ORIGINAL ARTICLE

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 Moosazadeh[5],
Fatemeh Razian[6],
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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی ام شماره ۱۹۲ دی سال ۱۳۹۹ (۱۰۷-۹۷)

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

طاهره ملانیا[۱و۲]
شقایق زاهدپاشا[۲و۳]
عباس مسگرانی[۲و۴]
محمود موسی زاده[۵]
فاطمه رضیان[۶]
مائده صالحی[۲و۳]

چکیده

سابقه و هدف: استوماتیت آفتی راجعه یا recurrent aphthous stomatitis (RAS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مخاط دهان است. اتیولوژی آفت ناشناخته است با این وجود عواملی را در بروز آن دخیل می‌دانند که شامل عوامل ژنتیکی، تروما، قاعدگی، استرس، اضطراب و غیره می‌باشد. 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 روش‌ها: در این مطالعه مورد شاهدی از ۲۷۰نفر شرکت‌کننده در مطالعه (۱۳۵ مرد و ۱۳۵زن)، 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. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHIP-14) و سنجش سلامت روان (GHQ-28)توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با نرم‌افزار spss ver. 24 آنالیز شدند.

یافته‌ها: کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در گروه بیماران مبتلا به استوماتیت آفتی راجعه در همه جنبه‌ها از نظر آماری به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه سالم بود (P<۰/۰۰۱)، به علاوه از نظر سلامت روان در تمامی جنبه‌ها به جز افسردگی (P= ۰/۱۹) تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱).

استنتاج: نتیجه به دست آمده از این مطالعه بیانگر نقش سلامت روان در ایجاد استوماتیت آفتی راجعه می‌باشد و لذا توجه به سلامت روان در کنار دیگر عوامل مسبب ایجاد RASتوصیه می‌گردد.

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 می‌شود. در ارزیابی سلامت علاوه بر اندازه گیری شیوع وشدت بیماری‌ها، برآورد درک و نظر بیماران و یا افراد سالم نسبت به وضعیت سلامت خود نیزضرورت دارد.ارزیابی سلامت بر اساس ادراک ذهنی بیماران از عملکرد خود و خوب بودن آن‌ها از نظر جسمی، ذهنی و اجتماعی صورت می‌گیرد(۲،۱).

مولف مسئول: مائده صالحی– ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده دندانپزشکی، E-mail: maedesalehi@yahoo.co
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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

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 ارایه دهد که در بررسی سلامت مردم، شناسایی نیازها و اولویت‌های بهداشتی کاربرد دارد. مقوله کیفیت زندگی در قشرهای مختلف اهمیت زیادی دارد، به خصوص افرادی‌که 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(۸-۳). از بین عوامل متعددی که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می گذارند، از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به اضطراب و وجود شرایط تنش‌زا اشاره نمود. سلامت وابسته به کیفیت زندگی کلیدی برای بررسی هر مداخله درمانی می‌باشد(۱).

استوماتیت آفتی راجعه (Recurrent aphtous stomatitis: RAS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مخاط دهان در سر تا سر جهان می‌باشد. شیوع ضایعه بین ۲۵-۵ درصد متغیر بوده و بیش‌ترین و کم‌ترین شیوع آفت، به ترتیب در گروه سنی ۴۴-۳۵ و ۱۲-۷ سالگی گزارش شده است. شیوع آفت در زنان اندکی بیش‌تر از مردان می‌باشد(۱۰-۹). اتیولوژی آفت ناشناخته است با این وجود عواملی را در بروز آن دخیل می‌دانند که شامل عوامل ژنتیکی، حساسیت‌زاهای 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، برآن 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 شاهدی 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 ۱۴/۲۰±۹۲/۱۰ و در گروه شاهد برابر ۴۴/۱۶±۷۶/۱۲ 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

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 ماژور 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 بهRAS 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. هردو گروه از نظر سطح بهداشت دهانی با استفاده از ایندکس بهداشت دهان Oral Health Index Simpilified (OHI-S) توسط متخصص بیماری‌های دهان معاینه و مشابه‌سازی 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 ودارای 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=0 ، 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 از۶ 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 درمقیاس کلی) باشد، نشان از وضعیت سالم بیمار است (جدول شماره ۱و۲). اطلاعات حاصل از دو پرسشنامه OHIP14 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 مقیاس ها

زیر مقیاس	سوالات مربوطه
نشانه های جسمانی	۷-۱
اضطراب و بی خوابی	۱۴-۸
عملکرد اجتماعی غیر طبیعی	۲۱-۱۵
افسردگی شدید	۲۸-۲۲

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

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

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 گزینه های آزمون به صورت هیچوقت=۰، به ندرت=۱، گاهی=۲، اغلب اوقات=۳، اکثر اوقات=۴، امتیازدهی شده و امتیاز ADD- OHIP-14 بین صفر تا ۵۶ است که هر چه قدر این امتیاز کم‌تر باشد نشانه کیفیت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

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 آن‌که 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 اسکوئر، 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 مخدودش کنندگی از آزمون رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته ها

از ۲۷۳ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک دندانپزشکی مازندران ۳ نفر به‌دلیل دریافت درمان آفت قبل از ورود به مطالعه شرایط لازم برای ورود به پژوهش را نداشتند. در نهایت ۲۷۰ نفر (۱۳۵مرد و۱۳۵ 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 یا کنترل 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 معنی‌داری وجود نداشت (P =۰/۶۶۸). همچنین میانگین سنی گروه کنترل ۱۱/۰۵±۳۱/۴۸ سال و گروه مورد ۱۱/۷۲ ± ۳۵/۵۶ سال بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌دار است (P =۰/۰۱). نمره کل OHIP_14 بیماران گروه مورد ۹/۴۷±۲۷/۲۱ و گروه شاهد ۴/۷۸±۶/۵۶ بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت(P<۰/۰۰۱). 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 <۰/۰۰۱). همچنین با استفاده از روش ارزیابی SC نیز، گروه بیمار نسبت به گروه کنترل، در تمام زیرگروه‌های بررسی شده در پرسشنامه OHIP-14 به‌طور معنی‌داری کیفیت زندگی پایین‌تری را نشان داد (P<۰/۰۰۱).

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

زیرگروه های OHIP-14	ADD_OHIP14			SC_OHIP14		
	گروه مورد (n=۶۴)	گروه شاهد (n=۲۰۶)	سطح معنی داری	گروه مورد (n=۶۴)	گروه شاهد (n=۲۰۶)	سطح معنی داری
محدودیت عملکردی	۳,۹۸±۱/۶۶	۱/۱۰۷±۱/۱۲	*۰/۰۰۱	۱/۴۶±۰/۷۵۵	۰/۱۸±۰/۴۳	*۰/۰۰۱
درد فیزیکی	۴/۶۸±۱/۶۴	۱/۴۱±۱/۳۰	*۰/۰۰۱	۱/۶۲±۰/۶۵	۰/۳۳±۰/۶۲	*۰/۰۰۱
ناراحتی سایکولوژیک	۴/۴۱۸±۱/۷۹	۱/۰۳±۱/۲۹	*۰/۰۰۱	۱/۴۸±۰/۸۱	۰/۲۶±۰/۵۶	*۰/۰۰۱
ناتوانی فیزیکی	۲/۳۹±۱/۶۶	۱/۲۹±۱/۱۵	*۰/۰۰۱	۱/۶۱±۰/۶۸	۰/۲۵±۰/۵۳	*۰/۰۰۱
ناتوانی سایکولوژیک	۳/۴۸±۱/۷۱	۰/۸۲±۱/۰۰	*۰/۰۰۱	۱/۴۶_+۰/۷۳	۰/۱۵_+۰/۴۰	*۰/۰۰۱
ناتوانی اجتماعی	۳/۶۸±۱/۶۰	۰/۷۳±۱/۰۰	*۰/۰۰۱	۱/۳۱±۰/۰۷۷	۰/۱۳±۰/۴۰	*۰/۰۰۱
معلولیت	۲/۴۶±۱/۶۶	۰/۴۲±۰/۷۲	*۰/۰۰۱	۰/۷۹±۰/۸۳	۰/۰۳±۰/۰۱۹	*۰/۰۰۱
نمره کل OHIP-14	۲۷/۲۱±۹/۴۷	۶/۵۶±۴/۷۸	*۰/۰۰۱	۹/۷۶±۴/۴,۱۳	۱/۳۶±۱/۸	*۰/۰۰۱

*P<۰/۰۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

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
اظطراب و بی خوابی	٪۶۲/۵	٪۲۷/۷	*<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی غیرطبیعی	٪۷۸/۱	٪۳۸/۳	*<۰/۰۰۱
افسردگی شدید	٪۷/۸	٪۳/۹	۰/۱۹
اختلالات روانی(GHQ-28)	٪۵۹/۴	٪۲۰/۹	*<۰/۰۰۱

* P<۰/۰۵

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 معنی‌دار بود(P<۰/۰۰۱). درصد افراد در هر یک از زیرگروه‌های مورد بررسی در پرسشنامه GHQ در جدول شماره ۴ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود گروه مورد در جنبه‌های اختلال کارکرد جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و همچنین عملکرد اجتماعی غیرطبیعی به‌طور معنی‌داری از گروه شاهد درصد بالاتری داشت(P<۰/۰۰۱) ولی در زیرگروه افسردگی این اختلاف معنی‌دار نبود(P=۰/۱۹). از ۲۷۰ نفر شرکت‌کننده در این مطالعه ۸۱ نفر دارای اختلالات روانی (GHQ+) بوده که درگروه مورد، افراد +GHQ در همه جنبه‌ها (محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی سایکولوژیک، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی سایکولوژیک، ناتوانی اجتماعی و معلولیت) سلامت دهان مرتبط با کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به گروه -GHQ داشته که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار گزارش شد (P<۰/۰۰۱). اما در گروه شاهد، سلامت دهان مرتبط با کیفیت زندگی در افراد +GHQ در مقایسه با افراد -GHQ در بیش‌تر زیرگروه‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۰۹) و تنها در دو جنبه محدودیت عملکردی و ناتوانی فیزیکی نمره کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم (-GHQ) نشان داد که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار گزارش شد(P=۰/۰۳)(P<۰/۰۰۱) (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 طوبی در سال ۹۸-۹۷ پرداخت.

براساس یافته‌های حاصل از این مطالعه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان افراد گروه مورد پایین‌تر از گروه شاهد بود بدین‌معنا که افراد مبتلا به استوماتیت آفتی راجعه محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی سایکولوژیک، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی سایکولوژیک، ناتوانی اجتماعی و معلولیت بیش‌تری نسبت به گروه سالم نشان دادند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود(P<۰/۰۰۱). فراوانی اختلالات روانی نیز به‌طور معنی‌داری در گروه مورد بیش‌تر از گروه شاهد بود(P<۰/۰۰۱). اگرچه گروه مورد افسردگی بیش‌تری نسبت به افراد سالم نشان دادند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود(P=۰/۱۹).

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

زیرگروه های OHIP-14	گروه مورد (n=۶۴)			گروه شاهد(n=۲۰۶)		
	GHQ+ (n=38)	GHQ- (n=26)	سطح معنی داری	GHQ+ (n=43)	GHQ- (n=163)	سطح معنی داری
محدودیت عملکردی	۴/۵± ۱/۶۳	۳/۲۳±۱/۱۴۲	*۰/۰۰۲	۱/۱۴۶±۱/۳۸	۰/۹۷±۱/۰۲	*۰/۰۳
درد فیزیکی	۵/۲۸±۱/۵۰	۳/۸±۱/۴۴	*۰/۰۰۰۱	۱/۶۵±۱/۵۵	۱/۳۵±۱/۱,۲۳	۰/۲۵
ناراحتی سایکولوژیک	۴/۷۳±۱/۶۷	۳/۳۸±۱/۶۹	*۰/۰۰۲	۱/۱۳۴±۱/۵۷	۰/۰۹۵±۱/۱۱۹	۰/۱۳
ناتوانی فیزیکی	۳/۳۴±۱/۴۱	۱/۰۰±۰/۸۰	*۰/۰۰۱	۲/۵۵±۱/۳۱	۰/۹۶±۰/۸۳	*۰/۰۰۱
ناتوانی سایکولوژیک	۴/۴۴±۱/۳۲	۲/۹۶±۱/۸۴	*۰/۰۰۱	۰/۸۸±۱/۰۷	۰/۸۰±۰/۹۹	۰/۶۶
ناتوانی اجتماعی	۴/۲۶±۱/۱۳۶	۲/۸۴±۱/۱۵۶	*۰/۰۰۱	۱/۱۰۰±۱/۲۳	۰/۶۶±۰/۹۲	۰/۱۰
معلولیت	۲/۹۲±۱/۱۹	۱/۶۵±۱/۹۷	*۰/۰۰۲	۰/۴۸±۰/۷۰	۰/۴۱±۰/۷۲	۰/۵۲
نمره کل OHIP-14	۳۱/۰۷±۷/۱۴	۲۱/۵۷±۹/۷۴	*۰/۰۰۱	۷/۷,۸۶±۵/۷	۰/۹۷±۱/۰۲	۰/۰۹

* P<۰/۰۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

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(۱۹-۱۶)، در این مطالعه از پرسشنامه GHQ-28 به منظور بررسی اختلالات روانی افراد شرکت‌کننده 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 پایین‌تر بوده که این نتیجه همسو با مطالعه ما می‌باشد(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 معنی‌داری را نشان داد که علت آن، تغییر مزه دهان و نارضایتی از نوع ماده غذایی دریافتی گزارش شد اما ارتباط معنی‌داری بین اختلالات روانی در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد(۱۵). آن‌ها عنوان کردند علی‌رغم این‌که 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 آن‌جایی‌که عوامل متعددی بر سلامت روانی افراد تأثیرگذار هستند، لذا وجود همبستگی بین سلامت روانی و بیماری لیکن پلان دهانی را باید در گروه‌های بزرگ‌تر و در شرایط کنترل شده‌تر 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 بیش‌تری نسبت به جمعیت عمومی مواجه بودند. هرچند این بیماری‌ها کیفیت زندگی پایین‌تری 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 می‌کنند(۱۸). استوماتیت آفتی راجعه نیز یک بیماری مخاطی دهان است که می‌تواند 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 پایین‌تری هستند(۱۹). که نتیجه حاصله در راستای نتیجه به‌دست آمده ازمطالعه ما می‌باشد.

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 پایین‌تر از افراد سالم می‌باشد. در واقع زخم‌های آفتی منجر به افزایش تاثیرات منفی سلامت دهان شده که همین امر موجب کیفیت زندگی پایین‌تر در این بیماران می‌گردد. در این مطالعه شرایط و موقعیت‌های نظیر استرس و افسردگی را از دلایل بروز آفت راجعه در بیماران گزارش نکردند. علت را این‌گونه 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 بیش‌تر بوده که موافق با مطالعه ما می‌باشد. 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

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 به‌دلیل تفاوت در گروه‌های پژوهش و پرسشنامه‌های موجود در دو مطالعه می‌باشد، به‌طوری 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 شاهدی 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. به‌طوری‌که 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(۱۱-۱۰). ما در این مطالعه صرفا به بررسی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

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، 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.

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. Sischo 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, Nqcobo 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 Apthous 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]

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 Pokupec 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-07]