



Oral and Dental Health Status of Neuro-Psychological Veterans; Shiraz, 2014

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Rezaei M.¹ PhD,
Golkari A.² PhD,
Lavaee F.* PhD,
Tabatabaei Naeini M.³ MD

How to cite this article

Rezaei M, Golkari A, Lavaee F, Tabatabaei Naeini M. Oral and Dental Health Status of Neuro-Psychological Veterans; Shiraz, 2014. Iranian Journal of War & Public Health. 2015;7(1):15-19.

ABSTRACT

Aims Veterans with post-traumatic stress disorder have to use antidepressants, anticonvulsants, and mood balance drugs to decrease symptoms of their illness alongside the side effects of these drugs such as oral and dental and gingival disease. This study aimed to evaluate the oral health status of psychiatric veterans in Shiraz.

Materials & Methods In this cross-sectional study, 80 veterans with mental health referred to Jannat garden center of Shiraz were selected by convenience sampling method in 2013-14. Data were collected using a researcher-made checklist. After completing the checklist, data were entered into SPSS 17 software and nonparametric Spearman correlation test was used for analysis.

Findings DMFT was obtained 23.7±6.2. There was no significant correlation between age and the indices of DMFT, oral health and bleeding. There was a significant and positive correlation between using antipsychotic medications and indices of DMFT and oral health, but there was not a significant correlation between sedative and antidepressants medications. No statistically significant correlation was observed between bleeding and drug type. There was no significant correlation between duration of drug consumption and indices of oral health, DMFT bleeding.

Conclusion Oral health statue of veterans admitted to the hospital is poor and thinkable.

Keywords War; Oral Health; Veterans

*Oral Medicine Department, Dental Medicine School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

¹Oral Medicine Department, Dental Medicine School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Oral Health and Social Dentistry Department, Dental Medicine School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³Dental Medicine Department, Dental Medicine School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Correspondence

Address: Oral Medicine Department, Dental Medicine School, Shiraz University of Medical Sciences, Qasr-e-Dasht Street, Shiraz, Iran

Phone: +98 7116319309

Fax: +98 7136270325

fatemeh.lavaee@yahoo.com

Article History

Received: July 13, 2014

Accepted: December 8, 2014

ePublished: February 19, 2015

CITATION LINKS

[1] Manual of post-traumatic stress disorders [2] Little, Dental Management of the Medically Compromised Patient [3] Oral health status of psychiatric patients [4] Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy [5] Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India [6] The oral health of psychiatric inpatients in South Wales [7] Evaluation of oral health indexes in neurotic war veterans [8] Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care [9] Periodontal status and treatment needs among Spanish hospitalized psychiatric patients [10] The plaque control record [11] Carranza's clinical periodontology [12] An index developed for the determination of oral hygiene motivation success [13] The simplified oral hygiene index J Am Dent Assoc [14] Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions for the elderly [15] Oral health status and treatment requirements of hospitalized psychiatric patients in Bangalore city: A comparative study [16] Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients: One year descriptive cross sectional study [17] Dental therapeutic needs in sulfur mustard veterans Mashhad, Khrassan Razavi, Iran [18] Oral health status in war veterans with post-traumatic stress disorder [19] Oral health status and dental treatment needs among non-institutionalized psychiatric patients [20] Oral health of psychiatric in-patients in Hong Kong [21] A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings [22] Oral health status among psychiatric patients in Riyadh, Saudi Arabia [23] Evaluation of oral soft tissue lesions in Kerman neurotic war veterans in 2007-2008

وضعیت سلامت دهان و دندان جانبازان اعصاب

و روان؛ شیراز، ۹۳-۱۳۹۲

مصطفی رضایی PhD

گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

علی گلکاری PhD

گروه آموزشی سلامت دهان و دندان‌پزشکی اجتماعی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

فاطمه لویایی* PhD

گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

محمد طباطبایی نائینی MD

گروه دندان‌پزشکی، دانشکده دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

اهداف: جانبازان مبتلا به اختلالات استرسی بعد از سانحه برای کاهش علائم بیماری خود، مجبور به استفاده از داروهای ضدافسردگی، ضدتشنج و داروهای متعادل‌کننده خلق هستند که از عوارض مصرف این دسته داروها عوارض دهانی و دندانی متعدد و بیماری‌های لته‌ای است. این مطالعه با هدف بررسی و تعیین وضعیت سلامت دهان جانبازان اعصاب و روان شهر شیراز صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی که در سال‌های ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد، ۸۰ نفر از جانبازان اعصاب و روان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی باغ جنت شهر شیراز به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیست محقق ساخته بود. پس از تکمیل چک‌لیست، داده‌ها به نرم‌افزار SPSS 17 وارد و برای آنالیز از آزمون غیرپارامتری همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها: میزان DMFT در افراد تحت بررسی $2/6 \pm 23/7$ به دست آمد. سن رابطه معنی‌داری با شاخص‌های DMFT، سلامت دهان و خونریزی نداشت. مصرف داروهای ضدسایکوز رابطه مثبت و معنی‌داری با شاخص DMFT و شاخص سلامت دهان داشت، ولی این ارتباط درباره داروهای آرام‌بخش، ضدافسردگی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. ارتباط آماری معنی‌داری بین شاخص خونریزی و نوع داروی مصرفی مشاهده نشد. مدت‌زمان مصرف دارو ارتباط معنی‌داری با شاخص‌های سلامت دهان، DMFT و خونریزی نشان نداد. رابطه معنی‌دار مثبتی بین شاخص خونریزی و شاخص DMFT مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: وضعیت بهداشت دهانی جانبازان روانی بستری‌شده در بیمارستان ضعیف و قابل تامل است.

کلیدواژه‌ها: جنگ؛ سلامت دهانی؛ جانبازان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۱۷

*نویسنده مسئول: fatemeh.lavaee@yahoo.com

مقدمه

جنگ بین ایران و عراق به‌عنوان یکی از فاجعه‌های تاریخ بشری در قرن بیستم شناخته شده است. جنگ عراق علیه ایران پس از جنگ جهانی اول، از جهات گوناگون کم‌نظیر بود. اختلالات روانی نظیر افسردگی با درجات متنوع و اختلالات استرسی بعد از سانحه در جانبازان به‌دلیل عوارض ناشی از جنگ بیشتر از سایر اختلالات روانی مشاهده می‌شود^[1]. این گروه از بیماران برای کاهش علائم بیماری خود، مجبور به استفاده از داروهای ضدافسردگی، ضدتشنج و داروهای متعادل‌کننده خلق هستند که متعاقب مصرف این دسته داروها عوارض دهانی و دندانی متعددی نظیر خشکی دهان، واکنش‌های لیکنویید و بیماری‌های لته‌ای مشاهده می‌شود^[2]. مصرف داروهای اعصاب و روان باعث خشکی دهان می‌شود و متعاقب آن خطر پوسیدگی دندان‌ها و بیماری‌های لته‌ای و عفونت‌های دندانی افزایش می‌یابد^[3].

در ارزیابی سلامت و کیفیت زندگی بیماران یا جانبازان اعصاب و روان، آگاهی از شاخص‌های سلامت دهان برای کارشناسان سلامت و بهداشت، ضروری است. شاخص‌های دندان‌های پوسیده، ازدست‌رفته و ترمیم‌شده (DMFT)، خونریزی (BI) و پلاک از شاخص‌هایی هستند که برای بررسی سلامت دهان و دندان مورد استفاده قرار می‌گیرند. شاخص DMFT در مطالعه‌ای در ایتالیا $4/15\%$ ، در هند $5/12\%$ و در ولز $6/19\%$ گزارش شده است. در پژوهش نصوحیان و همکاران در مشهد، میزان این شاخص در جانبازان اعصاب و روان $2/17\%$ بیان شده است^[7]. شاخص خونریزی بیانگر میزان سلامت بافت‌های لته‌ای و التهاب ناشی از تجمع پلاک دندانی است و در شرایطی که بهداشت دهانی کم یا ضعیف باشد افزایش می‌یابد. مطالعه جوانیک و همکاران در صربستان نشان می‌دهد که شاخص‌های عدم سلامت لثه و پیرامون دندانی به‌طور کاملاً مشهودی در بیماران اعصاب و روان بستری بالاتر از افراد سالم است^[8]. مطالعه ولاسکو و بولون میزان این شاخص را در بیماران اعصاب و روان $2/14\%$ بیان کرده است^[9].

تعیین وضعیت سلامت دهان و سطح بهداشت دهان و دندان جانبازان اعصاب و روان می‌تواند به برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح سلامت ایشان کمک نماید. تاکنون پژوهشی برای تعیین وضعیت سلامت دهان جانبازان در شهرستان شیراز صورت نگرفته است، در کل ایران هم میزان مطالعات دندان‌پزشکی صورت‌گرفته برای جانبازان اعصاب و روان محدود بوده و به‌نظر می‌رسد نیازمند توجه بیشتر محققان است. نظر به اهمیت برنامه‌ریزی و تعیین اولویت‌های سلامت جانبازان اعصاب و روان، این مطالعه با هدف بررسی و تعیین وضعیت سلامت دهان جانبازان اعصاب و روان شهر شیراز صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پوسیده‌ای نداشتند و بیشترین فراوانی دندان‌های پوسیده ۲ عدد بود که در ۱۵ نفر (۱۹/۲٪) مشاهده شد. بیشترین فراوانی دندان‌های ازدست‌رفته ۳۰ عدد بود که در ۹ نفر (۱۱/۵٪) مشاهده شد. بیشترین فراوانی دندان‌های پر شده ۴ عدد بود که در ۱۱ نفر (۱۴/۱٪) دیده شد.

میانگین شاخص خونریزی در جانبازان مورد مطالعه $0.58/3 \pm 29/7$ و متوسط OHIS $2/63 \pm 0/33$ به‌دست آمد. شاخص کنترل پلاک دندان $20/2 \pm 76/1$ ٪ بود. ۸۵/۹٪ افراد هیچ ضایعه دهانی و مخاطی نداشتند و شایع‌ترین ضایعات دهانی گروه مطالعه به‌ترتیب زخم مخاطی (۷/۷٪)، ضایعات پیگمانته (۲/۸٪) و ضایعات سفید و قرمز (۲/۷٪) بودند. میزان DMFT در افراد تحت بررسی $23/7 \pm 6/2$ به‌دست آمد.

سن رابطه معنی‌داری با شاخص DMFT ($r = -0/097$; $p = 0/399$)، OHIS ($r = -0/06$; $p = 0/956$) و BI ($r = -0/209$; $p = 0/066$) نداشت. مصرف داروهای ضدسایکوز رابطه مثبت و معنی‌داری با شاخص DMFT ($r = 0/267$; $p = 0/018$) و OHIS ($r = 0/285$; $p = 0/012$) داشت. ولی این ارتباط درباره داروهای آرام‌بخش، ضدافسردگی چه برای DMFT و چه برای OHIS از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. ارتباط آماری معنی‌داری بین BI و نوع داروی مصرفی مشاهده نشد. مدت‌زمان مصرف دارو ارتباط معنی‌داری با OHIS ($r = 0/131$; $p = 0/254$)، شاخص DMFT ($r = 0/206$; $p = 0/07$) و BI ($r = 0/23$; $p = 0/84$) نشان نداد. OHIS ارتباط آماری معنی‌داری با BI ($r = 0/167$; $p = 0/143$) و شاخص DMFT ($r = 0/210$; $p = 0/064$) نشان نداد. ولی رابطه معنی‌دار مثبتی بین BI و شاخص DMFT مشاهده شد ($r = 0/433$; $p < 0/001$).

بحث

نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعه از وضعیت نابه‌سامان سلامت دهان جانبازان مرکز درمانی باغ جنت شهر شیراز حکایت می‌کند. مطالعات مشابه نیز از وضعیت نامناسب بهداشت و سلامت دهانی بیماران روانی بستری و نیاز آنان به درمان‌های دندان‌پزشکی حکایت دارند. شاخص DMFT‌های به‌دست‌آمده در سایر مطالعات [4-6، 14] همانند مطالعه حاضر موید این نیاز هستند. این درحالی است که رخا و همکاران این شاخص را ۶/۱ و کومار و همکاران $1/8 \pm 0/92$ گزارش می‌کنند [15، 16] که غنی‌بودن آب منطقه تحت بررسی با فلوراید را علت چشم‌گیر نبودن شاخص DMFT می‌دانند.

در مطالعه حاضر به غیر از شاخص DMFT، شاخص خونریزی و OHIS و میزان پلاک دندان و لقی دندان نیز بررسی شد. در مطالعه نصوحیان و همکاران، میانگین نمره شاخص پلاک در گروه بیماران $1/25$ و در گروه سالم $1/09$ بود [7]. سرآبادانی و همکاران

در این مطالعه توصیفی - مقطعی که در سال‌های ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد، ۸۰ نفر از جانبازان اعصاب و روان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی باغ جنت شهر شیراز به‌روشن نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه نداشتن بیماری سیستمیک مخدوشگری که بتواند سلامت دهانی دندان را تحت تاثیر قرار دهد (مانند دیابت) و ناهنجاری‌های مادرزادی دندان بود. با توجه به داوطلبانه‌بودن شرکت در مطالعه معیار خروج، عدم تمایل به شرکت در این طرح یا بی‌دندانی کامل بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک‌لیستی بود که سن، نوع و مدت‌زمان مصرف داروها، تعداد دندان‌های پوسیده، ازدست‌رفته و ترمیم‌شده، وجود خونریزی هنگام پروب‌کردن، درصد شاخص پلاک و جرم دندان، شدت و درجه لقی دندان و فراوانی و نوع ضایعات بافت نرم دهان شامل ضایعات سفید و قرمز، اگزوفیتیک، پیگمانته و زخمی دهان در آن ثبت شد.

برای بررسی شاخص DMFT با استفاده از یک آینه و رول پنبه، تعداد دندان‌های پوسیده (مشاهده حفره در دندان)، ازدست‌رفته (فقط به‌دلیل پوسیدگی) و دندان‌های ترمیم‌شده ثبت شد (از تصویربرداری اشعه X در تعیین DMFT استفاده نمی‌شود). برای بررسی شاخص کنترل پلاک دندان ابتدا از بیماران خواسته شد یک عدد قرص آشکارساز را بچوند و پس از چند دقیقه تعداد سطوح دندان‌های رنگ‌گرفته شمرده شد و با تقسیم آن بر تعداد کل سطوح دندان‌های این شاخص تعیین شد [10]. همچنین برای تعیین شاخص خونریزی حین پروب‌کردن، نواحی لثه بین دندان‌ها با استفاده از یک پروب پیرامون دندان‌ها معاینه شدند و تعداد نواحی که دچار خونریزی در پروب‌کردن شدند علامت‌گذاری شده و در چک‌لیست ثبت شد [11]. برای تعیین "شاخص ساده‌شده سلامت دهان" (OHIS) براساس روش گرین و ورمیلون عمل شد. این شاخص در واقع شامل ترکیب دو شاخص میزان دبری و جرم است. با جمع عددی این دو شاخص، مقدار OHIS مورد محاسبه قرار گرفت [12، 13].

پس از تکمیل چک‌لیست، داده‌ها به نرم‌افزار SPSS 17 وارد و برای آنالیز از آزمون غیرپارامتری همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه مطالعه $53/69 \pm 6/30$ (حداقل ۴۱ و حداکثر ۶۷) سال بود. میانگین مدت تحت نظر و بستری جانبازان در این مرکز درمانی $14/4 \pm 9/2$ سال بود. همه جانبازان تحت بررسی، دارو مصرف می‌کردند و به‌ترتیب شایع‌ترین داروهای مصرفی این جانبازان آرام‌بخش‌ها (۹۱٪)، ضدافسردگی‌ها (۸۲/۱٪) و ضدسایکوزها (۵۲/۸٪) بودند. شایع‌ترین مقدار درجه لقی دندان "صفر" (۷۳/۵٪) و پس از آن "۲" (۱۴/۲٪) بود. تنها ۲/۶٪ افراد واجد درجه لقی شدید دندان (۳) بودند. ۱۲ نفر (۱۵/۴٪) هیچ دندان

و افزایش پیگمانتاسیون و افزایش حجم لثه و زخم‌های ناشی از براکسیسم را از ضایعات دهانی رایج گزارش می‌کنند [15]. استیفلی و همکاران نیز گزارشی از وجود ضایعات مخاطی، لب و زبان ارایه کرده‌اند [21].

علیرغم اینکه بیشتر مطالعات صرفاً آمارهای توصیفی از یافته‌های خود اعلام نموده‌اند، اکثر مطالعات یکی از علل افزایش میزان بیماری‌های دندانی در بیماران روانی بستری‌شده در بیمارستان‌ها را مصرف داروهای ضدافسردگی و ضدسایکوزی می‌دانند. این یافته در مطالعه حاضر تنها برای مصرف داروهای ضدسایکوز با اثر افزایش میزان DMFT و OHIS مثبت و معنی‌دار به‌دست آمد. اثر داروهای ضدسایکوز در ایجاد خشکی شدید دهان علیرغم درصد کمتر مصرف این داروها در مقایسه با داروهای ضدافسردگی و آرام‌بخش‌ها، محیط دهان را برای ایجاد مشکلات دندانی متعدد مهیتر می‌نماید، به‌طوری‌که سبب افزایش شاخص‌های DMFT و OHIS در بیماران مورد بررسی شده است. مطابق نتایج این مطالعه، مدت‌زمان مصرف دارو اثری بر DMFT، OHIS و BI نداشته است. علاوه بر آن عدم رعایت بهداشت مناسب دهان و دندان، عدم ارایه خدمات بهداشتی در مراکز بیمارستانی، عدم وجود انگیزه‌های شخصی بیماران به‌دلیل عدم توجه به سلامت خویش از سایر علل پیشنهاد شده است.

از محدودیت‌های این مطالعه نداشتن گروه کنترل از افراد سالم و یکسان‌سازی شده از لحاظ سن و جنس بود. از جمله پیشنهادات نویسندگان، مقایسه نتایج با گروه کنترل یکسان‌سازی‌شده از لحاظ سن و جنسیت است. همچنین توصیه می‌شود این طرح در سایر آسایشگاه‌های بیماران روانی انجام شود تا زمینه تحول در زمینه ارایه برنامه‌های عملی برای ارتقای بهداشت دهانی این دسته از بیماران فراهم شود.

نتیجه‌گیری

وضعیت بهداشت دهانی جانبازان روانی بستری‌شده در بیمارستان ضعیف و قابل تامل است. شاخص DMFT در جانبازان مرکز مورد مطالعه بسیار بالاست. ارتباط مستقیم شاخص خونریزی و شاخص DMFT از بهداشت دهانی ضعیف این بیماران حکایت می‌کند.

تشکر و قدردانی: از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کمیته تحقیقات دانشجویی به‌دلیل حمایت‌های خود تشکر می‌نمایم. همچنین از جناب آقای دکتر وثوق که در انجام بررسی‌های آماری یاری رساندند، تقدیر می‌نمایم.

تاییدیه اخلاقی: از طرف کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز تایید شده است.

تعارض منافع: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

نیز پس از بررسی بیماران شیمیایی‌شده با گاز خردل، به نیازهای فراوان درمانی و آموزشی دندان‌پزشکی آنها اشاره می‌کنند [17]. براساس نتایج موویک/ورک و همکاران تفاوتی بین شاخص DMFT افراد مبتلا به اختلالات استرسی پس از سانحه و افراد سالم وجود ندارد ولی تعداد دندان‌های پوسیده و ازدست‌رفته بیماران بیشتر و دندان‌های ترمیم‌شده آنها کمتر است [18]. در مطالعه سایی و همکاران نیز تعداد دندان ترمیم‌شده در گروه سالم بیشتر است [19]. لویس و جگر دندان ترمیم‌شده و پوسیده کمتر در مقابل ازدست‌رفته بیشتر را در افراد بیمار گزارش می‌کنند [6].

موویک/ورک و همکاران بهداشت دهان ۵۶٪ افراد مبتلا به اختلالات استرسی پس از سانحه را نامناسب می‌دانند تفاوت معنی‌داری بین دو شاخص پلاک و تعداد بیماران و افراد سالم گزارش می‌کنند [18]. این نتایج از لحاظ شدت مشکلات بهداشتی مشابه مطالعه حاضر است. ولاسکو و بولون شاخص جرم را ۴۳/۸٪ و تنگ ۶۱/۸٪ گزارش کرده‌اند ولی آنجلیلو و همکاران علیرغم گزارش پوسیدگی زیاد و بهداشت دهانی نامناسب، شاخص جرم بیماران را ۱۰/۸٪ گزارش کرده‌اند [4, 9, 20]. OHIS اعلام‌شده توسط آنجلیلو و همکاران ۴/۲ و بیشتر از مطالعه حاضر است و با افزایش سن بیشتر می‌شود، در حالی که بین سن و OHIS در بررسی حاضر ارتباط معنی‌داری یافت نشد. در مطالعه کومار و همکاران میزان OHIS، ۳/۳ به‌دست آمد [16, 4].

در مطالعه آنجلیلو و همکاران فقط ۰/۹٪ در مطالعه کنکر و اسپادینگم ۵/۴٪ و ولاسکو و بولون ۸/۵٪ افراد لثه سالم داشتند [4, 5, 9]. به‌طور کلی در اکثر مطالعات مشابه، درجات قابل تحملی از بیماری لثه مشاهده و گزارش شده است. تنها در مطالعه استیفلی و همکاران در بیماران ذهنی، بین تعداد دندان ترمیم‌شده و ازدست‌رفته و همچنین میزان التهاب لثه و ازدست‌رفتن چسبندگی لثه در گروه بیماران در مقایسه با افراد سالم تفاوتی مشاهده نشده است [21]. در مطالعه‌ای در عربستان، المبیرک میزان شاخص خونریزی و شاخص DMFT گروه بیماران را نسبت به گروه سالم بیشتر گزارش کرده است [22].

۸۵٪ بیماران بررسی‌شده در این مطالعه هیچ ضایعه دهانی نداشتند ولی زخم‌ها (۷/۷٪) و ضایعات پیگمانته (۳/۸٪) و ضایعات سفید و قرمز (۲/۷٪) به‌ترتیب شایع‌ترین ضایعات گزارش شدند. سرآبادانی و همکاران، موکوزیت، زخم و کاندیدا آلبیکنس را به‌ترتیب شایع‌ترین ضایعات گزارش کرد که با توجه به بررسی بیماران شیمیایی‌شده با گاز خردل، شیوع بیشتر موکوزیت قابل توجه است [17]. موویک/ورک و همکاران به حضور ضایعات دهانی اذعان داشته و موکوزیت را دارای شیوع بیشتر اعلام کرده‌اند [18]. کاکوئی و همکاران میزان شیوع ضایعات دهانی را ۷۲/۸٪ (۴۵/۷٪ ضایعات پیگمانته و ۲۸/۶٪ زخم‌ها) گزارش کرده‌اند [23]. کنکر و اسپادینگم از بین‌رفتن پرزهای سطح پستی زبان، التهاب گوشه لب، زبان باردار

Saunders; 2010.

12- Arabaci T, Demir T. An index developed for the determination of oral hygiene motivation success. *Dent Hypotheses*. 2013;4(1):9-12.

13- Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index *J Am Dent Assoc*. 1964;68:7-13.

14- Vigild M, Brinck JJ, Christensen J. Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions for the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21(3):169-71.

15- Rekha R, Hiremath SS, Bharath S. Oral health status and treatment requirements of hospitalized psychiatric patients in Bangalore city: A comparative study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2002;20(2):63-7.

16- Kumar M, Chandu G, Shafiulla M. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients: One year descriptive cross sectional study. *Indian J Dent Res*. 2006;17(4):171-7.

17- Sarabadani J, Balali mood M, Hoseinpour Jajarm H, Pakfetrat A, Khajeh Ahmadi S, Naseri M. Dental therapeutic needs in sulfur mustard veterans Mashhad, Khrassan Razavi, Iran. *Iran J War Public Health*. 2012;4(3):20-5.

18- Muhvić-Urek M, Uhac I, Vuksić-Mihaljević Z, Leović D, Blečić N, Kovac Z. Oral health status in war veterans with post-traumatic stress disorder. *J Oral Rehabil*. 2007;34(1):1-8.

19- Sayegh F, Dababneh R, Rodan R. Oral health status and dental treatment needs among non-institutionalized psychiatric patients. *J Royal Med Serv*. 2006;13(1):27-31.

20- Tang WK, Sun FC, Ungvari GS, O'Donnell D. Oral health of psychiatric in-patients in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*. 2004;50(2):186-91.

21- Stiefel DJ, Truelove EL, Menard TW, Anderson VK, Doyle PE, Mandel LS. A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings. *Spec Care Dentist*. 1990;10(1):6-12.

22- Al-Mobeeriek A. Oral health status among psychiatric patients in Riyadh, Saudi Arabia. *West Indian Med J*. 2012;61(5):549-54.

23- Kakoei S, Rad M, Zia N. Evaluation of oral soft tissue lesions in Kerman neurotic war veterans in 2007-2008. *J Isfahan Denl Sci*. 2008;5(3):171-80.

منابع مالی: مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دانشجویی دکتر طباطبایی شماره طرح ۷۱۰۶-۹۳ دانشگاه علوم پزشکی شیراز است و مخارج آن از طرف معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تامین شده است.

منابع

1- Hart AB. Manual of post-traumatic stress disorders. Amini R. (Translator). Tehran: Janbazan Medical and Engineer Research Center; 2004.

2- Little JW, Falace D, Miller C, Rhodus NL. Little, Dental Management of the Medically Compromised Patient. 8th ed. New York: Mosby; 2012.

3- Sjögren R, Nordström G. Oral health status of psychiatric patients. *J Clin Nurs*. 2000;9(4):632-8.

4- Angelillo IF, Nobile CG, Pavia M, De Fazio P, Puca M, Amati A. Dental health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in Italy. *Com Dent Oral epidem*. 1995;23(6):360-4.

5- Kenkre A, Spadigam A. Oral health and treatment needs in institutionalized psychiatric patients in India. *Indian J Dent Res*. 1999;11(1):5-11.

6- Lewis S, Jagger RG, Treasure E. The oral health of psychiatric in patients in South Wales. *Speci Care Dent*. 2001;21(5):182-6.

7- Nosouhian S, Rismanchian M, Shahabouei M, Attari A, Mehnati M, Badrian H, et al. Evaluation of oral health indexes in neurotic war veterans. *J Isfahan Dent Sch*. 2011;6(5):742-9.

8- Jovanović S, Milovanović SD, Gajić I, Mandić J, Latas M, Janković L. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. *Croat Med J*. 2010;51(5):443-50.

9- Velasco E, Bullon P. Periodontal status and treatment needs among Spanish hospitalized psychiatric patients. *Speci Care Dent*. 1999;19(6):254-8.

10- O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *J Periodontol*. 1972;43(1):38.

11- Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. Philadelphia: