

Evaluation of Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Ulcerative Colitis Referring to Tooba Dental Clinic in Sari

Maedeh Salehi^{1,2}
Ziaeddin Oladi³
Hodis Ehsani^{1,4}
Narges Tavahodi⁵
Abolfazl Hossein Nattaj⁶
Amir Mohammad Rezaei⁷
Keihan Shabankhani⁸
Tahereh Molania^{1,2}

¹ Dental Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Oral Medicine, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Ghaem Shahr Razi Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Dentistry Student, Student Research Committee, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁷ Dentistry Student, Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁸ Medical Student, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 4, 2023 ; Accepted December 2, 2023)

Abstract

Background and purpose: This study investigated the oral health-related quality of life (OHRQoL) in patients with ulcerative colitis.

Materials and methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted on 77 patients with ulcerative colitis in the Tooba dental clinic in 2023, with inclusion and exclusion criteria investigated. The OHIP-14 questionnaire was prepared from the patients and scored using two different methods. Dry mouth, DMFT, PI, GI, and SBI indices were recorded during the clinical examination. Finally, the data are analyzed statistically.

Results: In this study, the participants were categorized according to the use or non-use of removable prostheses. Statistically, women used removable prostheses significantly more ($P=0.021$). The average age of patients with removable prostheses was higher ($P=0.003$). Also, the OHRQoL score increased by 0.24 ($P=0.034$) as the age of the patients increased each year. OHRQoL score was higher in patients with removable dental prostheses ($P=0.020$). In general, patients had a higher OHRQoL score with alcohol consumption ($P=0.007$). In patients with removable prostheses, the average OHRQoL was significantly higher in patients with dry mouth ($P=0.038$).

Conclusion: In the studied population of patients with ulcerative colitis, overall oral health-related quality of life (OHRQoL) was found to be worse in individuals with removable prostheses, older age, and alcohol consumption. Additionally, no significant relationship was observed between OHRQoL and smoking, dry mouth, or oral-dental indices (PI, GI, DMFT, and SBI).

Keywords: quality of life, ulcerative colitis, oral health

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (227): 96-105 (Persian).

Corresponding Author: Tahereh Molania - Faculty of Dentistry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
(E-mail: tmollania@mazums.ac.ir, t_molania117@yahoo.com)

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو مراجعه کننده به کلینیک طبوبی ساری

مائده صالحی^۱،
 ضیال‌الدین اولادی^۳
 حدیث احسانی^۴،
 نرگس توحیدی^۵
 ابوالفضل حسین نتاج^۶
 امیرمحمد رضایی^۷
 کیهان شعبان‌خانی^۸
 طاهره ملانیا^۱

چکیده

سابقه و هدف: این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان (OHRQoL) در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو انجام گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی بود. تعداد ۷۷ بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو، تحت درمان در کلینیک طبوبی ساری در سال ۱۴۰۲، دارای معیار ورود و فاقد معیار خروج، در این مطالعه بررسی شدند. پرسشنامه OHIP-14 از بیماران تهیه گردید و با دو روش مختلف امتیازدهی شد. طی معاینه بالینی، شاخص‌های خشکی دهان، DMFT، PI، GI و SBI ثبت گردید. در نهایت داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این مطالعه شرکت کنندگان بر حسب استفاده یا عدم استفاده از پروتز متحرک دسته‌بندی شدند. از نظر آماری خانم‌ها به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از پروتز متحرک استفاده می‌کردند ($P=0/021$). میانگین سن بیماران دارای پروتز متحرک دهانی بالاتر بود ($P=0/003$). همچنین با افزایش هر سال سن بیماران، نمره کیفیت زندگی ۰/۲۴ افزایش می‌یافت ($P=0/034$). نمره OHRQoL در بیماران دارای پروتز متحرک دهانی بالا بود ($P=0/020$). بیماران به‌صورت کلی، با مصرف الکل نمره کیفیت زندگی بالاتر داشتند ($P=0/007$). در بیماران با پروتز متحرک، میانگین کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود ($P=0/038$).

استنتاج: به‌صورت کلی OHRQoL در بیماران با پروتز متحرک، مسن‌تر و مصرف‌کننده الکل بدتر بود. هم‌چنین، بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و مصرف دخانیات، خشکی دهان، متغیرهای دهانی-دندانی (DMFT، GI، PI و SBI) ارتباط معناداری وجود نداشت.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، کولیت اولسراتیو، سلامت دهان

مقدمه

دو شکل اصلی بیماری التهابی روده (IBD)، بیماری کرون و کولیت اولسراتیو هستند. این بیماری‌ها، مزمن، عودکننده، خود به‌خود بهبود یابنده و چند علتی هستند (۱). در کولیت اولسراتیو، پروسه التهابی به کولون

مؤلف مسئول: طاهره ملانیا- ساری، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری‌های دهان

- مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 - دانشیار، گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 - استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 - استادیار، گروه پرودنتیکس، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 - دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 - استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 - دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 - دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۸/۲۰ تاریخ تصویب: ۱۴۰۲/۹/۱۱

محدود می‌شود و همیشه رکتوم را درگیر می‌کند و ممکن است به صورت مداوم به صورت پروگزیمال گسترش یابد (۲). شایع‌ترین علائم مرتبط با کولیت اولسراتیو، خونریزی مقعدی، اسهال و درد شکم است، در حالی که برخی از کاهش وزن، تهوع، استفراغ و تظاهرات خارج روده‌ای کولیت اولسراتیو مانند آرتريت، التهاب عنیه، اریتم ندوزوم، زخم‌های آفتی را گزارش می‌کنند (۳،۱). کولیت اولسراتیو در حال حاضر قابل درمان نیست و درمان با هدف تسکین علائم، کاهش التهاب در طول دوره تشدید، حفظ بهبودی و افزایش کیفیت زندگی است. درمان جراحی در بیمارانی که در درمان دارویی شکست می‌خورند یا دچار عوارض شدید می‌شوند اندیکاسیون دارد (۴). پیک سن برای تشخیص کولیت اولسراتیو، ۳۰ تا ۴۰ سال است و این بیماری بیش‌تر در مردان رخ می‌دهد (۶۰-۵۳/۸ درصد) (۵-۷). بسیاری از بیماران گزارش می‌دهند که IBD بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و توانایی کار آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (۹،۸).

مطالعات محدودی به شیوع مشکلات دهان و دندان در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو پرداخته‌اند (۱۱،۱۰). این بیماری دارای علائم دهانی مانند هالیتوزیس، خشکی دهان، زخم‌های آفتی، استوماتیت و لیکن پلان است (۱۲). کولیت اولسراتیو و پریدنتیت به ترتیب با یک پاسخ ایمنی بیش از حد به باکتری‌های روده و باکتری‌های پلاک دندانی مشخص می‌شوند که ممکن است هموستاز موضعی را در افراد مستعد مختل کند (۱۳). در مطالعات گذشته attachment loss بیش‌تر و شیوع و شدت بیش‌تر پریدنتیت در بزرگسالان مبتلا به IBD نسبت به گروه کنترل نشان داده شده است (۱۴). هم‌چنین مشخص شده است که یک ششم از افراد IBD نیز با تشخیص روماتوئید تشخیص داده می‌شوند و خطر ابتلا به پریدنتیت با افزایش عمق پروب و attachment loss در افراد مبتلا به آرتريت روماتوئید ۱۳ درصد افزایش می‌یابد (۱۴،۱۵). با توجه به دانش فعلی ارتباط

معنی‌داری بین بیماری التهابی روده و پریدنتیت وجود دارد (۱۶). در مطالعات ذکر شده است که افزایش دانش در مورد پاتوژنز کولیت اولسراتیو و عوارض خارج از روده می‌تواند در مدیریت بالینی بیماری پریدنتال برای افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو نقش داشته باشد (۱). کولیت اولسراتیو می‌تواند تأثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران در طول بیماری فعال یا ساکن داشته باشد (۱۱،۱۷). عواملی که بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو تأثیر می‌گذارند، شامل سیر بیماری (وسعت، شدت و الگوی عود)، درمان (اثر بخشی، عوارض جانبی و بار تجویز) و عوامل غیر مرتبط با بیماری مانند ویژگی‌های جمعیت شناختی یا تأثیرات روانی-اجتماعی و اجتماعی-اقتصادی می‌باشد (۱۰،۱۸). همان‌طور که انتظار می‌رود، بیماری فعال مهم‌ترین عامل مؤثر بر کیفیت زندگی است. علاوه بر این، بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو اغلب خستگی و اختلال خواب، ناتوانی در انجام کارهای معمول روزانه خود و مشکل در حضور در مدرسه یا شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت را توصیف می‌کنند. اغلب، بیماران برای کنار آمدن با زندگی شخصی خود مشکل دارند و خشم، خجالت و ناامیدی را به عنوان عاملی برای تغییر وضعیت عاطفی توصیف می‌کنند. بسیاری از بیماران هم‌چنین نگران نیاز به جراحی یا احتمال ابتلا به سرطان هستند (۳). مطالعه‌ای تا کنون به بررسی OHRQoL در این بیماران پرداخته است، لذا این مطالعه با هدف بررسی OHRQoL در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی مقطعی، بر روی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو (تشخیص داده شده در پرونده) مراجعه‌کننده به کلینیک طبوبی ساری در سال ۱۴۰۲، انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیمارانی بود که مبتلا به بیماری کولیت اولسراتیو بودند

هیچوقت = ۰، به ندرت = ۱، گاهی = ۲، اغلب اوقات = ۳، اکثر اوقات = ۴ امتیازدهی می شود و امتیاز OHIP-14 بین ۰ تا ۵۶ می باشد که هر چقدر این امتیاز کم تر بود، نشانه کیفیت زندگی بهتر برای آن افراد است. در روش دیگر ارزیابی که SC (simple count) نامیده می شود برای گزینه های هیچ وقت و به ندرت، امتیاز صفر و برای گزینه های گاهی، اغلب اوقات و اکثر اوقات، امتیاز یک در نظر گرفته می شود. این روش برای آن که برخی از افراد ممکن است تفاوت واقعی بین گزینه های پرسشنامه را درک نکرده باشند در نظر گرفته می شود. امتیاز SC-OHIP-14 با این روش، ۰ تا ۱۴ است و باز هم کم تر شدن امتیاز، نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر در بیماران است (۲۰).

در نهایت، در بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی طبیبی، بیماران توسط دانشجوی سال آخر دندانپزشکی که توسط متخصص بیماری های دهان همکار طرح آموزش دیده، از نظر بالینی مورد معاینه قرار گرفتند. شاخص DMFT، PI (plaque index)، GI (gingival index) براساس روش Loe & Silness و SBI (sulcus bleeding index) بر روی دندان های ramfjord (دندان های شماره ۳، ۹، ۱۲، ۱۹، ۲۵، ۲۸) انجام گرفت و در صورتی که یکی از دندان ها غائب بودند، از دندان کناری استفاده شد (۲۱). برای تجزیه و تحلیل داده ها، از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی فراوانی، میانگین، درصد و انحراف معیار گزارش گردید. از آزمون های تی مستقل جهت مقایسه میانگین دو گروه و آزمون های کای دو (در صورت لزوم آزمون دقیق فیشر) جهت مقایسه فراوانی دو گروه استفاده شد. داده های حاصل بوسیله نرم افزار SPSS (SPSS, IBM Version 22; SPSS, Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

(تشخیص بیماری آن ها مستند بود)، فاقد بیماری سیستمیک دیگری بودند و حداقل ۲۰ دندان در دهان داشتند. معیارهای خروج از مطالعه شامل افراد بی سواد و افرادی که قادر به پر کردن پرسشنامه نبودند، بوده است. مطالعه حاضر پس از دریافت کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1401.531 توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد. حجم نمونه مطالعه براساس مطالعه جهانتاش و همکاران محاسبه گردید. در مطالعه مذکور میانگین کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و دندان در بیماران ام اس $10/99 \pm 9/38$ برآورد گردید (۱۹). تعداد حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصدی، توان آزمون ۸۰ درصدی، خطای اندازه گیری ۳ واحدی، با استفاده از فرمول مقایسه بین میانگین ها و با استفاده از نرم افزار G-power برابر با ۷۷ برآورد شد. در ابتدا هدف از انجام مطالعه و مراحل آن به تمام شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت شفاهی از آن ها تهیه گردید. سپس اطلاعات دموگرافیک بیماران مثل سن، جنس، شغل و در پرونده بیماران ثبت شد. سوالات مربوط به مصرف سیگار، استفاده از پروتزهای متحرک و ۹ سوال مربوط به خشکی دهان از بیماران پرسیده شد. اطلاعات مربوط به وجود بیماری های سیستمیک دیگر نیز در پرونده بیمار ثبت گردید. بیمارانی که از ۹ سوال خشکی دهان، به ۵ سوال پاسخ مثبت می دادند، خشکی دهان آن ها مورد تایید قرار می گرفت (۲۰). ابزار سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در این مطالعه، پرسشنامه OHIP-14 بود که روایی و پایایی نسخه فارسی آن تایید شده است (ضریب آلفا کرونباخ = ۰/۷۶) (۲۱). این پرسشنامه شامل ۷ زیر گروه محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت می باشد. هر زیر گروه شامل دو سوال بود. برای ارزیابی پاسخ ها دو روش در نظر گرفته شد. روش ADD (additive) که در آن گزینه های آزمون به صورت

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۷ شرکت کننده حضور داشتند که ۳۸ نفر (۴۹/۴ درصد) خانم و ۳۹ نفر (۵۰/۶ درصد) آقا بودند و پرسشنامه OHIP-14 را تکمیل نمودند. از میان شرکت کنندگان ۳۲/۵ درصد آن‌ها دخانیات و ۱۱/۷ درصد الکل مصرف می‌کردند، ۳۶/۴ درصد دارای خشکی دهان بودند و ۲۰/۸ درصد پروتز متحرک داشتند. نتایج حاصل از بررسی GI، PI و SBI در شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ توصیف شده است. هم‌چنین میانگین سن در کل شرکت کنندگان برابر با $45/40 \pm 7/20$ سال و میانگین شاخص DMFT، $11/26 \pm 2/76$ بود.

میانگین و انحراف معیار زیرگروه‌های OHIP-14 در روش ارزیابی ADD به ترتیب ۲۳/۹۴، ۶/۹۱ و در روش ارزیابی SC به ترتیب ۷/۸۶ و ۳/۰۲ به دست آمد. جدول شماره ۲، نشان‌دهنده نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای کیفی مورد مطالعه گزارش است که با آزمون تی مستقل مقایسه شدند. براساس هر دو دستورالعمل نمره‌دهی هر دو پرسشنامه، نمرات کیفیت زندگی با متغیرهای مصرف الکل و پروتز متحرک ارتباط معنی‌داری داشتند.

جدول شماره ۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای کیفی مورد مطالعه

متغیر کیفی	تعداد (درصد)
PI	
بدون پلاک	۱۲ (۱۵/۶)
نازک	۲۷ (۳۵/۰)
متوسط	۲۸ (۳۶/۴)
فراوان	۱۰ (۱۳/۰)
GI	
نرمال	۴ (۵/۲)
خفیف	۳۱ (۴۰/۳)
متوسط	۳۳ (۴۲/۹)
شدید	۹ (۱۱/۷)
SBI	
عدم خونریزی	۲۵ (۳۲/۵)
خونریزی	۵۲ (۶۷/۵)

نمرات کیفیت زندگی در افرادی که دارای مصرف الکل بودند به‌طور معنی‌دار بیش‌تر از سایرین بود ($P < 0/05$). هم‌چنین نمره کیفیت زندگی در افرادی که دارای پروتز متحرک بودند بیش‌تر از سایرین بود

($P < 0/05$) (نمره کیفیت زندگی بالاتر به منزله کیفیت زندگی بدتر و کم‌تر است).

جدول شماره ۲: مقایسه نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای کیفی مورد مطالعه

متغیر کیفی	SC OHIP14		ADD OHIP14	
	انحراف معیار میانگین	سطح معنی‌داری	انحراف معیار میانگین	سطح معنی‌داری
جنسیت				
	زن	$7/8 \pm 3/1$	$33/1 \pm 7/1$	
مرد	$7/8 \pm 3/0$	$0/653$	$23/8 \pm 6/8$	
مصرف الکل				
	خیر	$7/5 \pm 3/0$	$22/7 \pm 6/6$	
بله	$10/2 \pm 2/6$	$0/007$	$29/2 \pm 6/8$	
مصرف دخانیات				
	خیر	$7/6 \pm 3/0$	$23/2 \pm 6/8$	
بله	$8/3 \pm 3/0$	$0/537$	$24/2 \pm 7/1$	
خشکی دهان				
	خیر	$7/8 \pm 2/7$	$23/4 \pm 5/9$	
بله	$8/0 \pm 3/5$	$0/914$	$23/6 \pm 8/5$	
پروتز متحرک				
	خیر	$7/3 \pm 2/8$	$22/3 \pm 6/3$	
بله	$9/9 \pm 3/1$	$0/002$	$28/1 \pm 7/4$	
PI				
	بدون پلاک	$8/7 \pm 3/4$	$26/0 \pm 8/5$	
	نازک	$8/1 \pm 3/2$	$24/0 \pm 6/8$	
	متوسط	$7/1 \pm 2/5$	$21/3 \pm 5/3$	$0/164$
فراوان	$8/4 \pm 3/3$	$25/2 \pm 8/2$		
GI				
	نرمال	$5/8 \pm 4/3$	$19/3 \pm 8/8$	
	خفیف	$8/1 \pm 3/0$	$24/3 \pm 7/1$	
	متوسط	$7/9 \pm 2/9$	$23/4 \pm 6/5$	$0/558$
شدید	$8/0 \pm 3/3$	$23/0 \pm 7/3$		
SBI				
	عدم خونریزی	$8/0 \pm 3/1$	$24/4 \pm 7/3$	
خونریزی	$7/8 \pm 3/0$	$23/1 \pm 6/8$	$0/428$	

در جدول شماره ۳ ضریب همبستگی نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی با متغیرهای کمی مورد مطالعه گزارش گردید. براساس هر دو شیوه نمره‌دهی، نمره کیفیت زندگی با سن بیماران دارای ارتباط معنادار و مستقیم بود ($P = 0/005$) به‌طوری‌که با افزایش سن، نمره کیفیت زندگی افزایش می‌یابد و کیفیت زندگی بدتری مشاهده می‌شود. بین DMFT و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۳: ضریب همبستگی نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی با متغیرهای کمی

متغیر کمی	SC OHIP14		ADD OHIP14	
	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
سن	$0/36$	$0/001$	$0/31$	$0/005$
DMFT	$0/14$	$0/213$	$0/15$	$0/199$

در جدول شماره ۴، مشاهده می‌گردد که فراوانی وضعیت خشکی دهان بر حسب متغیرهای کیفی مورد

از این مطالعه بین OHRQoL و متغیرهای GI، PI، DMFT و SBI ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

در این مطالعه در مجموع ۷۷ نفر وارد مطالعه شدند که به صورت کلی کیفیت زندگی در بیماران دارای پروتز متحرک و مسن بدتر بود. مطالعات قبلی نیز نشان داده‌اند که افراد مسن به دلیل تغییرات مرتبط با سن، مانند سلامت ضعیف تر یا افزایش وابستگی به دیگران و افزایش نیازها، کیفیت زندگی پایین تری دارند (۲۲). چه بسا این که مبتلا به بیماری مزمن کولیت اولسراتیو باشند که با دوره بیماری غیر قابل پیش بینی و ناتوان کننده، در میان بیماری‌های مزمن، می‌تواند چالش برانگیز باشد (۲۳). این مطالعه بیان داشت که در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو، بین OHRQoL و مصرف دخانیات ارتباط معناداری وجود ندارد. یک مطالعه مورد-شاهدی پیشین گزارش کرد که احتمال سیگار کشیدن در افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو، بسیار کم تر از افراد گروه کنترل از نظر سن و جنس بود. در همین راستا ادعا کرد که سیگار کشیدن باعث محافظت در برابر کولیت اولسراتیو می‌شود (۲۴).

مطالعه Beaugerie و همکاران تایید کرد که شدت و بروز کولیت اولسراتیو در افراد غیر سیگاری بیش تر از افراد سیگاری است. حتی در افراد سیگاری مبتلا به کولیت اولسراتیو که سیگار را ترک می‌کنند، با افزایش فعالیت بیماری و نیاز به بستری شدن در بیمارستان، شدت بیماری پس از ترک سیگار افزایش می‌یابد (۲۵). مطالعه مروری Lunney و همکاران پیشنهاد داد که نیکوتین تراپی برای کنترل التهاب در فازهای حاد بیماری در نظر گرفته شود (۲۶). با توجه به تاثیر اثبات شده دخانیات و نیکوتین در کاهش شدت و بروز کولیت اولسراتیو، به نظر می‌رسد به همین طریق، مصرف دخانیات تاثیر معنی داری در کاهش کیفیت زندگی این بیماران نداشته باشد.

در مطالعه مورد-شاهدی Boyko و همکاران مشاهده شد که خطر ابتلا به کولیت اولسراتیو با مصرف الکل قبل از شروع بیماری فقط در بین افرادی که هرگز سیگار نمی‌کشیدند، کاهش یافت و این خطر با افزایش

مطالعه گزارش و با آزمون کای دو مقایسه گردید. تنها شاخص PI دارای ارتباط معنی داری با وضعیت خشکی دهان بود ($P=0/039$). در بیمارانی که خشکی دهان داشتند، ۶۷/۹ درصد دارای شاخص PI متوسط و شدید بودند اما در بیماران فاقد خشکی دهان، ۳۶/۸ درصد این وضعیت را داشتند. سایر متغیرها دارای ارتباط معنی دار با وضعیت خشکی دهان نبودند.

در جدول شماره ۵، متغیرهای کمی بر حسب وضعیت خشکی دهان گزارش و با آزمون تی مستقل مقایسه گردیدند. همان طور که مشاهده می‌گردد دو گروه دارا و فاقد خشکی دهان از نظر سن و DMFT دارای اختلاف معنی دار نبودند.

جدول شماره ۴: مقایسه وضعیت خشکی دهان بر حسب متغیرهای کیفی مورد مطالعه

متغیر کیفی	فاقد خشکی دهان (تعداد (درصد))	داشتن خشکی دهان (تعداد (درصد))	سطح معنی داری
جنسیت			
زن	۲۵ (۵۱/۰)	۱۳ (۴۶/۴)	
مرد	۲۴ (۴۹/۰)	۱۵ (۵۳/۶)	۰/۶۹۸
مصرف الکل			
خیر	۴۳ (۸۷/۸)	۲۵ (۸۹/۳)	
بله	۶ (۱۲/۲)	۳ (۱۰/۷)	۰/۸۴۱
مصرف دخانیات			
خیر	۳۲ (۶۵/۳)	۲۰ (۷۱/۴)	
بله	۱۷ (۳۴/۷)	۸ (۲۸/۶)	۰/۵۸۱
پروتز متحرک			
خیر	۴۰ (۸۱/۶)	۲۱ (۷۵/۰)	
بله	۹ (۱۸/۴)	۷ (۲۵/۰)	۰/۴۹۰
PI			
بدون پلاک	۱۰ (۲۰/۴)	۲ (۷/۱)	
نازک	۲۰ (۴۰/۸)	۷ (۲۵/۰)	
متوسط	۱۶ (۳۲/۸)	۱۲ (۴۲/۹)	۰/۰۳۹
فراوان	۳ (۶/۱)	۷ (۲۵/۰)	
GI			
نرمال	۳ (۶/۱)	۱ (۳/۶)	
خفیف	۲۲ (۴۴/۹)	۹ (۳۲/۱)	
متوسط	۱۸ (۳۶/۷)	۱۵ (۵۳/۶)	۰/۵۸۸
شدید	۶ (۱۲/۲)	۳ (۱۰/۷)	
SBI			
عدم خونریزی	۱۸ (۳۶/۷)	۷ (۲۵/۰)	
خونریزی	۳۱ (۶۳/۳)	۲۱ (۷۵/۰)	۰/۲۹۰

جدول شماره ۵: مقایسه متغیرهای کمی بر حسب وضعیت خشکی دهان

متغیر	فاقد خشکی دهان (الحراف معیارثبتیالگین)	داشتن خشکی دهان (الحراف معیارثبتیالگین)	سطح معنی داری
سن	۴۵/۳۳ ± ۷/۵۰	۴۵/۵۴ ± ۶/۷۷	۰/۹۰۳
DMFT	۱/۹۲ ± ۲/۵۰	۱/۸۶ ± ۳/۱۲	۰/۱۵۲

بحث

مطالعه حاضر به بررسی OHRQoL در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو پرداخت. براساس نتایج حاصل

مصرف روزانه الکل کم تر شد. به طوری که، مطالعه آن‌ها ادعا کرد مصرف الکل ممکن است بروز کولیت اولسراتیو را کاهش دهد (۲۷). از طرف دیگر، مطالعه Bergmann و همکاران بر یک جمعیت اروپایی گزارش کرد که هیچ مدرکی دال بر ارتباط بین مصرف الکل و احتمال ابتلا به کولیت اولسراتیو یا بیماری کرون وجود ندارد (۲۸).

در مطالعه کنونی مصرف الکل در حدود ۱۰ درصد از افراد مبتلا به بیماری کولیت اولسراتیو مشاهده شد. با توجه به این که بیماری‌های مزمن تاثیرات روحی روانی بسزایی بر بیماران دارند، مقابله با بیماری به عنوان یک سازگاری ذهنی و شناختی با راهبردهای مقابله‌ای مختلف مشکل محور، متمرکز بر عواطف و ناکارآمدی در بین بیماران رایج است (۲۳). از نمونه‌های روش مقابله ناکارآمد، انکار و استفاده از الکل و مواد مخدر است (۲۹). در همین راستا، مصرف بیش تر الکل در مبتلایان، قابل توجه است.

در مطالعه حاضر، مصرف الکل به طور معنی داری با کاهش OHRQoL بیماران کولیت اولسراتیو مرتبط بود. Caglayan و همکاران بیان کردند که OHRQoL ممکن است با عواملی مانند جنسیت، تحصیلات و عادات مضر مرتبط باشد (۳۰). هم چنین، Almozino و همکاران گزارش کردند که سن جوان تر، تحصیلات آکادمیک، عدم مصرف الکل، فعالیت بدنی منظم، سال‌های اعتیاد به سیگار کم تر، مراجعه روتین به دندانپزشکی و نمرات درد دندان کم تر، با OHRQoL بهتر مرتبط هستند و تاثیر الکل بر کاهش OHRQoL ممکن است به دلیل آثار بسیار و ناخوشایند اثبات شده الکل بر حفره دهان باشد (۳۱).

نتایج نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی دارای اختلاف معناداری بر حسب وقوع یا عدم وقوع خشکی دهان نبود. مطالعه Goldinova و همکاران که سلامت دهان و عملکرد بزاقی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو را مطالعه کرد، بیان داشت که خشکی دهان با شاخص فعالیت کولیت بالینی ساده ($P=0/042$) و

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت IBD ($P=0/001$) همبستگی داشت. در نتیجه، احساس ذهنی خشکی دهان (زروستومیا) با فعالیت بیماری و کیفیت زندگی مرتبط با فعالیت بیماری در بیماران کولیت اولسراتیو مرتبط بود (۳۲). از علل اختلاف در نتایج مشاهده شده می توان به تفاوت در زیرگروه‌های بررسی شده در مطالعه حاضر و مقیاس‌های بررسی کیفیت زندگی متفاوت بین دو مطالعه اشاره کرد. Bertl و همکاران مطالعه‌ای موردی-شاهدی با هدف بررسی شیوع پرودنتیت در بیماران مبتلا به بیماری کرون و کولیت اولسراتیو انجام دادند و مشاهده کردند که بیماران مبتلا به IBD به طور قابل توجهی سلامت دهان و دندان و مشکلات پرودنتال بیش تری را در مقایسه با گروه کنترل گزارش کردند. سلامت کلی ضعیف دندان‌ها و لثه‌ها (از نظر ادراک خود بیماران) و ابتلا به پرودنتیت شدید، در بیماران مبتلا به بیماری کرون و کولیت اولسراتیو نسبت به گروه کنترل، به طور قابل توجهی، شانس بالاتری را نشان داد، اما مبتلایان به بیماری کرون شدیدتر تحت تاثیر قرار می گیرند و دندان‌های بیش تری را از دست می دهند (۳۳).

مطالعه Haugbo و همکاران که به بررسی پرودنتیت در بیماران با حداقل سابقه ۱۰ سال از تشخیص کولیت اولسراتیو پرداخت، گزارش کرد که هیچ ارتباطی بین پرودنتیت با سال‌های تشخیص کولیت اولسراتیو یافت نشد. هم چنین، در افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو به خوبی درمان شده، هم شیوع پرودنتیت و هم شیوع OHRQoL با جمعیت عمومی مطابقت داشت (۱). این یافته‌ها می تواند توجه کننده نتایج مطالعه حاضر باشند.

برخلاف نتایج مطالعه حاضر، Goldinova و همکاران در سال ۲۰۲۰ بیان کردند که بیش ترین مشکلات بهداشت دهان و دندان گزارش شده از سوی مبتلایان به کولیت اولسراتیو، هالیتوز (۲۹ درصد) و آفت (۲۸ درصد) بودند و مشکلات دندانانی اغلب تشکیل حفره (۳۵ درصد) و مشکلات لثه (۳۱ درصد) بودند. بیماران مبتلا به بیماری فعال به طور قابل توجهی شکایات دهانی و دندانانی

متغیرهای دهانی - دندانی GI، PI، DMFT و SBI ارتباط معناداری وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مطالعه منتج از پایان نامه مقطع دکترا عمومی دندانپزشکی بوده که در دانشگاه علوم پزشکی مازندران به تصویب رسید (شماره طرح = ۱۰۵۸۴). از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت حمایت و همکاری در اجرای طرح تقدیر و تشکر به عمل می آید.

بیش تری را تجربه می کردند و مشکلات سلامت دهان و دندان اغلب در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو به ویژه در طول بیماری فعال مشاهده می شود (۳۲). نتایج این مطالعه از آنجا که فاز فعال یا غیر فعال بیماری در شرکت کنندگان ثبت و بررسی نگردید، قابل مقایسه با مطالعه حاضر نمی باشد. به طور کلی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران با پروتز متحرک، مسن تر و مصرف کننده الکل بدتر است. هم چنین بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و مصرف دخانیات، خشکی دهان،

References

- Haugbo HO, Klepp P, Verket A. Ulcerative Colitis And Periodontitis—A Cross Sectional Study From A Norwegian Cohort Acta Odontol Scand 2023; 81(7): 541-548.
- Bouma G, Strober W. The immunological and genetic basis of inflammatory bowel disease. Nat Rev Immunol 2003; 3(7): 521-533.
- Irvine JE. Quality of life of patients with ulcerative colitis: past, present, and future. Inflamm Bowel Dis 2008; 14(4): 554-565.
- Sica GS, Biancone L. Surgery for inflammatory bowel disease in the era of laparoscopy. World J Gastroenterol 2013; 19(16): 2445-2448.
- Alatab S, Sepanlou SG, Ikuta K, Vahedi H, Bisignano C, Safiri S, et al. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Gastroenterol Hepatol 2020; 5(1): 17-30.
- Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. Gastroenterology 2011; 140(6): 1785-1794.
- Lirhus SS, Høivik ML, Moum B, Anisdahl K, Melberg HO. Incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Norway and the impact of different case definitions: a nationwide registry study. Clin Epidemiol 2021: 287-294.
- Hoivik ML, Moum B, Solberg IC, Cvancarova M, Hoie O, Vatn MH, et al. Health-related quality of life in patients with ulcerative colitis after a 10-year disease course: results from the IBSEN study. Inflamm Bowel Dis 2012; 18(8): 1540-1549.
- Høivik ML, Moum B, Solberg IC, Henriksen M, Cvancarova M, Bernklev T, Group I. Work disability in inflammatory bowel disease patients 10 years after disease onset: results from the IBSEN Study. Gut 2013; 62(3): 368-375.
- Janke K-H, Raible A, Bauer M, Clemens P, Meisner C, Häuser W, et al. Questions on life satisfaction (FLZ M) in inflammatory bowel disease. Int J Colorectal Dis 2004; 19: 343-353.
- Verma S, Tsai H, Giaffer M. Does better disease-related education improve quality of life? Dig Dis Sci 2001; 46: 865-869.

12. Nordin K, Pählman L, Larsson K, Sundberg-Hjelm M, Lööf L. Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37(4): 450-457.
13. Vavricka SR, Manser CN, Hediger S, Vögelin M, Scharl M, Biedermann L, et al. Periodontitis and gingivitis in inflammatory bowel disease: a case-control study. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19(13): 2768-2777.
14. Fuggle NR, Smith TO, Kaul A, Sofat N. Hand to mouth: a systematic review and meta-analysis of the association between rheumatoid arthritis and periodontitis. *Front Immunol* 2016; 7: 80.
15. Ossum AM, Palm Ø, Cvancarova M, Solberg IC, Vatn M, Moum B, et al. Peripheral arthritis in patients with long-term inflammatory bowel disease. Results from 20 years of follow-up in the IBSEN study. *Scand J Gastroenterol* 2018; 53(10-11): 1250-1256.
16. Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol* 2018; 45S20: 171-S89.
17. Janke K-H, Klump B, Gregor M, Meisner C, Haeuser W. Determinants of life satisfaction in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11(3): 272-286.
18. Drossman DA, Li Z, Leserman J, Patrick DL. Ulcerative colitis and Crohn's disease health status scales for research and clinical practice. *J Clin Gastroenterol* 1992; 15(2): 104-112.
19. Jahantash AH, Babadi Oregani E, Sadeghipour Roodsari M, Behnaz M, Namdari M. Evaluation of Oral Health-related Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Mashhad Dental School* 2021; 45(4): 336-348 (Persian).
20. Nikbin A, Bayani M, Jenabian N, Khafri S, Motallebnejad M. Oral health-related quality of life in diabetic patients: comparison of the Persian version of Geriatric Oral Health Assessment Index and Oral Health Impact Profile: A descriptive-analytic study. *J Diabetes Metab Disord* 2014; 13(1): 32.
21. Newman MG, Carranza FA, Takei HH, Klokkevold PR. *Carranza's clinical periodontology*. Brasil: Elsevier; 2006.
22. Fraser KD, O'Rourke HM, Wiens H, Lai J, Howell C, Brett-MacLean P. A scoping review of research on the arts, aging, and quality of life. *Gerontologist* 2015; 55(4): 719-729.
23. Sajadinezhad MS, Molavi H, Asgari K, Adibi P. The mediating role of psychological adjustment in predicting quality of life in Iranian female with ulcerative colitis. *J Research Health* 2014; 4(4): 944-954.
24. Logan R, Edmond M, Somerville KW, Langman M. Smoking and ulcerative colitis. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984; 289(6450): 954-956.
25. Beaugerie L, Massot N, Carbonnel F, Cattan S, Gendre J-P, Cosnes J. Impact of cessation of smoking on the course of ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(7): 2113-2116.
26. Lunney P, Leong R. Ulcerative colitis , smoking and nicotine therapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36(11-12): 997-1008.
27. Boyko EJ, Perera DR, Koepsell TD, Keane EM, Inui TS. Coffee and alcohol use and the risk of ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1989; 84(5): 530-534.
28. Bergmann M, Hernandez V, Bernigau W, Boeing H, Chan S, Luben R, et al. No

- association of alcohol use and the risk of ulcerative colitis or Crohn's disease: data from a European Prospective cohort study (EPIC). *Eur J Clin Nutr* 2017; 71(4): 512-518.
29. Sarid O, Slonim-Nevo V, Schwartz D, Friger M, Sergienko R, Pereg A, et al. Differing relationship of psycho-social variables with active ulcerative colitis or Crohn's disease. *Int J Behav Med* 2018; 25: 341-350.
30. Caglayan F, Altun O, Miloglu O, Kaya MD, Yilmaz AB. Correlation between oral health-related quality of life (OHQoL) and oral disorders in a Turkish patient population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14(11): e573-578.
31. Almoznino G, Aframian D, Sharav Y, Sheftel Y, Mirzabaev A, Zini A. Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. *Oral Dis* 2015; 21(5): 659-666.
32. Goldinova A, Tan CX, Bouma G, Duijvestein M, Brand HS, de Boer NK. Oral health and salivary function in ulcerative colitis patients. *United European Gastroenterol J* 2020; 8(9): 1067-1075.
33. Bertl K, Burisch J, Pandis N, Bruckmann C, Klinge B, Stavropoulos A. Periodontitis prevalence in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease-PPCC: A case-control study. *J Clin Periodontol* 2022; 49(12): 1262-1274.