

An investigation of the impact of oral health in children under six years old on family quality of life and its associated factors in Qazvin city, 2022

Razieh Jabbarian¹, Reza Emrani², Razie Hosseininavaz^{3*}, Mahnaz Pouresmaeil⁴, Mohammad Mirzaie⁵, Mahsa Esfahani⁶, Nazanin Gholitabar³, Yasmina Davari³, Aida Salimi³

1- Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2- Assistant Professor, Department of Dental Public Health, Qazvin University of Medical Sciences, School of Dentistry, Qazvin, Iran

3- Post-Graduate Student, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

4- PhD of Health Education and Promotion, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

5- Dentist, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

6- Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Medicine, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Article Info

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 1 Jan 2026
Accepted: 17 Apr 2026
Published: 26 Apr 2026

Corresponding Author:
Razie Hosseininavaz

Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

(Email: rshn1016@gmail.com)

Abstract

Background and Aims: Oral health is recognized as an integral component of general health and like other health aspects, can significantly impact the quality of life of both the individual and their family. Due to their rapid physical and psychological development, children are particularly vulnerable to the adverse consequences of oral health problems. Accordingly, the present study aimed to investigate the impact of children's oral health on family quality of life and the factors influencing this relationship among children under six years old in Qazvin, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on the parents of 80 six-year-old children in Qazvin city in 2022. A convenience sampling method was employed, recruiting participants from among those attending the Dental School of Qazvin University of Medical Sciences. Initially, the child's demographic information (age, gender, birth order, and family socioeconomic status) was collected from the parents. Subsequently, they completed the Family Impact Scale (FIS) questionnaire. This questionnaire assesses the impact of a child's oral and dental problems on the family, utilizing four subscales. Subsequently, questions were asked regarding general health, oral and dental health, dental visits, and the services received. The collected data were then analyzed using descriptive and analytical statistics including variance, Pearson correlation, and T tests.

Results: 80 parents were enrolled in the study of whom 39 had a son and 41 had a daughter. The mean age of the studied children was 4.72 ± 1.06 years, with an age range of 3 years (the youngest being 3 and the oldest 6 years old). Among the dimensions of family quality of life (FIS), the family finances subscale had the highest mean score (0.53 ± 0.68), while the family conflict subscale had the lowest (0.73 ± 0.44). The overall mean score for family quality of life was 0.52 ± 0.6 . No statistically significant relationship was found between the outcome variable (oral health-related quality of life) and the independent variable of family economic status ($P > 0.05$). However, a statistically significant relationship was observed with the independent variable of the child's birth order ($P = 0.002$), indicating that the impact of the child's oral health on family quality of life would increase with a higher birth order. Furthermore, a significant relationship was found between the child's age and two subscales of family quality of life: family activity ($P = 0.03$) and family conflict ($P = 0.006$). Specifically, a younger child's age was associated with a greater impact of their oral health on the family's quality of life. There was a significant relationship between the child's general health and oral/dental health from the parents' perspective and the impact of the obtained FIS score ($P = 0.001$ and $P = 0.04$, respectively).

Conclusion: The findings indicated that a child's oral health status could impact the family quality of life, and this impact was associated with the child's age and birth order.

Keywords: Quality of Life, Oral Health, Children

Cite this article as: Jabbarian R, Emrani R, Hosseininavaz R, Pouresmaeil M, Mirzaie M, Esfahani M, et al. An investigation of the impact of oral health in children under six years old on family quality of life and its associated factors in Qazvin city, 2022. J Dent Med-TUMS. 2026;39:15. [Persian]



بررسی تأثیر سلامت دهان و دندان کودکان زیر شش سال شهر قزوین بر کیفیت زندگی خانواده و عوامل مؤثر بر آن در سال ۱۴۰۱

راضیه جباریان^۱، رضا عمرانی^۲، راضیه حسینی نواز^۳، مهناز پور اسماعیل^۴، محمد میرزایی^۵، مهسا اصفهانی^۶، نازنین قلی تبار^۲، یاسمینا داوری^۲، آیدا سلیمی^۲

۱- استادیار گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۲- استادیار گروه آموزشی سلامت دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۳- دستیار تخصصی گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۴- دکترای تخصصی توسعه و آموزش سلامت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۵- دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۶- دانشیار گروه آموزشی بیماری‌های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۱۱ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۲۸ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۰۶	زمینه و هدف: سلامت دهان و دندان به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از سلامت عمومی نامبرده می‌شود که می‌تواند مانند سایر بخش‌ها کیفیت زندگی فرد و خانواده را تحت شعاع قرار دهد. به دلیل رشد روانی و جسمی سریع کودکان، آن‌ها بیش از دیگران در معرض عوارض منفی دهان و دندان قرار می‌گیرند. در همین راستا مطالعه حاضر به بررسی تأثیر سلامت دهان و دندان کودک بر کیفیت زندگی خانواده و عوامل تأثیرگذار روی آن در کودکان زیر ۶ سال شهر قزوین پرداخته است. روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که بر روی والدین ۸۰ کودک زیر شش ساله شهر قزوین در سال ۱۴۰۱ انجام شد. روش نمونه‌گیری "در دسترس" و از میان مراجعه کنندگان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بود. ابتدا اطلاعات دموگرافیک کودک شامل (سن، جنسیت، رتبه تولد کودک و میزان درآمد خانواده) از والدین گرفته شد، سپس پرسشنامه Family Impact Scale (FIS) توسط آن‌ها تکمیل گردید. این پرسشنامه تأثیر مشکلات دهان و دندان کودک بر خانواده را در ۴ خرده مقیاس بررسی می‌کند. پس از آن، راجع به سلامت عمومی، سلامت دهان و دندان، مراجعه به دندانپزشکی و خدمات دریافت شده سؤالات پرسیده شد. اطلاعات گردآوری شده به صورت توصیفی و تحلیلی با تست‌های واریانس، همبستگی پیرسون و T test مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها: ۸۰ والد که ۳۹ نفر از آن‌ها فرزند پسر و ۴۱ نفر فرزند دختر داشتند وارد مطالعه شدند. میانگین سنی کودکان مورد مطالعه ۴/۷۲±۱/۰۶ سال بود (محدوده ۳ تا ۶ سال) از میان ابعاد کیفیت زندگی خانواده (FIS)، خرده مقیاس امور مالی خانواده با میانگین ۵/۵۳±۰/۶۸ بالاترین امتیاز و خرده مقیاس تضاد خانواده با میانگین ۷/۷۳±۰/۴۴ پایین‌ترین امتیاز را داشت. میانگین کلی کیفیت زندگی خانواده ۵/۵۲±۰/۰۶ بود. بین متغیر پیامد (کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان) و متغیر مستقل سطح اقتصادی خانواده و جنسیت رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0/05$) ولی بین متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان با رتبه تولد کودک رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت ($P=0/002$) به طوری که با افزایش رتبه تولد تأثیر سلامت دهان و دندان وی بر کیفیت زندگی خانواده افزایش پیدا می‌کند. همچنین، بین متغیر مستقل سن کودک و دو خرده مقیاس فعالیت خانواده ($P=0/03$) و تضاد خانواده ($P=0/006$) از میان ابعاد کیفیت زندگی خانواده رابطه معنی‌داری مشاهده شد به شکلی که کم بودن سن کودک ارتباط سلامت دهان و دندان او بر کیفیت زندگی خانواده را افزایش می‌دهد. بین سلامت عمومی و سلامت دهان و دندان کودک از دیدگاه والدین با تأثیر نمره FIS کسب شده رابطه معنی‌داری وجود داشت (به ترتیب $P=0/001$ و $P=0/04$). نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از تأثیر سلامت دهان و دندان کودک بر کیفیت زندگی خانواده است که با سن کودک، رتبه تولد کودک، سلامت عمومی کودک و سلامت دهان و دندان او از نظر والدین ارتباط دارد. کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، سلامت دهان، کودکان

نویسنده مسؤول:

راضیه حسینی نواز

گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

(Email: rshn1016@gmail.com)

مقدمه

سلامت دهان و دندان به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی سلامت عمومی، نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی افراد در تمامی گروه‌های سنی ایفا می‌کند (۱). شواهد نشان می‌دهد که بیماری‌های دهان و دندان نه تنها باعث درد و ناراحتی می‌شوند، بلکه می‌توانند بر عملکردهای روزمره، وضعیت تغذیه، تعاملات اجتماعی و سلامت روان افراد نیز تأثیرگذار باشند (۲). سازمان جهانی بهداشت، سلامت دهان را توانایی فرد برای صحبت کردن، غذا خوردن و برقراری تعاملات اجتماعی بدون درد یا ناراحتی تعریف کرده است و آن را بخشی جدایی ناپذیر از سلامت عمومی می‌داند (۳،۴). تأثیر سلامت دهان و دندان به ویژه در کودکان که در سنین حساس رشد قرار دارند، بسیار عمیق‌تر و قابل توجه‌تر است. سلامت دهان در کودکان تنها به معنای دندان‌های سالم نیست، بلکه عاملی تعیین کننده در رشد فیزیکی، وزن مناسب، اعتماد به نفس، توانایی یادگیری و چگونگی تعاملات اجتماعی آنان به شمار می‌رود (۵). از آنجا که دندان‌های شیری پایه و اساس رویش دندان‌های دائمی هستند، مراقبت از آن‌ها امری حیاتی است و غفلت از آن می‌تواند عواقب بلند مدتی را برای کودک به همراه داشته باشد (۶). در این میان، نقش والدین به عنوان الگو و تصمیم گیرنده اصلی در شکل گیری عادات بهداشتی کودکان، کلیدی است (۷). میزان آگاهی، نگرش و عملکرد صحیح والدین، نخستین عامل در تضمین سلامت دهان و دندان کودکان محسوب می‌شود (۸). متأسفانه آمارها حاکی از آن است که وضعیت بهداشت دهان کودکان ایرانی در سنین پایین، با چالش‌هایی مانند پوسیدگی زودرس مواجه است، به طوری که بسیاری از کودکان، سال‌های آغازین زندگی خود را با دندان‌های پوسیده سپری می‌کنند (۹).

مفهوم "کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان" به این می‌پردازد که چگونه سلامت یا بیماری دهان و دندان، بر راحتی فرد در انجام فعالیت‌های روزمره مانند غذا خوردن، خوابیدن، لیخند زدن و تعامل با دیگران تأثیر می‌گذارد. برای نمونه، پوسیدگی دندان و سایر مشکلات دهانی علاوه بر ایجاد درد و ناراحتی، می‌تواند عملکردهای اساسی مانند تغذیه، گفتار و تعاملات اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). همچنین، درد دندان می‌تواند باعث غیبت از مدرسه و کاهش تمرکز و در نهایت افت عملکرد تحصیلی شود (۱۱). مشکلات دیگر مانند بیماری‌های لثه یا نامرتبی دندان‌ها نیز اگرچه ممکن است در نگاه اول کمتر آشکار باشند،

اما می‌توانند به طور پنهان بر اعتماد به نفس کودک تأثیر بگذارند و او را در برقراری ارتباط با همسالانش دچار مشکل کنند (۱۲). بنابراین، ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان تنها با معاینات بالینی و شمارش دندان‌های پوسیده ممکن نیست و باید احساس و درک خود فرد یا در مورد کودکان خردسال، گزارش والدین آنان را نیز در نظر گرفت (۱۳). مطالعات بین المللی متعددی ارتباط معنی دار بین شدت پوسیدگی دندان و کاهش کیفیت زندگی کودک و خانواده را گزارش کرده‌اند. برای مثال، Abanto و همکاران (۱۴) نشان دادند که افزایش dmft با افزایش تأثیر منفی بر ابعاد عملکردی کودک و فشار روانی والدین همراه است. همچنین Martins-Júnior و همکاران (۱۵) گزارش کردند که پوسیدگی درمان نشده تأثیر قابل توجهی بر خواب، تغذیه و فعالیت‌های روزمره کودک دارد. مطالعه دیگری نشان دادند که کودکان دارای پوسیدگی شدید، امتیاز پایین‌تری در ابعاد روانی- اجتماعی OHRQoL کسب می‌کنند (۱۶). افزون بر این، مرور نظام‌مند Ramos-Jorge و همکاران (۱۷) تأیید کرد که شدت پوسیدگی یکی از قوی‌ترین پیش بینی کننده‌های کاهش کیفیت زندگی در کودکان پیش‌دبستانی است.

در ایران نیز مطالعات متعددی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند. Nemati و همکاران (۱۸) نشان دادند که مشکلات دهانی کودکان پیش‌دبستانی ایرانی تأثیر معنی داری بر کیفیت زندگی آنان و خانواده‌هایشان دارد. Sajadi و همکاران (۱۲) و Nilchian و همکاران (۱۳) نیز رابطه معکوس بین شاخص dmft و امتیاز کیفیت زندگی را گزارش کردند. Abbasi-Shavazi و همکاران (۱۹) در جنوب ایران نشان دادند که شاخص‌های بالینی و وضعیت اجتماعی- اقتصادی از پیش بینی کننده‌های مهم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان هستند. همچنین Taghian و همکاران (۱۱) در مطالعه‌ای ملی گزارش کردند که شدت پوسیدگی با کاهش امتیاز ECOHIS همراه است. در این میان چند سؤال پژوهشی اعم از ارتباط کیفیت زندگی با ابعاد متغیر کودک و خانواده که می‌توانند بر میزان توجه والدین، تخصیص منابع خانوادگی و در نتیجه بر شدت تأثیر بیماری دهان بر کیفیت زندگی خانواده اثرگذار باشند، همچنان مطرح است.

با وجود شواهد گسترده در مورد ارتباط پوسیدگی دندان و کاهش کیفیت زندگی، هنوز درک روشنی از نقش هم زمان شاخص‌های بالینی و ویژگی‌های خانوادگی در تعیین شدت تأثیر سلامت دهان کودک

بر کیفیت زندگی خانواده در جمعیت پیش‌دبستانی ایران وجود ندارد. شناسایی این عوامل می‌تواند به طراحی مداخلات پیشگیرانه هدفمند و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر خانواده کمک کند. این پژوهش شکل گرفته تا به بررسی کیفیت زندگی خانواده مرتبط با سلامت دهان و دندان کودک و عوامل مؤثر بر آن بپردازد. این مطالعه به منظور بررسی تأثیر سلامت دهان و دندان کودکان بر کیفیت زندگی خانواده و شناسایی عوامل مؤثر بر آن در کودکان پیش‌دبستانی شهر قزوین انجام شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی، با شناسه اخلاق IR.QUMS.REC.1402.098 است که بر روی والدین ۸۰ کودکان زیر ۶ سال شهر قزوین در سال ۱۴۰۱ انجام شد. بر اساس فرمول:

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{0.5 \times \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

حجم نمونه بر اساس بررسی همبستگی بین شاخص سلامت دهان و دندان کودکان و نمره کیفیت زندگی خانواده‌ها محاسبه شد. با در نظر گرفتن ضریب همبستگی مورد انتظار ۰/۳، سطح معنی داری ۰/۰۵ و توان آماری ۸۰٪، حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات همبستگی، ۸۴ نفر محاسبه شد که با توجه به احتمال ریزش، ۸۰ خانوار در مطالعه وارد شدند (۱۸).

روش نمونه‌گیری "در دسترس" و از میان مراجعه کنندگان به دانشکده دندانپزشکی علوم پزشکی قزوین بود. معیارهای ورود شامل این بود که شرکت کنندگان والدین یا سرپرست اصلی کودک باشند، سن کودک بین ۳ تا ۶ سال باشد و والدین پرسشنامه را درک کرده و قادر به تکمیل آن باشند. کودکان دارای مشکلات سیستمیک شدید که کیفیت زندگی والدین را مستقل از سلامت دهان و دندان تأثیر قرار می‌دادند و پرسشنامه‌هایی که ناقص یا نامعتبر تکمیل شده بودند از مطالعه حذف شدند.

والدین طبق معیارهای ورود و خروج وارد مطالعه شدند سپس سؤالات مورد نظر که در ادامه به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرند

به صورت چهره به چهره در محل انتظار بخش دندانپزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی قزوین به والدین ارائه شد. از والدین خواسته شد هر عبارت را با دقت بخوانند و نظر خود را با استفاده از مقیاس مربوطه اعلام نمایند. این نکته مهم است که هر فرد شرایط فعلی کودک خود را که در زمان تکمیل پرسشنامه در آن قرار داشته مد نظر قرار دهد. ابتدا اطلاعات دموگرافیک کودک شامل سن کودک، جنسیت کودک، رتبه تولد و میزان درآمد خانواده از والدین گرفته شد. سطح اقتصادی خانواده‌ها بر اساس درآمد ماهانه خود اظهاری والدین تعیین شد. به منظور جلوگیری از تأثیر نوسانات اقتصادی و تورم و همچنین افزایش قابلیت مقایسه داده‌ها، درآمدها با استفاده از تقسیم بندی نسبی tertile به سه گروه طبقه بندی شدند.

بدین ترتیب، یک سوم پایین درآمدها در گروه سطح اقتصادی ضعیف، یک سوم میانی در گروه سطح اقتصادی متوسط و یک سوم بالای درآمدها در گروه سطح اقتصادی خوب قرار گرفتند. سپس پرسشنامه Family Impact Scale (FIS) توسط والدین کودک تکمیل شد. این پرسشنامه تأثیر مشکلات دهان و دندان کودک بر خانواده را بررسی می‌کند و بخشی از پرسشنامه ECOHIS است که به همراه آن پرسشنامه یا به صورت مستقل مورد استفاده قرار می‌گیرد و شامل ۱۴ سؤال است که تلاش می‌کند تأثیر وضعیت دهان، فک و صورت کودک را در چهار حوزه مربوط به فعالیت‌های والدین و خانواده (۵ سؤال)، احساسات والدین (۴ سؤال)، تضاد خانوادگی (۴ سؤال)، امور مالی خانواده (۱ سؤال) نشان دهد. سپس سلامت عمومی شامل ۳ سؤال چهار گزینه‌ای راجع به سلامت عمومی کودک، سلامت دهان و دندان کودک و میزان تأثیر آن بر کیفیت زندگی خانواده از نظر والدین و ۲ سؤال راجع مراجعه کودک به دندانپزشکی و خدمات دریافت شده است. سؤالات در مورد فراوانی رویدادها در ۳ ماه گذشته پرسیده شدند.

گزینه‌های پاسخ برای چهار حوزه و نمرات مربوطه عبارتند از: "هرگز" (امتیاز ۰)؛ "یک یا دو بار" (امتیاز ۱)؛ "گاهی" (امتیاز ۲)؛ "اغلب" یا "همیشه" (امتیاز ۳). نمره FIS با مجموع امتیاز که از ۰ تا ۴۲ را شامل می‌شود، آیت‌های مختلف محاسبه می‌شود. امتیازات برای هر یک از چهار دامنه نیز قابل محاسبه است. نمره بالاتر نشان دهنده میزان بیشتری از تأثیر شرایط دهان و دندان کودک بر عملکرد والدین-مراقبین و خانواده به عنوان یک کل است. این پرسشنامه به

جدول ۱- توزیع فراوانی پاسخ‌های شرکت کنندگان به پرسشنامه FIS برحسب تعداد (درصد) و میانگین نمرات اکتسابی از هر سؤال

مقیاس	متن سوال	هرگز	یکی دوبار	گاهی اوقات	اغلب، همیشه	نمره کلی (mean±SD)
فعالیت خانواده	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، شما (پدر و مادر) از محل کار مرخصی گرفته‌اید یا از وظایف خود باز مانده‌اید؟	۴۴ (٪۵۵)	۲۰ (٪۲۵)	۱۴ (٪۱۷/۵)	۲ (٪۲/۵)	۹±۲/۲۳
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، فرزندان نیاز به مراقبت بیشتری توسط والدین بیش از اعضای دیگر خانواده داشته است؟	۳۶ (٪۴۵)	۲۶ (٪۳۲/۵)	۱۸ (٪۲۲/۵)	۰	۱۰/۳±۲/۶
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان به دلیل مراقبت از او، وقت کمتری برای خود یا سایر اعضای خانواده داشته‌اید؟	۴۴ (٪۵۵)	۲۶ (٪۳۲/۵)	۸ (٪۱۰)	۲ (٪۲/۵)	۸±۱/۹
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، خواب شما یا دیگر اعضای خانواده مختل شده است؟	۳۴ (٪۴۵/۵)	۳۰ (٪۳۷/۵)	۱۴ (٪۱۷/۵)	۲ (٪۲/۵)	۱۰/۶±۳/۰۳
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، فعالیت‌های معمول اعضای خانواده مختل شده است؟	۵۲ (٪۶۵)	۱۸ (٪۲۲/۵)	۱۰ (٪۱۲/۵)	۰	۶/۳±۱/۲۸
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، خود یا دیگر اعضای خانواده غمگین و ناراحت شده‌اید؟	۱۴ (٪۱۷/۵)	۴۰	۲۲ (٪۲۷/۵)	۱۲ (٪۱۵)	۱۸/۶±۵/۰۸
عواطف خانواده	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، خود یا دیگر اعضای خانواده احساس تحقیر، شرمندگی و گناه کرده‌اید؟	۵۲ (٪۶۵)	۱۸ (٪۲۲/۵)	۱۰ (٪۱۲/۵)	۰	۶/۳±۱/۲۸
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، خود یا دیگر اعضای خانواده نگران بوده که کودکان شانس اندکی در زندگی داشته است؟	۷۶ (٪۹۵)	۰	۴ (٪۵)	۰	۱۰/۳±۰/۳۱
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، احساس ناراحتی درمان‌های عمومی مثل غذاخوری، پارک یا مسجد کرده‌اید؟	۵۲ (٪۶۵)	۱۸ (٪۲۲/۵)	۱۰ (٪۱۲/۵)	۰	۶/۳۳±۱/۲۸
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، فرزندان با شما مشاجره لفظی یا بگو مگو داشته است؟	۵۳ (٪۶۶/۲۵)	۱۲ (٪۱۵)	۱۵ (٪۱۸/۷۵)	۰	۷±۱/۴۳
تضاد خانواده	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، فرزندان به شما یا سایر اعضای خانواده حسادت و بدرفتاری کرده است؟	۶۶ (٪۸۲/۵)	۲ (٪۲/۵)	۱۰ (٪۱۲/۵)	۲ (٪۲/۵)	۴/۶۶±۰/۹۳
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، فرزندان باعث مشاجره و بدرفتاری در اعضای خانواده شده است؟	۵۳ (٪۶۶/۲۵)	۱۷ (٪۲۱/۲۵)	۱۰ (٪۱۲/۵)	۰	۶/۱۶±۱/۲۱
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بخاطر مشکلات دهان و دندان کودکان، فرزندان شما یا اعضای دیگر خانواده را مقصر دانسته یا یکدیگر را سرزنش کرده‌اید؟	۶۸ (٪۸۵)	۰	۱۲ (٪۱۵)	۰	۴±۰/۷۹
	در طی سه ماه گذشته چند دفعه بیماری‌های دهان و دندان کودکان، مشکلات اقتصادی برای اعضای خانواده ایجاد کرده است؟	۴۸ (٪۶۰)	۱۵ (٪۱۸/۷۵)	۱۸ (٪۲۲/۲۵)	۲ (٪۲/۵)	۹±۱/۹۸

که بر اساس آن گزینه فرصت کمتر در زندگی با ۹۵٪ پاسخ «هرگز» و میانگین نمرات ۱/۳۳ پایین ترین نمره و گزینه غمگین و ناراحت شدن والدین یا دیگر اعضای خانواده با ۱۷/۵٪ پاسخ «هرگز» و میانگین نمرات ۱۸/۶۶ بالاترین نمره را کسب نموده است.

نتایج مطالعه نشان داد، ۴۵٪ افراد مورد مطالعه سلامت عمومی کودک خود را خوب ارزیابی نمودند و ۵۰٪ آن‌ها نیز سلامت دهان و دندان کودکان را در مجموع خوب می‌دانستند. ۶۰٪ والدین مورد مطالعه بیان کردند که کودکان قبل از دندانپزشکی مراجعه داشته است. بیشترین خدمات دندانپزشکی که توسط کودکان مورد مطالعه دریافت شده بود پر کردن دندان (۵٪)، کشیدن دندان (۱۲/۵٪) و ارتودنسی (۱۰٪) بود (جدول ۲ و ۳).

نتایج مطالعه نشان داد، خرده مقیاس امور مالی خانواده دارای بالاترین میانگین ۵۳/۰±۶۸/۰ و خرده مقیاس تضاد خانواده دارای کمترین میانگین ۷۳/۰±۴۴/۰ بود.

نتایج تحلیلی

نتایج آزمون واریانس نشان داد میان تأثیر سلامت دهان کودک بر کیفیت زندگی خانواده و سطح اقتصاد خانواده تفاوت معنی داری نداشت ($P=0/33$). تأثیر سلامت دهان کودک بر کیفیت زندگی خانواده بر حسب رتبه تولد کودک معنی دار بود ($P=0/002$). به طوری که رتبه تولد بالاتر تأثیر سلامت دهان و دندان کودک روی کیفیت زندگی خانواده را بالا می‌برد. جهت بررسی رابطه سن با مقیاس تأثیر سلامت دهان کودک بر خانواده و خرده مقیاس‌های آن از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد، نتایج نشان داد بین سن و خرده مقیاس فعالیت خانواده و تضاد خانواده رابطه معنی داری وجود دارد ($P<0/05$).

فارسی ترجمه شده، روایی و پایایی آن در مطالعه Nilchian و همکاران (۱۳) بررسی شده است. ضریب پایایی نسخه فارسی پرسشنامه (FIS) با ضریب کاپا بیش از ۷۰ درصد مورد تأیید قرار گرفته است. اطلاعات گردآوری شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ شد، کیفیت زندگی والدین و خرده مقیاس‌های آن به صورت توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) ارزیابی شد. میانگین بر اساس نمرات اکتسابی خرده مقیاس‌های/کل پرسشنامه هر فرد تقسیم بر تعداد سوالات آن خرده مقیاس/کل مشخص گردید و به صورت عدد ۰ تا ۳ گزارش شد.

سپس ارتباط متغیرهای مستقل سن، جنسیت، رتبه تولد، وضعیت اقتصادی و خوداظهاری والدین راجع به سلامت عمومی و سلامت دهان و دندان کودک با کیفیت زندگی والدین به عنوان پیامد مطالعه به صورت توصیفی و تحلیلی با آزمون‌های واریانس، همبستگی پیرسون و T test مورد بررسی قرار گرفت. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کراموگروف اسمیرنوف استفاده شده و در آن نرمالیت داده‌ها تأیید شد.

یافته‌ها

نتایج توصیفی

۸۰ والد شامل ۳۹ والد دارای فرزند پسر و ۴۱ والد دارای فرزند دختر در مطالعه حضور داشتند. میانگین سنی کودکان مورد مطالعه $4/72 \pm 1/06$ سال بود (محدوده ۳ تا ۶ سال). رتبه تولد اکثر (۵۵٪) کودکان مورد مطالعه اول بود، وضعیت اقتصادی (۸۵٪) اکثر والدین کودکان در محدوده متوسط ارزیابی شد. نتایج مطالعه در خصوص خرده مقیاس تأثیر سلامت دهان و دندان کودک بر خانواده (FIS) در جدول ۱ نشان داده شده است.

توزیع فراوانی پاسخ‌های سوالات شرکت کنندگان در مطالعه می‌باشد

جدول ۲- توزیع فراوانی خرده مقیاس سلامت عمومی، سلامت دهان و دندان کودک در افراد مورد مطالعه بر حسب درصد

مقیاس	متن سوال	نامطلوب	متوسط	خوب	عالی
سلامت عمومی	در مجموع سلامت عمومی کودک را چگونه ارزیابی می‌کنید.	۰	۱۷/۵	۴۵	۳۲/۵
	در مجموع سلامت دهان و دندان کودک خود را چگونه ارزیابی می‌کنید.	۷/۵	۲۵	۵۰	۱۷/۵
	به چه میزان وضعیت دهان و دندان کودکان زندگی و سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار داده؟	بندرت	کم	متوسط	زیاد
		۳۵	۵/۳۷	۵/۲۷	۰

بررسی تأثیر سلامت دهان و دندان کودکان زیر شش سال شهر قزوین بر کیفیت زندگی خانواده و عوامل مؤثر...
راضیه جباریان و همکاران

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار و دامنه نمره کل و نمرات خرده مقیاس‌های پرسشنامه FIS

مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه	کمترین	بیشترین
فعالیت خانواده	۰/۶۶	۰/۵۹	۱۳	۰	۱۳
عواطف والدین	۰/۶۱	۰/۴۴	۸	۰	۸
تضاد خانواده	۰/۴۴	۰/۷۳	۱۱	۰	۱۱
مالی	۰/۶۸	۰/۵۳	۳	۰	۳
مجموع	۰/۶	۰/۵۲	۳۰	۰	۳۰

جدول ۴- نتایج آزمون واریانس، همبستگی پیرسون و T test میان رتبه تولد، جنسیت و سن کودک، وضعیت اقتصادی خانواده، سلامت عمومی و سلامت دهان و دندان کودک با تأثیر سلامت دهان و دندان کودک بر کیفیت زندگی والدین (نمره پرسشنامه FIS)

متغیر متغیر مستقل	خرده مقیاس	فعالیت خانواده	عواطف و احساسات والدین	تضاد خانوادگی	امور مالی	امتیاز کل
رتبه تولد کودک*	۰/۰۱۵	۰/۰۲	۰/۰۱۸	۰/۰۲	۰/۰۳۳	۰/۰۰۲
وضعیت اقتصادی* خانواده	۰/۴۹	۰/۵۴	۰/۸	۰/۵۵	۰/۰۱۱	۰/۳۳
سن کودک**	۰/۰۳	۰/۲۱	۰/۰۰۶	۰/۰۵۹	۰/۶۴۲	۰/۰۱۱
جنسیت***	۰/۶۵۵	۰/۵۱۲	۰/۶۱۹	۰/۷۱۲	۰/۰۴	۰/۶۴۲
سلامت دهان و دندان کودک**	۰/۰۴۱	۰/۰۳۲	۰/۰۴۸	۰/۰۳۹	۰/۰۰۱	۰/۰۴
سلامت عمومی کودک**	۰/۰۱۱	۰/۰۲۶	۰/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

*آزمون واریانس- **آزمون همبستگی پیرسون -*** T test

دندان کودک به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۴۸- و ۰/۳۶- به دست آمد که از دید آماری دارای همبستگی منفی می‌باشد (جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به صورت توصیفی به بررسی تأثیر سلامت دهان و دندان کودکان بر کیفیت زندگی خانواده پرداخته و سپس ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان را با متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی خانواده، رتبه تولد، سن و جنسیت کودک، سلامت عمومی و سلامت دهان و دندان کودک از دیدگاه والدین مورد بررسی قرار داده است.

رابطه بین مقیاس تأثیر سلامت دهان و دندان کودک بر خانواده و سن کودک معنی دار بود ($P < ۰/۰۵$). به طوری که کوچکتر بودن فرزند ارتباط میان سلامت دهان کودک و کیفیت زندگی والدین را بیشتر متأثر می‌کند. میانگین نمرات پرسشنامه FIS در گروه دختران $۱۷/۷ \pm ۴/۹۴$ و در گروه پسران $۱۷/۹ \pm ۴/۹۲$ بود. ارتباط میان جنسیت و تأثیر سلامت دهان و دندان کودک روی کیفیت زندگی والدین (نمره پرسشنامه FIS) از دید آماری معنی دار نیست. میانگین نمرات اکتسابی کل $۱۷/۸ \pm ۴/۹$ محاسبه شد و در خصوص ارتباط میان میانگین نمرات با سلامت عمومی کودک و سلامت دهان و

خود را در سطح متوسط دانسته‌اند) مربوط باشد. همچنین می‌توان استنباط کرد که تأثیر سلامت دهان بر اقتصاد خانواده آن قدر قوی است که تمامی اقشار را بدون توجه به سطح درآمد تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، نتایج متفاوت را می‌توان به ویژگی‌های اقتصادی نمونه مورد بررسی نسبت داد.

Gomes و همکاران (۲۴) در مطالعه خود نشان دادند که ترتیب تولد کودک، درک والدین از سلامت دهان و دندان کودک، ضایعات حفره‌دار و شاخص پوسیدگی دندان به طور قابل توجهی با تأثیر بر کیفیت زندگی خانواده مرتبط هستند. همچنین Clementino و همکاران (۲۵) در ارزیابی تأثیر درک شده از پوسیدگی دندان و درد دندان بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHRQoL) در کودکان پیش دبستانی و خانواده‌های آنان دریافتند که ترتیب تولد کودک (به ویژه فرزند وسط یا کوچک‌ترین فرزند بودن) و درد دندان، پیش بینی کننده‌های معنی داری برای تأثیر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان هستند. در این مطالعات، رتبه تولد به گونه‌ای است که سلامت دهان فرزندان اول تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی خانواده دارد، حال آن که در مطالعه حاضر این رابطه معکوس مشاهده شده است. یکی از دلایل احتمالی این نتیجه برخلاف انتظار، نظریه تخفیف منابع والدین (parental resource dilution theory) است که بیان می‌کند با افزایش تعداد فرزندان، منابع والدین بین کودکان تقسیم شده و مشکلات مالی و بار مراقبتی خانواده افزایش می‌یابد. در چنین شرایطی، تأثیر تجمعی مشکلات سلامت دهان به سایر مشکلات فرزندان افزوده شده و کیفیت زندگی را بیشتر کاهش می‌دهد.

نتایج این مطالعه نشان داد که جنسیت کودک به طور مستقل تأثیر معنی داری بر کیفیت زندگی خانواده در حوزه مشکلات دهان و دندان ندارد. در مطالعه Nilchian و همکاران (۱۳) که تأثیر سلامت دهان و دندان کودکان بر کیفیت زندگی خانواده را در شهرستان آمل در سال ۱۳۹۰ بررسی کرد، نتایج نشان داد که رابطه بین مقیاس تأثیر سلامت دهان و دندان کودک بر خانواده و سن کودک معنی دار است. همچنین مطالعه Clementino و همکاران (۲۵) عنوان کرد که کوچک‌تر بودن فرزند، تأثیر سلامت دهان بر کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. هر دو این مطالعات با یافته‌های مطالعه حاضر همسو هستند.

نتایج این مطالعه نشان داد که جنسیت کودک به طور مستقل تأثیر

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که سلامت دهان و دندان کودکان با کیفیت زندگی والدین مرتبط است و این ارتباط با کاهش سلامت دهان و دندان کودک تشدید می‌شود. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های دیگر همسو است. به عنوان مثال، مطالعه Abanto و همکاران (۱۴) نشان می‌دهد که پوسیدگی دندان‌های کودکان تأثیر منفی بر کیفیت زندگی والدین دارد و با افزایش تعداد دندان‌های پوسیده و کشیده شده، این ارتباط قوی‌تر می‌شود. همچنین Locker و همکاران (۲۰) گزارش کردند که بیماری‌های دهان و دندان کودکان بر عملکرد خانواده و ابعاد روحی- روانی، احساسی و اقتصادی آن تأثیرگذار است.

مطالعات اخیر نیز تأیید کرده‌اند که تجربه پوسیدگی دندان در کودکان پیش‌دبستانی با کاهش کیفیت زندگی مرتبط بوده و منجر به افزایش امتیازهای شاخص‌های مشکلات خانوادگی می‌شود. برای نمونه، در مطالعه‌ای بر روی جمعیت بزرگی از کودکان پیش‌دبستانی، ارتباط معنی داری بین تجربه پوسیدگی و امتیازات ضعیف‌تر در شاخص‌های کیفیت زندگی کودک و خانواده مشاهده شد. اگرچه برخی شاخص‌های خانوادگی مستقل از شدت پوسیدگی بودند، اما ارتباط کلی بین مشکلات دهان و کیفیت زندگی تأیید گردید (۲۱). علاوه بر این، یک مطالعه تحلیلی در عربستان سعودی نشان داد که وضعیت نامطلوب سلامت دهان در کودکان با پیامدهای منفی برای خانواده از جمله افزایش مرخصی والدین از کار، مشکلات خواب و اختلال در فعالیت‌های روزمره خانواده همراه است (۲۲).

این مطالعه همچنین تأثیر سلامت عمومی کودک را بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان بررسی کرده و نشان داد که کاهش سلامت عمومی این تأثیر را تشدید می‌کند. این یافته با مطالعه Mazaheri و همکاران (۲۳) همسو است که نشان داد وضعیت بهداشت دهان و دندان، سلامت عمومی کودک، نحوه مراجعه به دندانپزشک و وضعیت اقتصادی با شاخص FIS ارتباط معنی داری دارند.

در مطالعه Abanto و همکاران (۱۴) گزارش شده که درآمد خانواده می‌تواند یک عامل پیش‌بینی کننده برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان خانواده کودکان باشد. با این حال، نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و سطح اقتصادی خانواده نشان نداد. این موضوع ممکن است به همگونی نسبی نمونه مورد مطالعه از نظر وضعیت اقتصادی (که بیش از نیمی از افراد آن

و دندان، از شاخص‌های بالینی نظیر dmft نیز بهره گرفته شود تا ارزیابی جامع‌تری از وضعیت سلامت دهان کودکان به دست آید. انجام مطالعات با حجم نمونه بزرگ‌تر و نمونه‌گیری تصادفی می‌تواند به افزایش قدرت تعمیم نتایج کمک کند.

یافته‌ها حاکی از تأثیر سلامت دهان و دندان کودک بر کیفیت زندگی خانواده است همچنین این مطالعه نشان می‌دهد تأثیر سلامت دهان و دندان کودک با کیفیت زندگی والدین با کاهش سن کودک، افزایش رتبه تولد فرزند، کاهش سلامت عمومی و کاهش سلامت دهان و دندان کودک بیشتر می‌شود.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی قزوین که بستر علمی و حمایت‌های لازم برای انجام این پژوهش را فراهم آورد، نهایت سپاسگزاری را داریم. همچنین، عمیقاً از تمامی والدین گرامی که با صبر و دقت به پرسشنامه‌های این مطالعه پاسخ دادند و تجربیات خود را به اشتراک گذاشتند، قدردانی می‌کنیم. مشارکت ارزشمند شما، اساس این تحقیق بود. این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی به شماره ۱۱۲۰ دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد.

References:

- 1- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31(Suppl 1):3-23.
- 2- Locker D. Oral health and quality of life. Oral Health Prev Dent. 2004;2(Suppl 1):247-53.
- 3- World Health Organization. Oral health. Geneva: WHO; 2012.
- 4- Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull world Health Organ. 2005;83:644.
- 5- Taravati S, Hormozi ZA. Evaluation of the relationship between oral health related quality of life and severity of dental caries of pre-school children. J Dent Med-TUMS. 2022;35:17.
- 6- Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. J Dent. 2012;40(11):873-85.
- 7- Bagińska J, Rodakowska E. Knowledge and practice of caries prevention in mothers from Białystok, Poland. Int J Collaborative Res Int Med Pub Health. 2012;4(5):431-4.
- 8- Gharlipour Gharghani Z, Sharifirad G, Kazazloo Z, Khoshdani Farahani P, Mohebi S. Factors affecting oral-dental health in children in the viewpoints of mothers referred to the health centers in Qom city: using the health belief model. Int J Pediatr. 2016;(9)4:3449-60.

معنی داری بر کیفیت زندگی خانواده در حوزه مشکلات دهان و دندان ندارد. این یافته با نتایج مطالعه‌ای در برزیل که تأثیر مشکلات دهان و دندان کودکان پیش‌دبستانی را بر کیفیت زندگی خانواده بررسی کرده بود، همخوانی دارد. در آن تحقیق نیز تفاوت معنی داری در توزیع جنسیت بین گروه‌های مورد مطالعه مشاهده نشد که نشان می‌دهد جنسیت به تنهایی نمی‌تواند به عنوان یک عامل تأثیرگذار قوی بر ابعاد کیفیت زندگی خانواده در زمینه سلامت دهان در نظر گرفته شود (۱۸).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که در تفسیر نتایج باید مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد و حجم نمونه نسبتاً محدود بود، بنابراین تعمیم نتایج به تمامی کودکان زیر شش سال باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، داده‌ها بر اساس گزارش والدین جمع‌آوری شد و از شاخص‌های بالینی سلامت دهان و دندان مانند dmft استفاده نشد؛ در نتیجه امکان وجود سوگیری ناشی از خود اظهاری وجود دارد. همچنین وضعیت اقتصادی خانواده‌ها بر اساس گزارش والدین سنجیده شد که ممکن است با واقعیت وضعیت اقتصادی تفاوت داشته باشد. در نهایت، ماهیت مقطعی مطالعه امکان بررسی روابط علی بین متغیرها را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان

- 9- Hayes A, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Quiñonez C. Time loss due to dental problems and treatment in the Canadian population: analysis of a nationwide cross-sectional survey. BMC Oral Health. 2013;13:17.
- 10- Zamanzadeh M, Ranjdoust H, Hosseinnataj A, Gharib M, Khoshgoiyan H, Ghasemi M, et al. A Comparative Study of Oral Health and Oral Health-Related Quality of Life in Children Aged 2-7 Years with Cerebral Palsy and Healthy Controls. J Mazandaran Univ Med Sci. 2025;10;35(244):182-8.
- 11- Taghian M, Sadri L, Soleimani B, Moosazadeh M, Dehestani A, Tabarestani A. Oral health-related quality of life of 2 to 5-year-old children in Iran. J Res Dent Maxillofac Sci. 2022;10;7(4):202-9.
- 12- 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.
- 13- Nilchian F, Jabbarifar SE, Larjani M, Navaei H. Evaluation of the impact of children's oral health on their family quality of life in Amol, Iran. J Isfahan Dent Sch. 2013;1;8(7).
- 14- Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children.

Community Dent Oral Epidemiol. 2011;39(2):105-14.

15- Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, P Corrêa-Faria, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res.* 2013;47(3):211-8.

16- Scarpelli AC, Paiva SM, Viegas CM, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA. Oral health-related quality of life among Brazilian preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(4):336-44.

17- Ramos-Jorge J, Pordeus IA, Ramos-Jorge, ML, Marques LS, Paiva SM. Impact of untreated dental caries on the quality of life of preschool children: a systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(4):311-22.

18- Nemati S, Ghasempour M, Khafri S. Impact of oral and dental health on quality of life in Iranian preschool children and their families. *Electron Physician.* 2016;8(11):3296.

19- Abbasi-Shavazi M, Mansoorian E, Jambarsang S, Hosseini-Yekani A, Rahmanian V. Predictors of oral health-related quality of life in 2-5 year-old children in the South of Iran. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1):384.

20- Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial

conditions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(6):438-48.

21- Shokravi M, Khani-Varzgan F, Asghari-Jafarabadi M, Erfanparast L, Shokrvash B. The impact of child dental caries and the associated factors on child and family quality of life. *Int J Dent.* 2023;2023:4335796.

22- Aminu K, Jayasinghe RM, Uwambaye P, Salami A, Murererehe J, Ineza MC, et al. Oral health-related quality of life in the East African community: a scoping review. *BMC Oral Health.* 2025;25(1):518.

23- Mazaheri R, Roozbahani NA, Jabarifar SE, Birjandi N, Bayat H. Evaluation of oral health status in 8-11 year-old primary school students of Isfahan and its effect on their family. *J Isfahan Dent Sch.* 2012;1:8(2).

24- Gomes MC, Pinto-Sarmiento TC, Costa EM, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:55.

25- Clementino MA, Gomes MC, Pinto-Sarmiento TC, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Perceived impact of dental pain on the quality of life of preschool children and their families. *PloS one.* 2015;10(6):e0130602.