

بررسی سلامت روانی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی

دکتر مینا مطلب نژاد^۱ دکتر شکوفه موسوی^۲ دکتر ثریا خفری^۳ دکتر مریم بهاروند^۴ دکتر فاطمه یارمند^۵ دکتر سیما چنگیز^{۶*}

۱- دانشیار گروه آموزشی بیماری های دهان، فک و صورت، مرکز تحقیقات مواد دندان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۲- استادیار گروه آموزشی روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳- استادیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۴- دانشیار گروه آموزشی بیماری های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۵- دستیار تخصصی بیماری های دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۶- دستیار تخصصی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه:

سابقه و هدف: لیکن پلان یک بیماری نسبتاً شایع و مزمن پوستی است که غالباً مخاط دهان را گرفتار می کند. بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی (OLP) از علائمی رنج می برند که زندگی روزمره ی آن ها را در زمینه های مختلف تحت تاثیر قرار می دهند. گرچه اتیولوژی لیکن پلان دهانی، شناخته شده نیست، نقش اختلالات روانی به خصوص استرس، اضطراب و افسردگی در پاتوژنز بیماری مورد بحث است. هدف از این مطالعه تعیین سلامت روانی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مورد-شاهدی، تعداد ۳۵ بیمار مبتلا به OLP و ۵۰ فرد سالم که از نظر سن، جنس و سطح بهداشت دهان یکسان شده بودند، حضور داشتند. هردو گروه، پرسشنامه های GHQ-28 و OHIP-14 را تکمیل کردند. معاینات دهانی نیز برای هر دو گروه صورت پذیرفت. در نهایت داده ها با نرم افزار SPSS V.18 با استفاده از آمارهای توصیفی، آزمون مجذور کای، T-Test و Mann-U-Whitney Test آنالیز شدند.

یافته ها: کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در گروه بیماران مبتلا به OLP از جنبه های محدودیت عملکردی و ناتوانی فیزیکی از نظر آماری به طور معنی داری پایینتر از گروه سالم بود به ترتیب ($P = 0/02$) و ($P = 0/03$). به علاوه از نظر آماری بین دو گروه از نظر وجود اختلالات روانی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. ($P = 0/4$)

نتیجه گیری: به نظر می رسد که برخی از جنبه های کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در بیماران مبتلا به OLP کاهش می یابد و ارتباط موثری بین اختلالات روانی در بیماران مبتلا به OLP دیده نمی شود.

کلید واژه ها: لیکن پلان دهانی، کیفیت زندگی، کیفیت سلامتی، سلامت روان

وصول مقاله: ۹۲/۵/۲۹ اصلاح نهایی: ۹۲/۷/۳ پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۲

مقدمه:

بیشتری مبنی بر نقش اولیه سیستم ایمنی در ایجاد این بیماری به دست آمده است. از این رو هر عاملی که بتواند بر سیستم ایمنی فرد اثر بگذارد، ممکن است در ایجاد بیماری نقش داشته باشد.^(۱) در بین عوامل احتمالی موثر در ایجاد OLP، نقش اختلالات روانی به خصوص استرس، اضطراب و افسردگی در پاتوژنز بیماری مورد بحث است.^(۲) تجربیات بالینی برخی محققان در یافتن ارتباط بین اختلالات روانی و ضایعات

لیکن پلان یک بیماری نسبتاً شایع و مزمن پوستی است که غالباً مخاط دهان را گرفتار میکند. اکثر بیماران مبتلا به لیکن پلان بالغین میانسال می باشند. افراد مؤنث به نسبت ۳ به ۲ بیشتر از افراد مذکر گرفتار می شوند. اتیولوژی لیکن پلان دهانی، شناخته شده نیست. در طول سال های اخیر، شواهد

بیماری های دهان ممکن است احساس معلولیت در زندگی داشته باشند که آخرین سطح از این مدل را شامل می شود. (۲۲)

هدف این مطالعه، تعیین وضعیت سلامت روانی در بیماران مبتلا به OLP برای تکمیل ارزیابی های کلینیکی این بیماران و همچنین تعیین کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در این بیماران و تعیین آن جنبه هایی از زندگی آن هاست که بیشتر تحت اثر علائم و عوارض این بیماری قرار می گیرد. بدین منظور بیماران مبتلا به OLP و تعدادی از بیماران بدون ضایعات دهانی مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی بابل و شهید بهشتی از تاریخ مهر ۱۳۹۱ الی تیرماه ۱۳۹۲ وارد مطالعه شدند.

مواد و روش ها:

در این مطالعه ی مورد-شاهدی، ۳۵ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه کننده به دانشکده دندانپزشکی بابل و شهید بهشتی، که با توجه به یافته های هیستوپاتولوژیکی وجود OLP در آن ها تایید شده بود، تحت عنوان گروه مورد و ۵۰ فرد سالم که برای معاینات معمول دندانپزشکی به دانشکده دندانپزشکی بابل مراجعه کرده بودند و هیچگونه شکایتی از وجود بیماری مخاطی دهانی نداشتند، تحت عنوان گروه شاهد وارد مطالعه شدند. این دو گروه از نظر سن و جنس و وضعیت بهداشت دهانی مشابه سازی شدند. به ترتیب ($p < 0/6$) و ($p < 0/9$)

هیچ یک از افراد در دو گروه تحت درمان های روانپزشکی قرار نداشتند و بیماران مبتلا به OLP قبل از دریافت هرگونه درمان برای ضایعات مخاط دهان وارد مطالعه شدند. همچنین افراد شرکت کننده در مطالعه، سواد کامل خواندن و نوشتن داشتند.

پس از اخذ رضایت نامه شفاهی 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)

لیکن پلان دهانی موید این مطلب است که بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی در واقع به این شکل به فشارهای روانی (استرس) پاسخ می دهند. چرا که ضایعات دهانی برخی بیماران با وارد شدن استرس خاص و بوجود آمدن مشکلات روحی، تشدید می یابد. (۳) بسیاری از محققان ارتباط احتمالی مثبتی بین عوامل روانی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی با OLP ذکر کرده اند. (۳-۹ و ۱۱-۱۴) در حالیکه برخی دیگر از مطالعات ارتباطی پیدا نکرده اند. (۱۴-۱۸)

بیماری های مزمن مخاط دهان به طور قطع می توانند کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار دهند. از این رو مطالعات متعددی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بیماران دارای ضایعات دهانی را مورد بررسی قرار داده اند. (۱۹-۲۲) بیماران مبتلا به لیکن پلان آروزو از علائمی رنج می برند که زندگی روزمره ی آن ها را در زمینه های مختلف تحت تاثیر قرار می دهند. ابزارها و پرسشنامه های مختلفی برای ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان وجود دارد. این ابزارها برای تکمیل کردن ارزیابی های کلینیکی به کار می روند و باعث تقویت ارتباط بیماران و پزشکان می شوند، همچنین بیماران می توانند فهم بهتری نسبت به پیامد بیماری های دهان در زندگی روزمره ی خود و تاثیر آنها بر کیفیت زندگیشان، داشته باشند. (۱۹) OHIP-14 پرسشنامه ای است که اولین بار توسط Slade در سال ۱۹۹۷ برای بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان به کار برده شده است. این پرسشنامه به بررسی ۷ جنبه از کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان می پردازد، شامل محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت می باشد. (۲۳) مدل LOCKER نشان دهنده ی میزان تاثیر شرایط دهان بر این ۷ جنبه از کیفیت زندگی است. بر اساس این مدل، سطح اول عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان راه، محدودیت عملکردی، درد فیزیکی و ناراحتی روانی تشکیل می دهند. در سطح بعدی عواملی هستند که در زندگی افراد مشکلات بیشتری ایجاد میکنند که شامل ناتوانی فیزیکی، روانی و اجتماعی است و در نهایت افراد در اثر

صفر و گزینه های 'گاهی، اغلب اوقات و اکثر اوقات' امتیاز یک در نظر گرفته شد. این روش برای آنکه برخی افراد ممکن است تفاوت واقعی بین گزینه های پرسشنامه را درک نکرده باشند در نظر گرفته شد. امتیاز OHIP-14 با این روش بین صفر تا ۱۴ خواهد بود.

در نهایت اطلاعات پس از ورود به نرم افزار SPSS v.18 با استفاده از آمارهای توصیفی، آزمون مجذور کای، T-test و Mann-Whitney Test، آنالیز شدند.

یافته ها:

در مطالعه حاضر تعداد ۳۵ بیمار مبتلا به OLP شامل ۶ مرد (۱۷/۱٪) و ۲۹ زن (۸۲/۹٪) در سنین $44/17 \pm 14/07$ ، حداقل سن ۲۴ و حداکثر سن ۸۰ سال حضور داشتند. در گروه سالم تعداد ۵۰ نفر شامل ۹ مرد (۱۸٪) و ۴۱ زن (۸۲٪) در سنین $42/22 \pm 9/79$ ، حداقل ۲۳ و حداکثر ۷۳ سال حضور داشتند. دو گروه از نظر سن، جنسیت و سطح بهداشت دهانی (توسط ارزیابی با استفاده از ایندکس (OHI-S) مشابه سازی شدند. ($P > 0/05$)

در بین انواع ضایعات مخاط دهان افراد مبتلا به OLP، ۱۳ نفر یا ۳۷/۲ درصد، ترکیبی از انواع رتیکولر-آتروفیک-اروزیو، ۱۱ نفر یا ۳۱/۴ درصد ترکیب ضایعات رتیکولر-آتروفیک، ۷ نفر یا ۲۰ درصد تنها دارای ضایعات رتیکولر، ۲ نفر یا ۵/۷ درصد فقط ضایعات اریتماتوز و ۲ نفر یا ۵/۷ درصد فقط ضایعات اروزیو داشتند. ۶۰ درصد بیماران در بیش از یک ناحیه از حفره دهان دارای درگیری بودند که شیوع نواحی به ترتیب مخاط باکال (۹۱/۴٪)، لثه-آلوئول و زبان (۳۴/۳٪)، لب (۱۷/۱٪) و کام (۲/۹٪) بود.

نمره کل OHIP-14 بیماران گروه مورد، $20/14 \pm 10/92$ و گروه شاهد، $16/44 \pm 12/76$ بود که از نظر آماری ارتباط معنا داری بین دو گروه یافت نشد. ($P = 0/167$) میانگین و انحراف معیار زیرگروه های OHIP-14 در هر یک از دو گروه مورد مطالعه، با استفاده از دو روش ارزیابی در جدول ۱ آورده شده است.

معاینه و مشابه سازی شدند.^(۲۴) افراد گروه مورد جهت بررسی نوع بالینی OLP و نواحی درگیری معاینه بالینی شدند. سپس از افراد خواسته شد که پرسشنامه ی مربوط به سلامت روانی (GHQ-28) و پرسشنامه ی مربوط به کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان (OHIP-14) را در حضور پژوهشگر تکمیل کنند.

ابزار سنجش سلامت روانی در این مطالعه، پرسشنامه GHQ بود که شایع ترین فرم مورد استفاده ی این پرسشنامه، شامل ۲۸ سوال می باشد.^(۲۵) این پرسشنامه که روایی و پایایی نسخه ی فارسی آن ثابت شده، به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می پردازد و دارای زیرگروه های علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، عملکرد اجتماعی غیرطبیعی و افسردگی شدید بوده و هر زیرگروه دارای ۷ سوال ۴ گزینه ای است.^(۲۶) گزینه های آزمون به صورت ستون اول=۰، ستون دوم=۱، ستون سوم=۲ و ستون چهارم=۳ امتیازدهی می شوند 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 (افراد GHQ+) و کمتر از آن بیانگر عدم وجود اختلالات روانی (افراد GHQ-) است.

ابزار سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در این مطالعه، پرسشنامه OHIP-14 بود که روایی و پایایی نسخه فارسی آن تأیید شده بود.^(۱۰) پرسشنامه OHIP-14 شامل ۷ زیرگروه محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی فیزیکی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت می باشد و هر زیرگروه شامل ۲ سوال است. برای ارزیابی پاسخ ها دو روش در نظر گرفته شد. 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 شد و امتیاز OHIP-14 بین ۰ تا ۵۶ بود که هر چه مقدار این امتیاز کمتر باشد نشانه کیفیت زندگی بهتر برای آن فرد است.^(۲۱) در روش دیگر ارزیابی که SC (Simple Count) نامیده شده است، برای گزینه های 'هیچوقت و به ندرت' امتیاز

جدول ۱- رتبه جنبه های OHIP-14 به تفکیک گروه ها

SC			ADD			OHIP-14 زیرگروه های
P-value	گروه شاهد (n=۵۰)	گروه مورد (n=۳۵)	P-value	گروه شاهد (n=۵۰)	گروه مورد (n=۳۵)	
۰/۰۲۹	۰/۳۸±۰/۶۰	۰/۶۵±۰/۶۳	۰/۰۴۶	۱/۳۲±۱/۷۰	۲/۰۸±۱/۷۲	محدودیت عملکردی
۰/۱۳۳	۱/۱۴±۰/۸۸	۱/۴۲±۰/۷۷	۰/۰۹۷	۳/۴۲±۲/۰۷	۴/۱۷±۱/۹۷	درد فیزیکی
۰/۰۸۹	۰/۹۴±۰/۸۴	۱/۲۵±۰/۸۵	۰/۰۸۲	۲/۹۸±۲/۲۹	۳/۸۵±۲/۲۱	ناراحتی سایکولوژیک
۰/۰۳۹	۰/۷۲±۰/۸۵	۱/۰۸±۰/۷۸	۰/۱۴۸	۲/۷۲±۲/۲۹	۳/۴۲±۲/۰۶	ناتوانی فیزیکی
۰/۸۲۹	۰/۷۰±۰/۸۳	۰/۶۲±۰/۷۳	۰/۷۸۰	۲/۲۴±۲/۲۵	۲/۳۷±۱/۹۴	ناتوانی سایکولوژیک
۰/۵۲۶	۰/۸۶±۰/۹۴	۰/۷۱±۰/۸۵	۰/۹۷۰	۲/۲۲±۲/۴۰	۲/۲±۲/۳۲	ناتوانی اجتماعی
۰/۶۳۵	۰/۵۴±۰/۸۶	۰/۵۱±۰/۶۵	۰/۲۸۰	۱/۵۴±۲/۱۲	۲/۰۲±۱/۹۱	معلولیت
۰/۲۸	۵/۲۸±۴/۶۰	۶/۲۸±۳/۵۱	۰/۱۶۷	۱۶/۴۴±۱۲/۷۶	۲۰/۱۴±۱۰/۹۲	نمره کل OHIP-14

جدول ۲- فراوانی نسبی افراد مبتلا به اختلالات روانی براساس پرسشنامه GHQ-28 به تفکیک گروه ها

P-value	گروه شاهد (n=۵۰)	گروه مورد (n=۳۵)	OHIP-14 زیرگروه های
۰/۰۸۱	٪۳۸	٪۵۷/۱	اختلال کارکرد جسمانی
۰/۲۶۴	٪۴۲	٪۵۴/۳	اضطراب و بی خوابی
۰/۰۷۶	٪۶۲	٪۸۰	عملکرد اجتماعی غیرطبیعی
۰/۰۴۳	٪۲۶	٪۸/۶	افسردگی شدید
۰/۴۱۶	٪۵۴	٪۶۲/۹	اختلالات روانی (GHQ+)

در گروه مورد، افراد دارای اختلالات روانی نسبت به افراد سالم گروه، به طور معنی داری نمره کل OHIP-14 بالاتر ($P=۰/۰۱$) و محدودیت عملکردی بیشتری داشتند. ($P=۰/۰۳$) در حالیکه در گروه کنترل این ارتباط نه در مورد نمره کل OHIP-14 و نه در هیچ یک از زیرگروه های آن یافت نشد. (جدول ۳)

همانطور که مشاهده می شود گروه مورد محدودیت عملکردی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند. ($P=۰/۰۴$) همچنین با استفاده از روش ارزیابی SC، گروه بیمار نسبت به گروه سالم از نظر جنبه های محدودیت عملکردی و ناتوانی فیزیکی به طور معنی داری کیفیت زندگی پایین تری اظهار کردند ($P=۰/۰۲$) و ($P=۰/۰۳$) میانگین نمره کل OHIP-14 و هر یک از زیرگروه های آن، بین دو جنس تفاوت معناداری نداشت. ($P>۰/۰۵$)

اختلالات روانی در بیماران گروه مورد، ۶۲/۹ درصد و در گروه کنترل ۵۴ درصد بود که از نظر آماری بین دو گروه اختلاف معناداری یافت نشد. ($P=۰/۰۴$) درصد افرادی که در هر یک از زیرگروه های مورد بررسی در پرسشنامه GHQ اختلال داشتند به تفکیک در جدول ۲ آمده است. همانطور که مشاهده می شود در هیچ یک از زیرگروه ها بین دو گروه اختلاف معناداری یافت نشد به غیر از زیرگروه مربوط به افسردگی شدید که به طور معنی داری در گروه کنترل بیشتر از گروه مورد بود، ($P=۰/۰۴$) در گروه مورد، اضطراب و بی خوابی در افراد مونث به طور معنی داری بیشتر از افراد مذکر بود. ($P=۰/۰۴$) در سایر موارد اختلافی بین دو جنس مشاهده نشد.

جدول ۳- رتبه OHIP-14 بین افراد GHQ+ و GHQ- در دو گروه

P-value	گروه شاهد (n=50)		P-value	گروه مورد (n=25)		OHIP-14 زیرگروه های
	GHQ- (n=23)	GHQ+ (n=27)		GHQ- (n=13)	GHQ+ (n=22)	
۰/۴۵۸	۰/۹۵±۱/۱۴	۱/۶۲±۲/۰۴	۰/۰۱۳	۱/۰۷±۱/۵۵	۲/۶۸±۱/۵۵	محدودیت عملکردی
۰/۹۲۹	۳/۴۷±۲/۱۰	۳/۳۷±۲/۰۷	۰/۲۶۵	۳/۵۳±۲/۱۸	۴/۵۴±۱/۷۹	درد فیزیکی
۰/۲۶۶	۲/۵۶±۲/۰۸	۳/۳۳±۲/۴۴	۰/۰۷۹	۳±۱/۸۷	۴/۳۶±۲/۲۷	ناراحتی سایکولوژیک
۰/۴۳۵	۲/۷۳±۱/۹۳	۲/۷۰±۲/۵۹	۰/۱۸۹	۲/۸۴±۲/۴۰	۳/۷۷±۱/۷۹	ناتوانی فیزیکی
۰/۰۵۵	۱/۵۶±۱/۸۵	۲/۸۱±۲/۴۳	۰/۲۰۹	۱/۹۲±۱/۹۷	۲/۶۳±۱/۹۱	ناتوانی سایکولوژیک
۰/۴۵۶	۱/۹۱±۲/۱۳	۲/۴۸±۲/۶۲	۰/۱۱۱	۱/۳۸±۱/۹۳	۲/۶۸±۲/۴۳	ناتوانی اجتماعی
۰/۸۶۵	۱/۴۳±۱/۸۲	۱/۶۲±۲/۳۷	۰/۱۳۰	۱/۳۸±۱/۵۵	۲/۴۰±۲/۰۳	معلولیت
۰/۶۸۹	۱۴/۶۵±۱۰/۸۷	۱۷/۹۶±۱۴/۱۹	۰/۰۳۳	۱۵/۱۵±۱۰/۵۳	۲۳/۰۹±۱۰/۲۵	نمره کل OHIP-14

نمره کل OHIP-14 ۲۳/۰۹±۱۰/۲۵ ۱۷/۹۶±۱۴/۱۹ ۱۴/۶۵±۱۰/۸۷ ۰/۰۶۱

بحث:

بر اساس نتایج این تحقیق، کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان گروه بیمار، پایین تر از گروه سالم بود و بیماران مبتلا به OLP بطور معنی داری محدودیت عملکردی و ناتوانی فیزیکی بیشتری نسبت به گروه سالم اظهار می کردند. ($P=0/02$) و ($P=0/03$) محدودیت عملکردی در بسیاری از بیماران به علت ناراضی آن ها از تغییر مزه دهان بود و ناتوانی فیزیکی آن ها نیز بیشتر به علت ناراضی از نوع غذایی بود که می خوردند. فراوانی اختلالات روانی در گروه بیمار بیش از گروه سالم بود. اما تفاوت معنی داری دیده نشد. ($P=0/4$)

بر اساس مطالعه Lopez-Jornet و همکاران که به بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان در بیماران مبتلا به OLP در اسپانیا پرداخته اند، کیفیت زندگی بیماران نسبت به گروه کنترل اندکی پایین تر بود. در این مطالعه بیماران از جنبه های ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت کیفیت زندگی پایین تری گزارش گردید.^(۲۷) تفاوت مطالعه Lopez-Jornet با مطالعه حاضر از نظر جنبه های مختلف کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان که بین دو گروه بیمار و سالم متفاوت بود، می تواند مربوط به جامعه ی مورد بررسی متفاوت و حجم نمونه کمتر مطالعه ی حاضر باشد.

از ۸۵ فرد شرکت کننده در این مطالعه، ۴۹ نفر دارای اختلالات روانی (GHQ+) بوده که از این تعداد، کیفیت زندگی در افراد GHQ+ مبتلا به OLP از جنبه های محدودیت عملکردی با ($P=0/03$)، درد فیزیکی با ($P=0/04$)، ناتوانی فیزیکی با ($P=0/03$) و معلولیت با ($P=0/03$) به طور معنی داری پایینتر از گروه سالم بود؛ هرچند در نمره کل OHIP-14 بین دو گروه تفاوت معنی داری یافت نشد. (جدول ۴)

جدول ۴- مقایسه رتبه OHIP-14 بین افراد GHQ+ جاضر

در دو گروه

P-Value	گروه شاهد (n=27)	گروه مورد (n=22)	OHIP-14 زیرگروه های
۰/۰۳۸	۱/۶۲±۲/۰۴	۲/۶۸±۱/۵۵	محدودیت عملکردی
۰/۰۴۵	۳/۳۷±۲/۰۷	۴/۵۴±۱/۷۹	درد فیزیکی
۰/۱۳۵	۳/۳۳±۲/۴۴	۴/۳۶±۲/۲۷	ناراحتی روانی
۰/۰۳۰	۲/۷۰±۲/۵۹	۳/۷۷±۱/۷۹	ناتوانی فیزیکی
۰/۹۱۹	۲/۸۱±۲/۴۳	۲/۶۳±۱/۹۱	ناتوانی روانی
۰/۷۰۱	۲/۴۸±۲/۶۲	۲/۶۸±۲/۴۳	ناتوانی اجتماعی
۰/۰۳۹	۱/۶۲±۲/۳۷	۲/۴۰±۲/۰۳	معلولیت

مطالعه ی Tabolli و همکاران که در یک مرکز مراقبت های پوستی-مخاطی در ایتالیا در سال ۲۰۰۹ صورت گرفته است، نشان می دهد که بیماری های مخاط دهان اثر بارزی بر کیفیت زندگی افراد دارد. همچنین این بیماری ها همراه با فراوانی بیشتری از اختلالات روانی هستند. درصد بیشتری از بیماران مبتلا به OLP که در مطالعه ی آن ها حضور داشتند، از جنبه های ناراحتی روانی و درد فیزیکی کیفیت زندگی پایینتری اظهار می کردند اما تنها ۳۶/۷ درصد آن ها GHQ+ بودند.^(۲۰) در مطالعه ی Lopez-Jornet و همکاران در سال ۲۰۱۳ که به بررسی سطح عناصر اکسیداتیو بزاق و سیستم دفاع آنتی اکسیدان و ارتباط آن ها با پارامترهای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OLP پرداختند، از پرسشنامه OHIP-49 استفاده شد.^(۲۸) نتایج احتمال وجود اثر اکسیداتیو استرس را در اتیوپاتوژنز بیماری OLP بیان می کند؛ هرچند ارتباطی بین یافته های OHIP-49 و پارامترهای اکسیداتیو استرس یافت نشده است.

امروزه به خوبی مشخص شده است که پاتوژنز OLP، بروز خود ایمنی و اختلال در سیستم ایمنی سلولی است.^(۱۸) از آنجایی که سیستم ایمنی و سیستم عصبی بر یکدیگر تاثیر گذار هستند، مطالعات مجزایی جهت سنجش میزان ارتباط اختلالات روانی با اختلالات سیستم ایمنی از جمله بیماری OLP انجام شده است.

در مطالعه ی Rodstrom و همکارانش که در سال ۲۰۰۰ که در سوئد انجام شد، افراد مبتلا به OLP و نمونه های سالم با استفاده از آزمون های VAS و MACL جهت بررسی میزان اضطراب، مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که از نظر میزان اضطراب بین دو گروه اختلافی وجود ندارد.^(۱۷) که این نتیجه گیری موید نتیجه ی به دست آمده در مطالعه ی ما می باشد. هرچند دو مطالعه از نظر حجم نمونه، طراحی روش مطالعه و آزمون های مورد استفاده تفاوت هایی دارند، اما یکسان بودن نتیجه ی هر دو تحقیق این مطلب را بیان می کند که فارغ از تفاوت روش سنجش استرس، این بیماری احتمالا مستقل از اختلالات روانی است.^(۱۱) از بررسی های مشابه

افزایش درد و سوزش در مخاط دهان بیماران مبتلا به OLP، می تواند علتی برای تاثیر بر جنبه های عملکردی و فیزیکی کیفیت زندگی بیماران باشد که در مطالعه ی Hegarty و همکاران نیز این ارتباط یافت شده است و بر تاثیر بیماری OLP بر کیفیت زندگی و جنبه های فیزیکی، اجتماعی و روانی آن تاکید شده است.^(۲۱)

هرچند که در مطالعه ی حاضر به نظر می رسد بیماری لیکن پلان دهانی سبب پایین آمدن کیفیت زندگی افراد شده است، "با توجه به کاهش کیفیت زندگی در سطوح اول و دوم مدل LOCKER اما منجر به معلولیت سطح سوم مدل LOCKER نگردیده است."

یافته های مطالعه ی Llewellyn و همکاران که کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بیماران مراجعه کننده به کلینیک بیماری های دهان در انگلستان را بررسی کرده اند، افراد دارای بیماری های دهان با محدودیت عملکردی، درد فیزیکی و ناراحتی روانی بیشتری نسبت به جمعیت عمومی مواجه بودند. هرچند این بیماری ها سبب کیفیت زندگی پایینتر با توجه به سطح اول مدل LOCKER شده اند اما سبب معلولیت نشده اند. در این مطالعه که به بررسی افسردگی و اضطراب بین انواع بیماری های دهان نیز پرداخته است، بیماران مبتلا به OLP تنها تمایل اندکی نسبت به اضطراب و افسردگی ابراز کرده اند.^(۲۲)

در مطالعه ی حاضر یافته ها نشان می دهد که بین افراد دارای اختلالات روانی، بیماری لیکن پلان دهانی بر جنبه های روانی کیفیت زندگی آن ها تاثیری نگذاشته است بلکه تنها جنبه های فیزیکی بطور معنی داری تحت تاثیر قرار گرفته اند به گونه ای که این بیماران، محدودیت عملکردی، درد فیزیکی، ناتوانی فیزیکی و احساس معلولیت بیشتری اظهار می کردند.

در گروه بیماران مبتلا به OLP، افراد دارای اختلالات روانی که ۶۲/۹ درصد بیماران را تشکیل می دادند که نسبت به افراد بدون اختلالات روانی محدودیت عملکردی درد فیزیکی، ناتوانی فیزیکی و احساس معلولیت بیشتری و کیفیت زندگی پایینتری گزارش کردند.

مطالعه در کنار این پرسشنامه، از بیماران مصاحبه نیز به عمل آمد تا صحت و دقت پاسخ‌های مطرح شده مورد تایید قرار گیرند.^(۱۴)

Rojo-Moreno و همکاران نیز در تحقیق خود بیان کردند که علی‌رغم بیشتر بودن افسردگی و اضطراب در گروه بیماران مبتلا به OLP بویژه نوع اروزیو آن نسبت به گروه سالم، نمی‌توان اختلالات روانی مشاهده شده را به عنوان یک عامل اتیولوژیک مستقیم در بروز OLP در نظر گرفت.^(۱۵) تحقیق دیگری نیز بیان می‌کند که استرس ممکن است آغازگر بیماری OLP نباشد بلکه احتمال دارد این بیماری، تصویر ذهنی شخص از خود و در نتیجه روابط اجتماعی او را تحت تاثیر قرار داده و موجب افسردگی او شود.^(۷)

علی‌رغم آنکه در این مطالعه رابطه ای مبنی بر تاثیر معنی‌دار اختلالات روانی در ایجاد بیماری لیکن پلان دهانی و همچنین تاثیر بیماری لیکن پلان دهانی بر جنبه های روانی کیفیت زندگی این بیماران یافت نشد اما از آن جایی که عوامل متعددی بر سلامت روانی افراد تاثیرگذار هستند، لذا وجود همبستگی بین سلامت روانی و بیماری لیکن پلان دهانی را باید در گروه های بزرگتر و شرایط کنترل شده تر و در مقایسه با سایر بیماری های حفره دهان سنجید.

نتیجه گیری:

به نظر می‌رسد که برخی از جنبه های کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان بیماران مبتلا به OLP کاهش می‌یابد.

مطالعه ی فوق می‌توان به تحقیق Giradi و همکاران در برزیل و مطالعه ی Allen اشاره کرد که نتایج آن‌ها بیانگر عدم تفاوت میزان اضطراب و افسردگی بین دو گروه بیماران مبتلا به OLP و گروه سالم است.^(۱۶،۱۸)

در مقابل مطالعات دیگری وجود دارند که نتایج متفاوتی بدست آورده‌اند. در مطالعه‌ی ملاشاهی و همکاران، Rojo-Moreno و همکاران و Vallejo و همکاران، یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد که میزان اضطراب ریسک فاکتور مهمی جهت پیشرفت OLP می‌باشد.^(۴-۶)

مطالعه ی Mohamadi و همکاران در سال ۲۰۱۳ نیز بیانگر احتمال تاثیر به سزای ویژگی‌های شخصیتی در ایجاد اضطراب و افسردگی و خودبیماری OLP است و مداخلات درمانی که بر این ویژگی‌های شخصیتی تاثیرگذار باشند، می‌تواند جهت کنترل OLP مفید باشند.^(۲۸) لازم به ذکر است که این یکسان نبودن نتایج مطالعات ذکر شده با مطالعه‌ی ما را، می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد؛ از جمله استفاده از آزمون‌های متفاوت سنجش اختلالات روانی، جوامع مورد بررسی و حجم نمونه‌ها.

این در حالیست که Hirota و همکاران در سال ۲۰۱۳ در برزیل، به بررسی تاثیر اضطراب و افسردگی بر بیماری OLP پرداختند^(۱۵) و نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که با وجود تفاوت از نظر حجم نمونه مطالعات و آزمون‌های روانشناختی استفاده شده، نتیجه ی یکسان با مطالعه ما به دست آمده و بین بیماران مبتلا به OLP و افراد سالم از نظر میزان اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

Manolache و همکارانش در تحقیقی که در رومانی انجام گرفت، به این نتیجه رسیدند که بروز و پیشرفت OLP، تحت تاثیر موقعیت‌های استرس‌زا و عوامل مسبب افسردگی می‌باشد. در این مطالعه از آزمونی استفاده شده که به بررسی سه دسته از مشکلات خانوادگی، شخصی و شغلی-اقتصادی می‌پرداخت و این امر موجب گسترده‌گی سوالات، گسترده‌گی پاسخ‌ها و در نتیجه ارزیابی دقیق‌تر شد. همچنین در این

References :

- 1- Neville B, Damm DD, Allen C, Bouquet JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Philadelphia, W.B. Saunders; 2009. P:782-88.
- 2- Greenberg MS. Burket's oral medicine. 11th ed. India: BC Decker; 2008. p:90-94.
- 3- Dalirsani Z, Delavariyan Z, Javadzadeh A, Toofanyasl H, Falaki F. Frequency of psychiatric disorders in patients with oral lichen planus referred to oral medicine department of Mashhad dental school. Journal of Mashhad Dental School. 2008;31(4): 279-84. [Persian]
- 4- Farhad Mollashahi L, Lashkarpour K, RigiLadiz MA, Honarmand M, Ansari H. The evaluation of psychosocial factors associated with oral lichen planus. Tabibe Shargh Journal. 2009;11(3):55-62. [Persian]
- 5- Rojo-Moreno JL, Bagan JV, Rojo-Moreno J, Donat JS, Millia MA, Jimenez Y. Psychologic factors and oral lichen planus: a psychometric evaluation of 100 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998 Dec;86(6):687-91
- 6- Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. Dermatology. 2001;203(4):303-7.
- 7- Akey A, Pekcanlar A, Bozdogan KE, Altintas L, Karamant A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002 Jul;16(4):347-52.
- 8- Koray M, Dülger O, Ak G, Horasanli S, Üçok A, Tanyeri H, et al. The evaluation of anxiety and salivary cortisol levels in patients with oral lichen planus. Oral Dis. 2003 Nov;9(6):298-301.
- 9- Lundqvist EN, Wahlin YB, Bergdahl M, Bergdahl J. Psychological health in patients with genital and oral erosive lichen planus. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006 Jul;20(6):661-6.
- 10- Motallebnejad M, Hadian H, Mehdizadeh S, Hajiahmadi M. Validity and Reliability of the Persian version of the Oral Health Impact Profile (OHIP)-14. Caspian J Intern Med. 2011;2(4):314-20.
- 11- Chuadhary S. Psychological stressors in oral lichen planus. Aust Dent J. 2004 Dec;49(4):192-5.
- 12- Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S, et al. Psychological profile in oral lichen planus. J Clin Periodontol. 2005 Oct;32(10):1034-40.
- 13- Colella G, Gritti P, De Luca F, de Vito M. The psychopathological aspects of oral lichen planus. Minerva Stomatol. 1993 Jun;42(6):265-70
- 14- Manolache L, Seceleanu-Petrescu D, Benea V. Lichen Planus patients and stressful events. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008 Apr;22(4):437-41
- 15- Hirota SK, Moreno RA, Dos Santos CH, Seo J, Migliari DA. Psychological profile (anxiety and depression) in patients with oral lichen planus: a controlled study. Minerva Stomatol. 2013 Mar;62(3):51-6
- 16- Girardi C, Luz C, Cherubini K, de Figueiredo MA, Nunes ML, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. Arch Oral Biol. 2011 Sep;56(9):864-8.
- 17- Rodstrom PO, Jontell M, Hakeberg M, Berggren U, Lindstedt G. Erosive oral lichen planus and salivary cortisol. J Oral Pathol Med. 2001 May;30(5):257-63.
- 18- Allen CM, Beck FM, Rossie KM, Kaul TJ. Relation of stress and anxiety to oral lichen planus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986 Jan;61(1):44-6.
- 19- López-Jornet P, Camacho-Alonso F. Quality of life in patients with oral lichen planus. J Eval Clin Pract. 2010 Feb;16(1):111-3
- 20- Tabolli S, Bergamo F, Alessandrini L, Di Pietro C, Sampogna F, Abeni D. Quality of Life and Psychological Problems of Patients with Oral Mucosal Disease in Dermatological Practice. Dermatology. 2009;218(4):314-20
- 21- Hegarty AM, McGrath C, Hodgson TA, Porter SR. Patient-centred outcome measures in oral medicine: are they valid and reliable? Int J Oral Maxillofac Surg. 2002 Dec;31(6):670-4.
- 22- Llewellyn CD, Warnakulasuriya S. The impact of stomatological disease on oral health-related quality of life. Eur J Oral Sci. 2003 Aug;111(4):297-304
- 23- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997 Aug;25(4):284-90.
- 24- GREENE JC, VERMILLION JR. The simplified oral hygiene index. J Am Dent Assoc. 1964 Jan;68:7-13
- 25- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979 Feb;9(1):139-45.
- 26- Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghoobi M. Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. Journal of Research in Behavioural Sciences 2007;5(1):5-11. [Persian]
- 27- Lopez-Jornet P, Martinez-Canovas A, Pons-Fuster A. Salivary biomarkers of oxidative stress and quality of life in patients with oral lichen planus. Geriatr Gerontol Int. 2013 Nov 11
- 28- Mohamadi Hasel K, Besharat MA, Abdolhoseini A, Alaei Nasab S, Niknam S. Relationships of personality factors to perceived stress, depression, and oral lichen planus severity. Int J Behav Med. 2013 Jun;20(2):286-92