

Original Article

The comparison of oral health and xerostomia between hospitalized patients with schizophrenia and normal individuals

Ali Ebrahimi¹, Ali Reza Shafiee-Kandjani², Marzieh Aghazadeh^{2*}, Hossein Eslami³, Behzad Shalchi^{2,4}, Yasman Shafiei¹

¹Dentist, Faculty of Dentistry, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Dental and Periodontal Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Department of Psychology, Azerbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

*Corresponding author; E-mail: maghazadehbio@gmail.com

Received: 29 Jun 2020 Accepted: 31 Aug 2020 First Published online: 17 April 2021

Med J Tabriz Uni Med Sciences. 2021;43(1):7-15

Abstract

Background: Schizophrenia is a psychiatric illness characterized by negative symptoms (apathy, social withdrawal, lack of motivation) and cognitive deficits, while impairment in self-care, grooming, and oral health is also noted. This study aimed to evaluate oral health status and xerostomia among hospitalized patients in Razi Hospital in Tabriz, Iran during 2019 .

Methods: In this descriptive-analytic study, a total of 80 people (equal genders) including 40 hospitalized patients with schizophrenia and 40 healthy matched controls were recruited conveniently from among non-psychiatric outpatient poly-clinic referrals. Oral health status was measured by decayed, missing, and filled permanent teeth (DMFT) index and xerostomia index. Data were analyzed through SPSS version 25 by student's t-test, chi-square, Pearson, and Spearman correlation tests. P-values under 0.05 were considered statistically significant.

Results: In both groups, 75% out of males were smokers. The mean DMFT in the cases was significantly greater than the controls (P=0.02). There was no difference between genders in both groups. The means of xerostomia indices were significantly higher in the case group. (t=3.47, P=0.001).

Conclusion: Based on cognitive deficits and negative symptoms in patients with schizophrenia, oral hygiene is considerably lower than normal populations. This is a great hint for policy-makers, clinicians, healthcare professionals, and family members to emphasize on prevention of oral and dental lesions among afflicted patients.

Keywords: Schizophrenia, Oral Health, Xerostomia, DMFT

How to cite this article: Ebrahimi A, Shafiee-Kandjani AR, Aghazadeh M, Eslami H, Shalchi B, Shafiei Y. [The comparison of oral health and xerostomia between hospitalized patients with schizophrenia and normal individuals]. Med J Tabriz Uni Med Sciences. 2021;43(1):7-15. Persian.

مقاله پژوهشی

مقایسه سلامت دندان و خشکی دهان مبتلایان به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان با افراد سالم

علی ابراهیمی^۱، علیرضا شفیعی کندجانی^۲، مرضیه آقازاده^۳، حسین اسلامی^۳، بهزاد شالچی^۴ و یاسمن شفیعی^۱

^۱ دکترای حرفه‌ای دندان پزشکی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳ گروه بیماری‌های دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات لثه و دندان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۴ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
نویسنده مسؤل؛ ایمیل: maghazadehbio@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۹/۴/۹ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۰ انتشار برخط: ۱۴۰۰/۱/۲۸
مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۴۰۰؛ ۴۳(۱): ۷-۱۵

چکیده

زمینه: اسکیزوفرنی نوعی اختلال روان‌پزشکی است که ممکن است با علائم منفی (نظیر آپاتی، انزوای اجتماعی و بی‌انگیزگی) و نقایص شناختی مشخص شود. از ویژگی‌های آن می‌توان به عدم رسیدگی به بهداشت فردی، آرایش ظاهری و بهداشت دهان و دندان اشاره کرد. این مطالعه با هدف بررسی و توصیف وضعیت شاخص‌های مربوط به سلامت دندان و خشکی دهان در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بستری شده در بیمارستان رازی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۸۰ نفر شامل ۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان رازی تبریز و ۴۰ نفر از بین افراد سالم مراجعه کننده به درمانگاه‌های داخلی این بیمارستان که از لحاظ سنی و جنسی متناسب با گروه بیماران بودند، به صورت در دسترس و به تعداد مساوی از زنان و مردان انتخاب شدند. وضعیت سلامت دهان و دندان با شاخص تعداد دندان پوسیده، کشیده شده و ترمیم شده (DMFT) و شاخص خشکی دهان بررسی شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و با آزمون‌های تی‌استیودنت، مجذورکای، پیرسون و اسپیرمن تحلیل آماری شدند. سطح معنی‌داری مطالعه $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در هر دو گروه، ۷۵٪ مردان سیگاری بودند در حالی که تمامی زنان هر دو گروه غیرسیگاری بودند. میانگین DMFT در گروه بیمار (۱۹/۲۵) بیشتر از گروه سالم (۱۵/۵۶) بود ($p=0/02$). تعداد دندان پوسیده (D) و کشیده شده (M) در گروه بیمار بیشتر از گروه سالم به دست آمد ولی تعداد دندان ترمیم شده (F) در گروه سالم بیشتر بود. به رغم اینکه میانگین DMFT در هر دو گروه بیمار و سالم در مردان بیشتر از زنان بود، از لحاظ آماری تفاوت معناداری به دست نیامد ($p=0/32$ ، $p=0/51$). میانگین شاخص خشکی دهان در گروه بیماران اسکیزوفرنی و گروه سالم به ترتیب ۱/۴۵ و ۰/۳۵ بود. با توجه به نتایج آزمون t تفاوت بین دو گروه معنادار بود ($t=3/47$ ، $p=0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان داد که وضعیت سلامت دهان و دندان در بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنی به طور چشمگیری در سطح پایین‌تری از افراد سالم جامعه است. بنابراین توجه سیاست‌گذاران حوزه سلامت، درمان‌گران، مراقبین بهداشتی و بستگان بیمار به پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان، اهمیت مضاعفی پیدا می‌کند.

کلید واژه‌ها اسکیزوفرنی، سلامت دهان و دندان، خشکی دهان، DMFT

نحوه استناد به این مقاله: ابراهیمی، ع، شفیعی کندجانی، ع، آقازاده، م، اسلامی، ح، شالچی، ب، شفیعی، ی. مقایسه سلامت دندان و خشکی دهان مبتلایان به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان با افراد سالم. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۴۰۰؛ ۴۳(۱): ۷-۱۵

حق تالیف برای مولفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

سلامت دهان پس از تغییر تعریف "سلامت" توسط WHO در سال ۱۹۸۴ بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (۱). براساس این تعریف سلامت حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها به نبودن بیماری، معلولیت و یا زمینگیری دلالت ندارد (۲). براساس این تعریف سلامت دهان به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی تأثیرگذار بر سلامت جسمی و اجتماعی افراد مطرح می‌شود. فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، صحبت کردن، لبخند زدن و فعالیت‌های اجتماعی از عوامل موثر در تعیین سطح سلامت افراد است. بنابراین به راحتی قابل نتیجه‌گیری است که سلامت دهان و دندان جزء جدایی ناپذیر در سلامت فیزیکی و زندگی اجتماعی افراد است (۱). تأثیرپذیری کیفیت زندگی افراد از سلامت دهان در حدی است که در دهه‌های اخیر اصطلاح "کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان" (OHRQL) شکل گرفته و در مطالعات به کرات استفاده شده است (۳). اسکیزوفرنی نوعی اختلال روان‌پزشکی است که با علائم بالینی شامل هذیان و توهم، انزوای اجتماعی و افت توانایی شناختی مشخص می‌شود. در این بیماری اختلال عملکرد در حوزه‌های شغلی، بین فردی و اجتماعی دیده می‌شود. از ویژگی‌های این بیماری می‌توان به عدم رسیدگی به بهداشت فردی، آرایش ظاهری و بهداشت دهان و دندان اشاره کرد که با افت توانایی‌های فیزیکی و شناختی افراد تشدید می‌شود (۴). این بیماری با شیوع جهانی ۰/۷٪، بار اقتصادی بالایی را به جامعه و سیستم بهداشتی آن وارد می‌کند و یکی از ناتوان کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (۴). در این افراد علاوه بر مشکلات ذهنی، بیماری‌های همراه دیگری مانند دیابت، پرفشاری خون، دیس لیپیدمی و چاقی دیده می‌شود که وضعیت درمان را پیچیده‌تر می‌کند (۵). این بیماران با توجه به ماهیت بیماری معمولاً برای حل مشکلات سلامتی خود تصمیم درستی نمی‌گیرند یا نسبت به آن بی‌توجه‌اند (۶). شرایط روانی آنها علاوه بر بی‌توجهی به سلامت دهان و دندان‌ها، دریافت خدمات و درمان‌های دندان‌پزشکی از طرف مراکز مربوطه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. براساس مطالعات، دریافت خدمات دندان‌پزشکی در بیماران مبتلا ضعیف است. وجود بیماری‌های سیستمیک زمینه‌ای و عوارض ناشی از مصرف داروها که اغلب کاهش بزاق را در بر می‌گیرند، باعث تشدید علایم دندان‌پزشکی و دهانی در این بیماران می‌شود. کاهش تحرک، میل شدید به استفاده از سیگار و فقر اقتصادی از جمله مواردی هستند که به تشدید این شرایط نامطلوب دامن می‌زنند (۷). امروزه توجه به وضعیت سلامت دهان افراد با معلولیت‌های جسمی و ذهنی افزایش یافته است. این شاخص به عنوان یکی از اهداف اولیه بهداشتی جوامع مطرح است. علایم بیماری‌های دهانی در این افراد به علت ماهیت بیماری، عوارض جانبی داروها و رژیم غذایی نامناسب رخ می‌دهد (۷).

نکات کاربردی

با توجه به نقایص شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، سلامت دهان و دندان تحت تأثیر بیماری قرار می‌گیرد. توجه درمانگران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت به این موضوع موجب ارتقا سلامت دهان و دندان مبتلایان خواهد شد.

بیماری‌های دهان و دندان در این بیماران زمینه را برای بیماری‌های قلبی، ریوی و گوارشی فراهم می‌کند. براساس مطالعات، مشکلات دهان و دندان از جمله عوامل تأثیرگذار در مرگ و میر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ذکر شده است (۸). شاخص تعداد دندان پوسیده، کشیده شده و ترمیم شده (DMFT) رایج‌ترین شاخص بررسی سلامت دندان‌های دایمی است. این شاخص در دندان‌های شیری با حروف کوچک (dmft) مشخص می‌شود و هر دو از شاخص‌های مهم ارزیابی سلامت جامعه هستند (۹). در برخی مطالعات، میانگین این شاخص در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در انگلستان ۱۹/۱، ایتالیا ۱۵/۵ و هندوستان ۱۲/۶ گزارش شده است (۱۰-۱۲). تنها مطالعه‌ای که در این زمینه در ایران انجام گرفته است مربوط به مطالعه نیک فرجام و همکاران در سال ۱۳۹۲ است که این میانگین را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و بستری شده در استان چهارمحال و بختیاری، ۱۹/۴ گزارش کردند (۷). زروستومی احساس ذهنی از خشکی دهان است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳ و ۱۴). شایع‌ترین علت خشکی دهان، استفاده از داروهای خاص سیستمیک است. افراد مسن در معرض خطر بیشتری قرار می‌گیرند که دلیل اصلی مصرف داروهای بیشتر توسط افراد مسن است. از عوارض خشکی دهان می‌توان به پوسیدگی دندان، کاندیدیازیس و مشکل در استفاده از پروتز دندان اشاره کرد (۱۵). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۶ بر روی بیماران روان‌پزشکی از جمله مبتلایان به اسکیزوفرنی انجام شده بود در ۳۹٪ بیماران خشکی دهان متوسط تا شدید ذکر شد که نسبت به گروه شاهد اختلاف معناداری داشت (۱۶). همچنین در این بیماران خشکی دهان رابطه مستقیمی با مصرف همزمان چندین داروی روان‌پزشکی دارد و تعداد داروهای مصرفی مهمتر از دوز دارو است (۱۷). با توجه به شیوع اسکیزوفرنی، مطالعات محدودی در زمینه بررسی سطح سلامت دهان و دندان بیماران و ارائه راهکار در این زمینه انجام شده است. این در حالی است که در بیماری‌های مزمن با شیوع کمتر مانند آرتریت روماتوئید، پارکینسون و لوپوس اریتماتوز به مراتب مطالعات بیشتری موجود است (۸). تاکنون مطالعه جامع در خصوص تعیین سطح سلامت دهان و دندان این بیماران در کشور انجام نگرفته است. فقدان اطلاعات جامع کشوری و منطقه‌ای در این زمینه امکان برنامه‌ریزی

M و F با توجه به توضیحات زیر تعیین شدند و شاخص DMFT برای هر فرد از حاصل جمع D و M و F به دست آمد. D: نشانگر تعداد دندان‌های دائمی است که پوسیده‌اند. در صورتی که دندان ترمیم داشته باشد ولی پوسیدگی نیز داشته باشد، به عنوان پوسیده حساب می‌شود.

M: بیانگر تعداد دندان‌های دائمی از دست رفته به دلیل پوسیدگی است و دندان‌هایی که پوسیدگی شدید دارند و می‌بایست خارج شوند نیز غایب شمرده می‌شوند. دندان‌هایی که برای درمان ارتودنسی کشیده می‌شوند، دندان‌های دائمی رویش نیافته، غیبت دندان به دلیل یک حادثه یا هرگونه غیبت مادرزادی دندان‌ها در این گروه در نظر گرفته نمی‌شوند.

F: بیانگر تعداد دندان‌های دائمی است که به دلیل پوسیدگی ترمیم یا روکش شده‌اند و در حال حاضر پوسیدگی ندارند. وضعیت خشکی دهان با پرسشنامه محقق ساخته (XI) مبتنی بر مطالعه Thomson و همکاران بررسی شد (۱۹). این پرسشنامه، حاوی ۴ بند زیر بود که تعداد موارد مثبت برای هر فرد ثبت شد: الف) احساس خشکی دهان در طی ۶ ماه گذشته، ب) بزاق ناکافی در دهان، ج) مشکل در بلع غذا و نیاز به مصرف مایعات همراه غذا، د) چسبندگی آبسال‌نگ به مخاط.

برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی و کیفی از آزمون تی استیونند و مجذور کای و برای تعیین همبستگی از آزمون پیرسون و اسپیرمن استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد بررسی و تحلیل آماری قرار گرفت. سطح معنی‌داری مطالعه $p < 0.05$ در نظر گرفته شد. این مطالعه پس از اخذ کد اخلاقی به شناسه IR.TBZMED.REC.1398.453 انجام گرفت. از قیم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و از افراد سالم شرکت کننده رضایت آگاهانه اخذ شد. انجام معاینات بدون ایجاد هیچ‌گونه آسیبی برای دو گروه صورت گرفت. اطلاعات افراد شرکت کننده در این مطالعه به صورت محرمانه بوده است.

یافته‌ها

افراد مورد مطالعه این تحقیق ۸۰ نفر که شامل ۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و ۴۰ فرد سالم به تعداد مساوی از مرد و زن بود. (جدول ۱) برای تعیین توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. در هر دو گروه، ۷۵٪ مردان سیگاری بودند در حالی که تمامی زنان هر دو گروه غیرسیگاری بودند. از نظر فراوانی سطح تحصیلات در هر دو گروه به‌طور متوسط یک چهارم افراد بدون سواد و یک سوم سیکل و بقیه افراد که کمتر از ۵٪ بودند، مدرک تحصیلی در حد دیپلم و بالاتر داشتند. از نظر آماری تفاوت معناداری بین ۲ گروه از نظر میزان تحصیلات نبود ($p=0.544$). در تجزیه و تحلیل ارتباط بین خشکی دهان و DMFT با سطح تحصیلات، بین سطح تحصیلات با DMFT صرفاً

و هدفمند کردن خدمات و مراقبت‌های دهانی را با مشکل مواجه می‌کند. با توجه به نبود اطلاعات در خصوص سطح سلامت دهان و دندان این بیماران، مطالعه حاضر به بررسی شاخص DMFT و خشکی دهان (Xerostomia index=XI) بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان رازی تبریز در سال ۱۳۹۸ پرداخته است.

روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۸۰ نفر شامل ۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان رازی تبریز و ۴۰ فرد سالم در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت.

به منظور تعیین حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه (۱۸) میانگین (انحراف معیار) DMFT در دو گروه بیمار و سالم به ترتیب $(13.51, 7.27)$ و $(4.41, 7.80)$ در نظر گرفته شد، همچنین با در نظر گرفتن میزان خطا ۰/۰۵ و توان ۹۰ درصد تعداد ۳۵ نفر در هر گروه بدست آمد، جهت بالا بردن اعتبار مطالعه به حجم نمونه ۱۵ درصد اضافه گردید که در نهایت ۴۰ نفر در هر گروه و جمعاً ۸۰ نفر در نظر گرفته شد. بیماران براساس مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته مبتنی بر DSM-5 توسط متخصص روانپزشکی، وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام گرفت و افراد به تعداد مساوی از زنان و مردان با رعایت معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از قیم این بیماران، چک لیست طراحی شده برای هر یک از آنها تکمیل گردید. این چک لیست شامل ۴ قسمت حاوی اطلاعات دموگرافیک، شرایط سیستمیک و بیماری، معاینه دندان‌ها و معاینه داخل دهانی در خصوص وضعیت بزاقی بود. معیار ورود گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مطالعه، داشتن حداقل سنی ۲۰ سال و تشخیص اسکیزوفرنی با حداقل بازه زمانی ابتدای ۲ ساله و معیار خروج گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، سابقه ترومای سر و صورت، ابتلا به بیماری‌های جسمی و سیستمیک (مثل دیابت، شوگر، بهجت)، ناتوانی ذهنی (براساس مصاحبه بالینی و تست ریون)، سابقه مصرف مواد مخدر و الکل و عدم تمایل به همکاری بود. گروه شاهد از بین افراد سالم مراجعه کننده به درمانگاه‌های داخلی بیمارستان رازی که از لحاظ سنی و جنسی متناسب با گروه بیماران بودند و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، انتخاب شد. معیار ورود گروه شاهد، داشتن حداقل سنی ۲۰ سال و عدم ابتلا به اختلالات عمده روانپزشکی و عدم مصرف طولانی مدت دارو و معیار خروج آن همانند معیارهای خروج گروه بیمار بود (۱۸).

برای بدست آوردن شاخص DMFT، در شرایط روشنی مطلوب و با استفاده از یک آینه تخت شماره ۳ و یک سوند نوک تیز دم خوک (Pig-tail) میزان D و M و F تعیین شد. در صورت نیاز برای تأمین نور و دید از چراغ قوه استفاده گردید. مقادیر D و

مردان بیشتر از زنان است ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود. در گروه سالم نیز وضعیت مشابهی بدست آمد (جدول ۳).

در گروه بیماران تعداد دندان کشیده شده (M) همبستگی مثبت قوی با سن داشت ($p=0/00$, $r=0/71$) اما بین تعداد دندان‌های ترمیم شده (F) با افزایش سن رابطه ضعیف تا متوسط منفی وجود داشت ($p=0/48$, $r=-0/37$). بین میانگین DMFT و سن همبستگی مثبت متوسط دیده شد که از لحاظ آماری معنادار بود ($r=0/5$, $p=0/007$).

مقایسه داده‌های مربوط به شاخص خشکی دهان نشان داد که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به شکل معناداری بیشتر از افراد سالم علائم مربوط به خشکی دهان را تجربه می‌کنند. میانگین شاخص خشکی دهان در گروه بیماران اسکیزوفرنی و گروه سالم به ترتیب $1/45(1/77)$ و $0/35(0/95)$ بود. با توجه به نتایج آزمون t تفاوت بین دو گروه معنادار بود ($t=3/47$, $p=0/001$) و چنین نتیجه می‌شود که میزان خشکی دهان در گروه بیماران اسکیزوفرنی نسبت به گروه سالم بیشتر است. در گروه بیمار بین خشکی دهان و سن، همبستگی مثبت متوسط وجود داشت ($p=0/002$, $r=0/48$) اما در گروه سالم رابطه بین خشکی دهان و سن معنادار نبود ($p=0/12$, $r=-0/25$).

در گروه بیمار بین خشکی دهان و DMFT همبستگی مثبت متوسط وجود داشت که از لحاظ آماری معنادار بود ($r=0/41$, $p=0/008$) ولی در گروه سالم همبستگی معناداری بین این دو به دست نیامد ($r=-0/063$, $p=0/7$).

در گروه بیمار ضریب همبستگی منفی متوسطی به دست آمد ($p=0/038$, $r=-0/33$).

داروهای مصرفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مطالعه حاضر در ۶ دسته کلی قرار داشتند. در این گروه تمامی بیماران از دسته دارویی ضدجنون استفاده می‌کردند درحالی که همزمان ۵۷/۵٪ بیماران از آنتی کولینرژیک و ۵۲/۵٪ بیماران از بنزودیازپین‌ها استفاده می‌کردند. فراوانی مصرف کنندگان دسته‌های دارویی تثبیت کننده‌های خلق، ضدافسردگی‌های مهارکننده بازجذب سروتونین (SSRI) و بتابلوکرها به ترتیب ۵۲/۵٪، ۲۲/۵٪ و ۱۵٪ بود. در جدول ۲ شاخص DMFT در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و افراد سالم ذکر شده است. اختلاف میانگین D و M و شاخص DMFT در گروه بیمار به شکل معنی‌داری بیشتر از گروه سالم بود. میانگین F به شکل معنی‌داری در گروه سالم بیشتر از گروه بیمار بود. همچنین در بین افراد بیمار ۱۲ نفر بی‌دندانی کامل بودند که ۷ نفر از آن‌ها از مردان و ۵ نفر از زنان بود ولی در گروه سالم تنها ۱ نفر که آن هم از مردان بود، بی‌دندانی کامل بود.

در هر دو گروه بیشترین تعداد دندان‌های سالم باقی مانده در یک سوم میانی فک پایین بود که تنها ۳۰٪ بیماران و ۲۰٪ افراد سالم در آن ناحیه بی‌دندان بودند. و بعد از آن بیشترین تعداد دندان‌های سالم در یک سوم میانی فک بالا بود که نزدیک ۴۰٪ بیماران و ۷۰٪ افراد سالم در آن ناحیه بی‌دندان بودند. هر کدام از ۲ ناحیه خلفی چپ و راست هر دو فک تقریباً در نصف بیماران و ۱۰٪ افراد سالم بی‌دندان بود. بررسی شاخص DMFT در دو گروه زنان و مردان مبتلا به اسکیزوفرنی نشان داد که میانگین آن در

جدول ۱: اطلاعات توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان در مطالعه

گروه	تعداد	ماکزیمم	مینیمم	میانگین (انحراف استاندارد)	مقادیر آزمون t
بیمار	۴۰	۷۳	۲۲	۴۵(۱۳/۲۶)	$t=0/237$
سالم	۴۰	۸۰	۲۸	۴۴/۳۵(۱۱/۱۴)	$df=78$ $p=0/81$

جدول ۲: مقایسه DMFT بین دو گروه بیمار و سالم

گروه	میانگین (انحراف معیار)	مقادیر آزمون t
بیمار	۶/۴۳(۳/۲۰)	$t=3/64$
سالم	۳/۶۴(۳)	$df=65$
بیمار	۱۰/۸۲(۷/۶۶)	$p=0/001$
سالم	۶/۵۱(۵/۲۳)	$t=2/57$
بیمار	۲(۴/۱۲)	$df=44/57$
سالم	۵/۴۱(۳/۷۷)	$t=0/13$
بیمار	۱۹/۲۵(۷/۳۵)	$t=-3/51$
سالم	۱۵/۵۶(۴/۴۶)	$df=65$
DMFT		$p=0/001$
		$t=2/36$
		$df=41/13$
		$p=0/02$

جدول ۳: اطلاعات توصیفی و مقایسه میانگین DMFT در دو گروه به تفکیک جنسیت

گروه	جنسیت	ماکزیمم	مینیمم	میانگین	مقادیر آزمون t
بیماران	مردان	۲۸	۱۱	۲۰/۷۷(۷/۱۸)	t= ۱/۰۲ df= ۲۶
	زنان	۳۰	۷	۱۷/۹۳(۷/۴۸)	p= ۰/۳۲
سالم	مردان	۲۴	۷	۱۶/۰۵(۴/۷۴)	t= ۰/۶۶ df= ۳۷
	زنان	۲۱	۴	۱۵/۱۰(۴/۲۴)	p= ۰/۵۱

بحث

اطلاعات کاملاً محدودی در مورد سلامت دهان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در خاورمیانه به خصوص ایران در دسترس است. این مطالعه با وجود محدودیت‌هایی که دارد، دومین مطالعه در کشور ایران و اولین مطالعه در منطقه شمال غرب ایران محسوب می‌شود که به بررسی جزئیات سلامت دهان و دندان افراد مبتلا می‌پردازد.

در این مطالعه میانگین DMFT و XI در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم بود. یکی از دلایل بارز این شرایط می‌تواند کاهش ترشح بزاق ناشی از دارو درمانی در این بیماران باشد. خشکی دهان با افزایش میانگین DMFT رابطه مستقیم دارد و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که خشکی دهان داشتند به طور محسوسی میزان DMFT بالاتری هم داشتند. کاهش ترشح بزاق و در نتیجه خشکی دهان از جمله عوارض شناخته شده اغلب این داروها است. بزاق نقش مهمی در تنظیم اسیدیته و حذف میکروارگانیسم‌ها و دبری‌ها از سطوح دهان دارد (۲۰). کاهش بزاق منجر به کاهش اثر موارد فوق شده و زمینه را برای پوسیدگی و از دست دادن دندان‌ها فراهم می‌کند.

در مطالعه حاضر میانگین DMFT گروه بیمار (۷/۳۵) ۱۹/۲۵ بود که مشابه نتایج حاصل از مطالعات قبلی در ایران و ترکیه است (۷، ۲۱). در هر سه مطالعه میزان F بسیار کم تر از میزان D و M است. در مطالعه حاضر و مطالعه ذکر شده در ترکیه در ۲۰۱۰، M بالاترین رقم و در مطالعه نیک فرجام در ۲۰۱۳ میزان D بالاترین مقدار را دارد (۷). مشابهت نتایج فوق می‌تواند در زمینه اشتراکات فرهنگی، جغرافیایی و اقتصادی باشد. همچنین، جامعه آماری و ابزارهای مورد استفاده در هر سه مطالعه مشابهت فراوانی دارد. درحالی که طبق مطالعاتی که در فرانسه در ۲۰۱۳ و تایوان در ۲۰۱۰ بر روی بیماران بستری انجام شده بود میانگین DMFT بیماران کمتر از مطالعه حاضر گزارش شده است که این وضعیت می‌تواند با جامعه آماری بیشتر در مطالعه تایوان و وضعیت اجتماعی - اقتصادی بهتر هر دو کشور توجیه شود (۲۲، ۲۳).

همچنین مطالعه حاضر با مطالعات Arnaiz و همکاران در اسپانیا در ۲۰۱۱ و مطالعه Persson و همکاران در سوئد در ۲۰۱۰ از نظر میانگین DMFT همخوانی ندارد. این اختلاف می‌تواند ناشی از این

باشد که افراد مورد مطالعه از بیماران سرپایی انتخاب شده‌اند و شاخص‌های رفاهی در جامعه آماری هر دو مطالعه مطلوب‌تر است. (۱۸، ۲۴)

در بعضی مطالعات مانند مطالعه انجام شده در یونان در سال ۱۹۹۶ و مطالعه‌ای در اسپانیا در سال ۱۹۹۷ میانگین DMFT از مطالعه ما بیشتر بود. می‌توان نتیجه گرفت که بخش عمده‌ای از کشورهای اروپایی نیز در دهه‌های گذشته شاخص‌های بهداشت دهان و دندان ضعیف‌تری داشتند که با گذشت زمان ارتقا پیدا کرده‌اند. (۲۵ و ۲۶)

میزان خشکی دهان در افراد مسن بیشتر از افراد جوان است ولی هنوز مطالعات در مورد تاثیر سن بر خشکی دهان متناقض بوده و عامل اصلی را معمولاً مصرف داروهای بیشتر و بهداشت ضعیف در افراد مسن می‌دانند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر در گروه بیماران، خشکی دهان در افراد مسن بیشتر از افراد جوان دیده شد ولی به دلیل معیار ورود افراد سالم شرکت کننده در مطالعه که عدم مصرف داروی طولانی مدت بود، رابطه مثبتی بین خشکی دهان و افزایش سن در گروه سالم به دست نیامد. این نتیجه با مطالعات قبلی همسو است و نشان می‌دهد که احتمالاً اثر دارو در ایجاد خشکی دهان از اثر متغیر سن مهم‌تر است (۲۷). یکی از عوارض خشکی دهان، افت سطح سلامت دهان و دندان‌ها و افزایش میزان DMFT است این مورد، می‌تواند یکی از عوامل توجیه کننده رابطه معنادار بین میزان DMFT و سن در افراد بیمار باشد.

سن، مدت زمان ابتلا به بیماری، مصرف سیگار و مواد، عادات غلط غذایی، داروهای مورد استفاده برای درمان، بهداشت دهانی ضعیف، روابط اجتماعی محدود، فقر اقتصادی، سطح تحصیلات پایین و برخی مسایل فرهنگی از جمله عوامل مهم موثر بر مشکلات دهانی و دندانی این بیماران است (۲۳، ۲۸). برای ارتقاء وضعیت بهداشت دهانی و دندانی این افراد تیم حرفه‌ای با تخصص‌های مختلف نیاز به همکاری تنگاتنگ با یکدیگر دارند. نبود ویژگی‌های منظم دندان‌پزشکی یکی از عوامل اصلی در افت سلامت دهانی این بیماران است (۱۸، ۲۳، ۲۵). اگرچه در بیماران غیر بستری این مورد بیشتر به کم‌کاری از طرف بیمار نسبت داده

نتیجه‌گیری

افراد مورد مطالعه در این پروژه سطح سواد پایینی داشتند و سطح سلامت دهانی و دندانی آن‌ها نیز با توجه به شاخص DMFT به ویژه M و شاخص XI به طور معنی‌داری ضعیف‌تر از افراد سالم بود. هزینه‌های بالای دندان‌پزشکی و عدم استطاعت مالی مانع از مراجعه این بیماران به مراکز درمان دندان‌پزشکی می‌شود. همکاری مضاعف و توجه ویژه به این قشر از بیماران به صورت فوری و موثر جهت بهبود سلامت دهان و دندان آنها مورد نیاز است. در غیر این صورت با توجه به ماهیت اختلال اسکیزوفرنی، بیمار از شرایط خود آگاه نبوده و وضعیت در صورت عدم پیشقدم شدن دندان‌پزشکان و نهادهای ذی‌ربط منجر به ایجاد شرایط جسمی و روانی وخیم‌تر برای این بیماران و مراقبین آنها و همچنین تحمیل هزینه‌های گزاف برای نهاد های دولتی خواهد شد.

محدودیت و پیشنهادها

محدودیت‌های این مطالعه عبارت‌اند از کم بودن تعداد نمونه‌ها، عدم تعیین شدت بیماری اسکیزوفرنی، مشخص نشدن مقیاس مربوط به علائم مثبت و منفی و عدم ثبت مدت بستری. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی محدودیت‌های فوق مد نظر محققان قرار گیرد.

قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان رازی تبریز و افراد شرکت کننده که زمینه انجام این مطالعه را فراهم کردند، قدردانی کنند.

ملاحظات اخلاقی

نتایج این مطالعه از پایان نامه دکتری حرفه‌ای دندان‌پزشکی آقای علی ابراهیمی به کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1398.453 استخراج شده است.

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه از مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز تامین شده است.

منافع متقابل

منافع متقابلی از تالیف و انتشار این مقاله وجود ندارد.

می‌شود، ولی بررسی در بیماران بستری شده نیز نشان از عدم ویزیت‌های منظم دندان‌پزشکی دارد (۲۹).

براساس مطالعه Nielsen و همکاران مبتلا به اسکیزوفرنی به طور متوسط حدود ۳۰ روز بعد از بستری نیاز به ویزیت دندان‌پزشکی به علت یک مشکل دندانی دارند (۳۰). در بیماران غیر بستری مراجعه به دندان‌پزشک، از طرف خود بیمار به علت ماهیت بیماری مورد غفلت واقع می‌شود. شصت درصد مبتلایان به اسکیزوفرنی وجود اختلال در جسم خود را درک نمی‌کنند و در صورت درک آن انگیزه‌ای برای برطرف کردن ندارند (۸). این شرایط مسئولیت نهادهای بهداشتی را برای برنامه‌ریزی‌های منظم برای غربالگری سنگین‌تر می‌کند. با توجه به عدم امکان همکاری از طرف بیماران این نهادها می‌باید برای شناسایی مشکلات دندانی بیماران شناخته شده منطقه خود پیشقدم شوند و با مراجعه به محل سکونت یا نگهداری از آنها موارد غربالگری را با زمان بندی مشخص در طول سال انجام دهند.

فراهم کردن شرایط برای معاینات منظم و مکرر این بیماران اولین قدم برای ارائه درمان‌های مناسب و بویژه اقدامات پیشگیرانه در آنها است. استفاده از لبنیات یا قرص‌های حاوی پروبیوتیک‌ها و مواد حاوی فلوراید برای پیشگیری از پوسیدگی می‌تواند کمک کننده باشد. کمک به کاهش و ترجیحاً حذف مصرف سیگار و الکل، اصلاح رژیم غذایی با کاهش مصرف کربوهیدرات‌ها و افزایش مصرف فیبرها باید مورد توجه متخصصین تغذیه، دندان‌پزشکان و روان‌پزشکان مرتبط با این بیماران باشد. با توجه به وجود علائم خشکی دهان در این بیماران دهان‌شویه‌های آنتی‌میکروبیال و آنتی‌فانگال اختصاصی همراه با ترکیبات مناسب برای کاهش خشکی دهان طراحی و تولید شود. آموزش بهداشت برای این افراد با رسانه‌های آموزشی همچون فیلم و انیمیشن و با زبان ساده باید صورت گیرد. استفاده از ماکت‌ها و همین‌طور همراهی با بیمار برای انجام آن بسیار کمک کننده است.

بنابراین وجود مراکز درمانی اختصاصی برای این بیماران با توجه به شرایط نامناسب موجود الزامی و غیرقابل چشم‌پوشی است. دندان‌پزشکان ویژه‌ای باید برای درمان‌های دندان‌پزشکی این بیماران طی دوره‌های کوتاه مدت تربیت شوند که علاوه بر موارد درمانی دندان‌پزشکی، به شرایط سیستمیک و عوارض ناشی از داروهای این افراد نیز آگاهی داشته باشند. پزشکان این مراکز همراهی نزدیکی با دندان‌پزشکان داشته و این بیماران را در هنگام بروز مشکلات دندانی در مراحل اولیه ارجاع دهند. همچنین درمان‌های دندان‌پزشکی پیشگیرانه از جمله استفاده از مسواک و دهان‌شویه‌های اختصاصی باید مدنظر قرار بگیرد. نتایج مطالعه می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گزاران سلامت و درمانگران و خانواده‌های بیماران قرار گیرد.

مشارکت مولفان

ع ش طراحی مطالعه و انتخاب بیماران را انجام داده است. ع ا مسئولیت اجرا و نوشتن پیش‌نویس مقاله را بر عهده داشته است. م

آ نظارت بر معاینات دندان‌پزشکی و ویرایش نسخه نهایی مقاله را انجام داده است. سایر همکاران در انجام معاینه و تفسیر داده‌ها و بازخوانی متن کمک کرده‌اند.

References

- Baiju RM, Peter E, Varghese NO, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res*. 2017 Jun;11(6):ZE21-ZE6. doi: 10.7860/JCDR/2017/25866.10110. Epub 2017 Jun 1. PMID: 28764312; PMCID: PMC5535498.
- Nettleton S. *The sociology of health and illness* / Sarah Nettleton. Cambridge [England]; Cambridge, MA: Polity Press; 1995.
- Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011 Nov;90(11):1264-70. doi: 10.1177/0022034511399918. Epub 2011 Mar 21. PMID: 21422477; PMCID: PMC3318061.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
- Tosh G, Clifton A, Bachner M. General physical health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Feb 16;(2):CD008567. doi: 10.1002/14651858.CD008567.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3:CD008567. PMID: 21328308.
- Gupta S, Pk P, Gupta R. Necessity of oral health intervention in schizophrenic patients-A review. *Nepal J Epidemiol*. 2016 Dec 31;6(4):605-12. doi: 10.3126/nje.v6i4.17254. PMID: 28804672; PMCID: PMC5506385.
- Nikfarjam M, Parvin N. Oral health status in three long term care units of schizophrenic patients in chaharmahal-bakhtiari province, iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2013 Apr;15(4):371-2. doi: 10.5812/ircmj.1892. Epub 2013 Apr 5. PMID: 24083016; PMCID: PMC3785917
- Denis F, Pelletier J, Chauvet-Gelinier J, Rude N, Trojak B. Oral Health Is a Challenging Problem for Patients with Schizophrenia: A Narrative Review, *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2018;12(1):e8062. doi: 10.5812/ijpbs.8062
- Meamar N, Ghazizadeh A, Mahmoodi S. DMFT (decayed, missing and filled teeth) Index and Related Factors in 12- year- old School Children in Sanandaj. *HBI Journals*. 2000;5(1):30-6.
- Lewis S, Jagger RG, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. *Spec Care Dentist*. 2001 Sep-Oct;21(5):182-6. doi: 10.1111/j.1754-4505.2001.tb00252.x. PMID: 11803642.
- Angelillo IF, Nobile CG, Pavia M, De Fazio P, Puca M, Amati A. Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1995 Dec;23(6):360-4. doi: 10.1111/j.1600-0528.1995.tb00263.x. PMID: 8681519.
- Kenkre AM, Spadigam AE. Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India. *Indian J Dent Res*. 2000 Jan-Mar;11(1):5-11. PMID: 11307250.
- Thomson WM, Lawrence HP, Broadbent JM, Poulton R. The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2006 Nov 8;4:86. doi: 10.1186/1477-7525-4-86. PMID: 17090332; PMCID: PMC1637097.
- Locker D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population. *Spec Care Dentist*. 2003;23(3):86-93. doi: 10.1111/j.1754-4505.2003.tb01667.x. PMID: 14650556.
- Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc*. 2003 Jan;134(1):61-9; quiz 118-9. doi: 10.14219/jada.archive.2003.0018. PMID: 12555958.
- Veerabhadrapa SK, Chandrappa PR, Patil S, Roodmal SY, Kumarswamy A, Chappi MK. Evaluation of Xerostomia in Different Psychological Disorders: An Observational Study. *J Clin Diagn Res*. 2016 Sep;10(9):ZC24-ZC7. doi: 10.7860/JCDR/2016/19020.8437. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27790574; PMCID: PMC5072074.
- Okamoto A, Miyachi H, Tanaka K, Chikazu D, Miyaoka H. Relationship between xerostomia and psychotropic drugs in patients with schizophrenia: evaluation using an oral moisture meter. *J Clin Pharm Ther*. 2016 Dec;41(6):684-8. doi: 10.1111/jcpt.12449. Epub 2016 Sep 24. PMID: 27663579.
- Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansorena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011 Jun 30;188(1):24-8. doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.012. Epub 2010 Nov 4. PMID: 21055830.
- Thomson WM, van der Putten GJ, de Baat C, Ikebe K, Matsuda K, Enoki K, et al. Shortening the xerostomia inventory. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011 Sep;112(3):322-7. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.03.024. Epub 2011 Jul 16. PMID: 21684773; PMCID: PMC3154566.
- Dawes C, Pedersen AM, Villa A, Ekström J, Proctor GB, Vissink A, et al. The functions of human saliva: A review sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. *Arch Oral Biol*. 2015 Jun;60(6):863-74.

- doi: 10.1016/j.archoralbio.2015.03.004. Epub 2015 Mar 10. PMID: 25841068.
21. Gurbuz O, Alatas G, Kurt E, Issever H, Dogan F. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Istanbul, Turkey. *Community Dent Health*. 2010 Sep;27(3):151-7. PMID: 21046906.
 22. Bertaud-Gounot V, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013 Sep 21;13:227. doi: 10.1186/1471-244x-13-227. PMID: 24053587; PMCID: PMC3856526.
 23. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Factors associated with dental caries among institutionalized residents with schizophrenia in Taiwan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010 Aug 13;10:482. doi: 10.1186/1471-2458-10-482. PMID: 20707911; PMCID: PMC2931468.
 24. Persson K, Olin E, Ostman M. Oral health problems and support as experienced by people with severe mental illness living in community-based subsidised housing--a qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2010 Sep;18(5):529-36. doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00931.x. Epub 2010 Jun 18. PMID: 20561079.
 25. Thomas A, Lavrentzou E, Karouzos C, Kontis C. Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. *Spec Care Dentist*. 1996 Mar-Apr;16(2):84-6. doi: 10.1111/j.1754-4505.1996.tb00839.x. PMID: 9084341.
 26. Velasco E, Machuca G, Martinez-Sahuquillo A, Rios V, Lacalle J, Bullón P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. *Spec Care Dentist*. 1997 Nov-Dec;17(6):203-6. doi: 10.1111/j.1754-4505.1997.tb00897.x. PMID: 9791299.
 27. Liu B, Dion MR, Jurasic MM, Gibson G, Jones JA. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: prevalence and etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Jul;114(1):52-60. doi: 10.1016/j.oooo.2011.11.014. Epub 2012 May 4. PMID: 22727092.
 28. Tani H, Uchida H, Suzuki T, Shibuya Y, Shimanuki H, Watanabe K, et al. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: a large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health*. 2012 Aug 18;12:32. doi: 10.1186/1472-6831-12-32. PMID: 22901247; PMCID: PMC3466126.
 29. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. *J Formos Med Assoc*. 2012 Apr;111(4):214-9. doi: 10.1016/j.jfma.2011.02.005. Epub 2012 Mar 16. PMID: 22526210.
 30. Nielsen J, Munk-Jørgensen P, Skadhede S, Correll CU. Determinants of poor dental care in patients with schizophrenia: a historical, prospective database study. *J Clin Psychiatry*. 2011 Feb;72(2):140-3. doi: 10.4088/jcp.09m05318yel. PMID: 20584518