

بررسی شاخص های سلامت دهان در افراد مراجعه کننده به مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر یزد در سال ۱۳۹۸

دکتر خاتره خیراللهی^۱، دکتر فاطمه مهرآور^۲، دکتر شیدا نظری^۳

۱- استادیار بخش بیماری های دهان و فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران

۲- دستیار تخصصی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران

۳- دندانپزشک عمومی، شیراز، ایران.

وصول مقاله: ۹۸/۱۰/۲۳ اصلاح نهایی: ۹۹/۲/۲ پذیرش مقاله: ۹۹/۵/۱۰

Evaluation of Oral Health indices in People referring to Outpatient Addiction Treatment Centers in Yazd in 2019

Khaterreh Kheirollahi¹, Fateme Mehravar², Sheida Nazari^{3*}

¹ Assistant professor, Oral Medicine Dept, Dental Faculty, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

² postgraduated student, Pediatric Dentistry Dept, Dental Faculty, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

³ General Practitioner, Shiraz, Iran.

Received: December 2020

; Accepted: July 2020

Abstract:

Background and Aim: Introduction: Drugs have a direct and indirect effect on oral health. Oral problems can affect and impair consumers' quality of life. Therefore, the present study aimed to evaluate oral health indicators in outpatient addiction treatment centers.

Material and methods: In this descriptive cross-sectional study, 150 addicts referred to three public drug addiction treatment centers in 2019 were studied. The questionnaire consisted of three sections; part 1: demographic information (age, sex, marital status, education, economic status), part 2: information on tobacco use history, types of consumables and methods of consumption, and part 3 Measurement of DMFT indices And Plaque Control Record was used. Data were analyzed using T-test, ANOVA and Spearman correlation coefficients.

Results: In this study, 150 people were included. Of these, 125 were men (92.6%) and 10 were women (7.4%). The mean age±sd addicts was 33.07 ± 10.92 years with a range of 68-13 years. The mean ±sd DMFT was 16.04 ± 9.36 with a range of 32-22 and the mean±sd Plaque Control Record index was 18.92 ± 7.44 with a range of 39.5-5.12.

Conclusions: Drug use increases DMFT and Plaque Control Record indices. It seems that the oral health needs of the drug addict population are widespread and need to be pursued.

Key words: Addiction, Plaque Control Record, DMFT

*Corresponding Author: diba.dehnadi@yahoo.com

J Res Dent Sci. 2020; 17 (3) : 219-228

خلاصه:

سابقه و هدف: مواد مخدر آثار مستقیم و غیر مستقیم بر روی سلامت دهان دارد. مشکلات دهان می توانند بر روی کیفیت زندگی مصرف کنندگان اثر گذاشته و آن را تضعیف کند. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی شاخص های سلامت دهان در افراد مراجعه کننده به مراکز سرپایی ترک اعتیاد انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی ۱۵۰ معناد مراجعه کننده به سه مرکز ترک اعتیاد منتخب دولتی در سال ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده ها از چک لیستی که شامل ۳ بخش؛ بخش اول: اطلاعات دموگرافیک فرد (سن، جنس، تاهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی)، بخش دوم: اطلاعات مربوط به سابقه مصرف دخانیات، انواع مواد مصرفی و شیوه مصرف و قسمت سوم اندازه گیری شاخص های DMFT و Plaque Control Record بود، استفاده شد. داده ها پس از جمع آوری توسط آزمون های T-test و ANOVA و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در این مطالعه ۱۵۰ نفر از معنادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان یزد، مورد بررسی قرار گرفتند. از میان این افراد ۱۲۵ مرد (۹۲/۶٪) و ۱۰ زن (۷/۴٪) بودند. میانگین سنی این معنادان $33/07 \pm 10/92$ با دامنه ی سنی ۱۳-۶۸ سال بود. میانگین DMFT $9/36 \pm 16/04$ با دامنه ۲-۳۲ و میانگین شاخص Plaque Control Record $7/44 \pm 18/92$ با دامنه $39/50 \pm 5/12$ بود.

نتیجه گیری: مصرف مواد مخدر؛ شاخص های DMFT و Plaque Control Record را افزایش می دهد. به نظر می رسد نیازهای درمانی دهان و دندان جمعیت معنادین در حال ترک گسترده و وسیع بوده و نیاز به پیگیری دارند.

کلید واژه ها: اعتیاد، ثبت کنترل پلاک، DMFT

مقدمه:

مثل غفلت از مراقبت های دندانی و دریافت درمان دندانپزشکی تنها در موارد اورژانس را به همراه دارد^(۸، ۹). که در کاهش کیفیت کلی زندگی بیماران موثر است^(۲). مواد مخدر به دوصورت روی ساختارهای دهان اثر می گذارند: آثار مستقیم، که ناشی از تاثیر مستقیم ماده بر ساختار های دهانی می باشد و آثار غیرمستقیم به علت کاهش انگیزه روانی و رعایت بهداشت است^(۱۰).

مواد مخدر با تاثیر روی عملکرد غده بزاقی باعث کاهش میزان بزاق و در نتیجه خشکی دهان می شوند، که همراه با کاهش pH بزاق منجر به سوزش دهان و تجمع پلاک و جرم، بوی بد دهان، تغییر رنگ دندان ها و افزایش شانس آسیب های پریودنتال و از دست رفتن دندان ها می شود^(۱۱، ۱۲). مصرف مواد مخدر با کاهش فانکشن سیستم دفاعی موجب کاهش مقاومت بافت های پریودنتال و تشدید عمق پاکت های لثه ای نیز می گردد. از سوی دیگر اعتیاد با تاثیر روی رفتار و سبک زندگی باعث کاهش توجه به بهداشت کافی و تمایل به مصرف

اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مکرر مواد اعتیاد آور است که باعث تغییرات غیرطبیعی و اختلال در مدارهای عصبی مربوط به نظام انگیزش و حافظه در مغز شده که منجر به بروز عوارض بیولوژیک، فیزیولوژیک و اجتماعی می گردد و از این جهت یک بیماری محسوب می شود^(۱).

دسته بندی کلی مواد اعتیاد آور شامل: مواد محرک، توهم زا، اپیوئیدها و Cannabis می باشد^(۲). از جمله مواد شایع مورد استفاده می توان به تریاک، هروئین^(۳)، حشیش، ماریجوانا^(۴)، مواد گروه مت آمفتامین^(۵) و Lysergic acid (LSD) و diethylamide^(۶) اشاره کرد. شایع ترین ماده مورد استفاده در ایران مواد اپیوئیدی است^(۷).

مصرف مواد مخدر باعث عوارض متعددی می گردد که شامل مشکلات فیزیکی از جمله مشکلات قلبی، ریوی و عفونت ها مثل هپاتیت و ایدز می باشد و هم چنین مشکلات ذهنی مانند افسردگی که در نهایت مشکلات مربوط به سلامت دهان

هر مرکز اسامی افرادی که بیشتر از یک ماه از ترک اعتیادشان گذشته بود دریافت نموده و از بین آنها براساس جدول اعداد تصادفی ۵۰ نفر وارد مطالعه شدند و افرادی که تمایل به همکاری داشته و رضایت آگاهانه جهت شرکت در طرح داشتند وارد مطالعه شده و افرادی که بیماری های سیستمیک از جمله دیابت و سابقه پرتودرمانی در ناحیه سر و گردن داشتند و یا داروهایی مثل آنتی هیستامین و آنتی کولینرژیک مصرف می کردند از مطالعه خارج شدند و جایگزین برای آنها انتخاب گردید.

جهت انجام مطالعه ابتدا هدف از تحقیق برای کلیه بیماران توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه جهت شرکت در تحقیق، سوالات پژوهش بر اساس چک لیست تهیه شده، از آنها پرسیده شد و معاینه انجام شد.

لازم به ذکر است که این مطالعه در «کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد» به شماره IR.SSU.REC.1398.038 به تصویب رسیده است.

روش جمع آوری اطلاعات به صورت معاینه و تکمیل پرسشنامه صورت گرفت. که پرسشنامه با پرسیدن سوالات از شخص توسط مصاحبه گر تکمیل گردید پرسشنامه حاوی سه بخش بود. قسمت اول اطلاعات دموگرافیک فرد (سن، جنس، تاهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی)، قسمت دوم مربوط به سابقه مصرف دخانیات، انواع مواد مصرفی و شیوه مصرف بود. (در این دو قسمت به صورت تک به تک از افراد مورد مطالعه پرسیده شد) و قسمت سوم نیز مرتبط با معاینه دندان ها و حضور چارت DMFT, Plaque Control Record بود. از شاخص Plaque Control Record جهت بررسی پلاک دندانی استفاده شد، برای تعیین این شاخص از قرص های آشکارساز disclosing agent استفاده گردید^(۱۷). تمام نمونه ها توسط یک نفر دانشجوی دندانپزشکی آموزش دیده توسط متخصص بیماری های دهان و دندان معاینه شدند DMFT. تمام بیماران مورد مطالعه با استفاده از آینه و سوند دندانپزشکی و چراغ قوه در یک اتاق با نور طبیعی ساعت ۹ تا ۱۲ صبح بررسی شد.

غذاهای قندی و عدم مراجعه به دندانپزشک می شود که با افزایش میزان پوسیدگی و بیماری های لثه ای در این گروه همراه است^(۱۳، ۱۴). تمام مواد مخدر در ایجاد خشکی دهان و پوسیدگی های سرویکالی دندان ها تقریبا مکانیسم مشترکی دارند^(۱۵).

جدیت و اهمیت مشکلات دندانی در مصرف کنندگان مواد ضرورت ایجاد یک برنامه مراقبت دندانی در دسترس را ایجاد می کند^(۲) در افراد درحال ترک ممکن است دندان درد با پروسه درمان اعتیاد تداخل کرده و باعث relapse درمان شود^(۳) و یا ظاهر نازیبا و فانکشن نامناسب ناشی از مشکلات دندانی باعث انزوا و مشکلات جسمی و روانی این جمعیت شود^(۷). قدم اول برای تدوین یک پروتکل مراقبت دندانی نیازسنجی است تا براساس آن درمان و مداخله برنامه ریزی گردد^(۱۶). ازین رو نیاز است تا برای مشخص کردن مشکلات این گروه شاخص هایی تعریف شود. شاخص های مختلفی جهت بررسی مشکلات دندانی در دسترس است^(۱۵).

یکی از این شاخص ها شاخص DMFT است که مهمترین شاخص سنجش میزان پوسیدگی دندان است و به معنای دندان هایی که دچار پوسیدگی (D: Decay) هستند، یا پر شده اند (F: Filled) و یا در اثر پوسیدگی از دست رفته اند (M: Missed)^(۱۵). Plaque Control Record نیز شاخص دیگری است که جهت بررسی پلاک دندانی استفاده شده و برای تعیین این شاخص از قرص های آشکارساز disclosing agent ها استفاده می شود^(۱۷). هدف از این مطالعه بررسی شاخص های سلامت دهان شامل DMFT و Plaque Control Record در افراد معتاد که به مراکز سرپایی اعتیاد مراجعه کردند بود.

مواد و روش ها:

این مطالعه یک مطالعه توصیفی -مشاهده ای است که بصورت مقطعی انجام شد. در این مطالعه جمعا ۱۵۰ معتاد مراجعه کننده به ۳ مرکز ترک اعتیاد شهرستان یزد که در هر منطقه به طور تصادفی از روی جداول مرکز بهزیستی انتخاب شدند و در

(۰/۷/۴) با میانگین سنی 107.92 ± 33.07 با دامنه ی سنی ۱۳-۶۸ سال در این مطالعه شرکت کردند. (جدول ۱)

جدول ۱: توزیع فراوانی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۱۲۵	۹۲/۶
	زن	۱۰	۷/۴
گروه سنی	<۲۰	۱۴	۱۰/۴
	۲۱-۳۰	۵۵	۴۰/۷
	۳۱-۴۰	۳۹	۲۸/۹
	۴۱-۵۰	۱۷	۱۲/۶
	≥ 50	۱۰	۷/۴
تحصیلات	بی سواد	۴	۳
	ابتدایی	۱۵	۱۱/۱
	متوسطه و دیپلم	۶۸	۵۰/۴
تاهل	تحصیلات دانشگاهی	۴۸	۳۵/۶
	مجرد	۷۸	۵۷/۸
	متاهل	۴۵	۲۲/۲
	جداشده	۱۲	۹/۸
شغل	محصل	۲۲	۱۷
	خانه دار	۲	۲/۲
	آزاد	۷۷	۵۷
	کارگر/کارمند	۲۷	۲۰
وضعیت اقتصادی	بیکار	۵	۲/۷
	ضعیف	۲۹	۲۱/۵
	متوسط	۷۱	۵۲/۶
	خوب	۳۵	۲۵/۹
وضعیت مصرف	در حال مصرف	۵۹	۴۳/۷
	در حال ترک	۵۰	۳۷
	ترک کرده	۲۶	۱۹/۳
نوع ماده مصرفی	مخدر	۷۷	۵۶/۹
	محرک	۵۴	۴۰/۱
	آرام بخش	۴	۳
روش مصرف	استنشاقی	۱۰۵	۷۷/۸
	خوراکی	۳۰	۲۲/۲
سال مصرف	>۵	۶۹	۵۱/۱
	۶-۱۵	۴۹	۳۶/۳
	>۱۶	۱۷	۱۲/۶

جهت ارزیابی شاخص Plaque Control Record تمام سطوح دندان ها به مواد آشکارکننده آغشته شدند، سپس سطوحی که حاوی پلاک میکروبی بودند (به جز سطوح جونده)، در فرم مخصوص علامت گذاری شد. ارزش شاخص با جمع سطوح حاوی پلاک تقسیم بر سطوح موجود دندانی حاصل گردید. کمترین مقدار صفر (هیچ سطحی رنگ نگرفته باشد یا صفر درصد) و بیشترین مقدار ۱۱۲ (تمام سطوح ممکن در ۲۸ دندان رنگ گرفته باشد یا ۱۰۰٪ سطوح) هستند.^(۱۷)

معیار تشخیص پوسیدگی در این مطالعه بر اساس استاندارد SALCK و JUCKSON بود^(۱۸). طبق تعریف؛ دندانی پوسیده محسوب می شود که علاوه بر علایم ظاهری پوسیدگی در تماس نوک سوند نرم بوده، سوند در آن گیر کرده و خارج کردن آن با مقاومت همراه باشد (شامل مرحله ی white spot نمی شود

در مطالعه حاضر در صورتی که دندان شکستگی داشته و یا پس از پرکردگی، عود پوسیدگی دیده شود پوسیده محسوب گردید و در شرایطی که روکش بر روی دندان وجود داشت جزء دندان های پر شده در نظر گرفته شد. در مورد بریج هم دندان های پایه به عنوان دندان پر شده و محل پونتیک به عنوان missing در نظر گرفته شد. همچنین دندان های ۸ (عقل) از مطالعه حذف گردیدند. شاخص DMFT از جمع تعداد دندان های دائمی پوسیده، خارج شده و پر شده محاسبه گردید. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS22 و با استفاده از آزمون های T-test و ANOVA و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها:

نتایج آزمون آماری ANOVA نشان داد در شاخص Plaque Control Record بین دو جنسیت ($P=0.020$) با برتری مردان و بین افراد مجرد، متاهل و مطلقه

از بین ۱۵۰ نمونه تنها ۱۳۵ مورد پرسش نامه ها به طور کامل پر شده بود که از این میان، ۱۲۵ نفر مرد (۹۲/۶٪) و ۱۰ نفر زن

همچنین نتایج آزمون ANOVA حاکی از آن بود که اختلاف آماری معنی داری در شاخص Plaque Control Record در تحصیلات و شغل وجود نداشت ($P > 0/05$)
 شاخص DMFT اختلاف معنی داری بین دو جنس نشان داد ($P = 0/022$)، به این صورت که شیوع مصرف مواد مورد بررسی در مردان بیشتر از زنان بود. نتایج آزمون Chi-Square اختلاف معنی داری در شاخص DMFT در تحصیلات، تاهل و وضعیت اقتصادی نشان نداد ($P > 0/05$).
 هرچند شاخص DMFT دارای اختلاف معنی داری بین شغل های مختلف بود ($P = 0/005$) (جدول ۲).

($P = 0/001$) با برتری مجردها اختلاف آماری معنی داری وجود داشت. نتایج این آزمون بیانگر اختلاف معنی داری در شاخص Plaque Control Record میان گروه های سنی مختلف بود ($P < 0/001$) بطوری که گروه سنی ۲۱-۳۰ سال غالب مصرف کنندگان را تشکیل می دادند. همچنین اختلاف آماری معنی داری را بر حسب وضعیت اقتصادی نشان داد ($P = 0/021$)، چنانچه افراد با وضعیت اقتصادی خوب وضعیت لثه ای بهتری داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی میانگین شاخص های DMFT و Plaque Control Record معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	Plaque Control Record		P-value	DMFT		شاخص	
	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین		
جنسیت	۷/۴۳	۱۶/۴۳	۰/۰۲۲	۷/۴۳	۱۶/۴۳	مرد	
	۵/۸۳	۱۱/۱۱		۵/۸۳	۱۱/۱۱	زن	
گروه سنی	۶/۸۶	۱۰/۹۵	۰/۲۴۴	۳/۷۰	۱۷/۸۳	<۲۰	
	۵/۹۵	۱۴/۴۶		۵/۷۷	۱۸/۷۵	۳۰-۲۱	
	۷/۳۰	۱۷/۴۰		۸/۳۰	۱۵/۴۵	۳۱-۴۰	
	۶/۶۶	۲۵/۵۸		۶/۹۷	۱۵/۷۶	۴۱-۵۰	
تحصیلات	۴/۹۸	۲۵/۸۶	۰/۳۹۳	۷/۹۳	۱۲/۶۴	≥۵۰	
	۳/۷۰	۱۷/۸۳		۸/۷۶	۱۷/۸۳	بی سواد	
	۵/۷۷	۱۸/۷۵		۹/۴۸	۱۶/۴۱	ابتدایی	
	۸/۳۰	۵۰/۴۵		۱۰/۳۸	۱۵/۳۵	متوسطه و دیپلم	
تاهل	۶/۹۷	۱۵/۷۶	۰/۷۷۸	۱۲/۰۶	۱۶/۳۰	تحصیلات دانشگاهی	
	۶/۱۱	۱۳/۹۶		۶/۱۱	۱۳/۹۶	مجرد	
	۸/۳۹	۱۹/۳۵		۸/۲۹	۱۹/۳۵	متاهل	
	۹/۳۰	۳۰/۷۲		۹/۲۰	۲۰/۷۲	جدا شده	
شغل	۷/۹۴	۱۳/۱۲	۰/۰۰۵	۷/۹۲	۱۳/۱۲	محصل	
	۱۱/۹۰	۱۳/۱۷		۱۱/۹۰	۱۳/۱۷	خانه دار	
	۶/۵۸	۱۶/۸۶		۶/۵۸	۱۶/۸	آزاد	
	۷/۸۳	۱۶/۷۶		۷/۸۳	۱۶/۷۶	کارگر/کارمند	
وضعیت اقتصادی	۹/۸۱	۱۵/۳۶	۰/۹۷۴	۹/۸۱	۱۵/۲۶	بیکار	
	۸/۷۵	۱۷/۱۵		۸/۷۵	۱۷/۱۵	ضعیف	
	۶/۷۸	۱۶/۹۱		۶/۷۸	۱۶/۹۱	متوسط	
	۶/۳۷	۱۲/۱۵		۶/۳۷	۱۲/۱۵	خوب	

در جدول ۱ همچنین میانگین شاخص Plaque Control Record در معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بر حسب مصرف مواد آورده شده است و بررسی ها نشان می دهد که اکثر افراد از مواد مخدر به صورت استنشاقی مصرف می کردند. همچنین اکثر این افراد تریاک مصرف می کردند و مصرف موادی چون شیشه و هرویین در مرتبه دوم قرار داشتند. بر اساس نتایج آزمون آماری ANOVA اختلاف معنی داری در شاخص Plaque Control Record در هرکدام از گروه های وضعیت مصرف و نوع ماده مصرفی وجود نداشت ($P > 0.05$)، ولی این اختلاف بر اساس سال های مصرف ($P\text{-value} = 0.016$) معنی دار بود.

نتایج آزمون ANOVA نشان داد که اختلاف آماری معنی داری در شاخص DMFT بین وضعیت مصرف و ماده مصرفی وجود نداشت ($P > 0.05$)، اما این تفاوت در خصوص سالهای مصرف ماده معنی دار بود ($P = 0.014$). بر اساس نتایج آزمون آماری t-test تفاوت بین روش های مصرف از نظر آماری معنی دار بود ($P = 0.040$). نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد ارتباط آماری معکوس و غیر معنی داری بین میانگین نمرات شاخص های DMFT و Plaque Control Record در افراد مورد بررسی وجود داشت ($r_s = 0.10$, $P = 0.921$).

جدول ۳: میانگین میانگین شاخص های DMFT و Plaque Control Record معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بر حسب متغیرهای مربوط به مواد مصرفی

متغیر	Plaque Control Record			DMFT		
	P-value	انحراف معیار	میانگین	P-value	انحراف معیار	میانگین
وضعیت مصرف		۹/۳۰	۱۸/۰۰		۷/۳۲	۱۵/۷۵
	۰/۱۶۱	۹/۱۲	۱۵/۱۲	۰/۹۰۲	۷/۳۲	۱۵/۴۲
		۹/۷۸	۱۵/۵۳		۷/۴۴	۱۵/۹۲
نوع ماده مصرفی		۹/۶۸	۱۶/۵۰		۷/۷۵	۶۰/۷۰
	۰/۹۳۵	۹/۰۹	۱۶/۳۵	۰/۲۰۸	۶/۶۹	۱۴/۰۴
		۵/۷۴	۱۶/۵۰		۶/۳۴	۱۹/۵۲
روش مصرف		۹/۲۰	۱۵/۶۷		۷/۴۱	۱۵/۲۹
	۰/۰۲۶	۴/۲۴	۸/۰۰	۰/۰۴۰	۷/۳۶	۱۷/۷۶
		۹/۳۶	۲۰/۰۰		۶/۷۶	۱۴/۴۸
سال مصرف		۹/۱۷	۱۷/۸۲		۷/۲۳	۱۷/۵۳
	۰/۰۱۶	۹/۱۹	۱۴/۹۷	۰/۰۱۴	۱۰/۰۱	۲۱/۲۰

بحث:

مصرف مواد اعتیادآور در میان چالش برانگیزترین و پیچیده ترین مشکلات سلامت قرار می گیرد عوارض سنگینی را بر سلامت فردی و اجتماعی تحمیل می کند (۱۶). مشکلات سلامت دهان در میان شایعترین مشکلات مربوط به سلامت عمومی قرار دارد که همراه با وابستگی به مواد دیده می شود.^(۷)

در مطالعه حاضر ۱۵۰ فرد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان یزد با میانگین سنی $10/92 \pm 33/07$ مورد مطالعه قرار گرفتند. بیشتر درصد معتادان (۵۵ نفر) در این مطالعه در گروه سنی ۳۰-۲۱ قرار داشتند. در مطالعه ای که O'Sullivan و همکاران^(۱۹) در ایرلند انجام داد، محدوده سنی افراد مطالعه ۱۸-۷۳ سال بود و حدود ۵۹ درصد آن ها کمتر از ۴۰ سال داشتند که مشابه مطالعه حاضر است. در این بازه ی سنی افراد باید در حداکثر بازدهی برای اجتماع باشند و از طرف دیگر در این سن افراد اهمیت ویژه ای برای ظاهر خود قائل هستند و شاید به همین دلیل مراجعه این گروه از معتادان به کلینیک های ترک اعتیاد بیشتر بود.^(۷)

۱۲۵ نفر از معتادین مورد بررسی در مطالعه حاضر، مذکر (۹۲/۶٪) و ۱۰ نفر (۷/۴٪) مونث بودند. البته این موضوع را نمیتوان به کل جامعه نسبت داد زیرا این نمونه گیری در شهر یزد بوده و از آنجا که شهر مذهبی می باشد زنان معتاد نمی توانند به راحتی مشکلات خود را رفع کنند و یا به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کنند. کارایی فردی و اجتماعی فرد تحت تاثیر ظاهر نامناسب تا حد زیادی تحت تاثیر قرار می گیرد و منجر به حس انزوای طلبی گشته و متعاقب تشدید این حس، شدت اعتیاد افزایش و احتمال ترک اعتیاد توسط فرد کاهش می یابد (بین حس انزوای طلبی و شدت اعتیاد ارتباط معنی دار وجود دارد) که این موضوع در زنان بیشتر به چشم می خورد.^(۷) همچنین به دلیل ویژگی های جنسیتی مثل مشکلات جسمی و یا حمایت همسران و خانواده، درمان اعتیاد در زنان بسیار دشوارتر است. در بیشتر مواقع همسر زن، معتاد و مصرف کننده

است و چون این مصرف خانوادگی می باشد، در نتیجه درمان سخت تر و ترک مواد راحت نمی باشد.^(۲۰)

در این مطالعه افراد دارای تحصیلات متوسطه و دیپلم بیشترین سهم (۵۰/۰۴ درصد) را در میان افراد مورد بررسی داشتند. نتایج مطالعه حاتم خانی و همکاران^(۲۱) نشان داد که بی سواد یکی از علل گرایش به اعتیاد است که این نتیجه با مطالعه حاضر همسو نمی باشد، و علت این موضوع را میتواند بالا رفتن سطح سواد جامعه دانست چرا که تغییر نگرش در مورد تحصیلات سبب شده است که افراد جامعه ایرانی خود را موظف به درس خواندن بدانند و یکی دیگر از دلایلی گرایش نوجوانان به مواد مخدر، عدم آشنایی آنها با مهارت های زندگی است. Botvin و همکاران از مهارت های تصمیم گیری، مقابله با اضطراب، مهارت های ارتباطی و جرأت آموزی یاد می کنند. نوجوانانی که قابلیت های اجتماعی ضعیفی دارند، ممکن است به دلیل سودمندی های اجتماعی به مصرف مواد رو آورند. شواهدی وجود دارد که افراد با شایستگی و مهارت اجتماعی پایین، بدترین پیش آگهی و بالاترین نرخ مصرف مواد را نشان می دهند.^(۲۲)

در مطالعه حاضر بیش از نیمی از معتادین (۵۷/۸ درصد) مجرد بودند. در مطالعه ای که الله وردی و همکاران انجام دادند علل مختلفی را برای اعتیاد افراد مجرد بیان کردند که بیشترین عوامل در افراد معتاد مجرد: اضطراب، سابقه آزار دیدگی جنسی، استفاده از مواد برای لذت جویی و خوش گذرانی، احساس کنجکاوی نسبت به مواد، تقلید از رفتار دیگران، رفتار خشن و مستبدانه، سخت گیری زیاد خانواده، مشکلات مربوط به محل تحصیل، استرس تحصیلی بود.^(۲۳)

در این مطالعه بیشترین ماده مصرفی در بین معتادین تریاک (۷۷/۸ درصد) بود که به روش استنشاقی استفاده می شد؛ به گزارش صفوی و همکاران بیشترین ماده مصرفی در ایران تریاک است^(۲۴) که همسو با نتایج مطالعه حاضر می باشد. علت این شیوع را میتوان تصورات اشتباه مردم جامعه دانست که تریاک برای سلامتی مفید است ولی این موضوع از لحاظ علمی

کاملاً رد شده است چرا که شیوع بیماری های گوارشی، قلبی، عروقی و سرطان مری در این افراد بالا می باشد.

در مطالعه حاضر میانگین شاخص DMFT در افراد معتاد (۱۶/۴۶±۹/۳۶) و میانگین شاخص Plaque Control Record (۱۵/۹۲±۷/۴۴) بود، که با مطالعه Scheutz و همکاران (۲۵) همخوانی دارد. در مطالعه حاضر میانگین دندان های دچار پوسیدگی ۴/۲۱±۴/۱۳، دندان های کشیده شده ۱۰/۷۶±۱۲/۶۳ و دندان های پر شده ۱۶/۴۶±۹/۳۶ بود. با توجه به میانگین بالای دندان های پوسیده و پر شده می توان نتیجه گرفت که بین اعتیاد و ایجاد پوسیدگی دندان ارتباط وجود دارد. از سوی دیگر میانگین بالای دندان های پر شده و کشیده شده در معتادین مورد مطالعه نشاندهنده ی توجه بیشتر این افراد به درمان دندانپزشکی نسبت به پیشگیری است. بطور کلی بالابودن میانگین شاخص ها در این مطالعه نشانگر ارتباط دوطرفه بین اعتیاد به مواد و مشکلات دندانی است به صورتی که اعتیاد سبب تشدید مشکلات دهان و دندان شده و در مقابل عوارض دهان و دندان ممکن است منجر به وقوع و عود مجدد اعتیاد در فازهای درمان گردد. بنابراین در دوره های درمان اعتیاد نیز دردهای دهان و دندان، موفقیت پروتکل درمانی را کاهش داده و از عوامل عود مصرف به حساب می آید (۲۶، ۱۵).

در مطالعه Scheutz و همکاران (۲۵) میانگین DMFT ۱۸/۳ بود. شاخص پلاک قابل مشاهده (میانگین: ۷۷/۴) و شاخص خونریزی بالا (میانگین: ۷۱/۳۱) بودند، که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد. نتایج آنها حاکی از این بود که نه تنها اعتیاد بلکه سطوح پایین تحصیلات و رده اجتماعی نیز بر سلامتی دهان و دندان موثر است (۲۵).

نتایج مطالعه Akl و همکاران (۲۷) نشان داد که ۹۲ درصد افراد معتاد سابقه درد دندان داشتند. مدت مصرف تریاک، سابقه مصرف هروئین تزریقی با اندکس پلاک ارتباط مستقیم داشت. ثابت شده است که افراد معتاد از نظر بهداشت و سلامت دهان و دندان در سطح پایین تری از سایرین قرار دارند چرا که

استفاده از مواد مخدر، سلامت دهان و دندان را مورد آسیب قرار می دهد.

در این مطالعه مشخص گردید که درصد بالایی از معتادان مورد بررسی پلاک میکروبی بالایی داشته و در نتیجه احتمال فراوانی بیماری های لثه در معتادان بیشتر است. به عبارت دیگر بین اعتیاد و میانگین شاخص پلاک ارتباط معنی داری وجود داشت، که با نتایج مطالعه Du و همکاران (۲۸) مطابقت دارد. اما در مطالعه حاضر بین میانگین شاخص DMFT و اعتیاد ارتباط آماری معنی دار نبود. در مطالعه ای که Brown و همکاران (۲۹) روی معتادان آمریکایی انجام دادند نیز گزارش شده است که بین نوع ماده مخدر و میزان DMFT ارتباطی وجود ندارد که این نتیجه همسو با مطالعه حاضر می باشد.

در مطالعه Protrka و همکاران (۳۰) در رابطه با شیوع پوسیدگی در افراد معتاد به هرویین، مشاهده شد که میانگین DMFT در گروه مورد حدود چهار برابر گروه شاهد بود. همچنین در مطالعه DU و همکاران (۲۸) تنها گروه معتادان به هرویین مورد بررسی قرار گرفته بودند، نتایج نشان داد که شیوع پوسیدگی در این افراد بسیار زیاد بوده است و تنها درصد کمی از معتادان دندان ترمیم شده داشته اند. بالاتر بودن تجربه پوسیدگی در معتادان در این پژوهش و نیز در مطالعات مشابه میتواند به دلیل عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر، از جمله خشکی دهان باشد. حجم بالای بزاق، قادر به رقیق ساختن اسید های ایجاد شده در اثر پلاک دندانی می باشد. همچنین غدد بزاقی، تعدادی محصول ضد میکروبی از قبیل لیزوزیم، لاکتو پراکسیداز، لاکتوفرین و اگلوتین تولید می کنند که همگی فعالیت ضد باکتریایی دارند و در نتیجه حجم کافی بزاق عامل پیشگیری کننده از پوسیدگی می باشد.

در مطالعه حاضر مشاهده شد بین مدت مصرف و میانگین شاخص های DMFT و Plaque Control Record رابطه مستقیمی وجود دارد و مصرف مواد به مدت طولانی تر اثرات مخرب بیشتری بر دهان و دندان دارد. بطوری که هرچه مدت اعتیاد بیشتر باشد وضعیت سلامت دهان و دندان این افراد بدتر و نیاز آنها به دریافت درمان های دندانپزشکی بالاتر بود. این

تشکر و قدردانی:

کد اخلاق قبل از شروع مطالعه از «کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد» به شماره IR.SSU.REC.1398.038 به تصویب رسیده است.

References:

1. Marrazzi MA, Luby ED. An auto-addiction opioid model of chronic anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1986;5(2):191-208.
2. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iranian journal of public health*. 2013 Sep;42(9):929-40.
3. Ma H, Shi XC, Hu DY, Li X. The poor oral health status of former heroin users treated with methadone in a Chinese city. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. 2012 Apr;18(4):PH51-5.
4. Thomson WM, Poulton R, Broadbent JM, Moffitt TE, Caspi A, Beck JD, et al. Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. *Jama*. 2008 Feb 6;299(5):525-31.
5. Crime UNOoDa. World Drug Report. 2011 (Sales No. E.11.XI.10).
6. Brand HS, Dun SN, Nieuw Amerongen AV. Ecstasy (MDMA) and oral health. *British dental journal*. 2008 Jan 26;204(2):77-81.
7. Akbari M, Faghani M, Kazemian A, Afshari R, Taghian A, Talebi A. Evaluation of Oral Health Status and Dental Need Assessment in Narcotic Drug Abusers. *J Mashhad Dent Sch*. 2015;39(3):191-200.
8. Brienza RS, Stein MD, Chen M, Gogineni A, Sobota M, Maksad J, et al. Depression among needle exchange program and methadone maintenance clients. *Journal of substance abuse treatment*. 2000 Jun;18(4):331-7.
9. Chen CY, Lin KM. Health consequences of illegal drug use. *Current opinion in psychiatry*. 2009 May;22(3):287-92.
10. Pallasch JT. *Clinical therapy in dental practice*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1973.
11. Marques TC, Sarracini KL, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC oral health*. 2015 Mar 20;15:38.
12. Saini GK, Gupta ND, Prabhat KC. Drug addiction and periodontal diseases. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2013;17(5):587-91.

ارتباط نشانگر تاثیر مخرب اعتیاد بوده و نیاز به توجه ویژه به حیطة سلامت دهان و دندان برای متقاضیان ترک اعتیاد را نشان می دهد و لزوم ورود این درمان ها به پروتکل ترک را خاطر نشان می سازد. این نتیجه با مطالعه اکبری و همکاران^(۷) همسو می باشد.

نتایج نشان داد ارتباط آماری معکوس و غیر معنی داری بین میانگین نمرات شاخص های DMFT و Plaque Control Record در افراد مورد بررسی وجود داشت. علت را می توان این گونه توجیه کرد که افراد مورد مطالعه دندان های کشیده شده بیشتری دارند و در نتیجه پلاک کمتری هم دارند و شاخص Plaque Control Record در این افراد کمتر است. این اطلاعات نشان می دهد در مصرف کنندگان علاوه بر داشتن نرخ بالای بیماریهای دندانی و نیازهای متناسب با آن و کمبود دسترسی به خدمات دندان پزشکی احتمال تجویز خود دارویی افزایش پیدا می کند. بنابراین، مصرف کنندگان مواد مخدر نیاز بیشتری به مراقبت های دندان نسبت به اکثر افراد دارند. اهمیت و جدی بودن مشکلات سلامت دهان در میان سوء مصرف کنندگان مواد نشان دهنده نیاز به تدوین برنامه مراقبت از سلامت دهان جامع برای دسترسی این افراد به خدمات دندان پزشکی دارد و این برنامه ها باید وارد خدمات مراقبت سلامت عمومی شود^(۲).

نتیجه گیری:

مصرف مواد مخدر؛ شاخص های DMFT و Plaque Control Record را افزایش می دهد. به نظر می رسد نیازهای درمانی دهان و دندان جمعیت معتادین در حال ترک گسترده و وسیع بوده و نیاز به پیگیری دارند.

13. Blanksma CJ, Brand HS. Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. *International dental journal*. 2005;55(6):365-9.
14. Kapila YL, Kashani H. Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. *Journal of periodontology*. 1997 May;68(5):485-8.
15. Molendijk B, Ter Horst G, Kasbergen M, Truin GJ, Mulder J. Dental health in Dutch drug addicts. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1996 Apr;24(2):117-9.
16. Nessa A, Latif SA, Siddiqui NI, Hussain MA, Hossain MA. Drug abuse and addiction. *Mymensingh medical journal : MMJ*. 2008;17(2):227-35.
17. Marulanda AM, Coral D, Sabogal D, Serrano C. Periodontal conditions of Colombian university students aged 16 to 35. *Brazilian oral research*. 2014;28. PubMed
18. Zhi QH, Zhou Y, Tao Y, Wang X, Feng XP, Tai BJ, et al. Factors Impacting the Oral Health-related Quality of Life in Chinese Adults: Results from the 4th National Oral Health Survey. *The Chinese journal of dental research : the official journal of the Scientific Section of the Chinese Stomatological Association (CSA)*. 2018;21(4):259-65.
19. O'Sullivan EM. Dental health of Irish alcohol/drug abuse treatment centre residents. *Community dental health*. 2012 Dec;29(4):263-7.
20. Bagheri MA, Nabavi AH, Moltafet H, Naghipour F. The study of effective factors on addiction phenomenon in the City of Ahwaz. *J Applied Sociol*. 2010;21(2):119-36.
21. Hatamkhani S, Shiva A, Pouraghdam R, Nojavan N, Ghasempour M. Study of the pattern of drug use among clients referring to the compulsory maintenance, treatment and reducing the harm of addicts center in Urmia in 2015. *J Mashhad Med Sch*. 2018;61(3):1050-60.
22. Botvin GJ, Griffin KW. Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *J Prim Prev*. 2004 01;25(2):211-32.
23. Allahverdi N, Hejazi S, Pourteymour S, Namvar M. Comparison of predisposing factors of consuming addicting drugs in singles with married men in addiction center affiliated to welfare office in tehran in 2016. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018;16(9):648-59.
24. Safavi SD, Rahmati-Miandehi S, Farhadi H. Evaluation of simultaneous consumption of cigarette and opium on periodontal status in patients referred to Ghiansi Medical Centre during 2003. *J Dent Sch*. 2005;23(3):459-66.
25. Scheutz F. Dental habits, knowledge, and attitudes of young drug addicts. *Scandinavian journal of social medicine*. 1985;13(1):35-40.
26. Madinier I, Harrosch J, Dugourd M, Giraud-Morin C, Fosse T. The buccal-dental health of drug addicts treated in the University hospital centre in Nice. *Presse medicale (Paris, France : 1983)*. 2003 7;32(20):919-23.
27. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *International journal of epidemiology*. 2010 Jun;39(3):834-57.
28. Du M, Bedi R, Guo L, Champion J, Fan M, Holt R. Oral health status of heroin users in a rehabilitation centre in Hubei province, China. *Community dental health*. 2001;18(2):94-8.
29. Brown C, Krishnan S, Hursh K, Yu M, Johnson P, Page K, et al. Dental disease prevalence among methamphetamine and heroin users in an urban setting: a pilot study. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2012 Sep;143(9):992-1001.
30. N, Katunaric M, Filipovic I, Verzak Z. Caries prevalence in heroin addicts. *Acta clinica Croatica*. 2013 Dec;52(4):436-43.