

مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بالغین مراجعه کننده به کلینیک‌های دندانپزشکی دولتی و خصوصی شهر مشهد

زهرا محمدزاده*، فائزه جعفرنژاد**، ترانه موحد***

* مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
** دندانپزشک

*** مرکز تحقیقات مواد دندان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تاریخ ارائه مقاله: ۹۵/۱۲/۵ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۴/۴

Comparison of Oral Health-Related Quality Of Life among Adult Referred to Public and Private Dental Clinics of Mashhad, Iran

Zahra Mohammadzadeh*, Faezeh Jafarnejad**, Taraneh Movahed***

* Dental Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

** Dentist

*** Dental Materials Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 23 February 2017; Accepted: 25 June 2017

Introduction: Nowadays, appraisal of patients' perception of health has largely replaced the clinical evaluations. This study aimed to compare oral health-related quality of life in patients referring to public and private clinics in Mashhad, Iran.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, we enrolled 383 patients referred to five private and two public dental clinics in Mashhad, Iran. The study variables including age, gender, level of education, functional dentition status, decayed, missing, and filled teeth, and the reason for referral were recorded. Oral Impact on Daily Performance (OIDP) score was calculated for each patient. To analyze the data, independent samples *t*-test, Man-Whitney U test, and Chi-squared test were run.

Results: The reason for visiting the public and private clinics was significantly different ($P < 0.001$). In detail, in public clinics the most frequent reason was referral, while in private clinics the quality of services was the most common reason. Mean OIDP score was higher in the public clinics than in the private ones ($P = 0.04$). In private clinics, the mean OIDP score was significantly higher in patients with functional dentition ($P = 0.003$).

Conclusion: The mean OIDP score was significantly higher in public clinics, that is, oral health-related quality of life was lower in patients referring to public clinics.

Key words: Oral health-related quality of life, public sector, private sector.

Corresponding Author: movahhedt@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2017; 41(3): 239-50.

چکیده

مقدمه: امروزه ارزیابی درک بیماران از سلامت تا حدود زیادی جایگزین جنبه های کلینیکی ارزیابی بیماری ها شده است. هدف مطالعه حاضر، مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در افراد مراجعه کننده به کلینیک های دندانپزشکی دولتی و خصوصی شهر مشهد بود.

مواد و روش ها: ۳۸۳ نفر از بیماران مراجعه کننده به ۵ کلینیک خصوصی و ۲ کلینیک دولتی شهر مشهد در این مطالعه مقطعی وارد شدند. متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات، علت مراجعه، وضعیت دنتیشن فانکشنال و DMFT ثبت شد. نمره شاخص ارزیابی اثرات وضعیت دهان بر فعالیت روزانه (OIDP; Oral Impact on Daily Performance) در هر بیمار محاسبه شد. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون *t* مستقل، من ویتنی و کای دو انجام شد.

یافته ها: علت مراجعه به کلینیک های دولتی و خصوصی تفاوت معنی داری داشت ($P < 0.001$). بیشترین علت مراجعه به کلینیک های دولتی، ارجاع و به کلینیک های خصوصی، کیفیت مطلوب عنوان شد. میانگین نمره شاخص OIDP، در کلینیک دولتی بیشتر بود ($P = 0.04$). در مراجعه کنندگان به کلینیک های خصوصی، میانگین شاخص OIDP در گروهی که دنتیشن فانکشنال داشتند، مطلوب تر بود ($P = 0.003$).

مولف مسؤل، نشانی: مشهد، دانشکده دندانپزشکی، گروه دندانپزشکی کودکان، تلفن: ۰۵۱-۳۸۸۲۹۵۰۱-۱۵

E-mail: movahhedt@mums.ac.ir

نتیجه گیری: در این مطالعه، میانگین شاخص OIDP در کلینیک دولتی از نظر آماری معنی داری بود. به این معنی که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان مراجعین به کلینیک های دولتی پایین تر بود.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، بخش دولتی، بخش خصوصی
مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۶ دوره ۴۱ / شماره ۳: ۵۰-۲۳۹.

مقدمه

امروزه مشخص شده است که کاربرد شاخص های کلینیکی معمول به منظور تعیین وضعیت سلامت دهان و دندان، همچنین بررسی نیازهای سلامت افراد به تنهایی کافی نیست؛ چرا که در ارزیابی های کلینیکی، بیشتر نظر متخصصین در نظر گرفته می شود.^(۱،۲)

در همین راستا مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان یا Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) اهمیت روز افزونی پیدا کرده است.

یکی از شاخص های مرتبط با این مفهوم، شاخص ارزیابی اثرات وضعیت دهان بر فعالیت روزانه (OIDP) Oral Impact on Daily Performance می باشد^(۳) که به بررسی تاثیرات وضعیت دهانی افراد بر توانایی های آنها برای انجام فعالیت های روزانه می پردازد. این شاخص شامل بررسی ۱۱ مورد است که ابعاد روانی، فیزیکی و اجتماعی زندگی را پوشش می دهد.^(۳،۴) این موارد شامل اثر وضعیت دهان بر غذا خوردن، واضح صحبت کردن، تمیز کردن دندان ها یا دندان های مصنوعی، انجام فعالیت های سبک فیزیکی مثل کار در منزل، لبخند زدن و نشان دادن دندان ها بدون ناراحتی و خجالت، خوابیدن و استراحت کردن، لذت بردن از تماس با دیگران، انجام فعالیت های 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 جامعه سودمند است. از مزیت های این شاخص درک ساده و مختصر بودن آن است و در ضمن در

وقت بیمار و دندانپزشک صرفه جویی می شود. شاخص OIDP در جوامع مختلف از جمله ایران^(۵)، تانزانیا^(۶)، کره^(۷) و چند کشور اروپایی اعتباربخشی شده است.^(۸،۹) در ایران این شاخص در سال ۲۰۰۷ اعتبار بخشی شده و در شهر مشهد مورد ارزیابی قرار گرفته است.^(۵)

نابرابری های اجتماعی و اقتصادی و تاثیر آنها بر سلامت یکی از موضوعاتی است که امروزه به شدت مورد توجه و تمرکز است.^(۱۰)

تعداد کلینیک های دندانپزشکی خصوصی و دولتی در کشور و بخصوص در شهر مشهد، در حال افزایش است.^(۱۱) طبق مطالعات انجام شده، بیماران از دنچه های ساخته شده در کلینیک های خصوصی بیشتر راضی بودند^(۱۲) در ضمن بیماران در کلینیک های خصوصی انتخاب های بیشتری برای نوع ترمیم خود داشتند.^(۱۳) در عملکرد ارائه خدمت، نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در بخش دولتی به خدمات پیشگیرانه توجه دارد و در بخش خصوصی خدمات درمانی جایگاه ویژه ای دارند.^(۱۴) این تفاوت ها ممکن است به علت های گوناگونی وجود داشته باشد. افرادی که به این کلینیک ها مراجعه می کنند از طبقات اجتماعی متفاوتی هستند و نیازهای سلامتی متفاوتی ممکن است داشته باشند و احتمال دارد شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در مراجعین به کلینیک های دولتی و خصوصی با یکدیگر متفاوت باشد. با توجه به وجود نابرابری ها در زمینه سلامت دهان و دندان در کشورمان و مطالعات بسیار محدود در این زمینه، در این مقاله قصد بر این است که کیفیت زندگی

شرکت در مطالعه بودند به پرسش نامه پاسخ دادند. در مجموع ۱۹۱ بیمار از کلینیک‌های دولتی و ۱۹۲ بیمار از کلینیک‌های خصوصی مورد مصاحبه قرار گرفتند. در ضمن اطلاعات دموگرافیک بیماران از قبیل سن، جنس، و سطح تحصیلات در ابتدای پرسشنامه ثبت می شد. و بیماران در مورد علت اصلی مراجعه به کلینیک مورد سوال قرار می گرفتند.

برای تعیین امتیاز شاخص OIDP مجموع امتیاز حاصل از ۱۱ عملکرد مختلف (امتیاز عملکرد=امتیاز شدت×امتیاز فراوانی (بر حداکثر امتیاز ممکن (۱۱×۵×۵=۲۷۵)، تقسیم شد تا چنانچه در یک بیمار چند عملکرد مشکل دارد در محاسبه شاخص کلی لحاظ گردد. برای امتیازدهی فراوانی (سوال ۳ یا ۴ پرسشنامه) و شدت (سوال ۵ پرسشنامه) به کمترین فراوانی یا شدت، امتیاز ۱ داده شده و به ترتیب به فراوانی‌های بالاتر امتیازات ۲ تا ۵ داده شد.^(۱۵)

معاینه دهانی توسط آینه و سوند دندانپزشکی در نور مناسب محیط انجام شد و شاخص DMFT بر اساس معیار سازمان بهداشت جهانی ثبت شد.

در ضمن وجود یا عدم وجود تعداد حداقل ۲۰ دندان در دهان بیمار (از پرمولر دوم یک سمت تا پرمولر دوم سمت دیگر در دو فک) به عنوان متغیر دنتیشن فانکشنال در نظر گرفته شد و وجود آن به صورت آری یا خیر ثبت شد.

برای مشخص شدن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف - اسمیرنف استفاده شد. در مقایسه متغیرها بین دو گروه در خصوص متغیرهای کمی با توزیع نرمال از آزمون t مستقل و برای متغیرهایی با مقیاس رتبه‌ای از آزمون من ویتنی استفاده شد و به منظور مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه نیز آزمون کای دو انجام شد.

مرتبط با سلامت دهان را در مراجعین به کلینیک‌های خصوصی و دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۳ با هم مقایسه شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، مطالعه ای پایلوت از نوع مقطعی بود. در تعیین حجم نمونه از آنجا که مطالعه جامعی از این دست در اختیار نبود؛ ناچار ابتدا یک مطالعه پایلوت بر روی یک نمونه ۴۰ نفره متشکل از ۱۵ نفر از مراجعین بخش دولتی و ۲۵ نفر از بخش خصوصی انجام شد و نتایج آن مبنای تعیین حجم نمونه در هر یک از دو گروه قرار گرفت. در این نمونه شاخص OIDP در بخش دولتی برابر $23/8 \pm 25/07$ و در بخش خصوصی برابر $13/92 \pm 9/5$ به دست آمد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مستقل استفاده گردید. با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ و حداکثر میزان خطای قابل قبول برابر $d=0/5$ ، حجم نمونه در هر گروه برابر ۱۷۰ نفر بدست آمد که با توجه به روش نمونه برداری و در نظر گرفتن خطاهای احتمالی حجم نمونه را تقریباً ۱۰ درصد در هر گروه افزایش دادیم. برای انجام کار ابتدا لیست کلینیک‌های دندانپزشکی شهر مشهد موجود در معاونت درمان، مشاهده شد. نحوه نمونه برداری متناسب با حجم بود بدین ترتیب که کلینیک‌هایی که مراجعین بیشتری داشتند شانس بیشتری برای انتخاب شدن داشتند. در نهایت تعداد ۲ کلینیک دولتی و ۵ کلینیک خصوصی مشخص شدند.

در این مطالعه از نسخه ایرانی پرسشنامه OIDP به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.^(۱۵) ۳۸۳ بیمار بین سنین ۱۸-۴۵ سال که فاقد هر گونه بیماری سیستمیک یا کم توانی ذهنی و/یا جسمی بودند با روش نمونه برداری غیراحتمالی آسان انتخاب شدند. تنها افرادی که مایل به

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۳۸۳ پرسشنامه تکمیل شده (۱۹۱ بیمار از کلینیک‌های دولتی و ۱۹۲ بیمار از کلینیک‌های خصوصی) مورد بررسی قرار گرفت و کلیه متغیرهای کمی مورد بررسی دارای توزیع نرمال بودند. میانگین سن افراد مورد مطالعه در کلینیک‌های دولتی $32/85 \pm 9/03$ سال و در کلینیک‌های خصوصی $33/59 \pm 8/25$ سال بود. که از نظر آماری تفاوت معنی‌دار نداشتند. ($P < 0/1$)

در زمینه مقایسه سطح تحصیلی مراجعه کنندگان به دو کلینیک، آزمون من ویتنی تفاوت آماری معنی‌داری از نظر سطح تحصیلات بین کلینیک‌های دولتی و خصوصی نشان نداد. ($P = 0/44$)

در زمینه مقایسه شاخص DMFT، این شاخص در مراجعین بخش دولتی $10/93 \pm 3/5$ و در مراجعین بخش خصوصی $11/26 \pm 3/57$ بود آزمون t مستقل اختلاف

آماري معنی‌داری بین کلینیک دولتی و خصوصی نشان نداد. ($P > 0/1$)

در مقایسه بین کلینیک‌های دولتی و خصوصی در مورد علت مراجعه تفاوت معنی‌داری بین این دو مشاهده شد. ($P < 0/001$) به طوری که بیشترین علت مراجعه به کلینیک‌های دولتی شنیدن نکات مثبت از خدمات کلینیک از طریق ارجاع بود در حالی که در کلینیک‌های خصوصی، کیفیت خوب خدمات کلینیک بیشترین علت مراجعه بیان شد.

در زمینه بررسی شاخص OIDP بین مراجعه کنندگان به کلینیک‌های دولتی و خصوصی موارد زیر به دست آمد. ۳۷۹ نفر (۹۸ درصد افراد مورد مطالعه) حداقل یک محدودیت عملکردی در فعالیت روزانه را در طول ۶ ماه اخیر گزارش کرده بودند. توزیع فراوانی مشکل در فانکشن‌های مختلف در کلینیک دولتی و خصوصی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشکل در عملکردهای مختلف در کلینیک دولتی و خصوصی

فانکشن‌های مختلف	دولتی* (درصد) تعداد	خصوصی* (درصد) تعداد	مقدار احتمال
غذا خوردن	۱۰۳ (۵۱/۸)	۱۰۴ (۵۳/۱)	۰/۷۹
صحبت کردن	۱۱ (۵/۵)	۹ (۴/۶)	۰/۶۷
تمیز کردن دندان‌ها	۴۵ (۲۲/۶)	۴۳ (۲۱/۹)	۰/۸۷
انجام فعالیت‌های سبک	۱ (۰/۵)	۲ (۱/۰)	۰/۶۲
بیرون رفتن	۶ (۳/۰)	۲ (۱/۰)	۰/۶۲
خوابیدن	۷ (۳/۵)	۵ (۲/۶)	۰/۵۷
استراحت کردن	۱۰ (۵/۰)	۹ (۴/۶)	۰/۸۴
لبخند زدن	۶۸ (۳۴/۲)	۴۴ (۲۲/۴)	۰/۰۱
شرایط احساسی	۹ (۴/۵)	۳ (۱/۵)	۰/۰۸
لذت از روابط اجتماعی	۱۶ (۸/۱)	۱۳ (۶/۶)	۰/۰۵
فعالیت‌های کاری	۷ (۳/۶)	۱ (۰/۵)	۰/۰۶

*. در محاسبه درصدها مقادیر نامعلوم لحاظ شده اند.

آزمون t مستقل نشان دهنده آن است که میانگین شاخص OIDP در گروهی که دنتیشن فانکشنال داشتند در مراجعه کنندگان به کلینیک‌های خصوصی مطلوب‌تر بود ($P=0/003$) ولی این تفاوت در کلینیک‌های دولتی معنی‌دار نبود ($P=0/33$).

برای بررسی ارتباط متغیرهای مورد مطالعه شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، دنتیشن فانکشنال، درآمد و علت مراجعه به کلینیک با نمره شاخص OIDP از آنالیزهای رگرسیونی استفاده شد. نتایج این آنالیز در جدول ۳ نمایش داده شده است.

در این آنالیز تنها دنتیشن فانکشنال با شاخص OIDP دارای رابطه معنی‌دار بود. سایر موارد فاقد ارتباط معنی‌دار با شاخص OIDP بود و افرادی که دنتیشن فانکشنال داشتند نمره شاخص OIDP آنها $0/02$ نمره کمتر (مطلوب‌تر) است.

آزمون کای دو به منظور مقایسه محدودیت در انجام عملکردهای مختلف انجام شد. در این آزمون تنها میزان مشکل در فانکشن لبخند زدن در دو کلینیک تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P=0/01$).

در کلینیک دولتی و خصوصی به ترتیب 72 ($38/2$) درصد و 52 ($27/6$) درصد) نفر از افراد مورد مطالعه تکرر وجود محدودیت عملکردی را به صورت منظم در طول ۶ ماه گذشته ذکر کردند.

مقایسه شاخص OIDP بین افراد مراجعه کننده به کلینیک دولتی و خصوصی در جدول ۲ قابل مشاهده است.

آزمون t مستقل حاکی از آن بود که شاخص OIDP در کلینیک دولتی و خصوصی تفاوت معنی‌داری را با یکدیگر داشتند ($P=0/04$).

جدول ۲: مقایسه میانگین شاخص OIDP به تفکیک کلینیک دولتی و خصوصی

نوع کلینیک	میانگین	انحراف معیار
دولتی	۶/۲۳	۸/۷۵
خصوصی	۴/۸۰	۴/۱۱

جدول ۳: ارتباط متغیرهای مطالعه با شاخص OIDP

مقدار احتمال	خطای معیار (SE)	ضریب رگرسیونی	متغیر		
۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۹	سن		
۰/۳۳	۱/۰۲	-۰/۹۸	درآمد		
۰/۳۶	۲/۰۵	-۱/۸	مرد	جنسیت	
-	-	۰	زن		
۰/۹۶	۳/۱	-۰/۱۴	زیردیپلم	تحصیلات	
۰/۳۱	۲/۴	۲/۴	دیپلم		
۰/۹۳	۲/۷	-۰/۲۲	فوق دیپلم		
-	-	۰	لیسانس و بالاتر		
۰/۵۵	۷/۸	۴/۶	بلی	نزدیکی	علت
-	-	۰	خیر		
۰/۹۱	۷/۳	-۰/۷۵	بلی	تخصص و کیفیت	
-	-	۰	خیر		
۰/۸۱	۷/۳	۱/۷	بلی	ارجاع	
-	-	۰	خیر		
۰/۹۲	۷/۶۱	۰/۷۲	بلی	پیرو مراجعه قبلی	
-	-	۰	خیر		
۰/۴۸	۹/۷	-۶/۹	بلی	مرتبط با بیمه	
-	-	۰	خیر		
۰/۵۵	۷/۸	۴/۶	بلی	هزینه کمتر	
-	-	۰	خیر		
۰/۰۱۵	۲/۰۵	-۵/۰۲	بلی	دنتیشن فانکشنال	
-	-	۰	خیر		

a: مبنا در نظر گرفته شده است.

بحث

اطلاعات به دست آمده از شاخص‌های کلینیکی به کار می‌روند تا محدودیت‌های ایجاد شده به صورت تأثیرات عملکردی، روانی و اجتماعی ناشی از بیماری‌های دهان و دندان در جوامع مختلف مورد بررسی قرار بگیرند.^(۱۵) در مطالعه حاضر شاخص OIDP در ۳۸۳ نفر از افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های دولتی و خصوصی شهر مشهد در سال ۱۳۹۳ گزارش شد و رابطه آن با سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت دنتیشن فانکشنال و

معاینات کلینیکی دندانپزشکی به تنهایی قادر به تعیین نیازهای احساس شده توسط بیمار، در مورد سلامت دهان نیستند. در راستای آشنایی با نیازهای درک شده توسط بیماران در زمینه سلامت دهان و دندان، شاخص ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHRQL) به کار برده می‌شود. در حال حاضر شاخص‌های غیربالینی مرتبط با سلامت دهان به صورت گسترده‌ای برای تکمیل

بالاتر شاخص OHIP نامطلوب‌تر می‌گردید. در مطالعه کاکوئی و همکاران^(۱۶) نیز مطالعه حاضر بین نمره OIDP و سن، جنس، سطح تحصیلات و درآمد رابطه‌ای مشاهده نشد. در مطالعه محبی و همکاران^(۱۵) در بررسی شاخص OIDP در مراجعه کنندگان به دانشکده دندانپزشکی تهران، افزایش سن و کاهش تحصیلات به طور معنی‌داری باعث افزایش اثر مشکلات دهانی بر فعالیت روزمره افراد می‌شد که مغایر با یافته‌های ما می‌باشد. با این حال این مطالعه، مشابه مطالعه ما تفاوت معنی‌داری بین دو جنس زن و مرد در میزان اثر مشکلات دهانی بر زندگی روزمره دیده نشد. در ارتباط با رابطه بین سطح تحصیلات و شاخص OIDP، در مطالعه کاکوئی و همکاران^(۱۶) مشابه مطالعه ما رابطه‌ای مشاهده نشد. در مطالعه Hage و همکاران^(۱۸) نیز رابطه معنی‌داری بین سطح تحصیلات و میزان کیفیت زندگی مشاهده نشده است. برخلاف مطالعات حاضر، در مطالعات محبی^(۱۵) و Sheiham و Srisilapanan^(۱۹) با افزایش سطح تحصیلات، وضعیت شاخص OIDP بهتر شده بود. شایان ذکر است در مطالعه ما اغلب افراد شرکت کننده (چه در کلینیک‌های دولتی و چه در کلینیک‌های خصوصی) دارای تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم بودند. تعداد بسیار اندکی از افراد، بیسواد یا دارای تحصیلات فوق لیسانس به بالا بودند. در مورد رابطه سن با شاخص OIDP در مطالعه ما رابطه معنی‌دار دیده نشد. در مطالعه ما حداکثر سن افراد مورد مطالعه ۴۵ سال بود. در مطالعه Astrom^(۸) نیز نتایج مشابه بود. در این مطالعه، شرایط سلامت دهان بر روی فعالیت روزانه افراد سالمند نروژی اثر کمی داشته است. اما در مطالعه John^(۲۰) با استفاده از شاخص Oral Health Impact Profil (OHIP) به این نتیجه رسیدند که وضعیت این شاخص در افراد مسن‌تر نامطلوب‌تر است. علت متفاوت بودن نتایج مطالعه

تجربه پوسیدگی (DMFT) مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه ما ۲ کلینیک دولتی و ۵ کلینیک خصوصی در سطح شهر مشهد مورد بررسی قرار گرفت. کلینیک‌هایی وارد مطالعه می‌شدند که درمان‌های تخصصی و عمومی در آنها انجام می‌شد. میانگین سن، DMFT و فراوانی جنسیت و سطح تحصیلات در مراجعین به کلینیک‌های دولتی و خصوصی تفاوتی نداشت. یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر، عدم وجود تفاوت معنی‌دار در زمینه سطح تحصیلات بین مراجعین به دو نوع کلینیک بود. تفاوت بین دو کلینیک از لحاظ علت مراجعه دیده شد. در مطالعه ما علت اکثر مراجعات به کلینیک‌های دولتی ارجاع به خاطر تخصصی بودن خدمت و در کلینیک‌های خصوصی کیفیت خدمت ذکر شده بود. در یافته‌های ما شاخص OIDP تفاوت معنی‌داری را در کلینیک دولتی در مقایسه با خصوصی نشان داد به این صورت که میانگین شاخص در کلینیک دولتی بیشتر بود که این تفاوت بیشتر در مورد عملکرد لبخند زدن بود. در یک مطالعه مشابه در شهر کرمان توسط کاکوئی و همکاران^(۱۶) انجام شد، مراجعین به کلینیک دولتی نمره OIDP بالاتری را نسبت به افراد مراجعه کننده به کلینیک خصوصی نشان دادند که مشابه با نتایج مطالعه حاضر بود.

در این مطالعه تنها رابطه دنتیشن فانکشنال با شاخص OIDP و آن هم تنها در کلینیک خصوصی معنی‌دار بود، بدین صورت که عدم وجود دنتیشن فانکشنال در افراد باعث افزایش شاخص OIDP می‌شد؛ یعنی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در افراد فاقد دنتیشن فانکشنال، نامطلوب‌تر شده بود. در ارتباط با نمره کیفیت زندگی دنتیشن فانکشنال در مطالعه متاآنالیز Gerritsen^(۱۷) رابطه‌ای بین OHIP و وجود دنتیشن فانکشنال مشاهده شد، بدین صورت که حضور تعداد کمتر دندان‌ها، باعث ایجاد نمره

همچنین مطالعاتی که در ایالات متحده آمریکا و استرالیا انجام شده است نشان داده است که طبقه پایین تر اجتماعی به طور معنی داری با میزان متوسط تا ضعیف سلامت دهان در ارتباط است.^(۲۲،۲۳) در زمینه فراوانی مشکلات گزارش شده در مطالعه حاضر، ۹۸ درصد از افراد مورد مطالعه حداقل یک محدودیت عملکردی ناشی از بیماری دهان و دندان را گزارش کردند که در مطالعه محبی و همکاران^(۱۵) این میزان ۸۵/۶ درصد گزارش شد. فراوانی افراد دارای محدودیت عملکردی در آن بیماری دهان و دندان در مطالعه دری و همکاران^(۵)، ۶۴/۹ درصد بود. تفاوت مطالعه ما با مطالعه دری می تواند به دلیل تفاوت در جمعیت مورد مطالعه باشد. به این صورت که در مطالعه دری^(۵) جمعیت مورد مطالعه زائرین حرم امام رضا (ع) بودند نه افرادی که به کلینیک های دندانپزشکی مراجعه کرده بودند.

یافته های گزارش شده در مطالعه حاضر و دیگر مطالعات مربوط به جمعیت ایرانی تفاوت زیادی با ارقام اعلام شده توسط برخی از کشورهای توسعه یافته مانند نروژ، که جمعیت آنها از سطح بالای سلامت دهان و دندان برخوردار است، دارد.^(۸) در مطالعه حاضر محدودیت در عملکرد غذا خوردن، بیشترین فراوانی را در هر دو کلینیک دولتی و خصوصی به خود اختصاص داده بود. در مطالعه محبی و همکاران^(۱۵)، دری و همکاران^(۵)، Astrom^(۸) و Kida و Anderson^(۶) این یافته مشابه مطالعه ما بود. در مطالعه حاضر اکثر افراد مراجعه کننده به کلینیک های دولتی با شدت متوسط بیان می کردند و در حالی که بیماران کلینیک خصوصی بیشتر درصد متوسط و در نسبتاً شدید بود، که این مشکل بیشتر به دلیل درد دندان در هر دو کلینیک بود. در مطالعه محبی و همکاران^(۱۵) نیز بیشترین اختلال مربوط به درد دندان بود. دومین فراوانی

حاضر شاید بدین دلیل بوده که در مطالعه ما حداکثر سن ۴۵ سال در نظر گرفته شده بود در صورتی که به نظر می رسد افرادی با سنین بالاتر که فاقد دندان های طبیعی و اکثراً دارای دست دندان هستند مشکلات بیشتری را در غالب نیازهای جویدن و غذایی خود بیان می کنند که می تواند روی سایر جنبه های زندگی افراد مسن تأثیر زیادی داشته باشد. در این مطالعه شاخص DMFT افراد در هر دو کلینیک دولتی و خصوصی بررسی شد که رابطه معنی داری بین شاخص DMFT و نوع کلینیک مشاهده نشد. اجزای شاخص DMFT به تفکیک D, M, F نیز بین دو کلینیک تفاوتی را نشان ندادند. شاید بتوان اینگونه نتیجه گیری کرد که به دلیل تشابه سطح تحصیلی مراجعین به دو نوع کلینیک، شاخص تجربه پوسیدگی دندان آنها مشابه بود. در مطالعات مختلف نتایج متناقضی از ارتباط شاخص OIDP و درآمد بیان شده است. با توجه به اینکه یافتن ارتباط بین متغیر درآمد با سایر متغیرهای مطالعه می تواند با محدودیت هایی از قبیل بیشتر و یا کمتر از حد واقعی گزارش کردن، فقدان استاندارد برای سطوح درآمدی کم برخوردار، متوسط و برخوردار در مقاطع زمانی مختلف در کشور در پایگاه های اطلاعاتی آمار معتبر همراه باشد، تمرکز بیشتر بر متغیر سطح تحصیلات و ارتباط آن با متغیرهای وابسته مطالعه قرار گرفت. در مطالعه حاضر در زمینه تحصیلات نیز رابطه معنی دار بین دو دسته کلینیک مشاهده نشد. در مطالعه Guarnizo-Herreno و Carol^(۲۱) در رابطه با وضعیت اقتصادی- اجتماعی افراد و مفهوم کیفیت زندگی متغیر تحصیلات، طبقه شغلی و درآمد خانوادگی سنجیده شد. در این مطالعه نتیجه گیری شد تأثیر قرار گرفتن در وضعیت درآمدی پایین تر یا در گروه تحصیلی پایین تر در بین افراد جوان بیشتر بوده و با افزایش سن این اثر کاهش یافته است.

زندگی مرتبط با سلامت دهان در افراد مراجعه کننده به کلینیک خصوصی مطلوب تر از دولتی بود. همچنین تنها رابطه دنتیشن فانکشنال با شاخص OIDP در کلینیک خصوصی معنی دار بود. در نتیجه فقدان دنتیشن فانکشنال باعث ایجاد نمره بالاتر OIDP شده و اثر بیشتری بر روی کیفیت زندگی افراد داشت. در ارتباط با شاخص DMFT تفاوتی در مراجعین به دو نوع کلینیک دولتی و خصوصی مشاهده نشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی به شماره ۲۷۳۵ می باشد. بدین وسیله مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعلام می داریم.

"اثرات وضعیت دهان بر فعالیت روزانه"

آیا مشکلات دهان، دندان‌ها یا دندان مصنوعی در شش ماه گذشته شما را در ارتباط با این موارد (موارد مندرج در جدول پرسشنامه) دچار مشکل کرده اند یا خیر؟
سؤال ۱: آیا در شش ماه گذشته مشکلی (رفتاری/فعالیتی) به علت مشکلات ناشی از دهان، دندان‌ها یا دندان مصنوعی داشته اید؟ به صورت آری یا خیر پاسخ دهید.
برای هر فعالیتی که پاسخ آری است سؤالات ۲-۶ را بپرسید.

سؤال ۲: آیا شما این مشکل (رفتاری/فعالیتی) را در کل مدت این شش ماه به صورت منظم داشته اید یا فقط در قسمتی از این دوره شش ماهه با آن مواجه بوده اید؟ فقط یکی از دو گزینه را انتخاب کرده سپس سؤال مشخص شده، ۳ یا ۴ را بپرسید.

کد ۱، سؤال ۳ را بپرسید.	به صورت منظم در شش ماه گذشته
-------------------------	------------------------------

گزارش شده مربوط به محدودیت در عملکرد تمیز کردن دندان‌ها بیشتر به دلیل ترمیم معیوب در هر دو کلینیک دولتی و خصوصی بود. در مطالعه Kida و Anderson^(۱) که در جمعیت تانزانایی انجام شده بود نیز، دومین محدودیت بعد از غذا خوردن مربوط به تمیز کردن دندان‌ها بود. این محدودیت بیشتر به دلیل خونریزی و درد دندان بود. در مطالعه حاضر سومین فراوانی محدودیت عملکردی گزارش شده توسط مراجعین به هر دو کلینیک مربوط به مشکل در لبخند زدن بود و دلیل این محدودیت بیشتر موقعیت نامطلوب دندان‌ها ذکر شده بود. در حالی که در مطالعه Kida و Anderson^(۱) این محدودیت بیشتر مربوط به درد دندان اعلام شده بود. در مطالعه دری^(۶) سومین فراوانی محدودیت عملکردی مربوط به بیرون رفتن برای کار بود. با توجه به یافته‌های این مطالعه به نظر می‌رسد دندانپزشکان بهتر است به بهبود عملکرد غذا خوردن و لبخند زدن بیماران دندانپزشکی توجه بیشتری نمایند که این مهم با حفظ و بازسازی دنتیشن فانکشنال برای بیماران تامین خواهد شد. در ضمن دندانپزشکان بهتر است ترمیم‌هایی را برای بیماران فراهم کنند که بیمار به سادگی بتواند دندان ترمیم شده را تمیز نماید.

همچنین از آنجا که در مطالعه حاضر بین وجود دنتیشن فانکشنال و شاخص OIDP در کلینیک خصوصی ارتباط مستقیم معنی دار وجود داشت به نظر می‌رسد که اگر بیمه‌های دندانپزشکی خدماتی که منجر به حفظ و بازسازی دنتیشن فانکشنال می‌شود را حمایت نمایند در جهت مطلوب تر شدن کیفیت عملکرد روزانه افراد گام مهمی بر داشته خواهد شد.

نتیجه گیری

در این مطالعه میانگین شاخص OIDP در بیماران کلینیک‌های دولتی بیشتر بوده است. بدین معنا که کیفیت

کد ۲، سؤال ۴ را پرسید.	فقط در قسمتی از شش ماه گذشته
---------------------------	---------------------------------

سؤال ۳: در طول شش ماه گذشته، هر چند وقت یکبار این مشکل (رفتاری/فعالیتی) را داشته اید؟

۵ تقریباً هر روز

۴ تقریباً ۳-۴ بار در هفته

۳ تقریباً ۱-۲ بار در هفته

۲ تقریباً ۱-۲ بار در هفته

۱ کمتر از یک بار در ماه

۹ نمی‌دانم

• کد پاسخ را در جدول زیر سؤال ۳ وارد کنید. سپس سؤال ۵ را پرسید.

سؤال ۴: در طول ۶ ماهه گذشته، برای چه مدت مشکل مزبور (فعالیتی/رفتاری) را احساس می‌کردید؟

۵ برای بیش از ۶ ماه

۴ برای مدت ۲-۳ ماه

۳ برای مدت ۱-۲ ماه

۲ برای مدت ۶ روز تا یک ماه

۱ برای مدت ۵ روز یا کمتر

۹ نمی‌دانم

• کد پاسخ را در جدول زیر سؤال ۴ وارد کنید. سؤال ۵ را پرسید.

سؤال ۵: اعداد ۰-۵ را در نظر بگیرید. عدد ۰ نشاندهنده "بی اثر بودن" و عدد ۵ نشانگر مشکل بسیار شدید و حاد می‌باشد. حال با کمک این اعداد مشخص کنید،

مشکل فوق (فعالیتی/رفتاری) چقدر روی زندگی روزمره شما اثر گذاشته است؟

۰. هیچ اثری نداشته است

۱. یک اثر خیلی کم

۲. یک اثر نسبتاً کم

۳. یک اثر متوسط

۴. یک اثر نسبتاً شدید

۵. یک اثر خیلی شدید

۹. نمی‌دانم

• کد پاسخ را در جدول زیر سؤال ۵ وارد کنید. سؤال ۶ را پرسید.

سؤال ۶: اینک می‌خواهیم شرایط خاصی را که باعث بروز این مشکل شده اند را بررسی کنیم. کدامیک از شرایط دهانی زیر مشکل فوق (فعالیتی/رفتاری) را برای شما به وجود آورده است؟

(۱) حساسیت دندان

(۲) پوسیدگی دندان، سوراخ شدن دندان

(۳) شکستگی دندان

(۴) از دست دادن (کشیدن دندان)

(۵) لقی دندان

(۶) رنگ گرفتگی (بد رنگی دندان)

(۷) موقعیت دندانها (دندانهای نامرتب، فاصله دار یا

بیرون زده)

(۸) شکل و اندازه نامناسب دندانها

(۹) خونریزی از لثه‌ها

(۱۰) تورم لثه (آبسه لثه)

(۱۱) تحلیل لثه

(۱۲) جرم دندان

(۱۳) زخم مخاط دهان

(۱۴) بوی بد دهان

(۱۵) بدشکلی‌های دهان و صورت (شکاف لب یا کام)

(۱۶) وجود صدا در مفاصل فک

(۱۷) ترمیم یا روکش نامطلوب دندان (مثل شکستگی ترمیم

یا بدرنگی آن)

(۱۸) دندان مصنوعی نامناسب و یا لق

(۱۹) پلاک ارتدنسی

(۹۹) نمی دانم

(۲۰) فرسایش دندانها

• کد پاسخ را در جدول زیر سوال ۶ وارد کنید. شما

(۲۱) دندان درد

می توانید چندین پاسخ را انتخاب کنید. در اینصورت کد

(۱) دلایل دیگر (لطفا مشخص بفرمایید)

تک تک آنها را به ترتیب اهمیت وارد کنید.

جدول پرسشنامه

س ۶	س ۵	س ۴	س ۳	س ۲	س ۱	
		چقدر؟ (شدت)	چندبار	فقط در قسمتی از ۶ ماه گذشته	به صورت منظم در ۶ ماه گذشته	آری خیر
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	غذا خوردن
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	واضح صحبت کردن
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	تمیز کردن دندانها یا دندان مصنوعی
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	انجام فعالیت های سبک فیزیکی، مثل کار در منزل
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	بیرون رفتن مثلا برای خرید یا ملاقات دیگران
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	خوابیدن
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	استراحت کردن
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	لبخند زدن، خندیدن، نشان دادن دندانها بدون ناراحتی و خجالت
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	شرایط احساسی، مثلا زودتر از معمول ناراحت شدن
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	لذت بردن از تماس با دیگران مثل دوستان، بستگان و همسایگان
				← ۴ ۲	← ۳ ۱	انجام فعالیت های مربوط به شغل و کار

منابع

- Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A socio-dental approach to assessing dental needs of children: concept and models. Int J Paediatr Dent 2006; 16(2): 81-8.

2. De Oliveira CM, Sheiham A. The relationship between normative orthodontic treatment need and oral health related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(6): 426-36.
3. Wong M, Edward L, Anne S. Validation of a Chinese version of the oral health impact profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(6): 423-30.
4. Supreda A, 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.
5. Dorri M, Sheiham A, Tsakos G. Validation of a Persian version of the OIDP index. *BMC Oral Health* 2007; 7(1):1-7.
6. Kida O, Anderson I. Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of oral impacts on daily performance (OIDP) in a population of older Tanzanians. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006; 4(1): 56.
7. Se-Hwan J. Korean version of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) scale in elderly populations: Validity, reliability and prevalence. *Health Quality Life Outcomes* 2008; 6(1): 17.
8. Åström AN. Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: Validity, reliability and prevalence estimates. *Eur J Oral Sci* 2005; 113(4): 289-96.
9. 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. *Gerodontol* 2001; 18(2): 121-30.
10. Pickering J, Haworth J, Graham H. Is Wellbeing Local or Global? A Perspective from Ecopsychology. In: *Individual, Community and Social Perspectives*. 1st ed. UK: Palgrave Macmillan; 2007: P. 149-62.
11. Field JE, Peck E. Public- private partnerships in healthcare: The managers' perspective. *Health Soc Care Community* 2003; 11(6): 494-501.
12. Barsby M, Hellyer P, Schwarz W. The qualitative assessment of complete dentures produced by commercial dental laboratories. *Br Dent J* 1995;179(2): 51-7.
13. Forss H, Widström E. Factors influencing the selection of restorative materials in dental care in Finland. *J Dent* 1996; 24(4): 257-62.
14. Bagheri Lankarani K, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J Islam Repub Iran* 2013; 27(1): 42-9.
15. Mohebbi S, Sheikhzadeh S, Bayanzadeh M, Batebizadeh A. Oral impact on daily performance (oidp) index in patients attending patients clinic at dentistry school of Tehran University of Medical Sciences. *JDM* 2012; 25(2): 135-41.
16. Kakoei, Shahla, Mostafa Shokoohi, and Hamideh Barghi. "Oral impact on daily performance in Iranian adults." *Journal of Oral Health and Oral Epidemiology* 2013; 2(1): 6-12.
17. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ, Anneloes E. Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8(126): 552.
18. Haye BMG, Regina RR, Edgard MC, Amorim ML, Amorim MMO. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Braz Oral Res* 2008; 22(1): 36-42.
19. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontol* 2001; 18(2): 102-3.
20. John MT. Dimensions of oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2004; 83(12): 956-60.
21. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Fuller E, Steele JG, Shen J, Morris S, Wildman J, Tsakos G, Carol C. Socioeconomic position and subjective oral health: Findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC Pub Health* 2014; 14(1): 827.
22. Borrell LN, Baquero MC: Self-rated general and oral health in New York City adults: Assessing the effect of individual and neighborhood social factors. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 361-71.
23. Borrell LN, Taylor GW, Borgnakke WS, Woolfolk MW, Nyquist LV. Perception of general and oral health in White and African American adults: Assessing the effect of neighborhood socioeconomic conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(5): 363-73.