

## اثر افسردگی مادران بر بهداشت دهان کودکان

فائزه قادری<sup>\*</sup>، مریم خوردی مود<sup>\*\*</sup>، رامین افشاری<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز  
<sup>\*\*</sup> استاد گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد  
<sup>\*\*\*</sup> روانپزشک

### چکیده

**بیان مساله:** درباره‌ی نگرش مادران به خدمات پزشکی و اثر آن بر بهداشت دهان کودکان بررسی‌های انجام گرفته است. در مروری بر مقالات، پژوهشی، که مستقیماً نقش افسردگی مادر بر بهداشت دهان کودک را بررسی کرده باشد، یافت نشد. با توجه به این‌که، بهداشت دهان کودک، به کارکرد و نگرش مادر وابسته است، لزوم بررسی اثر یا بی اثری افسردگی مادر بر بهداشت دهان کودک احساس می‌شود.

**هدف:** هدف از انجام این پژوهش، ارزیابی اثر افسردگی مادران در بهداشت دهان کودکانشان است.

**مواد و روش:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی، شمار 358 مادر و کودک با نمونه برداری در دسترس از کودکان 5 تا 12 ساله مراجعه-کننده به بخش کودکان دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد برگزیده شدند. وضعیت بهداشت دهان بر پایه‌ی نمایه‌ی ساده شده‌ی بهداشت دهان (OHI-S) از سوی پژوهشگر تعیین شد. میزان افسردگی مادر بر پایه‌ی نمره‌ی پرسشنامه آزمون بک (Beck) به وسیله‌ی کارشناس ارشد روانشناسی تعیین گردید. نتایج با نرم افزار SPSS نسخه‌ی 7/5 تحت ویندوز واکاوی گردید. آزمون‌های آماری واریانس، تی (T) و مجدور کای در مورد مناسب، به کار گرفته شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمایه‌ی دبری در کودکان با مادران افسرده‌ی بالینی،  $1/37 \pm 0/37$  و در کودکان با مادران نوافسرده‌ی بالینی  $1/25 \pm 0/38$  است، که این اختلاف از نظر آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ).

این نتایج با بررسی دیگری از طریق تست مجذور کا تایید گردید ( $p < 0/05$ ).

**نتایج:** این پژوهش نشان دهنده‌ی بهداشت دهان ضعیف تر در کودکان با مادران افسرده است. با توجه به این‌که، کودک در حفظ بهداشت دهان به پشتیبانی، آموزش و نظارت مادر نیاز دارد، بنابراین، بایستی خلق مادر به عنوان فاکتور موثر در بهداشت دهان و دندان کودک مورد توجه واقع شود.

**واژگان کلیدی:** مادر، افسردگی، بهداشت دندان در کودکان

## درآمد

بر پایه‌ی پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه هاروارد، افسردگی چهارمین علت بیماری‌ها در سال 1996 در جهان بوده و پیش بینی می‌شود، که در سال 2020، نخستین علت بیماری‌ها در جهان باشد (1).

افسردگی با اثری ژرف، که بر روابط افراد، نگرش و کارکرد آنان می‌گذارد، بر نقش مادری نیز، اثری به سزا دارد (2). در بررسی‌های متعددی، بر نگرش بیمار نسبت به خدمات دندانپزشکی و ارتباط آن با بهداشت دهان در کنار عواملی، مانند طبقه‌ی اجتماعی تأکید شده است. همچنین، ارتباط نگرش مادر نسبت به خدمات بهداشتی و دندانپزشکی با بهداشت دهان کودک نیز، بررسی شده است. همچنین در تحقیقی نشان داده شد که الگوی مراقبت‌دندانی مادران، نمایه‌ای خوب برای ارزیابی مراقبت‌دندانی کودکان است (3). کوئن (Choen) در بررسی‌های خود نشان داد، که افراد با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تر بیشتر از دیگران به سر نوشت در تندرستی خود باور دارند و برای مراجعه احساس نیاز کمتر می‌کنند (4). در مروری بر مقالات، پژوهشی درباره‌ی ارزیابی اثر فشار روانی مادران بر بهداشت دهان کودکان مشاهده شد. نتیجه‌ی این بررسی نشان می‌داد، که کودکان مادران با نمره‌ی فشار روانی بالا، بهداشت دهانی ضعیف داشتند (5). در پژوهشی دیگر، که درباره‌ی اثر کارایی مادر بر عادت مسواک زدن در کودکان در سال 2008 انجام گرفته است، نشان داده شده، که مسایل شناختی - رفتاری مادر با انجام و چگونگی مسواک زدن کودکان در پیوند است (6).

در مروری بر مقالات، پژوهشی یافت نشد، که مستقیماً نقش افسردگی مادر بر بهداشت دهان کودک بررسی شده باشد. درخواست کودکان از مادر، مهرورزی، کمک و همیاری است که پاسخ به این نیازها با افسردگی مادر مختل می‌گردد و کناره‌گیری مادر در کودکان به صورت گم کردن راهنما و از دست دادن الگوی رفتاری احساس می‌شود. هنگامی که، مادر افسرده است، کودک نیز، بزودی به افسردگی دچار می‌گردد (2).

از آنجا که، افسردگی و خلق مادر بر کارکرد و نگرش او اثر می‌گذارد، ضرورت انجام این بررسی احساس می‌شود. زیرا، در صورت اثر افسردگی با شناسایی و درمان پهنگام مادران، می‌توان سطح بیماری‌های دندانی در کودکان را نیز، کاهش داد. با توجه به این که، بهداشت دهان کودک به کارکرد و نگرش مادر

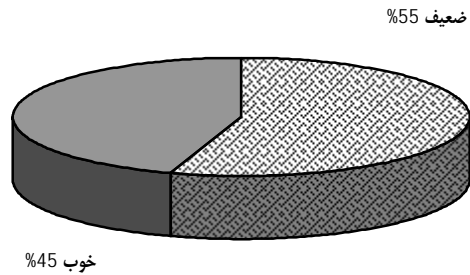
وابسته است و کودک تا تکمیل مهارت‌های دستی (در حدود 9 تا 11 سالگی)، به کمک و نظارت پدر و مادر برای فعالیت‌های اولیه - ی بهداشتی نیاز دارد، لزوم بررسی اثر یا بی اثری افسردگی مادر بر بهداشت دهان کودک احساس می‌شود.

## مواد و روش

این پژوهش از گونه‌ی توصیفی - تحلیلی مقطعی بود، که بر روی مراجعه کنندگان به بخش کودکان، دانشکده‌ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید. هدف از انجام این پژوهش، ارزیابی اثر افسردگی مادر بر بهداشت دهان کودکان بود. شمار 352 مادر و کودک با نمونه برداری در دسترس از کودکان 5 تا 12 ساله پس از دریافت موافقت مادر به پژوهش گردیدند. معیار انتخاب کودکان عبارت بود از:

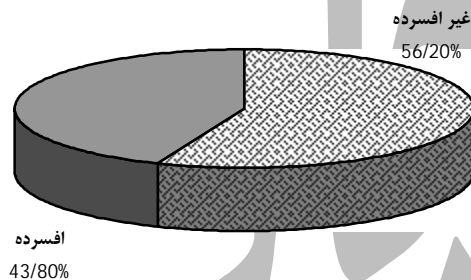
- دامنه‌ی سنی 5 تا 12 سال
  - کودکان مورد بررسی دارای کرونینگ نبوده و به دلیل ناهنجاری‌های تکاملی دندانی تحت درمان ارتودنسی نباشند.
  - بیماری سیستمیک و ناتوانی ذهنی نداشته باشند.
- میزان افسردگی مادر بر پایه‌ی پرسشنامه‌ی 21 موردی آزمون بک (Beck) به وسیله‌ی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی تعیین گردید، که از موضوع پژوهش آگاهی نداشت.
- آزمون افسردگی، یکی از ابزارهای سنجش افسردگی است، که بر پایه‌ی 21 رویکرد متفاوت افسردگی مانند بدبینی، احساس شکست و ... تدوین شده است. هر رویکرد چهار مورد دارد و ارزش نمره‌های آن از صفر تا سه است. نمره‌ی هر پرسش برای هر فرد در آزمون افسردگی با هم جمع و نمره‌ی کلی در همه‌ی رویکردها به دست می‌آید (7).

بهداشت دهان کودکان با استفاده از نمایه‌ی ساده شده‌ی بهداشت (OHI-S) (8) به وسیله‌ی پژوهشگر تعیین شد، که از وضعیت افسردگی مادر کودک آگاهی نداشت. برای تعیین نمایه‌ی ساده شده‌ی بهداشت، میانگین نمایه‌های عددی دبری و جرم جمع می‌شود. نمایه‌ی جرم در کودکان بسیار ناچیز است و ارزش چندانی ندارد و به همین دلیل، از نمایه‌ی دبری (D-I) برای بررسی وضعیت بهداشت دهان در کودکان استفاده می‌شود. در تعیین نمایه‌ی دبری روشی از رده‌بندی سطوح دندانی به کار می‌رود. در این روش، شش سطح برای نمایه‌ی دبری معاینه می‌شود، که چهار سطح در دندان‌های پشتی و دو سطح از دندان‌های



**نمودار 1:** وضعیت بهداشت دهان کودکان براساس نمره شاخص دبری (نقطه برش 1/2)

در بررسی سطح افسردگی مادران کودکان مورد پژوهش بر پایه‌ی نقطه‌ی برش 15، 198 مادر (56/2 درصد) نا افسرده و 154 مورد (43/8 درصد) افسرده بودند (نمودار 2).



**نمودار 2:** افسردگی بالینی در مادران کودکان 5 تا 12 ساله بر اساس نقطه برش 15

دو گروه کودکان با مادران افسرده و کودکان با مادران نوافسرده‌ی بالینی از نظر عوامل موثر بر بهداشت دهان، مانند سن، جنس، شمار فرزندان و طبقه‌ی اجتماعی خانواده آزمون شدند. دو گروه تفاوت آماری نشان ندادند ( $p > 0/05$ ).

میانگین نمایه‌ی دبری در دو گروه کودکان بررسی و مقایسه شد. میانگین نمایه‌ی دبری در کودکان با مادران افسرده‌ی بالینی،  $1/37 \pm 0/37$  و در گروه کودکان با مادران نوافسرده‌ی بالینی،  $1/25 \pm 0/38$  بود، (جدول 1) که این تفاوت از نظر آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ).

برای بررسی دقیق‌تر دو متغیر نمایه‌ی دبری کودک و افسردگی بالینی مادر از روش آماری دیگر استفاده گردید، که در این روش، فراوانی کودکان با نمایه‌ی دبری خوب و ضعیف (نقطه-ی برش 1/2) در مادران افسرده و نوافسرده‌ی بالینی بررسی شد.

جلویی است. در بخش پستی ساختار دندان، نخستین دندان، کاملاً رویش یافته در دیستال پرمولر دوم، که معمولاً مولر نخست و گاهی مولر دوم است. در هر سمت، قوس فکی معاینه می‌شود. سطوح با کال مولرهای ماگزیلاری و سطوح لینگوال مولرهای مندیبل انتخاب شده و بررسی می‌گردند. در بخش جلویی دهان، سطح لبیال سانترال راست بالا و سطح لبیال سانترال چپ پایین رده‌بندی می‌شود. رده‌بندی با توجه به معیارهای زیر انجام می‌گیرد<sup>(8)</sup>.

صفر. هیچگونه دبری یا رنگ خارجی در سطح دندان موجود نباشد<sup>(8)</sup>.

1. دبری نرم از یک سوم سطح دندان تجاوز نکرده و یا با وجود نبود دبری رنگ خارجی سطح دندان را پوشانده است
2. دبری نرم، بیشتر از یک سوم دندان را پوشانده، ولی از دو سوم سطح دندان تجاوز نمی‌کند
3. دبری نرم، بیشتر از دو سوم سطح دندان را پوشانده است.

حدود بالینی بهداشت دهان بر پایه‌ی نمایه‌ی دبری عددی از صفر تا سه خواهد بود

بر پایه‌ی نمره‌ی نمایه‌ی دبری (نقطه‌ی برش 1/2) کودکان به دو گروه کودکان با نمایه‌ی دبری خوب و ضعیف بخش شدند<sup>(9)</sup>. در این پژوهش، متغیر مستقل افسردگی مادر، متغیر وابسته‌ی بهداشت دهان کودک و متغیرهای زمینه‌ی ای و مداخله‌گر سن کودک، جنس، شمار فرزندان و طبقه‌ی اجتماعی خانواده هستند. طبقه‌ی اجتماعی کودکان با کمک جدول اجتماعی مشخص گردید، که بر پایه‌ی شغل پدر خانواده است<sup>(3)</sup>. آزمون-های آماری، واریانس، تی (T) و مجذور کای در مورد مناسب به کار گرفته شدند.

## یافته‌ها

در این پژوهش، از 358 کودک مورد بررسی، 156 نفر (44 درصد) پسر و 202 نفر (56 درصد) دختر بودند. در بررسی وضعیت بهداشت بر پایه‌ی نمایه‌ی دبری، 45 درصد کودکان در گروه بهداشت خوب (نمره‌ی دبری کمتر از 1/2) و 55 درصد در گروه با بهداشت ضعیف (نمره‌ی دبری بزرگ‌تر برابر 1/2) جا گرفتند (نمودار 1).

با این رو، کودک تا تکمیل مهارت های دستی در حدود 9 تا 11 سالگی، به نظارت پدر و مادر و به ویژه مادر دارد<sup>(10)</sup>.

در بررسی های انجام شده در زمینه ی با پوسیدگی حاد در کودکان نشان داده شده است، که احساس حقارت افسردگی و اضطراب کودک در ایجاد پوسیدگی حاد نقشی چشمگیر داشته است<sup>(11)</sup>. از سوی دیگر، زمانی، که مادر افسرده است، کودک به زودی به افسردگی دچار می گردد<sup>(2)</sup>. این امر، به نوبه ی خود، اثر افسردگی مادر را بر بهداشت کودک بیشتر می سازد. افزون بر این، مسایل نگرش و کارکرد مثبت مادر نسبت به ارزش دندان های کودک و اهمیت مراجعه ی پیوسته برای دیدار دندانپزشکی، عاملی تعیین کننده در مراجعه ها به دندانپزشکی است<sup>(12,13)</sup>. با در نظر گرفتن موارد یاد شده، اثر گزازی افسردگی بر بهداشت دهان و کودکان قابل توجه است.

بررسی های دیگر، که در زمینه ی اثر خلق مادر بر بهداشت دهان کودک انجام گرفته نیز، نتایجی همانند داشته است. در پژوهشی، که درباره ی ارزیابی اثر فشار روانی مادران بر بهداشت دهان کودکان انجام شد، مشاهده گردید، که کودکان مادران با نمره ی فشار روانی بالا، بهداشت دهانی ضعیف تر داشتند<sup>(5)</sup>. بررسی دیگر، که در زمینه ی اثر کارایی مادر در چگونگی عادت مسواک زدن کودک در سال 2008 انجام گرفته است، نشان می دهد، که مسایل شناختی-رفتاری مادر او با انجام و شیوه ی مسواک زدن کودکانشان در پیوند است<sup>(6)</sup>.

با توجه به نتایج به دست آمده از این بررسی و با نگرش به این که، افسردگی، دومین عامل بیماری ها در جهان است<sup>(8)</sup>، تشخیص و ارجاع بهنگام مادران برای درمان، نقشی مهم در پیشرفت بهداشت دهانی کودکان دارد و برای افزایش بهداشت دهان کودک باید به خلق مادر توجه کرد.

محدودیت پژوهشی بررسی کنونی، روش نمونه برداری بود، که به گونه ی در دسترس از میان مراجعه کنندگان به بخش کودکان دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد، که البته، دو گروه مورد بررسی (کودکان با مادران افسرده و کودکان با مادران نا افسرده) از نظر عوامل اثرگذار بر بهداشت دهان تفاوت آماری نداشتند. برای از میان بردن این محدودیت، پیشنهاد می شود، که پژوهشی به شیوه ی موردی-شاهد انجام گردد. به این گونه، که در جامعه، دو گروه کودکان با مادران افسرده و کودکان مادران نا افسرده را، که از نظر عوامل موثر

این آزمون نشان داد، که 64 درصد کودکان با مادران افسرده، دارای نمایه ی دبری ضعیف هستند، در حالی که 48 درصد کودکان با مادران نا افسرده، نمایه ی دبری ضعیف دارند، که این تفاوت از نظر آماری معنادار است ( $p < 0/05$ ). جدول 2، که دوباره، تاکید ی بر ضعیف بودن بهداشت در کودکان با مادران افسرده است.

جدول 1: بررسی اندکس دبری در دو گروه کودکان با مادران افسرده و بی افسردگی بالینی بر اساس نقطه برش (15)

گروه	شمار	میانگین
مادران با افسردگی	198	1/3±0/38
مادران بی افسردگی	154	1/4±0/37

جدول 2: مقایسه فراوانی کودکان با بهداشت دهان خوب و ضعیف در دو گروه مادران افسرده و غیرافسرده کلینیکی

حالت مادر	شاخص دبری کودک		
	کل	خوب (درصد)	ضعیف (درصد)
بدون افسردگی	تعداد 198	102 (51/5)	96 (48/5)
بالینی	درصد سطری 100/0	51/5	48/5
با افسردگی بالینی	تعداد 154	56 (36/4)	98 (63/6)
	درصد سطری 100/0	36/4	63/6

## بحث

در این پژوهش برای بررسی وضعیت بهداشت دهان از نمایه ی ساده شده ی بهداشت (OHI-S) استفاده شد<sup>(8)</sup>. اهمیت این نمایه در این است، که می توان نتیجه را برای مقایسه در سراسر جهان به کار برد. کاربرد این نمایه آسان است. زیرا، معیارهای آن عینی است و معاینه مربوط را می توان به سرعت انجام داد و حد بالایی از قابلیت تکرار با حداقل نشست های آموزشی را داراست<sup>(8)</sup>.

در این بررسی نشان داده شد، که بهداشت دهان در گروه کودکان با مادران افسرده ی بالینی ضعیف تر از بهداشت دهان در کودکان با مادران نا افسرده است، که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. همچنین، با بررسی با آماری دیگر نشان داده شد، که فراوانی کودکان با بهداشت دهان خوب در گروه مادران نا افسرده بیشتر از کودکان در گروه مادران افسرده است، که نشان دهنده ی اثر افسردگی مادر بر بهداشت دهان کودک است. افسردگی و خلق مادر بر کارکرد و نگرش او اثر می گذارد. مادر افسرده، پیوندی کمتر با کودک بر قرار می کند و یا تلاش کودک برای برقراری پیوند را بی پاسخ می گذارد<sup>(2)</sup>.

بر بهداشت دهان یکسان هستند، در بررسی گنجانند.

مواردی، که به طور معمول در نظر گرفته شود، بایستی به خلق  
مادر نیز، توجه کرد و در صورت نیاز، مادر را برای مشاوره ی  
روانشناسی یا دیدار روانپزشکی ارجاع داد.

### نتیجه گیری

برای افزایش بهداشت دهان کودکان، افزون بر همهی

\*\*\*\*\*

### References

1. Akbari M, Amini H. World health Organization: mental Health. Transcribed by. Are Sina Cultural center; 2001.p.57. [Persian]
2. Anasory Kakhki M. The comparison of effectiveness of social skill education and pharmacotherapy in depressed women. Thesis, Medical School, Iran Univ; 1999.p.20-30. [Persian]
3. Murray JJ. The prevention of Dental Disease. 3th ed, Oxford: Medical publication New York, 1996. p. 139-146.
4. Cohen LK, Gift HC. Disease Prevention and oral Health promotion. 1th ed. Publisher: Copenhagen Munksgaard; 1995. p. 195-198.
5. Levalle PS, Glaros A, Bohaty B. The effect of parental stress on the oral Health of children. J Clin Psychology Med Setting 2000; 7: 197-201.
6. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35: 272-281.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. 7th ed. Willians & Wilkins: Baltimore; 1998. p. 303-320.
8. Chandra S. Text book of community Dentistry. 1th ed. New Delhi: Japee Brothers, Medical publisher (P) LTD; 2000. p. 138-140.
9. Noor Allahian H. A study of the effect of periodic reminding oral hygiene instruction on OHI-S in 8-9 years old Torghabeh students. Thesis, Dental School, Mashhad Uni; 1998.p.2-8. [Persian]
10. Mc Donald RE, Avery DR. Dentistry for the child and adolescent. 7th ed. St. Louis: Mosby Com; 2000. p. 189-219.
11. Pazhand H. An epidemiological study comparing rampant caries in pre-school age groups at low socioeconomic part of Mashhad city. J Dent Mashhad Univ 2000. 18(4): p.317-322. [Persian]
12. Milgrom P. Response to Reisine & Douglass: psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26: 45-48.
13. Russell JL, MacFarlane TW, Aitchison TC, Stephen KW, Burchell CK. Prediction of caries increment in Scottish adolescents. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19: 74-77.