

نظم جویی شناختی هیجان، تنیدگی، افسردگی، اضطراب، و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی در مبتلایان به بیماری‌های پریودنتال و شاهد‌های همسان شده

ابراهیم اکبری^{۱*} - علی مشهدی^۲ - زینب عظیمی^۳ - راحله عباس نژاد^۴ - احمد امیری پیچاکلائی^۵

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس مدعو دانشگاه پیام نور لامرد، فارس، ایران
- ۲- دانشیار گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
- ۴- کارشناس روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور برون مرزی لامرد، فارس، ایران
- ۵- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

Comparing cognitive emotion regulation, stress, depression, anxiety, and stress related to life events in people with and without periodontal disease

Ebrahim Akbari^{1†}, Ali Mashhadi², Zeinab Azimi³, Raheleh Abbas Nazhad⁴, Ahamd Amiri Pichakolaei⁵

1[†]- M.A in Clinical Psychology, lecturer at Lamard Payam Noor University, Payam Noor University Overseas Lamerd, Fars, Iran (e.akbari_psy@yahoo.com)

2- Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

3- PhD Student of Psychology, Faculty of Psychology and Educational sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

4- B.A in Psychology, Payam Noor University Overseas Lamerd, Fars, Iran

5- PhD Student of Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

Background and Aims: While there are a lot of information about an illness risk factors, there are still some gaps in understanding factors influencing the progression of disease. Given the important role of psychological factors in physical conditions, the purpose of this study was to compare the cognitive emotion regulation, stress, depression, anxiety, and stress related to life events in people with and without periodontal disease.

Materials and Methods: The type of this study was causal comparative. Research society was all clients referred to dental clinics in Lamerd and Mehr cities, then 50 people with and 50 people without periodontal disease (male and female, 15-49 years old) were selected using purposive sampling. The group without periodontal disease was matched with patient group in terms of demographic characteristics. Both groups completed cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), Depression Anxiety Stress Scale (DASS), and life events questionnaire. Data analysis was conducted with SPSS version 17 using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Resultes: Data analysis showed that people with periodontal disease had more stress, depression, anxiety, and stress related to life events than matched control group. The groups had significant differences in the components of self-blame, rumination, positive attention to evaluation and catastrophizing ($P < 0.05$). People with periodontal disease had higher scores in self-blame, rumination and catastrophizing and lower scores in positive attention to evaluating compared with matched control group.

Conclusion: The results showed people who were vulnerable to stressfull situations, depression, and anxiety during their lives, and also use maladaptive emotion regulation strategies, were more susceptible to periodontal disease.

Key Words: Periodontal disease, Expressed emotion, Stress, Depression, Anxiety, Life change events

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2018;30(4):230-242

* مؤلف مسؤول: فارس - شهرستان لامرد - بلوار شاهد - ساختمان شهريار - طبقه دوم - واحد ۲۰۳ - کدپستی: ۷۴۳۴۱۴۱۹۶۷
 تلفن: ۵۲۲۲۷۸۸۸ نشانی الکترونیک: e.akbari_psy@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: علی‌رغم اطلاعات زیادی که در مورد عوامل خطرزا در شروع یک بیماری در دست می‌باشد، هنوز شکاف‌هایی در درک عوامل مؤثر بر پیشرفت بیماری‌ها وجود دارند. با توجه به نقش مهم عوامل روانشناختی در بیماری‌های جسمانی، هدف پژوهش حاضر مقایسه نظم جویی شناختی هیجان، تنیدگی، افسردگی، اضطراب، و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی در مبتلایان به بیماری‌های پرودنتال و شاهد‌های همسان شده بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی بود. جامعه پژوهش را کلیه مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های دندانپزشکی شهر لامرد و مهر تشکیل می‌دادند که از بین آن‌ها ۵۰ نفر زن و مرد با دامنه سنی ۱۵ تا ۴۹ ساله دچار بیماری پرودنتال و ۵۰ نفر زن و مرد ۱۵ تا ۴۹ ساله فاقد بیماری پرودنتال به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گروه فاقد بیماری پرودنتال از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه بیمار همسان شدند. هر دو گروه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ)، مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS) و پرسشنامه رویدادهای زندگی را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند طرفه (MANOVA) صورت گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که تنیدگی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی افراد مبتلا به بیماری پرودنتال بیشتر از شاهد‌های همسان شده بود و دو گروه تفاوت معنی‌داری در مؤلفه‌های مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، توجه مثبت به ارزیابی و فاجعه سازی دارند ($P < 0/05$). افراد مبتلا به بیماری پرودنتال نمره بیشتری در زمینه مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و فاجعه سازی و نمره پایین‌تری در زمینه توجه مثبت به ارزیابی در مقایسه با شاهد‌های همسان شده به دست آوردند.

نتیجه گیری: افرادی که در طول زندگی نسبت به شرایط تنیدگی‌زا، افسردگی و اضطراب آسیب پذیرند و همچنین از راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان استفاده می‌کنند، بیشتر مستعد بیماری‌های پرودنتال خواهند بود

کلید واژه‌ها: بیماری پرودنتال، هیجان ابراز شده، تنیدگی، افسردگی، اضطراب، رویدادهای متغیر زندگی

وصول: ۹۶/۰۲/۲۲ اصلاح نهایی: ۹۶/۱۰/۱۰ تأیید چاپ: ۹۶/۱۰/۱۶

مقدمه

(۱۶-۱۰، ۶-۴). تنیدگی به عنوان یکی از عوامل مهم در علت شناسی و

ماندگاری التهاب لثه تشخیص داده شد (۱۳). تنیدگی یا فشار عصبی در روانشناسی به معنی فشار و نیرو است و هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند، استرس‌زا یا عامل تنیدگی نامیده می‌شود. تنش ایجاد شده در بدن و واکنش بدن را تنیدگی می‌گوییم به عبارتی هر عاملی موجب تنش روان و جسم و از دست دادن تعادل فرد شود، تنیدگی‌زا در نظر گرفته می‌شود. تنیدگی واکنشی است که در فرد در اثر حضور عامل دیگری به وجود می‌آید و قوای فرد را برای روبه‌رو شدن با آن بسیج می‌کند و ارگانیزم حالت آماده باش پیدا می‌کند (۶). عامل تنیدگی‌زا می‌تواند مثبت (تنیدگی خوب) و یا منفی (پریشانی و اضطراب) باشد (۱۷، ۱۸). مطالعات نشان دهنده روابطی قوی بین تنیدگی، افسردگی، اضطراب و بیماری‌های پرودنتال می‌باشند (۱۹). دو مکانیسم بیولوژیکی و رفتاری برای این روابط وجود دارد (۲۰، ۲۱).

تأکید مکانیسم بیولوژیکی بر این است که چگونه تنیدگی، اضطراب و افسردگی می‌تواند عملکرد سیستم ایمنی بدن را کاهش دهد و التهاب مزمن را تسهیل کند (۲۰، ۲۲). تقریباً هر نوع تنیدگی منجر به فعال شدن سیستم عصبی مرکزی می‌شود، که پاسخ ایمنی را برای محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال تنظیم می‌کند همچنین در

بیماری پرودنتال (Periodontal disease) مجموعه‌ای از شرایط التهابی است که استخوان لثه در فک و بافت‌های نرم حفاظتی را که به محکم شدن دندان در جای خود کمک می‌کنند تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که پرودنتیت همه افراد جامعه را به روشی مشابه تحت تأثیر قرار نمی‌دهد، برخی افراد در معرض شرایطی قرار می‌گیرند که آن‌ها را بیشتر مستعد بیماری‌های دندان و لثه می‌کند (۲، ۳). شواهد اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که شروع بیماری پرودنتال چندعاملی است (۴-۸). باکتری‌های بیماری‌زای پرودنتال و محصولات آن‌ها عوامل آسیب‌شناختی اولیه برای شروع پرودنتیت هستند، اما حضور آن‌ها به تنهایی برای تخریب بافت و بیماری پرودنتال، کافی نیست (۵، ۹).

به تازگی پژوهش‌های گسترده‌ای به ارتباط بین عوامل فردی و روانی با بیماری‌های پرودنتال پرداخته‌اند (۴، ۵). تغییرات شدت بیماری پرودنتال و پاسخ آن به درمان تحت تأثیر عوامل فردی بسیاری، از جمله شرایط جسمی، ژنتیک، مصرف سیگار، تنباکو، الکل، رژیم غذایی، بهداشت دهان، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، جنسیت و سن قرار دارد، اما عوامل روانی نیز نقشی مهم در بسیاری از پارامترهای سلامت دارند

نشان می‌دهند و عمق پاکت (Pocket Depth) و خونریزی لثه‌ای باعث اضطراب بیشتر و کاهش اعتماد به نفس آن‌ها می‌گردد. Torabi-Gaarden و همکاران (۸)، Aleksejuniene و همکاران (۳۲) و De Almeida Carvalho و همکاران (۳۳) در پژوهش‌های خود گزارش دادند که رویدادهای منفی زندگی و اضطراب با بیماری‌های پرپودنتال رابطه دارند. مطالعات Hilgert و همکاران (۳۴)، Rosania و همکاران (۲۲) ارتباط بین افسردگی و از دست رفتن دندان، تنیدگی و از دست رفتن چسبندگی، تنیدگی/ افسردگی و بی‌توجهی به بهداشت دهان و سطح افزایش کورتیزول و عمق حفره/ از دست دادن دندان، را تأیید کرده‌اند. در ایران نیز نتایج پژوهش‌های Mousavi Jazi و همکاران (۳۵) و Jenabian و همکاران (۳۶) نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین شاخص پلاک (Plaque Index)، عمق پاکت، و خونریزی با میزان اضطراب و افسردگی، همچنین رابطه آن با شاخص بیماری پرپودنتال وجود دارد. از سوی دیگر برخی مطالعات ارتباطی بین تنیدگی، افسردگی و بیماری پرپودنتال گزارش نکرده‌اند و تردید ماندگاری را در مورد میزان ارتباط ارایه می‌کنند. در مطالعات Trombelli و همکاران (۳۷)، Solis و همکاران (۳۸)، Locker و Leake (۳۹)، Vettore و همکاران (۴۰)، و Persson و همکاران (۴۱) شواهد محکمی در مورد ارتباط بین افسردگی و اضطراب و ناامیدی با پرپودنتیت یافت نشده است.

در سالیان اخیر، توجهی روزافزون نسبت به نقش پردازش و تنظیم هیجانی در انواع گوناگونی از اختلالات و بیماری‌ها (۴۲)، از جمله بیماری پرپودنتال (۴۳) معطوف شده است. تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند تا به طور مناسب به تقاضاهای محیطی متنوع پاسخ دهند (۴۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که در اختلال‌های مذکور میزان شیوع و بروز بیماری پرپودنتال بالا است (۱۰،۱۱،۱۴،۳۵،۳۶). بر اساس مطالب فوق وجود رابطه بین راهبردهای تنظیم هیجان، به خصوص تنظیم هیجان از طریق شناخت‌ها (نظم جویی شناختی هیجان) و بیماری‌های پرپودنتال منطقی به نظر می‌رسد.

مفهوم نظم جویی شناختی هیجان، به مدیریت شناختی اطلاعات ورودی برانگیزاننده کننده هیجانی و بخش شناختی مقابله در برابر

این مدل اظهار می‌شود که رفتارهای آسیب رسان به سلامتی مثل بهداشت دهانی ضعیف و استعمال دخانیات نیز ممکن است به طور مستقیم بر بیماری لثه تأثیر بگذارد (۶،۷،۱۰). مکانیسم رفتاری تأکید می‌کند که اثرات اصلی تنیدگی، اضطراب و افسردگی از طریق تغییرات رفتاری ناشی می‌شود که رفتارهای سلامتی را در معرض خطر قرار می‌دهد مانند استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی و عدم رعایت بهداشت دهانی. احتمال دارد تنیدگی، اضطراب و افسردگی منجر به سایر تغییرات رفتاری مانند پرخوری (به ویژه کسانی که رژیم چاقی دارند) شود که می‌تواند منجر به سرکوب سیستم ایمنی از طریق افزایش تولید کورتیزول شود. این امر منجر به افزایش بار غشای زیستی دهان و دندان و کاهش مقاومت بافت نسبت به فروپاشی التهابی و در نهایت منجر به بیماری پرپودنتال می‌شود (۶،۷،۱۴،۱۵).

در زندگی همه انسان‌ها رویدادهای تنش‌زایی اتفاق می‌افتد که می‌توانند استرس زیادی را به افراد وارد کنند (۲۵-۲۳). در مطالعه Green و همکاران (۲۶) و Padma و Bhutani (۱۷)، شرایط تنیدگی‌زا و تغییرات زندگی مانند سوگواری، طلاق، یا تنیدگی تحصیلی، بر سطوح و فعالیت «سلول‌های سرکوبگر عامل مزاحم» تأثیر می‌گذارد و باعث بیماری پرپودنتال می‌شود. برخی مطالعات گزارش داده‌اند که تنیدگی و افسردگی با بیماری‌های پرپودنتال شدید همراه است (۲۷، ۲۰، ۲۱، ۲۰، ۱۳، ۳۶). همچنین Brex و Reners (۱۴) و Sheiham و Nicolau (۲۸) نتیجه گرفتند که تنیدگی مزمن بر اثربخشی پاسخ ایمنی، اثری منفی دارد که به عدم توازن بین میزبان و انگل (مهمان) و در نتیجه در هم شکنندگی لثه‌ای منجر می‌شود. Marques-Vidal و Milagre (۲۹) گزارش کردند افراد دچار اضطراب و افسردگی توالی بیشتری را در خونریزی لثه و مراجعه به دندانپزشکی نسبت به افراد بهنجار نشان می‌دهند. Saletu و همکاران (۳۰) نشان دادند که اضطراب و افسردگی باعث مشکلات بدنی و کاهش کیفیت زندگی و پرپودنتیت می‌شود که این حالات افسردگی به عنوان یک عامل پاتوژنیک در پرپودنتیت مطرح می‌باشند.

Kawamura و Dumitrescu (۳۱) در پژوهشی گزارش دادند که چاقی همراه با اضطراب نیز از دلایل مشکلات لثه‌ای و پرپودنتیت می‌باشد. افرادی که وزن بالا دارند، درجات بالاتری از سیگار کشیدن، اضطراب و افسردگی و سطوح پایین‌تری از رضایتمندی از زندگی را

محرک‌ها و تجارب هیجانی ناخوشایند اشاره دارد. بنابراین، نظم جویی شناختی هیجان مسأله‌ای مهم در رابطه با سلامت روانی فرض می‌شود (۴۵). نظم جویی شناختی هیجان ما را قادر می‌سازد تا با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی متنوع، پاسخ دهیم. تفاوت‌های فردی در نظم جویی شناختی هیجان می‌تواند در تعامل با سایر عوامل فرد را در معرض خطر بروز جنبه‌های آسیب‌شناختی قرار دهد (۴۴). پژوهش‌ها رابطه محکم بین استفاده از این راهبردها و مشکلات هیجانی، افسردگی، اضطراب و آشفتگی روانی را تأیید می‌کنند (۴۶-۴۹). ممکن است افراد با استفاده از برخی از این راهبردها مانند نشخوار، فاجعه سازی و مقصر دانستن خود نسبت به مشکلات عاطفی آسیب پذیرتر از دیگران باشند، در حالیکه با استفاده از دیگر سبک‌ها مانند بازآرزیابی مثبت، آسیب پذیری کمتری داشته باشند (۴۵).

در راستای بررسی نظم جویی شناختی هیجان در بیماری‌های پریدنتال، مطالعه Dumitrescu و همکاران (۴۳) نشان داد که خونریزی لثه و مشکلات آن با مقادیر بالاتر مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و دیدگاه پذیری و امتیاز پایین‌تر در زمینه باز آرزایی مثبت در ارتباط است. Gamboa و همکاران (۵۰) تأثیر هوش هیجانی را بر روی واکنش‌های اولیه به درمان پریدنتال نشان دادند که به عنوان یک معیار برای مکانیسم مقابله با تنیدگی در بیماران مبتلا به پریدنتیت مزمن مورد استفاده قرار گرفته بود. نتایج حاصل از این مطالعه کاهش تشکیل پلاک و کاهش خونریزی را در بیماران با استراتژی مقابله فعال نشان داد.

بد تنظیمی هیجان، تنیدگی، اضطراب، افسردگی می‌توانند به عنوان بخشی از یک سیستم پویا و پیچیده تعاملات بین افراد و محیط آن‌ها درک شوند، این عوامل فراگیر، دارای درجات متفاوتی هستند و متناسب با افراد گوناگون اثرات متفاوتی دارند و ممکن است عوامل خطر مشهور برای بیماری‌های پریدنتال باشند. باتوجه به تفاوت در ابزارهای مورد استفاده و استفاده از نمونه‌های خاص (پلیس‌ها، کارمندان، سالمندان، دانشجویان دندانپزشکی) در پژوهش‌های گذشته، ضد و نقیض‌های مشاهده شده در نتایج پژوهش‌های انجام شده و همچنین پژوهش‌های بسیار اندکی که در ایران در این زمینه و ارتباط آن با بیماری پریدنتال انجام گرفته و مشکلاتی که این بیماری‌ها برای افراد ایجاد می‌کنند، لازم است پژوهش‌های مرتبط در اولویت قرار

گیرند. بدیهی است در این راه باید علل مرتبط با بیماری نیز شناسایی و نقش آن‌ها مورد تحقیق قرار گیرد. بنابراین، هدف از مطالعه حاضر بررسی مقایسه‌ای نظم جویی شناختی هیجان، تنیدگی، افسردگی، اضطراب، و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی در مبتلایان به بیماری‌های پریدنتال و شاهدان همسان شده بود.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی- تحلیلی سال ۱۳۹۲ روی مراجعه کنندگان کلینیک‌های دندانپزشکی شهر لامرد و مهر انجام شد. نمونه مورد بررسی ۵۰ نفر زن و مرد با دامنه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال و دچار بیماری پریدنتال و ۵۰ نفر زن و مرد ۱۵ تا ۴۹ ساله فاقد بیماری پریدنتال بودند. برای پژوهش‌هایی از این نوع، حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه توصیه می‌شود و برای رسیدن به کمترین مقدار توان آزمون هر گروه دست کم باید ۲۰ مورد باشد (۵۱) که ما برای اطمینان بیشتر تعداد نمونه‌ها را به ۵۰ نفر افزایش دادیم. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. هدف از این شیوه نمونه‌گیری، انتخاب کسانی است که با هدف پژوهش مطابقت دارند. قصد پژوهشگران انتخاب افراد دارای بیماری پریدنتال مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی بود تا از طریق افراد انتخاب شده درک عمیقی از موضوع مورد مطالعه حاصل گردد.

شاهد‌ها نیز از بین همراهان بیماران که بنا به اظهارات خود سابقه هیچ گونه بیماری پریدنتال و اختلالات روانشناختی نداشتند، انتخاب شدند و جهت کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر از لحاظ سن (میانگین سنی بیماران ۳۳/۰۶ و میانگین سنی شاهد‌ها ۳۲/۱۷) و جنسیت، میزان تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل با گروه بیماران همسان گردیدند. پارامترهای مورد استفاده در ارزیابی پریدنتال توسط دندانپزشکان همکار، شاخص پلاک، حد چسبندگی (فاصله CEJ تا کف پاکت پریدنتال)، عمق پروب (فاصله لبه لثه تا کف پاکت پریدنتال)، خونریزی لثه، تعداد دندان‌های باقیمانده لثه و دیگر معاینات دقیق جهت تکمیل پارامترهای پریدنتال بودند.

شیوه انتخاب گروه شاهد

عدم خونریزی هنگام پروبینگ در بیش از یک محل و رنگ لثه

صورت فردی مورد تجزیه و تحلیل قرار نخواهد گرفت (فقط نتیجه نهایی پژوهش برای افرادی که مایل باشند اعلام خواهد شد). وارد نمونه پژوهش شدند. بعد از توافق با شرکت کنندگان، پرسشنامه‌ها توسط مجریان پژوهش برای آن‌ها خوانده می‌شد و تکمیل می‌گردید، بدین ترتیب بیشترین تلاش برای کاهش سوگیری به عمل آمد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه جمعیت شناختی: یک پرسشنامه بی‌نام به طور خاص برای این تحقیق ایجاد شد و در آن به مسائل زیر پرداخته شد: ۱- عوامل اجتماعی جمعیتی (سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل)، ۲- وضعیت سلامت دهان و دندان، و عادات نظافت دهان و دندان ۳- مصرف سیگار، قلیان و دخانیات دیگر.

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان نسخه کوتاه ((CERQ) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire short version): این پرسشنامه را Garnefski و Kraaij (۴۷) تنظیم نموده‌اند و ۱۸ سؤال دارد که شامل ۹ راهبرد، پذیرش، توجه مثبت، توجه مثبت به ارزیابی، بازاریابی مجدد، برنامه‌ریزی، مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری و فاجعه سازی است. سؤالات بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب بازمیابی (بعد از پنج ماه) از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ به دست آمده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی ۰/۳۸ و با مقیاس افسردگی اضطراب ۰/۳۳ گزارش شده است. اعتبار این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و روایی آن بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شده است (۴۴،۵۲). مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی ۲۱ سؤالی ((DASS-21) Depression, Anxiety and Stress Scale): این پرسشنامه توسط Lewinda در سال ۱۹۹۵ جهت سنجش افسردگی، اضطراب و تنیدگی روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت- هرگز (۰)، کم (۱)، زیاد (۲)، خیلی زیاد (۳) - طراحی شده است. اعتبار بازمیابی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است (۵۳).

پرسشنامه رویدادهای زندگی Paykel: این پرسشنامه توسط Paykel و همکاران در سال ۱۹۷۱ تهیه شده و دارای ۶۱ رویداد

طبیعی و گروه بیمار پرپودنتال بر اساس وجود حداقل یک از دست رفتگی چسبندگی کلینیکی لثه ۱ تا ۲ میلی‌متری (بیماران پرپودنتال مزمن خفیف) و حداقل از دست رفتگی چسبندگی لثه ۳ تا ۴ میلی‌متری (پرپودنتال متوسط) و ۵ به بالا (پرپودنتال شدید) در حداقل ۳۰ درصد نواحی و وجود خونریزی از لثه در محل‌های درگیر مشخص می‌شد. به وسیله آینه یکبار مصرف و پروب ویلیامز و منبع نور پرتابل (چراغ مطالعه و چراغ باطری‌دار) شاخص‌های فوق اندازه‌گیری شد و در پرسشنامه ثبت گردید. برای اندازه‌گیری عمق پاکت، پروب ویلیامز موازی محور طولی دندان در سرتاسر لبه لثه حرکت داده شد، عمیق‌ترین نقاط ورود پروب در شش ناحیه مزیال، میانی و دیستال سطوح باکال و لینگوال ثبت گردید. جهت تعیین حد چسبندگی نیز اطراف هر دندان به طور کامل با پروب ویلیامز پروب شد و فاصله عمق پاکت از Cervical Enamel Junction که رفرنس انتخابی این مطالعه بود در ۶ ناحیه مشابه عمق پاکت اندازه‌گیری و ثبت گردید. شاخص پلاک بر اساس معیار زیر تعیین گردید. صفر: نبود التهاب، ۱- التهاب مختصر ولی عدم گسترش به همه طرف دندان، ۲- التهاب که به همه اطراف دهان گسترش یافته و ۳- التهاب شدید لثه که شامل قرمزی و زخم نیز می‌باشد. برای شاخص خونریزی لثه از روش Ainamo و Bay استفاده شد به این صورت که پروب به طور کامل در تمام لبه لثه حرکت داده شده و تظاهر خونی پس از ۱۰ ثانیه به عنوان نمره مثبت ثبت گردید. تعداد دندان‌های باقیمانده هر فرد ثبت گردید، سپس افرادی که در آن‌ها خونریزی لثه مثبت بود، یا از بین رفتن چسبندگی ۱ میلی‌متر و بیشتر داشتند، مبتلا به بیماری پرپودنتال محسوب گردیدند.

ضوابط پذیرش علاوه بر تشخیص بیماری پرپودنتال، عدم سابقه دریافت درمان‌های روان شناختی جهت بیماری پرپودنتال نیز بود. ضوابط عدم پذیرش عبارت بود از تشخیص هر گونه بیماری ارگانیک در رابطه با علائم، وجود اختلال و یا بیماری حاد روانی (با توجه به مصاحبه بالینی کوتاه ساختاریافته بر اساس DSM-IV) یا جسمانی شدید. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعاتی درباره‌ی موضوع و هدف پژوهش تا آنجا که در نتایج پژوهش تأثیرگذار نباشد به شرکت کنندگان دو گروه داده شد و پس از جلب اطمینان آن‌ها در مورد خودداری از ذکر نامشان و اینکه اطلاعات آن‌ها به هیچ عنوان به

زندگی است که شخص مورد ارزیابی باید رویدادهایی را که شخصاً تجربه کرده است، علامت بزند. سپس هر یک از رویدادها را از نظر میزان فشار روانی که به وی وارد کرده است، با توجه به تجربه شده (طی دو سال گذشته / قبل از دو سال گذشته) بین صفر تا ۲۰ نمره دهد. بر اساس ملاحظات فرهنگی و همچنین تغییراتی که در این پرسشنامه انجام داده‌اند، تعداد رویدادهای زندگی پرسشنامه به ۶۵ رویداد افزایش یافته است. اعتبار و روایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران نیز روایی و پایایی بالایی برای این پرسشنامه گزارش شده است. پایایی پرسشنامه در تعداد رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی ۰/۷۸ و در ارزشیابی تنیدگی رویدادهای زندگی ۰/۸۲ به دست آمده است (به نقل از رفرنس ۵۴).

پس از جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ انجام شد. برای بررسی آماری علاوه بر آمار توصیفی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. قبل از انجام تحلیل MANOVA می‌بایست پیش فرض‌های آن، یعنی برابری کواریانس و واریانس، مورد آزمون قرار می‌گرفت. به همین منظور از آزمون باکس (BOX) و آزمون لوین استفاده گردید. نتایج آزمون باکس برای برابری کواریانس و آزمون لوین برای همسانی واریانس نشان داد که در سطح $P > 0.05$ معنی‌دار نبود. بنابراین پیش فرض‌های انجام مانوا مشکلی نداشت.

یافته‌ها

با توجه به پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی، عادات نظافت دهان و دندان مبتلایان به بیماری‌های پریدنتال نسبت به شاهددهای همسان شده وخیم بود. به طوری که حدود ۸۵ درصد آن‌ها از مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و دهانشویه در طول ۲۴ ساعت شبانه روز اجتناب می‌کردند، حتی تعداد زیادی از آن‌ها گزارش دادند که هفته‌ای یکبار هم از مسواک استفاده نمی‌کنند. علاوه بر آن همه افراد گروه مبتلا به بیماری‌های پریدنتال در طی شبانه روز مصرف سیگار (فقط در مردان) و قلیان (زنان و مردان) را گزارش کردند، این در حالی است که در گروه شاهد فقط ۶ نفر مصرف دخانیات (۲مرد (مصرف سیگار و قلیان)، ۴ زن (مصرف قلیان)) را اعلام کردند.

به منظور ارایه تصویر روشن‌تر از یافته‌های پژوهش، یافته‌های

توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان، تنیدگی، افسردگی، اضطراب، و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی هر یک از دو گروه مبتلایان به بیماری‌های پریدنتال و شاهددهای همسان شده در جدول ۱ ارایه شده است. به منظور مقایسه دو گروه افراد مبتلا به بیماری پریدنتال و افراد عادی در نظم جویی شناختی هیجان، تنیدگی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. در ادامه نتایج تجزیه و تحلیل مانوا در جدول ۲ آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها آمده است.

مطابق جدول ۳، بین میانگین نمرات دو گروه در نظم جویی شناختی هیجان (مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، توجه مثبت به ارزیابی، فاجعه سازی)، تنیدگی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). در مقصر دانستن دیگران، پذیرش، بازاریابی، برنامه‌ریزی و توجه به ارزیابی، تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، نظم جویی شناختی هیجان، تنیدگی، افسردگی، اضطراب، تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های پریدنتال و افراد غیر مبتلا مورد بررسی قرار گرفت. مدارک علمی در دسترس به طور قطعی یک ارتباط تصادفی بین عوامل روانی و بیماری‌های پریدنتال را پشتیبانی نمی‌کنند (پژوهش‌های ضد و نقیضی در منابع موجود وجود داشت). اطلاعات بازمینی شده در این پژوهش، تأثیر احتمالی عوامل روانی و هیجانی را در سبب شناسی بیماری‌های پریدنتال نشان داده است. این پژوهش نشان داد که تنیدگی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی افراد مبتلا به بیماری پریدنتال بیشتر از افراد غیر مبتلا می‌باشد. نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره، بین مبتلایان به بیماری‌های پریدنتال و شاهددهای همسان شده در تنیدگی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی تفاوت معنی‌داری را نشان داد. این نتیجه با یافته‌های Mousavi Jazi و همکاران (۳۵)، Salazar (۵)، Peter و همکاران (۱۰)، Gundala و همکاران (۶)، De Almeida Carvalho و همکاران (۳۳)،

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، نتایج آزمون لوین بین نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش

متغیرها	بیماران پریدنتال		افراد عادی		نتایج آزمون لوین بین نمرات دو گروه	
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	F	df ₁	df ₂	مقدار احتمال
مقصر دانستن خود	۶/۷۰ (۲/۱۴)	۳/۷۶ (۱/۱۵)	۲۰/۳۵	۱	۹۸	۰/۱۶۴
پذیرش	۵/۷۴ (۲/۳۰)	۵/۷۸ (۲/۰۴)	۰/۵۸۹	۱	۹۸	۰/۴۴۵
نشخوار فکری	۷/۳۰ (۱/۹۰)	۳/۹۴ (۱/۲۰)	۷/۳۸	۱	۹۸	۰/۸۸۴
بازارزیابی	۴ (۱/۲۴)	۶/۹۶ (۱/۶۱)	۳/۱۸	۱	۹۸	۰/۰۷۷
برنامه‌ریزی	۴ (۱/۵۲)	۷/۲۰ (۱/۹۰)	۹/۵۲	۱	۹۸	۰/۳۳۲
توجه به ارزیابی	۳/۸۸ (۱/۱۸)	۷/۶۴ (۱/۶۸)	۷/۴۱	۱	۹۸	۰/۸۲۷
توجه مثبت به ارزیابی	۵/۴۸ (۲/۰۱)	۵/۶۰ (۱/۷۶)	۰/۴۲۷	۱	۹۸	۰/۵۱۵
فاجعه سازی	۷/۳۶ (۱/۶۹)	۳/۹۰ (۱/۰۷)	۸/۶۴	۱	۹۸	۰/۴۰۳
مقصر دانستن دیگران	۴/۳۴ (۱/۸۳)	۳/۷۶ (۱/۵۸)	۰/۵۹۸	۱	۹۸	۰/۴۴۱
افسردگی	۱۱/۹۲ (۲/۲۲)	۵/۱۶ (۲/۷۱)	۰/۱۳۷	۱	۹۸	۰/۷۱۳
اضطراب	۱۲/۴۴ (۲/۸۳)	۶/۱۴ (۱/۹۶)	۱۰/۱۵	۱	۹۸	۰/۲۷۱
تنیدگی	۱۴/۲۰ (۲/۶۱)	۵/۳۷ (۲/۶۱)	۱/۷۲	۱	۹۸	۰/۱۹۲
تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی	۲/۴۳ (۴۷/۰۹)	۱/۸۸ (۵۸/۹۲)	۰/۶۵	۱	۹۸	۰/۴۲۲
آزمون باکس (BOX)			۱/۶۹	۹۱	۳/۰۱	۰/۴۷۴

جدول ۲- نتایج آزمون لوین: پیش فرض تحلیل واریانس چند متغیره

اثر	ارزش	F	درجه آزادی	خطای df	مقدار احتمال	مجذور اتا
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۴	۸۲/۶۶۷	۱۳	۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۶

جدول ۳- آزمون مانوا برای مقایسه دو گروه در نظم جویی شناختی هیجان، تنیدگی، افسردگی، اضطراب، و تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی

منابع تغییر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
مقصر دانستن خود	۲۱۶/۰۹	۱	۷۳/۱۱	۰/۰۰۷	۰/۴۲۷
پذیرش	۰/۰۴	۱	۰/۰۰۸	۰/۹۲۷	۰/۰۰۰۱
نشخوار فکری	۲۸۲/۲۴	۱	۱۱۰/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۱
بازارزیابی	۲۱۹	۱	۱۰۵/۲۶	۰/۰۶۶	۰/۰۲۰
برنامه‌ریزی	۲۵۶	۱	۸۵/۹۱	۰/۰۸۳	۰/۴۶۷
توجه به ارزیابی	۳۵۳/۴۴	۱	۱۶۵/۸۸	۰/۷۵۲	۰/۰۰۳
توجه مثبت به ارزیابی	۰/۳۶۰	۱	۰/۱۰۱	۰/۰۲۱	۰/۴۱۲
فاجعه سازی	۲۹۹/۲۹	۱	۱۴۸/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۲
مقصر دانستن دیگران	۸/۴۱	۱	۲/۸۵	۰/۰۹۴	۰/۰۲۸
افسردگی	۱۵۰۵/۴۴	۱	۲۴۴/۹۰	۰/۰۰۵	۰/۷۱۴
اضطراب	۱۷۲۲/۲۵	۱	۲۸۸/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۷
تنیدگی	۲۳۱۳/۶۱	۱	۴۰۶/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۶
تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی	۷۵۵۱۵/۰۴	۱	۲۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱۳

P<۰/۰۵

نظم جویی شناختی هیجان

علامه بالینی

خون و دگرگونی در سیستم ایمنی بدن شده و این دگرگونی منجر به آسیب بافت لته و دندان می‌گردد. از طرف دیگر وقتی رویدادهای منفی زندگی منجر به علائم بالینی (تنیدگی، اضطراب، افسردگی) می‌شوند، چنانچه فرد از راهبردهای مقابله‌ای ضعیفی همچون رفتارهای زیانبار (مصرف سیگار، قلیان، دیگر دخانیات، الکل، رعایت نکردن بهداشت دهانی، الگوی پریشانی خواب) استفاده نماید، این رفتارهای زیانبار به تدریج باعث آسیب‌های جدی به بافت لته و دندان می‌شود (۳، ۵۵). در مجموع، تنیدگی و دیگر علائم بالینی هم می‌توانند تعادل پاسخ ایمنی سولوی لته را پایین آورند و هم موجب مصرف دخانیات در فرد گردند که هر دو برای لته آسیب رسان هستند.

پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به بیماری پریدونتال با شاهدهای همسان شده در نظم جویی شناختی هیجان- مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، توجه مثبت به ارزیابی، فاجعه سازی- تفاوت معنی‌داری دارند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان نظیر مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و فاجعه سازی به صورت مثبت با آشفتگی هیجانی و بیماری‌های پریدونتال همبسته هستند، ولی در راهبردهای سازش یافته مانند توجه مثبت به ارزیابی، این همبستگی منفی است.

این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های Dumitrescu و همکاران (۴۳)، Dumitrescu و Kawamura (۳۱)، Gamboa و همکاران (۵۰) می‌باشد. این پژوهشگران نشان دادند که راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و هوش هیجانی رابطه معناداری با بیماری‌های پریدونتال و روان تنی دارند. یافته‌های پژوهش حاضر، گزارش Dumitrescu و همکاران (۴۳) را که «نشخوار فکری» بالا و «مقصر دانستن خود» بالا را با خونریزی لته و همچنین «بازاریابی مثبت» پایین را با مشکلات پریدونتال مرتبط می‌دانستند تأیید می‌کند.

در تبیین این رابطه، فرض بر این است که اگر افراد قادر به مدیریت مؤثر پاسخ‌های هیجانی در برابر وقایع روزمره نباشند یا دوره‌ای شدید و طولانی مدت آشفتگی را تجربه نمایند، ممکن است افسردگی و اضطراب قابل تشخیص را بروز دهند و این علائم به تدریج منجر به سیکل معیوب خواهد شد و باعث آسیب به بافت‌های لته‌ای می‌گردد (۴۳، ۵۶). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلالات خلقی و هیجان‌های منفی، موجب ایجاد زمینه ابتلا به بیماری‌های پریدونتال و

Reners و Breex (۱۴)، Nicolau و Sheiham (۲۸)، Saletu و همکاران (۳۰)، Torabi-Gaarden و همکاران (۸)، Genco و همکاران (۲۰) و Genco (۲۱) همسو می‌باشد.

این پژوهشگران دریافته‌اند که افراد مبتلا به بیماری‌های پریدونتال، تنیدگی، اضطراب و افسردگی بیشتری دارند و نسبت به افراد غیر مبتلا رویدادهای تنیدگی‌زای زیادتری در زندگی پشت سر گذاشته‌اند. با پژوهش‌های Trombelli و همکاران (۳۷)، Solis و همکاران (۳۸)، Locker و Leake (۳۹)، Vettore و همکاران (۴۰)، Persson و همکاران (۴۱)، Deinzer و همکاران (۲۷) ناهمسو می‌باشد که وجود ارتباط بین تنیدگی، اضطراب و افسردگی با ابتلا به پریدونتال را نشان ندادند.

بیماری پریدونتال را می‌توان به عنوان یک بیماری روان تنی شناخت (۲۵). مکانیسم‌های احتمالی که از طریق آن‌ها، تنیدگی، افسردگی و اضطراب می‌تواند بر روند بیماری پریدونتال مؤثر باشد، تغییرات هورمونی و عصبی ناشی از استرس روانی است که بر روی سیستم ایمنی اثر می‌گذارد. تنیدگی، افسردگی و اضطراب و تغییر در رفتارهای مراقبت بهداشتی و عادات نامناسب مثل سیگار کشیدن منجر به تشکیل سیکل معیوب و باعث پیشرفت شدت التهاب پریدونتال می‌گردند. تنیدگی و اضطراب جریان بزاق را کاهش می‌دهد و تشکیل پلاک دندانی را افزایش می‌دهد. پاسخ‌های رفتاری و هیجانی فرد نسبت به روند بیماری پریدونتال پیشرونده نیز دسته دیگری از استرسورهای روانی و اجتماعی می‌باشد (۶، ۱۶، ۳۵، ۵۵).

افرد در معرض تنیدگی، اضطراب و افسردگی رفتارهای مضر برای سلامت پریدونتالی خود انجام می‌دهند، مانند غفلت از رعایت بهداشت دهان، استفاده از دخانیات و تغییر رژیم غذایی که می‌تواند بر روی سیستم ایمنولوژیکی مؤثر باشد. عدم رعایت بهداشت دهان و دندان و مصرف دخانیات که اغلب در مواقع تنیدگی و افسردگی افزایش می‌یابد. علاوه بر پوسیدگی دندان‌ها می‌تواند پیامدهایی همچون التهاب لته، خونریزی لته و بوی بد دهان را به همراه داشته باشد (۱۶، ۲۷).

رویدادهای منفی زندگی منجر به تنیدگی، اضطراب، افسردگی و دیگر علائم بالینی در افراد می‌گردد که به نوبه خود موجب ترشح هورمون‌های کورتیزول، اپی نفرین و نوراپی نفرین از محور مغز آدرنال و هیپوتالاموس شده و این هورمون‌ها نیز باعث افزایش سطح گلوکز

تشدید و وخامت آن می‌گردد (۴).

تنظیم هیجان با الگوهای آسیب شناسی روانی، آمیختگی کامل دارد. برای مثال اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نتیجه مشکلات تنظیم شناختی است. اگر افراد قادر به مدیریت مؤثر پاسخ‌های هیجانی در برابر وقایع روزمره نباشند یا دوره‌های شدید و طولانی مدت آشفتگی را تجربه نمایند، ممکن است افسردگی و اضطراب قابل تشخیصی را بروز دهند (۵۷)، که این علائم طبق مدل Genco و همکاران (۲۰) منجر به استفاده از راهبردهای ناسالم (مصرف سیگار، قلیان، الکل، نشخوار فکری، مقصر دانستن خود، فاجعه سازی) جهت کاهش هیجان منفی خواهد شد و این راهبردها موجب آسیب به بافت‌های لثه خواهد شد.

یافته‌های تحقیق حاکی از این بود که مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و فاجعه سازی در پاسخ به داشتن بیماری‌های پریدنتال به عنوان راهبردهای ناسازگار نظم جویی شناختی هیجان به شمار می‌روند. از این رو، به چالش کشیدن این راهبردهای ناسازگارانه ممکن است نقش مهمی در گسترش راهبردهای مداخله برای بیماران مبتلا به بیماری پریدنتال ایفا کند (۴۵،۵۸).

نشخوار فکری یکی از روش‌های مواجهه با خلق منفی است که توجه متمرکز به خود را در بر می‌گیرد (۴۶). اثبات شده است که شیوه مقابله‌ای نشخوار فکری با سطوح بالای افسردگی همراه می‌باشد و البته این نحوه تفکر تا حدی نیز به مقابله مؤثر با شرایط تنیدگی‌زا کمک می‌کند (۴۸،۵۹). مقصر دانستن خود یعنی مسوول و مقصر دانستن خود در تجربیات تلخ. کسی که در وقایع پیش آمده به سرزنش خود می‌پردازد، به شدت گرفتار احساس گناه است. احساس گناه بالا ممکن است به بیماری‌های روانی چون افسردگی منجر شود (۴۸). فاجعه سازی یعنی فکر کردن به اینکه اتفاق رخ داده چقدر وحشتناک بوده و این اتفاق بدترین چیزی است که در زندگی هر کسی رخ می‌هد. این راهبرد با غیرانطباقی بودن، پریشانی هیجانی و افسردگی مرتبط است (۴۹). این اضطراب، افسردگی و نگرانی حاصل از نشخوار فکری، مقصر دانستن خود و فاجعه سازی، باعث به وجود آمدن رفتارهایی می‌شود که منجر به آسیب پریدنتال می‌گردد. به عبارتی، شخصی که از نشخوار فکری و فاجعه سازی استفاده می‌کند طبیعتاً دارای خلق پایین و منفی است و تنیدگی را تجربه می‌کند، این نشانگان بالینی باعث

ترشح بالای کورتیزول و سایر هورمون‌هایی می‌گردد که روی لثه تأثیرات منفی می‌گذارند و خلق پایین و تنیده باعث رعایت نکردن بهداشت دهان و دندان می‌شود و این سیکل معیوب به همین صورت ادامه پیدا می‌کند.

این پژوهش نشان داد که راهبرد نظم جویی شناختی «بازارزیایی مثبت» نقش مهمی را در ارتباط با وضعیت سلامتی لثه ایفا می‌کند. بازارزیایی مثبت یعنی معنای مثبت بخشیدن به وقایع و اتفاقات دوران رشد و فکر کردن به اینکه این اتفاقات می‌توانند فرد را قوی‌تر کنند و یا جستجوی جنبه‌های مثبت یک اتفاق (۴۸). این راهبرد مثبت و سازش یافته، در مواجهه با شرایط ناگوار، تجارب ارزشمندی ناشی از رویارویی با شرایط به وجود می‌آورد و تأکید بر سازنده بودن این شرایط دارد که با گذشت زمان و استفاده از این راهبرد به بهبود و سازش با شرایط نامطلوب بیماری منجر می‌شود (۴۳)، چون این راهبرد با خوش‌بینی و عزت نفس رابطه مثبت و با اضطراب رابطه منفی دارد (۴۸).

در مجموع، هنگامی که فرد تحت فشار رویدادهای زندگی قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوء مصرف سیگار و الکل و بهداشت دهانی ضعیف را افزایش می‌دهد و تمرکز و الگوی خواب فرد را دچار مشکل می‌کند و این سوء مصرف‌ها و عدم رعایت بهداشت دهانی به تدریج باعث آسیب به لثه و موجب پلاک دندانی می‌شود، بالعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها این خطرات را کاهش می‌دهد.

این مطالعه از هر دو مکانیسم بیولوژیکی و رفتاری در ارتباط بیماری پریدنتال با تنیدگی، اضطراب، افسردگی و بدتنظیمی هیجانی پشتیبانی می‌کند (۴۳). این یافته‌ها دارای پیامدهای بالینی مهم هستند چرا که نشان می‌دهند که پرداختن به عوامل روانی مانند بدتنظیمی هیجانی، تنیدگی، اضطراب و افسردگی نماینده بخش مهمی از پیشگیری بیماری پریدنتال است.

علی‌رغم پژوهش‌های متعدد در دنیا، تا پیش از این، در ایران پژوهشی در این زمینه انجام نشده بود به جز موارد بسیار محدودی که شاخص‌های بیماری پریدنتال با اختلالات افسردگی را مورد بررسی قرار داده بودند و این از محدود پژوهش‌هایی است که با حجم نمونه بالاتر و مقایسه متغیرهای روانشناختی در افراد پریدنتال و افراد بدون این اختلال چه در جمعیت ایرانی و خارجی انجام شده است. از طرف

دیگر، نتایج به دست آمده از پژوهش‌های خارجی انجام شده ضد و نقیض بوده و در ابزارهای مورد استفاده و جامعه آماری (پلیس‌ها، کارمندان، سالمندان، دانشجویان دندانپزشکی) با پژوهش حاضر متفاوت بودند و متغیر نظم جویی شناختی هیجان فقط در یک پژوهش آن هم روی گروه هدف کوچکی انجام شده بود. دلیل دیگر دسترسی به خدمات سلامت دهانی و تفاوت‌های فرهنگی- آموزشی در مواجهه با استرس زندگی در نمونه‌های خارجی است. البته تازگی نسبی این موضوع در ایران، میان رشته‌ای بودن تحقیق، تحلیل مطلوب و مستند نتایج را می‌توان از جمله دیگر امتیازات پژوهش حاضر به حساب آورد.

مشخصات مورد استفاده در این مطالعه، اطلاعاتی در مورد وضعیت روانی بیماران (سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، رویدادهای منفی زندگی، مدیریت در هیجان) ارائه می‌کند و ممکن است ابزار با ارزشی در عملکرد پیرونتال نوین باشد که بر تشخیص فردی، برنامه‌یزی درمان و مراقبت تأکید دارد. ارزیابی تنیدگی و تنظیم هیجانات در بیماران یک جزء مهم در ارزیابی خطر برای بیماری پیرونتال است و ممکن است در هدایت بیماران به سمت سلامت جسمی بیشتر اهمیت داشته باشد.

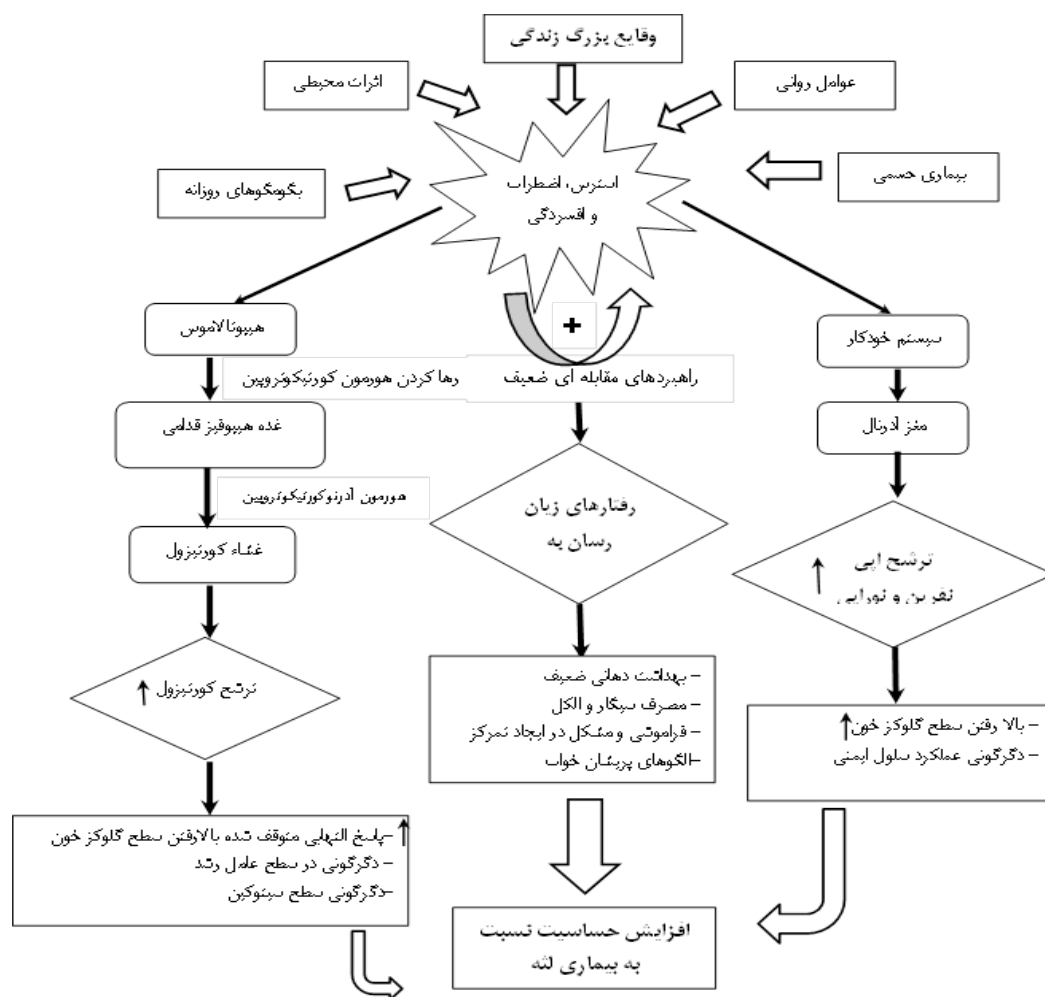
با وجود نتایج به دست آمده فوق، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد. استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی ممکن است اطلاعات نادرستی بدهد. محدودیت دیگر، عدم لحاظ کردن تفاوت‌های جنسیتی است. همچنین این پژوهش بر روی نمونه محدودی (عمدتاً ناشی از دشواری در کسب رضایت بیماران به همکاری با پژوهشگران بوده است) صورت گرفته است که توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از حجم نمونه بزرگتری استفاده شود تا نتایج قابل تعمیم‌تر به دست آید. با توجه به اینکه این پژوهش گذشته نگر بوده، بررسی‌های آینده نگر و قبل از شروع بیماری پیرونتال، نیز لازم به نظر می‌رسند و می‌توانند به شناخت بهتر عوامل روانشناختی و نقش آن‌ها در ایجاد این بیماری کمک کنند.

با در نظر گرفتن موانع و محدودیت‌های این پژوهش، مانند مقطعی بودن مطالعه، امکان کنترل استرس‌های بیمارستانی، عدم کنترل دقیق وضعیت روان شناختی، محدود بودن حجم نمونه و تنوع جمعیتی بیماران، این تحقیق پیشنهاداتی بر اساس یافته‌هایش ارائه می‌دهد. پژوهش‌های بعدی بهتر است بر روی مداخلات هدفمندی متمرکز

کنند که دندانپزشکان، روانپزشکان و روانشناسان بالینی بتوانند از آن‌ها برای بهبود نتایج درمان و کیفیت زندگی بیماران خود در طول دوره درمان استفاده کنند. از آنجا که همراه کردن مداخلات روانشناختی برای تغییر الگوی رفتاری ناسالم در کنار درمان‌های اصلی جسمانی در بیماری‌های پیرونتال در کشورهای پیشرفته به کاهش صدمات و ارتقاء سلامت این بیماران منجر شده است، پیشنهاد می‌شود در ایران نیز مداخلات روانشناختی (پروتکل‌های مدیریت تنیدگی و تنظیم هیجان) برای کنترل و کاهش متغیرهای آسیب‌زای روانی در پروتکل درمانی این بیماران گنجانده شود و همچنین برای جلوگیری از بیماری می‌توان آگاهی نسبت به عوامل خطرزای روانی را در اختیار همگان قرار داد. در رابطه با مسیرهای روانی که از طریق آن عوامل روانی می‌توانند از کارافتادگی لته را تحت تأثیر قرار دهند، پیشنهاد می‌شود مکانیسم‌های گردش خون لته، تغییرات غده مترشحه داخلی، دفاع پایین میزبان، اختلالات جسمی به عنوان عامل‌های خطر برای بیماری لته، برای تحقیقات آتی مورد آزمایش قرار گیرند (شکل ۱).

یافته‌های این پژوهش نقش علائم بالینی (تنیدگی، اضطراب و افسردگی) و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در آسیب شناسی روانی بیماری‌های پیرونتال را تأیید می‌کنند. پژوهشگران در این پژوهش سعی در بررسی نقش تنیدگی، اضطراب، افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانات خاص مرتبط با بیماری‌های پیرونتال داشته‌اند.

طبق نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که در افرادی که در طول زندگی نسبت به شرایط تنیدگی‌زا، افسردگی و اضطراب آسیب پذیرند و همچنین از راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان استفاده می‌کنند بیشتر مستعد بیماری‌های پیرونتال خواهند بود و تغییرات هورمونی و سهل انگاری در رعایت بهداشت دهان و ایجاد عادات نامناسب مثل سیگار و قلیان کشیدن به عنوان یک عامل مستعد کننده بیماری‌های پیرونتال می‌باشد. افرادی که به راهبردهای دردرس ساز نظم جویی شناختی هیجان متوسل می‌شوند، هیجانات منفی بیشتری را تجربه و اقدام به مصرف دخانیات می‌کنند زیرا نمی‌دانند برای برخورد با هیجان‌های خود چه اقدام دیگری می‌توانند انجام دهند. مسلماً این هیجانات منفی و استعمال دخانیات سبب آسیب به بافت دندان و لته خواهد شد.



شکل ۱- آسیب شناسی نقش بالقوه استرس در بیماری پریودنتال

تشکر و قدردانی

شکیب، همچنین سعه صدر شرکت کنندگان میسر نبود، از تمامی این افراد تشکر و قدردانی می‌گردد.

اجرای این پژوهش بدون همراهی و همکاری دندانپزشکان محترم جناب آقای دکتر موسی‌زاده، دکتر کریم‌زاده به ویژه جناب آقای دکتر

منابع:

- 1- Armitage GC. The complete periodontal examination. *Periodontol* 2000. 2004;34:22-33.
- 2- Page RC. The pathobiology of periodontal disease may affect systemic diseases: inversion of a Paradigm. *Ann Periodontol*. 1998;3(1):108-20.
- 3- Mahendra L, Austin RD, Kumar SS, Mahendra J, Felix AJW. Association between stress hormone and chronic periodontitis. *J Contemp Dent*. 2012;3(1):77-82.
- 4- Hashemi-Nosrat-Abad T, Mohammadpour V, Akbari E, Amiri-Nasab O, Azimi Z. The Relation of Brain Behavioral

- Systems, D Personality Type, Anger and Hostility in People with Gum Disease. *Zahedan J Res Med Sci*. 2014;16(5):31-6.
- 5- Salazar CR. the role of stress in periodontal disease progression in older adults. *J Postdoc Res*. 2013;1(11):15-26.
- 6- Gundala R, Chava VK, Reddy Reddy BV. Role of Stress in Periodontal Disease. *Indian J Dent Adv*. 2012;4(1):763-71.
- 7- Bandar KhT. The association between periodontal disease and job stress in Baghdad city. *J Kerbala Uni*. 2010;8(2):47-57.
- 8- Torabi-Gaarden R, Breivilk T, Hasen F, Malt UF, Gjermo PE. Negative life events, anxiety, depression and coping ability

- (stress) as related to chronic periodontitis. *J Perio*. 2004;1(1):35-42.
- 9- Lang NP, Lindhe J, Van der Valden U. Advances in the prevention of periodontitis. Group D Consensus report of the 5th European Workshop in periodontology. *J Clin Periodontol*. 2005;32 (6):291-3.
- 10- Peter KP, Mute BR, Mute W. Risk assessment in periodontics- a determinant of successful dental practice. *Int J Dental Clin*. 2012;4(3):30-3.
- 11- Salvi GE, Lawrence HP, Offenceschi S, Beck JD. Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. *J Periodontol*. 2000;14:173-201.
- 12- Moynihan P, Petersen PE. Diet, Nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr*. 2004;7:201-26.
- 13- Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: The WHO approach. *J Periodontol*. 2005; 6 (12):2187-93.
- 14- Reners M, Breex M. Stress and periodontal disease. *Int J Dent Hygiene*. 2007;5:199-204.
- 15- Morita M, Kimura T, Kanegae M, Ishikawa A, Watanabe T. Reasons for extraction of permanent teeth in japan. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994;22:303-6.
- 16- Genco RJ, Ho AW, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. Relationship of stress, distress and in adequate coping behaviors to periodontal disease. *J Periodontol*. 1999;70(7):711-23.
- 17- Padma R, Bhutani N. Stress and periodontal disease. *Annals and Essences of Dentistry*. 2010;2(4):190-4.
- 18- Boyapati L, Wang HL. The role of stress in periodontal disease and wound healing. *Periodontol 2000*. 2007;44(1): 195-210.
- 19- Peruzzo DC, Benatti BB, Ambrosano GM, Nogueira-Filho GR, Sallum EA, Casati MZ, et al. A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease. *J Periodontol*. 2007;78(8):1491-504.
- 20- Genco RJ, Alex WHO, Jeffrey K, Sara G, Grossi RG, Dunford and Tedesco LA. Genco RJ, Ho AW, Kopman J, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. *Ann Periodontol*. 1998;3(1):288-302.
- 21- Genco JM. Current view of risk factors for periodontal disease. *J Periodontol*. 1996;67(10 Suppl):1041-9.
- 22- Rosania AE, Low KG, McCormick CM, Rosania DA. Stress, depression, cortisol, and periodontal disease. *J Periodontol*. 2009;80(2):260-6.
- 23- Reddy S, Kaul S, Prasad MGS, Agnihotri J, Amudha D, Vinayak R. Interlink between stress and periodontal disease. *Stress & periiodontal disease*. 2012;10(2):126-31.
- 24- Akhter R, Hannan MA, Okhubo R, Mortia M. Relationship between stress factor and periodontal disease in a rural area population in Japan. *Eur J Med Res*. 2005;10(8):352-7.
- 25- Breivik T, Thrane P, Murison R, Gjermo P. Emotional stress effects on immunity, gingivitis, and periodontitis. *Eur J Oral Sci*. 1996;104(4 (Pt 1)):327-34.
- 26- Green LW, Tryon WW, Marks B, Huryn, J. Periodontal disease as a function of life events stress. *J Human Stress*. 1986;12(1):32-6.
- 27- Deinzer R, Forster P, Fuck L, Herforth A, Stiller-Winkler R, Idel H. Increase of crevicular interleukin 1beta under academic stress at experimental gingivitis sites and at sites of perfect oral hygiene. *J Clin Periodontol*. 1999;26 (1):1-8.
- 28- Sheiham A, Nicolau B. Evaluation of social and Psychological factors in periodontal disease. *Periodontol 2000*, 2005;39:118-31.
- 29- Marques-Vidal P, Milagre V. Are oral health status and care associated with anxiety and depression? A study of Portuguese health science students. *J Public Health Dent*. 2006;66(1):64-6.
- 30- Saletu A, Pirker-Frühau H, Saletu F, Linzmayer L, Anderer P, Matejka M. Controlled clinical and psychometric studies on the relation between periodontitis and depressive mood. *J Clin Periodontol*. 2005;32(12):1219-25.
- 31- Dumitrescu AL, Kawamura M. Involvement of psychosocial factors in the association of obesity with periodontitis. *J Oral Sci*. 2010;52(1):115-24.
- 32- Aleksejuniene J, Holst D, Eriksen HM, Gjermo P. Psychosocial stress, lifestyle and periodontal health. *J Clin Periodontol*. 2002;29(4):326-35.
- 33- De Almeida Carvalho AL, Del Bel Cury AA, Rodrigues Garcia RCM. Prevalence of bruxism and emotional stress and the association between them in Brazilian police officers. *Braz Oral Res*. 2008;22(1):31-5.
- 34- Hilgert JB, Hugo FN, Bandeira DR, Bozzetti MC. Stress, cortisol, and periodontitis in a population aged 50 years and over. *J Dent Res*. 2006;85(4):324-8.
- 35- Mousavi jazi M, Tarashi M, Abdolrazaghi M. Effects of anxiety and depression on periodontal diseases: review article. *J Dent Med-Tehran Uni Med Sci*. 2013;26(2):131-36.
- 36- Jenabian N, Taziki SA, Hosseini R, Kiakojouri A, Ehsani H. Comparison of periodontal indexes in individuals with and without depression disorders. *J Babol Univ Med Sci*. 2013;15(6):90-94.
- 37- Trombelli L, Scapoli C, Tatakis DN, Grassi L. Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis: effects of personality traits, social support and stress. *J Clin Periodontol*. 2005;32:1143-50.
- 38- Solis AC, Lotufo RF, Pannuti CM, Brunheiro EC, Marques AH, Lotufo-Neto F. Association of periodontal disease to anxiety and depression symptoms, and psychosocial stress factors. *J Clin Periodontol*. 2004;31(8):633-8.
- 39- Locker D, Leake JL. Risk indicators and risk markers for periodontal disease experience in older adults living independently in Ontario, Canada. *J Dent Res*. 1993;72(1):9-17.
- 40- Vettore MV, Leão AT, Monteiro Da Silva AM, Quintanilha RS, Lamarca GA. The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2003;30(5):394-402.
- 41- Persson GR, Persson RE, MacEntee CI, Wyatt CC, Hollender LG., & Kiyak, H.A. Periodontitis and perceived risk for periodontitis in elders with evidence of depression. *J Clin Periodontol*. 2003;30(8):691-6.

- 42- Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. 1 edition. The Guilford Press, 2011: page 9.
- 43- Dumitrescu AL, Toma C, Lascu V. Investigating the Use of Specific Cognitive Emotion Regulation Strategies in Response to the Experience of Gingival Bleeding. *Rom J Intern Med*. 2011;49(3):207-15.
- 44- Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *J Clin Psychol*. 2010;2 (3):73-84.
- 45- Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*. 2006;40:1659-69.
- 46- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Pers Individ Dif*. 2001;30:1311-27.
- 47- Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Pers Individ Dif*. 2005;38:1317-27.
- 48- Garnefski N, Legerstee J, Kraaij VV, Van Den Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *J Adolesc*. 2002;25:603-11.
- 49- Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc*. 2009;32:449-54.
- 50- Gamboa ABO, Hughes FJ, Marcenes W. The relationship between emotional intelligence and initial response to a standardized periodontal treatment: a pilot study. *J Clin Periodontol*. 2005;32:702-7.
- 51- Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation*. SAGE Publications, Inc; 2th ed, 2012.
- 52- Ghasempour A, Sooreh J, Seid Tazeh Kand MT. Predicting Death Anxiety on The Basis of Emotion Cognitive Regulation Strategies. *Knowledge & Res Appl Psychol*. 2012;13(2):63-70.
- 53- Samani S, Jokar B. Validity and reliability of the short form of depression, anxiety and stress. *Social Sciences and Humanities, Shiraz University*. 2007;26 (52 special issues): 65-76.
- 54- Abolghasemi A, Narimani M. *Psychological tests*. 1th ed. Ardabil: Rezvan. 2006.
- 55- LeResche L, Dworkin SF. The role of stress in inflammatory disease, including periodontal disease: review of concepts and current findings. *Periodontol* 2000. 2002;30: 91-103.
- 56- Mennin DS, Holoway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behav Therapy*. 2007;38: 284-302.
- 57- Ahmadi F, Asqar-nejad-Farid A, Borjali M. The comparison of patients suffering from coronary thrombosis with healthy individuals concerning early maladaptive schemas and emotion-regulation strategies. *J Behav Scie*. 2014;8(1): 55-63.
- 58- Yap MBH, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007;10(2):180-96.
- 59- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:504-11.