ORIGINAL ARTICLE

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 Oladi[3]
Hodis Ehsani[1,4]
Narges Tavahodi[5]
Abolfazl Hossein Nattaj[6]
Amir Mohammad Rezaei[7]
Keihan Shabankhani[8]
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)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۷ آذر سال ۱۴۰۲ (۱۰۵-۹۶)

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

مائده صالحی[۱و۲]
ضیاالدین اولادی[۳]
حدیث احسانی[۱و۴]
نرگس توحدی[۵]
ابوالفضل حسین نتاج[۶]
امیرمحمد رضایی[۷]
کیهان شعبان خانی[۸]
طاهره ملانیا[۱و۲]

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 طوبی 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 شرکت‌کنندگان بر حسب استفاده یا عدم استفاده از پروتز متحرک دسته‌بندی شدند. از نظر آماری خانم‌ها به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از پروتز متحرک استفاده می‌کردند(P= ۰/۰۲۱). میانگین سن بیماران دارای پروتز متحرک دهانی بالاتر بود (P= ۰/۰۰۳). همچنین با افزایش هر سال سن بیماران، نمره کیفیت زندگی ۰/۲۴ افزایش می‌یافت (P= ۰/۰۳۴). نمره OHRQoL در بیماران دارای پروتز متحرک دهانی بالا بود(P= ۰/۰۲۰). بیماران به‌صورت کلی، با مصرف الکل نمره کیفیت زندگی بالاتر داشتند (P= ۰/۰۰۷). در بیماران با پروتز متحرک، میانگین کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود (P= ۰/۰۳۸).

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

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، کولیت اولسراتیو، سلامت دهان

مقدمه

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

مولف مسئول: طاهره ملانیا- ساری، دانشکده دندانپزشکی، گروه بیماری های دهان E-mail: tmollania@mazums.ac.ir , t_molania117@yahoo.com
۱. مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار، گروه بیماری های دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استادیار، گروه پریودنتیکس، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. دانشجوی دندانپزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۷. دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۸. 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

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 آرتریت، التهاب عنبیه، 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)(۷-۵). 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 پریودنتیت 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 پریودنتیت در بزرگسالان مبتلا به IBD نسبت به گروه کنترل نشان داده شده است(۱۳). هم‌چنین مشخص شده است که یک ششم از افراد IBD نیز با تشخیص روماتوئید تشخیص داده می‌شوند و خطر ابتلا به پریودنتیت با افزایش عمق پروب و attachment loss در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید ۱۳ درصد افزایش می‌یابد(۱۵،۱۴). با توجه به دانش فعلی ارتباط معنی‌داری بین بیماری التهابی روده و پریودنتیت 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 پریودنتال 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(۱۷،۱۱). عواملی که بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو تأثیر می‌گذارند، شامل سیر بیماری (وسعت، شدت و الگوی عود)، درمان (اثربخشی، عوارض جانبی و بار تجویز) و عوامل غیر مرتبط با بیماری مانند ویژگی‌های جمعیت شناختی یا تأثیرات روانی- اجتماعی و اجتماعی-اقتصادی می‌باشد(۱۸،۱۰). 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 نپرداخته است، لذا این مطالعه با هدف بررسی OHRQoL در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو انجام گرفت.

مواد و روش ها

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

(تشخیص بیماری آن‌ها مستند بود)، فاقد بیماری سیستمیک دیگری بودند و حداقل ۲۰ دندان در دهان داشتند. معیارهای خروج از مطالعه شامل افراد بی‌سواد 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 ۱۰/۹۹±۹/۳۸ برآورد گردید(۱۹). تعداد حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصدی، توان آزمون ۸۰ درصدی، خطای اندازه‌گیری ۳ واحدی، با استفاده از فرمول مقایسه بین میانگین‌ها و با استفاده از نرم‌افزار G-power برابر با ۷۷ برآورد شد. در ابتدا هدف از انجام مطالعه و مراحل آن به تمام شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت شفاهی از آن‌ها 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 بیماری‌های سیستمیک دیگر نیز در پرونده بیمار ثبت گردید. بیمارانی که از ۹ سوال خشکی دهان، به ۵ سوال پاسخ مثبت می‌دادند، خشکی دهان آن‌ها مورد تایید قرار می‌گرفت(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 آلفاکرونباخ=۰/۷۶)(۲۱). این پرسشنامه شامل ۷ زیر گروه محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت می‌باشد. هر زیر گروه شامل دو سوال بود. برای ارزیابی پاسخ‌ها دو روش در نظر گرفته شد. روش ADD(additive) که در آن گزینه‌های آزمون به‌صورت هیچوقت =۰، به ندرت=۱، گاهی=۲، اغلب اوقات=۳، اکثر اوقات=۴ امتیازدهی می‌شود و امتیاز OHIP-14 بین ۰ تا ۵۶ می‌باشد که هر چقدر این امتیاز کم‌تر بود، نشانه کیفیت زندگی بهتر برای آن افراد است. در روش دیگر ارزیابی که SC(simple count) نامیده می‌شود برای گزینه‌های هیچ‌وقت و به ندرت، امتیاز صفر و برای گزینه‌های گاهی، اغلب اوقات و اکثر اوقات، امتیاز یک در نظر گرفته می‌شود. این روش برای آن که برخی از افراد ممکن است تفاوت واقعی بین گزینه‌های پرسشنامه را درک نکرده باشند در نظر گرفته می‌شود. امتیاز SC-OHIP-14 با این روش، ۰ تا ۱۴ است و باز هم کم‌تر شدن امتیاز، نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر در بیماران است(۲۰).

در نهایت، در بخش تشخیص دانشکده دندانپزشکی طوبی، بیماران توسط دانشجوی سال آخر دندانپزشکی که توسط متخصص بیماری‌های 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 دندان‌های ramfjord (دندان‌های شماره ۳، ۹، ۱۲، ۱۹، ۲۵، ۲۸) انجام گرفت و در صورتی که یکی از دندان‌ها غائب بودند، از دندان کناری استفاده شد(۲۱). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی فراوانی، میانگین، درصد و انحراف معیار گزارش گردید. از آزمون‌های تی مستقل جهت مقایسه میانگین دو گروه و آزمون‌های کای دو (در صورت لزوم آزمون دقیق فیشر) جهت مقایسه فراوانی دو گروه استفاده شد. داده‌های حاصل بوسیله‌ی نرم‌افزار SPSS (SPSS,IBM Version 22;SPSS,Inc.,Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۷ شرکت‌کننده حضور داشتند که ۳۸ نفر (۴۹/۴ درصد) خانم و ۳۹ نفر (۵۰/۶ درصد) آقا بودند و پرسشنامه OHIP-۱۴ را تکمیل نمودند. از میان شرکت‌کنندگان 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 PI، GI و SBI در شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ توصیف شده است. هم‌چنین میانگین سن در کل شرکت‌کنندگان برابر با ۷/۲۰±۴۵/۴۰ سال و میانگین شاخص DMFT، ۲/۷۶±۱۱/۲۶ بود.

میانگین و انحراف‌معیار زیرگروه‌های OHIP-14 در روش ارزیابی ADD به‌ترتیب ۲۳/۹۴، ۶/۹۱ و در روش ارزیابی SC به‌ترتیب ۷/۸۶ و ۳/۰۲ به‌دست 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<۰/۰۵). هم‌چنین نمره کیفیت زندگی در افرادی که دارای پروتز متحرک بودند بیش‌تر از سایرین بود (P<۰/۰۵) (نمره کیفیت زندگی بالاتر به منزله کیفیت زندگی بدتر و کم‌تر است).

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

متغیر کیفی		ADD OHIP14		SC OHIP14	
		انحراف معیار±میانگین	سطح معنی داری	انحراف معیار±میانگین	سطح معنی داری
جنسیت	زن	۲۳/۱ ± ۷/۱	۰/۶۵۳	۷/۸ ± ۳/۱	۰/۹۰۷
	مرد	۲۳/۸ ± ۶/۸		۷/۹ ± ۳/۰	
مصرف الکل	خیر	۲۲/۷ ± ۶/۶	۰/۰۰۷	۷/۵ ± ۳/۰	۰/۰۱۲
	بله	۲۹/۲ ± ۶/۸		۱۰/۲ ± ۲/۶	
مصرف دخانیات	خیر	۲۳/۲ ± ۶/۸	۰/۵۳۷	۷/۶ ± ۳/۰	۰/۳۵۵
	بله	۲۴/۲ ± ۷/۱		۸/۳ ± ۳/۰	
خشکی دهان	خیر	۲۳/۴ ± ۵/۹	۰/۹۱۴	۷/۸ ± ۲/۷	۰/۸۱۶
	بله	۲۳/۶ ± ۸/۵		۸/۰ ± ۳/۵	
پروتز متحرک	خیر	۲۲/۳ ± ۶/۳	۰/۰۰۲	۷/۳ ± ۲/۸	۰/۰۰۲
	بله	۲۸/۱ ± ۷/۴		۹/۹ ± ۳/۱	
PI	بدون پلاک	۲۶/۰ ± ۸/۵	۰/۱۶۴	۸/۷ ± ۳/۴	۰/۳۵۸
	نازک	۲۴/۰ ± ۶/۸		۸/۱ ± ۳/۲	
	متوسط	۲۱/۳ ± ۵/۳		۷/۱ ± ۲/۵	
	فراوان	۲۵/۲ ± ۸/۲		۸/۴ ± ۳/۳	
GI	نرمال	۱۹/۳ ± ۸/۸	۰/۵۷۸	۵/۸ ± ۴/۳	۰/۵۵۸
	خفیف	۲۴/۳ ± ۷/۱		۸/۱ ± ۳/۰	
	متوسط	۲۳/۴ ± ۶/۵		۷/۹ ± ۲/۹	
	شدید	۲۳/۰ ± ۷/۳		۸/۰ ± ۳/۳	
SBI	عدم خونریزی	۲۴/۴ ± ۷/۳	۰/۴۲۸	۸/۰ ± ۳/۱	۰/۸۳۸
	خونریزی	۲۳/۱ ± ۶/۸		۷/۸ ± ۳/۰	

در جدول شماره ۳ ضریب همبستگی نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی با متغیرهای کمی مورد مطالعه گزارش گردید. براساس هر دو شیوه نمره دهی، نمره کیفیت زندگی با سن بیماران دارای ارتباط معنادار و مستقیم بود(P=۰/۰۰۵) 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 شماره۳: ضریب همبستگی نمرات پرسشنامه‌های کیفیت زندگی با متغیرهای کمی

متغیر کمی	ADD OHIP14		SC OHIP14	
	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سن	۰/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۰۰۵
DMFT	۰/۱۴	۰/۲۱۳	۰/۱۵	۰/۱۹۹

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مطالعه گزارش و با آزمون کای دو مقایسه گردید. تنها شاخص PI دارای ارتباط معنی داری با وضعیت خشکی دهان بود(P=۰/۰۳۹). 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 معنی‌دار با وضعیت خشکی دهان نبودند.

در جدول شماره ۵، متغیرهای کمی بر حسب وضعیت خشکی دهان گزارش و با آزمون تی مستقل مقایسه گردیدند. همان‌طورکه مشاهده می‌گردد دو گروه دارا و فاقد خشکی دهان از نظر سن و DMFT دارای اختلاف معنی‌دار 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)	۰/۶۹۸
	مرد	۲۴ (۴۹/۰)	۱۵ (۵۳/۶)	
مصرف الکل	خیر	۴۳ (۸۷/۸)	۲۵ (۸۹/۳)	۰/۸۴۱
	بله	۶ (۱۲/۲)	۳ (۱۰/۷)	
مصرف دخانیات	خیر	۳۲ (۶۵/۳)	۲۰ (۷۱/۴)	۰/۵۸۱
	بله	۱۷ (۳۴/۷)	۸ (۲۸/۶)	
پروتز متحرک	خیر	۴۰ (۸۱/۶)	۲۱ (۷۵/۰)	۰/۴۹۰
	بله	۹ (۱۸/۴)	۷ (۲۵/۰)	
PI	بدون پلاک	۱۰ (۲۰/۴)	۲ (۷/۱)	۰/۰۳۹
	نازک	۲۰ (۴۰/۸)	۷ (۲۵/۰)	
	متوسط	۱۶ (۳۲/۷)	۱۲ (۴۲/۹)	
	فراوان	۳ (۶/۱)	۷ (۲۵/۰)	
GI	نرمال	۳ (۶/۱)	۱ (۳/۶)	۰/۵۸۸
	خفیف	۲۲ (۴۴/۹)	۹ (۳۲/۱)	
	متوسط	۱۸ (۳۶/۷)	۱۵ (۵۳/۶)	
	شدید	۶ (۱۲/۲)	۳ (۱۰/۷)	
SBI	عدم خونریزی	۱۸ (۳۶/۷)	۷ (۲۵/۰)	۰/۲۹۰
	خونریزی	۳۱ (۶۳/۳)	۲۱ (۷۵/۰)	

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

متغیر	فاقد خشکی دهان (انحراف معیار±میانگین)	داشتن خشکی دهان (انحراف معیار±میانگین)	سطح معنی داری
سن	۴۵/۳۳ ± ۷/۵۰	۴۵/۵۴ ± ۶/۷۷	۰/۹۰۳
DMFT	۱۰/۹۲ ± ۲/۵۰	۱۱/۸۶ ± ۳/۱۲	۰/۱۵۲

بحث

مطالعه حاضر به بررسی OHRQoL در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو پرداخت. براساس نتایج حاصل از این مطالعه بین OHRQoL و متغیرهای PI، GI، DMFT و SBI ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

در این مطالعه در مجموع ۷۷ نفر وارد مطالعه شدند که به‌صورت 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 ضعیف‌تر یا افزایش وابستگی به دیگران و افزایش نیازها، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند(۲۲). چه بسا این که مبتلا به بیماری مزمن کولیت اولسراتیو باشند که با دوره بیماری غیر قابل پیش بینی و ناتوان‌کننده، 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 کم‌تر 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 بیش‌تر 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 وهمکاران 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 معنی‌داری 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مصرف روزانه الکل کم‌تر شد. به‌طوری‌که، 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 ناکارآمد 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 توجیه است.

در مطالعه حاضر، مصرف الکل به طور معنی‌داری 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). هم‌چنین، Almoznino و همکاران گزارش کردند که سن جوان‌تر، 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=۰/۰۴۲) و کیفیت‌زندگی مرتبط با سلامتIBD (P=۰/۰۰۱) 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 می‌توان 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 پریودنتیت 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 پریودنتال بیش‌تری را در مقایسه با گروه کنترل گزارش کردند. سلامت کلی ضعیف دندان‌ها و لثه‌ها (از نظر ادراک خود بیماران) و ابتلا به پریودنتیت 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 تأثیر قرار می‌گیرند و دندان‌های بیش‌تری را از دست می‌دهند(۳۳).

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

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

بیش‌تری را تجربه می‌کردند و مشکلات سلامت دهان و دندان اغلب در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو به ویژه در طول بیماری فعال مشاهده می‌شود(۳۲). نتایج این مطالعه از آن‌جا که فاز فعال یا غیر فعال بیماری در شرکت‌کنندگان ثبت و بررسی نگردید، قابل مقایسه با مطالعه حاضر نمی‌باشد. به‌طور کلی در بیماران مبتلا به کولیت اولسرتیو کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران با پروتز متحرک، مسن‌تر و مصرف‌کننده الکل بدتر است. هم‌چنین بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و مصرف دخانیات، خشکی دهان، متغیرهای دهانی- دندانی PI، GI، DMFT و SBI ارتباط معناداری وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مطالعه منتج از پایان‌نامه 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 می‌آید.

References

1. 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.
2. Bouma G, Strober W. The immunological and genetic basis of inflammatory bowel disease. Nat Rev Immunol 2003; 3(7): 521-533.
3. Irvine JE. Quality of life of patients with ulcerative colitis: past, present, and future. Inflamm Bowel Dis 2008; 14(4): 554-565.
4. Sica GS, Biancone L. Surgery for inflammatory bowel disease in the era of laparoscopy. World J Gastroenterol 2013; 19(16): 2445-2448.
5. 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.
6. Cosnes J, Gower–Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. Gastroenterology 2011;140(6):1785-1794.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Verma S, Tsai H, Giaffer M. Does better disease-related education improve quality of life? Dig Dis Sci 2001; 46: 865-869.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

12. Nordin K, Påhlman 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]