الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم طب الفم

أنماط ومحددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال الرضّع بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق

(دراسة مسحية وبائية)

Patterns and determinants of oral health behaviors in one-year old children living in Damascus (cross-sectional survey)

أطروحة قدمت إلى جامعة دمشق لنيل درجة الماجستير في اختصاص طب الفم

إعداد الباحثة: مي خير الله

إشراف المدرّسة الدكتورة: أستير جوري

ماجستير

1434هـ/2013م

صورة عن قرار مجلس الشؤون العلمية بتشكيل لجنة الحكم.

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق

قرار مجلس البحث العلمي والدراسات العليا رقم /٢٦٢٨/ المتخذ
بالجلسة رقم /١٩/ تاريخ ٢٠١٣/٦/١٠

اطلع مجلس البحث العلمي والدراسات العليا على قرار مجلس كلية طب الأسنان رقم/ ٥٠٦/ تاريخ ٢٠١٣/٦/٩
وبعد الرجوع إلى اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم الجامعات الصادرة بالمرسوم /٢٥٠/ لعام ٢٠٠٦ .
قرار مجلس جامعة دمشق رقم / ٣٤٨٣/ص تاريخ ٢٠١٢/٤/٢ بشأن الموافقة على تسجيل رسالة الطالب

وبنتيجة المذاكرة قرر مجلس البحث العلمي والدراسات العليا :

الموافقة على تأليف لجنة الحكم على رسالة الماجستير في قسم طب الفم التي أعدتها الطالبة **مي** خير الله بعنوان: ((أنماط ومحددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال الرضع بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق – دراسة مسحية وبائية)) بكلية طب الأسنان من السادة الأساتذة :

د. محمد بشير المنقل	الأستاذ في قسم طب أسنان الأطفال	كلية طب الأسنان
جامعة دمشق	الاختصاص: طب أسنان الأطفال	عضواً
د. عبير قدسي	المدرسة في قسم طب الأسرة	كلية الطب البشري
جامعة دمشق	الاختصاص : الوبائيات والعلوم الصحية	عضواً
د. امتثر حوري	المدرسة في قسم طب الفم	كلية طب الأسنان
جامعة دمشق	الاختصاص: طب الفم	عضواً مشرفاً

وذلك وفق ما هو وارد في قرار مجلس الكلية آنف الذكر،،،

ملاحظة: يرجى إرسال نسخة عن الإعلان الخاص بتحديد موعد المناقشة فور صدوره إلى مكتب نائب رئيس الجامعة لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا.

قرار القبول للنشر الخارجي

MEDICAL JOURNAL OF CAIRO UNIVERSITY

MANYAL UNIVERSITY HOSPITAL
KASR EL AINI POST
CAIRO
Tel. & Fax: (202) 23655768

FACULTY OF MEDICINE

المجلة الطبية لجامعة القاهرة

مستشفى المنيل الجامعي
بريد قصر العيني
القاهرة
تليفون وفاكس: ٢٣٦٥٥٧٦٨ (٢٠٢)

ايصال قبول رقم /9105

السيد الأستاذ الدكتور / MAY KHAIRALLAH.

تحية طيبة وبعد .....

تتشرف هيئة تحرير المجلة الطبية لجامعة القاهرة بافادة سيادتكم بأن بحثكم

الذي عنوانه /

"SOCIOECONOMIC PREDICTORS OF ORAL HEALTH BEHAVIORS IN ONE YEAR OLD CHILDREN LIVING IN DAMASCUS. (CROSS- SECTIONAL SURVEY)."

قد قبل للنشر بتاريخ /30/7/2013

رئيس التحرير

MED. J. CAIRO UNIV

تصريح:

" لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة تم أخذه بالكامل من عمل آخر أو أنجز للحصول على شهادة أخرى في هذه الجامعة أو في أية جامعة أخرى أو أي معهد تعليمي"

Dedication: الإهداء

إلى أبي وأمي...

إلى روحه الطاهرة...

إخوتي أحبتي...

زوجي العزيز...

كلمة شكر : Acknowledgment

الحمدلله الموفق والمعين الذي أسبغ علي من عطائه ونعمه وأيدني بأنس كثير أخص منهم بالشكر الجزيل....

المدرسة الدكتورة القديرة استير جوري

التي لم تبخل علي بتوجيهاتها و نصحها خلال سنوات دراستي، وأقدر جليا متابعتها الحثيثة لي، وكل الشكر لها على بصماتها الواضحة في جميع ثنايا هذه الأطروحة

الأستاذ الدكتور إياد الحفار

رئيس قسم طب الفم بجامعة دمشق لحرصه ورعايته الكريمة

وأقف إجلالا واحتراما أمام الصرح العلمي الشامخ **جامعة دمشق**

وأتوجه بالشكر والتقدير والعرفان ..

إلى كلية طب الأسنان بجامعة دمشق ممثلة **بالأستاذة الدكتورة رزان خطاب** عميدة الكلية و**الأستاذ الدكتور إياد الشعراني** نائب العميد للشؤون العلمية و**الأستاذ الدكتور ياسر المدلل** نائب العميد للشؤون الإدارية والشكر موصول كذلك لكل أساتذه وإداري الكلية، وأخص بالذكر **أساتذتي الكرام بقسم طب الفم...**

وأتوجه بالشكر الجزيل والعميق جداً للزميل **الدكتور عماد برنجكجي** ..

وصديقتاي **الدكتورة منى الغضبان** و**الدكتورة رزان حافظ**

وأتقدم بالشكر والتقدير للأساتذة أعضاء لجنة الحكم...

الأستاذ الدكتور محمد بشير المنقل في قسم طب أسنان الأطفال

المدرسة الدكتورة عبير قدسي في قسم طب الأسرة – كلية الطب البشري

لتكرمهما بقبول تحكيم هذه الأطروحة.

الفهرس Contents

- المقدمة Introduction 7
- أهداف البحث..... 8

1. هدف الدراسة Study aim..... 8
2. أغراض الدراسة Study objectives..... 8

- الباب الأول: المراجعة النظرية Literature Review..... 9

1.1 تعريف نخور الطفولة المبكرة 9

2.1 هل تعتبر نخور الطفولة المبكرة مشكلة صحة عامة سنية عالميا؟..... 10

1.2.1 انتشار نخور الطفولة المبكرة..... 11

2.2.1 أثر نخور الطفولة المبكرة على المستوى الفردي 12

3.2.1 أثر نخور الطفولة المبكرة على مستوى المجتمع 14

4.2.1 وجود وسائل فعالة للوقاية والعلاج من نخور الطفولة المبكرة..... 15

3.1 هل تعتبر نخور الطفولة المبكرة مشكلة صحة عامة سنية محليا؟..... 16

4.1 المحددات السلوكية الصحية لنخور الطفولة المبكرة..... 17

1.4.1 السلوكيات الصحية الغذائية..... 17

2.4.1 السلوكيات الصحية المتعلقة بالنظافة الفموية 20

3.4.1 التداخلات المهنية الوقائية 22

5.1 محددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال..... 24

1.5.1 الوضع الاجتماعي الاقتصادي..... 25

2.5.1 معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن..... 26

- الباب الثاني: المواد والطرائق Materials and Methods 27

1.2 تصميم الدراسة.....27

2.2 مجتمع الدراسة 27

3.2 الاعتيان.....27

4.2 حجم العينة 28

5.2 مرافق الدراسة.....28

6.2 معايير التضمين والاستبعاد 28

7.2 الموافقة الأخلاقية وسرية البيانات.....28

8.2 اجراءات المسح الصحي.....32

9.2 البيانات غير السريرية 32

10.2 التدريب.....41

11.2 الموثوقية.....41

12.2 الدراسة الاستطلاعية.....41

13.2 إدخال وتحليل البيانات 41

- الباب الثالث: النتائج Results.....42

1.3 وصف العينة.....42

2.3 نتائج الجزء الوصفي من الدراسة.....43

1.2.3 وصف السلوكيات الصحية للأطفال.....43

2.2.3 وصف معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية لأطفالهن.....48

3.3 نتائج الجزء التحليلي من الدراسة.....52

1.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي والسلوكيات الصحية للأطفال.....52

2.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين معارف ومعتقدات الأمهات والسلوكيات الصحية للأطفال.....61

- الباب الرابع: المناقشة Discussion.....63

1.4 مناقشة نتائج الجزء الوصفي من الدراسة.....63

2.4 مناقشة نتائج الجزء التحليلي من الدراسة.....68

1.2.4 الوضع الاجتماعي الاقتصادي.....68

2.2.4 معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن.....69

3.4 مناقشة نقاط قوة الدراسة الحالية وثغراتها.....70

- الباب الخامس: الاستنتاجات Conclusions.....72
- الباب السادس: المقترحات والتوصيات Suggestions and Recommendations
- الباب السابع: المراجع References.....74
- الملخص (عربي- أجنبي) Abstract

قائمة الجداول List of Tables

(1-1) التركيز الأمثل المنصوح به للفلور في داعمات الفلور.....23

(3-1) توزع العينة على المراكز الصحية (n=500).....43

(3-2) تكرار السلوكيات الصحية الغذائية عند أطفال العينة (n=500).....45

(3-3) تكرار السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان عند أطفال العينة(n=500)...47

(3-4) تكرار التداخلات المهنية الوقائية عند أطفال العينة (n=500).....48

(3-5) تكرار معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية الغذائية لأطفالهن

(n=500).....49

(3-6) تكرار معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة أسنان أطفالهن(n=500).....51

(3-7) تكرار معارف ومعتقدات الأمهات حول التداخلات المهنية الوقائية لأطفالهن

(n=500).....52

(3-8) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية (n=500).....54

(3-9) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يستخدمون الكأس (n=500).....55

(3-10) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يضاف السكر إلى طعامهم (n=500).....56

(3-11) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يضاف السكر إلى شرابهم (n=500).....58

(3-12) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يتم تنظيف أسنانهم (n=500).....60

(3-13) تكرارات معارف ومعتقدات الأمهات، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت سلوكيات الأطفال الصحية الغذائية والمتعلقة بنظافة الأسنان (n=500)..62

قائمة الأشكال List of Figures

(1-1) كيفية تأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي ومعارف ومعتقدات الأمهات على نخور الطفولة المبكرة.....24

(1-2) الموافقة الأخلاقية والإدارية من جامعة دمشق.....29

(2-2) الموافقة الأخلاقية والإدارية من وزراة الصحة.....30

(2-3) موافقة ولي الأمر.....31

(2-4) استبيان الدراسة.....34

List of abbreviations قائمة الاختصارات

Early Childhood Caries (ECC)

Severe Early Childhood Caries (S-ECC)

Socioeconomic Position (SEP)

المقدمة

تعتبر الصحة الفموية عند الأطفال جزءاً أساسياً من صحتهم العامة (Sheiham, 2006).

ولتدني هذه الصحة الفموية آثار سلبية جمة كالألم المرافق للنخور والمشاكل التجميلية ومشاكل النطق والكلام والتغذية وما يتبعها من آثار سلبية نفسية واجتماعية وتطورية.

وبالتالي فإن العمل على رفع سوية الصحة الفموية لدى الأطفال سيلقي بأثر إيجابي على حالتهم الصحية العامة بكل أبعادها الجسدية والنفسية والاجتماعية.

إن تصميم أو تنفيذ أي برنامج أو مبادرة وطنية لتقديم الرعاية الصحية الوقائية الفعالة للأطفال لرفع سوية الحالة الصحية الفموية لديهم لا بد أن يبدأ من خلال المسوح الصحية الوبائية التي تقوم بتقييم احتياجات الصحة الفموية وذلك استناداً إلى أولى توصيات منظمة الصحة العالمية والتي تقول بأن حل أي مشكلة صحية لأي فئة من فئات المجتمع يجب أن يبدأ بمسوحات صحية محلية تهدف لتقييم الاحتياجات الصحية.

ويعتبر تقييم السلوكيات الصحية الفموية المتمثلة بنمط الرضاعة واستهلاك السكر والنظافة الفموية ومراجعة طبيب الأسنان وتلقي داعمات الفلور إحدى أهم اركان تقييم الاحتياجات الصحية الفموية عند الأطفال الرضع. إلا أنه لا توجد حتى الآن دراسة هدفت إلى معرفة أنماط ومحددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال الرضع بعمر السنة في سورية.

ولذلك فقد هدفت الدراسة الحالية إلى أخذ المبادرة الأولى لسد هذه الثغرة بالوقوف على واقع السلوكيات الصحية الفموية لدى الأطفال الرضع المراجعين لمراكز رعاية الطفولة والأمومة في مدينة دمشق. وتشكيل ركيزة لتطوير برامج وطنية صحية تهدف لتعزيز الصحة الفموية وتقديم الرعاية الصحية لهذه الشريحة المهمة من الأطفال السوريين.

أهداف البحث

1. هدف الدراسة Study aim:

إن الغاية من الدراسة الحالية هي معرفة أنماط ومحددات السلوكيات الصحية الفموية لدى الأطفال بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق.

2. أغراض الدراسة Study objectives :

كانت أغراض الجزء الوصفي من الدراسة هي:

1. تقييم نسبة انتشار السلوكيات الصحية الغذائية لدى الأطفال بعمر السنة في مدينة دمشق.
2. تقييم نسبة انتشار السلوكيات الصحية المتعلقة بالنظافة الفموية لدى الأطفال بعمر السنة في مدينة دمشق.
3. تقييم نسبة انتشار السلوكيات الصحية المتعلقة بالتداخلات المهنية الوقائية لدى الأطفال بعمر السنة في مدينة دمشق.

كانت أغراض الجزء التحليلي هي:

1. اختبار الارتباط بين مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي والسلوكيات الصحية لدى الأطفال بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق.
2. اختبار الارتباط بين معارف ومعتقدات الأمهات والسلوكيات الصحية لدى الأطفال بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق.

الباب الأول

المراجعة النظرية Literature Review

1.1 تعريف نخور الطفولة المبكرة:

تعددت التعاريف والمصطلحات التي تصنف النخور التي تصيب أسنان الأطفال دون الست سنوات من العمر خلال الخمسين عاما الماضية وتطورت حتى وصلت إلى هذه التسمية. واعتمدت هذه المصطلحات العديدة لفترة من الزمن ومنها نخور زجاجة الرضاعة؛ ومتلازمة زجاجة الحليب ونخور الرضع المبكرة. اعتبرت هذه المصطلحات غير ملائمة ومضللة بسبب اعتمادها في التسمية على مسبب وحيد للمرض، إذ أن الرضاعة وممارسات التغذية وحدها لا تسبب النخور. كما تشير الأدلة المجموعة عبر السنوات أن النخر السني ليس بمرض إنتاني (أي مسبب بالجراثيم فقط) وإنما هو مرض معقد ومتعدد العوامل المسببة(Niji *et al.*, 2010).

لذلك فإن مصطلح نخور الطفولة المبكرة Early Childhood Caries (ECC) هو المصطلح الأمثل الذي يعكس العوامل المتعددة المسببة الداخلة في عملية سير المرض (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY , 2005).

يشير مصطلح نخور الطفولة المبكرة إلى وجود واحد أو أكثر من الأسنان المنخورة المتحفرة أو غير المتحفرة، المفقودة بسبب النخر أو المرممة بسبب النخر في أي من الأسنان المؤقتة لدى الأطفال بعمر أقل من ست سنوات

(Berg and Slayton, 2009; Edelstein, Chinn and Laughlin, 2009).

رغم اعتماد هذا التعريف الأخير بشكل واسع، اعتبره البعض تعريفا واسعا جدا وبالتالي هو غير قادر على التمييز بين الشكل الجائح الشديد لهذا المرض. ولذلك ظهر تعريف نخور الطفولة المبكرة الشديدة Severe Early Childhood Caries (S-ECC) لتمييز الأطفال الذين هم بعمر أقل من ثلاث سنوات ويعانون من تظاهرات المرض على أي سطح سني أملس والأطفال بعمر 3-5 سنوات الذين يعانون من تظاهرات المرض على السطوح الملساء للقواطع العلوية أوعندما يكون العدد الكلي للسطوح المنخورة يساوي أربعة سطوح بعمر الثلاث سنوات أو أكثر، وخمسة سطوح بعمر الأربع سنوات أو ستة سطوح بعمر الخمس سنوات(Edelstein, Chinn and Laughlin, 2009).

تعتبر نخور الطفولة المبكرة، مرضا انتانيا يمكنه البدء مع بزوغ أول سن لدى الطفل. يمكن لنخور الطفولة المبكرة أن تتطور بشكل سريع وجائح وقد يؤدي إلى تأثير ضار ودائم على صحة الطفل ونوعية الحياة لديه. إن نخور الطفولة المبكرة هي مشكلة صحية اجتماعية خطيرة.

ارتكزت الدراسات المبكرة عن النخر السني على الفهم بأنه مرض معد جرثومي ومعتمد على الحمية الغذائية بالكربوهيدرات المعدلة(van Houte, 1994) وركزت على دور الكائنات الدقيقة وخاصة العقديات الطافرة streptococcus mutans، واستهلاك السكريات (Holbrook, 1993; Karjalainen *et al.*, 2001) وممارسات النظافة الفموية (Paunio *et al.*, 1993; Stecksen-Blicks and Holm, 1995).

عند تناول الطعام، تقوم البكتيريا باستقلاب الكربوهيدرات منتجة الحموض التي تؤدي إلى خسف الأملاح المعدنية من الأسنان. انخساف الأملاح هذا يؤدي إلى تشكل الحفر النخرية عندما تطول فترات انخساف الأملاح هذه وتفوق مقاومة الوسط الفموي وقدرته على إعادة التمعدن. هذه المقاومة والقدرة على إعادة التمعدن لها محددان الأول فيزيولوجي والآخر السلوكيات الصحية للفرد(Bertness *et al.*, 2004).

2.1 هل تعتبر نخور الطفولة المبكرة مشكلة صحة عامة سنية عالميا؟

هنالك أربعة معايير يعتمد عليها لاعتبار مشكلة (مرض أو اضطراب) ما مشكلة صحة عامة سنية (Sheiham and Bönecker, 2006) وهي:

- الانتشار الواسع للمشكلة.
- تأثير المشكلة على المستوى الفردي (كالتأثير على نوعية الحياة).
- تأثير المشكلة على المستوى المجتمعي (تكاليف العلاج، انخفاض الانتاجية).
- المشكلة قابلة للوقاية والعلاج.

1.2.1 انتشار نخور الطفولة المبكرة

لاتزال نخور الطفولة المبكرة مشكلة صحة عامة عالميا في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء(Feldens, Vitolo and Drachler, 2007; Petersen *et al.*, 2005).

تختلف نسب انتشار نخور الطفولة المبكرة من بلد لآخر ويصعب تحديدها بشكل جيد ومقارنتها بسبب عدم وجود معايير موحدة للفحص والتشخيص وصعوبة الوصول إلى هذه الفئة العمرية من الأطفال في غالب المجتمعات واختلاف العادات الغذائية التي تتأثر بالوضع الاجتماعي والثقافي والجغرافي والعرقي (Milnes, 1996).

تم جمع تقارير عن تواتر و انتشار نخور الطفولة المبكرة من مناطق مختلفة حول العالم وقد تباينت فيما بينها وتراوحت من 40% لدى أطفال بعمر 0–5 سنوات في حضانات بجنوب البرازيل، إلى 64% لدى أطفال بعمر 3–5 سنوات في حضانات بأوغندا(Ismail *et al.*, 2008; Kiwanuka, Astrom and Trovik, 2004)أما في تايلاند فقد أظهرت البيانات الوطنية لنخور الأسنان المؤقتة زيادة ملحوظة في شدتها وانتشارها خلال العقدين الماضيين (Vachirarojpisan, Shinada and Kawaguchi, 2005)

في دراسة أجراها Brown وزملاؤه عام 2000 في الولايات المتحدة الأمريكية أكد أن انتشار النخور عند الأطفال بعمر 3–5 سنوات لم يتغير منذ عام 1970. بينما جاءت دراسة في اليابان لتبين الانخفاض السريع في نسبة النخور السنية لتصل إلى نسب ثابتة تقريباً في العشرين سنة الأخيرة.

وعلى سبيل المثال وصلت نسبة انتشار النخور المبكرة عند الأطفال بعمر 3 إلى 5 سنوات في كندا بين 50% و 80%، وفي السويد وصلت نسبة انتشار النخور بين الأطفال بعمر 5 سنوات إلى 52% عام 2002، أما في تايلاند فقد أظهرت البيانات الوطنية لنخورالأسنان المؤقتة زيادة ملحوظة في شدتها وانتشارها خلال العقدين الماضيين (Vachirarojpisan *et al.*, 2005) حيث سجلت 82.8% عند الأطفال بعمر 15 إلى 19 شهراً.

وفي أستراليا كانت نسبة انتشار النخور عند الأطفال بعمر 4 إلى 6 سنوات 33.7% و 17% بعمر 2 إلى 3 سنوات حيث كانت معظم الإصابات بين الأطفال من الأصول غير الأوروبية والذين يعانون من مشاكل اقتصادية واجتماعية.

في حين جاءت الدراسات قليلة في الوطن العربي لتبين نسب انتشار متفاوتة من بلد لآخر فسجلت في الأردن 62% بين الأطفال بعمر الـ 4 سنوات، 53% بين الأطفال بعمر 18 إلى 48 شهراً في الكويت، وفي السعودية جاءت نسب الانتشار 62.7% بين الأطفال بعمر 2 إلى 5سنوات، وفي مصر سجلت نسب الانتشار 54.57% بين الأطفال بعمر 3 إلى 6 سنوات.

في سوريا قليلة هي الدراسات والاحصاءات التي اهتمت بهذا الموضوع، ففي دراسة لأطفال مدينة اللاذقية في سوريا تبين أن 49% من الأطفال بعمر 3-5 يعانون من نخور الطفولة المبكرة، و 24% من الأطفال يعانون من نخور شديدة وآفات نخرية متحفرة واضحة (Qadri, Nourallah and Splieth, 2012).

في دراسة أخرى باستخدام معايير منظمة الصحة العالمية ظهر انتشار واسع للنخر السني عند أطفال مدينة دمشق بعمر 5 سنوات بنسبة 77% عام 1985 و74% عام 1991 (Beiruti and van Palenstein Helderman, 2004).

كل هذه التقارير تشير إلى الانتشار الواسع لنخور الطفولة المبكرة.

2.2.1 أثر نخور الطفولة المبكرة على المستوى الفردي:

إلى جانب التأثيرات الصحية الفموية لنخور الطفولة المبكرة كتخريب البنى السنية والخراجات والتي قد تؤدي إلى التهاب النسج الخلوية وفقدان الأسنان وتطور سوء إطباق (Acs *et al.*, 1999)، لكن هنالك تأثيرات أهم تتعلق بنوعية حياة الطفل.

تؤثر نخور الطفولة المبكرة على نوعية حياة الطفل الكلية(Low, Tan and Schwartz, 1999; McGrath, Broder and Wilson-Genderson, 2004; Reisine, 1988) متضمنة قدرتها على التأثير سلبا على النطق والكلام، ومهارات التعلم والقيام بالوظائف الاجتماعية والتواصل دون إزعاج أو إحراج حتى مرحلة البلوغ. كذلك فإن المشكلات الجمالية الناتجة عن فقدان الأسنان بسبب النخر قد تؤثر على ابتسامة الطفل وتؤدي إلى تعرضه للإستهزاء من قبل أقرانه وبالتالي قلة ثقته بنفسه وانطوائه وقلة تعامله مع أقرانه تفادياً للإستهزاء.

أشار الأهالي إلى تحسن حالة أطفالهم الاجتماعية متضمنة كثرة الابتسام وتقدم أدائهم المدرسي وزيادة نشاطهم وتفاعلهم الاجتماعي وذلك بعد القيام بالمعالجات السنية اللازمة(White *et al*., 2003).

إن الألم السني المزمن المترافق مع نخور الطفولة المبكرة قد يسبب أيضا تهيجا وتشويشا بأنماط النوم.

أشارت دراسة أن 86% من العائلات ذكرت أن النخر السني قد أثر على قدرة أطفالهم على تناول الطعام، و50% من العائلات ذكرت أن النخر السني قد أثر على قدرة أطفالهم على النوم، و32% من العائلات أشارت إلى التأثير على قدرة أطفالهم على المشاركة في الأنشطة المدرسية (Edelstein *et al*., 2006).

وتبين أن الألم السني المترافق بالنخور الغير معالجة يؤثر على نمو الطفل وتطوره الإدراكي والمعرفي (Sheiham, 2006) والأطفال الذين يعانون من الألم يكونون مشتتين وغير قادرين على التركيز على واجباتهم المدرسية (Peterson, Niessen and Nana Lopez, 1999).

وجدت مجموعة من الباحثين أن الأطفال الذين يعانون من نخور شديدة كانت أوزانهم أقل بشكل واضح من الأطفال الشواهد السليمين (Acs *et al*., 1992) وفي دراسة أخرى تبين لدى أطفال يعانون من نخور طفولة شديدة وجود أعراض فيزيولوجية واضحة لسوء التغذية متضمنة عوز الحديد وفقر الدم، والتي تملك تأثيرات سلبية دائمة على نمو الطفل وتطوره.

بينت الدراسات أن الأطفال بعمر الـ 3 سنوات الذين يعانون من نخور الطفولة المبكرة يخسرون 1 كغ من وزنهم مقارنة بالأطفال السليمين من النخور، وتأتي معالجة نخور الأسنان لدى الأطفال لتزيد معدلات النمو وتحسن نوعية الحياة للملايين من الأطفال، وقد يرجح هذا إلى تحسين المدخول الغذائي وذلك لأن الألم قد يؤثر على نوعية وتنوع الأطعمة التي يمكن للطفل أن يتناولها. من ناحية أخرى فإن الالتهابات المزمنة تتحول إلى التهابات لبية حادة وخراجات تؤثر سلباً على نمو الطفل من خلال تأثيرها على الاستقلاب والحد من إنتاج خضاب الدم كنتيجة لانخفاض إنتاج الكريات الحمر بسبب الالتهاب(Sheiham, 2006).

كما أن العلاقة بين نخور الطفولة المبكرة والتغذية هي علاقة معقدة، حيث أن التغذية السيئة قد تؤدي إلى وتنتج من وجود النخور السنية في نفس الوقت.إذ يضطر الأطفال الفاقدين لبعض أسنانهم إلى تحديد خياراتهم في تناول الأطعمة بسبب مشاكل المضغ الحاصلة لديهم نتيجة فقد الأسنان وهذا سيؤدي بدوره إلى اتباع حميات غذائية غير صحية وغير مناسبة. وإن التغذية اليومية التي يحصل عليها الطفل تؤثر بدورها على تركيز الطفل وانتباهه وأدائه في المدرسة.

إن امتداد الالتهاب الناتج من نخور الطفولة المبكرة وإصابته للمجاري التنفسية، أو إنتان وتجرثم الدم أو إلى خراج دماغي هي حالات نادرة ولكنها مع ذلك مهددة للحياة. كما أن عواقب معالجة نخور الطفولة المبكرة وخاصة تحت التركين العميق وأخطار التخدير العام يمكنها أحيانا أن تؤدي إلى الإعاقة والموت (Edelstein, Chinn, and Laughlin, 2009) فضلاً عن عدد الساعات الدراسية التي يخسرها هؤلاء الأطفال سواء نتيجة الألم الذي يمنعهم من التركيز والتحصيل الدراسي أو نتيجة الساعات التى يغيبها الطفل لتلقي المعالجة اللازمة.

3.2.1 أثر نخور الطفولة المبكرة على مستوى المجتمع

إن لصحة الطفل وعافيته تأثيراً مباشراً على أفراد العائلة والمجتمع.

تؤثر نخور الطفولة المبكرة على سلوك الطفل فقد تسبب مشاكل في انتقاء الطعام والأرق وزيادة تواتر البكاء الناجم عن الألم، ماقد يزيد من توتر الأهل وانزعاجهم وعدم قدرتهم على النوم أيضا، وأخيرا ازدياد احتمال حدوث العنف العائلي (Edelstein *et al.*, 2009).

وتضيف المعالجات السنية الناتجة عن نخور الطفولة المبكرة أعباء إضافية على الأهل، حيث يضطرون لتأجيل أعمالهم والتزاماتهم ليتمكنوا من العناية بطفلهم المريض واصطحابه لطبيب الأسنان، وهذا له تأثير اقتصادي مباشر بسبب كلفة المعالجات وأثرا غير مباشر بسبب ضياع ساعات العمل والاضطرار لأخذ إجازات ريثما يقومون باصطحاب الطفل لطبيب الأسنان. في حين قد تبدو خسارة ساعات العمل ضئيلة على المستوى الفردي، إلا أنه بالمجموع الإجمالي، فإن أثر التكاليف الغير مباشرة جلي على المستوى الوطني (Gift, Reisine and Larach, 1992) ويضاف لهذه التكاليف أيضا النفقات المباشرة للمعالجات المختلفة التى تقوم بها الحكومات، على سبيل المثال بلغت نفقات الحكومة

الطبية(Medicaid) في الولايات المتحدة الأمريكية على المعالجات الترميمة السنية تحت التخدير العام ما يقارب $1500 إلى $2000 لكل طفل سنويا(Griffin *et al.*, 2000; Kanellis, Damiano and Momany, 2000).

4.2.1 وجود وسائل فعالة للوقاية والعلاج من نخور الطفولة المبكرة

تعتمد الوقاية على العوامل المحددة للمرض وترتبط النخور السنية متضمنة نخور الطفولة المبكرة بثلاثة عوامل رئيسة:

الجراثيم المسببة للنخر، الكربوهيدرات القابلة للتخمر، وسطح السن المعرض للنخر مع ضرورة توفر عامل الوقت الضروري لتفاعل العوامل السابقة. وبالتالي فإن أي عمل وقائي يمكن له أن يستهدف أحد العوامل سابقة الذكر أو أكثر.

وتبين في مراجعة منهجية قام بها (Harris *et al.*, 2004) أن الاستعمار المبكر بالعقديات الطافرة هو عامل رئيس في تطور النخر وأشاروا أيضا إلى أن احتمالية تطور النخر لدى الأطفال تزيد عندما يتم اكتساب العقديات الطافرة بعمر أبكر، لكنه يمكن التعويض عن ذلك بعوامل أخرى كممارسات النظافة الفموية والتغذية الصحية.

وأفادت الدراسات أن العدوى الفموية الأولية بالعقديات الطافرة قد تظهر لدى الأطفال الرضع عبر انتقال الجراثيم مباشرة من الأم للطفل أو عبر انتقالها غير المباشر من الأشقاء وأفراد العائلة(Douglass, Li and Tinanoff, 2008) وإن انتقال العقديات الطافرة من الأم لطفلها لوحظ بشكل خاص لدى وجود مستويات عالية من العقديات الطافرة عند الأم(Douglass *et al.*, 2008). لذا جاءت التوجيهات لتؤكد على عدم لعق الأم لملعقة طفلها أثناء إطعامه، أو لعق حلمة زجاجة رضاعته بقصد التأكد من درجة حرارتها، والابتعاد عن كل السبل التي تؤدي إلى انتقال الجراثيم من فم الأم لطفلها أو من أحد أفراد عائلته أو مقدمي الرعاية.

أما بالنسبة للكربوهيدرات فيمكن التداخل عليها عن طريق خفض المأخوذ السكري وذلك بإنقاص كمية وتواتر الأغذية والمشروبات الحاوية على السكر، وتحديد تناولها مع الوجبات الرئيسة، وألا يتجاوز تناولها أكثر من أربع مرات في اليوم (BRITISH ASSOCIATION FOR THE STUDY OF COMMUNITY DENTISTRY, 2009)

بينما يمكن التداخل على سطح السن المعرض للنخر بتطبيق التداخلات الوقائية المعتمدة على تعريض السطوح السنية للفلور.

وهنالك العديد من الوسائل المعتمدة على الفلور والتي أثبتت فعاليتها بشكل قوي في الوقاية الأولية من النخور السنية. إذ كان استخدام الفلور السبب الرئيس في تحسن الصحة الفموية في الدول المتقدمة لدى الجيل الأخير(Pine, 1997).

لقد ظهرت نتائج إيجابية لدى تطبيق برامج تنظيف الأسنان بالفرشاة تحت الإشراف وتقديم معاجين أسنان مفلورة مجانية لأطفال الحضانات في أوروبا وآسيا في المناطق المحرومة ومتعددة الثقافات(Jackson *et al.*, 2005; Schwarz, Lo and Wong, 1998).

3.1 هل تعتبر نخور الطفولة المبكرة مشكلة صحة عامة سنية محليا؟

في سوريا كانت الدراسات الإحصائية التي اهتمت بموضوع نخور الطفولة المبكرة قليلة، ففي دراسة لأطفال مدينة اللاذقية في سوريا تبين أن 49% من الأطفال بعمر 3-5 يعانون من نخور الطفولة المبكرة، و 24% من الأطفال يعانون من نخور شديدة وآفات نخرية متحفرة واضحة (Qadri *et al.*, 2012).

في دراسة أخرى باستخدام معايير منظمة الصحة العالمية ظهر انتشار واسع للنخر السني عند الأطفال بعمر 5 سنوات في سوريا(Beiruti and van Palenstein Helderman, 2004) حيث كانت نسبة انتشار النخور عند الأطفال بعمر الـ 5 سنوات 77% عام 1985 في مدينة دمشق. وفي دراسة لاحقة أجريت في المركز الإقليمي للإرشاد وبحوث طب الفم في دمشق بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية عام 1991 كانت نسب انتشار النخور بين الأطفال بعمر الـ 3 سنوات 50% ، و 73.86% بين الأطفال بعمر الـ 5 سنوات في مدينة دمشق.

وانطلاقاً من نسب الانتشار المرتفعة لنخور الطفولة المبكرة محلياً وتأثيرها سابق الذكر على المستوى الفردي والمجتمعي ووجود وسائل فعالة للوقاية والعلاج يمكن اعتبار نخور الطفولة المبكرة مشكلة صحة عامة سنية في سورية.

4.1 المحددات السلوكية الصحية لنخور الطفولة المبكرة:

تتضمن المحددات السلوكية الصحية لنخور الطفولة المبكرة السلوكيات الصحية الغذائية والسلوكيات الصحية المتعلقة بالنظافة الفموية والتداخلات المهنية الوقائية.

1.4.1 السلوكيات الصحية الغذائية

تشمل السلوكيات الصحية الغذائية نمط الرضاعة، واستهلاك الأطعمة والمشروبات ذات المحتوى العالي من السكر واستخدام الأدوية المحلاة بالسكر.

1.1.4.1 الرضاعة

تعد الرضاعة الطبيعية الانطلاقة المثالية في حياة الطفل، وتمثل الغذاء المتكامل الذي يحمي من الإنتانات الشائعة عند الأطفال.

مع الرضاعة الطبيعية، لا توجد حاجة لتقديم أية أطعمة أو سوائل أخرى للطفل بما فيها الماء، حيث يعد حليب الأم هو الطعام الوحيد المكون طبيعياً ليلائم الطفل وذلك لاحتوائه على كل العناصر الغذائية الضرورية لاحتياجات الطفل بالكميات الصحية، وبالشكل القابل للامتصاص بسهولة.

يحتوي حليب الأم على هرمونات وعوامل نمو تساعد على تطور ونمو الطفل ويشمل هذا التطور تطوره النفسي والاجتماعي. كما يدعم حليب الأم مناعة الرضيع لذا فإن الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية هم أقل عرضة للإسهالات والإنتانات التنفسية والسعال والأمراض التحسسية والبدانة والسكري الشبابي وغيرها من الأمراض(WHO, 2009).
ويتمتع الرضع الذين يعتمدون الرضاعة الطبيعية بصحة فم وأسنان أفضل، وتتضمن تأثيرات الرضاعة الطبيعية على الصحة الفموية التطور الجيد للجهاز الماضغ.

يحتوي حليب الأم وحليب البقر على 7% و4.8% على التوالي من اللاكتوز وهذا النوع من السكاكر ذو تأثير منخفض لإحداث النخور السنية. حيث أن سكر اللاكتوز هو السكر الأقل قابلية للتفاعل الحمضي عبر جراثيم اللويحة الجرثومية.

يحتوي حليب الأم على الكالسيوم والفوسفور ومواد مضادة للجراثيم وبروتينات فوسفورية وشحوم والتي تساعد على الوقاية من انحلال الميناء وإعادة تمعدنه. كما تعد تكرارية ومدة تعرض الأسنان للحليب من العوامل الهامة المؤثرة في النخور السنية.

أوصت منظمة الصحة العالمية(WHO, 2009) بضرورة إرضاع الطفل رضاعة طبيعية فقط حتى عمر الـ 6 أشهر. ويستمر الإرضاع حتى عمر السنتين، وإعطاء أغذية مكملة من عمر الـ 6 أشهر فما فوق. وفي حال استخدام زجاجة الرضاعة الاصطناعية فيجب إيقاف استخدامها بعمر السنة.

إن نقص التغذية في مرحلة ماقبل الولادة قد يسبب أضراراً في الميناء ويهيئ لحدوث النخور السنية.

2.1.4.1 استهلاك الأطعمة والمشروبات ذات المحتوى العالي من السكر:

عادة ما تبدأ مشكلة تناول السكريات بكميات عالية في وقت مبكر من الطفولة، مع بداية تقديم الأطعمة والمشروبات السكرية للطفل منذ الأشهر الأولى من العمر.ومن هنا تتشكل الميول الذوقية عند الطفل فيفضل الطعم الحلو مما يؤثر تأثيراً مباشراً على الأسنان المؤقتة بعد بزوغها، ويؤثر فيما بعد على الصحة العامة مسبباً البدانة بشكل رئيس. من هنا ركزت الكثير من استراتيجيات تحسين النظام الغذائي للطفل على تخفيض السكر في الأغذية وأكدت ضرورة توجيه التغذية في المراحل الرئيسة من حياة الطفل وذلك منذ الولادة حتى عمر 12 سنة تقريباً وهذا ما يحمل التأثير الأكبر على صحة الطفل الفموية.

بينت الدراسة العلاقة بين تقديم السوائل المحلاة عن طريق الزجاجة الصناعية خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر وتناول المأكولات السكرية في مرحلة الطفولة فيما بعد.

بينت معظم الدراسات الوبائية أن حدوث النخور السنية أعلى عند الأطفال الذين يستهلكون كميات عالية من السكر. حيث تترافق الكربوهيدرات مع حدوث النخور السنية خاصة مع غياب العناية الفموية الجيدة. كما أبدى الأطفال المصابون بالنخور السنية تكرارية عالية لتناول الأطعمة المسببة للنخور أكثر من الأطفال الذين لا يعانون من النخر السني بغض النظر عن نوع الرضاعة.

تعتبر السكاكر خارج الخلوية اللالبنية المسؤول الأساسي عن إحداث النخور السنية، وهذه السكاكر تتواجد في الأطعمة والمشروبات المحلاة بالسكر (عادة السكروز أو الغلوكوز) وفي العسل وعصير الفاكهة. إن استهلاك مثل هذه الأطعمة والمشروبات ذات المحتوى العالي من السكر سيؤمن الركيزة الغذائية للجراثيم الفموية وبالتالي ستفرز الحموض التي تؤدي لانخفاض ال PH والبدء بعملية انخساف الأملاح المعدنية من السطوح السنية وحدوث

النخر السني. وبناء على ذلك كانت التوصيات الغذائية لصحة الطفل الفموية والعامة المسندة بالدليل هي:

- لابد للطفل أن يرضع رضاعة طبيعية لغاية عمر الـ 6 أشهر.
- يجب البدء باستخدام الكأس الصحية (ذات الماصة) للطفل منذ عمر الـ 6 أشهر.
- في حال استخدام الزجاجة الصناعية، يجب ألا تحتوي على أي سوائل سكرية.
- يجب ألا تغمس اللهاية بالسكر أو العسل أو المشروبات السكرية.
- يجب ألا تحتوي الأطعمة والمشروبات التي تحضر للطفل سواء في المنزل أو المدرسة أو مراكز الرعاية على أي سكريات خارجية إضافية.
- يجب ألا تقدم الأطعمة الصناعية الحاوية على السكر كالمشروبات الغازية والحلويات بشكل متكرر للطفل.
- تعد الأغذية الحاوية على سكر طبيعي (داخل خلوي) كالفواكه الطازجة، الخضار والحبوب المصادر الصحية للطاقة.

3.1.4.1 استخدام الأدوية المحلاة بالسكر:

تستخدم العديد من الأدوية السكروز بكميات عالية لجعل الأدوية أكثر استساغة من قبل الأطفال، وهذا يجعل منها عاملا مؤهبا شديدا لحدوث النخر السني، والاستعمال المزمن لهذه الأدوية يشكل تحديا حقيقيا في الوقاية من النخر.من هنا تأتي أهمية توعية الأهل لتجنب استخدام تلك الأدوية وحثهم على طلب استشارة الطبيب ليصف لهم أدوية خالية من السكر، وتنظيفهم لفم طفلهم بعد تناول الأدوية السائلة، وتجنب تناول الأدوية قبل النوم مباشرة، ومحاولة تناول الأدوية مع الوجبات الغذائية إن لم يكن مضاد استطباب لذلك.

تسبب الأدوية الحاوية على السكر على شكل شراب أو معلق انخفاضاً في باهاء اللويحة الجرثومية PH كما هو الحال لتأثير الأطعمة والسوائل الحاوية على السكاكر خارج الخلوية اللالبنية.

يقوم المختصون بالصحة الفموية بدور هام في هذا المضمار، وذلك عبر عملهم على رفع مستوى معرفة الأهالي وأطباء الأطفال بالأدوية الخالية من السكر وطرق الوقاية من النخر السني في حال ضرورة استخدام الأدوية الحاوية على السكر.

2.4.1 السلوكيات الصحية المتعلقة بالنظافة الفموية:

تتضمن السلوكيات الصحية المتعلقة بالنظافة الفموية طرق ومواعيد وتكرار تنظيف الأسنان واستخدام معجون الأسنان المفلور.

1.2.4.1 تنظيف الأسنان

يمكن تخفيض نسبة حدوث النخور السنية بتنظيف الأسنان المنتظم بمعجون أسنان مفلور، فالفلور الموجود في المعجون سيعمل على الوقاية وإيقاف النخر.

إن الإزالة الميكانيكية للويحة الجرثومية بواسطة فرشاة الأسنان يفيد في الوقاية من النخور، لكنه لا يفي بالغرض لوحده إلا إذا ترافق باستخدام معجون أسنان مفلور. توجد دلائل قوية تشير إلى أن الفعل الوقائي لتنظيف الأسنان يمكن مضاعفته في حال اتباع التوجيهات التالية (BRITISH ASSOCIATION FOR THE STUDY OF COMMUNITY DENTISTRY, 2009):

- البدء بتنظيف الأسنان فور بزوغ أول سن مؤقت عند الطفل.
- تنظيف الأسنان مرتين يوميا، مرة قبل النوم مباشرة ومرة أخرى على الأقل في وقت أخر يوميا.
- يجب على الأهل الاشراف على عملية تنظيف أسنان طفلهم حتى عمر 7 سنوات على الأقل.
- يجب تنظيف كامل سطوح الأسنان بشكل منهجي ولاتوجد أفضلية لطريقة معينة دون أخرى.
- يكون تنظيف الأسنان فعالا بشكل أكبر عند استخدام فرشاة صغيرة الرأس ذات أشعار ناعمة، مدورة النهاية، وذات حزم مائلة تحتوي أشعار طويلة وقصيرة، وقبضة مريحة.

2.2.4.1 معجون الأسنان المفلور

إن الهدف من استخدام أي شكل من أشكال الفلور هو المحافظة على تركيز منخفض ومستمر للفلور في الحفرة الفموية، ليساهم في إعادة تمعدن أي آفة مبكرة.

ويعد تنظيف الأسنان بمعجون مفلور طريقة مثالية للمحافظة على مستوى ثابت من الفلور في الحفرة الفموية. إن معجون الأسنان المفلور هو الوسيلة الأكثر انتشارا في العالم لتأمين الفلور، والكثير يعتبره العامل الوحيد والأكثر أهمية في انخفاض نسب النخور السنية في البلدان الغربية (Marinho *et al.*, 2003).

بعد نصف قرن من الأبحاث العلمية، تم إثبات فوائد معاجين الأسنان المفلورة، إذ أكد (Marinho *et al.*, 2003) في مراجعتهم المنهجية أن الاستخدام المنتظم لمعاجين الأسنان المفلورة مرتبط بشكل واضح بانخفاض النخور السنية.

إن استخدام معجون الأسنان المفلور لتنظيف الأسنان هو أيضا الطريقة الأكثر شيوعا لتأمين الفلور موضعيا في البلدان النامية.

لذلك أوصت الجمعية البريطانية لدراسة طب أسنان المجتمع بقيام الأهل بتنظيف أسنان طفلهم فور بزوغ أول سن مرتين يوميا باستخدام مسحة من معجون الأسنان الحاوي على كمية من الفلور لا تقل عن 1000 ppm بالنسبة للأطفال منخفضي الخطورة و 1350– 1500 ppm بالنسبة للأطفال عاليي الخطورة (BRITISH ASSOCIATION FOR THE STUDY OF COMMUNITY DENTISTRY, 2009). وكانت هذه التوصيات على الشكل التالي:

- يجب على الأطفال بعمر أقل من ثلاث سنوات استخدام معجون أسنان حاوي على نسبة لا تقل عن 1000 جزء بالمليون من الفلور.
- يجب على الأهل الانتباه لعدم ابتلاع أو لعق معجون الأسنان من قبل الطفل.
- يجب على الأطفال بعمر أقل من ثلاث سنوات استخدام كمية من المعجون بمقدار مسحة (طبقة رقيقة تغطي أقل من ثلاثة أرباع سطح الفرشاة) .
- تجنب المضمضة بالمياه بعد تنظيف الأسنان.

3.2.4.1 تكرار ومواعيد تنظيف الأسنان

أوصت الجمعية البريطانية لدراسات طب أسنان المجتمع بقيام الأهل بتنظيف أسنان طفلهم فور بزوغ أول سن مرتين يوميا، المرة الأكثر أهمية هي قبل النوم مباشرة، والمرة الثانية في أي وقت مغاير يختاره الأهل (BRITISH ASSOCIATION FOR THE STUDY OF COMMUNITY DENTISTRY, 2009).

3.4.1 التداخلات المهنية الوقائية:

حاولت العديد من الدراسات المنهجية أن تعالج الشكوك الموجودة حول تأثير الأشكال المتنوعة لمنتجات الفلور الوقائية. وهذا لا يدعو للتفاجؤ، حيث أن الفلور كان موضوعا للبحوث العلمية لأكثر من خمسين عاما(Sheiham and Bönecker, 2006).

بالتعريف فإن مصطلح التداخلات السنية الوقائية المعتمدة على الفلور والمطبقة موضعيا، تتضمن التداخلات التى تعرض السطوح السنية الظاهرة للفلور بتراكيز مرتفعة دون ابتلاعه، بهدف التأثير الوقائي الموضعي وذلك لإعادة تمعدن الآفات النخرية البدئية كتطبيق فرنيش الفلور. وإلى جانب هذا التأقير الموضعي هناك التأثير الجهازي للفلور عن طريق إعطاء داعمات الفلور أثناء فترة تشكل الأسنان وبالتالي تشكيل بلورات فلور الأباتيت ذات المقاومة الأعلى للانحلال وبالتالي للنخر السني، بالإضافة لنموذج مدور للحدبات والشقوق يسمح بتقليل تراكم اللويحة الجرثومية وبالتالي تقليل فرص تشكل النخر.

1.3.4.1 داعمات الفلور

تساهم داعمات الفلور بشكليها نقوط وحبوب في تخفيض النخور السنية بنسبة 40–50% .

إن استعمال داعمات الفلور يتطلب تعاونا من قبل الأهل لاتباع المقادير المضبوطة بشكل جيد. إذ قد يتعرض الأطفال تحت عمر الست سنوات لخطر التبقع الفلوري عند ابتلاع كميات أكثر من المقادير الموصى بها. لذلك يفضل استخدامها عند الأطفال عاليي الخطورة فقط.

إن الشكل الأكثر توافراً لداعمات الفلور هو الحبوب التي تحتوي µg 500 و mg 1 من الفلور.

يجب إعطاء داعمات الفلور بأوقات مغايرة لأوقات تنظيف الأسنان وتترك في الحفرة الفموية قليلا لمضاعفة تأثيرها الجهازي بتأثير موضعي أيضا.

فيمايلي جدول رقم 1–1 يبين تركيز داعمات الفلور الواجب إعطاؤها لكل مرحلة عمرية مع الأخذ بعين الاعتبار نسبة الفلور الموجودة في مياه الشرب.

جدول 1-1 تركيز داعمات الفلور الواجب إعطاؤها لكل مرحلة عمرية

عمر الطفل	تراكيز الفلور في الماء		
	ppm 0.3 >	ppm 0.7-0.3	ppm 0.7 <
6 أشهر- 3 سنوات	250 µg يوميا(ما يعادل نصف حبة 500 µg)	غير منصوح به	غير منصوح به
3-6 سنوات	حبة 500 µg يوميا	250 µg يوميا(ما يعادل نصف حبة 500 µg)	
6 سنوات ومافوق	حبة 1 مغ يوميا	حبة 500 µg يوميا	

2.3.4.1فرنيش الفلور

أكدت Marinho وزملاؤها 2003 من خلال المراجعة المنهجية أن تطبيق الفرنيش الفلوري يترافق بانخفاض حقيقي للنخور السنية.

يعتبر الفرنيش الفلوري واحدا من أفضل الوسائل لتوفير الفلور الموضعي. وتوجد أدلة قوية تثبت فعالية الفرنيش الفلوري في الوقاية من نخور الأسنان المؤقتة والدائمة.

أشار عدد من المراجعات المنهجية إلى أن تطبيق الفرنيش الفلوري مرتين سنويا تؤدي إلى انخفاض النخور بنسبة 33% في الأسنان المؤقتة وبنسبة 46% في الأسنان الدائمة.

كذلك أكدت الأدلة أن تطبيق الفرنيش الفلوري يمكنه إيقاف الآفات النخرية الموجودة على السطوح الملساء للأسنان المؤقتة وعلى جذور الأسنان الدائمة. ومعظم تلك الأدلة التي أشارت إلى فعالية الفرنيش اعتمدت على دراسات استخدمت فلور الصوديوم بتركيز 22,600 جزء بالمليون.

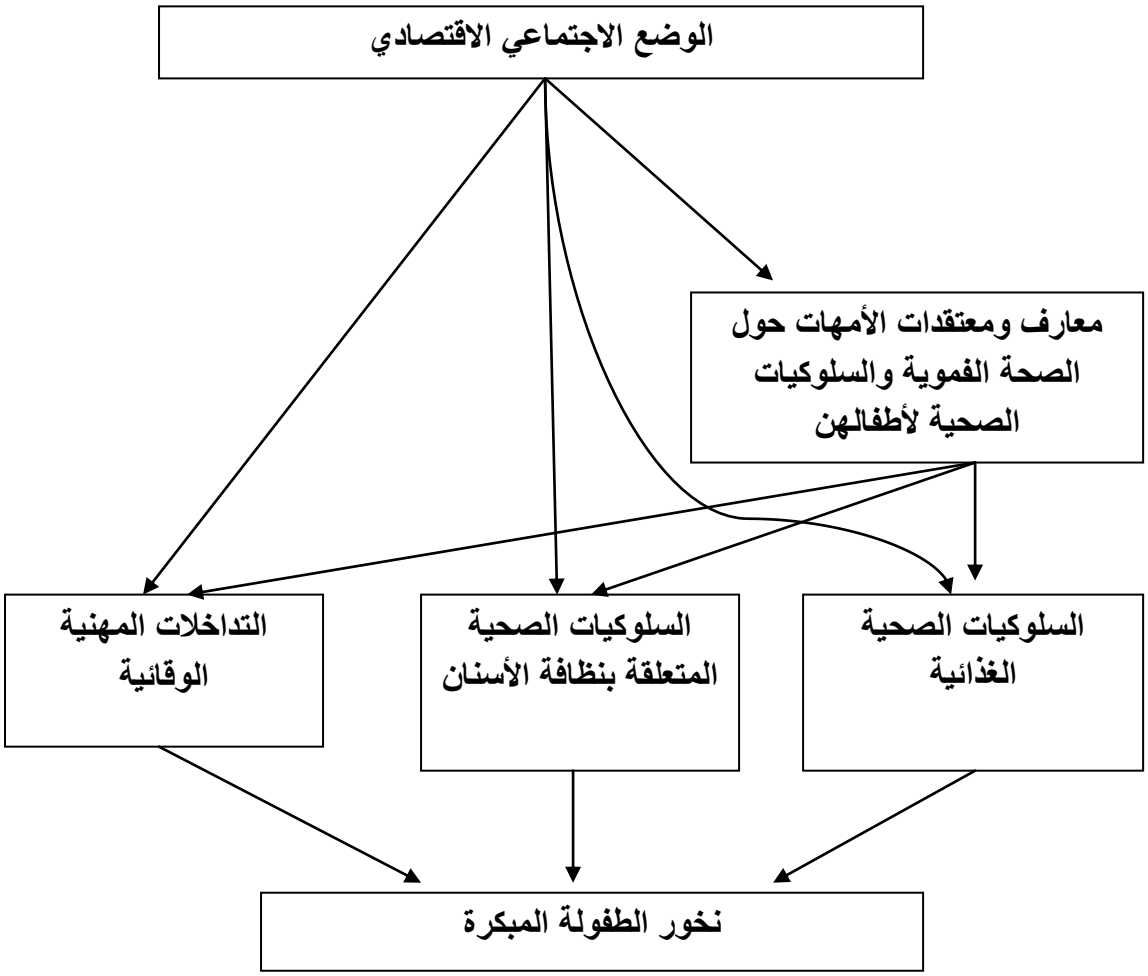
إن لاستخدام الفرنيش الفلوري ميزات عديدة: فهو آمن الاستعمال وسهل التطبيق، ولا يتطلب استخدامه تدريبا صعبا. ينصح بإزالة اللويحة الجرثومية قبل تطبيقه ويجب الانتباه إلى تطبيق كمية صغيرة من الفرنيش على الأسنان وخاصة عند الأطفال، وألا تتجاوز الكمية المطبقة مقدار 0,25 مل.

يجب تجفيف الأسنان بلفافات قطنية قبل تطبيق الفرنيش. يطبق بحذر باستعمال فرشاة صغيرة على الوهاد والميازيب والسطوح الملاصقة للاسنان المؤقتة والدائمة.

تعطى التوجيهات بعد التطبيق بعدم تناول الطعام والشراب أو تنظيف الأسنان لمدة 30 دقيقة، وتناول أطعمة طرية خلال الساعات الأربعة اللاحقة.

5.1 محددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال:

تتضمن محددات السلوكيات الصحية الفموية عند الاطفال الوضع الاجتماعي الاقتصادي ومعارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن، حيث يوضح الشكل رقم 1-1 كيفية تأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي ومعارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن على السلوكيات الصحية الفموية لدى الأطفال والتي بدورها تؤثر في الإصابة بنخور الطفولة المبكرة.



شكل 1-1 يبين كيفية تأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي ومعارف ومعتقدات الأمهات على نخور الطفولة المبكرة.

1.5.1 الوضع الاجتماعي الاقتصادي

يعرف الوضع الاجتماعي الاقتصادي (Socioeconomic Position (SEP بأنه ظاهرة مبنية اجتماعيا تنشأ من العلاقات الاجتماعية الاقتصادية المتبادلة بين السكان. هذه العلاقات المتبادلة تتحدد بالطبقة الاجتماعية (الفئة) بقدر مايملكه الفرد من ممتلكات وموارد مادية وتتحدد أيضا بالمركز الاجتماعي من مكانة اجتماعية وهيبة واحترام من قبل أفراد المجتمع(Joury, Johal and Marcenes, 2011).

يمثل قياس هذه المفاهيم تحديا حقيقيا، بسبب صعوبة قياسها بشكل مباشر ووجود محددات وقيود في قياس المؤشرات التي يتم قياس ال(SEP) من خلالها بشكل غير مباشر.

من أكثر المؤشرات استخداما في العلوم الوبائية لقياس الوضع الاجتماعي الاقتصادي هي المهنة، المستوى التعليمي والدخل(Joury, Johal and Marcenes, 2011).

إن تصنيف المهن يعتبر محدودا عندما توجد نسبة عالية من الأهالي عاطلة عن العمل. كذلك فإن قياس المستوى التعليمي أيضا عليه مآخذ، حيث لا يعرف ماذا يقيس المستوى التعليمي بالضبط ضمن الوضع الاجتماعي الاقتصادي، حيث أنه يعكس مقدار المعرفة التي يكتسبها الفرد والتي تؤثر على نمط الحياة وطبيعة العلاقات الاجتماعية، ومن جهة أخرى فقد يعكس ولكن ليس بالضرورة، نوع المهنة والدخل ونمط الحياة.

وبالتالي فإنه لايوجد مؤشر خاص بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي دون عيوب، وتتراكب تلك المؤشرات فيما بينها، ورغم ذلك فهي تقيس جوانب مختلفة من الوضع الاجتماعي الاقتصادي(Joury, Johal and Marcenes, 2011).

تبين في دراسة أن الأطفال الفقراء أكثر عرضة بمرتين ونصف للإصابة بالنخر من نظرائهم الأفضل حالا اقتصاديا(Edelstein, 2002). وفي إحدى الدراسات وجد أن قوة الترابط بين المستوى الاجتماعي والنخر السني كانت ضعف قوة الترابط بين تنظيف الأسنان والنخر السني وأقوى بثلاث مرات من الارتباط بين تناول السكريات والنخر السني (Gibson and Williams, 1999).

هذه الموجودات تؤكد صحة الادعاء بأن المستوى الاجتماعي للطفل والحالة الاقتصادية الاجتماعية تؤثر على حصيلة النخور السنية عند الأطفال وقد تكون هذه العلاقة متواسطة

عن طريق السلوكيات الصحية الفموية عند الاطفال، أي أن الوضع الاجتماعي الاقتصادي يحدد نمط السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال والتي بدورها بالنخر السني تحدد حدوث الإصابة.

2.5.1 معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن:

إن للأهل وأفراد العائلة التأثير الأكبر على الصحة الفموية لأطفالهم بشكل خاص

(Mattila *et al.*, 2000) وخاصة أن نخور الطفولة المبكرة تحدث في مرحلة عمرية مبكرة يكون فيها الأهل المسؤلين الأساسيين عن صحة طفلهم.

توصلت دراسة (Pine *et al.*, 2004) إلى بيانات جديدة وهامة عن مدى تأثير معارف ومعتقدات الأمهات المرتبطة بالصحة الفموية على تطور النخر السني لدى أطفالهن، ووجدت هذه الدراسة أيضا اختلافات واضحة في مواقف ومعتقدات الأمهات من مجموعات اقتصادية اجتماعية وعرقية مختلفة والتى تؤثر بشكل منفرد على سلوكيات الصحة الفموية لأطفالهم. مثلا تبين أن نقص كفاءة العائلة هو متنبئ قوي لتطور النخور، وعرفت كفاءة العائلة بمدى المعرفة الجيدة بطرق العناية بالطفل، ومواقف الوالدين الصحية، ومهارات تربية الطفل(Mattila *et al.*, 2005).

مما سبق يبدو أن معارف ومعتقدات الأهل عموما والأم خصوصا حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية لطفلها ترتبط مع السلوكيات الصحية المشاهدة عند الأطفال. ولكن مثل هذه المعارف والمعتقدات تمثل جزءا من العوامل المحددة للسلوكيات وهي نفسها تتأثر بعوامل أكبر اجتماعية واجتماعية اقتصادية.

الباب الثاني

المواد والطرائق Materials and methods

1.2 تصميم الدراسة Study design:

اتبعت الدراسة الحالية منهجية وصفية وتحليلية بإجراء مسح صحي وبائي مستعرض (cross-sectional survey).

2.2 مجتمع الدراسة Study population:

تألف مجتمع الدراسة الحالية من الأطفال الرضع بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق والمراجعين لمراكز وزارة الصحة لرعاية الأمومة والطفولة من أجل تلقي الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي.

3.2 الاعتيان Sampling method:

استخدمت الدراسة الحالية طريقة الاعتيان الطبقية stratified sampling method بالنسبة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي للمناطق التي تتواجد فيها مراكز وزارة الصحة لرعاية الطفولة والأمومة(مستوى مرتفع ومتوسط ومنخفض). حيث وجد 46 مركزاً صحياً تابعاً لمديرية صحة دمشق، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات بحسب المستوى الاجتماعي الاقتصادي للمنطقة الموجود فيها، وأعطي كل مركز رقما معينا وتم اختيار رقم من كل مجموعة بطريقة عشوائية، وبالرجوع إلى قائمة المراكز وجد أن الاختيار وقع على مركز أبي ذر الغفاري الكائن في منطقة المزة (المنطقة ذات مستوى اجتماعي اقتصادي مرتفع) ومركز زهير حبي الكائن في منطقة الشيخ محي الدين، الجبة (المنطقة ذات مستوى اجتماعي اقتصادي متوسط) ومركز محمود شحادة خليل الصحي الكائن في شارع الأمين، بستان القوتلي (المنطقة ذات مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض).

ومن ثم تم اختيار الأطفال بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق الذين ارتادوا هذه المراكز المنتقاة.

4.2 حجم العينة Sample size:

تم حساب حجم عينة الدراسة الحالية عن طريق برنامج منظمة الصحة العالمية Epi-Info للمسوح الوبائية باستخدام المعطيات التالية: مستوى الثقة 95%، الخطأ المعياري 5%، نسبة الانتشار الأقل المترقبة للسلوكيات الصحية الفموية 30%.بناءً على ذلك تم تقدير حجم العينة المطلوب ب 500 طفلاً.

5.2 مرافق الدراسةStudy setttings:

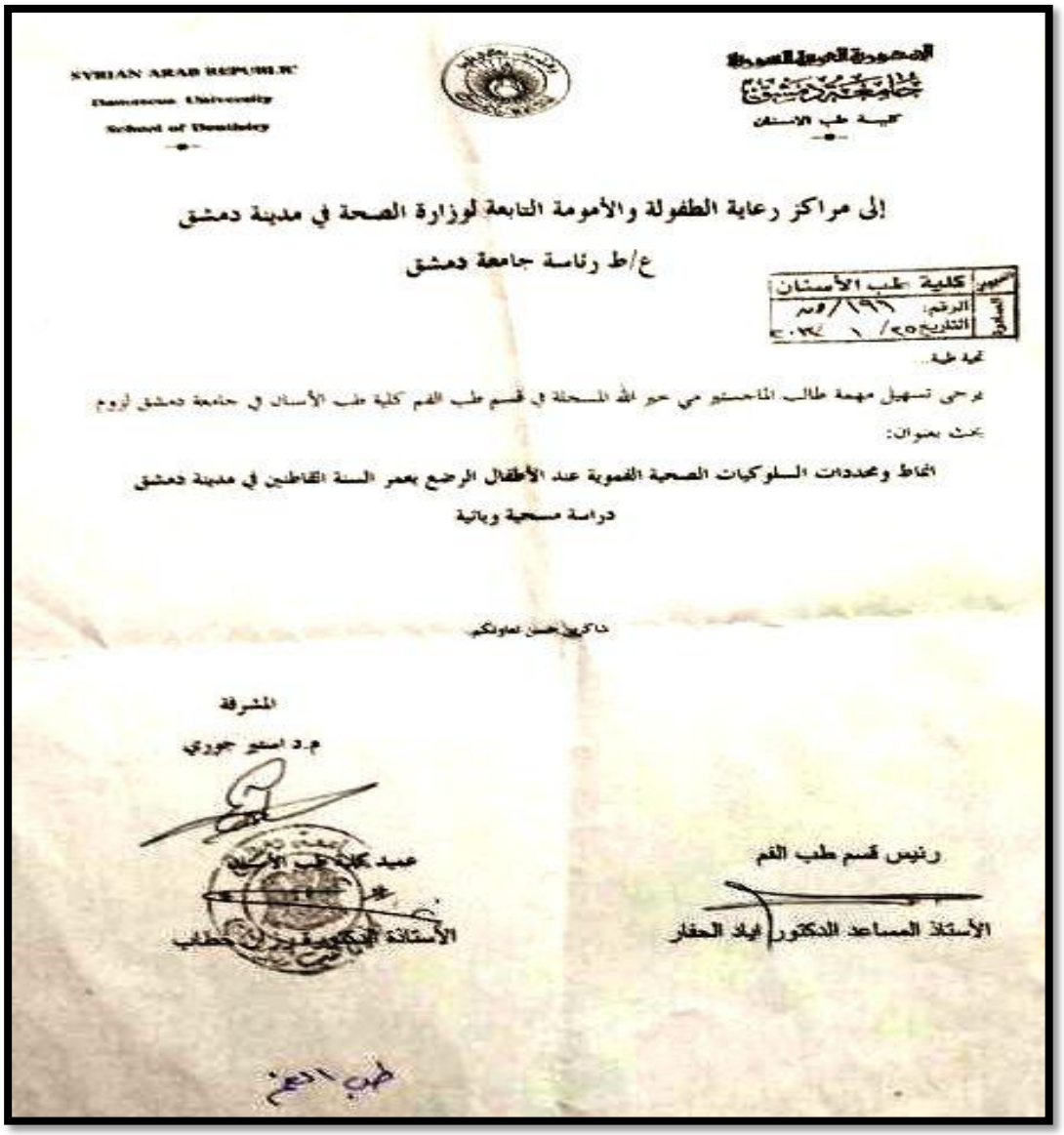
إن مرافق الدراسة الحالية هي مراكز رعاية الطفولة والأمومة في دمشق التابعة لوزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية. وقد تم الاعتماد في جمع العينة على مراكز رعاية الطفولة والأمومة وذلك لتغطيتها 100% تقريباً لأطفال مدينة دمشق وذلك بالعودة إلى إحصائيات وزارة الصحة.

6.2 معايير التضمين والاستبعاد Inclusion and exclusion criteria:

تضمنت الدراسة الحالية الأطفال بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق والذين يرتادون المراكز المختارة في مدينة دمشق لتلقي الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي. وتم استبعاد الأطفال الذين يرتادون المراكز الصحية المختارة في مدينة دمشق دون أن يكونوا قاطنين في مدينة دمشق.

7.2 الموافقة الأخلاقية وسرية البيانات Ethical approval and confidentiality:

تم الحصول على الموافقة الأخلاقية المطلوبة من قبل جامعة دمشق(شكل 1-2) ووزارة الصحة(شكل 2-2). تم كذلك أخذ الموافقة الخطية من والدة الطفل بعد إعلامها بأهداف الدراسة الحالية وإجراءاتها(شكل 3-2). كانت كل البيانات التي تم الحصول عليها في سياق البحث في موضع السرية التامة حيث فصلت البيانات عن أسماء الأطفال وأولياء أمورهم عن طريق رموز خاصة. تم الاحتفاظ بمفتاح ربط الرموز بأسماء أصحابها في مكان آمن.



إلى مراكز رعاية الطفولة والأمومة التابعة لوزارة الصحة في مدينة دمشق

ع/ط رئاسة جامعة دمشق

تحية طيبة

نرجو تسهيل مهمة طالب الماجستير مي حمد الله المسجلة في قسم طب الفم كلية طب الأسنان في جامعة دمشق لإتمام بحث بعنوان:

انماط ومحددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال الرضع بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق

دراسة مسحية وبائية

شاكرين لحسن تعاونكم

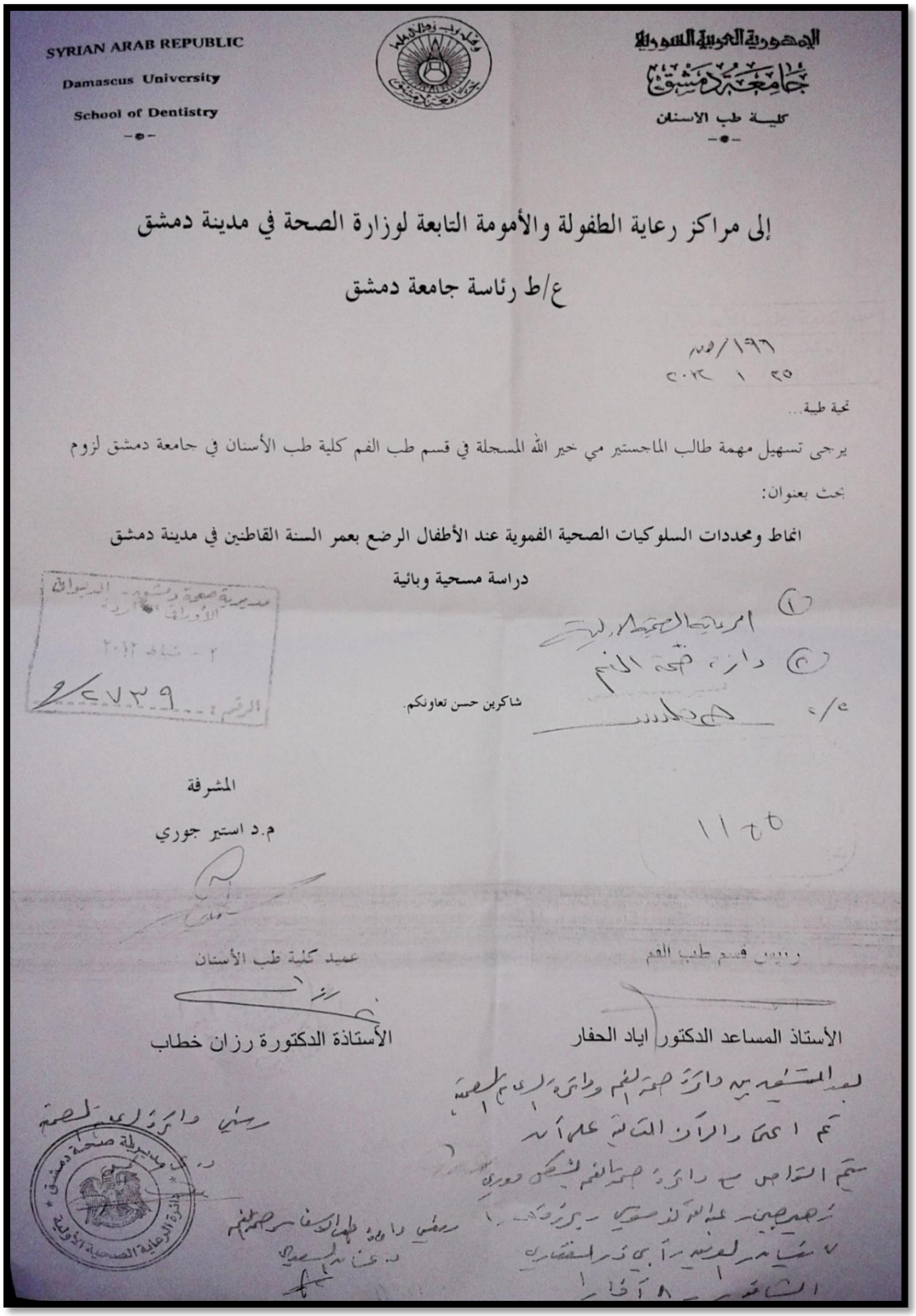
المشرفة

م.د استير جوري

رئيس قسم طب الفم

الأستاذ المساعد الدكتور إياد الحفار

شكل 1-2: الموافقة الأخلاقية والإدارية من جامعة دمشق



SYRIAN ARAB REPUBLIC
Damascus University
School of Dentistry

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية طب الأسنان

إلى مراكز رعاية الطفولة والأمومة التابعة لوزارة الصحة في مدينة دمشق

ع/ط رئاسة جامعة دمشق

تحية طيبة...

يرجى تسهيل مهمة طالب الماجستير مي خير الله المسجلة في قسم طب الفم كلية طب الأسنان في جامعة دمشق لزوم بحث بعنوان:

انماط ومحددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال الرضع بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق

دراسة مسحية وبائية

شاكرين حسن تعاونكم.

المشرفة

م.د استير جوري

عميد كلية طب الأسنان

الأستاذة الدكتورة رزان خطاب

رئيس قسم طب الفم

الأستاذ المساعد الدكتور اياد الحفار

شكل 2-2: الموافقة الأخلاقية والإدارية من وزراة الصحة

موافقة ولي الأمر

عزيزتنا والدة الطفل/الطفلة :

نحن مهتمون بصحة الفم والأسنان لدى الأطفال الرضع بعمر السنة، لأن صحة الطفل الفموية هي جزء مهم جداً من صحته العامة وعافيته.

وانطلاقاً من هذا الاهتمام، ستقوم الباحثة الدكتورة مي خيرالله بإجراء فحص فم وأسنان مجاني لطفلك للتأكد من سلامة أسنانه، كما وستطلب الباحثة منك ملء استبيان حول بعض السلوكيات الصحية لديك ولدى طفلك.

وكعربون شكر لتعاونك واشتراك طفلك في الدراسة سنقدم لطفلك هدية تتضمن حقيبة الرعاية الفموية الوقائية المتكاملة للأطفال الرضع (فرشاة ومعجون أسنان مفلور، كتيب يحوي أفكاراً صحية وبسيطة للتغذية الصحية عند الأطفال، وشرحاً مصوراً حول كيفية تنظيف أسنان الطفل).

كما وستكون الباحثة على استعداد كامل للرد على أي استفسار يتعلق بالعناية بصحة الفم والأسنان لدى طفلك.

في حال موافقتكِ على اشتراك طفلك في هذه الدراسة نرجو منك توقيع هذه الاستمارة وملء الاستبيان المرفق مع الشكر الجزيل.

فريق البحث:

الباحثة: د.مي خير الله اسم وتوقيع ولي أمر الطفل

الأستاذة المشرفة: م. د.إستير جوري .....

شكل 3-2: موافقة ولي الأمر

8.2 اجراءات المسح الصحيSurvey procedures :

بعد شرح أهداف الدراسة وأخذ الموافقة الخطية من والدة الطفل طلب منها ملء استبيان الدراسة المرفق ثم تم فحص فم الطفل لتحري وجود أسنان لبنية بازغة. جرى ملء استبيان الدراسة وفحص أسنان الطفل خلال فترة الانتظار قبل تلقي اللقاح لتجنب التسبب بأي إزعاج إضافي للطفل أو والدته بعد تلقي اللقاح، واستغرق ملء الاستبيان 5 دقائق فقط. تم توفير العدد الكافي من استبيانات واستمارات الدراسة لكل يوم عمل. أما بالنسبة للفحص الفموي للطفل، فقد استخدم الضوء المركب على الرأس (head–light cap)أثناء الفحص.
استخدمت وضعية الفحص ركبة لركبة (knee–to–knee) المنصوح بها من قبل منظمة الصحة العالمية لفحص الأطفال الرضع. وتضمنت الأدوات اللازمة مرآة فموية وشاش.
تم اتباع تدابير السيطرة على الإنتان بشكل حازم حيث استخدمت القفازات والكمامات النبوذة وتم توفير الأدوات المعقمة لكل يوم عمل.

تم تقديم الرعاية الفموية الوقائية للأطفال المشمولين بالدراسة حيث تم تقديم حقيبة الرعاية الوقائية مجاناً لوالدة الطفل كعربون شكر لاشتراكها وطفلها في الدراسة.

تضمنت الحقيبة كتيباً يحتوي أفكاراً صحية وبسيطة وغير مكلفة للتغذية الصحية عند الأطفال، وشرحاً مصوراً حول كيفية تنظيف أسنان الطفل وجوانب الرعاية الأخرى المتعلقة بالصحة الفموية عند الأطفال. كما تضمنت الحقيبة أيضاً فرشاة ومعجون أسنان مفلور.

9.2 البيانات غير السريرية Nonclinical data:

جمعت الدراسة الحالية بيانات غير سريرية عن طريق استبيان (شكل 4–2) تملؤه والدة الطفل يتضمن أسئلة حول معلومات عامة عن الطفل، وعن السلوكيات الصحية الغذائية والسلوكيات الصحية المتعلقة بالنظافة الفموية والتداخلات المهنية الوقائية عند الطفل. كذلك تضمن الاستبيان أسئلة عن معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية الغذائية والسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان والتداخلات المهنية الوقائية عند الطفل.
بالإضافة إلى جمع معلومات حول الوضع الاجتماعي الاقتصادي للوالدين.
يتم قياس الوضع الاجتماعي الاقتصادي من قبل الباحثين عن طريق استخدام عدد من المؤشرات، وقد استخدمت الدراسة الحالية ثلاث مشعرات للوضع الاجتماعي الاقتصادي وهي: المستوى الاجتماعي social class والمستوى التعليمي education level والوضع الوظيفيemployment status.

تم قياس الوضع الاجتماعي الاقتصادي في الدراسة الحالية عن طريق المستوى الاجتماعي للأب والمستوى التعليمي للأب والأم والوضع الوظيفي للأب والأم.

وكان السبب في اعتماد هذه المؤشرات هو أن الوضع الاجتماعي الاقتصادي لا يمكن قياسه بطريقة مباشرة بل يتم قياسه بطريقة غير مباشرة بعدد من المؤشرات، هذه المؤشرات تعكس وتقيس جزءاً محدداً من الوضع الاجتماعي الاقتصادي (Joury, Johal and Marcenes, 2011) تم اعتبار نوع المهنة مؤشراً للمستوى الاجتماعي ولكن يكون هذا المؤشر غير فعال عند وجود نسب معتبرة للأهل غير العاملين.

كما تم اعتبار الشهادة التعليمية التي حصل عليها الوالدين مؤشراً على المستوى التعليمي والذي يقيس مجمل الثقافة والمعلومات التي اكتسبها الفرد والتي يمكن أن تؤثر على نوعية الحياة والسلوكيات، ومن جهة أخرى يمكن للمستوى التعليمي أحياناً وليس دائماً أن يكون مؤشرا لنوع العمل وبالتالي الدخل (Joury, Johal and Marcenes, 2011).

اعتمد قياس المستوى الاجتماعي للأب على نوع المهنة وتألف من مجموعتين: مستوى مرتفع يشمل الأطباء والأساتذة الجامعيين، المهندسون والحقوقيون وموظفو القطاع العام والخاص والتجار، ومستوى منخفض يشمل على صغار الكسبة والحرفيين وأصحاب المهن ذات الدخل المحدود، وذلك بحسب التصنيف العالمي والذي يصنف المهن المختلفة بحسب المهارات المتطلبة فيها بشكل رئيس وهي فكرية أو يدوية (SOC, 2000).
وعلى اعتبار أن 82% من الأمهات كانت ربات منزل أثناء وقت إجراء الدراسة، لذا لم يتم قياس المستوى الاجتماعي للأم بسبب العدد الكبير من الأمهات في عينة الدراسة اللواتي لم يكن يعملن، وبالتالي فإن بياناتهن المتعلقة بالمستوى الاجتماعي ستعتبر مفقودة، حيث لا يمكن قياس المستوى الاجتماعي لغير العامل.
أما المستوى التعليمي للأب والأم; تألف من مجموعتين: مستوى تعليمي مرتفع يشمل خريجي المعاهد والجامعات والدراسات العليا ومستوى تعليمي منخفض يشمل الإلمام بمبادئ القراءة والكتابة، الشهادة الابتدائية، الشهادة الإعدادية والشهادة الثانوية. كذلك تألف الوضع الوظيفي للأب والأم من مجموعتين يشمل الوضع الوظيفي العامل وغير العامل.

شكل (4-2) استبيان الدراسة

استبيان الدراسة Questionnaire

الرمز: التاريخ :

1) المعلومات العامة

1) عمر طفلك(بالأشهر) : ---------- أشهر، تاريخ الميلاد : ----------

2) الجنس :(ضعي إشارة ✓ أمام الاجابة الملائمة)

□ ذكر □ أنثى

3) وزن طفلك عند الولادة ؟

□ أقل من 2500 غ □ أكثر من 2500 غ

4) متى ظهر أول سن عند طفلك ؟ (الرجاء ذكر الشهر التقريبي)

بزغ أول سن لطفلي في الشهر ----------

5) هل من متاعب تذكرينها أثناء بزوغ أسنان طفلك؟

□ لا

□ نعم ،وهي (الرجاء ذكرها) : ---------

2) العادات الغذائية

6) نوع الرضاعة :

□ الرضاعة الطبيعية فقط

□ الرضاعة من الزجاجة فقط

□ مشتركة ،بدأت بإشراك الرضاعة بالزجاجة الاصطناعية مع الرضاعة الطبيعية عندما كان طفلي بعمر ---------- شهر

7) إذا كنت أرضعت أومازلت ترضعين طفلك رضاعة طبيعية،متى تقومين بالرضاعة الطبيعية ؟

□ عند بكاء طفلي

□ في ساعات معينة أحددها خلال النهار و/أوالليل

8) ماهي عدد مرات الرضاعة الطبيعية خلال النهار: ----------مرة

9) ماهي عدد مرات الرضاعة الطبيعية خلال الليل: ---------- مرة

10) هل تم الفطام ؟

□ لا،ولكن أنوي أن أفطم طفلي بعمر(الرجاء ذكر الموعد التقريبي): ----------سنة

□ نعم ،وذلك في الشهر(الرجاء ذكر عمر الطفل عند الفطام): ----------شهر

11) إذا كنت أعطيت أوتعطين طفلك زجاجة رضاعة اصطناعية ،متى تعطين الطفل الزجاجة؟

□ عند بكاء طفلي

□ في ساعات معينة أحددها خلال النهار و/أوالليل

12) عدد مرات الرضاعة من الزجاجة خلال النهار: ----------مرة

13) عدد مرات الرضاعة من الزجاجة خلال الليل: ----------مرة

14) ماهي مدة استعمال الزجاجة كل يوم : ----------دقيقة

15) هل ينام طفلك وزجاجة الرضاعة في فمه ؟

□ نعم □لا

16) هل تضيفين السكر لمحتوى الزجاجة ؟

□ نعم دائما □ أحيانا □ لا أبدا

17) هل تستخدمين الكأس العادية أوالصحية(ذات الماصة) لطفلك ؟

□نعم □لا

18) ما نوع الحليب الذي يشربه طفلك؟ (من الممكن اختيار أكثر من إجابة واحدة)

□ حليب الأم فقط □ حليب البقر الطازج □حليب صناعي

19) هل تضيفين السكر للحليب أوأي شراب آخر تعطينه للطفل(شاي ،زهورات ...)؟

□نعم □لا

20) .إذا كنت تضيفين السكر للحليب أوأي شراب آخر،كم ملعقة شاي صغيرة من السكرتضيفين؟ (الرجاء ذكر عدد الملاعق مثلا 3 ملاعق)

□ أضيف -------ملعقة شاي صغيرة من السكر

21) كم وجبة غذائية يتناول طفلك خلال اليوم؟

□ 3 وجبات

□ 4-5 وجبات

□ غير ذلك(الرجاء ذكرعدد الوجبات):----------وجبة

22) ما المكون الأساسي لوجبات طفلك في اليوم الواحد(يمكن اختيار أكثرمن إجابة)؟

□ الخضار □ الفواكه □البطاطا أو الخبز أو الأرز أوالمعكرونة

□مشتقات الحليب (اللبن،الجبن...الخ)

□اللحوم بأنواعها(الحمراء أوالبيضاء)،الأسماك و البقول

23) هل تضيفين السكر لوجبات طفلك ؟

□ نعم □ لا

24) إذا كنت تضيفين السكر للوجبات، كم ملعقة شاي صغيرة من السكر تضيفين ؟(الرجاء ذكر عدد الملاعق مثلا 3 ملاعق)

□أضيف-------ملعقة شاي صغيرة من السكر

25) هل تعطين طفلك مأكولات حاوية على السكر (كالبسكوت، الشوكولا، البون بون،البوظة، الكاتو،العسل ،المربى، الحلاوة، العلكة،الشيبس ،العصائر والمشروبات الغازية أو أي حلويات أخرى) بين الوجبات الرئيسة؟

□ لا □ نعم

26) كم مرة يتناول طفلك أحد المأكولات السكرية المذكورة بين الوجبات الرئيسة؟

□ أكثر من 4 مرات أو أكثر في اليوم

□ أقل من 4 مرات في اليوم

27) هل يستعمل طفلك اللهاية ؟

□ لا □ نعم

28) هل تغمسينها بأغذية محلاة ؟

□ لا □ نعم (الرجاء ذكرها كالعسل أوالدبس أوالسكر)----------

3) النظافة الفموية والعامة:

29) هل تُنظِّفين أسنان طفلك؟

□ نعم

□ لا

30) بماذا تُنظَّفين أسنان طفلك؟ (من الممكن اختيار أكثر من إجابة واحدة)

□ فرشاة الأسنان

□ المسواك

□ قطعة شاش نظيف

31) ما نوع المعجون المستخدم لتنظيف أسنان طفلك؟

□ معجون أسنان مفلور

□ معجون أسنان غير مفلور

□ لا أستخدم أي نوع من المعاجين

□ لا أعرف

32) كم مرة تنظَّفين أسنان طفلك؟

□ مرتين في اليوم أو أكثر

□ مرة في اليوم

□ 1-4 مرات أسبوعياً

□ نادراً

33) هل تستخدمين لطفلك حبوب أو قطرات الفلور؟

□ لا

□ نعم

34) هل اصطحبت طفلك لزيارة أي طبيب أسنان؟

□ لا

□ نعم ،ما كان سبب الزيارة :

□مشكلة فموية

□للوقاية و أخذ العلم (فحص دوري للاطمئنان)

4) آراء ومعتقدات الأم حول التغذية والعناية بالنظافة الفموية

35) هل تعتقدين أن الرضاعة الطبيعية تمنح طفلك أفضل إنطلاقة في الحياة(صحيا،نفسيا،اجتماعيا)؟

□نعم □لا

36) إذا كان طفلك يستخدم زجاجة الرضاعة الاصطناعية فمتى باعتقادك يجب إيقافها ؟

□ بعمر السنة

□ أكثر من عمر السنة (الرجاء ذكر العمر)----------سنة

□ متى أراد طفلي

□ لا يستخدم طفلي زجاجة الرضاعة الاصطناعية

37) ماهي أفضل وسيلة باعتقادك لتقديم السوائل لطفلك ؟

□ الزجاجة الاصطناعية

□ الكأس الصحية (الكأس ذات الماصة الخاصة بالأطفال الرضّع)

□ الكأس العادية

38) هل تعتقدين بأن إضافة السكر لوجبات طفلك غير مؤذية لصحته وصحة فمه وأسنانه؟

□ لا

□ نعم

39) هل تعتقدين بأن إضافة السكر لوجبات طفلك تشجعه على تناول طعامه بشكل أفضل؟

□ لا

□ نعم

40) هل تعتقدين أن إعطاء الأغذية المحتوية على السكر(الكاتو،العسل،البسكوت....ألخ) بين الوجبات لطفلك لا يضر بصحته وصحة فمه وأسنانه ؟

□ لا

□ نعم

41) باعتقادك، متى يجب البدء بتنظيف أسنان طفلك ؟

□منذ بزوغ أول سن

□ بعمر السنة

□ بعمر 3 سنوات

□غير ذلك (الرجاء ذكر العمر) ---------سنة

42) ما هي الوسيلة الأفضل برأيك لتنظيف أسنان طفلك ؟

□فرشاة أسنان للأطفال

□ الشاش القطني

□ غير ذلك (الرجاء ذكرها)----------

43) ما نوع معجون الأسنان الأفضل برأيك لتنظيف أسنان طفلك ؟

□ معجون أسنان مفلور خاص بالأطفال دون الثلاث سنوات

□ أي معجون أسنان

□ لا أعلم

44) كم مرة في اليوم يجب تنظيف أسنان طفلك برأيك ؟

□ مرة واحدة يوميا

□ مرتان يوميا

□ أكثر من ذلك (الرجاء ذكر عدد المرات)----------مرات

45) ماهي كمية معجون الأسنان اللازمة لتفريش أسنان طفلك في هذا العمر؟
□ بحجم حبة البازلاء
□ بحجم كامل رأس فرشاة الأسنان
□مسحة (كمية رقيقة الثخانة) لا تتجاوز ¾ رأس الفرشاة

46) هل برأيك من المهم اصطحاب طفلك إلى طبيب الأسنان في هذا العمر لاستشارته حول وصف حبوب أونقوط الفلور لطفلك ؟

□ نعم □لا

47) هل تعتقدين أن أسنان طفلك اللبنية مهمة ؟

□نعم □لا

48) هل تعتقدين أن نخور الأسنان اللبنية من الممكن أن تؤثر على صحة طفلك ؟

□نعم □لا

49) هل تلقيت أية معلومات تثقيفية عن العناية بأسنان طفلك أثناء الحمل أو بعد الولادة منقبل الطبيب أوطبيب الأسنان؟

□نعم □لا

50) هل ترغبين بتلقي معلومات تثقيفية عن العناية بأسنان طفلك ؟
□نعم □لا

5) المعلومات العامة للوالدين

51) تاريخ ميلاد الأب (السنة فقط):----------
52) تاريخ ميلاد الأم (السنة فقط): ----------

53) ما هو المستوى التعليمي للأب؟

□ غير متعلم
□ ابتدائي
□ إعدادي
□ ثانوي
□ معهد
□ جامعة

54) ما هو المستوى التعليمي للأم؟

□ غير متعلمة
□ ابتدائي
□ إعدادي
□ ثانوي
□ معهد
□ جامعة

55) هل يعمل الأب؟

□ لا
□ نعم ويعمل (اذكر نوع العمل: موظف، نجار، تاجر،...): ---------

56) هل تعمل الأم؟

□ لا
□ نعم وتعمل (اذكر نوع العمل: موظفة، معلمة،...): ----------

تأكدي من الإجابة عن كل الأسئلة، شاكرين تعاونك واهتمامك، ولنعمل جميعا لينعم أطفالنا بالصحة والعافية.

10.2 التدريب Training:

تم تدريب الباحثة على الاشراف على طريقة جمع البيانات غير السريرية بواسطة الاستبيان.

11.2 الموثوقية Reliability :

تم إعادة جمع البيانات غير السريرية ل10% من الأطفال المشمولين بالدراسة للتحقق من موثوقية البيانات.

12.2 الدراسة الاستطلاعية Pilot study :

خضع بروتوكول الدراسة الحالية المقترح لدراسة استطلاعية بعد أخذ الموافقة من كلية طب الأسنان–جامعة دمشق.هدفت الدراسة الاستطلاعية لتحري مدى إمكانية تنفيذ الدراسة، تحري مدى قبول وتعاون الأمهات للانضمام للدراسة، وتحري مدى وضوح وسهولة تعبئة استبيان الدراسة من قبل الأمهات من أجل اتخاذ أي تعديلات لازمة.

أظهرت الدراسة الاستطلاعية إمكانية إجراء الدراسة ضمن ظروف العمل في مراكز رعاية الطفولة والأمومة. وقد تم تعديل صياغة بعض الأسئلة في استبيان الدراسة لزيادة وضوحها وفهمها من قبل الأمهات، واعتمد الشكل النهائي للاستبيان (ملحق 4) بعد انتهاء فترة الدراسة الاستطلاعية التى امتدت إلى أسبوعين. واقترح بأن يتم استجواب الأمهات في غرف الانتظار قبل أخذ الطفل للقاح، لصعوبة التعامل مع الطفل بعد أخذه للقاح ولتجنب أي إزعاج إضافي للأم.

13.2 إدخال و تحليل البيانات Data entering and analysis :

تم إجراء مراجعة يومية للاستمارات التي تمت تعبئتها في نهاية كل يوم عمل من قبل الباحثة وتم ادخال البيانات إلى الحاسوب باستخدام برنامج SPSS (20).

شمل تحليل البيانات على الاحصاء الوصفي(التوزيع التكراري وجدولة البيانات). وتضمن الاحصاء التحليلي استخدام تحليل الانحدار اللوجيستيLogistic regression لاختبار وجود ارتباط بين مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي ومعارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن من جهة والسلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال من جهة أخرى.

الباب الثالث

النتائج Results

يهدف هذا الباب إلى عرض نتائج الدراسة الحالية،ففي الفقرة(1.3) سيتم وصف عينة الدراسة. في الفقرة(2.3) سيتم عرض نتائج الجزء الوصفي من الدراسة التي تتضمن وصف المحددات السلوكية الصحية لنخور الطفولة المبكرة (السلوكيات الصحية الغذائية، السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان، التداخلات المهنية الوقائية) ووصف معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية الفمويةلأطفالهن. في الفقرة (3.3) سيتم عرض نتائج الجزء التحليلي من الدراسة وتتضمن نتائج تحليل الانحدار اللوجستي Logistic Regression بين المتغيرات المستقلة(متغيرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، متغيرات معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن) والمتغيرات المرتبطة (بعض السلوكيات الصحية عند الأطفال).

1.3 وصف العينة Description of the sample:

كانت نسبة الاستجابة في الدراسة الحالية 100% وموثوقية البيانات (1) دالة على توافق تام وموثوقية عالية.

شملت العينة 500 طفلا وطفلة بعمر السنة، كان منهم 224 ذكور (45%) و276 إناث (55%).

كان الأطفال بعمر 12 شهرا علما أن3% فقط من الأطفال في عينة الدراسة كانوا بعمر13 شهرا وذلك نتيجة تأخر بعض الأهالي لمدة شهر أو أقل عن الموعد اللازم لتلقي الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي.

وتوزعت عينة الدراسة على مراكز رعاية الطفولة والأمومة في مدينة دمشق والمنتقاة بالطريقة الطبقية العشوائية بالشكل التالي: 25.6% من أطفال الدراسة ارتادوا مركز أبي ذر الغفاري(المركز في منطقة ذات مستوى اجتماعي اقتصادي مرتفع)، و23.6% ارتادوا مركز زهير حبي(المركز في منطقة ذات مستوى اجتماعي اقتصادي متوسط)، و50.8% من أطفال الدراسة ارتادوا مركز محمود شحادة خليل(المركز في منطقة ذات مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض) (جدول رقم 1-3).

جدول رقم (1-3) توزع العينة على المراكز الصحية (n=500).

المركز الصحي	التكرار (%)
أبي ذر الغفاري	128 (25.6)
زهير حبي	118 (23.6)
محمود شحادة خليل	254 (50.8)

كان وزن 81.8 % من أطفال العينة عند الولادة أكثر من 2500 غرام، وكان متوسط العمر الذي بزغ فيه أول سن لبني لدى أطفال العينة 6.7 أشهر بانحراف معياري 1.9، و أبلغت الأمهات عن معاناة 62% من الأطفال من مشاكل عند البزوغ، وكانت هذه المشاكل هي البكاء(31%)، والاسهال(21%)، وترفع حروري(23%)، وبكاء مع ترفع حروري(22%)، وبكاء مع ترفع حروري واسهال(1%)،والتهاب موضعي(2%).

2.3 نتائج الجزء الوصفي:

تتضمن نتائج الجزء الوصفي من الدراسة وصفاً للمحددات السلوكية الصحية لنخور الطفولة المبكرة ومعارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية للأطفال.

1.2.3 وصف السلوكيات الصحية للأطفال المتعلقة بنخور الطفولة المبكرة:

تألفت من السلوكيات الصحية الغذائية والسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان والتداخلات المهنية الوقائية.

1.1.2.3وصف السلوكيات الصحية الغذائية:

تضمنت السلوكيات الصحية الغذائية نمط الرضاعة، واستخدام الكأس الصحية (ذات الماصة)، وإضافة السكر لطعام وشراب الطفل، وتناول الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكروتكرارها.

1.1.1.2.3 نمط الرضاعة

كانت نسبة الأطفال الذين تم إرضاعهم رضاعة طبيعية هي 47% فقط، وتم إرضاع 60% تقريبا من هؤلاء الأطفال عند البكاء، و40.4% تم إرضاعهم في أوقات تحددها الأم.كان متوسط عدد مرات الرضاعة الطبيعية خلال النهار 6 مرات بانحراف معياري (1.9)، أما متوسط عدد مرات الرضاعة الطبيعية خلال الليل 3 مرات بانحراف معياري (1.1).

كان 17.5% من هؤلاء الأطفال قد تم فطمهم، ومتوسط عمر الفطام بالأشهر 9.8بانحراف معياري (3). أما بالنسبة للأطفال الذين لم يتم فطمهم بعد، فقد كان متوسط العمر الذي تنوي الأمهات فطم أطفالهن فيه هو 18 شهرا بانحراف معياري (3.3).

أما نسبة الأطفال الذين تم إرضاعهم من الزجاجة الاصطناعية فقط كانت11%. وتم إرضاع29% تقريبا من هؤلاء الأطفال عند البكاء، و 71.3% تم إرضاعهم في أوقات محددة من قبل الأم. كان متوسط عدد مرات الرضاعة خلال النهار 4 مرات بانحراف معياري (1.4)، أما متوسط عدد مرات الرضاعة خلال الليل 1 مرة بانحراف معياري (0.8).

بينما كانت نسبة الأطفال الذين تم إرضاعهم رضاعة مشتركة 42%، وكان متوسط توقيت البدء بإشراك الزجاجة مع الرضاعة الطبيعية هو الشهر الرابع من العمر بانحراف معياري(2.6).وكان 52% (من أصل 265 طفل) من الأطفال الذين يرضعون من الزجاجة فقط أو رضاعة مشتركة ينامون وزجاجة الرضاعة في فمهم.(جدول رقم2-3).

2.1.1.2.3 استخدام الكأس (العادية أوالصحية ذات الماصة):

بلغ عدد الأطفال الذين استخدموا الكأس العادية أو الكأس الصحية ذات الماصة لشرب السوائل 367(73.4%) من أصل أطفال عينة الدراسة.(جدول رقم 2-3).

3.1.1.2.3إضافة السكر لطعام وشراب الطفل:

كانت نسبة الأطفال الذين يضاف السكر إلى وجباتهم الغذائية 20%. علما أن نسبة الأطفال الذين يتناولون وجبة واحدة كانت 5%، ووجبتين 28%، وثلاث وجبات 56%، وأكثر من ثلاث وجبات 12%.

بينما كانت نسبة الأطفال الذين يضاف السكر إلى مشروباتهم كالحليب والشاي والزهورات المعطاة بالزجاجة أو بالكأس 75%. فبالنسبة للأطفال الذين يتناولون الحليب من زجاجة الرضاعة الاصطناعية، وجد منهم 57.4%من الأطفال يضاف السكر لمحتوى زجاجتهم. أما بالنسبة للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية وجد منهم 96% من الأطفال يضاف السكر لمشروباتهم الأخرى كالشاي والزهورات.

وبجمع كل الأطفال وجد أن75% من أطفال عينة البحث كاملة يضاف السكر إلى مشروباتهم سواء الحليب أو المشروبات الأخرى (جدول رقم2-3).

4.1.1.2.3 تناول الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر:

كانت نسبة الأطفال الذين يتناولون الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكريين الوجبات الرئيسة 99% من أطفال العينة، متضمنة 53 طفلا تعطي لهم أمهاتهم اللهاية مغمسة بالسكر.

وكانت نسبة الأطفال الذين يتناولون الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكريين الوجبات الرئيسة أكثر من أربع مرات في اليوم 12% (جدول رقم 2-3).

جدول رقم (2-3)تكرار السلوكيات الصحية الغذائية عند أطفال العينة

المتغير المدروس	التكرار (%)
نمط الرضاعة (**n=500**)	
رضاعة طبيعية	235 (47)
رضاعة من الزجاجة	55 (11)
رضاعة مشتركة	210 (42)
استخدام الكأس العادية أو ذوالماصة (**n=500**)	
نعم	367 (73.4)
لا	133 (26.6)
إضافة السكر إلى طعام الطفل(**n=500**)	
نعم	98 (19.6)
لا	402 (80.4)
إضافة السكر إلى شراب الطفل (**n=500**)	
نعم	377 (75.4)
لا	123 (24.6)
إعطاء الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر (**n=500**)	
نعم	493 (98.6)
لا	7 (1.4)
تكرار الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر (**n=493**)	
أقل من 4 مرات باليوم	433 (87.8)
أكثر من 4 مرات باليوم	60 (12.2)

2.1.2.3 وصف السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان:

بلغ عدد الأطفال الذين بزغت لديهم سن لبنية واحدة على الأقل 490 وكانت نسبة الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم 5.5% (27 طفل من أصل 490).

وقد تم تنظيف أسنان 13طفل من أصل 27 طفل باستخدام فرشاة الأسنان،و14طفل تم تنظيف أسنانه بقطعة من الشاش النظيف. أما بالنسبة لاستخدام معجون الأسنان، وجدت الدراسة أن تسعة أطفال فقط من أصل الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم بالفرشاة(13 طفل)استخدم لهم معجون أسنان مفلور، وأربع أطفال فقط استخدم لهم معجون أسنان لا تعرف الأم نوعه. أما الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم بقطعة من الشاش القطني فلم يستخدم لتنظيف أسنانهم أي نوع من أنواع معاجين الأسنان.

أما بالنسبة لتكرار (عدد مرات) تنظيف الأسنان كان هناك عشرة أطفال فقط قد تم تنظيف أسنانهم مرتين يوميا أو أكثر، وسبع عشرة طفل تم تنظيف أسنانهم أقل من مرتين في اليوم(جدول رقم 3-3).

جدول رقم (3-3) تكرار السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان عند أطفال العينة

المتغير المدروس	التكرار (%)
تنظيف أسنان الطفل (**n=490**)	
نعم	27 (5.5)
لا	463 (94.5)
وسيلة تنظيف الأسنان (**n=27**)	
فرشاة أسنان	13 (48)
قطعة شاش	14 (52)
نوع معجون أسنان الطفل (**n=27**)	
معجون أسنان مفلور	9 (33.3)
لا أعلم نوع معجون أسنان طفلي	4 (14.8)
لا أستخدم معجون الأسنان لطفلي	14 (51.9)
عدد مرات تنظيف أسنان الطفل (**n=27**)	
مرتين في اليوم أو أكثر	10 (37)
أقل من مرتين في اليوم	17 (63)

3.1.2.3 وصف التداخلات المهنية الوقائية:

تم اصطحاب 12 طفل فقط من أطفال العينة لزيارة طبيب الأسنان، وكانت أسباب الزيارة إما وجود مشكلة فموية عند الطفل أو للوقاية والاطمئنان.

أما بالنسبة لتلقي داعمات الفلور (حبوب أو قطرات) فقد وجدت الدراسة الحالية أن 8 أطفال فقط كانوا قد تلقوا هذه الداعمات(جدول رقم4-3).

جدول رقم (4-3) تكرار التداخلات المهنية الوقائيةعند أطفال العينة (n=500)

المتغير المدروس	التكرار (%)
اصطحاب الطفل إلى طبيب الأسنان	
نعم	12(2.4)
لا	488 (97.6)
استخدام حبوب او قطرات الفلور	
نعم	8 (1.6)
لا	492 (98.4)

2.2.3 وصف معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية لأطفالهن:

تتضمن هذه الفقرة وصف معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية الغذائيةوالسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان والتداخلات المهنية الوقائية عند أطفالهن.

1.2.2.3وصف معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية الغذائية لأطفالهن:

تم سؤال الأمهات عن معتقداتها حول تغذية طفلها وجاءت النتائج كمايلي:
اعتقدت 96% من الأمهات أن الرضاعة الطبيعية تمنح طفلها أفضل إنطلاقة في الحياة صحيا ونفسيا واجتماعيا(جدول رقم 5-3).

ومن أصل 265 من الأمهات اللواتي أرضعن أطفالهن رضاعة اصطناعية أو مشتركة فإن 28% فقط من الأمهات اعتقدن أن العمر الأمثل لإيقاف زجاجة الرضاعة الاصطناعية هو عمر السنة، بينما اعتقدت 72% من الأمهات بأنه يجب إيقاف زجاجة الرضاعة بعمر أكبر من السنة. كان متوسط العمر المقترح من قبل هؤلاء الأمهات لإيقاف استخدام الزجاجة هو عمر السنتين بانحراف معياري (0.5).

اعتقدت 9% من الأمهات أن الوسيلة الأمثل لتقديم السوائل للطفل هي الزجاجة الاصطناعية، و55% منهن أعتقدت أن الكأس الصحية ذات الماصة أو الكأس العادية هي الوسيلة الأمثل لتقديم السوائل للطفل(جدول رقم 5-3).

اعتقدت 51% من الأمهات بأن إضافة السكر لوجبات الطفل مؤذية لصحة فمه وأسنانه وصحته العامة، وكان السبب الرئيس الكامن وراء إضافة السكر لطعام وشراب الطفل هو اعتقاد الأمهات بأن إضافة السكر تشجع الطفل على تناول الطعام. كذلك اعتقدت 51% تقريبا من الأمهات أن إعطاء المأكولات الحاوية على السكر بين الوجبات الرئيسة مؤذ لصحة الطفل.

جدول رقم (5-3) تكرار معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية الغذائية عند أطفال العينة.

المتغير المدروس	التكرار (%)
الرضاعة الطبيعية هي الأفضل(**n=500**)	
نعم	480 (96)
لا	20 (4)
الوقت الأمثل لإيقاف زجاجة الرضاعة(**n=265**)	
بعمر السنة	74 (28)
أكثر من عمر السنة	191 (72)
الطريقة الأمثل لتقديم السوائل للطفل(**n=500**)	
الكأس العادية أو الصحية	433(86.6)
الزجاجة	67 (13.4)
إضافة السكر لطعام وشراب الطفل مؤذية لصحته(**n=500**)	
نعم	255 (51)
لا	245 (49)
إعطاء المأكولات الحاوية على السكر بين الوجبات الرئيسة مؤذ لصحة الطفل(**n=500**)	
نعم	254 (50.8)
لا	246 (49.2)

2.2.2.3 وصف معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة أسنان أطفالهن:

أشارت 94% من الأمهات إلى أهمية الأسنان المؤقتة لصحة الطفل الفموية والعامة. كما أشارت 72% من الأمهات أن نخور الأسنان المؤقتة من الممكن أن تؤثر على صحة الطفل العامة(جدول رقم 6-3).

وبالرغم من هذه المعتقدات، أشارت 12% فقط من الأمهات إلى أن تنظيف الأسنان يجب أن يبدأ منذ بزوغ أول سن لبني في فم الطفل. بينما 88% من الأمهات اعتقدت أنه يجب البدء بتنظيف الأسنان بعمر أكثر من السنة، وكان متوسط العمر المقترح من قبل الأمهات للبدء بتنظيف أسنان الطفل هو 3.4 سنوات بانحراف معياري (1.9).

وفيما يتعلق بتكرار تنظيف الاسنان، أفادت 55% تقريبا من الأمهات أنه يجب تنظيف أسنان طفلها مرة واحدة فقط يوميا، بينما أفادت 45% من الأمهات أنه يجب تنظيف أسنان طفلها مرتين أو أكثر يوميا(جدول رقم 6-3).

وعند سؤال الأمهات عن الوسيلة الأمثل لتنظيف أسنان الطفل، أشارت96% تقريبا من الأمهات أن فرشاة أسنان الأطفال هي الوسيلة الأمثل، بينما اعتبرت 4% من الأمهات أن قطعة من الشاش القطني هي الوسيلة الأفضل.

وفيما يتعلق بمعجون الأسنان الأمثل لتنظيف أسنان الطفل، اعتقدت 76% من الأمهات أن معجون الأسنان المفلور هو المعجون الأمثل، بينما 8% اعتقدن أن أي معجون أسنان يفي بالغرض، أما باقي الأمهات (16%) لم يكن يعلمن أي معجون أسنان هو الأمثل.

وعند سؤال الأمهات عن الكمية اللازمة من معجون الأسنان لتنظيف أسنان طفلها، أجابت 52% منهن بأن تكون الكمية بحجم حبة البازلاء، و13% من الأمهات اعتقدت بأن تكون الكمية بحجم كامل رأس الفرشاة، وفقط 35% من الأمهات أجابت بأن تكون الكمية صغيرة جدا كمسحة لا تتجاوز ثلاثة أرباع رأس الفرشاة (جدول رقم 6-3).

جدول رقم (6-3) تكرار معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة أسنان أطفالهن(n=500).

المتغير المدروس	التكرار (%)
أهمية الأسنان المؤقتة لصحة الطفل	
نعم	470 (94.1)
لا	30 (5.9)
الوقت الأمثل لبدء لتنظيف الأسنان	
منذ بزوغ أول سن	62 (12.4)
بعمر السنة أو أكثر	438 (87.6)
تكرار تنظيف أسنان الطفل	
مرتين يوميا أو أكثر	226 (45.2)
مرة يوميا	274 (54.8)
الوسيلة الأمثل لتنظيف أسنان الطفل	
فرشاة أسنان الأطفال	479 (95.7)
قطعة من الشاش القطني	21 (4.3)
معجون الأسنان الأمثل للطفل	
معجون الأسنان المفلور	378 (75.5)
أي معجون أسنان	42 (8.4)
لا أعلم	80 (16.1)
الكمية اللازمة من معجون الأسنان لتنظيف أسنان الطفل	
مسحة (طبقة رقيقة تغطي ثلاثة أرباع رأس الفرشاة)	174 (34.7)
حجم حبة البازلاء	263 (52.6)
كمية بحجم كامل رأس الفرشاة	63 (12.7)

3.2.2.3 وصف معارف ومعتقدات الأمهات حول التداخلات المهنية الوقائية لأطفالهن:

تم سؤال الأمهات عن رأيهن بضرورة اصطحاب أطفالهن في هذا العمر إلى طبيب الأسنان لاستشارته حول وصف حبوب أونقوط الفلور، فأجابت 71% من الأمهات بعدم الحاجة لاصطحاب الطفل في هذا العمر لطبيب الأسنان (جدول رقم 7-3).

جدول رقم (7-3) تكرار معارف ومعتقدات الأمهات حول التداخلات المهنية الوقائيةلأطفالهن(n=500).

المتغير المدروس	التكرار (%)
ضرورة اصطحاب الطفل إلى طبيب الأسنان لاستشارته حول وصف داعمات الفلور	
نعم	147 (29.4)
لا	353 (70.6)

3.3 نتائج الجزء التحليلي:

يهدف الجزء التحليلي من الدراسة الحالية تحري وجود ارتباط بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي ومعارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية من جهة والسلوكيات الصحية عند الأطفال من جهة أخرى باستخدام تحليل الانحدار اللوجيستيLogistic Regression.

1.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي وبعض السلوكيات الصحية للأطفال:

بلغ عدد أطفال الدراسة ذوي آباء من مستوى اجتماعي مرتفع 361 طفلاً، أما المستوى الاجتماعي للأمهات فلم يتم قياسه كما تم ذكره سابقا.

أما عدد أطفال الدراسة ذوي آباء من مستوى تعليمي مرتفع فبلغ عددهم 144 طفلاً، وبلغ عدد أطفال الدراسة ذوي أمهات من مستوى تعليمي مرتفع 102 طفلاً.

وكان عدد أطفال الدراسة ذوي آباء عاملين 480 طفلاً، بينما بلغ عدد أطفال الدراسة ذوي أمهات عاملات 89 طفلاً فقط.

تم تحري وجود علاقة ارتباط بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي وسلوكيات الأطفال الصحية التالية: نمط الرضاعة، واستخدام الكأس، وإضافة السكر لطعام وشراب الطفل وتنظيف

الأسنان. أما باقي السلوكيات فلم يكن بالإمكان تحري ارتباطاتها نظرا لتكراريتها المنخفضة جدا (أقل من 10%).

1.1.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين متغيرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي ونمط الرضاعة:

كانت نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية فقط وذوي آباء من مستوى اجتماعي منخفض أكبر من نسبة أقرانهم ذوي آباء من مستوى اجتماعي مرتفع (OR = 1.8; 95%CI = 1.18−2.83).

إن الفروق بين تكرار الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية ذوي آباء من مستوى اجتماعي منخفض وتكرار الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية ذوي آباء من مستوى اجتماعي مرتفع كانت ذات دلالة احصائية (P=0.006).(جدول رقم8−3).

كما كانت الفروق بين مجموعتي المستوى التعليمي المنخفض والمرتفع للأب والأم ذات دلالة احصائية(P=0.008; P=0.035) على التوالي.

حيث كانت نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية فقط وذوي آباء أو أمهات من مستوى تعليمي منخفض أكبر من نسبة أقرانهم ذوي آباء أو أمهات من مستوى تعليمي مرتفع (OR = 1.5, 1.8; 95%CI = 1.03−2.26, 1.16−2.87)

وأخيرا كانت الفروق بين مجموعتي الوضع الوظيفي العامل وغير العامل للأب والأم ذات دلالة احصائية (P=0.040; P=0.021)على التوالي.

حيث كانت نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية فقط وذوي آباء عاملين أكبر من نسبة أقرانهم ذوي آباء غير عاملين (OR = 0.2; 95%CI = 0.08−0.81).

على العكس من ذلك كانت نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية فقط وذوي أمهات عاملات أقل من نسبة أقرانهم ذوي أمهات غير عاملات (OR = 1.6; 95%CI = 1.02−2.62) (جدول رقم 8−3).

جدول رقم (8-3) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية (n=500).

المتغير Variable	العدد الكلي Base	تكرار الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية	OR (95% CI)	P-Value قيمة مستوى الدلالة
المستوى الاجتماعي للأب				
مرتفع	361	(%44.6)161	1	
منخفض	109	(%59.6)65	1.8 (1.18-2.83)	0.006
بيانات مفقودة	30			
المستوى التعليمي للأب				
مرتفع	144	(%39.6)57	1	
منخفض	356	(%50)178	1.5 (1.03-2.26)	0.035
بيانات مفقودة	0			
المستوى التعليمي للأم				
مرتفع	102	(%35.3)36	1	
منخفض	398	(%50)199	1.8 (1.16-2.87)	0.008
بيانات مفقودة	0			
الوضع الوظيفي للأب				
نعم	480	(%48.1)231	1	
لا	20	(%20)4	0.2 (0.08-0.81)	0.021
بيانات مفقودة	0			
الوضع الوظيفي للأم				
نعم	89	(%37.1)33	1	
لا	411	(%49.1)202	1.6 (1.02-2.62)	0.040
بيانات مفقودة	0			

2.1.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين متغيرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي واستخدام الكأس:

لم يكن أي من مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي ذا دلالة احصائية في علاقته مع استخدام الأطفال للكأس (P>0.05) (جدول رقم 9-3).

جدول رقم(9–3) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يستخدمون الكأس (n=500)

المتغير Variable	العدد الكلي Base	تكرار الأطفال الذين يستخدمون الكأس	OR (95% CI)	P–Value قيمة مستوى الدلالة
المستوى الاجتماعي للأب				
مرتفع	361	(70.6%) 255	1	
منخفض	109	(79.8%) 87	1.6 (2.76–0.97)	0.061
بيانات مفقودة	0			
المستوى التعليمي للأب				
مرتفع	144	(69.4%) 100	1	
منخفض	356	(75%) 267	1.3 (2.02–0.86)	0.204
بيانات مفقودة	0			
المستوى التعليمي للأم				
مرتفع	102	(69.6%) 71	1	
منخفض	398	(74.4%) 269	1.2 (0.78–2.04)	0.332
بيانات مفقودة	0			
الوضع الوظيفي للأب				
نعم	480	(73%) 351	1	
لا	20	(80%)16	1.4 (4.47–0.48)	0.498
بيانات مفقودة	0			
الوضع الوظيفيللأم				
نعم	89	(73%) 65	1	
لا	411	(73.5%) 302	1.0 (1.71–0.61)	0.931
بيانات مفقودة	0			

3.1.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين متغيرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي وإضافة السكر لطعام الطفل:

كانت نسبة الأطفال الذين يضاف السكر إلى وجباتهم وذوي آباء عاملين أقل من نسبة أقرانهم ذوي آباء غير عاملين (OR = 2.8; 95%CI = 1.14–7.27). وكانت هذه الفروق ذات دلالة احصائية (P=0.024) (جدول رقم 10–3).

أما الفروق في المستوى الاجتماعي للأب والمستوى التعليمي للأب والأم والوضع الوظيفي للأم فلم تكن ذات دلالة احصائية (P>0.05) (جدول رقم 10-3).

جدول(10-3) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يضاف السكر إلى طعامهم(n=500)

المتغير Variable	العدد الكلي Base	تكرار الأطفال الذين يضاف السكر إلى طعامهم	OR (95% CI)	P-Value قيمة مستوى الدلالة
المستوى الاجتماعي للأب				
مرتفع	361	(%19.4)70	1	
منخفض	109	(%15.6)17	0.7 (0.43-1.37)	0.372
بيانات مفقودة	30			
المستوى التعليمي للأب				
مرتفع	144	(%20.1)29	1	
منخفض	356	(%19.4)69	0.9 (0.58-1.54)	0.847
بيانات مفقودة	0			
المستوى التعليمي للأم				
مرتفع	102	(%24.5)25	1	
منخفض	398	(%18.3)73	0.6 (0.41-1.16)	0.163
بيانات مفقودة	0			
الوضع الوظيفي للأب				
نعم	480	(%18.8)90	1	
لا	20	(%40)8	2.8 (1.14-7.27)	0.024
بيانات مفقودة	0			
الوضع الوظيفي للأم				
نعم	89	(%21.3)19	1	
لا	411	(%19.2)79	0.8 (0.49-1.54)	0.647
بيانات مفقودة	0			

4.1.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين متغيرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي وإضافة السكر لشراب الطفل:

كانت نسبة الأطفال الذين يضاف السكر إلى شرابهم وذوي آباء من مستوى اجتماعي منخفض أقل من نسبة أقرانهم ذوي آباء من مستوى اجتماعي مرتفع (OR = 0.5; 95%CI =0.35−0.92). وكانت هذه الفروق ذات دلالة احصائية(P=0.022).

لم تكن الفروق بين مجموعتي المستوى التعليمي للأب والأم ذات دلالة احصائية (P>0.05) (جدول رقم11−3).

كانت نسبة الأطفال الذين يضاف السكر إلى مشروباتهم وذوي أمهات عاملات أكبر من نسبة أقرانهم ذوي أمهات غير عاملات (OR = 0.25; 95%CI =0.11−0.54).وكانت تلك الفروق ذات دلالة احصائية (P<0.01).

ولم يكن للوضع الوظيفي للأب أية دلالة احصائية في علاقته مع إضافة السكر لشراب الطفل. (جدول رقم11−3).

جدول رقم(11-3) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يضاف السكر إلى شرابهم(n=500)

المتغير	العدد الكلي	تكرار الأطفال الذين يضاف السكر	OR (95% CI)	P-Value
Variable	Base	إلى شرابهم		قيمة مستوى الدلالة
المستوى الاجتماعي للأب				
مرتفع	361	(%78.7)284	1	
منخفض	109	(%67.9) 74	(0.92-0.35) 0.5	0.022
بيانات مفقودة	30			
المستوى التعليمي للأب				
مرتفع	144	(%75) 108	1	
منخفض	356	(%75.6) 269	(1.61-0.65) 1.0	0.895
بيانات مفقودة	0			
المستوى التعليمي للأم				
مرتفع	102	(%77.5) 79	1	
منخفض	398	(%74.9) 298	(1.45-0.51) 0.8	0.590
بيانات مفقودة	0			
الوضع الوظيفي للأب				
نعم	480	(%76) 365	1	
لا	20	(%60) 12	(1.18-0.18) 0.4	0.110
بيانات مفقودة	0			
الوضع الوظيفي للأم				
نعم	89	(%91) 81	1	
لا	411	(%72) 296	(0.54-0.11) 0.2	<0.001
بيانات مفقودة	0			

5.1.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين متغيرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي وتنظيف أسنان الطفل:

كانت نسبة الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم وذوي أمهات من مستوى تعليمي مرتفع أكبر من نسبة أقرانهم ذوي أمهات من مستوى تعليمي منخفض
(OR = 0.3; 95%CI =0.15−0.78). وكانت هذه الفروق ذات دلالة احصائية (P=0.010).

كذلك كانت نسبة الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم وذوي أمهات عاملات أكبر من نسبة أقرانهم ذوي أمهات غير عاملات (OR = 0.4; 95%CI = 0.17−0.93).وكانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية (P=0.034).

أما الفروق في المستوى الاجتماعي والمستوى التعليمي والوضع الوظيفي للأب فلم تكن ذات دلالة إحصائية (P>0.05) (جدول رقم 12−3).

جدول رقم (12-3) تكرارات مؤشرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت الأطفال الذين يتم تنظيف أسنانهم (n=500)

المتغير Variable	العدد الكلي Base	تكرار الأطفال الذين يتم تنظيف أسنانهم	OR (95% CI)	P-Value قيمة مستوى الدلالة
المستوى الاجتماعي للأب				
مرتفع	352	(%6.2)22	1	
منخفض	108	(%1.9)2	0.2 (1.22-0.06)	0.091
بيانات مفقودة	40			
المستوى التعليمي للأب				
مرتفع	144	(%6.9)10	1	
منخفض	346	(%4.9)17	0.6 (1.55-0.3)	0.372
بيانات مفقودة	10			
المستوى التعليمي للأم				
مرتفع	101	(%10.9)11	1	
منخفض	389	(%4.1)16	0.3 (0.78-0.15)	0.001
بيانات مفقودة	10			
الوضع الوظيفي للأب				
نعم	470	(%5.5)26	1	
لا	20	(%5)1	0.8 (6.97-0.11)	0.919
بيانات مفقودة	10			
الوضع الوظيفي للأم				
نعم	87	(%10.3)9	1	
لا	403	(%4.5)18	0.4(0.93-0.17)	0.034
بيانات مفقودة	10			

2.3.3 تحليل الانحدار اللوجيستي بين معارف ومعتقدات الأمهات وبعض السلوكيات الصحية الفموية للأطفال:

إن الارتباطات بين معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن والسلوكيات الصحية الموافقة التى تمت دراستها ملخصة في الجدول رقم 13-3. أما بقية معارف ومعتقدات الأمهات وسلوكيات الطفل الصحية، فلم يكن بالإمكان تحري ارتباطاتها نظرا لتكراريتها المرتفعة أو المنخفضة جدا(أكثر من 90% أو أقل من 10%).

تبين وجود علاقة ارتباط ذلات دلالة إحصائية بين معارف ومعتقدات الأمهات واستخدام الكأس(P=0.001)، وإضافة السكر لطعام الطفل (P=0.025)، وتنظيف أسنان الطفل (P=0.028) (جدول رقم 13-3).

بينما لم توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين معارف ومعتقدات الأمهات وإضافة السكر لشراب الطفل أو إعطاء الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر (P>0.05).

بالنسبة لاستخدام الكأس فقد كانت نسبة الأطفال الذين استخدموا الكأس واعتقدت أمهاتهم بأفضلية استخدام الكأس أكبر من نسبة أقرانهم ذوي الأمهات اللواتي اعتقدن بأفضلية استخدام الزجاجة الاصطناعية(OR = 3.0; 95%CI =1.57-5.89).

أما بالنسبة لإضافة السكر لطعام الطفل كانت نسبة الأطفال الذين أضيف السكر لطعامهم واعتقدت أمهاتهم بأن إضافة السكر لطعام الطفل مؤذية أقل من نسبة أقرانهم ذوي الأمهات اللواتي اعتقدن بأن إضافة السكر لطعام الطفل غيرمؤذية (OR = 0.6; 95%CI = 0.38-0.93).

وأخيرا كانت نسبة الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم واعتقدت أمهاتهم بأنه يجب تنظيف الأسنان منذ بزوغ أول سن أكبر من نسبة أقرانهم ذوي الأمهات اللواتي اعتقدن بأنه يجب تنظيف الأسنان بعد عمر السنة (OR = 2.7; 95%CI = 1.11-6.85) (جدول رقم 13-3).

جدول(13-3) تكرارات معارف ومعتقدات الأمهات، نسب الرجحان(OR) عند مستوى الثقة 95% للتنبؤ برجحان تكرارت سلوكيات الأطفال الصحية الغذائية والمتعلقة بنظافة الأسنان(n=500)

المتغير Variable	العدد الكلي Base	تكرار السلوكيات	OR (95% CI)	P-Value قيمة مستوى الدلالة
الوسيلة الأمثل لتقديم السوائل للطفل				
الزجاجة الاصطناعية	66	(%52.4)34	1	
الكأس	434	(%76.4)331	(5.89-1.57)3.0	0.001
إضافة السكر لشراب الطفل مؤذية				
لا	245	(%78)191	1	
نعم	255	(%72.9)186	(1.14-0.50) 0.7	0.193
إضافة السكر لوجبة الطفل مؤذية				
لا	245	(%23.7)58	1	
نعم	255	(%15.7)40	(0.93-0.38) 0.6	0.025
إعطاء الأغذية الحاوية على السكر بين الوجبات مضرة				
لا	246	(%99.4)245	1	
نعم	254	(%96.3)245	(1.4-0.2) 0.1	0.099
اعتقاد الأهل بالتوقيت الأمثل للبدء بتنظيف أسنان الطفل(n=490)				
بعمر السنة وأكثر	431	(%4.6)20	1	
منذ بزوغ أول سن	59	(%11.9)7	(6.8-1.11) 2.7	0.028

الباب الرابع

المناقشة Discussion

تألفت هذه الدراسة من جزأين الأول وصفي تضمن دراسة مسحية وبائية مستعرضة، هدفت إلى معرفة أنماط السلوكيات الصحية الفموية لدى الأطفال بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق وذلك عن طريق تقييم نسب انتشار السلوكيات الصحية المتعلقة بنخور الطفولة المبكرة متضمنة السلوكيات الصحية الغذائية والسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان والتداخلات المهنية الوقائية. كذلك تم تقييم نسب انتشار محددات السلوكيات الصحية الفموية متضمنة معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية لدى أطفالهن.

أما الجزء التحليلي من الدراسة فهدف إلى تحري وجود ارتباط بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأهل ومعارف ومعتقدات الأمهات من جهة والسلوكيات الصحية لدى الأطفال متضمنة السلوكيات الصحية الغذائية والسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان.

سيتم مناقشة نتائج الجزء الوصفي من الدراسة أولا في الفقرة (1.4) ومن ثم مناقشة نتائج الجزء التحليلي في الفقرة (2.4). يليه في الفقرة (3.4) مناقشة نقاط قوة الدراسة وثغراتها.

1.4 مناقشة نتائج الجزء الوصفي من الدراسة:

وتشمل نتائج السلوكيات الصحية الغذائية والسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان والتداخلات المهنية الوقائية.

1.1.4 مناقشة السلوكيات الصحية الغذائية لدى أطفال العينة:

تشمل السلوكيات الصحية الغذائية التى تم دراستها نمط الرضاعة واستخدام الكأس العادية أو الصحية وإضافة السكر لطعام وشراب الطفل وإعطاء الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر وتكرارها.

1.1.1.4 نمط الرضاعة: كانت النسبة الغالبة في الدراسة الحالية للرضاعة الطبيعية (47%) مقارنة مع الرضاعة المشتركة (42%) والرضاعة من الزجاجة (11%)، وبهذا اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة شاهين 2007 والتي أجريت على أطفال مدينة دمشق بعمر 3–5 سنوات، وتم فيها سؤال الأمهات عن نمط الرضاعة فاحتل نمط الرضاعة الطبيعية المركز الأول بالانتشار يليه نمط الرضاعة المشتركة ومن ثم نمط الرضاعة من الزجاجة كما جاء في الدراسة الحالية. كذلك اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع إحصائية المكتب المركزي للإحصاء التابع لمنظمة الصحة العالمية لسوريا عام 2009 من حيث غلبة الرضاعة الطبيعية لدى أطفال مدينة دمشق بعمر السنة.

إن هذه النسب المشاهدة لانتشار نمط الرضاعة الطبيعية في الدراسة الحالية والدراسات الأخرى المحلية كانت أعلى من النسب المسجلة في دراسات عالمية أخرى، إذ رصدت نسب الرضاعة الطبيعية في دول مثل الولايات المتحدة الأمريكية في دراسة قام بها Grummer–Strawn وزملاؤه عام 2008 حيث بلغت نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية بعمر السنة 24% فقط. كذلك الأمر في دول أوروبا، إذ كانت نسب انتشار نمط الرضاعة الطبيعية منخفضة 20% لدى الأطفال بعمر الستة أشهر (WHO, 2009).

يمكن تفسير انخفاض نسبة انتشار نمط الرضاعة من الزجاجة في الدراسة الحالية لأن 18% فقط من الأمهات كانت من الأمهات العاملات، وكان للوضع الوظيفي العامل للأم في الدراسة الحالية دلالة إحصائية، إذ كان عدد الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية من أمهات عاملات أقل من عدد الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية من أمهات غير عاملات. تضطر الأم العاملة غالبا لاستخدام الزجاجة لإرضاع طفلها أثناء تواجدها في عملها وعدم قدرتها على الاعتماد على الرضاعة الطبيعية لوحدها. من جهة أخرى لوحظ وجود وعي صحي مرتفع عند الأمهات بأهمية الرضاعة الطبيعية، حيث أشارت غالبية الأمهات تقريبا في الدراسة الحالية أن الرضاعة الطبيعية تمنح الطفل أفضل انطلاقة في الحياة صحيا ونفسيا واجتماعيا.

كما وجدت الدراسة الحالية نسبة معتبرة (ما يقارب 50%) من الأطفال ينامون وزجاجة الرضاعة في فمهم، وبهذا اتفقنا في ذلك مع دراسة شاهين 2007 ودراسة Chan وزملائه 2008، إذ كان أكثر من نصف الأطفال الذين تم إرضاعهم من الزجاجة ينامون وزجاجة الرضاعة في فمهم (Chan, Tsai and King, 2002) مما يسبب لاحقا مشاكل نخور الطفولة المبكرة.

2.1.1.1.4 استخدام الكأس العادية أو الصحية ذات الماصة: استخدم 74% تقريبا من أطفال العينة الكأس العادية أو الصحية ذات الماصة لتناول المشروبات المختلفة. وقد أوصت الجمعية البريطانية لدراسة طب أسنان المجتمع بأن يتم استخدام الكأس لتناول مشروبات الطفل بدءا من الشهر السادس من عمر الطفل، وبهذا تبدو النسبة المشاهدة في الدراسة الحالية من النسب المقبولة.

3.1.1.1.4 إضافة السكر لطعام وشراب الطفل: أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود نسب مرتفعة من السلوكيات الغذائية غير الصحية المتمثلة بإضافة السكر لطعام وشراب الطفل، إذ بلغت نسبة الأطفال الذين يضاف السكر لطعامهم 20% تقريبا، ونسبة الأطفال الذين يضاف السكر لشرابهم 75% سواء الحليب أو المشروبات الأخرى المعطاة باستخدام الزجاجة أو الكأس. سجلت نسب أقل في دراسة Chan وزملائه عام 2002 حيث بلغت نسبة الأطفال الذين يتناولون مشروبات مع إضافة السكر فقط 26%.

وقد تعود هذه النسب العالية المشاهدة في الدراسة الحالية إلى اعتقاد الأمهات أن إضافة السكر لطعام وشراب الطفل غير مؤذية لصحة الطفل بل إنها تشجعه على تناول طعامه وشرابه، ما يفسر جزءا من أسباب انتشار هذه السلوكيات غير الصحية.

4.1.1.1.4 إعطاء الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر وتكرارها: كان استهلاك الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر من قبل أطفال العينة مرتفعا جدا، إذ بلغ 98.6% من الأطفال. وقد اتفقنا مع دراسة شاهين 2007 على أطفال مدينة دمشق بعمر ماقبل المدرسة فبلغت نسبة الأطفال الذين يتناولون وجبات حاوية على السكر 85.6% وبتكرار من ثلاث إلى أربع مرات يوميا.

وفي دراسات أخرى عالمية سجلت نسب أخفض لاستهلاك الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر، فمثلا في دراسة Chan وزملائه عام 2002 لأطفال مدينة هونغ كونغ بعمر 1–3 سنوات، كانت نسبة الأطفال الذين يتناولون وجبات ذات محتوى عالي من السكر 57%. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى الاستهلاك المرتفع والمتزايد للوجبات والمشروبات ذات المحتوى العالي من السكر في العديد من الدول كالصين والهند وجنوب شرق آسيا ودول الشرق الأوسط وبعض الدول النامية

(Ismail, Tanzer and Dingle, 1997) وكذلك في الدول المتقدمة، كانت نسبة استهلاك الأطفال بعمر السنة للوجبات ذات المحتوى العالي من السكر مرتفعة، ففي دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية تبين أن 62% من الأطفال بعمر السنة يتناولون الأغذية ذات المحتوى العالي من السكر

(Grummer–Strawn, Scanlon and Fein, 2008). ولدى مقارنة هذه النسب العالمية مع النسب المسجلة محلياً، تبقى النسب المحلية أعلى بشكل معتبر.

2.1.1.4 مناقشة السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان

أظهرت نتائج الدراسة الحالية نسب انتشار منخفضة جدا للسلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان، إذ تم تنظيف أسنان 5.5% فقط من أطفال الدراسة وأغلبهم تم تنظيف أسنانهم أقل من مرتين في اليوم، وتم استخدام فرشاة الأسنان لنصف الأطفال تقريبا(13 طفل فقط)، أما البقية فقد استخدم لتنظيف اسنانهم قطعة من الشاش القطني. تم استخدام معجون أسنان مفلور لتسعة أطفال فقط من الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم.

وهذا على اتفاق مع دراسة شاهين 2007 لأطفال مدينة دمشق بعمر 3–5 سنوات، والتي بينت أن 1.4% فقط من الأطفال تم تنظيف أسنانهم مرتين في اليوم وبمساعدة الأهل. وعلى العكس أظهر Chan وزملاؤه عام 2002 في دراسته في الصين أن 66% من الأطفال بعمر 1–3 سنوات تم تنظيف اسنانهم، و42.3% منهم استخدموا فرشاة الأسنان، وتم استخدام معجون أسنان مفلور ل 54% من الأطفال. بمقارنة النتائج نلاحظ وجود نسب منخفضة جداً لانتشار السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الاسنان لدى أطفال مدينة دمشق.

يمكن تفسير انخفاض نسب انتشار تنظيف أسنان الأطفال في الدراسة الحالية بسبب إعتقاد غالبية الأمهات بأن البدء بتنظيف أسنان الطفل يجب أن يبدأ بعمر أكثر من عمر السنة، على العكس فقد أفادت 44% من الأمهات في دراسة Chan وزملائه أنه يجب تنظيف أسنان الطفل منذ بزوغ أول سن، مايفسر ارتفاع نسب تنظيف أسنان عام 2002 الأطفال في تلك الدراسة.

3.1.1.4 مناقشة السلوكيات المتعلقة بالتداخلات المهنية الوقائية

لوحظ أن انتشار التداخلات المهنية الوقائية شبه نادر لدى أطفال مدينة دمشق، إذ تم اصطحاب 2% فقط من أطفال العينة لزيارة طبيب الأسنان إما بسبب وجود مشكلة فموية عند الطفل أو للوقاية والاطمئنان. وتم إعطاء داعمات الفلور ل 2% فقط من الأطفال، أما في دراسة Chan وزملائه عام 2002 فقد تم اصطحاب 25% تقريبا من الأطفال بعمر 1–3 سنوات وبشكل دوري لزيارة طبيب الأسنان واعتبر 37% من الأهالي أنه يجب اصطحاب الطفل لزيارة طبيب الأسنان بعمر السنة (Chan *et al,*. 2002).

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة شاهين 2007 حيث كانت الغالبية العظمى 90% من الأطفال لا يستخدمون أي شكل من اشكال داعمات الفلور.

ويمكن تفسير هذه النسبة المنخفضة لانتشار التداخلات المهنية الوقائية في الدراسة الحالية بسبب اعتقاد 71% تقريبا من الأمهات بأنه لا حاجة لاصطحاب الطفل لزيارة طبيب الأسنان في هذا العمر سواء لاستشارته حول وصف حبوب الفلور أو للاطمئنان على الرغم من أن 94% من الأمهات اعتقدت بضرورة وأهمية الأسنان اللبينة لدى طفلها.

ومما سبق يبدو أن الانتشار المرتفع للسلوكيات غير الصحية المتعلقة بإضافة السكر لطعام وشراب الطفل، والانتشار المنخفض جدا للسلوكيات المتعلقة بنظافة الأسنان والتداخلات المهنية الوقائية قد يعود إلى نقص الوعي في هذا المجال. فقد أفادت 94% من أمهات الدراسة الحالية أنهم لم يتلقوا أي معلومات تثقيفية عن العناية بالصحة الفموية لأطفالهم، سواء أثناء مدة الحمل أوبعد الولادة من قبل الأطباء أو أطباء الأسنان. ولكن أظهر 99%

من الأمهات عن رغبتها بتلقي معلومات تثقيفية تخص العناية بالصحة الفموية عند الأطفال الرضع.

ويشابه الوضع الحالي الوضع عند الأمهات في مدينة هونغ كونغ، فقد أشارت 88% من الأمهات بأنها لم تتلقى أية معلومات تثقيفية عن العناية بالصحة الفموية للطفل سواء أثناء مدة الحمل أو بعد الولادة، وكل الأمهات تقريبا أبدت رغبتها في تلقي تلك المعلومات التثقيفية (Chan *et al,*. 2002).

تعتبر نتائج هذه الدراسة المسحية الوبائية تقييما للسلوكيات الصحية الفموية للأطفال الرضع وبالتالي ركيزة لتطوير برامج لتعزيز الصحة الفموية للأطفال الرضع في مدينة دمشق للوقاية من نخور الطفولة المبكرة بكل تأثيراتها السلبية الصحية والنفسية والإجتماعية على نوعية الحياة لدى الأطفال.

2.4 مناقشة نتائج الدراسة التحليلية

1.2.4 الوضع الاجتماعي الاقتصادي

تدعم نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية مابين الوضع الاجتماعي الاقتصادي وبعض سلوكيات الأطفال الصحية الفموية. وهي نمط الرضاعة الطبيعية وإضافة السكر لطعام وشراب الطفل وتنظيف أسنان الطفل.

كانت نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية فقط وذوي آباء من مستوى اجتماعي منخفض أكبر من نسبة أقرانهم ذوي آباء من مستوى اجتماعي مرتفع. وكذلك الأمر بالنسبة للأطفال ذوي آباء وأمهات من مستوى تعليمي منخفض مقارنة بأقرانهم ذوي أباء وأمهات من مستوى تعليمي مرتفع. واتفقنا في ذلك مع دراسة شاهين 2007 إذ كانت نسبة الرضاعة المختلطة أكثر انتشاراً في الأسر الغنية اقتصاديا والمستوى التعليمي الجيد للأم.

إن نتائج الدراسات المحلية تختلف عن نتائج الدراسات العالمية التي أظهرت العكس أن تبني السلوك الصحي كان منتشراً لدى الطبقة ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المرتفع

والمستوى التعليمي المرتفع (WHO, 2009). إن التفسير الدقيق للارتباط المشاهد بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي ونمط الرضاعة بحاجة لدراسة تفصيلية لتحري طبيعة الميزات المرتبطة بكل مستوى من مستويات الوضع الاجتماعي الاقتصادي والتي أثرت على نمط الرضاعة المشاهد عند أطفال هذا المستوى.

بالنسبة لإضافة السكر لطعام الطفل، وجدت الدراسة الحالية أن الوضع الوظيفي للأب فقط له ارتباط بإضافة السكر لطعام الطفل، حيث كانت نسبة الأطفال الذين يضاف السكر إلى وجباتهم وذوي آباء عاملين أقل من نسبة أقرانهم ذوي آباء غير عاملين. وهذا على اتفاق مع نتائج الدراسات العالمية التي أظهرت أن تبني السلوك الصحي كان منتشراً لدى الطبقة ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المرتفع (WHO, 2009).

على العكس، فيما يتعلق بإضافة السكر لشراب الطفل، وجد أن تبني السلوك الصحي كان منتشراً لدى الطبقة ذات الوضع الاجتماعي المنخفض.

فيما يتعلق بتنظيف أسنان الطفل، فقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات العالمية التي أظهرت أن تبني السلوك الصحي المتمثل بتنظيف أسنان الطفل كان منتشراً لدى الطبقة ذات الوضع الاجتماعي الاقتصادي المرتفع والمستوى التعليمي المرتفع (WHO, 2009). إذ كانت نسبة الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم وذوي أمهات عاملات ومن مستوى تعليمي مرتفع أكبر من نسبة أقرانهم ذوي أمهات غير عاملات ومن مستوى تعليمي منخفض.

2.2.4 معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن:

وجدت الدراسة ارتباطات دالة إحصائياً بين بعض معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية والسلوكيات الموافقة (استخدام الكأس وإضافة السكر لطعام الطفل وتنظيف أسنان الطفل)، ولم تجد ارتباطات دالة إحصائيا بين بعضها الآخر(إضافة السكر لشراب الطفل وإعطاء الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر).

حيث كانت نسبة الأطفال الذين استخدموا الكأس واعتقدت أمهاتهم بأفضلية استخدام الكأس أكبر من نسبة أقرانهم ذوي الأمهات اللواتي اعتقدن بأفضلية استخدام الزجاجة الاصطناعية لتقديم السوائل للطفل. أما بالنسبة لإضافة السكر لطعام الطفل كانت نسبة الأطفال الذين أضيف السكر لطعامهم واعتقدت أمهاتهم بأن إضافة السكر لطعام الطفل مؤذية أقل من نسبة أقرانهم ذوي الأمهات اللواتي اعتقدن بأن إضافة السكر لطعام الطفل غيرمؤذية.
وأخيرا كانت نسبة الأطفال الذين تم تنظيف أسنانهم واعتقدت أمهاتهم بأنه يجب تنظيف الأسنان منذ بزوغ أول سن أكبر من نسبة أقرانهم ذوي الأمهات اللواتي اعتقدن بأنه يجب تنظيف الأسنان بعد عمر السنة. وهذا على اتفاق مع دراسة Vachirarojpisan وزملائه عام 2005 في تايلاند، حيث تبين أن ارتفاع مستوى معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية لأطفالهن سوف يحسن مستوى النظافة الفموية والسلوكيات الصحية الغذائية لأطفالهن.
لا توجد دراسات أخرى مماثلة تحرت وجود ارتباط معارف ومعتقدات الأمهات حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية لدى أطفالهن.
إن وجود مثل هذه الارتباطات هي أكبر دليل على الدور الكامن الذي قد تلعبه معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن، ولكن بعد الأخذ بعين الاعتبار العوامل الأكبر المؤثرة على هذه المعتقدات مثل العوامل الاجتماعية والثقافية والوضع الاجتماعي الاقتصادي. فمثلا على الرغم من اعتقاد الأمهات بأهمية الرضاعة الطبيعية كان بعضهن لا يمارسنها نظرا لعوائق واعتبارات أخرى بحاجة لدراسة تفصيلية لاحقة.

3.4 مناقشة نقاط قوة الدراسة الحالية وثغراتها:

من أهم نقاط القوة في الدراسة الحالية كونها أول دراسة تناولت موضوع السلوكيات الصحية الفموية للأطفال بعمر السنة في سوريا حيث لم تتلقى هذه الشريحة العمرية اهتماماً مقارنة بالعديد من الدراسات المحلية والعالمية التي تناولت هذا الموضوع عند الأطفال الأكبر سناً. وهذا ما دفع منظمة الصحة العالمية لطلب أبحاث في هذا المضمار، علما أن هذا الطلب قد أعلن بعد عام من تسجيل البحث الحالي.

اقد اعتمدت الدراسة الحالية على جمع البيانات المطلوبة حول السلوكيات الصحية الغذائية بواسطة الاستبيان وذلك لتغطية موضوع إضافة السكر بشكل رئيس. علما أن هناك حاجة لدراسة أشمل تستخدم أدوات قياس أكثر دقة لدراسة تفصيلية للمحتوى السكري وتكراره عبر كل أطعمة ومشروبات الطفل، كاستخدام المفكرة الغذائية لتحري السكاكر المخفية في الطعام والمشروبات الأخرى وتكرارية استهلاك الأطعمة والمشروبات عبر مختلف المصادر الغذائية للطفل.

تمتعت الدراسة الحالية بمصداقية وموثوقية عالية. تعتمد المسوح الصحية التي تستخدم الاستبيان على مقدار مصداقية إجابة الأهل، وهنا لا بد من ذكر أن أغلب الدراسات التي تناولت موضوع السلوكيات الصحية كانت للأطفال بعمر ما قبل المدرسة، حيث تقل دقة معلومات الأم عن سلوكيات طفلها سابقاً مع مرور الوقت، أما الدراسة الحالية فقد أجريت خلال الوقت الذي تقوم الأم فيه بتكوين السلوكيات الصحية للطفل. وفيما يتعلق بالموثوقية تم إعادة جمع البيانات لـ 10% من الأطفال المشمولين بالدراسة وذلك بعد موافقة الأم على إعادة الاستبيان بعد الانتهاء من تلقي طفلها للقاح. وكانت القيمة (1) مشيرة لتوافق تام بين إجابات الأم في كل الزمنين.

إن تصميم الدراسة الحالية لا يسمح بإظهار وجود علاقة سببية بين المتغيرات المستقلة والمرتبطة مثل العلاقة بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي أو معارف ومعتقدات الأمهات والسلوكيات الصحية لأن هذا يتطلب إجراء دراسات بتصميم مختلف كالدراسة الأترابية Cohort study أو دراسات الحالات والشواهد Case control study وذلك لكل متغير على حدى. إلا أن الدراسة الحالية قد قامت بالخطوة الاولى نحو إضاءة العوامل المحددة المحتملة للسلوكيات الصحية عند الأطفال بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق وبالتالي تشكيل ركيزة لدراسات مستقبلية تحدد عوامل الخطورة لاستهداف الأطفال عاليي الخطورة ببرامج وقائية وطنية.

الباب الخامس

الاستنتاجات Conclusions

1. كانت نسبة انتشار السلوكيات الصحية الفموية المتمثلة بالرضاعة الطبيعية واستخدام الكأس مرتفعة بين الأطفال الرضع بعمر السنة والقاطنين في مدينة دمشق.
2. كانت نسبة انتشار السلوكيات غير الصحية المتمثلة بإضافة السكر إلى شراب الطفل واستهلاك الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر وتكرارها مرتفعة جدا بين الأطفال الرضع بعمر السنة والقاطنين في مدينة دمشق.
3. كانت نسبة انتشار السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان والتداخلات المهنية الوقائية (زيارة طبيب الأسنان واستخدام داعمات الفلور) منخفضة جدا بين الأطفال الرضع بعمر السنة والقاطنين في مدينة دمشق.
4. كانت العلاقة بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي وبعض السلوكيات الصحية الفموية للأطفال (نمط الرضاعة، إضافة السكر لطعام وشراب الطفل وتنظيف أسنان الطفل) ذات دلالة إحصائية.
5. لم تكن العلاقة بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي واستخدام الكأس الصحية بدلاً عن الزجاجة الاصطناعية ذات دلالة إحصائية.
6. كانت العلاقة بين معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن واستخدام الكأس وإضافة السكر لطعام الطفل وتنظيف الأسنان ذات دلالة إحصائية.
7. لم تكن العلاقة بين معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن وبعض السلوكيات الصحية الموافقة (إضافة السكر لشراب الطفل وإعطاء الوجبات الخفيفة ذات المحتوى العالي من السكر) ذات دلالة إحصائية.

الباب السادس

المقترحات والتوصيات Suggestions and Recommendations

1.6 المقترحات Suggestions

1. إجراء المزيد من المسوح الصحية لتحري واقع السلوكيات الصحية الفموية لدى الأطفال في مختلف المحافظات السورية.
2. إجراء دراسات مستقبلية مفصلة حول محددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال الرضع في سورية بما فيها المحددات الاجتماعية والثقافية وتفسير الارتباط الكامن بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي وهذه السلوكيات.
3. إجراء دراسات مفصلة ومعمقة لتقييم المحتوى السكري وتكراره عبر كل أطعمة ومشروبات الطفل.

2.6 التوصيات Recommendations

تطوير برامج لتعزيز السلوكيات الصحية الفموية السليمة لدى الأطفال الرضع في مدينة دمشق ضمن مراكز رعاية الطفولة والأمومة متضمنة تعزيز السلوكيات الصحية الغذائية كترشيد استهلاك الأطعمة والمشروبات الحاوية على السكر وتعزيز السلوكيات الصحية المتعلقة بنظافة الأسنان والتداخلات المهنية الوقائية.

الباب السابع

References المراجع

ACS, G., LODOLINI, G., KAMINSKY, S. and CISNEROS, G. J. 1992. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent,* 14**,** 302-5.

ACS, G., SHULMAN, R., NG, M. W., and CHUSSID, S. 1999. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. [Comparative Study]. *Pediatr Dent, 21*(2), 109-113.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY COUNCIL ON CLINICAL, A. 2005. Policy on early childhood caries (ECC): unique challenges and treatment options. *Pediatr Dent,* 27**,** 34-5.

BEIRUTI, N. and VAN PALENSTEIN HELDERMAN, W. H. 2004. Oral health in Syria. *Int Dent J,* 54**,** 383-8.

BERG, J. H., and SLAYTON, R. L. 2009. *Early Childhood Oral Health*: Wiley.

BERTNESS, J., HOLT, K. A. 2004. *Promoting Awareness, Preventing Pain: Facts on Early Childhood Caries (ECC)*: National Maternal and Child Oral Health Resoruce Center.

BRITISH ASSOCIATION FOR THE STUDY OF COMMUNITY DENTISTRY .2009. *Delivering Better Oral Health: An Evidence-based Toolkit for Prevention* (2nd edition ed.): Department of Health.

BROWN, L. J., WALL, T. P., and LAZAR, V. 2000. Trends in total caries experience: permanent and primary teeth. *J Am Dent Assoc, 131*(2), 223-231.

CHAN, S. C., TSAI, J. S., and KING, N. M. 2002. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. *Int J Paediatr Dent, 12*(5), 322-331 .

DOUGLASS, J. M., LI, Y., and TINANOFF, N. 2008. Association of mutans streptococci between caregivers and their children. *Pediatr Dent, 30*(5), 375-387 .

EDELSTEIN, B., VARGAS, C. M., CANDELARIA, D., and VEMURI, M. 2006. Experience and policy implications of children presenting with dental emergencies to US pediatric dentistry training programs. *Pediatr Dent, 28*(5), 431-437 .

EDELSTEIN, B. L. 2002. Dental care considerations for young children. *Spec Care Dentist, 22*(3 Suppl), 11S-25S .

EDELSTEIN, B. L., CHINN, C. H., and LAUGHLIN, R. J. 2009. Eraly childhood caries: Defenition and epidemiology In Joel Berg and R. L. Slayton (Eds.), *Early Childhood Oral Health* (pp. 18-49). USA: Wiley.

FELDENS, C. A., VITOLO, M. R., and DRACHLER MDE, L. 2007. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhoodcaries. *Community Dent Oral Epidemiol, 35*(3), 215-223.

GIBSON, S., and WILLIAMS, S .1999 .Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. Further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5-4.5 years. *Caries Res, 33*(2), 101-113.

GIFT, H. C., REISINE, S. T., and LARACH, D. C. 1992. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health, 82*(12), 1663-1668 .

GRIFFIN, S. O., GOOCH, B. F., BELTRAN, E., SUTHERLAND, J. N., and BARSLEY, R. 2000 . Dental services, costs, and factors associated with hospitalization for Medicaid-eligible children, Louisiana 1996-97. *J Public Health Dent, 60*(1), 21-27 .

GRUMMER-STRAWN, L. M., SCANLON, K. S., and FEIN, S. B. 2008. Infant feeding and feeding transitions during the first year of life. *Pediatrics, 122 Suppl 2*, 36-42.

HARRIS, R., NICOLL, A. D., ADAIR, P. M., and PINE, C. M. 2004. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community DentHealth, 21*(1 Suppl), 71-85 .

HOLBROOK, W. P. 1993. Dental caries and cariogenic factors in pre-school urban Icelandic children. *Caries Res, 27*(5), 431-437 .

ISMAIL, A. I., LIM, S., SOHN, W., and WILLEM, J. M. 2008. Determinants of early childhood caries in low-income African American young children .*Pediatr Dent, 30*(4), 289-296 .

ISMAIL, A. I., TANZER, J. M., and DINGLE, J. L. 1997. Current trends of sugar consumption in developing societies. *Community Dent Oral Epidemiol, 25*(6), 438-443 .

JACKSON, R. J., NEWMAN, H. N., SMART, G. J., STOKES, E., HOGAN, J. I., BROWN, C., and SERES, J. 2005. The effects of a supervised toothbrushing programme on the caries increment of primary school children, initially aged 5-6 years. *Caries Res, 39*(2), 108-115.

JOURY, E., JOHAL, A., and MARCENES, W. 2011. The role of socio-economic position in predicting orthodontic treatment outcome at the end of 1 year of active treatment. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Eur J Orthod, 33*(3), 263-269.

KANELLIS, M. J., DAMIANO, P. C., and MOMANY, E. T. 2000. Medicaid costs associated with the hospitalization ofyoung children for restorative dental treatment under general anesthesia. *J Public Health Dent, 60*(1), 28-32 .

KARJALAINEN, S., SODERLING, E., SEWON, L., LAPINLEIMU, H., and SIMELL, O. 2001. A prospective study on sucrose consumption, visible plaque and caries in children from 3 to 6 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol, 29*(2), 136-142 .

KIWANUKA, S. N., ASTROM, A. N., and TROVIK, T. A. 2004. Dental caries experience and its relationship to social and behavioural factors among 3-5-year-old childrenin Uganda. *Int J Paediatr Dent, 14*(5), 336-346.

LOW, W., TAN, S., and SCHWARTZ, S. 1999. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent, 21*(6), 325-326 .

MARINHO, V. C., HIGGINS, J. P., LOGAN, S., and SHEIHAM, A. 2003. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD002782.

MARINHO, V. C., HIGGINS, J. P., SHEIHAM, A., and LOGAN, S. 2003 .Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD002278.

MATTILA, M. L., RAUTAVA, P., OJANLATVA, A., PAUNIO, P., HYSSALA, L., HELENIUS, H., and SILLANPAA, M. 2005 .Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand, 63*(2), 73-84 .

MATTILA, M. L., RAUTAVA, P., SILLANPAA, M., and PAUNIO, P. 2000. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res, 79*(3), 875-881 .

MCGRATH, C., BRODER, H., and WILSON-GENDERSON, M. 2004. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol, 32*(2), 81-85.

MILNES, A. R. 1996. Description and epidemiology of nursing caries. *J Public Health Dent, 56*(1), 38-50 .

NIJI, R., ARITA, K., ABE, Y., LUCAS, M .E., NISHINO, M., and MITOME, M. 2010. Maternal age at birth and other risk factors in early childhood caries. *Pediatr Dent, 32*(7), 493-498 .

PAUNIO, P., RAUTAVA, P., HELENIUS, H., ALANEN, P., and SILLANPAA, M. 1993. The Finnish Family Competence Study: the relationship between caries, dental

health habits and general health in 3-year-old Finnish children. *Caries Res, 27*(2), 154-160 .

PETERSEN, P. E., BOURGEOIS, D., OGAWA, H., ESTUPINAN-DAY, S., and NDIAYE, C. 2005 . The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ, 83*(9), 661-669.

PETERSON, J., NIESSEN, L., and NANA LOPEZ, G. M. 1999. Texas public school nurses' assessment of children's oral health status. *J Sch Health, 69*(2), 69-72 .

PINE, C. M. 1997. *Community oral health*: Wright.

PINE, C. M., ADAIR, P. M., NICOLL, A. D., BURNSIDE, G., PETERSEN, P. E., BEIGHTON, D., WHELTON, H. 2004. International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health, 21*(1 Suppl), 121-130 .

QADRI, G., NOURALLAH, A., and SPLIETH, C. H. 2012. Early childhood caries and feeding practices in kindergarten children. *Quintessence Int, 43*(6), 503-510 .

REISINE, S. T. 1988. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Annu Rev Public Health* .

SCHWARZ, E., LO, E. C., and WONG, M. C. 1998. Prevention of early childhood caries--results of a fluoride toothpaste demonstration trial on Chinese preschool children after three years. *J Public Health Dent, 58*(1), 12-18 .

SHEIHAM, A. 2006. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J, 201*(10), 625-626.

SHEIHAM, A., and BÖNECKER, M. 2006. *Promoting children's oral health: theory and practice*: Quintessence Editora Ltda.

SOC. 2000. *Standard Occupatuional Classification. 2000. Structure and descriptions of unit groups.*

STECKSEN-BLICKS, C., and HOLM, A. K. 1995. Between-meal eating, toothbrushing frequency and dental caries in 4-year-old children in the north of Sweden .*Int J Paediatr Dent, 5*(2), 67-72 .

VACHIRAROJPISAN, T., SHINADA, K., and KAWAGUCHI, Y. 2005. The process and outcome of a programme for preventing early childhood caries in Thailand. *Community Dent Health, 22*(4), 253-259 .

VAN HOUTE, J. 1994. Role of micro-organisms in caries etiology. *J Dent Res, 73*(3), 672-681 .

WHITE, R. P., JR., SHUGARS, D. A., SHAFER, D. M., LASKIN, D. M., BUCKLEY, M. J., and PHILLIPS, C. 2003. Recovery after third molar surgery: clinical and health-related quality of life outcomes. *J Oral Maxillofac Surg, 61*(5), 535-544.

WHO. 2009. *Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical student and allied health professionals.*: World Health Organization.

1. شاهين، رحاب.نخور الطفولة المبكرة و علاقتها ببعض العوامل الجرثومية وغير الجرثومية و المناعية.(دكتوراه)،دمشق، جامعة دمشق،2007.

الملخص

أنماط ومحددات السلوكيات الصحية الفموية عند الأطفال الرضّع بعمر السنة القاطنين في مدينة دمشق

(دراسة مسحية وبائية)

الغاية من الدراسة: تقييم نسب انتشار السلوكيات الصحية الغذائية والسلوكيات المتعلقة بالنظافة الفموية والسلوكيات المتعلقة بالتداخلات المهنية الوقائية لدى الأطفال الرضع بعمر السنة في مدينة دمشق، واختبار الإرتباطات بين هذه السلوكيات مع الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأهل ومعارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن.

تصميم الدراسة: مسح صحي وبائي مستعرض. **المواد والطرق:** شملت الدراسة 500 طفل وطفلة بعمر السنة. تم جمع البيانات عن طريق ملء استبيان من قبل الأمهات اللواتي حضرن إلى مراكز رعاية الطفولة والأمومة في دمشق والمختارة بطريقة الاعتيان العشوائي الطبقي. تضمن الاستبيان معلومات عن سلوكيات الطفل الغذائية والصحية الفموية والتداخلات المهنية الوقائية، ومعلومات عامة عن الوالدين ووضعهم الوظيفي ونوع العمل والمستوى التعليمي لهما بالإضافة لمعارف ومعتقدات الأم حول الصحة الفموية والسلوكيات الصحية لطفلها.

النتائج: شملت الدراسة 224طفلا و276 طفلة بعمر السنة. بالنسبة لسلوكيات الطفل الغذائية، تلقى 47% من الأطفال رضاعة طبيعية و11% تناولوا الحليب من الزجاجة، و 42% تلقوا رضاعة مشتركة. كان استهلاك السكر مرتفعا، حيث كان السكر يضاف الى مشروبات 75% من الأطفال بما فيها الحليب وكان 99% من الأطفال يتناولون وجبات خفيفة ذات محتوى عالي من السكر بين الوجبات الرئيسة. وفيما يتعلق بالنظافة الفموية، تم تنظيف أسنان 6% فقط من الأطفال بواسطة الفرشاة أو قطعة شاش نظيفة. واستخدم معجون الأسنان المفلور عند 6 أطفال فقط. أخيرا وبالنسبة للتداخلات الوقائية، زار 2% فقط من الأطفال طبيب الأسنان ونسبة مشابهة تلقت داعمات الفلور.

وجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأهل ونمط الرضاعة وإضافة السكر لطعام وشراب الطفل وتنظيف أسنانه($P>0.05$). كذلك وجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين معارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية لأطفالهن واستخدام الكأس وإضافة السكر لطعام الطفل وتنظيف أسنانه($P>0.05$).

الاستنتاجات: تشير النتائج إلى انتشار مرتفع للسلوكيات الغذائية غير الصحية المتعلقة باضافة السكر لشراب الطفل وتناول وجبات خفيفة ذات محتوى عالي من السكر وانتشار منخفض جدا للسلوكيات الصحية المتعلقة بالنظافة الفموية والتداخلات المهنية الوقائية لدى الأطفال الرضع بعمر السنة في مدينة دمشق. هذا بدوره يعتبر تقييما للإحتياجات الصحية عند هؤلاء الأطفال ويشكل ركيزة لتطوير برامج لتعزيز السلوكيات الصحية الفموية لدى الأطفال الرضع للوقاية من نخور الطفولة المبكرة بكل آثارها السلبية على الأطفال من

الناحية الصحية والنفسية والإجتماعية. قد يلعب الوضع الإجتماعي الإقتصادي ومعارف ومعتقدات الأمهات حول السلوكيات الصحية الفموية لأطفالهن دورا هاما كمحددات للسلوكيات الصحية الفموية المشاهدة عند الأطفال الرضع بعمر السنة في مدينة دمشق.

Abstract

Patterns and determinants of oral health behaviors in one-year old children living in Damascus

(cross-sectional survey)

Aims: to describe the prevalence of oral health related behaviors amongst one-year old babies living in Damascus, and test the associations between these behaviors and the socioeconomic position (SEP) as well as the mother's oral health knowledge and beliefs.

Methods: A cross-sectional survey of 500 male and female one-year old babies has been carried out. Data were collected by a self-completed questionnaire distributed to mothers attending three randomly selected Maternal and Child Health Centres in Damascus for their babies to receive vaccination. The questionnaire included data related to baby's oral health behaviours; namely, diet, oral hygiene and professional preventive interventions. Data were also collected regarding SEP information and mother's oral health knowledge and beliefs.

Results: The study included 224 male and 276 female one-year old babies. With respect to diet, only 47% of babies were breastfed, 11% were bottle fed and 42% had mixed breast and bottle feeding. The consumption of food and drinks with high sugar content was high. Sugar was added to the drinks of 75% of babies. Ninety nine percent of babies had snacks with high sugar content. Regarding oral hygiene, only 6% of babies had their teeth cleaned with a toothbrush or piece of clean gaze. Fluoride toothpaste was used in only 6 babies. Finally, the prevalence of professional preventive interventions was very low. Only 2% of babies had visited the dentist and a similar percentage has received fluoride supplements. There were statistically significant associations between SEP and type of feeding, adding sugars to baby's food and beverages, brushing baby's teeth ($P>0.05$). There were also statistically significant associations between mother's oral health knowledge and beliefs and using the sippy cup, adding sugar to baby's food and brushing baby's teeth ($P<0.05$).

Conclusion: This survey indicates a high prevalence of undesired oral health behaviors including adding sugar to baby's beverages, consumption of snacks with high sugar content amongst one-year old babies living in Damascus. It also indicates a low prevalence of desired oral health behaviors including tooth brushing and professional interventions amongst one-year old babies living in Damascus. This information is considered as an oral health needs assessment for these children to develop health promoting programs to improve oral health behaviors and hence

prevent early childhood caries and its health, psychological and social negative impact on the child's quality of life. SEP and mother's oral health knowledge and beliefs might play an important role in determining oral health behaviors amongst one-year old infants living in Damascus.