

ارزیابی میزان توافق والدین و کودکان ۱۴-۱۱ ساله شهر اصفهان در گزارش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۸۹

دکتر پروین خادم^۱ - دکتر سید ابراهیم جباری فر^۲ - دکتر مریم حاجی احمدی^{۳†} - دکتر سوسن صادقیان^۴ - دکتر محمد صفایی^۵
 ۱- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
 ۲- دانشیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۳- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران
 ۴- استادیار گروه آموزشی ارتودنتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
 ۵- دندانپزشک

Evaluation of agreement levels between parents and children in reporting oral health-related quality of life in 11-14 year-old children of Isfahan city in 1389

Parvin Khadem¹, Seied Ebrahim Jabarifar², Maryam Hajjahmadi^{3†}, Susan Sadeghian⁴, Mohamad Safaie⁵

- 1- Assistant Professor, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Azad Islamic University of Khorasgan, Isfahan, Iran
- 2- Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
- 3[†]- Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Iran (maryam_hajjahmadi@dnt.mui.ac.ir)
- 4- Assistant Professor, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Azad Islamic University of Khorasgan, Isfahan, Iran
- 5- Dentist

Background and Aims: Oral health prepares us for daily activities without discomfort, and dissatisfaction. In this research, agreement level between parents and children aged 11-14 year-old in reporting child oral health-related quality of life was studied in Isfahan city.

Materials and Methods: In this descriptive, analytical and cross-sectional study 128 pairs of parents and children aged 11-14 were selected with random sampling technique from schools in Isfahan and were asked to complete the relevant questionnaires. The questionnaires evaluated quality of life in four fields of oral signs, functional deficits and emotional and social health. In order to evaluate child-parent agreement, intra-correlation coefficient (ICC), Pearson's correlation coefficient, Spearman's correlation coefficient and intra-class correlation coefficient (ICC) were used ($\alpha=0.05$).

Results: The agreements between PPQ₁₁₋₁₄ (parent perception questionnaire), CPQ₁₁₋₁₄ (child perception questionnaire) and the related fields were 0.81, -0.67. The highest agreement level (ICC=0.83) was related to emotional health (excellent), followed by functional deficits (ICC=0.80), social health (ICC=0.69) and oral signs (ICC=0.64). Pearson's test showed significant correlations between CPQ₁₁₋₁₄ and PPQ₁₁₋₁₄ ($r=0.81$) ($P<0.01$).

Conclusion: Although parents, especially mothers, may be used as proxies for their children in relation to quality of life and related fields, the views of both should be obtained in order to fully represent child oral health-related quality of life issues.

Key Words: Quality of Life, Children, Parents

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2013;26(3):185-93

+ مؤلف مسؤول: رشت - خیابان امام خمینی - روبروی هتل پردیس - دانشکده دندانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان - گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان
 تلفن: ۳۲۲۰۰۶۰ نشانی الکترونیک: maryam_hajjahmadi@dnt.mui.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سلامت دهان شامل سلامتی دهان و بافت‌های مربوطه است که امکان فعالیت‌های روزانه و روابط اجتماعی مطلوب را بدون ناراحتی فراهم می‌آورد. این مطالعه توافق بین والدین و کودکان ۱۴-۱۱ ساله در گزارش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان کودک در شهر اصفهان را مورد بررسی قرار داد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی است. به منظور انجام این پژوهش ۱۲۸ جفت والد-کودک ۱۴-۱۱ ساله از مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب گردید و از آنها خواسته شد تا به پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان دهانی، نقص عملکردی، سلامت احساسی و اجتماعی مورد بررسی قرار دادند. جهت بررسی توافق بین والد-کودک از ضریب توافق داخلی (Intra correlation Coefficient یا ICC)، ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن و ضریب ثبات داخلی استفاده شد ($\alpha=0/05$).

یافته‌ها: میزان توافق بین نمره کل شاخص‌های PPQ_{۱۱-۱۴} و CPQ_{۱۱-۱۴} و حیطه‌های آنها $0/81$ و $-0/67$ به دست آمد. بیشترین توافق در حیطه سلامت احساسی و به صورت بسیار عالی ($ICC=0/83$)، سپس در حیطه‌های نقص عملکردی ($ICC=0/80$)، سلامت اجتماعی ($ICC=0/69$) و علائم دهانی ($ICC=0/64$) گزارش شد. مطابق آزمون پیرسون بین CPQ_{۱۱-۱۴} و PPQ_{۱۱-۱۴} ($r=0/81$)، ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P<0/01$).

نتیجه‌گیری: والدین به خصوص والد مادر می‌تواند گزارشگر مکمل کیفیت زندگی و حیطه‌های آن باشد. هرچند برای آنکه اطلاعات سلامت دهان و دندان به صورت کامل برای نیازسنجی فراهم گردد نظر کودک و والد هر دو مورد نیاز می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، کودکان، والدین

وصول: ۹۲/۰۱/۱۵ اصلاح نهایی: ۹۲/۰۷/۰۱ تأیید چاپ: ۹۲/۰۷/۰۵

مقدمه

بین والدین و کودکان در حوزه‌های محدودیت عملکردی نسبت به حوزه‌های سلامت احساسی و اجتماعی، بالا بود (۸). اگرچه والدین ممکن است در بعضی موقعیت‌ها و برای برخی اهداف به عنوان مکمل نظر کودکانشان باشند، اما جهت دستیابی کامل به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان کودک دیدگاه هر دو بایستی مدنظر قرار گیرد (۹). تاکنون توافق بین والد-کودک در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان مورد آزمون قرار نگرفته است و این به دلیل غیبت ابزارهایی بوده که بتواند اثر بیماری‌ها و ناهنجاری‌های دهانی را بر روی کیفیت زندگی کودکان نشان دهد. امروزه با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سلامت دهانی کودک شامل Child Oral Health Quality Of Life (COHQOL) شامل پرسشنامه والد-کودک، می‌توان اثر موارد ذکر شده را بررسی نمود (۱،۳).

نسخه‌های انگلیسی، استرالیایی، برزیلی، فرانسوی، عربی، چینی و آلمانی پرسشنامه کودک Child Perception Questionnaire (CPQ) و پرسشنامه والدین Parent Perception Questionnaire (PPQ) مورد ارزیابی قرار گرفته است (۱۲-۱۰). استانداردهای بومی، شیوه زندگی و انتظارات اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی سلامت دهان و دندان بر کیفیت زندگی تأثیر گذارند. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کشورهایی با فرهنگ و اقتصاد توسعه یافته متفاوت از

معیار کیفیت زندگی اثر جسم و روان روی سلامت دهان و میزان اثر اختلالات دهانی و دندانی روی زندگی روزانه را اندازه‌گیری می‌کند. تا این اواخر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان کودک که شامل سلامت دهان و بافت‌های مربوطه است و کودک را برای خوردن، صحبت کردن، روابط اجتماعی مطلوب بدون بیماری فعال، ناراحتی و احساس نارضایتی آماده می‌کند، به وسیله گزارشات والدین اندازه‌گیری می‌گردید (۱). علت این امر محدودیت‌های شناختی و مهارت‌های کودک بیان شده است (۲). اما با استفاده از تکنیک پرسشنامه‌ای معتبر نیز می‌توان اطلاعات صحیح و قابل اعتمادی از کودکان در این حوزه به دست آورد (۳،۴).

مطالعاتی در زمینه توافق پاسخ والدین-کودک به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان صورت گرفته که نتایج به دست آمده متفاوت می‌باشند. در مطالعه Vogels و همکاران (۵) (کودکان ۱۵-۶ ساله هلند) و Verrips و همکاران (۶) (کودکان ۱۴ ساله هلند) توافق پاسخ والد-کودک در حوزه عملکرد اجتماعی اندک گزارش شد. درحالیکه Sawyer و همکاران توافق بین والدین و نوجوانان ۱۸-۱۰ ساله استرالیا را در زمینه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، متوسط گزارش کردند (۷). در مطالعه Parsons و همکاران بر روی کودکان دبستانی آمریکا، میزان توافق

محیط با آینه و سوند معاینه شده و میزان پوسیدگی دندان محیطی (DMFT) Decayed Missed Filled Tooth، هیپوپلازی مینای دندان (MIH) Molar Incisor Hypoplasia، صدمات دندانی (TDI) Traumatic Dental Injury و مال اکلوزن براساس فرم پیشنهادی WHO و اصول راهنمای آن توسط فرد آموزش دیده و کالیبره شده برآورد و ثبت گردید (۱۶). هدف از قرار دادن این شاخص‌ها کمک به تعیین روایی ساختاری، صوری، همگرایی و مبتنی بر معیار بود.

پرسشنامه

قبل از شروع مطالعه اصلی، پرسشنامه در دسترس CPQ_{۱۱-۱۴}، PPQ که در تورنتوی کانادا تکامل و اعتبار یافته بود توسط دو دانشجوی PhD دندانپزشکی جامعه‌نگر مسلط به زبان فارسی و انگلیسی، به فارسی ترجمه و سپس به انگلیسی برگردانده شد. سپس توسط تیم پژوهش اشکالات و ابهامات آن برطرف گردید. به صورت آزمایشی پرسشنامه فارسی به ۲۵ نفر از افراد داده شد تا ابهامات پرسشها برطرف گردد و زمان لازم برای پاسخ دادن، درک کودکان و شیوه پاسخ‌دهی آنها بررسی شود. اصل پرسشنامه CPQ_{۱۱-۱۴} ۲۹ سؤال و PPQ ۴۹ سؤال داشت که در برگرداندن سؤالات به ترجمه فارسی به منظور مفهوم‌تر شدن بعضی سؤالات تصمیم گرفته شد چند سؤال به پرسشنامه‌ها اضافه یا از آنها حذف شود. به این ترتیب پرسشنامه فارسی CPQ_{۱۱-۱۴} دارای ۳۴ سؤال و PPQ دارای ۵۷ سؤال گردید که مورد تأیید مؤلفین اصلی آن در تورنتوی کانادا می‌باشد. چهار حیطه مربوط به پرسشنامه CPQ و PPQ عبارتند از:

علائم دهانی (مثال: چند بار طی ۳ ماه گذشته دندان درد یا درد در ناحیه دهان داشته‌اید؟)

نقص عملکردی (مثال: چند بار طی ۳ ماه گذشته در گاز زدن و جویدن سیب، ذرت، چیپس مشکل داشته‌اید؟)

سلامت احساسی (مثال: چند بار طی ۳ ماه گذشته بدلیل بیماری‌های دهان و دندان غمگین و ناراحت شده‌اید؟)

سلامت اجتماعی (مثال: چند بار طی ۳ ماه گذشته به دلیل بیماری‌های دهان و دندان با اطرافیان مشاجره لفظی داشته‌اید؟)

نسخه فارسی پرسشنامه PPQ توسط والدین و CPQ توسط

کشورهای درحال توسعه می‌باشد، لذا بایستی طبیعت، گسترش و الگوی توافق/عدم توافق بین گزارشات والدین و کودکان در هر جامعه جداگانه مورد ارزیابی قرار گیرد (۱۵-۱۳).

با توجه به روانشناسی تکاملی کودکان، تغییرات سنی، رشد زبان و تکلم و ایجاد ارتباط و نیز تفاوت توانایی‌های آنها با بزرگسالان، ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان برای کودکان ۶ تا ۷، ۸ تا ۱۰ و ۱۱ تا ۱۴ ساله طراحی و مورد بررسی قرار گرفته‌اند. اطلاعات اندکی درباره میزان توافق والد-کودک در گزارش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان فارسی زبان در دسترس می‌باشد. براساس اطلاعات ما، تاکنون ارزیابی توافق بین والدین و کودکان درباره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در زبان و فرهنگ فارسی رسمی انجام نگرفته و یا گزارش نشده است. هدف از انجام این مطالعه بررسی میزان توافق کودکان و والدین دانش‌آموزان ۱۱-۱۴ ساله شهر اصفهان براساس شاخص‌های CPQ (نسخه کودک) و PPQ (نسخه والدین) بود.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۸۸ با استفاده از پرسشنامه‌های CPQ و PPQ دانش‌آموزان ۱۱-۱۴ سال و والدین آنها در شهر اصفهان صورت گرفته است. به منظور انجام این مطالعه پس از کسب اجازه‌نامه کتبی از آموزش و پرورش و هماهنگی لازم با مدیران مدارس و والدین کودکان، تعداد ۴ مدرسه (۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) و در هر مدرسه ۴ کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید. با توجه به محاسبه حجم نمونه در مطالعات توصیفی-تحلیلی، توسط متخصص آمار تعداد ۱۲۸ دانش‌آموز کلاس پنجم دبستان تا سوم راهنمایی با دامنه سنی ۱۱-۱۴ سال که دارای سلامت جسمی بوده و همکاری لازم جهت پاسخ‌دهی به پرسشنامه را داشتند انتخاب و از آنها دعوت شد که آزادانه و داوطلبانه به پرسشنامه پاسخ دهند. میزان خطای آزمایشگر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. معیار ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل کودکان و والدینی بود که از سلامت جسمی و همکاری کافی برای پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها برخوردار بوده و پرسشنامه‌ها را در دو نوبت با پاسخ‌دهی به سؤالات تکمیل نمودند. سپس این کودکان در نور طبیعی

سؤال (به نظر شما متن پرسشنامه ساده و قابل فهم بود؟) به منظور بررسی روایی محتوا و صوری و سهولت خواندن در نظر گرفته شد. نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها آسان بود. از کودکان خواسته شد پس از تکمیل اطلاعات فردی با مطالعه پرسشنامه CPQ^{۱-۱۴} تجربیات خود را طی ۳ ماه گذشته علامت بزنند. نسخه فارسی پرسشنامه مربوط به والدین در اختیار آنها قرار گرفت و ظرف مدت ۷-۳ روز از زمان ارسال، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید. والدین براساس اطلاعات خود، تجربیات کودکشان طی ۳ ماه گذشته را بدون مشورت با کودک خود علامت می‌زدند. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه‌ها ۲ هفته بعد، از ۷۰ جفت کودکان و والدینی که پرسشنامه‌ها را در مرتبه اول پر کرده بودند خواسته می‌شد تا برای دوم آنها را تکمیل نمایند. تمام اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودک و گزارش والدین آنها وارد نرم‌افزار کامپیوتری SPSS18 گردید. برای ارزیابی روایی همگرایی، مبتنی بر معیار، صوری، ساختار و محتوا و پایایی از test-retest، ضریب همبستگی داخلی ICC و آلفای کرونباخ و ضریب توافق و پایایی داخلی استفاده شد. برای بررسی ضریب توافق از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

کودکان تکمیل شد. میزان توافق در حیطه‌های مختلف برحسب ضرایب (Intra Correlatio Coefficient) ICC به صورت زیر طبقه‌بندی گردید: $ICC < 0/2$ ضعیف، $0/40-0/21$ مختصر، $0/60-$ $0/41$ متوسط، $0/80-0/61$ مناسب (خوب)، $1-0/81$ بسیار خوب تا عالی در نظر گرفته شد. سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای بود که به صورت مقیاس لیکرت تنظیم گردید:

۰- هیچ وقت

۱- یکی دو بار

۲- گاهی اوقات

۳- اغلب اوقات

۴- هرروز

براساس اصول راهنمای مولف پرسشنامه، دو پرسش به منظور بررسی روایی ساختاری و مبتنی بر معیار پرسشنامه تعیین گردید که عبارتند از:

۱- اگر درباره وضعیت دهان و دندان‌هایتان از شما سؤال شود درباره آن چه می‌گویید؟

۲- چند بار بیماری‌های دهان و دندان، باعث مشکلاتی در زندگی روزمره شما شده است؟

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرها و شاخص‌های بالینی، میانگین و انحراف معیار شاخص‌های CPQ^۱ و PPQ^۲ والدین و کودکان ۱۴-۱۱ سال شهر اصفهان

تعداد یا درصد	CPQ	انحراف معیار CPQ	PPQ	انحراف معیار PPQ
دختر	۲۰/۹۶	۱۹/۴۶	۱۴/۱۰	۷۵/۱۵
پسر	۱۹/۱۵	۱۳/۲۴	۱۱/۴۸	۸/۳۶
مادر	۱۸/۹۳	۱۴/۵۴	۱۴/۳۴	۱۰/۷۴
پدر	۲۱/۱۸	۱۸/۴۹	۱۱/۲۵	۱۳/۵۲
۱۱ ساله	۲۵٪	۱۸/۱۲	۳/۳۷	۱۳/۱۰
۱۲ ساله	۲۵٪	۲۰/۹۶	۱۶/۲۸	۱۵/۴۲
۱۳ ساله	۲۵٪	۱۴/۰۳	۱۲/۵۰	۱۱/۵۵
۱۴ ساله	۲۵٪	۹/۶۷	۹/۰۳	۵/۱۳
سابقه تروما داشته‌اند	۹/۴٪	۱۴/۶۳	۱۹/۱۶	۱۴/۲۱
نداشته‌اند	۹۰/۶٪	۱۶/۷۲	۱۲/۱۳	۱۱/۹۱
هیپوپلازی داشته‌اند	۱۸٪	۱۱/۷۰	۱۳/۲۶	۹/۶۴
نداشته‌اند	۸۲٪	۱۷/۵۳	۱۲/۶۹	۱۲/۸۰
مال اکوژن داشته‌اند	۲۷/۳٪	۱۴/۴۹	۱۳/۷۴	۱۰/۰۲
نداشته‌اند	۷۲/۷٪	۱۷/۰۸	۱۲/۴۴	۱۳/۰۳

1. Child Perception Questionnaire 2. Parent Perception Questionnaire

یافته‌ها

سلامت احساسی: ۷۵/۸٪ از کودکان به واسطه بیماری‌های دهان و دندان دچار ناراحتی و بی‌قراری شده بودند و احساس خجالت می‌کردند یا نگران بودند که دیگران درباره آنها چه فکر می‌کنند. ۶۴/۸٪ از والدین نیز چنین مواردی را در مورد کودک خود گزارش دادند. سلامت اجتماعی: ۷۱/۹٪ از کودکان به دلیل بیماری دهان و دندان از مدرسه غیبت داشته و یا تکالیف خود را خوب انجام ندادند بودند. ۵۰/۸٪ از والدین حداقل یکی از این نشانه‌ها را گزارش کردند. به طور کلی میانگین و انحراف معیار (CPQ (۱۱-۱۴)، PPQ (۱۱-۱۴) ۲۰/۰۶±۱۶/۶۰ به دست آمد که با ۴ حیطه ارتباط معنی‌دار داشت. حداکثر و حداقل نمرات در نمونه حاضر ۰ و ۱۰۱ بود. ۱۲/۴۶±۱۲/۲۶ به دست آمد. میانگین و انحراف معیار (CPQ (۱۱-۱۴)، PPQ (۱۱-۱۴) ۱۲/۴۶±۱۲/۲۶ به دست آمد که با ۴ حیطه ارتباط معنی‌دار داشت. حداکثر و حداقل نمرات در نمونه حاضر ۰ و ۷۶ بود (جدول ۲). توافق بین نمره کلی PPQ_{۱۱-۱۴} و CPQ_{۱۱-۱۴} برحسب ICC ۰/۸۱ اندازه‌گیری شد که بیانگر توافق خوب بین والد و کودک می‌باشد. همچنین برحسب ضریب همبستگی پیرسون توافق بین CPQ_{۱۱-۱۴} و PPQ_{۱۱-۱۴} ۰/۸۱ با سطح معنی‌داری صفر اندازه‌گیری شد ($P < 0.01$). توافق بین حیطه‌های مختلف به صورت زیر گزارش شد:

این پژوهش بر روی ۱۲۸ جفت والد-کودک ۱۱-۱۴ ساله با میانگین سنی ۱۲/۵ سال که به صورت تصادفی از مدارس شهر اصفهان انتخاب شده بودند، صورت گرفت. توزیع فراوانی متغیرها و شاخص‌های بالینی در جدول ۱ آمده است. از تعداد ۱۲۸ کودک شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۸/۸٪ از آنها طی ۳ ماه گذشته دندان درد یا درد در ناحیه دهان داشته و ۵۱/۶٪ از آنها بوی بد دهان را گزارش کردند. ۴۸/۴٪ از آنها تنفس دهانی داشته و تقریباً نیمی از کودکان (۵۰/۸) خونریزی از لثه را گزارش کردند. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان، کودکان را در چهار حیطه بررسی می‌کند که نتایج به دست آمده به شرح زیر است: علایم دهانی: ۳/۲٪ از کودکان علایم دهانی شامل درد دندان یا دهان، سوزش دهان، گیر ماده غذایی بین دندان‌ها و بوی بد دهان را گزارش نکردند. ۵/۵٪ از والدین نیز چنین علایمی را در مورد کودک خود گزارش ندادند. حیطه عملکردی: ۱۴/۸٪ از کودکان مشکلی در مدت زمان غذا خوردن و آشامیدن و تکلم نداشتند. ۸۴/۸٪ از والدین نیز چنین علایمی را در مورد کودک خود گزارش ندادند.

جدول ۲- ضریب همبستگی پیرسون (CPQ ۱۱-۱۴) براساس شاخص‌های بالینی و حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان ۱۱-۱۴ سال شهر اصفهان

ضریب همبستگی پیرسون (r)	سطح معنی‌داری (P-value)	
-۰/۱۵	۰/۰۸	سن
-۰/۰۵	۰/۵۳	جنس
۰/۱۱	۰/۱۸	تروما
۰/۰۳	۰/۷۰	هیپوپلازی
۰/۱۷	۰/۰۴	شاخص پوسیدگی دندان دائمی
۰/۱۳	۰/۱۳	شاخص پوسیدگی دندان شیری
۰/۱۷	۰/۰۵	مال اکلوژن
۰/۷۱	$P < 0.001$	علایم دهانی گزارش کودک
۰/۸۶	$P < 0.001$	نقص عملکردی گزارش کودک
۰/۸۳	$P < 0.001$	سلامت احساسی گزارش کودک
۰/۸۴	$P < 0.001$	سلامت اجتماعی گزارش کودک
-۰/۵۳	$P < 0.001$	علایم دهانی گزارش والد
۰/۷۲	$P < 0.001$	نقص عملکردی گزارش والد
-۰/۷۴	$P < 0.001$	سلامت احساسی گزارش والد
۰/۶۸	$P < 0.001$	سلامت اجتماعی گزارش والد

جدول ۳- ضریب توافق گزارش والدین و کودکان برحسب مشخصات بالینی والدین و کودکان ۱۴-۱۱ سال شهر اصفهان

P-value	(CPQ-PPQ) ICCS ¹	۱۴-۱۱
<۰/۰۰۱	۰/۹۱ (۰/۸۶ ۰/۹۵)	دختر
۰/۰۰۸	۰/۴۶ (۰/۱۱ ۰/۶۷)	پسر
<۰/۰۰۱	۰/۷۹ (۰/۵۷ ۰/۹۰)	۱۱ سال
<۰/۰۰۱	۰/۸۵ (۰/۷۰ ۰/۹۳)	۱۲ سال
<۰/۰۰۱	۰/۸۴ (۰/۶۷ ۰/۹۲)	۱۳ سال
۰/۱۶	(-۰/۴۳ ۰/۶۵)	۱۴ سال
خصوصیات بالینی		
<۰/۰۰۱	۰/۸۸(۰/۶۱ ۰/۹۷)	تروما داشته
<۰/۰۰۱	۰/۸۰ (۰/۷۰ ۰/۸۶)	تروما نداشته
۰/۰۱	۰/۶۱ (۰/۰۹ ۰/۸۳)	هیپوپلازی داشته
<۰/۰۰۱	۰/۸۳ (۰/۷۵ ۰/۸۸)	هیپوپلازی نداشته
۰/۰۰۳	۰/۶۱ (۰/۲۳ ۰/۸۰)	مال اکلوزن داشته
<۰/۰۰۱	۰/۸۵ (۰/۷۸ ۰/۹۰)	مال اکلوزن نداشته
جنس والد		
<۰/۰۰۱	۰/۸۷(۰/۷۸ ۰/۹۲)	مادر
<۰/۰۰۱	۰/۷۷(۰/۶۲ ۰/۸۶)	پدر

1- Intra- correlation coefficients

کودکان ۱۴-۸ برزیل صورت گرفت، هم‌سویی دارد (۱۱). میانگین نمره ۱۱-۱۴ PPQ ۱۲/۹۷ با انحراف معیار ۱۲/۲۶ به دست آمد که مادران نمره بالاتری از پدران داده‌اند. این امر نشان‌دهنده حساسیت بیشتر والد مادر نسبت به بیماری‌های دهان و دندان کودک خود می‌باشد و شاید نقش مهم‌تر وی در خانواده و نگهداری از کودک را در جامعه ایران نشان می‌دهد. در مطالعه Jokovic و همکاران در کانادا میزان توافق در گروه سنی ۱۴-۱۱ سال در دختران به صورت متوسط (ICC=۰/۵۶) و در پسران به صورت خوب (ICC=۰/۷۴) گزارش شده است که متفاوت با مطالعه حاضر می‌باشد (۹) Mc Grath و Bedi در مطالعه خود که در چین صورت گرفته بود، میانگین CPQ_{۱۱-۱۴} ۲۳/۱ با انحراف معیار ۱۲/۸، PPQ_{۱۱-۱۴} ۹۱/۱ با انحراف معیار ۱۱/۹ گزارش کردند (۱۵). در این مطالعه کودکان بزرگ‌تر با مال اکلوزن با پدر خود کم‌ترین توافق را داشتند. Jokovic و همکاران میزان ICC بین گزارش کودکان با مال اکلوزن CPQ_{۱۱-۱۴} و PPQ_{۱۱-۱۴} را به صورت خوب (ICC=۰/۶۳) گزارش کردند که با مطالعه حاضر مطابقت دارد. همچنین آنها سطح توافق پایین‌تری را در دختران، کودکان بزرگ‌تر و دارای مشکلات

بیشترین میزان توافق در حیطه سلامت احساسی و به صورت بسیار عالی (۰/۸۳)، و سپس در حیطه‌های نقص عملکردی (۰/۸۰)، سلامت اجتماعی (۰/۶۹) و علایم دهانی (۰/۶۴) گزارش شد. میزان توافق برحسب خصوصیات کودک یا جنس والدین متفاوت بود. ضریب توافق اسپیرمن بین والد و کودک در پاسخ به این سؤال که وضعیت سلامت دهان و دندان را چگونه ارزیابی می‌کنید، ۰/۳۷ با سطح معنی‌داری صفر گزارش شد (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه ارزیابی توافق بین والد-کودک در نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان ۱۴-۱۱ ساله شهر اصفهان بود. میانگین نمره CPQ_(۱۱-۱۴) ۲۰/۰۶ با انحراف معیار ۱۶/۶۰ به دست آمد که دختران نمره بالاتری از پسران داشتند. این امر نشان‌دهنده این است که سلامت و بیماری‌های دهان و دندان تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی دختران در نمونه حاضر دارد که با نتایج مطالعه Barbosa و همکاران که بر روی

شده بین حیطه‌های مختلف به صورت علایم دهانی $ICC=0/81$ دارای توافق بسیار خوب، حیطه نقص عملکردی $ICC=0/71$ دارای سطح توافق خوب و حیطه‌های سلامت اجتماعی و احساسی به ترتیب $ICCS=0/52$ و $ICCS=0/58$ دارای سطح توافق متوسط گزارش شد (۹).

ضریب ارتباط بین حیطه‌های CPQ_{11-14} و PPQ_{11-14} براساس شاخص ICC به ترتیب $0/83$ و $0/80$ می‌باشد که مقایسه آن با ضریب همبستگی هر کدام از این پرسشنامه‌ها پایایی این پرسشنامه را نشان می‌دهد. میزان ICC در تحقیق Barbosa و همکاران $0/96$ (۱۱) و در پژوهش Jokovic و همکاران $0/70$ (۹) و در مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۰۲، $0/90$ (۱) برای CPQ پایایی مطلوبی داشت. میزان ICC در مطالعه Mc Grath و Bedi برای CPQ و PPQ در گروه سنی ۱۴-۱۱ سال به ترتیب $0/88$ و $0/83$ گزارش شد (۱۵). در مطالعه حاضر میزان توافق بین CPQ و PPQ به صورت بسیار خوب ($ICC=0/81$) گزارش شد. در سنین نوجوانی، فرد از تفکر عینی و ملموس دوران کودکی فاصله گرفته و به صورت انتزاعی فکر می‌کند. نوجوان خود را از آیین دوستان و اجتماع خود می‌بیند و توجه به تأیید دوستان و اطرافیان بیش از هر زمانی قوت می‌گیرد. همچنین در این دوران نوجوان از لحاظ عاطفی دچار تغییرات زیادی شده و دچار تغییر در مفهوم خویشتن می‌گردد (۱۸). از همین رو در گروه سنی ۱۴-۱۱ سال حیطه‌های سلامت احساسی و اجتماعی بیشتر از گروه سنی ۱۰-۸ سال برای کودک و والد اهمیت می‌یابد. کودک ۱۴-۱۱ سال مشکلات خود را بهتر درک می‌کند و بهتر قادر است مشکلات خود را بیان کند و همچنین نظر دیگران برای او مهم‌تر می‌شود. در نتیجه میزان توافق در گروه سنی ۱۴-۱۱ سال بهتر اندازه‌گیری می‌شود و بیانگر توافق بالاتری است.

در مطالعه حاضر میزان توافق در دختران بسیار خوب ($ICC=0/91$) و در پسران متوسط ($ICC=0/46$) گزارش شد. بیشترین توافق بین والد پدر و فرزند دختر ($ICC=0/92$) و کمترین میزان توافق بین والد پدر و فرزند پسر ($ICC=-0/01$) بود. این امر می‌تواند به دلیل نگرانی‌های والدین از آینده نوجوان، و توجه بیشتر آنها به فرزند دختر باشد. در این گروه سنی با توجه به نظام ارزشی و فرهنگی جامعه ایران، والد پدر حساسیت بیشتری نسبت به فرزند دختر خود نشان می‌دهد و شاید خود

دهانی فکی گزارش نمودند (۹). میانگین نمره CPQ_{11-14} با $DMFT$ ارتباط معنی‌دار و مستقیم دارد، حال آنکه با شاخص‌های MIH ، سابقه تروما و مال اکلون ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین نمره CPQ در افراد دارای مال اکلون، سابقه تروما و هیپوپلازی بالاتر از افراد طبیعی به دست آمد که با مطالعه Jokovic و همکاران و Do و Spencer (کودکان ۱۴-۸ ساله استرالیا) همخوانی دارد (۹،۱۷). Brown و Al-khayal در عربستان تفاوت معنی‌داری بین CPQ و وضعیت اکلون کودکان ۱۴-۱۱ ساله به دست آوردند که همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد (۱۰).

رابطه معنی‌داری بین احساس والدین از سلامت دهان و دندان کودک با نمره PPQ و علایم دهانی و محدودیت عملکرد دندان و سلامت احساسی و اجتماعی وجود دارد و این از نشانه‌های روایی مبتنی بر معیار و همگرایی سلامت دندان‌پرسی‌نامه‌های CPQ ، PPQ می‌باشد. Barbosa و همکاران ضریب توافق سلامت دهانی و CPQ را $0/83$ گزارش کردند که همسو با نتایج به دست آمده در این مطالعه است (۱۱).

میانگین نمره‌های CPQ و PPQ با میانگین حیطه‌های علایم دهانی و نقص عملکردی، سلامت احساسی و اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشتند. بیشترین توافق در حیطه سلامت احساسی و کم‌ترین توافق در حیطه علایم دهانی و سلامت اجتماعی به دست آمد. این امر می‌تواند به این دلیل باشد که با بالا رفتن توانایی‌های کودک والدین توجه کمتری به حوزه علایم دهانی دارند. علت پایین بودن حوزه‌های سلامت اجتماعی و احساسی کیفیت زندگی می‌تواند به این خاطر باشد که این حیطه‌ها بیشتر به متغیرهای کیفی اشاره دارند که کمتر والدین از آنها مطلع بوده و از حوزه دید آنها خارج است. دلیل دیگر اینست که دقت و توانایی ملاحظه و مشاهده وقایعی که در حیطه سلامت اجتماعی مورد سؤال است کمتر از دیگر حیطه‌هاست و در واقع ارتباط بین سؤالات و وقایعی که اتفاق افتاده مشکل‌تر می‌باشد (۱۸). میزان نرخ جهانی توافق بین والد و کودک در تأثیرگذاری شرایط دهانی-فکی بر سلامت کلی کودک به صورت مختصر ($ICC=0/21$) گزارش شده است (۹). در مطالعه Jokovic و همکاران $ICC=0/70$ ، بیشترین توافق در حیطه علایم دهانی و کمترین توافق در حیطه سلامت اجتماعی گزارش شد. در این مطالعه میزان $ICCS$ اندازه‌گیری

هر دو گروه والد و کودک زمانی که موضوع درباره رفاه و کیفیت زندگی کودکان همراه با مشکلات و ناهنجاری‌های دهان و دندان است باید مورد ارزیابی قرار گیرند. چرا که اطلاعات با ارزشی ممکن است به وسیله انتخاب یکی نسبت به دیگری از دست برود. بنابراین گزارش گرفتن از هر ۲ به عنوان مکمل بهترین انتخاب می‌باشد.

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای وسیع در کلیه کودکان و والدین فارسی زبان کشور در قومیت‌های مختلف از این شاخص‌ها صورت گیرد تا بومی‌سازی و سازگاری فرهنگی آن صورت گیرد. والدین به خصوص والد مادر می‌تواند گزارشگر مکمل کیفیت زندگی و حیطه‌های آن باشد، هرچند برای آنکه اطلاعات سلامت دهان و دندان به صورت کامل برای نیازسنجی فراهم گردد نظر کودک و والد هر دو مورد نیاز می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با شماره ۲۳۸۱۰۲۰۱۸۸۱۰۱۶ در معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی خوراسگان اصفهان به تصویب رسیده است که بدین‌وسیله کمال تشکر و قدردانی را داریم.

را بیشتر مسؤول برطرف کردن خواسته‌های مادی و توجه به روابط اجتماعی فرزند دختر خود می‌داند. درحالی‌که فرزند پسر بیشتر تشویق می‌شود که مشکلات خود را بپذیرد، با آنان کنار بیاید و این از ویژگی‌های بلوغ فرزند پسر دانسته می‌شود. لذا فرزند پسر احساسات و مشکلات خود را کمتر بیان می‌کند و بیان مشکلات و توجه به ظاهر خود را مغایر با ویژگی‌ها و انتظارات جامعه و اطرافیان خود می‌داند (۱۸).

به طور کلی یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد که والدین نباید به تنهایی به عنوان جایگزینی برای کودکانشان به کار روند به خصوص زمانی که ارزیابی دقیقی تر و مهم‌تری از کودک مورد نیاز می‌باشد. البته این موضوع را نیز باید مدنظر داشت که ممکن است والدین در برخی حیطه‌ها به تنهایی و به عنوان نماینده‌ای مناسب در نظر گرفته شوند. باید اعتراف کرد که مفاهیم اندازه‌گیری شده به وسیله CPQ و PPQ نمی‌تواند همواره یکسان باشد. CPQ ادراک کودک از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهانی وی است در صورتیکه PPQ ادراک والد از تأثیر وضعیت سلامت دهانی کودک بر کودک و خانواده است. وجود این حقیقت در تفاوت ادراکی بین والد و کودک بیانگر این موضوع است که

منابع:

- 1- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res.* 2002;81(7):459-63.
- 2- Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM, Verrips GH, Zwinderman KA, Verloove-Vanhorick SP, et al. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Qual Life Res.* 1998;7(5):387-97.
- 3- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent.* 2003;63(2):67-72.
- 4- Landgraf JM, Abetz L, Ware JR, Jr. Child health questionnaire (CHQ): a user manual. Boston, MA. The Health Institute. New England Medical center; 1996.
- 5- Vogels T, Verrips GH, Verloove-Vanhorick SP, Fekkes M, Kamphuis RP, Koopman HM et al. Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form. *Qual Life Res.* 1998;7(5):457-65.
- 6- Verrips GH, Vogels AG, den Ouden AL, Paneth N, Verloove-Vanhorick SP. Measuring health-related quality of life in adolescents: agreement between raters and between methods of administration. *Child Care Health Dev.* 2000;26(6):457-69.
- 7- Sawyer M, Antoniou G, Toogood I, Rice M. A comparison of parent and adolescent reports describing the health-related quality of life of adolescents treated for cancer. *Int J Cancer Suppl.* 1999;12:39-45.
- 8- Parsons SK, Barlow SE, Levy SL, Supran SE, Kaplan SH. Health-related quality of life in pediatric bone marrow transplant survivors: according to whom? *Int J Cancer Suppl.* 1999;12:46-51.
- 9- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Guyatt G. Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(5):335-43.
- 10- 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(6):405-11.
- 11- Barbosa TS, Tureli MC, Gavião MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health.* 2009;18:9:13.
- 12- Mc Grath C, Pang HN, LOEC. King NM, Haggü. Faculty of Dentistry, University of Hong Kong SAR, China. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2008;18(4):267-74.
- 13- Torres CS, Paiva SM, Vale MP, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Oliveira AC, et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) - short forms. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:43

- 14- Wogelius P, Gjørup H, Haubek D, Lopez R, Poulsen S. Development of Danish version of child oral health-related quality of life Questionnaires CPQ₍₈₋₁₀₎ and CPQ₍₁₁₋₁₄₎. *BMC Oral Health*. 2009;9:11.
- 15- McGrath C, Bedi R. Why are we "weighting"? An assessment of a self-weighting approach to measuring oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(1):19-24.
- 16- World Health Organization. WHO Oral Health Data Bank. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 17- Do LG, Spencer AJ. Evaluation of oral health-related quality of life questionnaires in a general child population. *Community Dent Health*. 2008;25(4):205-10.
- 18- Parsa M. Psychology of child development; Best publication 1994;72-93 and 189-250.