

## Oral health status and oral health related quality of life among patients with substance use in Isfahan province

Bahareh Tahani<sup>1,\*</sup>, Soroush Mohammadzadeh<sup>2</sup>, Amin Reiszadeh<sup>2</sup>

1- Associate Professor, Department of Oral Public Health, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Dental Research Center, Dental Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Dentist, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Dental Students' Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

### Article Info

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**  
Received: 23 Aug 2025  
Accepted: 22 Dec 2025  
Published: 31 Dec 2025

**Corresponding Author:**  
Bahareh Tahani

Department of Oral Public Health,  
School of Dentistry, Isfahan University  
of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Email: tahani\_b@yahoo.com)

### Abstract

**Background and aims:** Substance abuse is recognized as a serious public health issue. The aim of this study was to comprehensively assess the correlation between the substance use and oral health status as well as its impact on the quality of life of addicts in a multi-center approach.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional and analytical study in year 2023, individuals with a history of addiction who visited addiction treatment centers in Isfahan province were recruited conveniently and examined through questionnaires (about demographic information, methods of substance use, oral health behaviors, the use of dental services, and perceived oral health) and clinical examinations. The oral health-related quality of life (OHQOL) was assessed using the OHIP-14 questionnaire. Clinical examinations assessed DMFT, gingival index, mucosal lesions, temporomandibular joint disorder, and treatment needs of the individuals. Data were analyzed using ANOVA, t-tests, and linear regression models ( $\alpha=0.05$ ).

**Results:** 232 individuals with age of  $45 \pm 9.9$ , mostly male (94.8%) and married (68.5%) were recruited. About 50% of individuals never brushed their teeth. A total of 123 individuals (53%) used substances with moderate harm intensity (opium, hashish and cannabis). Pigmentation was the most common oral lesion. The mean DMFT was  $19.27 \pm 3$  and the perceived oral health mean was  $4.53 \pm 2.98$  (out of 10). A total of 187 individuals (80.6%) required prosthetic treatment. The mean OHQOL was  $15.93 \pm 11.6$ . Functional limitation had the lowest (1.53), and psychological discomfort had the highest score (3.31) among the seven domains of OHQOL. The linear regression model ( $P<0.001$  and  $R^2=24\%$ ) found that the use of high-risk psychoactive substances, oral health behaviors, and age contributed to changes in DMFT. The OHIP linear regression model ( $P<0.001$  and  $R^2=36\%$ ) revealed that the duration of addiction, perceived oral health, age, self-employment, government jobs, and retirement contributed to changes in OHIP.

**Conclusion:** Compared to the general population, addicts have poorer oral health behaviors and more oral health problems, which significantly reduce their oral health-related quality of life.

**Keywords:** Oral health, Health behavior, Quality of Life, Oral lesions, Substance abuse, Illegal drugs

Cite this article as: Tahani B, Mohammadzadeh S, Reiszadeh A. Oral health status and oral health related quality of life among patients with substance use in Isfahan province. J Dent Med-TUMS. 2025;38:31. [Persian]



## وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در معتادان به مواد مخدر در استان اصفهان

بهاره طحانی<sup>۱</sup>، سروش محمد زاده<sup>۲</sup>، امین رئیس زاده<sup>۲</sup>

۱- دانشیار گروه آموزشی دندانپزشکی جامعه نگر، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ مرکز تحقیقات دندانپزشکی، پژوهشکده علوم دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲- دندانپزشک، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ کمیته پژوهش‌های دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

| اطلاعات مقاله                                                                                                                                                                                                                                                                                          | چکیده                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>نوع مقاله:</b><br/>مقاله پژوهشی</p> <p>دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱<br/>پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱<br/>انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۱۰</p> <p><b>نویسنده مسؤول:</b><br/>بهاره طحانی</p> <p>گروه آموزشی دندانپزشکی جامعه نگر، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران</p> <p>(Email: tahani_b@yahoo.com)</p> | <p><b>زمینه و هدف:</b> سوء مصرف مواد به عنوان یک مشکل جدی سلامت عمومی شناخته می‌شود. هدف مطالعه حاضر، بررسی ارتباط سوء مصرف مواد با سلامت دهان و همچنین تأثیرات آن بر کیفیت زندگی افراد معتاد به صورت چند مرکزی بود.</p> <p><b>روش بررسی:</b> در این مطالعه مقطعی- تحلیلی در سال ۱۴۰۲، افراد دارای سابقه اعتیاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان اصفهان به صورت آسان و از طریق پرسشنامه (شامل سوالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک، روش‌های مصرف مواد، رفتارهای سلامت دهان، میزان استفاده از خدمات دندانپزشکی و سلامت دهان درک شده)، و معاینات کلینیکی بررسی شدند.</p> <p>کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان به وسیله پرسشنامه OHIP-14 بررسی شد. شاخص DMFT، شاخص لثه‌ای، ضایعات مخاطی، اختلال مفصل گیجگاهی-فکی و نیازهای درمانی افراد بررسی شد. در نهایت جهت تحلیل داده‌ها از آنالیزهای ANOVA, t-test و مدل‌های رگرسیون خطی استفاده شد (<math>\alpha=0.05</math>).</p> <p><b>یافته‌ها:</b> ۲۳۲ نفر با میانگین سنی <math>45 \pm 9/9</math>، اکثراً مرد (۹۴٪) و متأهل (۶۸٪) حضور داشتند. ۵۰٪ اصلاً مسواک نمی‌زدند. ۱۲۳ نفر (۵۳٪) از مواد با شدت آسیب‌رسانی متوسط (تریاک، حشیش و کانابیس) استفاده می‌کردند. پیگماتاسیون شایع‌ترین ضایعه دهانی بود. میانگین DMFT <math>3 \pm 19/27</math> و میانگین نمره سلامت دهان درک شده <math>4/53 \pm 2/98</math> (از ۱۰) بود. ۱۸۷ نفر (۸۰/۶٪) نیازمند درمان پروتزی بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی وابسته به دهان <math>11/6 \pm 15/93</math> بود. محدودیت عملکردی کمترین (۱/۵۳) و ناراحتی روانی بیشترین میانگین نمره (۳/۳۱) را در میان هفت بعد کیفیت زندگی داشت. در مدل رگرسیون خطی (<math>P &lt; 0.001</math> و <math>R^2 = 0.24</math>) مصرف مواد روان گردان آسیب رسان بالا، رفتارهای سلامت دهان و سن در تبیین تغییرات DMFT سهم داشتند. همچنین مدت زمان اعتیاد، سلامت دهان درک شده، سن و شغل در تبیین تغییرات کیفیت زندگی سهم داشتند (<math>P &lt; 0.001</math> و <math>R^2 = 0.36</math>).</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> در افراد معتاد نسبت به جمعیت عمومی رفتارهای مراقبت دهان و دندان ضعیف‌تر و مشکلات دهان و دندان آن‌ها بیشتر است و این مشکلات به طور معنی داری کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در این افراد را کاهش می‌دهد.</p> <p><b>کلیدواژه‌ها:</b> سلامت دهان، رفتارهای سلامت، کیفیت زندگی، ضایعات دهانی، سوء مصرف مواد</p> |

## مقدمه

بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سوء مصرف مواد به هرگونه استفاده از مواد برای اهداف غیر درمانی که با اثرات روانگردی همراه باشد، به نحوی که قابلیت استفاده به صورت شخصی را داشته باشد و موجب تغییراتی در درک، خلق، هوشیاری و رفتار شود، گفته می‌شود (۱). سوء مصرف مواد به عنوان یک مشکل جدی سلامت عمومی شناخته می‌شود که نه تنها موجب تغییرات روانی و رفتاری می‌شود بلکه عوارض جسمی و اجتماعی قابل توجهی نیز به دنبال دارد. شیوع اعتیاد به مواد روان گردان در ایران بالاست. طبق گزارش دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران در سال ۲۰۲۲، ۴ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر مصرف کننده مستمر و غیر مستمر در کشور وجود دارد که با بعد خانوار آنان، حدود ۱۵ میلیون نفر از جمعیت کشور به صورت روزمره دغدغه و نگرانی در عرصه مواد مخدر دارند (۱،۲).

اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مکرر مواد اعتیاد آور است که باعث ایجاد اختلال در مدارهای عصبی مغز شده که عوارض بیولوژیک، فیزیولوژیک و اجتماعی را در پی دارد و از این جهت یک بیماری محسوب می‌شود (۳). مواد اعتیاد آور به سه دسته مخدر (مانند: هروئین، مورفین)، محرک (مانند: کوکائین، کراک و اکستازی) و توهم زا (مانند: LSD (Lysergic Acid Diethylamide) و حشیش) تقسیم بندی می‌شوند (۱) که از این بین، در ایران اعتیاد به دسته مخدرها بیشترین شیوع را دارد (۴) طبق گزارشات سال ۲۰۱۶ و مطالعات انجام شده، تعداد معتادان در ایران بین ۲ تا ۴ میلیون نفر برآورد شده است. این اطلاعات نشان دهنده رشد قابل توجهی در تعداد افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در کشور است (۵). طبق گزارش دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران در سال ۲۰۲۲، ۴ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر مصرف کننده مستمر و غیرمستمر در کشور وجود دارد که با بعد خانوار آنان، حدود ۱۵ میلیون نفر از جمعیت کشور به صورت روزمره دغدغه و نگرانی در عرصه مواد مخدر دارند (۶).

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. با توجه به این که مصرف مواد اعتیادآور منجر به طیف گسترده ای از مشکلات قلبی- عروقی، روحی و اختلالات روانی،

متابولیک، غدد، عفونی و دهانی می‌شود می‌توان آن را به عنوان یک مشکل بزرگ سلامت عنوان کرد (۷). از اثرات دهانی مضر مواد مخدر می‌توان به پوسیدگی‌های وسیع، مشکلات پرپودنتال، دندان قروچه، مشکلات مفصل گیجگاهی- فکی، خشکی دهان و ضایعات مخاطی مانند: قارچ‌های دهانی، ضایعات سفید رنگ و التهاب کام مرتبط با سیگار اشاره کرد (۸). سوء مصرف مواد علاوه بر این که به طور مستقیم بر سلامت دهان اثر می‌گذارد، می‌تواند به طور غیر مستقیم از طریق اثر گذاشتن بر سبک زندگی و رفتار فرد، مشکلات دهانی را بدتر کند (۹). به عنوان مثال، علاوه بر سوء مصرف خود مواد، عدم رعایت بهداشت دهانی، مصرف هم زمان سیگار و الکل، در اولویت نبودن سلامت دهان و استفاده حداقلی از خدمات دندانپزشکی در ایجاد بیماری‌های دهان نقش دارند (۱۰). بسیاری از عوارض و علائم دهانی اعتیاد به مواد مخدر در نهایت می‌توانند با تأثیر بر احساس درد، کاهش عملکرد طبیعی دندان‌ها و دهان و یا حتی از دست دادن دندان‌ها منجر به تأثیرات سوء بر کیفیت زندگی افراد شوند.

کیفیت زندگی وابسته به سلامت یک مفهوم چند بعدی است که یکی از ابعاد آن سلامت دهان است. کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بدین صورت تعریف می‌شود: ارزیابی شخصی فرد از تأثیر فاکتورهای کاربردی، فیزیکی و اجتماعی دهان علاوه بر تجربه ناراحتی و درد دهانی بر جنبه‌های مختلف زندگی (۱۱). در واقع شرایط دهانی علاوه بر تأثیر بر صحبت کردن، جویدن، بلع و درک مزه، بر روابط اجتماعی، ظاهر، اعتماد به نفس فرد و نهایتاً بر احساس رضایت او از زندگی تأثیر گذار است (۱۰).

مطالعاتی که در مورد اثرات دهانی سوء مصرف مواد انجام شده است معمولاً به بررسی جنبه‌ها و فاکتورهای خاصی از سلامت دهان پرداخته‌اند (۱۲). همچنین تعداد کمی از مطالعات به بررسی اثر مشکلات دهانی بر کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد پرداخته‌اند. از طرفی بررسی اثرات اجتماعی مشکلات دهانی کمک می‌کند که سیاست تخصیص منابع برای حل چنین مشکلاتی به درستی در اولویت قرار گیرد. از آنجایی که مطالعات صورت گرفته در اصفهان تنها بر برخی از جنبه‌های سلامت دهان تأکید داشته‌اند، لازم است که یک مطالعه جامع در مورد اثرات دهانی اعتیاد و نیازهای درمانی آن‌ها و همچنین تأثیرات آن بر کیفیت زندگی افراد معتاد به صورت چند مرکزی بر روی معتادان در دسترس

تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال. سن به صورت گروه سنی ۳۵-۱۸، ۴۵-۳۶ و ۶۵-۴۶ سال تقسیم بندی شد. برای وضعیت تأهل، فرد مجرد / متأهل، سایر موارد و برای میزان تحصیلات بی سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، دیپلم، دانشگاهی و برای وضعیت شغلی بیکار، شغل آزاد، شغل دولتی، بازنشسته، خانه دار در نظر گرفته شد. در مورد نحوه سوء مصرف مواد، نوع ماده مصرفی، سن شروع مصرف، مدت زمان مصرف و طول دوره درمانی سپری شده پرسیده شد و جهت افزایش دقت، این موارد با اطلاعات موجود در پرونده افراد نیز تطبیق داده شد. دسته بندی افراد بر اساس نوع ماده مصرفی، بر حسب شدت آسیب رسانی مواد روان گردان انجام شد. بدین صورت که مت آمفتامین، هروئین، سورچه و کراک جز مواد با آسیب رسانی بالا، تریاک، شیره، خشبش و کانابیس جز مواد با آسیب رسانی متوسط و کدئین، متادون، ترامادول، بوپرنورفین جز مواد با آسیب رسانی کم تقسیم بندی شدند (۱۴).

در مورد ارزیابی رفتارهای بهداشت دهان سؤالات در مورد تکرار مسواک زدن یا شستن دندان مصنوعی (هر روز، چند بار در هفته، ۱ یا ۲ بار در هفته، چند بار در ماه، مسواک نزدن)، استفاده از نخ دندان (هر روز، چند بار در هفته، ۱ یا ۲ بار در هفته، چندبار در ماه، نخ دندان نزدن)، تکرار مصرف مواد قندی بین وعده‌های غذایی اصلی (۱ وعده، ۲ وعده، ۳ وعده و بیشتر) بود. میزان استفاده از خدمات دندانپزشکی از طریق پرسش در مورد زمان آخرین مراجعه به دندان پزشک و علت مراجعه به دندان پزشک یا نوع آخرین مراقبت درمانی دندانپزشکی دریافتی (مانند: کشیدن، ترمیم، درمان ریشه، پروتز، جرم گیری) سؤال شد. همچنین در مورد مشکلات و علت عدم مراجعه به دندانپزشک نیز سؤال شد. نمره دهی رفتارهای سلامت دهان بر اساس مطالعه مشابه (۱۵) و تجربه محقق اصلی به شرح ذیل انجام شد:

- مسواک زدن: هر روز نمره ۴، چند بار در هفته و یا ۱ یا ۲ بار در هفته نمره ۲، چندبار در ماه نمره ۱ و مسواک نزدن نمره ۰
- استفاده از نخ دندان: هر روز نمره ۲، گاهی در هفته یا ماه نمره ۱ و عدم استفاده از نخ دندان نمره ۰
- مصرف مواد قندی بین وعده‌های غذایی: ۱ یا ۲ بار در روز نمره ۲ و سه بار یا بیشتر نمره ۰
- آخرین زمان مراجعه به دندانپزشک: طی سال گذشته نمره ۲، بین ۱ تا ۲ سال گذشته نمره ۱ و بیشتر از ۲ سال گذشته نمره ۰

انجام شود. بنابراین هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت سلامت دهان، ضایعات دهانی، رفتارهای سلامت دهان و کیفیت زندگی وابسته به دهان در معنادان به مواد مخدر در استان اصفهان بوده است.

## روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی و با روش مقطعی انجام شد. در این مطالعه افراد دارای سابقه وابستگی به مواد مخدر که به مراکز درمان اعتیاد در استان اصفهان مراجعه کردند مورد معاینه بالینی و مصاحبه قرار گرفتند. این مطالعه در استان اصفهان و طی سال ۱۴۰۲ در ۴ مرکز ترک اعتیاد در شهرهای اصفهان و مبارکه و خمینی شهر انجام شد. این پایان نامه در معاونت تحقیقات و فناوری-دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بررسی و با شناسه اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1402.113 مصوب گردید.

### حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای (Mult-Stage) انجام شد. ابتدا لیست مراکز ترک اعتیاد استان اصفهان تهیه شد (حدود ۹۴ مرکز که ۱۸ مرکز دولتی و مابقی خصوصی هستند) و به صورت خوشه‌ای از لیست مراکز، ۳ مرکز خصوصی و ۱ مرکز دولتی به طور تصادفی انتخاب شد. روش نمونه‌گیری در هر مرکز به صورت در دسترس (Convenience) بود و افرادی که حاضر و متمایل به شرکت در مطالعه بودند به صورت متوالی تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر وارد پژوهش شدند. با توجه به اطلاعات به دست آمده از مطالعات قبلی (۱۳) و لحاظ تاثیر پروفایل سلامت دهان OHIP بر کیفیت زندگی معادل  $P=62\%$  و با در نظر گرفتن سطح اطمینان  $95\%$  و  $Z=1.96$  و معادل  $d=10\%$  از  $P$ ، حداقل تعداد افراد مورد نیاز جهت مطالعه ۲۳۳ نفر به دست آمد. در نهایت از هر مرکز متناسب با جمعیت پذیرش، نمونه‌ها انتخاب شدند.

### ابزار و روش گردآوری داده‌ها

جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه و معاینات کلینیکی جهت ارزیابی مشکلات دهان و دندان و نحوه سوء مصرف مواد بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان افراد معناد، انجام شد. مصاحبه شامل سؤالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت

بنابراین نمره کل رفتار سلامت دهان بین ۱۰-۰ و نمرات بالاتر بیانگر رفتار صحیح تر بود. سؤال در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان توسط دانشجویهای دندانپزشکی آموزش دیده و به وسیله پرسشنامه استاندارد (OHIP-14) انجام شد. چهارده آیتم از OHIP به هفت بعد محدودیت عملکردی، ناراحتی جسمی، ناراحتی روانی، ناتوانی جسمی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت تقسیم می شوند. برای هر یک از سؤالات OHIP-14، از شخص پرسیده می شود زمانی چقدر تأثیری را تجربه کرده اند. نمره دهی پاسخها به صورت ۰ = هرگز، ۱ = به ندرت هرگز، ۲ = گهگاهی، ۳ = اغلب و ۴ = همیشه است. چون همه سؤالات برداشت منفی دارند، نمرات بالاتر OHIP-14 نشان دهنده اثرات منفی بیشتر سلامت دهان بر کیفیت زندگی است.

همچنین در مورد سلامت درک شده از فرد مورد نظر سؤال شد که سلامت دهان خود را از صفر (بدترین حالت) تا ۱۰ (بهترین حالت) چگونه ارزیابی می کند و این مقدار را بر روی یک مقیاس خط کش مانند علامت بزند. روایی و پایایی نمونه فارسی زبان پرسشنامه OHIP-14 که در این تحقیق به کار رفته است دیگر مطالعات بررسی و تأیید شده است (۱۶).

معاینات کلینیکی دهان توسط دانشجویهای دندانپزشکی آموزش دیده و تحت نور مصنوعی چراغ سری، سوند و آینه دندان یک بار مصرف و پروب WHO انجام شد. در این معاینات وضعیت دندانها، لثه و ضایعات دهانی افراد بررسی و شاخص DMFT، دارا بودن دنتیشن فانکشنال و نیازهای درمانی آنها ثبت شد. همچنین جهت بررسی کامل تر وضعیت دهان و دندان، از شرکت کنندگان در مطالعه خواسته می شد اگر عکس رادیوگرافی دندان از قبل و طی ۶ ماه گذشته دارند، به معاینه گر ارائه دهند. در بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی اصفهان، پیش از انجام معاینات اصلی، دانشجوی معاینه گر (ا ر) و محقق اصلی (ب ط) روی ۱۰ بیمار معاینات را جداگانه انجام داده و وضعیت سلامت دهان شامل پوسیدگی و ضایعات دهانی و شاخص لثه ای ثبت گردید.

ضریب توافق Intra Class Coefficient

بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ حاصل شد که بیانگر کالیبراسیون لازم برای ادامه معاینات توسط معاینه گر بود. تحلیل لثه با قرار گرفتن مارژین لثه زیر سمتوانامل جانکشن مشخص شد و ارزیابی شاخص لثه ای

بنابراین نمره کل رفتار سلامت دهان بین ۱۰-۰ و نمرات بالاتر بیانگر رفتار صحیح تر بود. سؤال در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان توسط دانشجویهای دندانپزشکی آموزش دیده و به وسیله پرسشنامه استاندارد (OHIP-14) انجام شد. چهارده آیتم از OHIP به هفت بعد محدودیت عملکردی، ناراحتی جسمی، ناراحتی روانی، ناتوانی جسمی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت تقسیم می شوند. برای هر یک از سؤالات OHIP-14، از شخص پرسیده می شود زمانی چقدر تأثیری را تجربه کرده اند. نمره دهی پاسخها به صورت ۰ = هرگز، ۱ = به ندرت هرگز، ۲ = گهگاهی، ۳ = اغلب و ۴ = همیشه است. چون همه سؤالات برداشت منفی دارند، نمرات بالاتر OHIP-14 نشان دهنده اثرات منفی بیشتر سلامت دهان بر کیفیت زندگی است.

همچنین در مورد سلامت درک شده از فرد مورد نظر سؤال شد که سلامت دهان خود را از صفر (بدترین حالت) تا ۱۰ (بهترین حالت) چگونه ارزیابی می کند و این مقدار را بر روی یک مقیاس خط کش مانند علامت بزند. روایی و پایایی نمونه فارسی زبان پرسشنامه OHIP-14 که در این تحقیق به کار رفته است دیگر مطالعات بررسی و تأیید شده است (۱۶).

معاینات کلینیکی دهان توسط دانشجویهای دندانپزشکی آموزش دیده و تحت نور مصنوعی چراغ سری، سوند و آینه دندان یک بار مصرف و پروب WHO انجام شد. در این معاینات وضعیت دندانها، لثه و ضایعات دهانی افراد بررسی و شاخص DMFT، دارا بودن دنتیشن فانکشنال و نیازهای درمانی آنها ثبت شد. همچنین جهت بررسی کامل تر وضعیت دهان و دندان، از شرکت کنندگان در مطالعه خواسته می شد اگر عکس رادیوگرافی دندان از قبل و طی ۶ ماه گذشته دارند، به معاینه گر ارائه دهند. در بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی اصفهان، پیش از انجام معاینات اصلی، دانشجوی معاینه گر (ا ر) و محقق اصلی (ب ط) روی ۱۰ بیمار معاینات را جداگانه انجام داده و وضعیت سلامت دهان شامل پوسیدگی و ضایعات دهانی و شاخص لثه ای ثبت گردید.

ضریب توافق Intra Class Coefficient

بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ حاصل شد که بیانگر کالیبراسیون لازم برای ادامه معاینات توسط معاینه گر بود. تحلیل لثه با قرار گرفتن مارژین لثه زیر سمتوانامل جانکشن مشخص شد و ارزیابی شاخص لثه ای

بنابراین نمره کل رفتار سلامت دهان بین ۱۰-۰ و نمرات بالاتر بیانگر رفتار صحیح تر بود. سؤال در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان توسط دانشجویهای دندانپزشکی آموزش دیده و به وسیله پرسشنامه استاندارد (OHIP-14) انجام شد. چهارده آیتم از OHIP به هفت بعد محدودیت عملکردی، ناراحتی جسمی، ناراحتی روانی، ناتوانی جسمی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت تقسیم می شوند. برای هر یک از سؤالات OHIP-14، از شخص پرسیده می شود زمانی چقدر تأثیری را تجربه کرده اند. نمره دهی پاسخها به صورت ۰ = هرگز، ۱ = به ندرت هرگز، ۲ = گهگاهی، ۳ = اغلب و ۴ = همیشه است. چون همه سؤالات برداشت منفی دارند، نمرات بالاتر OHIP-14 نشان دهنده اثرات منفی بیشتر سلامت دهان بر کیفیت زندگی است.

همچنین در مورد سلامت درک شده از فرد مورد نظر سؤال شد که سلامت دهان خود را از صفر (بدترین حالت) تا ۱۰ (بهترین حالت) چگونه ارزیابی می کند و این مقدار را بر روی یک مقیاس خط کش مانند علامت بزند. روایی و پایایی نمونه فارسی زبان پرسشنامه OHIP-14 که در این تحقیق به کار رفته است دیگر مطالعات بررسی و تأیید شده است (۱۶).

معاینات کلینیکی دهان توسط دانشجویهای دندانپزشکی آموزش دیده و تحت نور مصنوعی چراغ سری، سوند و آینه دندان یک بار مصرف و پروب WHO انجام شد. در این معاینات وضعیت دندانها، لثه و ضایعات دهانی افراد بررسی و شاخص DMFT، دارا بودن دنتیشن فانکشنال و نیازهای درمانی آنها ثبت شد. همچنین جهت بررسی کامل تر وضعیت دهان و دندان، از شرکت کنندگان در مطالعه خواسته می شد اگر عکس رادیوگرافی دندان از قبل و طی ۶ ماه گذشته دارند، به معاینه گر ارائه دهند. در بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی اصفهان، پیش از انجام معاینات اصلی، دانشجوی معاینه گر (ا ر) و محقق اصلی (ب ط) روی ۱۰ بیمار معاینات را جداگانه انجام داده و وضعیت سلامت دهان شامل پوسیدگی و ضایعات دهانی و شاخص لثه ای ثبت گردید.

ضریب توافق Intra Class Coefficient

بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ حاصل شد که بیانگر کالیبراسیون لازم برای ادامه معاینات توسط معاینه گر بود. تحلیل لثه با قرار گرفتن مارژین لثه زیر سمتوانامل جانکشن مشخص شد و ارزیابی شاخص لثه ای

بنابراین نمره کل رفتار سلامت دهان بین ۱۰-۰ و نمرات بالاتر بیانگر رفتار صحیح تر بود. سؤال در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان توسط دانشجویهای دندانپزشکی آموزش دیده و به وسیله پرسشنامه استاندارد (OHIP-14) انجام شد. چهارده آیتم از OHIP به هفت بعد محدودیت عملکردی، ناراحتی جسمی، ناراحتی روانی، ناتوانی جسمی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت تقسیم می شوند. برای هر یک از سؤالات OHIP-14، از شخص پرسیده می شود زمانی چقدر تأثیری را تجربه کرده اند. نمره دهی پاسخها به صورت ۰ = هرگز، ۱ = به ندرت هرگز، ۲ = گهگاهی، ۳ = اغلب و ۴ = همیشه است. چون همه سؤالات برداشت منفی دارند، نمرات بالاتر OHIP-14 نشان دهنده اثرات منفی بیشتر سلامت دهان بر کیفیت زندگی است.

همچنین در مورد سلامت درک شده از فرد مورد نظر سؤال شد که سلامت دهان خود را از صفر (بدترین حالت) تا ۱۰ (بهترین حالت) چگونه ارزیابی می کند و این مقدار را بر روی یک مقیاس خط کش مانند علامت بزند. روایی و پایایی نمونه فارسی زبان پرسشنامه OHIP-14 که در این تحقیق به کار رفته است دیگر مطالعات بررسی و تأیید شده است (۱۶).

معاینات کلینیکی دهان توسط دانشجویهای دندانپزشکی آموزش دیده و تحت نور مصنوعی چراغ سری، سوند و آینه دندان یک بار مصرف و پروب WHO انجام شد. در این معاینات وضعیت دندانها، لثه و ضایعات دهانی افراد بررسی و شاخص DMFT، دارا بودن دنتیشن فانکشنال و نیازهای درمانی آنها ثبت شد. همچنین جهت بررسی کامل تر وضعیت دهان و دندان، از شرکت کنندگان در مطالعه خواسته می شد اگر عکس رادیوگرافی دندان از قبل و طی ۶ ماه گذشته دارند، به معاینه گر ارائه دهند. در بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی اصفهان، پیش از انجام معاینات اصلی، دانشجوی معاینه گر (ا ر) و محقق اصلی (ب ط) روی ۱۰ بیمار معاینات را جداگانه انجام داده و وضعیت سلامت دهان شامل پوسیدگی و ضایعات دهانی و شاخص لثه ای ثبت گردید.

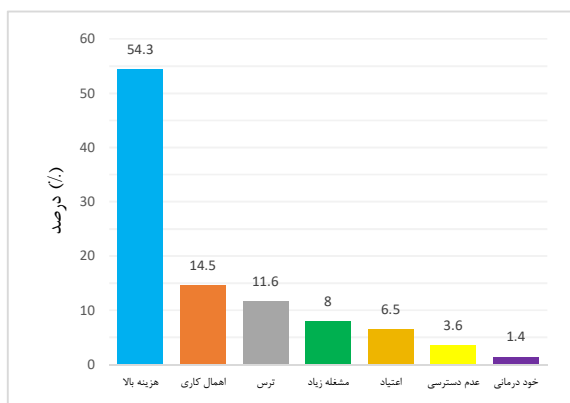
ضریب توافق Intra Class Coefficient

بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ حاصل شد که بیانگر کالیبراسیون لازم برای ادامه معاینات توسط معاینه گر بود. تحلیل لثه با قرار گرفتن مارژین لثه زیر سمتوانامل جانکشن مشخص شد و ارزیابی شاخص لثه ای

میانگین مدت دریافت درمان‌های ترک اعتیاد در بین افراد شرکت کننده در مطالعه ۲۰/۳۰ (۱-۱۸۰) ماه بود. بیشترین ماده مصرفی در بین مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد تریاک بود. ۵۳٪ از این افراد (۱۲۳ نفر) مواد با شدت آسیب رسانی متوسط، ۴۱٪ مواد با آسیب رسانی زیاد و ۶٪ مواد با آسیب رسانی کم مصرف می‌کردند. کمترین سن شروع مصرف به ترتیب با ۶ و ۷ سال سن مربوط به شیر و تریاک بود. همچنین بیشترین میانگین مدت زمان مصرف به مدت تقریباً ۱۵ سال و بیشترین مدت زمان مصرف به طور خاص به مدت ۴۵ سال مربوط به تریاک بود.

#### رفتارهای سلامت دهان

در میان معاینه شدگان ۱۶۶ نفر دارای دندان بودند که حدود ۵۰٪ از آن‌ها بیان کردند که اصلاً مسواک نمی‌زنند و ۱۲٪ هر روز مسواک می‌زنند، همچنین ۸۰٪ از آن‌ها اصلاً از نخ دندان استفاده نمی‌کردند. ۶۶ نفر دارای دنج‌ها بودند که ۷۰٪ آن‌ها هر روز دنج خود را می‌شستند. در رابطه با مصرف مواد قندی بین وعده‌های غذایی ۷۷٪، سه و بیشتر از سه بار در روز از مواد قندی در بین وعده‌های غذایی خود استفاده می‌کردند. ۲۵٪ از معاینه شدگان در طی ۶ ماه گذشته به دندانپزشک مراجعه داشتند و ۴۰٪ از این افراد علت آخرین مراجعه به دندانپزشک را کشیدن دندان عنوان کردند. افرادی که به دندانپزشک مراجعه نداشتند علت اصلی عدم مراجعه خود را هزینه بالای خدمات دندانپزشکی عنوان کردند. دیگر دلایل عدم مراجعه به دندانپزشک در بین این افراد در نمودار ۱ گزارش شده است.



نمودار ۱- دلایل عدم مراجعه به دندانپزشک در معاینه شدگان (۲۳۲ نفر)

تشخیص داده شد. التهاب و قرمزی مخاط زیر دندان مصنوعی به عنوان دنج استوماتیت در نظر گرفته شد. التهاب و ترک در گوشه‌های دهان که با از دست رفتن ارتفاع اکلوژال در افراد بی‌دندان بود به عنوان انگولار چیلایتیس تشخیص داده شد. در مورد ضایعات پیگمانتاسیون ابتدا منتشر یا لوکالیزه بودن آن بررسی شد. سپس از طریق بررسی رنگ پوست، تاریخچه مصرف دارو یا بیماری سیستمیک پیگمانتاسیون فیزیولوژیک یا سیگاری تشخیص داده شدند.

#### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

جهت انجام آنالیز آماری از نرم افزار SPSS26 و توصیف داده‌ها در قالب فراوانی و فراوانی نسبی، جدول و نمودار و جهت تحلیل داده‌ها بر اساس مشخصات دموگرافیک و فاکتورهای وابسته به مصرف مواد از آنالیزهای ANOVA, t-test بهره گرفته شد. در نهایت شاخص‌های تأثیر گذار بر سلامت دهان و دندان و کیفیت زندگی در مدل‌های رگرسیون خطی وارد و بررسی شدند. متغیرهای زمینه‌ای از جمله سن، تحصیلات، شغل، جنسیت و سلامت درک شده چنانچه در تحلیل‌های تک متغیره دارای ارتباط معنی دار با سلامت دهان و کیفیت زندگی بودند در مدل رگرسیون چند متغیره وارد شدند. خطای معیار نیز معادل ۵٪ لحاظ شد.

#### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۳۲ نفر از افراد با سابقه اعتیاد که به مراکز ترک اعتیاد استان اصفهان مراجعه کرده بودند، مورد معاینه قرار گرفتند. میانگین سنی این افراد  $45/2 \pm 9/9$  (۶۵-۱۸) سال بود. اطلاعات دموگرافیک افراد در جدول ۱ آمده است. حدود ۶۰٪ از افراد مورد معاینه از مرکز دولتی، اکثراً مرد (۹۴٪) و متأهل (۶۸٪) بودند. همچنین بیشتر افراد دارای شغل آزاد (۶۵٪) و بیش از ۹۰٪ افراد مدرک دیپلم و یا پایین‌تر داشتند.

#### الگوی مصرف مواد مخدر

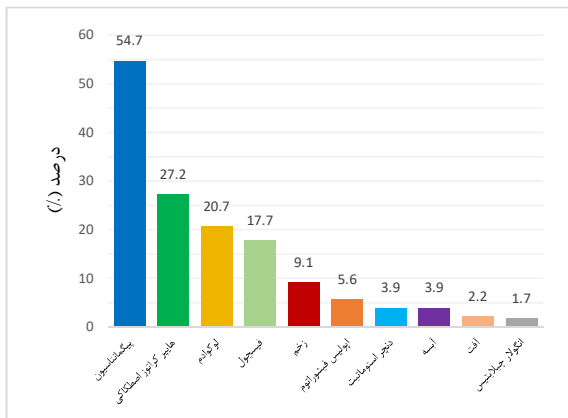
الگوی مصرف مواد روان گردان در جدول ۲ آمده است. میانگین سن شروع مصرف مواد روان گردان  $24/42 \pm 9/19$  (۶۰-۶) و میانگین مدت زمان مصرف مواد روان گردان  $20/28 \pm 10/13$  (۴۵-۱) سال بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی اطلاعات دموگرافیک معیانه شدگان (مرکز معاینه، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات

| متغیر         | فراوانی                           | درصد فراوانی |
|---------------|-----------------------------------|--------------|
| نام مرکز      | مرکز دولتی امین (اصفهان)          | ۱۴۰          |
|               | مرکز خصوصی شیخ بهایی (اصفهان)     | ۲۶           |
|               | مرکز خصوصی رها (مبارکه)           | ۳۷           |
|               | مرکز خصوصی دکتر بدیعی (خمینی شهر) | ۲۹           |
| جنسیت         | کل                                | ۲۳۲          |
|               | مرد                               | ۲۲۰          |
| وضعیت تأهل    | زن                                | ۱۲           |
|               | مجرد                              | ۶۲           |
| وضعیت اشتغال  | متأهل                             | ۱۵۹          |
|               | سایر                              | ۱۱           |
|               | بی کار                            | ۳۲           |
|               | شغل آزاد                          | ۱۵۰          |
| میزان تحصیلات | شغل دولتی                         | ۱۷           |
|               | بازنشسته                          | ۲۴           |
|               | خانه دار                          | ۹            |
|               | بی سواد                           | ۱۳           |
| میزان تحصیلات | ابتدایی                           | ۵۸           |
|               | راهنمایی                          | ۶۲           |
|               | دیپلم                             | ۶۶           |
|               | دیپلم                             | ۲۸/۴         |

جدول ۲- مشخصه‌های الگوی مصرف مواد مخدر در بین معاینه شدگان

| ماده مصرفی  | میانگین سن شروع مصرف | انحراف از معیار | کمترین سن شروع مصرف | میانگین مدت زمان مصرف | انحراف از معیار | بیشترین مدت زمان مصرف |
|-------------|----------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| تریاک       | ۲۴/۴۶                | ۸/۸۳۹           | ۷                   | ۱۵/۰۶                 | ۹/۹۴            | ۴۵                    |
| شیره        | ۲۴/۹۴                | ۹/۶۳۳           | ۶                   | ۱۲/۵۶                 | ۹/۹۶            | ۴۱                    |
| حشیش        | ۱۹/۹۳                | ۷/۱۱۶           | ۱۳                  | ۶/۵۰                  | ۷/۲۱            | ۲۶                    |
| هروئین      | ۲۶/۵۹                | ۱۰/۳۰۶          | ۸                   | ۱۲/۰۹                 | ۹/۲۲            | ۳۶                    |
| سورچه       | ۲۹/۸۲                | ۹/۵۲۱           | ۱۷                  | ۸/۷۴                  | ۷/۱۲            | ۲۳                    |
| مت‌آمفتامین | ۳۱/۶۶                | ۱۲/۰۴۵          | ۱۰                  | ۶/۷۳                  | ۶/۴۶            | ۳۰                    |
| متادون      | ۳۳/۶۴                | ۱۱/۳۵۰          | ۱۰                  | ۶/۶۴                  | ۵/۹۱            | ۲۹                    |
| بوپرنورفین  | ۳۴/۷۵                | ۱۱/۰۱۶          | ۲۱                  | ۵/۳۹                  | ۵/۹۴            | ۱۸                    |
| کراک        | ۲۶/۲۰                | ۱۶/۷۰۳          | ۱۷                  | ۴/۶۷                  | ۲/۵۸            | ۹                     |
| ترامادول    | ۳۱/۰۰                | ۴۰۳             | ۱۶                  | ۱/۲۵                  | ۱/۳۱            | ۳                     |
| کانابیس     | ۲۱/۲۵                | ۳               | ۱۸                  | ۶/۸۰                  | ۶/۰۲            | ۱۷                    |
| کدئین       | ۲۶/۵۰                | ۱۳/۴۳۵          | ۱۷                  | ۱۵/۵۰                 | ۱۹/۰۹           | ۲۹                    |



نمودار ۲- توزیع فراوانی ضایعات دهانی در معاینه شدگان (نفر)

میانگین نمره سلامت دهان درک شده توسط معاینه شدگان  $4/53 \pm 4/53$  (۱۰-۰) بود. با در نظر گرفتن نیازهای درمانی بر اساس دندان‌های پوسیده، بیش از نیمی از این دندان‌ها نیازمند کشیدن تشخیص داده شدند. از طرف دیگر براساس نیازهای درمانی افراد معاینه شده بادنندان، حدود ۸۲٪ از این افراد نیازمند ترمیم و حدود ۷۹٪ نیازمند کشیدن بودند. از میان معاینه شدگان، ۱۸۹ نفر (۸۱٪) فاقد سیستم دندان‌فانکشنال بودند.

#### سلامت دهان و نیازهای درمانی

میانگین DMFT در افراد معاینه شده با دندان  $19/27 \pm 3$  (۲۸-۳) بود که دندان‌های ترمیم شده با میانگین  $3/4 \pm 1/83$  (۱۷-۰) کمترین سهم را در این شاخص داشتند. اکثر افراد بدون تحلیل لثه (۸۳٪) در فک بالا و فک پایین (۶۰٪) بودند. از لحاظ شاخص لثه‌ای بیشتر افراد دارای التهاب متوسط، قرمزی و خونریزی در حین پروب کردن (نمره ۲) بودند و فقط ۷٪ افراد لثه سالم (نمره ۰) داشتند. از لحاظ اختلالات مفصل گیجگاهی-فکی، کلیک و انحراف طرفی با درصد فراوانی ۳۵٪ بیشترین مشکلات تشخیص داده شده در معاینه شوندگان بودند.

وضعیت فراوانی نسبی ضایعات دهانی در نمودار ۲ آمده است. پیگمانتاسیون بیشترین ضایعه دهانی تشخیص داده شده بود. در مورد ضایعات مختص افراد دارای دست دندان (۶۸ نفر)، اپولیس فیشور اتوم با فراوانی ۱۹٪ (۱۳ نفر) و دنچر استوماتیت با فراوانی ۱۳٪ (۹ نفر) در جمعیت آن‌ها وجود داشت. همچنین در مورد ضایعات مربوط به افراد با دندان (۱۶۸ نفر)، ۵٪ (۹ نفر) از آن‌ها دارای آسه و ۲۴٪ (۴۱ نفر) از آن‌ها دارای فیسچول بودند. بیش از نیمی از معاینه شدگان خشکی دهان را گزارش کردند.

می‌زدند ( $P=0/029$  و  $6/6 \pm 21/5$  در مقابل  $6/9 \pm 16/5$ ) و افرادی که ۱ یا ۲ بار در هفته مسواک می‌زدند ( $P=0/002$  و  $6/9 \pm 16/1$ ) دارای پوسیدگی بیشتری بودند. میانگین نمره رفتارهای سلامت دهان در افراد با دندان  $2/3 \pm 3/1$  ( $0-10$ ) بود. DMFT نیز با نمره رفتارهای وابسته به سلامت دهان ارتباط معنی دار و معکوس ( $P<0/001$  و  $Pearson R=-0/36$ ) داشت. DMFT بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل، شغل و همچنین مرکز معاینه (دولتی/خصوصی) معنی دار نبود ولی DMFT با تحصیلات ارتباط معنی دار ( $P=0/009$ ، ANOVA) داشت.

آزمون Tokey – Post HOC نشان داد به طور معنی داری افراد با تحصیلات ابتدایی DMFT بیشتری از افراد با تحصیلات دانشگاهی ( $P=0/006$  و  $6/4 \pm 22/5$  در مقابل  $6/1 \pm 15/5$ ) و افراد با مدرک دیپلم ( $P=0/044$  و  $7 \pm 18/12$ ) داشتند. با وارد کردن متغیرهای با ارتباط معنی دار (سن، تحصیلات، رفتارهای سلامت دهان، مدت زمان مصرف، شدت آسیب رسانی ماده مصرفی، سلامت دهان درک شده) در مدل رگرسیون خطی (مدل Stepwise و  $P<0/001$  و  $R^2=0/24$ ) مشخص شد که سن، رفتارهای سلامت دهان و مصرف مواد روان گردان آسیب رسان بالا در تبیین تغییرات DMFT سهم داشتند (جدول ۴).

شاخص کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان میانگین نمره کیفیت زندگی وابسته به دهان معاینه شدگان  $11/6 \pm 15/93$  ( $0-55$ ) بود. بر اساس ابعاد مورد بررسی کمترین میانگین نمره ( $1/53$ ) مربوط به محدودیت عملکردی و بیشترین میانگین نمره ( $3/3$ ) مربوط به ناراحتی روانی بود. میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی وابسته به دهان معاینه شدگان در جدول ۳ ارائه شده است.

#### یافته‌های تحلیلی

تحلیل‌های تک متغیره نشان داد، شاخص DMFT ارتباط مثبت با سن ( $P<0/001$  و  $Pearson R=0/33$ ) داشت و به طور معنی داری گروه سنی ۴۶-۶۵ سال نسبت به دو گروه دیگر ( $18-35$  و  $36-45$  سال) DMFT بالاتری ( $P<0/001$ ) دارند. همچنین DMFT با مدت زمان استعمال مواد روان گردان، ارتباط مثبت ( $P<0/001$ ) و سلامت دهان درک شده ( $Pearson R=0/24$ ) داشت. این شاخص در افراد باندان با شاخص سلامت دهان درک شده ( $Pearson R=-0/34$  و  $P<0/001$ ) و شاخص کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان ( $P=0/006$  و  $Pearson R=0/21$ ) نیز ارتباط معنی داری داشت.

افرادی که مسواک نمی‌زدند در مقایسه با افرادی که هر روز مسواک

جدول ۳- میانگین نمره کیفیت زندگی وابسته به دهان در ابعاد مختلف مورد بررسی

| بعد مورد بررسی     | میانگین | انحراف از معیار | حداقل | حداکثر |
|--------------------|---------|-----------------|-------|--------|
| محدودیت عملکردی    | ۱/۵۳    | ۱/۷۹۱           | ۰     | ۸      |
| ناراحتی جسمی (درد) | ۲/۴۳    | ۲/۱۸۷           | ۰     | ۸      |
| ناراحتی روانی      | ۳/۳۱    | ۲/۶۲۹           | ۰     | ۸      |
| ناتوانی جسمی       | ۱/۹۲    | ۲/۱۰۹           | ۰     | ۸      |
| ناتوانی روانی      | ۳/۰۱    | ۲/۳۷۱           | ۰     | ۸      |
| ناتوانی اجتماعی    | ۱/۹۳    | ۲/۱۲۲           | ۰     | ۸      |
| معلولیت            | ۱/۸۱    | ۲/۱۵۳           | ۰     | ۸      |
| مجموع              | ۱۵/۹۳   | ۱۱/۶۲۴          | ۰     | ۵۵     |

جدول ۴- مدل رگرسیون خطی چند متغیره عوامل موثر بر شاخص DMFT و شاخص OHIP

|           |        | Standardized Coefficients | Unstandardized Coefficients |         |                                    |
|-----------|--------|---------------------------|-----------------------------|---------|------------------------------------|
| Sig.      | t      | Beta                      | Std. Error                  | B       |                                    |
| DMFT      |        |                           |                             |         |                                    |
| ./...     |        |                           |                             |         | (ثابت)                             |
| ./...     | ۳/۸۷۴  |                           | ۲/۸۰۳                       | ۱۰/۸۶۰  |                                    |
| ./...     | ۴/۲۲۸  | ۰/۳۰۷                     | ۰/۰۵۷                       | ۰/۲۴۲   | سن                                 |
| ./۰۲۹     | -۴/۳۷۳ | -۰/۳۱۲                    | ۰/۲۱۵                       | -۰/۹۳۹  | نمره رفتارهای مرتبط با سلامت دهان  |
|           | ۲/۲۰۸  | ۰/۱۵۹                     | ۰/۰۱۰                       | ۲/۲۲۹   | مواد روان گردان با آسیب رسانی زیاد |
| شاخص OHIP |        |                           |                             |         |                                    |
| ./...     | ۱۱/۴۰۳ |                           | ۲/۷۹۴                       | ۳۱/۸۶۱  | (ثابت)                             |
| ./۰۰۹     | ۲/۶۳۷  | ۰/۱۷۵                     | ۲/۲۵۲                       | ۵/۹۳۸   | محدوده سنی ۱۸-۳۵                   |
| ./۰۴۳     | ۲/۰۳۳  | ۰/۱۳۶                     | ۱/۵۹۹                       | ۳/۲۴۹   | محدوده سنی ۳۶-۴۵                   |
| ./۰۶۴     | -۱/۸۶۱ | -۰/۱۲۰                    | ۰/۰۷۴                       | -۰/۱۳۸  | مدت زمان اعتیاد                    |
| ./...     | -۸/۲۶۱ | -۰/۴۵۹                    | ۰/۲۱۹                       | -۰/۸۱۲  | سلامت دهان درک شده                 |
| ./...     | -۴/۸۳۶ | -۰/۳۴۰                    | ۱/۷۱۴                       | -۸/۲۸۸  | شغل آزاد                           |
| ./...     | -۴/۰۴۲ | -۰/۲۵۲                    | ۲/۸۳۰                       | -۱۱/۴۳۸ | شغل دولتی                          |
| ./۰۰۱     | -۳/۲۵۰ | -۰/۲۲۰                    | ۲/۵۵۷                       | -۸/۳۱۲  | بازنشستگی                          |

دهان درک شده، گروه سنی ۱۸-۳۵ و ۳۶-۴۵ (به نسبت گروه سنی ۴۶-۶۵) و مشاغل آزاد و دولتی و بازنشستگی (به نسبت افراد بیکار) در تبیین تغییرات OHIP سهم داشتند (جدول ۴).

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۲۳۲ نفر با سابقه اعتیاد مورد بررسی قرار گرفتند. اکثر این افراد از چند ماده روان گردان استفاده می کردند که تریاک و شیره و بعد از آن هروئین و سورچه پر مصرف ترین ماده ها بودند. میانگین شاخص پوسیدگی دندان در این افراد بالا و برابر با ۲۱/۶۸ بود و همچنین از لحاظ سلامت لثه تقریباً سه چهارم این افراد لثه ملتهب و خونریزی در حین پروب کردند داشتند. همچنین این افراد رفتارهای وابسته به سلامت دهان ضعیفی داشتند.

در مطالعه ای مشابه که توسط Shekarchizadeh و همکاران (۱۵) در شهر اصفهان انجام شد، حدود ۸۰٪ افراد معتاد از نخ دندان استفاده

OHIP به طور معنی داری با سن افراد ( $P < 0.001$  و  $R = -0.28$ )، سلامت دهان درک شده ( $P < 0.01$  و  $R = -0.48$ ) و مدت زمان استعمال مواد روان گردان ( $P < 0.015$  و  $R = -0.06$ )، ارتباط معکوس داشت. ارتباط OHIP و نوع ماده مصرفی نشان دهد افراد در گروه مواد با آسیب رسانی بالا به طور معنی داری نسبت به افراد مواد با آسیب رسانی متوسط نمره OHIP بالاتری (کیفیت زندگی پایین تر) داشتند ( $P = 0.022$ ) و  $1/3 \pm 18/12$  در مقابل  $10/5 \pm 13/9$ ). ارتباط OHIP با شغل افراد نشان داد که افراد بیکار ( $13/5 \pm 22/9$ ) به طور معنی داری نسبت به افراد شاغل (دولتی ( $8/2 \pm 12/4$ )، آزاد ( $11 \pm 15/7$ ) و بازنشسته ( $9/9 \pm 9/1$ )) دارای OHIP بالاتری بودند.

با وارد کردن متغیرهای با ارتباط معنی دار (سن، شغل، رفتارهای سلامت دهان، مدت زمان مصرف، شدت آسیب رسانی ماده مصرفی، سلامت دهان درک شده) در مدل رگرسیون خطی (مدل Backward و  $R^2 = 36\%$  و  $P < 0.001$ ) مشخص شد که مدت زمان اعتیاد، سلامت

اصلاً به دندانپزشک مراجعه نکرده بودند. در مطالعه D'Amore و همکاران (۲۵) در آمریکا، نیمی از افراد معتاد در طی یک سال گذشته به دندانپزشک مراجعه داشتند.

مقایسه مراجعه دندانپزشکی در جمعیت عمومی ایران نیز نشان داده در حدود ۵۰٪ از افراد جامعه ایرانی طی یک سال گذشته به دندانپزشک مراجعه کرده بودند (۲۶). بر اساس این مطالعه و مطالعات قبلی که بیان شد، به نظر می‌رسد قسمت عمده‌ای از افراد معتاد در کشور کمتر از یک بار در سال به دندانپزشک مراجعه می‌کنند. به نظر می‌رسد صرف وجود اعتیاد در فرد باعث عدم مراجعه به دندانپزشک نمی‌شود و عدم توانایی فرد برای پرداخت هزینه خدمات دندانپزشکی و اولویت اندک مراقبت‌های دندانپزشکی نقش عمده‌ای در عدم استفاده وی از خدمات بهداشتی و درمانی دارد. هرچند کمتر از ۱۰٪ افراد معاینه شده در این مطالعه از اهمال کاری و اولویت اندک مراقبت‌های دندانپزشکی به عنوان یک مانع اصلی برای استفاده از خدمات دندانپزشکی نام بردند.

شاخص DMFT در کل افراد معاینه شده ۲۱/۶۸ و در افراد دارای دندان ۱۹/۲۷ بود. با در نظر گرفتن کل افراد بیشترین جزء این شاخص مربوط به دندان‌های از دست رفته بود (۱۳/۹۵) که بیش از ۲ برابر تعداد دندان‌های پوسیده و بیش از ۱۰ برابر دندان‌های دارای ترمیم بود. در مطالعات مختلف، میانگین شاخص DMFT در افراد معتاد به طور قابل توجهی بالاتر از گروه‌های کنترل گزارش شده است. به عنوان مثال، Jahanimoghadam و همکاران (۲۴) در کرمان میانگین DMFT در افراد معتاد را ۲۳ و در گروه کنترل ۱۵ و Saied-Moallemi و همکاران (۲۷) در خمینی شهر، میانگین را در افراد مطالعه ۱۵/۵۷ و در گروه کنترل ۱۲ گزارش کردند. در پیمایش کشوری انجام شده توسط Hessari و همکاران (۲۸) بر روی جمعیت عمومی ایران ۳۵ تا ۴۴ سال، میانگین DMFT برابر با ۱۱ (از دست رفته ۶/۳، پوسیده ۲/۶ و ترمیم شده ۱/۸) گزارش شده است. که این مقدار در حدود نصف مقدار گزارش شده برای این گروه سنی حاضر در این مطالعه (۱۰،۲۰) است. در مطالعاتی که در خارج کشور بر روی افراد درگیر اعتیاد انجام شده است، مقادیر DMFT کمتری نسبت به ایران گزارش شده است ولی همچنان این مقادیر بالاتر از جمعیت عادی یا گروه کنترل بوده است؛ در مطالعه Smeda و همکاران (۲۲) در آلمان میانگین DMFT در معتادان در رده سنی ۱۹-۶۴ سال در حد ۲۱ و به طور معنی دار بیشتر از گروه افراد سالم با میانگین ۱۰ بود.

نمی‌کردند ولی ۵۰٪ افراد گزارش کردند که روزانه مسواک می‌زنند. همچنین تقریباً ۶۰٪ آن‌ها ۲ بار در روز یا بیشتر مصرف مواد قندی داشتند. در آن تحقیق نمره رفتار سلامت دهان افراد ۵/۶ از ۱۵ گزارش شده است. در مطالعه Arora و همکاران (۲۱) بر روی افراد معتاد در هند گزارش شده است که ۸۰٪ آن‌ها هر روز مسواک می‌زدند ولی فقط ۱۲٪ از آن‌ها از نخ دندان استفاده می‌کردند. همچنین ۸۴٪ از افراد ۳ بار در روز و یا بیشتر از محصولات حاوی قندی استفاده می‌کردند. در مطالعه Smeda و همکاران (۲۲) در آلمان ۸۴ درصد افراد معتاد در مقایسه با ۹۶٪ گروه کنترل حداقل یکبار در روز مسواک می‌زدند ( $P < 0.01$ ) و تنها ۱۴٪ در مقابل ۹۶ درصد گروه کنترل از نخ دندان استفاده می‌کردند.

این در حالی است که Sistani و همکاران (۲۳) در مطالعه خود بر روی افراد بالغ در تهران به این نتیجه رسیدند که ۸۱/۳٪ افراد روزانه مسواک می‌زنند و ۳۷/۶٪ از آن‌ها کمتر از یک بار در روز از مواد قندی بین وعده‌های غذایی استفاده می‌کردند. مشاهده می‌شود که یافته‌های پژوهش‌های مشابه در مورد رفتارهای سلامت دهان در افراد با سابقه اعتیاد به مواد روان گردان با این مطالعه مشابهت دارد و حاکی از این است که رفتارهای سلامت دهان در بین افراد با سابقه اعتیاد به مواد روان گردان نسبت به جمعیت عادی جامعه بسیار ضعیف‌تر است. به نظر می‌رسد که مصرف مواد روان گردان باعث کاهش انگیزه و اعتماد به نفس می‌شود و این به نوبه خود باعث کاهش رفتارهای سلامت دهان و خود مراقبتی می‌شود (۲۴). از طرفی افراد معتاد با توجه به مشکلات متعددی که دارند به رژیم غذایی خود توجه نمی‌کنند یا اینکه ممکن است رژیم غذایی پر از مواد قندی و کربوهیدرات داشته باشند.

در حدود ۵۰٪ از معاینه شدگان دارای دندان اظهار داشتند که در طی ۱ سال گذشته به دندانپزشک مراجعه داشتند. حدود ۱۰٪ بین ۱ تا ۲ سال اخیر و مابقی نیز بیش از ۲ سال قبل از خدمات دندانپزشکی استفاده کرده بودند. در مطالعه شکرچی زاده و همکاران در اصفهان، حدود ۷۵٪ افراد معتاد در طی ۲ سال گذشته به دندانپزشک مراجعه داشتند و مابقی نیز بیش از ۲ سال یا اصلاً مراجعه نداشتند (۱۵). در مطالعه Jahanimoghadam و همکاران (۲۴) در کرمان، در حدود ۷۵٪ افراد مراجعه بیش از ۲ سال قبل را گزارش کردند که در حدود ۱۰٪ بیشتر از گروه شاهد بود. در مطالعه Arora و همکاران (۲۱) در هند نیز بیان شده است که نیمی از افراد معتاد در طی ۱ سال گذشته و در حدود ۲۵٪ آن

مسواک زدن رابطه معنی داری دارد که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد. در مطالعه Nekouei و همکاران (۳۲) در کرمان، DMFT برابر با ۱۵/۷ و همچنین Cuberos و همکاران (۳۳) رابطه معنی داری بین شاخص DMFT و سطح تحصیلات وجود داشت؛ شاخص DMFT در شرکت کنندگان با سطح تحصیلات پایین تر افزایش داشت که مشابه نتایج مطالعه حاضر است.

میانگین شاخص لثه‌ای در این مطالعه ۱/۷ بدست آمد به طوری که ۷۳٪ افراد معتاد معاینه شده دارای التهاب متوسط، قرمزی لثه و خونریزی در حین پروب کردن بودند. در مطالعه Jahanimoghadam و همکاران (۲۴) این شاخص برای افراد معتاد ۱/۲۳ و برای گروه شاهد ۰/۸۸ گزارش شده است. هرچند Mohammadi و همکاران (۳۴) شاخص لثه‌ای برای افراد معتاد و گروه کنترل را در محدوده ۱ تا گزارش کردند. در مطالعه حاضر نیز رابطه معنی داری بین شاخص سلامت لثه و نوع یا مدت زمان مصرف ماده مصرفی یافت نشد. این ممکن است به طبیعت چند عاملی اعتیاد و اثرات نامطلوب آن نسبت داده شود که تمایز اثرات مستقل عوامل خطر مرتبط را دشوار می‌سازد. از طرفی بین شاخص لثه‌ای و رفتارهای وابسته به سلامت دهان رابطه معنی دار معکوس مشاهده شد که این نشان می‌دهد رعایت بهداشت دهانی با وجود اعتیاد به مواد روان گردان مختلف، تاثیر چشم گیری در محافظت از سلامت لثه دارد.

در رابطه با علت شیوع بالای مشکلات پریدونتال در افراد معتاد باید گفت که، در مطالعات (۲۴،۳۴) بیان شده است که تعداد میکروب‌های پاتوژن و پروفایل میکروبی در زیر لثه افراد معتاد بیشتر از سایرین است. از سویی، در دیگر مطالعات مشخص شده است که مواد مخدر اعتیاد آور، به ویژه اویپوئیدی، تقسیم سلولی را مختل می‌کنند و در نتیجه تعادل را به سمت تجزیه بافت و عدم توانایی در ترمیم و بازسازی متمایل می‌کنند (۳۵). همچنین افراد معتاد دارای رفتارهای سلامت دهان ضعیف‌تری هستند که این نیز به نوبه خود باعث شیوع بیشتر مشکلات پریدونتال در این افراد می‌شود.

شیوع زخم‌های دهانی در افراد دارای دنچر ۲۱٪ و در افراد دارای دندان ۴٪ بود. این شیوع بیشتر در گروه بی‌دندان عمدتاً به علت زدگی‌های ناشی از دست دندان رخ داده بود. همچنین ۲٪ افراد دارای آفت بودند. اوسالیوان (۳۶) در مطالعه خود شیوع ۲٪ کراتوز اصطکاکی را گزارش کرده است. در مطالعه حاضر شیوع‌های پیرکراتوز اصطکاکی در افراد

بالتر بودن تجربه پوسیدگی در معتادان می‌تواند ناشی از عوارض مصرف مواد روان گردان، از جمله خشکی دهان باشد. هرچند در این مطالعه رابطه معنی داری در این خصوص یافت نشد. علاوه بر این بعضی از مواد اعتیاد آور همچون مت‌آمتامین به طور مستقیم و خاص بر دندان اثر می‌گذارند. به طوری که در مصرف کنندگان این ماده، پوسیدگی معمولاً با تخریب گسترده سیاه‌رنگ به ویژه در سطوح لیبیال و باکال خود را نشان می‌دهد (۲۹،۳۰). همچنین گزارش شده است که افراد مصرف کننده بوپرنورفین به صورت زیربانی و کوکائین به صورت پودری، به علت ماهیت اسیدی که این مواد دارند دچار پوسیدگی‌های دندانی می‌شوند (۳۰). در مطالعه حاضر ۲۵٪ افراد مت‌آمتامین یا بوپرنورفین مصرف می‌کردند که این می‌تواند یک عامل مهم در میزان بالای DMFT مشاهده شده باشد. در این تحقیق نیز عمده ماده مصرفی افراد معاینه شده از دسته اویپوئیدها بود. طبق مطالعات، اشتیاق به غذاهای شیرین به خصوص قندهای ساده و خشکی دهان از عوارض مصرف مواد اویپوئیدی است که خود عوامل اتیولوژیک مهم برای پوسیدگی دندان هستند و منجر به نرخ بالای پوسیدگی جنرالیزه دندان‌ها، به ویژه در سطوح صاف و سرویکال دندان‌ها می‌شود (۲۱،۳۰). علاوه بر این معتادان به دلیل داشتن شیوه زندگی ناسالم و احتمال وجود فقر در برخی از آن‌ها، به طور معمول مصرف مواد قندی بالاتری نسبت به افراد معمولی جامعه دارند (۲۵)، همانگونه که در این مطالعه ۷۷ افراد بیان کردند که ۳ بار یا بیشتر در روز از مواد قندی و شیرینیجات در بین وعده‌های غذایی استفاده می‌کنند.

همچنین شاخص DMFT در مطالعه حاضر، با افزایش سن، تحصیلات دانشگاهی، مدت زمان مصرف مواد روان گردان و رفتارهای مرتبط با سلامت دهان (شامل تکرر مسواک و نخ دندان زدن، مصرف مواد قندی و زمان آخرین مراجعه به دندانپزشک) ارتباط مثبت و معنی دار داشت ولی با جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، نوع ماده مصرفی و همچنین نوع مرکز معاینه (دولتی/ خصوصی) معنادار نبود. هرچند پوسیدگی در گروه با مصرف مواد روان گردان کمتر آسیب رسان، حدود ۴ واحد کمتر از دو گروه آسیب رسان متوسط و زیاد بود. مطالعات Adhami و همکاران (۳۱) در ساری DMFT برابر با ۱۹/۵۳ نشان داد که شاخص DMFT با سن بیمار، سن شروع مصرف مواد، مدت زمان اعتیاد، مصرف مواد قندی، زمان آخرین ملاقات با دندانپزشک و تعداد

زندگی بهتری داشتند و به جز در دو بعد محدودیت عملکردی و ناتوانی جسمی، کیفیت زندگی به طور معنی داری بهتر بود.

محدودیت‌ها: مطالعه حاضر به بررسی جامع وضعیت سلامت دهان و کیفیت زندگی در مبتلایان به اعتیاد و فاکتورهای اصلی اثر گذار بر آن‌ها پرداخت. با این حال ممکن است از محدودیت‌های مطرح در مطالعات مقطعی از جمله عدم توانایی در گزارش روابط علی معلولی و تاثیر نتایج از حجم نمونه رنج ببرد. انجام مطالعات مورد شاهدهی یا کوهورت برای اثبات تاثیر علیتی مصرف مواد مخدر بر سلامت دهان و نیز مطالعات چند مرکزی در دیگر استان‌های کشور پیشنهاد می‌گردد.

در کل به نظر می‌رسد مشکلات دهان و دندان در افراد معتاد نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است. این بدین دلیل می‌توان باشد که رفتارهای مراقب دهان و دندان در این افراد کم بوده و میزان مصرف مواد قندی بیشتر و مراجعه به دندانپزشک کمتری دارند، از طرفی اولویت سلامت دهان و دندان در این افراد پایین‌تر است. همچنین مشکلات دهان و دندان زیادی که این افراد دارند به طور معنادارای کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در این افراد را کاهش می‌دهد، به نحوی که نسبت به میانگین جامعه، آن‌ها سابقه درد و مشکلات و ناراحتی‌های روانی بیشتری را گزارش می‌کنند. بنابراین با توجه به شیوع زیاد مشکلات دهان و دندان در این افراد باید در مراکز ترک اعتیاد به سلامت دهان و دندان بهاء ویژه‌ای داده شود به طوری که ارجاعات حداقل ۱ ساله به دندانپزشک در این مراکز اجباری شود تا نظارت بر سلامت دهان و دندان در این افراد به صورت مداوم ادامه داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساس نتایج پایان نامه‌ای با همین عنوان می‌باشد که در معاونت تحقیقات و فناوری - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شناسه اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1402.113 مصوب گردید. بدین ترتیب مراتب قدردانی خود از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بابت حمایت مالی و اداری و نیز مدیران مراکز ترک اعتیاد همکار در طرح را ابراز می‌داریم.

بی‌دندان و دارای دندان نزدیک به هم و به ترتیب برابر با ۲۸٪ و ۲۶٪ بود که علت اصلی ایجاد آن در افراد بی‌دندان، دنچر با گیر کم و در افراد با دندان، آزردهی مخاط به سبب وجود دندان و ترمیم‌های شکسته و همچنین وجود نواحی بی‌دندانی وسیع بود. در مورد ضایعات مختص افراد دارای دست دندان، اپولیس فیشور اتوم در ۲۲٪ و دنچر استوماتیت در ۱۳٪ افراد مشاهده شد.

همان طور که می‌دانیم علت اصلی ایجاد ضایعه اپولیس لبه‌های بلند دنچر و لق بودن آن است که این اتفاق می‌تواند به علت تحلیل ریج بی‌دندانی یا نحوه ساخت نامناسب دنچر به وجود بیاید، از طرفی تقریباً در نیمی از این افراد بی‌دندان آخرین زمان ملاقات دندانپزشک بیش از ۵ سال گذشته بوده است، که نشان می‌دهد افراد بدون اینکه دنچر خود را اصلاح کنند، مدت زمان زیادی از آن استفاده کرده‌اند. در مورد دنچر استوماتیت باید گفت اگرچه اکثر افراد بیان کرده بودند که هر روز دنچر خود را می‌شویند ولی به این علت که تعداد زیادی از آن‌ها شست و شو را صرفاً با آب انجام می‌دادند و اینکه شب‌ها دنچر را از دهان خارج نمی‌کردند، این ضایعه در ۱۳٪ افراد مشاهده شد.

در خصوص کیفیت زندگی، در حالی که میانگین شاخص کیفیت زندگی وابسته به دهان در معاینه شدگان مطالعه حاضر ۱۵/۹۳ بود، Nakhaee و همکاران (۳۷) در مطالعه خود بر روی بالغین شهر کرمان مقدار شاخص OHIP را ۱۱/۸۵ گزارش کردند. بر اساس ابعاد مورد بررسی، بدترین وضعیت مربوط به ناراحتی روانی و بعد از آن ناتوانی روانی و سپس درد بود. در مطالعات دیگری (۳۸،۳۹) نیز از تأثیر سلامت دهان بر بعد ناراحتی روانی به عنوان مهم‌ترین عامل یاد کرده‌اند. به نظر می‌رسد که اثرات سوء مصرف مواد بر سلامت دهان بیشتر از طریق تأثیرات روانی که باعث ناآرامی و درگیری ذهنی و یا خجالت زدگی فرد در اجتماع می‌شود و یا دردی که در دهان افراد ایجاد می‌کند، کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد.

شایان ذکر است که میانگین شاخص کیفیت زندگی در افراد معتاد با دندان ۱۷/۵۵ و در افراد معتاد دارای دنچر ۱۱/۷۲ بود، به نحوی که در تمام ابعاد مورد بررسی افراد دارای دنچر نسبت به افراد با دندان کیفیت

## References:

- 1- Ramaiah VV, Abdulkader M, Riyaz SS, Alfawzan AA, Mulla M, Babaji P, et al. Oral manifestations and oral health care among the illicit drug abusers: A review. *J Crit Rev.* 2020;7(15):2219-24.
- 2- World Health Organization. UNODC World Drug Report 2021: pandemic effects ramp up drug risks, as youth underestimate cannabis dangers. Vienna; 2021.
- 3- Kheirollahi K, Mehravar F, Nazari S. Evaluation of oral health indices in people referring to outpatient addiction treatment centers in Yazd. *J Res Dent Sci.* 2020;17(3):219-28.
- 4- 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.
- 5- Amin-Esmacili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R, Mojtabai R, et al. Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction.* 2016;111(10):1836-47.
- 6- Asriran News Website [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 23]. News Code: 842685. Available at: <http://www.asriran.com/003XDh>
- 7- Devlin RJ, Henry JA. Clinical review: Major consequences of illicit drug consumption. *Crit Care.* 2008;12(1):202.
- 8- Djou R, Setiani T. Oral Manifestation Related to Drug Abuse : A Systematic Review. *Dentika Dent J.* 2019;22(2):44-51.
- 9- Sharma A, Singh S, Mathur A, Aggarwal VP, Gupta N, Makkar DK, et al. Route of Drug Abuse and its Impact on Oral Health-Related Quality of Life among Drug Addicts. *Addict Heal.* 2018;10(3):148-55.
- 10- Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral health of drug abusers: A review of health effects and care. *Iran J Public Health.* 2013;42(9):929-40.
- 11- Sosnowski R, Kulpa M, Ziętałewicz U, Wolski JK, Nowakowski R, Bakula R, et al. Basic issues concerning health-related quality of life. *Cent Eur J Urol.* 2017;70(2):206-11.
- 12- Amiri S, Shekarchizadeh H. Oral health-related quality of life among a group of patients with substance use disorders in rehabilitation treatment: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):409.
- 13- Saki F, Cheraghi M, Mohamadian H, Ghorbanyjavadvpour F. Oral Health-Related Quality of Life Among Narcotic and Stimulant Users Referred to Maintenance Methadone Therapy Centers in Ahvaz City: Iran. *Front Public Heal.* 2022;10: 850550.
- 14- Bonnet U, Specka M, Soyka M, Alberti T, Bender S, Grigoleit T, et al. Ranking the Harm of Psychoactive Drugs Including Prescription Analgesics to Users and Others-A Perspective of German Addiction Medicine Experts. *Front Psychiatry.* 2020;11:592199.
- 15- Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health.* 2013;13(1).
- 16- Navabi N, Nakhaee N, Mirzadeh A. Validation of a Persian version of the oral health impact profile (OHIP-14). *Iran J Public Health.* 2010;39(4):135-9.
- 17- Cappelli DP, Shulman JD. *Epidemiology/Biology of Periodontal Diseases.* In: *Prevention in Clinical Oral Health Care.* Elsevier; 1999. p. 14-26.
- 18- Petersen, Poul Erik, Baez, Ramon J & World Health Organization (2013). *Oral health surveys: basic methods*, 5th ed. World Health Organization.
- 19- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(1):6-27.
- 20- Glick M, Greenberg MS, Lockhart PB, Challacombe SJ. *Burket's Oral Medicine.* Wiley; 2021.
- 21- Arora PC, Ragi KGS, Arora A, Gupta A. Oral Health Behavior and Treatment Needs among Drug Addicts and Controls in Amritsar District: A Case-controlled Study. *J Neurosci Rural Pract.* 2019;10(02):201-6.
- 22- Smeda M, Knogl C, Müller K, Stahl M, Buchalla W, Keim L, et al. Impact of opioid abuse on oral health: a retrospective cohort study. *Front Oral Health.* 2025;6:1483406.
- 23- Sistani MMN, Virtanen J, Yazdani R, Murtomaa H. Association of oral health behavior and the use of dental services with oral health literacy among adults in Tehran, Iran. *Eur J Dent.* 2017;11(02):162-7.
- 24- Jahanimoghadam F, Torabi M, Ahmadipour H, Faryad A, Faryad S. Oral health status and oral health behavior of substance abusers in Kerman city, Iran, in year 2016. *J Oral Heal Oral Epidemiol.* 2019;8(1):39-45.
- 25- D'Amore MM, Cheng DM, Kressin NR, Jones J, Samet JH, Winter M, et al. Oral health of substance-dependent individuals: Impact of specific substances. *J Subst Abuse Treat.* 2011;41(2):179-85.
- 26- Bayat F, Akbarzadeh A, Monajemi F. Assessment of demand for and utilization of dental services by insurance coverage in a developing oral health care system. Assessment dent services by insurance coverage. 2017;35(2):36-42.
- 27- Saied-Moallemi Z, Taheri A, Hatami H. Investigating the relation of drug abusing and oral health in addicts. *J Isfahan Med Sch.* 2015;33(333):643-52.
- 28- Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa HT. Oral health among 35- to 44-year-old Iranians. *Med Princ Pract.* 2007;16(4):280-5.
- 29- Sun D, Ye T, Ren P, Yu S. Prevalence and Etiology of Oral Diseases in Drug-Addicted Populations: A Systematic Review. *Int J Clin Exp Med.* 2018;11(7):6521-31.
- 30- Deepmala, Bali S, Taneja M, Priyanka. Effects of drug abuse on oral health. *Santosh Univ J Heal Sci.* 2019;4(2):66-8.
- 31- Adhami M, Rayyani A, Moosazadeh M, Ehsani H, Zamanzadeh M. Evaluation of Oral and Dental Health in Patients with History of Drug Abuse Attending Drug Treatment Centers in Sari, Iran. *J Maz Univ Med Sci.* 2018;28(161):45-53.
- 32- Nekouei AH, Kakoei S, Najafipour H, Kakoei S. Oral Health Determinants among Opium Users in Kerman, Iran. *Addict Health.* 2021;13(3):156-64.

- 33- Cuberos M, Chatah EM, Baquerizo HZ, Weinstein G. Dental management of patients with substance use disorder. *Clin Dent Rev.* 2020;4(1):14.
- 34- Mohammadi TM, Hasheminejad N, Salari HR, Rostamizadeh MR, Najafipour H. Association between tooth loss and opium addiction: Results of a community-based study on 5900 adult individuals in South East of Iran in 2015. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017;7(4):186-90.
- 35- Hossain KMS, Kakoli AS, Mesbah FS, Mian AH. Prevalence of Oral and Dental Diseases and Oral Hygiene Practices among Illicit Drug Abusers. *J Alcohol Drug Depend.* 2018;06(01):1-6.
- 36- O'Sullivan EM. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Southern Ireland. *Oral Oncol.* 2011;47(5):395-9.
- 37- Nakhaee N, Navabi N, Rohani A. Assessment of oral health-related quality of life: Comparison of two measurement tools. *Oral health-related quality of life.* 2016;5(3):141-7.
- 38- Van Wijk AJ, Molendijk G, Verrips GHW. OHRQoL in a Sample of Alcohol and Drug Abusers. *Open Dent J.* 2016; 10:338-46.
- 39- Gabardo MCL, Brown MA, de Castro AS, Orestes SGF, Koch LFA, de Lima AAS, et al. Oral Health and Quality of Life of Addicts in Brazilian Population. *World J Dent.* 2021;12(2):115-20.