تحقیقی

بررسی کیفیت زندگی در کودکان ۹-۸ ساله دارای براکسیسم دبستان های شهر همدان در سال ۹۲-۱۳۹۱

محسن دالبند*، محمد احمدپناه، سعادت ترابیان***، صحرا نورمحمدی خیاوی******

* استادیار گروه جراحی دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

** استادیار علوم شناختی گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

*** استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

**** دانشجوی دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

چکیده

زمینه و هدف: براکسیسم در کودکان نگرانی در حال افزایشی است که با کیفیت زندگی کودکان در ارتباط می باشد. هدف از این مطالعه تعیین کیفیت زندگی در کودکان ۹-۸ ساله دارای براکسیسم دبستان های شهر همدان در سال ۹۲-۱۳۹۱ است.

روش بررسی: در این مطالعه مورد-شاهدی ، دانش آموزان ۹-۸ ساله به صورت حضوری و با استفاده از سوند، آینه و نور طبیعی مورد معاینه قرار گرفته و با پرسشگری از خود کودک (نمایش نحوه سایش دندان ها به هم)، اطرافیان، معلم و همکلاسیها ، تعداد ۶۵ دانش آموز مبتلا به براکسیسم را انتخاب نمودیم. سپس پرسشنامه استاندارد در اختیار والدین دانش آموز گروه براکسیسم و گروه شاهد قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه ها به وسیله نرم افزار آماریSPSS v.16.0 و آزمون آماریt مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این بررسی، براکسیسم با سن دانش آموزان، شغل پدر ، تحصیلات پدر و مادر، محل سکونت، وضعیت اقتصادی، زندگی با دو والد، طلاق (جدا شدن) پدر و مادر، تعداد اعضای خانواده، سابقه خانوادگی براکسیسم، سابقه سایر عادات دهانی، دعوا در خانواده، وضعیت تحصیلی کودک، بیماریمزمن پدر و مادر و اعتیاد پدر ارتباط معنی داری داشت ($P<۰/۰۵$) اما با جنس، فرزند چندم بودن (رتبه فرزندان خانواده) ، شغل واعتیاد مادر ارتباط معنی داری نداشت ($P>۰/۰۵$). همچنین کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به براکسیسم به طور معنی داری پایین تر از کیفیت زندگی دانش آموزان سالم (عدم ابتلا به براکسیسم) بود ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: عادات پارافانکشنال بر روی ساختمان دندانی- فکی اثر می گذارد و اگر دیر تشخیص داده شود و درمان به تأخیر بیفتد مشکلات بعدی را در پی خواهد داشت، شناسایی کودکان مبتلا به براکسیسم به منظور پیشگیری و آموزش والدین و کودکان جهت کاهش شیوع براکسیسم، علل و عوارض ناشی از آن در جامعه ضروری است.

واژگان کلیدی:کیفیت زندگی، کودکان ۹-۸ ساله، براکسیسم.

وصول مقاله: ۹۱/۱۱/۲۲ پذیرش مقاله: ۹۲/۰۲/۳۰

نویسنده مسوول: محمد احمدپناه، ahmadpanah@umsha.ac.ir

مقدمه:

اختلالات عاطفی به طور کلاسیک در اتیوپاتوژنز اعمال پارافانکشنال مانند براکسیسم، جویدن ناخن، عادات مکیدن (مکیدن بطری شیر، پستانک، انگشت و لب) و اختلالات خواب نقش دارد (۱). در موارد بسیاری عادات دهانی با احساسات و عواطف کودک در ارتباط است و بسیاری از کودکان از عادات مذکور برای رهایی از تنش های عاطفی و احساسی که نمی توانند بر آن ها فایق آیند، استفاده می کنند (۲). براکسیسم جز عادات پارافانکشنال دهان است که هم در بزرگسالان و هم در کودکان اتفاق می افتد (۳).

[Downloaded from ijapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

براکسیسم یک نگرانی در حال افزایش بوده و با کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی دارد(۴).

براکسیسم حین خواب در دومین طبقه بندی بیماری های خواب (CAASM2005) به عنوان یک فعالیت نوروموتور تعریف شده است که با سایش (grinding) و فشار دادن دندان ها روی هم (clenching) طی خواب مشخص می شود و به طور عادتی با تحریکات کوچک مرتبط است و عموما با صدا همراه است (۵ و ۱). پاتوژنیسیته براکسیسم هنوز مشخص نشده است (۷ و ۶). فاکتورهای اصلی دخیل در براکسیسم شامل علل مورفولوژیکال (مثل اکلوژن و عدم هماهنگی مفصل)، پاتوفیزیولوژیکال (مثل سیگار و الکل و دارو) و فاکتورهای روانشناختی هستند. فاکتورهای روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب و استرس نقش مهمی در شروع و دایمی شدن براکسیسم دارند و نیز در دفعات و شدت آن موثر است (۷).

Manfredini و همکارانش در بررسی خود ارتباط بین اضطراب ، افسردگی ، استرس و علایم مانیک با براکسیسم را نشان داده و به این نتیجه رسیدند که، افسردگی، اضطراب و استرس یک فاکتور مساعد کننده مهم در پیشرفت براکسیسم می باشد (۷).

اعتقاد بر این است که براکسیسم حین خواب در کودکان بیش تر اتفاق می افتد. اگر چه در میان بزرگسالان کم تر شایع است و شیوع کم تری در افراد مسن دارد. میزان شیوع این بیماری دقیقا مشخص نشده است اما شش تا سی و پنج درصد در میان کودکان اعلام شده است (۳). علامت های بالینی براکسیسم اغلب شامل سایش دندان ها و ناراحتی مفصل و عضلات است. براکسیسم می تواند باعث تغییر شکل دندان ها (سایش، شکستن و ترک)، علایم پریودنتال (تحلیل لثه، لقی دندان) و حساسیت مفصل و عضله شده و به وسیله سطوح سایشی هم جهت، تشخیص داده می شود (۷). با این وجود میزان آگاهی نسبت به براکسیسم در میان جامعه کم (۸٪) است (۶).

Ahlberg و همکارانش گزارش کردند که براکسیسم با افزایش سن ارتباط معنی داری دارد (۸). Neamatolahi و همکارانش گزارش کردند که، براکسیسم با جنس ارتباط معنی داری ندارد اما کودکان مبتلا به براکسیسم والدین با سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایینی دارند (۲).Simões-Zenari و همکارانش ، گزارش کردند که بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم عادات دهانی دیگری (مثل ناخن جویدن، لب جویدن، مکیدن لب و ...) هم دارند (۳).

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و رابطه آن با بروز استرس در محیط خانواده که می تواند به نوبه خود منجر به استرس در کودک شود و با در نظر گرفتن این که استرس یکی از عوامل اتیولوژیک براکسیسم بوده و چون بنا بر بررسی های ما تاکنون مطالعه ای در این رابطه در ایران و به ویژه غرب کشور صورت نگرفته است، این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی در کودکان ۹-۸ ساله دارای براکسیسم دبستان های شهر همدان در سال ۹۲-۱۳۹۱ پرداخته است.

روش بررسی:

در این مطالعه که به صورت مورد- شاهدی انجام شد، پس از هماهنگی با مسولان آموزش و پرورش شهرستان همدان، مدارس به صورت خوشه برگزیده شده و در انتها ، ۸ مدرسه ابتدایی از مناطق چهارگانه شهر همدان به صورت تصادفی انتخاب شدند.

دانش آموزان ۹-۸ ساله به صورت حضوری و با استفاده از سوند، آینه و نور طبیعی مورد معاینه قرار گرفتند و همچنین با پرسشگری از خود کودک (نمایش نحوه سایش دندان ها به هم)، اطرافیان، معلم و همکلاسی تعداد ۶۵ دانش آموز مبتلا به براکسیسم را انتخاب (پیدا) نمودیم. سپس از طریق تماس با خانواده و هماهنگی لازم، کودکان مجددا با استفاده از نور کافی و پرسشگری از والدین مورد بررسی قرار گرفته و چنانچه براکسیسم در آنان تایید

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

می شد، وارد مطالعه می شدند. با توجه به این که براکسیسم در مراحل اولیه آثاری نداشته و تنها با سایش دندان ها که ممکن است خود فرد از آن آگاه بوده و یا از طرف اطرافیان (مثل همکلاسی، معلم، پدر و مادر و ....) تایید شود، لذا از خود دانش آموز، والدین واطرافیان او نیز در مورد سایش دندان ها سوال می شد.

خانواده هایی که از شرکت در مطالعه به هر دلیلی امتناع می کردند از مطالعه حذف و نفرات بعدی با ملاحظه شانس بابر در انتخاب شدن ،جایگزین می شدند. بر اساس فرمول حجم نمونه در هر گروه تعداد ۶۵ نفر انتخاب شد.

تقریبا ۹۶۵ دانش آموز به صورت پی در پی بررسی شده تا به حجم نمونه مورد نظر رسیدیم. به تعداد دانش آموزان دارای براکسیسم، دانش آموزان بدون براکسیسم نیز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدده و در صورت تمایل به همکاری پرسشنامه در اختیار والدین آن ها گرفته در غیر این ، با دیگران جایگزین می شدند.

پرسشنامه استاندارد شامل ۳ قسمت بود:

قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک دانش آموزان (نام، نام خانوادگی، سن، جنس، شغلپدر، شغل مادر، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، محل زندگی، میزان درآمد خانواده، تعداد افراد خانواده، جدایی پدر و مادر (طلاق)، داشتن ناپدری یا نامادری، فرزند چندم خانواده بودن، وجود دعوا در محیط خانواده، وضعیت تحصیلی دانش آموز، سابقه بیماری پدر و مادر و اعتیاد پدر و مادر بود.

قسمت دوم ، پرسشنامه PedsQL بود (تعیین کیفیت زندگی کودکان) که شامل ۱۸ سوال در ۴ حیطه عملکرد جسمی (۸ سوال)، عملکرد احساسی (۵ سوال)، عملکرد اجتماعی (۵ سوال) و عملکرد مدرسه ای (۵ سوال) می باشد.

پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه PedsQL در مطالعات قبلی با همکاری موسسه تولید کننده آن، بررسی و تایید شده بود (۱۰ و ۹).

قسمت سوم پرسشنامه نیز مربوط به برگ معاینه مجدد بود که در مورد براکسیسم و سایر عادات دهانی و سابقه براکسیسم در خانواده از والدین سوال شده بود.

اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه ها به وسیله نرم افزار آماری SPSS v.16.0 و آزمون آماری t تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها:

در مطالعه حاضر، بیشتر کودکان مبتلا به براکسیسم در گروه سنی ۹ ساله، نسبت به گروه کنترل، دارای وضعیت تحصیلی متوسط و ضعیف، عادات دهانی دیگری به طور همزمان، سابقه خانوادگی براکسیسم مثبت، پدران و مادرانی با سطح تحصیلات و پایگاه اقتصادی پایین تر بودند ($P<۰/۰۵$)، اما بین جنسیتو رتبه تولد در گروه مورد و شاهد تفاوت معنی دار نبود ($P>۰/۰۵$) (جدول شماره ۱ و ۲).

توزیع شغل مادران دانش آموزان مبتلا به براکسیسم در گروه مورد و شاهد تقریبا برابر بود ($P>۰/۰۵$).

همچنین کودکان مبتلا به براکسیسم بیش تر در منطقه جنوب شهر (از نظر اقتصادی) زندگی می کردند، دارای وضعیت اقتصادی خانوادگی متوسطی بودند، بیشتر با یک والد زندگی می کردند، و میزان طلاق در خانواده آنان بیشتر بود. همچنین تعداد اعضای خانواده آنان زیاد (بیشتر از ۴ نفر) بود، در مقایسه با گروه کنترل، دعوا و مشاجره در محیط خانواده انها بیشتر بوده و پدران و مادرانشان در مقایسه با کسانی که براکسیسم نداشتند بیشتر به بیماریهای مزمن مبتلا و میزان اعتیاد پدارنشان هم بالاتر بود (جدول شماره ۱ و ۲).

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

جدول شماره ۱:ارتباط براکسیسم با مشخصات دموگرافیک دانش آموزان و والدین آنها

متغیر		مورد(۶۵)		شاهد(۶۵)		کل (درصد)	P value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سن	۸ سال	۲۴	36.9	۳۵	53.8	(45.4)59	0.039
	۹ سال	۴۱	۶۳.۱	۳۰	۴۶.۲	(54.6)71	
جنس	پسر	۳۰	۴۶.۲	۳۵	۵۳.۸	(50.0)65	۰.۲۴
	دختر	۳۵	۵۳.۸	۳۰	۴۶.۲	(50.0)65	
وضعیت تحصیلی	ضعیف	۱۶	۲۴.۶	۳	۴.۶	(14.6)19	<۰.۰۰۱
	متوسط	۲۱	۳۲.۳	۱۶	۲۵.۶	(28.5)37	
	خوب	۱۷	۲۶.۲	۴۴	۶۷.۷	(46.9)61	
	عالی	۱۱	۱۶.۹	۲	۳.۱	(10.0)13	
رتبه تولد	اول	۲۹	۴۴.۶	۲۳	35.4	(40.0)52	۰/۱
	دوم	۲۳	35.4	۳۰	۴۶.۲	(40.8)53	
	سوم	۶	۹.۲	۱۱	۱۶.۹	(13.1)17	
	چهارم	۶	9.2	۱	۱.۵	(5.4)7	
	پنجم	۱	۱.۵	۰	۰	(0.8)1	
سابقه سایر عادات دهانی	بله	۳۷	56.9	۳	۴.۶	(30.8)40	<۰/۰۰۱
	خیر	۲۸	۴۳.۱	۶۲	95.4	(69.2)90	
سابقه خانوادگی براکسیسم	بله	۱۷	۲۶.۲	۳	4.6	(15.4)20	۰/۰۰۱
	خیر	۴۸	۷۳.۸	۶۲	۹۵.۴	(84.6)110	
تحصیلات پدر	بی سواد	۱	1.5	۰	۰	(0.8)1	<۰/۰۰۱
	ابتدایی	۲۱	۳۲.۳	۶	۹.۲	(20.8)27	
	راهنمایی	۱۵	۲۳.۱	۱۴	21.5	(22.3)29	
	دبیرستان	۲۳	35.4	۱۵	۲۳.۱	(29.2)38	
	مدرک دانشگاهی	۵	۷.۷	۳۰	46.1	(26.9)35	
تحصیلات مادر	بی سواد	۴	۶.۲	۰	۰	(3.1)4	<۰/۰۰۱
	ابتدایی	۲۱	۳۲.۳	۱۰	15.4	(23.8)31	
	راهنمایی	۱۳	۲۰.۰	۱۲	18.5	(19.2)25	
	دبیرستان	۲۴	۳۶.۹	۱۷	۲۶.۲	(31.5)41	
	مدرک دانشگاهی	۳	۴.۶	۲۶	۴۰.۰	(22.3)29	
شغل پدر	کارگر	۴۵	۶۹.۲	۱۵	۲۳.۱	(46.2)60	<۰/۰۰۱
	کشاورز	۱۵	۲۳.۱	۲۴	36.9	(30.0)39	
	کارمند	۲	۳.۱	۲۵	38.5	(20.8)27	
	غیره	۳	۴.۶	۱	۱.۵	(3.1)4	

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

جدول شماره ۲: ارتباط براکسیسم با مشخصات دموگرافیک دانش آموزان و والدین آنها

متغیر		مورد(65)		شاهد(65)		کل (درصد)	P value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
شغل مادر	خانه دار	۵۹	۹۰.۸	۵۴	۸۳.۱	(86.9)113	۰.۱۴
	شاغل	۶	۹.۲	۱۱	۱۶.۹	(13.1)17	
محل سکونت	شمال شهر	۲۴	۳۶.۹	۳	۴.۶	(20.8)27	<۰.۰۰۱
	جنوب شهر	۸	۱۲/۳	۴۶	۷۰/۸	(41.5)54	
	غرب شهر	۹	۱۳.۸	۱۰	۱۵.۴	(14.6)19	
	شرق شهر	۲۴	۳۶.۹	۶	۹.۲	(23.1)30	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۲۶	۴۰.۰	۱۱	۱۶.۹	(28.5)37	<۰.۰۰۱
	متوسط	۲۲	۳۳.۸	۴	۶.۲	(20.0)26	
	خوب	۱۷	۲۶.۲	۵۰	۷۶.۹	(51.5)67	
زندگیبادووالد	بله	۵۳	۸۱.۵	۶۲	۹۵.۴	(88.5)115	۰.۰۱۳
	خیر	۱۲	۱۸.۵	۳	۴.۶	(11.5)15	
طلاق پدر و مادر	بله	۱۰	۱۵.۴	۲	۳.۱	(9.2)12	۰.۰۱۵
	خیر	۵۵	۸۴.۶	۶۳	۹۶.۹	(90.8)118	
تعداد اعضای خانواده	۳ نفر	۷	۱۰.۸	۱۶	۲۴.۶	(17.7)23	۰.۰۹
	۴ نفر	۲۷	۴۱.۵	۲۵	۳۸.۵	(40.0)52	
	۵ نفر	۲۱	۳۲.۳	۲۱	۳۲.۳	(32.3)42	
	۶ نفر	۹	۱۳.۸	۲	۳.۱	(8.5)11	
	۷ نفر	۱	۱.۵	۱	۱.۵	(1.5)2	
دعوا بین والدین	بله	۳۷	۵۶.۹	۴	۶.۲	(31.5)41	<۰.۰۰۱
	خیر	۲۸	۴۳.۱	۶۱	۹۳.۸	(68.5)89	

در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی از دیدگاه والدین و همچنین از دیدگاه دانش آموان در دانش آموزانی که مبتلا به براکسیسم بودند به طور معنی داری پایین تر از دانش آموزانی بود که مبتلا به براکسیسم نبودند (P<۰/۰۵). براکسیسم با تمام جنبه های کیفیت زندگی دانش آموزان (کارکردهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و درسی [مدرسه]) ارتباط معنی داری داشت.

به گونه ای که تمام جنبه های کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به براکسیسم پایین تر از دانش آموزانی بود که مبتلا به براکسیسم نبودند (جدول شماره ۳).

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

جدول شماره ۳ : ارتباط کیفیت زندگی کلی دانش آموزان در ابعاد چهار گانه آن با براکسیسم بر اساس پرسشنامه PedsQL

متغیر		گروه	تعداد	Mean	Std. Deviation	P value
والدین	کارکردهای جسمی	مورد	۶۵	74.6154	20.05172	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	99.8646	14.42150	
	کارکردهای عاطفی	مورد	۶۵	62.1538	18.85324	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	90.6154	18.03875	
	کارکردهای اجتماعی	مورد	۶۵	78.6923	16.89297	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	91.6154	17.98671	
	کارهای مدرسه	مورد	۶۵	69.6923	18.17615	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	92.3228	16.60739	
	کل	مورد	۶۵	71.2885	15.06729	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	91.8365	15.78492	
دانش آموزان	در زمینه سلامتی و فعالیت ها	مورد	۶۵	79.4231	16.10486	۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	92.7885	15.26862	
	در زمینه احساسات	مورد	۶۵	69.3077	17.51956	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	90.8462	16.64353	
	درزمینه کنار آمدن با دیگران	مورد	۶۵	82.4615	15.61557	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	93.4615	16.24815	
	در زمینه مدرسه	مورد	۶۵	76.6154	16.88906	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	94.0000	14.63621	
	کل	مورد	۶۵	76.9519	13.87404	<۰.۰۰۱
		شاهد	۶۵	92.7740	15.00094	

بحث:

در مطالعه حاضر، براکسیسم ارتباط معنی داری با سن دانش آموزان داشت به گونه ای که بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم در گروه سنی ۹ ساله قرار داشتند؛ Ahlberg و همکارانش گزارش کردند که براکسیسم با افزایش سن ارتباط معنی داری دارد (۸). در این مطالعه هم چنین دیده شد که جنسیت با براکسیسم ارتباط معنی داری ندارد. Demirو همکارانش (۱۱) و Neamatolahi و همکارانش (۲) هم گزارش کرده بودند که براکسیسم با جنس ارتباط معنی داری ندارد. نتایج به دست امده در این مطالعه با نتایج Seraj و همکارانش (۱۲)، Cheifetz و همکارانش (۱۳) در مورد ارتباط معنادار سابقه خانوادگی مثبت براکسیسم و بروز ان در کودکان توافق داشت. همچنین نتایج این مطالعه با بررسی Simões-Zenari و همکارانش (۳) که گزارش کرده بودند بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم عادات دهانی دیگر (مثل ناخن جویدن، لب جویدن، مکیدن لب و ...) هم دارند هم جهت بود. در مطالعه حاضر، بیش تر دانش آموزان مبتلا به براکسیسم دارای پدرانی با سطح تحصیلات پایین (بدون مدرک دانشگاهی) بودند. همچنین سطح تحصیلات مادر با شیوع براکسیسم در کودکانشان ارتباط معنی داری داشت. این یافته با نتایج به دست آمده توسط Neamatolahi و همکارانش (۲) و Cheifetz و همکارانش (۱۳) در مورد ارتباط معنی دار سطح تحصیلات والدین و شیوع و بروز براکسیسم در کودکان توافق

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]
[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

داشت.شغل بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم در این پژوهش کارگری و کشاورزی (شغل هایی که درآمد پایین دارند) بود، ولی بین ابتلا به براکسیسم و شغل مادر ارتباط معنی داری پیدا نشد. Serra-Negra و همکارانش (۱۴) و Neamatolahi و همکارانش (۲) هم در بررسی خود به این نتیجه رسیده بودند که شغل پدر بیشتر کودکان مبتلا به براکسیسم دارای وضعیت درآمدی پایینی بوده است (مثل کارگری و کشاورزی). نتایج مطالعات ذکر شده با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. با توجه به این مسئله که بیشتر مادران دانش آموزان مورد مطالعه خانه دار بودند و در جامعه ما شغل پدر نقش تعیین کننده ای در وضعیت اقتصادی خانواده دارد و شغل مادران (خانه داری) بر وضعیت اقتصادی خانواده ظاهرا تاثیر به سزایی ندارد، در نتیجه ارتباط معنی داری بین شغل مادران و براکسیسم در کودکانشان دیده نشد..

در مطالعه حاضر، بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم در شمال و شرق شهر زندگی می کردند. (لازم به ذکر است که در شهر همدان شمال جغرافیایی شهر از نظر اقتصادی و فرهنگی نسبت به سایر مناطق وضعیت نامانسب تری دارد.) همچنین بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم از وضع اقتصادی ضعیف و متوسط (درآمد ماهانه خانواده ۷۰۰ هزار تومان یا کم تر) برخوردار بودند. در مطالعات Serra-Negra و همکارانش (۱۴) و Antonio و همکارانش (۱۵) هم بین درامد و برکسیسم ارتباط معنی داری یافته شد

در مطالعه حاضر، بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم با یکی از والدین (پدر یا مادر) زندگی می کردند. فراوانی جدایی (طلاق پدر و مادر) در کودکان مبتلا به براکسیسم بیش تر از گروه شاهد بود. Seraj و همکارانش گزارش این پژوهش بیماریهای مزمن، در بین والدین کودکان مبتلا در مقایسه با گروه شاهد شیوع بیشتری داشته و شیوع سوء مصرف مواد در پدر این خانواده ها بیشتر بود اما کردند که براکسیسم در کودکانی که سابقه ای از حادثه ناراحت کننده در طول زندگی دارند به طور معنی داری بیش تر است (۱۲) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. با توجه به این مسئله در مطالعه حاضر، بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم در خانواده هایی با تعداد اعضای زیاد زندگی می کردند اما براکسیسم در دانش آموزان با رتبه ی فرزندان در خانواده (فرزند چندم بودن) ارتباط معنی داری نداشت. در این رابطه تحقیقات متعددی ثابت کرده که تعداد فرزندان به شرط این که با یکدیگر مشکل جدی نداشته باشند، برای آن خانواده مشکل ساز نخواهد بود. از طرفی وجود آرامش در خانواده خود مستلزم بهره برداری تک تک فرزندان از فضا و امکانات برابر است (۱۶). به این ترتیب مشخص می شود در جامعه ما که متاسفانه افزایش تعداد فرزندان مساوی با افزایش مشکلات مادی خانواده هاست، طبعا کودکان خانواده های پر جمعیت درگیر مشکلات عاطفی متعددی خواهند بود که زمینه را برای بروز عادات دهانی در آن ها فراهم می آورد.

در مطالعه حاضر، بیش تر کودکان مبتلا به براکسیسم در خانواده هایی زندگی می کردند که دعوا در خانوادهی آن ها وجود داشت. بسیاری از کودکان نیز از عادات دهانی برای رهایی از تنش های عاطفی و احساسی که نمی توانند بر آنها فایق آیند، استفاده می کنند. بر این اساس براکسیسم در کودکانی که در خانواده ی آن ها دعوا و تنش های عاطفی وجود دارد، بیش تر است.

همچنین براکسیسم با وضعیت تحصیلی دانش آموزان ارتباط معنی داری داشت. به گونه ای که بیش تر دانش آموزان مبتلا به براکسیسم وضعیت تحصیلی ضعیف تری بر مبنای گزارش توصیفی مدرسه داشتند. بنا بر یافته ها براکسیسم با اعتیاد مادر این دانش آموزان ارتباط معنی داری نداشت. با توجه به این مسئله که بیماری مزمن والدین سبب از کارافتادگی آن ها می شود و از کارافتادگی والدین

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

وضعیت اقتصادی ضعیف را به دنبال دارد، در نتیجه ممکن است یکی از دلایل شیوع بیشتر براکسیسم در کودکان ابتلا والدین آن ها به بیماری مزمن باشد که خود می تواند در نقش یک استرسور شرایط را پیچیده تر نماید.

در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی در دانش آموزانی (از دیدگاه والدین و دانش آموزان) که مبتلا به براکسیسم بودند به طور معنی داری پایین تر از دانش آموزانی بود که مبتلا به براکسیسم نبودند. براکسیسم بر تمام جنبه های کیفیت زندگی دانش آموزان (کارکردهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و درسی [مدرسه]) تاثیر معنی داری گذاشته بود. به گونه ای که تمام ابعاد کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به براکسیسم پایین تر از دانش آموزانی بود که مبتلا به براکسیسم نبودند. Simões-Zenari و همکارانش (۳) گزارش کرده بودند که کیفیت زندگی کودکان مبتلا به براکسیسم به طور معنی داری پایین تر از کودکان سالم (عدم ابتلا به براکسیسم) است که با نتیجه مطالعه حاضر مطابقت دارد.

نتیجه گیری:

با توجه به اینکه عادات مضر پارافانکشنال بر روی ساختمان دندانی – فکی اثر می گذارد و اگر دیر تشخیص داده شود و درمان به تأخیر بیفتد مشکلات شدید بعدی را در پی خواهد داشت که یا غیرقابل جبران بوده و یا با هزینه فراوان و مشکلات تکنیکی بالا و رنج فراوان بیمار همراه بوده و ممکن است کودکانی که دارای عادات دهانی (براکسیسم) هستند از جذابیت کمتری برخوردار شده و عزت نفسشان کاهش یابد، شناسایی زود هنگام کودکان مبتلا به براکسیسم به منظور پیشگیری و آموزش والدین و کودکان جهت کاهش شیوع براکسیسم، علل و عوارض ناشی از آن در جامعه ضروری می باشد.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

منابع:

1. Castelo PM, Barbosa TS, Gavião MB. Quality of life evaluation of children with sleep bruxism. BMC Oral Health. 2010; 10(1):16.
2. Nematollahi H, Jahanbin A. An Eevaluation on the prevalence of oral habits prevalence and related familial factors among school children aged 6-12 yaers old children economic in the Mashhad city. Dental Journal of Islamic Community. The Journal of Islamic Dental Association of Iran. 2004;16(50Especial issue):61-9. [In Persian]
3. Simões-Zenari M, Bitar ML. Factors associated to bruxism in children from 4-6 years. Pro Fono. 2010; 22(4):465-72.
4. Giraki M, Schneider C, Schäfer R, Singh P, Franz M, Raab WH. Correlation between stress, stress-coping and current sleep bruxism. Head Face Med. 2010; 6:2 .
5. de la Hoz-Aizpurua JL, Díaz-Alonso E, LaTouche-Arbizu R, Mesa-Jiménez J. Sleep bruxism. Conceptual review and update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 16(2): 231-8.
6. Huynh N, Manzini C, Rompré PH, Lavigne GJ. Weighing the potential effectiveness of various treatments for sleep bruxism. J Can Dent Assoc. 2007; 73(8):727-30.
7. Carvalho AL, Cury AA, Garcia RC. Prevalence of bruxism and emotional stress and the association between them in Brazilian police officers. Braz Oral Res. 2008; 22(1):31-5.
8. Ahlberg J, Rantala M, Savolainen A, Suvinen T, Nissinen M, Sarna S. Reported bruxism and stress experience. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30(6):405-8.
9. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care. 2001; 39(8):800-12.
10. KargarNajafi M, Borhani F. Quality of life in thalassemic school aged children of Kerman special diseases center in 2010. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011; 10(2):26-33 .
11. Demir A, Uysal T, Guray E, Basciftci FA. The relationship between bruxism and occlusal factors among seven- to 19-year-old Turkish children. Angle Orthod. 2004; 74(5):672-6.
12. Seraj B, Shahrabi M, Ghadimi S, Ahmadi R, Nikfarjam J, Zayeri F, et al. The Prevalence of Bruxism and Correlated Factors in Children Referred to Dental Schools of Tehran, Based on Parents' Report. Iran J Pediatr. 2010; 20(2):173-80.
13. Cheifetz AT, Osganian SK, Allred EN, Needleman HL. Prevalence of bruxism and associated correlates in children as reported by parents. J Dent Child (Chic). 2005; 72(2):67-73.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]

14. Serra-Negra JM, Paiva SM, Seabra AP, Dorella C, Lemos BF, Pordeus IA. Prevalence of sleep bruxism in a group of Brazilian schoolchildren. Eur Arch Paediatr Dent. 2010; 11(4):192-5.
15. Antonio AG, Pierro VS, Maia LC. Bruxism in children: a warning sign for psychological problems. J Can Dent Assoc. 2006; 72(2):155-60.
16. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and sadock comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. NewYork: Lippincot Williams & wilkinz; 2009.

[Downloaded from jiapd.ir on 2026-01-31]

[DOI: 10.29252/ijpd.9.1.29]