

## بررسی روانشناختی بیماران مبتلا به آفت دهان در مراجعین به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد

دکتر آنس سا پاک فطرت<sup>۱</sup> - دکتر زهرا دلاوریان<sup>۱</sup> - دکتر جاوید راسخی<sup>۲</sup> - دکتر سیدامیر سیدی<sup>۳</sup> - دکتر شیلان صلاح<sup>۲</sup>

۱- دانشیار گروه آموزشی بیماریهای دهان، مرکز تحقیقات بیماریهای دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
۲- دستیار گروه آموزشی بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
۳- استادیار گروه آموزشی بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** آفت یکی از شایعترین بیماریهای دهان بوده و عوامل روحی و روانی یکی از عوامل مستعدکننده آن است، بنابراین هدف از این مطالعه تعیین وضعیت روانشناختی بیماران مورد مطالعه با زخمهای عودکننده آفتی می‌باشد.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - مقطعی ۷۵ نفر از مراجعان به دانشکده دندانپزشکی مشهد وارد مطالعه شدند. در گروه مورد ۳۵ نفر بیمار مبتلا به آفت شامل ۱۵ نفر مرد و بیست نفر زن و در گروه شاهد چهل نفر شامل ۱۵ نفر مرد و ۲۵ نفر زن حضور داشتند. آنها پرسشنامه SCL-90 را که شامل نود سؤال چهار گزینه‌ای می‌باشد جهت بررسی وضعیت روانشناختی تکمیل کردند و سپس نتایج توسط روانشناس، مورد امتیازدهی و ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها با آزمونهای آماری Chi-Square و Fisher-Exact مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** فراوانی اختلالات روانشناختی در کل جامعه مورد بررسی ۴۴٪، در بیماران مبتلا به آفت ۶۸٪ و در گروه شاهد ۲۲٪/۵ (P<۰/۰۰۰۱) بود. فراوانی اختلال اضطرابی (Anxiety) در بیماران آفتی ۴۲/۹٪ و در گروه شاهد ۷/۵٪ (P<۰/۰۰۰۱) و فراوانی اختلال شکایت جسمانی کردن (Somatization) در بیماران آفتی ۱۷/۱٪ و در گروه شاهد ۰/۰۰۸٪ (P=۰/۰۰۸) و فراوانی افسردگی در بیماران آفتی ۲۸/۶٪ و در گروه شاهد ۱۵٪ گزارش شد. (P=۰/۰۰۴) که نتایج فوق از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. در مورد سایر اختلالات روانی اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** شیوع اختلالات روانی در گروه مبتلا به آفت بیشتر از گروه شاهد بود. شایعترین اختلال روانی در جامعه مورد بررسی اضطراب بود و شیوع اختلال اضطرابی و شکایت جسمانی‌شدن و افسردگی در گروه بیماران مبتلا به آفت نسبت به گروه کنترل بیشتر بود.

**کلید واژه‌ها:** روانشناسی، اضطراب، آفت

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۵/۲۸

اصلاح نهایی: ۱۳۹۳/۳/۲۹

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۰

**نویسنده مسئول:** دکتر شیلان صلاح، گروه آموزشی بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
e.mail:salahsh901@mums.ac.ir

### مقدمه

در هنگام غذا خوردن، بلع و صحبت کردن شده (۴) و از این رو کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. (۵)، از آنجایی که دلیل اصلی بروز این بیماری شناخته نشده، درمان مؤثری نیز برای آن معرفی نشده است و اغلب درمانها علامتی هستند. (۶)، البته ممکن است بروز ضایعات با ترومای موضعی، تغییرات هورمونی، عوامل عفونی نظیر HIV، کمبود ویتامین، مصرف داروها و آلرژی همراه باشد، اما شرایط سیستمیک مانند عوامل ژنتیکی مستعدکننده، اختلالات سیستم ایمنی و تاریخچه فامیلی

استوماتیت آفتی عودکننده (RAS) در میان زخمهای حفره دهان بیشترین شیوع را داشته و حدود ۵٪ - ۲۵٪ از جمعیت عمومی را درگیر می‌کند. (۱)، با این وجود در هنگام بررسی اقوام خاص و گروههای اقتصادی - اجتماعی مختلف میزان وقوع آن از ۵٪ - ۵۰٪ متفاوت گزارش شده است. (۲)، در مطالعه Davatchi و همکارانش در سال ۲۰۰۸ شیوع RAS در جمعیت بالای ۱۵ سال در ایران بیش از ۲۵/۲٪ گزارش شده است. (۳)

زخمهای آفتی برای بیماران بسیار دردناک بوده و موجب درد

کنون مطالعات گوناگونی با پرسشنامه‌ها و ابزارهای متفاوتی انجام شده است که از آن جمله می‌توان به :

Recent Life Changes, Hamilton Anxiety Scale, Cattle 16 PF, HAD Scale, Beck Depression Inventory, General Health Questionnaire, questionnaire و Spielberger State-Trait Anxiety Inventory اشاره کرد. (۱۷)

با بررسیهای اخیر مشخص شده که شرایط تنش زا و اضطراب آور، بیش از ویژگیهای شخصیتی بیماران با وقوع RAS ارتباط است (۱۸) در این زمینه در سالهای اخیر در ایران نیز تحقیقات زیادی با ابزارهای متفاوت انجام شده است. Molashahi و همکارانش در سال ۲۰۱۱، نود بیمار مبتلا به RAS را در سه گروه بیمار، شاهد مثبت (مبتلا به BMS، AFP، MPD) با شاهد منفی توسط پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI) بررسی کردند و مشخص گردید که افراد مبتلا به RAS و گروه شاهد مثبت سطح اضطراب و افسردگی بالاتری نسبت به گروه شاهد منفی داشتند. گرچه تفاوت بین سطح اضطراب معنی‌دار نبود ولی تفاوت سطح افسردگی معنی‌دار بود. (۱۹)

در مطالعه Sanatkhani بیماران مبتلا به RAS به وسیله پرسشنامه SCL-90 و مصاحبه روانپزشکی از نظر روانی تحت بررسی قرار گرفتند و مشخص شد ۷۴/۳٪ از بیماران مبتلا به نوعی اختلال روانشناختی بودند. (۲۰)

در پژوهش Chamani پانصد و پنجاه نفر از دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی دانشگاه کرمان به منظور تعیین شیوع زخمهای آفتی در دهان با استفاده از آزمون Cattle مورد بررسی روانشناختی قرار گرفتند. سطح اضطراب بیماران به چهار شکل: بدون اضطراب و آرام و یا با درجات خفیف، متوسط و شدید اضطراب تعریف شد. مشخص شد که دانشجویانی که دچار آفت می‌شوند مضطربتر از افرادی هستند که سابقه ابتلا به آفت را ندارند. (۲۱)

پرسشنامه روانشناختی SCL-90 ابزاری برای سنجش روحی روانی افراد است که در سال ۱۹۸۰ توسط Derrogate طراحی گردید که شامل نود سؤال می‌باشد. این آزمون وضعیت روحی - روانی فرد را از یک هفته قبل تا زمان حال مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. در هر سؤال از فرد پرسیده می‌شود که در یک هفته قبل در چه حد مجموعه‌ای از رویدادهای خاص را تجربه کرده است. چهار پاسخ برای هر پرسش وجود دارد که شامل: هیچ، کمی، زیاد و به شدت می‌باشد که بیمار یکی از این پاسخها را در پاسخنامه علامت‌گذاری می‌کند. سؤالات به صورتی

نیز در بعضی بیماران نقش مؤثری دارد. (۷)، از طرفی مشخص شده که استعمال سیگار به علت افزایش کراتینیزاسیون مخاط باعث کاهش شیوع آفت می‌شود. در دوران بارداری نیز دوره‌های عاری از آفت مشاهده می‌شود. (۸)

گرچه فرضیه‌های متفاوتی در مورد اتیوپاتوژنز RAS ارائه شده است اما در مجموع برهم خوردن تنظیم سیستم ایمنی (که در اکثر مقالات به عنوان علت اولیه یا ثانویه مطرح شده است)، کاهش ضخامت مخاط و افزایش ارائه آنتی ژن از مکانیسم‌های مفروض هستند. (۹-۱۰)، نقش واکنش ایمنی با واسطه سلول‌های T در پاتوژنز آفت ثابت شده و در خون محیطی بیماران مبتلا به آفت کاهش نسبت CD4 به CD8 و افزایش گیرنده‌های سلول T و افزایش TNF $\alpha$  مشاهده می‌شود. (۸)

وقایع پر استرس در زندگی به طور مشخص با شروع دوره‌های RAS همراه است. (۱۱)، بنابراین ممکن است استرس در اتیولوژی RAS به خصوص در بیمارانی که شخصیت مضطرب دارند مطرح باشد. (۱۲)، البته فقدان ارتباط مستقیم بین سطح استرس و شدت RAS نشان می‌دهد که استرس بیشتر عامل شروع کننده حملات آفتی عودکننده است تا اینکه دلیل اصلی بیماری باشد. (۱۳)، باید به این نکته نیز توجه داشت که زخمهای راجعه خود می‌توانند برای بیمار تنش زا باشد. از طرفی عادات پارافانکشنال ناشی از استرس‌های روحی روانی نیز می‌تواند با ایجاد ترومای خفیف، آغاز گر RAS باشند. (۵)، همچنین ممکن است علت افزایش بروز زخم آفتی در دوران قاعدگی، تغییرات هورمونی و فیزیولوژیکی باشد که منجر به تغییرات فیزیکی و روانی مانند تحریک پذیری، خستگی و درد می‌گردد. (۸ و ۱۴)

شواهد نشان داده است که پلی مورفیسم ژن 5-HTTLPR که منجر به کاهش ارائه و جذب سروتونین شده و افسردگی و اضطراب را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در بیماران مبتلا به RAS به طور معنی‌داری بیشتر است. (۱۵)، همان‌گونه که ذکر شد عوامل روانی نیز ممکن است ارتباط مثبتی با بروز زخم آفتی داشته باشد (۲) که می‌تواند به علت تأثیر بر روی سیستم ایمنی باشد. تحقیقات اخیر پیشنهاد می‌کنند که ترشح کورتون در اثر استرس منجر به تغییر نسبت لنفوسیت‌های T8/T4 شده و با کاهش کارایی سیستم دفاعی منجر به کاهش کموتاکسی و فاگوسیتوز نوتروفیلی در بیماران RAS می‌شود. (۸ و ۱۶)

برای بررسی سطح استرس و اضطراب و ارتباط آن با گروهی از بیماریهای دهان که گمان می‌رود با استرس و اضطراب در ارتباط هستند (مانند لیکن پلان، سندرم سوزش دهان و آفت) تا

۲- بیماران که حاضر به پاسخگویی به پرسشنامه SCL-90 نبوده یا توانایی این کار را نداشتند.

تعداد کل افراد شرکت کننده در مطالعه بر اساس معیارهای ورود و خروج ۷۵ نفر بود که ۳۵ نفر در گروه بیماران آفت قرار گرفته و ۴۰ نفر نیز به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. برای افراد هر دو گروه فرم مشخصات دموگرافیک تکمیل گردیده و برای افراد گروه مبتلایان به آفت، اطلاعات مربوط به زخمهای آفتی آنها از جمله مدت زمان ابتلا، تعداد، محل و نوع زخمهای آفتی در فرم معاینه ثبت گردید. سپس پرسشنامه SCL-90 در اختیار آنها قرار گرفته و از آنها خواسته شد که آن را به طور کامل پاسخ دهند. هر یک از سؤالات این آزمون یکی از نه بُعد مختلف اختلالات روانی شامل شکایت جسمانی، اختلال وسواسی - اجباری، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، حساسیت در روابط متقابل و روان پریشی را تحت بررسی قرار می‌دهد. همچنین در این آزمون هفت سؤال دیگر وجود دارد که تحت هیچ یک از ابعاد نه گانه دسته‌بندی نمی‌شوند. این سؤالات از نظر بالینی دارای اهمیت بوده و به شاخصهای کلی آزمون کمک می‌کنند.

مدت زمان لازم برای پاسخگویی حدود ۱۲-۱۵ دقیقه بوده و پس از آن پاسخنامه‌ها توسط روانشناس مورد ارزیابی و امتیازدهی قرار می‌گیرد. نحوه امتیازدهی در این آزمون به این صورت است که ابتدا نود پاسخ داده شده توسط بیمار به فرم مخصوص پاسخها انتقال داده می‌شود. پس از آن با فرمولاسیون خاص سه شاخص کلی ناراحتی شامل ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی به دست آمده و با استفاده از این یافته‌ها نتیجه آزمون آنالیز می‌گردد.

در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ و با استفاده از آزمونهای آماری Chi-Square و آزمون Fisher-Exact تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

تعداد کل افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۷۵ نفر شامل ۳۵ نفر در گروه بیماران مبتلا به آفت و ۴۰ نفر در گروه شاهد بودند. تعداد مردان شرکت کننده در مطالعه سی نفر و تعداد زنان ۴۵ نفر بود. در گروه بیماران آفتی ۱۵ نفر مرد و بیست نفر زن و در گروه شاهد ۱۵ نفر مرد و ۲۵ نفر زن حضور داشتند. تفاوت

طراحی شده‌اند که به گروه، ملیت یا نژاد خاصی، اختصاص نداشته و افراد با حداقل تحصیلات ابتدایی نیز قادر به پاسخگویی به آنها می‌باشند.

با توجه به مزایای فراوان این پرسشنامه از جمله تعداد زیادی از اختلالات روانشناسی را به طور همزمان بررسی می‌کند (جامعیت داشته)، پاسخگویی به آن نیاز به زمان کمی داشته و افراد با تحصیلات اندک نیز می‌توانند به سؤالات آن پاسخ بدهند لذا قرار شد که با استفاده از این پرسشنامه در دو گروه شاهد و مورد، بر روی ارتباط میان اختلالات روحی روانی بیماران و زخمهای آفتی عود کننده پژوهشی صورت گیرد.

#### روش بررسی

این مطالعه توصیفی- مقطعی در دانشکده دندانپزشکی مشهد در سال ۱۳۹۰ انجام شد. جامعه آماری این مطالعه شامل دو گروه: بیماران مبتلا به آفت دهان و افرادی که هرگز سابقه بروز آفت را نداشته‌اند به عنوان گروه شاهد بودند. بیماران گروه آفت کسانی بودند که با شکایت از زخمهای آفتی به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد مراجعه کرده بودند و بیماران گروه شاهد نیز از میان افرادی که جهت انجام کارهای دندانپزشکی به بخش Screening این دانشکده مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. تشخیص بالینی آفت دهان بر اساس شکل و تعداد زخمها، سابقه عود و محدود بودن به حفره دهان توسط متخصص بیماریهای دهان داده شد. مطالعه به صورت آزمایشی بر روی ۷۵ نفر انجام گردید.

افراد گروه شاهد هرگز سابقه بروز زخمهای عود کننده دهان را ذکر نمی‌کردند و در معاینه نیز هیچ ضایعه مخاطی مشاهده نشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر است:

۱- سابقه بروز زخمهای آفتی عودکننده

۲- داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی

۳- تمایل به شرکت در طرح تحقیقاتی

معیارهای خروج از مطالعه نیز به شرح زیر می‌باشد:

۱- بیماران که مبتلا به یکی از بیماریهای زمینه‌ای همراه با زخمهای آفتی شکل (Aphthous-like) در دهان بودند. (از جمله سندرم بهجت، بیماریهای گوارشی مانند سلیاک، آنمی و ...) تشخیص این بیماریها بر اساس تاریخچه، مروری بر سیستمهای بدن و در مورد آنمی با بررسی پاراکلینیکی CBC، SI، TIBC و Ferritin داده شد.

۶- اختلالات توام: شیوع کلی اختلالات توام (به معنی وجود بیش از یک اختلال روانشناختی در یک فرد) در میان کل افراد مورد مطالعه ۲۶٪، در میان بیماران آفتی ۵۸٪ و در میان افراد گروه شاهد ۱۵٪ گزارش شد که اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. ( $P=0/663$ )

سایر اختلالات روحی - روانی که آزمون SCL-90 قادر به سنجش آنها می‌باشد عبارتست از ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، حساسیت در روابط متقابل و روان پریشی که در نمونه‌های مورد بررسی موردی از آنها یافت نشد. از لحاظ تفکیک اختلالات بر حسب شدت، با توجه به حجم کم نمونه‌ها در تمامی زیر گروهها، نتایج از نظر آماری قابل تفسیر نبودند.

### بحث

هدف از این مطالعه، بررسی روانشناختی بیماران مبتلا به زخمهای آفتی عودکننده در قیاس با افراد بدون سابقه ابتلا به زخم آفتی بود. با وجود اینکه در گذشته نیز مطالعاتی در رابطه با نقش اختلالات و فشارهای روانی در بروز آفت صورت گرفته است اما مطالعه حاضر از جهت استفاده از پرسشنامه معتبر SCL-90، بررسی انواع مختلف اختلالات روانی، وجود گروه شاهد و همکاری یک روانشناس جهت آنالیز داده‌ها با اکثر این مطالعات متفاوت است.

تعداد افراد شرکت کننده در این مطالعه ۷۵ نفر بود که ۶۰٪ آنها را زنان تشکیل می‌دادند. از این نظر مطالعه حاضر همانند مطالعات Ogura (۲۲)، Viraparia (۲۳)، Gallo (۱۳)، Sanatkhani (۲۰) و Delavarian (۲۴) می‌باشد.

در میان مطالعاتی که نقش اختلالات روانی در بروز آفت را بررسی کرده‌اند، برخی تنها به بررسی سطح اضطراب و استرس پرداخته‌اند. برخی از این مطالعات دارای ابزار جهت تشخیص اختلال روانی بوده و برخی نیز فاقد این ابزار بوده‌اند. به عنوان مثال Pedersson (۵) با استفاده از ابزار Social Readjustment Rating Scale (SRRS) و Gallo (۱۳) با یک پرسشنامه معتبر بین المللی به بررسی استرس، Bujeeb (۲۵) با استفاده از پرسشنامه Self-rating Anxiety Scale (SAS) به ارزیابی اضطراب، Viraparia (۲۳) با استفاده از معاینه و پرسشنامه به مطالعه در مورد افسردگی و Soto Araya (۱۷) با استفاده از دو پرسشنامه Recent Experience Test و Hospital Anxiety & Depression Scale (HAD) به پژوهش بر روی استرس، اضطراب و افسردگی پرداخته‌اند. از این لحاظ مطالعه حاضر که با

آماری معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ جنسیت وجود نداشت. ( $P=0/54$ )

از نظر شیوع کلی اختلالات روانی برآورد شده از پرسشنامه SCL-90، ۳۳ نفر از کل افراد شرکت کننده در مطالعه مبتلا به یکی از اختلالات روانی تشخیص داده شدند. (۴۴٪) از این میان ۲۴ نفر در گروه بیماران آفتی و نه نفر در گروه شاهد قرار داشتند. بر این اساس شیوع کلی اختلالات روانی در میان بیماران آفتی ۶۸/۶٪ و در میان افراد گروه شاهد ۲۲/۵٪ بود که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار و حاکی از شیوع بیشتر اختلالات روانی در میان بیماران آفتی نسبت به افراد گروه شاهد می‌باشد. ( $P < 0/0001$ )

از میان کلیه افراد مبتلا به اختلالات روانی، بیست نفر برابر ۶۰٪ دچار بیش از یک نوع اختلال روانشناختی بودند. (اختلالات توام) یافته‌ها به تفکیک اختلال روحی- روانی و شدت آن در میان افراد مورد مطالعه به شرح زیر است: (جدول ۱)

۱- اختلال اضطرابی: شیوع کلی اختلال اضطرابی در میان کل افراد مورد مطالعه ۲۴٪، در میان بیماران آفتی ۴۲/۹٪ و در میان افراد گروه شاهد ۷/۵٪ گزارش شد که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار و نشانگر شیوع بیشتر اختلال اضطراب در افراد مبتلا به آفت می‌باشد. ( $P < 0/0001$ )

۲- اختلال وسواسی- اجباری: شیوع کلی اختلال وسواسی - اجباری در میان کل افراد مورد مطالعه ۲۰٪، در میان بیماران آفتی ۲۵/۷٪ و در میان افراد گروه شاهد ۱۵٪ گزارش شد که اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. ( $P=0/108$ )

۳- اختلال افسردگی: شیوع کلی اختلال افسردگی در میان کل افراد مورد مطالعه ۲۱/۳٪، در میان بیماران آفتی ۲۸/۶٪ و در میان افراد گروه شاهد ۱۵٪ گزارش شد که اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌داد. ( $P=0/004$ )

۴- اختلال شکایت جسمانی (Somatization): شیوع کلی اختلال شکایت در میان کل افراد مورد مطالعه ۸٪، در میان بیماران آفتی ۱۷/۱٪ و در میان افراد گروه شاهد ۰٪ گزارش شد. (عدم وجود هیچ موردی) که این اختلاف جسمانی از لحاظ آماری معنی‌دار بوده و حاکی از شیوع بیشتر اختلال شکایت جسمانی در افراد مبتلا به آفت می‌باشد. ( $P=0/008$ )

۵- اختلال پرخاشگری: شیوع کلی اختلال پرخاشگری در میان کل افراد مورد مطالعه ۴٪، در میان بیماران آفتی ۲/۹٪ و در میان افراد گروه شاهد ۵٪ گزارش شد که اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. ( $P=0/349$ )

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی اختلالات روحی - روانی بر حسب نوع و شدت اختلال در دو گروه مبتلایان به آفت و گروه شاهد

P.V	کل افراد	گروه شاهد	گروه آفت	شدت اختلال	نوع اختلال
<۰/۰۰۰۱	٪۰	٪۰	٪۰	شدید	اختلال اضطراب
	٪۱۶	٪۰	٪۳۴/۳	متوسط	
	٪۸	٪۷/۵	٪۸/۶	خفیف	
	٪۷۶	٪۹۲/۵	٪۵۷/۱	عدم وجود	
۰/۱۰۸	٪۲/۷	٪۰	٪۵/۷	شدید	اختلال وسواسی اجباری
	٪۴	٪۰	٪۸/۶	متوسط	
	٪۱۳/۳	٪۱۵	٪۱۱/۴	خفیف	
	٪۸۰	٪۸۵	٪۷۴/۳	عدم وجود	
۰/۰۰۴	٪۱/۳	٪۰	٪۲/۹	شدید	اختلال افسردگی
	٪۹/۳	٪۰	٪۲۰	متوسط	
	٪۱۰/۷	٪۱۵	٪۵/۷	خفیف	
	٪۷۸/۷	٪۸۵	٪۷۱/۴	عدم وجود	
۰/۰۰۸	٪۰	٪۰	٪۰	شدید	اختلال شکایت جسمانی
	٪۱/۳	٪۰	٪۲/۹	متوسط	
	٪۶/۷	٪۰	٪۱۴/۳	خفیف	
	٪۹۲	٪۱۰۰	٪۸۲/۹	عدم وجود	
۰/۳۴۹	٪۰	٪۰	٪۰	شدید	اختلال پرخاشگری
	٪۱/۳	٪۰	٪۲/۹	متوسط	
	٪۲/۷	٪۵	٪۰	خفیف	
	٪۹۶	٪۹۵	٪۹۷/۱	عدم وجود	

فراوانی اختلالات روانی در میان بیماران مبتلا به آفت مراجعه کننده به بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد را ۴۲/۹٪ به دست آورده بود فاصله زیادی دارد. (۲۰)، از علل تفاوت نتایج بین این دو مطالعه با وجود تشابه مکانی می توان به یکسان نبودن نسبت سن و جنس، تفاوت طبقاتی، سطح تحصیلات و برهه زمانی اشاره کرد.

با این وجود مطالعه حاضر از نظر آماری اثبات می کند که فراوانی اختلالات روانی در میان بیماران مبتلا به آفت نسبت به گروه شاهد که هرگز سابقه بروز آفت را نداشته اند به طور معنی داری بالاتر است. ( $P=0/000$ )، این نتیجه با مطالعه Tang و همکارانش که مانند این مطالعه دارای گروه شاهد نیز بود، همخوانی دارد. آنها در پژوهش خود جهت بررسی وضعیت روانی - اجتماعی بیماران از پرسشنامه های EPQ (Eysencke Personality Questionnaire) استفاده کردند و نتایج حاصله نشان داد که اختلالات روانشناختی می توانند در بروز آفت نقش زمینه ای داشته باشند. (۲۶)

با استفاده از ابزار SCL-90 به بررسی جامع انواع اختلالات روانی می پردازد دارای مزیت است. همچنین از مزایای این ابزار نیاز به زمان و تحصیلات اندک جهت پاسخگویی و بررسی اختلال جسمانی شدن است.

از معایب پرسشنامه SCL-90 تعداد زیاد سؤالات، نیاز به داشتن تحصیلات ابتدایی و نیاز به همکار روانشناس جهت تفسیر نتایج می باشد.

در بررسی منابع موجود مشخص شد که مطالعات مشابه متعددی در داخل و خارج از کشور به طرق متفاوت انجام گرفته است که از نظر انتخاب پرسشنامه و ابزارهای روانشناختی، جمعیت مورد مطالعه، تعداد بیماران و ... از یکدیگر متمایزند.

همان گونه که ذکر شد اطلاعات به دست آمده از این مطالعه نشان داد که فراوانی کلی اختلالات روانی در جامعه مورد بررسی ۴۴٪ بود. همچنین فراوانی اختلالات روانی در میان بیماران مبتلا به آفت ۶۸/۶٪ و در میان افراد گروه شاهد ۲۲/۵٪ بود. این عدد با نتیجه به دست آمده از مطالعه Sanatkhani که

تحصیلات، برهه زمانی که در آن مطالعه صورت گرفته، استفاده از ابزارهای روانشناختی متفاوت و طراحیهای گوناگون مطالعات می‌باشد.

شاید بتوان گفت پرسشنامه SCL-90 نقش غربالگری در تشخیص اختلالات روحی-روانی داشته و شمای کلی از فراوانی این اختلالات را به طور کلی می‌دهد. اما پس از آن می‌بایست هر یک از اختلالات تشخیص داده شده توسط روانپزشک بررسی شده و با تهیه پرسشنامه‌های اختصاصی تأیید شود.

این مطالعه شامل محدودیتهایی نیز بود که از آن جمله می‌توان به عدم امکان ورود افراد بی سواد به مطالعه، تعداد کم بیماران و عدم اطمینان از پاسخگویی دقیق بیماران به پرسشنامه‌ها را ذکر کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعات دیگری با رفع این محدودیتها در آینده انجام شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که شیوع بیشتر اختلالات روانی در گروه مبتلا به آفت، در مقایسه با گروه شاهد بود. یافته‌های این مطالعه بر اساس تفکیک اختلال روحی - روانی نیز نشان داد که شیوع اختلال اضطراب و شکایت جسمانی شدن و افسردگی در گروه مبتلا به آفت نسبت به گروه کنترل بیشتر بود. بنابراین با توجه به این یافته‌ها و اهمیت سلامت روان با توجه به نقش اتیولوژیک مسائل روانی در بروز آفت مشورت با روانشناس و همچنین درمان روانپزشکی بیماران مبتلا به آفت در صورت نیاز، باید در طرح درمان مد نظر قرار گرفته شود تا در صورت لزوم ارجاع به روانپزشک صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات جناب آقای دکتر جوادزاده دانشیار بخش بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی مشهد و جناب آقای حسینی کارشناس روانشناسی بالینی و جناب آقای مهندس جوان کارشناس آمار در انجام مطالعه تشکر می‌گردد.

این پژوهش نتایج مطالعه Mollashahi و همکارانش را نیز تأیید می‌کند. نتایج بررسی آنها نشان داد که سطح اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به آفت در مقایسه با گروه شاهد منفی (بدون بیماری) به صورت معنی‌داری بالاتر است. اما در مقایسه با گروه شاهد مثبت (بیماران مبتلا به سندرم سوزش دهان، دردهای غیرمعمول صورت و سندرم درد ناشی از اختلال عملکرد عضلات صورت) تفاوت سطح اضطراب بیماران معنی‌دار نبود. اما تفاوت سطح افسردگی معنی‌دار بود. (۱۹)

همچنین این مطالعه با مطالعه Chamani و همکارانش که در آن بین میانگین نمره اضطراب و بروز آفت چه در زنان و چه در مردان رابطه معنی‌داری به دست آمد هم خوانی دارد. (۲۱)

شایعترین اختلال روانی شناخته شده در جامعه مورد بررسی این مطالعه، اضطراب بوده که این موضوع با اکثر مطالعات انجام شده از جمله مطالعات Bujeeb (۲۵)، Tang (۲۶) و Soto Araya (۱۷) همخوانی دارد.

در میان انواع اختلالات مورد بررسی شامل اضطراب، افسردگی، اختلال وسواسی- اجباری، شکایت جسمانی و پرخاشگری، مطالعه حاضر نشان داد که اختلالات اضطراب و شکایت جسمانی و افسردگی می‌توانند با بروز آفت مرتبط باشند ولی سایر اختلالات ذکر شده ارتباطی با بروز آفت ندارند. این نتیجه با مطالعات متعدد دیگر از جمله مطالعه Araya Soto (۱۷) که رابطه سطوح اضطراب و استرس بیماران را با بروز آفت نشان داده بود همخوانی دارد و اما نتایج آن با مطالعه Viraparria (۲۳) که اختلال افسردگی را بی ارتباط با بروز آفت دانسته بود متفاوت است. همچنین در مطالعه Mahmood و همکاران نیز همانند مطالعه حاضر سطح اضطراب در بیماران مبتلا به آفت نسبت به گروه کنترل بیشتر بود ولی میزان افسردگی در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت که از نظر افسردگی با این مطالعه تفاوت دارد. (۱۸)، در مطالعه Mollashahi نیز مانند این مطالعه سطوح اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به آفت به طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل بالاتر گزارش شده است. (۱۹)

در مورد ارتباط سایر اختلالات روانی با آفت تا کنون مطالعات اندکی صورت گرفته و شواهد ناچیزی در دسترس است. از جمله در مطالعه Cawson گزارش شده که مبتلایان به آفت ممکن است دچار وسواس نیز باشند. (۲۷)، با این وجود مطالعه حاضر ارتباطی بین بروز آفت با اختلال وسواسی اجباری نشان نداد.

از جمله عواملی که در مطالعات مختلف نتایج متفاوت حاصل شده تفاوت جوامع آماری از لحاظ میانگین سنی، جنس، میزان

## REFERENCES

1. Cağlayan F, Miloglu O, Altun O, Erel O, Yilmaz AB. Oxidative stress and myeloperoxidase levels in saliva of patients with recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis*. 2008 Nov;14(8):700-4.
2. Greenberg M, Glick M, Ship JA. *Burket's Oral Medicine*. 11<sup>th</sup>ed. Hamilton: Pmpha USA; 2008, 57-60.
3. Davatchi F, Tehrani-Banihashemi A, Jamshidi A, Chams-Davatchi CH, Gholami J, Moradi et al. The Prevalence of Oral aphthosis in a normal population in Iran: A WHO-ILAR Copcord Study. *Arch Iran Med*. 2008;11(2):207-9.
4. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis A consensus approach. *J Am Dent Assoc*. 2003;134(2):200-7.
5. Pedersen A. Psychologic stress and recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol Med*. 1989 Feb;18(2):119-22.
6. Leonardo M, Diogo M, Arnaldo F, Fabíola B, Verônica M, Luiz G, et al. Prevalence and risk factors for the development of recurrent aphthous stomatitis. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilofac*. [serial on the Internet]. 2010 June; 10(2):61-66. Available from:[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180852102010000200011&lng=en](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180852102010000200011&lng=en). Feb 16, 2014.
7. Rima Ahmad Safadi. Prevalence of recurrent aphthous ulceration in Jordanian dental patients. *BMC Oral Health* 2009; 9(1):31.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 2<sup>nd</sup>ed. Philadelphia: WB. Saunders Co. 2002;Chaps 9,16:285-292,679-680.
9. Regezi JA, Sciubb A, Jordan RCK. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations*. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: W.B. Saunders Co; 2008, 35-9.
10. Eguia-del Valle A, Martinez-Conde-Llamas R, López-Vicente J, Uribarri-Etxebarria A, Aguirre-Urizar JM. Salivary levels of Tumour Necrosis Factor-alpha in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Jan, 1;16(1):e33-6.
11. Huling L, Baccaglini L, Choquette L. Effect of stressful life events on the onset and duration of recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Pathol Med*. 2012; 41:149-152.
12. McCartan B, Lamey PJ, Wallace A. Salivary cortisol and anxiety in recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Pathol & Med*. 1996;25(7):357-9.
13. Gallo Cde B, Mimura MA, Sugaya NN. Psychological stress and recurrent aphthous stomatitis. *Clinics (Sao Paulo)* 2009; 64(7):645-8.
14. Scully C. *Handbook of oral diseases*. 1<sup>st</sup> ed. London: Martin Dunits; 1999,Chap 4:73-84.
15. Victoria JM, Correia-Silva Jde F, Pimenta FJ, Kalapothakis E, Gomez RS Serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) in patients with recurrent aphthousstomatitis. *J Oral Pathol Med*. 2005 Sept;34(8):494-7.
16. Natah SS, Häyrinen-Immonen R, Hietanen J, Patinen P, Malmström M, Savilahti E, KonttinenYT. Increased density of lymphocytes bearing gamma/delta T-cell receptors in recurrent aphthous ulceration (RAU). *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2000 Oct;29(5):375-80.
17. 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.
18. Mahmoud K. AL-Omiri J. Karasneh. E. Lynch. Psychological profiles in patients with recurrent aphthous ulcers. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Mar;41(3):384-8.
19. Farhadmollashahi L, Bakhshani N, Honarmand M, Dehghannode R. Correlation between anxiety, depression, and recurrent aphthous stomatitis; *J of Qazvin Univ of Med Sci*. 2011 Fall; 153(60):48-53.
20. Sanatkhani M, Manteghi A, Pakfetrat A, Mohammadian F. Psychiatric evaluation of patients with recurrent aphthous ulceration referred to. Oral Disease Department of Mashhad Dental School-Iran (2006-2007) *J Mash Dent Sch*. 2010; 34 (3):219-30.
21. Chamani G, Zarei M, Ghafarnejad A, Noohi A, Alaei A. Prevalence of recurrent aphthous stomatitis and anxiety in 550 medical, dental and pharmaceutical students of Kerman Medical University. *J Dent Sch*. 2008; 26(2):131-137.
22. Ogura M, Yamamoto T, Morita M, Watanabe T. A case-control study on food intake of patients with recurrentaphthous stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2001; 91(1):45-9.
23. Viraparia P, Paris R, Theriaque DW, Shuster JJ, Gertsen M, Bhattacharyya I, et al. RAS and depression: Is there an association? 2008. Available at:<http://iadr.confex.com/iadr/2008Dallas/techprogram/abstract101639.htm>. Accessed RL: 5.2.2008.
24. Delavarian Z, Orafai-H-Mollashahi L, Pakfetrat A. The effects of topical sucralfate suspension on oral aphthae. *J Dent Med Tehran Uni of Med Sci*. 2007; 4(2):72-7.
25. Buajeew W, Laohapand P, Vongsavan N, Kraivaphan P. Anxiety in recurrent aphthous stomatitis patients. *J Dent Assoc Thai*. 1990; 40(6):253-8.
26. Tang L, Ma L, Liu N. Effects of psychosocial factors on recurrent aphthous ulcer. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue ZaZhi*. 2001; 19(2):102-3.
27. Cawson RA, Odell EW. *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2008.