

بررسی ایندکس تاثیر وضعیت دهان بر فعالیت روزانه (OIDP) در بیماران مراجعه کننده به کلینیک درمانی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سیمین زهرا محبی¹ - صدیقه شیخزاده²⁺ - دکتر مسعود بیانزاده³ - دکتر عزیزالله باطبی⁴

1- استادیار گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران

2- دانشجو دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران

3- استادیار گروه آموزشی پروتزیهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران

4- استادیار گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، تهران، ایران

Oral Impact on Daily Performance (OIDP) Index in Patients Attending Patients Clinic at Dentistry School of Tehran University of Medical Sciences

SiminZahra Mohebbi¹, Sedigheh Sheikhzadeh², Masoud Bayanzadeh^{3†}, Azizollah Batebizadeh⁴

1- Assistant Professor, Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2⁺- Dental Student, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (sheikhzadeh_se@yahoo.com)

3- Assistant Professor, Department of Prosthodontics, School of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Background and Aims: The oral impact on daily performance (OIDP) is one of the oral health-related quality of life indices to measure physical, social and mental consequences of the oral health status. This study aimed to evaluate the OIDP index in patients referring to Tehran dental school.

Materials and Methods: Four hundred and ninety nine patients referring to patients' clinic in Dental School of Tehran University of Medical Sciences in spring 2011 participated in this study. They were interviewed for demographic factors including age, gender and level of education, and OIDP index questionnaire before receiving any treatment. Statistical analysis was carried out by means of linear regression modeling.

Results: 85.6% of patients confirmed that they had at least one oral impact on daily performance during the last 6 months. The most prevalent performances affected were eating (50.1%) and smiling and showing teeth without shame (12.8%). The mean OIDP score for the population was 5.6 ranging from 0 to 36. Linear regression modeling controlling for age, gender and years of education revealed that older patients and those with lower education had significantly higher OIDP scores.

Conclusion: The effect of oral health on daily performance was clear. The association among age, education and oral impact on daily performance indicates the need for more comprehensive preventive oral health care for adults with lower educational level.

Key Words: Quality of life; Oral health; Daily performance

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2012;25(2):135-141

چکیده

زمینه و هدف: تاثیر وضعیت دهان بر فعالیت روزانه، یکی از شاخص‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان است که عواقب فیزیکی، اجتماعی و روانی ناشی از وضعیت سلامت دهان را مورد سنجش قرار می‌دهد. هدف این مطالعه، بررسی این شاخص در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

† مولف مسوول: نشانی: تهران - انتهای کارگر شمالی بعد از انرزی اتمی - دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران - گروه آموزشی سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی
تلفن: 88497427 نشانی الکترونیک: sheikhzadeh_se@yahoo.com

روش بررسی: 499 بیمار مراجعه کننده به کلینیک درمانی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در بهار سال 1390 در این مطالعه شرکت کردند و برای پاسخ به سوالات مربوط به شاخص ارزیابی اثرات وضعیت دهان بر فعالیت روزانه و ویژگی‌های دموگرافیک شامل جنس، سن و وضعیت تحصیلات قبل از دریافت هرگونه درمانی، مورد مصاحبه قرار گرفتند. آنالیز داده‌ها با روش آماری رگرسیون خطی انجام شد.

یافته‌ها: 85/6% بیماران اظهار داشتند که در طی 6 ماه اخیر حداقل یک اثر وضعیت دهان بر فعالیت روزانه را تجربه کردند. بیشترین فعالیت مختل شده غذا خوردن (50/1%)، لبخند زدن و نشان دادن دندان‌ها بدون خجالت (12/8%) بوده است. میانگین امتیاز OIDP برای جمعیت مورد بررسی 5/6 و دامنه تغییرات آن بین 0 و 36 بود. مدل رگرسیون خطی که تاثیر متغیرهای جنس، سن و سال‌های تحصیل را بررسی می‌کرد نشان داد که افراد مسن و کسانی که تحصیلات کمتری داشتند، امتیاز OIDP بالاتری را کسب کردند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه اثرات وضعیت دهان بر فعالیت روزانه آشکار بود. ارتباط بین سن، تحصیلات کم و افزایش تاثیر وضعیت دهان بر فعالیت‌های روزمره بر لزوم ارایه مراقبت‌های دهان و دندان پیشگیرانه جامع‌تر در بالغین، به ویژه در افرادی که از سطح تحصیلات کمتری برخوردارند، دلالت دارد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی؛ سلامت دهان؛ فعالیت روزانه

وصول: 90/05/13 اصلاح نهایی: 91/01/20 تأیید چاپ: 91/02/22

مقدمه

برای تکمیل اطلاعات به دست آمده از شاخص‌های کلینیکی به کار می‌روند تا محدودیت‌های ایجاد شده به صورت تاثیرات عملکردی، روانی و اجتماعی ناشی از بیماری‌های دهان و دندان در جوامع مورد بررسی بگیرند (7-5). در واقع شاخص‌های ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان به بررسی اثر شرایط دهانی بر عملکرد اجتماعی که باعث تغییرات بزرگی در رفتار می‌شوند می‌پردازند.

شاخص ارزیابی اثرات وضعیت دهان بر فعالیت روزانه Oral Impact on Daily Performance (OIDP) یکی از شاخص‌های مهم OHRQL می‌باشد (8)، که به بررسی تاثیرات وضعیت دهانی افراد بر توانایی‌های آنها برای انجام فعالیت‌های روزانه می‌پردازد. این شاخص شامل بررسی 8 مورد است که ابعاد روانی، فیزیکی و اجتماعی زندگی را پوشش می‌دهد (۸۹). این موارد شامل اثر وضعیت دهان بر غذا خوردن، واضح صحبت کردن، تمیز کردن دندان‌ها یا دندان‌های مصنوعی، انجام فعالیت‌های سبک فیزیکی مثل کار در منزل، لبخند زدن و نشان دادن دندان‌ها بدون ناراحتی و خجالت، خوابیدن و استراحت کردن، لذت بردن از تماس با دیگران، انجام فعالیت‌های مربوط به شغل و شرایط احساسی مثل زودتر از معمول ناراحت شدن است.

استفاده از این ابزار برای بررسی تاثیر وضعیت دهان بر کیفیت زندگی جمعیت‌ها سودمند است زیرا درک آن ساده بوده و شاخصی بسیار مختصر است و وقت بیمار را نمی‌گیرد. شاخص OIDP در جوامع مختلف از جمله ایران (10)، تانزانیا (11)، کره (12) و چند کشور اروپایی (13،14) اعتبار بخشی شده است. در ایران این شاخص در سال 2007

مطابق تعریف استاندارد جهانی بهداشت (World Health Organization-WHO) برای سلامتی ارایه می‌کند، سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی که معنای آن تنها به نبودن بیماری و نقص عضو، محدود نشده بلکه شامل سه محور جسم، روان و جامعه می‌شود و لذا هرگونه نقص و آسیبی که به هر یک از محورهای سه‌گانه وارد شود، تعادل فرد را برهم زده و منجر به نبود سلامت می‌شود. ارزیابی بالینی و معاینات کلینیکی، سال‌های مدیدی به عنوان تنها راه بررسی نیازهای درمانی و وضعیت سلامتی بیماران دندانپزشکی محسوب می‌شدند. استفاده صرف از ارزیابی‌های بالینی، برای بررسی نیازها و وضعیت سلامتی دهان محدودیت‌های اساسی دارد این ارزیابی‌ها قادر به تعیین جنبه‌های مختلف نیازهای احساس شده توسط خود فرد معاینه‌شونده، درمورد سلامتی نیستند (1). لذا بررسی اثر وضعیت دهان بر فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی افراد به صورت نیاز درک شده (Perceived need) باید به صورت جزء مهمی از ارزیابی سلامت دهان محسوب گردد تا نشان‌دهنده سلامتی دهان افراد از نظر جسمی، روانی و اجتماعی و تصور آنها از خود باشد (2,3).

برای بررسی نیازهای درک شده بیماران در زمینه سلامت دهان و دندان، ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان Oral Health Related Quality of Life (OHRQL) در راستای تکمیل معاینات بالینی تکامل یافته است (4). در حال حاضر، شاخص‌های غیربالینی مرتبط با سلامت دهان، به صورت گسترده‌ای

اعتبار بخشی شده و در شهر مشهد مورد ارزیابی قرار گرفته است (10). شاخصی از وضعیت اجتماعی اقتصادی Socioeconomic status از آنجا که تحقیقات بهداشتی کمی به بررسی اثرات بیماری‌های دهان بر کیفیت زندگی مردم ایران پرداخته‌اند، هدف این مطالعه بررسی این شاخص در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که طبعاً دارای مشکلات دندانی متعدد بودند تا بیش عمیق‌تری در رابطه با عوارض بیماری‌های دهان و دندان ایجاد کنیم.

روش بررسی

این مطالعه از مطالعات مقطعی (Cross-sectional) بود که در آن از پرسشنامه ایندکس تاثیر وضعیت دهانی بر فعالیت روزانه که قبلاً برای جمعیت ایرانی اعتبار بخشی شده است (10)، به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد (جدول 1). کل سوالات برای 8 مورد موجود در شاخص OIDP مورد بررسی قرار گرفت. در این تحقیق 499 بیمار 20 تا 50 ساله که برای اولین بار به بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده بودند در بهار سال 1390 مورد مصاحبه و معاینه قرار گرفتند. معاینه‌کنندگان هر روز کاری هفته به مدت 2 ساعت در بخش تشخیص حضور می‌یافتند و در این مدت تمام بیماران مراجعه‌کننده به بخش را در صورتیکه به صورت کتبی رضایت خود را اعلام می‌داشتند، معاینه می‌کردند. در نهایت مصاحبه و جمع‌آوری داده‌ها در طی 3 ماه انجام گردید. تمامی پرسشنامه‌ها بدون نام پر می‌شد. در کل 19 بیمار به دلیل کمبود وقت از معاینه و مصاحبه خودداری کردند.

برای تعیین امتیاز شاخص OIDP، مجموع امتیاز حاصل از عملکردهای مختلف (امتیاز عملکرد = امتیاز شدت × امتیاز فراوانی) بر حداکثر امتیاز ممکن، تقسیم شد تا چنانچه در یک بیمار چند عملکرد مشکل‌دار شده است در محاسبه شاخص کلی لحاظ گردد. برای امتیازدهی فراوانی (سوال 3 یا 4 جدول 1) و شدت (سوال 5 جدول 1) به کمترین فراوانی یا شدت امتیاز 1 داده شده و به ترتیب به فراوانی و شدت‌های بالاتر اعداد 2، 3، 4 و 5 داده شد. برای مثال امتیاز عملکرد جویدن معادل شدت مشکل ضرب در فراوانی مشکل جویدن در کل بیماران بوده است. سپس این نمره برای تبدیل به درصد در 100 ضرب گردید. در ضمن تعدادی سوال محقق ساخته مربوط به خصوصیات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس و سطح تحصیلات به عنوان

شاخصی از وضعیت اجتماعی اقتصادی Socioeconomic status (SES) به پرسشنامه استاندارد OIDP اضافه شد. سوال مربوط به سن به سال ثبت می‌شد. سوال مربوط به تحصیلات آخرین مقطع تحصیلی فرد را جویا می‌شد که در قالب چندگزینه شامل پاسخ‌های بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دیپلم، فوق‌دیپلم و کارشناسی، کارشناسی ارشد و نهایتاً دکترا طراحی شده بود. آنالیز آماری این تحقیق با استفاده از SPSS نسخه 18 و با استفاده از روش آماری مدل رگرسیون خطی (Linear Regression Model) انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه 499 نفر (240 مرد و 259 زن) از مراجعه‌کنندگان به بخش تشخیص بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران قبل از انجام هرگونه درمان دندانپزشکی مورد مصاحبه قرار گرفتند. میانگین سنی این بیماران 34/8 با انحراف معیار 9/91 و کم‌ترین سن 20 و بیشترین سن 50 سال بود. در بررسی وضعیت تحصیلات 2/8 درصد بیماران بی‌سواد، 4/4 درصد تحصیلات ابتدایی، 28/7 درصد تحصیلات مقطع راهنمایی و 49/3 درصد تحصیلات دبیرستان و دیپلم داشتند. 11/3 تحصیلاتی درحد فوق‌دیپلم و لیسانس، 1 درصد فوق لیسانس و 2 درصد دکترا داشتند.

از 499 فرد شرکت‌کننده در این مطالعه 412 نفر (82/6%) حداقل یک محدودیت ایجاد شده به صورت تأثیرات عملکردی بر فعالیت روزانه را در طی 6 ماه اخیر تجربه کرده بودند. در 204 نفر از این افراد (40%)، این محدودیت به طور منظم در طی 6 ماه اخیر وجود داشته است که 136 نفر (27/3% کل جمعیت) به طور روزانه حداقل یک محدودیت را احساس کرده بودند. 49% بیماران فقط در قسمتی از شش ماه گذشته دچار مشکل شده بودند که 39/3% مدت زمان محدودیت را 6 روز تا 1 ماه و 29/1% افراد این گروه مدت زمان محدودیت را 1 تا 2 ماه گزارش نمودند.

بیشترین شرایط دهانی که به تشخیص بیمار باعث بروز اثرات OIDP شده بود دندان درد بود که 25/1% (n=125) این بیماران از آن شکایت داشتند. علل شایع دیگر به ترتیب پوسیدگی دندان در 13/8% از افراد و شکستگی دندان در 9/2% (n=46) از بیماران گزارش شد.

جدول 1- متغیرهای مورد بررسی در پرسشنامه مربوط به شاخص تاثیر وضعیت دهانی بر فعالیتهای روزمره (OIDP)

سوالات	گزینه‌های پاسخ
آیا در شش ماه گذشته مشکلی (رفتاری/فعالیتی*) به علت مشکلات ناشی از دهان، دندان‌ها یا دندان مصنوعی داشته‌اید؟	آری/خیر
آیا شما این مشکل (رفتاری/فعالیتی) را در کل مدت این شش ماه به صورت منظم داشته‌اید یا فقط در قسمتی از این دوره شش ماهه با آن مواجه بوده‌اید؟	به صورت منظم در شش ماه گذشته / فقط در قسمتی در شش ماه گذشته
در طول شش ماه گذشته، هر چند وقت یکبار این مشکل (رفتاری/فعالیتی) را داشته‌اید؟	تقریباً هر روز / تقریباً 3-4 بار در هفته / تقریباً 1-2 بار در هفته / تقریباً 2-1 بار در ماه / کمتر از یک بار در ماه / نمی‌دانم
در طول 6 ماهه گذشته، برای چه مدت مشکل مزبور (فعالیتی / رفتاری) را احساس می‌کردید؟	برای بیش از 3 ماه / برای مدت 2-3 ماه / برای مدت 1-2 ماه / برای مدت 6 روز تا یک ماه / برای مدت 5 روز یا کمتر / نمی‌دانم
مشکل فوق (فعالیتی / رفتاری) چقدر روی زندگی روزمره شما اثر گذاشته است؟	یک اثر خیلی کم / یک اثر نسبتاً کم / یک اثر متوسط / یک اثر نسبتاً شدید / یک اثر خیلی شدید / نمی‌دانم
کدامیک از شرایط دهانی زیر مشکل فوق (فعالیتی / رفتاری) را برای شما به وجود آورده است؟	حساسیت دندان / پوسیدگی دندان (سوراخ شدن دندان) / شکستگی دندان / از دست دادن (کشیدن) دندان / لقی دندان / رنگ گرفتنی (بد رنگی) دندان / موقعیت دندان‌ها (دندان‌های نامرتب، فاصله‌دار یا بیرون زده) / شکل و اندازه نامناسب دندان‌ها / خونریزی از لثه‌ها / تورم لثه‌ها (آبسه لثه) / تحلیل لثه / جرم دندان / زخم مخاط دهان / بوی بد دهان / بدشکلی‌های دهان و صورت (شکاف لب یا کام) / وجود صدا در مفاصل فک / ترمیم یا روکش نامطلوب دندان (مثل شکستگی ترمیم یا بدرنگی آن) / دندان مصنوعی نامناسب و یا لقی / پلاک ارتدزی / فرسایش دندان‌ها / دندان درد / یا دلایل دیگر (لطفاً مشخص نمایید) / نمی‌دانم

* رفتارها و فعالیتهای شامل: غذا خوردن / واضح صحبت کردن / تمیز کردن دندان‌ها یا دندان مصنوعی / خوابیدن / بیرون رفتن / انجام فعالیتهای سبک فیزیکی، مثل کار در منزل / استراحت کردن / لیختن زدن، خندیدن، نشان دادن دندان‌ها بدون ناراحتی و خجالت / شرایط احساسی، مثلاً زودتر از معمول ناراحت شدن / لذت بردن از تماس با دیگران مثل دوستان، بستگان و همسایگان / انجام فعالیتهای مربوط به شغل و کار

جدول 2- تعداد (درصد) انواع فعالیتهای روزمره بیماران (499 نفر) که دچار مشکل شده بودند به تفکیک جنس

فعالیت‌های مختل شده	مرد	زن	مجموع
غذا خوردن	123 (24/6)	126 (25/2)	249 (49/8)
صحبت کردن	12 (2/4)	9 (1/8)	21 (4/2)
تمیز کردن دندان‌ها	22 (4/4)	15 (3)	37 (7/4)
انجام فعالیتهای سبک	1 (0/02)	4 (0/8)	5 (1)
بیرون رفتن	0 (0)	1 (0/2)	1 (0/2)
خوابیدن	21 (4/2)	23 (4/6)	44 (8/8)
استراحت کردن	18 (3/6)	11 (2/2)	29 (5/8)
لیختن زدن	26 (5/2)	38 (7/6)	64 (12/8)
شرایط احساسی	15 (3)	20 (4/0)	35 (7)
لذت از روابط اجتماعی	9 (1/8)	13 (2/6)	22 (4/4)
فعالیت‌های کاری	5 (1)	2 (0/4)	7 (1/4)

جدول 3- مدل رگرسیون خطی که رابطه سن، جنس و سطح تحصیلات را با شاخص تاثیر وضعیت دهانی بر فعالیتهای روزمره (OIDP) در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی (499 نفر) نشان می‌دهد.

عوامل	بتا	انحراف معیار	P-value
سن	0/062	0/026	0/016
جنس	-0/080	0/501	0/874
سطح تحصیلات	-0/289	0/131	0/024

بیشترین فعالیتی که طبق اظهار بیماران دچار مشکل شده بود، غذا خوردن بوده است که حدود 250 نفر از بیماران (50/1%) آن را تجربه کرده بودند. حدود 30/8% از افرادی که در غذا خوردن مشکل داشتند شدت این مشکل را نسبتاً شدید ارزیابی کرده بودند. 18/4% این مشکل را متوسط و 16/8% نیز آن را خیلی کم بیان نمودند. فعالیت‌های دیگری که دچار مشکل شده بودند به ترتیب لبخند زدن و نشان دادن دندان‌ها بدون ناراحتی و خجالت در 12/8% بیماران، خوابیدن در 8/8% و تمیز کردن دندان‌ها در 7/4% افراد بوده است. یافته‌های مربوط به فعالیت‌هایی که در بیماران دچار مشکل شده‌اند، در جدول 2 آمده است. امتیاز کلی شاخص OIDP در بیماران مورد مطالعه بین 0 تا 36 بوده است. میانگین کلی 5/6 با انحراف معیار 5/6 بوده است. مدل رگرسیون خطی که تاثیر متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات بر امتیاز کلی شاخص OIDP بررسی می‌کرد نشان داد که با افزایش سن و کاهش تحصیلات امتیاز کلی شاخص OIDP بالا رفته است (جدول 3).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه شاخص OIDP را در 499 مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی اندازه گرفت و با بررسی رابطه آن با جنس، سن و تحصیلات بیماران به این یافته رسید که افزایش سن و کاهش تحصیلات به طور معنی‌داری باعث افزایش اثر وضعیت دهان بر فعالیت روزمره بوده است در حالیکه تفاوت معنی‌داری بین دو جنس در میزان تاثیر وضعیت دهان بر فعالیت روزمره وجود نداشته است. در این مطالعه داشتن حداقل یک محدودیت ناشی از بیماری‌های دهان و دندان برابر 85/6% ارزیابی شد. این درصد قابل مقایسه با میزان شیوع این شاخص در نمونه حاصل از یک جمعیت غربی توسعه یافته (70%) و هم چنین با شیوع شاخص در جمعیت افراد مسن کره‌ای است (68%) (۶،۱۲). مساله جالب توجه آن است که با وجود اندازه‌گیری این شاخص در بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی، درصد شیوع این شاخص قابل مقایسه با درصد ارایه شده توسط Dorri و همکاران (64/9%) است (10) که در آن جمعیت مورد مطالعه، افراد معمولی بودند که به عنوان زایر حرم امام رضا (ع) در شهر حضور داشتند. این تفاوت 20 درصدی در میزان شیوع منطقی می‌باشد زیرا

همانطور که در مقدمه آمده است برای نیل به هدف بررسی این شاخص در جمعیت با سطح بالای بیماری دندانی این مطالعه در بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده دندانپزشکی انجام گردید که درصد کمی (14/4%) این بیماران تنها برای معاینه و بدون هیچ مشکل دندانی خاص مراجعه کرده بودند. شیوع اعلام شده در مطالعه حاضر و مطالعه Dorri و همکاران (10) تفاوت فاحشی با ارقام اعلام شده توسط برخی از کشورهای توسعه یافته مانند نروژ (18/3%) دارد (13) که از سطح بالای سلامت دهان و دندان برخوردارند و نشان‌دهنده تاثیر قابل توجه بیماری‌های دهان و دندان در تضعیف کیفیت زندگی افراد مورد بررسی در مطالعه حاضر است.

در این مطالعه هم راستا با بسیاری از مطالعات دیگر که در این زمینه انجام شده، بیشترین مشکلی که بیماران اعلام کرده بودند اختلال در غذا خوردن بوده است (10، 11، 13). با این حال بیش از نیمی از بیماران اثر وضعیت دندان‌ها بر مشکل غذا خوردن را خیلی کم، بسیار کم و یا متوسط ارزیابی کردند که نشان می‌دهد با وجود فراوانی بالای این مشکل، اثر آن شدید نبوده است و بیشترین دلیل اظهار شده توسط بیماران برای مشکلات دندانی در غذا خوردن، دندان درد اعلام شده بود که همسو با یافته‌های مطالعه دیگری است که توسط Kida و همکاران در جمعیت تایلندی انجام شده است (11).

در این مطالعه رابطه ایندکس OIDP با سن معنی‌دار بوده است و با افزایش سن اثرات دهانی بالاتر رفته است. این یافته در راستای یافته‌های John و همکاران (15) است که با استفاده از ایندکس Oral Health Impact Profile (OHIP) به نتیجه‌ای مشابه دست یافت که با افزایش سن اثر وضعیت دهان بر کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. بیماران مسن‌تر دندان‌های فانکشنال کمتری دارند و با مشکل‌دار شدن همین دندان‌های محدود، انجام فعالیت‌های روزانه آنها مورد تاثیر قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که رابطه سن و امتیاز OIDP در مطالعه Astrom و همکاران که روی گروه سالمندان کار کرده‌اند به صورت معکوس به دست آمده است (16). این مساله می‌تواند به علت توجه بیشتر به سلامت دهان سالمندان در کشورهای توسعه یافته باشد.

در مطالعه حاضر با افزایش سطح تحصیلات، اثرات دهانی بر فعالیت روزانه کاهش یافته است. در برخی تحقیقات عدم معنی‌داری

پیشگیرانه جامع تر در بالغین دلالت دارد. از آنجا که دندانپزشکان در طی درمان‌های خود به مشکلات خود اظهار بیماران و جنبه‌های سلامت روانی و اجتماعی توجه چندانی ندارند، پیشنهاد می‌شود که در طی جلسات معاینه و درمان بیماران به این مساله توجه بیشتری معطوف گردد. با توجه به این مساله که این شاخص که ارزیابی آن ساده است در ایران خیلی کم برای بررسی وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان به کار گرفته شده و در جمعیت‌های با مشکلات دندانی زیاد مثل بیماران مسن و بیماران با مشکلات ارتودنتیک مورد بررسی قرار نگرفته است، مطالعه شاخص OIDP بر این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران برای اختصاص بودجه به طرح تحقیقاتی 13753-69-02-90 که این مقاله منتج از آن است تشکر را داریم.

بین وضعیت اقتصادی اجتماعی و تاثیر وضعیت دهان بر کیفیت زندگی مشاهده شده است (17) در حالیکه معنی‌داری بین این دو متغیر در مطالعه Sheiham و Srisilapanan نیز به دست آمده است (18)، یک توضیح برای این رابطه آن است که افراد با وضعیت اجتماعی پایین‌تر شرایط زندگی و کاری سخت‌تری دارند و این مشکلات، عادات و دسترسی به آموزش درمورد پیشگیری و درمان بیماری‌های دهان و دندان در این جمعیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد (17).

از محدودیت‌های این مطالعه آن است که بررسی در جمعیت عادی انجام نشده است و با توجه به آن که نمونه‌ها مطالعه در یک جمعیت محدود و بیماران با مشکل دندانی انجام شده است نتایج این مطالعه برای تعمیم به جامعه باید با احتیاط انجام گردد و لزوم بررسی‌های درون جامعه را گوشزد می‌نماید.

در نهایت، شیوع اثرات وضعیت دهان بر فعالیت روزانه در این مطالعه زیاد ارزیابی شد. ارتباط بین سن و افزایش تاثیر وضعیت دهان بر فعالیت‌های روزمره بر لزوم ارایه مراقبت‌های دهان و دندان

منابع:

- 1- Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988;5(1):3-18.
- 2- Ranta K, Tuominen R, Paunio I. Perceived oral health status and ability to chew among an adult Finnish population. *Gerodontology*. 1987;3(3):136-9.
- 3- Pine CM, Harris R. *Community Oral Health*. 1th ed. Quintessence publishing Co Ltd;2007.
- 4- Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. Conference summary: assessing oral health outcomes—measuring health status and quality of life. *Community Dent Health*. 1998;15(1):3-7.
- 5- Buck D, Newton JT. Non-clinical outcome measures in dentistry: publishing trends 1988-98. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29(1):2-8.
- 6- Slade GD. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill:University of North Carolina. Dental Ecology. 1997.
- 7- McGrath C, Bedi R. Measuring the impact of oral health on life quality in two national surveys-functional versus hermeneutic approaches. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30(4):254-9.
- 8- Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996;24(6):385-9.
- 9- Adulyanon S, Sheiham A. Chapter 14. *Measuring Oral Health and Quality of Life* Chapel Hill: University of North Carolina. Dental Ecology. 1997;151-60.
- 10- Dorri M, Sheiham A, Tsakos G. Validation of a Persian version of the OIDP index. *BMC Oral Health*. 2007;7:2.
- 11- Kida IA, Astrom AN, Strand GV, Masalu JR, Tsakos G. Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) in a population of older Tanzanians. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:56.
- 12- Jung SH, Ryu JI, Tsakos G, Sheiham A. A Korean version of the Oral impacts on daily performances (OIDP) scale in elderly populations: validity, reliability and prevalence. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:17.
- 13- Astrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *Eur J Oral Sci*. 2005;113(4):289-96.
- 14- Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts On Daily Performances(OIDP) in elderly populations in two European countries. *Gerodontology*. 2001;18(2):121-30.
- 15- John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(2):125-32.
- 16- Astrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and socio-demographic factors. *Eur J Oral Sci*. 2006; 114(2):115-21.
- 17- Gomes AN, Abegg C, Fachel JM. Relationship between oral clinical conditions and daily performances. *Braz Oral Res*.

2009;23(1):76-81.

18- Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental

impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. Gerodontology. 2001;18(2):102-8.