

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و سلامت روان در بیماران مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی - فکی

نیلوفر ناظمی^۱حسن مومنی^۲نصراله بشردوست^۳مهدی ابریشمی^۴

۱. دندان پزشکی، اصفهان، ایران.

۲. نویسنده مسؤول: گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. Email: dr.hasanmomeni.omfs@gmail.com

۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. دکترای تخصصی، گروه جراحی دهان، فک و صورت، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: اختلال مفصل گیجگاهی - فکی (Temporomandibular joint disorder) TMD، تأثیر بسزایی بر رفتارهای اجتماعی و حالات روانی بیماران دارد و بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان، تأثیرگذار است. هدف از مطالعه حاضر، تعیین ارتباط اختلال مفصل گیجگاهی - فکی با کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و سلامت روان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، از بین بیماران مبتلا به TMD که در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ به دانشکده دندان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) مراجعه کرده بودند، تعداد ۷۵ بیمار به عنوان گروه مورد و ۷۵ نفر با همان شرایط و بدون تشخیص بیماری به عنوان گروه شاهد، انتخاب شدند. برای بررسی سلامت دهان، از پرسش‌نامه‌ی اختصاصی سلامت دهانی (OHIP14: Oral Health Impact Profile) و برای بررسی سلامت روانی، از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28: General Health Questionnaire) و برای درجه‌بندی درد مزمن، از پرسش‌نامه‌ی RDC/TMD Axis I (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) استفاده شد. داده‌ها توسط آزمون‌های آماری رگرسیون، ANOVA و کروسکال - والیس تجزیه و تحلیل شدند ($\alpha = 0.05$).

یافته‌ها: شاخص کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان OHIP14 (شیوع، شدت و گستردگی) بین دو گروه بیمار و شاهد، تفاوت معنی‌دار داشتند ($p \text{ value} = 0.0001$) و در بین زنان بیمار، بیشتر از مردان بود و با بالا رفتن شدت درد مزمن، وضعیت شاخص بدتر می‌شد. شاخص‌های سلامت روان GHQ-28 (جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی و اختلال روانی) بین دو گروه بیمار و شاهد، تفاوت معنی‌دار داشتند ($p \text{ value} = 0.0001$) و با بالا رفتن شدت درد مزمن، وضعیت سلامت روان بدتر می‌شد. در بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان (OHIP14) و سلامت روان (GHQ-28)، بیمارانی که در شاخص‌های GHQ-28 دارای اختلال بودند، از سلامت دهانی پایین‌تری برخوردار بودند ($p \text{ value} < 0.05$).

نتیجه‌گیری: اختلال مفصل گیجگاهی - فکی، بصورت منفی، کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در بیماران TMD، سلامت روان و سلامت دهان ارتباط نزدیکی باهم دارند، بطوری که بیماران با اختلال روانی، شاخص سلامت دهان و دندان (OHRQOL (Oral Health Related Quality of Life) پایین‌تری نیز داشتند.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، سلامت روان، سلامت دهان، اختلالات مفصل گیجگاهی - فکی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۱۴

تاریخ اصلاح: ۱۳۹۸/۱/۱۵

تاریخ ارسال: ۱۳۹۷/۱۱/۲۳

استناد به مقاله: ناظمی نیلوفر، مومنی حسن، بشردوست نصراله، ابریشمی مهدی. بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و سلامت روان در بیماران مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی - فکی. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۳۹۸: ۱۵ (۳): ۱۴۷-۱۴۸.

مقدمه

کیفیت زندگی، به عنوان احساس فرد از وضعیت رفاهی خویش که ناشی از رضایت یا عدم رضایت او از جنبه‌های مهم زندگی خود می‌باشد، تعریف می‌شود (۱). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهانی، عبارت است از عدم تأثیر منفی شرایط دهانی روی زندگی اجتماعی و احساس مثبت فرد از شرایط دندانی- صورتی خود (۲). مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات دهان و دندان، روی جنبه‌های روانی، اجتماعی و وضعیت جسمی بیمار، اثرگذار هستند و می‌توانند کیفیت زندگی و جنبه‌های مهم زندگی فرد را از طریق اختلال در حضور اجتماعی و روابط بین فردی، تحت تأثیر قرار دهند (۳).

اختلال مفصل گیجگاهی - فکی (Temporo-) TMD (mandibular disorder)، به صورت مجموعه‌ای از مشکلات کلینیکی که بر عضلات جونده مفصل گیجگاهی - فکی و ساختارهای مرتبط تأثیر می‌گذارد، تعریف می‌شود (۴) و شایع‌ترین علایم TMD، درد، صدا، محدودیت باز کردن و محدودیت حرکات است که معمولاً همراه با درد مزمن می‌باشد (۵) و تأثیر بسزایی بر رفتارهای اجتماعی و حالات روانی بیماران دارد (۶-۸) که دلیل اصلی درمان بیماران می‌باشد (۹). درد در TMD، بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان تأثیرگذار است (۱۰، ۱۱). بنابراین تأثیرات اجتماعی، روانی و عملکردی در تشخیص و درمان این اختلالات باید در نظر گرفته شود (۱۴-۱۲).

پرسش‌نامه‌ها، ابزاری هستند که می‌توانند در ارزیابی سلامت دهان و دندان بیماران سودمند باشند. OHIP (Oral Health Impact Profile) پرسش‌نامه‌ای است که برای اندازه‌گیری سلامت وابسته به دهان و دندان استفاده می‌شود. GHQ-28 (General Health Questionnaire)، پرسش‌نامه‌ای است برای اندازه‌گیری سلامت عمومی که بیشتر بر جنبه‌های روانی- اجتماعی تمرکز دارد.

بر اساس نتایج رودریگز و همکاران (۱۵)، سن بیشتر، شدت و ارتباط تشخیص‌های داده شده، باعث افزایش تأثیر

اختلالات تمپورومندیبولار بر کیفیت زندگی می‌شود. ریسند و همکاران (۱۶)، به این نتیجه رسیدند که ارتباطی بین اختلالات روانی کوچک و شدت TMD به غیر از مورد استرس وجود نداشت. دالستروم و کارلسون (۱۷) در بررسی رابطه‌ی بین سلامت وابسته به دهان و دندان OHRQOL اختلال مفصل گیجگاهی- فکی، تأثیر منفی OHRQOL را در بیماران TMD نشان دادند که با بالا رفتن سن بیشتر می‌شود. با توجه به تعداد زیاد بیماران مراجعه‌کننده‌ی اختلال مفصل گیجگاهی- فکی و اهمیت سلامت روانی بیماران، برخی از محققین با استفاده از ابزارهای ذهنی سلامت عمومی و سلامت دهان، نشان داده‌اند که TMD، می‌تواند تأثیر بسزایی بر روی کیفیت زندگی بگذارد (۱۲-۱۴، ۱۸). با این وجود رابطه‌ی بین این اثرات با میزان درد TMD، جنس، سن و تأثیر متقابل سلامت روان و دهان بیماران به ندرت بررسی شده است. بنابراین در مطالعه‌ی حاضر، به تعیین رابطه‌ی TMD با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و نیز سلامت روان افراد پرداخته شد. بر اساس فرضیه‌ی صفر، میزان درجه‌ی درد مزمن و میزان شیوع و شدت و گستردگی OHIP در بیماران TMD با گروه شاهد تفاوتی ندارد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی، تعداد ۷۵ بیمار مبتلا به TMD با میانگین سنی ۳۵ سال که برای درمان به بخش جراحی دهان، فک و صورت دانشکده‌ی دندان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) مراجعه کرده بودند به عنوان گروه مورد و ۷۵ نفر با همان مشخصات، بدون تشخیص بیماری به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند (در هر گروه ۴۵ مرد و ۳۰ زن). حداقل سن بیماران باید ۱۷ سال و یک مورد تشخیصی TMD بر اساس RDC/TM داشته باشند و بیماران دارای بیماری‌های عمومی و سیستمیک که می‌تواند روی عضلات جونده و TMJ اثر گذارد (مشکلات عصبی، نورالژی، درد گوش، دیابت،

نقرس) و بیمارانی که به تازگی مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند و بیماران دارای دست دندان و دندان مصنوعی و درمان‌های ارتودنسی، از مطالعه خارج شدند.

بر اساس فرمول زیر تعداد نمونه $n_1 = n_2 = 75$ در دو گروه بیمار و شاهد تعیین گردید.

$$n = \frac{(\delta 1^2 + \delta 2^2)(z\alpha + z\beta)^2}{(\mu 1 - \mu 2)^2}$$

تمام افراد گروه شاهد و مورد پس از رضایت آگاهانه، سه پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، GHQ-28، OHIP-14 و RDC/TMD axis II در اختیار آنها قرار گرفت. توضیحات لازم درباره‌ی اهداف مطالعه، به بیماران ارائه شد و افرادی که مایل به شرکت در این مطالعه بودند، فرم رضایت‌نامه‌ی کتبی را تکمیل کرده و وارد مطالعه شدند. هیچ یک از افراد به دنبال درمان، به دلیل شرکت یا عدم شرکت در تحقیق از درمان محروم نشدند.

پرسش‌نامه‌ی GHQ-28، کیفیت زندگی عمومی فرد را در ۴ بعد (جسمانی‌سازی، اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) با ۲۸ سؤال بسته‌ی ۴ گزینه‌ای (اصلاً، در حد معمول، تقریباً بیشتر از حد معمول، به مراتب بیشتر از حد معمول) اندازه‌گیری می‌کند (۱۹). مجموع امتیازات پرسش‌نامه، نشان دهنده‌ی اختلال روانی است. اعتباریابی و تعیین روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه، توسط نوربالا و همکاران (۲۰) انجام پذیرفته است.

سؤال‌های پرسش‌نامه و امتیازدهی‌شان به صورت زیر انجام گرفت.

سؤالات ۱، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱؛ برای گزینه‌ی ۱ (اصلاً) نمره‌ی یک و برای بقیه‌ی گزینه‌ها، نمره‌ی صفر در نظر گرفته شد. سؤالات ۲-۱۴ و ۱۶؛ برای گزینه‌های ۳ (تقریباً بیشتر از حد معمول) و ۴ (به مراتب بیشتر از حد معمول) نمره‌ی یک و برای سایر گزینه‌ها، امتیاز صفر در نظر گرفته شد. سؤالات ۲۲-۲۸؛ برای گزینه‌های ۲ (در حد معمول)، ۳ (تقریباً بیشتر از حد معمول) و ۴ (به مراتب بیشتر از حد معمول) نمره‌ی یک و برای سایر گزینه‌ها، امتیاز صفر در نظر گرفته شد.

۷ سؤال اول (۷-۱) مربوط به حیطه‌ی جسمانی‌سازی، ۷ سؤال دوم (۸-۱۴) مربوط به اضطراب، ۷ سؤال سوم (۱۵-۲۱) مربوط به اختلال کارکرد اجتماعی و ۷ سؤال آخر، مربوط به افسردگی بود.

برای تعیین این که آیا فرد دارای اختلال روانی است یا خیر، از مجموع نمره‌ی ۷ سؤال در هر یک از مقیاس‌های فوق، افرادی که در این مقیاس‌ها حداقل نمره‌ی ۲ داشتند، به عنوان دارای اختلال تلقی شدند. همچنین در مجموع نمره‌ی کل ۲۸ سؤال پرسش‌نامه، افرادی که حداقل نمره‌ی ۶ داشته‌اند، به عنوان مشکوک به اختلال روانی تلقی شدند.

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان و دندان با استفاده از یک پرسش‌نامه‌ی ۱۴ گزینه‌ای (OHIP-14) اندازه‌گیری شد که در آن سؤال‌ها بر اثرات سلامت دهان بر کیفیت زندگی فرد در محدودیت‌های عملکردی، درد فیزیکی، ناراحتی روانی، ناتوانی جسمانی، ناتوانی روانی، ناتوانی اجتماعی و معلولیت، تمرکز داشت. امتیاز صفر، نشان دهنده‌ی عدم وجود هرگونه تأثیرپذیری و امتیاز ۴، نشان دهنده‌ی بدترین تأثیر سلامت دهان و دندان شخص بر کیفیت زندگی بود. امتیازات در ۳ بخش شیوع، شدت و گستردگی، بنابر تقسیم‌بندی اسلاد و همکاران (۲۱) در نظر گرفته شد. اعتباریابی و تعیین روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه، توسط مطلب‌نژاد و همکاران (۲۲) انجام پذیرفته است.

شیوع: درصدی از افراد که به یک یا بیش از یک سؤال جواب «تقریباً، اغلب» یا «بیشتر اوقات» داده‌اند.

شدت: جمع امتیازات سؤالات پرسش‌نامه. هر سؤال امتیاز ۰ تا ۴ دریافت می‌کند و مجموع امتیازات ۰ تا ۵۶ است.

گستردگی: تعداد سؤالات پاسخ داده شده به عنوان «تقریباً، اغلب» یا «بیشتر اوقات».

از پرسش‌نامه‌ی RDC/TMD axis II جهت طبقه‌بندی درد مزمن در ناحیه‌ی دهان و صورت، اختلالات روانی و روانی-اجتماعی افراد استفاده شد که به ۴ درجه (۰ = عدم

احساس درد، ۱ = درد کم، ۲ = درد قابل توجه، ۳ = درد جدی و زیاد) تقسیم شد. اعتباریابی و ترجمه‌ی فارسی این پرسش‌نامه توسط دکتر زبینه بالکه (۲۳) انجام پذیرفته است. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون‌های آماری رگرسیون، ANOVA، کروسکال-والیس و آزمون همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۷۵ بیمار مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی- فکی و ۷۵ نفر با همان مشخصات، بدون تشخیص بیماری به عنوان گروه شاهد با میانگین سنی ۳۵ سال (۴۵ مرد و ۳۰ زن در هر دو گروه) انتخاب شدند.

میانگین شاخص‌های OHIP-14 (شیوع، شدت و گستردگی) بین دو گروه بیمار و شاهد، تفاوت معنی‌دار داشت ($p \text{ value} < 0/0001$) (جدول ۱) و در بین زنان بیمار، بطور معنی‌داری بیشتر از مردان بیمار بود ($p < 0/04$) (value). ولی در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری به تفکیک جنسیت وجود نداشت ($p \text{ value} = 0/2$) (جدول ۲). میانگین درد مزمن با درجات مختلف در گروه بیماران، تفاوت معنی‌دار داشت ($p \text{ value} < 0/0001$) (جدول ۳). بین سن و شاخص‌های OHIP-14، تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($p \text{ value} = 0/8$).

میانگین شاخص‌های GHQ-28 (جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی و اختلال روانی) در گروه بیمار، به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود ($p \text{ value} = 0/0001$)، ولی شاخص کارکرد اجتماعی بین دو گروه، تفاوت

جدول ۱. مقایسه‌ی زیرمقیاس‌های OHIP-14 (شیوع، شدت و گستردگی) در دو گروه مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی- فکی و گروه شاهد

گروه	OHIP شیوع	OHIP شدت	OHIP گستردگی
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
بیمار	(۵۰/۷۵) ۶۶/۶ درصد	۱۸/۰۸ $\pm$ ۹/۸۶	۲/۸ $\pm$ ۲/۴۷
شاهد	(۹/۷۵) ۱۲ درصد	۹/۲۴ $\pm$ ۶/۸۵	۰/۱۹ $\pm$ ۰/۵۸
p value	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱

جدول ۲. مقایسه‌ی زیرمقیاس‌های OHIP-14 در دو گروه مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی- فکی و گروه شاهد به تفکیک جنسیت

جنس	OHIP شیوع		OHIP شدت		OHIP گستردگی	
	بیمار	شاهد	بیمار	شاهد	بیمار	شاهد
	درصد	درصد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
مرد	۳۵/۴	۲۷/۲۷	۹/۷۳ $\pm$ ۷/۴۸	۱۰/۱۱ $\pm$ ۸/۰۹	۰/۵۵ $\pm$ ۰/۶۸	۰/۶۹
زن	۷۰/۳۱	۵/۶	۱۹/۵۲ $\pm$ ۹/۵۳	۸/۹۰ $\pm$ ۶/۸۲	۲/۳۴ $\pm$ ۲/۵۷	۰/۴۸۴
p value	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۰۰۲	۰/۵۵۵	۰/۰۲۵	۰/۲۳۹

جدول ۳. مقایسه‌ی زیرمقیاس‌های OHIP-14 بر اساس میزان درجه‌ی درد مزمن در دو گروه مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی- فکی

درجه‌ی درد مزمن	شیوع	شدت	گستردگی
	درصد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
۰	۲۳	۷/۳۱ $\pm$ ۵/۲۷	۰/۲۳ $\pm$ ۰/۴۴
۱	۴۰	۱۲/۵۵ $\pm$ ۷/۰۸	۰/۸۵ $\pm$ ۱/۵۳
۲	۹۳/۱	۲۲/۲۸ $\pm$ ۶/۳۸	۲/۴۸ $\pm$ ۲/۱۵
۳	۸۸/۸	۲۴/۳۳ $\pm$ ۷/۰۲	۳/۶۷ $\pm$ ۲/۲۴
p value	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱

معنی داری نداشت ($p \text{ value} = 0/1$) (جدول ۴). با بالا رفتن درجه‌ی درد مزمن نیز افزایش معنی دار در شاخص‌های GHQ-28 وجود داشت ($p \text{ value} = 0/0001$)، ولی بین درجه‌ی درد مزمن و شاخص کارکرد اجتماعی، تفاوت معنی دار نبود ($p \text{ value} = 0/39$) (جدول ۵). در مقایسه‌ی ارتباط بین کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان (OHIP-14) و سلامت روان (GHQ-28)، بین شاخص شیع و گستردگی OHIP-14 و شاخص‌های جسمانی سازی، اضطراب، افسردگی و اختلال روانی در گروه بیمار، افزایش معنی دار وجود داشت ($p \text{ value} < 0/05$) و فقط بین این دو شاخص (شیع و گستردگی) OHIP-14 و کارکرد اجتماعی، تفاوت معنی دار نبود ($p \text{ value} > 0/05$). بین شاخص شدت و تمام شاخص‌های GHQ-28 در گروه بیمار، افزایش معنی دار وجود داشت ($p \text{ value} < 0/05$) (جدول ۶).

جدول ۴. مقایسه‌ی زیرمقیاس‌های GHQ-28 در دو گروه مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی - فکی و گروه شاهد

گروه	جسمانی سازی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	اختلال روانی
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
بیمار	$2/31 \pm 1/72$	$2/25 \pm 1/64$	$1/15 \pm 1/50$	$2/09 \pm 1/69$	$7/70 \pm 4/90$
شاهد	$1/10 \pm 1/21$	$1/09 \pm 1/36$	$0/79 \pm 1/03$	$1/31 \pm 1/21$	$4/59 \pm 4/06$
p value	0/0001	0/0001	0/101	0/002	0/0001

جدول ۵. مقایسه‌ی زیرمقیاس‌های GHQ-28 بر اساس درجه‌ی درد مزمن در دو گروه مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی - فکی

درجه‌ی درد مزمن	جسمانی سازی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	اختلال روانی
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
۰	$0/69 \pm 0/85$	$0/85 \pm 1/07$	$1/00 \pm 1/63$	$0/77 \pm 1/01$	$3/30 \pm 2/58$
۱	$1/45 \pm 1/00$	$1/70 \pm 1/30$	$0/65 \pm 1/09$	$1/55 \pm 1/47$	$5/05 \pm 3/21$
۲	$2/83 \pm 1/58$	$2/66 \pm 1/49$	$1/34 \pm 1/67$	$2/66 \pm 1/26$	$9/37 \pm 3/86$
۳	$5/22 \pm 1/56$	$3/89 \pm 1/45$	$1/56 \pm 1/51$	$2/44 \pm 2/30$	$12/33 \pm 5/17$
۴	$3/75 \pm 0/96$	$3/00 \pm 1/83$	$1/75 \pm 1/71$	$4/25 \pm 2/06$	$12/75 \pm 5/67$
مجموع	$2/31 \pm 1/72$	$2/25 \pm 1/64$	$1/15 \pm 1/50$	$2/09 \pm 1/69$	$7/70 \pm 4/90$
p value	0/0001	0/0001	0/397	0/0001	0/0001

جدول ۶. مقایسه‌ی زیرمقیاس‌های Ohip-14 در دو گروه مبتلا به اختلال مفصل گیجگاهی - فکی و گروه شاهد بر اساس وجود یا عدم وجود زیرمقیاس‌های GHQ-28

OHIP	شیوع	شدت	گستردگی	GHQ-28
	شاهد بیمار	شاهد بیمار	شاهد بیمار	
	درصد	درصد	درصد	
جسمانی سازی	$83/3$	$12/17 \pm 8/07$	$22/17 \pm 8/41$	$2/98 \pm 2/65$
p value	0/0001	0/03	0/0001	0/0001
اضطراب	$79/86$	$12/61 \pm 8/86$	$22/00 \pm 8/46$	$2/69 \pm 2/62$
p value	0/004	0/021	0/001	0/0001
کارکرد اجتماعی	$73/68$	$12/83 \pm 7/09$	$23/11 \pm 9/53$	$3/16 \pm 3/44$
p value	0/448	0/72	0/009	0/096
افسردگی	$81/81$	$10/51 \pm 7/39$	$22/68 \pm 8/82$	$3/05 \pm 2/71$
p value	0/001	0/114	0/0001	0/0001
اختلال روانی	$80/39$	$13/25 \pm 8/38$	$22/37 \pm 8/34$	$2/84 \pm 2/84$
p value	0/001	0/003	0/001	0/0001

بحث

با رد فرضیه صفر و در بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان، بر اساس امتیازبندی شاخص OHIP14، اختلال مفصل گیجگاهی- فکی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان افراد داشت که مطابق با نتایج مطالعات دیگر بود (۲۴-۲۶).

در بررسی شدت درد و امتیازات OHIP مشخص شد، هر چقدر میزان درد در بیماران افزایش یابد، شیوع و شدت OHIP نیز به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد و کیفیت زندگی، وضعیت بدتری پیدا می‌کند که همسو با مطالعات دیگر می‌باشد (۲۴، ۲۵).

در بررسی ارتباط جنسیت و اختلال مفصل گیجگاهی- فکی، شیوع شاخص OHIP، در زنان بیشتر از مردان بود و این تفاوت نشان داد که زنان نه تنها بیشتر مبتلا به TMD می‌شوند بلکه بیشتر نیز علائم و نشانه‌های آن را بروز می‌نمایند و از بیماری تأثیر می‌پذیرند.

در مطالعات رانتالا و همکاران (۵)، میتین و همکاران (۲۵) و لوکر و میلر (۲۷) بر تفاوت بین زنان و مردان از لحاظ تأثیرپذیری OHRQOL تأکید شده است و در مطالعه‌ی آنها زنان، دچار اختلالات دهانی بیشتری در مقایسه با مردان می‌شدند. میتین و همکاران (۲۵) دلیل این امر را به بالاتر بودن درد مزمن در زنان به دلایل هورمونی، اجتماعی و بیولوژیکی نسبت داده‌اند. ولی این نتایج در تناقض با نتایج رودریگز و همکاران (۱۵)، دلستروم و کارسون (۱۷) و باروس و همکاران (۲۸) بود که تأثیر این عامل را ناچیز می‌دانستند.

در بررسی سن در شاخص‌های OHIP، سن در بین بیماران و گروه شاهد تأثیرگذار نبود، بدین معنا که شاخص OHRQOL تحت تأثیر سن قرار نمی‌گیرد، که بر خلاف نتایج بدست آمده از مطالعات رودریگز و همکاران (۱۵) و جان و همکاران (۲۴) بود که تأثیر سن را در OHRQOL مثبت ارزیابی کرده بودند. ولی دلستروم و کارسون (۱۷) در

مطالعه‌ی خود بیان کردند که افراد مسن‌تر، تمایل کمتری به گزارش علائم TMD داشتند.

در بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان بر اساس پرسش‌نامه‌ی GHQ-28، که دید بهتری از بعد روانی در بیماران بدست می‌دهد، میانگین امتیازات حیطه‌ی جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی و همچنین مجموع امتیازات پرسش‌نامه که نشان دهنده‌ی اختلال روانی است، در گروه بیمار از گروه شاهد، بیشتر بود، ولی در حیطه‌ی اختلال کارکرد اجتماعی، تغییرات محدودی دیده شد که با نتایج مطالعه‌ی منفردینی و همکاران (۲۹) مطابقت داشت. بطور کلی حیطه‌ی اختلال کارکرد اجتماعی در مواردی که فرد اختلال شدید روانی داشته باشد و نتواند به فعالیت‌های روزمره‌ی خود ادامه دهد، امتیازات بالاتری کسب می‌کند (۲۹)، در حالی که در بیماران TMD، به ندرت شخص به این درجه از اختلال می‌رسد.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، با بالا رفتن شدت درد مزمن در بیماران، امتیازات بیشتری در حیطه‌ی جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی و مجموع امتیازات پرسش‌نامه که نشان‌دهنده‌ی افراد مشکوک به اختلال روانی است بدست آمد، ولی در زمینه‌ی اختلال کارکرد اجتماعی، تغییرات مهمی دیده نشد. میتین و همکاران (۲۵) در مطالعه‌ی خود، ارتباطی بین شدت درد مزمن و سلامت روان نیافتند.

جنسیت و اثر آن بر سلامت روان، مثبت ارزیابی شد. بدین صورت که در حیطه‌ی جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی، زنان در مقایسه با مردان، تأثیر بیشتری گرفتند و تنها در اختلال کارکرد اجتماعی، تفاوت قابل توجه نبود که با مطالعات سیلیک و همکاران (۳۰) و پ و همکاران (۳۱) مطابقت داشت. بنابراین به نظر می‌رسد، زنان از لحاظ سلامت روان در مقایسه با مردان، تأثیر بیشتری از بیماری پذیرند.

در بررسی سن و تأثیر آن بر جنبه‌ی روانی بیماران همانند OHRQOL، تغییرات ناچیز بود و فقط در حیطه‌ی

افسردگی با افزایش سن، بیماران امتیازات کمتری گرفتند؛ یعنی شکایت و افسردگی برای آنان قابل تحمل تر شده بود که هم سو با مطالعه‌ی استربرگ و همکاران (۳۲) بود. بنابراین به نظر می‌رسد، هرچه سن بیمار بالاتر باشد، تطابق بیشتری با عوارض بیماری پیدا کند.

در بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و سلامت روان، بر اساس مطالعه‌ی حاضر، مشخص شد افراد دارای اختلال در حیطه‌های مختلف سلامت روانی (اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی، جسمانی‌سازی و افسردگی) دارای شدت OHIP بیشتری نیز هستند و شیوع OHIP نیز در افرادی که از لحاظ زیرمقیاس‌های GHQ 28 دارای اختلال بودند، به جز در حیطه‌ی اختلال کارکرد اجتماعی، بیشتر بود. همچنین افراد با امتیاز کلی بالاتر GHQ-28، امتیازات بیشتری در شدت و شیوع OHIP داشتند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که TMD از طریق اختلال روانی نیز می‌تواند بر OHRQOL تأثیر بگذارد و افراد با سلامت روانی پایین‌تر، کیفیت زندگی پایین‌تری نیز دارند. نتایج مطالعه‌ی جان و همکاران (۲۴) نشان داد که جسمانی‌سازی به صورت قوی در ارتباط با امتیازات OHIP بود، در حالی که افسردگی، تأثیر چندانی نداشت. ولی در مطالعه‌ی میتین و همکاران (۲۵)، هم جسمانی‌سازی و هم افسردگی، تأثیر قابل توجهی بر سلامت دهان داشتند و به طور منفی آن را تحت تأثیر قرار داده بودند.

از بین تمامی عوامل تأثیرگذار همچون جنسیت، سن، درجه‌ی درد مزمن، جسمانی‌سازی، افسردگی، استرس و بی‌خوابی و نیز اختلال کارکرد اجتماعی بر کیفیت زندگی، درجه‌ی درد مزمن بیمار و افسردگی می‌توانند مؤثر باشند و تأثیر سایر عوامل در برابر آنها ناچیز بود. این یافته‌ها مطابق با مطالعه‌ی جان و همکاران (۲۴) و میتین و همکاران (۲۵) بود.

که بر تأثیر درجه‌ی درد مزمن تأکید داشتند، با این تفاوت که میتین و همکاران (۲۵) بر تأثیرگذاری افسردگی و جسمانی‌سازی تأکید کردند، ولی جان و همکاران (۲۴)، تأثیر افسردگی را ناچیز می‌دانستند. بنابراین بایستی برای بهبود سلامت دهان بیمار، در مرتبه‌ی اول، بر کنترل درد و افسردگی ناشی از بیماری تمرکز کرده که بیشترین تأثیر را در اختلال بیماری داشتند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تعداد بالای سؤالات پرسش‌نامه‌ها و عدم همکاری بیماران و تعداد کم بیماران به دنبال درمان، اشاره کرد که مراحل تکمیل آن طولانی می‌شد و همچنین بیشتر مراجعه‌کنندگان، زنان بودند که در مطالعات مشابه هم این مسأله مشکل‌ساز بوده است. در انتها پیشنهاد می‌شود که مطالعه به صورت چند مرکزی در نقاط مختلف کشور با حجم نمونه‌ی بالاتر انجام شود. همچنین مطالعه بر اساس گروه‌های مختلف تشخیصی TMD بر اساس RDC/TMD axis 1 انجام گیرد تا تأثیر انواع مختلف اختلالات بر کیفیت زندگی مشخص شود. مطالعه بعد از درمان نیز انجام گردد تا تأثیر انواع روش‌های درمانی نیز بررسی شود.

نتیجه‌گیری

اختلال مفصل گیجگاهی - فکی، به صورت منفی، کیفیت زندگی وابسته به سلامت دهان و سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در بیماران TMD، سلامت روان و سلامت دهان، ارتباط نزدیکی باهم دارند، بطوری که بیماران با اختلال روانی، شاخص سلامت دهان و دندان (OHRQOL) پایین‌تری نیز دارند. بنابراین درمان سریع و مؤثر TMD و در نظر گرفتن بعد روانی در کنار سلامت دهانی در درمان، تأکید می‌شود.

References

1. Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. Qual Life Res 1993; 2(4): 239-51.
2. Inglehart MR, Bagramian R. Oral health-related quality of life. Chicago, IL: Quintessence Pub; 2002.

3. Gift HC, Redford M. Oral health and the quality of life. *Clin in Ger Med* 1992; 8(3): 673-83.
4. American Academy of Orofacial Pain, American Academy of Craniomandibular Disorders. Temporomandibular disorders: guidelines for classification, assessment, and management. 2nd ed. Chicag, IL: Quintessence Books; 1993.
5. Rantala MA, Ahlberg J, Suvinen TI, Savolainen A, Kononen M. Symptoms, signs, and clinical diagnoses according to the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders among Finnish multiprofessional media personnel. *J Orofac Pain* 2003; 17(4): 311-6.
6. Kuttilla M, Kuttilla S, Le Bell Y, Alanen P. Association between TMD treatment need, sick leaves, and use of health care services for adults. *J Orofac Pain* 1997; 11(3): 242-8.
7. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Ryan P, Worthington HV, Macfarlane GJ. Orofacial pain: just another chronic pain? Results from a population-based survey. *Pain* 2002; 99(3): 453-8.
8. Voog Ü, Alstergren P, Leibur E, Kallikorm R, Kopp S. Impact of temporomandibular joint pain on activities of daily living in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Odontol Scand* 2003; 61(5): 278-82.
9. Yap AU, Tan KB, Hoe JK, Yap RH, Jaffar J. On-line computerized diagnosis of pain- related disability and psychological status of TMD patients: a pilot study. *J Oral Rehabil* 2001; 28(1): 78-87.
10. Kempen GI, Ormel J, Brilman EI, Relyveld J. Adaptive responses among Dutch elderly: the impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life. *Am J Public Health* 1997; 87(1): 38-44.
11. Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, McDowell J, Engberg S, Sereika SM, et al. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Qual Life Res* 1998; 7(1): 57-65.
12. di Fabio RP. Physical therapy for patients with TMD: a descriptive study of treatment, disability, and health status. *J Orofac Pain* 1998; 12(2): 124-35.
13. Murray H, Locker D, Mock D, Tenenbaum HC. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. *J Orofac Pain* 1996; 10(4): 316-23.
14. Segù M, Collesano V, Lobbia S, Rezzani C. Cross- cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(2): 125-30.
15. Rodrigues CA, Magri LV, de Oliveira Melchior M, Mazzetto MO. Evaluation of the impact on quality of life of patients with temporomandibular disorders. *Rev Dor São Paulo* 2015; 16(3): 181-5.
16. Resende CM, Alves AC, Coelho LT, Alchieri JC, Roncalli AG, Barbosa GA. Quality of life and general health in patients with temporomandibular disorders. *Braz Oral Res* 2013; 27(2): 116-21.
17. Dahlström L, Carlsson GE. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontol Scand* 2010; 68(2): 80-5.
18. Allen EM, Ziada HM, O'halloran D, Clerehugh V, Allen PF. Attitudes, awareness and oral health-related quality of life in patients with diabetes. *J Oral Rehabil* 2008; 35(3): 218-23.
19. Thornicroft G, Slade M. Are routine outcome measures feasible in mental health? *Qual Health Care* 2000; 9(2): 84.
20. Noorbala AA, Bagheri Yyazdi SA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Health Sys Res* 2009; 11(4): 47-53.
21. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J* 2005; 198(8): 489-93.
22. 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.
23. Dworkin SF. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. Translat by Zibandeh Balke. 2005. [cited 2017 Sep 13]. Available from: URL: <https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/RDC-Farsi.pdf> [In Persian].
24. John MT, Reissmann DR, Schierz O, Wassell RW. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2007; 21(1): 46-54.
25. Miettinen O, Lahti S, Sipilä K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand* 2012; 70(4): 331-6.
26. Foterder S, Chauhan A, Bhardwaj V, Manchanda K. Oral health-related quality of life in Indian patients with temporomandibular disorders. *J Cranio-Maxillary Diseases* 2015; 4(1): 42-80.
27. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 54(3): 167-76.

28. Barros Vde M, Seraidarian PI, Côrtes MI, de Paula LV. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *J Orofac Pain* 2009; 23(1): 28-37.
29. Manfredini D, Winocur E, Ahlberg J, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Psychosocial impairment in temporomandibular disorders patients. RDC/TMD axis II findings from a multicentre study. *J Dent* 2010; 38(10): 765-72.
30. Celic R, Panduric J, Dulcic N. Psychologic status in patients with temporomandibular disorders. *Int J Prosthodont* 2005; 19(1): 28-9.
31. Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent* 2002; 88(5): 479-84.
32. Osterberg T, Carlsson GE, Wedel A, Johansson U. A cross-sectional and longitudinal study of craniomandibular dysfunction in an elderly population. *J Craniomandib Disord* 1992; 6(4): 237-45.

Evaluation of Oral Health and Psychological Health Related Quality of Life in Patient with Temporomandibular Disorders

Niloofar Nazemi¹

Hasan Momeni²

Nasrollah Bashardoost³

Mehdi Abrishami⁴

1. Dentist, Isfahan, Iran.

2. **Corresponding Author:** Department of Oral & Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: dr.hasanmomeni.omfs@gmail.com

3. Department of Biostatistics and Epidemiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. Post Graduate, Department of Oral & Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Temporomandibular joint disorder (TMD) has a significant effect on the sufferer's social behavior, mental state and oral health-related quality of life. The aim of this study was to evaluate the relationship between TMD and oral health-related quality of life and mental health.

Materials & Methods: In this analytical-descriptive study, of patients with TMD, who referred to Dental School of Khorasgan University in 2016–2017, 75 patients with TMD were selected for the case group, while 75 patients with the same conditions but without a TMD diagnosis were selected for the control group. The OHIP14 (Oral Health Impact Profile) questionnaire was used to evaluate each patient's oral health and GHQ-28 (General Health Questionnaire) was used to evaluate mental health. Chronic pain was graded with RDC/TMD Axis11 (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) questionnaire. Data were analyzed with regression analysis, ANOVA and Kruskal-Wallis test, using SPSS 22 ($\alpha = 0.05$).

Results: OHIP14 indicators (prevalence, intensity and popularity) were significantly different between the case and control groups (p value < 0.0001). These scores were higher in female TMD patients compared to males and were higher in patients with high levels of chronic pain. GHQ-28 mental health indicators (materializing, stress, depression and mental issues) were significantly different between the two groups (p value < 0.0001). An increase in pain severity resulted in deterioration of mental health. Analysis of the relationship between mental health (GHQ-28) and oral health (OHIP14) revealed that patients with lower GHQ-28 scores had lower levels of oral health (p value < 0.05).

Conclusion: TMD negatively affects oral health-related quality of life and mental health. Mental health and oral health levels are highly correlated in TMD patients; patients with mental health issues often score low in OHRQoL.

Key words: Mental health, Oral health, Quality of life, Temporomandibular joint disorders.

Received: 14.2.2019

Revised: 4.4.2019

Accepted: 4.5.2019

How to cite: Nazemi N, Momeni H, Bashardoost N, Abrishami M. Evaluation of Oral Health and Psychological Health Related Quality of Life in Patient with Temporomandibular Disorders. J Isfahan Dent Sch 2019; 15(2): 138-147.