

بررسی وضعیت بهداشت دندان در بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مراکز مراقبت از بیماران روانی مزمن استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۷

مسعود نیکفرجام^۱، نسرین فروزنده^۲، ندا پروین^۲

چکیده

هدف: بیماران اسکیزوفرنیک در انجام امور شخصی و از جمله بهداشت دهان و دندان ناتوان بوده و اثرات جانبی داروهای مصرفی همچون داروهای ضدروانپزشکی باعث بروز مشکلات دهانی در آنها می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت بهداشت دندان در بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مراکز مراقبت از بیماران روانی مزمن استان چهارمحال و بختیاری انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۸۷ بر روی ۱۲۳ بیمار اسکیزوفرنیک بستری در سه مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن استان چهارمحال و بختیاری با نمونه‌گیری به شکل تمام‌شمار صورت گرفت. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استاندارد علائم مثبت و منفی آندرسون - از طریق مصاحبه روانپزشکی - صورت گرفت. از آزمون‌های آماری مان‌ویتنی، χ^2 و محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین مربوط به تعداد دندان‌های کشیده شده، پُر شده و لازم به ترمیم در جمعیت مورد مطالعه $19,43 \pm 7,71$ بوده و رابطه معناداری بین این میانگین و سن ($r=0,527$) و ($P<0,001$) سابقه مصرف سیگار ($r=0,332$ و $P<0,001$)، تعداد نخ سیگار مصرفی در روز ($r=0,171$ و $P<0,031$)، مدت زمان بستری فعلی ($r=0,157$ و $P<0,043$) و میانگین نمرات علائم منفی وجود داشت. از نظر وضعیت لثه، شدت پیوره در مردان به شکل معناداری شدیدتر از زنان بود ($P<0,001$) و سابقه مصرف سیگار، تعداد نخ سیگار مصرفی در روز، سابقه بستری در بیمارستان و میانگین نمرات علائم مثبت و منفی نیز با شدت پیوره رابطه آماری معناداری نشان داد ($P<0,05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد وضعیت بهداشت دهان و دندان بیماران اسکیزوفرنیک نامناسب می‌باشد، بنابراین لزوم ارائه مراقبت‌های بهداشتی و به‌ویژه بهداشت دهان و دندان در کنار سایر درمان‌ها و مراقبت‌های معمول مطرح می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: بیماران اسکیزوفرنیک، بیماری‌های دهان و دندان، پیوره، علائم مثبت، علائم منفی

۱- روانپزشک، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
۲- کارشناس ارشد روانپرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

دریافت مقاله: ۸۸/۵/۱۵

پذیرش مقاله: ۸۹/۱۰/۲۵

* آدرس نویسنده مسئول:

شهرکرد، رحمتیه، دانشکده پرستاری.

* تلفن: ۰۳۸۱-۳۳۳۵۶۴۸

* رایانامه: nas_for@yahoo.com



مقدمه

بیماری اسکیزوفرنیا شدیدترین و مزمن‌شونده‌ترین بیماری روانپزشکی است که با اختلال در توانایی‌های اجتماعی و شغلی همراه است. کارکرد این بیماران در زمینه‌های مختلف شغلی، تحصیلی، اجتماعی، بین‌فردی و مراقبت از خود مختل شده و بیمار در ابعاد مختلف و گسترده به مراقبت‌های دائمی نیاز دارد (۱،۲). این بیماری باعث تخریب توانایی‌های شناختی، مشکلات اجتماعی طولانی‌مدت، فقر اجتماعی، نقص در مراقبت از خود و مشکلات عملکردی و از کارافتادگی بیمار می‌شود.

امروزه این بیماری به‌عنوان یکی از مهمترین و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های روانی، در تمامی جوامع روانپزشکی و روان‌شناسی دنیا، بخش ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است. در این میان از جمله اهداف اولیه بهداشتی جوامع، پیشبرد وضعیت بهداشتی و عملکرد اجتماعی این بیماران می‌باشد (۳،۴). تحقیقات نشان داده است که بین بیماری‌های روانی و دریافت مراقبت‌های بهداشتی ضعیف، رابطه تنگاتنگی وجود دارد. این‌گونه تحقیقات هشدار برای مراقبین بهداشتی است که از این‌گونه یافته‌ها آگاهی یافته و بیماران روانی را از نظر بهداشت، غربالگری و کنترل نمایند. از طرفی بیماران اسکیزوفرنیک در معرض عوارض طولانی‌مدت داروهای ضدروان‌پریشی بوده و نسبت به جمعیت کلی کمتر ورزش و بیشتر سیگار مصرف می‌کنند. از جمله عواملی که می‌تواند مانع از دریافت مراقبت‌های بهداشتی در بیماران اسکیزوفرنیک شوند؛ فقر شدید اقتصادی، فقدان مسکن مناسب، بیکاری، فقدان کنترل روی سلامتی خود، عدم گزارش علائم فیزیکی، نقص شناختی، انزوای اجتماعی، سوءظن، فقدان مهارت‌های اجتماعی و ننگ بیماری است (۵). مطالعات نشان داده با توجه به عوارض جانبی داروهای سایکوتروپ به‌ویژه کاهش ترشح بزاق، سخت‌بلعی، التهاب دهان، التهاب زبان، التهاب لثه^۱ و ادم و رنگ‌پریدگی زبان، مشکلات دهان و دندان در بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی شیوع نسبتاً بالایی دارد که مطرح‌کننده مشکل اساسی مراقبتی در این بیماران می‌باشد (۳). صرف‌نظر از داروهای مورد استفاده توسط این بیماران، به‌علت ماهیت بیماری، مشکلاتی مانند خشکی دهان و بیماری‌های لثه‌ای نیز در آنها زیاد می‌باشد (۶،۷). رژیم غذایی نامناسب بسیاری از این بیماران نیز به این مسئله دامن زده است. از آنجاکه بیماران اسکیزوفرنیک در انجام امور شخصی و رعایت و حفظ بهداشت فردی و دهان و دندان ناتوان و به‌دلیل ماهیت بیماری و بستری طولانی در بیمارستان دچار مشکلات اقتصادی و مالی

بوده و امکان پرداخت هزینه‌های بالای درمانی دندانپزشکی را ندارند و از طرفی دندان‌پزشکان نیز تمایلی به انجام مراقبت‌های دهانی - دندانی آنان نشان نمی‌دهند، شیوع اختلالات دهانی - دندانی در بین بیماران روانی بالا بوده و لزوم توجه به این بعد مراقبتی و درمانی را در این بیماران مطرح می‌نماید (۶). شاخص DMFT برای دندان‌های دائمی دهان و دندان و دربردارنده اجزای D (دارای پوسیدگی)، F (ترمیم‌شده) و M (کشیده‌شده) است (۸).

مطالعات مختلف میانگین نمرات متفاوتی از DMFT بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی گزارش کرده‌اند. کومار میانگین این شاخص را ۰،۹۲، لوئیس ۱،۹۰۱، ویگلد ۲،۶۰۱، آنجلیلو ۱،۵۰۵، کنکر ۱۲،۶ و رکا ۶،۰۱ گزارش نموده‌اند (۱۳-۳،۹). به‌علاوه ابتلا به بیماری‌های دهان و دندان و بهداشت ضعیف دهان با بروز برخی بیماری‌های دیگر و از جمله مشکلات تنفسی و گوارشی (مانند پنومونی باکتریال) همراه است و بیماری‌های دهان و دندان دومین علت مرگ‌ومیر بیماران اسکیزوفرنیک می‌باشند (۷). این درحالی است که مطالعات اندکی در مورد بهداشت دهان در بیماران روانی در آسیا و به‌خصوص ایران وجود دارد و تفاوت‌های محیطی، فرهنگی و اجتماعی لزوم توجه بیشتر به وضعیت دهان و دندان بیماران اسکیزوفرنیک را مطرح می‌نماید. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت بهداشت دندان در بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مراکز مراقبت از بیماران روانی مزمن استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بوده و در سال ۱۳۸۷ در جمعیت بیماران اسکیزوفرنیک بستری در سه مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن استان چهارمحال و بختیاری انجام شد. جامعه آماری با توجه به محدودیت تعداد بیماران شامل ۱۲۳ نفر بود که با نمونه‌گیری به شکل سرشماری، کلیه بیماران اسکیزوفرنیک بستری در مراکز بهزیستی و بستری بیمارستانی در این استان در تحقیق شرکت کردند. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل موارد ذیل بود:

- ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامه حاوی اطلاعاتی مانند سن، تحصیلات، مدت بستری در بیمارستان، داروهای مصرفی، مصرف سیگار و ... بود
- ۲- پرسشنامه استاندارد علائم مثبت و منفی آندرسون (SANS و SAPS): این پرسشنامه به‌منظور بررسی وضعیت روانی بیماران



۰- طبیعی؛ ۱- التهاب خفیف، تغییر رنگ کم، بدون خونریزی؛
۲- تورم و قرمزی، خونریزی حین پروبینگ؛ ۳- التهاب شدید و
خونریزی خودبخود (۱۶).

روش جمع‌آوری اطلاعات بدین صورت بود که پس از کسب
مجوز از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و مراجعه به بیمارستان
سینای جوققان و مراکز نگهداری بیماران مزمن روانی طلوع
شهرکرد و فیاض بروجن، با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی،
نمونه‌گیری انجام گردید. تمام افراد مورد مطالعه از نظر داروهای
مصرفی، رژیم غذایی و مصرف سیگار همسان و تحت درمان
با داروهای ضد روان‌پریشی، ضد اضطراب، ضد افسردگی و
برطرف‌کننده عوارض دارویی بودند. رژیم غذایی و مصرف میوه
و سبزیجات بر اساس برنامه غذایی مرکز نگهداری این بیماران
و بسیار ناچیز بود.

در این پژوهش از دو روش جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده
شد. ابتدا از طریق مصاحبه و استفاده از پرونده بیماران بستری،
فرم اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به سابقه بستری و
پزشکی بیماران و پرسشنامه استاندارد علائم مثبت و منفی آندرسون
توسط متخصص روان‌پزشکی تکمیل گردید و سپس فرم مربوط
به وضعیت دندانها و لثه‌های بیماران و وضعیت بهداشت دهان
و دندان آنها توسط دندان‌پزشک تکمیل شد. پرسشنامه حاوی
اطلاعات دموگرافیک و بستری شامل سئوالاتی مانند داروی
مصرفی، مدت بستری، سن، جنس، محل بستری و ... بود.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS ۱۵ استفاده
گردید. آزمون کولموگراف اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌ها
در این مطالعه نرمال نمی‌باشد و لذا آزمون‌های غیرپارامتریک
مانند مان‌ویتنی و سایر آزمون‌های آماری مانند خسی دو و
همبستگی اسپیرمن برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۹۰ درصد بیماران دارای تحصیلات زیر دیپلم،
اکثر آنان ساکن شهر (۷۸ درصد)، بیکار (۸۲٫۰۸ درصد) و بستری
در بیمارستان سینای جوققان (۶۷ درصد) بودند. میانگین سن،
مدت زمان بستری و چگونگی مصرف سیگار آنها در جدول (۱)
ارائه شده است. همچنین میانگین DMFT جمعیت مورد مطالعه
۷۱، ۴۳±۱۹، میانگین دندان‌های پوسیده ۹۷، ۲۴±۱۱،
میانگین دندان‌های کشیده شده ۳۰، ۱۷±۸، ۸، میانگین دندان‌های
پرکرده ۴۱، ۱±۰ بود. در بررسی وضعیت لثه، اکثر بیماران (۶۳٪)
دچار پیوره شدید بودند.

به‌ویژه علائم مثبت و منفی آنها مورد استفاده قرار گرفت. SAPS
معیار ارزیابی علائم مثبت بیماران روانی است و علائمی مانند
توهم، هذیان، رفتارهای غریب و اختلالات تفکر را مورد بررسی
قرار می‌دهد. SANS جهت ارزیابی علائم منفی مانند سطحی
یا کندشدن عاطفه، ناگویی، بی‌ارادگی، بی‌احساسی، عدم لذت،
بی‌تفاوتی اجتماعی و بی‌توجهی مورد استفاده قرار می‌گیرد. طیف
نمره‌دهی گزینه‌ها به شکل زیر می‌باشد: (۰-۱) هیچ تا مشکوک،
(۲-۳) خفیف تا متوسط و (۴-۵) شدید تا مفرط. بنابراین بیماری
که نمره یا امتیاز بیشتری کسب کند، علائم شدیدتری داشته و
کسب نمرات کمتر نشان‌دهنده کمتر بودن شدت علائم است (۱۴).
به منظور نرّم‌سازی این پرسشنامه با بافت فرهنگی کشور، از روش
اعتبار محتوا استفاده شده و اعتماد علمی این پرسشنامه با استفاده
از آزمون مجدد $r=0,89$ تأیید شده است (۴).

۳- شاخص ^۱DMFT: این شاخص شامل D، M، F و T از
دندان‌هاست. شاخص DMFT برای دندان‌های دائمی دهان و
دربدارنده اجزای D (دارای پوسیدگی)، F (ترمیم‌شده) و M
(کشیده‌شده) است.

الف: Decayed (پوسیدگی) به مناطقی اطلاق می‌شود که
نوک سوند در آنجا گیر می‌کند یا تغییر رنگ دارد (فقط دندان
دائمی).

ب: Missed برای تعیین دندان‌های از دست‌رفته، که در اثر
پوسیدگی کشیده شده است.

ج: Filled برای مشخص شدن دندان‌های پُر شده که در اثر
پوسیدگی ترمیم شده‌اند مدنظر قرار می‌گیرد (۸، ۱۵).

۴- روش ارزیابی شاخص لثه‌ای: برای تعیین شدت پیوره از
ایندکس لثه‌ای استفاده گردید. در سال ۱۹۶۳ ایندکس لثه‌ای توسط
Loe به‌عنوان روشی برای ارزیابی شدت و میزان آماس لثه‌ای در
بیماران در یک جمعیت بزرگ ارائه شد. در این روش تنها بافت
لثه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بر این اساس هر چهار ناحیه لثه‌ای
اطراف دندان (فیشیال، مزیال، دیستال و لینگوال) از جهت آماس
بررسی شده و امتیاز صفر تا ۳ می‌گیرند (کدگذاری زیر).

خونریزی با حرکت ملایم پروب در طول بافت نرم دیواره شیاری
لثه‌ای بررسی می‌شود. امتیاز هر چهار ناحیه با هم جمع و تقسیم
بر چهار شده و به این ترتیب یک امتیاز برای یک دندان به‌دست
می‌دهد. سپس امتیازات دندان‌ها با یکدیگر جمع و بر تعداد کل
دندان‌ها تقسیم می‌شود تا عدد نهایی بدست آید. عدد ۰٫۱ تا ۱
نشان‌دهنده آماس خفیف، ۱٫۱ تا ۲ آماس متوسط و ۲٫۱ تا ۳
آماس شدید است.



بستری و علائم مثبت با میانگین DMFT جمعیت مورد مطالعه رابطه آماری معنادار وجود نداشت. همچنین میانگین نمرات علائم منفی جمعیت مورد مطالعه با میانگین DMFT ارتباط معنادار نشان داد. بدین ترتیب که با افزایش نمرات علائم منفی بیماران وضعیت DMFT آنها بدتر بود (جدول ۱).

آزمون اسپیرمن نشان داد که بین سن، سابقه مصرف سیگار، تعداد نخ سیگار مصرفی در روز و مدت زمان بستری کنونی با میانگین DMFT جمعیت مورد مطالعه رابطه آماری معنادار وجود داشته و با افزایش هر یک از موارد اشاره شده، میانگین DMFT بالاتر می‌رود. در حالی که آزمون مان‌ویتنی نشان داد که بین جنس، محل

جدول ۱- ارتباط DMFT و متغیرهای دموگرافیک در بیماران اسکیزوفرنیک مورد مطالعه

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
سن (سال)	۳۸,۸۱ \pm ۱۰,۴۶	۰,۵۲۷	< ۰,۰۰۱
سیگار مصرفی در روز (نخ)	۹,۰۸۶ \pm ۷,۲۰	۰,۳۳۲	< ۰,۰۰۱
سابقه سیگار کشیدن (سال)	۵,۴۸۸ \pm ۳,۹۵	۰,۱۷۱	۰,۰۳۱
مدت زمان بستری فعلی (ماه)	۱۱,۸ \pm ۱۱,۳۰۴	۰,۱۵۷	۰,۰۴۳
میانگین نمرات علائم منفی	۹۴,۲۷ \pm ۱۸,۹۰	-۰,۱۴۲	< ۰,۰۰۵
میانگین نمرات علائم مثبت	۷۷,۶۵ \pm ۱۴,۴۴	۰,۰۲۶	< ۰,۰۰۵

سال و سابقه بستری اکثر آنها کمتر از یک سال بود. عامل سن و مدت زمان بستری نیز با میانگین DMFT آنها ارتباط داشت. بنابراین تفاوت بین میانگین DMFT در مطالعه حاضر با مطالعه کومار به سن پایین‌تر و مدت بستری کمتر جمعیت مورد مطالعه کومار مرتبط می‌باشد (۳).

مطالعات مختلف میانگین نمرات متفاوتی را از DMFT بیماران بستری در بخشهای روان پزشکی گزارش کرده‌اند. وگلد میانگین ۲۶,۱، آنجلیلو میانگین ۱۵,۵، کنکر میانگین ۱۲,۶ و رکا میانگین ۶,۱ را برای بیماران گزارش نمودند (۱۳-۱۱,۹). این تفاوتها می‌تواند به علت تفاوت در نوع بیماری افراد مورد بررسی، سن، جنس، فلوراید موجود در آب مصرفی، سطح بهداشتی، رژیم غذایی، مدت ابتلا به بیماری روانی و داروهای مورد استفاده افراد باشد.

یافته‌های این بررسی نشان داد که میانگین تعداد دندان‌های پوسیده ۱۱,۲۴ \pm ۶,۹۷، کشیده ۸,۱۷ \pm ۸,۳۰۷ و پُر کرده نزدیک به صفر می‌باشد. این یافته مشابه با یافته‌های مطالعه ولاسکو و نشان‌دهنده وضعیت نامناسب دندانی افراد مورد مطالعه و عدم درمان به شکل پُر کردن و در نهایت کشیدن دندان‌های خراب می‌باشد. ولاسکو در بررسی بیماران روانی که اکثر آنها را بیماران اسکیزوفرنیک تشکیل می‌دادند، میانگین ۷,۹ جهت دندان‌های پوسیده، ۱۷ جهت دندانهای کشیده و صفر برای دندان‌های پُر شده را عنوان کرد که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۱۷).

در مطالعه تانگ نیز میانگین DMFT در بیماران اسکیزوفرنیک ۹,۰۵ \pm ۸,۰۹ بود که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در مطالعه تانگ ۷۵٪ بیماران دارای دندانهای پوسیده بودند که از

آزمون خی دو رابطه آماری معنادار بین جنس و شدت پیوره بیماران نشان داد، بدین ترتیب که پیوره شدید در مردان بیشتر از زنان دیده شد ($P < ۰,۰۰۱$).

آزمون مان‌ویتنی رابطه آماری معنادار بین سابقه مصرف دخانیات، تعداد نخ سیگار مصرفی در روز و شدت پیوره نشان داد، به شکلی که با افزایش موارد فوق شدت پیوره در بیماران شدیدتر بود ($P < ۰,۰۰۵$). بین سن و شدت پیوره رابطه آماری معنادار مشاهده نگردید.

همچنین بین میانگین نمرات علائم مثبت و منفی با شدت پیوره رابطه آماری معنادار مشاهده شد ($P < ۰,۰۰۵$). بدین ترتیب که بیماران با نمرات بالاتر علائم مثبت و منفی، پیوره شدیدتری داشتند. از طرفی بین شدت پیوره، میزان تحصیلات، نوع و مدت زمان مصرف و دوز دارو با میانگین DMFT رابطه آماری معناداری مشاهده نشد.

بحث

در این مطالعه میانگین DMFT جمعیت مورد مطالعه ۱۹,۴۳ \pm ۷,۷۱ بود که مشابه با یافته‌های لوئیس (۱۹,۰۱ \pm ۷,۰۹) می‌باشد. این میانگین در نوع خود بسیار بالاست و نشان‌دهنده وضعیت نامناسب دندان بیماران مورد مطالعه می‌باشد. این شباهت به دلیل بررسی بیماران با تشخیص مشابه در این دو مطالعه است (۱۰).

میانگین نمرات DMFT در مطالعه کومار در بیماران روانی ۰,۹۲ \pm ۱,۰۸ بود که با یافته‌های مطالعه حاضر بسیار متفاوت می‌باشد. در مطالعه کومار بیشترین فراوانی سنی افراد ۲۴-۱۵



نتیجه‌گیری

وضعیت دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه نشان‌دهنده سطح پایین تحصیلات، درآمد و جایگاه اجتماعی پایین این بیماران می‌باشد. افراد مورد مطالعه اکثراً بیکار و دارای تحصیلات سیکل یا پایین‌تر بوده و مدت طولانی در بیمارستان بستری بودند. ماهیت مزمن بیماری و مدت طولانی بستری، مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، ضد افسردگی، لیتیوم و داروهای ضد موسکارینی^۲ موجب بروز عوارضی مانند: خشکی دهان، کاهش ترشح بزاق و سایر مشکلات لثه و زبان در این افراد می‌شود. از طرفی گرایش به سیگار و نوشیدنی‌های کربنات‌دار نیز موجب افزایش خطر پوسیدگی دندان و مشکلات لثه در این بیماران می‌گردد. هزینه‌های بالای دندان‌پزشکی و عدم استطاعت مالی این بیماران، عدم حمایت اجتماعی و نداشتن سرپرست، درآمد و شغل مناسب از جمله عواملی است که احتمالاً با وضعیت نامناسب بهداشت دهان و دندان بیماران اسکیزوفرنیک در ارتباط می‌باشد. از طرفی علائم مثبت بیماری و ماهیت هذیان‌ها و توهمات و علائم منفی مانند گوشه‌گیری، انزوای اجتماعی و ضعیف بودن وضعیت مراقبت از خود در تشدید این مشکلات مؤثر است. بنابر این یافته‌ها، لزوم توجه هرچه بیشتر به بهداشت دهان و دندان بیماران اسکیزوفرنیک در کنار سایر درمان‌ها و مراقبت‌های معمول مطرح می‌گردد.

پیشنهادات

شیوه زندگی بیماران اسکیزوفرنیک لزوم توجه به مراقبت‌های بهداشتی بیشتر از جمله مراقبت‌های مرتبط با بهداشت دهان و دندان را مطرح می‌نماید. استفاده از داروهای کم‌عارضه، به‌کارگیری روش‌های ترک سیگار و دهان‌شویه‌های مناسب، گروه‌درمانی، آموزش روش‌های بهداشت فردی، استفاده از روش‌های درمانی جهت تشویق افراد به مسواک‌زدن، بهبود کیفیت رژیم غذایی مصرفی، ویزیت‌های معمول دندان‌پزشکی و کمک گرفتن از سیستم‌های حمایتی و خیریه جهت درمان‌های پرهزینه دندان‌پزشکی از جمله راهکارهای ارتقاء وضعیت سلامت و بهداشت دهان و دندان این بیماران می‌باشد. همچنین با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی مناطق مختلف کشورمان، انجام مطالعات مشابه در دیگر مراکز نگهداری بیماران روانی و سایر بیماران روانی مزمن پیشنهاد می‌گردد.

بین آنها ۷۸٫۸٪ نیاز به کشیدن دندان داشتند و این، نشان‌دهنده وضعیت نامناسب مراقبتی آنها بود (۱۸).

مک‌کردی نیز وضعیت DMFT بیماران اسکیزوفرن را بدتر از جمعیت عادی گزارش کرد. او در مطالعه‌اش به این نکته اشاره دارد که بین علائم منفی و وضعیت DMFT بیماران رابطه مثبت وجود دارد که این یافته با یافته‌های مطالعه حاضر مشابهت دارد. در مطالعه حاضر نیز رابطه معناداری بین نمرات علائم منفی بیماران و وضعیت DMFT آنها مشاهده شد. یافته فوق با ویژگی‌های علائم منفی بیماران و انزوای اجتماعی، کاهش سائق‌ها و مشکلات ناشی از آن در ارتباط می‌باشد (۱۹).

حسنی طباطبایی در بررسی DMFT معلولان ذهنی در تهران میانگین را 4.65 ± 0.83 گزارش نموده است (۲۰). از طرفی شاهسواری نیز میانگین DMFT بیماران تالاسمیک را 7.03 ± 0.8 گزارش کرده است (۲۱). بریتو در بیماران مبتلا به کولیت اولسرو میانگین DMFT را ۱۵٫۳ گزارش کرده که میانگین نسبتاً بالایی می‌باشد (۲۲). اختلاف میانگین‌ها ناشی از ماهیت مزمن بیماری اسکیزوفرنیا، نوع و عوارض داروهای مصرفی و مصرف زیاد سیگار در این افراد است که با جامعه عادی و سایر بیماران متفاوت می‌باشد. این عوامل همگی بر وضعیت سلامت دهان و دندان بیماران اسکیزوفرنیک آثار مخرب و سوء دارند.

در این مطالعه تفاوت معناداری بین دو جنس از نظر شدت پیوره مشاهده شد. این یافته با یافته اکثر مطالعات همسو می‌باشد (۱۷، ۲۳). علت این امر احتمالاً با اثرات مصرف سیگار و مواد تدریجی بر لثه مربوط می‌باشد. کشیدن سیگار اثرات سوء بر لثه بیماران داشته و به‌طور کلی مردان نسبت به زنان مدت طولانی‌تری سیگاری بوده و تعداد سیگار بیشتری نیز در طول روز استعمال می‌کنند که این امر اثرات مخرب‌تر و وضعیت بدتر لثه آنها را توجیه می‌نماید. در این مطالعه اختلاف معناداری بین سن، مدت زمان بستری و میانگین DMFT با پیوره شدید مشاهده شد که با مطالعات دیگر همسو می‌باشد. تانگ نیز در بررسی خود بین سن و مدت زمان بستری با وضعیت نامناسب دهان و دندان بیماران رابطه معناداری را نشان داد. این یافته به مزمن بودن بیماری و آثار مخرب مربوط به آن در دندان و لثه افراد اشاره می‌کند (۱۸).

مطالعه تهیدست بین مصرف سیگار و وضعیت نامناسب لثه و DMFT رابطه معناداری نشان داد که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است (۲۴). عطایی نیز در مطالعه خود بین مصرف سیگار و مشکلات پرپودنتال رابطه آماری معناداری مشاهده نمود (۲۵). این یافته احتمالاً با آثار سوء سیگار بر روی لثه و دندان بیماران به‌ویژه در درازمدت ارتباط دارد.



تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهش‌گران مراتب تقدیر و تشکر خویش را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهراکرد، سرکار خانم دکتر آتنا سپردار، مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان سینا

منابع:

- 1- Foruzandeh N, Foruzandeh M, Delaram M, Safdary F, Darakhshandeh S, Dries F, et al. [The effect of occupational therapy on the dimensions of quality of life in schizophrenic patients (Persian)]. *Shahrecord University of Medical Sciences Journal*. 2008; 10(4): 51-7.
- 2- Hoseiny M. [The roles of nursing care and education on treatment and enhancement ability of patients with chronic schizophrenia (Persian)]. *Second national congress on midwifery and nursing care*. Kermanshah University of Medical Sciences; 2003, pp: 6.
- 3- Kumar M, Chandu GN, Shafiulla D. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients: one year descriptive cross sectional study. *Indian J Dent Res*. 2006 Oct-Dec; 17(4): 171-7.
- 4- Foruzandeh N, Akbari N, Kazemian A, Foruzandeh M, Safdary F, Hassanpour A. [The effect of occupational therapy on positive and negative symptom in schizophrenic patients (Persian)]. *Shahrecord University of Medical Sciences Journal*. 2007; 3(9): 51-7.
- 5- Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness: Can be improved if primary care and mental health professionals pay attention to it. *BMJ*. 2001; 322: 443-444.
- 6- Arthur H, Friedlander DDS, Stephen R, Marder MD. The psychopathology & medical management. *J Am Dent Assoc*. 2002; 133(5):603-610.
- 7- Scanna pieco FA, Mylotte JM. Relationships between periodontal disease and bacterial Pneumonia. *J Periodontal*. 1996 Oct; 67(10): 1114-22.
- 8- Mortazavi M, Bardestani GH, Danesh M. [The prevalence of fluorosis and DMFT among 11-16 years old school children in dayyer (Booshehr Province) (Persian)]. *Dentistry Journal of Shiraz University of Medical Sciences*. 2002; 3(2): 66-73.
- 9- Vigild M, Brick JJ, Christensen J. Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions for the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993 Jun; 21(3): 169-71.
- 10- Lewise S, Jagger R, Treasure E. The oral health of psychiatric inpatients in South Wales. *Spec care Dentist*. 2001 Sep-Oct; 21(5): 82-6.
- 11- Rekha R, Hiremath SS, Baharath S. Oral health status and treatment requirements of hospitalized psychiatric patients in Bangalore city: a comparative study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2002 Jun; 20(2): 63-7.
- 12- 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.
- 13- 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.
- 14- Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in mental healthing. *Ohio: Lexi comp inc*; 2001, pp: 12-135.
- 15- Ashrafizadeh S, Soori H, Ashrafizadeh M. [Assessment of oral hygiene status (DMFT) of twelve (Persian)]. *Ahvaz University of Medical Sciences Journal*. 2002; 34: 60-66.
- 16- Carranza FA, Neumann M, Turkey HH. *Clinical periodontology*. 9th edition. U.S.A. WB. Saunders Company; 2002, pp: 513-25.
- 17- Velasco E, Machuca G, Martinez-sahuquillo A, Rios V, Lacello J, Bullon P. Dental health among institutionalized psychiatric patients in Spain. *Spec care Dentist*. 1997 Nov-Dec; 17(6): 203-6.
- 18- Tang WK, Sun FC, Ungvari GS, O'Donnell D. Oral health of psychiatric in-patients in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*. 2004 Jun; 50(2): 186-91.
- 19- McCreadie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, et al. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Oct; 110(4): 306-10.
- 20- Hassani Tabataba'ei M, Noora'ei SM, Parsapour P. [An evaluation on DMFT of 14-20 year old mentally retarded and its effective factors in the north of Tehran (Persian)]. *Dentistry Journal*. 2004; 16(Special Issue of Pediatric Dentistry): 34-43.
- 21- Shahsavari F. [Dental caries in patients with major β Thalassemia (Persian)]. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2006; 15(59): 69-74.
- 22- Brito F, de Barros FC, Zaltman C, Carvalho AT, Carneiro AJ, Fischer RG, et al. Prevalence of periodontitis and DMFT index in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *J Clin Periodontol*. 2008 Jun; 35(6): 555-60.
- 23- Kilbourne AM, Horvitz-Lennon M, Post EP, McCarthy JF, Cruz M, Welsh D, et al. Oral health in Veterans affairs patients diagnosed with serious mental illness. *J Public Health Dent*. 2007; 67(1): 42-8.
- 24- Tohidast Akrad Z, Beitollahi JM, Khajetorab AA. [DMFT oral health index in sweets and cable industry workers (Persian)]. *Iranian Journal of Public Health*. 2006; 35(2): 64-68.
- 25- Ata'ei Z, Sheybani Z, Ensaf Z. [An investigation on the relationship between periodontal disease and cigarette smoking in patients referred to clinics in the city of Kerman in 2002 (Persian)]. *Dentistry Journal*. 2004; 16(1): 61-68.