



INTERNATIONAL ASSOCIATION  
RAZI  
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
FREIBURG

Philipps  
Universität  
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT  
ERIKSSON INSTITUT  
FÜR PSYCHOLOGIE  
Chemny Universität  
Department of Psychosomatic  
Medicine & Psychotherapy

## چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

### بررسی جنبه‌های سایکوپاتولوژیک بیماران مبتلا به بوی بد دهان کلاس ۱ (بوی بد دهان واقعی)

دکتر علیرضا طالبیان<sup>۱</sup> - دکتر رقیه ایران پور<sup>۲</sup> - محمود نصیری<sup>۳</sup> - دکتر مهدی تذهیبی<sup>۴</sup> - منصوره طالبیان<sup>۵</sup>

#### چکیده

هدف: بررسی ارتباط بین میزان واقعی بوی بد دهان و پروفایل سایکوپاتولوژیک بیماران مبتلا به بوی بد دهان کلاس ۱ (بوی بد دهان واقعی)

روش پژوهش: تعداد ۸۶ پرونده مربوط به بیمارانی که در یک بازه زمانی سه ساله به یک کلینیک درمانی بوی بد دهان در اصفهان مراجعه کردند، مورد بررسی قرار گرفت. بوی بد دهان توسط یک دندانپزشک به روش ارگانولپتیک در مقیاسی شش گانه از صفر تا پنج ارزیابی شد. جهت تعیین نوع بوی بد دهان برای هر بیمار، دندانپزشک معاینه دهان و دندانها و "آزمون تمیز کردن دهان و دهان شویه کردن" را انجام داد و که ۷۱ نفر (۸۲/۶٪) از بیماران به بوی بد دهان فیزیولوژیک و ۱۵ نفر (۱۷/۴٪) به بوی بد دهان پاتولوژیک دهانی مبتلا بودند که چون این دو نوع بوی دهان زیر گروههای بوی دهان واقعی هستند بنابراین، تمام بیماران مبتلا به بوی بد دهان واقعی بودند.

یافته‌ها: فراوانی مشکلات روانی مورد بررسی به ترتیب عبارت بودند از: سوالات اضافی < روان پریشی > مشکلات جسمانی < وسواس و اجبار > اضطراب < افسردگی > پرخاشگری < حساسیت در روابط با دیگران > افکار پارانوئیدی < ترس مرضی >. همچنین بر اساس نقطه برش GSI، ۵۴ نفر سالم (۶۲/۸٪)، و ۳۲ نفر باقیمانده (۳۷/۲٪) به درجاتی به مشکلات روانی مبتلا بودند.

۱. دندانپزشک

۲. دندانپزشک

۳. گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴. گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۵. کارشناس ارشد مشاوره

نتیجه گیری: میزان شیوع مشکلات روانی در مراجعین به مرکز درمانی بوی بد دهان، نسبتاً بالا است و با استفاده از پرسشنامه SCL-90R می توان شدت و ابعاد بیماری های روانی در این نوع مراجعین را به خوبی ارزیابی کرد. اما روشن نیست که آیا بوی بد دهان منجر به این مشکلات روانشناختی شده و یا مشکلات روان شناختی زیر بنای بوی بد دهان بوده که در تحقیقات بعدی باید بررسی شود .

### **Psychopathologic Aspects of The Patients With Class I Halitosis (Genuine Halitosis)**

**Objective:** The aim of the study is to investigate the relationship between actual amount of halitosis and psychopathologic Profile of the patients with class I halitosis (genuine halitosis).

**Methods:** The records of 86 patients referred to a halitosis clinic in Esfahan in a period of three years were studied. Halitosis was evaluated organoleptically on a scale of zero to five by one dentist .To determine the type of bad breath for each patient, the dentist performed "oral examination" and "mouth cleaning and rinsing test" . 71 patients (82.6%) were diagnosed with "physiologic halitosis, and 15 patients (۱۷.۴%) with oral pathologic halitosis. Since these kinds of halitosis are the subgroups of the genuine halitosis therefore all the patients were categorized in genuine halitosis .

**Results:** mental problems were in order : additional questions > Psychotism> somatization > obsession and compulsion > anxiety > depression > hostility > interpersonal sensitivity > paranoid thoughts > phobia. Also based on GSI cut off point, 54 (62.8%) persons were healthy and 32 persons (37.2%) were affected by psychological conditions to some degree .

**Conclusion:** the prevalence of mental health problems among the visitors to the bad breath clinic is relatively high, and with the use of SCL-90R , intensity and dimensions of the mental problems can be evaluated. But it is not clear whether halitosis is the result or the cause of the psychological problems that should be investigated in future researches.

#### **مقدمه**

بوی بد دهان<sup>۱</sup> یکی از شایع ترین مشکلات بهداشتی دهان است که عمدتاً به دلیل تجزیه باکتریال سوبسترای حاصل از ترکیبات غذایی موجود در دهان ایجاد می شود (تانزتیچ ۱۹۷۱). مواردی از بوی دهان نیز ممکن است به دلیل مشکلات دهان و دندان نظیر بیماری

---

<sup>1</sup> Halitosis

پریدونتال، عفونت های تنفسی، عفونت های سینوسی، سرطان ها مخصوصا سرطان دهان، عفونت های حلق، بیماری های متابولیکی، مشکلات کبدی، نارسائی های کلیه و بیماری های سیستمیک ایجاد شوند (تانگرم ان ۲۰۰۲).

در سالهای اخیر اندازه گیری بوی بد دهان با دستگاه هایی امکان پذیر شده است. این دستگاه ها عمدتاً گاز های فرار گوگرد دار<sup>۱</sup> (VSC) را اندازه گیری می کنند. در مواردی ممکن است این دستگاه ها بوی بد دهان را بسیار جزئی نشان دهند و این در حالی است که بوی واضحی به مشام می رسد که این موارد به دلیل وجود سایر گازهای بد بو مانند ترکیبات آمینی و اسیدهای چرب با زنجیره کوتاه ایجاد می گردند. نظر به اینکه هنوز دستگاهی جهت اندازه گیری تمام ترکیبات بد بوی محیط دهان ابداع و ساخته نشده استاندارد طلایی برای اندازه گیری بوی دهان استفاده از قدرت بویایی انسان است (روزنبرگ ۱۹۹۷) که آن را روش ارگانولپتیک<sup>۲</sup> می نامند. بیماران مبتلا به بوی بد دهان دو دسته اند. دسته اول افرادی هستند که یا بوی بدی از دهان آنها به مشام نمی رسد و یا اینکه میزان بوی بد، کم است اما خودشان به شدت از این مشکل شاکی هستند. دسته دوم افرادی هستند که از دهان آنها بویی به مشام اطرافیان می رسد و اندازه گیریهای علمی وجود آن را تایید می کند. پیشنهاد شده است که بوی بد دهان، سندرمی سایکوسوماتیک است که در برخی بیماران مشکلات روانی به اثبات رسیده است. اولین موردی که بیمار مبتلا به بوی بد دهان با مشکلات روانی گزارش شد در سال ۱۹۷۱ توسط پرایس و فیلیپس<sup>۳</sup> (پرایس و فیلیپس ۱۹۷۱) بود که آن را ORS<sup>۴</sup> نامیدند. در سالهای بعد نیز مواردی با نام بوی بد دهان توهمی<sup>۵</sup> گزارش شد (دیویدسون، موخرجی ۱۹۸۲ و آیووو، آکپاتا ۱۹۸۹).

**هدف پژوهش** با توجه به فقدان مطالعات مستند در ایران این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین میزان واقعی بوی بد دهان و پروفایل سایکوپاتولوژیک بیماران مبتلا به بوی بد دهان کلاس I (بوی بد دهان واقعی<sup>۶</sup>) انجام شد.

## روش پژوهش

نمونه و جامعه آماری: این پژوهش مقطعی با استفاده از بررسی اطلاعات پرونده های ثبت شده در یک مطب دندانپزشکی که به درمان بوی بد دهان نیز می پردازد انجام گرفت. تعداد ۸۶ پرونده که در یک بازه زمانی سه ساله از مرداد ۱۳۸۸ لغایت تیر ماه ۱۳۹۱ به ثبت

<sup>1</sup> Volatile Sulfur Compounds

<sup>2</sup> organoleptic

<sup>3</sup> Pryse-Phillips

<sup>4</sup> Olfactory Reference Syndrome

<sup>5</sup> Delusional halitosis

<sup>6</sup> Genuine halitosis

رسیده است مورد بررسی قرار گرفت. به دلیل ماهیت گذشته نگر بودن این پژوهش و فاش نشدن اطلاعات محرمانه بیماران دریافت فرم رضایت نامه از آنها ضروری فرض نشد.

نحوه پذیرش و آزمونهای تشخیصی برای تمام بیماران یکسان بود. برای هر بیمار وعده ملاقاتی در ساعات ۹-۸ صبح تنظیم گردید و از وی خواسته شد که ۷۲ ساعت قبل از حضور در مطب از الکل، غذاهای بودار مانند غذاهای پر ادویه و غذاهای دارای سیر و پیاز خام اجتناب کند. همچنین وعده ملاقات طوری تنظیم شد که در دو هفته قبل از آن آنتی بیوتیک مصرف نکرده باشد. اگر بیمار دارای پروتز متحرک بود از وی خواسته شد، شب قبل از ملاقات آن را از دهان در بیاورد. همچنین از وی خواسته شد علاوه بر ناشتا بودن، در روز ملاقات از هر اقدامی که باعث کم کردن بوی دهان شود مانند مسواک، نخ دندان، آدامس و دهان شویه پرهیز کنند. به علاوه از سیگار و هر گونه ترکیبات خوشبو کننده شخصی مانند عطر و ادکلن و کرم های بعد از اصلاح صورت پرهیز نمایند.

جدول ۱- نقطه برش های ابعاد ده گانه پرسشنامه SCL-90-R

## ابزار پژوهش

در این روش بوی بد دهان توسط یک دندانپزشک به روش ارگانولپتیک در مقیاسی شش گانه از صفر تا پنج ارزیابی شد. جهت تعیین نوع بوی بد دهان برای هر بیمار، یک دندانپزشک معاینه دهان و دندانها و "آزمون تمیز کردن و دهان شویه کردن دهان" (طالبیان ع، تذهیبی م، سمیاری ح، ایران پور ر، طالبیان ه، و همکاران ۲۰۰۸) را انجام داد و براساس طبقه بندی رایج (میازاکی ۱۹۹۹ و یاگاکی و کویل ۲۰۰۰) نوع بوی بد دهان تعیین شد. ۷۱ نفر (۸۲/۶ درصد) از بیماران به بوی بد دهان فیزیولوژیک و ۱۵ نفر (۱۷/۴ درصد) به بوی بد دهان پاتولوژیک دهانی مبتلا بودند که چون این دو نوع بوی دهان زیر گروههای بوی دهان واقعی هستند بنابراین، تمام بیماران به بوی بد دهان واقعی مبتلا بودند. هر بیمار پرسشنامه «فهرست تجدید نظر شده ی علائم روانی» SCL-90R (دروگاتیس ۱۹۷۷) را تکمیل کرد که یکی از رایج ترین پرسشنامه ها برای ارزشیابی علائم روانی است. این پرسشنامه شامل ۹۰ سوال است که پاسخ به سوالات، در یک مقیاس پنج درجه ای از "هیچ" تا "به شدت" صورت می گیرد. این پرسشنامه ۹ بعد مختلف را بررسی می کند که عبارتند از: مشکلات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط با دیگران، افسردگی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی. سوالات اضافی از نظر بالینی اهمیت دارند ولی در هیچ یک از ابعاد نه گانه دسته بندی نمی شوند ولی به شاخص های کلی مانند GSI کمک می کنند. در هر بعد افراد بر اساس نقطه برش مربوط (خدایاری فرد م. پرنده ۱۳۹۰)، به چهار گروه سالم، مرزی، بیمار، و به شدت بیمار دسته بندی می شوند که در جدول ۱ ارائه شده است.

شاخص های کلی سه گانه عبارتند از: شاخص کلی اختلال (GSI) که نشان دهنده میزان و عمق ابتلا به تمام ابعاد روانی مورد سنجش است، مجموع نشانه های مثبت (PST) که نشان دهنده تعداد پاسخ های مثبت (غیر صفر) به تمام سوالات است، و شاخص نشانه های مثبت (PSDI) که نشان دهنده شدت علائم است. ترجمه فارسی پرسشنامه SCL-90R در مطالعات متعددی در جوامع آماری مختلف در ایران اعتبار سنجی شد. در پژوهش باقری و همکاران اعتبار ۹۷٪، حساسیت ۹۴٪، اختصاصی بودن ۹۸٪ و پایایی ۹۶٪ را برای این پرسشنامه گزارش کردند (باقری یزدی س، بولهاری ج، شاه محمدی د ۱۹۹۲).

نقطه برش	سالم	مرزی	بیمار	به شدت بیمار
مشکلات جسمانی	۰-۳	۴-۱۱	۱۲-۳۰	۳۱-۴۸
وسواس و اجبار	۰-۷	۸-۱۱	۱۲-۲۶	۲۷-۴۰
حساسیت در روابط با دیگران	۰-۶	۷-۱۵	۱۶-۲۶	۲۷-۳۶
افسردگی	۰-۶	۷-۱۵	۱۶-۳۴	۳۵-۵۲
اضطراب	۰-۴	۵-۱۰	۱۱-۲۵	۲۶-۴۰
پرخاشگری	۰-۲	۳-۷	۸-۱۶	۱۷-۲۴
ترس مرضی	۰-۴	۵-۱۲	۱۳-۲۰	۲۱-۲۸
افکار پارانوئیدی	۰-۷	۸-۱۳	۱۴-۱۹	۲۰-۲۴
روان پریشی	۰-۳	۴-۶	۷-۲۳	۲۴-۴۰
سوالات اضافی	۰-۲	۳-۶	۷-۱۷	۱۸-۲۸

داده های مورد نظر به نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ هیجده وارد گردید و پس از محاسبه میانگین نمرات هر بعد برای تمام بیماران درصد فراوانی هر یک از ابعاد روانی بر اساس نقطه برش تعریف شده در جدول ۱ تعیین شد (جدول ۲).

جدول ۲- فراوانی و درصد بیماران مراجعه کننده

ابعاد روانی	سالم	مرزی	بیمار	به شدت بیمار
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
مشکلات جسمانی	۲۷ (۳۱.۴٪)	۳۴ (۳۹.۶٪)	۲۳ (۲۶.۷٪)	۲ (۲.۳٪)
وسواس و اجبار	۵۲ (۶۰.۵٪)	۱۱ (۱۲.۹٪)	۱۹ (۲۲.۱٪)	۳ (۳.۵٪)
حساسیت در روابط با دیگران	۵۲ (۶۰.۵٪)	۲۲ (۲۵.۵٪)	۹ (۱۰.۵٪)	۳ (۳.۵٪)
افسردگی	۴۱ (۴۶.۷٪)	۲۶ (۳۰.۲٪)	۱۲ (۱۴.۰٪)	۷ (۸.۱٪)
اضطراب	۴۵ (۵۲.۳٪)	۲۱ (۲۴.۵٪)	۱۵ (۱۷.۴٪)	۵ (۵.۸٪)
پرخاشگری	۳۷ (۴۳.۰٪)	۳۵ (۴۰.۷٪)	۱۲ (۱۴.۰٪)	۲ (۲.۳٪)
ترس مرضی	۶۷ (۷۷.۹٪)	۱۵ (۱۷.۴٪)	۴ (۴.۷٪)	۰
افکار پارانوئیدی	۵۵ (۶۴.۰٪)	۲۴ (۲۷.۹٪)	۷ (۸.۱٪)	۰
روان پریشی	۴۸ (۵۵.۸٪)	۱۲ (۱۴.۰٪)	۲۲ (۲۵.۵٪)	۴ (۴.۷٪)
سوالات اضافی	۲۳ (۲۶.۷٪)	۳۳ (۳۸.۴٪)	۲۷ (۳۱.۴٪)	۳ (۳.۵٪)

## یافته‌ها

۴۴ نفر (۵۱.۲٪) از بیماران مرد با میانگین سنی (انحراف معیار  $\pm$  میانگین)  $11.6 \pm 32.4$  سال و ۴۲ نفر (۴۸.۸٪) زن با میانگین سنی (انحراف معیار  $\pm$  میانگین)  $9.7 \pm 30.3$  سال بود. کمترین و بیشترین مقدار GSI به ترتیب ۰/۵۳ و ۲/۵۲ با میانگین و انحراف معیار  $0.68 \pm 0.75$  بود. نقطه برش در مطالعه ای ۰/۷ گزارش شده است (شیر محمدی م، اربابی م، تقی زاده ز، حقانی ه ۲۰۰۹) که بر این اساس ۵۴ نفر سالم ( $GSI < 7$ ) / (۶۲/۸) و ۳۲ نفر باقیمانده ( $0.37/2$ ) به درجاتی به مشکلات روانی مبتلا بوده‌اند ( $GSI > 7$ ). اگر مجموع درصد های افراد بیمار و به شدت بیمار را در هر بعد روانی به عنوان افراد مبتلا در آن بعد محسوب کنیم و درصد افراد سالم و مرزی به عنوان غیر بیمار تلقی شود، درصد فراوانی و میزان شیوع هر بعد را نسبت به ابعاد دیگر می توان طبق جدول ۳ مقایسه کرد. به این ترتیب سوالات اضافی، روان پریشی و مشکلات جسمانی در رتبه های اول تا سوم و افکار پارانوئیدی و ترس مرضی در رتبه های نهم و دهم قرار می گیرند و سایر ابعاد در بین آنها واقع هستند.

یافته ها نشان داده اند که در این گروه ۳۰/۲ درصد واحد های مورد پژوهش نمره بالایی در روان پریشی بدست آورده اند که کسانی که در این مورد نمره بالایی بدست آوردند گوشه گیری اجتماعی و انزوا طلبی دارند و در این گروه نیز از آنجا که بوی بد دهان بیشتر یک پدیده اجتماعی است و افراد مبتلا نگران احساس دیگران نسبت به خود هستند لذا از جامعه فاصله می گیرند لذا یا این گروه به دلیل وجود روان پریشی از جامعه گریزان هستند و احساس بوی بد دهان یک مشکل روان شناختی است و یا بوی بد دهان منجر به گوشه گیری می گردد .

۲۹ درصد امتیاز بالا از مشکل جسمانی بدست آوردند که مؤید تأیید بوی بد دهان است و ۲۵/۶ درصد افراد امتیاز بالایی در وسواس و اجبار بدست آوردند که وجود فکر وسواسی پس از درمان بوی بد دهان باعث می شود ب صورت فکری احساس کنند هنوز بوی بد دهان وجود دارد و خود را درمان یافته نپندارند .

یافته ها نشان می دهد که ۲۳/۲ درصد واحد های مورد پژوهش اضطراب دارند که با توجه به اثرات اجتماعی بوی بد دهان اضطراب از این که بوی بد دهان منجر به طرد شدگی فرد بشود، برای فرد اضطراب ایجاد می کند و افسردگی، پرخاشگری، حساسیت در روابط با دیگران و افکار پارانوئیدی به ترتیب در رتبه بندی بعدی قرار می گیرند که می توانند از عوارض بوی بد دهان تلقی شوند و در عین حال وجود این مشکلات روان شناختی می توانند تشدید کننده احساس بوی بد دهان باشند .

نظر به اینکه پژوهشگران نتوانستند در پژوهش های موجود در زمینه جنبه های سایکوسوماتیک بوی بد دهان در منابع انگلیسی و فارسی پژوهش مشابهی بیابند، لذا نمی توان نتایج این پژوهش را با سایرین مقایسه کرد.

جدول ۳. درصد فراوانی ابعاد ده گانه پرسشنامه SCL-90R

مشکلات روانی	رتبه	درصد مبتلایان به مشکلات روانی
سوالات اضافی	۱	(۳۵.۹٪)
روان پریشی	۲	(۳۰.۲٪)
مشکلات جسمانی	۳	(۲۹.۰٪)
وسواس و اجبار	۴	(۲۵.۶٪)
اضطراب	۵	(۲۳.۲٪)

افسردگی	۶	(٪۲۲.۱)
پرخاشگری	۷	(٪۱۶.۳)
حساسیت در روابط با دیگران	۸	(٪۱۳.۸)
افکار پارانوئیدی	۹	( ٪۸.۱)
ترس مرضی	۱۰	( ٪۴.۷)

در پایان این نکته لازم به ذکر است که بین سن، جنس و وضعیت تاهل با ابعاد روانی مورد مطالعه رابطه معناداری مشاهده نشد.

### نتیجه گیری

میزان شیوع مشکلات روانی در مراجعین به مرکز درمانی بوی بد دهان، نسبتاً بالا است و با استفاده از پرسشنامه SCL-90R می توان شدت و ابعاد بیماری های روانی در این نوع مراجعین را به خوبی ارزیابی کرد. اما روشن نیست که آیا بوی بد دهان باعث ایجاد این مشکلات روانشناختی شده و یا مشکلات روان شناختی زیر بنای بوی بد دهان بوده که در تحقیقات بعدی باید بررسی شود.

### منابع

خدایاری فرد م. پرنده (۱۳۹۰). ارزیابی و آزمون گری روانشناختی. انتشارات دانشگاه تهران، صفحه ۱۹۹.

Bagheriyazdi SA, Bolhari J, Shah Mohammadi D(1992). Epidemiology of mental disorders in subrural areas of Meybod in Yazd state. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology; 1: 32-42.

Davidson M, Mukherjee S(1982). Progression of olfactory reference syndrome to mania: a cxase report Am J Psychiatry 139:1623-1624

Derogatis LR(1977) SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures. Manual for the Revised Version of the Psychopathology Rating Scale Series. Baltimore, Johns Hopkins University School of Medicine,.

Iwo CO, Akpata O(1989). Delusional halitosis. Review of the literature and analysis of 32 cases. Br Dent J 167:294-296.

Miyazaki H et al (1999) Tentative classification for halitosis patients and its treatment needs Niigata Dent. J. 29 11-5.



Pryse-Phillips W (1971). An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica* .47:484±509.

Rosenberg Mel (1997). *Bad breath research perspective 2<sup>nd</sup> ed* Ramat Publishing: p2

Shirmohammadi M, Arbabi M, Taghizadeh Z, Haghanni H (2009). Premenstrual Syndrome and Psychiatric Co-morbidities. *Iranian Journal of Psychiatry*; 4: 62-66.

Talebian A, Tazhibi M, Semyari H, Iranpoor R, Talebian H, Oreizy S M and Khansari M (2008). Clinical evaluation of 222 Iranian patients with halitosis *J. Breath Res.* **2** 017015

Tongerman A (2002) . Halitosis in medicine : a review. *Int Den J* 52 (suppl 3) : 201 – 206 .

Tonzetich J (1971) Direct gas chromatographic analysis of sulphur compounds in mouth air in man *Arch. Oral. Biol.* 16 587–97

Yaegaki K and Coil J M (2000) Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives *J. Can. Dent. Assoc.* **66** 257–61.