

The Study of Oral Health Status and Its Related Quality of Life in Elderly People Supported by Welfare Organization in Ardabil City

Khatmi Nasab N¹, Shamshiri M^{*2}, Zamani U³

1. Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

2. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

2. Department of Oral and Maxillofacial Diseases, School of Dentistry, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989142861868, E-mail: m.shamshiri@arums.ac.ir

Received: May 22, 2019 Accepted: Sep 3, 2019

ABSTRACT

Background & aim: Considering the increasing trend of elderly population in recent years and the fact that oral health is an integral part of general health, this study aimed to assess the oral health status and its related quality of life among elderly people living in hospices under support of Ardabil's welfare organization.

Methods: In this descriptive-correlational study, 144 elderly people over 60 years old, living in hospices, were included in the study. A questionnaire was used for data collection with three parts: Demographic form, World Health Organization (WHO) Oral Health Assessment Form, and Oral Health Impact Profile (OHIP-14Per). Data were analyzed using descriptive statistics, one sample T-test, ANOVA and linear regression in SPSS version 24.

Results: The results of one-sample T-test showed that the elderly in Ardabil have an inappropriate status in all aspects of oral health-related quality of life ($p < 0.05$). In addition, regression analysis found a significant relationship between oral health status and oral health-related quality of life in elderly people ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that the elderly people living in hospices under the supervision of Ardabil's welfare organization are in a poor status regarding oral health and oral health-related quality of life. Therefore, it is necessary for healthcare providers to pay more attention to this group regarding their oral health and quality of life.

Keywords: Oral Health Status, Oral Health-related Quality of Life, Elder

بررسی وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل

نسیم ختمی نسب^۱، محمود شمشیری^{۲*}، اولدوز زمانی^۳

۱. گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۲. گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۳. گروه بیماری‌های فک و دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۴۴۳۱۶۲۳۰ ایمیل: m.shamshiri@arums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر و اینکه سلامت دهان جزء تفکیک ناپذیری سلامت عمومی می باشد، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل انجام گرفت.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی- همبستگی، وضعیت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در ۱۴۴ سالمند بالای ۶۰ سال تحت پوشش بهزیستی شهر اردبیل، با استفاده از فرم ارزیابی بهداشت دهان و دندان سازمان بهداشت جهانی (WHO) و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHIP-14Per) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس آنوا، آزمون تی تک گروهی و آزمون رگرسیون خطی ساده با نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که سالمندان مورد مطالعه در همه ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، دارای وضعیت نامناسبی بودند ($p < 0/05$). همچنین نتایج آزمون رگرسیون، حاکی از آن بود که بین وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن، رابطه معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: یافته‌ها نشان داد که سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل از نظر وضعیت دهان و دندان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان در وضعیت نامطلوبی می‌باشند. لذا نیاز است در برنامه‌های آموزشی، بهداشتی و درمانی، توجه بیشتری به این گروه سنی معطوف گردد.

واژه‌های کلیدی: وضعیت سلامت دهان، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، سالمند

دریافت: ۱۳۹۸/۳/۱ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۱۲

مقدمه

یکی از مهم‌ترین چالش‌های جهان امروز، افزایش جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است (۱)؛ به طوری که بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، جمعیت افراد بالای ۶۰ سال از سرعت رشد بیشتری در مقایسه با گروه‌های سنی

دیگر برخوردار بوده است. در ایران نیز طبق اطلاعات مرکز آمار در سال ۱۳۷۵، ۶/۶۲ درصد از جمعیت ایران را سالمندان تشکیل می‌دادند که این تعداد در سال ۱۳۸۵ به ۷/۲۷ درصد، ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد و سال ۱۳۹۵ به ۹/۲ درصد رسیده است (۲). سالمندی دوره‌ای از زندگی است که با کاهش عملکردهای

حسی، حرکتی و مشکلات دهان مانند از دست دادن دندان‌ها، خشکی دهان، بیماری‌های لثه، پوسیدگی دندان‌ها، اختلالات مخاطی دهان و اختلال در عمل جویدن همراه است (۳) که می‌تواند بر کیفیت زندگی افراد تأثیر بگذارد (۴). کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان درک افراد از موقعیت آنها در زندگی در بستر فرهنگ و ارزش‌های جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند و نیز در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرش‌های آنها تعریف می‌شود (۵). عوامل متعددی می‌توانند بر کیفیت زندگی یک فرد تأثیر گذار باشند که شواهد علمی نشان از سهم تأثیر گذار سلامت بر کیفیت زندگی دارد. یکی از جنبه‌های سلامت، سلامت دهان و دندان است (۶). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان^۱، مفهوم پیچیده‌ای است که از ابعاد روانی (ظاهر و اعتماد به نفس)، عملکرد (گفتگو، اعتماد به نفس)، رفتارهای اجتماعی (ارتباط و صمیمیت) و درد (حاد، مزمن) تشکیل شده است (۷)؛ به طوری که بیماران دارای سلامت دهان و دندان ضعیف معمولاً از خلق پایین‌تر، استرس زندگی بیشتر و رضایت کمتر از زندگی برخوردار هستند (۸). منظور از سلامت دهان، سلامت حفره دهان و بافت‌های مربوط به آن است که فرد را برای خوردن، صحبت کردن و روابط اجتماعی مطلوب آماده می‌کند (۹). یک مطالعه گذشته‌نگر نشان داد که بیش از ۴۰ درصد سالمندان دارای دندان مصنوعی، به دلیل عمل جویدن طولانی دچار شرمساری می‌شوند که این عامل ممکن است آنها را به سوی انزوا سوق دهد. همچنین، سلامت نامناسب دهان می‌تواند عملکردهای حیاتی از قبیل خواب، تنفس، انتخاب غذای مناسب و دلخواه، بلع، صحبت کردن، فعالیت‌های زندگی روزمره از قبیل فعالیت‌های شغلی، فعالیت‌های خانوادگی و تعاملات اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). درد، عفونت، محدودیت‌های جویدن و نگرانی در مورد ظاهر دهان

و دندان، تنها اثرات منفی مشکلات دهانی نیستند، بلکه این مشکلات باعث اختلال در روابط اجتماعی، سلامت روانی و تمرکز در یادگیری نیز می‌شوند (۹). در مطالعات مختلف، تأثیر مشکلات دهان بر کیفیت زندگی افراد تأیید شده است (۱۵-۱۱). به طوری که پارادز- رودریگز^۱ و همکاران نشان دادند که خشکی دهان با کیفیت زندگی افراد ارتباط دارد (۱۱). نتایج مطالعه فوروتا^۲ و همکاران نیز نشان‌دهنده تأثیرات اختلال در بلع، اختلال شناختی و سوءتغذیه بر فعالیت روزانه زندگی سالمندان ساکن خانه سالمندان بود (۱۲). به نظر می‌رسد افرادی که محدودیت در جویدن دارند، غذاهای خاصی را انتخاب می‌کنند و معمولاً گوشت، میوه‌های تازه و سبزیجات را از وعده‌های غذایی خود حذف می‌کنند که این عامل می‌تواند تأثیر منفی در جذب ویتامین‌ها و دریافت فیبر داشته باشد (۱۳). به علاوه از آنجایی که قند و کربوهیدرات، جزء اصلی غذای سالمندان به خصوص افراد ساکن خانه سالمندان را تشکیل می‌دهد، لذا احتمال چاقی، دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی، سکنه مغزی و سرطان‌های دستگاه گوارشی در این گروه را افزایش داده و باعث تخریب بیشتر دندان‌ها و همچنین آتروفی زبان و واریس‌های زیرزبان می‌شود (۱۴).

از آنجائی که سلامت دهان و دندان می‌تواند تأثیر منفی بر تغذیه، اعتماد بنفس، روابط اجتماعی، سلامت جسم و روان و در مجموع کیفیت زندگی افراد داشته باشد و با توجه به اینکه طی جستجوهای صورت گرفته توسط پژوهشگر مطالعه‌ای مبنی بر بررسی سلامت دهان و دندان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل صورت گرفته بود، و همچنین آمار جدیدی از وضعیت سلامت دهان سالمندان شهر اردبیل در دسترس نبود، لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت دهان و

² Furuta

¹ Oral Health Related Quality of Life

کیفیت زندگی مرتبط با آن در سالمندان تحت پوشش بهزیستی شهر اردبیل انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی بود که با مشارکت سالمندان ساکن در اقامتگاه‌های سالمندان سازمان بهزیستی شهر اردبیل انجام شد (۱۷۸ نفر). برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد. در این رابطه از انحراف معیار ۳/۵ و حداکثر خطای ۰/۵ استفاده شد که حجم نمونه ۱۱۸ نفر برآورد گردید و برای افزایش قدرت تعمیم نتایج از ۱۴۴ نفر با توجه به دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه و داشتن رضایت برای انجام پژوهش، نمونه‌گیری به عمل آمد.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \delta^2}{d^2}$$

معیارهای ورود شامل داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل به شرکت در مطالعه، زندگی در خانه سالمندان تحت پوشش بهزیستی، نداشتن مشکل ارتباطی و معیارهای خروج شامل انصراف سالمند از پاسخگویی حین انجام پژوهش و مصاحبه، داشتن بیماری‌های دهانی تهدیدکننده از قبیل ضربه و سرطان حفره دهان بودند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم استاندارد ارزیابی بهداشت دهان و دندان سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHIP-14Per) استفاده شد. فرم ارزیابی بهداشت دهان و دندان در سال ۲۰۱۳ میلادی توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته شده است. این ابزار ابتدا به جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن و جنسیت و غیره می‌پردازد. پس از آن طیف وسیعی از مولفه‌های سلامت دهان و دندان را ارزیابی می‌نماید. این پرسشنامه و یا بخشی از آن در مطالعات متعدد قبلی در ایران مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است (۱۵). این

پرسشنامه شاخص پوسیدگی^۱ DMFT را ارزیابی می‌نماید (D: دندان‌های پوسیده، M: دندان‌های ازدست‌رفته بر اثر پوسیدگی، F: دندان‌های پر شده، T: به معنی دندان‌ها). در پژوهش خوش‌نویسان و همکاران میزان پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ (۰/۸۸) محاسبه شد (۱۶) و در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ (۰/۷۹) بدست آمد.

ابزار دیگر، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHIP-14Per) بود. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال ۵ گزینه‌ای بوده و ۷ جنبه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان شامل محدودیت عملکردی، درد جسمانی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نحوه نمره‌دهی گویه‌های پرسشنامه از نوع لیکرت ۵ قسمتی می‌باشد: هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، تقریباً اکثر اوقات=۴ و در بیشتر موارد=۵. در این پرسشنامه، همه سوالات برداشت منفی دارند و بنابراین، امتیاز همه سوالات با شرایط دهانی خوب، نسبت عکس دارد. حداقل امتیاز پرسشنامه ۱۴ و حداکثر آن ۷۰ است و امتیاز بالاتر بیان‌گر کیفیت زندگی وابسته به سلامت بهتر دهان است. در بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه قابلیت اطمینان این پرسشنامه بسیار عالی گزارش شده و میزان آلفای کرونباخ (۰/۹۵) بدست آمده بود. میزان آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۴۷ بدست آمد که حاکی از قابلیت اطمینان بالای این پرسشنامه است. با توجه به ۵ درجه‌ای بودن امتیازدهی پرسشنامه، امتیاز ۳ به عنوان حد وسط (نقطه برش) می‌باشد. به این معنی که میانگین بالای ۳ برای هر بعد نشانگر کیفیت مناسب آن بوده و پایین‌تر از ۳ به عنوان کیفیت پایین آن بعد تلقی می‌گردد (۱۷).

نحوه انجام کار به این صورت بود که پژوهشگر به عنوان مصاحبه‌کننده همراه با یک دندانپزشک

¹ Decay Missing Filling Teeth

۴۰ درصد آنان مشکل درد و ناراحتی در دهان و دندان خود را طی دوازده ماه گذشته تجربه کرده بودند. اغلب شرکت کنندگان از دندان و لثه خود توصیف خیلی ضعیف (۳۱٪) و ضعیف (۲۷٪) داشته و تنها نزدیک به ۳ درصد آنان وضعیت دندان خود را خیلی خوب توصیف نمودند. در رابطه با مسواک زدن، تقریباً تمامی شرکت کنندگان (۹۸٪) هرگز مسواک نمی زدند و فقط ۱ نفر، روزانه یک بار مسواک می زد. نزدیک به ۸۰ درصد پاسخگویان، هیچ گونه مراجعه ای به دندانپزشک نداشتند و در بهترین حالت تنها نزدیک به ۸ درصد آنان طی مدت ۵ سال یا بیشتر به دندانپزشک مراجعه کرده بودند.

در خصوص مشکلات دهان و دندان شرکت کنندگان نتایج نشان داد که ۵۲/۸ درصد آنان تجربه مشکل در جویدن داشته اند. پس از آن بیشترین مشکلی که سالمندان با آن مواجه بودند تجربه خشکی دهان بود که ۳۰ درصد از آنان، همیشه این مشکل را داشتند و پس از آن تجربه مشکل در تلفظ و حرف زدن بود که ۲۵ درصد آنان همیشه این مشکل را داشتند. از نظر مصرف میان وعده و تنباکو، بیشترین موارد مصرف میان وعده شامل میوه تازه، بیسکویت و کیک بود که ۷۲ درصد سالمندان هر روز مصرف می نمودند و ۸۰ درصد آنان، هرگز سیگار و تنباکو استفاده نمی کردند.

جدول ۱. وضعیت بهداشت دهان در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل

معیار	دارد		ندارد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بدون دندان دارای پروتز	۲۸	۱۹/۴	۱۱۶	۸۰/۶
D	۸۱	۵۶/۳	۶۳	۴۳/۷
M	۱۴۴	۱۰۰/۰	۰	۰/۰۰
F	۰	۰	۱۴۴	۱۰۰/۰
DMFT (۳۲)	۸۱	۵۶/۳	۰	۰/۰۰

D: دندان پوسیده یا پر شده ای که زیر یا اطراف آن پوسیدگی دارد.

M: دندانی که به علت پوسیدگی از دست رفته است.

F: دندان پر شده ای که بدون هیچ پوسیدگی است.

به عنوان معاینه کننده در تابستان سال ۱۳۹۷ به خانه سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل مراجعه و پس از ارائه شفاهی توضیحات لازم به شرکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش، اقدام به کسب رضایت کتبی از آزمودنی ها نموده و از نظر زمان معاینه و تکمیل پرسشنامه ها، هماهنگی های لازم به عمل آمد. پرسشنامه ها برای همه سالمندان (باسواد و بی سواد) به دلیل افزایش دقت و پرهیز از بروز داده های اشتباه توسط خود پژوهشگر و از طریق مصاحبه تکمیل شدند. معاینات لثه توسط دندانپزشک روی صندلی معمولی توسط نور چراغ قوه، آینه مسطح دندانپزشکی و سوند پرپودنتال ویلیامز بر اساس فرم استاندارد ارزیابی بهداشت دهان و دندان سازمان بهداشت جهانی انجام شد. مجوزهای لازم برای انجام پژوهش نیز ابتدا از دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل و سپس بهزیستی کل استان اردبیل اخذ گردید. پس از جمع آوری، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند. متغیرهای کمی با استفاده از شاخص های پراکندگی و مرکزی توصیف شده و همچنین، با توجه به نرمال بودن داده ها از تست های تحلیل واریانس آنوا، آزمون تی تک گروهی و دو گروه مستقل و آزمون رگرسیون خطی ساده استفاده شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر از میان ۱۴۴ نفر سالمند شرکت کننده در مطالعه ۷۷ نفر (۵۳/۵٪) زن و بقیه مرد بودند. همچنین بیشتر شرکت کنندگان (۵۲/۱٪) در بازه سنی بین ۶۰ تا ۷۰ سال، قرار داشتند. در رابطه با میزان تحصیلات، اغلب سالمندان (۷۸/۵٪)، بی سواد بودند.

در رابطه با وضعیت دندان و لثه سالمندان شرکت کننده در مطالعه، نتایج نشان داد که ۵۶/۲ درصد آنان بدون دندان طبیعی بوده و تنها ۲ نفر، بیش از ۲۰ دندان طبیعی داشتند. همچنین نزدیک به

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در سالمندان شهر اردبیل رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین منفی بودن ضریب بتای استاندارد نشان‌دهنده رابطه معکوس بین این دو متغیر می‌باشد و این ضریب نشان می‌دهد ۶۱ درصد از واریانس‌های کیفیت زندگی با وضعیت سلامت دهان سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل تعیین می‌شود.

جدول ۲. میانگین کل و ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در

سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل

متغیر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی کل	۲/۳۹۳	۰/۶۳
محدودیت عملکرد	۱/۸۷۵	۱/۱۸
درد جسمانی	۲/۱۴۵	۰/۹۳
ناراحتی سایکولوژیکال	۲/۵۱۳	۰/۷۹
ناتوانی جسمانی	۲/۲۶۷	۰/۸۶
ناتوانی سایکولوژیکال	۲/۶۶۳	۰/۷۳
ناتوانی اجتماعی	۲/۷۵۳	۰/۸۵
معلولیت	۳/۰۰۶	۰/۷۶

همان طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، ۸۱ نفر (۵۶/۳٪) از سالمندان مورد بررسی، دندان پوسیده یا پرشده‌ای داشتند که زیر یا اطراف آن دارای پوسیدگی بود (D)، همه آن‌ها (۱۰۰٪) حداقل یک دندان از دست رفته داشتند (M). همچنین ۸۱ نفر (۵۶/۳٪) از آنان DTMF=۳۲ (بی‌دندانی کامل) داشتند. در نهایت از ۱۴۴ نفر مورد بررسی فقط ۲۸ نفر (۱۹/۴٪) دارای پروتز بخشی از دندان داشتند.

تحلیل داده‌ها، وضعیت ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و وضعیت کلی آن را نشان داد (جدول ۲). میانگین کیفیت زندگی و همه ابعاد آن (بجز بعد معلولیت) به صورت معنی‌داری پایین‌تر از حدواسط ۳ بود ($p < 0/01$). بنابراین می‌توان گفت سالمندان شهر اردبیل تقریباً در همه ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، وضعیت نامناسبی داشتند.

با توجه به سطح معنی‌داری آزمون رگرسیون در جدول ۳ و قدر مطلق مقدار t که بالای ۱/۹۶ بدست آمد، می‌توان گفت که بین وضعیت سلامت دهان و

جدول ۳. رابطه وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل

متغیر	R	R ²	F	ضرایب غیراستاندارد		T	p
				SE	B		
وضعیت سلامت دهان (DTMF)	۰/۷۸	۰/۶۱	۲۱۷/۷۳	۰/۰۹۳	۰/۷۷۹	-۱۴/۷۵۶	۰/۰۰۱

جدول ۴. میانگین نمرات DMFT و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان بر حسب جنس سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	سطح معنی‌داری (p)
DMFT	زن	۷۷	۲۷/۳۷	۰/۰۱
	مرد	۶۶	۲۹/۷۴	
کیفیت زندگی	زن	۷۷	۲/۵۳	<0/01
	مرد	۶۶	۲/۱۷	

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در زنان نسبت به مردان بود ($p < 0/01$).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که DMFT در بین زنان به‌طور معنی‌داری کمتر از مردان است ($p < 0/01$). همچنین نتایج، نشان‌دهنده بهتر بودن

جدول ۵. میانگین نمرات DMFT و کیفیت زندگی بر حسب گروه‌های سنی و گروه‌های تحصیلی سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل

معیار	متغیر	گروه‌های سنی	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معنی‌داری
وضعیت سلامت دهان (DMFT)	وضعیت سلامت دهان (DMFT)	۶۰ تا ۷۰	۲۷/۲۱	۵/۶۹	۴/۷۹۸	۰/۰۱۰
		۷۱ تا ۸۰	۲۹/۵۰	۵/۳۱		
		۸۱ به بالا	۳۰/۳۴	۳/۵۷		
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان	۶۰ تا ۷۰	۲/۵۵	۰/۶۳	۵/۳۳۱	۰/۰۰۶
		۷۱ تا ۸۰	۲/۲۳	۰/۶۳		
		۸۱ به بالا	۲/۲۰	۰/۵۴		
گروه‌های تحصیلی	وضعیت سلامت دهان (DMFT)	بی‌سواد	۲۸/۲۰	۵/۵۲	۰/۷۳۵	۰/۵۹۸
		خواندن و نوشتن	۲۷/۶۲	۵/۴۷		
		ابتدایی	۲۸/۰۰	۴/۶۹		
		راهنمایی	۳۰/۰۰	۳/۹۳		
		دبیرستان	۳۰/۴۵	۵/۱۲		
		لیسانس	۳۲/۰۰	۰/۰۰		
گروه‌های تحصیلی	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان	بی‌سواد	۲/۴۳	۰/۶۲	۰/۶۴۰	۰/۱۵۳
		خواندن و نوشتن	۲/۵۴	۰/۶۶		
		ابتدایی	۲/۲۱	۰/۹۰		
		راهنمایی	۲/۴۸	۰/۳۷		
		دبیرستان	۲/۰۱	۰/۵۶		
		لیسانس	۱/۷۸	۰/۵۳		

همچنین در رابطه با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، نتایج نشان داد که میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بین سالمندان بالای ۸۱ سال به‌طور معنی‌داری کمتر از سالمندان با رده سنی ۶۰ تا ۷۰ سال بوده ($p=۰/۰۱۰$) و همچنین سالمندان با رده سنی ۷۱ تا ۸۰ سال کیفیت زندگی کمتری در مقایسه با سالمندان ۶۰ تا ۷۰ ساله دارند ($p=۰/۰۰۸$). به عبارتی می‌توان گفت با افزایش سن وضعیت سلامت دهان در سالمندان تحت پوشش بهزیستی شهر اردبیل کاهش یافته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل، انجام پذیرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که وضعیت سلامت دهان سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل بسیار نامناسب است. اغلب سالمندان مورد بررسی دچار بی‌دندانی کامل

آزمون آنووا (جدول ۵)، نشان داد که سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در گروه‌های مختلف سنی از اختلاف معنی‌داری برخوردار است ($p<۰/۰۵$). سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در گروه‌های دارای سطح تحصیلات مختلف از تفاوت معنی‌داری برخوردار نبود. به عبارت دیگر، میزان تحصیلات با سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در سالمندان شهر اردبیل، رابطه معنی‌داری نداشت.

نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میزان DMFT در بین سالمندان بالای ۸۱ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از سالمندان با رده سنی ۶۰ تا ۷۰ سال است ($p=۰/۰۰۷$) ولی با سالمندان ۷۱ تا ۸۰ سال تفاوت معنی‌داری ندارد ($p=۰/۵۰۹$). همچنین سالمندان ۷۱ تا ۸۰ سال میزان DMFT بالاتری نسبت به سالمندان ۶۰ تا ۷۰ ساله دارند ($p=۰/۰۲۷$). به عبارتی می‌توان گفت با افزایش سن وضعیت سلامت دهان در سالمندان شهر اردبیل کاهش یافته است.

بودند و فقط تعداد کمی از آنان از پروتز در بخشی از دندان‌هایشان استفاده می‌کردند. همچنین سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل در همه ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، دارای وضعیت نامناسبی بودند. وضعیت نامناسب کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در این گروه سنی ممکن است به دلیل اختلال در سلامت عمومی سالمندان باشد. به همین دلیل ممکن است سلامت دهان و دندان، از اولویت کمتری برای آنان برخوردار است. به علاوه، اکثر این افراد برای هماهنگی و دریافت خدمات دندانپزشکی به اشخاص دیگر وابسته بوده و از پیامدهای بیماری‌های دهان و دندان و نحوه پیشگیری از آن آگاهی ندارند (۱۸). همچنین به نظر می‌رسد سالمندان به دلیل افزایش سن، عدم وجود انگیزه کافی برای مراقبت از دندان‌ها، فراموشی، ناتوانی در انجام کارهای فردی و روزانه، فقر و همچنین استفاده همزمان از چندین دارو که روی فیزیولوژی طبیعی غدد و سلول‌های سیستم دهان و دندان و میزان بزاق فرد تأثیر سوء دارد، سلامت دهان و دندان ضعیف‌تری دارند (۱۹). مطالعه دیگری نشان داد که افراد سالمند در معرض خطر بیماری‌های مزمن دهان از جمله عفونت‌های دندان (مانند پوسیدگی دندان)، افتادگی دندان، ضایعات مخاطی خوش‌خیم و سرطان دهان قرار دارند. به اعتقاد آنان پزشکان و مراقبین سلامت می‌توانند با ارزیابی خطر، شناسایی تغییرات طبیعی ناشی از پیری در برابر تغییرات غیرطبیعی، انجام معاینه متمرکز دهان و ارجاع بیماران سالمند به مراکز خدمات دندانپزشکی، آنان را در حفظ مناسب سلامت دهان کمک نمایند (۲۰).

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از این بود که بین وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل رابطه معنی‌داری وجود دارد. به این صورت که بالا بودن مقدار DMFT که بیانگر تعداد دندان‌های از دست رفته است، باعث کاهش کیفیت زندگی مرتبط

با سلامت دهان در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل شده بود. این نتایج همسویی با مطالعه لاکر^۱ و همکاران را نشان می‌دهد که گزارش کردند از دست رفتن دندان‌ها و فقدان اتصال پرودنشیوم^۲، نقش مهمی را در کیفیت زندگی اشخاص دارند (۲۱). همچنین خادم و همکاران نیز در بررسی ارتباط سلامت دهان و دندان با کیفیت زندگی گزارش نمودند که شاخص DMFT و پوسیدگی دندان با حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی، ارتباط معنی‌داری داشتند (۱۸).

یافته‌ها در رابطه با ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات) با وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در سالمندان شهر اردبیل نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بین سه گروه سنی دارای تفاوت معنی‌دار نبودند. اما سلامت دهان در بین گروه‌های سنی، اختلاف معنی‌داری داشت، به طوری که میزان DMFT در بین سالمندان بالای ۸۱ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از سالمندان با رده سنی ۶۰ تا ۷۰ سال بود. این یافته همسو با یافته‌های پالجدار^۳ و همکاران در سریلانکا (۲۲) و تایوو^۴ و همکاران در نیجریه (۲۳) بود. در این رابطه مطالعات دیگر نشان داده است که افزایش سن می‌تواند باعث تشدید ضایعات دهانی و از دست رفتن دندان‌ها شود. نتایج این مطالعات، دقت بیشتر در مسائل دهانی و دندان سالمندان و معاینه دهانی آنان جهت تقلیل مشکلات و ضایعات دهان آنان را نشان می‌دهد (۲۳).

در خصوص رابطه جنسیت با سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل، یافته‌ها نشان داد که شاخص

¹ Locker

² Periodontium

(به مجموع لثه، استخوان پشتیبان و ایاف نگهدارنده دندان،

پرودنشیوم اطلاق می‌شود).

³ Pallegedara

⁴ Taiwo

نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه نشان داد بیش از نیمی از سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل دچار بی‌دندانی کامل هستند، در حالی که فقط ۲۸ نفر از آنان پروتز دندانی در بخشی از دندان‌هایشان داشتند، که این وضعیت باعث شده بود که این سالمندان در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، وضعیت مطلوبی نداشته باشند. این نتایج بیان‌کننده هشدار جدی در زمینه توجه ناکافی به مقوله سلامت دهان و دندان سالمندان تحت پوشش بهزیستی اردبیل است. از این رو پیشنهاد می‌شود اقدامات جدی در جهت پیشگیری از مشکلات دهان و دندان و همچنین ارتقاء سلامت دهان و دندان و کیفیت زندگی مرتبط با آن در این گروه انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مصوب نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1397.003 می‌باشد. از مسئولین و کارکنان دانشکده پرستاری و مامایی و سازمان بهزیستی شهرستان اردبیل و تمامی سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه قدردانی می‌شود.

DTMF در بین زنان به‌طور معنی‌داری کمتر از مردان بود، به این معنی که سلامت دهان زنان بهتر از مردان است. همچنین نتایج نشان داد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بین زنان به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود. این نتیجه با یافته رشیدی میبیدی و همکاران که گزارش کردند شدت و شیوع التهاب لثه در آقایان به‌طور معنی‌داری بیشتر از خانم‌ها بود، همسو است (۲۴). این اختلاف می‌تواند به علت اهمیت دادن بیشتر بانوان به مراقبت‌های بهداشتی، توجه بیشتر به سلامت دهان و دندان و همچنین استفاده کمتر از دخانیات باشد.

در نهایت در مورد ارتباط میزان تحصیلات با سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در سالمندان شهر اردبیل، نتایج نشان‌دهنده عدم ارتباط معنی‌دار آماری بین سطح تحصیلات با سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در سالمندان شهر اردبیل بود. این یافته برخلاف نتایج بدست آمده از پژوهش اصفهانی زاده و همکاران (۲۵) و درویش‌پور کاخکی (۲۶) بود، به طوری که در مطالعات آنها وضعیت سلامت دهان نامطلوب و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان با سطح تحصیلات پایین افراد مرتبط بودند. با توجه به اینکه پژوهش‌های مذکور در شهر تهران انجام شده‌اند، بنابراین به نظر می‌رسد تفاوت در نتایج ناشی از تنوع در تغذیه، عوامل محیطی، فرهنگی و یا ژنتیکی افراد در مناطق مختلف باشد.

References

- 1- Modanloo MM, Khosravee H, Ghobadee Kh, Abdollahi H, Ziaea T, Behnampour N. Dental health status in elderly (Gorgan –Iran). Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2010;12(3):68-73. [Persian]
- 2- WHO WHO. World report on ageing and health. World Health Organization. 2015.
- 3- Van Lancker A, Verhaeghe S, Van Hecke A, Vanderwee K, Goossens J, Beeckman D. The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: a systematic review. International journal of nursing studies. 2012;49(12):1568-81.
- 4- Dahl KE, Wang NJ, Holst D, Ohrn K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. International journal of dental hygiene. 2011;9(1):87-92.
- 5- WHO WHO. Oral health surveys: basic methods. World Health Organization. 2013.

- 6- Saintrain MV, de Souza EH. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology*. 2012;29(2):e632-6.
- 7- Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 1976;6(4):681-98.
- 8- Schimmel M, Leemann B, Christou P, Kiliaridis S, Schnider A, Herrmann FR, et al. Oral health-related quality of life in hospitalised stroke patients. *Gerodontology*. 2011;28(1):3-11.
- 9- Khanemasjedi M, Araban M, Mohamadnia M. Relationship between Malocclusion and Oral Health-Related Quality of Life among High School Students %J *Journal of Education and Community Health*. 2018;5(1):27-35. [Persian]
- 10- Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. 2013;3(1):1-6.
- 11- Paredes-Rodríguez VM, Torrijos-Gómez G, González-Serrano J, López-Pintor-Muñoz RM, López-Bermejo M, Hernández-Vallejo G. Quality of life and oral health in elderly. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2016;8(5):e590-e6.
- 12- Furuta M, Komiya-Nonaka M, Akifusa S, Shimazaki Y, Adachi M, Kinoshita T, et al. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2013;41(2):173-81.
- 13- El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ (Clinical research ed)*. 2013;347:f6234.
- 14- Rabiei M. Aging and its consequences in the mouth: A review %J *Journal of Dental Medicine*. 2017;29(4):277-87. [Persian]
- 15- Faezi M, Rejeh N, Soukoti M. Assessment of oral health in older people referred to selected dentistry schools of universities of Tehran %J *Journal of Health Promotion Management*. 2015;5(1):1-10. [Persian]
- 16- Khoshnevisan MH, Albujeer AN, Attaran N, Almahafdha A, Taher A. WHO's oral health assessment questionnaire for adult: psychometric properties of the Arabic version. *Journal of Contemporary Medical Sciences*. 2016;2(8):116-8.
- 17- Motallebnejad M, Hadian H, Mehdizadeh S, Hajjahmadi M. Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. *Caspian journal of internal medicine*. 2011;2(4):314-20.
- 18- Khadem P, Jabari far E, Maroofi V, Ghasemi D, Mohammad taher V. The Relationship between Oral and dental health and quality of life based on DIDL index %J *journal of research in dental sciences*. 2011;7(4):41-35. [Persian]
- 19- Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the Quality of Life Between Active and Non-Active Elderly Women With an Emphasis on Physical Activity %J *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(3):262-75.
- 20- Af P. oral common disorders in elderly Iran: weekly *Modern medicine* 2008 [cited 2014 October]. 2014.
- 21- Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community dental health*. 1988;5(1):3-18.
- 22- Pallegedara C, Ekanayake L. Tooth loss, the wearing of dentures and associated factors in Sri Lankan older individuals. *Gerodontology*. 2005;22(4):193-9.
- 23- Taiwo JO, Omokhodion F. Pattern of tooth loss in an elderly population from Ibadan, Nigeria. *Gerodontology*. 2006;23(2):117-22.
- 24- Rashidi-Maybodi F, Haerian-Ardakani A, Zarabadi Pour M, Heydari-Postakan R, Pourbaferani H. Evaluation of Oral Health of Elderly Patients Referring to Khatam ol Anbia Clinic in Yazd in 2014. *journal of health*. 2016;7(2):227-35. [Persian]
- 25- Esfahanizadeh N, Farajollahi S, Hajmaleki Z, Daneshparvar N. Evaluation of the periodontal status among the institutionalized Iranian elderly supervised by Behzisti Organization in Tehran (2011). *journal of research in dental sciences*. 2013;10(3):199-204. [Persian]

26- Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi Z, Abbaszadeh A. Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(4):65-73. [Persian]