

Mental Health and Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis

Tahereh Molania^{1,2},
Shaghayegh Zahedpasha^{2,3},
Abbas Mesgarani^{2,4},
Mahmood Moosazadeh⁵,
Fatemeh Razian⁶,
Maedeh Salehi^{2,3}

¹ Associate Professor, Department of Oral Medicine, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Oral Medicine, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Endodontics, Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Assistant Professor, Gastrointestinal Cancer Research Center, Non-communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Dental Surgeon, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 16, 2019 ; Accepted December 8, 2020)

Abstract

Background and purpose: Recurrent aphthous stomatitis (RAS) is one of the most common oral mucosal diseases. The etiology of RAS is unknown, however, some factors are considered to be involved in its occurrence, including genetic factors, trauma, menstruation, stress, anxiety, etc. Mental disorders such as stress and anxiety play a key role in the onset and recurrence of RAS lesions. The purpose of this research was to study the effect of mental health and oral health-related quality of life in patients with RAS.

Materials and methods: This case-control study was performed in 270 people, including 135 males and 135 females. The participants were investigated in two groups; the case group (n= 64 with RAS, 30 males and 34 females) and healthy controls (n=105). Oral Health Impact Profile (OHIP)-14 and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) were completed by both groups. Data analysis was done in SPSS V24.

Results: Oral health-related quality of life in patients with RAS was significantly lower than the control group in all aspects ($P<0.001$). Mental health status was significantly different between the case group and controls in all aspects ($P<0.001$) except depression ($P= 0.19$).

Conclusion: The present study showed the role of mental health in incidence of recurrent aphthous stomatitis, so paying attention to mental health is recommended along with other factors that cause this condition.

Keywords: recurrent aphthous stomatitis, quality of life, oral health, mental health

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 30 (192): 97-106 (Persian).

* **Corresponding Author:** Maedeh Salehi - Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
(E-mail: salehimaede1165@gmail.com)

ارزیابی سلامت روانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به استوماتیت آفتی راجعه [RAS]

طاهره ملانیا^۱
شقایق زاهدپاشا^۳
عباس مسگرانی^۴
محمود موسی زاده^۵
فاطمه رضیان^۶
مأده صالحی^۳

چکیده

سابقه و هدف: استوماتیت آفتی راجعه یا recurrent aphthous stomatitis (RAS) یکی از شایع ترین بیماری های مخاط دهان است. اتیولوژی آفت ناشناخته است با این وجود عواملی را در بروز آن دخیل می دانند که شامل عوامل ژنتیکی، تروما، قاعدگی، استرس، اضطراب و غیره می باشد. اختلالات روانی مثل استرس و اضطراب نقش مهمی را در شروع و عود ضایعات RAS دارد. هدف این مطالعه ارزیابی اثر سلامت دهان و سلامت روان مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به استوماتیت آفتی راجعه است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مورد شاهدی از ۲۷۰ نفر شرکت کننده در مطالعه (۱۳۵ مرد و ۱۳۵ زن)، ۶۴ نفر مبتلا به استوماتیت آفتی راجعه بودند که در گروه مورد (۳۰ مرد و ۳۴ زن) و در گروه شاهد ۱۰۵ نفر سالم، قرار گرفتند. پرسشنامه های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHIP-14) و سنجش سلامت روان (GHQ-28) توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده ها با نرم افزار spss ver. 24 آنالیز شدند.

یافته ها: کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در گروه بیماران مبتلا به استوماتیت آفتی راجعه در همه جنبه ها از نظر آماری به طور معنی داری پایین تر از گروه سالم بود ($P < 0/001$)، به علاوه از نظر سلامت روان در تمامی جنبه ها به جز افسردگی ($P = 0/19$) تفاوت بین دو گروه معنی دار بود ($P < 0/001$).

استنتاج: نتیجه به دست آمده از این مطالعه بیانگر نقش سلامت روان در ایجاد استوماتیت آفتی راجعه می باشد و لذا توجه به سلامت روان در کنار دیگر عوامل مسبب ایجاد RAS توصیه می گردد.

واژه های کلیدی: استوماتیت آفتی راجعه، کیفیت زندگی، سلامت دهان، سلامت روان

مقدمه

سلامت روانی یک موضوع شخصی است که وضعیت ذهنی فرد را شامل می شود. در ارزیابی سلامت علاوه بر اندازه گیری شیوع و شدت بیماری ها، برآورد درک و نظر بیماران و یا افراد سالم نسبت به وضعیت سلامت خود نیز ضرورت دارد. ارزیابی سلامت بر اساس ادراک ذهنی بیماران از عملکرد خود و خوب بودن آن ها از نظر جسمی، ذهنی و اجتماعی صورت می گیرد (۲۰۱).

E-mail: maedesalehi@yahoo.co

مؤلف مسئول: مؤده صالحی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی،

۱. دانشیار، گروه بیماری های دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه بیماری های دهان و فک و صورت، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، گروه اندودنتیکس، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. استادیار، مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، پژوهشکده بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۶. دندانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۸/۹/۵ تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۹/۱۸

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان یک مفهوم چند بعدی است که ارزیابی‌های ذهنی از سلامت دهانی افراد، سلامت عملکردی، سلامت عاطفی و احساس فرد نسبت به خود را شامل می‌شود. از آن‌جا که انتظار افراد در مورد سلامتی و تواناییشان اثر بسیار زیادی در درک آن‌ها از سلامتی دارد، دو فرد با میزان سلامتی مشابه ممکن است از نظر کیفیت زندگی متفاوت باشند. لذا ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (Oral Health Related Quality of life) می‌تواند تصویر جامعی از سلامت جامعه به ما ارائه دهد که در بررسی سلامت مردم، شناسایی نیازها و اولویت‌های بهداشتی کاربرد دارد. مقوله کیفیت زندگی در قشرهای مختلف اهمیت زیادی دارد، به خصوص افرادی که دارای شرایط جسمی، روحی و روانی ویژه‌ای هستند و با مشکلات ناشی از آن مواجه می‌باشند. به علاوه عواملی مانند سن، فرهنگ، جنسیت، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، محیط اجتماعی و بیماری می‌تواند با کیفیت زندگی در ارتباط باشد (۳-۸). از بین عوامل متعددی که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند، از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به اضطراب و وجود شرایط تنش‌زا اشاره نمود. سلامت وابسته به کیفیت زندگی برای بررسی هر مداخله درمانی می‌باشد (۱).

استوماتیت آفتی راجعه (Recurrent aphthous stomatitis: RAS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مخاط دهان در سرتاسر جهان می‌باشد. شیوع ضایعه بین ۵-۲۵ درصد متغیر بوده و بیش‌ترین و کم‌ترین شیوع آفت، به ترتیب در گروه سنی ۳۵-۴۴ و ۷-۱۲ سالگی گزارش شده است. شیوع آفت در زنان اندکی بیش‌تر از مردان می‌باشد (۹-۱۰). اتیولوژی آفت ناشناخته است با این وجود عواملی را در بروز آن دخیل می‌دانند که شامل عوامل ژنتیکی، حساسیت‌زهای غذایی، ترومای سطحی، تغییرات غدد درون‌ریز (سیکل قاعدگی)، استرس و اضطراب، ترک سیگار، برخی مواد شیمیایی و عوامل میکروبی می‌باشد. اختلالات روانی مثل استرس و

اضطراب نقش مهمی را در شروع و عود ضایعات RAS ایفا می‌کند. شرایط استرس‌زا منجر به افزایش موقتی کورتیزول بزاق و تحریک فعالیت سیستم ایمنی به وسیله افزایش تعداد لکوسیت‌ها در ناحیه التهاب می‌شود (۱۴-۱۱). لذا با توجه به عوامل متعددی همچون استرس و اضطراب که در ارتباط با سلامت روانی و سلامت دهان مرتبط با کیفیت زندگی است و اثری که این عوامل بر شروع و تکرر ضایعات RAS، به عنوان یکی از دلایل مسبب آفت می‌گذارند و همچنین به خاطر نبود مطالعه مشابه در ارتباط با سلامت روان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران آفتی، بر آن شدیم که سلامت روانی و کیفیت زندگی را در بیماران آفتی مراجعه‌کننده به کلینیک دندانپزشکی ساری مورد ارزیابی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مورد شاهدهی بوده که جامعه آماری آن از میان مراجعه‌کنندگان به بخش بیماری‌های دهان و فک و صورت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند. مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1398.433 مورد تصویب قرار گرفت. برای تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه مطلب نژاد و همکاران استفاده شده است (۱۵). در مطالعه ذکر شده میانگین نمره کل OHLP-14 در گروه مورد برابر $76/12 \pm 44/16$ و در گروه شاهد برابر $92/10 \pm 14/20$ بود. تعداد حجم نمونه مورد نیاز با لحاظ نمودن این نتایج، سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان ۸۰ درصد، جهت یک دامنه آزمون و با استفاده از فرمول مقایسه بین دو میانگین در نرم افزار G-power برابر ۲۵۸ نفر (۵۰ نفر در گروه مورد و ۲۰۸ نفر در گروه شاهد) برآورد شد.

معیارهای ورود و خروج از مطالعه

معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد با دانش و

سواد کافی جهت درک توضیحات ارائه شده که از لحاظ قانونی توانایی تکمیل فرم رضایت نامه را داشته و افراد مبتلا به استوماتیت آفتی مینور در نواحی قابل مشاهده در دهان بودند. معیار خروج از مطالعه، افراد دارای ضایعات آفتی مازور و ضایعات آفتی همراه با بیماری‌های سیستمیکی مانند بهجت، کرون و سارکوئیدوز و همچنین زنان در دوران قاعدگی بودند. هیچ یک از افراد در دو گروه تحت درمان‌های روانپزشکی قرار نداشتند و بیماران مبتلا به RAS قبل از دریافت هرگونه درمان برای ضایعات مخاط دهان وارد مطالعه شدند (۱۵).

روش اجرای مطالعه

پس از اخذ رضایت نامه کتبی از هر دو گروه، اطلاعات دموگرافیک بیماران ثبت شد. هر دو گروه از نظر سطح بهداشت دهانی با استفاده از ایندکس بهداشت دهان (OHI-S) Oral Health Index Simplified توسط متخصص بیماری‌های دهان معاینه و مشابیه‌سازی شدند (۱۵). افراد گروه مورد، جهت بررسی نوع بالینی RAS و نواحی درگیری توسط متخصص، مورد معاینه بالینی قرار گرفتند تا تشخیص استوماتیت آفتی مینور مسجل گردد. سپس از افراد خواستیم که پرسشنامه‌ها (GHQ-28 و OHIP-14) را در حضور پژوهشگر تکمیل کنند.

ابزار سنجش سلامت روانی در این مطالعه، پرسشنامه GHQ-28 (General Health Questionnaire) است که شایع‌ترین فرم مورد استفاده این پرسشنامه، شامل ۲۸ سوال می‌باشد. این پرسشنامه که روایی و پایایی نسخه فارسی آن ثابت شده (۱۵)، به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد و دارای زیرگروه‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی غیرطبیعی و افسردگی شدید بوده و هر زیرگروه دارای ۷ سوال ۴ گزینه‌ای است. گزینه‌های آزمون به صورت ردیف اول=۰، ردیف دوم=۱ و ردیف سوم=۲ و ردیف چهارم=۳ امتیازدهی می‌شوند و نمره کل افراد بین صفر الی ۸۴ خواهد بود. در هر زیرگروه،

نمره بالاتر از ۶ بیانگر احتمال وجود اختلال در ارتباط با آن مقیاس و نمره کل بالاتر از ۲۲ بیانگر احتمال وجود اختلالات روانی است. در این پرسشنامه هر چه نمره کلی پایین‌تر و زیر نقطه برش (نمره ۶ در هر زیرگروه و ۲۲ نمره در مقیاس کلی) باشد، نشان از وضعیت سالم بیمار است (جدول شماره ۱ و ۲). اطلاعات حاصل از دو پرسشنامه OHIP-14 و GHQ-28 از افراد شرکت‌کننده در مطالعه جز در جهت اهداف مطالعه، بدون ذکر نام به صورت محرمانه نزد پژوهشگران باقی ماند.

جدول شماره ۱: زیر مقیاس پرسشنامه سلامت روانی و سوالات هر یک از زیر مقیاس‌ها

زیر مقیاس	سوالات مربوطه
نشانه‌های جسمانی	۷-۱
اضطراب و بی‌خوابی	۸-۱۴
عملکرد اجتماعی غیر طبیعی	۱۵-۲۱
افسردگی شدید	۲۲-۲۸

جدول شماره ۲: نمرات برش در هر یک از خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت روانی

خرده مقیاس	نمرات در خرده مقیاس‌ها	نمرات در کل پرسشنامه
هیچ یا کمترین حد	۰-۶	۰-۲۲
خفیف	۷-۱۱	۲۳-۴۰
متوسط	۱۲-۱۶	۴۱-۶۰
شدید	۱۷-۲۱	۶۱-۸۴

ابزار سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در این مطالعه، پرسشنامه OHIP-14 (Oral Health Impact-Profile) است که روایی و پایایی نسخه فارسی آن تأیید شده است (۱۵). پرسشنامه OHIP-14 شامل ۷ زیرگروه محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت می‌باشد و هر زیرگروه شامل ۲ سوال است. برای ارزیابی پاسخ‌ها دو روش در نظر گرفته می‌شود. روش ADD (additive) که در آن گزینه‌های آزمون به صورت هیچوقت=۰، به ندرت=۱، گاهی=۲، اغلب اوقات=۳، اکثر اوقات=۴، امتیازدهی شده و امتیاز OHIP-14-ADD بین صفر تا ۵۶ است که هر چه قدر این امتیاز کم‌تر باشد نشانه کیفیت

زندگی بهتر برای آن فرد است. در روش دیگر ارزیابی که SC (Simple Count) نامیده شده است، برای گزینه‌های هیچوقت و به ندرت امتیاز صفر و گزینه‌های گاهی، اغلب اوقات و اکثر اوقات امتیاز یک در نظر گرفته شده است. این روش برای آن که برخی افراد ممکن است تفاوت واقعی بین گزینه‌های پرسشنامه را درک نکرده باشند، در نظر گرفته شد. امتیاز SC-OHIP-14 بین صفر تا ۱۴ می باشد که در این روش نیز امتیاز کم‌تر، نشانه کیفیت زندگی بالاتر می باشد.

ورود داده‌ها در نرم افزار SPSS ver. 24 و نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی با آزمون شاپیرو ویلک انجام گرفت. اگر توزیع نرمال برقرار نبود، با استفاده از لگاریتم در مبنای ۱۰ فرایند تبدیل به نرمال انجام گرفت. توصیف متغیرها با بیان میانگین، میانه، حداقل و حداکثر نمره ارایه شد. با استفاده از آزمون کای اسکوتر، تی تست مستقل و آنالیز واریانس مقایسه متغیرهای دموگرافیکی (سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و...) بین دو گروه مورد و شاهد انجام شد. مقایسه میانگین نمره OHLP-14 و کیفیت زندگی بین دو گروه مورد و شاهد با آزمون تی تست مستقل بررسی شد. در صورت نیاز جهت تعدیل اثر متغیرهای مظنون به محدودش کنندگی از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته ها

از ۲۷۳ بیمار مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی مازندران ۳ نفر به دلیل دریافت درمان آفت قبل از ورود

به مطالعه شرایط لازم برای ورود به پژوهش را نداشتند. در نهایت ۲۷۰ نفر (۱۳۵ مرد و ۱۳۵ زن) وارد مطالعه شده و هر دو پرسشنامه GHQ-28 و OHIP-14 را تکمیل کردند. در گروه مورد ۳۰ نفر مرد (۴۶/۹ درصد) و ۳۴ نفر زن (۵۳/۱ درصد) و در گروه شاهد ۱۰۵ مرد (۵۱ درصد) و ۱۰۱ زن (۴۹ درصد) حضور داشتند. در مجموع ۵۰ درصد شرکت کنندگان مطالعه مرد و ۵۰ درصد زن بودند که بین آن‌ها تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($P=0/668$). همچنین میانگین سنی گروه کنترل $31/48 \pm 11/05$ سال و گروه مورد $35/56 \pm 11/72$ سال بود که از نظر آماری اختلاف معنی دار است ($P=0/01$). نمره کل OHIP_14 بیماران گروه مورد $27/21 \pm 9/47$ و گروه شاهد $6/56 \pm 4/78$ بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($P<0/001$). میانگین و انحراف معیار زیرگروه‌های OHIP-14 در هر دو گروه مورد و شاهد با استفاده از دو روش ارزیابی ADD و SC در جدول شماره ۳ آورده شده است.

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود گروه مورد در همه زیرگروه‌های محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی سایکولوژیک، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی سایکولوژیک، ناتوانی اجتماعی و معلولیت دارای نمره بالاتری نسبت به گروه شاهد است ($P<0/001$). همچنین با استفاده از روش ارزیابی SC نیز، گروه بیمار نسبت به گروه کنترل، در تمام زیرگروه‌های بررسی شده در پرسشنامه OHIP-14 به طور معنی داری کیفیت زندگی پایین تری را نشان داد ($P<0/001$).

جدول شماره ۳: رتبه زیرگروه های OHIP-14 به تفکیک گروه ها

SC_OHIP14			ADD_OHIP14			زیر گروه های OHIP-14
سطح معنی داری	گروه شاهد (n=206)	گروه مورد (n=64)	سطح معنی داری	گروه شاهد (n=206)	گروه مورد (n=64)	
*./001	0/18±0/43	1/46±0/755	*./001	1/107±1/12	3/98±1/66	محدودیت عملکردی
*./001	0/33±0/62	1/62±0/65	*./001	1/41±1/30	4/68±1/64	درد فیزیکی
*./001	0/26±0/56	1/48±0/81	*./001	1/03±1/29	4/418±1/79	ناراحتی سایکولوژیک
*./001	0/25±0/53	1/61±0/68	*./001	1/29±1/15	2/39±1/66	ناتوانی فیزیکی
*./001	0/15±0/40	1/46±0/73	*./001	0/82±1/00	3/48±1/71	ناتوانی سایکولوژیک
*./001	0/13±0/40	1/31±0/77	*./001	0/73±1/00	3/68±1/60	ناتوانی اجتماعی
*./001	0/03±0/19	0/79±0/83	*./001	0/42±0/72	2/46±1/66	معلولیت
*./001	1/36±1/8	9/76±4/413	*./001	6/56±4/78	27/21±9/47	نمره کل OHIP-14

*P<0/05

جدول شماره ۴: فراوانی نسبی افراد مبتلا به اختلالات روانی بر اساس پرسشنامه GHQ-28 به تفکیک گروه ها

زیر گروه های GHQ-28	گروه مورد (n=۶۴)	گروه شاهد (n=۲۰۶)	سطح معنی داری
اختلال کارکرد جسمانی	۶۲/۵٪	۲۴/۸٪	* < ۰/۰۰۱
اضطراب و بی خوابی	۶۲/۵٪	۲۷/۷٪	* < ۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی غیر طبیعی	۷۸/۱٪	۲۸/۳٪	* < ۰/۰۰۱
افسردگی شدید	۷/۸٪	۳/۹٪	۰/۱۹
اختلالات روانی (GHQ-28)	۵۹/۴٪	۲۰/۹٪	* < ۰/۰۰۱

* < ۰/۰۵ P

شاهد، سلامت دهان مرتبط با کیفیت زندگی در افراد GHQ+ در مقایسه با افراد GHQ- در بیش تر زیر گروه ها از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P=0/09$) و تنها در دو جنبه محدودیت عملکردی و ناتوانی فیزیکی نمره کیفیت زندگی پایین تری نسبت به افراد سالم (GHQ-) نشان داد که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار گزارش شد ($P=0/03$) ($P<0/001$) (جدول شماره ۵).

بحث

مطالعه حاضر به ارزیابی سلامت روانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به استوماتیت آفتی مینور مراجعه کننده به کلینیک دندانپزشکی طبوبی در سال ۹۸-۹۷ پرداخت. براساس یافته های حاصل از این مطالعه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان افراد گروه مورد پایین تر از گروه شاهد بود بدین معنا که افراد مبتلا به استوماتیت آفتی راجعه محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی سایکولوژیک، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی سایکولوژیک، ناتوانی اجتماعی و معلولیت بیش تری نسبت به گروه سالم نشان دادند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P<0/001$). فراوانی اختلالات روانی نیز به طور معنی داری در گروه مورد بیش تر از گروه شاهد بود ($P<0/001$). اگرچه گروه مورد افسردگی بیش تری نسبت به افراد سالم نشان دادند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ($P=0/19$).

اختلالات روانی در بیماران گروه مورد ۵۹/۴ درصد (۳۸ مورد از ۶۴ نفر) و در گروه شاهد ۲۰/۹ درصد (۴۳ مورد از ۲۰۶ نفر) بود که از نظر آماری بین دو گروه اختلاف معنی دار بود ($P<0/001$). درصد افراد در هر یک از زیر گروه های مورد بررسی در پرسشنامه GHQ در جدول شماره ۴ آمده است. همان طور که مشاهده می شود گروه مورد در جنبه های اختلال کارکرد جسمانی، اضطراب و بی خوابی و همچنین عملکرد اجتماعی غیر طبیعی به طور معنی داری از گروه شاهد درصد بالاتری داشت ($P<0/001$) ولی در زیر گروه افسردگی این اختلاف معنی دار نبود ($P=0/19$). از ۲۷ نفر شرکت کننده در این مطالعه ۸۱ نفر دارای اختلالات روانی (GHQ+) بوده که در گروه مورد، افراد GHQ+ در همه جنبه ها (محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی سایکولوژیک، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی سایکولوژیک، ناتوانی اجتماعی و معلولیت) سلامت دهان مرتبط با کیفیت زندگی پایین تری نسبت به گروه GHQ- داشته که این اختلاف از نظر آماری معنی دار گزارش شد ($P<0/001$). اما در گروه

جدول شماره ۵: رتبه OHIP-14 بین افراد GHQ+ و GHQ- در دو گروه

زیر گروه های OHIP-14	گروه مورد (n=۶۴)		سطح معنی داری	گروه شاهد (n=۲۰۶)		سطح معنی داری
	GHQ- (n=26)	GHQ+ (n=38)		GHQ- (n=163)	GHQ+ (n=43)	
محدودیت عملکردی	۳/۲۳±۱/۱۴۲	۴/۵±۱/۶۳	* < ۰/۰۰۲	۱/۱۴۶±۱/۳۸	۰/۹۷±۱/۰۲	۰/۰۰۳
درد فیزیکی	۳/۸±۱/۴۴	۵/۲۸±۱/۵۰	* < ۰/۰۰۱	۱/۶۵±۱/۵۵	۱/۳۵±۱/۱۳۳	۰/۲۵
ناراحتی سایکولوژیک	۳/۳۸±۱/۶۹	۴/۷۳±۱/۶۷	* < ۰/۰۰۲	۱/۱۳۳±۱/۵۷	۰/۰۹۵±۱/۱۱۹	۰/۱۳
ناتوانی فیزیکی	۱/۰۰±۰/۸۰	۳/۳۴±۱/۴۱	* < ۰/۰۰۱	۲/۵۵±۱/۳۱	۰/۹۶±۰/۸۳	۰/۰۰۱
ناتوانی سایکولوژیک	۲/۹۶±۱/۸۴	۴/۴۴±۱/۳۲	* < ۰/۰۰۱	۰/۸۸±۱/۰۷	۰/۸۰±۰/۹۹	۰/۶۶
ناتوانی اجتماعی	۲/۸۴±۱/۱۵۶	۴/۲۶±۱/۱۳۶	* < ۰/۰۰۱	۱/۱۰۰±۱/۲۳	۰/۶۶±۰/۹۲	۰/۱۰
معلولیت	۱/۶۵±۱/۹۷	۲/۹۲±۱/۱۹	* < ۰/۰۰۲	۰/۴۸±۰/۷۰	۰/۴۱±۰/۷۲	۰/۵۲
نمره کل OHIP-14	۲۱/۵۷±۹/۷۴	۳۱/۰۷±۷/۱۴	* < ۰/۰۰۱	۷/۷۸±۵/۷	۰/۹۷±۱/۰۲	۰/۰۹

* < ۰/۰۵ P

مطالعات متعددی روی سلامت دهان مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران دارای RAS پرداختند. پرسشنامه‌های سلامت روانی و همچنین بررسی برخی فاکتورهای روانی مرتبط با آفت در این مطالعات با یکدیگر و با مطالعه حاضر متفاوت بود (۱۶-۱۹)، در این مطالعه از پرسشنامه GHQ-28 به منظور بررسی اختلالات روانی افراد شرکت کننده در پژوهش، استفاده شد.

در مطالعه Mumcu و همکاران که با هدف سلامت دهان مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری بهجت صورت گرفت، نتایج حاصل نشان داد که سلامت عمومی و دهان مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بهجت نسبت به گروه کنترل پایین تر بوده که این نتیجه همسو با مطالعه ما می باشد (۱۶). در مطالعه‌ای توسط مطلب‌نژاد و همکارانش، رابطه بین سلامت روانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی بررسی شد. در این مطالعه برخی از جنبه‌های کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان، همانند محدودیت عملکردی و ناتوانی فیزیکی در بیماران مبتلا به لیکن پلان نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری را نشان داد که علت آن، تغییر مزه دهان و نارضایتی از نوع ماده غذایی دریافتی گزارش شد اما ارتباط معنی داری بین اختلالات روانی در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد (۱۵). آن‌ها عنوان کردند علی رغم این که در مطالعه رابطه‌ای مبنی بر تأثیر معنی دار اختلالات روانی در ایجاد بیماری لیکن پلان دهانی و همچنین تأثیر بیماری لیکن پلان دهانی بر جنبه‌های روانی کیفیت زندگی بیماران یافت نشد اما از آنجایی که عوامل متعددی بر سلامت روانی افراد تأثیر گذار هستند، لذا وجود همبستگی بین سلامت روانی و بیماری لیکن پلان دهانی را باید در گروه‌های بزرگ تر و در شرایط کنترل شده تر سنجید.

یافته‌های مطالعه Liewellyn و همکاران بر روی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بیماران مراجعه کننده به کلینیک بیماری‌های دهان انگلستان نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های دهان با محدودیت عملکردی،

درد فیزیکی و ناراحتی‌های روانی بیش تری نسبت به جمعیت عمومی مواجه بودند. هرچند این بیماری‌ها کیفیت زندگی پایین تری را به همراه داشتند ولی موجب معلولیت نشده‌اند (۱۷).

در مطالعه‌ای که توسط López-Jornet و همکاران صورت گرفت نتایج به دست آمده نشان داد که بیماری‌های مخاط دهان نقشی منفی بر سلامت و کیفیت زندگی ایفا می کنند (۱۸). استوماتیت آفتی راجعه نیز یک بیماری مخاطی دهان است که می تواند اثری سوء بر سلامت و کیفیت زندگی فرد داشته باشد که تاییدی بر نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر است.

در مطالعه مشابه دیگری که توسط Li-jun.li انجام گرفت مشاهده شد که گروه بیماران نسبت به افراد سالم دارای نمره سلامت دهانی پایین تری هستند (۱۹). که نتیجه حاصله در راستای نتیجه به دست آمده از مطالعه ما می باشد.

Zwiri مطالعه‌ای را با هدف بررسی استرس - افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران دارای زخم‌های آفتی انجام داد. نتایج نشان داد که میزان استرس و افسردگی در دو گروه بیماران و افراد سالم یکسان بوده ولی کیفیت زندگی افراد دارای زخم‌های آفتی پایین تر از افراد سالم می باشد. در واقع زخم‌های آفتی منجر به افزایش تاثیرات منفی سلامت دهان شده که همین امر موجب کیفیت زندگی پایین تر در این بیماران می گردد. در این مطالعه شرایط و موقعیت‌های نظیر استرس و افسردگی را از دلایل بروز آفت راجعه در بیماران گزارش نکردند. علت را این گونه توجیه کردند که اضطراب و افسردگی یک نوسان رفتاری و عملکردی در یک دوره زمانی کوتاه است. تغییرات خلق و خو در کوتاه مدت معرف شخصیت و سلامت روان فرد نیستند (۲۰). ولی در مطالعه‌ای که توسط omiri انجام شد، میزان استرس در بیماران مبتلا به استوماتیت آفتی بیش تر بوده که موافق با مطالعه ما می باشد. در این مطالعه سن بیمار، شدت زخم‌های آفتی، موقعیت و مدت زمان این زخم‌ها با میزان استرس ارتباطی نداشت (۲۱). مطالعه Analia (۲۲)، Gallo و

همکاران (۱۳) ارتباط مثبتی بین استرس‌های روانی و استوماتیت آفتی راجعه پیدا کردند.

مطالعه Gavic و همکاران، استرس‌های سایکولوژیک را به عنوان فاکتور مهمی در ایجاد RAS در نظر گرفت. به طور کلی در این مطالعه به این باور رسیده بودند که فاکتورهای محیطی و سبک زندگی، می‌تواند دلیل ایجاد RAS باشد. اگرچه اتیولوژی قطعی RAS ناشناخته است، همچنین نشان داده شد که رابطه بسیار نزدیکی بین وجود افسردگی و ابتلا به بیماری RAS در افراد وجود دارد (۲۳). در مطالعه ما اختلاف معنی‌داری بین افراد بیمار و سالم در افسردگی دیده نشد. این اختلاف به دلیل تفاوت در گروه‌های پژوهش و پرسشنامه‌های موجود در دو مطالعه می‌باشد، به طوری که در مطالعه Gavic از ۳ پرسشنامه سلامت روانی STAI, BDI و WCQ برای سنجش اضطراب و افسردگی استفاده شد و همچنین مطالعه Gavic فاقد گروه کنترل سالم جهت مقایسه می‌باشد.

Ruiyang بیان کرد که زود خوابیدن و خواب کافی از جمله عواملی است که به وسیله آن می‌توان میزان بروز RAS را کنترل کرد. در این مطالعه که بر روی دانشجویان انجام شد، بیان شد که خوابیدن بعد از ساعت ۱۱ نیمه شب می‌تواند یک عامل خطر برای بروز RAS باشد (۲۴). در مطالعه ما نیز نشان داده شد در بیماران مبتلا به RAS اضطراب و بی‌خوابی بیش‌تری نسبت به گروه کنترل وجود دارد.

L.Ge در مطالعات خود عنوان کرد که سلامت روان نقش اصلی را در بروز RAS ایفا می‌کند و همه عادت‌هایی که به سلامت روان فرد کمک می‌کنند از جمله کاهش استرس‌های روزمره، رژیم غذایی سالم، خواب کافی، دریافت اسید فولیک و انجام ورزش منظم منجر به کاهش ایجاد RAS در بیماران با سابقه آفت‌های مکرر می‌شود. همچنین در این مطالعه عنوان شد که تغییرات سبک زندگی اولین و مهم‌ترین مرحله در کنترل و کاهش استوماتیت آفتی دهانی است (۲۵).

Zadic در یک مطالعه مورد شاهدهی که با هدف

بررسی میزان استرس و اضطراب و عصبانیت در بیماران مبتلا به استوماتیت آفتی راجعه انجام گرفت به این نتیجه رسید که بیماران دارای استوماتیت آفتی راجعه میزان اضطراب و عصبانیت بیش‌تری را نسبت به گروه شاهد دارند. همچنین میزان استرس نیز در گروه بیمار بیش‌تر از گروه شاهد بود. بنابراین بین سطح استرس و اضطراب با ایجاد RAS ارتباط مثبتی وجود دارد (۲۶). در مطالعه دیگری که توسط cardoso صورت گرفت نیز افراد مبتلا به آفت سطح اضطراب بالاتری نشان داده و کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند (۲۷). ولی در مطالعه‌ای که Pedreson با هدف تاثیر استرس‌های سایکولوژیک بر زخم‌های آفتی انجام دادند، کم‌تر از نصف جمعیت مورد مطالعه، افزایش سطح استرس را نشان دادند و ارتباط کمی بین سطح استرس و بروز RAS دیده شد (۲۸). تفاوت نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل کم‌تر بودن جمعیت مورد مطالعه و روش متفاوت انجام مطالعه باشد. به طوری که در مطالعه Pedreson، ۲۲ بیمار آفتی در فاز فعال و غیرفعال ضایعات توسط دو مقیاس SRRS و VAS مورد ارزیابی قرار گرفتند. Pedreson در مطالعه خود بیان کرد که مقیاس SRRS در ارزیابی بین استرس‌های سایکولوژیک و تکرر ضایعات آفتی کاربردی نیست چون در ۹ بیمار که نقش استرس را در ایجاد ضایعه آفتی بیان کرده بودند، رابطه معنی‌داری بین نمره SRRS و استرس‌های سایکولوژیک مشاهده نشد.

در مطالعه Andrews و همکاران که با هدف اثر تمرینات آرامش‌دهنده بر استوماتیت آفتی راجعه صورت گرفت مشاهده شد که این تمرینات منجر به درمان و کاهش زخم‌های آفتی می‌شود (۲۹).

اتیولوژی آفت، مولتی فاکتوریال می‌باشد و عوامل گوناگونی نظیر ارث، رژیم غذایی، کمبود برخی عناصر خونی، قاعدگی، تروما، ترک سیگار و... را در ایجاد آن دخیل می‌دانند. نقش اضطراب و استرس نیز در ایجاد آفت و تکرر آن در بیماران در مطالعات مورد تایید قرار گرفته است (۱۰-۱۱). ما در این مطالعه صرفاً به بررسی

می‌تواند از فاکتورهای ایجادکننده RAS در بیماران باشد. لذا توصیه می‌شود که در آینده مطالعات جامع‌تری که بتواند جنبه‌های بیش‌تری از علل ایجاد RAS را در افراد مورد بررسی قرار دهد، صورت گیرد.

سپاسگزاری

از همکاری ارزشمند بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و نیز کارشناسان محترم مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مازندران کمال سپاس و تشکر را داریم.

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و سلامت روان در بیماران مبتلا به آفت پرداخته ایم و نقش عناصر دیگر را در ایجاد آفت مورد بررسی قرار نداده‌ایم و لذا با توجه به نتایج حاصل از مطالعه گزارش کردیم که بیماران مبتلا به آفت از سلامت روان پایین‌تری نسبت به افراد گروه شاهد برخوردار هستند. ولی سلامت روان به عنوان تنها عامل ایجاد آفت در افراد نبوده و هدف از مطالعه حاضر نیز بیان نقش اضطراب به عنوان تنها عامل ایجاد آفت دهانی نمی‌باشد بلکه ما عنوان می‌کنیم که سلامت روان در کنار عوامل احتمالی مسبب در افراد،

References

1. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, Salerno F, Merli M, Panella C, et al. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 2001; 120(1): 170-178.
2. Arafa MG, Ghalwash D, El-Kersh DM, Elmazar MM. Propolis-based niosomes as oromuco-adhesive films: A randomized clinical trial of a therapeutic drug delivery platform for the treatment of oral recurrent aphthous ulcers *Sci Rep* 2018; 8: 18056.
3. RezaSoltani P, Ghanbari Khanghah A, Moridi M. Comparison of health related quality of life in dormitory and non-dormitory students. *J Holist Nurs Midwifery* 2014; 24(4): 38-45.
4. Monshipour SM, Mokhtari Lakeh N, Rafat F, Kazemnejad Leili E. Related factors to Menopausal women's quality of life in Rasht *J Holist Nurs Midwifery* 2016; 26(1): 80-88.
5. Sisco L, Broder H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res* 2011; 90(11): 1264-1270.
6. Sun L, Wong HM, McGrath CPJ. The factors that influence oral health-related quality of life in 15-year-old children. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 16(1): 19.
7. Nordin EAB, Shoaib LA, Mohd Yusof ZY, Manan NM, Othman SA. Oral health-related quality of life among 11–12 year old indigenous children in Malaysia. *BMC Oral Health* 2019; 19: 152.
8. Malele-Kolisa Y, Yengopal V, Igumbor J, Nqobco CB, Ralephenya TRD. Systematic review of factors influencing oral health-related quality of life in children in Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2019; 11(1): 1943.
9. Chavan M, Jain H, Diwan N, Khedkar S, Shete A, Durkar S. Recurrent aphthous stomatitis: a review. *J Oral Pathol Med* 2012; 8(41): 577-583.
10. Woo SB, Sonis ST. Recurrent aphthous ulcers: a review of diagnosis and treatment. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(8): 1202-1213.
11. Doddamani LG, Khan M, Gupta N, KR V, Kampasi N. Association of Psychological Factors like Stress, Anxiety and Depression in Recurrent Aphthous Stomatitis. *Int J Oral Health Med Res* 2017; 3(5): 18-23.
12. Belenguer-Guallar I, Jiménez-Soriano Y, Claramunt-Lozano A. Treatment of recurrent

- aphthous stomatitis. A literature review. *J Clin Exp Dent* 2014; 6(2): 168-174.
13. Gallo CdB, Mimura MAM, Sugaya NN. Psychological stress and recurrent aphthous stomatitis. *Clinics* 2009; 64(7): 645-648.
 14. Edgar NR, Dahlia S, Richard AM. Recurrent Aphthous Stomatitis: A Review. *J Clin Aesthet Dermatol* 2017; 10(3): 26-36.
 15. Motallebnezhad M, Moosavi S, KHafri S, Baharvand M, Yarmand F, CHangiz S. Evaluation of Mental Health and Oral Health Related Quality of Life in Patients with Oral Lichen Planus. *J Res Dent Sci* 2014; 10(4): 252-259.
 16. Mumcu G, Hayran O, Ozalp D, Inanc N, Yavuz S, Ergun T, et al. The assessment of oral health related quality of life by factor analysis in patients with Behcet's disease and recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Pathol Med* 2007; 36(3): 147-152.
 17. Llewellyn CD, Warnakulasuriya S. The impact of stomatological disease on oral health related quality of life. *Eur J Oral Sci* 2003; 111(4): 297-304.
 18. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Berdugo ML. Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life. *Eur J Dermatol* 2009; 19(6): 603-606.
 19. Liu LJ, Xiao W, He QB, Jiang WW. Generic and oral quality of life is affected by oral mucosal diseases. *BMC Oral Health* 2012; 12(1): 2.
 20. Zwiri A. Anxiety, depression and quality of life among patients with recurrent Aphthous ulcers. *J Contemp Dent Pract* 2015; 16(2): 112-117.
 21. Al-Omiri MK, Karasneh J, Lynch E. Psychological profiles in patients with recurrent aphthous ulcers. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41(3): 384-388.
 22. Keenan AV, Spivakovksy S. Stress associated with onset of recurrent aphthous stomatitis. *Evid Based Dent* 2013; 14(1): 25.
 23. Gavic L, Cigic L, Biocina Lukenda D, Gruden V, Gruden Pokupeć JS. The role of anxiety, depression, and psychological stress on the clinical status of recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 2014; 43(6): 410-417.
 24. Ma R, Chen H, Zhou T, Chen X, Wang C, Chen Y, et al. Effect of bedtime on recurrent aphthous stomatitis in college students. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 119(2): 196-201.
 25. Ge L. Healthy lifestyle habits benefit remission of recurrent aphthous stomatitis and RAS type ulceration. *Br Dent J* 2018; 224(2): 70-71.
 26. Zadik Y, Levin L, Shmuly T, Sandler V, Tarrasch R. Recurrent aphthous stomatitis: stress, trait anger and anxiety of patients. *J Calif Dent Assoc* 2012; 40(11): 879-883.
 27. Cardoso JA, dos Santos Junior AA, Nunes MLT, Figueiredo MAZd, Cherubini K, Salum FG. Salivary alpha-amylase enzyme, psychological disorders, and life quality in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Int J Dent* 2017; 2017: 5269856.
 28. Pedersen A. Psychologic stress and recurrent aphthous ulceration. *J Oral Maxillofac Pathol* 1989; 18(2): 119-122.
 29. Andrews V, Hall H. The effects of relaxation/imagery training on recurrent aphthous stomatitis: a preliminary study. *Psychosom Med* 1990; 52(5): 526-535.