

بررسی دردهای دهانی - صورتی در دانشجویان دوره دکترا (پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی) دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰

معصومه ابراهیمی*، فهیمه شاهرخی**، فاطمه خوراکیان***

* دانشیار دندانپزشکی کودکان، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

** دستیار تخصصی گروه ترمیمی و زیبایی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

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

تاریخ ارائه مقاله: ۹۳/۳/۴ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۲۴

Orofacial Pain in Doctorate Students (Medical, Dentistry, Pharmacy) in Mashhad University of Medical Sciences in 2012-2013

Masoumeh Ebrahimi*, Fahimeh Shahrokhii **, Fatemeh Khorakian***

* Associate Professor of Pediatric Dentistry, Dental Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

** Postgraduate of Restorative Dentistry, School of Dentistry, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

*** Assistant Professor of Pediatric Dentistry, Oral and Maxillofacial Diseases Research Center, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 25 May 2014 ; Accepted: 15 December 2014

Introduction: Several studies have shown that orofacial pains are common and affect about a quarter of the population at any time. This study was performed to survey orofacial pain among doctoral students (medical, dental, pharmacy) of Mashhad University of Medical Sciences in 2012-2013.

Materials & Methods: This cross-sectional study was performed on 430 doctoral students from Mashhad University of Medical Sciences (Medicine, Dentistry and Pharmacy). A questionnaire based on the Von Korff & Macfarlane questionnaire was provided to the students. Data were analyzed, using Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Chi-Square tests.

Results: 24.9 percent of the participants reported orofacial pains. The highest frequency of orofacial pains were in or around the eyes (10.9%). Psychological factors were the cause of the pain in 30.8% of the students. 75.7 percent of the students were seeking treatment for orofacial pain. Severity of disability among different educational levels, different age groups, different fields of study and between the sexes was not statistically different.

Conclusion: Approximately a quarter of students were affected by orofacial Pain. The highest frequency of orofacial pain was in or around the eyes, which could be the result from studying. A significant number of students had professional seek for orofacial pain treating. This could indicate the effect of oral pain on people's quality of life including job loss, difficulty in eating and concerns about oral health

Key words: Orofacial pain, student, frequency.

Corresponding Author: KhorakianF@mums.ac.ir

J Mash Dent Sch 2015; 39(2): 99-108 .

چکیده

مقدمه: مطالعات مختلف نشان داده اند که دردهای دهانی - صورتی شایع بوده و حدود یک چهارم جمعیت را در هر زمانی مبتلا می‌کند. این مطالعه به منظور بررسی دردهای ناحیه دهانی - صورتی در بین دانشجویان رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ انجام گرفت.

مولف مسؤول، نشانی: مشهد، دانشکده دندانپزشکی، گروه دندانپزشکی کودکان، تلفن: ۰۵۱-۳۸۸۳۲۳۰۰-۱۵

E-mail: KhorakianF@mums.ac.ir

مواد و روش‌ها: این مطالعه تحلیلی - مقطعی، بر روی ۴۳۰ نفر از دانشجویان دوره دکترای دانشگاه علوم پزشکی مشهد (بزشکی، دندانپزشکی و داروسازی) انجام گرفت. پرسشنامه‌ای براساس پرسشنامه Macfarlane & Von Korff در اختیار دانشجویان قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، من-ویتنی و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۲۴/۹ درصد از افراد تحت مطالعه، دردهای دهانی - صورتی را گزارش کردند. بیشترین شیوع مربوط به درد در داخل یا اطراف چشم‌ها (۱۰/۹ درصد) بود. فاکتورهای روحی، عامل درد در ۳۰/۸ درصد دانشجویان با دردهای دهانی - صورتی بوده است. جستجوی حرفه ای جهت درمان دردهای دهانی - صورتی در ۸۷/۸۵ درصد از دانشجویان وجود داشت. شدت ناتوانی‌های مرتبط با سمپتوم‌های ناشی از درد در بین مقاطع تحصیلی مختلف، گروه‌های سنی مختلف، رشته‌های تحصیلی مختلف و هم چنین بین دو جنس تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: حدود یک چهارم افراد تحت مطالعه دارای دردهای دهانی - صورتی بوده‌اند. درد در داخل یا اطراف چشم‌ها بیشترین شیوع را داشته است، که می‌تواند ناشی از مطالعه زیاد باشد. جستجو حرفه ای برای درمان دردهای دهانی - صورتی در تعداد قابل توجهی از دانشجویان، صورت گرفته بود که می‌تواند بیانگر تاثیر این دردها بر کیفیت زندگی افراد (شامل از دست دادن شغل، مشکل در غذا خوردن و نگرانی در مورد سلامت دهان و دندان) باشد.

کلمات کلیدی: درد دهانی - صورتی، دانشجوی، فراوانی.

مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد / سال ۱۳۹۴ دوره ۳۹ / شماره ۲: ۱۰۸-۹۹.

مقدمه

در هر زمانی مبتلا می‌کند که در این بین بالغین جوان و خانم‌ها در ریسک بالاتری از ابتلا قرار دارند.^(۷-۴) علائم دردهای دهانی - صورتی در جوامع مختلف گسترده بوده و می‌تواند آثار سوئی بر عملکرد فیزیکی، اجتماعی و روانی افراد داشته باشد.^(۸-۶) هزینه اقتصادی بیماری برای جامعه شامل یکسری هزینه‌های مستقیم مانند فراهم کردن مراقبت و یکسری هزینه‌های غیرمستقیم مانند مواردی که به علت غیبت از محل کار و کاهش تولید در کار اتفاق می‌افتد، می‌باشد.^(۱) بسیاری از مطالعات، عدم استخدام و کاهش بازده کاری را در بین بیماران گزارش کرده‌اند.^(۶)

تبعات ناشی از درد دهانی - صورتی بر جنبه‌های مختلف زندگی روزانه تاثیرگذار است و شامل از دست دادن شغل، مشکل در غذا خوردن و نگرانی در مورد سلامت دهان و دندان می‌باشد.^(۱۰-۶) شایع‌ترین آثار ناشی از دردهای دهانی - صورتی عبارتند از مشاوره با پزشک یا دندانپزشک، پرهیز از بعضی غذاهای خاص، مصرف دارو و اختلال خواب. تاثیرات رفتاری جدی از قبیل ناتوانی شغلی، نیاز به استراحت در رختخواب و کاهش

یکی از مشکلات دردی که با صورت و دهان در ارتباط می‌باشد، تحت عنوان درد دهانی - صورتی ۱ نامیده می‌شود. درد صورتی (فاسیال) شامل دردهایی است که منشأ آن‌ها از زیر خط اوربیتومانتال، بالای گردن و جلوی گوش می‌باشد، در عین حال، درد دهانی (اورال) بیان‌کننده دردی داخل حفره دهان است. عوامل مکانیکی موضعی، فاکتورهای سایکولوژیک و ناراحتی در سایر نواحی بدن به عنوان عوامل اتیولوژیک درد دهانی - صورتی بیان شده‌اند.^(۱) بیشتر موارد درد دهانی - صورتی ناشی از علل دندانی هستند که غالباً ماهیت حاد دارند.^(۲)

در مبتلایان به دردهای دهانی - صورتی، تاریخچه‌ای از ضربه به فک، سایش دندان‌ها، سردرد، درد در دیگر نواحی بدن، درجات بالای استرس‌های سایکولوژیک، اعتماد به نفس پایین، رضایت کم از زندگی و سطح بالای استرس گزارش شده است.^(۳)

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که علائم دردهای دهانی - صورتی شایع بوده و حدود یک چهارم جمعیت را

مدت زمان اپیزودهای درد و فرکانس درد می‌پردازد^(۱۲) و پرسشنامه Macfarlane که تبعات دردهای دهانی - صورتی و میزان جستجو برای درمان را بررسی می‌کند^(۶)، تدوین شد. با توجه به تفسیر پرسشنامه وانکورف، بر اساس فرمول‌هایی، مشخصه شدت درد و میزان و شدت ناتوانی افراد به صورت کمی و نمایش یک عدد محاسبه می‌گردد و به صورت ناتوانی خفیف - شدت خفیف، ناتوانی خفیف - شدت زیاد، ناتوانی زیاد - محدودیت متوسط و ناتوانی زیاد - محدودیت زیاد تفسیر می‌شود. روایی و پایایی پرسشنامه فوق در مطالعات قبلی به اثبات رسیده است.^(۱۳-۱۴) همچنین روایی و پایایی فرم ترجمه شده دو پرسشنامه مورد نظر نیز مورد ارزیابی و تایید قرار گرفت. به این صورت که جهت بررسی روایی، پرسشنامه‌ها توسط اساتید خبره این رشته بررسی و تایید شد؛ همچنین پرسش‌نامه‌های مذکور توسط تعدادی از دانشجویان و به صورت تصادفی در دو زمان مختلف تکمیل و بعد از بررسی مجدد پایایی، پرسشنامه‌ها هم مورد تایید قرار گرفت. داده‌های مورد بررسی شامل انواع، ویژگی‌ها و اتیولوژی دردهای دهانی - صورتی، نحوه تاثیر بر فعالیت روزمره، اقدامات مرتبط با درد، شیوع ناتوانی‌های مرتبط با سمپتوم‌های ناشی از درد بر حسب فاکتورهای مختلف (سن، جنس، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS با ویرایش ۱۱/۵ و به صورت جداول فراوانی و با استفاده از آزمون‌های کای دو، من ویتنی و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱، توزیع فراوانی انواع دردهای دهانی - صورتی در افراد تحت مطالعه را نشان می‌دهد. در جدول ۲، ویژگی‌های دردهای دهانی - صورتی

برخوردهای اجتماعی نیز توسط برخی افراد مبتلا به درد دهانی - صورتی گزارش شده‌اند.^(۱۱) میزان تاثیر درد دهانی - صورتی بر زندگی روزمره با مشخصات درد (نوع و شدت درد) و خصوصیات اجتماعی - دموگرافیک فرد (جنس، سن و محل تولد) رابطه دارد.^(۱۰)

اندازه‌گیری‌های دقیق وقوع بیماری برای تعیین تاثیر آن بر جامعه ضروری می‌باشد.^(۶) سه روش برای سنجش درد وجود دارد: روش فیزیولوژیک (برای مثال، رابطه بین تخریب بافت و درد)، روش مشاهده‌ای (درد ارزیابی شده توسط فرد دیگر)، و روش گزارش توسط خود فرد. در یک مطالعه با حجم نمونه بزرگ، استفاده از اندازه گیری‌های فیزیولوژیک یا مشاهده‌ای درد غیر عملی است. پرکاربردترین روش برای دریافت اطلاعات اپیدمیولوژیک، استفاده از پرسشنامه برای دریافت داده‌ها به صورت مستقیم از خود فرد می‌باشد.

تاکنون مطالعه‌ای راجع به شیوع درد دهانی - صورتی در مشهد مخصوصاً بر روی دانشجویان انجام نشده است و با توجه به تبعات ناشی از دردهای دهانی - صورتی و اهمیت برخورداری از سلامت کافی برای دانشجویان علوم پزشکی به عنوان تیم سلامت درگیر با اقشار مختلف جامعه، در این مطالعه شیوع انواع دردهای دهانی - صورتی و برخی فاکتورهای مرتبط با آن مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیلی - مقطعی، پرسشنامه‌ای راجع به وجود یا عدم وجود دردهای دهانی - صورتی حاد و مزمن در اختیار افراد تحت مطالعه (۲۴۸ نفر دانشجوی پزشکی، ۱۰۱ نفر دانشجوی دندانپزشکی و ۸۱ نفر دانشجوی داروسازی) قرار گرفت. پرسش نامه مذکور بر اساس پرسشنامه Von Korff که به ارزیابی شدت درد،

شامل اولین زمان شروع درد، تکرر درد طی ماه گذشته و طول مدت درد را در افراد تحت مطالعه آورده شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی انواع دردهای دهانی - صورتی در افراد تحت مطالعه

نوع عارضه	ندارد		دارد		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درد در ناحیه مفاصل فکی	۴۱۴	۹۶/۳	۱۶	۳/۷	۴۳۰
درد در ناحیه جلوی گوشها	۴۰۵	۹۴/۲	۲۵	۵/۸	۴۳۰
درد در داخل یا اطراف چشم ها	۳۸۳	۸۹/۱	۴۷	۱۰/۹	۴۳۰
درد حین بازکردن دهان	۴۲۱	۹۷/۹	۹	۲/۱	۴۳۰
درد تیز و تیرکشنده در صورت یا گونه‌ها	۴۱۷	۹۷/۰	۱۳	۳/۰	۴۳۰
درد در مفاصل فکی حین جویدن غذا	۴۲۶	۹۹/۱	۴	۰/۹	۴۳۰
درد درون و اطراف نواحی گیجگاهی	۴۰۳	۹۳/۷	۲۷	۶/۳	۴۳۰
درد عضلات در طرفین صورت	۴۰۰	۹۳/۰	۳۰	۷/۰	۴۳۰
احساس سوزش طولانی مدت در زبان یا سایر نواحی دهان	۴۲۱	۹۷/۹	۹	۲/۱	۴۳۰

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی‌های درد در افراد تحت مطالعه

ویژگی‌های درد	تعداد	درصد
اولین زمان شروع درد	۱۳	۱۲/۱
کمتر از سه ماه	۹۴	۸۷/۹
تکرر درد طی ماه گذشته	۳۹	۳۶/۴
هر روز	۳۰	۲۸/۰
۴ تا ۵ بار در هفته	۱۹	۱۷/۸
۲ تا سه بار در هفته	۱۲	۱۱/۲
۱ بار در هفته	۷	۶/۵
کمتر از یک بار در هفته	۰	۰/۰
طول مدت درد	۵۰	۴۶/۷
نیم ساعت و کمتر	۳۲	۲۹/۹
حدود یک ساعت	۱۷	۱۵/۹
یک تا چهار ساعت	۳	۲/۸
پنج تا هشت ساعت	۵	۴/۷
نه تا دوازده ساعت	۰	۰/۰
بیشتر از ۱۲ ساعت	۰	۰/۰

دندانپزشک داشتند و در ۱۲/۱۵ درصد افراد تحت مطالعه هیچ گونه اقدامی انجام نشده بود.

در مورد سایر فاکتورهای مورد بررسی در افراد تحت مطالعه، نتایج نشان داد که ۲۲/۴ درصد دانشجویان با دردهای دهانی - صورتی مصرف سیگار، ۲۵/۲ ویزیت‌های مرتب (سالانه) دندانپزشکی و ۱۷/۸ درصد سابقه مصرف داروهای ضدبارداری خوراکی را داشتند.

شیوع شدت ناتوانی‌های مرتبط با سمپتوم‌های ناشی از درد برحسب گروه‌های سنی، جنسیت، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی افراد مورد مطالعه با توجه به پرسشنامه وانکورف^(۱۲) تفسیر شد که براساس آن درصد فراوانی افراد دارای ناتوانی خفیف - شدت خفیف ۸۱/۳ درصد، افراد دارای ناتوانی خفیف - شدت زیاد و همچنین ناتوانی زیاد - محدودیت متوسط هر یک ۹/۳۵ درصد بود.

فراوانی شدت ناتوانی‌های مرتبط با سمپتوم‌های ناشی از درد بر حسب گروه‌های سنی، جنسیت، رشته تحصیلی و مقطع تحصیلی در جدول ۴ آورده شده است

عامل درد در ۳۰/۸ درصد دانشجویان دارای دردهای دهانی - صورتی با فاکتورهای روحی، در ۲۴/۳ درصد با تحصیل، در ۴/۷ درصد با مشکلات خانوادگی مرتبط می‌بود. از طرفی ۳۲/۷ درصد موارد، عامل درد ناشناخته و در ۷/۵ درصد هیچ یک از موارد فوق نمی‌باشد.

میانگین نمره درد و نحوه تاثیر آن بر حرفه و فعالیت‌های روزمره بر اساس مطالعه Von Korff در افراد تحت مطالعه مورد بررسی قرار گرفت.^(۱۲) جدول ۳ میانگین درد و نحوه تاثیر آن بر حرفه و فعالیت‌های روزمره افراد تحت مطالعه را بر حسب تعداد روزها نشان می‌دهد.

یافته‌های مطالعه در رابطه با نحوه جستجو جهت درمان نشان داد که ۲۵/۲ درصد افراد تحت مطالعه، برای تسکین درد از دارو (استامینوفن، بروفن، غیره) استفاده کرده بودند، ۱۲/۱۵ درصد افراد تحت مطالعه مراجعه به پزشک یا دندانپزشک داشتند، ۵۰/۵ درصد افراد تحت مطالعه مصرف دارو و مراجعه همزمان به پزشک یا

جدول ۳: میانگین درد و نحوه تاثیر آن بر حرفه و فعالیت‌های روزمره

متغیر مورد بررسی	انحراف معیار±میانگین
میزان درد در حال حاضر	۲/۲۶±۱/۴۸۸
میزان درد در بدترین حالت طی شش ماه گذشته	۵/۰۰±۱/۹۶۲
متوسط شدت درد طی شش ماه گذشته	۲/۳۶±۱/۴۸۲
میانگین تعداد روزهای ناتوانی طی شش ماه گذشته	۲/۰۷±۳/۱۶۰
تغییر در فعالیت‌های روزمره به دلیل درد طی شش ماه گذشته	۲/۶۴±۲/۴۲۳
تغییر در فعالیت‌های اجتماعی به دلیل درد طی شش ماه گذشته	۲/۰۷±۲/۳۸۲
تغییر در فعالیت‌های کاری منزل و فعالیت‌های کاری به دلیل درد طی شش ماه گذشته	۲/۷۳±۲/۴۵۹

جدول ۴: فراوانی شدت ناتوانی های مرتبط با سمپتوم های ناشی از درد بر حسب فاکتورهای مختلف

نتیجه آزمون	ناتوانی خفیف		ناتوانی خفیف شدت زیاد		تعداد (درصد)
	ناتوانی زیاد	محدودیت متوسط	ناتوانی خفیف	شدت زیاد	
گروه سنی (سال)	زیر ۲۰	۸ (۹/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰/۸۵۶
	۲۰-۲۲	۳۹ (۴۵/۰)	۷ (۷۰/۰)	۶ (۶۰/۰)	
	بالای ۲۲	۴۰ (۴۶/۰)	۳ (۳۰/۰)	۴ (۴۰/۰)	
جنسیت	زن	۵۴ (۶۲/۰)	۱۰ (۱۰۰/۰)	۶ (۶۰/۰)	۰/۴۴۱
	مرد	۳۳ (۳۸/۰)	۰ (۰/۰)	۴ (۴۰/۰)	
رشته تحصیلی	پزشکی	۴۱ (۴۷/۰)	۸ (۸۰/۰)	۷ (۷۰/۰)	۰/۱۶۹
	دندانپزشکی	۲۴ (۲۸/۰)	۲ (۲۰/۰)	۰ (۰/۰)	
	داروسازی	۲۲ (۲۵/۰)	۰ (۰/۰)	۳ (۳۰/۰)	
مقطع تحصیلی	علوم پایه	۱۴ (۱۶/۰)	۴ (۴۰/۰)	۱ (۱۰/۰)	۰/۲۰۷
	استاذ	۵۳ (۶۱/۰)	۵ (۵۰/۰)	۸ (۸۰/۰)	
	انترن	۲۰ (۲۳/۰)	۱ (۱۰/۰)	۱ (۱۰/۰)	

بحث

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که علایم دردهای دهانی - صورتی شایع بوده و حدود یک چهارم جمعیت را در هر زمانی مبتلا می‌کند که در این بین بالغین جوان و خانم‌ها در ریسک بالاتری از ابتلا قرار دارند.^(۷-۴) علایم دردهای دهانی - صورتی در جوامع مختلف، گسترده بوده و می‌تواند آثار سوئی بر عملکرد فیزیکی، اجتماعی و روانی افراد داشته باشد.^(۹-۷) هزینه اقتصادی بیماری برای جامعه شامل یکسری هزینه‌های مستقیم مانند هزینه فراهم کردن مراقبت و یکسری هزینه‌های غیرمستقیم مانند مواردی که به علت غیبت از محل کار و کاهش تولید در کار اتفاق می‌افتد، می‌باشد.^(۶) بسیاری از مطالعات، عدم استخدام و کاهش بازده کاری را در بین بیماران گزارش کرده‌اند.^(۶) از جمله پیامدهای شایع بیماری می‌توان به مشاوره با پزشک، پرهیز از بعضی غذاهای خاص، مصرف

دارو، اختلالات خواب، ناتوانی در کار کردن، نیاز به استراحت و کاهش روابط اجتماعی اشاره کرد.^(۶) این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۴۳۰ نفر از دانشجویان دوره دکتری دانشگاه علوم پزشکی مشهد به منظور بررسی میزان شیوع دردهای دهانی - صورتی انجام گردید. در این قسمت نتایج حاصل از مطالعه فوق به تفصیل در قسمت‌های ذیل مورد بحث قرار می‌گیرد:

نتایج حاکی از آن بود که در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، درد اطراف چشم‌ها بیشترین شیوع را در بین انواع دردها داشت که دلیل این امر می‌تواند مطالعات درسی فراوان دانشجویان باشد.

در مطالعه Locker و همکاران^(۴) شایع ترین انواع درد و ناراحتی گزارش شده، دردهایی در دندان‌ها حین مصرف مایعات داغ یا سرد (۲۸/۸ درصد)، لته‌های زخمی و خونریزی‌دهنده (۲۶/۳ درصد) و دندان درد (۱۴/۱

دیسترس سایکولوژیک و درد وجود دارد. همچنین در این مطالعات مشاهده شد که سطوح بالای دیسترس سایکولوژیک در ابتدا فاکتور پیش‌بینی کننده‌ای برای بروز درد در آینده بوده و بالعکس وجود درد در ابتدا با دیسترس سایکولوژیک در آینده همراه بوده است.^(۱۸-۱۹)

مطالعات دیگر عوامل دیگری چون عوامل مکانیکی موضعی (بسته نشدن مناسب دندان‌ها و به تبع آن اشکال در جویدن غذا- اشکال در باز کردن دهان- در رفتن یا قفل شدن فک- ضربه به فک- کلنچینگ- ساییدن دندان‌ها به هم)^(۲۰، ۲۱)، درد و ناراحتی در سایر نواحی بدن^(۲۴-۲۱) را نیز جز اتیولوژی دردهای دهانی - صورتی در نظر گرفته‌اند.

مطالعه Garro و همکاران^(۱۱) نشان داد که شایع‌ترین آثار ناشی از دردهای دهانی- صورتی عبارت بودند از مشاوره با پزشک یا دندانپزشک، پرهیز از بعضی غذاهای خاص، مصرف دارو و اختلال خواب. تاثیرات رفتاری جدی از قبیل ناتوانی شغلی، نیاز به استراحت در رختخواب و کاهش برخوردهای اجتماعی نیز توسط برخی افراد مبتلا به درد دهانی- صورتی گزارش شده‌اند. Macfarlane و همکارانش^(۲۵) متوجه شدند که کمتر از نیمی از افرادی که مبتلا به دردهای دهانی- صورتی بودند، به جستجو برای مراقبت حرفه‌ای پرداخته بودند. Locker و Grushka^(۴) مشاهده کردند که بیش از نیمی از افراد مبتلا به درد دهانی- صورتی آن را به صورت نسبتاً شدید یا شدید توصیف کرده، و با این وجود تنها ۴۰ درصد آنان به دنبال دریافت توصیه از پزشک یا دندانپزشک بوده‌اند. اختلالات خواب ناشی از درد، یک اثر کلیدی در تعیین احتمال جستجو برای درمان حرفه‌ای می‌باشد.^(۲۶) مطالعه McMillan و همکاران^(۷) که بر روی یک جمعیت هنگ‌کنگی صورت گرفت نشان داد که تنها

درصد) بودند. درد در فک‌ها، صورت و مخاط دهان توسط کمتر از ۱۰ درصد موارد گزارش شده بودند. مطالعه Riley و همکاران^(۸) نشان داد که در جمعیت ایالات متحده شیوع شش ماهه درد در مفصل فک (۸/۳ درصد)، درد صورتی (۳/۱ درصد)، دندان درد (۱۲/۰ درصد)، زخم‌های دهانی دردناک (۱۵/۶ درصد) و دهان سوزان (۱/۶ درصد) می‌باشد. به علاوه، شیوع درد در هنگام جویدن و حساسیت حرارتی به ترتیب حدود ۲۳ و ۲۴ درصد گزارش شد که بیان می‌کند این دو تجربه دردناک شایع هستند. پاسخ دهندگان خانم شیوع شش ماهه بالاتری برای علائم چندگانه و زخم‌های دهانی دردناک گزارش نمودند. بررسی‌های Macfarlane و همکاران^(۶) نشان داد که ۱۲ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه درد در اطراف چشم‌ها، ۱۰ درصد درد در اطراف گیجگاه، ۶ درصد درد در جلوی گوش‌ها و ۶ درصد درد در مفاصل فک را گزارش کردند.

در مطالعات Locker^(۴) و Riley^(۸) دندان درد هم جز دردهای دهانی- صورتی در نظر گرفته شده است و درصد بالایی به خود اختصاص داده است. با مقایسه مطالعه ما و مطالعات Locker و Riley به نظر می‌رسد که نمی‌توان نوع خاصی از دردهای دهانی- صورتی را به عنوان شایع‌ترین انتخاب کرد و در هر مطالعه‌ای نتایج متفاوتی نسبت به مطالعات دیگر به دست آمده است. اما نتایج مطالعه Macfarlane و همکارانش^(۶) تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر یکسان بود و دلیل این یکسانی می‌تواند طبقه بندی یکسان انواع دردها باشد.

مطالعات بسیاری، ارتباط قوی بین فاکتورهای سایکولوژیک و دردهای دهانی- صورتی را گزارش کرده‌اند.^(۱۷-۱۵) در دو مطالعه مجزا که در ایالات متحده و بریتانیا انجام شدند مشاهده شد که ارتباطی بین

مطالعات وسیع تری بر روی آن‌ها انجام گیرد تا علت عمده آن‌ها پیدا شود و بتوان روش‌های پیشگیری و درمان موثرتری ارائه کرد.

نتیجه آزمون کروسکال والیس نشان داد که ناتوانی‌های مرتبط با سمپتوم‌های ناشی از درد در بین گروه‌های سنی مختلف، اختلاف قابل توجهی از لحاظ آماری نداشت ($P=0/856$). نتایج مطالعه Locker و Grushka^(۱۰) نشان داد که میزان تاثیر درد دهانی - صورتی بر زندگی روزمره با مشخصات درد و خصوصیات اجتماعی - دموگرافیک فرد از جمله سن رابطه دارد. تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Locker می‌تواند به این دلیل باشد که در مطالعه ما فقط گروه سنی نسبتاً جوان بررسی بود.

در مطالعه حاضر، نتیجه آزمون کای دو نشان داد که شیوع ناتوانی‌های مرتبط با سمپتوم‌های ناشی از درد در بین دو جنس اختلاف قابل توجهی نداشت. ($P=0/441$) مطالعه Locker در مغایرت بود. می‌توان دلیل معنی‌دار نبودن تفاوت بین دو جنس را به شرایط نسبتاً یکسان و نزدیک افراد شرکت کننده در مطالعه مرتبط دانست. (سن و رشته‌های تحصیلی و دغدغه‌های نسبتاً مشترک و یکسان)

نتیجه گیری

حدود یک چهارم افراد تحت مطالعه دارای دردهای دهانی - صورتی بوده‌اند. درد در داخل یا اطراف چشم‌ها بیشترین شیوع را داشته است. جستجوی حرفه‌ای برای درمان دردهای دهانی - صورتی در تعداد قابل توجهی از دانشجویان، صورت گرفته بود که می‌تواند بیانگر تاثیر این دردها بر کیفیت زندگی افراد (شامل از دادن شغل، مشکل در غذا خوردن و نگرانی در مورد سلامت دهان و دندان) باشد.

۲/۳ درصد افراد دارای علائم درد، تحت درمان حرفه‌ای قرار گرفته بودند و استفاده از داروهای تجویز شده توسط خود فرد بسیار اندک بود (۱۲/۴ درصد). جست و جوی درمان حرفه‌ای بسیار پایین بود و ممکن است به علت رفتار ویژه درد و استراتژی سازگاری مؤثر در این نژاد باشد. در مطالعه Zheng و همکارانش^(۲۷) ۲۷ درصد افراد به دنبال توصیه‌های حرفه‌ای بودند. اکثریت افراد با یک پزشک عمومی (۶۶/۷ درصد) یا دندانپزشک (۴۰/۷ درصد) مشورت کرده و ۱۶/۷ درصد به پزشک طب سنتی چینی مراجعه کرده بودند. ۶۰ درصد افراد از داروهای ضد درد استفاده کرده بودند. در این مطالعه توصیه شده است که در هنگام تنظیم برنامه توسعه سلامت اجتماعی فاکتورهای کلیدی مرتبط با جستجوی درمان در نظر گرفته شوند. همچنین محققان به منظور تایید اعتبار یافته‌های این مطالعه، تکرار آن را در حجم نمونه بزرگتر پیشنهاد کردند. احتمالاً مهم‌ترین علت جستجوی حرفه‌ای و مصرف دارو می‌تواند شدت درد و تکرار درد تجربه شده باشد.

مطالعه Von Korff و همکارانش^(۵) نشان داد که شرایط درد به طور عمده برای مدت طولانی، مراجعه، با شدت‌های خفیف تا متوسط، و معمولاً بدون ایجاد محدودیت در فعالیت‌های فرد بودند. با این وجود، بسته به شرایط درد، ۴۰-۹ درصد عنوان کردند که در شش ماه گذشته به دلیل مشکل درد قادر به انجام فعالیت‌های معمول خود به مدت یک یا چند روز نبوده‌اند. مطالعات متعددی بر روی درد دهانی - صورتی نشان‌دهنده بیکاری و کاهش کارآیی شغلی در بین افراد مبتلا بوده‌اند.^(۳۰) ۱۴ و ۲۸^(۱) با توجه به نتایج مطالعه حاضر و دیگر مطالعات بررسی شده به وضوح می‌توان نتیجه گرفت که این دردها بر روی کیفیت زندگی افراد تاثیر بسزایی دارد، به همین علت بهتر است به صورت جدی‌تری پیگیری شوند و

تشکر و قدردانی

انجام پژوهش حاضر یاری نموده‌اند. قابل ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان نامه با شماره ۲۶۲۷ از دانشکده دندانپزشکی مشهد می‌باشد.

با تقدیر و تشکر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و دانشکده دندانپزشکی مشهد که ما را در

منابع

1. Macfarlane TV, Glenny AM, Worthington HV. Systematic review of population-based epidemiological studies of oro-facial pain. *J Dent* 2001; 29(7): 451-67.
2. Leung WS, McMillan AS, Wong MC. Chronic orofacial pain in southern Chinese people: Experience, associated disability, and help-seeking response. *J Orofacial Pain* 2008; 22(4): 323-30.
3. Macfarlane TV, Kenealy P, Kingdon HA, Mohlin B, Pilley JR, Mwangi CW, et al. Orofacial pain in young adults and associated childhood and adulthood factors: Results of the population study, Wales, United Kingdom. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(5): 438-50.
4. Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: Preliminary results of a mail survey. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15(3): 169-72.
5. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988; 32(2): 173-83.
6. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Orofacial pain in the community: Prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(1): 52-60.
7. McMillan AS, Wong MC, Zheng J, Lam CL. Prevalence of orofacial pain and treatment seeking in Hong Kong Chinese. *J Orofac Pain* 2006; 20(3): 218-25.
8. Riley JL, 3rd, Gilbert GH. Orofacial pain symptoms: An interaction between age and sex. *J Pain* 2001; 90(3): 245-56.
9. Chung JW, Kim JH, Kim HD, Kho HS, Kim YK, Chung SC. Chronic orofacial pain among Korean elders: Prevalence, and impact using the graded chronic pain scale. *J Pain* 2004; 112(1-2): 164-70.
10. Locker D, Grushka M. The impact of dental and facial pain. *J Dent Res* 1987; 66(9): 1414-7.
11. Garro LC, Stephenson KA, Good BJ. Chronic illness of the temporomandibular joints as experienced by support-group members. *J Gen Intern Med* 1994; 9(7): 372-8.
12. Von Korff M, Miglioretti D. A prospective approach to defining chronic pain. In: Flor H, editor. *Proceedings of the 11th World Congress on Pain of the International Association for the Study of Pain*. IASP Press; 2006; 761-9.
13. Dunn KM, Croft PR, Main CJ, Von Korff M. A prognostic approach to defining chronic pain: Replication in a UK primary care low back pain population. *J Pain* 2007; 135(1-2): 48-54.
14. Linzette DM, Grimmer-Somers RA, Louw QA, Sullivan MJ. Cross-cultural adaptation and validation of the South African Pain Catastrophizing Scale (SA-PCS) among patients with fibromyalgia. *J Health Quality Life Outcomes* 2012; 10: 137.
15. Macfarlane TV, Gray RJM, Kincey J, Worthington HV. Factors associated with the temporomandibular disorder, pain dysfunction syndrome (PDS): Manchester case-control study. *J Oral Dis* 2001; 7(6): 321-30.
16. Macfarlane TV, Kincey J, Worthington HV. The association between psychological factors and oro-facial pain: A community-based study. *J Pain* 2002; 6(6): 427-34.
17. Velly AM, Gornitsky M, Philippe P. Contributing factors to chronic myofascial pain: A case-control study. *J Pain* 2003; 104(3): 491-9.
18. Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. *J Psychiatry* 1998; 173: 255-61.
19. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *J Pain* 1994; 56(3): 289-97.
20. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Worthington HV. Association between local mechanical factors and orofacial pain: Survey in the community. *J Dent* 2003; 31(8): 535-42.
21. Maixner W, Diatchenko L, Dubner R, Fillingim RB, Greenspan JD, Knott C, et al. Orofacial pain prospective evaluation and risk assessment study--the OPPERA study. *J Pain* 2011; 12(11): 4-11.

22. Wandera M, Kayondo J, Engebretsen IM, Okullo I, Astrom AN. Factors associated with caregivers' perception of children's health and oral health status: A study of 6- to 36-month-olds in Uganda. *J Paediatr Dent* 2009; 19(4): 251-62.
23. Macfarlane T, Worthington H. Association between orofacial pain and other symptoms: A population-based study. *J Oral Biosciences and Medicine* 2004; 1(1): 45-54.
24. Wanman A. The relationship between muscle tenderness and craniomandibular disorders: A study of 35-year-olds from the general population. *J Orofacial Pain* 1995; 9(3): 235-43.
25. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Factors associated with health care seeking behaviour for orofacial pain in the general population. *J Community Dent Health* 2003; 20(1): 20-6.
26. Locker D. The symptom iceberg in dentistry. Treatment-seeking in relation to oral and facial pain. *J Can Dent Assoc* 1988; 54(4): 271-4.
27. Zheng J, McMillan AS, Wong MC, Luo Y, Lam CL. Investigation of factors associated with treatment-seeking in Southern Chinese with orofacial pain. *J Orofacial Pain* 2010; 24(2): 181-8.
28. Wong HM, McGrath CP, King NM, Lo EC. Oral health-related quality of life in Hong Kong preschool children. *Caries Res* 2011; 45(4): 370-6.
29. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *J Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(4): 235-7.
30. Gomes MC, Pinto-Sarmiento TC, Costa EM, Martins CC, Granville-Garcia AF1, Paiva SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: A cross-sectional study. *J Health Quality Life Outcomes* 2014; 12(1): 55.