

تحقیقی

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

محسن دالبند^{*}، محمد احمدپناه^{**}، سعادت ترابیان^{***}، صhra 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 پژوهشی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

^{****} دانشجوی دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

چکیده

زمینه و هدف: براسنیم 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 ۸-۹ ساله دارای براسنیم دبستان های شهر همدان در سال ۱۳۹۱-۹۲ است.

روش بررسی: در این مطالعه مورد-شاهدی، دانش آموزان ۸-۹ 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 براسنیم را انتخاب نمودیم. سپس پرسشنامه استاندارد در اختیار والدین دانش آموز گروه براسنیم و گروه شاهد قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه ها به وسیله نرم افزار آماری SPSS v.16.0 و آزمون آماری t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این بررسی، براسنیم 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 براسنیم، سابقه سایر عادات دهانی، دعوا در خانواده، وضعیت تحصیلی کودک، بیماری مزمن پدر و مادر و اعتیاد پدر ارتباط معنی داری داشت ($P < 0.05$). اما با جنس، فرزند چندم بودن (رتبه فرزندان خانواده)، شغل و اعتیاد مادر ارتباط معنی داری نداشت ($P > 0.05$). همچنین کیفیت زندگی دانش آموزان مبتلا به براسنیم به طور معنی داری پایین تر از کیفیت زندگی دانش آموزان سالم (عدم ابتلا به براسنیم) بود ($P < 0.05$).

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

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

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

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

مقدمه:

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). براسنیم جز عادات پارافانکشنال دهان است که هم در بزرگسالان و هم در کودکان اتفاق می افتد (۳).

اختلالات عاطفی به طور کلاسیک در اتیوپاتوژنر اعمال پارافانکشنال مانند براسنیم، جویدن ناخن، عادات مکیدن (مکیدن بطی شیر، پستانک، انگشت و لب) و اختلالات خواب نقش دارد (۱). در موارد بسیاری عادات دهانی با

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 ۸-۹ ساله دارای براکسیسم دبستان های شهر همدان در سال ۱۳۹۱-۹۲ 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 خوش بزرگزیده شده و در انتها، ۸ مدرسه ابتدایی از مناطق چهارگانه شهر همدان به صورت تصادفی انتخاب شدند.

دانش آموزان ۸-۹ 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

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). پاتوتیزیسته براکسیسم هنوز مشخص نشده است (۷ و ۶). فاکتورهای اصلی دخیل در براکسیسم شامل علل مورفوولوژیکال (مثل اکلوژن و عدم هماهنگی مفصل)، پاتوفیزیولوژیکال (مثل سیگار و الکل و دارو) و فاکتورهای روانشناسی هستند. فاکتورهای روانشناسی مانند افسردگی و اضطراب و استرس نقش مهمی در شروع و دائمی 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 علیم 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)، علائم 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 (۱/۸) است (۶).

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 برآکسیسم و سایر عادات دهانی و سابقه برآکسیسم 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 برآکسیسم در گروه سنی ۹ ساله، نسبت به گروه کنترل، دارای وضعیت تحصیلی متوسط و ضعیف، عادات دهانی دیگری به طور همزمان، سابقه خانوادگی برآکسیسم مثبت، پدران و مادرانی با سطح تحصیلات و پایگاه اقتصادی پایین تر بودند ($P < 0.05$)، اما بین جنسیتو رتبه تولد در گروه مورد و شاهد تقاضت معنی دار نبود ($P = 0.05$) (جدول شماره ۱ و ۲).

توزیع شغل مادران دانش آموzan مبتلا به برآکسیسم در گروه مورد و شاهد تقریباً برابر بود ($P = 0.05$). همچنین کودکان مبتلا به برآکسیسم 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 برآکسیسم نداشتند بیشتر به بیماریهای مزمن مبتلا و میزان اعتیاد پدارنشان هم بالاتر بود (جدول شماره ۱ و ۲).

می شد، وارد مطالعه می شدند. با توجه به این که برآکسیسم 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 داش آموز، والدین و اطرافیان 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 شناسن با بر در انتخاب شدن، جایگزین می شدند. بر اساس فرمول حجم نمونه در هر گروه تعداد ۶۵ نفر انتخاب شد.

تقریباً ۹۶۵ دانش آموز به صورت پی در پی بررسی شده تا به حجم نمونه مورد نظر رسیدیم. به تعداد دانش آموzan دارای برآکسیسم، دانش آموzan بدون برآکسیسم نیز به صورت تصادفی ساده انتخاب شده 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 آموzan (نام، نام خانوادگی، سن، جنس، شغل پدر، 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 مدرسی ای (۵ سوال) می باشد.

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

P value	کل (درصد)	شاهد(۶۵)		مورد(۶۵)		متغیر
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
0.039	(45.4)59	53.8	۳۵	36.9	۲۴	سال ۸
	(54.6)71	۴۶.۲	۳۰	۶۲.۱	۴۱	سال ۹
.۲۴	(50.0)65	۵۳.۸	۳۵	۴۶.۲	۳۰	پسر
	(50.0)65	۴۶.۲	۳۰	۵۳.۸	۳۵	دختر
<.۰۰۱	(14.6)19	۴.۶	۳	۲۴.۶	۱۶	ضعیف
	(28.5)37	۲۵.۶	۱۶	۳۲.۳	۲۱	متوسط
	(46.9)61	۶۷.۷	۴۴	۲۶.۲	۱۷	خوب
	(10.0)13	۲.۱	۲	۱۶.۹	۱۱	عالی
.۱	(40.0)52	35.4	۲۳	۴۴.۶	۲۹	اول
	(40.8)53	۴۶.۲	۳۰	۳۵.۴	۲۲	دوم
	(13.1)17	۱۶.۹	۱۱	۹.۲	۶	سوم
	(5.4)7	۱.۵	۱	۹.۲	۶	چهارم
	(0.8)1	۰	۰	۱.۵	۱	پنجم
<.۰۰۱	(30.8)40	۴.۶	۳	۵۶.۹	۳۷	بله
	(69.2)90	95.4	۶۲	۴۳.۱	۲۸	خیر
.۰۰۱	(15.4)20	4.6	۳	۲۶.۲	۱۷	بله
	(84.6)110	۹۵.۴	۶۲	۷۳.۸	۴۸	خیر
<.۰۰۱	(0.8)1	۰	۰	1.۵	۱	بی سواد
	(20.8)27	۹.۲	۶	۳۲.۳	۲۱	ابتدایی
	(22.3)29	21.5	۱۴	۲۲.۱	۱۵	راهنمایی
	(29.2)38	۲۲.۱	۱۵	۳۵.۴	۲۳	دبیرستان
	(26.9)35	46.1	۳۰	۷.۷	۵	مدرک دانشگاهی
<.۰۰۱	(3.1)4	۰	۰	۶.۲	۴	بی سواد
	(23.8)31	15.4	۱۰	۳۲.۳	۲۱	ابتدایی
	(19.2)25	18.5	۱۲	۲۰.۰	۱۳	راهنمایی
	(31.5)41	۲۶.۲	۱۷	۳۶.۹	۲۴	دبیرستان
	(22.3)29	۴۰.۰	۲۶	۴.۶	۳	مدرک دانشگاهی
<.۰۰۱	(46.2)60	۲۳.۱	۱۵	۶۹.۲	۴۵	کارگر
	(30.0)39	36.9	۲۴	۲۲.۱	۱۵	کشاورز
	(20.8)27	38.5	۲۵	۳.۱	۲	کارمند
	(3.1)4	۱.۵	۱	۴.۶	۳	غیره

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

P value	کل (درصد)	شاهد (65)		مورد (65)		متغیر	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
.۱۴	(86.9)113	۸۳.۱	۵۴	۹۰.۸	۵۹	خانه دار	شغل مادر
	(13.1)17	۱۶.۹	۱۱	۹.۲	۶	شاغل	
<۰.۰۰۱	(20.8)27	۴.۶	۳	۳۶.۹	۲۴	شمال شهر	محل سکونت
	(41.5)54	۷۰/۸	۴۶	۱۲/۳	۸	جنوب شهر	
	(14.6)19	۱۵.۴	۱۰	۱۳.۸	۹	غرب شهر	
	(23.1)30	۹.۲	۶	۳۶.۹	۲۴	شرق شهر	
<۰.۰۰۱	(28.5)37	۱۶.۹	۱۱	۴۰.۰	۲۶	ضعیف	وضعیت اقتصادی
	(20.0)26	۶.۲	۴	۳۳.۸	۲۲	متوسط	
	(51.5)67	۷۶.۹	۵۰	۲۶.۲	۱۷	خوب	
.۰۰۱۳	(88.5)115	۹۵.۴	۶۲	۸۱.۵	۵۳	بله	زندگیاب ووالد
	(11.5)15	۴.۶	۳	۱۸.۵	۱۲	خیر	
.۰۰۱۵	(9.2)12	۳.۱	۲	۱۵.۴	۱۰	بله	طلاق پدر و مادر
	(90.8)118	۹۶.۹	۶۳	۸۴.۶	۵۵	خیر	
.۰۰۹	(17.7)23	۲۴.۶	۱۶	۱۰.۸	۷	۳ نفر	تعداد اعضای خانواده
	(40.0)52	۳۸.۵	۲۵	۴۱.۵	۲۷	۴ نفر	
	(32.3)42	۳۲.۳	۲۱	۳۲.۳	۲۱	۵ نفر	
	(8.5)11	۲.۱	۲	۱۲.۸	۹	۶ نفر	
	(1.5)2	۱.۵	۱	۱.۵	۱	۷ نفر	
<۰.۰۰۱	(31.5)41	۶.۲	۴	۵۶.۹	۳۷	بله	دعوا بین والدین
	(68.5)89	۹۳.۸	۶۱	۴۳.۱	۲۸	خیر	

(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).

در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی از دیدگاه والدین و همچنین

از دیدگاه دانش آموزان در دانش آموزانی که مبتلا به براکسیسم بودند به طور معنی داری پایین تر از دانش آموزانی بود که مبتلا به براکسیسم نبودند ($P<0.05$). براکسیسم با تمام جنبه های کیفیت زندگی دانش آموزان

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

P value	Std. Deviation	Mean	تعداد	گروه	متغیر	
<0.001	20.05172	74.6154	۶۵	مورد	کارکردهای جسمی	والدین
	14.42150	99.8646	۶۵	شاهد		
<0.001	18.85324	62.1538	۶۵	مورد	کارکردهای عاطفی	
	18.03875	90.6154	۶۵	شاهد		
<0.001	16.89297	78.6923	۶۵	مورد	کارکردهای اجتماعی	
	17.98671	91.6154	۶۵	شاهد		
<0.001	18.17615	69.6923	۶۵	مورد	کارهای مدرسه	دانش آموزان
	16.60739	92.3228	۶۵	شاهد		
<0.001	15.06729	71.2885	۶۵	مورد	کل	
	15.78492	91.8365	۶۵	شاهد		
0.001	16.10486	79.4231	۶۵	مورد	در زمینه سلامتی و فعالیت ها	
	15.26862	92.7885	۶۵	شاهد		
<0.001	17.51956	69.3077	۶۵	مورد	در زمینه احساسات	
	16.64353	90.8462	۶۵	شاهد		
<0.001	15.61557	82.4615	۶۵	مورد	در زمینه کنار آمدن با دیگران	
	16.24815	93.4615	۶۵	شاهد		
<0.001	16.88906	76.6154	۶۵	مورد	در زمینه مدرسه	
	14.63621	94.0000	۶۵	شاهد		
<0.001	13.87404	76.9519	۶۵	مورد	کل	
	15.00094	92.7740	۶۵	شاهد		

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

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. Demir و همکارانش (۱۱) و Neamatolahi (۱۲) 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

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 (فرزنده 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 برایر است (۱۶). به این ترتیب مشخص می شود در جامعه ما که متاسفانه افزایش تعداد فرزندان مساوی با افزایش مشکلات مادی خانواده هاست، طبعاً 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 تنفس های عاطفی و احساسی که نمی توانند بر آنها فایق آیند، استفاده می کنند. بر این اساس براکسیسم در کودکانی که در خانواده‌ی آن ها دعوا و تنفس 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 مژمن والدین سبب از کارافتادگی آن ها می شود و از کارافتادگی والدین

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 سزاگی 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 نامناسب 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 (۱۵) و Antonio (۱۶) هم بین درآمد 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 مژمن، 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

(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.

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

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 Evaluation on the prevalence of oral habits prevalence and related familial factors among school children aged 6-12 years 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.

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.