

بررسی ارتباط شاخص dmft با کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در کودکان مبتلا به بیماری سلیاک

فروغ امیرآبادی^{۱*}، علی صاحبی^۲

^۱ دانشیار، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
^۲ مرکز تحقیقات بیماریهای دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
^۳ دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ ارائه مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۱

Investigating the Association between dmft Index with Oral Health related Quality of Life in Children with Celiac Disease

Forough Amirabadi^{1,2*}, Ali Sahebi³

¹ Associate professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

² Oral and Dental Diseases Research Center, School of Dentistry, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

³ Dentist, School of Dentistry, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Received: 31 January 2023; Accepted: 22 May 2023.

Background: Celiac disease is an autoimmune disorder of food intolerance that leads to difficulties in the digestion and absorption of nutrients. This disease can have destructive effects on oral and dental health. This study attempted to investigate the association of dmft index with oral health related quality of Life in (OHRQoL) children with celiac disease.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted including 49 children, with celiac, and 49 healthy children, aged 3-6 years. To determine the dmft index, World Health Organization criteria were used and the early childhood oral health impact scale (ECOHis) was applied to define OHRQoL. The data were analyzed by the statistical software, SPSS 20, at a significance level of $P < 0.05$.

Results: The mean dmft for the case group was 2.46 ± 2.75 and significantly less than the control group with a mean of 3.77 ± 2.86 ($P=0.009$). The mean score of OHRQoL was 14.08 ± 3.23 and 17.02 ± 15.88 for the case and control groups, respectively. This difference was not statistically significant ($P=0.567$). There was a significantly positive correlation between the OHRQoL score and dmft index for both case and control groups ($p < 0.001$).

Conclusions: Despite the lower mean dmft index in children with Celiac disease, oral health related quality of life was similar for both groups.

Keywords: Early Childhood Caries, Celiac, Quality of life

*Corresponding Author: amirabadif@zaums.ac.ir

➤ Please cite this paper as: Amirabadi F, Sahebi A. "Investigating the association between dmft index with oral health related quality of life in children with celiac disease" *J Mash Dent Sch* 2023; 47(4):379-87.

➤ DOI10.22038/jmds.2023.70460.2266

چکیده

مقدمه: بیماری سلیاک یک اختلال خود ایمنی عدم تحمل غذایی است که منجر به مشکلاتی در هضم و جذب مواد مغذی می‌شود. این بیماری میتواند اثرات مخربی بر سلامت دهان و دندان داشته باشد. هدف از انجام این مطالعه بررسی ارتباط شاخص dmft با کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در کودکان مبتلا به بیماری سلیاک بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی، بر روی ۴۹ کودک مبتلا به سلیاک و ۴۹ کودک سالم ۳-۶ سال انجام شد. جهت تعیین شاخص dmft از معیارهای سازمان جهانی بهداشت و از پرسشنامه ECOHis (Early Childhood Oral Health Impact Scale) جهت تعیین وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان استفاده شد. داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS 20 در سطح معناداری $P < 0.05$ مورد بررسی قرار گرفت.

* مؤلف مسؤل، نشانی: دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

E-mail: amirabadif@zaums.ac.ir

یافته‌ها: میانگین dmft در گروه مورد ۲/۴۶±۲/۷۵ به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد با میانگین ۳/۷۷±۲/۸۶ بود (P=۰/۰۰۹). میانگین نمره کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان، به ترتیب در گروه مورد و شاهد، ۱۴/۰۸±۱۳/۲۳ و ۱۷/۰۲±۱۵/۸۸ بود که مطابق با آزمون من ویتنی تفاوت آماری معناداری را نشان نداد (P= /۵۶۷). بین نمره کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در کودکان با شاخص dmft در هر دو گروه مورد و شاهد رابطه مثبت معنی دار وجود داشت (P<۰/۰۰۱)

نتیجه گیری: با وجود کمتر بودن میانگین شاخص dmft در کودکان مبتلا به سلیاک نسبت به کودکان سالم، کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در هر دو گروه مشابه بود.

کلمات کلیدی: پوسیدگی زودرس دندان، سلیاک، کیفیت زندگی

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۴۰۲ / دوره ۴۷ / شماره ۴: ۳۷۹-۸۷

مقدمه

بیماری سلیاک یک بیماری خود ایمنی است که باعث تخریب مخاط روده کوچک در افرادی که به طور ژنتیکی مستعد هستند، می شود. این افراد نمی توانند گلوتن (پروتئین موجود در گندم، جو چاودار و را تحمل کنند، بیماری سلیاک یک بیماری مولتی فاکتوریال می باشد که ناشی از بسیاری از عوامل ژنتیکی و ریسک فاکتورهای محیطی می باشد.^(۱) علائم معمول این بیماری عبارتند از درد شکمی، اسهال و کاهش وزن. با این حال، بسیاری از افراد علائم غیر گوارشی از جمله کم خونی، ضعف شدید، قد کوتاه، پوکی استخوان، بی نظمی قاعدگی و ناباروری دارند. علائم اضافی در کودکان شامل رشد تأخیری، تأخیر در بلوغ، استفراغ و نقایص مینایی است.^(۲)

علاوه بر اثرات سیستمیک این بیماری، مشخص شده است که سلیاک می تواند بر روی سیستم دندان در حال رشد و مخاط دهان نیز اثرگذار باشد.^(۳) تظاهرات دهانی و دندان بیماری سلیاک عبارتند از نقایص مینایی، تأخیر در رویش، زخم های آفتی راجعه، لیکن پلان دهانی، گلوست آتروفیک و التهاب لب. در این میان شایع ترین تظاهر دهانی این بیماری نقایص مینایی و زخم های آفتی هستند.^(۴)

پوسیدگی زودرس دندان ها در دوران کودکی (ECC یا Early Childhood Caries) نوعی پوسیدگی در دندان شیرخواران و کودکان خردسال می باشد که به عنوان یکی از معضلات دندانپزشکی دوران کودکی، شیوع بالایی دارد. طبق تعریف آکادمی دندانپزشکی آمریکا، پوسیدگی زودرس دوران کودکی به وجود یک یا چند سطح پوسیده (حفره دار یا بی حفره)، دندانهای شیری از دست رفته به علت پوسیدگی یا ترمیم شده در کودکان سن ۷۱ ماه یا کمتر از آن، اطلاق می شود.^(۵) فراوانی پوسیدگی های دندان در کودکان مبتلا به بیماری سلیاک متغیر است.^(۶) برخی مطالعات گزارش داده اند که شیوع پوسیدگی در بیماران مبتلا به سلیاک در مقایسه با افراد سالم تفاوتی ندارد.^(۷،۸) Costacurta و همکاران^(۹)، میزان بالایی از شیوع پوسیدگی را در بیماران مبتلا به سلیاک گزارش کرده اند. در حالیکه در مطالعه Kalaycı و Avsar^(۱۰)، میزان پوسیدگی در افراد سالم بیشتر از افراد مبتلا به سلیاک بوده است.

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به معنای میزان رضایتمندی فرد از خصوصیات جسمی و روحی است که بر اساس آن فرد قادر به انجام فعالیت های روزانه خود می باشد. این تعریف شامل سلامت جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و توانایی انجام اعمال روزانه و رضایتمندی از نحوه انجام آنهاست.^(۱۱) عوامل متعددی می توانند بر

انحراف معیار گروه کنترل $\sigma_1=2/3$ و گروه بیمار $\sigma_2=2/8$ و میانگین گروه کنترل $\mu_1=3/25$ و گروه بیمار $\mu_2=4/5$ ، حجم نمونه تعداد ۴۸ نمونه برآورد گردید، که جهت حصول اطمینان بیشتر در هر گروه از ۴۹ نفر استفاده شد.

گروه مورد از کودکانی که دارای پرونده فعال در انجمن سلیاک شهرستان زاهدان بوده و در رده سنی ۶-۳ سال قرار داشتند و از نظر دیگر بیماری‌های سیستمیک سالم بودند، به انتخاب شدند. در صورت نمونه‌گیری آسان و در دسترس تماس تلفنی با خانواده این کودکان و بیان اهمیت کار از آنها خواسته شد کودک خود را همراه با یکی از دوستان و والدینش در تاریخی که به آنها نوبت داده میشد، به دانشکده دندانپزشکی مراجعه کنند. بدین ترتیب سعی شد تا گروه کنترل از نظر سن، جنس و وضعیت اقتصادی-اجتماعی با گروه مورد هماهنگ باشد. گروه شاهد از نظر سیستمیک کاملاً سالم بودند. در هر دو گروه در صورتی که دندان در اثر ضربه از دست رفته بود، کودک از مطالعه خارج می‌شد. ابتدا توضیحات لازم در مورد چگونگی انجام کار و هدف از این مطالعه به والدین یا همراه کودک داده شد و در صورت رضایت شرکت کودکان در طرح، فرم رضایت آگاهانه توسط آنها امضا گردید. سپس معاینات داخل دهانی توسط یک دانشجوی سال آخر دندانپزشکی تعلیم دیده تحت نظر یک متخصص دندانپزشکی کودکان، با استفاده از آینه، سوند یکبار مصرف دندانپزشکی و زیر نور مناسب یونیت انجام گردید. به منظور بررسی کلی وضعیت دندانی افراد تحت مطالعه از شاخص dmft استفاده شد که همچنان به عنوان یکی از بهترین شاخص‌های ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی جهت ارزیابی پوسیدگی‌های دندانی کودکان مطرح می‌باشد. در این شاخص حرف d (مخفف decayed) بیانگر دندانهایی با پوسیدگی درمان نشده، حرف m (مخفف missed) بیانگر از

کیفیت زندگی یک فرد تأثیر گذار باشند که از آن جمله میتوان به سلامت دهان اشاره نمود. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHRQoL)، مفهوم پیچیده‌ای است که دارای ابعاد روانی (ظاهر و اعتماد به نفس)، عملکردی (گفتگو، اعتماد به نفس)، رفتارهای اجتماعی (ارتباط و صمیمیت) و درد (حاد، مزمن) می‌باشد. (۱۲)

مطالعات مربوط به OHRQoL در مبتلایان به سلیاک بسیار اندک است. در مطالعه انجام شده توسط El-Housseiny و همکاران (۱۳) نمره OHRQoL در کودکان مبتلا به سلیاک به طور مشخصی بیشتر از گروه شاهد بود. تا کنون مطالعه‌ای در ایران در این زمینه صورت نگرفته است.

با توجه به محدود بودن مطالعات در ارتباط با تأثیر وضعیت دندانی بر OHRQoL کودکان مبتلا به سلیاک، هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین شاخص dmft با کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در کودکان ۶-۳ ساله مبتلا به بیماری سلیاک در شهرستان زاهدان در سال ۱۳۹۹ بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، که به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (کد: IR. ZAUMS. REC. 1398. 333) رسید، ۹۸ کودک ۶-۳ سال در دو گروه مبتلا به سلیاک (۴۹ نفر، گروه مورد) و گروه سالم (۴۹ نفر، گروه شاهد) مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم افزار Power & sample size استفاده شد. با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ ، توان ۸۰ درصد و و خطای ۱۰ درصد و همچنین با در نظر گرفتن انحراف معیار و میانگین dmft مطابق با مطال (Cantekin et al, 2015) (۱۴)، شامل

افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ شد و در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد بررسی قرار گرفت. جهت توصیف داده‌ها از فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار و نمودارهای مربوطه استفاده شد. برای مقایسه بین میانگین کیفیت زندگی و dmft بر اساس گروه مورد و شاهد و یا بر اساس جنس از آزمون Mann Whitney (عدم توزیع نرمال داده‌ها) استفاده گردید جهت بررسی ارتباط بین میانگین نمره کیفیت زندگی و میانگین شاخص dmft در گروه مورد و شاهد از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته‌ها

در این تحقیق، ۹۸ کودک مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۹ کودک مبتلا به بیماری سلیاک و ۴۹ کودک سالم در دامنه سنی ۶-۳ سال قرار داشتند. میانگین سن کودکان در گروه مورد، ۴/۲۹ سال و میانگین سن کودکان در گروه کنترل، ۴/۰۳ بود. بررسی فراوانی پسران و دختران در دو گروه نشان داد که در هر دو گروه مورد و شاهد، ۴۲/۹ درصد (۲۱ نفر) از کودکان پسر و ۵۷/۱ درصد (۲۸ نفر)، دختر بودند.

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین شاخص dmft در گروه مورد $۲/۴۶ \pm ۲/۷۵$ و در گروه شاهد $۳/۷۷ \pm ۲/۸۶$ به دست آمد. آزمون من ویتنی نشان داد که شاخص dmft در گروه مورد به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود ($P=۰/۰۰۹$).

نتایج داده‌ها نشان داد که در گروه مورد، میانگین شاخص dmft در پسران $۳/۱۹ \pm ۳/۱۰$ و در دختران $۱/۹۲ \pm ۲/۳۷$ بود. علیرغم بالا بودن میانگین dmft در پسران، آزمون من ویتنی اختلاف معنی داری بین دختران و پسران نشان نداد ($P=۰/۱۰۷$). در گروه شاهد، میانگین شاخص dmft در پسران $۳/۸۵ \pm ۲/۸۳$ و در دختران $۳/۷۱ \pm ۲/۹۴$ به دست آمد.

دست رفتن دندانها در اثر پوسیدگی و حرف f (مخفف filled) بیانگر دندانهای ترمیم شده است. در این شاخص دندانهای ترمیم شده‌ای که عود واضح کلینیکی داشتند نیز، به عنوان دندان پوسیده در نظر گرفته شدند و نتایج حاصل از این معاینات در فرم اطلاعاتی مربوطه ثبت شد. در صورت وجود مشکلات دهان و دندان، پرونده‌بخش برای کودک تشکیل می‌گردید و راهنمایی‌های لازم به والد داده می‌شد. اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان از پرسشنامه‌ی استاندارد ECOHIS به دست آمد. این پرسشنامه توسط والدین در همان جلسه در سالن انتظاربخش تکمیل گردید. روایی و پایایی پرسشنامه مذکور به زبان فارسی مورد تایید قرار گرفته است. (۱۵) سوالات پرسشنامه شامل ۱۳ سوال در دو حیطه اصلی تأثیر بر کودک و تأثیر بر خانواده می‌باشد. بخش تأثیر بر کودک دارای ۴ مؤلفه می‌باشد؛ علائم بیماری (یک سوال)، عملکرد کودک (۴ سوال)، روحی و روانی (۲ سوال) و اعتماد به نفس کودک و تعاملات اجتماعی (۲ سوال)، بخش تأثیر بر خانواده نیز شامل حیطه‌های نگرانی و دغدغه‌های والدین (۲ سوال) و عملکرد خانواده (۲ سوال) می‌باشد. گزینه‌های پاسخ بر اساس معیار لیکرت اندازه‌گیری شد؛ ۰=هرگز، ۱=خیلی به ندرت، ۲=فقط چند بار، ۳=چندین بار، ۴=به دفعات و ۵=نمی‌دانم. جمع نمره‌های سوالات برای تعیین نمره کلی بخش مورد استفاده قرار گرفت. طبق نظر طراح پرسشنامه افرادی که در یک پرسشنامه به بیش از یک سوال پاسخ "نمی‌دانم" داده بودند، از مطالعه خارج شدند. نمره کل پرسشنامه از ۰ تا ۵۲ متغیر بود که دامنه‌ای از ۰ تا ۳۶ دربخش تأثیر بر کودک و ۰ تا ۱۶ دربخش تأثیر بر خانواده داشت. نمره بالاتر، دلالت بر تأثیر بیشتر و یا مشکلات بهداشت دهانی بیشتر و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان نامناسب‌تر داشت. (۱۵) اطلاعات و داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم

میانگین $2/70 \pm 2/53$ بود ($P = 0/029$). همچنین میانگین علائم بیماری در کودکان بیمار به طور معنی داری پایین تر از کودکان سالم بود ($P = 0/046$).
 نتایج مدل خطی عمومی (Generalized Linear Model) نشان داد که در گروه مورد، نسبت به شاهد با کنترل متغیر dmft، $0/117$ به نمره کیفیت زندگی افزوده می شود. (جدول ۴)

آزمون من ویتنی، اختلاف معنی داری بین میزان dmft در پسران و دختران نشان نداد ($P = 0/722$).
 در بررسی نمره کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان (جدول ۲) مطابق با آزمون من ویتنی اختلاف معناداری در گروه مورد و شاهد دیده نشد ($P = 0/567$).
 بر طبق نتایج جدول ۳، بررسی OHRQoL در حیطه تأثیر بر کودک نشان داد که به طور کلی میانگین اعتماد به نفس کودک و تعاملات اجتماعی در کودکان بیمار با میانگین $1/57 \pm 2/04$ به طور معنی داری پایینتر از کودکان سالم با

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار شاخص dmft در کودکان ۶-۳ ساله گروه مورد و شاهد

Mann-Whitney U	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	dmft
۰/۰۰۹	-۲/۵۹۶	۲/۷۵۴۵	۲/۴۶۹۴	۴۹	مورد
		۲/۸۶۶۹	۳/۷۷۵۵	۴۹	شاهد

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان (OHRQoL) در کودکان گروه مورد و شاهد

Mann-Whitney U	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	OHRQoL
۰/۵۶۷	۰/۵۷۲	۱۳/۲۳	۱۴/۰۸	۴۹	مورد
		۱۵/۸۸	۱۷/۰۲	۴۹	شاهد

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار حیطه‌های (خانواده، کودک) کیفیت زندگی وابسته به سلامت در کودکان گروه مورد و شاهد

Mann-Whitney U	شاهد	مورد	
$Z = 0/989$ و $p = 0/425$	$2/73 \pm 2/62$	$2/32 \pm 2/51$	حیطه‌های تأثیر بر خانواده - عملکرد در خانواده
$Z = 0/797$ و $p = 0/325$	$2/63 \pm 2/53$	$2/08 \pm 2/27$	- نگرانی و دغدغه والدین
$Z = 0/986$ و $p = 0/323$	$5/36 \pm 4/91$	$4/04 \pm 4/59$	تأثیر بر خانواده
$Z = 2/186$ و $p = 0/029$	$2/70 \pm 2/53$	$1/57 \pm 2/04$	حیطه‌های تأثیر بر کودک - اعتماد به نفس کودک و تعاملات اجتماعی
$Z = 0/486$ و $p = 0/627$	$3/15 \pm 2/64$	$2/89 \pm 2/62$	- روحی روانی
$Z = 0/700$ و $p = 0/484$	$1/97 \pm 1/43$	$1/40 \pm 1/41$	- عملکرد کودک
$Z = 1/994$ و $p = 0/046$	$1/97 \pm 1/43$	$1/40 \pm 1/41$	- علائم بیماری
$Z = 0/737$ و $p = 0/461$	$12/12 \pm 11/12$	$9/67 \pm 9/30$	تأثیر بر کودک

جدول ۴: نتایج مدل خطی عمومی در ارتباط کیفیت زندگی و گروه‌های تحت مطالعه با کنترل dmft

P-value	t	خطای معیار	ضریب رگرسیون	dmft
۰/۰۰۱		۱۵/۹۱۷	۰/۰۴۹	۰/۷۸۴
۰/۰۰۱		۳/۳۹۱	۰/۰۴۴	۰/۱۱۷
-		-	-	-

بحث

این مطالعه به منظور بررسی ارتباط بین پوسیدگی‌های زودرس دندان‌ها با کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در کودکان ۳-۶ ساله مبتلا به بیماری سلیاک و کودکان سالم انجام گرفت. به همین منظور ۴۹ کودک مبتلا به بیماری سلیاک و ۴۹ کودک سالم بررسی گردید. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شاخص dmft در کودکان بیمار با میانگین $2/75 \pm 2/46$ به طور معنی‌داری کمتر از کودکان سالم با میانگین $2/86 \pm 3/77$ بود. همچنین در هر دو گروه کودکان بیمار و کودکان سالم اختلاف معنی‌داری از نظر شاخص dmft در پسران و دختران وجود نداشت.

Herwis و همکاران^(۱۶)، نشان دادند که میزان DMFT در بیماران سلیاک برابر $4/7 \pm 4/7$ به طور معنی‌داری کمتر از افراد سالم $4/5 \pm 5/6$ بود. در مطالعه Bicak و همکاران^(۱۷)، میزان DMFT در گروه مبتلایان به سلیاک و گروه کنترل به ترتیب $4/8 \pm 3/67$ ، $4/3 \pm 6/77$ بود که به طور معنی‌داری در گروه سلیاک پایین‌تر بود. در مطالعه Farmakis و همکاران^(۱۸) Bolguel و همکاران^(۱۹) Avsar Kalayaci^(۴) میزان پوسیدگی در گروه مبتلا به سلیاک از گروه کنترل به طور معنی‌داری کمتر بود. نتایج کلیه مطالعات فوق همسو با مطالعه حاضر است. توضیح احتمالی برای این نتایج، یک رژیم غذایی به دقت کنترل شده است. این بیماران یک رژیم غذایی عاری از گلوتن را حفظ می‌کنند. گلوتن حاوی

پروتئینی است که می‌تواند برای دندان پوسیدگی ایجاد کند. این ماده در بلغور جو و آرد و نان جو یافت می‌شود.^(۱) یکی دیگر از دلایل پایین بودن میزان پوسیدگی‌های دندان‌ها در بیماران سلیاک خصوصاً در سال‌های اخیر، می‌تواند مربوط به بهبود وضعیت این بیماران باشد. توجه و اهمیت دادن خانواده‌ها به شرایط تغذیه و بهداشت دهان و دندان و مراجعات لازم به دندانپزشک در این بیماران می‌تواند از علل کاهش پوسیدگی‌های دندان‌ها باشد.

در مطالعه Cantekin و همکاران^(۱۴)، میانگین DMFT در گروه سلیاک $3/75 \pm 2/62$ به طور معنی‌داری بیشتر از افراد سالم $1/87 \pm 1/83$ بود، ولی در مطالعه این محققین میزان dmft در گروه سلیاک $3/25 \pm 3/25$ و در گروه افراد سالم $2/87 \pm 4/56$ گزارش شد، که اختلاف معنی‌داری بین آنها وجود نداشت. شهرکی و همکاران^(۲۰)، نشان دادند که میزان dmft در بیماران سلیاک $5/1 \pm 4/6$ به طور معنی‌داری بیشتر از افراد سالم $2/6 \pm 2/4$ بود. در مطالعه Costacurta و همکاران^(۹)، میانگین dmft در گروه سلیاک $1/84 \pm 2/31$ به طور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم $1/13 \pm 1/42$ بود. هم چنین در این مطالعه میزان DMFT در گروه سلیاک $2/97 \pm 1/74$ به طور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم $1/74 \pm 1/64$ بود.

در مطالعه حاضر میزان dmft، کمتر از مطالعات فوق است. این امر می‌تواند به سن، بیماران مورد بررسی مربوط

دادند، اما کودکان مبتلا به سلیاک نیز بودند که به خاطر مشکلات تغذیه‌ای کیفیت زندگی پایین تری را نشان می‌دادند. در مطالعه Michella و همکاران^(۲۵)، HRQOL در کودکان مبتلا به بیماری سلیاک مشابه کودکان در جمعیت عمومی بود. کودکان مبتلا به سلیاک در سنین ۸ تا ۱۱ سال نسبت به کودکان سالم، اندکی از عملکرد حرکتی و اجتماعی خود رضایت کمتری داشتند، اما همچنان نمرات نسبتاً بالایی را برای این حوزه‌ها گزارش کردند. در مطالعه حاضر، اعتماد به نفس کودک و تعاملات اجتماعی در کودکان بیمار به طور معنی داری پایینتر از کودکان سالم بود، هرچند اختلاف معناداری در OHRQoL در دو گروه مشاهده نشد، که همراستا با مطالعات ذکر شده است. در توجیه این موضوع میتوان بیان نمود که آگاه بودن کودک از بیماری خود و اینکه نمیتواند همانند سایر کودکان در جمع آنها آنچه را که دوست دارد بخورد، تأثیر منفی بر اعتماد به نفس و تعاملات اجتماعی او دارد. از طرفی نتایج این مطالعه بیانگر اینست که تأثیر مشکلات دهان و دندان کودک بر زندگی خود کودک بیشتر از والدین آنها تأثیرگذار است که با تعدادی از مطالعات در این زمینه همراستا است.^(۲۳ و ۲۶)

در مطالعه حاضر، بین میانگین OHRQoL در دو جنس اختلاف معنی داری وجود نداشت، که با تعدادی از مطالعات در این زمینه همسو می‌باشد.^(۲۷ و ۲۸) Bedi و McGrath^(۲۸) نشان دادند که در جنس مونث در مقایسه با جنس مذکر، سلامت دهان و دندان تأثیر مهمتری بر کیفیت زندگی دارد، که مغایر با مطالعه حاضر است. علت این مغایرت، می‌تواند اختلاف سنی در افراد مورد بررسی در دو گروه باشد.

عدم انجام رادیوگرافی یکی از محدودیت‌های این مطالعه بود که می‌تواند بر شاخص dmft در مورد پوسیدگی بین دندانی تأثیر بگذارد. از محدودیت‌های دیگر مطالعه،

باشد، چرا که با افزایش سن احتمال پوسیدگی دندانهای سالم وجود دارد. در مطالعه حاضر فقط کودکان گروه سنی ۳ تا ۶ ساله مورد بررسی قرار گرفتند ولی در مطالعه Cantekin و همکاران^(۱۴)، کودکان ۴ تا ۱۶ سال و در مطالعه شهرکی و همکاران^(۲۰)، افراد ۳ تا ۱۶ سال و در مطالعه Costacurta و همکاران^(۹)، بیماران ۴ تا ۱۳ سال بودند.

در مطالعه حاضر در هر دو گروه مورد و سالم، بین dmft و OHRQoL ارتباط مثبت معنی دار وجود داشت که با تعدادی از مطالعات در این زمینه همراستا است.^(۲۳-۲۱) وجود دندانهای پوسیده و درمان نشده، بیشتر موجب درد، عفونت و تورم شده و می‌تواند موجب از دست رفتن روزهای بازی، مشارکت اجتماعی و یادگیری کودک و روزهای کاری والدین گردد و از طرفی باعث افزایش هزینه‌های اورژانس و بیمارستان گردیده و این خود منجر به افزایش استرس در کودک و والدین می‌گردد، از سویی وجود دندانهای پوسیده و کشیده شده می‌تواند موجب اختلال در غذا خوردن کودک و بالطبع تأثیر منفی بر رشد ذهنی و جسمی کودک در این سنین گردد.^(۱۵) در مطالعه El-Housseiny و همکاران^(۱۳)، نمره OHRQoL در کودکان مبتلا به سلیاک به طور مشخصی بیشتر از گروه مورد بود. همچنین در مطالعه آنها ارتباطی بین پوسیدگیهای دندانی با OHRQoL دیده نشد که مغایر با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد، دلیل این مساله را میتوان به متفاوت بودن جمعیت آماری از نظر سن، جنس، تعداد و وضعیت اقتصادی-اجتماعی نسبت داد.

در مطالعه Biagetti و همکاران^(۲۴)، در مورد بررسی کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به سلیاک در ایتالیا انجام شد. آنها به تفاوت معناداری میان دو گروه (گروه سالم و گروه مورد) نرسیدند. اگر چه برخی کودکان مبتلا به سلیاک، کیفیت زندگی بهتری را نسبت به گروه کنترل نشان

نتیجه گیری:

با وجود کمتر بودن میانگین شاخص dmft در کودکان مبتلا به سلیاک نسبت به کودکان سالم، کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در هر دو گروه مشابه بود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از پایان نامه با شماره ثبت ۹۴۷۳ در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می باشد. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و همچنین استاد ارجمند سرکارخانم دکتر هدی صوفی، فوق تخصص گوارش کودکان جهت همکاری بی‌نهایت سپاسگزاریم. همچنین از والدین و کودکانی که در این راه ما را یاری رساندند کمال تشکر را داریم.

میتوان به مقطعی بودن آن اشاره نمود. از آنجایی که افراد معمولاً رویدادهایی را که در گذشته نزدیکتر روی داده به یاد می‌آورند، ممکن است به سوگیری اطلاعاتی در مطالعه کمک کرده باشد.

کیفیت زندگی از شاخصهای ارزشمند برای اندازه گیری وضعیت سلامت می‌باشد. نتایج حاصل از مطالعات کیفیت زندگی میتواند در اجرای درمان‌های مناسب‌تر و ارتقای برنامه‌های درمانی و پیشگیری موثر باشد. قابل ذکر است که مطالعه حاضر تنها مطالعه‌ای است که در مورد OHRQoL در کودکان ایرانی مبتلا به سلیاک انجام شده است. با توجه به محدود بودن مطالعات بر روی OHRQoL در کودکان سلیاکی، برای داشتن بحث مفصل و جامع‌تر مطالعات بیشتری با حجم نمونه بزرگتر در این زمینه پیشنهاد میشود.

منابع

1. Bouziat R, Hinterleitner R, Brown JJ, Stencil-Baerenwald JE, Ikizler M, Mayassi T, et al. Reovirus infection triggers inflammatory responses to dietary antigens and development of celiac disease. *Science*. 2017;356(6333): 44-50.
2. Lee J, Clarke K. Effect of clinical and laboratory parameters on quality of life in celiac patients using celiac disease-specific quality of life scores. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2017;52(11): 1235-9.
3. Priovolou CH, Vanderas AP, Papagiannoulis L. A comparative study on the prevalence of enamel defects and dental caries in children and adolescents with and without coeliac disease. *European journal of paediatric dentistry*. 2004;5(2): 102-6.
4. Pastore L, Carroccio A, Compilato D, Panzarella V, Serpico R, Lo Muzio L. Oral manifestations of celiac disease. *Journal of clinical gastroenterology*. 2008;42(3): 224-32.
5. Nematollahi H, Mehrabkhani M, Sheykhan MM. Assessing the Relationship between Diet and Prevalence of Early Childhood Caries in Birjand Preschool Children. *Journal of Dentistry*. 2007;8(1): 70-85.
6. Macho VMP, Coelho AS, Veloso ESDM, de Andrade DJC. Oral Manifestations in Pediatric Patients with Coeliac Disease - A Review Article. *The open dentistry journal*. 2017;11: 539-45.
7. Cruz IT, Fraiz FC, Celli A, Amenabar JM, Assunção LR. Dental and oral manifestations of celiac disease. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018 Nov 1;23(6):e639-e645. doi: 10.4317/medoral.22506. PMID: 30341262; PMCID: PMC6260995.
8. Fraiz F-C, Celli A, Amenabar J-M. Dental and oral manifestations of celiac disease. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2018;23(6): e639.
9. Costacurta M, Maturo P, Bartolino M, Docimo R. Oral manifestations of coeliac disease. : A clinical-statistic study. *Oral & implantology*. 2010;3(1): 12.
10. Avşar A, Kalaycı AG. The presence and distribution of dental enamel defects and caries in children with celiac disease. *Turkish Journal of Pediatrics*. 2008; 50. (1)

11. O'CONNOR, R. Measuring Quality of Life in health—let's do it. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2007, 53.
12. Tahani B, Kazemi Zahrani Z. Oral health status and oral health related quality of life among independent elderly attending municipal public centers. *jdm* 2022; 35: 1-12.
13. El-Housseiny AA, Alsatat FA, Alamoudi NM, Felemban OM, Mosli RH, Saadah OI. Oral health-related quality of life in children with celiac disease. *Quality of Life Research*. 2022;31(12): 3413-21.
14. Cantekin K, Arslan D, Delikan E. Presence and distribution of dental enamel defects, recurrent aphthous lesions and dental caries in children with celiac disease. *Pakistan journal of medical sciences*. 2015;31(3): 606-9.
15. Jabarifar S-E ,Golkari A, IJadi MH, Jafarzadeh M, Khadem P. Validation of a Farsi version of the early childhood oral health impact scale (F-ECOHIS). *BMC Oral Health*. 2010;10(1): 4.
16. Herwis kh HE, Ahmed A. Prevalence of dental findings of children with celiac disease in Libya: a comparative study. *Case Reports in Clinical Pathology*. 2015;2(1): 61-6.
17. Bıçak DA, Urgancı N, Akyüz S, Usta M, Kızıllıkan NU, Alev B, et al. Clinical evaluation of dental enamel defects and oral findings in coeliac children. *European oral research*. 2018;52(3): 150.
18. Farmakis E, Puntis J, Toumba K. Enamel defects in children with coeliac. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2005: 129.
19. Bolguel BS, Arslanoğlu Z, Tümen EC, Yavuz I, Celenk S, Atakul F. Significance of oral symptoms in early diagnosis and treatment of celiac disease. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2009;29(3): 599-604.
20. Shahraki T, Mehr SO, Hill ID, Shahraki M. A Comparison of the Prevalence of Dental Enamel Defects and Other Oral Findings in Children with and without Celiac Disease. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2019;29(1).
21. James JM, Puranik MP, Sowmya K. Mothers' Sense of Coherence as a Predictor of Oral Health Related Quality of Life Among Preschool Children: A Cross-Sectional Study. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*. 2017;15(1): 11.
22. Fernandes I, Costa D, Coelho V, Sá-Pinto A, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge M. Association between sense of coherence and oral health-related quality of life among toddlers. *Community dental health*. 2017;34(1): 37-40.
23. Sajadi FS, Pishbin L, Azhari SH, Moosazadeh M. Impact of Oral and Dental Health on Children's and Parents' Quality of Life Based on Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) Index. *Int J Dent Sci Res*. 2015;3(2): 28-31.
24. Biagetti C, Gesuita R, Gatti S, Catassi C. Quality of life in children with celiac disease: A paediatric cross-sectional study. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*. 2015;47(11): 927-32.
25. Michella M. P. Kolsteren, Hendrik M. Koopman, Gertruda Schalekamp, M. Luisa Mearin. Health-related quality of life in children with celiac disease. *Journal of Pediatrics*. 2001; 138(4): 593-5
26. Taghian M, Sadri L, Hali H, Moosazadeh M, Zareyan Jahromi A. Association Between Maternal Sense of Coherence and Oral Health-related Quality of Life in 3 to 5-Year-Old Children Referring to Touba Clinic in Sari, Iran. *JMDS*. 2019; 43(4): 378-86
27. Golkari A, Moeini A, Jabbarifar SE. Relationship of socioeconomic status with quality of life related to oral and dental health of 2–5-year-olds in Shiraz. *Journal of Isfahan Dental School*. 2013: 534-41.
28. Mc CG, Bedi R. Gender variations in the social impact of oral health. *Journal of the Irish Dental Association*. 2000; 46(3): 87-91.