

# بررسی تأثیر درمان پریدونتال بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی کرمان

دکتر ملوک ترابی پاریزی<sup>۱</sup>، دکتر نعیم سعیدی<sup>۲</sup>، دکتر محمد محمدی<sup>۳</sup>، دکتر مرضیه کریمی افشار\*

## چکیده

**مقدمه:** بیماری‌های پریدونتال یکی از مشکلات اساسی در سلامت دهان است و پریدونتیت همچنان علت عمده از دست دادن دندان‌ها در بزرگسالان در تمامی جهان است. هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر درمان‌های پریدونتال روی شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مراجعه کننده به بخش پریدونتولوژی دانشکده دندانپزشکی کرمان بوده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی توصیفی روی ۴۵ بیمار با تشخیص پریدونتیت انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده شامل اطلاعات دموگرافیک اعم از سن، جنس، سطح سواد، شغل و نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHIP-14) و معاینه بیماران شامل عمق پاکت پریدونتال و مکان درمان بود. پرسش‌نامه قبل و بعد از درمان توسط بیمار تکمیل شد. اطلاعات توسط آنالیزهای آماری t و رگرسیون خطی در سطح معنی‌داری ۵٪ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در این تحقیق ۶۶/۶٪ افراد زن و بقیه مرد با میانگین سنی ۳۸/۸±۶/۹۷ سال بودند. میانگین نمره شاخص قبل و پس از درمان بترتیب ۲۹/۳۳±۳/۰۰ و ۲۳/۸۲±۵/۷۴ از حداکثر ۵۶ بود و این اختلاف معنی‌دار بود. بین میانگین نمره پرسش‌نامه قبل از درمان با متغیر شدت بیماری پریدونتال (p-value = ۰/۰۳) و پس از درمان با جنس و شدت بیماری پریدونتال ارتباط آماری معنی‌دار (p-value = ۰/۰۴۸ و p-value = ۰/۰۲) مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماری پریدونتال اثر منفی روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان دارد و درمان آن می‌تواند کیفیت زندگی افراد مبتلا را بهبود بخشد.

**کلید واژه‌ها:** سلامت دهان، کیفیت زندگی، پریدونتیت

\*. دستیار تخصصی، گروه ارتودنتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (مؤلف مسؤول)  
marzieh.afshar89@gmail.com

۱. دانشیار، عضو مرکز تحقیقات بیماری‌های دهان و دندان، گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲. دندانپزشک، کرمان، ایران

۳. استادیار، گروه پریدونتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

این مقاله در تاریخ ۹۳/۷/۳۰ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۹۳/۱۲/۱۱ اصلاح شده و در تاریخ ۹۳/۱۲/۱۲ تأیید گردیده است.

مجله دانشکده دندانپزشکی اصفهان  
۱۳۹۴؛ ۱۱(۳): ۲۵۸-۲۶۵

**مقدمه**

بیماریهای پریدونتال یکی از مشکلات اساسی در سلامت دهان است و پریدونتیت همچنان علت عمده از دست دادن دندانها در بزرگسالان در تمامی جهان است. گزارش شده است که در برخی از کشورها ۱۰-۲۰٪ افراد دچار شکل های شدید بیماری پریدونتال هستند [۱]. نقش بیماریهای پریدونتال در بیماریهای قلبی عروقی، کلیوی، اندومتریوز و سرطان دهان گزارش شده است [۲]. نشان داده شده است که وضعیت پریدونتال در بیماران با انفارکتوس حاد میوکارد بدتر از افراد سالم بوده است [۳]. Nwhator و همکاران [۲] نشان دادند که پریدونتیت مزمن ارتباط مثبتی با زمان باردارشدن زنان دارد و توصیه می‌کنند که زنان در سنین بارداری بایستی به انجام رعایت بهداشت دهان و دندان تشویق شوند. مطالعات گوناگونی در مورد تاثیر بیماریهای پریدونتال روی کیفیت زندگی انجام شده است [۵، ۴]. Sundaram و همکاران [۴] نشان دادند که بیش از ۶۰٪ افرادی که دارای پریدونتیت متوسط بودند، گزارش کردند که سلامت عمومی آنها توسط بیماری پریدونتال شان تحت تاثیر قرار گرفته است. Ng و همکاران [۵] با استفاده از شاخص OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) در بیماران پریدونتال نشان دادند که ارتباط آماری معنی‌داری بین شاخص مذکور با بیماری پریدونتال وجود دارد.

Cunha-Cruz و همکاران [۶] در بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران معرفی شده به متخصصین پریدونتال نشان دادند که مشکلات پریدونتال اثر منفی روی کیفیت زندگی دارد و بیمارانی که ۸ دندان با پاکت بیشتر از ۵ میلی‌متر داشتند، کیفیت زندگی آنها از بیمارانی که ۳ دندان با پاکت بیشتر از ۵ میلی‌متر داشتند، بدتر بود. Lopez و Baelum [۷] در بررسی اثر بیماریهای مخرب پریدونتال در دانش آموزان دبیرستانی شیلی نشان دادند که attachment loss و ژنژیویت زخمی نکرزانت بطور معنی‌داری با کیفیت زندگی مرتبط بود و در افرادی که سطح اجتماعی اقتصادی پایین‌تری داشتند این شاخص بدتر بود. Araujo و همکاران [۸] در بررسی تاثیر بیماریهای پریدونتال بر کیفیت زندگی با استفاده از شاخص OHIP-14 که در بیماران ۷۱-۱۹ ساله انجام شد نشان دادند که در ۹۱/۵٪ افراد محدودیت عملکردی وجود دارد

و در بین بیماریهای پریدونتال پریدونتیت مهاجم بیشترین اثر را روی کیفیت زندگی دارد و بین شاخص مذکور با سن، جنس و درآمد ارتباط معنی‌داری وجود داشت. Teeuw و همکاران [۹] نشان دادند که بیماران با بیماری پریدونتال بطور معنی‌داری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان بدتری نسبت به گروه کنترل داشتند و بین شدت بیماری نیز با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت و نتیجه گرفتند که بین کیفیت زندگی و سلامت پریدونتال ارتباط معنی‌دار وجود دارد. Bernabe و Marcenes ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان با بیماریهای پریدونتال را در بزرگسالان بریتانیا مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که بیماریهای پریدونتال بدون در نظر گرفتن متغیرهای دموگرافیک، اقتصادی اجتماعی و سایر مشکلات دندانی با کیفیت زندگی افراد مرتبط بود [۱۰]. Satio و همکاران [۱۱] نشان دادند که میانگین نمره شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در افراد مبتلا به پریدونتیت از  $25 \pm 11/4$  در شروع مطالعه به  $9/5 \pm 16/7$  بعد از جراحی رسیده بود که از نظر آماری معنی‌دار بود. Wong و همکاران [۱۲] در بررسی اثر درمان‌های غیر جراحی پریدونتال روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان با استفاده از شاخص OHIP-14 نشان دادند که میانگین نمره از ۱۷ در هنگام شروع درمان به ۱۴ بعد از درمان‌های غیر جراحی، کاهش یافته بود و بهبود در حیطه‌های درد و سایکولوژی مشهود بود. با توجه به شیوع بالای بیماریهای پریدونتال و عدم وجود مطالعه مشابه در منابع فارسی این پژوهش با هدف ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در افراد با بیماری پریدونتال مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی کرمان انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها**

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی-تحلیلی بود که روی بیماران دارای بیماری پریدونتال مراجعه کننده به بخش پریدونتولوژی دانشکده دندانپزشکی کرمان در بازه‌ی زمانی مهر ماه تا اسفند ۹۱ انجام شد.

ابتدا هدف از انجام این طرح برای بیماران توضیح داده شد و سپس با کسب موافقت کتبی وارد طرح شدند. بعد از کسب

### یافته‌ها

این تحقیق روی ۴۵ بیمار ( ۳۳/۳٪ مرد و ۶۶/۶٪ زن با میانگین سنی ۳۸/۸±۶/۹۷ سال) انجام شد. ۵۱/۱٪ افراد کارمند بودند و میزان تحصیلات در ۶۶/۶٪ افراد لیسانس بود (جدول ۱). میانگین نمره OHIP-14 قبل از درمان ۲۹/۳۳±۳/۰۰ و بعد از درمان ۲۳/۸۲±۵/۷۴ بود. در واقع قبل از انجام درمان نمره به ۵۲٪ و پس از درمان به ۴۲٪ کاهش یافت که درصد قابل قبولی برای این مطالعه محسوب می‌شود. میانگین نمره شاخص در هر کدام از حیطه‌ها قبل و پس از درمان در جدول ۲ آمده است.

بین میانگین نمره قبل و پس از درمان ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد (p-value=۰/۰۰۰) (جدول ۳). قبل از درمان کسانی که عمق پاکت بیشتری داشتند بطور معنی‌داری نمره پرسش‌نامه OHIP- ۱۴ در آنها بیشتر از سایر افراد بود (p-value = ۰/۰۳). پس از انجام درمان بیماری پریدونتال بین جنس و شدت بیماری پریدونتال (افرادی که عمق پاکت پریدونتال آنها ۴ و یا کمتر از ۴ میلی‌متر بود، خفیف و افرادی که عمق پاکت بیشتر از ۴ داشتند شدید در نظر گرفته شد و میانگین نمره‌ی کسب شده از پرسش‌نامه ارتباط آماری معنی‌دار (p-value = ۰/۰۴۸ و p-value = ۰/۰۲) مشاهده شد. بدین ترتیب که کاهش نمره در زنان و افرادی که عمق پاکت پریدونتال بیشتری داشتند بیشتر بود (جدول ۴ و ۵).

بیشترین درصد پاسخگویی به گزینه اغلب موارد به ترتیب سوال ۶ (آیا به دلیل مشکل دهان یا دندان مصنوعی‌تان عصبانی شده‌اید) ۵۱/۱٪ و سوال ۷ (آیا به خاطر دهان یا دندان مصنوعی‌تان از رژیم غذایی خود راضی نبوده‌اید؟) ۴۶/۷٪ و سوال ۹ و ۱۰ (آیا احساس نموده‌اید که راحتی شما به دلیل دهان یا دندان مصنوعی‌تان قطع شده است؟ و آیا به علت مشکلات دهان یا دندان مصنوعی‌تان کمی خجالت زده شده‌اید؟) ۴۴/۴٪ در قبل از درمان بود. بیشترین درصد پاسخگویی به گزینه ۴ بعد از درمان به سوال ۶ ۱۵/۶٪ و سوال ۱۱ (آیا نسبت به مشکلات دهان یا دندان مصنوعی‌تان کمی حساس شده‌اید؟) ۳۷/۸٪ و سوال ۱۳ (آیا احساس کرده‌اید که به دلیل مشکل دهان یا دندان مصنوعی‌تان از زندگی خود کمتر رضایت دارید؟) ۳۳/۳٪ و سوال ۹ (آیا

رضایت از بیمار، معاینه پریدونتال توسط متخصص پرئو انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه داشتن حداقل ۳ نقطه پاکت پریدونتال با عمق ۴ میلی‌متر یا بیشتر، وجود حداقل ۲۰ دندان، نداشتن بیماری سیستمیک، مشکلات مفصل گیجگاهی فکی و سن بالای ۲۰ سال بود. اطلاعات دموگرافیک شامل (سن و جنس و شغل) و اطلاعات مربوط به وضعیت پریدونتال جمع‌آوری شد و در فرم مخصوص ثبت شد. نحوه تقسیم‌بندی شدت بیماری براساس عمق پاکت پریدونتال با عمق ۴ میلی‌متر، بیماری خفیف و بیشتر از ۴ میلی‌متر، بیماری شدید در نظر گرفته شد. سوالات مربوط به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان نسخه ی فارسی فرم ۱۴ سوالی OHIP14 (oral health impact profile) بود که شامل ۷ حیطه‌ی محدودیت عملکردی، ناراحتی فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و ناتوانی کامل می‌باشد و روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه ارزیابی و تایید شده است [۱۳] (پیوست ۱). نحوه پاسخ‌دهی سوالات بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای likert بود که بصورت عدد ۰=هیچ‌گاه، ۱=بندرت، ۲=بصورت گاه به گاه، ۳=اغلب، ۴=تقریباً همیشه، کد گذاری می‌شود. بنابراین دامنه نمره این شاخص با توجه به ۱۴ سوال بین اعداد ۵۶-۰ می‌باشد.

پس از ثبت اطلاعات دموگرافیک و وضعیت پریدونتال سوالات شاخص در اختیار بیمار قرار گرفته و توسط وی پر شد. نمره‌ی کسب شده در این مرحله به عنوان baseline در نظر گرفته شد. سپس در فاصله زمانی یک ماه بعد از اتمام درمان‌های پریدونتال مجدداً پرسش‌نامه توسط بیمار پر شد. جرم‌گیری و برساز توسط دانشجوی سال آخر دندانپزشکی و جراحی پریدونتال توسط متخصص پرئو و تکمیل پرسش‌نامه توسط دانشجوی سال آخر که تعلیم دیده و مهارت لازم را جهت پاسخگویی به سوالات کسب کرده بود، انجام شد. نمره‌ی کسب شده در این مرحله با نمره ی baseline وارد کامپیوتر و با نرم افزار آماری SPSS و آنالیز رگرسیون خطی برای ارتباط متغیرهای دموگرافیک و نمره پرسش‌نامه و تست t برای تعیین ارتباط بین نمره پرسش‌نامه قبل و پس از درمان و ارتباط نمره‌ی پرسش‌نامه بین دو جنس در سطح معنی‌داری ۵٪ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

احساس نموده‌اید که راحتی شما به دلیل دهان یا دندان مصنوعی تان قطع شده است؟) ۳۱/۱٪ بود.

جدول ۱: فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب ویژگی های دموگرافیک

متغیر	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۱۵	
	زن	۳۰	
سطح سواد	پایان دوره راهنمایی	۲	
	دیپلم	۹	
	کاردان	۱	
شغل	کارشناس	۳۰	
	بالاتراز کارشناس	۳	
	کارمند	۲۳	
	خانه دار	۱۱	
فرهنگی	ازاد	۳	
	دانشجو	۲	
	بدون شغل	۱	
	جمع	۴۵	۱۰۰

\* به معنی معنی دار بودن است.

جدول ۲: میانگین نمره ی هرکدام از حیطه های پرسشنامه قبل و پس از درمان

حیطه	میانگین نمره قبل از درمان	میانگین نمره پس از درمان
محدودیت عملکرد	۱/۹۲	۰/۷۲
ناراحتی جسمی	۲/۰۴	۱/۴۰
ناراحتی روحی	۲/۲۵	۲/۰۲
ناتوانی فیزیکی	۲/۳۱	۱/۲۶
ناتوانی روحی	۲/۳۴	۱/۹۴
ناتوانی اجتماعی	۲/۰۱	۱/۹۴
ناتوانی کامل	۱/۷۷	۱/۸۶

\* به معنی معنی دار بودن است.

جدول ۳: ارتباط بین نمره پرسشنامه OHIP-14 قبل و بعد از درمان

نمره کل پرسشنامه	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری
قبل از درمان	۲۹/۳۳	۳/۰۰	T=۶/۴۹
بعد از درمان	۲۳/۸۲	۵/۷۴	درجه آزادی ۴۴۴ P=۰/۰۰۰*

\* به معنی معنی دار بودن است.

جدول ۴- ارتباط بین متغیر های دموگرافیک و بالینی با نمره پرسشنامه OHIP-14 قبل از درمان

متغیر	B	سطح معنی داری
سن	-۰/۰۶	۰/۴۱
جنس	-۰/۲۸	۰/۷۸
سطح سواد	-۰/۲۶	۰/۷۱
شغل	۰/۴۹	۰/۵۱
مکان درمان	۰/۱۳	۰/۵۶
عمق پاکت	۲/۷۶	۰/۰۳*

\* به معنی معنی دار بودن است.

جدول ۵- ارتباط بین متغیر های دموگرافیک و بالینی با نمره پرسشنامه OHIP-14 بعد از درمان

متغیر	B	سطح معنی داری
سن	۰/۰۰۱	۰/۹۹
جنس	۳/۶۳	۰/۰۴*
سطح سواد	۲/۰۸	۰/۰۹
شغل	-۰/۷۲	۰/۵۶
مکان درمان	۰/۶۳	۰/۱۲
عمق پاکت	۱/۷۴	۰/۰۲*

\* به معنی معنی دار بودن است.

## بحث

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر بیماری های پریدنتال روی شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان انجام شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره شاخص OHIP-14 قبل از درمان (۲۹/۳۳±۳/۰۰) و پس از درمان تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد. بدین ترتیب که میانگین نمره پس از درمان کمتر بود که با پژوهش های Satio و همکاران [۹] که میانگین نمره در ابتدای ورود به مطالعه از افراد مبتلا به پریدنتیت از ۱۱/۴± ۲۵ در شروع مطالعه به ۹/۵± ۱۶/۷ بعد از جراحی رسیده بود و از نظر آماری معنی دار بود، مشابه است. نتایج مطالعه Wong و همکاران [۱۱] در بررسی اثر درمان های غیر جراحی پریدنتال روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان با استفاده از شاخص OHIP-14 که نشان دادند که میانگین نمره از ۱۷ در هنگام شروع درمان به ۱۴ بعد از درمان های غیر جراحی، کاهش یافته است، با مطالعه حاضر هماهنگ است و نیز با نتایج مطالعه Aslund و همکاران [۱۴] که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان را در دو گروه بیمار پس از درمان مورد بررسی قرار داده و نتیجه گرفتند که درمان آنها تاثیر مثبت اندکی روی بهبود نمره شاخص داشته مطابقت دارد. در این پژوهش میانگین نمره

شاخص قبل از درمان ۲۹/۳۳±۳/۰۰ و پس از درمان ۲۳/۸۲±۵/۷۴ بود. Bery و همکاران میانگین نمره شاخص OHIP-14 را در یک گروه افراد بالای ۱۵ سال با میانگین سنی ۳۴/۷ سال ۸/۶ و در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال ۱۰/۱ گزارش کردند که بسیار کمتر از تحقیق حاضر است. علت این امر می تواند در تفاوت گروه سنی مورد تحقیق و تفاوت در نحوه انجام مطالعه Bery و همکاران باشد [۱۵].

در مطالعه حاضر بین شغل، جنس و سطح سواد با میزان نمره شاخص OHIP-14 ارتباط آماری معنی دار مشاهده نشد که با تحقیق Lopez و همکاران [۷] که وضعیت اقتصادی اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط بود مغایرت دارد. علت این تفاوت شاید در جمعیت مورد مطالعه باشد که روی دانش آموزان دبیرستانی انجام شده بود و ممکن است که با توجه به این که در پژوهش حاضر اکثریت افراد کارمند بوده و درآمد مطمئن ماهانه دارند قابل توجه باشد. همچنین Bandeca و همکاران [۱۶] بین سطح سواد با شاخص OHIP-14 ارتباط معنی دار پیدا کردند. علت این تفاوت می تواند به دلیل انجام پژوهش حاضر روی افراد با بیماری پریدنتال باشد. همچنین با پژوهش Dahl و همکاران [۱۷] که نشان دادند شاخص OHIP-14 با سن و جنس مرتبط

ناتوانی اجتماعی شایع‌ترین علت مراجعه جهت درمان بود. بیماری پرپودنتال می‌تواند سبب مشکلات در ظاهر افراد، از دست دادن دندان‌ها و در نتیجه کاهش فانکشن شود. در پژوهش کنونی بین مکان درمان (قدام و یا خلف دهان) و شغل افراد با میانگین نمره OHIP-14 قبل و پس از درمان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. علت این امر را می‌توان به اثر بیماری مزمن پرپودنتیت روی عملکرد تمام دهان دانست و یا اینکه بیماران حاضر در این تحقیق از نظر شغلی در وضعیتی نبودند که وضعیت ظاهرشان اهمیت بیشتری داشته باشد.

از آنجا که مطالعه‌ی حاضر فقط بر روی بیماران مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی کرمان انجام شده است و تعداد دندان‌های باقیمانده نیز می‌تواند از عوامل مخدوش کننده باشد، لذا مطالعه جامع‌تر روی افراد بیشتر و انواع بیماری‌های پرپودنتال توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماری پرپودنتال اثر منفی روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان دارد و درمان آن می‌تواند کیفیت زندگی افراد مبتلا را بهبود بخشد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان بخاطر تصویب طرح، قدردانی و سپاسگزاری می‌شود.

### References

1. Needleman I, Mc Grath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2004;31(6):454-7.
2. Nwhator S, Opeodu O, Ayanbadejo P, Umeizudike K, Olamijulo J, Alade G, et al. Could periodontitis affect time to conception? *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4(5):817-22
3. Parkar SM, Modi GN, Jani J. Periodontitis as risk factor for acute myocardial infarction: A case control study. *Heart Views* 2013; 14(1): 5-11.
4. Sundaram NS, Narendar R, Dineshkumar P, Ramesh S B, Gokulanathan S. Evaluation of oral health related quality of life in patient with mild periodontitis among young male population of Namakkal district. *J Pharm Bioallied Sci* 2013;5(suppl 1): s30-s32.
5. Ng SK, Leung WK. Oral health –related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34(2):114-22.
6. Cunha-Cruz JI, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health –related quality of life of periodontal patients. *J Periodontal Res* 2007; 42(2):169-76.

بود، مغایرت دارد، اما با تحقیق Marcenes و Bernabe [۱۰] که نشان داد کیفیت زندگی در بیماران پرپودنتال بدون ارتباط با فاکتورهای دموگرافیک بدتر است، مطابقت دارد. در این پژوهش بین عمق پاکت قبل و پس از درمان با نمره OHIP-14 ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت، که با نتایج حاصل از مطالعات Cunha-Cruz و همکاران [۶] که نشان دادند بیماری‌هایی که پاکت پرپودنتال عمیق‌تر داشتند کیفیت زندگی بدتر داشتند و Lopez و Baelum [۷] که نشان دادند افرادی که attachment loss بیشتر داشتند کیفیت بدتری داشتند و Teeuw و همکاران [۹] که نمره شاخص افرادی که پرپودنتیت شدید داشتند بیشتر بود و Durham و همکاران [۱۸] که نشان دادند بیماران با بیماری مزمن پرپودنتال کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان بدتری داشتند و Habansheh AI- و همکاران [۱۹] که بین شدت بیماری پرپودنتال با نمره‌ی OHIP-14 ارتباط معنی‌داری را گزارش کردند و Ng و Leung [۵] مطابقت دارد. Zhao و همکاران [۲۰] نیز نشان دادند که افرادی که دندانی که attachment بیشتر از ۶ میلیمتر نداشتند، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان آنها بهتر بود. Biazevic و همکاران [۲۱] در بررسی شاخص OHIP افراد ۱۷-۱۵ ساله ارتباطی بین شاخص و وضعیت پرپودنتال آنها مشاهده نکردند که با تحقیق ما مغایرت دارد، علت مغایرت می‌تواند این باشد که چون بیماری پرپودنتال مزمن در بزرگسالان مشاهده می‌شود و سن افراد در تحقیق نامبرده نوجوان بوده پس نتوانسته روی کیفیت زندگی آنها اثر بگذارد. در تحقیق کنونی در ۵۱/۱٪ افراد در حیطه سایکولوژیکیال دچار ناراحتی و ۳۷/۸٪ دچار ناتوانی اجتماعی و ۳۳/۳٪ دچار ناتوانی کامل شده بودند. در تحقیق Sundaram و همکاران [۴]

7. López R, Baelum V. Oral health impact of periodontal diseases in adolescents. *J Dent Res* 2007; 86(11):1105-9.
8. Araújo AC, Gusmão ES, Batista JE, Cimões R. Impact of periodontal disease on quality of life. *Quintessence Int* 2010; 41(6):e111-8.
9. Teeuw WJ, Abhilakh Missier AV, Hartman M, Ton M, Schuller AA, Verrips GH, et al. Periodontal disease and quality of life. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118(4):199-201.
10. Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol* 2010; 37(11):968-72.
11. Saito A, Ota K, Hosaka Y, Akamatsu M, Hayakawa H, Fukaya C, et al. Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: a pilot study. *J Clin Periodontol* 2011; 38(12):1115-21.
12. Wong RM, Ng SK, Corbet EF, Keung Leung W. Non-surgical periodontal therapy improves oral health-related quality of life. *J Clin Periodontol* 2012; 39(1):53-61.
13. Navabi N, Nakhaee N, Mirzadeh A. Validation of a Persian of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). *Iranian J Publ Health* 2010; 39(4):135-9.
14. Aslund M, Suvan J, Moles DR, D'Aiuto F, Tonetti MS. Effects of two different methods of non-surgical periodontal therapy on patient perception of pain and quality of life: a randomized controlled clinical trial. *J Periodontol* 2008; 9(6):1031-40.
15. Bery A, Azouui- Levy S, Boy -Lefevre M, Devller A, Folliguet M, Richard F, et al. The impact of dental status on quality of life: a survey in France. *ID J* 2009; 59:254-258.
16. Bandéca MC, Nadalin MR, Calixto LR, Saad JR, da Silva SR. Correlation between oral health perception and clinical factors in a Brazilian community. *Community Dent Health* 2011; 28(1):64-8.
17. Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Ohrn K. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontol Scand* 2011; 69(4):208-14.
18. Durham J, Fraser HM, McCracken GI, Stone KM, John MT, Preshaw PM. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. *J Dent* 2013; 41(4):370-6.
19. Al Habashneh R1, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *J Oral Sci* 2012; 54(1):113-20.
20. Zhao L, Lin HC, Lo EC, Wong MC. Clinical and socio-demographic factors influencing the oral health-related quality of life of Chinese elders. *Community Dent Health* 2011; 28(3): 206-10.
21. Biazevic MG, Rissotto RR, Michel-Crosato E, Mendes LA, Mendes MO. Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. *Braz Oral Res* 2008; 22(1): 36-42.

## Effect of periodontal treatments on Oral Health Related Quality of Life (OHIP-14) in Kerman dental school periodontal patients

Molouk Torabi Parizi, Naeem Saeedi, Mohammad Mohammadi,  
Marzieh Karimi Afshar\*

### Abstract

**Introduction:** *Periodontal diseases are one of the major problem in oral health. Periodontitis is the major cause of tooth loss in adults. The aim of this study was effect of periodontal treatments on Oral Health Quality of Life in patients with periodontal disease who referred to periodontology department in Kerman Dental school.*

**Materials and methods:** *This cross-sectional study was assessed on 45 patients with periodontal diseases. Data were collected by a questionnaire consisted of demographic status, site of surgery and Persian version of OHIP-14 questionnaire and periodontal status examination. Data analyzed in SPSS version 18 and using t-test and linear regression test. P value was considered at 5% level.*

**Results:** *In this study 66.6% of subjects were female and mean age of samples were  $38.8 \pm 6.67$  years. The mean of OHIP-14 score before and after treatment were  $29.33 \pm 3.00$  and  $23.82 \pm 5.74$  respectively, this difference was significant. There was significant differences between severity of periodontitis and OHIP-14 score before treatment ( $p\text{-value}=0/03$ ). There was significant differences between severity of periodontitis and gender with OHIP-14 score after treatment ( $p\text{-value}=0.04$  and  $0.002$ ).*

**Conclusions:** *It seems periodontal diseases have negative impact on oral health related quality of life and treatment can improved quality of life.*

**Key words:** *Oral Health, Quality of Life, Periodontitis*

**Received:** 22 Oct, 2014      **Accepted:** 3 Mar, 2015

**Address:** Resident, Department of orthodontics, School of Dentistry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Email:** marzieh.afshar89@gmail.com

**Citation:** Torabi Parizi M, Saeedi N, Mohammadi M, Karimi Afshar M. **Effect of periodontal treatments on Oral Health Related Quality of Life (OHIP-14) in Kerman dental school periodontal patients.** J Isfahan Dent Sch 2015; 11(3):258-265.