

## *Evaluation of Oral and Dental Health in Patients with History of Drug Abuse Attending Drug Treatment Centers in Sari, Iran*

Mahtab Adhami<sup>1</sup>,  
Arezoo Rayyani<sup>2</sup>,  
Mahmood Moosazadeh<sup>3</sup>,  
Hodis Ehsani<sup>4</sup>,  
Maryam Zamanzadeh<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Dentist, Sari, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Periodontics, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>5</sup> Assistant Professor, Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 26, 2017 ; Accepted May 6, 2018)

### **Abstract**

**Background and purpose:** The purpose of this study was to evaluate the oral health status in people with history of drug abuse.

**Materials and methods:** This cross-sectional study was done in five addiction treatment centres located in Sari, Iran 2016-2017, using random cluster sampling. The Decayed, Missing and Filled teeth (DMFT) index was calculated for 120 samples. ANOVA, T-test, and multiple linear regression model were applied for statistical analysis.

**Results:** A total of 104 men and 16 women participated in this study. The mean DMFT of subjects was  $19.53 \pm 8.30$  teeth. Individuals with a lower age of the onset of drug abuse, addiction period of  $\geq 10$  years, and those who brushed less than once a day and took sweet snacks more than three times daily had significantly higher DMFT. Statistical analysis also indicated that age, education, brushing pattern, sweet consumption, duration of drug use and the time of last dental visit showed to have a significant relationship with changes in DT, MT, and FT indexes.

**Conclusion:** Individuals with a history of drug dependence studied here, had a poor oral health status. Therefore, appropriate educational, preventive and therapeutic actions are required to improve oral health and the quality of life in people with history of drug abuse.

**Keywords:** addiction, oral health, drug, oral hygiene

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (161): 45-53 (Persian).

## بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان در افراد با سابقه وابستگی به مواد مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهرستان ساری

مهتاب ادهمی<sup>۱</sup>  
آرزو ریانی<sup>۲</sup>  
محمود موسی زاده<sup>۳</sup>  
حدیث احسانی<sup>۴</sup>  
مریم زمان زاده<sup>۵</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** هدف از انجام این مطالعه ارزیابی وضعیت سلامت دهان در افراد با سابقه وابستگی به مواد مراجعه کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر ساری بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی با استفاده از نمونه گیری خوشه‌ای در ۵ مرکز ترک اعتیاد در نواحی مختلف شهر ساری انجام پذیرفت. شاخص DMFT (تعداد دندان‌های "پوسیده"، "از دست رفته" و "پر شده") در ۱۲۰ نمونه محاسبه گردید. از آنالیزهای آماری ANOVA، T-test و رگرسیون خطی چند متغیره استفاده گردید.

**یافته‌ها:** در مجموع ۱۰۴ مرد و ۱۶ زن که به مراکز منتخب مراجعه کرده بودند در این مطالعه شرکت کردند. میانگین DMFT افراد  $۱۹/۵۳ \pm ۸/۳۰$  دندان گزارش شد. افرادی که سن شروع به مصرف مواد پایین تر، طول مدت اعتیاد ۱۰ سال یا بیش تر، مسواک زدن کم تر از یک بار در روز و مصرف بیش تر از سه بار در روز مواد قندی در میان وعده‌های غذایی را داشتند، به طور معنی داری DMFT بالاتری داشتند. هم چنین آنالیزهای آماری مشخص کرد که سن، تحصیلات، مسواک زدن، مصرف مواد قندی، طول مدت اعتیاد و زمان آخرین ملاقات دندانپزشکی با تغییر فاکتورهای DT، MT و FT رابطه معنی داری دارد.

**استنتاج:** افراد با سابقه وابستگی به مواد مراجعه کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهرستان ساری وضعیت سلامت دهان نا مناسبی داشتند. با توجه به وضعیت نامناسب، انجام اقدامات مناسب آموزشی، پیشگیری و درمانی در راستای ارتقاء سلامت دهان و بالا رفتن کیفیت زندگی در افراد با سابقه اعتیاد لازم به نظر می‌رسد.

**واژه های کلیدی:** اعتیاد، سلامت دهان، مواد مخدر، بهداشت دهان

### مقدمه

مصرف مواد اعتیاد آور در میان چالش برانگیزترین و پیچیده ترین مشکلات سلامت قرار می‌گیرد که منجر به طیف گسترده‌ای از مشکلات قلبی-عروقی، روحی و اختلالات روانی، متابولیک، غدد و عفونی می‌شود که آن

مصرف مواد اعتیاد آور در میان چالش برانگیزترین

E-mail: zamanzadehmaryam@gmail.com

**مؤلف مسئول:** مریم زمان زاده - ساری: بلوار خزر، دانشکده دندانپزشکی

۱. دندانپزشک، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه پاتولوژی دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، گروه پرئودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. استادیار، گروه پاتولوژی دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۶/۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۲/۱۶

دهان وجود دارد به طوری 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 دوره‌های درمان اعتیاد نیز دردهای دهان و دندان، موفقیت پروتکل درمانی را کاهش داده و از عوامل عود مصرف به حساب می‌آید (۱۱-۱۳). اهمیت و جدی بودن سلامت دهان در میان مصرف کنندگان مواد نشان دهنده نیاز به تدوین برنامه جامع مراقبت از سلامت دهان است. این برنامه‌ها باید جزئی از خدمات مراقبت سلامت عمومی (General Health Care) شود (۵، ۱۵-۱۳). سیاست گذاری، طرح درمان و مراقبت پیشگیرانه در این زمینه نیازمند دانستن خصوصیات و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد است (۱۶). با بررسی وضعیت سلامت دهان معتادان، اطلاعات پایه ای لازم جهت طراحی مداخلات ارتقا سلامت دهان این افراد به گونه ای که منطبق بر نیازهای آنها باشد، فراهم می‌گردد. مداخلاتی که بر مبنای آموزش پیرامون سلامت دهان در گروه‌های مرتبط، پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان و در نهایت مداخلات درمانی مناسب و کافی برای افراد وابسته به مواد، استوار می‌باشد. لذا با توجه به اهمیت موضوع و همچنین عدم انجام این طرح در شهر ساری، مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت دندان (شاخص DMFT) در افراد با سابقه وابستگی به مواد مخدر در شهر ساری صورت پذیرفت.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات مقطعی (cross-sectional) بوده و جمعیت هدف آن را افراد دارای سابقه وابستگی به مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهرستان ساری تشکیل می‌داد. این مطالعه در بازه زمانی اسفند ۹۵ تا تیرماه ۹۶ صورت پذیرفت. حجم نمونه با توجه به مطالعه Ghane و همکاران (۱۷)، با سطح اطمینان ۹۵ درصد (آلفای ۰/۰۵)،

را به عنوان یک مشکل بزرگ سلامت مطرح می‌سازد (۱). سوء مصرف مواد و مشکلات مربوطه عوارض سنگینی را بر سلامت فردی و اجتماعی تحمیل می‌کند و می‌تواند منجر به کاهش زمان کار و تولید، افزایش هزینه مراقبت‌های سلامت و تشدید خشونت و جرایم خشونت بار گردد (۲). براساس گزارش‌های سازمان ملل متحد، تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۱۱ بالغ بر ۱۶۷ تا ۳۱۵ میلیون نفر از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله در طول این سال مواد مخدر غیرقانونی مصرف کرده‌اند. این تعداد در بر گیرنده ۳/۶ تا ۶/۹ درصد از جمعیت بزرگسال در سطح جهان می‌شود (۳). تعیین میزان دقیق مصرف مواد مخدر در ایران مشکل است. با این وجود بعضی گزارشات محلی تخمین می‌زنند که حدود ۲ تا ۴ میلیون معتاد در ایران وجود دارد. هر چند طبق آمار رسمی اعلام شده فعلی، تعداد معتادین در کشور حدود ۲ میلیون نفر می‌باشد. اپیوم با شیوع ۳۴ درصد بیشترین ماده مصرفی در ایران بوده و پس از آن به ترتیب کراک هرئوئین (۲۶/۶ درصد) و هرئوئین (۱۹/۲ درصد) قرار دارد (۴). مشکلات سلامت دهان در میان شایع‌ترین مشکلات مربوط به سلامت عمومی قرار دارد که همراه با وابستگی به مواد دیده می‌شود (۵). افراد وابسته به مواد معمولاً بیماری‌های بسیار شدید دندانی حتی در سنین جوانی دارند (۶). استفاده از اپیوئیدها منجر به میزان بالای پوسیدگی و مشکلات پریدنتال می‌شود که میزان آن از آنچه در جمعیت عمومی دیده می‌شود، بیش تر است (۷). کاهش عملکرد غده بزاقی در افراد وابسته به مواد می‌تواند سبب خشکی، سوزش دهان، اختلال درک مزه غذا، مشکلات خوردن، عفونت‌های مخاطی و بیماری‌های پریدنتال گردد (۸). کاندیدوزیس، دیسپلازی مخاط و افزایش ریسک سرطان دهان از جمله وضعیت‌های دیگر مرتبط با اعتیاد می‌باشد (۹، ۸). به علاوه براکسیسم، نکروز ایسکمیک کام و نیز زخم و تاول داخل حفره دهان به دنبال مصرف بعضی از مواد اعتیاد آور ایجاد می‌شود (۱۰). در واقع ارتباطی دوطرفه بین اعتیاد به مواد و مشکلات

فراوانی ۹۳ درصد و میزان دقت ۰/۰۵ با استفاده از فرمول زیر برابر ۱۰۴ نفر تعیین گردید که به ۱۲۰ نفر افزایش داده شد.

$$N = \frac{Z^2 * P(1-P)}{d^2}$$

جهت انتخاب نمونه‌ها ابتدا لیست مراکز ترک اعتیاد شهر ساری تهیه شد. از لیست مورد نظر پنج مرکز (از هر مرکز تعداد ۲۴ نمونه) به صورت تصادفی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در هر مرکز به این صورت بود که با آغاز مطالعه افراد مراجعه‌کننده به مرکز درمانی به صورت متوالی (پشت سرهم) تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر وارد پژوهش می‌شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز بیماران از یک پرسشنامه استاندارد استفاده گردید. بخش اول این پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک، تاریخچه اعتیاد و رفتارهای مرتبط با سلامت دهان بود و بخش دوم مربوط به معاینات بالینی دهان و دندان بود (۱۸). پس از جلب رضایت بیمار برای انجام معاینه، دانشجوی دندانپزشکی آموزش دیده سال آخر، شاخص‌های پوسیدگی دندانی شامل DT (تعداد دندان‌های پوسیده)، MT (تعداد دندان‌های پوسیده)، DMFT (مجموع دندان‌های پوسیده، کشیده و پر شده) را ثبت نمود. معاینه بیماران روی صندلی‌های معمولی و با استفاده از هدلایت، پروب WHO، سوندو آینه یک بار مصرف انجام شد. ورود داده‌ها در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ انجام گرفت. از آنالیزهای آماری ANOVA، T-test و رگرسیون خطی چند متغیره در بررسی آماری یافته‌ها استفاده گردید. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۰۴ مرد و ۱۶ زن وابسته به مواد مخدر در ۵ مرکز ترک اعتیاد شهر ساری مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۴۱/۸۵ ± ۱۰/۶۷ سال بوده و کم‌ترین و بیش‌ترین سن افراد به ترتیب ۲۵

و ۷۶ سال بود. هم‌چنین ۵۴/۲ درصد افراد تحصیلات زیر دیپلم داشته و ۸۵ درصد آن‌ها متاهل بودند. شایع‌ترین مواد اعتیاد آور مصرفی قبل از درمان در این افراد دسته اوپیوئیدها (۹۵ درصد) که شامل اپیوم، هروئین، کراک و نورجیزک و پس از آن محرک‌ها (۳/۳ درصد) شامل شیشه و کوکائین بود. میانگین سن شروع مصرف مواد مخدر در افراد تحت مطالعه ۹/۵۱ ± ۲۴/۷۶ سال بوده و میانگین طول مدت مصرف مواد در آقایان ۹/۶۶ ± ۱۴/۶۴ سال و در بانوان ۴/۸۱ ± ۸/۸۱ سال بود. هم‌چنین در این مطالعه اکثر افراد (۸۰/۸ درصد) از روش درمان نگهدارنده متادون استفاده می‌کردند. میانگین DMFT به دست آمده در افراد تحت مطالعه ۸/۳۰ ± ۱۹/۵۳ دندان بوده و میانگین اجزاء DT، MT و FT به ترتیب ۷/۱۶ ± ۵/۶۶، ۹/۳۹ ± ۱۱/۶۲ و ۰/۷۴ ± ۳/۳۶ گزارش شد. هم‌چنین ۳۰ نفر (۲۵ درصد) بی‌دندانی کامل داشتند. بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون خطی ساده متغیرهای سن شروع مصرف مواد (p=۰/۰۰۹)، طول مدت اعتیاد (p=۰/۰۱)، مسواک زدن (p=۰/۰۳) و مصرف مواد قندی (p=۰/۰۴) با میانگین شاخص DMFT رابطه معنی‌داری داشتند. بر این اساس، افراد با سن شروع مصرف پایین‌تر، طول مدت اعتیاد ۱۰ سال یا بیش‌تر، دفعات مسواک زدن کم‌تر از یک بار در روز و مصرف مواد قندی بیش‌تر از سه بار در روز، DMFT بالاتری داشتند. جدول شماره ۱ میانگین DMFT و عوامل مرتبط با آن را در افراد با سابقه وابستگی به مواد نشان می‌دهد. متغیرهایی که سطح معنی‌داری آن‌ها ۰/۲ یا کم‌تر بود (مصرف متادون، سن شروع مصرف مواد، طول مدت اعتیاد، مصرف محرک‌ها، مسواک زدن، مصرف مواد قندی، سیگار کشیدن) وارد آنالیز رگرسیون چند متغیره شدند. در این آنالیز تنها افرادی که سه بار در روز یا بیش‌تر در بین وعده‌های غذایی خود از مواد قندی استفاده می‌کردند به‌طور معنی‌داری (p=۰/۰۱) DMFT بالاتری داشتند. جدول ۲ عوامل مرتبط با شاخص DMFT در آنالیز چند متغیره در افراد تحت مطالعه مشاهده می‌گردد.

جدول شماره ۲: عوامل مرتبط با شاخص DMFT در آنالیز چند متغیره در افراد تحت مطالعه

متغیر	B Coefficient	Std.Error	سطح معنی داری
متادون	-۲/۰۲	۱/۹۳	۰/۲۹
سن شروع مصرف مواد*	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۲۳
طول مدت اعتیاد	۲/۴۰	۱/۷۹	۰/۱۸
مصرف محرک ها	۳/۲۴	۱/۸۴	۰/۰۸
مساوک زدن	۳/۳۷	۲/۳۳	۰/۱۵
مصرف مواد قندی	-۴/۰۷	۱/۶۱	۰/۰۱
سیگار کشیدن	۴/۳۸	۲/۵۸	۰/۰۹

\* به صورت کمی

آنالیز تی تست مستقل و ANOVA بر روی عوامل مرتبط با فاکتورهای DT، MT و FT انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد عوامل سن ( $p=0/03$ )، تحصیلات ( $p=0/02$ ) و مصرف محرک ها ( $p=0/04$ ) به طور معنی داری بر DT تأثیر می گذارند. هم چنین عوامل سن ( $p=0/02$ )، طول مدت مصرف ( $p=0/01$ )، مساوک زدن ( $p<0/01$ ) و مصرف مواد قندی ( $p=0/03$ ) تأثیر معنی داری بر MT داشته و مشاهده گردید که زمان آخرین مراجعه به دندانپزشک ( $p=0/02$ ) تأثیر معنی داری بر فاکتور FT دارد. جدول شماره ۳ میانگین DT، MT و FT و عوامل مؤثر بر آن در افراد با سابقه وابستگی به مواد را نشان می دهد.

جدول شماره ۱: میانگین DMFT و عوامل مرتبط با شاخص DMFT در افراد با سابقه وابستگی به مواد مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهرستان ساری

متغیر	انواع حالات	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری
جنس	آقایان	۱۹/۶۶ ± ۸/۳۷	۰/۶۶
	بانوان	۱۸/۶۸ ± ۸/۰۸	
مصرف متادون	بله	۲۰/۱۹ ± ۸/۳۰	۰/۰۷
	خیر	۱۶/۳۳ ± ۷/۸۸	
سن	۳۵ سال یا کمتر	۱۸/۹۵ ± ۷/۹۴	۰/۵۸
	بیش از ۳۵ سال	۱۹/۸۳ ± ۸/۵۲	
تاھل	متاھل	۱۹/۴۶ ± ۸/۳۹	۰/۸۷
	غیر متاھل	۱۹/۸۵ ± ۸/۱۶	
تحصیلات	کمتر از ۱۲ سال	۱۹/۴۰ ± ۸/۸۳	۰/۸۴
	۱۲ سال یا بیشتر	۱۹/۶۹ ± ۷/۷۱	
وضعیت شغلی	دارای درآمد	۱۸/۲۹ ± ۸/۶۰	۰/۴۱
	بدون درآمد	۱۹/۸۴ ± ۸/۲۴	
سن شروع مصرف	۱۵ سال یا کمتر	۱۹/۹۵ ± ۷/۶۵	۰/۰۰۹
	۱۶-۳۰ سال	۱۹/۸۷ ± ۸/۲۶	
طول مدت اعتیاد	کمتر از ۱۰ سال	۱۸/۰۰ ± ۸/۹۹	۰/۰۱
	۱۰ سال و یا بیشتر	۱۷/۲۵ ± ۸/۵۲	
مصرف اویپونید ها	خیر	۲۰/۱۶ ± ۸/۵۵	۰/۸۴
	بله	۱۹/۵۰ ± ۸/۴۰	
مصرف محرک ها	خیر	۱۸/۸۶ ± ۸/۶۴	۰/۰۷
	بله	۲۱/۸۱ ± ۸/۳۰	
تعداد ماده مصرفی	تک ماده	۲۰/۰۰ ± ۸/۸۳	۰/۴۷
	چند ماده	۱۸/۹۰ ± ۷/۵۷	
روش مصرف تزریقی	خیر	۱۹/۳۳ ± ۸/۴۲	۰/۴۵
	بله	۲۱/۱۵ ± ۷/۳۲	
آخرین ملاقات دندانپزشکی	طی یک سال اخیر	۱۹/۹۶ ± ۷/۷۸	۰/۸۳
	بیش از یک سال	۱۹/۴۲ ± ۸/۵۸	
مساوک زدن	حداقل یک بار در روز	۱۳/۵۳ ± ۵/۶۹	۰/۰۳
	سایر	۱۸/۵۹ ± ۸/۲۴	
مصرف مواد قندی	کمتر از سه بار در روز	۱۶/۹۸ ± ۷/۶۰	۰/۰۰۴
	سه بار یا بیشتر در روز	۲۱/۳۵ ± ۸/۳۵	
سابقه سیگار کشیدن	بله	۱۹/۹۰ ± ۸/۱۶	۰/۲۱
	خیر	۱۷/۱۲ ± ۹/۰۶	

جدول شماره ۳: میانگین DT، MT و FT و عوامل مؤثر بر آن در افراد با سابقه وابستگی به مواد مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد شهرستان ساری

متغیر	انواع حالات	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری
جنس	آقایان	۷/۱۹ ± ۵/۷۰	۰/۹۰	۱۱/۸۱ ± ۹/۴۷	۰/۵۷	۰/۶۵ ± ۳/۰۰	۰/۴۶
	بانوان	۷/۰۰ ± ۵/۵۱		۱۰/۳۷ ± ۹/۰۶		۱/۳۱ ± ۵/۲۵	
مصرف متادون	بله	۷/۰۹ ± ۵/۹۸	۰/۷۷	۱۲/۲۴ ± ۹/۶۴	۰/۰۹	۰/۸۵ ± ۳/۷۳	۰/۱۴
	خیر	۷/۴۷ ± ۴/۱۲		۹/۰۰ ± ۷/۸۹		۰/۲۶ ± ۰/۶۱	
سن	۳۵ سال یا کمتر	۸/۶۸ ± ۵/۳۵	۰/۰۳	۸/۹۷ ± ۷/۳۸	۰/۰۲	۱/۲۹ ± ۴/۶۰	۰/۱۹
	بیش از ۳۵ سال	۶/۳۷ ± ۵/۶۴		۱۳/۰۰ ± ۱/۰۰		۰/۴۵ ± ۲/۴۸	
تاھل	متاھل	۷/۴۵ ± ۵/۸۲	۰/۳۳	۱۱/۲۸ ± ۹/۲۷	۰/۴۷	۰/۲۳ ± ۳/۱۸	۰/۹۸
	غیر متاھل	۶/۲۵ ± ۵/۰۷		۱۲/۷۵ ± ۸/۵۴		۰/۷۵ ± ۳/۹۶	
تحصیلات	کمتر از ۱۲ سال	۸/۴۰ ± ۶/۱۳	۰/۰۲	۱۲/۹۳ ± ۱/۰۰	۰/۰۹	۰/۳۳ ± ۲/۶۰	۰/۱۵
	۱۲ سال یا بیشتر	۶/۱۲ ± ۵/۰۴		۱۰/۰۷ ± ۸/۴۲		۱/۲۱ ± ۴/۰۶	
سن شروع مصرف	۱۵ سال یا کمتر	۷/۵۰ ± ۴/۹۲	۰/۰۶	۱۱/۱۳ ± ۹/۴۶	۰/۰۸	۱/۰۵ ± ۴/۶۹	۰/۸۶
	۱۶-۳۰ سال	۵/۰۳ ± ۴/۶۶		۱۲/۹۶ ± ۱/۰۱		۰/۰۰ ± ۰/۰۰	
طول مدت مصرف	کمتر از ۱۰ سال	۷/۳۳ ± ۴/۵۲	۰/۹۱	۹/۲۹ ± ۷/۸۵	۰/۰۱	۰/۷۲ ± ۳/۰۷	۰/۹۶
	سال و یا بیشتر ۱۰	۷/۱۱ ± ۶/۴۰		۱۳/۳۴ ± ۱۰/۰۹		۰/۷۵ ± ۳/۵۹	
مصرف اویپونید ها	بله	۷/۰۲ ± ۵/۷۰	۰/۱۸	۱۱/۶۹ ± ۹/۴۶	۰/۷۱	۰/۷۳ ± ۳/۴۵	۰/۰۱
	خیر	۹/۸۳ ± ۴/۳۵		۱۰/۳۳ ± ۸/۴۷		۰/۰۰ ± ۰/۰۰	
مصرف محرک ها	بله	۸/۹۶ ± ۴/۹۴	۰/۰۴	۱۱/۰۳ ± ۷/۸۵	۰/۷۰	۱/۷۱ ± ۵/۵۳	۰/۰۸
	خیر	۶/۶۱ ± ۵/۷۷		۱۱/۸۰ ± ۹/۸۴		۰/۴۴ ± ۲/۳۲	
مصرف تزریقی	بله	۷/۴۶ ± ۵/۱۳	۰/۸۴	۱۱/۶۱ ± ۸/۴۵	۰/۹۹	۲/۰۷ ± ۵/۸۵	۰/۱۳
	خیر	۷/۱۳ ± ۵/۳۳		۱۱/۶۲ ± ۹/۵۳		۰/۵۷ ± ۲/۹۳	
آخرین ملاقات دندانپزشکی	طی یک سال اخیر	۶/۳۴ ± ۴/۲۸	۰/۲۱	۱۱/۶۸ ± ۸/۵۷	۰/۹۶	۱/۳۳ ± ۵/۲۲	۰/۰۲
	بیش از یک سال	۷/۵۴ ± ۶/۱۸		۱۱/۵۹ ± ۹/۸۰		۰/۲۸ ± ۱/۰۲	
مساوک زدن	حداقل یک بار در روز	۶/۷۵ ± ۶/۲۰	۰/۲۱	۵/۱۵ ± ۲/۸۲	۰/۰۱	۱/۶۱ ± ۲/۰۶	۰/۲۴
	سایر	۸/۶۹ ± ۵/۰۶		۹/۱۲ ± ۷/۱۱		۰/۷۷ ± ۳/۸۳	
مصرف مواد قندی	کمتر از سه بار در روز	۷/۰۴ ± ۵/۵۹	۰/۸۳	۹/۵۰ ± ۸/۷۷	۰/۰۳	۰/۴۴ ± ۱/۲۴	۰/۴۰
	سه بار یا بیشتر در روز	۷/۲۵ ± ۵/۷۵		۱۳/۱۴ ± ۹/۵۸		۰/۹۵ ± ۴/۲۸	
سیگار کشیدن	بله	۷/۴۲ ± ۵/۵۵	۰/۲۰	۱۱/۶۶ ± ۰/۳۶	۰/۹۱	۰/۸۱ ± ۳/۶۰	۰/۵۳
	خیر	۵/۵۰ ± ۶/۲۱		۱۱/۳۷ ± ۹/۸۸		۰/۲۵ ± ۰/۶۸	

در مطالعه Ghane و همکاران میانگین شاخص DMFT  $8/17 \pm 20/2$  محاسبه شد و میانگین اجزاء DT، MT و FT به ترتیب  $8/17$ ،  $11/27$  و  $0/75$  گزارش شد و بیشترین جزء در این مطالعه مربوط به از دست دادن دندان (MT) می باشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۷). هم چنین در مطالعه Akbari و همکاران نیز شایع ترین محدوده شاخص DMFT در معنادین ۲۰-۱۶ (با فراوانی ۳۴/۵ درصد) تعیین گردید (۱۹). در مطالعه Saied-moallemi و همکاران این شاخص ۱۵/۸ به دست آمد که کم تر از نتایج حاصل از این مطالعه است (۲۰).

در مطالعه Mc Kenna و همکاران در اسکاتلند میانگین DMFT کمی بالاتر (۲۲/۳) بود که بیشترین جزء آن مربوط به پوسیدگی (DT) بود (۲۱). در مطالعه Gupta و همکاران در هند میانگین DMFT افراد با وابستگی به مواد بسیار کم تر از مطالعه حاضر (۳/۴۸) ولی بالاتر از افراد سالم بود (۲۲). میانگین DMFT افراد با سابقه مصرف هروئین تحت درمان با متادون در چین نیز ۲/۹۲ بود که در مقایسه با جمعیت عمومی مطالعه مذکور وضعیت دهان بدتری داشتند (۲۳). میانگین DMFT در افراد وابسته به الکل در ایتالیا در ۵۶/۶ درصد موارد بزرگتر یا مساوی ۱۰ بوده است (۲۴). در مطالعه Scheutz و همکاران که بر روی افراد وابسته به مواد تزریقی انجام گرفت میانگین DMFT برابر ۱۸/۳ بود که تقریباً دو برابر مطالعه انجام شده روی جمعیت عادی در دانمارک بود (۲۵).

در مطالعه انجام شده توسط حصاری و همکاران بر روی جمعیت عمومی ۳۵ تا ۴۴ ساله ایرانی، میزان DMFT برابر  $6/4 \pm 11$  به دست آمد. در این مطالعه میزان DT، MT و FT به ترتیب برابر با  $2/6$ ،  $6/3$  و  $1/8$  گزارش شد که نشان دهنده پائین تر بودن سطح سلامت دهانی افراد معناد در مطالعه حاضر در مقایسه با جمعیت عمومی ایران می باشد (۲۶). در مطالعه حاضر هرچه سن شروع مصرف مواد بالاتر بود افراد DMFT پایین تری داشتند. همچنین هرچه مدت زمان اعتیاد افراد بیش تر بود شاخص DMFT آن ها بیش تر اندازه گیری شد. در آنالیز رگرسیون چند

در آنالیز چند متغیره، متغیرهایی که سطح معنی داری آن ها  $0/2$  یا کم تر بود برای هر فاکتور به صورت جداگانه بررسی شدند. نتایج حاصل از آنالیز نشان داد که در فاکتور DT، تحصیلات ( $p=0/02$ ) معنی دار بود و در فاکتور MT، مسواک زدن ( $p=0/04$ ) و مصرف مواد قندی ( $p<0/01$ ) معنی دار بودند. هم چنین در مورد فاکتور FT نیز زمان آخرین ملاقات دندانپزشکی ( $p<0/01$ ) معنی دار گزارش شد. جدول شماره ۴ عوامل مرتبط با فاکتورهای DT، MT و FT در آنالیز چند متغیره را نشان می دهد.

جدول شماره ۴: عوامل مرتبط با فاکتورهای DT، MT و FT در آنالیز چند متغیره در افراد تحت مطالعه

متغیر	B Coefficient	Std. Error	سطح معنی داری
سن	۰/۰۰	۰/۰۶	۰/۹۹
تحصیلات	-۲/۵۸	۱/۱۱	۰/۰۲
سن شروع مصرف	-۱/۵۴	۰/۹۴	۰/۱۰
مصرف اویونید ها	-۱/۹۸	۲/۳۸	۰/۴۰
مصرف محرک ها	-۰/۴۰	۱/۳۴	۰/۷۶
زمان آخرین ملاقات دندانپزشکی	۲/۱۸	۱/۱۵	۰/۰۶
مسواک زدن	۲/۷۰	۱/۶۵	۰/۱۰
سیگار کشیدن	-۱/۳۴	۱/۷۱	۰/۴۳
متادون	۰/۳۱	۱/۶۴	۰/۸۱
سن*	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۰۷
تحصیلات	۰/۰۴	۱/۴۴	۰/۹۷
طول مدت اعتیاد	-۰/۸۲	۱/۴۶	۰/۵۷
مسواک زدن	۴/۲۱	۲/۰۶	۰/۰۴
مصرف مواد قندی	۳/۸۶	۱/۳۴	۰/۰۵
متادون	-۰/۶۲	۰/۸۶	۰/۴۷
سن	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۴۸
تحصیلات	-۱/۱۱	۰/۷۶	۰/۱۴
مصرف اویونید ها	۲/۴۱	۱/۶۷	۰/۱۵
مصرف محرک ها	۲/۴۸	۱/۰۸	۰/۰۲
مصرف تزریقی	۰/۱۱	۱/۲۶	۰/۸۳
زمان آخرین ملاقات دندانپزشکی	-۲/۱۷	۰/۸۸	۰/۰۷
مسواک زدن	-۱/۰۶	۱/۱۳	۰/۳۵

\* به صورت کمی

## بحث

در مطالعه حاضر وضعیت سلامت دهان و دندان در ۱۲۰ نفر از افراد با سابقه وابستگی به مواد مخدر در شهر ساری مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج به دست آمده، میانگین DMFT  $8/30 \pm 19/53$  محاسبه گردید و میانگین اجزاء DT، MT و FT به ترتیب  $5/66 \pm 7/16$ ،  $9/39 \pm 11/62$  و  $3/36 \pm 0/74$  گزارش شد. هم چنین ۳۰ نفر (۲۵ درصد) افراد تحت مطالعه بی دندانی کامل داشتند.

متغیره، مصرف موافندی و تکرر مسواک زدن با وضعیت سلامت دهان افراد (شاخص DMFT) رابطه معنی داری داشت به گونه ای که افرادی که حداقل یک بار در روز مسواک می زدند و کم تر از سه بار در روز موافندی در بین وعده های غذایی خود استفاده می کردند وضعیت سلامت دهان بهتری (شاخص DMFT پایین تر) نسبت به گروه مقابل داشتند. هم چنین در مطالعه حاضر سن بیمار، تحصیلات بیمار، طول مدت اعتیاد، زمان آخرین ملاقات با دندانپزشک، مصرف موافندی و تکرر مسواک زدن رابطه معنی داری با تغییر سه شاخص تعداد دندان پوسیده، از دست داده و پر شده در افراد داشت. به طوری که افرادی که سن کم تر از ۳۵ سال و تحصیلات کم تر از ۱۲ سال داشتند میزان دندان پوسیده (DT) بیش تری داشتند. افرادی که سن بیش از ۳۵ سال، طول مدت مصرف بیش از ۱۰ سال و هم چنین افرادی که کم تر از یک بار در روز مسواک می زدند و افرادی که سه بار یا بیش تر در بین وعده های غذایی خود موافندی مصرف می کردند، میزان دندان از دست داده (MT) بیش تری داشتند. بیمارانی که طی سال گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده بودند، میزان دندان پر شده سالم بیش تری داشتند. در مطالعه Ghane و همکاران بین حضور در کلینیک دولتی، سن بالای ۳۵ سال، مدت اعتیاد برابر یا بالاتر از ۱۰ سال و مصرف محرک ها با وضعیت سلامت دهان ضعیف تر (DMFT بالاتر) رابطه معنی داری وجود داشت. در مطالعه آن ها از بین متغیرهای بررسی شده در زمینه رفتارهای مرتبط با سلامت دهان تنها بین تکرر مسواک زدن فرد و میزان شاخص DMFT افراد رابطه معنی داری وجود داشت به گونه ای که شاخص DMFT زنانی که حداقل یک بار در روز مسواک می زدند نسبت به گروهی که کم تر از این میزان مسواک می زدند، پایین تر بود. هم چنین در مطالعه آنها نوع کلینیک مراجعه کننده بیمار، سن بیمار، مصرف محرک ها، طول مدت اعتیاد، زمان آخرین ملاقات با دندانپزشک و تکرر مسواک زدن رابطه معنی داری با تغییر سه شاخص تعداد دندان پوسیده،

از دست داده و پر شده در افراد داشت (۱۷). در مطالعه Saied-moallemi و همکاران نیز ارتباط معنی دار و معکوسی بین شاخص DMFT و تعداد دفعات مسواک زدن وجود داشت؛ به عبارتی دیگر معتادانی که تعداد دفعات مسواک زدن بیشتری داشتند، DMFT کمتری نیز داشتند که مشابه نتایج حاصل از این مطالعه می باشد (۲۰). هم چنین آن ها مشاهده نمودند بین افزایش مدت زمان اعتیاد با شاخص های DMFT و DT رابطه مستقیمی وجود دارد که در مطالعه حاضر این ارتباط با شاخص های DMFT و MT مشاهده گردید. هر چند در مطالعه آن ها تحصیلات معتادان با میزان پوسیدگی دندان و سلامت دهان آن ها ارتباطی نداشت که مغایر با نتیجه حاصل از این مطالعه می باشد. در مطالعه Akbari و همکاران ارتباط معنی داری بین DMFT و مدت زمان اعتیاد وجود داشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۹). در مطالعه McKenna و همکاران میزان DMFT به طور معنی داری در زنان بهتر از مردان بوده و رابطه معنی داری بین میزان مصرف بیش تر الکل و میزان DMFT بالاتر وجود داشت. در مطالعه مذکور گرچه میزان مصرف متادون روزانه رابطه معنی داری با میزان شاخص DMFT نداشت اما رابطه طول مدت زمان مصرف متادون با وضعیت ضعیف تر سلامت دهان معنی دار نشان داده شد (۲۱). در مطالعه Du و همکاران مدت زمان مصرف هرئوین و تحصیلات پایین تر فرد با بالاتر بودن میزان شاخص DMFT مرتبط بود که در این مطالعه نیز افراد دارای تحصیلات پایین تر شاخص DT بالاتری داشتند (۲۷). در مطالعه Molendijk و همکاران میزان DMFT به طور معنی داری با سن افراد مصرف کننده رابطه داشت (۱۳). هم چنین در مطالعه McKenna و همکاران میزان DMFT بالاتر با میزان شکر اضافه شده به نوشیدنی های داغ (چای یا قهوه) رابطه معنی داری داشت (۲۱). مجموع این مطالعات نشان می دهد که میزان شاخص پوسیدگی در افراد وابسته به مواد بالاتر از جمعیت عمومی

داشتند. با توجه به وضعیت نامناسب سلامت دهان در افراد مطالعه حاضر، لزوم انجام اقدامات مناسب آموزشی، پیشگیری و درمانی در راستای ارتقاء سلامت دهان افراد وابسته به مواد ضروری به نظر می‌رسد.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری مسئولین و هم‌چنین بیماران مراکز ترک اعتیاد سطح شهر ساری صمیمانه تشکر می‌گردد. این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکترای عمومی به شماره ۱۳۹۵۱۵ مصوب دانشکده دندانپزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران بوده که بدین وسیله از همکاری تمامی عوامل، سپاسگزاری می‌گردد.

است و این مهم ممکن است ناشی از عوامل متعددی مثل تاثیر مستقیم مواد اعتیادآور یا روش‌های به کار رفته در درمان اعتیاد مانند متادون درمانی و نیز تاثیر غیرمستقیم اعتیاد مانند وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سبک زندگی متفاوت، بهداشت دهانی ضعیف‌تر، مصرف بیش‌تر مواد قندی و سایر رفتارهای نامناسب مرتبط با سلامت دهان در افراد وابسته به مواد باشد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که افراد با سابقه وابستگی به مواد مراجعه‌کننده به مراکز متادون درمانی شهرستان ساری وضعیت سلامت دهان نامناسبی داشتند. افراد با سن شروع مصرف پایین‌تر، طول مدت اعتیاد بیش‌تر، تحصیلات کمتر، استفاده از مواد قندی بیش‌تر و مسواک کم‌تر وضعیت سلامت دهان به مراتب ضعیف‌تری

### References

- Chen CY, Lin KM. Health consequences of illegal drug use. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22(3): 287-292.
- Nessa A, Latif S, Siddiqui N, Hussain M, Hossain MA. Drug abuse and addiction. *Mymensingh Medical Journal (Bangladesh MMJ)*: 2008; 17(2): 227-235.
- Burns L. *World Drug Report 2013* By United Nations Office on Drugs and Crime New York: United Nations, 2013, ISBN: 978- 92-1- 056168- 6, 151 pp. Grey literature. *Drug and Alcohol Review* 2014; 33(2): 216.
- Saberi Zafarghandi MB, Jadidi M, Khalili N. Iran's Activities on Prevention, Treatment and Harm Reduction of Drug Abuse. *Int J High Risk Behav Addict* 2015; 4(4): e22863.
- Metsch LR, Crandall L, Wohler-Torres B, Miles CC, Chitwood DD, McCoy CB. Met and unmet need for dental services among active drug users in Miami, Florida. *J Behav Health Serv Res* 2002; 29(2): 176-188.
- Reece A. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Aust Dent J* 2007; 52(2): 144-149.
- Scheutz F. Dental health in a group of drug-addicts attending an addiction- clinic. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; 12(1): 23-28.
- Titsas A, Ferguson M. Impact of opioid use on dentistry. *Aust Dent J* 2002; 47(2): 94-98.
- Fazzi M, Vescovi P, Savi A, Manfredi M, Peracchia M. The effects of drugs on the oral cavity. *Minerva Stomatol* 1999; 48(10): 485-492.
- Faruque S, Edlin BR, McCoy CB, Word CO, Larsen SA, Schmid DS, et al. Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996; 13(1): 87-92.
- Bullock K. Dental care of patients with substance abuse. *Dent Clin North Am* 1999; 43(3): 513-526.
- 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* 2003; 32(20): 919-923.
13. Molendijk B, Horst GT, Kasbergen M, Truin GJ, Mulder J. Dental health in Dutch drug addicts. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(2): 117-119.
  14. Robinson P, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J* 2005; 198(4): 219-224.
  15. Charnock S, Owen S, Brookes V, Williams M. A community based programme to improve access to dental services for drug users. *Br Dent J* 2004; 196(7): 385-388.
  16. Shekarchizadeh H, Ekhtiari H, Khami MR, Virtanen JI. Patterns of pre-treatment drug abuse, drug treatment history and characteristics of addicts in methadone maintenance treatment in Iran. *Harm Reduction Journal* 2012; 9(1): 18.
  17. Pourhashemi SJ, Ghane M, Shekarchizadeh H, Jafari A. Oral health determinants among female addicts in Iran. *Contemp Clin Dent* 2015; 6(3): 375-380.
  18. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health* 2013; 13(1): 11.
  19. Majid Akbari, Morteza Faghani, Ali Kazemian, Reza Afshari, Ali Taghian, Talebi A. Evaluation of Oral Health Status and Dental Need Assessment in Narcotic Drug Abusers. *J Mashad Dent Sch* 2015; 39(3): 191-200 (Persian).
  20. Seyyed Moallemi Z, Taheri A, Hatami H. Investigating the Relation of Drug Abusing and Oral Health in Addicts. *J Isfahan Med Sch* 2015; 33(333): 643-652 (Persian).
  21. McKenna G, Madden J, Manton S, Cronin M. Survey of oral health behaviors of patients receiving methadone therapy at a drug rehabilitation centre. *Journal of Theory and Practice of Dental Public Health* 2013; 1(3): 6-13.
  22. Gupta T, Shah N, Mathur V, Dhawan A. Oral health status of a group of illicit drug users in Delhi, India. *Community Dent Health* 2012; 29(1): 49-54.
  23. Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl* 2003; 27(12): 1409-1425.
  24. Barbadoro P, Lucrezi D, Prospero E, Annino I. Improvement of knowledge, attitude, and behavior about oral health in a population of alcohol addicted persons. *Alcohol Alcohol* 2008; 43(3): 347-350.
  25. Scheutz F. Five year evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. *Community Dentistry Oral Epidemiol* 1984; 12(1): 29-34.
  26. Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa HT. Oral health among 35-to 44-year-old Iranians. *Med Princ Pract* 2007; 16(4): 280-285.
  27. 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 Dent Health* 2001; 18(2): 94-98.