

بررسی سلامت دهان ادراک شده در بالغین شهر تهران؛ مطالعه تلفنی

دکتر زهرا قربانی*، دکتر محمدحسین خوشنویسان*، دکتر آرزو ابن احمدی**

چکیده

سابقه و هدف: در مقایسه با معیارهای کلینیکی، معیارهای سلامت دهان ادراک شده در مطالعات سلامت دهان در کشور ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. هدف از این مطالعه، اندازه‌گیری سلامت دهان ادراک شده در بالغین شهر تهران بود.

مواد و روشها: در این مطالعه مقطعی که به صورت مصاحبه تلفنی بر روی ۱۱۰۰ نفر از بالغین شهر تهران انجام گرفت، سلامت دهان ادراک شده توسط دو متغیر اندازه‌گیری شد: ۱- دندان‌های کشیده شده جایگزین نشده و ۲- فرم تغییر یافته پرسشنامه استاندارد Rand برای سلامت دندان‌ها شامل سه سوال در مورد درد، مشکل در جویدن و مشکل در برقراری ارتباط با دیگران.

یافته‌ها: به‌طور میانگین، ۱/۲۸ دندان کشیده شده برای بالغین شهر تهران بدست آمد که البته ۵۳/۸ درصد از افراد گزارش کردند که هیچ دندان غایبی ندارند. دندان‌های از دست رفته به‌صورت معنی‌داری در افراد جوان‌تر ($P < 0/001$) و افراد با تحصیلات بالاتر ($P < 0/001$) کمتر بود. متغیر Rand با افزایش سن بهبود یافت ($P < 0/001$) اما با تحصیلات رابطه‌ای نداشت. سه متغیر درد، مشکل در جویدن و مشکل در برقراری ارتباط با دیگران با یکدیگر همبستگی بالایی داشتند ($\text{Chronbach's Alpha} = 0/73$) اما هیچ کدام با متغیر دندان‌های کشیده شده همبستگی معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری: با اینکه تقریباً نیمی از بالغین تهرانی به‌خاطر از دست دادن دندان‌ها به‌صورت نسبی دچار ناتوانی هستند اما تعداد بسیار کمی از آنها از درد، مشکل در جویدن و مشکل در برقراری ارتباط با دیگران اظهار ناراحتی می‌کنند.

کلید واژگان: سلامت دهان، دندان‌های کشیده شده، بالغین، مطالعه تلفنی، ایران

تاریخ تأیید مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۲۵

تاریخ اصلاح نهایی: ۳۹۰ / ۱۲ / ۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۲۰

Please cite this article as follows:

Ghorbani Z, Khoshnevisan MH, Ebn ahmady A. Perceived oral health among adults in Tehran, Iran; a telephone survey. J Dent Sch 2013;30(5):324-330.

مقدمه

همکاران در اوایل دهه ۱۹۸۰ معرفی شد و شامل سوالاتی در چهار گروه مشکلات فانکشنال، تعامل اجتماعی، آسایش و رفاه و تصویر از خود بود. این مطالعه نشان داد که ۶۹ درصد از ۳۳۹ نمونه از وضعیت دندان خود راضی هستند. پس از آن، پروفایل تاثیر بیماری Sickness Impact Profile (SIP)، شاخص سلامت دهان و دندان Rand، شاخص سلامت دهان و دندان سالمندان Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)، پروفایل تأثیر سلامت دهان Oral Health Impact Profile (OHIP)، شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان (OHRQoL)، تأثیر سلامت دندان در زندگی روزانه Dental Impact on Daily Living (DIDL) و اثرات دهان و دندان بر عملکرد روزمره Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) معرفی شدند و در کشورهای مختلف، به منظور بررسی اثرات خاصی از

معیارهای کلینیکی سلامت دهان، به دیدگاه و درک بیمار در مورد نیازها و وضعیت سلامت خود توجه نمی‌کند. معیارهای نو با تاکید بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان Oral-Health-Related Quality of Life (OHRQoL) به‌صورت روز افزونی در مطالعات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرند و هدف آنها ثبت مشکلات روانی و فانکشنال مربوط به بیماری‌های دهان است (۱). شواهد حاکی از آنند که معیارهای عینی سلامت نمی‌توانند نظرات بیمار را پوشش دهند و ارتباط ضعیفی میان معیارهای کلینیکی با معیارهای مرتبط با کیفیت زندگی وجود دارد (۲). طیف گسترده‌ای از معیارهای اثرات بیماری‌های دهانی یا معیارهای OHRQoL در سراسر جهان استفاده شده‌اند. اولین شاخص، شاخص اثرات اجتماعی ناشی از بیماری‌های دندانی Social Impacts of Dental Disease (SIDD) و Sheiham است که توسط

* استادیار، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، موسسه تحقیقات علوم دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

** نویسنده مسئول: استادیار، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، موسسه تحقیقات علوم دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

گرفتن $CI = 0/95$ و $D = 0/03$ ، ۱۰۶۸ نمونه برای مطالعه اولیه برآورد شد. پس از تعدیل برای اساس نرخ پاسخ مورد انتظار از مطالعات قبلی (۸) و با استفاده از جدول کیش (۹) در فرآیند نمونه‌گیری، ۵۰۹۶ شماره تلفن به روش تصادفی توسط نرم افزار Excel 2007 انتخاب شد. جدول کیش (۹) روشی برای انتخاب فرد پاسخ دهنده از میان افراد یک خانواده است. در این روش از مجموعه‌ای از جداول استاندارد برای رسیدن به ترکیب مناسب سن و جنس در میان پاسخ‌دهندگان استفاده شود.

مصاحبه:

برای جلوگیری از خطای بین مصاحبه‌کنندگان، تمامی تماس‌های تلفنی توسط یک فرد آموزش دیده و بر طبق پروتکل روش مصاحبه محاوره‌ای (۱۰) انجام شد. این روش اجازه می‌دهد تا فرد مصاحبه‌کننده به صورت آزادانه با مخاطب خود ارتباط برقرار کرده، به صورت بیطرفانه براساس وضعیت مخاطب در پیدا کردن پاسخ مناسب کمک نمایند. برای اطمینان از صحت انجام کار، تعدادی از مصاحبه‌ها به‌طور تصادفی توسط پژوهشگر اصلی مورد بررسی قرار گرفتند. پس از برقراری تماس، از فرد خواسته می‌شد تا افراد خانواده را با سن و جنس معرفی نماید و سپس فرد مصاحبه شونده با استفاده از جدول کیش انتخاب می‌گردید. هر مصاحبه به‌طور متوسط در طول ۱۵ دقیقه و با استفاده از یک پرسشنامه ساختار یافته انجام گرفت. افراد زیر ۱۸ سال و افراد بی دندان از مطالعه حذف شدند.

پرسشنامه:

پرسشنامه براساس مطالعات گذشته (۱۱-۱۳) و نظرات افراد خیره طراحی شد. اطلاعات زمینه‌ای شامل سن، جنس و سطح تحصیلات بود. سلامت دهان با استفاده از دو شاخص اندازه‌گیری شد: ۱- از مخاطب در مورد تعداد دندان‌های از دست رفته بدون جایگزین پرسیده شد. تنها دندان‌هایی که براساس اظهارات فرد به دلیل پوسیدگی، درد یا دیگر بیماری‌های دندان خارج شده، توسط پروتز جایگزین نشده بودند، در این مطالعه گنجانده شدند. دندان‌های از دست رفته به دلایل دیگر، مانند تروما یا ارتودنسی و نیز دندان‌هایی که با پروتز ثابت یا متحرک جایگزین شده بودند، محاسبه نشدند. ۲- سلامت دهان ادراک شده توسط افراد با پرسش سه سوال دارای مقیاس لیکرت (چهار سطحی) برگرفته از Rand Health Insurance Study (HIS) (۱۲) با اندکی تغییرات اندازه‌گیری شد. سه سوال سلامت دهان HIS به

بیماری‌های دهان به‌وسیله پرسشنامه کوتاه یا بلند و با در نظر گرفتن جمعیت هدف مورد استفاده قرار گرفتند (۳). در ایران، مطالعات بسیاری بر روی سلامت دهان بالغین با استفاده از معیارهای عینی صورت گرفته‌اند. این مطالعات نشان دادند که در میان افراد ۳۵ تا ۴۴ سال، ۳٪ بی‌دندانی کامل وجود دارد و ۷۶٪ دارای سیستم دندانی فانکشنال (با بیش از ۲۰ دندان) می‌باشند (۴). میانگین DMFT ۱۸ ساله‌ها، ۴/۳ (۵) و برای ۳۵ تا ۴۴ سال، ۱۱ بود (۴). سلامت دهان ادراک شده در بزرگسالان در ایران، در مطالعاتی محدود با تعداد نمونه ناکافی مورد بررسی قرار گرفته است. ارزیابی براساس شاخص اثرات دهان و دندان بر عملکرد روزمره (OIDP) نشان داد که ۶۴/۹ درصد از بزرگسالان در ایران حداقل از مشکل در عملکرد روزمره به دلیل بیماری‌های دهان شکایت دارند. شایع‌ترین عملکرد تحت تأثیر سلامت دهان، غذا خوردن و به دنبال آن مشکلات در انجام فعالیت روزمره و اختلال در خواب بود (۶). دیگر شاخص مورد مطالعه در ایران، OHIP-14 بود که به‌طور کلی، بار ناشی از مشکلات دهان و دندان (بین ۰ تا ۵۶) را نشان می‌دهد. امتیاز میانگین OHIP-14 (SD) (۱۰/۱) ۱۴/۶ گزارش شد با میانگین تعداد کل مشکلات ۲/۴ ($\pm 2/7$) و ۷/۵ درصد افراد، هیچ مشکلی در زمینه سلامت دهان خود ابراز نکردند (۷). هدف از این مطالعه ارزیابی سلامت دهان ادراک شده در جمعیت بالغین شهر تهران در سال ۱۳۹۰ بود.

مواد و روشها:

این مقاله بخشی از یک مطالعه مقطعی تلفنی است که با هدف بررسی نابرابری‌ها در سلامت دهان و استفاده از خدمات دندانپزشکی در تهران در سال ۲۰۱۰ انجام گرفت. مرکز تحقیقات علوم دندانپزشکی ایران مطالعه حاضر را از لحاظ اخلاقی تأیید کرد. این مطالعه بر روی افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران و با استفاده از تماس با تلفن ثابت انجام گرفت. بیش از ۹۰ درصد از جمعیت در تهران تحت پوشش خدمات تلفن ثابت می‌باشند. خدمات در قالب ۶۳۷ منطقه مخابراتی، که هریک از آنها پیش شماره چهار رقمی خاص خود را دارند، ارائه می‌شوند. نمونه‌گیری با استفاده از روش تصادفی طبقه‌بندی انجام شد. با توجه به مطالعه Bayat و همکاران (۲۰۰۶) (۸) در مورد میزان ویزیت دندانپزشک در حدود ۵۰ درصد در بزرگسالان شهر تهران و با در نظر

متفاوت نبود (تفاوت میانگین ۰/۱۰۸- و فاصله اطمینان ۹۵ درصد = ۰/۷۸- ۰/۹۳-). جدول ۱ نشان می‌دهد که توزیع پاسخ دهندگان از نظر سن و جنس در مقایسه با جمعیت مورد مطالعه مشابه بود. ۱۹ درصد از نمونه‌ها کمتر از ۸ سال تحصیل کرده بودند، در حالی که ۵۱ درصد دارای تحصیلات متوسطه و ۳۰ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

جدول ۱- توزیع (درصد) پاسخ‌دهندگان (R) و جمعیت (P) بر حسب سن و جنس در تهران*

سن (سال)	مرد		زن		کل	
	P	R	P	R	P	R
۱۸-۲۴	۱۴	۲۱	۱۶	۲۱	۲۱	۱۵
۲۵-۳۴	۳۰	۲۴	۳۰	۲۴	۲۴	۳۰
۳۵-۴۴	۲۲	۲۱	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
۴۵-۵۹	۲۴	۲۲	۲۱	۲۱	۲۲	۲۲
۶۰+	۱۰	۱۲	۱۱	۱۲	۱۲	۱۱
n	۵۳۹	۲/۸۲۲	۵۵۶	۲/۶۷۶	۱۰۹۵	۵/۴۹۹

* بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵

در مجموع، ۵۳/۸ درصد از بالغین گزارش کردند که دندان‌های غایب ندارند. ۷/۳۹ درصد یک تا ۴ دندان، ۴/۴ درصد پنج تا هشت دندان، ۱/۶ درصد نه تا دوازده دندان و ۰/۵ درصد بیش از ۱۲ دندان از دست رفته داشتند. ۷۰ درصد از نمونه‌ها درد دندان نداشتند، در حالی که به ترتیب، ۸۰ درصد و ۹۷ درصد تا به حال هیچ مشکلی در جویدن و برقراری ارتباط نداشتند. میانگین نمره Rand، ۱۰/۹۶ بود (۷۰ درصد از نمونه‌ها نمره کامل گرفتند)، ۱۳ درصد بیشتر از نمره ۱۰ و ۲ درصد زیر نمره ۶ داشتند. سه سوال مربوط به شاخص Rand همبستگی بالایی با هم داشتند (آلفا کرونباخ = ۰/۷۳ با $P < ۰/۰۱$) اما معیار دندان‌های کشیده شده با معیار Rand همبستگی معنی‌داری نداشت.

همانطور که در جدول ۲ ارائه شده است، تفاوت قابل ملاحظه‌ای در وضعیت سلامت دهان میان زنان و مردان وجود نداشت. از دست دادن دندان‌ها بیشتر در میان افراد مسن‌تر شایع بود، اما در سنین بالا سلامت دهان ادراک شده بهتر بود. اثرات بیماری‌های دندان از جمله درد و مشکلات جویدن در افراد مسن‌تر کمتر شایع بود، اما هیچ ارتباط معنی‌داری بین مشکلات ارتباطی و سن مشاهده نشد. افراد با تحصیلات بالاتر به‌طور معنی‌داری تعداد دندان‌های کشیده شده کمتری داشتند ($P < ۰/۰۰۱$) اما شاخص Rand

اندازه‌گیری سه پیامد عمده بیماری‌های دهان و دندان شامل درد، نگرانی، مشکلات اجتماعی می‌پردازد. مطالعه پایلوت نشان داد که سوال در مورد "نگرانی"، برای جمعیت ایرانی مفهومی ندارد. از آنجا که جویدن عملکرد مهم دندان‌هاست و مشکلات در خوردن یا جویدن ممکن است نگرانی ایجاد نماید، این سوال با پرسش در مورد مشکل در جویدن جایگزین شد. در نهایت، شاخص Rand با جمع نمرات مربوط به درد، جویدن و برقراری ارتباط با دیگران محاسبه شد که می‌توانست مقادیری میان ۳ تا ۱۲ داشته باشد (نمره ۱۲ به معنای عدم وجود مشکلات دندان‌ها بود). ویژگی‌های شاخص از نظر روایی صوری و محتوایی، همسانی درونی و آزمون مجدد مورد بررسی قرار گرفت. روایی صوری و محتوایی با استفاده از روش Waltz و Bausell (۱۹۸۱) (۱۴) و با کمک نظرات ۱۰ نفر از افراد خبره در رشته سلامت دهان مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پایایی، برای ۳۵ نمونه آزمون مجدد با فاصله دو هفته انجام شد. برای آنالیز تعداد دندان‌های کشیده شده و شاخص Rand در میان دو جنس و گروه‌های سنی و تحصیلی، به ترتیب از آزمون‌های t و One way ANOVA استفاده شد. برای بررسی تفاوت در میزان درد، مشکل در جویدن و مشکل در برقراری ارتباط نیز از آزمون‌های Mann-Whitney و Kruskal-Wallis استفاده گردید. برای بررسی اثرات نسبی این عوامل در متغیرهای سلامت دهان رگرسیون و برای بررسی میزان همبستگی میان متغیرهای دندان‌های کشیده شده و شاخص Rand از همبستگی پیرسون استفاده شد. نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در این آنالیزها به‌کارگرفته شد.

یافته‌ها:

از میان ۵۲۷۱ شماره تلفنی که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند، در مورد ۳۷۷۱ شماره، تماس ناموفق بود (۱۸۴ اشغال، ۱۴۰۶ بدون پاسخ، ۶۰ فکس، ۱۵۴۹ خط مسدود شده و ۵۷۲ تجاری). از ۱۵۰۰ مورد پاسخ به تماس‌های تلفنی، ۴۰۰ نفر تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند که در نهایت ۱۱۰۰ نفر (نرخ پاسخ‌دهی: ۷۳ درصد در میان کسانی که پاسخ داده بودند) به‌عنوان نمونه نهایی باقی ماندند. از میان پاسخ دهندگان، ۵۰/۸ درصد زن و متوسط سن (انحراف معیار) آنها (۱۳/۸۲) (۳۸/۹۹) بود. آزمون sample t نشان داد که متوسط سن نمونه در مقایسه با جمعیت مورد مطالعه

با میزان تحصیلات رابطه معنی‌داری نداشت. به‌طور مشابه، مهم در تعداد دندان‌های کشیده شده بودند در حالی که نمره رگرسیون نشان داد که سن و میزان تحصیلات از عوامل Rand تنها تحت تأثیر سن قرار داشت (جدول ۳).

جدول ۲- توزیع جمعیتی و اقتصادی اجتماعی شاخص‌های سلامت دهان (n=۱۰۹۴)

دندانهای خارج شده		شاخص درد		شاخص جویدن		شاخص برقراری		RAND شاخص	
خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین
	*c		***c		***c		***c		*c
جنس									
مرد	۱/۳۲	۰/۱	۳/۴۲	۰/۰۴	۳/۶۲	۰/۰۴	۳/۹۶	۰/۰۱	۱۰/۹۹
زن	۱/۲۴	۰/۰۹	۳/۳۷	۰/۰۴	۳/۶۲	۰/۰۴	۳/۹۵	۰/۰۱	۱۰/۹۳
گروه سنی	**f	***f	***f	***c	***c	***c	***c	***c	**f
۱۸-۲۴	۰/۳۹	۰/۰۶	۳/۴۲	۰/۰۸	۳/۶۲	۰/۰۷	۳/۹۲	۰/۰۳	۱۰/۹۶
۲۵-۳۴	۰/۶۹	۰/۰۶	۳/۶۵	۰/۰۶	۳/۵۲	۰/۰۵	۳/۹۳	۰/۰۲	۱۰/۹۶
۳۵-۴۴	۱/۳۷	۰/۱۲	۳۴/۳	۰/۰۷	۳/۵۶	۰/۰۶	۳/۹۸	۰/۰۱	۱۰/۸۸
۴۵-۶۰	۱/۲	۰/۱۹	۳/۴۷	۰/۰۶	۳/۶۹	۰/۰۵	۳/۹۶	۰/۰۲	۱۱/۱۲
+۶۰	۲/۲۸	۰/۳۳	۳/۷۲	۰/۰۷	۳/۸۴	۰/۰۵	۳/۹۹	۰/۰۱	۱۱/۵۵
تحصیلات	**f	***c	***c	***c	***c	***c	***c	***c	**c
> ۸ سال	۲/۹۳	۰/۲۶	۲/۵۲	۰/۰۷	۳/۷	۰/۰۵	۳/۹۶	۰/۰۲	۱۱/۱۹
۹-۱۲	۱/۰۴	۰/۰۸	۳/۳۳	۰/۰۴	۳/۵۶	۰/۰۴	۳/۹۴	۰/۰۱	۱۰/۸۴
۱۳>	۰/۶۵	۰/۰۶	۳/۴۱	۰/۰۶	۳/۶۶	۰/۰۴	۳/۹۶	۰/۰۱	۱۱/۰۳

Note:

* t-test

** ANOVA

***Mann-Whitney

****Kruskal-Wallis

c p>0.05

d p<0.05

e p<0.01

f p<0.001

جدول ۳- نتایج آنالیز رگرسیون متغیرهای تعیین کننده دندان‌های کشیده شده و شاخص Rand (n=۱۰۹۴)

95% Confidence Interval for B		B		
Upper Bound	Lower Bound			
۰/۰۴۳	۰/۰۲۴	۰/۳۳	گروه سنی	مدل برای دندان‌های خارج شده
۰/۱۵۳	۰/۰۳۴۰	۰/۱۷۷	سن	
۰/۱۴۰	۰/۰۲۱۴		تحصیلات	
				مدل برای شاخص Rand
۰/۲۶۵	۰/۰۶۸	۰/۱۶۷	گروه سنی	
۰/۱۸۳	۰/۰۲۷۶	۰/۰۴۶	سن	
۰/۲۲۰	۰/۰۱۳۰	۰/۰۴۵	تحصیلات	

رضایت‌بخش بود. ترکیب سنی و جنسی نمونه‌های مورد مطالعه به دلیل استفاده از جداول کیش در روش نمونه‌گیری، مشابه شهر تهران بود. متغیرهای وضعیت سلامت دهان درک شده در بالغین شهر تهران، شامل تعداد

بحث:

این مطالعه با هدف بررسی سلامت دهان ادراک شده در بالغین شهر تهران انجام شد. یافته اصلی مطالعه این بود که سلامت دهان ادراک شده در جامعه مورد مطالعه

در این مطالعه هیچ تفاوت معنی‌داری در شاخص‌های سلامت دهان در دو جنس مشاهده نشد که در راستای نتایج به‌دست آمده از مطالعات پیشین (۲۱،۴،۵،۱۶) می‌باشد. در حالی که تعداد دندان‌های کشیده شده در بالغین مسن بیشتر بود، آنها درد کمتر و مشکلات کمتر در جویدن و نمرات Rand بهتری داشتند. این کاهش شکایات گزارش شده از بیماری‌های دهان و دندان در افراد مسن در استرالیا نیز مشاهده شد (۱۳) و می‌تواند به دلیل انتظارات کمتر افراد مسن از سلامت دهان خود باشد. از لحاظ سطح تحصیلات، افراد با تحصیلات کمتر دندان‌های بیشتری کشیده بودند که مشابه مطالعات Burt و همکاران (۱۹۹۰) در ایالات متحده (۲۲) و مطالعه Hessari و همکاران (۲۰۰۷) در ایران (۱۶) بود.

همانطور که در مطالعات دیگر اشاره شده است (۱۱،۱۳)، ارتباط ضعیفی میان دندان‌های از دست رفته و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان انتظار می‌رود. از دست رفتن دندان منعکس‌کننده تجربه بیماری در گذشته است و ممکن است تاثیر زیادی در درک فعلی بیمار از سلامت خود نداشته باشد.

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت از جمله استفاده از ارزیابی شخصی بیمار از تعداد دندان‌های از دست رفته و خارج کردن افراد بی‌دندان. شواهد نشان می‌دهد که مصاحبه تلفنی می‌تواند به‌عنوان یک روش مناسب برای مطالعه سلامت دهان درک شده مورد استفاده قرار گیرد (۲۳،۱۳). با این حال، به خاطر محدودیت زمانی مصاحبه تلفنی، امکان پرسیدن سوال‌های متعدد با جزئیات بیشتر در مورد اثرات بیماری دهان وجود ندارد.

نتیجه‌گیری:

با اینکه تقریباً نیمی از بالغین تهرانی به خاطر از دست دادن دندان‌ها به صورت نسبی دچار ناتوانی هستند اما تعداد بسیار کمی از آنها از درد، مشکل در جویدن و مشکل در برقراری ارتباط با دیگران اظهار ناراحتی می‌کنند. لازم است که تحقیقات کمی و کیفی گسترده‌ای با هدف بررسی اثرات بیماری‌های دهان و دندان در جامعه ایرانی انجام گیرند.

تقدیر و تشکر:

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکترای تخصصی دکتر زهرا قربانی به راهنمایی خانم دکتر آرزو ابن احمدی و مربوط

دندان‌های کشیده شده، همچنین شاخص Rand بود. روایی متغیر دندان‌های کشیده شده برای استفاده در مطالعات تلفنی مورد تأیید قرار گرفته، مطالعات نشان دادند که به ارزیابی بالینی نزدیک است (۱۵). در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از بزرگسالان در تهران اظهار داشتند که دندان کشیده شده جایگزین نشده ندارند. Hessari (۲۰۰۸) گزارش کرد که ۷۰ درصد از بزرگسالان ۱۸ ساله ایرانی، تمام دندان‌های طبیعی خود را دارند (۵) در مقایسه با گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال که در آنها ۳۹ درصد، بیش از ۲۵ دندان دارند (۱۶). Susin و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که در برزیل، ۹۴ درصد از بالغین بالای ۳۰ سال حداقل یک دندان خود را از دست داده بودند (۱۷) و در مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا تعداد متوسط ۲۴ دندان طبیعی برای بزرگسالان گزارش شده است (۱۸). نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر با توجه به سایر مطالعات ذکر شده، نسبتاً متفاوت است. این تفاوت می‌تواند به گروه مورد مطالعه، همچنین به استفاده از شاخص دندان‌های از دست رفته مربوط باشد. محققین در تحقیق حاضر دندان‌های کشیده شده جایگزین نشده را در نظر گرفتند. بنابراین دندان‌هایی که توسط پروتز ثابت یا متحرک جایگزین شده بودند شمارش شدند.

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در مطالعات اپیدمیولوژیک با مقیاس بزرگ در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است. این اولین بار است که شاخص Rand در جامعه ایران مورد بررسی قرار می‌گیرد. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که توزیع اثرات بیماری‌های دهان و دندان در جمعیت ایرانی چولگی زیادی دارد یعنی درصد بسیاری از افراد فاقد مشکلات جویدن و مشکل برقراری ارتباط با دیگران هستند. این بدان معنی است که اگر چه نیمی از پاسخ دهندگان، تا حدی به دلیل از دست دادن دندان‌های خود ناتوان شده‌اند اما این ناتوانی اثرات قابل توجهی بر زندگی روزمره آنها نداشته است. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه شاخص Rand در ایالات متحده مشابه است (۳). نسخه‌های فارسی شده OHIP-14 (۷،۱۹) و اثرات دهان و دندان بر عملکرد روزمره (OIDP) (۹) و اثرات دهان و دندان در زندگی روزانه (DIDL) (۲۰) در نمونه‌های کوچکی در ایران مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. در این مطالعات نیز گزارش شده است که بالغین ایرانی در مجموع از سلامت دهان خود راضی هستند و تعداد کمی درد، مشکلات جویدن و مشکلات ارتباطی را تجربه کرده‌اند.

تامین اعتبار شد. از نظرات سازنده آقای دکتر هادی قاسمی و نیز خانم دکتر ایمانه عسگری نیز کمال تشکر را داریم.

به دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد که توسط مرکز تحقیقات پیشگیری، موسسه تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

References

1. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring Child Oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002;81:459-463.
2. Allen PH. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003 8;1:40.
3. Slade GD. Measuring oral health and quality of life: Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997; Chap 6:65-71.
4. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa H. Tooth loss and prosthodontic rehabilitation among 35- to 44-year-old Iranians. *J Oral Rehabil* 2008;35:245-251.
5. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Samadzadeh H, Murtomaa HT. Oral health and treatment needs among 18-year-old Iranians. *Med Princ Pract* 2008;17:302-307
6. Dorri M, Sheiham A, Tsakos G. Validation of a Persian version of the OIDP index. *BMC Oral Health* 2007 26;7:2.
7. Navabi N, Nakhaee N, Mirzadeh A. Validation of a Persian Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). *Iran J Publ Health* 2010;39:135-139.
8. Bayat F, Vehkalahti MM, Heikki T, Zafarmand HA. Dental attendance by insurance status among adults in Tehran, Iran. *Int Dent J* 2006;56:338-344.
9. Aday LA, Cornelius LJ. Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide. 3rd Ed. Jossey-Bass Inc Pub 2006; Chap 6:144.
10. Biemer PP, Lyberg L, Wiley J. Introduction to survey quality: Wiley Online Library.2003. Chap 5:149-188.
11. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology* 1994;11:108-114.
12. Spolsky VW, Health USDo, Services H. Measurement of dental health status: Rand Corporation; 1983. Chap 3:50-79.
13. Sanders AE, Spencer AJ. Social Inequality: Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust NZ J Public Health* 2004;28:159-166.
14. Waltz C, Bausell RB. Nursing Research: Design, statistics, and computer analysis. FA Davis Co. 1981; chap 6: 63-101.
15. Pitiphat W, Garcia RI, Douglass CW, Joshipura KJ. Validation of Self-reported oral health measures. *J Public Health Dent* 2002;62:122-128
16. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa HT. Oral health among 35-to 44-year-old Iranians. *Med Princ Prac* 2007;16:280-285.
17. Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. *Acta Odontol Scand* 2005;63:85-93.
18. Beltrán-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, Griffin SO, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis- -United States, 1988-1994 and 1999-2002. *MMWR Surveill Summ* 2005;54:1-43

19. Motalebnejad M, Hadian H, Mehdizadeh S, Hajiahmadi M. Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. *Caspian J Intern Med* 2011;2:314-320.
20. Khadem P, Jabari far E, Maroofi V, Ghasemi D, Mohammad taheer V. The Relationship between Oral and dental health and quality of life based on DIDL index. *J Res Dent Scie* 2011;7:35-41.
21. Leao A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995;74:1408-1413.
22. Burt BA, Ismail AI, Morrison EC, Beltran ED. Risk factors for tooth loss over a 28-year period. *J Dent Res* 1990;69:1126-1130.
23. Yiengprugsawan V, Somkotra T, Kelly M, Seubsman S, Sleigh AC. Factors associated with self-reported number of teeth in a large national cohort of Thai adults. *BMC Oral Health* 2011;11:31.

Archive of SID