

بررسی سلامت روان در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی و ارتباط آن با شدت بیماری: یک مطالعه مقطعی

دکتر آلا قاضی^۱، دکتر مریم امیرچقماقی^۲، دکتر تینا تقوی^{۳*}

۱-استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲-استاد، مرکز تحقیقات بیماریهای دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- دندانپزشک عمومی

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۱۲/۲ وصول مقاله: ۱۴۰۳/۹/۲

Evaluation the mental health in patients with oral lichen planus and its relationship with the severity of the disease: A cross-sectional study

Ala Ghazi¹, Maryam Amirchaghmaghi², Tina Taghvi^{3*}

1. Assistant Professor, Oral and Maxillofacial Diseases Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Professor, Oral and Maxillofacial Diseases Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Dentist, Darun Kola-ye Sharqi Rural Health Service Center, Babol, Mazandaran, Iran

Received: Dec 2024

Accepted: March 2025

Abstract

Background and Aims: oral Lichen Planus with unknown etiology, chronic nature and the possibility of malignancy can increase the stress level of patients. Mental disorders such as stress, anxiety and depression affect the severity of oral lichen disease. The aim of this study was to examine the mental health of patients with oral lichen planus and its association with disease severity.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted in 2021-2022 on patients with oral lichen planus referred to the Department of Oral and Maxillofacial Diseases, Faculty of Dentistry, Mashhad University of medical Sciences, Iran. Patients' mental health were assessed using the GHQ-28 questionnaire and Data were analyzed using the SPSS software through descriptive statistics and statistical tests.

Results: In examining the mental health of the patients, the results show that 67% of the patients had a negative GHQ and their mental health was not impaired. In 33% of patients, 24% mild, 7% moderate and 2% severe mental health disorders were found, which was not significant according to the age and gender of the patients. The mental health of the patients had no significant relationship with the severity of the lesions ($p = 0.285$). Also, 42 patients with lichen planus, despite having symptoms such as pain and burning, did not have any disorder in their mental health, and the symptoms of the disease had no significant relationship with their mental health. ($p = 0.713$)

Conclusion: In the current study, 33% of patients with lichen planus had mental health disorders, but age, gender, pain and burning mouth, clinical appearance, and severity of lesions did not affect the mental health of patients.

Key words: Oral Lichen Planus, mental health, GHQ-28 questionnaire, Thongprasom

*Corresponding Author: tinataghavi47@gmail.com

J Res Dent Sci. 2025; 22(2):148-156

خلاصه:

سابقه و هدف: لیکن پلان دهانی با اتیولوژی ناشناخته، ماهیت مزمن و احتمال ایجاد بدخیمی می‌تواند باعث افزایش سطح استرس بیماران شود. اختلالات روانی مثل استرس، اضطراب و افسردگی بر شدت بیماری لیکن پلان دهانی تاثیر گذار است. هدف از اجرای مطالعه حاضر بررسی سلامت روان در بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی و ارتباط آن با شدت بیماری بود.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه کننده به بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد صورت گرفت. ابزار سنجش سلامت روان در این مطالعه پرسشنامه GHQ-28 بود و آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و توسط آماره های توصیفی و ازمونهای آماری انجام شد.

یافته‌ها: در بررسی سلامت روانی بیماران نتایج نشان داد که ۶۷٪ از بیماران GHQ منفی داشته و سلامت روان آنها اختلال نداشته است. در ۳۳٪ بیماران اختلال در سلامت روان به صورت ۲۴٪ خفیف، ۷٪ متوسط و ۲٪ شدید بدست آمده که بر حسب سن و جنس بیماران معنادار نبود. سلامت روان بیماران با شدت ضایعات ارتباط معناداری نداشت. ($P=0/285$) همچنین ۴۲ نفر از بیماران مبتلا به لیکن پلان، علی رغم داشتن نشانه هایی مثل درد و سوزش، اختلالی در سلامت روان نداشتند و نشانه های بیماری با سلامت روان ایشان ارتباط معناداری نداشت. ($P=0/713$)

نتیجه گیری: در مطالعه حاضر ۳۳٪ بیماران مبتلا به لیکن پلان دچار اختلال در سلامت روان بوده اند ولی مولفه های سن، جنس، درد و سوزش، نمای بالینی و شدت ضایعات، بر سلامت روان بیماران تاثیر گذار نبود.

کلید واژه ها: لیکن پلان دهانی، سلامت روان، پرسشنامه GHQ-28، Thongprasom +

مقدمه:

لیکن پلان یک بیماری التهابی مزمن پوستی مخاطی است که اغلب مخاط دهان را درگیر می کند^(۱) لیکن پلان دهانی بین بالغین دهه ۳ تا ۶ (شایع تر بوده و زنان را به نسبت ۳ به ۲ بیشتر از مردان گرفتار می کند).^(۱) ضایعات دهانی به طور معمول چندکانونی، دوطرفه و متقارن هستند. بیشتر در مخاط باکال، لترال زبان و لثه بوده و ضایعات کام کمتر شایع اند. با این حال این ضایعات ممکن است در هر جایی از دهان از جمله ورمیلیون لب ظاهر شوند. اتیولوژی OLP شناخته شده نیست. سیستم ایمنی نقش اولیه را در ایجاد این بیماری ایفا می کند و در حال حاضر به عنوان یک بیماری با واسطه سلول های ایمنی در نظر گرفته شده که عمدتاً سلول های اپیتلیال در لایه بازال هدف قرار می گیرد.^(۱) علی رغم علت ناشناخته ی این بیماری چندین عامل از جمله استعداد ژنتیکی، تغییر در سیستم ایمنی، برخی از اختلالات سیستمیک و اختلالات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی، استعمال دخانیات، ضربه (trauma) و وجود پلاک باکتریایی می توانند روند بیماری را تشدید کنند.^(۲)

به علت اتیولوژی ناشناخته بیماری، درمان دقیق آن نیز تا حدی مشکل و ناشناخته است. درمان بستگی به شدت بیماری و ناحیه مخاطی درگیر دارد.^(۱) OLP از نظر بالینی با درد، احساس سوزش و ناراحتی برای افرادی که از آن رنج می برند، همراه است. همچنین این بیماری با اتیولوژی ناشناخته، ماهیت مزمن و احتمال ایجاد بدخیمی می‌تواند باعث افزایش سطح استرس افراد مبتلا به OLP شود. تحقیقاتی در زمینه ارتباط سلامت روان با بیماری لیکن پلان دهانی صورت گرفته است و بسیاری از محققین معتقدند که اختلالات روانی مثل استرس، اضطراب و افسردگی بر بیماری لیکن پلان دهانی تاثیر گذار است و می تواند باعث تشدید ضایعات دهانی لیکن پلان و وقوع بسیاری از عودهای این بیماری شود.^(۲،۳) همچنین هر چه بیماری لیکن پلان دهانی مزمن شود، ممکن است منجر به افزایش استرس، اضطراب و افسردگی شود.^(۴،۵،۶)

سازمان جهانی بهداشت (WHO) "سلامت روان را به عنوان حالتی از رفاه تعریف میکند که در آن فرد به توانایی های خود پی می برد و می تواند با استرس های عادی زندگی کنار بیاید، کار مولد و ثمربخش داشته باشد و به جامعه خود کمک کند."^(۷) ابزار و پرسشنامه های مختلفی برای ارزیابی سلامت روان وجود دارد.

شدت بیماری لیکن پلان دهانی بیماران با استفاده از معیار Thongprasom طبقه بندی شد.^(۹)

با نظارت مجریان طرح چک لیستی به منظور ثبت اطلاعات تنظیم شد که شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک (نام و نام خانوادگی، تحصیلات، سن، جنس، وضعیت تاهل) و مشخصات و نوع بیماری لیکن پلان (شکایت اصلی بیمار، نمای بالینی، محل ضایعات، بیماری سیستمیک، عدم وجود دیسپلازی و بدخیمی و شدت آن) بود. ابزار سنجش سلامت روان در این مطالعه پرسشنامه GHQ-28 بود و روایی و پایایی GHQ-

28 در بسیاری از مطالعات در ایران تایید شده است.^(۱۰-۱۳) این پرسشنامه ۲۸ سؤالی، سلامت روان را در ماه گذشته بر اساس چهار مؤلفه ارزیابی می کند که هر کدام شامل هفت مورد است: علائم جسمانی (ماده های ۷-۱)، اضطراب/بی خوابی (موارد ۸-۱۴)، اختلال عملکرد اجتماعی (موارد ۱۵-۲۱) و افسردگی شدید (موارد ۲۸-۲۲). نمره گذاری بر اساس روش نمره گذاری لیکرت (۳،۲،۱،۰) است و نمره کل از ۰ تا ۸۴ متغیر است. برای جمع بندی نمرات به الف نمره صفر، ب نمره ۱، ج نمره ۲ و د نمره ۳ تعلق می گیرد. پس از پاسخ دهی فرد به پرسشنامه و جمع بندی نمرات هر حیطه، چنانچه مجموع نمرات فرد بین ۰ تا ۶ باشد، بدون اختلال تلقی می گردد اگر امتیازات بیشتر از ۶ باشد، به تفکیک امتیاز، علائم فرد در دسته های خفیف، متوسط و شدید طبقه بندی می شود. در نهایت، مجموع نمرات بالاتر از ۲۲ بیانگر علائم مرضی است.^(۱۱)

نمرات برش در هریک از خرده مقیاسهای پرسشنامه GHQ

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

پرسشنامه GHQ توسط Goldberg در سال ۱۹۷۸ به عنوان ابزار غربالگری برای تشخیص افراد در معرض خطر اختلالات روانپزشکی تهیه شد و شامل دو نسخه ۱۲ و ۲۸ سؤالی است.^(۸) در این مطالعه بررسی سطوح کلی و جنبه های سلامت روان در گروهی از بیماران مبتلا به OLP با استفاده از ابزار اختصاصی بررسی سلامت روان در بیماران OLP یعنی پرسشنامه GHQ-28 انجام شده است.

علاوه بر این، فاکتور های تاثیرگذار بر سلامت روان نظیر مشخصات دموگرافیک بیماران و مشخصات بیماری لیکن پلان از جمله نمای بالینی و شدت ضایعات مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش ها:

این مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان، فک و صورت دانشکده دندان پزشکی مشهد صورت گرفت و با کد

IR.MUMS.DENTISTRY.REC.1401.04

در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورد تایید واقع شد.

برای معاینه ضایعات لیکن پلان دهانی بیماران از آینه معاینه دندان پزشکی و آبسلانگ تحت نور طبیعی و نور یونیت دندان پزشکی استفاده شد به علاوه در صورت وجود کراتوز با استفاده از گاز استریل بررسی کاذب یا حقیقی بودن کراتوزها انجام گرفت .

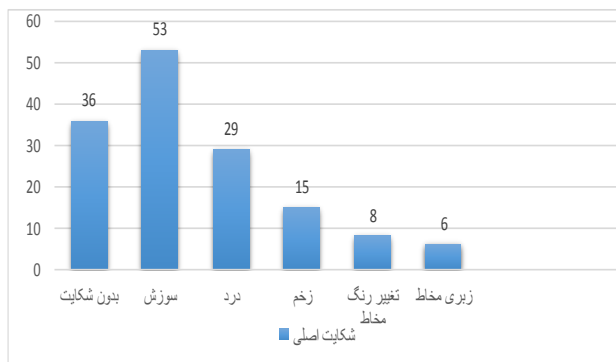
بیماران در صورت داشتن سن بالای ۱۸ سال، رضایت جهت شرکت در پژوهش و نیز تایید بیماری آنها از لحاظ بالینی یا هیستولوژیک وارد مطالعه شدند و در صورت وجود ضایعات دهانی دیگر از مطالعه خارج شدند.

۸۷ نفر (۸۷٪) از افراد حاضر در مطالعه در پاسخ به سوالی که از عادات مصرف سیگار، قلیان، تنباکو غیر تدخینی و الکل پرسیده شده بود بیان کردند عادت ندارند اما در میان عادات ذکر شده مصرف سیگار با فراوانی ۸ نفر (۸٪) بیشترین فراوانی را شامل شد. اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول ۲ ذکر شده است.

مشخصات بالینی و شدت ضایعات :

۶۴ نفر از بیماران شکایتی نظیر سوزش، تغییر رنگ مخاط، زبری مخاط، درد و یا زخم را هنگام معاینه عنوان کردند. بیشترین شکایت عنوان شده سوزش دهان با فراوانی ۵۳ نفر بود که به تنهایی یا همراه با سایر شکایات مطرح شد. (نمودار ۱)

نمودار ۱ - شکایت اصلی بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی



طبق نتایج بیوپسی های انجام گرفته در ۷ نفر دیسپلازی خفیف، ۲ نفر خفیف تا متوسط و ۲ نفر دیسپلازی متوسط گزارش شده بود. خوشبختانه در هیچ یک از بیماران دیسپلازی شدید گزارش نشده بود.

در این مطالعه بیشترین نمای بالینی ضایعات لیکن پلان دهانی بیماران مربوط به نمای آتروفیک با ۳۴٪ و کمترین نما مربوط به نمای بولوز با فراوانی ۱٪ بوده است. خطوط رتیکولر در ۷۰٪ از بیماران به تنهایی یا همراه با ناهای دیگر ضایعه مانند زخم، آتروفی، بولوز یا پلاک مانند دیده شد و فقط در ۲۴ نفر از بیماران نمای رتیکولر به تنهایی مشاهده شد. (نمودار ۲)

در این مطالعه سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد آنالیز قرار گرفته اند. به منظور آنالیز اطلاعات از جداول فراوانی، آماره های توصیفی، آزمون های کای دو، همبستگی، تی تست و کروسکال والیس استفاده شد.

یافته ها:

مطالعه حاضر به منظور بررسی سلامت روان در بیماران لیکن پلان دهانی و ارتباط آن با شدت بیماری بر روی ۱۰۰ بیمار با میانگین سنی 11.77 ± 54.27 سال انجام گرفت. افراد شرکت کننده شامل ۱۸ مرد (۱۸٪) و ۸۲ زن (۸۲٪) بودند. ۶۱ نفر (۶۱٪) از بیماران مورد مطالعه به بیماری سیستمیک مبتلا بودند که فشارخون با فراوانی ۲۹ نفر، دیابت ۲۵ نفر، بیماری قلبی ۱۰ نفر و کم کاری تیروئید با فراوانی ۹ نفر شایع ترین بیماری های سیستمیک درگیرکننده بیماران بودند (جدول ۱).

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان

عدد (درصد)	
جنسیت	مرد ۱۸ (۱۸)
	زن ۸۲ (۸۲)
محل سکونت	شهر ۹۳ (۹۳)
	روستا ۷ (۷)
وضعیت تاهل	مجرد ۱۵ (۱۵)
	متاهل ۸۵ (۸۵)
میزان تحصیلات	بی سواد ۱۶ (۱۶)
	سیکل ۳۳ (۳۳)
	دیپلم ۳۰ (۳۰)
	لیسانس ۱۴ (۱۴)
	فوق لیسانس ۵ (۵)
	دکتر و بالاتر ۲ (۲)
بیماری سیستمیک	دارد ۶۱ (۶۱)
	ندارد ۳۹ (۳۹)
عادات بیمار	بدون عادات ۸۷ (۸۷)
	مصرف سیگار ۸ (۸)
	قلیان ۵ (۵)
	تنباکوی غیر تدخینی ۱ (۱)
	الکل ۳ (۳)

خفیف، متوسط و شدید استفاده کردیم؛ حیطه های مختلف سلامت روان هم بررسی شده است که با هیچ کدام از این متغیر ها ارتباط معنادار نداشتند.

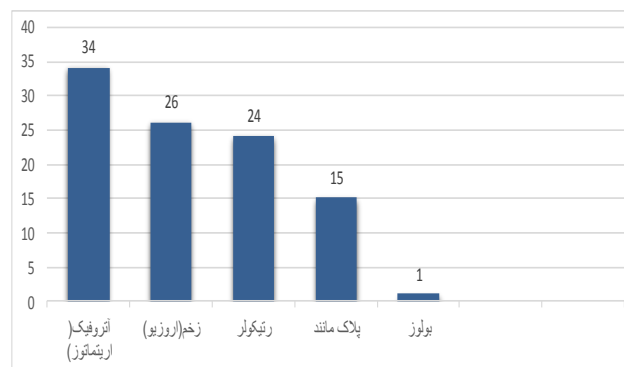
نتایج نشان داد که ۶۷٪ از بیماران (GHQ) منفی داشته و سلامت روان آن ها اختلال نداشته است.

در ۳۳٪ بیماران اختلال در سلامت روان به صورت ۲۴٪ خفیف، ۷٪ متوسط و ۲٪ شدید بدست آمد. تعداد و درصد بیماران دچار اختلال در سلامت روان در هر یک از حیطه های علائم جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به تفکیک در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳- بررسی فراوانی حوزه های مختلف پرسشنامه GHQ

فراوانی	درصد	سلامت روان	بدون اختلال
۶۷	۶۷٪	بدون اختلال	۶۷٪
۲۴	۲۴٪	خفیف	۲۴٪
۷	۷٪	متوسط	۷٪
۲	۲٪	شدید	۲٪
۱۰۰	۱۰۰٪	مجموع	۱۰۰٪
۶۱	۶۱٪	بدون اختلال	۶۱٪
علائم جسمانی			
۲۷	۲۷٪	خفیف	۲۷٪
۹	۹٪	متوسط	۹٪
۳	۳٪	شدید	۳٪
۱۰۰	۱۰۰٪	مجموع	۱۰۰٪
۶۰	۶۰٪	بدون اختلال	۶۰٪
۲۰	۲۰٪	خفیف	۲۰٪
۱۴	۱۴٪	متوسط	۱۴٪
۶	۶٪	شدید	۶٪
۱۰۰	۱۰۰٪	مجموع	۱۰۰٪
۵۶	۵۶٪	بدون اختلال	۵۶٪
۳۹	۳۹٪	خفیف	۳۹٪
۴	۴٪	متوسط	۴٪
۱	۱٪	شدید	۱٪
۱۰۰	۱۰۰٪	مجموع	۱۰۰٪
۹۱	۹۱٪	بدون اختلال	۹۱٪
۶	۶٪	خفیف	۶٪
۳	۳٪	متوسط	۳٪
۱۰۰	۱۰۰٪	مجموع	۱۰۰٪
افسردگی شدید			

نمودار ۲- نمای بالینی بیماران مبتلا به لیکن پلان



در خصوص محل بروز ضایعات لیکن پلان دهانی مخاط گونه با فراوانی ۹۰ نفر و پس از آن زبان با فراوانی ۵۵ نفر بیشترین و کف دهان و رترومولر با فراوانی ۱ بیمار کمترین فراوانی را داشتند.

ارزیابی شدت ضایعات بر اساس معیار Thongprasom نشان داد که درجه ۱ با ۳۷٪ بیشترین فراوانی و درجه ۴ با ۹٪ کمترین فراوانی را داشتند. (جدول ۲)

جدول ۲- شدت ضایعات لیکن پلان دهانی بر اساس معیار

Thongprasom

درجه	فراوانی	درصد
۱	۳۷	۳۷٪
۲	۱۴	۱۴٪
۳	۲۱	۲۱٪
۴	۹	۹٪
۵	۱۹	۱۹٪
مجموع	۱۰۰	۱۰۰٪

در این مطالعه بررسی سلامت روان بیماران بر اساس پرسشنامه GHQ-28 انجام شد. به منظور مقایسه ی ارتباط سلامت روان با متغیرهای مختلف از نمره ی کلی حاصل از برآیند سوالات پرسشنامه ی GHQ به صورت بدون اختلال،

ارتباط سلامت روان با عوامل دموگرافیک و نمای بالینی

ضایعات:

با توجه به اینکه میانگین سنی بیماران 54.27 ± 11.77 سال به دست آمد بیماران در دو دسته ی سنی برابر یا کمتر از ۵۴ سال (≤ 54) و بیشتر از ۵۴ سال (> 54) تقسیم شدند. در بررسی ارتباط سن با سلامت روان ۳۵ نفر از بیماران کمتر از ۵۴ سال و ۳۲ نفر از بیماران بیشتر از ۵۴ سال هیچ اختلالی در سلامت روان خود نداشتند.

در هر دو دسته ی سنی کمترین فراوانی به اختلال شدید سلامت روان اختصاص یافت. در مجموع ارتباط معناداری بین سن و سلامت روان بیماران به دست نیامد. ($p = 0/588$)

تفکیک بیماران مورد مطالعه بر اساس جنسیت ۸۲ نفر زن و ۱۸ نفر مرد را نشان داد. در هر دو جنس بیشتر بیماران اختلالی در سلامت روان نداشتند. به علاوه ۸۵ نفر از بیماران مورد مطالعه متاهل بودند که ۵۹ نفر هیچ گونه اختلالی در سلامت روان نداشتند. در بررسی ارتباط سلامت روان با جنسیت و وضعیت تاهل بیماران نیز ارتباط معناداری به دست نیامد. ($p = 0/167$)، ($p = 0/435$)

قابل ذکر است که نمای بالینی ضایعات به صورت اروزو و غیراروزو با سایر متغیر ها مقایسه شد. نمای بالینی ضایعات لیکن پلان دهانی در ۷۴ نفر از بیماران مورد مطالعه، غیراروزو تشخیص داده شد و بررسی های انجام شده نشان داد که اروزو بودن لیکن پلان تاثیری بر سلامت روان بیماران نداشته است. ($p = 0/448$)

با توجه به اهمیت نمای بالینی تاثیر نمای بالینی بر حوزه های مختلف پرسشنامه GHQ-28 بررسی شد. با بررسی ارتباط حیطه های علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی با نمای بالینی پی می بریم که ارتباط معناداری میان نمای بالینی و اختلال در سلامت روان در هیچ یک از حیطه ها کشف نشد. ($p > 0/05$)

بررسی ارتباط بین وجود شکایت با سلامت روان نشان داد که ۶۴ نفر از بیماران از مواردی مثل سوزش، درد، زخم، تغییر رنگ و زبری مخاط گله مند بودند. ۴۲ نفر از بیماران مذکور

علی رغم داشتن شکایت، اختلالی در سلامت روان نداشتند. ۳۶ نفر از بیماران نیز شکایتی مطرح نکردند که از این میان ۲۵ نفر اختلالی در سلامت روان نداشتند. بنابراین طبق آنالیز آماری بین شکایت بیماران و سلامت روان ایشان ارتباط معناداری وجود نداشت. ($p = 0/713$) از آنجا که بیشترین شکایت بیماران لیکن پلان در این مطالعه سوزش ذکر شده است لذا به بررسی تاثیر این شکایت بر روی سلامت روانی آن ها پرداخته شده است. نتایج نشان می دهد در بین بیماران مورد مطالعه ۵۳ نفر شکایت سوزش را مطرح کردند و در مقابل ۴۷ نفر شکایتی از سوزش نداشتند. ۳۴ نفر از بیماران شاکی از سوزش دهانی همچنین ۳۳ نفر از بیمارانی که سوزش دهانی نداشتند اختلالی در سلامت روانی خود نداشتند. طبق نتایج آماری بین شکایت سوزش و سلامت روانی رابطه معنی داری وجود ندارد.

$$(p = 0/480)$$

۴۲ بیمار دارای بیماری سیستمیک و همچنین ۲۵ بیمار فاقد بیماری سیستمیک فاقد اختلال در سلامت روان تشخیص داده شدند و بنا بر آنالیز آماری وجود بیماریهای سیستمیک بر سلامت روان بیماران لیکن پلان تاثیر گذار نبوده است ($p = 0/961$)

بررسی داده های Thongprasom نشان داد از میان بیماران با شدت بیماری درجه ۱، ۲۸ نفر اختلالی در سلامت روان خود نداشتند و ۱ نفر اختلال شدید داشت. از میان بیمارانی که شدت بیماری درجه ۴ داشتند، هیچکدام اختلال شدیدی در سلامت روان خود نشان ندادند. مقایسه ارتباط شدت بیماری و سلامت روانی در بیماران مورد مطالعه حاکی از عدم حضور ارتباط معنی دار بین آنهاست. ($p = 0/285$) (جدول ۴)

جدول ۴- ارتباط شدت بیماری بر اساس معیار Thongprasom با سلامت روان

مجموع	سلامت روان				تعداد	۱
	بدون اختلال	خفیف	متوسط	شدید		
	۲۸	۷	۱	۱	۳۷	
درصد	%۵۷/۷	%۱۸/۹	%۲/۷	%۲/۷		%۱۰۰
	۷	۵	۲	۰	۱۴	
درصد	%۵۰	%۳۵/۷	%۱۴/۳	%۰		%۱۰۰
	۱۳	۶	۱	۱	۲۱	
درصد	%۶۱/۹	%۲۸/۶	%۴/۸	%۴/۸		%۱۰۰
	۷	۲	۰	۰	۹	
درصد	%۷۷/۸	%۲۲/۲	%۰	%۰		%۱۰۰
	۱۲	۴	۳	۰	۱۹	
درصد	%۶۳/۲	%۲۱/۱	%۱۵/۸	%۰		%۱۰۰
						مجموع
	۶۷	۲۴	۷	۲	۱۰۰	
درصد	%۶۷	%۲۴	%۷	%۲		%۱۰۰
						P value
						%۲۸۵

شدت بیماری بر اساس معیار
Thongprasom

بحث:

مطالعه حاضر به منظور بررسی سلامت روان در بیماران لیکن پلان دهانی و ارتباط آن با شدت بیماری بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی مراجعه کننده به بخش بیماری های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی مشهد از سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شد.

در بررسی ارتباطات سن، جنس، وضعیت تاهل، نمای بالینی، وجود شکایت، شکایت سوزش دهان و شدت بیماری بر اساس معیار Thongprasom به طور مجزا با سلامت روان ارتباط معناداری به دست نیامد.

به علاوه تاثیر نمای بالینی بر حوزه های مختلف پرسشنامه GHQ-28 بررسی شد و با بررسی ارتباط حیطه های علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی با نمای بالینی مشخص گردید که ارتباط معناداری میان نمای بالینی و اختلال در سلامت روان در هیچ یک از حیطه ها وجود ندارد.

برای بررسی سلامت روان در مطالعات مختلف از پرسشنامه های متفاوتی استفاده شده و بنابراین مقایسه نتایج مطالعات

مختلف ممکن است تحت تاثیر نوع پرسشنامه و دستور کار پرسشنامه ها قرار گیرد.

در مطالعه مطلب نژاد به منظور بررسی سلامت روانی بیماران از پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد و سلامت روانی به صورت زیرگروه های علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، عملکرد اجتماعی غیرطبیعی و افسردگی شدید طبقه بندی شده بود که مشابه با پرسشنامه ی مورد استفاده در مطالعه حاضر می باشد. بر اساس نتایج مطالعه مطلب نژاد که بر روی ۳۵ بیمار مبتلا به لیکن پلان دهانی انجام گردید اختلالات روانی در ۶۲.۹٪ بیماران مبتلا به لیکن پلان دهانی ثبت شد^(۴) درحالیکه در مطالعه حاضر در حدود ۳۳٪ بیماران مبتلا به لیکن پلان سلامت روان دچار اختلال بود که این تفاوت میتواند به دلیل حجم نمونه متفاوت مطالعه حاضر با مطالعه مطلب نژاد باشد. در مطالعات مطلب نژاد و همچنین Radwan Ozko بر روی بیماران لیکن پلان ارتباطی بین سلامت روان با جنسیت بیماران بدست نیامد که مشابه نتایج مطالعه حاضر بود.^(۴) درحالیکه در مطالعه Vilar-Villanueva M جنسیت

بهبود وضعیت سلامت روان بیماران بتوان بر درمان بیماری لیکن پلان تاثیر مثبتی گذاشت.

نتیجه گیری:

در مطالعه حاضر ۳۳٪ بیماران مبتلا به لیکن پلان دچار اختلال در سلامت روان بوده اند ولی مولفه های سن، جنس، وضعیت تاهل، بیماری سیستمیک، وجود شکایت، نمای بالینی، شدت ضایعات لیکن پلان دهانی و شکایت سوزش بر سلامت روان بیماران تاثیر گذار نبود. از آنجا که استرس و اختلالات روانشناختی یکی از عوامل تاثیرگذار بر ایجاد ضایعات لیکن پلان می باشد و از طرفی مزمن بودن این بیماری نیز میتواند بر سلامت روان بیماران تاثیر گذار باشد، لذا درمان ضایعات و بهبود سلامت روان در این بیماران روند دوطرفه ای است که حائز اهمیت می باشد و باید به آن توجه نمود.

بیماران OLP بر سلامت روان تاثیر گذار بوده است و در زنان سلامت روان بیشتر دچار اختلال بود.^(۳) در مطالعه حاضر علاوه بر جنسیت تاثیر عواملی همچون سن، وضعیت تاهل، وجود شکایت، تاثیر شکایت سوزش بر سلامت روانی بیماران بررسی شد که ارتباط معناداری بین عوامل مذکور با سلامت روانی به دست نیامد.

در مطالعه Vilar-Villanueva M برای بررسی تاثیر اختلالات روانی بیماران از آزمون های مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) استفاده شد که متفاوت با پرسشنامه مطالعه ما بود. نتایج به دست آمده در آزمون HADS نشان داد که اختلال اضطراب در ۳۵.۴ درصد بیماران گروه OLP ثبت شد و در مورد افسردگی، ۶۴.۶ درصد از بیماران برای این اختلال نتیجه مثبت دریافت کردند. در مطالعه حاضر براساس پرسشنامه GHQ-28 اختلال اضطراب در ۴۰٪ بیماران و اختلال افسردگی شدید در ۹٪ بیماران بدست آمد. به علاوه در مطالعه Vilar-Villanueva M نمای بالینی ضایعات بر سلامت روان بیماران تاثیر گذار بوده است که با نتایج مطالعه حاضر مغایر می باشد. ($p = 0.448$)^(۲)

براساس نتایج مطالعه Radwan Ozko بین شیوع علائم اختلال روانی با شدت ضایعات لیکن پلان دهانی رابطه معنی داری وجود نداشت.^(۴) در مطالعه حاضر نیز در بررسی تاثیر شدت ضایعات لیکن پلان دهانی بر سلامت روانی بیماران ارتباط معناداری به دست نیامد.

عوارض جانبی درمان و عدم بهبود طولانی مدت ممکن است وضعیت روانی-عاطفی بیماران را بدتر کند. این مسئله می تواند بر زندگی روزمره بیماران، نگرش آن ها نسبت به بیماری و امکان بهبودی تاثیر بگذارد.^(۴،۱) لیکن پلان دهانی قادر است زمینه ساز ایجاد خستگی، اضطراب، استرس و سرطان هراسی باشد، که می تواند بر اساس فرضیه ماهیت پیش بدخیم این بیماری پدید آمده باشد.^(۴،۱) بنابراین تاثیر متقابل سلامت روان و بیماری لیکن پلان دهانی باید مورد توجه قرار گیرد تا با

References:

- 1-Glick M, Greenberg M, Lockhart P, Challacombe S. Burket's oral medicine First published:25 June 2021 John Wiley & Sons, Inc
- 2-Vilar Villanueva, M., Gándara Vila, P., Blanco Aguilera, E., Otero Rey, E. M., Rodríguez Lado, L., García García, A., & Blanco Carrión, A. (2019). Psychological disorders and quality of life in oral lichen planus patients and a control group. *Oral Diseases*. doi:10.1111/odi.13106
- 3-Soto Araya M, Rojas Alcayaga G, Esguep A. Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, Burning mouth syndrome and Recurrent aphthous stomatitis. *Med Oral*. 2004 Jan-Feb;9(1):1-7. English, Spanish. PMID: 14704611.
- 4-Radwan-Oczko M, Zwyrtek E, Owczarek JE, Szcześniak D. Psychopathological profile and quality of life of patients with oral lichen planus. *J Appl Oral Sci*. 2018 Jan 18;26:e20170146. doi: 10.1590/1678-7757-2017-0146. PMID: 29364344; PMCID: PMC5777404.
- 5-Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Archives of dermatological research*. 2016;308(8):539-51
- 6-Yuwanati M, Gondivkar S, Sarode SC, Gadbaile A, Sarode GS, Patil S, Mhaske S. Impact of Oral Lichen Planus on Oral Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Pract*. 2021 May 7;11(2):272-286. doi: 10.3390/clinpract11020040. PMID: 34067014; PMCID: PMC8161446.
- 7-Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. A proposed new definition of mental health. *Psychiatr Pol*. 2017 Jun 18;51(3):407-411. English, Polish. doi: 10.12740/PP/74145. Epub 2017 Jun 18. PMID: 28866712.
- 8-Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(01), 139. doi:10.1017/s0033291700021644
- 9-Sadeghian R, Rohani B, Golestannejad Z, Sadeghian S, Mirzaee S. Comparison of therapeutic effect of mucoadhesive nano-triamcinolone gel and conventional triamcinolone gel on oral lichen planus. *Dent Res J (Isfahan)*. 2019 Sep 5; 16(5):277-282. PMID: 31543932; PMCID: PMC6749862.
- 10-Nasimi M, Ahangari N, Lajevardi V, Mahmoudi H, Ghodsi SZ, Etesami I. Quality of life and .14 mental health status in patients with lichen planopilaris based on Dermatology Life Quality Index and General Health Questionnaire-28 questionnaires. *Int J Womens Dermatol*. 2020;6(5):399-403. Published 2020 Sep 17. doi:10.1016/j.ijwd.2020.09.005
- 11-Jacob G. Dodd DO, Jane M. Grant-Kels MD, Ethical concerns in caring for active duty service members who may be seeking dermatologic care outside the military soon, *Int J Womens Dermatol*. 2020 Jul 10;6(5):445-447.
- 12-Malakouti S.K, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 used among elderly Iranians. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(4):623-634
- 13-Molavi H. Validation, factor structure, and reliability of the Farsi version of General Health (Questionnaire-28 on Irani students. *Pakistan J Psychol Res*. 2002;17(3-4
- 14-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 (Persian)