

تأثیر آسیب‌های تروماتیک دندانی همراه با وضعیت اکلوژن بر کیفیت زندگی کودکان ۳-۵ سال
و خانوادگی آنهارومینا مظاهری^۱
سیدابراهیم جباری‌فر^۲
رویا فروغی ابری^۳
شکوفه نوبهار^۴
مریم زره‌پوش^۵

۱: استادیار، گروه اطفال، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
 ۲: استادیار، گروه اطفال، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۳: نویسنده مسؤؤل: دستیار تخصصی، گروه اطفال، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. Email: ro.foroughi@gmail.com
 ۴: استادیار، گروه اطفال، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
 ۵: دندان پزشک، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: صدمات دندانی و مال اکلوژن، باعث ایجاد درد و ناراحتی در کودکان شده و به دلیل ارتباط نزدیک کودک و خانواده، باعث نگرانی و اضطراب خانواده‌ها نیز می‌گردد. هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر آسیب‌های دندانی همراه با وضعیت اکلوژن دندان‌های شیری، بر کیفیت زندگی کودکان ۳ تا ۵ ساله‌ی شهر اصفهان و خانواده‌های آنها بود.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، از نوع مقطعی بود. والدین ۲۹۵ کودک ۳-۵ ساله‌ی دختر و پسر چهار ناحیه‌ی آموزش و پرورش شهر اصفهان، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی را تکمیل کردند. در کودکان مصدوم، فرم ارزیابی (پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت) مربوط به صدمات دندانی توسط شخص معاینه‌کننده‌ای که از قبل آموزش دیده، تکمیل گردید. اطلاعات حاصل از وضعیت اکلوژن، آسیب‌های دندانی و کیفیت زندگی، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ گردید. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی، تحلیلی و ارتباط متغیرهای کمی و کیفی از طریق آزمون‌های χ^2 ، من‌ویتنی، تی‌مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تعقیبی LSD، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و داده‌هایی که ($p \text{ value} < 0/05$) بودند، معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بیشتر کودکان مصدوم (۵۱/۴ درصد)، از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند. تعداد زیادی از کودکان غیر مصدوم (۸۱/۷ درصد)، کیفیت زندگی خوب داشتند. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودک و خانواده در گروه مصدوم، به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه غیر مصدوم بود ($p \text{ value} < 0/001$). میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه Distal step به‌طور معنی‌داری کمتر از دو گروه دیگر بود ($p \text{ value} = 0/01$). آسیب‌های جابه‌جایی و شکستگی هر دو باعث کاهش کیفیت زندگی شده بودند، اما بین آسیب‌های جابه‌جایی و شکستگی تفاوت معنی‌داری در میزان کاهش کیفیت زندگی مشاهده نشد ($p \text{ value} = 0/904$).

نتیجه‌گیری: آسیب‌های دندانی همراه با مال اکلوژن، باعث کاهش کیفیت زندگی در کودک و خانواده می‌شود. سن، جنس، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات خانواده ارتباطی با میزان صدمات دندانی و وضعیت اکلوژن کودکان نداشت.

کلید واژه‌ها: صدمات دندانی، وضعیت اکلوژن، کودکان پیش‌دبستانی، شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۲۲

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸

تاریخ ارسال: ۱۳۹۶/۸/۱۷

استناد به مقاله: مظاهری رومینا، جباری‌فر سیدابراهیم، فروغی ابری، رویا، نوبهار شکوفه، زره‌پوش مریم. تأثیر آسیب‌های تروماتیک دندانی همراه با وضعیت اکلوژن بر کیفیت زندگی کودکان ۳-۵ سال و خانوادگی آنها. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۷؛ ۱۴ (۳): ۱۳۴-۱۳۶.

مقدمه

آسیب‌های دندانی، می‌تواند اثرات فیزیکی و روانی نامناسبی بر کودک داشته و سبب پیامدهای منفی بر کیفیت زندگی کودک و خانواده‌اش گردد، همچنین بر سلامت دهان و سلامت عمومی آنها نیز تأثیر می‌گذارد (۱). در واقع این صدمات، یک تجربه‌ی استرس‌زا است که بر میزان سلامت فیزیکی، احساسی و روانی کودک تأثیرگذار می‌باشد. آسیب‌های دندان می‌تواند باعث درد و کاهش عملکرد دستگاه جونده شده و همچنین تأثیر منفی بر تکامل اکلوژن و زیبایی داشته باشد. اثرات درد و پیامدهای اجتماعی آن بسته به نوع صدمات دندانی، متفاوت می‌باشد. این شرایط می‌تواند پیامد منفی بر فعالیت‌های روزانه‌ی این کودکان مثل بازی کردن، لبخند زدن، غذا خوردن، درس خواندن، مسواک کردن، استراحت، تمرکز و دیگر فعالیت‌های اجتماعی داشته باشد (۲). سلامت دهان، شامل سلامتی دهان و بافت‌های مربوطه است که فرد را برای خوردن، صحبت کردن، روابط اجتماعی مطلوب بدون بیماری فعال، ناراحتی و احساس نارضایتی آماده می‌کند. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان، اثر سلامت دهان و میزان اثر اختلالات دهان و دندان را روی جسم، روان و زندگی روزانه اندازه‌گیری می‌کند (۳).

بروز صدمات در دوران دندان‌های شیری، تفاوت محسوسی در دو جنس ندارد، ولی در دندان‌های دایمی، در پسران تقریباً دو برابر دخترها است که این مسأله ممکن است ناشی از فعالیت و تحریک فیزیکی بیشتر و تفاوت در نوع فعالیت‌های ورزشی آنها باشد (۴، ۵).

یکی از روش‌های استاندارد سودمندی که به منظور بررسی تأثیر سلامت دهان و دندان کودکان پیش‌دستانی بر کیفیت زندگی آنها و خانواده‌های‌شان طراحی شده، شاخص ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) می‌باشد (۶).

به دلیل ارتباط نزدیک کودک و والدین و نقش محوری والدین در مراقبت‌ها، در بسیاری از موارد،

پیامدهای ناشی از بیماری‌های دهان و دندان کودک به والدین منعکس می‌شود، به‌طوری که اضطراب و نگرانی، عدم تمرکز، بی‌خوابی و بدخوابی و احساس تقصیر و سرزنش در اعضای خانواده، عکس‌العمل‌های ناشی از بیماری‌های دهان و دندان کودک است (۷). در مطالعه‌ی آبانتو و همکاران (۸) در سال ۲۰۱۲ که به بررسی تأثیر پوسیدگی‌ها و صدمات دندانی بر کیفیت زندگی خانواده پرداختند، مشخص شد که صدمات دندانی، بر کیفیت زندگی خانواده اثر منفی دارد. همچنین در مطالعه‌ی لاکر و همکاران (۹)، در سال ۲۰۱۰ که به بررسی سلامت دهان و دندان مرتبط با کیفیت زندگی در کودکان Oligodontia پرداختند، به این نتیجه رسیدند که بیماری‌های دهان و دندان کودکان بر عملکرد خانواده و ابعاد روحی-روانی، احساسی و اقتصادی خانواده تأثیرگذار می‌باشد. در مطالعه‌ی دیگری که توسط آلدریگوی و همکاران (۱۰) انجام شد و به بررسی اثر صدمات دندانی و مال اکلوژن بر روی کودکان ۲-۵ سال پرداختند، مشخص گردید که آسیب‌های دندانی پیچیده، اثر منفی بر کیفیت زندگی دارد. با توجه به موارد ذکر شده، از آنجا که صدمات دهانی-صورتی دارای تأثیرات فیزیکی و روانی نامناسب بر کودک و خانواده‌اش بوده و نیز بر فعالیت حرفه‌ای و وضعیت اقتصادی خانواده تأثیرگذار است، لذا هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر آسیب‌های دندانی همراه با وضعیت اکلوژن بر کیفیت زندگی کودکان ۳-۵ سال و خانواده‌های آنها در شهر اصفهان بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در زمستان ۱۳۹۲ تا بهار ۱۳۹۳ در شهر اصفهان با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) و WHO (World Health Organization) انجام گرفته است. برای انجام این مطالعه، ابتدا تأییدیه‌ی کمیته‌ی اخلاقی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی دندان‌پزشکی گرفته شد و پس از انجام

می‌شود: هرگز: ۰، خیلی به ندرت: ۱، فقط چند بار: ۲، چندین بار: ۳ و به دفعات: ۴. نمرات خام این شاخص می‌تواند از ۰ تا ۵۲ متغیر باشد که در بخش تأثیر بر کودک از ۰ تا ۳۶ و در بخش تأثیر بر خانواده از ۰ تا ۱۶ می‌باشد. بر اساس تفسیر مؤلف این مقیاس، هر چه عدد نهایی شاخص ECOHIS بیشتر باشد، نشان‌دهنده‌ی مشکلات بهداشت دهانی بیشتر و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهانی نامناسب‌تر می‌باشد (۱۱، ۱۲).

پس از کسب رضایت والدین، نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی ECOHIS (مقیاس تأثیر سلامت دهان و دندان کودکان پیش‌دستانی بر کیفیت زندگی) در اختیار آنان قرار گرفت تا آن را تکمیل کنند. همچنین هر یک از کودکان، تحت معاینه‌ی دهان و دندان قرار گرفتند و برای آن دسته از کودکانی که دچار آسیب به دندان‌های شیری شده بودند، فرم ارزیابی سلامت دهان و دندان (پیشنهادی WHO) توسط شخص معاینه‌کننده تکمیل شد. لازم به توضیح است برای تعیین وضعیت بهداشت دهان و دندان بر اساس شاخص OHIS (Oral Health Index Simplified) (ایندکس ساده شده‌ی بهداشت دهان برای بررسی وجود یا عدم وجود دبری) از محلول آشکارساز استفاده شد. بدین صورت که ۱۰ قطره از محلول با یک اونس آب رقیق گردید و با سوآپ پنبه‌ای به تمام سطوح دندانی کشیده شد. پس از گذشت ۲۰ ثانیه، نواحی رنگ گرفته مشخص شده و نسبت سطوح رنگ گرفته به کل سطوح دندانی مشخص گردید و در فرم‌های مربوطه ثبت شد. در نهایت، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری گردید و فرم‌های ارزیابی معاینه‌ی دهان و دندان کودک به پرسش‌نامه‌های مربوطه پیوست شد.

کلیه‌ی داده‌های حاصل از فرم‌های ارزیابی وضعیت سلامت دهان و دندان کودک و پرسش‌نامه‌ی ECOHIS نیز ارتباط آنها با یکدیگر، توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) و با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی و نیز آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، χ^2 ، من‌ویتنی و

مکاتبات و انجام مراحل اداری و گرفتن اجازه‌ی کتبی اداره‌ی بهداشتی و آموزش و پرورش، از چهار منطقه‌ی شهر اصفهان، به طور تصادفی ۱۶ مهد کودک (از هر منطقه، چهار مهد کودک) انتخاب گردید. پس از هماهنگی با مدیران مهد کودک‌ها، در هر مهد کودک از هر یک از گروه‌های سنی ۳، ۴ و ۵ ساله، تعداد ۷ کودک (در مجموع ۲۱ نفر) به طور تصادفی انتخاب شدند.

حجم نمونه برای این پژوهش، ۱۹۶ نفر محاسبه گردید که با در نظر گرفتن احتمال ریزش و مخدوش‌شدگی‌های احتمالی، پرسش‌نامه به ۳۳۶ نفر از والدین داده شد که در مجموع ۲۹۵ پرسش‌نامه قابل بررسی بود. پرسش‌نامه‌ها به شرح زیر بودند:

- فرم ارزیابی سلامت دهان و دندان پیشنهادی WHO (زیر مجموعه‌ای از آن): (پیوست ۱)

این فرم، وضعیت بهداشت دهان و دندان را به صورت کلی به چهار گروه عالی، خوب، متوسط و نامطلوب درجه‌بندی کرده است. همچنین نوع اکلوژن و سابقه‌ی آسیب‌دیدگی افراد تحت مطالعه را بررسی می‌کند.

- نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی مقیاس تأثیر سلامت دهان و دندان بر کیفیت زندگی کودکان پیش‌دستانی (ECOHIS): (پیوست ۲)

پرسش‌نامه‌ی ECOHIS حاوی ۱۳ سؤال می‌باشد که دارای دو حیطه‌ی اصلی تأثیر بر کودک و تأثیر بر خانواده‌ها است. بخش تأثیر بر کودک دارای ۴ مؤلفه می‌باشد: علایم بیماری (۱ پرسش)، عملکرد کودک (۴ پرسش)، وضعیت روحی- روانی (۲ پرسش) و اعتماد به نفس کودک و تعاملات اجتماعی (۲ پرسش).

بخش تأثیر بر خانواده نیز شامل حیطه‌های نگرانی و دغدغه‌های والدین (۲ پرسش) و عملکرد خانواده (۲ پرسش) می‌باشد.

پاسخ به این سؤالات نشان می‌دهد که درد دندان در طول زندگی کودک چند بار اتفاق افتاده و بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت به صورت زیر نمره‌گذاری

Distal step به طور معنی‌داری کمتر از دو گروه دیگر بود ($p \text{ value} = 0/01$). به عبارت دیگر بین وضعیت اکلوزن و کیفیت زندگی، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت اکلوزن و میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان بر حسب وضعیت اکلوزن

وضعیت اکلوزن	تعداد (درصد)	نمره‌ی کیفیت زندگی از ۱۰۰ میانگین $\pm$ انحراف معیار
Mesial Step	۲۱ (۲۸/۴)	$24/8 \pm 72/2$
Distal Step	۴۰ (۵۴/۱)	$21/4 \pm 54/5$
F. T. P	۹ (۱۲/۲)	$26/4 \pm 76/7$
نامشخص	۴ (۵/۴)	-

جدول (۲) توزیع فراوانی و میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی بر حسب نوع آسیب وارده در گروه مورد را نشان می‌دهد. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در کودکانی که تنها آسیب جابه‌جایی داشتند ($61/8 \pm 26/1$) و کودکانی که تنها آسیب شکستگی داشتند ($60/9 \pm 22/2$)، با کودکانی که شکستگی و جابه‌جایی محسوس و قابل مشاهده‌ای نداشتند ($88/2 \pm 18/2$) نشان داد که آسیب‌های جابه‌جایی و شکستگی هر دو باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در چهار گروه، یکسان نبوده است ($p \text{ value} < 0/001$). همچنین آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در کودکانی که هم آسیب جابه‌جایی و هم آسیب شکستگی داشتند، به طور معنی‌داری کمتر از سایر گروه‌ها بود ($p \text{ value} < 0/04$) و در کودکانی که شکستگی و جابه‌جایی محسوسی نداشتند به طور معنی‌داری از بقیه‌ی گروه‌ها بیشتر بود ($p \text{ value} < 0/001$). همچنین، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در دو گروه دیگر (یعنی آنهایی که فقط آسیب شکستگی یا فقط آسیب جابه‌جایی داشتند)، با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت ($p \text{ value} < 0/904$). به

تعقیبی LSD مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و داده‌هایی که ($p \text{ value} < 0/05$) بودند معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۳۶ پرسش‌نامه به والدین داده شد که ۲۹۵ مورد آنها تکمیل شده و قابل بررسی بود. ۷۴ پرسش‌نامه توسط والدینی که کودکان آنها دچار آسیب‌های دندانی شده بودند (گروه مورد) و ۲۲۱ پرسش‌نامه توسط والدینی که کودکانشان دچار آسیب‌های دندانی نشده بودند (گروه شاهد) تکمیل گردید.

آزمون χ^2 نشان داد که توزیع فراوانی جنس در دو گروه مورد و شاهد دارای اختلاف معنی‌داری نمی‌باشد ($p \text{ value} = 0/599$). آزمون من‌ویتنی نشان داد که توزیع سن نیز در ۲ گروه اختلاف معنی‌داری ندارد ($p \text{ value} = 0/18$).

بر طبق آزمون من‌ویتنی، بین میزان تحصیلات والدین ($p \text{ value} = 0/63$) و وضعیت اقتصادی خانواده ($p \text{ value} = 0/17$) در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر سطح تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی خانواده تأثیری بر وقوع آسیب در کودکان نداشت.

در رابطه با میزان اهمیت والدین به سلامت دهان و دندان کودکان در دو گروه مورد و شاهد، آزمون من‌ویتنی نشان داد که در گروه مورد، میزان اهمیت والدین به سلامت دهان و دندان کودک به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد است ($p \text{ value} = 0/002$).

در جدول (۱)، توزیع فراوانی وضعیت اکلوزن در کودکان آسیب‌دیده و میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان این کودکان و خانواده‌های آنها، بر حسب وضعیت اکلوزن نشان داده شده است. بررسی وضعیت اکلوزن آسیب‌دیده نشان داد که بیشتر کودکانی که دچار آسیب شده بودند، دارای اکلوزن Distal step بودند (۵۴/۱ درصد). همچنین آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه

عبارت دیگر بین این دو آسیب، تفاوت معنی‌داری در میزان کاهش کیفیت زندگی مشاهده نشد.

جدول (۳) توزیع فراوانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان و خانواده‌های آنها را در دو گروه مورد و شاهد نشان می‌دهد. در گروه مورد، بیشتر کودکان و

خانواده‌های آنها از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان متوسط و بیشتر افراد در گروه شاهد از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند. آزمون تی مستقل، نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودک و خانواده در گروه مورد به طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه شاهد است.

جدول ۲: توزیع فراوانی و میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی بر حسب نوع آسیب

نمره کیفیت زندگی از ۱۰۰	بدون شکستگی و جابجایی محسوس و قابل مشاهده	هم جابجایی و هم شکستگی	فقط جابجایی	فقط شکستگی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۰-۳۳	۰ (۰)	۳ (۱۳)	۳ (۲۰)	۲ (۸/۷)
۳۴-۶۶	۳ (۲۳/۱)	۱۶ (۶۹/۶)	۶ (۴۰)	۱۳ (۵۶/۵)
۶۷-۱۰۰	۱۰ (۷۶/۹)	۴ (۱۷/۴)	۶ (۴۰)	۸ (۳۴/۸)
میانگین $\pm$ انحراف معیار	۱۸/۲ $\pm$ ۸۸/۲	۱۷/۳ $\pm$ ۴۹/۹	۲۶/۱ $\pm$ ۶۱/۸	۲۲/۲ $\pm$ ۶۰/۹

جدول ۳: توزیع فراوانی و میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان و خانواده‌ها

در دو گروه مورد و شاهد

نمره کیفیت زندگی از ۱۰۰	گروه مورد	گروه شاهد
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۰-۳۳ (ضعیف)	۸ (۱۰/۸)	۲ (۰/۹)
۳۴-۶۶ (متوسط)	۳۸ (۵۱/۴)	۳۹ (۱۷/۴)
۶۷-۱۰۰ (خوب)	۲۸ (۳۷/۸)	۱۸۳ (۸۱/۷)
جمع	۷۴ (۱۰۰)	۲۲۴ (۱۰۰)
میانگین $\pm$ انحراف معیار	۲۴/۳ $\pm$ ۶۲/۵	۱۸/۱ $\pm$ ۸۵/۱

بحث

بدون تردید، آسیب، منجر به ضایعات دندانی و نسوج حمایت‌کننده می‌شود و به صورت مستقیم یا غیر مستقیم زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، که این تأثیر از طریق عواقب شدید پزشکی، روانی، زیبایی، اجتماعی و هزینه‌های اقتصادی اعمال می‌شود و ظاهر کودک، تکلم و اعتماد به نفس او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳).

تحلیل اطلاعات به دست آمده از پرسش‌نامه‌ها نشان داد که کیفیت زندگی مربوط به سلامت دهان در گروه شاهد به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه مورد بود. این یافته با نتایج

حاصل از پژوهش آبان‌تو و همکاران (۸) و لاکر و همکاران (۹) مطابقت داشت.

در این مطالعه، بررسی وضعیت اکلوزن در کودکان آسیب‌دیده نشان داد که بیشتر کودکانی که دچار تروما شده بودند، دارای اکلوزن Distal step بودند و بین وضعیت اکلوزن و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. کارمر و همکاران (۱۴) و باربوسا و ژاویا (۱۵) در مطالعات جداگانه، به این نتیجه رسیدند که همه‌ی اعضای خانواده، تحت تأثیر مال‌اکلوزن کودکان قرار می‌گیرند و این ارتباط به شدت مال‌اکلوزن بستگی دارد. آلدیریو و

پیش از دبستان، کودکان بیشتر اوقات خود را در منزل می‌گذرانند، لذا نقش عوامل محیطی شامل نوع بازی و خصوصیات محیط بازی کم‌رنگ‌تر می‌شود. بنابراین معمولاً تفاوت جنسیتی در بروز آسیب در این سنین مشاهده نمی‌شود.

محدودیت‌های پژوهش و پیشنهادات:

۱- مقطعی بودن مطالعه

۳- عدم تمایل برخی از والدین به شرکت در این پژوهش و نیز عدم دقت کافی در هنگام پاسخ به سؤالات.

۴- پرسش‌نامه‌ی ECOHIS مشخص نمی‌کند که آیا کودک دچار آسیب شده است یا خیر. بنابراین برای تمام کودکان تحت مطالعه، باید معاینه‌ی اولیه صورت گیرد و در این زمینه از والدین نیز سؤال گردد.

۵- در این پژوهش، تکمیل‌کننده‌ی پرسش‌نامه، والدین هستند و چون بازه‌ی زمانی از بدو تولد تا سن کنونی کودک است، بنابراین فراموشی اتفاقات رخ داده امری طبیعی است.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که آسیب همراه با مال‌اکلوژن، باعث کاهش کیفیت زندگی کودک و خانواده می‌شود. سن، جنس، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات خانواده، تأثیری در بروز آسیب همراه با مال‌اکلوژن نداشت.

همکاران (۱۰)، طی مطالعه‌ای گزارش کردند که مال‌اکلوژن ساده‌ی نواحی قدامی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی کودکان قبل از سن مدرسه و والدین آنها ندارد. اختلاف بین نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر با سایر نتایج ممکن است به این دلیل باشد که مفهوم کیفیت زندگی بین افراد مختلف با فرهنگ و تحصیلات مختلف متفاوت است.

در مطالعه‌ی حاضر، رابطه‌ای بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین با کیفیت زندگی کودکان مشاهده نشد. در مطالعه‌ای که گلکاری و همکاران (۱۶) انجام دادند، بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین و کیفیت زندگی کودک ارتباط وجود داشت. پائولا و همکاران (۱۷)، گزارش کردند که درآمد ماهیانه‌ی خانواده و سطح تحصیلات مادران، تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی فرزندان دارد. احتمال وقوع آسیب در هر کودک با هر وضعیت اقتصادی یا سطح تحصیلات والدین وجود دارد. بنابراین به‌طور قطعی نمی‌توان گفت که کیفیت زندگی کودک و خانواده، با سطح اقتصادی و تحصیلات والدین ارتباط دارد. مال‌اکلوژن و وقوع صدمات دندانی، تحت تأثیر عوامل بسیار متعددی است که نمی‌توان آنها را به آسانی از هم تفکیک کرد.

مطالعه‌ی حاضر، تأثیر سن و جنس را در بروز آسیب نشان نداد. گارسیا-گودبوی (۱۸) و گارسیا-گودبوی و همکاران (۱۹)، در دو مطالعه‌ای که انجام دادند اختلافی در توزیع جنسیتی آسیب‌های دندانی مشاهده نکردند. در سنین

References

1. Andreasen JO, Andreasen FM, Andreasen L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 4th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2013. p. 197-204.
2. Diab M, elBadrawy HE. Intrusion injuries of primary incisors. Part I: Review and management. Quintessence Int 2000; 31(5): 327-34.
3. Jabarifar SE, Golkari A, Ijadi MH, Jafarzadeh M, Khadem P. Validation of a Farsi version of the early childhood oral health impact scale (F-ECOHIS). BMC Oral Health 2010; 10: 4.
4. Castilho LR, Sundfeld MLMM, de Andrade DF, Panzarini SR, Poi WR. Evaluation of sixth grade primary school children's knowledge about avulsion and dental reimplantation. Dental Traumatology 2009; 25(4): 229-32.
5. Tovo MF, dos Santos PR, Kramer PF, Feldens CA, Sari GT. Prevalence of crown fracture in 8-10 years old school children in Canoas, Brazil. Dental Traumatology 2004; 20(5): 251-4.

6. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 6.
7. Do LG, Spencer AJ. Evaluation of oral health-related quality of life questionnaires in a general child population. *Community Dent Health* 2008; 25(4): 205-10.
8. Abanto J, Paiva SM, Raggio DP, Celiberti P, Aldrigui JM, Bonecker M. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(4): 323-31.
9. Locker D, Jokovik A, Prakash P, Tompson B. Oral health related quality of life of children with oligodontia. *Int J Pediatr Dent* 2010; 20(1): 8-14.
10. Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bonecker M, et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 78.
11. Nilchian F, Jabarifar SE, Larijani M, Navaei H. Evaluation of the impact of children's oral health on their family quality of life in Amol, Iran. *J Isfahan Dent Sch* 2013; 8(7): 662-8. [In Persian].
12. Lee GH, McGrath C, Yiu CK, King NM. Translation and validation of a Chinese language version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Int J Paediatr Dent* 2009; 19(6): 399-405.
13. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(Suppl 1): 3-23.
14. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(4): 327-35.
15. Barbosa T, Gavião MB. Evaluation of the family impact scale for use in Brazil. *J Appl Oral Sci* 2009; 17(5): 397-403.
16. Golkari A, Moeini A, Jabbarifar SE. Relationship of socioeconomic status with quality of life related to oral and dental health of 2-5-year-olds in Shiraz. *J Isfahan Dent Sch* 2014; 9(6): 534-41. [In Persian].
17. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socio economic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 6.
18. Garcia-Godoy FM. Prevalence and distribution of traumatic injuries to the permanent teeth of Dominican children from private schools. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; 12(2): 136-9.
19. Garcia-Godoy F, Morban-Laucer F, Corominas LR, Franjul RA, Noyola M. Traumatic dental injuries in schoolchildren from Santo Domingo. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13(3): 177-9.

Impact of Traumatic Dental Injuries with Occlusion Status on Quality of Life of 3-5 Aged Children & their Families

Romina Mazaheri¹
Seyed Ebrahim Jabarifar²
Roya Foroughi Abari³
Shokoufeh Nobahar⁴
Maryam Zerehpoush⁵

1. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. **Corresponding Author:** Postgraduate Student, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.
Email: elaheshadkam@yahoo.com
4. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Kermanshah University, Kermanshah, Iran.
5. Dentist, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Traumatic dental injuries and malocclusion are reasons for pain and discomfort in children and because of close relationship between child and the family these effects are reflected in family. The aim of this study was to assess the effect of traumatic dental injuries with occlusion status on quality of life of preschool children aged 3-5 and their families in Isfahan.

Materials & Methods: In this descriptive and analytical study which is cross-sectional, the parents of 295 children (in both gender) in 4 district of Isfahan education department filled quality of life questionnaire. Also an evaluating questionnaire was filled out by a trained person. The information of occlusion status, traumatic dental injuries and quality of life, was calculated by using SPSS version 20, descriptive and analytical statistical indexes and by correlation between qualitative and quantitative variables were analyzed by Chi-square, Mann-Whitney, T-test, One way ANOVA and LSD.

Results: Most of injured children (54.1%) had middle quality of life but most of none injured children (81.7%) had good quality of life. Oral health related quality of life in injured was significantly lower none injured (p value $< 0/001$). The quality of life's mean in Distal Step group was significantly lower than other groups (p value = 0.01). The luxation and fracture injuries mean both decrease the quality of life. There is not a significant difference between fracture and luxation injuries in lowering the quality of life (p value = 0.904).

Conclusion: Result of this study showed that dental trauma and malocclusion are causes of decreasing quality of life of children and their families. Age, gender, economical and educational factors did not have any correlation of trauma and malocclusion.

Key words: Traumatic dental injury (TDI), Occlusion status, Pre-school children.

Received: 8.11.2017

Revised: 17.2.2018

Accepted: 13.3.2018

How to cite: Mazaheri R, Jabarifar SE, Foroughi Abari R, Nobahar Sh, Zerehpoush M. Impact of Traumatic Dental Injuries with Occlusion Status on Quality of Life of 3-5 Aged Children & their Families. J Isfahan Dent Sch 2018; 14(2): 123-134.

پیوست ۱

برگه‌ی ارزیابی سلامت دهان و دندان کودکان ۳-۵ ساله‌ی شهر اصفهان

روز	ماه	سال

--	--	--	--

شماره‌ی معاینه‌شونده

جدول شماره ۱ (اطلاعات عمومی)

۱. نام و نام خانوادگی:

۲. جنس: مؤنث ☐ مذکر ☐

۳. سن بر حسب سال

۴. محل زندگی: شهر ☐ حومه‌ی شهری ☐

(Oral Hygiene Index Simplified)

۵. وضعیت بهداشت دهان و دندان:

۰: عالی (هیچ یک از سطوح دندان‌ها رنگیزه دندانی ندارند) ☐۱/۳: خوب (۱/۳ سطوح کل دندان‌ها رنگیزه دندانی دارند) ☐۲/۳: متوسط (۲/۳ سطوح کل دندان‌ها رنگیزه دندانی دارند) ☐۳/۳: نامطلوب (۳/۳ سطوح کل دندان‌ها رنگیزه دندانی دارند) ☐

جدول شماره ۲:

وضعیت دندان‌ها					نوع درمان مورد نیاز				
دندان‌های دایمی					دندان‌های شیری				
سالم: ۰					هیچ: ۰				
پوسیده: ۱					پر کردن یک سطح: ۱				
پر شده‌ای که باز هم پوسیدگی دارد: ۲					باید روکش یا اس‌اس‌اس‌کراون شود: ۲				
پر شده‌ای که پوسیدگی ندارد: ۳					معالجه‌ی پالپ دندان: ۳				
دندانی که موجود نیست و به علت پوسیدگی از بین رفته: ۴					کشیدن: ۴				
دندانی که موجود نیست و به علتی غیر از پوسیدگی از بین رفته: ۵					درمانی غیر از درمان‌های فوق: ۵				
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
وضعیت دندان					وضعیت دندان				
ها					ها				
نوع درمان‌های					نوع درمان‌های				
مورد نیاز					مورد نیاز				

جدول شماره ۳:

وضعیت اکلوزن بر اساس رابطه‌ی دندان‌های مولر شیری:

چپ	راست
Mesial Step	
Distal Step	
F.T.P	
نامشخص	

جدول شماره ۴:

- دندان‌های بدون شکستگی یا جابه‌جایی: کد ۰
- شکستگی تاج یا ریشه‌ی دندان‌های شیری: کد ۱
- دندان‌های با صدمات جابه‌جایی یا اوالژن: کد ۲
- دندان‌های با شکستگی و صدمات جابه‌جایی: کد ۳

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

پیوست ۲

تأثیر سلامت دهان و دندان بر کیفیت زندگی در کودکان دو تا پنج ساله

والدین گرامی :

مشکلات دهان، دندان‌ها و فکین و درمان‌های دندان‌پزشکی، می‌تواند بر سلامت و زندگی روزمره‌ی کودکان و خانواده‌ی ایشان تأثیر بگذارد.

لطفاً برای هر یک از سؤالات زیر، بر اساس تجربیات کودکان یا خودتان علامت ضربدر را در مربع جلوی بهترین جواب قرار دهید. توجه کنید که در موقع پاسخ به سؤالات از بدو تولد فرزندان تاکنون را در نظر بگیرید.

تکمیل‌کننده‌ی پرسش‌نامه: مادر ☐ پدر ☐ غیره ☐

جنس کودک: دختر ☐ پسر ☐

سن کودک:

۳ سال تا ۳ سال و ۱۱ ماه ☐

۴ سال تا ۴ سال و ۱۱ ماه ☐

۵ سال تا ۵ سال و ۱۱ ماه ☐

وضعیت تحصیلی والدین:

دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس و بالاتر ☐

وضعیت اقتصادی والدین:

خوب ☐ متوسط ☐ ضعیف ☐

آیا کودک شما تاکنون به دندان‌پزشک مراجعه کرده است؟

خیر ☐

بله ☐ چه کاری؟ ☐

چه قدر به سلامت دهان و دندان کودک خود اهمیت می‌دهید؟

کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

آیا تا به حال دندان‌های کودک شما در اثر ضربه، آسیب دیده است؟

بله ☐ خیر ☐ نمی‌دانم ☐

آسیب ناشی از ضربه به دندان‌های کودک، چه پیامدی را به دنبال داشته است؟

شکستگی تاج و ریشه‌ی دندان ☐ لقی، جابه‌جایی یا بیرون‌افتادگی دندان (همراه با خونریزی از لثه) ☐

(۱) تاکنون کودک شما چند بار دچار درد دندان، دهان یا فک شده است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

(۲) تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی، چند بار در نوشیدن مایعات گرم یا سرد

دچار مشکل شده است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۳) تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی، چند بار در خوردن غذا دچار مشکل شده است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۴) تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی، چند بار در تلفظ لغات دچار مشکل شده است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۵) تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی، چند بار از مهد کودک یا پیش‌دبستانی غیبت کرده است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۶) تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی، چند بار بی‌خوابی یا کم‌خوابی داشته است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۷) تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی، چند بار دچار بی‌قراری یا آشفتگی شده است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۸) تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی، چند بار از لبخند زدن یا خندیدن خودداری کرده است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۹) تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی، چند بار از صحبت کردن خودداری کرده است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۱۰) تاکنون به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی کودکان، چند بار شما یا دیگر اعضای خانواده تان نگران شده‌اید؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۱۱) تاکنون به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی کودکان، چند بار شما یا دیگر اعضای خانواده تان احساس تقصیر کرده‌اید؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۱۲) تاکنون به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی کودکان، چند بار شما یا دیگر اعضای خانواده از وظایف خود در خانه باز مانده‌اید؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐

۱۳) تاکنون ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان‌پزشکی کودکان، چند بار فشار اقتصادی بر خانواده شما داشته است؟

هرگز ☐ خیلی به ندرت ☐ فقط چند بار ☐ چندین بار ☐ به دفعات ☐