

موانع درک شده مادران در کنترل مصرف مواد قندی در کودکان ۶-۳ ساله؛ مطالعه کیفی

پروانه صحرایی^۱، دکتر نسترن کشاورز محمدی^{۲*}، دکتر هادی قاسمی^۳

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، دکتری ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مصرف مواد قندی در میان وعده‌ها از مهم‌ترین عوامل خطر مرتبط با پوسیدگی دندان است. کودکان علاقه شدیدی به مصرف این مواد دارند و والدین به دلایل متفاوت، اقدام مناسب جهت کنترل این رفتار را انجام نمی‌دهند. مطالعه حاضر با هدف تبیین موانع درک شده مادران در زمینه کنترل رفتار تغذیه با مواد قندی در کودکان صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۴۰ مادر دارای کودک ۶-۳ سال انجام شد که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختارمند استفاده شد. تمام داده‌ها ضبط و دست‌نویس شده و با تحلیل درون‌مایه‌ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت موازین اخلاقی، قبل از شروع مصاحبه، به مشارکت‌کنندگان، هدف تحقیق، روش مصاحبه، محرمانه بودن داده‌ها و آزادی آن‌ها برای ورود یا خروج از مطالعه توضیح داده شد و رضایت شفاهی آن‌ها برای شرکت در مطالعه کسب شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج این مطالعه، موانع درک شده مادران در ۳ درونمایه اصلی متشکل از موانع درک شده مربوط به مادر (عدم آگاهی و نگرش نامناسب)، موانع درک شده مربوط به کودک (شرایط روحی و رفتار نامناسب) و موانع درک شده مربوط به خانواده (فرهنگ و رفتار اعضای خانواده) قابل طبقه بندی بود.

نتیجه گیری: این پژوهش، دیدگاهی عمیق از موانع مصرف مواد قندی در کودکان از منظر مادران ایجاد می‌کند که می‌توان از آن به عنوان پایه‌ای برای مطالعات کمی آینده و آموزش به مادران در جهت ارتقاء سلامت دهان و دندان کودکان استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: موانع درک شده، مصرف مواد قندی، پوسیدگی دندان کودکان

*آدرس نویسنده مسئول:

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۲۰۴۰

Email: n_keshavars@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۱۱

مقدمه

امروزه مواد قندی به عنوان یکی از علت‌های اصلی پوسیدگی دندان شناخته شده است [۱]. نوع و شکل مواد قندی موجود در رژیم غذایی و تناوب مصرفشان بیش از مقدار قند مهم است و در صورت مصرف قند در فواصل بین غذاها، پوسیدگی بالاتر است. اگر قند به شکل چسبنده در سطح دندان مصرف شود خطر پوسیدگی افزایش می‌یابد [۲]. مطالعات نشان داده‌اند که مصرف مواد قندی به‌ویژه تعداد دفعات مصرف در بین وعده‌های اصلی غذایی در سنین کودکی می‌تواند نقش بسزایی در پوسیدگی دندان کودکان داشته باشد [۳، ۲]. بنابراین می‌توان گفت که قندها بستر مناسبی برای باکتری‌های موجود در پلاک دندانی فراهم می‌کنند و باعث تولید اسید می‌شوند که پوسیدگی دندان را به همراه دارد [۱]. پوسیدگی یک پروسه عفونی قابل برگشت و قابل پیش‌گیری است و شایع‌ترین مشکل دندانی در دوران کودکی است [۴، ۵].

سنین زیر شش سال به علت تشکیل و نمو دندان‌های شیری و رویش دندان‌های دائمی و نیز به علت نقش تعیین‌کننده دندان‌های شیری در الگوی رویش و سلامتی دندان‌های دائمی بسیار مهم است [۶]. از طرف دیگر این گروه سنی به علت کسب عادت حفظ بهداشت دهان و دندان و یادگیری رفتارهای بهداشتی از اهمیت بالایی برخوردار هستند چرا که استفاده از مواد و نوشیدنیهای شیرین در کودکان در سنین پایین باعث ایجاد عاداتی می‌شود که تا سنین بلوغ هم همچنان ادامه دارد [۷، ۶]. در این سنین، نقش والدین به خصوص مادران در محافظت و ارتقای بهداشت دهان و دندان کودکان بسیار حیاتی است. والدین می‌توانند با پرهیز از رفتارهای نامناسب تغذیه‌ای مانند مصرف زیاد مواد قندی و مایعات شیرین در سلامت دندان کودکان تأثیر بگذارند [۸]. عوامل متعددی نظیر دسترسی آسان، هزینه، عادات، فرهنگ، مزه، تمایلات شخصی و طبقه اجتماعی خانواده‌ها می‌تواند مصرف مواد قندی را در کودکان تحت تأثیر قرار دهد [۹]. مفهوم «موانع درک شده» در بسیاری از نظریه‌های رفتار سلامت از جمله الگوی اعتقاد بهداشتی معرفی شده است [۱۰]. الگوی اعتقاد بهداشتی، سازه موانع درک شده را در چارچوب انتظار ارزش قرار می‌دهد؛ یعنی هر چقدر موانع درک شده برای انجام رفتار مطلوب بهداشتی بیشتر باشد، احتمال بروز رفتار مدنظر کمتر می‌شود [۱۱]. علت انتخاب رویکرد کیفی آن است که روش‌های کیفی قادر هستند بیش عمیقی از درک و تجربیات افراد را در اختیار محققان قرار دهند، همچنین می‌توانند جزئیات ظریفی از پدیده‌هایی

که ارائه آن‌ها به روش کمی مشکل است را ارائه دهند [۱۲]. بنابراین با توجه به عدم وجود مطالعه مشابه در ادبیات تحقیق کشور و همچنین ضرورت شناسایی نگرش و باورهای مادران در طراحی برنامه‌ریزی‌ها و مداخلات آموزشی در ارتباط با بهداشت دهان و دندان کودکان، این مطالعه کیفی انجام شد. هدف مطالعه حاضر بررسی موانع درک شده مادران جهت کنترل رفتار تغذیه با مواد قندی در کودکان ۶-۳ سال بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی در سال ۱۳۹۳ در شهر کامیاران انجام شد. پژوهش کیفی به منظور توسعه شناخت پدیده‌های اجتماعی در بستر طبیعی انجام می‌شود و مبتنی بر گردآوری اطلاعات و تجربیات مشارکت‌کنندگان است [۱۳]. هدف پژوهش حاضر درک تجربه مادران در زمینه موانع کنترل رفتار تغذیه با مواد قندی در کودکان است که به صورت یک بار در روز یا عدم استفاده در بین وعده‌های اصلی غذایی، خوردن این مواد بلافاصله بعد از وعده اصلی غذایی نه به صورت میان وعده و مهمتر بودن تعداد دفعات مصرف مواد قندی نسبت به مقدار مصرف آنها بود [۱۴، ۱۵]. به این منظور ۴۰ مادر دارای کودک ۶-۳ سال از سه مرکز بهداشتی به صورت هدفمند انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل مادران دارای کودک ۶-۳ سال تحت پوشش مرکز، اهل کامیاران و ساکن این شهر از زمان تولد فرزند خود و مایل به انجام مصاحبه و داشتن توانایی در بیان تجربه‌های خود بود و از معیارهای خروج از مطالعه عدم تمایل و یا عدم توانایی برای ادامه مشارکت فرد به شرکت در پژوهش، داشتن کودک دچار اختلال روانی یا معلولیت بود.

مشارکت‌کنندگان از نظر سن مادر، سن کودک، جنسیت و رتبه تولد کودک، شغل و تحصیلات والدین، بعد خانوار تنوع لازم برای به دست آوردن تجارب مختلف را داشتند. فرآیند گردآوری داده‌ها با روش مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند با استفاده از راهنمای مصاحبه که شامل سؤالات باز بود به صورت انفرادی تا اشباع داده‌ها یعنی تکراری شدن اطلاعات صورت گرفت. با این وجود پیشنهاد شده است که پس از آنکه پژوهشگر احساس کرد داده‌های بدست آمده در حال تکرار هستند چند مصاحبه تکمیلی برای تأیید این عقیده خود انجام دهد [۱۶] که در این مطالعه تا مصاحبه چهارم اشباع داده‌ها از نظر محقق حاصل شد و به منظور اطمینان از اینکه داده‌های جدیدی وجود ندارد سه مصاحبه دیگر هم انجام گرفت.

طبق نظر لینکن و گوبا از ملاک‌های اعتبار، اعتماد و تأییدپذیری و انتقال‌پذیری داده‌ها استفاده گردید. به منظور افزایش مقبولیت یا اعتبار داده‌ها در این پژوهش، از تنوع افراد شرکت‌کننده و اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری و تفسیر یافته‌ها استفاده شد، همچنین متن مصاحبه‌ها به چند نفر از شرکت‌کنندگان برگردانده شد تا میزان انطباق تفسیر نتایج با تجارب آن‌ها بررسی شود. قابلیت اعتماد داده‌ها، با ثبت کامل تمام جزئیات پژوهش درباره چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و ارائه گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هریک از طبقات تأمین گردید.

برای افزایش تأییدپذیری پژوهش، محقق از روش تعلیق استفاده کرد. بدین معنا که محقق، پیش‌فرض‌های خود را در مورد موانع مادران در زمینه کنترل مصرف مواد قندی در کودکان را از ابتدای تحقیق کنار گذارد، همچنین متن مصاحبه‌ها و کدها استخراج‌شده توسط اساتید محترم راهنما و مشاور تأیید و از نظرات تکمیلی آنان استفاده و تأییدپذیری یافته‌ها مشخص شد. برای بالا بردن انتقال‌پذیری داده‌ها، مراحل انجام مطالعه به طور دقیق نوشته شد تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای دیگران فراهم گردد [۱۹]. به منظور رعایت موازین اخلاقی، قبل از شروع مصاحبه، به مشارکت‌کنندگان هدف تحقیق، روش مصاحبه، محرمانه بودن داده‌ها و آزادی آن‌ها برای ورود یا خروج از مطالعه توضیح داده شد و رضایت شفاهی آن‌ها برای شرکت در مطالعه کسب شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک ۴۰ مادر مشارکت‌کننده که محدوده سنی آن‌ها ۲۱-۴۴ سال بود همراه با ویژگی کودکان آن‌ها در جدول شماره یک بیان شده است. درخصوص رفتار مصرف مواد قندی باید گفت که اکثر کودکان دو بار یا بیشتر از دو بار در روز بین وعده‌های اصلی غذایی از مواد قندی استفاده می‌کردند. موانع شناسایی‌شده در سه درونمایه اصلی طبقه‌بندی گردید که تفصیل هر یک از این طبقات در جدول شماره دو آورده شده است.

همچنین محل انجام مصاحبه با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین می‌شد. در حین مصاحبه‌ها تمرکز اصلی بر توصیف مشارکت‌کنندگان از تجربیاتشان بود، همچنین از سؤالات کاوشی مانند "ممکن است یک مثال زنده بزنید، چگونه ...؟" جهت شفاف‌تر شدن و برطرف کردن ابهامات و عمق بخشیدن به پاسخ‌ها استفاده شد. مدت مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۴۰ دقیقه بود. با اجازه و اطلاع قبلی مصاحبه‌شوندگان تمامی مصاحبه‌ها روی دستگاه ضبط صوت ضبط شد، در طی مصاحبه از فرآیند مصاحبه و پیام‌های غیرکلامی مصاحبه‌شوندگان مانند لحن کلام، سکوت، تأکید و ... یادداشت برداری شد. محقق بلافاصله پس از هر مصاحبه و قبل از مصاحبه بعدی، متن ضبط شده را بعد از چند بار گوش دادن به همراه ارتباطات غیرکلامی کلمه به کلمه در محیط word تایپ می‌کرد. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز انجام می‌گرفت و برای این کار از روش تحلیل تماتیک (درون‌مایه‌ای) استفاده شد. پس از بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها، استخراج واحدهای معانی از متن مصاحبه‌ها و نام‌گذاری در قالب کدهای ابتدایی انجام شد. سپس در مرحله تدوین درون‌مایه‌ها، کدها به برگه‌های کد انتقال یافته و طبقات از آن‌ها به دست آمد. طبقات با سازه یکسان، گروه‌بندی و درهم ادغام شدند. طبقه با توجه به ویژگی‌های کلمات بکار رفته در آن نام‌گذاری شد. بدین معنا که کدهای مشابه در یک طبقه تحت عنوان درون‌مایه فرعی طبقه‌بندی گردیدند [۱۷، ۱۸].

بعد از تدوین درون‌مایه‌های فرعی با در نظر داشتن همسانی درونی و برونی، سعی بر آن گردید که داده‌های موجود در هر درون‌مایه علاوه بر پیوستگی درونی با داده‌های درون‌مایه‌های دیگر نیز تمایز داشته باشند. مرحله نهایی تحلیل تماتیک با توجه به رویکرد استقرایی مطالعه با هدف تدوین طبقه‌نهایی صورت گرفت. جوهره‌های هر یک از درون‌مایه‌ها شناسایی گردید و تحت عنوان درون‌مایه‌های اصلی نام‌گذاری گردیدند، سپس تلاش گردید با تجمیع معانی تمام درون‌مایه‌ها، بیان جامعی از موانع درک شده مادران از بهداشت دهان و دندان کودکان ۳-۶ سال ارائه گردد. برای تأیید مطالب نیز از نقل‌قول‌های مشارکت‌کنندگان مثال آورده شد. در ارزیابی روایی و پایایی این پژوهش،

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک مادران مشارکت‌کننده و کودکان آن‌ها

دموگرافیک	سن کودک				جنسیت کودک		تحصیلات مادر		شغل مادر		
	سال ۳	سال ۴	سال ۵	سال ۶	دختر	پسر	بیسواد	ابتدایی و راهنمایی	دیپلم و بالاتر از دیپلم	خانه دار	کارمند
فراوانی	۱۱	۱۴	۹	۶	۱۸	۲۲	۵	۱۹	۱۶	۲۹	۱۱

جدول ۲- موانع درک شده مادران در زمینه کنترل رفتار تغذیه با مواد قندی

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	کد
موانع درک شده مربوط به مادر	آگاهی	عدم آگاهی
	نگرش	عدم اهمیت دندان شیری عدم باور به تأثیرات بد مصرف نامناسب مواد قندی بر دندان
موانع درک شده مربوط به کودک	شرایط روحی	علاقه و تمایل
	رفتار	عادت رفتاری نامناسب
موانع درک شده مربوط به خانواده	فرهنگ و رفتار	روش تربیتی
	اعضای خانواده	رفتار اطرافیان

به این دندونا نمی‌دم، ولی دندونای اصلیش که دربیاد براش سخت‌گیری می‌کنم" لیسانس، ۳۲ ساله.

"دندون بچم که عفونت کرده بود درد می‌کرد، از داروخونه یه شربت بروفن و آموکسی سیلین براش گرفتم، دردش ساکت شد، آخه برای بچه دیگم می‌خریدم دردشو ساکت می‌کرد، اگه می‌بردمش دندونپزشکی که ممکن بود یه عالمه پول بگیره تا خوبش کنه، من فقط می‌خاستم دردش ساکت بشه تا هر وقت که دندوناش بیوفته" ابتدایی، ۲۹ ساله.

• **عدم باور به تأثیرات بد مصرف نامناسب مواد قندی بر دندان**
حدود نیمی از مادران تأثیر منفی مصرف نامناسب مواد قندی را بر دندان کودکان درک نمی‌کردند و نسبت به این مسئله بی‌اهمیت بودند. از نظر نیمی از مادران مصاحبه شونده، مصرف مناسب مواد قندی عامل مهمی در پوسیدگی دندان نبود، بلکه جنس دندان را مهمتر می‌دانستند و معتقد بودند که اگر جنس دندانها خوب باشد، حتی با وجود مصرف زیاد مواد قندی باز هم سالم می‌مانند، "شاید باورتون نشه شوهرم سال‌به‌سال مسواک نمی‌زنه ولی دندوناش هیچ مشکلی نداره، به نظر من به مسواک و نخوردن این چیزا نیست، جنس دندون بچم به خودم رفته، بده جنسش" لیسانس، ۳۲ ساله.

تعدادی از مادران مانع خوردن مواد قندی در کودکان می‌شدند، نه به خاطر تأثیر بد آن بر دندانهای کودک بلکه به دلیل ترس از دیابت، مثلاً می‌گفتند که:

"سعی می‌کنم خیلی کم بهش بدم مگه اینکه توی مهمونیا بخوره، آخه تو خونوادمون سابقه دیابت داریم، می‌ترسم اینم دیابت بگیره" لیسانس، ۳۴ ساله.

ب) موانع درک شده مربوط به کودک

مطابق با گفته‌های مشارکت‌کنندگان، تعدادی از موانع که به آن اشاره نمودند به کودک مربوط می‌شد که آن‌ها توانایی یا مهارت رفع آن را نداشتند.

الف) موانع درک شده مربوط به مادر

بعضی از موانع کنترل رفتار مصرف موادی قندی در کودکان که مادران آن را تجربه کرده و مرتبط با عدم آگاهی و نوع نگرش آن‌ها بود به شرح زیر است:

• موانع مربوط به آگاهی

عدم آگاهی مادران در زمینه مصرف مواد قندی به صورت یک بار در روز یا عدم استفاده در بین وعده‌های اصلی غذایی، همچنین خوردن این مواد بلافاصله بعد از وعده‌های اصلی غذایی نه به صورت میان وعده بیشترین مانع به دست آمده از مصاحبه با مادران بود که حدود ۹۰ درصد مادران به آن اشاره کردند.

"میدونستم که مواد شیرین برای دندون ضرر داره ولی در مورد اینکه بهتره بچه فوراً بعد از غذا بخوره و یا بین وعده‌های غذایی کمتر بخوره اصلاً چیزی نمیدونستم" دیپلم، ۲۸ ساله
"من اصلاً نمیدونستم که تعداد دفعاتش مهم‌تر از مقدارشه، خب اگه میدونستم که میشد حداقل تا حدودی رعایت کرد واسه بچه" دیپلم، ۲۷ ساله.

• نگرش‌های نامناسب

یکی دیگر از موانع شناسایی شده در پژوهش نگرش‌های نامناسب مادران بود که با نقل‌قول‌ها به همان صورتی که بیان‌شده است در ادامه ارائه می‌گردد.

• عدم اهمیت دندان شیری

حدود ۸۰ درصد از مشارکت‌کنندگان اظهار نمودند که دندانهای شیری به علت عمر کوتاه آن‌ها اهمیت زیادی ندارد که در مصرف مناسب مواد قندی برای کودکان سخت‌گیری کنند و در صورت خرابی نهایتاً این دندانها می‌افتند و دندانهای دائمی جایگزین آن می‌شوند:

"این دندونای شیری که دیر یا زود میوفتن، بچه‌ها هم که توی این سن و سال چیزی رو درک نمیکنن که تا صبح بهش بگی ضرر داره نخور، پس کاریش نمیشه کرد، من که اهمیتی

مربوط به فرهنگ، روش تربیتی و رفتار اعضای خانواده بود که به آن اشاره می‌گردد. فرهنگ و آداب خانواده در تربیت کودک و همچنین نحوه رفتار اطرافیان و نزدیکان کودک از جمله موانع مصرف مناسب مواد قندی در کودکان بود. نوع روش تربیتی کودکان توسط والدین، دلیل دیگری بود که نیمی از مادران به آن اشاره کردند. مادران بیان کردند که یکی از راه‌های ساکت کردن کودک، دادن شکلات و شیرینی به کودک است و در برخی از موارد، کودک خود جهت خرید مواد قندی اقدام می‌کرد و حتی در بعضی موارد پدر، کودک را جهت انجام این کار نیز تشویق می‌نمود:

"متأسفانه قبلاً هم شیرینی، هم قند و چای زیاد می‌خورد. وقتی بهونه می‌گرفت، دلم نمی‌ومد بهش ندم آخر همین یه بچه رو دارم، نمیتونستم گریه هاشو ببینم مخصوصاً وقتی چشمش به قندون قند می‌افتاد، ولی حالا که یکی دو تا ازدندوناش خراب شده کمتر بهش میدم" فوق‌دیپلم، ۳۰ ساله.

طبق اظهارات مادران در این مطالعه، علاوه بر رفتار والدین، رفتار سایر اعضای خانواده بر کنترل رفتار کودک در زمینه مصرف مواد قندی تأثیر داشت. مادران اظهار داشتند که یکی از راه‌های محبت کردن به کودک توسط اطرافیان دادن شکلات و شیرینی به کودک است و حتی در مواردی نیز اطرافیان در خانه یا با حضور در جشن‌ها و مهمانی‌ها، تنها راه ساکت کردن کودک را دادن شکلات و شیرینی به او می‌دانستند:

"خودمم اگه جلوشو بگیرم با عمه‌ها و مادر بزرگ و پدر بزرگ و عموهاش چیکار کنم، آخر ما باهم زندگی می‌کنیم، نمیتونم که به اونا تذکر بدم یا جلوی اونارو بگیرم بهش ندم، بیرونم که می‌برنش بازم براش شیرینی شکلات می‌خرن، اینم که عاشق شکلات" دیپلم، ۲۶ ساله.

بحث

با وجود پیشرفت‌های جدید در علم دندان پزشکی در صد سال اخیر، دندان دچار پوسیدگی حتی پس از انجام درمان‌های پیشرفته، هرگز به حالت اولیه و طبیعی خود باز نمی‌گردد، چون بازیابی عملکرد بافت اولیه و طبیعی امکان‌پذیر نیست، به همین دلیل پیشگیری تنها راه اصولی در جهت مقابله و جلوگیری از وقوع این بیماری محسوب می‌شود [۲۰]. امروزه مواد قندی عمدتاً به شکل میان وعده‌ها (موادی که غیر از سه وعده غذایی اصلی مصرف می‌شوند) و نوشیدنی‌های شیرین در اختیار افراد قرار می‌گیرد و کودکان و دانش‌آموزان مصرف‌کنندگان اصلی این مواد فوق می‌باشند [۹].

•علاقه و تمایل زیاد کودک به مصرف مواد شیرین

بیشتر مادران علاقه و تمایل کودکان به مواد قندی را علت دیگر مصرف زیاد آن بیان کردند. نیمی از مادران در این مطالعه، یکی دیگر از علل مصرف زیاد مواد قندی در کودکان را دشواری صرف‌نظر کردن کودک از مواد قندی می‌دانستند، از نظر آنها به راحتی نمی‌توان مانع خوردن کودک از مواد قندی شد و در نهایت چاره‌ای جز کنار آمدن با مصرف زیاد آن توسط کودک نداشتند: "علاقه زیادی به شکلات، کاکائو، هرچیز شیرین دیگه‌ای مثل قند داره. اونم نه به یکی دو تا راضی بشه، بسته بسته می‌خواد، شاید روزی سه چهار بار بخوره، آخه بچه های کوچیک که چیزی نمی‌فهمن تا صبح هم بهش بگی نخور باز بی فایده‌س" فوق‌دیپلم، ۳۴ ساله.

"یکسره تو خونه در حال دعواییم، سر خوردن شکلات و شیرینی، پسر و ولی گوش نمی‌ده و هیچ فایده‌ای نداره، حلالم بعضی وقت‌ها که از درد دندون ناله می‌کنه، باباش بهش میگه حقه، اونموقع می‌گفتیم شکلات شیرینی نخور گوش نمی‌دادی" ابتدایی، ۲۸ ساله.

•عادات رفتاری نامناسب

عادات غذایی نامناسب در کودکان یکی دیگر از دلایل مصرف نامناسب مواد قندی در کودکان بود که مادران به آن اشاره نمودند، مثلاً هر شب، بهانه خوردن چای که در بعضی موارد به صورت مشترک با مادر یک فنجان خورده می‌شود، عادت خوردن یک لیوان شیر در شب، بعد از مسواک از جمله مواردی بود که توسط مادران بیان شد:

"والا میخوره، زیادم میخوره، تا بتونم سعی می‌کنم جلوشو بگیرم ولی به حرفم گوش نمی‌ده، مخصوصاً چای هر وقت خودمون میخوریم، اونم بهونه چای میگیره، منم چای ته استکان خودمو بهش میدم، به خاطر اینکه کمتر بخوره" بی‌سواد، ۴۲ ساله

«شکلات شیرینی خیلی کم بهش میدم، چای هم نمیدارم زیاد بخوره، به جای اون همیشه آخر شب یه لیوان شیر میخوره، عادت کرده باید حتماً هم بخوره، شده بعضی وقتا شیر تو خونه نداشتیم، میگه آب شیرین کنیم، بهش بدیم، بعضی مواقع قبل از مسواک و بعضی وقتها بعد از مسواکش میخوره، اگه زودتر بره مسواکش رو بزنه که شیرشو آخر شب میخوره و میخوابه» فوق‌لیسانس، ۳۱ ساله

البته یکی از مادران نیز بیان نمود که کودکش به علت حساسیت‌های پوستی برخی مواد شیرین و قندی را مصرف نمی‌کند.

پ) موانع درک شده مربوط به خانواده و فرهنگ

گروه دیگری که از تجربیات و دیدگاه مادران به دست آمد

خودسرانه و بی‌رویه داروهایی نظیر استامینوفن و آنتی‌بیوتیک در موقع درد دندان روی می‌آوردند [۲۷].

کمبود مهارت‌های تربیتی والدین برای مواجهه با علاقه و اصرار کودک به مصرف مواد قندی نیز به عنوان یک مانع شناخته شد. در مطالعه شریفی بر کودکان ۵-۳ سال نتایج نشان داد که ۷۰ درصد کودکان به خوردن مواد قندی علاقه داشتند [۲]. در این پژوهش مادران کنترل مصرف مواد قندی در کودکان را مختص زمان رویش دندان‌های دائمی می‌دانستند. در حالی که یکی از مهمترین راهها جهت کنترل پوسیدگی دندان، کنترل و تعیین عادات غذایی در کودکان است [۲۸].

فرهنگ و روش تربیتی نادرست از دیگر موانع بیان‌شده توسط مادران بود. یکی دیگر از مشکلات مصرف مناسب مواد قندی که بارها از سوی شرکت‌کنندگان در مطالعه بیان گردید، عادت کودک به خوردن چای با قند فراوان بود که متأسفانه در مواردی مشارکت‌کنندگان به استفاده مشترک مادر و کودک به صورت همزمان از یک فنجان اشاره داشتند. این نشان می‌دهد که بخشی از مشکلات پوسیدگی دندان کودکان می‌تواند با بهداشت ضعیف دهان و دندان مادران مرتبط باشد، چرا که مطالعات نشان می‌دهند که تعداد باکتریهای موجود در دهان مادر و نیز پوسیدگی‌های فعال دندان مادر، عوامل خطر قوی برای پوسیدگیهای زودرس دندان کودکان است [۲۹]. در بسیاری از خانواده‌ها، شیرینی و شکلات به‌عنوان سمبل محبت به کودک و یا ابزاری برای سرگرم کردن و یا ساکت کردن کودک رایج بود که در برخی از مطالعات نیز این امر گزارش شده است [۳۰]. والدین، کودکان خود مخصوصاً پسرها را در خرید و خوردن مواد قندی کاملاً آزاد گذاشته بودند. برخی مطالعات گزارش کرده‌اند، علت میزان شیوع زیاد پوسیدگی در پسرها، آزادی عمل بیشتر آنها جهت تهیه مواد قندی است؛ مثلاً ارون نیز در مطالعه خود بر روی کودکان پیش‌دبستانی، علت شیوع بالای پوسیدگی در پسرها را آزادی بیشتر و کنترل کمتر والدین در خوردن انواع شیرینی‌ها، تنقلات و رعایت بهداشت گزارش کرد [۳۱]. همچنین در مطالعه‌ای که بر روی کودکان ۱ تا ۴ سال در اردن انجام شد، پسرهای بیش از دخترها مبتلا به پوسیدگی دندان‌های شیری بودند که علت آن را در ارتباط با وضعیت سنتی و بیش از حد آزاد گذاشتن پسرها در مصرف مواد قندی در بین وعده‌های غذایی در فرهنگ عربی می‌دانستند [۳۲].

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که سلامت دندان کودکان ۶-۳ سال شهر کامیاران با موانع و چالش‌هایی

در بسیاری از مطالعات ارتباط مثبتی بین مصرف قند و پوسیدگی دندان وجود دارد [۲۳-۲۱]. شکل دهی عادت و رفتار تغذیه‌ای مناسب در ارتباط با مصرف مواد قندی در کودکان امر پیچیده‌ای است و در ارتباط والدین با موانعی مواجه هستند. از مهم‌ترین موانع یافت شده در این مطالعه، عدم آگاهی مادران در خصوص نحوه مناسب مصرف مواد قندی برای کودکان خود بود که بیش‌ترین فراوانی را در این رفتار به خود اختصاص داده بود. به همین دلیل این امر باعث شده بود که بدون توجه به این مسئله، کنترلی در مصرف بی‌رویه یا نامناسب مواد قندی در کودکان نداشته باشند. مطالعه نادری و همکاران نشان داد که بیشتر مادران دارای آگاهی ضعیف و متوسطی در زمینه بهداشت دهان و دندان هستند. بنابراین نیاز مبرم به آموزش مادران در این زمینه است، زیرا آگاهی بر نوع نگرش اثر داشته و پایه و اساس رفتار بهداشتی مناسب است [۲۴].

نگرش نامناسب مادران از جمله مهم نبودن دندان شیری و عمر کوتاه آن دومین مانع مهم در جهت کنترل رفتار تغذیه با مواد قندی در کودکان بود. این نگرش ممکن است سبب شود، مادران سخت‌گیری و نظارت کافی در مصرف مناسب مواد قندی و رعایت بهداشت دهان و دندان در کودکان را مختص زمان رویش دندان‌های دائمی بدانند و ارزش و اهمیتی جهت مراقبت از دندان‌های شیری قائل نشوند. مطالعه صابر و همکاران نیز نشان داد که مادران اهمیتی برای دندان شیری قائل نبوده و اعتقاد دارند، دندان شیری موقت است و جای آن دندان دائمی می‌رود و بنابراین ضرورتی برای پر کردن و خدمات دندان‌پزشکی احساس نمی‌کردند [۲۵]. همچنین در مطالعه‌ای در کشور مالزی نسبت به پیشگیری از پوسیدگی دندان در کودکان نشان داده شد که مادران نگرش و عملکرد ضعیفی نسبت به بهداشت دهان و دندان کودکان خود دارند [۲۶].

همانطور که گفته شد در نتیجه آگاهی ناکافی و نگرش‌های نادرست است که ممکن است والدین رفتارهای نادرستی در قبال پوسیدگی دندان و یا درد ناشی از آن داشته باشند که در پژوهش حاضر نیز مادران در مواجهه با پوسیدگی دندان کودکان خود صرفاً اقدام به مصرف خودسرانه داروهای مسکن و آنتی‌بیوتیک برای کودک می‌نمودند. همچنین عدم باور به تأثیرات بد مصرف نامناسب مواد قندی بر دندان و تکیه بر دو عامل ارث و جنس دندان نیز از سایر نگرش‌های مربوط به مادران بود که مانع کنترل مصرف مواد قندی در کودکان می‌شد. نتایج مشابهی در مطالعه پیشوا و همکاران نشان داد که مادران عمدتاً اعتقاد به نقش ارث و جنس دندان در ایجاد پوسیدگی داشته و در نتیجه به مصرف

شایان توجهی در اجرای هر چه بهتر این پژوهش می‌شد. در ضمن این مطالعه فقط دیدگاه مادران را در نظر گرفته است و این می‌تواند یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه باشد چرا که عوامل متعددی از جمله نظرات دندان‌پزشکان و افراد ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی نیز می‌توانست کمک کننده باشد.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه و مطالعات مشابه در این زمینه، تجارب موجود و محدود مطالعات در مورد اصلاح رفتار تغذیه‌ای کودکان، لزوم اقدامات آموزشی به طرق مختلف و از مسیرها و روشهای متفاوت مانند مهدهای کودک، مراکز بهداشتی و درمانی و رسانه‌ها به والدین مشخص می‌گردد و به نظر می‌رسد از مهم‌ترین راهکارهای کاهش پوسیدگی و افزایش سطح سلامت دهان و دندان کودکان خردسال باشد [۳۴،۳۳].

مواجهه است که در صورت تداوم، باعث اختلال در سلامت دندان آنان گردد. از آنجا که مادران تأثیرگذارترین عامل در ایجاد عادات‌های بهداشتی در کودکان خود هستند [۳۳]، لذا بهتر است در مداخلات ارتقاء دهنده سلامت دهان و دندان کودکان، موانع درک شده مادران را در ارتباط با آموزش عادات بهداشتی را رفع نماید. در این راستا ضرورت دارد موانع و مشکلات از منظر مادران شناسانده شود و با افزایش سطح آگاهی، امکان تغییر و اصلاح در عملکردشان فراهم گردد. از محدودیت‌های مطالعه، سهم بسیار کم مطالعات مربوط به گروه سنی ۶-۳ سال و در خصوص این موضوع، هم در ایران و هم در جهان بود که مانع دسترسی محقق به این نوع مطالعات شد. به طوری که محقق در بررسی خود در ایران به چنین مطالعه‌ای با این وسعت و کیفیت تا زمان انجام پژوهش حاضر دسترسی پیدا ننمود. اگر در حین تحقیق، محقق به چنین مطالعات مشابهی دست یافته بود، کمک

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد، محققین از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

REFERENCES

1. Burt BA, Pai S. Sugar consumption and caries risk: a systematic review. *Journal of dental education* 2001;65(10):1017-23.
2. SoltanDallal MM, Dargahi H, Mehrani F, SharifiYazdi MK, RahimiForushani A, Miremadi SA. The Role Of Streptococcus Mutants In Dental Caries In Two Groups Of Sensitive And Resistance Children Age Between 3 To 5 Years. *Journal of PayavardSalamat* 2013;6(6):467-77. (In Persian).
3. Burt B, Eklund S, Morgan K, Larkin F, Guire K, Brown L, et al. The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study. *Journal of Dental Research* 1988;67(11):1422-9.
4. Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2009;21(1):1-10.
5. Nabipour AR, Azvar KH, Zolala F, Ahmadinia H, Soltani Z. The Prevalence of Early Dental Caries and Its Contributing Factors among 3-6-Year-Old Children in Varamin, Iran. *Journal of Health & Development* 2013;2(1):12-20. (In Persian).
6. Ministry of Health and Medical Education, Deputy For Health, Oral Health Department. Oral health status of Iranian children 2008; P: 2-8. (In Persian).

7. Mohebbi SZ. Early Childhood Caries and a Community Trial of its Prevention in Tehran, Iran [dissertation]. Faculty of Medicine:University of Helsinki Finland 2008; P: 20-30.
8. Brown LF. Research in dental health education and health promotion: a review of the literature. Health Education & Behavior Health Education & Behavior 1994;21(1):83-102.
9. SavadiOskuee S, AlizadehOskuee P, Mohammadi N, Kimiaie S, Vatandoost H. The Relationship between Snacks and Sweet Drinks Consumption at School Times with First Molar Cavities Level. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2007;7(1):46-51. (In Persian).
10. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar MH, KarimiShahanjarini A. Perceived Barriers and Self-efficacy: Impact on Self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences 2010;15(4):69-78. (In Persian).
11. Champion V, Skinner C. The health belief model. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, Viswanath K, eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. San Francisco, Calif: Jossey-Bass 2008; P: 45-62.
12. Hosseini SV, Anoosheh M, Abbaszadeh A, Ehsani M. Adolescent girls and their parents' perception of exercise habit barriers. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(2):148-57. (In Persian).
13. Nilchian F SM, Jabbarifar SE, Soheilipour S. Identification of educational needs to promote oral health from the standpoint of patients referring to Shariati dental clinic in Isfahan:a qualitative research. Journal of Isfahan Dental School 2012;7(5):790-7.
14. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Journal of Public health nutrition 2004;7(1):201-26.
15. Healthcare Improvement Scotland. Preventing Dental Caries in Children at High Caries RiskSection 3: Primary prevention of dental caries.2013. Available From: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/47/section3.html#top>. Accessed May 29, 2013.
16. Ranjbar H, Haghdooost A-A, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani M, Bahrami N. Sampling in qualitative research: A Guide for beginning. Journal of army university of medical sciences 2012;10(3):238-50. (In Persian).
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Journal of Qualitative Research in psychology 2006;3(2):77-101.
18. Abed Saeedi j, Ali Akbari S. Medical and health science research method. 2nd ed. Tehran: nashresalemi 2008; P: 112 - 13. (In Persian).
19. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeichehr M. Strategies to enhance Rigour in qualitative research. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2013;5(3):671. (In Persian).
20. Mossaheb P, Abadi A, Amini M. The Relationship between Food Intake and Dental Caries in a group of Iranian Children in 2009. Journal of Research in Dental Sciences 2011;7(4):50-42. (In Persian).
21. Touger-Decker R, Van Loveren C. Sugars and dental caries. The American journal of clinical nutrition 2003;78(4):88-92.
22. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. The Lancet 2007;369(9555):51-9.
23. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. Bulletin of the World Health Organization 2005;83(9):694-9.

24. Naderifar M, Akbarsharifi T, Pairovi H, Haghani H. Mothers' Awareness, regarding Oro dental Health of their Children at age of 1-6 Years old. *Journal of Nursing* 2006;19(46):15-27. (In Persian).
25. Saber M, Bahrampoor A, Hashemi V. Effect of direct education of mothers about oral hygiene on the rate of dmf on pre-school children. *Journal of Dental School* 2003;21(4):518-28. (In Persian).
26. Mani SA, John J, Ismail NM, Ping WY. Early Childhood Caries: Parent's Knowledge, Attitude and Practice Towards Its Prevention in Malaysia: INTECH Open Access Publisher. 2012; P:1-4.
27. Pishva N, Asefzadeh S, Pishva M, Majedi Z. Traditional beliefs and behaviors of mothers and teachers related to oral health of children in rural district of Qazvin: a qualitative study. *Journal of Islamic Dental Association of Iran* 2009;20(4): 292-300. (In Persian).
28. Pakdel A, Valaei N, Mirzabeygi N. Relationship between sweetness preference and dental caries in mother child pairs. *Journal of Islamic Dental Association of Iran* 2005;17(4):99-107.
29. Douglass J, Li Y, Tinanoff N. Association of mutans streptococci between caregivers and their children. *Journal of Paediatric Dentistry* 2008;29(5):375-87.
30. Astrøm AN, Kiwanuka SN. Examining intention to control preschool children's sugar snacking: a study of carers in Uganda. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2006;16(1):10-18.
31. Eronat N, Eden E. A comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschool children. *Journal of clinical pediatric dentistry* 1991;16(4):275-9.
32. Hattab FN, Al-Omari MA, Angmar-Månsson B, Daoud N. The prevalence of nursing caries in one-to-four-year-old children in Jordan. *Journal of dentistry for children* 1999;66(1):53-8.
33. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Journal of Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2007;35(4):272-81.
34. Ajami B, Ebrahimi M. Evaluation of oral health status amongst 6-7 year-old children in Mashhad in 2001. *Journal of Mashhad Dental School* 2006;29(3-4):235-4. (In Persian).

Mothers' perceived barriers in the control of sweets consumption in 3-6 years old children; a qualitative study

Parvaneh Sahrai¹, Nastaran Keshavarz Mohammadi^{2*}, Hadi Ghasemi³

1. MSc in Health Education, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Associate Professor in Health Promotion, Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Community Dentistry, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background and Aims: Consumption of sweets (snack foods) is one of the most important risk factors associated with dental decay. Children have a great interest in using snack foods. Most children, however, are disadvantaged of taking appropriate action by their parents to control their nutritional behaviors, because of various reasons. This study aimed to explore mothers' perceived barriers in the control of sweets consumption by their children.

Materials and Methods: The present qualitative study consisting of 40 mothers having 3-6 years old children was performed on Kamyaran residents in 2014 to evaluate their attitudes towards barriers in the control of sweets consumption. Participants were selected based on purposeful sampling and semi-structured interviews were exploited in order to data gathering. Transcriptions of all interviews were analyzed employing content analysis technique to extract main themes according to research questions. Before each interview mothers were informed regarding aim of research, interview style, freedom to leave the interview and the way interview content would be kept private.

Results: The data analyzed suggests that it was possible to categorize mothers' perceived barriers into three main themes including a) mother related barriers (lack of knowledge and inappropriate attitude), b) child related barriers (emotional status and inappropriate behavior) and c) family related barriers (culture and behavior of family members).

Conclusion: It is hoped that the present research will broaden our understanding of perceived barriers of mothers which could be utilized for future quantitative researches and dental health educational programs.

Key words: Perceived Barriers, Sweets Consumption, Dental Caries

*Corresponding Author:

School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: +982122432040, **Fax:** +982122432037

Email: n_keshavars@yahoo.com

Received: 2 May 2015

Accepted: 3 October 2015