



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية طب الأسنان

قسم طب أسنان الأطفال

تأثير الأذيات الرضیة السنیة على صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة

عند الأطفال

The Impact of Traumatic Dental Injuries on Oral Health-Related Quality of Life in Children

أطروحة قُدمت إلى جامعة دمشق لنيل درجة الماجستير في علوم طب الأسنان باختصاص

طب أسنان الأطفال

إعداد الباحثة:

هبة نبیل الموصلي

إشراف:

الأستاذة المساعدة الدكتورة ميسون دشاّش

ماجستير

1437هـ/2016م

قرار مجلس البحث العلمي والدراسات العليا رقم / ١٦٢٦ / المتخذ

بالجلسة رقم / ١٦ / تاريخ ٢٠١٦/٤/١٨

اطلع مجلس البحث العلمي والدراسات العليا على قرار مجلس كلية طب الأسنان رقم / ٣٥٦ /
تاريخ ٢٠١٦/٤/٥

وبعد الرجوع إلى اللائحة التنفيذية لقانون تنظيم الجامعات الصادرة بالمرسوم / ٢٥٠ / لعام ٢٠٠٦ .
قرار مجلس جامعة دمشق رقم / ٤٤٠٧ / ص.م. تاريخ ٢٠١٣/٩/١٠ بشأن الموافقة على تسجيل
رسالة الطالبة

تستفيد الطالبة من المرسوم رقم / ٢٠٣ / تاريخ ٢٠١٥/٨/٣ وتمنح سنة إضافية اعتباراً من
٢٠١٦/٩/١٠ لغاية ٢٠١٧/٩/١٠

وبنتيجة المذاكرة قرر مجلس البحث العلمي والدراسات العليا :

الموافقة على تأليف لجنة الحكم على رسالة الماجستير في قسم طب أسنان الأطفال التي أعدها الطالبة
هبة الموصلي بعنوان : ((تأثير الأذيات الرضية السنية على صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند
الأطفال)) بكلية طب الأسنان من السادة الأساتذة :

د. محمد بشير المنقل	الأستاذ في قسم طب أسنان الأطفال	كلية طب الأسنان
جامعة دمشق	الاختصاص: طب أسنان الأطفال	عضواً
د. ميسون دشاش	الأستاذ المساعد في قسم طب أسنان الأطفال	كلية طب الأسنان
جامعة دمشق	الاختصاص: طب أسنان الأطفال	عضواً مشرفاً
د. محمد الشلق	المدرس في كلية طب الأسنان-الجامعة السورية الخاصة	عضواً
	الاختصاص: طب أسنان الأطفال	

وذلك وفق ما هو وارد في قرار مجلس الكلية آنف الذكر،،،

ملاحظة: يرجى إرسال نسخة عن الإعلان الخاص بتحديد موعد المناقشة فور صدوره إلى مكتب
نائب رئيس الجامعة لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا.

جامعة دمشق

مجلس البحث العلمي والدراسات العليا

القرار رقم: ١٦٢٦/م.ب.د.

التاريخ: ٢٠١٦/٤/١٨

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية طب الأسنان

نقدم في طيه نسخة من القرار رقم ١٦٢٦/ الذي اتخذته مجلس البحث العلمي والدراسات العليا في جلسته رقم ١٦/ التي انعقدت بتاريخ ٢٠١٦/٤/١٨ في شأن تأليف لجنة الحكم على رسالة الماجستير للطالبة هبة الموصلي .

يرجى الاطلاع وإجراء المقتضى ،،،

دمشق في ساد

نائب رئيس جامعة دمشق لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

رئيس مجلس البحث العلمي والدراسات العليا

الأستاذ الدكتور جمال العباس

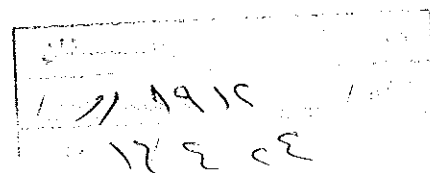
د. دانا جاسم
عميد الاطباء
د. دانا جاسم
شؤون الطلاب
د. دانا جاسم

صورة إلى :

السيد الأستاذ الدكتور وزير التعليم العالي

ديوان الكلية (صاحب العلاقة)

مجلس البحث العلمي والدراسات العليا





" لا يوجد أيُّ جزءٍ من هذه الأطروحة تمَّ أخذه بالكاملٍ من عملٍ آخر،
أو أنجزَ للحصولِ على شهادةٍ أخرى في هذه الجامعة أو في أية
جامعةٍ أخرى أو أي معهدٍ تعليميٍّ "

إلى...

إلى القلب المحب....من في لمستها الشفاء من كل داء
إلى زهرة الربيع اليانعة التي تنتشر عبقها حباً وحناناً
إلى الحب المطلق... والدتي الحبيبة

إلى مثلي الأعلى.. وقدوتي في الحياة ...
شعلة التضحية التي لا تخدم
إلى سندي وملادي... والدي الحبيب

إلى شريك الدرب الطويل .. من أمدني بالحب والقوة
لك الفضل في كل خطوة من خطوات هذا البحث
إلى من تحلو معه الحياة... زوجي الدكتور ماهر الغالي

إلى أغلى الناس إلى قلبي ... إلى قلوب حملت كل الدعوات والصلوات لأجلي
إلى من يشاركوني فرحي ويخففون عني همي
معكم عشت أجمل اللحظات.... إخوتي فواز وفادي وراما

إلى من جعلوا لحياتي طعماً أحلى ... إلى الملائكة الذين زينوا حياتي وأضاءوها
إلى من يلونون أيامي بألوان الفرح والبهجة
ثروتي في هذه الدنيا....ابنتاي حنان وليان

هبه



Acknowledgment

أشكر الله تعالى الذي منّ عليّ بإتمام هذا العمل المتواضع مع رجائي أن يتقبله مني ويجعله خالصاً لوجهه الكريم.

ولابدّ لي من وقفة شكر وامتنان لأساتذتي الكرام الذين لن أنسى فضلهم ما حييت؛ وأخصُّ بشكري وتقديري: **أستاذتي ومشرفتي الفاضلة: الأستاذة المساعدة الدكتورة ميسون دشاش** التي تفضّلت بالإشراف على هذه الأطروحة فأمدتني بتوجيهاتها وملاحظاتها القيّمة، ومنحتني من وقتها وجهدها الكثير إلى أن تم إخراج هذا البحث إلى حيّز الوجود بالشكل اللائق، أسأل الله أن يجزيها عني خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى **الأستاذ القدير الدكتور محمد بشير المنقل** لتفضله بقبول المشاركة في تحكيم هذه الأطروحة، وإغنائها بملحوظاته القيمة، والذي كان خير المعلم في مسيرتنا العلمية خلال السنوات التي مضت.

كما أتوجه بالشكر والامتنان إلى **المدرّس الدكتور محمد الشلق** لتفضله مشكوراً بقبول تحكيم هذه الأطروحة وإثرائها بملحوظاته ونصائحه وتوجيهاته التي سترقى بالبحث وتغنيه.

كما أتوجه بالشكر العظيم لإدارة كلية طب الأسنان في جامعة دمشق ممثلة **بالأستاذ الدكتور محمد سالم الركاب** عميد الكلية، **والأستاذ الدكتور إياد الحفار** نائب عميد كلية طب الأسنان للشؤون الإدارية، **والأستاذ الدكتور عمار مشلح** نائب عميد كلية طب الأسنان للشؤون العلمية، لما يبذلونه من جهود مستمرة في سبيل تطوير عملية البحث العلمي.

كما أتوجّه بفائق الشكر والعرفان لجميع أعضاء قسم طب أسنان الأطفال، أساتذة وموظفين وأخصّ منهم: **الأستاذة الدكتورة شذى قوشجي** رئيسة قسم طب أسنان الأطفال، **والأستاذة المساعدة الدكتورة ندى بشارة** والمدرسة **الدكتورة اتحاد أبو عراج** والمدرّس **الدكتور شادي عزوي** الذين يمدون يد العون والمساعدة بكل إخلاص وتفانٍ ومحبة.

ولا أنسى أن أشكر طلاب الدراسات العليا في قسم طب أسنان الأطفال خلال فترة إنجاز البحث على جميع المساعدات التي قدموها لي في جمع عينة الدراسة فلکم مني كل الحب.

1 - قائمة المحتويات

List of Contents

رقم الصفحة	العنوان
III	الإهداء
IV	كلمة الشكر
7	المقدمة
8	أهداف البحث
9	1- الباب الأول: المراجعة النظرية
10	1-1- الفصل الأول: الأذيات الرضية السنية عند الأطفال.
10	1-1-1- تعريف الأذيات الرضية السنية.
11	1-1-2- تصنيف الأذيات الرضية السنية.
14	1-1-3- وبائيات الأذيات الرضية السنية.
18	1-1-4- أسباب حدوث الأذيات الرضية السنية.
20	1-1-5- عوامل الخطورة للأذيات الرضية السنية.
22	1-2- الفصل الثاني: التدابير العلاجية للأذيات الرضية السنية.
22	1-2-1- اعتبارات معالجة الأذيات الرضية السنية.
25	1-2-2- الفحوصات اللازمة لمرضى الأذيات الرضية السنية.
29	1-2-3- الإجراءات العلاجية للأذيات الرضية السنية.
39	1-3- الفصل الثالث: تأثير نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند الأطفال.
39	1-3-1- تعريف نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم.
42	1-3-2- أساليب قياس نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند الأطفال.
44	1-3-3- أهمية مفهوم أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية.
45	1-4- الفصل الرابع: الدراسات السابقة حول تأثير الأذيات الرضية السنية على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند الأطفال.
51	2- الباب الثاني: المواد والطرائق
52	2-1- العينة.
52	2-2- المواد والأجهزة المستخدمة.
54	2-3- الطرائق.
54	2-3-1- تصميم الدراسة.
54	2-3-2- مكان الدراسة.
55	2-3-3- معايير الدخول في الدراسة.
55	2-4- الأطفال المستبعدون من الدراسة.
56	2-5- الموافقة الأخلاقية والموافقة المستتيرة.
56	2-6- طرائق جمع البيانات.
63	2-7- التحليل الإحصائية.
65	3- الباب الثالث: النتائج
66	3-1- توزيع العينة.
75	3-2- نتائج دراسة نوعية الحياة لدى أطفال العينة.
75	3-2-1- نتائج مقارنة أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية لدى العينتين المصابة والشاهدة.
80	3-2-2- نتائج مقارنة أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية لدى العينتين المصابة والشاهدة بعد معالجة العينة المصابة.
85	3-2-3- نتائج مقارنة أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية لدى العينة المصابة قبل وبعد المعالجة.
90	3-2-4- توزيع العينة المصابة وفقاً لمحاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية.
95	3-2-5- توزيع العينة المصابة وفقاً لمحاور نوعية الحياة والفئات العمرية.

100	6-2-3- توزيع العينة المصابة وفقاً لمحاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالرض.
105	4- الباب الرابع: المناقشة
106	1-4- مناقشة منهج الدراسة
106	4-1-1- الأذيات الرضية السنية
106	4-1-2- الأذيات الرضية السنية ونوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم
108	4-2- مناقشة نتائج الدراسة
108	4-2-1- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضية السنية للأطفال وفقاً للجنس
109	4-2-2- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضية السنية للأطفال وفقاً لنمط الأذية الإصابية
110	4-2-3- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضية السنية للأطفال وفقاً لنمط الأذية الرضية
111	4-2-4- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضية السنية للأطفال وفقاً لسبب الأذية الرضية
113	4-2-5- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضية السنية للأطفال وفقاً لمكان الأذية الرضية
113	4-2-6- مناقشة نتائج المقارنة بين نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند العينة الشاهدة والعينة المصابة قبل المعالجة:
115	4-2-7- مناقشة نتائج المقارنة بين نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند العينة الشاهدة والعينة المصابة بعد المعالجة:
116	4-2-8- مناقشة نتائج المقارنة بين نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند العينة المصابة قبل وبعد المعالجة:
117	4-2-9- مناقشة نتائج علاقة نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم مع نمط الإصابة
117	4-2-10- مناقشة نتائج علاقة نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم مع عمر الطفل
118	4-2-11- مناقشة نتائج علاقة نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم مع عدد الأسنان المتأذية بالرض
119	5- الباب الخامس: الاستنتاجات
122	6- الباب السادس: المقترحات و التوصيات
125	7- الباب السابع: المراجع
	الملخص باللغة العربية
	الملخص باللغة الإنكليزية
	الملحق

2- قائمة الجداول

List of Tables

رقم الصفحة	الجدول
12	جدول (1-1) تصنيف Bakland & Andreasen للأذيات الرضية
13	جدول (2-1) تصنيف Bakland & Andreasen لأذيات النسيج العظمية والرخوة
66	الجدول رقم (1-3) توزيع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والمجموعة المدروسة
66	الجدول رقم (2-3) تقسيم العينة المصابة إلى مجموعات حسب الفئات العمرية.
67	الجدول رقم (3-3) توزيع أطفال العينة وفقاً لمتوسط أعمار الأطفال والحد الأدنى والأعلى والانحراف المعياري
67	الجدول رقم (4-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لعمر الطفل وجنسه
68	الجدول رقم (5-3) المتوسط الحسابي للعمر والانحراف المعياري لدى أطفال عينة البحث.
68	الجدول رقم (6-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لعمر إصابة الطفل وجنسه
69	الجدول رقم (7-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لنوع الأذية الرضية.
69	الجدول رقم (8-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لنوع الأذية الرضية والجنس
70	الجدول رقم (9-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لعمر الإصابة ونمط الأذية الرضية
70	الجدول رقم (10-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لسبب الأذية الرضية.
71	الجدول رقم (11-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لسبب الأذية الرضية والجنس
71	الجدول رقم (12-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لمكان الأذية الرضية
72	الجدول رقم (13-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لمكان الأذية الرضية والجنس.
72	الجدول رقم (14-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض
73	الجدول رقم (15-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض والجنس.
73	الجدول رقم (16-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لنمط الكسور
74	الجدول رقم (17-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لنوع الانخلاع
75	الجدول رقم (18-3) توزيع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار <i>Chi-square</i>
76	الجدول رقم (19-3) توزيع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار <i>Chi-square</i>
77	الجدول رقم (20-3) توزيع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة، ودراسة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار <i>Chi-square</i>
78	الجدول رقم (21-3) توزيع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار <i>Chi-square</i>
80	الجدول رقم (22-3) توزيع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار <i>Chi-square</i> بعد معالجة المصابين
81	الجدول رقم (23-3) توزيع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار <i>Chi-square</i> بعد المعالجة.
82	الجدول رقم (24-3) توزيع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة،

	ودراسة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار <i>Chi-square</i> بعد المعالجة
83	الجدول رقم (3-25) توزع عيني البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار <i>Chi-square</i> بعد المعالجة
85	الجدول رقم (3-26) توزع العينة المصابة وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق قبل وبعد المعالجة باستخدام اختبار <i>McNemar</i>
86	الجدول رقم (3-27) توزع العينة المصابة وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق قبل وبعد المعالجة باستخدام اختبار <i>McNemar</i>
87	الجدول رقم (3-28) توزع عينة الدراسة وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة، ودراسة الفروق قبل وبعد المعالجة باستخدام اختبار <i>McNemar</i>
88	الجدول رقم (3-29) توزع العينة المصابة وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق قبل وبعد المعالجة باستخدام اختبار <i>McNemar</i>
90	الجدول رقم (3-30) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i>
91	الجدول رقم (3-31) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i>
92	الجدول رقم (3-32) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i>
93	الجدول رقم (3-33) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i>
95	الجدول رقم (3-34) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة والفئات العمرية ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i> .
96	الجدول رقم (3-35) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة والفئات العمرية ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i> .
97	الجدول رقم (3-36) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة والفئات العمرية ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i> .
98	الجدول رقم (3-37) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة والفئات العمرية ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i> .
100	الجدول رقم (3-38) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالرض ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i> .
101	الجدول رقم (3-39) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالرض ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i> .
102	الجدول رقم (3-40) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالرض ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i> .
103	الجدول رقم (3-41) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالرض ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار <i>fisher</i> .

3- قائمة الأشكال والصور

List of Figures and Shapes

رقم الشكل	التوصيف	رقم الصفحة
(1-1)	أنماط الأذيات الرضية السنية	11
(2-1)	أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم	41
(1-2)	أدوات فحص نبوذة	52
(2-2)	كموزيت ضوئي، مادة رابطة للعاج، حمض تخريش من مجموعة Ivoclar ، الاسمنت الشاردي الزجاجي	53
(3-2)	جهاز التصليب الضوئي المستخدم في الدراسة	53
(4-2)	مكان الدراسة العيادات الخارجية لجامعة دمشق	54
(5-2)	حالة سريرية رقم 1 كسر مينائي-عاجي في الثنيتين أ: قبل المعالجة. ب: بعد المعالجة.	60
(6-2)	حالة سريرية رقم 2 كسر تاجي معقد في الثنية اليمنى أ-ب: قبل المعالجة. ج: التشخيص الشعاعي. د-ه: أثناء المعالجة. ي: بعد المعالجة	60
(7-2)	حالة سريرية رقم 3 كسر تاج جذر في الثنية اليسرى الدائمة أ قبل المعالجة. ب: أثناء الفحص ج: بعد المعالجة	61
(8-2)	حالة سريرية رقم 4 انخلاع في الثنية اليمنى وصور بعد المعالجة للتعويض الإكريلي التجميلي	61

4- قائمة الاختصارات

List of Abbreviations

الاختصار	شرحه	ترجمته باللغة العربية
TDI	Traumatized Dental Injuries	الأذيات الرضية السنية
OH	Oral Health	صحة الفم
QoL	Quality of Life	نوعية الحياة
OHRQoL	Oral Health Related Quality of Life	نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم
OIDP	Oral Impact on Daily Performance	تأثير صحة الفم في الأداء اليومي
CPQ ₁₁₋₁₄	Child Perception Questionnaire	استبيان إدراك الطفل من 11-14 سنة
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية

المقدمة

Introduction

مقدمة:

يمكن أن تؤدي رضوض الوجه إلى كسورٍ أو انزياحٍ أو فقدٍ للأسنان وهذا قد يحدث آثاراً سلبية كبيرة على الناحية الوظيفية والجمالية والنفسية عند الأطفال، وطالما أن الطفل في تفاعلٍ مستمرٍ مع بيئته المحيطة بكل ما فيها من ألعاب رياضية ووسائل نقل وفعاليات مختلفة، فما من شك أن الأسنان سواء كانت مؤقتة أو دائمة قد تتعرض للأذية الرضية نتيجة التعرض لصدمة مباشرة أو غير مباشرة، لذلك ينبغي على الأطباء وأطباء الأسنان التعاون والتنسيق لتثقيف المجتمع حول الوقاية وآلية تقديم المعالجة للأذيات الرضية لمنطقة الفم والوجه والفكين، كما يجب على أطباء الأسنان أن يقوموا بتدبير الأذيات الرضية السنية وإعادة تأهيل الأسنان المصابة وفق أحدث المعايير العالمية.

تعدُّ نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم جزءاً هاماً من مجالات نوعية الحياة عند الأفراد حيث تؤمن قياسات نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم معلوماتٍ أساسية عند تقييم احتياجات المعالجة لدى الأشخاص والمجتمعات من خلال اتخاذ قرارات المعالجة وتقييم الفترات الزمنية المطلوبة والخدمات والبرامج الوقائية، وبالتالي يجب الأخذ بالحسبان كلاً من الأبعاد الوظيفية والنفسية والاجتماعية للصحة الفموية من أجل تنفيذ وتقييم المعالجات الصحية العامة في طب الأسنان.

أُجريت القليل من الأبحاث في الجمهورية العربية السورية ذات الصلة بالأذيات الرضية السنية والمتعلقة بأسبابها، وعلى الرغم من التأثير السلبي الملحوظ لهذه الأذيات لكن لم تتم دراسة الأثر السلبي لهذه الأذيات على نوعية الحياة عند الأطفال المصابين والأثر النفسي الإيجابي لدى تقديم المعالجات الرضية السنية لهم.

أهداف البحث

Aims of Study

1. تقييم نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند الأطفال المصابين بالأذيات الرضّية السنيّة قبل وبعد المعالجة.
2. دراسة تأثير بعض العوامل المتعلقة بالأذية الرضّية السنيّة على نوعية حياة الأطفال المصابين بها (عمر المريض، عمر الإصابة، نمط الأذية الرضّية، أسباب الأذيات الرضّية السنيّة، مكان حدوث الأذيات الرضّية السنيّة، عدد الأسنان المصابة بالأذية الرضّية).

الباب الأول

المراجعة النظرية

Literature Review

1

1-1- الفصل الأول: الأذيات الرضية السنية عند الأطفال:

1-1-1- تعريف الأذيات الرضية السنية:

يُعدُّ علم الرضوض السنية فرعاً من علوم طب الأسنان التي تُعنى بوبائيات وتشخيص وتقييم وتدبير الإصابات الرضية التي تصيب الفكين والأنسجة المحيطة بالإضافة إلى إمرضيتها وطرائق الوقاية منها (Berman et al, 2006).

وعند تعرض الأسنان والنسج الداعمة حولها لأذية رضية ما، غالباً ما يكون هناك تهدم أو انفصال أو مزيج بين الشكليين في آنٍ معاً (Correa et al., 2010).

ونظراً لكون هذه الأذيات مفاجئة وإسعافية فهي تُشكل تجربة مؤلمة لكلٍ من الطفل وأهله إضافةً إلى كون المعالجة معقّدة في بعض الأحيان بالنسبة لطبيب الأسنان الذي يقوم بالتدبير، علماً أن الأذية الرضية السنية إحدى أكثر الحالات شيوعاً لدى طبيب أسنان الأطفال (king et al, 2008).

لذا فإن هذه الأذيات تتطلب اهتماماً وحرصاً شديدين من قبل أطباء الأسنان، مع مراعاة الأنماط الجسدية والعاطفية للمرضى وذويهم، ومع التأكيد على أهمية تأمين معالجات عاجلة من خلال تطبيق تقنيات ووسائل بسيطة تعيد الناحية الوظيفية والجمالية للمريض ولأطول فترة ممكنة (Krishna et al., 2012).

1-1-2- تصنيف الأذيات الرضية السنية:



الشكل (1-1) أنماط الأذيات الرضية السنية.

تم اعتماد العديد من التصنيفات الخاصة بالأذيات الرضية السنية منذ عام 1936، وقد اختلفت هذه التصنيفات في مضامينها والطرائق المتبعة فيها، وقد ساهمت العديد من العوامل في تصنيف الأذيات الرضية السنية كالعوامل المسببة والتشريحية والنسجية والاعتبارات العلاجية (Andreasen, 2007).

- فقد تم تصنيف الأذيات الرضية السنية من حيث البنى التشريحية المتضررة إلى مجموعتين:
- 1- إصابات النسيج الصلب: أي كسور التاج المعقدة وغير المعقدة والكسور التاجية الجذرية إضافةً إلى كسور الجذر.
 - 2- إصابات النسيج حول السنية والأنسجة الداعمة السنخية مثل الانخلاعات والانزياحات (Akhlaghi et al., 2014).

أما من حيث العوامل المسببة فقد تم تصنيفها إلى:

- 1- أذيات مقصودة: ناتجة عن العنف أو الإيذاء المتعمد أو القتل.
- 2- أذيات غير مقصودة: ناتجة عن الحوادث أو الأنشطة الرياضية أو الحروب (Louis, 2006).

وفي عام 1936 قام Brawer بتصنيف الأذيات الرضية للأسنان الأمامية، وقد اقترحت بعده تصانيف أخرى عديدة مثل تصنيف Adams عام 1944 وتصنيف Hogeborn عام 1946، وتصنيف Sweet عام 1955، ومن ثم ظهر تصنيف Rabinowitch للأسنان المؤقتة عام 1956 (Marwah,2009)، بعدها اقترح Ellis عام 1962 تصنيفاً اعتمد فيه النظام العددي الذي يوضح الدرجة التشريحية للإصابة، وفي عام 1972 صنف Andreasen الأذيات الرضية السنية إلى أذيات معقدة وغير معقدة (Andreasen,1975).

ثم قام كلاً من Andreasen و Bakland عام 1994 بتطوير هذا التصنيف وذلك بالإشارة إلى الكسور العظمية، وتم تقسيم الكسور التاجية غير المعقدة إلى كسور مينائية ومينائية عاجية، وهذا التصنيف ضمّ الأذيات الشاملة للسن والبنى الداعمة واللثة والمخاطية، وتم اعتماد هذا التصنيف من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) وهذا ما دعانا أيضاً إلى اعتماده في دراستنا الحالية (Andreasen,2007).

جدول 1-1: تصنيف Bakland & Andreasen للأذيات الرضية (Bakland and Andreasen, 2004)

الأذيات الرضية للسن	الوصف
تصدع الميناء	كسر غير مكتمل (تصدع) في الميناء بدون فقد في بنية السن
كسر الميناء	(كسر تاج غير معقد) كسر مع فقد في الميناء فقط
كسر ميناء- تاج	(كسر تاج غير معقد) كسر مع فقد للميناء والعاج لكن لا يشمل اللب
كسر تاج معقد	كسر يشمل الميناء والعاج مرافق لانكشاف اللب
كسر تاج - جذر	كسر يتضمن الميناء والعاج التاجي والجذري و الملاط
كسر الجذر	كسر يتضمن العاج الجذري و الملاط و اللب ويمكن أن تصنف كسور الجذر حسب انزياح القطعة التاجية

أذيات الانخلاع الارتجاج: أذية البنى الداعمة للسن بدون فقد أو انزياح للسن، لكن مع زيادة الحساسية للقرع.

تحت الانخلاع (تقلقل) إصابة البنى الداعمة للسن مع تقلقل غير طبيعي و لكن دون انزياح السن.

انخلاع خارجي (انخلاع جزئي): انزياح جزئي للسن خارج التجويف السنخي
انخلاع جانبي: انزياح السن بأي اتجاه عدا المحوري يترافق بتمزق الرباط أو كسر في العظم السنخي
الانخلاع التام: خروج السن بشكل كامل من سنخها.

جدول 1-2: تصنيف Bakland & Andreasen لأذيات النسيج العظمية والرخوة

الوصف	الأذية الرضية للنسج العظمية والرخوة
تمزق اللثة أو المخاطية الفموية	جرح ضحل أو عميق في الغشاء المخاطي ناتج عن التمزق ويكون السبب عادة جسم حاد
كدمة اللثة أو المخاطية الفموية	كدمة تتشكل بسبب جسم حاد ولكن لا يترافق مع انقطاع المخاطية ويسبب عادة نزف تحت مخاطية
سحج اللثة أو المخاطية الفموية	جرح سطحي ينتج عن احتكاك أو كشط المخاطية الفموية ويترك سطح أولي نازف.
كسر جدار الجيب العظمي السنخي	كسر في السنخ والذي يتضمن الجيب العظمي السنخي
للك الفك العلوي أو السفلي	كسر في سنخ الفك العلوي أو السفلي
كسر في سنخ الفك العلوي أو السفلي	كسر في السنخ قد يتضمن أو لا يتضمن الجيب العظمي السنخي.

1-1-3- وبائيات الأذيات الرضية السنية:

تشكل المنطقة الفموية 1% من مساحة الجسم الكلية إلا أنها تمثل 5% من مجموع الإصابات الجسدية (Akhlaghi et al., 2014)، وتُعدُّ نسبة الأذيات الرضية للأسنان المؤقتة والدائمة مرتفعة بالرغم من أن المنطقة الفموية تشكل جزءاً صغيراً من الجسم (Glendor, 2008)، لذلك لابد من التدريب والتأهيل القادر على تقديم أفضل رعاية سنية واتخاذ أساليب الوقاية من الأذيات الرضية السنية لتقليل الأعباء المادية والاقتصادية (Andersson, 2013)، حيث تمّ تقدير التكلفة السنوية لمعالجة الأذيات الرضية السنية من اثنين إلى خمسة ملايين دولار لكل مليون نسمة (Akhlaghi et al., 2014).

1-1-3.1 وبائيات الأذيات الرضية السنية بالنسبة للعمر:

تصيب الأذيات الرضية السنية غالباً مجموعة الأعمار الفتية (Andreassen, 2007)، وتحديث معظم الإصابات بعمر 1-3 سنوات للأسنان المؤقتة و 8-11 سنة للأسنان الدائمة (Sari et al., 2014)، وترتفع نسبة الأذيات الرضية السنية عند أطفال ما قبل سن المدرسة لـ 18% من كل الإصابات الجسدية، بينما تقل نسبة حدوث هذه الأذيات في الأعمار الأكبر، ففي معظم الدراسات كانت نسبة وقوع الأذية الرضية السنية لدى الأطفال في حدود 1-3% من بين كل 1000 طفلاً بعمر 12 سنة (Andersson, 2013). وفي دراسة أجراها Dua وزملاؤه وجد أن من بين 880 طفلاً بعمر 12 سنة بلغت نسبة انتشار الأذيات الرضية السنية 14.3% (Dua and Sharma, 2012).

1-1-2.3 وبائيات الأذيات الرضية السنية بالنسبة لنوع الأذية:

تشير الدراسات الوطنية والدولية حول أسباب الأذيات الرضية للأسنان الدائمة أن النوع الأكثر شيوعاً للأذية هو كسر تاج غير معقد في الثنايا العلوية (Glendor, 2009)، ووجد Andreassen أن نسبة الكسور التاجية هي 26-76% من أذيات الأسنان الدائمة (Andreassen et al, 1972b)، وتقدر نسبة الرضوض السنية التي يحدث فيها انخلاعات من بين كل الرضوض الوجهية 1-16% (Flores et al., 2007b). وبالتالي يُعدُّ كسر التاج غير المعقد للثنايا العلوية وأذيات الانخلاع للأسنان المؤقتة أكثر الإصابات شيوعاً (Akhlaghi et al., 2014).

1-1-3.3 وبائيات الأذيات الرضية السنية بالنسبة لنوع السن المتأدي:

تُعدُّ كسور الأسنان الأمامية بسبب الرضوض الإصابات الأكثر شيوعاً في الإنسان الدائم وخاصةً بين الأطفال واليافعين حيث تصل النسبة إلى 25% لدى هؤلاء المرضى (Krishna et al., 2012)، وكانت أكثر الأسنان المتأذية الثنايا العلوية، بينما كانت القواطع السفلية والرباعيات العلوية أقل تأثراً (Andreassen, 2007)، فقد سجلت الثنايا العلوية النسبة الأعلى من حيث الإصابة في دراسة Due عام 2012 بنسبة 43.8% (Dua and Sharma, 2012).

1-1-4.3 وبائيات الأذيات الرضية السنية بالنسبة للجنس:

أظهرت الدراسات باستمرار أن الذكور لديهم فرصة أكبر للإصابة بالأذيات الرضية السنية من الإناث (Frujeri Mde et al., 2014)، تحدث الأذيات بنسبة 76.2% ذكور و32.8% إناث (Akhlaghi et al., 2014)، أما Due وزملاؤه فقد وجد أن نسبة الذكور 63.2% ونسبة الإناث 36.4% (Dua and Sharma, 2012)، وهذه النتائج كانت مشابهة لدراسة Sariano ودراسات أخرى (Soriano, Caldas Ade et al.) (2007).

وقد وجد أيضاً Bastone وزملاؤه مع باقي الدراسات بأن الذكور أكثر إصابة من الإناث مشيراً إلى أن الأماكن الرئيسية للرض هي الحوادث الحاصلة في المنازل والمدارس (Bastone et al., 2000)، وقد عُزي السبب إلى نوع النشاطات التي يقوم بها الذكور مقارنةً مع الإناث (Glendor, 2008). ولكن هذه النسبة بدأت بالتغير مؤخراً وذلك لانتشابه النشاطات التي أصبح يمارسها كلا الجنسين (Traebert et al., 2012).

1-1-5.3 وبائيات الأذيات الرضية السنية بالنسبة للحالة الاقتصادية الاجتماعية:

تُعَدُّ البيئة التي يعيش فيها الطفل عاملاً مهماً لتحديد انتشار الأذيات الرضية السنية وهي أكثر أهمية من العمر والجنس (Glendor, 2008)، واعتبر أن الفقر من عوامل الخطورة لحدوث الأذيات الرضية السنية، حيث وجدت الدراسات ارتفاع نسبة الأذيات الرضية السنية لدى الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتدني بالمقارنة مع الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط والمرتفع، كما وُجد علاقة بين مستوى تعليم الأهل

والإصابة بالأذية الرضية السنية حيث ارتفعت نسبة الإصابة عند الأطفال الذين ينتسبون لفئة الأهل ذوي التعليم المتدني (Oldin et al., 2015).

1-1-6.3 وبائيات الأذيات الرضية السنية في الجمهورية العربية السورية:

أجريت دراسة مقطعية عرضانية في الجمهورية العربية السورية عام 1999 لتحديد البيانات الوبائية المتعلقة بالأذيات الرضية السنية للقواطع الدائمة للأطفال السوريين، وضمت الدراسة 1087 طفلاً بعمر 9-12 سنة من كلا الجنسين وتم الاختيار عشوائياً للمدارس العامة والخاصة في مدارس دمشق.

كانت نسبة الأذيات الرضية السنية 5.2% بعمر 9 سنوات و11.7% بعمر 12 سنة، لم توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث وكان عدد الأطفال الذين لم يقوموا بزيارة للطبيب أو يتلقوا تقييماً أو معالجة لأذيتهم 59.8% (Marcenes et al., 1999).

أجريت في العام نفسه (1999) دراسة أخرى على الأطفال بين عمري 7-14 عاماً وقد تم خلالها فحص 2431 طفلاً وطفلة، وكان عدد الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية 373 طفلاً أي بنسبة 15.43% حيث بلغت نسبة الذكور 19.34% أما نسبة الإناث 10.77%. كانت الثنايا الدائمة العلوية هي الأسنان الأكثر تعرضاً للإصابة من بين جميع الأسنان المفحوصة (بدر، 1999).

في الدراسة ذاتها (بدر، 1999) بلغت نسبة إصابة الأسنان في الفك العلوي 85.21% بينما كانت نسبة الإصابة بالفك السفلي أقل بدلالة إحصائية حيث بلغت 14.79%. وكانت نسبة إصابة سنين معاً بأذية رضية أكبر من نسبة الإصابة بثلاثة أسنان، وجاءت نسبة الإصابة بخمسة أسنان معاً في المرتبة الأخيرة. وأكد بدر في دراسته عام 1999 أنّ النسبة الأعلى من المصابين بأذيات رضية تعود للأطفال من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتدني، كما كانت نسبة إصابة الأطفال المصابين بأذيات رضية سنية والمنتقلين لمستوى اقتصادي اجتماعي جيد أعلى من ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط (بدر، 1999).

1-1-4- أسباب حدوث الأذية الرضية السنية:

يمكن أن يكون سبب الأذيات الرضية عموماً هو السقوط عند الرضع أو العنف الجسدي أو حوادث السقوط والاصطدام أو إصابات الدراجة الهوائية أو الرياضات أو حوادث السيارة أو الاعتداءات أو التخلف العقلي أو داء الصرع أو إصابات ناتجة عن الأمراض بالإضافة إلى سوء التكون العاجي، ومن بين كل هذه المسببات تعتبر حوادث السقوط السبب الأكثر شيوعاً، ويمكن الوقاية من الإصابات الفموية إذا فهِمت عوامل الخطورة والمسببات بشكل جيد (Rajesh, 2011). ويُعزى الاختلاف في نسبة أسباب الأذيات الرضية إلى عدد العوامل المسببة للأذية والأنواع الشائعة المسببة للأذية والمجموعة العمرية والثقافة والمنطقة المدروسة والبيئة (Glendor, 2009)، حيث لاحظ Akhiaghi اختلاف العوامل المسببة بين البلدان والفئات العمرية (Akhlaghi, 2014).

وكان السبب الغالب للأذية بعمر ما قبل المدرسة السقوط والاصطدام بشكل متكرر (Flores et al, 2007)، وذلك لتعرضهم للعديد من الحوادث أثناء تعلمهم الوقوف والمشي (Andreasen, 2007).

أما بعمر 6-12 سنة فقد كانت الحوادث الرياضية والسقوط من الدراجة الهوائية والاصطدام الأسباب الأكثر شيوعاً، ووجدت دراسة أجريت في إيران أن السقوط (56.5%) يليها الرياضة (30.4%) هما السببان الأكثر شيوعاً للأذيات الرضية السنية لعمر 8-9 سنوات من طلاب المدارس الابتدائية. (Akhlaghi et al., 2014)

أما في مرحلة المراهقة فإن المراهقين الذين يمارسون الملاكمة والتزلج وركوب الخيل والسباحة هم أكثر عرضةً للصدمات، كذلك فإن مرضى الصرع خلال الهجمات والمتخلفين عقلياً والذين لديهم اضطراباً بالتنسيق الحركي غالباً ما يتعرضون للسقوط (Levin et al., 2007).

في دراسة مقارنة أجراها Bagdady وزملاؤه في السودان والعراق، وجدوا أن العنف (36% في العراق و71% في السودان) هو السبب الأساسي للأذيات الرضية بعمر 6-12 سنة (Baghdady et al., 1981)، وفي دراسة أخرى قام بها Uji و Teramoto في اليابان و Blinkhom في المملكة المتحدة وجدوا أن الرياضة هي السبب الرئيسي للأذيات الرضية عند المراهقين (Marwah, 2009) بالمقابل فإن Marcenes وزملاؤه وجدوا أن الرياضة 19% والعنف 16% لهما نفس النسبة في التسبب بالأذية الرضية (Marcenes et al., 2000)، أما Lalloo فقد وجد أن الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي معرضون للأذية أكثر

من الأطفال الطبيعيين، بينما نفى Odoi وزملاؤه وجود علاقة من هذا القبيل (Lalloo, 2003).

أما في الجمهورية العربية السورية وجدت دراسة أجريت عام 1999 أن سبب الأذيات الرضية السنية للقواطع الدائمة للأطفال بعمر 9-12 سنة هو العنف (42.5%) والحوادث المرورية (24.1%) والاصطدام مع الناس أو الجماد (16.5%) والسقوط (9.1%) (Marcenes et al., 1999)، بينما في دراسة بدر عام 1999 فقد كان السقوط والرياضة والتصادم وحوادث السير والعادات الضارة والمشاجرة من أهم الأسباب (بدر، 1999).

1-1-5- عوامل الخطورة للأذيات الرضية السنية:

وجد Glender أن العوامل الفموية والمحددات البيئية والسلوك البشري تزيد من خطر الإصابة بالأذية (Glendor, 2009)، حيث يتعرض بعض الأشخاص لإصابات سنية متعددة بنسبة أكبر من غيرهم (Andersson, 2013)، ويُعزى السبب إلى عوامل هيكلية مثل زيادة البروز الوجهي وعدم الكفاية الشفوية وسوء الإطباق وميلان القواطع العلوية أو عوامل سنية مثل سوء التكون السني أو العاجي أو نقص تكون الميناء أو المعالجات اللبية التي قد تزيد من خطورة تأذي السن بالإصابة الرضية (Andreasen, 2007).

وأظهرت الدراسات أن البروز السني أكبر من 3 ملم يزيد من فرصة الإصابة السنية، وأن زيادة البروز السني لـ 5 ملم أو أكثر يزيد من احتمال الإصابة بالأذية الرضية بنسبة 2,98 مرة عن مرضى العضة المفتوحة، ومرضى زيادة البروز السني الأمامي للفك السفلي لديهم

فرصة للإصابة بالأذية الرضية أكثر بـ 6.43 مرة من العضة المفتوحة (Frujeri Mde et al., 2014). ووُجد في دراسة مشابهة زيادة نسبة الخطورة بالإصابة لمن لديه بروز سني أكبر من 5 ملم بنسبة قدرها 50% عن من يملك بروز سني مساوي لـ 5 ملم أو أقل (Cortes et al., 2001)، وهذا ما جعل البروز الوجهي أكبر من 5 ملم عامل خطورة (Soriano et al., 2007).

كما وجد Soriano أن الأطفال الذين يعانون من عدم كفاية شفوية لديهم قابلية للإصابة بنسبة أكبر من أولئك الذين يتمتعون بكفاية شفوية مناسبة. (Soriano et al., 2007).

أما في الجمهورية العربية السورية فقد لوحظ إصابة الأطفال بعمر 9-12 سنة الذين يعانون من بروز سني يزيد عن 5 ملم بالأذيات الرضية السنية، وكان الأطفال الذين يعانون من عدم الكفاية الشفوية أكثر عرضةً للأذية. (Marcenes et al., 1999).

كما أظهرت نتائج بدر عام 1999 أن نسبة إصابة الأطفال الذين يعانون من بروز سني يزيد عن 3 مم كانت الضعف مقارنةً بالأطفال الذين تُقدّر نسبة البروز السني لديهم بـ 3 مم أو أقل. (بدر، 1999).

1-2- الفصل الثاني: التدابير العلاجية للأذيات الرضية السنية:

1-2-1- اعتبارات المعالجة للأذيات الرضية السنية:

يُعدّ تدبير الأذيات الرضية السنية جزءاً من الممارسة السنية بالنسبة لمعظم أطباء الأسنان (Schildknecht et al., 2012)، وتُعدّ المعالجة الإسعافية هامة جداً للحفاظ على السن المصابة على المدى الطويل حيث تُحدث العناية السنية خلال الدقائق الثلاثين الأولى فرقاً جوهرياً في الحفاظ على السن، ويلجأ مرضى الرضوض إلى العيادة السنية لتدبير إصاباتهم التي تتراوح من تصدع مينائي بسيط حتى كسر معقد للتاج أو الجذر أو حتى انخلاع سن أو عدة أسنان (Ajayi et al., 2012).

يتركز الاهتمام في استراتيجيات المعالجة بعد أذية السن الدائمة في الحرص على حيوية اللب والرباط حول السني والتدبير الأولي للأذية الرضية السنية وبعد ذلك المتابعة الدورية من خلال الفحوصات الشعاعية والسريرية لمعرفة نجاح المعالجة، وهذا يتضمن عدم وجود أعراض ولحظ نتيجة إيجابية لاختبار حيوية اللب واستمرار تطور الجذر في الأسنان الفتية وعدم وجود حركة وعدم وجود آفات ذروية (Flores et al., 2001).

يستوجب الشروع بالمعالجة اللبية في حالاتٍ كثيرةٍ كالآلم العفوي أو عند الاستجابة غير الطبيعية لاختبارات اللب أو عند عدم استمرار تطور الجذر في الأسنان الفتية أو تهديم الأنسجة الداعمة ما حول الذروية (Day and Duggal, 2003). وتُعدّ إعادة إصاق قطعة التاج المكسورة حلاً بديلاً لاستعادة الوظيفة والحالة التجميلية الطبيعية للسن المكسورة (Andreasen and Andreasen, 2008).

تميل الأذية الحادة للتسبب بضرر أكبر للنسج الرخوة والبنى الداعمة، بينما تسبب الإصابات الحادة ذات السرعة العالية الانخلاع أو كسور الأسنان (Levin et al., 2007). وتهدف معالجة الأذيات الرضية إلى إعادة تحقيق الغاية الوظيفية والتجميلية للأسنان المتأذية، وتتطلب إعادة الوظيفة أن تعاد الأسنان لموضعها كما تتطلب إعادة الجمالية المقبولة أن نقوم بإعادة ترميم الأسنان المتأذية بالرض السني.

وتقسم المعالجة لثلاثة انواع:

المعالجة الفورية:

وتتنمي لهذه الفئة الأسنان المصابة بانخلاع Avulsion، أو المصابة بكسور سنخية Alveolar Fractures، أو المصابة بانخلاع خارجي أو جانبي Lateral of Luxation، أو الأسنان المصابة بكسور في الجذر Root Fractures. وفي الحالات السابقة جميعها تكون المعالجة الفورية (في غضون ساعات قليلة من المعالجة) مؤثرة بشكل كبير على نتيجة وإنذار المعالجة بحيث تعزز إعادة التوضع المبكرة من استقرار وشفاء الرباط حول السني بشكل أفضل (Andreasen et al., 2002).

المعالجة غير الفورية:

تكون المعالجة في غضون 24 ساعة بعد الإصابة وذلك في الأسنان المصابة بارتجاج Concussion أو تحت خلع Subluxation أو انغراس Intrusion أو كسر تاج مع انكشاف اللب Complicated Crown Fractures (Andreasen et al., 2002).

المعالجة المتأخرة:

يكون لحالات الكسور التاجية بدون انكشاف اللب Uncomplicated Crown Fractures الإنذار نفسه إذا عُولجت خلال عدة ساعات أو بعد فترة من الزمن (Andreasen et al., 2002).

تُعَدُّ الجبيرة ضرورية لتثبيت الأسنان بعد الأذية الرضيّة، وتتضمن الجبيرة المثالية عدة صفات أهمها السماح بالحركة الفيزيولوجية للسن وأن تكون سلبية القوى ما لم يكن المقصود بها تطبيق قوى تقويمية وتطبق بسهولة في الفم ولا تسبب أذية للأنسجة الرخوة، كما يجب أن لا تتداخل مع الإطباق وأن تسمح بإجراء اختبارات الحيوية والوصول لمداخل الأقنية اللبية، ومن الضروري أن تكون سهلة التنظيف وسهلة الإزالة. (Burcak Cengiz et al., 2006)

وتتضمن التعليمات للمرضى الذين طُبّق لهم جبيرة سنّية وضع نظام غذائي يعتمد على الحمية الطرية مع تجنب العض على الأسنان المجبرة، بالإضافة إلى الحفاظ على صحة فموية جيدة واستخدام مضامض فموية مثل الكلورهكسدين واستخدام المضادات الحيوية، والاتصال مباشرة بطبيب الأسنان في حال انفكاك الجبيرة أو انكسارها.

(Burcak Cengiz et al., 2006).

1-2-2-1- الفحوصات اللازمة لمرضى الأذيات الرضوية السنية:

1.2-2-1- القصة الطبية:

تتضمن الأسئلة وجود حساسية محتملة أو اضطرابات نزفية أو أية أمراض تؤثر على المعالجة (Bakland et al,1996).

1-2-2-1- القصة السنية:

يساعد أخذ القصة السنية طبيب الأسنان في معرفة الإصابات السابقة في المنطقة الفموية، حيث تساهم معرفة الشكوى الرئيسية للمريض وتجربته ما بعد الرض في تحديد مدى الإصابة وتقدير مقدرة اللب والأنسجة الداعمة في التغلب على تأثير الأذية. يجب أن يكون سؤال (متى وقعت الأذية؟) أول ما يُسجل في القصة السريرية، ولكن لسوء الحظ هناك العديد من المرضى لا يأخذون استشارة الاختصاصي ولا يقومون بالمعالجة بعد الإصابة مباشرةً (McDonald et al., 2011).

يجب تسجيل وقت الحادثة وتاريخ المعالجة لتقدير إنذار الحالة، وفي حال اتصل المريض أو ذويهم للإعلام عن حدوث إصابة يجب التحقق من وجود أسنان قد كُسرت أو خُلعت قبل قدومهم للعيادة (Forsyth, 2013).

يزودنا سؤال (أين حدثت الأذية؟) بمعلومات عن درجة التلوث الجرثومي الحاصل والحاجة للوقاية من حدوث الكزاز، أما سؤال (كيف حدثت الأذية؟) فيبين الأنسجة والأماكن الأخرى المشمولة بالأذية، فقد يسبب الرض كسراً وجنياً أو اضطراباً في المفصل الفكي الصدغي أو كسوراً في المنطقة الموافقة (Fuss et al., 2007).

قد يكون الحادث شديداً لدرجة يصبح فيها من الصعب البدء بالمعالجة السنية مباشرةً لأن الإصابات الأخرى لها الأفضلية الأكبر (McDonald et al., 2011).

كما يجب الحصول على استشارة عصبية عند احتمال فقد الوعي قبل المعالجة السنية (Forsyth, 2013).

أكد Davis و Vogel أن الضربة التي تؤدي إلى كسر أو انخلاع السن كفيلة للتسبب بإصابة العمود الفقري أو إصابة في داخل الجمجمة، لذلك يجب على طبيب الأسنان تقييم المريض في حال وجود إقياء أو غثيان أو تسرب السائل الدماغي الشوكي من الأنف والأذن إضافةً إلى تقييم التمزقات والكسور العظمية الوجهية.

وينبغي قياس درجة الحرارة والنبض وضغط الدم ومعدل التنفس وجمع هذه المعلومات قبل البدء بالمعالجة السنية (McDonald et al., 2011) .

1-2-3: الفحص السريري:

الفحص خارج الفموي:

يشمل تسجيل مكان الأذية الرضية السنية خارج الفموية وحجمها وامتدادها، ويتضمن ذلك تسجيل الجروح والكدمات الموجودة خارج الفم، ويجب التحري عن أية أجسام غريبة قد تتدخل في الشفاه كالأجزاء السنية أو الحصى عند وجود جروح في الشفة العلوية و/أو السفلية والحرص على إزالتها من النسيج الرخوة بالإضافة لإزالة الفضلات والبقايا الدموية، كما يجب جس الفكين والمنطقة الماضغة لاستبعاد كسور الفك العلوي أو السفلي إضافة إلى جس اللقم الفكية بحذر وفحص حركة الفك السفلي (Flores et al., 2007c).

الفحص داخل الفموي:

تُزال كل البقايا الدموية والفضلات داخل الفموية بحذر للقيام بفحص الأنسجة الفموية الصلبة والرخوة وتُجس النتوءات لتحري الكسور، حيث نطلب من المريض إغلاق فمه لفحص الإطباق السني ويجب فحص كل سن على حدة لتحري الأذية والحركة، كما يشمل الفحص تحري الكدمات والجروح والأجسام الأجنبية في كل من المخاطية الشفوية ولجام الفك العلوي والأنسجة اللثوية واللسان ويجب أن تتم الخياطة في حال جرح اللسان، أما بالنسبة لجرح اللجام فيتم شفاؤه دون اختلاطات طويلة المدى مع العلم أن معظم الجروح داخل الفموية تشفى لوحدها إلا في حالات فقد الأنسجة (Andersson et al., 2012).

1-2-4 الفحص الشعاعي:

بعد أن يحدد الفحص السريري منطقة الأذية الرضية، يجب أن يتم فحص المنطقة باستخدام تقنيات التصوير الشعاعي، ومن الضروري أن تجرى صور شعاعية متعددة لتحديد انزياح السن عن سنخها بالإضافة إلى تحديد الكسور الجذرية، ويجب اختيار الفيلم الشعاعي المناسب لتصوير المنطقة المصابة للحصول على أفضل صورة للسن المرضوض، فالصور البانورامية تساعد في تقييم الكسور الفكوية واللحمية، وتقيد الصورة الاطباقية في تقييم أذيات الأسنان العلوية أو السفلية، ويتم أخذ صورة للسن المتأذية من عدة مساقط وزوايا حيث تؤخذ زاوية أفقية عن طريق توجيه القمع المركزي عبر السن الهدف بزاوية 90 درجة، وصورة جانبية من الجهة الأنسية أو الوحشية للسن المتأذية (إزاحة) (Flores et al., 2007a).

1-2-5 فحوصات الحساسية:

اختبار حساسية اللب:

يُعدُّ فاحص اللب الإلكتروني الاختبار الأنفع لتقييم التزويد الوعائي العصبي للسن المرضوضة، ويجب أن يوضع القطب في أقرب نقطة للحد القاطع، ولا يُعدُّ استخدامه على الأسنان الفتية موثقاً دائماً، إذ لا تدل عدم استجابة اللب عند الفحص بالفاحص الإلكتروني على تموته سواءً كانت الأسنان ناضجة أو فتية.

إن استجابة الفاحص عند الفحص الأولي للأذية لا يزودنا بقاعدة جيدة للمقارنة مع فحوصات المراقبة التالية، أما بالنسبة للأسنان المؤقتة فمن الصعب استخدام الفاحص نظراً لعدم تعاون المريض (Andreasen FM, 1993).

اختبار القرع:

تشير الحساسية تجاه اللمس أو النقر على السن إلى تأذي الرباط حول السني، ويزودنا القرع أيضاً بمعلومات عن العلاقة بين السن والعظام المجاورة، ونقوم بدايةً بالضغط على السن بواسطة إصبع اليد يليها القرع بمقبض المرآة ويشير الصوت المعدني إلى الانغراس أو الانزياح الجانبي، أما في المراحل التالية فيشير الصوت المعدني في فحوصات المتابعة إلى التصاق السن (Bakland and Andreasen , 2004) .

اختبار الحركة:

يفيد الاختبار في تحديد نوع الإصابة حيث أن الإصابات المؤدية لحركة الاسنان بشكل إفرادي تشير إلى (أذيات الانخلاع)، أما الحركة التي تشمل الأسنان كاملة فتشير إلى احتمال وجود كسر في العظم السنخي (Bakland and Andreasen, 2004).

1-2-3- الإجراءات العلاجية لمرضى الأذيات الرضية السنية:

1.3-2-1 تدابير المعالجة لكسور الأسنان والعظم السنخي:

1.1.3-2-1 التصدع:

هو كسر غير مكتمل (تصدع) في الميناء دون فقد في البنية السنية ويكون المظهر التشريحي والشعاعي طبيعي لكن قد تظهر بعض الاختلالات غير الطبيعية (Ravn, 1981)، وتهدف المعالجة إلى الحفاظ على سلامة البنية وحيوية اللب (Olsburgh et al., 2002).

2.1.3-2-1 كسر تاج غير معقد:

هو كسر مينائي أو مينائي عاجي دون أن يشمل اللب، وتُظهر الموجودات الشعاعية و/أو السريرية فقداً في البنية السنية وهذا يشمل الميناء أو كلاً من العاج والميناء، وتهدف المعالجة إلى الحفاظ على حيوية اللب والوظيفة والجمالية الطبيعية، ويعتمد إنذار كسور التاج غير المعقدة في المرتبة الأولى على الأذية الحاصلة للرباط حول السني وفي المرتبة الثانية على امتداد العاج المكشوف، كما يعتمد الحصول على النتائج المثلى على التقويم والرعاية في الوقت المناسب (Jackson, 2006).

1-2-3.1 كسر تاج مفقد:

كسر مينائي عاجي مع انكشاف اللب، وتُظهر المعطيات السريرية والشعاعية فقداً في البنى السنّية مع انكشاف اللب، وتهدف المعالجة إلى الحفاظ على حيوية اللب واستعادة الوظيفة والجمالية (cvek,1978). ويجب تطبيق التغطية اللبية المباشرة أو بتر اللب الجزئي في الأسنان الدائمة مفتوحة الذروة وذلك لضمان استمرار تطور الجذر، ويعتبر أيضاً من ضمن خيارات المعالجة للأسنان مغلقة الذروة، أما الأسنان الدائمة مغلقة الذروة التي ترافقت أذيتها مع أذية انخلاع وأدت إلى انزياح السن فيتم اللجوء لاستئصال اللب (DIAngelis,2012)، بينما نلجأ إلى تطبيق التغطية اللبية أو بتر اللب الجزئي أو القلع في الأسنان المؤقتة، وتعتمد المعالجة على وعي الطفل ومقدرته على التعاون (Malmgren et al,2012). ويعتمد إنذار كسور التاج في الدرجة الأولى على أذية الرباط حول السنّي وعلى زمن انكشاف اللب وامتداد العاج المكشوف ودرجة تطور الجذر وقت حدوث الأذية، وفي الدرجة الثانية على المعالجة المنجزة والرعاية والتقييم اللاحق (Flores,2007b).

1-2-3.4 كسر تاج جذر:

هو كسر ميناء- عاج وملاط مع أو بدون انكشاف اللب، وتُظهر الموجودات السريرية عادةً حركة القطعة التاجية المتعلقة بالثة مع أو بدون انكشاف اللب، بينما تُظهر الموجودات الشعاعية وجود خط على الأشعة يضم التاج والجذر بشكل عمودي في الأسنان المؤقتة ومتعامد مع الشعاع المركزي في الأسنان الدائمة، أما كسور الجذر فتشخص شعاعياً فقط (Flores et al,2007b)، وتهدف المعالجة إلى الإبقاء على حيوية اللب والحفاظ على

الوظيفة والجمالية الطبيعية. وعندما يكون من غير المستطاب أو من غير الممكن إعادة ترميم السن المؤقتة يجب إزالة كامل السن ما عدا الأجزاء الذروية التي قد تسبب إزالتها أذية للسن الدائمة. وفي الأسنان الدائمة فإنّ هدف المعالجة الإسعافية هو تثبيت الجزء التاجي، أما بدائل المعالجة فهي أن نقوم بإزالة القطعة التاجية مع الحفاظ على اللثة العلوية أو قطع لثوي أو عظمي عند الضرورة أو تبزيغ جراحي أو تقويمي من أجل التحضير للترميم، وفي حال انكشاف اللب ممكن أن نلجأ للتغطية اللبية أو بتر اللب أو معالجة الأقنية الجذرية (Andreasen et al,2012b).

وعلى الرغم من أنّ معالجة كسر تاج-جذر معقدة وشاقة، يمكن الحفاظ على الأسنان الدائمة المكسورة من هذا النوع، أما الكسور الممتدة تحت حافة اللثة فقد تكون غير قابلة للترميم (Flores et al,2007b).

1-2-5.1.3 كسر الجذر:

هو كسر عاجي ملاطي شامل لللب، وتُظهر الموجودات السريرية حركة القطعة التاجية وانزياح ارتباطها باللثة، بينما تُظهر الموجودات الشعاعية خطأً أو أكثر من الخطوط الشفافة التي تفصل بين أجزاء السن في الكسور الأفقية، وقد نحتاج للتصوير من عدة زوايا للسن المؤقتة لتشخيص كسر الجذر. وتهدف المعالجة إلى إعادة السن إلى وضعها بأقصى سرعة ممكنة ومن ثمّ تثبيت الجزء التاجي في مكانه التشريحي لتحسين شفاء الرباط حول السني والتروية الوعائية العصبية مع الحفاظ على السلامة الوظيفية والتجميلية. ونقوم بقلع القطعة التاجية للسن دون الإصرار على إزالة الجزء الذروي في الأسنان المؤقتة، أما في الأسنان الدائمة نقوم بإعادة وتثبيت القطعة التاجية (Andreasen et al,2012b).

1-2-6.1.3 كسر العظم السنخي:

هو كسر يشمل العظم السنخي وقد يشمل التجويف السنخي، وتظهر الموجودات السريرية حركة الأسنان وانزياحها، ويوجد غالباً تداخلات إطباقية بسبب تحرك الأجزاء السنخية المكسورة، وقد تكون اختبارات حيوية الأسنان الدائمة إيجابية أو سلبية، أما الموجودات الشعاعية تُظهر توضع خط الكسر في أي مستوى بدءاً من الحواف العظمية وحتى ذروة الجذر، ويكون خط الكسر واضحاً في حال توضع بين ذرى الأسنان المؤقتة والأسنان الدائمة، كما تعد الصور البانورامية هي الأفضل لتحديد مكان وامتداد خط الكسر، وتساعد الصور الجانبية في الإطباق المؤقت على تحديد العلاقة بين الأسنان المؤقتة والدائمة في حالات الانزياح الشفوي للتاج المؤقتة (ADA, 2006). ويجب إعادة أي قطعة منزاحة ثم تطبيق جبيرة لمدة أسبوع أو اثنين في الأسنان المؤقتة، وغالباً يستطب التخدير العام في مثل هذه الحالات. أما في الأسنان الدائمة يجب إعادة القطع المنزاحة وثبيتها بجبيرة لمدة 4 أسابيع (Diangelis et al,2012).

1-2-7.1.3 الارتجاج:

هو أذية الأنسجة الداعمة للسن فقد أو انزياح السن وتؤدي إلى التهاب الرباط حول السني الممتص للأذية، وتُظهر الموجودات السريرية حساسية السن تجاه الضغط أو القرح دون وجود حركة أو انزياح أو نزف من الجيب اللثوي في حين تبدو الموجودات الشعاعية طبيعية، وتهدف المعالجة إلى تحسين شفاء الرباط حول السني والحفاظ على حيوية اللب (Hermann,2012).

وليس هناك حاجة لمعالجة الأسنان المؤقتة إلا إذا كانت مصابة بالإنثان على الرغم من وجود بعض الخطورة لتموت اللب، أما الأسنان الدائمة الناضجة فيجب مراقبتها لاحتمالية تموت اللب نتيجة أذية التروية الدموية (Diangelis et al,2012).

1-2-8.1.3 تحت الخلع:

هو أذية السن والأنسجة الداعمة مع تقلقل غير طبيعي ودون انزياح السن وتؤدي إلى التهاب الرباط حول السني بسبب امتصاص الأذية، وتُظهر الموجودات السريرية حركة السن ويُلاحظ وجود نزف في الجيب اللثوي بينما تكون الموجودات الشعاعية طبيعية، وتهدف المعالجة إلى تحسين شفاء الرباط حول السني والتروية الوعائية، ويجب المراقبة للسن المؤقتة، أما في السن الدائمة فيجب تثبيت السن وإزالة أي تداخل إطباق وتستخدم الجبيرة المرنة لمدة أسبوعين (Andreasen,2007b).

1-2-9.1.3 الانخلاع الجانبي:

هو عبارة عن انزياح السن بأي اتجاه عدا الاتجاه المحوري ويترافق بتمزق في الرباط وكدمة أو حدوث كسر في العظم السنخي، وتُظهر الموجودات السريرية انزياحاً للتاج بالاتجاه الحنكي أو الدهليزي، وتكون السن غير متحركة في الغالب أو حساسة على القرع، وتظهر المنطقة على الصورة الشعاعية توسعاً في المسافة الرباطية الذروية وانزياحاً للذروة في الغالب باتجاه الصفيحة العظمية الشفوية، وتهدف المعالجة إلى إعادة السن المؤقتة لمكانها مع جبيرة لمدة 1 إلى 2 أسبوع إلا إذا كانت الإصابة شديدة أو السن على وشك السقوط، أما

في الأسنان الدائمة فيجب إعادة السن بالسرعة الممكنة ثم تثبيتها بالوضعية التشريحية الصحيحة لتسريع شفاء الرباط حول السني والتروية الوعائية العصبية (Nikoui et al,2003).

1-2-10.1.3 الانغراس:

هو انزياح السن ذروباً باتجاه العظم السنخي ويترافق في الغالب مع تدهم التجويف السنخي للسن، وتُظهر الموجودات السريرية أن السن أقصر من الطبيعي وقد تبدو مخنفة في الحالات الشديدة، وتتزاخ في الغالب ذروة السن شفويّاً في السن المؤقت باتجاه الصفيحة العظمية الدهليزية وتندفع باتجاه التجويف السنخي في السن الدائمة، وتكون السن غير متحركة أو حساسة على القرع، وتُظهر الموجودات الشعاعية انزياح السن ذروباً وانقطاع المسافة الرباطية حول السنية (Wigen et al,2008).

تترك السن المؤقتة لتعود لوضعها الطبيعي تلقائياً في حال الانغراس الشفوي، أما في حال الانغراس نحو البرعم الدائم فنقوم بالقلع، بينما تترك السن الدائمة غير مكتملة الذروة لتعود تلقائياً أو تُعاد جراحياً أو تقويمياً وتثبت السن بالوضعية التشريحية الصحيحة، أما الأسنان الدائمة مكتملة الذروة فتُعاد السن تقويمياً أو جراحياً مع معالجة لبية خلال الأسابيع الثلاثة الأولى من حدوث الإصابة (Flores et al,2001).

1-2-11.1.3 الانخلاع الخارجي:

هو خروج السن جزئياً من تجويفها السنخي، وتُظهر الموجودات السريرية تطاول السن وحركتها، كما يُلاحظ توسع المسافة الرباطية شعاعياً. وتعتمد المعالجة في الأسنان المؤقتة على درجة الإزاحة والحركة ودرجة تشكل الجذر وتعاون الطفل، فعندما يكون الانخلاع أقل من 3 مم في السن غير مكتملة الذروة تُعاد بلطف أو تترك لتعود لوضعها تلقائياً (Lauridsen et al,2012)، أمّا عندما يكون الانخلاع شديداً في السن مكتملة الذروة فنقوم بالقلع، بينما نقوم في الأسنان الدائمة بإعادة السن برفق داخل تجويفها السنخي ونطبق جبيرة مرنة لأسبوعين مع مراقبة حالة اللب، وفي حالة التمثت اللبي يظهر التلون أو التخلخل حول الذروي، أما في حالة إعادة التروية نلاحظ اكتمال الجذر وعودة الاستجابة للاختبارات الحيوية (Lee et al,2003).

1-2-12.1.3 الانخلاع التام:

هو خروج السن بشكل كامل من سنخها، حيث تُظهر الموجودات السريرية السن خارج السنخ بصورة كاملة مع احتمال تفتت بالعظم السنخي، وتُجرى الصور الشعاعية للتأكد من أن السن ليست داخل التجويف السنخي (Flores et al,2001).

لا تُعاد السن المؤقتة بسبب خطورة رض البرعم الخلف، بينما يتم زرع السن الدائمة فوراً سواءً كانت مكتملة الذروة أو غير مكتملة الذروة أو يتم حفظ السن في سوائل خاصة (محلول ملحي متوازن أو حليب أو سالين أو لعاب) في حال بقائها خارج الفم (Lin et al. 2006).

تُترك السن الدائمة مكتملة الذروة في مكانها إذا أُعيد زرعها قبل الوصول للعيادة، ونقوم بتنظيف المنطقة بالإرواء المائي أو السالين أو الكلوروكسيدين، ثم نقوم بخياطة اللثة المتمزقة ونتأكد من وضع السن المعاد زرعها سريرياً وشعاعياً ونطبق جبيرة مرنة لمدة أسبوعين مع إعطاء صادات حيوية جهازية، ويتم إعطاء لقاح الكزاز أو تدعيم اللقاح إذا لامست السن المخلوعة التراب حيث تتم إحالة الطفل لطبيب مختص. وتتم معالجة القناة الجذرية بماءات الكالسيوم خلال 7- 10 أيام التالية للزرع وقبل إزالة الجبيرة إلى أن يتم الحشي النهائي للقناة الجذرية مع المراقبة (Kawanami et al,1999).

أما إذا كانت السن مكتملة الذروة ومحفوظة بسائل خاص لمدة تقل عن 60 دقيقة، فيجب أن يُنظف سطح السن والنقبة الذروية في حال تلوثها بمحلول السالين، وتُزال الخثرة الدموية من التجويف العظمي بمحلول السالين أيضاً، ويتم فحص التجويف السنخي وإعادة أجزاءه لمكانها برفق وبأداة مناسبة (Barrett, Kinny, 1997)، ثم نعيد السن برفق مع ضغط إصبعي خفيف وخياطة اللثة والتحقق من الوضع الصحيح للسن سريرياً وشعاعياً، ونطبق جبيرة مرنة لأسبوعين مع وصف صادات جهازية تتراسكلين كخيار أول وإعطاء لقاح الكزاز أو تدعيم اللقاح إذا لامست السن التراب، وتُعالج القناة الجذرية خلال 7- 10 أيام التالية للزرع بماءات الكالسيوم مع وجود الجبيرة والمراقبة (Lin et al, 2006).

أما في حال بقاء السن الدائمة جافة لأكثر من 60 دقيقة، نقوم بغمرها بمحلول فلور الصوديوم لمدة 20 دقيقة ثم إعادتها ببطء وبضغط إصبعي خفيف وذلك بعد فحص العظم السنخي وإعادته لوضعه الطبيعي بأداة مناسبة، ومن الممكن إجراء المعالجة اللبية قبل إعادة زرع السن أو خلال 7 - 10 أيام التالية للمعالجة كما هو الحال في إعادة الزرع المبكر، ثم

تُخاط اللثة المتمزقة وتتأكد من الوضع الصحيح للسن سريرياً وشعاعياً مع تطبيق جبيرة مرنة 4 أسابيع. وتتم التغطية بالصادات الجهازية والإحالة للاختصاصي لإعطاء لقاح الكزاز ثم المراقبة (AAPD, 2007).

أما إذا كانت السن بذروة مفتوحة وأُعيد زرعها فوراً قبل الوصول للعيادة السنية، عندها تُترك وتُنظف المنطقة بإرذاذ مائي أو محلول السالين وتُخاط اللثة المتمزقة، ثم يتم التأكد من وضع السن سريرياً وشعاعياً وتُطبق جبيرة مرنة لأسبوعين وتُعطى الصادات الجهازية، وإذا لامست السن التراب يُعطى لقاح الكزاز، ويكون الهدف من إعادة الزرع السماح بعودة التروية الدموية لللب السني وإذا لم تعد التروية يُوصى بالمعالجة اللبية (Pierce et al, 1987).

وإذا كانت السن بذروة مفتوحة وتم حفظها بسائل مناسبٍ لأقل من 60 دقيقة فيتم تغطية الجذر بالمينوسكلين ويُعاد زرعها في التجويف السنخي بعد إزالة الخثرة الدموية منه وإعادة أجزائه بأداة مناسبة، ويتم تطبيق جبيرة مرنة لمدة أسبوعين مع صادات جهازية (تتراسكلين)، وفي هذه الحالة فإن الهدف من المعالجة هو السماح للتروية الدموية اللبية لوضعها الطبيعي (Hammarström et al, 1986).

أما إذا كانت السن بذروة مفتوحة وبقيت جافة لأكثر من 60 دقيقة، فيتم غمر السن بمحلول فلور الصوديوم لمدة 20 دقيقة ثم تُعاد ببطء ويضغط إصبعي خفيف، ومن الممكن المعالجة اللبية قبل إعادة زرعها أو خلال 7 - 10 أيام التالية كما هو الحال في الزرع المبكر، وتُخاط اللثة المتمزقة ويتم التأكد من الوضع الصحيح للسن سريرياً وشعاعياً مع تطبيق جبيرة

مرنة ل4 أسابيع والتغطية بالصادات الجهازية، وتتم الإحالة لاختصاصي إعطاء لقاح الكزاز مع المراقبة (Flores et al. 2007b).

1-2-3 معالجة أذيات النسيج الرخوة:

تشمل النسيج الرخوة اللثة والمخاطية الفموية واللسان وتكون الأذيات على شكل سحج أو تمزق أو قطع، وغالباً ما تُشمل أذيات النسيج الرخوة من ضمن الأذيات الرضية للمنطقة الوجهية وتكون على شكل كدمات أو جروح ناجمة عن تداخل الأسنان بالأنسجة، غالباً ما يكون تطبيق الضغط مكان الجرح كافياً للإرقاء، وفي حال لم يتم حدوث الإرقاء وكان التمزق شديداً ولم تكن حواف الجرح متقابلة نلجأ للخياطة (Vuletic et al., 2014).

1-3- الفصل الثالث: تأثير صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال

1-3-1- تعريف أثر صحة الفم على نوعية الحياة:

قامت منظمة الصحة العالمية في عام 1946 بتوسيع تعريفها للصحة لتشمل تعافي كل من الحالة الجسدية والعاطفية والاجتماعية (WHO, 1995)، ولذلك فقد قام قسم الصحة في المملكة المتحدة بتعريف الصحة الفموية على أنها "المعايير المتعلقة بصحة الفم وأنسجته والتي تمكن الأفراد من الأكل والحديث والتفاعل الاجتماعي بشكلٍ خالٍ من المرض والانزعاج أو الخجل والإحراج والتي ترتبط جميعها بالحالة الصحية العامة" (DoH, 1994).

كما عُرِفَ التقييم الشخصي للصحة الفموية بأنه ذلك الذي يعكس راحة الفرد عند الأكل والنوم والانخراط في العلاقات الاجتماعية والثقة بالنفس ورضاهم فيما يتعلق بصحة الفم (DHHS, 2000).

إن اتساع مفهوم الصحة بهذا الشكل فرض على المقاييس الحيوية للأمراض أن تدعم بمقاييس موضوعية تعتمد على تقييم الصحة من وجهة نظر الأفراد، لذا فقد ظهرت في السنوات الأربعين الأخيرة ثلة من المصطلحات والمقاييس التي تعنى بوجهة نظر المرضى تجاه صحتهم، وقد استخدم مصطلح نوعية الحياة للمرة الأولى من قبل Pigou في كتابه "الرفاه الاقتصادي" بغرض التوصيف العام لإدراك الشخص للرفاهية (Pigou, 1920). لكنّ التعريف الحديث لنوعية الحياة يشمل حالياً مزيجاً من الرفاه الذاتي والموضوعي من خلال عدة محاور حياتية تعتمد على السمات البارزة لثقافة المرء والعصر الذي يعيش فيه مع الالتزام بالمعايير العالمية لحقوق الإنسان (Wallander et al., 2001; Cunningham et al., 2002).

وعرّفت منظمة الصحة العالمية (WHO) نوعية الحياة (QoL) على أنها تصوّر الأفراد لدورهم في الحياة في إطار النظم الثقافية والقيم التي يعيشون ضمنها وما يتعلق بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم ومخاوفهم (Kumar S, 2014)، وتُقيّم نوعية الحياة من خلال التحري عن الجوانب السلبية المؤثرة على الحالة الصحية والمعالجة اللازمة لها من وجهة نظر الشخص المصاب (Tamanini et al., 2004)

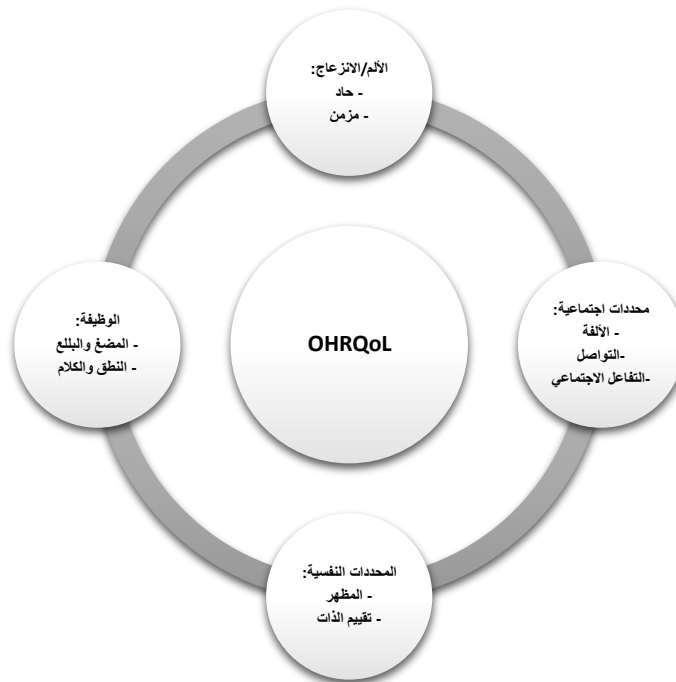
وبناءً على ما سبق فقد قام الباحثون في مجال الخدمات الصحية بالتركيز على الصحة كمفهوم متعدد الأبعاد يشمل دراسة الأعراض والوظائف البدنية وسلامة الحالة الاجتماعية والعاطفية معاً، كما بدؤوا بالسعي للربط بين صحة الفم ونوعية الحياة (Gift and Atchison, 1995)، وفهم العلاقات المتبادلة فيما بينها وبين المتغيرات السريرية التقليدية مثل التشخيص والبيانات والمعلومات المأخوذة من تجربة الفرد الصحية (Sischo and Broder, 2011).

ومنذ عهد قريب، ظهر مصطلح صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة OHRQoL لكن مع اختلافات عديدة في النهج العملي له. على الرغم من حداثة نشأته، فقد عرّف Kressin صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة بأنها تأثير الظروف الفموية على الحياة اليومية (Kressin et al., 2001).

وبعد سنوات قليلة أعاد Locker وزملاؤه صياغة هذا التعريف في دراستهم عن صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند المسنين، بأنها الأعراض والتأثيرات الوظيفية والنفس اجتماعية الناتجة عن الأمراض الفموية (Locker et al., 2002).

بعدها قام Inglehart و Bagramian بطرح تعريف أكثر تحديداً لمصطلح صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة على أنها غياب التأثيرات السلبية للحالات الفموية على الحياة الاجتماعية، وظهور في المقابل نوع من الثقة بالنفس فيما يتعلق بالمركب السني - الوجهي (Inglehart and Bagramian, 2002).

وفي تعريفهما هذا يكون Inglehart و Bagramian قد حصرا تعريف صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة في أبعاد محددة طرحها كل من Atchison و Gift، إذ اقترحا تعريفاً يقضي بأن مصطلح صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة يدل على تقييم الشخص لتأثير عوامل معينة على حياته وهذه العوامل هي (1) العامل الوظيفي، (2) العامل الاجتماعي، (3) العامل النفسي، (4) تجربة الألم والانزعاج. وحين تُركز هذه العوامل على معطيات المركب الفموي - الوجهي عندها يتم تقييم صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة (الشكل 1-2) (Gift and Atchison, 2001).



الشكل (1-2) المحددات الأساسية لنوعية الحياة المتعلقة بصحة الفم

لقد تمّ ربط تدني صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال بعدة حالات وجهية فموية، وقد تمّت دراسة العلاقة بين هذه الحالات ونوعية الحياة المتعلقة بصحة الفم عند الأطفال، وتتضمن هذه الحالات وفقاً لانتشارها: النخور السنية، والمشكلات اللثوية وحول السنية، وسوء الإطباق، ونقص الأسنان، واضطرابات التشكل التطورية كشقوق الشفة وقبة الحنك. وهناك عوامل أخرى تساهم في التأثير على صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال قبيل المراهقة وتشمل الأسنان الحساسة والتقرحات الفموية، إلا أن هذه التأثيرات غالباً ما تكون منخفضة الشدة (Agou, 2008).

1-3-2- أساليب قياس صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال:

تمّ تطوير أدوات متعددة لقياس تصورات الناس عن الأثر الاجتماعي للاضطرابات الفموية على حياتهم الاجتماعية (Slade and Spencer, 1994). وقد استخدمت نماذج مختلفة ركزت في مضمونها على دعم المحدّدات الاجتماعية للصحة بشكل عام، كالنموذج المقترح من قبل Victorea عام 1997 ونماذج أخرى (Victora et al., 1997)، وبالرغم من تركيزه على الصحة العامّة إلا أن نموذج Victorea قد أُستخدم بالفعل في دراسات الصحة الفموية، وجاءت نتائج استخدامه لتعزز أنّ الظروف الاجتماعية والديموغرافية للفرد يمكنها أن تحدّد الحالات المرضية الفموية والحاجة للخدمات الصحية (Moreira Rda et al., 2009).

تمّ استخدام العديد من الاستبيانات لقياس صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال (BROWN A, 2006)، لكن أكثرها استخداماً الاستبيانين التاليين:

1- استبيان تأثير صحة الفم في الأداء اليومي عند الأطفال (Child-OIDP: Oral Impacts on Daily Performances) (Jokovic A, 2002).

2- استبيان صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال (COHRQoL):

وقد استخدم لأول مرة في كندا ووضع باللغة الانكليزية، حيث يتألف من 36 سؤالاً لتحديد مدى تأثير صحة الفم بنوعية الحياة عند أطفال تتراوح أعمارهم بين 11-14 سنة، ووُزعت هذه الأسئلة ضمن 4 محاور صحية هي:

الأعراض الفموية - القصور الوظيفي - الحالة العاطفية - الحالة الاجتماعية.

وقد صُمم هذا الاستبيان لاستخراج المعلومات الأكثر دقة حول نسبة المؤثرات المتعلقة بمشاكل الأسنان واللثة والفم والتي عانوا منها في الأشهر الثلاث الماضية (BROWN A, 2006). كما يوجد هذا الاستبيان في نسختين: CPQ₈₋₁₀ من أجل الأطفال ما بين 8-10 سنوات و CPQ₁₁₋₁₄ من أجل الأطفال ما بين 11-14 سنة، وهو أعلى قدرةً في تمييز المؤثرات الفموية في نوعية الحياة والنتيجة عن حالات مرضية مختلفة للحفرة الفموية من الاستبيان السابق (Wogelius P, 2009)، وقد تمت ترجمة هذا الاستبيان إلى اللغة العربية في المملكة العربية السعودية، وتمّت الموافقة على إمكانية تطبيقه في بعض الدول العربية وذلك بعد دراسة مشروعيته ومصداقيته لتتلاءم مع أطفال المجتمع العربي (BROWN A, 2006)، ولكن يُؤخذ عليه عدد أسئلته الكبير الذي يتطلب وقتاً وجهداً أكبر من المريض (Jokovic 2002).

1-3-3- أهمية مفهوم صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة:

تُعدُّ صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة (OHRQoL) ذات أثر هام للممارسة السنية لطب الأسنان والبحوث السنية (Petersen, 2003)، حيث تُعدُّ صحة الفم من بين العوامل التي يمكن لها التأثير على نوعية الحياة وذلك لأن حالات الصحة الفموية الفقيرة تؤدي إلى صعوبة المضغ والكلام وحتى في العلاقات مع باقي الأشخاص (Ulinski et al., 2013). لوحظ في السنوات الأخيرة زيادة عدد الدراسات المتعلقة بالصحة الفموية المرتبطة بنوعية الحياة، وذلك لأن دراسة تأثير صحة الفم على نوعية الحياة تزيد من مصادر المعلومات للأبحاث الوبائية وتخرجها عن نطاق المعلومات السريرية فقط (Pattussi et al., 2010).

ومن المهم أن تصبح نوعية الحياة من حيث ارتباطها بصحة الفم أساساً لأي برنامج هادف إلى الارتقاء بالصحة الفموية (دك الباب رهف، 2013)، تشير الدراسات أن الصحة الفموية للأطفال تتعلق غالباً بالأبعاد الاجتماعية مثل الوضع الاقتصادي للآباء وتعليمهم (Santhosh et al., 2013)، وعلاوةً على ذلك، فإن الظروف في مرحلة الطفولة كالوضع الاقتصادي والاجتماعي وبنية الأسرة ونوعية الآباء لها تأثيرها النفسي الاجتماعي لدى الأطفال (Sanders and Spencer, 2005). كذلك تُعدُّ صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة (OHRQoL) مظهراً من مظاهر الصحة السنية، حيث تعبر عن إحساس المريض المدرك لذاته حول ما إذا كانت صحته الفموية الحالية تؤثر في نوعية الحياة لديه بصورة فعلية أم لا (Wogelius P, 2009).

1-4- الفصل الرابع: الدراسات السابقة حول تأثير الأذيات الرضوية السنية على صحة

الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال:

تحدث الأذيات الرضوية السنية بشكل أساسي في مرحلة الطفولة والمراهقة، ولها تأثير على الأفراد والأسر والمجتمع، كما لها آثاراً نفسية وتأثيراً على نوعية الحياة (Cortes et al., 2002).

على الرغم من عدم وجود اتفاق بشأن اعتبار الأذيات الرضوية السنية مشكلة صحية عامة رئيسية، ولكن زيادة معدلات الحوادث المرورية وغيرها من أنواع العنف وكذلك مشاركة الأطفال والمراهقين والأنشطة البدنية الخطرة قد يؤدي إلى زيادة الأذيات الرضوية السنية ونتائجها ستكون معقدة ومكلفة بالنسبة للخدمات الصحية العامة (Levin et al., 2010)، لذلك أشارت الدراسات إلى وجوب تحقيق المحددات الاجتماعية للأذيات الرضوية لدعم استراتيجيات الصحة التي تعمل على منع حدوثها. (Freire Mdo et al., 2014)

يلعب الآباء دوراً هاماً في تحديد الصحة الفموية لأبنائهم وذلك من خلال تحديد تصوراتهم عن المشاكل الصحية الفموية بما في ذلك الأعراض والمرض بحد ذاته، والمعالجة ومالها من أثر على نوعية الحياة. (Jokovic et al., 2004)

مع انخفاض معدل انتشار نخر الأسنان، أصبحت الصحة الفموية العامة تركز بشكل أكبر على الأذيات الرضوية السنية والتي تعد النوع الثاني الأكثر انتشاراً للحالات السنية والتي تصيب الأطفال ما بين عمر 5 سنوات أو أقل. يمكن للأذيات الرضوية السنية أن تسبب الألم،

وفقد الوظيفة والاضطرابات العاطفية كما يمكن أن تؤثر سلباً على حياة الأطفال. (Jokovic, 2002, A)

قام Cortes بدراسة مقارنة (حالة - شاهد) عام 2002 لأطفال بعمر 12-14 سنة، حيث شملت العينة 68 طفلاً لديهم كسر سني يشمل العاج لم تتم معالجته و136 طفلاً غير مصابين بأية أذية رضية سنية تم شملهم ضمن العينة الشاهدة وتم استخدام استبيان تأثير الصحة الفموية على الأداء اليومي للأطفال (OIDP)، ووجدت الدراسة أن الأطفال المصابين بالأذية الرضية أكثر عرضة للتأثر السلبي في حياتهم اليومية من الأطفال السليمين وذلك بنسبة 20 مرة، وذلك يشمل الابتسام والحالة العاطفية والكلام والتواصل مع الآخرين. (Cortes et al., 2002).

قام Ramos وزملاؤه عام 2007 بدراسة تأثير معالجة الكسر التاجي المينائي العاجي على النشاطات اليومية لليافعين، وقد كان تصميم الدراسة (حالة - شاهد)، وتألّفت مجموعة العينة من 40 يافعاً مصاباً و160 يافعاً سليماً بعمر 11-17 سنة. استعمل استبيان تأثير صحة الفم في الأداء اليومي عند الأطفال (OIDP)، وخلصت النتائج أنه على الرغم من معالجة المرضى المصابين لكنهم مازالوا متأثرين بشكل أكبر من الأطفال غير المصابين فيما يتعلق بالحالة الفموية (Ramos-Jorge et al., 2007).

أجريت دراسة كندية مقارنة (حالة-شاهد) لـ 2422 طفلاً من 30 مدرسة كندية بعمر 12-14 سنة عام 2008 لدراسة تأثير الأذيات الرضية السنية على نوعية الحياة فكان من بينهم 135 طفلاً لديهم أذية رضية سنية شملتهم العينة المصابة إضافةً إلى 135 طفلاً تم شملهم ضمن العينة الشاهدة، وخلصت النتائج أن 64% من الإصابات كانت كسوراً مينائية غير

معالجة و30% كانت أسناناً مصابة بأذيات رضية سنّية قد تمّت معالجتها. تمّ استخدام استبيان إدراك الطفل من 11-14 سنة (CPQ₁₁₋₁₄)، ووجدت أنّ الأطفال المصابين لديهم صعوبات في المضغ ويتجنبون الابتسام والنشاطات الاجتماعية أكثر من الأطفال السليمين. ولدى مقارنة الأطفال المعالجين وغير المعالجين فقد كان الفرق الوحيد هو صعوبة المضغ، وقد ساهمت معالجة الأذية الرضية السنّية في تحسين الناحية التجميلية والاجتماعية، لكن استمرت أوجه القصور الوظيفية نتيجة الألم اللبي أو النسيج حول السنّية. (Fakhruddin et al., 2008)

قام Bendo وزملاؤه عام 2010 بدراسة مقطعية عرضانية هدفت إلى دراسة أثر الأذيات الرضية السنّية المعالجة وغير المعالجة على نوعية الحياة عند الأطفال بعمر 11-14 سنة من طلاب المدارس العامة والخاصة البرازيلية، ضمت الدراسة 1612 طفلاً من الذكور والإناث فكان من بين هؤلاء الأطفال 219 طفلاً لديهم أذية رضية سنّية لم يتمّ معالجتها و64 طفلاً لديهم أذية رضية سنّية معالجة، وتم استخدام استبيان إدراك الطفل من 11-14 سنة ((CPQ(11-14)). كان للأذيات الرضية السنّية أثراً سلبياً على الحالة الاجتماعية وبشكل أساسي فيما له علاقة بتجنب الابتسام أو الضحك والقلق تجاه رأي الآخرين بهم، لم يلاحظ وجود فروقات دالة إحصائية بين الأطفال المعالجين وغير المعالجين (Bendo et al., 2010).

قام Aldrigui وزملاؤه عام 2011 بإجراء دراسة مقطعية عرضانية على 260 طفلاً في البرازيل لأطفال ما قبل المدرسة بعمر 2-5 سنوات من كلا الجنسين، وأظهرت الدراسة أن

الأذيات الرضية السنية المعقدة المتضمنة انكشافاً لبياً و/أو تلوناً في السن لها أثر سلبي على نوعية الحياة لديهم (Aldrigui et al., 2011).

أما Thelen وزملاؤه فقد قاموا بدراسة (حالة- شاهد) للمرضى اليافعين بعمر 16-19 سنة وتألّفت العينة من 95 مريضاً لديهم أذيات رضية سنية غير معالجة و190 يافعاً سليماً، واستخدم استبيان تأثير صحة الفم في الأداء اليومي عند الأطفال (OIPD)، وكان للأذية تأثيراً سلبياً على نوعية الحياة للعينة المصابة خاصة فيما يتعلق بتجنب الابتسام و الخجل من إظهار الأسنان مقارنة مع العينة الشاهدة (Thelen et al., 2011).

أما Traebert وزملاؤه فقد قاموا عام 2012 بدراسة مقطعية عرضانية ضمّت 409 طفلاً من أطفال المدارس البرازيلية بعمر 11-14 سنة واستخدم فيها استبيان إدراك الطفل (CPQ₁₁₋₁₄) لأطفال بعمر 11-14 سنة، وتمّ تحديد مكان ونوع الأذية الرضية السنية والمعالجة المنجزة واللازمة. وقد وجدت الدراسة وجود تأثير للأذية الرضية السنية على نوعية الحياة (Traebert et al., 2012).

أما Siqueira فقد قام عام 2013 بإجراء دراسة مقطعية عرضانية في البرازيل لعينة شملت 814 طفلاً بعمر ما قبل المدرسة 3-5 سنوات لتقييم تأثير الأذيات الرضية السنية إضافة إلى تقييم تأثير النخور السنية والألم السني على نوعية الأطفال لديهم وذوهم . وأظهرت النتائج أثراً سلبياً للألم السني على نوعية الحياة لكل من الأطفال وذوهم بينما لم تكن هناك فروقات دالة إحصائية فيما يخص الأذيات الرضية السنية وبالتالي لم يكن لها أي تأثير على نوعية الحياة لديهم (Siqueira et al., 2013).

وقام Dame بدراسة مقطعية عرضانية أجراها في البرازيل عام 2013 لـ 1528 طفلاً بعمر 12 سنة من المدارس الحكومية والخاصة لتقييم تأثير الأذيات الرضية على القواطع الدائمة لديهم، وتم استخدام استبيان إدراك الطفل (CPQ₁₁₋₁₄) فلو حظ وجود أثر سلبي للأذيات الرضية السنية التي تتطلب معالجة سنية على نوعية الحياة لديهم مقارنةً بالأطفال المصابين والذين هم ليسوا بحاجة للمعالجة سنية، وكان هذا الأثر السلبي على الناحية الوظيفية (Dame-Teixeira et al., 2013).

في عام 2014 قام Ramos وزملاؤه بدراسة مقطعية عرضانية هدفت إلى المقارنة بين الأطفال المصابين بالأذية الرضية السنية والمعالجين والأطفال غير المعالجين وكذلك الأطفال غير المصابين بالنسبة لنوعية الحياة لديهم والذين تراوحت أعمارهم بين 11-14 سنة، وشملت العينة 668 من طلاب المدارس. تضمن الفحص السريري تحديد وجود ونوع الأذية الرضية السنية، وكانت نسبة الأطفال المصابين 34.4% وظهر بالنتائج أن الأطفال المصابين وغير المعالجين متأثرين بشكل سلبي في بعض جوانب نوعية الحياة وخاصة فيما يخص الأكل والابتسام وإظهار الأسنان بالمقارنة مع الأطفال غير المصابين، ولم يُلاحظ وجود فروقات إحصائية بين الأطفال المصابين والمعالجين والأطفال غير المصابين بالأذيات الرضية السنية (Ramos-Jorge et al., 2014).

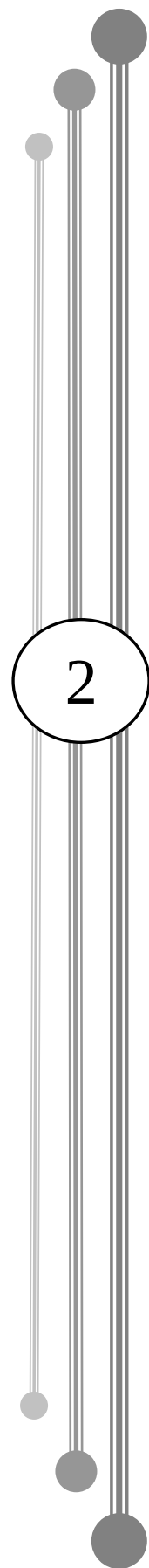
أما Pulache وزملاؤه فقد قام بفحص 473 طفلاً بعمر 11-14 سنة في عام 2015 وتضمن الفحص النخور السنية والأذيات الرضية السنية وسوء الإطباق، وتم استجوابهم من خلال استبيان إدراك الطفل (CPQ₁₁₋₁₄) فوجد أن لحدوث النخور والأذيات الرضية السنية

وتلون الأسنان أثراً سلبياً على الجانب العاطفي بشكل خاص، وذلك بخلاف مرضى سوء الإطباق من الصنف الثالث الذين لم يشملهم هذا الأثر (Pulache et al., 2015).

وذلك وبالنظر إلى كل ما ذكرناه سابقاً، نجد أنّ الأذية الرضوية التي تتعرض لها البنى الوجهية الفموية ليست مجرد رض فيزيائي، بل هي رض عاطفي نفسي وروحي يؤثر على الطفل وأهله.

وبالنظر إلى العديد من الرضوض النفسية التي يتعرض لها الأطفال خلال الأزمة السورية، فإنّ تعرّض الطفل لأذية رضوية سنية قد يزيد الأمر سوءاً، نظراً لأنّ الكسر الذي يصيب سناً أمامية واحدة فقط سيؤثر في سلوك الطفل وحياته اليومية ونشاطه المدرسي وتعلّمه أيضاً. وبالمقارنة مع الرضوض والأذيات الجسدية التي تعرض لها الأطفال، تتلقى الأذيات الرضوية السنية حيزاً قليلاً من الاهتمام من قبل أطباء الأسنان.

لذا كان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو إلقاء الضوء على أهمية الأذيات الرضوية السنية وتأثيرها على صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال السوريين من خلال ما تتركه من آثار سلبية على حياتهم ككل، ووضع قاعدة وطنية تستند عليها استراتيجيات الصحة الفموية للوقاية وتدبير الأذيات الرضوية السنية خلال الأزمة.



2

الباب الثاني
المواد والطرائق

Materials and Methods

2-1- العينة Sample:

تألفت العينة من (147) طفلاً وطفلة منهم (60) تعرضوا لأذية رضية سنية (عدد الذكور 36، عدد الإناث 24) و (87) طفلاً وطفلة أصحاء وغير مصابين بالأذيات الرضية السنية (عدد الذكور 48، عدد الإناث 39)، تراوحت أعمارهم بين (8-16) عاماً، وكان متوسط عمر العينة (12) ممن راجعوا العيادات الخارجية في كلية طب الأسنان - جامعة دمشق بالإضافة إلى الأطفال الذين تم إحضارهم إلى العيادات الخارجية من دور الإيواء وذلك بعد أخذ موافقة كلية طب الأسنان.

2-2- المواد والأجهزة المستخدمة Materials:

1. أدوات فحص نبوذة (مسبر، مرآة، ملقط، صينية، شانة، موضوعة ضمن كيس مختوم ومعقم بالاشعة فوق البنفسجية).



الشكل (1-2) أدوات فحص نبوذة

2. قفازات فحص نبوذة.

3. كمادات فحص نبوذة.

4. مقطنة معدنية تحوي قطناً معقماً.

5. مرايا تصوير داخل فموية بأحجام مختلفة.

6. مبعدات شفاه وخدود بلاستيكية بأحجام مختلفة

7. كاميرا تصوير فوتوغرافية رقمية بدقة 14 مليون بكسل.

8. أفلام تصوير شعاعية ماركة Kodak.



الشكل (2-2) كموزيت ضوئي، مادة رابطة للعاج، حمض
تخريش من مجموعة Ivoclar ، اسمنت شاردني زجاجي،
اسمنت فوسفات الزنك



الشكل (3-2) جهاز التصليب الضوئي المستخدم
في الدراسة

9. كمبوزيت ضوئي - مادة رابطة للعاج - حمض

تخريش من مجموعة Ivoclar.

10. فراشي بوند.

11. اسمنت شاردني زجاجي Vivo dent

12. جهاز تصليب ضوئي Litex 680A.

13. كوتايركا.

14. موسعات ومبارد K-file من مجموعة Mini.

15. أكسيد زنك وأوجينول.

16. ماءات كالسيوم.

17. هيبوكلوريد الصوديوم.

18. أدوات الحاجز المطاطي: وتتألف من قوس

وجهي، مشبك، حامل مشابك، مثقب، قطعة

مطاطية.

19. أوتاد فايبر

20. اسمنت فوسفات الزنك Sydent.

2-3- الطرائق Methods:

2-3-1- تصميم الدراسة Study Design:

دراسة حالة- شاهد **Case-Control Study**: لمقارنة أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية Oral Health- Related Quality of Life (OHRQoL) لدى الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية قبل وبعد المعالجة ومقارنة الأطفال المصابين أيضاً مع أقرانهم من الأطفال الأصحاء، حيث توزعت عينة الدراسة إلى مجموعتين:

1. **المجموعة المصابة Case Group**: ضُمَّت (60) طفلاً وطفلة مصابين بالأذيات الرضية السنية، بأعمار تتراوح بين (8-16) عاماً، كما تمت معالجة الأسنان المصابة لديهم وتقييم أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية في الزيارة الأولى وبعد 15 يوم من انتهاء المعالجة.
2. **المجموعة الشاهدة Control Group**: وضُمَّت (87) طفلاً وطفلة أصحاء غير مصابين بأيّة أمراض عامة وغير مصابين بالأذية الرضية السنية، بأعمار تتراوح بين (8-16) عاماً.

2-3-2- مكان الدراسة Study Setting:



تمّ جمع العينة من العيادات الخارجية في كلية طب الأسنان-جامعة دمشق، ومراكز الإيواء في مدينة دمشق وشمل البحث الأطفال من مركز الإيواء في جامع الأشمر وجامع البكر ومدرسة طاهر الجزائري

الشكل (2-4) مكان الدراسة العيادات الخارجية لجامعة دمشق

الذين تم إحضارهم من قبل المبادرة التي تم تنظيمها

بالتنسيق مع عمادة كلية طب الأسنان - جامعة دمشق وقسم طب أسنان الأطفال.

2-3-3- معايير الدخول في الدراسة Inclusion Criteria:

شملت الدراسة الأطفال بين عمري 8-16 عاماً والمصابين بأذيات رضية سنية حالية أو قديمة غير معالجة والذين راجعوا العيادات الخارجية في كلية طب الأسنان في جامعة دمشق، وذلك بعد الحصول على الموافقة المستتيرة شفهيّاً من أحد الوالدين أو الوصي.

وقد تم اعتماد تصنيف Bakland & Anderesean في تصنيف أنماط الإصابة الرضية السنية لدى أطفال العينة المصابة.

2-3-4- الأطفال المستبعدون من الدراسة Exclusion children:

- الأطفال غير المتعاونين.
- الأطفال الذين رفضوا هم و/أو ذووهم الانضمام إلى الدراسة.
- الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة المصابون بالأذيات الرضية السنية.
- أذية رضية سنية نتيجة مرض.
- الأذيات الرضية للأسنان المؤقتة.
- أطفال ذوو معالجة ترميمية سيئة.
- الكسور السنخية.
- الكسور الفكّية.
- الكسور اللقمية.

◀ إصابة النسيج الرخوة غير المتداخلة مع الإصابة السنية.

2-3-5- الموافقة الأخلاقية Ethical Approval:

تم الحصول على الموافقة الرسمية من جامعة دمشق وكلية طب الأسنان لإنجاز هذا البحث (ملحق 1)، والموافقة المستنيرة الشفهية من أحد الوالدين أو الوصي.

2-3-6- طرائق جمع البيانات: Methods of Data Collection:

2-3-6.1 تصميم الاستبيان Design of Questionnaire:

2-3-6.1.1 تم تصميم الاستبيان رقم I (ملحق 2) ويتضمن البيانات الآتية:

تم تصميم الاستبيان بشكل مشابه للاستمارة الخاصة بالأذيات الرضوية السنية (Tsukiboshi, 2000) بحيث شملت:

أولاً- المعلومات الشخصية: وتتضمن اسم الطفل وجنسه، مكان وتاريخ الولادة، العنوان ورقم الهاتف.

ثانياً- التاريخ الطبي للطفل المصاب: تم تحديد وجود أمراض عامة للطفل من خلال الإجابة بـ (نعم) في حال وجودها و(لا) في حال عدم وجودها.

ثالثاً-تقييم الإصابة السنية: تم تقييمها من خلال ستة أسئلة:

السؤال الأول: تحديد عمر الإصابة: أي العمر الذي وقعت فيه الأذية الرضية السنية.

السؤال الثاني: تحديد مكان الإصابة: (شارع، منزل، مدرسة، مكان آخر)

السؤال الثالث: تحديد سبب الإصابة: (سقوط، شجار، رياضة، حوادث)

السؤال الرابع: تحديد عدد الأسنان المتأذية بالرض: حيث تم تسجيل عدد الأسنان المصابة.

السؤال الخامس: تحديد أرقام الأسنان المصابة: حيث تم تسجيل أرقام الأسنان المصابة.

السؤال السادس: تحديد نوع الأذية الرضية الحاصلة: حيث تم اعتماد تصنيف Bakland &

Andereasen للأذيات الرضية السنية:

- تم إنجاز الفحص داخل الفموي باستخدام أدوات الفحص النبوذة وسؤال المريض في حال

وجود ألم عفوي أم لا، وتم اختبار حيوية اللب من خلال اختبار البرودة واختبار القرع كما تم

الفحص عيانياً في حال وجود انكشاف لللب أو عدم انكشافه وتم عيانياً تحديد وجود تغير للون

السن المصاب بالأذية الرضية من عدم وجوده، كما تم تحديد حركة السن إضافة تحديد الأذيات

المرافقة ضمن إحدى الأجوبة التالية: (أذية مخاطية- تمزق شفة - كسر سنخ- أشياء أخرى).

- تم إجراء الصور الشعاعية اللازمة لتحديد امتداد الكسر والنسج السنية والعظمية المشمولة

بالأذية الرضية وتحديد درجة انغلاق الجذر وتحديد وجود آفة ذروية من عدم وجودها وتحديد إن

كان لدينا توسع بالمسافة الرباطية أو امتصاص بالجذر.

- في حالة الانخلاع التام، تم تسجيل المدة المنقضية للسن خارج الحفرة الفموية وكيفية حفظ السن المخلوع إن كان الحفظ قد تم في اللعاب أو الحليب أو الماء الجاري أو بقي جافاً.
- وبناءً على المعطيات السابقة تم تقسيم الأذيات الرضية إلى 4 أقسام رئيسية تتضمن أقسام فرعية بشكل مشابه للدراسات (Hasan et al., 2010) (Siqueira et al., 2013) مع إجراء بعض التعديلات على الأقسام الرئيسية وذلك وفقاً لنتائج الدراسة التمهيدية **Pilot Study** التي أجريت على 10 أطفال لديهم أذية رضية سنية:

◀ كسر: وشملت:

- مينائي (كسر في الميناء فقط).
- تاج غير معقد (كسر مينائي عاجي دون أن يشمل اللب).
- تاج معقد (كسر مينائي عاجي مع انكشاف اللب).
- كسر تاج - جذر (كسر ميناء - عاج مع أو بدون انكشاف اللب).
- كسور متعددة (نوعين أو أكثر من الكسور السابقة).

◀ أذيات الانخلاع: وشملت:

- انخلاع تام (خروج السن بشكل كامل من سنخها)
- انخلاع خارجي (انزياح محوري جزئي للسن خارج التجويف السنخي).
- انخلاع جانبي (انزياح السن بأي اتجاه عدا المحوري يترافق بتمزق الرباط أو كسر في العظم السنخي).
- انخلاعات متعددة (نوعين أو أكثر من الانخلاعات السابقة).

➤ أذيات نسج رخوة: وشملت: (المخاطية الفموية والثثة والشفة).

➤ أذيات متعددة: شملت نوعين أو أكثر من الأذيات السابقة.

رابعاً: تحديد خطة المعالجة: تم وضع خطة المعالجة اللازمة حسب المعطيات السريرية
والشعاعية.

خامساً: المعالجة المنجزة: تمت المعالجة من قبل الباحث ضمن عيادات قسم طب أسنان، كما
تم تحديد إذا كانت المعالجة قد تمت من خلال الإجابة بنعم في حال إتمامها ولا في حالة عدم
إتمامها، وتبين الصور التالية بعض الحالات السريرية المنجزة:



ب



أ

الشكل (5-2) حالة سريرية رقم 1 كسر مينائي-عاجي في الثنيتين
أ: قبل المعالجة. ب: بعد المعالجة.



ب



أ

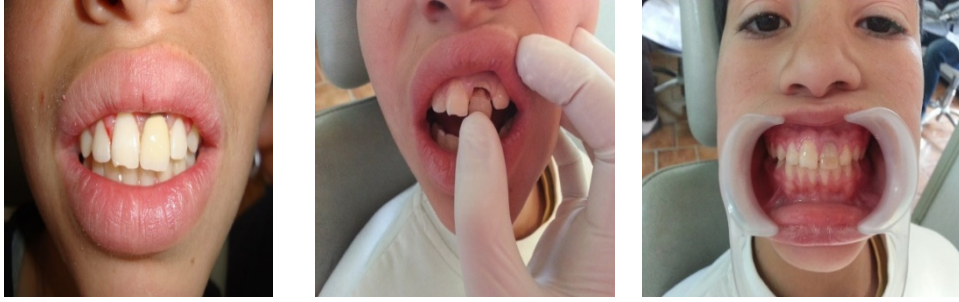


د



ج

الشكل (6-2) حالة سريرية رقم 2 كسر تاجي معقد في الثنية اليمنى
أ- قبل المعالجة ب: التشخيص الشعاعي ج: أثناء المعالجة د: بعد المعالجة



ج

ب

أ

الشكل (7-2) حالة سريرية رقم 3 كسر تاج جذر في الثنية اليسرى الدائمة
أ: قبل المعالجة ب: أثناء الفحص ج: بعد المعالجة



ج

ب

أ

الشكل (8-2) حالة سريرية رقم 4 انخلاع في الثنية اليمنى وكسر تاج غير معقد في الثنية اليسرى
وصور بعد المعالجة لترميم الثنية اليسرى والتعويض الإكريلي التجميلي للثنية اليمنى

2-3-2.1.6 استبيان تقييم أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية:

تم اعتماد استبيان أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية COHRQoL بنسخته العربية (الاستبيان II) (ملحق 3) والتي قام كل من **Brown & Al-Khayal** باختبار وتأكيده مصداقيته وقابليته للتطبيق على أطفال المجتمع العربي بعد إجراء ترجمة مضاعفة له وتجربته على عينة واسعة من الأطفال في المملكة العربية السعودية (Brown and Al-Khayal, 2006).

حيث يتألف الاستبيان من (36) سؤالاً تتحرى مدى تأثير حالة الأسنان والشفاه والفكين والفم في حياة الطفل بشكل عام خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من حياته، وتتوزع الأسئلة ضمن محاور أربعة تُوضَّح فيما يأتي:

المحور الأول: محور الأعراض الفموية: ويتضمن (6) أسئلة.

المحور الثاني: محور القصور الوظيفي: ويتضمن (9) أسئلة.

المحور الثالث: محور الحالة العاطفية: ويتضمن (9) أسئلة.

المحور الرابع: محور الحالة الاجتماعية: ويتضمن (12) سؤالاً.

تم توجيه الأسئلة من قبل الباحث إلى الطفل بشكل مباشر، وقام الطفل بنفسه بالإجابة عن كل سؤال دون أي تدخل من قبل الأهل، حيث تكون الإجابة إما (نعم) وتُرمَّز بـ القيمة (1)، أو (لا) وتُرمَّز بـ القيمة (0)، حيث قام الباحث بتقييم هذه الإجابات، وجمعت قيم الإجابات لكل محور على حده.

2-3-7 - التحاليل الإحصائية Statistical Analysis:

تمّ جمع البيانات وتسجيلها على الاستمارات الخاصة بالبحث وترميزها تمهيداً لإدخالها إلى الحاسب، وذلك بالاعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 20 والإصدار 3 من برنامج Epi Info.

أُجريت دراسة وصفية للعيينة وفقاً للمتغيرات المختلفة (المجموعة العمرية، جنس الطفل، نمط الأذية الرضية، سبب الأذية الرضية، مكان الأذية الرضية، عدد الأسنان المصابة بالأذية الرضية، تفاصيل عن أنواع الأذيات الرضية (كسور، انخلاعات، أذيات متعددة)، والعمر الذي تم فيه حدوث الأذية الرضية، وتم الحصول على نتائج التحليل الوصفي و حددت الفروق بين المجموعات المختلفة، وتمّ اعتبار الفرق هاماً احصائياً عندما تكون قيمة P أصغر من 0.05 ($P > 0.05$).

وقد تمت مقارنة نتائج محاور استبيان أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية باستخدام اختبار كاي مربع $Chi-square$ واختبار فيشر $Fisher$ للعينات الصغيرة بين المجموعتين الشاهدة والمصابة قبل المعالجة والشاهدة والمصابة بعد معالجة العينة المصابة.

كما تمت مقارنة النتائج لدى العينة المصابة قبل وبعد المعالجة، حيث تم استخدام اختبار ماكنيمار $McNemar$ لمقارنة نتائج كل سؤال من أسئلة المحور على حدة، ثم نتائج مجموع كل محورٍ من محاور استبيان OHRQoL الأربعة على حدة، حيث تم تقسيم كل محور - وفقاً

لمجموع أسئلته - إلى ثلاثة قيم، القيمة (0) عند عدم تأثر المحور نهائياً، القيمة (1) عند تأثر

المحور بشكل بسيط، والقيمة (2) عند تأثر المحور بشكلٍ شديد.

كما تمت دراسة أثر بعض العوامل (الجنس، نمط الأذية الرضية، المجموعة العمرية، عدد

الأسنان المصابة بالأذية الرضية) على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم لدى الأطفال

المصابين بالأذيات الرضية باستخدام اختبار فيشر *Fisher*.

الباب الثالث
النتائج
Results

3

3-1-1- توزيع العينة:

تألفت العينة من (147) طفلاً وطفلة، منهم (60) طفلاً تعرضوا لأذيات رضية سنية، بالإضافة إلى (87) طفلاً من أقرانهم الأصحاء غير المصابين، تراوحت أعمارهم بين (8-16) عاماً، من المرضى المراجعين لكلية طب الأسنان - جامعة دمشق، وكان توزع عينة البحث وفقاً للمتغيرات المختلفة كما يأتي:

3-1-1-1- توزيع أطفال عينة البحث وفقاً للجنس والمجموعة المدروسة:

الجدول رقم (3-1) توزيع عينة البحث وفقاً لجنس الطفل والمجموعة المدروسة.

المجموع		جنس الطفل				عينة البحث
النسبة المئوية	عدد الأطفال	الإناث		الذكور		
		النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	
100	60	40	24	60	36	العينة المصابة
100	87	45	39	55	48	العينة الشاهدة
100	147	43	63	57	84	المجموع

يظهر الجدول (3-1) أن نسبة الذكور في مجموعة العينة المصابة (60%) وهي أكبر من نسبة الإناث التي بلغت (40%)، وكذلك في مجموعة العينة الشاهدة حيث بلغت نسبة الذكور (55%) في حين بلغت نسبة الإناث (45%).

3-1-1-2- توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً للفئات العمرية :

الجدول رقم (3-2) تقسيم العينة المصابة إلى مجموعات حسب الفئات العمرية.

المجموعات العمرية	العمر	عدد الأطفال	النسبة المئوية
المجموعة الأولى	من 8 حتى 10 سنوات	18	30
المجموعة الثانية	من 10 حتى 12 سنوات	11	18
المجموعة الثالثة	من 12 حتى 16 سنوات	31	52
المجموع	من 8 حتى 16 سنوات	60	100

بلغ عدد أطفال المجموعة العمرية الثالثة 31 طفلاً وطفلة لتشكل النسبة الأكبر من كامل عينة البحث حيث بلغت (52%)، في حين شكّل أطفال المجموعة العمرية الثانية (18%) النسبة الأقل من مجموع العينة حيث بلغ عدد الأطفال في هذه المجموعة 11 طفلاً وطفلة.

3-1-3- توزيع أطفال عينة البحث وفقاً لعمر الطفل :

الجدول رقم (3-3) توزيع أطفال العينة وفقاً لمتوسط أعمار الأطفال والحد الأدنى والأعلى والانحراف المعياري

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحد الأعلى	الحد الأدنى	عدد الأطفال	
2.28	12	16	8	147	العمر

كان الحد الأدنى لأعمار أطفال (8) سنوات، بينما بلغ الحد الأعلى (16) عاماً، كما بلغ المتوسط الحسابي لأعمار العينة (12) عاماً، والانحراف المعياري (2.28).

3-1-4- توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً للفئات العمرية والجنس:

الجدول رقم (4-3) توزيع العينة المصابة وفقاً لعمر الطفل وجنسه.

المجموع		إناث		ذكور		الفئة العمرية
النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	
30	18	25	6	33	12	المجموعة الأولى (8-10) عاماً
18	11	25	6	14	5	المجموعة الثانية (10-12) عاماً
52	31	50	12	53	19	المجموعة الثالثة (12-16) عاماً
100	60	100	24	100	36	المجموع

يظهر الجدول (4-3) أن نسبة الذكور في المجموعة الثالثة قد بلغت (53%) وبالتالي فهي أكبر من نسبة الإناث التي بلغت (50%)، وشكلت نسبة الإناث في كلا المجموعتين الأولى والثانية (50%) وهي أكبر من نسبة الذكور فيهما والتي بلغت (47%).

3-1-5- توزيع أطفال عينة البحث وفقاً لعمر الإصابة :

الجدول رقم (3-5) المتوسط الحسابي للعمر والانحراف المعياري لدى أطفال عينة البحث.

العمر	عدد الأطفال	الحد الأدنى	الحد الأعلى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	60	6	15	10	1.98

كان الحد الأدنى لعمر الإصابة عند أطفال العينة (6) سنوات، بينما بلغ الحد الأعلى (15) عاماً، كما بلغ المتوسط الحسابي لعمر الإصابة عند أطفال العينة (10) أعوام، والانحراف المعياري (1.98).

3-1-5-1- توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لعمر الإصابة والجنس:

الجدول رقم (3-6) توزيع العينة المصابة وفقاً لعمر إصابة الطفل وجنسه.

قيمة P	المجموع		إناث		ذكور		عمر الإصابة بالأذية الرضية
	النسبة المئوية	متوسط عمر الإصابة	النسبة المئوية	متوسط عمر الإصابة	النسبة المئوية	متوسط عمر الإصابة	
0.26	100%	9.9	40%	10.1	60%	9.9	

يظهر الجدول (3-6) توزيع أطفال العينة (ذكوراً وإناثاً) وفقاً لعمر الإصابة بالأذية الرضية، حيث يلاحظ باستخدام اختبار كاي مربع لدراسة عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث بالنسبة لعمر الإصابة بالرض عند أطفال عينة البحث.

3-1-6- توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لنوع الأذية الرضية:

الجدول رقم (3-7) توزيع العينة المصابة وفقاً لنوع الأذية الرضية.

نوع الأذية الرضية	عدد الأطفال	النسبة المئوية
كسور	49	82.7
انخلاعات	7	10.43
إصابات متعددة	4	6.87
المجموع	60	100

يظهر الجدول (3-7) توزيع أطفال العينة وفقاً لنوع الأذية الرضية، حيث بلغ عدد الأطفال المصابين بكسور سنوية (49) طفلاً لتشكل النسبة الأكبر من كامل عينة البحث حيث بلغت (82.7%)، في حين شكّلت نسبة الأطفال المصابين بإصابات متعددة (6.87%) وهي النسبة الأقل من مجموع العينة حيث بلغ عدد الأطفال في هذه المجموعة (4) أطفال فقط.

3-1-6-1. توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لنوع الأذية الرضية والجنس:

الجدول رقم (3-8) توزيع العينة المصابة وفقاً لنوع الأذية الرضية والجنس.

قيمة P	المجموع		إناث		ذكور		نوع الأذية الرضية
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	
1.000	82.7	49	83.4	19	86.1	30	كسور
	10.43	7	8.3	3	11.1	4	انخلاعات
	6.87	4	8.3	2	2.8	2	إصابات متعددة
	100	60	100	24	100	36	المجموع

يظهر الجدول (3-8) توزيع أطفال العينة وفقاً لنوع الأذية الرضية والجنس، حيث ارتفعت نسبة الإصابة بأذيات رضية متعددة لدى الإناث مقارنة مع الذكور إلا أن ذلك لم يؤد إلى فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين باتجاه أنواع محددة من الأذيات الرضية السنوية، حيث بلغت قيمة المغزى الإحصائي P (1) وهي أكبر من القيمة (0.05) وذلك بعد تطبيق اختبار فيشر.

3-1-6-2 توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لعمر الإصابة ونمط الأذية الرضية:

الجدول رقم (3-9) توزيع العينة المصابة وفقاً لعمر الإصابة ونمط الأذية الرضية.

قيمة P	المجموع		فئة ثالثة (12-15) عاماً		فئة ثانية (10-12) عاماً		فئة أولى (8-10) عاماً		نمط الأذية الرضية
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	
0.817	82.7	49	71.5	5	81.25	13	83.7	31	كسور
	10.43	7	28.5	2	12.5	2	8.15	3	انخلاعات
	6.87	4	0	0	6.25	1	8.15	3	إصابات متعددة
	100	60	100	7	100	16	100	37	المجموع

يظهر الجدول (3-9) توزيع أطفال العينة وفقاً لنوع الأذية الرضية وعمر الإصابة، ويلاحظ عند استخدام

اختبار فيشر عدم وجود فروق جوهرية بين عمر الإصابة وبين نمط الأذية الرضية لدى عينة البحث.

3-1-7- توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لسبب الأذية الرضية:

الجدول رقم (3-10) توزيع العينة المصابة وفقاً لسبب الأذية الرضية.

سبب الأذية الرضية	عدد الحالات	النسبة المئوية
سقوط	41	70.6
شجار	9	15.5
رياضة	6	8.6
حوادث	4	5.1
المجموع	60	100

يظهر الجدول (3-10) توزيع أطفال العينة وفقاً لسبب الأذية الرضية، حيث بلغت نسبة حالات

الأذية الرضية الناتجة عن السقوط (70.6%)، وكان هو السبب الغالب للأذية الرضية في حين

كانت الأذيات الرضية الناتجة عن الحوادث هي الأدنى بنسبة مئوية بلغت (5.1%).

3-1-7-1-7.1 توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لسبب الأذية الرضوية والجنس:

الجدول رقم (3-11) توزيع العينة المصابة وفقاً لسبب الأذية الرضوية والجنس.

قيمة P	المجموع		إناث		ذكور		سبب الأذية الرضوية
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	
0.24	70.6	41	77	20	62	21	سقوط
	15.5	9	11.5	3	17.6	6	شجار
	8.6	6	3.8	2	8.8	4	رياضة
	5.1	4	7.7	2	11.6	2	حوادث
	100	60	100	27	100	33	المجموع

يظهر الجدول (3-11) توزيع عينة البحث وفقاً لسبب الأذية الرضوية والجنس، حيث يُلاحظ عند استخدام اختبار فيشر أن قيمة P بلغت (0.24)، وبالتالي فإنه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث فيما يتعلق بسبب الأذية الرضوية عند أطفال العينة المصابة في البحث.

3-1-8-1-8.1 توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لمكان الأذية الرضوية:

الجدول رقم (3-12) توزيع العينة المصابة وفقاً لمكان الأذية الرضوية.

مكان الأذية الرضوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية
شارع	7	10.4
بيت	25	43.1
مدرسة	28	46.5
المجموع	60	100

يظهر الجدول (3-12) توزيع عينة البحث وفقاً لمكان الأذية الرضوية، حيث كانت المدرسة المكان الذي يشهد عدداً أكبر من الأذيات (46.5%)، يليها البيت (43.1%)، يليه الشارع (10.4%).

3-1-8-1 توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لمكان الأذية الرضية والجنس:

الجدول رقم (3-13) توزيع العينة المصابة وفقاً لمكان الأذية الرضية والجنس.

قيمة P	المجموع		إناث		ذكور		مكان الأذية الرضية
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	
0.067	10.4	7	0	0	20	7	شارع
	43.1	25	52	13	34	12	بيت
	46.5	28	48	12	46	16	مدرسة
	100	60	100	25	100	35	المجموع

يظهر الجدول (3-13) توزيع أطفال العينة وفقاً لمكان الأذية الرضية وجنس الطفل، ويلاحظ أن النسبة الأعلى للإصابة بالأذية الرضية لدى الذكور كانت في المدرسة (46%)، أما عند الإناث فكانت في البيت (52%). ويُلاحظ عند استخدام اختبار فيشر أنه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث فيما يتعلق بمكان الأذية الرضية عند عينة البحث.

3-1-9-1 توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض:

الجدول رقم (3-14) توزيع العينة المصابة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض.

عدد الأسنان المتأذية بالرض	عدد الحالات	النسبة المئوية
1	34	56.7
2	20	33.3
3	2	3.3
4	3	5
5	1	1.7
المجموع	60	100

يظهر الجدول (3-14) توزيع أطفال العينة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض، وقد بلغ عدد الأطفال المصابين بأذية رضية على سن واحدة (34) حالة أي ما شكّل نسبة (56.7%)، في حين كان هناك طفل واحد فقط مصاب بأذية رضية على 5 أسنان.

3-1-9-1 توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض والجنس:

الجدول رقم (3-15) توزيع العينة المصابة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض والجنس.

قيمة P	المجموع		إناث		ذكور		عدد الأسنان المتأذية بالرض
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	
0.56	56.7	34	66.66	16	50	18	1
	33.3	20	29.16	7	36.11	13	2
	3.3	2	0	0	5.55	2	3
	5	3	4.16	1	5.55	2	4
	1.7	1	0	0	2.77	1	5
	100	60	100	24	100	36	المجموع

يظهر الجدول (3-15) توزيع أطفال العينة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض وجنس الطفل، حيث يُلاحظ عند استخدام اختبار فيشر أنه لا توجد فروق جوهرية بين الذكور والإناث فيما يتعلق بعدد الأسنان المتأذية بالرض عند أطفال العينة المصابة في البحث.

3-1-10 توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لنمط الكسور السننية الحاصلة:

الجدول رقم (3-16) توزيع العينة المصابة وفقاً لنمط الكسور.

النسبة المئوية	عدد الحالات	نمط الكسر السنني
7.4	4	كسر مينائي (كسر فقط في الميناء)
38.9	21	كسر تاج غير معقد (كسر مينائي عاجي دون أن يشمل اللب)
40.7	22	كسر تاج معقد (كسر مينائي عاجي مع انكشاف اللب)
3.7	2	كسر تاج-جذر (كسر ميناء- عاج وملاط مع أو بدون انكشاف اللب)
9.3	4	كسور متعددة (نوعين أو أكثر من الكسور السابقة)
100	53	المجموع

يظهر الجدول (3-16) توزيع أطفال العينة وفقاً لنمط الكسر السنني، حيث شكَّلت الكسور التاجية المعقدة النسبة الأكبر من حالات الكسور السننية (40.7 %)، بينما كان هناك حالتان من الكسور التاجية الجذرية وهي النسبة الأقل (3.7 %).

3-1-11 توزيع أطفال العينة المصابة في البحث وفقاً لنوع الانخلاع الحاصل:

الجدول رقم (3-17) توزيع العينة المصابة وفقاً لنوع الانخلاع.

نوع الانخلاع	عدد الحالات	النسبة المئوية
انخلاع تام	4	40
انخلاع خارجي	4	40
انخلاع جانبي	1	10
انخلاعات متعددة	1	10
المجموع	10	100

يظهر الجدول (3-17) توزيع أطفال العينة وفقاً لنوع الانخلاع الحاصل، وقد بلغت نسبة حالات الانخلاع التام (40%) من مجموع حالات الانخلاع، وكذلك الأمر بالنسبة لحالات الانخلاع الخارجي، بينما بلغت نسبة وجود الانخلاع الجانبي (10%) وكذلك الأمر بالنسبة للانخلاعات المتعددة وذلك بمعدل حالة واحدة فقط لكل منهما من أصل 10 حالات انخلاع.

3-2- نتائج دراسة نوعية الحياة لدى أطفال العينة:

تم الاستقصاء عن أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية OHRQoL لدى (147) طفلاً، منهم (60) طفلاً تعرضوا للأذيات الرضوية، بالإضافة إلى (87) طفلاً من أقرانهم الأصحاء، وكانت النتائج على الشكل الآتي:

3-2-1- نتائج مقارنة أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية لدى العيّنتين المصابة والشاهدة قبل معالجة العينة المصابة:

3-2-1.1 المحور الصحي الأول: الأعراض الفموية

الجدول رقم (3-18) توزع عيّنتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة، ودراسة

دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار *Chi-square*

قيمة P	المجموع		مجموعتا الدراسة				المحور الصحي الأول: الأعراض الفموية	
			الأطفال قبل المعالجة		الأطفال الأصحاء			
	النسبة المنوية	عدد الأطفال	النسبة المنوية	عدد الأطفال	النسبة المنوية	عدد الأطفال		
0.000	55.1	81	78.3	47	39.1	34	نعم	س1: ألم في أسنانك، أو شفتيك، أو فكّك، أو فمك؟
	44.9	66	21.7	13	60.9	53	لا	
0.000	33.4	49	58.3	35	16.1	14	نعم	س2: نزيف باللثة؟
	66.6	98	41.7	25	83.9	73	لا	
0.028	49	72	50	30	48.3	42	نعم	س3: تقرحات في فمك؟
	51	75	50	30	51.7	45	لا	
0.002	35.4	52	50	30	25.3	22	نعم	س4: رائحة نفس غير مستحبة؟
	64.6	95	50	30	74.7	65	لا	
0.160	65.3	96	70.1	61	58.3	35	نعم	س5: طعام عالق داخل أسنانك أو بينها؟
	34.7	51	29.9	26	41.7	25	لا	
0.528	6.8	10	8	7	5	3	نعم	س6: طعام عالق بأعلى فمك؟
	93.2	137	92	80	95	57	لا	
0.000	16.3	24	21.6	13	12.6	11	0	مجموع المحور
	57.1	84	38.4	23	70.1	61	1	
	26.6	39	40	24	17.2	15	2	

يظهر الجدول (3-18) توزع أطفال العينة وفقاً للمجموعة المدروسة ومحور الأعراض الفموية قبل معالجة العينة المصابة، حيث يُلاحظ باستخدام اختبار كاي مربع وجود فروق جوهرية بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية وأقرانهم الأصحاء بالنسبة لمحور الأعراض الفموية، وتُلاحظ الفروق الجوهرية في جميع أسئلة المحور عدا السؤالين الخامس والسادس.

3-2-1 المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي

الجدول رقم (3-19) توزع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة

الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار *Chi-square*

قيمة <i>P</i>	المجموع		مجموعتا الدراسة				المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي	
			الأطفال قبل المعالجة		الأطفال الأصحاء			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.391	37.4	45	41.7	25	34.5	20	نعم	س7: تنفست من خلال فمك؟
	62.6	102	58.3	35	65.5	67	لا	
0.001	39.4	55	53.3	32	26.4	23	نعم	س8: استغرقت وقتاً أطول من الآخرين لتناول وجبتك؟
	64.6	92	46.7	28	73.6	64	لا	
0.222	39.4	24	30	18	6.7	6	نعم	س9: واجهت صعوبات في النوم؟
	64.6	123	68.3	42	93.3	81	لا	
0.000	44.2	65	71.7	43	25.3	22	نعم	س10: صعوبة في عض أو مضغ أطعمة مثل التفاح، عرنوس ذرة، أو قطع اللحم؟
	55.8	82	28.3	17	74.7	65	لا	
0.070	8.1	12	13.3	8	4.6	4	نعم	س11: صعوبة في فتح الفم على سعته؟
	91.9	135	86.7	52	95.4	83	لا	
0.000	19.7	29	36.7	22	8	7	نعم	س12: صعوبة في نطق أي كلمة؟
	80.3	118	63.3	38	92	80	لا	
0.000	30.6	45	63.3	38	8	7	نعم	س13: صعوبة في تناول الأطعمة التي تحبها؟
	69.4	102	36.7	22	92	80	لا	
0.716	5.4	8	6.7	4	4.6	4	نعم	س14: صعوبة في الشرب بواسطة الشفّاط (الماصة)؟
	94.6	139	93.3	56	95.4	83	لا	
0.502	56.4	83	60	36	54	47	نعم	س15: صعوبة شرب أو تناول الأطعمة الساخنة أو الباردة؟
	43.6	64	40	24	46	40	لا	
0.000	25.8	38	41.6	25	14.9	13	0	مجموع المحور
	56.4	83	21.6	13	80.5	70	1	
	17.8	26	36.8	22	4.6	4	2	

يظهر الجدول (3-19) توزع أطفال العينة وفقاً للمجموعة المدروسة ومحور القصور الوظيفي

قبل معالجة العينة المصابة، حيث يُلاحظ باستخدام اختبار كاي مربع وجود فروق جوهرية بين

الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية السنية وبين الأطفال الأصحاء من حيث القصور الوظيفي

التابع لنوعية الحياة عند أطفال العينة، باستثناء بعض الأسئلة.

3-2-3 المحور الصحي الثالث: الحالة العاطفية

الجدول رقم (3-20) توزع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة، ودراسة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار *Chi-square*.

قيمة <i>P</i>	المجموع		مجموعتا الدراسة				المحور الصحي الثالث: <u>الحالة العاطفية</u>	
			الأطفال قبل المعالجة		الأطفال الأصحاء			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
1	53.7	80	54	33	54	47	نعم	س16: سرعة الانفعال أو الإحباط؟
	46.3	67	46	27	46	40	لا	
0.020	33.3	49	45	27	25.3	22	نعم	س17: عدم الثقة في النفس؟
	66.7	98	55	33	74.7	65	لا	
0.590	34	50	65	39	12.6	11	نعم	س18: الخجل أو الإحراج؟
	66	97	35	21	87.4	76	لا	
0.000	38	56	70	42	16	14	نعم	س19: القلق من الآخرين حيال أسنانك؟
	62	91	30	18	84	73	لا	
0.000	47	69	66.7	40	33.3	29	نعم	س20: القلق من أنك لست جيد المظهر أو مقبول كالآخرين؟
	53	78	33.3	20	66.7	58	لا	
0.504	50.4	76	54	35	47.1	41	نعم	س21: الانزعاج؟
	49.6	71	46	25	52.9	46	لا	
0.103	65.1	101	63.2	55	73.3	46	نعم	س22: التوتر أو الخوف؟
	34.9	46	36.8	32	26.7	14	لا	
0.013	21	31	31.7	19	13.8	12	نعم	س23: القلق من أنك لست معافى صحياً كالآخرين؟
	79	116	68.3	41	86.2	75	لا	
0.000	26.5	39	46.7	28	12.6	11	نعم	س24: القلق بأنك مختلف عن الآخرين؟
	73.5	108	53.3	32	87.4	76	لا	
0.000	9.5	14	15	9	5.7	5	0	مجموع المحور
	67.3	99	46.6	28	81.6	71	1	
	23.2	34	38.4	23	12.6	11	2	

يظهر الجدول (3-20) توزع أطفال العينة وفقاً للمجموعة المدروسة ومحور الحالة العاطفية قبل معالجة العينة المصابة، حيث أنه وباستخدام اختبار كاي مربع توجد فروق جوهرية بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضية وأقرانهم الأصحاء، وبمراجعة جدول التكرارات والنسب المئوية لكل منها، وُجِدَ أنَّ الأطفال المصابين بأذيات رضية هم أقل ثقة بأنفسهم من أقرانهم، كما يشعرون بالقلق والانزعاج من مظهرهم ومن رأي الآخرين بأسنانهم واختلافهم عن الآخرين مقارنة بالأطفال الأصحاء.

4.1-2-3 المحور الصحي الرابع: الحالة الاجتماعية

الجدول رقم (3-21) توزع عيني البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار χ^2 .

قيمة <i>P</i>	المجموع		مجموعتا الدراسة				المحور الصحي الرابع: <u>الحالة الاجتماعية</u>	
			الأطفال قبل المعالجة		الأطفال الأصحاء			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.737	52.4	77	50	30	54	47	نعم	س25: التغيب عن المدرسة بسبب ألم، أو موعد، أو عملية جراحية؟
	47.6	70	50	30	46	40	لا	
1	19	27	18.6	11	18.4	16	نعم	س26: أي صعوبة في الانتباه في المدرسة؟
	81	120	81.4	49	81.6	71	لا	
0.103	32	46	62	34	36.8	32	نعم	س27: أي صعوبة في أداء الواجبات المنزلية؟
	68	101	38	26	63.2	55	لا	
0.046	30.5	45	40	24	24.1	21	نعم	س28: عدم الرغبة في الكلام أو القراءة بصوت عال في الصف؟
	69.5	102	60	36	75.9	66	لا	
0.240	8.9	21	18.6	11	11.5	10	نعم	س29: تجنب المشاركة في أنشطة مثل الرياضة، أو الموسيقى، أو الرحلات المدرسية؟
	91.1	126	81.4	49	88.5	77	لا	
0.024	21.7	32	31.7	19	14.9	13	نعم	س30: تجنب التحدث مع الأطفال الآخرين؟
	78.3	115	68.3	41	85.1	74	لا	
0.000	34.7	51	68.3	41	11.5	10	نعم	س31: تجنب الابتسام أو الضحك عندما كنت بصحبة غيرك من الأطفال؟
	65.3	96	31.7	19	88.5	77	لا	
0.000	34.5	53	44	26	31	27	نعم	س32: رغبت عن قضاء بعض الوقت مع أطفال آخرين؟
	65.5	94	56	34	69	60	لا	
0.720	32.7	48	35	21	31	27	نعم	س33: تخاصمت مع أطفال آخرين أو مع عائلتك؟
	67.3	99	65	39	69	60	لا	
0.130	47	69	55	33	41.4	36	نعم	س34: أغاظك أو سخر منك أطفال آخرون، أو نادوك بألفاظ غير محببة؟
	53	78	45	27	58.6	51	لا	
0.833	19	28	20	12	18.4	16	نعم	س35: أشعرك أطفال آخرون بالانعزال أو الوحدة؟
	81	119	80	48	81.6	71	لا	
0.000	42.8	63	76.7	46	19.5	17	نعم	س36: وجه إليك أطفال آخرون أسئلة عن أسنانك، أو شفطك، أو فكك، أو فمك؟
	57.2	84	23.3	14	80.5	70	لا	
0.009	14.2	21	10	6	17.2	15	0	مجموع المحور
	70	101	61.7	37	73.6	64	1	
	15.8	25	28.3	17	9.2	8	2	

يبيّن الجدول (3-21) توزع عينة البحث وفقاً للمجموعة المدروسة ومحور الحالة الاجتماعية، ويلاحظ أن قيمة P المحسوبة لمجموع المحور بلغت (0.009) وذلك باستخدام اختبار كاي مربع، ممّا يشير إلى وجود فروقٍ جوهريّة بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضيّة السنيّة والأطفال الأصحاء، وبمراجعة جدول التكرارات والنسب المئوية لكلّ منها يُلاحظ أن الأطفال المصابين بالأذيات الرضيّة السنيّة هم الأكثر تجنباً للابتسام والضحك والتحدث مع أطفال آخرين أو القراءة بصوت عال أمام الآخرين، كما أنهم أقلّ رغبةً في قضاء الوقت مع غيرهم من الأطفال، وقد تعرضوا أكثر للأسئلة حول أسنانهم من قبل أطفالٍ آخرين، وهذا ما يدلّ على وجود فروق ملحوظة فيما يتعلق بالمحور الرابع من استبيان نوعية الحياة والمرتبطة بالحالة الاجتماعية لدى أطفال العينة المدروسة.

3-2-2- نتائج مقارنة أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية لدى العينتين المصابة والشاهدة بعد معالجة العينة المصابة:

3-2-2-1 المحور الصحي الأول: الأعراض الفموية

الجدول رقم (3-22) توزع عيني البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار *Chi-square* بعد معالجة المصابين.

قيمة P	المجموع		مجموعتا الدراسة				المحور الصحي الأول: الأعراض الفموية	
			الأطفال بعد المعالجة		الأطفال الأصحاء			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.586	37.2	51	34	17	39.1	34	نعم	س1: ألم في أسنانك، أو شفتيك، أو فكك، أو فمك؟
	62.8	86	66	33	60.9	53	لا	
0.020	22.6	31	34	17	16.1	14	نعم	س2: نزيف بالثة؟
	77.4	106	66	33	83.9	73	لا	
0.124	40.8	60	30	18	48.3	42	نعم	س3: تقرحات في فمك؟
	59.2	87	70	42	51.7	45	لا	
0.555	27	37	30	15	25.3	22	نعم	س4: رائحة نفس غير مستحبة؟
	73	100	70	35	74.7	65	لا	
0.053	60.6	83	44	22	58.3	35	نعم	س5: طعام عالق داخل أسنانك أو بينها؟
	39.4	54	56	28	41.7	25	لا	
0.257	5.8	8	2	1	5	3	نعم	س6: طعام عالق بأعلى فمك؟
	94.2	129	98	49	95	57	لا	
0.434	13.8	19	13.4	8	12.6	11	0	مجموع المحور
	49.6	68	11.6	7	70.1	61	1	
	36.5	50	75	35	17.2	15	2	

يظهر الجدول (3-22) توزع أطفال العينة وفقاً للمجموعة المدروسة ومحور الأعراض الفموية

وذلك بعد معالجة العينة المصابة، ويُلاحظ باستخدام اختبار كاي مربع وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية السنوية وأقرانهم الأصحاء بالنسبة لمحور

الأعراض الفموية حتى بعد المعالجة، وتُلاحظ الفروق الجوهرية فقط فيما يتعلق بنزيف اللثة حيث

أبدى الأطفال معاناة منها حتى بعد المعالجة عند مقارنة أطفال الأصحاء.

3-2-2 المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي

الجدول رقم (3-23) توزع عيني البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار *Chi-square* بعد المعالجة.

قيمة <i>P</i>	المجموع		مجموعتا الدراسة				المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي	
			الأطفال بعد المعالجة		الأطفال الأصحاء			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.205	38.7	53	46	23	34.5	20	نعم	س7: تنفست من خلال فمك؟
	61.3	84	54	27	65.5	67	لا	
0.840	25	35	24	12	26.4	23	نعم	س8: استغرقت وقتاً أطول من الآخرين لتناول وجبتك؟
	75	102	76	38	73.6	64	لا	
0.058	30	41	10	5	6.7	6	نعم	س9: واجهت صعوبات في النوم؟
	70	96	90	45	93.3	81	لا	
1	24.8	34	24	12	25.3	22	نعم	س10: صعوبة في عض أو مضغ أطعمة مثل التفاح، عرنوس ذرة، أو قطع اللحم؟
	75.2	103	76	38	74.7	65	لا	
0.702	51	7	6.1	3	4.6	4	نعم	س11: صعوبة في فتح الفم على سعته؟
	49	129	93.9	46	95.4	83	لا	
0.165	11	15	16	8	8	7	نعم	س12: صعوبة في نطق أي كلمة؟
	89	122	84	42	92	80	لا	
0.545	9.5	13	12	6	8	7	نعم	س13: صعوبة في تناول الأطعمة التي تحبها؟
	90.5	123	87	43	92	80	لا	
0.652	3	15	11	11	4.6	4	نعم	س14: صعوبة في الشرب بواسطة الشفاط (الماصة)؟
	97	132	89	49	95.4	83	لا	
0.507	49	76	48	29	54	47	نعم	س15: صعوبة شرب أو تناول الأطعمة الساخنة أو الباردة؟
	51	71	52	31	46	40	لا	
0.537	32.9	18	10	5	14.9	13	0	مجموع المحور
	54	111	82	41	80.5	70	1	
	13.1	8	8	4	4.6	4	2	

يظهر الجدول (3-23) توزع أطفال العينة وفقاً للمجموعة المدروسة ومحور القصور الوظيفي

وذلك بعد معالجة العينة المصابة، ويُلاحظ باستخدام اختبار كاي مربع عدم وجود فروق جوهرية

بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضية وبين الأطفال الأصحاء من حيث القصور الوظيفي

التابع لنوعية الحياة عند أطفال العينة بعد معالجة الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية.

3.2-2-3 المحور الصحي الثالث: الحالة العاطفية

الجدول رقم (3-24) توزع عينتي البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة، ودراسة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار *Chi-square* بعد المعالجة.

قيمة <i>P</i>	المجموع		مجموعتا الدراسة				المحور الصحي الثالث: <u>الحالة العاطفية</u>	
			الأطفال بعد المعالجة		الأطفال الأصحاء			
	النسبة النوعية	عدد الأطفال	النسبة النوعية	عدد الأطفال	النسبة النوعية	عدد الأطفال		
1	36.5	79	53.3	32	54	47	نعم	س16: سرعة الانفعال أو الإحباط؟
	63.5	68	46.7	28	46	40	لا	
0.079	20.4	38	12	16	25.3	22	نعم	س17: عدم الثقة في النفس؟
	79.6	109	88	44	74.7	65	لا	
0.987	19.6	28	14	17	12.6	11	نعم	س18: الخجل أو الإحراج؟
	81.4	119	86	43	87.4	76	لا	
0.198	23	31	14	17	16	14	نعم	س19: القلق من الآخرين حيال أسنانك؟
	77	116	86	43	84	73	لا	
0.122	27	57	36	28	33.3	29	نعم	س20: القلق من أنك لست جيد المظهر أو مقبول كالآخرين؟
	73	90	64	32	66.7	58	لا	
0.239	49	73	53.3	32	47.1	41	نعم	س21: الانزعاج؟
	51	74	46.7	28	52.9	46	لا	
0.392	58	79	46	33	52.9	46	نعم	س22: التوتر أو الخوف؟
	42	68	54	27	47.1	41	لا	
0.000	31.7	45	46	33	13.8	12	نعم	س23: القلق من أنك لست معافى صحياً كالآخرين؟
	68.3	102	54	27	86.2	75	لا	
0.613	13.9	29	16	18	12.6	11	نعم	س24: القلق بأنك مختلف عن الآخرين؟
	86.1	118	84	42	87.4	76	لا	
0.032	5.1	7	4	2	5.7	5	0	مجموع المحور
	54	74	6	3	81.6	71	1	
	40.9	56	90	45	12.6	11	2	

يظهر الجدول (3-24) توزع أطفال العينة وفقاً للمجموعة المدروسة ومحور الحالة العاطفية وذلك بعد معالجة العينة المصابة، حيث يُلاحظ باستخدام اختبار كاي مربع عدم وجود فروقٍ جوهريّة بين الأطفال المصابين بأذية رضيّة بعد معالجتهم وأقرانهم الأصحاء، وتُلاحظ أيضاً الفروق الإحصائية الواضحة فقط في السؤال الثالث والعشرين، حيث وُجدَ أن الأطفال المصابين بالأذية الرضيّة السنيّة يشعرون بالقلق بأنهم ليسوا معافين كغيرهم من الأطفال الأصحاء حتى بعد المعالجة.

3-2-4 المحور الصحي الرابع: الحالة الاجتماعية

الجدول رقم (3-25) توزع عيني البحث المصابة والشاهدة وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق بين المجموعتين المدروستين باستخدام اختبار *Chi-square* بعد المعالجة.

قيمة <i>P</i>	المجموع		مجموعتا الدراسة				المحور الصحي الرابع: <u>الحالة الاجتماعية</u>	
			الأطفال بعد المعالجة		الأطفال الأصحاء			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.241	49.4	73	44	26	54	47	نعم	س25: التغيب عن المدرسة بسبب ألم، أو موعد، أو عملية جراحية؟
	50.6	74	56	34	46	40	لا	
1	19	27	18.6	11	18.4	16	نعم	س26: أي صعوبة في الانتباه في المدرسة؟
	81	119	81.4	48	81.6	71	لا	
0.070	25.5	45	36	13	36.8	32	نعم	س27: أي صعوبة في أداء الواجبات المنزلية؟
	74.5	102	64	47	63.2	55	لا	
0.786	48.2	54	62	33	24.1	21	نعم	س28: عدم الرغبة في الكلام أو القراءة بصوت عال في الصف؟
	51.8	83	38	17	75.9	66	لا	
0.054	7.3	20	10	10	11.5	10	نعم	س29: تجنب المشاركة في أنشطة مثل الرياضة، أو الموسيقى، أو الرحلات المدرسية؟
	92.7	127	90	50	88.5	77	لا	
0.052	11	25	30	12	14.9	13	نعم	س30: تجنب التحدث مع الأطفال الآخرين؟
	89	122	70	48	85.1	74	لا	
0.373	9.5	23	36	13	11.5	10	نعم	س31: تجنب الابتسام أو الضحك عندما كنت بصحبة غيرك من الأطفال؟
	90.5	124	64	47	88.5	77	لا	
0.162	30.4	36	15	9	31	27	نعم	س32: رغبت عن قضاء بعض الوقت مع أطفال آخرين؟
	69.6	111	85	51	69	60	لا	
0.435	21.9	39	24	12	31	27	نعم	س33: تخاصمت مع أطفال آخرين أو مع عائلتك؟
	78.1	108	76	48	69	60	لا	
0.865	29.2	62	44	26	41.4	36	نعم	س34: أغاظك أو سخر منك أطفال آخرون، أو نادوك بألفاظ غير محبة؟
	70.8	85	56	34	58.6	51	لا	
0.833	12.4	28	22	12	18.4	16	نعم	س35: أشعرك أطفال آخرون بالانعزال أو الوحدة؟
	87.6	119	78	48	81.6	71	لا	
0.276	34.6	40	16	23	19.5	17	نعم	س36: وجه إليك أطفال آخرون أسئلة عن أسنانك، أو شفطيك، أو فكك، أو فمك؟
	65.4	107	84	37	80.5	70	لا	
0.123	11	15	0	0	17.2	15	0	مجموع المحور
	47.4	65	2	1	73.6	64	1	
	41.6	57	98	49	9.2	8	2	

يظهر الجدول (3-25) توزع أطفال العينة وفقاً للمجموعة المدروسة ومحور الحالة الاجتماعية وذلك بعد معالجة العينة المصابة، حيث يُلاحظ باستخدام اختبار كاي مربع أن قيمة P المحسوبة لمجموع المحور بلغت (0.123)، ممّا يشير إلى عدم وجود فروقٍ جوهرية بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضائية السنّية بعد المعالجة والأطفال الأصحاء.

3-2-3- نتائج مقارنة أثر نوعية الحياة على الصحة الفموية لدى العينة المصابة قبل وبعد المعالجة:

1.3-2-3 المحور الصحي الأول: الأعراض الفموية

الجدول رقم (3-26) توزع العينة المصابة وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق قبل وبعد المعالجة باستخدام اختبار McNemar.

قيمة <i>P</i>	المجموع		الأطفال المصابون بأذية رضية				المحور الصحي الأول: <u>الأعراض الفموية</u>	
			بعد المعالجة		قبل المعالجة			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.000	58.2	64	34	17	78.3	47	نعم	س1: ألم في أسنانك، أو شفتيك، أو فكيك، أو فمك؟
	41.8	46	66	33	21.7	13	لا	
0.002	47.2	52	34	17	58.3	35	نعم	س2: نزيف بالثة؟
	52.8	58	66	33	41.7	25	لا	
0.012	40	48	30	18	50	30	نعم	س3: تقرحات في فمك؟
	60	72	70	42	50	30	لا	
0.012	41	45	30	15	50	30	نعم	س4: رائحة نفس غير مستحبة؟
	59	65	70	35	50	30	لا	
0.125	51.8	83	44	22	70.1	61	نعم	س5: طعام عالق داخل أسنانك أو بينها؟
	48.2	54	56	28	29.9	26	لا	
1	3.6	18	2	11	8	7	نعم	س6: طعام عالق بأعلى فمك؟
	96.4	129	98	49	92	80	لا	
0.013	19	21	13.4	8	21.6	13	0	مجموع المحور
	27.3	30	11.6	7	38.4	23	1	
	53.7	59	75	35	40	24	2	

يظهر الجدول (3-26) توزع أطفال العينة المصابة (قبل وبعد المعالجة) ومحور الأعراض الفموية، ويُلاحظ باستخدام اختبار مكنمار أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة P لمجموع المحور الأول بلغت (0.013)، مما يدلّ على وجود فروق جوهرية بين الأطفال المصابين قبل وبعد المعالجة بالنسبة لمحور الأعراض الفموية، وتُلاحظ الفروق الجوهرية في جميع أسئلة المحور عدا السؤالين الخامس والسادس.

2.3-2-3 المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي

الجدول رقم (3-27) توزع العينة المصابة وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق قبل وبعد المعالجة باستخدام اختبار McNemar.

قيمة <i>P</i>	المجموع		الأطفال المصابون بأذية رضية				المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي	
			بعد المعالجة		قبل المعالجة			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
1	43.6	48	46	23	41.7	25	نعم	س7: تنفست من خلال فمك؟
	56.4	62	54	27	58.3	35	لا	
0.001	40	54	24	12	53.3	32	نعم	س8: استغرقت وقتاً أطول من الآخرين لتناول وجبتك؟
	60	66	76	38	46.7	28	لا	
0.006	21	23	10	5	30	18	نعم	س9: واجهت صعوبات في النوم؟
	79	86	90	45	68.3	42	لا	
0.000	50	55	24	12	71.7	43	نعم	س10: صعوبة في عض أو مضغ أطعمة مثل التفاح، عرنوس ذرة، أو قطع اللحم؟
	50	55	76	38	28.3	17	لا	
0.125	10	11	6.1	3	13.3	8	نعم	س11: صعوبة في فتح الفم على سعته؟
	90	99	93.9	46	86.7	52	لا	
0.022	27.2	30	16	8	36.7	22	نعم	س12: صعوبة في نطق أي كلمة؟
	72.8	80	84	42	63.3	38	لا	
0.000	40	44	12	6	63.3	38	نعم	س13: صعوبة في تناول الأطعمة التي تحبها؟
	60	66	87	43	36.7	22	لا	
0.083	3.6	15	11	11	6.7	4	نعم	س14: صعوبة في الشرب بواسطة الشفاط (الماصة)؟
	96.4	95	89	49	93.3	56	لا	
0.022	59	65	48	29	60	36	نعم	س15: صعوبة شرب أو تناول الأطعمة الساخنة أو الباردة؟
	41	55	52	31	40	24	لا	
0.003	27.3	30	10	5	41.6	25	0	مجموع المحور
	49	54	82	41	21.6	13	1	
	23.7	26	8	4	36.8	22	2	

يظهر الجدول (3-27) توزع أطفال العينة المصابة (قبل وبعد المعالجة) ومحور القصور الوظيفي، ويُلاحظ باستخدام اختبار مكنمار أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة P أصغر من القيمة (0.05) مهما كان نوع القصور الفموي الوظيفي الموجود عند أطفال الدراسة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المصابين قبل وبعد المعالجة من حيث القصور الوظيفي التابع لنوعية الحياة عند أطفال العينة خاصة فيما يتعلق بكل الأسئلة ما عدا السؤال السابع و السؤال الرابع والعشرون، وبمراجعة جداول التكرارات والنسب المئوية نلاحظ التحسن الكبير في نوعية الحياة بالنسبة للمحور الصحي الوظيفي بعد المعالجة.

3-2-3 المحور الصحي الثالث: الحالة العاطفية

الجدول رقم (3-28) توزع عينة الدراسة وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة، ودراسة الفروق قبل وبعد المعالجة باستخدام اختبار McNemar.

قيمة <i>P</i>	المجموع		الأطفال المصابون بأذية رضية				المحور الصحي الثالث: الحالة العاطفية	
			بعد المعالجة		قبل المعالجة			
	النسبة النوعية	عدد الأطفال	النسبة النوعية	عدد الأطفال	النسبة النوعية	عدد الأطفال		
1	54.8	65	53.3	32	54	33	نعم	س16: سرعة الانفعال أو الإحباط؟
	45.2	55	46.7	28	46	27	لا	
0.000	30	33	12	6	45	27	نعم	س17: عدم الثقة في النفس؟
	70	77	88	44	55	33	لا	
0.000	41.8	46	14	7	65	39	نعم	س18: الخجل أو الإحراج؟
	58.2	64	86	43	35	21	لا	
0.000	44.5	49	14	7	70	42	نعم	س19: القلق من الآخرين حيال أسنانك؟
	55.5	61	86	43	30	18	لا	
0.000	59.6	68	36	28	66.7	40	نعم	س20: القلق من أنك لست جيد المظهر أو مقبول كالآخرين؟
	40.4	52	64	32	33.3	20	لا	
1	54.8	67	53.3	32	54	35	نعم	س21: الانزعاج؟
	45.2	53	46.7	28	46	25	لا	
0.000	49.3	59	46	33	43.3	26	نعم	س22: التوتر أو الخوف؟
	51.7	61	54	27	56.7	34	لا	
0.002	38.1	42	46	23	31.7	19	نعم	س23: القلق من أنك لست معافى صحياً كالآخرين؟
	61.8	68	54	27	68.3	41	لا	
0.000	32.7	36	16	8	46.7	28	نعم	س24: القلق بأنك مختلف عن الآخرين؟
	67.3	74	84	42	53.3	32	لا	
0.000	10	11	4	2	15	9	0	مجموع المحور
	28.2	31	6	3	46.6	28	1	
	61.8	68	90	45	38.4	23	2	

يظهر الجدول (3-28) توزع أطفال العينة المصابة (قبل وبعد المعالجة) ومحور الحالة

العاطفية، ويلاحظ باستخدام اختبار مكنمار أن قيمة P المحسوبة لمجموع المحور هي

(0.000) مما يشير إلى وجود فروقٍ جوهرية بين الأطفال المصابين قبل وبعد المعالجة، حيث

تُلاحظ الفروق الإحصائية الواضحة في كل أسئلة المحور ما عدا السؤالين 16 و 21.

3-2-4.3 المحور الصحي الرابع: الحالة الاجتماعية

الجدول رقم (3-29) توزع العينة المصابة وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة، ودراسة دلالة الفروق قبل وبعد المعالجة باستخدام اختبار McNemar..

قيمة <i>P</i>	المجموع		الأطفال المصابون بأذية رضية				المحور الصحي الرابع: <u>الحالة الاجتماعية</u>	
			بعد المعالجة		قبل المعالجة			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.000	46.6	56	44	26	50	30	نعم	س25: التغيب عن المدرسة بسبب ألم، أو موعد، أو عملية جراحية؟
	53.4	64	56	34	50	30	لا	
0.016	18.6	22	18.6	11	18.6	11	نعم	س26: أي صعوبة في الانتباه في المدرسة؟
	81.4	96	81.4	48	81.4	48	لا	
0.008	15.4	27	36	13	23.3	14	نعم	س27: أي صعوبة في أداء الواجبات المنزلية؟
	84.6	93	64	47	76.7	46	لا	
0.000	56.4	67	62	33	40	24	نعم	س28: عدم الرغبة في الكلام أو القراءة بصوت عال في الصف؟
	43.6	53	38	17	60	36	لا	
1	2.7	13	10	10	5	3	نعم	س29: تجنب المشاركة في أنشطة مثل الرياضة، أو الموسيقى، أو الرحلات المدرسية؟
	97.3	107	90	50	95	57	لا	
0.000	19	31	30	12	31.7	19	نعم	س30: تجنب التحدث مع الأطفال الآخرين؟
	81	89	70	48	68.3	41	لا	
0.000	40	54	36	13	68.3	41	نعم	س31: تجنب الابتسام أو الضحك عندما كنت بصحبة غيرك من الأطفال؟
	60	66	64	47	31.7	19	لا	
0.031	31	35	15	9	44	26	نعم	س32: رغبت عن قضاء بعض الوقت مع أطفال آخرين؟
	69	85	85	51	56	34	لا	
0.000	30	33	24	12	35	21	نعم	س33: تخاصمت مع أطفال آخرين أو مع عائلتك؟
	70	77	76	48	65	39	لا	
0.000	48.6	59	44	26	55	33	نعم	س34: أغاظك أو سخر منك أطفال آخرون، أو نادوك بألفاظ غير محببة؟
	52.4	61	56	34	45	27	لا	
0.004	21.8	24	22	12	20	12	نعم	س35: أشعرك أطفال آخرون بالانعزال أو الوحدة؟
	78.2	96	78	48	80	48	لا	
0.000	54.5	69	16	23	76.7	46	نعم	س36: وجه إليك أطفال آخرون أسئلة عن أسنانك، أو شفثيك، أو فكك، أو فمك؟
	45.5	51	84	37	23.3	14	لا	
0.000	5.4	6	0	0	10	6	0	مجموع المحور
	34.6	38	2	1	61.7	37	1	
	60	66	98	49	28.3	17	2	

يظهر الجدول (3-29) توزع أطفال العينة المصابة (قبل وبعد المعالجة) ومحور الحالة الوظيفية، حيث يُلاحظ باستخدام اختبار مكنمار أن قيمة P المحسوبة لمجموع المحور بلغت (0.000)، بالتالي هناك فروقٍ جوهريّة بين الأطفال المصابين قبل وبعد المعالجة، ويُلاحظ أيضاً الفروق الإحصائية الواضحة في كل الأسئلة ما عدا السؤال التاسع والعشرين مما يدلُّ على وجود فروق ملحوظة فيما يتعلق بالمحور الرابع من استبيان نوعية الحياة والمرتبطة بالحالة الاجتماعية لدى أطفال العينة المدروسة.

3-2-4- توزيع أطفال العينة المصابة وفقاً لمحاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية:

3-2-1.4 المحور الصحي الأول: الأعراض الفموية

الجدول رقم (3-30) توزيع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية

، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة P	المجموع		نمط الأذية الرضیة						الأعراض الفمویة	
			أنواع متعددة		انخلاعات		كسور			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.708	78.3	47	100.	4	85.7	6	75.5	37	نعم	س1 : ألم في أسنانك، أو شفتيك، أو فكك، أو فمك؟
	21.7	13	0.0	0	14.3	1	24.5	12	لا	
0.685	58.3	35	75.0	3	71.4 %	5	55.1 %	27	نعم	س2: نزيف بالثة؟
	41.7	25	25.0	1	28.6	2	44.9	22	لا	
0.128	30	18	50.0	2	0.0	0	32.7	16	نعم	س3: تقرحات في فمك؟
	70	42	50.0	2	100.	7	67.3	33	لا	
0.021	50	30	100.0	4	14.3 %	1	51.0 %	25	نعم	س4: رائحة نفس غير مستحبة؟
	50	30	0.0 %	0	85.7 %	6	49.0 %	24	لا	
0.090	58.3	35	100.0%	4	28.6 %	2	59.2 %	29	نعم	س5: طعام عالق داخل أسنانك أو بينها؟
	41.7	25	0.0 %	0	71.4 %	5	40.8 %	20	لا	
0.461	5	3	0.0 %	0	14.3 %	1	4.1%	2	نعم	س6 : طعام عالق بأعلى فمك؟
	95	57	100.0%	4	85.7 %	6	95.9 %	47	لا	
0.109	21.6	13	0	0	0	0	26.5	13	0	مجموع المحور
	38.4	23	100	4	28.6	2	34.7	17	1	
	40	24	0	0	71.4	5	38.8	19	2	

يظهر الجدول (3-30) توزيع أطفال العينة المصابة وفقاً لنمط الأذية الرضية ومحور الأعراض الفموية، ويلاحظ باستخدام اختبار فيشر عدم وجود فروق جوهرية بين أنواع الأذيات الرضية المختلفة فيما يتعلق بهذا المحور. وجد فقط فرق إحصائي فيما يتعلق برائحة الفم غير المستحبة والتي كانت أكثر ما تكون عند الذين تعرضوا للأذيات الرضية السنية المتعددة.

3-2-4 المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي

الجدول رقم (3-31) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة <i>P</i>	المجموع		نمط الأذية الرضیة						المحور الصحي الثاني : القصور الوظيفي الفموي	
			أنواع متعددة		انخلاعات		كسور			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.111	41.7	25	75.0%	3	14.3%	1	42.9%	21	نعم	س7: تنفست من خلال فمك؟
	58.3	35	25.0%	1	85.7%	6	57.1%	28	لا	
0.695	53.4	32	75.0%	3	42.9%	3	53.1%	26	نعم	س8: استغرقت وقتاً أطول من الآخرين لتناول وجبتك؟
	46.6	28	25.0%	1	57.1%	4	46.9%	23	لا	
0.418	30	18	50.0%	2	42.9%	3	27.1%	13	نعم	س9: واجهت صعوبات في النوم؟
	70	42	50.0%	2	57.1%	4	72.9%	35	لا	
0.644	70	42	100.0%	4	71.4%	5	69.4%	34	نعم	س10: صعوبة في عض أو مضغ أطعمة مثل التفاح، عرنوس ذرة، أو قطع اللحم؟
	30	18	0.0%	0	28.6%	2	30.6%	15	لا	
0.186	13.3	8	25.0%	1	28.6%	2	10.2%	5	نعم	س11: صعوبة في فتح الفم على سعته؟
	86.7	52	75.0%	3	71.4%	5	89.8%	44	لا	
0.221	36.6	22	75.0%	3	42.9%	3	32.7%	16	نعم	س12: صعوبة في نطق أي كلمة؟
	63.4	38	25.0%	1	57.1%	4	67.3%	33	لا	
0.302	63.4	38	100.0%	4	71.4%	5	59.2%	29	نعم	س13: صعوبة في تناول الأطعمة التي تحبها؟
	36.6	22	0.0%	0	28.6%	2	40.8%	20	لا	
0.149	6.6	4	25.0%	1	14.3%	1	4.1%	2	نعم	س14: صعوبة في الشرب بواسطة الشفاط؟
	93.4	56	75.0%	3	85.7%	6	95.9%	47	لا	
0.015	60	36	100.0%	4	57.1%	4	57.1%	28	نعم	س15: صعوبة شرب أو تناول الأطعمة الساخنة أو الباردة ؟
	40	24	0.0%	0	42.9%	3	42.9%	1	لا	
0.234	38.4	23	75	3	42.8	3	34.6	17	0	مجموع المحور
	21.6	13	25	1	28.6	2	20.5	10	1	
	40	24	0	0	28.6	2	44.9	22	2	

يظهر الجدول (3-31) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لنمط الأذية الرضية ومحور القصور

الوظيفي، ويلاحظ باستخدام اختبار فيشر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أنماط الأذية

الرضية السنية من حيث القصور الوظيفي التابع لنوعية الحياة عند أطفال العينة المصابة في

البحث.

3-2-3 المحور الصحي الثالث: الحالة العاطفية

الجدول رقم (3-32) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة <i>P</i>	المجموع		نمط الأذية الرضية						المحور الصحي الثالث: <u>الحالة العاطفية</u>	
			أنواع متعددة		انخلاعات		كسور			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.097	53.4	32	100.0%	4	71.4%	5	46.9%	23	نعم	س16: سرعة الانفعال أو الإحباط؟
	46.6	28	0.0%	0	28.6%	2	53.1%	26	لا	
0.362	45	27	75.0%	3	57.1%	4	40.8%	20	نعم	س17: عدم الثقة في النفس؟
	55	33	25.0%	1	42.9%	3	59.2%	29	لا	
1	65	39	75.0%	3	71.4%	5	63.3%	31	نعم	س18: الخجل أو الإحراج؟
	35	21	25.0%	1	28.6%	2	36.7%	18	لا	
0.413	70	42	100.0%	4	57.1%	4	69.4%	34	نعم	س19: القلق من الآخرين حيال أسنانك؟
	30	18	0.0%	0	42.9%	3	30.6%	15	لا	
0.436	66.6	40	100.0%	4	71.4%	5	63.3%	31	نعم	س20: القلق من أنك لست جيد المظهر أو مقبول كالآخرين؟
	33.4	20	0.0%	0	28.6%	2	36.7%	18	لا	
0.097	53.4	32	100.0%	4	71.4%	5	46.9%	23	نعم	س21: الانزعاج؟
	46.6	28	0.0%	0	28.6%	2	53.1%	26	لا	
0.356	43.3	26	75.0%	3	57.1%	4	38.8%	19	نعم	س22: التوتر أو الخوف؟
	46.4	34	25.0%	1	42.9%	3	61.2%	30	لا	
0.220	21.7	19	75.0%	3	28.6%	2	28.6%	14	نعم	س23: القلق من أنك لست معافى صحياً كالآخرين؟
	68.3	41	25.0%	1	71.4%	5	71.4%	35	لا	
0.110	46.6	28	100.0%	4	42.9%	3	42.9%	21	نعم	س24: القلق بأنك مختلف عن الآخرين؟
	53.4	32	0.0%	0	57.1%	4	57.1%	28	لا	
0.239	13.3	8	25	1	0	0	14.4	7	0	مجموع المحور
	48.3	29	75	3	71.4	5	42.8	21	1	
	38.4	23	0	0	28.6	2	42.8	21	2	

يظهر الجدول (3-32) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لنمط الأذية الرضية ومحور الحالة

العاطفية، ويُلاحظ باستخدام اختبار فيشر أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين أنماط الأذية

الرضية المختلفة بالنسبة لهذا المحور التابع لدراسة نوعية الحياة لدى أطفال العينة المصابة في

البحث.

3-2-4 المحور الصحي الرابع: الحالة الاجتماعية

الجدول رقم (3-33) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة ونمط الأذية الرضية، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة P	المجموع		نمط الأذية الرضیة						المحور الصحي الرابع : الحالة الاجتماعية	
			أنواع متعددة		انخلاعات		كسور			
	النسبة المنویة	عدد الأطفال	النسبة المنویة	عدد الأطفال	النسبة المنویة	عدد الأطفال	النسبة المنویة	عدد الأطفال		
0.035	50	30	100.0%	4	71.4%	5	42.9%	21	نعم	س25: التغيب عن المدرسة بسبب ألم، أو موعد، أو عملية جراحية؟
	50	30	0.0%	0	28.6%	2	57.1%	28	لا	
0.004	18.3	11	50.0%	2	57.1%	4	10.4%	5	نعم	س26: أي صعوبة في الانتباه في المدرسة ؟
	81.7	48	50.0%	2	42.9%	3	89.6%	43	لا	
0.017	23.3	14	50.0%	2	57.1%	4	16.3%	8	نعم	س27: أي صعوبة في أداء الواجبات المنزلية؟
	76.7	46	50.0%	2	42.9%	3	83.7%	41	لا	
0.055	40	24	75.0%	3	71.4%	5	32.7%	16	نعم	س28: عدم الرغبة في الكلام أو القراءة بصوت عال في الصف؟
	60	36	25.0%	1	28.6%	2	67.3%	33	لا	
0.221	5	3	25.0%	1	0.0%	0	4.1%	2	نعم	س29: تجنب المشاركة في أنشطة مثل الرياضة، أو الموسيقى، أو الرحلات المدرسية؟
	95	57	75.0%	3	100.0%	7	95.9%	47	لا	
0.220	21.7	19	75.0%	3	28.6%	2	28.6%	14	نعم	س30: تجنب التحدث مع الأطفال الآخرين؟
	68.3	41	25.0%	1	71.4%	5	71.4%	35	لا	
0.862	68.3	41	75.0%	3	57.1%	4	69.4%	34	نعم	س31: تجنب الابتسام أو الضحك عندما كنت بصحبة غيرك
	21.7	19	25.0%	1	42.9%	3	30.6%	15	لا	
0.121	15	9	50.0%	2	0.0%	0	14.3%	7	نعم	س32: رغبت عن قضاء بعض الوقت مع أطفال آخرين؟
	85	51	50.0%	2	100.0%	7	85.7%	42	لا	
0.507	35	21	50.0%	2	14.3%	1	36.7%	18	نعم	س33: تخصصت مع أطفال آخرين أو مع عائلتك؟
	65	39	50.0%	2	85.7%	6	63.3%	31	لا	
0.057	55	33	75.0%	3	14.3%	1	59.2%	29	نعم	س34: أغاظك أو سخر منك أطفال آخرون، أو نادوك بألفاظ غير محببة؟
	45	27	25.0%	1	85.7%	6	40.8%	20	لا	
0.095	20	12	50.0%	2	0.0%	0	20.4%	10	نعم	س35: أشعرك أطفال آخرون بالانعزال
	80	48	50.0%	2	100.0%	7	79.6%	39	لا	
0.709	76.7	46	100.0%	4	71.4%	5	75.5%	37	نعم	س36: وجه إليك أطفال آخرون أسئلة عن أسنانك، أو شفتيك، أو فكك؟
	23.3	14	0.0%	0	28.6%	2	24.5%	12	لا	
0.117	21.6	13	25	1	14.4	1	22.4	11	0	مجموع المحور
	41.6	25	50	2	42.8	3	40.8	20	1	
	36.8	22	25	1	42.8	3	36.8	18	2	

يظهر الجدول (3-33) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لنمط الأذية الرضية ومحور الحالة الاجتماعية، ويلاحظ باستخدام اختبار فيشر أنَّ قيمة P المحسوبة بلغت (0.117) وهي أكبر من (0.05) وذلك بالنسبة لمجموع المحور الرابع ككل لدى الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنّية، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أنماط الأذيات الرضية بالنسبة لحالة الطفل الاجتماعية، لكن كانت هناك فروق دالة إحصائية بالنسبة للأسئلة (25-26-27)، وبالعودة إلى الجدول وتكرارات الإصابة نجد أن الإصابة بأذيات رضية متعددة قد أدت إلى التغيب عن المدرسة و/أو المواعيد في حين أدت الانخلاقات إلى قلة الانتباه في المدرسة وصعوبة أداء الواجبات المنزلية.

3-2-5- توزيع العينة المصابة وفقاً لمحاور نوعية الحياة والفئات العمرية:

3-2-1.5 المحور الصحي الأول: الأعراض الفموية

الجدول رقم (3-34) توزيع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة والفئات العمرية، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة P	المجموع		الفئات العمرية							المحور الصحي الأول: <u>الأعراض الفموية</u>	
			(14-12) عاماً		(12-10) عاماً		(10-8) سنوات				
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال			
0.492	78.3	47	74.2	23	72.7	8	88.8	16	نعم	س1: ألم في أسنانك، أو شفتيك، أو فكّك، أو فمك؟	
	21.7	13	25.8	8	27.2	3	11.1	2	لا		
0.252	53.3	35	61.3	19	36.3	4	66.6	12	نعم	س2: نزيف بالثة؟	
	41.7	25	38.7	12	63.6	7	33.3	6	لا		
0.214	30	18	32.3	10	9	1	38.8	7	نعم	س3: تقرحات في فمك؟	
	70	42	76.7	21	91	10	61.1	11	لا		
0.885	50	30	48.4	15	45.4	5	55.5	10	نعم	س4: رائحة نفس غير مستحبة ؟	
	50	30	51.6	16	54.5	6	44.4	8	لا		
0.941	53.3	35	58	18	63.6	7	55.5	10	نعم	س5: طعام عالق داخل أسنانك أو بينها؟	
	41.7	25	42	13	36.3	4	44.4	8	لا		
0.287	5	3	9.7	3	0	0	0	0	نعم	س6: طعام عالق بأعلى فمك؟	
	95	57	90.3	28	100	11	100	18	لا		
0.724	40	24	38.7	12	27.2	3	50	9	0	مجموع المحور	
	20	14	22.6	7	36.3	4	16.6	3	1		
	40	24	38.7	12	45.4	5	33.3	6	2		

يظهر الجدول (3-34) توزيع أطفال العينة المصابة وفقاً لعمر الطفل ومحور الأعراض الفموية، ويلاحظ باستخدام اختبار فيشر أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة P أكبر من القيمة (0.05) مهما كانت الأعراض الفموية، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق جوهرية بين الفئات العمرية بالنسبة لمحور الأعراض الفموية التابع لنوعية الحياة عند أطفال العينة المصابة في البحث.

3-2-2.5 المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي

الجدول رقم (3-35) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة والفئات العمرية، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة P	المجموع		الفئات العمرية						المحور الصحي الثاني : القصور الوظيفي الفموي	
			(14-12) عاماً		(12-10) عاماً		(10-8) سنوات			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.941	41.7	25	42	13	36.3	4	44.4	8	نعم	س7: تنفست من خلال فمك؟
	58.3	35	58	18	63.6	7	55.5	10	لا	
0.199	53.3	32	64.5	20	36.3	4	44.4	8	نعم	س8: استغرقت وقتاً أطول من الآخرين لتناول وجبتك؟
	46.7	28	35.5	11	63.6	7	55.5	10	لا	
1	30	18	32.3	10	27.3	3	33.3	6	نعم	س9: واجهت صعوبات في النوم؟
	70	42	76.7	21	72.7	8	66.6	12	لا	
0.048	71	43	71	22	45.4	5	88.8	16	نعم	س10: صعوبة في عض أو مضغ أطعمة مثل التفاح، عرنوس ذرة، أو قطع اللحم؟
	29	17	29	9	54.5	6	11.1	2	لا	
0.888	13.3	8	13	4	9	1	16.7	3	نعم	س11: صعوبة في فتح الفم على سعته؟
	86.7	52	87	27	91	10	83.3	15	لا	
0.772	36.7	22	32.3	10	45.5	5	38.8	7	نعم	س12: صعوبة في نطق أي كلمة؟
	63.3	38	76.7	21	54.5	6	61.1	11	لا	
0.144	63.3	38	76.7	21	36.3	4	72.2	13	نعم	س13: صعوبة في تناول الأطعمة التي تحبها؟
	36.7	22	32.3	10	63.6	7	27.7	5	لا	
0.645	6.7	4	10	2	0	0	11.1	2	نعم	س14: صعوبة في الشرب بواسطة الشفاط؟
	93.3	56	90	29	100	11	88.8	16	لا	
0.231	60	36	64.5	20	36.4	4	66.6	12	نعم	س15: صعوبة شرب أو تناول الأطعمة الساخنة أو الباردة؟
	40	24	35.5	11	63.6	7	33.3	6	لا	
0.505	30	18	35.5	11	27.3	3	22.3	4	0	مجموع المحور
	30	18	35.5	11	18.2	2	27.7	5	1	
	40	24	29	9	54.5	6	50	9	2	

يظهر الجدول (3-35) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لعمر الطفل ومحور القصور الوظيفي، ويلاحظ باستخدام اختبار فيشر أن قيمة مستوى الدلالة P أكبر من القيمة (0.05) مهما كان القصور الفموي الوظيفي، بالتالي لا توجد فروق جوهرية بين الفئات العمرية المختلفة بالنسبة للمحور الوظيفي التابع لنوعية الحياة عند العينة المصابة، باستثناء وجود دلالة إحصائية فيما يتعلق بصعوبة في عض أو مضغ الأطعمة وخاصة عند الفئات العمرية الأصغر ($p=0.048$).

3-2-3 المحور الصحي الثالث: الحالة العاطفية

الجدول رقم (3-36) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة والفئات العمرية، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة P	المجموع		الفئات العمرية						المحور الصحي الثالث: الحالة العاطفية	
			(14-12) عاماً		(12-10) عاماً		(10-8) سنوات			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.286	53.3	32	48.4	15	45.4	5	66.6	12	نعم	س16: سرعة الانفعال أو الإحباط؟
	46.7	28	51.6	16	54.5	6	33.3	6	لا	
0.836	44	27	48.4	15	36.3	4	44.4	8	نعم	س17: عدم الثقة في النفس؟
	56	33	51.6	16	63.6	7	55.5	10	لا	
0.101	66	39	61.3	19	45.4	5	83.3	15	نعم	س18: الخجل أو الإحراج؟
	34	21	38.7	12	54.5	6	16.7	3	لا	
0.078	69	42	64.5	20	54.5	6	88.8	16	نعم	س19: القلق من الآخرين حيال أسنانك؟
	31	18	35.5	11	45.4	5	11.1	2	لا	
0.097	66.7	40	64.5	20	45.4	5	83.3	15	نعم	س20: القلق من أنك لست مقبول كالآخرين؟
	33.3	20	35.5	11	54.5	6	16.7	3	لا	
0.536	53.3	32	58	18	36.3	4	55.5	10	نعم	س21: الانزعاج؟
	46.7	28	42	13	63.6	7	44.4	8	لا	
0.507	43.3	26	45.2	14	27.2	3	50	9	نعم	س22: التوتر أو الخوف؟
	56.7	34	54.8	17	72.7	8	50	9	لا	
0.368	31.6	19	25.8	8	27.2	3	44.4	8	نعم	س23: القلق من أنك لست معافى صحياً كالآخرين؟
	68.4	41	74.2	23	72.7	8	55.5	10	لا	
0.146	46.7	28	38.7	12	36.3	4	66.6	12	نعم	س24: القلق بأنك مختلف الآخرين؟
	53.3	32	61.3	19	63.6	7	33.3	6	لا	
0.117	31.6	19	35.5	11	54.5	6	11.1	2	0	مجموع المحور
	28.4	17	38.7	12	9.2	1	22.3	4	1	
	40	24	25.8	8	36.3	4	66.6	12	2	

يظهر الجدول (3-36) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لعمر الطفل ومحور الحالة العاطفية، ويلاحظ باستخدام اختبار فيشر أن قيمة *P* المحسوبة كانت أكبر من القيمة (0.05) وبالتالي عدم وجود أية فروق دالة إحصائية في مجموع المحور الثالث من استبيان نوعية الحياة والمتعلق بالحالة العاطفية لأطفال العينة المصابة بأذية رضية في هذا البحث.

3-2-4.5 المحور الصحي الرابع: الحالة الاجتماعية

الجدول رقم (3-37) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة والفئات العمرية، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة <i>P</i>	المجموع		الفئات العمرية						المحور الصحي الرابع : <u>الحالة الاجتماعية</u>	
			(14-12) عاماً		(12-10) عاماً		(10-8) سنوات			
	النسبة النئوية	عدد الأطفال	النسبة النئوية	عدد الأطفال	النسبة النئوية	عدد الأطفال	النسبة النئوية	عدد الأطفال		
0.783	50	30	45.2	14	54.5	6	55.5	10	نعم	س25: التغيب عن المدرسة
	50	30	54.8	17	45.5	5	44.5	8	لا	سبب ألم، أو عملية جراحية؟
0.268	20	12	22.6	7	0	0	22.3	4	نعم	س26: أي صعوبة في الانتباه
	80	48	77.4	24	100	11	77.7	14	لا	في المدرسة؟
0.087	23.3	14	32.3	10	0	0	22.3	4	نعم	س27: أي صعوبة في أداء
	76.7	46	76.7	21	100	11	77.7	14	لا	الواجبات المنزلية؟
0.498	40	24	38.7	12	27.3	3	50	9	نعم	س28: عدم الرغبة في الكلام
	60	36	61.3	19	72.7	8	50	9	لا	أو القراءة بصوت عال في الصف؟
0.287	5	3	9.7	3	0	0	0	0	نعم	س29: تجنب المشاركة في أنشطة مثل الرياضة، أو الموسيقى أو الرحلات المدرسية؟
	95	57	90.3	28	100	11	100	18	لا	
0.537	31.6	19	32.3	10	18.2	2	38.8	7	نعم	س30: تجنب التحدث مع الأطفال الآخرين؟
	68.4	41	76.7	21	81.8	9	61.2	11	لا	
0.013	68.4	41	76.7	21	36.4	4	88.8	16	نعم	س31: تجنب الانسجام أو الضحك مع أطفال الآخرين؟
	31.6	19	32.3	10	63.6	7	11.2	2	لا	
0.103	20	12	10	2	18.2	2	27.7	5	نعم	س32: رغبت عن قضاء بعض الوقت مع أطفال آخرين؟
	80	48	90	29	81.8	9	72.3	13	لا	
0.299	35	21	29	9	27.3	3	50	9	نعم	س33: تخاصمت مع أطفال آخرين أو مع عائلتك؟
	65	39	71	22	72.7	8	50	9	لا	
0.209	55	33	48.4	15	45.5	5	72.3	13	نعم	س34: أغاظك أو سخر منك أطفال آخرون بألفاظ غير محبة؟
	45	27	51.6	16	54.5	6	27.7	5	لا	
0.523	20	12	19.4	6	9	1	27.7	5	نعم	س35: أشعرك أطفال آخرون بالانعزال أو الوحدة؟
	80	48	80.6	25	91	10	72.3	13	لا	
0.775	76.7	46	74.2	23	72.7	8	83.3	15	نعم	س36: وجه إليك أطفال آخرون أسئلة عن أسنانك، أو شفتيك، أو فكك، أو فمك؟
	23.3	14	25.8	8	27.3	3	16.7	3	لا	
0.077	16.6	10	15	5	27.3	3	11.2	2	0	مجموع المحور
	30	18	14	4	27.3	3	50	9	1	
	53.4	32	71	22	45.4	5	38.8	7	2	

يظهر الجدول (3-37) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لعمر الطفل ومحور الحالة الاجتماعية، ويلاحظ باستخدام اختبار فيشر لدراسة دلالة الفروق بين الفئات العمرية المختلفة ومحور الحالة الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بأذية رضية سنية أن قيمة P المحسوبة (0.077) وهي أكبر من القيمة (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية المختلفة عند الإصابة بأذية رضية سنية، باستثناء وجود دلالة هامة بالنسبة للسؤال الواحد والثلاثين وبالعودة للجدول تبين أن الفئات العمرية الأصغر (8-10) كانت الأكثر تجنباً للضحك والابتسام عند وجودها بصحبة أطفال آخرين تليها الفئة العمرية الأكبر (12-16) وقد بلغت قيمة الدلالة (0.013).

3-2-6- توزيع العينة المصابة وفقاً لمحاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالمرض:

3-2-6-1 المحور الصحي الأول: الأعراض الفموية

الجدول رقم (3-38) توزيع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الأول من محاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالمرض ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة P	المجموع		عدد الأسنان المتأذية بالمرض								المحور الصحي الأول: <u>الأعراض الفموية</u>	
			أكثر من 3		3		2		1			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.707	78.3	47	100	4	100	2	80	16	73.52	25	نعم	س1: ألم في أسنانك، أو شفتيك، أو فمك؟
	21.7	13	0	0	0	0	20	4	26.47	9	لا	
0.543	58.3	35	100	4	50	1	55	11	55.88	19	نعم	س2: نزيف بالثة؟
	41.7	25	0	0	50	1	45	9	44.12	15	لا	
0.473	30	18	50	2	0	0	25	5	32.35	11	نعم	س3: تقرحات في فمك؟
	70	42	50	2	100	2	75	15	67.65	23	لا	
0.821	50	30	75	3	50	1	45	9	50	17	نعم	س4: رائحة نفس غير مستحبة ؟
	50	30	25	1	50	1	55	11	50	17	لا	
0.810	58.3	35	75	3	50	1	50	10	61.76	21	نعم	س5: طعام عالق داخل أسنانك أو بينها؟
	41.7	25	25	1	50	1	50	10	38.24	13	لا	
0.985	5	3	0	0	0	0	5	1	5.88	2	نعم	س6: طعام عالق بأعلى فمك؟
	95	57	100	4	100	2	95	19	94.12	32	لا	
0.654	39.1	24	75	3	50	1	40	8	35.3	12	0	مجموع المحور
	19.1	11	25	1	0	0	10	2	23.5	8	1	
	40.8	25	0	0	50	1	50	10	41.2	14	2	

يظهر الجدول (3-38) توزيع أطفال العينة المصابة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالمرض ومحور الأعراض الفموية، ويُلاحظ باستخدام اختبار فيشر أن قيمة مستوى الدلالة المحسوبة P أكبر بكثير من القيمة (0.05) مهما كانت الأعراض الفموية المذكورة لدى أطفال العينة، أي أنه عند مستوى الثقة (95%) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بعدد الأسنان المتأذية بالمرض بالنسبة لمحور الأعراض الفموية التابع لنوعية الحياة عند أطفال العينة المصابة في البحث.

3-2-6 المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي

الجدول رقم (3-39) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثاني من محاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالرض، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة <i>P</i>	المجموع		عدد الأسنان المتأذية بالرض								المحور الصحي الثاني: القصور الوظيفي الفموي	
			أكثر من 3		3		2		1			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.660	41.7	25	75	3	50	1	40	8	38.2	13	نعم	س7: تنفست من خلال فمك؟
	58.3	35	25	1	50	1	60	12	61.8	21	لا	
0.470	53.3	32	25	1	100	2	50	10	55.88	19	نعم	س8: استغرقت وقتاً أطول من الآخرين لتناول وجبتك؟
	46.7	28	75	3	0	0	50	10	44.12	15	لا	
0.686	30	18	25	1	50	1	40	8	23.5	8	نعم	س9: واجهت صعوبات في النوم؟
	70	42	75	3	50	1	60	12	76.5	26	لا	
0.438	71	43	100	4	50	1	60	12	76.5	26	نعم	س10: صعوبة في عض أو مضغ أطعمة أو قطع اللحم؟
	29	17	0	0	50	1	40	8	23.5	8	لا	
0.805	13.3	8	25	1	0	0	15	3	11.7	4	نعم	س11: صعوبة في فتح الفم على سعته؟
	86.7	52	75	3	100	2	85	17	88.3	30	لا	
0.565	36.7	22	50	2	0	0	35	7	38.24	13	نعم	س12: صعوبة في نطق أي كلمة؟
	63.3	38	50	2	100	2	65	13	61.76	21	لا	
0.499	63.3	38	50	2	50	1	75	15	58.8	20	نعم	س13: صعوبة في تناول الأطعمة التي تحبها؟
	36.7	22	50	2	50	1	25	5	41.8	14	لا	
0.439	6.7	4	25	1	0	0	5	1	5.88	2	نعم	س14: صعوبة في الشرب بواسطة الشفّاط؟
	93.3	56	75	3	100	2	95	19	94.12	32	لا	
0.607	60	36	50	2	50	1	70	14	55.88	19	نعم	س15: صعوبة شرب أو تناول الأطعمة الساخنة أو الباردة؟
	40	24	50	2	50	1	30	6	44.12	15	لا	
0.987	40	24	100	3	33.3	1	38	8	34.3	12	0	مجموع المحور
	20	14	0	0	66.7	2	14.3	3	25.7	9	1	
	40	24	0	0	0	0	47.7	10	40	14	2	

يظهر الجدول (3-39) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض ومحور القصور الوظيفي، ويُلاحظ باستخدام اختبار فيشر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بعدد الأسنان المتأذية بالرض بالنسبة لمحور القصور الفموي الوظيفي التابع لنوعية الحياة عند أطفال العينة المصابة في البحث.

3-2-3 المحور الصحي الثالث: الحالة العاطفية

الجدول رقم (3-40) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الثالث من محاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالمرض، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة P	المجموع		عدد الأسنان المتأذية بالمرض								المحور الصحي الثالث: <u>الحالة العاطفية</u>	
			أكثر من 3		3		2		1			
	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال	النسبة المئوية	عدد الأطفال		
0.783	53.3	32	75	3	50	1	45	9	55.9	19	نعم	س16: سرعة الانفعالات الإحباط؟
	46.7	28	25	1	50	1	55	11	44.1	15	لا	
0.447	44	27	50	2	0	0	40	8	50	17	نعم	س17: عدم الثقة في النفس؟
	56	33	50	2	100	2	60	12	50	17	لا	
0.515	66	39	50	2	100	2	60	12	67.7	23	نعم	س18: الخجل أو الإحراج؟
	34	21	50	2	0	0	40	8	32.3	11	لا	
0.473	69	42	100	4	100	2	60	12	67.65	24	نعم	س19: القلق من الآخرين حيال أسنانك؟
	31	18	0	0	0	0	40	8	29.4	10	لا	
0.484	66.7	40	100	4	100	2	30	12	64.7	22	نعم	س20: القلق من أنك لست مقبول كالأخرين؟
	33.3	20	0	0	0	0	40	8	35.3	12	لا	
0.783	53.3	32	75	3	50	1	45	9	55.9	19	نعم	س21: الانزعاج؟
	46.7	28	25	1	50	1	55	11	44.1	15	لا	
0.518	43.3	26	50	2	0	0	40	8	47	16	نعم	س22: التوتر أو الخوف؟
	56.7	34	50	2	100	2	60	12	53	18	لا	
0.804	31.6	19	35	1	0	0	30	6	35.3	12	نعم	س23: القلق من أنك لست معافى صحياً كالأخرين؟
	68.4	41	75	3	100	2	70	14	64.7	22	لا	
0.759	46.7	28	50	2	50	1	40	8	50	17	نعم	س24: القلق بأنك مختلف عن الآخرين؟
	53.3	32	50	2	50	1	60	12	50	17	لا	
0.573	30	18	40	2	37.5	3	36.3	8	14.3	5	0	مجموع المحور
	30	18	0	0	25	2	36.3	8	22.7	8	1	
	40	24	60	3	37.5	3	27.4	6	40	12	2	

يظهر الجدول (3-40) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالمرض ومحور الحالة العاطفية، ويُلاحظ باستخدام اختبار فيشر عدم وجود أية فروق دالة إحصائية في مجموع المحور الثالث من استبيان نوعية الحياة والمتعلق بالحالة العاطفية لأطفال العينة المصابة بأذية رضوية سنوية في هذا البحث.

3-2-4.6 المحور الصحي الرابع: الحالة الاجتماعية

الجدول رقم (3-41) توزع العينة المصابة في البحث وفقاً للمحور الصحي الرابع من محاور نوعية الحياة وعدد الأسنان المتأذية بالرض، ودراسة دلالة الفروق بينهما باستخدام اختبار *fisher*.

قيمة <i>P</i>	المجموع		عدد الأسنان المتأذية بالرض								المحور الصحي الرابع : الحالة الاجتماعية	
			أكثر من 3		3		2		1			
	النسبة النسبية	عدد الأطفال	النسبة النسبية	عدد الأطفال	النسبة النسبية	عدد الأطفال	النسبة النسبية	عدد الأطفال	النسبة النسبية	عدد الأطفال		
1	50	30	6.6	2	50	1	50	10	50	17	نعم	س25: التغيب عن المدرسة بسبب ألم، أو موعد، أو عملية جراحية؟
	50	30	6.6	2	50	1	50	10	50	17	لا	
1	20	12	25	1	0	0	25	5	17.64	6	نعم	س26: أي صعوبة في الانتباه في المدرسة؟
	80	48	75	3	100	2	75	15	82.36	28	لا	
1	23.3	14	25	1	0	0	25	5	23.5	8	نعم	س27: أي صعوبة في أداء الواجبات المنزلية؟
	76.7	46	75	3	100	2	75	15	76.5	26	لا	
0.893	40	24	75	3	50	1	40	8	35.3	12	نعم	س28: عدم الرغبة في الكلام أو القراءة بصوت عال في الصف؟
	60	36	25	1	50	1	60	12	64.7	22	لا	
0.558	5	3	25	1	0	0	0	0	5.88	2	نعم	س29: تجنب المشاركة في أنشطة مثل الرياضة أو الرحلات المدرسية؟
	95	57	75	3	100	2	100	20	94.12	32	لا	
1	31.6	19	25	1	50	1	30	6	32.3	11	نعم	س30: تجنب التحدث مع الأطفال الآخرين؟
	68.4	41	75	3	50	1	70	14	67.7	23	لا	
0.690	68.4	41	75	3	50	1	65	13	67.65	24	نعم	س31: تجنب الابتسام أو الضحك عندما كنت بصحبة غيرك من الأطفال؟
	31.6	19	25	1	50	1	35	7	29.4	10	لا	
0.596	15	9	25	1	0	0	20	4	11.77	4	نعم	س32: رغبت عن قضاء بعض الوقت مع الآخرين؟
	85	51	75	3	100	2	80	16	88.23	30	لا	
1	35	21	50	2	50	1	35	7	76.5	11	نعم	س33: تخاصمت مع أطفال آخرين أو مع عائلتك؟
	65	39	50	2	50	1	65	13	67.7	23	لا	
0.503	55	33	50	2	50	1	45	9	61.76	21	نعم	س34: أغاظك أو سخر منك أطفال آخرون، أو نادوك بألفاظ غير محببة؟
	45	27	50	2	50	1	55	11	38.24	13	لا	
0.167	20	12	25	1	0	0	15	3	23.5	8	نعم	س35: أشعرك أطفال آخرون بالانعزال أو الوحدة؟
	80	48	75	3	100	2	85	17	76.5	26	لا	
0.244	76.7	46	100	4	50	1	85	17	67.65	24	نعم	س36: وجه إليك أطفال آخرون أسئلة عن أسنانك، أو شفيتك، أو فكك، أو فمك؟
	23.3	14	0	0	50	1	15	3	29.4	10	لا	
0.287	21.6	13	0	0	33.3	2	19.2	5	22.2	6	0	مجموع المحور
	38.4	23	0	0	0	0	46.1	12	40.7	11	1	
	40	24	100	1	66.7	4	34.7	9	37.1	10	2	

يظهر الجدول (3-41) توزع أطفال العينة المصابة وفقاً لعدد الأسنان المتأذية بالرض ومحو
 الحالة الاجتماعية، ويُلاحظ باستخدام اختبار فيشر لدراسة دلالة الفروق بين عدد الأسنان
 المتأذية بالرض فيما يتعلق بنوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بأذية رضية أن قيمة P
 المحسوبة (0.287) وهي أكبر من القيمة (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة
 إحصائية بالنسبة لعدد الأسنان المتأذية بالرض فيما يتعلق بنوعية الحياة وفقاً للمحو
 الاجتماعي.

الباب الرابع
المناقشة
Discussion

4

4-1- مناقشة منهج الدراسة:

4-1-1- الأذيات الرضية السنية:

تُعدُّ الأذيات الرضية السنية من أهم المشكلات الصحية الفموية التي يتعرّض لها الأفراد في كافة المجتمعات لكونها تصيب عدداً كبيراً من السّكان (Ferrari, C. & Mediros, J., 2002).

وتُقدر نسبة الأشخاص المؤهّبين للإصابة بأذية رضية سنية بـ 50% (Fountain, S. & Camp, J., 1994).

ولُحظ في الآونة الأخيرة ازدياد في نسبة انتشار الأذيات الرضية السنية خلال العقدين الماضيين، حيث وُجد للعوامل الشخصية والاجتماعية والجسدية دورٌ في حدوث تلك الأذيات (Clark, J. & Jones, J., 1987).

وأظهرت دراسات أن ثلث الاطفال بعمر ما قبل المدرسة يعانون من أذيات رضية سنية في الإنسان المؤقت، كما أنّ ربع الأطفال بعمر المدرسة وثلث البالغين تقريباً قد عانوا من أذيات رضية سنية في الإطباق الدائم (Kaste et al,1996; Kargul et al,2003).

4-1-2- الأذيات الرضية السنية ونوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم:

إن لصحة الفم إسقاطات بيولوجية نفسية واجتماعية قوية وذلك لأنها تؤثر على الجمال والاتصال وترتبط نوعية الحياة بصحة الفم (Fiske, 1998). وهذا ما تؤكده دراسة Marques وزملاؤه حيث أشاروا إلى أنّ جمال الوجه والأسنان يلعب دوراً هاماً في التفاعل الاجتماعي والحالة النفسية للمراهقين (Marques et al., 2006).

أشار Jokovic وزملاؤه في دراستهم أن العلاقات بعمر 11-14 عاماً هي أمر بالغ الأهمية بالنسبة لهم، بحيث تشكل أحد مكونات نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم، لذا فإن الأحكام المطلقة من قبل الأصدقاء والزملاء في هذه المرحلة العمرية يمكن أن تؤثر على الحالة العاطفية والعلاقات مع الآخرين (Jokovic et al., 2005).

وتُعدُّ الأذيات الرضية للأسنان الأمامية من أهم الأسباب التي قد تؤدي إلى مشكلات في الكلام والوظيفة إضافة لتسببها بمشكلات جمالية لدى الأطفال مع إمكانية اعتراض الإطباق مما يؤثر في التطور النفسي للطفل (Flores et al., 2007).

إلا أنه لا توجد الكثير من الدراسات العالمية حول تأثير رضوض الأسنان الأمامية على حالة الأطفال الاجتماعية والعاطفية وكيف يمكن لهؤلاء الأطفال أن يشعروا وكيف يمكن أن تتأثر نوعية الحياة لديهم (Cortes et al., 2002).

كما لم تتوافر دراسات محلية حول مدى تأثر نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية وارتباط حيثيات تلك الأذيات بنوعية حياتهم.

لذا فقد كان الهدف من الدراسة الحالية تقييم أثر الأذيات الرضية السنية عند الأطفال المصابين بهذه الأذيات على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم ومقارنتها مع تلك الموجودة عند أطفال أصحاء من الفئة العمرية ذاتها (8-16 عاماً) وذلك قبل وبعد معالجة الأطفال المصابين في محاولة لمعرفة مدى التحسن الذي يبدیه هؤلاء الأطفال إثر معالجتهم من الأذيات الرضية. كما هدفت الدراسة إلى تحري أثر بعض العوامل الأخرى المتعلقة بالأذية الرضية السنية على نوعية حياة أطفال الدراسة (مثل نمط الأذية الرضية وأسباب الأذية الرضية ومكان الأذية الرضية وعمر الإصابة وعمر المريض وعدد الأسنان المصابة بالأذية

الرضيعة). وبذلك تكون الدراسة الأولى في الجمهورية العربية السورية التي تقوم بدراسة تأثير أذيات الأسنان الرضوية على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم.

2-4- مناقشة نتائج الدراسة:

1-2-4- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضوية عند الأطفال وفقاً لجنس الطفل:

شارك في هذه الدراسة (147) طفلاً وطفلة، منهم (60) طفلاً تعرضوا لإصابات رضوية سنوية وهو مقارب لعدد الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية السنوية في دراسة cortes (دراسة حالة - شاهد) والذي بلغ 68 طفلاً وطفلة (cortes et al., 2002).

بلغ عدد الأطفال الذكور المصابين بالأذيات الرضوية في هذه الدراسة 36 طفلاً بنسبة (60%) في حين كان عدد الإناث 24 بنسبة قدرها (40%)، مما يشير إلى أن إصابة الذكور تتكرر بشكل أكبر من الإناث عند الأطفال السوريين. وقد أظهرت الدراسات باستمرار أن الذكور لديهم فرصة أكبر للإصابة بالأذيات الرضوية السنوية من الإناث (Frujeri Mde et al., 2014).

وقد أشار Akhlaghi إلى أن الأذيات الرضوية تحدث بنسبة 76,2% عند الذكور و 32,8% عند الإناث (Akhlaghi et al., 2014)، أما Due وزملاؤه فقد وجدوا أن نسبة الذكور 63,2% و الإناث 36,4% (Dua and Sharma, 2012) حيث تألفت عينته من الأطفال بين عمري 7 و 12 عاماً. وهذه النتائج اتفقت أيضاً مع دراسات أخرى.

(Soriano, Caldas Ade et al. 2007, Rajab, 2003; Traebert et al., 2003).

وقد اتفقت نتيجة هذا البحث أيضاً مع Bastone وزملائه التي أظهرت أن الذكور أكثر إصابة من الإناث (Bastone et al., 2000). وقد عُزي السبب إلى نوع النشاطات التي يقوم بها الذكور مقارنة مع الإناث (Glendor, 2008).

ولكن هذه النسبة بدأت بالتغير مؤخراً وفقاً لـ Traebert وزملائه وذلك لتشابه النشاطات التي أصبح يمارسها كلا الجنسين (Traebert et al., 2012). وهذا ما توصل إليه Frujeri وزملاؤه في دراستهم حيث أكدوا على أنه لا توجد علاقة بين الإصابة بالأذية الرضية وجنس الطفل (Frujeri et al., 2014).

4-2-2- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضية عند الأطفال وفقاً لعمر الإصابة:

تراوحت أعمار الأطفال المشاركين في هذه الدراسة بين (8-16) عاماً، حيث كان متوسط الأعمار 12 عاماً، وكان متوسط عمر الإصابة بشكل عام عند الأطفال المصابين بالأذية الرضية 10 سنوات، حيث كان متوسط عمر الإصابة عند الذكور 9.9 سنوات وعند الإناث 10.1 أعوام ولم تكن هناك دلالة هامة بين الإناث والذكور بالنسبة لعمر الإصابة.

وقد أشار Andreassen إلى ذلك حيث أكد أن الأذيات الرضية السنية غالباً ما تصيب مجموعة الأعمار الفتية (Andreassen, 2007). وبين Sari وزملاؤه أيضاً أن معظم الإصابات الرضية للأسنان الدائمة تحدث بعمر 8-11 سنة (Sari et al., 2014).

ويشير Andreassen إلى أن حدوث الإصابة في الأعمار الأكبر يصبح أقل تكراراً، ففي معظم الدراسات كانت نسبة وقوع الأذية الرضية السنية لدى الأطفال في حدود 1-3% بين كل 1000 شخص بعمر 12 سنة (Andersson, 2013).

وفي دراسة أجراها Dua و زملاؤه وجدوا أنّ من بين 880 طفلاً بعمر 12 سنة كانت نسبة انتشار الأذيات الرضوية السنّية 14.3% (Dua and Sharma, 2012).

4-2-3- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضوية عند الأطفال وفقاً لنمط الأذية الرضوية :

في هذه الدراسة شكلت الكسور النسبة الأكبر من الأذيات الرضوية حيث بلغت (81.7%) تليها الانخلاعات (11.6%) ومن ثم الإصابات المتعددة. وهذا يوافق ما أشارت إليه الدراسات الوطنية والدولية حول أسباب الأذيات الرضوية للأسنان الدائمة إذ وجدت أن النوع الأكثر شيوعاً للأذية الرضوية هو الكسور بشكل عام والكسور التاجية بشكل خاص (Glendor, 2009).

ووجد Andreasen أن الكسور التاجية تشكل ما نسبته 26-76% من مجمل الأذيات التي تصيب الأسنان الدائمة (Andreasen et al, 1972b). في حين تقدر نسبة الأذيات الرضوية السنّية الانخلاعية 1-16% من بين كل الأذيات الرضوية السنّية الوجهية (Flores et al., 2007b).

وقد أظهرت دراسة Akhlaghi وزملائه أيضاً أنّ الكسور التاجية والأذيات الانخلاعية أكثر الإصابات شيوعاً عند الأطفال (Akhlaghi et al., 2014).

كما أظهرت عدة دراسات أخرى أيضاً أنّ الكسور السنّية تشكل النسبة الأكبر من بين الأذيات الرضوية التي قد تصيب الأطفال (Sari et al., 2014; Veire et al., 2012; Yassen et al., 2000; Bastone et al., 2013).

وتجب الإشارة إلى أنّ نتائج هذا البحث قد أظهرت أنّه لا علاقة بين نمط الرض وجنس الطفل أو عمر الإصابة ولم تتوافر في الأدب الطبي معلومات في هذا السياق.

4-2-4- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضية عند الأطفال وفقاً لسبب الأذية الرضية:

في هذه الدراسة كان السبب الغالب للإصابة بالأذيات الرضية السنية هو السقوط (70.6%) يليه العنف والشجار ومن ثم الرياضة فالحوادث.

وقد وجدت دراسة أجريت في إيران نتيجة مشابهة فقد أظهرت أنّ السقوط (56.5%) هو السبب الأكثر شيوعاً للأذيات الرضية السنية، إلا أنّه قد وجد أنّ الرياضة هي السبب التالي للرضوض بنسبة (30.4%) بالنسبة لعمر 8-9 سنوات من طلاب المدارس الإبتدائية. أما بعمر 10-12 سنة فقد كانت الحوادث الرياضية ثم السقوط من الدراجة الهوائية والاصطدام هي الأسباب الأكثر شيوعاً (Akhlaghi et al., 2014).

وفي دراسة Dua و Sharma ودراسة Rodd و Chesham كان السقوط أيضاً هو السبب الأكثر تكراراً للرضوض في كل الفئات العمرية يليه الشجار ومن ثم الحوادث مشابهاً بذلك نتائج هذه الدراسة (Dua and sharma, 2012; Rodd and Chesham, 1997).

وجدت دراسة Marcenes وزملائه التي أجريت في الجمهورية العربية السورية عام 1999 أنّ سبب الأذيات الرضية السنية للقواطع الدائمة للأطفال بعمر 9-12 سنة كان العنف (42.5%)، ومن ثم الحوادث المرورية بنسبة (24.1%)، يليها الاصطدام مع الناس أو الجماد بنسبة قدرها (16.5%)، انتهاءً بالسقوط بنسبة قدرها (9.1%) (Marcenes et al., 1999).

في حين وجدت دراسة بدر عام 1999 في دراسته عن الأذيات الرضية للأطفال السوريين أنَّ السقوط هو السبب الأكثر شيوعاً لحدوث الأذية الرضية السنية (45.85%) في حين اختلفت بقية نتائجه عن نتائج هذه الدراسة، فكانت الرياضة هي التالية، تليها الحوادث وأخيراً الشجار الذي كانت نسبته (2.95%) (بدر، 1999).

وفي البلدان التي تعاني من النزاعات المسلحة انتشرت ثقافة العنف ليصبح الشجار هو السبب الأكثر شيوعاً للأذيات الرضية كما هو الأمر بالنسبة للسودان والعراق، ففي دراسة مقارنة أجراها Bagdady وزملاؤه في السودان والعراق، وُجِدَ أنَّ الشجار بنسبة (36%) في العراق و71% في السودان) هو السبب الأساسي للأذيات الرضية السنية بعمر 6-12 سنة (Baghdady et al., 1981).

أما في بلدان أخرى فإن المراهقين الذين يمارسون الملاكمة والتزلج وركوب الخيل والسباحة هم أكثر عرضةً للصدمات لذا تعزى أذياتهم الرضية للاصطدام والسقوط (Levin et al., 2007). في إحدى المراجعات المنهجية وُجِدَ أنَّ الرياضة هي السبب الرئيسي للأذيات الرضية عند المراهقين وذلك في دراسة Uzi و Teramoto المجرة في اليابان و Blinkhom المجرة في المملكة المتحدة (Marwah, 2009).

كما وجدت دراسة Marcenes وزملائه أيضاً أنَّ الرياضة (19%) والعنف (16%) لهما تقريباً نفس النسبة في التسبب بالأذية الرضية السنية (Marcenes et al., 2000).

ويعزى الاختلاف في نسبة أسباب الأذيات الرضية السنية إلى عدد العوامل المسببة للأذية والأنواع الشائعة المسببة لها واختلاف المجموعات العمرية والثقافات والمناطق المدروسة

والبيئة (Glendor, 2009) . وقد لاحظ Akhiaghi اختلاف العوامل المسببة بين البلدان والفئات العمرية (Akhlaghi, 2014).

4-2-5- مناقشة نتائج توزيع الإصابات الرضية عند الأطفال وفقاً لمكان الأذية الرضية:

بلغت نسبة الأطفال المصابين برض في المدرسة في هذا البحث (46.6%) يليها المنزل (43.1%) أما الإصابة في الشارع فقد كانت نسبتها 10.3%.

وهذه النتائج تتفق مع ما جاء في دراسة Bastone و زملائه والذين أشاروا إلى أنّ الأماكن الرئيسية للأذيات الرضية السنية هي المنازل والمدارس (Bastone et al., 2000) .

في حين كان المنزل هو المكان الأكثر شيوعاً لحدوث الإصابات الرضية (43.43%) وفقاً لدراسة بدر (1999) تليه المدرسة (23.87%) واتفق مع هذه الدراسة بكون الشارع هو المكان الثالث لحدوث الإصابات الرضية عند الأطفال (14.48%). يعود الاختلاف بسبب اختلاف حجم العينة وتنوعها حيث اختار عينته من عدة محافظات سورية في حين اقتصر عينة الدراسة في هذا البحث على الأطفال من مدينة دمشق.

4-2-6- مناقشة نتائج المقارنة بين نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند العينة

الشاهدة والعينة المصابة قبل المعالجة:

أظهرت هذه الدراسة أنّ هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية وغير المعالجين والأطفال الأصحاء من حيث نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم على صعيد محاور نوعية الحياة الأربعة وبفروق دالة إحصائياً.

وقد وجد Cortes عام 2002 نتائج مشابهة حيث أنّ الأطفال ذوو الأسنان المتأذية بالرض السني وغير المعالجين يكونون أكثر عرضة بنسبة 20 مرة للتأثر السلبي في حياتهم اليومية من الأطفال السليمين، وذلك يشمل الابتسام والضحك، والحالة العاطفية، والكلام، والاستمتاع بالتواصل مع الآخرين وذلك في دراسة أجراها على 68 طفل يعانون من كسور تاجية مقابل 163 من الأطفال السليمين. (Cortes et al., 2002)

أظهرت دراسة أخرى حول هذه الموضوع أنّ اهتمام الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية يتجه أكثر نحو التفاعل الاجتماعي، حيث أبدى الأطفال المصابون بأذية رضية فروقاً دالة إحصائياً مقارنة بأطفال غير متأذين مما يشير إلى تأثيرهم بالحالة الاجتماعية فقط من بين المحاور التي تبين تأثير الصحة الفموية على نوعية الحياة. إذ شعر الأطفال المصابون بالأذيات الرضية بالقلق أكثر من الأطفال الأصحاء حيال اختلافهم عن الآخرين وبدلالة إحصائية هامة مقارنة بالأطفال غير المصابين. وهذا يتفق مع كون الأذيات الرضية السنية يمكن أن تؤثر على التطور العاطفي للطفل (Flores et al., 2007).

كانت هذه النتيجة مخالفة لما جاء في دراسة Bendo وزملائه حيث كان الأطفال المصابون بالأذيات الرضية أقل قلقاً مقارنة بالأطفال غير المصابين بالأذيات الرضية السنية بخصوص اختلافهم عن الآخرين من الناحية السنية، ويفسر المؤلفون ذلك بكون الأطفال الأصحاء أكثر اهتماماً بصحتهم السنية لذا فهم يقلقون حيال أسنانهم أكثر (Bendo et al., 2010).

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أيضاً أنّ الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية كانوا أكثر تجنباً للابتسام والضحك والتحدث مع أطفال آخرين. تتفق هذه النتيجة مع ما جاء في دراسة Bendo وزملائه حيث أظهر الأطفال في دراستهم شعوراً أكبر بعدم الرضا عن مظهرهم مقارنة بالأطفال الأصحاء وخاصة فيما يتعلق بالضحك والابتسام حيث كانوا يميلون إلى تجنب الضحك أمام الآخرين (Bendo et al., 2010).

تعرض الأطفال المصابون بالأذيات الرضوية في هذه الدراسة بشكل أكبر للسخرية والإغابة والألقاب غير المحببة بسبب أطفال آخرين عند مقارنتهم مع مثلائهم من الأطفال الأصحاء. اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة Bendo وزملائه الذين توصلوا إلى النتيجة ذاتها عند المقارنة بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية السنية والأطفال غير المصابين (الأصحاء) (Bendo et al., 2010).

4-2-7- مناقشة نتائج المقارنة بين نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند العينة

الشاهدة والعينة المصابة بعد المعالجة:

أظهرت الدراسة أنّ الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية السنية يبدون بعد معالجتهم نوعية حياة مشابهة للأطفال الأصحاء بحيث لا توجد اختلافات هامة بينهم.

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة أجريت في عام 2007، حيث قام Ramos وزملاؤه بدراسة تأثير معالجة الكسر المينائي-العاجي على نوعية حياة الأطفال بين عمري 11 و 17 عاماً. خلصت الدراسة إلى أنه رغم معالجة المرضى المصابين فإنهم مازالوا متأثرين بشكل أكبر من الأطفال غير المصابين فيما يتعلق بالحالة الفموية (Ramos-Jorge et al., 2007).

قد يعود سبب الاختلاف إلى اختلاف حجم العينة واستعماله استبيان (OIDP) أو استبيان تأثير نوعية الحياة على الحياة اليومية بدلاً من استبيان COHRQoL نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند الأطفال والمستعمل في هذه الدراسة.

4-2-8- مناقشة نتائج المقارنة بين نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند العينة

المصابة قبل وبعد المعالجة:

بيّنت هذه الدراسة أنّ هناك فروقاً دالة في نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية السنية قبل وبعد المعالجة بالنسبة لمحاور نوعية الحياة الأربعة المدروسة.

وهذا يختلف مع دراستين أجريتا في البرازيل بينتا أنّ الأذيات الرضوية السنية المعالجة وحتى غير المعالجة لا تبدي فروقاً إحصائية هامة فيما بينها بما يتعلق بتأثيرها على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم. (Ramos-Jorge et al., 2007; Cortes et al., 2002)

أيضاً في دراسة Bendo وزملائه تمت المقارنة بين مجموعتين من الأطفال المصابين بالأذيات الرضوية، الأولى معالجة والأخرى لم تتلق أية معالجة. وقد أشار إلى أنّ الأذيات الرضوية لها تأثير ضعيف على نوعية الحياة المتعلقة بصحة الفم عند الأطفال فهي تؤثر فقط على ثلاث مفردات فقط من أصل 36 مفردة متعلقة بنوعية الحياة لديهم لتختلف نتائجه بذلك عن نتائج هذه الدراسة (Bendo et al., 2010).

4-2-9- مناقشة نتائج علاقة نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم مع نمط الإصابة :

أظهرت نتائج هذه الدراسة أنه ليس لنمط الإصابة تأثير على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم بأكملها عند الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية. لكن كان هناك مفردات قليلة لنوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم أظهرت دلالة إحصائية بالنسبة لنمط الإصابة. فقد أظهر الأطفال المصابين بأنماط متعددة من الأذيات الرضية السنية تغيّياً عن المدرسة أكثر من المصابين بالكسور والانخلاعات، كما أبدى المصابون بالانخلاعات تغيّياً أكثر من أولئك المصابين بالكسور السنية، وأبدى الأطفال المصابون بانخلاعات في أسنانهم صعوبة في الانتباه وأداء الواجبات وبفروق إحصائية هامة مقارنة بأنماط الأذية الأخرى. وكانت رائحة الفم غير المستحبة وصعوبة تناول الأطعمة الباردة والساخنة أكثر شيوعاً عند المصابين بأنواع متعددة من الأذيات ولم تتواجد في الأدب الطبي أية مقالات مشابهة لهذه المعايير لمقارنتها بما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج في هذا السياق.

4-2-10- مناقشة نتائج علاقة نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم مع عمر الطفل:

في هذه الدراسة لم يكن هناك أي تأثير لعمر الطفل على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم، باستثناء صعوبة مضغ وتناول الأطعمة وتجنب الضحك والابتسام عند الفئة العمرية الأصغر (8-10) سنوات.

يشير Ulinski وزملاؤه في دراستهم عام 2013 إلى أنه كلما ازداد العمر كلما قلّ تأثير صحة الفم على نوعية الحياة بشكل عام، حيث أظهر الأطفال الأصغر سناً في دراستهم تأثيراً أكبر في نوعية الحياة المتعلقة بصحة الفم مقارنة بالأطفال الأكبر عمراً وهذا يتفق أيضاً مع

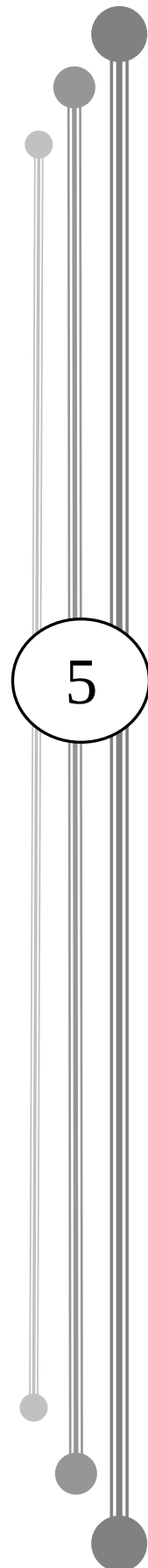
دراسات أخرى (Ulinski et al., 2013; McGrath and Bedi, 2004; Steele et al., 2004).

ويفسّر Ulinski ذلك بكون الأفراد عندما يتقدمون بالعمر يصبحون أكثر قدرة على تحمل المشكلات الفموية (Ulinski et al., 2013).

4-2-11- مناقشة نتائج علاقة نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم مع عدد الأسنان

المتأذية بالرض:

لم تتأثر في هذه الدراسة نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم عند الأطفال المصابين بالأذيات الرضية وفقاً لعدد الأسنان المصابة بالأذية الرضية، ولم تكن هناك دراسات مماثلة لإجراء المقارنة.



5

الباب الخامس
الاستنتاجات
Conclusions

الاستنتاجات

في ضوء النتائج التي تم الحصول عليها من هذه الدراسة نستنتج ما يلي:

1. يبدي الأطفال المصابون بالأذيات الرضیة السنیة غیر المعالجین، نوعیة حیاة أقل مقارنةً مع مثلائهم من الأطفال الأصحاء بالنسبة لمحاور نوعیة الحیاة الأربعة.
2. تتحسن صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال المصابين بالأذيات الرضیة السنیة بعد المعالجة مقارنةً بما قبل المعالجة لتصبح مشابهة ولا تطوي على فروق دالة إحصائيةً بين المصابين والأصحاء، الأمر الذي يشير إلى أهمية معالجة هذه الأذيات ودورها في تحسين نوعیة الحیاة.
3. لا يؤثر عمر الطفل على نوعیة الحیاة المرتبطة بصحة الفم، أي يستجيب الأطفال على اختلاف أعمارهم بطريقة متشابهة فيما يتعلق بالأذيات الرضیة السنیة.
4. تؤثر الأذيات الرضیة السنیة بشكل عام على نوعیة الحیاة المرتبطة بصحة الفم بغض النظر عن نوع الأذیة الحاصلة، إذ لم توجد اختلافات هامة ما بين الأنماط المختلفة للأذيات الرضیة مع محاور نوعیة الحیاة.
5. كما لا يؤثر عدد الأسنان المصابة بالأذیة الرضیة على نوعیة الحیاة المرتبطة بصحة الفم، حيث لم تكن هناك اختلافات هامة بين تأثير سن واحدة وتأثير عدة أسنان.

الباب السادس
المقترحات والتوصيات
Suggestions and Recommendations

6

المقترحات

1. دراسة تأثير الحالة الاقتصادية والاجتماعية على الإصابة بالأذىات الرضية وصحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة.
2. دراسة تأثير الأنماط التفصيلية للإصابة (أنماط الكسور، وأنماط الانخلاع) على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم.
3. إجراء دراسات عن انتشار الأذىات الرضية السنّية في المدارس وتوثيقها.
4. إجراء برامج توعية مجتمعية (موجهة للأهالي والأطفال والمعلمين في المدارس) عن كيفية الوقاية من الأذىات الرضية السنّية عند الأطفال واليافعين وأهمية معالجتها لما لها من تأثير على نوعية حياتهم.
5. دراسة تأثير الحالة الاقتصادية والاجتماعية على الإصابة بالأذىات الرضية ونوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم.
6. دراسة تأثير الأنماط التفصيلية للإصابة (أنماط الكسور، وأنماط الانخلاع) على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم.
7. إجراء دراسات عن انتشار الأذىات الرضية السنّية في المدارس وتوثيقها.
8. إجراء برامج توعية مجتمعية (موجهة للأهالي والأطفال والمعلمين في المدارس) عن كيفية الوقاية من الأذىات الرضية السنّية عند الأطفال واليافعين وأهمية معالجتها لما لها من تأثير على نوعية حياتهم.

التوصيات

1. تأمين الناحية الوظيفية والجمالية فور حدوث الأذيّات الرضيّة للأسنان لتجنب التبعات الصحية السلبية والتي يمكن أن تؤثر على صحة ونوعية حياة الأطفال في أعمار مبكرة.

الباب السابع
المراجع
References

7

المراجع: Reference

A

Agou, S. Malhotra, M. Tompson, B. Prakash, P. Locker, D. Is the Child Oral Health Quality of Life Questionnaire Sensitive to Change in the Context of Orthodontic Treatment? A Brief Communication. *Journal of Public Health Dentistry*, 2008;68(4):246-8.

Ajayi, D. Abiodun-Solanke, I. Sulaiman, A & Ekhalufoh, E. Retrospective Study Of Traumatic Injuries To Teeth At A Nigerian Tertiary Hospital. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 2012; 15: 320-5.

Akhlaghi, N. Nourbakhsh, N. Khademi, A. & Karimi, L .General Dental Practitioners' Knowledge About The Emergency Management Of Dental Trauma. *Iranian Endodontic Journal*, 2014; 9: 251-6.

Aldrigui, J. Abanto, Carvalho, T. Mendes, F. Wanderley, M. Bonecker, M. & Raggio, D. P. Impact Of Traumatic Dental Injuries And Malocclusions On Quality Of Life Of Young Children. *Health Quality of Life Outcomes*, 2011; 9:78.

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on prevention of sports-related orofacial injuries. *Pediatric Dentistry*, 2006;28(suppl):48-50.

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on emergency oral care for infants, children, and adolescents. *Pediatric Dentistry*, 2007;29(suppl):21.

Andersson, L. Epidemiology Of Traumatic Dental Injuries. *Pediatric Dentistry*, 2013;35: 102-5.

Andersson, L. Andreasen, J. Day, P. Heithersay, G. Trope, M. Dangelis, A. Kenny, D. Sigurdsson, A., Bourguignon, C. Flores, M. Hicks, M. Lenzi, A. Malmgren, B. Moule, A. & Tsukiboshi, M. International Association Of Dental Traumatology Guidelines For The

Management Of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion Of Permanent Teeth. *Dental Traumatology*, 2012;28: 88-96.

Andreasen, J. Andreasen FM. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. 3rd ed. Copenhagen; Munksgaard Publishers, (1993). p. 13- 76

Andreasen, J. Periodontal Healing After Replantation Of Traumatically Avulsed Human Teeth. Assessment By Mobility Testing And Radiography., *Acta Odontologica Scandinavica*, 1975; 33: 325–335.

Andreasen, J.& Andreasen, F. Injuries To The Primary Dentition. Essentials Of Traumatic Injuries To The Teeth. *Blackwell Munksgaard*, 2008;141-154.

Andreasen, J. Andreasen, F. Skeie, A. Hjorting-Hansen, E. & Schwartz, O. Effect Of Treatment Delay Upon Pulp And Periodontal Healing Of Traumatic Dental Injuries -- A Review Article. *Dental Traumatology*, 2002;18: 116-28.

Andreasen, J. Ahrensburg, S. Tsilingaridis, G. Tooth Mobility Changes Subsequent To Root Fractures: A Longitudinal Clinical Study Of 44 Permanent Teeth. *Dental Traumatology*, 2012; 28: 410-414

Andreasen, F. Andreasen, J. Crown Fractures. In: Andreasen, J. Andreasen, F. Andersson, L. Textbook And Color Atlas Of Traumatic Injuries To The Teeth (4th Ed.). Oxford, Blackwell (2007).280-305.

Andreasen, F. Andreasen, J. Concussion And Subluxation. In: Andreasen Jo, Andreasen Fm, Andersson L. Textbook And Color Atlas Of Traumatic Injuries To The Teeth (4th Ed.).Oxford, Blackwell. 2007: 404-410.

B

Baghdady, V. Ghose, L. & Enke, H. Traumatized Anterior Teeth In Iraqi And Sudanese Children--A Comparative Study. *Journal of Dental Researsh*, 1981; 60: 677-80.

Bakland, L. & Andreassen, J. Examination of the dentally traumatized patient. *West Virginia Dental Journal*, 1966; 70: 10-7

Bakland, L. & Andreassen, J. Dental Traumatology: Essential Diagnosis And Treatment Planning. *Endodontic Topics*, 2004; 7: 14-34.

Barrett, E. Kenny, D. Survival of avulsed permanent maxillary incisors in children following delayed replantation. *Endodontic Dental Traumatology*, 1997; 13: 269–275.

Bastone, E. Freer, T. & Mcnamara, J. Epidemiology Of Dental Trauma: A Review Of The Literature. *Australian Dental Journal*, 2000; 45: 2-9.

Bendo, C. Paiva, S. Torres, C. Oliveira, A. Goursand, D. Pordeus, I. & Vale, M. Association Between Treated/Untreated Traumatic Dental Injuries And Impact On Quality Of Life Of Brazilian Schoolchildren. *Health Quality of Life Outcomes*, 2010; 8: 114

Berman, L. Blanco, L. Cohen, S. A Clinical Guide To Dental Traumatology. Mosby Elsevier, United States. (2006). 256-213.

Brown A, A.-K. Z. Validity And Reliability Of The Arabic Translation Of The Child Oral-Health-Related Quality Of Life Questionnaire (Cpq11-14) In Saudi Arabia. *International Association of Pediatric Dentistry*, 2006; 16: 405 - 411.

Burcak Cengiz, S. Stephan Atac, A. & Cehreli, Z. Biomechanical Effects Of Splint Types On Traumatized Tooth: A Photoelastic Stress Analysis. *Dental Traumatology*, 2006; 22: 133-8.

C

Clark, J. & Jones, J., 1987. Tooth fragments imbedded in soft tissues: A diagnostic consideration. *Quintessence International*, 18, P.653.

Cvek, M. A Clinical Report On Partial Pulpotomy And Capping With Calcium Hydroxide In Permanent Incisors With Complicated Crown Fracture. *Journal of Endodontics*, 1978; 4: 232-7.

Correa, M. Schuch, H. S., Collares, K. Torriani, D. Hallal, P. & Demarco, F. Survey On The Occurrence Of Dental Trauma And

Preventive Strategies Among Brazilian Professional Soccer Players, *Journal of Applied Oral Science*, 2010; 18: 572-6.

Cortes, M. Marcenes, W. & Sheiham, A. Prevalence And Correlates Of Traumatic Injuries To The Permanent Teeth Of Schoolchildren Aged 9-14 Years In Belo Horizonte, Brazil, *Dental Traumatology*, 2001;17:22-6.

Cortes, M. I., Marcenes, W. & Sheiham, A. Impact Of Traumatic Injuries To The Permanent Teeth On The Oral Health-Related Quality Of Life In 12-14-Year-Old Children, *Community Dental Oral Epidemiology*, 2002;30(3):193-8.

Cunningham , S.Garratt, A. Hunt, N. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: II. Validity and responsiveness testing. *Community Dental Oral Epidemiology*. 2002;30(2):81-90.

D

Dame-Teixeira, N. Alves, L. Ardenghi, T. Susin, C. & Maltz, M. Traumatic Dental Injury With Treatment Needs Negatively Affects The Quality Of Life Of Brazilian Schoolchildren, *International Journal of Paediatric Dentistry*, 2013;23:266-73.

Day, P. & Duggal, M. A Multicentre Investigation Into The Role Of Structured Histories For Patients With Tooth Avulsion At Their Initial Visit To A Dental Hospital, *Dental Traumatology*, 2003;19: 243-7.

Department of Health. An Oral Health Strategy for England, London, DoH, 1994.<http://www.doh.gov.ph/>. Accessed November 28, 2015.

Dhhs. Oral Health In America: A Report Of The Surgeon General, *Journal California of Dental Association*, 2000;28:685-95.

Diangelis, A. Andreasen, J. Ebeleseder, K. Kenny, D. Trope M. International Association Of Dental Traumatology Guidelines For

The Management Of Traumatic Dental Injuries: 1. Fractures And Luxations Of Permanent Teeth. *Dental Traumatology*, 2012, 28:2-12.

Diangelis, A. Andreasen, J. Ebeleseder, K. Kenny, D. Trope, M. Sigurdsson, A. Andersson, L. Bourguignon, C. Flores, M. Hicks, M. Lenzi, A. Malmgren, B. Moule, A. Pohl, Y. Tsukiboshi, M. International Association Of Dental Traumatology Guidelines For The Management Of Traumatic Dental Injuries: 1. Fractures And Luxations Of Permanent Teeth. *Dental Traumatology* ,2012; 28: 66-71.

Erratum In Dental Traumatology. 2012;28: 499.

Dua, R. & Sharma, S. Prevalence, Causes, And Correlates Of Traumatic Dental Injuries Among Seven-To-Twelve-Year-Old School Children In Dera Bassi. *Contemporary Clinical Dentistry*, 2012; 3:38-41.

F

Fakhruddin, K. Lawrence, H. Kenny, D. & Locker, D. Impact Of Treated And Untreated Dental Injuries On The Quality Of Life Of Ontario School Children. *Dental Traumatology*,2008; 24:309-13.

Ferrari,C. & Mediros, J. Dental trauma and level of information: guarmouthd use in different contact sports..*Dental Traumatology*, 2002 18(3):144-7.

Flores, M. Andersson, L. Andreasen, J . Bakland, L. Malmgren, B. Barnett, F. Bourguignon, C. Diangelis, A. Hicks, L. Sigurdsson, A. Trope, M., Tsukiboshi, M. & Von Arx, T. Guidelines For The Management Of Traumatic Dental Injuries. Ii. Avulsion Of Permanent Teeth. *Dental Traumatology*, 2007a ;23: 130-6.

Flores, M. Andersson, L. Andreasen, J. Bakland, L. Malmgren, B. Barnett, F. Bourguignon, C. Diangelis, A. Hicks, L. Sigurdsson, A. Trope, M. Tsukiboshi, M. Von Arx, T. & International Association Of Dental, T .Guidelines For The Management Of Traumatic Dental

Injuries. Ii. Avulsion Of Permanent Teeth. *Dental Traumatology*, 2007b; 23:130-6.

Flores, M. Andreasen, J. Bakland, L. Feiglin, B. Gutmann, J. Oikarinen, K. Pitt Ford, T. Sigurdsson, A. Trope ,M. Vann, W. & Andreasen, F. Guidelines For The Evaluation And Management Of Traumatic Dental Injuries. *Dental Traumatology*, 2001;17: 193-8.

Flores, M. Malmgren, B., Andersson, L. Andreasen, J. Bakland, L. K. Barnett, F. Bourguignon, C ,Diangelis, A. Hicks, L. Sigurdsson, A. Trope, M. Tsukiboshi, M. & Von Arx, T. Guidelines For The Management Of Traumatic Dental Injuries. Iii. Primary Teeth, *Dental Traumatology*, 2007c ; 23:196-202.

Forsyth, C. Treatment Planning For Traumatized Teeth, 2nd Ed. *British Dental Journal*, 2013; 214:319-320.

Fountain , S. Camp, J. Traumatic injuries. In:Cohen S, Burns AC, eds. Pathways of the Pulp. 6thed. St Louis: Mosby(1999);436-485.

Freire Mdo, C. Vasconcelos, D. Dos Santos Vieira, A. Araujo, J. Da Silveira Moreira, R. & De Fatima Nunes, M. Association Of Traumatic Dental Injuries With Individual-, Sociodemographic- And School-Related Factors Among Schoolchildren In Midwest Brazil. *International Journal Environ Researsh Public Health*, 2014;11, 9885-96.

Frujeri Mde, L. Frujeri, J. Bezerra, A. Cortes, M. & Costa, E.. Socio-Economic Indicators And Predisposing Factors Associated With Traumatic Dental Injuries In Schoolchildren At Brasilia, Brazil: A Cross-Sectional, Population-Based Study. *Bmc Oral Health*, 2014;14: 91.

Fuss, Z. Lin, S. & Tsesis, I. Chapter 2 - Patient Assessment. In: Cohen, L. H. B. B. (Ed.) A Clinical Guide To Dental Traumatology. Saint Louis: Mosby(2007).361-367.

G

Gift, H. & Atchison, K. Oral Health, Health, And Health-Related Quality Of Life. *Medical Care*, 1995; 33:57-77.

Glendor, U. Epidemiology Of Traumatic Dental Injuries--A 12 Year Review Of The Literature. *Dental Traumatology*, 2008; 24:603-11.

Glendor, U. Aetiology And Risk Factors Related To Traumatic Dental Injuries--A Review Of The Literature. *Dental Traumatology*, 2009; 25:19-31.

H

Hammarström, L. Blomlöf, L. Feiglinm B. Andersson, L. Lindskog ,S. Replantation of teeth and antibiotic treatment. *Endodontic Dental Traumatology*, 1986; 2: 51-57.

Hasan, A. Qudeimat, M. & Andersson, L. Prevalence Of Traumatic Dental Injuries In Preschool Children In Kuwait - A Screening Study. *Dental Traumatology*, 2010; 26:346-50.

Hermann, N. Lauridsen , E. Ahrensburg, S. Gerds, T. Andreasen, J. Periodontal healing complications following concussion and subluxation injuries in the permanent dentition. A longitudinal cohort study. *Dent Traumatology*, 2012, 28: 386-393.

****I****

Inglehart, M. Bagramian, R. Oral health related quality of life: an introduction. *Oral Health Related Quality of Life Chicago: quintessence publishing*; 2002.1-6.

****J****

Jackson, N. Waterhouse, P & Maguire, A. Factors Affecting Treatment Outcomes Following Complicated Crown Fractures Managed In Primary And Secondary Care. *Dental Traumatology*, 2006; 22:179-85.

Jokovic, A. Locker, D. Stephens, M. Kenny, D. Tompson, B. Guyatt, G. Validity And Reliability Of A Questionnaire For Measuring Child

Oral-Healthrelated Quality Of Life, *Journal Dental Research*, 2002; 81(7): 459-63.

Jokovic, A., Locker, D., Tompson, B. & Guyatt, G. Questionnaire For Measuring Oral Health-Related Quality Of Life In Eight- To Ten-Year-Old Children. *Journal of Pediatric Dentistry*, 2004; 26: 512-8.

Jokovic, A. Locker, D. Guyatt, G. Short Forms Of The Child Perceptions Questionnaire For 11-14-Year-Old Children (Cpq11-14): Development And Initial Evaluation. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 2006; 4: 4.

K

Kargul, B. Caglar, E. & Tanboga, I. Dental trauma in Turkish children, Istanbul. *Dental Traumatology*, 2003; 19: 72-5.

Kaste, L. et al. Prevalence of incisor trauma in persons 6 to 50 years of age: United States, 1988-1991. *Journal of Dental Research*, 1996; 75: 696.

King, N. Reid, J. Hall, R. 2Kawanami, M. Andreasen, J. Borum, M. Schou S, Hjørting-Hansen E, Kato H. Infraposition Of Ankylosed Permanent Maxillary Incisors After Replantation Related To Age And Sex. *Endodontic Dental Traumatology*, 1999; 15: 50-56.

King, N. Reid, J. Hall, R. Trauma Management. In: Cameron A, Widmer R. Editor(S). *Handbook Of Pediatric Dentistry*, 3rd Edition: Mosby Elsevier, 2008; 196-221.

Kressin, N. Reisine, S. Spiro, A. Jones, J. Is negative affectivity associated with oral quality of life?. *Community Dental. Oral Epidemiology*, 2001; 29(6): 412-423.

Krishna, A. Malur, M. Swapna, D. Benjamin, S. & Deepak, C. Traumatic Dental Injury-An Enigma For Adolescents: A Series Of Case Reports. *Case Reports Dental*, 2012, 756-526.

Kumar, S. Kroon, J. & Lalloo, R. Systematic Review Of The Impact Of Parental Socio-Economic Status And Home Environment Characteristics On Children's Oral Health Related Quality Of Life. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 2014;12: 41-41.

L

Lalloo, R. Risk Factors For Major Injuries To The Face And Teeth. *Dental Traumatology*, 2003; 19: 12-4.

Lauridsen, E. Hermann, N. Gerds, T. Ahrensburg ,S. Kreiborg, S. Andreasen, J. Dental trauma. Combination injuries 3. The risk of pulp necrosis in permanent teeth with extrusion or lateral luxation injuries and concomitant crown fractures without pulp exposure. *Dental Traumatology*, 2012, 28: 379-385

Lee R, Barrett, Ej, Kenny, D. Clinical Outcomes For Permanent Incisor Luxations In A Pediatric Population. Ii. Extrusions. *Dental Traumatology*, 2003;19: 274-279.

Levin, L. Lin, S. Goldman, S. & Peleg, K. Relationship Between Socio-Economic Position And General, Maxillofacial And Dental Trauma: A National Trauma Registry Study, *Dental Traumatology*, 2010; 26:342-5.

Levin, L. Samorodnitzky, G. Schwartz-Arad, D. & Geiger, S. Dental And Oral Trauma During Childhood And Adolescence In Israel: Occurrence, Causes, And Outcomes, *Dental Traumatology*, 2007; 23:356-9.

Lin S, Levin L, Emodi O, Fuss Z, Peled M. Physician and emergency medical technicians' knowledge and experience regarding dental trauma, *Dental Traumatol*, 2006;22(3):124-6.

Llewellyn, C. & Warnakulasuriya, S. The Impact Of Stomatological Disease On Oral Health-Related Quality Of Life *European Journal of Oral Sciences*. 2003;111:297-304.

Locker, D. Matear, D. Stephens, M. Jokovic, A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dental Health*, 2002;19(2):90-97.

M

Malmgren, B. Andreasen, J.Flores, M. Robertson, A. Diangelis, A. Andersson, L. Cavalleri, G. Cohenca, N. Day, P. Hicks M, Malmgren O, Moule Aj, Onetto J, Tsukiboshi M. International Association Of Dental Traumatology Guidelines For The Management Of Traumatic Dental Injuries: 3. Injuries In The Primary Dentition. *Dental Traumatology*, 2012; 28:174-82.

Malikaew, P. Watt, R. & Sheiham, A. Prevalence And Factors Associated With Traumatic Dental Injuries (TDI) To Anterior Teeth Of 11-13 Year Old Thai Children. *Community Dent Health*, 2006; 23: 222-7.

Marcenes, W. Al Llewellyn, C. & Warnakulasuriya, S. The Impact Of Stomatological Disease On Oral Health-Related Quality Of Life. *European Journal of Oral Sciences*, 2003;111: 297-304.

Marcenes, W. Alessi, O. & Traebert, J. Causes And Prevalence Of Traumatic Injuries To The Permanent Incisors Of School Children Aged 12 Years In Jaragua Do Sul, Brazil. *International Dental Journal*, 2000; 50: 87-92.

Marcenes, W. Al Beiruti, N. Tayfour, D. & Issa, S. Epidemiology Of Traumatic Injuries To The Permanent Incisors Of 9-12-Year-Old Schoolchildren In Damascus, Syria, *Endodontic Dental Traumatology*, 1999;15: 117-23.

Marwah, N. Chapter 48-Traumatic Injuries To Anterior Teeth: Textbook Of Pediatric Dentistry, Jaypee Brothers Medical Publisher (Second Edition). Newdlhi:Jaypee,(2009).553-556.

Mcdonald, R. Avery, D. Dean, J. & Jones, J. Chapter 21- Management Of Trauma To The Teeth And Supporting Tissues. In: Mcdonald, J. A. D. R. A. E, Mcdonald And Avery Dentistry For The Child And Adolescent (Ninth Edition). Saint Louis: Mosby, (2011) 403-422.

Moreira Rda, S. Nico, L. & Sousa Mda, L. Factors Associated With Subjective Need For Dental Treatment In Elderly Brazilians]. *Cad Saude Publica*, 2009;25: 2661-71.

N

Nikoui, M. Kenny, D. Barrett , E. Clinical Outcomes For Permanent Incisor Luxations In A Pediatric Population.Iii. Lateral Luxation. *Dental Traumatology*,2003; 19: 280-285.

O

Oldin, A. Lundgren, J. Noren, J. & Robertson, A. Temperamental And Socioeconomic Factors Associated With Traumatic Dental Injuries Among Children Aged 0-17 Years In The Swedish Bita Study. *Dental Traumatology*.2015;31(5):361-367.

Olsburgh, S. Jacoby, T. & Krejci, I. Crown Fractures In The Permanent Dentition: Pulpal And Restorative Considerations. *Dental Traumatology*, 2002; 18:103-15.

P

Pattussi, M. Peres, K. Boing, A. Peres, M. & Da Costa, J. Self-Rated Oral Health And Associated Factors In Brazilian Elders. *Community Dental Oral Epidemiology*, 2010; 38:348-59.

Pierce, A. Lindskog, S. The effect of an antibiotic/corticosteroid paste on inflammatory root resorption in vivo. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1987; 64: 216-220.

Pigou, A. The Economics of Welfare. London: Macmillan and Co. Ltd., 2nd edition (1924),388-390.

Pulache, J. Abanto, J. Oliveira, L. Bonecker, M. & Porras, J. Exploring The Association Between Oral Health Problems And Oral Health-Related Quality Of Life In Peruvian 11- To 14-Year-Old

Children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 2015; 26(2): 81-90.

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>/Accessed 19 June, 2015.

R

Rajab, L. Traumatic Dental Injuries In Children Presenting For Treatment At The Department Of Pediatric Dentistry, Faculty Of Dentistry, University Of Jordan, 1997-2000. *Dental Traumatology*, 2003; 19: 6-11.

Rajesh, t. Shruthi, B. Shubham, R. Raghavendra, H. Pediatric Dental Trauma: Wide Horizon of Ignored Etiological Factors. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 2011; 4(2): 101-104.

Ramos-Jorge, J. Paiva, S. Tataounoff, J. Pordeus, I. Marques, L. & Ramos-Jorge, M. Impact Of Treated/Untreated Traumatic Dental Injuries On Quality Of Life Among Brazilian Schoolchildren. *Dental Traumatology*, 2014; 30: 27-31.

Ramos-Jorge, M. Bosco, V. Peres, M. & Nunes, A. The Impact Of Treatment Of Dental Trauma On The Quality Of Life Of Adolescents - A Case-Control Study In Southern Brazil. *Dental Traumatology*, 2007; 23: 114-9.

Ravn, J. Follow-Up Study Of Permanent Incisors With Enamel-Dentin Fractures After Acute Trauma. *Scand Journal of Dental Research*, 1981; 89: 355-65.

S

Sanders, A. & Spencer, A. Childhood Circumstances, Psychosocial Factors And The Social Impact Of Adult Oral Health. *Community Dental Oral Epidemiology*, 2005; 33: 370-7.

Santhosh, K. Jyothi, T. Prabu, D. & Suhas, K. Socio-Behavioral Variables Effecting Oral Hygiene And Periodontal Status Of 12 Year-Old Schoolchildren Of Udaipur District. *Odontostomatol Trop*, 2013; 36: 27-33.

Sari, M. Ozmen, B. Koyuturk, A. Tokay, U. Kasap, P. & Guler, D. Retrospective Evaluation Of Traumatic Dental Injury In Children Who Applied To The Dental Hospital, Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 2014; 17, 644-8.

Schildknecht, S. Krastl, G. Kuhl, S. & Filippi, A. Dental Injury And Its Prevention In Swiss Rugby. *Dental Traumatology*, 2012;28: 465-9.

Siqueira, M. Firmin, R. Clementino, M. Martins, C. Granville-Garcia, A. & Paiva, S. Impact Of Traumatic Dental Injury On The Quality Of Life Of Brazilian Preschool Children. *International Journal of Environ Reseach Public Health*, 2013; 10: 6422-41.

Sischo, L. & Broder, H. Oral Health-Related Quality Of Life: What, Why, How, And Future Implications. *Journal Dental Research*, 2011; 90: 1264-70.

Slade, G. & Spencer, A. Development And Evaluation Of The Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*, 1994; 11: 3-11.

Soriano, E. Caldas Ade, F. Diniz De Carvalho, M. & Amorim Filho Hde, A. Prevalence And Risk Factors Related To Traumatic Dental Injuries In Brazilian Schoolchildren. *Dental Traumatology*, 2007; 23: 232-40.

T

Tamanini, J. Dambros, M., D'ancona, C. Palma, P. Botega, N. Rios, L. Gomes, C. Baracat, F. Bezerra, C. & Netto, N. Jr. Concurrent Validity, Internal Consistency And Responsiveness Of The Portuguese Version Of The King's Health Questionnaire (Khq) In Women After Stress Urinary Incontinence Surgery. 479 Official journal of the Brazilian Society of Urology, 2004; 30, -86.

Thean, H. Wong, M. Koh, G. & Wong, A. Oral Health Status And Treatment Needs Of Elderly Residents In A Singapore Nursing Home. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 2009; 38: 282-3.

Thelen, D. Trovik, T .& Bardsen, A. Impact Of Traumatic Dental Injuries With Unmet Treatment Need On Daily Life Among Albanian Adolescents: A Case-Control Study. *Dental Traumatology*, 2011; 27:88-94.

Traebert, J. Lacerda, J. Foster Page, L. Thomson, W. & Bortoluzzi, M. Impact Of Traumatic Dental Injuries On The Quality Of Life Of Schoolchildren. *Dental Traumatology*, 2012; 28, 423-8.

Tsukiboshi, M. Chapter 2- Classification And Examination. In: Treatment Planning For Traumatized Teeth. (Second Edition). Quintessence Publishing Co, Amagun, Japan, 2000; 9-24.

U

Ulinski, K. Do Nascimento, M. Lima, A. Benetti, A. Poli-Frederico, R. Fernandes, K. Fracasso, M. & Maciel, S. Factors Related To Oral Health-Related Quality Of Life Of Independent Brazilian Elderly. *International Journal of Dentistry*, 2013, 704- 705.

V

Victora, C. Huttly, S. Fuchs, S. & Olinto, M. The Role Of Conceptual Frameworks In Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology*, 1997; 26: 224-7.

Vuletic, M. Skaricic, J., Batinjan, G. Trampus, Z. Cukovic Bagic, I. & Juric, H. A Retrospective Study On Traumatic Dental And Soft-Tissue Injuries In Preschool Children In Zagreb, Croatia. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 2014; 14: 12-5.

W

Wallander, J. Schmitt, M. Koot, M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical.Psychology*, 2001 Apr;57(4):571-585.

Who. Who Report 1991–1995. Damascus, Regional Demonstration Training Research Centre For Oral Health. <http://www.who.int/>. [Accessed: 06 September 2015]

Wigen, T. Agnalt, R. Jacobsen, I. Intrusive Luxation Of Permanent Incisors In Norwegians Aged 6-17 Years: A Retrospective Study Of Treatment And Outcome. *Dental Traumatology*, 2008; 24: 612-618.

Wogelius, P. H., Haubek, D. Lopez, R. Poulsen, S. Development Of Danish Version Of Child Oral-Health-Related Quality Of Life Questionnaires (Cpq8–10 And Cpq11–14). *Bmc Oral Health*, 2009; 9: 11.

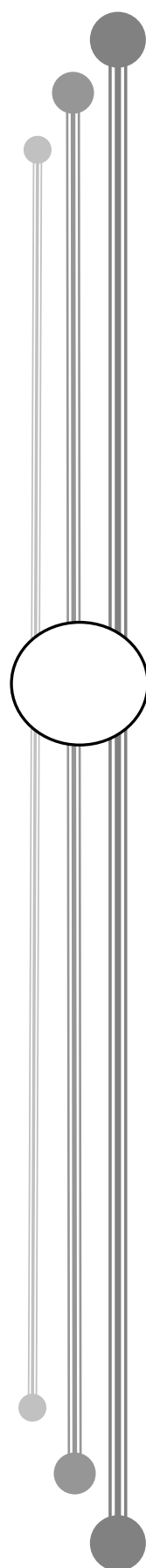
المراجع العربية:

بدر فائق، انتشار أذيات الأسنان الأمامية الدائمة في سورية عند الأطفال واليافعين بعمر 7-14 سنة. (ماجستير)، سورية، جامعة دمشق، 1999؛ 91-128.

دك الباب رهنف، دراسة بعض العوامل الإراضية، وأثر الصحة الفموية على نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك، (ماجستير)، سورية، جامعة دمشق، 2012. 62.

المخلص

Abstract



تأثير الأذيات الرضية السنية على صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة

عند الأطفال

الملخص

خلفية البحث والهدف:

تعد الأذيات الرضية السنية تجربة مؤلمة بالنسبة للأطفال لتأثيرها السلبي على الحالة النفسية والعاطفية ونوعية الحياة لديهم. كان الهدف من هذه الدراسة تحري أثر الأذيات الرضية السنية على نوعية حياة الأطفال بين عمري 8-16 عاماً. وتحري ما إذا كان معالجة الأذيات الرضية السنية لتحسين نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم.

المواد و الطرائق:

تم إجراء دراسة (حالة-شاهد) بمشاركة 147 طفلاً وطفلة بعمر 8-16 عاماً من المراجعين لقسم طب أسنان الأطفال في جامعة دمشق. 60 منهم (عينة الدراسة) من المصابين بالأذيات الرضية السنية و87 من الأطفال الأصحاء (العينة الشاهدة). تم اعتماد تصنيف Bakland-Anderasen في تشخيص الأذيات الرضية السنية. كما تم استخدام مقياس CPQ₁₁₋₁₄ لتقييم نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم.

النتائج:

كانت الكسور السنية هي النمط الغالب للأذيات الرضية السنية (82.7%) وكان السقوط هو السبب الأكثر شيوعاً لحدوث الإصابة (70.6%) وكانت المدرسة هي المكان الأكثر تكراراً

لحدوث الأذية الرضية (46.5%). أظهرت نتائج هذه الدراسة فروقاً إحصائية هامة في مفردات نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم بين الأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية والمجموعة الشاهدة ($p < 0.05$). وجدت فروق إحصائية أيضاً بين الأطفال المشاركين في هذه الدراسة قبل وبعد المعالجة. لم تكن هناك فروق هامة إحصائية بين الأطفال الأصحاء والأطفال المصابين بالأذيات الرضية السنية والذين تمت معالجتهم بالنسبة لكافة محاور استبيان نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم ($p > 0.05$). وأيضاً فإن نمط الإصابة وعمر الطفل وعدد الأسنان المصابة لم يكن لها تأثير على كافة محاور نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم ($p > 0.05$).

الاستنتاجات:

كان للأذيات الرضية السنية تأثير سلبي على نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم لدى الأطفال قبل المعالجة. تحسنت نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم بشكل ملحوظ بعد المعالجة، فقد كانت الأعراض الفموية والوظيفية والحالة العاطفية والاجتماعية عند الأطفال المعالجين مشابهة للأطفال الأصحاء. من الهام جداً تأمين الناحية الوظيفية والجمالية لتجنب التبعات الصحية السلبية والتي يمكن أن تؤثر على صحة ونوعية حياة الأطفال في أعمار مبكرة.

الكلمات المفتاحية:

الأذيات الرضية السنية، الأطفال، نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم.

The Impact of Traumatic Dental Injuries on Oral Health-Related Quality of Life in Children

Abstract:

Background:

Traumatic dental injury (TDI) is a distressing experience for children, due to its negative effect on their emotional, psychological status, and quality of life. The aim of this study was to investigate the impact of TDI on the quality of life of 8-to-16-year-old children and to test whether treatment of TDI could improve their OHRQoL.

Materials and Methods:

A case-control study was carried out involving 147 male and female children aged 8 to 16 years attending the Department of Paediatric Dentistry in Damascus University. 60 of these children have TDI (study group) and 87 were healthy control group). Bakland & Andreasen classification was used for TDI diagnosis. CPQ₁₁₋₁₄ instrument was utilized to assess OHRQoL.

Results:

Most of the TDIs in this study were tooth fractures (82.7%) in which falling was the most common reason (70.6%) and the most frequent cases of dental trauma occurred at school (46.5%). Findings of this study revealed significant differences in OHRQoL items between TDI children and the control group. Significant differences were also found between participated children before and after treatment. There were no statistically significant differences between healthy children and

those with treated TDI with regard to the overall OHRQoL ($P > 0.05$). Furthermore, type of injury, age of the child and number of teeth involved had no effect on the overall OHRQoL ($P > 0.05$).

Conclusions:

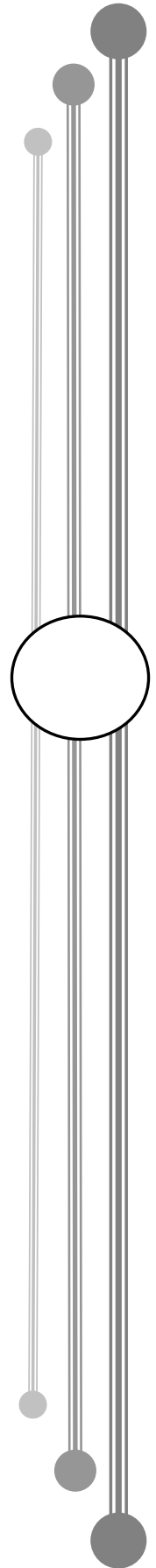
Children with a TDI experienced a negative impact on OHRQoL before treatment. OHRQoL had significantly improved in TDI children after treatment. Oral symptoms, functional limitations, emotional well-being, and social well being were similar to healthy children. It is crucial to provide esthetics and function to prevent adverse health consequences that can affect quality of life and well-being of children in their early ages.

Keywords:

Traumatic Dental Injuries, children, Oral Health- Related Quality of Life.

الملاحق

Appendixes



البيانات الشخصية:	
الاسم:	العمر :
العنوان:	الهاتف:
الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐	

I- التاريخ الطبي:

توجد أمراض عامة: ☐ نعم☐ لا

II- تقييم الإصابة الرضية:

1. العمر الذي حدثت فيه الإصابة بالسنوات

2. مكان الإصابة:

☐ شارع ☐ منزل ☐ مدرسة ☐ مكان آخر

3. سبب الإصابة:

☐ سقوط ☐ شجار ☐ رياضة ☐ حوادث4. عدد الأسنان المصابة:

5. أرقام الأسنان المصابة:

(.....)

6. نوع الرض الحاصل:

(a) كسر:

☐ مينائي ☐ تاج معقد ☐ تاج غير معقد ☐ تاج-جذر ☐ جـر كسور

متعددة

(b) انخلاع: ☐ تام ☐ خارجي ☐ جانبي ☐ انخلاعات متعددة ☐(c) أذيات نسيج رخوة: ☐ لثة ☐ مخاطية

(d) أذيات متعددة:

7. خطة المعالجة:

.....

.....

التاريخ: / /

رقم الاستمارة

أثر الصحة الفموية على نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بشق الشفة وقبة الحنك

إلى أي مدى تؤثر حالة أسنانك، وشفثيك، وفكك، وفمك في حياتك بشكل عام؟

خلال الأشهر الثلاثة الماضية هل عانيت من:

إجابة الطفل		المجال الصحي
لا	نعم	المجال الأول: الأعراض الفموية
		ألم في أسنانك. أو شفثيك، أو فكك، أو فمك؟
		نزيف باللثة؟
		تقرحات في فمك؟
		رائحة نفس غير مستحبة؟
		طعام عالق داخل أسنانك أو بينهما؟
		طعام متبقي بأعلى فمك؟

إجابة الطفل		المجال الثاني: القصور الوظيفي
لا	نعم	تنفست من خلال فمك؟
		استغرقت وقتاً أطول من الآخرين لتناول وجبتك؟
		واجهت صعوبات في النوم؟
		صعوبة في عض أو مضغ أطعمة مثل التفاح، عرنوس ذرة، أو قطع اللحم؟
		صعوبة في فتح الفم على سعته؟

		صعوبة نطق أي كلمة؟
		صعوبة في تناول الأطعمة التي تحبها؟
		صعوبة في الشرب بواسطة الماصة؟
		صعوبة شرب أو تناول الأطعمة الساخنة أو الباردة؟

لا	نعم	المجال الثالث: الحالة العاطفية
		سرعة الانفعال أو الإحباط؟
		عدم الثقة في النفس؟
		الخلل أو الإحراج؟
		القلق من الآخرين حيال أسنانك؟
		القلق من أنك لست جيد المظهر أو مقبول الشكل كالآخرين؟
		الانزعاج؟
		التوتر أو الخوف؟
		القلق من أنك لست معافى صحياً كالآخرين؟
		القلق بأنك مختلف عن الآخرين؟

لا	نعم	المجال الرابع: الحالة الاجتماعية
		التغيب عن المدرسة بسبب ألم، أو موعد، أو عملية جراحية؟
		أي صعوبة في الانتباه في المدرسة؟
		أي صعوبة في أداء الواجبات المنزلية؟
		عدم الرغبة في الكلام أو القراءة بصوت عال في الصف؟
		تجنب المشاركة في أنشطة مثل الرياضة، أو النوادي، أو التمثيل، أو الموسيقى، أو الرحلات المدرسية؟
		تجنب التحدث مع الأطفال الآخرين؟
		تجنب الابتسام أو الضحك عندما كنت بصحبة غيرك من الأطفال؟
		رغبة عن قضاء بعض الوقت مع أطفال آخرين؟
		تخاضمت مع أطفال آخرين أو عائلتك؟
		أغاظك أو سخر منك أطفال آخرون، أو نادوك بألفاظ غير محببة؟
		أشعرك أطفال آخرون بالانعزال أو الوحدة؟
		وجه إليك أطفال آخرون أسئلة عن أسنانك، أو شفثيك، أو فكثك، أو فمك؟

تتشرف عمادة كلية طب الأسنان بجامعة دمشق بدعوتكم لحضور مناقشة رسالة الماجستير في علوم طب الأسنان - اختصاص طب أسنان الأطفال بعنوان:

تأثير الأذيات الرضية السنية على صحة الفم المرتبطة بنوعية الحياة عند الأطفال

إعداد الباحثة
هبة نبيل الموصلي

إشراف

الأستاذ المساعد الدكتورة ميسون دشاش
المدير العام لمركز القياس و التقويم في وزارة التعليم العالي
أستاذ مساعد في قسم طب أسنان الأطفال
كلية طب الأسنان
جامعة دمشق

تتألف لجنة الحكم من السادة الآتية أسماؤهم :

- عضواً - الأستاذ الدكتور محمد بشير المنقل
أستاذ في قسم طب أسنان الأطفال - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق
مشرفاً - الأستاذ المساعد الدكتورة ميسون دشاش
المدير العام لمركز القياس والتقويم في وزارة التعليم العالي
أستاذ مساعد في قسم طب أسنان الأطفال - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق
عضواً - المدرس الدكتور محمد الشلق
مدرس في قسم طب أسنان الأطفال - كلية طب الأسنان - الجامعة السورية الخاصة

وذلك في تمام الساعة التاسعة و النصف صباحاً من يوم الأحد الواقع في

17 / 7 / 2016 م على مدرج المؤتمرات في كلية طب الأسنان

عميد كلية طب الأسنان

عميد كلية طب الأسنان
الأستاذ الدكتور محمد سالم ركاب

نائب العميد للشؤون العلمية

الأستاذ الدكتور عمار محمود مشلح