

ارزیابی شاخص DMFT در بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور

دکتر محمد رضا مصطفائی^۱، دکتر کاظم حسین زاده^۲، دکتر جلال الدین حمیصی^۳، دکتر محمد جواد حسین آبادی فراهانی^۱

۱- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۲- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۳- دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تالاسمی شایع ترین بیماری ارثی دنیا بوده که به دلیل شیوع زیاد در ایران یکی از مشکلات بهداشتی - درمانی محسوب می شود. متأسفانه مشکلات دهان و دندان در بیماران تالاسمی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت بهداشت دهان و دندان بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در شهر قزوین در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

روش اجرا: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، کلیه بیماران تالاسمی ماژور استان قزوین که دارای معیارهای ورود بودند به روش سرشماری وارد پژوهش شدند. از روش های معاینه، مصاحبه دارای ساختار و مطالعه پرونده ها استفاده شد. بیماران توسط دندانپزشک معاینه شده و شاخص DMF ثبت گردید. روایی و پایایی ابزار مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آمار توصیفی و استنباطی به وسیله نرم افزار Spss16 استفاده شد.

یافته ها: اکثریت واحدهای پژوهش مونث (۶۱/۲٪) و سابقه تزریق خون داشتند (۶۷/۳٪). اغلب واحدها (۸۳/۷٪) سابقه مراجعه به دندانپزشک را نداشته و ۷۷/۶٪ آنان مسواک نمی زدند. ۷۳/۵٪ واحدهای پژوهش دارای درجات مختلفی از پوسیدگی دندان بودند که شاخص DMF در واحدها نیز ۰/۵۷ بود بطوریکه تعداد دفعات مسواک زدن یکی از عوامل مرتبط با این شاخص بود ($P < 0.05$). از میان متغیرهای دموگرافیک سن ارتباط مثبت و معناداری با پوسیدگی دندان داشت ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: با پیشرفت روش های تشخیصی - درمانی، طول عمر این بیماران رو به افزایش است. استنباط از یافته های این پژوهش این است که، بیماران تالاسمی نسبت به افراد سالم مشکلات شدیدتری داشته و بایستی شاخص های بهداشتی از جمله شاخص وضعیت بهداشت دهان و دندان در آنان بهبود یابد.

واژگان کلیدی: تالاسمی ماژور، کودکان، بهداشت دهان و دندان، شاخص DMF

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۸/۲۰

نویسنده مسئول: دکتر محمد جواد حسین آبادی فراهانی J.hoseinabadi@gmail.com

مقدمه:

باشد که به دلیل شیوع زیاد در ایران نیز یکی از مشکلات بهداشتی - درمانی محسوب می شود (۱).

بیماری تالاسمی تاکنون در بیش از ۶۰ کشور دنیا گزارش شده است و به همین علت شایع ترین بیماری ارثی دنیا می

تغییرات ویژه استخوان، تالاسمی هم چنان به عنوان مشکل عظیم بهداشت عمومی در تمام نقاط جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه و فقیر مطرح می باشد(۹). دفورمیتی استخوان های پهن صورت، به عنوان یکی از این موارد در بروز مشکلات دهان و دندان این بیماران تأثیر دارد. اظهارات بیماران تالاسمی و نیز ارائه دهندگان خدمات بهداشتی مرکز تالاسمی و همچنین مشاهدات بالینی پژوهشگران شیوع بالای مشکلات بهداشت دهان و دندان را متصور می سازد(۱۰). به دلیل اهمیت مشکلات دهانی صورتی در این بیماران و عوارض آن که گریبان گیر دندان ها و مخاط دهان می شود، توجه به این بیماری از دیدگاه حفظ و ارتقای سلامت بیماران مذکور دارای اهمیت ویژه ای می باشد(۱۱).

ارتباط پوسیدگی دندان با برخی بیماریها مشخص شده است اما متأسفانه مشکلات دهان و دندان در بیماران تالاسمی کمتر مورد توجه قرار می گیرد و اطلاعات موجود در مورد فراوانی پوسیدگی دندانی در این بیماران کم بوده و محققان یافته‌های مختلفی را بیان می کنند(۱۰). این بیماری به عنوان یک عامل مهم در ایجاد ضایعات دهانی، استخوانی و تغییر شاخص DMF (Decayed Missing Filled) مطرح می باشد (۱۲.۲). متأسفانه شیوع بالای هیپاتیت C ثانویه به علت ترانسفوزیون‌های متعدد خون و نیز طرز تفکر برخی از دندان پزشکان در مورد عدم ارائه خدمات دندان پزشکی

این بیماری در مناطق مدیترانه ای، بخش‌هایی از شمال و غرب آفریقا، خاورمیانه، شبه جزیره هند، جنوب خاور دور و آسیای جنوب شرقی شایعتر است. یاد شده منطقه ای است که اصطلاحاً به آن کمربند تالاسمی می گویند. کشور ما ایران نیز جزئی از کمربند تالاسمی است. میزان شیوع تالاسمی در مناطق مختلف کمربند تالاسمی با هم متفاوت است(۲) و در استان های شمالی (گلستان و مازندران) و سواحل جنوبی(هرمزگان و خوزستان) شایع تر است (۳.۴).

ابتلا به تالاسمی اثرات نامطلوب فراوانی بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل می کند(۵). در حقیقت اکثر مبتلایان به این بیماری مشکلات جسمی، روحی و روانی متعددی را تجربه می کنند(۶). بیماران بتا تالاسمی ماژور جهت درمان رایج به صورت منظم خون دریافت می کنند و ممکن است برحسب شدت بیماری، نحوه و عوارض درمان به بیماری های قلبی، کبدی یا دیابت مبتلا شوند(۷). هم چنین اختلال در عملکرد غدد داخلی، اختلالات رشد مربوط به شاخص‌های قد و وزن و دفورمیتی های ثانویه مربوط به افزایش فعالیت های سلول های خون‌ساز استخوان های پهن مشکلات متعددی را در این بیماران ایجاد می کند(۸)، از این رو این بیماران باید مورد مراقبت و معاینه های منظم پزشکی قرار گیرند(۷).

امروزه با گذشت بیش از ۸۰ سال از توصیف اولیه و جالب توجه علائم و نشانه های تالاسمی بخصوص

روند درمان و مراقبت های بهداشتی را تحت الشعاع قرار می دهد(۲۱). الوحدانی(۲۰۰۵) هم در پژوهشی توصیفی - تحلیلی با هدف بررسی وضعیت دهان و دندان بیماران تالاسمی، دریافت که میزان پوسیدگی دندان در بیماران تالاسمی نسبت به سایر گروه های مشابه بیشتر است(۲۲). لوگلی (۲۰۰۶) نیز در انجام تحقیقی مشابه ضمن بیان مشکلات عدیده بهداشتی دهان و دندان بیماران تالاسمی ذکر می کند که انجام مطالعات و پژوهش های بیشتر در این خصوص لازم و ضروری است تا به وضعیت بهداشتی دهان و دندان بیماران مذکور بیشتر پی برده شود(۲۳،۱۲).

اغلب این پژوهش ها حکایت از بروز مشکلات دهان و دندان در بیماران تالاسمی دارد، از طرفی این بیماری مشکلات مشخصی را در ارتباط با بهداشت دهان و دندان به وجود می آورد و همواره به عنوان یک معضل اجتماعی - اقتصادی در بسیاری از کشورهای آسیایی به شمار

می آید(۲۴) از این رو بی توجهی به مشکلات دهان و دندان در بیماران مذکور می تواند ضمن بالا بردن هزینه های بهداشتی، صدمات روحی و روانی را نیز به این بیماران وارد نماید(۸،۲۵). هم چنین با توجه به قراردادن ایران در کمربند تالاسمی ضروری است که با برنامه ریزی مناسب کمک مؤثری به مراقبت از این گروه مبتلایان انجام شده و گامی مثبت در جهت تداوم سلامت آنان برداشت(۲۶).

به علت انتقال عفونت سبب شده است تا امکان ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان به این بیماران در همه مراکز دندان پزشکی سطح شهرها مقدور نباشد و این مسئله نیز خود وخامت مشکلات بهداشت دهان و دندان این بیماران را دامن می زند(۸،۱۴). هم چنین تحقیقات نشان می دهند که بین کیفیت مراقبت های ارائه شده به بیماران تالاسمی با سطح مشکلات این بیماران و شدت بروز عوارض بیماری حتی مشکلات دهان و دندان بیماران ارتباط وجود دارد(۱۵). به عنوان مثال مدت دریافت خون، تعداد واحدهای خون دریافتی در هرنوبت ترانسفوزیون و نیز روش و مقدار تجویز دسفرال هرکدام در بروز و شدت عوارض تالاسمی تأثیر دارند(۱۶،۱۷). سطح سواد والدین کودکان تالاسمیک(۸،۱۸) و نیز دادن آموزش های بهداشتی اولیه به این والدین و کودکان تالاسمیک نیز بر کیفیت سلامت جسمی، روحی و روانی این بیماران مؤثر است (۴،۱۹،۲۰).

در خصوص بیماران تالاسمی در دنیا تحقیقات متعددی انجام شده که هر کدام جنبه خاصی از بیماری و یا عوارض آن را شامل می شود. در ایران نیز تحقیقات متعددی در این زمینه انجام شده است بطوریکه کریمی وهمکاران(۱۳۸۵) در پژوهشی تحت عنوان "تجارب زندگی نوجوانان تالاسمی" نیز اشاره می کنند که این افراد به سبب عوارض حاصل از بیماری شان، مشکلات جسمی، روحی و روانی متعددی را تجربه می کنند که

امر بهداشت دهان و دندان خود را داشتند که مورد بررسی قرار گرفتند.

برای جمع آوری اطلاعات از روش های معاینه، مصاحبه دارای ساختار و مطالعه پرونده استفاده شد. پژوهشگر از طریق مصاحبه و معاینه بیماران توسط همکاران پژوهشی به بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان واحدهای پژوهش پرداخت.

سوالات مصاحبه شامل مشکل اصلی در مورد سلامت دهان و دندان در رابطه با بیماری تالاسمی، سابقه بیماری های قبلی و مراجعات قبلی به دندانپزشک بود. علاوه بر این پرسشنامه ای حاوی دو بخش سوالات دموگرافیک و چک لیست DMF استفاده گردید. شاخص DMF فرمولی است که بر اساس آن تعداد دندان های پوسیده، افتاده و پر شده مشخص می شود و توسط همکاران مجری دندانپزشک در این مطالعه تهیه و نهایی گردید.

در این مطالعه کلیه بیماران جهت انجام اقدامات درمانی معین و از پیش تعیین شده خود (ترانسفوزیون خون) به بخش تالاسمی بیمارستان قدس مراجعه می نمودند و پس از طی انجام مراحل درمانی به منظور معاینات دندانپزشکی در راستای سلامت دهان و دندان خود در طی فاصله صبح تا ظهر همان روز توسط تیم پژوهشی به بخش پرودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی قزوین معرفی شده و برای همه بیماران در واحد مذکور پرونده خاص دندانپزشکی و منحصر به خودشان تشکیل گردید

لازمه اقدامات پیشگیری و درمانی بیماری های دهان و دندان در هر منطقه شناخت وضعیت موجود آن منطقه می باشد و برای دسترسی به این منظور بایستی به بررسی آماری دقیق جهت ثبت وضعیت و امکانات موجود به طور مستند و مستدل پرداخت (۱۴) بنابر این پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت بهداشت دهان و دندان بیماران تالاسمی ماژور در استان قزوین در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود که جامعه پژوهش آن شامل کلیه بیماران شناخته شده مبتلا به تالاسمی ماژور در سطح استان قزوین بود. واحدهای پژوهش، بیماران تالاسمی ماژور مراجعه کننده به مرکز تالاسمی بیمارستان قدس قزوین (تنها مرکز تالاسمی استان قزوین) بودند که همگی به روش سرشماری انتخاب شدند. شرط ورود بیماران به مطالعه داشتن حداقل سن ۱۰ سال در نظر گرفته شد. تعداد نمونه ها با یک مطالعه میدانی و برآورد پرونده ها در ابتدا ۶۰ نفر برآورد شد. برای کلیه واحدهای پژوهش جلسه توجیهی قبل از شروع مطالعه برگزار گردید. در این جلسه کلیه اهداف مطالعه، رضایت آگاهانه بیماران جهت شرکت در پژوهش و اطمینان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات فردی توضیح داده شد. در نهایت ۴۹ نفر از بیماران دارای شرایط ورود تمایل به انجام معاینه و پی گیری

که حاوی تمامی اطلاعات مورد نیاز بوده و یافته‌ها از بین این اطلاعات استخراج گردید. در واحد دندانپزشکی بعد از انجام معاینه، گرافی و تشخیص انجام سایر اقدامات درمانی، در حین انجام اقدامات درمانی چک لیست DMF و پرسشنامه دموگرافیک برای بیماران تکمیل گردید و معاینه واحدهای پژوهش توسط یک همکار دندانپزشک انجام پذیرفت.

برای مصاحبه و مطالعه پرونده از ابزار پرسشنامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر ۱۳ سؤال در خصوص مشخصات دموگرافیک و اطلاعات بالینی و پاراکلینیکی شامل (گرافی OPG، نتیجه معاینات اولیه بخش‌های تشخیص، ارتودنسی و ترمیم) که توسط همکاران دندانپزشک انجام شده بود و نیز بر اساس اندکس‌های DMF و جمع بندی اطلاعات کلینیکی و پاراکلینیکی تکمیل شده بود، شاخص مورد نظر محاسبه، تعیین و ثبت گردید.

روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا انجام گرفت به این صورت که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه قرار گرفت و پس از بررسی نظرات و اعمال تغییرات از ابزار مذکور استفاده گردید. برای تعیین پایایی ابزار نیز از دو شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و پایایی ثبات (باز آزمایی) بهره گرفته شد که به ترتیب ۸۴٪ و ۷۶٪ تعیین گردید. به منظور بررسی وضعیت شاخص DMF و تعیین عملکرد بیماران تالاسمی در خصوص رعایت بهداشت دهان و دندان از

روش های آمار توصیفی شامل میانگین، درصد و انحراف معیار و آزمون‌های تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه و از نرم افزار Spss 16 استفاده شد.

یافته‌ها:

اکثریت واحدهای پژوهش (۶۱/۲٪) مؤنث و از نظر تحصیلی (۴۰/۸٪) دانش آموز و یا دانشجو بودند. میانگین سن افراد ۲۰/۸ با انحراف معیار ۷/۵۳ و دامنه ۱۰-۳۹ سال بود. ۹۵/۵٪ واحدهای پژوهش حساسیت به دارو نداشتند. بیشترین بیماری زمینه ای در واحدهای پژوهش (۴۰/۸٪) آنمی بوده و نیز داروهای دسفرال و اسید فولیک به ترتیب (۷۹/۶٪) و (۲۴/۵٪) بیشترین داروهای مصرف را در آن‌ها داشتند. هم چنین ۶۷/۳٪ واحدهای پژوهش سابقه دریافت خون به علت بیماری تالاسمی را داشتند (جدول شماره ۱) از نظر مراجعه به دندان پزشک، اغلب واحدهای پژوهش (۸۳/۷٪) سابقه مراجعه به دندانپزشک را نداشتند. ۷۷/۶٪ آنان مسواک نمی زدند (جدول شماره ۲). ۷۳/۵٪ واحدهای پژوهش به درجات مختلفی از پوسیدگی دندان مبتلا بودند.

در نهایت نیز شاخص DMF در واحدهای پژوهش ۵۷٪ بود (جدول شماره ۳) تعداد دفعات مسواک زدن در روز با شاخص DMF ارتباط معکوس و معناداری داشت ($P < 0.05$). از میان متغیرهای دموگرافیک سن ارتباط مثبت و معناداری با پوسیدگی دندان داشت ($P < 0.05$).

جدول شماره ۱ - فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در استان قزوین در سال ۱۳۹۰

متغیر			تعداد	درصد	متغیر		
جنس	مؤنث	۳۰	۶۱/۲	شغل	آزاد	۲	۱/۴
	مذکر	۱۹	۳۸/۸		خانه دار	۱۱	۲۲/۴
حساسیت دارویی	بلی	۲	۱/۴	دانش آموز و دانشجو	دانش آموز و دانشجو	۲۰	۴۰/۸
	خیر	۴۷	۹۵/۹		کارمند	۳	۶/۱
تزریق خون	بلی	۳۳	۶۷/۳		بیکار	۵	۱۰/۲
	خیر	۱۶	۳۲/۷		سایر	۸	۱۶/۳
ابتلا به بیماری زمینه‌ای	قلبی-رماتیسمی	۴	۸/۲		داروهای مصرفی	پنی سیلین	۳
	فشارخون	۳	۶/۱	فولیک اسید		۱۲	۲۴/۵
	بیماری تیروئید	۱	۲	دسفرال		۳۹	۷۹/۶
	بیماری دیابت	۳	۶/۱	کلسیم		۱۲	۲۴/۵
	آئمی	۲۰	۴۰/۸	Cویتامین		۷	۱۴/۳
	نارسایی کلیوی	۰	۰	کوترموکسازول		۱	۲
	نارسایی کبدی	۷	۱۴/۳	انسولین		۳	۶/۱
	آسم	۰	۰	امپرازول		۱	۲
	STDs	۰	۰	دیکلوفناک		۱	۲
	سل	۰	۰				

بحث و نتیجه‌گیری:

۵/۵۵٪ ذکر می‌کند^(۷). بابایی و همکاران(۱۳۸۶) نیز میزان

پوسیدگی دندان در این بیماران را ۵/۸۴٪ عنوان می‌کنند^(۱۸).

یکی از یافته‌های مهم در این مطالعه وجود ارتباط معنادار و البته معکوس میان شاخص DMF و تعداد دفعات مسواک زدن در بیماران بود به نحوی که بیماران دارای تعداد دفعات بیشتر از دو بار مسواک زدن در طی روز، نمرات کم تری را در شاخص DMF کسب نمودند. این یافته هم راستا با برخی از مطالعات می‌باشد، چنانچه پاکپور و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه خود یکی از عوامل مرتبط با شاخص DMF و بهداشت دهان و دندان دانش آموزان را تعداد دفعات مسواک زدن در طی روز مشخص

هدف نهایی این پژوهش تعیین وضعیت بهداشت دهان و دندان در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در استان

قزوین بود. بر اساس نتایج این پژوهش اکثر بیماران دچار درجات مختلفی از پوسیدگی دندان بودند، بطوریکه شاخص DMF بیماران برابر ۵۷٪ بود که این میزان کمتر از شاخص جهانی است. میزان پوسیدگی دندان‌ها و شاخص DMF در بیماران تالاسمی در مطالعات مختلف نیز به میزان بالا و بیشتر از افراد سالم گزارش شده است و هم راستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. در این رابطه بصیر و همکاران شاخص DMF بیماران تالاسمی را ۷۴/۸٪^(۲۱) و شهسواری نیز میزان پوسیدگی دندان را

کرده است. این در حالی است که وضعیت کلی سلامت انتظار می رود که رفتار مسواک زدن در آنها بالا باشد^(۲۵).
دانش آموزان به مراتب بالاتر از بیماران تالاسمی است و

جدول شماره ۲- فراوانی مطلق و نسبی بیماران تالاسمی ماژور بر اساس الگوی روزانه مسواک زدن و مراجعه به دندان پزشکی

متغیر		تعداد	درصد	متغیر		تعداد	درصد
مراجعه به دندان پزشکی	بلی	۸	۱۶/۳	تعداد دفعات مسواک زدن در طی روز	عدم مسواک زدن	۲۸	۷۷/۶
	خیر	۴۱	۸۳/۷		یکبار	۵	۱۰/۲
					دوبار	۵	۱۰/۲
					سه بار	۱	۲

جدول شماره ۳- فراوانی مطلق و نسبی بیماران تالاسمی ماژور بر اساس شاخص DMF

متغیر		تعداد	درصد	تعداد دفعات مسواک زدن	
دندان پوسیده	≤ 2	۲۸	۵۷/۳	≤ 2	
	> 2	۲۱	۴۲/۷	> 2	
دندان پر شده	≤ 2	۴۴	۸۸/۸	≤ 2	
	> 2	۵	۱۰/۲	> 2	
دندان افتاده	≤ 2	۴۱	۷۳/۸	≤ 2	
	> 2	۸	۱۶/۲	> 2	

در واقع میزان پوسیدگی دندان ها در افراد دارای سن بالاتر، بیشتر گزارش گردید. در همین رابطه شیدفر و همکاران (۱۳۸۶) نیز افزایش سن را یک عامل مؤثر در افزایش میزان شاخص DMF و در واقع افزایش پوسیدگی دندان بیان می کند^(۲۷). هم چنین تفاوت معناداری میان شاخص DMF در دو گروه بیماران مذکر و مؤنث مشاهده نگردید. یافته ای که در مطالعات مختلف نیز به آن اشاره شده است و هم راستا با یافته های این مطالعه می باشد(۷.۸.۱۴).

البته این نکته نیز قابل ذکر است که در مطالعه حاضر بیش از ۷۰٪ بیماران در طی روز مسواک نمی زدند که شاید عدم آگاهی از تأثیرات بیماری تالاسمی و درمان های حمایتی آن بر وضعیت دهان و دندان و مخاط بافت های اطراف دندان ها و حتی عدم اهمیت آن ها نسبت به مسایل بهداشت دهان و دندان باشد. نتایج مطالعه حاضر افزایش سن را در بیماران تالاسمی به عنوان یک عامل افزایش دهنده پوسیدگی دندان مشخص نمود.

یکی از یافته های قابل توجه در این مطالعه عدم سابقه مراجعه به دندان پزشکی در بین اکثر بیماران بود. این در حالی است که مراجعه به دندان پزشکی به صورت مرتب و منظم نقش بسیار مؤثری را در کاهش میزان پوسیدگی دندان به ویژه در بیماران تالاسمی خواهد داشت. به نظر می رسد عواملی همچون هزینه های دندان پزشکی و مشکلات بیمه و یا حتی فقدان آگاهی کافی از مسائل بهداشت دهان و دندان، عادات تغذیه ای و نیز انگیزه پائین در بیماران تالاسمی از عوامل مؤثر در عدم مراجعه به دندان پزشکی باشد (۸، ۱۴).

از دیگر یافته های مهم این مطالعه، دریافت خون در بیش از نیمی از بیماران تالاسمی بود که البته به عنوان یکی از روش های درمان حمایتی در این بیماران شناخته شده است. اما نکته قابل اهمیت عوارض مربوط به تزریق خون به ویژه افزایش بار آهن می باشد که می تواند سبب درگیری های قلبی شود که در حقیقت اصلی ترین علت مرگ و میر در بیماران تالاسمی ماژور می باشد (۲۰، ۲۸). یکی از روش های جلوگیری از افزایش بار آهن در بدن استفاده از داروی دسفرال می باشد بطوریکه در این مطالعه نیز بیشتر بیماران دارای سابقه تزریق خون از این دارو استفاده می کردند که این یافته نیز هم راستا با سایر مطالعات می باشد (۲۸).

با پیشرفت روش های درمانی و تشخیص زودرس تالاسمی، طول عمر این بیماران رو به افزایش است آنچه یافته های این پژوهش بیان می کند، مشکلات بیشتر و

شدیدتر بیماران تالاسمی نسبت به افراد سالم است و بایستی شاخص های بهداشتی در این بیماران از جمله شاخص وضعیت بهداشت دهان و دندان بهبود یابد تا از ایجاد عوارض غیرقابل جبران در آنان جلوگیری به عمل آید. از این رو مسئولین بهداشت و سلامت می توانند با استناد بر یافته های این پژوهش اقداماتی همچون: تأسیس کلینیک های دندان پزشکی عمومی در مجاورت مراکز تالاسمی و ویزیت های منظم و دوره ای به هنگام مراجعه بیماران و نیز تسهیل شرایط بیمه خاص دندان پزشکی برای بیماران تالاسمی را انجام دهند. لازم به ذکر است با توجه به اینکه این مطالعه تنها در استان قزوین انجام گرفته است و حجم نمونه نیز کلیه بیماران مبتلا و در دسترس بوده است، لذا جهت تعمیم پذیری بیشتر یافته ها پیشنهاد می گردد تا مطالعاتی مشابه در سایر مناطق کشور به ویژه مناطق با شیوع بالاتر انجام گیرد.

تقدیر و تشکر:

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی "بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان بیماران تالاسمی استان قزوین" مصوب با شماره ۶۲ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین می باشد. لذا از مسئولین پژوهشی، ریاست و سرپرستار محترم بخش انکولوژی بیمارستان قدس قزوین، همکاران دانشکده دندان پزشکی قزوین و خصوصاً بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور در استان قزوین که نهایت همکاری را داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Pakbaz Z. Treatment of thalassemia. Tehran: Dastan 2006.(persian).
2. Azizi F, M J, Hatami H. Epidemiology and Control of Common Disorders in Iran, 3ed. Tehran: Khosravi Institute; 2010(persian).
3. Imani E, Asadi Nooghabi F, Hosseini Teshnizi S, Yosefi P, Salari F. Comparison quality of life in patients with thalassemia major based on participating in group activities Bandar Abbas. sci J Iran Blood Transfus organ. 2013;10(2):198-206.(Persian)
4. Sedighiani s, Farshidfar G. Attitude, Awareness & Functioning Couple Marriage about Thalassemia in Hormozgan. Hormozgan Medical Journal. 2001;5(3)30-34. (Persian)
5. Zarea K, Baraz Pordanjani Sh, Pedram M, Pakbaz Z. Quality of Life in Children with Thalassemia who Referred to Thalassemia Center of Shafa Hospital. jjcdc 2012;1(1):45-53. (Persian)
6. Babaei N, Tohidast Z, Nematzadeh F. Oral dental mucosal injury in Major thalassemy patient. Medical Daneshvar. 2009;75(15):10-16. (Persian).
7. Shahsavari F. The survey of DMF in Thalassemic Major Patients. Journal of Guilan University of Medical Sciences. JMSG. 2006;15(59):69-74. (Persian)
8. Ajami B, Talebi M, Ebrahimi M. Evaluation of oral and dental health status in major thalassemia patients referred to Dr. SHEIKH Hospital in Mashhad in 2002. Journal of Dentistry. Mashhad University of Medical Sciences, 2006; 30: 99-108. (Persian)
9. Khani H, Majidi M. R, Azad Marzabadi E, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life in Iranian Beta-thalassemia major patients of southern coastwise of the Caspian Sea. Journal of Behavioral Sciences 2009;2(4):325-332. (Persian)
10. Ansari Sh, Baghersalimi A, Azarkeivan A, Nojomi M, Hassanzadeh Rad A. Quality of life in patients with thalassemia major. Iran J Ped Hematol Oncol. 2014; 4(2): 57-63.
11. Luglie PF CG, Deida C and et. al. " Oral condition ,chemistry of saliva and salivary level if streptococcus mutas in thalassemic patients " clin oral investing. 2006;6(4):223-226.
12. Leonardi R VP, Cattabiani . " Epidemiological survey of the prevalence of dental carries in young thalassemia patients". stomato mediterr. 1990;10(2):133-6.
13. Karami H, Vahid-Shahi K, Kowsarian M, Abaskhaniyan A, Parvin-nezhad N, Ehteshami S et al . Evaluation of ocular defects and its relevant factors in patients with beta thalassemia major in Sari Boo Ali Sina hospital, (2006-2008). Yafteh. 2009; 10 (4) :20-27. (Persian)
14. Honarmand M, Amiri-Tehranizade N, Farhad-Mollashahi L. *Dental health* and dental treatment needs in patients with thalassemia major. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2010;12(3):34-38. (Persian)

15. Pourahmadi FSa, Mousa. Family Training and effect factor on Thalassemia minor Couples. JHUMS. 2004;7(3):129-33. (Persian)
Hossein zadeh E, Sarani H, Shahsavani A. Examination of children with thalassemia and its relationship with indices (growth) Height and weight.4th Hematology-Oncology Conference Proceedings, Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad medical Science University; 2005.p137. (Persian)
16. Tafazzoli shadpour H. Evaluation of oral manifestation and bone lesion in patient with major thalassemia (Qazvin, 1998-99). The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. [Research]. 2003;7(3):48-53[persian].
17. Babaei N, Nematzade F, Tohidast Z. The survey of Mouth Injury and Health Teeth in Thalassemic Patients Journal of Medical Daneshvar. 2008;15(75):1-6. (Persian)
18. Karimi MC, M. Abedi, H. The Experience adolescences thalassemic about effect psyche disease. Hematology-oncology; Mashhad: JMSMU; 2005. p. 141. (Persian)
19. Yengil E, Acipayam C, Kokacya MH, Kurhan F, Oktay G, Ozer C. Anxiety, depression and quality of life in patients with beta thalassemia major and their caregivers. Int J Clin Exp Med. 2014;7(8):2165-72.
20. Basir L, Zandian Kh, Zandian R, Prevalence of DMF and evaluation of OHI-S in 12-year-old thalassemic patients referred to thalassemia center of Shafa hospital in Ahvaz in 2003. Jundishapur Sci Med J. 2008;5(4):711-714. (Persian)
21. Karimi M, Chegini M, Abedi H, editors. The effect of psychosocial experiment on adolescent living. Hematology & oncology; 2003; Mashhad: Mashhad medical university. (Persian)
22. AL-vahdani AM TDQ, AL-omari MD "Dental disease in subjects with β thalassemia major". Community dentistry and oral epidemiology. December 2005;20(2).
23. Luglie PF CG, Deida C and et al " Oral condition ,chemistry of saliva and salivary level if streptococcus mutas in thalassemic patients " clin oral investing. Dec 2006;6(4):223-6.
24. Vahedi M, Mortazavi. H, Latifian B, Abdollahzadeh Sh. Prevalence of orofacial complication among thalassemic patients in thalassemia center of Qazvin. JAUMS(2009);7(3):217-221. (Persian)
25. Pakpour H, Heidarnia A, Hagizadeh E. The survey of mouth & teeth health in Qazvin students The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2011; 15 (3) :54-60. (Persian)
26. Shidfar F, Aghilinejad M, Ameri A, Motavalian S, Radfar A, Hoseini S. Determination of DMF index among workers of industrial city of Ilam-Iran and it's relation with Fluoride content of potable water. Iran Occupational Health Journal. 2007; 4 (3 and 4) :64-68. (Persian)
27. Company F, Rezaei N, Mozafari R. Cardiovascular complications of thalassemia major and thalassemia intermedia. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences .sjku.2008;13(2):1-9. (Persian)