

Rekürrent aftöz stomatitli hastalarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

The evaluation of oral health related quality of life in patients with recurrent aphthous stomatitis

Arş. Gör. Dr. Esmâ Kürklü Gürleyen

İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D., İstanbul

Doç. Dr. Kadriye Peker

İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri A.D., İstanbul

Prof. Dr. Gülsüm Ak

İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A.D., İstanbul

Geliş tarihi: 30 Mayıs 2018

Kabul tarihi: 12 Haziran 2018

doi: 10.5505/yeditepe.2018.63308

Yazışma adresi:

Doç. Dr. Kadriye Peker
İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi
Temel Tıp Bilimleri A.D. 34093, Fatih, İstanbul,
Türkiye
Tel: 02124142020 - 30325
E-posta: kpeker@istanbul.edu.tr

ÖZET

Amaç:Bu çalışmanın amacı, rekürrent aftöz stomatitli (RAS) hastalarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve belirleyicilerinin tespit edilmesidir.

Gereç ve Yöntem:Bu kesitsel çalışmanın örneklemini RAS tanısı konulan gönüllü 85 hasta oluşturmaktadır. Veriler sosyo-demografik, davranışsal, klinik değişkenler ile Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (OHIP-14)'nin yer aldığı anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Ülserlerin klinik özelliklerinin değerlendirilmesinde Ülser Şiddeti Skorlaması (USS) kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik, Mann-Whitney U test, Spearman korelasyon katsayısı ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular:Çalışmada 35'i kadın (%41,2), 50'si erkek (%58,8), ortalama yaşı 39,17±14,29 olan toplam 85 hasta yer almaktadır. Cinsiyet (p=0,001) ve medeni durum (p=0.044) açısından OHIP-14'ün psikolojik rahatsızlık alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma durumu, eğitim, sigara ve alkol kullanımı açısından OHIP-14 toplam puan ve alt ölçek puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. İkili analizlerde, OHIP-14 toplam puanı ile aile öyküsü, ülser süresi, sıklığı, ağrı düzeyi, toplam USS skoru ve hastalık süresi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çok değişkenli regresyon analizinde; USS toplam puanı (β=0.635; p<0,001), ağız sağlığı algısı (β=0.285; p<0,05) ve medeni durum (β=0.232; p<0.05) yaşam kalitesindeki toplam varyansın %25'ini açıklayan en önemli belirleyen olarak bulunmuştur.

Sonuç:Minör RAS'lı hastalarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin en önemli belirleyeni olarak USS, ağız sağlığı algısı ve medeni durum bulunmuştur. Rutin klinik uygulamalarda OHIP-14'ün, ağız sağlığı algısı, sosyo-demografik özellikler ve USS'nin sübjektif sağlığın ölçülmesinde birlikte kullanılması fayda sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler:Rekürrent aftöz stomatit, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi, ülser şiddeti, sosyo-demografik, davranışsal

SUMMARY

Aim:The aim of the study was to assess the oral health-related quality of life in patients with recurrent aphthous stomatitis (RAS) and to determine its predictors.

Materials and Methods:The study sample of this cross-sectional study was 85 volunteers with RAS. Data was collected via a questionnaire including socio-demographic, behavioral and ulcer characteristics and Oral Health Impact Profile 14 (OHIP-14). Ulcer characteristics was evaluated by using Ulcer Severity Score (USS). Data analysis was performed by using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Spearman correlation coefficients and the multiple linear regression.

Results:A total of 85 patients of whom 35 were females (%41.2), 50 were males (%58.8) with a mean age of 39.17±14.29 years were enrolled. Regarding the psychological discomfort domain of OHIP-14 gender and marital status were statistically

significant. There was no statistical significance in OHIP-14 total score and its domain scores in terms of working status, education, tobacco and alcohol consumption. In bivariate analyses, significant differences were found among OHIP-14 total score and family history, ulcer duration, frequency, level of pain, total USS and disease duration. In the multivariate analysis, total USS, self-perceived oral health and marital status were found to be the most important predictors, accounting for 25 % of the variance in the OHIP-14 scale.

Conclusion:The most important predictors of oral health quality of life in patients with minor RAS are total USS, patients' perceived oral health and marital status. The use of OHIP-14 together with the self-perceived oral health, socio-demographic characteristics and USS will provide benefit to assess patients' subjective oral health in routine clinical practice.

Key words:Recurrent aphthous stomatitis, oral health related quality of life, ulcer severity, socio-demographic, behavioral.

GİRİŞ

Son yıllarda klinik çalışmalarda hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütleri, hasta odaklı sağlık hizmeti kapsamında giderek önem kazanmaktadır. Klinisyenler tarafından yapılan normatif değerlendirmeden farklı olan hastanın sübjektif hastalık algısına odaklanan bu yeni yaklaşım, klinisyenlere klinik karar verme sürecinde, etkin sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve klinisyen-hasta iletişiminin artırılmasında yarar sağlamaktadır.^{1,2}

Bu bağlamda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçekleri, ağız hastalıklarının negatif sonuçlarının anlaşılmasında ve belirlenmesinde klinisyenlere yol göstermektedir.³ Kronik ağız mukozası lezyonları hastanın fiziksel sağlığını, günlük fonksiyonlarını ve geleceğe yönelik endişe düzeylerini etkilemektedir.⁴

Ağız mukozası hastalıkları arasında yer alan, toplumda genel görülme sıklığı %5-50 arasında değişen, ağrılı ve tekrarlayıcı ülserler ile karakterize olan rekürrent aftöz stomatitin (RAS) etyolojisi multifaktöriyeldir.⁵⁻¹⁰ RAS, hastalarda ağrı ve günlük fonksiyonların kısıtlanması nedeniyle yaşam kalitesinin sosyal, fiziksel ve psikolojik boyutlarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.¹¹

On dört maddelik Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (Oral Health Impact Profile-14) RAS'lı hastalarda en sık kullanılan hasta bildirimli sonuç ölçütüdür.^{4,12-18} Yapılan çalışmalar, OHIP-14'ün ağız lezyonu olan hastalarda klinik parametrelerin ve farklı tedavi metotlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde duyarlı, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.^{19,20}

Yalnızca RAS'lı hastalarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin depresyon, kişilik profili ve anksiyete düzeyi gibi psikolojik değişken-

lerle ve hasta ve hekim bildirimli klinik parametrelerle ilişkisinin değerlendirildiği az sayıda çalışma olduğu görülmektedir.^{15,17,18}

Multifaktöriyel yapısından ötürü; bu hastalara yönelik tedavi yaklaşımı semptomatik olup ağrının azaltılması, lezyon süresinin kısaltılması, ortaya çıkma sıklığının azaltılarak hastanın beslenme fonksiyonunun artırılması üzerine odaklanmaktadır.⁵

Ülkemizde, Behçet ve RAS'lı hastaların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitelerinin kıyaslandığı^{12,20,21} ve RAS'lı hastalarda farklı tedavi yöntemlerinin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin incelendiği^{13,14} az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Hastalığın seyri rekürrenlerin sıklığına bağlı olarak hastadan hastaya hafif veya ağır olarak değişebildiğinden tedavinin de hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenebilmesi önem kazanmaktadır. Bu nedenle hastanın kendi ağız sağlığını nasıl algıladığı ve mevcut hastalığın onun günlük yaşamını nasıl ve ne boyutta etkilediğinin saptanması, hasta odaklı hedefe yönelik tedavi planının oluşturulmasında ve tedavi takibinde önem taşımaktadır.^{3,22}

Bu çalışmanın amacı, RAS'lı hastalarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin sosyo-demografik, klinik ve davranışsal belirleyicilerinin saptanmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu kesitsel çalışmanın örneklemini, İstanbul'daki bir Diş Hekimliği Fakültesi'nin Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne Mayıs 2013-Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran ve rekürrent aftöz stomatit tanısı konulan gönüllü 85 hasta oluşturmaktadır. Çalışmaya katılma kriterleri; 18 yaşından büyük olma, okuma-yazma bilme, özellikle aftöz ülserlerin eşlik ettiği herhangi bir sistemik hastalığı (Behçet Hastalığı, MAGIC Sendromu, Sweet Sendromu, PFAPA sendromu, siklik nötropeni, Crohn hastalığı, HIV hastalığı, enflamatuvar bağırsak hastalığı veya Çöliak hastalığı) olmama²³, en az 1 yıldır var olan ve yılda en az 3 kez tekrarlayan karakterde lezyonu olma olarak belirlenmiştir. Çalışmaya, protez kullanan ve kaveteli çürük lezyonu olan hastalar travma kaynaklı ülser olasılığını ekarte etmek için alınmamıştır.

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onayı alınan çalışma öncesi hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam formu alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

Veri toplama araçları

Çalışmada sosyo-demografik, davranışsal, klinik değişkenler ile Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (OHIP-14)'nin yer aldığı anket formu kullanılmıştır.

Sosyo-demografik değişkenler kapsamında cinsiyet (kadın/erkek), yaş (yıl), medeni durum (evli/bekar-dul-bo-

şanmış), çalışma durumu (gelir getiren bir işte çalışan/ gelir getiren bir işte çalışmayan) ve eğitim durumu (8 yıl ve altı eğitim yılı/8 yıl üstü eğitim yılı); davranışsal değişkenler kapsamında sigara ve alkol kullanımı (her gün, ara sıra, önceden kullanıyordum ama şimdi kullanmıyorum, hiç kullanmadım) yer almaktadır. İstatistiksel analizlerde sigara ve alkol kullanımı; kullanıyorum (her gün/ara sıra) ve kullanmıyorum (önceden kullanıyordum ama şimdi kullanmıyorum/hiç kullanmadım) seçeneklerine indirgenmiştir.

Hastaların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi, Başol ve ark.24 tarafından 2014 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ve içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach alpha) 0,74 olan Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (OHIP-14) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçek 5'li Likert yanıt skalalı (hiç-0; nadiren-1; bazen-2; sıklıkla-3; çok sık-4) 14 maddeden ve her biri iki maddeden oluşan fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel ağrı, psikolojik rahatsızlık, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handikap olmak üzere 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan her bir maddeye verilen puanların toplanmasıyla elde edilmekte ve toplam ölçek puan aralığı 0-56 arasında değişmektedir.

Hastaların ağız sağlığı algısı, 5'li Likert yanıt skalalı (1-kötü, 2-orta, 3-iyi, 4-çok iyi, 5-mükemmel) "Ağız sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusu ile değerlendirilmiştir.²⁵

Çalışmada, Tappuni ve ark.²⁶ tarafından geliştirilen ve ülser sayısı, boyutu, süresi, sıklığı, ağrı ve etkilenen bölge gibi RAS'a özgü parametrelerin şiddetinin sayısal değerlere çevrilmesi ile elde edilen toplam skoru yansıtan Ülser Şiddeti Skoruması (Ulcer Severity Score - USS) kullanılmıştır. Her birimin 10 puan üzerinden değerlendirildiği bu skorlamada hastanın alacağı maksimum puan 60'dır. Tablo1'de USS'nin alt parametreleri görülmektedir.

Hastaların ağrı skorları 0-10 cm'lik VAS (Visual Analog Scale, GörSEL Analog Skala) kullanılarak kaydedilmiştir.²⁷

Tablo 1. USS parametreleri

ULCER SEVERITY SCORE (USS) - ÜLSER ŞİDDETİ SKORLAMASI

	Ülser özelliği	Skor	USS Tanımı
Ortalama ülser sayısı			Skor= Bir küme içindeki ülser sayısı Max skor: 20
Ortalama ülser büyüklüğü (mm)			Skor= ülserin mm olarak ortalama büyüklüğü Max. Skor=20
Ortalama ülser süresi			Skor= ¼ hafta sayısı Örn. ¼ hafta (3 gün) skoru 1, 1.5 hafta (10 gün) skoru 3. Max skor=10
Ülser çıkmaksızın geçen süre (hafta)			Skor=ülser çıkmaksızın geçen ve hafta olarak belirtilen ortalama süreden 10 çıkarılır. Max skor=10 (sürekli ülser var)
Hastanın algıladığı ağrı düzeyi (0-10 skalasında)			Ülser varken hafif rahatsızlık için 1. Ülser yeme ve konuşmayı engelleyecek kadar dayanılmaz ise 10. Max. Skor=10
Mukoza bölgesi	Grup 1 Labial mukoza Bukkal mukoza Bukkal sulkus Yumuşak damak Dilin alt yüzeyi Ağız tabanı Grup 2 Sert damak Yapışık dişeti Alveol sırtı Dil dorsumu Tonsilla Boğaz Uvula Orofarinks		Skor= etkilenen bölgelerin toplamı Grup 1'deki her bölge için 1 (keratinize olmayan mukoza). Grup 2'deki her bölge için 2 (keratinize, özelleşmiş mukoza). Max. Skor=10
			Total USS:
Skarlaşma belirtisi	Evet () Hayır ()		

Veri analizi

Girişleri yapılan verilerin analizi IBM SPSS Statistics 24.0 kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uyumadığı Komolgov Smirnov testi kullanılarak test edilmiştir. Tanımlayıcı, ikili ve çok değişkenli analiz yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin içsel tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach Alpha katsayısı; normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde iki grup arasında sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında Mann-Whitney U test, sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin esas belirleyicileri adimsal geriye doğru seçim yönteminin kullanıldığı çoklu doğrusal regresyon analizi ile saptanmıştır. Regresyon analizinde; cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı, aile öyküsü, hastalık süresi, ağız sağlığı algısı, USS toplam skoru ve tüm alt boyutları bağımsız değişken olarak, OHIP-14 toplam puanı ise bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 35'i kadın (%41,2), 50'si erkek (%58,8) toplam 85 hasta katılmış olup hastaların yaş ortalamaları 39.17±14.29'dur. Hastaların %45,9'u 8 yıl ve altı eğitim düzeyinde, %61,2'si evli, %41,2'si aktif olarak gelir getiren bir işte çalışmakta, %10,6'sı sigara kullanmakta, %4,7'si alkol tüketmekte, %43,5'inde aile öyküsü bulunmakta olup ortalama hastalık süresi 7,22±6,55 yıl'dır (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların sosyo-demografik ve davranışsal özellikleri (n=85)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	35	41.2
Erkek	50	58.8
Eğitim		
≤ 8 yıl	39	45.9
>8 yıl	46	54.1
Medeni durum		
Evlü	52	61.2
Bekar	33	38.8
Çalışma durumu		
Gelir getiren işte çalışanlar	35	41.2
Gelir getiren bir işte çalışmayanlar	50	58.8
Sigara kullanımı		
Kullanıyorum (her gün/ ara sıra)	9	10.6
Kullanmıyorum (önceden kullanıyordum ama şimdi kullanmıyorum /hiç kullanmadım)	76	89.4
Alkol kullanımı		
Kullanmıyor (her gün/ara-sıra)	4	4.7
Kullanmıyor (önceden kullanıyordum ama şimdi kullanmıyorum /hiç kullanmadım)	81	95.3
Aile öyküsü		
Var	37	43.5
Yok	48	56.5

Hastaların USS toplam skoru 26,85±5,50; her bir alt alan için skor değerleri sırasıyla; ülser sayısı 1,75±0,68, ülser boyutu 6,11±1,78 mm, ülser süresi 3,01±1,31 gün, ülser sıklığı 6,54±2,82 hafta, ağrı puanı 7,07±2,08 ve lokalizasyon puanı ise 2,32±1,47 olarak bulunmuştur. OHIP-14 ölçeği toplam puanı 23,58±9,44 olup puan aralığı 3-53 arasında değişmektedir. Çalışmamızda, ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.81'dir.

Cinsiyet (p=0,001) ve medeni durum (p=0,044) açısından OHIP-14'ün psikolojik rahatsızlık alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma durumu, eğitim, sigara ve alkol kullanımını açısından OHIP-14 toplam puanı ve alt ölçek puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Aile öyküsü olan hastalar, OHIP-14 toplam puanı (p=0,034), fonksiyonel kısıtlılık (p=0,016), psikolojik rahatsızlık (p=0,014), fiziksel ağrı (p=0,026) ve fiziksel yetersizlik (p=0,047) alt ölçeklerinde ailesi öyküsü olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde fazla puan almışlardır (Tablo 3)

Tablo 3. Sosyo-demografik ve davranışsal değişkenler ile OHIP-14 ve alt ölçeklerinin ilişkisi (n=85)

	OHIP-14	Fonksiyonel kısıtlılık	Fiziksel ağrı	Psikolojik rahatsızlık	Fiziksel yetersizlik	Psikolojik yetersizlik	Sosyal yetersizlik	Handikap
Cinsiyet*								
Kadın (n=35)	23.68 ±9.74	2.88 ±2.11	4.88 ±2.23	4.54 ±1.89	3.57 ±1.86	3.05 ±1.86	2.17 ±2.07	1.28 ±1.55
Erkek (n=50)	23.52 ±9.32	3.16 ±2.31	5.14 ±2.26	5.78 ±1.47	3.86 ±1.55	2.56 ±1.88	2.00 ±1.97	1.60 ±1.90
P değeri	0.964	0.594	0.426	0.001	0.225	0.751	0.183	0.643
Eğitim*								
≤ 8 yıl (n=39)	23.30 ±9.42	2.92 ±2.18	5.17 ±1.99	4.94 ±1.87	3.64 ±1.89	3.15 ±1.94	2.38 ±2.07	1.66 ±1.93
>8 yıl (n=46)	23.82 ±9.55	3.15 ±2.28	4.91 ±2.44	5.54 ±1.62	3.82 ±1.49	2.43 ±1.78	1.78 ±1.93	1.30 ±1.68
P değeri	0.919	0.640	0.785	0.101	0.823	0.106	0.183	0.352
Medeni durum*								
Evlü (n=52)	22.36 ±8.89	2.88 ±2.20	4.80 ±2.00	5.00 ±1.73	3.50 ±1.75	2.96 ±1.86	2.11 ±2.00	1.59 ±1.75
Bekar (n=33)	25.51 ±10.08	3.30 ±2.27	5.39 ±2.57	5.69 ±1.74	4.12 ±1.51	2.45 ±1.88	1.96 ±2.03	1.27 ±1.89
P değeri	0.139	0.457	0.074	0.044	0.123	0.229	0.735	0.205
Çalışma durumu*								
Çalışan (n=35)	24.94 ±9.11	3.34 ±1.99	5.48 ±2.04	5.11 ±1.85	3.77 ±1.43	2.91 ±1.75	2.25 ±1.96	1.82 ±1.99
Çalışmayan (n=50)	22.64 ±9.64	2.84 ±2.36	4.72 ±2.33	5.38 ±1.70	3.72 ±1.85	2.66 ±1.97	1.92 ±2.04	1.22 ±1.63
P değeri	0.249	0.219	0.143	0.528	0.799	0.514	0.409	0.126
Sigara*								
Kullanım (n=35)	19.11 ±8.50	2.77 ±2.27	4.22 ±2.48	4.44 ±2.65	3.00 ±1.87	3.00 ±2.44	0.88 ±1.36	0.77 ±1.30
Kullanmayan (n=50)	24.11 ±9.45	3.07 ±2.23	5.13 ±2.21	5.36 ±1.62	3.82 ±1.65	2.73 ±1.82	2.19 ±2.03	1.55 ±1.84
P değeri	0.157	0.789	0.239	0.028	0.177	0.873	0.057	0.206
Alkol*								
Kullanım (n=4)	20.00 ±13.54	2.50 ±2.64	4.75 ±2.06	4.75 ±2.21	2.75 ±2.21	2.50 ±2.64	1.50 ±1.29	1.25 ±1.50
Kullanmayan (n=81)	23.76 ±9.27	3.07 ±2.21	5.04 ±2.26	5.29 ±1.67	3.79 ±1.65	2.77 ±1.85	2.08 ±2.03	1.48 ±1.82
P değeri	0.638	0.652	0.726	0.992	0.392	0.711	0.726	0.912
Aile öyküsü varlığı*								
Evet (n=37)	25.72 ±10.29	3.70 ±2.29	5.59 ±2.12	5.72 ±1.85	4.16 ±1.80	3.02 ±2.03	2.48 ±2.03	1.59 ±1.93
Hayır (n=48)	21.93 ±8.47	2.54 ±2.05	4.60 ±2.25	4.91 ±1.62	3.41 ±1.52	2.56 ±1.74	1.72 ±1.94	1.37 ±1.70
P değeri	0.034	0.016	0.026	0.014	0.047	0.291	0.074	0.703

* İstatistik analizlerde Mann-Whitney U test kullanılmıştır.

OHIP-14 toplam puanı ile ülser süresi (r=0,359; p<0,01), ülser sıklığı (r=0,268; p<0,05), ağrı (r=0,219; p<0,05), USS-toplam skoru (r=0,397; p<0,01) ve hastalık süresi (r=0,299; p<0,01); **fonksiyonel kısıtlılık alt ölçeği** ile ülser süresi (r=0,228; p<0,05), ülser sıklığı (r=0,271;

p<0,05), USS-toplam skoru (r=0,313; p<0,01) ve hastalık süresi (r=0,326; p<0,01); **fiziksel ağrı alt ölçeği** ile ülser sayısı (r=0,277; p<0,05), ülser süresi (r=0,241; p<0,05), ülser sıklığı (r=0,411; p<0,01), ağrı (r=0,228; p<0,05), USS-toplam skoru (r=0,509; p<0,01); **ağız sağlığı algısı** (r=0,265; p<0,05), hastalık süresi (r=0,378; p<0,01) ve ülser lokalizasyonu (r=0,214 p<0,05); **psikolojik rahatsızlık alt ölçeği** ile ülser sıklığı (r=0,220; p<0,05); **psikolojik yetersizlik alt ölçeği** ile ülser sıklığı (r=0,241; p<0,05), USS-toplam skoru (r=0,216; p<0,05); **sosyal yetersizlik alt ölçeği** ile ülser süresi (r=0,289; p<0,01), ağrı (r=0,242; p<0,05), USS-toplam skoru (r=0,310; p<0,01); **fiziksel yetersizlik alt ölçeği** ile hastalık süresi (r=0,331; p<0,01) arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Çok değişkenli regresyon analizinde; standardize edilmiş regresyon katsayıları (β) dikkate alındığında ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin USS toplam puanı (β=0,635; p<0,001), ağız sağlığı algısı (β=0,285; p<0,05) ve medeni durum (β=0,232; p<0,05) olduğu görülmektedir. Bu bağımsız değişkenler yaşam kalitesindeki toplam varyansın %25'ini açıklamaktadır.

TARTIŞMA

RAS'ın hastaların yaşam kalitesinde neden olduğu azalma ve toplumsal düzeyde % 5 ile 50 arasında değişen prevalansı araştırmacıların etyoloji ve tedaviye yönelik yoğun ilgi duymasına neden olmaktadır.^{9,10} RAS'ın tedavisinde semptomatik tedavi yaklaşımı üzerine odaklanılmış olsa da son yıllarda lokal ve sistemik tedavi yöntemleri ile ağrının şiddeti, ülserlerin süresi, sıklığı ve rekürrensleri azaltılmaya çalışılmaktadır.^{10,28} RAS'ın yönetiminde her hastanın ihtiyaçları doğrultusunda tedavi planlaması önem kazanmaktadır. Hasta odaklı tedavi yaklaşımlarının planlanabilmesi için hastaların subjektif sağlık değerlendirmeleri ve yaşam kalitesi ölçekleri ile saptanan bireysel ihtiyaç değerlendirmelerinin rutin klinik uygulamalara entegre edilmesi gerekmektedir.^{3,13,22}

Ağız mukozasının kronik, enflamatuvar ve ülseratif bir hastalığı olan RAS, ağrı, yeme ve konuşma gibi fonksiyonlarda kısıtlılık, yarattığı sosyal ve psikolojik yetersizlik nedeniyle hastaların yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır.^{4,11,22}

Ülkemizde, yalnızca RAS'lı erişkin hastalarda RAS etyolojisi ile klinik ve sosyo-demografik faktörlerin incelendiği; farklı tedavi yöntemlerinin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin ve Behçet hastası ve RAS'lı hastaların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitelerinin kıyaslandığı az sayıda çalışma olduğu görülmektedir.^{12-14,20,21,29,30} RAS'lı hastalarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin ve belirleyicilerinin incelendiği bir çalışma olmadığı görülmektedir. Klinik olarak toplumun yaklaşık %80'inde minör aftöz ülserlerin görüldüğü verisi de dikkate alınarak çalışmanın yüksek bir prevalansa sahip minör aftöz ülserli hastalarda

yapılmasına karar verilmiştir.⁷

RAS'lı hastalarda yapılan kesitsel çalışmalarda hastaların %68-80'inde minör aftöz ülser olduğu, düşük eğitim ve gelir düzeyli bireylerde daha sık görüldüğü, hastalığın 3. dekatta başladığı, %53-60'ında aile öyküsü olduğu, sigara kullanımı ile negatif bir ilişki gösterdiği saptanmıştır.^{29,30} Bu çalışmamızda hastaların 4. dekatta olduğu, %44'ünde aile öyküsü olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda en fazla etkilenen üç bölge bukkal mukozaya (%27,1), dilin ventral yüzeyi (%15,3), yumuşak damak ve ağız tabanı (%11,8); en az etkilenen bölge ise yapışık dişeti (%1,2) olarak bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Hapa ve ark.¹³ en sık üst ve alt dudak mukozasının, Cardosa ve ark.¹⁸ ise dil, labial mukozaya ve alveol mukozasının etkilendiğini bildirmiş; Bahalı ve ark.²⁹ ise çalışmamıza benzer şekilde yanak mukozası ve dilin ventral yüzeyinin en çok etkilenen bölgeler olduğunu saptamışlardır.

Çalışmamızda ortalama hastalık süresi 7,22±6,55 yıl olarak bulunmuştur. Liang ve ark.³¹ RAS'lı hastalarda yaptıkları retrospektif çalışmada hastalığın başlama süresinin 2 gün-50 yıl arasında olduğunu bildirmişlerdir. Topaloğlu ve ark.³⁰ ise hastalığın süresini aile öyküsü olanlarda 102,2±86,2 ay, olmayanlarda ise 63,5±64,6 ay olarak bulmuşlardır.

Çalışmamızda hastaların %10,6'sı sigara kullanmakta, %4,7'si alkol tüketmekte olduğunu bildirmektedir. Bu veriler Bahalı ve ark.'nın²⁹ sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini ölçmek için OHIP-14'ün Türkçe formu kullanılmıştır.²⁴ Türk RAS'lı hastalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüt olduğu kanıtlanan bu ölçek RAS'lı hastalarda ulusal ve yabancı yayınlarda en sık kullanılan hasta bildirimli çıktı ölçeklerinden biridir.^{2,12-15,17,18,21}

RAS'lı hastalarda yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde RAS'ın klinik olarak değerlendirilmesinde hasta öyküsü ve klinik muayenenin kullanıldığı görülmektedir. Çalışmada, Tappuni ve ark.²⁶ tarafından geliştirilen ve hastalığın klinik şiddetini, önceki araştırmalarda belirlenen en önemli 6 parametre üzerinden toplam bir skor olarak değerlendirmeye olanak sağlayan USS kullanılmıştır. Bu çalışma, USS'nin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçeği ile birlikte kullanıldığı ilk çalışmadır.

Çalışmamızda ikili analizlerde sosyo-demografik değişkenler kapsamında ele alınan çalışma durumu ve eğitim; davranışsal değişkenler arasında ele alınan sigara ve alkol kullanımı açısından ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinde fark olmadığı saptanmıştır. Erkeklerin ve bekarların, kadınlara ve evlilere göre ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin "psikolojik rahatsızlık" alt ölçeğinden daha fazla puan aldığı, yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bulunmuştur. Aile öyküsü olan hastaların, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ile onun "fonksiyonel kısıtlılık", "psikolojik rahatsız-

lık", "fiziksel ağrı" ve "fiziksel yetersizlik" alt ölçeklerinden daha fazla puan aldığı yaşam kalitelerinin ailesi öyküsü olmayan hastalara göre daha kötü olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde Hapa ve ark.¹³ yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitimin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ile alakalı olmadığını, Tabolli ve ark.¹⁷ ise yaşın alakalı olmadığını bildirmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak bazı araştırmacılar cinsiyetin^{15,17} ve yaşın¹⁵ ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ile alakalı olduğunu, Hapa ve ark.¹³ ise hastalık süresinin ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ile alakalı olmadığını bulmuşlardır.

İkili analizlerde, toplam USS skoru ve onun alt boyutları olan ülser süresi, ülser sıklığı, ağrı ve hastalık süresi arttıkça hastaların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitelerinin kötüleştiği ve fonksiyonel kısıtlılıklarının arttığı; fiziksel ağrı alt ölçeğine bağlı yaşam kalitesinin toplam USS skoru ve onun alt boyutları olan ülser süresi, ülser sıklığı, ülser sayısı, farklı bölgelerde lokalizasyon, ağrı, hastalık süresi arttıkça ve ağız sağlığı algısı kötüleştikçe olumsuz etkilendiği görülmektedir. Ülser sıklığı arttıkça psikolojik rahatsızlık alt ölçeğine bağlı yaşam kalitesi; toplam USS skoru ve onun alt boyutları olan ülser sıklığı arttıkça psikolojik yetersizlik alt ölçeğine bağlı yaşam kalitesi; toplam USS skoru ve onun alt boyutları olan ülser süresi ve ağrı arttıkça sosyal yetersizlik alt ölçeği ölçeğine bağlı yaşam kalitesi; ve hastalık süresi arttıkça da fiziksel yetersizlik ölçeğine bağlı yaşam kalitesi kötüleşmektedir. Çalışmamızla tutarlı olarak Hapa ve ark.¹³ ülser lokalizasyonu, Al-Omiri ve ark.¹⁵ ise ağrı şiddeti, ülser sayısı, sıklığı, boyutu, süresi ve lokalizasyonu ile ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin ilişkili olduğunu bildirmektedirler.

Tablo 4. USS toplam skoru, alt alan skorları, ağız sağlığı algısı ile OHIP-14 ve alt ölçeklerinin ilişkisi (n=85)

	Yaş	Ülser sayısı	Ülser boyutu	Ülser süresi	Ülser sıklığı	Ağrı	USS-Toplam Skoru	Ağız sağlığı algısı	Ülser lokalizasyonu	Hastalık süresi
OHIP-14 Toplam*	-0.112	0.133	0.173	0.359**	0.268*	0.219*	0.397**	-0.142	0.165	0.299**
Fonksiyonel kısıtlılık*	-0.086	0.125	0.028	0.228*	0.271*	0.167	0.313**	-0.127	0.074	0.326**
Fiziksel ağrı*	-0.130	0.277*	0.134	0.241*	0.411**	0.228*	0.509**	-0.265*	0.214*	0.378**
Psikolojik rahatsızlık*	-0.161	0.009	0.016	0.161	0.220*	-0.062	0.135	-0.024	0.068	0.190
Fiziksel yetersizlik*	-0.070	0.150	0.154	0.133	-0.021	0.135	0.184	-0.168	0.174	0.331**
Psikolojik yetersizlik*	0.127	0.073	0.076	0.134	0.241*	0.009	0.216*	-0.076	-0.051	0.050
Sosyal yetersizlik*	-0.067	0.140	0.138	0.289**	0.067	0.242*	0.310**	-0.187	0.082	0.029
Handikap*	0.072	-0.013	0.078	0.072	0.179	0.142	0.189	-0.003	0.021	-0.006

* İstatistik analizlerde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Regresyon analizi, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin en önemli belirleyenlerinin bireyin ağız sağlığı algısı, USS skoru ve medeni durumu olduğunu göstermektedir. Bu belirleyenler ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesindeki varyansın %25'ini açıklamaktadır. Multifaktoriyel etyolojye sahip olan RAS'ın ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini etkileyen olası davranışsal, psikolojik ve sosyal diğer değişkenlerinin de dikkate alındığı yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hem ikili hem de regresyon analizi sonuçları ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi çalışmalarında USS'nin kullanımının önemini ortaya koymaktadır. Tappuni ve ark.'nın²⁶ çalışma sonuçlarıyla tutarlı olarak, çalışmamız ülserin klinik

şiddetinin değerlendirilmesinde önemli 6 parametrenin toplam bir puanla numerik olarak değerlendirilmesine olanak sağlayan USS'nin hastaların rutin değerlendirilmesinde ve klinik çalışmalarda tedavi etkinliğinin saptanmasında yarar sağlayacağını göstermektedir.

Çalışmamızda OHIP-14 toplam puanı $23,58 \pm 9,44$ olarak bulunmuştur. Bu değer Cardosa ve ark.¹⁸ ile Llewellyn ve ark.'nın²² çalışmalarından yüksek, Tabolli ve ark.'nın¹⁷ düşük olduğu görülmektedir. Hastalarımızın ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği alt boyutların psikolojik rahatsızlık, fiziksel ağrı, fiziksel yetersizlik, fonksiyonel kısıtlılık, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handicap olarak sıralandığı görülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Llewellyn ve ark.²² en fazla etkilenen boyutun fiziksel ağrı olduğunu bildirmektedir. Çalışmalar arasında gözlenen bu farklılıkların, çalışma örneklemimizi yalnızca minör aftöz ülserli ve sistemik hastalığı olmayan hastaların oluşturmasından kaynaklanması olasıdır.

Tablo 5: Çalışmada kullanılan bağımsız değişkenlerin OHIP-14 toplam puanı ile olan ilişkisi

Değişkenler	B	Standart hata	β	t	P değeri
Sabit (a)	-17,798	9,410		-1,891	,031
Medeni durum	4,468	1,875	,232	2,383	,020
Ağız sağlığı algısı	2,270	1,092	,285	2,078	,041
USS	1,088	,237	,635	4,601	,000

Çalışmamızın kısıtlılıkları; bir merkeze başvuran sistemik hastalığı olmayan minör aftöz ülserli hastalarda gerçekleştirilmiş olması, yalnızca sigara ve alkol kullanımı gibi davranışsal ve aile öyküsü gibi genetik faktörlerin etyolojik faktör olarak değerlendirildiği kesitsel bir çalışma yöntemi kullanmasıdır. Kesitsel bir çalışma olduğu için neden-sonuç bağlantısı yapılamaz. Yapılan çalışmalar, RAS'lı hastaların ağız sağlığına yaşam kalitesini stres, depresyon, kişilik profili ve anksiyete düzeyi gibi psikolojik faktörlerin etkilediğini ve bu hastalarda genel sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçeklerinin de ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ölçekleri ile birlikte kullanılmasını önermektedir. Çok merkezli, çalışma popülasyonunu farklı sistemik hastalıklara ve ülser tipine sahip hastaların da oluşturduğu, yaşam kalitesini etkileyen psikolojik, davranışsal ve etyolojik faktörlerin değerlendirilmeye alınacağı büyük örneklerde hem kesitsel hem de longitudinal çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışma sonuçlarımız, tüm RAS'lı hastalara genellenemez, yalnızca minör aftöz ülseri olan hastalar için geçerlidir.

SONUÇ

Minör RAS'lı hastalarda ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin en önemli belirleyeni olarak USS-toplam skoru, ağız sağlığı algısı ve medeni durum bulunmuştur. Hasta odaklı tedavi yaklaşımı çerçevesinde hastaların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi hastaların tedavi ihtiyaçlarının saptanmasında ve tedavi takibi aşamasında farklı tedavi yöntemlerinin ve uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesinde klinisyenlere yarar sağlayacaktır. Rutin klinik uygulamalarda hasta bildirimli çıktılardan biri olan OHIP-14'ün, ağız sağlığı algısı ve USS toplam skoru ile birlikte değerlendirilmesi hastaların subjektif sağlığının ölçülmesinde önem arz etmektedir. Bu bağlamda, hastaların sosyo-demografik özellikleri de dikkate alınmalıdır. Çok merkezli, farklı etyolojik faktörlerin ve ülser tiplerinin de değerlendirilmeye alınacağı büyük örneklemli kesitsel ve longitudinal çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Ni Ríordáin R, et. al. World Workshop on Oral Medicine VI: Patient-reported outcome measures and oral mucosal disease: current status and future direction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 120: 152-160.
2. Wiriakijja P, Fedele S, Porter S, Mercadante V, Ni Ríordáin R. Patient-reported outcome measures in recurrent aphthous stomatitis: A critical assessment of quality properties. *Oral Dis* 2017; 23: 1168-1179.
3. Locker D, Quiñonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 3-11.
4. Ni Ríordáin R, Meaney S, McCreary C. Impact of chronic oral mucosal disease on daily life: preliminary observations from a qualitative study. *Oral Dis* 2011; 17: 265-269.
5. Karapınar G, Ünür M. Current Approaches in Recurrent Aphthous Stomatitis. *Clin Exp Health Sci* 2018; 8: 62-66.
6. Ship JA. Recurrent aphthous stomatitis. An update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 81: 141-147.
7. Porter SR, Scully C, Pedersen A. Recurrent aphthous stomatitis. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1998; 9: 306-321.
8. Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR. Mucosal disease series. Number VI. Recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis* 2006; 12: 1-21.
9. Rogers RS 3rd. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16: 278-283.
10. Natah SS, et. al. Recurrent aphthous ulcers today: a review of the growing knowledge. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 221-34.
11. Kressin NR, Spiro A 3rd, Atchison KA, Kazis L, Jones JA. Is depressive symptomatology associated with worse oral functioning and well-being among older adults? *J*

Public Health Dent 2002; 62: 5-12.

12. Mumcu G, et. al. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. Oral Dis 2006; 12: 145-151.

13. Hapa A, Aksoy B, Polat M, Aslan U, Atakan N. Does recurrent aphthous stomatitis affect quality of life? A prospective study with 128 patients evaluating different treatment modalities. J Dermatolog Treat 2011; 22: 215-220.

14. Kürklü-Gürleyen E, Ögüt-Erişen M, Çakır O, Uysal Ö, Ak G. Quality of life in patients with recurrent aphthous stomatitis treated with a mucoadhesive patch containing citrus essential oil. Patient Prefer Adherence 2016; 27: 967-973.

15. Al-Omiri MK, et. al. Recurrent aphthous stomatitis (RAS): a preliminary within-subject study of quality of life, oral health impacts and personality profiles. J Oral Pathol Med. 2015; 44: 278-283.

16. Sampogna F, et. al. Comparison of patients' and providers' severity evaluation of oral mucosal conditions. J Am Acad Dermatol 2011; 65: 69-76.

17. Tabolli S, et. al. Quality of life and psychological problems of patients with oral mucosal disease in dermatological practice. Dermatology 2009; 218: 314-20.

18. Cardoso JA, et. al. Salivary Alpha-Amylase Enzyme, Psychological Disorders, and Life Quality in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis. Int J Dent 2017; 2017: 5269856.

19. McGrath C, Hegarty AM, Hodgson TA, Porter SR. Patient-centred outcome measures for oral mucosal disease are sensitive to treatment. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003; 32: 334-336.

20. Mumcu G, et. al. The assessment of oral health-related quality of life by factor analysis in patients with Behçet's disease and recurrent aphthous stomatitis. J Oral Pathol Med. 2007; 36:147-152.

21. Ayanoğlu BT, Gürler A, Erdoğan FG, Gündüz Ö, Alhan A. Behçet ve Rekürren aftöz stomatit hastalarında yaşam kalitesi. Turkderm 2015; 49: 276-284.

22. Llewellyn CD, Warnakulasuriya S. The impact of stomatological disease on oral health-related quality of life. Eur J Oral Sci 2003; 111: 297-304.

23. Çağlayan F, Yılmaz A.B. Rekürrent aftöz stomatit. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg 2009; 19: 47-54

24. Başol, ME, Karaağaçlıoğlu, L, Yılmaz B. Türkçe Ağız Sağlığı Etki Ölçeğinin Geliştirilmesi-OHIP-14-TR. Türkiye Klinikleri Dental Sci 2014; 20: 85-92.

25. Dolan TA, Peek CW, Stuckm AE, Beck JC. Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. Community Dent Oral Epidemiol. 1998; 26: 62-69.

26. Tappuni AR, Kovacevic T, Shirlaw PJ, Challacombe SJ. Clinical assessment of disease severity in recurrent apthous stomatitis. J Oral Pathol Med. 2013; 42: 635-641.

27. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical app-

lications of visual analogue scales: a critical review. Psychol Med 1988; 18: 1007-1019.

28. Mimura MA, Hirota SK, Sugaya NN, Sanches JA Jr, Migliari DA. Systemic treatment in severe cases of recurrent aphthous stomatitis: an open trial. Clinics (Sao Paulo). 2009; 64: 193-198.

29. Bahalı A.G, Köktürk A, Güvenç U. Rekürren aftöz stomatitli hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Turkderm 2014; 48: 242-248.

30. Topaloğlu Demir F, Demir M, Türkoğlu Z, Namdar ND. A Retrospective Evaluation of Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis. Haseki Tıp Bulteni 2017; 55: 7-14.

31. Liang MW, Neoh CY. Oral aphthosis: management gaps and recent advances. Ann Acad Med Singapore 2012; 41: 463-70.