

ارتباط وضعیت اقتصادی- اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان کودکان ۵-۲ ساله شیراز

دکتر علی گلکاری*، دکتر احمد معینی^۱، دکتر سید ابراهیم جباری فر^۲

چکیده

مقدمه: مطالعات گوناگون، عوامل مختلفی را بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کودکان مؤثر می‌دانند. با توجه به کمبود اطلاعات در زمینه‌ی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی کودکان پیش دبستانی، این مطالعه، با هدف تعیین میزان کیفیت زندگی متأثر از سلامت دهان کودکان ۵-۲ ساله‌ی شیرازی و بررسی ارتباط آن با شرایط اقتصادی- اجتماعی خانواده‌ها طراحی گردید.

مواد و روش‌ها: در مطالعه‌ی تحلیلی- مقطعی حاضر، از والدین ۳۰۰ کودک ۵-۲ ساله‌ی ساکن در سه منطقه‌ی مرفه، متوسط و آسیب‌پذیر شهر شیراز خواسته شد تا پرسش‌نامه‌ی F-ECOHIS (Farsi version of the early childhood oral health impact scale) را که ترجمه‌ی فارسی استاندارد شده‌ای از پرسش‌نامه‌ی ECOHIS است تکمیل کنند. اطلاعات مربوط به میزان درآمد خانواده، سطح تحصیلات والدین، تعداد کودکان در خانواده و رتبه تولد کودک مورد نظر در خانواده، در کنار اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری گردید. داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ و آزمونهای آماری ANOVA و t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی F-ECOHIS در کل کودکان مورد مطالعه، برابر با ۲۰/۷۰ (با دامنه نمره ۱۳ تا ۵۳/۸۵) به‌دست آمد. سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان از مناطق آسیب‌پذیرتر به‌سوی مناطق مرفه‌تر شهر ($p \text{ value} = 0/005$) و با افزایش میزان درآمد خانواده‌ها ($p \text{ value} < 0/001$) و افزایش سطح تحصیلات والدین ($p \text{ value} < 0/001$) افزایش و با افزایش تعداد فرزندان ($p \text{ value} < 0/001$) و همچنین افزایش رتبه‌ی تولد کودک در خانواده ($p \text{ value} < 0/001$) کاهش یافت. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی پرسش‌نامه کیفیت زندگی بین دختران و پسران تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد ($p \text{ value} = 0/302$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در کودکان ۲ تا ۵ ساله‌ی ساکن شهر شیراز با سطح اقتصادی- اجتماعی خانواده‌ای که کودک در آن زندگی می‌کند ارتباط مستقیم دارد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، سلامت دهان، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، تحصیلات، درآمد

* استادیار، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (مؤلف مسؤول)
aligolkari@yahoo.com

۱: دندان پزشکی، گروه سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲: استاد، مرکز تحقیقات دندان پزشکی ترابی‌نژاد، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

این مقاله در تاریخ ۹۱/۱۱/۱۷ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۲/۳/۱ اصلاح شده و در تاریخ ۹۲/۵/۱ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان
۱۳۹۲، ۹(۶)، ۵۳۴ تا ۵۴۱

مقدمه

بیماری‌های دهان از رایج‌ترین بیماری‌های مزمن هستند و به‌خاطر شیوع و تأثیرشان بر افراد و نیز هزینه‌های درمان آن‌ها، از مسایل مهم در رابطه با سلامت عمومی جامعه به‌شمار می‌روند. برای درک نیازهای جامعه، درک تفاوت بین خواسته‌های افراد و نیازهایی که مسؤولان برای آن‌ها در نظر می‌گیرند، برنامه‌ریزی جهت سرویس‌دهی در حیطه سلامت دهان و دندان، برنامه‌ریزی جهت تربیت نیروهای متخصص، توزیع مناسب نیروها و سرویس‌های خدمات‌دهنده و بسیاری موارد دیگر لازم است تا شاخص کیفیت زندگی در طبقات مختلف اقتصادی- اجتماعی و گروه‌های سنی مختلف بررسی گردد [۱].

سیستم بدنی در حال تکامل و پیچیده کودکان موجب می‌شود که اثرات ناشی از یک بیماری به ظاهر کم اهمیت در کیفیت زندگی آن‌ها بسیار مؤثر باشد. باید توجه داشت که در سال‌های اول زندگی سیستم دندانی کودکان در حال تغییر بوده و توجهات خاص خود را می‌طلبند [۲].

سلامت دهان و دندان علاوه بر حفره دهان، وضعیت جسمی، فیزیکی و روانی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیز بر نحوه‌ی رشد، لذت بردن از زندگی، ظاهر، صحبت کردن، جویدن، چشیدن و اجتماعی شدن آن‌ها و همین‌طور بر احساس رضایت‌مندی اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. پوسیدگی‌های شدید، کیفیت زندگی کودکان را کاهش می‌دهد، چرا که این کودکان درد، ناراحتی، ظاهر نامناسب، عفونت‌های حاد و مزمن، افزایش نیاز به بستری شدن در بیمارستان، هزینه‌های بالای درمان، غیبت از مدرسه و دور ماندن از درس و در نتیجه کاهش توانایی یادگیری را تجربه می‌کنند [۳]. پوسیدگی‌های دندانی هم‌چنین وضعیت تغذیه و رشد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. درد و عفونت دندان بر تغذیه و الگوی خواب به‌سبب نوع غذای دریافتی و فرایندهای متابولیکی مؤثر است. خواب آشفته از طرق مختلف مانند اثر بر تولید گلوکوکورتوئید و کاهش میزان تولید گلبول قرمز و هموگلوبین کیفیت زندگی کودک را دگرگون می‌کند [۴، ۵].

مطالعات گوناگون عوامل مختلفی را بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان (Oral health-related quality of life – OHRQoL) در کودکان مؤثر می‌دانند؛ 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 [۶-۹].

به‌نظر می‌رسد بین وضعیت خانواده و سلامت دهان کودکان رابطه‌ای دوطرفه وجود داشته باشد. از یک سو سلامت دهان و دندان کودکان می‌تواند بر کیفیت زندگی خانواده تأثیر بگذارد [۱۰] و از سوی دیگر وضعیت خانواده به‌خصوص وضعیت اقتصادی- اجتماعی والدین می‌تواند بر درک آن‌ها از وضعیت سلامت دهان فرزندان‌شان و یا درک اهمیت رسیدگی به سلامت دهان و دندان کودکان‌شان اثر بگذارد. Locker و همکارانش [۱۱] تأثیر وضعیت اقتصادی- اجتماعی و ساختار خانواده را بر OHRQoL در کودکان مدرسه‌ای بررسی کرده‌اند. آن‌ها تأیید کردند، کودکانی که والدین کم‌درآمد دارند و یا تنها با یکی از والدین در خانه زندگی می‌کنند OHRQoL ضعیف‌تری دارند. اگر چه در تئوری، ارتباط متقابل وضعیت اقتصادی- اجتماعی و محیط خانواده با OHRQoL تمامی اعضای خانواده، چه والدین و چه فرزندان در هر گروه سنی که باشند، منطقی به‌نظر می‌رسد، پژوهش‌های اندکی این موضوع را در کودکان پیش دبستانی بررسی کرده‌اند.

با توجه به کمبود اطلاعات در دسترس، مطالعه‌ی حاضر بنا دارد کیفیت زندگی متأثر از سلامت دهان و دندان کودکان خردسال شیرازی را بررسی کند و ارتباط این متغیر را با شرایط اقتصادی- اجتماعی مانند میزان تحصیلات والدین، سطح درآمد خانواده و محل زندگی کودکان مورد مطالعه قرار دهد. این مطالعه، یک حلقه از زنجیره مطالعاتی است که می‌تواند در سطح ملی و در برنامه‌ریزی‌های حوزه سلامت دهان و دندان کودکان و خانواده‌های ایرانی مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

برای انجام مطالعه‌ی تحلیلی- مقطعی حاضر که از فروردین تا خرداد سال ۱۳۹۱ انجام پذیرفت، از ۳۰۰ خانوادگی دارای کودکان ۵- ۲ ساله‌ی ساکن شهر شیراز، جهت شرکت در مطالعه و تکمیل پرسش‌نامه دعوت به‌عمل آمد. براساس طبقه‌بندی آموزش و پرورش، کل شهر شیراز به سه منطقه‌ی مرفه، متوسط و آسیب‌پذیر تقسیم می‌شود. بر این اساس،

نمونه‌ها از والدین کودکان ۵-۲ ساله از ۸ مهدکودک یا مرکز پیش دبستانی و ۲ درمانگاه (در منطقه‌ی آسیب‌پذیر به علت تعداد کم مهدهای کودک آن) در مناطق مختلف اجتماعی- اقتصادی شهر (۳ مرکز در منطقه مرفه، ۳ مرکز در منطقه متوسط، و ۴ مرکز شامل ۲ مهد کودک و ۲ درمانگاه در منطقه آسیب‌پذیر) به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و تعداد ۳۰ پرسش‌نامه در هر کدام از ۱۰ مرکز نمونه‌گیری توزیع شد. در زمان تحلیل اطلاعات، کودکان با توجه به محل زندگی در یکی از مناطق سه‌گانه‌ی مرفه، متوسط و یا آسیب‌پذیر قرار گرفتند.

خانواده‌های انتخاب شده، دست کم یک کودک ۵-۲ ساله داشتند، در دو سال گذشته ساکن شهر شیراز و به زبان فارسی مسلط بودند. عنوان، اهداف طرح، مجریان، و سازمان مربوطه (دانشگاه علوم پزشکی شیراز) در ابتدای پرسش‌نامه ذکر شده و این مسأله که والدین در پاسخ دادن به پرسش‌نامه کاملاً آزاد هستند در آن قید گردید. همچنین شماره تلفنی در اختیار والدین قرار گرفت تا در صورت نیاز به اطلاعات بیش‌تر بتوانند با مجریان طرح تماس بگیرند. افرادی که عدم تمایل خود به شرکت در مطالعه را اعلام نمودند، پرسش‌نامه را پس ندادند و یا بیش از ۴ سؤال را بدون جواب گذاشتند از مطالعه خارج شدند. به این ترتیب تعداد ۲۵۵ پرسش‌نامه برای آنالیز اطلاعات مورد بررسی قرار گرفتند.

برای این مطالعه از پرسش‌نامه F-ECOHIS (Farsi version of the early childhood oral health impact scale) پیشنهاد شده توسط جباری‌فر و همکاران [۱۲] استفاده گردید. روایی و پایایی این پرسش‌نامه قبلاً توسط این محققین بررسی و تأیید شده است. این پرسش‌نامه شامل ۱۳ سؤال است. سؤال‌ها در دو دسته کلی طبقه‌بندی می‌شود:

الف. ۹ سؤال اول، به بررسی وضعیت دهان و دندان کودک و تأثیر این وضعیت می‌پردازد، که مواردی هم‌چون اشکال در غذا خوردن، خوابیدن و صحبت کردن را شامل می‌شود.

ب. ۴ سؤال آخر، به بررسی تأثیر وضعیت دهان و دندان کودک بر خانواده‌ی او می‌پردازد، که مواردی هم‌چون باز ماندن از محل کار و فشار اقتصادی را شامل می‌شود.

به هر یک از جواب‌های داده شده به سیزده سؤال اول، نمره ۱ (برای جواب هرگز) تا نمره ۵ (برای جواب به دفعات)

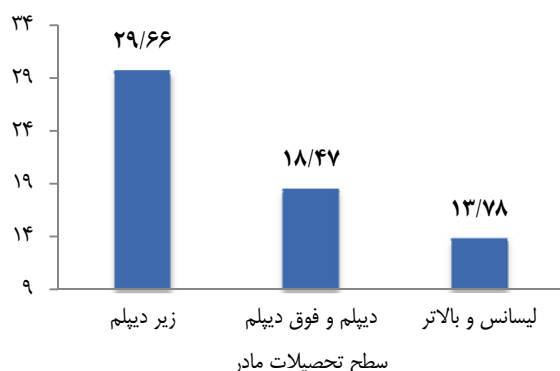
داده شد. بدین ترتیب نمره‌ی بالاتر تعلق گرفته به هر کودک نشانه ضعیف‌تر بودن OHRQoL خواهد بود. بر طبق آن چه مؤلفان پرسش‌نامه F-ECOHIS پیشنهاد داده‌اند برای سؤالات با جواب‌های "نمی‌دانم" و سؤالات جواب داده نشده میانگین نمره‌ی کل شخص از دیگر سؤالات ۱ تا ۱۳ در نظر گرفته شد. هم‌زمان با تکمیل سؤالات مربوط به OHRQoL اطلاعات دموگرافیک شامل سن و جنس کودک و نسبت والد با کودک نیز ثبت گردید. در ضمن با توجه به اهداف طرح، سؤال‌هایی در زمینه آدرس محل سکونت، سطح تحصیلات والدین (در سه رده‌ی زیر دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم، و لیسانس و بالاتر)، میزان درآمد خانواده (در سه رده‌ی زیر پانصد هزار، پانصد هزار تا یک میلیون و بیش از یک میلیون تومان در ماه)، تعداد فرزندهای خانواده و این که فرزند مورد مطالعه، چندمین فرزند خانواده است به انتهای پرسش‌نامه مورد نظر اضافه گردید. پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر نام افراد جمع‌آوری گردید. در قسمت آدرس فقط محله و خیابان اصلی ذکر شد و از ثبت آدرس کامل افراد به دلایل اخلاقی صرف‌نظر شد.

داده‌های به‌دست آمده به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ (version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) و با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل (برای مقایسه دو جنس)، one-way ANOVA (برای مقایسه شاخص F-ECOHIS) در سه منطقه، بین والدین با سطح تحصیلات متفاوت، و نیز بین فرزندان خانواده‌های با درآمد متفاوت، و هم‌چنین Pearson correlation جهت بررسی ارتباط شاخص F-ECOHIS با تعداد فرزندان خانواده و این که کودک مورد نظر چندمین فرزند خانواده است، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۲۵۵ کودک (۱۳۳ دختر و ۱۲۲ پسر) مورد مطالعه قرار گرفتند. بیش‌ترین تعداد به گروه سنی ۵ سال تعلق داشت. متوسط سن کودکان $4/3 \pm 0/952$ سال بود. تعداد ۱۲۸ کودک در منطقه آسیب‌پذیر، ۷۶ نفر در منطقه متوسط و ۵۱ کودک در منطقه مرفه شهر ساکن بودند. ۵۱/۷ درصد از خانواده‌های شرکت کننده دو فرزند داشتند. حداکثر تعداد ۶ فرزند در خانواده گزارش شد. ۴۹/۱ درصد از کودکان مورد مطالعه فرزند دوم خانواده بودند.

همچنین مشخص گردید که با افزایش سطح تحصیلات والدین، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا می‌کند ($p \text{ value} < 0/001$). این امر نشان‌دهنده این واقعیت بود که سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان با افزایش سطح تحصیلات والدین افزایش یافت (نمودار ۲). با افزایش تعداد فرزندان خانواده و همچنین افزایش رتبه‌ی تولد در خانواده، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی افزایش یافت یعنی سطح کیفیت زندگی کاهش یافت ($p \text{ value} < 0/001$). تنها در مقایسه جنس کودکان مورد مطالعه، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی بین پسران و دختران تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p \text{ value} = 0/302$).



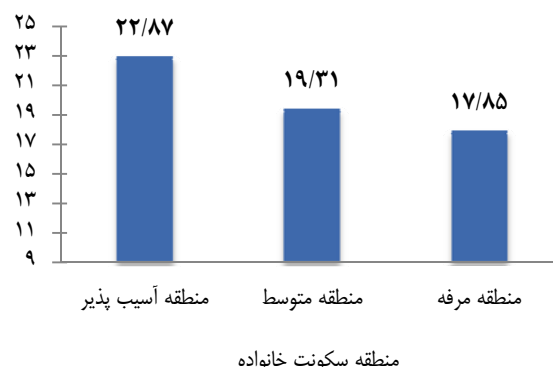
نمودار ۲: میانگین نمره شاخص F-ECOHIS کیفیت زندگی متأثر از سلامت دهان و دندان کودکان ۵-۲ ساله شیراز (نمره بالاتر نمایانگر کیفیت زندگی پایین‌تر است)

بحث

محیطی که کودکان در آن زندگی می‌کنند و بزرگ می‌شوند به‌عنوان یک عامل مؤثر بر رفتارهای سلامت و درک کودکان از بهداشت دهان و دندان شناخته شده است. با توجه به کمبود اطلاعات موجود در کشورمان، مطالعه‌ی حاضر به‌گونه‌ای طراحی شده است تا علاوه بر بررسی سطح کیفیت زندگی متأثر از سلامت دهان و دندان در کودکان خردسال شهر شیراز، رابطه‌ی احتمالی موجود میان این شاخص و شرایط اقتصادی- اجتماعی خانواده‌های این کودکان را بررسی کند. به این منظور، منطقه سکونت کودک، میزان درآمد خانواده و سطح تحصیلات والدین به‌عنوان جنبه‌های نشان دهنده وضعیت اقتصادی-

از نظر میزان درآمد خانواده‌ها، تعداد ۶۲ کودک در خانواده‌هایی با درآمد کمتر از پانصد هزار تومان در ماه، ۱۱۹ نفر با درآمد ماهیانه پانصد هزار تا یک میلیون تومان و ۸۴ کودک در خانواده‌هایی با درآمد ماهیانه بیش‌تر از یک میلیون تومان زندگی می‌کردند.

در پاسخ به پرسش‌نامه F-ECOHIS، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در کل کودکان مورد مطالعه، برابر با $9/80 \pm 20/70$ (با دامنه نمره ۱۳ تا $53/85$) به‌دست آمد. میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی کودکان در منطقه آسیب‌پذیر، متوسط و مرفه به ترتیب $11/10 \pm 22/87$ ، $19/31 \pm 8/58$ و $17/85 \pm 6/90$ محاسبه شد (نمودار ۱). میانگین نمره‌ی کسب شده از F-ECOHIS در مناطق آسیب‌پذیر نسبت به مناطق مرفه، به‌طور معناداری بیش‌تر و لذا سطح OHRQoL به صورت معناداری پایین‌تر بود ($p \text{ value} = 0/005$).



نمودار ۱: میانگین نمره شاخص F-ECOHIS کیفیت زندگی متأثر از سلامت دهان و دندان کودکان ۵-۲ ساله شیراز (نمره بالاتر نمایانگر کیفیت زندگی پایین‌تر است)

میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در کودکان خانواده‌هایی با میزان درآمد کمتر از پانصد هزار تومان در ماه، بین پانصد هزار تا یک میلیون تومان و بیش از یک میلیون تومان در ماه به ترتیب $12/77 \pm 27/03$ ، $8/23 \pm 22/50$ و $13/53 \pm 0/83$ به‌دست آمد. با افزایش میزان درآمد ماهیانه خانواده، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا می‌کرد ($p \text{ value} < 0/001$).

اجتماعی خانواده برای بررسی عوامل تأثیرگذار بر OHRQoL در نظر گرفته شد.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در کودکان ۲ تا ۵ ساله‌ی شهر شیراز $9/80 \pm 20/70$ به دست آمد. آنالیز داده‌ها به تفکیک محل زندگی کودکان شرکت کننده در این مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی کودکان ساکن در مناطق آسیب‌پذیر شهر به طور معناداری بیش‌تر از کودکان ساکن در مناطق مرفه بود. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان کودکان ساکن در مناطق آسیب‌پذیر نسبت به مناطق مرفه در این جامعه ضعیف‌تر به دست آمد. این مطلب بیان‌گر نوعی نابرابری در زمینه سلامت است؛ به این معنی که گروه‌های اجتماعی آسیب‌پذیر یا گروه‌هایی با شرایط نامطلوب اجتماعی- اقتصادی، نابرابری‌ها و خطرات بیش‌تری را در زمینه سلامت نسبت به گروه‌هایی با وضعیت اقتصادی- اجتماعی مطلوب تجربه می‌کنند.

بررسی کیفیت زندگی در کودکان به تفکیک میزان درآمد والدین نشان داد که هرچه میزان درآمد خانواده بالاتر باشد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در کودکان این خانواده‌ها بالاتر است؛ چرا که، فرزندان خانواده‌های با درآمد بالاتر، عموماً بهداشت دهان را بهتر رعایت می‌کنند و به مراقبت‌های درمانی و پیشگیری دسترسی بیش‌تری دارند. این شرایط کیفیت زندگی بهتری را برای این کودکان فراهم می‌کند.

چندین مطالعه تفاوت وضعیت اقتصادی- اجتماعی را دلیل تفاوت شیوع مشکلات بهداشت دهان و دندان در افراد مختلف گزارش کرده‌اند از جمله Locker و همکاران [۱۱]، تأثیر وضعیت اقتصادی- اجتماعی و ساختار خانواده را بر OHRQoL در کودکان مدرسه‌ای کانادا بررسی کرده‌اند. مؤلفین عنوان کردند که کودکانی که والدین کم‌درآمد داشتند و یا تنها با یکی از والدین در خانه زندگی می‌کردند، OHRQoL ضعیف‌تری داشتند. بر طبق مطالعه Paula و همکاران [۶] در برزیل، زندگی با هر دو والد و شرایط خانوادگی مطلوب تأثیری قوی بر درک والدین از سلامت دهان کودکان‌شان دارد و بین درک والدین و درک کودکان از وضعیت سلامت دهان و OHRQoL رابطه معنی‌داری وجود دارد. آن‌ها همچنین گزارش کردند که درآمد ماهیانه خانواده و سطح تحصیلات

مادران تأثیر عمیقی بر OHRQoL فرزندان دارد. در مطالعه‌ی دیگری با استفاده از شاخص CPQ11-14 Child (perceptions questionnaire for children aged 11 to 14 years) نشان داده شد که کودکانی که از طبقه‌ی پایین اقتصادی- اجتماعی هستند، شکایت بیش‌تری از سلامت دهان و دندان خود دارند [۱]. همچنین بیماری‌های دهان و دندان در اقشار ضعیف‌تر جامعه بیش از اقشار مرفه (که به خدمات دندان‌پزشکی دسترسی بیش‌تری دارند) موجب غیبت کودک از مدرسه و غیبت والدین از محل کار می‌شود [۱۳]. نابرابری‌های اقتصادی در کشور تایلند نیز در بروز بیش‌تر پوسیدگی‌های زودرس دندان کودکان و پایین آمدن کیفیت زندگی متعاقب آن مؤثر عنوان شده است [۱۴]. همچنین، پوسیدگی‌های درمان نشده در کودکان ۸ تا ۱۰ ساله برزیلی که از سطوح پایین اقتصادی جامعه خود بودند، روی درک آن‌ها از کیفیت زندگی خود اثر منفی گذاشته است [۱۵، ۶].

در بخش دیگری در مطالعه‌ی حاضر، بررسی سطح تحصیلات والدین نشان داد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی کودکان با افزایش سطح تحصیلات والدین کاهش می‌یابد؛ یعنی، هرچه سطح تحصیلات والدین بالاتر باشد، کیفیت زندگی کودک مرتبط با سلامت دهان او بهتر می‌شود. نتایج پژوهش‌های سایر محققان نیز همین مطلب را منعکس می‌کند [۱۶، ۷، ۶]. سطح تحصیلات پایین‌تر می‌تواند منجر به کاهش درآمد، بیکاری و وضعیت نامناسب شغلی شود که این شرایط، رفتارهای مرتبط با سلامت و وضعیت بهداشت دهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پایین بودن درآمد خانواده باعث می‌شود که خانواده قادر به تأمین هزینه‌های مربوط به بهداشت دهان و دندان کودک نباشد، همچنین احتمالاً در صورت کم بودن درآمد خانواده، مشغله‌های فکری ایجاد شده باعث می‌شود که والدین اهمیت کم‌تری به وضعیت دهان و دندان کودک بدهند.

بخشی از نتایج به دست آمده از پرسش‌نامه مورد استفاده در این مطالعه، مربوط به بررسی نقش عوامل مرتبط با زیبایی در کیفیت زندگی کودک بود. سؤالاتی که در این حوزه مطرح می‌شوند مرتبط با روابط اجتماعی مانند پرهیز از نشان دادن دندان‌ها، خندیدن و صحبت کردن با دیگر کودکان در مدرسه یا

با اعضای خانواده می‌شود. مطالعات متعددی نقش زیبایی دندانی- صورتی را در روابط اجتماعی و احساس سلامت روانی نشان داده‌اند [۱۷، ۱۲، ۱۱، ۵، ۴]. ناهنجاری‌های دندانی- صورتی مقبولیت اجتماعی افراد را کاهش می‌دهد. کودکان مبتلا به ناهنجاری‌های اکلوزنی در بین دیگر کودکان با پاسخ‌های نامناسب اجتماعی از جمله نام‌های مستعار نامناسب و اذیت شدن از سوی دیگر هم‌کلاسی‌ها روبرو می‌شوند [۱۷]. بنابراین زیبایی دندانی- صورتی در روابط اجتماعی و سلامت روانی نقش مهمی دارد.

در این مطالعه، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و جنسیت کودک رابطه معنی‌داری نشان نداد. در حالی که برطبق مطالعه‌ی Macintyre و همکاران [۱۵] در برخی جوامع وضعیت بهداشت دهان و دندان در دختران تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی آن‌ها نسبت به پسران نشان داده است. این ارتباط را می‌توان به توجه بیشتر دخترها به جنبه‌های عملکردی و زیباشناختی سلامت ارتباط داد. در مورد بزرگسالان نیز این فرضیه شکل گرفته است که مردها شکایات کم‌تری در مقایسه با خانم‌ها در مورد مشکلات سلامتی خود دارند. یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر مبنی بر عدم تفاوت بین کودکان دختر و پسر می‌تواند به این علت باشد که کودکان مورد مطالعه در این تحقیق در سن ۲ تا ۵ سالگی و از نظر احساسی تحت تأثیر کامل والدین هستند و تفاوت جنسیتی در این کودکان هنوز روی درک آن‌ها از جنبه‌های زیباشناختی سلامت تأثیر نگذاشته است.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که پرسش‌نامه‌هایی که توسط مادران پر شده بود نسبت به پدران، میانگین نمره‌ی F-ECOHIS بیشتری داشتند؛ یعنی، از نظر مادران سطح OHRQoL فرزندان پایین‌تر بود. در مطالعه‌ای که در عربستان انجام شد نیز به نتیجه مشابهی رسیدند. مؤلفان آن پژوهش نتیجه گرفتند که پدران در عربستان به اندازه مادران به وضعیت سلامت دهان و دندان فرزندان‌شان اهمیت نمی‌دهند [۱۸]. در کشور ما نیز احتمالاً پدران به دلیل درگیری با مسایل خارج از خانه و زمان کم‌تری که با فرزندان می‌گذرانند، نسبت به مادران که مدت زمان بیشتری را با

کودک سپری می‌کنند، اطلاع کم‌تری از وضعیت سلامت دهان و دندان کودک دارند.

از دیگر فاکتورهای بررسی شده در پژوهش حاضر، رابطه‌ی بین تعداد فرزندان و شماره کودک در خانواده با نمره‌ی کیفیت زندگی بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی کودک مرتبط با سلامت دهان با افزایش تعداد فرزندان و بالا رفتن شماره کودک در خانواده ضعیف‌تر می‌شد. می‌توان گفت نتیجه به‌دست آمده ناشی از آن است که افزایش تعداد فرزندان در یک خانواده باعث می‌شود که والدین نتوانند توجه کافی نسبت به سلامت دهان و دندان همه کودکان‌شان داشته باشند و همچنین نمی‌توانند از عهده مخارج مربوط به سلامت دهان و دندان کودکان برآیند. این ویژگی‌ها در مطالعات قبلی مد نظر قرار نگرفته است.

در ایران بر خلاف کشورهای غربی، درصد کمی از خانواده‌ها (که معمولاً اقشار خاصی از جامعه هستند) کودکان ۲ تا ۵ ساله‌ی خود را به مهد کودک و یا پیش دبستانی می‌فرستند. این امر موجب شده تا دسترسی به جامعه‌ی آماری مناسب در این گروه سنی بر خلاف کودکانی که در سنین مدرسه هستند بسیار دشوار باشد. در مطالعه‌ی حاضر سعی شد تا از روش‌های دیگری علاوه بر مراجعه به مهدهای کودک برای جبران این محدودیت استفاده شود. ولی همچنان به‌نظر می‌رسد در مطالعات آینده، در صورت وجود امکانات لازم، بتوان با حجم نمونه بالاتر و مراجعه به درب منازل که به‌صورت تصادفی از نقاط مختلف شهر انتخاب شده‌اند، نمونه‌ای که نماینده واقعی‌تر از کل جامعه کودکان پیش‌دبستانی هستند را به‌دست آورد. البته با توجه به فرهنگ جامعه ما، این روش نیز محدودیت‌ها و مشکلات خاص خود را به همراه خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که کیفیت زندگی متأثر از سلامت دهان کودکان ۲ تا ۵ ساله‌ی شیرازی با شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی خانواده‌ای که کودک در آن زندگی می‌کند مانند محل زندگی، سطح تحصیلات والدین، و سطح درآمد خانواده، ارتباط مستقیم؛ و با تعداد فرزندان خانواده و این که کودک مورد نظر فرزند چندم خانواده است، ارتباط معکوس دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان نامه دکترای عمومی دندان پزشکی آقای احمد معینی به راهنمایی آقای دکتر علی گل کاری و مشاوره‌ی آقای

دکتر ابراهیم جباری فر که با شماره‌ی ۱۴۵۷ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز ثبت شده استخراج گردیده است.

References

1. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(2): 81-8.
2. Slentz K, Krogh S. Early childhood development and its variations. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
3. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 126.
4. Mehta A, Kaur G. Oral health-related quality of life: the concept, its assessment and relevance in dental research and education. *Indian J dent* 2011; 2(2): 26-9.
5. Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life. Illinois: Quintessence Publishing Co; 2002.
6. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 6.
7. Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(5): 370-7.
8. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(5): 348-56.
9. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ. Cross-cultural adaptation of the child perceptions questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese Language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 2.
10. 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. *Journal of Isfahan Dental School* 2013; 8(7): 662-8.
11. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(6): 438-48.
12. 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.
13. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005; 83(9): 661-9.
14. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(6): 385-9.
15. Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med* 1999; 48(1): 89-98.
16. Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, Gillman G, Stuck AE. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci* 2009; 117(3): 286-92.
17. Johal A, Cheung MY, Marcene W. The impact of two different malocclusion traits on quality of life. *Br Dent J* 2007; 202(2): E2.
18. Pani SC, Badea L, Mirza S, Elbaage N. Differences in perceptions of early childhood oral health-related quality of life between fathers and mothers in Saudi Arabia. *Int J Paediatr Dent* 2012; 22(4): 244-9.

Relationship of socioeconomic status with quality of life related to oral and dental health of 2–5-year-olds in Shiraz

Ali Golkari*, Ahmad Moeini, Seyed Ebrahim Jabbarifar

Abstract

Introduction: *Studies have shown that different factors affect the oral health-related quality of life in children. Considering the shortcomings of literature on preschool children, this study was designed and conducted to determine the level of oral health-related quality of life of 2–5-year-old children of Shiraz and to assess its relationship with the socioeconomic status of their families.*

Materials and methods: *In an analytical cross-sectional study, 300 parents of 2–5-year-old children living in three (affluent, average and deprived) areas of the city of Shiraz were asked to fill the F-ECOHIS questionnaire, which is a standardized Farsi translation of ECOHIS questionnaire. To assess socioeconomic status of families, the information about family income, educational level of parents, number of children in the family, and the sequence of birth of children in the family were collected along with demographic data. Data were analyzed with SPSS 17 using independent t-test, ANOVA and Pearson's correlation coefficient ($\alpha=0.05$).*

Results: *The mean F-ECOHIS score of all the children was 20.70 (from 13 to 53.85). The level of oral health-related quality of life increased from more deprived to more affluent areas (p value = 0.005), and with an increase in family income (p value < 0.001), and parents' level of education (p value < 0.001). The level of oral health-related quality of life decreased with an increase in the number of children in the family (p value < 0.001) and the child's birth rank in the family (p value < 0.001). No significant differences were found between boys and girls (p value = 0.302).*

Conclusion: *The results of this study showed that the oral health-related quality of life of 2–5-year-old children of Shiraz had a direct relationship with socioeconomic status of their family.*

Key words: *Education, Income, Oral health, Quality of life, Socioeconomic status*

Received: 5 Feb, 2013 **Accepted:** 23 Jul, 2013

Address: Assistant Professor, Department Of Community Dentistry, School Of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Email: aligolkari@yahoo.com

Citation: 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.