

مقایسه نیازهای بهداشتی درمانی دهان و دندان سالمندان مقیم و غیر مقیم در خانه سالمندان شهرستان یزد

حسن عقیلی^۱، حکیمه احدیان^۲، محمدحسین باقیانی مقدم^۳

چکیده

مقدمه: کهولت سن پدیده‌ای است که تحقق آن مستلزم وجود شرایط مناسب زیستی است. بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ تعداد افراد بالای ۷۰ سال به مرز ۵۸۵ میلیون نفر رسیده، که ۹ درصد جمعیت جهان را در بر می‌گیرد و پیامد آن مشکلات مربوط به مراقبت، نگهداری، بهداشت و تأمین مایحتاج سالمندان خواهد بود؛ به طوری که مشکلات دهان و دندان یکی از مسایل اولیه در میان سالمندان است. هدف از انجام این تحقیق تعیین نیازهای بهداشتی درمانی دهان و دندان در سالمندان بود.

روش‌ها: این مطالعه با روش توصیفی - مقطعی به منظور مقایسه نیازهای سالمندان مقیم و غیر مقیم در خانه سالمندان انجام شد. ۷۷ نفر گروه اول از ساکنین خانه سالمندان و ۷۴ نفر گروه دوم از افراد غیر مقیم، بر طبق پرسش‌نامه از قبل تعیین شده، مورد معاینه و بررسی قرار گرفتند و اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون χ^2 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: دو گروه در متغیر مشکلات دهان و دندان اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($P = 0/6$)، ولی از نظر متغیرهای تمایل به درمان ($P = 0/0001$)، نیاز به درمان ($P = 0/0001$)، پوسیدگی دندان ($P = 0/049$)، وضعیت بی‌دندانی ($P = 0/009$)، دندان مصنوعی ($P = 0/0001$) و دفعات مسواک زدن در روز ($P = 0/0001$) بین گروه غیر مقیم و مقیم اختلاف معنی‌دار مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، هر دو گروه نیازمند به توجه بیشتر به وضعیت سلامت دهان و دندان می‌باشند و این امر ضرورت ارتقای مراقبت‌های بهداشتی دهان را هر چه بیشتر آشکار می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: نیازهای بهداشتی، دهان و دندان، خانه سالمندان، یزد.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۱۹/۱/۱۶

پذیرش مقاله: ۱۹/۱/۲۳

مقدمه

با این که از نظر سال‌خوردگی، برنامه‌های پیش‌گیری ویژه‌ای وجود ندارد که قابل عرضه در یک سازمان بهداشت عمومی باشد، اما بهداشت عمومی می‌تواند در مقیاس وسیعی در حل مسایل ناشی از معلولیت و وابستگی در میان سالمندان، کمک کند (۱). بهداشت دهان و دندان یکی از اجزای مراقبت اولیه بهداشتی (PHC یا Primary Health Care) می‌باشد (۳).
لدرمن اظهار کرد که این وظیفه متخصصین و دست

سال‌خوردگی، در حقیقت یک مسأله بهداشتی نیست، بلکه یک فرایند فیزیولوژیک غیر قابل اجتناب است، که احتمال بروز مسایل بهداشتی را افزایش می‌دهد (۱). پیری به عنوان یکی از دوره‌های عمر انسان، نوعی بلوغ بیولوژیکی، جسمی، روانی و کمال یافتگی است و به عبارت دیگر یک سرنوشت زیست‌شناختی است که واقعیتی طولانی‌تر از تاریخ دارد (۲).

۱- استادیار، گروه ارتودنسی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: baghianimoghadam@yahoo.com

۲- استادیار، گروه بیماری‌های دهان و تشخیص، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۳- دانشیار، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

آموزش بهداشت در خانه سالمندان هم می‌تواند بسیار موفقیت‌آمیز باشد.

با در نظر گرفتن اهمیت بهداشت دهانی و مشکلات دندانی سالمندان که نقش عمده‌ای در سلامت عمومی این افراد دارد و با توجه به توانایی جسمی و روانی و ضعف مادی سالمندان مقیم در خانه سالمندان، هدف از انجام این تحقیق ارزیابی وضعیت دهان و دندان و نیازهای دندان‌پزشکی افراد مقیم در خانه سالمندان و گروه‌های هم سن غیر مقیم و مقایسه آن‌ها بود. امید است که این تحقیق بتواند راه گشای ارائه خدمات مناسب بهداشت دهان و دندان‌پزشکی برای این گروه محروم و تا حدی فراموش شده در اجتماع باشد.

روش‌ها

این مطالعه با روش توصیفی - مقطعی انجام گرفت. گروه اول شامل ۷۷ نفر از افراد ۷۰ سال به بالای مقیم در خانه سالمندان شهر یزد بود که دارای توانایی پاسخ دادن به سؤالات تحقیق، تمایل به مصاحبه، انجام معاینه و همکاری بودند که با کسب مجوز از اداره کل بهزیستی استان و مدیریت خانه سالمندان نمونه‌ها به صورت سرشماری با در نظر گرفتن معیارهای فوق انتخاب شدند. گروه دوم که دارای معیارهای ورود مشابه با گروه اول بودند، از بین افراد هم سن که در خانواده مقیم بودند با روش نمونه‌گیری QUOTA از نوع متناسب (Proportional) انتخاب گردیدند. روش جمع‌آوری اطلاعات مشتمل بر پرسش‌نامه از قبل تعیین شده بود، که به همراه مصاحبه و معاینه بالینی داخل دهانی در زیر نور مصنوعی، آینه، سوند و دستکش یک بار مصرف انجام شد.

افراد مورد بررسی جهت معاینه به صورت نشسته روی صندلی جهت دید کافی بهتر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

متغیرهای تحقیق شامل تعداد دفعات مسواک زدن، استفاده از خمیردندان، مشکلات دهانی، دندانی و خونریزی از لثه، بیماری‌های لثه، سوزش دهان و لقی دندان‌های طبیعی و مصنوعی، التهاب زیر دست دندان، پوسیدگی دندانی، وجود دندان مصنوعی از یک یا چند دندان، وجود دست دندان مصنوعی، تمایل به درمان، نیاز به درمان، آگاهی از بهداشت

اندرکاران رشته دندان‌پزشکی است که همراه با آموزش کافی، کل جامعه را به شرکت مستمر در برنامه‌های دندان‌پزشکی پیش‌گیری تشویق و ترغیب نمایند (۴).

WHO (World Health Organization) با همکاری IDF (International Dental Federation) در سال ۱۹۸۲ اهداف زیر را برای سال ۲۰۰۰ میلادی اعلام نمود:

- استقرار سیستم اطلاعات پایه برای نمایش تغییرات بهداشت دهان و دندان،

- ۲۵ درصد بی‌دندانی در افراد ۶۵ ساله و بالاتر باید کاهش

یابد،

- ۵۰ درصد بی‌دندانی در افراد ۳۵-۴۴ ساله باید کاهش یابد،

- ۸۵ درصد از افراد جمعیت ۱۸ ساله باید همه دندان‌های

خود را داشته باشند.

- میزان متوسط DMF (Decayed-missing-filled)

دندان‌ها در کودکان ۱۲ ساله نباید کمتر از ۳ باشد.

- ۵۰ درصد از کودکان ۵-۶ ساله باید بدون پوسیدگی دندان

باشند (۵).

از دست دادن دندان‌ها به خصوص از دست دادن همه دندان‌ها یا بی‌دندانی نهایت شکست یا معادل مرگ دندان‌هاست. به همین سبب از دست دادن دندان‌ها مهم‌ترین حالت دهان است و آن همچنین منعکس کننده رفتار سالمند، دندان‌پزشکان، توانایی و دسترسی به مراقبت‌های دندانی مانند توانایی مالی و ارزش به کارگیری روش‌های مختلف پیش‌گیری از بیماری‌های دهان و دندان می‌باشد (۶). باید در جهت ارتقای بهداشت سالمندان برنامه‌های گسترده آموزشی پیاده شود و این برنامه‌ها احتیاج به حمایت مالی دارد. آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی می‌تواند از بیماری‌های دهان و دندان پیش‌گیری کند و به همین دلیل آموزش بهداشت دهان و دندان می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد (۷). آموزش بهداشت دهان و دندان در سطح آسایشگاه‌ها و خانواده‌ها برای سالمندان از طریق رسانه‌های گروهی و در طی برپایی سمینارهای بهداشتی نمونه‌هایی از آموزش بهداشت در سطح جامعه است (۸). پزشکان و پرستاران و مراقبین بهداشت می‌توانند توصیه‌های بهداشتی را بهتر به سالمندان برسانند.

نیاز به درمان در ۶/۸ و ۳۳/۸ درصد از افراد به ترتیب در گروه دوم و اول وجود داشت که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۰۱$).

بر طبق جدول ۲، پوسیدگی دندان در ۳۵/۱ و ۲۰/۸ درصد از افراد گروه دوم و اول مشاهده گردید، که از نظر آماری اختلاف آن معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۴۹$) و از نقطه نظر دارا بودن دندان طبیعی بدون هیچ گونه دندان مصنوعی در دهان در گروه دوم و اول به ترتیب ۲۳ و ۸/۷ درصد بود که از نظر آماری اختلاف آماری معنی‌دار داشتند ($P = ۰/۰۰۹$). ۶۰/۸ درصد از گروه دوم و ۲۲/۱ درصد از گروه اول دندان مصنوعی داشتند، که اختلاف فراوانی آن در دو گروه متفاوت بود ($P = ۰/۰۰۰۱$).

بر طبق جدول ۳، متغیرهای آگاهی از بهداشت دهان و دندان، استفاده از خمیردندان و مسواک، دفعات مسواک زدن در گروه دوم و اول اختلاف معنی‌دار داشتند ($P = ۰/۰۰۰۱$) برای تمامی موارد فوق).

دهان و دندان، سکونت در خانه سالمندان به صورت شبانه‌روزی و سکونت در خانواده بودند و اطلاعات حاصله با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آنالیز آماری χ^2 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. مقیاس آگاهی‌سنجی، پاسخ به سؤال مربوطه بود و برای دفعات مسواک زدن در روز از مقیاس‌های هیچ، یک، دو و سه بار در روز استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی وضعیت نیازهای بهداشتی درمانی دهان و دندان در ۷۷ نفر از افراد مقیم در خانه سالمندان و ۷۴ نفر افراد غیر مقیم مشابه به شرح زیر می‌باشد. بر طبق جدول ۱، فراوانی نسبی مشکلات دهانی-دندانی، لقی، سوزش دهان، خونریزی از لثه و بیماری‌های لثه در گروه دوم ۱۶/۲ و در گروه اول ۱۹/۵ درصد بود، که اختلاف آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ($P = ۰/۶$). تمایل به درمان در گروه دوم ۵۶/۸ و در گروه اول ۳۳/۴ درصد بود، که اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ($P = ۰/۰۰۰۱$) و

جدول ۱. توزیع فراوانی مشکلات و نیازهای درمانی سالمندان ساکن در خانواده و خانه سالمندان

متغیرها	محل اقامت	خانواده		خانه سالمندان		جمع		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مشکلات دهان و دندان	دارد	۱۲	۱۶/۲	۱۵	۱۵	۲۷	۱۷/۹	۰/۶
	ندارد	۶۲	۸۳/۸	۶۲	۶۲	۱۲۴	۸۲/۱	
	جمع	۷۴	۱۰۰	۷۷	۷۷	۱۷۱	۱۰۰	
تمایل به درمان	بلی	۴۲	۵۶/۸	۱۸	۱۸	۶۰	۳۹/۷	۰/۰۰۰۱
	خیر	۳۲	۴۳/۲	۵۹	۵۹	۹۱	۶۰/۳	
	جمع	۷۴	۱۰۰	۷۷	۷۷	۱۵۱	۱۰۰	
نیاز به درمان	یکبار	۵	۶/۸	۲۶	۲۶	۳۱	۲۰/۵	۰/۰۰۰۱
	دوبار	۶۹	۹۳/۲	۵۱	۵۱	۱۲۰	۷۹/۵	
	سه بار	۷۴	۱۰۰	۷۷	۷۷	۱۵۱	۱۰۰	
	هیچ بار	۱۲	۱۶/۲	۱۵	۱۵	۲۷	۱۷/۹	
	جمع	۶۲	۸۳/۸	۶۲	۶۲	۱۲۴	۸۲/۱	

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت دندان‌های سالمندان ساکن در خانواده و خانه سالمندان

متغیرها	محل اقامت	خانواده		خانه سالمندان		جمع		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پوسیدگی دندان	دارد	۲۶	۳۵/۱	۱۶	۲۰/۸	۴۲	۲۷/۸	۰/۰۴۹
	ندارد	۴۸	۶۴/۹	۶۱	۷۹/۲	۱۰۹	۷۲/۲	
	جمع	۷۴	۱۰۰	۷۷	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰	
وضعیت داشتن دندان	بلی	۱۷	۲۳	۶	۸/۷	۲۳	۱۵/۲	۰/۰۰۹
	خیر	۵۷	۷۷	۷۱	۹۲/۲	۱۲۸	۸۴/۸	
	جمع	۷۴	۱۰۰	۷۷	۵۱	۱۵۱	۱۰۰	
دندان مصنوعی	یکبار	۴۵	۶۰/۸	۱۷	۲۲/۱	۶۲	۴۱/۱	۰/۰۰۰۱
	دوبار	۲۹	۳۹/۲	۶۰	۷۷/۹	۸۹	۵۸/۹	
	سه بار	۷۴	۱۰۰	۷۷	۵۱	۱۵۱	۱۰۰	
	هیچ بار	۲۶	۳۵/۱	۱۶	۲۰/۸	۴۲	۲۷/۸	
	جمع	۴۸	۶۴/۹	۶۱	۷۹/۲	۱۰۹	۷۲/۲	

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت آگاهی و عملکرد نسبت به بهداشت دهان و دندان در سالمندان ساکن در خانواده و خانه سالمندان

متغیرها	محل اقامت	خانواده		خانه سالمندان		جمع		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آگاهی	دارد	۷۱	۹۵/۹	۲۶	۳۳/۸	۹۷	۶۴/۲	۰/۰۰۰۱
	ندارد	۳	۴/۰۵	۵۱	۶۶/۲	۵۴	۳۵/۸	
	جمع	۷۴	۱۰۰	۷۷	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰	
استفاده از مسواک و خمیردندان	بلی	۶۶	۸۹/۲	۱۴	۱۸/۲	۸۰	۵۳	۰/۰۰۰۱
	خیر	۸	۱۰/۸	۶۳	۸۱/۸	۷۱	۴۷	
	جمع	۷۴	۱۰۰	۷۷	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰	
دفعات مسواک زدن در روز	یکبار	۳۱	۴۱/۹	۴	۵/۲	۳۵	۲۳/۲	۰/۰۰۰۱
	دوبار	۲۷	۳۶/۵	۵	۶/۵	۳۲	۲۱/۲	
	سه بار	۸	۱۰/۸	۵	۶/۵	۱۳	۸/۶	
	هیچ بار	۸	۱۰/۸	۶۳	۸۱/۸	۷۱	۴۷	
	جمع	۷۴	۱۰۰	۷۷	۱۰۰	۱۵۱	۱۰۰	

بر طبق اطلاعات همین جدول، ۹۵/۹ درصد از افراد گروه دوم و ۳۳/۸ درصد از افراد گروه اول دارای آگاهی از بهداشت دهان و دندان بودند و ۸۹/۲ درصد از افراد گروه دوم از خمیردندان و مسواک جهت دندان‌های طبیعی یا مصنوعی خود استفاده می‌نمودند. در حالی که فقط ۱۸/۲ درصد از افراد

گروه اول این عملکرد را داشتند. دفعات مسواک زدن حداقل یک بار در روز در ۴۱/۹ درصد از افراد گروه دوم و ۵/۲ درصد از افراد گروه اول وجود داشت و ۱۰/۸ درصد از افراد گروه دوم و ۸۱/۸ درصد از افراد گروه اول مسواک نمی‌زدند.

بحث

در حال حاضر پژوهش در طب سالمندان بخش قابل توجهی از مطالعات را در جهان به خود اختصاص می‌دهد و این گروه سنی که درصد آن‌ها در حال افزایش است، به عنوان یکی از گروه‌های هدف در طرح‌ریزی‌های بهداشتی عنوان می‌شود (۹). در مطالعه حاضر مشکلات دهان و دندان در دو گروه مورد تحقیق تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. ولی در ۱۶/۲ درصد از افراد گروه غیر مقیم و ۱۹/۵ درصد از افراد گروه مقیم وجود داشت و در بین دو گروه تفاوتی نداشت که با مطالعه King و Kapadia در کشور Fiji مطابقت دارد. در این مطالعه تمایل به درمان در گروه غیر مقیم بیشتر از گروه مقیم است که با مطالعه King و Kapadia مطابقت دارد (۱۰). Soini و همکاران در فنلاند نیاز به درمان را در گروه مقیم در خانه سالمندان ۲۰ درصد و در گروه ساکن در خانواده ۱۰ درصد گزارش نمودند، که علت اختلاف با مطالعه حاضر می‌تواند تفاوت عوامل شناختی و بهداشتی در دسترس باشد، که در هر دو گروه فنلاندی کمتر از مشابه آن در این مطالعه است (۱۱). در این پژوهش نیاز به درمان در گروه غیر مقیم کمتر از گروه مقیم بود، که با تحقیق King و Kapadia مطابقت دارد.

در مطالعه حاضر بی‌دندانی در هر دو گروه زیاد بود، که نشان دهنده پایین بودن سطح بهداشت دهان و دندان در این گروه سنی است.

این یافته با نتایج Kaplan و Moskona که شیوع بی‌دندانی در افراد ساکن خانه سالمندان را ۷۵ درصد گزارش نمودند (۱۲) و آمار WHO که ۵۶ درصد از سالمندان ۶۵ سال به بالا و ۸۰ درصد از افراد سالمند مقیم در خانه سالمندان بی‌دندان هستند، مطابقت ندارد (۵).

گزارش‌های WHO نشان می‌دهد که بیش از ۴۰ درصد سالمندان آلبانی، بوسنی، بلغارستان، صربستان، کانادا، فنلاند و مالزی بی‌دندان هستند که با نتایج این تحقیق تطابق ندارد (۱۱).

نتایج مرکز ملی آمار سوئد، بی‌دندانی در افراد ۶۵-۷۷ ساله ساکن در شهرهای بزرگ سوئد را ۱۹ درصد گزارش نمود و

پیش‌بینی کرد که در سال ۲۰۰۰ بیش از ۶۰ درصد افراد ۸۴-۷۵ ساله دندان‌هایشان را در دهان داشته باشند (۱۳). McLaughlin در انگلستان میزان بی‌دندانی افراد سالمند غیر مقیم را ۷۰ درصد گزارش نمود (۱۴).

در مطالعه حاضر ۸۴/۸ درصد از سالمندان دارای مشکل بی‌دندانی بودند، که این تعداد ۷۷ درصد سالمندان غیر مقیم و ۹۲/۲ درصد سالمندان مقیم خانه سالمندان را شامل می‌شد، یعنی تنها ۱۵/۲ درصد از سالمندان دندان طبیعی داشتند. این اعداد نشان‌گر اختلاف معنی‌دار بین این دو گروه بوده؛ به طور کلی نشانه پایین بودن سطح بهداشت دهان در این گروه سنی است.

در مطالعات زیادی مشکل بی‌دندانی سالمندان بررسی شده است. از جمله مرکز ملی آمار سوئد در سال ۱۹۸۸-۱۹۸۹ میزان بی‌دندانی در افراد ۶۵-۷۷ ساله ساکن در شهرهای بزرگ سوئد را ۱۹ درصد گزارش و پیش‌بینی کرده است که در سال ۲۰۰۰ بیش از ۶۰ درصد افراد ۷۵-۸۴ ساله دندان‌هایشان را داشته باشند. نتایج این بررسی با نتایج مطالعه حاضر که در آن ۸۴/۸ درصد از سالمندان مورد بررسی بی‌دندان بودند، مغایرت کامل دارد (۹). در مطالعه‌ای که به وسیله Weintraub روی جمعیت سالمند به عمل آمد، ۵۰ درصد از سالمندان بی‌دندان بودند، که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد (۱۵). در بررسی دیگری که در انگلستان توسط McLaughlin انجام شد به طور تقریبی ۷۰ درصد از سالمندان بی‌دندان بودند، که این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۴).

در دو بررسی که با فاصله پانزده سال توسط Magivy انجام شد، نشان داد که بیش از ۵۰ درصد از آمریکایی‌ها با ۶۵ سال سن بی‌دندان بودند. در سال ۱۹۸۵-۱۹۸۶ میزان این درصد به ۴۱ درصد کاهش یافت و با نتایج مطالعه حاضر هماهنگ نیست (۱۶).

مطالعات Axelsson و همکاران در ایسلند نشان داد که میزان بی‌دندانی با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد (۱۷).

طبق آمار WHO، ۵۶ درصد از سالمندان ۶۵ سال به بالا بدون دندان و ۸۰ درصد افرادی که در خانه سالمندان مقیم

هستند بدون هیچ دندان طبیعی هستند؛ در صورتی که در بررسی حاضر ۹۲/۲ درصد از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بی‌دندان بودند که به طور تقریبی با نتایج آن بررسی هماهنگی دارد (۱۱).

گزارش WHO نیز نشان دهنده آن است که بیش از ۴۰ درصد از سالمندان در آلبانی، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کانادا، فنلاند و مالزی از بی‌دندانی رنج می‌برند که با نتایج بررسی حاضر هماهنگی ندارد، زیرا ۸۴/۸ درصد از سالمندان مورد مطالعه در بررسی حاضر فاقد دندان بودند.

مطالعه Bordeur و همکاران نشان داد که شیوع بی‌دندانی در سالمندان کانادا در سال ۱۹۸۰ برابر ۲۶ درصد و در سال ۱۹۹۳ برابر ۲۰ درصد بوده است که رو به کاهش است (۱۸). یافته‌های مطالعه Osterberg و همکاران در کشور سوئد نشان داد که میزان بی‌دندانی در سالمندان از ۱۵ درصد در سال ۱۹۷۵ به ۶ درصد در سال ۱۹۸۹ کاهش یافته است، این تفاوت قابل ملاحظه را می‌توان در اثر توجه کافی به وضعیت دندان‌ها در آن کشور دانست (۱۳). در کشور ما عدم توجه مناسب به وضعیت بهداشت دهانی و کمبود آموزش لازم برای درک اهمیت نگهداری دندان‌های طبیعی موجب مشکل بی‌دندانی شده است.

در این مطالعه تنها ۲۷/۸ درصد از سالمندان دارای پوسیدگی دندان بودند و میزان پوسیدگی دندان در سالمندان غیر مقیم بیشتر از سالمندان مقیم خانه سالمندان بود (۳۵/۱ درصد در مقابل ۲۰/۸ درصد، $P < 0.049$).

در مطالعه‌ای که در Harlem هلند روی سالمندان ۶۰-۷۹ ساله انجام شد، تعداد ۳۷۶ نفر سالمند مورد مصاحبه و معاینه دهان و دندان قرار گرفتند که از این تعداد ۱۰/۸ درصد پوسیدگی دندان داشتند، که بسیار کمتر از موارد مشاهده شده در نمونه‌های این مطالعه است و با نتایج آن هماهنگ نیست (۱۹).

در مطالعه حاضر حدود ۴۱/۱ درصد از سالمندان دارای دندان مصنوعی بودند، که اکثریت جزء سالمندان مقیم خانواده (۶۰/۸ درصد) و ۲۲/۱ درصد جزء سالمندان مقیم خانه سالمندان بودند.

در مطالعه Marcus و همکاران در انگلستان، ۸۹/۹ درصد از افراد بی‌دندان، دندان مصنوعی داشتند (۲۰) و در مطالعه Nielssen و همکاران در فنلاند، ۹۴ درصد از افراد بی‌دندان، دندان مصنوعی داشتند (۲۱). علت این تفاوت را می‌توان به موارد متعددی نظیر عدم آگاهی، اهمیت وجود دندان مصنوعی پس از بی‌دندانی در سلامت شخص، ناتوانی مالی و عدم توجه کافی به وضع سالمند در کشور ما نسبت داد.

در خصوص آگاهی و عملکرد سالمندان نسبت به بهداشت دهان و دندان، نتایج گویای آن است که آگاهی سالمندان ساکن در خانه سالمندان به مراتب کمتر از سالمندان مقیم در منزل است (۳۳/۸ درصد در مقابل ۹۵/۹ درصد). به میزان ۸۹/۲ درصد از سالمندان ساکن در منزل مسواک می‌زنند ولی فقط ۱۸/۲ درصد از سالمندان ساکن در خانه سالمندان مسواک می‌زدند، که نشان دهنده عدم نظارت کافی و آموزش لازم به سالمندان ساکن در خانه سالمندان است.

نتیجه‌گیری

نتایج این بررسی بیان کننده آن است که نیازهای آموزشی، بهداشتی، درمانی دهان و دندان سالمندان بسیار زیاد است، ولی این نیاز در سالمندانی که در خانه سالمندان ساکن هستند بسیار بیشتر است و چون سالمندان ساکن در خانه سالمندان در یک محل جمع هستند، لازم است برنامه‌های آموزشی، بهداشتی و درمانی برای آن‌ها تنظیم و اجرا گردد.

References

1. Alikhani V. Aging: different perspectives. Anjoman-e-Ooloava Morabbian organization Tehran 2001.
2. Simon D. Agning. Toosi MT translator, Tehran, shabaviz publisher 1995.
3. Shadpour K, Plirhroudi S, Espandar A. Primary Health Care in Iran, 1991.
4. Forest JA. Preventive dentistry, Sabi KH translator. 2nd edition, Kalenmeh publisher 1988.

5. Leopid C T. The world health organization for oral health, Community Dental Health 1991.
6. Burt E. Dentistry, dental practice, and the community, 2nd edition, Saunders 1992.
7. Mathewson R J. Fundamental of pediatric dentistry, Quintessence Publisher, 2nd edition 1995.
8. Andlo R. Basic dental, Mohmodiyan ZH translator , Tehran university publisher 1993.
9. Chiappelli F, Baur G, Spackman S & etal. Dental needs of the elderly in 21st century, Gen Dent 2002; 50(4): 63-358.
10. King T, Kapadia D. Oral health status and treatment needs of institutionalized elderly and disadvantaged population in Fiji (1997), Pac Health Dialog 2003; 10(1): 35-40.
11. Soini H, Routasalo P, Lauri S & etal. Oral and nutritional status in fairly elderly, Spec Care Dentist 2003; 23(6): 209-215.
12. Moskona D, Kaplan I. Oral health and treatment needs in a non- institutionalized elderly population, Gerodontology, 1995; 12(2): 95-98.
13. Osterberg T, Carlsson G E, Sund W. Dental status in Swedish population during period 1975 – 89. Community. Dent. Oral Epidemiol. 1995; 23(4): 232-236.
14. McLaughlin E A. Management and treatment planning for the elderly edentulous patient. Prothodont 1989; 2(4): 347-351.
15. Weintraub T A. Dental need and dental services use patterns of elderly edentulous population. Prosther Dent 1985; 54(4): 526-532.
16. Magivvy K. Aging and oral health. Geriatr Nurs 1986; 7(5): 238-241.
17. Axelsson G, Adottir S. A national questionnaire survey Ada, Odontol – Scand, 1995; 53(5): 279-282.
18. Brodeur J M, Benigeri M, Naccache H & etal. Trends in the level of elderly and very elderly people, Age and Ageing 1997; 26(2): 107-114.
19. Kalsbeek H, de Baat C, Kivit M M & etal. Oral health of community, living elderly 1. Condition of teeth, use of professional dental care and oral hygiene habits, Ned Tijdschr Tandheelkd, 2000; 107(12): 499-504.
20. Marcus P A, Joshi A, Jones J A & etal. Complete edentulism and denture use for elders in New England J Prosther – Dent 1996; 76(3): 260-266.
21. Nielssen L C, Mash L K, Gibson G. Practice management consideration for an aging population. J A D A, 1993; 124: 55-60.

Dental health and treatment needs of elderly home residents and non-residents in Yazd city

Hassan Aghili¹, Hakimeh Ahadian², Mohammad Hosein Baghiani Moghaddam³

Abstract

Background: Aging phenomena needs suitable life-time situation. According to WHO report, the number of 70 years old people has reached 585 million troops in 2001; 9% of total world population. Because of the problems in care, maintenance and health livelihood improvement will be necessary in this age group, especially those about oral health. The aim of this study was to investigate the dental health needs in elderly group.

Methods: Through a cross-sectional study, 77 elderly people as residents and 74 non-residents, in elderly home were examined clinically and interviewed by questionnaire. Dentostomatic problems, dental care need, edentulism and prosthetic tooth was variables of study. Results have been studied and data were analyzed by chi-square test with SPSS software.

Findings: According to the results, there were statistically significant differences between variable of treatment tendency ($P = 0.0001$), treatment need dental caries ($P = 0.049$), edentulous status ($P = 0.009$), prosthetic complete full denture ($P = 0.0001$), dental knowledge ($P = 0.0001$), use of tooth brush and paste ($P = 0.0001$) and daily interval times of tooth brushing, but no difference between oro-dental problems in two groups.

Conclusion: According to the results both elderly home residents and non-residents need attention to their oro-dental health situation, which should be done through the promotion of dental health care.

Key words: Health Need, Orodental Health, Elderly Home, Yazd.

1- Assistant Professor, Department of Orthodontics, School of Dentistry, Shahid Sadooghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. (Corresponding Author) Email: baghianimoghadam@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Diagnostic Dentistry, School of Dentistry, Shahid Sadooghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

3. Associate Professor, Department of Health Services, School of Health, Shahid Sadooghi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.