

# ارزیابی میزان توافق والدین و کودکان ۸-۱۰ ساله شهر اصفهان در گزارش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان

دکتر پروین خادم<sup>۱</sup>، دکتر مریم حاجی احمدی<sup>۲</sup>، دکتر سید ابراهیم جباری فر<sup>۳\*</sup>، دکتر سوسن صادقیان<sup>۳</sup>، الهام السادات بیننده<sup>۴</sup>، دکتر محمد صفایی<sup>۵</sup>

## چکیده

**مقدمه:** سلامت دهان شامل سلامتی دهان و بافت‌های مربوطه است که امکان فعالیت‌های روزانه و روابط اجتماعی مطلوب را بدون ناراحتی فراهم می‌آورد. این پژوهش، توافق بین والدین و کودکان ۸-۱۰ ساله در گزارش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان کودک را مورد بررسی قرار داد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی است. به منظور انجام این پژوهش، ۱۳۸ جفت والد-کودک ۸-۱۰ ساله از مدارس ابتدایی شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب گردید و از آن‌ها خواسته شد تا به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌ها کیفیت زندگی را در ۴ حیطه علایم دهانی، نقص عملکردی، سلامت احساسی و اجتماعی مورد بررسی قرار دادند. جهت بررسی توافق بین والد-کودک از ضریب توافق داخلی (Intracorrelation coefficient یا ICC) و ضریب همبستگی Spearman، Pearson و ضریب ثبات داخلی استفاده شد.

**یافته‌ها:** میزان توافق بین نمره کل شاخص‌های ۸-۱۰ (Parent perception questionnaire) PPQ و ۸-۱۰ (Child perception questionnaire) CPQ و حیطه‌های آن‌ها ۰/۶۳، ۰/۲۸، ۰/۶۷- به دست آمد. بیشترین توافق در حیطه نقص عملکردی و به صورت مناسب (ICC = ۰/۶۹)، سپس در حیطه علایم دهانی توافق متوسط (ICC = ۰/۵۶) و در حیطه سلامت احساسی به صورت مختصر (ICC = ۰/۳۱) گزارش شد. کمترین میزان توافق مربوط به حیطه سلامت اجتماعی (ICC = ۰/۰۸) گزارش گردید. مطابق آزمون Pearson بین ۸-۱۰ CPQ و ۸-۱۰ PPQ (r = ۰/۴۶)، ارتباط معنی‌دار وجود داشت (p value < ۰/۰۱).

**نتیجه‌گیری:** والدین خصوصاً 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، والدین، هیپوپلازی مینای دندان، مال اکلوژن.

\* دانشیار، عضو مرکز تحقیقات دندان پزشکی ترابی‌نژاد، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)

jabarifar@dnt.mui.ac.ir

۱: استادیار، گروه دندان پزشکی جامعه‌نگر، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، اصفهان، ایران.

۲: استادیار، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.

۳: استادیار، گروه ارتودنسی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

۴: کارشناس ارشد علوم تربیتی، کارشناس پژوهشی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵: دندان پزشکی، اصفهان، ایران.

این مقاله در تاریخ ۹۰/۹/۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۰/۹/۱۶ اصلاح شده و در تاریخ ۹۰/۹/۲۹ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان

۱۳۹۰؛ ویژه‌نامه ۵(۵)، ۶۲۸ تا ۶۳۶

## مقدمه

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 گزارش‌های 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] و Verrips و همکاران [۶] توافق پاسخ والد- کودک در حوزه عملکرد اجتماعی اندک گزارش شد. در حالی که Sawyer و همکاران [۷] توافق بین والدین و نوجوانان را در زمینه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، متوسط گزارش کردند. در مطالعه Parsons و همکاران [۸] میزان توافق بین والدین و کودکان در حوزه‌های محدودیت عملکردی نسبت به حوزه‌های سلامت احساسی و اجتماعی، بالا بود. اگرچه والدین ممکن است در بعضی موقعیت‌ها و برای برخی اهداف به عنوان مکمل نظر کودکان آن‌ها باشند، اما جهت دستیابی کامل به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان کودک دیدگاه هر دو بایستی مد نظر 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 (Quality child oral health of life) 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 یا CPQ) و پرسش‌نامه والدین (Parent perception questionnaire یا PPQ) مورد ارزیابی قرار گرفته است [۱۰-۱۲]. استانداردهای بومی، شیوه زندگی و انتظارات اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی سلامت دهان و دندان بر کیفیت زندگی تاثیر گذار هستند. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در کشورهایی با فرهنگ و اقتصاد توسعه یافته متفاوت از کشورهای در حال توسعه می‌باشد، بنابراین بایستی طبیعت، گسترش و الگوی توافق/عدم توافق بین گزارش‌های والدین و کودکان در هر جامعه جداگانه مورد ارزیابی قرار گیرد [۱۳، ۱۴].

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 ۸، ۷ 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. بر اساس 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 پژوهش بررسی میزان توافق کودکان و والدین دانش‌آموزان ۸-۱۰ ساله شهر اصفهان بر اساس شاخص‌های CPQ و PPQ بود.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۸۸ با استفاده از پرسش‌نامه‌های CPQ و PPQ دانش‌آموزان ۸-۱۰ 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 منطقه ۲ و ۵ آموزش و پرورش تعداد ۴ مدرسه (۲ مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه) و در هر مدرسه ۳ کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید. با توجه به محاسبه حجم نمونه توسط متخصص آمار، تعداد ۱۳۸ دانش‌آموز کلاس دوم تا چهارم مقطع دبستان با دامنه سنی ۸-۱۰ سال که دارای سلامت

جسمی بوده و همکاری لازم جهت پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه را داشتند انتخاب شدند و از آن‌ها دعوت شد که آزادانه و داوطلبانه به پرسش‌نامه پاسخ دهند. معیار ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل کودکان و والدینی بود که از سلامت جسمی و همکاری کافی برای پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها برخوردار بودند. سپس این کودکان در نور طبیعی محیط با آینه و سوند معاینه شده و میزان پوسیدگی دندان (DMFT, ) Decayed missed filled tooth (dmft)، هیپوپلازی مینای دندان Molar incisor hypoplasia (MIH)، صدمات دندانی (Traumatic dental injury (TDI) و مال اکلوزن (CLI, II, III angle) بر اساس فرم پیشنهادی WHO (World health organization) و اصول راهنمای آن توسط فرد آموزش دیده و کالیبره شده برآورد و ثبت گردید [۱۵]. هدف از قرار دادن این شاخص‌ها کمک به تعیین روایی ساختاری، صوری، همگرایی و مبتنی بر معیار بود.

قبل از شروع مطالعه اصلی، پرسش‌نامه در دسترس ۱۰- CPQ، FIS (Family impact scale)، PPQ که در تورنتو 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 اشکال‌ها و ابهام‌ها آن برطرف گردید. به صورت آزمایشی پرسش‌نامه فارسی به ۲۵ نفر از افراد داده شد تا ابهام‌ها پرسش‌ها برطرف گردد و زمان لازم برای پاسخ دادن، درک کودکان و شیوه پاسخ‌دهی آن‌ها بررسی شود.

اصل پرسش‌نامه ۱۰- CPQ 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 ۱۰- CPQ دارای ۳۴ سؤال و PPQ دارای ۵۷ سؤال گردید. ۴ حیطه مربوط به پرسش‌نامه CPQ و PPQ عبارتند از:

علائم دهانی (مثال: چندبار طی ۱ ماه گذشته دندان درد یا درد در ناحیه دهان داشته‌اید؟)

نقص عملکردی (مثال: چندبار طی ۱ ماه گذشته در گاز زدن و جویدن سیب، ذرت، چیپس مشکل داشته‌اید؟)

سلامت احساسی (مثال: چندبار طی ۱ ماه گذشته به دلیل

بیماری‌های دهان و دندان غمگین و ناراحت شده‌اید؟) سلامت اجتماعی (مثال: چندبار طی ۱ ماه گذشته به دلیل بیماری‌های دهان و دندان با اطرافیان مشاجره لفظی داشته‌اید؟) نسخه فارسی پرسش‌نامه‌های PPQ توسط والدین و CPQ توسط کودکان برآورد گردید. میزان توافق در حیطه‌های مختلف بر حسب ضرایب (Intracorrelation Coefficient) ICC به صورت زیر طبقه‌بندی گردید:

۰/۲ < ICC ضعیف، ۰/۴۰-۰/۲۱ مختصر، ۰/۶۰-۰/۴۱ متوسط، ۰/۸۰-۰/۶۱ مناسب (خوب)، ۱-۰/۸۱ 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

بر اساس اصول راهنمای مؤلف 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- چندبار بیماری‌های دهان و دندان، باعث مشکلاتی در زندگی روزمره شما شده است؟

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 ۱۰- CPQ تجربیات خود را طی ۱ ماه گذشته علامت بزنند. نسخه فارسی پرسش‌نامه مربوط به والدین درون پاکت‌های مهر و موم شده در اختیار والدین قرار گرفت و ظرف مدت ۷-۳ روز از زمان ارسال، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری گردید. والدین بر اساس اطلاعات خود، تجربیات کودک‌شان طی یک ماه گذشته را بدون مشورت با کودک خود علامت زدند. به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه‌ها ۲ هفته بعد، از ۷۰ جفت کودکان و والدینی که پرسش‌نامه‌ها را در مرتبه اول پر کرده بودند خواسته شد تا برای بار دوم آن‌ها را تکمیل نمایند. تمام اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی مرتبط

درد دندان یا دهان، سوزش دهان، گیر ماده غذایی بین دندان‌ها و بوی بد دهان را گزارش نکردند، درحالی که ۱۰/۱ درصد از والدین هیچ علامتی را گزارش نمودند.

**حیطه عملکردی:** ۷۵/۲ درصد از کودکان مشکلی در مدت زمان غذا خوردن و آشامیدن تکلم نداشتند، در حالی که ۱۶/۷ درصد از والدین نقص عملکردی را گزارش کردند.

**سلامت احساسی:** ۸۴/۱ درصد از کودکان به واسطه بیماری‌های دهان و دندان دچار ناراحتی، بی‌قراری شده بودند و احساس خجالت می‌کردند یا نگران بودند که دیگران درباره آن‌ها چه فکر می‌کنند.

**سلامت اجتماعی:** ۸۵/۵ درصد از کودکان به دلیل بیماری دهان و دندان از مدرسه غیبت داشته و یا تکالیف خود را خوب انجام ندادند. ۹۶/۶ درصد از والدین حداقل یکی از نشانه‌های بالا را گزارش کردند.

به طور کلی میانگین و انحراف معیار CPQ ۸-۱۰، PPQ ۸-۱۰ به ترتیب  $۱۰/۶ \pm ۱۴/۶۸$ ،  $۹ \pm ۱۳/۹۷$  به دست آمد که با ۴ حیطه ارتباط معنی‌دار داشت (جدول ۲).

با سلامت دهان و دندان کودک و گزارش والدین آن‌ها وارد نرم‌افزار کامپیوتری SPSS<sup>۱۸</sup> گردید. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها نتایج با استفاده از ضریب همبستگی Spearman و Pearson، ضریب ثبات داخلی و ضریب ICC محاسبه گردید.

## یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۱۳۸ جفت والد-کودک ۸-۱۰ ساله با میانگین سنی ۹/۲ سال که به صورت تصادفی از مدارس شهر اصفهان انتخاب شده بودند، صورت گرفت. از تعداد ۱۳۸ کودک شرکت کننده در این مطالعه، ۲۳/۲ درصد از کودکان به دندان‌پزشکی نرفته بودند. حدود نیمی از کودکان طی یک ماه گذشته سابقه درد دندانی یا درد در ناحیه دهان داشته و ۵۷/۲ درصد از آن‌ها بوی بد دهان را گزارش کردند (جدول ۱). 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:

**علائم دهانی:** ۷/۲ درصد از کودکان علائم دهانی شامل

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرها و شاخص‌های بالینی، میانگین و انحراف معیار شاخص‌های CPQ و PPQ والدین و کودکان ۸-۱۰ سال شهر اصفهان

متغیر	تعداد یا درصد	میانگین و انحراف معیار CPQ	میانگین و انحراف معیار PPQ
دختر	۶۴ (۴۶/۴ درصد)	$۱۰/۶۶ \pm ۱۵/۵۰$	$۹/۰۱ \pm ۱۳/۰۶$
پسر	۷۴ (۵۳/۶ درصد)	$۱۰/۶۲ \pm ۱۳/۹۷$	$۸/۹۸ \pm ۱۴/۷۵$
مادر	۶۸ (۴۹/۳ درصد)	$۱۱/۶۰ \pm ۱۴/۷۶$	$۹/۲۸ \pm ۱۶/۹۴$
پدر	۷۰ (۵۰/۷ درصد)	$۹/۶۷ \pm ۱۴/۶۰$	$۷/۷۶ \pm ۱۱/۵۸$
۸ سال	۳۳/۳	$۱۲/۱۶ \pm ۱۴/۶۷$	$۹/۶۴ \pm ۱۱/۵۸$
۹ سال	۳۰/۴	$۱۰/۸۸ \pm ۱۵/۸۷$	$۹/۳۵ \pm ۱۳/۱۷$
۱۰ سال	۳۶/۲	$۸/۸۸ \pm ۱۳/۷۲$	$۸/۱۷ \pm ۱۴/۸۸$
تروما داشته	۸/۸	$۱۰/۳۹ \pm ۱۶$	$۶/۸۶ \pm ۱۳/۹۴$
تروما نداشته	۹۱/۲	$۱۰/۳۸ \pm ۱۴/۵۶$	$۹/۱۵ \pm ۱۱/۰۸$
هیپوپلازی داشته‌اند	۱۸/۱	$۱۱/۱۷ \pm ۳۲/۱۶$	$۹/۱۱ \pm ۱۴/۲۴$
هیپوپلازی نداشته‌اند	۸۱/۹	$۱۰/۵۲ \pm ۱۴/۳۲$	$۹/۰۲ \pm ۱۴/۳۶$
مال اکلوزن داشته‌اند	۳۶/۲	$۱۳/۱۳ \pm ۱۵/۱۴$	$۹/۰۹ \pm ۱۳/۸۸$
مال اکلوزن نداشته‌اند	۶۳/۸	$۸/۹۸ \pm ۱۴/۴۲$	$۸/۹۱ \pm ۱۳/۱۸$

جدول ۲. ضریب همبستگی Pearson (CPQ<sub>8-10</sub>) بر اساس شاخص‌های بالینی و حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان ۸-۱۰ شهر اصفهان

ضریب همبستگی Pearson (r)	سطح معنی‌داری (p value)	
-۰/۳۰	۰/۶۵	۱-سن
-۰/۰۷	۰/۴۰	۲-جنس
۰/۰۷	۰/۶۵	۳-تروما
۰/۰۷	۰/۳۹	۴-هیپوپلازی
۰/۰۰	۰/۹۴	۵-شاخص‌های پوسیدگی دندان دایمی
۰/۲۱*	۰/۰۱	۶-شاخص پوسیدگی دندان شیری
-۰/۰۵	۰/۴۹	۷-مال اکلوژن
۰/۶۷**	< ۰/۰۱	۸-علایم دهانی گزارش کودک
۰/۸۴**	< ۰/۰۱	۹-نقص عملکردی گزارش کودک
۰/۷۳**		۱۰-سلامت احساسی گزارش کودک
۰/۸۳**	< ۰/۰۱	۱۱-سلامت اجتماعی گزارش کودک
۰/۴۷**	< ۰/۰۱	۱۲-علایم دهانی گزارش والد
۰/۵۲**	< ۰/۰۱	۱۳-نقص عملکردی گزارش والد
۰/۲۳**	< ۰/۰۱	۱۴-سلامت احساسی گزارش والد
۰/۰۵	۰/۵۴	۱۵-سلامت اجتماعی گزارش والد

\*\*p value &lt; ۰/۰۱

\*p value &lt; ۰/۰۵

جدول ۳. ضریب توافق گزارش والدین و کودکان بر حسب مشخصات بالینی والدین و کودکان ۸-۱۰ سال شهر اصفهان

متغیر	ICC (CPQ-PPQ)	سطح معنی‌داری
جنس کودک		
دختر	۰/۶۳ (۰/۳۹ - ۰/۷۸)**	< ۰/۰۰۱
پسر	۰/۶۳ (۰/۴۲ - ۰/۷۷)**	< ۰/۰۰۱
سن کودک		
۸ سال	۰/۷۱ (۰/۴۷ - ۰/۸۴)**	< ۰/۰۰۱
۹ سال	۰/۷۲ (۰/۴۹ - ۰/۸۵)**	< ۰/۰۰۱
۱۰ سال	۰/۳۶ (۰/۱۲ - ۰/۶۴)**	۰/۰۵۷
خصوصیات بالینی		
تروما داشتند	۰/۴۷ (۰/۲۵ - ۰/۷۵)	۰/۱۴۳
تروما نداشتند	۰/۶۵ (۰/۵۰ - ۰/۷۵)**	< ۰/۰۰۱
هیپوپلازی داشته‌اند	۰/۸۲ (۰/۵۹ - ۰/۹۲)**	< ۰/۰۰۱
هیپوپلازی نداشتند	۰/۵۸ (۰/۳۹ - ۰/۷۱)**	< ۰/۰۰۱
مال اکلوژن داشته‌اند	۰/۷۱ (۰/۴۹ - ۰/۹۳)**	< ۰/۰۰۱
مال اکلوژن نداشتند	۰/۵۵ (۰/۳۲ - ۰/۷۱)**	< ۰/۰۰۱
جنس والد		
مادر	۰/۷۳ (۰/۵۷ - ۰/۸۴)**	< ۰/۰۰۱
پدر	۰/۴۳ (۰/۰۸ - ۰/۶۴)*	۰/۰۱۰

\*\*p value &lt; ۰/۰۱ \*

\*p value &lt; ۰/۰۵ \*

توافق بین نمره کلی  $PPQ_{8-10}$  و  $CPQ_{8-10}$  بر حسب  $ICC = 0/63$  اندازه‌گیری شد که بیانگر توافق خوب بین والد و کودک می‌باشد. همچنین بر حسب ضریب همبستگی Pearson توافق بین  $CPQ_{8-10}$  و  $PPQ_{8-10}$  با سطح معنی‌دار صفر اندازه‌گیری شد ( $p \text{ value} < 0/01$ ). توافق بین حیطه‌های مختلف به صورت زیر گزارش شد:

بیشترین میزان توافق در حیطه نقص عملکردی ( $0/69$ )، سپس در حیطه علایم دهانی  $0/56$  و در حیطه سلامت احساسی  $0/31$  به دست آمد. کمترین میزان توافق مربوط به حیطه سلامت اجتماعی ( $0/08$ ) گزارش گردید.

میزان توافق بر حسب خصوصیات کودک یا جنس والدین متفاوت بود. میزان توافق بین والدین و کودکان در پاسخ به این سؤال که وضعیت سلامت دهان و دندان خود را چگونه ارزیابی می‌کنید، تفاوت معنی‌داری داشت ( $p \text{ value} < 0/01$ ) (جدول ۳).

## بحث

هدف از این پژوهش، ارزیابی توافق بین والد-کودک در نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان کودکان ۸-۱۰ ساله شهر اصفهان بود. میانگین نمره  $CPQ_{8-10}$   $14/68$  با انحراف معیار  $10/6$  به دست آمد که دختران نمره بالاتری از پسران داشتند. این امر نشان دهنده این است که سلامت و بیماری‌های دهان و دندان تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی دختران در نمونه حاضر دارد که با نتایج Barbosa و همکاران [۱۱] هم‌سویی دارد. میانگین نمره  $PPQ_{8-10}$   $13/97$  با انحراف معیار ۹ به دست آمد که مادران نمره بالاتری از پدران داده‌اند. این امر نشان دهنده حساسیت بیشتر والد مادر نسبت به بیماری‌های دهان و دندان کودک خود می‌باشد و شاید نقش مهم‌تر مادر در خانواده و نگهداری از کودک را در جامعه ایران نشان می‌دهد. در مطالعه Jokovic و همکاران [۹] میزان توافق در گروه سنی ۱۱-۱۴ سال در دختران به صورت متوسط ( $ICC = 0/56$ ) و در پسران به صورت خوب ( $ICC = 0/74$ ) گزارش شده است که متفاوت با مطالعه حاضر می‌باشد.

در این مطالعه کودکان بزرگتر با مال اکلوژن با پدر خود کمترین توافق را داشتند. Jokovic و همکاران [۹] میزان  $ICC$  بین گزارش کودکان با مال اکلوژن  $CPQ_{11-14}$  و  $PPQ_{11-14}$  را

به صورت خوب ( $ICC = 0/63$ ) گزارش کردند. همچنین آن‌ها سطح توافق پایین‌تری را در دختران، کودکان بزرگتر و دارای مشکلات دهانی-فکی گزارش نمودند. میانگین نمره  $CPQ_{8-10}$  با  $DMFT$  ارتباط معنی‌دار و مستقیم داشت؛ حال آن‌که با شاخص‌های  $MIH$ ، سابقه تروما و مال اکلوژن ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین نمره  $CPQ$  در افراد دارای مال اکلوژن، سابقه تروما و هیپوپلازی بالاتر از افراد طبیعی به دست آمد که با بعضی مطالعات همخوانی دارد [۱۶، ۹]. Brown و Al-Khayal [۱۰] در عربستان تفاوت معنی‌داری بین  $CPQ$  و وضعیت اکلوژن کودکان به دست آوردند که همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

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 داشت و این از نشانه‌های روانی مبتنی بر مقیاس و ساختاری و همگرایی سلامت دندانی پرسش‌نامه‌های  $CPQ$ ،  $PPQ$  می‌باشد. Barbosa و همکاران [۱۱] ضریب توافق سلامت دهانی و  $CPQ$  را  $0/83$  گزارش کردند که همسو با نتایج به دست آمده در این مطالعه است. میانگین نمره  $CPQ_{8-10}$  در دختران بیش از پسران بود. این امر شاید نشان دهنده این است که سلامت و بیماری‌های دهان و دندان تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی دختران در نمونه داشته است که با نتایج یک مطالعه همخوانی دارد.

میانگین نمره‌های  $CPQ$  و  $PPQ$  با میانگین حیطه‌های علایم دهانی و نقص عملکردی، سلامت احساسی و اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشتند ( $p \text{ value} < 0/01$ ). در حیطه علایم دهانی، میزان توافق متوسط ( $ICC = 0/56$ ) بود که با استاندارد جهانی میزان توافق در گزارش سلامت دهان بین مادر و کودک ( $ICC = 0/51$ ) مطابقت دارد [۹]. Jokovic و همکاران [۱۷]  $ICC = 0/70$ ، میانگین عدم تفاهم پاسخ‌های والدین و کودکان ۸-۱۰ سال را درصد گزارش کردند.

ضریب ارتباط بین حیطه‌های  $CPQ_{8-10}$  و  $PPQ_{8-10}$  بر اساس شاخص  $ICC$  به ترتیب  $0/85$  و  $0/65$  می‌باشد که مقایسه آن با ضریب همبستگی هر کدام از این پرسش‌نامه‌ها پایایی این پرسش‌نامه را نشان می‌دهد. میزان  $ICC$  در تحقیق Barbosa

همکاران [۱۱] ۰/۹۶ و در پژوهش Jokovic و همکاران [۹] ۰/۷۰ و در مطالعه Jokovic و همکاران [۱]، ۰/۹۰ برای CPQ ۸-۱۰ گزارش شد و در همه این پژوهش‌ها پرسش‌نامه CPQ ۸-۱۰ پایایی مطلوبی داشت. در این مطالعه میزان توافق بین CPQ و PPQ به صورت خوب ( $ICC = ۰/۶۳$ ) گزارش شد. کودک ۸-۱۰ سال بیشتر به نیازهای اولیه خود می‌اندیشد و توجه کمتری به محیط پیرامون و اجتماع دارد. کودک بیشتر تفکر عینی داشته و هنوز به سطح تفکر انتزاعی دست نیافته است. برقراری ارتباط بین والد و کودک در سنین پایین‌تر مشکل‌تر است و بیشتر توجه والدین به تأمین نیازهای اولیه کودک است. کودک قادر به درک اهمیت بسیاری از مشکلات خود نیست و آن‌ها را با والدین خود نیز در میان نمی‌گذارد. هنگامی که کودک یا به سنین بالاتر و نوجوانی می‌گذارد از تفکر عینی و ملموس دوران کودکی فاصله گرفته و به صورت انتزاعی و منطقی فکر می‌کند. نوجوان خود را از آئینه دوستان و اجتماع خود می‌بیند و توجه به تأیید دوستان و اطرافیان بیش از هر زمانی قوت می‌گیرد [۱۲]. در گروه سنی ۸-۱۰ سال جنسیت کودک بر میزان توافق تأثیرگذار نبوده و در ۲ گروه پسر و دختر میزان توافق یکسان و به صورت خوب ( $ICC = ۰/۶۳$ ) گزارش شد. شاید در این گروه سنی، جنسیت عاملی تأثیرگذار در زندگی کودک نیست والدین بیشتر خود را ملزم به تأمین نیازها و برقراری ارتباط با کودک صرفنظر از جنسیت او می‌دانند [۱۳].

در این گروه سنی حوزه‌های سلامت اجتماعی و احساسی کیفیت زندگی نمرات پایین‌تری داشتند که می‌تواند به این دلیل باشد که این حیطه بیشتر به متغیرهای کیفی اشاره دارد که کمتر والدین از آن مطلع بودند و از حوزه دید آن‌ها خارج است. دلیل دیگر این است که دقت و توانایی ملاحظه و مشاهده وقایعی که در حیطه سلامت اجتماعی مورد سؤال است کمتر از دیگر حیطه‌ها است و در واقع ارتباط بین سوالات و وقایعی که اتفاق افتاده مشکل‌تر می‌باشد. در ضمن سوالاتی که در حیطه‌های علائم دهانی و نقص عملکردی پرسیده می‌شود با در نظر گرفتن کلیه عوامل خطر در طول زمان پایداری بیشتری دارند و شدت آن‌ها بهتر قابل اندازه‌گیری است و گزارش آن‌چه از طرف والدین و چه از طرف کودک به صورت مستقیم انجام می‌شود، در حالی

که در حیطه سلامت اجتماعی وقایع مورد سؤال به صورت مواج در طول زمان رخ می‌دهد. به طور مثال روزی از چهره کودک تعریف و روز دیگر مورد تمسخر قرار می‌گیرد. در صورتی که پوسیدگی دندان‌های او در طول این زمان تغییرات زیادی نمی‌کند. وقایع معمولاً از طرف کودک به صورت مستقیم اما از طرف والد به صورت غیر مستقیم و بر اساس استنباط والد از صحبت‌های کودک انجام می‌شود [۱۸].

به طور کلی یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد که والدین نباید به تنهایی به عنوان جایگزینی برای کودکان خود به کار روند به خصوص زمانی که ارزیابی دقیق‌تر 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، PPQ نمی‌تواند همواره یکسان باشد. CPQ ادراک کودک از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهانی وی است در صورتی که 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 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 بالارزشی ممکن است به وسیله انتخاب یکی نسبت به دیگری از دست برود. بنابراین گزارش گرفتن از هر دو به عنوان مکمل بهترین انتخاب می‌باشد.

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش 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.

### نتیجه‌گیری

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

## References

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. Hepner KA, Sechrest L. Confirmatory factor analysis of the Child Health Questionnaire-Parent Form 50 in a predominantly minority sample. *Qual Life Res* 2002; 11(8): 763-73.
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 GHW, Vogels AGC, 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 and Development* 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, Gaviao MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health* 2009; 9: 13.
12. McGrath C, Pang HN, Lo EC, King NM, Hagg U, amman N. Translation and evaluation of a Chinese version of the Child Oral Health-related Quality of Life measure. *Int J Paediatr Dent* 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. 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.
15. World Health Organization. WHO oral health data bank. Geneva: World Health Organization; 2002.
16. Do LG, Spencer AJ. Evaluation of oral health-related quality of life questionnaires in a general child population. *Community Dental Health* 2008; 25(4): 205-70.
17. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent* 2004; 26(6): 512-8.
18. Parsa M. Psychology of child development. Tehran: Besat Publication; 1994.



## Evaluation of agreement levels between parents and children in reporting child oral health-related quality of life in 8-10 year-old children in Isfahan

Parvin Khadem, Maryam Haji Ahmadi, Seyed Ebrahim Jabbarifar\*, Soosan Sadeghian, Elham Sadat Binandeh, Mohammad Safaie

### Abstract

**Introduction:** Oral health includes healthy mouth and its healthy tissues, which prepares us for daily activities without discomfort and dissatisfaction. In this research, agreement level between parents and children aged 8-10 in rating child oral health-related quality of life was studied in Isfahan.

**Materials and Methods:** In this descriptive, analytical and cross-sectional study 138 pairs of parents and children aged 8-10 were selected with simple random sampling technique from elementary 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.

**Results:** The agreements between PPQ<sub>8-10</sub> (parent perception questionnaire), CPQ<sub>8-10</sub> (child perception questionnaire) and the related fields were 0.63, -0.28, and -0.67. The highest agreement level (ICC = 0.69) was related to functional deficits (good), followed by oral signs (ICC = 0.56) (moderate) and emotional health (ICC = 0.31) (mild). The least agreement level was related to social health (ICC = 0.08). Pearson's test showed significant correlations between CPQ<sub>8-10</sub> and PPQ<sub>8-10</sub> ( $r = 0.46$ ) ( $p$  value  $< 0.01$ ).

**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:** Malocclusion, Parents, Quality of life, Tooth enamel hypoplasia.

**Received:** 26 Nov, 2011

**Accepted:** 20 Dec, 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): 628-636.