

مقدمه

پوسیدگی زودرس دوران کودکی، امروزه به عنوان مشکلی جدی برای بسیاری از کودکان باقی مانده است [۱، ۲]. این مشکلات می‌تواند بر روی کیفیت زندگی کودک تأثیر بگذارد. طبق تعریف WHO (World health organization) کیفیت زندگی عبارت است از موقعیت هر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی، شامل برقراری ارتباط، شیوه زندگی و غیره. نشانگرهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان مواردی همچون مشکل در جویدن، صحبت کردن، شب بیداری به علت درد و غیره را شامل می‌شود که می‌توانند توسط وضعیت دهان و دندان فرد تحت تأثیر قرار بگیرند [۳].

در برخی موارد به علت وسعت درمان‌های مورد نیاز کودک و تعدد پوسیدگی و نیز عدم همکاری کودک و مشکلات کنترل رفتاری او، دندان‌پزشکان مجبور به استفاده از بیهوشی عمومی برای درمان کودک می‌گردند [۴، ۲].

با توجه به این که در درمان‌های دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی بیشتر نیازهای درمانی کودک در یک جلسه برطرف می‌شود، قابل انتظار خواهد بود که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان او به طور قابل توجهی بهبود یابد.

یکی از مهم‌ترین دلایلی که والدین بیهوشی عمومی را می‌پذیرند شکست قبلی دندان‌پزشکان برای درمان عادی کودک به علت ترس و اضطراب او است [۴-۶].

ترس و اضطراب دندان پزشکی باید به عنوان یک مشکل جدی سلامت در نظر گرفته شود چرا که می‌تواند استفاده از خدمات دهان و دندان را محدود نموده و باعث افزایش شیوع و بروز بیماری‌های دهان و دندان شود و کیفیت زندگی را شدیداً تحت تأثیر قرار دهد [۷-۱۱].

کنترل دارویی رفتار دندان پزشکی کودکان بدون شک باعث افزایش موفقیت در انجام درمان‌ها و بهبود کیفیت آن‌ها می‌گردد؛ اما به هر حال داروهایی که تنفس را کند کرده و باعث عدم کارکرد رفلکس تهوع می‌شوند، به صورت بالقوه دارای خطراتی نیز هستند [۱۲].

تعجب‌آور است با وجود آن که درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی به عنوان بخشی از دندان پزشکی کودکان پذیرفته شده و آمارها حاکی از افزایش تقاضا جهت انجام این نوع

درمان می‌باشد، هنوز تحقیقات و اطلاعات کمی در مورد نتایج این نوع از درمان دندان پزشکی در دسترس است که شاید یکی از علت‌های آن نبودن شاخص‌های معتبر (Valid) برای ارزیابی است به طوری که طبق مطالعه Malden و همکاران [۱۳] تا سال ۲۰۰۷ تنها ۷ تحقیق در مورد ارتباط درمان‌های دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان انجام گرفته که در هیچ کدام، از شاخص معتبر استفاده نشده است.

همچنین از آن‌جا که به دست آوردن اطلاعات دقیق و معتبر از کودکان کاری دشوار است گاه این گروه نادیده گرفته شده‌اند [۱۴].

مطالعه Li و همکاران [۷] حساسیت و اعتبار (Reliability) این آزمون را بسیار بالا توصیف کرد. برای سنجش ترس از دندان پزشکی نیز از شاخص (Children's fear survey) طبق مطالعه Aartman و همکاران [۱۵] دقیق‌ترین شاخص برای اندازه‌گیری ترس و اضطراب کودکان است.

مطالعه Klaassen و همکاران [۴] نیز بیانگر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پس از درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی در کودکان بود. در این مطالعه، ۱۰۴ کودک با میانگین سنی ۴/۰۸ مورد بررسی قرار گرفتند.

جباری‌فر و همکاران [۲] نیز مطالعه‌ای در این رابطه انجام دادند، در این تحقیق ۱۰۰ کودک با میانگین سنی ۴/۸۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند و شاخص (Children perception questionnaire) CPQ برای بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت استفاده شده بود. این تحقیق نیز بهبود قابل توجه کیفیت زندگی پس از درمان را نشان داد.

Malden و همکاران [۱۳] نیز با بررسی ۲۰۲ کودک که تحت درمان دندان پزشکی با بیهوشی عمومی قرار گرفته بودند کاهش قابل ملاحظه‌ای در دو شاخص (Parent-children Family impact) و P-CPQ (perception questionnaire) و FIS (scale) بعد از درمان را گزارش کردند. این دو شاخص نشان دهنده تأثیرات منفی بیماری‌های دهان و دندان کودک بر کیفیت زندگی خانواده او است.

kumar و همکاران [۸] در مطالعه‌ای ارتباط بین ترس از

پرسش‌نامه‌های مورد مطالعه شامل ECOHIS و CFSS-DS توسط والدین تکمیل گردید.

پرسش‌نامه ECOHIS از ۱۳ سؤال تشکیل شده است، ۹ سؤال ابتدایی به بررسی تأثیر وضعیت دهان و دندان کودک بر روی کیفیت زندگی خود او و ۴ سؤال انتهایی به بررسی تأثیر این وضعیت بر روی خانواده او می‌پردازد. هر سؤال ۵ جواب با امتیاز ۱ (هرگز) تا ۵ (به دفعات) دارد و در نهایت امتیازها از ۱۳ تا ۶۵ خواهد بود (پیوست ۱).

پرسش‌نامه CFSS-DS نیز شامل ۱۵ سؤال بود و هر سؤال ۵ جواب با امتیاز ۱ (بدون ترس) تا ۵ (کاملاً ترسیده) دارد و در نهایت امتیازها از ۱۵ تا ۷۵ خواهد بود (پیوست ۲).

تمام درمان‌های مورد نیاز کودک در یک جلسه انجام شد. پس از اتمام بیهوشی، کودک بر اساس استانداردهای موجود (Post anesthesia discharge score) با دستورات مورد نیاز پس از عمل ترخیص گردید. یک کپی از پرسش‌نامه‌ها در یک پاکت نامه تمبردار به والدین داده شده و ۴ تا ۵ هفته پس از کار به آن‌ها یادآوری شد که پرسش‌نامه‌ها را مجدداً تکمیل کرده و به آدرس دانشکده پست نمایند. ۵ کودک به علت پر کردن ناقص پرسش‌نامه‌ها یا عدم بازگرداندن پرسش‌نامه دوم از مطالعه حذف گردیدند. داده‌های به دست آمده به کمک نرم‌افزار SPSS و توسط روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های آماری Paired-t و محاسبه ضریب همبستگی Spearman و Pearson تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۶۵ کودک (۳۳ پسر و ۳۲ دختر) با میانگین سنی ۳/۶ سال شرکت داشتند. تعداد و نوع درمان‌های انجام شده برای بیماران مطابق جدول ۱ می‌باشد.

میانگین کل نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان بلافاصله قبل از انجام درمان برابر با $42/78 \pm 6/93$ و میانگین آن پس از مداخله $5/42 \pm 24/65$ گردید، که تغییرات میانگین قبل و بعد از درمان از نظر آماری معنی‌دار بود و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان بعد از درمان تحت بیهوشی عمومی به طور معنی‌داری بهبود یافت ($p \text{ value} < 0/001$).

دندان پزشکی و کیفیت زندگی را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که ترس در زنان بیشتر از مردان بوده و افرادی که ترس از دندان پزشکی داشتند، ۲/۳۴ بار بیشتر کیفیت زندگی پایین را گزارش کرده بودند.

از آن‌جا که بحث کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در دهه اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است و با توجه به خلأ مطالعاتی اشاره شده در این زمینه، بر آن شدیم تا در مطالعه‌ای به بررسی تغییرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان و نیز ترس از دندان پزشکی، متعاقب درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی در کودکان ۲ تا ۵ سال بپردازیم هدف دیگر این پژوهش، بررسی این نکته بود که آیا بین میزان ترس از دندان پزشکی در کودکان بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان آنان ارتباط معناداری وجود دارد یا خیر.

در این مطالعه برای بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان از شاخص (Early childhood oral health impact scale) ECOHIS استفاده شده که به تازگی توسط Klaassen و همکاران [۴] از شاخص (Child Oral Health Impact Scale) COHIS برای استفاده از کودکان ۲ تا ۵ سال استخراج شده است.

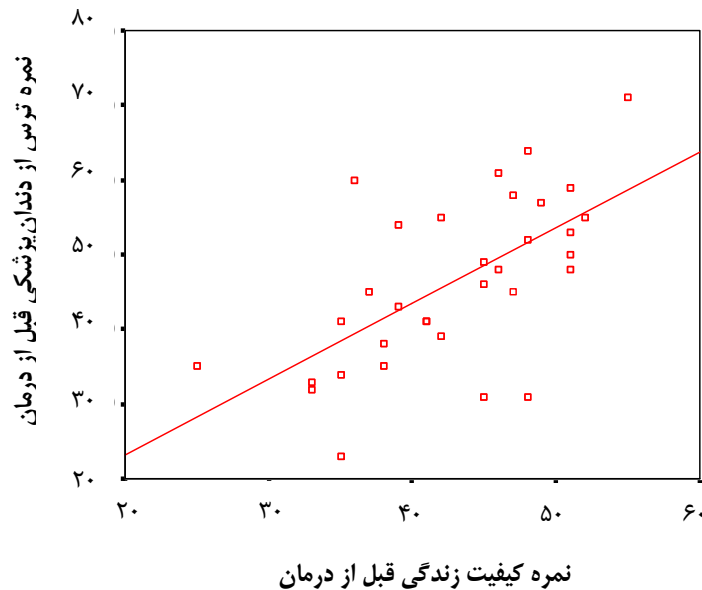
این پژوهش با این فرضیه که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودک بعد از درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی بهبود می‌یابد طراحی شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به صورت یک مطالعه مقطعی و توصیفی انجام شد، تعداد ۶۵ نمونه از کودکان ۲ تا ۵ ساله سالم از نظر پزشکی (ASA I, II) ارجاع شده به اطاق عمل دانشکده دندان پزشکی اصفهان جهت کار دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی، پس از کسب رضایت از والدین به روش نمونه‌گیری ساده برای مطالعه انتخاب شدند. تعداد و نوع درمان‌های مورد نیاز کودک در جلسه معاینه توسط شخص عمل کننده مشخص و همراه اطلاعات دموگرافیک کودک در پرونده او ثبت شد. زمان انجام مطالعه از تاریخ ۱۳۹۰/۲/۲ تا ۱۳۹۰/۵/۱ بود. در روز کار، قبل از انجام درمان دندان پزشکی

جدول ۱. تعداد و نوع درمان‌های انجام شده برای بیماران

نوع درمان انجام شده	کشیدن دندان	پالپوتومی	ترمیم دندان	روکش استینلس استیل
تعداد کل	۱۴۳	۱۰۴	۲۰۷	۶۷



نمودار ۱. ارتباط بین نمره کیفیت زندگی و ترس از دندان پزشکی قبل از درمان

کشیدن دندان امری پذیرفته شده است، به طوری که در یک مطالعه نشان داده شد که حدود ۳۰ درصد از متخصصین بیهوشی سابقه‌ای از انجام مداخلات را تجربه کرده بودند و در یک سال ۷۸۵۲ کودک در سه بیمارستان لندن تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته بودند که نشانه استقبال والدین و پزشکان از این روش برای کشیدن همزمان چند دندان در کودکان آن‌ها بوده است [۱۶].

بررسی آماری نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی سبب بهبود قابل ملاحظه در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودک می‌شود. این نتایج را می‌توان این گونه توضیح داد که بیشتر کودکانی که نیاز به درمان‌های دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی دارند مشکلات دهان و دندان بسیاری دارند که کیفیت زندگی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از آن‌جا که در درمان‌های دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی بیشتر نیازهای درمانی کودک در یک جلسه برطرف می‌شود،

میانگین کل نمره ترس از دندان پزشکی بلافاصله قبل از درمان برابر با $11/28 \pm 46/29$ و میانگین آن پس از مداخله $13/81 \pm 42/40$ گردید که تغییرات میانگین قبل و بعد از درمان از نظر آماری معنی‌دار بود و ترس کودکان از دندان پزشکی بعد از درمان به طور معنی‌داری کاهش یافت ($p \text{ value} < 0/001$).

همچنین آزمون Pearson نشان داد که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان قبل از درمان، با میزان ترس از دندان پزشکی قبل از درمان ارتباط معکوس معناداری وجود دارد ($p \text{ value} < 0/001$). به طوری که کودکانی که ترس بیشتری داشتند کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش کردند (نمودار ۱).

همچنین آزمون Spearman نشان داد که بین کیفیت زندگی قبل از درمان با سن، تعداد درمان‌های مورد نیاز و یا نوع درمان مورد نیاز ارتباط معناداری وجود ندارد ($p \text{ value} > 0/05$).

بحث

استفاده از بیهوشی عمومی برای درمان‌های دندان پزشکی مانند

قابل انتظار خواهد بود که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان او بهبود یابد.

در یک مطالعه نشان داده شد که پس از انجام درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی در گروهی از کودکان، ۹۰ درصد والدین آن‌ها ابراز نمودند که کیفیت زندگی کودکان آن‌ها بهبود یافته است [۱۷].

نتایج پژوهش حاضر همچنین همسو با مطالعه Klaassen و همکاران [۴] بود.

همچنین مطالعه جباری فر و همکاران [۳] نیز نتایج مشابهی را نشان داد، البته در مطالعه جباری فر از شاخص CPQ برای بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان استفاده شده بود که اشکال این پرسش‌نامه زیاد بودن تعداد سؤالات بود که در مطالعه حاضر برطرف گردید.

پرسش‌نامه ECOHIS شامل ۱۳ سؤال است که در دو حیطه کلی طبقه‌بندی می‌شوند.

الف- ۹ سؤال اول به بررسی وضعیت دهان و دندان کودک بر زندگی خود او می‌پردازد (و مواردی همچون اشکال در غذا خوردن، خوابیدن، صحبت کردن و ... را شامل می‌شود).

ب- ۴ سؤال پایانی به بررسی تأثیر وضعیت دهان و دندان کودک بر خانواده او می‌پردازد (که مواردی همچون بازماندن از محل کار، فشار اقتصادی و ... را شامل می‌شود).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی باعث بهبود کیفیت زندگی در هر دو حیطه می‌شود.

Malden و همکاران [۱۳] با استفاده از دو شاخص P-CPQ و FIS به بررسی تأثیر سلامت دهان و دندان کودک بر روی کیفیت زندگی خانواده او پرداختند که نتایج نشان دهنده تأثیرات منفی مشکلات دهان و دندان کودک بر کیفیت زندگی خانواده او بود.

در پژوهش حاضر علاوه بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان به بررسی تغییرات ترس و اضطراب کودکان از دندان پزشکی پس از درمان تحت بیهوشی عمومی نیز پرداخته شد. نتایج نشان دهنده کاهش معنادار میزان ترس و اضطراب کودکان پس از درمان بود. می‌توان نتیجه گرفت از آنجایی که در این نوع از درمان دندان پزشکی نیازی به مواجهه مکرر کودک

با محیط دندان پزشکی و عواملی که سبب ایجاد اضطراب درونی می‌گردند نیست. ترس کودک از دندان پزشکی پس از دریافت درمان کاهش یافته است. همچنین این حقیقت که دریافت یک جلسه درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی بهبود قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی کودک ایجاد کرده است، شاید سبب ایجاد نگرش مثبت نسبت به دندان پزشکی در کودک شده و ترس او را کاهش داده است.

مطالعه Klaassen و همکاران [۴] نشان داد که درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر میزان ترس آن‌ها نداشته است.

مطالعه‌ای که بر روی کودکان ۴ تا ۱۲ ساله انجام شد، نشان داد که دخترها نسبت به پسرها ترس بیشتری از دندان پزشکی داشتند. در این مطالعه نیز از پرسش‌نامه CFSSDS استفاده شد که مشابه مطالعه حاضر است [۱۸]. هرچند نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان ترس از دندان پزشکی در پسرها بیش از دخترها می‌باشد.

در مطالعه حاضر نیز نتایج حاکی از ارتباط بین کیفیت زندگی پایین‌تر قبل از درمان با میزان ترس از دندان پزشکی بود. به طوری که افرادی که نمره ترس بیشتری داشتند، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان پایین‌تری نیز داشتند.

چرا که ترس و اضطراب از دندان پزشکی سبب عدم مراجعه فرد به دندان پزشکی شده است، و تجمع مشکلات دهان و دندان را در این افراد در پی خواهد داشت. افزایش مشکلات دهان و دندان به نوبه خود از طریق تأثیر بر فعالیت‌های فرد (همچون غذا خوردن، خوابیدن و ...) و نیز احساسات او (از جمله نگرانی در مورد ظاهر دندان‌ها و ...) می‌تواند تأثیری مستقیم بر کیفیت زندگی وی داشته و آن را کاهش دهد.

Luoto و همکاران [۹] در مطالعه‌ای به بررسی کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله پرداختند. هدف مطالعه آن‌ها بررسی این نکته بود که آیا کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان بین کودکانی که ترس از دندان پزشکی دارند با سایر کودکان تفاوتی دارد یا خیر. نتایج نشان داد که ترس از دندان پزشکی بر روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان تأثیر منفی دارد. به خصوص تأثیرات آن بر روی احساسات فرد و فعالیت‌های اجتماعی او بارز بود. Luoto و همکاران [۹] از شاخص OHRQOL (Oral

نتیجه‌گیری

درمان‌های دندان‌پزشکی تحت بیهوشی عمومی علاوه بر آن که یک روش کنترل رفتاری برای گروهی از کودکان به حساب می‌آید، می‌تواند با برطرف نمودن کلیه نیازهای درمانی دهان و دندان کودک در یک جلسه باعث بهبود قابل توجه در کیفیت زندگی آنان شود. همچنین به علت نگرش مثبت ایجاد شده در کودک ناشی از آرامش پس از درمان دندان‌پزشکی و نیز مواجه نشدن کودک با محیط دندان‌پزشکی به صورت مکرر، این نوع از درمان دندان‌پزشکی می‌تواند باعث کاهش ترس کودک از دندان‌پزشکی شود.

health related quality of life) برای بررسی کیفیت زندگی

استفاده کرده بودند. از آن‌جا که کودکان گروه مورد مطالعه، نیازهای درمانی بسیار زیادی داشتند، امکان آن که گروهی به عنوان شاهد به صورت یک جلسه‌ای و بدون بیهوشی عمومی تحت درمان قرار داده شوند وجود نداشت. همچنین از نظر ملاحظات اخلاقی نیز امکان آن که گروهی از کودکان بدون درمان رها شوند وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به نحوی این مسأله برطرف شده و در طراحی مطالعه، گروهی به عنوان شاهد حضور داشته باشند.

References

1. Pinkham JR. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005.
2. Jabarifar SE, Eshghi AR, Shabanian M, Ahmad S. Changes in children's oral health related quality of life following dental treatment under general anesthesia. Dent Res J (Isfahan) 2009; 6(1): 13-6.
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. Klaassen MA, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Young children's oral health-related quality of life and dental fear after treatment under general anaesthesia: a randomized controlled trial. Eur J Oral Sci 2009; 117(3): 273-8.
5. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry for the child and adolescent. 8th ed. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 3.
6. Murphy MG, Fields HW, Jr., Machen JB. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. Pediatr Dent 1984; 6(4): 193-8.
7. Li S, Malkinson S, Veronneau J, Allison PJ. Testing responsiveness to change for the early childhood oral health impact scale (ECOHIS). Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36(6): 542-8.
8. Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, et al. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. J Oral Sci 2009; 51(2): 245-54.
9. Luoto A, Lahti S, Nevanpera T, Tolvanen M, Locker D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. Int J Paediatr Dent 2009; 19(2): 115-20.
10. Bernson JM, Elfstrom ML, Berggren U. Self-reported dental coping strategies among fearful adult patients: preliminary enquiry explorations. Eur J Oral Sci 2007; 115(6): 484-90.
11. Newman Dorland WA. Dorland's Medical dictionary. Philadelphia: Saunders Press; 1980.
12. Carr KR, Wilson S, Nimer S, Thornton JB, Jr. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. Pediatr Dent 1999; 21(6): 347-53.
13. Malden PE, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Changes in parent-assessed oral health-related quality of life among young children following dental treatment under general anaesthetic. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36(2): 108-17.
14. Raat H, Landgraf JM, Oostenbrink R, Moll HA, Essink-Bot ML. Reliability and validity of the Infant and Toddler Quality of Life Questionnaire (ITQOL) in a general population and respiratory disease sample. Qual Life Res 2007; 16(3): 445-60.
15. Aartman IH, van ET, Hoogstraten J, Schuurs AH. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. ASDC J Dent Child 1998; 65(4): 252-30.
16. Holt RD, Chidiac RH, Rule DC. Dental treatment for children under general anaesthesia in day care facilities at a London dental hospital. Br Dent J 1991; 170(7): 262-6.
17. Enger DJ, Mourino AP. A survey of 200 pediatric dental general anesthesia cases. ASDC J Dent Child 1985; 52(1): 36-41.
18. Berge MT, Veerkamp JS, Hoostraten J, Prins PM. The dental subscale of the children's fear survey schedule: Predictive value and clinical usefulness. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2002; 24(2): 115-8.

پیوست ۱. پرسش نامه استفاده شده برای بررسی کیفیت زندگی:

والدین گرامی

مشکلات دهان و دندان و درمان های دندان پزشکی می تواند بر سلامت و زندگی روزمره کودکان و خانواده ایشان تأثیر بگذارد. لطفاً برای هر یک از سؤالات زیر بر اساس تجربیات کودکان یا خودتان بهترین گزینه را علامت بزنید. توجه کنید که در موقع پاسخ به سؤالات از زمان انجام درمان تحت بیهوشی عمومی تاکنون را در نظر بگیرید. اطلاعات این پرسش نامه محرمانه خواهد ماند از همکاری شما صمیمانه متشکریم.

تکمیل کننده پرسش نامه: مادر	پدر	غیره
جنس کودک: دختر		پسر
نام و نام خانوادگی کودک:		
سن کودک:		
۲ سال تا ۲ سال و ۱۱ ماه		
۳ سال تا ۳ سال و ۱۱ ماه		
۴ سال تا ۴ سال و ۱۱ ماه		
۵ سال تا ۵ سال و ۱۱ ماه		

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 نمی دانم

۲. تاکنون کودک شما به علت ناراحتی های دهان و دندان یا درمان های دندان پزشکی چند بار در نوشیدن مایعات سرد یا گرم دچار مشکل شده است؟

هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی دانم

۳. تاکنون کودک شما به علت ناراحتی های دهان و دندان یا درمان های دندان پزشکی چند بار در خوردن غذا دچار مشکل شده است؟

هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی دانم

۴. تاکنون کودک شما به علت ناراحتی های دهان و دندان یا درمان های دندان پزشکی چند بار در تلفظ لغات دچار مشکل شده است؟

هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی دانم

۵. تاکنون کودک شما به علت ناراحتی های دهان و دندان یا درمان های دندان پزشکی چند بار از مهد کودک یا پیش دبستانی غیبت کرده است؟

هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی دانم

۶. تاکنون کودک شما به علت ناراحتی های دهان و دندان یا درمان های دندان پزشکی چند بار بی خوابی یا کم خوابی داشته است؟

هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی دانم

۷. تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان پزشکی چند بار **دچار بی‌قراری یا آشفتگی** شده است؟
هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی‌دانم

۸. تا کنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان پزشکی چند بار از **لبخند زدن یا خندیدن** خودداری کرده است؟
هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی‌دانم

۹. تاکنون کودک شما به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان پزشکی چند بار از **صحبت کردن** خودداری کرده است؟
هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی‌دانم

۱۰. تاکنون به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان پزشکی کودکان چند بار **شما یا دیگر اعضای خانواده نگران** شده‌اید؟
هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی‌دانم

۱۱. تاکنون به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان پزشکی کودکان چند بار **شما یا دیگر اعضای خانواده احساسی تقصیر کرده‌اید؟**
هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی‌دانم

۱۲. تاکنون به علت ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان پزشکی کودکان چند بار **شما یا دیگر اعضای خانواده از وظایف خود در خانه یا محل کار بازمانده‌اید؟**
هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی‌دانم

۱۳. تاکنون ناراحتی‌های دهان و دندان یا درمان‌های دندان پزشکی کودکان چند بار **فشار اقتصادی بر خانواده** شما داشته است؟
هرگز خیلی به ندرت فقط چند بار چندین بار به دفعات نمی‌دانم

۱۴. به طور کلی چقدر از ظاهر دهان و دندان کودکان راضی هستید؟
خیلی کم کم زیاد خیلی زیاد نمی‌دانم

۱۵. به طور کلی وضعیت دهان و دندان کودکان را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
خیلی بد بد خوب خیلی خوب نمی‌دانم

۱۶. به نظر شما درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی چه تأثیری بر وضعیت دهان و دندان کودکان داشته است؟
بدتر شده تأثیری نداشته خوب بوده عالی بوده

پیوست ۲. پرسشنامه استفاده شده برای سنجش میزان ترس کودکان از دندان پزشکی

والدین گرامی

پرسشنامه زیر جهت سنجش میزان ترس و اضطراب کودک شما از اعمال دندان پزشکی (بعد از درمان دندان پزشکی تحت بیهوشی عمومی) طراحی شده است. لطفاً سؤالات زیر را از کودک خود را پرسیده و پاسخ او را با علامت زدن یکی از گزینه‌ها مشخص نمایید.

اصلاً نمی ترسم	کمی می ترسم	نسبتاً می ترسم	زیاد می ترسم	خیلی زیاد می ترسم
۱- دندان پزشک				
۲- دکتر				
۳- آمپول زدن				
۴- از این که یک نفر شما را معاینه کند				
۵- از این که بخواهید دهان خود را باز کنید				
۶- از این که یک نفر (دندان پزشک) به شما دست بزند				
۷- از این که دندان پزشک شما را ببیند				
۸- از تراشیدن دندان (مته دندان پزشکی)				
۹- از دیدن این که دندان پزشک دندان را می تراشد				
۱۰- از صدای تراشیدن دندان (صدای مته دندان پزشکی)				
۱۱- از این که یک نفر وسیله‌ای را داخل دهان شما ببرد				
۱۲- از این که موقع کار دندان پزشکی نتوانید به خوبی نفس بکشید				
۱۳- از این که بخواهید به بیمارستان بروید				
۱۴- از افرادی که روپوش سفید پوشیده‌اند				
۱۵- از این که پرستار دندان‌های شما را تمیز کند				
۱۶- از بیهوش شدن و اتاق عمل می ترسم				

با تشکر از همکاری فراوان شما

Effect of dental procedures under general anesthesia on life quality and dental fears in 2-5 year-old children

Nasser Kaviani, Seyed Ebrahim Jabarifar*, Marjan Babadi Borojeni

Abstract

Introduction: During the past decade, attention to oral health-related quality of life has greatly increased. This study was designed to evaluate the effect of dental treatment under general anesthesia on the quality of life and dental fears in 2-5 year-old children. The other aim of this study was to explore the effect of dental fears on oral health-related quality of life in children.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was carried out on sixty-five 2-5 year-old healthy children referring to the operating room of Isfahan Faculty of Dentistry for dental treatment under general anesthesia. ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale) and CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule– Dental Subscale) questionnaires were used to assess the oral health-related quality of life and dental fears. The questionnaires were completed by parents before and after the dental procedures. Paired-sample t-test and Spearman's and Pearson's tests were used for data analysis at a confidence interval of 0.95.

Results: Oral health-related quality of life significantly improved after dental treatment under general anesthesia (p value < 0.001). Mean scores before and after were 42.78 and 24.56, respectively, with statistically significant differences. In addition, the mean score of dental fear decreased from 46.29 to 42.20, which was statistically significant (p value < 0.001).

Conclusion: Dental treatment under general anesthesia can significantly improve oral health-related quality of life and decrease dental fears in children.

Key words: Dentistry, Fear, General anesthesia, Pediatric dentistry, Quality of life.

Received: 17 Aug, 2011

Accepted: 11 Oct, 2011

Address: Associate Professor, Torabinejad Dental Research Center, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: Jabarifar@dnt.mui.ac.ir

Journal of Isfahan Dental School 2012; Special Issue 7 (5): 567-576.