

رابطه بی‌دندانی و استفاده از دندان مصنوعی با کیفیت زندگی در جمعیت سالخورده شهر اصفهان

دکتر پروین خادم^{*}، دکتر ابراهیم جباری فر^۱، دکتر وحید معروفی^۲، دکتر آزاده فیض^۳

چکیده

مقدمه: سالمندان مسن‌تر از ۶۰ سال، به عنوان یک جمعیت در حال افزایش، از مهم‌ترین مشتری‌های خدمات سلامت دهان و دندان هستند که به توجه ویژه‌ای نیاز دارند و بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان این گروه در رابطه با کیفیت زندگی آن‌ها ضروری می‌باشد. هدف از این پژوهش، تعیین نقش سلامت دهان و دندان سالمندان و استفاده از دندان مصنوعی بر کیفیت زندگی آن‌هاست.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی، ۲۰۰ نفر از سالمندان مراکز نگهداری سالمندان سطح شهر اصفهان در رده سنی ۸۰-۵۵ سال انجام گردید. از ترجمه فارسی و معتبر پرسش نامه شاخص ارزیابی کیفی سلامت دهان (GOHAI) یا Paired t (General oral health assessment index)، که در سه بعد طراحی شده است، به همراه اطلاعاتی در خصوص وضعیت دندان‌ها استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون Paired t و آنالیز واریانس و ضریب همبستگی Pearson ارزیابی گردیدند.

یافته‌ها: پس از بررسی ۲۰۰ پرسش‌نامه، میانگین نمره شاخص کیفی سلامت دهان در گروه هدف $21/65 \pm 36/3$ به دست آمد. در حیطه عملکرد فیزیکی، بیشترین مقدار $16/38 \pm 89/51$ متعلق به گروه بی‌دندان کامل و بدون دست دندان بوده است. در حیطه درد و ناخشنودی، بیشترین نمره $15/43 \pm 45/58$ متعلق به افراد بادندانی بوده است که دست دندان تکه‌ای داشته‌اند؛ در حیطه عملکرد روانی اجتماعی نیز بیشترین نمره یعنی $30/12 \pm 54/54$ متعلق به افراد بی‌دندان کامل و بدون دست دندان بوده است.

نتیجه‌گیری: بررسی میانگین نمره شاخص کیفی سلامت دهان در سه حیطه عملکرد فیزیکی، درد و ناراحتی و روانی-اجتماعی، حاکی از ارتباط آن با تعداد دندان‌های باقی‌مانده فرد و وجود یا عدم وجود دست دندان کامل یا تکه‌ای و کیفیت آن می‌باشد. در پژوهش انجام شده، بیشترین نمره شاخص کیفی سلامت دهان در حیطه عملکرد فیزیکی است که نشان دهنده این امر است که بیشترین مشکل سالمندان در جویدن غذا و گاز گرفتن آن می‌باشد. افرادی که همه دندان‌های خود را از دست داده بودند و یا دست دندان متحرک کامل یا تکه‌ای داشتند و از آن ناراضی بودند، نمرات بیشتری را کسب کردند و از کیفیت زندگی نامطلوب‌تری برخوردار بودند.

کلید واژه‌ها: سالمند، کیفیت زندگی، دندان مصنوعی، سلامت دهان و دندان، بی‌دندانی

* متخصص دندان‌پزشکی ترمیمی و زیبایی، استادیار، بخش جامعه‌نگر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران. (مؤلف مسؤول)
p.khadem@khuisf.ac.ir

۱: متخصص دندان‌پزشکی کودکان، دانشیار، بخش اطفال، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲: پزشک، اصفهان، ایران.

۳: دندان‌پزشک، اصفهان، ایران.

این مقاله در تاریخ ۸۸/۳/۲۰ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۸/۶/۳ اصلاح شده و در تاریخ ۸۸/۶/۱۷ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندان‌پزشکی اصفهان
۱۳۸۸: (۳) ۱۴۸ تا ۱۵۴

مقدمه

امروزه به دلیل افزایش شاخص امید به زندگی، تعداد و درصد جمعیت مسن‌تر از ۶۰ سال به شدت در حال افزایش است. با افزایش تعداد افراد سالمند غیر مولد و افزایش نرخ سرباری، نیاز به ارائه خدمات دندان‌پزشکی افزایش یافته است و فشارهای مضاعف بر مصرف منابع مربوط به سلامت وارد می‌آید [۱]. برنامه‌ریزی برای تأمین سلامت دهان و دندان این گروه از افراد جامعه نیازمند اطلاعات اپیدمیولوژیک در خصوص نیازهای سلامت آن‌ها می‌باشد.

یکی از مشکلات افراد سالخورده، از دست دادن دندان‌های طبیعی است که به عنوان یک واقعه مهم در زندگی فرد تلقی می‌شود و متعاقب آن فرد دچار یک نوع ناتوانی عملکردی شامل تأثیرپذیری فعالیت‌های زندگی روزمره مثل جویدن، انتخاب غذا، صحبت کردن و ... می‌گردد. علاوه بر آن، از دست دادن دندان تأثیر نهفته‌ای بر رفتارهای روانی-اجتماعی فرد نظیر فعالیت‌های اجتماعی، اعتماد به نفس و ... دارد [۲]. از دست دادن دندان بر کیفیت زندگی فرد سالخورده نیز مؤثر است و غیر مولد بودن فرد، افزایش نرخ سرباری و به دنبال آن افزایش نیاز به خدمات دندان‌پزشکی پیشرفته، به نحوی با کیفیت زندگی فرد، رفتارهای روانی-اجتماعی و ناتوانی عملکردی او در ارتباط است [۳].

پژوهش May و همکاران [۴] در مورد جمعیت مسن (۸۰-۶۰ ساله) چینی مشخص کرد که افرادی که ۲۰ دندان یا بیشتر داشتند، کیفیت زندگی بهتری نسبت به بقیه داشتند. Heydecke و همکاران [۵] مشخص کرد که استفاده از دست دندان‌های معمولی کامل، اثر مهمی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان دارد. Steel و همکاران [۳] نشان دادند که افرادی که ۲۵ دندان یا بیشتر داشتند، نسبت به بقیه گروه‌ها کیفیت زندگی بهتری داشتند و به طور کلی، سن، تعداد دندان و زمینه فرهنگی، تأثیر متنوع و مهمی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان داشت. پژوهش MCGrath و همکاران [۶] نشان داد که بیماران دارای کمتر از ۲۰ دندان باقی‌مانده و یا فاقد دست دندان که در جویدن مشکل داشتند، نمرات بالای شاخص کیفی سلامت دهان را کسب نکردند که نشان می‌دهد این بیماران به استفاده از دست دندان برای بهبود سلامت دهان

و کیفیت زندگی خود نیاز دارند. Ekanayake و همکاران [۷] نتیجه گرفتند که استفاده از دست دندان و داشتن بوی بد دهان، از عوامل مهم تأثیرگذار بر نمرات شاخص کیفی سلامت دهان می‌باشند. Hassel و همکاران [۸] در پژوهش خود مشخص نمودند که تعداد دندان‌های باقی‌مانده در اکلونژن، گیر دست دندان و سال‌های استفاده از دست دندان متحرک تأثیر قابل توجهی بر شاخص کیفی سلامت دهان دارند؛ به طوری که نمره آن در افراد دارای دست دندان متحرک بیشتر بوده، در نتیجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در این افراد نامطلوب‌تر می‌باشد. Pallegedara و همکاران [۹] نشان داد که سن، جنسیت، میزان درآمد و تحصیلات، مهمترین عوامل تعیین کننده از دست دادن دندان و استفاده کردن از دست دندان می‌باشند که تأثیر متنوع و مهمی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان دارد.

هدف از این پژوهش، تعیین ارتباط بین از دست دادن دندان، استفاده از دندان مصنوعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان می‌باشد و اطلاعات اپیدمیولوژیک در این گروه سنی به نسبت اندک، مقطعی و اغلب ناحیه‌ای و منطقه‌ای و کمتر در سطح ملی و اکولوژیک و فرا ملی می‌باشند [۱۰].

مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی، و در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۶ انجام گردید. جامعه آماری آن جمعیت سالخوردگان ۸۰-۵۵ ساله مراکز سرای سالمندان صادقیه، مهر، شایستگان و بیماران سالخورده مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان بوده‌اند. حجم نمونه ۲۰۰ نفر بود که به شکل تصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای کتبی با ضریب پایایی ۸۵ درصد بود که از طریق مصاحبه ساختاری با پرسش‌های بسته تکمیل گردید. این پرسش‌نامه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (GOHAI) را با استفاده از ۱۲ سؤال در سه حیطه اندازه‌گیری می‌کند.

سه حیطه مذکور [۲] عبارتند از:

۱- عملکرد فیزیکی؛ مانند خوردن، صحبت کردن و بلعیدن.

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات GOHAI بین چهار گروه در سه حیطة عملکرد فیزیکی، درد، روانی-اجتماعی

گروه	تعداد	میانگین-انحراف معیار		
		حیطه عملکرد فیزیکی	حیطه درد	حیطه روانی-اجتماعی
بی‌دندان کامل با دنچر	۶۳	۴۴/۲۲-۲۷/۳۵	۳۰/۷۴-۱۹/۴۸	۳۵/۲۴-۱۹/۹۲
بی‌دندان کامل بدون دنچر	۳۱	۸۹/۵۱-۱۶/۳۸	۴۲/۱۳-۱۲/۲۹	۵۴/۵۴-۳۰/۱۲
با دندان با دنچر پارسیل	۲۸	۳۰/۹۵-۲۳/۶۶	۴۵/۰۸-۱۵/۴۳	۳۶/۹۶-۱۸/۱۷
با دندان بدون دنچر پارسیل	۷۸	۳۱/۰۸-۳۲/۱۹	۳۳/۱۷-۲۰/۳۳	۳۱/۰۲-۲۲/۵۷

حیطه عملکرد فیزیکی در گروه بی‌دندان کامل و بدون دست دندان، بیشترین مقدار و در گروه با دندان با دست دندان تکه‌ای، کمترین مقدار را داشته است. اختلاف بین میانگین نمره چهار گروه در این حیطه معنی‌دار می‌باشد ($p \text{ value} < 0/001$).

همچنین میانگین نمره GOHAI در حیطه درد و ناراحتی در گروه با دندان با دست دندان تکه‌ای بیشترین مقدار و در گروه بی‌دندان کامل با دست دندان کمترین مقدار می‌باشد. اختلاف بین میانگین نمره چهار گروه در این حیطه معنی‌دار می‌باشد ($p \text{ value} = 0/001$).

میانگین نمره GOHAI در حیطه عملکرد روانی-اجتماعی در گروه بی‌دندان کامل و بدون دست دندان بیشترین مقدار و در گروه با دندان بدون دست دندان تکه‌ای، کمترین مقدار را داشته است. اختلاف بین میانگین نمره چهار گروه در این حیطه معنی‌دار می‌باشد ($p \text{ value} = 0/009$).

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره شاخص GOHAI در حیطه عملکرد فیزیکی بیشترین مقدار و در حیطه عملکرد روانی-اجتماعی کمترین مقدار می‌باشد. اختلاف بین میانگین نمره حیطه‌های مختلف معنی‌دار می‌باشد ($p \text{ value} = 0/03$).

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره GOHAI در هر حیطه

حیطه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
عملکرد فیزیکی	۲۰۰	۴۴/۲۶	۳۴/۱۲
درد و ناراحتی	۲۰۰	۳۵/۴۸	۱۹/۰۳
عملکرد روانی-اجتماعی	۲۰۰	۳۴/۸۵	۲۲/۱۹

۲- ناراحتی و درد؛ شامل استفاده از دارو برای رهایی از درد یا ناراحتی فرد از وضعیت دهان.

۳- عملکرد روانی-اجتماعی؛ شامل نگرانی در ارتباط با سلامت دهان، عدم رضایت از ظاهر، پرهیز از تماس‌های اجتماعی به خاطر مشکلات دهانی.

صفحه اول پرسش‌نامه شامل اطلاعاتی در مورد پژوهش جاری بوده، در ادامه، بدون ذکر نام و نام خانوادگی، قسمتی مربوط به اطلاعات شخصی پاسخ‌دهنده (جنس، سن و وضعیت شغلی) وجود دارد. این اطلاعات محرمانه مانده، در واقع یک رضایت‌نامه آگاهانه از فرد پاسخ‌دهنده می‌باشد. در پرسش‌نامه برای هر یک از ۱۲ سؤال، از پاسخ‌دهنده پرسیده شده است که در طول ۱۲ ماه گذشته چند بار مورد سؤال را تجربه کرده‌اند. پاسخ‌ها بر اساس مدل زیر کد گذاری شده‌اند:

همیشه = ۴ اغلب = ۳ گاهی اوقات = ۲
به ندرت = ۱ هرگز = ۰

در نهایت، اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون آماری Paired t و واریانس در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۲۰۰ نفر سالمند ۵۵-۸۰ ساله مورد بررسی قرار گرفتند و میانگین نمره شاخص کیفی سلامت دهان (GOHAI) $21/65 \pm 36/3$ محاسبه گردید.

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین شاخص GOHAI در

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره GOHAI در وضعیت دندانی فرد

وضعیت دندانی فرد	تعداد	میانگین	انحراف معیار
همه دندان‌ها را از دست داده است و دست دندان دارد.	۵۹	۳۷/۳۲	۱۹/۹۴
همه دندان‌ها را از دست داده است و دست دندان ندارد.	۳۵	۶۱/۶۱	۱۴/۳۲
فقط دندان‌های قدامی را از دست داده است.	۲	۵۰/۸۳	۳۱/۴۰
فقط دندان‌های خلفی را از دست داده است.	۲۳	۳۴/۱۷	۱۳/۷۹
دندان‌های قدامی و خلفی را از دست داده است.	۴۸	۴۸/۳۹	۱۷/۰۱
همه دندان‌ها را دارد.	۳۳	۹/۷۴	۶/۰۴

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین نمره GOHAI افرادی که همه دندان‌ها را از دست داده‌اند و دست دندان ندارند بیشترین مقدار و میانگین نمره GOHAI افرادی که همه دندان‌ها را دارند کمترین مقدار می‌باشد و این اختلاف معنی‌دار است ($p \text{ value} < 0/001$).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره GOHAI بین ۴ گروه در پاسخ به سؤال آخرین ویزیت دندان پزشکی فرد

آخرین ویزیت دندان پزشکی فرد	تعداد	میانگین	انحراف معیار
طی سال قبل	۴۶	۱۸/۸۲	۱۶/۳۸
بیشتر از ۲ سال قبل	۳۹	۳۳/۰۰۹	۱۹/۹۴
۵ سال قبل	۱۹	۵۱/۰۵	۱۸/۶۹
بیش از ۵ سال قبل	۵۹	۴۵/۴۴	۱۸/۸۹

بحث

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان، تعاملی زنجیره‌ای و دینامیک بین سلامت دهان و دندان و زندگی روزانه فرد بوده، چشم انداز جدیدی در پژوهش‌ها و مراقبت‌های بالینی دندان پزشکی ایجاد نموده است و اندازه‌گیری آن همچنین برای توجیه و افتراق و اثر بخشی درمان‌های مختلف دندان پزشکی لازم می‌نماید. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین شاخص کیفیت زندگی در جمعیت هدف، $21/65 \pm 36/3$ می‌باشد و به خصوص این میانگین در افراد بی‌دندان کامل و بدون دست دندان، بیشتر از سایرین می‌باشد.

این اعداد حاکی از نامطلوب بودن کیفیت زندگی گروه سالمندان مورد پژوهش می‌باشد. گفته می‌شود، که اختلالات دهان و دندان، به خصوص از دست دادن دندان‌ها، به گونه‌ای آشکار سبب کاهش ظرفیت شناخت بینایی و شنوایی و حجم ریوی و استحکام عضلات و محتوی استخوانی می‌گردند که هر کدام از این پارامترها تاثیر شگرفی بر وضعیت سلامت فرد دارند. پژوهش Bethen و همکاران [۱۱] نشان داد که در زنان و مردان سالمند بدون دندان، مقدار و نوع غذا و دفعات مصرف آن، به خصوص غذاهای حاوی کاروتن و ویتامین ث، کاهش می‌یابد. در پژوهشی که Slade و همکاران [۱۲] در استرالیای جنوبی انجام دادند نیز سالمندانی که همه دندان‌های خود را از دست داده بودند، نمرات شاخص کیفیت زندگی بیشتری را کسب نمودند.

همچنین تعداد افرادی که همه دندان‌ها را داشتند، در پژوهش حاضر نسبت به پژوهش Henriksen و همکاران [۱۳] کمتر بود؛ که این امر نیز حاکی از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در گروه مورد پژوهش می‌باشد. اختلاف بین گروه هدف و افرادی که همه دندان‌ها را داشتند در نمره شاخص کیفیت زندگی در حیطة عملکرد فیزیکی، درد و ناراحتی و عملکرد روانی - اجتماعی وجود دارد و این اختلاف معنی‌دار می‌باشد ($p \text{ value} < 0/05$). جمعیت هدف در حیطة عملکرد فیزیکی بیشترین نمره و در حیطة عملکرد روانی - اجتماعی کمترین نمره را کسب کرده است؛ یعنی گروه هدف بیشترین مشکل را از نظر محدودیت در عملکرد داشته، در مواردی مانند جویدن و

در مورد ویژگی‌های روان‌شناختی و میزان رضایت بیماران دارای دست دندان متحرک و تکه‌ای انجام شد، نتیجه مشابهی داشت، یعنی نمره شاخص کیفی سلامت دهان در افرادی که از دست دندان خود راضی نبودند، بیشتر بود. به طور کلی، این پژوهش‌ها مشخص می‌کنند که اگر درمان‌های دندانپزشکی خواسته بیمار را به نحو مطلوبی تأمین نکنند، نه تنها کیفیت زندگی او را بهبود نمی‌بخشند، بلکه باعث کاهش آن نیز می‌گردند.

سالمندانی که به طور مرتب به دندان‌پزشک مراجعه نکرده‌اند، به خصوص گروهی که از آخرین ویزیت دندان‌پزشکی آن‌ها بیش از پنج سال گذشته است، از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار بوده‌اند. در این مورد، پژوهش Hunt و همکاران [۱۶] نیز مؤید این نکته است؛ البته پژوهش حاضر بیان می‌دارد که این افراد مشکلات دهان خود را بدون احساس نیاز به درمان پذیرفته‌اند و احساس رضایت می‌کنند. این نتیجه در گروهی از سالمندان مورد پژوهش نیز مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در سالمندان نیمه بی‌دندان، از حد مطلوبی برخوردار نیست و بعضی درمان‌های دندان‌پزشکی انجام شده مانند استفاده از پروتز پارسیل نیز، نه تنها در بهبود کیفیت زندگی موثر نبوده‌اند، بلکه باعث کاهش آن نیز گردیده‌اند و ابعاد مختلف زندگی سالمندان نظیر بعد روانی-اجتماعی و به خصوص بعد درد و ناراحتی را تحت تأثیر قرار داده‌اند؛ ولی در مورد بیماران کاملاً بی‌دندان، استفاده از دست دندان کامل موجب بهبود کیفیت زندگی در هر سه بعد عملکرد فیزیکی، درد و عملکرد روانی-اجتماعی شده است.

گاز گرفتن غذا مشکل دارد. به عبارت دیگر، در گروه هدف بیشترین عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی، عملکرد فیزیکی می‌باشد. در حیطه درد و ناراحتی، بیشترین نمره را گروه با دندان با دست دندان تکه‌ای کسب نمودند که احتمالاً این امر به دلیل کیفیت نامطلوب دست دندان‌های تکه‌ای و در نهایت وجود درد و ناراحتی در مواقع عملکرد جویدن بوده است. این مشکل ممکن است به سوء تغذیه، از دست رفتن ساپورت اکلوژالی، تشدید تغییرات استئوپروتیک و در نهایت کاهش مشارکت فرد در فعالیت‌های اجتماعی منجر گردد. بنابراین، درمان پروتز باید به بازسازی اکلوژن و عمل جویدن و در نهایت جلوگیری از پیامدهای آن منجر گردد و ساده‌ترین نیاز فرد سالمند، یعنی جویدن و خوردن، را تأمین نماید.

در حیطه عملکرد روانی-اجتماعی، بیشترین عدد شاخص کیفیت زندگی به گروه بی‌دندان کامل و بدون دست دندان مربوط بود، چون این افراد به دلیل بی‌دندانی کامل در هنگام غذا خوردن در جلوی دیگران احساس ناخوشایندی داشتند و این امر در روابط اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار بود. کیفیت زندگی افرادی که دست دندان داشتند نسبت به آن‌هایی که نداشتند، نامطلوب‌تر است. پژوهش Ekanayake و همکار [۷] در سریلانکا نشان داد که افراد دارای دست دندان، کیفیت زندگی نامطلوب‌تری داشتند. این مطالب حاکی از عدم رضایت‌مندی افراد از دست دندان خود می‌باشد. پژوهش Biazevic و همکاران [۱۴] در جوکابا نشان داد که نیاز و رضایت‌مندی افراد برای استفاده از دست دندان‌های فک بالا و پایین هم تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد. نمره شاخص کیفی سلامت دهان افرادی که از دست دندان خود راضی نیستند، نسبت به افرادی که راضی هستند، بیشتر می‌باشد و این اختلاف معنی‌دار است ($p \text{ value} < 0/001$). در پژوهشی که توسط AL-Jundi و همکاران [۱۵] در عربستان سعودی

References

1. Allen PF, McMillan AS. The impact of tooth loss in a denture wearing population: an assessment using the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1999; 16(3): 176-80.
2. McGrath C, Bedi R. Why are we "weighting"? an assessment of a self-weighting approach to measuring oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(1): 19-24.
3. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? a study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(2): 107-14.

4. Wong MC, McMillan AS. Tooth loss, denture wearing and oral health-related quality of life in elderly Chinese people. *Community Dent Health* 2005; 22(3): 156-61.
5. Heydecke G, Tedesco LA, Kowalski C, Inglehart MR. Complete dentures and oral health-related quality of life. Do coping styles matter? *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(4): 297-306.
6. McGrath C, Alkhatib MN, Al Munif M, Bedi R, Zaki AS. Translation and validation of an Arabic version of the UK oral health related quality of life measure (OHQOL-UK) in Syria, Egypt and Saudi Arabia. *Community Dent Health* 2003; 20(4): 241-5.
7. Ekanayake L, Perera I. The association between clinical oral health status and oral impacts experienced by older individuals in Sri Lanka. *J Oral Rehabil* 2004; 31(9): 831-6.
8. Hassel AJ, Koke U, Drechsel A, Kunz C, Rammelsberg P. Oral health-related quality of life in elderly. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38(5): 342-6.
9. Pallegedara C, Ekanayake L. Tooth loss, the wearing of dentures and associated factors in Sri Lankan older individuals. *Gerodontology* 2005; 22(4): 193-9.
10. Brauer L, Bessermann M, Frijs-Madsen B, Brauer E. Oral health status and needs for dental treatment in geriatric patients in a Danish district hospital. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14(3): 132-5.
11. Bethene ER, Bruce AD. The effect of functional dentition on healthy eating index scores and nutrient intakes in a nationally representative sample of older adults. *Journal of Public Health Dentistry* 2009; 69(4): 207-16.
12. Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res* 1996; 75(7): 1439-50.
13. Henriksen BM, Axell T, Laake K. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(6): 403-11.
14. Biazevic MG, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joacaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2004; 18(1): 85-91.
15. Al Jundi MA, Szentpetery A, John MT. An Arabic version of the oral health impact profile: translation and psychometric properties. *Int Dent J* 2007; 57(2): 84-92.
16. Hunt RJ, Beck JD, Lemke JH, Kohout FJ, Wallace RB. Edentulism and oral health problems among elderly rural Iowans: the Iowa 65+ rural health study. *Am J Public Health* 1985; 75(10): 1177-81

Archive of SID

ضمیمه

جنس	زن	مرد
۱- سن	سال	
۳- آخرین ویزیت دندان پزشکی شما چه موقع بوده است؟		
۱- یک سال پیش	۲- بیش از ۲ سال	۴- بیش از ۵ سال
وضعیت دندانی فرد		
الف- همه دندان‌ها را از دست داده است و دنچر دارد.		
ب- همه دندان‌ها را ازدست داده است و دنچر ندارد.		
ج- دندان‌ها را به صورت پارسیل از دست داده، دنچر ندارد.		
د- دندان‌ها را به صورت پارسیل از دست داده، دنچر دارد.		
ه- بیش از ۲۰ دندان دارد		
حیطه عملکرد فیزیکی		
۱- در طی یک سال گذشته چند بار موقع جویدن غذا یا گاز گرفتن آن با مشکل مواجه بوده‌اید؟		
۲- در طی یک سال گذشته چند بار به علت مشکلات دهانی- دندانی مجبور به استفاده یا حذف غذای مخصوصی شده‌اید؟		
۳- در طی یک سال گذشته چند بار به علت مشکلات دهان و دندان قادر نبوده‌اید که به طور شفاف و واضح صحبت کنید؟		
حیطه درد و ناراحتی		
۴- در طی یک سال گذشته چند بار موقع غذا خوردن درد و ناراحتی داشته‌اید؟		
۵- در طی یک سال گذشته چند بار دندان‌های شما به سرما، گرما، شیرینی یا ترشی حساس بوده‌اند؟		
۶- در طی یک سال گذشته چند بار برای برطرف شدن درد خود مجبور به استفاده از دارو شده‌اید؟		
۷- در طی یک سال گذشته چند بار در بلع خود با مشکل مواجه بوده‌اید؟		
عملکرد روانی- اجتماعی:		
۸- در طی یک سال گذشته چند بار در مورد مشکلات دندان‌های خود نگران بوده‌اید؟		
۹- در طی یک سال گذشته چند بار به علت مشکلات دهان و دندان خود برخوردها و تماس‌های خود با دیگران را محدود کرده‌اید؟		
۱۰- در طی یک سال گذشته چند بار به علت مشکلات دهان و دندان در موقع غذا خوردن در جلوی دیگران احساس ناخوشایند و ناراحتی کرده‌اید؟		
۱۱- در طی یک سال گذشته چند بار به علت مشکلات دهان و دندان خود عصبی شده‌اید یا خجالت کشیده‌اید؟		
۱۲- در طی یک سال گذشته چند بار از دیدن دندان‌های خود احساس خوشایندی نداشته‌اید؟		