین آمدن رغبت برای آموزش می‌شود." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۲)</p> <p>مشکلات مدیریتی (۱۵) "بزرگ‌ترین مشکل ناهمسانی پرداختی‌هاست. دیدگاه‌ها به دندان‌پزشکان بسیار تنگ‌نظرانه است و به بهانه اینکه دندان‌پزشک در بیرون از مراکز هم منبع درآمدی دارد به وی کارانه تعلق نمی‌گیرد." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۳)</p> <p>مشکلات ساختاری (۵) "درباره دانشکده [دندان‌پزشکی تبریز] هم بسیاری از مریضان را ارجاع می‌دهم به آن، اما مشکلی که بیماران در این رابطه دارند این است که با توجه به بالا بودن تعداد مراجعین به دانشکده نوبت‌دهی به بیماران خیلی طولانی بوده و [دانشکده دندان‌پزشکی] دانشگاه آزاد سریع‌تر نوبت می‌دهد در حالی که هزینه آن بالاتر است." (مصاحبه‌شونده شماره ۴)</p>
راهکارها (۲۴)	<p>اصلاحات مدیریتی (۱۳) "تشکری هم از شبکه بهداشت تبریز دارم که برای جبران ضعف پوشش بیمه‌ها به ما این امکان را داده‌اند که خدمات مفیدتری را ارائه بدهیم. در رابطه با بایوتومی کنترل خونریزی بسیار مشکل است و عملاً کار به پالیکتومی کشیده می‌شود که برای آن هم در مراکز امکانات کافی وجود ندارد. اگر این امکانات وجود داشته باشد خیلی خوب می‌شود تا حداقل دندان ۶ باقی بماند." (مصاحبه‌شونده شماره ۷)</p> <p>اصلاحات ساختاری (۳) "اگر قصد استفاده از دندان‌پزشک را در سیستم داشته باشند، حتماً باید با آغوش باز و نه تنگ‌نظرانه، برای خدمات وی کارانه در نظر بگیرند. همچنان که دو سال کارانه داده شد و شاهد پیشرفت کمی و کیفی خدمات ارائه شده بودیم." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۳)</p> <p>اصلاحات رویکردی (۸) "باید به آسیب‌شناسی خدمات اهمیت داده شود و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد لازم است؛ یعنی برنامه‌ریزی‌ها بر اساس شواهد باشد و نه احساسات." (مصاحبه‌شونده شماره ۸)</p>
نقاط قوت (۱۲)	<p>بخش جامع‌نگر دانشکده دندان‌پزشکی (۵) "الان پیچی در اینستاگرام مربوط به بخش خودمان [جامعه نگر] داریم و صفحه‌ای هم در سایت خود دانشکده [دندان‌پزشکی تبریز] داریم که خیلی راجع به آموزش بهداشت کار کرده‌ایم." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۹)</p> <p>بیمارستان تخصصی دانشکده دندانپزشکی (۷) "بیمارستان [دانشکده دندان‌پزشکی تبریز] هزینه‌هایش با تعرفه دولتی است و نسبت به بیرون تعرفه مناسبی دارد." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۶)</p> <p>شرایط دوران پاندمی کووید (۶) "در شرایط کنونی به علت اینکه مراکز مشغول تزریق واکسن [کرونا] هستند، معلوم نیست ویزیت بچه‌ها به چه شکل انجام می‌شود. عملاً چند ماه است کلا کارهای دندان‌پزشکی به خاطر واکسن کرونا کنار گذاشته شده است." (مصاحبه‌شونده شماره ۷)</p>
ارائه خدمات (۹۶)	<p>عدم ارائه خدمات آموزشی بهداشت دهان به مردم (۴۵) "باید آموزش رسانه‌ای انجام شود و تلویزیون را که صبح روشن می‌کنم شبکه ۱، ۲، ۳ و سلامت، هر کدام در طول روز سه بار در رابطه با سلامت دهان و دندان از لحظه نوزادی صحبت کند. آنقدر که تبلیغ مواد پفک و یفیل می‌شود، تبلیغ دهان و دندان همیشه؟ نه! پس ما با تبلیغ مشکل داریم" (مصاحبه‌شونده شماره ۱۴)</p>
استفاده نامناسب از خدمات تحت بیهوشی (۴)	<p>استفاده نامناسب از خدمات تحت بیهوشی (۴) "اما بعضی از همکاران ما گرایش را به سمت بیهوشی عمومی برده‌اند و روی مدیریت بیمار تمرکز ندارند. در کتاب‌ها بیهوشی آخرین راه‌حل است. اما برخی دندان‌پزشکان جوان ما به عنوان اولین راه‌حل به سمت درمان تحت بیهوشی می‌روند که اشتباه و ضعف است." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۹)</p>

مضمون اصلی (فراوانی تکرار در مصاحبه‌ها)	مضمون فرعی (فراوانی تکرار در مصاحبه‌ها)	نقل قول‌ها
بهبود آموزش سلامت دهان و دندان در مدارس (۱۶)	"آموزش [سلامت دهان و دندان] باید به صورت عینی‌تر باشد همراه با فیلم و برنامه‌های جانبی یا به صورت اردو مانند باشد به‌صورتی که هدف اصلی ما بر روی آموزش باشد و در کنارش تفریح هم باشد و آموزش بهینه‌تر شود." مصاحبه‌شونده شماره ۱۵	
راهکارها (۲۹)	یکپارچگی در آموزش سلامت (۷)	"در این مسئله گفتیم Integration [یکپارچه‌سازی] باید انجام شود؛ یعنی تمام اجزایی که با یک کودک، نوزاد و یا نوجوان ارتباط دارد؛ از مرکز بهداشت گرفته تا مدارس و مهدکودک و آموزش و پرورش و دانشگاه و صدا و سیما و مطبوعات باید در این مسیر تمام ارگان‌ها روی یک هدف زوم کنند و پیروسی را تعریف کنند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۷)
استفاده از قابلیت‌های فضای مجازی، صداوسیما (۴)	"مهم‌ترین سیستم برای این کار [آموزش سلامت دهان و دندان] صدا و سیما و رسانه‌های جمعی هستند." (مصاحبه‌شونده شماره ۵)	
نقاط قوت (۵)	کفایت نیروهای متخصص (۵)	"نسبت به ۱۰ سال گذشته تعداد دندان‌پزشکان متخصص کودکان در شهر تبریز تقریباً ۳ الی ۳/۵ برابر شده است. یعنی در تعداد مشکلی نداریم." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۴)
مراقبین سلامت (۱۲)	"واقعیت اینست که وظایف خیلی زیادی به عهده مراقب سلامت گذاشته شده و این فرد فرصت نمی‌کند آموزش لازم را ببیند و اصول اولیه بر مبنای پیشگیری عملاً بر روی زمین می‌ماند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۰)	
نقاط ضعف (۳۸)	نیروی انسانی تخصصی (۸)	"اما در بخش دولتی که اینهمه نیروی طرحی متعهد به خدمت تولید می‌شود، نباید انرژی این نیروها هرز بروز؛ اگر در فلان بیمارستان یا مرکز بهداشت، متخصص دندان‌پزشکی کودکان یا پروتز یا جراحی به‌عنوان نیروی طرحی قرار گرفت و باید خدمات رایگانی را ارائه بدهد، چرا خدمات ارائه نمی‌دهد؟ چرا همان بیمار سرطان خونی را ارجاع می‌دهد به دانشکده دندان‌پزشکی؟ این چراها مطرح است و باید پیدا شود که علتش چیست." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۴)
نیروی انسانی (۵۷)	نیروی انسانی عمومی (۱۸)	"آموزش ما آموزشی نیست که [دانش] Practice, Knowledge [مهارت] و Attitude [نگرش] را در دندان‌پزشکان عمومی و تا حدودی در متخصصین در حیطه‌های مختلف تخصصی ایجاد کند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۷)
مدیریت نیروهای انسانی تخصصی (۸)	"راهکار من این است معاونین محترم درمان برنامه مدون بنویسند برای این نیروهای طرحی درمانی، چارته نوشته شود و اعضای علمی متعهد به خدمت درمانی آن چارت را باید اجرا کنند، اگر اجرا نکنند سیستم اجرایی برخورد کند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۴)	
راهکارها (۱۴)	تامین نیروی انسانی کافی برای دانشکده دندان‌پزشکی (۲)	"بیمارستان [دانشکده دندان‌پزشکی تبریز] نیاز به تقویت پرسنل دارد چون دانشکده بیمارستان را ساپورت می‌کند ولی بالطبع اگر بخواهیم بیمارستانی که مدنظرمان است بشود باید نیروی بیشتری جذب بشود." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۶)
آموزش مناسب دندان‌پزشکان عمومی (۴)	"آموزش دوره عمومی [دندان‌پزشکی] که من روی آن تاکید دارم بایستی دانش، نگرش و مهارت لازم جهت انجام یک درمان دندان‌پزشکی مطلوب برای یک دندان‌پزشک عمومی ایجاد کند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۷)	
امکانات و تجهیزات (۷)	نقاط قوت (۷)	وجود امکانات و وسایل کم و بیش به حد کافی وجود دارد." (مصاحبه‌شونده شماره ۲)
ثبت اطلاعات (۱۱)	نقاط ضعف (۸)	عدم پیگیری و فالوآپ مناسب بیماران (۱)

مضمون اصلی (فراوانی تکرار در مصاحبه‌ها)	مضمون فرعی (فراوانی تکرار در نقل قول‌ها مصاحبه‌ها)
	<p>عدم اعتماد به آمار ثبت شده پایان‌نامه‌ها (۲)</p> <p>"جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات ما به‌صورت پایان‌نامه و مقطعی بوده است و به‌صورت منظم نبوده است." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۹)</p>
	<p>عدم وجود زیرساخت‌ها و امکانات لازم برای ثبت و ضبط داده‌ها (۲)</p> <p>"باید پرونده بیماران مان Paperless [بدون کاغذ-دیجیتال] باشد تمام اطلاعات بیماران را در آنجا داشته باشیم و در نهایت بگویم در سال ۹۹ فلان قدر مراجعه کننده داشته‌ایم و متوسط DMFT/dmft آنها فلان قدر بوده است و لازمه این، آن است که همه این رکوردها ثبت شود به صورت Paperless" (مصاحبه‌شونده شماره ۱۶)</p>
	<p>متولی‌گری بخش جامعه‌نگر دندان پزشکی (۱)</p> <p>"اساتید جامعه‌نگر برنامه‌ای دارند که DMFT/dmft را به‌صورت منظم گزارش کنند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۹)</p>
<p>راهکارها (۳)</p>	<p>اجرای پروژه‌های سریالی (۱)</p> <p>"این‌طور پروژه‌ها باید به شکل سریالی انجام شود؛ بخشی از آن را یک دانشجوی و بخش بعدی را دانشجوی دیگری انجام دهد؛ بخش جامعه‌نگر و اطفال با همکاری یکدیگر در طول ۱۰ سال این تحقیق را انجام دهند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۸)</p>
	<p>وضعیت اقتصادی متزلزل دندانپزشکان (۵)</p> <p>"و الان خیلی از دندانپزشکان جوان یا مطب را تعطیل می‌کنند یا اصلا مطب را احداث نمی‌کنند و مجبور می‌شوند در سطح شهر و کلینیک کار را شروع کنند ولی با توجه به اینکه مزد خدماتی که ارائه می‌کنند تمام و کمال دریافت نمی‌کنند شاید سطح خدماتشان پایین می‌آید." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۴)</p>
<p>نقاط ضعف (۱۹)</p>	<p>عدم پوشش موثر خدمات دندان پزشکی توسط بیمه‌ها (۸)</p> <p>قدرت خرید خدمات پایین مردم (۶)</p> <p>"بیمه‌ها همکاری لازم را ندارند و فقط مسئول کسورات هستند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۲)</p> <p>"هزینه‌ای که مردم می‌توانند بکنند، نسبت به درآمدشان خیلی زیاد است" (مصاحبه‌شونده شماره ۱۷)</p>
<p>مسائل اقتصادی (۲۵)</p>	<p>استفاده از پتانسیل بیمه‌ها (۳)</p> <p>"بایستی بودجه برای بیمه تعلق بگیرد و دندانپزشک با بیمه طرف باشد تا مردم. و به شکل واقعی انجام شود نه اینکه تاخیر در پرداخت وجود داشته باشد تا دندانپزشک هم به همکاری با بیمه تمایل داشته باشد. بیمه باید On Time [سر وقت] و با سهولت خدمات ارائه کند تا مردم از این سیکل معیوب حذف شوند." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۴)</p>
<p>راهکارها (۶)</p>	<p>استفاده از پتانسیل نهادهای برون بخشی (۲)</p> <p>"با بیمارستان کودکانی که توسط آقای مردانی آذر (خیراست) وقتی با آن عظمت ساخته شد، آقای مردانی آذر یا هرکس دیگری که این را ساخت، آنقدر خداوند بهش درآمد داده که تونسته این مرکز رو بسازه و انگیزه مادی نداشته باشد آن هم در آن قسمت اثر خودش را گذاشته است. شما حساب کنید که همه بیایند و دست به دست هم دهند و منظورشون شخصی‌گرایی نباشد مطمئنا تاثیرگذار خواهد بود." (مصاحبه‌شونده شماره ۱۴)</p>

بحث

شهرستان تبریز نشان می‌دهد که در بین سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۵ وضعیت سلامت دهان کودکان شش و ۱۲ ساله بهبودی چندانی نداشته است و این موضوع عدم کارایی اقدامات انجام شده در زمینه اقدامات درمانی و پیشگیرانه دندان پزشکی کودکان را نشان می‌دهد. لذا در مطالعه حاضر برای نخستین بار در زمینه دندان پزشکی، با استفاده از روش

بدون سلامت دهان و دندان، سلامت عمومی بدن تأمین نمی‌شود. از منظر بهداشت عمومی، بیماری‌های دهان یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در سراسر جهان، با اثرات اجتماعی و اقتصادی گسترده هستند. توجه به شاخص استاندارد DMFT/dmft در استان آذربایجان شرقی و

در مضمون ارائه خدمات، فعالیت‌های بخش جامعه‌نگر دانشکده دندان‌پزشکی در فضای مجازی و اشاعه اصول سلامت دهان از طریق آن یکی از نقاط قوتی است که با استناد به مطالعات پیشین موجب بهبود رفتارهای سلامتی دهان و دندان می‌شود.^{۲۱} یکی از روش‌های پیشنهادی در زمان پاندمی کرونا در زمینه ارائه خدمات پزشکی، پزشکی از راه دور است که ابزار مهمی برای تضمین ایمنی مراقبت‌های دوران پاندمی کرونا، لزوم استفاده از تکنولوژی‌های جدید مثل دندان‌پزشکی از راه دور (Tele-dentistry) را مشخص می‌کند. با این وجود در مطالعه‌ای که توسط اکبری و همکاران در دوران پاندمی کرونا انجام گرفت، مشخص شد که حیطة دندان‌پزشکی کودکان در مقایسه با سایر حیطة‌های دندان‌پزشکی، کمترین تاثیر را از محدودیت‌های ناشی از پاندمی داشته است که به نوعی در مغایرت با یافته‌های مطالعه حاضر است.^{۲۳}

در مضمون نیروی انسانی، با عنایت به مشکلات سیستم آموزشی دندان‌پزشکان عمومی در ایران و نواقص موجود در آن،^{۲۴} اصلاح یا بازنگری برنامه‌های آموزشی دندان‌پزشکی کودکان چه به صورت نظری و چه عملی لازم به نظر می‌رسد. ضمناً مدیریت صحیح نیروهای تخصصی، در عین توجه مناسب به نیازها و خواسته‌های رفاهی و مالی آنان ضروری می‌باشد.

در مضمون امکانات و تجهیزات که جزو مهم‌ترین و پرتکرارترین نقاط قوت در زمینه ارائه خدمات دندان‌پزشکی بود؛ نیز باید تلاش‌های مستمر جهت حفظ این نقطه قوت صورت گیرد چرا که مثلاً در یک مطالعه مشابه در شهر کرمان به ارزیابی خدمات دندان‌پزشکی ارائه شده در دانشکده دندان‌پزشکی در سال ۱۳۸۸ پرداخته شده بود و مشخص گردیده بود که کمبود تجهیزاتی همچون کیسول‌های آمالگام و یا تجهیزات و امکانات تبلیغی و آموزشی مثل پوستر و بروشور وجود دارد.^{۲۵}

در مضمون ثبت اطلاعات، در جهت بهبود وضعیت، رکورد داده‌های دندان‌پزشکی و سیستم‌اتیزه کردن آن از طریق نرم‌افزارهای به‌روز موجود می‌تواند در بررسی وضعیت به صورت طولی و یا مقطعی راهکار مناسبی باشد.^{۲۶} تولید بخش جامعه‌نگر در دانشکده‌های دندان‌پزشکی و عدم تنوع در سیستم‌های ثبت اطلاعات جهت ادغام و آنالیز آنها از نکات مهمی است که لازم است مورد توجه قرار گیرد.

مطالعه کیفی به بررسی دقیق وضعیت ارائه خدمات دندان‌پزشکی کودکان در شهرستان تبریز پرداختیم.

به‌طور کلی مطالعه حاضر نشان داد در زمینه ارائه خدمات دندان‌پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز مهم‌ترین نقطه قوت، تامین بودن امکانات و تجهیزات لازم و اصلی‌ترین نقطه ضعف، عدم کفایت ارائه خدمات پیشگیرانه و آموزشی دندان‌پزشکی به کودکان و مشکلات در ثبت و به‌کارگیری اطلاعات سلامت بود. در نهایت راهکارهایی نیز ارائه شدند که به‌طور خلاصه عبارت بودند از: تقویت مبانی آموزش یکپارچه بهداشت در مدارس، تعامل با بیمه‌ها برای بهره‌مندی بخش اعظمی از جامعه از خدمات مطلوب دندان‌پزشکی، اصلاح رویکرد درمانی محض و سرمایه‌گذاری در امر پیشگیری از سنین طفولیت.

در مضمون تولید و رهبری، لزوم جایگزینی رویکرد مبتنی بر درمان با رویکرد مبتنی بر پیشگیری از مهم‌ترین نکاتی است که در طی سالیان گذشته صرفاً در حد شعار مانده است. به استناد شواهد سطح بالاتر فلوراید در آب آشامیدنی با کاهش پوسیدگی دندان همراه است.^{۱۸} لذا جای تعجب ندارد که کمترین پوسیدگی دندان کودک در بوشهر ($dmft = ۳/۸۹$)، سیستان و بلوچستان ($dmft = ۴/۲۴$) و هرمزگان ($dmft = ۴/۴۰$) است؛ یعنی استان‌هایی که میزان فلوراید در آب آشامیدنی آنها به‌طور طبیعی بالا است.^{۱۹} لذا به نظر می‌رسد مطالبه فلوریداسیون آب آشامیدنی باید به صورت مسئله‌ای جدی بین پژوهشگران و سیاست‌گذاران پیگیری شود به‌خصوص در مناطقی که فلوراید طبیعی آب آشامیدنی کم است؛ چرا که این روش یکی از بهترین و مقبول‌ترین روش‌ها برای کاهش میزان پوسیدگی در سطح جامعه است.

از اصلاحات مدیریتی دیگری که می‌تواند مدنظر باشد اصلاح نوع قرارداد پرداخت به دندان‌پزشکان و همسانی پرداخت‌ها است. متدهای مختلف پرداخت بر رفتار مراقبت اولیه در پزشکان و دندان‌پزشکان تاثیر دارد و این تاثیر در مورد دندان‌پزشکان شدیدتر است.^{۲۰} ضمناً حضور حلقه واسط بین معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، که به هر یک از آنان اشراف داشته باشد و بتواند هماهنگی‌های لازم را در زمینه امور دندان‌پزشکی به وجود آورد، ضروری است؛ به نوعی که با اعمال قدرت بتواند از پتانسیل موجود در قسمت‌های مختلف در جهت افزایش همکاری‌های درون‌بخشی استفاده نماید.

باشند تا آسیب‌شناسی جامع‌تری از این موارد به‌دست آید. ضمناً مطالعات مبتنی بر مقایسه‌های تطبیقی با سیستم‌های ارائه خدمات دندان‌پزشکی در سایر کشورها نیز می‌تواند به روشن‌تر شدن مسیر بهبود شرایط موجود کمک نماید. همچنین بررسی دقیق علل و زمینه‌های عدم تحقق اولویت بخشی پیشگیری بر درمان در زمینه دندان‌پزشکی از دید دندان‌پزشکان و مسئولین نیز لازم به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

طبق مطالعه حاضر، ارائه خدمات دندان‌پزشکی به کودکان در شهرستان تبریز در ۵ سال اخیر از لحاظ تامین تجهیزات و امکانات در شرایط خوبی قرار داشت. از آن سو نقاط ضعفی از جمله عدم کفایت ارائه خدمات پیشگیرانه و آموزشی دندان‌پزشکی به کودکان و مشکلات در ثبت و به‌کارگیری اطلاعات سلامت مطرح شدند که به نظر می‌رسد با بهره‌مندی از برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی و راهکارهای پیشنهادی از جمله تقویت مبانی آموزش یکپارچه بهداشت در مدارس و دندان‌پزشکی پیشگیرانه از سنین خردسالی، تقویت و گسترش خدمات دندان‌پزشکی تحت پوشش بیمه‌ها می‌توان در جهت بهبود شرایط ارائه خدمات دندان‌پزشکی به کودکان قدم برداشت.

پیامدهای عملی پژوهش

اقدامات جدی در زمینه تغییر رویکردهای درمانی موجود و حمایت از اصول دندان‌پزشکی پیشگیرانه، حمایت‌های مالی مناسب از بیماران و پزشکان و بهبود زیرساخت‌های اطلاعاتی برای عملی کردن ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان باید در دستور کار سیاست‌گذاران امر قرار گیرد.

قدردانی‌ها

از معاونت پژوهشی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز در جهت فراهم آوردن زمینه اجرای این پژوهش قدردانی می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

حسین جباری بیرامی و میلاد باصری مسئول اصلی پروژه و تنظیم‌کننده امور، مصاحبه‌کننده اصلی و ویراستار

در مضمون مسائل اقتصادی، مطابق با یافته‌های مطالعات پیشین، یکی از مهم‌ترین موانع استفاده از خدمات دندان‌پزشکی کودکان هزینه‌های مالی سنگین بوده است. برای مثال در مطالعه والی و همکاران،^{۳۷} با نظرسنجی از والدین کودکان در شهر کرمان نشان داده شد که هزینه درمان‌های دندان‌پزشکی بالاست و نبود بیمه دندان‌پزشکی موانع مهمی در دسترسی به این خدمات توسط کودکان است.

بیمارانی که تحت پوشش هیچکدام از بیمه‌ها نیستند معمولاً با پرداخت مستقیم خدمات دریافت می‌کنند که در صورت تداوم این روش خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌شوند.^{۳۸} از نظر مسائل مالی و حمایت از بیماران در نظام سلامت کشور، به نظر می‌رسد گسترش خدمات دندان‌پزشکی پیشگیری تحت پوشش بیمه‌های پایه، یک ضرورت است. نظر به نابرابری‌های موجود در زمینه خدمات دندان‌پزشکی و بهره‌مندی بیشتر ثروتمندان از خدمات با کیفیت دندان‌پزشکی، تاسیس و تقویت خیریه‌هایی که در زمینه ارائه خدمات دندان‌پزشکی فعالیت می‌کنند، که نمونه اولیه آن در دانشکده دندان‌پزشکی تبریز در حال فعالیت می‌باشد، می‌تواند گزینه مناسبی جهت بهره‌مندی افراد دهک‌های پایین اقتصادی جامعه باشد.^{۳۹}

با توجه به مضامین حاصل از این مطالعه به نظر می‌رسد هم‌سویی نزدیکی با شش بلوک ساختاری توصیف شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) که عبارتند از تولید و رهبری، ارائه خدمات، نیروی کار سلامت، اطلاعات، محصولات پزشکی، واکسن‌ها و فناوری‌ها، و تامین مالی^{۳۰} وجود دارد. از آنجایی که هدف سازمان بهداشت جهانی از تدوین این چهارچوب تقویت نظام سلامت می‌باشد؛ به نظر می‌رسد که پای‌بندی به این چهارچوب در سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی مناسب کمک شایانی به سیاست‌گذاران بهداشت دهان و دندان نماید.

عدم امکان دسترسی به اطلاعات و آمارهای ثبت شده در سامانه سیب معاونت بهداشتی شهرستان تبریز، عدم امکان برگزاری جلسات متعدد و با حضور همه مصاحبه‌شوندگان برای جمع‌بندی و مضاربه آرا و عدم حضور دندان‌پزشکان عمومی صرفاً شاغل در بخش خصوصی در مصاحبه‌ها از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر بودند. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده، پژوهشگران مطالعات کیفی یا کمی در زمینه خدمات ارائه شده در بخش خصوصی و خدمات تحت بیهوشی داشته

ملاحظات اخلاقی

مطالعه با کد اخلاقی IR.TBZMED.REC.1400.541 در کمیته اخلاق منطقه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز تصویب و تأیید شده است. مقاله حاضر هیچ گونه استفاده از حیوانات یا داده‌های انسانی یا بافت انسانی را شامل نمی‌شود. (مورد ندارد)

تعارض منافع

بدین وسیله پدیدآوران اعلام می‌دارند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچ‌گونه تعارض منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

نهایی مقاله بودند. سالار محمددخت مسئول تنظیم سوالات مصاحبه‌ها، کدبندی، ویراستاری نهایی و نظارت بر امور تحلیل چهارچوبی، مهسا زهدی جمع‌آوری کننده داده‌ها و مسئول پیاده کردن مصاحبه‌ها و میلاد باصری نگارش مقاله و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و کدبندی را بر عهده داشت. نسخه نهایی مقاله مورد تأیید تمامی نویسندگان می‌باشد.

منابع مالی

مطالعه حاضر از طرف هیچ نهاد یا شخصی پشتیبانی مالی نداشت.

References

1. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behaviour. *Int Dent J*. 1993; 43(1): 9-16.
2. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res*. 2015; 94(5): 650-658. doi: 10.1177/0022034515573272
3. Soltani MR, Sayadzadeh 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- 176. doi: 10.30476/DENTJODS.2020.82596.1024
4. Armstrong S, Dermont M. Does prevention-focused dental care provision during recruit training reduce adverse dental outcomes in UK Armed Forces personnel? A retrospective cohort analysis. *Br Dent J*. 2021; 230(7): 400-406. doi: 10.1038/s41415-021-2741-5
5. Nora AD, da Silva Rodrigues C, de Oliveira Rocha R, Soares FZM, Minatel Braga M, Lenzi TL. Is caries associated with negative impact on oral health-related quality of life of pre-school children? A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dent*. 2018; 40(7): 403-411.
6. Shoaee S, Saeedi Moghaddam S, Masinaei M, Sofi-Mahmudi A, Hessari H, Heydari MH, et al. Trends in dental caries of deciduous teeth in Iran: a systematic analysis of the national and sub-national data from 1990 to 2017. *BMC Oral Health*. 2022; 22(1): 1-12. doi: 10.1186/s12903-022-02634-z
7. Health vice chancellor of Tabriz University of Medical Sciences. Annual performance report of the year 2021 (1400) of the Oral and Dental Health Unit of Tabriz University of Medical Sciences 2021. [Available from: <https://eazphcp.tbzmed.ac.ir/?PageID=1365>]. (Persian)
8. Khoshnevisan MH, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, Baez RJ. Oral health status and healthcare system in IR Iran. *Journal of Contemporary Medical Sciences*. 2018; 4(3): 107-118.
9. Ghasemianpour M, Bakhshandeh S, Shirvani A, Emadi N, Samadzadeh H, Moosavi Fatemi N, et al. Dental caries experience and socio-economic status among Iranian children: a multilevel analysis. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):1-8. doi: 10.1186/s12889-019-7693-1
10. Khani-Varzegani F, Erfanparast L, Asghari-Jafarabadi M, Shokravi M, Azabdaftari F, Parto M, et al. Early occurrence of childhood dental caries among low literate families. *BMC Res Notes*. 2017; 10(1): 1-6. doi: 10.1186/s13104-017-2698-2
11. Maroufi B. Evaluation of Primary and Permanent dentition of 6- 12 years old students of Tabriz city (d.m.f.t.) by education of oral health care in 5 region of educationg and training office in 2017 [Thesis for dentistry degree]. 2017. [Available from: https://azarsa.tbzmed.ac.ir/faces/search/bibliographic/biblioFullView.jspx?_afPfm=-1axhvfziwn]. (Persian)
12. Saffarpour M, Alaei Alamouti N. Assessment of the status of dental services in Iran (2018). *Alborz University Medical Journal*. 2022; 11(2): 241-255. doi: 10.29252/aums.11.2.241. (Persian)
13. Ravaghi V, Salomon-Ibarra C, Morris J. Child oral health; is there anything more to know?. *Community Dent Health*. 2020; 37(2): 108-109. doi: 10.1922/CDH_RavaghiJune20editorial02
14. 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 University of Medical Science Journal*. 2019; 13(7): 42-52. doi: 10.29252/qums.13.7.42. (Persian)

15. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 2014; 41(5): 545-547. doi: 10.1188/14.ONF.545-547
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
17. Streubert HJ. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
18. U.S. Department of Health and Human Services Federal Panel on Community Water Fluoridation. U.S. Public Health Service Recommendation for Fluoride Concentration in Drinking Water for the Prevention of Dental Caries. *Public Health Rep*. 2015; 130(4): 318-331. doi: 10.1177/003335491513000408
19. Taghipour N, Amini H, Mosafery M, Yunesian M, Pourakbar M, Taghipour H. National and sub-national drinking water fluoride concentrations and prevalence of fluorosis and of decayed, missed, and filled teeth in Iran from 1990 to 2015: a systematic review. *Environ Sci Pollut Res*. 2016; 23(6): 5077-5098. doi: 10.1007/s11356-016-6160-0
20. Tahani B, Rezayatmand R, Rahimzamani A. Dental care utilization after the implementation of "Health Reform Plan" in Isfahan province. *Hakim*. 2020; 23(2): 201-210. (Persian)
21. Althunayan AM, Alsalihi R, Elmoazen R. Role of social media in dental health promotion and behavior change in Qassim province, Saudi Arabia. *International Journal of Medical and Health Research*. 2018; 4(2): 98-103.
22. Mohammaddokht S, Jabbari Beyrami H, Azami-Aghdash S, Rashidi S, Aslanpour E, Hajizadeh A. A scoping review of experiences, policies, and approaches to support healthcare workers during long-term critical conditions with a focus on COVID-19. *Int J Healthc Manag*. 2023; 16(3): 468-480. doi: 10.1080/20479700.2022.2112448
23. Akbari A, Khami MR, Beymouri A, Akbari S. Dental service utilization and the COVID-19 pandemic, a micro-data analysis. *BMC Oral Health*. 2024; 24(1): 1-9. doi: 10.1186/s12903-023-03740-2
24. Memarpour M, Bazrafkan L, Yasamin Shirazi M, Mousavinasab N. Attitude of professors and undergraduate dental students on pediatric dentistry curriculum at Shiraz dental school. *Hormozgan Medical Journal*. 2013; 16(6): 438-445. (Persian)
25. Rad M, Haghani J, Shahravan A, Khosravifar A. Qualitative assessment of the dental health services provided at a dental school in Kerman, Iran. *Braz Oral Res*. 2009; 23(4): 377-380. doi: 10.1590/S1806-83242009000400005
26. Joda T, Waltimo T, Probst-Hensch N, Pauli-Magnus C, Zitzmann NU. Health data in dentistry: an attempt to master the digital challenge. *Public Health Genomics*. 2019; 22(1-2): 1-7. doi: 10.1159/000501643
27. Vali L, Zare Z, Jahani Y, Kalavani K. Investigating the access barriers to oral and dental health services for children from the perspective of parents attending the health centers of Kerman. *Dent Res J (Isfahan)*. 2023; 20: 1-8.
28. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. *Payesh*. 2018; 17(5): 481-494. (Persian)
29. Nekoeimoghadam M, Amiriyosafi S, Ghorbani Bahabadi Z, Amiresmaili M. Role of charities in the health system: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013; 2(1): 1-10. (Persian)
30. World Health Organization. *Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes*. WHO; 2007.