

بررسی تأثیر درمان غیر جراحی پرپودنتال بر کیفیت زندگی مرتبط با بهداشت دهان و دندان در بیماران مبتلا به پرپودنتیت و ژنژیویت مراجعه کننده به بخش پرپودنتولوژی دانشکده دندانپزشکی یزد

دکتر آرزو خبازیان^۱ - فاطمه آذرنوش^۲ - دکتر سید محسن صادقی^{۳†}

۱- استادیار گروه آموزشی پرپودنتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

۲- دانشجوی دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

۳- دستیار تخصصی گروه آموزشی اندودنتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان، اصفهان، ایران

Evaluation of the effect of non-surgical periodontal therapy on the quality of life associated with oral health in patients with periodontitis and gingivitis referred to periodontology department of Yazd dental school

Arezoo Khabazian¹, Fateme Azarnoosh², Sayed Mohsen Sadeghi^{3†}

1- Assistant Professor, Department of Periodontics, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2- Dental Student, School of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3[†]- Post-Graduate Student, Department of Endodontics, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Sadeghidnt@yahoo.com)

Background and Aims: Periodontal diseases are prevalent and are not only a threat to oral and dental health of patients and community, but also affect the quality of life associated with oral health. Therefore, the present study aimed to evaluate the effects of non-surgical periodontal therapy on the quality of life associated with oral health in patients with periodontitis and gingivitis.

Materials and Methods: 47 patients with gingivitis and moderate to severe chronic periodontitis referred to the periodontology department of Yazd Dental School in 2019 were studied. OHIP-14 validated questionnaire was used to assess the quality of life related to oral health. At the beginning of the study, both groups completed the questionnaire. Then scaling and root planning for periodontitis group and scaling for gingivitis group were done. Patients completed the questionnaires again 9-12 weeks after periodontal treatment. Data were analyzed by SPSS software version 22 using independent T-test, Chi-square, Mann-Whitney and Wilcoxon tests.

Results: The mean score of quality of life in patients with gingivitis was 19.18 ± 11.68 before the treatment and 13.26 ± 11.41 after treatment. The mean score of quality of life in patients with periodontitis was 23.29 ± 9.80 before treatment and 13.95 ± 9.68 after treatment. All the differences between groups before and after treatment were statistically significant (showing better quality of life after the treatment) ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference between the mean score of quality of life related to oral health in the studied patients according to the age and sex ($P > 0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, treatment of periodontal diseases improves quality of life related to oral health in patients with gingivitis and moderate to severe chronic periodontitis.

Key Words: Quality of life, Oral health, Periodontal diseases

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2020;33(2):63-71

† مؤلف مسؤول: اصفهان - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - دانشکده دندانپزشکی - گروه آموزشی اندودنتیکس
تلفن: ۳۶۶۹۹۱۱۰ نشانی الکترونیک: Sadeghidnt@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های پریدونتال شایع بوده و نه تنها تهدیدی برای سلامت دهان و دندان بیماران و جامعه به حساب می‌آیند بلکه بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان نیز تأثیر می‌گذارند. مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه تأثیر درمان غیر جراحی پریدونتال بر کیفیت زندگی مرتبط با بهداشت دهان و دندان در بیماران مبتلا به دو گروه عمده بیماری‌های پریدونتال (پریدونتیت و ژنژیویت) انجام شد.

روش بررسی: ۴۷ بیمار مبتلا به ژنژیویت و پریدونتیت مراجعه کننده به بخش پریدونتولوژی دانشکده دندانپزشکی یزد در سال ۹۸ مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان، از پرسشنامه ۱۴ سؤالی تأثیر سلامت دهان (OHIP-14) استفاده شد. در ابتدای مطالعه هر دو گروه بیماران پرسشنامه را تکمیل نمودند. سپس برای گروه پریدونتیت جرم‌گیری و تسطیح سطح ریشه و برای گروه ژنژیویت جرم‌گیری انجام شد. ۹-۱۲ هفته بعد از درمان پریدونتال بیماران مجدداً پرسشنامه را تکمیل نمودند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS22 و آزمون‌های آماری T مستقل، مجذور کای، من ویتنی و ویلکاکسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ژنژیویت که قبل از درمان $19/11 \pm 18/68$ بود، بعد از درمان به $13/26 \pm 11/41$ رسید و میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پریدونتیت که قبل از درمان $23/29 \pm 9/80$ بود، بعد از درمان به $13/95 \pm 9/68$ رسید، که به طور معنی‌داری کمتر (بهتر) شده بود ($P < 0/05$). بین میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مورد بررسی بر حسب سن و جنس تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه درمان بیماری‌های پریدونتال باعث بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در مبتلایان به بیماری‌های ژنژیویت و پریدونتیت می‌گردد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، سلامت دهان، بیماری‌های پریدونتال

وصول: ۹۸/۱۰/۲۲ اصلاح نهایی: ۹۹/۰۴/۱۰ تأیید چاپ: ۹۹/۰۴/۲۰

مقدمه

رضایتمندی از نحوه انجام آن‌هاست (۵). امروزه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان و دیگر بیماری‌های عمومی اهمیت قابل توجهی پیدا کرده است. بیماری‌های پریدونتال شایع بوده و منجر به عوارض جسمی، عملکردی و بیولوژیک می‌گردند و همچنین ابعاد اقتصادی، اجتماعی و روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۵). کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی دهان پیامدهای مهمی برای عملکرد بالینی دندانپزشکی و تحقیقات دندانپزشکی دارد و بخشی جدایی ناپذیر از سلامتی و رفاه عمومی است و توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان بخش مهمی از برنامه جهانی بهداشت دهان و دندان شناخته شده است (۶). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان به صورت چند بعدی تعریف می‌شود که راحتی و آسایش افراد را در زمان خوردن، خوابیدن، مشارکت در تعاملات اجتماعی، عزت نفس و رضایت آن‌ها از وضعیت سلامت دهان و دندان‌شان را منعکس می‌کند (۷). علائم بیماری پریدونتال از قبیل خونریزی لثه، جابجایی دندان و از دست دادن پاپیلا در نواحی قدامی می‌تواند در توانایی فرد در خوردن، حرف زدن و روابط اجتماعی و انجام فعالیت‌های مختلف روزمره تأثیر بگذارد (۸). هنگام برخورد با بیماری‌های مزمن مانند پریدونتیت، مهم است که اثرات زیستی - روانی - اجتماعی بیماری را درک کنیم تا بتوانیم تلاش کنیم آن‌ها را به حداقل برسانیم. باید اطمینان حاصل شود که پزشکان می‌توانند احساس بیماران را از تأثیر

بیماری‌های پریدونتال به دو دسته کلی ژنژیویت و پریدونتیت تقسیم می‌شوند. علل متعددی برای این بیماری‌ها وجود دارد که شایع‌ترین عامل برای ایجاد بیماری‌های التهابی لثه، پلاک میکروبی می‌باشد (۱). پریدونتیت مزمن شایع‌ترین فرم پریدونتیت است که در بالغین شایع‌تر است که در آن جرم و پلاک تجمع می‌یابد. به طور معمول سرعت پیشرفت آن کم تا متوسط است اما دوره‌هایی با سرعت بیشتر نیز امکان وقوع دارد (۲). مرحله پایانی بیماری پریدونتال منجر به از دست دادن دندان می‌شود. هرچند در مراحل اولیه علائم زیادی (تورم، خونریزی و درد) گزارش نمی‌شود. درمان‌های پریدونتال به دو گروه کلی درمان‌های جراحی و غیر جراحی تقسیم می‌شوند (۳). اخیراً نشان داده شده است که وقوع بیماری پریدونتال دارای یک مولفه رفتاری اجتماعی اساسی است و از این رو نه تنها تهدیدی برای سلامت دهان و دندان بیماران و جامعه به حساب می‌آید بلکه بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان (OHRQoL) (Oral Health-Related Quality of Life) نیز تأثیر می‌گذارد (۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به معنای برداشت و رضایتمندی فرد از خصوصیات جسمی و روحی اوست که بر اساس آن فرد قادر به انجام فعالیت‌های روزانه خود می‌باشد. این تعریف شامل سلامت جسمی، روحی، روانی، اجتماعی و توانایی انجام اعمال روزانه و

بهداشت دهان و دندان در زندگی‌شان، درک کنند، پس لازم است مراقبت‌های پریدنتالی که به نیازها و نگرانی‌های بیمار مربوط می‌شود را طراحی کرد، همچنین باید نتیجه درمان پریدنتال را از دیدگاه بیماران ارزیابی کرد (۹). در مطالعه Needleman و همکاران (۱۰) تأثیر بهداشت دهان و دندان بر کیفیت زندگی قابل توجه بود به طوری که بسیاری از افراد، تأثیرات منفی‌ای را در رنج وسیعی از جوانب جسمی، اجتماعی و روانشناختی کیفیت زندگی تجربه کرده بودند. O'Dowd و همکاران (۱۱) نیز در مطالعه خود نتیجه گرفتند که بیماری پریدنتال به چند روش بر زندگی بیماران تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد که این مسئله باید در حوزه مدیریت بیماران مبتلا به پریدنتیت قرار بگیرد. در مطالعه Goel و Baral (۳) بر اساس پرسشنامه خود ارزیابی تأثیر بهداشت دهان و دندان (OHIP-14) در آغاز و ۹-۱۲ هفته بعد از درمان غیر جراحی پریدنتال در دو گروه بیماران مبتلا به پریدنتیت و ژنژیویت ارزیابی شد. میانگین نمره کل OHIP-14 برای بیماری مزمن پریدنتال بعد از درمان غیر جراحی پریدنتال از ۷ به ۳ کاهش یافت و هر دو گروه (ژنژیویت و پریدنتیت) بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی مرتبط با بهداشت دهان و دندان‌شان داشتند. همچنین تأییراتی بر دردهای دهانی - صورتی، ظاهر دهان و صورت و ابعاد روانشناختی نیز مشاهده شد. بیماری پریدنتال به چند روش زندگی بیماران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. با این حال جوامع مدرن مبتنی بر مدیریت بهداشت دهان و دندان به منظور ارائه دستورالعمل‌ها و مراقبت‌های بهداشتی کارآمد و موثر سلامت دهان و دندان نیازمند درک کاملی از تأثیر این بیماری می‌باشند (۱۰، ۱۲). هدف از انجام این مطالعه بررسی اثر درمان غیرجراحی پریدنتال بر کیفیت زندگی مرتبط با بهداشت دهان و دندان و همچنین مقایسه اثر درمان غیرجراحی پریدنتال بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ژنژیویت و پریدنتیت متوسط تا شدید بود.

روش بررسی

در این مطالعه بیماران دارای ژنژیویت و پریدنتیت مزمن متوسط تا شدید مراجعه کننده به بخش پریدنتولوژی دانشکده دندانپزشکی یزد مورد بررسی قرار گرفتند. با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعداد ۲۴ نفر برای ارزیابی در هر گروه (ژنژیویت و پریدنتیت) محاسبه شد. برای اجرای این تحقیق ابتدا یک محقق

رضایت کتبی از همه شرکت کنندگان دریافت شد. اطلاعات درباره ویژگی‌های اجتماعی و مشخصات دموگرافیک شامل: سن، جنسیت، تعداد دفعات مسواک زدن، وضعیت اجتماعی اقتصادی که شامل اطلاعاتی درباره شغل و درآمد ماهانه خانواده بود، به کمک یک پرسشنامه جمع آوری شد.

رویکردهای متفاوتی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی وجود دارد که مطلوب‌ترین آن پرسشنامه چند ایمی است. برای اندازه‌گیری تأثیر بیماری‌های پریدنتال بر کیفیت زندگی از یک پرسشنامه ابزار روانشناختی (ترجمه انگلیسی پرسشنامه OHIP 49) استفاده شد. در این مطالعه به منظور استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مراحل استاندارد سازی و اعتبار سنجی آن انجام گرفت و به جای پرسشنامه اولیه که دارای ۴۹ سؤال بود پرسشنامه‌ای برگرفته از آن با ۱۴ سؤال مورد استفاده قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ۲۶ نمونه به صورت pilot انجام شد و مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹۶ به دست آمد، و پایایی پرسشنامه در حد قابل قبول بود. پرسشنامه OHIP-14 مورد استفاده ضمیمه شده است.

پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۴ به این ترتیب =۰ هرگز، =۱ تقریباً گاهی، =۲ گاهی اوقات، =۳ تقریباً اغلب، و =۴ اغلب اوقات ارزش‌گذاری شدند. خلاصه نمرات از ۰ تا حداکثر ۵۶ بود. نمره صفر به معنی بدون مشکل و نمرات بالاتر به معنی کیفیت زندگی مرتبط با بهداشت دهان و دندان ضعیف‌تر یا اختلال در آن است به بیان دیگر هرچه مقدار مطلق بالاتر باشد، کیفیت زندگی مرتبط با

(۳۴/۱٪) از بیماران شرکت کننده در این مطالعه مرد و ۳۱ نفر (۶۵/۹٪) زن بودند. متوسط سنی بیماران ۳۵/۰۹ سال با دامنه سنی ۱۵-۶۸ سال بود. توزیع فراوانی دو گروه بیماران مورد بررسی و مقایسه آن‌ها بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۱ آمده است.

فراوانی نسبی استفاده از مسواک توسط بیماران مبتلا به ژنژیویت و پریدنتیت در جدول ۲ آمده است. ۵/۵۶٪ بیماران مبتلا به ژنژیویت یکبار در روز و ۷/۴۱٪ بیماران مبتلا به پریدنتیت دو بار در روز دندان‌های خود را مسواک می‌زدند.

میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ژنژیویت و پریدنتیت، قبل و بعد از درمان در جدول ۳ آمده است. بر اساس نتایج آزمون آماری T-test بین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان بیماران در هر دو گروه قبل و پس از درمان تفاوت آماری معنی‌داری حاصل شده بود ($P < 0.05$). به طوری که در این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ژنژیویت که قبل از درمان $19/18 \pm 11/68$ بود بعد از درمان به $13/26 \pm 11/41$ و میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پریدنتیت که قبل از درمان $23/9 \pm 29/80$ بود، پس از درمان به $13/95 \pm 9/68$ رسید، که به طور معنی‌داری کمتر (بهتر) شده بود.

میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در مردان و زنان مورد بررسی، قبل از درمان و بعد از درمان در دو گروه بر اساس نتایج آزمون آماری T-test اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۴).

نتایج آزمون آماری T-test نشان داد، میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مورد بررسی، قبل از درمان و بعد از درمان در دو گروه سنی مورد بررسی تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۵).

میانگین نمره حیطه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مورد بررسی، قبل و بعد از درمان در جدول ۶ آورده شده است. نتایج آزمون آماری ویلکاکسون نشان داد در گروه بیماران مبتلا به ژنژیویت میانگین نمره در حیطه‌های درد جسمی و ناراحتی روانی قبل و بعد از درمان به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. ولی در سایر حیطه‌ها اختلاف آماری معنی‌داری قبل و بعد از درمان دیده نشد ($P > 0.05$).

بر اساس نتایج آزمون آماری ویلکاکسون، در گروه مبتلایان به پریدنتیت میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیشتر

سلامت دهان پایین‌تر خواهد بود. ۴۸ بیمار کاندید درمان غیر جراحی پریدنتال که به بخش پریدنتولوژی دانشکده دندانپزشکی یزد در سال ۹۸ مراجعه کرده بودند در صورت دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری آسان برای انتخاب افراد استفاده شد. در ابتدا پرسشنامه توسط شرکت کنندگان هر دو گروه تکمیل شد. در جلسه درمان، برای گروه پریدنتیت، جرم‌گیری و تسطیح سطح ریشه و برای گروه ژنژیویت جرم‌گیری بالایی لته‌ای انجام شد.

در ابتدا دستورالعمل‌هایی برای مسواک زدن به روش Modified Bass دو بار در روز به منظور یکسان سازی بین تمام افراد آموزش داده شد. همچنین نحوه استفاده از نخ دندان و استفاده از مسواک‌های اینتر پروگزیمال در صورت وجود فاصله بین دندانی آموزش داده شد. یک دستگاه اولتراسونیک (PA, York, Dentsply, Cavitron) برای برداشتن جرم بالایی لته‌ای در جلسه درمان استفاده شد. جهت تسطیح ریشه نیز از کورت‌های گریسی استفاده شد. فرایند درمانی توسط یک دانشجوی سال آخر دندانپزشکی که برای انجام درمان مهارت لازم را کسب کرده بود، انجام شد. همه بیماران یک هفته بعد مجدداً فراخوانده شدند تا از برداشت کامل جرم و یادگیری صحیح روش‌های بهداشتی آموزش داده شده اطمینان حاصل شود. تقریباً ۱۲-۹ هفته بعد از جلسه درمان پریدنتال هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت و پرسشنامه به همگی ارائه و تکمیل شد.

داده‌ها به وسیله معاینه و پرسشنامه جمع‌آوری گردید. تنها شرکت کنندگانی که هر دو پرسشنامه را در ابتدا و در ۱۲-۹ هفته بعد تکمیل نموده بودند، برای تحلیل آماری انتخاب شدند. داده‌های جمع‌آوری شده، وارد نرم افزار SPSS22 شد. آمار توصیفی در قالب جدول ارائه شده و برای آمار استنباطی از آزمون‌های آماری T مستقل، مجذور کای، من ویتنی و ویلکاکسون استفاده شد. سطح معنی‌داری $\alpha = 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۲۴ بیمار مبتلا به پریدنتیت مزمن متوسط تا شدید و ۲۳ بیمار مبتلا به ژنژیویت مزمن و مراجعه کننده به بخش پریدنتولوژی انجام شد (یک نفر از بیماران مبتلا به ژنژیویت به علت عدم تکمیل پرسشنامه در مرحله دوم از مطالعه حذف شد). ۱۶ نفر

حیطه‌ها نظیر درد جسمی، ناتوانی جسمی، ناراحتی روانی، ناتوانی روانی (P<۰/۰۵). اما در دو حیطه محدودیت عملکرد و ناتوانی اجتماعی قبل و و ناتوانی کلی قبل و بعد از درمان به طور معنی‌داری کم شده بود پس از درمان تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

جدول ۱- مقایسه فراوانی دو گروه بیماران مورد بررسی بر حسب متغیرهای دموگرافیک

P-value	افراد دارای پریدنتیت		افراد دارای ژنژیویت		گروه مورد مطالعه	متغیر دموگرافیک
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۵۱	۲۰/۸	۵	۴۷/۸	۱۱	مرد	جنسیت
	۷۹/۲	۱۹	۵۲/۲	۱۲	زن	
۰/۵۳	۱۶/۷	۴	۴۳/۵	۱۰	<۳۰	گروه سنی
	۸۳/۳	۲۰	۵۶/۵	۱۳	≥۳۰	

جدول ۲- توزیع فراوانی استفاده از مسواک در دو گروه بیماران مورد بررسی

گروه	افراد دارای ژنژیویت		افراد دارای پریدنتیت		مسواک زدن
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اصلاً	۱	۴/۳	۱	۴/۲	
یکبار در روز	۱۳	۵۶/۵	۸	۳۳/۳	
دو بار در روز	۴	۱۷/۳	۱۰	۴۱/۷	
سه بار در روز	۲	۸/۷	۱	۴/۲	
دو روز یکبار	۱	۴/۳	۰	۰	
چند روز یکبار	۱	۴/۳	۰	۰	
هفته ای دوبار	۰	۰	۲	۸/۳	
هفته ای یکبار	۱	۴/۳	۲	۸/۴	

جدول ۳- میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مورد بررسی قبل و بعد از درمان

P-value	قبل		بعد		گروه
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۱۵	۱۹/۱۸ ± ۱۱/۶۸	۱۳/۲۶ ± ۱۱/۴۱	ژنژیویت		
۰/۰۰۰	۲۳/۲۹ ± ۹/۸۰	۱۳/۹۵ ± ۹/۶۸	پریدنتیت		
-	۰/۲۰۶	۰/۸۲۳	P-value		

جدول ۴- میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مورد بررسی بر حسب جنسیت

P-value	مرد		زن		گروه
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۰/۵۳۱	۱۷/۵۰ ± ۷/۶۷	۲۰/۵۸ ± ۱۴/۴۱	قبل	ژنژیویت	
۰/۶۷۱	۱۲/۱۸ ± ۹/۶۲	۱۴/۲۵ ± ۱۳/۲۰	بعد		
۰/۵۳۴	۲۱ ± ۸/۴۲	۲۳/۸۹ ± ۱۰/۲۵	قبل	پریدنتیت	
۰/۳۴۶	۱۰/۸۰ ± ۷/۲۶	۱۴/۷۹ ± ۱۰/۲۳	بعد		

جدول ۵- میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مورد بررسی بر حسب سن

P-value	سن		گروه	
	≥ 30	< 30		
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین		
۰/۰۸۳	۲۲/۷۷ \pm ۱۲/۴۷	۱۴ \pm ۸/۶۰	قبل	ژنژیویت
۰/۳۰۳	۱۵/۴۶ \pm ۱۳/۹۴	۱۰/۴ \pm ۶/۵۸	بعد	
۰/۸۵۶	۲۳/۱۵ \pm ۱۰/۳۳	۲۴ \pm ۷/۶۶	قبل	پریدنتیت
۰/۰۶۵	۱۵/۱۰ \pm ۱۰/۰۸	۸/۲۵ \pm ۴/۷۸	بعد	

جدول ۶- مقایسه میانگین نمره حیطه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیماران مورد بررسی قبل و بعد از درمان

P-value*	گروه		درمان	حیطه‌ها
	پریدنتیت	ژنژیویت		
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین		
۰/۲۰۳	۶/۱۶ \pm ۳/۵۷	۴/۸۶ \pm ۲/۴۷	قبل	محدودیت عملکرد
۰/۲۳۳	۴/۶۶ \pm ۲/۴۹	۴/۱۸ \pm ۳/۱۵	بعد	
-	۰/۰۵۲	۰/۲۲۰		P-value**
۰/۲۴۱	۶/۰۸ \pm ۲/۷۵	۵/۱۸ \pm ۳/۲۹	قبل	درد جسمی
۰/۷۷۷	۳/۵۸ \pm ۳/۴۸	۳/۵۹ \pm ۳/۳۹	بعد	
-	۰/۰۰۵	۰/۰۳۹		P-value**
۰/۸۶۲	۲/۸۷ \pm ۱/۲۲	۱/۸۶ \pm ۱/۱۰	قبل	ناتوانی جسمی
۰/۷۳۹	۱/۲۵ \pm ۰/۹۶	۱/۱۳ \pm ۰/۸۶	بعد	
-	۰/۰۰۰	۰/۰۲۸		P-value**
۰/۲۱۳	۴/۵۸ \pm ۳/۱۶	۳/۵۴ \pm ۲/۹۷	قبل	ناراحتی روانی
۰/۳۴۹	۲/۷۰ \pm ۳/۲۱	۲/۳۱ \pm ۳/۳۵	بعد	
-	۰/۰۳۹	۰/۱۰۵		P-value**
۰/۱۳۴	۲/۲۵ \pm ۱/۹۶	۲/۵۴ \pm ۲/۶۱	قبل	ناتوانی روانی
۰/۷۱۴	۱/۲۶ \pm ۰/۹۵	۱/۱۸ \pm ۱/۶۲	بعد	
-	۰/۰۰۰	۰/۰۲۱		P-value**
۰/۳۱۳	۱/۵۰ \pm ۱/۷۲	۱/۳۱ \pm ۲/۰۵	قبل	ناتوانی اجتماعی
۰/۷۶۲	۱/۰۴ \pm ۱/۴۸	۱/۲۷ \pm ۱/۷۲	بعد	
-	۰/۷۲۶	۰/۹۷۹		P-value**
۰/۳۰۱	۱/۳۳ \pm ۱/۵۲	۰/۸۱ \pm ۱/۰۹	قبل	ناتوانی کلی
۰/۲۸۹	۰/۴۵ \pm ۰/۹۳	۰/۶۸ \pm ۰/۸۹	بعد	
-	۰/۰۲۳	۰/۷۷۴		P-value**

*Wilcoxon test

**Mann-Whitney test

بحث و نتیجه گیری

کاهش علائم بیماری پریدنتال می‌گردد بلکه به موجب آن بهبودی در وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان نیز مشاهده می‌شود. در مقابل، مطالعات متعددی (۳۰-۲۶) ارتباط ضعیفی بین وضعیت پریدنتال با کیفیت زندگی افراد را گزارش نموده‌اند. تفاوت در نتایج می‌تواند به علت عدم استفاده از پرسشنامه یکسان جهت بررسی کیفیت زندگی، تفاوت‌های فردی، حجم نمونه‌های متفاوت و گروه‌های سنی مختلف در مطالعات گوناگون باشد.

در مطالعه حاضر در گروه بیماران مبتلا به ژنژیویت میانگین نمره در حیطه‌های درد جسمی و ناتوانی روانی و جسمی قبل و بعد از درمان به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. ولی در سایر حیطه‌ها اختلاف آماری معنی‌داری قبل و بعد از درمان دیده نشد. در گروه مبتلایان به پریدنتیت میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان در بیشتر حیطه‌ها نظیر درد جسمی، ناتوانی جسمی، ناراحتی روانی، ناتوانی روانی و ناتوانی کلی قبل و بعد از درمان به طور معنی‌داری کم شده بود. اما در دو حیطه محدودیت عملکرد و ناتوانی اجتماعی قبل و پس از درمان تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Wong و همکاران (۲۳) در بررسی اثر درمان‌های غیر جراحی پریدنتال روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان که بهبود در حیطه‌های درد و سایکولوژی را گزارش نموده‌اند، همخوانی دارد. درد تأثیر روانی منفی بر بیمار دارد و باعث طولانی شدن مدت بهبود خواهد شد. درد مزمن و طولانی هم می‌تواند با غلبه بر زندگی فرد مبتلا، او را از انجام دادن کارهای عمومی باز دارد و قدرت کار، روابط اجتماعی، حالت‌های روانی و چگونگی سازگاری را تحت تأثیر قرار دهد (۳۱). با توجه به این مستندات به نظر می‌رسد که با درمان بیماران در این مطالعه و کاهش درد جسمی متعاقب درمان، عوارض آن نظیر ناتوانی جسمی، ناراحتی و ناتوانی روانی و ناتوانی کلی نیز کاهش یافته و کیفیت زندگی بهبود پیدا کرده است. Meusel و همکاران (۳۲) اختلاف معنی‌داری بین گروه بیماران دچار پریدنتیت شدید و گروه پریدنتیت خفیف/متوسط از نظر محدودیت عملکردی، درد جسمی، ناتوانی جسمی و ناتوانی روانی گزارش کردند و این نتیجه قابل درک است، چرا که پیشرفت پریدنتیت مزمن منجر به تخریب بیشتر بافت‌های پریدنتال و علائم قابل توجه مانند تحلیل لثه، لق شدن و از دست رفتن دندان‌ها می‌شود (۳۶-۳۳)، که می‌تواند بر روی کیفیت زندگی و جنبه‌های مختلف آن تأثیر بگذارد.

بیماری‌های پریدنتال، اختلالات التهابی مزمن و میکروبی هستند که بر ساختارهایی که از دندان پشتیبانی می‌کنند تأثیر می‌گذارند (۱۳). در این مطالعه کیفیت زندگی مرتبط با بهداشت دهان و دندان در بیماران مبتلا به بیماری‌های پریدنتال قبل و بعد از درمان مورد بررسی قرار گرفت. استفاده از ابزارهای ارزیابی روانشناختی، مطالعه در مورد تأثیر سلامت دهان و دندان بر کیفیت زندگی فرد را امکان پذیر کرده است. یکی از این ابزارها، پرسشنامه تأثیر بهداشت دهان و دندان (OHIP) است که در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۲۲-۱۴) و دارای اعتبار و حساسیت کافی برای تحقیقات مرتبط با سلامت دهان و دندان است. از این رو این پرسشنامه OHIP برای این مطالعه انتخاب شد. در مطالعه حاضر، افراد ۱۵ تا ۶۸ ساله با بیش از ۱۶ دندان باقیمانده مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیماران مبتلا به پریدنتیت مزمن قبل از درمان ($23/29 \pm 9/80$) مقادیر OHIP بالاتر از بیماران مبتلا به ژنژیویت قبل از درمان ($19/11 \pm 18/68$) داشتند، که تأیید می‌کند پریدنتیت مزمن تأثیر منفی‌تری بر کیفیت زندگی فرد دارد. در این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ژنژیویت از ۱۹/۱۸ و پریدنتیت از ۲۳/۲۹ در شروع درمان، به ترتیب به اعداد ۱۳/۲۶ و ۱۳/۹۵ بعد از درمان رسیده که به طور معنی‌داری کمتر (بهتر) شده بود. نتایج مطالعه Wong و همکاران (۲۳) در بررسی اثر درمان‌های غیر جراحی پریدنتال روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان با استفاده از شاخص OHIP-14 نشان داد که میانگین نمره از ۱۷ در هنگام شروع درمان به ۱۴ بعد از درمان‌های غیر جراحی، کاهش یافته بود، همچنین نتایج مطالعه Baral و Goel (۲۴) نشان داد که میانگین نمره کل OHIP-14 برای بیماری مزمن پریدنتال بعد از درمان غیر جراحی، از ۷ به ۳ کاهش یافت. مطالعه حاضر همسو با نتایج مطالعات ذکر شده است.

Wong و همکاران (۲۳) بهبود در برخی از پارامترهای کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت دهان مانند درد و فاکتورهای روانی را با درمان‌های غیرجراحی پریدنتال دخیل دانسته‌اند و به اعتقاد Franke و همکاران (۲۵) درمان‌های پریدنتال سیستمیک به همراه درمان‌های حمایتی که بعد از آن صورت می‌گیرند باعث برآورده شدن خواسته‌های بیمار در جهت حفظ سلامت دهان شده و نه تنها موجب تسریع بهبود احساس بیمار در

کنترل پلاک دندانی که از طریق مسواک زدن صحیح امکان پذیر است بهترین راه پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های لثه است (۴۰). این فرایند نیازمند ایجاد انگیزه در بیمار، آگاهی و آموزش وی و به دنبال آن تشویق و تقویت اوست. پیشگیری اولیه و آموزش به عنوان اثرگذارترین ابزار در کاهش بیماری‌های دندانی و پرپودنتال و بهبود بهداشت دهان در نظر گرفته می‌شود (۴۱). فهم بهتر دیدگاه بیمار در ارتباط با تأثیرات بیماری پرپودنتال و درمان آن، از جهت برنامه ریزی و ارزیابی مداخلات در سلامت عمومی و همچنین برای تخصیص منابع ضرورت دارد (۴۲). خودآگاهی از سلامت و بیماری باید به عنوان یک عنصر اساسی در ارزیابی روتین بالینی سلامت و برنامه ریزی‌های بعدی مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شود. یافته‌های این مطالعه نشان داد مشکلات مرتبط با سلامت دهان و دندان در بیماران مبتلا به بیماری‌های پرپودنتال، بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد. درمان پرپودنتال غیر جراحی معمول توانایی بهبود کیفیت زندگی بیماران را دارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از پایان‌نامه دانشجویی مصوب به شماره ۹۸۹۵۲ در شورای پژوهشی دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

- 1- Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology: Elsevier health sciences; 2011.
- 2- Novak M, Novak K. Early-onset periodontitis. *Curr Opin Periodontol.* 1996;3:45-58.
- 3- Goel K, Baral D. A comparison of impact of chronic periodontal diseases and nonsurgical periodontal therapy on oral health-related quality of life. *Int J Dent.* 2017;2017.
- 4- Thomson WM, Sheiham A, Spencer AJ. Sociobehavioral aspects of periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2012;60(1) 54-63.
- 5- O'Connor R. Measuring quality of life in health: Elsevier health sciences; 2004.
- 6- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:3-24.
- 7- General S. Oral health in America: a report of the surgeon general. Rockville: National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health. 2000:1-308.
- 8- Ng SK, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34(2):114-22.

در مطالعه حاضر در دو گروه بیماران مبتلا به پرپودنتیت و ژنوبیت در دو حیطة محدودیت عملکرد و ناتوانی اجتماعی قبل و پس از درمان تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. Araujo و همکاران (۳۷) در بررسی تأثیر بیماری‌های پرپودنتال بر کیفیت زندگی با استفاده از شاخص OHIP-14 که در بیماران ۷۱-۱۹ ساله انجام شد نشان دادند در ۹۱/۵٪ افراد محدودیت عملکردی وجود دارد و در بین بیماری‌های پرپودنتال پرپودنتیت مهاجم بیشترین اثر را روی کیفیت زندگی دارد.

در مطالعه حاضر بین جنس و سن با میانگین نمره کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نشد که با پژوهش Dahl و همکاران (۳۸) که نشان دادند شاخص OHIP-14 با سن و جنس مرتبط بود، همخوانی ندارد، اما با تحقیق Bernabe و Marcenes (۳۴) که نشان دادند کیفیت زندگی در بیماران پرپودنتال بدون ارتباط با فاکتورهای دموگرافیک بدتر است، مشابهت دارد. از آنجا که سن، جنس، وضعیت سلامتی و عوامل فرهنگی از عوامل مهم تأثیر گذار بر کیفیت زندگی عنوان شده‌اند (۳۹)، عدم ارتباط فاکتورهای سن و جنس با کیفیت زندگی در بیماران مورد بررسی می‌تواند به علت حجم نمونه کم و یا دامنه سنی گسترده، نوع جامعه آماری و بررسی تنها بیماران که به بخش پرپودنتولوژی دانشکده مراجعه کرده بودند و همچنین نوع درمان انجام شده در این مطالعه باشد.

منابع:

- 9- McGrath C, Bedi R. The value and use of 'quality of life' measures in the primary dental care setting. *Prim Dent Care.* 1999;6(2):53-7.
- 10- Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol.* 2004;31(6):454-7.
- 11- O'Dowd LK, Durham J, McCracken GI, Preshaw PM. Patients' experiences of the impact of periodontal disease. *J Clin Periodontol.* 2010;37(4):334-9.
- 12- Al-Harathi L, Cullinan M, Leichter J, Thomson W. The impact of periodontitis on oral health-related quality of life: A review of the evidence from observational studies. *Aust Dent J.* 2013;58(3):274-7.
- 13- Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet (London, England).* 2005;366(9499):1809-20.
- 14- Ustaoglu G, Goller Bulut D, Gumus KC, Ankarali H. Evaluation of the effects of different forms of periodontal diseases on quality of life with OHIP-14 and SF-36 questionnaires: A cross-sectional study. *Int J Dent Hyg.* 2019.
- 15- Wasacz K, Pac A, Darczuk D, Chomyszyn-Gajewska M. Validation of a modified Oral Health Impact Profile scale (OHIP-14) in patients with oral mucosa lesions or periodontal disease. *Dent Med Probl.* 2019.

- 16- Basher SS, Saub R, Vaithilingam RD, Safii SH, Daher AM, Al-Bayaty FH, et al. Impact of non-surgical periodontal therapy on OHRQoL in an obese population, a randomised control trial. Health and quality of life outcomes. 2017;15(1):225.
- 17- Gokturk O, Yarkac FU. Comparison of two measures to determine the oral health-related quality of life in elders with periodontal disease. Community Dent Health. 2019;36(2):143-9.
- 18- Kato T, Abrahamsson I, Wide U, Hakeberg M. Periodontal disease among older people and its impact on oral health-related quality of life. Gerodontology. 2018;35(4):382-90.
- 19- Llanos AH, Silva CGB, Ichimura KT, Rebeis ES, Giudicissi M, Romano MM, et al. Impact of aggressive periodontitis and chronic periodontitis on oral health-related quality of life. Braz Oral Res. 2018;32:e006.
- 20- Masood M, Younis LT, Masood Y, Bakri NN, Christian B. Relationship of periodontal disease and domains of oral health-related quality of life. J Clin Periodontol. 2019;46(2):170-80.
- 21- Passos-Soares JS, Santos LPS, Cruz SSD, Trindade SC, Cerqueira EMM, Santos KOB, et al. The impact of caries in combination with periodontitis on oral health-related quality of life in Bahia, Brazil. J Periodontol. 2018;89(12):1407-17.
- 22- Sulaiman L, Saub R, Baharuddin NA, Safii SH, Gopal Krishna V, Bartold PM, et al. Impact of Severe Chronic Periodontitis on Oral Health-related Quality of Life. Oral Health Prev Dent. 2019;17(4):365-73.
- 23- Wong RM, Ng SK, Corbet EF, Keung Leung W. Non-surgical periodontal therapy improves oral health-related quality of life. J Clin Periodontol. 2012;39(1):53-61.
- 24- Goel K, Baral D. A Comparison of Impact of Chronic Periodontal Diseases and Nonsurgical Periodontal Therapy on Oral Health-Related Quality of Life. Int J Dent. 2017;2017:9352562.
- 25- Franke M, Broseler F, Tietmann C. Patient-related evaluation after systematic periodontal therapy- a clinical study on periodontal health-related quality of life (PHQoL). Oral health & preventive dentistry. 2015;13(2):163-8.
- 26- Carvalho JC, Mestrinho HD, Stevens S, van Wijk AJ. Do oral health conditions adversely impact young adults? Caries Res. 2015;49(3):266-74.
- 27- Lawal FB, Taiwo JO, Arowojolu MO. How valid are the psychometric properties of the oral health impact profile-14 measure in adult dental patients in Ibadan, Nigeria? Ethiop J Health Sci. 2014;24(3):235-42.
- 28- Luo Y, McGrath C. Oral health and its impact on the life quality of homeless people in Hong Kong. Community Dent Health. 2008;25(3):137-42.
- 29- Sanadhya S, Apaliya P, Jain S, Sharma N, Choudhary G, Dobaria N. Assessment and comparison of clinical dental status and its impact on oral health-related quality of life among rural and urban adults of Udaipur, India: A cross-sectional study. J Basic Clin Pharm. 2015;6(2):50-8.
- 30- Kushnir D, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. J Public Health Dent. 2004;64(2):71-5.
- 31- Heshmati F, ElmyManesh N, Heshmati R. Structural relationship of behavioral activation and inhibition system, dispositional mindfulness and chronic pain. Health Psychology. 2018;6(24):120-37.
- 32- Meusel DR, Ramacciato JC, Motta RH, Brito Junior RB, Florio FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. J Oral Sci. 2015;57(2):87-94.
- 33- Borges TF, Regalo SC, Taba M, Siessere S, Mestriner W, Semprini M. Changes in masticatory performance and quality of life in individuals with chronic periodontitis. J Periodontol. 2013;84(3):325-31.
- 34- Bernabe E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. J Clin Periodontol. 2010;37(11):968-72.
- 35- de Pinho AM, Borges CM, de Abreu MH, EF EF, Vargas AM. Impact of periodontal disease on the quality of life of diabetics based on different clinical diagnostic criteria. Int J Dent. 2012;2012:986412.
- 36- Al Habashneh R, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. J Oral Sci. 2012;54(1):113-20.
- 37- Araujo AC, Gusmao ES, Batista JE, Cimoies R. Impact of periodontal disease on quality of life. Quintessence Int. (Berlin, Germany: 1985). 2010;41(6):e111-8.
- 38- Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Ohrn K. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. Acta Odontol Scand. 2011;69(4):208-14.
- 39- Ben-Ezra M, Shmotkin D. Predictors of Mortality in the Old-Old in Israel: The Cross-Sectional and Longitudinal Aging Study. J Am Geriatr Soc. 2006;54(6):906-11.
- 40- Ojima M, Hanioka T, Shizukuishi S. Survival analysis for degree of compliance with supportive periodontal therapy. J Clin Periodontol. 2001;28(12):1091-5.
- 41- Hendi AR, Vadiati-Saberi B, Jahandideh Y, Dadgaran I, Nemati S. The Effect of Training by Standardized Student Method on Decreased Dental Plaque. Res Med Edu. 2016;7(4):56-63.
- 42- Locker D. Oral health and quality of life. Oral health & preventive dentistry. 2004;2 Suppl 1:247-53.