

بررسی رابطه‌ی سطح افسردگی مادران با شاخص DMF کودکان در شهر اصفهان

مهدی جعفرزاده^۱

مهرناز زکی‌زاده^۲

الهام‌السادات بیننده^۳

لیلا جزی^۲

بهاره طحانی^۴

۱: دانشیار، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۲: دانشجوی دندان پزشکی، کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۳: دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرکز بین‌المللی خلیج فارس، خرمشهر. کارشناس آمار، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۴: **نویسنده مسئول:** استادیار، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، گروه دندان پزشکی جامعه‌نگر، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. Email: tahani@dnt.mui.ac.ir

چکیده

مقدمه: افسردگی، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جهان با شیوع بالا است و بار اجتماعی- اقتصادی بالایی بر جوامع تحمیل می‌کند. پوسیدگی دندان نیز یکی از شایع‌ترین اختلالات سلامت است که با فاکتورهای زیادی از جمله وضعیت اقتصادی- اجتماعی و مشخصات دموگرافیک خانواده در ارتباط می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط بین سطح افسردگی مادر و وقوع پوسیدگی در کودکان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی- تحلیلی با نمونه‌گیری دو مرحله‌ای در یک مدرسه‌ی فوتبال و یک کلینیک دندان پزشکی در شهر اصفهان در تابستان سال ۱۳۹۶ انجام شده است. تعداد ۹۰ کودک زیر ۱۲ سال از لحاظ تعیین شاخص تعداد دندان‌های پوسیده، کشیده شده یا نداشتند و پر شده‌ی شیرینی (dmft, decay, missing, filling teeth) و دایمی (DMFT) (Decay, Missing, Filling Teeth) معاینه شدند. مادران این کودکان، به پرسش‌نامه‌ی Beck جهت تعیین سطح افسردگی پاسخ دادند. ارتباط بین وضعیت پوسیدگی مادر و شاخص‌های پوسیدگی با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و مقایسه‌ی میانگین شاخص‌های dmft و DMFT بین گروه‌های مادران با سطح افسردگی مختلف، توسط آزمون آنالیز واریانس و پست هاک Tukey مقایسه شد ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی افسردگی مادران کل حجم نمونه، برابر با $7/38 \pm 2/41$ بود و میانگین و انحراف معیار dmft و DMFT به ترتیب $2/89 \pm 2/13$ و $0/69 \pm 1/03$ می‌باشد. با افزایش نمره و سطح افسردگی بیماران، dmft فرزندان، به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. تنها مورد معنی‌دار در مقایسه‌ی dmft فرزندان مادرانی بود که نمره‌ی ۱۷-۳۰ نسبت به گروه ۰-۱۰ داشتند، به نحوی که مادران با سطح افسردگی بالاتر، فرزندان با dmft بیشتر داشتند.

نتیجه‌گیری: بین سطح افسردگی مادران و dmft و DMFT کودکان، رابطه‌ی معنی‌دار وجود داشت که این رابطه در مورد دندان‌های شیرینی قابل توجه‌تر می‌باشد. به علاوه مادران با سطح افسردگی بالاتر که نیاز به مشاوره و درمان روان‌شناختی در آنها حس می‌شود، کودکان با dmft بالاتر داشتند.

کلید واژه‌ها: پوسیدگی دندان، افسردگی، مراقبت‌های بهداشتی، شاخص DMFT.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱/۲۱

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۶/۱۲/۵

تاریخ ارسال: ۱۳۹۶/۹/۱۸

استناد به مقاله: جعفرزاده مهدی، زکی‌زاده مهرناز، بیننده الهام‌السادات، جزی لیلا، طحانی بهاره. بررسی رابطه‌ی سطح افسردگی مادران با شاخص DMF کودکان در شهر اصفهان. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۷؛ ۱۴ (۳): ۱۹۹-۲۰۶.

مقدمه

افسردگی، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جهان با شیوع بالاست و بار اجتماعی- اقتصادی سنگینی دارد. این اختلال به عنوان یک اختلال ذهنی شایع تعریف می‌شود که علایمی همچون ناراحتی، از دست دادن علاقه و لذت، احساس گناه و عدم اعتماد به نفس، اختلال خواب و اشتها، خستگی و تمرکز ضعیف دارد (۱). اختلال افسردگی با اضطراب ارتباط دارد و می‌تواند در وقوع بیماری‌های مزمن تأثیرگذار باشد (۲-۳). پوسیدگی دندان، یکی از شایع‌ترین اختلالات سلامت است. پوسیدگی درمان نشده در مورد دندان‌های دائمی، در ۳۶ درصد جمعیت جهان گزارش شده، همچنین شیوع پوسیدگی در مورد دندان‌های شیری، تا ۸۵ درصد افراد در معرض خطر بالا مشاهده شده است (۴).

مراقبت از دهان و دندان باید از کودکی شروع شود، زیرا تنها با انجام مراقبت‌های ویژه از دندان‌های شیری کودکان است که می‌توان انتظار رویش صحیح دندان‌های دائمی را داشت. در دوره‌ی قبل از مدرسه، والدین تأمین‌کننده‌ی اصلی بهداشت دهان و دندان کودکان می‌باشند (۵، ۶).

فاکتورهای متعددی همچون عوامل اقتصادی- اجتماعی، دموگرافیک، رفتاری و متغیرهای کلینیکی، مرتبط با پوسیدگی هستند (۴، ۵، ۷-۹). بین افسردگی و رفتارهای جستجوگر برای درمان (Health-seeking behaviors) ارتباط معکوس وجود دارد (۲، ۱۰). علاوه بر فاکتورهای بیولوژیک، تغییرات رفتاری ایجاد شده در اثر افسردگی، می‌تواند عادات مرتبط با سلامت دهان همچون بهداشت دهان و استفاده از خدمات بهداشت دهان را تحت تأثیر قرار دهد، چنان‌که اختلالات روان‌شناختی، عامل خطری برای وضعیت سلامت ضعیف دهان می‌باشد (۱۱-۱۳). به عنوان مثال کودکانی که از بطری شیر تغذیه می‌کنند، پوسیدگی بیشتری نسبت به کودکانی که از سینه‌ی مادر تغذیه می‌کنند، نشان می‌دهند (۶). افسردگی و مسایل سلامت دهان، مشکلات شایع جمعیت هستند، بنابراین ارتباط بین سلامتی

دهان و سلامتی ذهن برای اثبات این فاکتورها در جامعه باید مشخص شود (۲، ۱۴).

والدین، خصوصاً مادران، نقش بسیار مهمی در تثبیت رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت دهان دارند که باعث جلوگیری از پیشرفت پوسیدگی‌های دندانی کودکان می‌شود (۱۵). افسردگی و اضطراب مادران می‌تواند موجب افسردگی فرزندان‌شان در دوران کودکی و بلوغ شود که خصوصاً در مورد دختران بیشتر اتفاق می‌افتد و علایم پایدار پیشگوی اختلالات طولانی‌مدت است (۱، ۱۶). عوامل روان‌شناختی والد که نشان داده شده اثر منفی بر سلامت دهان کودک دارد شامل افسردگی مادر، ارتباط و وابستگی پایین و استرس والدین می‌باشد (۱۲، ۱۷، ۱۸).

رابطه‌ی سطوح بالای افسردگی در مادران، با مصرف بیشتر شیرینی در فرزندان‌شان مشاهده شده است (۱۷). مادرانی که اضطراب دندان‌پزشکی دارند نیز بیشتر مستعد داشتن فرزندان با وقوع بالای پوسیدگی هستند (۱۹-۲۱). از آنجا که مشکلات روان‌شناختی بارداری در سنین پایین، با وقوع بالاتر افسردگی مرتبط است، می‌تواند در خطر اختلالات روان‌پزشکی اثرگذار باشد (۵، ۲۰). علاوه بر این، افسردگی مادر می‌تواند سبب ترس کودک از دندان‌پزشکی شود که دوری از خدمات دندان‌پزشکی و متعاقباً سلامت ضعیف دهان را به دنبال خواهد داشت (۱۲، ۲۲).

با توجه به اطلاعات مذکور، می‌توان رابطه‌ی بین سطح افسردگی مادران با سطوح بالاتر پوسیدگی در فرزندان‌شان را محتمل دانست. لذا هدف از این مطالعه، ارتباط بین سطح افسردگی مادر و وقوع پوسیدگی در کودکان می‌باشد. در این مطالعه فرضیه‌ی صفر این است که ارتباطی بین افسردگی مادر و وضعیت پوسیدگی کودکان‌شان وجود ندارد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی- تحلیلی با نمونه‌گیری تصادفی دو مرحله‌ای در تابستان سال ۱۳۹۶ انجام شده

است. در مرحله‌ی اول دو مرکز (یک مدرسه فوتبال و یک کلینیک دندان پزشکی) در شهر اصفهان انتخاب شدند. سپس در مرحله‌ی دوم، کودکانی که در این مراکز حضور داشتند و والدین آنها رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه را اعلام کردند، به روش نمونه‌گیری آسان، وارد مطالعه شدند. تعداد ۹۰ شرکت‌کننده، در ضریب همبستگی مساوی یا بیشتر از ۰/۳ بین افسردگی مادران و dmft (decay, missing, filling teeth) کودکان، با توان آزمون ۰/۸۰ در سطح $\alpha = 0/05$ ، توسط فرمول حجم نمونه محاسبه شد.

در کودکان زیر ۱۲ سال سالم از نظر روحی و جسمی مراجعه‌کننده، اطلاعات مربوط به سلامت دهان کودک به وسیله‌ی معاینه‌ی کلینیکی جمع‌آوری شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم همکاری کودک جهت معاینه یا پاسخ مادر به پرسش‌نامه بود. سلامت دهان و وضعیت دندان‌های همه‌ی کودکان، مورد معاینه قرار گرفت. تعداد دندان‌های پوسیده، کشیده شده یا نداشته و پر شده‌ی شیری (dmft) و دایمی (Decay, Missing, Filling Teeth) DMFT به تفکیک محاسبه و ثبت شد. تمامی حجم نمونه توسط یک دانشجوی سال آخر دندان پزشکی، مسلط به تشخیص پوسیدگی، مورد معاینه قرار گرفتند. برای معاینه از آینه‌ی دندان پزشکی و سوند و در صورت لزوم گاز استریل استفاده می‌شد.

پرسش‌نامه‌ی Beck (۲۳) شامل ۲۱ سؤال بود که برای تعیین سطح افسردگی از افراد پرسیده شد و هر فرد برای هر سؤال می‌تواند بین صفر تا سه نمره را در نظر بگیرد. البته هر فرد برای هر سؤال باید فقط و فقط یک پاسخ را علامت بزند. آنچه در نهایت، میزان افسردگی فرد را تعیین می‌کند،

مجموع نمراتی است که از پاسخ به این ۲۱ سؤال کسب می‌نماید. مجموع نمرات فرد طبیعتاً می‌تواند از صفر تا ۶۳ متغیر باشد و به طور کلی می‌توان گفت، هر چقدر فرد نمره‌ی بالاتری کسب کند، افسرده‌تر است. جدول تعیین سطح افسردگی دکتر بک به فرد کمک می‌کند که ارتباط نمرات را با سطح افسردگی به آسانی تعیین شود (پیوست ۱).

پس از توضیح راجع به طرح، مادران بیمار، فرم رضایت آگاهانه را امضا کرده و نسخه‌ی فارسی روا و پایا شده‌ی پرسش‌نامه‌ی مربوطه (۲۴) را تکمیل می‌کردند. طبق توضیحات بالا پس از محاسبه‌ی نمره‌ی پرسش‌نامه بر اساس جدول، در گروه مربوط به سطح افسردگی، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار می‌گرفتند.

پس از مطالعه‌ی کامل حجم نمونه، داده‌ها پس از جمع‌آوری به نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) منتقل شد و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آمار تحلیلی ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و آزمون آنالیز واریانس با آزمون پست هاک Tukey آنالیز شدند و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک ۹۰ جفت مادران و فرزندان در جدول مربوطه ذکر شده است (جدول ۱). اکثر مادران در رنج سنی ۳۱-۳۵ سال بودند. همچنین غالباً کودک معاینه شده، تنها فرزند آنها بود. از ۹۰ فرد معاینه شده، ۵۶ شرکت‌کننده، پسر بودند و اکثریت کودکان معاینه شده در سال گذشته، معاینه‌ی دندان پزشکی داشته‌اند.

پیوست: تعیین سطح افسردگی پرسش‌نامه‌ی Beck (۲۳)

مجموع نمرات	تعیین سطح افسردگی و پیشنهاد راهبردی
۱۰-۰	شما افسرده نیستید
۱۱-۱۶	افسردگی شما خفیف است
۱۷-۳۰	بهتر است هرچه زودتر با روان‌پزشک مشورت کنید
۳۱-۴۰	افسردگی شما شدید است، مشورت با روان‌پزشک را فراموش نکنید
بیشتر از ۴۰	افسردگی شما بسیار خطرناک و شدید است

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مادران و فرزندان

درصد	فراوانی	سن
۱/۱	۱	کمتر از ۲۵
۲۵/۶	۲۳	۲۶-۳۰
۳۶/۷	۳۳	۳۱-۳۵
۳۳/۳	۳۰	۳۶-۴۰
۳/۳	۳	بیشتر از ۴۰
		وضعیت تأهل
۹۶/۷	۸۷	متأهل
۳/۳	۳	مطلقه
۰	۰	بیوه
		تعداد فرزندان
۶۰	۵۴	۱
۲۲/۲	۲۰	۲
۱۶/۷	۱۵	۳
۱/۱	۱	۴
		جنسیت فرزندان
۳۷/۸	۳۴	دختر
۶۲/۲	۵۶	پسر
		ویزیت دندان پزشکی
۸۱/۱	۷۳	فرزندان در سال گذشته
۱۸/۹	۱۷	بله
		خیر

مادران ذکر شده‌اند (جدول ۳). میانگین سنی و انحراف معیار کل حجم نمونه، برابر با $۲/۴۱ \pm ۷/۳۸$ بود. میانگین و انحراف معیار dmft و DMFT به ترتیب $۲/۱۳ \pm ۲/۸۹$ و $۱/۰۳ \pm ۰/۶۹$ می‌باشد.

جدول ۲: توزیع گروه‌های افسردگی مادران

درصد	فراوانی	گروه سطح افسردگی
۳۸/۹	۳۵	۱۰-۰
۳۰	۲۷	۱۱-۱۶
۳۱/۱	۲۸	۱۷-۳۰
۰	۰	۳۱-۴۰
۰	۰	بیشتر از ۴۰

رابطه‌ی بین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی Beck و گروه سطح افسردگی مادران با dmft و DMFT فرزندان بررسی شد (جدول ۴). با افزایش نمره و سطح افسردگی بیماران، dmft فرزندان به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد، حال آنکه رابطه‌ی مشابه نیز بین نمره‌ی کل پرسش‌نامه و DMFT معنی‌دار بود، ولی برای گروه سطح افسردگی، این رابطه معنی‌دار نبود ($p \text{ value} = ۰/۷۷$).

مقایسه‌ی dmft و DMFT فرزندان بین گروه‌های سطح استرس مادران توسط آزمون آنالیز واریانس برای مقایسه‌ی بین گروه‌ها و آزمون پست هاک Tukey برای مقایسه‌ی دوتایی گروه‌ها انجام شد (جدول ۵). تنها مورد معنی‌دار در مقایسه‌ی dmft فرزندان مادرانی بود که نمره‌ی ۱۷-۳۰ نسبت به گروه ۱۰-۰ داشتند، به نحوی که مادران با سطح افسردگی بالاتر، فرزندان با dmft بیشتر داشتند.

فراوانی گروه‌های سطح افسردگی مادران به همراه درصد مربوطه گزارش شده است (جدول ۲). هیچ‌کدام از مادران مورد پرسش واقع شده، افسردگی شدید نداشتند. مشخصات زمینه‌ای شرکت‌کنندگان در مطالعه، میانگین dmft و DMFT و نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی

جدول ۳: آمار توصیفی شرکت‌کنندگان و نتایج معاینه‌ی آنها و نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی مادران

نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی Beck (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	DMFT (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	dmft (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	سن	تعداد
$۱۴/۱۷ \pm ۶/۹۹$	$۰/۶۹ \pm ۱/۰۳$	$۲/۸۹ \pm ۲/۱۳$	$۷/۳۸ \pm ۲/۴۱$	۹۰

جدول ۴: بررسی رابطه‌ی بین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی Beck و گروه سطح افسردگی با dmft و DMFT

متغیر	(نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی Beck) آزمون پیرسون	(گروه سطح افسردگی) آزمون اسپیرمن
dmft	آماره‌ی آزمون p value	$۰/۳۱۲$ $۰/۰۰۳$
DMFT	آماره‌ی آزمون p value	$۰/۲۱۱$ $۰/۰۴۶$

جدول ۵: آنالیز واریانس با آزمون پست هاک Tukey بین گروه‌های سطح افسردگی

گروه سطح افسردگی / متغیر	۱ تا ۱۰	۱۱ تا ۱۶	۱۷ تا ۳۰
	حداکثر حداقل	حداکثر حداقل	حداکثر حداقل
dmft	۰/۹۴ ± ۲/۰۴	۰/۹۶ ± ۲	۱/۸۶ ± ۴*
DMFT	۰/۵۷ ± ۰/۹۱	۰/۶۷ ± ۰/۸۷	۱/۲۹ ± ۰/۷۹*

گروه‌های با حروف متفاوت معنی‌دار هستند.

بحث

یافته‌های مطالعه، حاکی از وجود رابطه‌ی معنی‌دار بین سطح افسردگی مادران و dmft فرزندان می‌باشد، بنابراین فرضیه‌ی صفر مطالعه رد می‌شود. با افزایش نمره و سطح افسردگی بیماران، dmft فرزندان به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد، اما رابطه‌ی افسردگی بیماران با DMFT فرزندان به قوت رابطه با وضعیت دندان‌های شیری نبود. همچنین تنها مورد معنی‌دار در مقایسه‌ی dmft فرزندان، بین مادرانی بود که نمره‌ی ۱۷-۳۰ نسبت به گروه ۰-۱۰ داشتند، به نحوی که مادران با سطح افسردگی بالاتر، فرزندان با dmft بیشتر داشتند. شاخص‌های متعددی جهت بررسی بهداشت و سلامت دهان و وضعیت دندان‌ها ارایه شده‌اند. شاخص DMF به عنوان یک شاخص قابل قبول و قابل اطمینان در اکثر مطالعات استفاده شده است. از مزایای این شاخص می‌توان به عملی بودن و راحت بودن اندازه‌گیری آن اشاره کرد. حال آن‌که ارزش یکسان دادن به دندان‌های ترمیم شده و کشیده شده و به علاوه مشکل در دانستن علت از دست رفتن دندان‌های غایب در دهان، از معایب این شاخص می‌باشند (۵).

در مطالعه‌ی مانتر و همکاران (۱۰) در سال ۲۰۱۶، گزارش شد که بین افسردگی و رفتارهای جستجوگر برای درمان، ارتباط معکوس وجود دارد. نتایج یک مطالعه‌ی مقطعی جدید بر روی ۵۳۷ کودک و مادر در برزیل نیز حاکی از وجود رابطه بین نشانه‌های اضطراب و افسردگی مادر با سطح بهداشت دهان و کیفیت زندگی کودک و همچنین تأثیر منفی اختلالات روانی مادر بر وضعیت پوسیدگی دندان‌های شیری کودک می‌باشد (۲، ۱۲). که نتایج این مطالعات با مطالعه‌ی حاضر همخوانی داشت. با وجود بررسی رابطه‌ی فاکتورهای روانی مختلف با

سطح سلامت دهان و دندان افراد در مطالعات مختلف، نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعات تقریباً مشابه همخوانی داشت. هر چند مطالعات مذکور از روش‌ها و ابزارهای اندازه‌گیری متفاوت جهت ارزیابی وضعیت روانی خانواده‌ها استفاده کرده‌اند، با این وجود به دلیل تعاریف یکسان قبول شده‌ی فاکتورهای روانی، می‌توان نتایج آنها را در قیاس آورد. می‌توان از نتایج مطالعه‌ی حاضر و مطالعات گذشته به نقش وضعیت سلامت روانی خانواده‌ها در سلامت دندان‌های فرزندان‌شان پی برد.

نکته‌ای که می‌توان از نتایج این مطالعه بدان دست یافت این است که، افسردگی خفیف مادران الزاماً باعث بهداشت ضعیف‌تر کودکان نمی‌شود، اما مادران با سطوح افسردگی بالا، کودکان در معرض خطر جدی دارند. این مورد به نوبه‌ی خود می‌تواند مؤید این موضوع باشد که همان‌طور که مادران با سطوح بالای افسردگی نیاز فوری به درمان روان‌شناختی دارند، کودکان این مادران نیز نیازمند توجه فوری‌تر به سلامت دهان و دندان هستند. آموزش به والدین باید در راستای نیازهای فردی کودک و والدین و بر اساس فرهنگ آنها باشد. در این آموزش، گوش دادن به والدین، تعلیم دادن به آنها، جلب موافقت آنها و برانگیختن والدین می‌تواند برنامه‌ی پیشگیری را به موفقیت برساند (۱۳).

نتایج یک مطالعه بر روی وضعیت سلامت دهان ۲۲۴ نوجوان و رابطه‌ی آن با سطح افسردگی مادران، بیانگر وجود رابطه می‌باشد، هرچند این رابطه به قوت رابطه با وضعیت دندان‌های شیری نبود (۱). نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی حاضر از لحاظ قوت ارتباط بیشتر دندان‌های شیری کودکان همخوانی داشت. به تازگی در یک مطالعه، سطوح بالای افسردگی را در مادران کودکان ناتوان و کم توان در

مقایسه با مادران کودکان سالم نشان داد و افسردگی در مادران با وقوع بالای پوسیدگی و مصرف بیشتر شیرینی در فرزندان‌شان همراه بود. این مطالعه همچنین به نقش وضعیت سلامت جسمی کودک در سطح استرس مادر اشاره داشت (۱۷). با وجود متفاوت بودن جمعیت کودکان مورد بررسی این مطالعه با مطالعه‌ی حاضر، ارتباط مشابهی بین فاکتورها در دو مطالعه مشاهده گردید.

نکته‌ای که باید آن را در نظر داشت این است که کودکان با شرایط جسمی نامساعد و دارای مشکل، می‌توانند باعث آسیب سلامت روانی خانواده‌ها بشوند. یعنی وجود رابطه میان فاکتورهای روانی خانواده‌ها و سلامت دهان کودکان که در اکثر مطالعات بررسی شده است، الزاماً رابطه‌ی علت و معلولی مشخصی را اثبات نمی‌کند. جهت بررسی چنین رابطه‌ای شدیداً نیاز به مطالعات طولی و کنترل شده احساس می‌شود. به نظر رابطه‌ی این فاکتورها از یک رابطه‌ی ساده‌ی خطی یک طرفه فراتر بوده و احتمالاً رابطه‌ی علت و معلولی پیچیده مطرح می‌باشد.

در کودکان ۱ تا ۳ ساله، والدین به عنوان مراقبت‌کنندگان اصلی جهت اقدامات بهداشت دهان و دندان محسوب می‌شوند (۳، ۵). آموزش به کودک در مورد مسواک زدن، مقدار خمیر دندان و استفاده از نخ دندان توسط والدین انجام می‌شود. در دوره‌ی قبل از مدرسه (۳ تا ۶ سالگی) پیشرفت کودک در امور بهداشتی دهان و دندان آغاز می‌شود، اما هنوز والدین تأمین‌کننده‌ی اصلی بهداشت دهان و دندان هستند (۵). این موارد توجیه‌کننده‌ی قدرت بیشتر رابطه میان سطح افسردگی مادران با سلامت دندان‌های شیری نسبت به دندان‌های دایمی در این مطالعه می‌باشد. به عبارت دیگر، در شرایط سنی که کودکان برای مراقبت خود نیاز بیشتری به کمک والدین دارند، نسبت به شرایط اطرافیان آسیب‌پذیرترند. یعنی گرچه در کل، وضعیت روانی والدین بر سلامت کودکان تأثیرگذار است، اما در شرایطی که کودکان بزرگتر می‌شوند نه تنها از لحاظ جسمی، بلکه از لحاظ روانی نیز، بیشتر قدرت مدیریت شرایط خود را دارند.

این مورد نیز ضرورت توجه بیشتر و سریع‌تر به سلامت کودکان کوچک‌تر را نشان می‌دهد.

در کل به نظر می‌رسد که نه تنها افسردگی والدین، بلکه سایر وضعیت‌های روانی خانواده‌ها همانند فاکتورهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، دسترسی به خدمات سلامت، دسترسی به آب فلورایددار و شرایط تغذیه‌ای با فاکتورهای سلامت کودکان اعم از سلامت کلی جسم، روح و سلامت دهان و دندان آنها رابطه دارد. این مهم به ضرورت مدیریت فاکتورهای اساسی‌تر سلامت جامعه در ضمن آموزش روش‌های بهداشتی و فرهنگ‌سازی مناسب اشاره دارد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم نمونه‌ی کوچک و مقطعی بودن مطالعه اشاره کرد. هرچند در کل این مطالعه به صورت یک مطالعه‌ی نیازسنجی برای بررسی ارتباط سطح افسردگی مادران با وضعیت دندان‌های کودکان طراحی شده است تا با آرایه‌ی ایده‌های صحیح جهت مطالعات آینده به منظور بررسی رابطه‌ی علت و معلولی و بررسی کارایی راهکارهای مختلف جهت کنترل فاکتورهای اتیولوژیک، در بهبود سلامت دهان کودکان مؤثر باشد. بدین منظور پیشنهاد می‌گردد مطالعات طولی با تمرکز بر تأثیر درمان‌های روان‌شناختی والدین بر سطح بهداشت کودکان و رفتارهای سلامت‌گرایانه خانواده‌ها انجام شود.

نتیجه‌گیری

بین سطح افسردگی مادران و dmft و DMFT کودکان رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد که این رابطه در مورد دندان‌های شیری قابل توجه‌تر می‌باشد. به علاوه مادران با سطح افسردگی بالاتر که نیاز به مشاوره و درمان روان‌شناختی در آنها حس می‌شود، کودکانی با dmft بالاتر دارند.

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۳۹۶۳۹۳ بوده و کلیه حقوق آن برای دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان محفوظ است.

References

1. Nelson S, Lee W, Albert JM, Singer LT. Early maternal psychosocial factors are predictors for adolescent caries. *J Dent Res* 2012; 91(9): 859-64.
2. Costa FDS, Azevedo MS, Ardenghi TM, Pinheiro RT, Demarco FF, Goettems ML. Do maternal depression and anxiety influence children's oral health-related quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 45(5): 398-406.
3. 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 Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(2): 115-26.
4. Anil S, Anand PS. Early childhood caries: prevalence, risk factors, and prevention. *Front Pediatr* 2017; 5: 157.
5. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent* 2012; 40(11): 873-85.
6. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10(11): e0142922.
7. Seow WK, Clifford H, Battistutta D, Morawska A, Holcombe T. Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res* 2009; 43(1): 25-35.
8. Fernández MR, Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Correa MB. The role of school social environment on dental caries experience in 8-to 12-year-old Brazilian children: a multilevel analysis. *Caries Res* 2015; 49(5): 548-56.
9. Al-Jewair TS, Leake JL. The prevalence and risks of early childhood caries (ECC) in Toronto, Canada. *J Contemp Dent Pract* 2010; 11(5): 1-9.
10. Maneze D, Salamonson Y, Poudel C, DiGiacomo M, Everett B, Davidson PM. Health-seeking behaviors of Filipino migrants in Australia: The influence of persisting acculturative stress and depression. *J Immigrant Minor Health* 2016; 18(4): 779-86.
11. Anttila S, Knuuttila M, Ylöstalo P, Joukamaa M. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self- perceived dental treatment need. *Eur J Oral Sci* 2006; 114(2): 109-14.
12. dos Santos Pinto G, de Ávila Quevedo L, Correa MB, Azevedo MS, Goettems ML, Pinheiro RT, et al. Maternal depression increases childhood dental caries: a cohort study in Brazil. *Caries Res* 2017; 51(1): 17-25.
13. Anagnostopoulos F, Buchanan H, Frousiounioti S, Niakas D, Potamianos G. Self-efficacy and oral hygiene beliefs about toothbrushing in dental patients: a model-guided study. *Behavior Med* 2011; 37(4): 132-9.
14. de Paula JS, Leite ICG, de Almeida AB, Ambrosano GMB, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health* 2013; 13: 10.
15. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, et al. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12(2): 101-8.
16. Srilatha A, Doshi D, Reddy MP, Kulkarni S, Reddy BS. Self-reported behavioral and emotional difficulties in relation to dentition status among school going children of Dilsukhnagar, Hyderabad, India. *J Indian Soc Pedodont Prevent Dent* 2016; 34(2): 128-33.
17. D'Alessandro G, Cremonesi I, Alkhamis N, Piana G. Correlation between oral health in disabled children and depressive symptoms in their mothers. *Eur J Paediatr Dent* 2014; 15(3): 303-8.
18. LaValle PS, Glaros A, Bohaty B, McCunniff M. The effect of parental stress on the oral health of children. *J Clin Psychol Med Set* 2000; 7(4): 197-201.
19. Menon I, Nagarajappa R, Ramesh G, Tak M. Parental stress as a predictor of early childhood caries among preschool children in India. *Int J Paediatr Dent* 2013; 23(3): 160-5.

Relationship between the Maternal Depression Score and DMF Index of Their Children in Isfahan

Mehdi Jafarzadeh¹

Mehrnaz Zakizadeh²

Elham Sadat Binandeh³

Leila Jazi²

Bahareh Tahani⁴

1. Associate Professor, Dental Research Center, Department of Pediatrics, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Dental Student, Student Research Committee, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. PhD Student, Department of Health Psychology, Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr. Expert of Statistic, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Dental Research Center, Department of Oral Health, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: tahani@dnt.mui.ac.ir

Abstract

Introduction: Depression is one of the most prevalent diseases in the world, with a heavy socioeconomic burden on the society. Dental caries, too, is a prevalent disease and is related with many factors such as the socioeconomic and demographic statuses of the family. The aim of this study was to investigate the relationship between maternal depression and the child's dental caries.

Materials & Methods: This analytical cross-sectional study was performed using two-step sampling in a dental clinic and a football school in Isfahan in summer, 2017. Ninety children under 12 years of age were examined to record the number of decayed, missing/extracted or filled deciduous (dmft) and permanent (DMFT) teeth. Their mothers were asked to answer Beck inventory for determining their depression score. The relationship between maternal depression and caries status was investigated using Pearson's correlation coefficient, and the mean dmft and DMFT scores were compared among different levels of maternal depression using ANOVA, followed by post hoc Tukey tests ($\alpha = 0.05$).

Results: The mean depression score of mothers was 7.38 ± 2.41 and the means of dmft and DMFT were 2.89 ± 2.13 and 0.69 ± 1.03 , respectively. An increase in the maternal depression score was correlated with a significant increase in dmft of children. The only significant item in comparison of dmft among maternal depression groups was a higher dmft in children who had mothers with 17–30 score compared to the 0–10 score group.

Conclusion: There was a significant relationship between maternal depression and dmft and DMFT of children, and the relationship was stronger for deciduous teeth. Furthermore, mothers with higher levels of depression, who needed psychological consultation, had children with higher dmft.

Key words: Dental caries, Depression, DMF Index, Primary health care.

Received: 9.11.2017

Revised: 24.2.2018

Accepted: 10.4.2018

How to cite: Jafarzadeh M, Zakizadeh M, Binandeh ES, Jazi L, Tahani B. Relationship between the Maternal Depression Score and DMF Index of Their Children in Isfahan. J Isfahan Dent Sch 2018; 14(2): 199-206.