

بررسی ارتباط بین حس انسجام در مادران و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان ۳-۵ ساله مراجعه کننده به کلینیک طبوبی در شهر ساری، سال ۱۳۹۸

مهدی تقیان^۱، لیلی صدری^{۲*}، هاله حالی^۲، محمود موسی زاده^۳، آیدا زارعیان جهرمی^۴

^۱ استادیار گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۲ استادیار گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۳ استادیار مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۴ دانشجوی دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۹۸/۴/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۳۱

Association Between Maternal Sense of Coherence and Oral Health-related Quality of Life in 3 to 5-Year-Old Children Referring to Touba Clinic in Sari, Iran

Mehdi Taghian¹, Leyli Sadri^{2*}, Haleh Hali², Mahmoud Moosazadeh³, Aida Zareyan Jahromi⁴

¹ Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Dentistry Student, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Received: 13 July 2019; Accepted: 23 October 2019

Introduction: Sense of coherence (SOC) is an effective factor in health-related behaviors. Mothers' SOC can influence health and consequently the orodental health-related quality of life (OHRQoL) in their children. The purpose of this study was to investigate the relationship between mother's SOC and OHRQoL in 3 to 5-year-old children in Sari, Iran.

Materials and methods: A total of 190 children, along with their mothers, were selected out of those referring to the Touba Clinic in Sari. The SOC of mothers was assessed by Antonovsky's SOC-13 questionnaire, and the OHRQoL was evaluated using the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). The dmft index was also used to determine the status of dental caries in children. A p-value of <0.05 was considered significant.

Results: In this study, the mean scores of SOC, ECOHIS, and dmft index were 57.13±4.9, 13.8±0.4, and 7.4±1.33, respectively. The dmft index correlated negatively with SOC ($r=-0.453$, $P\leq 0.001$) and positively with ECOHIS ($r=0.535$, $P\leq 0.001$). In this regard, with increasing the mean dmft in children, ECOHIS scores also increased, but SOC scores in mothers decreased. The ECOHIS also had a negative correlation with SOC ($r=-0.347$, $P\leq 0.001$); in other words, with increasing mothers' SOC scores, the scores of quality of life also decreased.

Conclusion: Mothers' SOC significantly affected dental caries and quality of life in their children. Therefore, with the increase in maternal SOC, OHRQoL can be improved.

Key words: dmft, OHRQoL, SOC, Child

Corresponding Author: leyli_sadri@edc.mui.ac.ir, sadri.leyli@yahoo.com

J Mash Dent Sch 2019; 43(4): 378-86.

چکیده

مقدمه: حس انسجام (SOC) عاملی تأثیر گذار بر رفتارهای مرتبط با سلامت می باشد. SOC مادر می تواند سلامتی و به دنبال آن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان (OHRQoL) را در فرزند وی تحت تأثیر قرار دهد. هدف از مطالعه حاضر، بررسی ارتباط بین SOC مادران و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان ۳-۵ ساله در شهر ساری بوده است.

مواد و روش ها: تعداد ۱۹۰ کودک به همراه مادرانشان از میان افراد مراجعه کننده به کلینیک طبوبی در شهر ساری انتخاب شدند. SOC مادران بوسیله پرسشنامه SOC-13 آنتونوفسکی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان نیز با استفاده از پرسشنامه Early (ECOHIS)

* مولف مسؤول، نشانی: مازندران، ساری، دانشکده دندانپزشکی، گروه دندانپزشکی کودکان، تلفن: ۰۹۱۳۲۱۴۸۴

E-mail: leyli_sadri@edc.mui.ac.ir, sadri.leyli@yahoo.com

Childhood Oral Health Impact Scale ارزیابی شد. از شاخص dmft نیز جهت بررسی وضعیت پوسیدگی دندان کودکان استفاده شد. مقدار P -value کمتر از $0/05$ ، معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه میانگین نمرات شاخص های SOC برابر $57/13 \pm 4/9$ ، ECOHIS برابر $13/8 \pm 0/4$ و dmft برابر $7/4 \pm 1/3$ تعیین شده است. شاخص dmft با SOC همبستگی منفی ($r = -0/453$, P -value $< 0/001$) و با ECOHIS همبستگی مثبت (P -value $< 0/001$) داشته است. به صورتی که با افزایش میزان dmft در کودکان، نمرات ECOHIS نیز افزایش، اما نمرات SOC در مادران کودکان کاهش پیدا کرده است. همچنین ECOHIS با SOC همبستگی منفی داشته است ($r = -0/347$, P -value $< 0/001$)، به تعبیر دیگر، با افزایش نمرات SOC در مادران، از نمرات کیفیت زندگی نیز کاسته شده است.

نتیجه گیری: SOC مادران، وقوع پوسیدگی دندانی و کیفیت زندگی را در کودکان آن‌ها به طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌دهد. به گونه‌ای که با افزایش SOC در مادران، می‌توان شاهد بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان نیز بود.

کلمات کلیدی: پوسیدگی دندانی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان، حس انسجام، کودک. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۸ دوره ۴۳ / شماره ۴: ۸۶-۳۷۸.

مقدمه

دهان می‌تواند بر وزن، توانایی یادگیری و اعتماد به نفس کودکان تأثیر بسزایی داشته باشد.^(۹-۳) اندازه‌گیری OHRQoL اغلب به منظور تعیین اولویت‌های بهداشت دهان و دندان مورد استفاده قرار می‌گیرد. تعداد محدودی پرسشنامه جهت ارزیابی OHRQoL در کودکان پیش دبستانی طراحی شده است که یکی از مرسوم‌ترین آن‌ها Early Childhood Oral Health Impact (ECOHis) Scale می‌باشد. شاخص ECOHis اولین بار در بریتانیا و ایالات متحده برای ارزیابی تأثیر مشکلات بهداشت دهان و دندان بر کیفیت زندگی در کودکان پیش دبستانی و خانواده‌های آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت.^(۱۰-۱) اکثر محققان معتقدند که آگاهی و نگرش در مورد بهداشت دهان، عامل موثری در رفتارهای مرتبط با سلامت دهان هستند. علاوه بر این، عوامل روانشناختی، تمایل فرد را در جهت اقدام به رعایت بهداشت افزایش می‌دهد.^(۱۱-۲) این موضوع منجر به ظهور تئوری‌هایی از جمله حس انسجام (SOC) Sense of Coherence شده است که توسط Antonovsky تعریف شد.^(۱۱-۱) SOC بیان‌کننده این مطلب است که چرا برخی افراد حتی پس از قرار گرفتن در معرض یک شرایط استرس‌زا سالم باقی مانده در حالی که برخی دیگر به بیماری مبتلا می‌شوند.^(۱) بهداشت دهان و دندان

سلامت دهان از جمله موارد مهمی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی Quality of Life (QoL) فرد تأثیر بسیاری داشته باشد است.^(۱) به عنوان مثال، پوسیدگی دندانی و بیماری پریدونتال از شایعترین بیماری‌های حفره‌ی دهان هستند که می‌توانند به درد، خونریزی از لثه، از دست دادن دندان، احساس ناراحتی و ایجاد اختلال در زندگی روزانه منجر شوند.^(۲-۴) به همین دلیل مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان (OHRQoL) Oral Health Related Quality of Life به موضوع مهمی در تحقیقات حوزه سلامت تبدیل شده است.^(۳) مطالعات عوامل مختلفی را بر OHRQoL در کودکان موثر می‌دانند که از آن جمله می‌توان به وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده، سطح تحصیلات والدین، وضعیت بهداشت دهان و دندان و درک والدین از سلامت دهان و دندان کودکانشان اشاره نمود.^(۳) از طرفی، در کشورهای در حال توسعه، شیوع پوسیدگی‌های دندانی در کودکان بالاتر از ۷۰ درصد گزارش شده است.^(۵) و همچنین طبق آمارها شیوع کلی پوسیدگی دندان‌های شیری در کودکان ایرانی نیز $62/8$ درصد برآورد شده است.^(۶) از این رو اندازه‌گیری OHRQoL در کودکان امری حیاتی است، زیرا سلامت

نرم افزار G-Power، حجم نمونه ۱۹۰ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل کودکان ۳-۵ ساله مراجعه کننده به کلینیک طبوبی در شهر ساری بود که از لحاظ سیستمیک سالم بودند، مادر آنها نیز حداقل ۱۲ ساعت در روز با آنها وقت می گذراند، معاینات بالینی دندانپزشکی برای آنها انجام شده و مادرانشان به تمامی سوالات موجود در پرسشنامه ها پاسخ داده باشند. همچنین افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه نداشتند و یا اینکه در پرسشنامه‌ی ECOHIS به بیش از یک سؤال پاسخ «نمی‌دانم» داده بودند، از مطالعه خارج شدند. نسخه فارسی پرسشنامه‌ی ECOHIS که روایی و پایایی آن نیز در مطالعات پیشین مورد تأیید قرار گرفته است^(۱۶)، توسط والدین تکمیل شد. این پرسشنامه حاوی ۱۳ سؤال است و در دو حیطه اصلی Child Impact Section (CIS) و Family Impact Section (FIS) طبقه بندی شده است.^(۱۷،۱۸) قسمت CIS مخصوصاً به مواردی می‌پردازد که به OHRQoL کودکان مربوط است. اینکه چه مواقعی کودک تجربه‌ی درد، سختی در خوردن و آشامیدن، مشکلات خوابیدن، مشکلات صحبت کردن را دارد از جمله موضوعاتی است که در این بخش مطرح می‌شود. پاسخ‌ها شامل «هرگز»، «خیلی به ندرت»، «فقط چندبار»، «چندین بار»، «به دفعات» و «نمی‌دانم» است. بخش FIS به سلامت دهان کودکان و تأثیر آن بر خانواده‌ها می‌پردازد. در این بخش از والدین پرسیده می‌شود که «هرچند وقت یکبار احساس ناراحتی، گناه، مشکلات اقتصادی ناشی از مشکلات دهان و دندان کودکان و... داشته‌اند».^(۱۹) بطور کلی، مجموع نمرات خام این شاخص می‌تواند از ۰-۵۲ متغیر باشد که در بخش CIS از ۰-۳۶ و در بخش FIS از ۰-۱۶ می‌باشد. هرچه عدد نهایی شاخص ECOHIS بیشتر باشد، نشان دهنده مشکلات بهداشت دهانی بیشتر و OHRQoL نامناسب‌تر است.^(۱۶)

کودکان و رفتارهای مرتبط با آن تحت تأثیر دانش، رفتار و نگرش‌های مرتبط با سلامت دهان و دندان در والدین کودک قرار می‌گیرد.^(۱) اخیراً نشان داده شده است که SOC یک عامل مهم روانشناختی در ارتباط با سلامتی دهان و دندان کودکان و رفتارهای مرتبط با سلامتی دهان است.^(۱۲،۱۳) SOC بالاتر با رژیم های غذایی سالم تر، مصرف کمتر تنقلات و نوشیدنی های شیرین و معاینات منظم دندانپزشکی در ارتباط است.^(۱۴) در مطالعه ای که توسط Freire و همکاران^(۱۲) در برزیل روی کودکان ۱۵ ساله انجام شده بود مشخص گردید که فرزندان مادرانی که سطح بالاتری از SOC داشتند، کمتر دچار پوسیدگی دندان و خونریزی لثه شده بودند. این موارد نشان دهنده‌ی اهمیت تأثیر SOC مادران بر سلامت دهان کودکان خویش است. با این حال، اطلاعات کمی در مورد رابطه بین SOC والدین و رفتارهای مربوط به بهداشت دهان و دندان کودکان در سطح جهان و ایران در دسترس است.

لذا با توجه به اهمیت OHRQoL، این مطالعه به بررسی ارتباط بین SOC در مادران و OHRQoL در کودکان ۳-۵ ساله مراجعه کننده به کلینیک طبوبی در شهر ساری پرداخته است.

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی کودکان ۳-۵ ساله به همراه مادرانشان از میان افراد مراجعه کننده به کلینیک طبوبی در شهر ساری انتخاب شدند.

نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه‌ی Khatrı و همکاران^(۱۵)، به این صورت محاسبه گردید که ضریب همبستگی بین OHRQoL بر اساس پرسشنامه SOC با dmft برابر ۰/۳ بوده است. با لحاظ نمودن این نتیجه، سطح اطمینان ۹۹ درصد، توان آزمون ۹۵ درصد، جهت دو دامنه آزمون و با استفاده از

مطالعه ۳۷-۰ با میانگین $۱۳/۰ \pm ۸/۴$ بوده است. طبق یافته‌های بررسی حاضر، با افزایش سن کودکان، نمرات ECOHIS نیز افزایش پیدا کرده است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین میانگین نمرات ECOHIS، میان دختران و پسران از لحاظ آماری با هم تفاوتی نداشته است ($P = ۰/۶۳۹$). میانگین شاخص dmft در مطالعه حاضر برابر $۷/۱ \pm ۴/۳$ بوده است. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس ارتباط این شاخص با سن از لحاظ آماری معنی دار بوده است ($P = ۰/۰۰۵$). بر اساس آزمون تعقیبی Tukey، تفاوت‌ها تنها در گروه سنی ۵ سال با ۳ سال از لحاظ آماری معنی دار است، به این صورت که در ۵ سالگی میانگین شاخص dmft بیشتر بوده است ($P = ۰/۰۰۶$). علاوه بر این، میانگین dmft بین دو جنس از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۲۱۹$). طیف نمرات بخش‌های قابلیت ادراک (Comprehensibility) بین ۷-۳۳، قابلیت مدیریت (Manageability) بین ۴-۲۸ و داشتن معنا و هدف (Meaningfulness) بین ۰-۱۶ و در نهایت بازه‌ی کل نمرات SOC در این مطالعه ۸۵-۲۸ با میانگین $۵۷/۴ \pm ۱۳/۹$ بوده است.

جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون (r) میان شاخص‌های dmft، ECOHIS و SOC را نشان می‌دهد. طبق این یافته‌ها وجود همبستگی میان تمام شاخص‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$)، به این صورت که SOC با dmft و ECOHIS همبستگی منفی و dmft با ECOHIS همبستگی مثبت داشته است.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌ی استاندارد حس انسجام و درک والدین از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان کودکان (SOC-13) به زبان فارسی بوده است که اعتبار و پایایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است.^(۱۸) پرسشنامه SOC-13 حاوی ۱۳ سوال است که شامل ۳ جز می‌باشد: قابلیت ادراک (Comprehensibility)، قابلیت مدیریت (Manageability) و داشتن معنا و هدف (Meaningfulness). در ارزیابی‌ها، بیشتر نمره‌ی نهایی پرسشنامه‌ی SOC-13 مبنای مقایسه قرار می‌گیرد. همچنین طیف نمره در این پرسشنامه ۱۳-۹۱ می‌باشد. هرچه بارم پرسشنامه بیشتر باشد، SOC نیز بالاتر خواهد بود. علاوه بر این به منظور ارزیابی شاخص dmft، سطوح دندانی پس از خشک کردن توسط پوار هوا مورد معاینه دقیق از نظر تشخیص پوسیدگی و یا پرکردگی‌های هم‌رنگ و غیر هم‌رنگ قرار گرفتند.^(۲۰) داده‌ها وارد نرم افزار SPSS با ویرایش ۲۴ شدند و آنالیز داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون‌های تحلیلی ANOVA، Pearson coefficient و Independent-t انجام شد. مقدار P -value کمتر از ۰/۰۵، معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از میان ۱۹۰ کودک مورد مطالعه، ۵۶/۳ درصد (۱۰۷ نفر) دختر و ۴۳/۷ درصد (۸۳ نفر) پسر بوده‌اند. جدول ۱ فراوانی نمرات بخش‌های مختلف پرسشنامه‌ی ECOHIS، SOC و همچنین شاخص dmft را نشان می‌دهد. مطابق این یافته‌ها، نمره‌ی کل در بخش CIS بین ۲۷-۰، FIS بین ۰-۱۴ و در نهایت بازه‌ی کل نمرات ECOHIS در این

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات بخش‌های مختلف ECOHIS، SOC و dmft

شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار	کمترین - بیشترین
CIS	۱/۷	۵/۶	۲۷-۰
FIS	۵/۸	۳/۶	۱۴-۰
کل	۱۳/۰	۸/۴	۳۷-۰
Comprehensibility	۰/۱۹	۰/۶	۳۳-۷
Manageability	۱۷/۲	۵/۲	۲۸-۴
Meaningfulness	۴/۲	۳/۲	۱۶-۰
کل	۵۷/۴	۱۳/۹	۸۵-۲۶
۳ سال	۵/۹	۳/۸	۱۸-۰
۴ سال	۶/۵	۴/۵	۲۰-۲
۵ سال	۸/۲	۴/۳	۲۰-۲
کل	۷/۱	۴/۳	۲۰-۰

جدول ۲: ضریب همبستگی میان شاخص‌های dmft، ECOHIS و SOC

P-value	r	
<۰/۰۰۱	-۰/۴۵۳	dmft و SOC
<۰/۰۰۱	-۰/۳۴۷	ECOHIS و SOC
<۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	dmft و ECOHIS

بحث

مادران بر وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان نیز تأثیرگذار باشد.^(۲) با این تفاسیر، سنجیدن نگرش مادران نسبت به مشکلات سلامت دهان و دندان کودکان از جمله اینکه چگونه فرآیند یک بیماری ممکن است کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، اهمیت بسیار دارد.^(۱) این فرضیه که SOC منبعی برای ارتقاء سلامت دهان و دندان است توسط بسیاری از مطالعات به اثبات رسیده است. به عنوان مثال، افرادی که از SOC بالاتری برخوردار بوده‌اند، احتمال اینکه حداقل دو بار در روز برای رعایت بهداشت دهان خویش مسواک بزنند، بیشتر بوده است.^(۲۳-۲۱)

SOC به عنوان یک معیار روانشناسی می‌تواند رفتارهای مرتبط با سلامت در افراد را تحت تأثیر قرار دهد. امروزه این ادعا که افرادی با SOC بالا نسبت به آن‌هایی که SOC پایین‌تری دارند از سبک زندگی سالم‌تری برخوردار هستند به اثبات رسیده است.^(۱۵) مسئولیت امور سلامت کودکان معمولاً بر عهده‌ی والدین بوده و آن‌ها هستند که درباره‌ی این اقدامات تصمیم‌گیری می‌کنند.^(۱) بررسی‌ها حاکی از تأثیر آگاهی و رفتارهای مادر بر رفتارها و سلامت کودک بوده و همچنین باور بر این است که فاکتورهای روانشناختی

کودکان، میانگین نمرات پرسشنامه‌ی ECOHIS نیز افزایش پیدا کرده است. این بدین معنی است که با افزایش سن کودکان، OHRQoL خانواده‌ها نیز کاهش پیدا کرده است. در واقع دلیل این مورد را می‌توان ناشی از ناتوانی کودک در گزارش درد و ناراحتی حین غذا خوردن اعلام کرد. علاوه بر این، رشد و شناخت اجتماعی اندک کودکان خردسال، باعث شده تا آن‌ها نسبت به تأثیر عوامل اجتماعی نظیر صحبت نکردن و نخندیدن حساسیت کمتری داشته باشند و هرچه سن آن‌ها افزایش پیدا می‌کند، بروز نشانه‌ها نیز از سوی آن‌ها بیشتر می‌گردد.^(۱۰)

در این مطالعه، میانگین نمرات ECOHIS بین دو جنس از لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نداشته است. این مورد با مطالعات بسیاری هم‌راستا می‌باشد.^(۱۰،۳۵) معمولاً کودکان خردسال تفاوت زیادی از لحاظ رژیم غذایی، تغییرات هورمونی و یا بهداشت دهان و دندان ندارند.^(۱۰)

در این بررسی میانگین نمرات SOC، $57/13 \pm 4/9$ بوده است، که در مقایسه با مطالعاتی که در برزیل و هندوستان انجام شده بود، قدری بیشتر می‌باشد.^(۱۰،۲)

آنالیز همبستگی صورت گرفته میان SOC، dmft و ECOHIS حاکی از همبستگی منفی میان SOC مادران و dmft کودکان دارد. این بدین معنی است که افزایش SOC در مادران با کاهش پوسیدگی دندان‌ها در کودکان آن‌ها همراه است. همچنین همبستگی مثبتی میان dmft و ECOHIS مشاهده شده است که نشان می‌دهد با افزایش میزان پوسیدگی، کیفیت زندگی نیز افت خواهد کرد. به تعبیر دیگر هرچه از میزان وقوع پوسیدگی جلوگیری شود، می‌توان شاهد بهبود کیفیت زندگی نیز بود. این مورد با مطالعات بسیاری هم‌راستا می‌باشد.^(۱۰،۳۶،۳۷) علاوه بر این، در این مطالعه، همبستگی منفی میان SOC و ECOHIS مشاهده شده است. این مورد بیان می‌دارد که SOC مادران

بررسی حاضر درصدد بوده است تا ارتباط میان SOC مادران و OHRQoL کودکان ۳-۵ ساله‌ی آن‌ها را مورد ارزیابی قرار دهد. پرسشنامه‌ی ECOHIS که به فارسی ترجمه و پایایی و روایی آن توسط جباری‌فر و همکاران^(۱۶) تأیید شده است، به جهت بررسی OHRQoL در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است.

پوسیدگی‌های دندانی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های دوران کودکی محسوب شده که درصد زیادی را در سراسر جهان مبتلا می‌کند. یکی از جدیدترین مطالعات متآنالیز، شیوع کلی پوسیدگی در دندان‌های شیری کودکان ایرانی را $62/8$ درصد گزارش نموده است.^(۶) پوسیدگی دندانی ممکن است با مراحل دردناکی همراه بوده و باعث شود کودکان روزهایی را از مدرسه دور مانده و یا به دلیل عوارض این بیماری مانند بوی بد دهان در میان همسالان احساس خجالت داشته باشند.^(۲۴) این مورد می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته باشد و توانایی فیزیولوژیک و ذهنی آن‌ها را نیز کاهش دهد.^(۲۵) طیف dmft گزارش شده در مطالعات از $1/6 \pm 2/3$ تا $6/1 \pm 3/9$ متغیر بوده است.^(۱۰،۲۶-۳۱) که در مقایسه با مطالعه‌ی حاضر قدری کمتر می‌باشد.

در این بررسی، میانگین نمرات ECOHIS، $13/8 \pm 0/4$ بوده است که نسبت به یافته‌های مطالعه‌ی گلکاری و همکاران^(۳۲) که در جنوب ایران انجام گرفته است، کمتر می‌باشد. نتایج مطالعه‌ی حاضر حاکی از این است که تأثیر مشکلات دهان و دندان کودکان بر زندگی خود کودک بیشتر از والدین آن‌ها می‌باشد. به این صورت که میانگین نمرات CIS، $7/5 \pm 1/6$ اما FIS، $5/3 \pm 8/6$ بوده است. این نتایج با مطالعات بسیاری نیز هم‌راستا می‌باشد.^(۱۰،۳۳،۳۴) افزایش سن، تأثیر سلامت دهان بر کیفیت زندگی را بیشتر می‌نماید.^(۳۳) در بررسی حاضر نیز با افزایش سن

از جامعه باشند، از این رو می‌بایست مطالعات مشابهی در دامنه‌ی وسیع‌تری از جامعه انجام شود.

انجام مطالعات طولی برای جبران نواقص مطالعات اپیدمیولوژیک مقطعی، در حجم نمونه‌های گسترده‌تر و همچنین ارزیابی ارتباط متغیرهای اقتصادی - اجتماعی با شاخص‌های بررسی شده در این مطالعه، توصیه می‌گردد. در اکثر مطالعات، جهت گزارش و مقایسه‌ی شاخص‌هایی از جمله SOC و یا ECOHIS، از مواردی همچون میانگین، میانه و انحراف معیار کمک گرفته می‌شود، از این رو جهت استنتاج آسان و مؤثرتر، لزوم تبیین دقیق‌تر طیف نمرات این دسته از معیارها به عنوان نمرات «ضعیف» و «قوی» در بررسی‌های آینده مورد نیاز می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در بررسی حاضر، در میان مادران و کودکان ۳-۵ ساله‌ی مراجعه کننده به کلینیک طبوبی در شهر ساری شاخص dmft با SOC به صورت منفی و با ECOHIS به صورت مثبت همبستگی داشته است. به بیانی دیگر در جمعیت مورد مطالعه، SOC مادران، وقوع پوسیدگی دندانی و کیفیت زندگی را در کودکان آن‌ها به طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نتیجه با افزایش SOC مادران می‌توان شاهد بهبود OHRQoL خانواده نیز بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه با شماره ثبت ۲۵۲۲ در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و همچنین مدیریت محترم کلینیک تخصصی طبوبی شهر ساری به جهت انجام هماهنگی‌های لازم برای پیشبرد بررسی حاضر بی‌نهایت سپاسگزاریم.

تأثیر مستقیمی بر OHRQoL کودکان دارد. هرچه SOC بالاتر باشد، کیفیت زندگی خانواده نیز بهتر خواهد بود. این نتیجه با مطالعات بسیاری هم راستا می‌باشد.^(۱۲)

مادر به عنوان نخستین فردی که در کنار کودک حضور دارد و از وی مراقبت می‌نماید، تأثیر زیادی بر زندگی وی می‌گذارد.^(۱) در این مطالعه تأثیر چشمگیر ارتباط میان SOC مادران و OHRQoL کودکان مشخص شده است. بهبود SOC مادران با تکنیک‌های روانشناسی قابل انجام بوده که می‌تواند OHRQoL کودکان را نیز متعاقباً تحت تأثیر قرار دهد. مشارکت فعالانه و در عین حال مثبت، کنار آمدن با استرس‌های روحی - روانی و همچنین داشتن فهم منسجم و یکپارچه از وقایع مختلف زندگی به عنوان راه‌کارهایی برای بهبود SOC مطرح هستند.^(۱)

یکی از چالش‌های مهم ارزیابی مشکلات سلامت دهان کودکان خردسال، عدم رشد شناختی کافی و نیز غیرقابل اتکا بودن پاسخ‌های آن‌ها می‌باشد. از این رو همکاری والدین جهت ارزیابی وضعیت سلامت دهان و دندان ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه خروجی پرسشنامه‌ی ECOHIS کاملاً وابسته به درک و فهم والدین از موضوعات است، در نتیجه تفاوت‌های فردی و اجتماعی آن‌ها می‌تواند بر نتایج این مطالعه تأثیرگذار بوده باشد.^(۱) مطالعه‌ی حاضر مشمول محدودیت‌های یک مطالعه‌ی مقطعی می‌شود از این رو نمی‌توان علیت را در میان متغیرها مشخص نمود.^(۲) از جمله دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این مورد اشاره کرد که مراجعه کنندگان به کلینیک درمانی طبوبی ممکن است اغلب افرادی با شیوع بالای پوسیدگی‌های دهان و دندان بوده‌اند و یا از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی نیز مربوط به طبقه‌ی خاصی

منابع

1. James JM, Puranik MP, Sowmya K. Mothers' Sense of Coherence as a Predictor of Oral Health Related Quality of Life Among Preschool Children: A Cross-Sectional Study. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2017;15(1):11.
2. Fernandes I, Costa D, Coelho V, Sá-Pinto A, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge M. Association between sense of coherence and oral health-related quality of life among toddlers. *Community dental health*. 2017;34(1):37-40.
3. Shabestari S, Motamed N, Karimikia M. Evaluation of Oral Health Related Quality of Life and Its Related Factors in Pre-school Children Living in Zanjan in 2015. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2018;26(114):113-23.
4. Roncalli AG, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2015;43(4):317-24.
5. Lee GH, McGrath C, Yiu CK, King NM. A comparison of a generic and oral health-specific measure in assessing the impact of early childhood caries on quality of life. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2010;38(4):333-9.
6. VAISI RAYGANI A, Jalali R, GHobadi A, Salari N. The Prevalence of dental caries in deciduous and permanent teeth in Iranian children: A Systematic review and Meta-analysis. *journal of research in dental sciences*. 2018;15(3):180-9.
7. Bakhtiar M, Mohammadi TM, Hajizamani A, Vossoughi M. Association of oral health indicators with quality-of-life related to oral health among Iranian adolescent. *Journal of international oral health: JIOH*. 2014;6(6):5.
8. Jain M, Kaira L, Sikka G, Singh S, Gupta A, Sharma R, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two state samples of gujarat and rajasthan. *Journal of Dentistry (Tehran, Iran)*. 2012;9(2):135.
9. Humphris G, Freeman R, Gibson B, Simpson K, Whelton H. Oral health-related quality of life for 8–10-year-old children: an assessment of a new measure. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2005;33(5):326-32.
10. Sajadi FS, Pishbin L, Azhari SH, Moosazadeh M. Impact of Oral and Dental Health on Children's and Parents' Quality of Life Based on Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) Index. *Int J Dent Sci Res*. 2015;3(2):28-31.
11. Qiu RM, Wong MC, Lo EC, Lin HC. Relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's sense of coherence. *BMC public health*. 2013;13(1):239.
12. Freire M, Hardy R, Sheiham A. Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours. *Community dental health*. 2002;19(1):24-31.
13. da Silva AN, Mendonça MH, Vettore MV. The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2011;39(2):115-26.
14. Lindmark U, Stegmayr B, Nilsson B, Lindahl B, Johansson I. Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition Journal*. 2005;4(1):9.
15. Khatri SG, Acharya S, Srinivasan S. Mothers' sense of coherence and oral health related quality of life of preschool children in Udipi Taluk. *Community dental health*. 2014;31(1):32-6.
16. Jabarifar S-E, 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(1):4.
17. Novaes TF, Pontes LRA, Freitas JG, Acosta CP, Andrade KCE, Guedes RS, et al. Responsiveness of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) is related to dental treatment complexity. *Health and quality of life outcomes*. 2017;15(1):182.
18. Mahammadzadeh A, Poursharifi H, Alipour A. Validation of Sense of Coherence (SOC) 13-item scale in Iranian sample. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1451-5.
19. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and quality of life outcomes*. 2007;5(1):6.
20. Organization WH. Oral health surveys: basic methods. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;3(10):270-8.
21. Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J, et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2009;37(4):357-65.
22. Dorri M, Sheiham A, Hardy R, Watt R. The relationship between Sense of Coherence and toothbrushing behaviours in Iranian adolescents in Mashhad. *Journal of clinical periodontology*. 2010;37(1):46-52.

23. Savolainen JJ, Suominen-Taipale AL, Uutela AK, Martelin TP, Niskanen MC, Knuuttila ML. Sense of coherence as a determinant of toothbrushing frequency and level of oral hygiene. *Journal of periodontology*. 2005;76(6):1006-12.
24. de Souza Barbosa T, de Moraes Tureli MC, Nobre-dos-Santos M, Puppim-Rontani RM, Gavião MBD. The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral health-related quality of life in children. *Archives of oral biology*. 2013;58(9):1070-7.
25. Filstrup SL, Briskie D, Da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatric dentistry*. 2003;25(5):431-40.
26. Awooda E, Saeed S, Elbasir E. Caries Prevalence among 3–5 years old children in Khartoum state, Sudan. *Innovat J Med Health Sci*. 2013;3(2):42-4.
27. Azizi Z. The prevalence of dental caries in primary dentition in 4-to 5-year-old preschool children in northern Palestine. *International journal of dentistry*. 2014;2014.
28. Jose B, King NM. Early childhood caries lesions in preschool children in Kerala, India. *Pediatric dentistry*. 2003;25(6).
29. Mahejabeen R, Sudha P, Kulkarni S, Anegundi R. Dental caries prevalence among preschool children of Hubli: Dharwad city. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2006;24(1):19.
30. Wyne A. Caries prevalence, severity, and pattern in preschool children. *The journal of contemporary dental practice*. 2008;9(3):24-31.
31. Yévenes I, Bustos BC, Ramos AA, Espinoza RM, Jara MN, Smith LP. Prevalence of dental caries in preschool children in Peñaflores, Santiago, Chile. *Revista Odonto Ciência*. 2009;24(2):116-9.
32. 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. *Journal of Isfahan Dental School*. 2013:534-41.
33. Li S, Veronneau J, Allison PJ. Validation of a French language version of the early childhood oral health impact scale (ECOHis). *Health and quality of life outcomes*. 2008;6(1):9.
34. Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leão AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties of the Brazilian version of the early childhood oral health impact scale (B-ECOHis). *BMC oral health*. 2011;11(1):19.
35. Kavand G, Younesian F, Saffar Shahroudi A, Dorri M, Akbarzadeh Baghban A, Khoshnevisan M-H. Oral Health Related Quality of Life among Iranian children: Part I-Validity, reliability, prevalence and severity assessment of daily impact factors. *Shahid Beheshti University Dental Journal*. 2010;27(4):187-96.
36. Gomes MC, Clementino MA, Pinto-Sarmiento TCdA, Costa EMMdB, Martins CC, Granville-Garcia AF, et al. Parental perceptions of oral health status in preschool children and associated factors. *Brazilian dental journal*. 2015;26(4):428-34.