

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله ایرانی به وسیله شاخص Chilp-OIDP: قسمت دوم - تأثیرات اجتماعی-دندانی (Socio-dental impacts) بیماری‌های پریدنتال و پوسیدگی

دکتر فرناز یونسیان*، دکتر عاطفه صفار شاهرودی**، دکتر گلناز کاوند***، دکتر مجتبی دری****، دکتر علیرضا اکبرزاده باغبان*****،
دکتر محمدحسین خوشنویسان*****

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به شیوع بالای بیماری‌های پریدنتال و پوسیدگی دندان و توجه روزافزون به استفاده از مفهوم کیفیت زندگی در تصمیم‌گیری‌های کلینیکی، این مطالعه با هدف بررسی تأثیرات اجتماعی-دندانی (socio-dental impacts) بیماری‌های پریدنتال و پوسیدگی در کودکان به کمک شاخص Child-OIDP صورت پذیرفت.

مواد و روشها: در مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر، تعداد ۳۱۰ دانش‌آموز راهنمایی شهر تهران پس از انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه Child-OIDP، تحت معاینه کلینیکی قرار گرفته، تعداد دندان‌های پوسیده، شاخص ساده شده بهداشت دهان (OHI-S) و خونریزی حین پروبینگ (BOP) آنها ثبت شد. آزمون‌های آماری مورد استفاده *Chi-square Independent sample t* و *Binary logistic regression* بودند.

یافته‌ها: میانگین تعداد دندان‌های پوسیده در پسران به صورت معنی‌داری بیش از دختران بود ($P=0/001$). همچنین میانگین شاخص ساده شده بهداشت دهان (OHI-S) در پسران بیشتر از دختران بود ($P=0/00$). حدود ۳۰/۶ درصد از کودکان اختلال در عملکردهای روزانه را به واسطه مشکلات مرتبط با بیماری‌های پریدنتال (CSI-periodontal) و ۳۴/۸ درصد از کودکان اختلال در عملکردهای روزانه را به واسطه مشکلات مرتبط با پوسیدگی دندان (CSI-caries) ابراز نمودند. احتمال گزارش کردن CSI-periodontal توسط دختران ۱/۸ برابر پسران بود. عدم استفاده از مسواک با CSI-periodontal و CSI-caries، همچنین پوسیدگی با CSI-caries رابطه معنی‌داری را نشان داد ($P<0/05$)؛ اما رابطه OHI-S و BOP با CSI-periodontal معنی‌دار نبود ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: برخلاف خونریزی از لثه و OHI-S، پوسیدگی با اختلال در کیفیت زندگی کودکان رابطه معنی‌داری داشت. بنابراین Child-OIDP می‌تواند در ارزیابی نیازهای درمانی مربوط به پوسیدگی در کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله مورد استفاده قرار بگیرد.

کلید واژگان: کیفیت زندگی، پوسیدگی، بیماری‌های پریدنتال

تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۸۹/۶/۲۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸۹/۶/۲۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۴/۸

مجله دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹، ۲۳۱-۲۲۵

مقدمه

امروزه با اهمیت یافتن رویکرد بیمار محور در تصمیم‌گیری‌های کلینیکی، توجه به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در علم دندانپزشکی نقش ویژه‌ای پیدا کرده است (۱)؛ بنابراین سعی بر آن است که با تدوین

* دستیار تخصصی گروه ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

** دستیار تخصصی گروه ارتودنسی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

*** دانشجوی رشته سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، گروه اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی، آمریکا.

**** دانشجوی رشته سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، گروه اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی، دانشگاه کالج لندن (UCL)، آمریکا.

***** استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی و مرکز تحقیقات اندودانتیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

***** نویسنده مسئول: استادیار گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

درمان را از کودکان سالم متمایز نماید (۹). بنابر دلایل مذکور در این مطالعه از شاخص Condition-specific Child-OIDP استفاده گردید. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیرات اجتماعی-دندانی بیماری‌های پریودنتال و پوسیدگی در کودکان به کمک شاخص Child-OIDP انجام شده است.

مواد و روشها

در مطالعه توصیفی-تحلیلی حاضر، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی یا Stratified cluster sampling استفاده شد. با توجه به این که می‌بایست در نمونه‌گیری نهایی از کودکان مدارس غیرانتفاعی و دولتی در هر دو جنس دختر و پسر از همه مناطق شمال، مرکز و جنوب شهر حضور داشته باشند، ابتدا جامعه آماری برحسب این متغیرها به ۱۲ طبقه تقسیم شده، سپس در هر یک از طبقات با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای نمونه مورد نظر براساس در دسترس بودن (convenient sampling) مدرسه‌ها انتخاب گردید. به این ترتیب تعداد ۳۱۰ دانش آموز ۱۱ تا ۱۴ ساله مقطع راهنمایی شهر تهران در این مطالعه شرکت کردند.

این تحقیق با تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با اجازه رسمی آموزش و پرورش کل شهر تهران انجام شد. همچنین، رضایت‌نامه غیرمستقیم برای والدین دانش‌آموزان فرستاده شد.

جمع‌آوری داده‌ها طی دو مرحله مصاحبه رو در رو و معاینه دندانپزشکی صورت گرفت؛ در ابتدا، اطلاعات دموگرافیک از جمله جنس و تحصیلات والدین و همچنین مشکلات دهان و دندان کودک در عرض ۳ ماه گذشته (از میان ۲۰ گزینه پرسشنامه) توسط کودکان مشخص شد. در مرحله دوم جدول مربوط به شاخص Child-OIDP طی مصاحبه رو در رو تکمیل گردید. به این صورت که ابتدا از کودک خواسته شد که عملکردهای روزانه‌ای را که در ۳ ماه گذشته در اثر مشکلات دهان و دندان وی دچار اختلال شده بودند، را از میان ۸ عملکرد روزانه ارائه شده در پرسشنامه Child-OIDP (شامل غذا خوردن، صحبت کردن، تمیز کردن دندان‌ها، خوابیدن، حفظ آرامش روحی، لبخند زدن بدون خجالت کشیدن، انجام تکلیف مدرسه و برقراری ارتباط اجتماعی) مشخص نمایند. در مرحله بعد، از هر کودک درخواست شد که میزان شدت هر مشکل را براساس مقیاس لیکرت (۱: اثر کم، ۲: اثر متوسط، ۳: اثر زیاد) و همچنین مدت اختلال در عملکرد روزانه را با اعداد ۱ تا ۳ مشخص

شاخص‌های مختلف در این زمینه میزان تأثیر بیماری‌های مختلف دهان و دندان، همچنین تأثیر برنامه‌های پیشگیری و مداخلات درمانی دندانپزشکی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان اندازه‌گیری شود (۲،۳). در مورد کودکان نیز مشکلات دهانی متعددی وجود دارد که با عملکرد طبیعی، احساس سلامتی و به طور کلی کیفیت زندگی کودک تداخل می‌نمایند (۴). شایع‌ترین این مشکلات، پوسیدگی دندان و بیماری‌های پریودنتال می‌باشد؛ به گونه‌ای که در ۶۰ درصد نوجوانان ایرانی پوسیدگی‌های دندانی و در بیش از ۹۵ درصد آنها التهاب لثه گزارش شده است (۵). این مشکلات شایع دهانی می‌تواند به درد، خونریزی از لثه، از دست دادن دندان، ظاهر نازیبا، احساس ناراحتی و یا به طور کلی ایجاد اختلال در فعالیت‌های روزانه کودک منجر شود (۶). این عوامل توجه روزافزون به اقدامات پیشگیری، درمانی و نیز ارتقا سطح بهداشت دهان و دندان را سبب شده‌اند. این اقدامات از مداخلات ساده همچون تشخیص زودهنگام پوسیدگی، تجویز دهانشویه و آموزش بهداشت دهان و دندان تا درمان‌های پیچیده نظیر ترمیم‌های چند سطحی و درمان ریشه متغیر است که هزینه‌های گزافی را از بودجه دولتی و درآمد خصوصی افراد جامعه بر نظام سلامت تحمیل می‌کند؛ باوجود این، تاکنون مطالعات محدودی جهت ارزیابی ارتباط کیفیت زندگی با تظاهرات کلینیکی همچون وجود پوسیدگی یا بیماری‌های پریودنتال صورت گرفته‌اند و در نتیجه اثربخشی واقعی این اقدامات پیشگیرانه و درمانی بر ارتقاء کیفیت زندگی همچنان مورد سوال است.

Child-OIDP (Oral Impacts on Daily Performances) تنها شاخصی است که ویژگی‌های سایکومتریک آن در کودکان ۱۱-۱۴ ساله ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفته و روایی و پایایی آن جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در جامعه کودکان فارسی‌زبان تأیید شده است (۷). از طرف دیگر، Child-OIDP تنها شاخصی است که مشکلات دهانی خاصی را که بنا به نظر کودک به عنوان عامل ایجاد کننده اختلال در عملکردهای روزمره ذکر شده است به خوبی مشخص کرده؛ می‌تواند علاوه بر فرم کلی (generic) به صورت اختصاصی (Condition-Specific) نیز مورد استفاده قرار گیرد (۸). این شیوه روشی دقیق‌تر و حساس‌تر به منظور بررسی تأثیرات کوچک اما مهم مشکلات دهانی است و بهتر می‌تواند کودکان نیازمند به

۰/۷۲ بود.

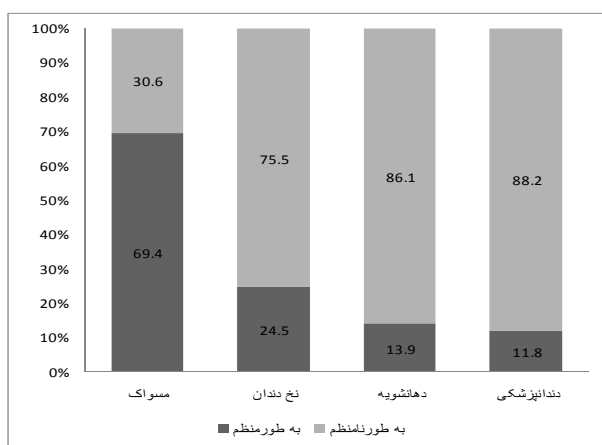
در این مطالعه از Independent sample t-test برای مقایسه OHI-S، BOP و تعداد پوسیدگی میان دختران و پسران استفاده شد. همچنین، از آزمون Chi-square برای مقایسه تعداد دختران و پسران از لحاظ مسواک زدن به صورت منظم یا نامنظم استفاده شد. از مدل Binary logistic regression برای ارزیابی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای (جنسیت و تحصیلات والدین) و متغیرهای بهداشت شامل تعداد دفعات استفاده از مسواک، نخ دندان، دهانشویه، مراجعه به دندانپزشک و متغیرهای کلینیکی شامل تعداد دندان‌های پوسیده، OHI-S و BOP با CSI- و CSI-carries periodontal استفاده گردید.

یافته‌ها

از تعداد ۳۱۰ کودک شرکت کننده در این مطالعه، ۱۵۱ نفر (۴۸/۷٪) پسر و ۱۵۹ نفر (۵۱/۳٪) دختر بودند. اطلاعات مربوط به سطح تحصیلات والدین و عادات بهداشتی کودکان در جدول ۱ و نمودار ۱ آمده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی کودکان برحسب سطح تحصیلات والدین (تعداد= ۳۱۰)

تحصیلات والدین	بیسواد یا کم سواد	دیپلم یا زیردیپلم	تحصیلات دانشگاهی
تحصیلات پدر	۴۵ (۱۴/۵٪)	۱۳۵ (۴۳/۵٪)	۱۳۰ (۴۱/۹٪)
تحصیلات مادر	۴۸ (۱۵/۵٪)	۱۵۵ (۵۰/۰٪)	۱۰۷ (۳۴/۵٪)



نمودار ۱- توزیع درصد فراوانی کودکان برحسب نحوه انجام (منظم- نامنظم) عادات بهداشتی مختلف

کند. سپس کودک عامل ایجاد کننده اختلال در عملکرد روزانه را از میان مشکلات دهان و دندان انتخاب کرده، در مرحله اول پرسشنامه مشخص می‌نمود. از میان این مشکلات، فقط آن گروه از مشکلاتی که با پوسیدگی مرتبط بودند شامل: درد دندان، حساسیت دندان و سوراخ در دندان در نظر گرفته شدند و کودکانی که حداقل یکی از این مشکلات را عنوان نمودند در گروه کودکان دارای اختلال در عملکردهای روزانه به واسطه مشکلات مرتبط با پوسیدگی دندانی یا Condition-specific sociodental impacts (CSI- caries) attributed to dental caries قرار گرفتند. همچنین تنها مشکلات مربوط به التهاب پریودنتال شامل: خون آمدن از لثه، لثه‌های ورم کرده و جرم روی دندان‌ها، که به عنوان عامل ایجاد کننده اختلال در عملکرد روزانه قید شده بودند، در نظر گرفته شده، سایر عوامل حذف شدند؛ این کودکان نیز در گروه کودکان دارای اختلال در عملکردهای روزانه به واسطه مشکلات مرتبط با بیماری‌های پریودنتال یا Condition-specific sociodental impacts attributed to periodontal diseases (CSI- periodontal) قرار گرفتند. از کودکان در مورد عادات بهداشت دهان و دندان مانند تعداد دفعات استفاده از مسواک، نخ دندان، دهانشویه و مراجعه به دندانپزشک سؤال شد. در نهایت، کودکان تحت یک معاینه کلینیکی با آینه یک بار مصرف و پروب WHO با استفاده از Head light قرار گرفتند و وضعیت دندانی و شاخص ساده شده بهداشت دهان یا Oral Hygiene Index- Simplified (OHI-S) هر فرد ثبت گردید و در آخر دندان‌های مولر اول و مولر دوم (در صورت رویش) هر دو سمت بالا و پایین، سنترال چپ بالا و سنترال راست پایین به منظور تعیین خونریزی حین پروبینگ (BOP) پروب شدند.

تعداد ۲۰ کودک به منظور تعیین پایایی بین معاینه کنندگان (inter-examiner reliability)، توسط هر دو معاینه کننده، معاینه شدند که ضریب کاپا (weighted kappa) برای تعداد پوسیدگی، OHI-S و BOP به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ بود. همچنین، به منظور تعیین پایایی هر معاینه کننده (intra-examiner reliability)، تعداد ۲۰ کودک دو هفته بعد از معاینه اول مجدداً توسط همان معاینه کننده، معاینه شدند. ضریب کاپا (weighted Kappa) برای تعداد پوسیدگی، OHI-S و BOP برای معاینه کننده اول به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ و برای معاینه کننده دوم به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۳ و

۳۴/۸٪ از کودکان اختلال در عملکردهای روزانه خود را به واسطه مشکلات مرتبط با پوسیدگی دندانی یا Condition-specific sociodental impacts attributed to dental caries (CSI- caries) ابراز نمودند و در آنالیز رگرسیون مشخص شد که هیچ کدام از متغیرهای جنسیت و تحصیلات والدین با آن رابطه معنی داری نشان ندادند ($P > 0.05$).

رابطه میان CSI-periodontal با جنسیت و سایر متغیرها در جدول ۳ آمده است. از میان متغیرهای موجود تنها استفاده از مسواک با CSI-periodontal رابطه معنی دار داشت. همچنین، رابطه میان CSI-carries با متغیرها در جدول ۴ مشخص شده است. از میان متغیرهای موجود، استفاده از مسواک و وجود پوسیدگی با CSI-carries رابطه معنی دار داشتند؛ به این ترتیب که کسانی که در معاینات کلینیکی پوسیدگی داشتند ۱/۶۶ برابر افراد فاقد پوسیدگی شانس گزارش کردن CSI-carries را نشان دادند.

جدول ۲- توزیع فراوانی دانش آموزان به تفکیک شاخص ساده شده بهداشت دهان و تعداد دندان‌هایی که خونریزی از لثه حین پروبینگ را (از ده دندان معاینه شده) نشان دادند

نوع متغیر	تعداد (درصد)
شاخص ساده شده بهداشت دهان (OHI-S)	
خوب: ۰-۱/۲	۱۸۱ (۵۸/۴)
متوسط تا بد: ۱/۳-۶	۱۲۹ (۴۱/۶)
خونریزی از لثه حین پروبینگ	
بدون خونریزی	۳۲ (۱۰/۳)
در اطراف ۱-۳ دندان	۱۴۹ (۴۸/۱)
در اطراف ۴-۵ دندان	۸۸ (۲۸/۴)
در اطراف ۶-۱۰ دندان	۴۱ (۱۳/۲)

طی معاینات کلینیکی مشخص شد که ۱۳۰ نفر (۴۱/۹٪) دارای حداقل یک دندان پوسیده بودند. میانگین تعداد دندان‌های پوسیده ($1/30 \pm 0/92$) بود. میانگین شاخص ساده شده بهداشت دهان یا Oral Hygiene Index- Simplified (OHI-S)، ($0/53 \pm 1/20$) بود. ۲۷۸ نفر (۸۹/۶٪) در معاینات کلینیکی خونریزی از لثه را در اطراف حداقل یکی از دندان‌ها نشان دادند. توزیع فراوانی دانش آموزان برحسب شاخص ساده شده بهداشت دهان و تعداد دندان‌هایی که خونریزی از لثه حین پروبینگ را (از ده دندان معاینه شده) نشان دادند، در جدول ۲ نشان داده شده است. آزمون آماری Independent sample t نشان داد که میانگین تعداد پوسیدگی در پسران به صورت معنی داری بیش از دختران بود ($P=0/001$). ولی تفاوت آنها از لحاظ تعداد دندان‌هایی که خونریزی از لثه حین پروبینگ را (از ده دندان معاینه شده) نشان دادند، معنی دار نبود ($P=0/825$). همچنین، این آزمون آماری نشان داد که میانگین شاخص ساده شده بهداشت دهان یا Oral Hygiene Index- Simplified (OHI-S) در پسران بیشتر از دختران بود ($P=0/000$). همچنین، آزمون Chi-square نشان داد که تعداد دخترانی که به طور منظم مسواک می‌زنند به صورت معنی داری بیشتر از پسران است ($P=0/012$).

۳۰/۶٪ از کودکان اختلال در عملکردهای روزانه خود را به واسطه مشکلات مرتبط با بیماری‌های پریدونتال یا Condition-specific sociodental impacts attributed to dental diseases (CSI- periodontal) ابراز نمودند. از میان متغیرهای جنسیت و تحصیلات پدر و مادر تنها جنسیت با وجود رابطه معنی دار داشت. به این ترتیب که شانس گزارش کردن CSI-periodontal در دانش آموزان دختر ۱/۸ برابر دانش آموزان پسر بود.

جدول ۳- بررسی ارتباط بین CSI-periodontal با متغیرهای مستقل

متغیر	ضریب رگرسیون	OR	95% CI for OR	P- value
جنسیت (پسر=۱، دختر=۰)	-۰/۵۰۸	۰/۶۰۲	(۰/۹۸۲؛ ۰/۳۶۹)	۰/۰۴۲
مسواک (نامنظم=۱، منظم=۰)	۰/۵۰۲	۱/۶۵۳	(۲/۷۷۳؛ ۱/۰۸۵)	۰/۰۴۷
نخ دندان (نامنظم=۱، منظم=۰)	۰/۴۵۸	۱/۵۸۰	(۱/۱۴۷؛ ۰/۳۴۹)	۰/۱۳۲
دهانشویه (نامنظم=۱، منظم=۰)	-۰/۲۳	۰/۹۷۸	(۱/۹۷۰؛ ۰/۴۸۵)	۰/۹۵۰
مراجعه به دندانپزشک (نامنظم=۱، منظم=۰)	-۰/۴۷۴	۰/۶۲۲	(۱/۴۲۳؛ ۰/۲۷۲)	۰/۲۶۱
OHI-S (متوسط تا بد=۱، خوب=۰)	۰/۲۷۷	۰/۳۱۹	(۲/۱۴۸؛ ۰/۸۱۱)	۰/۲۶۵
BOP (خونریزی=۱، عدم خونریزی=۰)	-۰/۲۸۱	۰/۷۵۵	(۲/۰۶۲؛ ۰/۲۷۶)	۰/۵۸۳

جدول ۴- ارتباط بین CSI-caries و متغیرهای مستقل

متغیر	ضریب رگرسیون	OR	95% CI for OR	P value
مسواک (نامنظم=۱، منظم=۰)	۰/۶۶۲	۱/۹۳۸	(۱/۱۷۲؛ ۳/۲۰۶)	۰/۰۱۰
نخ دندان (نامنظم=۱، منظم=۰)	-۰/۱۱۵	۱/۱۲۱	(۰/۵۱۵؛ ۱/۵۴۳)	۰/۶۸۲
دهانشویه (نامنظم=۱، منظم=۰)	۰/۲۳۵	۰/۷۹۰	(۰/۶۵۳؛ ۲/۴۵۱)	۰/۴۸۷
مراجعه به دندانپزشک (نامنظم=۱، منظم=۰)	-۰/۴۴	۱/۰۴۴	(۰/۴۵۸؛ ۲/۰۰۰)	۰/۹۰۶
پوسیدگی (وجود=۱، عدم وجود=۰)	-۰/۵۰۶	۱/۶۵۸	(۰/۳۷۶؛ ۰/۹۶۸)	۰/۰۳۶

بحث

تکاملی-شناختی کودک می‌باشد اختلاف بدست آمده احتمالاً به علت تفاوت‌های روانشناختی و رفتاری بین دختران و پسران می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط McGrath و Bedi در سال ۲۰۰۰ در لندن با هدف بررسی تفاوت‌های جنسیتی در تأثیرات اجتماعی سلامت دهان و دندان انجام شد (۱۲)، مشخص شد که از نظر جنس مونث در مقایسه با جنس مخالف سلامت دهان و دندان تأثیر مهم‌تری بر کیفیت زندگی داشته و به نظر دختران مشکلات دهان و دندان بیشتر باعث درد دندان، خجالت کشیدن و تغییر حالات روحی می‌شود. از این رو به نظر آنها با بهبود وضعیت دهان، کیفیت مرتبط با سلامت دهان و دندان بیشتر افزایش می‌یابد.

در این مطالعه، عدم مسواک کردن دندان‌ها یا مسواک کردن به صورت نامنظم با اختلال در عملکردهای روزانه به واسطه مشکلات مرتبط با پوسیدگی دندانی و بیماری‌های پریودنتال رابطه معنی‌داری داشت. همچنین پوسیدگی‌های دندانی به صورت معنی‌داری با اختلال در عملکردهای روزانه به واسطه مشکلات مرتبط با پوسیدگی دندانی رابطه معکوس داشت که با نتایج اکثر مطالعات قبلی همخوانی دارد (۱۶-۱۳). با وجود اینکه پوسیدگی دندان یک علامت کلینیکی است (sign)، می‌تواند با نشانه‌هایی همچون حساسیت دندان‌ها و درد دندانی (symptoms) توأم بوده و به اشکال در جویدن غذا، نگرانی در مورد وضعیت دهان و دندان، اختلال در عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان و سایر عملکردهای روزانه کودک منجر شود. علاوه بر این، مطالعه کاوند و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که حساسیت و درد دندانی از نظر کودکان ایرانی، با بیشترین شدت نسبت به سایر مشکلات دهانی، عملکرد روزانه کودکان را مختل کرده است (۷).

میزان پلاک، جرم و در مجموع شاخص OHI-S با اختلال در کیفیت زندگی به واسطه بیماری‌های پریودنتال رابطه

در مطالعه حاضر، شیوع پوسیدگی در پسران به صورت معنی‌داری از دختران بیشتر بود ($P=۰/۰۰۱$). همچنین میانگین شاخص OHI-S در پسران بالاتر از مورد مشابه در دختران بود ($P=۰/۰۰$). این نتایج با یافته‌های مطالعات قبلی همخوانی دارد. در مطالعه Yee و همکاران که در سال ۲۰۰۶ انجام شد، OHI-S در پسران ۱۵ ساله، به طور معنی‌داری بالاتر بود و این اختلاف سطح بهداشت به تفاوت‌های رفتاری دختران و پسران نسبت داده شد (۱۰)؛ همچنین در تحقیق مروری که در سال ۲۰۰۶ توسط Timmerman و Vander weijden انجام گرفت، جنسیت به عنوان یک ریسک فاکتور در بیماری پریودنتال مطرح شده است (۱۱). این مقاله گزارش می‌کند که هرچند در مورد جنسیت و بیماری‌های پریودنتال توافق جمعی وجود ندارد، اما علت بالاتر بودن شیوع بیماری‌های پریودنتال در جنس مذکر عمدتاً تفاوت‌های رفتاری به ویژه تفاوت در سطح بهداشت در مقایسه با جنس مونث می‌باشد و نه فاکتورهای ژنتیکی. در این مطالعه نیز تعداد دخترانی که به طور منظم مسواک می‌زدند به صورت معنی‌داری بیشتر از پسران بود ($P=۰/۰۱۲$).

علی‌رغم شیوع بیشتر التهاب لثه و پریودنشیوم در پسران، تعداد دخترانی که وجود CSI-periodontal را گزارش نموده بودند ۱/۸ برابر پسران بود؛ به این معنی که دختران نزدیک به ۲ برابر بیشتر شانس گزارش کردن اختلال در کیفیت زندگی را بواسطه مشکلات دهان و دندان مرتبط با بیماری‌های پریودنتال داشتند. همچنین، با وجود شیوع بیشتر پوسیدگی در پسران، از لحاظ اختلال در کیفیت زندگی بواسطه مشکلات دهان و دندان مرتبط با پوسیدگی تفاوتی میان دو جنس مشاهده نشد. در واقع از آنجا که نتایج بدست آمده از شاخص‌های خوداظهاری (Self-perceived) در کودکان تا حد زیادی تحت تأثیر ویژگی‌های

دندان‌های دایمی می‌باشد. البته Leung در سال ۲۰۰۶ گزارش کرد که میان Clinical Attachment Loss و کیفیت زندگی بزرگسالان رابطه معکوس وجود دارد (۱۸). علت این تناقض در نتایج حاصل از کودکان و بزرگسالان احتمالاً به این خاطر است که بیماری‌های پریدونتال در کودکان پیشرفته نبوده و ندرتاً باعث Clinical Attachment Loss و مشکلات متعاقب آن می‌شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که عدم مسواک کردن دندان‌ها و پوسیدگی دندان برخلاف خونریزی از لثه و OHI-S با اختلال در کیفیت زندگی کودکان رابطه معنی‌داری داشت. بنابراین شاخص Child-OIDP می‌تواند در ارزیابی نیازهای درمانی مربوط به پوسیدگی دندان در کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله ایرانی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر منتج از پایان‌نامه دکترای دندانپزشکی خانم‌ها دکتر فرناز یونسین، دکتر گلناز کاوند و دکتر عاطفه صفار شاهرودی به راهنمایی دکتر محمد حسین خوشنویسان می‌باشد.

معنی‌داری را نشان نداد، هرچند که تعداد محدودی از کودکان وجود جرم دندانی و تغییر رنگ ناشی از آن را به عنوان عامل ایجاد درجاتی از اختلال عملکردهایی همچون خجالت کشیدن هنگام لبخند زدن و برقراری ارتباط اجتماعی گزارش نمودند، اما میزان جرم و پلاک دندانی در سطح دندان‌ها که طی معاینه کلینیکی بدست آمد با گزارش اختلال عملکرد روزانه توسط CS-Child-OIDP رابطه معنی‌داری نداشت. جرم و پلاک علایم کلینیکی (sign) هستند و عمده‌ترین نشانه (symptom) مربوط به بیماری‌های پریدونتال که بر اثر آنها در کودکان ایجاد می‌شود خونریزی از لثه می‌باشد. از آنجا که شیوع خونریزی از لثه حین پروبینگ (BOP) در کودکان بسیار بالا بود (۸۹/۶٪)، علیرغم اینکه BOP در افرادی که CSI- periodontal داشتند، بیشتر از سایرین بود، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. عدم ارتباط ژنژیویت با کیفیت زندگی در کودکان با نتایج مطالعه مروری نظام‌مندی که توسط Barbosa در سال ۲۰۰۸ انجام شده بود، همخوانی دارد (۱۷). بنابراین گزارش، آنچه کودکان به عنوان خونریزی از لثه و عامل ایجاد اختلال در فعالیت روزمره گزارش می‌کنند صرفاً به علت التهاب لثه نبوده بلکه ناشی از پدیده‌های فیزیولوژیک مانند زخم‌های ناشی از اکسفولیشن یا فضای ناشی از عدم رویش

References

1. McGrath C, Bedi R, Gilthorpe MS: Oral health related quality of life—views of public in the united kingdom. *Community Dent Health* 2000;17:3-7.
2. Awad MA, Locker D, Korner-Bitensky N, Feine JS: Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on oral health-related quality of life in a randomized controlled clinical trial. *J Dent Res* 2000;79:1659-1663.
3. Allen PF, McMillan AS, Locker D: An assessment of sensitivity to change of the oral health impact profile in a clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:175-182.
4. Surgeon General's Report. Oral Health in America. Bethesda, MD, US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000.
5. Yazdani R, Murtomaa H: Dental health and school-based health education among 15-year-olds in Tehran, Iran. Department of Oral Public Health, Institute of Dentistry, Faculty of Medicine, University of Helsinki PhD thesis. Finland 2009.
6. Department of Health. An oral Health Strategy for England, London, DoH, 1994.
7. Kavand G, Younessian F, Saffarshahroudi A, Dorri M, Akbarzadeh Baghban AR, Khoshnevisan MH: Oral Health Related Quality of Life among Iranian children. Validity, reliability and prevalence assessment of daily impact factors. *Beheshti Dent Journal* 2009;27:187-196.

8. Adulyanon S, Sheiham A. Oral Impacts on daily performances. In: Slade GD, ed. *Measuring oral health and quality of life*. 1st Ed. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, 1997;Chap3:151-160.
9. Bernabe´ E, Krisdapong S, Sheiham A, Tsakos G: Comparison of the discriminative ability of the generic and condition-specific forms of the Child-OIDP index: a study on children with different types of normative dental treatment needs. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:155–162.
10. Yee R, David J, Khadka R: Oral cleanliness of 12-13-year-old and 15-year-old children of Sunsari. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2006;24:146-151.
11. Timmerman MF, van der Weijden GA: Risk factors for periodontitis. *Int J Dent Hyg* 2006;4:2-7.
12. McGrath C, Bedi R: Gender variations in the social impact of oral health. *J Ir Dent Assoc* 2000;46:87-91.
13. Brown A, Al-Khayal Z: Validity and reliability of the Arabic translation of the child oral-health-related quality of life questionnaire (CPQ11-14) in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 2006;16:405-411.
14. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D: Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). *J Dent Res* 2005;84:649-652.
15. Marshman Z, Rodd H, Stern M, Mitchell C, Locker D, Jokovic A: An evaluation of the Child Perceptions Questionnaire in the UK. *Community Dental Health* 2005;22:151-155.
16. Robinson PG, Nalweyiso N, Busingye J, Whitworth J: Subjective impacts of dental caries and fluorosis in rural Ugandan children. *Community Dent Health* 2005;22:231-236.
17. Barbosa TS, Gaviao MBD: Oral health-related quality of life in children: Part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hyg* 2008;6:100-107.
18. Ng SK, Leung WK: Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:114-122.